



**Koncepcja połączenia
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Białej Podlaskiej
z
Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej
Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu**

Biała Podlaska, 2025

Spis treści

Zawartość

1. Koncepcja.....	4
2. Demografia i epidemiologia chorób płuc w województwie lubelskim	6
2.1. Demografia	6
2.2. Epidemiologia chorób płuc	8
2.3. Prognoza epidemiologiczna 2025–2035	12
2.4. Leczenie szpitalne chorób płuc w 2023 r. – role ośrodków w regionie	13
3. Charakterystyka podmiotów leczniczych	15
3.1. Charakterystyka Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej...15	
3.1.1. Podstawy prawne działania	15
3.1.2. Profil działalności i struktura organizacyjna WSzS w Białej Podlaskiej	16
3.1.3. Struktura zatrudnienia WSzS w Białej Podlaskiej	26
3.2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu	27
3.2.1. Podstawy prawne działania	27
3.2.2. Profil działalności i struktura organizacyjna SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu	28
3.2.3. Struktura zatrudnienia SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu.	32
4. Analiza porównawcza Map Potrzeb Zdrowotnych obu placówek	33
5. Przesłanki przemawiające za podjęciem i przeprowadzeniem procesu połączenia szpitali.....	35
6. Przyczyny, cel i priorytety w procesie konsolidacji podmiotów leczniczych.....	36
7. Analiza SWOT połączenia podmiotów.	39
8. Podstawy prawne połączenia podmiotów leczniczych i dopuszczalne formy połączenia.....	42
9. Uzasadnienie wyboru koncepcji połączenia.	43
10. Analiza sytuacji ekonomiczno-finansowej WSzS w Białej Podlaskiej	44
10.1. Analiza porównawcza sprawozdań finansowych w okresie 2023-2024.....	45
10.1.1. Bilans.....	45
10.1.2. Rachunek zysków i strat	50
10.1.3. Rachunek przepływów pieniężnych	54
10.1.4. Wybrane wskaźniki ekonomiczno-finansowe	56
11. Analiza sytuacji ekonomiczno-finansowej SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu.....	60
11.1. Analiza porównawcza sprawozdań finansowych w okresie 2023-2024.....	60
11.1.1. Bilans.....	60
11.1.2. Rachunek zysków i strat	65

11.1.3. Rachunek przepływów pieniężnych	67
11.1.4. Wybrane wskaźniki ekonomiczno-finansowe	68
12. Prognozy finansowe połączonych podmiotów leczniczych.....	71
12.1. Bilans	71
12.2. Rachunek zysków i strat.....	77
12.3. Rachunek przepływów pieniężnych	80
12.4. Wybrane wskaźniki ekonomiczno-finansowe.....	80
13. Działania operacyjne i uzyskane efekty planowanego procesu połączenia szpitali.	84
13.1. Efektywne wykorzystanie zasobów infrastrukturalnych.....	84
13.2. Optymalne wykorzystanie aparatury i sprzętu medycznego.	84
13.3. Polityka zarządzania kadrą medyczną.....	85
13.4. Kadra niemedyczna – wspólna polityka zaopatrzenia i logistyki.	85
13.5. Wspólna struktura organizacyjna.....	85
13.6. Optymalizacja zakresu udzielnych świadczeń medycznych.....	86
14. Analiza ryzyka działań reorganizacyjnych.....	86
15. Podsumowanie	97
15. Załączniki.....	100

1. Koncepcja

W związku z planowanym przedsięwzięciem połączenia Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej (dalej: WSzS w Białej Podlaskiej) i Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu (dalej: SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu), niniejszy dokument przedstawia propozycję koncepcji konsolidacji ww. podmiotów leczniczych na terenie województwa lubelskiego.

Podstawą do sporządzenia projektu koncepcji połączenia WSzS w Białej Podlaskiej oraz SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu była analiza dokumentów organizacyjnych obu jednostek, dokumentów finansowych oraz wyników pracy placówek. Niniejsza koncepcja została opracowana przez Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej przy współpracy z Dyrektorem Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu i jest odpowiedzią na potrzebę poprawy sytuacji organizacyjnej SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu. Opracowanie ma na celu przedstawienie analizy sytuacji organizacyjnej planowanych do połączenia szpitali, rozważenie przesłanek przemawiających za ich połączeniem oraz ewentualnych skutków tej decyzji. Projekt przedsięwzięcia został pozytywnie zaopiniowany przez Konsultanta wojewódzkiego województwa lubelskiego w dziedzinie chorób płuc.

Niniejsze opracowanie oparto o sprawozdania finansowe z lat 2023-2024 zbadane przez biegłego rewidenta oraz sprawozdania „Miesięczna informacja o sytuacji finansowej” kierowane systematycznie do Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego, dane dostępne w Mapach Potrzeb Zdrowotnych Województwa Lubelskiego oraz dane wskazujące na poziom realizacji kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu oraz zakresu pulmonologicznego w WSzS w Białej Podlaskiej.

Przeprowadzona ocena sytuacji ekonomiczno – finansowej planowanych do połączenia szpitali wskazuje na to, że w latach 2023 – 2024 oraz w I połowie 2025 r. obie placówki uzyskiwały dobre wyniki finansowe. Ocena wskaźnikowa potwierdza, że w analizowanym okresie obydwie jednostki nie miały problemów finansowych, zachowywały prawidłową płynność finansową, a tym samym prezentowały dobrą kondycję ekonomiczno – finansową.

Istotnym problemem organizacyjnym SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu była i jest nadal konieczność zapewnienia odpowiednich zasobów kadrowych, lekarskich, które umożliwią prawidłową pracę jednostki, bezpieczeństwo pacjentów oraz trwałość kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Z uwagi na to wyjątkowo niekorzystne zjawisko pojawiły się rozważania na temat ewentualnego połączenia obu placówek. Należy wspomnieć, że w roku 2024 SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu utracił część kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wartość utraconego kontraktu to kwota ok. 1,5 mln zł. W bieżącym roku 2025 w opisywanym szpitalu pojawił się kryzys zatrudnienia lekarzy specjalistów, który mógł doprowadzić do utraty kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia i wstrzymania działalności jednostki.

Celem nadrzędnym działań reorganizacyjnych jest poprawa dostępności do świadczeń medycznych i wzrost kompleksowości świadczeń medycznych z zachowaniem bezpieczeństwa leczonych pacjentów.

Celem dodatkowym jest poprawa wyniku finansowego obu jednostek oraz utrzymanie dobrej płynności finansowej połączonej jednostki.

Realizacja Celu nadrzędnego jest możliwa poprzez następujące działania:

1. Racjonalne i efektywne zarządzanie kadrami medyczną i lekarską obu szpitali.
2. Zwiększenie zakresu udzielanych świadczeń medycznych.
3. Racjonalne i efektywne wykorzystanie aparatury i sprzętu medycznego.
4. Optymalne zagospodarowanie kadry administracyjnej.
5. Skuteczną koordynację realizowanych świadczeń medycznych.

Realizacja Celu dodatkowego:

1. Optymalizacja struktury organizacyjnej poprzez włączenie komórek organizacyjnych SPZOZ Gruzlicy i Chorób Płuc w Adampolu do struktury WSzS w Białej Podlaskiej
2. Wspólna polityka zaopatrzeniowa dotycząca dostawy produktów leczniczych, wyrobów medycznych, jak również zakresu szeroko pojętej logistyki.
3. Wdrożenie wspólnej, transparentnej polityki HR.
4. Optymalizacja rozliczeń z płatnikiem.
5. Włączenie do Akredytacji Szpitali Ministerstwa Zdrowia zakresu świadczeń realizowanego w SPZOZ Gruzlicy i Chorób Płuc w Adampolu.

Charakter zasobów lokalowych SPZOZ Adampol, zabudowa parkowo – pałacowa, predysponuje lecznicę do hospitalizacji pacjentów chorych na gruźlicę, pobyków rekonwalescencyjnych po leczeniu operacyjnym oraz rehabilitacji pulmonologicznej. WSzS w Białej Podlaskiej posiada umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej, lecz z powodu zbyt małej ilości łóżek w oddziale, nie może jej realizować. Po połączeniu szpitali oddział rehabilitacji pulmonologicznej mógłby funkcjonować w Adampolu z wielką korzyścią dla pacjentów i obu jednostek.

W ramach procesu połączenia priorytetem będzie: utrzymanie funkcji leczniczych w co najmniej pełnym zakresie udzielanych świadczeń. Planowana jest zmiana organizacji udzielanych świadczeń zdrowotnych w taki sposób, aby pacjenci mieli większy dostęp do leczenia szpitalnego, do konsultacji specjalistycznych wszystkich specjalności lekarskich którymi dysponuje WSzS w Białej Podlaskiej. W istotny sposób wpłynie to jakość i efekty leczenia.

Pacjenci będą mogli skorzystać z wysokospecjalistycznych zasobów diagnostycznych szpitala w Białej Podlaskiej takich jak: laboratoria – w tym mikrobiologiczne i genetyczne wraz z pracownią prątką, EBUS, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny i inne. Silny zespół lekarski pod kierunkiem jednego specjalisty zwiększy potencjał leczniczy jednostki i z większą siłą odpowie na potrzeby zdrowotne regionu.

W ramach procesu połączenia jednostek nastąpi reorganizacja procesów wspierających działalność medyczną. Należy spodziewać się efektu synergii w obszarze logistyki, zaopatrzenia w leki. Oddziały szpitalne zostaną objęte mapą procesową obowiązującą w WSzS w Białej Podlaskiej. Włączenie SPZOZ Gruzlicy i Chorób Płuc w Adampolu do mapy procesowej, ustalenie wspólnych wskaźników opisujących procesy oraz zaimplementowanie zintegrowanego systemu zarządzania jakością, w tym Akredytacji Ministra Zdrowia, z pewnością wpłynie na jakość udzielanych świadczeń medycznych.

Know how WSzS w Białej Podlaskiej w zakresie pozyskiwania grantów z różnych źródeł finansowych pozwala przyjąć tezę, że teren i obiekty SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adam polu zostaną poddane kolejnym inwestycjom służącym pacjentom.

2. Demografia i epidemiologia chorób płuc w województwie lubelskim

2.1. Demografia

Wielkość i trend populacji. Na koniec 2024 r. w województwie lubelskim mieszkało ok. 1,996 mln osób. Region ten należy do obszarów o utrwalonej tendencji depopulacyjnej: zarówno w 2023, jak i w 2024 r. odnotowano kolejny spadek liczby mieszkańców. Spadek ten ma charakter strukturalny, ponieważ jednocześnie ujemne pozostają dwa kluczowe składniki dynamiki demograficznej: przyrost naturalny oraz saldo migracji na pobyt stały. Oznacza to, że populacja zmniejsza się zarówno w wyniku przewagi zgonów nad urodzeniami, jak i przewagi odpływu nad napływem ludności. Zgodnie z prognozą GUS trend ten będzie się utrzymywał; w scenariuszu głównym przewidywany jest dalszy spadek liczby mieszkańców – nawet rzędu kilkudziesięciu procent do 2060 r. Taka projekcja wskazuje na długofalowe kurczenie się bazy demograficznej regionu, co wprost przekłada się na planowanie zasobów usług publicznych, w tym ochrony zdrowia.

Struktura wieku (starzenie się). W 2024 r. struktura ludności województwa lubelskiego charakteryzuje się wyraźnym udziałem osób starszych: populacja w wieku 65+ stanowiła ok. 19,1% ogółu mieszkańców. Dla pełnego obrazu warto odnotować, że grupa dzieci i młodzieży w wieku 0–14 lat to 14,7%, natomiast populacja w wieku produkcyjnym 15–64 lata – 66,2%. Taki układ demograficzny wskazuje na przesuwanie się ciężaru populacyjnego ku starszym kohortom, a prognozy sugerują dalszy wzrost udziału seniorów w kolejnych latach. Starzenie się ludności nie jest więc zjawiskiem przejściowym, lecz trendem długofalowym, który będzie stopniowo zmieniał profil potrzeb zdrowotnych regionu.

Z perspektywy opieki pulmonologicznej oznacza to systematyczny wzrost popytu na świadczenia związane z chorobami układu oddechowego typowymi dla wieku podeszłego. Wraz z wiekiem częściej występują: przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), zaostrzenia infekcyjne wymagające krótkich, ale intensywnych hospitalizacji, obturacje dróg oddechowych oraz niewydolność oddechowa. Wyższa zapadalność na te schorzenia, połączona z wielochorobowością oraz ograniczoną rezerwą czynnościową seniorów, przekłada się na większą liczbę przyjęć, częstsze wykorzystanie diagnostyki obrazowej i czynnościowej oraz potrzebę efektywniej zorganizowanej opieki poszpitalnej i rehabilitacyjnej. W praktyce rosnący udział populacji 65+ (19,1%) w połączeniu z opisanym rozkładem wieku (0–14: 14,7%; 15–64: 66,2%) należy traktować jako kluczowy czynnik planistyczny dla całego segmentu pulmonologii w regionie.

Miejsce zamieszkania. Województwo lubelskie charakteryzuje się rozproszonym układem osadniczym: poniżej połowy mieszkańców żyje w miastach, tj. ok. 46,4%, natomiast ~53,6% populacji zamieszkuje obszary wiejskie. Taki profil przestrzenny należy do najbardziej rozproszonych demograficznie w kraju i ma bezpośrednie konsekwencje dla organizacji opieki zdrowotnej, w szczególności dla świadczeń specjalistycznych w zakresie chorób płuc. Rozproszenie osadnictwa wydłuża dojazdy do poradni i pracowni diagnostycznych, zwiększa koszt i czas dostępu do badań (np. spirometrii, RTG/TK, bronchoskopii) oraz utrudnia ciągłość opieki po hospitalizacji. W praktyce oznacza

to potrzebę takiego projektowania sieci, aby podstawowe elementy opieki były dostępne „bliżej domu” (np. filie poradni, mobilna spirometria, planowe punkty pobrań), przy jednoczesnej centralizacji bardziej złożonej diagnostyki w ośrodkach dysponujących odpowiednim zapleczem. Rozproszenie populacji wymusza także sprawną koordynację transportu medycznego i rozsądne wykorzystanie teleporad (jako uzupełnienia, a nie zamiennika świadczeń wymagających obecności pacjenta), tak aby różnice terytorialne nie przekładały się na opóźnienia diagnostyczno-terapeutyczne.

Kontekst społeczno-ekonomiczny. Województwo lubelskie zalicza się do regionów o niższych dochodach i podwyższonym ryzyku ubóstwa, co przekłada się na warunki zdrowotne mieszkańców oraz wzorce korzystania ze świadczeń. Zgodnie z danymi OECD, w 2021 r. województwo lubelskie osiągnęło najwyższy w Polsce wskaźnik ubóstwa – 22,9%. Taki profil społeczno-ekonomiczny wpływa na epidemiologię i przebieg chorób płuc poprzez kilka mechanizmów: ograniczoną możliwość finansowania transportu i dojazdów do poradni specjalistycznych, opóźnione zgłaszanie się w przebiegu infekcji i zaostrzeń chorób przewlekłych, gorsze warunki mieszkaniowe (w tym ogrzewanie paliwami stałymi i epizody pogorszonej jakości powietrza w sezonie grzewczym), a także trudności w utrzymaniu ciągłości leczenia i rehabilitacji po wypisie. W konsekwencji rośnie zapotrzebowanie na rozwiązania wyrównujące szanse: filie poradni i mobilne punkty badań w mniejszych miejscowościach, wsparcie transportowe dla pacjentów starszych i przewlekle chorych, koordynację case-management (np. przy POChP, gruźlicy), elementy wsparcia socjalnego przy terapiach wymagających wysokiej adherencji (w tym DOT/VOT w gruźlicy) oraz konsekwentną edukację prozdrowotną i programy szczepień kierowane do grup o najwyższym ryzyku ekonomicznym.

Korzystanie z SOR. W 2023 r. w województwie lubelskim odnotowano wyraźnie ponadprzeciętny udział osób starszych w korzystaniu z szpitalnych oddziałów ratunkowych. Około 32% wszystkich świadczeń SOR w regionie udzielono pacjentom w wieku 65+ (przy średniej krajowej 27%), co wskazuje na istotne „zestarzenie się” strumienia zgłaszalności do opieki ostrej. Jeszcze dobitniej widać to w strukturze hospitalizacji rozpoczętych w SOR, gdzie udział osób 65+ wyniósł 34,7% – należy to do jednych z wyższych wartości w kraju i świadczy o cięższym profilu klinicznym chorych kierowanych z SOR na oddziały. Dodatkowo, w 2023 r. liczba pacjentów SOR w Lubelskiem wzrosła o ok. 9,9% r/r, co potwierdza narastający napór na zasoby ostre.

Interpretacyjnie oznacza to, że SOR w regionie w coraz większym stopniu obsługują pacjentów o wysokim ryzyku powikłań (wielochorobowość, niska rezerwa czynnościowa, częstsze zaostrzenia chorób przewlekłych płuc). Taki profil wymaga sprawnych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych (szybka dostępność RTG/TK, gazometrii, konsultacji pulmonologicznej), krótkich, skutecznych pobyków stabilizacyjnych oraz silnego komponentu opieki poszpitalnej (kontrola AOS, rehabilitacja oddechowa, tlenoterapia domowa, telemonitoring), aby ograniczać readmisje. Z perspektywy planistycznej wskazane jest także zapewnienie sezonowej elastyczności (okresy wzmożonych infekcji) oraz dostosowanie obsad i przepustowości do faktu, że co trzeci pacjent hospitalizowany po wizycie na SOR w Lubelskiem to osoba 65+. Wszystkie te elementy łącznie potwierdzają rosnącą presję starzejącej się populacji na segment opieki ostrej i konieczność dalszej standaryzacji postępowania w tej grupie chorych.

Jakość powietrza (ekspozycja środowiskowa). W 2023 r. na obszarze całego województwa dotrzymano poziomów dopuszczalnych dla PM10 i PM2.5 oraz poziomu

docelowego benzo(a)pirenu (BaP), co stanowi istotną poprawę w porównaniu z 2022 r.. Jest to informacja korzystna z punktu widzenia zdrowia publicznego, ponieważ ograniczenie ekspozycji na pył zawieszony i wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne przekłada się na mniejsze ryzyko zaostrzeń chorób układu oddechowego oraz korzystniejsze wyniki leczenia. Należy jednak podkreślić, że choć wartości mieszczą się w granicach prawa Unii Europejskiej, to wciąż mogą przekraczać bardziej rygorystyczne zalecenia WHO. Co więcej, w okresie zimowym obserwuje się epizody smogowe, związane m.in. z ogrzewaniem paliwami stałymi, które utrzymują podwyższone ryzyko zaostrzeń u pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) oraz astmą.

Z perspektywy organizacyjnej poprawa wskaźników jakości powietrza nie eliminuje potrzeby sezonowej gotowości systemu do zwiększonej liczby zgłoszeń oddechowych w miesiącach grzewczych. Oznacza to zasadność utrzymywania: (1) krótkiej ścieżki ambulatoryjnej dla chorych z zaostrzeniami (tzw. „hot clinic”), (2) zwiększonej dostępności badań kontrolnych (spirometria, RTG/TK według wskazań) w szczytach sezonu, (3) programów edukacyjnych dotyczących unikania ekspozycji i prawidłowej techniki inhalacyjnej, a także (4) profilaktyki szczepiennej w grupach ryzyka. Taka konfiguracja pozwala ograniczyć hospitalizacje możliwe do uniknięcia, jednocześnie wykorzystując poprawę środowiskową jako sprzyjający kontekst dla stabilizacji przebiegu chorób płuc.

2.2. Epidemiologia chorób płuc

Rak płuca. W województwie lubelskim nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuca pozostaje jedną z kluczowych przyczyn obciążenia zdrowotnego populacji. Potwierdzają to długookresowe wskaźniki utraty zdrowia: DALY na 100 tys. mieszkańców wzrósł z 1662,3 w 1999 r., do 1793,1 w 2009 r., a następnie do 1824,1 w 2019 r. Utrzymywanie się wysokich wartości, połączone z trendem wzrostowym, wskazuje na trwały charakter problemu i brak wyraźnego odwrócenia tendencji w horyzoncie wieloletnim. W tym samym kierunku podąża umieralność z powodu raka płuca: 76,4 zgonów/100 tys. w 2015 r. wobec 81,9/100 tys. w 2023 r. (ciąg rocznych wartości tworzy stabilny, dodatni trend). Taka konfiguracja epidemiologiczna uzasadnia pilność działań skoncentrowanych na skracaniu czasu do rozpoznania i rozpoczęcia leczenia onkopulmonologicznego w szczególności poprzez zapewnienie krótkich ścieżek do diagnostyki obrazowej (w tym TK niskodawkowej), bronchoskopii z EBUS, szybkiego opracowania histopatologicznego oraz terminowego przeprowadzania konsyliów, co wprost przekłada się na wyniki leczenia i przeżycie.

Zakażenia dolnych dróg oddechowych. Choroby infekcyjne dolnych dróg oddechowych stanowią długoterminowe obciążenie systemu opieki zdrowotnej i wymagają utrzymywania stałej gotowości zarówno w segmencie ostrym, jak i w opiece poszpitalnej. W ujęciu ogólnopolskim — stosowanym pomocniczo do oceny sytuacji regionalnej — lata utracone z powodu przedwczesnych zgonów (YLL) z tej przyczyny wzrosły z 438,7 do 533,0 na 100 tys. między 1999 a 2019 r.. Oznacza to, że mimo postępu terapeutycznego i zmian organizacyjnych problem pozostaje istotny. Na tle tych tendencji województwo lubelskie wyróżnia się długotrwałym, systematycznym wzrostem zapadalności na zakażenia dolnych dróg oddechowych, który osiągnął 3948,9/100 tys. w 2023 r. Taki poziom obciążenia uzasadnia rozwój ambulatoryjnych „szybkich ścieżek” (umożliwiających wczesną diagnostykę i wdrożenie leczenia, aby uniknąć pobytu szpitalnego), a także wzmocnienie rehabilitacji oddechowej oraz opieki poszpitalnej ukierunkowanej na redukcję ryzyka nawrotów i readmisji. W praktyce organizacyjnej oznacza to konieczność zapewnienia krótkich terminów do badań podstawowych (RTG, badania laboratoryjne, spirometria),

elastycznego zwiększania przepustowości w sezonach infekcyjnych oraz ścisłej współpracy AOS z oddziałami, tak aby hospitalizacje były zarezerwowane dla przypadków rzeczywiście wymagających leczenia stacjonarnego.

Presja SOR i hospitalizacji. W 2023 r. w województwie lubelskim odnotowano ok. 177,8 tys. przyjęć na szpitalne oddziały ratunkowe (wzrost o +9,9% r/r) oraz 151,1 tys. hospitalizacji (wzrost o +14,9% r/r), co odpowiada 7 511,9 hospitalizacjom na 100 tys. mieszkańców. W strukturze hospitalizacji rozpoczętych w SOR osoby w wieku 65+ stanowiły 34,7%, co należy do wyższych wartości w skali kraju. Zestaw tych parametrów wskazuje na narastającą intensywność napływu pacjentów do opieki ostrej oraz na postępujące „zestarczenie się” strumienia hospitalizacji.

Interpretacyjnie oznacza to, że znacząca część łóżek oddziałów zachowawczych zajmowana jest przez pacjentów w wieku podeszłym, u których choroby układu oddechowego – w szczególności zapalenia płuc, zaostrzenia POChP i stany niewydolności oddechowej – stanowią częstą i klinicznie obciążającą przyczynę przyjęcia. Z perspektywy organizacyjnej wymaga to utrzymywania stałej gotowości diagnostycznej i terapeutycznej w krótkim horyzoncie czasowym (szybkie RTG/TK klatki piersiowej, gazometria, dostęp do tlenoterapii, NIV/HFNO, wczesna konsultacja pulmonologiczna), a także sprawnego „domykania” epizodów ostrych: szybka stabilizacja, jasne kryteria wypisu bądź przekazania na odcinek długoterminowy (izolacja, rehabilitacja), aby ograniczać czas blokowania łóżek i minimalizować ryzyko przekroczeń pojemności w szczytach sezonowych. W praktyce planistycznej dane te przemawiają za standaryzacją krótkich ścieżek postępowania dla pacjentów 65+ z ostrymi problemami oddechowymi, elastycznością łóżek (możliwość szybkiego zwiększenia dostępności w sezonie infekcyjnym) oraz ścisłą współpracą AOS z oddziałami w zakresie kontroli poszpitalnych i rehabilitacji oddechowej, tak aby redukcja readmisji szła w parze z utrzymaniem przepustowości segmentu ostrego.

Wniosek organizacyjny – przyspieszenie i standaryzacja ścieżek. Zestaw przedstawionych uwarunkowań przemawia za uporządkowaniem oraz przyspieszeniem ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych w chorobach płuc, ze szczególnym uwzględnieniem raka płuca oraz zakażeń dolnych dróg oddechowych. Celem jest skrócenie czasu od pierwszego kontaktu do rozpoznania i wdrożenia leczenia, ograniczenie zbędnych hospitalizacji oraz poprawa wyników zdrowotnych – zwłaszcza w populacji osób starszych.

Część onkologiczno-pulmonologiczna (rak płuca).

Priorytetem jest zapewnienie krótkiego czasu dostępu do kluczowych badań i decyzji klinicznych:

- Diagnostyka obrazowa i endoskopowa: szybkie kierowanie na tomografię komputerową (w tym niskodawkową u chorych kwalifikujących się do badań przesiewowych) oraz na bronchoskopię z endobronchialnym USG (EBUS) w celu pobrania materiału do oceny węzłów i śródpiersia.
- Patomorfologia: sprawny obieg materiału, jednoznaczne ścieżki logistyczne i krótkie terminy wydania wyniku (w tym badań dodatkowych, jeśli są niezbędne do kwalifikacji terapeutycznej).
- Konsylia wielospecjalistyczne: regularne, terminowe posiedzenia z udziałem pulmonologa, radiologa, patomorfologa, torakochirurga i onkologa tak, aby

zminimalizować zwłokę decyzyjną i przejść bezpośrednio do leczenia przyjętego w planie terapeutycznym.

- Koordynacja ścieżki: jeden punkt kontaktu dla pacjenta („nawigator”) oraz wspólny harmonogram badań i konsultacji, co eliminuje powtórzenia, skraca marszrutę i zmniejsza śmiertelność poprzez wcześniejsze rozpoczęcie leczenia.

Część zakaźna (zakażenia dolnych dróg oddechowych).

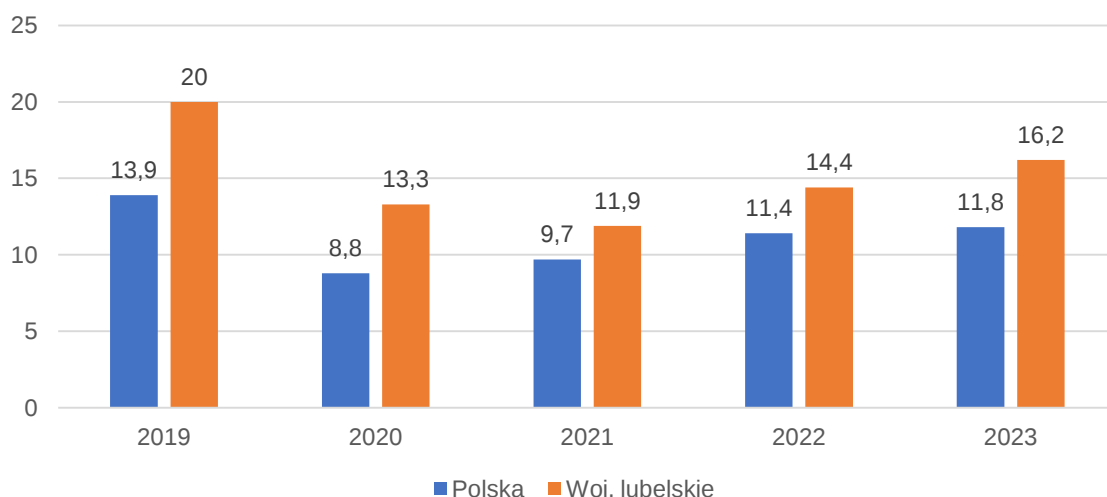
W segmencie chorób infekcyjnych konieczne jest utrzymanie stałej dostępności diagnostyki oraz konsekwentna standaryzacja postępowania:

- Diagnostyka podstawowa i mikrobiologiczna: szybka możliwość wykonania badań laboratoryjnych, obrazowych oraz – tam gdzie zasadne – badań mikrobiologicznych (w tym testów molekularnych), tak aby wcześniej różnicować etiologię i adekwatnie dobrać terapię.
- Standaryzacja antybiotykoterapii: jednolite, aktualizowane wytyczne oparte na lokalnej sytuacji epidemiologicznej; nadzór nad racjonalnym stosowaniem antybiotyków.
- Wczesne planowanie wypisu: od momentu przyjęcia planowane są kryteria stabilizacji, potrzeby tlenoterapii domowej, terminy kontroli w AOS oraz włączenie rehabilitacji oddechowej – w celu skrócenia pobytu i utrzymania efektów leczenia po wyjściu ze szpitala.
- Kontynuacja opieki: zaplanowane wizyty kontrolne, elementy telemonitoringu objawów i saturacji u pacjentów wysokiego ryzyka, a także działania profilaktyczne (m.in. szczepienia zalecane), by ograniczać readmisje.

Efekt systemowy. Tak zorganizowane ścieżki – szybkie, przewidywalne i jednolicie realizowane – odciążają SOR i oddziały ostre, ograniczając długie pobyty wynikające z opóźnień diagnostycznych, oraz poprawiają wyniki leczenia w populacji 65+, która stanowi rosnącą część pacjentów wymagających opieki pulmonologicznej. Wspólne harmonogramy, jasne kryteria przekazania i jednoznaczny podział odpowiedzialności między poziomami opieki tworzą spójny, efektywny łańcuch postępowania – od pierwszego kontaktu po kontrolę poszpitalną.

Sytuacja epidemiologiczna. W 2023 r. w Polsce zarejestrowano 4 231 przypadków gruźlicy, co odpowiada zapadalności 11,2 na 100 tys. mieszkańców. Na tym tle województwo lubelskie należy do regionów o ponadprzeciętnej zapadalności: dla gruźlicy płuc (wszystkie postaci) wynosi ona ok. 15,7 na 100 tys., a dla przypadków potwierdzonych bakteriologicznie ok. 11,9 na 100 tys. Oznacza to, że w regionie występuje wyższe ryzyko transmisji oraz większe potrzeby w zakresie szybkiej identyfikacji i leczenia chorych niż średnio w kraju. W praktyce wymaga to utrzymywania podwyższonej gotowości organizacyjnej i klinicznej: sprawnej izolacji od momentu podejrzenia choroby, pilnej diagnostyki (w tym testów molekularnych i bronchoskopii w przypadkach wskazanych), a następnie kontrolowanego, długotrwałego leczenia z nadzorem adherencji. Taki standard postępowania jest kluczowy dla ograniczenia transmisji i zapobiegania niepowodzeniom terapeutycznym w warunkach ponadprzeciętnego obciążenia gruźlicą w województwie.

Wykres 1 Gruźlica — zapadalność Polska vs woj. lubelskie (na 100 tys.)



Implikacje kliniczne i organizacyjne. Mając na uwadze ponadprzeciętną zapadalność na gruźlicę w województwie oraz właściwości choroby (zakaźność drogą powietrzną, długotrwała terapia, ryzyko lekooporności), sprawność systemu należy oceniać i organizować wokół czterech kluczowych obszarów:

1. Czas do izolacji i rozpoczęcia leczenia – od momentu podejrzenia gruźlicy pacjent powinien być niezwłocznie izolowany i objęty leczeniem po potwierdzeniu rozpoznania; ścieżka powinna minimalizować ekspozycję personelu i innych chorych oraz skracać czas zakaźności.
2. Czas do wyniku diagnostyki – priorytetem jest szybkie wykonanie badań (mikroskopia, testy molekularne, posiewy; w razie potrzeby bronchoskopia/BAL) oraz terminowe raportowanie wyników do zespołu prowadzącego, tak aby decyzje terapeutyczne zapadały bez zbędnej zwłoki.
3. Skuteczność nadzoru nad terapią – konieczne jest planowe monitorowanie adherencji (DOT/VOT) i działań niepożądanych, z jasną eskalacją w razie ryzyka przerwania leczenia; włączenie komponentu środowiskowego i wsparcia socjalnego zmniejsza ryzyko niepowodzeń.
4. Terminowość badania kontaktów – identyfikacja i przebadanie kontaktów pierwszego kręgu powinny następować w ściśle określonym oknie czasowym, by ograniczyć transmisję i wcześniej wykrywać zakażenie utajone.

W warunkach wyższej zapadalności w regionie powyższe elementy powinny być utrzymywane w trybie stałej gotowości operacyjnej: zdefiniowane punkty odpowiedzialności (SOR/oddział, laboratorium, poradnia), uzgodnione standardy czasowe i jednoznaczny obieg informacji (wspólny rejestr przypadków, automatyczne alerty o wynikach).

Przeptyw pacjenta między segmentami opieki (ostra–diagnostyczny oraz długoterminowy–izolacyjny) musi opierać się na jednolitych kryteriach klinicznych, w szczególności: (a) zakaźność (wynik mikroskopii/testu molekularnego, ocena ryzyka transmisji), (b) stabilność hemodynamiczna i oddechowa (brak konieczności intensywnego nadzoru), (c) możliwości izolacji domowej i wsparcia środowiskowego. Transfer powinien

następować w zdefiniowanym czasie operacyjnym (ustalonym w procedurze między jednostkami), tak aby nie dochodziło do przedłużonego zajmowania łóżek ostrych przez chorych już ustabilizowanych klinicznie, a jednocześnie by ciągłość leczenia i nadzoru (DOT/VOT, badanie kontaktów, rehabilitacja) była zachowana bez przerw. Taki model ogranicza ryzyko transmisji, poprawia terminowość terapii i zabezpiecza przepustowość segmentu ostrego, co ma zasadnicze znaczenie w regionie o zwiększonym obciążeniu gruźlicą.

2.3. Prognoza epidemiologiczna 2025–2035

Główne siły napędowe

- Starzenie populacji – rosnący udział osób 65+ już dziś widać w SOR (w 2023 r. w lubelskim 34,7% hospitalizacji po wizycie w SOR dotyczyło 65+, najwyżej w kraju wg udziału/„top3”). To sygnał o rosnącej presji schorzeń oddechowych w starszych kohortach.
- Sezonowe i falowe infekcje – po pandemii grypa i inne infekcje powróciły z większą intensywnością (np. sezon 2022/23 wyższy niż 2018/19), co okresowo zwiększa hospitalizacje dzieci i seniorów.
- Nowotwory płuca – MPZ (na bazie KRN i prognoz GUS) pokazuje, że do 2060 r. zapadalność na raka tchawicy/oskrzela/płuca może wzrosnąć o ~35–41% w województwach; to najwyższy prognozowany przyrost w onkologii. Wniosek: stabilny wzrost potrzeb w diagnostyce inwazyjnej i leczeniu około-płucnym.
- Obciążenie DALY – w ujęciu prospektywnym (GBD) choroby nowotworowe i sercowo-naczyniowe dominują, a rak płuca rośnie w obciążeniu (DALY) do 2050 r. (~+43% vs 2021). To potwierdza trwały ciężar chorób płuc w populacji.
- gruźlica – 2023 r. w Polsce: 4 436 przypadków; zapadalność 11,8/100 tys., z istotnym zróżnicowaniem regionalnym. Wymusza utrzymywanie zdolności do izolacji, szybkiej mikrobiologii i nadzoru (DOT).

Kierunki dla głównych grup schorzeń

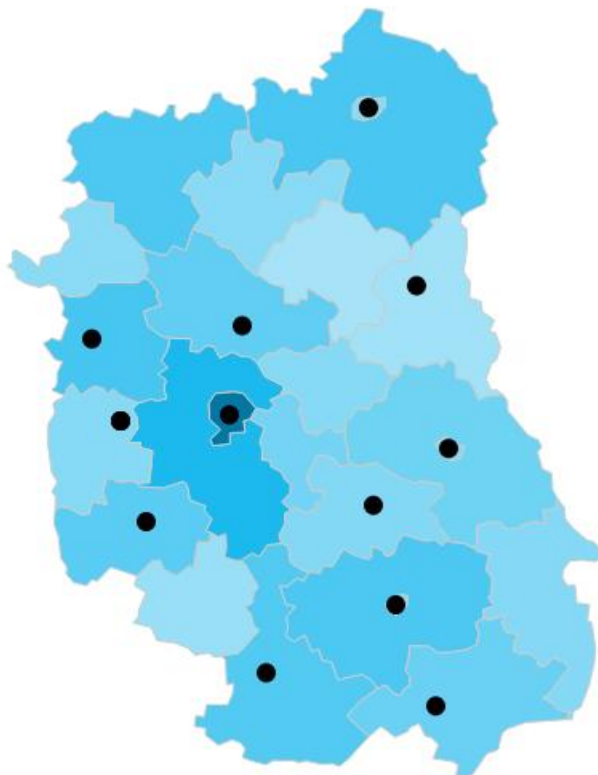
- POChP/astma i przewlekłe choroby oddechowe – w populacji starzejącej się spodziewany jest wzrost częstości zaostrzeń wymagających krótkich pobyków (tlenoterapia, antybiotykoterapia, NIV/HFNO) oraz długofalowy wzrost potrzeb w rehabilitacji oddechowej i opiece długoterminowej (w opiece długoterminowej „inne przewlekłe choroby układu oddechowego” to już ~8,3% rozpoznaj).
- Zakażenia dolnych dróg oddechowych (grypa/RSV/powikłania bakteryjne) – wysoka wrażliwość skrajów wieku (0–4 oraz 65+); wskaźniki hospitalizacji są tam najwyższe. W kolejnych sezonach należy zakładać piki obciążenia AOS i oddziałów zachowawczych.
- Rak płuca – oczekiwany trend wzrostowy zachorowań (40% skumulowanie do 2060 r. – co przekłada się na wymierne +10–15% do 2035 r. przy prostym rozłożeniu w czasie). To wzmacnia popyt na: TK (w tym niskodawkową), bronchoskopię, EBUS, patomorfologię oraz leczenie okołoperacyjne. Równolegle rządowy program LDCT ma poprawić wczesne wykrywanie (oczekiwany przesuw stadiów i inne „mieszanki” zasobowe – więcej diagnostyki, częściowo krótsze pobyty).

- Gruźlica – choć liczby są umiarkowane, utrzymuje się stałe zapotrzebowanie na izolację i nadzór DOT; starzenie i rozproszenie ludności w regionie podnosi wymagania logistyczne (transport próbek, nadzór domowy).

2.4. Leczenie szpitalne chorób płuc w 2023 r. – role ośrodków w regionie

System leczenia chorób płuc w województwie lubelskim ma strukturę wieloośrodkową. Żaden pojedynczy szpital nie pełni funkcji dominującej w całym regionie. Poszczególne placówki realizują komplementarne funkcje, które łącznie zabezpieczają potrzeby populacji.

Mapa 1 Podmioty realizujące zakres: Choroby płuc - hospitalizacja, rok 2023



Ośrodki lubelskie (Lublin) – pełnią rolę silnych biegunów miejskich z dużą przepustowością i krótszymi pobytami, typowymi dla epizodów diagnostyczno-terapeutycznych. Przykładowo, SPSK nr 4 w Lublinie notuje bardzo krótki średni czas hospitalizacji (ok. 3,56 dnia), a WSS im. S. Wyszyńskiego pracuje w profilu mieszanym ostro-planowym (średnio ok. 7,88 dnia). To układa Lublin jako naturalny punkt intensywnej diagnostyki i leczenia krótkoterminowego dla znacznej części regionu.

Chełm i Zamość – ośrodki uzupełniające w swoich zasięgach, z wysokim udziałem przyjęć nagłych (np. Zamość ~98% nagłych) i średnimi pobytami rzędu 7–11 dni (Chełm ~11,3 dnia), co wskazuje na ważną rolę w zabezpieczeniu ostrych potrzeb lokalnych.

Biała Podlaska i Adamów – to duet funkcjonalny. WSzS w Białej Podlaskiej ma duży odsetek przyjęć nagłych (~58%) i krótszy pobyt (~6,82 dnia), czyli parametry typowe dla odcinka ostrego i diagnostycznego, z regionalnym dopływem pacjentów (spoza powiatu ~68%). Adamów z kolei prowadzi długie pobyty (~66,84 dnia), bez przyjęć nagłych (0%) i z bardzo wysokim udziałem pacjentów spoza powiatu (~80%), co definiuje go jako ośrodek

długoterminowy i izolacyjny (gruźlica, przewlekła niewydolność oddechowa, rehabilitacja). Ten układ nie czyni Białej „wiodącą w województwie”, lecz spina północny subregion z dedykowanym zapleczem długoterminowym.

Dodatkowo, wojewódzkie wskaźniki jakości pokazują, że procedury bardziej złożone (zabiegowe/zaawansowane) koncentrują się w ośrodkach najwyższej referencyjności, a pobyty długoterminowe z definicji realizują szpitale pulmonologiczne. To potwierdza podział ról między różnymi typami placówek i wzmacnia tezę o braku jednego „lidera” systemowego, przy jednoczesnej potrzebie koordynacji między nimi.

Tabela 1 Szpitale – choroby płuc (wybrane ośrodki, 2023)

Świadczeniodawca	Hospitalizacje (n)	Śr. długość pobytu [dni]	% pobyków 0-dniowych	% jednodniowych	% przyjęć nagłych	% pacjentów spoza powiatu
WSzS Biała Podlaska	827	6,82	1,93%	5,20%	58,28%	67,71%
SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu	260	66,84	0,00%	0,00%	0,00%	80,38%
SPSK nr 4 w Lublinie	1 552	3,56	66,69%	6,19%	18,23%	64,11%
WSS im. S. Wyszyńskiego w Lublinie	2 188	7,88	15,63%	3,06%	27,83%	57,36%
SPWSzS w Chełmie	464	11,30	11,21%	1,72%	48,49%	59,27%
Zamojski Szpital Niepubliczny	1 044	7,64	1,05%	1,82%	97,99%	70,59%

2.5. Komplementarność profili świadczeń.

Analiza parametrów hospitalizacji potwierdza istotnie odmienne – i zarazem uzupełniające się – funkcje obu podmiotów. WSzS w Białej Podlaskiej realizuje przede wszystkim przyjęcia ostre i szybkie epizody diagnostyczno-terapeutyczne: w 2023 r. odsetek przyjęć w trybie nagłym wyniósł 58,28%, a średni czas pobytu pacjenta z rozpoznaniem z grupy „choroby płuc” 6,82 dnia. Jednocześnie 67,71% hospitalizowanych pochodziło spoza powiatu, co wskazuje na ponadlokalny, referencyjny charakter ośrodka i jego funkcję regionalnego „wejścia” do ścieżki pulmonologicznej.

Z kolei SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu pełni rolę ośrodka długoterminowego i izolacyjnego. W 2023 r. nie odnotowano przyjęć w trybie nagłym (0%), a średni czas hospitalizacji był bardzo długi – 66,84 dnia. Aż 80,38% pacjentów pochodziło spoza powiatu, co potwierdza funkcję ponadpowiatowego centrum leczenia przewlekłego, w tym gruźlicy i innych schorzeń wymagających izolacji oraz rozbudowanej rehabilitacji oddechowej.

3. Charakterystyka podmiotów leczniczych

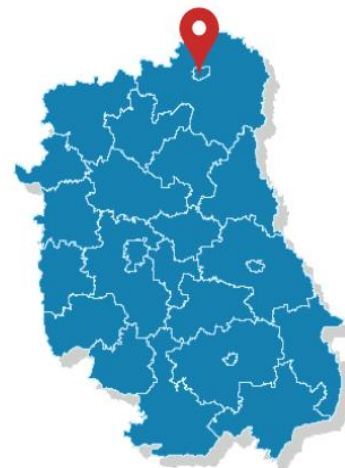
3.1. Charakterystyka Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej

(dalej: WSzS w Białej Podlaskiej)

3.1.1. Podstawy prawne działania

Nazwa, forma prawna i siedziba WSzS w Białej Podlaskiej

- **Nazwa:** Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
- **Forma prawna:** samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (SPZOZ)
- **Siedziba:** ul. Terebelska 57-65, 21-500 Biała Podlaska



Podstawa prawna działalności WSzS w Białej Podlaskiej

WSzS w Białej Podlaskiej funkcjonuje jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, którego Podmiotem Tworzącym jest Samorząd Województwa Lubelskiego.

Rejestracja podatkowa i statystyczna

NIP: 537-19-60-760

REGON: 000676708

Przedmiot działalności WSzS w Białej Podlaskiej

Przedmiotem działalności WSzS w Białej Podlaskiej jest świadczenie usług zdrowotnych dla mieszkańców województwa lubelskiego.

Kapitał zakładowy WSzS w Białej Podlaskiej

Tabela 2 Stan kapitałów podstawowego i własnego WSzS w Białej Podlaskiej

PASywa			
Pozycja	Wyszczególnienie	2023	2024
A.	Kapitał (fundusz) własny	67 409 021,22	71 997 588,83
I.	Kapitał (fundusz) podstawowy	23 137 428,95	23 137 428,95

Kadra Kierownicza Szpitala

- Dyrektor: mgr Artur Kozioł MBA
- Zastępca Dyrektora: mgr inż. Dariusz Oleński MBA
- Zastępca Dyrektora ds. Medycznych: dr n. med. Paweł Chwaluk
- Główny Księgowy: mgr Jolanta Seroczyńska
- Naczelną Pielęgniarką: mgr Cecylia Kielczewska

Rada Społeczna Szpitala

Skład Rady Społecznej WSzS w Białej Podlaskiej:

- Przewodniczący - Dariusz Litwiniuk
- Przedstawiciel Wojewody - Stanisław Żmijan
- Przedstawiciele Sejmiku Województwa Lubelskiego:
 - Barbara Barszczewska
 - Szczepan Niebrzegowski
 - Michał Litwiniuk
 - Kamil Paszkowski
 - Janusz Skólimowski

3.1.2. Profil działalności i struktura organizacyjna WSzS w Białej Podlaskiej

Profil działalności

Szpital prowadzi wszechstronną działalność leczniczą jako SPZOZ, obejmując hospitalizację, opiekę specjalistyczną, SOR oraz diagnostykę medyczną dla mieszkańców regionu.

W skład zakładu leczniczego WSzS w Białej Podlaskiej - Szpital wchodzi:

- 1) Jednostka organizacyjna: Zespół Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izłą Przyjęć, z następującymi komórkami organizacyjnymi:
 - a) Szpitalny Oddział Ratunkowy;
 - b) Izba Przyjęć;
- 2) Jednostka organizacyjna: Zespół Oddziałów Szpitalnych z następującymi komórkami organizacyjnymi:
 - a) Oddział Otolaryngologiczny
 - b) Oddział Okulistyczny
 - c) Oddział Urologiczny
 - d) Pracownia Badań Urodynamicznych
 - e) Pracownia Endoskopii Urologicznej
 - f) Oddział Neurologiczny
 - g) Pododdział Udarowy
 - h) Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej
 - i) Pracownia Elektromiografii (EMG)
 - j) Pracownia Elektroencefalografii (EEG)
 - k) Pracownia Badań Przepływów Naczyniowych (USG Doppler)
 - l) Oddział Urazowo Ortopedyczny
 - m) Oddział Kardiologiczny
 - n) Pododdział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego
 - o) Pracownia Hemodynamiki
 - p) Pracownia Elektrofizjologii i Elektroterapii Serca
 - q) Pracownia Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów
 - r) Oddział Chorób Wewnętrznych
 - s) Oddział Chirurgiczny Ogólny
 - t) Pododdział Chirurgii Naczyniowej
 - u) Pododdział Chirurgii Onkologicznej
 - v) Oddział Ginekologiczno-Położniczy

- w) Oddział Neonatologiczny
 - x) Oddział Obserwacyjno Zakaźny
 - y) Oddział Dziecięcy
 - z) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
 - aa) Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii
 - bb) Oddział Ftyzjopulmonologii i Chorób Wewnętrznych
 - cc) Pracownia Badań Bronchoskopowych
 - dd) Oddział Onkologii Klinicznej
 - ee) Oddział Rehabilitacji
 - ff) Blok Operacyjny
 - gg) Pododdział Rehabilitacji Kardiologicznej
 - hh) Pododdział Rehabilitacji Pulmonologicznej
 - ii) Pracownia Radiologii Zabiegowej
 - jj) Oddział Hematologiczny Oddział Hematologiczny
 - kk) Oddział Chemioterapii
 - ll) Oddział Neurochirurgiczny
 - mm) Pododdział Nefrologiczny
 - nn) Pracownia Echokardiografii.
- 3) Komórki organizacyjne:
- a) Apteka Szpitalna
 - b) Szpitalny Zespół Psychologów.

W skład zakładu leczniczego WSzS w Białej Podlaskiej — Opieka Medyczna, wchodzi:

- 1) Jednostka organizacyjna: Zespół Opieki Medycznej „Domowy Szpital”, z następującymi komórkami organizacyjnymi:
- a) Hospicjum Stacjonarne
 - b) Zakład Opiekuńczo—Leczniczy
 - c) Hospicjum Domowe.

W skład zakładu leczniczego WSzS w Białej Podlaskiej — Ambulatorium, wchodzi:

- 1) Jednostki organizacyjne:
- a) Zespół Poradni Specjalistycznych, z następującymi komórkami organizacyjnymi:
 - Poradnia Chirurgii Ogólnej
 - Gabinet diagnostyczno-zabiegowy
 - Poradnia Urazowo-Ortopedyczna
 - Gabinet diagnostyczno-zabiegowy z gipsownią
 - Poradnia Diabetologiczna
 - Gabinet diagnostyczno-zabiegowy
 - Poradnia Urologiczna
 - Gabinet diagnostyczno-zabiegowy
 - Poradnia Neurologiczna
 - Poradnia Chorób Zakaźnych
 - Poradnia Kardiologiczna
 - Gabinet diagnostyczno-zabiegowy
 - Poradnia Okulistyczna
 - Gabinet diagnostyczno-zabiegowy
 - Poradnia Otolaryngologiczna
 - Gabinet diagnostyczno-zabiegowy

- Poradnia Neurologiczna dla Dzieci i Młodzieży
 - Pracownia USG
 - Poradnia Neonatologiczna
 - Poradnia Gastroenterologiczna
 - Gabinet diagnostyczno-zabiegowy
 - Poradnia Endokrynologiczna
 - Poradnia Kardiologiczna dla Dzieci
 - Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc
 - Gabinet diagnostyczno-zabiegowy
 - Poradnia Pulmonologiczna dla Dzieci
 - Gabinet diagnostyczno-zabiegowy
 - Poradnia Alergologiczna
 - Pracownia Densytometryczna
 - Poradnia Leczenia Bólu
 - Gabinet diagnostyczno-zabiegowy
 - Poradnia Stomatologiczna
 - Poradnia Neurochirurgiczna
 - Poradnia Psychologiczna
 - Poradnia Chorób Wewnętrznych
 - Pracownia Elastografii Wątroby
 - Poradnia Diabetologiczna dla Dzieci
 - Poradnia Endokrynologiczna dla Dzieci
 - Poradnia Pediatria
 - Poradnia Anestezjologiczna
 - Poradnia Reumatologiczna.
- b) Poradnie Specjalistyczne - Bialska Onkologia, z następującymi komórkami Bialska Onkologia, z następującymi komórkami organizacyjnymi:
- Poradnia Onkologiczna
 - Gabinet diagnostyczno-zabiegowy
 - Poradnia Hematologiczna
 - Gabinet diagnostyczno-zabiegowy
 - Poradnia Radioterapii
 - Poradnia Chemioterapii
 - Poradnia Chirurgii Onkologicznej
 - Poradnia Kardioonkologiczna.
- c) Zespół Leczenia Rehabilitacyjnego, z następującymi komórkami organizacyjnymi:
- Poradnia Rehabilitacyjna
 - Dział Rehabilitacji
 - Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej
 - Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej Diennej.
- d) Podstawowa Opieka Zdrowotna, z następującymi komórkami organizacyjnymi:
- Poradnia (Gabinet) Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej;
- e) Centrum Kobieta-Matka-Dziecko z następującymi komórkami organizacyjnymi:
- Poradnia Ginekologiczno-Położnicza
 - Poradnia Laktacyjna
 - Szkoła Rodzenia.
- f) Medycyna Pracy, z następującymi komórkami organizacyjnymi:

- Poradnia Medycyny Pracy
 - Punkt Szczepień.
- 2) Komórki organizacyjne:
- a) Ośrodek Tlenoterapii Domowej;
 - b) Zespół Transportu Medycznego - świadczenia zdrowotne udzielane w specjalistycznym środku transportu.

W skład zakładu leczniczego WSzS w Białej Podlaskiej — Diagnostyka, wchodzi:

- 1) Jednostki organizacyjne:
 - a) Dział Diagnostyki Obrazowej II, z następującymi komórkami organizacyjnymi:
 - Pracownia USG
 - Pracownia Tomografii Komputerowej
 - Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej
 - Pracownia Badań Mammograficznych
 - Pracownia Rezonansu Magnetycznego
 - Sekcja Elektroradiologii w Pracowniach angiograficznych.
 - b) Dział Diagnostyki Obrazowej II z następującymi komórkami organizacyjnymi:
 - Pracownia USG
 - Pracownia Tomografii Komputerowej
 - Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej
 - Pracownia Badań Mammograficznych
 - Pracownia Rezonansu Magnetycznego
 - Pracownia Tomografii Komputerowej.
 - c) Dział Diagnostyki Laboratoryjnej, z następującymi komórkami organizacyjnymi:
 - Pracownia Analityczna
 - Punkt Pobrań
 - Pracownia Cytogenetyczna
 - Pracownia Molekularna
 - Pracownia Immunofenotypowania.
 - d) Laboratorium Mikrobiologiczne, z następującymi komórkami organizacyjnymi:
 - Pracownia Diagnostyki Mikrobiologicznej
 - Pracownia Diagnostyki Mikrobiologicznej Prętka Gruźlicy.
 - e) Dział Krwiolecznictwa:
 - Pracownia Serologiczna
 - Bank Krwi.
 - f) Bank Tkanek, z następującymi komórkami organizacyjnymi:
 - Pracownia Preparatyki Komórkowej.
- 2) Komórki organizacyjne:
 - a) Pracownia USG
 - b) Zespół Pracowni Endoskopowych:
 - gabinet endoskopowy 1
 - gabinet endoskopowy 2
 - gabinet endoskopowy 3
 - gabinet endoskopowy 4
 - gabinet endoskopowy 5
 - sala przygotowawczo--wybudzeniowa.

Komórki organizacyjne obsługujące zakłady lecznicze:

- 1) Dział Finansowo-Księgowy

- 2) Dział Ekonomiczny
- 3) Dział Służb Pracowniczych
- 4) Dział Organizacyjno-Prawny
- 5) Dział Techniczny
- 6) Dział Informatyki
- 7) Dział Świadczeń Medycznych i Projektów
- 8) Dział Logistyki Szpitala
- 9) Dział Bezpieczeństwa Medycznego, Epidemiologii i Jakości
- 10) Dział Utrzymania Higieny
- 11) Dział Centralnej Sterylizacji
- 12) Samodzielna Sekcja Zamówień Publicznych
- 13) Samodzielna Sekcja BHP i P.Poż.
- 14) Ośrodek Innowacyjnych Terapii
- 15) Samodzielna Sekcja Ochrony i Transportu Sanitarnego
- 16) Inspektor ds. obronnych
- 17) Kapelan Szpitala
- 18) Dyżurna Pielęgniarka Koordynator.

WSzS w Białej Podlaskiej jest jednostką ochrony zdrowia podległą Samorządowi Województwa Lubelskiego, jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. W SzS w Białej Podlaskiej jest największym centrum diagnostyczno-leczniczym północnej części województwa lubelskiego. Specjalistyczną opieką lekarską obejmuje ludność regionu liczącą ok. 410 tys. mieszkańców. Świadczenia zdrowotne udzielane są w systemie hospitalizacji, Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej oraz w ramach stacjonarnej pomocy doraźnej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Szpital realizuje również zadania dydaktyczne i badawcze oraz prowadzi profilaktykę zdrowotną i promocję zdrowia.

W strukturze wielospecjalistycznego szpitala znajdują się 22 oddziały szpitalne, 8 pododdziałów, domowy szpital - hospicjum, zakład opiekuńczo leczniczy i hospicjum domowe, 38 poradni specjalistycznych oraz gabinety diagnostyczno-zabiegowe, działy diagnostyki obrazowej oraz laboratorium diagnostyczne, mikrobiologiczne i genetyczne oraz inne komórki organizacyjne szpitala medyczne i niemedyczne.

Łącznie we wszystkich oddziałach znajdują się 674 łóżka do hospitalizacji pacjentów, a liczba wszystkich leczonych w 2024 r. wyniosła 40 166 pacjentów, co stanowi wzrost w stosunku do roku poprzedniego o 1 748 hospitalizacji (tj. 4,55%).

Tabela 3 Liczba hospitalizacji w WSzS w Białej Podlaskiej w latach 2022-2024

Nazwa Oddziału	2022	2023	2024
Anestezjologii i Intensywnej Terapii	219	186	206
Chirurgiczny Ogólny	1 727	1 898	1 894
Chorób Wewnętrznych	983	1 093	1 205
Dziecięcy	2 041	2 038	2 259
Ftyzjopulmonologii i Chorób Wewnętrznych	935	1 058	1 195
Chorób Wewnętrznych i Geriatrii	673	904	822

Ginekologiczno – Położniczy	3 427	3 258	3 363
Hematologiczny	1 015	2 485	2 633
Kardiologiczny	4 167	4 540	4 372
Neonatologiczny	1 097	972	965
Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym	1 460	1 468	1 588
Obserwacyjno – Zakaźny	596	628	587
Okulistyczny	3 766	4 495	4 634
Onkologii Klinicznej	1 124	2 322	2 800
Chemioterapii Diennej	4 752	4 741	4 215
Otolaryngologii	1 506	1 767	1 671
Rehabilitacji	403	369	395
Urazowo – Ortopedyczny	1 520	1 618	1 829
Urologiczny	1 211	1 354	1 402
Neurochirurgiczny		721	1 655
Hospicjum Stacjonarne	301	392	354
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy	89	111	122
Razem	33 012	38 418	40 166

Źródło: Sprawozdanie z działalności WSzS w Białej Podlaskiej za rok 2024.

W 2024 roku w strukturach WSzS w Białej Podlaskiej znajdowało się 38 poradni specjalistycznych. Większość z nich zlokalizowanych jest w budynku 1D Szpitala na pierwszym piętrze. **Poradnia Alergologiczna, Gruźlicy i Chorób Płuc oraz Chorób Zakaźnych mieszczą się na parterze budynku Centrum Chorób Zakaźnych i Ftyzjopulmonologicznych.** Poradnia Reumatologiczna - w budynku Białskiej Onkologii, w którym znajdują się również Poradnia Onkologiczna, Hematologiczna, Kardioonkologiczna, Radioterapii, Chemioterapii, Chirurgii Onkologicznej. W ramach Zespołu Poradni Specjalistycznych funkcjonują cztery pracownie: Densytometryczna, EEG, USG oraz Elastografii Wątroby.

W 2024 roku wszystkie poradnie specjalistyczne WSzS w Białej Podlaskiej udzieliły ok. 200 000 porad. Najwięcej pacjentów przyjęły Poradnie: Kardiologiczna (20 035 porad), Urologiczna (18 236 porad), Okulistyczna (17 061 porad). **Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc udzieliła 7 956 porad w 2024 r.**

Poradnie specjalistyczne udzielają świadczeń medycznych w postaci porad specjalistycznych (również jako konsultacja lecznicza po hospitalizacji), badań diagnostycznych oraz ambulatoryjnych zabiegów specjalistycznych. **Ważnym elementem jest udzielanie porad w ramach Szybkiej Terapii Onkologicznej (DILO) w Poradni**

Gruźlicy i Chorób Płuc, Chirurgii Ogólnej, Neurochirurgicznej, Urologicznej, Otolaryngologicznej.

Oddział Ftyzjopulmonologii i Chorób Wewnętrznych WSzS w Białej Podlaskiej stanowi centrum diagnostyczno-lecznicze w zakresie chorób układu oddechowego dla mieszkańców północnej części województwa lubelskiego. Oddział posiada 25 łóżek, w tym 9 sal 2-osobowych, 1 salę 3-osobową, 1 salę OIOM - 4-osobową, w części izolowanej 1 salę 2-osobową i 2 sale jednoosobowe. Oddziały zlokalizowane są w odrębnym budynku kompleksu szpitalnego, który zapewnia własną, oddzielną Izbę Przyjęć, podjazd ambulansów oraz sale chorych z odpowiednią izolacją i krotnością wymiany powietrza.

W Oddziale średni miesięczny poziom wykorzystania łóżek w 2024 r. wyniósł 78%, a średni miesięczny wskaźnik przelotowości osiągnął wartość 3,54. Wskazuje to na intensywną pracę Oddziału z maksymalnym wykorzystaniem istniejących łóżek, z zachowaniem dużej rotacji pacjentów.

W Oddziale Ftyzjopulmonologii i Chorób Wewnętrznych zatrudnionych jest 11 lekarzy (5 na podstawie umowy o pracę oraz 6 na umowie cywilno-prawnej). Lekarze posiadają następujące specjalizacje: chorób płuc, alergologii, chirurgii klatki piersiowej, chorób wewnętrznych. Lekarze poza udzielaniem świadczeń w ramach normalnej ordynacji i dyżurów na Oddziale Ftyzjopulmonologii i Chorób Wewnętrznych udzielają świadczeń w Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc oraz Poradni Alergologicznej. Zabezpieczenie obszaru zabiegowego w zakresie torakochirurgii zapewnia lekarz specjalista chirurgii klatki piersiowej II st. WSzS w Białej Podlaskiej jest **ośrodkiem akredytowanym** do prowadzenia specjalizacji w dziedzinach chorób płuc oraz chorób wewnętrznych. Obecnie Oddział Ftyzjopulmonologii i Chorób Wewnętrznych posiada 5 miejsc specjalizacyjnych tj. 3 miejsca z zakresu chorób płuc oraz 2 miejsca z zakresu chorób wewnętrznych.

W ramach oddziału funkcjonuje: Pracownia Badań Czynnościowych, Pracownia Badań Bronchoskopowych (badania endoskopowe), w Oddziale w ramach pracowni wykonywane są badania: bronchoskopia diagnostyczna z pobraniem wycinków i aspiratów, bronchoskopia interwencyjna – bronchoaspiracje, przezoskrzelowa biopsja węzłów chłonnych śródpiersia pod kontrolą ultrasonografii wewnątrzoskrzelowej (EBUS), bodypletyzmografia, spirometria, próby rozkurczowe, punkcje jamy opłucnej, usuwanie ciał obcych z oskrzeli.

Laboratorium Mikrobiologii Prętka WSzS umożliwia szybką diagnostykę gruźlicy płuc i mykobakterioz oraz wykonuje badania genetyczne. Ponadto przy Oddziale funkcjonuje Ośrodek Domowego Leczenia Tlenem, obejmujący opiekę pacjentów cierpiących na przewlekłe choroby układu oddechowego przebiegające z niewydolnością oddechową. Z pionem pulmonologicznym powiązana jest Poradnia Chorób Płuc, Poradnia Alergologiczna i Poradnia Pocovidowa.

Oddział posiada bronchofiberoskopy, EBUS, myjnię automatyczną, specjalistyczną szafę do przechowywania bronchofiberoskopów, zestaw do wykonywania punkcji opłucnych, urządzenie do drenażu autogenicznego Simeox, Asystor kaszlu, respiratory do wspomagania oddychania NIV, kardiomonitor, pompy infuzyjne, ssaki, ujęcie wody do dializ, koncentrator tlenu. Oddział ściśle współpracuje z Kliniką Torakochirurgii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie – leczenie operacyjne pacjentów. Konsultant torakochirurg dwa razy w miesiącu konsultuje i kwalifikuje pacjentów do leczenia operacyjnego w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej.

Oddział prowadzi diagnostykę chorób śródmiąższowych płuc, następnie kieruje pacjentów do leczenia biologicznego do ośrodków wyższej referencyjności (Klinika Chorób Wewnętrznych w Warszawie, ul. Banacha, Klinika Pneumonologii, Onkologii i Alergologii w Lublinie). Oddział ma możliwość leczenia zaostrzeń pacjentów z mukowiscydozą. Prowadzi współpracę z Kliniką Transplantologii Płuc w Gdańsku – przygotowanie pacjentów do przeszczepienia płuc. W ramach Oddziału i w Poradniach są diagnozowani pacjenci z astmą ciężką i kwalifikowani do programów lekowych. Poradnie powiązane z oddziałem prowadzą diagnostykę pulmonologiczno – alergologiczną. Poradnia Alergologiczna od wielu lat diagnozuje i odczuła pacjentów.

Oddział Ftyzjopulmonologii i Chorób Wewnętrznych WSzS w Białej Podlaskiej posiada wysoko wykwalifikowany personel, jest wyposażony w nowoczesny sprzęt medyczny, dokłada wszelkich starań, aby zapewnić profesjonalną diagnostykę i leczenie potrzebującym pacjentom.

Dział Diagnostyki Obrazowej, wspomagający procesy diagnostyczno-terapeutyczne pacjentów Oddziału Ftyzjopulmonologii i Chorób Wewnętrznych - to 5 pracowni RTG, w tym jedna dedykowana Oddziałowi Ftyzjopulmonologii, 2 rezonanse magnetyczne 1,5 i 3T, 4 tomografy komputerowe, w tym jeden dedykowany Oddziałowi Ftyzjopulmonologii i Chorób Wewnętrznych. Uruchomiono robotyczny system chirurgiczny Da Vinci, który rozszerzył zakres zabiegów urologicznych, ginekologicznych i chirurgii ogólnej. Całość uzupełnia Zespół Pracowni Endoskopowych, Zakład Patomorfologii.

Według danych własnych szpitala liczba hospitalizacji systematycznie rośnie rok do roku (33 012 hospitalizacji – 2022 rok, 38 418 hospitalizacji – 2023 rok, 40 166 hospitalizacji – 2024 rok). Jednocześnie uwidacznia się tendencja wzrostowa ilości porad ambulatoryjnych realizowanych w ramach Zespołu Poradni Specjalistycznych tj. (139 981 porad – 2022 rok, 159 876 porad – 2023 rok, 179 326 porad – 2024 rok). Kadre stanowi ponad 1 500 pracowników zatrudnionych w ramach umów o pracę, w tym około 580 pielęgniarek, 176 lekarzy, z czego 120 posiada specjalizację z właściwego zakresu medycyny. Kadre uzupełniają lekarze i pielęgniarki zatrudnione w ramach umów cywilno-prawnych w liczbie 146 osób.

W dniach 22-24.02.2023 r. szpital poddał się procedurze akredytacyjnej. Wizytatorzy Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie ocenili funkcjonowanie szpitala. Szpital uzyskał certyfikat akredytacyjny na okres 3 lat, otrzymując **88%** zgodności w spełnieniu standardów akredytacyjnych. Certyfikat akredytacyjny MZ daje wzrost przychodów z Narodowego Funduszu Zdrowia o +1,5 % (tj. 2,64 mln zł).

W Placówce funkcjonuje zintegrowany system zarządzania, który spełnia wymagania norm:

- ISO 9001: 2015 - Systemy zarządzania jakością,
- ISO 14001: 2015 - Systemy zarządzania środowiskowego,
- PN-EN ISO 45001:2024-02 - Systemy zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy,
- PN-EN ISO/IEC 27001:2023-08 – Bezpieczeństwo informacji, cyberbezpieczeństwa i ochrona prywatności - Systemy zarządzania bezpieczeństwem informacji.

Tabela 4 Analiza SWOT dla WSzS w Białej Podlaskiej

- Mocne strony (Strengths)	- Słabości (Weaknesses)
• Szeroki profil i rola szpitala w regionie – rozbudowana sieć poradni i oddziałów (m.in. onkologia kliniczna, chirurgia – w tym naczyniowa, ginekologia-położnictwo, poradnia gruźlicy i chorób płuc), co wzmacnia pozycję w zabezpieczeniu zdrowotnym północnej Lubelszczyzny. • Dobre wyniki i rozpoznawalność wybranych jednostek – wyróżnienia placówki i personelu budują markę kliniczną i employer branding. • Silny rozwój inwestycyjny – trwają projekty: nowy, 4-kondygnacyjny ośrodek chirurgii jednego dnia oraz nowy pawilon ZOL „Domowy Szpital” (34 łóżka, sale 1,2 i 3-osobowe i wysoki standard opieki). • Aktywność w pozyskiwaniu środków zewnętrznych – projekty unijne i z innych źródeł. • Stabilne zaplecze organizacyjne – ułatwiające współpracę z partnerami i pacjentami. • Dodatni wynik finansowy i wysoka ocena wskaźnikowa pozytywnie wpływają na procesy inwestycyjne i płynność finansową. • Stabilne zatrudnienie i ścieżki rozwojowe Oferty pracy zawierają komunikaty o „dobrych warunkach pracy” i możliwościach podnoszenia kwalifikacji (szkolenia, kursy), co sprzyja retencji i przyciąganiu osób szukających rozwoju zawodowego. • Mapa procesowa oraz Akredytacja Ministra zdrowia pozytywnie wpływają na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.	• Wyzwania kadrowe typowe dla szpitali regionu – utrudnienia rekrutacyjne w dziedzinach specjalistycznych. • Ryzyko „wąskich gardeł” organizacyjnych w okresie inwestycji – przejściowe ograniczenia przestrzenne, tymczasowe relokacje i prace budowlane mogą wpływać na przepustowość poradni/oddziałów.
- Szanse (Opportunities)	- Zagrożenia (Threats)
• Rozwój chirurgii jednego dnia i opieki długoterminowej – uruchomienie nowego ośrodka „jednodniówki” oraz rozbudowa ZOL zwiększają dostęp, skracają kolejki i pozwalają odciążyć klasyczne hospitalizacje. • Wzmocnienie pozycji lidera regionalnego – aktywne informowanie o wynikach klinicznych i standardach (np. porody, onkologia, chirurgia	• Ryzyko opóźnień inwestycyjnych – każde przesunięcie terminu oddania nowej inwestycji wydłuża okres ograniczonej przepustowości i podnosi koszty tymczasowych rozwiązań. • Konkurencja o kadry – duże ośrodki kliniczne i sektor prywatny zwiększają presję płacową na specjalistów; region przygraniczny ma ograniczoną pulę kandydatów mobilnych.

naczyniowa) może zwiększać napływ pacjentów z sąsiednich powiatów. • Możliwość dalszego finansowania zewnętrznego – wyraźna ścieżka projektowa oraz doświadczenie w pozyskiwaniu środków zwiększa szanse na kolejne inwestycje (cyfryzacja, wyposażenie, energetyka).	
---	--

Podsumowanie

- WSzS w Białej Podlaskiej pełni kluczową rolę w zabezpieczeniu zdrowotnym północnej części województwa lubelskiego. Analiza SWOT wskazuje, że placówka posiada solidne fundamenty strategiczne, wynikające z szerokiego profilu działalności, rozwiniętej sieci oddziałów i poradni, a także z wysokiej rozpoznawalności wybranych jednostek klinicznych. Trwające inwestycje – w szczególności budowa nowego ośrodka Chirurgii Jednego Dnia i rozwój Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego – umacniają pozycję szpitala, jako lidera w regionie i odpowiadają na rosnące potrzeby demograficzne związane ze starzeniem się społeczeństwa.
- **Priorytetem strategicznym** powinno być wykorzystanie mocnych stron – stabilnej sytuacji finansowej, potencjału kadry i sprawdzonego modelu pozyskiwania środków zewnętrznych – w celu dalszej modernizacji infrastruktury, cyfryzacji procesów oraz rozwijania nowych form opieki (chirurgia jednego dnia, opieka długoterminowa, telemedycyna).
- **Strategia rozwoju szpitala powinna łączyć inwestycje infrastrukturalne z rozwojem kompetencji kadry i dalszym pozyskiwaniem środków zewnętrznych**, przy równoczesnym podkreślaniu jakości opieki i wyników klinicznych. Dzięki temu placówka może nie tylko utrzymać, ale i wzmocnić pozycję regionalnego lidera oraz zwiększać zaufanie pacjentów, partnerów i pracowników.

3.1.3. Struktura zatrudnienia WSzS w Białej Podlaskiej

Tabela 5 Struktura zatrudnienia w WSzS w Białej Podlaskiej

Lp.	Zatrudnienie wg grup zawodowych	stan na 31.12.2024			stan na 31.07.2025		
		umowa o pracę		kontrakty	umowa o pracę		kontrakty
		osoby	etaty	ilość	osoby	etaty	ilość
1	Łącznie personel medyczny (bez lekarzy stażystów i rezydentów), w tym:	1104	1091,03	219	1056	1043,733	259
2	lekarze	123	112,483	173	116	106,183	169
3	farmaceuci	9	9		10	10	
4	pielęgniarki	607	606,05	29	574	573,3	64
5	położne	50	50	2	44	44	8
6	ratownicy medyczni	24	24	2	24	24	4
7	sanitariusze	0	0		0	0	
8	fizjoterapeuci	30	30		30	30	1
9	sekreтарики medyczne	95	95		94	94	
10	pozostały personel medyczny	166	164,5	13	164	162,25	13
11	Łącznie personel niemedyczny, w tym:	363	358,416	2	369	363,716	3
12	administracyjny	181	176,416	2	184	179,716	2
13	techniczny	23	23		23	23	
14	gospodarczy	16	16		16	16	
15	pozostały personel niemedyczny	143	143		146	145	1
16	RAZEM [1+11]	1467	1449,45	221	1425	1407,449	262
17	lekarze rezydenci	54	53,8	22	55	54,8	20
18	lekarze stażyści	8	8		7	7	
19	RAZEM [16+17+18]	1529	1511,25	243	1487	1469,249	282

3.2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu

(dalej: SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu)

3.2.1. Podstawy prawne działania

Nazwa, forma prawna i siedziba Szpitala

- **Nazwa:** Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu
- **Forma prawna:** samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (SPZOZ)
- **Siedziba:** Adampol 37, 22-200 Włodawa



Podstawa prawna działalności SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu

SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu funkcjonuje jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, którego Podmiotem Tworzącym jest Samorząd Województwa Lubelskiego.

Rejestracja podatkowa i statystyczna

NIP: 565 13 37 631

REGON: 110197411

Przedmiot działalności SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu

Przedmiotem działalności SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu jest świadczenie usług zdrowotnych dla mieszkańców województwa lubelskiego.

Kapitał zakładowy Szpitala

Tabela 6 Stan kapitałów podstawowego i własnego SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu

PASYWA			
Pozycja	Wyszczególnienie	2023	2024
A.	Kapitał (fundusz) własny	9 654 223,72	7 894 187,52
I.	Kapitał (fundusz) podstawowy	1 197 705,08	1 197 705,08

Kadra Kierownicza SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu

- p.o. Dyrektora: Małgorzata Bogusz
- p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych: Andrzej Olejnik
- Główny Księgowy: Elżbieta Augustynowicz

Rada Społeczna SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu

Skład Rady Społecznej SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu:

- Przewodniczący - Agnieszka Kruk
- Przedstawiciel Wojewody - Bożena Hamziuk
- Przedstawiciele Sejmiku Województwa Lubelskiego:

- Mariusz Ostrowski
- Katarzyna Wojtal
- Justyna Konat

3.2.2. Profil działalności i struktura organizacyjna SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu

Profil działalności

SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu koncentruje się na diagnostyce i leczeniu chorób układu oddechowego, szczególnie związanych z gruźlicą i innymi przewlekłymi chorobami płuc. Oferuje opiekę stacjonarną oraz ambulatoryjną w zakresie tych schorzeń.

Strukturę organizacyjną Podmiotu stanowią:

- 1) w zakresie zakładu leczniczego - SZPITAL - w którym wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego następujące komórki organizacyjne:
 - a) oddział gruźlicy i chorób płuc
 - b) oddział dla przewlekłe chorych-pulmonologia
 - c) izba przyjęć
 - d) pracownia endoskopowa – bronchofiberoskopowa,
 - e) pracownia RTG
 - f) pracownia USG
 - g) dział diagnostyki laboratoryjnej
 - h) pracownia mikrobiologii
 - i) dział farmacji szpitalnej.
- 2) w zakresie zakładu leczniczego – PRZYCHODNIA - w którym wykonuje działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjnego świadczenia zdrowotnego następujące komórki organizacyjne:
 - a) poradnia gruźlicy i chorób płuc
 - b) gabinet diagnostyczno-zabiegowy.
- 3) w pozostałym zakresie następujące komórki administracyjne:
 - a) dział finansowo – księgowy
 - b) dział administracyjno-techniczno-gospodarczy
 - c) dział żywienia,
 - d) samodzielne stanowiska pracy.

SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu to wyspecjalizowany ośrodek leczenia chorób układu oddechowego, zwłaszcza gruźlicy i pozostaje jedną z dwóch pulmonologicznych placówek sieciowych w województwie lubelskim, prowadzących hospitalizację chorych na gruźlicę. Misję szpitala streszcza dewiza „Priorytetem dobro pacjenta”, a jej realizację wspiera wysoko wykwalifikowany zespół medyczny oraz nowoczesne zaplecze diagnostyczne.

Baza łóżkowa obejmuje łącznie 64 łóżka: 50 zlokalizowanych w Oddziale Gruźlicy i Chorób Płuc, przystosowanym do pełnej izolacji pacjentów z zakażeniem M. tuberculosis, oraz 14 w oddziale dla przewlekłe chorych – Pulmonologia, gdzie wydzielono jedno stanowisko intensywnej opieki dla chorych destabilizujących się oddechowo. Bezpośrednie przyjęcia całodobowo koordynuje Izba Przyjęć, a diagnostykę obrazową zapewnia Pracownia RTG. Kompleksowe badania mikrobiologiczne i biochemiczne wykonuje Dział diagnostyki laboratoryjnej z własną pracownią bakteriologii prątki gruźlicy (hodowle LJ i BBL

MGIT, testy lekowrażliwości, identyfikacja molekularna). Badania inwazyjne dróg oddechowych prowadzi Pracownia endoskopowa-bronchofiberoskopowa, natomiast zabezpieczenie farmakologiczne zapewnia Dział farmacji szpitalnej.

Tabela 7 Liczba hospitalizacji w SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu w latach 2023-2024

Nazwa Oddziału	2023	2024
Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc	264	264

Źródło: Miesięczna informacja o sytuacji finansowej przekazywana do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego na podstawie Uchwały CCXIV/3921/2020

Model organizacyjny, obejmujący wyłącznie pulmonologiczno-gruźliczy profil łóżkowy i rozbudowane zaplecze diagnostyczne bez oddziałów wielospecjalistycznych, pozwala ukierunkować zasoby na walkę z gruźlicą, przewlekłymi chorobami obturacyjnymi i nowotworami płuc, zgodnie z założeniem, że na każdym etapie leczenia nadrzędnym kryterium pozostaje dobro pacjenta.

Tabela 8 Analiza SWOT dla SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu

Mocne strony (Strengths)	Słabości (Weaknesses)
Wyraźna specjalizacja i doświadczenie Placówka koncentruje się na diagnostyce i leczeniu chorób układu oddechowego, w tym gruźlicy. Dysponuje wykwalifikowaną kadrą oraz nowoczesnym zapleczem diagnostycznym, w tym oddziałem izolacyjnym spełniającym standardy sanitarne. Wysoka specjalizacja kliniczna i doświadczony trzon zespołu Szpital jest jedną z nielicznych w regionie placówek pulmonologicznych z hospitalizacją i oddziałem do izolacji chorych na gruźlicę. Zaawansowane zaplecze diagnostyczne Szpital posiada własne laboratorium bakteriologiczne: preparaty bezpośrednie AVB, hodowle na podłożach stałych (Lewenstein-Jensen), płynnych (BBL MGIT), testy identyfikacyjne oraz na lekowrażliwość, a także diagnostykę genetyczną Mycobacterium tuberculosis complex. Szybka diagnostyka raka płuc i współpraca kliniczna Możliwość szybkiej diagnostyki nowotworów płuc wraz z pełną dokumentacją badań obrazowych oraz sprawna współpraca z Kliniką Chirurgii	Ograniczona widoczność w publicznych rankingach Placówka nie posiada opinii na popularnych portalach medycznych, co może wpływać na mniejszą rozpoznawalność wśród pacjentów. Potencjalne braki w modernizacji zabytkowego obiektu Zabytek wymagający konserwacji, co może generować dodatkowe obciążenia inwestycyjne i operacyjne. Kontrola konserwatora zabytków. Trudności kadrowe Problemy kadrowe związane z pozyskaniem wykwalifikowanego personelu lekarskiego. Mała skala organizacji i wąskie gardła dyżurowe Przy ograniczonej liczbie specjalistów każda absencja (urlop/choroba) powoduje spiętrzenia dyżurowe.

Klatki Piersiowej umożliwiają szybkie leczenie operacyjne lub konsultację autorytetów medycznych. • Lokalizacja i infrastruktura wspomagająca izolację pacjentów Usytuowanie w mniejszym ośrodku umożliwia kontrolę epidemiologiczną i izolację, co jest kluczowe w leczeniu gruźlicy. • Stabilna sytuacja finansowa do tej pory	
Szanse (Opportunities)	Zagrożenia (Threats)
• Rozwój, jako wiodący ośrodek leczenia gruźlicy w regionie Ze względu na nieliczne, wyspecjalizowane placówki pulmonologiczne w regionie, Adampol ma potencjał, by jeszcze silniej zaznaczyć swoją rolę i przyciągnąć więcej pacjentów. • Konsolidacja z WSzS w Białej Podlaskiej Połączenie szpitali pozytywnie wpłynie na działalność jednostki. • Ogólnopolski wzrost potrzeby specjalistycznej pulmonologii W dobie rosnącej liczby zachorowań na nowotwory płuc, szybka diagnostyka i leczenie tego typu chorób stawia placówkę w korzystnej pozycji. • Możliwości pozyskania funduszy na modernizację zabytkowego obiektu Zabytkowy charakter budynku może być atutem w aplikowaniu o środki unijne lub rządowe przeznaczone na ochronę dziedzictwa i modernizację infrastruktury ochrony zdrowia. • Budowa marki szkoleniowej w niszy pulmonologicznej Jako wiodący ośrodek w regionie, szpital może stać się widzącym ośrodkiem szkoleniowym w dziedzinie chorób płuc (lekarskich i pielęgniarskich), kursów bronchoskopii/diagnostyki TB i programów rezydenckich.	• Niepewność i demotywacja personelu Brak konsultacji i komunikacji z personelem wprowadził atmosferę niepewności, która może wpływać na jakość usług i utrzymanie kompetentnej kadry. • Ryzyko degradacji technicznej obiektu W przypadku ograniczenia działalności SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu, historię i stan zabytku może zagrozić brak utrzymania i konserwacji, co dodatkowo osłabi lokalną infrastrukturę.

Podsumowanie

SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu wyróżnia się, jako wyspecjalizowana placówka pulmonologiczna z mocnym zapleczem diagnostycznym, ważnym znaczeniem lokalnym i stabilną działalnością. Szansą dla placówki jest konsolidacja z WSzS w Białej

Podlaskiej, co zwiększy jej atrakcyjność poprzez wzrost dostępności do świadczeń medycznych i szerokiej diagnostyki.

SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu posiada wyraźną specjalizację w diagnostyce i leczeniu chorób układu oddechowego, ze szczególnym uwzględnieniem gruźlicy. Dzięki wyspecjalizowanej kadrze, oddziałowi izolacyjnemu spełniającemu rygorystyczne normy sanitarne oraz nowoczesnemu laboratorium bakteriologicznemu, placówka stanowi unikatowy ośrodek pulmonologiczny w skali regionu. Dodatkowym atutem jest szybka diagnostyka raka płuca i ścisła współpraca z ośrodkami chirurgii klatki piersiowej, co umożliwia kompleksową i sprawną ścieżkę terapeutyczną.

Kierunki strategiczne powinny koncentrować się na umacnianiu roli Adampola, jako regionalnego centrum pulmonologii i leczenia gruźlicy. W tym celu warto rozwijać specjalistyczną ofertę usług, a także budować markę szkoleniową w zakresie chorób płuc poprzez programy rezydenckie, kursy specjalistyczne i współpracę z ośrodkami akademickimi.

Zabytkowy charakter obiektu, choć stanowi wyzwanie inwestycyjne, może być równocześnie szansą – placówka ma możliwość pozyskania dedykowanych funduszy na modernizację infrastruktury przy zachowaniu wartości historycznej.

Najważniejsze wyzwania dotyczą stabilności kadrowej i utrzymania ciągłości dyżurów w warunkach małej skali organizacyjnej. Konieczne jest wdrożenie polityki kadrowej opartej na jasnej komunikacji, motywowaniu zespołu i aktywnym pozyskiwaniu nowych specjalistów. Potencjalna konsolidacja z WSzS w Białej Podlaskiej mogłaby zredukować ryzyko związane z niedoborem personelu, a jednocześnie zwiększyć dostęp do zasobów finansowych i infrastrukturalnych.

Strategia powinna łączyć dalsze rozwijanie kompetencji klinicznych i usług o wysokiej wartości dodanej (pulmonologia, gruźlica, onkologia płuc) z działaniami w zakresie modernizacji i zabezpieczenia obiektu. Kluczowe będzie także wzmocnienie widoczności szpitala poprzez promocję osiągnięć i aktywność w rankingach jakościowych, co może przełożyć się na zwiększone zaufanie pacjentów i przyciąganie kadry medycznej.

3.2.3. Struktura zatrudnienia SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu.

Tabela 9 Struktura zatrudnienia SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu.

Lp.	Zatrudnienie wg grup zawodowych	stan na 31.12.2024			stan na 31.07.2025		
		umowa o pracę		kontrakty	umowa o pracę		kontrakty
		osoby	etaty	ilość	osoby	etaty	ilość
1	Łącznie personel medyczny (bez lekarzy stażystów i rezydentów), w tym:	30	21,34		25	19,22	
2	lekarze	8	3,68		5	2,06	
3	farmaceuci	2	1		1	1	
4	pielęgniarki	16	14,5		15	14	
5	położne	0	0		0	0	
6	ratownicy medyczni	0	0		0	0	
7	sanitariusze	0	0		0	0	
8	fizjoterapeuci	0	0		0	0	
9	sekretarki medyczne	0	0		0	0	
10	pozostały personel medyczny	4	2,16		4	2,16	
11	Łącznie personel niemedyczny, w tym:	29	27,73		28	26,73	
12	administracyjny	9	7,73		9	7,73	
13	techniczny	0	0		0	0	
14	gospodarczy	2	2		2	2	
15	pozostały personel niemedyczny	18	18		17	17	
16	RAZEM [1+11]	59	49,07		53	45,95	
17	lekarze rezydenci	0	0		0	0	
18	lekarze stażyści	0	0		0	0	
19	RAZEM [16+17+18]	59	49,07		53	45,95	

4. Analiza porównawcza Map Potrzeb Zdrowotnych obu placówek

Poniżej przedstawiono analizę porównawczą danych liczbowych Map Potrzeb Zdrowotnych dotyczących hospitalizacji w SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu oraz w Oddziale Ftyzjopulmonologii i Chorób Wewnętrznych WSzS w Białej Podlaskiej w latach 2017–2023.

Tabela 10 Dane z Map Potrzeb Zdrowotnych SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu

Rok	Liczba pacjentów	Liczba hospitalizacji	Liczba komórek	Średni czas hospitalizacji [dni]	Mediana czasu hospitalizacji [dni]	Dominanta czasu hospitalizacji [dni]	Odsetek hospitalizacji zerodniowych [%]	Odsetek hospitalizacji jednodniowych [%]	Odsetek hospitalizacji w zakresach leczenia jednego dnia [%]	Odsetek hospitalizacji nagłych [%]	Odsetek hospitalizacji zabiegowych [%]
2017	360	389	1	60,98	14	11	0	0,77	0	0,26	2,53
2018	342	356	1	68,13	21,5	7	0	0,56	0	0	0
2019	327	350	1	69,12	14	3	0	0,29	0	0	0
2020	216	229	1	82,95	54	3	0	0,44	0	0	0
2021	262	287	1	60,51	15	6	0,7	1,39	0	0	0
2022	234	251	1	74,51	23	3	0,4	0	0	0	0
2023	224	260	1	66,84	20	3	0	0,38	0	0	0

Tabela 11 Dane z Map Potrzeb Zdrowotnych Oddział Ftyzjopulmonologii i Chorób Wewnętrznych - WSzS w Białej Podlaskiej

Rok	Liczba pacjentów	Liczba hospitalizacji	Liczba komórek	Średni czas hospitalizacji [dni]	Mediana czasu hospitalizacji [dni]	Dominanta czasu hospitalizacji [dni]	Odsetek hospitalizacji zerodniowych [%]	Odsetek hospitalizacji jednodniowych [%]	Odsetek hospitalizacji w zakresach leczenia jednego dnia [%]	Odsetek hospitalizacji nagłych [%]	Odsetek hospitalizacji zabiegowych [%]
2017	723	881	1	6,75	6	5	0,57	1,14	0	83,43	6,98
2018	782	984	1	6,42	6	7	4,27	2,85	0	78,35	16,51
2019	757	930	1	6,44	6	5	2,04	1,18	0	85,16	16,74
2020	320	333	1	7,41	6	6	0,9	1,2	0	85,29	20,37
2021	280	292	1	7,6	7	7	2,4	3,42	0	60,96	11,27
2022	611	730	1	7,43	7	7	2,6	2,05	0	58,9	12,78
2023	867	1042	1	6,73	6	7	2,11	6,81	0	59,21	24,85

Źródło: Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Mapy Potrzeb Zdrowotnych - dane

Dane wskazują na istotnie odmienny charakter leczonych populacji i modeli organizacyjnych. W SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu mamy do czynienia z placówką monoprofilową ukierunkowaną na przewlekłe leczenie gruźlicy i innych chorób płuc wymagających długotrwałej izolacji lub rehabilitacji oddechowej. Potwierdza to średni czas hospitalizacji utrzymujący się na bardzo wysokim poziomie – od 60,5 do 83 dni. Tak długie pobyty są typowe dla pacjentów z gruźlicą płuc (zwłaszcza lekooporną), powikłaniami infekcyjnymi oraz chorobami współistniejącymi utrudniającymi wypis do środowiska lub do zakładów opieki długoterminowej.

W WSzS w Białej Podlaskiej profil oddziału ftyzjopulmonologicznego ma charakter mieszany (pulmonologiczno-internistyczny) i zdecydowanie bardziej ostry. Średnia długość hospitalizacji w latach 2017–2023 oscyluje w granicach 6,4–7,6 dnia, a mediana utrzymuje się stabilnie na poziomie 6–7 dni. Nawet w okresie pandemicznym 2020–2021 wzrost średniej długości pobytu był umiarkowany (do 7,41 i 7,6 dnia), czyli nieporównywalnie krótszych niż w SPZOZ Gruzłicy i Chorób Płuc w Adampolu. Dane te świadczą o tym, że większość pacjentów trafiających do WSzS w Białej Podlaskiej jest diagnozowana i leczona w trybie krótkoterminowym, z szybkim przepływem pacjentów oraz możliwością kontynuacji terapii w warunkach ambulatoryjnych, domowych lub w innych wyspecjalizowanych jednostkach.

Liczba hospitalizacji i pacjentów dodatkowo podkreśla różnicę skali. W SPZOZ Gruzłicy i Chorób Płuc w Adampolu rocznie leczy się kilkaset osób (średnio 280 pacjentów rocznie w okresie 2017-2023), natomiast w oddziale WSzS w Białej Podlaskiej wartości są wielokrotnie wyższe i przyjmują wartość od 867 pobyków do 1 402 hospitalizacji w 2023 r. Przed pandemią roczne liczby hospitalizacji przekraczały 900 pobyków. Średnia ilość pacjentów w okresie 2017-2023 to 620 osób, a średnia liczba hospitalizacji to 741. Te wolumeny wskazują, że WSzS w Białej Podlaskiej pełni funkcję ośrodka bazowego dla szerokiej populacji z chorobami układu oddechowego, od przypadków internistycznych z komponentą pulmonologiczną, po diagnostykę nowotworów płuca i leczenie powikłań infekcyjnych.

Relacja liczby hospitalizacji do liczby chorych (wskaźnik ponownych przyjęć/epizodów na pacjenta) również różni oba ośrodki. W SPZOZ Gruzłicy i Chorób Płuc w Adampolu stosunek ten waha się w granicach 1,08–1,16, co sugeruje, że większość pacjentów ma pojedynczy długi epizod leczenia, zaś powroty są umiarkowane. W WSzS w Białej Podlaskiej wskaźnik jest wyższy (ok. 1,17-1,31), co jest zgodne z modelem krótkich pobyków i możliwych powtórnych przyjęć na kolejne etapy diagnostyki lub leczenia zabiegowego/procedur interwencyjnych.

Różnice w trybie przyjęć potwierdzają odmienne profile. W SPZOZ Gruzłicy i Chorób Płuc w Adampolu odsetek hospitalizacji nagłych pozostaje praktycznie zerowy w całym okresie obserwacji, to oznacza, że chorzy trafiają planowo, często ze skierowaniami z poradni gruźlicy i chorób płuc lub innych placówek, a proces przyjęcia wiąże się z przygotowaniem do izolacji i długiej terapii. W WSzS w Białej Podlaskiej udział przyjęć nagłych jest bardzo wysoki, choć zmienny: 83,43% w 2017 r., 78–85% w latach 2018-2020, a następnie spadek do ok. 59-61% w latach 2021- 2023.

Charakterystyka procedur zabiegowych jeszcze silniej różnicuje oba podmioty. W SPZOZ Gruzłicy i Chorób Płuc w Adampolu odsetek hospitalizacji zabiegowych jest marginalny i w większości lat równy zero; jedynie w 2017 r. zanotowano 2,53%. Ośrodek koncentruje się na leczeniu zachowawczym, farmakoterapii, kontroli zakaźności i długotrwałej rehabilitacji oddechowej. W WSzS udział przypadków zabiegowych jest znaczny i wykazuje trend wzrostowy: od 6,98% w 2017 r., poprzez wartości rzędu 16–20% w latach 2018–2020, po 24,85% w 2023 r. Takie proporcje świadczą o rosnącym znaczeniu zaawansowanych procedur diagnostyczno-terapeutycznych (bronchoskopia interwencyjna, zabiegi endoskopowe, drenaże jam opłucnowych, procedury torakalne wykonywane we współpracy z innymi oddziałami lub w ramach krótkich ścieżek). Odzwierciedlają one również dostęp do nowoczesnej infrastruktury technologicznej (w tym szybka diagnostyka obrazowa oraz wsparcie oddziałów zabiegowych szpitala wielospecjalistycznego).

Odsetki hospitalizacji jednodniowych są, zgodnie z profilem, niskie w obu placówkach, ale w WSzS w Białej Podlaskiej – szczególnie w 2023 r. – obserwuje się wzrost ilości krótkich hospitalizacji (6,81% jednodniowych), co wiąże się z realizacją programów szybkiej diagnostyki (np. ścieżki onkologicznej DILO). W SPZOZ Gruzlicy i Chorób Płuc w Adampolu wartości te pozostają śladowe i epizodyczne; leczenie zasadniczo wiąże się z dłuższą hospitalizacją.

Zestawiając średnie długości pobytu z liczbą łóżek (dane łóżkowe nie są w tabeli, lecz znane ze struktury rejestrowej), można wysnuć wniosek, że wskaźniki wykorzystania łóżek w SPZOZ Gruzlicy i Chorób Płuc w Adampolu są relatywnie wysokie przy niewielkiej ich liczbie. Długie pobyty ograniczają rotację. W WSzS w Białej Podlaskiej wysoka rotacja przy krótkich pobytach umożliwia obsługę znacznie większej liczby pacjentów przy porównywalnej lub nawet mniejszej bazie łóżkowej. Oddział wspiera się zapleczem internistycznym i diagnostycznym całego szpitala wielospecjalistycznego, co skraca czas do rozpoznania problemu zdrowotnego i wypisu pacjenta.

Dane empiryczne potwierdzają, że SP ZOZ Gruzlicy i Chorób Płuc w Adampolu realizuje wyspecjalizowaną, długoterminową, w przeważającej mierze planową opiekę nad pacjentami z gruźlicą i przewlekłymi chorobami układu oddechowego, podczas gdy Oddział Ftyzjopulmonologii i Chorób Wewnętrznych WSzS w Białej Podlaskiej funkcjonuje jako oddział ostrodyżurowy o wysokiej rotacji, obsługujący duży wolumen pacjentów, znaczący odsetek przyjęć nagłych i rosnącą liczbę procedur zabiegowych. W ujęciu systemowym oba ośrodki pełnią komplementarne role: SPZOZ Gruzlicy i Chorób Płuc w Adampolu zabezpiecza długoterminowe leczenie i izolację gruźlicy, zaś WSzS w Białej Podlaskiej zapewnia szybkie, wielospecjalistyczne leczenie ostre i diagnostykę pulmonologiczną z dostępem do szerokiego zaplecza klinicznego.

5. Przesłanki przemawiające za podjęciem i przeprowadzeniem procesu połączenia szpitali.

Kluczową przesłanką połączenia szpitali jest racjonalne i efektywne wykorzystanie potencjału medycznego, szczególnie kadry medycznej lekarskiej, którymi dysponują oba podmioty. Racjonalne i efektywne wykorzystanie zasobów ludzkich oraz infrastruktury sprzętowej i lokalowej przyczyni się do poprawy dostępności do realizowanych świadczeń zdrowotnych w obu podmiotach, wzrostu konkurencyjności na rynku świadczeń medycznych, poprawy bezpieczeństwa hospitalizowanych pacjentów a nade wszystko zapewni gwarancję funkcjonowania podmiotów w oparciu o warunki i finansowanie Narodowego Funduszu Zdrowia. Specjalnie dostosowane programy z zakresu HR, pozwolą na pełne wykorzystanie obecnych kwalifikacji posiadanych przez zatrudniony personel, jak również umożliwi dalsze podnoszenie kwalifikacji przez pracowników. Zaowocuje to zwiększeniem zakresu udzielanych świadczeń medycznych. Podejmowane w przyszłości działania wobec zatrudnionych pracowników zaowocują optymalnym zagospodarowaniem kadry administracyjnej i pomocniczej.

W dziedzinie infrastruktury realizowany będzie cel racjonalnego i efektywnego wykorzystania posiadanych zasobów lokalowych i sprzętowych. Zostaną dostosowane struktury oddziałów i baza łóżkowa w obu lokalizacjach do faktycznych potrzeb zdrowotnych mieszkańców regionu. Ze szczególnym uwzględnieniem zostanie wykorzystany wiodący w koncepcji potencjał obu podmiotów w zakresie pulmonologii i chorób płuc. Zostanie on ukierunkowany w celu uzyskania maksymalnej rentowności tego obszaru działalności

szpitala. W celu zapewnienia jakości udzielanych świadczeń medycznych na najwyższym poziomie oraz uzyskania kompleksowości udzielanych świadczeń oraz wysokiego poziomu koordynacji dostępu świadczeniobiorców do usług zdrowotnych zostanie utworzona nowa struktura organizacyjna oddziałów oraz poradni w zakresie chorób płuc. Wszelkie zasoby zostaną alokowane i skoncentrowane w taki sposób, aby zmaksymalizować poziom realizowanych usług medycznych zapewniając korzystniejsze wyniki leczenia oraz możliwie najwyższe wskaźniki ekonomiczne.

W związku z trudnościami zatrudnienia lekarzy specjalistów na rynku usług szpitalnych w wielu dziedzinach medycyny, połączenie jednostek pozwoli na elastyczne wykorzystanie potencjału lekarskiego i pielęgniarskiego jednostek z dużą korzyścią dla pacjentów. Alokowanie aparatury medycznej oraz racjonalne i optymalne wykorzystanie jej (oraz innego sprzętu medycznego) będącego w posiadaniu szpitali to kolejny ważny element reorganizacji.

W celu realizacji wymienionych przedsięwzięć konieczne jest zbudowanie organizacji która swoją kulturą organizacyjną oraz efektywnością finansową sprostą wyzwaniom stawianym przez system opieki zdrowotnej związanym z leczeniem pacjentów. Organizacji samofinansującej się i wypracowującej w przyszłości nadwyżkę finansową umożliwiającą realizację projektów rozwojowych, inwestycyjnych związanych z odnowieniem i rozbudową istniejącego potencjału.

W związku z powyższym planowane jest zbudowanie w połączonym szpitalu odpowiedniej struktury organizacyjnej oraz skierowanie do dyrekcji szerokich kompetencji i narzędzi umożliwiających sprawne zarządzanie. Będzie to możliwe dzięki ścisłej współpracy oraz wsparciu ze strony właściciela obu szpitali (w przyszłości jednego szpitala) sprawującego nadzór.

Podstawowym zadaniem stawianym przed kierownictwem szpitala jest zoptymalizowanie zatrudnienia kadry lekarskiej, zapewniające nieprzerwaną i bezpieczną pracę oddziałów. W kolejnym etapie wyzwaniem będzie przygotowanie strategii rozwoju szpitala i rozszerzenie jego działalności o nowe zakresy leczenia w rodzaju chorób płuc.

6. Przyczyny, cel i priorytety w procesie konsolidacji podmiotów leczniczych.

Celem konsolidacji podmiotów leczniczych będzie stworzenie jednolitej, bardziej efektywnej struktury organizacyjnej, która umożliwi sprawniejsze zarządzanie zasobami, poprawę jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych, a także zapewni większą stabilność finansową oraz dostosowanie do dynamicznie zmieniających się uwarunkowań systemu ochrony zdrowia.

Podstawową przesłanką do połączenia podmiotów leczniczych jest dobro pacjentów. Włączenie SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu w struktury WSzS w Białej Podlaskiej przyczyni się do podniesienia jakości opieki nad pacjentami oraz zwiększenia dostępności do szerokiego zakresu świadczeń medycznych i diagnostycznych w wielu specjalnościach.

W ramach ewentualnego procesu połączenia priorytetami są: utrzymanie funkcji leczniczych w pełnym zakresie udzielanych świadczeń, reorganizacja funkcji wspierających działalność medyczną w obszarach administracji, dostaw, logistyki oraz zabezpieczenia gospodarczego i technicznego, jak również dostosowanie (ujednolicenie i integracja) funkcji zbierania, przetwarzania i analizowania informacji medycznych i niemedycznych

w zintegrowanym systemie informatycznym w celu optymalizowania procesów zarządczych. Jednostka skonsolidowana zostanie zrestrukturyzowana w oparciu o centralizację procesów logistyki dostaw, administracyjnych i zabezpieczenia technicznego oraz gospodarczego.

Poniżej przedstawiono kluczowe przyczyny i cele przemawiające za zasadnością przeprowadzenia takiego działania i włączeniem SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu w struktury WSzS w Białej Podlaskiej:

- **Zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych**

Odpowiednie dopasowanie zasobów medycznych do rzeczywistych potrzeb pacjentów w regionie. Ewentualna konsolidacja umożliwi łatwiejsze przekierowywanie pacjentów między placówkami, zgodnie z profilem opieki.

- **Podniesienie jakości i kompleksowości świadczeń zdrowotnych**

Konsolidacja umożliwia właściwe wykorzystanie potencjału kadrowego i technologicznego obu placówek. Integracja będzie sprzyjać tworzeniu wyspecjalizowanych profili leczniczych, poprawie dostępności do świadczeń specjalistycznych oraz wdrażaniu zintegrowanych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych dla pacjentów. Ewentualna konsolidacja umożliwi optymalne wykorzystanie zasobów ludzkich (np. specjalistów), wspólne korzystanie z nowoczesnej aparatury diagnostycznej i leczniczej oraz wprowadzenie jednolitych procedur medycznych i organizacyjnych. Działania te przekładają się bezpośrednio na poprawę jakości i bezpieczeństwa leczenia pacjentów. Włączenie szpitali do wspólnej mapy procesowej, ustalenie wspólnych wskaźników opisujących procesy oraz zaimplementowanie zintegrowanego systemu zarządzania jakością, w tym Akredytacji Ministra Zdrowia, istotnie wpłyną na jakość udzielanych świadczeń medycznych

- **Zapewnienie ciągłości i dostępności świadczeń zdrowotnych**

Konsolidacja ma na celu przeciwdziałanie ryzyku ograniczenia działalności którejkolwiek z placówek (np. z powodów kadrowych, finansowych lub infrastrukturalnych). Dzięki integracji, pacjenci uzyskają dostęp do szerszego zakresu usług w ramach jednej, spójnej struktury.

- **Racjonalizacja sieci świadczeniodawców i dostosowanie do potrzeb demograficznych**

Utrzymywanie dwóch niezależnych placówek medycznych w sytuacji ograniczonego zapotrzebowania na świadczenia lub ich duplikacji może być nieefektywne z punktu widzenia organizacyjnego i finansowego. Konsolidacja umożliwi dostosowanie struktury świadczeniodawców do realnych potrzeb zdrowotnych mieszkańców oraz demografii regionu, w tym dostosowanie do zmieniających się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa (starzenie się ludności, wzrost zapotrzebowania na opiekę długoterminową).

- **Integracja usług opiekuńczo-zdrowotnych z leczeniem szpitalnym**

Zapewnienie ciągłości opieki – od leczenia szpitalnego do opieki długoterminowej i paliatywnej.

- **Wzmocnienie potencjału kadrowego i poprawa efektywności zarządzania zasobami**

Połączenie ułatwiłoby prowadzenie polityki kadrowej, umożliwi prawidłowe planowanie grafiku pracy, pozwoli zapewnić obsady dyżurowej oraz wzajemne uzupełnianie braków kadrowych pomiędzy jednostkami. Ponadto proces konsolidacji ułatwi rotację i wymianę personelu medycznego pomiędzy jednostkami oraz umożliwi wspólny rozwój kadr, poprzez szkolenia i wdrażanie programów motywacyjnych. Ujednolicenie struktur organizacyjnych pozwoli na efektywne wykorzystanie kadry zarządczej i wsparcia administracyjnego oraz umożliwi wspólne planowanie i nadzorowanie działań operacyjnych obu jednostek. Wspólne zarządzanie personelem medycznym umożliwi bardziej elastyczne planowanie dyżurów, optymalne wykorzystanie specjalistów oraz rotację kadry między placówkami. Może to również stanowić zachętę dla nowych pracowników (atrakcyjne warunki pracy, większe możliwości rozwoju zawodowego, stabilność zatrudnienia).

- **Uporządkowanie i racjonalizacja struktury organizacyjnej**

Integracja szpitali umożliwi ujednolicenie systemów zarządzania, sprawozdawczości oraz obiegu dokumentów. To z kolei miało by przełożyć się na większą przejrzystość działania, właściwą koordynację świadczeń i szybsze podejmowanie decyzji zarządczych.

- **Zwiększenie potencjału rozwojowego i inwestycyjnego**

Większy, zintegrowany podmiot leczniczy pozwoliłby dysponować większym potencjałem w zakresie rozwoju infrastruktury, wdrażania innowacji oraz pozyskiwania środków unijnych i krajowych na inwestycje, programy profilaktyczne i badawcze. Skonsolidowany podmiot ma większe możliwości aplikowania o fundusze z Unii Europejskiej, funduszy centralnych oraz programów regionalnych. Spójna strategia rozwoju może ułatwić pozyskiwanie partnerów zewnętrznych i grantodawców. Zintegrowany podmiot posiada większą zdolność kredytową, większy potencjał do pozyskiwania środków unijnych oraz wysoką pozycję negocjacyjną wobec instytucji finansujących. Umożliwi to realizację inwestycji w infrastrukturę, modernizację sprzętu oraz rozwój nowych zakresów świadczeń.

- **Poprawa efektywności zarządzania oraz racjonalizacja i optymalizacja kosztów funkcjonowania**

Integracja struktur organizacyjnych sprzyja optymalizacji wykorzystania zasobów rzeczowych i osobowych oraz pozwala na osiągnięcie efektu skali m.in. w zakresie zakupów sprzętu, leków i materiałów medycznych.

- **Optymalne wykorzystanie infrastruktury i majątku trwałego**

Istnieje możliwość zagospodarowania wolnych powierzchni oraz wspólnego użytkowania wybranych zasobów lokalowych. Dzięki ewentualnej konsolidacji możliwe będzie racjonalne inwestowanie w modernizację i rozwój infrastruktury medycznej.

Podsumowując, konsolidacja ma na celu w szczególności:

- poprawę efektywności funkcjonowania połączonej jednostki poprzez optymalizację wykorzystania zasobów kadrowych, infrastrukturalnych i technologicznych,

- zapewnienie pacjentom kompleksowej i skoordynowanej opieki zdrowotnej poprzez integrację zakresu świadczeń, usprawnienie ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej oraz efektywne wykorzystanie kompetencji personelu medycznego,
- zwiększenie dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych na danym obszarze, m.in. poprzez racjonalne rozmieszczenie oddziałów i poradni, rozwój specjalizacji oraz możliwość inwestowania w nowoczesne metody leczenia,
- utrzymanie dobrej sytuacji finansowej jednostek dzięki skuteczniejszej kontroli kosztów, możliwości osiągnięcia efektu skali oraz większemu potencjałowi w pozyskiwaniu środków zewnętrznych (w tym funduszy unijnych i krajowych programów zdrowotnych),
- zwiększenie elastyczności organizacyjnej i zdolności do reagowania na zmiany w otoczeniu prawnym, ekonomicznym oraz epidemiologicznym, w tym dostosowanie do aktualnych wymogów Narodowego Funduszu Zdrowia i polityki zdrowotnej państwa,
- utrzymanie i wzmocnienie potencjału kadrowego poprzez atrakcyjne warunki zatrudnienia, możliwość rotacji personelu, ułatwienie szkoleń oraz budowanie ścieżki kariery zawodowej nowych specjalistów w połączonej jednostce.

7. Analiza SWOT połączenia podmiotów.

Analiza SWOT połączenia WSzS w Białej Podlaskiej i SPZOZ Gruzłicy i Chorób Płuc w Adampolu.

Tabela 12 Analiza SWOT obu podmiotów

MOCNE STRONY	SŁABE STRONY
Podniesienie jakości i kompleksowości świadczeń zdrowotnych Konsolidacja umożliwia prawidłowe wykorzystanie potencjału kadrowego i technologicznego obu placówek. Integracja będzie sprzyjać tworzeniu wyspecjalizowanych profili leczniczych, poprawie dostępności do świadczeń specjalistycznych oraz wdrażaniu zintegrowanych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych dla pacjentów. Zapewnienie ciągłości i dostępności świadczeń zdrowotnych Dzięki integracji, pacjenci uzyskają dostęp do szerszego zakresu usług w ramach jednej, spójnej struktury. Zwiększenie potencjału rozwojowego i inwestycyjnego Większy, zintegrowany podmiot leczniczy dysponować będzie większym potencjałem w zakresie rozwoju infrastruktury, wdrażania innowacji oraz pozyskiwania środków unijnych i krajowych na inwestycje, programy profilaktyczne i badawcze. Poprawa efektywności zarządzania oraz racjonalizacja i optymalizacja kosztów	Duża odległość pomiędzy ośrodkami Niezbędny do zrealizowania pomiędzy szpitalami pomost komunikacyjny. Wydłużone łańcuchy dostaw. Im większa odległość komórek organizacyjnych, tym trudniejsza ich integracja. Trudniejsze osiągnięcie i utrzymanie ekonomicznej więzi. Zabytkowa infrastruktura Szpital w Adampolu posiada zabytkową infrastrukturę, która jest pod opieką konserwatora zabytków, co wiąże się z koniecznością renowacji i wysokimi kosztami remontów oraz wpływem Konserwatora zabytków. Ryzyko spadku morale pracowników Obawy o zwolnienia, zmiany miejsca pracy, przeorganizowanie zespołów. Zderzenie kultur organizacyjnych i obawy personelu (rola oddziałów, zmiany w strukturze organizacyjnej). Nierównomierna nowoczesność infrastruktury (m.in. obiekt zabytkowy w Adampolu) – wyższe koszty

funkcjonowania Integracja struktur organizacyjnych sprzyja optymalizacji wykorzystania zasobów rzeczowych i osobowych oraz pozwala na osiągnięcie efektu skali m.in. w zakresie zakupów sprzętu, leków i materiałów medycznych. Wyspecjalizowana infrastruktura i ukierunkowane hospitalizacje Wyposażenie placówki w Adampolu w izolatki z podciśnieniem. Możliwość hospitalizacji krótkoterminowych w Szpitalu w Białej Podlaskiej, zaś długoterminowych w SPZOZ Gruzlicy i Chorób Płuc w Adampolu. Możliwość zaoferowania pacjentom badań klinicznych prowadzonych przez Ośrodek Innowacyjnych Terapii w Szpitalu w Białej Podlaskiej. Komplementarność profili konsolidacji pulmonologia/leczenie gruźlicy + duży szpital wieloprofilowy → pełna ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna. Efekt skali wspólne zakupy, wspólny serwis aparatury, centralizacja zakresów niemiedycznych (finanse, IT, zamówienia publiczne, kadry i HR) – niższe koszty jednostkowe. Silna pozycja negocjacyjna wobec NFZ i dostawców dzięki większemu wolumenowi świadczeń i większej ilości pacjentów. Większa atrakcyjność rekrutacyjna więcej ścieżek rozwojowych, rotacja między lokalizacjami, możliwość tworzenia zespołów referencyjnych. Możliwość ujednolicenia standardów klinicznych i jakości (procedury, wspólne audyty, akredytacja).	utrzymania/modernizacji i ograniczenia konserwatorskie.
SZANSE	ZAGROŻENIA
Zmiany legislacyjne i systemowe Zmieniające się otoczenie prawne i organizacyjne systemu ochrony zdrowia, w tym reformy sieci szpitali, mogą skłaniać do konsolidacji świadczeniodawców w celu dostosowania się do aktualnych i przyszłych wymogów Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Ministerstwa Zdrowia. Konsolidacja wpisuje się w krajowe i regionalne strategię restrukturyzacji ochrony zdrowia. Łatwiejsze dopasowanie pacjentów pomiędzy placówkami, zgodnie z profilem opieki. Możliwość przekazywania pacjentów ze zdiagnozowaną gruźlicą płuc do Ośrodka	Obawy pracowników i lokalnej społeczności przed utratą pracy oraz autonomicznego bytu. Grupy społeczne mogące przeciwstawiać się projektowi konsolidacji. Opór personelu. Pracownicy mogą odczuwać opór wobec zmian, obawiać się zwolnień lub niechętnie adaptować się do nowych procedur i kultury organizacyjnej, co może prowadzić do konfliktów i spadku motywacji. Ryzyko utrzymania łańcuchów dostaw i komunikacji Konieczność kontroli i nadzoru wszelkich zakupów i dostaw odległych placówek. Utrudnienia komunikacyjne ze względu

w Adampolu. W szpitalu funkcjonuje ośrodek domowego leczenia tlenem. W białskiej placówce funkcjonuje poradnia pocovidowa, poradnia alergologiczna, poradnia chorób płuc. Utworzenie regionalnego Centrum Chorób Płuc i Gruźlicy z pełnym łańcuchem diagnostyczno-terapeutycznym i programem szybkiej ścieżki dla raka płuca. Rozwój chirurgii jednego dnia i opieki długoterminowej (odciążenie hospitalizacji pełnoprofilowych, skrócenie kolejek). Pozyskanie finansowania zewnętrznego (UE/krajowe) na modernizację, cyfryzację, energooszczędność i renowację obiektu zabytkowego. E-zdrowie i zdalne konsylia (pulmonologia onkologiczna) – poprawa dostępności i efektywności. Budowa marki szkoleniowej w niszy pulmonologicznej, wsparta zapleczem szpitala wielospecjalistycznego. Standaryzacja i centralizacja laboratoriów (wspólne standardowe procedury operacyjne (SOP), walidacje, akredytacje, większa przepustowość i stabilność).	na odległość pomiędzy szpitalami. Ryzyko powstania szumów komunikacyjnych. Wysokie koszty komunikacji pomiędzy szpitalami (oddziałami). Zwiększone oczekiwania społeczne i kontrola mediów Społeczeństwo i media mogą oczekiwać natychmiastowych efektów, a każde niepowodzenie będzie krytykowane. Problemy z integracją systemów informatycznych Połączenie różnych systemów informatycznych może być złożonym i kosztownym procesem, a jego niepowodzenie może zakłócić przepływ informacji i utrudnić pracę. Ryzyko opóźnień inwestycyjnych i integracyjnych, co wydłuży okres „podwójnych kosztów” i ograniczonej przepustowości. Konkurencja o kadry z większymi ośrodkami i sektorem prywatnym - presja płacowa. Zmiany wycen NFZ/regulacji dla świadczeń pulmonologicznych mogą pogorszyć rentowność. Degradacja techniczna części infrastruktury przy braku szybkich decyzji inwestycyjnych (zwłaszcza w obiekcie zabytkowym).
--	--

Strategiczne Wskazówki (Strategie SWOT)

Maxi–Maxi (Wykorzystanie mocnych stron i szans)

Wyposażony w wykwalifikowany personel oraz nowoczesny sprzęt skonsolidowany szpital może rozwijać specjalistyczne usługi i programy profilaktyczne. Realizacja projektów UE oraz zacieśnienie współpracy lokalnej i międzynarodowej wzmocni ofertę placówki.

Modernizacja infrastruktury przy wsparciu programów unijnych oraz partnerstw (lokalnych lub zagranicznych) pozwoli na zmniejszenie luki technologicznej i poprawę efektywności działania.

Silna kadra i reputacja umożliwiają budowę marki, jako ośrodka referencyjnego, co zwiększy konkurencyjność w obliczu innych placówek.

Wdrażanie szkoleń, poprawa komunikacji wewnętrznej oraz zwiększenie elastyczności finansowej pozwoli na kontrolę ryzyk związanych z nadmiernym obciążeniem, biurokracją i zmiennymi zasadami finansowania.

8. Podstawy prawne połączenia podmiotów leczniczych i dopuszczalne formy połączenia.

Procedurę łączenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej określa ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2025r. poz. 450 z późn. zm.).

W przypadku podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami zastosowanie znajduje przepis art. 66 ustawy o działalności leczniczej. Zgodnie z treścią art. 66 ust. 1, połączenie się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej może być dokonane przez:

1. przeniesienie całego mienia co najmniej jednego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (przejmowanego) na inny samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (przejmujący);
2. utworzenie nowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powstałego co najmniej z dwóch łączących się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

W tym przypadku rozważane jest wdrożenie pierwszego wariantu, polegającego na przejęciu przez jeden samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (przejmujący – WSzS w Białej Podlaskiej) innego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (przejmowany – SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu). Według terminologii używanej w kodeksie spółek handlowych, jest to tzw. łączenie się poprzez przejęcie. W tym przypadku przejmujący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej zachowuje swój dotychczasowy samodzielny byt prawny. Traci go natomiast przejmowany samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Wiąże się to z przeniesieniem całego mienia zakładu przejmowanego na przejmującego. Z art. 67 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej wynika, że przejmujący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej wstępuje we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem był samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej przejmowany, bez względu na charakter prawny tych stosunków. A więc przejmujący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej przejmuje także zobowiązania przejmowanego zakładu. Z przejęciem tym wiąże się także przejęcie pracowników oraz zadań przejmowanego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Podstawą formalną łączenia jest akt o połączeniu w formie uchwały podmiotu tworzącego. Dokument ten musi zawierać m.in. dane identyfikujące SPZOZ-y, zasady przejęcia mienia i zobowiązań oraz termin dokonania zmian rejestrowych.

W zakresie mienia przyjęto definicję kodeksową, zgodnie z którą obejmuje ono wszelkie prawa majątkowe – zarówno rzeczy, jak i prawa niematerialne (np. wierzytelności, licencje, prawa autorskie). Co do zasady całe mienie przechodzi na przejmujący SPZOZ z dniem wpisu / wykreślenia w KRS, z wyjątkiem składników wyłączonych przez podmiot tworzący zgodnie z art. 43 u.dz.l.

Za zobowiązania odpowiada przejmujący SPZOZ od momentu formalnego połączenia. Nie przejmują ich natomiast podmioty tworzące – połączenie SPZOZ-ów nie jest równoznaczne z likwidacją, więc nie aktywuje przepisów o odpowiedzialności JST lub uczelni za zobowiązania (art. 68 u.dz.l. nie znajduje tu zastosowania).

W zakresie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia sukcesja generalna obejmuje również kontrakty. Nie jest wymagana zgoda Prezesa NFZ na przeniesienie umów, ale świadczeniodawca ma obowiązek poinformować Fundusz o planowanych zmianach formalno-prawnych (co najmniej 30 dni przed ich dokonaniem), a następnie potwierdzić zmiany w terminie 7 dni po ich wejściu w życie.

9. Uzasadnienie wyboru koncepcji połączenia.

W przypadku włączenia SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu miałyby zastosowanie przeniesienie całego mienia co najmniej jednego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (przejmowanego – SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu) na inny samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (przejmujący – WSzS w Białej Podlaskiej).

Zalety procedury połączenia SPZOZ-ów w trybie przejęcia (art. 66 ust. 1 pkt 1 u.d.z.l.)

- **Uproszczony charakter proceduralny połączenia**

Połączenie SPZOZ-ów w trybie przejęcia cechuje się relatywnie niewielkim stopniem złożoności formalnej. W odróżnieniu od połączenia przez utworzenie nowego podmiotu, nie zachodzi konieczność rejestrowania nowego SPZOZ-u w Krajowym Rejestrze Sądowym (KRS), ani w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Wystarczające jest jedynie dokonanie odpowiednich wpisów dotyczących wykreślenia SPZOZ-u przejmowanego oraz aktualizacji danych podmiotu przejmującego, co wpływa na skrócenie całego procesu i zmniejszenie jego kosztów.

- **Zachowanie ciągłości prawnej i organizacyjnej SPZOZ-u przejmującego**

W modelu przejęcia nie dochodzi do zakończenia bytu prawnego przejmującego SPZOZ-u. Podmiot ten zachowuje swoją tożsamość prawną, struktury organizacyjne oraz kadrowe. Oznaczałoby to, że wszystkie prowadzone przez niego działania, procedury medyczne, umowy z kontrahentami, status prawny oraz kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) mogą być kontynuowane bez konieczności ich renegotjacji, czy dodatkowej rejestracji. Eliminowana jest tym samym potencjalna luka w świadczeniu usług zdrowotnych.

- **Ekonomizacja i redukcja kosztów operacyjnych połączenia**

Połączenie przez przejęcie nie wiąże się z kosztami administracyjnymi związanymi z tworzeniem i organizacją nowego podmiotu leczniczego takimi, jak: otwarcie nowych rachunków bankowych, zawieranie nowych umów, tworzenie struktur organizacyjnych, rejestracja w KRS i rejestrze RPWDL. Ponadto oszczędności mogą pojawić się także w zakresie kosztów kadrowych, księgowych i informatycznych dzięki integracji struktur zaplecza administracyjnego.

- **Płynne przejęcie zasobów majątkowych i niemajątkowych**

Zgodnie z art. 67 ust. 4 u.d.z.l., z chwilą wykreślenia z KRS podmiotu przejmowanego, SPZOZ przejmujący wstępuje z mocy prawa we wszystkie stosunki prawne, zarówno o charakterze majątkowym, jak i niemajątkowym. Oznacza to, że wszystkie składniki majątkowe (zgodnie z definicją „mienia” z art. 44 Kodeksu cywilnego), a także prawa wynikające z zawartych umów cywilnoprawnych, administracyjnych, prawa własności

intelektualnej, licencji, roszczenia i zobowiązania, automatycznie przechodzą na rzecz SPZOZ-u przejmującego. Zachowana zostaje pełna sukcesja generalna.

- **Zachowanie ciągłości w realizacji umów z Narodowym Funduszem Zdrowia**

Z uwagi na sukcesję uniwersalną, nie jest wymagana uprzednia zgoda Prezesa NFZ na przeniesienie praw i obowiązków wynikających z umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co miałyby miejsce w przypadku cesji (art. 155 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Po stronie SPZOZ-u przejmującego wystarczające jest poinformowanie NFZ o zmianie, zgodnie z § 34 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów. To umożliwia nieprzerwane udzielanie świadczeń w ramach obowiązujących kontraktów.

- **Zachowanie ciągłości stosunków pracy**

W związku z zastosowaniem art. 23¹ Kodeksu pracy, przejmujący SPZOZ automatycznie staje się z mocy prawa pracodawcą wobec pracowników przejmowanego SPZOZ-u. Dzięki temu nie jest konieczne wypowiedzanie i ponowne zawieranie umów o pracę. Zachowana zostaje ciągłość zatrudnienia, a pracownicy nie tracą nabytych uprawnień (staż, urlop, dodatki itp.). Również przejęcie dokumentacji pracowniczej następuje płynnie, co redukuje ryzyko naruszeń przepisów prawa pracy.

- **Właściwa koordynacja zarządcza i integracja systemów**

Z racji, iż połączenie zachodzi na podstawie przejęcia do jednego, już funkcjonującego SPZOZ-u, możliwe jest szybkie zintegrowanie systemów informatycznych, obiegu dokumentów, struktur administracyjnych, służb pomocniczych i kanałów komunikacyjnych. Ułatwia to wprowadzenie jednolitych standardów zarządzania oraz wdrożenie polityki jakości i kontroli wewnętrznej.

- **Elastyczność organizacyjna i możliwość dalszego rozwoju**

W przypadku ewentualnego połączenia SPZOZ przejmujący może wykorzystać przejęcie do wzmocnienia własnego potencjału diagnostycznego, terapeutycznego, kadrowego lub infrastrukturalnego. Włączenie zespołów specjalistycznych, nowej bazy łóżkowej, czy aparatury medycznej może sprzyjać rozszerzeniu zakresu świadczonych usług zdrowotnych i pozyskiwaniu większych środków w kolejnych konkursach NFZ.

10. Analiza sytuacji ekonomiczno-finansowej WSzS w Białej Podlaskiej

W związku z planowanym wszczęciem procedury połączenia WSzS w Białej Podlaskiej oraz SPZOZ Gruzłicy i Chorób Płuc w Adampolu przeprowadzono kompleksową analizę sytuacji ekonomiczno-finansowej obu podmiotów. Opracowanie oparto na danych sprawozdawczych z rachunku zysków i strat, bilansu oraz rachunku przepływów pieniężnych. Analiza wybranych wskaźników ekonomiczno-finansowych została sporządzona zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy i prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 832), zapewniając zgodność metodyczną i porównywalność wyników.

10.1. Analiza porównawcza sprawozdań finansowych w okresie 2023-2024

10.1.1. Bilans

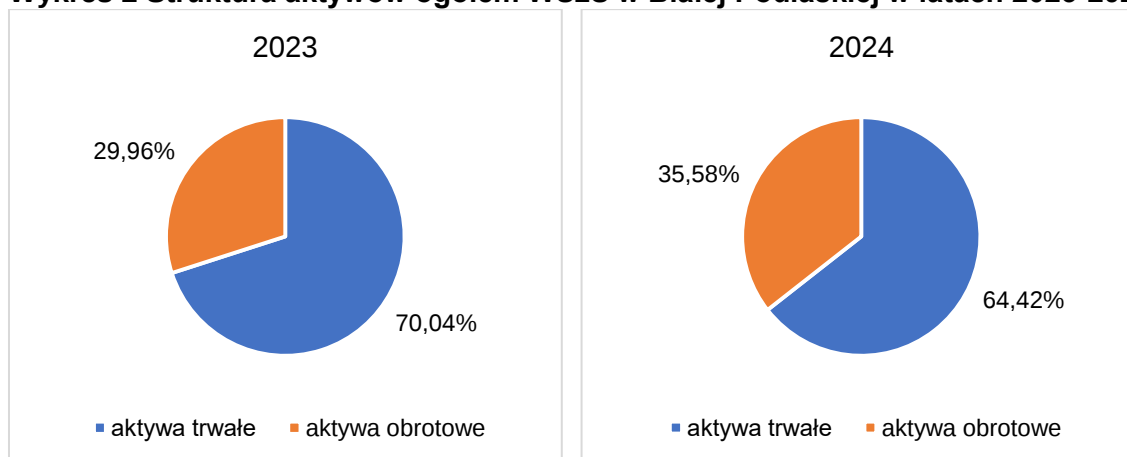
W 2024 r. suma bilansowa WSzS w Białej Podlaskiej wyniosła 328,99 mln zł, wobec 274,53 mln zł w 2023 r. Oznacza to wzrost o +19,8% r/r. W strukturze aktywów zaszło wyraźne przesunięcie w kierunku aktywów obrotowych. Udział aktywów trwałych spadł z 70,04% (2023) do 64,42%, podczas gdy udział aktywów obrotowych wzrósł adekwatnie z 29,96% do 35,58%.

Tabela 13 Wartość i struktura aktywów WSzS w Białej Podlaskiej w latach 2023-2024

AKTYWA		2023	2024	Struktura aktywów	
				2023	2024
A.	Aktywa trwałe (I+II+III+IV+V)	192 271 117,78	211 947 041,37	70,04%	64,42%
I.	Wartości niematerialne i prawne	409 168,35	123 623,00	0,15%	0,04%
II.	Rzeczowe aktywa trwałe (1+2)	191 861 949,43	211 823 418,37	69,89%	64,39%
1.	Środki trwałe	191 012 092,21	210 288 904,15	69,58%	63,92%
a)	grunty	1 788 996,98	1 788 996,98	0,65%	0,54%
b)	budynki, lokale, prawa do lokali i obiekty inżynierii lądowej i wodnej	125 846 449,50	123 140 724,03	45,84%	37,43%
c)	urządzenia techniczne i maszyny	15 277 175,07	13 742 448,36	5,56%	4,18%
d)	środki transportu	476 060,57	637 307,30	0,17%	0,19%
e)	inne środki trwałe	47 623 410,09	70 979 427,48	17,35%	21,58%
2.	Środki trwałe w budowie	849 857,22	1 534 514,22	0,31%	0,47%
III.	Należności długoterminowe	0,00	0,00	0,00%	0,00%
IV.	Inwestycje długoterminowe	0,00	0,00	0,00%	0,00%
V.	Długoterminowe rozliczenia międzyokresowe	0,00	0,00	0,00%	0,00%
B.	Aktywa obrotowe (I+II+III+IV)	82 260 996,27	117 038 993,57	29,96%	35,58%
I.	Zapasy	8 522 361,94	10 166 620,73	3,10%	3,09%
II.	Należności krótkoterminowe	65 252 760,17	88 600 051,75	23,77%	26,93%
III.	Inwestycje krótkoterminowe	6 669 309,12	16 249 006,69	2,43%	4,94%
IV.	Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	1 816 565,04	2 023 314,40	0,66%	0,62%
AKTYWA razem (A+B)		274 532 114,05	328 986 034,94	100,00%	100,00%

W segmencie aktywów trwałych dominują rzeczowe aktywa trwałe, których udział w aktywach trwałych pozostawał skrajnie wysoki (~99,6–99,9%). W 2024 r. rzeczowe aktywa trwałe osiągnęły 211,8 mln zł, co stanowi 64,39% aktywów ogółem, wobec 191,9 mln zł / 69,89% w 2023 r. To implikuje spadek ich udziału w sumie bilansowej o 5,5 p.p. na przestrzeni dwóch lat, a więc relatywne zmniejszenie „ciężaru” najmniej płynnej części majątku. Wartość środków trwałych w budowie wzrosła z 0,85 mln zł (2023) do 1,53 mln zł (2024), podnosząc swój udział w aktywach z 0,31% do 0,47%.

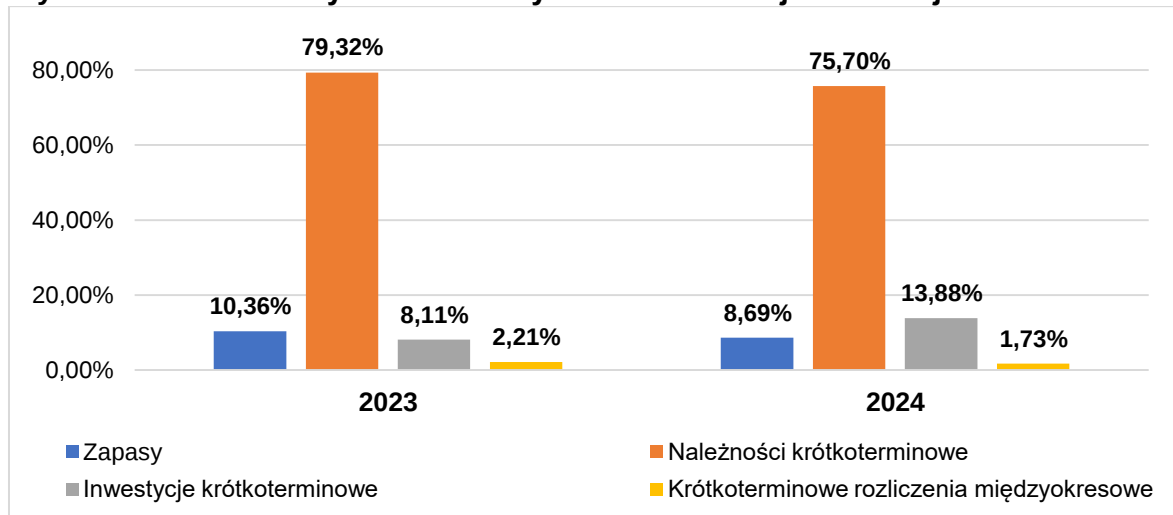
Wykres 2 Struktura aktywów ogółem WSzS w Białej Podlaskiej w latach 2023-2024



Aktywa obrotowe powiększyły się wartościowo i udziałowo, przy czym ich struktura jest zdominowana przez należności krótkoterminowe. W 2024 r. należności stanowiły 26,9% aktywów ogółem oraz 75,7% aktywów obrotowych (2023: 23,8% / 79,3%). Zapasy utrzymywały umiarkowany i stabilny udział w aktywach ogółem (~3,1% w całym okresie), przy spadku ich partycypacji w aktywach obrotowych z 10,4% (2023) do 8,7% (2024). Inwestycje krótkoterminowe wyniosły 6,67 mln zł w 2023 r. i 16,25 mln zł w 2024 r., co odpowiadało odpowiednio 8,1% i 13,9% aktywów obrotowych (w aktywach ogółem: 2,4%, 4,9%). Odczyt ten wskazuje na wahania płynności natychmiastowej – po istotnym obniżeniu w 2023 r. nastąpiło odbicie i częściowy wzrost w 2024 r. Pozycje długoterminowe niepieniężne (należności, inwestycje oraz długoterminowe rozliczenia międzyokresowe) pozostawały na poziomie 0 w całym horyzoncie, przez co były neutralne dla kształtowania sumy bilansowej.

W badanym horyzoncie czasowym wartość sumy bilansowej WSzS w Białej Podlaskiej wzrosła łącznie o 54,45 mln zł, z 274,53 mln zł w 2023 r. do 328,99 mln zł w 2024 r. Dynamika roczna wyniosła +19,84% r/r. Do tak znaczących zmian w największym stopniu przyczynił się wzrost aktywów obrotowych, które w 2024 r. odpowiadały za ok. 63,9% przyrostu sumy bilansowej. W ramach aktywów obrotowych kluczową kontrybucję zapewniły należności krótkoterminowe (wzrost z 65,25 mln zł do 88,60 mln zł), co oznacza +35,8% r/r w 2024 r. Zapasy rosły stabilnie (z 8,52 mln zł do 10,17 mln zł; tj. +19,3% r/r w 2024 r.), natomiast inwestycje krótkoterminowe (środki pieniężne) charakteryzowały się wysokim przyrostem (**6,67 mln zł** w 2023 r. i **16,25 mln zł** w 2024 r., tj. i **+143,6% r/r** w 2024 r.). **Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe** pozostawały na zbliżonym poziomie (**1,82 mln zł** w 2023 r. i **2,02 mln zł** w 2024 r.).

Wykres 3 Struktura aktywów obrotowych WSzS w Białej Podlaskiej w latach 2023-2024



Równolegle aktywa trwałe zwiększyły wartość o 19,68 mln zł (z 192,27 mln zł do 211,95 mln zł). Ich struktura była zdominowana przez rzeczowe aktywa trwałe, przy czym główne przesunięcia dotyczyły:

- **innych środków trwałych: 47,62 mln zł w 2023 r. i 70,98 mln zł w 2024 r.** (silny wzrost **+49,0% r/r** w 2024 r.),
- **środków trwałych w budowie: 0,85 mln zł w 2023 r. i 1,53 mln zł w 2024 r.** (dynamiczny wzrost: **+80,6% r/r** w 2024 r.),
- **budynków i lokali: 125,85 mln zł w 2023 r. i 123,14 mln zł w 2024 r.** (spadek – **2,15% r/r** w 2024 r.),
- **urządzeń technicznych i maszyn: 15,28 mln zł w 2023 r. i 13,74 mln zł w 2024 r.** (spadek **–10,0% r/r**),
- **środków transportu: 0,48 mln zł w 2023 r. i 0,64 mln zł w 2024 r.** (wzrost **+33,9% r/r**).

Wzrost skali bilansu w latach 2022–2024 był determinowany przede wszystkim rozbudową aktywów obrotowych, zwłaszcza należności krótkoterminowych, przy umiarkowanym wzroście aktywów trwałych (koncentrującym się na innych środkach trwałych i środkach trwałych w budowie). Taki układ powoduje, że płynność w większym stopniu zależy od terminowości spływu należności, przy jednocześnie wysokim zaangażowaniu w aktywa rzeczowe.

Kapitał własny miał wartość 67,41 mln zł w 2023 r. oraz 72,00 mln zł w 2024 r. Jego udział w pasywach ogółem obniżył się z 24,55% do 21,88% (spadek o 2,67 p.p.). W strukturze kapitałów: kapitał podstawowy pozostawał stały (23,14 mln zł), kapitał zapasowy wyniósł 38,78 mln zł w 2023 r. i 42,76 mln zł w 2024 r.; wynik netto ukształtował się na poziomie +4,98 mln zł w 2023 r. i +5,59 mln zł w 2024 r., a wynik z lat ubiegłych pozostawał nieistotny wielkościowo (ok. 0,51 mln zł).

Łącznie zobowiązania i rezerwy wzrosły z do 207,12 mln zł w 2023 r. oraz 256,99 mln zł w 2024 r. Ich udział w pasywach ogółem zwiększył się z 75,45% do 78,12% (wzrost o 2,67 p.p.).

Rezerwy na zobowiązania wyniosły: 29,19 mln zł w 2023 r. i 55,05 mln zł w 2024 r. Ich udział w pasywach ogółem wzrósł z 10,63% do 16,73% (wzrost o 6,1 p.p.). W ramach rezerw kluczowe są świadczenia pracownicze: 26,65 mln zł w 2023 r. i 35,67 mln zł w 2024 r. Wyraźny wzrost w 2024 r. dotyczy również pozostałych rezerw, przede wszystkim o charakterze długoterminowym.

Tabela 14 Wartość i struktura pasywów WSzS w Białej Podlaskiej w latach 2023-2024

PASYWA		2023	2024	Struktura pasywów	
				2023	2024
A.	Kapitał (fundusz) własny	67 409 021,22	71 997 588,83	24,55%	21,88%
I.	Kapitał (fundusz) podstawowy	23 137 428,95	23 137 428,95	8,43%	7,03%
II.	Kapitał (fundusz) zapasowy	38 776 171,24	42 758 700,53	14,12%	13,00%
III.	Kapitał (fundusz) z aktualizacji wyceny				
IV.	Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe				
V.	Zysk (strata) z lat ubiegłych	512 891,74	512 891,74	0,19%	0,16%
VI.	Zysk (strata) netto	4 982 529,29	5 588 567,61	1,81%	1,70%
VII.	Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego				
B.	Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania	207 123 092,83	256 988 446,11	75,45%	78,12%
I.	Rezerwy na zobowiązania	29 192 168,81	55 051 544,51	10,63%	16,73%
1.	<i>Rezerwa z tytułu odroczonego podatku dochodowego</i>				
2.	<i>Rezerwa na świadczenia emerytalne i podobne</i>	26 653 465,00	35 669 067,00	9,71%	10,84%
	- długoterminowa	22 990 577,00	30 647 411,00	8,37%	9,32%
	- krótkoterminowa	3 662 888,00	5 021 656,00	1,33%	1,53%
3.	<i>Pozostałe rezerwy</i>	2 538 703,81	19 382 477,51	0,92%	5,89%
	- długoterminowe	2 482 503,12	19 367 817,05	0,90%	5,89%
	- krótkoterminowe	56 200,69	14 660,46	0,02%	0,00%
II.	Zobowiązania długoterminowe	28 452 387,16	28 556 956,52	10,36%	8,68%
1.	<i>Wobec pozostałych jednostek</i>	28 452 387,16	28 556 956,52	10,36%	8,68%
a)	<i>kredyty i pożyczki</i>	28 452 387,16	28 556 956,52	10,36%	8,68%
III.	Zobowiązania krótkoterminowe	50 672 820,86	60 021 658,09	18,46%	18,24%
1.	Zobowiązania wobec pozostałych jednostek	47 264 977,78	55 812 186,16	17,22%	16,96%
a)	kredyty i pożyczki	2 855 430,72	3 613 386,13	1,04%	1,10%
b)	z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych				
c)	inne zobowiązania finansowe				
d)	z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności:	20 300 417,71	24 748 530,93	7,39%	7,52%
	- do 12 miesięcy	20 300 417,71	24 748 530,93	7,39%	7,52%
	- powyżej 12 miesięcy				
e)	zaliczki otrzymane na dostawy i usługi	100 000,00		0,04%	0,00%
f)	zobowiązania wekslowe				
g)	z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz innych tytułów publicznoprawnych	12 016 912,27	14 356 628,34	4,38%	4,36%
h)	z tytułu wynagrodzeń	10 737 696,13	11 842 000,67	3,91%	3,60%
i)	inne	1 254 520,95	1 251 640,09	0,46%	0,38%
2.	Fundusze specjalne	3 407 843,08	4 209 471,93	1,24%	1,28%

PASYWA		2023	2024	Struktura pasywów	
IV.	Rozliczenia międzyokresowe	98 805 716,00	113 358 286,99	35,99%	34,46%
1.	Ujemna wartość firmy				
2.	Inne rozliczenia międzyokresowe	98 805 716,00	113 358 286,99	35,99%	34,46%
	- długoterminowe	90 798 223,58	104 423 237,59	33,07%	31,74%
	- krótkoterminowe	8 007 492,42	8 935 049,40	2,92%	2,72%
PASYWA razem (A+B)		274 532 114,05	328 986 034,94	100,00%	100,00%

Zobowiązania długoterminowe wynosiły: 28,45 mln zł w 2023 r. i 28,56 mln zł w 2024 r. Udział ich spadł z 10,36% do 8,68% (spadek o -1,68 p.p.). Pozycja ta to zasadniczo zaciągnięte kredyty.

Zobowiązania krótkoterminowe to: 50,67 mln zł w 2023 r. i 60,02 mln zł w 2024 r. Ich udział wyniósł odpowiednio 18,46% i 18,24% (spadek o 0,22 p.p.).

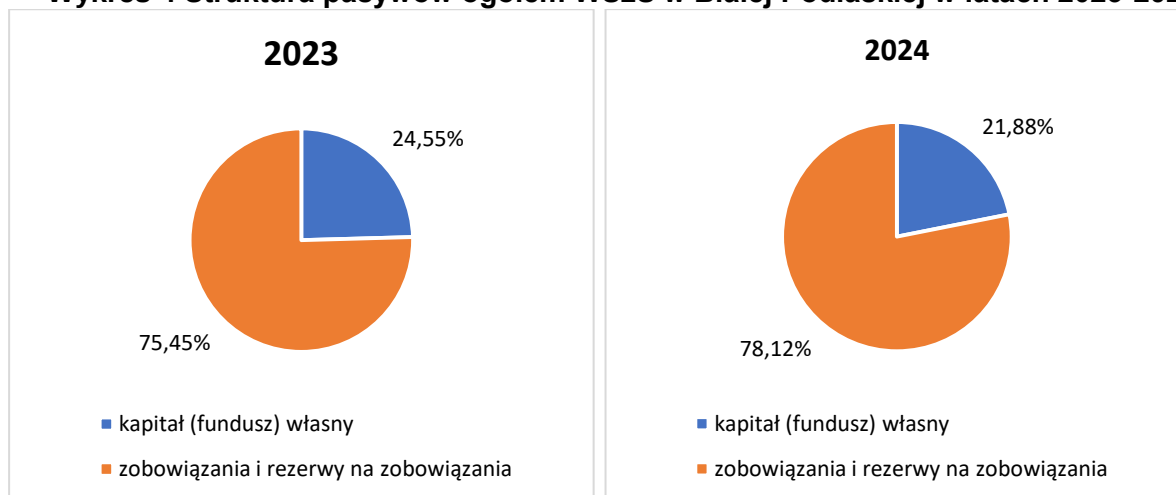
Struktura zobowiązań krótkoterminowych w 2024 r. przedstawiała się następująco: dostawy i usługi do 12 miesięcy 41,23%, zobowiązania publicznoprawne (podatki i ubezpieczenia) 23,92%, wynagrodzenia 19,73%, kredyty i pożyczki krótkoterminowe 6,02%, fundusze specjalne 7,01%, pozostałe 2,09%.

Rozliczenia międzyokresowe (przychody przyszłych okresów) wyniosły odpowiednio: 98,81 mln zł w 2023 r. i 113,36 mln zł w 2024 r. Ich udział w pasywach ogółem zmniejszył się z 35,99% do 34,46% (spadek o 1,53 p.p.), pozostając jednocześnie największą pojedynczą pozycją w grupie B pasywów.

Podsumowując:

- Kapitał własny rośnie nominalnie, ale jego udział maleje, co wynika z szybszej dynamiki zobowiązań i rezerw względem przyrostu kapitałów.
- Profil finansowania przesuwają się w stronę pozycji krótkoterminowych oraz rezerw, przy równoczesnym spadku udziału zobowiązań długoterminowych.
- Rezerwy istotnie wzrosły w 2024 r., szczególnie w obszarze świadczeń pracowniczych i pozostałych rezerw długoterminowych, co zwiększa pokrycie przyszłych kosztów, ale jednocześnie obciąża wynik.
- W zobowiązaniach bieżących rośnie znaczenie zobowiązań wobec dostawców, a maleje udział wynagrodzeń i kredytów krótkoterminowych, co łagodzi presję odsetkową.

Wykres 4 Struktura pasywów ogółem WSzS w Białej Podlaskiej w latach 2023-2024



10.1.2. Rachunek zysków i strat

W 2024 r. przychody ogółem wyniosły **494,15 mln zł**, przy **401,75 mln zł** w 2023 r., co oznacza **wzrost o 23% rok do roku**. Koszty działalności operacyjnej ukształtowały się odpowiednio na poziomie **455,15 mln zł** oraz **384,01 mln zł (+18,52% r/r)**. Finalnie Szpital osiągnął **zysk netto 5,59 mln zł** w 2024 r. wobec **4,98 mln zł** w 2023 r. (**+12,16% r/r**).

Tabela 15 Rachunek zysków i strat - WSzS w Białej Podlaskiej w latach 2023-2024

Pozycja	Wyszczególnienie	2023	2024
A	Przychody netto ze sprzedaży i zrównanie z nimi, w tym:	390 162 187,55	479 388 854,43
I	Przychody netto ze sprzedaży produktów	387 499 497,97	488 148 175,28
II	Zmiana stanu produktów i rozliczeń międzyokresowych	-4 535 913,41	-8 766 973,48
III	Koszt wytworzenia produktów na własne potrzeby jednostki		
IV	Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów	7 198 602,99	7 652,63
B	Koszty działalności operacyjnej	384 013 406,14	455 151 596,17
I	Amortyzacja	16 420 169,24	17 203 197,85
II	Zużycie materiałów i energii	91 388 174,76	113 821 499,14
III	Usługi obce	75 921 046,73	105 139 179,94
IV	Podatki i opłaty	926 913,30	1 183 059,69
V	Wynagrodzenia	159 261 538,58	179 545 961,61
VI	Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	32 215 451,76	37 245 579,32
VII	Pozostałe koszty rodzajowe	765 871,08	1 013 118,62
VIII	Wartość sprzedanych towarów i materiałów	7 114 240,69	0,00
C	Zysk (strata) ze sprzedaży (A-B)	6 148 781,41	24 237 258,26
D	Pozostałe przychody operacyjne	11 183 116,82	14 079 932,42
I	Zysk ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych		
II	Dotacje	1 912 309,30	2 160 818,52
III	Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych		
IV	Inne przychody operacyjne	9 270 807,52	11 919 113,90
E	Pozostałe koszty operacyjne	9 783 856,07	30 551 677,54
I	Strata ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych	25 333,48	

Pozycja	Wyszczególnienie	2023	2024
II	Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych	8 037 878,76	12 582 390,15
III	Inne koszty operacyjne	1 720 643,83	17 969 287,39
F	Zysk (strata) na działalności operacyjnej (C+D-E)	7 548 042,16	7 765 513,14
G	Przychody finansowe	404 163,20	676 547,75
H	Koszty finansowe	3 011 409,07	2 721 185,28
I	Zysk (strata) brutto (F+G-H)	4 940 796,29	5 720 875,61
J	Podatek dochodowy	-41 733,00	132 308,00
K	Zysk (strata) netto (I-J)	4 982 529,29	5 588 567,61

Zysk ze sprzedaży zwiększył się z **6,15 mln zł** do **24,24 mln zł**, co przełożyło się na poprawę **marży ze sprzedaży** z **1,58%** do **5,06%**. Pomimo tej wyraźnej poprawy na poziomie podstawowej działalności, **wynik na działalności operacyjnej** pozostał zbliżony: **7,55 mln zł** w 2023 r. wobec **7,77 mln zł** w 2024 r. Marża operacyjna spadła z 1,93% do 1,62%, co oznacza, że wzrost przychodów został częściowo zniwelowany przez wyższe koszty i inne czynniki niezwiązane ze sprzedażą. **Pozostałe przychody operacyjne** wzrosły z **11,18 mln zł** do **14,08 mln zł** (w tym **dotacje z 1,91 mln zł** do **2,16 mln zł**). Jednocześnie odnotowano **skokowy wzrost pozostałych kosztów operacyjnych** z **9,78 mln zł** do **30,55 mln zł**, co oznacza **wzrost o 212% rok do roku**. To właśnie ta pozycja w istotnym stopniu zneutralizowała korzystną poprawę marży na sprzedaży. W 2024 r. nastąpiła **poprawa wyniku na działalności finansowej**: **koszty finansowe** obniżyły się z **3,01 mln zł** do **2,72 mln zł** (ok. **-9,6% r/r**), a **przychody finansowe** wzrosły z **0,40 mln zł** do **0,68 mln zł** (ok. **+67,5% r/r**). Ujemne saldo finansowe uległo więc zmniejszeniu, co obniżyło łączne obciążenie wyniku operacyjnego.

Tabela 16 Wartość i struktura przychodów WSzS w Białej Podlaskiej w latach 2023-2024

Przychody	2023	2024	Struktura	
			2023	2024
Przychody netto ze sprzedaży i zrównanie z nimi	390 162 187,55	479 388 854,43	97,12%	97,01%
Pozostałe przychody operacyjne	11 183 116,82	14 079 932,42	2,78%	2,85%
Przychody finansowe	404 163,20	676 547,75	0,10%	0,14%
Przychody razem	401 749 467,57	494 145 334,60	100,00%	100,00%

W 2024 r. przychody ogółem wyniosły 479,39 mln zł, natomiast w 2023 r. 390,16 mln zł. Dynamika przychodów 2024/2023 wyniosła 22,87%.

Trzon przychodów stanowią przychody netto ze sprzedaży produktów. W 2023 r. osiągnęły 387,50 mln zł, a w 2024 r. 488,15 mln zł, co oznacza wzrost o 25,97% rok do roku. Udział tej pozycji w przychodach ogółem ukształtował się na poziomie 99,32% w 2023 r. oraz 101,83% w 2024 r. Relacja przekraczająca 100% w 2024 r. wynika z ujemnej korekty w pozycji zmiana stanu produktów i rozliczeń międzyokresowych, która obniża sumę pozycji przychodowych A w rachunku zysków i strat.

Zmiana stanu produktów i rozliczeń międzyokresowych miała charakter ujemny w obu latach. W 2023 r. wyniosła -4,54 mln zł, a w 2024 r. -8,77 mln zł. Udział tej korekty w przychodach ogółem to odpowiednio -1,16% oraz -1,83%. Skala ujemnej zmiany zwiększyła się w 2024 r., co częściowo wygasza dynamikę wzrostu przychodów wykazanych w pozycji A.

Koszt wytworzenia produktów na własne potrzeby jednostki nie wystąpił w analizowanych latach, zatem jego wpływ na strukturę przychodów był neutralny.

Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów były istotne w 2023 r. i wyniosły 7,20 mln zł, co odpowiadało 1,85% przychodów ogółem. W 2024 r. ta pozycja praktycznie zanikła i ukształtowała się na poziomie 7,7 tys. zł, a jej udział w przychodach ogółem stał się marginalny.

Pozostałe przychody operacyjne wzrosły z 11,18 mln zł w 2023 r. do 14,08 mln zł w 2024 r., co odpowiada dynamice 25,9% rok do roku. W relacji do skali działalności stanowiło to 2,87% przychodów ogółem w 2023 r. oraz 2,94% w 2024 r., czyli niewielki, ale stabilny czynnik wspierający wynik.

Strukturalnie dominowały inne przychody operacyjne: 9,27 mln zł w 2023 r. oraz 11,92 mln zł w 2024 r., co przekłada się na 82,9% oraz 84,7% całkowitych pozostałych przychodów operacyjnych. Drugą istotną pozycją były dotacje: 1,91 mln zł w 2023 r. oraz 2,16 mln zł w 2024 r., z udziałem odpowiednio 17,1% i 15,3%. Pozycje zysk ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych oraz aktualizacja wartości aktywów niefinansowych nie wystąpiły w analizowanych latach.

Przychody finansowe w analizowanym okresie miały charakter pomocniczy względem działalności podstawowej, ale w 2024 r. wyraźnie wzrosły. W 2023 r. wyniosły 0,40 mln zł, natomiast w 2024 r. 0,68 mln zł, co oznacza dynamikę rzędu 67,5% rok do roku i przyrost o 0,27 mln zł. Wzrost tych przychodów to efekt wyższych stóp procentowych na rynku i większych stanów środków pieniężnych. Udział przychodów finansowych w przychodach ogółem pozostaje marginalny: 0,10% w 2023 r. oraz 0,14% w 2024 r.

Baza przychodowa szpitala jest silnie skoncentrowana na podstawowej działalności medycznej. Udział przychodów ze sprzedaży produktów zwiększył się zarówno wartościowo, jak i udziałowo, przy jednoczesnym niemal całkowitym ograniczeniu sprzedaży towarów i materiałów. Ujemna zmiana stanu produktów była czynnikiem pomniejszającym pozycję przychodową A, a jej skala wzrosła w 2024 r. Mimo tego łączna dynamika przychodów w 2024 r. pozostała wysoka, a struktura przychodów jeszcze silniej odzwierciedla działalność podstawową jednostki.

Tabela 17 Wartość i struktura kosztów działalności operacyjnej WSzS w Białej Podlaskiej w latach 2023-2024

Koszty	2023	2024	Struktura	
			2023	2024
Koszty działalności operacyjnej	384 013 406,14	455 151 596,17	100,00%	100,00%
Amortyzacja	16 420 169,24	17 203 197,85	4,28%	3,78%
Zużycie materiałów i energii	91 388 174,76	113 821 499,14	23,80%	25,01%
Usługi obce	75 921 046,73	105 139 179,94	19,77%	23,10%
Podatki i opłaty	926 913,30	1 183 059,69	0,24%	0,26%
Wynagrodzenia	159 261 538,58	179 545 961,61	41,47%	39,45%
Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	32 215 451,76	37 245 579,32	8,39%	8,18%
Pozostałe koszty rodzajowe	765 871,08	1 013 118,62	0,20%	0,22%
Wartość sprzedanych towarów i materiałów	7 114 240,69	0,00	1,85%	0,00%

W 2023 r. koszty działalności operacyjnej wyniosły 384,01 mln zł, a w 2024 r. 455,15 mln zł. Wzrost całkowitych kosztów działalności operacyjnej o 18,52% r/r został ukształtowany przede wszystkim przez wyższe wydatki na usługi obce oraz zużycie materiałów i energii, a także przez wzrost kosztów osobowych.

W strukturze kosztów działalności operacyjnej największą pozycję stanowiły koszty osobowe. Wynagrodzenia odpowiadały za 41,47% kosztów w 2023 r. i 39,45% w 2024 r., natomiast ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia stanowiły odpowiednio 8,39% i 8,18%. Łącznie koszty osobowe zmniejszyły udział w kosztach działalności operacyjnej z 49,86% do 47,63%, mimo wzrostu wartości nominalnych.

Drugą grupą były koszty rzeczowe związane z zaopatrzeniem i zakupem usług. Zużycie materiałów i energii stanowiło 23,80% w 2023 r. oraz 25,01% w 2024 r., a usługi obce 19,77% i 23,10%. Oznacza to wzrost udziału komponentu zakupowego i usługowego w ogólnej puli kosztów. Usługi obce zawierają kontrakty z personelem medycznym (umowy cywilno-prawne na udzielanie świadczeń zdrowotnych). Ich wartość w 2024 roku wyniosła 77,69 mln zł (co stanowi 77,89% kosztów usług obcych) i 54,67 mln zł w 2023 r. (72%).

Łączny udział materiałów i usług obcych zwiększył się z 43,57% do 48,11%, co świadczy o rosnącej intensywności zużycia zasobów rzeczowych i zewnętrznej obsługi procesów.

Pozostałe składowe kosztów miały relatywnie niewielką wagę. Amortyzacja zmniejszyła udział z 4,28% do 3,78%, podatki i opłaty utrzymywały się na poziomie 0,24–0,26%, a pozostałe koszty rodzajowe wzrosły udziałowo z 0,20% do 0,22%. Wartość sprzedanych towarów i materiałów, która w 2023 r. stanowiła 1,85% kosztów, w 2024 r. nie wystąpiła, co koresponduje z ograniczeniem sprzedaży towarowej po stronie przychodowej.

Zmiany udziałów wskazują na przesunięcie ciężaru kosztów z komponentu osobowego w kierunku komponentu materiałowo-usługowego. Największy udział we wzroście kosztów w ujęciu nominalnym miały usługi obce oraz zużycie materiałów i energii, a następnie wynagrodzenia.

Z perspektywy zarządczej struktura kosztów w 2024 r. jest bardziej skoncentrowana wokół trzech kategorii: wynagrodzeń, materiałów i usług obcych. Ich łączny udział wzrósł do 87,56% kosztów, podczas gdy rok wcześniej wynosił 85,04%.

Pozostałe koszty operacyjne istotnie wzrosły w 2024 r. względem 2023 r. Łączna wartość tej pozycji wyniosła 30,55 mln zł w 2024 r. wobec 9,78 mln zł w 2023 r., co oznacza wzrost o około 212,3% rok do roku.

Struktura pozostałych kosztów operacyjnych w 2023 r. była zdominowana przez aktualizację wartości aktywów niefinansowych, która odpowiadała za około 82,2% tej kategorii (8,04 mln zł). Inne koszty operacyjne stanowiły około 17,6% (1,72 mln zł), natomiast strata ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych miała znaczenie marginalne, w granicach 0,26% (0,03 mln zł).

W 2024 r. profil kosztowy uległ zmianie. Największą pozycją stały się inne koszty operacyjne o wartości 17,97 mln zł, co odpowiadało około 58,8% całej kategorii. Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych wyniosła 12,58 mln zł, czyli około 41,2%. Strata ze zbycia aktywów nie wystąpiła.

Koszty finansowe zmalały z 3,01 mln zł w 2023 r. do 2,72 mln zł w 2024 r., co odpowiada spadkowi o około 9,64% rok do roku.

Saldo działalności finansowej pozostało ujemne, lecz jego skala się zmniejszyła. Różnica między przychodami finansowymi a kosztami finansowymi wyniosła około -2,61 mln zł w 2023 r. oraz około -2,04 mln zł w 2024 r., co ograniczyło wpływ finansowania na wynik netto.

10.1.3. Rachunek przepływów pieniężnych

Bilans i rachunek zysków i strat nie dostarczają kompletnych informacji o kondycji finansowej jednostki. Bilans ujawnia informacje o samej zmianie środków pieniężnych, jednak nie pokazuje, jakie były źródła ich pozyskania i na co były wydatkowane. Z kolei rachunek zysków i strat służy bardziej analizie zdolności oraz możliwości danego przedsiębiorstwa do generowania środków finansowych. Rachunek przepływów pieniężnych pomaga określić płynność finansową przedsiębiorstwa oraz pokazuje, jak kształtuje się ona w porównaniu do roku poprzedniego. Daje możliwość identyfikacji źródeł zasobów pieniężnych oraz kierunków ich wykorzystania, a tym samym podstawę do oceny gospodarki tymi środkami, jak również do określenia przyszłego zapotrzebowania na gotówkę i źródeł jej pozyskania. Pokazuje on różnicę między wszystkimi gotówkowymi wpływami i wydatkami, jakie miały miejsce w jednostce w ostatnim okresie obrotowym. Rachunek stanowi więc wyjaśnienie źródeł zwiększenia lub zmniejszenia stanu tych środków.

Poniższa tabela zawiera zestawienie wszystkich możliwych wariantów rachunku przepływów pieniężnych.

Tabela 18 Warianty rachunku przepływów pieniężnych

warianty	Działalność		
	operacyjna	inwestycyjna	finansowa
1	+	+	+
2	+	-	-
3	+	+	-
4	+	-	+
5	-	+	+
6	-	-	+
7	-	+	-
8	-	-	-

Do analizy cash flow uwzględnia się trzy obszary działalności: **operacyjną**, **inwestycyjną** oraz **finansową**. Rachunek przepływów pieniężnych jednostka sporządza **metodą pośrednią**.

Wyniki za rok 2024

Działalność operacyjna: 23 557,79 tys. zł

Działalność inwestycyjna: –35 324,61 tys. zł

Działalność finansowa: 21 346,52 tys. zł

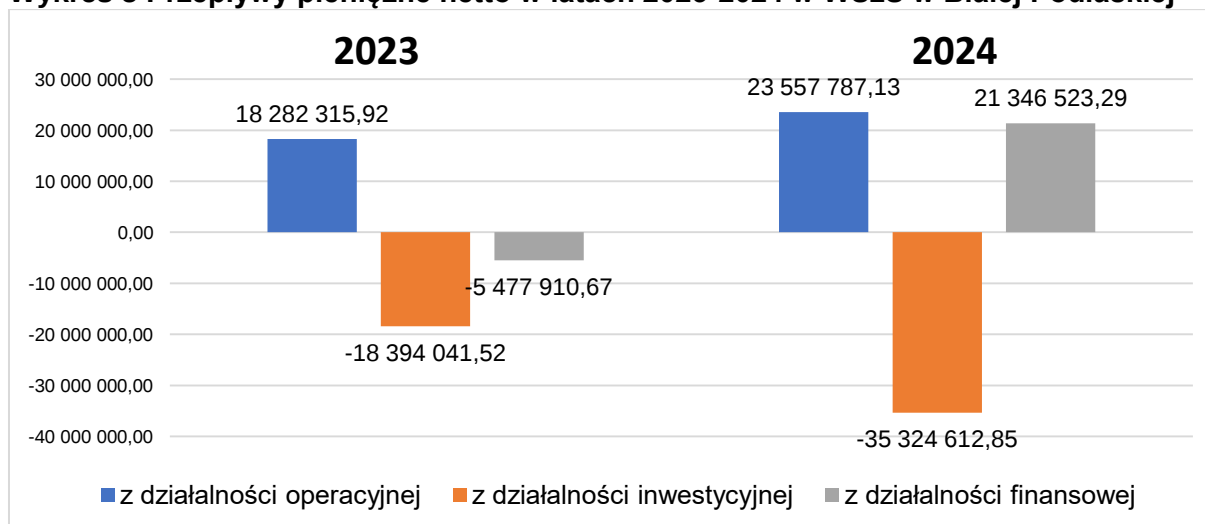
Tabela 19 Rachunek przepływów pieniężnych WSzS w Białej Podlaskiej w latach 2023-2024

	2023	2024
Przepływy środków pieniężnych z działalności operacyjnej		
Zysk (strata) netto	4 982 529,29	5 588 567,61
Korekty razem	13 299 786,63	17 969 219,52
Przepływy pieniężne netto z działalności operacyjnej	18 282 315,92	23 557 787,13
Przepływy środków pieniężnych z działalności inwestycyjnej		
Wpływy	-25 333,48	0,00
Wydatki	-18 368 708,04	-35 324 612,85
Przepływy pieniężne netto z działalności inwestycyjnej	-18 394 041,52	-35 324 612,85
Przepływy środków pieniężnych z działalności finansowej		
Wpływy	0,00	26 363 435,64
Wydatki	-5 477 910,67	-5 016 912,35
Przepływy pieniężne netto z działalności finansowej	-5 477 910,67	21 346 523,29
Przepływy pieniężne netto razem	-5 589 636,27	9 579 697,57
Bilansowa zmiana stanu środków pieniężnych	-5 589 636,27	9 579 697,57
Środki pieniężne na początek okresu	12 258 945,39	6 669 309,12
Środki pieniężne na koniec okresu	6 669 309,12	16 249 006,69

Dodatknie przepływy z działalności operacyjnej oznaczają, że Szpital generuje nadwyżkę finansową z podstawowej sfery swojej działalności. Uzyskane wpływy są wyższe od wydatków. W przedstawionym powyżej okresie przepływy pieniężne netto z działalności operacyjnej są wartością dodatnią. W dobrze funkcjonującej jednostce saldo przepływów gotówki z działalności operacyjnej powinno być dodatnie, ponieważ cashflow z tej działalności jest miarą płynności, a jego dodatni poziom pozwala na prowadzenie działalności inwestycyjnej i obsługę finansowania obcego. Saldo przepływów gotówki z działalności operacyjnej powinno być na tyle duże, aby mogło pokryć ujemne saldo przepływów z działalności inwestycyjnej, ponieważ firma, przy założeniu kontynuacji działalności, powinna odtwarzać swój majątek trwały.

Przepływy z działalności inwestycyjnej to przepływy wynikające ze sprzedaży lub nabycia składników trwałych. Na przestrzeni ostatnich lat przepływy pieniężne z tej działalności osiągają w Szpitalu wartości ujemne. Wysokie wydatki na działalność inwestycyjną charakteryzują jednostki inwestujące i powiększające swój majątek trwały. Potrzeby inwestycyjne są finansowane z dodatniego salda przepływów z działalności operacyjnej lub poprzez powiększania kapitału obcego (kredyty bankowe).

Wykres 5 Przepływy pieniężne netto w latach 2023-2024 w WSzS w Białej Podlaskiej



Saldo z przepływów z działalności finansowej obejmuje wszelkie operacje gotówkowe dotyczące finansowania działalności przedsiębiorstwa z dwóch źródeł: wewnętrznego i zewnętrznego. W roku 2024 w Szpitalu przepływy pieniężne z działalności finansowej osiągnęły wartość dodatnią.

WSzS w Białej Podlaskiej wykazuje przepływy pieniężne odpowiadające **wariantowi 4** co oznacza, że jednostka generuje dodatnie przepływy z działalności operacyjnej, realizuje intensywny program nakładów inwestycyjnych oraz finansuje go dopływem kapitału zewnętrznego. Konfiguracja ta wskazuje na fazę przyspieszonego wzrostu finansowaną kombinacją środków własnych i długu.

10.1.4. Wybrane wskaźniki ekonomiczno-finansowe

Analiza ekonomiczna stanowi integralny element zarządzania każdą organizacją, umożliwiając ocenę efektywności wykorzystania posiadanych zasobów oraz wspierając podejmowanie decyzji w bieżącym zarządzaniu. Jedną z kluczowych technik pozyskiwania informacji o funkcjonowaniu jednostki jest analiza wskaźnikowa.

Przedstawiona poniżej analiza wybranych wskaźników ekonomiczno-finansowych została sporządzona zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 832). Rozporządzenie porządkuje wskaźniki w cztery zasadnicze kategorie: zyskowności, płynności, efektywności oraz zadłużenia, precyzując metody ich obliczania oraz przypisując uzyskanym wartościom odpowiednie oceny punktowe. Dzięki temu możliwa jest porównywalna i obiektywna ocena kondycji finansowej jednostki oraz identyfikacja obszarów wymagających działań korygujących lub rozwojowych.

I. Wskaźniki zyskowności

Wskaźniki zyskowności pokazują zdolność jednostki do generowania zysków w relacji do przychodów oraz zaangażowanych aktywów.

- **Wskaźnik zyskowności netto (%)** informuje, jaka część przychodów pozostaje w formie zysku netto. W 2024 roku wyniósł 1,11%, co oznacza, że zysk netto

osiągnięty przez Szpital w 2024 roku stanowił 1,11% całkowitych przychodów jednostki. W porównaniu z 2023 rokiem (1,23%) odnotowano lekkie obniżenie rentowności netto.

- **Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%)** pokazuje relację wyniku z działalności operacyjnej do przychodów operacyjnych. W 2024 roku ukształtował się na poziomie 1,55%, co oznacza, że działalność podstawowa generowała dodatnią nadwyżkę operacyjną. Wobec 2023 roku (1,86%) widoczne jest nieznaczne pogorszenie marży operacyjnej.
- **Wskaźnik zyskowności aktywów (%)** odzwierciedla efektywność wykorzystania majątku do wypracowania zysku netto. W 2024 roku wyniósł 1,85%, co wskazuje na umiarkowaną zdolność aktywów do generowania wyniku. W porównaniu z 2023 rokiem (1,90%) nastąpił symboliczny spadek.

II. Wskaźniki płynności

Wskaźniki płynności oceniają zdolność jednostki do terminowej spłaty zobowiązań krótkoterminowych.

- **Wskaźnik płynności bieżącej** mierzy, w jakim stopniu aktywa obrotowe (w tym zapasy) pokrywają zobowiązania bieżące. W 2024 roku osiągnął wartość 1,77, co oznacza pełną zdolność do regulowania zobowiązań krótkoterminowych po upłynięciu majątku obrotowego. W stosunku do 2023 roku (1,48) nastąpiła poprawa bufora płynności.
- **Wskaźnik szybkiej płynności** obrazuje możliwość spłaty zobowiązań bieżących najbardziej płynnymi składnikami (bez zapasów). W 2024 roku wyniósł 1,61 i potwierdza zdolność do pokrycia zobowiązań krótkoterminowych należnościami oraz aktywami finansowymi. W porównaniu z 2023 rokiem (1,32) odnotowano wyraźną poprawę bieżącej wypłacalności.

III. Wskaźniki efektywności

Wskaźniki efektywności opisują cykle (liczone w dniach), w jakich jednostka otrzymuje swoje należności i spłaca zobowiązania, wpływając tym samym na kapitał obrotowy.

- Wskaźnik rotacji należności (w dniach) pokazuje przeciętny czas oczekiwania na spływ należności. W 2024 roku wyniósł 55 dni, co oznacza, że gotówka pozostaje przeciętnie zamrożona w należnościach przez niespełna dwa miesiące. Wobec 2023 roku (45 dni) cykl się wydłużył, co może chwilowo obniżyć płynność operacyjną.
- Wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach) mierzy przeciętny czas regulowania zobowiązań bieżących. W 2024 roku wyniósł 17 dni, co świadczy o stosunkowo szybkiej obsłudze płatności wobec dostawców. W porównaniu z 2023 rokiem (16 dni) zmiana jest nieznaczna. Zestawienie obu cykli wskazuje, że należności inkasowane są istotnie wolniej niż spłacane są zobowiązania, co zwiększa presję na kapitał obrotowy i wymaga utrzymywania adekwatnego bufora gotówkowego.

IV. Wskaźniki zadłużenia

Wskaźniki zadłużenia określają stopień finansowania majątku kapitałem obcym oraz relację długu do kapitału własnego.

- Wskaźnik zadłużenia aktywów (%) informuje, jaka część aktywów jest finansowana zobowiązaniami. W 2024 roku wyniósł 44%, co oznacza wzrost w porównaniu z 2023 rokiem (39%). Wyższy udział kapitału obcego może podnosić wrażliwość na koszty finansowania, ale pozostaje na poziomie typowym dla jednostek o intensywnym programie inwestycyjnym.
- Wskaźnik wypłacalności pokazuje wielkość funduszy obcych przypadającą na jednostkę funduszu własnego. W 2024 roku osiągnął 1,99 wobec 1,61 w 2023 roku. Wartości powyżej 1 oznaczają, że zobowiązania przewyższają kapitały własne.

Tabela 20 Podsumowanie wyników oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej WSzS w Białej Podlaskiej w latach 2023-2024

Grupa	Wskaźniki	Maks. ocena	Wartość wskaźnika 2023	Ocena	Wartość wskaźnika 2024	Ocena
1. Wskaźniki zyskowności	1) wskaźnik zyskowności netto (%)	5	1,23	3	1,11	3
	2) wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%)	5	1,86	3	1,55	3
	3) wskaźnik zyskowności aktywów (%)	5	1,9	3	1,85	3
	Razem:	15		9		9
2. Wskaźniki płynności	1) wskaźnik bieżącej płynności	12	1,48	8	1,77	12
	2) wskaźnik szybkiej płynności	13	1,32	13	1,61	13
	Razem:	25		21		25
3. Wskaźniki efektywności	1) wskaźnik rotacji należności (w dniach)	3	45	2	55	2
	2) wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)	7	16	7	17	7
	Razem:	10		9		9
4. Wskaźniki zadłużenia	1) wskaźnik zadłużenia aktywów (%)	10	39	10	44	8
	2) wskaźnik wypłacalności	10	1,61	6	1,99	6
	Razem:	20		16		14
Łączna wartość punktów		70		55		57

Wyniki za 2024 r. wskazują na stabilną zyskowność, wyraźnie poprawioną płynność, umiarkowane pogorszenie ściągalności należności oraz wzrost zadłużenia.

- Zyskowność: marża netto 1,11%, marża operacyjna 1,55%, rentowność aktywów 1,85%. W porównaniu z 2023 r. widoczny jest niewielki spadek wszystkich trzech wskaźników, co oznacza delikatne obniżenie marżowości przy zachowaniu dodatnich wyników.
- Płynność: wskaźnik bieżący 1,77, szybki 1,61. Oba wskaźniki istotnie wzrosły względem 2023 r. i utrzymują się powyżej poziomu 1, co potwierdza dobrą zdolność

do regulowania zobowiązań krótkoterminowych bez nadmiernego polegania na zapasach.

- Efektywność: rotacja należności 55 dni wobec 45 dni w 2023 r., rotacja zobowiązań 17 dni wobec 16 dni. Wydłużenie spływu należności przy niemal niezmiennym tempie spłaty zobowiązań zwiększa presję na kapitał obrotowy i wymaga uważnego zarządzania należnościami.
- Zadłużenie: udział zobowiązań w aktywach 44% (wcześniej 39%), wskaźnik wypłacalności 1,99 (wcześniej 1,61). Wzrost obu miar oznacza większe wykorzystanie kapitału obcego i rosnące znaczenie kosztu finansowania w utrzymaniu wyniku i płynności.
- Ocena punktowa według rozporządzenia: łącznie 57 pkt z 70 możliwych wobec 55 pkt. w 2023 r. Największa poprawa nastąpiła w obszarze płynności (25 pkt z 25), stabilny poziom utrzymały wskaźniki efektywności (9 z 10) i zyskowności (9 z 15), natomiast niższy wynik odnotowano w obszarze zadłużenia (14 z 20).

W ujęciu całościowym jednostka utrzymuje dodatnią efektywność operacyjną i mocną płynność, przy jednoczesnym wydłużeniu cyklu należności i wyższym poziomie zadłużenia. Priorytetami na najbliższy okres powinny być dalsze wzmacnianie przepływów z działalności operacyjnej, poprawa ściągalności należności oraz kontrola kosztu i struktury finansowania.

10.1.5. Podsumowanie oceny sytuacji finansowej WSzS w Białej Podlaskiej

Z analizy oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej Szpitala wynikają następujące wnioski:

- W latach 2023–2024 suma bilansowa istotnie wzrosła z 274,53 mln zł do 328,99 mln zł, czemu towarzyszyło przesunięcie struktury aktywów w stronę aktywów obrotowych (z 29,96% do 35,58%). Majątek pozostaje zdominowany przez rzeczowe aktywa trwałe, jednak ich udział w sumie bilansowej obniżył się z 70,04% do 64,4%, co relatywnie poprawia profil płynności. W obrębie aktywów obrotowych kluczowy był wzrost należności krótkoterminowych (65,25 mln zł do 88,60 mln zł) oraz środków pieniężnych (6,67 mln zł do 16,25 mln zł).
- Kapitał własny jest dodatni i wzrósł nominalnie do 72,00 mln zł, lecz jego udział w pasywach spadł z 24,55% do 21,88%. Równolegle zwiększyły się łącznie zobowiązania i rezerwy oraz rozliczenia międzyokresowe przychodów (207,12 mln zł do 256,99 mln zł), co oznacza większą rolę finansowania obcego i przychodów przyszłych okresów w strukturze pasywów. Rezerwy wzrosły do 55,05 mln zł, głównie w obszarze świadczeń pracowniczych i pozostałych rezerw długoterminowych.
- Działalność jest zyskowna. Zysk netto wzrósł z 4,98 mln zł do 5,59 mln zł, a wzrost skali sprzedaży poprawił marżę ze sprzedaży (ok. 1,58% do 5,06%). Jednocześnie marża operacyjna obniżyła się z ok. 1,93% do ok. 1,62% na skutek silnego wzrostu pozostałych kosztów operacyjnych (9,78 mln zł do 30,55 mln zł). Koszty finansowe spadły, a przychody finansowe wzrosły, co złagodziło wpływ finansowania na wynik. W strukturze kosztów największy udział mają

wynagrodzenia, dynamicznie rosły też zużycie materiałów i energii oraz usługi obce.

- Ogólna sytuacja finansowa jest stabilna z punktu widzenia płynności i zdolności do generowania wyniku, jednak ryzyka koncentrują się w rosnącym poziomie zadłużenia względnego oraz wydłużającym się cyklu należności. Łączna ocena punktowa według rozporządzenia wzrosła do 57/70 dzięki poprawie płynności, przy słabszym wyniku w obszarze zadłużenia. Priorytety zarządcze to wzmacnianie przepływów operacyjnych, poprawa ściągальności należności i kontrola kosztu finansowania.
- Wskaźniki statyczne potwierdzają dobrą zdolność do regulowania zobowiązań krótkoterminowych: płynność bieżąca 1,77 oraz szybka 1,61. Jednocześnie wskaźniki zadłużenia wykazują wyższe wartości: zadłużenie aktywów 44% oraz wskaźnik wypłacalności 1,99. Oznacza to większą wrażliwość na koszty finansowania i potrzebę ostrożności w dalszym zwiększaniu długu.
- Intensywność wykorzystania kapitału rośnie wraz ze skalą bilansu, lecz cykle operacyjne wymagają uwagi: należności inkasowane są średnio w 55 dni, a zobowiązania regulowane w 17 dni. Taka konfiguracja zwiększa zapotrzebowanie na kapitał obrotowy i uzasadnia utrzymywanie odpowiedniego bufora gotówkowego.
- Analiza rentowności sprzedaży potwierdza zdolność do generowania zysków przy niskich, lecz dodatnich marżach. Trwałość tej rentowności zależy od utrzymania dyscypliny kosztowej, szczególnie w obszarze pozostałych kosztów operacyjnych, oraz od wykorzystania poprawy wyniku finansowego do dalszego wzmacniania kapitałów i źródeł wewnętrznego finansowania.
- Dodatkowo, układ przepływów pieniężnych w 2024 r. był korzystny: dodatnie przepływy operacyjne 23,56 mln zł, ujemne inwestycyjne –35,32 mln zł oraz dodatnie finansowe 21,35 mln zł, co przełożyło się na wzrost stanu środków pieniężnych do 16,25 mln zł. To potwierdza zdolność do finansowania inwestycji kombinacją nadwyżki operacyjnej i kapitału obcego, przy zachowaniu płynności.

11. Analiza sytuacji ekonomiczno-finansowej SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu

11.1. Analiza porównawcza sprawozdań finansowych w okresie 2023-2024

11.1.1. Bilans

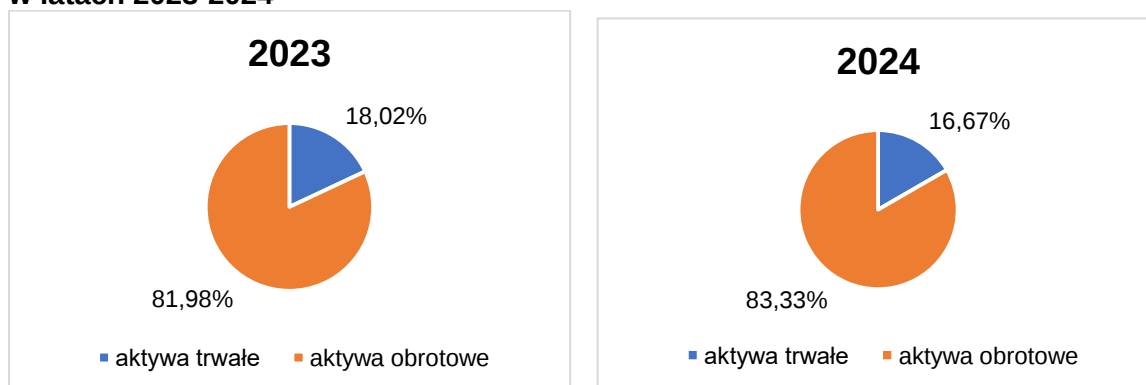
W 2024 r. aktywa ogółem SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu wyniosły 11,52 mln zł wobec 10,56 mln zł w 2023 r., co odpowiada wzrostowi o 9,07% rok do roku. Struktura majątku przesunęła się w kierunku aktywów obrotowych: udział aktywów trwałych zmniejszył się z 18,02% do 16,67%, natomiast aktywów obrotowych zwiększył się z 81,98% do 83,33%.

Tabela 21 Wartość i struktura aktywów SPZOK Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu w latach 2023-2024

AKTYWA		2023	2024	Struktura aktywów	
				2023	2024
A.	Aktywa trwałe (I+II+III+IV+V)	1 902 664,29	1 920 048,74	18,02%	16,67%
I.	Wartości niematerialne i prawne	0,00	0,00	0,00%	0,00%
II.	Rzeczowe aktywa trwałe (1+2)	1 902 664,29	1 920 048,74	18,02%	16,67%
1.	Środki trwałe	1 377 784,29	1 920 048,74	13,05%	16,67%
a)	grunty	2 618,97	2 618,97	0,02%	0,02%
b)	budynki, lokale, prawa do lokali i obiekty inżynierii lądowej i wodnej	843 656,60	805 769,86	7,99%	7,00%
c)	urządzenia techniczne i maszyny	288 344,42	236 756,71	2,73%	2,06%
d)	środki transportu			0,00%	0,00%
e)	inne środki trwałe	243 164,30	874 903,20	2,30%	7,60%
2.	Środki trwałe w budowie	524 880,00	0,00	4,97%	0,00%
III.	Należności długoterminowe	0,00	0,00	0,00%	0,00%
IV.	Inwestycje długoterminowe	0,00	0,00	0,00%	0,00%
V.	Długoterminowe rozliczenia międzyokresowe	0,00	0,00	0,00%	0,00%
B.	Aktywa obrotowe (I+II+III+IV)	8 655 465,87	9 595 728,38	81,98%	83,33%
I.	Zapasy	170 275,72	177 615,97	1,61%	1,54%
II.	Należności krótkoterminowe	876 571,89	929 010,55	8,30%	8,07%
III.	Inwestycje krótkoterminowe	7 570 596,51	8 441 672,07	71,70%	73,31%
IV.	Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	38 021,75	47 429,79	0,36%	0,41%
AKTYWA razem (A+B)		10 558 130,16	11 515 777,12	100,00%	100,00%

W grupie aktywów trwałych zasadniczą pozycję nadal stanowią rzeczowe aktywa trwałe, które w 2024 r. osiągnęły 1,92 mln zł (16,67% aktywów ogółem). W ujęciu szczegółowym odnotowano spadek wartości budynków i lokali z 0,84 mln zł do 0,81 mln zł oraz urządzeń i maszyn z 0,29 mln zł do 0,24 mln zł. Jednocześnie wyraźnie wzrosła pozycja inne środki trwałe z 0,24 mln zł do 0,87 mln zł, a środki trwałe w budowie zmalały z 0,52 mln zł do zera, co sugeruje zakończenie części zadań inwestycyjnych i ich ujęcie w majątku czynnym.

Wykres 6 Struktura aktywów ogółem SPZOK Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu w latach 2023-2024

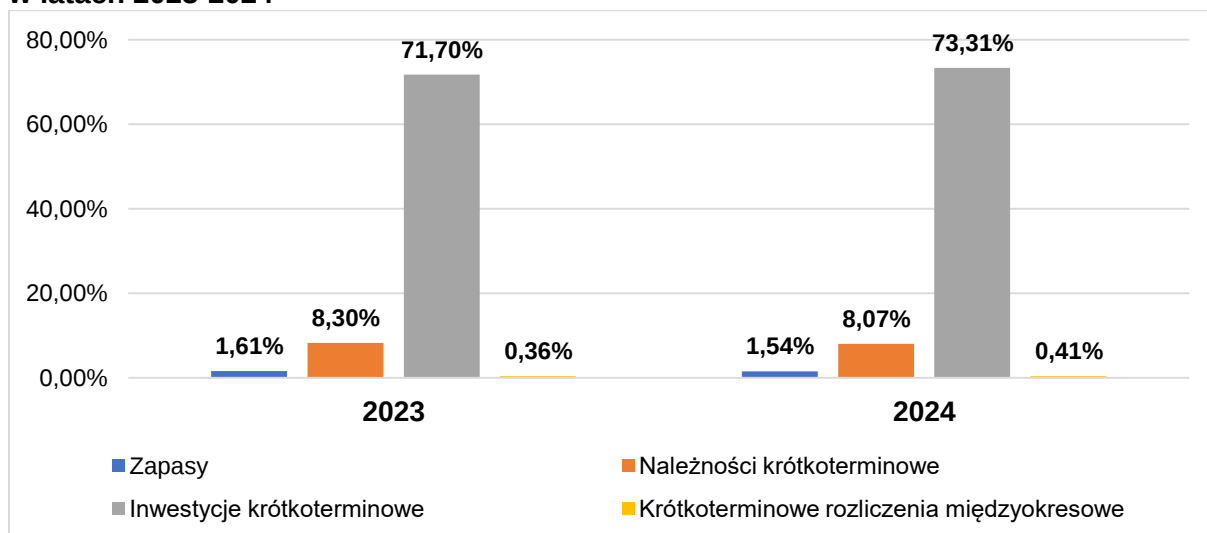


Aktywa obrotowe wzrosły z 8,66 mln zł do 9,60 mln zł (przyrost o 0,94 mln zł, 10,9% r/r) i pozostają dominującą częścią bilansu. Ich strukturę w 2024 r. tworzyły głównie inwestycje krótkoterminowe, a w mniejszym stopniu należności i zapasy:

- inwestycje krótkoterminowe: 7,57 mln zł do 8,44 mln zł, wzrost o 0,87 mln zł (11,5% r/r). Udział w aktywach ogółem wzrósł z 71,70% do 73,31% (+1,61 p.p.). W aktywach obrotowych ich udział zwiększył się z 87,47% do 87,97%,
- należności krótkoterminowe: 0,88 mln zł do 0,93 mln zł, wzrost o 0,05 mln zł (5,98% r/r). Udział w aktywach ogółem spadł z 8,30% do 8,07% (–0,23 p.p.), a w aktywach obrotowych z 10,13% do 9,68%,
- zapasy: 0,17 mln zł do 0,18 mln zł, wzrost o 0,01 mln zł (4,31% r/r). Udział w aktywach ogółem obniżył się z 1,61% do 1,54% (–0,07 p.p.), a w obrotowych z 1,97% do 1,85%,
- krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe: 0,04 mln zł do 0,05 mln zł, wzrost o 0,01 mln zł (24,7% r/r). Udział w aktywach ogółem wzrósł z 0,36% do 0,41% (+0,05 p.p.).

Tak wysoki udział inwestycji krótkoterminowych świadczy o zachowaniu natychmiastowej płynności, przy umiarkowanym wzroście należności i względnie niskim poziomie zapasów.

Wykres 7 Struktura aktywów obrotowych SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu w latach 2023-2024



Łączny przyrost aktywów o 0,96 mln zł został w 98,2% wygenerowany przez aktywa obrotowe, a w 1,8% przez aktywa trwałe. W podziale na główne pozycje:

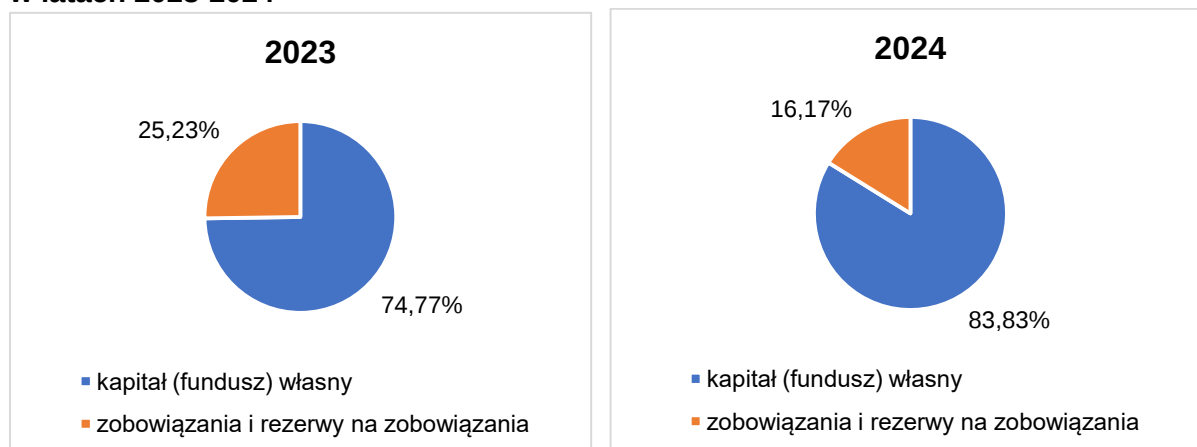
- inwestycje krótkoterminowe odpowiadały za 91,0% całego przyrostu,
- należności krótkoterminowe za 5,5%,
- krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe za 1,0%,
- zapasy za 0,8%,
- aktywa trwałe netto za 1,8%.

Wewnątrz aktywów trwałych dodatni wpływ wzrostu pozycji „inne środki trwałe” został w znacznej części zrównoważony spadkiem środków w budowie, budynków oraz urządzeń i maszyn.

Rok 2024 przyniósł wzrost skali bilansu oraz dalsze wzmocnienie komponentu obrotowego, przede wszystkim dzięki wyższemu poziomowi środków pieniężnych i inwestycji krótkoterminowych. W aktywach trwałych odnotowano istotne przemieszczenia wewnętrzne, zgodne z fazą domykania projektów inwestycyjnych. Taki profil strukturalny sprzyja krótkoterminowej elastyczności i płynności, pod warunkiem utrzymania sprawnego inkasa należności oraz dyscypliny w zarządzaniu nadwyżkami gotówkowymi i portfelem inwestycji krótkoterminowych.

Kapitał własny wzrósł z 7,89 mln zł w 2023 r. do 9,65 mln zł w 2024 r. Jego udział w pasywach ogółem zwiększył się z 74,77% do 83,83% (wzrost o 9,06 p.p.). W strukturze kapitałów: kapitał podstawowy pozostał bez zmian (1,20 mln zł), kapitał zapasowy zwiększył się z 5,23 mln zł do 6,70 mln zł, wynik netto wzrósł z 1,47 mln zł do 1,76 mln zł, a wynik z lat ubiegłych nie występował w ewidencji liczbowej. Oznacza to umocnienie bazy kapitałowej przede wszystkim dzięki zyskowi zatrzymanemu i poprawie wyniku bieżącego.

Wykres 8 Struktura pasywów ogółem SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu w latach 2023-2024



Łączna wartość grupy „B. Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania” obniżyła się z 2,66 mln zł w 2023 r. do 1,86 mln zł w 2024 r. Udział tej grupy w pasywach zmniejszył się z 25,23% do 16,17% (spadek o 9,06 p.p.). Oznacza to wyraźne przesunięcie profilu finansowania w stronę kapitałów własnych.

Rezerwy na zobowiązania w prezentowanym zestawieniu wynoszą 0,00 mln zł zarówno w 2023 r., jak i w 2024 r. (brak udziału w pasywach). W badanym okresie Szpital nie tworzył rezerw.

Tabela 22 Wartość i struktura pasywów SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu w latach 2023-2024

PASYWA		2023	2024	Struktura pasywów	
				2023	2024
A.	Kapitał (fundusz) własny	7 894 187,52	9 654 223,72	74,77%	83,83%
I.	Kapitał (fundusz) podstawowy	1 197 705,08	1 197 705,08	11,34%	10,40%
II.	Kapitał (fundusz) zapasowy	5 229 464,01	6 696 482,44	49,53%	58,15%
III.	Kapitał (fundusz) z aktualizacji wyceny				
IV.	Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe				
V.	Zysk (strata) z lat ubiegłych				
VI.	Zysk (strata) netto	1 467 018,43	1 760 036,20	13,89%	15,28%
VII.	Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego				
B.	Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania	2 663 942,64	1 861 553,40	25,23%	16,17%
I.	Rezerwy na zobowiązania	0,00	0,00	0,00%	0,00%
1.	<i>Rezerwa z tytułu odroczonego podatku dochodowego</i>				
2.	<i>Rezerwa na świadczenia emerytalne i podobne</i>	0,00	0,00	0,00%	0,00%
	- długoterminowa				
	- krótkoterminowa				
3.	<i>Pozostałe rezerwy</i>	0,00	0,00	0,00%	0,00%
	- długoterminowe				
	- krótkoterminowe				
II.	Zobowiązania długoterminowe	0,00	0,00	0,00%	0,00%
1.	<i>Wobec pozostałych jednostek</i>	0,00	0,00	0,00%	0,00%
a)	<i>kredyty i pożyczki</i>				
III.	Zobowiązania krótkoterminowe	2 092 528,96	1 372 842,77	19,82%	11,92%
1.	Zobowiązania wobec pozostałych jednostek	2 091 543,48	1 363 642,23	19,81%	11,84%
a)	<i>kredyty i pożyczki</i>				
b)	<i>z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych</i>				
c)	<i>inne zobowiązania finansowe</i>				
d)	<i>z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności:</i>	1 327 041,95	443 847,61	12,57%	3,85%
	- <i>do 12 miesięcy</i>	1 327 041,95	443 847,61	12,57%	3,85%
	- <i>powyżej 12 miesięcy</i>				
e)	<i>zaliczki otrzymane na dostawy i usługi</i>				
f)	<i>zobowiązania wekslowe</i>				
g)	<i>z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz innych tytułów publicznoprawnych</i>	395 015,85	447 589,13	3,74%	3,89%
h)	<i>z tytułu wynagrodzeń</i>	348 198,08	472 205,49	3,30%	4,10%
i)	<i>inne</i>	21 287,60		0,20%	0,00%
2.	<i>Fundusze specjalne</i>	985,48	9 200,54	0,01%	0,08%
IV.	Rozliczenia międzyokresowe	571 413,68	488 710,63	5,41%	4,24%
1.	<i>Ujemna wartość firmy</i>				
2.	<i>Inne rozliczenia międzyokresowe</i>	571 413,68	488 710,63	5,41%	4,24%
	- <i>długoterminowe</i>	546 499,68	463 796,63	5,18%	4,03%
	- <i>krótkoterminowe</i>	24 914,00	24 914,00	0,24%	0,22%
PASYWA razem (A+B)		10 558 130,16	11 515 777,12	100,00%	100,00%

Zobowiązania długoterminowe wynoszą 0,00 mln zł w latach 2023–2024, co oznacza brak zadłużenia o charakterze długoterminowym w zaprezentowanych danych oraz brak udziału tej pozycji w sumie pasywów.

Zobowiązania krótkoterminowe zmniejszyły się z 2,09 mln zł w 2023 r. do 1,37 mln zł w 2024 r. Udział tej pozycji w pasywach obniżył się z 19,82% do 11,92% (–7,90 p.p.). Struktura zobowiązań bieżących w 2024 r. kształtowała się następująco (udział w zobowiązaniach krótkoterminowych): dostawy i usługi o terminie do 12 miesięcy 32,33%, zobowiązania publicznoprawne (podatki i ubezpieczenia) 32,60%, wynagrodzenia 34,40%, fundusze specjalne 0,67%, kredyty i pożyczki oraz pozostałe pozycje – znikome lub 0. W porównaniu z 2023 r. szczególnie mocno spadły zobowiązania wobec dostawców (z 1,33 mln zł do 0,44 mln zł), natomiast wzrosły nominalnie zobowiązania z tytułu wynagrodzeń oraz zobowiązania publicznoprawne.

Rozliczenia międzyokresowe (przychody przyszłych okresów) zmniejszyły się z 0,57 mln zł w 2023 r. do 0,49 mln zł w 2024 r. Ich udział w pasywach obniżył się z 5,41% do 4,24% (–1,17 p.p.). W strukturze rozliczeń przeważają pozycje długoterminowe.

- Podsumowując
Kapitał własny rośnie zarówno nominalnie, jak i udziałowo, co wzmacnia stabilność finansowania i ogranicza zależność od zobowiązań.
- Profil finansowania przesuwają się w kierunku kapitałów własnych; udział grupy zobowiązań i rozliczeń maleje, a zobowiązania długoterminowe w ogóle nie występują.
- W zobowiązaniach krótkoterminowych nastąpiła silna redukcja pozycji wobec dostawców; relatywnie większe znaczenie w 2024 r. mają wynagrodzenia oraz zobowiązania publicznoprawne, przy braku kredytów krótkoterminowych.
- Niższy poziom rozliczeń międzyokresowych oznacza mniejsze obciążenie przyszłych okresów przychodami do rozliczenia, co upraszcza obraz pasywów i wspiera przejrzystość struktury finansowania.

11.1.2. Rachunek zysków i strat

W 2024 r. przychody ogółem wyniosły 11,27 mln zł, wobec 10,78 mln zł w 2023 r., co oznacza wzrost o 4,55% rok do roku. Koszty działalności operacyjnej ukształtowały się odpowiednio na poziomie 9,46 mln zł oraz 9,29 mln zł (+1,84% r/r). Efektem była poprawa wyniku przed opodatkowaniem do 1,78 mln zł z 1,48 mln zł (+19,91% r/r), przy jednoczesnym wzroście zysku na sprzedaży z 1,24 mln zł do 1,60 mln zł. Marża ze sprzedaży wzrosła z 11,80% w 2023 r. do 14,47% w 2024 r. Zysk z działalności operacyjnej zwiększył się z 1,33 mln zł do 1,66 mln zł, a marża operacyjna z 12,60% do 15,04%. Oznacza to, że korzystny wzrost przychodów przełożył się na relatywnie wyraźną poprawę rentowności operacyjnej.

Trzon przychodów stanowią przychody netto ze sprzedaży produktów: 10,51 mln zł w 2023 r. i 11,04 mln zł w 2024 r., co odpowiadało 99,75% oraz 99,77% przychodów netto ze sprzedaży i zrównanych z nimi. Sprzedaż towarów i materiałów miała znaczenie marginalne: 26,19 tys. zł w 2023 r. i 25,37 tys. zł w 2024 r. Pozycje „zmiana stanu produktów

i rozliczeń międzyokresowych” oraz „koszt wytworzenia na własne potrzeby” nie występowały, więc nie wpływały na kształtowanie pozycji przychodowych.

Tabela 23 Rachunek zysków i strat - SPZOZ Gruzlicy i Chorób Płuc w Adampolu w latach 2023-2024

Pozycja	Wyszczególnienie	2023	2024
A	Przychody netto ze sprzedaży i zrównanie z nimi, w tym:	10 532 368,11	11 061 043,71
I	Przychody netto ze sprzedaży produktów	10 506 180,00	11 035 678,00
II	Zmiana stanu produktów i rozliczeń międzyokresowych		
III	Koszt wytworzenia produktów na własne potrzeby jednostki		
IV	Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów	26 188,11	25 365,71
B	Koszty działalności operacyjnej	9 289 584,20	9 460 952,82
I	Amortyzacja	211 819,42	314 621,60
II	Zużycie materiałów i energii	1 452 744,62	1 357 125,95
III	Usługi obce	1 266 114,45	651 123,88
IV	Podatki i opłaty	148 289,00	166 168,00
V	Wynagrodzenia	5 219 144,39	5 848 991,33
VI	Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	972 043,56	1 101 737,91
VII	Pozostałe koszty rodzajowe	19 428,76	21 184,15
VIII	Wartość sprzedanych towarów i materiałów	0,00	0,00
C	Zysk (strata) ze sprzedaży (A-B)	1 242 783,91	1 600 090,89
D	Pozostałe przychody operacyjne	93 677,17	95 560,22
I	Zysk ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych		
II	Dotacje		
III	Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych		
IV	Inne przychody operacyjne	93 677,17	95 560,22
E	Pozostałe koszty operacyjne	8 950,28	31 691,82
I	Strata ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych		
II	Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych		
III	Inne koszty operacyjne	8 950,28	31 691,82
F	Zysk (strata) na działalności operacyjnej (C+D-E)	1 327 510,80	1 663 959,29
G	Przychody finansowe	157 338,63	117 452,91
H	Koszty finansowe	0,00	862,00
I	Zysk (strata) brutto (F+G-H)	1 484 849,43	1 780 550,20
J	Podatek dochodowy	17 831,00	20 514,00
L	Zysk (strata) netto (I-J)	1 467 018,43	1 760 036,20

Pozostałe przychody operacyjne były stabilne: 93,68 tys. zł w 2023 r. i 95,56 tys. zł w 2024 r. Pozostałe koszty operacyjne wzrosły z 8,95 tys. zł do 31,69 tys. zł, jednak ich skala pozostaje niewielka względem przychodów i kosztów podstawowych. W analizowanych danych nie wykazano odrębnie dotacji ani aktualizacji wartości aktywów niefinansowych; pozycje zysku/straty ze zbycia aktywów także nie wystąpiły.

Przychody finansowe spadły z 157,34 tys. zł do 117,45 tys. zł, a koszty finansowe wzrosły z 0 zł do 862 zł. Saldo działalności finansowej pozostaje dodatnie, choć niższe: +157,34 tys. zł w 2023 r. wobec +116,59 tys. zł w 2024 r. Obciążenie kosztami finansowymi jest marginalne w relacji do skali przychodów (0,01% w 2024 r.).

Tabela 24 Wartość i struktura przychodów SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu w latach 2023-2024

Przychody	2023	2024	Struktura	
			2023	2024
Przychody netto ze sprzedaży i zrównanie z nimi	10 532 368,11	11 061 043,71	97,67%	98,11%
Pozostałe przychody operacyjne	93 677,17	95 560,22	0,87%	0,85%
Przychody finansowe	157 338,63	117 452,91	1,46%	1,04%
Przychody razem	10 783 383,91	11 274 056,84	100,00%	100,00%

Wynagrodzenia były największą pozycją kosztową: 56,18% kosztów operacyjnych w 2023 r. i 61,82% w 2024 r. Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia stanowiły odpowiednio 10,46% i 11,65%. Zużycie materiałów i energii odpowiadało za 15,64% kosztów w 2023 r. oraz 14,34% w 2024 r., a usługi obce spadły udziałowo z 13,63% do 6,88% (spadek także nominalnie: z 1,27 mln zł do 0,65 mln zł). Amortyzacja wzrosła zarówno wartościowo (+103 tys. zł), jak i udziałowo (z 2,28% do 3,33%). Łącznie trzy główne kategorie – wynagrodzenia, materiały i energia oraz usługi obce – stanowiły 85,45% kosztów w 2023 r. i 83,05% w 2024 r. Zmniejszenie udziału usług obcych i materiałów przy rosnącym udziale kosztów osobowych sugeruje przesunięcie kosztów z komponentu zewnętrznego na wewnętrzny.

Tabela 25 Wartość i struktura kosztów działalności operacyjnej SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu w latach 2023-2024

Koszty	2023	2024	Struktura	
			2023	2024
Koszty działalności operacyjnej	9 289 584,20	9 460 952,82	100,00%	100,00%
Amortyzacja	211 819,42	314 621,60	2,28%	3,33%
Zużycie materiałów i energii	1 452 744,62	1 357 125,95	15,64%	14,34%
Usługi obce	1 266 114,45	651 123,88	13,63%	6,88%
Podatki i opłaty	148 289,00	166 168,00	1,60%	1,76%
Wynagrodzenia	5 219 144,39	5 848 991,33	56,18%	61,82%
Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	972 043,56	1 101 737,91	10,46%	11,65%
Pozostałe koszty rodzajowe	19 428,76	21 184,15	0,21%	0,22%
Wartość sprzedanych towarów i materiałów	0,00	0,00	0,00%	0,00%

Skala działalności Szpitala wzrosła o 5,02% przy niższej dynamice kosztów operacyjnych, co wsparło poprawę marż i wzrost wyniku operacyjnego. Rentowność sprzedaży i rentowność operacyjna wyraźnie się poprawiły, co wskazuje na dobrą kontrolę kosztów bezpośrednich i ogólnych. Struktura kosztów przesunęła się w stronę obciążeń osobowych, przy silnym ograniczeniu usług obcych. Działalność finansowa w dalszym ciągu umiarkowanie wspiera wynik; koszty finansowe pozostają bardzo niskie.

Profil przychodów jest skoncentrowany na działalności podstawowej, a sprzedaż towarowa ma znaczenie śladowe. Brak korekt z tytułu zmiany stanu produktów upraszcza obraz i ułatwia porównywalność rok do roku.

11.1.3. Rachunek przepływów pieniężnych

Zgodnie z Ustawą o rachunkowości Szpital nie ma obowiązku sporządzania Rachunku przepływów pieniężnych.

11.1.4. Wybrane wskaźniki ekonomiczno-finansowe

Przedstawiona poniżej analiza wybranych wskaźników ekonomiczno-finansowych została sporządzona zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 832). Rozporządzenie porządkuje wskaźniki w cztery zasadnicze kategorie: zyskowności, płynności, efektywności oraz zadłużenia, precyzując metody ich obliczania oraz przypisując uzyskanym wartościom odpowiednie oceny punktowe. Dzięki temu możliwa jest porównywalna i obiektywna ocena kondycji finansowej jednostki oraz identyfikacja obszarów wymagających działań korygujących lub rozwojowych.

Tabela 26 Podsumowanie wyników oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej SPZOZ Gruzlicy i Chorób Płuc w Adampolu w latach 2023-2024

Grupa	Wskaźniki	Maks. ocena	Wartość wskaźnika 2023	Ocena	Wartość wskaźnika 2024	Ocena
1. Wskaźniki zyskowności	1) wskaźnik zyskowności netto (%)	5	13,60	5	15,61	5
	2) wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%)	5	12,49	5	14,91	5
	3) wskaźnik zyskowności aktywów (%)	5	15,61	5	15,95	5
Razem:		15	15		15	
2. Wskaźniki płynności	1) wskaźnik bieżącej płynności	12	4,12	10	6,95	10
	2) wskaźnik szybkiej płynności	13	4,04	10	6,83	10
Razem:		25	20		20	
3. Wskaźniki efektywności	1) wskaźnik rotacji należności (w dniach)	3	27	3	28	3
	2) wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)	7	23	7	29	7
Razem:		10	10		10	
4. Wskaźniki zadłużenia	1) wskaźnik zadłużenia aktywów (%)	10	19,82	10	11,92	10
	2) wskaźnik wypłacalności	10	0,27	10	0,14	10
Razem:		20	20		20	
Łączna wartość punktów		70	65		65	

I. Wskaźniki zyskowności

Wskaźniki tej grupy obrazują zdolność jednostki do generowania zysków względem uzyskiwanych przychodów oraz zaangażowanych aktywów.

- **Wskaźnik zyskowności netto (%)** informuje, jaka część przychodów pozostaje w formie zysku netto. W 2024 roku wskaźnik ten wyniósł 15,61%, co oznacza, że z każdego 100 zł przychodu 15,61 zł stanowi wynik netto. W porównaniu z 2023 rokiem (13,60%) nastąpiła wyraźna poprawa rentowności netto.

- **Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%)** pokazuje relację wyniku operacyjnego do przychodów operacyjnych. W 2024 roku osiągnął 14,91%, potwierdzając solidną nadwyżkę operacyjną. Wobec 2023 roku (12,49%) widoczny jest wzrost marży operacyjnej.
- **Wskaźnik zyskowności aktywów (%)** obrazuje efektywność wykorzystania majątku do generowania zysku netto. W 2024 roku wyniósł 15,95% wobec 15,61% w 2023 roku, co wskazuje na nieznaczny, lecz korzystny wzrost produktywności aktywów.

II. Wskaźniki płynności

- Wskaźniki płynności oceniają zdolność do terminowego regulowania zobowiązań krótkoterminowych.
Wskaźnik płynności bieżącej określa, w jakim stopniu aktywa obrotowe pokrywają zobowiązania bieżące. W 2024 roku ukształtował się na poziomie 6,95, podczas gdy w 2023 roku wynosił 4,12. Tak wysoki poziom wskazuje na znaczną rezerwę płynnościową.
- **Wskaźnik szybkiej płynności** mierzy możliwość spłaty zobowiązań bieżących najbardziej płynnymi aktywami (bez zapasów). W 2024 roku wyniósł 6,83 wobec 4,04 w 2023 roku, co potwierdza bardzo dobrą bieżącą wypłacalność opartą na należnościach i środkach pieniężnych.

III. Wskaźniki efektywności

Wskaźniki efektywności ilustrują długość cykli inkasa należności i regulowania zobowiązań, wpływając na potrzeby kapitału obrotowego.

- **Wskaźnik rotacji należności (dni)** wskazuje przeciętny czas oczekiwania na spływ należności. W 2024 roku wyniósł 28 dni, wobec 27 dni w 2023 roku. Niewielkie wydłużenie cyklu nie obniża płynności.
- **Wskaźnik rotacji zobowiązań (dni)** pokazuje przeciętny czas regulowania zobowiązań bieżących. W 2024 roku wyniósł 29 dni, w porównaniu z 23 dniami w 2023 roku. Zestawienie obu cykli oznacza, że termin płatności wobec dostawców jest zbliżony do, a nawet nieco dłuższy niż czas inkasa należności, co częściowo odciąża kapitał obrotowy.

IV. Wskaźniki zadłużenia

Wskaźniki zadłużenia prezentują stopień finansowania majątku kapitałem obcym i relację długu do kapitału własnego.

- **Wskaźnik zadłużenia aktywów (%)** informuje, jaka część aktywów finansowana jest zobowiązaniami. W 2024 roku wyniósł 11,92% wobec 19,82% w 2023 roku. Spadek udziału zobowiązań oznacza bezpieczniejszą strukturę finansowania i mniejszą wrażliwość na koszty długu.
- **Wskaźnik wypłacalności (fundusze obce / fundusze własne)** w 2024 roku wyniósł 0,14 wobec 0,27 w 2023 roku. To bardzo niski poziom zadłużenia, więc szpital

ma duży zapas bezpieczeństwa i niewielkie ryzyko problemów z płynnością, nawet przy chwilowych pogorszeniach wyniku.

Profil finansowy jednostki w 2024 roku charakteryzuje się istotnie wyższą rentownością, wyjątkowo silną płynnością, stabilną efektywnością operacyjną oraz niskim poziomem zadłużenia. Układ wskaźników sprzyja odporności finansowej i tworzy przestrzeń do realizacji planów inwestycyjnych bez nadmiernego ryzyka kosztów finansowania.

11.1.5. Podsumowanie oceny sytuacji finansowej SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu

Z analizy sytuacji ekonomiczno-finansowej SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu wynikają następujące wnioski:

- Suma bilansowa wzrosła z 10,56 mln zł w 2023 r. do 11,52 mln zł w 2024 r. (9,07% r/r). Struktura aktywów przesunęła się w stronę aktywów obrotowych (z 81,98% do 83,33%), przy spadku udziału aktywów trwałych (z 18,02% do 16,67%). W aktywach trwałych zmniejszyła się wartość środków trwałych w budowie (z 0,52 mln zł do 0,00 mln zł), a istotnie wzrosły „inne środki trwałe” (z 0,24 mln zł do 0,87 mln zł). Aktywa obrotowe pozostają zdominowane przez inwestycje krótkoterminowe, których udział w aktywach ogółem zwiększył się z 71,70% do 73,31%. Należności wzrosły umiarkowanie a zapasy pozostały stabilne.
- Kapitał (fundusz) własny wzrósł z 7,89 mln zł do 9,65 mln zł, a jego udział w pasywach zwiększył się z 74,77% do 83,83%. Jednocześnie łączna wartość zobowiązań i rezerw zmniejszyła się z 2,66 mln zł do 1,86 mln zł, a rozliczenia międzyokresowe przychodów spadły z 0,57 mln zł do 0,49 mln zł. W strukturze długu brak zobowiązań długoterminowych; zobowiązania krótkoterminowe zmalały z 2,09 mln zł do 1,37 mln zł, przede wszystkim dzięki spadkowi zobowiązań wobec dostawców.
- Działalność jest zyskowna. Przychody ogółem wzrosły z 10,53 mln zł do 11,06 mln zł (5,02% r/r), a koszty operacyjne jedynie z 9,29 mln zł do 9,46 mln zł (1,84% r/r). Zysk ze sprzedaży zwiększył się z 1,24 mln zł do 1,60 mln zł; marża ze sprzedaży z 11,80% do 14,47%, a marża operacyjna z 12,60% do 15,04%. Zysk netto urósł z 1,47 mln zł do 1,76 mln zł. Pozostałe koszty operacyjne wzrosły, lecz nadal mają niewielką skalę. Obciążenia finansowe pozostają marginalne.
- Profil finansowania jest bardzo bezpieczny (brak długu długoterminowego), płynność bardzo wysoka, a rentowność rośnie. Główne ryzyka dotyczą utrzymania dyscypliny kosztowej i sprawnego inkasa należności; dłuższe terminy płatności wobec dostawców częściowo odciążają kapitał obrotowy. Łączna ocena punktowa według rozporządzenia wyniosła 65/70 w 2023 r. oraz 65/70 w 2024 r.
- Wskaźniki płynności potwierdzają bardzo dobrą zdolność do regulowania zobowiązań bieżących: płynność bieżąca wzrosła z 4,12 do 6,95, a płynność szybka z 4,04 do 6,83. Wskaźniki zadłużenia pokazują dalsze wzmocnienie struktury finansowania: zadłużenie aktywów spadło z 19,82% do 11,92%, a wskaźnik wypłacalności (fundusze obce/kapitały własne) z 0,27 do 0,14.

- Cykle operacyjne pozostają korzystne: należności są inkasowane przeciętnie w 27–28 dni (27 dni w 2023 r., 28 dni w 2024 r.), a zobowiązania są regulowane przeciętnie w 23–29 dni (23 dni w 2023 r., 29 dni w 2024 r.). Zbliżone, a w 2024 r. nawet dłuższe terminy płatności wobec dostawców niż czas inkasa należności ograniczają presję na finansowanie kapitału obrotowego.
- Rentowność sprzedaży i rentowność operacyjna wyraźnie się poprawiły; utrzymanie trendu będzie zależać od dalszej kontroli kosztów osobowych i poziomu usług obcych oraz od wykorzystywania nadwyżek operacyjnych do wzmacniania kapitału własnego.
- Rachunek przepływów pieniężnych nie jest sporządzany w badanym zakresie, dlatego ocenę płynności oparto na bilansie, rachunku zysków i strat oraz wskaźnikach.

12. Prognozy finansowe połączonych podmiotów leczniczych

Prognozy finansowe dla połączonych jednostek sporządzono na podstawie raportów o sytuacji ekonomiczno-finansowej przygotowanych przez WSzS w Białej Podlaskiej oraz SPZOZ Gruzlicy i Chorób Płuc w Adampolu, z zachowaniem wymogów art. 53a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2025 poz. 450).

12.1. Bilans

W 2025 r. suma bilansowa połączonych jednostek wynosić będzie **347,73 mln zł**, w 2026 r. wzrośnie do **375,65 mln zł** (co będzie oznaczać **+8,03% r/r**), a w 2027 r. osiągnie **396,15 mln zł (+5,46% r/r)**. W całym horyzoncie 2025–2027 bilans zwiększy się łącznie o **48,42 mln zł (+13,93%)**.

Udział aktywów trwałych w aktywach ogółem będzie się obniżać z **70,30%** w 2025 r. do **65,03%** w 2027 r. (spadek o **5,27 p.p.**), natomiast udział aktywów obrotowych odpowiednio będzie rósł z **29,70%** do **34,97%** (wzrost o **5,27 p.p.**). Struktura majątku stanie się więc relatywnie bardziej płynna.

Tabela 27 Prognoza wartości i struktury aktywów połączonych Szpitali w latach 2025-2027

AKTYWA		2025	2026	2027	Struktura aktywów		
					2025	2026	2027
A.	Aktywa trwałe (I+II+III+IV+V)	244 460 119,00	246 742 419,00	257 621 619,00	70,30%	65,68%	65,03%
I.	Wartości niematerialne i prawne	5 300 000,00	20 500 000,00	13 750 000,00	1,52%	5,46%	3,47%
II.	Rzeczowe aktywa trwałe (1+2)	239 160 119,00	226 242 419,00	243 871 619,00	68,78%	60,23%	61,56%
1.	Środki trwałe	239 160 119,00	226 242 419,00	243 871 619,00	68,78%	60,23%	61,56%
a)	grunty	1 791 619,00	1 791 619,00	1 791 619,00	0,52%	0,48%	0,45%
b)	budynki, lokale, prawa do lokali i obiekty inżynierii lądowej i wodnej	126 800 000,00	122 800 000,00	149 400 000,00	36,47%	32,69%	37,71%
c)	urządzenia techniczne i maszyny	19 300 000,00	17 800 000,00	16 300 000,00	5,55%	4,74%	4,11%
d)	środki transportu	1 068 500,00	800 800,00	580 000,00	0,31%	0,21%	0,15%
e)	inne środki trwałe	90 200 000,00	83 050 000,00	75 800 000,00	25,94%	22,11%	19,13%
2.	Środki trwałe w budowie						

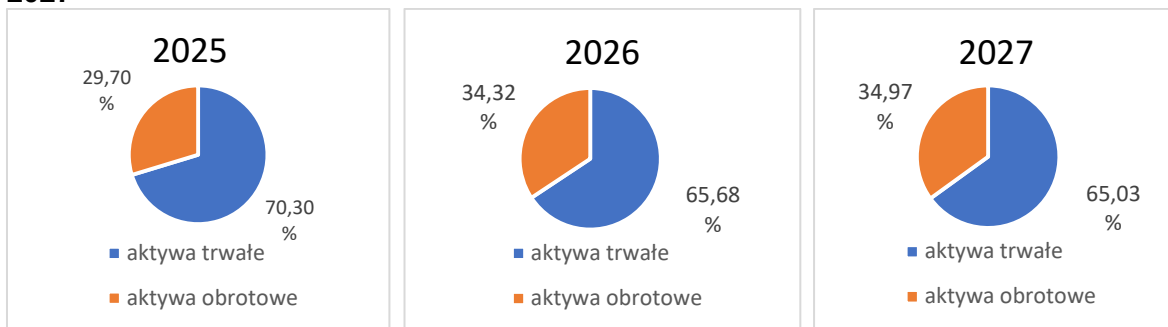
AKTYWA		2025	2026	2027	Struktura aktywów		
III.	Należności długoterminowe						
IV.	Inwestycje długoterminowe						
V.	Długoterminowe rozliczenia międzyokresowe						
B.	Aktywa obrotowe (I+II+III+IV)	103 265 086,00	128 906 086,00	138 524 086,00	29,70%	34,32%	34,97%
I.	Zapasy	12 880 000,00	13 780 000,00	14 530 000,00	3,70%	3,67%	3,67%
II.	Należności krótkoterminowe	70 950 000,00	83 470 000,00	88 190 000,00	20,40%	22,22%	22,26%
III.	Inwestycje krótkoterminowe	17 435 086,00	29 656 086,00	33 804 086,00	5,01%	7,89%	8,53%
IV.	Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	2 000 000,00	2 000 000,00	2 000 000,00	0,58%	0,53%	0,50%
AKTYWA razem (A+B)		347 725 205,00	375 648 505,00	396 145 705,00	100,00%	100,00%	100,00%

Wartość aktywów trwałych w 2025 r. będzie wynosić **244,46 mln zł**, w 2026 r. **246,74 mln zł**, a w 2027 r. **257,62 mln zł**. W ich ramach dominujące będą rzeczowe aktywa trwałe, których udział w aktywach ogółem będzie wysoki, choć niższy niż na początku okresu: **68,78%** w 2025 r., **60,23%** w 2026 r., **61,56%** w 2027 r. (spadek w relacji 2025–2027 o **7,22 p.p.**).

Poszczególne pozycje aktywów trwałych będą przybierać następujące wartości:

- **Budynki i lokale** będą kształtować się na poziomie **126,80 mln zł** w 2025 r., **122,80 mln zł** w 2026 r. (spadek rok do roku o **3,15%**) i **149,40 mln zł** w 2027 r. (silny wzrost rok do roku o **21,66%**). Udział tej pozycji w aktywach ogółem będzie wynosić odpowiednio **36,47%**, **32,69%** i **37,71%**.
- **Urządzenia techniczne i maszyny** będą maleć z **19,30 mln zł** w 2025 r. do **17,80 mln zł** w 2026 r., a następnie do **16,30 mln zł** w 2027 r. (kolejno **–7,77% r/r** oraz **–8,43% r/r**).
- **Inne środki trwałe** będą się obniżać z **90,20 mln zł** (2025 r.) do **83,05 mln zł** (2026 r.) i **75,80 mln zł** (2027 r.), co będzie oznaczać dwa kolejne spadki: **–7,93% r/r** i **–8,73% r/r**.
- **Środki transportu** będą maleć z **1,07 mln zł** w 2025 r. do **0,80 mln zł** w 2026 r. i **0,58 mln zł** w 2027 r.
- **Grunty** pozostaną na poziomie **1,79 mln zł** w całym okresie.
- **Środki trwałe w budowie** nie będą występować (0 w całym horyzoncie), podobnie jak **należności długoterminowe, inwestycje długoterminowe i długoterminowe RMK**.
- **WNiP** będą wyraźnie rosnąć w 2026 r. do **20,50 mln zł** (z **5,30 mln zł** w 2025 r.), a w 2027 r. obniżą się do **13,75 mln zł**; udział tej pozycji w aktywach ogółem będzie wynosić odpowiednio **1,52%**, **5,46%** i **3,47%**.

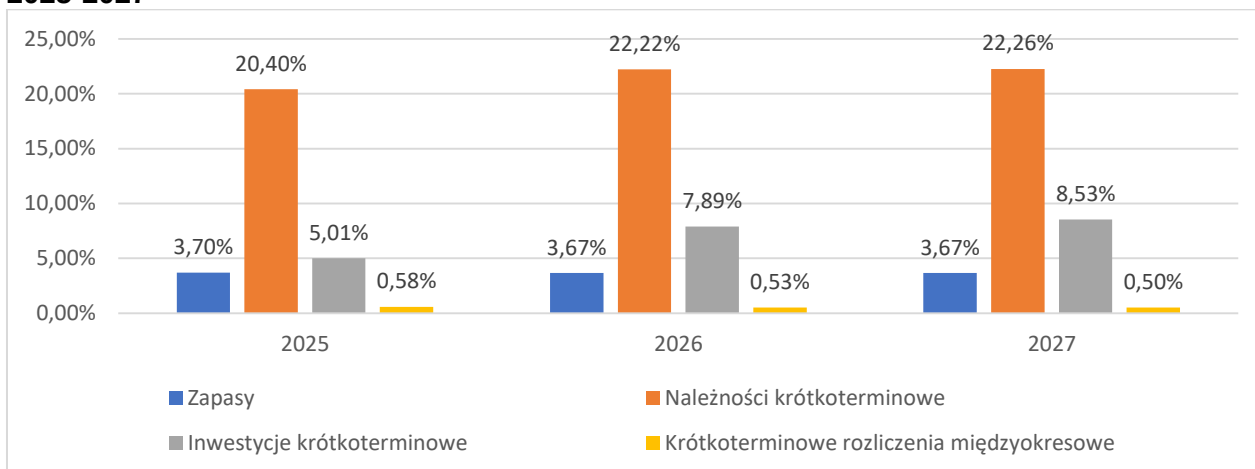
Wykres 9 Prognoza struktury aktywów ogółem połączonych Szpitali w latach 2025-2027



Aktywa obrotowe będą zwiększać wartość z **103,27 mln zł** w 2025 r. do **128,91 mln zł** w 2026 r. (+**24,83% r/r**), a w 2027 r. do **138,52 mln zł** (+**7,46% r/r**). Struktura aktywów obrotowych będzie zdominowana przez **należności krótkoterminowe**, choć ich udział w obrocie będzie się zmniejszać: **68,7%** w 2025 r., **64,8%** w 2026 r. i **63,7%** w 2027 r. (spadek o **5,0 p.p.** między 2025 r. a 2027 r.). Poszczególne pozycje aktywów obrotowych będą przybierać w analizowanym horyzoncie czasowym następujące wartości:

- **Należności krótkoterminowe** będą wynosić **70,95 mln zł** w 2025 r., **83,47 mln zł** w 2026 r. (+**17,65% r/r**) oraz **88,19 mln zł** w 2027 r. (+**5,65% r/r**).
- **Inwestycje krótkoterminowe (środki pieniężne)** będą wyraźnie rosnąć: **17,44 mln zł** w 2025 r., **29,66 mln zł** w 2026 r. (+**70,09% r/r**) i **33,80 mln zł** w 2027 r. (+**13,99% r/r**). Udział gotówki w aktywach obrotowych zwiększy się z **16,9%** do **24,4%** (wzrost o **7,5 p.p.**).
- **Zapasy** będą utrzymywać umiarkowany poziom: **12,88 mln zł** w 2025 r., **13,78 mln zł** w 2026 r. (+**6,99% r/r**) i **14,53 mln zł** w 2027 r. (+**5,44% r/r**), a ich udział w obrocie będzie lekko maleć z **12,5%** do **10,5%**.
- **Krótkoterminowe RMK** pozostaną stabilne na **2,00 mln zł** (**1,4–1,9%** aktywów obrotowych).

Wykres 10 Prognoza struktury aktywów obrotowych połączonych Szpitali w latach 2025-2027



Wzrost bilansu w latach 2025–2027 o **48,42 mln zł** będzie w ok. **72,8%** pochodzić z aktywów obrotowych (+**35,26 mln zł**), a w ok. **27,2%** z aktywów trwałych (+**13,16 mln zł**).

- W roku **2026 względem 2025** przyrost o **27,92 mln zł** będzie w ok. **91,8%** generowany przez aktywa obrotowe. Największy wkład wniosą **należności (+12,52 mln zł**, czyli **44,8%** przyrostu sumy bilansowej) oraz **środki pieniężne (+12,22 mln zł**, czyli **43,8%**).
- W roku **2027 względem 2026** wzrost o **20,50 mln zł** będzie bardziej zrównoważony: **53,1%** zapewnią aktywa trwałe, a **46,9%** aktywa obrotowe. Po stronie aktywów trwałych największy wpływ będą miały **budynki i lokale (+26,60 mln zł)**, podczas gdy **inne środki trwałe i maszyny** będą nadal się obniżać. Po stronie aktywów obrotowych głównie wzrosną **należności (+4,72 mln zł)** i **środki pieniężne (+4,15 mln zł)**.

Kapitał własny połączonych Szpitali będzie wynosić **80,97 mln zł** w 2025 r., **82,24 mln zł** w 2026 r. oraz **83,36 mln zł** w 2027 r. Jego udział w pasywach ogółem będzie się obniżał z **23,29%** (2025) do **21,89%** (2026) i **21,04%** (2027), co oznacza spadek o **2,25 p.p.** w horyzoncie 2025–2027.

W strukturze kapitałów: **kapitał podstawowy** pozostanie stały na poziomie **24,34 mln zł** (**29–30%** kapitału własnego), **kapitał zapasowy** będzie rósł do **56,00 mln zł** (2026) i **56,98 mln zł** (2027), a **wynik netto** będzie dodatni i umiarkowanie rosnący: **1,11 mln zł** (2025), **1,91 mln zł** (2026), **2,04 mln zł** (2027).

Łączna wartość zobowiązań i rezerw będzie kształtować się na poziomie **266,75 mln zł** w 2025 r., **293,41 mln zł** w 2026 r. oraz **312,79 mln zł** w 2027 r. Udział tej grupy w pasywach ogółem będzie wzrastał z **76,71%** do **78,11%** i **78,96%**. Dynamika roczna wyniesie **+9,99%** pomiędzy 2025 a 2026 r. oraz **+6,6%** pomiędzy 2026 a 2027 r.

Tabela 28 Prognoza wartości i struktury pasywów połączonych Szpitali w latach 2025-2027

PASYWA		2025	2026	2027	Struktura pasywów		
					2025	2026	2027
A.	Kapitał (fundusz) własny	80 973 726,22	82 239 126,22	83 359 626,22	23,29%	21,89%	21,04%
I.	Kapitał (fundusz) podstawowy	24 335 133,95	24 335 133,95	24 335 133,95	7,00%	6,48%	6,14%
II.	Kapitał (fundusz) zapasowy	55 526 592,27	55 996 592,27	56 983 992,27	15,97%	14,91%	14,38%
III.	Kapitał (fundusz) z aktualizacji wyceny						
IV.	Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe						
V.	Zysk (strata) z lat ubiegłych						
VI.	Zysk (strata) netto	1 112 000,00	1 907 400,00	2 040 500,00	0,32%	0,51%	0,52%
VII.	Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego						
B.	Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania	266 751 478,78	293 409 378,78	312 786 078,78	76,71%	78,11%	78,96%
I.	Rezerwy na zobowiązania	55 000 000,00	57 309 400,00	59 781 300,00	15,82%	15,26%	15,09%
1.	Rezerwa z tytułu odroczonego podatku dochodowego						
2.	Rezerwa na świadczenia emerytalne i podobne	34 800 000,00	36 928 000,00	39 198 000,00	10,01%	9,83%	9,89%
	- długoterminowa	29 500 000,00	31 307 500,00	33 232 000,00	8,48%	8,33%	8,39%
	- krótkoterminowa	5 300 000,00	5 620 500,00	5 966 000,00	1,52%	1,50%	1,51%
3.	Pozostałe rezerwy	20 200 000,00	20 381 400,00	20 583 300,00	5,81%	5,43%	5,20%
	- długoterminowe	20 170 000,00	20 350 000,00	20 550 000,00	5,80%	5,42%	5,19%
	- krótkoterminowe	30 000,00	31 400,00	33 300,00	0,01%	0,01%	0,01%
II.	Zobowiązania	25 000 000,00	21 400 000,00	17 800 000,00	7,19%	5,70%	4,49%

PASywa		2025	2026	2027	Struktura pasywów		
	długoterminowe						
1.	Wobec pozostałych jednostek	25 000 000,00	21 400 000,00	17 800 000,00	7,19%	5,70%	4,49%
a)	kredyty i pożyczki	25 000 000,00	21 400 000,00	17 800 000,00	7,19%	5,70%	4,49%
III.	Zobowiązania krótkoterminowe	69 926 000,00	73 546 000,00	77 576 000,00	20,11%	19,58%	19,58%
1.	Zobowiązania wobec pozostałych jednostek	64 976 000,00	68 146 000,00	71 976 000,00	18,69%	18,14%	18,17%
a)	kredyty i pożyczki	3 596 000,00	3 596 000,00	3 596 000,00	1,03%	0,96%	0,91%
b)	z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych						
c)	inne zobowiązania finansowe						
d)	z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności:	29 700 000,00	31 500 000,00	33 300 000,00	8,54%	8,39%	8,41%
	- do 12 miesięcy	29 700 000,00	31 500 000,00	33 300 000,00	8,54%	8,39%	8,41%
	- powyżej 12 miesięcy						
e)	zaliczki otrzymane na dostawy i usługi						
f)	zobowiązania wekslowe						
g)	z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz innych tytułów publicznoprawnych	16 650 000,00	17 020 000,00	18 050 000,00	4,79%	4,53%	4,56%
h)	z tytułu wynagrodzeń	13 650 000,00	14 580 000,00	15 500 000,00	3,93%	3,88%	3,91%
i)	inne	1 380 000,00	1 450 000,00	1 530 000,00	0,40%	0,39%	0,39%
2.	Fundusze specjalne	4 950 000,00	5 400 000,00	5 600 000,00	1,42%	1,44%	1,41%
IV.	Rozliczenia międzyokresowe	116 825 478,78	141 153 978,78	157 628 778,78	33,60%	37,58%	39,79%
1.	Ujemna wartość firmy						
2.	Inne rozliczenia międzyokresowe	116 825 478,78	141 153 978,78	157 628 778,78	33,60%	37,58%	39,79%
	- długoterminowe	107 190 400,00	129 502 000,00	144 610 000,00	30,83%	34,47%	36,50%
	- krótkoterminowe	9 635 078,78	11 651 978,78	13 018 778,78	2,77%	3,10%	3,29%
PASywa razem (A+B)		347 725 205,00	375 648 505,00	396 145 705,00	100,00%	100,00%	100,00%

Rezerwy będą wynosić **55,00 mln zł** (2025), **57,31 mln zł** (2026) i **59,78 mln zł** (2027). Ich udział w pasywach ogółem będzie delikatnie maleć z **15,82%** do **15,26%** i **15,09%**. W ramach rezerw kluczowe będą **świadczenia pracownicze: 34,80 mln zł** (2025), **36,93 mln zł** (2026) i **39,20 mln zł** (2027). W tej pozycji przewagę będzie mieć część **długoterminowa: 29,50 mln zł**, **31,31 mln zł**, **33,23 mln zł**, podczas gdy część **krótkoterminowa** będzie wynosić odpowiednio **5,30 mln zł**, **5,62 mln zł** i **5,97 mln zł**. **Pozostałe rezerwy** pozostaną stabilne na poziomie około **20,2–20,6 mln zł**, niemal w całości o charakterze **długoterminowym**. Udział rezerw pracowniczych w rezerwach ogółem będzie się zwiększać z **63,27%** do **65,57%**, a udział części długoterminowej w całości rezerw będzie się utrzymywać blisko **90%**.

Zobowiązania długoterminowe będą maleć z **25,00 mln zł** (2025) do **21,40 mln zł** (2026) i **17,80 mln zł** (2027). Ich udział w pasywach ogółem będzie spadać z **7,19%** do **5,70%** i **4,49%** (spadek o **2,70 p.p.** w relacji 2025–2027). Pozycję tę będą stanowić zasadniczo zaciągnięte w latach wcześniejszych **kredyty**.

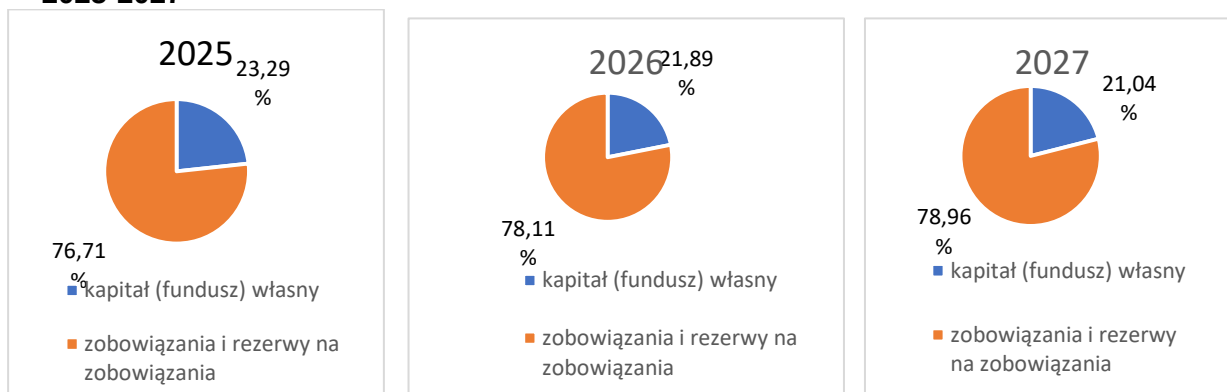
Zobowiązania krótkoterminowe będą wynosić **69,93 mln zł** (2025), **73,55 mln zł** (2026) i **77,58 mln zł** (2027). Udział tej grupy w pasywach ogółem będzie stabilizować się w okolicach **19,6–20,1%** (2025: **20,11%**, 2026: **19,58%**, 2027: **19,58%**).

Udział zobowiązań wobec dostawców w strukturze bieżących zobowiązań będzie się nieznacznie zwiększać, podczas gdy udział zobowiązań z tytułu kredytów i pożyczek krótkoterminowych będzie lekko maleć, co będzie ograniczać presję odsetkową.

Rozliczenia międzyokresowe będą wynosić **116,83 mln zł** (2025), **141,15 mln zł** (2026) i **157,63 mln zł** (2027). Ich udział w pasywach ogółem będzie rósł z **33,60%** do **37,58%** i **39,79%**, co będzie czynić je **największą pojedynczą pozycją po stronie pasywów poza kapitałem własnym**. Strukturalnie przeważać będzie część **długoterminowa, która stanowić będzie 91,7–91,8%** rozliczeń w każdym roku, przy **8,2%** części krótkoterminowej.

Pomiędzy 2025 a 2027 r. pasywa ogółem będą rosnąć łącznie o **48,42 mln zł**. Ten przyrost będzie w **84%** pochodzić z **rozliczeń międzyokresowych (+40,80 mln zł)**, w **15,8%** z **zobowiązań krótkoterminowych (+7,65 mln zł)** i w **9,9%** z **rezerw (+4,78 mln zł)**. Udział kapitału własnego we wzroście wartości pasywów będzie umiarkowany (**+2,39 mln zł**), natomiast **zobowiązania długoterminowe** będą zmniejszać skalę pasywów (**–7,20 mln zł**).

Wykres 11 Prognozowana struktura pasywów ogółem połączonych Szpitali w latach 2025-2027



W całym analizowanym okresie profil bilansu będzie się stawał bardziej „płynnościowy”: udział aktywów obrotowych będzie rósł, a udział rzeczowych aktywów trwałych w aktywach ogółem będzie spadał. Jednocześnie bilans będzie mocno zależny od ściągальności należności (około **64–69%** aktywów obrotowych), przy wyraźnie rosnącym zapasie gotówki. Bilans będzie rósł stabilnie, a jego skala do 2027 r. zwiększy się o **~13,9%** w stosunku do 2025 r.

Struktura aktywów będzie się przesuwac w stronę aktywów obrotowych, co będzie poprawiać krótkoterminową płynność. Udział rzeczowych aktywów trwałych w aktywach ogółem będzie niższy niż w 2025 r., mimo odbicia w 2027 r. dzięki wzrostowi pozycji budynków i lokali. Należności będą pozostawać kluczowym składnikiem aktywów obrotowych. Gotówka i ekwiwalenty będą rosnać szybciej niż pozostałe elementy obrotowe, co będzie wzmacniać odporność na wahania przepływów.

Kapitał własny będzie rósł nominalnie, ale jego udział w pasywach ogółem będzie się obniżać w związku z szybszą dynamiką pozycji niekapitałowych. Profil finansowania będzie się przesuwac w stronę rozliczeń międzyokresowych oraz, w mniejszym stopniu, zobowiązań krótkoterminowych, przy systematycznym spadku udziału długu długoterminowego. Rezerwy będą się zwiększać głównie z tytułu świadczeń pracowniczych, co będzie wzmacniać bufor na przyszłe koszty, choć będzie jednocześnie obciążać wyniki okresów. W zobowiązaniach bieżących będzie rosło znaczenie zobowiązań wobec dostawców,

a niewielki udział kredytów krótkoterminowych będzie stabilizować koszty odsetkowe. Skala pasywów ogółem będzie w największym stopniu zależeć od przychodów przyszłych okresów (rozliczeń międzyokresowych), które będą stanowić dominujący czynnik wzrostu do 2027 r.

12.2. Rachunek zysków i strat

W 2025 r. przychody połączonych Szpitali ogółem będą wynosić 543,75 mln zł, w 2026 r. 574,65 mln zł, a w 2027 r. 606,95 mln zł. Odpowiednie dynamiki rok do roku będą kształtować się na poziomie 5,68% w 2026 r. oraz 5,62% w 2027 r. Koszty działalności operacyjnej ukształtują się na poziomie 521,40 mln zł w 2025 r., 554,46 mln zł w 2026 r. i 586,18 mln zł w 2027 r., co będzie oznaczać wzrost o 6,34% rok do roku w 2026 r. i o 5,72% w 2027 r. Finalnie jednostka osiągnie zysk netto 1,11 mln zł w 2025 r., 1,91 mln zł w 2026 r. oraz 2,04 mln zł w 2027 r.; dynamika wyniku netto wyniesie 71,53% rok do roku w 2026 r. i 6,98% w 2027 r.

Zysk ze sprzedaży będzie plasować się na poziomie 4,69 mln zł w 2025 r., 1,68 mln zł w 2026 r. i 1,76 mln zł w 2027 r. Marża ze sprzedaży będzie wynosić około 0,89% w 2025 r., 0,30% w 2026 r. i 0,30% w 2027 r. Po silnym obniżeniu w 2026 r. wynik ze sprzedaży będzie się stabilizować w 2027 r. Zysk na działalności operacyjnej ukształtuje się na poziomie 3,14 mln zł w 2025 r., 3,27 mln zł w 2026 r. i 3,10 mln zł w 2027 r. Marża operacyjna będzie wynosić odpowiednio około 0,60%, 0,59% i 0,53%.

Pozostałe przychody operacyjne będą rosnąć z 17,10 mln zł w 2025 r. do 18,10 mln zł w 2026 r. i 18,60 mln zł w 2027 r., co będzie odpowiadać dynamikom 5,85% i 2,76%. W strukturze tych przychodów przeważać będą inne przychody operacyjne (stanowiąc one będą 88–89% PPO), a dotacje będą stanowić około 11–10,8%. Pozostałe koszty operacyjne będą wynosić 18,64 mln zł w 2025 r., 16,51 mln zł w 2026 r. i 17,26 mln zł w 2027 r. Po spadku o 11,45% w 2026 r. nastąpi wzrost o 4,54% w 2027 r. W tej kategorii dominować będzie aktualizacja wartości aktywów niefinansowych (około 70–75% rocznie), a pozostałe koszty operacyjne będą odpowiadać za około 25–30%. Relacja pozostałych kosztów operacyjnych do przychodów ogółem będzie się obniżać z około 3,54% do 2,97% i 2,94%.

Tabela 29 Prognoza rachunku zysków i strat połączonych Szpitali w latach 2025-2027

Pozycja	Wyszczególnienie	2025	2026	2027
A	Przychody netto ze sprzedaży i zrównanie z nimi, w tym:	526 082 500,00	556 140 500,00	587 941 000,00
I	Przychody netto ze sprzedaży produktów	531 945 500,00	562 000 000,00	593 800 000,00
II	Zmiana stanu produktów i rozliczeń międzyokresowych	-5 900 000,00	-5 900 000,00	-5 900 000,00
III	Koszt wytworzenia produktów na własne potrzeby jednostki			
IV	Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów	37 000,00	40 500,00	41 000,00
B	Koszty działalności operacyjnej	521 397 000,00	554 462 000,00	586 180 000,00
I	Amortyzacja	21 400 000,00	24 850 000,00	25 850 000,00
II	Zużycie materiałów i energii	128 110 000,00	137 100 000,00	144 600 000,00
III	Usługi obce	119 180 000,00	125 800 000,00	132 800 000,00
IV	Podatki i opłaty	1 491 000,00	1 570 000,00	1 640 000,00
V	Wynagrodzenia	205 282 000,00	218 000 000,00	231 300 000,00
VI	Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	44 654 000,00	45 800 000,00	48 600 000,00
VII	Pozostałe koszty rodzajowe	1 275 000,00	1 337 000,00	1 385 000,00
VIII	Wartość sprzedanych towarów i materiałów	5 000,00	5 000,00	5 000,00
C	Zysk (strata) ze sprzedaży (A-B)	4 685 500,00	1 678 500,00	1 761 000,00
D	Pozostałe przychody operacyjne	17 100 000,00	18 100 000,00	18 600 000,00
I	Zysk ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych			
II	Dotacje	2 000 000,00	2 000 000,00	2 000 000,00
III	Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych			
IV	Inne przychody operacyjne	15 100 000,00	16 100 000,00	16 600 000,00
E	Pozostałe koszty operacyjne	18 644 800,00	16 510 000,00	17 260 000,00
I	Strata ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych			
II	Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych	14 000 000,00	11 600 000,00	12 200 000,00
III	Inne koszty operacyjne	4 644 800,00	4 910 000,00	5 060 000,00
F	Zysk (strata) na działalności operacyjnej (C+D-E)	3 140 700,00	3 268 500,00	3 101 000,00
G	Przychody finansowe	565 500,00	412 500,00	412 800,00
H	Koszty finansowe	2 422 200,00	1 601 600,00	1 301 300,00
I	Zysk (strata) brutto (F+G-H)	1 284 000,00	2 079 400,00	2 212 500,00
J	Podatek dochodowy	172 000,00	172 000,00	172 000,00
L	Zysk (strata) netto (I-J)	1 112 000,00	1 907 400,00	2 040 500,00

Wynik na działalności finansowej będzie się poprawiać dzięki spadkowi kosztów finansowych. Przychody finansowe będą wynosić 0,57 mln zł w 2025 r., 0,41 mln zł w 2026 r. i 0,41 mln zł w 2027 r., a ich udział w przychodach ogółem będzie marginalny, w przedziale

0,07–0,11%. Koszty finansowe obniżą się z 2,42 mln zł w 2025 r. do 1,60 mln zł w 2026 r. i 1,30 mln zł w 2027 r.; obciążenie finansowe w relacji do skali działalności spadnie z 0,46% do 0,29% i 0,22%. Zysk brutto osiągnie 1,28 mln zł w 2025 r., 2,08 mln zł w 2026 r. oraz 2,21 mln zł w 2027 r., natomiast podatek dochodowy będzie na poziomie 0,17 mln zł rocznie.

Tabela 30 Prognoza wartości i struktury przychodów połączonych Szpitali w latach 2025-2027

Przychody	2025	2026	2027	Struktura		
				2025	2026	2027
Przychody netto ze sprzedaży i zrównanie z nimi	526 082 500,00	556 140 500,00	587 941 000,00	96,75%	96,78%	96,87%
Pozostałe przychody operacyjne	17 100 000,00	18 100 000,00	18 600 000,00	3,14%	3,15%	3,06%
Przychody finansowe	565 500,00	412 500,00	412 800,00	0,10%	0,07%	0,07%
Przychody razem	543 748 000,00	574 653 000,00	606 953 800,00	100,00%	100,00%	100,00%

Przychody ogółem będą wynosić 543,75 mln zł w 2025 r., 574,65 mln zł w 2026 r. oraz 606,95 mln zł w 2027 r. Trzonem bazy przychodowej będą przychody netto ze sprzedaży produktów na poziomie 531,95 mln zł, 562,00 mln zł i 593,80 mln zł, co będzie odpowiadać udziałowi około 101,11%, 101,05% i 101,00% w przychodach netto ze sprzedaży i zrównanych z nimi w poszczególnych latach. Udział powyżej 100% będzie wynikać z ujemnej zmiany stanu produktów i rozliczeń międzyokresowych, która będzie wynosić –5,90 mln zł rocznie i obniży sumę pozycji przychodowych grupy A o około 1,12% w 2025 r., 1,06% w 2026 r. i 1,00% w 2027 r. Koszt wytworzenia produktów na własne potrzeby nie będzie występować. Przychody ze sprzedaży towarów i materiałów będą marginalne: 0,04 mln zł w 2025 r., 0,04 mln zł w 2026 r. oraz 0,04 mln zł w 2027 r., co będzie odpowiadać około 0,01% przychodów ogółem w każdym roku.

Przychody finansowe będą miały charakter pomocniczy i będą stanowić 0,11% przychodów ogółem w 2025 r. oraz 0,07% w latach 2026–2027.

W 2025 r. koszty działalności operacyjnej będą wynosić 521,40 mln zł, w 2026 r. 554,46 mln zł, a w 2027 r. 586,18 mln zł. Największą pozycją będą koszty osobowe: wynagrodzenia będą odpowiadać za 39,37% kosztów w 2025 r., 39,32% w 2026 r. oraz 39,46% w 2027 r., natomiast ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia będą stanowić 8,56%, 8,26% i 8,29%. Łącznie komponent osobowy będzie kształtować około 47,94% kosztów w 2025 r., 47,58% w 2026 r. i 47,75% w 2027 r.

Drugą grupą będą koszty rzeczowe i usługowe. Zużycie materiałów i energii będzie stanowić 24,57% kosztów w 2025 r., 24,73% w 2026 r. i 24,67% w 2027 r., a usługi obce odpowiednio 22,86%, 22,69% i 22,66%. Łączny udział materiałów i usług obcych będzie utrzymywać się blisko 47,4% kosztów. Amortyzacja będzie kształtować się na poziomie 4,10% w 2025 r., 4,48% w 2026 r. i 4,41% w 2027 r. Podatki i opłaty będą stanowić około 0,29%, 0,28% i 0,28%, a pozostałe koszty rodzajowe około 0,24% w całym horyzoncie. Wartość sprzedanych towarów i materiałów będzie nieistotna.

Tabela 31 Prognoza wartości i struktury kosztów działalności operacyjnej połączonych Szpitali w latach 2025-2027

Koszty	2025	2026	2027	Struktura		
				2025	2026	2027
Koszty działalności operacyjnej	521 397 000,00	554 462 000,00	586 180 000,00	100,00%	100,00%	100,00%
Amortyzacja	21 400 000,00	24 850 000,00	25 850 000,00	4,10%	4,48%	4,41%
Zużycie materiałów i energii	128 110 000,00	137 100 000,00	144 600 000,00	24,57%	24,73%	24,67%
Usługi obce	119 180 000,00	125 800 000,00	132 800 000,00	22,86%	22,69%	22,66%
Podatki i opłaty	1 491 000,00	1 570 000,00	1 640 000,00	0,29%	0,28%	0,28%
Wynagrodzenia	205 282 000,00	218 000 000,00	231 300 000,00	39,37%	39,32%	39,46%
Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	44 654 000,00	45 800 000,00	48 600 000,00	8,56%	8,26%	8,29%
Pozostałe koszty rodzajowe	1 275 000,00	1 337 000,00	1 385 000,00	0,24%	0,24%	0,24%
Wartość sprzedanych towarów i materiałów	5 000,00	5 000,00	5 000,00	0,00%	0,00%	0,00%

Z perspektywy zarządczej łączny udział trzech kategorii: wynagrodzeń, materiałów i usług obcych będzie oscylować wokół 86,80% kosztów w 2025 r., 86,73% w 2026 r. i 86,78% w 2027 r. Profil kosztów będzie więc skoncentrowany na komponentach operacyjnych bezpośrednio związanych ze świadczeniem usług medycznych, a poprawa wyniku netto będzie zależeć przede wszystkim od dyscypliny w obszarze kosztów usług obcych i materiałów oraz od ograniczania pozycji pozostałych kosztów operacyjnych. Jednocześnie malejące obciążenie finansowe w relacji do przychodów będzie wspierać stabilizację wyniku netto.

12.3. Rachunek przepływów pieniężnych

Zgodnie z przepisami Ustawy o rachunkowości jeden z podmiotów objętych połączeniem nie jest zobowiązany do sporządzania rachunku przepływów pieniężnych. W konsekwencji łączny rachunek przepływów pieniężnych dla połączonych Szpitali nie został sporządzony.

12.4. Wybrane wskaźniki ekonomiczno-finansowe

Przedstawiona poniżej analiza wybranych wskaźników ekonomiczno-finansowych połączonych szpitali została sporządzona zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 832). Rozporządzenie porządkuje wskaźniki w cztery kategorie: zyskowności, płynności, efektywności oraz zadłużenia, precyzując metody ich kalkulacji i przypisując uzyskanym wartościom odpowiednie oceny punktowe. Zastosowanie tej metodyki umożliwia porównywalną i obiektywną ocenę kondycji finansowej połączonych jednostek oraz identyfikację obszarów wymagających działań korygujących lub rozwojowych.

Tabela 32 Prognoza wyników oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej połączonych Szpitali w latach 2025-2027

Grupa	Wskaźniki	Maks. ocena	Wartość wskaźnika 2025	Ocena	Wartość wskaźnika 2026	Ocena	Wartość wskaźnika 2027	Ocena
1. Wskaźniki zyskowności	1) wskaźnik zyskowności netto (%)	5	0,20	3	0,33	3	0,33	3
	2) wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%)	5	0,57	3	0,56	3	0,51	3
	3) wskaźnik zyskowności aktywów (%)	5	0,32	3	0,53	3	0,53	3
Razem:		15	9		9		9	
2. Wskaźniki płynności	1) wskaźnik bieżącej płynności	12	1,35	8	1,6	12	1,63	12
	2) wskaźnik szybkiej płynności	13	1,17	13	1,43	13	1,46	13
Razem:		25	21		25		25	
3. Wskaźniki efektywności	1) wskaźnik rotacji należności (w dniach)	3	53	2	48	2	51	2
	2) wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)	7	19	7	20	7	20	7
Razem:		10	9		9		9	
4. Wskaźniki zadłużenia	1) wskaźnik zadłużenia aktywów (%)	10	43,12	8	40,53	8	39,17	10
	2) wskaźnik wypłacalności	10	1,85	6	1,85	6	1,86	6
Razem:		20	14		14		16	
Łączna wartość punktów		70	53		57		59	

I. Wskaźniki zyskowności

Wskaźniki tej grupy odzwierciedlają zdolność połączonych jednostek do generowania zysków względem uzyskiwanych przychodów oraz zaangażowanych aktywów.

- **Wskaźnik zyskowności netto (%)** informuje, jaka część przychodów pozostanie w formie zysku netto. W 2025 roku wyniesie 0,20%, w 2026 roku 0,33%, a w 2027 roku 0,33%. Oznacza to, że z każdych 100 zł przychodów odpowiednio 0,20 zł, 0,33 zł i 0,33 zł będzie stanowiło wynik netto; przewidywana jest więc umiarkowana poprawa i stabilizacja marży netto na bardzo niskim poziomie.
- **Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%)** pokazuje relację wyniku operacyjnego do przychodów operacyjnych. W 2025 roku osiągnie 0,57%, w 2026 roku 0,56%, a w 2027 roku 0,51%. Marża operacyjna będzie zatem kształtować się w wąskim przedziale około pół punktu procentowego, z lekką tendencją spadkową w końcówce horyzontu.
- **Wskaźnik zyskowności aktywów (%)** obrazuje efektywność wykorzystania majątku do generowania zysku netto. W 2025 roku wyniesie 0,32%, w 2026 roku 0,53%, a w 2027 roku 0,53%. Przewidywana jest poprawa produktywności aktywów i jej ustabilizowanie na wyższym poziomie od 2026 roku.

W punktacji łącznej dla tej grupy przewiduje się 9 punktów na 15 możliwych w każdym z lat 2025–2027.

Wskaźniki płynności

Wskaźniki płynności oceniają zdolność do terminowego regulowania zobowiązań krótkoterminowych połączonych Szpitali.

- **Wskaźnik płynności bieżącej** określa, w jakim stopniu aktywa obrotowe pokrywają zobowiązania bieżące. W 2025 roku ukształtuje się na poziomie 1,35, w 2026 roku 1,60, a w 2027 roku 1,63. Prognozowany jest więc wzrost, co będzie świadczyć o solidnym buforze płynnościowym.

- **Wskaźnik szybkiej płynności** mierzy możliwość spłaty zobowiązań bieżących najbardziej płynnymi aktywami (bez zapasów). W 2025 roku wyniesie 1,17, w 2026 roku 1,43, a w 2027 roku 1,46. Wypłacalność krótkoterminowa będzie oparta przede wszystkim na należnościach i środkach pieniężnych i będzie się poprawiać w całym horyzoncie.

W ujęciu punktowym przewidywana jest poprawa z 21 do 25 punktów i utrzymanie maksimum 25 punktów w latach 2026–2027.

II. Wskaźniki efektywności

Wskaźniki efektywności ilustrują długość cykli inkasa należności i regulowania zobowiązań, wpływając na wielkość potrzeb kapitału obrotowego.

- **Wskaźnik rotacji należności (dni)** wskazuje przeciętny czas oczekiwania na spływ należności. W 2025 roku wyniesie 53 dni, w 2026 roku 48 dni, a w 2027 roku 51 dni. Oczekiwane jest więc skrócenie cyklu w 2026 roku oraz jego umiarkowane wydłużenie rok później, przy zachowaniu ogólnej kontroli nad inkasem.
- **Wskaźnik rotacji zobowiązań (dni)** pokazuje przeciętny czas regulowania zobowiązań bieżących. W 2025 roku wyniesie 19 dni, a w 2026 i 2027 roku po 20 dni. Zestawienie obu cykli będzie oznaczać dodatnią lukę konwersji gotówki rzędu 34 dni w 2025 roku, 28 dni w 2026 roku i 31 dni w 2027 roku; presja na finansowanie kapitału obrotowego będzie więc umiarkowana i malejąca w środkowej części horyzontu. Punktowo wskaźniki efektywności będą utrzymywać 9 punktów na 10 możliwych w całym okresie.

III. Wskaźniki zadłużenia

Wskaźniki zadłużenia prezentują stopień finansowania majątku kapitałem obcym oraz relację długu do kapitału własnego.

- **Wskaźnik zadłużenia aktywów (%)** informuje, jaka część aktywów będzie finansowana zobowiązaniami. W 2025 roku wyniesie 43,12%, w 2026 roku 40,53%, a w 2027 roku 39,17%. Przewidywana jest poprawa struktury finansowania w kierunku mniejszego udziału kapitałów obcych.
- **Wskaźnik wypłacalności (fundusze obce / fundusze własne)** będzie kształtował się na poziomie 1,85 w 2025 roku, 1,85 w 2026 roku oraz 1,86 w 2027 roku. Relacja

długu do kapitału własnego będzie więc stabilna, z lekką tendencją wzrostową w końcówce, ale przy jednoczesnym spadku ogólnego zadłużenia aktywów.

W grupie zadłużenia łączna punktacja będzie wynosić 14 punktów w latach 2025–2026 i wzrośnie do 16 punktów w 2027 roku, przede wszystkim dzięki spadkowi wskaźnika zadłużenia aktywów.

Łączna wartość punktów dla całego zestawu wskaźników będzie wynosić 53 punkty w 2025 roku, 57 punktów w 2026 roku oraz 59 punktów w 2027 roku na 70 możliwych. Profil finansowy połączonych szpitali będzie charakteryzować się bardzo niską, lecz stabilizującą się rentownością, rosnącą płynnością, dobrą efektywnością operacyjną z kontrolowaną luką konwersji gotówki oraz malejącym ogólnym poziomem zadłużenia aktywów przy stabilnej relacji długu do kapitału własnego. W takim układzie płynność będzie się zwiększać, a dalsza poprawa wyniku będzie zależeć przede wszystkim od dyscypliny kosztowej oraz utrzymania sprawnego spływu należności.

12.5. Podsumowanie oceny sytuacji finansowej połączonych Szpitali

- W latach 2025–2027 suma bilansowa będzie rosła z 347,73 mln zł do 396,15 mln zł, czemu będzie towarzyszyć przesunięcie struktury aktywów w stronę aktywów obrotowych (z 29,7% do 35,0%). Majątek pozostanie zdominowany przez rzeczowe aktywa trwałe, lecz ich udział w sumie bilansowej będzie maleć z 70,3% do 65,0%, co będzie sprzyjało poprawie profilu płynności. W obrębie aktywów obrotowych kluczowy będzie wzrost należności krótkoterminowych (70,95 mln zł do 88,19 mln zł) oraz środków pieniężnych (17,44 mln zł do 33,80 mln zł).
- Kapitał własny będzie dodatni i wzrośnie nominalnie do 83,36 mln zł, jednak jego udział w pasywach obniży się z 23,29% do 21,04%. Równolegle zwiększą się zobowiązania i rezerwy oraz rozliczenia międzyokresowe przychodów (116,83 mln zł do 157,63 mln zł), co będzie oznaczać większą rolę przychodów przyszłych okresów w strukturze finansowania. Rezerwy osiągną 59,78 mln zł, z dominującym udziałem świadczeń pracowniczych o charakterze długoterminowym.
- Działalność będzie zyskowna przy niskich, lecz dodatnich marżach. Zysk netto wzrośnie z 1,11 mln zł do 2,04 mln zł, a skala sprzedaży będzie wspierać wynik, mimo bardzo wąskiej marży ze sprzedaży (około 0,9% w 2025 r. i około 0,3% w latach 2026–2027). Marża operacyjna utrzyma się w przedziale około 0,60–0,53%. Spadek kosztów finansowych oraz stabilne przychody finansowe będą łagodzić wpływ finansowania na wynik.
- Ogólna sytuacja płynnościowa będzie stabilna: wskaźnik płynności bieżącej wzrośnie z 1,35 do 1,63, a wskaźnik szybki z 1,17 do 1,46. Wzrost udziału gotówki i utrzymanie kontroli nad strukturą zobowiązań krótkoterminowych będą tworzyć solidną rezerwę płynnościową.
- Wskaźniki zadłużenia będą się poprawiać w ujęciu ogólnym: zadłużenie aktywów obniży się z 43,1% do 39,2%, przy jednocześnie stabilnym wskaźniku wypłacalności (fundusze obce/fundusze własne około 1,85–1,86).

- Przeciętny czas spływu należności kształtować się będzie na poziomie 53 dni w 2025 r., 48 dni w 2026 r. i 51 dni w 2027 r., przy czasie regulowania zobowiązań około 19–20 dni. Taka konfiguracja będzie zwiększać potrzeby w zakresie kapitału obrotowego i uzasadnia utrzymywanie adekwatnego poziomu środków pieniężnych.
- Łączna ocena punktowa według rozporządzenia będzie rosła z 53/70 w 2025 r. do 57/70 w 2026 r. i 59/70 w 2027 r., głównie dzięki poprawie płynności i dobrej efektywności operacyjnej. Relatywnie słabszym obszarem pozostanie struktura zadłużenia, zwłaszcza rola przychodów przyszłych okresów.

13. Działania operacyjne i uzyskane efekty planowanego procesu połączenie szpitali.

Analizując sytuację ekonomiczno – finansową szpitali oraz oceniając przeprowadzone analizy rynku oraz sytuację organizacyjną istniejącą w obu szpitalach rekomenduje się połączenie szpitali w oparciu o art. 66 ust. 1 ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz realizację następujących działań reorganizacyjnych, które mają na celu poprawę funkcjonowania poszczególnych struktur szpitali oraz gwarantują utrzymanie dobrej sytuacji ekonomiczno – finansowej jednostek. Celem nadrzędnym połączenie szpitali oraz prowadzenia działań reorganizacyjnych jest zapewnienie realizacji wszystkich świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na dotychczasowym poziomie oraz poprawę ich jakości, rozszerzenie zakresu przy zwiększeniu efektywności wykorzystania zasobów oraz racjonalizacja kosztów. Dla poszczególnych działań ujętych w koncepcji został określony zakres ich realizacji oraz oszacowano planowane efekty ekonomiczne. W wielu działaniach zawartych w koncepcji nie określono wymiernych korzyści finansowych ponieważ ze względu na ich charakter mają bardzo duży wpływ na efektywność funkcjonowania szpitali a tylko w sposób pośredni będą miały wpływ na wygenerowanie dodatkowych korzyści finansowych.

13.1. Efektywne wykorzystanie zasobów infrastrukturalnych

W zasobach obu szpitali istnieją składniki infrastruktury, które są wykorzystane w sposób mało efektywny. Proces konsolidacji szpitali jest odpowiednią sytuacją, w której należy przeprowadzić audyt infrastrukturalny w wyniku którego powstanie wykaz zasobów. Audytorzy określą możliwość efektywnego wykorzystania zasobów po połączeniu szpitali. Należy spodziewać się osiągniętego efektu społecznego w postaci zwiększenia komfortu pobytu pacjentów oraz efektu ekonomicznego w postaci ograniczenia kosztów stałych związanych z niepełnym wykorzystaniem zasobów infrastrukturalnych.

13.2. Optymalne wykorzystanie aparatury i sprzętu medycznego.

Koncepcja połączenia placówek stwarza okazję do alokacji takich składników majątkowych, które nie są intensywnie wykorzystywane w każdym ze szpitali, a mogłyby mieć zastosowanie w leczeniu pacjentów w drugim szpitalu. Przeprowadzenie odpowiedniego audytu dotyczącego efektywnego wykorzystania aparatury i sprzętu medycznego pozwoli na wskazanie konkretnych urządzeń, które będą mogłyby być wykorzystane w innej lokalizacji. Efektem społecznym takiego działania będzie zwiększenie dostępności świadczeń medycznych dla hospitalizowanych pacjentów a efektem ekonomicznym będzie obniżenie kosztów serwisu oraz obniżenie nakładów związanych z eksploatacją powyższego.

13.3. Polityka zarządzania kadrami medycznymi.

Ze względu na podobny zakres realizowanych świadczeń zdrowotnych kadra medyczna zatrudniona w obu szpitalach może być wykorzystana zdecydowanie efektywniej. Większy dostęp do kadry lekarskiej pozytywnie wpłynie na komfort pobytu pacjentów oraz na bezpieczeństwo ich hospitalizacji. Połączenie szpitali stanie się okazją do racjonalnego zarządzania kadrami medycznymi. Efektem społecznym będzie zwiększenie dostępności do świadczeń medycznych pacjentów z regionu, a efektem ekonomicznym racjonalizacja kosztów pracy pracowników medycznych. Odpowiednia polityka kadrowa dotycząca kadry medycznej zagwarantuje prawidłowe funkcjonowanie oddziałów szpitalnych. Komfortowa dziś ilość lekarzy zatrudnionych w WSzS w Białej Podlaskiej zabezpieczy w pełni potrzeby kadrowe oddziałów w SPZOZ Gruzłicy i Chorób Płuc w Adampolu. Przyniesie to efekt społeczny w postaci zwiększenia dostępności personelu medycznego dla pacjentów a tym samym zapewni bezpieczeństwo funkcjonowania oddziałów szpitalnych w SPZOZ Gruzłicy i Chorób Płuc w Adampolu. Efekt ekonomiczny zostanie uzyskany poprzez zwiększenie strumienia pacjentów hospitalizowanych w SPZOZ Gruzłicy i Chorób Płuc w Adampolu a tym samym zwiększenia wartości umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia poprzez zastosowanie algorytmu ryczałtowego na kolejny okres rozliczeniowy. Nie pojawi się obawa zaniechania lub ograniczenia działalności szpitala z powodu niespełniania warunków Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie zatrudnionego personelu.

13.4. Kadra niemedyczna – wspólna polityka zaopatrzenia i logistyki.

W procesie konsolidacji oczekuje się optymalizacji zatrudnienia w obszarze administracyjnym i technicznym. Zatrudnieni pracownicy otrzymają zmodyfikowane względem dzisiaj obowiązujących zadania i obowiązki określone w zakresach czynności, czego efektem ekonomicznym będzie racjonalizacja kosztów pracy pracowników tego obszaru w wyniku uzyskanej synergii. Połączenie szpitali umożliwi koordynację zaopatrzenia w leki i wyroby medyczne oraz wszelkie inne produkty niezbędne do funkcjonowania szpitala. Przeprowadzony audyt dotyczący asortymentów wykorzystywanych w procesie leczenia pacjentów pozwoli na wyłonienie odpowiedniego asortymentu produktów pochodzących z jednego źródła zaopatrzenia. Skala realizowanych zakupów przez WSzS w Białej Podlaskiej pozwoli na uzyskanie najniższych cen jednostkowych produktów. Efektem społecznym będzie zwiększenie dostępności pacjentów do nowoczesnych terapii lekowych. Efekt ekonomiczny objawi się w postaci obniżenia kosztów zakupu leków i wyrobów medycznych. Konsolidacja szpitali pozwoli na wprowadzenie standaryzacji stosowanego asortymentu oraz unifikacji specyfikacji asortymentowych w procesie udzielania zamówienia publicznego. Samodzielna Sekcja Zamówień Publicznych funkcjonująca w WSzS w Białej Podlaskiej będzie realizowała zadania na rzecz SPZOZ Gruzłicy i Chorób Płuc w Adampolu. Prowadzenie wspólnej polityki zaopatrzeniowej wpłynie pozytywnie na poziom ponoszonych kosztów zaopatrzenia, dzięki ujednoliceniu zamówień.

13.5. Wspólna struktura organizacyjna.

Struktura organizacyjna każdego szpitala charakteryzuje dany podmiot oraz określa poziom komunikacji pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi. Zwykle jest dostosowana do bieżących wyzwań podmiotów leczniczych oraz przekłada się na konstrukcję mapy procesowej jednostki. Połączenie szpitali będzie związane z reorganizacją jednostek oraz zmianą struktury organizacyjnej. Po przeprowadzeniu audytu dotyczącego analizy zasobów kadrowych, struktury oddziałów w obu szpitalach oraz poradni

specjalistycznych, oddziały i komórki organizacyjne SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu zostaną włączone do struktury organizacyjnej WSzS w Białej Podlaskiej oraz zostaną scharakteryzowane w regulaminie organizacyjnym szpitala. Komórki organizacyjne zostaną włączone do mapy procesowej obowiązującej w WSzS w Białej Podlaskiej, a procesy dotyczące funkcjonowania tych komórek zostaną opomiarowane odpowiednimi wskaźnikami. Cele i wskaźniki procesów zostaną ujednolicone z obowiązującymi dotychczas w WSzS w Białej Podlaskiej. Efektem społecznym tego działania będzie optymalna alokacja zasobów oraz wprowadzenie wysokich standardów zarządzania we wszystkich komórkach organizacyjnych połączonych szpitali oraz objęcie ich Akredytacją Ministerstwa Zdrowia. Efekt ekonomiczny zostanie uwidoczniiony w postaci obniżenia kosztów funkcjonowania oddziałów oraz zwiększenia przychodów w związku z objęciem zasobów SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu standardami akredytacyjnym. Akredytacja szpitala pozwalana na zwiększenie przychodów o 1,5% kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

13.6. Optymalizacja zakresu udzielnych świadczeń medycznych.

Połączenie odrębnych podmiotów leczniczych daje większe możliwości organizacyjne realizowania nowych produktów finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Jednostki po połączeniu będą w stanie skutecznie poszerzać skalę realizowanych świadczeń zdrowotnych. Efektem społecznym będzie kompleksowość i różnorodność udzielanych świadczeń zdrowotnych. Efektem ekonomicznym będzie wzrost przychodów i poprawa rentowności jednostek. Kierowanie jednoimiennymi oddziałami w różnych lokalizacjach pozwoli na wprowadzenie takiej organizacji pracy, że pacjenci wymagający pilnej diagnostyki i leczenia fazy ostrej choroby znajdą pomoc w zasobach WSzS w Białej Podlaskiej, natomiast pacjenci wymagający długotrwałej rekonwalescencji zostaną ulokowani w zasobach oddziału SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu. W dniu dzisiejszym z powodów lokalowych w WSzS w Białej Podlaskiej nie może być realizowana w pełni rehabilitacja pulmonologiczna. Zasoby lokalowe SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu mogą pozwolić na rozwinięcie tej działalności. Pacjenci hospitalizowani w SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu wymagający pilnej i głębokiej diagnostyki często związanej z wielochorobowością znajdą możliwość pilnej hospitalizacji w oddziale zlokalizowanym w WSzS w Białej Podlaskiej. Pacjenci z rozpoznaną gruźlicą płuc w oddziale WSzW w Białej Podlaskiej lub poradniach specjalistycznych odnajdą możliwość leczenia w SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu. Poprzez ustalenie nowego miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób płuc i alergologii zostaną uruchomione poradnie w lokalizacji w Adampolu.

14. Analiza ryzyka działań reorganizacyjnych

Zarządzanie ryzykiem w procesie wdrażania działań reorganizacyjnych łączonych Szpitali ukierunkowano na:

1. identyfikację zagrożeń związanych z bezpieczeństwem pacjenta,
2. określenie działań ukierunkowanych na zapobieganie wystąpieniu zagrożeń oraz bieżące monitorowanie prawidłowości ich realizacji,
3. wyeliminowanie ryzyka zaistnienia sytuacji mogących stanowić niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia pacjentów,
4. zmniejszenie skutków i prawdopodobieństwa ryzyka do poziomu akceptowalnego, niestanowiącego większego zagrożenia dla pacjenta,

5. podejmowanie działań prewencyjnych opartych na analizie ryzyka promujących bezpieczeństwo pacjenta przy zachowaniu efektywności ekonomicznej procesu leczenia.

Tabela 33 Przyjęty sposób szacowania prawdopodobieństwa i skutków oddziaływania ryzyka

opis	Prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka (P)				
	małe	umiarkowane	wysokie	bardzo wysokie	krytyczne
prawdopodobieństwo	0-10%	11-40%	41-75%	76-90%	91-99%
oznaczenie punktowe	1	2	3	4	5

Skutki oddziaływania ryzyka (S)				
małe	umiarkowane	wysokie	bardzo wysokie	krytyczne
niewielkie lub krótkotrwale zakłócenia w działalności/niewielkie (nieistotne) niekorzystne skutki finansowe/niewielkie obrażenia/ubogie informacje w mediach lokalnych lub regionalnych/inne niewielkie (nieistotne) niekorzystne konsekwencje	znaczące zakłócenia w działalności/znaczący (istotny) niekorzystny skutek finansowy/obrażenia/pewne lub ograniczone informacje w mediach lokalnych lub regionalnych/inne znaczące (istotne) niekorzystne konsekwencje nie wpływające na osiągnięcie celu/celów	zakłócenia w działalności mające wpływ na osiągnięcie celu/celów/ poważne niekorzystne skutki finansowe/poważne obrażenia/informacje w mediach krajowych/inne poważne niekorzystne konsekwencje	istotne zakłócenia w działalności mające wpływ na realizację kluczowego/podstawowego celu/celów lub brak realizacji tego celu/celów /bardzo duże niekorzystne skutki finansowe/utrata życia/inne bardzo duże niekorzystne konsekwencje	utrata zdolności do wykonywania ustawowych zadań szpitala
1	2	3	4	5

Ocena istotności ryzyka (iloczyn prawdopodobieństwa i skutku)		
Opis ryzyka	wartości punktowe	ocena ryzyka
małe	1-4	1
umiarkowane	5-9	2
wysokie	10-12	3
bardzo wysokie	15-16	4
krytyczne	20-25	5

Ocena ryzyka została przeprowadzona poprzez określenie prawdopodobieństwa (P) i skutku (S) zmaterializowania się ryzyka, a następnie ustalenia jego istotności (I) – w odniesieniu do procesu połączenia Szpitali.

Macierz ryzyka (prawdopodobieństwo x skutek)						
skutek	krytyczny	5	10	15	20	25
	Bardzo wysoki	4	8	12	16	20
	wysoki	3	6	9	12	15
	umiarkowany	2	4	6	8	10
	mały	1	2	3	4	5
		mało prawdopodobne	umiarkowanie prawdopodobne	prawdopodobne	Prawie pewne	krytyczne
prawdopodobieństwo						

Poniżej przedstawiono analizę ryzyka służącą realizacji celu nadrzędnego i celów dodatkowych, z podziałem na konkretne działania (zadania). W procesie oceny ryzyka dokonano, zgodnie z przyjętą metodologią, szacowania prawdopodobieństwa i skutku każdego ryzyka, oceny poziomu istotności ryzyka. Ponadto przedstawiono propozycje działań do podjęcia w celu Koncepcja połączenia WSzS w Białej Podlaskiej i SPZOZ Gruzlicy i Chorób Płuc w Adampolu przeciwdziałania zidentyfikowanym ryzykom.

ANALIZA (SZACOWANIE) RYZYKA								PRZECIWDZIAŁANIE RYZyku
lp	Cel	Działania (zadania)	nr	Ryzyko	Prawdopodobieństwo	Skutek	Istotność ryzyka	
1	Połączenie Szpitali	Uzyskanie pozytywnej decyzji o połączeniu	1	Negatywna decyzja Samorządu Województwa Lubelskiego o połączeniu	umiarkowane	krytyczny	wysokie	1. Prezentacja Koncepcji połączenia, ze wskazaniem korzyści wynikających z fuzji. 2. Aktywny udział w konsultacjach z zainteresowanymi podmiotami.
		Uzyskanie poparcia związków zawodowych	2	Brak poparcia związków zawodowych dla idei połączenia	umiarkowane	umiarkowany	małe	1. Aktywne konsultacje ze związkami zawodowymi.
		Uzyskanie poparcia otoczenia i pracowników	3	Brak poparcia otoczenia i pracowników dla idei połączenia (protesty pracownicze)	umiarkowane	wysoki	umiarkowane	1. Aktywne konsultacje z pracownikami. Spotkania informacyjne. 2. Mediacje i dialog społeczny
2	Wdrożenie decyzji o połączeniu i przeprowadzenie reorganizacji	Zabezpieczenie środków finansowych na koszty wprowadzanych zmian	4	Brak sfinansowania kosztów zmiany	prawdopodobne	wysoki	małe	1. Zabezpieczenie środków finansowych na koszty osobowe zmian.
		Redukcja kosztów działań restrukturyzacyjnych	5	Nieosiągnięcie przewidywanego poziomu redukcji kosztów	mało prawdopodobne	wysoki	umiarkowane	1. Determinacja we wdrażaniu działań restrukturyzacyjnych. 2. Współpraca z podmiotem

ANALIZA (SZACOWANIE) RYZYKA								PRZECIWDZIAŁANIE RYZyku
		Uzyskanie akceptacji działań restrukturyzacyjnych	6	Negatywny odbiór społeczno-polityczny działań restrukturyzacyjnych	Prawdopodobne	Bardzo wysoki	wysokie	tworzącym 1. Aktywne konsultacje ze związkami zawodowymi oraz innymi partnerami społecznymi. 2. Konsultacje z przedstawicielami Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego, konsultantem wojewódzkim. 3. Konsultacje z liderami pracowniczymi w łączonych szpitalach.
		Dobra komunikacja pomiędzy połączonymi szpitalami	7	Utrudniona komunikacja wewnętrzna pomiędzy różnymi lokalizacjami	prawdopodobne	umiarkowany	umiarkowane	1. Wdrożenie procedur komunikacji wewnętrznej. 2. Właściwa organizacja pracy kancelarii ogólnej i obiegu dokumentów.
3	Poprawa dostępności do świadczeń medycznych i wzrost kompleksowości	1. Optymalizacja struktury organizacyjnej poprzez włączenie komórek organizacyjnych	8	Niewykonanie zakontraktowanych świadczeń, obniżenie	Prawie pewne	krytyczny	krytyczne	1. Mapowanie struktury organizacyjnej obu szpitali w celu zbudowania w połączonym szpitalu

ANALIZA (SZACOWANIE) RYZYKA							PRZECIWDZIAŁANIE RYZYKU
świadczeń medycznych z zachowaniem bezpieczeństwa leczonych pacjentów.	przejmowanego szpitala do struktury Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej poprzez: 1) Racjonalne i efektywne zarządzanie kadrą medyczną lekarską obu szpitali 2) Optymalne zagospodarowanie pozostałej kadry medycznej i administracyjnej.	jakości leczenia i utraty kontraktu z NFZ z powodu braków kadrowych lekarskich.					odpowiedniej struktury organizacyjnej - identyfikacja komórek do włączenia, likwidacji i przekształcenia. 2. Zoptymalizowanie zatrudnienia kadry lekarskiej, zapewniające ciągłą i bezpieczną pracę oddziałów poprzez uzupełnienie kadry lekarzami specjalistami ze szpitala przejmującego. 3. Wspieranie lekarzy w procesie podnoszenia kwalifikacji medycznych 4. Opracowanie wspólnych programów rozwojowych i motywacyjnych. 5. Rozszerzenie działalności o nowe zakresy leczenia w rodzaju chorób płuc, co pozwoli na poprawę dostępności do świadczeń specjalistycznych oraz na wdrażanie zintegrowanych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych dla pacjentów.

ANALIZA (SZACOWANIE) RYZYKA							PRZECIWDZIAŁANIE RYZYKU	
							6. Możliwość rotacji personelu między oddziałami	
			9	Odczuwanie niepewności i obawy o utratę stanowiska oraz zmianę warunków pracy przez kadrę, które może spowodować odejście kluczowych pracowników.	prawdopodobne	umiarkowane	umiarkowane	1.Identyfikacja kluczowych stanowisk i osób. 2.Indywidualne rozmowy z kluczowymi pracownikami. 3. Wdrożenie nowej struktury organizacyjnej. Jasne opisy stanowisk i zakresów czynności.
			10	Zakłócenia w ciągłości leczenia w chwili przekształcenia szpitali	Mało prawdopodobne	wysoki	umiarkowane	1. Poinformowanie NFZ o zmianie w zakresie realizacji umów o udzielanie świadczeń medycznych w celu umożliwienia nieprzerwanego udzielania świadczeń w ramach obowiązujących kontraktów. 2.Zachowanie ciągłości stosunków pracy poprzez płynne przejęcie dokumentacji pracowniczej. 3. Skoordynowana organizacja procesu

ANALIZA (SZACOWANIE) RYZYKA								PRZECIWDZIAŁANIE RYZYKU
								przejęcia
			11	Niewykorzystanie potencjału połączenia Szpitali	Mało prawdopodobne	wysoki	małe	1. Wdrożenie polityki zatrudnienia połączonych podmiotów. 2. Szkolenia adaptacyjne i integracyjne dla zespołów medycznych. 3. Rozwój ścieżek kariery i specjalizacji w połączonej jednostce. 4. Budowa kultury organizacyjnej opartej na wartościach połączonej jednostki
		2. Zwiększenie zakresu udzielanych świadczeń medycznych i kompleksowości usług poprzez skuteczną koordynację realizowanych świadczeń medycznych.	12	Obniżenie poziomu obsługi pacjentów	umiarkowane	umiarkowany	umiarkowany	1. Wprowadzenie jednolitych standardów zarządzania oraz wdrożenie polityki jakości i kontroli wewnętrznej. 2. Ujednolicenie i wdrożenie procedur medycznych oraz standardów opieki nad pacjentem 2. Szkolenia personelu medycznego

ANALIZA (SZACOWANIE) RYZYKA								PRZECIWDZIAŁANIE RYZYKU
			13	Niespójność procedur, chaos organizacyjny	Prawie pewne	wysoki	wysokie	1.Wspólna polityka HR – ujednolicenie zasad wynagradzania, awansu, benefitów (przeгляд różnic) 2.Ujednolicenie procedur medycznych i administracyjnych 3.Szkolenia dla personelu z nowych procedur.
		3. Prowadzenie wspólnej polityki zaopatrzeniowej dotyczącej dostawy produktów leczniczych, wyrobów medycznych, jak również zakresu szeroko pojętej logistyki. 4. Racjonalne i efektywne wykorzystanie aparatury i sprzętu medycznego.	14	Brak wydolnego systemu reagowania na awarie sprzętu medycznego lub infrastrukturalne	Prawdopodobne	Bardzo wysoki	wysokie	1.Odpowiednia organizacja zespołów pracowników technicznych. 2. Reorganizacja funkcji wspierających działalność medyczną w obszarach administracji, dostaw, logistyki oraz zabezpieczenia gospodarczego i technicznego, jak również dostosowanie (ujednolicenie i integracja) funkcji zbierania, przetwarzania i analizowania informacji medycznych i niemedycznych w zintegrowanym systemie informatycznym w celu

ANALIZA (SZACOWANIE) RYZYKA								PRZECIWDZIAŁANIE RYZYKU
								optymalizowania procesów zarządczych. 3.Płynne przejęcie zasobów majątkowych i niemajątkowych na mocy obowiązującego prawa. 4.Osiągnięcie efektu skali m.in. w zakresie zakupów sprzętu, leków i materiałów medycznych.
			15	Brak jednolitego systemu informatycznego	prawdopodobne	krytyczny	Bardzo wysokie	1. Stworzenie i wdrożenie jednolitego systemu informatycznego jako priorytet działań wdrażających zmianę. 2.Zintegrowanie systemów informatycznych, obiegu dokumentów, struktur administracyjnych, służb pomocniczych i kanałów komunikacyjnych.
4	Poprawa wyniku finansowego obu jednostek oraz utrzymanie dobrej płynności finansowej	1. Optymalizacja rozliczeń z płatnikiem. 2. Włączenie do akredytacji szpitali Ministerstwa Zdrowia	16	Nieosiąganie zakładanych przychodów	umiarkowanie prawdopodobne	umiarkowane	małe	1. Wdrożenie w całej jednostce systemu efektywnego sprawozdawania świadczeń zdrowotnych płatnika. 2. Kontrola efektów

ANALIZA (SZACOWANIE) RYZYKA							PRZECIWDZIAŁANIE RYZYKU
	połączonej jednostki.	zakresu świadczeń realizowanego w przejmowanym szpitalu.					finansowych. 3. Rozszerzenie zakresu świadczonych usług zdrowotnych i pozyskiwanie większych środków w kolejnych konkursach NFZ poprzez włączenie zespołów specjalistycznych, nowej bazy łóżkowej i aparatury medycznej.
			17	Niespełnianie wymagań standardów akredytacyjnych przez przejmowany podmiot	prawdopodobne	Bardzo wysoki	wysoki

Wdrożenie zarządzania ryzykiem ma na celu poprawę jakości, sprawności i efektywności zarządzania, a w szczególności:

1. wzrost efektywności zarządzania, tj. zwiększenie prawdopodobieństwa realizacji zadań i osiągania celów poprzez stworzenie jednolitej, bardziej efektywnej struktury organizacyjnej umożliwiającej sprawniejsze zarządzanie zasobami;
2. efektywne wykorzystanie posiadanych zasobów kadrowych i sprzętowych;
3. poprawa jakości i dostępności do świadczeń dla pacjentów z przewlekłymi chorobami układu oddechowego, w tym z gruźlicą płuc.

15. Podsumowanie

Proces konsolidacji WSzS w Białej Podlaskiej oraz SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu jest wynikiem szeregu uwarunkowań organizacyjnych, ekonomicznych, kadrowych oraz systemowych.

Dane empiryczne potwierdzają, że SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu realizuje wyspecjalizowaną, długoterminową, w przeważającej mierze planową opiekę nad pacjentami z gruźlicą i przewlekłymi chorobami układu oddechowego, podczas gdy Oddział Ftyzjopulmonologii i Chorób Wewnętrznych WSzS w Białej Podlaskiej funkcjonuje jako oddział ostrodyżurowy o wysokiej rotacji, obsługujący duży wolumen pacjentów, znaczący odsetek przyjęć nagłych i rosnącą liczbę procedur zabiegowych. W ujęciu systemowym oba ośrodki pełnią komplementarne role: SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu zabezpiecza długoterminowe leczenie i izolację gruźlicy, zaś WSzS w Białej Podlaskiej zapewnia szybkie, wielospecjalistyczne leczenie ostre i diagnostykę pulmonologiczną z dostępem do szerokiego zaplecza klinicznego.

Oto kluczowe przesłanki przemawiające za zasadnością włączenia SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu w struktury WSzS w Białej Podlaskiej:

a) Poprawa efektywności zarządzania oraz racjonalizacja kosztów

Połączenie dwóch jednostek umożliwi integrację struktur organizacyjnych, która sprzyja optymalizacji wykorzystania zasobów rzeczowych i osobowych oraz pozwala na osiągnięcie efektu skali m.in. w zakresie zakupów sprzętu, leków i materiałów medycznych.

b) Podniesienie jakości i kompleksowości świadczeń zdrowotnych

Konsolidacja umożliwia efektywne wykorzystanie potencjału kadrowego i technologicznego obu placówek. Integracja będzie sprzyjać tworzeniu wyspecjalizowanych profili leczniczych, poprawie dostępności do świadczeń specjalistycznych oraz wdrażaniu zintegrowanych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych dla pacjentów.

c) Racjonalizacja sieci świadczeniodawców i dostosowanie do potrzeb demograficznych

Utrzymywanie dwóch niezależnych placówek medycznych w sytuacji ograniczonego zapotrzebowania na świadczenia lub ich duplikacji może być nieefektywne z punktu

widzenia organizacyjnego i finansowego. Konsolidacja umożliwia dostosowanie struktury świadczeniodawców do realnych potrzeb zdrowotnych mieszkańców oraz demografii regionu.

d) Problemy kadrowe i dostępność personelu medycznego

Połączenie ułatwi prowadzenie polityki kadrowej, umożliwi prawidłowe planowanie grafiku pracy, zapewnieni obsady dyżurowej oraz wzajemne uzupełnianie braków kadrowych pomiędzy jednostkami.

e) Zwiększenie potencjału rozwojowego i inwestycyjnego

Większy, zintegrowany podmiot leczniczy dysponować będzie większym potencjałem w zakresie rozwoju infrastruktury, wdrażania innowacji oraz pozyskiwania środków unijnych i krajowych na inwestycje, programy profilaktyczne i badawcze.

f) Zmiany legislacyjne i systemowe

Zmieniające się otoczenie prawne i organizacyjne systemu ochrony zdrowia, w tym reformy sieci szpitali, mogą skłaniać do konsolidacji świadczeniodawców w celu dostosowania się do aktualnych i przyszłych wymogów Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Ministerstwa Zdrowia.

Koncepcja połączenia placówek medycznych przygotowywana przez WSzS w Białej Podlaskiej nie zakłada likwidacji placówki medycznej, jaką jest SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu. W ramach procesu połączenia priorytetem jest utrzymanie funkcji leczniczych w pełnym zakresie udzielanych świadczeń obu podmiotów.

Podczas konsultacji zespołów resortowych wspólnie opracowana zostanie struktura organizacyjna w taki sposób, aby oddziały szpitalne znajdujące się w SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu współgrały z pracą innych oddziałów szpitalnych zlokalizowanych w WSzS w Białej Podlaskiej. WSzS w Białej Podlaskiej obejmuje swoją opieką populację o wielkości ok 400 tys. mieszkańców. Z racji charakteru subregionu są to mieszkańcy terenów miejsko-wiejskich, a zatem charakterystyka pacjentów jest tożsama z charakterystyką pacjentów w SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu. Oddziały szpitalne w SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu będą nadal funkcjonowały w obecnej lokalizacji a zakres udzielanych świadczeń będzie wzbogacony o poradnie specjalistyczne o specjalnościach dotyczących chorób płuc. Mieszkańcy terenów objętych opieką przez SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu znajdą w nim bardziej zróżnicowany zakres udzielanych świadczeń oraz możliwość konsultacji specjalistycznych w przypadku występowania wielochorobowości. Planując włączenie oddziałów szpitalnych SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu do WSzS w Białej Podlaskiej przewidywane jest stworzenie stałego pomostu komunikacyjnego, którym oprócz transportu pracowników, produktów leczniczych, wyrobów medycznych itp. będą mogli być przewożeni pacjenci celem konsultacji specjalistycznych.

Funkcja SPZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Adampolu nie zmieni się. Wszelkie uwarunkowania historyczne, środowiskowe, organizacyjne i medyczne będą nadal wykorzystywane w tym samym celu.

Wspomniani lekarze będą wspierać pracę kadry medycznej w oddziałach w SPZOZ Gruzłicy i Chorób Płuc w Adampolu w zakresie pracy w godzinach normalnej ordynacji, jak i w dyżurach medycznych. W SPZOZ Gruzłicy i Chorób Płuc w Adampolu w roku 2024 nastąpił kryzys związany z niedostateczną ilością lekarzy, którego skutkiem było niewykonanie kontraktu z NFZ na odpowiednim poziomie, a w konsekwencji obniżenie tego kontraktu na rok 2025 o wartość ok. 1,5 mln zł. W miesiącu czerwcu 2025 r. kryzys kadrowy objawił się ponownie. Szpital nie był w stanie zapewnić kadry medycznej w minimalnej ilości i specjalnościach określonych w warunkach NFZ. Mogło to spowodować utratę kontraktu z NFZ już od 01.07.2025r. W przypadku połączenia szpitali wspólny zespół lekarski będzie stanowił bezpieczeństwo medyczne i kadrowe w pracy wszystkich oddziałów związanych z chorobami płuc oraz poradni specjalistycznych w obu lokalizacjach. Silny zespół lekarski pod kierunkiem jednego specjalisty zwiększy potencjał leczniczy jednostki i z większą siłą odpowie na potrzeby zdrowotne regionu.

Wszystkie zasoby sprzętowe będące w posiadaniu SPZOZ Gruzłicy i Chorób Płuc w Adampolu zostaną w pełni wykorzystane w dalszym funkcjonowaniu oddziałów i poradni. Ponadto pacjenci oddziałów i poradni SPZOZ Gruzłicy i Chorób Płuc w Adampolu będą mogli korzystać z szerokiej diagnostyki radiologicznej i laboratoryjnej WSzS w Białej Podlaskiej. Po ewentualnej konsolidacji szpitali, SPZOZ Gruzłicy i Chorób Płuc w Adampolu zostanie włączony do procesu Akredytacji Szpitali Ministrostwa Zdrowia. Pozwoli to w krótkim czasie uzyskać poziom jakościowy udzielnych świadczeń określony w standardach akredytacyjnych, a ponadto wyniki akredytacji wpłyną na zwiększenie wartości umów z NFZ.

SPZOZ Gruzłicy i Chorób Płuc w Adampolu będzie nadal funkcjonował realizując dotychczasowe zadania z zakresu opieki zdrowotnej. Zakładane jest rozwinięcie tej działalności. Wszyscy pracownicy zatrudnieni w oparciu o umowę o pracę zostaną przejęci przez Szpital Przejmujący na zasadzie art. 23¹ Kodeksu Pracy, co gwarantuje im zatrudnienie na dotychczasowych warunkach oraz wszystkie prawa pracownicze obowiązujące w sektorze ochrony zdrowia. Wszystkie osoby zatrudnione w oparciu o umowy cywilno-prawne otrzymają propozycję pracy od nowego pracodawcy.

WSzS w Białej Podlaskiej posiada wieloletnie doświadczenie funkcjonowania w obiektach historycznych i na terenie objętym nadzorem Wojewódzkiego Konserwatora Zabytków. W połączeniu z doświadczeniem pracowników SPZOZ Gruzłicy i Chorób Płuc w Adampolu utrzymanie ciągłości historycznej Ordynacji będzie jeszcze bardziej realne. Po ewentualnej konsolidacji szpitali przygotowanie wniosków inwestycyjnych związanych z utrzymaniem i rewaloryzacją zasobów historycznych będzie prostsze i łatwiejsze, oddziałujące z większą siłą w odpowiednich źródłach finansowania.

Jak wynika z powyższych analiz, wskazany, spośród możliwych, sposób połączenia szpitali zapewni uzyskanie najkorzystniejszych efektów przekształcenia. Potencjał WSzS w Białej Podlaskiej, zaangażowana kadra, w tym doświadczenie kadry zarządzającej, będzie gwarancją prawidłowej realizacji planowanego połączenia szpitali.

15. Załączniki.

1. Opinia Konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chorób płuc