

**Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia
powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego**

Wrzesień 2012



zobowiązanie do
Morison International



Sporządził:	Morison Finansista Corporate Finance sp. z o.o.
Nadzór nad projektem:	Sławomira Kubinka-Stanisławska
Kierownik projektu:	Krzysztof Filipiak
Struktura projektu:	Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia podzielona jest na: analizę demograficzną, epidemiologiczną, analizę jednostek służby zdrowia w kraju i powiecie, analizę kosztów, analizę finansową, założenia strategiczne, wnioski i konkluzje
Dane źródłowe:	<p>W projekcie wykorzystane zostały dostępne dane z lat 2008-2012. Niektóre rozdziały, zwłaszcza z zakresu epidemiologii, zachorowalności czy sytuacji demograficznej nie zawierają aktualnych danych, co związane jest z brakami w systemie zbierania przedmiotowych danych.</p> <p>Autorzy projektu korzystali przede wszystkim z następujących źródeł:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Główny Urząd Statystyczny, ▪ Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Czarnkowie, ▪ Szpital Powiatowy w Trzciance, ▪ Strategia Rozwoju powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego na lata 2011 - 2020, ▪ Biuletyn Informacyjny Ministerstwa Zdrowia ▪ Strategia rozwoju kraju 2007-2015 opracowana przez Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, ▪ Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 opracowany przez Ministerstwo Zdrowia, ▪ Strategia rozwoju województwa wielkopolskiego do 2020 roku opracowany przez Sejmik Województwa Wielkopolskiego, ▪ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z





	<p>późn. zm.)</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, który będzie realizowany w latach 2011-2015▪ Regionalny program ochrony zdrowia psychicznego województwa wielkopolskiego na lata 2011 – 2015 przyjęty przez Samorząd Województwa Wielkopolskiego▪ Program Strategii Służby Zdrowia Powiatu Czarnkowsko-Trzcianeckiego z roku 2000 – wykonanie,▪ Narodowy Fundusz Zdrowia▪ strony internetowe▪ pozostałe niewyszczególnione
Podziękowania:	<p>Morison Finansista Corporate Finance sp. z o.o. składa podziękowania wszystkim osobom i instytucjom, przy pomocy których powstało niniejsze opracowanie.</p>





Informacje źródłowe wykorzystane w niniejszym opracowaniu nie zostały niezależnie zweryfikowane przez WYKONAWCĘ.

Raport powstał w oparciu o przedstawione dane źródłowe.

Niniejszy dokument zawiera analizę służby zdrowia w powiecie czarnkowsko-trzcianeckim i prezentuje opinie WYKONAWCY odnośnie potencjalnych kierunków rozwoju. Informacje i wnioski zawarte w niniejszym opracowaniu nie stanowią gwarancji i jedynej możliwości osiągnięcia zakładanych celów.

WYKONAWCA nie ponosi odpowiedzialności za decyzje inwestycyjne podjęte przez, ZAMAWIAJĄCEGO na podstawie niniejszego raportu, ani jakichkolwiek osób trzecich, którym ten raport zostanie udostępniony.





Spis Treści

Streszczenie	7
1. Ogólna charakterystyka powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego.....	18
2. Sytuacja demograficzna.....	23
2.1 Zarys sytuacji demograficznej w kraju	23
2.2 Sytuacja demograficzna w powiecie czarnkowsko-trzcianeckim.....	23
3. Sytuacja na rynku pracy w powiecie	30
4. Zachorowalność.....	32
4.1 Zachorowania na nowotwory	32
4.2 Zachorowania na gruźlicę	33
4.3 Zachorowania na choroby weneryczne	34
5. Stacjonarna opieka zdrowotna w Polsce	36
5.1 Szpitale ogólne.....	36
5.2 Szpitale psychiatryczne.....	41
5.3 Personel medyczny w służbie zdrowia.....	42
6. Publiczna opieka zdrowotna w powiecie.....	47
7. Analiza Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Czarnkowie i Szpitala Powiatowego w Trzciance.....	50
7.1 System organizacji i zarządzania	50
7.1.1 Przedmiot działalności:	50
7.1.2 Struktura organizacyjna	58
7.1.3 Potencjał osobowy oraz system wynagrodzeń	62
7.2 Działalność poszczególnych jednostek organizacyjnych	69
7.2.1 Oddział wewnętrzny	75
7.2.2 Oddział pediatryczny	85
7.2.3 Oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej	95
7.2.4 Oddział intensywnej terapii i anestezjologii.....	104
7.2.5 Oddział noworodkowy.....	113
7.2.6 Oddział położniczo-ginekologiczny.....	123
7.2.7 Oddział rehabilitacyjny	134
7.2.8 Szpitalny Oddział Ratunkowy	141
7.2.9 Izba Przyjęć	147





7.2.10	Konkluzje ze spotkań z pracownikami laboratorium w Jednostkach.....	153
7.2.11	Konkluzje ze spotkań z pracownikami RTG w Jednostkach	153
7.2.12	Konkluzje spotkań ze związkami zawodowymi w Jednostkach.....	154
7.3	Analiza finansowa	156
7.3.1	Ocena sytuacji majątkowo kapitałowej	156
7.3.2	Sytuacja dochodowo – kosztowa	160
7.3.3	Ocena wskaźników charakteryzujących sytuację finansowo – majątkową	166
7.3.4	Podsumowanie i wnioski.....	174
8.	Promocja Zdrowia i Programy Profilaktyczno-Lecznicze.....	175
9.	Założenia strategii rozwoju ochrony zdrowia powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego	180
9.1	Założenia wynikające z wymogów formalno-prawnych funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą.....	181
9.1.1	Charakterystyka wymogów jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – zapisy Rozporządzenia MZ.....	182
9.1.2	Założenia wynikające z wymogów formalno-prawnych funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą – cele szczegółowe w odniesieniu do Szpitali	192
9.2	Założenia wynikające z dostosowania się do programów zdrowotnych opracowanych na szczeblu centralnym i wojewódzkim.....	195
9.2.1	Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 opracowany przez MZ	195
9.2.2	Założenia strategii rozwoju ochrony zdrowia powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego – cele szczegółowe dotyczące współpracy samorządu terytorialnego i podmiotów wykonujących działalność leczniczą.....	239





Streszczenie

Strategia rozwoju ochrony zdrowia podzielona jest na: analizę demograficzną, epidemiologiczną, analizę jednostek służby zdrowia w kraju i powiecie, analizę kosztów, analizę finansową, założenia strategiczne, wnioski i konkluzje

W projekcie wykorzystane zostały dostępne dane z lat 2008-2012. Niektóre rozdziały, zwłaszcza z zakresu epidemiologii, zachorowalności czy sytuacji demograficznej nie zawierają aktualnych danych, co związane jest z brakami w systemie zbierania przedmiotowych danych.

Sytuacja Demograficzna w powiecie

Wg stanu na dzień 31.12.2010 liczba ludności w powiecie czarnkowsko-trzcianeckim wynosiła ok. 87 tys.. Największe zaludnienie dotyczyło gminy miejskiej Czarnków. Powiat czarnkowsko-trzcianecki charakteryzuje się stosunkowo niskim zaludnieniem w stosunku do zajmowanego obszaru. W kwestii rozkładu mieszkańców zgodnie z podziałem na płeć, na terenie całego powiatu oscyluje ona mniej więcej równo w granicach 49-50%.

Demografia - dane

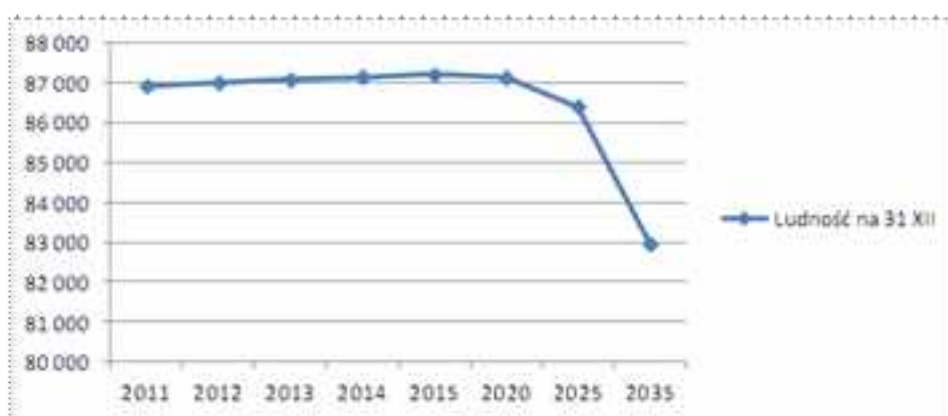
Wyszczególnienie	Powierzchnia w km ²	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Na 1 km ²
Powiat czarnkowsko-trzcianecki	1806	87086	43002	44084	48
m. Czarnków	10	11194	5400	5794	1119
gm.w. Czarnków	346	11212	5636	5576	32
gm.w. Drawsko	163	5982	3019	2963	37
gm. m-w. Krzyż Wielkopolski	174	8844	4346	4498	51
gm.w. Lubasz	167	7267	3623	3644	44
gm.w. Połajewo	142	6182	3113	3069	44
gm. m-w. Trzcianka	374	23839	11687	12152	64
gm. m-w. Wieleń	430	12566	6178	6388	29





Jeśli chodzi o prognozę ludności do roku 2035, charakteryzować się będzie ona ujemną tendencją. Do roku 2035 szacuję się spadek liczby mieszkańców powiatu o 4,56%. Wzrost liczby ludności szacowany do roku 2017, później nastąpi spadek. Dotyczyć on będzie głównie mieszkańców miast w powiecie – ich liczba spadnie aż o 9,56%. Spadkowa tendencja ludności związana będzie z kształtowaniem się ruchu naturalnego w powiecie, na który znaczący wpływ będzie mieć niż demograficzny. W prognozowanym okresie nastąpi zmniejszenie liczby urodzeń o 35,85% oraz wzrost liczby zgonów o ok. 22,28%.

Prognoza ludności w powiecie



Sytuacja na rynku pracy

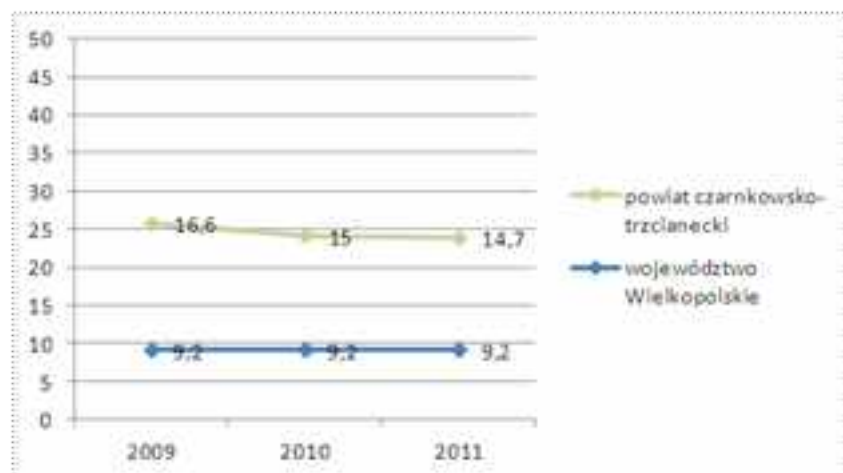
Zatrudnienie w powiecie czarnkowsko-trzcianeckim 31.12.2009r. wyniosło 13 865 osób i spadło o prawie 7% w porównaniu do roku poprzedniego (ponad 1000 osób). Zatrudnienie w powiecie stanowi 1,7% ogółu zatrudnionych w województwie. Z danych wynika, że 1 na 3 osoby zatrudniona była w sektorze publicznym, pozostałe 2 w prywatnym. Jeśli chodzi o liczbę osób pracujących w powiecie – wg stanu na 31.12.2009r. wyniosła ona 20 730 osób i w porównaniu do roku poprzedniego widoczny jest spadek o ok. 5,4%.

Stopa bezrobocia w powiecie jest jedną z największych w całym województwie. Na przestrzeni ostatnich 3 lat może zauważyć pozytywną tendencję jeśli chodzi o stopień bezrobocia w powiecie. W samym powiecie czarnkowsko-trzcianeckim bezrobocie w analizowanym okresie czasu spadło o ok. 2 punkty procentowe z poziomu 16,6% do 14,7%. W badanym okresie czasu stopa bezrobocia w województwie utrzymywała się na zbliżonym poziomie ok. 9,2%.





Bezrobocie - dane



Stacjonarna opieka zdrowotna

W roku 2010 było 795 szpitali ogólnych, w tym 286 niepublicznych. Najwięcej szpitali ogółem zanotowano w województwie śląskim (115), mazowieckim (98) i małopolskim (71), najmniej – w województwach: lubuskim (19), opolskim (22) i świętokrzyskim (22). W szpitalach ogólnych w 2010 roku znajdowało się 181 077 łóżek, w tym 23 837 w szpitalach niepublicznych. W stosunku do roku ubiegłego zmniejszyła się nieco liczba łóżek w szpitalach ogółem (wynosiła wówczas 183 040), natomiast znacznie wzrosła liczba łóżek w zakładach niepublicznych. Najwięcej łóżek w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców przypada na województwa: śląskie (56,1), łódzkie (53,4) i lubelskie (52,5).





Zespół Zakładów Opieki w Czarnkowie oraz Szpital Powiatowy w Trzciance – analiza zbiorcza oddziałów

analiza oddziałów

Oddział	Liczba łóżek 2011r.		Obłożenie 2011r.		Wykorzystanie kontraktu 2011r.		Wynik na działalności 2011r. (tys. zł)	
	Czarnków	Trzcianka	Czarnków	Trzcianka	Czarnków	Trzcianka	Czarnków	Trzcianka
Szpital								
wewnętrzny	41	41	76,5%	80,2%	105%	106%	274,0	- 336,6
pediatryczny	21	25	83,6%	38,7%	80,4%	110,3%	218,1	- 374,5
chirurgiczny	26	30	68,5%	60,2%	108%	108%	- 493,0	- 510,9
OIOM	2	3	53,5%	35,2%	134%	106%	- 1 444,3	- 713,8
neonatologiczny	14	14	32,8%	41,8%	48%	99%	- 53,9	172,4
gin-poloż	35	27	48,7%	54,3%	84%	102%	- 284,6	- 657,2
rehabilitacyjny	-	20	-	104,8%	-	104%	-	- 416,3
SOR	-	6	-	93,4%	-	100%	-	- 185,8
Izba Przyjęć	2	-	98%*	-	100%	-	- 236,6	-

analiza finansowa – dane kształtujące wynik

L.p.	Wyszczególnienie	TRZCIANKA		CZARNKÓW	
		2010	2011	2010	2011
		zł.	zł.	zł.	zł.
1.	Przychody ze sprzedaży	25 635 615,16	27 018 034,14	19 334 930,15	20 621 880,98
2.	Wartość sprzedanych towarów i materiałów	14 310,07	1 374,01	0,00	0,00
3.	Koszty działalności operacyjnej	27 287 129,30	28 479 978,82	22 044 256,31	22 969 880,91
4.	Zysk ze sprzedaży	-1 659 964,09	-1 593 309,62	-2 709 326,16	-2 347 999,93
5.	EBIT	-827 314,45	-1 326 236,88	-2 370 092,49	-1 947 215,88
6.	EBITDA	975 964,48	679 351,75	-810 487,68	-180 161,50
7.	Zysk netto	-827 314,45	-1 326 236,88	-2 370 092,49	-1 947 215,88
8.	Aktywa ogółem	19 861 300,00	17 095 000,00	20 807 351,41	20 897 440,15
9.	Kapitał własny	12 656 200,00	11 355 500,00	12 239 296,41	9 162 501,44





analiza finansowa – majątek i źródła jego finansowania

L.p.	Wyszczególnienie	TRZCIANKA		CZARNKÓW	
		2010	2011	2010	2011
		zł.	zł.	zł.	zł.
1.	Kapitały własne	12 656 200,00	11 355 500,00	12 239 296,41	9 162 501,44
2.	Rezerwy długoterminowe na zobowiązania	617 436,29	1 708 400,00	374 205,88	1 510 039,19
3.	Zobowiązania długoterminowe	490 600,00	1 49 600,00	4 433 446,00	3 835 678,00
4.	Razem kapitały stałe	13 764 236,29	13 213 500,00	17 046 948,29	14 508 218,63
5.	Majątek trwały	12 474 500,00	11 375 900,00	19 188 119,61	18 150 388,04
6.	Stopień pokrycia majątku trwałego kapitałami stałymi	110,34%	116,15%	88,84%	79,93%
7.	Na dwójki kapitałów stałych finansujące majątek obrotowy	1 289 736,29	1 837 600,00	-2 141 171,32	-3 642 169,41
8.	Majątek obrotowy	6 941 700,00	5 481 000,00	6 941 700,00	5 481 000,00
9.	Część majątku obrotowego finansowanego z obowiązaniami	5 651 963,71	3 643 400,00	9 082 871,32	9 123 169,41
10.	Stopień pokrycia majątku obrotowego zobowiązaniami bieżącymi i pozostałymi pasywami	81,42%	66,47%	130,85%	166,45%

analiza finansowa – zadłużenie i źródła finansowania działalności

L.p.	Nazwa wskaźnika	Formuła obliczeniowa	TRZCIANKA		CZARNKÓW	
			2010	2011	2010	2011
1	Wskaźnik zadłużenia	kapitały obce/ kapitał ogółem	36,28%	33,57%	41,18%	56,15%
2	Wskaźnik pokrycia aktywów	kapitał własny / suma aktywów	63,72%	66,43%	58,82%	43,85%
3	Trwałość struktury finansowania	(kapitał własny + rezerwy + zobowiązania długoterminowe) / kapitał ogółem	74,79%	78,12%	101,80%	101,82%
4	Wskaźnik pokrycia majątku trwałego kapitałem własnym	kapitał własny/majątku trwałego	101,46%	99,82%	63,79%	50,48%
5	Wskaźnik pokrycia majątku obrotowego kapitałem krótkoterminowym	kapitał krótkoterminowy/majątek obrotowy	62,36%	51,85%	45,18%	138,25%

analiza finansowa – płynność finansowa

L.p.	Nazwa wskaźnika	Formuła obliczeniowa	TRZCIANKA		CZARNKÓW	
			2010	2011	2010	2011
1	Wskaźnik płynności bieżącej	aktywa obrotowe ogółem / zobowiązania krótkoterminowe	1,61	1,74	0,55	0,47
2	Wskaźnik płynności szybkiej	aktywa obrotowe ogółem - zapasy / zobowiązania krótkoterminowe	1,56	1,64	0,50	0,44
3	Wskaźnik płynności gotówki	środki pieniężne i inne aktywa pieniężne / zobowiązania krótkoterminowe	1,06	0,94	0,16	0,11





analiza finansowa – wskaźniki obrotowości

Lp.	Nazwa wskaźnika	Formuła obliczeniowa	TRZCIANKA		CZARNKÓW	
			2010	2011	2010	2011
1.	Wskaźnik rotacji zapasów (do kosztów operacyjnych w dniach)	okres obrachunk. w dniach x (stan zapasów / koszty działalności operacyjnej)	3	4	3	3
2.	Wskaźnik rotacji należności z tytułu dostaw i usług (w dniach)	okres obrachunk. w dniach x stan należności z tyt.dostaw / sprzedaż ogółem	31	30	19	34
2	Wskaźnik rotacji zobowiązań z tyt. dostaw i usług (w dniach)	okres obrachunk. w dniach x stan zobowiązań z tyt. dostaw i usług / wartość sprzedanych towarów i materiałów+ koszty wytworzenia sprzedanych produktów	35	13	12	44

analiza finansowa – wskaźniki rentowności

Lp.	Nazwa wskaźnika	Formuła obliczeniowa	TRZCIANKA		CZARNKÓW	
			2010	2011	2010	2011
1.	Rentowność operacyjna sprzedaży	wynik na sprzedaży / sprzedaż ogółem	-6,48%	-5,90%	-14,01%	-11,39%
2.	Rentowność sprzedaży brutto	zysk brutto / sprzedaż ogółem	-3,23%	-4,91%	-12,26%	-9,44%
3.	Rentowność sprzedaży netto	zysk netto / sprzedaż ogółem	-3,23%	-4,91%	-12,26%	-9,44%
4.	Rentowność majątku (ROA) *	zysk netto / aktywa ogółem	-4,17%	-7,76%	-11,39%	-9,32%
5.	Rentowność kapitału własnego (ROE) **	zysk netto / kapitał własny	-6,54%	-11,68%	-19,36%	-21,25%

Wnioski

- Obie jednostki w latach 2010-2011 zanotowały straty. W ZZOZ Czarnków wyniosła ona 1,9mln zł, w SP w Trzciance 1,3mln zł. W przypadku Szpitala w Czarnkowie strata na koniec 2011r. była mniejsza niż rok wcześniej, w analogicznym okresie w Szpitalu w Trzciance – większa.
- W obu Szpitalach dynamika wzrostu przychodów ze sprzedaży była większa niż kosztów;
- W SP w Trzciance, aktywa trwale znajdowały pełne pokrycie w kapitałach stałych. W ZOZ Czarnków ta zależność nie została spełniona.
- Rosnący wskaźnik zadłużenia w ZZOZ Czarnków (56,15%) i malejący w SP w Trzciance (33,57%);
- Ujemne wskaźniki rentowności obu Jednostek;





- Pozytywne tendencje zmian wskaźników efektywności gospodarowania majątkiem obrotowym w ZZOZ Czarnków oraz niekorzystne zmiany w SP w Trzciance;
- Pożądane wskaźniki płynności finansowej w SP w Trzciance i wartości wskaźnika poniżej optymalnego poziomu w ZZOZ Czarnków.

Założenia strategii rozwoju ochrony zdrowia powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego wynikające z dostosowania się do programów zdrowotnych opracowanych na szczeblu centralnym i wojewódzkim - cele szczegółowe w odniesieniu powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego

Spośród dotychczas realizowanych w powiecie programów zdrowotnych dominowały programy o charakterze informacyjno-edukacyjnym. Zważywszy na wyposażenie Szpitali w sprzęt specjalistyczny, a także zważywszy na konieczność realizacji programów inwestycyjnych w celu dostosowania działalności Szpitali do wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia, zasadnym wydaje się realizacja w powiecie programów zdrowotnych o charakterze profilaktycznym i wczesnej wykrywalności skierowanych do celowo dobranych grup społecznych. Koszty takich programów są wyższe niż programów o charakterze edukacyjno-informacyjnym, jednakże należałoby poczynić starania w celu pozyskania zewnętrznych środków pomocowych do ich realizacji np. z funduszy UE, funduszy celowych, Ministerstwa Zdrowia.

Celowym jest przyjęcie w strategii rozwoju ochrony zdrowia powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego za Narodowym Programem Zdrowia następujących celów w zakresie opieki zdrowotnej:

Cel główny: „Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu” osiągnąć przez:

- kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa,
- tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu,
- aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia.

I. Strategiczne cele zdrowotne

- 1 Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu;
- 2 Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych;





- 3 Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków;
- 4 Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne;
- 5 Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego;
- 6 Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego;
- 7 Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom;
- 8 Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji.

II. Cele operacyjne dotyczące czynników ryzyka i działań w zakresie promocji zdrowia

- 1 Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu;
- 2 Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem;
- 3 Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości;
- 4 Zwiększenie aktywności fizycznej ludności;
- 5 Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych;
- 6 Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawa stanu sanitarnego kraju.

III. Cele operacyjne dotyczące wybranych populacji

- 1 Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem;
- 2 Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego, psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży;
- 3 Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych;
- 4 Tworzenie warunków dla aktywnego życia osób niepełnosprawnych;
- 5 Intensyfikacja zapobiegania próchnicy zębów u dzieci i młodzieży.

IV Niezbędne działania ze strony Starostwa Powiatowego





- 1 Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta;
- 2 Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi, szczególnie przez działania podstawowej opieki zdrowotnej;
- 3 Zwiększenie i optymalne wykorzystanie systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Narodowy Program Zdrowia definiuje także niezbędne działania konieczne do realizacji ze strony samorządów terytorialnych, w przypadku powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego, uwzględniając posiadaną infrastrukturę medyczną zasadnym jest opracowanie założeń i pełna realizacja postawionych zadań poprzez opracowanie i przyjęcie do realizacji następujących programów zdrowotnych:

- 1 Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta.
- 2 Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi, poprzez wspólne działanie ze Szpitalami i jednostkami podstawowej opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem następujących chorób:
 - a. Choroby układu krążenia
 - b. Udary mózgowie
 - c. Choroby nowotworowe
 - d. Choroby układu oddechowego
 - e. Choroby reumatyczne
- 3 Powiatu i podmiotów wykonujących działalność leczniczą jako wspólne zadanie, współpracę i wspólny cel. Uzupełnienia świadczeń medycznych, które nie są w powiecie oferowane.





Założenia strategii rozwoju ochrony zdrowia powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego – cele szczegółowe dotyczące współpracy samorządu terytorialnego i podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Wnioskując na podstawie analizy danych ekonomiczno-finansowych Szpitali, a także na podstawie przeprowadzonych rozmów i wywiadów z dyrekcją Szpitali, a także kierownikami poszczególnych jednostek organizacyjnych, stwierdza się, że poza niewielkimi wyjątkami (transport sanitarny), nie ma współpracy pomiędzy Szpitalami, a także pomiędzy Szpitalami, Starostwem i innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą np. podstawowa opieka zdrowotna (lekarze pierwszego kontaktu, zwani dalej POZ). Działaniami jakie należałoby podjąć w tym zakresie są:

1. Podjęcie działań przez Starostwo, a później ich monitorowanie i intensyfikacja, w kierunku nawiązania współpracy pomiędzy podstawową opieką zdrowotną, a Szpitalami. Szpitale posiadają laboratoria, RTG, pracownie USG, pracownie endoskopowe, które mogłyby świadczyć usługi dla POZ, obecnie usługi te w dużej mierze są świadczone poza powiatem, co wiąże się z wpływem środków finansowych poza powiat,
2. Podjęcie działań przez Starostwo, a później ich monitorowanie i intensyfikacja, w kierunku nawiązania ścisłej współpracy pomiędzy Szpitalami w zakresie usług i świadczeń, których poszczególne Szpitale nie wykonują np. tomografia komputerowa, mammografia, usługi laboratorium mikrobiologicznego, pralnia itp. Oczywiście usługi te, wykonywane powinny być na warunkach rynkowych i zgodnie z zapotrzebowaniem zamawiającego np. szybkość opisów TK. Działania w tym kierunku powinny być zainicjowane i monitorowane przez starostwo, które jest organem założycielskim obu Szpitali. Zlecenie usług specjalistycznych innym podmiotom wiąże się z wpływem środków finansowych poza powiat,
3. Podjęcie działań przez Starostwo w celu ujednoczenia wzoru rachunku kosztów dla obu Szpitali. Obecnie Szpitale w odmienny sposób prezentują koszty w podziale na oddziały, przypisanie kosztów pośrednich i zarządu. Wprowadzenie takiego rozwiązania pozwoli na porównywalność danych finansowych obu Szpitali.
4. Podjęcie działań przez Starostwo w celu stworzenia wspólnej polityki rachunkowości dla obu Szpitali, we współpracy z biegłymi rewidentami badającymi sprawozdania finansowe, lub zlecenie opracowania polityki rachunkowości podmiotowi trzeciemu. Wprowadzenie takiego rozwiązania pozwoli na porównywalność danych finansowych obu Szpitali.
5. Podjęcie przez Starostwo rozmów ze Szpitalami w kierunku próby scentralizowania niektórych zakupów środków medycznych, leków, usług, ewentualnie kadry medycznej i innych. Scentralizowanie zakupów może pozwolić na uzyskanie efektu skali poprzez zwiększony wolumen zakupu, jednakże działania takie będą musiały być każdorazowo analizowane pod względem opłacalności.





W zakresie dostępności mieszkańców powiatu do świadczeń medycznych zasadniczo występują dwa problemy:

1. brak świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – opisany powyżej,
2. brak świadczeń opieki długoterminowej – cel utworzenie w obu szpitalach Oddziału dla Przewlekłe Chorych optymalnie po 10 łóżek – ostateczne określenie liczby łóżek wymaga ustalenia celu i harmonogramu działań inwestycyjnych w obu szpitalach w zakresie dostosowania do wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą i potem w zależności od możliwości lokalowych określenia docelowej liczby łóżek długoterminowych. Utworzenie oddziału dla Przewlekłe Chorych musi iść w parze z zapewnieniem kontraktowania tychże świadczeń przez WOW NFZ.

W obecnej sytuacji prawno-ustawowej jak i możliwościach lokalowych obu Jednostek, nie jest możliwe wprowadzenie w ramach istniejących struktur łóżek długoterminowych.





1. Ogólna charakterystyka powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego

Powiat mający powierzchnie 1806 km², położony jest w północnej części województwa wielkopolskiego na styku dwóch krain geograficznych: niziny wielkopolsko – kujawskiej i pojezierza pomorskiego. Granica ich przebiega na Noteci płynącej równoleżnikowo, niemal przez środek powiatu, pradoliną toruńsko - eberswaldzką. Powiat leży na pograniczu pojezierza waleckiego oraz kotliny gorzowskiej. Zachodnia granica powiatu stanowi granicę z województwem lubuskim, a północna z zachodniopomorskim.

Położenie powiatu w województwie obrazuje poniższa rycina.

Rysunek 1 Województwo Wielkopolskie



źródło: opracowanie własne na podstawie GUS





Powiat administracyjnie przypisany województwu wielkopolskiemu, zajmuje 6% terenu województwa. Pod względem powierzchni, wynoszącej 1806 km² zajmuje drugie miejsce, a pod względem ludności liczącej 87 tysięcy osób – 10 miejsce w województwie. Skupia 8 gmin, w tym jedną miejską (Czarnków), trzy miejsko – wiejskie (Trzcianka, Krzyż, Wieleń) i cztery wiejskie (Czarnków, Drawsko, Lubasz, Połajewo). Przez powiat przebiega kilka ważnych szlaków komunikacyjnych. Spośród drogowych najważniejsze znaczenie mają: stary szlak piastowski na kierunku południowo – północnym z Poznania nad Bałtyk i drugi prowadzący w kierunku zachodnim od Piły i Czarnkowa do Gorzowa i przejścia granicznego w Kostrzynie n/Odrą.¹

Lokalizację poszczególnych gmin przedstawia poniższa mapa:

Rysunek 2 Powiat czarnkowsko-trzcianecki



źródło: opracowanie własne na podstawie GUS

Najmniejszą powierzchnię (nie licząc gminy miejskiej Czarnków) zajmują gminy Połajewo (142 km²) oraz Drawsko (163 km²). Największe gminy to Wieleń (430 km²) oraz Trzcianka (374 km²).

W powiecie czarnkowsko - trzcianeckim 41% całej powierzchni stanowią użytki rolne, w tym grunty orne 65%. Lasy natomiast zajmują 92,9 tys. ha, co stanowi aż 51,5% całej powierzchni. W Polsce z ogólnej powierzchni 31.289 tys. ha, użytki rolne wynoszą 18.570 ha i stanowią 49,8% terenu kraju.

¹ Strategia rozwoju powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego na lata 2011-2020





Powiat czarnkowsko - trzcianecki charakteryzuje się dużym udziałem trwałych użytków zielonych w użytkach rolnych. Powierzchnia trwałych użytków zielonych wynosi 25.246 ha, co stanowi 34,1% użytków rolnych, natomiast w województwie wielkopolskim 10,1%, a w Polsce odpowiednio 22,1%. Najwięcej łąk i pastwisk mają gminy Czarnków i Trzcianka.

Gospodarstw rolnych na obszarze powiatu jest 7093 szt., a przeciętna powierzchnia użytków rolnych przypadająca na każde z nich wynosi 8,70 ha. Gospodarstw powyżej 1 ha jest 4886, a przeciętna ich wielkość wynosi 12,6 ha, w tym użytki rolne zajmują 11,2 ha. Jest to powierzchnia większa niż przeciętna w kraju i w województwie.²

Jeśli chodzi o sieć dróg, przez powiat czarnkowsko-trzcianecki przechodzi fragment drogi krajowej nr 22 oraz następujące drogi wojewódzkie zaprezentowane w poniższej tabeli.

Tabela 1 Drogi wojewódzkie w powiecie czarnkowsko-trzcianeckim

Numer drogi	Informacje
droga nr 118	Zielonowo - Nowe Dwory
droga nr 123	Huta Szklana - Przesieki
droga nr 133	Chełst - Chrzypsko Wielkie (powiat międzychodzki)
droga nr 135	Wieleń - Borzysko Młyn
droga nr 140	Wronki (powiat szamotulski)- Ciszkowo
droga nr 153	Siedlisko - Lubasz
droga nr 174	Nowe Drezdenko - Kuźnica Czarnkowska
droga nr 177	Czaplinek (powiat drawski)- Wieleń
droga nr 178	Wałcz (powiat wałecki) - Trzcianka - Oborniki (powiat obornicki)
droga nr 180	Kocień Wielki - Piła (powiat pilski)
droga nr 181	Drezdenko - Czarnków
droga nr 182	Międzychód - Czarnków - Ujście (powiat pilski)
droga nr 183	Sarbia - Chodzież
droga nr 309	Średnica - Jędrzejewo

źródło: opracowanie własne

² www.czarnkowsko-trzcianecki.pl

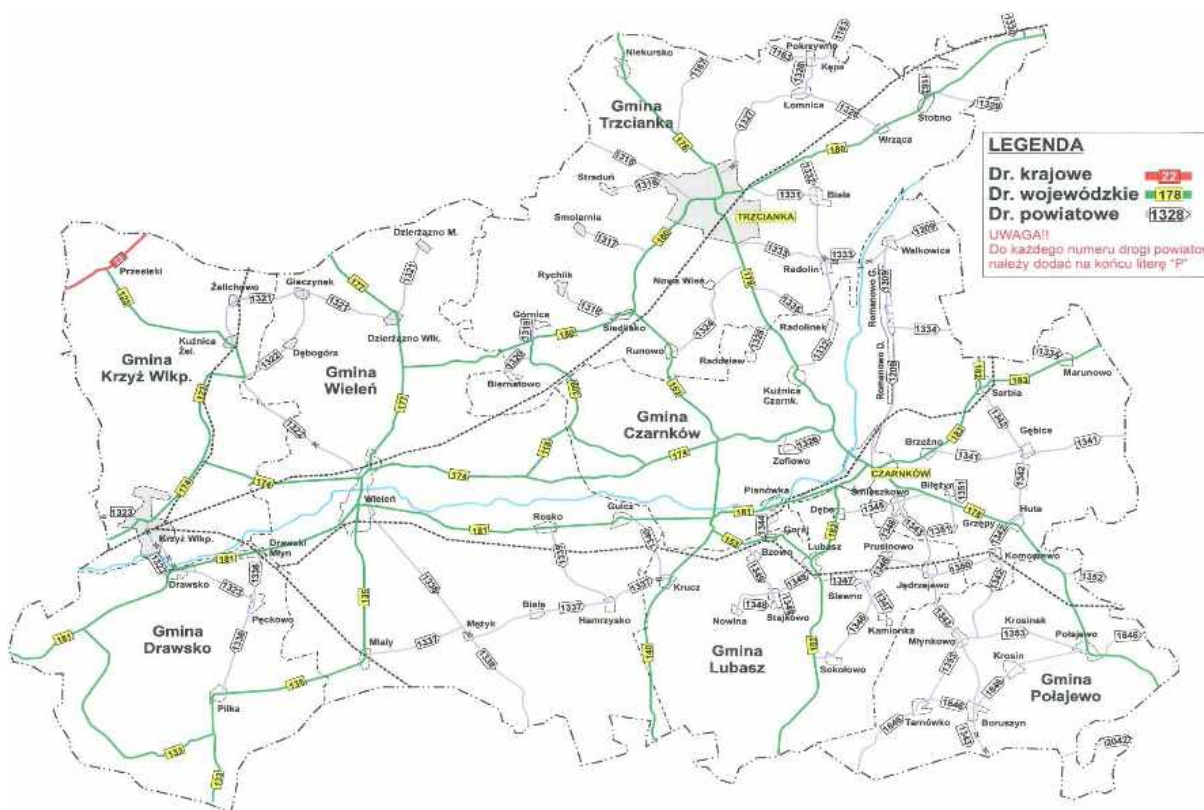




Drogi powiatowe nadzoruje Zarząd Dróg Powiatowych w Czarnkowie. Dróg w powiecie jest 45 o łącznej długości 331,1 km.

Poniższa rycina przedstawia wszystkie drogi w powiecie.

Rysunek 3 Drogi w powiecie czarnkowsko-trzcianieckim



źródło: Strategia rozwoju powiatu czarnkowsko-trzcianieckiego

Poniżej zaprezentowana została tabela przedstawiająca odległość Czarnkowa i Trzianki od innych miast w powiecie oraz największych okolicznych miast w województwie.





Tabela 2 Odległości Czarnkowa i Trzcianki od innych miast

Miejscowość	Odległość - Czarnków	Odległość - Trzcianka
Poznań	71 km	88 km
Piła	36 km	25 km
Międzychód	69 km	87 km
Gniezno	96 km	115 km
Szamotuły	38 km	56 km
Wałcz	48 km	30 km
Oborniki	40 km	58 km
Chodzież	29 km	46 km
Wągrowiec	52 km	70 km
Połajewo	18 km	36 km
Wieleń	29 km	30 km
Krzyż Wlkp	43 km	44 km
Odległość wzajemna	17km	

źródło: opracowanie własne

Jeśli chodzi o lokalizację, Czarnków i Trzcianka zlokalizowane są w bliskiej odległości wzajemnej wynoszącej 18km, czas przejazdu kształtują się w granicach 15-20 minut. Czarnków posiada lepsze połączenie z miastami zlokalizowanymi na południe od powiatu – np. Poznaniem i Szamotułami. Trzcianka zlokalizowana jest bliżej Piły i Wałcza. Jeśli chodzi o pozostałe miejscowości w powiecie – odległości od Wielenia i Krzyża Wlkp. są bardzo zbliżone. Lokalizacja Czarnkowa od Połajewo jest dwukrotnie mniejsza. Bezpośrednio obok Czarnkowa znajduje się także Lubasz.





2. Sytuacja demograficzna

2.1 Zarys sytuacji demograficznej w kraju

W dniu 31.12.2010 liczba ludności Polski wynosiła 38 200 037 i w stosunku do roku 2009 zwiększyła się o 32 708 osób, przy czym – podobnie jak w ubiegłych latach – większy wzrost odnotowano wśród kobiet (o 34 714 osoby) niż wśród mężczyzn (o 29 447). Do województw o największej liczbie mieszkańców należą: mazowieckie (5 242 911), śląskie (4 635 882) i wielkopolskie (3 419 426).

Województwa o najmniejszej liczbie mieszkańców, to: lubuskie (1 011 024), opolskie (1 028 585) i podlaskie (1 188 329).

Liczba ludności w miastach w roku 2010 wynosiła 23 264 383 osoby i w porównaniu z rokiem 2009 spadła o 23 798 osób, natomiast liczba mieszkańców wsi wynosiła 14 935 654 osoby i wzrosła o 87 959 osób. Województwa, w których najliczniej reprezentowana jest ludność miejska, to: śląskie (3 613 684), mazowieckie (3 385 772) oraz dolnośląskie (2 016 830). Województwami o największej liczbie mieszkańców wsi są: mazowieckie (1 857 139), małopolskie (1 682 256) i wielkopolskie (1 508 699).

2.2 Sytuacja demograficzna w powiecie czarnkowsko-trzcianeckim

Wg stanu na dzień 31.12.2010 liczba ludności w powiecie czarnkowsko-trzcianeckim wynosiła ok. 87 tys. co w przeliczeniu na powierzchnię całkowitą daje nam zaludnienie 48 osób na 1km². Największe zaludnienie dotyczyło oczywiście gminy miejskiej Czarnków. Wśród pozostałych gmin, Trzcianka charakteryzowała się zaludnieniem w wysokości 64 osób na 1km². Na przeciwnym biegunie znajduje się gmina Drawsko zamieszkiwana przez 5 982 osoby, co w przeliczeniu na km² daje nam 29 osób. Powiat czarnkowsko-trzcianecki charakteryzuje się więc stosunkowo niskim zaludnieniem w stosunku do zajmowanego obszaru. Średnio na 1km² przypada 48 osób. Mniej osób mieszka tylko w powiecie Złotowskim (41 osób na 1km²). W kwestii rozkładu mieszkańców zgodnie z podziałem na płeć, na terenie całego powiatu oscyluje ona mniej więcej równo w granicach 49-50%. Największy odsetek kobiet występuje w gminie miejskiej Czarnków (51,76%) zaś mężczyzn w gminie wiejskiej Połajewo (50,36%).





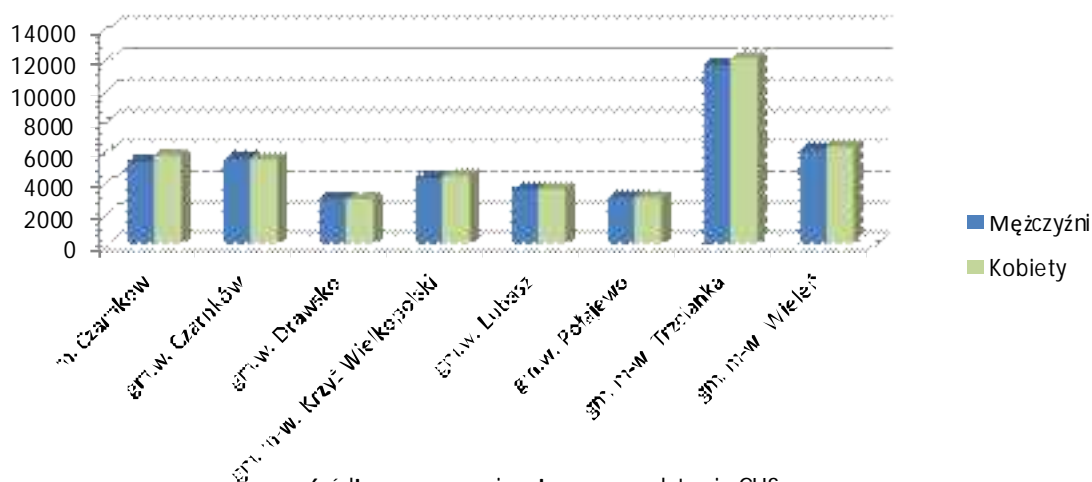
Szczegółowo przedstawia to poniższa tabela:

Tabela 3 Demografia – ogólne dane

Wyszczególnienie	Powierzchnia w km ²	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Na 1 km ²
Powiat czarnkowsko-trzcianecki	1806	87086	43002	44084	48
m. Czarnków	10	11194	5400	5794	1119
gm.w. Czarnków	346	11212	5636	5576	32
gm.w. Drawsko	163	5982	3019	2963	37
gm. m-w. Krzyż Wielkopolski	174	8844	4346	4498	51
gm.w. Lubasz	167	7267	3623	3644	44
gm.w. Połajewo	142	6182	3113	3069	44
gm. m-w. Trzcianka	374	23839	11687	12152	64
gm. m-w. Wieleń	430	12566	6178	6388	29

źródło: opracowanie własne na podstawie GUS

Wykres 1 Demografia – ogólne dane



źródło: opracowanie własne na podstawie GUS

Jeśli chodzi o podział mieszkańców powiatu wg zamieszkania w miastach i wsiach, 46% całości populacji mieszka w miastach zaś 54% na wsiach. Z wyjątkiem gminy wiejskiej Lubasz, możemy zaobserwować generalną tendencję, że w miastach żyje więcej kobiet natomiast na wsiach – więcej mężczyzn.





Dokładny podział prezentuje tabela:

Tabela 4 Demografia – kobiety i mężczyźni wg miejsca zamieszkania

Wyszczególnienie	Miasta			Wieś		
	razem	mężczyźni	kobiety	razem	mężczyźni	kobiety
Powiat czarnkowsko-trzcianecki	40226	19355	20871	46860	23647	23213
m. Czarnków	11194	5400	5794	-	-	-
gm.w. Czarnków	-	-	-	11212	5636	5576
gm.w. Drawsko	-	-	-	5982	3019	2963
gm. m-w. Krzyż Wielkopolski	6269	3032	3237	2575	1314	1261
gm.w. Lubasz	-	-	-	7267	3623	3644
gm.w. Połajewo	-	-	-	6182	3113	3069
gm. m-w. Trzcianka	16894	8158	8736	6945	3529	3416
gm. m-w. Wieleń	5869	2765	3104	6697	3413	3284

źródło: opracowanie własne na podstawie GUS

Jeśli chodzi o prognozę ludności do roku 2035, charakteryzować się będzie ona ujemną tendencją. Do roku 2035 szacuję się spadek liczby mieszkańców powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego o 3 970 osób co stanowi 4,56% obecnej liczby osób w powiecie. Wzrost liczby ludności szacowany do roku 2017, później nastąpi spadek. Dotyczyć on będzie głównie mieszkańców miast w powiecie – ich liczba spadnie aż o 9,56%. Jeśli chodzi o mieszkańców wsi w powiecie, ich liczba zostanie na zbliżonym poziomie, zmniejszy się jedynie o 0,27%. Spadkowa tendencja ludności związana będzie z kształtowaniem się ruchu naturalnego w powiecie, na który znaczący wpływ będzie mieć niż demograficzny. W prognozowanym okresie nastąpi zmniejszenie liczby urodzeń o 35,85% oraz wzrost liczby zgonów o ok. 22,28%.

Perspektywy ludności oraz ruchu naturalnego w najbliższych latach przedstawia poniższa tabela:

Tabela 5 Demografia – Ludność i ruch naturalny do 2035r.

Rok	Ludność na 31 XII	Ruch naturalny	
		Urodzenia	Zgony
Ogółem 2011	86 930	1 060	808
2012	87 013	1 057	818
2013	87 086	1 051	824
2014	87 156	1 042	831
2015	87 209	1 029	837
2020	87 140	928	864
2025	86 414	802	895



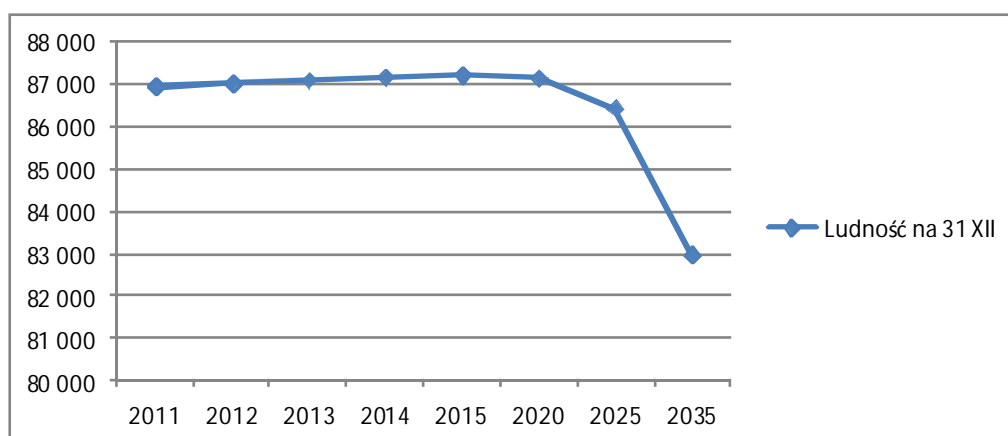


	2035	82 960	680	988
Miasto	2011	40 161	476	379
	2012	40 088	473	384
	2013	40 021	469	387
	2014	39 962	462	391
	2015	39 893	453	394
	2020	39 448	394	412
	2025	38 719	333	432
	2035	36 316	285	479
Wieś	2011	46 769	584	429
	2012	46 925	584	434
	2013	47 065	582	437
	2014	47 194	580	440
	2015	47 316	576	443
	2020	47 692	534	452
	2025	47 695	469	463
	2035	46 644	395	509

źródło: opracowanie własne na podstawie GUS

Kształtowanie ogólnej liczby ludności obrazuje także poniższy wykres

Wykres 2 Demografia – ludność do 2035r.



źródło: opracowanie własne na podstawie GUS

Zgodnie z podziałem ludności powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego według grup funkcjonalnych, najliczniejszą grupę stanowiącą prawie 40% ogółu, to osoby w wieku 18-44. Ludność w wieku 45-59





stanowi 24%. W perspektywie czasowej do roku 2035 różnice między tymi dwoma grupami praktycznie ulegną zatarciu, odsetek ludności 18-44 wynosić będzie 30%, natomiast ludność 45-59 stanowić będzie 27%. Niż demograficzny spowoduje również spadek ludzi poniżej 17 roku życia o 4% oraz wzrost ludzi starszych powyżej 65 roku życia o ponad 10%.

Podział ludności wg poszczególnych grup wiekowych został zaprezentowany poniżej:

Tabela 6 Liczba ludności wg grup wiekowych

		Rok							
Liczba ludności		2011	2012	2013	2014	2015	2020	2025	2035
	Wiek								
	Ogółem	86 930	87 013	87 086	87 156	87 209	87 140	86 414	82 960
	0-17	18 333	18 192	18 050	17 998	17 959	17 906	17 375	14 163
	18-44	34 719	34 664	34 606	34 412	34 149	32 078	29 576	25 391
	45-59	20 774	20 586	20 350	20 128	19 939	19 425	20 029	22 257
	60+	15 775	16 329	16 880	17 436	18 034	20 694	21 894	23 943
	65+	10 165	10 567	11 092	11 578	12 077	14 608	16 948	18 292
	75+	4 595	4 634	4 693	4 751	4 786	4 716	6 459	9 590
	80+	2 537	2 591	2 628	2 665	2 703	2 851	2 804	5 348

źródło: opracowanie własne na podstawie GUS

Jeśli chodzi o zawarte małżeństwa – największym ich odsetkiem charakteryzowała się gmina miejska Czarnków – 1 małżeństwo na 130 osób, zaś najmniejszym gmina wiejska Czarnków – 1 małżeństwo na 178 osób. Jeśli chodzi o samą ilość – najwięcej małżeństw było w gminie Trzcianka – 152. W kwestii urodzeń – największym odsetkiem charakteryzowała się gmina Połajewo – 1 urodzenie na 66 osób, najmniejszym gmina wiejska Czarnków – 1 urodzenie na 88 osób. Ogólnie urodzeń najwięcej było w gminie Trzcianka. Powiat charakteryzuje się ujemnym bilansem migracji wewnętrznych – na 904 napływających osób, odpływ zaś wynosi 1009 osób. Jedynie gmina Drawsko cechuje się pozytywnym bilansem jeśli chodzi o migracje wewnętrzne.





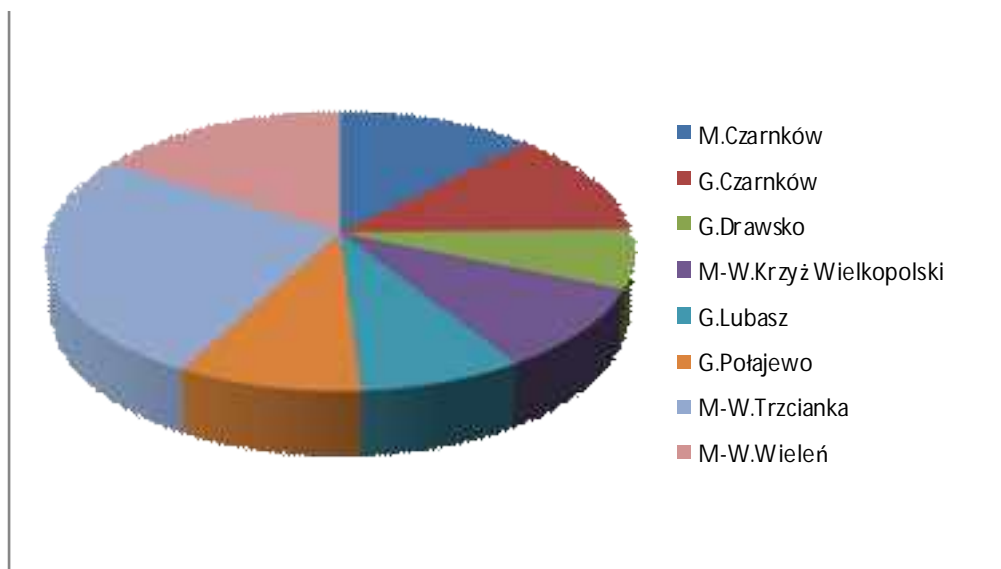
Tabela 7 Demografia – małżeństwa, urodzenia i migracje w powiecie

Wyszczególnienie	Stan ludności	Małżeństwa	Urodzenia	Zgony		Przyrost naturalny	Migracje wewnętrzne napły w	Migracje wewnętrzne odpły w
				Ogółem	w tym niemowląt			
Powiat	87086	559	1041	781	4	260	904	1009
M.Czarnków	11194	86	128	96	-	32	101	155
G.Czarnków	11212	63	128	91	1	37	148	132
G.Drawsko	5982	39	71	47	-	24	57	45
M-W.Krzyż Wielkopolski	8844	51	100	93	2	7	84	108
G.Lubasz	7267	43	83	60	-	23	63	64
G.Połajewo	6182	40	93	50	-	43	49	65
M-W.Trzcianka	23839	152	273	203	-	70	300	309
M-W.Wieleń	12566	85	165	141	1	24	102	131

źródło: opracowanie własne na podstawie GUS

Urodzenia zostały szczegółowo przedstawione również na poniższym wykresie.

Wykres 3 Urodzenia w powiecie



źródło: opracowanie własne na podstawie GUS

Liczba ludności w powiecie na przestrzeni ostatnich 11 lat nie uległa większej zmianie, całkowity wzrost zaludnienia wyniósł 1,6%. Tendencja była rosnąca w 6 spośród 8 gmin w powiecie, nieznaczny spadek mieszkańców zanotowały gmina miejska Czarnków oraz gmina Wieleń.





Dokładne dane zawarte zostały w poniższej tabeli:

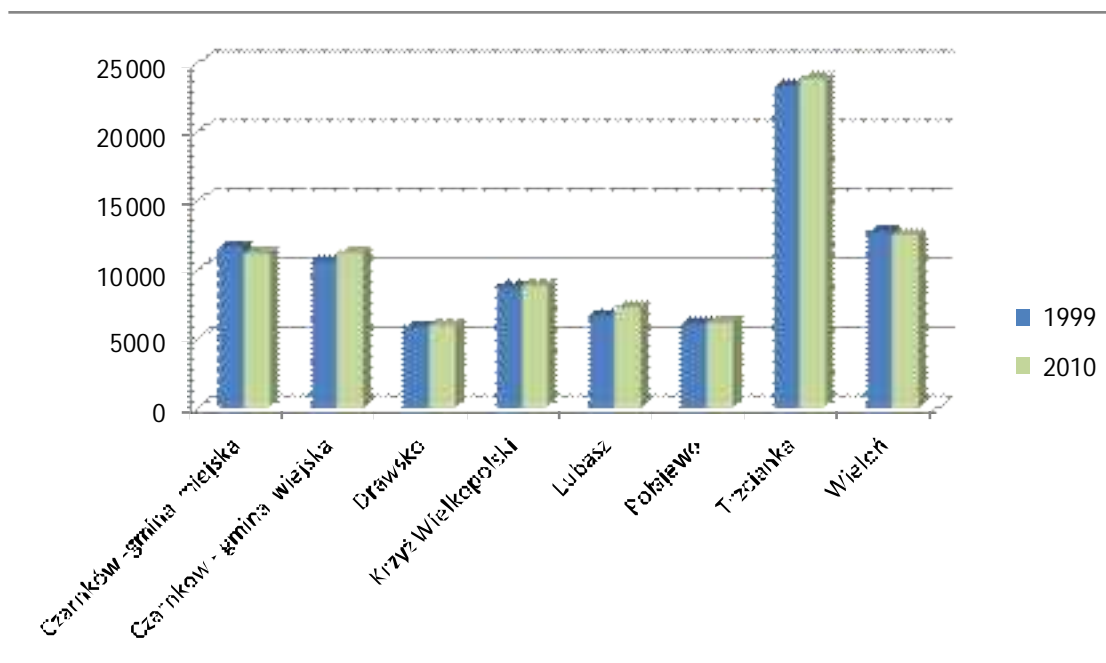
Tabela 8 Dynamika wzrostu liczby ludności w powiecie

Gminy	1999r.	2010r.	Dynamika 1999r.=100
Czarnków -gmina miejska	11665	11194	95,96%
Czarnków - gmina wiejska	10620	11212	105,57%
Drawsko	5864	5982	102,01%
Krzyż Wielkopolski	8744	8844	101,14%
Lubasz	6654	7267	109,21%
Połajewo	6103	6182	101,29%
Trzcianka	23322	23839	102,22%
Wieleń	12752	12566	98,54%

źródło: opracowanie własne na podstawie GUS

Dane dotyczące dynamiki wzrostu ludności w formie wykresu zawarte zostały poniżej.

Wykres 4 Dynamika wzrostu liczby ludności w powiecie



źródło: opracowanie własne na podstawie GUS





3. Sytuacja na rynku pracy w powiecie

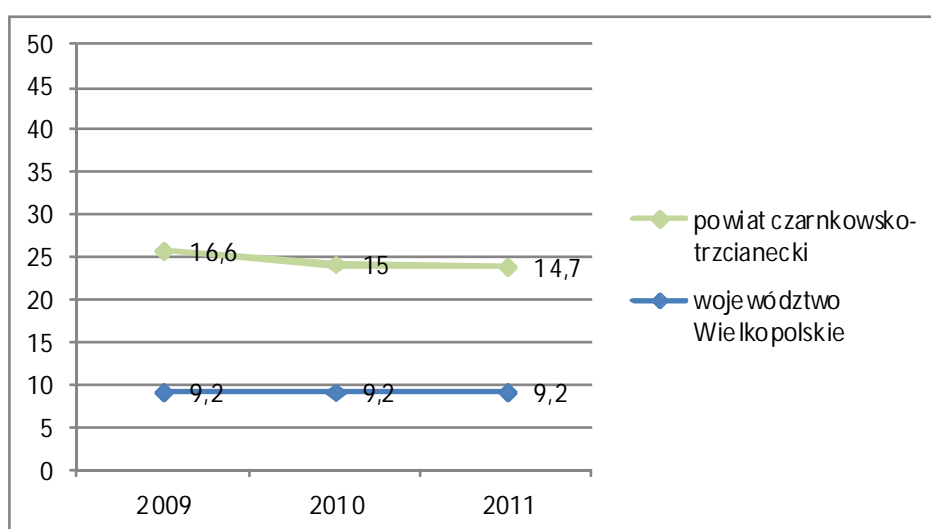
Zgodnie z danymi GUS, zatrudnienie w powiecie czarnkowsko-trzcianeckim 31.12.2009r. wyniosło 13 865 osób i spadło o prawie 7% w porównaniu do roku poprzedniego (ponad 1000 osób). Zatrudnienie w powiecie stanowi 1,7% ogółu zatrudnionych w województwie. Z danych wynika, że 1 na 3 osoby zatrudniona była w sektorze publicznym, pozostałe 2 w prywatnym.

Jeśli chodzi o liczbę osób pracujących w powiecie – wg stanu na 31.12.2009r. wyniosła ona 20 730 osób i w porównaniu do roku poprzedniego widoczny jest spadek o ok. 5,4%. 1 na 4 osoby pracujące zatrudniona była w sektorze publicznym, pozostałe 3 w prywatnym. Ok. 45% osób pracujących stanowiły kobiety.

Stopa bezrobocia w powiecie jest jedną z największych w całym województwie. Na przestrzeni ostatnich 3 lat może zauważyć pozytywną tendencję jeśli chodzi o stopień bezrobocia w powiecie. W samym powiecie czarnkowsko-trzcianeckim bezrobocie w analizowanym okresie czasu spadło o ok. 2 punkty procentowe z poziomu 16,6% do 14,7%. W badanym okresie czasu stopa bezrobocia w województwie utrzymywała się na zbliżonym poziomie ok. 9,2%.

Na tle województwa stopa bezrobocia jest więc znacząco wyższa w powiecie, jednakże różnice w analizowanym okresie czasu są coraz mniejsze. W przypadku roku 2011 różnica ta wyniosła 5,5 punktu procentowego w porównaniu do 7,4 punktu procentowego w roku 2009. Poniższy wykres przedstawia szczegółową sytuację.

Wykres 5 Stopa bezrobocia w powiecie na przestrzeni ostatnich 3 lat



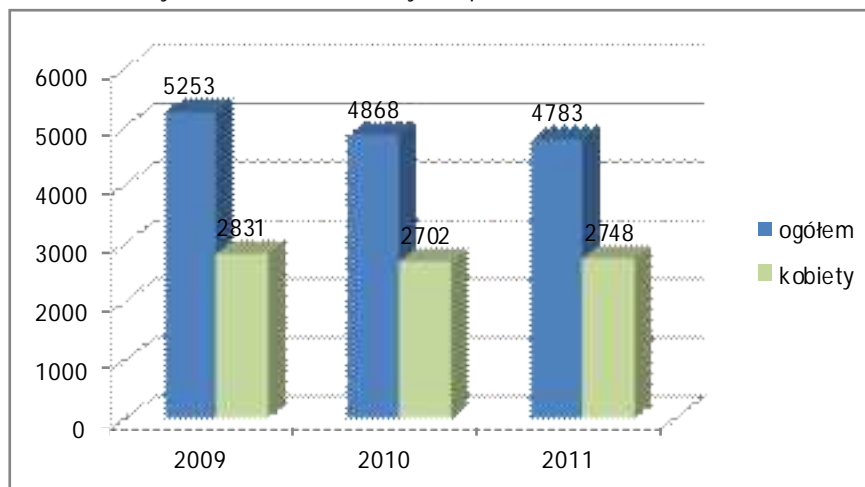
źródło: opracowanie własne na podstawie GUS





Analizując liczbę bezrobotnych, w latach 2009-2010, nastąpił spadek ich liczby z poziomu 5 253 w roku 2009 do 4 868 w roku 2010, co stanowiło ponad 7%. Na koniec 2011 roku liczba osób bezrobotnych również zmalała do poziomu 4 783 osób, co stanowiło prawie 2% spadek. Na tę pozytywną tendencję istotny wpływ miały środki z Europejskiego Funduszu Społecznego PO KL przeznaczone na aktywizację bezrobotnych. Poniższy wykres przedstawia sytuację szczegółowo.

Wykres 6 Liczba bezrobotnych w powiecie w latach 2009-2011



źródło: opracowanie własne na podstawie GUS

Warto zwrócić uwagę, iż mimo spadku liczby osób bezrobotnych na koniec roku 2011, liczba bezrobotnych kobiet wzrosła.





4. Zachorowalność

4.1 Zachorowania na nowotwory

Dane na temat sytuacji zdrowotnej przedstawione w poniższych tabelach dotyczą zachorowań na choroby weneryczne, nowotwory złośliwe i na gruźlicę. W odniesieniu do chorób wenerycznych w roku 2010 odnotowano spadek liczby zachorowań (z 4,4 do 2,5 na 100 tys. ludności). Najwyższy wskaźnik zachorowań na kiłę występuje w województwach: mazowieckim (2,7 zachorowań na 100 tys. ludności), małopolskim (2,2) i zachodniopomorskim (1,9); najniższy – w podkarpackim (0,1), świętokrzyskim (0,2) i warmińsko-mazurskim (0,2). Najwyższy wskaźnik zachorowań na rzeżączkę zanotowano natomiast w województwach: mazowieckim (2,3 na 100 tys. ludności), lubuskim (1,2) i kujawsko-pomorskim (1,1); najniższy – w województwach: dolnośląskim (0,1), opolskim (0,1) i podkarpackim (0,1).

W roku 2008 liczba zachorowań na nowotwory złośliwe ogółem wzrosła o 2 180 przypadków (ze 128 883 do 131 063), przy czym wzrost ten nieco silniej zaznacza się wśród mężczyzn (1189 nowych zachorowań) niż wśród kobiet (991 nowych zachorowań).

W roku 2008, analogicznie jak w poprzednim, do najczęściej występujących nowotworów złośliwych można zaliczyć nowotwór narządów moczowo-płciowych (ogółem 31 852 zachorowania), nowotwór układu trawiennego i otrzewnej (27 490 zachorowań) oraz nowotwór kości, tkanki łącznej, skóry i sutka (27 077). Wśród mężczyzn najczęściej występuje nowotwór narządów moczowo-płciowych (90,6 zachorowań na 100 tys. ludności), nowotwór układu oddechowego i narządów klatki piersiowej (89,8 zachorowań na 100 tys. ludności) oraz nowotwór układu trawiennego i otrzewnej (82,8). Wśród kobiet najczęstszy jest nowotwór kości, tkanki łącznej, skóry i sutka (106,5 zachorowań na 100 tys. ludności), a następnie nowotwór narządów moczowo-płciowych (77) oraz układu trawiennego i otrzewnej (62,2).

Najwyższym współczynnikiem zachorowalności na nowotwory złośliwe ogółem, zarówno wśród mężczyzn, jak i wśród kobiet charakteryzuje się województwo dolnośląskie (odpowiednio 434,1 i 414,1 zachorowań na 100 tys. ludności). Następne miejsca zajmują województwo świętokrzyskie (417,4) i wielkopolskie (404,2) w przypadku mężczyzn, zaś łódzkie (364,2) i wielkopolskie (360,4) w przypadku kobiet.





Tabela 9 Zachorowania na nowotwory wg województw

województwo	liczba bezwzględna			współczynnik na 100 tys. ludności	
	ogółem	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
POLSKA	131 063	65 477	65 586	335,7	332,8
Dolnośląskie	12 189	5 984	6 205	434,1	414,1
Kujawsko-pomorskie	7 766	3 932	3 834	394,5	358,4
Lubelskie	7 771	4 017	3 754	383,2	336,6
Lubuskie	3 357	1 550	1 807	317,0	347,7
Łódzkie	9 218	4 347	4 871	358,1	364,2
Małopolskie	11 100	5 499	5 601	345,7	331,1
Mazowieckie	16 173	7 924	8 249	318,7	304,5
Opolskie	3 634	1 864	1 770	372,8	331,0
Podkarpackie	7 212	3 774	3 438	368,2	320,6
Podlaskie	2 936	1 361	1 575	234,3	257,7
Pomorskie	7 294	3 826	3 468	355,5	304,5
Śląskie	15 250	7 645	7 605	341,0	316,0
Świętokrzyskie	4 890	2 589	2 301	417,4	352,2
Warmińsko-mazurskie	4 339	2 171	2 168	312,4	296,4
Wielkopolskie	12 943	6 649	6 294	404,2	360,4
Zachodniopomorskie	4 991	2 345	2 646	285,4	303,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletyn informacyjny MZ 2011r.

4.2 Zachorowania na gruźlicę

Pod względem zachorowań na gruźlicę (we wszystkich postaciach, a także na gruźlicę płuc) w roku 2010 nastąpił niewielki spadek w porównaniu z poprzednim rokiem – z 21,6 do 19,7 zachorowań na 100 tys. ludności (w przypadku gruźlicy płuc analogiczny wskaźnik zmniejszył się z 20,1 do 18,3). Najwięcej zachorowań na wszystkie postacie gruźlicy przypada na województwa: łódzkie (31,9 na 100 tys. ludności), lubelskie (30,0) i śląskie (25,5); najmniej przypadków zachorowań stwierdzono w województwach: opolskim (12,8 na 100 tys. ludności), wielkopolskim (12,9) i podlaskim (13,3). Dane obrazuje poniższa tabela.





Tabela 10 Zachorowania na gruźlicę

województwo		wszystkie postaci			w tym gruźlica płuc		
		liczba bezwzględna	na 100 tys. ludności		liczba bezwzględna	na 100 tys. ludności	
			wskaźnik	m-ce w kraju		wskaźnik	m-ce w kraju
POLSKA	2010	7 509	19,7	x	6 992	18,3	x
Dolnośląskie		582	20,2	12	538	18,7	11
Kujawsko-pomorskie		388	18,7	9	355	17,2	9
Lubelskie		648	30,0	15	588	27,2	15
Lubuskie		135	13,4	4	122	12,1	3
Łódzkie		810	31,9	16	775	30,5	16
Małopolskie		490	14,8	6	488	14,2	7
Mazowieckie		992	19,0	10	905	17,3	10
Opolskie		132	12,8	1	122	11,8	1
Podkarpackie		302	14,4	5	280	13,3	5
Podlaskie		158	13,3	3	153	12,9	4
Pomorskie		449	20,1	11	430	19,2	12
Śląskie		1 181	25,5	14	1 108	23,9	14
Świętokrzyskie		284	22,4	13	262	20,7	13
Warmińsko-mazurskie		260	18,2	8	243	17,0	8
Wielkopolskie		441	12,9	2	408	11,9	2
Zachodniopomorskie		261	15,4	7	239	14,1	6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletyn informacyjny MZ 2011r.

4.3 Zachorowania na choroby weneryczne

Pod względem zachorowań na choroby weneryczne (w tym także na kiłę) w roku 2010 nastąpił spadek w porównaniu z poprzednim rokiem – z 1669 do 1246 zachorowań ogółem (w przypadku kiły nastąpił spadek z 1267 do 945). Najwięcej zachorowań na wszystkie postaci chorób wenerycznych przypada na województwa: mazowieckie (389), śląskie (145) i małopolskie (143); najmniej przypadków zachorowań stwierdzono w województwach: podkarpackim (7) i warmińsko-mazurskim (15). Poniższa tabela przedstawia szczegółowe dane.





Tabela 11 Zachorowania na choroby weneryczne

Jednostka terytorialna	ogółem		kita	
	2009	2010	2009	2010
	osoba	osoba	osoba	osoba
POLSKA	1669	1246	1267	945
ŁÓDZKIE	87	93	63	69
MAZOWIECKIE	690	389	466	255
MAŁOPOLSKIE	160	143	151	136
ŚLĄSKIE	206	145	186	126
LUBELSKIE	59	55	50	50
PODKARPACKIE	8	7	7	5
PODLASKIE	24	24	19	19
ŚWIĘTOKRZYSKIE	12	21	9	9
LUBUSKIE	59	54	44	38
WIELKOPOLSKIE	65	51	53	45
ZACHODNIOPOMORSKIE	36	49	29	39
DOLNOŚLĄSKIE	67	56	66	54
OPOLSKIE	23	24	19	23
KUJAWSKO-POMORSKIE	98	83	48	53
POMORSKIE	50	37	37	12
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	25	15	20	12

Źródło: opracowanie własne na podstawie stat.gov.pl





5. Stacjonarna opieka zdrowotna w Polsce

5.1 Szpitale ogólne

W roku 2010 było 795 szpitali ogólnych, w tym 286 niepublicznych (w roku 2009 odpowiednio 754 i 228). Najwięcej szpitali ogółem zanotowano w województwie śląskim (115), mazowieckim (98) i małopolskim (71), najmniej – w województwach: lubuskim (19), opolskim (22) i świętokrzyskim (22). Największą liczbą szpitali niepublicznych odznaczają się województwa: śląskie (42), małopolskie (36) i dolnośląskie (32), natomiast najmniejszą – województwa: świętokrzyskie (4), opolskie (7) i podlaskie (7). W szpitalach ogólnych w 2010 roku znajdowało się 181 077 łóżek, w tym 23 837 w szpitalach niepublicznych. W stosunku do roku ubiegłego zmniejszyła się nieco liczba łóżek w szpitalach ogółem (wynosiła wówczas 183 040), natomiast znacznie wzrosła liczba łóżek w zakładach niepublicznych. Najwięcej łóżek w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców przypada na województwa: śląskie (56,1), łódzkie (53,4) i lubelskie (52,5), najmniej odnotowano w województwach: pomorskim (38,9), lubuskim (41,5) oraz warmińsko-mazurskim (41,9). Szczegółowo przedstawia to poniższa tabela.

Tabela 12 Szpitale ogólne wg województw 2010

województwo		szpitale		łóżka			
		ogółem	w tym niepubl	ogółem	na 10 tys. ludności		niepubl
					wskaźnik	m-ce w kraju	
P O L S K A	2010	795	286	181 077	47,4	x	23 837
Dolnośląskie		67	32	14 126	49,1	6	3 151
Kujawsko-pomorskie		38	20	9 018	43,6	11	2 130
Lubelskie		42	10	11 290	52,5	3	790
Lubuskie		19	9	4 191	41,5	15	1020
Łódzkie		61	24	13 533	53,4	2	2 101
Małopolskie		71	36	14 274	43,1	12	2 112
Mazowieckie		98	22	24 166	46,1	7	1266
Opolskie		22	7	4 387	42,7	13	654
Podkarpackie		35	9	9 558	45,4	10	462
Podlaskie		30	7	5 970	50,2	5	163
Pomorskie		41	22	8 708	38,9	16	2 054
Śląskie		115	42	25 989	56,1	1	4 094
Świętokrzyskie		22	4	6 445	50,9	4	541
Warmińsko-mazurskie		37	12	5 985	41,9	14	890
Wielkopolskie		66	20	15 633	45,7	9	1 804
Zachodniopomorskie		31	10	7 786	46,0	8	805

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletyn informacyjny MZ 2011r.

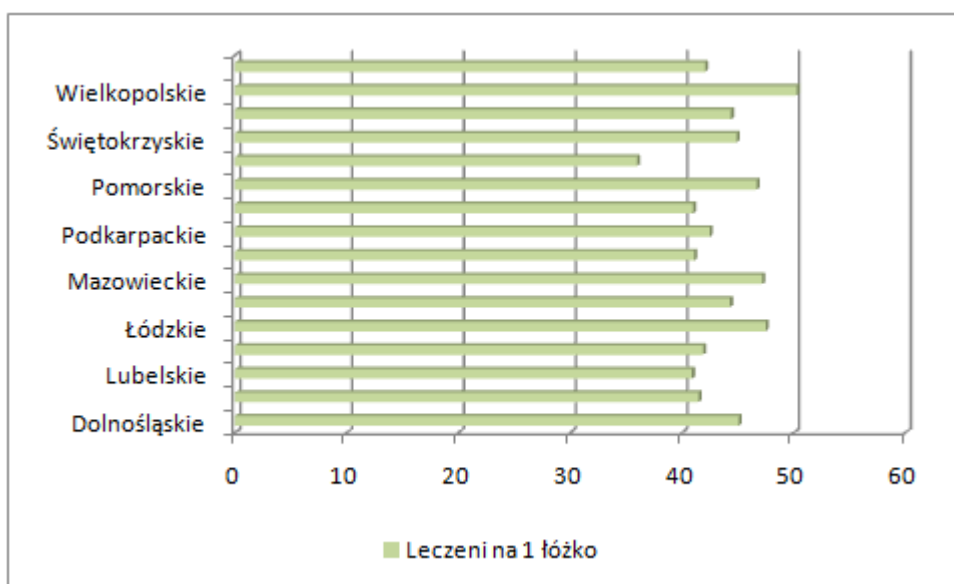




Działalność szpitali ogólnych według województw

W roku 2010 ogólna liczba pacjentów leczonych w ciągu roku w przeliczeniu na 1 łóżko wynosiła 43,7 (w roku 2009 – 43,9). Wskaźnik ten okazał się najwyższy w województwach: wielkopolskim (50,3), łódzkim (47,5) i mazowieckim (47,2), najniższy zaś – w województwach: śląskim (36,0), lubelskim (40,9) i podlaskim (41,0). Szczegółowo przedstawia to poniższa tabela.

Tabela 13 Leczeni na 1 łóżko



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletyn informacyjny MZ 2011r.

Pod względem przeciętnej długości pobytu chorego pierwsze miejsca zajmują woj. wielkopolskie (5,0 dnia), dolnośląskie (5,2) pomorskie (5,3). Najdłuższy czas pobytu chorego stwierdzono w województwach: śląskim (6,7 dnia), lubelskim (6,5) i opolskim (6,0). Dane przedstawia tabela.





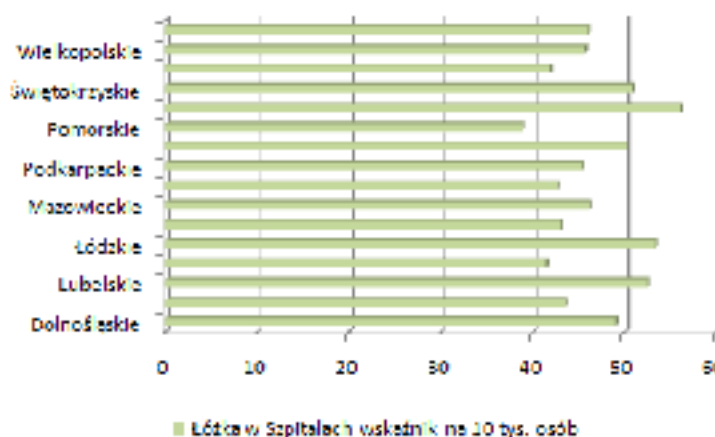
Tabela 14 Działalność szpitali ogólnych razem

województwo		Leczeni w ciągu roku			osobodni w tys.	przeciętny pobyt chorzego		wykorzystanie łóżek		
		ogółem	wskaznik	m. cz. w kraju		wskaznik w krajach członk.	m. cz. w krajach członk.	wskaznik w krajach członk.	m. cz. w krajach członk.	wskaznik w %
P O L S K A	2010	7 911 663	43,7	x	44871,4	8,7	x	248,5	x	68,1
Dolnośląskie		697 004	45,1	5	3920,8	5,2	2	295,0	14	64,0
Kujawsko-pomorskie		974 970	41,5	12	2048,1	5,5	7-8	220,0	10	62,1
Lubelskie		861 300	40,0	16	3074,1	6,6	16	278,0	1	76,1
Lubuskie		1 76 680	41,0	11	1 005,8	6,7	8-11	238,2	13	66,3
Łódzkie		613 161	47,6	2	3 963,7	6,4	4-6	266,7	1	70,1
Małopolskie		607 011	44,5	8	1 709,6	5,9	10	260,9	2	72,0
Mazowieckie		1 147 070	47,0	3	8 697,0	5,4	4-7	207,8	9	70,0
Opolskie		1 90 017	41,1	15	1 087,0	6,0	14	240,3	2	67,5
Podkarpackie		405 007	42,6	9	2 340,2	5,8	12	245,8	7-8	67,5
Podlaskie		2 44 013	41,0	14	1 380,3	5,7	9-11	231,3	15	63,4
Pomorskie		406 068	40,7	4	2 417,1	6,3	3	245,8	7-8	67,5
Śląskie		806 038	36,0	16	6 303,0	6,7	16	240,7	11	66,0
Świętokrzyskie		208 104	48,6	6	1 603,0	5,5	7-9	240,7	2	60,7
Warmińsko-mazurskie		285 670	48,4	7	1 406,6	5,4	4-6	241,5	10	66,2
Wielkopolskie		790 607	50,8	1	3 908,8	5,0	1	200,4	5	68,0
Zachodniopomorskie		928 083	42,1	10	1 808,2	5,7	9-11	238,8	12	60,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletyn informacyjny MZ 2011r.

Najwyższym wskaźnikiem wykorzystania łóżek (w %) charakteryzują się województwa: lubelskie (76,4), małopolskie (72,0) i łódzkie (70,1), najniższym – kujawsko-pomorskie (62,1) podlaskie (63,4) i dolnośląskie (64,6). Poniższa tabela zawiera szczegółowe dane.

Wykres 7 Łóżka w szpitalach ogólnych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletyn informacyjny MZ 2011r.





Działalność szpitali (ogólnych, publicznych i niepublicznych) według oddziałów

Liczba łóżek we wszystkich oddziałach szpitali ogólnych wynosiła 47,4 na 10 tys. ludności, w szpitalach publicznych – 41,2, w szpitalach niepublicznych – 6,2. We wszystkich wymienionych rodzajach szpitali najwięcej łóżek na 10 tys. ludności znajduje się na oddziałach: wewnętrznym (6,9 w szpitalach ogólnych, 5,7 w publicznych i 1,3 w niepublicznych); chirurgii ogólnej (odpowiednio 5,6, 4,7 i 0,9) oraz ginekologiczno-położniczym (4,9, 4,0, 0,9). W szpitalach ogólnych i publicznych do oddziałów o najmniejszej liczbie łóżek (0,1 na 10 tys. ludności) należą: geriatryczny, chirurgii szczękowo-twarzowej, transplantologiczny i toksykologiczny.

Najwyższe wykorzystanie łóżek (w %) w szpitalach ogólnych i publicznych stwierdzono na oddziałach: psychiatrycznym (odpowiednio 93,7 i 93,4), hematologicznym (91,2 i 91,0) oraz odwykowym (89,3). W szpitalach niepublicznych najwyższy wskaźnik wykorzystania łóżek zanotowano na oddziałach: chorób zakaźnych (99,4%), hematologicznym (97,3%) i psychiatrycznym (96,0%). Oddziały o najniższej wartości wskaźnika, to – w szpitalach ogólnych i publicznych - oddział ratunkowy (odpowiednio 36,4% i 34,5%), chirurgii szczękowo-twarzowej (41,4% i 41,2%) oraz okulistyki (46,7 i 46,9%). W szpitalach niepublicznych do takich oddziałów należą: neurochirurgiczny (13,6%), kardiochirurgiczny (36,3%) i chirurgii dziecięcej (40,7%).

Najwięcej osób leczonych w trybie stacjonarnym w przeliczeniu na 10 tys. ludności we wszystkich rodzajach szpitali przypada na oddziały: ginekologiczno-położniczy, wewnętrzny i chirurgii ogólnej. W szpitalach ogólnych i publicznych najniższe wartości tego wskaźnika odnotowano na oddziałach: toksykologicznym, geriatrycznym i dla przewlekle chorych, zaś w szpitalach niepublicznych - na oddziałach: neurochirurgicznym, chorób zakaźnych oraz chirurgii szczękowo-twarzowej.

Największą liczbą pacjentów leczonych w trybie stacjonarnym przypadających na jedno łóżko, zarówno w szpitalach ogólnych, jak i publicznych charakteryzują się oddziały: ratunkowy, urologiczny i okulistyki; w szpitalach niepublicznych do takich oddziałów należą: ratunkowy, gastrologiczny i onkologiczny. Najmniej pacjentów przypadających na jedno łóżko - we wszystkich rodzajach szpitali - stwierdzono na oddziałach: psychiatrycznym, rehabilitacyjnym i przewlekle chorych. Szczegółowo zostało to przedstawione na poniższej tabeli.





Tabela 15 Wybrane wskaźniki wg oddziałów

oddziały	łóżka		wykorzystanie łóżek	
	liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności	w dniach	w %
OGÓLEM	181 077	47,4	248,5	68,1
w tym:				
Wewnętrzny	28 544	6,9	278,0	75,6
Kardiologiczny	7 793	2,0	279,8	76,7
Reumatologiczny	2 381	0,6	254,6	69,8
Gastrologiczny	1 555	0,4	266,3	73,0
Onkologiczny	4 505	1,2	272,3	74,6
Neftologiczny	1 939	0,5	264,1	72,4
Hematologiczny	1 229	0,3	332,8	91,2
Chirurgiczny ogólny	21 539	5,6	227,9	62,4
Chirurgiczny dziecięcy	2 339	0,6	197,8	54,2
Chirurgii Urazowo - ortopedycznej	10 130	2,7	246,9	67,6
Neurochirurgiczny	1 585	0,5	263,5	72,2
Kardiochirurgiczny	1 194	0,3	229,8	62,9
Urologiczny	3 352	0,9	234,4	64,2
Gruźlicy i chorób płuc	8 459	2,2	260,3	71,3
Dermatologiczny	1 810	0,5	268,6	73,4
Okulistyczny	3 270	0,9	170,4	46,7
Otolaryngologiczny	4 020	1,1	199,5	54,7
Neurologiczny	7 328	1,9	285,5	78,2
Psychiatryczny	4 736	1,2	341,9	93,7
Odwykowy	934	0,2	326,1	89,3
Chorób zakaźnych	1 664	0,4	232,4	63,7
Obserwacyjno-zakaźny	1 720	0,5	204,7	56,1
Ginekologiczno-położniczy	18 634	4,9	223,0	61,1
Pediatryczny	10 880	2,8	190,8	52,3
Rehabilitacyjny	14 117	3,7	311,2	85,3
Przewlekłe chorych	1 000	0,3	291,1	79,8
Geriatryczny	569	0,1	247,4	67,8
Intensywnej terapii	2 977	0,8	234,8	64,3
Chirurgii szczękowo-bardzowej	441	0,1	151,1	41,4
Endokrynologiczny	1 364	0,4	258,4	70,8
Transplantologiczny	395	0,1	269,2	73,8
Toksykologiczny	212	0,1	198,3	54,3
Ratunkowy	562	0,2	132,9	36,4
Neonatalogiczny	9 106	2,4	187,3	51,3
Inny	464	0,1	235,7	64,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletyn informacyjny MZ 2011r.





Liczba miejsc i leczeń w trybie dziennym według województw

Zarówno w szpitalach ogólnych, jak i publicznych największą liczbą miejsc dla osób leczonych w trybie dziennym na oddziałach stacjonarnych dysponują województwa: mazowieckie (odpowiednio 854 i 696), śląskie (471 i 452) oraz pomorskie (277 i 255). W szpitalach niepublicznych najwięcej takich miejsc występuje w województwach: mazowieckim (158), dolnośląskim (140) i podkarpackim (123). Województwa o najmniejszej liczbie miejsc dla leczonych w trybie dziennym, to: łódzkie, kujawsko-pomorskie i lubuskie (w szpitalach ogólnych i publicznych) oraz podlaskie, łódzkie i opolskie (w szpitalach niepublicznych). W dwu województwach szpitale niepubliczne w ogóle nie dysponują miejscami dla leczonych w trybie dziennym, a mianowicie w województwie świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim. W szpitalach ogólnych i publicznych najwięcej osób leczonych w trybie dziennym przypada na województwa: mazowieckie (odpowiednio 375 361 i 356 060), pomorskie (203 881 i 176 553) oraz śląskie (176 033 i 164 877), zaś w szpitalach niepublicznych na województwa: pomorskie (27 328), mazowieckie (19 301) i małopolskie (16 026).

5.2 Szpitale psychiatryczne

Według stanu na koniec 2010 roku, najwięcej szpitali psychiatrycznych występuje w województwie mazowieckim (7) a także śląskim i dolnośląskim (5). Najmniej – jeden szpital jest w województwie świętokrzyskim. Pośrednio ma to odzwierciedlenie w ilości łóżek. Największą ilością charakteryzuje się województwo mazowieckie (2892) oraz śląskie (2288). Najmniejszą ilością charakteryzuje się województwo kujawsko-pomorskie (645) oraz podkarpackie (686). W obu tych województwach są dwie placówki tego typu. Najwięcej leczonych osób w 2010 roku było w województwie mazowieckim (36457) oraz wielkopolskim (22236), mimo tylko trzech szpitali psychiatrycznych w województwie. Najmniejszą liczbą leczonych osób charakteryzuje się województwo podkarpackie. Całościowy obraz przedstawia tabela poniżej.

Tabela 16 Szpitale psychiatryczne w Polsce

Jednostka terytorialna	szpitale psychiatryczne	łóżka w szpitalach i filiach	leczeni
	2010 ob.	2010 łóżko	2010 osoba
POLSKA	47	17750	198021
ŁÓDZKIE	3	946	12000
MAZOWIECKIE	7	2892	36457
MAŁOPOLSKIE	2	1062	11155
ŚLĄSKIE	5	2288	20370
LUBELSKIE	3	1444	11858
PODKARPACKIE	2	686	5578
PODLASKIE	2	952	11273
ŚWIĘTOKRZYSKIE	1	743	9086
LUBUSKIE	3	796	8086
WIELKOPOLSKIE	3	1457	22236
DOLNOŚLĄSKIE	5	1122	11589
OPOLSKIE	3	817	13291
KUJAWSKO-POMORSKIE	2	645	7523
POMORSKIE	3	1117	9761
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	3	783	7758

źródło: opracowanie własne na podstawie stat.gov.pl

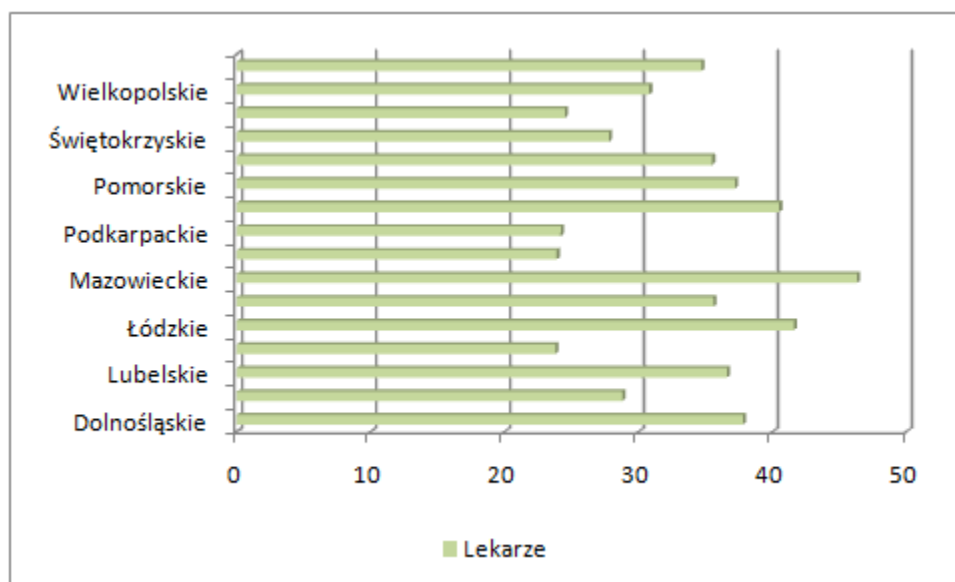




5.3 Personel medyczny w służbie zdrowia

W 2010 roku zarówno w grupie lekarzy, dentyistów oraz farmaceutów liczba osób uprawnionych do wykonywania zawodu minimalnie wzrosła w stosunku do roku ubiegłego – wskaźnik na 10 tys. ludności wynosił: 35,2 lekarze (w 2009 r. 34,8), 9,8 dentyści (w 2009 r. 9,7) i 7,4 farmaceutów (w 2009 r. 7,2). Najwięcej lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu odnotowano w województwach: mazowieckim (46,3 na 10 tys. ludności), łódzkim (41,6) i podlaskim (40,5); najmniej zaś w województwach: lubuskim (23,8 na 10 tys. ludności), opolskim (23,9) i podkarpackim (24,2). Poniższa tabela przedstawia całościowy obraz.

Tabela 17 Lekarze w służbie zdrowia



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletyn informacyjny MZ 2011r.

W przypadku dentyistów województwami o największej liczbie uprawnionych do wykonywania zawodu są: mazowieckie (12,8), łódzkie (12,0) i świętokrzyskie (11,5); najmniejsza liczba uprawnionych przypada na województwa: kujawsko-pomorskie (6,2), warmińsko-mazurskie (6,5) oraz opolskie (7,0).

W grupie farmaceutów najwyższy wskaźnik uprawnionych do wykonywania zawodu występuje w województwach: łódzkim, pomorskim i lubelskim (odpowiednio 9,3; 9,2 i 9,0 na 10 tys. ludności), natomiast najniższy – w województwach: warmińsko-mazurskim, opolskim i lubuskim (odpowiednio 4,4; 4,9; 5,1).





Personel pracujący w ochronie zdrowia według województw

Lekarze

W roku 2010 wskaźnik zatrudnienia lekarzy w całym kraju wynosił 20,8 na 10 tys. ludności (w roku 2009 - 20,7). Najwięcej zatrudnionych zanotowano w województwach: łódzkim (24,1), lubelskim (23,9) i podlaskim (23,6); – najmniej w wielkopolskim (14,6), opolskim (17,3) i warmińsko-mazurskim (17,4).

Pielęgniarki

Wskaźnik zatrudnienia w roku 2010 był minimalnie niższy od wskaźnika z roku ubiegłego i wynosił 48,4 (w 2009 r. 48,8). Najwyższy występował w województwach: śląskim (55,6), lubelskim (54,1), świętokrzyskim (53,4), najniższy – w wielkopolskim (39,4), pomorskim (40,6), zachodniopomorskim (43,7).

W 2010 roku wskaźnik zatrudnienia wynosił 2,7 (w roku 2009 – 2,4). Najwyższym odznaczają się województwa: podlaskie (4,0), podkarpackie (3,8), opolskie (3,6), najniższym – mazowieckie (1,5), małopolskie (2,2) oraz pomorskie (2,4).

Jeśli chodzi o wykształcenie pielęgniarek i położnych, w 2010 roku wykształcenie wyższe wśród pielęgniarek w powiecie miało 6,6% osób. W porównaniu do roku ubiegłego to wzrost o ok. 1%. Wśród położnych, odsetkiem wyższego wykształcenia charakteryzuje się 13,3%. W 2009r. było to 4,5% mniej. W ujęciu całego województwa, pielęgniarki z wyższym wykształceniem stanowiły 1%, położne zaś 1,5%. Poniższa tabela przedstawia dokładną sytuację.

Tabela 18 Wykształcenie pielęgniarek i położnych

Jednostka terytorialna	personel pracujący							
	pielęgniarki				położne			
	ogółem (łącznie z mgr)		mgr		ogółem (łącznie z mgr)		mgr	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	
WIELKOPOLSKIE	14997	15421	989	1172	2211	2290	213	265
Powiat czarnkowsko-trzcianecki	257	181	14	12	45	30	4	4

Źródło: opracowanie własne na podstawie stat.gov.pl

Lekarze specjaliści zatrudnieni w placówkach ochrony zdrowia

W roku 2010 liczba lekarzy specjalistów zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia pozostaje na poziomie roku 2009 i wynosi 16,7 na 10 tys. ludności, niewielki wzrost można zaobserwować jedynie w grupie lekarzy, którzy uzyskali specjalizację na nowych zasadach (z 2,1 do 2,5 na 10 tys. ludności).





Podobnie jak w ubiegłych latach, większość lekarzy specjalistów to lekarze z II. stopniem specjalizacji (11,3).

Wśród lekarzy specjalistów najczęściej – w przeliczeniu na 10 tys. ludności – jest specjalistów w zakresie chorób wewnętrznych (2,6), chirurgii (2,0) oraz pediatrii (1,5); najłabiej reprezentowane są : organizacja ochrony zdrowia (0,0), onkologia (0,1) i medycyna ratunkowa (0,1).

Lekarze specjaliści zatrudnieni w publicznych zakładach opieki zdrowotnej

Ogólny wskaźnik zatrudnienia lekarzy specjalistów w zakładach publicznych jest niższy w porównaniu ze wskaźnikiem obejmującym wszystkie placówki ochrony zdrowia (odpowiednio 10,3 i 16,7 na 10 tys. ludności). Najwyższe wartości tego wskaźnika zanotowano w specjalnościach: choroby wewnętrzne (1,5), chirurgia (1,5), a następnie anestezjologia i intensywne terapię (0,8) oraz położnictwo i ginekologia (0,8). Najmniej licznie reprezentowani są lekarze specjaliści w dziedzinie organizacji ochrony zdrowia (0,0), chorób zakaźnych (0,1), dermatologii i wenerologii (0,1), a także w dziedzinie onkologii, medycyny ogólnej i ratunkowej (po 0,1).

Personel medyczny zatrudniony w podstawowej opiece zdrowotnej

W przeciwieństwie do ubiegłego roku, w roku 2010 liczba lekarzy pracujących w ramach umowy cywilno-prawnej (10 839) przewyższa nieco liczbę osób zatrudnionych na podstawie stosunku pracy (10 330). Pierwsza z wymienionych form zatrudnienia jest również częstsza wśród lekarzy pediatrów (odpowiednio 2 796 i 2 523). Jedynie wśród lekarzy rodzinnych więcej osób pracuje na podstawie stosunku pracy (3513) aniżeli w oparciu o umowę cywilno-prawną (2781).

W poszczególnych województwach sytuacja pod omawianym względem przedstawia się w sposób zróżnicowany. W niektórych z nich przewaga lekarzy pracujących w ramach kontraktu nad pracującymi na podstawie stosunku pracy jest bardzo duża (największa w zachodniopomorskim, gdzie występuje 29 przypadków pierwszej i 497 przypadków drugiej z form zatrudnienia), w innych zaś, niezgodnie z ogólną tendencją, częściej spotykane jest zatrudnienie na podstawie stosunku pracy (na przykład w województwie łódzkim, małopolskim, śląskim in.).

Podobna sytuacja istnieje w grupie lekarzy rodzinnych – w kilku województwach, w przeciwieństwie do proporcji ogółem, więcej jest osób pracujących na kontrakcie niż na etacie (przede wszystkim w województwie zachodniopomorskim i warmińsko-mazurskim, ale także w podlaskim, kujawsko-pomorskim i dolnośląskim). Poniższy wykres szczegółowo przedstawia sytuację.





Tabela 19 Lekarze – Podstawowa opieka zdrowotna

województwo	lekarze		lekarze rodzinni		lekarze pediatrizy	
	na podstawie stosunku pracy	w ramach umowy cywilno-prawnej	na podstawie stosunku pracy	w ramach umowy cywilno-prawnej	na podstawie stosunku pracy	w ramach umowy cywilno-prawnej
Dolnośląskie	670	1 125	232	263	166	291
Kujawsko-pomorskie	475	1 090	122	264	123	262
Lubelskie	625	529	309	149	126	128
Lubuskie	71	197	37	39	13	70
Łódzkie	1 182	859	394	165	295	251
Małopolskie	1 280	864	375	201	320	224
Mazowieckie	1 678	1 700	639	526	401	439
Opolskie	149	184	41	35	41	54
Podkarpackie	599	346	213	103	116	84
Podlaskie	149	279	63	102	36	63
Pomorskie	553	694	198	179	148	163
Śląskie	2 028	1 330	591	268	545	359
Świętokrzyskie	497	343	146	67	109	95
Warmińsko-mazurskie	77	491	35	162	13	120
Wielkopolskie	268	311	111	106	63	79
Zachodniopomorskie	29	497	7	152	8	114

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletyn informacyjny MZ 2011r.

Wśród ogółu pielęgniarek i położnych pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej zdecydowanie przeważają osoby zatrudnione na podstawie stosunku pracy – wśród pielęgniarek jest ich 25 031 wobec 5 924 pracujących w ramach umowy cywilno-prawnej, wśród położnych – odpowiednio 3 311 i 1 746. Jedynym województwem, w którym wyraźnie licznější grupę stanowią pielęgniarki zatrudnione na podstawie kontraktu jest zachodniopomorskie – jest ich 899, podczas gdy na podstawie stosunku pracy pracuje 362. W przypadku położnych osoby zatrudnione w ramach umowy cywilno-prawnej częściej są reprezentowane przede wszystkim w województwie zachodniopomorskim, warmińsko-mazurskim, a także w województwie podlaskim i lubuskim. Poniższy wykres przedstawia dokładną sytuację.





Tabela 20 Położne i pielęgniarzy – podstawowa opieka zdrowotna

województwo		pielęgniarki				położne	
		ogółem	pielęgniarki środowiskowe rodzinne	pielęgniarki środowiskowe nauczania i wychowania	w ramach umowy cywilno-prawnej	na podstawie stosunku pracy	w ramach umowy cywilno-prawnej
P O L S K A	2009	25 894	12 001	3 628	6 871	3 349	1 705
	2010	25 031	11 727	3 591	5 924	3 311	1 746
Dolnośląskie		1 989	1 018	210	316	305	152
Kujawsko-pomorskie		1 563	677	299	414	245	138
Lubelskie		1 859	1 013	313	213	280	125
Lubuskie		387	195	22	286	36	46
Łódzkie		1 932	1 064	306	390	339	141
Małopolskie		2 787	1 100	487	356	301	96
Mazowieckie		3 499	1 838	560	765	503	255
Opolskie		742	308	75	123	48	15
Podkarpackie		1 729	712	212	161	224	24
Podlaskie		628	348	96	348	95	124
Pomorskie		1 295	499	216	329	128	76
Śląskie		3 866	1 874	382	550	527	191
Świętokrzyskie		1 198	560	227	82	104	13
Warmińsko-mazurskie		441	148	49	455	43	92
Wielkopolskie		774	222	97	239	90	51
Zachodniopomorskie		362	151	40	899	43	207

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletyn informacyjny MZ 2011r.

Personel medyczny pracujący w szpitalach ogólnych według województw

Zarówno w ogólnej liczbie lekarzy, jak wśród lekarzy specjalistów oraz dentystów pracujących w szpitalach ogólnych osoby zatrudnione na podstawie stosunku pracy zdecydowanie przeważają nad zatrudnionymi w ramach umowy cywilno-prawnej. W grupie lekarzy 43 112 osób pracuje w oparciu o pierwszą formę zatrudnienia, 25 920 – na podstawie kontraktu. Wśród lekarzy specjalistów odpowiednie liczby wynoszą 27 693 i 20 947, wśród lekarzy dentystów – 501 i 114. W przypadku pierwszych dwu grup zawodowych w niektórych województwach proporcje kształtują się jednak odwrotnie i występuje przewaga osób zatrudnionych w ramach umowy cywilno-prawnej. Są to województwa: kujawsko-pomorskie, lubuskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie oraz zachodniopomorskie.

Przewaga zatrudnienia na podstawie stosunku pracy – i to w każdym województwie – jeszcze silniej niż wśród lekarzy zaznacza się wśród pielęgniarzy i położnych. Ogółem w oparciu o tę formę zatrudnienia pracuje 118 450 pielęgniarzy i 15 804 położnych, w ramach kontraktu – odpowiednio 7 152 i 781. Województwem, w którym wszystkie położne są zatrudnione na podstawie stosunku pracy (353 osoby) jest opolskie, ten rodzaj zatrudnienia bardzo nielicznie występuje również wśród położnych w województwie świętokrzyskim (3 osoby), podkarpackim (4) i lubelskim (6).





6. Publiczna opieka zdrowotna w powiecie

Publiczne zakłady opieki zdrowotnej w powiecie czarnkowsko-trzcianeckim stanowiły w badanym okresie ok. 6% wszystkich ZOZ-ów. Na tle województwa wszystkie ZOZ-y w powiecie wyniosły ok. 3,5% wszystkich ZOZ-ów, natomiast jeśli chodzi o publiczne, stanowiły one 4,3% placówek w 2011 roku. Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 21 ZOZ-y w powiecie

Jednostka terytorialna	ogółem			publiczne			niepubliczne		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
WIELKOPOLSKIE	1401	1493	1783	89	92	93	1312	1401	1690
Powiat czarnkowsko-trzcianecki	50	53	58	3	3	4	47	50	54

Źródło: stat.gov.pl

7.1 Poradnie Podstawowej Opieki Zdrowotnej

W powiecie czarnkowsko-trzcianeckim wg stanu na koniec 2010 roku, jest 27 poradni oferujących podstawową opiekę zdrowotną. Najwięcej – 6, występuje w Czarnkowie. Poniższa tabela przedstawia szczegółową specyfikację.

Tabela 22 Poradnie POZ

Poradnia	Miejscowość	Adres	Telefon	E-mail
NZOZ „Provita”	Chełst	Mickiewicza 48	67 256 01 28	provita@wp.pl
Wen-Vita	Czarnków	Harcerska	67 255 31 74	wenvitaprychodnia@wp.pl
Przychodnia Lekarska Graży na Pacek	Czarnków	Kościuszki 98	67 255 26 85	grazy.napacek@gazeta.pl
Przychodnia Lekarska Kazimierz Dolny	Czarnków	Sikorskiego 13	67 255 57 55	kazimierzdolny@wp.pl
Przychodnia Lekarska „Pro Familia”	Czarnków	Kościuszki 103A	67 255 58 80	wantkowiak@poczta.onet.pl
Przychodnia Lekarska POZ Krystyna Niemiec	Czarnków	Kościuszki 75	67 255 82 55	krystyaniemiec@wp.pl
Poradnia Medycyny Rodzinnej „Medicus” Mirosław Bołzan	Czarnków	Przemysłowa 2	67 356 63 00	m.bolzan@interia.pl
NZOZ Przychodnia Lekarska Jakub Sobolewski	Drawsko	Nadnotecka 22A	67 256 90 25	nzozdrawsko@poczta.onet.pl
Przychodnia Lekarska Maria Chlebus-Mikołajczak	Huta	Poznańska 6	67 255 12 22	i.jankowska@interia.pl
Przychodnia Lekarska Maria Chlebus-Mikołajczak	Jędrzejewo	Piaski 43	67 256 35 14	i.jankowska@interia.pl





Przychodnia Lekarska Julian Komorkiewicz	Krzyż Wlkp.	Wojska Polskiego 73	67 256 50 21	ikomorkiewicz@o2.pl
NZOZ „Provita”	Krzyż Wlkp.	Wojska Polskiego 24	67 256 56 24	provita@wp.pl
Przychodnia Lekarska POZ Tomasz Grzeszczuk	Krzyż Wlkp.	Wojska Polskiego 73	67 256 50 70	tgrzeszczuk@gmail.com
Przychodnia Lekarska Maria Chlebus-Mikołajczak	Kuźnica Czarnkowska	Wyzwolenia 57	67 255 05 94	i.jankowska@interia.pl
Przychodnia Lekarska Ewa Masiakowska	Lubasz	Podgórna 3	67 255 60 35	tulubasz@poczta.onet.pl
Przychodnia Lekarska Helena Knap-Czechowska	Młynkowo	Młynkowo 64	67 255 17 70	lekarz@box43.gnet.pl
Przychodnia Lekarska Helena Knap-Czechowska	Połajewo	Łąkowa 1	67 256 70 20	lekarz@box43.gnet.pl
Przychodnia Lekarska Elżbieta Nagel	Połajewo	Obornicka 5	67 256 71 52	med_ela@poczta.onet.pl
Przychodnia Lekarska Maria Chlebus-Mikołajczak	Romanowo Górne	Romanowo Górne 77	67 255 16 18	i.jankowska@interia.pl
Przychodnia Lekarska Andrzej Skupniewicz	Rosko	Rosko 23	67 256 37 29	skupniewicz@wp.pl
Przychodnia Zespołu Lekarza Rodzinnego	Siedlisko	Siedlisko 2	67 216 42 04	elzbiestapien@poczta.wp.pl
Przychodnia Medycyny Rodzinnej i Specjalistyki s. c. „Intermed”	Trzcianka	Staszica 12	67 216 34 48 67 216 32 79	biuro@intermed-tka.pl
Niepubliczny Zakład Podstawowej i Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej	Trzcianka	Matejki 3A	67 216 84 50	iwona.kazmierczak@neostrada.pl
NZOZ Przychodnia Lekarska Grażyna Pachciarek	Wieleń	Chopina 7	67 256 10 35	grazy.napachciarek@op.pl
NZOZ Centrum Medyczne Jakub Rzeźnik	Wieleń	Jana Pawła II 27	67 256 13 51 67 256 22 09	centrum.medyczne@op.pl
Praktyka Lekarska	Wieleń	Jana Pawła II 27	67 256 13 51	praktyka.lekarska4@neostrada.pl
Praktyka Lekarska Konrad Kaczmarek	Wieleń	Chopina 7	67 256 26 30	-
Prywatny Gabinet Lekarski Urszula Janic	Wieleń	Staszica 2	67 256 10 33	-

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Starostwa Powiatowego w Czarnkowie





Poniżej sklasyfikowano poradnie zakontraktowane na 2012 rok. Najwięcej 10 – znajduje się w Trzciance. 9 występuje w Czarnkowie. Najczęstsze świadczenia są z zakresu dermatologii i wenerologii, chirurgii ogólnej, otolaryngologii i położnictwa i ginekologii. Szczegółową listę przedstawia poniższa tabela.

Tabela 23 Poradnie w powiecie

Nazwa Świadczeniodawcy	Zakres	Adres Gmina
BOGUMIŁA SZYMKOWIAK-WEGNER SPECJALISTYCZNA PORADNIA ALERGOLOGICZNA	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ALERGOLOGII	TRZCIANKA
SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ	KRZYŻ WIELKOPOLSKI
SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ	TRZCIANKA
ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ	CZARNKÓW
DERMATOLOGICZNA PRAKTYKA LEKARSKA LEK.MED.STACHOWIAK PIOTR	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DERMATOLOGII I WENEROLOGII	CZARNKÓW
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ I SPECJALISTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DERMATOLOGII I WENEROLOGII	TRZCIANKA
SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DERMATOLOGII I WENEROLOGII	TRZCIANKA
ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DERMATOLOGII I WENEROLOGII	CZARNKÓW
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ PORADNI	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE GRUŹLICY I CHOROŃ PŁUC	CZARNKÓW
SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE KARDIOLOGII	TRZCIANKA
ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE KARDIOLOGII	CZARNKÓW
GABINET OKULISTYCZNY KRYSZYNA NOWACKA - HINCA	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE OKULISTYKI	TRZCIANKA
INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA DOROTA OPAROWSKA - PLUTA	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE OKULISTYKI	CZARNKÓW
SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU	TRZCIANKA
ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU	CZARNKÓW
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OTOLARYNGOLOG"	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE OTOLARYNGOLOGII	TRZCIANKA
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OTOLARYNGOLOG"	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE OTOLARYNGOLOGII	WIELEŃ
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD SPECJALISTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE OTOLARYNGOLOGII	TRZCIANKA
SPECJALISTYCZNA PORADNIA POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNA	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII	TRZCIANKA
SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNA "PRO FEMINAE" S. C.	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII	TRZCIANKA
ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII	CZARNKÓW
ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE UROLOGII	CZARNKÓW

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Starostwa Powiatowego w Czarnkowie





7. Analiza Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Czarnkowie i Szpitala Powiatowego w Trzciance

7.1 System organizacji i zarządzania

7.1.1 Przedmiot działalności:

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Czarnkowie

W skład Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Czarnkowie wchodzi: Szpital w Czarnkowie z oddziałami i Izbą Przyjęć, Zespół Ratownictwa Medycznego oraz Zespół Poradni Specjalistycznych.

Na przełomie lat 2002-2004 zmodernizowano i rozbudowano część szpitala: oddziały chirurgiczny i położniczo - ginekologiczno – noworodkowy. W nowo wybudowanej części znalazła się Poradnia "K" ze "Szkolą Rodzenia" poradnia chirurgiczna.

W kolejnych latach rozbudowano i zmodernizowano Szpital ze środków Norweskich, które zakładały poprawę dostępności do profilaktycznych badań diagnostycznych, obejmującą wdrażanie programów promocji zdrowia i profilaktyki, zakup odpowiedniego sprzętu oraz promocje realizowanego projektu. Dzięki środkom pozyskanym z Mechanizmu Finansowego EOG możliwa była realizacja projektu inwestycyjnego, która umożliwiła zakup m. in. spirometru, cyfrowego RTG, mammografu, aparatu RTG z ramieniem C. Ponadto przy częściowym wsparciu, rozbudowano Szpital, powiększając go o nowe budynki - F oraz D.

Urządzono pracownię mammograficzną umożliwiającą szybką diagnostykę raka sutka, punktu Krwiodawstwa i pracowni Rehabilitacji i Fizykoterapii dla chorych szpitala. Powstała centralna sterylizatornia, obsługująca przede wszystkim blok operacyjny zgodnie z obowiązującymi aktualnie standardami. Dyrekcja ZZOZ przykłada dużą wagę do poprawy zaniedbanej w poprzednich latach diagnostyki kardiologicznej w szpitalu - w związku z tym powołano do życia Pracownię Diagnostyki Kardiologicznej, umożliwiającą szybką diagnostykę choroby wieńcowej i prawidłowe postępowanie z chorymi po zawale serca (szybka diagnostyka zawału serca).

Przy okazji powyższych inwestycji, dodatkowo wyposażono Szpital w windę towarową i osobową a także wyremontowano oddział chirurgiczny.

Przy wsparciu środków unijnych z Programu Operacyjnego Województwa Wielkopolskiego zakupiony został również sprzęt i aparatura medyczna, mianowicie wieża laparoskopowa, aparat do znieczuleń, aparat do badań ultrasonograficznych, zestaw endoskopów z torem wizyjnym oraz wyposażenie centralnej sterylizatorni. Niezbędną, pozostającą do zrealizowania inwestycją, jest wykończenie i wyposażenie pomieszczeń będących w stanie surowym w Szpitalu.





Jeśli chodzi o 2012 rok, zakres inwestycyjny w ZZOZ Czarnków podzielić można na dwie zasadnicze części – wymianę sprzętu oraz remonty i modernizacje. Sumarycznie koszty kształtują się w granicy 220 tys.zł. Poniższa tabela zawiera szczegółową specyfikację.

Tabela 24 plan inwestycyjny Czarnków

ZADANIE	PRZYBLIŻONY KOSZT
Wymiana sprzętu i aparatury medycznej	
Respirator z osprzętem	80 000,00
Sprzęt komputerowy	10 000,00
Zakup samochodu do działu logistyki	30 000,00
Razem	120 000,00
Remonty i modernizacje	
Remonty i modernizacje przy stosowujące Szpital do wymagań prawnych	100 000,00
Razem	100 000,00
OGÓŁEM	220 000,00

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Starostwa Powiatowego w Czarnkowie

Zespół prowadzi działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej - w szczególności udziela świadczeń zdrowotnych. Realizacja zadań Zespołu następuje w szczególności poprzez:

- udzielanie świadczeń profilaktyczno - leczniczych ,
- sprawowanie stacjonarnej opieki w specjalnościach reprezentowanych w szpitalu ,
- udzielanie specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych ,
- udzielanie świadczeń zdrowotnych w razie wypadku, urazu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia z zagrożeniem życia ,
- transport chorych, którym stan zdrowia nie pozwala na korzystanie z publicznych środków lokomocji,





- w przypadkach niecierpiących zwłoki przewóz pracowników medycznych, przewóz środków leczniczych, krwi, wyposażenia medycznego na zlecenie lekarskie,
- wykonywanie zadań w zakresie przewozu osób i materiałów medycznych, wymagających specjalnych warunków sanitarnych specjalistycznymi środkami transportu sanitarnego samochodowego i lotniczego
- wykonywanie zadań z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej,
- wykonywanie badań diagnostycznych, w tym analityki medycznej,
- szerzenie oświaty zdrowotnej,
- uczestniczenie w zapobieganiu powstawania chorób i urazów,
- podejmowanie działań mających na celu promocję zdrowia;
- uczestniczenie, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w kształceniu osób w zawodach medycznych, w tym poprzez podejmowanie działań lub współuczestniczenie z innymi podmiotami w działaniach z zakresu procesu dydaktycznego ;
- uczestniczenie, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w prowadzeniu badań naukowych i prac badawczo - rozwojowych, z zachowaniem przepisów prawa regulujących prowadzenie takich badań oraz prac badawczo - rozwojowych;

Świadczenia zdrowotne udzielane przez Zespół obejmują rodzajowo w szczególności:

- badanie i poradę lekarską
- leczenie
- badanie i terapię psychologiczną,
- badanie diagnostyczne,
- rehabilitację leczniczą,
- działalność profilaktyczną raka piersi,
- orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia,
- czynności z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Zakres świadczeń zdrowotnych obejmuje szpitalne - stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

W skład Zespołu wchodzi następujące jednostki organizacyjne :

1. Szpital w Czarnkowie z oddziałami :
 - a. chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii urazowo - ortopedycznej,





- b. urazowo - ortopedycznym ,
 - c. chorób wewnętrznych ,
 - d. pediatrycznym ,
 - e. ginekologiczne - położniczym ,
 - f. neonatologicznym , anestezjologii i intensywnej terapii oraz Izłą Przyjęć,
2. Zespół Ratownictwa Medycznego w Czarnkowie ,
3. Zespół Poradni Specjalistycznych.
- a. chirurgii ogólnej
 - b. kardiologiczna
 - c. urologiczna
 - d. chirurgii urazowo-ortopedycznej
 - e. ginekologiczno-położnicza
 - f. dermatologiczna
 - g. choroby płuc i gruźlicy
 - h. otolaryngologiczna
 - i. diabetologiczna





Szpital Powiatowy w Trzciance

Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Trzciance jest podmiotem leczniczym prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. W skład Zakładu w Trzciance wchodzi Zakłady Opieki Zdrowotnej: Szpitala Powiatowy im. J. Pawła II w Trzciance z oddziałami: internistyczno – kardiologiczny, położniczo – ginekologiczny, noworodkowy, chirurgiczny z pododdziałem chirurgii urazowo-ortopedycznej, dziecięcy, rehabilitacji, intensywnej terapii i anestezjologii, blok operacyjny. Oddział Ratownictwa Medycznego w Trzciance z Pododdziałem w Krzyżu Wlkp. i Wieleniu oraz Zespół Poradni Podstawowej i Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej.

W latach 2001-2002 w wyniku modernizacji został utworzony Oddział Rehabilitacyjny, Szpitalny Oddział Ratunkowy, budynek główny i budynek wielofunkcyjny szpitala został połączony łącznikiem naziemnym i podziemnym. W latach 2003-2004 w wyniku modernizacji budynku głównego szpitala, powstał Oddział Anestezjologii i Intensywnej terapii, Centralna Sterylizatornia, nowoczesny blok operacyjny, wyremontowany został Oddział Chirurgiczny i Położniczo - Ginekologiczno i Noworodkowy. W 2005 roku zmodernizowany został Oddział Internistyczno - Kardiologiczny. Zakupiono nowoczesny sprzęt endoskopowy z torem wizyjnym, ucyfrowienie do Pracowni Rentgenowskiej w Trzciance, system monitorujący dla sali Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego.

W roku 2012 inwestycje w SP w Trzciance można podzielić na dwie zasadnicze części – wymianę sprzętu oraz remonty i modernizację. Sumarycznie koszty kształtują się w granicy 1,7mln zł. Poniższa tabela zawiera szczegółową specyfikację.

Tabela 25 plan inwestycyjny Trzcianka

ZADANIE	PRZYBLIŻONY KOSZT
Wymiana sprzętu i aparatury medycznej	
Stół operacyjny	107 460,00
Ambulans do transportu chorych	248 565,54
Aparat do posiewu krwi	50 000,00
Zestaw do laparoskopii (histeroskop, resektoskop, światłowód)	55 000,00
Morcelerator	30 000,00
Gastrolyzer	12 000,00
Kardiomonitor z funkcją pomiaru ciśnienia dla noworodków	16 000,00





Inkubator noworodkowy z funkcją Neopuff	40 000,00
Elektrokardiograf	5 000,00
Kardiomonitor z funkcją defibrylatora	50 000,00
Aparat RTG z torem wizyjnym	600 000,00
Artroskop	50 000,00
Razem	1 264 025,54
Remonty i modernizacje	
Przebudowa sali porodowej	100 000,00
Modernizacja maszynowni gazów medycznych	400 000,00
Razem	500 000,00
OGÓŁEM	1 764 025,54

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Starostwa Powiatowego w Czarnkowie

Podstawowym zadaniem zakładu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, zapobieganie powstawaniu chorób i urazów oraz szerzenie oświaty zdrowotnej. Zadanie to zakład realizuje w szczególności poprzez:

- wykonywanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej oraz świadczeń laboratoryjno-diagnostycznych,
- sprawowanie opieki stacjonarnej (szpitalnej) w szpitalu zakładu w specjalnościach: chirurgicznej, urazowo-ortopedycznej, internistyczno-kardiologicznej, pediatrycznej, ginekologicznej, położniczej, noworodkowej, intensywnej terapii i anestezjologii, rehabilitacji oraz ratownictwa medycznego,
- udzielanie pomocy doraźnej oraz wykonywanie transportu sanitarnego,
- udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

W skład zakładu wchodzi następujące jednostki organizacyjne:

- Szpital w Trzciance z oddziałami: chirurgicznym z pododdziałem chirurgii urazowo-ortopedycznej, dziecięcym, internistyczno-kardiologicznym, położniczo-ginekologicznym,





noworodkowym, intensywnej terapii i anestezjologii, rehabilitacyjnym i szpitalnym oddziałem ratunkowym,

- Oddział Ratownictwa Medycznego w Trzciance z Pododdziałem w Krzyżu Wlkp. i Wieleniu,
- Zespół Poradni Podstawowej i Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej w Trzciance.

Zakład udziela świadczeń zdrowotnych w specjalnościach reprezentowanych przez poszczególne komórki organizacyjne, w warunkach stacjonarnych i całodobowych szpitalnych oraz ambulatoryjnych. Świadczenia ambulatoryjne obejmują świadczenia specjalistycznej opieki zdrowotnej, podstawowej opieki zdrowotnej, świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej oraz badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.

W skład szpitala wchodzi:

1. sekretariat medyczny z izbą/biurem przyjęć i ruchem chorych,
2. oddziały szpitalne:
 - a. internistyczno-kardiologiczny,
 - b. chirurgiczny z pododdziałem chirurgii urazowo-ortopedycznej,
 - c. dziecięcy,
 - d. położniczo-ginekologiczny,
 - e. noworodkowy,
 - f. intensywnej terapii i anestezjologii,
 - g. szpitalny oddział ratunkowy,
 - h. rehabilitacyjny
3. blok operacyjny,
4. pracownie diagnostyczne:
 - a. endoskopii,
 - b. diagnostyki kardiologicznej,
 - c. mikrobiologii,
5. zakład diagnostyki obrazowej z:
 - a. pracownią rentgenowską,
 - b. pracownią ultrasonograficzną,





- c. pracownią tomografii komputerowej,
- 6. centralne laboratorium z pracownią serologii transfuzjologicznej,
- 7. dział rehabilitacji i fizykoterapii,
- 8. apteka szpitalna,
- 9. centralna sterylizatornia,
- 10. pralnia,
- 11. zaplecze techniczne i magazyny,
- 12. prosektorium.

W skład Zespołu Poradni Podstawowej i Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej wchodzi:

- 1. Poradnie:
 - a. kardiologiczna,
 - b. chirurgiczna w Trzciance i Krzyżu Wlkp.,
 - c. urologiczna,
 - d. dermatologiczna,
 - e. ortopedyczna,
 - f. pulmonologiczna,
 - g. szkoła rodzenia,
 - h. medycyny pracy,
 - i. diabetologiczna,
 - j. ginekologiczno-położnicza.
- 2. Pracownie:
 - a. rentgenowska w Krzyżu Wlkp.,
 - b. audiometryczna,
 - c. fizykoterapii w Krzyżu Wlkp.





7.1.2 Struktura organizacyjna

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Czarnkowie

Zespołem kieruje i reprezentuje go na zewnątrz kierownik samodzielnego publicznego zespołu zakładów opieki zdrowotnej zwany Dyrektorem. Dyrektor samodzielnie podejmuje decyzje dotyczące Zespołu i ponosi za nie odpowiedzialność. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników Zespołu. Dyrektor kieruje Zespołem przy pomocy:

- zastępcy Dyrektora ds. leczenia ,
- zastępcy Dyrektora ds. ekonomiczno - administracyjnych ,
- głównego księgowego ,
- ordynatorów oddziałów albo kierowników oddziałów ,
- przełożonej pielęgniarek.

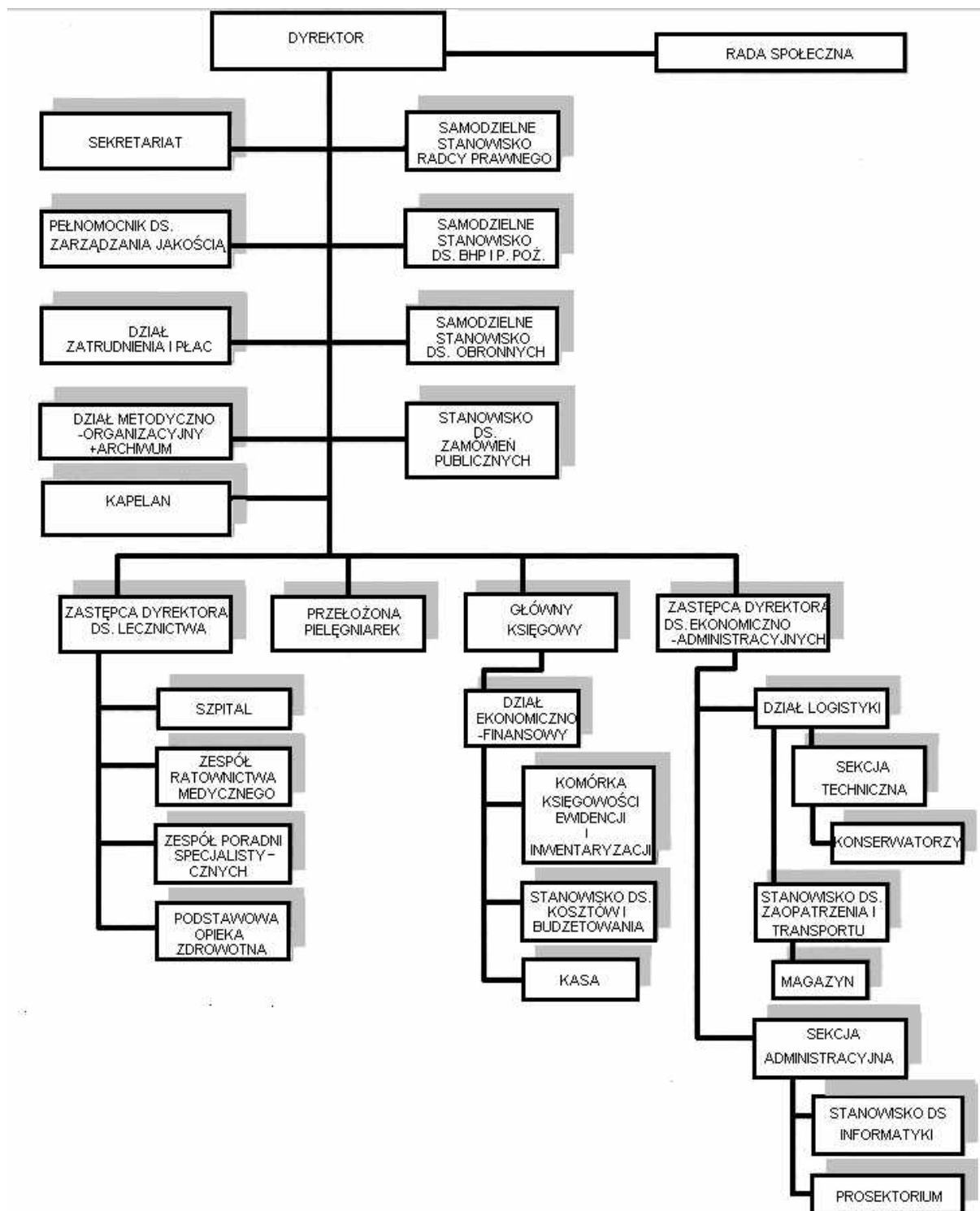
W przypadku, kiedy Dyrektor Zespołu jest lekarzem, nie jest wymagane zatrudnienie zastępcy Dyrektora ds. leczenia . Rada Społeczna jest organem inicjującym i opiniodawczym dla podmiotu tworzącego w sprawach funkcjonowania Zespołu oraz organem doradczym dla Dyrektora Zespołu.

Organizacja ma charakter struktury liniowej. Charakteryzuje się prostą, przejrzystą budową i jednokierunkowymi silnymi zależnościami służbowymi pomiędzy kierownictwem a podwładnymi (zespołem pracowniczym). Występujące w strukturze tej powiązania funkcjonalne podporządkowane są powiązaniom technicznym. Podział pracy i władzy, odpowiedzialności i kompetencji jest wyraźnie określony. Poniżej przedstawiona została aktualna struktura organizacyjna zakładu.





Rysunek 4 Schemat organizacyjny – Czarnków



źródło: ZZOZ Czarnków





Szpital Powiatowy w Trzciance

Zakładem kieruje dyrektor, który odpowiada za jego zarządzanie. Dyrektor zakładu wykonuje swoje obowiązki przy pomocy zastępcy dyrektora ds. medycznych, głównej księgowej, naczelnego pielęgniarza, a także kierowników poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych.

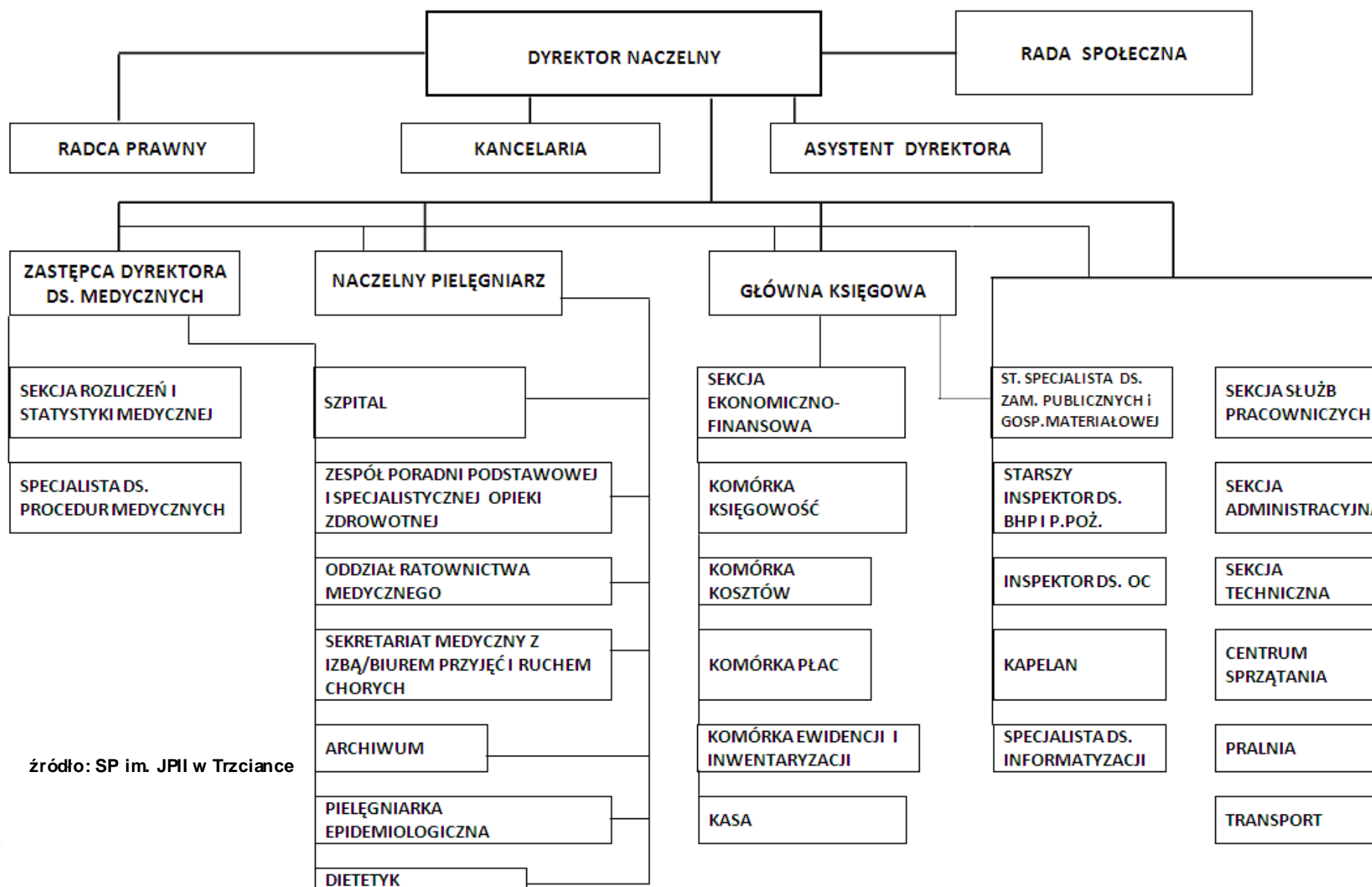
Przy jednostce działa Rada Społeczna jest organem inicjującym i opiniodawczym dla właściwego organu Powiatu oraz organem doradczym dla dyrektora zakładu.

Organizacja ma charakter struktury liniowej. Charakteryzuje się prostą, przejrzystą budową i jednokierunkowymi silnymi zależnościami służbowymi pomiędzy kierownictwem a podwładnymi (zespołem pracowniczym). Występujące w strukturze tej powiązania funkcjonalne podporządkowane są powiązaniom technicznym. Podział pracy i władzy, odpowiedzialności i kompetencji jest wyraźnie określony. Poniżej przedstawiona została aktualna struktura organizacyjna zakładu.





Rysunek 5 Schemat organizacyjny – Trzcianka



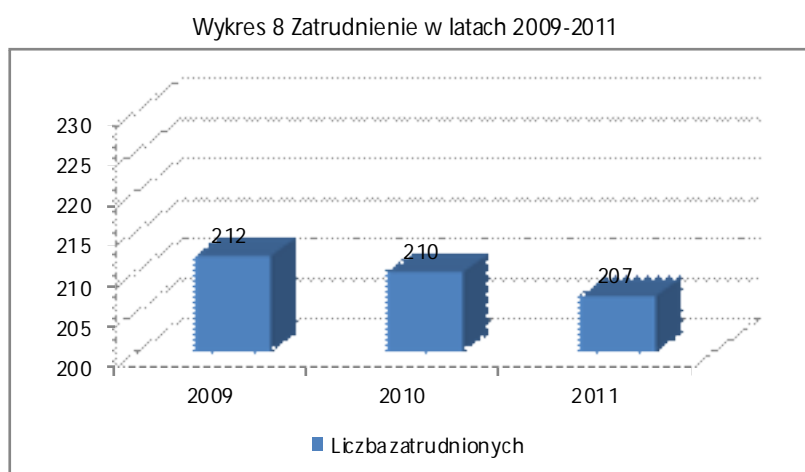
źródło: SP im. JPiI w Trzciance



7.1.3 Potencjał osobowy oraz system wynagrodzeń

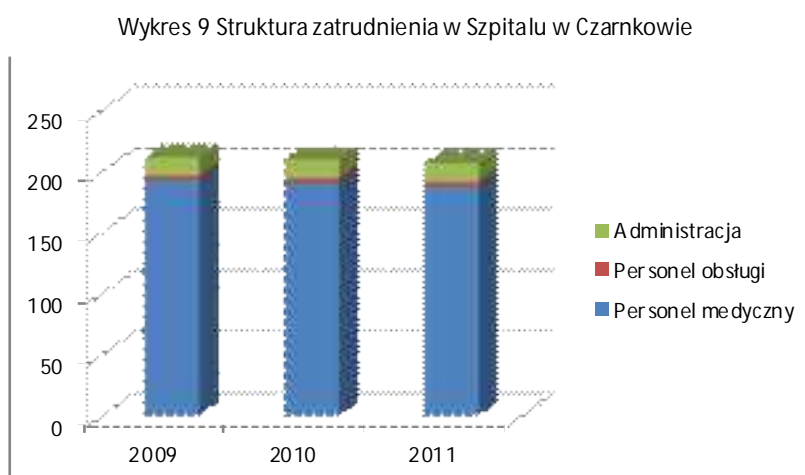
Czarnków

Na przestrzeni ostatnich 3 lat poziom zatrudnienia utrzymywał się na stabilnym poziomie. Pomiędzy rokiem 2008 a 2011 nastąpił spadek liczby zatrudnionych ogółem o 5 osób co stanowiło niecałe 2,5% całkowitego zatrudnienia. Szczegółowo przedstawia to poniższy wykres.



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków

Jak wynika z powyższego wykresu, zatrudnienie utrzymuje względnie stały poziom, z niewielką tendencją spadkową. Jeśli chodzi o strukturę zatrudnienia, sytuację dokładnie przedstawia poniższy wykres.



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków

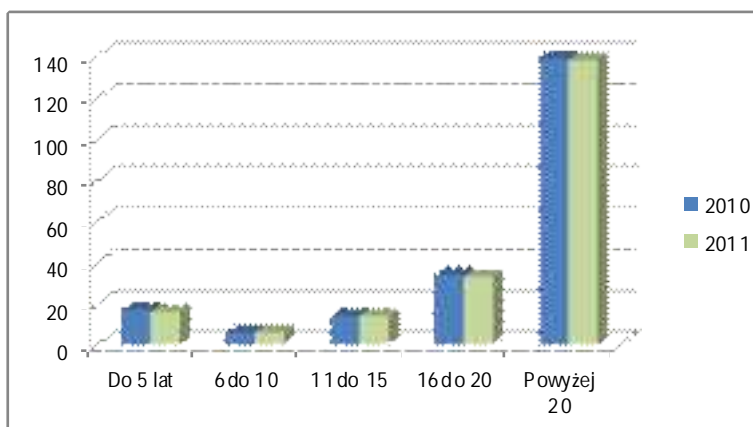




Jak wynika z powyższego wykresu największy udział w strukturze zatrudnienia zajmuje personel medyczny, przy czym jego odsetek w badanym okresie czasu charakteryzował się stałym poziomem ok. 91%. Personel obsługi stanowił niecałe 2% wszystkich pracowników. Trzecią grupę stanowią pracownicy zatrudnieni w administracji. Ich liczba utrzymywała stały poziom w badanym okresie czasu stanowiąc ok. 7% personelu.

Jeśli chodzi o strukturę zatrudnienia wg stażu na koniec 2011 roku, najliczniejszą grupę stanowią pracownicy zatrudnieni powyżej 20 lat – aż 66% pracowników. Drugą grupę stanowią natomiast pracownicy o stażu pracy między 16 a 20 lat – odsetek kształtuje się w granicach 16%. W porównaniu do 2010 roku proporcje te są na zbliżonym poziomie – szczegółowo pokazuje to poniższy wykres.

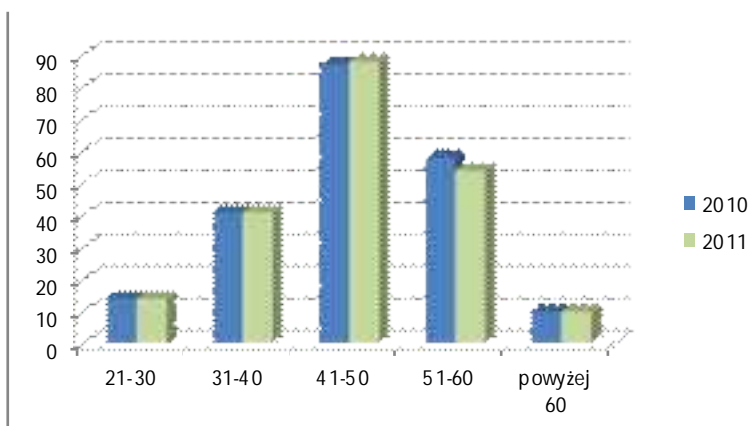
Wykres 10 Zatrudnienie wg stażu pracy



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków

Jeśli chodzi o wiek personelu, w latach 2010-2011 zdecydowana większość (ok. 41%) znajdowała się w przedziale wiekowym 41-50. Dość znaczący jest również odsetek pracowników w wieku 51-60, sięga on 27%. W szpitalu brak jest personelu w wieku 18-20. Dane prezentuje poniższy wykres.

Wykres 11 Zatrudnienie wg wieku

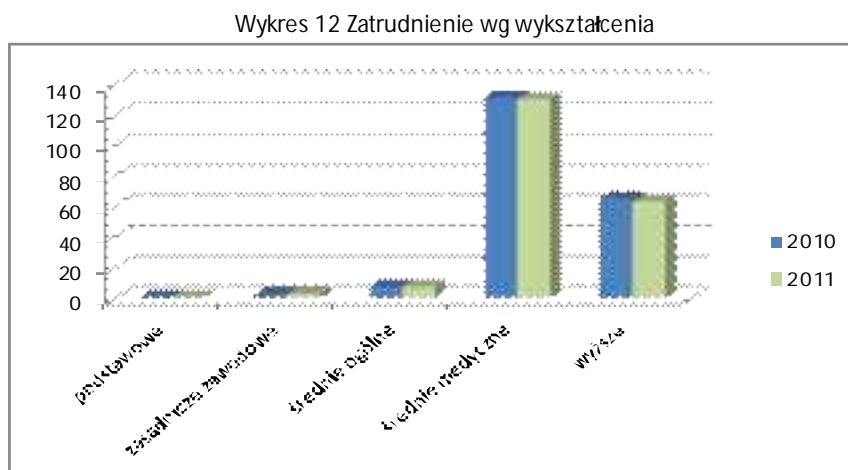


źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków



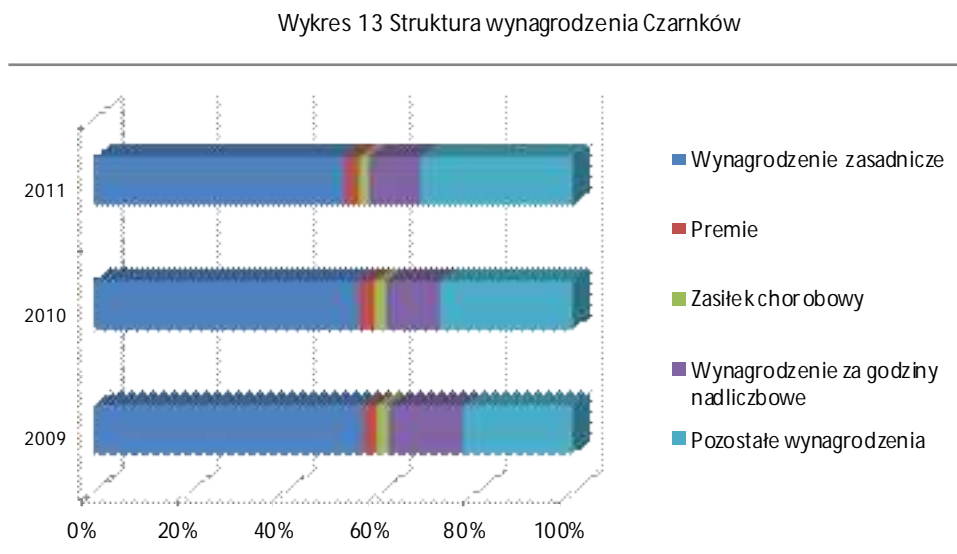


Analizując strukturę zatrudnienia pod względem wykształcenia zdecydowana większość personelu to osoby o wykształceniu średnim medycznym (ok. 63%). Drugą w kolejności grupę stanowią osoby o wykształceniu wyższym (ok. 31%). Osoby o innym wykształceniu stanowią marginalny odsetek personelu. Dane te utrzymywały się na bardzo zbliżonym poziomie w analizowanym okresie czasu. Poniższy wykres przedstawia je szczegółowo.



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków

Poniżej zanalizowana została struktura wynagrodzeń na jednego zatrudnionego. Jak widać główną jej częścią jest wynagrodzenie zasadnicze, które wzrastało w analizowanym okresie, jednak o mniejsze wartości niż pozycja pozostałe wynagrodzenia. Średnie miesięczne wynagrodzenie w 2011r. wyniosło 2210zł i było o 1% wyższe niż w roku ubiegłym. Sytuację obrazuje poniższy wykres.



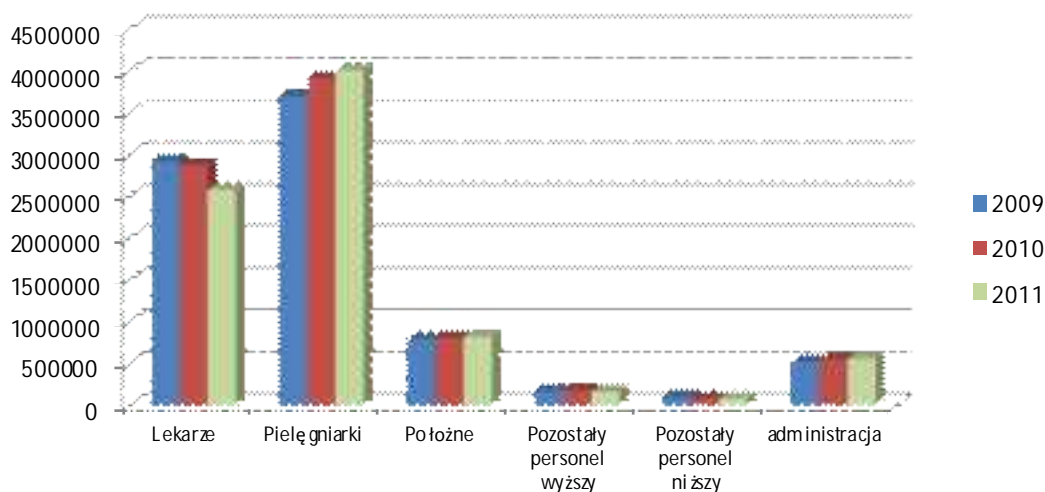
źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków





Jeśli chodzi o wynagrodzenie według grup zatrudnienia największa liczba środków trafia do pielęgniarek i lekarzy. Grupy te cechuje odmienna tendencja – świadczenia na rzecz pielęgniarek co roku charakteryzuje większa wartość, zaś świadczenia na rzecz lekarzy – mniejsza. Sytuację przedstawia poniższy wykres.

Wykres 14 Struktura wynagrodzenia wg grup Czarnków

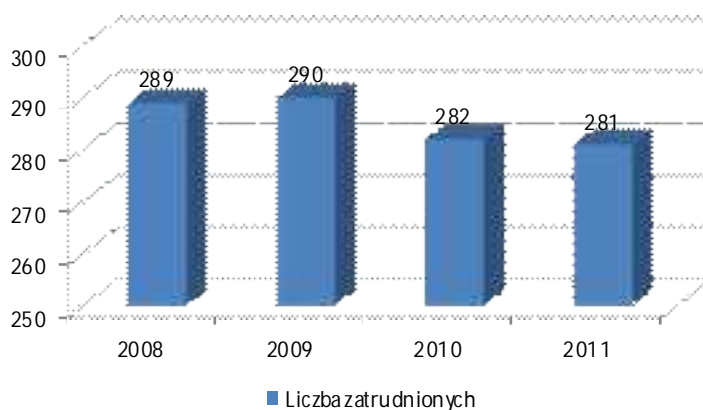


źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków

Trzcianka

Na przestrzeni ostatnich 4 lat poziom zatrudnienia utrzymywał się na stabilnym poziomie. Pomiędzy rokiem 2008 a 2011 nastąpił spadek liczby zatrudnionych ogółem o 8 osób co stanowiło niecałe 3% całkowitego zatrudnienia. Szczegółowo przedstawia to poniższy wykres.

Wykres 15 Zatrudnienie w latach 2008-2011 w Szpitalu JPiI w Trzciance



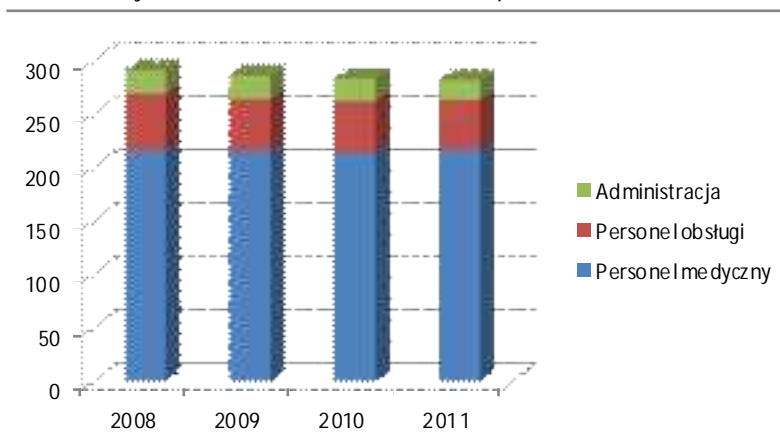
źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPiI w Trzciance





Jak wynika z powyższego wykresu, zatrudnienie utrzymuje stały poziom, z niewielką tendencją spadkową od roku 2009. Jeśli chodzi o strukturę zatrudnienia, sytuację dokładnie przedstawia poniższy wykres.

Wykres 16 Struktura zatrudnienia w Szpitalu w Trzciance

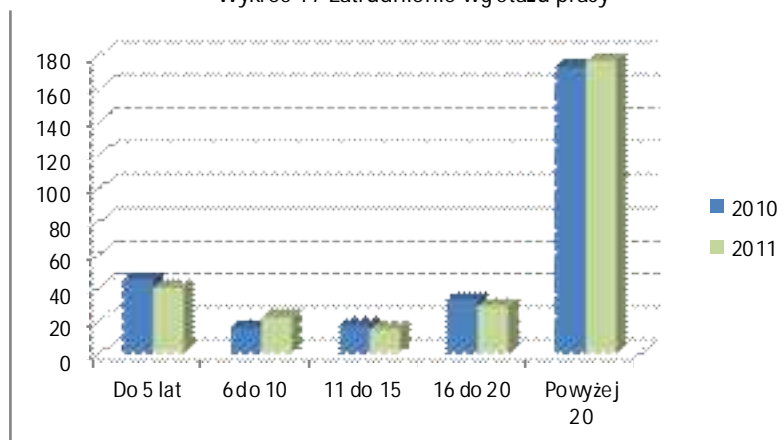


źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPiI w Trzciance

Jak wynika z powyższego wykresu największy udział w strukturze zatrudnienia zajmuje personel medyczny, przy czym jego odsetek w badanym okresie czasu wzrastał z poziomu 75% w roku 2008 do 78% ogółu zatrudnionych w roku 2011. Personel obsługi stanowił niecałą 1/5 ogółu zatrudnionych przy czym jego poziom miał niejednoznaczną tendencję – od 18% w roku 2008 spadał, wzrastał i spadał do poziomu 16% w roku 2011. Trzecią grupę stanowią pracownicy zatrudnieni w administracji. Ich liczba nieznacznie malała w badanym okresie czasu jak również ich odsetek do ogółu zatrudnionych – od poziomu 7,6% w roku 2008 do 6,8% w roku 2011.

Jeśli chodzi o strukturę zatrudnienia wg stażu na koniec 2011 roku, najliczniejszą grupę stanowią pracownicy zatrudnieni powyżej 20 lat – aż 63% pracowników. Drugą grupę stanowią natomiast pracownicy o stażu krótszym niż 5 lat – 14% ogółu. W porównaniu do 2010 roku proporcje te są na zbliżonym poziomie – szczegółowo pokazuje to poniższy wykres

Wykres 17 Zatrudnienie wg stażu pracy



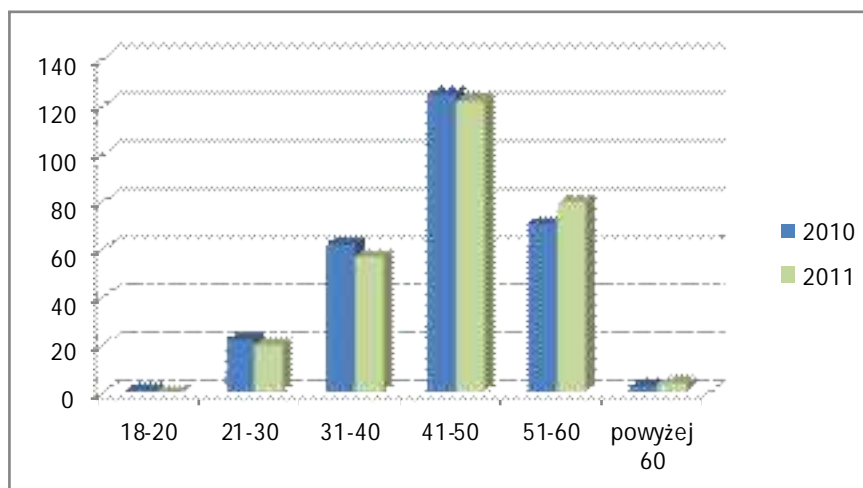
źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPiI w Trzciance





Jeśli chodzi o wiek personelu, w latach 2010-2011 zdecydowana większość (ok. 44%) znajdowała się w przedziale wiekowym 41-50. Osoby w skrajnych przedziałach 18-20 oraz powyżej 60 roku życia na przestrzeni ostatnich dwóch lat stanowili nie więcej niż 1,4% całości personelu. Dane prezentuje poniższy wykres.

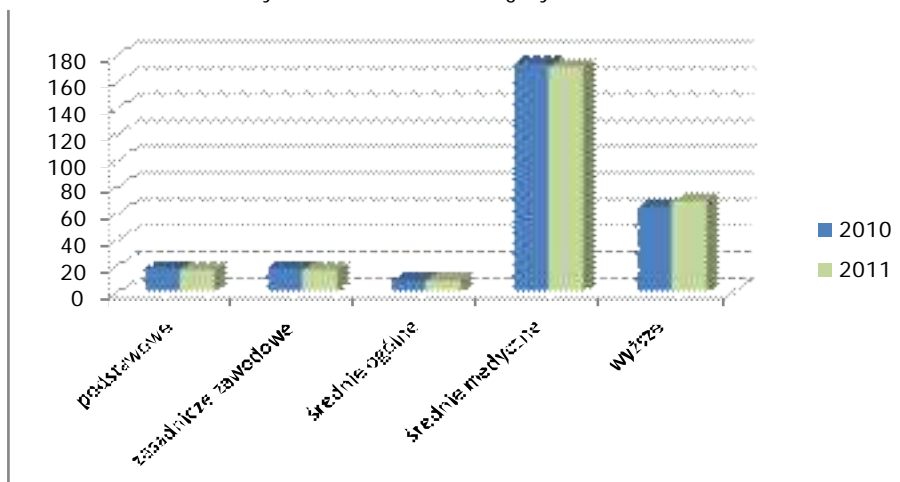
Wykres 18 Zatrudnienie wg wieku



źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPil w Trzciance

Analizując strukturę zatrudnienia pod względem wykształcenia zdecydowana większość personelu to osoby o wykształceniu średnim medycznym (ok. 61%). Drugą w kolejności grupę stanowią osoby o wykształceniu wyższym (ok. 24%). Dane te utrzymywały się na bardzo zbliżonym poziomie w analizowanym okresie czasu. Poniższy wykres przedstawia je szczegółowo.

Wykres 19 Zatrudnienie wg wykształcenia



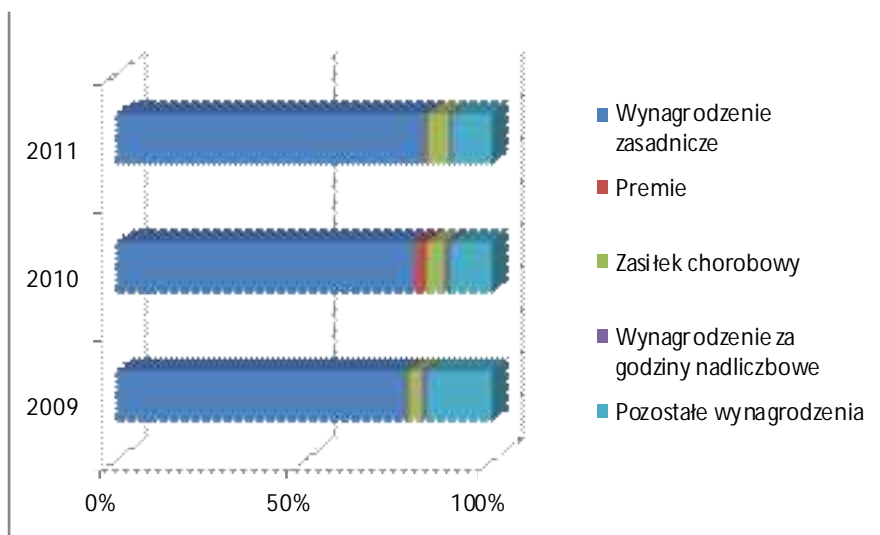
źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPil w Trzciance





Poniżej zanalizowana została struktura wynagrodzeń na jednego zatrudnionego. Jak widać główną jej częścią jest wynagrodzenie zasadnicze, które w latach 2010-2011 wzrosło o ok. 1%. Średnie miesięczne wynagrodzenie wyniosło 2001 zł. Poniższy wykres przedstawia sytuację

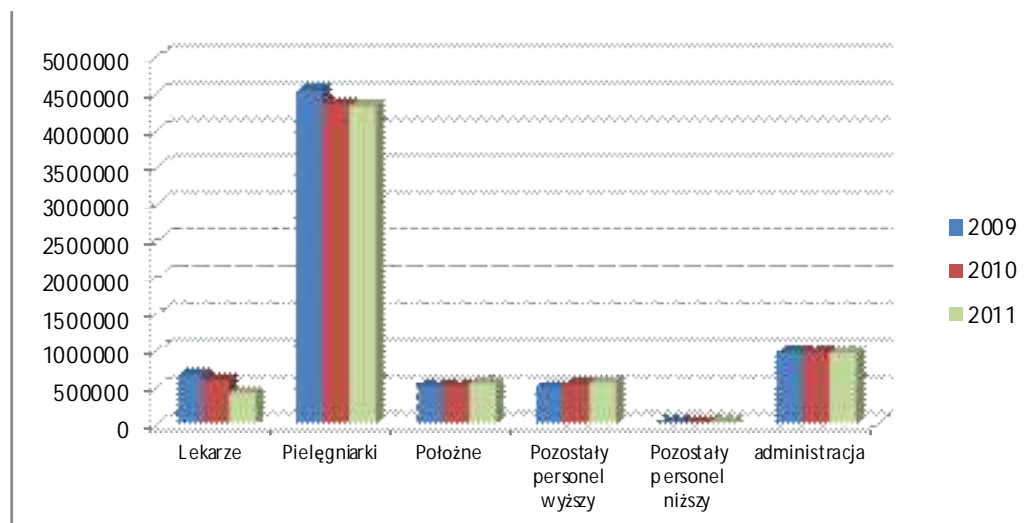
Wykres 20 Struktura wynagrodzenia Trzcianka



źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPiI w Trzciance

Jeśli chodzi o wynagrodzenie według grup zatrudnienia największa liczba środków trafia do pielęgniarek. Świadczenia na rzecz pielęgniarek co roku charakteryzuje mniejsza wartość. Sytuację przedstawia poniższy wykres.

Wykres 21 Struktura wynagrodzenia wg grup Trzcianka



źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPiI w Trzciance





7.2 Działalność poszczególnych jednostek organizacyjnych

Funkcjonowanie oddziałów musi być dostosowane do norm dla podmiotów świadczących działalność leczniczą zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu. Poniżej przedstawiono te wymagania w odniesieniu do wszystkich oddziałów. Jeśli do danego oddziału opracowane zostały wymagania szczegółowe, przedstawione zostały one w analizie do tego oddziału poniżej.

Wymagania ogólnie przestrzenne

- Pomieszczenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą lokalizuje się w samodzielnym budynku albo w zespole budynków
- Dopuszcza się lokalizowanie pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą w budynku o innym przeznaczeniu, pod warunkiem całkowitego wyodrębnienia
 - pomieszczeń szpitala lub innego niż szpital przedsiębiorstwa, w którym są udzielane stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne - od pomieszczeń budynku wykorzystywanych do innych celów;
 - ambulatorium, szpitala jednodniowego lub miejsca stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego – od innych pomieszczeń budynku wykorzystywanych do innych celów, z wyłączeniem węzłów komunikacji pionowej i poziomej w tym budynku, wspólnych dla wszystkich użytkowników, niebędących komunikacją wewnętrzną tego przedsiębiorstwa.
- Dopuszcza się lokalizowanie pomieszczenia, w którym jest wykonywana praktyka zawodowa w lokalu mieszkalnym, pod warunkiem zapewnienia wyodrębnienia tego pomieszczenia od pomieszczeń innych użytkowników lokalu.
- Pokoje chorych nie powinny znajdować się poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku.
- Dopuszcza się lokalizowanie poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku pomieszczeń, o charakterze diagnostycznym, terapeutycznym, magazynowym i o funkcjach pomocniczych, przeznaczonych na pobyt ludzi, pod warunkiem uzyskania zgody właściwego państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego.
- Zespoły pomieszczeń stanowiących oddziały łóżkowe szpitala, z wyjątkiem pomieszczeń administracyjnych i socjalnych, nie mogą być przechodnie.





- Kształt i powierzchnia pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą umożliwiają prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie.
- W budynkach szpitala nie mogą być stosowane zsypy.

Wymagania dla niektórych pomieszczeń i urządzeń

- Łóżka w pokojach łóżkowych są dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.
- Odstępy między łózkami umożliwiają swobodny dostęp do pacjentów.
- Szerokość pokoju łóżkowego umożliwia wyprowadzenie łóżka.
- Izolatka w szpitalu składa się z:
 - pomieszczenia pobytu pacjenta;
 - pomieszczenia higieniczno-sanitarnego, dostępnego z pomieszczenia pobytu pacjenta, wyposażonego w:
 - umywalkę z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią i dodatkowo w dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamiany bez kontaktu z dłonią, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki,
 - natrysk, z wyłączeniem izolatki w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii,
 - płuczkę-dezynfektor basenów i kaczek - w przypadku stosowania basenów i kaczek wielorazowego użytku,
 - urządzenie do dekontaminacji oraz do utylizacji wkładów jednorazowych wraz z zawartością, które powinno być zainstalowane w sposób eliminujący zagrożenia dla pacjentów - w przypadku stosowania basenów i kaczek jednorazowych;
 - śluzy umywalkowo-fartuchowej pomiędzy pomieszczeniem pobytu pacjenta a ogólna droga komunikacyjna.
- Przepisu nie stosuje w przypadku przeprowadzania dekontaminacji w urządzeniu znajdującym się w innym pomieszczeniu zlokalizowanym na terenie oddziału, pod warunkiem transportu w szczelnych pojemnikach.
- Izolatka powinna być wyposażona w wentylację wymuszona działająca na zasadzie podciśnienia w taki sposób, że ciśnienie w izolacie jest niższe niż na korytarzu i w śluzie.
- Śluza umywalkowo-fartuchowa powinna być wyposażona w:
 - umywalkę z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią;
 - dozownik z mydłem w płynie;
 - dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamiany bez kontaktu z dłonią;





- pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki;
- zamykany pojemnik na brudną bieliznę;
- miejsca na ubrania z zachowaniem rozdzielenia ubrań czystych i brudnych.
- Śluza szatniowa składa się z:
 - szatni brudnej - przeznaczonej do rozebrania się z ubrania prywatnego lub szpitalnego, wyposażonej w szafkę ubraniową z wydzieloną częścią na obuwie;
 - szatni czystej (ubieralni) - przeznaczonej do ubierania w czyste ubranie oraz obuwie służące do poruszania się w strefie, do której będzie wchodził personel, wyposażonej w:
 - obuwie nadające się do mycia i dezynfekcji,
 - regał na czyste obuwie,
 - regał na czyste ubrania;
 - pomieszczenia higieniczno-sanitarnego znajdującego się pomiędzy szatnią czystą i brudną, wyposażonego dodatkowo w natrysk.
- Pokój łóżkowy na oddziale szpitalnym jest wyposażony w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki.
- Przepisu nie stosuje się do pokoju wyposażonego w służbę umywalkowo-fartuchową lub węzeł sanitarny oraz pokoiów łóżkowych w oddziale psychiatrycznym.
- W pomieszczeniach podmiotów wykonujących działalność leczniczą wydziela się:
 - co najmniej jedno pomieszczenie lub miejsca do składowania bielizny czystej;
 - co najmniej jedno pomieszczenie lub miejsca do składowania bielizny brudnej;
 - co najmniej jedno pomieszczenie lub miejsce na odpady.
- W pomieszczeniu, z wyjątkiem pomieszczenia, w którym wykonywana jest praktyka zawodowa, w którym znajdują się wydzielone miejsca, nie mogą znajdować się wydzielone miejsca,
- W szpitalu oraz innym przedsiębiorstwie, w którym są udzielane stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż świadczenia szpitalne a także w centrum znajduje się ponadto co najmniej jedno pomieszczenie porządkowe.
- W ambulatorium wydziela się co najmniej jedno pomieszczenie porządkowe lub miejsce służące do przechowywania środków czystości oraz preparatów myjąco-dezynfekcyjnych.





- Przestrzeń ładunkowa środków transportu żywności, bielizny, odpadów, brudnych narzędzi i sprzętu do dekontaminacji, z wyłączeniem opakowań jednorazowych, jest przestrzenią zamkniętą, odpowiednio do rodzaju ładunku.
- Przestrzeń ładunkowa środków transportu zwłok jest przestrzenią zamkniętą.
- Środki transportu są wykonane z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję.
- Meble w pomieszczeniach podmiotu wykonującego działalność leczniczą umożliwiają ich mycie oraz dezynfekcję.
- Powyższego przepisu nie stosuje się do mebli w pomieszczeniach administracyjnych i socjalnych, do mebli w poradniach i gabinetach podmiotów wykonujących świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz w pomieszczeniach,
- W szpitalu i innym niż szpital przedsiębiorstwie, w którym są udzielane stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, zapewnia się co najmniej jedno pomieszczenie porządkowe umożliwiające dodatkowo mycie i dezynfekcję środków transportu.

Wymagania ogólnobudowlane

- Podłogi wykonuje się z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję.
- Połączenie ścian z podłogami jest wykonane w sposób umożliwiający jego mycie i dezynfekcję.
- Powyższych przepisów nie stosuje się do pomieszczeń administracyjnych i socjalnych, poradni i gabinetów podmiotów wykonujących świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz sal kinezyterapii.
- Pomieszczenia i urządzenia wymagające utrzymania aseptyki i wyposażenie tych pomieszczeń powinny umożliwiać ich mycie i dezynfekcję.
- W przypadku konieczności zastosowania sufitów podwieszonych w pomieszczeniach o podwyższonych wymaganiach higienicznych, w szczególności w salach operacyjnych i porodowych, pokojach łóżkowych przystosowanych do odbioru porodu, pokojach łóżkowych na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, salach pooperacyjnych, salach oparzeniowych oraz w pomieszczeniach przeznaczonych do pobierania i przerobu krwi w centrum, sufity te są wykonane w sposób zapewniający szczelność powierzchni oraz umożliwiającą ich mycie i dezynfekcję.
- Szerokość drzwi w pomieszczeniach, przez które odbywa się ruch pacjentów na łóżkach, umożliwia ten ruch.





Oświetlenie

- W pokojach łóżkowych zapewnia się bezpośredni dostęp światła dziennego.
- W przypadku nadmiernego naświetlenia pokoi łóżkowych instaluje się w nich urządzenia przeciwsłoneczne.
- W salach operacyjnych i pomieszczeniach diagnostyki obrazowej stosuje się wyłącznie oświetlenie elektryczne.
- W przypadku gdy nie stanowi to utrudnienia przy wykonywaniu zabiegów operacyjnych i diagnostycznych, dopuszcza się zastosowanie w pomieszczeniach oświetlenia dziennego.

Wymagania dotyczące instalacji

- Pomieszczenia, w których są wykonywane badania lub zabiegi, z wyjątkiem pomieszczeń, w których odbywa się badanie za pomocą rezonansu magnetycznego, wyposaża się w:
 - co najmniej jedną umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą;
 - dozownik z mydłem w płynie;
 - dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym;
 - pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki.
- Pomieszczenia, w których są wykonywane badania lub zabiegi przy użyciu narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia, niezależnie od umywalek, wyposaża się w zlew z baterią.
- Przepisu nie stosuje się, gdy stanowiska mycia rąk personelu oraz narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia są zorganizowane w oddzielnym pomieszczeniu, do którego narzędzia i sprzęt są przenoszone w szczelnych pojemnikach oraz w przypadku gdy mycie i sterylizacja są przeprowadzane w innym podmiocie.
- W blokach operacyjnych, izolatkach oraz pomieszczeniach dla pacjentów o obniżonej odporności stosuje się wentylację nawiewno-wywiewną lub klimatyzację zapewniającą parametry jakości powietrza dostosowane do funkcji tych pomieszczeń.
- W salach operacyjnych oraz innych pomieszczeniach, w których podtlenek azotu jest stosowany do znieczulenia, nawiew powietrza odbywa się góra, a wyciąg powietrza w 20% góra i w 80% dołem i zapewnia nadciśnienie w stosunku do korytarza; rozmieszczenie punktów nawiewu nie może powodować przepływu powietrza od strony głowy pacjenta przez pole operacyjne.
- Instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji podlegają okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, lub wymianie elementów instalacji zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej niż co 12 miesięcy.
- Dokonanie powyższych czynności wymaga udokumentowania.





- Rezerwowe źródło zaopatrzenia szpitala w wodę zapewnia co najmniej jej 12-godzinny zapas.
- Rezerwowym źródłem zaopatrzenia szpitala w energię elektryczną jest agregat prądowłórczy wyposażony w funkcję autostartu, zapewniający co najmniej 30% potrzeb mocy szczytowej, a także urządzenie zapewniające odpowiedni poziom bezprzerwowego podtrzymania zasilania.





7.2.1 Oddział wewnętrzny

Czarnków

W latach 2009-2011, zatrudnienie w oddziale charakteryzowało się stosunkowo stałym poziomem. W analizowanym okresie liczba pielęgniarek zmniejszała się o 1 osobę rocznie – z 25 osób w 2009r. do 23 osób w roku 2011. Liczba lekarzy pozostała na stałym poziomie 5 osób. Pozostały personel (sekretnarz medyczny, mgr rehabilitacji i technik fizjoterapii) stanowiły łącznie 3 osoby. Zatrudnienie w oparciu o etaty wygląda analogicznie do powyższego opisu z jedyną różnicą w przypadku lekarzy, którzy łącznie stanowili 4,5 etatu. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 26 Zatrudnienie, oddział chorób wewnętrznych, Czarnków

	Wyszczególnienie	Etaty	Osoby
2009	Lekarz	4,5	5
	Pielęgniarka	25	25
	Sekretarz medyczny	1	1
	Mgr Rehabilitacji	1	1
	Technik Fizjoterapii	1	1
2010	Lekarz	4,5	5
	Pielęgniarka	24	24
	Sekretarz medyczny	1	1
	Mgr Rehabilitacji	1	1
	Technik Fizjoterapii	1	1
2011	Lekarz	4,5	5
	Pielęgniarka	23	23
	Sekretarz medyczny	1	1
	Mgr Rehabilitacji	1	1
	Technik Fizjoterapii	1	1

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków





W oddziale znajduje się 41 łóżek, ich ilość nie zmieniła się w latach 2009-2011. Liczba osobodni w 2011 roku w porównaniu do roku ubiegłego wzrosła z wartości 10 758 do 11 500, co daje 6,5% wzrost. Przeciętny stopień obłożenia łóżka również zatem wzrósł i wyniósł niecałe 77%. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 27 Łóżka, oddział chorób wewnętrznych, Czarnków

	Liczba łóżek	Liczba osobodni	Przeciętne obłożenie łóżka
2009	41	11598	77,50%
2010	41	10758	71,89%
2011	41	11500	76,85%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków

Trzcianka

W latach 2009-2011, zatrudnienie w oddziale charakteryzowało się stosunkowo stałym poziomem. Liczba pielęgniarek utrzymywała się na stałym poziomie – 21 osób, liczba lekarzy w 2011 roku zmniejszyła się o jedną osobę w porównaniu do lat wcześniejszych. Zatrudnienie w oparciu o etaty w przypadku pielęgniarek pozostało na stałym poziomie, jeśli chodzi o lekarzy w 2011 roku nastąpił spadek o 0,5 etatu w porównaniu do roku ubiegłego. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 28 Zatrudnienie, oddział internistyczno-kardiologiczny, Trzcianka

	Wyszczególnienie	Etaty	Osoby
2009	Lekarz	4,9	6
	Pielęgniarka	21	21
2010	Lekarz	5,1	6
	Pielęgniarka	21	21
2011	Lekarz	4,6	5
	Pielęgniarka	21	21

źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPil w Trzciance





W oddziale znajduje się 41 łóżek, ich ilość nie zmieniła się w latach 2009-2011. Liczba osobodni w 2011 roku w porównaniu do roku ubiegłego wzrosła z wartości 11 276 do 12 000, co daje 6% wzrost. Przeciętny stopień obłożenia łóżka również zatem wzrósł i wyniósł ponad 80%. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 29 Łóżka, oddział internistyczno-kardiologiczny, Trzcianka

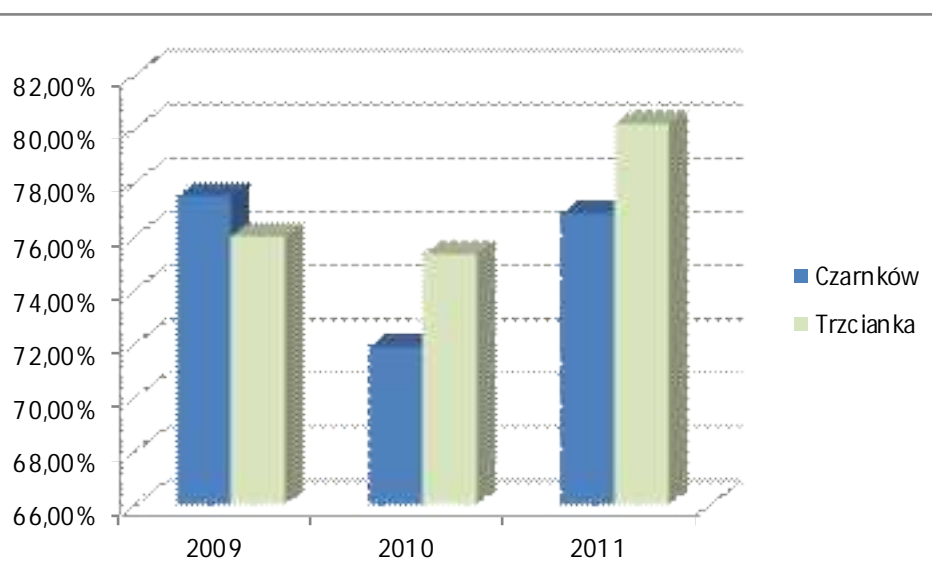
	Liczba łóżek	Liczba osobodni	Przeciętne obłożenie łóżka
2009	41	11 373	75,99%
2010	41	11 276	75,34%
2011	41	12 000	80,18%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPil w Trzciance

Porównanie Jednostek

Przeciętne obłożenie łóżka w obu Jednostkach nie wykazywało jednostajnej tendencji. W 2009r. wyższy poziom kształtował się w Szpitalu w Czarnkowie, natomiast w latach 2010-2011, większym obłożeniem charakteryzowała się Jednostka w Trzciance (o ok. 3,5% w 2011r.). Poniższy wykres obrazuje sytuację.

Wykres 22 Obłożenie – oddział wewnętrzny



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPil w Trzciance





Realizacja kontraktów w oddziale

Poniższa tabela przedstawia stopień realizacji kontraktu w oddziale chorób wewnętrznych w Czarnkowie oraz w oddziale internistyczno-kardiologicznym w Trzciance.

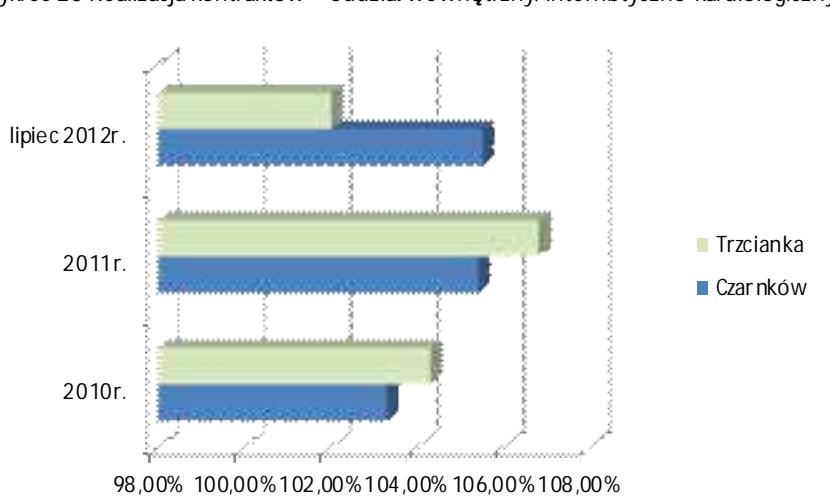
Tabela 30 Kontrakty – oddział wewnętrzny/internistyczno-kardiologiczny

ODDZIAŁ	Jednostka	2010r.	2011r.	lipiec 2012r.
CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH i INTERNISTYCZNO KARDIOLOGICZNY	Czarnków	103,33%	105,45%	105,55%
	Trzcianka	104,34%	106,85%	102,04%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPil w Trzciance

W latach 2010-2011, obie jednostki zrealizowały kontrakt całkowicie, każdorazowo przekraczając próg 100%. Wykazywały przy tym tendencję rosnącą, procentowa wartość realizacji w 2011r wyniosła ok. 2 punktów więcej zarówno w ZZOZ Czarnków jak i SP w Trzciance. Według stanu po 7 miesiącach roku 2012, obie jednostki przekroczyły już 100% próg kontraktu. Poniższy wykres dokładnie obrazuje sytuację.

Wykres 23 Realizacja kontraktów – oddział wewnętrzny/internistyczno-kardiologiczny



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPil w Trzciance





Analiza kosztów

Oddział Wewnętrzny w 2011r. osiągnął przychód w wysokości 4 229 tys. zł w ZZOZ Czarnków oraz 3 819 tys. zł w SP w Trzciance. Stanowiło to 111% przychodów z 2010r. w przypadku Czarnkowa i 98% Szpitala w Trzciance. Przychód ze sprzedaży w obydwu analizowanych latach pokrył całość kosztów bezpośrednich, które w 2011 r. wynosiły w Czarnkowie i Trzciance odpowiednio 2 753 tys. zł. i 2 499 tys. zł. Przychody pokryły również w całości koszty stałe oddziału, które w 2011 r. wyniosły odpowiednio 1 674 tys. zł, i 1 471 tys. zł. Dokonując przybliżonego podziału na koszty względnie stałe i koszty względnie zmienne można stwierdzić, że Oddział w Trzciance w celu urentownienia swojej działalności podstawowej musiałby generować przychód w wysokości około 4 952 tys. zł. Poniższa tabela przedstawia szczegółową sytuację.

Tabela 31 Analiza kosztów – oddział wewnętrzny

	Czarnków 2010	Czarnków 2011	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011
razem koszty bezpośrednie	2 764 460,35	2 752 706,11	2 424 468,94	2 498 750,00
koszty zarządu	229 480,10	191 952,51	246 299,17	259 498,40
razem koszty pośrednie	1 217 680,05	1 201 856,45	1 695 208,44	1 656 891,59
koszty ogółem	3 982 140,40	3 954 562,56	4 119 677,38	4 155 641,59
przychody	3 812 482,78	4 228 562,62	3 878 488,33	3 819 044,28
wynik na działalności	-169 657,62	274 000,06	-241 189,05	-336 597,31
koszty stałe	1 880 722,24	1 674 352,49	1 519 212,91	1 470 999,83
koszty zmienne	2 101 418,16	2 280 210,07	2 600 464,47	2 684 641,76
próg rentowności wartościowo	4 190 502,84	3 633 892,82	4 610 437,82	4 952 222,33

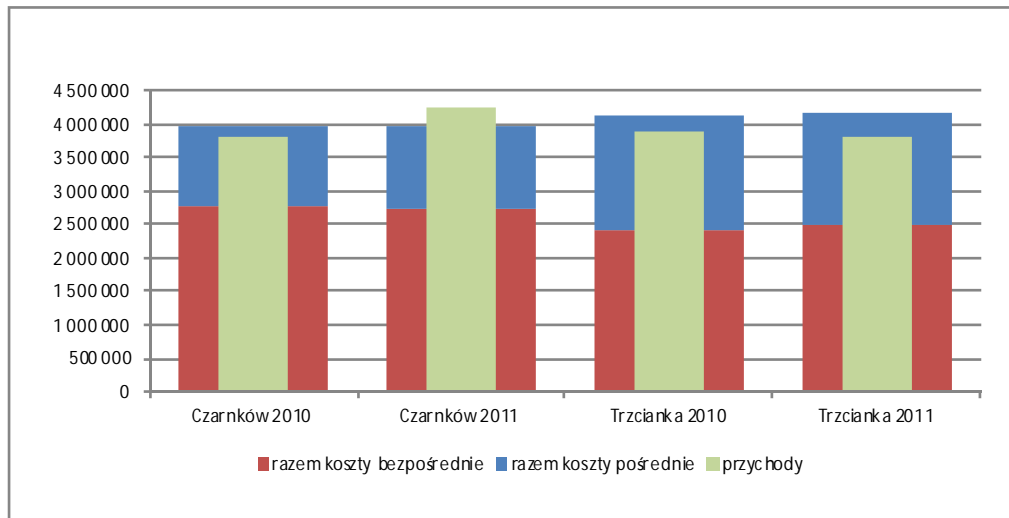
źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance





Szczegółowe dane przedstawiające kształtowanie się kosztów bezpośrednich, kosztów pośrednich oraz przychodów obrazuje poniższy wykres.

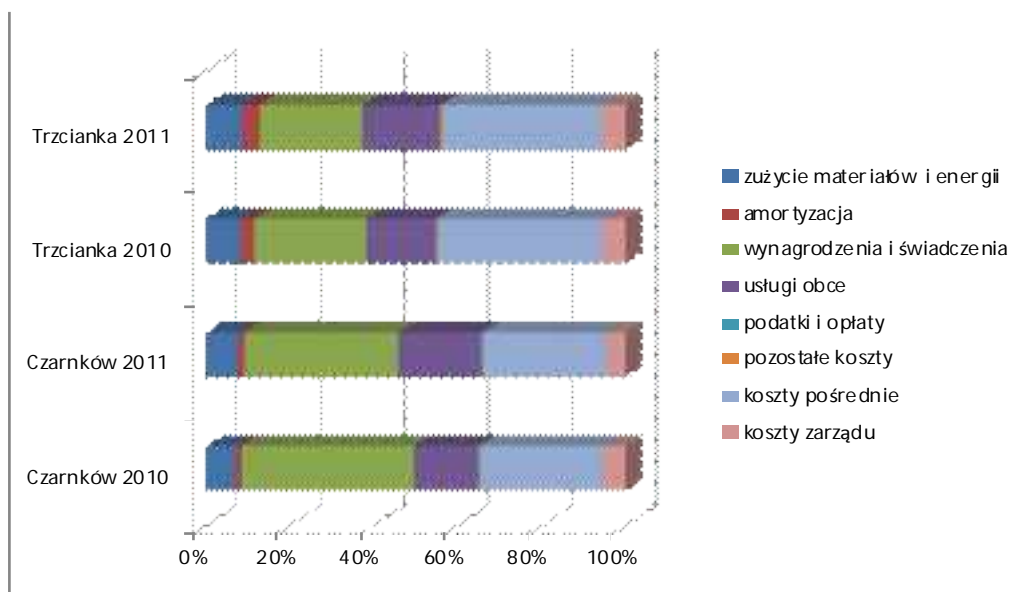
Wykres 24 Oddział Wewnętrzny - elementy kształtujące wynik finansowy



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Analizę poszczególnych kosztów wchodzących w skład działalności podstawowej obrazuje poniższy wykres. Na jego podstawie można zaobserwować, że w przypadku Szpitala Powiatowego w Trzciance, główny składnik kosztów stanowiły koszty pośrednie, zaś w przypadku ZZOZ Czarnków, dominującą pozycją były wynagrodzenia i świadczenia pracownicze.

Wykres 25 Udział poszczególnych kosztów w kosztach działalności podstawowej



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance





Poniżej przedstawiono kształtowanie się głównych pozycji wchodzących w skład zużycia materiałów i energii. W obu Jednostkach dominującą pozycję stanowiły leki. Dane przedstawia poniższa tabela.

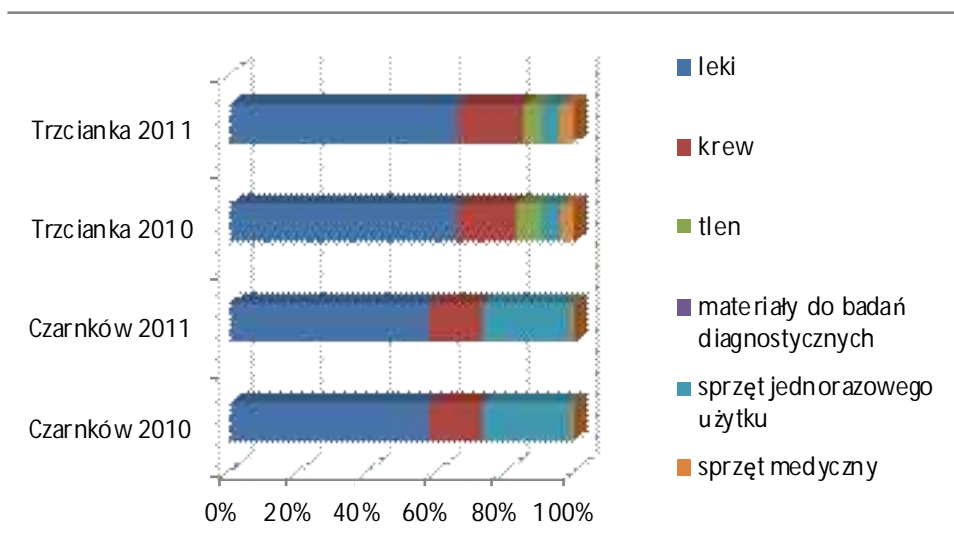
Tabela 32 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział wewnętrzny

	Czarnków 2010	Czarnków 2011	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011
zużycie materiałów i energii w tym:	299 435,05	317 484,91	360 734,74	385 893,50
leki	123 679,23	131 134,58	141 799,57	176 622,72
rew	32 977,32	34 965,18	37 318,00	50 740,00
tlen	250,50	265,60	15 158,29	13 874,07
materiały do badań diagnostycznych	603,61	640,00	4,22	21,55
sprzęt jednorazowego użytku	54 287,34	57 559,77	12 468,00	13 834,88
sprzęt medyczny	1 836,48	1 947,18	8 219,78	11 296,00

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPil w Trzciance

Zostało to zobrazowane na poniższym wykresie.

Wykres 26 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział wewnętrzny



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPil w Trzciance





Poniższa tabela przedstawia wskaźniki struktury kosztów. W przypadku Jednostki w Czarnkowie, analizując dynamikę zmian, wszystkie wskaźniki charakteryzowała tendencja spadkowa. W szpitalu w Trzciance widoczna była rosnąca dynamika wskaźnika struktury kosztów ogółem i wskaźnika struktury kosztów bezpośrednich. Dane przedstawia poniższa tabela

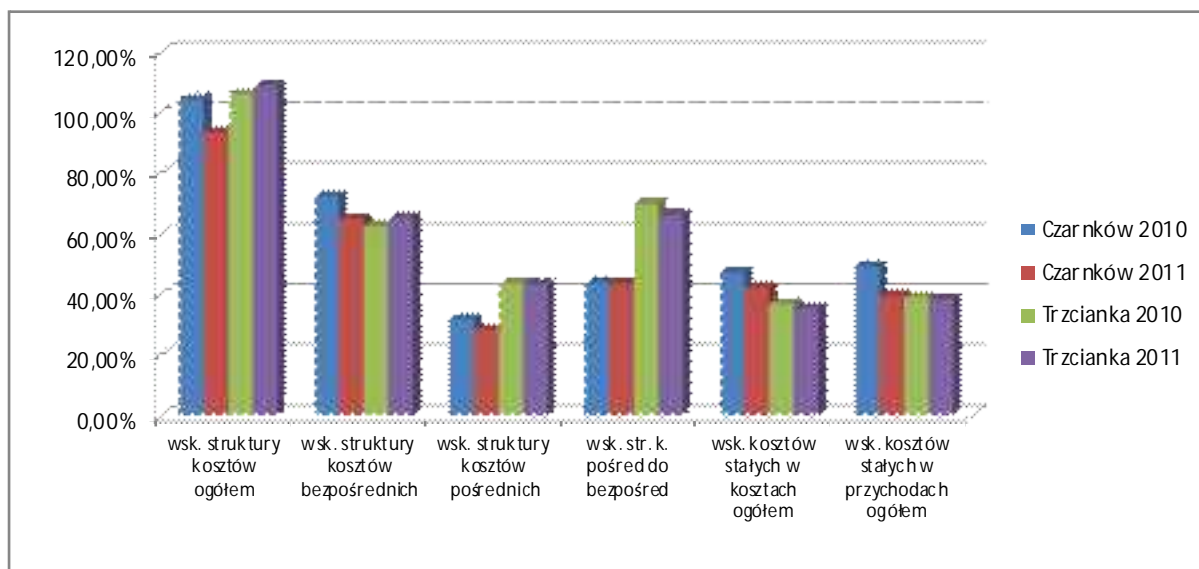
Tabela 33 Wskaźniki struktury kosztów

	Czarnków 2010	Czarnków 2011	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011
wsk. struktury kosztów ogółem	104,45%	93,52%	106,22%	108,81%
wsk. struktury kosztów bezpośrednich	72,51%	65,10%	62,51%	65,43%
wsk. struktury kosztów pośrednich	31,94%	28,42%	43,71%	43,38%
wsk. str. k. pośred do bezpośred	44,05%	43,66%	69,92%	66,31%
wsk. kosztów stałych w kosztach ogółem	47,23%	42,34%	36,88%	35,40%
wsk. kosztów stałych w przychodach ogółem	49,33%	39,60%	39,17%	38,52%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Powyższe dane obrazuje wykres.

Wykres 27 Wskaźniki struktury kosztów.



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance





Konkluzje wynikające ze spotkań z Ordynatorami Oddziałów :

Czarnków

Z punktu widzenia oddziału, potrzebnym urządzeniem jest tomograf komputerowy. Pozostały sprzęt jest wystarczający (kwestia wymiany na nowy). Jeśli chodzi o warunki lokalowe - konieczna jest rozbudowa.

Trzcianka

W ramach personelu w oddziale istnieje potrzeba zatrudnienia jednej dodatkowej osoby – lekarza. W kwestii sprzętu w oddziale brakuje: EKG (jest jeden wspólny), defibrylatora, aparatury do saturacji. Niezbędny jest również remont oddziału oraz wymiana łóżek na bardziej nowoczesne.

Poniższa tabela przedstawia całościowe zestawie kosztów w Oddziale.





Tabela 34 Całościowa analiza kosztów – oddział wewnętrzny

	Czarnków 2010	Czarnków 2011	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011	wskaźniki dynamiki Czarnków 2011/2010	wskaźniki dynamiki Trzcianka 2011/2010	struktura kosztów bezpośrednich Czarnków 2010	struktura kosztów bezpośrednich Czarnków 2011	struktura kosztów bezpośrednich Trzcianka 2010	struktura kosztów bezpośrednich Trzcianka 2011	struktura kosztów ogółem Czarnków 2011	struktura kosztów ogółem Trzcianka 2011
zużycie materiałów i energii w tym:	299 435,05	317 484,91	360 734,74	385 893,50	106,03%	106,97%	10,83%	11,53%	14,88%	15,44%	8,03%	9,29%
leki	123 679,23	131 134,58	141 799,57	176 622,72	106,03%	124,56%	4,47%	4,76%	5,85%	7,07%	3,32%	4,25%
kwasy	32 977,32	34 965,18	37 318,00	50 740,00	106,03%	135,97%	1,19%	1,27%	1,54%	2,03%	0,88%	1,22%
tlen	250,50	265,60	15 158,29	13 874,07	106,03%	91,53%	0,01%	0,01%	0,63%	0,56%	0,01%	0,33%
materiały do badań diagnostycznych	603,61	640,00	4,22	21,55	106,03%	510,66%	0,02%	0,02%	0,00%	0,00%	0,02%	0,00%
sprzęt jednorazowego użytku	54 287,34	57 559,77	12 468,00	13 834,88	106,03%	110,96%	1,96%	2,09%	0,51%	0,55%	1,46%	0,33%
sprzęt medyczny	1 836,48	1 947,18	8 219,78	11 296,00	106,03%	137,42%	0,07%	0,07%	0,34%	0,45%	0,05%	0,27%
usługi obce	640 652,49	817 177,86	722 968,92	814 692,25	127,55%	112,69%	23,17%	29,69%	29,82%	32,60%	20,66%	19,60%
podatki i opłaty	20 423,76	19 135,87	8 229,96	7 954,08	93,69%	96,65%	0,74%	0,70%	0,34%	0,32%	0,48%	0,19%
wynagrodzenia w tym:	1 479 952,58	1 304 315,59	965 401,44	887 162,48	88,13%	91,90%	53,53%	47,38%	39,82%	35,50%	32,98%	21,35%
osobowe	-	1 281 782,72	919 095,59	847 896,20	-	92,25%	-	46,56%	37,91%	33,93%	32,41%	20,40%
umowy zlecenia	-	22 532,87	206 960,50	2 846,00	-	1,38%	-	0,82%	8,54%	0,11%	0,57%	0,07%
świadczenia na rzecz prac	243 732,54	214 204,93	197 478,37	189 389,87	87,89%	95,90%	8,82%	7,78%	8,15%	7,58%	5,42%	4,56%
podróże służbowe			5 117,53	2 202,09	-	43,03%	-	-	0,21%	0,09%	-	0,05%
amortyzacja	63 228,76	66 028,74	145 295,68	185 584,59	104,43%	127,73%	2,29%	2,40%	5,99%	7,43%	1,67%	4,47%
pozostałe koszty	17 035,17	14 358,21	19 242,30	25 871,14	84,29%	134,45%	0,62%	0,52%	0,79%	1,04%	0,36%	0,62%
razem koszty bezpośrednie	2 764 460,35	2 752 706,11	2 424 468,94	2 498 750,00	99,57%	103,06%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	69,61%	60,13%
usługowe medyczne	-	-	908 353,68	871 917,59	-	95,99%						
usługowe niemedyczne	-	-	540 555,59	525 475,60	-	97,21%						
koszty zarządu	229 480,10	191 952,51	246 299,17	259 498,40	83,65%	105,36%						
razem koszty pośrednie	1 217 680,05	1 201 856,45	1 695 208,44	1 656 891,59	98,70%	97,74%						
koszty ogółem	3 982 140,40	3 954 562,56	4 119 677,38	4 155 641,59	99,31%	100,87%						
przychody	3 812 482,78	4 228 562,62	3 878 488,33	3 819 044,28	110,91%	98,47%						
wynik na działalności	-169 657,62	274 000,06	-241 189,05	-336 597,31								
wsk. struktury kosztów ogółem	104,45%	93,52%	106,22%	108,81%								
wsk. struktury kosztów bezpośrednich	72,51%	65,10%	62,51%	65,43%								
wsk. struktury kosztów pośrednich	31,94%	28,42%	43,71%	43,38%								
wsk. str. k. pośred do bezpośred	44,05%	43,66%	69,92%	66,31%								
wsk. kosztów stałych w kosztach ogółem	47,23%	42,34%	36,88%	35,40%								
wsk. kosztów stałych w przychodach ogółem	49,33%	39,60%	39,17%	38,52%								
koszty zmienne	2 101 418,16	2 280 210,07	2 600 464,47	2 684 641,76								
próg rentowności wartościowo	4 190 502,84	3 633 892,82	4 610 437,82	4 952 222,33								

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JP II w Trzciance



7.2.2 Oddział pediatryczny

Wymogi dotyczące oddziału zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia

- W ramach oddziału dziecięcego w szpitalu ogólnym wydziela się pododdział albo odcinek dla dzieci:
 - młodszych - do 3 lat;
 - starszych - powyżej 3 lat.
- W oddziale dziecięcym znajduje się co najmniej jedna izolatka.
- W odcinku dzieci młodszych łóżka znajdują się w zespołach wyposażonych w służbę umywalkowo-fartuchowa i punkt pielęgniarski.
- Punkt pielęgniarski lub sale niemowlęce wyposaża się w zestaw urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację niemowląt.
- Ściany oddzielające pokoje łóżkowe w pododdziale dzieci młodszych oraz ściany między pokojami i punktem pielęgniarskim są przeszklone w celu ciągłej obserwacji dzieci; w pododdziale dzieci młodszych drzwi do pokoi są przeszklone.
- Do szklenia ścian i drzwi, o których mowa w ust. 5, oraz okien używa się szkła bezpiecznego.
- Dopuszcza się obserwacje dzieci za pomocą kamer posiadających rezerwowo zasilanie z funkcją autostartu.
- W oddziale dziecięcym zapewnia się dodatkowe łóżka w pokojach dzieci lub w odrębnym pomieszczeniu przeznaczone dla rodziców lub opiekunów dziecka.
- Okna, poza uchylnym skrzydłem górnym, zabezpiecza się przed możliwością otworzenia przez dzieci.
- W oddziale dziecięcym zapewnia się pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk dla rodziców lub opiekunów dziecka.





Czarnków

W latach 2009-2011, zatrudnienie w oddziale charakteryzowało się względnie stałym poziomem. Liczba pielęgniarek w 2011 roku zwiększyła się w stosunku do roku wcześniejszego z 11 do 13 osób, liczba lekarzy oraz pozostałego personelu (sekretnarz medyczny i dietetyczka) wynosiła po 2 osoby w całym analizowanym okresie czasu. Zatrudnienie w oparciu o etaty było zbieżne z ilością zatrudnionych osób. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 35 Zatrudnienie, oddział dziecięcy, Czarnków

	Wyszczególnienie	Etaty	Osoby
2009	Lekarz	2	2
	Pielęgniarka	12	12
	Sekretarz medyczny	1	1
	Dietetyczka	1	1
2010	Lekarz	2	2
	Pielęgniarka	11	11
	Sekretarz medyczny	1	1
	Dietetyczka	1	1
2011	Lekarz	2	2
	Pielęgniarka	13	13
	Sekretarz medyczny	1	1
	Dietetyczka	1	1

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków

W oddziale znajduje się 21 łóżek, ich ilość nie zmieniła się w latach 2009-2011. Liczba osobodni w 2011 roku w porównaniu do roku ubiegłego zmalała z wartości 6 740 do 6 407, co daje ponad 5% spadek. Ma to przełożenie na spadek przeciętnego obłożenia łóżka o ponad 4% do poziomu 83,5%. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.





Tabela 36 Łóżka, oddział dziecięcy, Czarnków

	Liczba łóżek	Liczba osobodni	Przeciętne obłożenie łóżka
2009	21	8110	105,81%
2010	21	6740	87,93%
2011	21	6407	83,59%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków

Trzcianka

W latach 2009-2011, zatrudnienie w oddziale charakteryzowało się względnie stałym poziomem. Liczba pielęgniarek w 2011 roku znajdowała się na tym samym poziomie co rok wcześniej – 12 osób, liczba lekarzy w 2011 roku zwiększyła się o jedną osobę w porównaniu do lat wcześniejszych. Zatrudnienie w oparciu o etaty w przypadku pielęgniarek pozostało na stałym poziomie, jeśli chodzi o lekarzy w 2011 roku nastąpił wzrost o 1 etat w porównaniu do roku ubiegłego. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 37 Zatrudnienie, oddział dziecięcy, Trzcianka

	Wyszczególnienie	Etaty	Osoby
2009	Lekarz	4	4
	Pielęgniarka	13	13
2010	Lekarz	3,6	4
	Pielęgniarka	12	12
2011	Lekarz	4,6	5
	Pielęgniarka	12	12

źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPiI w Trzciance

W oddziale znajduje się 25 łóżek, ich ilość nie zmieniła się w latach 2009-2011. Liczba osobodni w 2011 roku w porównaniu do roku ubiegłego zmalała z wartości 3 979 do 3 531, co daje prawie 13%





spadek. Ma to przełożenie na spadek przeciętnego obłożenia łóżka o blisko 5% do poziomu 39%. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 38 Łóżka, oddział dziecięcy, Trzcianka

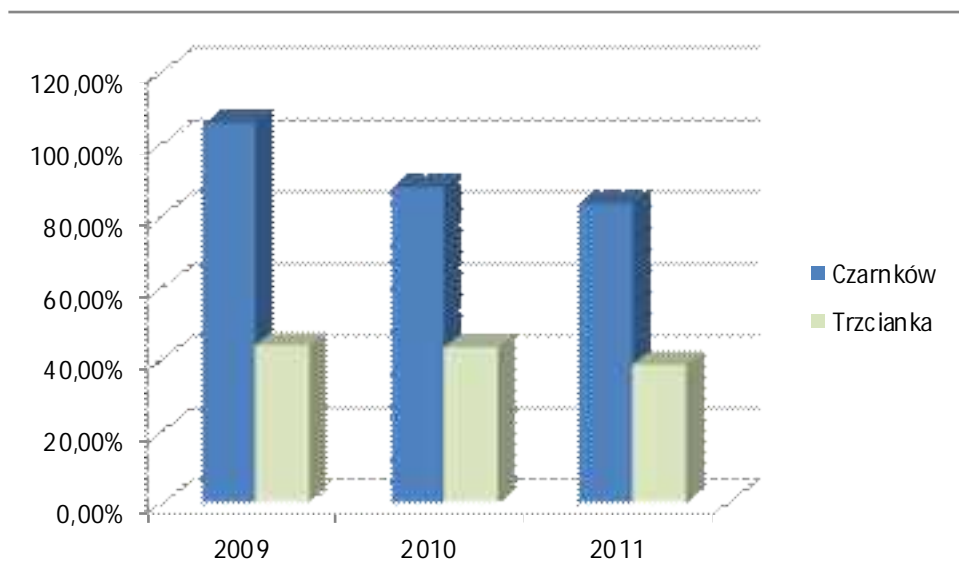
	Liczba łóżek	Liczba osobodni	Przeciętne obłożenie łóżka
2009	25	4031	44,17%
2010	25	3979	43,60%
2011	25	3531	38,69%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPil w Trzciance

Porównanie Jednostek

Przeciętny poziom obłożenia łóżka był znacząco wyższy w Szpitalu w Czarnkowie. Na koniec 2011r. był wyższy od Szpitala w Trzciance o ok. 45%. Należy odnotować, że na przeciętne obłożenie łóżek w SP w Trzciance składają się również łóżka przeznaczone dla matek. Wyniki przedstawia wykres.

Wykres 28 Obłożenie – oddział dziecięcy



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPil w Trzciance





Realizacja kontraktów w oddziale

Poniższa tabela przedstawia stopień realizacji kontraktu w oddziale dziecięcym w Czarnkowie i w Trzciance.

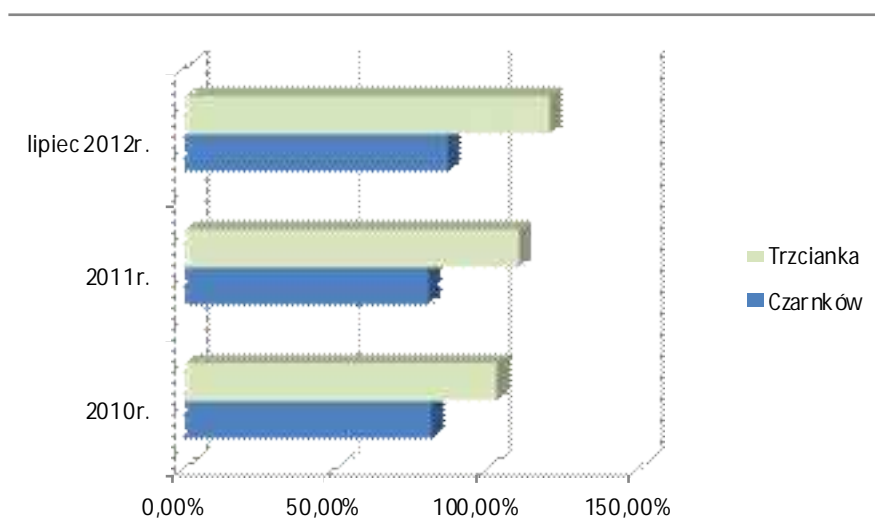
Tabela 39 Kontrakty – oddział dziecięcy

ODDZIAŁ	Jednostka	2010r.	2011r.	lipiec 2012r.
DZIECIĘCY	Czarnków	81,32%	80,39%	86,80%
	Trzcianka	102,81%	110,32%	120,45%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPil w Trzciance

W latach 2010-2011, Jednostka w Trzciance zrealizowała kontrakt całkowicie, każdorazowo przekraczając próg 100%. Wykonanie kontraktu w Szpitalu w Czarnkowie kształtowało się w granicach 80%. Według stanu po 7 miesiącach roku 2012, wykonanie kontraktu w Czarnkowie stanowi 86%, natomiast w Trzciance przekroczone już o 20% pułap 100%. Obrazuje to poniższy wykres.

Wykres 29 Realizacja kontraktów – oddział dziecięcy



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPil w Trzciance





Analiza kosztów

Oddział Pediatryczny w 2011r. osiągnął przychód w wysokości 2 070 tys. zł w ZZOZ Czarnków oraz 4 697 tys. zł w SP w Trzciance. Stanowiło to 98% przychodów z 2010r. w przypadku Czarnkowa i 117% Szpitala w Trzciance. Przychód ze sprzedaży w obydwu analizowanych latach pokrył całość kosztów bezpośrednich, które w 2011 r. wynosiły w Czarnkowie i Trzciance odpowiednio 1 587 tys. zł. i 3 953 tys. zł. Przychody pokryły również w całości koszty stałe oddziału, które w 2011 r. wyniosły w Jednostkach odpowiednio 1 188 tys. zł, i 900 tys. zł. Oszacowanie prognozy rentowności w oparciu o przybliżony podział na koszty względnie stałe i koszty względnie zmienne w przypadku Oddziału w Trzciance daje nierealny wynik, stąd brak jego prezentacji w poniższych tabelach.

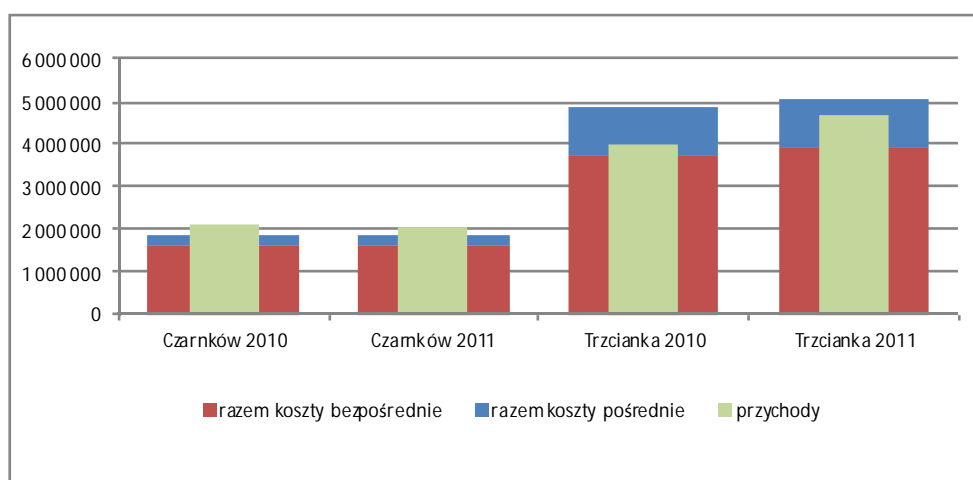
Tabela 40 Analiza kosztów – oddział pediatryczny

	Czarnów 2010	Czarnów 2011	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011
razem koszty bezpośrednie	1 591 561,60	1 586 639,46	3 758 721,09	3 952 963,36
koszty zarządu	109 319,98	89 647,57	290 302,84	317 864,81
razem koszty pośrednie	273 579,63	265 457,96	1 105 313,95	1 118 125,07
koszty ogółem	1 865 541,13	1 852 097,42	4 864 035,94	5 071 088,43
przychody	2 115 256,01	2 070 154,88	3 998 904,72	4 696 600,70
wynik na działalności	249 714,88	218 057,46	-865 130,22	-374 487,73
koszty stałe	1 226 980,35	1 187 774,78	981 225,50	900 207,26
koszty zmienne	638 560,78	664 322,64	3 882 809,54	4 170 781,17
prognoza rentowności wartościowo	1 757 958,03	1 748 042,92	-	-

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Szczegółowe dane przedstawiające kształtowanie się kosztów bezpośrednich, kosztów pośrednich oraz przychodów obrazuje poniższy wykres.

Wykres 30 Oddział Dziecięcy - elementy kształtujące wynik finansowy



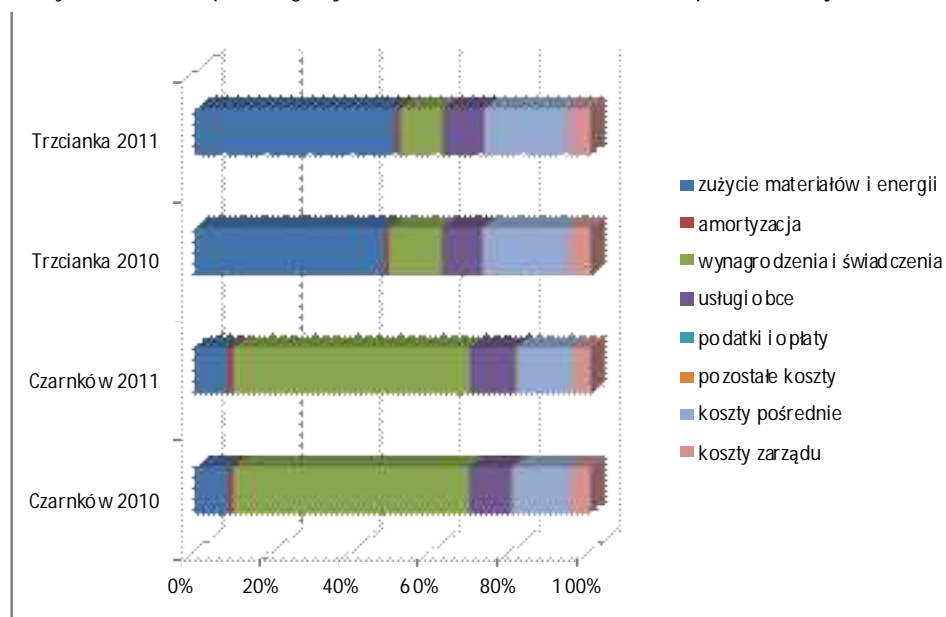
źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance





Analizę poszczególnych kosztów wchodzących w skład działalności podstawowej obrazuje poniższy wykres. Na jego podstawie można zaobserwować, że w przypadku Szpitala Powiatowego w Trzciance, główny składnik kosztów stanowiło zużycie materiałów i energii, zaś w przypadku ZZOZ Czarnków, dominującą pozycją były wynagrodzenia i świadczenia pracownicze.

Wykres 31 Udział poszczególnych kosztów w kosztach działalności podstawowej – oddział dziecięcy



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Poniżej przedstawiono kształtowanie się głównych pozycji wchodzących w skład zużycia materiałów i energii. W obu Jednostkach dominującą pozycję stanowiły leki (w przypadku Jednostki w Trzciance odsetek ten sięgał 96-97%). Dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 41 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział dziecięcy

	Czarnków 2010	Czarnków 2011	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011
zużycie materiałów i energii w tym:	171 576,10	166 437,00	2 480 489,23	2 744 963,71
leki	93 461,77	90 662,37	2 389 758,94	2 668 274,62
krw	0,00	0,00	2 020,00	744,00
tlen	273,75	265,55	2 553,19	2 312,35
materiały do badań diagnostycznych	0,00	0,00	0,00	0,00
sprzet jednorazowego użytku	30 532,56	29 618,04	19 615,78	23 115,80
sprzet medyczny	218,28	211,74	2 975,95	2 846,02

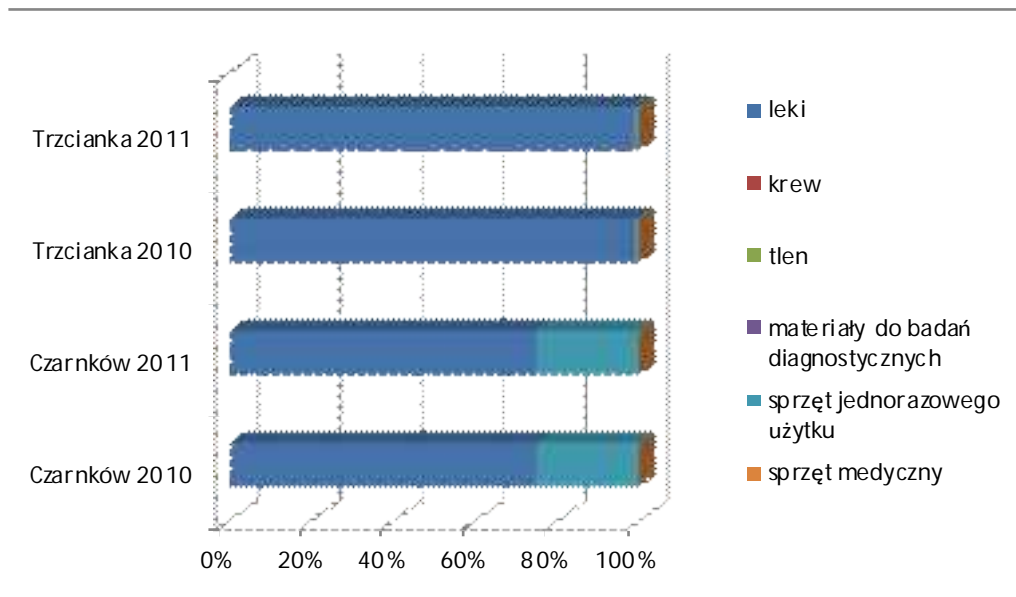
źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance





Zostało to zobrazowane na poniższym wykresie.

Wykres 32 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział dziecięcy



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Poniższa tabela przedstawia wskaźniki struktury kosztów. W przypadku Jednostki w Trzciance, analizując dynamikę zmian, wszystkie wskaźniki charakteryzowała tendencja spadkowa. W ZZOZ Czarnków widoczna była rosnąca dynamika wskaźnika struktury kosztów ogółem i wskaźnika struktury kosztów bezpośrednich. Dane przedstawia poniższa tabela

Tabela 42 Wskaźniki struktury kosztów – oddział dziecięcy

	Czarnków 2010	Czarnków 2011	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011
wsk. struktury kosztów ogółem	88,19%	89,47%	121,63%	107,97%
wsk. struktury kosztów bezpośrednich	75,26%	76,64%	93,99%	84,17%
wsk. struktury kosztów pośrednich	12,93%	12,82%	27,64%	23,81%
wsk. str. k. pośred do bezpośred	17,19%	16,73%	29,41%	28,29%
wsk. kosztów stałych w kosztach ogółem	65,77%	64,13%	20,17%	17,75%
wsk. kosztów stałych w przychodach ogółem	58,01%	57,38%	24,54%	19,17%

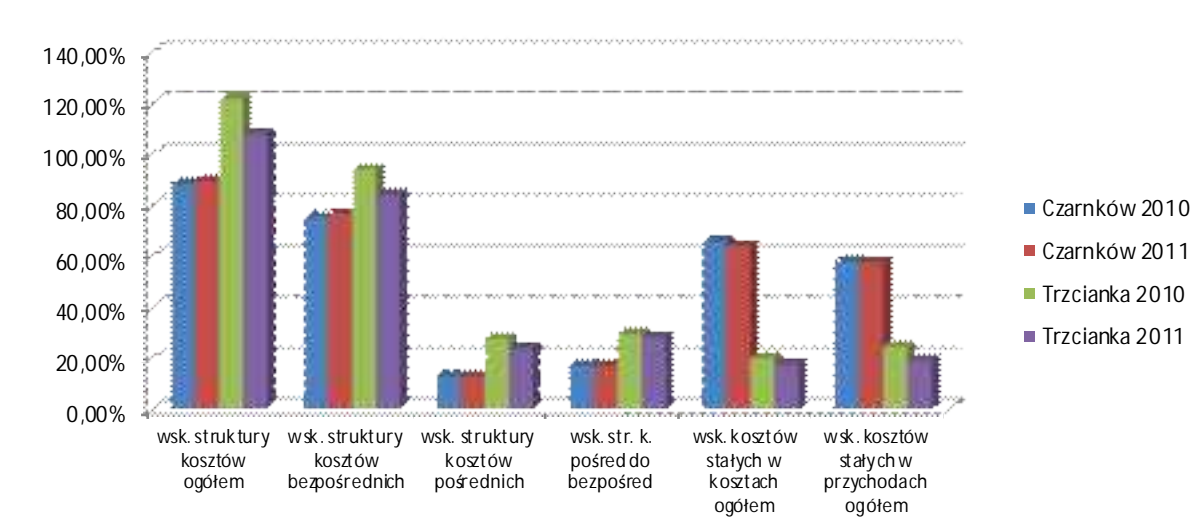
źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance





Powyższe dane obrazuje wykres.

Wykres 33 Wskaźniki struktury kosztów – oddział dziecięcy



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Konkluzje wynikające ze spotkań z Ordynatorami Oddziałów :

Czarnków

Zasadniczym problemem oddziału jest standard pomieszczeń i wykończenia, a także braki sprzętowe i wyposażeniowe wraz z całą infrastrukturą. Potrzebny jest pokój reanimacji, intensywnego nadzoru, EKG, inkubatory, zaplecze z przetaczaniem płynów. W kwestii liczby pracowników, jest ona wystarczająca na potrzeby oddziału (w sezonie urlopowym następuje niewielkie przedłużenie dyżurów).

Trzcianka

Główne potrzeby oddziału wynikają z braków sprzętowych w postaci: pulsoksymetru, kardiomonitora, dużych łóżek (x11), łóżeczek niemowlęcych (x6), stojaków, gastrolizera, inhalatorów (x3), wagi niemowlęcej. Z analizy w oddziale wynika również potrzeba wprowadzenia programów profilaktycznych do diagnostyki astmy, alergii, celiakii oraz nietolerancji pokarmowej.

Poniższa tabela przedstawia całościowe zestawie kosztów w Oddziale.





Tabela 43 Całościowa analiza kosztów – oddział dziecięcy

	Czarnków 2010	Czarnków 2011	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011	wskaznik dynamiki Czarnków 2011/2010	wskaznik dynamiki Trzcianka 2011/2010	struktura kosztów bezpośrednich Czarnków 2010	struktura kosztów bezpośrednich Czarnków 2011	struktura kosztów bezpośrednich Trzcianka 2010	struktura kosztów bezpośrednich Trzcianka 2011	struktura kosztów ogółem Czarnków 2011	struktura kosztów ogółem Trzcianka 2011
zużycie materiałów i energii w tym	171 576,10	166 437,00	2 480 489,23	2 744 983,71	97,00%	110,66%	10,78%	10,45%	65,95%	69,44%	8,99%	54,13%
leki	92 481,77	90 662,37	2 389 758,94	2 669 274,52	97,00%	111,65%	6,87%	5,71%	63,58%	67,50%	4,90%	52,62%
krew	0,00	0,00	2 020,00	744,00	-	36,83%	0,00%	0,00%	0,05%	0,02%	0,00%	0,01%
benzyna	273,75	265,55	2 553,19	2 312,35	97,00%	90,57%	0,02%	0,02%	0,07%	0,05%	0,01%	0,05%
materiały do badań diagnostycznych	0,00	0,00	0,00	0,00	-	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
opłaty jednorazowego użytku	30 532,58	29 618,04	19 615,78	23 115,80	97,00%	117,84%	1,92%	1,87%	0,52%	0,58%	1,80%	0,48%
opłaty medyczne	218,28	211,74	2 975,95	2 846,02	97,00%	95,63%	0,01%	0,01%	0,08%	0,07%	0,01%	0,06%
usługi obce	205 832,81	219 790,55	528 245,82	560 417,08	106,78%	106,09%	12,93%	13,65%	14,05%	14,18%	11,87%	11,05%
podatki i opłaty	9 802,38	10 075,71	2 848,80	2 753,28	102,79%	96,65%	0,82%	0,84%	0,08%	0,07%	0,54%	0,05%
wynagrodzenia w tym	1 035 551,98	1 015 184,68	667 911,96	465 732,09	98,03%	82,01%	65,05%	63,98%	15,11%	11,76%	54,81%	9,18%
zapobiegawcze	-	1 015 184,68	550 740,77	465 732,09	-	84,56%	-	63,98%	14,65%	11,76%	54,81%	9,18%
umowy zlecenia	-	0,00	0,00	0,00	-	0,00%	-	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
świadczenia na rzecz prac	137 803,34	140 789,43	112 839,12	102 051,45	102,17%	90,44%	8,88%	8,87%	3,00%	2,58%	7,80%	2,01%
podroże służbowe	-	-	2 559,00	541,72	-	21,17%	-	-	0,07%	0,01%	-	0,01%
amortyzacja	24 998,01	26 975,78	63 620,58	63 440,14	107,91%	118,31%	1,57%	1,70%	1,43%	1,60%	1,46%	1,25%
pozostałe koszty	6 396,90	7 386,31	10 208,58	13 063,91	115,47%	127,99%	0,40%	0,47%	0,27%	0,33%	0,40%	0,26%
razem koszty bezpośrednie	1 591 961,50	1 586 639,46	3 758 721,09	3 952 983,36	98,87%	105,17%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	85,67%	77,55%
usługowe medyczne	-	-	397 633,61	363 586,05	-	91,44%	-	-	-	-	-	-
usługowe niemedyczne	-	-	417 377,50	436 674,21	-	104,62%	-	-	-	-	-	-
koszty zarządu	109 319,98	89 647,57	290 302,84	317 864,81	82,00%	109,49%	6,87%	-	-	-	-	
razem koszty pośrednie	273 579,63	265 457,96	1 105 313,95	1 118 125,07	97,03%	101,18%	17,19%	-	-	-	-	
koszty ogółem	1 865 541,13	1 852 097,42	4 864 035,04	5 071 088,43	99,28%	104,26%	117,19%	-	-	-	-	
przychody	2 115 256,01	2 070 184,88	3 998 904,72	4 896 600,70	97,87%	117,45%	-	-	-	-	-	
wynik na działalności	249 714,88	218 087,46	-865 130,32	-374 487,73	-	-	-	-	-	-	-	
wsk. struktury kosztów ogółem	88,19%	89,47%	121,63%	107,97%	-	-	-	-	-	-	-	
wsk. struktury kosztów bezpośrednich	75,26%	76,64%	93,99%	84,17%	-	-	-	-	-	-	-	
wsk. struktury kosztów pośrednich	12,93%	12,82%	27,64%	23,81%	-	-	-	-	-	-	-	
wsk. str. k. pośred do bezpośred	17,19%	16,73%	29,41%	28,29%	-	-	-	-	-	-	-	
wsk. kosztów stałych w kosztach ogółem	65,77%	64,13%	20,17%	17,75%	-	-	-	-	-	-	-	
wsk. kosztów stałych w przychodach ogółem	58,01%	57,38%	24,54%	19,17%	-	-	-	-	-	-	-	
koszty zmienne	638 560,78	664 322,64	3 882 609,54	4 170 781,17	-	-	-	-	-	-	-	
próg rentowności wartościowo	1 757 558,03	1 749 042,92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance



7.2.3 Oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej

Czarnków

W latach 2009-2011, zatrudnienie w oddziale charakteryzowało się stałym poziomem. Liczba pielęgniarek utrzymywała się na poziomie – 12-13 osób, liczba lekarzy wyniosła 5 w całym analizowanym okresie. Pozostały personel medyczny to jedna osoba. Etaty odpowiadały zatrudnionym osobom w identycznym stosunku. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 44 Zatrudnienie, oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej, Czarnków

	Wyszczególnienie	Etaty	Osoby
2009	Lekarz	5	5
	Pielęgniarka	13	13
	Sekretarz medyczny	1	1
2010	Lekarz	5	5
	Pielęgniarka	12	12
	Sekretarz medyczny	1	1
2011	Lekarz	5	5
	Pielęgniarka	13	13
	Sekretarz medyczny	1	1

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków

W oddziale znajduje się 26 łóżek, ich ilość nie zmieniła się w latach 2009-2011. Liczba osobodni w 2011 roku w porównaniu do roku ubiegłego wzrosła z wartości 5 850 do 6 502, co stanowi 10% wzrost. W stosunku do roku 2010, średnie obłożenie łóżka wzrosło o 7%, sięgając blisko 70%.





Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 45 Łóżka, oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej, Czarnków

	Liczba łóżek	Liczba osobodni	Przeciętne obłożenie łóżka
2009	26	6575	69,28%
2010	26	5850	61,64%
2011	26	6502	68,51%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków

Trzcianka

W latach 2009-2011, zatrudnienie w oddziale charakteryzowało się stosunkowo stałym poziomem. Liczba pielęgniarek utrzymywała się na poziomie – 19-20 osób, liczba lekarzy w 2011 roku zwiększyła się o jedną osobę w porównaniu do roku wcześniejszego. Zatrudnienie w oparciu o etaty w przypadku pielęgniarek zmniejszyło się w 2011 roku o jeden etat, jeśli chodzi o lekarzy w 2011 roku nastąpił wzrost o 1 etat w porównaniu do roku ubiegłego. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 46 Zatrudnienie, oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej, Trzcianka

	Wyszczególnienie	Etaty	Osoby
2009	Lekarz	5	5
	Pielęgniarka	19,25	20
2010	Lekarz	4	4
	Pielęgniarka	19,25	20
2011	Lekarz	5	5
	Pielęgniarka	19	19

źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPiI w Trzciance

W oddziale znajduje się 30 łóżek, ich ilość nie zmieniła się w latach 2009-2011. Liczba osobodni w 2011 roku w porównaniu do roku ubiegłego wzrosła z wartości 6 426 do 6 590, co daje 2,5% wzrost.





W analizowanym okresie czasu, przeciętne obłożenia kształtowało się w granicach 60%. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 47 Łóżka, oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej, Trzcianka

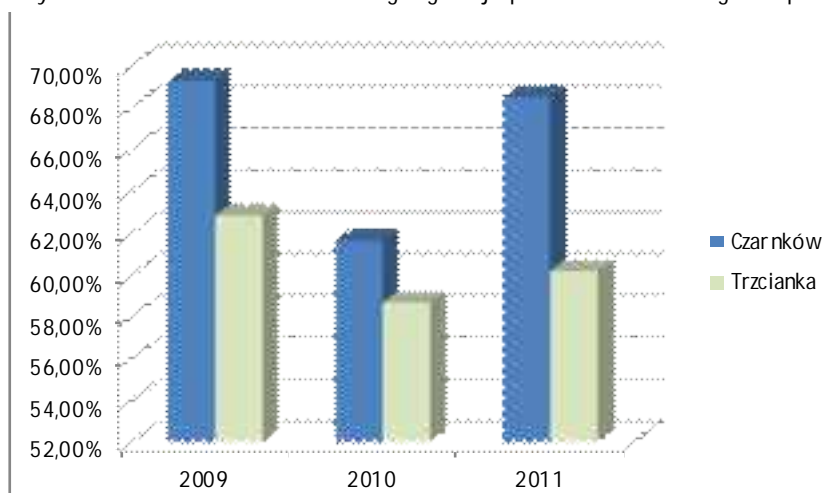
	Liczba łóżek	Liczba osobodni	Przeciętne obłożenie łóżka
2009	30	6880	62,83%
2010	30	6426	58,68%
2011	30	6590	60,18%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPil w Trzciance

Porównanie Jednostek

W analizowanym okresie przeciętny poziom obłożenia łóżka był wyższy w Szpitalu w Czarnkowie. W roku 2010, różnica między Szpitalami wynosiła 3%, w 2011r. już powyżej 8%. Dokładnie przedstawia to poniższy wykres.

Wykres 34 Obłożenie – oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPil w Trzciance

Realizacja kontraktów w oddziale

Poniższa tabela przedstawia stopień realizacji kontraktu w oddziale chirurgicznym w Czarnkowie i w Trzciance





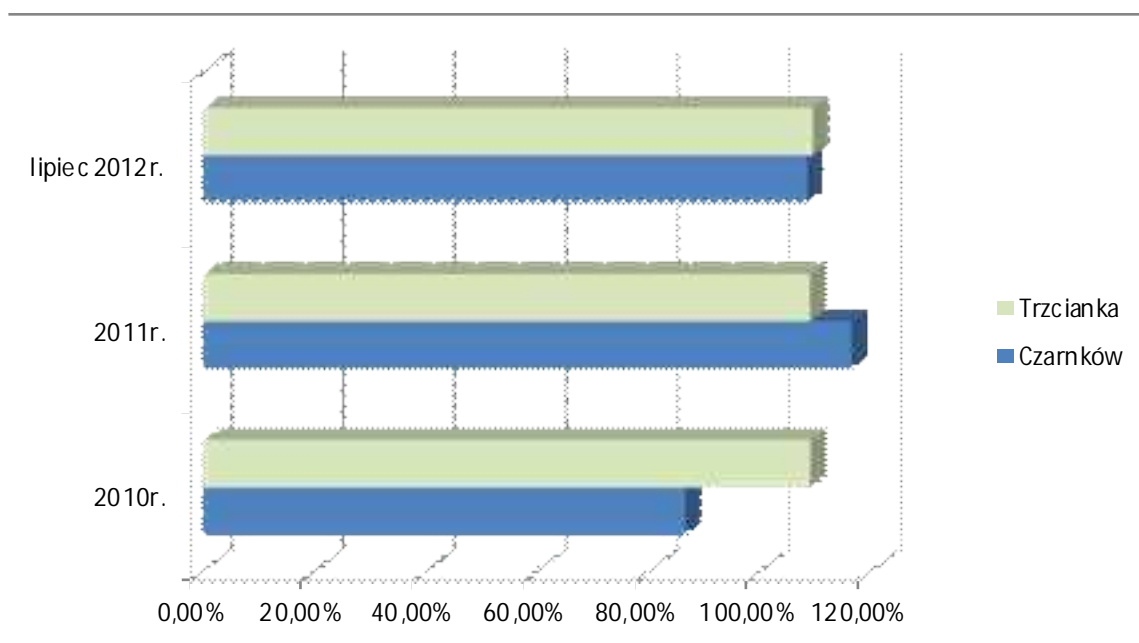
Tabela 48 Kontrakty – oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej

ODDZIAŁ	Jednostka	2010r.	2011r.	lipiec 2012r.
CHIRURGICZNY	Czarnków	86,49%	116,24%	108,38%
	Trzcianka	108,95%	108,88%	109,38%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPil w Trzciance

Z wyjątkiem Szpitala w Czarnkowie w 2010r., kontrakt realizowany był całkowicie, każdorazowo przekraczając próg 100%. Według stanu po 7 miesiącach roku 2012, wykonanie kontraktu w Czarnkowie stanowi 108%, natomiast w Trzciance jeden procent więcej – 109%. Wyniki przedstawia wykres.

Wykres 35 Realizacja kontraktów – oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPil w Trzciance





Analiza kosztów

Oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej w 2011r. osiągnął przychód w wysokości 4 639 tys. zł w ZZOZ Czarnków oraz 3 506 tys. zł w SP w Trzciance. Stanowiło to 126% przychodów z 2010r. w przypadku Czarnkowa i blisko 100% Szpitala w Trzciance. Przychód ze sprzedaży w obydwu analizowanych latach pokrył całość kosztów bezpośrednich, które w 2011 r. wynosiły w Czarnkowie i Trzciance odpowiednio 2 728 tys. zł. i 1 863 tys. zł. Przychody pokryły również w całości koszty stałe oddziału, które w 2011 r. wyniosły w Jednostkach odpowiednio 1 829 tys. zł, i 1 082 tys. zł. Dokonując przybliżonego podziału na koszty względnie stałe i koszty względnie zmienne można stwierdzić, że Oddziały w celu urentownienia swojej działalności podstawowej musiałyby generować przychód w wysokości około 6 352 tys. zł. w przypadku ZZOZ Czarnków oraz 6 640 tys. zł. w przypadku SP w Trzciance. Poniższa tabela przedstawia szczegółową sytuację.

Tabela 49 Analiza kosztów – oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej

	Czarnków 2010	Czarnków 2011	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011
razem koszty bez pośrednie	2 415 326,12	2 728 158,90	1 906 820,61	1 862 998,54
koszty zarządu	261 491,08	248 875,46	242 098,66	249 753,12
razem koszty pośrednie	2 062 515,00	2 403 903,86	2 141 483,19	2 153 920,41
koszty ogółem	4 477 841,12	5 132 062,76	4 048 303,80	4 016 918,95
przychody	3 670 052,36	4 638 857,42	3 515 661,87	3 506 027,50
wynik na działalności	-807 788,76	-493 205,34	-532 641,93	-510 891,45
koszty stałe	1 787 234,64	1 828 903,64	1 174 215,66	1 082 357,44
koszty zmienne	2 690 606,48	3 303 159,12	2 874 088,14	2 934 561,51
próg rentowności wartościowo	6 696 893,45	6 351 751,16	6 434 405,01	6 640 421,33

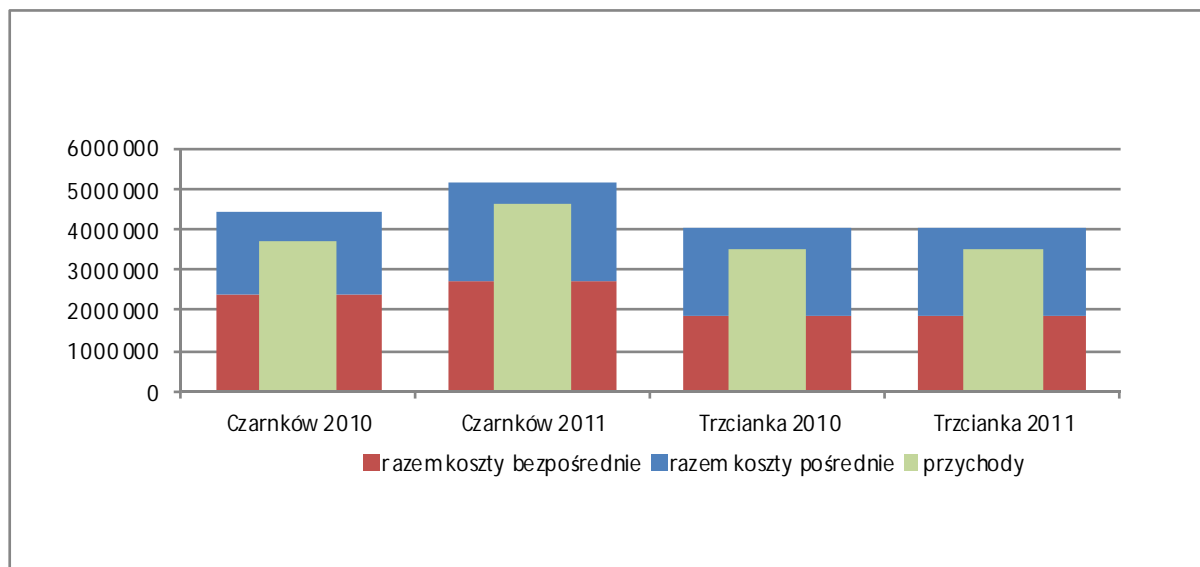
źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Szczegółowe dane przedstawiające kształtowanie się kosztów bezpośrednich, kosztów pośrednich oraz przychodów obrazuje poniższy wykres.





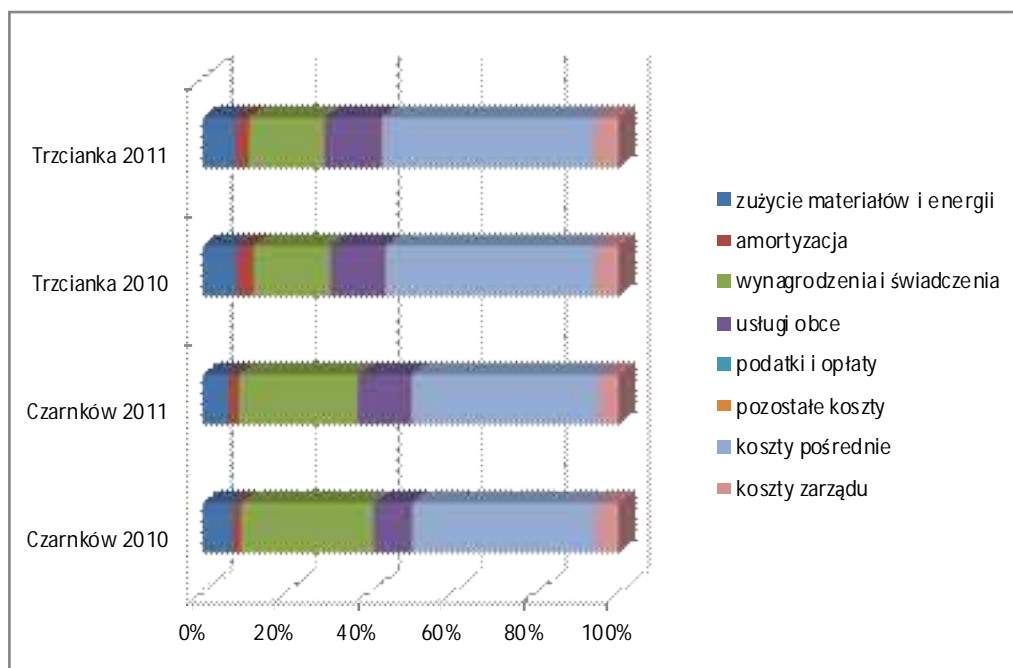
Wykres 36 Oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej - elementy kształtujące wynik finansowy



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPil w Trzciance

Analizę poszczególnych kosztów wchodzących w skład działalności podstawowej obrazuje poniższy wykres. Na jego podstawie można zaobserwować, że koszty pośrednie były pozycją dominującą w obu badanych Jednostkach.

Wykres 37 Udział poszczególnych kosztów w kosztach działalności podstawowej – oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPil w Trzciance





Poniżej przedstawiono kształtowanie się głównych pozycji wchodzących w skład zużycia materiałów i energii. W obu Jednostkach dominującą pozycję stanowiły leki. Dane przedstawia poniższa tabela.

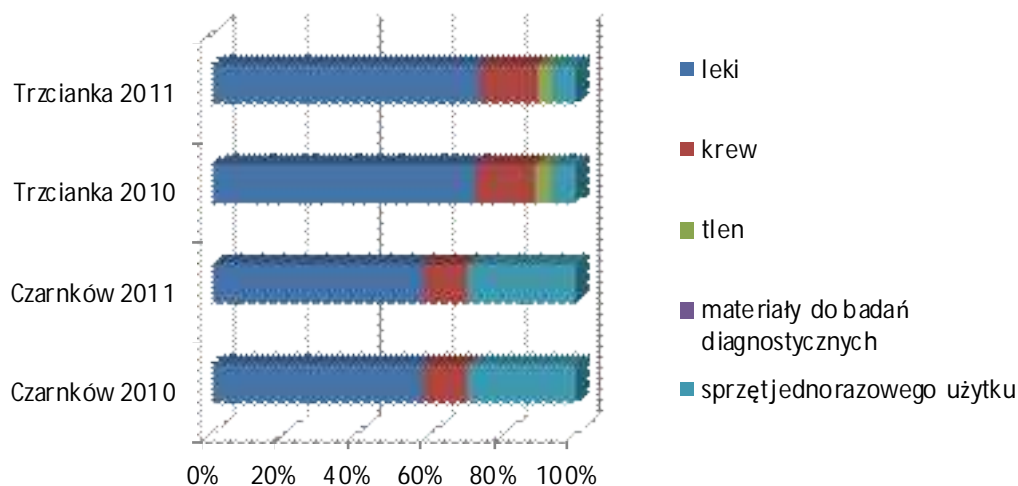
Tabela 50 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej

	Czarnków 2010	Czarnków 2011	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011
zużycie materiałów i energii w tym:	357 444,15	354 407,40	363 482,29	354 148,04
leki	153 750,78	152 444,55	190 812,97	211 928,52
krw	31 253,55	30 988,03	42 351,00	45 336,00
tlen	267,83	265,55	12 637,26	11 561,74
materiały do badań diagnostycznych	7,58	7,52	106,51	113,83
sprzęt jednorazowego użytku	77 940,10	77 277,94	16 628,99	18 299,57
sprzęt medyczny	55,98	55,50	2 173,38	1 451,02

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Zostało to zobrazowane na poniższym wykresie.

Wykres 38 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Poniższa tabela przedstawia wskaźniki struktury kosztów. Wszystkie wskaźniki z wyjątkiem wskaźników struktury kosztów pośrednich do bezpośrednich uległy zmniejszeniu w badanych latach w obu Jednostkach.





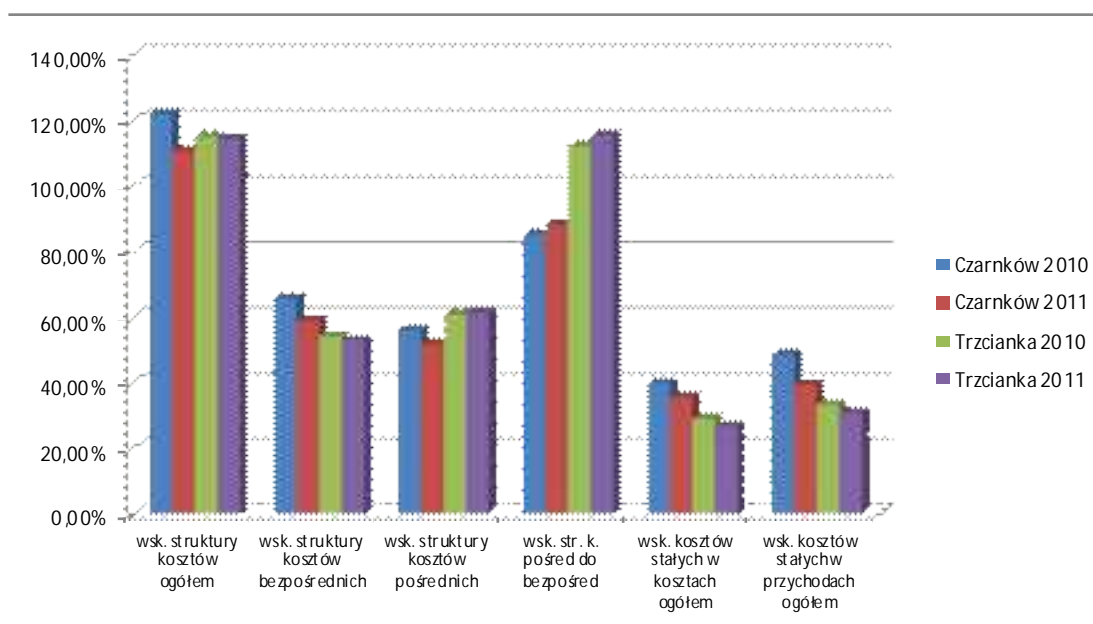
Tabela 51 Wskaźniki struktury kosztów – oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej

	Czarnków 2010	Czarnków 2011	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011
wsk. struktury kosztów ogółem	122,01%	110,63%	115,15%	114,57%
wsk. struktury kosztów bezpośrednich	65,81%	58,81%	54,24%	53,14%
wsk. struktury kosztów pośrednich	56,20%	51,82%	60,91%	61,43%
wsk. str. k. pośred do bezpośred	85,39%	88,11%	112,31%	115,62%
wsk. kosztów stałych w kosztach ogółem	39,91%	35,64%	29,01%	26,94%
wsk. kosztów stałych w przychodach ogółem	48,70%	39,43%	33,40%	30,87%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Powyższe dane obrazuje wykres.

Wykres 39 Wskaźniki struktury kosztów – oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Poniższa tabela przedstawia całościowe zestawie kosztów w Oddziale.





Tabela 52 Całościowa analiza kosztów – oddział chirurgii ogólnej z poddziałem chirurgii ortopedycznej

	Czarnków 2010	Czarnków 2011	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011	wskaźniki dynamiki Czarnków 2011/2010	wskaźniki dynamiki Trzcianka 2011/2010	struktura kosztów bezpośrednich Czarnków 2010	struktura kosztów bezpośrednich Czarnków 2011	struktura kosztów bezpośrednich Trzcianka 2010	struktura kosztów bezpośrednich Trzcianka 2011	struktura kosztów ogółem Czarnków 2011	struktura kosztów ogółem Trzcianka 2011
zużycie materiałów i energii w tym:	357 444,15	354 407,40	363 482,29	354 148,04	99,15%	97,43%	14,80%	12,99%	19,06%	19,01%	6,91%	8,82%
leki	153 750,78	152 444,55	190 812,97	211 928,52	99,15%	111,07%	6,37%	5,59%	10,01%	11,38%	2,97%	5,28%
krew	31 253,55	30 988,03	42 351,00	45 336,00	99,15%	107,05%	1,29%	1,14%	2,22%	2,43%	0,60%	1,13%
tlen	267,83	265,55	12 637,26	11 561,74	99,15%	91,49%	0,01%	0,01%	0,66%	0,62%	0,01%	0,29%
materiały do badań diagnostycznych	7,58	7,52	106,51	113,83	99,15%	106,87%	0,00%	0,00%	0,01%	0,01%	0,00%	0,00%
sprzet jednorazowego użytku	77 940,10	77 277,94	16 628,99	18 299,57	99,15%	110,05%	3,23%	2,83%	0,87%	0,98%	1,51%	0,46%
sprzet medyczny	55,98	55,50	2 173,38	1 451,02	99,15%	66,76%	0,00%	0,00%	0,11%	0,08%	0,00%	0,04%
usługi obce	422 198,14	677 337,27	561 581,86	583 477,98	160,43%	103,90%	17,48%	24,83%	29,45%	31,32%	13,20%	14,53%
podatki i opłaty	14 396,06	11 393,57	3 576,96	3 457,08	79,14%	96,65%	0,60%	0,42%	0,19%	0,19%	0,22%	0,09%
wynagrodzenia w tym:	1 322 788,48	1 344 098,63	653 622,59	629 642,06	101,61%	96,33%	54,77%	49,27%	34,28%	33,80%	26,19%	15,67%
osobowe		1 344 098,63	643 119,32	622 338,66	-	96,77%	0,00%	49,27%	33,73%	33,41%	26,19%	15,49%
umowy zlecenia		0,00	1 824,00	0,00	-	0,00%	0,00%	0,10%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
swiadczenia na rzecz prac	187 548,56	192 360,67	136 888,37	141 747,62	102,57%	103,55%	7,76%	7,05%	7,18%	7,61%	3,75%	3,53%
podroze sluzbowe			903,82	715,97	-	79,22%	-	-	0,05%	0,04%	-	0,02%
amortyzacja	94 334,71	131 112,17	173 971,89	132 596,80	138,99%	76,22%	3,91%	4,81%	9,12%	7,12%	2,55%	3,30%
pozostałe koszty	16 616,02	17 449,19	12 792,83	17 212,99	105,01%	134,55%	0,69%	0,64%	0,67%	0,92%	0,34%	0,43%
razem koszty bezpośrednie	2 415 326,12	2 728 158,90	1 906 820,61	1 862 998,54	112,95%	97,70%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	53,16%	46,38%
usługowe medyczne	-	-	1 510 457,56	1 513 621,77	-	100,21%	-	-	-	-	-	-
usługowe niemedyczne	-	-	388 926,97	390 545,52	-	100,42%	-	-	-	-	-	-
koszty zarządu	261 491,08	248 875,46	242 098,66	249 753,12	95,18%	103,16%	10,83%					
razem koszty pośrednie	2 062 515,00	2 403 903,86	2 141 483,19	2 153 920,41	116,55%	100,58%	85,39%					
koszty ogółem	4 477 841,12	5 132 062,76	4 048 303,80	4 016 918,95	114,61%	99,22%	185,39%					
przychody	3 670 052,36	4 638 857,42	3 515 661,87	3 506 027,50	126,40%	99,73%						
wynik na działalności	-807 788,76	-493 205,34	-532 641,93	-510 891,45								
wsk. struktury kosztów ogółem	122,01%	110,63%	115,15%	114,57%								
wsk. struktury kosztów bezpośrednich	65,81%	58,81%	54,24%	53,14%								
wsk. struktury kosztów pośrednich	56,20%	51,82%	60,91%	61,43%								
wsk. str. k. pośred do bezpośred	85,39%	88,11%	112,31%	115,62%								
wsk. kosztów stałych w kosztach ogółem	39,91%	35,64%	29,01%	26,94%								
wsk. kosztów stałych w przychodach ogółem	48,70%	39,43%	33,40%	30,87%								
koszty zmienne	2 690 606,48	3 303 159,12	2 874 088,14	2 934 561,51								
próg rentowności wartościowo	6 696 893,45	6 351 751,16	6 434 405,01	6 640 421,33								

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JP II w Trzciance



7.2.4 Oddział intensywnej terapii i anestezjologii

Czarnków

W latach 2009-2011, zatrudnienie w oddziale charakteryzowało się stosunkowo stałym poziomem. W analizowanym okresie liczba pielęgniarek zmniejszała się o 1 osobę rocznie – z 12 osób w 2009r. do 10 osób w roku 2011., liczba lekarzy w 2010 zwiększyła się o dwie osoby w porównaniu do roku wcześniejszego. Zatrudnienie w oparciu o etaty było analogiczne, w 2011r. lekarze stanowili 4 etaty zaś pielęgniarki 10. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 53 Zatrudnienie, oddział intensywnej terapii i anestezjologii, Czarnków

	Wyszczególnienie	Etaty	Osoby
2009	Lekarz	2	2
	Pielęgniarka	12	12
2010	Lekarz	4	4
	Pielęgniarka	11	11
2011	Lekarz	4	4
	Pielęgniarka	10	10

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków

W oddziale znajdują się 2 łóżka, ich ilość nie zmieniła się w latach 2009-2011. Liczba osobodni w 2011 roku w porównaniu do roku ubiegłego wzrosła z wartości 358 do 391, co daje ponad 8% wzrost. Przekłada się to na obserwowany wzrost przeciętnego obłożenia łóżka o 4,5% między 2010 a 2011 rokiem. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 54 Łóżka, oddział intensywnej terapii i anestezjologii, Czarnków

	Liczba łóżek	Liczba osobodni	Przeciętne obłożenie łóżka
2009	2	408	55,89%
2010	2	358	49,04%
2011	2	391	53,56%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków





Trzcianka

W latach 2009-2011, zatrudnienie w oddziale charakteryzowało się stosunkowo stałym poziomem. Liczba pielęgniarek utrzymywała się na stałym poziomie – 12 osób, liczba lekarzy w 2011 roku zmniejszyła się o jedną osobę w porównaniu do lat wcześniejszych. Zatrudnienie w oparciu o etaty w przypadku pielęgniarek pozostało na stałym poziomie – 11,5 etatu, jeśli chodzi o lekarzy w 2011 roku nastąpił spadek o 1 etat w porównaniu do roku ubiegłego. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 55 Zatrudnienie, oddział intensywnej terapii i anestezjologii, Trzcianka

	Wyszczególnienie	Etaty	Osoby
2009	Lekarz	4	4
	Pielęgniarka	11,5	12
2010	Lekarz	4	4
	Pielęgniarka	11,5	12
2011	Lekarz	3	3
	Pielęgniarka	11,5	12

źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPiI w Trzciance

W oddziale znajdują się 3 łóżka, ich ilość nie zmieniła się w latach 2009-2011. Liczba osobodni w 2011 roku w porównaniu do roku ubiegłego zmalała z wartości 470 do 385, co daje 22% spadek. Przekłada się to na obserwowany spadek przeciętnego obłożenia łóżka o niecałe 8% między 2010 a 2011 rokiem. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 56 Łóżka, oddział intensywnej terapii i anestezjologii, Trzcianka

	Liczba łóżek	Liczba osobodni	Przeciętne obłożenie łóżka
2009	3	473	43,19%
2010	3	470	42,92%
2011	3	385	35,15%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPiI w Trzciance

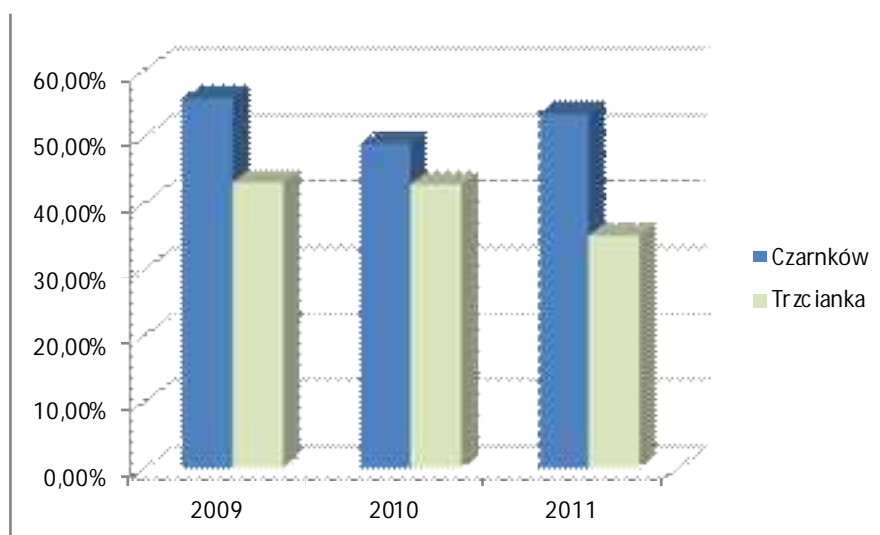




Porównanie Jednostek

W analizowanym okresie przeciętny poziom obłożenia łóżka był wyższy w Szpitalu w Czarnkowie i był generalnie niski (poniżej 60%). W roku 2010, różnica między Szpitalami wynosiła 6%, w 2011r. już powyżej 18%. Dokładnie przedstawia to poniższy wykres.

Wykres 40 Obłożenie – oddział intensywnej terapii i anestezjologii



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Realizacja kontraktów w oddziale

Poniższa tabela przedstawia stopień realizacji kontraktu w oddziale intensywnej terapii i anestezjologii w Czarnkowie i Trzciance.

Tabela 57 Kontrakty – oddział intensywnej terapii i anestezjologii

ODDZIAŁ	Jednostka	2010r.	2011r.	lipiec 2012r.
ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII	Czarnków	122,46%	134,00%	48,23%
	Trzcianka	100,16%	106,28%	129,28%

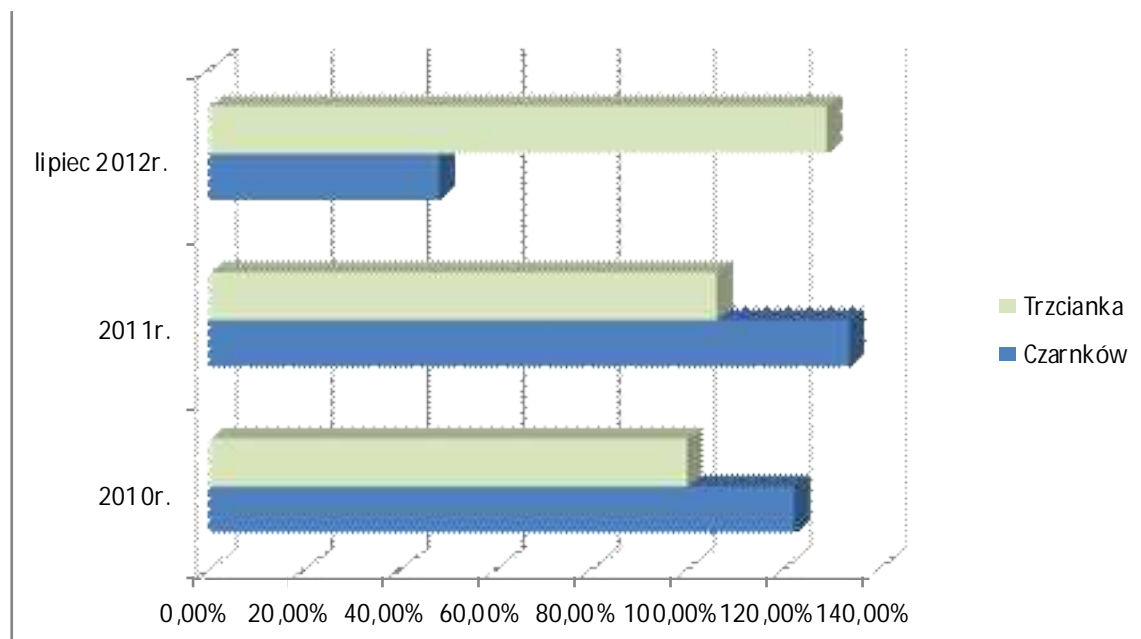
źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

W latach 2010-2011 w obu Szpitalach kontrakt realizowany był całkowicie, każdorazowo przekraczając próg 100%. Według stanu po 7 miesiącach roku 2012, wykonanie kontraktu w Czarnkowie stanowi niecałe 50%, natomiast w Trzciance przyjmuje wartość prawie 130%. Dane obrazuje wykres.





Wykres 41 Realizacja kontraktów – oddział intensywnej terapii i anestezjologii



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Analiza kosztów

Oddział intensywnej terapii i anestezjologii w 2011r. osiągnął przychód w wysokości 487 tys. zł w ZZOZ Czarnków oraz 592 tys. zł w SP w Trzciance. Stanowiło to 107% przychodów z 2010r. w przypadku Czarnkowa i blisko 97% Szpitala w Trzciance. Przychód ze sprzedaży w obydwu analizowanych latach nie pokrywał całości kosztów bezpośrednich, które w 2011 r. wynosiły w Czarnkowie i Trzciance odpowiednio 1 678 tys. zł. i 877 tys. zł. Przychody pokryły w całości koszty stałe oddziału Trzciance, które w 2011 r. wyniosły 488 tys. zł. W przypadku ZZOZ Czarnków koszty stałe były wyższe o ok. 300 tys. zł od przychodów. Oszacowanie prognozy rentowności w oparciu o przybliżony podział na koszty względnie stałe i koszty względnie zmienne w przypadku Oddziałów w obu Jednostkach daje nierealny wynik, stąd brak jego prezentacji w poniższych tabelach.

Poniższa tabela przedstawia szczegółową sytuację.





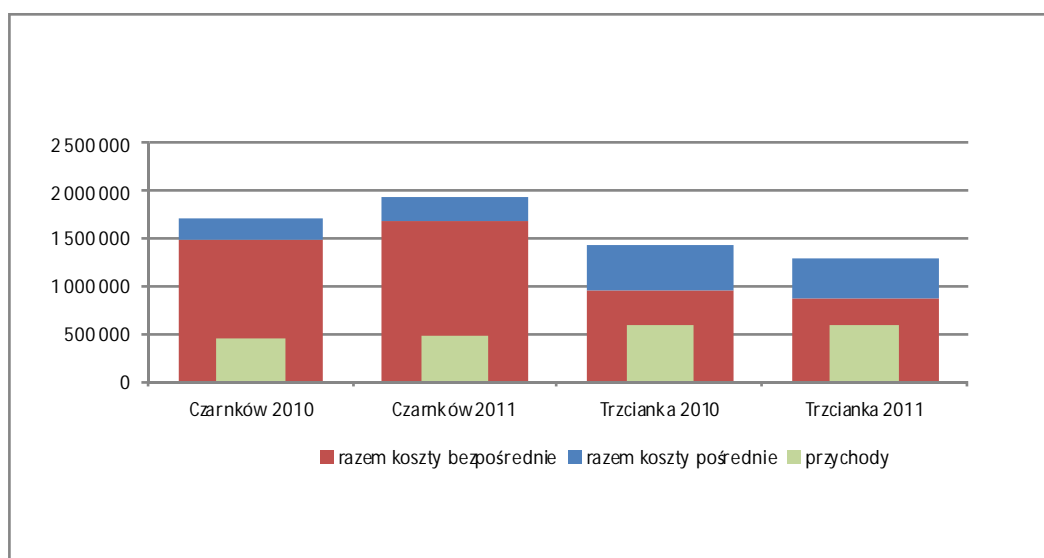
Tabela 58 Analiza kosztów – oddział intensywnej terapii i anestezjologii

	Czarnków 2010	Czarnków 2011	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011
razem koszty bezpośrednie	1 510 263,77	1 678 150,30	953 111,33	876 662,46
koszty zarządu	106 984,12	93 825,66	85 965,54	80 361,84
razem koszty pośrednie	217 176,90	252 759,85	484 073,73	429 064,92
koszty ogółem	1 727 540,67	1 930 909,95	1 437 185,06	1 305 747,38
przychody	455 845,21	486 608,72	600 449,92	591 972,78
wynik na działalności	-1 271 695,46	-1 444 301,23	-836 735,14	-713 774,60
koszty stałe	910 126,95	782 867,33	567 149,65	488 051,06
koszty zmienne	817 413,72	1 148 042,62	870 035,41	817 696,32
prog rentowności wartościowo	..*	..*	..*	..*

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Szczegółowe dane przedstawiające kształtowanie się kosztów bezpośrednich, kosztów pośrednich oraz przychodów obrazuje poniższy wykres.

Wykres 42 Oddział intensywnej terapii i anestezjologii - elementy kształtujące wynik finansowy



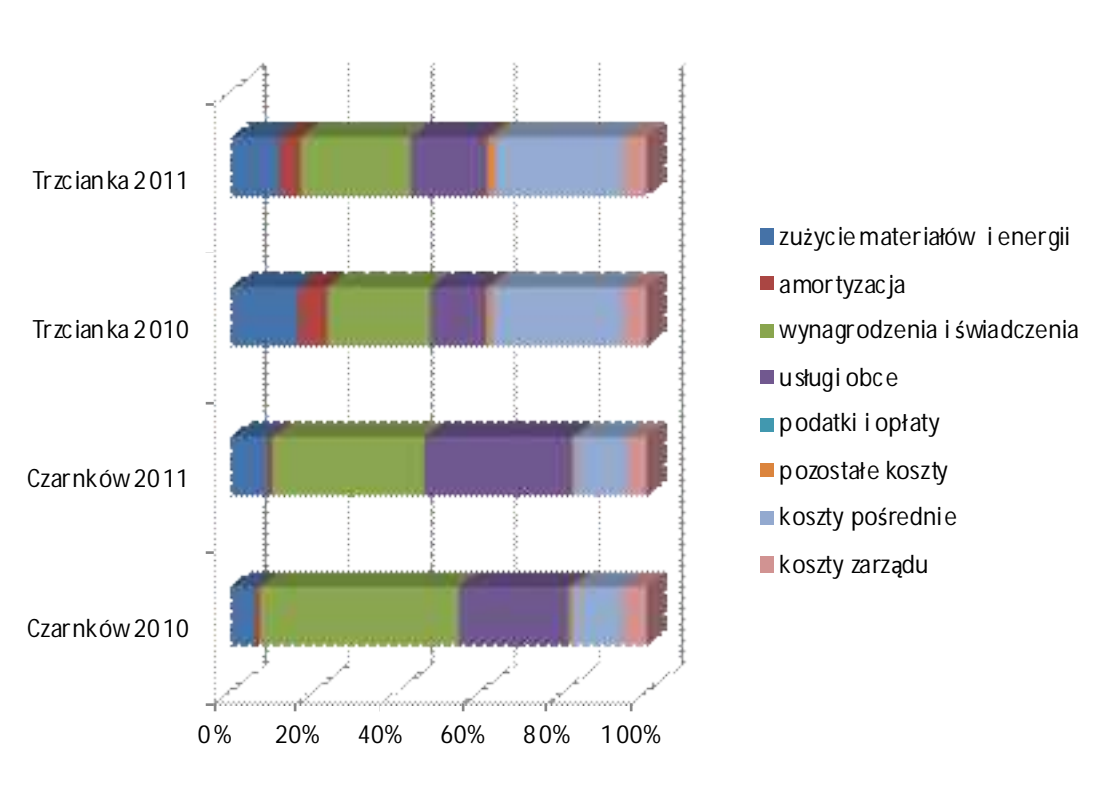
źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Analizę poszczególnych kosztów wchodzących w skład działalności podstawowej obrazuje poniższy wykres. Na jego podstawie można zaobserwować, że koszty pośrednie były pozycją dominującą w SP w Trzciance, natomiast wynagrodzenia i świadczenia pracownicze były głównym kosztem w ZZOZ Czarnków.





Wykres 43 Udział poszczególnych kosztów w kosztach działalności podstawowej – oddział intensywnej terapii i anestezjologii



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Poniżej przedstawiono kształtowanie się głównych pozycji wchodzących w skład zużycia materiałów i energii. W obu Jednostkach dominującą pozycję stanowiły leki. Dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 59 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział intensywnej terapii i anestezjologii

	Czarnków 2010	Czarnków 2011	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011
zużycie materiałów i energii w tym:	111 296,86	184 204,02	252 524,09	166 681,03
leki	55 247,08	91 437,74	140 714,45	91 580,47
krew	4 900,61	8 110,85	9 240,00	7 800,00
tlen	160,45	265,55	9 139,93	8 324,48
materiały do badań diagnostycznych	0,00	0,00	11,55	0,00
sprzęt jednorazowego użytku	37 535,13	62 123,25	28 989,05	21 644,03
sprzęt medyczny	303,47	502,27	17 903,96	10 333,13

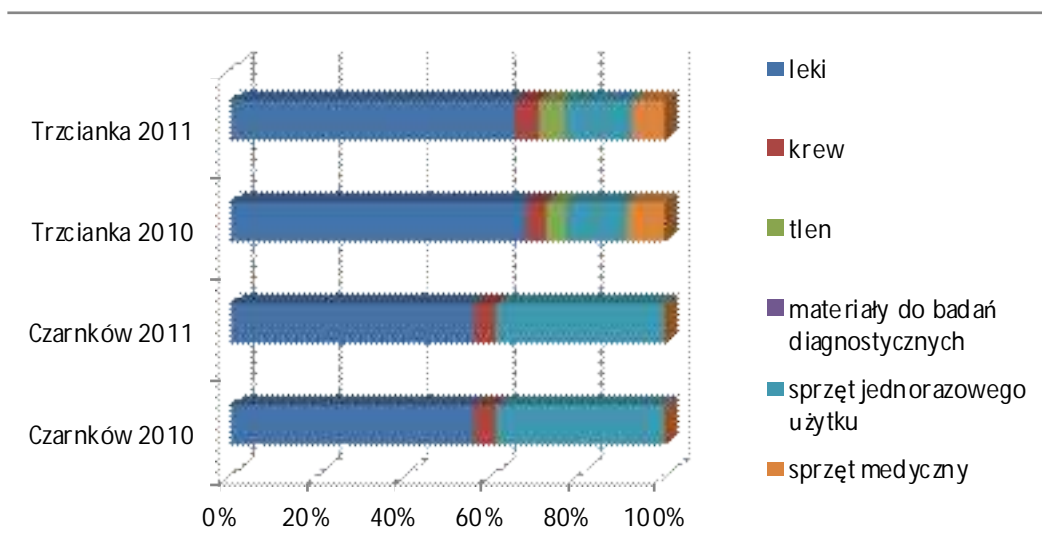
źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Zostało to zobrazowane na poniższym wykresie.





Wykres 44 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział intensywnej terapii i anestezjologii



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Poniższa tabela przedstawia wskaźniki struktury kosztów. Kształtowały się one różnie w obu analizowanych Jednostkach. Dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 60 Wskaźniki struktury kosztów – oddział intensywnej terapii i anestezjologii

	Czarnków 2010	Czarnków 2011	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011
wsk. struktury kosztów ogółem	378,98%	396,81%	239,35%	220,58%
wsk. struktury kosztów bezpośrednich	331,31%	344,87%	158,73%	148,09%
wsk. struktury kosztów pośrednich	47,64%	51,94%	80,62%	72,48%
wsk. str. k. pośred do bezpośred	14,38%	15,06%	50,79%	48,95%
wsk. kosztów stałych w kosztach ogółem	52,68%	40,54%	39,46%	37,38%
wsk. kosztów stałych w przychodach ogółem	199,66%	160,88%	94,45%	82,44%

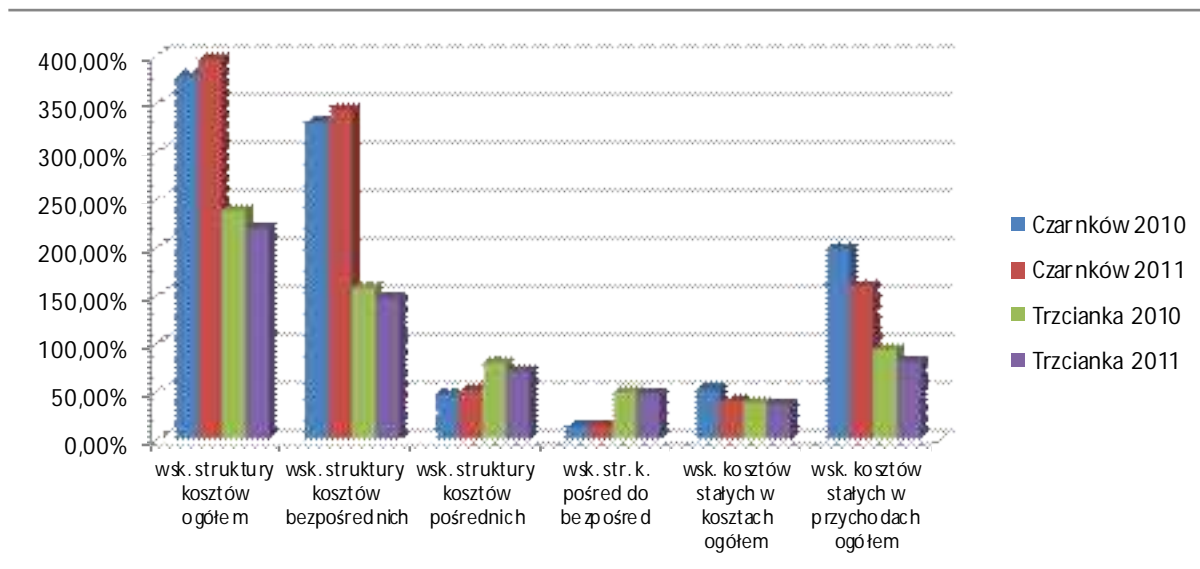
źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Powyższe dane obrazuje wykres.





Wykres 45 Wskaźniki struktury kosztów – oddział intensywnej terapii i anestezjologii



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Konkluzje wynikające ze spotkań z Ordynatorami Oddziałów :

Czarnków

Zgodnie z nowym projektem oddział funkcjonować ma w oparciu o 4 łóżka ze sprzętem. Obecnie oddział wyposażony jest w dwa łóżka. W ramach rozszerzenia niezbędny byłby zakup dodatkowego respiratora oraz minimum dwóch pomp infuzyjnych. Zatrudnienie jest wystarczające.

Poniższa tabela przedstawia całościowe zestawie kosztów w Oddziale.





Tabela 61 Całościowa analiza kosztów – oddział intensywnej terapii i anestezjologii

	Czarnków 2010	Czarnków 2011	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011	wskaznik dynamiki Czarnków 2011/2010	wskaznik dynamiki Trzcianka 2011/2010	struktura kosztów bezpośrednich Czarnków 2010	struktura kosztów bezpośrednich Czarnków 2011	struktura kosztów bezpośrednich Trzcianka 2010	struktura kosztów bezpośrednich Trzcianka 2011	struktura kosztów ogółem Czarnków 2011	struktura kosztów ogółem Trzcianka 2011
zużycie materiałów i energii w tym	111 296,86	184 204,02	252 524,09	166 681,03	166,51%	66,01%	7,37%	10,96%	26,49%	18,01%	9,54%	12,77%
leki	55 247,08	91 437,74	140 714,45	91 580,47	165,51%	85,08%	3,98%	5,45%	14,78%	10,45%	4,74%	7,01%
krew	4 900,81	8 110,85	9 240,00	7 800,00	165,51%	84,42%	0,32%	0,46%	0,87%	0,85%	0,42%	0,60%
ftan	160,45	266,55	9 139,93	8 324,48	165,51%	91,05%	0,01%	0,02%	0,68%	0,95%	0,01%	0,84%
materiały do badań diagnostycznych	0,00	0,00	11,55	0,00	-	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
opłaty jednorazowego użytku	37 835,13	62 123,25	28 889,05	21 844,03	165,51%	74,66%	2,48%	3,70%	3,04%	2,47%	3,22%	1,68%
sprzęt medyczny	303,47	502,37	17 903,96	10 333,13	165,51%	57,71%	0,02%	0,03%	1,88%	1,18%	0,03%	0,79%
usługi obce	484 100,10	719 031,45	204 739,18	256 782,55	148,53%	125,41%	32,05%	42,85%	21,48%	29,29%	37,24%	19,68%
podatki i opłaty	7 638,08	5 623,95	1 175,28	1 135,92	73,63%	98,65%	0,51%	0,34%	0,12%	0,13%	0,29%	0,09%
wynagrodzenia w tym	758 779,55	636 660,38	308 088,42	297 041,46	83,91%	98,41%	50,24%	37,64%	32,32%	33,88%	32,97%	22,75%
osobowe			282 415,39	283 734,52	-	100,47%	0,00%	0,00%	29,63%	32,37%	0,00%	21,73%
umowa zlecenia			20 900,00	8 795,00	-	41,94%	0,00%	0,00%	2,19%	1,00%	0,00%	0,67%
swadczenia na rzecz prac	121 658,89	103 126,67	71 050,90	72 565,97	84,84%	102,13%	8,05%	6,15%	7,45%	6,28%	5,34%	5,58%
podroze sluzbowe			757,22	171,50	-	22,65%	0,00%	0,00%	0,02%	0,02%	0,00%	0,01%
amortyzacja	23 271,81	24 490,71	107 491,30	72 189,79	105,24%	67,18%	1,54%	1,46%	11,28%	6,23%	1,27%	5,53%
pozostale koszty	3 618,88	5 013,12	7 284,94	10 114,24	138,53%	138,84%	0,24%	0,30%	0,76%	1,15%	0,26%	0,77%
razem koszty bezpośrednie	1 510 263,77	1 678 150,30	953 111,33	876 662,46	111,12%	91,68%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	86,91%	87,14%
uslugowe medyczne	-	-	278 477,68	241 971,11	-	86,89%	-	-	-	-	-	-
uslugowe niemedyczne	-	-	119 630,51	106 781,97	-	89,24%	-	-	-	-	-	-
koszty zarzadu	106 984,12	93 825,66	85 965,54	80 351,84	87,70%	93,47%	7,08%	-	-	-	-	
razem koszty pośrednie	217 176,90	252 769,65	484 073,73	429 084,92	116,36%	88,64%	14,36%	-	-	-	-	
koszty ogółem	1 727 540,67	1 930 909,95	1 437 185,06	1 305 747,38	111,77%	90,85%	114,36%	-	-	-	-	
przychody	455 845,21	486 608,72	600 449,92	691 972,78	106,75%	98,59%	-	-	-	-	-	
wynik na działalności	-1 271 695,46	-1 444 301,23	-836 735,14	-713 774,60	-	-	-	-	-	-	-	
wsk. struktury kosztów ogółem	378,98%	396,81%	238,35%	220,58%	-	-	-	-	-	-	-	
wsk. struktury kosztów bezpośrednich	331,31%	344,87%	158,73%	148,09%	-	-	-	-	-	-	-	
wsk. struktury kosztów pośrednich	47,64%	61,94%	80,62%	72,48%	-	-	-	-	-	-	-	
wsk. str. k. pośred do bezpośred	14,38%	15,06%	50,79%	48,95%	-	-	-	-	-	-	-	
koszty stałe	910 126,95	782 887,33	587 149,65	488 051,08	-	-	-	-	-	-	-	
wsk. kosztów stałych w kosztach ogółem	52,68%	40,54%	39,46%	37,38%	-	-	-	-	-	-	-	
wsk. kosztów stałych w przychodach ogółem	199,66%	160,88%	94,45%	82,44%	-	-	-	-	-	-	-	
koszty zmienne	817 413,72	1 148 042,62	870 035,41	817 696,32	-	-	-	-	-	-	-	
próg rentowności wartościowo	- *	- *	- *	- *	-	-	-	-	-	-	-	

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JP II w Trzciance



7.2.5 Oddział noworodkowy

Wymogi dotyczące oddziału zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia

- W oddziale położnictwa i neonatologii pokoje łóżkowe urządza się co najmniej w jednym z systemów:
 - „matka z dzieckiem”, w którym pokoje są przeznaczone dla maksymalnie dwóch matek i dwóch noworodków z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka, i są wyposażone w zespół urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodka;
- korespondencyjnym, w którym pokój noworodków jest umieszczony pomiędzy dwoma pokojami matek i spełnia następujące wymagania:
 - posiada przeszklone szkłem bezpiecznym ściany wewnętrzne graniczące z pokojami matek, zapewniające kontakt wzrokowy i równocześnie izolację dźwiękową,
 - pokój noworodków jest połączony drzwiami z pokojami matek i wyposażony w zestaw urządzeń do mycia i pielęgnacji noworodka,
 - wejście do pokoju noworodków od strony korytarza prowadzi przez służbę umywalkowo-fartuchowa,
 - liczba łóżeczek w pokoju noworodków jest o jedno łóżeczko większa od sumy łóżek w sąsiadujących z nim pokojach matek.
- W oddziale położnictwa i neonatologii wyodrębnia się pokoje dla noworodków obserwowanych, wcześniaków, intensywnej opieki noworodka, posiadające służby umywalkowo-fartuchowe oraz pomieszczenia dla noworodków wymagających opieki pośredniej i ciągłej, wyposażone w zespół urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodka.





Czarnków

W latach 2009-2011, zatrudnienie w oddziale charakteryzowało się stosunkowo stałym poziomem. W analizowanym okresie liczba pielęgniarek zwiększyła się o 1 osobę – z 7 osób w 2009r. do 8 osób w roku 2011, liczba lekarzy to jedna osoba w całym okresie. Zatrudnienie w oparciu o etaty było analogiczne, w 2011r. lekarze stanowili 1 etat zaś pielęgniarki 8. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 62 Zatrudnienie, oddział noworodkowy, Czarnków

	Wyszczególnienie	Etaty	Osoby
2009	Lekarz	1	1
	Pielęgniarka	7	7
2010	Lekarz	1	1
	Pielęgniarka	8	8
2011	Lekarz	1	1
	Pielęgniarka	8	8

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków

W oddziale znajduje się 14 łóżek, ich ilość zmalała o jedno w stosunku do roku 2009. Liczba osobodni w 2011 roku w porównaniu do roku ubiegłego zmalała z wartości 1853 do 1679, co daje ponad 10% spadek. Przekłada się to na obserwowany spadek przeciętnego obłożenia łóżka o niecałe 4,% między 2010 a 2011 rokiem. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 63 Łóżka, oddział noworodkowy, Czarnków

	Liczba łóżek	Liczba osobodni	Przeciętne obłożenie łóżka
2009	15	1820	33,24%
2010	14	1853	36,26%
2011	14	1679	32,86%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków





Trzcianka

W latach 2009-2011, zatrudnienie w oddziale było na stałym poziomie. Zatrudnionych było 5 pielęgniarek, które łącznie tworzyły również 5 etatów. W analizowanym okresie zatrudniony był jeden lekarz, pracujący na 0,5 etatu. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 64 Zatrudnienie, oddział noworodkowy, Trzcianka

	Wyszczególnienie	Etaty	Osoby
2009	Lekarz	0,5	1
	Pielęgniarka	5	5
2010	Lekarz	0,5	1
	Pielęgniarka	5	5
2011	Lekarz	0,5	1
	Pielęgniarka	5	5

źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPil w Trzciance

W oddziale znajduje się 14 łóżek, ich ilość nie zmieniła się w latach 2009-2011. Liczba osobodni w 2011 roku w porównaniu do roku ubiegłego wzrosła z wartości 2 001 do 2 121, co prawie 6% wzrost. W odniesieniu do przeciętnego obłożenia łóżka w 2011 roku, nastąpił ponad 2% wzrost. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 65 Łóżka, oddział noworodkowy, Trzcianka

	Liczba łóżek	Liczba osobodni	Przeciętne obłożenie łóżka
2009	14	2229	43,62%
2010	14	2001	39,15%
2011	14	2121	41,50%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPil w Trzciance

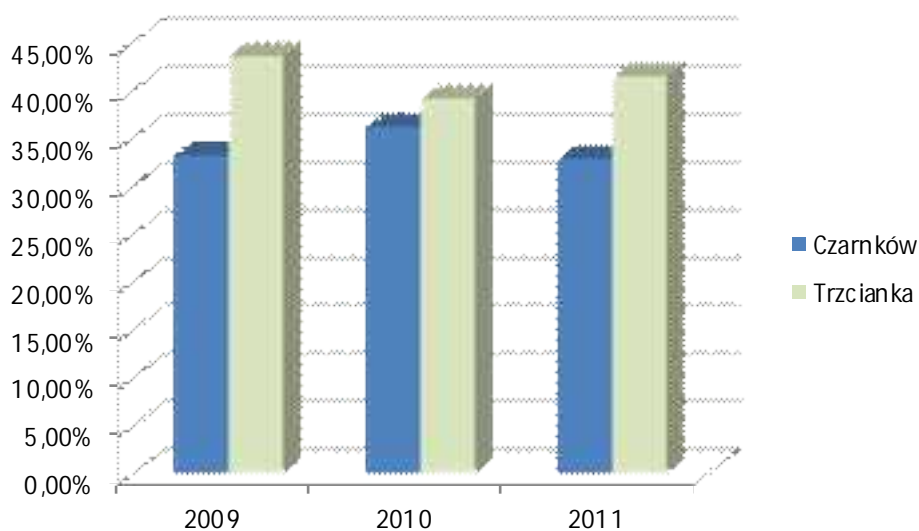




Porównanie Jednostek

W analizowanym okresie przeciętny poziom obłożenia łóżka był wyższy w Szpitalu w Trzciance i nie przekraczał 45%. W roku 2010, różnica między Szpitalami wynosiła 3%, w 2011r. blisko 9%. Dokładnie przedstawia to poniższy wykres.

Wykres 46 Obłożenie – oddział noworodkowy



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Realizacja kontraktów w oddziale

Poniższa tabela przedstawia stopień realizacji kontraktu w oddziale noworodkowym w Czarnkowie i w Trzciance.

Tabela 66 Kontrakty – oddział noworodkowy

ODDZIAŁ	Jednostka	2010r.	2011r.	lipiec 2012r.
NOWORODKOWY	Czarnków	60,22%	48,36%	46,20%
	Trzcianka	100,54%	99,90%	115,54%

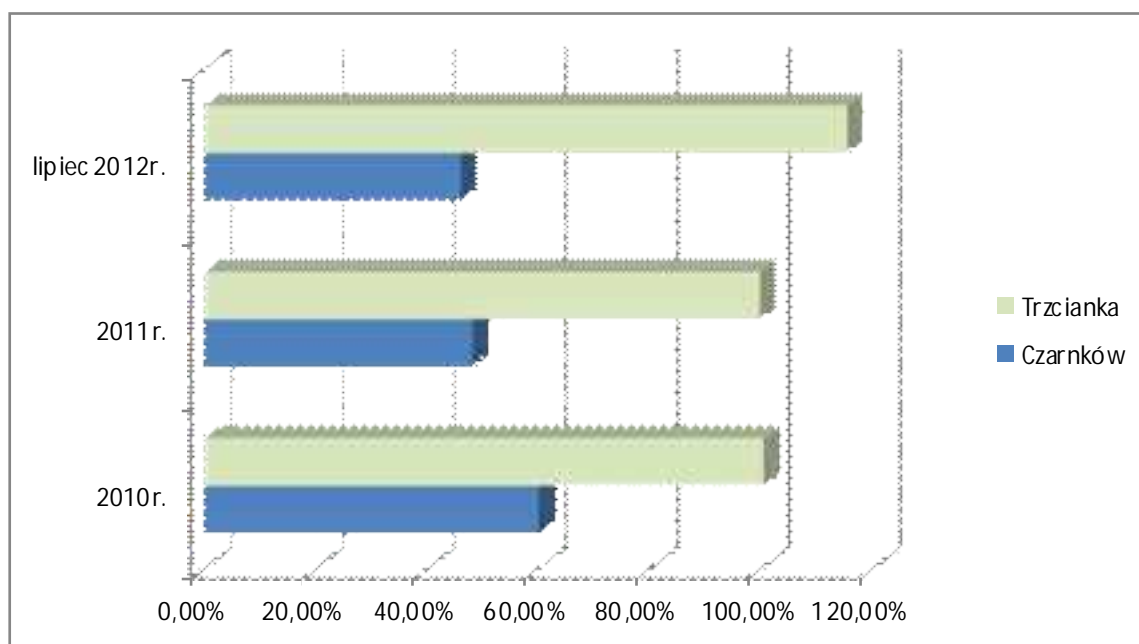
źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance





Szpital w Czarnkowie realizował kontrakt na poziomie 50-60% w ostatnich latach. Jednostka w Trzciance, wykonywała plan na poziomie zbliżonym do 100%. Według stanu po 7 miesiącach roku 2012, wykonanie kontraktu w Czarnkowie stanowi niecałe 50%, natomiast w Trzciance przyjmuje już wartość prawie 115%. Dane obrazuje wykres.

Wykres 47 Realizacja kontraktów – oddział noworodkowy



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Analiza kosztów

Oddział noworodkowy w 2011r. osiągnął przychód w wysokości 743 tys. zł w ZZOZ Czarnków oraz 948 tys. zł w SP w Trzciance. Stanowiło to 80% przychodów z 2010r. w przypadku Czarnkowa i blisko 107% Szpitala w Trzciance. Przychód ze sprzedaży w obydwu analizowanych latach pokrył całość kosztów bezpośrednich, które w 2011 r. wynosiły w Czarnkowie i Trzciance odpowiednio 686 tys. zł. i 575 tys. zł. Przychody pokryły również w całości koszty stałe oddziału, które w 2011 r. wyniosły w Jednostkach odpowiednio 534 tys. zł, i 417 tys. zł. Dokonując przybliżonego podziału na koszty względnie stałe i koszty względnie zmienne można stwierdzić, że Oddział w Czarnkowie w celu urentownienia swojej działalności podstawowej musiałby generować przychód w wysokości około 826 tys. zł. Poniższa tabela przedstawia szczegółową sytuację.





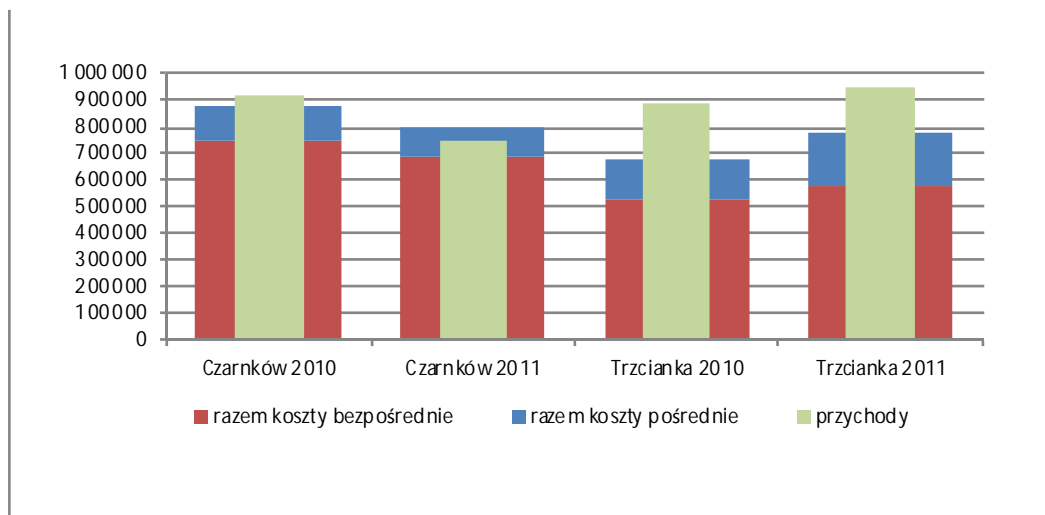
Tabela 67 Analiza kosztów – oddział noworodkowy

	Czarnków 2010	Czarnków 2011	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011
razem koszty bezpośrednie	746 555,54	686 277,78	525 012,65	575 504,55
koszty zarządu	50 992,47	38 461,60	40 628,12	48 152,61
razem koszty pośrednie	133 953,16	110 498,26	154 103,25	200 302,86
koszty ogółem	880 508,70	796 776,04	679 115,90	775 807,41
przychody	925 112,06	742 901,72	886 482,00	948 192,00
wynik na działalności	44 603,36	-53 874,32	207 366,10	172 384,59
koszty stałe	644 183,39	533 550,77	403 427,99	417 393,81
koszty zmienne	236 325,31	263 225,27	275 687,91	358 413,60
próg rentowności wartościowo	865 205,12	826 339,89	585 519,17	671 047,76

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Szczegółowe dane przedstawiające kształtowanie się kosztów bezpośrednich, kosztów pośrednich oraz przychodów obrazuje poniższy wykres.

Wykres 48 Oddział noworodkowy - elementy kształtujące wynik finansowy



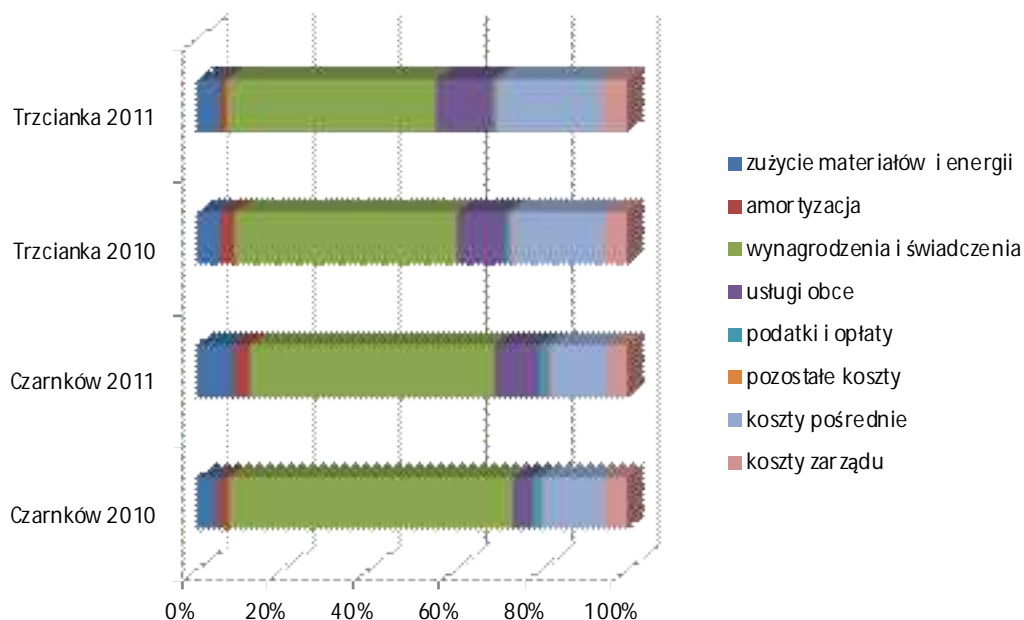
źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Analizę poszczególnych kosztów wchodzących w skład działalności podstawowej obrazuje poniższy wykres. Na jego podstawie można zaobserwować, że wynagrodzenia i świadczenia były pozycją dominującą w obu badanych Jednostkach.





Wykres 49 Udział poszczególnych kosztów w kosztach działalności podstawowej – oddział noworodkowy



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Poniżej przedstawiono kształtowanie się głównych pozycji wchodzących w skład zużycia materiałów i energii. W Szpitalu w Trzciance dominującą pozycję stanowiły leki. W ZZOZ Czarnków był to sprzęt jednorazowego użytku. Dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 68 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział noworodkowy

	Czarnków 2010	Czarnków 2011	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011
zużycie materiałów i energii w tym:	46 671,96	73 453,43	40 486,05	44 305,76
leki	7 847,43	12 350,47	10 401,47	16 796,52
rew	0,00	0,00	236,00	132,00
tlen	168,73	265,55	2 520,99	2 312,35
materiały do badań diagnostycznych	0,00	0,00	0,00	44,10
sprzęt jednorazowego użytku	10 795,30	16 989,90	4 409,01	8 965,37
sprzęt medyczny	23,85	37,53	3 857,24	2 684,23

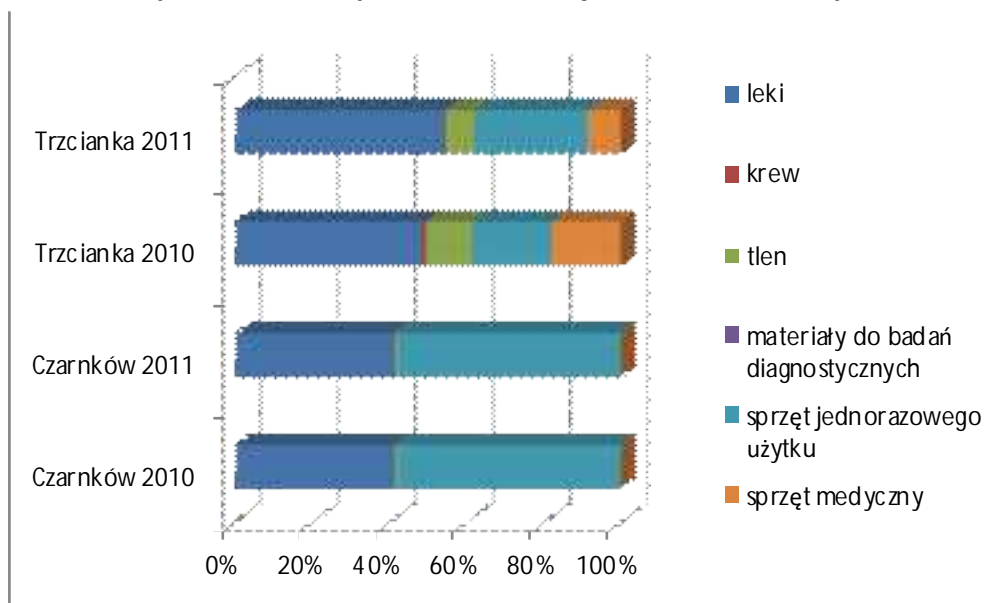
źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Zostało to zobrazowane na poniższym wykresie.





Wykres 50 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział noworodkowy



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Poniższa tabela przedstawia wskaźniki struktury kosztów. Zarówno ZZOZ Czarnków jak i SP w Trzciance charakteryzował wzrost wskaźnika struktury kosztów ogółem, kosztów bezpośrednich i kosztów pośrednich. Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 69 Wskaźniki struktury kosztów – oddział noworodkowy

	Czarnków 2010	Czarnków 2011	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011
wsk. struktury kosztów ogółem	95,18%	107,25%	76,61%	81,82%
wsk. struktury kosztów bezpośrednich	80,70%	92,38%	59,22%	60,69%
wsk. struktury kosztów pośrednich	14,48%	14,87%	17,38%	21,12%
wsk. str. k. pośred do bezpośred	17,94%	16,10%	29,35%	34,80%
wsk. kosztów stałych w kosztach ogółem	73,16%	66,96%	59,40%	53,80%
wsk. kosztów stałych w przychodach ogółem	69,63%	71,82%	45,51%	44,02%

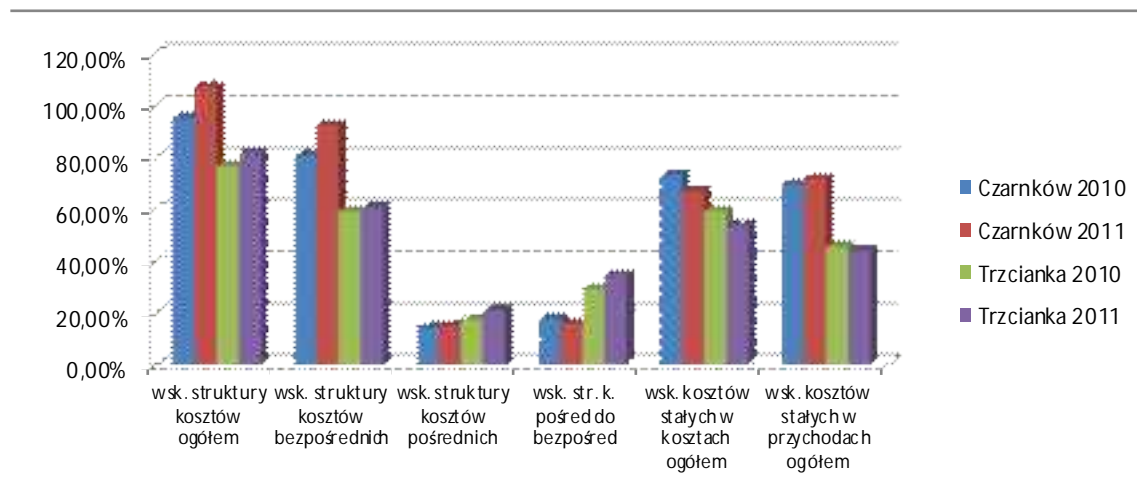
źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance





Powyższe dane obrazuje wykres.

Wykres 51 Wskaźniki struktury kosztów – oddział noworodkowy



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Poniższa tabela przedstawia całościowe zestawie kosztów w Oddziale.





Tabela 70 Całościowa analiza kosztów – oddział noworodkowy

	Czarnków 2010	Czarnków 2011	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011	wskazniki dynamiki Czarnków 2011/2010	wskazniki dynamiki Trzcianka 2011/2010	struktura kosztów bezpośrednich Czarnków 2010	struktura kosztów bezpośrednich Czarnków 2011	struktura kosztów bezpośrednich Trzcianka 2010	struktura kosztów bezpośrednich Trzcianka 2011	struktura kosztów ogółem Czarnków 2011	struktura kosztów ogółem Trzcianka 2011
zużycie materiałów i energii w tym:	46 671,96	73 453,43	40 486,05	44 305,76	157,38%	109,43%	6,25%	10,70%	7,71%	7,70%	9,22%	5,71%
leki	7 847,43	12 350,47	10 401,47	16 796,52	157,38%	161,48%	1,05%	1,80%	1,98%	2,92%	1,55%	2,17%
kwasy	0,00	0,00	236,00	132,00	-	55,93%	0,00%	0,00%	0,04%	0,02%	0,00%	0,02%
tlen	168,73	265,55	2 520,99	2 312,35	157,38%	91,72%	0,02%	0,04%	0,48%	0,40%	0,03%	0,30%
materiały do badań diagnostycznych	0,00	0,00	0,00	44,10	-	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%	0,00%	0,01%
sprzęt jednorazowego użytku	10 795,30	16 989,90	4 409,01	8 965,37	157,38%	203,34%	1,45%	2,48%	0,84%	1,56%	2,13%	1,16%
sprzęt medyczny	23,85	37,53	3 857,24	2 684,23	157,38%	69,59%	0,00%	0,01%	0,73%	0,47%	0,00%	0,35%
usługi obce	43 025,61	88 544,16	81 046,65	107 847,18	205,79%	133,07%	5,76%	12,90%	15,44%	18,74%	11,11%	13,90%
podatki i opłaty	4 643,65	4 307,59	199,32	192,60	92,76%	96,63%	0,62%	0,63%	0,04%	0,03%	0,54%	0,02%
wynagrodzenia w tym:	535 590,64	413 896,53	315 194,60	338 747,20	77,28%	107,47%	71,74%	60,31%	60,04%	58,86%	51,95%	43,66%
osobowe		413 896,53	303 696,26	324 506,44	-	106,85%	0,00%	60,31%	57,85%	56,39%	51,95%	41,83%
umowy zlecenia		0,00	0,00	880,00	-	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,15%	0,00%	0,11%
swiadczenia na rzecz prac	89 055,65	68 258,31	60 333,93	65 702,56	76,65%	108,90%	11,93%	9,95%	11,49%	11,42%	8,57%	8,47%
podroze sluzbowe	-	-	130,10	0,00	-	0,00%	-	-	0,02%	0,00%	-	0,00%
amortyzacja	25 096,13	33 037,54	24 487,37	14 245,98	131,64%	58,18%	3,36%	4,81%	4,66%	2,48%	4,15%	1,84%
pozostale koszty	2 471,90	4 780,22	3 134,63	4 463,27	193,38%	142,39%	0,33%	0,70%	0,60%	0,78%	0,60%	0,58%
razem koszty bezpośrednie	746 555,54	686 277,78	525 012,65	575 504,55	91,93%	109,62%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	86,13%	74,18%
usługowe medyczne	-	-	60 266,18	95 280,84	-	158,10%	-	-	-	-	-	-
usługowe niemedyce	-	-	53 208,95	56 869,41	-	106,88%	-	-	-	-	-	-
koszty zarządu	50 992,47	38 461,60	40 628,12	48 152,61	75,43%	118,52%	6,83%	-	-	-	-	-
razem koszty pośrednie	133 953,16	110 498,26	154 103,25	200 302,86	82,49%	129,98%	17,94%	-	-	-	-	-
koszty ogółem	880 508,70	796 776,04	679 115,90	775 807,41	90,49%	114,24%	117,94%	-	-	-	-	-
przychody	925 112,06	742 901,72	886 482,00	948 192,00	80,30%	106,96%	-	-	-	-	-	-
wynik na działalności	44 603,36	-53 874,32	207 366,10	172 384,59	-	-	-	-	-	-	-	-
wsk. struktury kosztów ogółem	95,18%	107,25%	76,61%	81,82%	-	-	-	-	-	-	-	-
wsk. struktury kosztów bezpośrednich	80,70%	92,38%	59,22%	60,69%	-	-	-	-	-	-	-	-
wsk. struktury kosztów pośrednich	14,48%	14,87%	17,38%	21,12%	-	-	-	-	-	-	-	-
wsk. str. k. pośred do bezpośred	17,94%	16,10%	29,35%	34,80%	-	-	-	-	-	-	-	-
koszty stałe	644 183,39	533 550,77	403 427,99	417 393,81	-	-	-	-	-	-	-	-
wsk. kosztów stałych w kosztach ogółem	73,16%	66,96%	59,40%	53,80%	-	-	-	-	-	-	-	-
wsk. kosztów stałych w przychodach ogółem	69,63%	71,82%	45,51%	44,02%	-	-	-	-	-	-	-	-
koszty zmienne	236 325,31	263 225,27	275 687,91	358 413,60	-	-	-	-	-	-	-	-
próg rentowności wartościowo	865 205,12	826 339,89	585 519,17	671 047,76	-	-	-	-	-	-	-	-

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JP II w Trzciance



7.2.6 Oddział położniczo-ginekologiczny

Wymogi dotyczące oddziału zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia

W oddziale położnictwa i neonatologii pokoje łóżkowe urządza się co najmniej w jednym z systemów:

- „matka z dzieckiem”, w którym pokoje są przeznaczone dla maksymalnie dwóch matek i dwóch noworodków z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka, i są wyposażone w zespół urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodka;
- korespondencyjnym, w którym pokój noworodków jest umieszczony pomiędzy dwoma pokojami matek i spełnia następujące wymagania:
 - posiada przeszklone szkłem bezpiecznym ściany wewnętrzne graniczące z pokojami matek, zapewniające kontakt wzrokowy i równocześnie izolację dźwiękową,
 - pokój noworodków jest połączony drzwiami z pokojami matek i wyposażony w zestaw urządzeń do mycia i pielęgnacji noworodka,
 - wejście do pokoju noworodków od strony korytarza prowadzi przez służbę umywalkowo-fartuchową,
 - liczba łóżeczek w pokoju noworodków jest o jedno łóżeczko większa od sumy łóżek w sąsiadujących z nim pokojach matek
- W oddziale położnictwa i neonatologii wyodrębnia się pokoje dla noworodków obserwowanych, wcześniaków, intensywnej opieki noworodka, posiadające służby umywalkowo-fartuchowe oraz pomieszczenia dla noworodków wymagających opieki pośredniej i ciągłej, wyposażone w zespół urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodka.
- Zespół porodowy składa się z:
 - co najmniej jednej sali porodowej jednostanowiskowej, w tym co najmniej jednej przeznaczonej do porodów rodzinnych lub
 - sali porodowej wielostanowiskowej, lub
 - co najmniej jednego pokoju łóżkowego przystosowanego do odbioru porodu.
- Dla zespołu porodowego zapewnia się sale operacyjną dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim, wyposażoną w stanowisko resuscytacji noworodka.
- Personel wchodzi do zespołu przez służbę umywalkowo-fartuchową.
- W zespole powinno znajdować się co najmniej jedno pomieszczenie przeznaczone dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych, w którym zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcje autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy.





Czarnków

W latach 2009-2011, zatrudnienie w oddziale charakteryzowało się względnie stałym poziomem. Liczba pielęgniarek utrzymywała się na poziomie – 16-17 osób, liczba lekarzy wyniosła 4 osoby w latach 2010-2011 co stanowiło wzrost o jedną osobę w stosunku do roku 2009. Pozostały personel medyczny to jedna osoba. Etaty odpowiadały zatrudnionym osobom w identycznym stosunku. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 71 Zatrudnienie, oddział położniczo-ginekologiczny, Czarnków

	Wyszczególnienie	Etaty	Osoby
2009	Lekarz	3	3
	Położna	17	17
	Sekretarz medyczny	1	1
2010	Lekarz	4	4
	Położna	16	16
	Sekretarz medyczny	1	1
2011	Lekarz	4	4
	Położna	17	17
	Sekretarz medyczny	1	1

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków

W oddziale znajduje się 35 łóżek, ich ilość nie zmieniła się w latach 2009-2011. Liczba osobodni w 2011 roku w porównaniu do roku ubiegłego wzrosła z wartości 6730 do 6225, co stanowi 8% spadek. W analizowanym okresie czasu, średnie obłożenie łóżka spadło o 10%, osiągając niecałe 50% na koniec 2011 roku. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.





Tabela 72 Łóżka, oddział położniczo-ginekologiczny, Czarnków

	Liczba łóżek	Liczba osobodni	Przeciętne obłożenie łóżka
2009	35	7553	59,12%
2010	35	6730	52,68%
2011	35	6225	48,73%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków

Trzcianka

W latach 2009-2011, zatrudnienie w oddziale charakteryzowało się niewielkimi odchyleniami. Liczba pielęgniarek utrzymywała się na stałym poziomie – 3 osób, liczba lekarzy w 2011 roku zmniejszyła się o jedną osobę w porównaniu do lat wcześniejszych. Zatrudnienie położnych oscylowało w granicy 14-15 osób w analizowanym okresie. Zatrudnienie w oparciu o etaty w przypadku pielęgniarek pozostało na stałym poziomie, jeśli chodzi o lekarzy w 2011 roku nastąpił spadek o 0,9 etatu w porównaniu do roku ubiegłego. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 73 Zatrudnienie, oddział położniczo-ginekologiczny, Trzcianka

	Wyszczególnienie	Etaty	Osoby
2009	Lekarz	3,4	5
	Pielęgniarka	3	3
	Położna	13,75	14
2010	Lekarz	3,4	5
	Pielęgniarka	3	3
	Położna	14,5	15
2011	Lekarz	2,1	4
	Pielęgniarka	3	3
	Położna	14	14

źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPiI w Trzciance





W oddziale znajduje się 27 łóżek, ich ilość nie zmieniła się w latach 2009-2011. Liczba osobodni w 2011 roku w porównaniu do roku ubiegłego wzrosła z wartości 5 087 do 5 356, co daje 5% wzrost. W stosunku do roku 2010 wzrosło również przeciętne obłożenie łóżka i sięgało 54% w roku 2011. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 74 Łóżka, oddział położniczo-ginekologiczny, Trzcianka

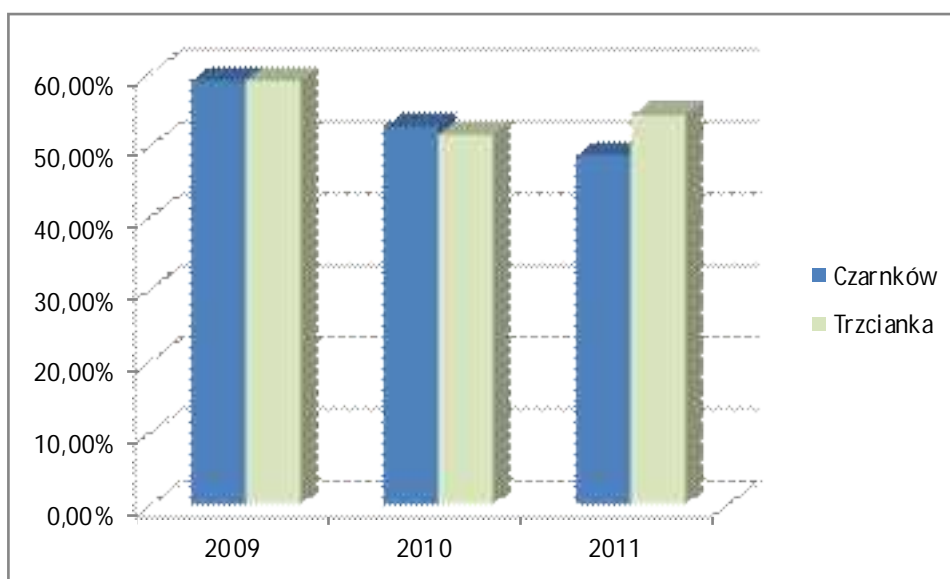
	Liczba łóżek	Liczba osobodni	Przeciętne obłożenie łóżka
2009	27	5827	59,12%
2010	27	5087	51,61%
2011	27	5356	54,34%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPil w Trzciance

Porównanie Jednostek

W analizowanym okresie przeciętny poziom obłożenia łóżka był nie przyjmował jednoznacznej tendencji w obu Szpitalach, nie przekroczył jednak 60%. W 2009r. wskaźnik przyjął taką samą wartość dla obu Szpitali, w roku 2010, był minimalnie wyższy w Czarnkowie (o 1%), w 2011r. zaś, w Trzciance (o 5,5%). Dokładnie przedstawia to poniższy wykres.

Wykres 52 Obłożenie – oddział położniczo- ginekologiczny



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPil w Trzciance





Realizacja kontraktów w oddziale

Poniższa tabela przedstawia stopień realizacji kontraktu w oddziale położniczo-ginekologicznym w Czarnkowie i w Trzciance

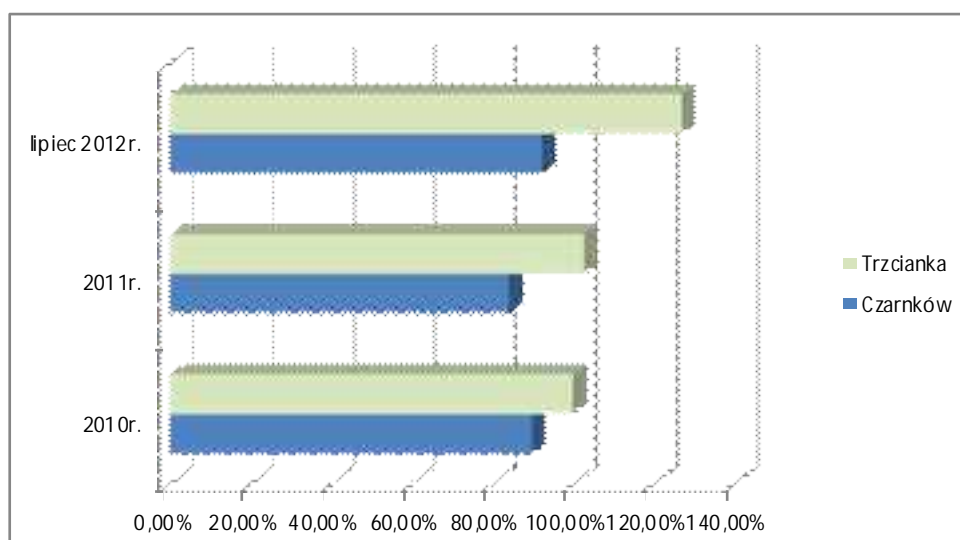
Tabela 75 Kontrakty – oddział położniczo-ginekologiczny

ODDZIAŁ	Jednostka	2010r.	2011r.	lipiec 2012r.
GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY	Czarnków	89,92%	84,27%	92,45%
	Trzcianka	100,13%	102,89%	127,18%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPil w Trzciance

Szpital w Czarnkowie realizował kontrakt na poziomie 80-90% w ostatnich latach. Jednostka w Trzciance, wykonywała plan na poziomie zbliżonym do 100%. Według stanu po 7 miesiącach roku 2012, wykonanie kontraktu w Czarnkowie stanowi nieco ponad 90%, natomiast w Trzciance przyjmuje już wartość prawie 130%. Dane obrazuje wykres.

Wykres 53 Realizacja kontraktów – oddział położniczo-ginekologiczny



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPil w Trzciance





Analiza kosztów

Oddział położniczo-ginekologiczny w 2011r. osiągnął przychód w wysokości 2 680 tys. zł w ZZOZ Czarnków oraz 2 420 tys. zł w SP w Trzciance. Stanowiło to 96% przychodów z 2010r. w przypadku Czarnkowa i 105% Szpitala w Trzciance. Przychód ze sprzedaży w obydwu analizowanych latach pokrył całość kosztów bezpośrednich, które w 2011 r. wynosiły w Czankowie i Trzciance odpowiednio 2 320 tys. zł. i 1 757 tys. zł. Przychody pokryły również w całości koszty stałe oddziału, które w 2011 r. wyniosły w Jednostkach odpowiednio 1 471 tys. zł, i 1 027 tys. zł. Dokonując przybliżonego podziału na koszty względnie stałe i koszty względnie zmienne można stwierdzić, że Oddziały w celu urentownienia swojej działalności podstawowej musiałyby generować przychód w wysokości około 3 223 tys. zł. jeśli chodzi o ZZOZ Czarnków oraz 6 725 tys. zł. w przypadku SP w Trzciance. Poniższa tabela przedstawia szczegółową sytuację.

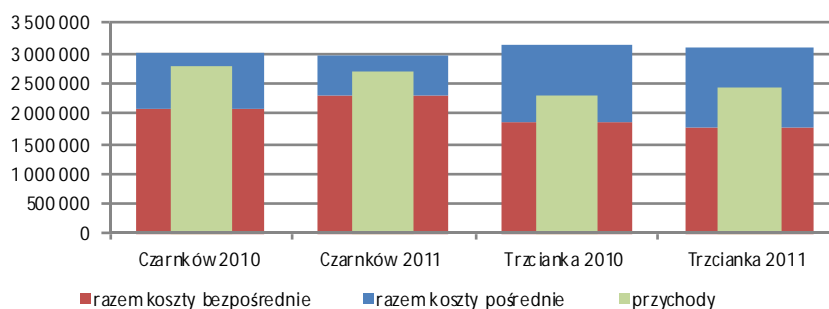
Tabela 76 Analiza kosztów – oddział położniczo-ginekologiczny

	Czarnków 2010	Czarnków 2011	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011
razem koszty bez pośrednie	2 097 137,95	2 320 146,55	1 841 078,32	1 757 088,02
koszty zarządu	171 306,08	144 187,59	188 525,53	190 366,17
razem koszty pośrednie	934 239,24	644 444,32	1 311 386,06	1 319 945,38
koszty ogółem	3 031 799,19	2 964 590,87	3 152 464,38	3 077 033,40
przychody	2 802 399,00	2 680 031,95	2 306 417,12	2 419 864,99
wynik na działalności	-229 400,19	-284 558,92	-846 047,26	-657 168,41
koszty stałe	1 396 883,72	1 471 283,91	1 091 058,12	1 026 530,82
koszty zmienne	1 634 915,47	1 493 306,96	2 061 406,26	2 050 502,58
próg rentowności wartościowo	3 353 045,62	3 322 663,57	10 270 708,52	6 725 280,98

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Szczegółowe dane przedstawiające kształtowanie się kosztów bezpośrednich, kosztów pośrednich oraz przychodów obrazuje poniższy wykres.

Wykres 54 Oddział położniczo-ginekologiczny - elementy kształtujące wynik finansowy



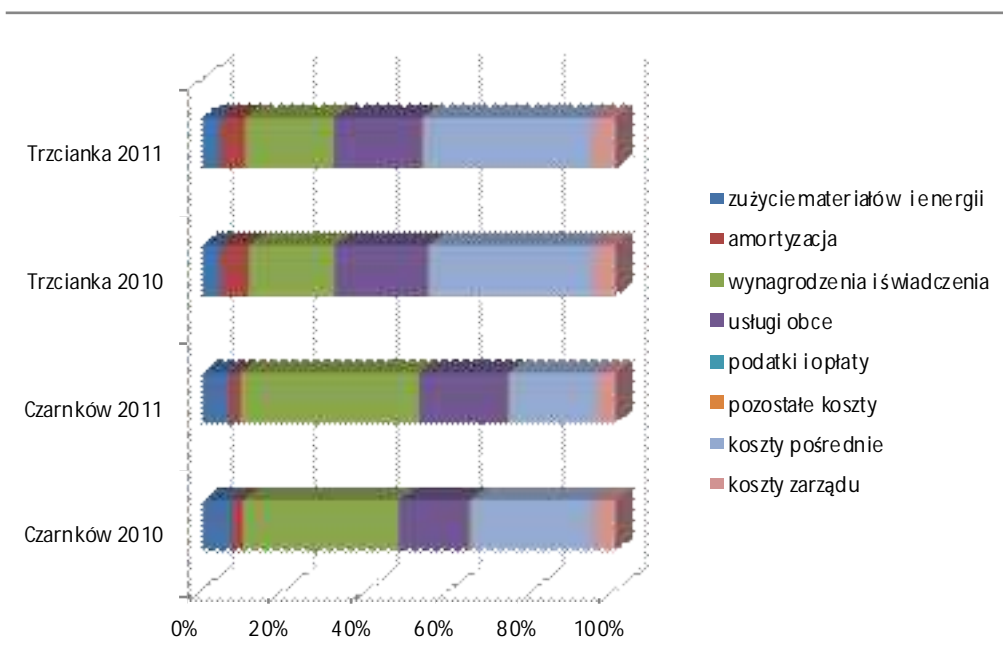
źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance





Analizę poszczególnych kosztów wchodzących w skład działalności podstawowej obrazuje poniższy wykres. Na jego podstawie można zaobserwować, że wynagrodzenia i świadczenia były pozycją dominującą w Jednostce w Czarnkowie zaś koszty pośrednie – w Szpitalu w Trzciance.

Wykres 55 Udział poszczególnych kosztów w kosztach działalności podstawowej – oddział położniczo-ginekologiczny



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance

Poniżej przedstawiono kształtowanie się głównych pozycji wchodzących w skład zużycia materiałów i energii. W Szpitalu w Trzciance dominującą pozycję stanowiły leki. W ZZOZ Czarnków leki oraz sprzęt jednorazowego użytku stanowiły główne pozycje. Dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 77 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział położniczo-ginekologiczny

	Czarnków 2010	Czarnków 2011	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011
zużycie materiałów i energii w tym:	238 597,06	209 711,57	159 902,23	154 156,97
leki	73 706,63	64 783,42	34 334,68	57 945,09
krew	8 067,64	7 090,94	5 940,00	9 650,00
tlen	302,13	265,55	5 074,19	4 624,69
materiały do badań diagnostycznych	612,31	538,18	1 257,86	1 518,69
sprzęt jednorazowego użytku	74 644,66	65 607,89	8 139,35	11 961,63
sprzęt medyczny	1 059,39	931,14	4 157,36	212,33

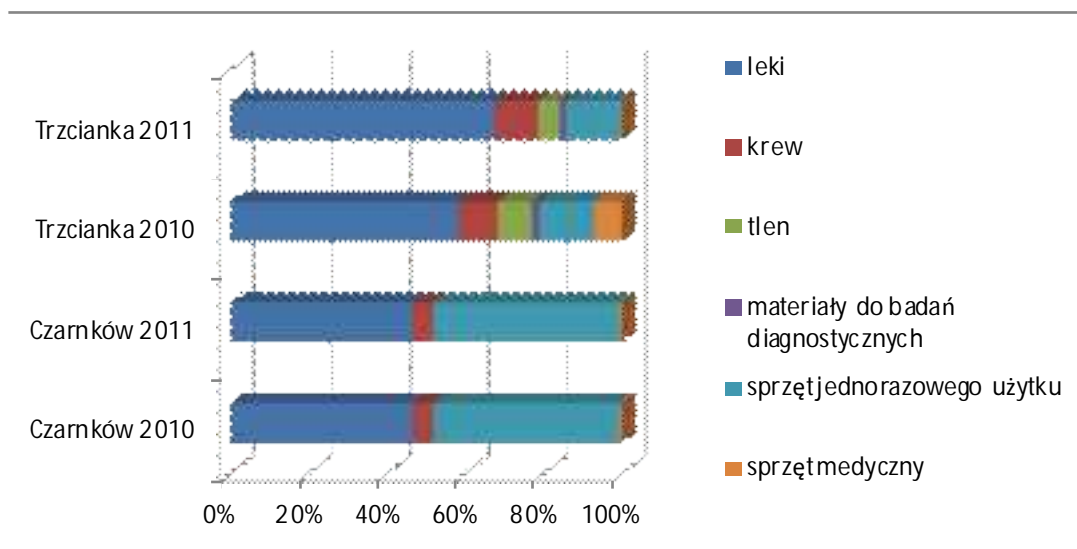
źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPiI w Trzciance





Zostało to zobrazowane na poniższym wykresie.

Wykres 56 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział położniczo-ginekologiczny



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPil w Trzciance

Poniższa tabela przedstawia wskaźniki struktury kosztów. Tendencje wspomnianych wskaźników były odmienne w obu Jednostkach. Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 78 Wskaźniki struktury kosztów – oddział położniczo-ginekologiczny

	Czarnków 2010	Czarnków 2011	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011
wsk. struktury kosztów ogółem	108,19%	110,62%	136,68%	127,16%
wsk. struktury kosztów bezpośrednich	74,83%	86,57%	79,82%	72,61%
wsk. struktury kosztów pośrednich	33,34%	24,05%	56,86%	54,55%
wsk. str. k. pośred do bezpośred	44,55%	27,78%	71,23%	75,12%
wsk. kosztów stałych w kosztach ogółem	46,07%	49,63%	34,61%	33,36%
wsk. kosztów stałych w przychodach ogółem	49,85%	54,90%	47,31%	42,42%

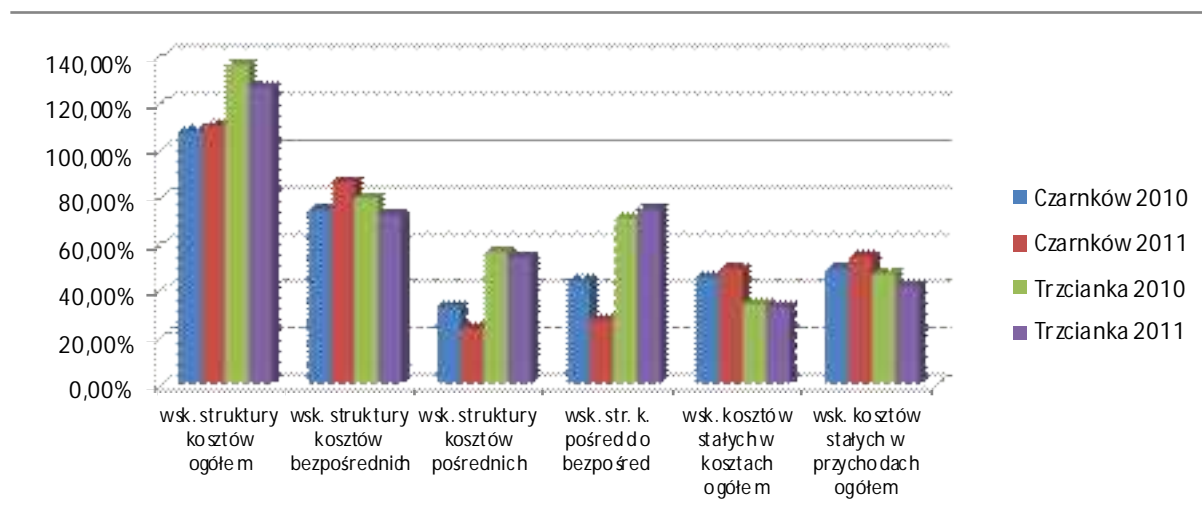
źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPil w Trzciance





Powyższe dane obrazuje wykres.

Wykres 57 Wskaźniki struktury kosztów – oddział położniczo-ginekologiczny



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPil w Trzciance

Konkluzje wynikające ze spotkań z Ordynatorami Oddziałów :

Czarnków

Problemem oddziału są niedokończone inwestycje – prowizoryczne 2 porodówki, brak sali do cięć (obecnie wykonywane na chirurgii). Personel zatrudniony jest wystarczający.

Trzcianka

Poniższe konkluzje dotyczą zarówno oddziału Położniczo-Ginekologiczny w Trzciance jak i oddziału noworodkowego. Konieczna jest przebudowa bloku porodowego wraz z oddziałem noworodkowym. W ramach tego istnieje potrzeba stworzenia stanowisk noworodkowych na sali porodowej. Istniejące potrzeby wymagają następujących zakupów sprzętowych:

- KTG telemetryczne
- PH METR (śródpodrodowy i poporodowy)
- Kolposkop na statywie





- Kardiomonitor dla pacjentek pooperacyjnych (ginekologia)
- Nowy aparat do znieczulania na Sali ginekologicznej
- Lancetron do elektrokoagulacji – zakup do laseroterapii do zmian na szyjce macicy
- KTG do protekcji ciąży na ginekologii
- Klimatyzacja w Izbie przyjęć
- Narzędzia bipolarne do laparoskopii
- Mocorelator ultradźwiękowy
- Manipulator do macicy
- Sonda liniowa do USG
- System do termicznej destrukcji endometrium Thema Choice

Zatrudnienie pod względem personalnym jest w oddziale wystarczające, zarówno pod względem lekarzy jak i pielęgniarek i położnych. Niezadowolający jest natomiast poziom świadczeń w postaci wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych.

Poniższa tabela przedstawia całościowe zestawie kosztów w Oddziale.





Tabela 79 Całościowa analiza kosztów – oddział położniczo-ginekologiczny

	Czarnków 2010	Czarnków 2011	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011	wskazniki dynamiki Czarnków 2011/2010	wskazniki dynamiki Trzcianka 2011/2010	struktura kosztów bezpośrednich Czarnków 2010	struktura kosztów bezpośrednich Czarnków 2011	struktura kosztów pośrednich Trzcianka 2010	struktura kosztów pośrednich Trzcianka 2011	struktura kosztów ogółem Czarnków 2011	struktura kosztów ogółem Trzcianka 2011
zużycie materiałów i energii w tym:	238 597,06	209 711,57	159 902,23	154 156,97	87,89%	96,41%	11,38%	9,04%	8,69%	8,77%	7,07%	5,01%
leki	73 706,63	64 783,42	34 334,68	57 945,09	87,89%	168,77%	3,51%	2,79%	1,86%	3,30%	2,19%	1,88%
krew	8 067,64	7 090,94	5 940,00	9 650,00	87,89%	162,46%	0,38%	0,31%	0,32%	0,55%	0,24%	0,31%
tlen	302,13	265,55	5 074,19	4 624,69	87,89%	91,14%	0,01%	0,01%	0,28%	0,26%	0,01%	0,15%
materiały do badań diagnostycznych	612,31	538,18	1 257,86	1 518,69	87,89%	120,74%	0,03%	0,02%	0,07%	0,09%	0,02%	0,05%
sprzęt jednorazowego użytku	74 644,66	65 607,89	8 139,35	11 961,63	87,89%	146,96%	3,56%	2,83%	0,44%	0,68%	2,21%	0,39%
sprzęt medyczny	1 059,39	931,14	4 157,36	212,33	87,89%	5,11%	0,05%	0,04%	0,23%	0,01%	0,03%	0,01%
usługi obce	536 346,37	659 513,89	750 375,67	693 780,77	122,96%	92,46%	25,58%	28,43%	40,76%	39,48%	22,25%	22,55%
podatki i opłaty	18 402,14	13 531,51	3 922,08	3 790,68	73,53%	96,65%	0,88%	0,58%	0,21%	0,22%	0,46%	0,12%
wynagrodzenia w tym:	1 046 852,67	1 160 819,32	569 736,02	575 721,52	110,89%	101,05%	49,92%	50,03%	30,95%	32,77%	39,16%	18,71%
osobowe		1 160 819,32	564 906,53	559 279,93	-	99,00%	0,00%	50,03%	30,68%	31,83%	39,16%	18,18%
umowy zlecenia		0,00	0,00	0,00	-	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
swiadczenia na rzecz prac	159 932,32	181 163,12	120 706,75	124 333,49	113,27%	103,00%	7,63%	7,81%	6,56%	7,08%	6,11%	4,04%
podroze sluzbowe			348,32	196,10	-	56,30%	-	-	0,02%	0,01%	-	0,01%
amortyzacja	79 059,14	81 319,90	223 718,34	188 195,58	102,86%	84,12%	3,77%	3,50%	12,15%	10,71%	2,74%	6,12%
pozostałe koszty	17 948,25	14 087,24	12 368,91	16 912,91	78,49%	136,74%	0,86%	0,61%	0,67%	0,96%	0,48%	0,55%
razem koszty bezpośrednie	2 097 137,95	2 320 146,55	1 841 078,32	1 757 088,02	110,63%	95,44%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	78,26%	57,10%
usługowe medyczne	-	-	765 075,77	776 667,99	-	101,52%	-	-	-	-	-	-
usługowe niemedyce	-	-	357 784,76	352 911,22	-	98,64%	-	-	-	-	-	-
koszty zarządu	171 306,08	144 187,59	188 525,53	190 366,17	84,17%	100,98%	8,17%	-	-	-	-	-
razem koszty pośrednie	934 239,24	644 444,32	1 311 386,06	1 319 945,38	68,98%	100,65%	44,55%	-	-	-	-	-
koszty ogółem	3 031 799,19	2 964 590,87	3 152 464,38	3 077 033,40	97,78%	97,61%	144,57%	-	-	-	-	-
przychody	2 802 399,00	2 680 031,95	2 306 417,12	2 419 864,99	95,63%	104,92%	-	-	-	-	-	-
wynik na działalności	-229 400,19	-284 558,92	-846 047,26	-657 168,41	-	-	-	-	-	-	-	-
wsk. struktury kosztów ogółem	108,19%	110,62%	136,68%	127,16%	-	-	-	-	-	-	-	-
wsk. struktury kosztów bezpośrednich	74,83%	86,57%	79,82%	72,61%	-	-	-	-	-	-	-	-
wsk. struktury kosztów pośrednich	33,34%	24,05%	56,86%	54,55%	-	-	-	-	-	-	-	-
wsk. str. k. pośred do bezpośred	44,55%	27,78%	71,23%	75,12%	-	-	-	-	-	-	-	-
koszty stałe	1 396 883,72	1 471 283,91	1 091 058,12	1 026 530,82	-	-	-	-	-	-	-	-
wsk. kosztów stałych w kosztach ogółem	46,07%	49,63%	34,61%	33,36%	-	-	-	-	-	-	-	-
wsk. kosztów stałych w przychodach ogółem	49,85%	54,90%	47,31%	42,42%	-	-	-	-	-	-	-	-
koszty zmienne	1 634 915,47	1 493 306,96	2 061 406,26	2 050 502,58	-	-	-	-	-	-	-	-
próg rentowności wartościowo	3 353 045,62	3 322 663,57	10 270 708,52	6 725 280,98	-	-	-	-	-	-	-	-

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków oraz SP im. JPil w Trzciance



7.2.7 Oddział rehabilitacyjny

Szczegółowe wymagania jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia zakładu rehabilitacji leczniczej

- Pomieszczenia przeznaczone do rehabilitacji leczniczej lokalizuje się w sposób zapewniający dostęp osobom niepełnosprawnym, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich.
- Sala kinezyterapii stanowi odrębne pomieszczenie.
- Urządzenia intymność pacjenta podczas zabiegów fizykoterapeutycznych.
- Diatermie krótkofalowe i mikrofalowe oraz urządzenia do laseroterapii są instalowane w oddzielnych pomieszczeniach (boksach) zgodnie z Polskimi Normami.
- W zakładzie rehabilitacji leczniczej znajdują się pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich. wykorzystywane do zabiegów fizykoterapeutycznych





Trzcianka

W latach 2009-2011, zatrudnienie w oddziale znajdowało się na stałym poziomie. Zatrudniony był jeden lekarz, pracujący również na 1 pełny etat, podobnie jak położna, technik fizjoterapii oraz sanitariusz. W oddziale pracowało dwóch fizjoterapeutów, łącznie stanowiąc dwa etaty. Liczba pielęgniarek uległa niewielkim wahaniom w analizowanym okresie czasu. W 2011 roku w porównaniu do roku wcześniejszego wzrosło zatrudnienie o jedną osobę i 0,75 etatu. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 80 Zatrudnienie, oddział rehabilitacyjny, Trzcianka

	Wyszczególnienie	Etaty	Osoby
2009	Lekarz	1	1
	Pielęgniarka	10	10
	Położna	1	1
	Technik fizjoterapii	1	1
	Fizjoterapeuci (wyższy)	2	2
	Sanitariusz	1	1
2010	Lekarz	1	1
	Pielęgniarka	9	9
	Położna	1	1
	Technik fizjoterapii	1	1
	Fizjoterapeuci (wyższy)	2	2
	Sanitariusz	1	1
2011	Lekarz	1	1
	Pielęgniarka	9,75	10
	Położna	1	1
	Technik fizjoterapii	1	1
	Fizjoterapeuci (wyższy)	2	2
	Sanitariusz	1	1

źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JP II w Trzciance





W oddziale znajduje się 20 łóżek, ich ilość nie zmieniła się w latach 2009-2011. Liczba osobodni w 2011 roku w porównaniu do roku ubiegłego wzrosła z wartości 7 600 do 7 660, co daje niecały 1% wzrost. Jest to również zauważalne w minimalnym wzroście przeciętnego obłożenia łóżka, które w 2011 roku sięgało blisko 105%. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 81 łóżka, oddział rehabilitacyjny, Trzcianka

	Liczba łóżek	Liczba osobodni	Przeciętne obłożenie łóżka
2009	20	8181	112,06
2010	20	7600	104,10
2011	20	7660	104,93

źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPiI w Trzciance

Analiza kosztów

Oddział rehabilitacyjny w 2011r. osiągnął przychód w wysokości 843 tys. zł w SP w Trzciance. Stanowiło to 92% jego przychodów z 2010r. W 2011r. przychód ze sprzedaży nie pokrył całości kosztów bezpośrednich, które wyniosły 931 tys. zł. Przychody pokryły w całości koszty stałe oddziału, które w 2011 r. wyniosły 650 tys. zł. Dokonując przybliżonego podziału na koszty względnie stałe i koszty względnie zmienne można stwierdzić, że Oddział w celu urentownienia swojej działalności podstawowej musiałyby generować przychód w wysokości około 2 347 tys. zł.

Tabela 82 Analiza kosztów – oddział rehabilitacyjny

	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011
razem koszty bezpośrednie	912 416,40	930 761,74
koszty zarządu	73 785,93	78 479,17
razem koszty pośrednie	320 348,08	328 731,13
koszty ogółem	1 232 764,48	1 259 492,87
przychody	916 586,00	843 150,00
wynik na działalności	-316 178,48	-416 342,87
koszty stałe	663 238,15	649 702,02
koszty zmienne	569 526,33	609 790,85
próg rentowności wartościowo	1 751 614,65	2 347 438,52

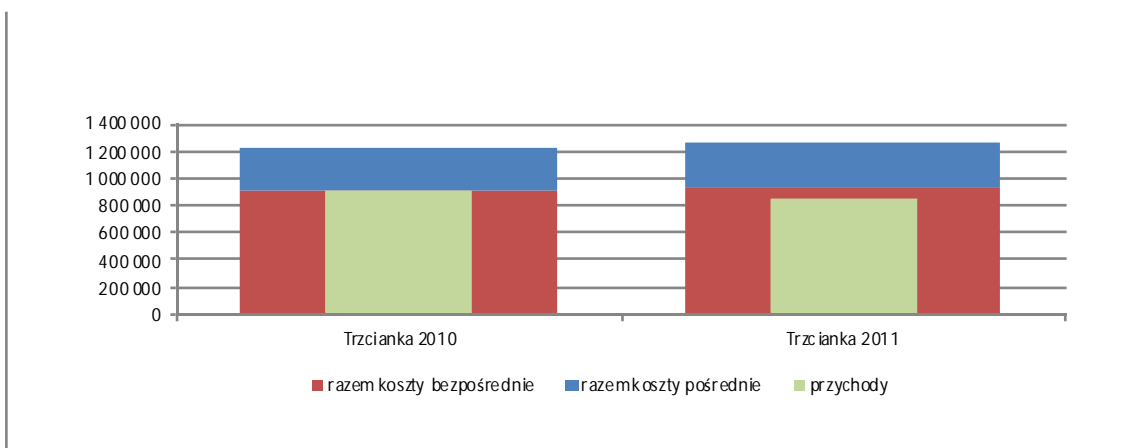
źródło: opracowanie własne na podstawie SP im. JPiI w Trzciance





Szczegółowe dane przedstawiające kształtowanie się kosztów bezpośrednich, kosztów pośrednich oraz przychodów obrazuje poniższy wykres.

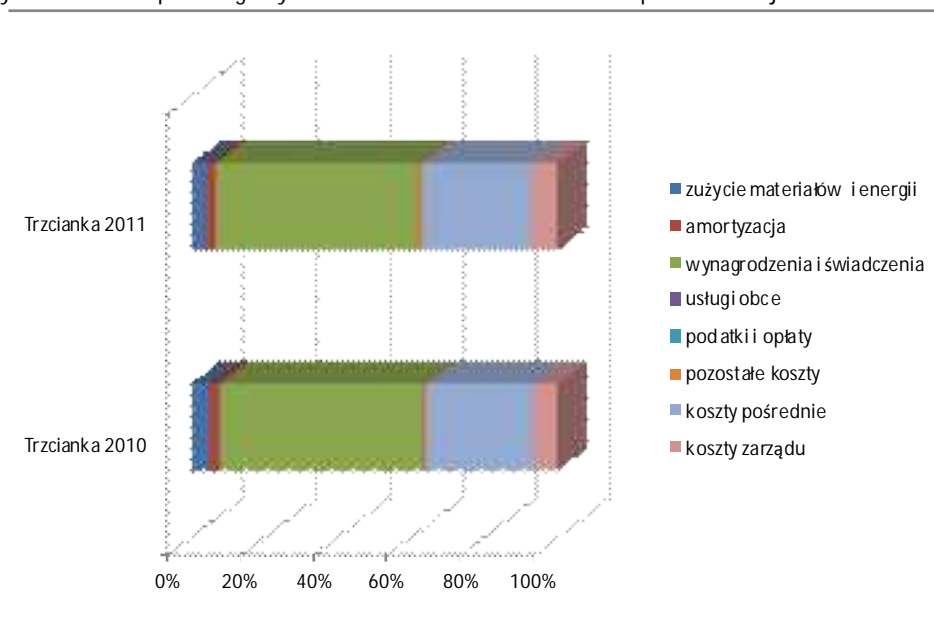
Wykres 58 oddział rehabilitacyjny - elementy kształtujące wynik finansowy



źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPiI w Trzciance

Analizę poszczególnych kosztów wchodzących w skład działalności podstawowej obrazuje poniższy wykres. Na jego podstawie można zaobserwować, że wynagrodzenia i świadczenia były pozycją dominującą w Jednostce w Trzciance.

Wykres 59 Udział poszczególnych kosztów w kosztach działalności podstawowej – oddział rehabilitacyjny



źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPiI w Trzciance





Poniżej przedstawiono kształtowanie się głównych pozycji wchodzących w skład zużycia materiałów i energii. W Szpitalu w Trzciance dominującą pozycję stanowią leki. Dane przedstawia poniższa tabela.

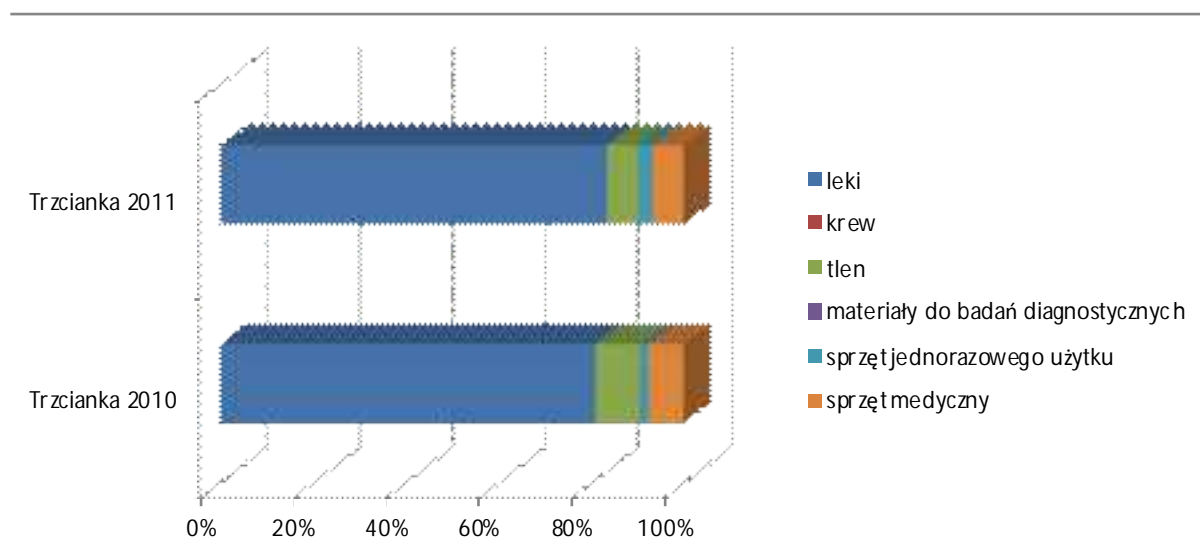
Tabela 83 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział rehabilitacyjny

	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011
zużycie materiałów i energii w tym:	54 328,02	47 274,69
leki	8 918,42	11 602,37
krew	0,00	0,00
tlen	1 040,62	924,88
materiały do badań diagnostycznych	0,00	0,00
sprzęt jednorazowego użytku	209,24	433,69
sprzęt medyczny	841,51	945,28

źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPiI w Trzciance

Zostało to zobrazowane na poniższym wykresie.

Wykres 60 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział rehabilitacyjny



źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPiI w Trzciance





Poniższa tabela przedstawia wskaźniki struktury kosztów. Z wyjątkiem wskaźnika kosztów stałych w kosztach ogółem, wszystkie wskaźniki miały tendencję rosnącą. Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela.

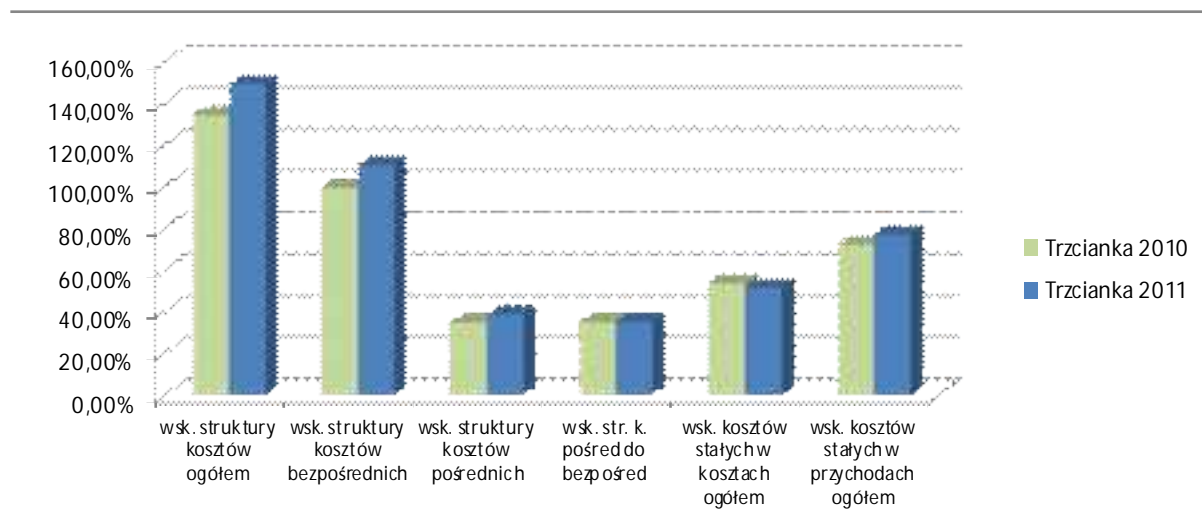
Tabela 84 Wskaźniki struktury kosztów – oddział rehabilitacyjny

	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011
wsk. struktury kosztów ogółem	134,50%	149,38%
wsk. struktury kosztów bezpośrednich	99,55%	110,39%
wsk. struktury kosztów pośrednich	34,95%	38,99%
wsk. str. k. pośred do bezpośred	35,11%	35,32%
wsk. kosztów stałych w kosztach ogółem	53,80%	51,58%
wsk. kosztów stałych w przychodach ogółem	72,36%	77,06%

źródło: opracowanie własne na podstawie SP im. JPil w Trzciance

Powyższe dane obrazuje wykres.

Wykres 61 Wskaźniki struktury kosztów – oddział rehabilitacyjny



źródło: opracowanie własne na podstawie SP im. JPil w Trzciance

Poniższa tabela przedstawia całościowe zestawie kosztów w Oddziale.





Tabela 85 Całościowa analiza kosztów – oddział rehabilitacyjny

	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011	wskaźniki dynamiki Trzcianka 2011/2010	struktura kosztów bezpośrednich Trzcianka 2010	struktura kosztów pośrednich Trzcianka 2011	struktura kosztów ogółem Trzcianka 2011
zużycie materiałów i energii w tym:	54 328,02	47 274,69	87,02%	5,95%	5,08%	3,75%
leki	8 918,42	11 602,37	130,09%	0,98%	1,25%	0,92%
krew	0,00	0,00	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
tlen	1 040,62	924,88	88,88%	0,11%	0,10%	0,07%
materiały do badań diagnostycznych	0,00	0,00	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
sprzęt jednorazowego użytku	209,24	433,69	207,27%	0,02%	0,05%	0,03%
sprzęt medyczny	841,51	945,28	112,33%	0,09%	0,10%	0,08%
usługi obce	194 843,15	223 354,93	114,63%	21,35%	24,00%	17,73%
podatki i opłaty	2 102,64	2 032,08	96,64%	0,23%	0,22%	0,16%
wynagrodzenia w tym:	508 933,63	506 550,29	99,53%	55,78%	54,42%	40,22%
osobowe	500 187,95	490 625,79	98,09%	54,82%	52,71%	38,95%
umowy zlecenia	0,00	0,00	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
swiadczenia na rzecz prac	107 139,22	109 048,18	101,78%	11,74%	11,72%	8,66%
podroze sluzbowe	615,90	401,60	65,21%	0,07%	0,04%	0,03%
amortyzacja	34 256,21	28 326,73	82,69%	3,75%	3,04%	2,25%
pozostale koszty	10 197,63	13 773,24	135,06%	1,12%	1,48%	1,09%
razem koszty bezpośrednie	912 416,40	930 761,74	102,01%	100,00%	100,00%	73,90%
usługowe medyczne	108 456,10	120 910,38	111,48%			
usługowe niemedyczne	138 106,05	129 341,58	93,65%			
koszty zarządu	73 785,93	78 479,17	106,36%			
razem koszty pośrednie	320 348,08	328 731,13	102,62%			
koszty ogółem	1 232 764,48	1 259 492,87	102,17%			
przychody	916 586,00	843 150,00	91,99%			
wynik na działalności	-316 178,48	-416 342,87				
wsk. struktury kosztów ogółem	134,50%	149,38%				
wsk. struktury kosztów bezpośrednich	99,55%	110,39%				
wsk. struktury kosztów pośrednich	34,95%	38,99%				
wsk. str. k. pośred do bezpośred	35,11%	35,32%				
koszty stałe	663 238,15	649 702,02				
wsk. kosztów stałych w kosztach ogółem	53,80%	51,58%				
wsk. kosztów stałych w przychodach ogółem	72,36%	77,06%				
koszty zmienne	569 526,33	609 790,85				
próg rentowności wartościowo	1 751 614,65	2 347 438,52				

źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPiI w Trzciance





7.2.8 Szpitalny Oddział Ratunkowy

W latach 2009-2011, zatrudnienie w oddziale charakteryzowało się na stałym poziomie. Liczba zatrudnionych pielęgniarek w analizowanym okresie wynosiła 11 osób, zatrudniony w oddziale był jeden ratownik medyczny. Zatrudnienie w oparciu o etaty było zbieżne z tym w przeliczeniu na osoby. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 86 Zatrudnienie, szpitalny oddział ratunkowy, Trzcianka

	Wyszczególnienie	Etaty	Osoby
2009	Ratownik medyczny	1	1
	Pielęgniarka	11	11
2010	Ratownik medyczny	1	1
	Pielęgniarka	11	11
2011	Ratownik medyczny	1	1
	Pielęgniarka	11	11

źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPil w Trzciance

W oddziale znajduje się 6 łóżek, w porównaniu do roku wcześniejszego ich liczba wzrosła o 2. Liczba osobodni w 2011 roku w porównaniu do roku ubiegłego zmalała z wartości 2 298 do 2 046, co daje 12% spadek. Było to możliwe, dzięki wspomnianemu zwiększeniu stanu łóżek. W latach 2009-2010 przeciętne obłożenie łóżka kształtowało się na bardzo wysokim poziomie w granicach 150-170%. W roku 2011, dwa dodatkowe łóżka spowodowały znaczący spadek przeciętnego poziomu obłożenia do 93%. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 87 Łóżka, szpitalny oddział ratunkowy, Trzcianka

	Liczba łóżek	Liczba osobodni	Przeciętne obłożenie łóżka
2009	4	2575	176,36%
2010	4	2298	157,39%
2011	6	2046	93,42%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPil w Trzciance





Realizacja kontraktów w oddziale

Poniższa tabela przedstawia stopień realizacji kontraktu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Trzciance.

Tabela 88 Kontrakty – SOR

ODDZIAŁ	Jednostka	2010r.	2011r.	lipiec 2012r.
SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY	Trzcianka	100,00%	100,00%	100,00%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPiI w Trzciance

Realizacja kontraktu w całym badanym okresie przyjmowała wartość 100% - dotyczy to również stanu na lipiec 2012r.

Analiza kosztów

Szpitalny Oddział Ratunkowy w 2011r. osiągnął przychód w wysokości 2 058 tys. zł w SP w Trzciance. Stanowiło to 101% jego przychodów z 2010r. W latach 2010-2011 przychód ze sprzedaży pokrył całość kosztów bezpośrednich, które wyniosły odpowiednio 1 530 tys. zł oraz 1 671 tys. zł. Przychody pokryły w całości koszty stałe oddziału, które w 2011 r. wyniosły 1 467 tys. zł. Dokonując przybliżonego podziału na koszty względnie stałe i koszty względnie zmienne można stwierdzić, że Oddział w celu urentownienia swojej działalności podstawowej musiałyby generować przychód w wysokości około 2 705 tys. zł.

Tabela 89 Analiza kosztów – SOR

	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011
razem koszty bezpośrednie	1 530 335,16	1 671 283,50
koszty zarządu	125 627,31	140 032,80
razem koszty pośrednie	571 411,87	572 840,93
koszty ogółem	2 101 747,03	2 244 124,43
przychody	2 047 500,00	2 058 330,00
wynik na działalności	-54 247,03	-185 794,43
koszty stałe	767 814,23	776 987,06
koszty zmienne	1 333 932,80	1 467 137,37
próg rentowności wartościowo	2 203 155,69	2 705 202,49

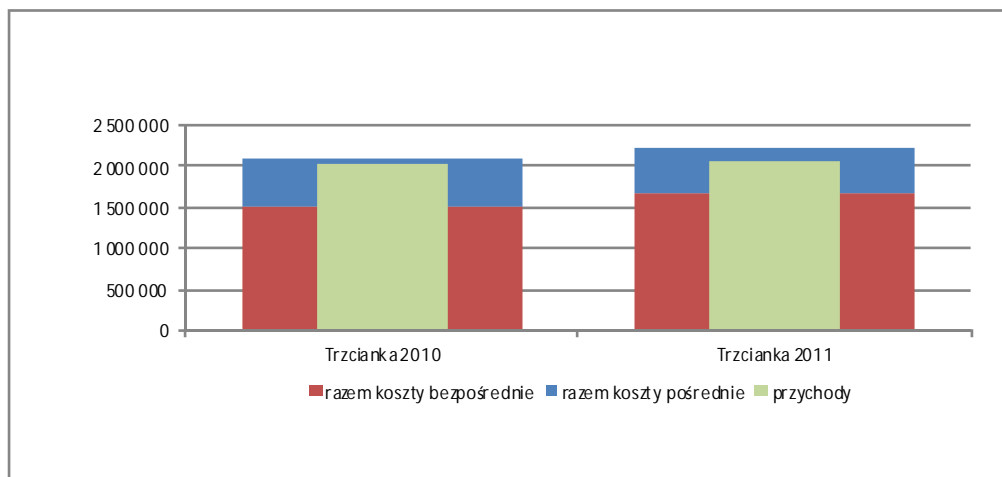
źródło: opracowanie własne na podstawie SP im. JPiI w Trzciance





Szczegółowe dane przedstawiające kształtowanie się kosztów bezpośrednich, kosztów pośrednich oraz przychodów obrazuje poniższy wykres.

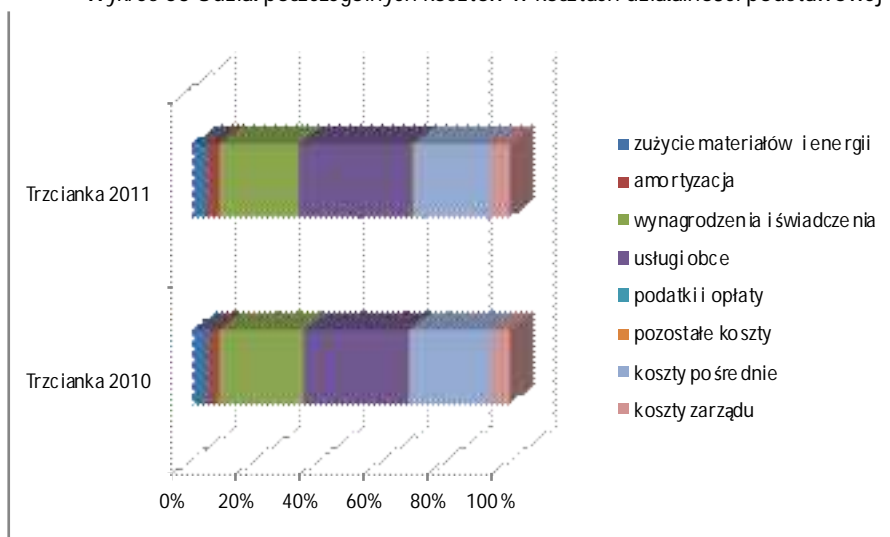
Wykres 62 SOR - elementy kształtujące wynik finansowy



źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JP II w Trzciance

Analizę poszczególnych kosztów wchodzących w skład działalności podstawowej obrazuje poniższy wykres. Na jego podstawie można zaobserwować, że usługi obce były pozycją dominującą w Jednostce w Trzciance. Znaczący był także udział wynagrodzeń oraz kosztów pośrednich.

Wykres 63 Udział poszczególnych kosztów w kosztach działalności podstawowej – SOR



źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JP II w Trzciance





Poniżej przedstawiono kształtowanie się głównych pozycji wchodzących w skład zużycia materiałów i energii. W Szpitalu w Trzciance dominującą pozycję stanowiły leki. Dane przedstawia poniższa tabela.

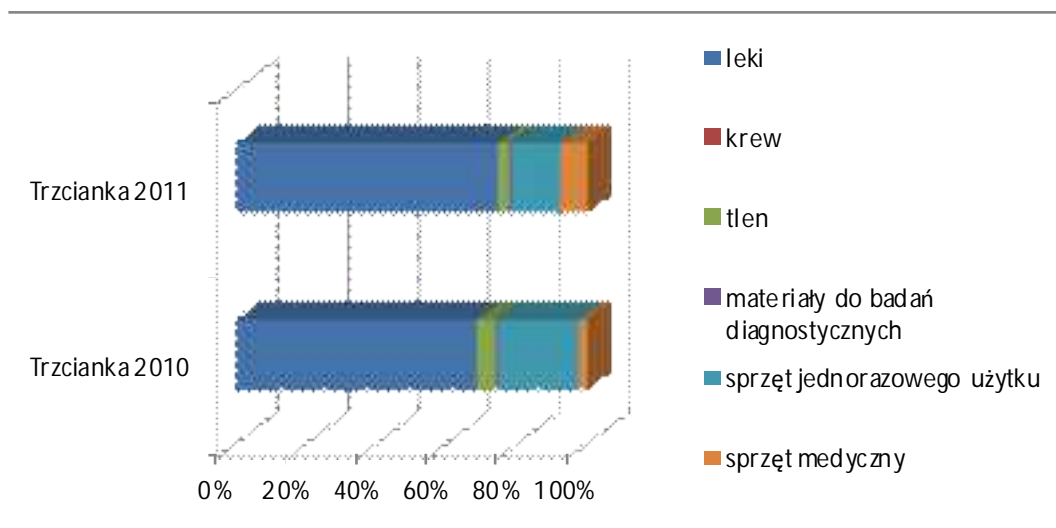
Tabela 90 Analiza zużycia materiałów i energii – SOR

	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011
zużycie materiałów i energii w tym:	119 936,82	122 462,87
leki	32 213,89	51 924,39
krw	0,00	0,00
tlen	2 553,18	2 312,35
materiały do badań diagnostycznych	313,60	330,06
sprzęt jednorazowego użytku	10 805,32	9 799,17
sprzęt medyczny	1 127,26	5 281,01

źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPil w Trzciance

Zostało to zobrazowane na poniższym wykresie.

Wykres 64 Analiza zużycia materiałów i energii – SOR



źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPil w Trzciance





Poniższa tabela przedstawia wskaźniki struktury kosztów. Analizowane wskaźniki przy przyjmowały określonej tendencji. Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela.

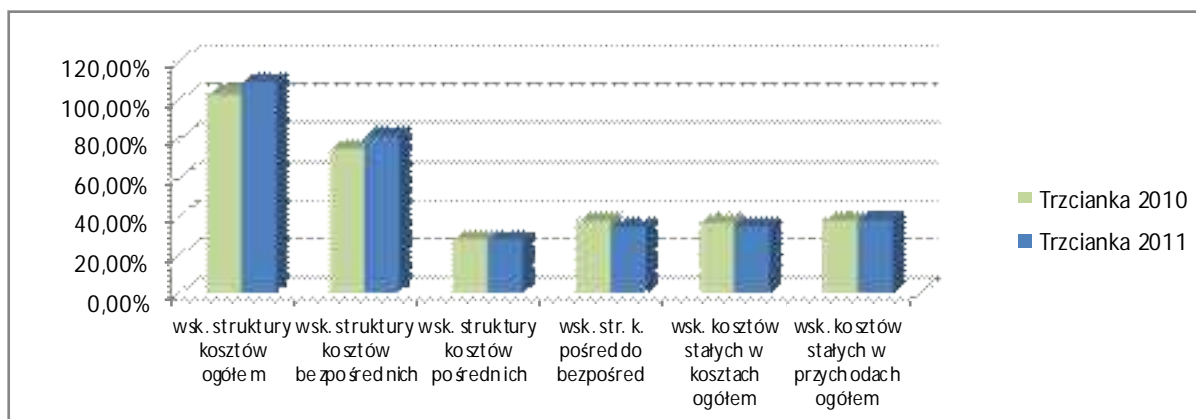
Tabela 91 Wskaźniki struktury kosztów – SOR

	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011
wsk. struktury kosztów ogółem	102,65%	109,03%
wsk. struktury kosztów bezpośrednich	74,74%	81,20%
wsk. struktury kosztów pośrednich	27,91%	27,83%
wsk. str. k. pośred do bezpośred	37,34%	34,28%
wsk. kosztów stałych w kosztach ogółem	36,53%	34,62%
wsk. kosztów stałych w przychodach ogółem	37,50%	37,75%

źródło: opracowanie własne na podstawie SP im. JPll w Trzciance

Powyższe dane obrazuje wykres.

Wykres 65 Wskaźniki struktury kosztów – SOR



źródło: opracowanie własne na podstawie SP im. JPll w Trzciance

Konkluzje wynikające ze spotkań z Ordynatorami Oddziałów:

Jeśli chodzi o Szpitalny Oddział Ratunkowy w Trzciance zasadniczym problemem jest nadmierna liczba drobnych zgłoszeń, które powinny być rozpatrywane przez Jednostki POZ. Ze względu na kolejki i długi czas oczekiwania w POZ, chorzy zgłaszają się do Oddziału SOR z dolegliwościami, które nie powinny być przez niego rozpatrywane, jednocześnie tworząc duże obciążenie dla płynnego funkcjonowania Oddziału. Wyposażenie sprzętowe oddziału jest wystarczające, do dyspozycji są 3 karetki, jeśli chodzi o personel, wystarczająca jest pielęgniarek, przydałby się jeden dodatkowy lekarz.





Poniższa tabela przedstawia całościowe zestawienie kosztów w Oddziale.

Tabela 92 Całościowa analiza kosztów – SOR

	Trzcianka 2010	Trzcianka 2011	wskaźniki dynamiki Trzcianka 2011/2010	struktura kosztów bezpośrednich Trzcianka 2010	struktura kosztów bezpośrednich Trzcianka 2011	struktura kosztów ogółem Trzcianka 2011
zużycie materiałów i energii w tym:	1 19 936,82	122 462,87	102,11%	7,84%	7,33%	5,46%
leki	32 213,89	51 924,39	161,19%	2,11%	3,11%	2,31%
kwasy	0,00	0,00	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
oleje	2 553,18	2 312,35	90,57%	0,17%	0,14%	0,10%
materiały do badań diagnostycznych	313,60	330,06	105,25%	0,02%	0,02%	0,01%
sprzęt jednorazowego użytku	10 805,32	9 799,17	90,69%	0,71%	0,59%	0,44%
sprzęt medyczny	1 127,26	5 281,01	468,48%	0,07%	0,32%	0,24%
usługi obce	729 423,73	851 944,06	116,80%	47,66%	50,98%	37,96%
podatki i opłaty	2 678,16	2 747,52	102,59%	0,18%	0,16%	0,12%
wynagrodzenia w tym:	493 534,67	490 632,49	99,41%	32,25%	29,36%	21,86%
osobowe	479 444,83	481 909,88	100,51%	31,33%	28,83%	21,47%
umowy zlecenia	0,00	0,00	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
świadczenia na rzecz prac	99 989,22	101 905,30	101,92%	6,53%	6,10%	4,54%
podróże służbowe	4 165,99	4 455,03	106,94%	0,27%	0,27%	0,20%
amortyzacja	71 923,26	85 477,35	118,85%	4,70%	5,11%	3,81%
pozostałe koszty	8 683,31	11 658,88	134,27%	0,57%	0,70%	0,52%
razem koszty bezpośrednie	1 530 335,16	1 671 283,50	109,21%	100,00%	100,00%	74,47%
usługowe medyczne	163 649,52	172 839,91	105,62%			
usługowe niemedyczne	282 135,04	259 968,22	92,14%			
koszty zarządu	125 627,31	140 032,80	111,47%			
razem koszty pośrednie	571 411,87	572 840,93	100,25%			
koszty ogółem	2 101 747,03	2 244 124,43	106,77%			
przychody	2 047 500,00	2 058 330,00	100,53%			
wynik na działalności	-54 247,03	-185 794,43				
wsk. struktury kosztów ogółem	102,65%	109,03%				
wsk. struktury kosztów bezpośrednich	74,74%	81,20%				
wsk. struktury kosztów pośrednich	27,91%	27,83%				
wsk. str. k. pośred do bezpośrednich	37,34%	34,28%				
koszty stałe	767 814,23	776 987,06				
wsk. kosztów stałych w kosztach ogółem	36,53%	34,62%				
wsk. kosztów stałych w przychodach ogółem	37,50%	37,75%				
koszty stałe	1 333 932,80	1 467 137,37				
próg rentowności wartościowo	2 203 155,69	2 705 202,49				

źródło: opracowanie własne na podstawie danych SP im. JPiI w Trzciance





7.2.9 Izba Przyjęć

W latach 2009-2011, zatrudnienie w Izbie Przyjęć utrzymało się na prawie niezmiennym poziomie. Liczba zatrudnionych pielęgniarek w analizowanym okresie wynosiła 12 osób w roku 2009 i zmniejszyła się o jedną osobę, do stanu 11 osób w latach 2010-2011. W Izbie Przyjęć jest jeden lekarz. Zatrudnienie w oparciu o etaty było zbieżne z tym w przeliczeniu na osoby. Szczegółowo dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 93 Zatrudnienie, Izba Przyjęć, Czarnków

	Wyszczególnienie	Etaty	Osoby
2009	Lekarz	1	1
	Pielęgniarka	12	12
2010	Lekarz	1	1
	Pielęgniarka	11	11
2011	Lekarz	1	1
	Pielęgniarka	11	11

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków

W Izbie Przyjęć znajdują się 2 łóżka, ich liczba nie zmieniła się w analizowanym okresie czasu. Ze względu na specyfikę, nie da się określić dokładnej liczby osobodni oraz dokładnego przeciętnego obłożenia łóżka. Szacuje się, że obłożenie bliskie jest 100%.

Tabela 94 łóżka, Izba Przyjęć, Czarnków

	Liczba łóżek	Liczba osobodni	Przeciętne obłożenie łóżka
2009	2	-	98%*
2010	2	-	98%*
2011	2	-	98%*

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków





Realizacja kontraktów w oddziale

Poniższa tabela przedstawia stopień realizacji kontraktu w Izbie Przyjęć w Czarnkowie.

Tabela 95 Kontrakty – Izba Przyjęć

ODDZIAŁ	Je dnostka	2010r.	2011r.	lipie c 2012r.
Izba Przyjęć	Czarnków	100,00%	100,00%	100,00%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków

Realizacja kontraktu w całym badanym okresie przyjmowała wartość 100% - dotyczy to również stanu na lipiec 2012r.

Analiza kosztów

W analizie kosztów Izby Przyjęć uwzględniono sumaryczne wyniki dwóch komórek – Izby Przyjęć oraz Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Izba Przyjęć w 2011r. osiągnęła przychód w wysokości 1 438 tys. zł w ZZOZ Czarnków. Stanowiło to 138% jego przychodów z 2010r. W latach 2010-2011 przychód ze sprzedaży pokrył całość kosztów bezpośrednich, które wyniosły odpowiednio 784 tys. zł oraz 1 222 tys. zł. Przychody pokryły w całości koszty stałe oddziału, które w 2011 r. wyniosły 672 tys. zł. Dokonując przybliżonego podziału na koszty względnie stałe i koszty względnie zmienne można stwierdzić, że Komórka w celu urentownienia swojej działalności podstawowej musiałaby generować przychód w wysokości około 2 218 tys. zł.

Tabela 96 Analiza kosztów – Izba Przyjęć

	Czarnków 2010	Czarnków 2011
razem koszty bezpośrednie	783 941,34	1 222 135,09
koszty zarządu	73 242,83	81 349,78
razem koszty pośrednie	453 259,57	452 022,08
koszty ogółem	1 237 200,91	1 674 157,17
przychody	1 042 651,88	1 437 535,67
wynik na działalności	-194 549,03	-236 621,50
koszty stałe	659 008,60	672 424,24
koszty zmienne	578 192,31	1 001 732,93
próg rentowności wartościowo	1 479 389,38	2 218 053,59

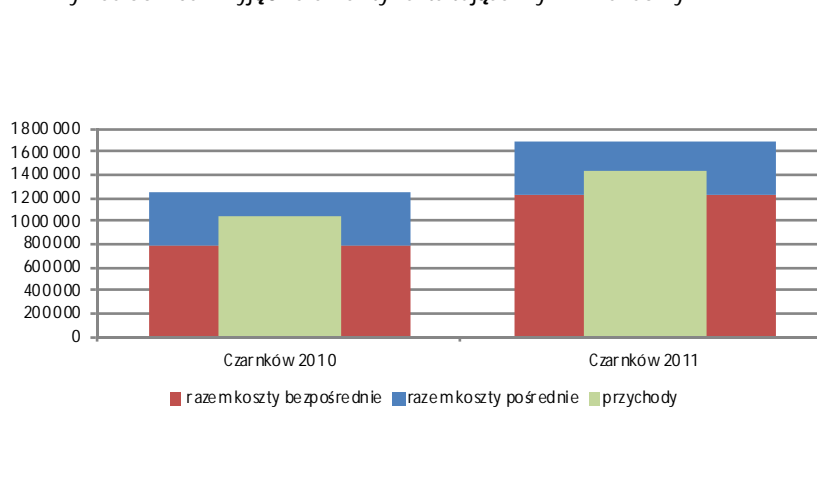
źródło: opracowanie własne na podstawie ZZOZ Czarnków





Szczegółowe dane przedstawiające kształtowanie się kosztów bezpośrednich, kosztów pośrednich oraz przychodów obrazuje poniższy wykres.

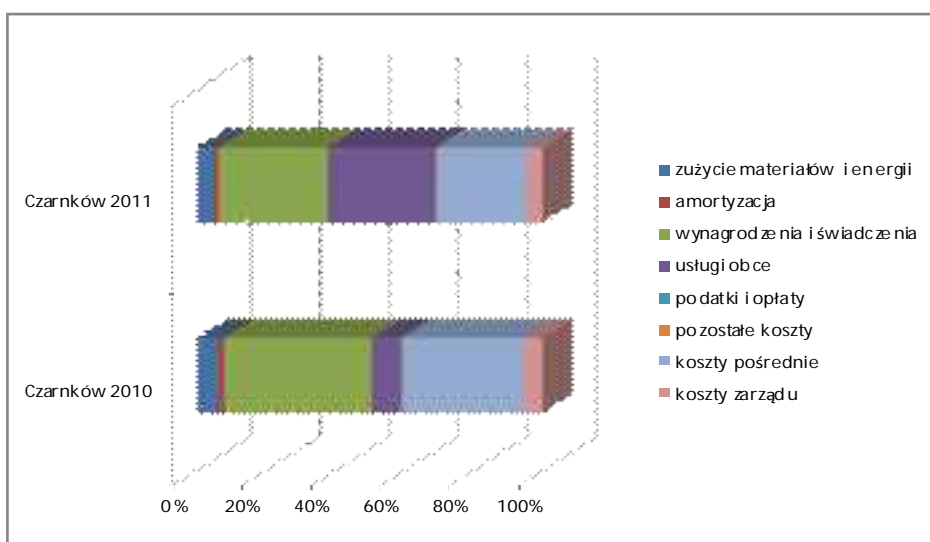
Wykres 66 Izba Przyjęć - elementy kształtujące wynik finansowy



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków

Analizę poszczególnych kosztów wchodzących w skład działalności podstawowej obrazuje poniższy wykres. Na jego podstawie można zaobserwować, że usługi obce oraz wynagrodzenia były pozycją dominującą w Jednostce w Czarnkowie. Znaczący był także udział kosztów pośrednich.

Wykres 67 Udział poszczególnych kosztów w kosztach działalności podstawowej – Izba Przyjęć



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków





Poniżej przedstawiono kształtowanie się głównych pozycji wchodzących w skład zużycia materiałów i energii. W ZZOZ Czarnków dominującą pozycję stanowił sprzęt jednorazowego użytku. Dane przedstawia poniższa tabela.

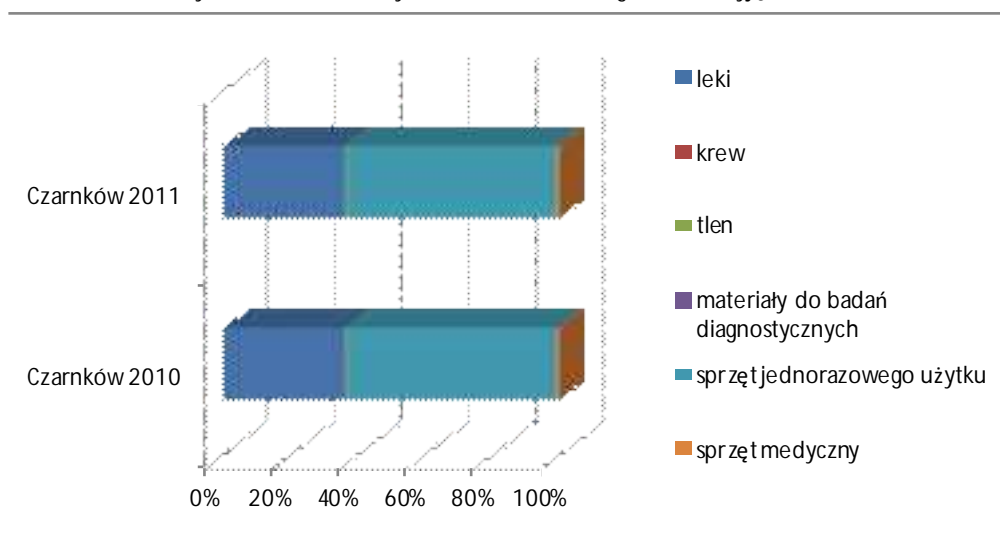
Tabela 97 Analiza zużycia materiałów i energii – Izba Przyjęć

	Czarnków 2010	Czarnków 2011
zużycie materiałów i energii w tym:	81 006,83	87 395,83
leki	14 367,78	15 500,97
krew	0,00	0,00
tlen	265,55	265,55
materiały do badań diagnostycznych	0,00	0,00
sprzęt jednorazowego użytku	24 725,74	26 675,86
sprzęt medyczny	436,67	471,11

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków

Zostało to zobrazowane na poniższym wykresie.

Wykres 68 Analiza zużycia materiałów i energii – Izba Przyjęć



źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków





Poniższa tabela przedstawia wskaźniki struktury kosztów. Analizowane wskaźniki przy przyjmowały określonej tendencji. Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela.

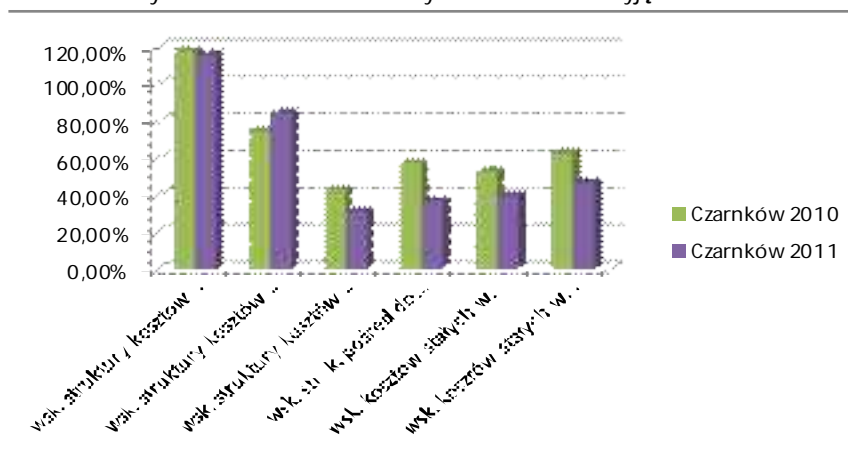
Tabela 98 Wskaźniki struktury kosztów – Izba Przyjęć

	Czarnków 2010	Czarnków 2011
wsk. struktury kosztów ogółem	118,66%	116,46%
wsk. struktury kosztów bezpośrednich	75,19%	85,02%
wsk. struktury kosztów pośrednich	43,47%	31,44%
wsk. str. k. pośred do bezpośred	57,82%	36,99%
wsk. kosztów stałych w kosztach ogółem	53,27%	40,16%
wsk. kosztów stałych w przychodach ogółem	63,21%	46,78%

źródło: opracowanie własne na podstawie SP im. JPiI w Trzciance

Powyższe dane obrazuje wykres.

Wykres 69 Wskaźniki struktury kosztów – Izba Przyjęć



źródło: opracowanie własne na podstawie ZZOZ Czarnków

Poniższa tabela przedstawia całościowe zestawie kosztów w Komórcie.





Tabela 99 Całościowa analiza kosztów – Izba Przyjęć

	Czarnków 2010	Czarnków 2011	wskaźniki dynamiki Czarnków 2011/2010	struktura kosztów bezpośrednich Czarnków 2010	struktura kosztów bezpośrednich Czarnków 2011	struktura kosztów ogółem Czarnków 2011
zużycie materiałów i energii w tym:	81 006,83	87 395,83	107,89%	10,33%	7,15%	5,22%
leki	14 367,78	15 500,97	107,89%	1,83%	1,27%	0,93%
krewność	0,00	0,00	-	0,00%	0,00%	0,00%
tluszcz	265,55	265,55	100,00%	0,03%	0,02%	0,02%
materiały do badań diagnostycznych	0,00	0,00	-	0,00%	0,00%	0,00%
sprzęt jednorazowego użytku	24 725,74	26 675,86	107,89%	3,15%	2,18%	1,59%
sprzęt medyczny	436,67	471,11	107,89%	0,06%	0,04%	0,03%
usługi obce	108 250,53	543 682,17	502,24%	13,81%	44,49%	32,47%
podatki i opłaty	7 175,61	6 212,29	86,58%	0,92%	0,51%	0,37%
wynagrodzenia w tym:	472 956,91	472 846,84	99,98%	60,33%	38,69%	28,24%
świadczenia na rzecz prac	85 237,85	80 768,39	94,76%	10,87%	6,61%	4,82%
amortyzacja	24 626,42	24 619,50	99,97%	3,14%	2,01%	1,47%
pozostałe koszty	4 687,19	6 610,07	141,02%	0,60%	0,54%	0,39%
razem koszty bezpośrednie	783 941,34	1 222 135,09	155,90%	100,00%	100,00%	73,00%
koszty zarządu	73 242,83	81 349,78	111,07%	9,34%		
razem koszty pośrednie	453 259,57	452 022,08	99,73%	57,82%		
koszty ogółem	1 237 200,91	1 674 157,17	135,32%	157,82%		
przychody	1 042 651,88	1 437 535,67				
wynik na działalności	-194 549,03	-236 621,50				
wsk. struktury kosztów ogółem	118,66%	116,46%				
wsk. struktury kosztów bezpośrednich	75,19%	85,02%				
wsk. struktury kosztów pośrednich	43,47%	31,44%				
wsk. str. k. pośred. do bezpośred.	57,82%	36,99%				
koszty stałe	659 008,60	672 424,24				
wsk. kosztów stałych w kosztach ogółem	53,27%	40,16%				
wsk. kosztów stałych w przychodach ogółem	63,21%	46,78%				
koszty zmienne	578 192,31	1 001 732,93				
próg rentowności wartościowo	1 479 389,38	2 218 053,59				

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków





7.2.10 Konkluzje ze spotkań z pracownikami laboratorium w Jednostkach

Czarnków

W zakresie laboratorium w Szpitalu w Czarnkowie - wielkość pomieszczeń i personel są wystarczające na chwilę obecną. Potrzebna jest wymiana aparatury (wirówki) oraz poszerzenie zakresu badań profilaktycznych. Zdaniem Dyrekcji w Zespole nie ma potrzeby tworzenia pracowni bakteriologicznej – tworzyłaby ona niezasadnie wysokie koszty (lepiej forma outsourcingu) a ponadto nie ma możliwości lokalowych do stworzenia pracowni nawet po dokończonej rozbudowie Szpitala.

Trzcianka

Laboratorium charakteryzuje wystarczająca obsada osobowa. W ramach obecnego poziomu zatrudnienia przydałaby się kadra z szerszymi umiejętnościami (m.in. dział serologii). Zakres usług jest wystarczający na obecne potrzeby.

7.2.11 Konkluzje ze spotkań z pracownikami RTG w Jednostkach

Czarnków

W zakresie pracowni radiologicznej optymalne byłoby poszerzenie bazy diagnostyki o aparaturę w postaci tomografu komputerowego. Wpłynęło by to na podwyższenie ilości badań (w chwili obecnej badania te zlecane są do Piły). Przyszłościowym kierunkiem, który warto by wprowadzić do działalności Szpitala jest teleradiologia. Jeśli chodzi o pomieszczenia oraz zatrudnienie, zasoby są na satysfakcjonującym poziomie. W ramach obecnego zatrudnienia dla części pracowników w celu zwiększenia umiejętności warto wprowadzić dodatkowe szkolenia.

Trzcianka

Zasadniczym problemem pracowni radiologicznej jest brak ucyfrowienia pracowni RTG w Krzyżu Wlkp. Z powodu braku cyfrowej technologii, wszystkie zdjęcia z tej pracowni nie mogą być analizowane w jednostce, muszą natomiast zostać wysłane do Trzcianki, co wpływa znacząco na wydłużenie czasu oczekiwania przez pacjentów (do 4-5 dni). W przypadku technologii cyfrowej wyniki są możliwe do odbioru na dzień następny. Oddział wyposażony jest w rentgen, USG oraz tomograf. Planowany do zakupu nowy aparat rentgenowski powinien być cyfrowy. Jeśli chodzi o personel jest on na wystarczającym poziomie.





7.2.12 Konkluzje spotkań ze związkami zawodowymi w Jednostkach

Czarnków

Do głównych postulatów związków zawodowych Szpitala w Czarnkowie możemy zaliczyć:

- dokończenie rozbudowy Szpitala w Czarnkowie
- kupno tomografu komputerowego
- zachowanie obu Szpitali z dotychczasowym zakresem usług oraz rozbudowę Szpitala w Czarnkowie
- stworzenie norm zatrudnienia personelu medycznego (minimum wynagrodzenia zapewniona danym grupom personelu w odniesieniu do średniej krajowej, w celu zwiększenia bezpieczeństwa pacjenta) - dotychczasowe płace są zbyt niskie w stosunku do wymaganej odpowiedzialności
- brak dodatków inflacyjnych
- rozbudowa jednostki ratownictwa medycznego
- potrzeba opieki długoterminowej w postaci hospicjum na terenie powiatu
- rozbudowa oddziału położnictwa w Czarnkowie wraz z programami promocyjnymi (np. mammografia)
- budowa parkingu

Problem stanowi brak współpracy z lekarzami rodzinnymi, którzy nie są kontrolowani.

Trzcianka

Do głównych postulatów związków zawodowych Szpitala w Trzciance możemy zaliczyć:

- większe kontrakty z NFZ
- wprowadzenie menedżerstwa
- oferowanie usług zewnętrznych w postaci – pralni, apteki otwartej dla pacjentów³, sprzątnia
- weryfikacja stanowisk kierowniczych
- brak specjalistycznego stanowiska do UE (brak aktywnego szukania - programów profilaktycznych oraz programów specjalnych)

³ brak uregulowań prawnych umożliwiających otwarcie takiej apteki





- realizowanie nowych inwestycji (np. rehabilitacja) a nie zwracanie uwagi na obecne potrzeby (podwyżki)
- użytkowanie tomografu na zewnątrz – brak radiologa
- dodatkowe poradnie specjalistyczne
- potrzeba rozwoju ratownictwa (bardziej w gestii województwa niż powiatu)
- wysokie koszty leków (brak wspólnej polityki)
- częstsze spotkania z dyrekcją
- ratownictwo w Trzciance powinno być główną jednostką w powiecie





7.3 Analiza finansowa

7.3.1 Ocena sytuacji majątkowo kapitałowej

Czarnków

Podstawą niniejszej analizy są dane finansowe ZZOZ Czarnków za lata 2010-2011. Analiza ma na celu rozpoznanie i ocenę bieżącej sytuacji ekonomiczno – finansowej Zespołu.

Tabela 100 Podstawowe dane finansowe ZZOZ w latach 2010 – 2011

L.p.	Wyszczególnienie	2010	2011
		zł.	zł.
1.	Przychody ze sprzedaży	19 334 930,15	20 621 880,98
2.	Wartość sprzedanych towarów i materiałów	0,00	0,00
3.	Pozostałe koszty działalności operacyjnej	22 044 256,31	22 969 880,91
4.	Zysk ze sprzedaży	-2 709 326,16	-2 347 999,93
5.	EBIT	-2 370 092,49	-1 947 215,88
6.	EBITDA	-810 487,68	-180 161,50
7.	Zysk netto	-2 370 092,49	-1 947 215,88
8.	Aktywa ogółem	20 807 351,41	20 897 440,15
9.	Kapitał własny	12 239 296,41	9 162 501,44

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków

Generowane przez Zespół koszty przewyższały przychody ze sprzedaży. W analizowanym okresie czasu przychody ze sprzedaży wzrosły o niecałe 1,3 mln zł natomiast koszty wzrosły o ok. 925 tys. zł. Ma to odzwierciedlenie w zmniejszeniu straty Zespół z wartości 2,37mln zł na koniec 2010r. do 1,95 mln zł na koniec roku 2011. W badanym okresie suma aktywów i pasywów wzrosła z wartości 20 807 351,41 zł do 20 897 440,15 zł, czyli o ok. 0,5%.





W wyniku zmian, jakie nastąpiły w stanie aktywów i źródeł ich finansowania, w badanym okresie zmienił się stopień pokrycia majątku obrotowego zobowiązaniami bieżącymi i pozostałymi pasywami.

Stopień pokrycia majątku trwałego i obrotowego Zespołu w latach 2010-2011 przedstawia poniższa tabela.

Tabela 101 Stopień pokrycia majątku trwałego i obrotowego ZZOZ w latach 2010-2011

L.p.	Wyszczególnienie	2010	2011
		zł.	zł.
1.	Kapitały własne	12 239 296,41	9 162 501,44
2.	Rezerwy długoterminowe na zobowiązania	374 205,88	1 510 039,19
3.	Zobowiązania długoterminowe	4 433 446,00	3 835 678,00
4.	Razem kapitały stałe	17 046 948,29	14 508 218,63
5.	Majątek trwały	19 188 119,61	18 150 388,04
6.	Stopień pokrycia majątku trwałego kapitałami stałymi	88,84%	79,93%
7.	Nadwyżki kapitałów stałych finansujące majątek obrotowy	-2 141 171,32	-3 642 169,41
8.	Majątek obrotowy	6 941 700,00	5 481 000,00
9.	Część majątku obrotowego finansowana zobowiązaniami	9 082 871,32	9 123 169,41
10.	Stopień pokrycia majątku obrotowego zobowiązaniami bieżącymi i pozostałymi pasywami	130,85%	166,45%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków

W badanym okresie Zespół nie spełniał warunku utrzymania długoterminowej równowagi finansowej - aktywa trwałe nie znajdują bowiem pełnego pokrycia w niewymagających szybkiego zwrotu źródłach finansowania – kapitałach stałych. Stopień pokrycia zmniejszył się w badanym okresie czasu i w 2011 roku wyniósł 79,8%.





Trzcianka

Podstawą niniejszej analizy są dane finansowe SP w Trzciance za lata 2010-2011. Analiza ma na celu rozpoznanie i ocenę bieżącej sytuacji ekonomiczno – finansowej Szpitala.

Tabela 102 Podstawowe dane finansowe Szpitala w latach 2010 – 2011

L.p.	Wyszczególnienie	2010	2011
		zł.	zł.
1.	Przychody ze sprzedaży	25 635 615,16	27 018 034,14
2.	Wartość sprzedanych towarów i materiałów	14 310,07	1 374,01
3.	Pozostałe koszty działalności operacyjnej	27 287 129,30	28 479 978,82
4.	Zysk ze sprzedaży	-1 659 964,09	-1 593 309,62
5.	EBIT	-827 314,45	-1 326 236,88
6.	EBITDA	975 964,48	679 351,75
7.	Zysk netto	-827 314,45	-1 326 236,88
8.	Aktywa ogółem	19 861 300,00	17 095 000,00
9.	Kapitał własny	12 656 200,00	11 355 500,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SP w Trzciance

Generowane przez Szpital koszty przewyższały przychody ze sprzedaży. W analizowanym okresie czasu przychody ze sprzedaży wzrosły o niecałe 1,4 mln zł natomiast koszty wzrosły o ok. 1,2mln zł. W porównaniu do 2010 roku, strata zwiększyła się o 0,5mln zł. W badanym okresie suma aktywów i pasywów zmalała z wartości 19 861 300,00 zł do 17 095 000,00 zł, czyli o ok. 16%.





W wyniku zmian, jakie nastąpiły w stanie aktywów i źródeł ich finansowania, w badanym okresie zmienił się stopień pokrycia majątku obrotowego zobowiązaniami bieżącymi i pozostałymi pasywami.

Stopień pokrycia majątku trwałego i obrotowego Szpitala w latach 2010-2011 przedstawia poniższa tabela.

Tabela 103 Stopień pokrycia majątku trwałego i obrotowego Szpitala w latach 2010-2011

L.p.	Wyszczególnienie	2010	2011
		zł.	zł.
1.	Kapitały własne	12 656 200,00	11 355 500,00
2.	Rezerwy długoterminowe na zobowiązania	617 436,29	1 708 400,00
3.	Zobowiązania długoterminowe	490 600,00	149 600,00
4.	Razem kapitały stałe	13 764 236,29	13 213 500,00
5.	Majątek trwały	12 474 500,00	11 375 900,00
6.	Stopień pokrycia majątku trwałego kapitałami stałymi	110,34%	116,15%
7.	Nadwyżki kapitałów stałych finansujące majątek obrotowy	1 289 736,29	1 837 600,00
8.	Majątek obrotowy	6 941 700,00	5 481 000,00
9.	Część majątku obrotowego finansowana zobowiązaniami	5 651 963,71	3 643 400,00
10.	Stopień pokrycia majątku obrotowego zobowiązaniami bieżącymi i pozostałymi pasywami	81,42%	66,47%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SP w Trzciance

W badanym okresie Szpital spełniał warunek utrzymania długoterminowej równowagi finansowej - aktywa trwałe znajdowały bowiem pełne pokrycie w niewymagających szybkiego zwrotu źródłach finansowania – kapitałach stałych. Stopień pokrycia zwiększył się w 2011 roku o 6% w stosunku do roku ubiegłego i wyniósł 116,15%.





7.3.2 Sytuacja dochodowo – kosztowa

Czarnków

Syntetyczne zestawienie przychodów, kosztów i wyników działalności Zespołu w badanym okresie prezentuje poniższa tabela:

Tabela 104 Rachunek zysków i strat ZZOZ w latach 2010-2011

L.p.	Wyszczególnienie	2010	2011
		zł.	zł.
1.	Przychody ze sprzedaży	19 334 930,15	20 621 880,98
2.	Wartość sprzedanych towarów i materiałów	0,00	0,00
3.	Wskaźnik marży ((przychody - wartość sprzedanych materiałów i towarów)/ przychody ze sprzedaży))	100,00%	100,00%
4.	Pozostałe koszty działalności operacyjnej	22 044 256,31	22 969 880,91
5.	Wynik na sprzedaży	-2 709 326,16	-2 347 999,93
6.	Wskaźnik marży (wynik na sprzedaży/przychody ze sprzedaży)	-14,01%	-11,39%
7.	Wynik na pozostałej działalności operacyjnej	276 867,41	612 201,66
8.	Wynik na operacjach finansowych	62 366,26	-211 417,61
9.	Wynik na działalności gospodarczej	-2 370 092,49	-1 947 215,88
10.	Wskaźnik marży (wynik na działalności gospodarczej)/przychody ze sprzedaży	-12,26%	-9,44%
11.	Wynik nadzwyczajny	0,00	0,00
12.	Wynik brutto	-2 370 092,49	-1 947 215,88
13.	Wskaźnik marży (wynik brutto/przychody ze sprzedaży)	-12,26%	-9,44%
14.	Obowiązkowe zmniejszenia wyniku	0,00	0,00
15.	Wynik netto	-2 370 092,49	-1 947 215,88
16.	Wskaźnik marży (wynik netto/przychody ze sprzedaży)	-12,26%	-9,44%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków

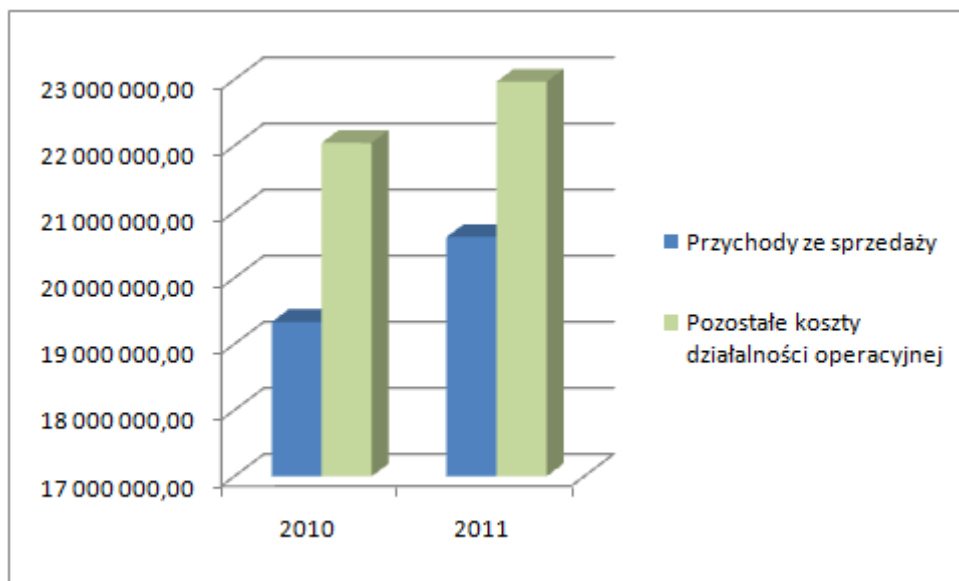




W badanym okresie wyniki finansowe Zespołu uległy niewielkiej poprawie. Przychody ze sprzedaży wzrastały proporcjonalnie szybciej od kosztów. Na koniec 2011 roku strata wyniosła poniżej 2 mln zł.

Wykres poniżej przedstawia kształtowanie się przychodów i kosztów w Zespole w latach 2010 – 2011.

Wykres 70 Sytuacja przychodowo – kosztowa ZZOZ w latach 2010-2011.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków

Jak już wspomniano dynamika wzrostu przychodów była wyższa od dynamiki wzrostu kosztów, co znalazło odzwierciedlenie w mniejszej o blisko 400 tys. zł stracie na 2011r.

Udział poszczególnych pozycji kosztowych w przychodach ze sprzedaży został przedstawiony w poniższej tabeli.





Tabela 105 Struktura kosztów ZZOZ w latach 2010-2011

L.p.	Wyszczególnienie	2010		2011	
		zł.	%	zł.	%
I.	Przychody ze sprzedaży	19 334 930,15	100,00%	20 621 880,98	100,00%
II.	Koszty działalności operacyjnej	22 044 256,31	114,01%	22 969 880,91	111,39%
1.	Amortyzacja	1 559 604,81	8,07%	1 767 054,38	8,57%
2.	Zużycie materiałów i energii	3 035 450,38	15,70%	3 124 660,50	15,15%
3.	Usługi obce	4 955 355,03	25,63%	5 983 348,30	29,01%
4.	Podatki i opłaty	150 323,38	0,78%	124 598,96	0,60%
5.	Wynagrodzenia	10 463 443,52	54,12%	10 173 361,14	49,33%
6.	Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	1 739 254,11	9,00%	1 656 545,42	8,03%
7.	Pozostałe koszty rodzajowe	140 825,08	0,73%	140 312,21	0,68%
8.	Wartość sprzedanych towarów i materiałów	0,00	0,00%	0,00	0,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków

Udział poszczególnych pozycji kosztowych w przychodach ze sprzedaży w badanym okresie nie wykazywał jednostajnej tendencji. W całym badanym okresie dominującymi pozycjami wśród kosztów działalności operacyjnej są wynagrodzenia oraz usługi obce, co jest w pełni uzasadnione specyfiką działalności Szpitali. Warto odnotować jednak stopniowy spadek udziału kosztów wynagrodzeń w Zespole, który na przestrzeni badanych lat zmniejszył się o około 5 pkt. procentowych i ukształtował się na poziomie 49,33%. Udział usług obcych w kosztach wzrósł o ok. 3,5%. Pozostałe koszty utrzymały zbliżony poziom w latach 2010-2011.





Trzcianka

Syntetyczne zestawienie przychodów, kosztów i wyników działalności Szpitala w badanym okresie prezentuje poniższa tabela:

Tabela 106 Rachunek zysków i strat Szpitala w latach 2010-2011

L.p.	Wyszczególnienie	2010	2011
		zł.	zł.
1.	Przychody ze sprzedaży	25 635 615,16	27 018 034,14
2.	Wartość sprzedanych towarów i materiałów	14 310,07	1 374,01
3.	Wskaźnik marży ((przychody - wartość sprzedanych materiałów i towarów)/ przychody ze sprzedaży))	99,94%	99,99%
4.	Pozostałe koszty działalności operacyjnej	27 287 129,30	28 479 978,82
5.	Wynik na sprzedaży	-1 659 964,09	-1 593 309,62
6.	Wskaźnik marży (wynik na sprzedaży/przychody ze sprzedaży)	-6,48%	-5,90%
7.	Wynik na pozostałej działalności operacyjnej	0,00	0,00
8.	Wynik na operacjach finansowych	138 072,41	50 938,82
9.	Wynik na działalności gospodarczej	-827 314,45	-1 326 236,88
10.	Wskaźnik marży (wynik na działalności gospodarczej)/przychody ze sprzedaży	-3,23%	-4,91%
11.	Wynik nadzwyczajny	0,00	0,00
12.	Wynik brutto	-827 314,45	-1 326 236,88
13.	Wskaźnik marży (wynik brutto/przychody ze sprzedaży)	-3,23%	-4,91%
14.	Obowiązkowe zmniejszenia wyniku	0,00	0,00
15.	Wynik netto	-827 314,45	-1 326 236,88
16.	Wskaźnik marży (wynik netto/przychody ze sprzedaży)	-3,23%	-4,91%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SP w Trzciance

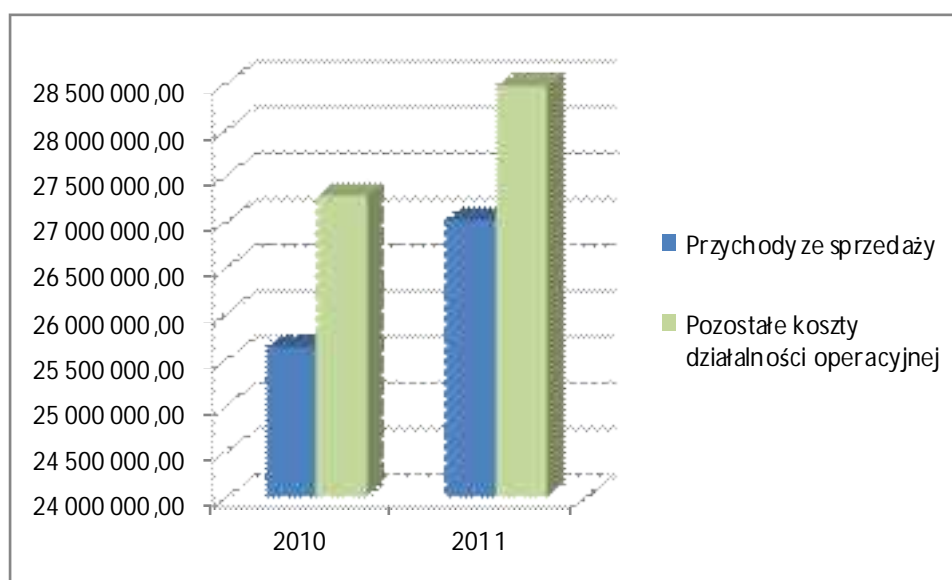




W badanym okresie przychody ze sprzedaży wzrastały proporcjonalnie szybciej od kosztów. Na koniec 2011 roku strata wyniosła ok. 1,3 mln zł.

Wykres poniżej przedstawia kształtowanie się przychodów i kosztów w Szpitalu w latach 2010 – 2011.

Wykres 71 Sytuacja przychodowo – kosztowa Szpitala w latach 2010-2011



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SP w Trzciance

Jak już wspomniano dynamika wzrostu przychodów była wyższa od dynamiki wzrostu kosztów. Na koniec 2011 roku koszty sięgały prawie 28,5 mln zł.

Udział poszczególnych pozycji kosztowych w przychodach ze sprzedaży został przedstawiony w poniższej tabeli.





Tabela 107 Struktura kosztów Szpitala w latach 2010-2011

L.p.	Wyszczególnienie	2010		2011	
		zł.	%	zł.	%
I.	Przychody ze sprzedaży	25 635 615,16	100,00%	27 018 034,14	100,00%
II.	Koszty działalności operacyjnej	27 301 439,37	106,50%	28 481 352,83	105,42%
1.	Amortyzacja	1 803 278,93	7,03%	2 005 588,63	7,42%
2.	Zużycie materiałów i energii	5 666 764,81	22,11%	5 826 157,79	21,56%
3.	Usługi obce	6 981 459,15	27,23%	7 894 179,73	29,22%
4.	Podatki i opłaty	79 664,79	0,31%	62 204,10	0,23%
5.	Wynagrodzenia	10 389 865,16	40,53%	10 188 763,03	37,71%
6.	Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	2 148 102,81	8,38%	2 216 535,56	8,20%
7.	Pozostałe koszty rodzajowe	217 993,65	0,85%	286 549,98	1,06%
8.	Wartość sprzedanych towarów i materiałów	14 310,07	0,06%	1 374,01	0,01%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SP w Trzciance

Udział poszczególnych pozycji kosztowych w przychodach ze sprzedaży w badanym okresie nie wykazywał jednostajnej tendencji. W całym badanym okresie dominującymi pozycjami wśród kosztów działalności operacyjnej są wynagrodzenia oraz usługi obce, co jest w pełni uzasadnione specyfiką działalności Szpitali. Warto odnotować jednak stopniowy spadek udziału kosztów wynagrodzeń w Szpitalu, który na przestrzeni badanych lat zmniejszył się o około 3 pkt. procentowych i ukształtował się na poziomie 37,71%. Udział usług obcych w kosztach wzrósł o 2%. Pozostałe koszty utrzymały zbliżony poziom w latach 2010-2011.





7.3.3 Ocena wskaźników charakteryzujących sytuację finansowo – majątkową

Czarnków

Wskaźniki zadłużenia – struktura finansowania działalności

Wskaźniki struktury finansowania pozwalają na określenie udziału długu w finansowaniu aktywów oraz na zbadanie relacji między wielkością zysku i zobowiązaniami.

Tabela 108 Wskaźniki struktury finansowania działalności w latach 2010-2011

L. p.	Nazwa wskaźnika	Formuła obliczeniowa	2010	2011
1	2	3	4	5
1	Wskaźnik zadłużenia	kapitały obce/ kapitał ogółem	41,18%	56,15%
2	Wskaźnik pokrycia aktywów	kapitał własny / suma aktywów	58,82%	43,85%
3	Trwałość struktury finansowania	(kapitał własny + rezerwy + z zobowiązania długoterminowe) / kapitał ogółem	101,80%	101,82%
4.	Wskaźnik pokrycia majątku trwałego kapitałem własnym	kapitał własny/majątku trwałego	63,79%	50,48%
5.	Wskaźnik pokrycia majątku obrotowego kapitałem krótkoterminowym	kapitał krótkoterminowy/majątek obrotowy	45,18%	138,25%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków

Wskaźnik zadłużenia oscylował w granicy 50%. Na koniec 2011 roku jego wartość była o 15% wyższa niż w roku poprzedzającym.

Wskaźnik pokrycia aktywów w analizowanym okresie zmniejszył swoją wartość, na koniec 2010 r. ukształtował się na poziomie 58,82%, natomiast według stanu na koniec 2011 r. jego wartość spadła i wyniosła 43,85%.





Wskaźniki rentowności

Wskaźniki rentowności (opłacalności działalności) służą do oceny zyskowności sprzedaży, majątku, kapitałów własnych, a także stopnia opłacalności wykorzystania obcych kapitałów.

Tabela 109 Wskaźniki rentowności w latach 2010-2011

L.p.	Nazwa wskaźnika	Formuła obliczeniowa	2010	2011
1	2	3	4	5
1.	Rentowność operacyjna sprzedaży	wynik na sprzedaży / sprzedaż ogółem	-14,01%	-11,39%
2.	Rentowność sprzedaży brutto	zysk brutto / sprzedaż ogółem	-12,26%	-9,44%
3.	Rentowność sprzedaży netto	zysk netto / sprzedaż ogółem	-12,26%	-9,44%
4.	Rentowność majątku (ROA) *	zysk netto / aktywa ogółem	-11,39%	-9,32%
5.	Rentowność kapitału własnego (ROE) **	zysk netto / kapitał własny	-19,36%	-21,25%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków

W analizowanym okresie Zespół wykazał ujemny wskaźnik rentowności na podstawowej działalności gospodarczej. Poziom wskaźnika uległ jednak niewielkiej poprawie i na koniec 2011 roku wyniósł -11,39%.

Rentowność aktywów (ROA) informuje, ile zysku generuje jedna złotówka zainwestowana lub pozyskana w formie kredytu. W 2010 r. wskaźnik ten ukształtował się na poziomie -11,39%, zaś na koniec 2011 r. osiągnął wartość -9,32%.

Analizując sytuację ZZOZ Czarnków można stwierdzić, iż działalność charakteryzuje się ujemną rentownością majątkową i kapitałową.





Efektywność gospodarowania majątkiem

Wskaźniki te ukazują stopień efektywności wykorzystania przez Zespół posiadanych zasobów.

Tabela 110 Wskaźniki efektywności gospodarowania majątkiem obrotowym w latach 2010-2011

L.p.	Nazwa wskaźnika	Formuła obliczeniowa	2010	2011
1	2	3	4	5
1.	Wskaźnik rotacji zapasów (do kosztów operacyjnych w dniach)	okres obrachunk. w dniach x (stan zapasów / koszty działalności operacyjnej)	3	3
2.	Wskaźnik rotacji należności z tytułu dostaw i usług (w dniach)	okres obrachunk. w dniach x stan należności z tyt. dostaw / sprzedaż ogółem	19	34
2	Wskaźnik rotacji zobowiązań z tyt. dostaw i usług (w dniach)	okres obrachunk. w dniach x stan zobowiązań z tyt. dostaw i usług / wartość sprzedanych towarów i materiałów+koszty wytworzenia sprzedanych produktów	12	44

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków

Średni okres przechowywania zapasów wyniósł 3 dni w 2010 r. i pozostał na stałym poziomie do końca roku 2011. Swoją wartość zwiększyły pozostałe wskaźniki rotacji – wartość wskaźnika rotacji należności, która w 2010 r. wyniosła 19 dni, zbliżyła się do poziomu 34 dni, z kolei wartość wskaźnika rotacji zobowiązań zwiększyła się z 12 dni do 44 dni na koniec 2011 roku.

W 2011 r. wartość wskaźnika rotacji zobowiązań przewyższała wartość wskaźnika rotacji należności, co jest sytuacją korzystną, ponieważ Zespół w wyniku szybszego uzyskiwania swych należności ma możliwość obracania środkami finansowymi i terminowej spłaty posiadanych zobowiązań.

Wskaźniki płynności

Wskaźniki te dają informację, czy dany podmiot ma problemy z regulacją bieżących zobowiązań.

Tabela 111 Wskaźniki płynności finansowej za lata 2010-2011

L.p.	Nazwa wskaźnika	Formuła obliczeniowa	2010	2011
1	2	3	4	5
1	Wskaźnik płynności bieżącej	aktywa obrotowe ogółem / zobowiązania krótkoterminowe	0,55	0,47
2.	Wskaźnik płynności szybkiej	aktywa obrotowe ogółem - zapasy / zobowiązania krótkoterminowe	0,50	0,44
3.	Wskaźnik płynności gotówki	środki pieniężne i inne aktywa pieniężne / zobowiązania krótkoterminowe	0,16	0,11

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZZOZ Czarnków





W badanym okresie wartości wskaźnika płynności bieżącej utrzymywały się na zbliżonym poziomie, oscylując w granicy 0,5. Oznacza to, iż wartość bieżących zobowiązań przewyższała wartość majątku Zespołu 2-krotnie.

Wskaźnik płynności szybkiej również utrzymywał zbliżony poziom i wyniósł na koniec 2011 r. – 0,44 (wielkość pożądana tego wskaźnika 0,9 – 1,0). Na przestrzeni badanego okresu wartości wskaźnika kształtowały się więc poniżej granic pożądanego poziomu.

Wskaźnik płynności gotówki w 2011 roku nieznacznie zmalał w porównaniu do 2010 roku, nie przekraczając wielkości pożądaney (0,2). Relatywnie niski poziom środków pieniężnych ZZOZ Czarnków nie minimalizuje więc ryzyko nieterminowości wywiązywania się przez Zespół z posiadanych zobowiązań.





Trzcianka

Wskaźniki zadłużenia – struktura finansowania działalności

Wskaźniki struktury finansowania pozwalają na określenie udziału długu w finansowaniu aktywów oraz na zbadanie relacji między wielkością zysku i zobowiązaniami.

Tabela 112 Wskaźniki struktury finansowania działalności w latach 2010-2011

L. p.	Nazwa wskaźnika	Formuła obliczeniowa	2010	2011
1	2	3	4	5
1	Wskaźnik zadłużenia	kapitały obce/ kapitał ogółem	36,28%	33,57%
2	Wskaźnik pokrycia aktywów	kapitał własny / suma aktywów	63,72%	66,43%
3	Trwałość struktury finansowania	(kapitał własny + rezerwy + zobowiązania długoterminowe) / kapitał ogółem	74,79%	78,12%
4.	Wskaźnik pokrycia majątku trwałego kapitałem własnym	kapitał własny/majątku trwałego	101,46%	99,82%
5.	Wskaźnik pokrycia majątku obrotowego kapitałem krótkoterminowym	kapitał krótkoterminowy/majątek obrotowy	62,36%	51,85%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SP w Trzciance

Wskaźnik zadłużenia wynosił ok. 35% i na koniec roku 2011 był niższy niż w roku wcześniejszym o ok. 3%.

Wskaźnik pokrycia aktywów w analizowanym okresie wzrastał, na koniec 2010 r. ukształtował się na poziomie 63,72%, natomiast według stanu na koniec 2011 r. jego wartość wyniosła 66,43%.





Wskaźniki rentowności

Wskaźniki rentowności (opłacalności działalności) służą do oceny zyskowności sprzedaży, majątku, kapitałów własnych, a także stopnia opłacalności wykorzystania obcych kapitałów.

Tabela 113 Wskaźniki rentowności Szpitala w latach 2010-2011

L.p.	Nazwa wskaźnika	Formuła obliczeniowa	2010	2011
1	2	3	4	5
1.	Rentowność operacyjna sprzedaży	wynik na sprzedaży / sprzedaż ogółem	-6,48%	-5,90%
2.	Rentowność sprzedaży brutto	zysk brutto / sprzedaż ogółem	-3,23%	-4,91%
3.	Rentowność sprzedaży netto	zysk netto / sprzedaż ogółem	-3,23%	-4,91%
4.	Rentowność majątku (ROA) *	zysk netto / aktywa ogółem	-4,17%	-7,76%
5.	Rentowność kapitału własnego (ROE) **	zysk netto / kapitał własny	-6,54%	-11,68%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SP w Trzciance

W analizowanym okresie Szpital wykazał ujemny wskaźnik rentowności na podstawowej działalności gospodarczej. Poziom wskaźnika uległ poprawie i na koniec 2011 roku wyniósł -5,90%.

Rentowność aktywów (ROA) informuje, ile zysku generuje jedna złotówka zainwestowana lub pozyskana w formie kredytu. W 2010 r. wskaźnik ten ukształtował się na poziomie -4,17%, zaś na koniec 2011 r. osiągnął wartość -7,76%.

Analizując sytuację SP w Trzciance można stwierdzić, iż działalność charakteryzuje się ujemną rentownością majątkową i kapitałową.





Efektywność gospodarowania majątkiem

Wskaźniki te ukazują stopień efektywności wykorzystania przez Szpital posiadanych zasobów.

Tabela 114 Wskaźniki efektywności gospodarowania majątkiem obrotowym w latach 2010-2011

L.p.	Nazwa wskaźnika	Formuła obliczeniowa	2010	2011
1	2	3	4	5
1.	Wskaźnik rotacji zapasów (do kosztów operacyjnych w dniach)	okres obrachunk. w dniach x (stan zapasów / koszty działalności operacyjnej)	3	4
2.	Wskaźnik rotacji należności z tytułu dostaw i usług (w dniach)	okres obrachunk. w dniach x stan należności z tyt. dostaw / sprzedaż ogółem	31	30
2	Wskaźnik rotacji zobowiązań z tyt. dostaw i usług (w dniach)	okres obrachunk. w dniach x stan zobowiązań z tyt. dostaw i usług / wartość sprzedanych towarów i materiałów+koszty wytworzenia sprzedanych produktów	35	13

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SP w Trzciance

Średni okres przechowywania zapasów wyniósł 3 dni w 2010 r. i wzrósł o jeden dzień wg stanu na koniec roku 2011. Swoją wartość zmniejszyły pozostałe wskaźniki rotacji – wartość wskaźnika rotacji należności, która w 2010 r. wyniosła 31 dni, zbliżyła się do poziomu 30 dni, z kolei wartość wskaźnika rotacji zobowiązań zmalała z 35 dni do 13 dni na koniec 2011 roku.

W 2011 roku wartość wskaźnika rotacji należności przewyższała wartość wskaźnika rotacji zobowiązań, co nie jest sytuacją korzystną, ponieważ Szpital w wyniku wolniejszego uzyskiwania swych należności nie zawsze ma możliwość obracania środkami finansowymi i terminowej spłaty posiadanych zobowiązań.

Wskaźniki płynności

Wskaźniki te dają informację, czy dany podmiot ma problemy z regulacją bieżących zobowiązań.

Tabela 115 Wskaźniki płynności finansowej za lata 2010-2011

L.p.	Nazwa wskaźnika	Formuła obliczeniowa	2010	2011
1	2	3	4	5
1	Wskaźnik płynności bieżącej	aktywa obrotowe ogółem / zobowiązania krótkoterminowe	1,61	1,74
2.	Wskaźnik płynności szybkiej	aktywa obrotowe ogółem - zapasy / zobowiązania krótkoterminowe	1,56	1,64
3.	Wskaźnik płynności gotówki	środki pieniężne i inne aktywa pieniężne / zobowiązania krótkoterminowe	1,06	0,94

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SP w Trzciance





W badanym okresie wartości wskaźnika płynności bieżącej utrzymywały się na zbliżonym poziomie, oscylując w granicy 1,6-1,7. Oznacza to, iż wartość majątku Szpitala przewyższała wartość bieżących zobowiązań prawie dwukrotnie.

Wskaźnik płynności szybkiej również utrzymywał zbliżony poziom i wyniósł na koniec 2011 r. – 1,64 (wielkość pożądana tego wskaźnika 0,9 – 1,0). Na przestrzeni badanego okresu wartości wskaźnika kształtowały się więc powyżej granic pożądanego poziomu.

Wskaźnik płynności gotówki w 2011 roku nieznacznie zmalał w porównaniu do 2010 roku, każdorazowo jednak przekraczając wielkość pożądaną (0,2). Relatywnie wysoki poziom środków pieniężnych SP w Trzciance minimalizuje ryzyko nieterminowości wywiązywania się przez Szpital z posiadanych zobowiązań. Z drugiej strony osiągnięte przez wskaźnik wartości są na optymalnym poziomie a więc nie są także zbyt wysokie co nie spowoduje wystąpienia zjawiska nadpłynności.





7.3.4 Podsumowanie i wnioski

Na podstawie przeprowadzonej oceny sytuacji finansowej Szpitali w latach 2010 - 2011 można zaobserwować:

- Obie jednostki w latach 2010-2011 zanotowały straty. W ZZOZ Czarnków wyniosła ona 1,9mln zł, w SP w Trzciance 1,3mln zł. W przypadku Szpitala w Czarnkowie strata na koniec 2011r. była mniejsza niż rok wcześniej, w analogicznym okresie w Szpitalu w Trzciance – większa.
- W obu Szpitalach dynamika wzrostu przychodów ze sprzedaży była większa niż kosztów;
- W SP w Trzciance, aktywa trwale znajdowały pełne pokrycie w kapitałach stałych. W ZZOZ Czarnków ta zależność nie została spełniona.
- Zbliżony poziom głównych pozycji kosztowych w obu Szpitalach (z malejącym udziałem wynagrodzeń i rosnącym udziałem usług obcych). Udział wynagrodzeń w kosztach był o 10% wyższy w ZZOZ Czarnków;
- Rosnący wskaźnik zadłużenia w ZZOZ Czarnków (56,15%) i malejący w SP w Trzciance (33,57%);
- Ujemne wskaźniki rentowności obu Jednostek;
- Pozytywne tendencje zmian wskaźników efektywności gospodarowania majątkiem obrotowym w ZZOZ Czarnków oraz niekorzystne zmiany w SP w Trzciance;
- Pożądane wskaźniki płynności finansowej w SP w Trzciance i wartości wskaźnika poniżej optymalnego poziomu w ZZOZ Czarnków.





8. Promocja Zdrowia i Programy Profilaktyczno-Lecznicze

Niemal od początku istnienia samorządu powiatowego, w powiecie czarnkowsko – trzcianeckim dużą wagę przywiązuje się do kwestii związanych z szeroko pojętą promocją zdrowia. Na przestrzeni lat 2000 – 2010 na terenie powiatu realizowane były różne programy, początkowo profilaktyczno – lecznicze, z czasem nakierunkowane raczej na zagadnienie promocji zdrowia. W latach 2000 – 2002 funkcjonował „Powiatowy program promocji zdrowia”, który swym zasięgiem obejmował takie zagadnienia jak poprawa stylu odżywiania społeczeństwa, zwiększenie aktywności ruchowej społeczeństwa, zwalczanie nałogów, walka ze stresem, a także profilaktyka nowotworów złośliwych. Organizowano wyjazdy do Piły na badania profilaktyczne – mammografia oraz badanie prostaty. W roku 2001 na terenie powiatu rozpoczęto „Program identyfikacji osób z grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe”, który z powodzeniem funkcjonował jeszcze przez wiele lat, przynosząc bardzo wymierne efekty. W latach 2000 – 2003 nie brakowało również różnego rodzaju imprez i akcji rekreacyjno – wypoczynkowych, mających na celu zachęcenie, zwłaszcza najmłodszych mieszkańców powiatu do udziału w prozdrowotnych formach spędzania wolnego czasu, poprzez sport i zabawę. Już wówczas w zakresie promocji zdrowia powiat współpracował z różnymi instytucjami, m. in. Komendą Powiatową Policji („Prewencja na wesoło”) czy też z gminnymi i miejskimi Komisjami Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

W roku 2003 na terenie powiatu realizowano aż siedem programów profilaktyczno – leczniczych. Wynikało to z rozbitcia funkcjonującego wcześniej „Powiatowego programu promocji zdrowia” na poszczególne zagadnienia tematyczne. W późniejszych latach jednak treści te ponownie zostały skondensowane, najpierw do pięciu, a następnie do dwóch, obszerniejszych programów.

Lata 2004 – 2007 to okres, w którym realizowano pięć programów profilaktyczno – leczniczych, formuła ta doskonale spełniała swoją rolę i trafiała w potrzeby mieszkańców powiatu czarnkowsko – trzcianeckiego. W marcu 2005 roku „Program identyfikacji osób z grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe” został doceniony przez kapitułę konkursu, organizowanego przez Ligę Inicjatyw Powiatowych i został zakwalifikowany do półfinału krajowego. Na uwagę zasługuje fakt, że na konkurs wpłynęło 227 zgłoszeń, a „Program identyfikacji.....” znalazł się wśród półfinalistów. Uroczyste wręczenie dyplomów odbyło się 12 lipca 2005r. W imieniu Powiatu Czarnkowsko – Trzcianeckiego dyplom z rąk prof. Jerzego Regulskiego odebrał Starosta Wiesław Maszewski.

Poza tematyką onkologiczną, programy profilaktyczno – lecznicze obejmowały swym zakresem także kwestie poprawy żywienia ludności czy skutecznej walki z uzależnieniami. Nie brakowało zatem wszelkiego rodzaju pogadanek, prelekcji oraz wykładów prowadzonych zarówno w szkołach, jak i podczas tzw. Mitingów, podczas których mieszkańcy mieli możliwość bezpłatnego pomiaru cholesterolu oraz cukru we krwi. Każdego roku w lokalnych gazetach pojawiał się dodatek w formie poradnika, opracowany przez pracowników Biura Promocji i Ochrony Zdrowia Starostwa Powiatowego, na potrzeby realizacji programów.





Dzięki współpracy z Komendą Powiatową Policji na terenie powiatu czarnkowsko – trzcianeckiego realizowano także „Program zmniejszenia liczby i skutków wypadków drogowych”, w ramach którego organizowano liczne konkursy i turnieje, związane z bezpieczeństwem w ruchu drogowym.

W zakresie przeciwdziałania narkomanii, na terenie powiatu czarnkowsko – trzcianeckiego, podejmowano szereg działań . W latach 2003 – 2004 program realizowany był w szkołach głównie w formie konkursów i akcji.

W roku 2005 zorganizowano dużą kampanię antynarkotykową pod hasłem „Blżej sportu – dalej od narkotyków” Dzięki współpracy z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii w Warszawie pozyskano materiały edukacyjne, które zostały wykorzystane w spotkaniach z rodzicami. W szkołach z terenu powiatu ogłoszono konkurs plastyczny holdujący idei całej kampanii. Ponadto odbyły się dwa turnieje sportowe, a także podsumowująca konferencja.

W kolejnych latach kontynuowana była idea propagowania sportu jako alternatywnego sposobu spędzania wolnego czasu i walki z używkami i co roku organizowane były turnieje sportowe.

W roku 2006 uruchomione zostały dwa punkty konsultacyjno – informacyjne (w Czarnkowie i Trzciance), w których osoby borykające się z problemem uzależnienia od substancji psychoaktywnych mogą nieodpłatnie uzyskać pomoc czy poradę.

W roku 2008 nastąpiła kolejna zmiana formuły realizacji programów profilaktyczno – leczniczych. Działania z poprzednich lat zostały skondensowane w dwa programy: „Program profilaktyki zdrowotnej w powiecie czarnkowsko – trzcianeckim” oraz „Program przeciwdziałania narkomanii w powiecie czarnkowsko – trzcianeckim”. Mimo zmiany formy nadal realizowane były przedsięwzięcia zapoczątkowane w latach poprzednich. Nowością w roku 2008 było włączenie się powiatu w organizację Powiatowego Turnieju Szkół Promujących Zdrowie.

W ramach propagowania właściwych zachowań zdrowotnych w zakresie rezygnacji z wszelkiego rodzaju używek, w tym papierosów, zorganizowano zajęcia dla przyszłych mam. Zajęcia prowadzone były w Poradniach K i miały na celu uświadomienie kobietom destrukcyjnego wpływu dymu papierosowego na ich nienarodzone dzieci. W roku 2008 przeprowadzono akcję „Ratujemy i uczymy ratować”, w ramach której instruktorzy przeszkolili 30 nauczycieli ze szkół podstawowych. Zorganizowano szkolenia dla wszystkich pracowników Starostwa Powiatowego. W ramach promowania właściwych postaw i sposobów walki z nowotworami w roku 2008 zorganizowano szkolenia z zakresu profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy.

W roku 2009 programy realizowane były w formie z roku poprzedniego. Nowością w roku 2009 było ogłoszenie konkursu ofert na realizację szkolnego programu promocji zdrowia, dzięki któremu powiat sfinansował pięć najciekawszych inicjatyw, które napłynęły ze szkół. Kontynuowane były działania z lat poprzednich olimpiady wiedzy o HIV/AIDS, i obchody Światowego Dnia Walki z AIDS.

W latach 2009-2011 zrealizowano projekt „Poprawa zdrowotności mieszkańców powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego” w ramach Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego były programy promocji zdrowia i profilaktyki. Realizowane działania dotyczyły





zagadnień związanych z programem żywieniowym, programem wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych oraz programem ograniczenia palenia. W ramach materiałów i działań promocyjnych wykorzystano tablice informacyjne, plansze, potykaçce, rollup-y, plakaty ulotki, wizytówki, reklamy i bannery. Odbłyły się akcje promocyjne oraz badania w zakładach pracy. Łącznie w ramach wszystkich programów przebadano blisko 10 tysięcy osób.

W roku 2010 zadania przewidziane do realizacji zarówno w zakresie ogólnie pojętej promocji zdrowia, jak i przeciwdziałania narkomanii, ujęte zostały w jednym „Programie promocji zdrowia w powiecie czarnkowsko – trzcianeckim”. W I półroczu br. Zrealizowano wiele przedsięwzięć, będących kontynuacją działań z lat poprzednich ale pojawiły się elementy zupełnie nowe. Nowością w tym roku było zorganizowanie konkursu na fraszki, aforyzmy, rymowanki dotyczące zdrowia dla uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. Ciekawą i cieszącą się dużym zainteresowaniem wśród szkół inicjatywą było zorganizowanie tygodnia walki ze stresem pod nazwą „Wolni od stresu” dla szkół ponadgimnazjalnych.

Realizacja głównych celów i zamierzeń „Program Promocji Zdrowia w Powiecie Czarnkowsko – Trzcianeckim” przebiega w dwojakiem tematyce:

- Promocja Zdrowia
- Przeciwdziałanie Uzależnieniom

Programy opracowywane są co roku i dostosowywane do najpilniejszych na dany moment celów. W poniższej tabeli zaprezentowano skład programów promocji zdrowia na rok 2012.

Tabela 116 Promocja Zdrowia – Działania

Działanie	Opis
Aktywizowanie młodzieży i pracowników szkół do działań w zakresie promowania zdrowego stylu życia.	W ramach realizacji tego celu zaplanowano szereg działań poszerzających obszar jego realizacji na różne dziedziny życia społeczności szkolnej w kontekście szeroko pojętej promocji zdrowia.
Doskonalenie umiejętności udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej.	W ramach realizacji tego zadania odbędzie się „Powiatowy Turniej Młodzieżowych Drużyn Pierwszej Pomocy Przedmedycznej”.
Krzewienie idei krwiodawstwa wśród uczniów szkół z terenu Powiatu Czarnkowsko – Trzcianeckiego.	Podsumowanie działalności szkolnych kółek honorowego krwiodawstwa, kampania informacyjno –





	promocyjną zachęcającą do oddawania krwi.
Podnoszenie świadomości dziewcząt w zakresie zachorowań na raka piersi	Wydział Promocji, Ochrony Zdrowia i Spraw Społecznych dysponuje modelem do nauki samobadania piersi, który wypożyczany jest szkołom, chcącym przeprowadzać zajęcia edukacyjne w tym zakresie.
Podnoszenie świadomości społeczności w zakresie zachorowań na raka jelita grubego	Wydział Promocji, Ochrony Zdrowia i Spraw Społecznych oraz uczennice Liceum Ogólnokształcącego zorganizują dla społeczności powiatu, spotkanie z lekarzem oraz koncert w związku z rozpowszechnianiem wiedzy na temat raka jelita grubego
Promowanie zdrowego stylu życia poprzez materiały edukacyjno – informacyjne, gadżety.	Zakup i przygotowanie wspomnianych materiałów, niezbędnych do przeprowadzenia szeregu zadań i akcji. Kształt i forma zakupionych bądź zamówionych materiałów zostanie określone w ciągu roku i odzwierciedlać będzie potrzeby wynikające z realizacji zadań.

źródło: opracowanie własne na podstawie materiałów Starostwa Powiatowego w Czarnkowie

Przeciwdziałanie uzależnieniom to zadanie realizowane w trzech dziedzinach - profilaktyki, leczenia, rehabilitacji i ograniczania szkód zdrowotnych oraz badań, monitoringu i ewaluacji.

Profilaktyka uzależnień w Powiecie Czarnkowsko – Trzcianeckim prowadzona jest głównie w szkołach podlegających pod powiat. U podstaw skuteczności proponowanych działań jest przede wszystkim współpraca z nauczycielami i pedagogami szkolnymi.

Do celów realizowanych w ramach tego działania można zaliczyć:

- Podnoszenie poziomu wiedzy o szkodliwości przyjmowania substancji psychoaktywnych;
- Przeciwdziałanie inicjacji narkotykowej;
- Lokalne diagnozowanie problemu rozpowszechniania nadużywalności i inicjacji narkotykowej z wykorzystaniem narzędzi badawczych;
- Doskonalenie programów profilaktycznych;
- Zwiększenie skuteczności i dostępności terapeutycznej, psychologicznej czy prawnej dla osób i rodzin z problemem nadużywalności czy uzależnienia;





- Wspieranie działań placówek oświatowo – wychowawczych, organizacji i stowarzyszeń podejmujących działania służące rozwiązywaniu problemów narkomanii.

Poniższa tabela przedstawia działania umożliwiające ich realizację w obecnym roku.

Tabela 117 Przeciwdziałanie uzależnieniom – Działania

Działanie	Opis
Działalność konsultacyjno – infomacyjna”.	W Trzciance funkcjonować będzie punkt konsultacyjno – infomacyjny, w którym osoby, których w jakikolwiek sposób dotyczy problem uzależnień będą mogły uzyskać odpowiednią pomoc terapeuty i konsultacji.
Zwiększenie skuteczności w zapobieganiu zakażeniom wirusem HIV i podnoszenie świadomości na temat HIV/ AIDS	Działania podejmowane w ramach realizacji tego celu podobnie jak w latach ubiegłych opierać się będą na współpracy Wydziału Promocji, Ochrony Zdrowia i Spraw Społecznych z Zespołem Szkół Leśnych w Goraju. Zorganizowana zostanie „Olimpiada wiedzy o HIV/AIDS”, adresowana do uczniów szkół ponadgimnazjalnych.
Zwiększenie aktywności fizycznej młodzieży oraz propagowanie zdrowego stylu życia bez nałogów.	„Turniej sportowy” dla drużyn ze szkół ponadgimnazjalnych z terenu Powiatu Czarnkowsko – Trzcianeckiego, organizacja zmagani sportowych oraz prelekcja o szkodliwości przyjmowania substancji psychoaktywnych dla szkół z Krzyża Wlkp.
Działania przeciw uzależnieniom	W ramach realizacji tej tematyki z odbędą się warsztaty profilaktyczne z elementami teatru, które będą skierowane dla uczennic z Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapeutycznego w Białej. Intencją programu będzie rozbudzenie w uczestnikach świadomości własnej podmiotowości oraz wyrobienie przekonania, że mogą świadomie kształtować własną przyszłość. Ponadto przez cały rok prowadzona będzie szeroko pojęta działalność informacyjno – medialna, mająca na celu propagowanie idei związanych z działalnością na rzecz przeciwdziałania narkomanii.

źródło: opracowanie własne na podstawie materiałów Starostwa Powiatowego w Czarnkowie

Na realizację Programu Promocji Zdrowia w budżecie Powiatu łącznie zarezerwowano kwotę w wysokości 37.000,00 zł





9. Założenia strategii rozwoju ochrony zdrowia powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego

Przy opracowaniu założeń strategicznych powiatu w zakresie ochrony zdrowia wzięto po uwagę wnioski wynikające z przeprowadzonych analiz makro i mikroekonomicznych, konkluzje z wywiadów przeprowadzonych z dyrekcjami Szpitali, kierownikami poszczególnych jednostek organizacyjnych, a także związków zawodowych, nie uwzględnia ona opinii Narodowego Funduszu Zdrowia (odmówiono spotkania w temacie opracowania strategii), a także Urzędu Marszałkowskiego (brak odpowiedzi na kilkakrotne propozycje spotkań). Uwzględniono w strategii założenia programowe i zalecenia z dokumentów programowych, opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia i Wielkopolski Urząd Wojewódzki, uwzględniono także uwarunkowania prawne i wymogi dotyczące funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Katalog przyjętych założeń strategicznych nie jest katalogiem zamkniętym, nie wyczerpuje wszystkich potencjalnych możliwości realizacji. Został opracowany na podstawie dostarczonych dokumentów i analiz, z uwzględnieniem możliwych do przewidzenia zmian.

Przy opracowaniu założeń strategicznych jako cel priorytetowy uznano statutowe obowiązki wynikające z działalności podmiotów wykonujących działalność leczniczą, a także uwarunkowania i ograniczenia wynikające z otoczenia formalno-prawnego tychże podmiotów. Tym samym cel efektywności ekonomicznej nie był celem głównym, a jednym z priorytetowych działań celowych przy formułowaniu założeń strategicznych dla powiatu.

Założenia strategii rozwoju ochrony zdrowia powiatu zostały opracowane pod kierunkiem następujących dokumentów, wpisując się w ich założenia:

1. Strategia rozwoju kraju 2007-2015 opracowany przez Ministerstwo Rozwoju Regionalnego,
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 opracowany przez Ministerstwo Zdrowia,
3. Strategia rozwoju województwa wielkopolskiego do 2020 roku opracowany przez Sejmik Województwa Wielkopolskiego,
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.)
5. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, który będzie realizowany w latach 2011-2015
6. Regionalny program ochrony zdrowia psychicznego województwa wielkopolskiego na lata 2011 – 2015 przyjęty przez Samorząd Województwa Wielkopolskiego





7. Strategia rozwoju powiatu czarnkowsko – trzcianeckiego na lata 2011 -2020
8. Program Strategii Służby Zdrowia Powiatu Czarnkowsko-Trzcianeckiego z roku 2000 – wykonanie,
9. Statuty SP ZOZ-ów.

Strategia rozwoju ochrony zdrowia powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego została opracowana w odniesieniu do trzech płaszczyzn:

1. Wymogów formalno-prawnych wynikających z funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą – dostosowania do wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia,
2. Dostosowania do programów zdrowotnych opracowanych na szczeblu centralnym i wojewódzkim, w tym wykonanie narzuconych na organy samorządowe zadań i obowiązków, promocji zdrowia,
3. Powiatu i podmiotów wykonujących działalność leczniczą jako wspólne zadanie, współpracę i wspólny cel. Uzupełnienia świadczeń medycznych, które nie są w powiecie oferowane.

9.1 Założenia wynikające z wymogów formalno-prawnych funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą

ZADANIA I KOMPETENCJE POWIATU W ZAKRESIE OCHRONY ZDROWIA

Zakres działania i zadania powiatu określa ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz.U.01.142.1592 z późn. zm.). Zgodnie z art.4, ust.1, pkt.2 tej ustawy powiat wykonuje określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Szczegółowy zakres kompetencji powiatu w obszarze ochrony zdrowia określają jednak inne ustawy, odnoszące się m.in. do takich zagadnień jak przeciwdziałanie alkoholizmowi, narkomanii, zwalczanie zagrożeń epidemiologicznych, zapewnienie dostępu do opieki ambulatoryjnej.

Jednostka samorządu terytorialnego nie może ponieść wydatku bez przewidzianych w przepisach prawa tytułów wydatków. Przepisami, które regulują zasady dokonywania wydatków dotyczących finansowania lub dofinansowania podmiotów leczniczych są ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.) oraz ustawa z dnia 20 października 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 191, poz. 1410 z późn.zm.).

POWIAT JAKO WŁAŚCICIEL SP ZOZ

Wraz z wprowadzeniem w 1999 roku reformy ochrony zdrowia oraz nowego podziału administracyjnego kraju powiat stał się organem założycielskim dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Kompetencje i obowiązki powiatu jako organu założycielskiego dla SP





ZOZ obecnie określa ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.) oraz wydane na jej podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia.

ZADANIA ZWIĄZANE Z REHABILITACJĄ ZAWODOWĄ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Do zadań powiatu należą także niektóre sprawy z zakresu rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych, do zadań powiatu należy dofinansowanie:

- uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych oraz
- zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów.

Zasady dofinansowania określa wymienione rozporządzenie.

POZOSTAŁE ZADANIA POWIATU:

- wystawianie skierowań do zakładu opiekuńczo-leczniczego i do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego,
- tworzenie powiatowego planu zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych,
- organizowanie i zapewnienie usług w odpowiednim standardzie w domach pomocy społecznej,
- udział w realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień, w tym w szczególności dzieci i młodzieży
- realizacja zadań z zakresu inspekcji sanitarnej,
- ustalanie rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych,
- obowiązek zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej, socjalnej i prawnej
- Powiat realizuje także zadania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej w ramach programów polityki zdrowotnej.

9.1.1 Charakterystyka wymogów jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – zapisy Rozporządzenia MZ

Poniżej zaprezentowano streszczenie zapisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia





podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.) w odniesieniu do jednostek organizacyjnych występujących w obu Szpitalach.

Wymagania ogólnoprzestrzenne

- Pomieszczenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą lokalizuje się w samodzielnym budynku albo w zespole budynków
- Dopuszcza się lokalizowanie pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą w budynku o innym przeznaczeniu, pod warunkiem całkowitego wyodrębnienia
 - pomieszczeń szpitala lub innego niż szpital przedsiębiorstwa, w którym są udzielane stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne - od pomieszczeń budynku wykorzystywanych do innych celów;
 - ambulatorium, szpitala jednodniowego lub miejsca stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego – od innych pomieszczeń budynku wykorzystywanych do innych celów, z wyłączeniem węzłów komunikacji pionowej i poziomej w tym budynku, wspólnych dla wszystkich użytkowników, niebędących komunikacją wewnętrzną tego przedsiębiorstwa.
- Dopuszcza się lokalizowanie pomieszczenia, w którym jest wykonywana praktyka zawodowa w lokalu mieszkalnym, pod warunkiem zapewnienia wyodrębnienia tego pomieszczenia od pomieszczeń innych użytkowników lokalu.
- Pokoje chorych nie powinny znajdować się poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku.
- Dopuszcza się lokalizowanie poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku pomieszczeń, o charakterze diagnostycznym, terapeutycznym, magazynowym i o funkcjach pomocniczych, przeznaczonych na pobyt ludzi, pod warunkiem uzyskania zgody właściwego państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego.
- Zespoły pomieszczeń stanowiących oddziały łóżkowe szpitala, z wyjątkiem pomieszczeń administracyjnych i socjalnych, nie mogą być przechodnie.
- Kształt i powierzchnia pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą umożliwiają prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie.
- W budynkach szpitala nie mogą być stosowane zsypy.

Wymagania dla niektórych pomieszczeń i urządzeń

- Łóżka w pokojach łóżkowych są dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.
- Odstępy między łózkami umożliwiają swobodny dostęp do pacjentów.





- Szerokość pokoju łóżkowego umożliwia wyprowadzenie łóżka.
- Izolatka w szpitalu składa się z:
 - pomieszczenia pobytu pacjenta;
 - pomieszczenia higieniczno-sanitarnego, dostępnego z pomieszczenia pobytu pacjenta, wyposażonego w:
 - umywalkę z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią i dodatkowo w dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamiany bez kontaktu z dłonią, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki,
 - natrysk, z wyłączeniem izolátky w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii,
 - płuczkę-dezynfektor basenów i kaczek - w przypadku stosowania basenów i kaczek wielorazowego użytku,
 - urządzenie do dekontaminacji oraz do utylizacji wkładów jednorazowych wraz z zawartością, które powinno być zainstalowane w sposób eliminujący zagrożenia dla pacjentów - w przypadku stosowania basenów i kaczek jednorazowych;
 - śluza umywalkowo-fartuchowej pomiędzy pomieszczeniem pobytu pacjenta a ogólna droga komunikacyjna.
- Przepisu nie stosuje w przypadku przeprowadzania dekontaminacji w urządzeniu znajdującym się w innym pomieszczeniu zlokalizowanym na terenie oddziału, pod warunkiem transportu w szczelnych pojemnikach.
- Izolatka powinna być wyposażona w wentylację wymuszona działająca na zasadzie podciśnienia w taki sposób, że ciśnienie w izolacie jest niższe niż na korytarzu i w śluzie.
- Śluza umywalkowo-fartuchowa powinna być wyposażona w:
 - umywalkę z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią;
 - dozownik z mydłem w płynie;
 - dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamiany bez kontaktu z dłonią;
 - pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki;
 - zamykany pojemnik na brudną bieliznę;
 - miejsca na ubrania z zachowaniem rozdziału ubrań czystych i brudnych.
- Śluza szatniowa składa się z:
 - szatni brudnej - przeznaczonej do rozebrania się z ubrania prywatnego lub szpitalnego, wyposażonej w szafkę ubraniową z wydzieloną częścią na obuwie;





- szatni czystej (ubieralni) - przeznaczonej do ubierania w czyste ubranie oraz obuwie służące do poruszania się w strefie, do której będzie wchodził personel, wyposażonej w:
 - obuwie nadające się do mycia i dezynfekcji,
 - regał na czyste obuwie,
 - regał na czyste ubrania;
- pomieszczenia higieniczno-sanitarnego znajdującego się pomiędzy szatnia czysta i brudna, wyposażonego dodatkowo w natrysk.
- Pokój łóżkowy na oddziale szpitalnym jest wyposażony w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki.
- Przepisu nie stosuje się do pokoju wyposażonego w służbę umywalkowo-fartuchowa lub węzeł sanitarny oraz pokoiów łóżkowych w oddziale psychiatrycznym.
- W pomieszczeniach podmiotów wykonujących działalność leczniczą wydziela się:
 - co najmniej jedno pomieszczenie lub miejsca do składowania bielizny czystej;
 - co najmniej jedno pomieszczenie lub miejsca do składowania bielizny brudnej;
 - co najmniej jedno pomieszczenie lub miejsce na odpady.
- W pomieszczeniu, z wyjątkiem pomieszczenia, w którym wykonywana jest praktyka zawodowa, w którym znajdują się wydzielone miejsca, nie mogą znajdować się wydzielone miejsca,
- W szpitalu oraz innym przedsiębiorstwie, w którym są udzielane stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż świadczenia szpitalne a także w centrum znajduje się ponadto co najmniej jedno pomieszczenie porządkowe.
- W ambulatorium wydziela się co najmniej jedno pomieszczenie porządkowe lub miejsce służące do przechowywania środków czystości oraz preparatów myjąco-dezynfekcyjnych.
- Przestrzeń ładunkowa środków transportu żywności, bielizny, odpadów, brudnych narzędzi i sprzętu do dekontaminacji, z wyłączeniem opakowań jednorazowych, jest przestrzenią zamkniętą, odpowiednio do rodzaju ładunku.
- Przestrzeń ładunkowa środków transportu zwłok jest przestrzenią zamkniętą.
- Środki transportu są wykonane z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję.
- Meble w pomieszczeniach podmiotu wykonującego działalność leczniczą umożliwiają ich mycie oraz dezynfekcję.





- Powyższego przepisu nie stosuje się do mebli w pomieszczeniach administracyjnych i socjalnych, do mebli w poradniach i gabinetach podmiotów wykonujących świadczenia z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz w pomieszczeniach,
- W szpitalu i innym niż szpital przedsiębiorstwie, w którym są udzielane stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, zapewnia się co najmniej jedno pomieszczenie porządkowe umożliwiające dodatkowo mycie i dezynfekcję środków transportu.

Wymagania ogólnobudowlane

- Podłogi wykonuje się z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję.
- Połączenie ścian z podłogami jest wykonane w sposób umożliwiający jego mycie i dezynfekcję.
- Powyższych przepisów nie stosuje się do pomieszczeń administracyjnych i socjalnych, poradni i gabinetów podmiotów wykonujących świadczenia z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz sal kinezyterapii.
- Pomieszczenia i urządzenia wymagające utrzymania aseptyki i wyposażenie tych pomieszczeń powinny umożliwiać ich mycie i dezynfekcję.
- W przypadku konieczności zastosowania sufitów podwieszonych w pomieszczeniach o podwyższonych wymaganiach higienicznych, w szczególności w salach operacyjnych i porodowych, pokojach łóżkowych przystosowanych do odbioru porodu, pokojach łóżkowych na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, salach pooperacyjnych, salach oparzeniowych oraz w pomieszczeniach przeznaczonych do pobierania i przerobu krwi w centrum, sufity te są wykonane w sposób zapewniający szczelność powierzchni oraz umożliwiający ich mycie i dezynfekcję.
- Szerokość drzwi w pomieszczeniach, przez które odbywa się ruch pacjentów na łóżkach, umożliwia ten ruch.

Oświetlenie

- W pokojach łóżkowych zapewnia się bezpośredni dostęp światła dziennego.
- W przypadku nadmiernego naświetlenia pokoi łóżkowych instaluje się w nich urządzenia przeciwsłoneczne.
- W salach operacyjnych i pomieszczeniach diagnostyki obrazowej stosuje się wyłącznie oświetlenie elektryczne.





- W przypadku gdy nie stanowi to utrudnienia przy wykonywaniu zabiegów operacyjnych i diagnostycznych, dopuszcza się zastosowanie w pomieszczeniach oświetlenia dziennego.

Wymagania dotyczące instalacji

- Pomieszczenia, w których są wykonywane badania lub zabiegi, z wyjątkiem pomieszczeń, w których odbywa się badanie za pomocą rezonansu magnetycznego, wyposaża się w:
 - co najmniej jedną umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą;
 - dozownik z mydłem w płynie;
 - dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym;
 - pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki.
- Pomieszczenia, w których są wykonywane badania lub zabiegi przy użyciu narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia, niezależnie od umywalk, wyposaża się w zlew z baterią.
- Przepisu nie stosuje się, gdy stanowiska mycia rąk personelu oraz narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia są zorganizowane w oddzielnym pomieszczeniu, do którego narzędzia i sprzęt są przenoszone w szczelnych pojemnikach oraz w przypadku gdy mycie i sterylizacja są przeprowadzane w innym podmiocie.
- W blokach operacyjnych, izolatkach oraz pomieszczeniach dla pacjentów o obniżonej odporności stosuje się wentylację nawiewno-wywiewną lub klimatyzację zapewniającą parametry jakości powietrza dostosowane do funkcji tych pomieszczeń.
- W salach operacyjnych oraz innych pomieszczeniach, w których podtlenek azotu jest stosowany do znieczulenia, nawiew powietrza odbywa się góra, a wydmuch powietrza w 20% góra i w 80% dołem i zapewnia nadciśnienie w stosunku do korytarza; rozmieszczenie punktów nawiewu nie może powodować przepływu powietrza od strony głowy pacjenta przez pole operacyjne.
- Instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji podlegają okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, lub wymianie elementów instalacji zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej niż co 12 miesięcy.
- Dokonanie powyższych czynności wymaga udokumentowania.
- Rezerwowe źródło zaopatrzenia szpitala w wodę zapewnia co najmniej jej 12-godzinny zapas.
- Rezerwowym źródłem zaopatrzenia szpitala w energię elektryczną jest agregat prądotwórczy wyposażony w funkcję autostartu, zapewniający co najmniej 30% potrzeb mocy szczytowej, a także urządzenie zapewniające odpowiedni poziom bezprzerwowego podtrzymania zasilania.





Oddział położnictwa i neonatologii

- W oddziale położnictwa i neonatologii pokoje łóżkowe urządza się co najmniej w jednym z systemów:
 - „matka z dzieckiem”, w którym pokoje są przeznaczone dla maksymalnie dwóch matek i dwóch noworodków z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka, i są wyposażone w zespół urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodka;
 - korespondencyjnym, w którym pokój noworodków jest umieszczony pomiędzy dwoma pokojami matek i spełnia następujące wymagania:
 - posiada przeszklone szkłem bezpiecznym ściany wewnętrzne graniczące z pokojami matek, zapewniające kontakt wzrokowy i równocześnie izolację dźwiękową,
 - pokój noworodków jest połączony drzwiami z pokojami matek i wyposażony w zestaw urządzeń do mycia i pielęgnacji noworodka,
 - wejście do pokoju noworodków od strony korytarza prowadzi przez służbę umywalkowo-fartuchową,
 - liczba łóżeczek w pokoju noworodków jest o jedno łóżeczko większa od sumy łóżek w sąsiadujących z nim pokojach matek.
- W oddziale położnictwa i neonatologii wyodrębnia się pokoje dla noworodków obserwowanych, wcześniaków, intensywnej opieki noworodka, posiadające służby umywalkowo-fartuchowe oraz pomieszczenia dla noworodków wymagających opieki pośredniej i ciągłej, wyposażone w zespół urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodka.

Zespół porodowy

- Zespół porodowy składa się z:
 - co najmniej jednej sali porodowej jednostanowiskowej, w tym co najmniej jednej przeznaczonej do porodów rodzinnych lub
 - sali porodowej wielostanowiskowej, lub
 - co najmniej jednego pokoju łóżkowego przystosowanego do odbioru porodu.
- Dla zespołu porodowego zapewnia się salę operacyjną dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim, wyposażoną w stanowisko resuscytacji noworodka.
- Personel wchodzi do zespołu przez służbę umywalkowo-fartuchową.





- W zespole powinno znajdować się co najmniej jedno pomieszczenie przeznaczone dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych, w którym
- zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w
- funkcje autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy.

Oddział dziecięcy

- W ramach oddziału dziecięcego w szpitalu ogólnym wydziela się pododdział albo oddinek dla dzieci:
 - młodszych - do 3 lat;
 - starszych - powyżej 3 lat.
- W oddziale dziecięcym znajduje się co najmniej jedna izolatka.
- W oddziale dzieci młodszych łóżka znajdują się w zespołach wyposażonych w służbę umywalkowo-fartuchowa i punkt pielęgniarski.
- Punkt pielęgniarski lub sale niemowlęce wyposaża się w zestaw urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację niemowląt.
- Ściany oddzielające pokoje łóżkowe w pododdziale dzieci młodszych oraz ściany między pokojami i punktem pielęgniarskim są przeszklone w celu ciągłej obserwacji dzieci; w pododdziale dzieci młodszych drzwi do pokoi są przeszklone.
- Do szklenia ścian i drzwi, o których mowa w ust. 5, oraz okien używa się szkła bezpiecznego.
- Dopuszcza się obserwacje dzieci za pomocą kamer posiadających rezerwowe zasilanie z funkcją autostartu.
- W oddziale dziecięcym zapewnia się dodatkowe łóżka w pokojach dzieci lub w odrębnym pomieszczeniu przeznaczone dla rodziców lub opiekunów dziecka.
- Okna, poza uchylnym skrzydłem górnym, zabezpiecza się przed możliwością otworzenia przez dzieci.
- W oddziale dziecięcym zapewnia się pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk dla rodziców lub opiekunów dziecka

Blok operacyjny

- W skład bloku operacyjnego wchodzi:





- co najmniej jedna sala operacyjna, mająca bezpośrednie połączenie z częścią brudną bloku operacyjnego w celu usuwania zużytych materiałów, z zachowaniem ruchu jednokierunkowego;
 - śluza dla pacjenta, przez którą pacjenci są dowożeni i wywożeni z bloku operacyjnego;
 - śluzy szatniowe, przez które przechodzi personel;
 - śluza materiałowa przeznaczona do dostarczania oraz krótkotrwałego przechowywania czystych i sterylnych materiałów;
 - co najmniej jedno pomieszczenie przygotowawcze dla personelu wyposażone w stanowisko chirurgicznego mycia rąk, przez które personel wchodzi do sali operacyjnej;
 - co najmniej jedno pomieszczenie przygotowania pacjenta;
 - co najmniej jedno pomieszczenie dla personelu z pomieszczeniem higienicznosanitarnym;
 - co najmniej jeden magazyn sprzętu i aparatury;
 - co najmniej jeden magazyn czystej bielizny;
 - co najmniej jeden magazyn do krótkotrwałego przechowywania brudnej bielizny;
 - co najmniej jedno pomieszczenie porządkowe.
- Układ pomieszczeń bloku operacyjnego umożliwi zachowanie zasady rozdziału personelu, pacjentów i materiału czystego od brudnego materiału zużytego, brudnych narzędzi, brudnej bielizny i odpadów pooperacyjnych.
 - Dopuszcza się dostarczanie czystych i sterylnych materiałów do bloku operacyjnego przez śluzę dla pacjenta,
 - Dopuszcza się możliwość usuwania brudnych narzędzi, brudnego sprzętu, brudnej bielizny oraz odpadów tą samą drogą, która dostarcza się materiał czysty i sterylny, pod warunkiem zastosowania szczelnych opakowań transportowych.
 - Dopuszcza się wspólne pomieszczenie albo wydzielone miejsce przygotowania pacjenta dla kilku sal operacyjnych.





Szczegółowe wymagania jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia zakładu rehabilitacji leczniczej

- Pomieszczenia przeznaczone do rehabilitacji leczniczej lokalizuje się w sposób zapewniający dostęp osobom niepełnosprawnym, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich.
- Sala kinezyterapii stanowi odrębne pomieszczenie.
- Urządzenia intymność pacjenta podczas zabiegów fizykoterapeutycznych.
- Diatermie krótkofalowe i mikrofalowe oraz urządzenia do laseroterapii są instalowane w oddzielnych pomieszczeniach (boksach) zgodnie z Polskimi Normami.
- W zakładzie rehabilitacji leczniczej znajdują się pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich. wykorzystywane do zabiegów fizykoterapeutycznych





9.1.2 Założenia wynikające z wymogów formalno-prawnych funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą – cele szczegółowe w odniesieniu do Szpitali

W świetle wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.) – zwanym dalej Rozporządzeniem, należy stwierdzić, że oba Szpitale nie spełniają tychże wymagań. Wymagania wskazywane przez Ministra Zdrowia ulegają modyfikacji, a termin na ich realizację był już odraczany, założenia strategiczne w tym zakresie obejmują obowiązujący na dzień sporządzenia niniejszego dokumentu stan prawny.

W celu sprostania wymogom wynikającym z Rozporządzenia Ministra Zdrowia koniecznym będą znaczne nakłady inwestycyjne w obu Szpitalach.

ZZOZ Czarnków

Dla spełnienia wymogów formalno-prawnych wynikających z Rozporządzenia konieczna będzie przebudowa i rozbudowa Szpitala. W ramach planowanych działań powinno nastąpić wykończenie poziomów budynku, które nie zostały oddane do użytku w 1 etapie realizacji inwestycji, dzięki czemu nastąpi funkcjonalne połączenie z istniejącymi budynkami A i E wraz z ingerencją budowlaną w te budynki.

Nakłady inwestycyjne do wykonania:

1 Budynek D:

- a. I Piętro blok operacyjny z dwoma salami operacyjnymi . W chwili obecnej blok operacyjny (nie spełniający wymogów Rozporządzenia) funkcjonuje w budynku A na 1 piętrze. Poprzez przebudowę pomieszczeń w budynku A i połączenie ich z budynkiem D powstanie nowoczesny blok operacyjny spełniający wszystkie wymagania prawne,
- b. Zakup i instalacja tomografu komputerowego,
- c. II Piętro zespół pomieszczeń porodowych - sala operacyjna, sala porodowa 2 stanowiskowa, sala porodów rodzinnych oraz wszystkie pomieszczenia wymagana dla prawidłowej pracy. W chwili obecnej „porodówka” znajduje się na II piętrze budynku A – poprzez połączenie funkcjonalne i dokonane przebudowy pomieszczeń w budynku A powstanie trakt porodowy spełniający wszystkie wymogi prawne Rozporządzenia.

2 Budynek F





- a. I piętro Oddział pediatryczny poprzez funkcjonalne połączenie z budynkiem E oraz ingerencją budowlaną w istniejące pomieszczenia nastąpi dostosowanie oddziału do wymagań określonych w Rozporządzeniu,
- b. II piętro - Oddział wewnętrzny żeński poprzez funkcjonalne połączenie z budynkiem E oraz ingerencją budowlaną w istniejące pomieszczenia nastąpi dostosowanie oddziału do wymagań określonych w Rozporządzeniu,
- c. III piętro – oddział wewnętrzny męski poprzez funkcjonalne połączenie z budynkiem E oraz ingerencją budowlaną w istniejące pomieszczenia nastąpi dostosowanie oddziału do wymagań określonych w Rozporządzeniu,

Należy podkreślić, że podmiotowa przebudowa i rozbudowa w żaden sposób nie wpłynie na zwiększenie ilości łóżek szpitalnych lub rozszerzenie zakresu świadczonych usług medycznych. Nastąpi dostosowanie do wymogów prawnych, co będzie się integralnie wiązało z poprawą komfortu pobytu pacjenta w szpitalu jak również ulegną poprawie warunki pracy personelu medycznego. Wszystkie te działania doprowadzą także do poprawy jakości świadczonych usług w Szpitalu Powiatowym w Czarnkowie.

Całkowity szacowany koszt inwestycji zamknie się w kwocie 13 mln zł.

SP ZOZ Trzcianka

Dla spełnienia wymogów formalno-prawnych wynikających z Rozporządzenia konieczna będzie rozbudowa Oddziału Rehabilitacji w Trzciance w miejscu istniejącego budynku oddziału rehabilitacji. Część zespołu budynków, starej drewnianej konstrukcji zostanie wyburzona, w jego miejscu zostanie wybudowany nowy budynek, spełniający aktualne normy Rozporządzenia.

W tym budynku zostanie zorganizowany nowy oddział rehabilitacji z obecną liczbą łóżek (20), ale ze spełniającymi wszelkie wymagania salami rehabilitacyjnymi i zapleczem. Oddział zajmie dwie kondygnacje budynku. Do budynku może zostać przeniesiona również nowa pracownia endoskopii. Struktura budynku pozwala także na zwiększenie ilości łóżek rehabilitacyjnych do 60 ∞ znajduje odzwierciedlenie w dużym zapotrzebowaniu na rehabilitację ogólnorozwojową i neurologiczną. Ponadto należy wyraźnie zaznaczyć, że w starym województwie pilskim brak jest oddziału rehabilitacyjnego - najbliższe oddziały znajdują się w Choszcznie, Białogardzie i Kiekrzu a więc w stosunkowo dużej odległości. Projekt budowlany dopuszcza również przeniesienie sali do cięć cesarskich - w zależności od kształtowania się zapotrzebowania.

Na najniższej kondygnacji zostanie zorganizowana Pracownia Endoskopowa, spełniająca wszystkie wymagania przepisów prawa i mogąca funkcjonować bez żadnych ograniczeń.

Realizacja projektu przewiduje wykonanie następujących etapów prac:





- Rozbiórka starego budynku rehabilitacji,
- Roboty ziemne , wykonanie stanu zerowego budynku nowego (roboty ziemne, fundamenty),
- Wykonanie stanu surowego budynku nowego,
- Wykonanie wykończeń wewnętrznych budynku,
- Wykonanie wykończeń zewnętrznych budynku,
- Wykonanie instalacji elektrycznych,
- Wykonanie instalacji sanitarnych,
- Wykonanie instalacji wentylacji,
- Modernizacja sal porodowych na oddziale ginekologiczno-położniczym.

Rozbudowa budynków Szpitala przyczyni się do dostosowania bazy szpitalnej do wymogów Rozporządzenia. Dzięki dostosowaniu Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Trzciance do wymogów prawa Szpital będzie w pełni dostosowany do potrzeb pacjentów, co długofalowo wpłynie na zwiększenie atrakcyjności powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego.

Całkowity szacowany koszt inwestycji zamknie się w kwocie 12 mln zł.

W wyniku analizy ekonomiczno-finansowej obu Szpitali, a także analizy perspektyw w zakresie zmiany wysokości świadczeń kontraktowych przez NFZ należy jednoznacznie stwierdzić, że Szpitale nie są w stanie zrealizować koniecznych inwestycji ze środków własnych. Jeżeli posiłkowałyby się komercyjnym kredytem bankowym, to abstrahując od posiadanych zdolności kredytowych, nie będą w stanie obsłużyć samodzielnie kredytu, tym bardziej że planowane inwestycje nie dotyczą wzrostu potencjału, a jedynie dostosowania działalności leczniczej do wymogów formalno-prawnych narzuconych przez Ministra Zdrowia. Koniecznym będzie zatem zaangażowanie się organu założycielskiego w pozyskanie i obsługę ewentualnych źródeł finansowania inwestycji. Zarówno Szpitale jak i organ założycielski w pierwszym rzędzie powinny poczynić starania o pozyskanie środków pomocowych na ten cel.





9.2 Założenia wynikające z dostosowania się do programów zdrowotnych opracowanych na szczeblu centralnym i w wojewódzkim

Strategia rozwoju ochrony zdrowia w powiecie czarnkowsko-trzcianeckim musi być elementem większego systemu programowania, przygotowywanego na różnych poziomach: wspólnotowym, krajowym, regionalnym i lokalnym, w układach ogólnych, horyzontalnych i resortowych. Jej treść powinna uwzględniać ustalenia, jakie są lub będą w krajowym, regionalnym i lokalnym, w układach ogólnych, horyzontalnych i resortowych. Jej treść powinna uwzględniać ustalenia, jakie są lub będą w tych dokumentach zawarte. Szczególnie istotne jest zhamonizowanie jej z opracowywanym Narodowym Programem Zdrowia na lata 2007-2015, Narodową Strategią Rozwoju Regionalnego, Strategią rozwoju województwa wielkopolskiego do 2020 oraz z projektowanymi, nowymi kierunkami polityk spójności i strukturalnej Unii Europejskiej, w tym przede wszystkim ze Strategią Lizbońską. Należy mieć świadomość, że wszelkie cele strategii, które wpisują się w założenia strategiczne na poziomie województwa, bądź kraju mają możliwość ubiegania się o środki pomocowe na ich realizację, natomiast w innym wypadku muszą być realizowane ze środków własnych.

Cele określone w strategii wynikają nie tylko z aktualnej oceny sytuacji społeczno-gospodarczej w powiecie i województwie oraz z analizy strategicznej, w tym analizy SWOT. Konstrukcja struktury celów uwzględnia także dorobek programowy, jaki dotąd powstał lub powstaje na poziomach: wspólnotowym, krajowym, regionalnym i lokalnym.

Przedstawiony poniżej zarys poszczególnych dokumentów programowych nie wyczerpuje wszystkich możliwych do realizacji programów zdrowotnych.

9.2.1 Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 opracowany przez MZ

Cele strategiczne

Prezentacja Celów strategicznych Narodowego Programu Zdrowia ograniczona została do celów ogólnych, a także tych w których realizatorem działania ma być administracja samorządowa i zakłady opieki zdrowotnej.

Narodowy Program Zdrowia definiuje następujące cele strategiczne:

A. Cel główny: „Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu” osiągniany przez:

- kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa,
- tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu,





- aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia.

I. Strategiczne cele zdrowotne

- 1 Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu;
- 2 Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych;
- 3 Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków;
- 4 Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne;
- 5 Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego;
- 6 Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego;
- 7 Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom;
- 8 Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji.

II. Cele operacyjne dotyczące czynników ryzyka i działań w zakresie promocji zdrowia

- 1 Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu;
- 2 Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem;
- 3 Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości;
- 4 Zwiększenie aktywności fizycznej ludności;
- 5 Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych;
- 6 Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawa stanu sanitarnego kraju.

III. Cele operacyjne dotyczące wybranych populacji

- 1 Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem;
- 2 Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego, psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży;





- 3 Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych;
- 4 Tworzenie warunków dla aktywnego życia osób niepełnosprawnych;
- 5 Intensyfikacja zapobiegania próchnicy zębów u dzieci i młodzieży.

IV Niezbędne działania ze strony ochrony zdrowia i samorządu terytorialnego

- 1 Aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia społeczeństwa;
- 2 Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta;
- 3 Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi, szczególnie przez działania podstawowej opieki zdrowotnej;
- 4 Zwiększenie i optymalne wykorzystanie systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

CELE DOTYCZĄCE CZYNNIKÓW RYZYKA I DZIAŁANIA W ZAKRESIE PROMOCJI ZDROWIA

Cel operacyjny 1.

Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu.

Uzasadnienie wyboru celu:

Palenie tytoniu zostało uznane za jeden z najważniejszych, poddających się redukcji, czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów, chorób układu oddechowego oraz zdrowia noworodków. Mimo osiągnięcia pewnych sukcesów w ograniczeniu palenia tytoniu w Polsce w latach 90. i wynikających z tego korzyści zdrowotnych, należy pamiętać, że w większym stopniu dotyczyły one mężczyzn niż kobiet, a także lepiej wykształconych (i bogatszych) niż niewykształconych (i biedniejszych) warstw społeczeństwa. Duże różnice w częstotliwości palenia mężczyzn i kobiet, zaczynają się powoli zacierać, zwłaszcza w ośrodkach wielkomiejskich. Z drugiej strony rośnie społecznoekonomiczne zróżnicowanie postaw w tym zakresie.

Oczekiwane efekty do roku 2015:

- 1 Utrzymanie tempa spadku liczby wypalanych papierosów na poziomie 1-3% rocznie,





- 2 Eliminowanie palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży,
- 3 Wzrost liczby szkoleń zorganizowanych dla osób realizujących działania profilaktyczne w zakresie używania tytoniu w szkołach i innych placówkach oświatowych i kulturalnych.

Zadania:

- 1 Ochrona zdrowia oraz rozwoju dzieci i młodzieży przed narażeniem na dym tytoniowy przez eliminowanie palenia tytoniu wśród kobiet w ciąży oraz upowszechnienie programów edukacyjnych zapobiegających paleniu tytoniu przez dzieci i młodzież,
- 2 Zagwarantowanie wszystkim zatrudnionym w Polsce miejsc pracy wolnych od zanieczyszczenia dymem tytoniowym,
- 3 Podejmowanie działań zmierzających do wdrożenia „Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu” (ratyfikowanej w sierpniu 2006) oraz opracowania i wprowadzenia w życie stosownych w tym zakresie przepisów wykonawczych,
- 4 Upowszechnienie leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu,
- 5 Uspołecznienie działań zmierzających do ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu,
- 6 Stworzenie atmosfery społecznej akceptacji dla życia wolnego od dymu tytoniowego,
- 7 Skuteczne kontrolowanie rynku wyrobów tytoniowych,
- 8 Tworzenie i upowszechnianie programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży, nauczycieli i rodziców,
- 9 Zwiększenie kompetencji nauczycieli, pedagogów, instruktorów i animatorów kultury oraz psychologów w zakresie profilaktyki problemów dzieci i młodzieży, w tym profilaktyki problemów nikotynowych,
- 10 Zwiększenie dostępności pomocy profilaktycznej dla dzieci i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka.

Oczekiwane korzyści zdrowotne

- 1 Zmniejszenie częstości występowania szkód zdrowotnych u dzieci, wynikających z wymuszonego narażenia na dym tytoniowy,
- 2 Zmniejszenie zachorowań i przedwczesnych zgonów spowodowanych inhalacją dymu tytoniowego.

Monitorowanie i ewaluacja

Wskaźniki:





- liczba papierosów przypadająca rocznie na statystycznego mieszkańca kraju,
- monitorowanie zachorowalności i umieralności na choroby odtytoniowe,
- poziom wiedzy dotyczącej szkodliwości palenia tytoniu i prowadzenie polityki antytytoniowej w dorosłej populacji kraju,
- ocena skuteczności realizowanych programów edukacyjnych i interwencyjnych,
- ocena dostępności i efektywności leczenia uzależnienia od tytoniu w Polsce,
- poziom zagrożeń związanych z paleniem tytoniu poprzez dzieci i młodzież.

Proponowani realizatorzy zadań:

- administracja rządowa,
- administracja samorządowa,
- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- organizacje pozarządowe,
- media,
- resortowe instytuty naukowe: Centrum Onkologii, Państwowy Zakład Higieny, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Instytut Kardiologii, Instytut Matki i Dziecka,
- zakłady opieki zdrowotnej.

Cel operacyjny 2.

Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem.

Uzasadnienie wyboru celu:

Lata transformacji ustrojowych, oprócz korzystnych zmian w stanie zdrowia ludności, przyniosły za sobą wzrost dostępności substancji psychoaktywnych, w tym napojów alkoholowych, ze wszystkimi tego konsekwencjami dla zdrowia i porządku publicznego. Zgodnie z ocenami WHO, choroby i zaburzenia związane z alkoholem stanowią 10% globalnego obciążenia chorobami (global burden of diseases).

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

- 1 Ograniczenie rzeczywistego spożycia alkoholu do 6 l na jednego mieszkańca,





- 2 Ograniczenie udziału napojów spirytusowych w rzeczywistym spożyciu alkoholu do 30%,
- 3 Ograniczenie nietrzeźwości podczas prowadzenia pojazdów o 20%,
- 4 Zmniejszenie liczby nastolatków regularnie pijących napoje alkoholowe o 10%,
- 5 Wzrost liczby szkoleń zorganizowanych dla osób realizujących działania profilaktyczne w zakresie używania alkoholu w szkołach i innych placówkach oświatowych oraz instytucjach kultury.

Zadania:

- 1 Ograniczenie dostępności alkoholu:
 - a. zmniejszenie liczby punktów sprzedaży,
 - b. ograniczenie dostępności alkoholu w pobliżu głównych dróg krajowych,
 - c. egzekwowanie zakazu sprzedaży nietrzeźwym,
 - d. egzekwowanie zakazu sprzedaży alkoholu nieletnim.
- 2 Ograniczenie ekonomicznej dostępności alkoholu,
- 3 Ograniczenie nielegalnego obrotu napojami alkoholowymi:
 - a. ograniczenie przemytu,
 - b. ograniczenie nielegalnego gorzelnictwa,
 - c. ograniczenie promocji napojów alkoholowych.
- 4 Rozwijanie grup wsparcia,
- 5 Wdrożenie procedury wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji do praktyki lekarzy POZ,
- 6 Tworzenie i upowszechnianie programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży, nauczycieli i rodziców,
- 7 Zwiększenie kompetencji nauczycieli, instruktorów i animatorów kultury, pedagogów oraz psychologów w zakresie profilaktyki problemów dzieci i młodzieży, w tym profilaktyki problemów alkoholowych,
- 8 Zwiększenie dostępności pomocy profilaktycznej dla dzieci i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

- 1 Zmniejszenie liczby zgonów z powodu przewlekłych chorób wątroby,





- 2 Zmniejszenie liczby zgonów z powodu zaburzeń psychicznych i behawioralnych związanych z alkoholem,
- 3 Zmniejszenie liczby nagłych zgonów związanych bądź spowodowanych spożyciem alkoholu, w tym:
 - a. wypadków drogowych,
 - b. zatruc alkoholem,
 - c. innych zatruc i urazów,
 - d. samobójstw,
- 4 Zmniejszenie ryzyka zgonu wśród uzależnionych od alkoholu,
- 5 Ograniczenie zapadalności na zaburzenia psychiczne i behawioralne związane z alkoholem,
- 6 Ograniczenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem (w tym podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych).

Monitoring i ewaluacja:

Wskaźniki:

- rejestrowanie poziomu spożycia alkoholu,
- rejestrowanie struktury spożycia alkoholu,
- udział przypadków nietrzeźwości kierowców w ogólnej liczbie kontroli drogowych,
- przypadki nietrzeźwości wśród dzieci i młodzieży mierzone w badaniach dotyczących statusu zdrowotnego dzieci i młodzieży.

Proponowani realizatorzy zadań:

- administracja rządowa,
- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
- administracja samorządowa,
- zakłady opieki zdrowotnej,
- Policja,
- media.

Cel operacyjny 3.





Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości.

Oczekiwane efekty do roku 2015:

- 1 Spadek zawartości tłuszczu w diecie tak, aby stanowił on mniej niż 30% wartości energetycznej oraz dalsza poprawa w strukturze spożycia tłuszczów jadalnych,
- 2 Zwiększenie spożycia ryb,
- 3 Wzrost spożycia owoców, warzyw, roślin strączkowych, produktów pełnoziarnistych, przetworów mlecznych o obniżonej zawartości tłuszczu,
- 4 Zmniejszenie spożycia cukru,
- 5 Zmniejszenie spożycia soli kuchennej,
- 6 Umożliwienie spożywania posiłku w trakcie pracy, szczególnie w szkołach i wzrost jego pozytywnego oddziaływanie na upowszechnianie zdrowej diety,
- 7 Zwiększenie odsetka niemowląt karmionych wyłącznie piersią,
- 8 Dalsza poprawa w przestrzeganiu zaleceń i norm dotyczących jakości zdrowotnej żywności i jej bezpieczeństwa.

Zadania:

- 1 Uruchomienie programu wieloletniego, stanowiącego wdrożenie Globalnej strategii WHO dotyczącej diety, aktywności fizycznej i zdrowia (Global strategy on diet, physical activity and health),
- 2 Wprowadzenie efektywnej współpracy międzyresortowej, koordynowanej przez ministra zdrowia, w celu uwzględniania zaleceń Globalnej strategii WHO dotyczącej diety, aktywności fizycznej i zdrowia (Global strategy on diet, physical activity and health),
- 3 Rozwinięcie działalności Narodowej Rady Żywienia oraz ogólnopolskiej platformy działania ds. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia,
- 4 Stałe upowszechnianie zasad prawidłowego żywienia w tym szczególnie w szkołach,
- 5 Upowszechnianie wiedzy o składzie i wartości odżywczej produktów żywnościowych oraz o znakowaniu żywności w celu umożliwienia konsumentom dokonania świadomego wyboru,
- 6 Rozwijanie programów rządowych, mających na celu dożywianie najbardziej potrzebujących.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:





- 1 Zmniejszenie ryzyka i częstości występowania przewlekłych chorób niezakaźnych, żywieniozależnych,
- 2 Wydłużenie przeciętnego trwania życia mężczyzn i kobiet, zmniejszenie wskaźników umieralności na choroby na tle wadliwego żywienia,
- 3 Zmniejszenie zachorowalności niemowląt i dzieci na alergie oraz infekcje, związane z zaprzestaniem karmienia piersią,
- 4 Zmniejszenie ryzyka i częstości występowania chorób związanych z niewłaściwą jakością zdrowotną żywności.

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki:

- zawartość energii z tłuszczu w łącznej wartości energetycznej diety oraz zawartość energii z kwasów tłuszczowych,
- spożycie artykułów żywnościowych na mieszkańca, a także spożycie według grup społeczno-ekonomicznych z uwzględnieniem podziału terytorialnego,
- wyniki badań stanu odżywienia wybranych grup ludności, ze szczególnym uwzględnieniem przypadków nadwagi i otyłości,
- odsetek i liczba osób niedożywionych,
- odsetek uczniów spożywających posiłki w szkołach,
- odsetek niemowląt karmionych wyłącznie piersią.

Proponowani realizatorzy zadań (patrz również rozdział: Propozycja wdrażania NPZ):

- administracja rządowa,
- administracja samorządowa,
- Instytut Żywności i Żywienia
- organizacje pozarządowe.

Cel operacyjny 4.

Zwiększenie aktywności fizycznej ludności.

Oczekiwane efekty do 2015 roku





- 1 Zaangażowanie w różne formy aktywności ruchowej o określonej intensywności i częstotliwości w czasie wolnym, co najmniej 60% dzieci i młodzieży oraz 35% dorosłych,
- 2 Zapewnienie, co najmniej 80% gmin warunków do zwiększania aktywności ruchowej różnych grup ludności w miejscu zamieszkania.

Zadania:

- 1 Inspirowanie dyrektorów szkół wszystkich typów do wprowadzania dodatkowych godzin wychowania fizycznego, zarówno w ramach zajęć obowiązkowych jak i w godzinach pozalekcyjnych,
- 2 Wdrożenie nowoczesnych programów aktywności fizycznej,
- 3 Dokonanie zmian w programach kształcenia kadr kultury fizycznej, umożliwiających przygotowanie ich do roli animatorów zdrowego stylu życia,
- 4 Inspirowanie samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych oraz różnych instytucji do wdrażania programów zwiększenia aktywności ruchowej,
- 5 Wprowadzanie atrakcyjnych form motywowania ludzi do zwiększania własnej aktywności fizycznej oraz kształtowanie nawyków jej utrzymywania,
- 6 Tworzenie na terenach wiejskich wielofunkcyjnych ośrodków kultury rekreacji i sportu,
- 7 Opracowanie strategii polityki społecznej na rzecz seniorów, uwzględniającej programy aktywizacji osób starszych,
- 8 Promowanie określonych form aktywności fizycznej w leczeniu chorób cywilizacyjnych jako wsparcie farmakoterapii i medycznych działań naprawczych,
- 9 Tworzenie programów z zakresu redukcji szkód.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

- 1 Zwiększenie poziomu sprawności i wydolności fizycznej społeczeństwa,
- 2 Poprawa kondycji psychicznej ludności,
- 3 Zmniejszenie powszechności występowania zaburzeń psychosomatycznych,
- 4 Zmniejszenie powszechności występowania otyłości, chorób układu ruchu, chorób układu krążenia, zjawisk patologicznych, zwłaszcza wśród młodzieży,
- 5 Zwiększenie liczby kwalifikowanych specjalistów z zakresu sportu i rekreacji.

Monitorowanie i ewaluacja:





Wskaźniki:

- liczba szkół mających sale gimnastyczne, realizujących nowy program wychowania fizycznego,
- liczba gmin zapewniających podstawowe warunki do aktywności ruchowej mieszkańców (odpowiednia infrastruktura),
- liczba dzieci, młodzieży i dorosłych uprawiających w wolnym czasie różne formy aktywności ruchowej,
- wskaźniki sprawności i wydolności fizycznej dzieci i młodzieży (testy),
- częstotliwość uczestnictwa dorosłych Polaków w rekreacyjnej aktywności ruchowej.

Proponowani realizatorzy zadań (patrz również rozdział: Propozycja wdrażania NPZ):

- administracja rządowa,
- administracja samorządowa,
- organizacje pozarządowe.

Cel operacyjny 5

Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych.

Oczekiwane efekty do roku 2015:

- 1 Zahamowanie tempa wzrostu liczby osób używających problemowo substancji psychoaktywnych,
- 2 Zahamowanie wzrostu dostępności narkotyków,
- 3 Zwiększenie dostępności różnych form pomocy i leczenia, w tym szczególnie leczenia substytucyjnego i ambulatoryjnego,
- 4 Ugruntowanie w świadomości społecznej medyczno-społecznej definicji problemu narkomanii i kształtowanie postawy niesienia pomocy osobom dotkniętym tym problemem,
- 5 Zahamowanie tempa wzrostu liczby dzieci i młodzieży używających substancji psychoaktywnych,
- 6 Wzrost liczby szkoleń zorganizowanych dla osób realizujących działania profilaktyczne w zakresie używania substancji psychoaktywnych w szkołach i innych placówkach oświatowych oraz w instytucjach kultury.





Zadania:

- 1 Tworzenie nowych placówek leczniczych i rehabilitacyjnych o zróżnicowanych programach terapeutycznych ze szczególnym uwzględnieniem placówek ambulatoryjnych,
- 2 Tworzenie nowych programów leczenia substytucyjnego oraz rozszerzenie repertuaru leków substytucyjnych,
- 3 Objęcie świadczeniami pomocy społecznej problemowych użytkowników substancji psychoaktywnych,
- 4 Tworzenie programów readaptacji społecznej problemowych użytkowników substancji psychoaktywnych ze szczególnym uwzględnieniem kwestii readaptacji zawodowej a także wspierania osób utrzymujących abstynencję,
- 5 Tworzenie programów niskoprogowych dla problemowych użytkowników substancji psychoaktywnych,
- 6 Opracowanie i wdrożenie programu przeciwdziałania zgonom z powodu przedawkowania substancji psychoaktywnych, opracowanie i wdrożenie systemu szybkiej pomocy medycznej osobom, które przedawkowały narkotyki,
- 7 Wdrożenie procedur probacyjnych przewidzianych w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii,
- 8 Tworzenie programów wczesnej interwencji, adresowanych do okazjonalnych użytkowników substancji psychoaktywnych,
- 9 Prowadzenie akcji wymierzonych w nielegalny rynek substancji psychoaktywnych,
- 10 Tworzenie i upowszechnianie programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży, nauczycieli i rodziców,
- 11 Zwiększenie kompetencji nauczycieli, pedagogów, instruktorów i animatorów kultury oraz psychologów w zakresie profilaktyki problemów dzieci i młodzieży, w tym profilaktyki problemów dotyczących używania substancji psychoaktywnych,
- 12 Zwiększenie dostępności pomocy profilaktycznej dla dzieci i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka.
- 13 Termin „niskoprogowy” odnosi się do wdrożenia programu, którego celem jest ułatwienie dostępu do usług opieki społecznej i zdrowotnej dla osób zażywających narkotyki. Aby obniżyć dla nich próg dostępu, organizuje się jednostki w specyficznych lokalizacjach i oferuje pomoc w godzinach przystosowanych do potrzeb pacjentów, łącznie z otwieraniem ośrodków w późnych godzinach wieczornych i nocą.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

- 1 Ograniczenie liczby zgonów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych,





- 2 Ograniczenie liczby zakażeń HIV i HCV, związanych z używaniem substancji psychoaktywnych podawanych z przerwaniem ciągłości tkanek,
- 3 Poprawa stanu zdrowia oraz jakości życia osób używających problemowo substancji psychoaktywnych,
- 4 Zmniejszenie zakresu wykluczenia społecznego problemowych użytkowników substancji psychoaktywnych.

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki:

- poziom rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych w różnych grupach społeczeństwa,
- liczba osób używających regularnie substancji psychoaktywnych w sposób powodujący problemy (narkomanów),
- wskaźniki zakażeń HIV i HCV oraz zachorowań na AIDS wśród osób używających substancji psychoaktywnych,
- wskaźniki zgonów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych,
- poziom marginalizacji społecznej narkomanów,
- liczba osób przyjętych do leczenia w stacjonarnych placówkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych,
- ceny narkotyków na nielegalnym rynku,
- dostępność narkotyków według opinii poszczególnych grup społeczeństwa,
- wskaźnik konfiskat substancji nielegalnych,
- odsetek kobiet, które wykonały test w kierunku HIV po wizycie u lekarza ginekologa.

Proponowani realizatorzy zadań (patrz również rozdział: Propozycja wdrażania NPZ):

- administracja rządowa,
- administracja samorządowa,
- Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii,
- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- Policja,





- organizacje pozarządowe,
- zakłady opieki zdrowotnej.

Cel operacyjny 6.

Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawa stanu sanitarnego kraju.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

- 1 Zmniejszenie wielkości emisji do atmosfery niebezpiecznych substancji oraz ich prekursorów,
- 2 Zmniejszenie narażenia na ponadnormatywne stężenia zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego, powietrza wewnątrz pomieszczeń przeznaczonych na pobyt ludzi oraz na ponadnormatywne poziomy hałasu zwłaszcza emitowanego przez środki transportu,
- 3 Poprawa jakości wód powierzchniowych służących do zaopatrzenia ludności oraz wód w kąpieliskach publicznych,
- 4 Osiągnięcie bezpiecznego poziomu szkodliwych substancji oraz mikroorganizmów występujących w wodzie przeznaczonej do spożycia,
- 5 Zmniejszenie narażenia na ponadnormatywne stężenia i natężenia szkodliwych czynników występujących w środowisku pracy, zwłaszcza na czynniki rakotwórcze i alergiczne,
- 6 Ograniczenie narażenia na szkodliwe czynniki biologiczne występujące w środowisku bytowania i pracy przez redukcję ich źródeł,
- 7 Ograniczenie narażenia na ponadnormatywne natężenie pól elektromagnetycznych,
- 8 Ograniczenie czynników stresogennych w miejscu pracy oraz negatywnych skutków zdrowotnych spowodowanych traumą, mobingiem i agresją w miejscu pracy,
- 9 Sukcesywny spadek poziomu substancji toksycznych oraz ich metabolitów w materiale biologicznym.

Zadania:

- 1 Kontynuacja istniejących oraz wdrożenie nowych wieloletnich programów z dziedziny zdrowia środowiskowego,
- 2 Konsekwentna realizacja programów naprawczych w dziedzinie jakości powietrza atmosferycznego, wody przeznaczonej do spożycia oraz utylizacji odpadów, zwłaszcza niebezpiecznych,





- 3 Doskonalenie przepisów prawa budowlanego w kierunku zmniejszenia zagrożeń zdrowia związanych ze stosowanymi technologiami i upowszechnienia ekologicznych materiałów budowlanych,
- 4 Eliminacja lub modernizacja technologii powodujących zanieczyszczenie środowiska pracy, zamieszkania i obiektów użyteczności publicznej,
- 5 Restrukturyzacja produkcji rolniczej na obszarach o glebach nadmiernie zanieczyszczonych substancjami toksycznymi,
- 6 Rozwijanie zintegrowanych programów edukacji ekologicznej, zdrowotnej i konsumenckiej, skierowanych do decydentów, samorządów, producentów i konsumentów,
- 7 Konsekwentna realizacja przepisów ustawy o substancjach i preparatach chemicznych oraz systematyczna weryfikacja wartości najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy i życia w oparciu o kryteria zdrowotne.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

- 1 Zmniejszenie w stosunku do 2005 roku:
- 2 Wskaźnika umieralności z powodu chorób układu oddechowego oraz układu krążenia,
- 3 Zapadalności na ostre i przewlekłe choroby układu oddechowego,
- 4 Zapadalności na choroby zawodowe,
- 5 Zapadalności na choroby zakaźne i inwazyjne ogółem,
- 6 Zapadalności na alergiczne i niealergiczne choroby układu oddechowego i skóry,
- 7 Zapadalności na niektóre rodzaje nowotworów.

Monitorowanie i ewaluacja:

A) Wskaźniki środowiskowe:

- wybrane wskaźniki dotyczące wielkości emisji i imisji zanieczyszczeń powietrza oraz wskaźniki jakości wody i wielkości ładunków ściekowych generowane w ramach Państwowego Monitoringu Środowiska,
- wybrane wskaźniki jakości wody przeznaczonej do spożycia oraz jakości środowiska bytowania i pracy generowane w ramach systemów informacyjnych Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

B) Wskaźniki zdrowotne:





- wskaźniki umieralności z powodu wybranych przyczyn,
- wskaźniki zachorowalności na wybrane choroby,
- częstość występowania poszczególnych chorób zawodowych,
- częstość występowania wad wrodzonych u noworodków,
- częstość występowania niskiej masy urodzeniowej,
- hospitalizacja z powodu wybranych przyczyn,
- częstości występowania podwyższonego stężenia ołowiu w krwi dzieci zamieszkałych w dużych miastach.

Uzasadnienie wyboru celu w obszarze ochrony sanitarnej kraju:

Analiza za lata 1996-2005 pozwoliła na ustalenie obszarów zagrożenia – kategorii obiektów, których utrzymanie w należyтым stanie sanitarnym (sanitarno-technicznym) ma szczególnie istotne znaczenie dla zdrowia populacji. Uznając powyższe kryterium należy dążyć do poprawy stanu sanitarnego następujących placówek:

- zakładów opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem szpitali,
- obiektów zaopatrzenia w wodę,
- obiektów produkcji żywności i żywienia,
- placówek oświatowo-wychowawczych,
- obiektów użyteczności publicznej.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

- 1 Poprawa stanu sanitarnego kraju przez systematyczne zmniejszanie w kolejnych latach odsetka obiektów o złym stanie sanitarnym,
- 2 Poprawa jakości wody dostarczanej przez wodociągi oraz pobieranej z ujęć indywidualnych,
- 3 Spadek zapadalności na wirusowe zapalenie wątroby typu C,
- 4 Zmniejszenie częstotliwości występowania zakażeń szpitalnych,
- 5 Spadek zapadalności na choroby odzwierzęce.

Zadania:

- 1 Prowadzenie skoordynowanych działań mających na celu poprawę stanu sanitarnohigienicznego istniejących zakładów opieki zdrowotnej,





- 2 Prowadzenie nadzoru zapobiegawczego w odniesieniu do nowo tworzonych zakładów opieki zdrowotnej oraz wzmoczenie nadzoru bieżącego nad istniejącymi w zakresie spełniania przez nie wymogów sanitarnych,
- 3 Zwiększenie nadzoru organów założycielskich nad zakładami opieki zdrowotnej,
- 4 Monitorowanie zakażeń szpitalnych,
- 5 Monitorowanie liczby zakażeń wirusem HCV,
- 6 Prowadzenie działań na rzecz polepszenia jakości wody pitnej,
- 7 Prowadzenie monitoringu żywności,
- 8 Spowodowanie stałej, systematycznej poprawy stanu sanitarnego obiektów oświatowowychowawczych,
- 9 Opracowanie jednolitych procedur kontroli środków transportu,
- 10 Zobligowanie właścicieli obiektów do ochrony miejsc zabaw dzieci przed zanieczyszczeniem odchodami zwierząt,
- 11 Przeciwdziałanie szerzeniu się chorób odzwierzęcych, szczególnie od zwierząt domowych.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

- 1 Zmniejszenie częstotliwości występowania odległych powikłań zakażenia HCV,
- 2 Zmniejszenie częstotliwości powikłań będących skutkiem zakażeń szpitalnych,
- 3 Skrócenie przeciętnego czasu leczenia w oddziałach zabiegowych,
- 4 Zmniejszenie zapadalności na zatrucia pokarmowe oraz choroby będące skutkiem nieprawidłowej diety.

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki

- odsetek obiektów różnych kategorii nie spełniających obowiązujących wymogów
- higieniczno-sanitarnych,
- zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu C,
- liczba zakażeń patogenami alarmowymi w szpitalach w Polsce,
- zapadalność na choroby odzwierzęce.

Proponowani realizatorzy zadań:





- administracja rządowa,
- administracja samorządowa,
- organizacje pozarządowe,
- zakłady opieki zdrowotnej,
- instytuty naukowo-badawcze: Instytuty Medycyny Pracy w Łodzi, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu, Państwowy Zakład Higieny, Centralny Instytut Ochrony Pracy w Warszawie.

CELE OPERACYJNE DOTYCZĄCE WYBRANYCH POPULACJI

Cel operacyjny 7.

Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

- 1 Obniżenie wskaźnika wcześniactwa – z 6,4% do 5,5%,
- 2 Obniżenie umieralności okołoporodowej z 8,6/1000 urodzeń do 6,0/1000 urodzeń,
- 3 Obniżenie umieralności noworodkowej wczesnej i późnej:
 - umieralności noworodkowej wczesnej z 3,7/1000 urodzeń żywych do 3,0/1000 urodzeń żywych,
 - umieralności noworodkowej późnej z 1,3/1000 urodzeń żywych do 1,0/1000 urodzeń żywych,
- 4 Obniżenie umieralności niemowląt z 7,0/1000 urodzeń żywych do 4,0/1000 urodzeń żywych,
- 5 Obniżenie umieralności kobiet związanej z ciążą, porodem i położeniem z 7,4/100 000 urodzeń żywych do 5,0/100 000 urodzeń żywych,
- 6 Zmniejszenie częstości chorób przewlekłych i prowadzących do niepełnosprawności u dzieci,
- 7 Zmniejszenie różnic między województwami i grupami społecznymi w zakresie podstawowych mierników zdrowia dziecka.

Zadania:

- 1 Unowocześnienie programu trójstopniowej opieki perinatalnej,
- 2 Poprawa opieki przedporodowej nad ciężarną,





- 3 Zmniejszenie umieralności niemowląt,
- 4 Wprowadzenie nowoczesnych badań epidemiologicznych dotyczących opieki nad matką i dzieckiem (w tym kontynuacja programu EUROCAT),
- 5 Pełna realizacja świadczeń profilaktycznych mających na celu zapobieganie chorobom i wczesne wykrywanie zaburzeń i odchyłań w stanie zdrowia dzieci przez realizację programów profilaktycznych, badań przesiewowych, bilansów zdrowia i obowiązkowych szczepień ochronnych,
- 6 Poprawa zaspokojenia potrzeb leczniczych dzieci, rozwój rehabilitacji dzieci przewlekle chorych oraz niepełnosprawnych, w tym z niedorozwojem umysłowym,
- 7 Otoczenie szczególną opieką zdrowotną kobiet i dzieci ze środowisk specjalnego ryzyka o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, rodzin wychowawczo niewydolnych bądź patologicznych,
- 8 Stworzenie trwałego systemu monitorowania realizacji działań związanych ze zdrowiem matek i małych dzieci,
- 9 Kształtowanie prozdrowotnych postaw i przedwzięcie antyzdrowotnym zachowaniom przyszłych rodziców w okresie przedkoncepcyjnym, w czasie ciąży i opieki nad niemowlęciem i małym dzieckiem,
- 10 Propagowanie karmienia piersią, (co najmniej do 6 miesiąca życia),
- 11 Polepszenie jakości perinatalnych świadczeń medycznych.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

- 1 Poprawa stanu zdrowia noworodków urodzonych przedwcześnie,
- 2 Zmniejszenie zachorowalności dzieci,
- 3 Zmniejszenie liczby dzieci niepełnosprawnych,
- 4 Wyrównanie szans zdrowotnych dzieci w Polsce.

Monitorowanie i ewaluacja

Wskaźniki:

- wskaźnik wcześniactwa naturalnego,
- współczynnik zgonów płodów,
- struktura urodzeń według wieku matki, kolejności urodzenia i poziomu wykształcenia matek,
- wskaźnik małej urodzeniowej masy ciała,
- wskaźnik umieralności okołoporodowej,





- odsetek kobiet ciężarnych rozpoczynających opiekę w czasie ciąży w I trymestrze,
- odsetek kobiet poddanych opiece przedporodowej,
- wskaźnik umieralności niemowląt,
- odsetek dzieci zaszczepionych zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień,
- odsetek niemowląt karmionych wyłącznie piersią w 6 miesiącu życia,
- dane z programu EUROCAT o wadach wrodzonych,
- umieralność dzieci w wieku 1-4 i 5-9 lat według przyczyn,
- częstość hospitalizacji dzieci i młodzieży w wieku 1-4 i 5-9 lat według wybranych przyczyn, w tym astmy,
- częstość występowania wybranych chorób przewlekłych u małych dzieci,
- częstość występowania wybranych chorób zakaźnych i pasożytniczych u dzieci.

Proponowani realizatorzy zadań:

- administracja rządowa,
- administracja samorządowa,
- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- Instytut Matki i Dziecka,
- zakłady opieki zdrowotnej.

Cel operacyjny 8.

Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

- 1 Zwiększenie odsetka młodzieży, która:
 - osiąga zalecany poziom aktywności fizycznej,
 - racjonalnie się odżywia,
- 2 Zahamowanie tendencji wzrostowej w częstości występowania u młodzieży zachowań ryzykownych dla zdrowia.





Oczekiwane korzyści zdrowotne:

- 1 Utrzymanie na obecnym poziomie lub zmniejszenie częstości występowania w populacji dzieci i młodzieży: otyłości, depresji, chorób przenoszonych drogą płdową,
- 2 Zmniejszenie odsetka ciąż wśród małych, latych,
- 3 Zmniejszenie urazowości dzieci i młodzieży oraz osiągnięcie dla współczynników umieralności i hospitalizacji z powodu urazów i zatruc poziomu przeciętnego dla krajów Unii Europejskiej,
- 4 Zmniejszenie liczby dzieci będących ofiarami przemocy ze strony dorosłych i rówieśników w szkole.

Proponowani realizatorzy zadań:

- administracja rządowa,
- administracja samorządowa,

Cel operacyjny 9.

Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

- 1 Propagowanie idei „aktywnego starzenia się”,
- 2 Uzyskanie przez osoby starsze poczucia pełni zdrowia, bezpieczeństwa i aktywnego uczestnictwa w życiu gospodarczym, kulturalnym, społecznym i politycznym,
- 3 Zmniejszenie występowania niepełnosprawności, chorób przewlekłych i przedwczesnych zgonów w populacji osób powyżej 60 roku życia,
- 4 Zmniejszenie rozpowszechnienia czynników ryzyka związanych z chorobami zakaźnymi w populacji osób starszych.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

- 1 Zmniejszenie liczby niepełnosprawnych w grupie osób powyżej 60 roku życia,
- 2 Zmniejszenie liczby zgonów w populacji powyżej 60 roku życia,
- 3 Zmniejszenie liczby chorych na choroby zakaźne w populacji powyżej 60 roku życia,
- 4 Wydłużenie liczby lat życia wolnych od wszelkich dolegliwości (współczynnik HALE),





- 5 Wydłużenie przeciętnego dalszego trwania życia.

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki

- liczba niepełnosprawnych w grupie osób powyżej 60 roku życia,
- wskaźnik umieralności w populacji powyżej 60 roku życia,
- liczba lat wolnych od niepełnosprawności (współczynnik HALE),
- przeciętne dalsze trwanie życia osób w wieku 60 lat,
- poziom życia gospodarstw domowych osób starszych,
- nasycenie instytucjonalnymi formami opieki nad osobami starszymi o niepełnej sprawności funkcjonalnej lub mentalnej.

Cel operacyjny 10.

Tworzenie warunków dla aktywnego życia osób niepełnosprawnych.

Oczekiwane efekty do 2015 roku

- 1 Zwiększenie uczestnictwa osób niepełnosprawnych w życiu społecznym,
- 2 Ograniczenie barier funkcjonalnych utrudniających życie osobom niepełnosprawnym,
- 3 Wzrost aktywności społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

- 1 Podniesienie poziomu sprawności psychofizycznej osób niepełnosprawnych,
- 2 Poprawa jakości życia osób niepełnosprawnych.

Cel operacyjny 11.

Intensyfikacja zapobiegania próchnicy u dzieci i młodzieży.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

- 1 Zwiększenie, o najmniej o 10-20% odsetka dzieci i młodzieży objętych edukacją prozdrowotną w ramach promocji zdrowia jamy ustnej,





- 2 Zahamowanie wzrostu częstości występowania oraz obniżenie ciężkości przebiegu choroby próchnicowej w uzębieniu mlecznym i w uzębieniu stałym w całej populacji wieku rozwojowego, szczególnie w grupach wysokiego ryzyka próchnicy,
- 3 Zmniejszenie częstości występowania u młodzieży stanów zapalnych dziąseł, chorób przyzębia, urazów i patologii narządu żucia.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

- 1 Upowszechnienie zachowań prozdrowotnych i poprawa stanu zdrowia uzębienia, przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej u dzieci i młodzieży,
- 2 Zwiększenie odsetka dzieci w wieku 6 lat bez próchnicy uzębienia, wraz z obniżeniem, w stosunku do 2002 roku, różnic w zakresie odsetka dzieci z próchnicą występujących między województwami i środowiskami zamieszkania,
- 3 Obniżenie do 2 zębów średniej wartości wskaźnika intensywności próchnicy DMFT (suma liczb = D – zęby z próchnicą + M – zęby usunięte + F – zęby wypełnione) u dzieci w wieku 12 lat, wraz z obniżeniem, w stosunku do 2003 roku, różnic w nasileniu próchnicy występujących między województwami i środowiskami zamieszkania,
- 4 Obniżenie do 4 wartości istotnego wskaźnika próchnicy tzw. SiC Index (Significant Caries Index) u dzieci w wieku 12 lat z wysoką intensywnością próchnicy,
- 5 Zwiększenie odsetka młodzieży w wieku 18 lat z zachowanym pełnym uzębieniem.

Proponowani realizatorzy zadań:

- administracja rządowa,
- administracja samorządowa,
- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- zakłady opieki zdrowotnej
- Instytut Matki i Dziecka.

NIEZBĘDNE DZIAŁANIA ZE STRONY OCHRONY ZDROWIA I SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

Cel operacyjny 12.

Aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych na rzecz zdrowia społeczeństwa.





Uzasadnienie wyboru celu:

Gmina i powiat jako wspólnoty mieszkańców są w stanie dobrze identyfikować lokalne problemy zdrowia publicznego ze względu na małą liczbę mieszkańców oraz znajomość lokalnej specyfiki zarówno ekonomicznej, społecznej, jak i kulturowej. Reforma administracji terenowej z 1999 roku nadała każdemu szczeblowi administracji samorządowej szereg kompetencji w prowadzeniu polityki prozdrowotnej. Konstytucyjne zasady pomocniczości oraz domniemania wykonywania zadań publicznych przez samorząd terytorialny, a w ramach samorządu domniemania wykonywania tych zadań przez gminę powodują, że stopnie samorządu lokalnego są uporządkowane względem siebie według zasady subsydialności, wzajemnego uzupełniania się i samodzielności w polityce prozdrowotnej. Oznacza to, że inicjatywy dotyczące problematyki szeroko pojętego zdrowia publicznego powinny mieć charakter oddolny, wychodzący od wspólnoty obywatelskiej.

Oczekiwane efekty do 2015 roku

- 1 Posiadanie przez wszystkie jednostki samorządu terytorialnego wieloletnich planów polityki zdrowotnej i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych,
- 2 Zapewnienie skutecznego zarządzania i nadzoru nad funkcjonowaniem zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez gminy, powiaty i województwa,
- 3 Funkcjonowanie – dostosowanej do potrzeb mieszkańców oraz możliwości finansowych państwa – sieci zakładów opieki zdrowotnej,
- 4 Standaryzowane warunki świadczenia usług zdrowotnych,
- 5 Uproszczenie systemu wdrażania funduszy strukturalnych na rzecz zdrowia publicznego,
- 6 Budowanie partnerstwa na rzecz systemu ochrony zdrowia,
- 7 Zwiększenie liczby kwalifikowanych menedżerów zdrowia publicznego zatrudnionych w samorządach terytorialnych,
- 8 Zwiększenie potencjału zdrowotnego i świadomości zdrowotnej ludności,
- 9 Upowszechnienie wprowadzania i realizowania w szkołach i w przedszkolach programów profilaktyki i promocji zdrowia,
- 10 Wzmocnienie instytucjonalne organizacji obywatelskich działających w sferze ochrony zdrowia,
- 11 Zmiana zasad zarządzania zadaniami w sektorze ochrony zdrowia na systemowe i zadaniowe.





Zadania:

- 1 Opracowanie oraz wdrażanie regionalnych i lokalnych programów zabezpieczania świadczeń zdrowotnych, a także realizacji profilaktyki i promocji zdrowia,
- 2 Poprawa możliwości absorpcji środków finansowych, w tym unijnych, na realizację projektów z zakresu ochrony zdrowia,
- 3 Wspieranie tworzenia lokalnego partnerstwa na rzecz zdrowia,
- 4 Uruchomienie sieci regionalnych i lokalnych pełnomocników do spraw realizacji polityki prozdrowotnej,
- 5 Rozbudowa infrastruktury sportowej i rekreacyjnej.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

- 1 Poprawa jakości usług zdrowotnych i dostępności do nich przez zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia oraz bardziej racjonalne wykorzystanie infrastruktury ochrony zdrowia,
- 2 Zwiększenie sprawności i wydolności fizycznej oraz poprawa kondycji psychicznej społeczeństwa,
- 3 Zmniejszenie rozpowszechnienia otyłości, chorób układu ruchu, krążenia oraz patologii społecznej wśród młodzieży,
- 4 Zmniejszenie szkód zdrowotnych i skutków społecznych spowodowanych spożywaniem alkoholu, paleniem tytoniu, używaniem narkotyków.

Proponowani realizatorzy zadań:

- administracja rządowa,
- administracja samorządowa,
- organizacje pozarządowe.

Cel operacyjny 13.

Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta.

Uzasadnienie wyboru celu:

Zasadniczym celem Narodowego Programu Zdrowia jest poprawa stanu zdrowia społeczeństwa. Od dawna zdrowotność wiązana była powszechnie z rozwojem i poprawą dostępności do świadczeń





opieki zdrowotnej. Klasyczne analizy zagadnień z zakresu zdrowia publicznego zburzyły jednak to wyobrażenie, wskazując, że wykorzystanie opieki medycznej może przyczynić się do poprawy zdrowia społeczeństwa w stopniu dużo mniejszym niż modyfikacja czynników behawioralnych. Przyjęcie przedmiotowego poglądu przyczyniło się do wzrostu skuteczności medycyny i obecnie, np. obserwowany w USA spadek śmiertelności z powodu choroby wieńcowej tłumaczony jest w połowie korzystnymi zmianami w nawykach i sposobie życia, a jednocześnie w połowie efektywnością pomocy i terapii medycznej. Zatem jakość opieki, a zwłaszcza jej aspekt określany mianem efektywności, na który składają się skuteczność i bezpieczeństwo, stanowią coraz istotniejszą determinantę zdrowia społecznego. Aspektu tego nie mogło zabraknąć również wśród celów Narodowego Programu Zdrowia. Największą słabość obecnego systemu stanowi z kolei dominująca w społeczeństwie

krytyczna opinia o systemie ochrony zdrowia. Poprawa akceptowalności opieki zdrowotnej, dzięki niewymagającemu kosztownych inwestycji życzliwemu traktowaniu chorego i zapewnieniu mu ciągłości opieki, jest najbardziej racjonalnym kierunkiem działań.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

- 1 Doprowadzenie do sytuacji, w której do końca 2015 roku 85% szpitali obecnie nieposiadających akredytacji przystąpi do ubiegania się o nią a w konsekwencji w dniu 31 grudnia 2015 roku 65% szpitali w Polsce będzie posiadało certyfikat akredytacyjny,
- 2 Posiadanie, przez co najmniej 85% szpitali wewnętrznych programów poprawy jakości, z których co najmniej 75% będzie prowadzonych przez wicedyrektorów ds. jakości, dysponujących świadectwem ukończenia szkolenia podyplomowego w zakresie zapewnienia jakości,
- 3 Doprowadzenie do sytuacji, w której w odniesieniu do podstawowej i specjalistycznej, ambulatoryjnej opieki zdrowotnej liczba świadczeniodawców ubiegających się o akredytację będzie przekraczać 50%, a liczba akredytowanych będzie wynosić, co najmniej 40% ogółu świadczeniodawców,
- 4 Korzystanie i analiza informacji zwrotnej dotyczącej rejestru pacjentów w okresach rocznych przez minimum 75% placówek,
- 5 Objęcie rejestrem poważnych zdarzeń niepożądanych ponad 50% zakładów opieki zdrowotnej wykonujących zabiegi chirurgiczne i inwazyjne (wdrożenie rekomendacji bezpieczeństwa, w co najmniej 80% zakładów),
- 6 Objęcie do 2015 roku, co najmniej 70% szpitali programem losowego, niezależnego, profesjonalnego badania opinii pacjentów, którzy mieli kontakt ze szpitalem, będąc hospitalizowanymi bądź przyjmowanymi na izbie przyjęć lub w oddziale ratunkowym.





Zadania:

- 1 Opracowanie przejrzystych zasad uwzględniania przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych parametrów jakości placówki,
- 2 Określenie wymogów dla rozmieszczenia placówek udzielających poszczególnych rodzajów świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych, zapewniających równomierną dostępność pacjentom na terenie kraju,
- 3 Ustanowienie krajowego programu bezpieczeństwa pacjenta,
- 4 Stworzenie instytucjonalnych warunków dla funkcjonowania rejestrów pacjentów,
- 5 Rozwijanie badań opinii pacjentów,
- 6 Rozwijanie efektywnych technik informatycznych usprawniających opiekę medyczną.

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki:

- liczba ocenianych rocznie nowych technologii medycznych,
- liczba stosowanych obecnie technologii medycznych poddawanych weryfikacji,
- liczba szpitali wnoszących rocznie o akredytację,
- liczba szpitali mających akredytację,
- liczba poza-szpitalnych świadczeniodawców wnoszących o akredytację,
- liczba poza-szpitalnych świadczeniodawców, którzy uzyskali akredytację w ciągu roku,
- odsetek dyrekcji szpitalnych, w których pracuje osoba odpowiedzialna za jakość opieki,
- liczba rejestrów z aktywnym napływem danych, okresową analizą i informacją zwrotną,
- liczba oddziałów w pełni (>95%) uczestniczących w rejestrach pacjentów,
- liczba szpitali uczestniczących w rejestrze działań niepożądanych,
- liczba szpitali uczestniczących w programie analizy opinii pacjentów,
- wskaźnik uwzględniania mierników jakości świadczeniodawców w kontraktach na usługi medyczne.

Proponowani realizatorzy zadań:

- administracja rządowa,
- administracja samorządowa,





- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- Agencja Oceny Technologii Medycznych,
- Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Cel operacyjny 14.

Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi, szczególnie przez działania podstawowej opieki zdrowotnej.

A. Choroby układu krążenia

Uzasadnienie wyboru celu:

Mimo niewątpliwego sukcesu w dziedzinie ograniczenia umieralności z powodu chorób układu krążenia obserwowanego od 1991 roku, choroby układu krążenia (CHUK) pozostają nadal najważniejszą przyczyną umieralności wśród kobiet i mężczyzn w Polsce. Prawie co drugi Polak umiera z powodu chorób serca i naczyń, zaś z powodu CHUK umiera rokrocznie więcej osób niż z powodu kolejnych pięciu przyczyn razem wziętych. CHUK są nadal najważniejszą przyczyną umieralności przedwczesnej w Polsce. Standaryzowane wskaźniki umieralności z powodu CHUK, a zwłaszcza z powodu choroby niedokrwiennej serca i chorób naczyniowych mózgu są wciąż znacznie wyższe niż w krajach „starej” Unii Europejskiej. CHUK stanowią jedną z najważniejszych przyczyn absencji chorobowej, hospitalizacji oraz inwalidztwa prawnego, wpływają także w znaczący sposób na jakość życia Polaków, szczególnie osób w wieku średnim i podeszłym. Konsekwencją tego są również ogromne wydatki ze środków publicznych i środków własnych obywateli na leczenie CHUK.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

- 1 Zwiększenie wykrywalności nadciśnienia tętniczego do poziomu 75% oraz poprawa skuteczności leczenia nadciśnienia,
- 2 Zmniejszenie odsetka osób z hiperlipidemią, a zwłaszcza ograniczenie odsetka osób ze stężeniem cholesterolu powyżej 250 mg%,
- 3 Istotne zwiększenie liczby chorych z nadciśnieniem, leczonych przez lekarzy rodzinnych,
- 4 Istotne zwiększenie częstości badań stężenia cholesterolu we krwi, jego frakcji i trójglicerydów, wykonywanych w laboratoriach świadczących usługi na rzecz podstawowej opieki zdrowotnej,
- 5 Istotny wzrost liczby osób leczonych z powodu zaburzeń lipidowych,





- 6 Zmniejszenie różnic regionalnych dotyczących umieralności z powodu chorób serca i naczyń.

Zadania

- 1 Zwiększenie skuteczności programów ograniczenia natężenia czynników ryzyka odpowiedzialnych za występowanie chorób serca i naczyń,
- 2 Opracowanie standardów powszechnych, dostępnych i uzasadnionych ekonomicznie badań przesiewowych, ukierunkowanych na wczesną diagnostykę czynników ryzyka oraz wybranych CHUK i metabolicznych,
- 3 Opracowanie standardów postępowania z osobami z rozpoznanymi czynnikami ryzyka i chorobami serca, naczyń oraz metabolicznymi,
- 4 Wdrożenie nowoczesnych standardów diagnostyki oraz leczenia chorób serca i naczyń do placówek POZ,
- 5 Zwiększenie dostępności inwazyjnych procedur kardiologicznych ratujących życie w stanach nagłych,
- 6 Usprawnienie systemu ratownictwa medycznego w nagłych stanach kardiologicznych,
- 7 Zwiększenie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat przyczyn powstawania, możliwości zapobiegania oraz wczesnej diagnostyki i leczenia CHUK,
- 8 Poprawa jakości życia osób leczonych z powodu chorób serca i naczyń.

Oczekiwane korzyści zdrowotne

- 1 Zmniejszenie umieralności przedwczesnej (25-64 lata) z powodu chorób serca i naczyń o 15-20% w ciągu najbliższych 10 lat,
- 2 Zmniejszenie umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca (w tym zawału serca) o 15-20% w ciągu najbliższych 10 lat.

B. Udary mózgowie

Uzasadnienie wyboru celu

W Polsce umieralność z powodu udaru mózgu była wyższa niż w większości krajów europejskich. W związku z tym niezwykle ważne stało się leczenie i zapobieganie chorobom układu sercowo-naczyniowego. Wczesne rozpoznawanie modyfikowalnych czynników ryzyka, takich jak nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej czy migotanie przedsionków pozwala na wdrożenie





profilaktyki pierwotnej i zmniejszenie liczby udarów mózgu. Leczenie przyczynowe udaru mózgu przy pomocy terapii trombolitycznej (pozwala na zmniejszenie śmiertelności i niesprawności poudarowej).

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

- 1 Doprowadzenie do sytuacji funkcjonowania w kraju 130 w pełni wyposażonych pododdziałów udarowych,
- 2 Powstanie sieci poradni udarowych,
- 3 Powstanie sieci oddziałów rehabilitacji.

Zadania:

- 1 Kontynuacja leczenia trombolitycznego,
- 2 Tworzenie sieci poradni udarowych,
- 3 Tworzenie sieci oddziałów rehabilitacji,
- 4 Prowadzenie szkoleń dla lekarzy w zakresie pomocy doraźnej w celu szybkiego rozpoznawania objawów udaru,
- 5 Upowszechnianie wiedzy na temat objawów udaru mózgu.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

- 1 Zmniejszenie częstości udarów,
- 2 Zmniejszenie wczesnej śmiertelności poudarowej,
- 3 Zmniejszenie niesprawności poudarowej,
- 4 Zmniejszenie częstości udarów nawrotowych.

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki:

- ocena śmiertelności poudarowej,
- analiza umieralności z powodu chorób naczyń mózgowych,
- ocena liczby osób niesprawnych po udarze mózgu,
- koszty pośrednie poudarowe.

C. Choroby nowotworowe





Uzasadnienie wyboru celu:

Zgodnie z ostatnimi raportami prezentowanymi w Parlamencie Europejskim, Polska znajduje się na ostatnim miejscu w Europie pod względem dostępności leczenia onkologicznego. Do zmiany tego stanu rzeczy konieczna okazała się zmiana sposobu finansowania diagnostyki i leczenia onkologicznego. Uznając tę konieczność, w 2005 roku przyjęto ustawę wprowadzającą Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

- 1 Zwiększenie wykrywalności choroby nowotworowej we wczesnym stadium,
- 2 Upowszechnienie poradnictwa genetycznego opartego na Evidence Based Medicine,
- 3 Rozwój nowoczesnego leczenia choroby nowotworowej w pierwszym jej stadium.

Zadania:

- 1 Zwiększenie efektywności wczesnego diagnozowania, głównie przez konsekwentne prowadzenie populacyjnych badań przesiewowych,
- 2 Wdrożenie działania w celu obniżenia poziomu społecznego lęku przed rakiem za pomocą profesjonalnego kreowania zmian świadomościowych,
- 3 Uzupelnienie aparatury medycznej (diagnostyka, radiologia) w ośrodkach onkologicznych.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

- 1 Zmniejszenie umieralności z powodu nowotworów.

D. Choroby układu oddechowego

Uzasadnienie wyboru celu:

W Polsce na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) choruje co dziesiąta osoba powyżej 30 roku życia. Liczba chorych sięga 2 mln osób (około 5% kobiet i 10% mężczyzn w ogólnej populacji). Ocenia się jednak, że tylko około 1/3 spośród tej liczby chorych jest zdiagnozowana. Według statystyk Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), POChP zajmuje obecnie czwarte miejsce wśród przyczyn zgonów na świecie, zaraz po chorobach układu krążenia, nowotworach i zgonach z przyczyn nagłych. Niestety szacuje się, że w ciągu najbliższych kilkunastu lat obturacyjna choroba płuc stanie się już trzecią najczęstszą przyczyną śmierci. Obecnie z powodu POChP umiera w Polsce około 15 tys. osób rocznie. Choroba ta stanowi ogromne obciążenie społeczne. Jej objawy obejmują postępującą duszność, przewlekły kaszel i ciągłe odkrztuszanie prowadzące do inwalidztwa oddechowego. W





Polsce chorym na obturacyjną chorobę płuc, co roku przyznaje się około 20 tys. rent inwalidzkich. Co najważniejsze, większość tych rent otrzymują osoby w wieku produkcyjnym, między 50 a 60 rokiem życia.

Zadania:

- 1 Wprowadzenie Narodowego Programu Zwalczenia POChP,
- 2 Kontynuowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia realizacji Programu Profilaktyki POChP,
- 3 Podjęcie przez Ministerstwo Edukacji Narodowej działania na rzecz edukacji zdrowotnej (antynikotynowej) wśród dzieci i młodzieży,
- 4 Egzekwowanie przez Ministerstwo Pracy zakazu palenia papierosów w miejscach pracy oraz dbanie o właściwą ochronę miejsc pracy przed zanieczyszczeniami powietrza,
- 5 Wspomaganie przez samorządy działań eliminujących narażenie na dym tytoniowy przez prowadzenie lokalnych programów edukacji, prewencji i wczesnej diagnostyki,
- 6 Podejmowanie przez organizacje pozarządowe działań na rzecz integracji środowiska pacjentów i dalszej ich edukacji.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

- 1 Zmniejszenie zapadalności na POChP,
- 2 Zmniejszenie chorobowości z powodu POChP,
- 3 Zmniejszenie umieralności z powodu POChP,
- 4 Zmniejszenie kosztów związanych z leczeniem ciężkich postaci POChP.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

- 1 Zmniejszenie zapadalności na POChP,
- 2 Zmniejszenie liczby ciężkich postaci choroby i inwalidztwa oddechowego,
- 3 Redukcja umieralności z powodu POChP, szczególnie umieralności przedwczesnej.

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki:

- zapadalność na POChP,
- chorobowość z powodu POChP,
- umieralność z powodu POChP.





E. Choroby reumatyczne

Uzasadnienie wyboru celu

Choroby reumatyczne to grupa około 200 chorób układu ruchu o przewlekłym charakterze i różnym stopniu zajęcia stawów i narządów wewnętrznych. Można wśród nich wyróżnić dwie główne grupy: zapalne choroby reumatyczne (reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń rumieniowaty, dna moczanowa i inne) oraz choroby reumatyczne niezapalne (choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa i stawów obwodowych, osteoporoza i inne), szacowana liczba hospitalizacji z powodu chorób reumatycznych sięga 18% wszystkich hospitalizacji.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

- 1 Spadek liczby osób hospitalizowanych z powodu chorób reumatycznych,
- 2 Racjonalizacja leczenia w otwartej opiece zdrowotnej,
- 3 Zmniejszenie liczby orzekanych rent inwalidzkich z powodu chorób reumatycznych,
- 4 Osiągnięcie systemowej korzyści farmakoekonomicznej,
- 5 Zmniejszenie obciążeń ekonomicznych generowanych przez choroby reumatyczne.

Zadania:

- 1 Utworzenie 16 centrów wczesnej diagnostyki, leczenia i rehabilitacji chorób reumatycznych,
- 2 Zwiększenie i wyrównanie dostępności do usług rehabilitacyjnych,
- 3 Monitorowanie częstości orzekania o rentach inwalidzkich,
- 4 Zwiększenie świadomości społecznej dotyczącej zagrożeń ze strony chorób reumatycznych.

Oczekiwane korzyści zdrowotne

- 1 Ograniczenie ryzyka zdrowotnego dla populacji polskiej wyrażonego przez:
 - zmniejszenie liczby chorych hospitalizowanych z powodu chorób reumatycznych,
 - zmniejszenie liczby osób niepełnosprawnych z powodu chorób reumatycznych,
 - zmniejszenie nierówności w dostępie do specjalistycznej opieki medycznej.

Monitorowanie i ewaluacja

Wskaźniki

- liczba nowo powstających centrów wczesnej diagnostyki, leczenia i rehabilitacji chorób reumatycznych,





- liczba pacjentów w rejestrze chorych leczonych ambulatoryjnie,
- wskaźnik hospitalizacji wybranych jednostek chorobowych,
- liczba nowo orzekanych rent inwalidzkich z powodu chorób reumatycznych (analizowana na podstawie danych z ZUS oraz KRUS),
- liczba i zakres programów promocji zdrowia.

Proponowani realizatorzy zadań zawartych w pkt. A, B, C, D, E:

- administracja rządowa,
- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- zakłady opieki zdrowotnej,
- administracja samorządowa.

Cel operacyjny 15.

Zwiększenie i optymalne wykorzystanie systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Uzasadnienie wyboru celu:

We wnioskach z monitoringu Narodowego Programu Zdrowia na lata 1996-2005 wskazano na konieczność rozwoju infrastruktury pomocnej w realizacji zadań z zakresu promocji zdrowia. Istotne w tej mierze jest właściwe zaprojektowanie współpracy ze środkami masowego przekazu. Współpraca taka powinna uwzględniać interes mediów (publicznych oraz komercyjnych) i opierać się na porozumieniu z właścicielami czy zarządcami mediów, a także na systematycznej współpracy ze środowiskiem dziennikarskim.

Oczekiwane efekty do 2015 roku

- 1 Zwiększenie krajowego potencjału promocji zdrowia poprzez rozwój infrastruktury (polityki, systemu nadzoru, mechanizmów wdrażania programów),
- 2 Poprawa jakości kształcenia i doskonalenia zawodowego pracowników i realizatorów promocji zdrowia,
- 3 Zwiększenie skuteczności programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia,
- 4 Zwiększenie zasięgu oddziaływania edukacji i promocji zdrowia i objęcie nimi grup szczególnie podatnych na zagrożenia zdrowotne.





Zadania:

- 1 Monitorowanie infrastruktury promocji zdrowia w kraju,
- 2 Opracowanie krajowego planu rozwoju promocji zdrowia,
- 3 Stworzenie systemu nadzoru nad szkoleniem przed i podyplomowym kadr dla promocji zdrowia,
- 4 Stworzenie przejrzystego systemu wsparcia finansowego dla programów promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej (nakłady z ubezpieczenia zdrowotnego i zabezpieczenia społecznego, jednostek samorządu terytorialnego itp.),
- 5 Rozwijanie edukacji zdrowotnej w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych,
- 6 Rozwijanie i wspieranie działań opartych na podejściu siedliskowym²²,
- 7 Nasilanie działań ukierunkowanych na grupy społeczne o szczególnie pilnych potrzebach zdrowotnych, w tym zwłaszcza upowszechnianie wzorców dobrej praktyki w dziedzinie
- 8 promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej,
- 9 Rozwijanie współpracy ze środkami masowego przekazu, prowadzenie działalności edukacyjnej, kierowanej do środowiska dziennikarskiego i przedstawicieli TV,

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

- 1 Budowanie partnerstwa i koalicji na rzecz umacniania zdrowia na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym,
- 2 Ukształtowanie w społeczeństwie postaw i zachowań prozdrowotnych.

Z perspektywy czasu zmiany te będą prowadzić do poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, mierzalnej wskaźnikami epidemiologicznymi.

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki:

- analiza i ocena istniejącego systemu szkolenia; powstanie minimum programowego i stopień unifikacji programów istniejących szkoleń,
- wydatki ponoszone przez samorządy terytorialne na promocję zdrowia (w przeliczeniu na jednego mieszkańca),
- liczba miast, gmin, szkół, szpitali i zakładów pracy realizujących projekty promocji zdrowia z uwzględnieniem podejścia siedliskowego,
- liczba programów adresowanych do grup o niskim statusie społeczno-ekonomicznym,





- zmiana postaw społecznych wobec ludzi w podeszłym wieku,
- liczba programów adresowanych do osób w wieku powyżej 50 roku życia,
- liczba publikacji lub baz danych na temat wzorców dobrej praktyki w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej,
- liczba programów poświęconych promowaniu zdrowia w radiu i telewizji.

Proponowani realizatorzy zadań:

- administracja rządowa,
- administracja samorządowa,
- organizacje pozarządowe,
- instytucje naukowo-badawcze,





Realizacja zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia w poszczególnych gminach do roku 2010 - badania

Badanie zostało zrealizowane na zlecenie Ministra Zdrowia, dotyczyło monitoringu stopnia wdrożenia Narodowego Programu Zdrowia w gminach. Badaniem zostało objętych 11 gmin, w tym 3 poddane zostały próbie kontrolnej. Przedstawione zostały poniżej tylko wyniki badań.

Badanie obejmowało następujące obszary działalności gmin:

PODZIAŁ ŚRODKÓW W BUDŻECIE GMINY NA 2010 ROK

Wnioski:

- 1 Priorytet oświata - od 30% do 70% środków budżetowych w badanych jednostkach
- 2 Pozostałe wydatki „sztywne” związane z utrzymaniem innych instytucji podległych i utrzymaniem mienia komunalnego, zadania inwestycyjne
- 3 Wydatki gmin na ochronę i promocję zdrowia zależne od tego, czy gmina ma na utrzymaniu jednostki organizacyjne służby zdrowia (Jeśli nie – wydatki na cele zdrowotne sięgają maksymalnie 1% budżetu. W przeliczeniu na jednego mieszkańca w gminach objętych badaniem: od 3 do ok. 20 zł.
- 4 Wyjaśnienia dotyczące przeznaczania niewielkich środków w budżecie na cele ochrony i promocji zdrowia:
 - a. Ochrona i promocja zdrowia nie należy do zadań gminy
 - b. Ochrona i promocja nie są zadaniami priorytetowymi, w gminie istnieją ważniejsze potrzeby
 - c. Brak wystarczających środków finansowych
 - d. gmina nie przeznaczają środków w budżecie specjalnie na ten cel, ponieważ elementy ochrony i promocji zdrowia pojawiają się wśród innych zadań (np. w dziedzinie oświaty, kultury fizycznej, opieki społecznej)
 - e. gmina nie powinna i nie musi się tym w ogóle zajmować, należy to do zadań innych instytucji dysponujących środkami finansowymi na ten cel (np. Ministerstwo Zdrowia, NFZ)
 - f. Priorytetem jest rozwój cywilizacyjny gminy, a w tej dziedzinie jako najistotniejsze postrzegane są inwestycje, mające na celu poprawę jakości życia mieszkańców; kwestie zdrowotne traktowane bywają jako drugorzędne.





- g. Wobec napiętych budżetów środki przeznaczone są w pierwszej kolejności na cele „sztywne” oraz na zadania postrzegane jako priorytetowe lub należące do powinności samorządu. Zadania o charakterze zdrowotnym nie mieszczą się – w odczuciu części respondentów – w żadnej z tych kategorii.
 - h. ochrona i promocja zdrowia nie jest zadaniem gminy / ochrona i promocja zdrowia to przede wszystkim leczenie
 - i. obecny poziom wydatków na ten cel oceniany jako właściwy
 - j. obowiązki gminy obejmują szeroko rozumianą profilaktykę zdrowotną
- 5 Poziom realizacji zadań w 2010 roku
- a. Brak zadań, z których rezygnowano na etapie planowania budżetu – gminy dopasowują swoje zamierzenia do poziomu posiadanych środków finansowych.
 - b. Tendencja do powielania z roku na rok tych samych zadań – zwłaszcza w gminach, które swoje zadania z dziedziny ochrony i promocji zdrowia rozumieją wąsko, ograniczając je do profilaktyki przedwzrostkowej.
- 6 Wobec ograniczonych możliwości budżetowych i powszechnego przekonania, że ochrona i promocja zdrowia nie należą do obowiązków gmin przedsięwzięcia nieplanowane,
- a. Inicjatorzy nieplanowanych zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia:
 - firmy o profilu medycznym (np. farmaceutyczne lub produkujące sprzęt medyczny)
 - ogólnopolskie organizacje pożytku publicznego (np. PCK, Caritas)
 - lokalne organizacje pożytku publicznego i stowarzyszenia
 - niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej działające na terenie gminy
 - szkoły
 - kluby sportowe
 - wojewódzkie wydziały (centra) zdrowia publicznego
 - b. Wkład samorządu w nieplanowane zadania z zakresu ochrony i promocji zdrowia:
 - pomoc w organizacji, logistyce Przedsięwzięcia
 - udostępnienie pomieszczeń, miejsca
 - udostępnienie dostępu do infrastruktury (prąd, woda)
 - informacja, nagłośnienie, reklama przedsięwzięcia
 - brak partycypacji finansowej





7 Rodzaje nieplanowanych działań z zakresu ochrony i promocji zdrowia, podejmowanych w gminach:

a. badania profilaktyczne:

- mammografia („mammobus”): zadanie realizowane we wszystkich gminach, w ciągu roku kilkakrotnie, cieszące się zainteresowaniem mieszkank
- badania w kierunku nowotworu prostaty
- badania w kierunku cukrzycy
- badania w kierunku osteoporozy
- badania okulistyczne
- „białe niedziele”
- krwiodawstwo
- prelekcje, pogadanki, szkolenia kierowane głównie do młodzieży:
- profilaktyka antynowotworowa
- uzależnienia (w tym dopalacze)
- • działania o charakterze sportowo-rekreacyjnym, których elementem jest promocja zdrowego stylu życia:
- festyny, pikniki
- imprezy sportowe, zawody, spartakiady
- rajdy

8 Postrzegane problemy w realizacji zadań z dziedziny ochrony i promocji zdrowia

- a. Brak wpływu samorządu na sposób działania NZOZ - Usamodzielnienie się zakładów opieki zdrowotnej na terenie gmin „zdejło” z samorządów problem opieki zdrowotnej, ale jednocześnie pozbawiło je jakiegokolwiek realnego wpływu na sposób realizacji kontraktu czyli na rzeczywistą jakość usług medycznych świadczonych przez NZOZ na rzecz mieszkańców.
- b. Brak współpracy pomiędzy wszystkimi szczeblami samorządu, bałagan kompetencyjny w dziedzinie odpowiedzialności za realizację zadań zdrowotnych
- c. niejasny zakres zadań z dziedziny ochrony i promocji zdrowia należących do obowiązków gminy
- d. brak koordynacji projektów zdrowotnych przez wyższe szczeble samorządu
- e. całkowita niezależność od samorządu gminnych NZOZ





- f. brak instytucji odpowiedzialnej za realizację profilaktyki zdrowotnej w terenie.
- g. Problemy finansowe:
- ograniczonymi finansami motywowany jest brak wszelkich (poza obowiązkowymi) inicjatyw prozdrowotnych w sytuacji, kiedy wójt / burmistrz jest zwolennikiem opinii, że kwestie zdrowotne nie należą do zadań gminy = kwestia ograniczeń finansowych ma charakter wtórny wobec problemu, jakim jest przekonanie o małym znaczeniu zadań zdrowotnych.
 - gmina realizuje pewne zadania prozdrowotne (choć przede wszystkim jako nieplanowane), a wójt / burmistrz docenia ich wagę, jednocześnie realnie oceniając ograniczone możliwości finansowe gminy w tej dziedzinie = rzeczywiste problemy finansowe.
 - gmina, w której wójt / burmistrz, dysponując dodatkowymi środkami finansowymi, staje przed dylematem: czy przeznaczyć je na dofinansowanie konkretnych usług medycznych czy na profilaktykę bądź promocję zdrowia? (zazwyczaj zwycięża ta pierwsza opcja, jako bardziej wymierna, jeśli chodzi o skutki) = rzeczywiste problemy finansowe.
- h. Brak odpowiedniej wiedzy, brak kompetencji brak wiedzy o problemach lokalnej społeczności w tym zakresie - dostęp do informacji usystematyzowanych, pochodzących ze źródeł formalnych brak kompetentnych osób, fachowców mających przygotowanie w dziedzinie polityki zdrowotnej, co skutkuje brakiem umiejętności poruszania się w tej tematyce.
- i. Brak przekonania w samorządzie co do wagi zadań prozdrowotnych Kwestie zdrowotne, jako nie należące (poza GKRPA) do obowiązków gminy, postrzegane bywają przez samorządowców jako mało istotne, a zatem nie są oni skłonni zgadzać się na ich finansowanie.
- j. Brak zainteresowania profilaktyką zdrowotną wśród mieszkańców. W świadomości społecznej wciąż ważniejsze jest leczenie niż profilaktyka.
- k. Brak zainteresowania mieszkańców profilaktyką, uczestnictwem w badaniach, zniechęca i demotywuje samorządy do podejmowania tego rodzaju inicjatyw.
- l. Presja mieszkańców w kierunku realizacji przez samorząd różnego rodzaju zadań prozdrowotnych mogłaby wpłynąć na zwiększenie aktywności samorządów w tej dziedzinie.

Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia w województwie wielkopolskim

Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia w Wielkopolsce formułuje misję systemu ochrony zdrowia w Wielkopolsce, którą jest poprawa jakości i długości życia mieszkańców województwa





poprzez szeroko zakrojone działania prozdrowotne i rozwój systemu ochrony zdrowia. Poprawa jakości życia, stanowiąca jedno z głównych wyzwań stojących przed województwem, jest w dużej mierze uzależniona od stylu życia jego mieszkańców oraz sprawnego i przyjaznego pacjentowi systemu ochrony zdrowia. Zgodnie z tą strategią polityka zdrowotna powinna być zorientowana na następujące wartości:

- dążenie do zachowania zdrowia populacji przez działania na rzecz profilaktyki zdrowotnej, zapobiegania chorobom i zmiany stylu życia,
- zapewnienie mieszkańcom województwa optymalnej dostępności do usług zdrowotnych,
- polepszenie jakości świadczonych usług medycznych,
- szeroko pojętą racjonalizację zasobów systemu opieki zdrowotnej.

W związku z powyższym, po dokonanej analizie epidemiologiczno-demograficznej oraz istniejącego potencjału w zakresie ochrony zdrowia, priorytety regionalnej polityki zdrowotnej obejmują:

- rozwijanie sieci gabinetów lekarzy rodzinnych oraz środowiskowej opieki pielęgniarstwa,
- rozwój zintegrowanego systemu ratownictwa medycznego,
- racjonalizację rozmieszczenia i wykorzystania zasobów stacjonarnej opieki zdrowotnej,
- rozwój zróżnicowanych form opieki długoterminowej,
- rozwój systemu wczesnej interwencji kardiologicznej i kardiochirurgicznej,
- usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych,
- usprawnienie opieki psychiatrycznej i psychogeriatrycznej,
- wdrożenie systemu funkcjonalnych powiązań jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia,
- rozwój form opieki domowej,
- rozwój profilaktyki i promocji zdrowia.

Strategia województwa wielkopolskiego precyzuje szczegółowy cel strategiczny - 3.4. Cel strategiczny 4 – Wzrost spójności i bezpieczeństwa społecznego; Cel operacyjny 4.1. Poprawa sytuacji demograficznej oraz stanu zdrowia mieszkańców.

Misję województwa w tym zakresie formułuje Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia w Wielkopolsce. Jest nią poprawa jakości i długości życia mieszkańców województwa poprzez szeroko zakrojone działania prozdrowotne i rozwój systemu ochrony zdrowia. Zgodnie z tą strategią polityka prozdrowotna powinna być zorientowana na następujące wartości:





- Dążenie do poprawy sytuacji demograficznej
- Dążenie do zachowania zdrowia populacji przez działania na rzecz profilaktyki zdrowotnej, zapobiegania chorobom i zmiany stylu życia
- Zapewnienie mieszkańcom województwa optymalnej dostępności do usług zdrowotnych
- Polepszenie jakości świadczonych usług medycznych
- Szeroko pojętą racjonalizację zasobów systemu opieki zdrowotnej
- Doskonalenie systemów ratowniczych

Cel ten realizowany będzie przede wszystkim poprzez:

- Działania pronatalistyczne i prorodzinne
- Rozwijanie sieci gabinetów lekarzy rodzinnych oraz środowiskowej opieki pielęgniarskiej
- Rozwój zintegrowanego systemu ratownictwa medycznego
- Racjonalizację rozmieszczenia i wykorzystania zasobów stacjonarnej opieki zdrowotnej
- Rozwój zróżnicowanych form opieki długoterminowej
- Rozwój systemu wczesnej interwencji kardiologicznej i kardiochirurgicznej
- Usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych
- Usprawnienie opieki psychiatrycznej i psychogeriatrycznej
- Wdrożenie systemu funkcjonalnych powiązań jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia
- Rozwój form opieki domowej
- Ograniczanie skali chorób społecznych
- Rozwój profilaktyki i promocji zdrowia

Założenia strategii rozwoju ochrony zdrowia powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego wynikające z dostosowania się do programów zdrowotnych opracowanych na szczeblu centralnym i wojewódzkim - cele szczegółowe w odniesieniu powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego

Spośród dotychczas realizowanych w powiecie programów zdrowotnych dominowały programy o charakterze informacyjno-edukacyjnym. Zważywszy na wyposażenie Szpitali w sprzęt specjalistyczny, a także zważywszy na konieczność realizacji programów inwestycyjnych w celu dostosowania działalności Szpitali do wymogów Rozporządzenia





Ministra Zdrowia, zasadnym wydaje się realizacja w powiecie programów zdrowotnych o charakterze profilaktycznym i wczesnej wykrywalności skierowanych do celowo dobranych grup społecznych. Koszty takich programów są wyższe niż programów o charakterze edukacyjno-informacyjnym, jednakże należałoby poczynić starania w celu pozyskania zewnętrznych środków pomocowych do ich realizacji np. z funduszy UE, funduszy celowych, Ministerstwa Zdrowia.

Celowym jest przyjęcie w strategii rozwoju ochrony zdrowia powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego za Narodowym Programem Zdrowia następujących celów w zakresie opieki zdrowotnej:

Cel główny: „Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu” osiągany przez:

- kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa,
- tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu,
- aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia.

I. Strategiczne cele zdrowotne

- 1 Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu;
- 2 Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych;
- 3 Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków;
- 4 Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne;
- 5 Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego;
- 6 Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego;
- 7 Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom;
- 8 Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji.

II. Cele operacyjne dotyczące czynników ryzyka i działań w zakresie promocji zdrowia





- 1 Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu;
- 2 Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem;
- 3 Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości;
- 4 Zwiększenie aktywności fizycznej ludności;
- 5 Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych;
- 6 Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawa stanu sanitarnego kraju.

III. Cele operacyjne dotyczące wybranych populacji

- 1 Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem;
- 2 Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego, psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży;
- 3 Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych;
- 4 Tworzenie warunków dla aktywnego życia osób niepełnosprawnych;
- 5 Intensyfikacja zapobiegania próchnicy zębów u dzieci i młodzieży.

IV Niezbędne działania ze strony Starostwa Powiatowego

- 1 Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta;
- 2 Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi, szczególnie przez działania podstawowej opieki zdrowotnej;
- 3 Zwiększenie i optymalne wykorzystanie systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Narodowy Program Zdrowia definiuje także niezbędne działania konieczne do realizacji ze strony samorządów terytorialnych, w przypadku powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego, uwzględniając posiadaną infrastrukturę medyczną zasadnym jest opracowanie założeń i pełna





realizacja postawionych zadań, poprzez opracowanie i przyjęcie do realizacji następujących programów zdrowotnych:

- 1 Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta.
- 2 Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi, poprzez wspólne działanie ze Szpitalami i jednostkami podstawowej opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem następujących chorób:
 - a. Choroby układu krążenia
 - b. Udary mózgowo
 - c. Choroby nowotworowe
 - d. Choroby układu oddechowego
 - e. Choroby reumatyczne
- 3 Powiatu i podmiotów wykonujących działalność leczniczą jako wspólne zadanie, współpracę i wspólny cel. Uzupełnienia świadczeń medycznych, które nie są w powiecie oferowane.

9.2.2 Założenia strategii rozwoju ochrony zdrowia powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego – cele szczegółowe dotyczące współpracy samorządu terytorialnego i podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Wnioskując na podstawie analizy danych ekonomiczno-finansowych Szpitali, a także na podstawie przeprowadzonych rozmów i wywiadów z dyrekcją Szpitali, a także kierownikami poszczególnych jednostek organizacyjnych, stwierdza się, że poza niewielkimi wyjątkami (transport sanitarny), nie ma współpracy pomiędzy Szpitalami, a także pomiędzy Szpitalami, Starostwem i innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą np. podstawowa opieka zdrowotna (lekarze pierwszego kontaktu, zwani dalej POZ). Działaniami jakie należałoby podjąć w tym zakresie są:

1. Podjęcie działań przez Starostwo, a później ich monitorowanie i intensyfikacja, w kierunku nawiązania współpracy pomiędzy podstawową opieką zdrowotną, a Szpitalami. Szpitale posiadają laboratoria, RTG, pracownie USG, pracownie





endoskopowe, które mogłyby świadczyć usługi dla POZ, obecnie usługi te w dużej mierze są świadczone poza powiatem, co wiąże się z wypływem środków finansowych poza powiat,

2. **Podjęcie działań przez Starostwo, a później ich monitorowanie i intensyfikacja, w kierunku nawiązania ścisłej współpracy pomiędzy Szpitalami w zakresie usług i świadczeń, których poszczególne Szpitale nie wykonują** np. tomografia komputerowa, mammografia, usługi laboratorium mikrobiologicznego, pralnia itp. Oczywiście usługi te, wykonywane powinny być na warunkach rynkowych i zgodnie z zapotrzebowaniem zamawiającego np. szybkość opisów TK. Działania w tym kierunku powinny być zainicjowane i monitorowane przez starostwo, które jest organem założycielskim obu Szpitali. Zlecenie usług specjalistycznych innym podmiotom wiąże się z wypływem środków finansowych poza powiat,
3. **Podjęcie działań przez Starostwo w celu ujednoczenia wzoru rachunku kosztów dla obu Szpitali.** Obecnie Szpitale w odmienny sposób prezentują koszty w podziale na oddziały, przypisanie kosztów pośrednich i zarządu. Wprowadzenie takiego rozwiązania pozwoli na porównywalność danych finansowych obu Szpitali.
4. **Podjęcie działań przez Starostwo w celu stworzenia wspólnej polityki rachunkowości dla obu Szpitali,** we współpracy z biegłymi rewidentami badającymi sprawozdania finansowe, lub zlecenie opracowania polityki rachunkowości podmiotowi trzeciemu. Wprowadzenie takiego rozwiązania pozwoli na porównywalność danych finansowych obu Szpitali.
5. **Podjęcie przez Starostwo rozmów ze Szpitalami w kierunku próby scentralizowania niektórych zakupów środków medycznych, leków, usług, ewentualnie kadry medycznej i innych.** Scentralizowanie zakupów może pozwolić na uzyskanie efektu skali poprzez zwiększony wolumen zakupu, jednakże działania takie będą musiały być każdorazowo analizowane pod względem opłacalności.

W zakresie dostępności mieszkańców powiatu do świadczeń medycznych zasadniczo występują dwa problemy:

1. **brak świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – opisany powyżej,**
2. **brak świadczeń opieki długoterminowej – cel utworzenie w obu szpitalach Oddziału dla Przewlekłe Chorych optymalnie po 10 łóżek – ostateczne określenie liczby łóżek wymaga ustalenia celu i harmonogramu działań inwestycyjnych w obu szpitalach w zakresie dostosowania do wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą i potem w zależności od możliwości lokalowych określenia docelowej liczby łóżek długoterminowych. Utworzenie oddziału dla**





Przewlekłe Chorych musi iść w parze z zapewnieniem kontraktowania tychże świadczeń przez WOW NFZ. W obecnej sytuacji prawno-ustawowej jak i możliwościach lokalowych obu Jednostek, nie jest możliwe wprowadzenie w ramach istniejących struktur łóżek długoterminowych.

Aby wystąpić z ofertą do NFZ należy spełnić poniższe wymagania:

Tabela 118 Warunki wobec świadczeniodawców

WARUNKI WOBEC ŚWIADCZENIODAWCÓW-ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE	
ODDZIAŁ DLA PRZEWLEKŁE CHORYCH	
1.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze - wymagane	1) lekarze - równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego na każde rozpoczęte 10 łóżek
lekarze - dodatkowe	2) lekarz specjalista w zakresie chorób wewnętrznych lub geriatrici - równoważnik etatu przeliczeniowego
pielęgniarki wymagane	3) liczba wg normy zatrudnienia ustalonej przez kierownika zakładu na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudniania pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 111, poz 1314)
pielęgniarki dodatkowe	4) pielęgniarki ze specjalizacją lub ukończonym kursem z zakresu opieki długoterminowej lub zakresu pielęgniarstwa geriatrycznego lub opieki paliatywnej - 25% czasu pracy pielęgniarek
pracownik socjalny - wymagane	5) pracownik socjalny - równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego
fizjoterapeuta wymagane	6) fizjoterapeuta - równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego
psycholog, logopeda, terapeuta zajęciowy - wymagane	7) psycholog kliniczny lub mgr psychologii lub logopeda lub terapeuta zajęciowy - równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego
1.2 Warunki lokalowe	
wymagane	8) sale chorych z zapewnieniem dostępu do łóżka z trzech stron i swobodnego korzystania ze sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego 9) gabinet lekarski i zabiegowo-pielęgniarSKI





	<p>10) gabinet rehabilitacyjny</p> <p>11) gabinet do prowadzenia psychoterapii</p> <p>12) izolatka</p>
dodatkowe	<p>13) sale najwyżej 1-3 osobowe</p> <p>14) sale z własnym węzłem sanitarnym</p>
1.3 Sprzęt i wyposażenie	
wymagany	<p>15) łóżka szpitalne (zwykłe i łamane) o regulowanej wysokości i wyposażone w ruchome barierki zabezpieczające chorego przed wypadnięciem lub z oprzyrządowaniem do rehabilitacji</p> <p>16) sprzęt zapobiegający powstawaniu odleżyn (materace przeciwoleżynowe zmiennociśnieniowe na każde łóżko, poduszki, podpórki, wałki</p> <p>17) sprzęt ułatwiający pielęgnację chorego (zintegrowany system do higieny ciała, podnośnik, ławeczka do każdej wanny, parawany, pasy ślizgowe)</p> <p>18) wyposażenie gabinetu rehabilitacyjnego (UGUL, komplet podwieszek i ciężarków, cykloergometr, piłki lekarskie, rotor, materace, drabinki, poręcz do nauki chodzenia, urządzenia do elektroterapii</p> <p>19) wyposażenie gabinetu terapii zajęciowej (stoły do terapii zajęciowej, przybory do malowania i wyklejania, sprzęt do nauki czynności życia codziennego, sprzęt do muzykoterapii, sprzęt do gier i zabaw, radiomagnetofon, telewizor, magnetowid, tablice do pisania)</p>
1.4 Sprzęt medyczny i pomocniczy	
wymagany	<p>20) koncentrator tlenu lub inne źródło tlenu - co najmniej 2 szt</p> <p>21) ssak elektryczny</p> <p>22) inhalatory, co najmniej 2 szt.</p> <p>23) gleukometr</p> <p>24) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (2 szt.)</p> <p>25) aparat EKG</p> <p>26) zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej</p> <p>27) kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie, również z podparciem głowy</p>
dodatkowe	<p>28) pompa infuzyjna</p>





1.5 Inne wymagania – rankingujące- nieobligatoryjne	
dodatkowe	29) opisane i formalnie przyjęte do stosowania w zakładzie zasady postępowania w profilaktyce i leczeniu odleżyn (zał. nr 5 do zarządzenia) 30) certyfikat ISO w zakresie usług medycznych 31) certyfikat CMJ 32) współpraca z Zakładem Opiekuńczo Leczniczym lub Zakładem Pielęgnacyjno-Opiekuńczym lub Domem Pomocy Społecznej

źródło: Zarządzenie Nr 61/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa





SPIS TABEL WYKRESÓW I RYSUNKÓW

Tabela 1 Drogi wojewódzkie w powiecie czarnkowsko-trzcianeckim	20
Tabela 2 Odległości Czarnkowa i Trzcianki od innych miast	22
Tabela 3 Demografia – ogólne dane	24
Tabela 4 Demografia – kobiety i mężczyźni wg miejsca zamieszkania	25
Tabela 5 Demografia – Ludność i ruch naturalny do 2035r.	25
Tabela 6 Liczba ludności wg grup wiekowych	27
Tabela 7 Demografia – małżeństwa, urodzenia i migracje w powiecie.....	28
Tabela 8 Dynamika wzrostu liczby ludności w powiecie	29
Tabela 9 Zachorowania na nowotwory wg województw	33
Tabela 10 Zachorowania na gruźlicę.....	34
Tabela 11 Zachorowania na choroby weneryczne.....	35
Tabela 12 Szpitale ogólne wg województw 2010	36
Tabela 13 Leczeni na 1 łóżko	37
Tabela 14 Działalność szpitali ogólnych razem	38
Tabela 15 Wybrane wskaźniki wg oddziałów	40
Tabela 16 Szpitale psychiatryczne w Polsce	41
Tabela 17 Lekarze w służbie zdrowia	42
Tabela 18 Wykształcenie pielęgniarek i położnych.....	43
Tabela 19 Lekarze – Podstawowa opieka zdrowotna	45
Tabela 20 Położne i pielęgniarki – podstawowa opieka zdrowotna	46
Tabela 21 ZOZ-y w powiecie.....	47
Tabela 22 Poradnie POZ.....	47
Tabela 23 Poradnie w powiecie.....	49
Tabela 24 plan inwestycyjny Czarnków	51
Tabela 25 plan inwestycyjny Trzcianka	54
Tabela 26 Zatrudnienie, oddział chorób wewnętrznych, Czarnków.....	75
Tabela 27 Łóżka, oddział chorób wewnętrznych, Czarnków.....	76
Tabela 28 Zatrudnienie, oddział internistyczno-kardiologiczny, Trzcianka.....	76
Tabela 29 Łóżka, oddział internistyczno-kardiologiczny, Trzcianka.....	77
Tabela 30 Kontrakty – oddział wewnętrzny/internistyczno-kardiologiczny.....	78
Tabela 31 Analiza kosztów – oddział wewnętrzny.....	79
Tabela 32 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział wewnętrzny.....	81
Tabela 33 Wskaźniki struktury kosztów	82
Tabela 34 Całościowa analiza kosztów – oddział wewnętrzny	84
Tabela 35 Zatrudnienie, oddział dziecięcy, Czarnków.....	86
Tabela 36 Łóżka, oddział dziecięcy, Czarnków.....	87
Tabela 37 Zatrudnienie, oddział dziecięcy, Trzcianka	87
Tabela 38 Łóżka, oddział dziecięcy, Trzcianka	88





Tabela 39 Kontrakty – oddział dziecięcy	89
Tabela 40 Analiza kosztów – oddział pediatryczny	90
Tabela 41 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział dziecięcy	91
Tabela 42 Wskaźniki struktury kosztów – oddział dziecięcy	92
Tabela 43 Całościowa analiza kosztów – oddział dziecięcy	94
Tabela 44 Zatrudnienie, oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej, Czarnków	95
Tabela 45 Łóżka, oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej, Czarnków	96
Tabela 46 Zatrudnienie, oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej, Trzcianka	96
Tabela 47 Łóżka, oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej, Trzcianka	97
Tabela 48 Kontrakty – oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej	98
Tabela 49 Analiza kosztów – oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej	99
Tabela 50 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej	101
Tabela 51 Wskaźniki struktury kosztów – oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej	102
Tabela 52 Całościowa analiza kosztów – oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej	103
Tabela 53 Zatrudnienie, oddział intensywnej terapii i anestezjologii, Czarnków	104
Tabela 54 Łóżka, oddział intensywnej terapii i anestezjologii, Czarnków	104
Tabela 55 Zatrudnienie, oddział intensywnej terapii i anestezjologii, Trzcianka	105
Tabela 56 Łóżka, oddział intensywnej terapii i anestezjologii, Trzcianka	105
Tabela 57 Kontrakty – oddział intensywnej terapii i anestezjologii	106
Tabela 58 Analiza kosztów – oddział intensywnej terapii i anestezjologii	108
Tabela 59 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział intensywnej terapii i anestezjologii	109
Tabela 60 Wskaźniki struktury kosztów – oddział intensywnej terapii i anestezjologii	110
Tabela 61 Całościowa analiza kosztów – oddział intensywnej terapii i anestezjologii	112
Tabela 62 Zatrudnienie, oddział noworodkowy, Czarnków	114
Tabela 63 Łóżka, oddział noworodkowy, Czarnków	114
Tabela 64 Zatrudnienie, oddział noworodkowy, Trzcianka	115
Tabela 65 Łóżka, oddział noworodkowy, Trzcianka	115
Tabela 66 Kontrakty – oddział noworodkowy	116
Tabela 67 Analiza kosztów – oddział noworodkowy	118
Tabela 68 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział noworodkowy	119
Tabela 69 Wskaźniki struktury kosztów – oddział noworodkowy	120
Tabela 70 Całościowa analiza kosztów – oddział noworodkowy	122
Tabela 71 Zatrudnienie, oddział położniczo-ginekologiczny, Czarnków	124
Tabela 72 Łóżka, oddział położniczo-ginekologiczny, Czarnków	125
Tabela 73 Zatrudnienie, oddział położniczo-ginekologiczny, Trzcianka	125
Tabela 74 Łóżka, oddział położniczo-ginekologiczny, Trzcianka	126





Tabela 75 Kontrakty – oddział położniczo-ginekologiczny	127
Tabela 76 Analiza kosztów – oddział położniczo-ginekologiczny	128
Tabela 77 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział położniczo-ginekologiczny	129
Tabela 78 Wskaźniki struktury kosztów – oddział położniczo-ginekologiczny.....	130
Tabela 79 Całościowa analiza kosztów – oddział położniczo-ginekologiczny	133
Tabela 80 Zatrudnienie, oddział rehabilitacyjny, Trzcianka.....	135
Tabela 81 Łóżka, oddział rehabilitacyjny, Trzcianka.....	136
Tabela 82 Analiza kosztów – oddział rehabilitacyjny.....	136
Tabela 83 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział rehabilitacyjny	138
Tabela 84 Wskaźniki struktury kosztów – oddział rehabilitacyjny.....	139
Tabela 85 Całościowa analiza kosztów – oddział rehabilitacyjny	140
Tabela 86 Zatrudnienie, szpitalny oddział ratunkowy, Trzcianka	141
Tabela 87 Łóżka, szpitalny oddział ratunkowy, Trzcianka	141
Tabela 88 Kontrakty – SOR.....	142
Tabela 89 Analiza kosztów – SOR	142
Tabela 90 Analiza zużycia materiałów i energii – SOR	144
Tabela 91 Wskaźniki struktury kosztów – SOR	145
Tabela 92 Całościowa analiza kosztów – SOR.....	146
Tabela 93 Zatrudnienie, Izba Przyjęć, Czarnków	147
Tabela 94 Łóżka, Izba Przyjęć, Czarnków	147
Tabela 95 Kontrakty – Izba Przyjęć.....	148
Tabela 96 Analiza kosztów – Izba Przyjęć.....	148
Tabela 97 Analiza zużycia materiałów i energii – Izba Przyjęć.....	150
Tabela 98 Wskaźniki struktury kosztów – Izba Przyjęć.....	151
Tabela 99 Całościowa analiza kosztów – Izba Przyjęć.....	152
Tabela 100 Podstawowe dane finansowe ZZOZ w latach 2010 – 2011	156
Tabela 101 Stopień pokrycia majątku trwałego i obrotowego ZZOZ w latach 2010-2011.....	157
Tabela 102 Podstawowe dane finansowe Szpitala w latach 2010 – 2011	158
Tabela 103 Stopień pokrycia majątku trwałego i obrotowego Szpitala w latach 2010-2011.....	159
Tabela 104 Rachunek zysków i strat ZZOZ w latach 2010-2011.....	160
Tabela 105 Struktura kosztów ZZOZ w latach 2010-2011.....	162
Tabela 106 Rachunek zysków i strat Szpitala w latach 2010-2011.....	163
Tabela 107 Struktura kosztów Szpitala w latach 2010-2011.....	165
Tabela 108 Wskaźniki struktury finansowania działalności w latach 2010-2011.....	166
Tabela 109 Wskaźniki rentowności w latach 2010-2011.....	167
Tabela 110 Wskaźniki efektywności gospodarowania majątkiem obrotowym w latach 2010-2011	168
Tabela 111 Wskaźniki płynności finansowej za lata 2010-2011.....	168
Tabela 112 Wskaźniki struktury finansowania działalności w latach 2010-2011.....	170
Tabela 113 Wskaźniki rentowności Szpitala w latach 2010-2011	171





Tabela 114 Wskaźniki efektywności gospodarowania majątkiem obrotowym w latach 2010-2011	172
Tabela 115 Wskaźniki płynności finansowej za lata 2010-2011	172
Tabela 116 Promocja Zdrowia – Działania	177
Tabela 117 Przeciwdziałanie uzależnieniom – Działania	179
Tabela 118 Warunki wobec świadczeniodawców.....	241
Wykres 1 Demografia – ogólne dane	24
Wykres 2 Demografia – ludność do 2035r.....	26
Wykres 3 Urodzenia w powiecie	28
Wykres 4 Dynamika wzrostu liczby ludności w powiecie.....	29
Wykres 5 Stopa bezrobocia w powiecie na przestrzeni ostatnich 3 lat	30
Wykres 6 Liczba bezrobotnych w powiecie w latach 2009-2011	31
Wykres 7 Łóżka w szpitalach ogólnych	38
Wykres 8 Zatrudnienie w latach 2009-2011	62
Wykres 9 Struktura zatrudnienia w Szpitalu w Czarnkowie	62
Wykres 10 Zatrudnienie wg stażu pracy	63
Wykres 11 Zatrudnienie wg wieku	63
Wykres 12 Zatrudnienie wg wykształcenia	64
Wykres 13 Struktura wynagrodzenia Czarnków	64
Wykres 14 Struktura wynagrodzenia wg grup Czarnków	65
Wykres 15 Zatrudnienie w latach 2008-2011 w Szpitalu JP II w Trzciance	65
Wykres 16 Struktura zatrudnienia w Szpitalu w Trzciance.....	66
Wykres 17 Zatrudnienie wg stażu pracy	66
Wykres 18 Zatrudnienie wg wieku	67
Wykres 19 Zatrudnienie wg wykształcenia	67
Wykres 20 Struktura wynagrodzenia Trzcianka.....	68
Wykres 21 Struktura wynagrodzenia wg grup Trzcianka	68
Wykres 22 Obciążenie – oddział wewnętrzny.....	77
Wykres 23 Realizacja kontraktów – oddział wewnętrzny/internistyczno-kardiologiczny.....	78
Wykres 24 Oddział Wewnętrzny - elementy kształtujące wynik finansowy.....	80
Wykres 25 Udział poszczególnych kosztów w kosztach działalności podstawowej	80
Wykres 26 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział wewnętrzny.....	81
Wykres 27 Wskaźniki struktury kosztów.....	82
Wykres 28 Obciążenie – oddział dziecięcy.....	88
Wykres 29 Realizacja kontraktów – oddział dziecięcy.....	89
Wykres 30 Oddział Dziecięcy - elementy kształtujące wynik finansowy	90
Wykres 31 Udział poszczególnych kosztów w kosztach działalności podstawowej – oddział dziecięcy	91
Wykres 32 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział dziecięcy.....	92
Wykres 33 Wskaźniki struktury kosztów – oddział dziecięcy	93





Wykres 34 Obciążenie – oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej.....	97
Wykres 35 Realizacja kontraktów – oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej.....	98
Wykres 36 Oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej - elementy kształtujące wynik finansowy	100
Wykres 37 Udział poszczególnych kosztów w kosztach działalności podstawowej – oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej.....	100
Wykres 38 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej.....	101
Wykres 39 Wskaźniki struktury kosztów – oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii ortopedycznej.....	102
Wykres 40 Obciążenie – oddział intensywnej terapii i anestezjologii	106
Wykres 41 Realizacja kontraktów – oddział intensywnej terapii i anestezjologii.....	107
Wykres 42 Oddział intensywnej terapii i anestezjologii - elementy kształtujące wynik finansowy	108
Wykres 43 Udział poszczególnych kosztów w kosztach działalności podstawowej – oddział intensywnej terapii i anestezjologii.....	109
Wykres 44 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział intensywnej terapii i anestezjologii.....	110
Wykres 45 Wskaźniki struktury kosztów – oddział intensywnej terapii i anestezjologii	111
Wykres 46 Obciążenie – oddział noworodkowy	116
Wykres 47 Realizacja kontraktów – oddział noworodkowy	117
Wykres 48 Oddział noworodkowy - elementy kształtujące wynik finansowy	118
Wykres 49 Udział poszczególnych kosztów w kosztach działalności podstawowej – oddział noworodkowy.....	119
Wykres 50 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział noworodkowy	120
Wykres 51 Wskaźniki struktury kosztów – oddział noworodkowy	121
Wykres 52 Obciążenie – oddział położniczo-ginekologiczny	126
Wykres 53 Realizacja kontraktów – oddział położniczo-ginekologiczny	127
Wykres 54 Oddział położniczo-ginekologiczny - elementy kształtujące wynik finansowy.....	128
Wykres 55 Udział poszczególnych kosztów w kosztach działalności podstawowej – oddział położniczo-ginekologiczny.....	129
Wykres 56 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział położniczo-ginekologiczny.....	130
Wykres 57 Wskaźniki struktury kosztów – oddział położniczo-ginekologiczny	131
Wykres 58 oddział rehabilitacyjny - elementy kształtujące wynik finansowy	137
Wykres 59 Udział poszczególnych kosztów w kosztach działalności podstawowej – oddział rehabilitacyjny.....	137
Wykres 60 Analiza zużycia materiałów i energii – oddział rehabilitacyjny.....	138
Wykres 61 Wskaźniki struktury kosztów – oddział rehabilitacyjny.....	139
Wykres 62 SOR - elementy kształtujące wynik finansowy	143
Wykres 63 Udział poszczególnych kosztów w kosztach działalności podstawowej – SOR.....	143
Wykres 64 Analiza zużycia materiałów i energii – SOR	144
Wykres 65 Wskaźniki struktury kosztów – SOR.....	145





Wykres 66 Izba Przyjęć - elementy kształtujące wynik finansowy.....	149
Wykres 67 Udział poszczególnych kosztów w kosztach działalności podstawowej – Izba Przyjęć..	149
Wykres 68 Analiza zużycia materiałów i energii – Izba Przyjęć.....	150
Wykres 69 Wskaźniki struktury kosztów – Izba Przyjęć	151
Wykres 70 Sytuacja przychodowo – kosztowa ZZOZ w latach 2010-2011.....	161
Wykres 71 Sytuacja przychodowo – kosztowa Szpitala w latach 2010-2011.....	164
Rysunek 1 Województwo Wielkopolskie	18
Rysunek 2 Powiat czarnkowsko-trzcianecki	19
Rysunek 3 Drogi w powiecie czarnkowsko-trzcianeckim	21
Rysunek 4 Schemat organizacyjny – Czarnków	59
Rysunek 5 Schemat organizacyjny – Trzcianka	61

