# SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

27-300 Lipsko ul. J. Śniadeckiego 2
tel. (48) 378-36-00 fax. (48) 378-36-63
NIP: 811-15-21-798 REGON: 670997773
www.szpitallipsko.pl e-mail: sekretariat@szpitallipsko.pl


SPZZOZ.D.071.92.2026 Lipsko, dnia 24.09.2026 r.

Zarząd Powiatu P. W. Szumlas - Wic. Staroście Przew. Rady Powiatu

WPŁYNĘŁO
Kancelaria Ogólna
M670
24. 09. 2026
STAROSTWO POWIATOWE
Ilość załączników .....
Podpis .....
W LIPSKU
27-300 Lipsko
ul. Rynek 1

***Szanowny Pan***
***Jakub Ochyński***
***Przewodniczący Zarządu Powiatu Lipskiego***
***Starostwo Powiatowe w Lipsku***
***ul. Rynek 1, 27-300 Lipsko***

***Szanowny Panie Starosto,***

W odpowiedzi na pismo znak: BRP.0021.ZA.45.2026 z dnia 21 września 2026 r., w sprawie „Programu naprawczego SPZZOZ w Lipsku", w załączeniu przekazuję streszczenie w/w dokumentu wraz załącznikami.

***Z wyrazami szacunku,***

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zespołu
Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Lipsku
dr Jolanta Borek-Roczniak

Otrzymują:

1. Adresat
2. a/a

Załączniki:

1. Program naprawczy SPZZOZ w Lipsku (streszczenie) – 3 egz.
2. Stanowisko Dyrektora MOW NFZ (zał.nr 1) – 3 egz.
3. Stanowisko Wojewody Mazowieckiego (zał.nr 2) – 3 egz.
4. Sprawozdanie finansowe za 2025 rok (zał.nr 3) – 3 egz.
5. Analiza finansowa 3.15.1 (zał.nr 4) – 3 egz.

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ
ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ
27-300 Lipsko, ul. Śniadeckiego 2
tel. 48 3783500; fax 48 3783663
REG.670997773 NIP 811-15-21-798

**Program Naprawczy**
**Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów**
**Opieki Zdrowotnej w Lipsku**
**(streszczenie)**

**Spis treści**

Wstęp.....4
1. Dane podmiotu leczniczego.....5
2. Sprawozdanie finansowe podmiotu leczniczego za rok obrotowy poprzedzający opracowanie programu naprawczego tj. za 2025 rok.....5
3. Część I – analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, ekonomiczne, jakościowe, operacyjne, zasobów ludzkich, działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego, obejmujące bieżącą sytuację podmiotu leczniczego.....5
3.1 Analiza otoczenia podmiotu leczniczego:.....5
3.2 Analiza konkurencji .....10
3.3 Analiza dostosowania działalności podmiotu leczniczego do mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 i 1537), lub do krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1 tej ustawy, lub do wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 tej ustawy – na dzień sporządzenia programu naprawczego.....10
3.4 Analiza parametrów medyczno-statystycznych, co najmniej w podziale na rodzaje działalności, dla każdego ośrodka powstawania kosztów, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31lc ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w odniesieniu do świadczeń zdrowotnych.....11
3.4.1 W odniesieniu do świadczeń ambulatoryjnych.....11
3.4.2 W odniesieniu do świadczeń opieki domowej/dziennej (brak takowych świadczeń w strukturze Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku).....11
3.4.3 W odniesieniu do świadczeń w Izbie Przyjęć.....12
3.4.4 W odniesieniu do świadczeń udzielanych w opiece stacjonarnej.....12
3.4.5 W odniesieniu do świadczeń udzielanych w pracowniach diagnostycznych.....12
3.4.6 W odniesieniu do świadczeń udzielanych w Bloku Operacyjnym.....12
3.5 Analiza zasobów ludzkich w odniesieniu do każdego ośrodka powstawania kosztów, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31lc ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.....12
3.5.1 Z uwzględnieniem liczby pracowników i liczby etatów w podziale na grupy zawodowe w poszczególnych komórkach organizacyjnych.....12
3.5.2 Z uwzględnieniem zasobów personalnych ogółem.....12
3.6 Analiza posiadanego sprzętu medycznego.....13
3.6.1 Uwzględniająca liczbę sprzętu medycznego w obszarach działalności podmiotu.....13
3.6.2 Uwzględniająca zidentyfikowane braki sprzętowe w podmiocie.....13
3.7 Analiza infrastruktury i nieruchomości podmiotu.....13

3.7.1 Analiza działki będącej w użytkowaniu jednostki piszącej plan naprawczy.....13
3.7.2 Analiza budynków będących w użytkowaniu jednostki piszącej plan naprawczy.....13
3.8 Analiza dostosowania do wymagań, o których mowa w art. 22 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.....14
3.9 Analiza działalności innej niż lecznicza.....14
3.10 Analiza realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.....15
3.11 Analiza zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych.....16
3.12 Analiza wierzytelności.....16
3.13 Analiza na podstawie wskaźników określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 53a ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.....18
3.14 Analiza kluczowych elementów kosztowych.....18
3.14.1 Analiza kosztów w podziale na główne kategorie (materiałowe, osobowe, zarządu, inne).....18
3.14.2 Analiza kosztów w podziale na rodzaje działalności.....18
3.15 Analiza finansowa kluczowych komórek organizacyjnych, w których są udzielane świadczenia zdrowotne.....19
3.15.1 Komórki organizacyjne w których są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu opieki ambulatoryjnej i stacjonarnej.....19
3.15.2 Komórki organizacyjne w których są udzielane świadczenia zdrowotne w ramach pracowni diagnostycznych i Bloku Operacyjnego.....19
3.15.3 Komórki organizacyjne w których są udzielane świadczenia zdrowotne w ramach Izby Przyjęć.....20
3.16 Wnioski z analiz, o których mowa w pkt 3.1 –3.15.....20
3.17 Ocena stanu bieżącego zawierająca identyfikację przyczyn wystąpienia bieżącej sytuacji oraz obszarów wymagających działań naprawczych.....24
3.18 Opis i ocena ryzyka dla dalszego funkcjonowania podmiotu leczniczego, w szczególności opis i ocena ryzyka dla dalszego funkcjonowania podmiotu leczniczego, z uwzględnieniem ryzyka finansowego (przychody w relacji do kosztów, zobowiązania, w tym wymagalne), kadrowego (braki w kluczowych specjalizacjach, ryzyko odejść).....25
4. Część II – opis działań naprawczych.....26
4.1 Opis działań naprawczych dotyczących współpracy z innymi podmiotami leczniczymi, w tym w zakresie koncentracji zasobów ludzkich, infrastruktury oraz współpracy w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych i połączenia z innymi podmiotami leczniczymi według stanu na dzień sporządzenia programu naprawczego wraz z harmonogramem – jeżeli są przewidywane.....26
4.2 Opis planowanych działań naprawczych mających na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie wskaźników jakości, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692), odpowiadających udzielanym świadczeniom zdrowotnym, wraz z harmonogramem.....27
4.3 Opis planowanych działań naprawczych mających na celu poprawę efektywności zarządzania, w szczególności działań służących podniesieniu wiedzy i kompetencji kadry zarządzającej, obejmujących szkolenia z zakresu zarządzania, procesów naprawczych i procesów restrukturyzacyjnych w podmiotach leczniczych wraz z harmonogramem, uwzględniające metody zarządzania w opiece zdrowotnej.....28

4.4 Planowane działania optymalizacyjne mające na celu poprawę sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu leczniczego oraz prognozy przychodowe.....28
4.4.1 Opis działań optymalizacyjno - naprawczych, przedstawienie strategicznych kierunków funkcjonowania podmiotu leczniczego wraz z uzasadnieniem.....28
4.4.2 Pozycje finansowe działań optymalizacyjno - naprawczych.....31
4.4.3 Kamienie milowe dotyczące wprowadzania działań optymalizacyjno - naprawczych.....33
5. Część III – wskaźniki rezultatu dotyczące działań mających na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, poprawę efektywności zarządzania podmiotem leczniczym oraz sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu leczniczego, a także współpracy z innymi podmiotami leczniczymi.....33
5.1 – 5.3 Prognoza rachunku zysków i strat oraz prognoza bilansu na 3 lata.....34
5.4 Wskaźniki rezultatu w zakresie podniesienia kompetencji zarządczych.....34
5.5 Wskaźniki rezultatu w zakresie współpracy z innymi podmiotami leczniczymi...34
5.6 Wskaźniki rezultatu dotyczące podniesienia jakości w opiece zdrowotnej.....35
5.7 Opis i ocena efektów działań naprawczych.....35

**Wstęp**

Obowiązek sporządzenia programu naprawczego przez Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku, ma charakter obligatoryjny. Art. 88a. ustawy o działalności leczniczej nakłada go na podmioty lecznicze, w przypadku których wystąpiła strata netto (o której mowa w **art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej)**, niezależnie od sposobu i źródeł jej pokrycia *(„.....jeżeli w sprawozdaniu finansowym samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej wystąpiła strata netto, której wartość bezwzględna jest wyższa niż 1 % sumy wykazanych w tym samym sprawozdaniu finansowym przychodów netto ze sprzedaży produktów, przychodów netto ze sprzedaży towarów, pozostałych przychodów operacyjnych oraz przychodów finansowych, kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej sporządza w terminie 7 miesięcy od dnia upływu terminu na sporządzenie sprawozdania finansowego (...), na okres niedłuższy niż 3 lata program naprawczy (...). Obowiązku, o którym mowa w zdaniu pierwszym, nie stosuje się w okresie realizacji zatwierdzonego programu naprawczego.*"). Należy tutaj podkreślić, iż poprzedni Program Naprawczy SPZZOZ w Lipsku sporządzony był na lata na lata 2023 – 2025. Z uwagi na powyższe Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku, był zobligowany do sporządzenia Programu Naprawczego.

Sposób przygotowania Programu Naprawczego nie pozwala na zindywidualizowanie koncepcji/konstrukcji, ponieważ określa go **art. 59 ust. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej** *(„Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:1) szczegółowy sposób sporządzania, aktualizacji i przekazywania programu naprawczego, 2) szczegółowy zakres i format informacji, o których mowa w ust. 6 pkt 1-9").* Precyzyjne zasady sporządzenia Programu Naprawczego opisane zostały szczegółowo w akcie wykonawczym do Ustawy, tj. w **Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2025 r. w sprawie szczegółowego sposobu sporządzania, aktualizacji i przekazywania programu naprawczego oraz szczegółowego zakresu i formatu informacji zawartych w tym programie ( Dz. U. 2025 poz. 1619)**. Oznacza to, że zastosowano ujednolicony wzorzec do opracowania Planów Naprawczych. W praktyce Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przygotowało aplikację, która jest dedykowana podmiotom do sporządzania i przesyłania Programów Naprawczych: https://programynaprawcze.mz.gov.pl/. W związku z powyższym Nasza Jednostka opracowała i przedłożyła Plan Naprawczy w dedykowanej aplikacji (SPZZOZ był zobligowany do pobrania pliku Excel (plik Excel: programy naprawcze - do wypełnienia 2026.07.28 v25.xlsx).

Podsumowując, należy podkreślić że, Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku sporządził Program Naprawczy zgodnie z bieżącymi przepisami i wytycznymi Ministerstwa Zdrowia i Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na lata 2026 - 2028. Aktualny Program Naprawczy podmiotu, został przygotowany w pliku Excel – wersja v25 z dnia 28.07.2026 r. i przesłany za pośrednictwem dedykowanej aplikacji w dniu 13.08.2026 r., a następnie otrzymał pozytywną opinię ze strony Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Zdrowia w dniu 27 sierpnia 2026 r. pismem znak: NFZ07-WSOZ-II.4011.21.2026 2026.543431.MSA (załącznik nr 1), a także ze strony Wojewody Mazowieckiego - Pana Mariusza Frankowskiego w dniu 27 sierpnia 2026 r. pismem znak: WZ-II.960.6.24.2026 11335070.36861403.37776354 (załącznik nr 2). Uwzględniając specyfikę konstrukcji Planu, która dla osób nie związanych bezpośrednio z sektorem ochrony zdrowia nastręczać może pewnych trudności poznawczo interpretacyjnych, dokonano jego streszczenia; przy czym oryginał pozostaje do wglądu.

**1. Dane podmiotu leczniczego.**

Obligatoryjnym elementem planu była statystyczna prezentacja jednostki i jej struktury (w formie tabelarycznej). W określonej formule tabelarycznej (m.in. nazwa, kod resortowy i cyfrowy kod „ośrodka powstawania kosztów") przedstawiono więc komórki organizacyjne, jednostki oraz zakłady lecznicze wchodzące w skład Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku. Dane bieżące na dzień składania Programu Naprawczego, zgodne z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez Wojewodę Mazowieckiego (zakł.1 – Struktura org.).

**2. Sprawozdanie finansowe podmiotu leczniczego za rok obrotowy poprzedzający opracowanie programu naprawczego tj. za 2025 rok.**

Kolejną pozycję planu stanowiło sprawozdanie finansowe Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku, które przekazano w dniu 16.06.2026 r. za pośrednictwem dedykowanej platformy. Podmiot załączył sprawozdanie w dedykowanej aplikacji w trakcie przekazywania Programu Naprawczego. Pełną treść sprawozdania zawiera załącznik nr 3.

**3. Część I – analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, ekonomiczne, jakościowe, operacyjne, zasobów ludzkich, działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego, obejmujące bieżącą sytuację podmiotu leczniczego.**

**3.1 Analiza otoczenia podmiotu leczniczego:**

Analizą, zgodnie z wytycznymi, objęto otoczenie ekonomiczne, demograficzno-społeczne, technologiczne i otoczenie lokalne:

a) **sytuacja ekonomiczna/ gospodarcza powiatu** - opracowanie planu naprawczego dla jednostki wymaga uwzględnienia faktu, iż efektywność funkcjonowania podmiotów, w tym leczniczych sektora publicznego, podobnie jak sektora komercyjnego, funkcjonujących i świadczących usługi w dobie gospodarki rynkowej determinowana jest szeregiem czynników. Możemy je sklasyfikować w dwu podstawowych kategoriach, tj. jako: - czynniki wewnętrzne, związane stricte z zasobami jednostki: kapitałem ludzkim (intelektualnym i społecznym), zasobami finansowymi, zasobami rzeczowymi (materialnymi) i niematerialnymi;]- czynniki zewnętrzne, do których zalicza się sytuacja demograficzno-społeczna i kulturowa, ekonomiczna/gospodarcza, technologiczna, prawno-organizacyjna (w skali mikro – tj. lokalnej (gminy/powiatu) oraz makro (kraju). Przyjmując powyższe założenie (dot. kategorii czynników determinujących sytuację Naszej jednostki, a zarazem wytyczających kierunki niezbędnych zmian ukierunkowanych na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego ludności oraz optymalizację kosztów jej funkcjonowania poprzez elastyczne dostosowywanie się do potrzeb i zmian zachodzących w otoczeniu zewnętrznym oraz wewnętrznym jednostki) w przedłożonym Państwu projekcie „Planu naprawczego Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku na lata 2026-2028" dokonano analizy determinant wewnętrznych (sytuacji jednostki) oraz zewnętrznych (otoczenia bliższego i dalszego). Na tej podstawie sformułowano wnioski w postaci zaproponowanych koncepcji działań o charakterze naprawczym, wdrożenie których pozwoli zoptymalizować koszty funkcjonowania jednostki i dostosować jej ofertę do ewoluujących potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnej (tj. powiatu i jego otoczenia). Stanowiąca przedmiot planu analiza wskaźnikowa, przyczynowo-skutkowa, w ujęciu dynamicznym opracowana została na podstawie danych źródłowych (pochodzących głównie z zasobów SPZZOZ w Lipsku oraz GUS) i ogólnodostępnych danych netograficznych. Oceniając sytuację ekonomiczną powiatu należy podkreślić, że powiat lipski jest powiatem peryferyjnym. Leży na obrzeżach województwa mazowieckiego, w strefie zanikających wpływów ośrodka centralnego Warszawy, na granicy województw: mazowieckiego, lubelskiego i świętokrzyskiego. Sąsiaduje z powiatami: radomskim ziemskim

i zwoleńskim (woj. mazowieckie); opolskim (woj. lubelskie) oraz starachowickim, ostrowieckim i opatowskim (woj. świętokrzyskie). Powiat ma typowo rolniczy charakter, użytki rolne zajmują około 65% powierzchni ogólnej. Gospodarka regionu opiera się na małych gospodarstwach indywidualnych, przetwórstwie spożywczym, usługach oraz drobnym transporcie i budownictwie; w powiecie nie funkcjonują duże zakłady przemysłowe. Blisko połowa (ok. 49,8%) aktywnych zawodowo mieszkańców utrzymuje się z sektora rolniczego, leśnictwa i łowiectwa. Sektor przemysłowy zatrudnia zaledwie kilkanaście procent pracujących. Poza rolnictwem, dominującą rolę w kształtowaniu miejsc pracy zajmuje sektor usług, głównie publicznych, w tym: j.s.t. oraz ich jednostki organizacyjne, edukacja, pomoc społeczna, ochrona zdrowia. SPZZOZ w Lipsku jest największym pracodawcą w powiecie (wg stanu na 31 lipca 2026 zatrudnionych było 391 osób na umowę o pracę i 160 osób na umowach zlecenia i kontraktach; łącznie 551 osób). O trudnej sytuacji ekonomicznej/gospodarczej powiatu świadczy sytuacja na rynku pracy; od wielu lat utrzymuje się wysoka stopa bezrobocia, w 2000r., kształtowała się na poziomie 15,9% i do 2025r. zmniejszyła się zaledwie o 2,8 p.p. do poziomu 13,1%. Była ona ponad dwukrotnie wyższa względem średniej krajowej (która wynosiła 6,0%) oraz blisko trzykrotnie wyższa względem średniej dla województwa mazowieckiego, która kształtowała się na poziomie 4,5%). O słabej kondycji ekonomicznej świadczy też sytuacja samorządu lokalnego, zarówno miasta, jak i powiatu. Wielkość dochodów własnych na mieszkańca, mająca kluczowe znaczenie dla realnego wpływu j.s.t. na warunki życia mieszkańców, była w powiecie relatywnie niska (w 2010r. było to 1196,65zł, a w 2022r. - 2527,81zł), co przy małej liczbie ludności (31 839) mocno ogranicza możliwości rozwojowe samorządu i jego wpływ na rozwój usług zdrowotnych. Dla przykładu planowane dochody powiatu na 2026 kształtowały się na poziomie 136.130.758,50zł. Stąd inwestycje infrastrukturalne samorządu realizowane są zasadniczo dzięki ich współfinansowaniu z funduszy zewnętrznych (w tym UE) oraz rządowych programów wsparcia dla regionów słabiej rozwiniętych gospodarczo. Reasumując, kondycja ekonomiczna/gospodarcza powiatu nie rokuje dobrze ani dla rozwoju gospodarczego, ani też dla sytuacji demograficzno-społecznej i zdrowotnej społeczeństwa. Specyfika rynku pracy (z przewagą sektora I) oraz z jego małą chłonnością predysponują bowiem do: odpływu ludzi młodych i wykwalifikowanych do większych ośrodków (np. Radomia, Warszawy, Kielc); ujemnego przyrostu naturalnego; ponadprzeciętnej dynamiki przemian demograficznych (skutkującej dynamicznym ubytkiem naturalnym ludności, starzeniem się ludności oraz potencjalnym „kurczeniem" zasobów pracy i zasobów opiekuńczych) przy jednoczesnym wzroście zapotrzebowania na usługi zdrowotne i opiekuńczo-bytowo- oraz wspierające adresowane do grupy senioralnej.

b) **sytuacja demograficzna i społeczna:** powiat lipski usytuowany jest na obrzeżach aglomeracji warszawskiej, w strefie zanikających wpływów ośrodka centralnego. Jest powiatem zapóźnionym gospodarczo. Jest powiatem o niekorzystnej strukturze rynku pracy, co w sposób istotny determinuje sytuację demograficzną. Powiat lipski ulega sukcesywnemu wyludnieniu. Liczba ludności (zgodnie z ogólnokrajowymi tendencjami demograficznymi) ulega zmniejszeniu; niekorzystnym zmianom ulega też struktura demograficzna ludności. W latach 2000-2024 liczba ludności powiatu lipskiego zmniejszyła się o 19,9% (o blisko jedną piątą!!!, z 39,3 tys. do 31,5 tys.), co spowodowane jest utrzymującym się od lat ujemnym saldem migracji kształtującym się na poziomie: -2,9/tys. ludności w 2000r. i -3,9 na tys. ludności w 2024r. oraz ujemnym przyrostem naturalnym na tys. ludności(- 7,09 w 2000r. i - 6,37 w 2024r.). W okresie tym zmniejszeniu uległ udział procentowy dzieci w ogólnej liczbie ludności (z 19,9% do 13,7%, tj. z 7 763 do 4 292 - zmniejszenie o 3 471 dzieci, tj. o 44,7%, czyli blisko o połowę!!!) oraz liczba ludności w wieku produkcyjnym, z 23 304 do poziomu 18 320, tj. o 21,38%. Wzrosła natomiast liczba seniorów (osób w wieku poprodukcyjnym) o 672 osoby (z 7 967 do 8 639) i ich udział w ogólnej liczbie ludności o 8,4%. Specyfika demograficzna pozostaje w korelacji z sytuacją społeczną oraz kulturową charakteryzującą się

m.in. odpływem ludzi młodych (emigracja edukacyjna, a następnie zarobowa); zmniejszaniem się liczby kobiet w wieku prokreacji raz współtowarzyszącą tendencją do niezawierania związków formalnych i odkładania decyzji o posiadaniu potomstwa (max.1 dziecko) bądź całkowitego braku woli jego posiadania; wzrostem odsetka gospodarstw jednoosobowych, w tym senioralnych, wzrostem odsetka osób zależnych, wymagających wsparcia. Specyfika przemian demograficzno-społeczno-kulturowych skutkuje zmniejszeniem zapotrzebowania na usługi zdrowotne w zakresie położnictwa i neonatologii, oddziału dziecięcego (w ciągu dekady, tj. w latach 2016-2025 liczba pacjentów oddziału dziecięcego zmniejszyła się o 39,5% w zw. z czym zmniejszono liczbę łóżek) przy jednoczesnym zwiększaniu się zapotrzebowania na usługi zdrowotne adresowane do seniorów i osób ze szczególnymi potrzebami.

c)**Sytuacja techniczno-technologiczna**. Infrastruktura techniczna w powiecie lipskim opiera się na sukcesywnej modernizacji sieci drogowej, komunalnej oraz systemów melioracyjnych, co wynika z rolniczego profilu regionu oraz konieczności nadrabiania wieloletnich zapóźnień strukturalnych. Rozbudowywana jest infrastruktura drogowa i mostowa. Drogi lokalne: Powiatowy Zarząd Dróg Publicznych w Lipsku zarządza siecią ponad 317 km dróg powiatowych. Samorząd regularnie pozyskuje dotacje (np. z programu „Mazowsze Pomaga" czy funduszy rządowych) na kluczowe inwestycje. Wśród ostatnich projektów realizowane są m.in. przebudowy odcinków Sienno - Trzemcha - Antoniów oraz Czerwona – Ciepielów. Główne arterie – drogi ponadlokalne: Przez powiat przebiega kluczowa droga krajowa nr 79 (łącząca m.in. Warszawę, Sandomierz i Kraków), wokół której dynamicznie rozwija się lokalna sieć przesyłowa. Infrastruktura mostowa: Ze względu na liczne cieki wodne (w tym dorzecze rzeki Krępianki czy Wolanki) kluczowym elementem są przebudowy mostów. Aktualnie realizowane zadania obejmują m.in. budowę nowych obiektów mostowych w miejscowościach Krępa Kościelna oraz Trzemcha Górna. Infrastruktura wodno-kanalizacyjna: Rozbudowa sieci kanalizacyjnej: Trwają intensywne prace zwiększające poziom skanalizowania powiatu, szczególnie w gminach wiejskich i na obrzeżach Lipska. Prowadzone inwestycje (m.in. na terenie miejscowości Lipsko, Śląsko oraz Poręba) zakładają budowę wielu kilometrów nowych sieci grawitacyjnych i tłocznych w celu ochrony wód gruntowych.
W regionie wdrażane są innowacje w zarządzaniu zasobami wodnymi. Zakład Usług Komunalnych w Lipsku realizuje projekty ze środków Krajowego Planu Odbudowy (KPO). Prace obejmują rozbudowę sieci (np. w Krępie Kościelnej), strefowanie ciśnienia oraz wymianę tysięcy wodomierzy na nowoczesne urządzenia z systemem odczytu radiowego (objazdowego). Infrastruktura energetyczna i komunalna: Powiat sukcesywnie rozwija sieć gazową, jednak największy nacisk w sektorze energetycznym kładziony jest na indywidualne oraz publiczne instalacje odnawialnych źródeł energii (fotowoltaika i pompy ciepła), współfinansowane z funduszy unijnych. Gospodarka odpadami: Obsługę komunalną w zakresie zbiórki odpadów i oczyszczania ścieków zabezpieczają wyspecjalizowane zakłady gminne, koncentrujące się na uszczelnianiu systemów segregacji u źródła. Również sytuacja technologiczna w zakresie technologii telekomunikacyjnych/cyfrowych skupia się na stopniowym nadrabianiu zaległości w zakresie infrastruktury cyfrowej, rozwoju sieci szerokopasmowych oraz cyfryzacji usług publicznych, przy jednoczesnym wyzwaniach typowych dla regionów o charakterze rolniczym. Rozbudowie ulega sieć światłowodowa. Dzięki funduszom krajowym i unijnym (w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa oraz kolejnych inicjatyw cyfryzacyjnych) na terenie powiatu lipskiego zrealizowano i kontynuuje się projekty budowy stacjonarnego dostępu do internetu w technologii FTTH (Fiber-To-The-Home). Wdrażanie nowoczesnych technologii w powiecie lipskim koncentruje się na cyfryzacji sektora publicznego, rozbudowie odnawialnych źródeł energii (OZE) oraz stopniowej technologizacji rolnictwa i edukacji, co pozwala lokalnej społeczności na integrację z nowoczesną gospodarką cyfrową. Kluczowe obszary innowacji technologicznych w powiecie lipskim to: 1.Cyfryzacja usług publicznych i Geoportale: 1)E-Administracja: Samorządy takie jak UM w Lipsku oraz Starostwo

Powiatowe w Lipsku sukcesywnie rozwijają e-usługi. Platformy ePUAP i systemy Elektronicznego Zarządzania Dokumentacją (EZD) automatyzują obieg pism. 2)Infrastruktura przestrzenna: W powiecie funkcjonuje zaawansowany system informacji przestrzennej Geoportal Powiatu Lipskiego, który pozwala mieszkańcom oraz inwestorom na cyfrowy dostęp do map geodezyjnych, planów zagospodarowania przestrzennego oraz ewidencji gruntów i budynków. 3) Nowoczesna edukacja i infrastruktura cyfrowa: a) Projekty światłowodowe: Dzięki programom operacyjnym (w tym POPC) rozbudowano sieć FTTH (światłowód do domu), która objęła kluczowe placówki oświatowe oraz zmniejszyła liczbę tzw. białych plam technologicznych w regionie. B) Ekopracownie i STEM: Szkoły ponadpodstawowe stawiają na nowoczesne zaplecze naukowe. Przykładem jest ZSOiT w Lipsku, gdzie przy wsparciu WFOŚiGW utworzono nowoczesną „Ekopracownię" wyposażoną w technologie umożliwiające cyfrowe eksperymentowanie, badania środowiskowe i rozwój kompetencji technicznych. 2.Zielona energia i technologie OZE: 1)Inwestycje samorządowe i programy dotacyjne: Gminy powiatu lipskiego aktywnie pozyskują wielomilionowe fundusze na instalacje fotowoltaiczne, solary oraz pompy ciepła dla budynków użyteczności publicznej i gospodarstw prywatnych. 2)Transformacja energetyczna wsi: Lokalni przedsiębiorcy i rolnicy coraz częściej sięgają po dedykowane programy wsparcia technologii energetycznych, takie jak rządowy program Energia dla Wsi finansujący m.in. instalacje fotowoltaiczne o mocy do 1 MW, magazyny energii oraz małe systemy wiatrowe. 3. Rolnictwo precyzyjne (Smart Farming): 1)Cyfrowe wsparcie produkcji: Z uwagi na rolniczy charakter powiatu lipskiego (ponad 11 tys. gospodarstw), kluczowym kierunkiem rozwoju staje się rolnictwo precyzyjne. Duże i średnie gospodarstwa wdrażają technologie satelitarne GPS do mapowania pól, automatycznego naprowadzania maszyn oraz precyzyjnego dawkowania nawozów i środków ochrony roślin. 2)Monitoring i drony: Lokalne uprawy sadownicze i warzywnicze coraz częściej wykorzystują cyfrowe stacje meteorologiczne oraz bezzałogowe statki powietrzne (drony) do monitorowania stanu biomasy i wczesnego wykrywania chorób roślin.

d) **Otoczenie lokalne** - analiza sytuacji ekonomicznej/gospodarczej, demograficzno-społecznej, kulturowej i techniczno-technologicznej powiatu wskazuje, iż powiat lipski jest małym powiatem rolniczym, charakteryzującym się zapóźnieniem gospodarczo-społeczno-technologicznym i relatywnie małymi potencjałami (ekonomicznym/gospodarczym, społecznym, demograficznym i technologicznym). Fakt ten w sposób istotny determinuje zapotrzebowanie na usługi zdrowotne, wskazuje niezbędne kierunki ich rozwoju oraz dowodzi niewielkich możliwości wspierania finansowego SPZZOZ w Lipsku przez organ założycielski, tj. Powiat Lipski. To sytuacja trudna i budząca kontrowersje z uwagi na fakt strategicznej roli jednostki w systemie obronnym Państwa Polskiego (powiat/SPZZOZ (w tym szpital) leży na linii Wisły i posiada most łączący tereny prawo i lewobrzeżne; podmiot stanowi integralny element systemu Szpitali Przyjaznych Wojsku). Określając rolę otoczenia zewnętrznego w wytyczaniu kierunków rozwoju nie można pominąć faktu, iż na terenie powiatu zmiany „degeneracyjne" w sferze demograficznej zachodzą statystycznie szybciej względem całego kraju, dla którego prognozy są bardzo niepokojące. Prognozy GUS na lata 2013-2050 wskazują, że do 2050r. liczba ludności Polski będzie spadać do poziomu 33 950,6 tys. mieszkańców co oznacza, że w 2050 r. kraj zamieszkiwać będzie 88% mieszkańców z 2013 r. Spadek liczby ludności wyraźnie zaznaczy się szczególnie w miastach. W konsekwencji przewiduje się, że w 2050 r. liczba ludności w miastach stanowić będzie tylko 80% populacji z roku 2013. Zmniejszaniu wielkości populacji (m.in. wskutek ujemnego przyrostu demograficznego; blisko -20 tys. na początku prognozy; -173 tys. w 2050 r.) towarzyszył będzie wzrost średniej długości wieku, która w latach 2013-2050 wzrośnie z 81,1 lat do 87,5 lat (dla kobiet) oraz z 73,1 lat do 82,1 lat (dla mężczyzn). Tym samym wzrośnie Współczynnik starości (odsetek osób w wieku 65+ w ogólnej liczbie mieszkańców), który w latach 2013-2050 zwiększy się o stosownie 19p.p.

w miastach (z 15,7% do 34,7%) i o 16,9 p. proc. na wsi (z 13,3% do 30,2%); w skali kraju - o 18,0 p. proc. (z 14,7% do 32,7%). Powyższe dane warto odnieść do kryterium przyjętego przez ONZ, zgodnie z którym za starą uznaję się populację o współczynniku starości wyższym niż 7%, a fazę zaawansowanej starości wyznacza limit 10%. Wniosek nasuwa się oczywisty: już u progu prognozy Polacy, jako populacja, przekroczyli granicę fazy zaawansowanej starości; u jej kresu (rok 2050) dokonają tego w trójnasób. Wielkość subpopulacji 65+ - liczona w liczbach bezwzględnych - zwiększy się o 5,4 mln osób. Wzrostowy trend łącznej liczby subpopulacji osób starszych oraz jej udziału w ogólnej liczbie ludności znajduje odbicie w analizie liczebności i struktury ludności według kryterium ekonomicznego. Wynika z niej, że, jak prognozuje GUS, liczba osób w wieku poprodukcyjnym 60+/65+ w latach 2013-2050 zwiększy się z 7 078 tys. do 12 404 tys. W „latach pośrednich" tej perspektywy, czyli w roku 2020 i 2035, będzie to odpowiednio 8 617 tys. i 10 193 tys. Z prognozy GUS wynika ponadto , że w latach 2013-2050 liczba osób w wieku 80+ zwiększy się w Polsce o 2 054 tys. Osób w wieku zaawansowanej starości przybędzie głownie w woj. mazowieckim (wzrost o 278 tys.). Wzrostowi ulegnie Indeks starości (określa relacje międzypokoleniowe w ramach danej populacji, czyli, mówiąc bardziej precyzyjnie i obrazowo, stosunek dziadków do wnuczków; tj. liczba osób w wieku 65+ przypadająca na 1 000 osób w wieku 0-14 lat). W 2013 r. indeks starości w Polsce wynosił 983 (w miastach -1 127; na wsi - 800). Do 2050 r. wskaźnik ten w miastach wzrośnie ponad 2,5-krotnie, a na wsi – nawet blisko 3-krotnie. Prognozuje się, że dla województwa mazowieckiego indeks będzie się kształtował na poziomie 2 382. Zwiększeniu ulegnie też współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi (liczba osób w wieku 65+ przypadająca na 100 osób w wieku od 15 do 64 lat (wskaźnik ten analogicznie bada się również w odniesieniu do dzieci (0-14 lat), a zestawienie obu mierników daje sumę w postaci całkowitego współczynnika obciążenia demograficznego). W 2013 r. wskaźnik ten dla miast i wsi kształtował się na zbliżonym poziomie i wynosił odpowiednio: 22 i 19. Do 2050 r. jego wartość w miastach ulegnie potrojeniu! Na wsi należy oczekiwać zmian o podobnej skali, choć przyrosty będą nieco wolniejsze (53 w 2050 r.). Na marginesie powyższych danych warto zwrócić uwagę na wartości całkowitego współczynnika obciążenia demograficznego. W 2013 r. w Polsce wynosił on 42 osoby, zaś do 2050 r. przewiduje się niemal podwojenie tej wartości (81 osób). Prognoza dla miast to 87, dla wsi – 75. Tym samym zmianom ulegną Generacyjne współczynniki wsparcia tj: współczynnik potencjalnego wsparcia, mierzony liczbą osób w wieku 15-64 lata przypadającą na 100 osób w wieku 65+ oraz współczynnik potencjalnej opieki nad rodzicami, mierzony liczbą osób w wieku 85+ przypadającą na 100 osób w wieku 50-64 lata.Według prognozy GUS współczynnik potencjalnego wsparcia ulegnie natomiast zmniejszeniu – z 458 do 169 natomiast wartość współczynnika potencjalnej opieki nad rodzicami, w latach 2013-2050 wzrośnie ponad czterokrotnie, bo z 8 do 38 osób. Starzenie się polskiego społeczeństwa jest więc niepodważalnym faktem. W pełni też uzasadnia rozwój działań ukierunkowanych na wdrażanie rozwiązań służących dbałości o jakość życia człowieka starego, determinantą którego jest m.in. dostępność usług diagnostyczno-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Dynamicznie postępujący proces „siwienia" populacji naszego kraju jest realnym zagrożeniem dla stabilności finansów publicznych. W zależności od wielkości dochodu narodowego decydują one o możliwościach zaspokajania potrzeb społecznych (i możliwościach rozwojowych kraju). Obie kategorie wydatków publicznych, w kontekście ponoszonych na nie nakładów, determinowane są m.in. wielkością zasobów pracy (i ucieleśnionego w nich kapitału). Stąd postępujący proces zmniejszania się wielkości populacji naszego kraju i przy sukcesywnym zmniejszania się udziału osób w wieku produkcyjnym w ogólnej liczbie ludności wydaje się być realnym zagrożeniem dla możliwości finansowania usług zdrowotnych, zapewnienia ich dostępności oraz wysokiej jakości. W sposób szczególny problem ten dotyczy obszarów społecznie i gospodarczo zacofanych (przykładem których jest powiat lipski)

szczególnie predysponowanych na rozwój kwestii, społecznych, przy relatywnie małych zasobach własnych warunkujących możliwości ich niwelowania. Uzasadnia to potrzebę modernizacji koncepcji zabezpieczenia społecznego w zakresie usług zdrowotnych nie tylko poprzez zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia, ale też (na poziomie centralnym) modernizację systemu ubezpieczeń społecznych, liberalizację formalno-prawnych warunków świadczenia usług, „racjonalizację"/uelastycznienie polityki kontraktowania usług przez NFZ (m.in. w kontekście potrzeb wynikających z sytuacji demograficzno-społecznej) itp.

**3.2 Analiza konkurencji.**

Kolejnym, integralnym elementem analizy była analiza konkurencji. Przedmiotowa analiza objęła wskazanie innych podmiotów leczniczych działających w pobliżu i ich oferty oraz pokrywania się zakresów udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych na danym obszarze. Wśród podmiotów konkurencyjnych względem oferty Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku zostały uwzględnione następujące jednostki: SPZZOZ w Zwoleniu, SPZZOZ w Iłży, Szpital Świętego Leona w Opatowie, Powiatowe Centrum Zdrowia w Opolu Lubelskim, Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach, Samodzielny Publiczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Lipsku, Rychter Bożena Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "BOMED" (uwzględniono: zakresy świadczeń, wartość umów, liczbę łóżek i odległość) .

**3.3 Analiza dostosowania działalności podmiotu leczniczego do mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 i 1537), lub do krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1 tej ustawy, lub do wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 tej ustawy – na dzień sporządzenia programu naprawczego.**

Następnie dokonano analizy dostosowania działalności podmiotu leczniczego do mapy potrzeb zdrowotnych. Powiat lipski liczy 31 399 mieszkańców, z czego 50,5% stanowią kobiety, a 49,5% mężczyźni. W latach 2002-2024 liczba mieszkańców zmalała o 18,3%. Średni wiek mieszkańców wynosi 44,5 lat i jest większy od średniego wieku mieszkańców województwa mazowieckiego oraz nieznacznie większy od średniego wieku mieszkańców całej Polski. Prognozowana liczba mieszkańców powiatu lipskiego w 2050 roku wynosi 24 021, z czego 11 965 to kobiety, a 12 056 mężczyźni. https://www.polskawliczbach.pl/powiat_lipski. Podobnie jak w całym kraju w powiecie lipskim zachodzą zmiany demograficzne mające wpływ na organizację i funkcjonowanie opieki zdrowotnej. Szybkie starzenie się społeczeństwa oraz spadek dzietności wskazuje na rosnące wyzwania dla ochrony zdrowia w powiecie. Negatywnym zjawiskiem jest tendencja spadkowa w przypadku liczby urodzeń żywych i urodzeń martwych na 1 tys. ludności. Długookresowo zmniejsza się dzietność kobiet. Zgodnie z Mapą potrzeb zdrowotnych 2027-2031 spadek liczby kobiet w wieku rozrodczym, przy wolno rosnącym wskaźniku dzietności, spowoduje mniejszą bezwzględną liczbę urodzeń, a co za tym idzie spadek zapotrzebowania na usługi położnicze i opiekę pediatryczną. Rośnie mediana wieku kobiet rodzących pierwsze dziecko oraz średni wiek kobiet przy porodzie i przy urodzeniu pierwszego dziecka.

Powiat lipski ma ujemny przyrost naturalny wynoszący -200. Odpowiada to przyrostowi naturalnemu -6,37 na 1000 mieszkańców powiatu lipskiego. W 2024 roku urodziło się 190 dzieci, w tym 51,6% dziewczynek i 48,4% chłopców. Współczynnik dynamiki demograficznej, czyli stosunek liczby urodzeń żywych do liczby zgonów wynosi 0,53 i jest znacznie mniejszy od średniej dla województwa oraz znacznie mniejszy od współczynnika dynamiki demograficznej dla całego kraju. https://www.polskawliczbach.pl/powiat_lipski.

W 2024 roku 39,5% zgonów w powiecie lipskim spowodowanych było chorobami układu krążenia, przyczyną 19,5% zgonów w powiecie lipskim były nowotwory, a 7,4% zgonów spowodowanych było chorobami układu oddechowego. Na 1000 ludności powiatu lipskiego przypada 12,42 zgonów. https://www.polskawliczbach.pl/powiat_lipski. Sytuacja demograficzna powiatu lipskiego bezpośrednio wskazuje na potrzebę rozbudowy szpitalnej bazy łóżkowej w zakresie świadczeń pielęgnacyjno–opiekuńczych. Już w tym momencie brakuje miejsc w liczącym 60 łóżek Zakładzie Pielęgnacyjno - Opiekuńczym, a oczekiwanie na przyjęcie do Zakładu trwa od 6 do 12 miesięcy, przy czym często pomoc ta jest potrzebna od zaraz. W powiecie zauważalna jest niewystarczająca, względem zapotrzebowania, ilość ośrodków rehabilitacji ruchowej, co skutkuje długimi kolejkami i oczekiwaniem na zabiegi rehabilitacyjne. Analiza zestawienia danych zdrowotnych populacji powiatu lipskiego wskazuje, że największy udział w zgonach ludności mają choroby układu krążenia (39,5%) i nowotwory (19,5%), co w dużej mierze jest winą nieprawidłowego stylu życia: złej diety, stosowanych używek oraz braku ruchu fizycznego. W związku w powyższym niezbędne jest zabezpieczenie mieszkańców powiatu lipskiego w możliwość leczenia zachowawczego w poradniach specjalistycznych oraz zapewnienie dostępności do szybkiej specjalistycznej diagnostyki, jak również opieki hospicyjnej i paliatywnej. Reasumując 1) starzenie się ludności powiatu zwiększa zapotrzebowanie na usługi zdrowotne dla osób starszych; 2) przy utrzymującym się trendzie spadkowym współczynników płodności i dzietności dla powiatu można założyć, że zapotrzebowanie na świadczenia położnicze i neonatologiczne będzie się zmniejszać; 3) brak oczekiwanej dostępności do świadczeń Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej powoduje konieczność leczenia w trybie stacjonarnym – wpływa to na zwiększenie liczby hospitalizacji oraz kosztów prowadzenia działalności szpitala; 4) pomimo zadowalającego wskaźnika liczby ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej odnotowuje się zbyt długi czas oczekiwania na udzielenie świadczenia - popyt na świadczenia zdrowotne przewyższa podaż; 5) przedstawione dane potwierdzają niewystarczającą dostępność do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych; 6) dostępne dane wskazują na dysfunkcyjne działania Podstawowej Opieki Zdrowotnej w zakresie diagnostyki pacjentów i kierowanie pacjentów nie będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do NPL i IP; 7) odczuwalne dla SPZZOZ w Lipsku są również migracje finansowe kadry medycznej spowodowane dużym popytem okolicznych szpitali i wciąż trwającym, krajowym, deficytem kadry lekarskiej.

**3.4 Analiza parametrów medyczno-statystycznych, co najmniej w podziale na rodzaje działalności, dla każdego ośrodka powstawania kosztów, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31lc ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w odniesieniu do świadczeń zdrowotnych.**

**3.4.1 W odniesieniu do świadczeń ambulatoryjnych.**
Zgodnie z założeniami planu, w formie tabelarycznej przedstawiono wszystkie poradnie, jakie funkcjonują w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku. Zawarto w nich informacje na temat liczby gabinetów, liczby godzin pracy poradni, liczby pacjentów (w przypadku POZ - pacjentów zadeklarowanych), liczby porad oraz średniej liczby porad w przeliczeniu na 1 pacjenta.

**3.4.2 W odniesieniu do świadczeń opieki domowej/dziennej – brak danych ze względu na rodzaj świadczeń, których nie udziela się w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku.**
(nie realizujemy usług we wskazanym zakresie)

**3.4.3 W odniesieniu do świadczeń w Izbie Przyjęć.**
Dane przedstawione w formie tabelarycznej, informują o ogólnej liczbie pacjentów, którzy mieli udzielone świadczenia w 2025 roku (1 038 osób).

**3.4.4 W odniesieniu do świadczeń udzielanych w opiece stacjonarnej.**
Informacje, które zaprezentowano w tabeli, dotyczą średniej liczby łóżek, liczby leczonych pacjentów z ruchem chorych, liczby hospitalizacji w trybie planowym (wypisy + zgony), liczby hospitalizacji w trybie nagłym (wypisy + zgony), liczby osobodni, liczby zabiegów (oddziały o profilu zabiegowym), udziału przyjęć w trybie nagłym względem całości przyjęć, obłożenia łóżek (%), liczby hospitalizacji na łóżko / mc, średniego czasu pobytu w dniach – wszystkie powyższe informacje, są rozbite na poszczególne oddziały.

**3.4.5 W odniesieniu do świadczeń udzielanych w pracowniach diagnostycznych.**
W tabeli zaprezentowano dane dotyczące: liczby badań/procedur wykonanych w poszczególnych pracowniach, liczby „unikalnych" pacjentów, tryb pracy pracowni (wszystkie działają całodobowo), średniej liczby badań w przeliczeniu na 1 pacjenta, średniej liczby badań w przeliczeniu na 1 dzień pracy, liczby godzin pracy w danym okresie.

**3.4.6 W odniesieniu do świadczeń udzielanych w Bloku Operacyjnym.**
W tabeli zaprezentowano dane, które dotyczą Bloku Operacyjnego, a dokładnie: liczby sal operacyjnych (4 sale), liczby zabiegów operacyjnych w ramach normalnej ordynacji (dni powszednie - zgodnie z normą czasu pracy - 7,35 h) - w 2025 roku było to 2 684 zabiegi), liczby zabiegów operacyjnych pozostałe tj. wykonanych popołudniami, nocami i w dni świąteczne (w 2025 roku było to 102 zabiegi). Ponadto arkusz prezentuje także takie informacje jak: czas zajętości bloku w ramach normalnej ordynacji tj. dni powszednie - zgodnie z normą czasu pracy - 7,35 h), czas zajętości bloku w godz. pozostałych tj. popołudniowe, nocne, świąteczne, dostępny czas poszczególnych bloków operacyjnych w dni robocze (np. 251 dni x 7,35 h), dostępny czas poszczególnych bloków operacyjnych godz. pozostałe, popołudniowe, nocne i świąteczne (np. 114 dni x 5h). Istotną informacją w ramach tabeli 3.4.6 jest wskaźnik procentowy wykorzystania bloków w zwykłej ordynacji, który dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku wyniósł: 57,85 %, a także wskaźnik procentowy wykorzystania bloku w trybie nocnej, świątecznej: 0,21%.

**3.5 Analiza zasobów ludzkich w odniesieniu do każdego ośrodka powstawania kosztów, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31lc ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.**

**3.5.1 Z uwzględnieniem liczby pracowników i liczby etatów w podziale na grupy zawodowe w poszczególnych komórkach organizacyjnych.**
W powyższej zakładce planu, zgodnie z założeniami, zaprezentowano dane dotyczące: liczby pracowników oraz liczby etatów w podziale na grupy zawodowe w poszczególnych komórkach organizacyjnych, uwzględniając jednocześnie formy zatrudnienia. Ponadto dowiadujemy się z niej o liczbie lekarzy/pielęgniarek w przeliczeniu na liczbę łóżek oraz o normach zatrudnienia jakie są w poszczególnych komórkach.

**3.5.2 Z uwzględnieniem zasobów personalnych ogółem.**
W tabeli zawarte są dane takie jak: analiza wieku zatrudnionego personelu w tym stażu zatrudnienia, formy zatrudnienia, niedobory kadrowe, średnie wynagrodzenie brutto

w poszczególnych grupach zawodowych, dynamika wzrostu wynagrodzeń rok do roku, struktura dodatków do wynagrodzeń, struktura kosztów osobowych według form zatrudnienia.

### 3.6 Analiza posiadanego sprzętu medycznego.

#### 3.6.1 Analiza uwzględniająca liczbę sprzętu medycznego w obszarach działalności podmiotu.

W części 3.6.1. zaprezentowano dane, które dotyczą sprzętu i aparatury medycznej o wartości nie mniejszej niż 200 000 - sprzęt strategiczny (według wartości na dzień zakupu). Ponadto dowiadujemy się tutaj o ocenie stopnia zużycia przedmiotowej aparatury [w %], kwocie rocznych nakładów na utrzymanie stanu technicznego (naprawy, awarie, serwis) za ostatnie 3 lata (łącznie), liczbie badań/zabiegów wykonanych na danym sprzęcie w roku będącym podstawą sporządzenia programu naprawczego (tj. w 2025 roku), wskaźniku dziennego wykorzystania sprzętu czy też o stopniu amortyzacji wskazanej aparatury.

#### 3.6.2 Analiza uwzględniająca zidentyfikowane braki sprzętowe w podmiocie.

W zakładce wymienione są sprzęty, których zakup w przyszłości jest niezbędny celem zagwarantowania udzielania/dostęności świadczeń:

- Aparat do znieczuleń Mindray A7 / A5 z monitorem pacjenta
- EKG Askard Gray
- Zestaw do zabiegów laparoskopowych STRYKER lub STORZ
- Kardiomonitor EDAN iX15
- Materac przeciwodleżynowy REAL OLSZTYN NEODEC
- Łóżko wielofunkcyjne z napędem elektrycznym FORMED

### 3.7 Analiza infrastruktury i nieruchomości podmiotu.

#### 3.7.1 Analiza działki będącej w użytkowaniu jednostki piszącej plan naprawczy.

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku jest usytuowany na działce ewidencyjnej nr: 2286/31, Nr KwRA1L/00034501/8. Powierzchnia działki to: 27 948 $m^2$. Wykorzystanie działki wynosi: 18 906 $m^2$, przy czym wolnej powierzchni pozostaje: 4 500 $m^2$. Tytuł prawny działki to użyczenie. Działka nie posiada żadnych obciążeń czy hipotek.

#### 3.7.2 Analiza budynków będących w użytkowaniu jednostki piszącej plan naprawczy.

W skład budynków wchodzą m.in.:

- Kompleks budynków szpitala (pawilon łóżkowy, RTG, por. specjalistyczne, kuchnia, pralnia), gdzie powierzchnia użytkowa wynosi 13 135 $m^2$, zaś powierzchnia wykorzystana to: 12 500 $m^2$.
- Budynek energetyczny (rozdzielnia SN, NN, agregatorownia), gdzie powierzchnia użytkowa wynosi 196 $m^2$, zaś powierzchnia wykorzystana to: 196 $m^2$.
- Budynek magazynowy propan – butan gdzie powierzchnia użytkowa wynosi 20 $m^2$, zaś powierzchnia wykorzystana to: 0 $m^2$.
- Stacja wodociągowa (hydrofornia), gdzie powierzchnia użytkowa wynosi 107 $m^2$, zaś powierzchnia wykorzystana to: 107 $m^2$.
- Budynek anatomii patologicznej (chłodnia zwłok, magazyn odpadów medycznych), gdzie powierzchnia użytkowa wynosi 408 $m^2$, zaś powierzchnia wykorzystana to: 108 $m^2$.
- Portiernia, gdzie powierzchnia użytkowa wynosi 27 $m^2$, zaś powierzchnia wykorzystana to: 0 $m^2$.

- Budynek warsztatowy (warsztat mechaniczny), gdzie powierzchnia użytkowa wynosi 67 $m^2$, zaś powierzchnia wykorzystana to: 67 $m^2$.
- Budynek tlenowni (rozprężnia tlenu, magazyn butli z gazami medycznymi), gdzie powierzchnia użytkowa wynosi 75 $m^2$, zaś powierzchnia wykorzystana to: 75 $m^2$.
- POZ, statystyka, księgowość, gdzie powierzchnia użytkowa wynosi 654 $m^2$, zaś powierzchnia wykorzystana to: 654 $m^2$.
- Administracja, gdzie powierzchnia użytkowa wynosi 146 $m^2$, zaś powierzchnia wykorzystana to: 146 $m^2$.
- Budynek magazynowy TR, gdzie powierzchnia użytkowa wynosi 672 $m^2$, zaś powierzchnia wykorzystana to: 235 $m^2$.
- Kotłownia (kotłownia wraz z niezbędną infrastrukturą), gdzie powierzchnia użytkowa wynosi 4 718 $m^2$, zaś powierzchnia wykorzystana to: 4 718 $m^2$.
- Zakład psychiatryczny (Zakład Psychiatryczny, Zakład Leczenia Uzależnień), gdzie powierzchnia użytkowa wynosi 5 609 $m^2$, zaś powierzchnia wykorzystana to: 5 000 $m^2$.

**3.8 Analiza dostosowania do wymagań, o których mowa w art. 22 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.**

Przedmiotowy arkusz dotyczy dostosowania do wymogów (MZ, SANEPID, P.POŻ) poszczególnych komórek tj. pracowni, poradni czy oddziałów. Wszystkie miejsca udzielania świadczeń spełniają powyższe wymogi.

**3.9 Analiza działalności innej niż lecznicza.**

Arkusz 3.9 obejmuje rodzaje prowadzonej działalności wraz z uzasadnieniem i ze wskazaniem poziomu zyskowności, analizę przychodów z tej działalności, jeżeli jest to działalność komercyjna, wskazanie odbiorców usług, określenie sposobu wykorzystania nadwyżki przychodów (zysku), w szczególności określenie, czy zostaną przeznaczone na inwestycje czy pokrycie straty z działalności leczniczej. Zaprezentowano:

- Inne programy i projekty finansowane ze środków publicznych – forma działalności: niekomercyjna, rodzaj działalności: PSZ, rodzaj odbiorców: pacjenci szpitala, przychody: 80 000 zł, koszty bezpośrednie - wg cen zakupu - w przypadku odsprzedaży (wartość): 105 127 zł, koszty bezpośrednie pozostałe (wartość): 0 zł, wynik: -25 127 zł, rentowność: - 31,41 %.
- Działalność dydaktyczna – forma działalności: niekomercyjna, rodzaj działalności: PSZ, rodzaj odbiorców: lekarze stażyści, przychody: 455 516 zł, koszty bezpośrednie - wg cen zakupu - w przypadku odsprzedaży (wartość): 451 649 zł, koszty bezpośrednie pozostałe (wartość): 3 504 zł, wynik: 363 zł, rentowność: 0,08 %.
- Inne programy i projekty finansowane ze środków publicznych - forma działalności: niekomercyjna, rodzaj działalności: PSZ, rodzaj odbiorców: personel szpitala (szkolenia), przychody: 68 240 zł, koszty bezpośrednie - wg cen zakupu - w przypadku odsprzedaży (wartość): 54 592 zł, koszty bezpośrednie pozostałe (wartość): 13 648 zł, wynik: - zł, rentowność: - %.
- Działalność dydaktyczna - forma działalności: komercyjna, rodzaj działalności: PSZ, rodzaj odbiorców: praktyki zawodowe, studenci, przychody: 26 329 zł, koszty bezpośrednie - wg cen zakupu - w przypadku odsprzedaży (wartość): 0 zł, koszty bezpośrednie pozostałe (wartość): 15 632 zł, wynik: 10 697 zł, rentowność: 40,63 %.
- Działalność pomocnicza o charakterze medycznym - forma działalności: komercyjna, rodzaj działalności: diagnostyka obrazowa, rodzaj odbiorców: odpłatne badania, pacjenci prywatni i POZ z którymi jest zawarta umowa podwykonawstwa, przychody: 453 314 zł, koszty bezpośrednie - wg cen zakupu - w przypadku odsprzedaży (wartość): 3 972 zł, koszty bezpośrednie pozostałe (wartość): 58 767 zł, wynik: 390 575 zł, rentowność: 86,16 %.

- Działalność pomocnicza o charakterze medycznym - forma działalności: komercyjna, rodzaj działalności: laboratorium, rodzaj odbiorców: odpłatne badania, pacjenci prywatni i POZ z którymi jest zawarta umowa podwykonawstwa, przychody: 200 340 zł, koszty bezpośrednie - wg cen zakupu - w przypadku odsprzedaży (wartość): 66 754 zł, koszty bezpośrednie pozostałe (wartość): 176 828 zł, wynik: - 43 242 zł, rentowność: - 21,58 %.
-Działalność pomocnicza o charakterze medycznym - forma działalności: komercyjna, rodzaj działalności: opieka długoterminowa, rodzaj odbiorców: odpłatność pacjentów, przychody: 1 139 697 zł, koszty bezpośrednie - wg cen zakupu - w przypadku odsprzedaży (wartość): 0 zł, koszty bezpośrednie pozostałe (wartość): 0 zł, wynik: - zł, rentowność: - %.
- Działalność pomocnicza o charakterze niemedycznym - forma działalności: komercyjna, rodzaj działalności: żywienie, rodzaj odbiorców: catering za COM, odpłatne obiady dla pracowników, przychody: 347 825 zł, koszty bezpośrednie - wg cen zakupu - w przypadku odsprzedaży (wartość): 112 832 zł, koszty bezpośrednie pozostałe (wartość): 189 372 zł, wynik: 45 620 zł, rentowność: 3,12 %.
- Działalność pomocnicza o charakterze niemedycznym - forma działalności: komercyjna, rodzaj działalności: pralnia , rodzaj odbiorców: pranie bielizny podmiotom zewnętrznym, przychody: 2 420 zł, koszty bezpośrednie - wg cen zakupu - w przypadku odsprzedaży (wartość): 717 zł, koszty bezpośrednie pozostałe (wartość): 4 151 zł, wynik: - 2 449 zł, rentowność: - 101,20 %.
- Działalność pomocnicza o charakterze niemedycznym - forma działalności: komercyjna, rodzaj działalności: sterylizacja, rodzaj odbiorców: podmioty zewnętrzne, przychody: 680zł, koszty bezpośrednie - wg cen zakupu - w przypadku odsprzedaży (wartość): 8 zł, koszty bezpośrednie pozostałe (wartość): 632 zł, wynik: 40 zł, rentowność: 5,87 %.
- Działalność pomocnicza o charakterze niemedycznym - forma działalności: komercyjna, rodzaj działalności: najem, rodzaj odbiorców: podmioty zewnętrzne, przychody: 440 409 zł, koszty bezpośrednie - wg cen zakupu - w przypadku odsprzedaży (wartość): 0 zł, koszty bezpośrednie pozostałe (wartość): 0 zł, wynik: - zł, rentowność: - %.
- Działalność pomocnicza o charakterze niemedycznym - forma działalności: komercyjna, rodzaj działalności: sprzedaż mediów wspólnotom mieszkaniowym, rodzaj odbiorców: podmioty zewnętrzne, przychody: 747 900 zł, koszty bezpośrednie - wg cen zakupu - w przypadku odsprzedaży (wartość): 0 zł, koszty bezpośrednie pozostałe (wartość): 0 zł, wynik: - zł, rentowność: - %.

### 3.10 Analiza realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Tabela w formie excel, reprezentująca wartość i zakres a także rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych na podstawie tych umów, obszary z nadwykonaniami i obszary z niepełną realizacją świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich poziom.

### 3.11 Analiza zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych.

W zakładce zamieszczono dane, takie jak rodzaj, dynamika w trakcie roku obrotowego, rodzaj tendencji (rosnąca/spadkowa),a także porównanie z rokiem poprzednim.
Wartość zobowiązań długoterminowych maleje . Jest to pożyczka z Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska I Gospodarki Wodnej zaciągnięta na termomodernizację budynków szpitala, którą spłacamy w kwartalnych ratach w kwocie 4 137 zł. Wartość zobowiązań krótkoterminowych rośnie z powodu wzrostu cen towarów i usług. Wzrost zobowiązań krótkoterminowych jest też pochodną wzrostu wynagrodzeń personelu, do którego obliguje nas ustawa.

### 3.12 Analiza wierzytelności.

| Wyszczególnienie | Stan na dzień 31 grudnia (n-1) roku | Stan na dzień 31 marca (n) roku | Stan na dzień 30 czerwca (n) roku | Stan na dzień 30 września (n) roku | Stan na dzień 31 grudnia (n) roku | Stan na dzień 31 marca (n+1) roku | Tendencja 31 grudnia (n) roku/ 31 grudnia (n-1) roku | Tendencja 31 marca (n+1) roku/ 31 grudnia (n) roku | Tendencja 30 czerwca (n+1) roku/ 31 marca (n+1) roku |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Zobowiązania długoterminowe | 153 049,00 | 148 912,00 | 144 775,00 | 140 638,00 | 136 501,00 | 132 364,00 | 89,2% | 97,0% | 0,0% |
| Zobowiązania krótkoterminowe (bez funduszy specjalnych) | 10 040 714,00 | 10 036 784,00 | 9 680 699,00 | 10 462 966,00 | 11 007 734,00 | 11 436 494,00 | 109,6% | 103,9% | 0,0% |

Analiza wierzytelności na potrzeby Programu Naprawczego obejmuje: a) podział na okresy zapadalności, b) wyszczególnienie wierzytelności dochodzonych na drodze sądowej i krótkoterminowych, rodzaj, dynamika w trakcie roku obrotowego, rodzaj tendencji (rosnąca/spadkowa), a także porównanie z rokiem poprzednim.

| Wyszczególnienie | Stan na dzień 31 grudnia (n-1) roku | Stan na dzień 31 marca (n) roku | Stan na dzień 30 czerwca (n) roku | Stan na dzień 30 września (n) roku | Stan na dzień 31 grudnia (n) roku | Stan na dzień 31 marca (n+1) roku | Stan na dzień 30 czerwca (n+1) roku | Tendencja 31 grudnia (n) roku/ 31 grudnia (n-1) roku | Tendencja 31 marca (n+1) roku/ 31 grudnia (n) roku |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Zobowiązania ogółem, w tym: | 10 193 763,00 | 10 185 696,00 | 9 825 474,00 | 10 603 604,00 | 11 144 235,00 | 11 568 858,00 | 0,00 | 109,3% | 103,8% |
| zobowiązania wymagalne | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | |

| Podział wierzytelności według grup wierzycieli | Stan na dzień 31 grudnia (n-1) roku | Stan na dzień 31 marca (n) roku | Stan na dzień 30 czerwca (n) roku | Stan na dzień 30 września (n) roku | Stan na dzień 31 grudnia (n) roku | Stan na dzień 31 marca (n+1) roku | Stan na dzień 30 czerwca (n+1) roku | Tendencja 31 grudnia (n) roku/ 31 grudnia (n-1) roku | Tendencja 31 marca (n+1) roku/ 31 grudnia (n) roku | Tendencja 30 czerwca (n+1) roku/ 31 marca (n+1) roku |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Wierzytelności ogółem, w tym:** | **9 034 313,80** | **8 738 640,80** | **6 992 457,40** | **6 530 622,25** | **9 087 887,97** | **8 395 472,97** | **7 445 025,69** | **100,6%** | **92,4%** | **88,7%** |
| ***od Narodowego Funduszu Zdrowia*** | **8 518 137,88** | **8 193 402,08** | **6 485 541,09** | **5 992 050,81** | **8 478 319,80** | **7 787 775,63** | **6 532 211,64** | **99,5%** | **91,9%** | **83,9%** |
| ***od Ministerstwa Zdrowia*** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | | | |
| ***od samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*** | **40 451,17** | **42 856,69** | **68 423,95** | **71 342,33** | **73 223,79** | **70 022,89** | **73 289,65** | **181,0%** | **95,6%** | **104,7%** |
| ***od podmiotów leczniczych innych niż w A.3.*** | **337 765,88** | **343 491,88** | **328 351,42** | **362 018,95** | **373 168,68** | **375 685,08** | **364 241,17** | **110,5%** | **100,7%** | **97,0%** |
| ***od pozostałych wierzycieli*** | **137 958,87** | **158 890,15** | **110 140,94** | **105 210,16** | **163 175,70** | **161 989,37** | **475 283,23** | **118,3%** | **99,3%** | **293,4%** |

Wielkość wierzytelności jest wartością zmienną. Głównym powodem powstałych wierzytelności jest polityka finansowa NFZ, skutkująca brakiem regularnych płatności za nadwykonania, brakiem płatności nadwykonań za usługi limitowane i niepełnymi płatnościami z tytułu nadwykonań w tzw. usługach nielimitowanych oraz wzrostem cent, towarów i usług, w tym kosztów pracy.

**3.13 Analiza na podstawie wskaźników określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 53a ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej**
Dane przedstawione w formie tabeli excel - zobowiązania krótkoterminowe.

| | (n-1) rok | (n) rok |
|---|---|---|
| **Zobowiązania krótkoterminowe (w zł)** | 10 040 714 | 11 007 734 |

Wskaźniki finansowe mają ujemną lub niską wartość ze względu na ujemny wynik finansowy, który w wykazanych latach, był pochodną trudnej sytuacji finansowej jednostki.

**3.14 Analiza kluczowych elementów kosztowych.**

**3.14.1 Analiza kosztów w podziale na główne kategorie (materiałowe, osobowe, zarządu, inne).**
Tabela w formie excel zawiera dane liczbowe odzwierciedlające dane kosztowe, wg wskazanych kategorii.

**3.14.2 Analiza kosztów w podziale na rodzaje działalności**
Tabela zawiera informacje o kosztach wg poszczególnych rodzajów działalności.

| Rok bazowy – 1 | | | **Rok bazowy** | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Rodzaj działalności | Wartość kosztów | Udział % w kosztach całkowitych podmiotu | Wartość kosztów2 | Udział % w kosztach całkowitych podmiotu2 | Zmiana wartości (rok bazowy-rok bazowy -1/rok bazowy-1) % |
| 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 01_Podstawowa Opieka Zdrowotna | 2429330,03 | 2,72% | 2775578,31 | 2,83% | 14,25% |
| 02_Ambulatoryjna opieka specjalistyczna | 5589162,08 | 6,27% | 6458451,49 | 6,58% | 15,55% |
| 03_Leczenie szpitalne | 34901794,51 | 39,15% | 38266444,72 | 39,00% | 9,64% |
| 04_Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień | 4926337,70 | 5,53% | 5697364,20 | 5,81% | 15,65% |
| 05_Rehabilitacja lecznicza | 2491833,37 | 2,79% | 2612075,57 | 2,66% | 4,83% |
| 07_Leczenie stomatologiczne | 0,00 | 0,00% | 0,00 | 0,00% | |
| 08_Lecznictwo uzdrowiskowe | 0,00 | 0,00% | 0,00 | 0,00% | |
| 10_Profilaktyczne programy zdrowotne | 0,00 | 0,00% | 0,00 | 0,00% | |
| 11_Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie | 0,00 | 0,00% | 0,00 | 0,00% | |
| 14_Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze | 5468465,58 | 6,13% | 6341070,34 | 6,46% | 15,96% |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 15_Opieka paliatywna i hospicyjna | 0,00 | 0,00% | 0,00 | 0,00% | |
| 16_Ratownictwo medyczne | 2901304,76 | 3,25% | 3132890,07 | 3,19% | 7,98% |
| 17_Pomoc doraźna i transport sanitarny od 2009 | 0,00 | 0,00% | 0,00 | 0,00% | |
| 18_Programy pilotażowe | 0,00 | 0,00% | 0,00 | 0,00% | |
| 21_Inne usługi realizowane w aptekach | 0,00 | 0,00% | 0,00 | 0,00% | |
| INNE – Pozostałe | 30453264,38 | 34,16% | 32840459,10 | 33,47% | 7,84% |

### 3.15 Analiza finansowa kluczowych komórek organizacyjnych, w których są udzielane świadczenia zdrowotne

#### 3.15.1 Komórki organizacyjne w których są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu opieki ambulatoryjnej i stacjonarnej

W tabeli zaprezentowano dane z analizy finansowej kluczowych komórek udzielających świadczeń zdrowotnych. Powyższe dane prezentuje załącznik nr 4.

#### 3.15.2 Komórki organizacyjne w których są udzielane świadczenia zdrowotne w ramach pracowni diagnostycznych i Bloku Operacyjnego.

Kolejnym etapem prezentacji danych źródłowych o charakterze kosztowym są informacje dotyczące komórek z tzw. „zaplecza diagnostyczno-usługowego".

| NAZWA KONTA ZESPOŁU 5 - OŚRODKA POWSTAWANIA KOSZTÓW (OPK) | Koszty bezpośrednie OPK | w tym koszty materiałowe medyczne | Przychody (całkowite) | Przychody z NFZ | Pozostałe przychody | Zysk / strata | Rentowność NFZ | Rentownos pozostałej sprzedaży (usług) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | 7 | 8 | 17 | 18 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| lok Operacyjny | 604 933 | 604 933 | | - | - | | | |
| aboratorium Centralne | 542 357 | 542 357 | | - | 200 340 | | | 100,00 |
| racownia entgenodiagnostyki, ltrasonografii i lektrodiagnostyki | 427 820 | 427 820 | | 77 041 | 453 314 | | 100,00% | 100,00 |
| racownia Endoskopii | 236 193 | 236 193 | 1 074 233 | 1 073 333 | 900 | 1 074 233 | 100,00% | 100,00 |
| acownia Prób /ysiłkowych | - | - | | - | - | | | |
| racownia Tomografii omputerowej | 181 000 | 181 000 | 293 923 | 293 923 | - | 293 923 | 100,00% | |

**3.15.3 Komórki organizacyjne w których są udzielane świadczenia zdrowotne w ramach Izby Przyjęć.**

Analizą kosztową objęta została również Izba Przyjęć. Dane dotyczące komórki prezentuje poniższa tabela.

| NAZWA KONTA ZESPOŁU 5 - OŚRODKA POWSTAWANIA KOSZTÓW (OPK) | Wartość przychodów | Koszt bezpośrednie + koszty procedur (tylko dla OPK 503, a nie całego SOR/IP) | Wynik finansowy | Rentowność | Łączna wartość kosztów osobowych (UOP + UCP) - dotyczy całego SOR/IP |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 | 6 | 7 | 11 | 12 | 13 |
| Izba Przyjęć | 2 805 766 | 2 039 699 | 766 067 | 27,30% | 1 877 342 |

**3.16 Wnioski z analiz, o których mowa w pkt 3.1 –3.15**

W kolejnej „zakładce" Planu zawarto wnioski aplikacyjne sformułowane na podstawie analizy przyczynowo - skutkowej zgromadzonych, na potrzeby niniejszego planu, danych statystycznych oraz innych danych źródłowych o kluczowym znaczeniu dla kondycji jednostki i dostępności świadczonych przez nią usług. Zakłada się, że ich uwzględnienie lub/i implementacja w przyjętej polityce zarządczej przyczyni się do zoptymalizowania kosztów i sukcesywnego odzyskiwania płynności finansowej.

Analiza otoczenia: kondycja ekonomiczna/gospodarcza powiatu nie rokuje dobrze ani dla rozwoju gospodarczego, ani też dla sytuacji demograficzno-społecznej i zdrowotnej społeczeństwa. Specyfika rynku pracy (z przewagą sektora I) oraz z jego małą chłonnością predysponują bowiem do: odpływu ludzi młodych i wykwalifikowanych do większych ośrodków (np. Radomia, Warszawy, Kielc); ujemnego przyrostu naturalnego; ponadprzeciętnej dynamiki przemian demograficznych (skutkującej dynamicznym ubytkiem naturalnym ludności, starzeniem się ludności oraz potencjalnym „kurczeniem" zasobów pracy i zasobów opiekuńczych) przy jednoczesnym wzroście zapotrzebowania na usługi zdrowotne i opiekuńczo-bytowo- oraz wspierające adresowane do grupy senioralnej i malejącym zapotrzebowaniu w zakresie usług zdrowotnych położniczych, neonatologicznych i na rzecz dzieci. Potwierdza to analiza sytuacji demograficzno-społecznej w świetle której w powiecie zmniejsza się liczba ludności (wskutek ujemnego salda migracji i ujemnej stopy przyrostu naturalnego); maleje udział ludności w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym (w tym kobiet w wieku reprodukcji), a wzrasta odsetek ludności w wieku poprodukcyjnym, w tym wieku 85+. Nakładają się na to zmiany kulturowe chrakteryzujące się brakiem skłonności do posiadania potomstwa, zwiększeniem liczby gospodarstw jednoosobowych (w tym senioralnych), wzrostem aktywności zawodowej kobiet i wygasaniem funkcji opiekuńczej rodziny. Negatywne trendy mają większą, względem kraju, dynamikę i stanowią przesłankę do modernizacji oferty usługowej SPZZOZ w Lipsku pod kątem wyzwań wynikających z trendów demograficzno-społecznych. Relatywnie niski poziom rozwoju, trudna sytuacja gospodarcza/ekonomiczna, brak dużych firm, rolniczy charakter powiatu, relatywnie niska wielkość dochodów własnych powiatu znacznie ogranicza możliwości wspierania sektora ochrony zdrowia przez lokalne podmioty, w tym samorząd powiatu

Analiza konkurencji: najbliżej położonym szpitalem jest SPZZOZ w Zwoleniu, który znajduje się w sąsiednim powiecie -odległość między jednostkami to 24 km. Względem SPZZOZ w Lipsku, jest to mała jednostka, która posiada 75 łóżek, zaś jej kontrakt z NFZ opiewa na kwotę: 29 812 961,26 zł. Analogicznymi zakresami świadczeń są w tamtejszym szpitalu: oddział chorób wewnętrznych i zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy. Dodatkowo tamtejszy świadczeniodawca udziela świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej – jest to zakres świadczeń, który SPZZOZ w Lipsku uwzględnia w swoim Programie Naprawczym na lata 2026- 2028. Kolejne szpitale będące w zasięgu do 30 km to: Powiatowe Centrum Zdrowia w Opolu Lubelskim oraz SPZZOZ w Iłży. Istotnym elementem, na który także należy zwrócić uwagę, to sąsiadująca z SPZZOZ w Lipsku, jednostka POZ - Samodzielny Publiczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Lipsku. Świadczeniodawca ma swoją siedzibę przy tej samej ulicy co szpital w Lipsku. Stwarza to konkurencję dla świadczeń udzielanych w ramach POZ, funkcjonującego w strukturach naszego szpitala.

Analiza potrzeb medycznych: analiza kluczowych /strategicznych dokumentów (Mapa Potrzeb Zdrowotnych, Krajowy Plan Transformacji) wskazuje, iż w koncepcji modernizacji zakresu usług SPZZOZ w Lipsku winien uwzględniając fakt malejącego zapotrzebowania na usługi położnicze i pediatryczne (MPZ) przy jednoczesnym wzroście zapotrzebowania na stacjonarne usługi paliatywne i hospicyjne (KPT) i inne, adresowane do seniorów i osób zależnych.
Analiza statystyczno – medyczna: SPZZOZ w Lipsku oferuje szeroki wachlarz świadczeń udzielanych w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej z czego większość poradni działa w ramach umowy sieciowej PSZ w tym m.in. poradnia chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologiczna, kardiologiczna, gruźlicy i chorób płuc, alergologiczna, dermatologiczna – gdzie w Wojewódzkim Planem Transformacji obserwujemy intensyfikację działań i nacisk na w/w zakresy . Istotnym elementem na który należy zwrócić uwagę jest fakt, że szpital zapewnia dostęp do Poradni Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia od alkoholu - co wpisuje się w Wojewódzki Plan Transformacji na lata 2027-2031 (działanie 2.5.2.). Pacjenci w naszej jednostce znajdą również pomoc w Poradni Zdrowia Psychicznego czy Poradni Psychologicznej dla Dzieci a także Poradni Logopedycznej. Szpital w swej strukturze posiada także Podstawową Opiekę Zdrowotną i Poradnię Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej - czyli zapewnia świadczenia od początku drogi, jaką musi „przebyć" pacjent. SPZZOZ w Lipsku udziela świadczeń m.in. w Izbie Przyjęć – roczna ilość pacjentów to około 1038. W ramach ryczałtu udzielamy świadczeń w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddziale Chirurgii Ogólnej, Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, Oddziale Wewnętrznym, Oddziale Reumatologii, Oddziale Ginekologii i Położnictwa. Z kolei w ramach świadczeń poza ryczałtem posiadamy Oddział Dziecięcy, Oddział Noworodkowy, Oddział Rehabilitacji Stacjonarnej, Zakład/Ośrodek Rehabilitacji Dziennej, Oddział Psychiatryczny dla Przewlekle Chorych, Oddział Leczenia Uzależnień, a także Zakład Opiekuńczo – Leczniczy. Z przeprowadzonej analizy na podstawie części 3.4.4. wynika, że najmniejsze obłożenie w 2025 roku zanotowały oddziały: Oddział Noworodkowy (16,13%), Oddział Ginekologiczno – Położniczy (19,39%), Oddział Chirurgii Ogólnej (45,08%) oraz Oddział Dziecięcy (46,34%). W wyniku tak niskiego obłożenia, poczyniono pierwsze działania naprawcze tj. po wykonaniu szczegółowej analizy zajętości i obłożenia łóżek oraz z uwzględnieniem prognoz dla danych komórek - w 2026 roku za zgodą NFZ i Wojewody zmniejszono ilość łóżek: w Oddziale Ginekologiczno – Położniczym z 18 na 8, w Oddziale Noworodkowym z 8 na 4 oraz w Oddziale Dziecięcym z 16 na 10. Wpłynie to na podniesienie wskaźników zajętości łóżek za 2026 rok. Zauważalnym problemem jest niskie wykorzystanie potencjału lokalowego i sprzętowego Bloku Operacyjnego w ramach dziennej ordynacji. Z kolei godzinach popołudniowych ilość zabiegów jest znikoma. Sytuacja ta skutkuje marnowaniem posiadanych zasobów.

Analiza zasoby ludzkie: Niedobór kadry medycznej, głównie lekarzy, szczególnie w oddziałach: Chorób Wewnętrznych, Chirurgii Ogólnej, Rehabilitacji Stacjonarnej, Pediatrycznym, Psychiatrycznym. Starzenie się personelu - wysoki wskaźnik pracowników w wieku emerytalnym oraz w wieku przedemerytalnym, brak sukcesji pokoleniowej. Młody personel jako swoje miejsce pracy wybiera większe ośrodki lub sektor prywatny, gwarantujący system motywujący oraz indywidualne ścieżki rozwoju/kariery zawodowej. Nadmierne obciążenie pracą wynikająca z małej obsady personelu może również skutkować wypaleniem zawodowym pracowników, chorobami, absencjami i zaniedbaniami w zakresie powierzonych obowiązków. Oznacza to potrzebę aktywizacji działań ukierunkowanych na pozyskiwanie personelu lekarskiego. W przypadku deficytów kadrowych wynikających z długotrwałych zwolnień należy stosować elastyczne rozwiązania (np. zatrudnianie na zastępstwo). Z uwagi na dynamicznie zmieniające się warunki zachodzi potrzeba podnoszenia kompetencji kadr, w tym kadr zarządzających, m.in. W zakresie "zarządzania wiekiem".

Analiza sprzętu medycznego: szpital dysponuje niezbędnym i wymagalnym sprzętem. Jednakże należy zwrócić uwagę, iż część urządzeń będzie wymagała wymiany w trakcie trwania Programu Naprawczego. Jednym z takich urządzeń jest Zestaw endoskopowy z myjnią Olympus (2 x gastroskop GIF-H170, 2x kolonoskop CF-H170L, Procesor Wideo CV-190, Źródło światła CLV – 190, Monitor medyczny NDS C19, Pompa płucząca OFP-2, Wózek Endoskopowy TC-C4, Szafa na endoskopy, Diatermia ESG – 150, Ssak Endoskopowy KV-6 ) o wartości: 40 412,68 zł. Kolejnym sprzętem, który będzie wymagał wymiany to zestaw do zabiegów laparoskopowych i histeroskopowych STRYKER o wartości 6 644 zł. Ponadto w okresie realizacji Programu Naprawczego, niezbędnym będzie zakup sprzętu: aparat do znieczuleń z monitorem pacjenta, EKG, zestaw do zabiegów laparoskopowych, kardiomonitor, materace przeciwodleżynowe, łóżka wielofunkcyjne z napędem elektrycznym- łączna wartość sprzętu wyszacowana jest na kwotę: 571 892 zł.

Analiza infrastruktury: szpital funkcjonuje na działce nr ewidencyjny: Nr 2286/31, Nr KwRA1L/00034501/8 w ramach użyczenia. Całkowita powierzchnia działki to: 27948 m kw. Z czego część 18 906 m kw. Budynki zlokalizowane na przedmiotowej działce: kompleks budynków szpitala, budynek energetyczny, budynek magazynowy propan - buton, stacja wodociągowa, budynek anatomii patologicznej, portiernia, budynek warsztatowy, budynek tlenowni, POZ, statystyka, księgowość, administracja, budynek magazynowy TR, kotłownia, Zakład Psychiatryczny. Uwzględniając plany modernizacyjne usług zdrowotnych należy liczyć się z ograniczeniami narzucanymi przez ograniczoność zasobów infrastrukturalnych oraz koniecznością ponoszenia nakładów na poprawę jej stanu i dostosowanie do zmieniających się wymogów otoczenia, w tym formalno-prawnych i proceduralnych wymogów/standardów świadczenia usług zdrowotnych.

Analiza dostosowania do art. 22: pod kątem standardów koszykowych, które są wyznaczone przez Ministra Zdrowia i NFZ - jednostka spełnia wszystkie wymogi ustawowe. Szpital uzyskał autoryzację, jako jeden z pierwszych w województwie mazowieckim tj. w 2025 roku. Ponadto posiada Certyfikat Akredytacyjny, potwierdzający wysoki standard udzielanych świadczeń. Warunki higieniczno – sanitarne w szpitalu są prawidłowe i zgodne z obowiązującymi procedurami wewnętrznymi. Pomieszczenia są utrzymane w czystości. Stosowane są właściwe środki dezynfekcyjne, zaś personel przestrzega procedur zapobiegania zakażeniom. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości, natychmiast są one usuwane w celu utrzymania wysokiego poziomu standardów higienicznych. Pod kątem wymogów p.poż i BHP – szpital spełnia wszystkie kryteria.

Analiza innej działalności niż medyczna: w ramach działalności innej jak świadczenia zdrowotne na rzecz pacjentów ubezpieczonych, szpital ma w swej strukturze jednostki pomocnicze tj. laboratorium, pralnia, kuchnia. Z wszystkich tych jednostek, najniższa rentowność w 2025 roku, została zarejestrowana w Pralni. Strata osiągnięta przez tą jednostkę to -2 449 zł przy rentowności - 101,20%.

Analiza realizacji umów z NFZ: w 2025 roku SPZZOZ w Lipsku osiągnął nadwykonania zarówno w świadczeniach limitowanych i nielimitowanych. W przypadku świadczeń limitowanych nadwykonania zostały wypracowane w Rehabilitacji Stacjonarnej: 200 718 zł, w ramach Rehabilitacji w Ośrodku/Oddziale Dziennym szpital osiągnął 325 628 zł nadwykonań, w ramach ryczałtu: 633 897 zł nadwykonań. W zakresach: psychiatria i leczenie uzależnień: 373 481 zł, z kolei Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy osiągnął: 825 344zł nadwykonań – co daje z wszystkich zakresów łączną sumę: 2 359 068 zł. Jednostka z powyższych nadwykonań nie uzyskała płatności na poziomie: 1 338 183 zł. W zakresie świadczeń nielimitowanych SPZZOZ w Lipsku wypracował 4 517 119 zł – całość tych świadczeń została wypłacona przez NFZ. Należy zwrócić uwagę, że nie we wszystkich zakresach komórki wykonały przypisany plan. Niewykonania w 2025 roku opiewają na kwotę: 3 056 585 zł zarówno w świadczeniach limitowanych jak i nielimitowanych. Z powyższych analiz wynika, aby w przypadku świadczeń limitowanych, starać się o regularne zwiększanie planów na świadczenia zdrowotne oraz racjonalne dysponowanie środkami w ramach umowy z NFZ. Z kolei w ramach świadczeń nielimitowanych- regularne zwiększanie planów, według zapotrzebowania na dane świadczenia. W przypadku świadczeń nielimtowanych, które nie zostały zrealizowane – dokonać analizy przyczyn takiego stanu rzeczy.

Analiza zobowiązań: na dzień 31 grudnia 2025 roku SPZZOZ w Lipsku posiadał zobowiązania w wysokości 11 144 235 zł, z czego 136 501 zł są to zobowiązania długoterminowe, zaś 11 007 734 zł krótkoterminowe. Znaczny wzrost zobowiązań szpital wygenerował w III kwartale 2025 roku.

Analiza wierzytelności: stan wierzytelności na dzień 31 grudnia 2025 roku dla SPZZOZ wynosił 9 087 888 zł.

Analiza wskaźników finansowych: wartość wskaźnika zyskowności na dzień 31 grudnia osiągnął - 6,3%.

Analiza kosztów kluczowych: w 2025 roku przychody osiągnęły wartość 92 309 267 zł, zaś koszty osiągnęły wartość 98 131 011 i stanowiły 106,32%.

Analiza finansowa OPK: w 2025 roku najmniej rentownym oddziałem w SPZZOZ w Lipsku był Oddział Ginekologiczno - Położniczy - 157,92% rentowności i strata na poziomie -4 583 216,05 zł. Kolejnym najmniej dochodowym oddziałem był Oddział Noworodkowy, którego rentowność oscylowała w granicach - 84,43% ze stratą - 646 985,69 zł. Trzecim najmniej rentownym oddziałem był Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, gdzie rentowność wyniosła - 80,83% z wynikiem na poziomie - 3 892 894,39 zł.

Reasumując, niezależnie od tego, że publiczne podmioty lecznicze realizujące usługi społeczne w zakresie ochrony zdrowia nie są nastawione na zysk, to obowiązek realizacji praktyk zmierzających do optymalizowania kosztów w celu zapewnienia dostępności usług stanowi integralny element procesu zarządczego

### 3.17 Ocena stanu bieżącego zawierająca identyfikację przyczyn wystąpienia bieżącej sytuacji oraz obszarów wymagających działań naprawczych.

W kolejne części Planu dokonano identyfikacji przyczyn trudnej sytuacji. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku zabezpiecza świadczenia na terenie powiatu lipskiego dla 31 399 mieszkańców oraz dla pacjentów z sąsiednich powiatów: zwoleński, radomski, kozienicki, opolski, ostrowiecki. W 2025 roku pomyślnie przeszedł autoryzację, a rok wcześniej otrzymał Akredytację z CMJ. Szpital udziela świadczeń ramach sieci szpitali I poziomu, a także w ramach opieki długoterminowej i psychiatrycznej. Posiada w swojej strukturze Izbę Przyjęć, NPL, zespół ratownictwa medycznego i POZ oraz bogatą ofertę świadczeń w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (15 poradni) oraz Kosztochłonnej (2 poradnie: TK, pracownia endoskopii). Na koniec 2025 roku jednostka osiągnęła stratę z wysokości „-5 821 743,76 zł" na co wpływ miało wiele czynników natury endo - i egozgennej. W trakcie analizy przeprowadzonej na potrzeby tworzonego Programu Naprawczego oraz wcześniejszych analiz Dyrekcji Jednostki i Zespołu ds. Controllingu można wskazać kluczowe czynniki wpływające negatywnie na kondycję ekonomiczną firmy oraz obszary, które należy objąć działaniami naprawczymi. Przyczyny trudnej sytuacji są pochodnymi m.in. wielkości i struktury finansowania usług przez NFZ nieadekwatnie małej względem kosztów funkcjonowania jednostki, brak płatności za nadwykonania (opóźnienia, wypłata części zobowiązań - np. w przypadku świadczeń limitowanych, największe nadwykonania zostały wypracowane w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym tj. 825 344 zł nadwykonań. W tym miejscu, należy podkreślić fakt, iż nadwykonania te były wynikiem wprowadzonego żywienia dojelitowego z zastosowaniem PEG, czego nie można przewidzieć i zaplanować przy przyjęciu pacjenta. Drugie co do wielkości nadwykonania limitowane, jednostka osiągnęła w ramach realizowanego ryczałtu tj. 633 897 zł nadwykonań. Łączne nadwykonania limitowane osiągnęły w 2025 roku wartość 2 359 068 zł, z czego jednostka nie uzyskała płatności na poziomie: 1 338 183 zł.). Trudna sytuacja jest też pochodną wzrostu cen rynkowych towarów i usług oraz wzrostu kosztów wynagrodzeń; są też rezultatem transformacji demograficzno- społecznych skutkujących zmniejszeniem zapotrzebowania na usługi z zakresu położnictwa, neonatologii i pediatrii i wzrostem zapotrzebowania na usługi adresowane do grup senioralnych. W ramach naszej jednostki a tym samym na terenie powiatu lipskiego, brakuje natomiast zabezpieczenia pod katem Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej – świadczenia w Oddziale Medycyny Paliatywnej/Hospicjum Stacjonarne. Zgodnie z aktualnymi Mapami Potrzeb Zdrowotnych oraz Wojewódzkim Planem Transformacji rozwój opieki hospicyjnej i paliatywnej stanowi jeden z kluczowych priorytetów dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla powiatu lipskiego. Zasadnym jest więc włączenie tych działań do planów strategicznych Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku, co nie tylko wpisuje się w politykę zdrowotną państwa, ale także stanowi warunek właściwego zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego lokalnej społeczności powiatu lipskiego, a tym samym jednym z kluczowych działań, które należy podjąć w Programie Naprawczym na lata 2026-2031. Przyczyny trudnej sytuacji jednostki są też pochodną niedostatecznie wysokiego poziomu wykorzystania zasobów jednostki (kadrowych, infrastrukturalnych, wyposażeniowych. Dotyczy to m.in. bloku operacyjnego poprzez zwiększenie liczby zabiegów planowych, poprawę organizacji harmonogramów operacyjnych oraz optymalizację wykorzystania istniejącej infrastruktury, zaś w przypadku utrzymywania się obecnego poziomu aktywności zabiegowej należy rozważyć dostosowanie zasobów bloku operacyjnego do rzeczywistych potrzeb szpitala). Uwzględniając powyższe nasuwa się wniosek umożliwiający określenie obszarów koniecznych do objęcia działaniami naprawczymi. Dotyczą one: zwiększenia efektywności wykorzystania Bloku Operacyjnego; zmodernizowania oferty usługowej jednostki poprzez zastąpienie usług

z zakresu położnictwa i neonatologii usługami na rzecz seniorów (z zachowaniem usług ginekologicznych); zwiększenia efektywności wykorzystania pralni, kuchni, pracowni diagnostycznych i zasobów technicznych; zwiększenia efektywności zasobów infrastrukturalnych; zoptymalizowania kosztów funkcjonowania oddziałów poprzez ograniczenie liczby łóżek; zwiększenia efektywności w obszarze zarządczo - organizacyjnym. Nadmienić należy, że już w roku bieżącym wdrożono działania ukierunkowane na zmniejszenie strat w oddziałach ginekol.-poł; neonatol. i dziec.(m.in. poprzez zmniejszenie liczby łóżek i modernizacji zasobów kadrowych). Uzyskano w tym zakresie pozytywną opinię Wojewody i NFZ i uruchomiono procedury . Procedowane są też procesy ukierunkowane na zwiększenie efektywności wykorzystania zasobów infrastrukturalnych, w tym bloku operacyjnego; jednostka aktywnie uczestniczy w pozyskiwaniu środków zewnętrznych, w tym UE. Z uwagi na swoje strategiczne (w aspekcie celów obronnościowych) położenie (linia Wisły, most) jednostka weszła na listę „Szpitali przyjaznych wojsku" wzmacniając, przy aktywnym zaangażowaniu władz samorządowych powiatu, swój potencjał obronnościowy.

**3.18 Opis i ocena ryzyka dla dalszego funkcjonowania podmiotu leczniczego, w szczególności opis i ocena ryzyka dla dalszego funkcjonowania podmiotu leczniczego, z uwzględnieniem ryzyka finansowego (przychody w relacji do kosztów, zobowiązania, w tym wymagalne), kadrowego (braki w kluczowych specjalizacjach, ryzyko odejść).**

Kolejnym etapem Planu było określenie ryzyk w niżej wymienionych kategoriach:

Obszar ryzyka: operacyjne - niewykorzystane rezerwy potencjału organizacyjnego i technicznego Bloku Operacyjnego powodują konieczność ponoszenia nakładów nieadekwatnie wysokich względem potencjalnych korzyści. Ich ponoszenie w tej chwili jest podyktowane koniecznością zapewnienia standardów określonych przez prawo i NFZ. Niskie wykorzystanie możliwości komórki, generuje znaczne straty dla szpitala. Wpływ na podmiot: bardzo wysoki. Prawdopodobieństwo wystąpienia: bardzo wysokie. Poziom ryzyka: krytyczny. Rodzaj planowanej reakcji: ograniczenie.

Obszar ryzyka: finansowe - ryzyko finansowe, spowodowane niską rentownością i ujemnym wynikiem finansowym Oddziału Ginekologiczno - Położniczego. Komórka miniony rok zamknęła stratą na poziomie "- 4 583 216,05 zł". Rentowność tego oddziału wynosi: "-157,92%". Praca komórki w obecnej formie grozi pogłębianiem się kryzysu finansowego SPZZOZ w Lipsku, a tym samym zagraża płynności w realizacji świadczeń w innych zakresach. Wpływ na podmiot: bardzo wysoki. Prawdopodobieństwo wystąpienia: bardzo wysokie. Poziom ryzyka: krytyczny. Rodzaj planowanej reakcji: ograniczenie.
Obszar ryzyka: finansowe - Oddział Neonatologii jest drugim w kolejności oddziałem z wypracowaną stratą za 2025 rok na poziomie "- 646 985,69 zł" oraz rentownością "- 84,43%". Obecny model oddziału stwarza zagrożenie dla stabilności finansowej i organizacyjnej SPZZOZ w Lipsku w okresie realizacji Programu Naprawczego, a także w perspektywie dalszego funkcjonowania jednostki. Wpływ na podmiot: bardzo wysoki. Prawdopodobieństwo wystąpienia: bardzo wysokie. Poziom ryzyka: krytyczny. Rodzaj planowanej reakcji: ograniczenie.
Obszar ryzyka: kadrowe- w trakcie realizacji Programu Naprawczego, mogą wystąpić ryzyka związane brakami kadrowymi personelu lekarskiego. W dalszej perspektywie pojawia się ryzyko związane z niewystarczającą dostępnością personelu niezbędnego do realizacji świadczeń zdrowotnych. Mogą pojawić się braki w kluczowych specjalizacjach takich jak: radiologia, anestezjologia, chirurgia, ortopedia, pediatria, opieka paliatywna z zakresu leczenia szpitalnego. Z kolei w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej istnieje ryzyko odejścia

pracowników oraz deficytów kadrowych w różnych specjalizacjach (w przypadku wdrożenia rozwiązań formalno -prawnych regulujących kwestie form zatrudnienia lekarzy). Jest to ryzyko o istotnym znaczeniu dla ciągłości udzielania świadczeń (poradnie zabezpieczane tylko przez jednego lekarza). Wpływ na podmiot: wysoki. Prawdopodobieństwo wystąpienia: wysokie. Poziom ryzyka: wysoki. Rodzaj planowanej reakcji: ograniczenie.
Obszar ryzyka: operacyjne - jednostka może w przyszłości mierzyć się z nieadekwatnie małym wzrostem wartości umów zawieranych z NFZ względem wskaźnika inflacji i wzrostu cen towarów i usług oraz wynagrodzeń personelu medycznego. Należy w sposób bieżący czynić starania, aby we wszystkich umowach realizacja zakresów osiągnęła minimum 100%, zaś w świadczeniach nielimitowanych ponad 100%, co może przełożyć się na wzrost wolumenu umów. Ponadto wykonanie oddziałów ryczałtowych winno być na poziomie 98-102%. Wpływ na podmiot: średnie. Prawdopodobieństwo wystąpienia: średnie. Poziom ryzyka: średni. Rodzaj planowanej reakcji: ograniczenie.

## 4. Część II – opis działań naprawczych.

Część 4 Planu oświęcona została opisowi planowanych działań naprawczych.

### 4.1 Opis działań naprawczych dotyczących współpracy z innymi podmiotami leczniczymi, w tym w zakresie koncentracji zasobów ludzkich, infrastruktury oraz współpracy w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych i połączenia z innymi podmiotami leczniczymi według stanu na dzień sporządzenia programu naprawczego wraz z harmonogramem – jeżeli są przewidywane.

W powyższej kategorii zaproponowano następujące działania:

- Nazwa działania naprawczego: zwiększenie przyjęć pacjentów wymagających realizacji świadczeń w oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Opis działania naprawczego:
  w chwili obecnej brak jest Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w szpitalu w powiecie opatowskim położonym w odległości 55km od SPZZOZ w Lipsku. W związku z tym istnieje możliwość współpracy i pozyskania pacjentów wymagających intensywnej opieki. Przewidywana współpraca: Szpital Świętego Leona Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Opatowie. Planowany termin rozpoczęcia: październik 2026, planowany termin zakończenia: grudzień 2028.
- Nazwa działania naprawczego: zwiększenie świadczeń w oddziałach, których brak w sąsiednich szpitalach. Opis działania naprawczego: Szpital funkcjonuje w otoczeniu konkurencji w zakresie podstawowych świadczeń szpitalnych szczególnie -chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, rehabilitacji i opieki długoterminowej. Należałoby rozważyć położenie większego nacisku na rozwój świadczeń, w oddziałach których brak w strukturze sąsiadujących szpitali. Działalność własna. Planowany termin rozpoczęcia: październik 2026, planowany termin zakończenia: grudzień 2028.
- Nazwa działania naprawczego: zawieszenie działalności oddziałów nierentownych, które na przestrzeni lat ubiegłych nie bilansowały się nawet na „0". Opis działania naprawczego: należy rozważyć zawieszenie działalności oddziałów, generujących dużą stratę. Działalność własna. Planowany termin rozpoczęcia: październik 2026, planowany termin zakończenia: grudzień 2028.
- Nazwa działania naprawczego: konsultacje zamiejscowe. Opis działania naprawczego: Współpraca w formie usług z zakresu telemedycyny i teleradiologii. Współpraca:

lekarze specjaliści, których brakuje w naszym zakładzie pracy. Planowany termin rozpoczęcia: październik 2026, planowany termin zakończenia: grudzień 2028.

- Nazwa działania naprawczego: jednodniowe pobyty zabiegowe. Opis działania naprawczego: Rozszerzenie działalności szpitala o usługi tzw. jednodniowe pobyty zabiegowe : chirurgia jednego dnia, ortopedia jednego dnia, ginekologia jednego dnia. Działalność własna. Planowany termin rozpoczęcia: październik 2026, planowany termin zakończenia: grudzień 2028.
- Nazwa działania naprawczego: rozszerzenie działalności w zakresie sprzedaży usług pralniczych i cateringu żywieniowego na zewnątrz. Opis działania naprawczego: nawiązanie współpracy z placówkami medycznymi (szpitale, POZ) w zakresie usług pralniczych
  i cateringu żywieniowego. Współpraca: Szpital w Iłży, Zwoleniu. Planowany termin rozpoczęcia: październik 2026, planowany termin zakończenia: grudzień 2028.
- Nazwa działania naprawczego: rozszerzenie działalności w zakresie sprzedaży usług diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologicznej. . Opis działania naprawczego: Zwiększenie zakresu usług komercyjnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologicznej z POZ i sąsiadującymi szpitalami. Współpraca: POZ w Lipsku i okolicy, które nie mają jeszcze umowy z naszym podmiotem. Szpital w Iłży i Zwoleniu w pełnym zakresie jakiego nie posiadają we własnych strukturach. Planowany termin rozpoczęcia: październik 2026, planowany termin zakończenia: grudzień 2028.

**4.2 Opis planowanych działań naprawczych mających na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie wskaźników jakości, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692), odpowiadających udzielanym świadczeniom zdrowotnym, wraz z harmonogramem.**

W kolejnym punkcie Programu określono proponowane działania naprawcze o charakterze jakościowym:

- Nazwa działania naprawczego: optymalizacja procesów opieki pielęgnacyjnej oraz wdrożenie zintegrowanego programu leczenia odleżyn. Opis działania naprawczego: W oddziałach szpitalnych jest wysoki odsetek hospitalizacji pacjentów geriatrycznych, przewlekle chorych co ma wpływ na powstawanie odleżyn. Powstawanie odleżyn skutkuje wydłużaniem się czasu hospitalizacji pacjentów w oddziałach szpitalnych, a w związku z tym generowaniem wyższych kosztów. Działanie naprawcze obejmuje: 1. weryfikacja aktualnego stanu sprzętu przeciwodleżynowego tzn. materacy p/odleżynowych, pozycjonerów oraz dostępności specjalistycznych opatrunków w oddziałach szpitalnych. 2. obligatoryjna ocena każdego pacjenta przyjmowanego za pomocą skali Waterlow i Norton w ciągu pierwszych 2 godzin od przyjęcia 3. doposażenie łóżek w materace zmiennociśnieniowe oraz ślizgi ułatwiające obracanie pacjentów. 4. stanowiskowe szkolenia dla pielęgniarek i opiekunów medycznych z zakresu technik pozycjonowania oraz doboru nowoczesnych opatrunków specjalistycznych do leczenia ran odleżynowych. Pacjent z odleżyną blokuje łóżko o kilkanaście dni dłużej. Zapobieganie odleżynom zwiększa rotację łóżek i zmniejsza ryzyko procesów odszkodowawczych.
- Nazwa działania naprawczego: ograniczenie liczby upadków pacjentów w strukturach szpitala, minimalizacja ryzyka wystąpienia urazów powypadkowych oraz standaryzacja procedur nadzoru nad pacjentami z grup wysokiego ryzyka. Działanie naprawcze

obejmuje: 1.Analiza przyczyn źródłowych. 1.1. wdrożenie ujednoliconej skali ( np. skala Tinetti) ryzyka upadków dla każdego pacjenta w ciągu pierwszych godzin po przyjęciu do szpitala.

- Nazwa działania naprawczego: podniesienie jakości posiłków dla pacjentów. Działanie naprawcze obejmuje: 1. Poprawa jakości, estetyki i organizacji wydawania posiłków. 2. Monitorowanie opinii pacjentów. 3. Rozwój porad dietetycznych i żywieniowych.
- Nazwa działania naprawczego: jakość i kompletność dokumentacji medycznej. Działanie naprawcze obejmuje: 1.Wdrożenie nowego programu informatycznego. 2Audyty wewnętrzne dokumentacji medycznej. 3.Informowanie personelu medycznego w zakresie prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej.

**4.3 Opis planowanych działań naprawczych mających na celu poprawę efektywności zarządzania, w szczególności działań służących podniesieniu wiedzy i kompetencji kadry zarządzającej, obejmujących szkolenia z zakresu zarządzania, procesów naprawczych i procesów restrukturyzacyjnych w podmiotach leczniczych wraz z harmonogramem, uwzględniające metody zarządzania w opiece zdrowotnej.**

Następny etap Programu stanowiły propozycje działań naprawczych o charakterze proefektywnościowym w zakresie kompetencji kadry zarządczej:

- Nazwa działania naprawczego: szkolenia personelu kierowniczego - skuteczne kierowanie pracownikami w praktyce. Opis działania naprawczego: działanie ma na celu rozwój kompetencji skutecznego zarządzania zespołem w dynamicznym środowisku pracyi zmieniających się warunkach otoczenia zewnętrznego. Kadra kierownicza poszerzy wiedzę, umiejętności i kompetencje. W ramach szkoleń pozyska wiedzę z zakresu zarządzania, ekonomii, prawa, narzędzi planowania pracy zespołu, podejmowania decyzji, budowania współpracy. Poszerzenie wiedzy umożliwi rozwój umiejętności niezbędnych dla zwiększenia efektywności zarządzania zespołem organizacji pracy, podejmowania decyzji, zwiększenia efektywności ekonomicznej nakładów. Pozwoli też rozwinąć kluczowe kompetencje społeczne tj. w zakresie technologii informacyjnych i komunikacji społecznych.

**4.4 Planowane działania optymalizacyjne mające na celu poprawę sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu leczniczego oraz prognozy przychodowe.**

Kontynuując, kolejny etap Planu obligował do przedstawienia propozycji działań proefektywnościowych w kontekście sytuacji ekonomiczno-finansowej jednostki.

**4.4.1 Opis działań optymalizacyjno - naprawczych, przedstawienie strategicznych kierunków funkcjonowania podmiotu leczniczego wraz z uzasadnieniem.**

Etap pierwszy tego w.w. zakresu stanowiły propozycje działań optymalizacyjno - naprawczych, przedstawienie strategicznych kierunków funkcjonowania podmiotu leczniczego wraz z uzasadnieniem:

- Obszar działania naprawczego: Organizacyjne i zarządcze (procesy, struktura, kontrola). Zwiększenie wykorzystania potencjału organizacyjnego i technicznego Bloku Operacyjnego. Opis działania: Planowane działanie naprawcze przewiduje poprawę wykorzystania istniejącej infrastruktury operacyjnej, lepsze wykorzystanie sprzętu medycznego, poprawę organizacji pracy personelu medycznego i pomocniczego, ograniczenie kosztów związanych z utrzymywaniem

niewykorzystywanego potencjału infrastrukturalnego, a także wprowadzenie świadczeń komercyjnych. Właściwe zaplanowanie zabiegów wykonywanych w Bloku Operacyjnym pozwoli tym samym na realizację większej ilości hospitalizacji w oddziałach zabiegowych. Skondensowanie działań- począwszy od kwalifikacji anestezjologicznej, zaplanowanej diagnostyki pacjenta, po skrupulatnie zaplanowany harmonogram zabiegów, umożliwi jednostce rozliczanie większej ilości świadczeń m.in. pobytów dziennych w oddziale szpitalnym nieprzekraczających 12 godzin (katalog grup JGP 1ae, wprowadzony Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 74/2026/DSOZ). Zwiększenie ilości grup JGP zabiegowych w hospitalizacjach ryczałtowych, przyczyni się do korzystnego przeliczenia ryczałtu, a tym samym- zwiększenia źródła finansowania w ramach umowy z NFZ. Dodatkowo wydzielenie z 4 obecnych sal operacyjnych - 1 sali na zabiegi komercyjne (wynajem sali/użyczenie) będzie dodatkowym źródłem dochodu dla szpitala. Przeprowadzona analiza potwierdza, że planowana reorganizacja jest możliwa do wdrożenia bez ograniczenia dostępności świadczeń chirurgicznych oraz stwarza możliwość uzyskania trwałych efektów organizacyjnych i finansowych. W związku z tym rekomenduje się uwzględnienie tego działania w programie naprawczym jako jednego z elementów poprawy efektywności wykorzystania zasobów szpitala. Osobą odpowiedzialną za wdrożenie działań z Programu Naprawczego będzie osoba koordynująca pracą Bloku Operacyjnego. Uzasadnienie: Blok Operacyjny jest komórką organizacyjną szpitala, która ze względu na swą własną specyfikę generuje istotne koszty. Blok Operacyjny sam z siebie nie generuje przychodów. Niestety nie ma przypisanego finansowania w postaci np. ryczałtu za gotowość. Blok Operacyjny „współtworzy" przychody z oddziałami zabiegowymi poprzez realizację zabiegów medycznych przeprowadzanych w ramach jego działania. Istotnym jest optymalne wykorzystanie zasobów Bloku Operacyjnego. Analiza wykorzystania bloku operacyjnego wskazuje na znaczne rezerwy w zakresie wykorzystania posiadanego sprzętu medycznego. W 2025 roku wskaźnik wykorzystania sal operacyjnych wyniósł średnio 57,85% w normalnej ordynacji oraz 0,21% w godzina 15:00 - 07:00 oraz dni świąteczne i wolne od pracy, co oznacza, że ponad 42% dostępnego czasu pracy infrastruktury operacyjnej pozostaje niewykorzystane. Niski poziom wykorzystania sal operacyjnych przekłada się bezpośrednio na niski poziom wykorzystania sprzętu medycznego znajdującego się na bloku operacyjnym, w szczególności aparatów do znieczulenia, stołów operacyjnych, lamp operacyjnych, kolumn chirurgicznych, urządzeń endoskopowych oraz specjalistycznego wyposażenia zabiegowego. Sprzęt ten generuje stałe koszty utrzymania związane z amortyzacją, serwisem technicznym, przeglądami okresowymi oraz gotowością do pracy, niezależnie od faktycznej liczby wykonywanych zabiegów. Przeprowadzona analiza wskazuje, że obecny potencjał techniczny bloku operacyjnego jest większy niż wynika to z aktualnego wolumenu wykonywanych procedur. Oznacza to możliwość zwiększenia liczby realizowanych zabiegów w tym komercyjnych bez konieczności ponoszenia dodatkowych nakładów inwestycyjnych. Jednocześnie utrzymywanie niewykorzystanego potencjału technicznego wpływa negatywnie na efektywność ekonomiczną działalności szpitala. Planowany termin rozpoczęcia: październik 2026, planowany termin zakończenia: grudzień 2028.

- Dostosowanie do map potrzeb / planów transformacji (art. 95a–95c). Rozwój świadczeń związanych z opieką nad osobami starszymi i przewlekle chorymi w rodzaju stacjonarna opieka paliatywna i hospicyjna. Opis działania: Uruchomienie nowego rodzaju świadczeń (adekwatnie do wymogów koszykowych) obejmować winno:

przekształcenie dostępnej bazy lokalowej i łóżkowej na świadczenia z zakresu starcjonarnej opieki paliatywnej i hospicyjnej, rozwój i szkolenia kadr pod kątem w/w świadczeń. Pozyskanie kontraktu/umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, a tym samym pozyskanie dodatkowych środków finansowych (świadczenia poza ryczałtem) przy małym nakładzie finansowym (pozyskanie lekarza, ewentualne szkolenia dla pozostałego personelu). Utworzenie Oddziału Medycyny Paliatywnej/Hospicjum Stacjonarnego w miejscu Oddziału Neonatologicznego i części ginekologicznej Oddziału Ginekologiczno - Położniczego, znacząco przyczyni się do poprawy wyniku finansowego. Planowana baza łóżkowa tj. 15 łóżek pozwoli osiągnąć dochód w ramach umowy z NFZ w wysokości 414 274,49 zł / m-ąc. Uzasadnienie: Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku winien budować przewagę konkurencyjną,a przede wszystkim dążyć do zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych starzejącej się ludności powiatu lipskiego poprzez wdrożenie świadczeń związanych z opieką nad osobami starszymi i przewlekle chorymi w rodzaju stacjonarna opieka paliatywna i hospicyjna. Świadczenia tego rodzaju są zgodne z trendami demograficznymi a także kierunkami zmian w systemie ochrony zdrowia, czego odzwierciedlenie znajdujemy w Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2027-2031, a także w Wojewódzkim Planie Tranformacji, gdzie rekomendowanym jest m.in. dla powiatu lipskiego podniesienie poziomu dostępności stacjonarnej opieki paliatywneji hospicyjnej - działanie nr 2.8.1. (Utworzenie nowych komórek/łóżek stacjonarnej opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz zawarcie umów w tych zakresach na obszarach, gdzie wskaźnik dostępności jest niższy niż średnia dla województwa. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenie szpitalne co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych). Starzejące się społeczeństwo, niski przyrost naturalny oraz malejąca liczba osób w wieku produkcyjnym wskazują jednoznacznie na konieczność zabezpieczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej w regionie. Należy wykorzystać dostę pne źródła finansowania inwestycji w opiekę paliatywną i hospicyjną z funduszy krajowych, unijnych i samorządowych, w tym w ramach programów wdrażanych na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych i Planów Transformacji. Powiat lipski w chwili obecnej nie zabezpiecza dostępu do świadczeń w rodzaju stacjonarna opieka paliatywna i hospicyjna. Z kolei starzejące się społeczeństwo, generuje duże zapotrzebowanie na tego typu opiekę medyczną. Szpital w dużej mierze posiada już niezbędną bazę lokalową, sprzętową i kadrową do realizacji tego typu świadczeń. Przy niewielkim nakładzie finansowym jednostka jest w stanie realizować świadczenia, które wpisują się w obecną strategię ochrony zdrowia, jednocześnie może pozyskać dodatkowe środki finansowe z Narodowego Funduszu Zdrowia. Planowany termin rozpoczęcia: październik 2026, planowany termin zakończenia: grudzień 2028.

- Organizacyjne i zarządcze (procesy, struktura, kontrola). Reorganizacja Oddziału Gniekologiczno - Położniczego w Oddział Ginekologii - zespół chirurgii jednego dnia. Opis działania: restrukturyzacja Oddziału Ginekologiczno - Położniczego celem zwiększenia efektywności udzielanych świadczeń zabiegowych z w/w zakresu. Obecnie szpital notuje bardzo małą ilość urodzeń, co generuje wysokie koszty (utrzymanie odpowiedniej bazy lokalowej i kadrowej) i ponosi z tego tytułu znaczną stratę. Uzyskanie umowy z NFZ, adekwatnej do ilości mieszkańców powiatu lipskiego, pozwoli na zabezpieczenie świadczeń zabiegowych w wysokości około 80 000 zł / m-ąc. Szpital dysponuje odpowiednią bazą lokalową, sprzętową i kadrową - zatem nie ponosi większych kosztów własnych na reorganizację dotychczasowego Oddziału Ginekologiczno - Położniczego. Uzasadnienie: sytuacja demograficzna jest bardzo

niekorzystna. Z roku na rok obserwujemy drastyczny spadek liczby urodzeń. Należy podkreślić, że szpital otrzymuje środki finansowe z NFZ za udzielone świadczenia, a nie za utrzymywanie oddziału w gotowości. Przy tak małej liczbie porodów dochody są na bardzo niskim poziomie, przy jednoczesnym stałym wzroście kosztów jego utrzymania. Głównie kosztów osobowych. Docelowo zostanie zamknięty Oddział Neonatologiczny, a Oddział Ginekologiczno-Położniczy będzie funkcjonował jako Ginekologia - zespół chirurgii jednego dnia. Dotychczas szpital wprowadzał różnego typu działania, mające na celu pomniejszenie deficytu oddziału. Począwszy od szkoły rodzenia, która miała za zadanie zwiększenie liczby porodów w oddziale, po reorganizację grafików dyżurów lekarskich (redukcja z 3-4 specjalistów na ordynacji zwykłej do 2 specjalistów, ewentualnie 3 w razie zabiegów), aż po zmniejszenie ilości bazy łóżkowej z 18 do 8 łóżek (19,39% zajętości bazy łóżkowej w 2025 roku), szpital nie uzyskał oczekiwanych efektów. Pogłębiający się deficyt finansowy, coraz bardziej wpływa na ogólną kondycję finansową SPZZOZ w Lipsku, zwiększając dynamicznie ponoszoną stratę. Brak konkretnych działań doprowadzi do zagrożenia w udzielaniu pozostałych świadczeń, na które jest zapotrzebowanie (oddziały ryczałtowe, poradnie). Planowany termin rozpoczęcia: październik 2026, planowany termin zakończenia: grudzień 2028.

**4.4.2 Pozycje finansowe działań optymalizacyjno - naprawczych.**

Etap drugi w.w. zakresu stanowiły propozycje dot. poszczególnych pozycji finansowych działań optymalizacyjno - naprawczych:

- Zwiększenie wykorzystania potencjału organizacyjnego i technicznego Bloku Operacyjnego. Opis kalkulacji: z obserwacji rynkowych (m.in. MedicalRenting),a także wewnętrznych analiz, jednostka przyjęła cennik powyższej usługi wg zasady- 1 godzina najmu 600 zł, zaś doba min. 5000 zł. W przyjęciu, że sala będzie wynajmowana minimum 1 raz w tygodniu - całodobowo, możemy stwierdzić, że Blok Operacyjny przyniesie dochód w wysokości 20 000 zł / miesięcznie. Koszty poniesione przez SPZZOZ w Lipsku w przypadku całodobowego najmu 1 sali kształtują się jak niżej tj.: amortyzacja używanego sprzętu: 12,60 zł/ zabieg, koszty dezynfekcji sprzętu medycznego (200 ml gigaseptu): 10,40 zł/zabieg, koszty sprzątaczki dezynfekującej (15 minut): 9,20 zł/zabieg, koszty sterylizacji (duży zestaw) 60,00 zł/zabieg, dezynfekcja narzędzi chirurgicznych (15 minut pielęgniarka): 23,40 zł/ zabieg, energia+woda+opał: 60 zł/ zabieg. Zatem koszt po stronie szpitala jednego zabiegu to 175,60 zł. Średnio zabiegi np. przepukliny brzusznej trwają do 3 godz., co umożliwia wykonanie 8 takich zabiegów w przeciągu doby. Łączny koszt 24 godzinnego najmu wynosi: 1 404,80 zł.

5 000 zł - 1 404, 80 zł = 3 595,20 zł

3 595,20 zl x 4 = 14 380,80 zł

- Rozwój świadczeń związanych z opieką nad osobami starszymi i przewlekle chorymi w rodzaju stacjonarna opieka paliatywna i hospicyjna. Opis kalkulacji: Przewiduje się dochód z NFZ w wysokości 414 274,49 zł. W ramach bazy: 15 łóżek.
  Wycena 1 osobodnia 7,19 pkt x 31 dni = 222,89 pkt 222,89 pkt x 15 łóżek = 3 343,35 pkt 3 343,35 pkt x 123,91 zł= 414 274,49 zł . Personel niezbędny do zabezpieczenia 15 pacjentów w ramach Oddziału Medycyny Paliatywnej/Hospicjum Stacjonarnego:
  -lekarz specjalista lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej: 1,5 etatu = 47 684,49 zł,
  - pielęgniarka: 12 etatów = 169 644,54 zł,

- psycholog : 0,37 etatu = 4 749,91 zł,
- fizjoterapeuta: 0,37 etatu = 4 790,16 zł,
- opiekun medyczny: minim. 1 godz. tygod. = 271,24 zł.

- Łączny koszt personelu to 227 140,34 zł.
  Pozostałe koszty oddziału (dane na podstawie innego oddziału szpitala z podobną bazą łóżkową): leki i materiały opatrunkowe: 4 800,28 zł;
  sprzęt: 739,84 zł,
  opał i paliwo: 598,83 zł;
  żywność: 2 470,92 zł;
  pozostałe materiały: 1 754,67 zł;
  pozostałe usługi: 965,52 zł;
  energia elektryczna: 3 577,61 zł;
  amortyzacja: 314,15 zł;
  razem koszty pozostałe:15 221,82 zł.
  Łączny koszt oddziału to: 227 140,34 zł + 15 221,82 zł =242 362,16 zł.
  Przychód z oddziału to: 171 911,84 zł / m-ąc

- 3. Reorganizacja Oddziału Gniekologiczno - Położniczego w Oddział Ginekologii - zespół chirurgii jednego dnia. Opis kalkulacji: na podstawie dotychczasowego wykonania, szpital może spodziewać się kontraktu z NFZ na poziomie 80 000 zł. Celem zabezpieczenia świadczeń 3 razy w tygodniu od godz. 7:00 do godz 14:35 przy 5 łóżkowej bazie, niezbędny jest:

0,6 etatu lekarza specjalisty w dziedzinie ginekologii i położnictwa = 19 073,79 zł,
2,5 etatu położnej/pielęgniarki = 20 938,50 zł, co razem daje 40 012,29 zł.
Pozostałe koszty oddziału (dane na podstawie innego oddziału szpitala):
leki i materiały opatrunkowe: 440,57 zł;
sprzęt: 67,71 zł,
opał i paliwo: 54,85 zł;
żywność: 226,92 zł;
pozostałe materiały: 161 zł;
pozostałe usługi: 88,71zł;
energia elektryczna: 328 zł;
amortyzacja: 29 zł;
razem koszty pozostałe: 1 396,76 zł.
Łączny koszt oddziału: 40 012,29 zł + 1 396,76 zł = 41 409,05 zł.
Zatem przychód z takiej formy świadczeń, kształtowałby się na poziomie: 38 590,95 zł.

**(<u>Informacja uzupełniająca, dotycząca procedowanego już działania naprawczego:</u> po podjęciu negocjacji z NFZ w dniu 22 września 2026 otrzymaliśmy zgodę NFZ na przekształcenie oddziału Ginekologiczno-Położniczego w „Oddział Położnictwo i Ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie Ginekologia)", co pozwoli nam realizować nie tylko procedury jednodniowe, ale też większe planowane zabiegi ginekologiczne)**

### 4.4.3 Kamienie milowe dotyczące wprowadzania działań optymalizacyjno - naprawczych.

W następnym puncie określono tzw. „kamienie milowe" procesu „naprawczego":

- Zwiększenie wykorzystania potencjału organizacyjnego i technicznego Bloku Operacyjnego.

Opis kamienia milowego: pomimo iż przedmiotowa reorganizacja Bloku Operacyjnego, a zwłaszcza wydzielenie 1 sali zabiegowej na wynajem, jest możliwe do wdrożenia bez ryzyka ograniczenia dostępności do świadczeń zabiegowych, działanie to, może budzić obawy wśród członków organu stanowiącego JST (Rady Powiatu).

- Rozwój świadczeń związanych z opieką nad osobami starszymi i przewlekle chorymi w rodzaju stacjonarna opieka paliatywna i hospicyjna.

Opis kamienia milowego: w powiecie lipskim obserwujemy zachodzące zmiany demograficzne – przede wszystkim szybkie starzenie się społeczeństwa, a także spadek dzietności. Tendencje te, dyktują konieczność reorganizacji świadczeń zdrowotnych w naszej jednostce. Przedstawione działanie naprawcze tj. utworzenie miejsca, gdzie udzielane są świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, wpisuje się w Mapy Potrzeb Zdrowotnych, jak i w Wojewódzki Plan Transformacji. Jednakże możemy spotkać się z obawą ze Rady Powiatu. Po stronie szpitala jest skrupulatne przedstawienie planu reorganizacyjnego i podkreślenie, że zmiana ta przyniesie same korzyści dla powiatu lipskiego, ponieważ wśród mieszkańców mamy przewagę odbiorców świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej -zaś spada popyt na świadczenia z zakresu położnictwa i neonatologii.

- Rozwój świadczeń związanych z opieką nad osobami starszymi i przewlekle chorymi w rodzaju stacjonarna opieka paliatywna i hospicyjna.

Opis kamienia milowego: realizacja świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej ma swoje odzwierciedlenie w Mapach Potrzeb Zdrowotnych i Planach Transfomacji, jednakże szpital może spotkać się z odmową ze strony NFZ na zakontraktowanie nowego rodzaju świadczeń zdrowotnych lub w przypadku ewentualnej zgody - zaproponowanie w umowie mniejszej bazy łóżkowej a tym samym, mniejszego kontraktu.

- Reorganizacja Oddziału Gniekologiczno - Położniczego w Oddział Ginekologii - zespół chirurgii jednego dnia.

Opis kamienia milowego: przedstawiona koncepcja przeorganizowania Oddziału Ginekologiczno – Położniczego w Ginekologię - zespół chirurgii jednego dnia jest odpowiedzią na obecne problemy z niską dzietnością, którą obserwujemy w powiecie lipskim. Należy jednak mieć na uwadze, iż są to decyzje niepopularne, które mogą tworzyć dystans w akceptacji, wśród członków organu stanowiącego JST (Rady Powiatu).

- Reorganizacja Oddziału Gniekologiczno - Położniczego w Oddział Ginekologii - zespół chirurgii jednego dnia.

Opis kamienia milowego: Utworzenie Ginekologii - zespołu chirurgii jednego dnia jest działaniem wpisującym się w strategię NFZ. Jednak istnieje ryzyko braku środków finansowych, celem zabezpieczenia umowy na planowanym poziomie finansowym.

## 5. Część III – wskaźniki rezultatu dotyczące działań mających na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, poprawę efektywności zarządzania podmiotem leczniczym oraz sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu leczniczego, a także współpracy z innymi podmiotami leczniczymi.

Koleiny etap Planu obligował do zaprezentowania metod pomiaru rezultatów (wskaźników osiągania celów )wdrażanych działań „naprawczych".

**5.1 – 5.3 Prognoza rachunku zysków i strat oraz prognoza bilansu na 3 lata.**

W zaleconej formie tabelarycznej zaprezentowano prognozę rachunku zysków i strat oraz prognozę bilansu na 3 lata, uwzględniająca działania naprawcze; prognoza na 3 lata obejmująca wskaźniki ekonomiczno-finansowe określone w przepisach wydanych na podstawie art. 53a ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej; ocena stanu wynikającego z prognoz, o których mowa w pkt 1 i 2;
Uwzględniając wdrożenie zaplanowanych działań naprawczych, zakłada się, że w perspektywie trzyletniej będzie miała miejsce stopniowa poprawa sytuacji finansowej podmiotu poprzez optymalizację kosztów jego działalności, zwiększenie efektywności wykorzystania zasobów, a tym samym poprawa wyniku finansowego. Podejmowane działania naprawcze mają na celu ograniczenie straty, poprawę płynności finansowej oraz stabilizację sytuacji ekonomicznej podmiotu. Zakłada się, że w kolejnych latach (po tzw. okresie przejściowym, wymagającym podniesienia dodatkowych nakładów) nastąpi stopniowa poprawa wyniku finansowego i płynności finansowej jednostki.

**5.4 Wskaźniki rezultatu w zakresie podniesienia kompetencji zarządczych.**

Zaprezentowane zostały również wskaźniki rezultatu w zakresie podniesienia kompetencji zarządczych w szczególności liczba osób na stanowiskach kierowniczych, które uzupełnią wykształcenie lub zostaną przeszkolone w zakresie zarządzania podmiotami leczniczymi i ich restrukturyzacji.
Szkolenie personelu kierowniczego - skuteczne kierowanie pracownikami w praktyce. Przewidywany stopień realizacji z 75% do 95%.

**5.5 Wskaźniki rezultatu w zakresie współpracy z innymi podmiotami leczniczymi.**

Kolejne zaprezentowane wskaźniki obejmowały odsetek zrealizowanych działań konsolidacyjnych w zakresie podmiotów leczniczych lub oddziałów oraz liczbę złożonych wniosków i zawartych porozumień, o których mowa w art. 21a ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91 i 637):

- Zwiększenie przyjęć do OIT. Zwiększenie przyjęć pacjentów wymagających realizacji świadczeń w oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Przewidywany stopień realizacji z 85% do 95%.
- Zwiększenie świadczeń w oddziałach: Reumatologii, Urazowo-Ortopedycznym. Zwiększenie świadczeń w oddziałach, których brak w sąsiednich szpitalach. Przewidywany stopień realizacji z 85% do 95%.
- Zawieszenie działalności oddziału: Ginekologiczno - Położniczego, Noworodkowego, Dziecięcego. Zawieszenie działalności oddziałów nierentownych, które na przestrzeni lat ubiegłych nie bilansowały się nawet na „0". Przewidywany stopień realizacji z 85% do 95%.
- Zmniejszenie kosztów osobowych. Konsultacje zamiejscowe, rozwój telemedycyny, teleradiologii. Przewidywany stopień realizacji z 85% do 95%.
- Skrócenie średniego czasu hospitalizacji. Jednodniowe pobyty zabiegowe. Przewidywany stopień realizacji z 85% do 95%.

- Działania przychodowe. Rozszerzenie działalności w zakresie sprzedaży usług pralniczych i cateringu żywieniowego na zewnątrz. Przewidywany stopień realizacji z 85% do 95%.
- Działania przychodowe. Rozszerzenie działalności w zakresie sprzedaży usług diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologicznej. Przewidywany stopień realizacji z 85% do 95%.

**5.6 Wskaźniki rezultatu dotyczące podniesienia jakości w opiece zdrowotnej.**

W zakresie wskaźników jakości, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, obejmujące zakresy realizowanych świadczeń zdrowotnych wskazano z kolej:.

- Obniżenie wskaźnika zapadalności na odleżyny o 10-15 % w skali roku oraz skrócenie czasu leczenia ran już istniejących. Mierzalne rezultaty: 1. liczba personelu przeszkolonego z procedur. 2. liczba zakupionych materacy przeciwodleżynowych. 3. procentowy spadek liczby odleżyn powstałych w trakcie hospitalizacji. 4. obniżenie miesięcznych kosztów zakupu tradycyjnych wyrobów medycznych na rzecz nowoczesnych rozwiązań generujących szybsze gojenie ran ( skrócenie osobodni). Optymalizacja procesów opieki pielęgnacyjnej oraz wdrożenie zintegrowanego programu leczenia odleżyn. Przewidywany stopień realizacji z 85% do 95%.
- Ograniczenie liczby upadków pacjentów w strukturach szpitala, minimalizacja ryzyka wystąpienia urazów powypadkowych oraz standaryzacja procedur nadzoru nad pacjentami
  z grup wysokiego ryzyka. Przewidywany stopień realizacji z 85% do 95%.
- Podniesienie jakości posiłków dla pacjentów. Przewidywany stopień realizacji z 85% do 95%.
- Jakość i kompletność dokumentacji medycznej. Przewidywany stopień realizacji z 85% do 95%.

**5.7 Opis i ocena efektów działań naprawczych.**

Przeprowadzone analizy pozwoliły na sformułowanie wniosków, implementacja których stanowi realną szansę zoptymalizowania kosztów funkcjonowania jednostki do poziomu niezbędnego dla jej dalszego funkcjonowania z uwzględnieniem zmian profilowych usług adekwatnych do ewoluujących potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnej (powiatu i terenów ościennych):

1. Uwzględniając wynik finansowy za 2025r. i bieżącą sytuację jednostki nasuwa się wniosek, że kontynuacja działalności jednostki w obecnej strukturze generować będzie dalszą stratę i zagrażać jej funkcjonowaniu.

2. Zachodzi konieczność wdrożenia działań naprawczych ukierunkowanych na dostosowanie oferty usługowej do potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnej i zoptymalizowanie kosztów funkcjonowania jednostki.

3.Analiza determinant zewnętrznych i wewnętrznych jak też dokumentów strategicznych (MPZ, KPT) wskazuje jednoznacznie na potrzebę modernizacji oferty usługowej jednostki, tj.: sukcesywnego ograniczania/wygaszania usług w zakresie położnictwa, noworodków, częściowo dzieci z zachowaniem oferty w zakresie ginekologii (poddodział w chirurgii vel ginekologia jednego dnia) na rzecz zwiększania oferty adresowanej do seniorów (w tym osób

zależnych, w wieku późnej dojrzałości – usługi stacjonarne w zakresie op. paliatywnej, hospicyjnej ) na drodze zmian w zakresie umów zawieranych z NFZ (obszar działalności finansowanej ze śr. publicznych) oraz zwiększenia efektywności wykorzystania zasobów wewnętrznych (m.in. blok operacyjny – zwiększenie efektywności wykorzystania zasobów bloku w zakresie działalności podstawowej i wdrożenie mechanizmów działalności komercyjnej (podnajem jednej sali operacyjnej); wdrożenie mechanizmów rynkowych w zakresie dostępu do badań diagnostycznych ( pracownia endoskopii i inne), ewentualnie uruchomienie komercyjnych usług diagnostyczno-leczniczych świadczonych przez specjalistów ambulatoryjnie; sprzedaż usług pralniczych, cateringowych; optymalizacja usług zabiegowych (wdrożenie usług "jednodniowych" w zakresie chirurgii, ortopedii i ginekologii.

4. Zgodnie z przyjętymi założeniami przejściowy okres działalności (2026 – 2028) będzie czasem wdrażania zmian, pozyskiwania środków, realizowania założeń inwestycyjnych kosztochłonność których spowodować może czasowe pogorszenie wyniku finansowego. Po wskazanym okresie, w świetle poczynionych założeń , nastąpić winien czas sukcesywnej stabilizacji sytuacji finansowej jednostki.

5. Prognozy finansowe oparte na analizie danych zastanych i planowanych wskazują, że wynik finansowy będzie wyglądał następująco: w roku 2026: - 6 134 841 zł, w roku 2027: - 2 248 539 zł, w roku 2028: - 413 676 zł.

6. Autorzy niniejszego planu uwzględniają przy tym ryzyka, źródłem których mogą być: polityka publiczna w zakresie redystrybucji środków finansowych na poszczególne zakresy usług zdrowotnych uniemożliwiająca realizację założeń dotyczących modernizacji oferty usługowej; problemy personalne; bariery rynkowe ograniczające popyt na usługi komercyjne itp. Stąd w koncepcji realizacji planu uwzględnione zostały narzędzia do monitorowania i ewaluacji stanowiące integralne ogniwo długofalowych działań naprawczych.