

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy im. księdza Jerzego Popiełuszki w Toruniu

PROGRAM NAPRAWCZY

Egzemplarz 2... z 3

Oświadczenie o prawdziwości danych zawartych w PROGRAMIE NAPRAWCZYM.

Oświadczam, że informacje zawarte w PROGRAMIE NAPRAWCZYM są prawdziwe i zgodne:

- z najlepszą wiedzą,
- stanem prawnym i faktycznym.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych.

Toruń 30.09.2021

Miejsce i data

DYREKTOR
Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego
im. Ks. Jerzego Popiełuszki

Signature Not Verified

Dokument podpisany przez Grażyna
Śmiarowska
Data: 2021.09.30.14:49:21 CEST

Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy
Im. Ks. Jerzego Popiełuszki
87-100 TORUŃ, ul. Ligi Polskiej 8
tel./fax 056 657 42 90 NIP 879-21-78-018

Toruń, wrzesień 2021

SPIS TREŚCI

I. PODSUMOWANIE.....	3
<i>Informacja o sytuacji ekonomiczno – finansowej.....</i>	<i>4</i>
<i>Informacja o źródłach przychodów.....</i>	<i>5</i>
<i>Główne przyczyny wystąpienia straty w roku 2020.....</i>	<i>5</i>
<i>Plan działań zapewniających utrzymanie zdolności ZPO do długotrwałego rozwoju.....</i>	<i>5</i>
II. ANALIZA OBECNEJ SYTUACJI ZPO	9
II.1. NAZWA, ADRES, DANE REJESTROWE.....	9
II.2. CHARAKTERYSTYKA DZIAŁALNOŚCI	10
II.3. OTOCZENIE RYNKOWE.....	15
<i>Demografia, zgony, trwanie życia</i>	<i>15</i>
<i>Sytuacja zdrowotna.....</i>	<i>18</i>
<i>Rynek opieki długoterminowej, budżet NFZ</i>	<i>21</i>
<i>Stacjonarna opieka długoterminowa</i>	<i>24</i>
<i>Domowa opieka długoterminowa.....</i>	<i>25</i>
<i>Rynek usług opieki długoterminowej w województwie kujawsko-pomorskim</i>	<i>26</i>
II.3. OCENA PRAWNA SYTUACJI MAJĄTKOWEJ	28
II.4. OCENA SYTUACJI EKONOMICZNO - FINANSOWEJ.....	29
III. DIAGNOZA STANU FINANSÓW ZPO	33
III.1. ANALIZA FUNDUSZY WŁASNYCH.....	33
III.2. ANALIZA PRZYCHODÓW I KOSZTÓW DZIAŁALNOŚCI OPERACYJNEJ.....	34
III.3. ANALIZA PRZYCHODÓW I KOSZTÓW DZIAŁALNOŚCI FINANSOWEJ	35
III.4. ANALIZA STANU TECHNICZNEGO I STOPNIA WYKORZYSTANIA MAJĄTKU RUCHOMEGO I NIERUCHOMEGO, ZE WSKAZANIEM POTRZEB REMONTOWYCH I INWESTYCYJNYCH	36
IV. SZCZEGÓŁOWA ANALIZA PRZYCHODÓW I KOSZTÓW DZIAŁALNOŚCI ZPO 37	
IV.1. STRUKTURA, DYNAMIKA PRZYCHODÓW ZE SPRZEDAŻY	37
IV.2. PRZYCHODY I KOSZTY OSOBODNIA	39
IV.3. STRUKTURA, STAN ZATRUDNIENIA, KOSZTY WYNAGRODZEŃ	43
IV.4. KOSZTY MATERIAŁÓW I ENERGII, POZOSTAŁE KOSZTY.....	47
V. ANALIZA PRZYCZYŃ WYSTĄPIENIA STRATY ZA ROK 2020.....	50
V.1. PANDEMIA COVID-19, STAWKI TARYFOWE NFZ	50
V.2. ZMIANY W OTOCZENIU – ASPEKT GOSPODARKI FUNKCJONUJĄCEJ PRZY PEŁNYM ZATRUDNIENIU.....	50
V.2. KOSZTY ŻYWIENIA I ZAKWATEROWANIA VS ODPLATNOŚĆ PACJENTÓW	51
V.3. KOSZTY MATERIAŁOWE ZWIĄZANE Z PANDEMIĄ COVID - 19	53
VI. OPIS DZIAŁAŃ PLANOWANYCH W CELU ZAPEWNIENIA ZDOLNOŚCI DO DŁUGOTRWAŁEGO DZIAŁANIA I ROZWOJU	54
VI.1. ŹRÓDŁA FINANSOWANIA DZIAŁAŃ NAPRAWCZYCH.....	56
VI.2. PLANOWANY POZIOM ZYSKÓW / STRAT I NADWYŻEK FINANSOWYCH NA LATA 2021 - 2023.....	57
VI.3. PROJEKTY PRZEWDZIANE DO REALIZACJI PRZY WSPARCIU FUNDUSZY UE W LATACH 2022 - 2027.....	59
<i>SPIS TABEL I WYKRESÓW.....</i>	<i>62</i>

I. PODSUMOWANIE

Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy im. ks. J. Popiełuszki w Toruniu jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej realizującym świadczenia zdrowotne w zakresie określonym ustawą o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz.U. 2011.112.654 z późn.zm.).

Głównym celem ZPO jest podejmowanie działań na rzecz ochrony oraz poprawy stanu zdrowia ludności poprzez pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnianie im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzenia edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowanie tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

ZPO udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie:

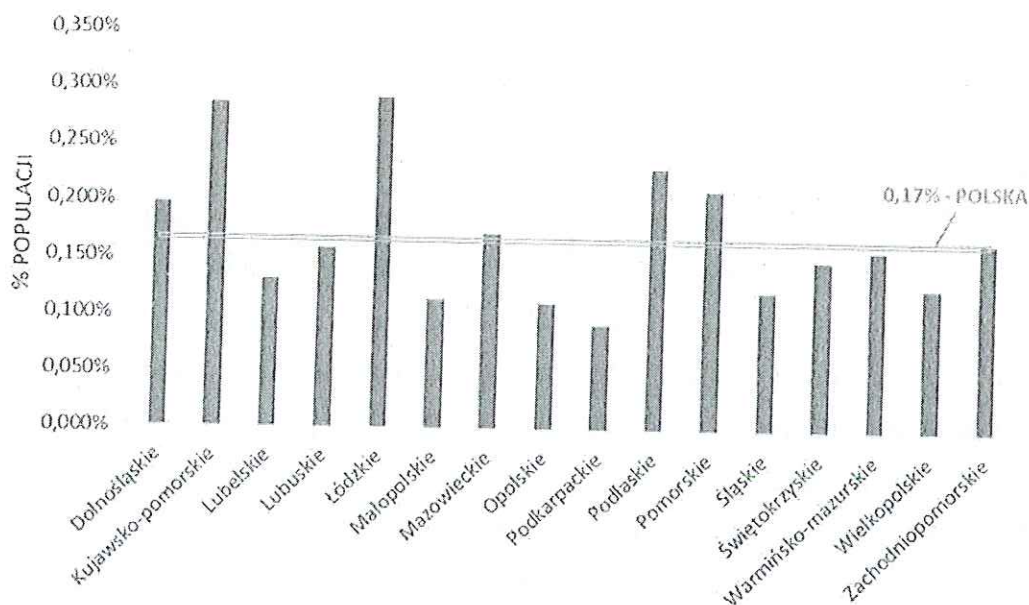
- świadczenia pielęgnacyjno – opiekuńcze realizowane w ramach opieki długoterminowej,
- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Wykaz umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia na finansowanie świadczeń ze środków publicznych zawartych na dzień sporządzenia Programu:

1. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień:
 - świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dorosłych - dla 60 pacjentów
 - świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne – dla 35 pacjentów.
2. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze:
 - świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym – 73 łóżka,
 - świadczenia dla pacjentów wentylowanych mechanicznie – 8 łóżek.

Szczególnym wyróżnikiem województwa kujawsko – pomorskiego jest wysoki – na tle Polski – wskaźnik wykrywalności osób z otępieniem (w chorobie Alzheimera). Wyniki publikowane przez NFZ wskazują, że województwo kujawsko – pomorskie ma drugi (po województwie łódzkim) najwyższy wskaźnik wykrywalności chorób otępiennych w przeliczeniu na mieszkańca (niemal dwukrotnie wyższy niż średnio w Polsce). Poniższy rysunek przedstawia

efekt systemowego wsparcia osób z chorobami otępiennymi wskazując na wyróżniające się dwa województwa w Polsce, województwo łódzkie oraz kujawsko – pomorskie.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie dane publikowanych przez NFZ (lata 2016-2019)

Informacja o sytuacji ekonomiczno – finansowej

ZPO finansuje aktywa w niemal 54% ze środków pochodzących z grantów UE.

Ocena stabilności ekonomiczno – finansowej ZPO według stanu z 30 czerwca 2021 roku przedstawia się na poziomie tożsamym jak w roku 2020, to jest **55 punktów** z uwagi na fakt utrzymanie maksymalnych punktacji we wskaźnikach płynności, zadłużenia oraz efektywności.

Jest to efekt (zasługa) stabilności struktury majątkowo – kapitałowej, która na dzień 30 czerwca 2021 nie uległa zmianie pomimo deficytowości prowadzonej działalności w roku 2020 jak również w I półroczu 2021 roku. **Wartość średnia wskaźnika stabilności struktury kapitałowo – majątkowej wynosząca 109% i pozostaje trwale powyżej poziomu normatywnego, którego poziom wynosi 100%.**

Oznacza to, że rezerwa bilansowa zapewniająca utrzymanie stabilności struktury majątkowo – kapitałowej wynosi 959 523 zł według stanu z 30 czerwca 2021 r.

Oznacza to, że wypracowanie w kolejnych okresach deficytu (straty) przekraczającego poziom 959 523 zł wywoła utratę stabilności struktury majątkowo kapitałowej.

Informacja o źródłach przychodów

Źródłem przychodów ze sprzedaży ZPO są:

- środki pochodzące z NFZ,
- odpłatność pacjentów,
- okresowo środki Gminy Miasta Toruń finansujące celowane programy zdrowotne.

Struktura przychodów ze sprzedaży w podziale na środki pochodzące z NFZ oraz odpłatność pacjentów jest stabilna. Udział przychodów z NFZ stanowi średnio 80%, odpłatność pacjentów stanowi średnio 20% w sumie przychodów ZPO.

Główne przyczyny wystąpienia straty w roku 2020

Podstawowa przyczyną wystąpienia straty za rok 2020 była pandemia COVID-19, która doprowadziła do:

- spadku stopnia obłożenia łóżek na oddziałach całodobowych z 97,5% w latach 2018 – 2019 do poziomu 83% w roku 2020 oraz,
- spadku stopnia wykorzystania miejsc w oddziale dziennym z 83% w latach 2018 – 2019 do poziomu 37% w roku 2020.

Przy średnich stawkach za osobodzień odpowiednio na oddziałach całodobowych oraz oddziale dziennym spadek stopnia wykorzystania łóżek / miejsc oznacza uszczuplenie przychodów o 1 171 000 zł. Koszty świadczeń medycznych w ZPO w znaczącym stopniu są kosztami stałymi (dominujący koszt to koszty pracy) i niesterowalnymi w krótkim i średnim okresie czasu, stąd spadek przychodów oznacza pogłębienie deficytowości usług.

Poza aspektem COVID-19, na poziom wypracowanej straty miało także wpływ historycznie pogłębiające się niedostosowanie tempa zmian i stawek taryfowych w opiece całodobowej do zmieniających się kosztów usług opiekuńczych.

Plan działań zapewniających utrzymanie zdolności ZPO do długotrwałego rozwoju

Nadchodzące zmiany w otoczeniu rynkowym wymagają przygotowania się do zmiany strategii działania ZPO oraz jednoczesnego zachowania stabilnej struktury kapitałowo – majątkowej, zachowania zdolności do terminowej obsługi zobowiązań. W świetle obecnych i projektowanych warunków rynkowych oraz systemu aktualizacji taryf NFZ, celem zarządczym ZPO jest minimalizacji straty.

Wyzwaniem które stoi przed ZPO jest jednoczesne zbilansowanie przychodów i kosztów pieniężnych oraz przygotowanie się do fundamentalnej zmiany struktury rynku opieki długoterminowej w perspektywie najbliższej dekady. Istotny (aż 75%) wzrost populacji w wieku 75-84 lat w najbliższych dziesięciu latach wywoła ponad 100% wzrost potrzeb w zakresie wsparcia osób niesamodzielnych / niepełnosprawnych w domu, poprzez różne formy długoterminowej opieki domowej.

Zapewnienie zdolności do długookresowego działania ZPO wymaga takiej przebudowy portfela usług oferowanych przez ZPO, by struktura przychodów ZPO była jak najbardziej zmieniającej się struktury środków kierowanych do opieki długoterminowej (zmiana demograficzna o której mowa wyżej spowoduje odwrócenie obecnej struktury rynku, w której dominuje opieka stacjonarna).

Pandemia COVID-19 jest czynnikiem utrudniającym sprostanie wyzwaniom które stoją przed ZPO, a które wynikają z obecnego systemu taryf NFZ, zmian demograficznych oraz tempa zmian kosztów materiałów i usług oraz wynagrodzeń.

Podstawowym planem działań mającym na celu minimalizację straty, poza:

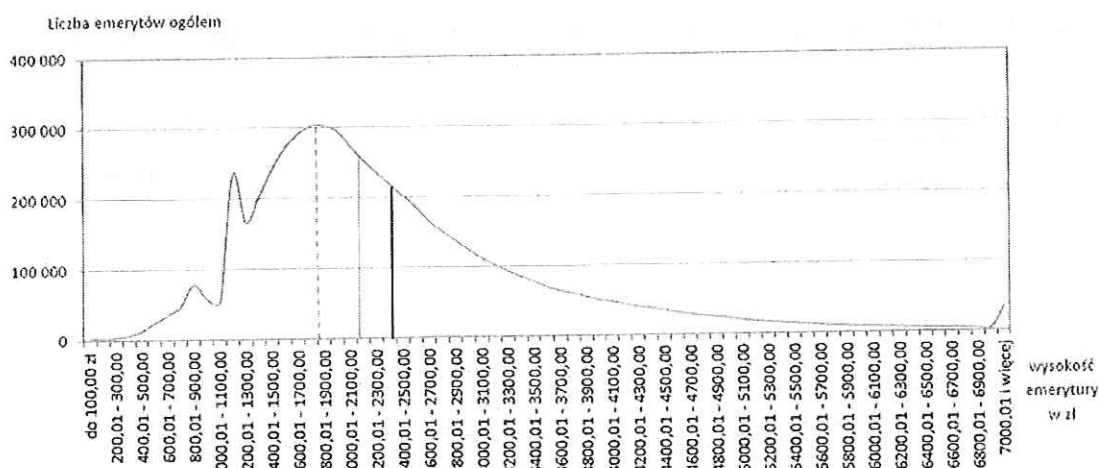
- ciągłym procesem optymalizacji kosztów i ich dostosowywania do potrzeb świadczenia usług opiekuńczych,
- ciągłym procesem optymalizacji skali działania (w tym okresowa redukcja liczby miejsc na Oddziale Dziennym adekwatnie do zmieniającego się popytu rynkowego, zmiana liczby miejsc w zakresie usług opiekuńczo – leczniczych psychiatrycznych kosztem miejsc opiekuńczo - leczniczych),
- adaptacją do warunków rynkowych (w szczególności w zakresie wymagań stawianych przez NFZ jako głównego płatnika),

jest maksymalizacja przychodów, w tym pochodzących z kontraktów z NFZ.

Źródłem finansowania działań naprawczych ukierunkowanych na minimalizację straty i zachowanie stabilności struktury kapitałowo – majątkowej oraz zdolności do terminowego regulowania zobowiązań będą:

1. negocjacje z NFZ ukierunkowane na maksymalizację wartości kontraktu z ZPO z możliwością elastycznej zmiany struktury realizacji kontraktu w zależności od potrzeb rynku oraz potrzeb związanych z minimalizacją straty po stronie ZPO;
2. negocjacje z NFZ w kierunku zafakturowania za bieżący rok wykonanych nadwykonań a w kolejnym kroku podjęcie negocjacji z NFZ w kierunku umorzenia 415 000 zł kontraktu rozliczanego w układzie miesięcznym w roku 2020 oraz początkiem roku 2021 (aspekt COVID-19),
3. aktualizacja wartości dopłaty pacjentów do kosztów zakwaterowania i żywienia – do poziomu 300 zł miesięcznie na pacjenta celem zbilansowania różnicy w osiągniętych przychodach i kosztach tej działalności, poziom dodatkowej odpłatności przy ściągalskości wynoszącej 90%, zapewni wzrost przychodów w wysokości 457 000 zł. rocznie. Rozkład wysokości świadczeń wypłacanych przez ZUS w 2020 roku wskazuje, że zarówno przy dominancie (D), medianie (M) jak i średniej (x) wysokości wypłacanych emerytur, poziom 70% wskazanych parametrów rozkładu świadczeń nie pokrywa bieżących kosztów żywienia i zakwaterowania w ZPO (w kujawsko – pomorskim parametry rozkładu wypłat świadczeń przez ZUS są niższe o 10%-13%).

$$\bar{X} > M > D$$



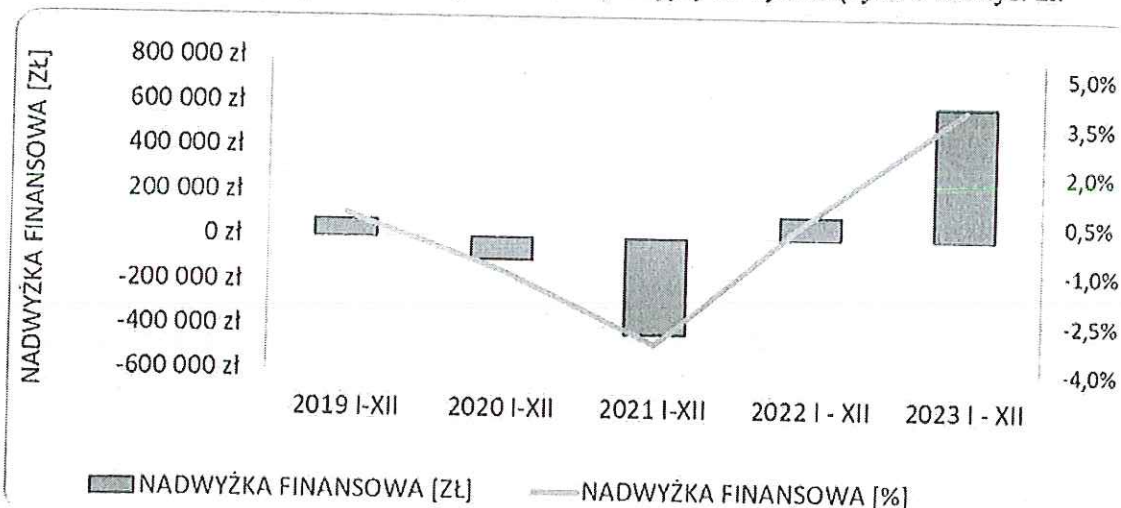
Źródło: Struktura wysokości świadczeń wypłacanych przez ZUS po waloryzacji w marcu 2020 roku, Rys. 6 strona 23

4. osiągnięcie niższych kosztów funkcjonowania opieki stacjonarnej – pomimo obowiązywania kontraktu NFZ do końca roku 2022 – poprzez zwiększenie ilości miejsc stacjonarnych w zakresie usług opiekuńczo – leczniczych psychiatrycznych, oczekiwana zmiana kosztów w ujęciu rocznym to -75 000 zł,
5. dalsza zmiana struktury zatrudnienia kadry medycznej – wyrównanie liczby etatów pielęgniarek i opiekunek medycznych, oczekiwana zmiana kosztów w ujęciu rocznym to -75 000 zł,
6. redukcja nadwyżkowych kosztów materiałowych wynikająca z pandemii COVID-19, która docelowo pozwoli na redukcję kosztów w ujęciu rocznym o -416 000 zł
7. zamrożenie wydatków inwestycyjnych na lata 2021 – 2023 (co przekłada się na maksymalizację cash flow, to jest przepływu pieniężnego bez względu na wypracowany poziom wyniku finansowego);

Projektowany poziom przychodów ze sprzedaży (rok 2020 = 10 634 tys. zł) w nadchodzących latach:

- rok 2021 = 13 688 tys. zł
- rok 2022 = 14 343 tys. zł
- rok 2023 = 14 816 tys. zł

Projektowany poziom nadwyżek finansowych (zysk / strata netto + amortyzacja) zakłada wypracowanie w okresie pięciu lat (2019 – 2023) nadwyżki finansowej na poziomie 230 tys. zł przy skumulowanym poziomie odpisów amortyzacyjnych wynoszących 3 033 tys. zł.



II. ANALIZA OBECNEJ SYTUACJI ZPO

II.1. Nazwa, adres, dane rejestrowe

1. Nazwa: Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy im. ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu
2. NIP: 8792178018
3. REGON: 871219178
4. Forma prawna: samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej
5. Forma własności: jednostki samorządu terytorialnego lub samorządowe osoby prawne
6. Nazwa i numer dokumentu rejestrowego: Sąd Rejonowy w Toruniu, VII wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS nr 0000009548
7. PKD: 86.10.Z Działalność szpitali
8. Data rozpoczęcia działalności: 01.02..2000 r.
9. Adres:
- | | |
|--------------|----------------------|
| Kraj | Polska |
| Województwo | kujawsko - pomorskie |
| Powiat | Toruń |
| Gmina | Toruń |
| Miejscowość | Toruń |
| Kod pocztowy | 87 - 100 |
| Ulica | Ligi Polskiej |
| Nr budynku | 8 |
| Nr lokalu | - |
| Telefon | 56 657 42 90 |
| Faks | 56 657 42 90 |
| Adres e-mail | zpo@zpotorun.pl |

W niniejszym PLANIE NAPRAWCZYM stosuje się skrót:

„ZPO” w rozumieniu Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy im. ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu

II.2. Charakterystyka działalności

Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy im. ks. J. Popieluszki w Toruniu jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej realizującym świadczenia zdrowotne w zakresie określonym ustawą o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz.U. 2011.112.654 z późn.zm.).

Głównym celem ZPO jest podejmowanie działań na rzecz ochrony oraz poprawy stanu zdrowia ludności poprzez pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnianie im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzenia edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowanie tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

Zadaniem ZPO jest organizowanie i udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom dorosłym.

Zadania realizowane przez ZPO to:

- świadczenia pielęgnacyjne i pielęgniarские,
- świadczenia rehabilitacyjne,
- świadczenia lecznicze,
- świadczenia psychologiczne,
- świadczenia logopedy / neurologopedy,
- świadczenia dietetyczne,
- terapia zajęciowa,
- promocja i edukacja zdrowotna,
- świadczenia opiekuńcze,
- usługi wspomagające polegające na realizacji potrzeb religijnych.

ZPO udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- świadczenia pielęgnacyjno – opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej,
- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Od kwietnia 2021 roku nastąpiło zwiększenie kontraktu o kolejne 16 łóżek na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze. Liczba łóżek stacjonarnych w ZPO wynosi 141.

Wykaz umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia na finansowanie świadczeń ze środków publicznych zawartych na dzień sporządzenia Programu:

1. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień:
 - świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dorosłych - dla 60 pacjentów
 - świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne – dla 35 pacjentów.
2. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze:
 - świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym – 73 łóżka,
 - świadczenia dla pacjentów wentylowanych mechanicznie – 8 łóżek.

II.3. Struktura organizacyjna ZPO

Komórki organizacyjne określone w strukturze organizacyjnej statutu ZPO grupuje się według następującego schematu:

- 1) zakład leczniczy – Zakład Opieki Długoterminowej, w skład którego wchodzi:
 - oddział opieki całodobowej o profilu somatycznym,
 - oddział opieki całodobowej opiekuńczo–leczniczy o profilu psychogeriatrycznym,
 - oddział opieki całodobowej opiekuńczo–leczniczy–dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,
 - oddział dzienny psychiatryczny geriatryczny,
 - dzienny dom opieki medycznej (DDOM) – obecnie możliwa tylko odpłatna forma świadczeń – aspekt trwałości projektu,
 - całodobowa opieka interwencyjna (doraźna),
 - dział farmacji szpitalnej.
- 2) inne komórki organizacyjne podmiotu leczniczego, w skład którego wchodzi:
 - dział administracyjno – gospodarczy,
 - samodzielne stanowiska pracy.

Zadaniem oddziału opieki całodobowej o profilu somatycznym i oddziału opiekuńczo – leczniczego dla pacjentów wentylowanych mechanicznie jest udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących świadczenia pielęgniarские, pielęgnacyjno–opiekuńczej terapeutyczne dla pacjentów przewlekle chorych i niesamodzielnych w tym także:

- prowadzenie rehabilitacji ruchowej w zakresie niezbędnym do przeciwdziałania skutkom długotrwałego unieruchomienia,
- opieka psychologa i psychoterapeuty,
- opieka lekarza zapewniająca nadzór nad kontynuacją leczenia,
- udzielanie konsultacji specjalistycznych w zakresie niezbędnym do kontynuacji leczenia,
- kontynuowanie leczenia farmakologicznego,
- opieka logopedy,
- wykonywanie badań laboratoryjnych i diagnostycznych niezbędnych do kontynuacji leczenia,
- prowadzenie edukacji zdrowotnej,
- zakwaterowanie i zapewnienie wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia,
- transport sanitarny na warunkach określonych w odrębnych przepisach,
- prowadzenie szkoleń wewnątrzzakładowych personelu medycznego.

Zadaniem oddziału opieki całodobowej o profilu psychogeriatrycznym jest udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących świadczenia pielęgniarские, pielęgnacyjno – opiekuńcze i terapeutyczne dla pacjentów przewlekle chorych z zaburzeniami psychicznymi wyłącznie z zespołami objawowymi (F00- F09); w tym także:

- opieka psychologa,
- opieka terapeuty zajęciowego,
- opieka lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii i chorób wewnętrznych,
- udzielanie konsultacji specjalistycznych w zakresie niezbędnym do kontynuacji leczenia,
- zapewnienie leków i wyrobów medycznych,
- wykonywanie badań laboratoryjnych i diagnostycznych niezbędnych do kontynuacji leczenia,
- prowadzenie edukacji zdrowotnej,
- zakwaterowanie i zapewnienie wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia,

- transport sanitarny na warunkach określonych w odrębnych przepisach,
- prowadzenie szkoleń wewnątrzzakładowych personelu medycznego.

Zadaniem oddziału dziennego psychiatrycznego geriatrycznego jest diagnostyka, leczenie i rehabilitacja osób z zaburzeniami psychicznymi powyżej 60 roku życia włącznie z zespołami objawowymi (F00-F09),

- opieka psychologa i psychoterapeuty,
- opieka pielęgniarska oraz lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii,
- świadczenia i programy terapeutyczne,
- zapewnienie leków oraz badań diagnostycznych,
- działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin,
- zapewnienie pobytu i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia.

Zadaniem dziennego domu opieki medycznej jest zapewnienie opieki medycznej połączonej z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych. Do podstawowych kategorii świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach dziennego domu opieki medycznej należą:

- usprawnianie ruchowe,
- stymulacja procesów poznawczych,
- terapia zajęciowa,
- opieka pielęgniarska, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji,
- doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych,
- przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne).

Pomimo zakończenia realizacji projektu, w okresie trwałości projektu tj. od 1 listopada 2018 r. do 31 października 2021 r. ZPO zapewnia gotowość do dalszego świadczenia usług w takim samym zakresie. Zgodnie z umową o dofinansowanie ZPO ma możliwość udzielania świadczeń w ramach DDOM z prawem do pobierania opłat za udzielane świadczenia bez możliwości generowania dochodu. Koszt osobodnia wynosi 160,00 zł. (opłata w formie zaliczki). Udzielanie świadczeń rozpocznie się po zebraniu grupy minimum 12 osób.

Całodobowa opieka interwencyjna (doraźna) została uruchomiona od 03.08.2020 r.

W trybie opieki interwencyjnej mogą zostać przyjęci chorzy w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia lub sytuacją życiową chorego lub opiekuna, na okres do 3 miesięcy. Po upływie tego okresu pacjent zostanie wypisany do domu lub do innego podmiotu leczniczego. Z wsparcia mogą skorzystać chorzy, którzy w ocenie w skali Barthel nie przekroczyli 40 punktów.

W ramach opieki interwencyjnej pacjenci objęci będą stałą kontrolą lekarską, pielęgnacją, opieką oraz rehabilitacją.

Przyjęcie odbywają się na podstawie skierowania wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i załączników do skierowania. Z wnioskiem o wydanie skierowania może wystąpić osoba chora, jej opiekun faktyczny lub przedstawiciel ustawowy. Przed przyjęciem do Zakładu w trybie opieki interwencyjnej Zakład może żądać potwierdzenia stanu zdrowia chorego lub szczególnej sytuacji życiowej opinią lub zaświadczeniem lekarza, psychologa lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

Kierownikiem podmiotu leczniczego jest Dyrektor ZPO, który kieruje ZPO i jest przełożonym wszystkich pracowników. Poszczególne oddziały kierowane są przez koordynatorów oddziałów, którzy są bezpośrednim przełożonym pracowników oddziału.

II.3. Otoczenie rynkowe¹

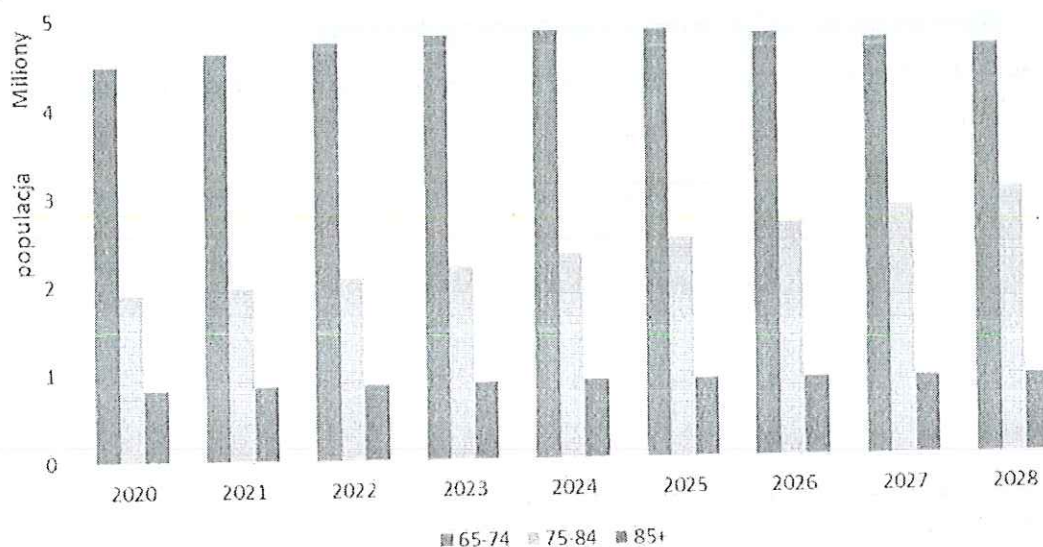
Demografia, zgony, trwanie życia

Populacja ludzi starszych (po ukończeniu 60 roku życia) stanowiła - według danych GUS z roku 2019 - 5,40% populacji Polski i odpowiednio 5,36% populacji województwa kujawsko – pomorskiego. Pozwala to na pełną porównywalność danych demograficznych dotyczących Polski oraz województwa kujawsko – pomorskiego w rozumieniu „częstości występowania”. Relacja danych ogólnopolskich do danych wojewódzkich może być przeliczana według stosunku 1 : 18,5.

Liczba osób w wieku 65+ będzie rosła w najbliższych pięciu latach w tempie 2,3% rocznie przy założeniu utrzymania wskaźników dalszego trwania życia Polaków sprzed okresu pandemii COVID-19:

- tempo wzrostu ludności w wieku 65-74 lat: 0,7% w skali rocznej,
- tempo wzrostu ludności w wieku 75 – 84 lat: 6,1% w skali rocznej,
- tempo wzrostu ludności w wieku 85+ lat: 1,2% w skali rocznej.

Rysunek 1. Ludność Polski według rozdzielných grup wieku w latach 2020 – 2028 (trwanie życia sprzed okresu pandemii COVID-19).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

¹ Źródło: STRATEGIA DEINSTYTUCJONALIZACJI; OPIEKA ZDROWOTNA NAD OSOBAMI STARSZYMI, Załącznik nr 1 do dokumentu „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.,

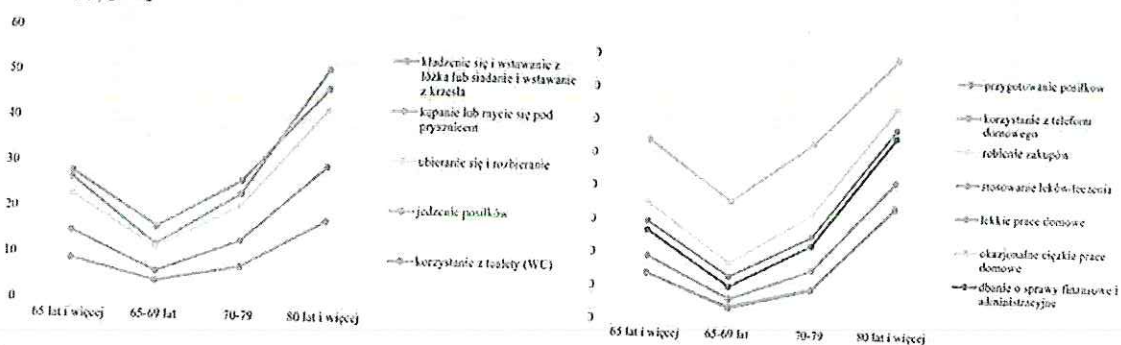
Powyższe oznacza, że dominujący wzrost ludności w starszym wieku będzie dotyczył grupy wiekowej 75 – 84 lat, która według powyższych informacji będzie rocznie zwiększała się o 6,1% w najbliższych 5 latach i średnio ponad 5,8% rocznie w najbliższych 10 lat (jest to trwała tendencja, która doprowadzi do wzrostu ilości tej grupy wiekowej o 75% w stosunku do stanu z roku 2021).

Zdolność do samoobsługi to jest możliwości wykonania czynności, które każdy człowiek dorosły wykonuje codziennie oraz do prowadzenia gospodarstwa domowego maleje w miarę upływu lat. Co trzecia osoba w wieku 65 lat i więcej ma trudności z wykonaniem codziennych czynności związanych z samoobsługą. Dla tej grupy osób największą trudność stanowi kładzenie się i wstawanie z łóżka lub siadanie i wstawanie z krzesła, w następnej kolejności kąpanie się lub mycie pod prysznicem oraz ubieranie się i rozbieranie. Wśród osób najstarszych problemy z samoobsługą deklarują 3 osoby z 5. Robienie codziennych zakupów sprawia trudność co trzeciej starszej osobie, a w dalszej kolejności wykonywanie lżejszych prac domowych czy też dbanie o sprawy administracyjne czy finansowe.

Według przeprowadzonych przez GUS badań z roku 2016:

- blisko 45% osób starszych mających problemy z podstawową samoobsługą musi sobie radzić sama, bo nie ma żadnej pomocy;
- blisko 28% starszych osób zgłaszających ograniczenia w prowadzeniu gospodarstwa domowego nie ma żadnej pomocy i musi sobie radzić sama.

Rysunek 2. Trudność w samoobsłudze (lewy) i prowadzeniu gospodarstwa domowego (prawy) [%]

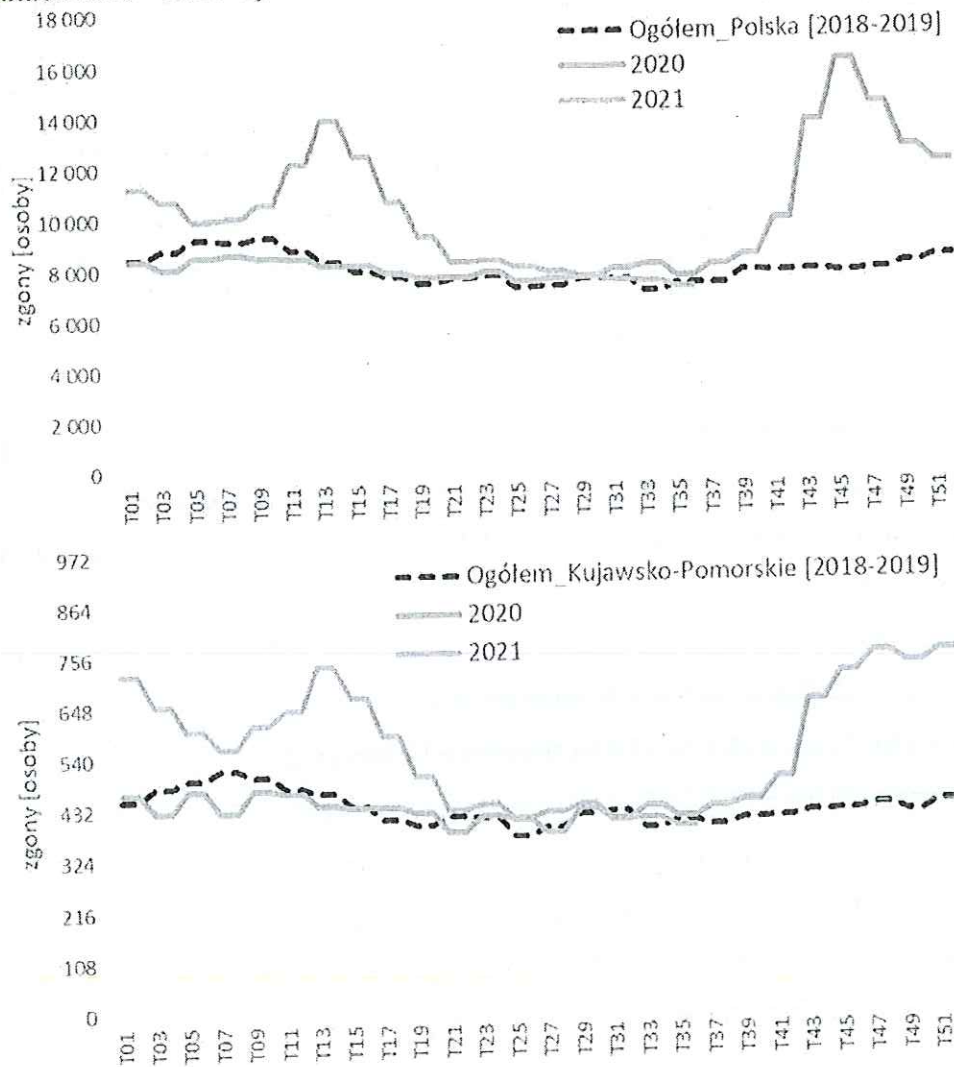


Źródło: Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy GUS, notatka przygotowana na posiedzenie Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej dotyczące „Informacji Ministra Zdrowia na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia i Narodowy Program Zdrowia”, strona 17

Istotny (aż 75%) wzrost populacji w wieku 75-84 lat w najbliższych dziesięciu latach wywoła ponad 100% wzrost potrzeb w zakresie wsparcia osób niesamodzielnych / niepełnosprawnych w domu, poprzez różne formy długoterminowej opieki domowej.

Pandemia COVID-19 wywołała istotne zmiany w zakresie szacunków dalszego trwania życia Polaków publikowanych przez GUS.

Rysunek 3. Zmienność liczby zgonów w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim w latach 2020 – 2021 wywołana COVID-19



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Zbiorcze zestawienie przedstawiono w tabeli poniżej. W Polsce, liczba nadwyżkowych zgonów w stosunku do średniego poziomu z lat 2018 – 2019 wyniosła 124 514 osób (okres 52 tygodni roku 2020 oraz 36 tygodni roku 2021), w tym 116 365 osób z kategorii wiekowej 65% (niemal 93,5%).

W województwie kujawsko – pomorskim liczba nadwyżkowych zgonów w stosunku do średniego poziomu z lat 2018 – 2019 wyniosła 6 820 osób (okres 52 tygodni roku 2020 oraz 36 tygodni roku 2021), w tym 6 458 osób z kategorii wiekowej 65% (niemal 94,7%).

Tabela 1. Nadwyżkowa liczba zgonów w podziale na podregiony i grupy wiekowe wywołane COVID – 19 (punkt odniesienia: lata 2018-2019)

52	52	36	88	1	TYGODNIE
2018-2019	2020	2021	NADWYŻKA ZGONÓW	NADWYŻKA ZGONÓW /tydzień	PODREGION / GRUPA WIEKOWA
7 875	9 112	9 546	124 514	1 415	Ogółem_PL_Polska
1 142	1 294	1 405	17 429	198	Ogółem_PL6_Makroregion Północny
428	486	533	6 820	77	Ogółem_PL61_Kujawsko-Pomorskie
154	177	196	2 689	31	Ogółem_PL613_Bydgosko-Toruński
5 987	7 190	7 483	116 365	1 322	65 i więcej_PL_Polska
853	1 008	1 091	16 558	188	65 i więcej_PL6_Makroregion Północny
321	379	416	6 458	73	65 i więcej_PL61_Kujawsko-Pomorskie
119	141	156	2 468	28	65 i więcej_PL613_Bydgosko-Toruński

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Nadwyżkowe zgony wywołane COVID-19 wywołały skokową zmianę w zakresie skali zgonów głównie w grupie wiekowej 65% i zmiana ta jest na dzisiaj określona. Trudno określić zmianę w oczekiwanej długości życia Polaków, która jest / będzie wywołana pandemią COVID-19.

GUS w aktualizacji tabeli dalszego trwania życia w roku 2021 skrócił – w stosunku do roku 2020 - oczekiwaną długość dalszego trwania życia o:

- osób w wieku 60 lat: z 18,1 do 17,0 lat (korekta o 13 miesięcy),
- osób w wieku 70 lat: z 14,8 do 13,7 lat (korekta o 12 miesięcy),
- osób w wieku 80 lat: z 8,7 do 8,0 lat (korekta o 8 miesięcy),
- osób w wieku 85 lat: z 6,3 do 5,8 lat (korekta o 6 miesięcy).

Pełen obraz skutków pandemii COVID-19 nie jest nam dzisiaj zmiany, nie mniej skrócenie oczekiwanej dalszej długości trwania życia to obniżenia stanu zdrowia populacji, jej samodzielności a z drugiej strony wzrost kosztów długoterminowej opieki zarówno domowej jak i stacjonarnej.

Sytuacja zdrowotna

Wśród ludzi starszych (po ukończeniu 60. roku życia) w Polsce często występują długotrwałe problemy zdrowotne. Ponad 70% 50-latków sygnalizowało wystąpienie takich problemów, wśród 60-latków odsetek ten wyniósł już 85%, a w grupie ludzi najstarszych – ponad 90%.

Obok długości trwania życia, istotne znaczenie dla jakości życia ma długość trwania życia w zdrowiu wyliczane na podstawie średniej liczby lat życia bez niepełnosprawności.

Według szacunków Eurostatu, mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) przeciętnie 60,5 lat (82,1% oczekiwanej całkowitej długości życia), a kobiety średnio 64,3 lat (78,7% oczekiwanej całkowitej długości życia).

Jakość życia starszych Polaków pozostaje niezadowolająca ze względu na znaczne obciążenie chorobami przewlekłymi i wielochorobowością (osoby w wieku powyżej 70 lat chorują średnio na co najmniej trzy choroby przewlekłe) oraz niesprawnością funkcjonalną (oddziaływającą na stan psychiczny i samoocenę stanu zdrowia), których prawdopodobieństwo wystąpienia wzrasta wraz z wiekiem. Wszystko to z kolei zwiększa prawdopodobieństwo zapotrzebowania na świadczenia medyczne, w tym także świadczenia opiekuńcze.

Według OECD głównymi przyczynami zgonów w krajach OECD w 2017 r. były kolejno:

- 1) choroby układu krążenia (31%),
- 2) nowotwory (25%),
- 3) choroby układu oddechowego (10%),
- 4) choroba Alzheimera i inne choroby otępienne (9%).

W kontekście problemów zdrowotnych osób starszych istotną rolę odgrywają zaburzenia otępienne, w tym choroba Alzheimera, której rozpowszechnienie w Polsce szacuje się od 360 tys. do 470 tys., a według szacunków organizacji Alzheimer Europe – nawet na 500 tys. osób.

Według danych GBD liczba chorych na Alzheimera na 2019 r. w Polsce to ok. 585 tys. osób. Należy przy tym podkreślić, że o ile w latach 2005–2010 coroczny wzrost liczby chorych utrzymywał się na poziomie nieprzekraczającym 2%, o tyle w latach 2010–2015 dynamika ta wynosiła już 3–4%. Badania wskazują, iż ryzyko zachorowania na chorobę Alzheimera po ukończeniu 65. lat ulega praktycznie podwojeniu z upływem każdych kolejnych 5 lat życia.

Warto podkreślić, że osoby starsze, przez wzgląd na choroby przewlekłe i postępującą z wiekiem potrzebę wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, stanowią również najliczniejszą grupę wiekową wśród osób deklarujących niepełnosprawność w Polsce.

Występowanie chorób i dolegliwości przewlekłych z reguły wzrasta wraz z wiekiem. Wyjątkiem jest alergia, która w zbliżonym stopniu dotyczyła wszystkich grup wiekowych – od 7,5% osób w grupie wieku 40-49 lat do 10,5% w grupie wieku 70-79 lat.

Wskazane niżej dolegliwości i choroby wskazują na rosnący poziom niepełnosprawności osób, która wraz z wiekiem ulega mnożnikowemu wzrostowi.

Tabela 2. Odsetki wskazań najczęściej pojawiających się chorób i dolegliwości przewlekłych u osób w wieku 60 lat i więcej

Choroba lub dolegliwość	60-69	70-79	80 lat+
Wysokie ciśnienie krwi	49,8	66,5	68,9
Choroba zwyrodnieniowa stawów	29,3	44,0	52,0
Bóle dolnej partii pleców	38,5	45,2	51,3
Choroby prostaty ^b	13,5	30,5	41,3
Choroba wieńcowa	13,6	26,6	38,3
Bóle środkowej partii pleców	23,4	29,7	35,8
Bóle szyi	25,8	29,7	31,4
Nietrzymanie moczu	6,3	15,9	29,8
Cukrzyca	16,1	26,5	22,8
Wysoki poziom lipidów	19,9	23,9	20,7
Problemy z nerkami	5,9	9,9	14,1
Choroby tarczycy	13,6	15,8	13,0
Silne bóle głowy (migrena)	9,8	9,8	12,8
Zawał serca/ przewlekłe konsekwencje	4,7	8,2	11,1
Astma	5,7	7,5	9,1
Udar mózgu/ przewlekłe konsekwencje	3,1	6,1	8,1
Alergia	8,0	10,5	7,6
Depresja	6,0	8,2	7,6
Choroba wrzodowa	5,0	6,6	6,8
Przewlekłe zapalenie oskrzeli/ POCHP/ rozedma płuc	4,7	7,4	6,7

Źródło: GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2019 (na podstawie wyników Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia – EHIS 2019 r.)

W Polsce, według najnowszego badania przeprowadzonego przez GUS, odsetek osób z niepełnosprawnością przedstawiał się następująco:

- a) 60 – 69 lat, 22,9% (w tym z orzeczeniem o niepełnosprawności 19,4%),
- b) 70 – 79 lat, 32,5% (w tym z orzeczeniem o niepełnosprawności 23,3%),
- c) Powyżej 80 lat, 52,2% (w tym z orzeczeniem o niepełnosprawności 32,1%).

Osoby starsze w Polsce, co do zasady, mają dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach ogólnych, jednak ze względu na zwiększający się wraz z wiekiem wskaźnik chorobowości osoby starsze stanowią grupę najczęściej korzystającą ze świadczeń opieki zdrowotnej.

Osoby starsze stają się podmiotem zainteresowania instytucji publicznych lub organizacji szczególnie wówczas, gdy pogarszający się stan zdrowia oraz ograniczenie lub utrata sprawności i samodzielności, a więc kwestie powiązane z procesem starzenia, prowadzą do obniżenia jakości ich życia, w tym życia związanego ze zdrowiem.

W ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osobom starszym w Polsce przysługuje wsparcie medyczne, zarówno w trybie stacjonarnym, jak i dziennym oraz domowym (podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, opieka szpitalna, opieka długoterminowa, opieka paliatywno-hospicyjna).

Rodzajami świadczeń gwarantowanych dedykowanymi w szczególności osobom starszym są:

- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej dostępne w warunkach stacjonarnych lub domowych;
- świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej dostępne w warunkach stacjonarnych, ambulatoryjnych lub domowych.

Ponadto osobom starszym dedykowane były również usługi opieki dziennej udzielane w ramach Dziennych Domów Opieki Medycznej (DDOM), które powstały w ramach projektów współfinansowanych ze środków UE.

Rynek opieki długoterminowej, budżet NFZ

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej są adresowane zarówno do osób dorosłych, jak i do dzieci, w przeważającej części pacjenci objęci opieką to osoby starsze, najczęściej z chorobami przewlekłymi, wymagające stałej opieki i pomocy.

W 2018 r. ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej stacjonarnej finansowanych ze środków publicznych skorzystało łącznie *110 tys. pacjentów (290 na 100 tys. ludności)*, w tym:

- 93 tys. to pacjenci w wieku 65 lat i więcej;
- 15,8 tys. to pacjenci w wieku 18 – 65 lat;
- 1,2 tys. to pacjenci w wieku poniżej 18. roku życia.

Odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej objętych opieką długoterminową jest w Polsce najniższy wśród państw OECD i wynosi 1,4 % (OECD 25 – 10,8%).

Świadczenia opieki długoterminowej udzielone w warunkach domowych w skali całej Polski w 2019 r. zostały udzielone łącznie niemal *69 tys. pacjentom (179 na 100 tys. ludności)*:

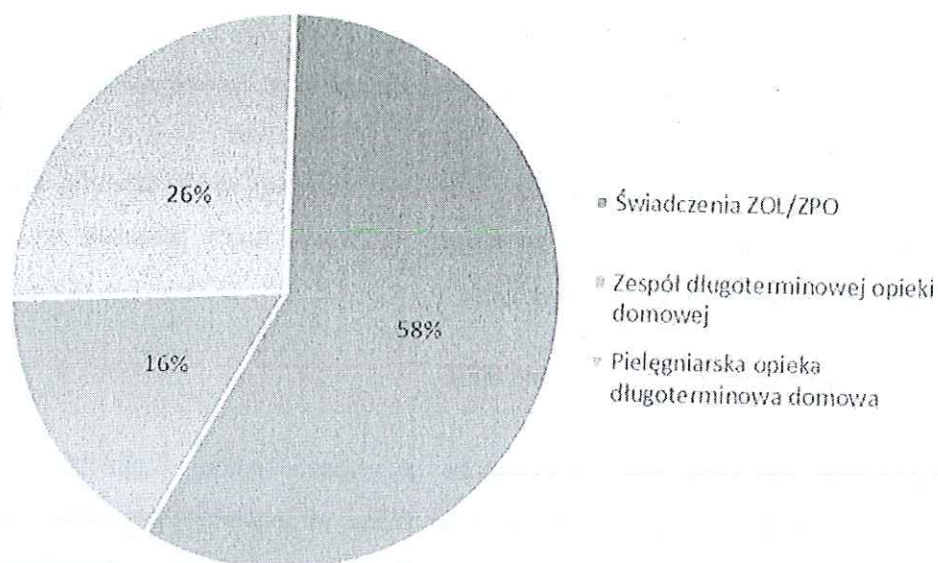
- 38 tys. to pacjenci w wieku 80 lat i więcej;
- 19 tys. to pacjenci w wieku 65 – 79 lat;
- 8 tys. to pacjenci w wieku 40 – 64 lat;

- 4 tys. to pacjenci w wieku poniżej 40 lat.

Ponad 2/3 ogółu pacjentów (67%) stanowiły kobiety, a 66% mieszkańcy miast. Wśród ogółu pacjentów 41% osób miało stwierdzony znaczny stopień niepełnosprawności, a 6% – umiarkowany bądź lekki.

Rynek opieki długoterminowej ewoluuje w kierunku opieki realizowanej w domu.

Rysunek 4. Struktura rynku świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych udzielonych w ramach opieki długoterminowej w roku 2019 (NFZ)

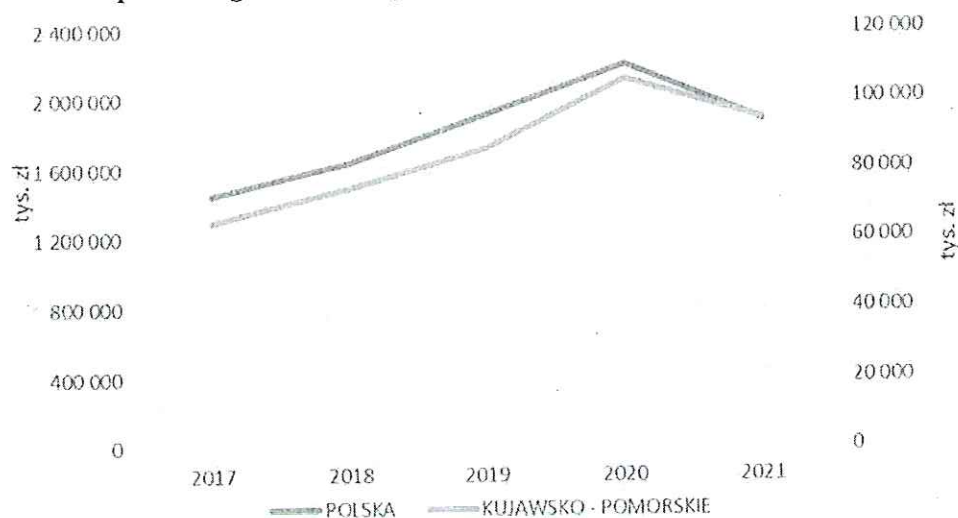


Źródło: Opracowanie własne

Rynek opieki długoterminowej cechuje się nierównomiernością podziału środków NFZ w podziale na makroregiony, regiony (województwa) i podregiony.

W województwie kujawsko – pomorskim mieszka 5,3% populacji kraju, co nie przekłada się na proporcjonalny przydział środków NFZ na finansowanie opieki długoterminowej. Rysunek poniżej wskazuje na zmiany finansowania opieki długoterminowej ze środków NFZ w Polsce i województwie kujawsko – pomorskim. Układ osi rzędnych (potocznie „y”) wskazuje na relację budżetu krajowego i województwa kujawsko – pomorskiego jak 20 do 1, co odzwierciedla udział w budżecie krajowym na poziomie 5%.

Rysunek 5. Zmiany budżetu NFZ w zakresie: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej



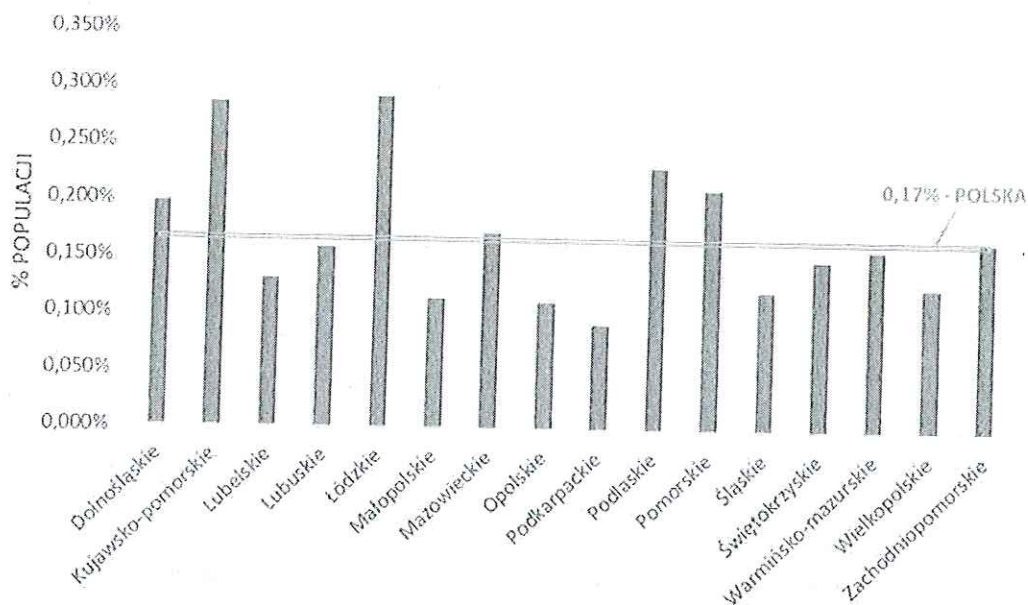
Źródło: Opracowanie własne - Biuletyn Informacji Publicznej NFZ za lata 2017 - 2021

W roku 2017 budżet opieki długoterminowej w województwie kujawsko – pomorskim stanowił niespełna 4,5% budżetu Polski, co wprost wskazywało na ponad 10% niedofinansowanie opieki długoterminowej w relacji do średniego poziomu w Polsce.

W roku 2021 sytuacja ta uległa wyraźnej zmianie przy jednoczesnym spadku wartości świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (spadek o 15% w skali Polski oraz spadek o 11% w skali województwa kujawsko – pomorskiego).

Szczególnym wyróżnikiem województwa kujawsko – pomorskiego jest wysoki – na tle Polski – wskaźnik wykrywalności osób z otępieniem (w chorobie Alzheimera). Wyniki publikowane przez NFZ wskazują, że województwo kujawsko – pomorskie ma drugi (po województwie łódzkim) najwyższy wskaźnik wykrywalności chorób otępiennych w przeliczeniu na mieszkańca (niemal dwukrotnie wyższy niż średnio w Polsce).

Rysunek 6. Udział liczby rozpoznania choroby otępiennej w populacji województwa w latach 2016 - 2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie dane publikowanych przez NFZ

Stacjonarna opieka długoterminowa

W Polsce w roku 2019 liczba podmiotów opieki długoterminowej stacjonarnej (ZOL/ZPO) wynosiła 466, wobec 456 w roku 2018 i 463 w roku 2017.

Liczba miejsc stacjonarnych w ZOL/ZPO w dniu 31 grudnia 2019 roku wynosiła:

- profil ogólny: 31 149
- profil psychiatryczny: 6 294

Łączna liczba miejsc stacjonarnych wynosiła 37 443, co w przeliczeniu na liczbę podmiotów oznacza średnio 80,4 miejsc stacjonarnych na jeden podmiot opieki długoterminowej.

Liczba pacjentów opieki długoterminowej objętych opieką w warunkach stacjonarnych (ZOL/ZPO) wynosiła 42 614, wobec 43070 w roku 2018 i 42 836 w roku 2017.

Przeciętnie, przelotowość jednego miejsca opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych wynosiła w roku 2019 1,14 pacjentów / miejsce.

W 2019 r. w opiece stacjonarnej osoby:

- w wieku 80 lat i więcej stanowiły 59% pacjentów,
- grupa wiekowa 65-79 lat stanowiła 28% pacjentów,
- grupa wiekowa 40-64 lat stanowiła 11% pacjentów,
- grupa wiekowa poniżej 40 lat stanowiła 2% pacjentów.

Ponad 2/3 ogółu pacjentów (68%) stanowiły kobiety, podobna przewaga (65%) dotyczyła mieszkańców miast. Wśród ogółu pacjentów 34% osób miało stwierdzony znaczny stopień niepełnosprawności, a 6% – umiarkowany bądź lekki.

Najczęstszym rozpoznaniem z jakim pacjenci trafiali do opieki stacjonarnej w 2019 r. był przebyty udar (23% wszystkich pacjentów), a także choroba tętnic obwodowych, choroba Alzheimera i inne choroby otępienne oraz inne choroby sercowo naczyniowe i układu krążenia. Średnio ok. 30% pacjentów między 40. a 79. rokiem życia trafia do opieki stacjonarnej po przebytych udarach. Po 80. roku życia obok udaru (18%) najczęstszym rozpoznaniem wymagającym pomocy stacjonarnej są również choroby tętnic obwodowych (19%).

Domowa opieka długoterminowa

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej udzielane są przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie, składający się z lekarza, pielęgniarki i fizjoterapeuty.

Świadczenia te są udzielane pacjentom z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagającym stosowania inwazyjnej bądź nieinwazyjnej, ciągłej lub okresowej wentylacji mechanicznej, a niewymagającym hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach udzielających całodobowych świadczeń, jednak wymagającym stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji, którzy jednocześnie mają zapewnione odpowiednie warunki domowe i przeszkoloną rodzinę (opiekunów prawnych) w zakresie pielęgnacji i obsługi aparatury medycznej i udzielania pierwszej pomocy, tak aby podczas stosowania terapii mogło być zapewnione bezpieczeństwo świadczeniobiorcy.

Świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej w skali całej Polski w 2019 r. zostały udzielone łącznie ok. 7,7 tys. pacjentom, w tym w większości osobom starszym.

Wśród osób w grupie wiekowej 18-39 lat najczęstszym rozpoznaniem wymagającym opieki domowej ogółem były inne choroby układu nerwowego (40%), natomiast w grupie wiekowej 40-64 lata – inne przewlekłe choroby układu oddechowego (20%). Wśród kobiet najczęstszą przyczyną objęcia opieką domową są choroba Alzheimera i inne choroby otępienne (17%) oraz udar (14%), natomiast wśród mężczyzn – udar (16%), inne przewlekłe choroby układu

nerwowego (12%), inne choroby układu nerwowego (11%) oraz choroba Alzheimera i inne choroby otępienne (11%).

Rynek usług opieki długoterminowej w województwie kujawsko-pomorskim

Źródło: MZ-29A, Sprawozdanie o działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie długoterminowej opieki zdrowotnej, rok 2020

W województwie kujawsko – pomorskim według stanu z 31 grudnia 2020 roku w opiece długoterminowej:

- udzielających świadczeń ogółem 1 546 osób, w tym 836 zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy (54%), 64 zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu pracy (4%), 646 w ramach umów cywilnoprawnych (42%)
- dominującą grupą pracowników były pielęgniarki – 591 osób, w tym 312 zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy (53%), 15 zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu pracy (2%), 264 w ramach umów cywilnoprawnych (45%);
- drugą pod względem liczebności grupą pracowników byli opiekunowie - 426 osób, w tym 301 zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy (71%), 3 zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu pracy, 122 w ramach umów cywilnoprawnych (29%)
- pozostałe grupy zawodowe: lekarze – 167 osób, fizjoterapeuci 113 osób, salowe 108 osób, psychologowie 49 osób, terapeuci zajęciowi 42 osoby i pozostałe grupy zawodowe 50 osób.

Ilość osób przebywających w dniu 31 grudnia 2020 roku na wszystkich oddziałach łącznie wynosiła 1583 osób, w tym 1055 kobiet (66,7%), w tym

- w wieku 80 lat i więcej – 694 osób, w tym 584 kobiet (44%),
- w wieku 75 – 79 lat – 210 osób, w tym 143 kobiet (14%),
- w wieku 65 – 74 lat – 321 osób, w tym 184 kobiet (20%).

W roku 2020 liczba miejsc w stacjonarnej opiece długoterminowej wzrosła w stosunku do roku 2018 o 268, co stanowi zmianę o 15%. W wymiarze względnym najwyższą dynamikę wzrostu odnotowały Hospicja stacjonarne (38,5%), Oddziały opieki paliatywnej (26,8%) oraz Oddziały opiekuńczo – lecznicze (20,1%), w wyrażeniu bezwzględnym wskazane oddziały odpowiadają za wzrost 227 miejsc, w tym Oddział opiekuńczo – leczniczy za 177 miejsc.

Tabela 3. Opieka długoterminowa stacjonarna w województwie kujawsko – pomorskim

	Liczba miejsc		Osobodni pobytu	Osobodni / miejsce	Rok	Struktura miejsc		Struktura osobodni	
Oddział pielęgnacyjno - opiekuńczy	467		138 124	296	2020	23%	23%	23%	
Oddział pielęgnacyjno - opiekuńczy dla dzieci	12		4 233	353		1%	1%	1%	
Oddział opiekuńczo - leczniczy	1 059		315 042	297		52%	52%	52%	
Oddział opiekuńczo - leczniczy psychiatryczny	300		105 490	352		15%	15%	17%	
Hospicjum stacjonarne	72		18 249	253		4%	4%	3%	
Oddział opieki paliatywnej	142		27 443	193		7%	7%	5%	
RAZEM 2020 ROK	2 052		608 581	297		100%	100%	100%	

Oddział pielęgnacyjno - opiekuńczy	446		144 613	324	2019	23%	23%	23%	
Oddział pielęgnacyjno - opiekuńczy dla dzieci	12		4 405	367		1%	1%	1%	
Oddział opiekuńczo - leczniczy	1 006		321 489	320		52%	52%	52%	
Oddział opiekuńczo - leczniczy psychiatryczny	290		103 417	357		15%	15%	17%	
Hospicjum stacjonarne	52		17 367	334		3%	3%	3%	
Oddział opieki paliatywnej	113		29 635	262		6%	6%	5%	
RAZEM 2019 ROK	1 919		620 926	324		100%	100%	100%	

Oddział pielęgnacyjno - opiekuńczy	437		152 870	350	2018	24%	24%	25%	
Oddział pielęgnacyjno - opiekuńczy dla dzieci	16		3 801	238		1%	1%	1%	
Oddział opiekuńczo - leczniczy	882		310 814	352		49%	49%	50%	
Oddział opiekuńczo - leczniczy psychiatryczny	285		103 487	363		16%	16%	17%	
Hospicjum stacjonarne	52		17 611	339		3%	3%	3%	
Oddział opieki paliatywnej	112		31 830	284		6%	6%	5%	
RAZEM 2018 ROK	1 784		620 413	348		100%	100%	100%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportów MZ-29A za lata 2018 - 2019

Wnioski z przedstawionej wyżej tabeli są następujące:

- a) w roku 2020 średni poziom przelotowości miejsca stacjonarnego w opiece długoterminowej spadł poniżej 300 dni i świadczy o ponad 15% redukcji osobodni przypadających średnio na jedno miejsce stacjonarne,
- b) wyrównanie struktury miejsc w opiece stacjonarnej oraz struktury liczby osobodni wskazuje w roku 2020 na zrównoważenie rynku w sensie infrastrukturalnym (za wyjątkiem oddziałów pielęgnacyjno – opiekuńczych dla dzieci oraz oddziałów opiekuńczo – leczniczych psychiatrycznych), co oznacza, że dostępność usług opiekuńczych w podziale na poszczególne oddziały wyrównała się (w latach 2018 – 2019 widoczna była nierównomierność w stopniu zrównoważenia dostępności usług),
- c) z uwagi na wycenę świadczeń w opiece długoterminowej, rynek dąży do uzyskania wskaźnika obłożenia miejsca stacjonarnego w granicach 353 – 363 osobodni, to jest na poziomie 94% - 99% co faktycznie oznacza występowanie kolejki oczekujących na świadczenie,

Nakładając na powyższe 12% spadek kontraktu NFZ dla województwa kujawsko – pomorskiego w roku 2020 otrzymujemy informację o podstawowych – fundamentalnych czynnikach rzutujących na sytuację ekonomiczno – finansową podmiotów o profilu stacjonarnej opieki długoterminowej. **Bez wątpienia epidemia COVID-19 wpłynęła istotnie na spadek liczby osobodni na całym rynku, który doprowadził do 16% - 19% niewykorzystania stacjonarnej bazy miejsc w porównaniu do stanu sprzed epidemii.**

II.3. Ocena prawna sytuacji majątkowej

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy im. ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Utworzony został przez Gminę Miasto Toruń dnia 1 lutego 2000 r.

ZPO posiada prawo do dysponowania nieruchomością oznaczoną w ewidencji gruntów i budynków jako działki nr 39/4 oraz 41/2 w obrębie ewidencyjnym 56 wynikające z tytułu trwałego zarządu Gminy Miasto Toruń. Grunty, na których znajdują się nieruchomości należą do Gminy.

Wartość bilansowa aktywów trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych na dzień 30 czerwca 2021 wynosiła 11 126 tys. zł, dominującym składnikiem są budynki i budowle (stanowią niemal 93%).

Powierzchnia użytkowa działek zajętych na prowadzenie działalności przez ZPO wynosi 5104 m².

Tabela 4. Wartość bilansowa aktywów trwałych oraz WNiP na dzień 30.09.2021 w zł.

Nazwa	Grupa ŚT	Wartość bilansowa na dzień 30.06.2018
Grunty (w tym prawo użytkowania wieczystego gruntu)	0	-
Budynki i budowle , w tym:	01	10 294 418,91
Maszyny, urządzenia i aparaty ogólnego zastosowania	04	124 482,95
Urządzenia techniczne	06	40 699,22
Narzędzia, przyrządy, ruchomości i wyposażenie	08	666 718,58
Pozostałe ST o wartości poniżej 3500 zł. - amortyzacja jednorazowa 100 %	015	-
Wartości niematerialne i prawne	020	-
RAZEM		11 126 319,66

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 5. Dane techniczne charakteryzujące obiekt

Teren	Powierzchnia użytkowa (w m ²)	Kubatura (w m ³)
Działka nr 39/4	4 982,0	-
Działka nr 41/2	122,0	-
Budynki oddziałowe (łącznie)	4 269,0	16 341,4
Ogród zimowy	223,1	867,89

Źródło: Opracowanie własne

II.4. Ocena sytuacji ekonomiczno - finansowej

Ocena sytuacji ekonomiczno-finansowej została opracowana w oparciu o teorię i zasady analizy wskaźnikowej, dostosowanej do warunków i specyfiki sektora ochrony zdrowia.

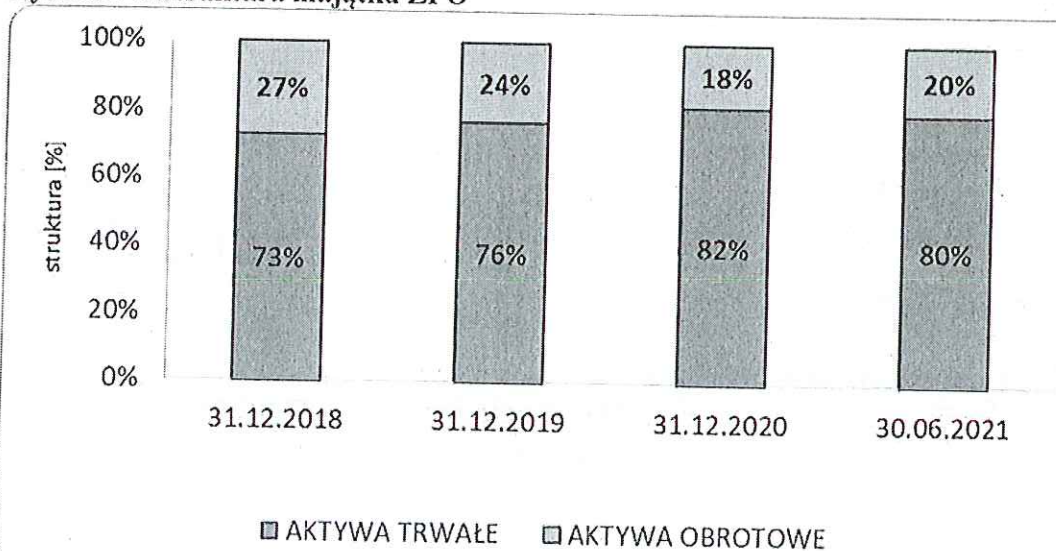
Analizę sytuacji ekonomiczno-finansowej za 2020 rok i I półrocze 2021 r. przeprowadzono w oparciu o punktowe oceny przypisane poszczególnym wskaźnikom wyliczonym zgodnie ze sposobem określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 roku w sprawie wskaźników ekonomiczno- finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Suma aktywów ZPO wzrosła w badanym okresie z poziomu 9 106 tys. zł. w końcu roku 2018 do 13 980 tys. zł. w końcu czerwca 2021 roku (wzrost o 53%, co stanowi 4 874 tys. zł.). Wzrost aktywów determinowany był przez wzrost wartości budynków i budowli związanych z realizacją projektu: „Rozbudowa (nadbudowa) Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego im. ks.

Jerzego Popieluszki w Toruniu przy ul. Ligi Polskiej 8 wraz z modernizacją istniejącego oddziału IV całodobowego .

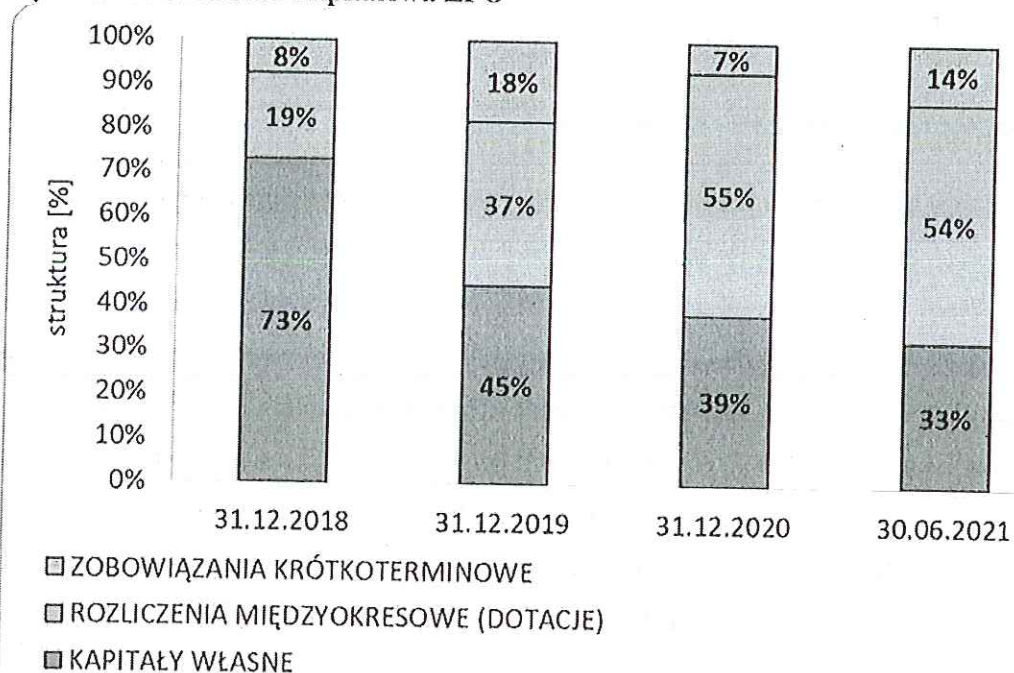
Struktura majątkowa ZPO jest stabilna, dominują aktywa trwałe, stanowiące 80% sumy aktywów zakładu. W aktywach obrotowych dominują inwestycje krótkoterminowe (średnio w analizowanym okresie jest to 56%, na dzień 30.06.2021 r. udział inwestycji krótkoterminowych w aktywach obrotowych wynosił 54%, to jest 11% sumy bilansowej).

Rysunek 7. Struktura majątku ZPO



Źródło: Opracowanie własne

Rysunek 8. Struktura kapitałowa ZPO

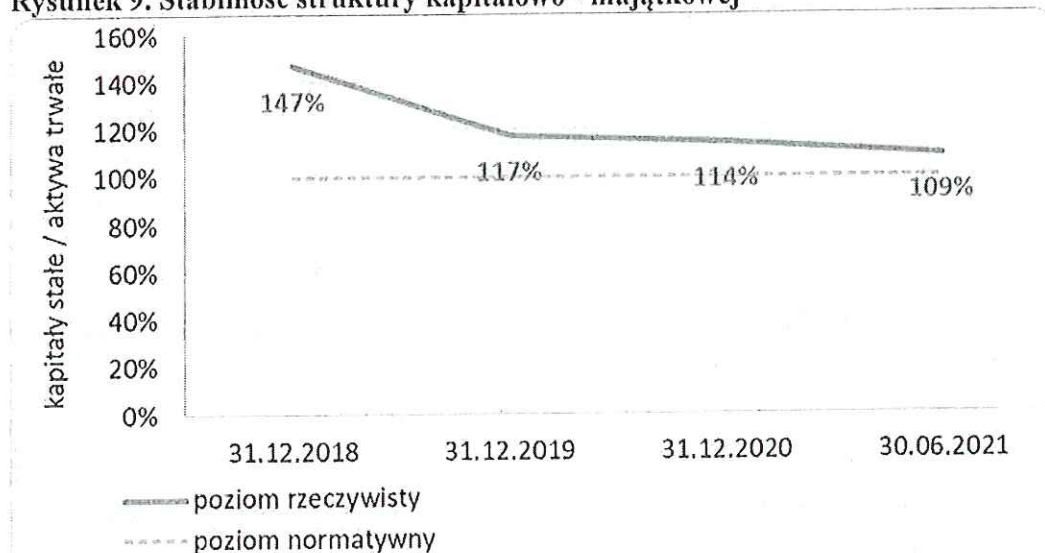


Źródło: Opracowanie własne

Struktura kapitałowa ZPO jest stabilna. Poziom kapitałów stałych (trwale finansujących działalność ZPO) jest stabilny i w każdym z analizowanych lat przekracza 80% sumy wszystkich zaangażowanych kapitałów (kapitał stały = kapitał własny + rozliczenia międzyokresowe (dotacje).

Na dzień 30.06.2021 r. dotacje finansują ponad 50% aktywów ZPO.

Rysunek 9. Stabilność struktury kapitałowo - majątkowej



Źródło: Opracowanie własne

Tabela 6. Podsumowanie wyników oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej za rok 2020

Grupa	Wskaźniki	Wartość wskaźnika	Ocena uzyskana
I. WSKAŹNIKI ZYSKOWNOŚCI	Wskaźnik zyskowności netto (%)	-6,89%	0
	Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%)	-6,99%	0
	Wskaźnik zyskowność aktywów (%)	-6,32%	0
I. Razem			0
II. WSKAŹNIKI PLYNNOŚCI	Wskaźnik bieżącej płynności	2,66	12
	Wskaźnik szybkiej płynności	2,22	13
II. Razem			25
III. WSKAŹNIKI EFEKTYWNOŚCI	Wskaźnik rotacji należności (w dniach)	33	3
	Wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)	31	7
III. Razem			10
IV. WSKAŹNIKI ZADŁUŻENIA	Wskaźnik zadłużenia aktywów (%)	7%	10
	Wskaźnik wypłacalności	0,18	10
IV. Razem			20
Łączna wartość punktów			55

Źródło: Opracowanie własne

WNIOSEK

W wyniku analizy wskaźników sporządzonej na podstawie sprawozdania finansowego za 2020 r. przy zastosowaniu metody punktowej uzyskano 55 punkty co stanowi 78,57 % maksymalnej liczby punktów możliwych do uzyskania:

- w obszarze zyskowności poziom zdobytych punktów wynosi 0 na 15 możliwych (efekt wypracowania straty netto za rok 2020 oraz za okres 2021 I-VI),
- w obszarze płynności finansowej, efektywności oraz zadłużenia poziom zdobytych punktów wynosi odpowiednio 55 punktów z 55 możliwych (co stanowi 100% maksymalnej liczby punktów).

O stabilności ekonomiczno-finansowej ZPO i świadczy uzyskanie maksymalnej punktacji we wskaźnikach efektywności i zadłużenia jak również uzyskanie wysokiej oceny we wskaźnikach płynności.

Ocena stabilności ekonomiczno – finansowej ZPO według stanu z 30 czerwca 2021 roku przedstawia się na poziomie tożsamym jak w roku 2020, to jest 55 punktów z uwagi na fakt utrzymanie maksymalnych punktacji we wskaźnikach płynności, zadłużenia oraz efektywności.

Jest to efekt (zasługa) stabilności struktury majątkowo – kapitałowej, która na dzień 30 czerwca 2021 nie uległa zmianie pomimo deficytowości prowadzonej działalności w roku 2020 jak również w I półroczu 2021 roku. Wartość średnia wskaźnika stabilności struktury kapitałowo – majątkowej wynosząca 109% i pozostaje trwale powyżej poziomu normatywnego, którego poziom wynosi 100%.

Oznacza to, że rezerwa bilansowa zapewniająca utrzymanie stabilności struktury majątkowo – kapitałowej wynosi 959 523 zł według stanu z 30 czerwca 2021 r.

Oznacza to, że wypracowanie w kolejnych okresach deficytu (straty) przekraczającego poziom 959 523 zł wywoła utratę stabilności struktury majątkowo kapitałowej.

III. DIAGNOZA STANU FINANSÓW ZPO

III.1. Analiza funduszy własnych

Fundusz założycielski ZPO wynosi 7 056 673,14 zł. Na podstawie art. 8 ustawy z dnia 14 czerwca 2012 roku o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2012 r. poz. 742) wartość odpowiadająca niezamortyzowanej części wartości początkowej aktywów trwałych otrzymanych nieodpłatnie lub sfinansowanych z dotacji, których wartość zwiększyła przed 1 lipca 2011 roku fundusz założycielski samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, podlega przeniesieniu na rozliczenia międzyokresowe przychodów, o których mowa w art. 41 ustawy o rachunkowości. Na tej podstawie fundusz założycielski został pomniejszony o kwotę 58 907,91zł. na koniec 2012 roku.

Tabela 7. Fundusz własny w latach 2018 - 30.06.2021 (w zł.)

	2018 I-XII	2019 I-XII	2020 I-XII	2021 I-VI
Kapitał (fundusz) własny	6 639 308,98	6 238 986,27	5 359 112,44	4 586 660,14
I. Kapitał (fundusz) podstawowy	7 056 673,14	7 056 673,14	7 056 673,14	7 056 673,14
II. Należne wpłaty na kapitał podstawowy (wielkość ujemna)				
III. Udziały (akcje) własne (wielkość ujemna)				
IV. Kapitał (fundusz) zapasowy				
V. Kapitał (fundusz) z aktualizacji wyceny				
VI. Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe				
VII. Zysk (strata) z lat ubiegłych	-450 397,44	-417 364,16	-817 686,87	-1 697 560,70
VIII. Zysk(strata) netto	33 033,28	-400 322,71	-879 873,83	-772 452,30
IX. Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego				

Źródło: Opracowanie własne

WNIOSEK

Zmiany w poziomie kapitału własnego wynikają z poziomów zysków lub strat wypracowanych za dany rok obrotowy. O ile skala zmiany kapitału własnego nie przekraczają 10% wartości funduszy własnych z ubiegłego roku obrotowego, pod warunkiem utrzymania nadwyżki kapitałów stałych nad aktywami trwałymi, fluktuacje kapitału własnego nie wpływają istotnie na stabilność finansową Zakładu.

Wartość funduszu podstawowego w latach 2020 – 2021 zmienia się w istotnym zakresie, co związane jest z poziomem wypracowania strat przekraczających 10% funduszu podstawowego (straty roczne powyżej 624 tys. zł w roku 2020 oraz 536 tys. zł w roku 2021).

Rezerwa bilansowa zapewniająca utrzymanie stabilności struktury majątkowo – kapitałowej wynosi 959 523 zł według stanu z 30 czerwca 2021 r (maksymalny poziom deficytu w latach przyszłych).

III.2. Analiza przychodów i kosztów działalności operacyjnej

Tabela 8. Przychody i koszty działalności operacyjnej w latach 2018 - 30.06.2021 (w zł.)

dane w zł, dotyczy okresów kończących się na dzień	31.12.2018	31.12.2019	31.12.2020	30.06.2021
A. Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi, w tym:	8 645 889	9 590 267	10 635 426	6 120 552
- od jednostek powiązanych				
I. Przychód ze sprzedaży usług (medycznych, inne)	8 645 708	9 593 190	10 634 914	6 026 171
II. Zmiana stanu produktów (zwiększenie - wartość dodatnia, zmniejszenie - wartość ujemna)	181	2 923	512	94 381
III. Koszt wytworzenia produktów na własne potrzeby jednostki				
IV. Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów				
B. Koszty działalności operacyjnej	10 207 480	10 755 613	13 649 627	7 198 025
I. Amortyzacja	435 864	472 866	778 334	311 803
II. Zużycie materiałów i energii	1 415 387	1 522 205	2 440 039	1 281 551
III. Usługi obce	2 715 615	2 749 521	3 011 957	1 684 827
IV. Podatki i opłaty, w tym:	43 546	43 640	46 074	50 618
- podatek akcyzowy				
V. Wynagrodzenia	4 648 711	4 955 373	6 076 750	3 114 897
VI. Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	930 466	991 847	1 268 153	732 389
VII. Pozostałe koszty rodzajowe	17 890	20 162	28 320	21 941
VIII. Wartość sprzedanych towarów i materiałów				
C. Zysk (Strata) ze sprzedaży (A - B)	- 1 561 591	- 1 165 345	- 3 014 201	- 1 077 473
D. Pozostałe przychody operacyjne	1 590 702	1 043 678	2 125 391	304 855
I. Zysk ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych				
II. Dotacje	1 325 563	760 037	1 607 522	202 538
III. Inne przychody operacyjne	265 139	283 641	517 869	102 316
E. Pozostałe koszty operacyjne	14 479	298 551	3 316	38
I. Strata ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych				
II. Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych				
III. Inne koszty operacyjne	14 479	298 551	3 316	38
F. Zysk (Strata) z działalności operacyjnej (C+D-E)	14 633	- 420 218	- 892 125	- 772 656

Źródło: Opracowanie własne

WNIOSEK

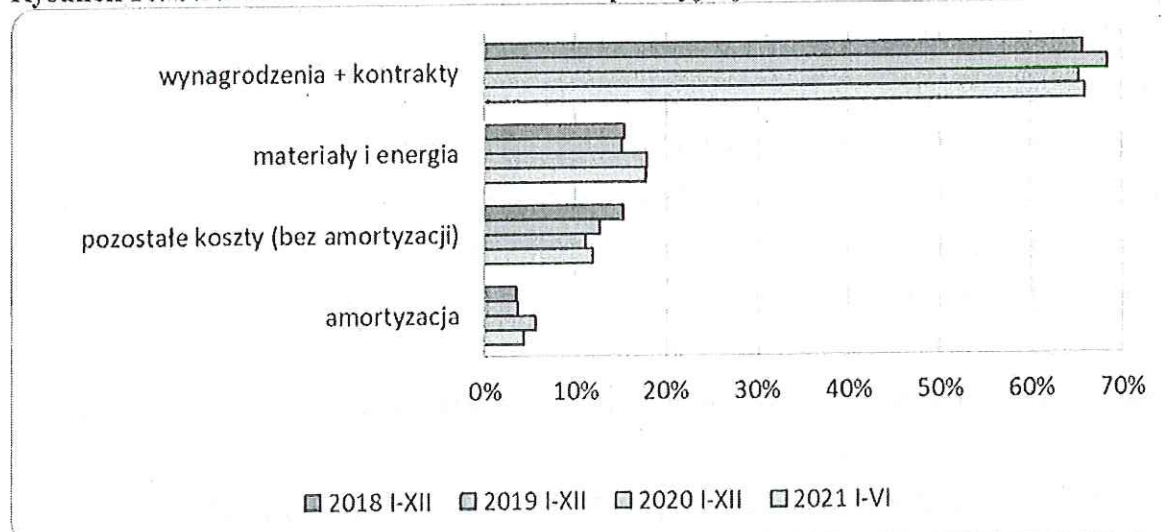
W analizowanym okresie koszty z podstawowej działalności operacyjnej mają tendencję wzrostową i przewyższają przychody ze sprzedaży usług:

- dynamika przychodów ze sprzedaży usług: 123% (rok 2020 / rok 2018),
- dynamika kosztów działalności operacyjnej: 133% (rok 2020 / rok 2018),
- trwała nadwyżka kosztów działalności operacyjnej nad przychodami wynosi 19,5% - stanowi to wymóg pozyskania dodatkowych źródeł pokrycia kosztów,
- wynik na pozostałej działalności operacyjnej wynosi na przestrzeni badanego okresu 13,6% i ulega redukcji na przestrzeni badanych lat, co skutkuje rosnącym poziomem deficytowości ZPO.

Struktura kosztów jest stabilna, dominujący udział w kosztach operacyjnych stanowią wynagrodzenia, ubezpieczenia społeczne oraz usługi obce, które obejmują od 76% do 77% kosztów operacyjnych (ich dynamika na przestrzeni okresu 2018 – 2020 wynosi 124%, pozostałe koszty wykazują dynamikę na poziomie 172% (rok 2018 = 100%, kwota 1 380 tys. zł), z których wzrost materiałów i energii opiewa na wartość 1 024 tys. zł a wzrost amortyzacji wynosi 342 tys. zł. Udział amortyzacji w kosztach jest stabilny i wynosi około 4,2%, tylko w roku 2020 odpis amortyzacyjny wzrósł przejściowo do 5,7% z uwagi na rozbudowę ZPO zakończoną w 2020 r.

Pandemia COVID-19 wpłynęła na wzrost udziału kosztów materiałów i energii z około 15% do niemal 18%, co oznacza przejściowy wzrost kosztów wynoszący 400 – 430 tys. zł.

Rysunek 10. Struktura kosztów z działalności operacyjnej w latach 2018 - 30.06.2021



Źródło: Opracowanie własne

III.3. Analiza przychodów i kosztów działalności finansowej

Tabela 9. Przychody i koszty działalności finansowej w latach 2018 - 30.06.2021 (w zł.)

	2015 I-XII	2016 I-XII	2017 I-XII	2018 I-VI
Przychody finansowe	18 400,60	19 895,47	12 251,18	203,84
I. Dywidendy z tytułu udziałów w zyskach, w tym:				
od jednostek powiązanych				
II. Odsetki, w tym:	18 400,60	19 895,47	12 251,18	203,84
od jednostek powiązanych				
III. Zysk ze zbycia inwestycji				
IV. Aktualizacja wartości inwestycji				
V. Inne				
Koszty finansowe	-	-	-	-
I. Odsetki, w tym:				
dla jednostek powiązanych				
II. Strata ze zbycia inwestycji				
III. Aktualizacja wartości inwestycji				
IV. Inne				

Źródło: Opracowanie własne

WNIOSEK

Przychody z działalności finansowej były wynikiem alokacji środków pieniężnych na lokacie bankowej. ZPO nie posiada zobowiązań długoterminowych w związku z czym nie generuje kosztów finansowych. Udział przychodów z działalności finansowej maleje wraz ze zmniejszeniem stanu wolnych środków pieniężnych. Działalność finansowa nie wpływa na wynik ZPO.

III.4. Analiza stanu technicznego i stopnia wykorzystania majątku ruchomego i nieruchomego, ze wskazaniem potrzeb remontowych i inwestycyjnych

ZPO funkcjonuje w dwóch budynkach połączonych konstrukcyjnie i funkcjonalnie. Budynek stary – dwukondygnacyjny z podpiwniczeniem - oddany do użytku w 1986 r. był kilkakrotnie remontowany. Dokonano zmian jego przeznaczenia – z pomieszczeń żłobkowych utworzono oddział opieki całodobowej i dziennej oraz dostosowano piwnicę pod potrzeby rehabilitacji. Zmiany te podyktowane zostały koniecznością dostosowania do tworzonych lecz stale zmieniających się przepisów prawa w zakresie warunków pobytu podopiecznych jak też rosnącym zapotrzebowaniem na ten rodzaj usług.

Budynek drugi - czterokondygnacyjny- oddany do użytku w 2006 r., przeznaczony pod potrzeby oddziałów opieki całodobowej. W ramach inwestycji ZPO wyposażony został również w specjalistyczny sprzęt medyczny.

W roku 2020 została zakończona inwestycja pn. „Rozbudowa (nadbudowa) Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego im. ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu przy ul. Ligi Polskiej 8 wraz z modernizacją istniejącego oddziału IV całodobowego”, która zwiększyła się liczbę łóżek o 30 i istotnie wpłynęła na wartość aktywów trwałych oraz ich stopień umorzenia.

Wartość początkowa środków trwałych wzrosła o niemal 6 900 tys. zł w stosunku do roku 2018, a stopień umorzenia aktywów trwałych uległ redukcji z 47% w roku 2018 do 36% w połowie roku 2021.

Tabela 10. Wartość aktywów trwałych oraz WNiP w latach 2020-30.06.2021 (w zł.)

Nazwa	Grupa ŚT	31.12.2020			30.06.2021		
		Wartość początkowa	Umorzenie	Wartość netto	Wartość początkowa	Umorzenie	Wartość netto
Budynki i budowle	01	13 329 440	2 868 476	10 460 964	13 329 441	3 035 022	10 294 419
Maszyny, urządzenia i aparaty ogólnego zastosowania	01	297 777	166 320	131 457	313 332	188 849	124 483
Urządzenia techniczne	06	214 367	169 836	44 531	214 367	173 668	40 699
Narzędzia, przyrządy, ruchomości i wyposażenie	08	2 480 582	1 787 670	692 912	2 519 526	1 852 807	666 719
Pozostałe ŚT o wartości poniżej 3500 zł. - amortyzacja jednorazowa 100 %	015	840 342	840 342	-	844 386	844 386	-
Wartości niematerialne i prawne	020	290 672	290 672	-	290 672	290 672	-
RAZEM		17 453 180	6 123 316	11 329 864	17 511 723	6 385 403	11 126 320

Źródło: Opracowanie własne

Modernizacja oddziału IV oraz rozbudowa ZPO zrealizowana w projekcie „Rozbudowa (nadbudowa) Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Toruniu przy ul. Ligi Polskiej 8 wraz z modernizacją istniejącego oddziału IV całodobowego” dofinansowanego ze środków EFRR w ramach RPO Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 pozwoliła na istotne odnowienie sprzętu specjalistycznego oraz rozbudowę bazy łóżkowej.

IV. SZCZEGÓŁOWA ANALIZA PRZYCHODÓW I KOSZTÓW DZIAŁALNOŚCI ZPO

Definicje:

- **osobodzień:** jednostkowa miara służąca do sprawozdawania produktów rozliczeniowych określonych w katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych,
- **punkt** – jednostka miary służąca do określenia wartości świadczeń opieki zdrowotnej - produktu rozliczeniowego (sprawozdawanego) określonego w katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych.

Normatywna (maksymalna) liczba osobodni określana jest następująco:

- dla Oddziału Dziennego: iloczyn liczby miejsc oraz liczby dni roboczych w okresie (umownie przyjęto 250 dni w roku i 125 dni w okresie półrocznym),
- dla Oddziałów Całodobowych: iloczyn liczby łóżek oraz liczby dni w roku (umownie przyjęto 366 dni w roku i 183 dni w okresie półrocznym).

Okres objęty analizą: 2018 I-XII; 2019 I-XII; 2020 I-XII; 2021 I-VI.

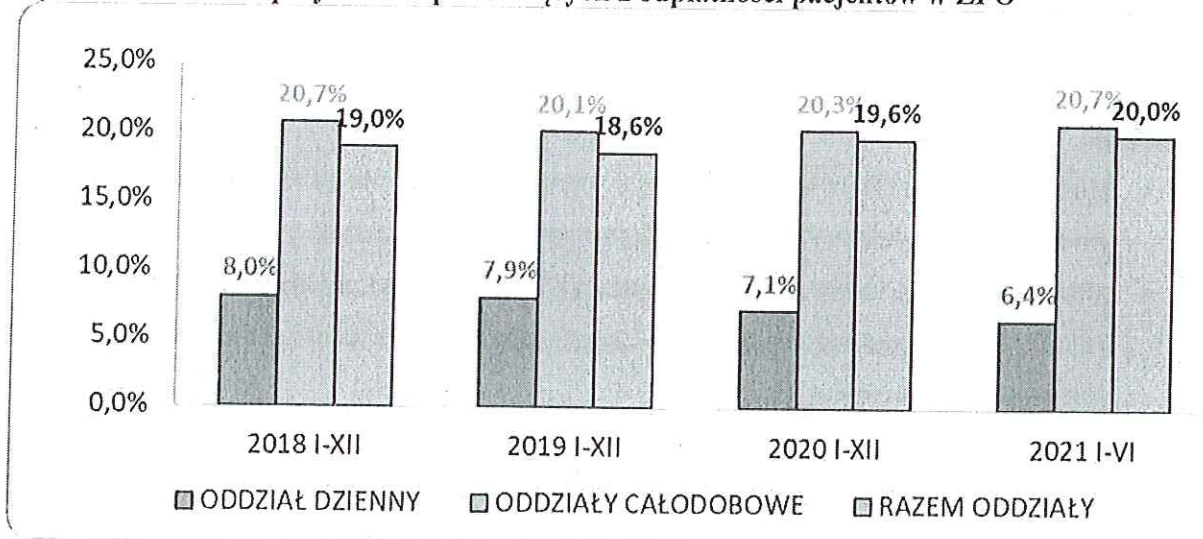
IV.1. Struktura, dynamika przychodów ze sprzedaży

Źródłem przychodów ze sprzedaży ZPO są:

- środki pochodzące z NFZ,
- odpłatność pacjentów,
- okresowo środki Gminy Miasta Toruń finansujące celowane programy zdrowotne.

Struktura przychodów ze sprzedaży w podziale na środki pochodzące z NFZ oraz odpłatność pacjentów jest stabilna. Udział przychodów z NFZ stanowi średnio 80%, odpłatność pacjentów stanowi średnio 20% w sumie przychodów ZPO. Udział odpłatności pacjentów w przychodach Oddziałów Całodobowych jest ponad dwukrotnie wyższy niż przypadku Oddziału Dziennego.

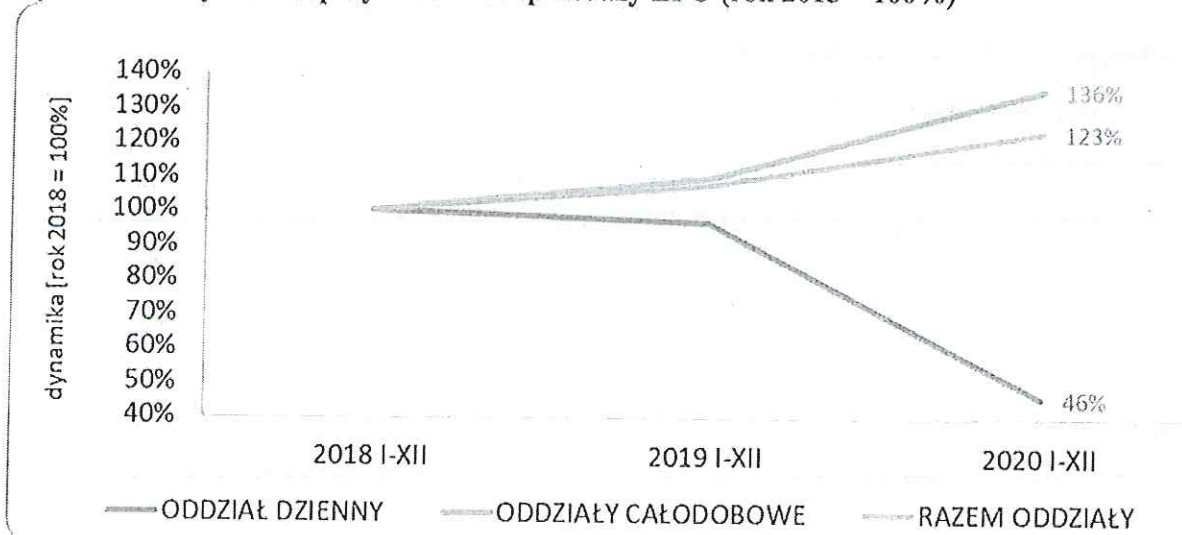
Rysunek 11. Udział przychodów pochodzących z odpłatności pacjentów w ZPO



Źródło: Opracowanie własne

Dynamika przychodów ze sprzedaży w latach 2018-2021 wyniosła 123% (rok 2018 = 100%). Dynamika przychodów Oddziału Dziennego wskazuje na spadek przychodów o ponad 50% i jest wywołany spadkiem popytu na świadczenia dzienne z uwagi na epidemię COVID-19. W wymiarze bezwzględnym oznacza to spadek przychodów o 600 – 650 tys. zł rocznie.

Rysunek 12. Dynamika przychodów ze sprzedaży ZPO (rok 2015 = 100%)



Źródło: Opracowanie własne

Poziom przychodów ze sprzedaży ZPO wzrósł w latach 2018-2020 z 8 616 tys. zł. do poziomu 10 629 tys. zł. Dominujący udział w przychodach stanowią Oddziały Całodobowe – w okresie epidemii COVID-19 jest to 94%-95% przychodów (wobec 86% - 88% w latach wcześniejszych).

Tabela 11. Poziomy i struktura przychodów ze sprzedaży ZPO

OKRES	POZIOM PRZYCHODÓW			STRUKTURA PRZYCHODÓW	
	ODDZIAŁ DZIENNY	ODDZIAŁY CAŁODOBOWE	RAZEM ODDZIAŁY	ODDZIAŁ DZIENNY	ODDZIAŁY CAŁODOBOWE
2018 I-XII	1 187 167 zł	7 428 653 zł	8 615 820 zł	14%	86%
2019 I-XII	1 145 742 zł	8 132 724 zł	9 278 466 zł	12%	88%
2020 I-XII	544 576 zł	10 084 564 zł	10 629 140 zł	5%	95%
2021 I-VI	328 577 zł	5 619 496 zł	5 948 073 zł	6%	94%

Źródło: Opracowanie własne

IV.2. Przychody i koszty osobodnia

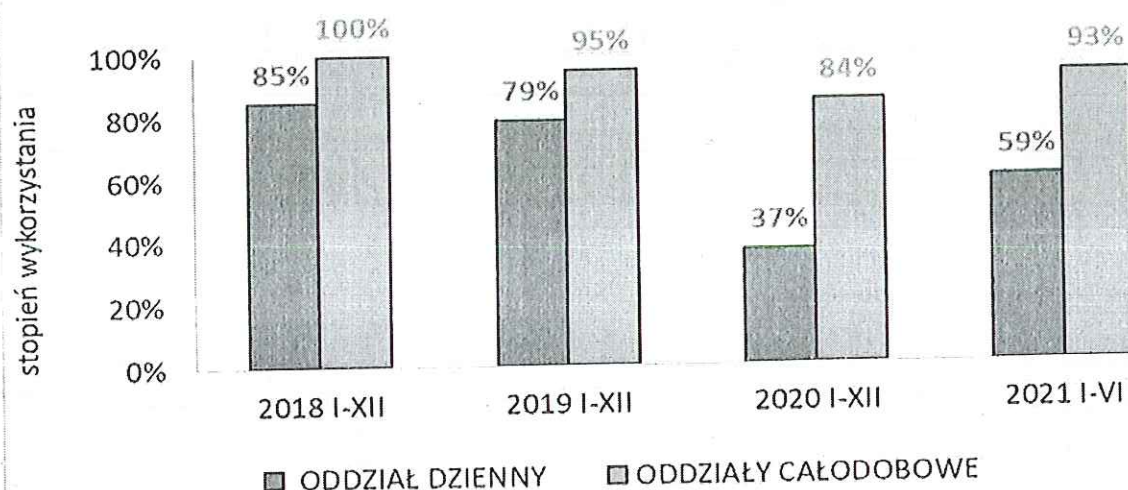
Podstawową jednostką rozliczeniową w ZPO jest osobodzień.

ZPO zredukowało w bieżącym roku liczbę miejsc na Oddziale Dziennym (z 45 na 35) oraz zwiększyło liczbą łóżek w Oddziałach Całodobowych do poziomu 141.

Stopień wykorzystania miejsc na Oddziale Dziennym ulega redukcji czwarty rok z rzędu i stanowi obecnie niespełna 60% (stan na I półrocze 2021). W przypadku Oddziałów Całodobowych wskaźnik ten sięga przeciętnie 94% za wyjątkiem roku 2020, w którym spadł do poziomu 84%.

Minimalna skala efektywna dotycząca liczebności łóżek na Oddziałach Całodobowych w Polsce wynosi obecnie 80,2. Przy pełnym wskaźniku wykorzystania łóżek oznacza to, że skala działania ZPO osiąga 165% minimalnej skali efektywnej.

Rysunek 13. Stopień wykorzystania miejsc / łóżek w ZPO



Źródło: Opracowanie własne

Za wyjątkiem roku 2020, osiągnięcie tak wysokich wskaźników wykorzystania miejsc / łóżek możliwe jest w sytuacji, w której występuje kolejka oczekujących na realizację świadczeń przez ZPO.

O poziomie nierównowagi popytu i podaży w usługach zdrowotnych z zakresu opieki długoterminowej w Toruniu świadczy rosnąca z roku na rok liczba oczekujących pacjentów na uzyskanie dostępu do usług zdrowotnych oferowanych przez ZPO. ZPO świadczy usługi zdrowotne zarówno dla pacjentów somatycznych (pacjenci z chorobami innymi niż zaburzenia funkcji poznawczych) jak i psychogeriatrycznych (pacjenci z zaburzeniami funkcji poznawczych).

Tabela 12. Kolejka oczekujących na przyjęcie do Oddziałów Całodobowych w ZPO

DZIEŃ	31.12.2020		30.06.2021	
	OGÓŁEM	PILNY	OGÓŁEM	PILNY
TRYB				
SPO	80	57	85	74
PSY	64	26	44	20
WENTYLOWANI	18	0	13	0
RAZEM	162	83	142	94

Źródło: Opracowanie własne

Przy wskaźniku przelotowości jednego miejsca na poziomie 1,14, kolejka wskazana wyżej oznacza czas oczekiwania na przyjęcie w przedziale 320 – 368 dni.

Przychód na osobodzień osiągnęty z tytułu świadczonych usług medycznych wykazuje 31% wzrost w okresie 2018 - 2021 I-VI.

Koszty operacyjne na osobodzień związane z realizacją świadczonych usług medycznych wykazują 51% wzrost w okresie 2018 – 2021 I-VI.

Tabela 13. Przychody na osobodzień

	ODDZIAŁ DZIENNY	ODDZIAŁY CAŁODOBOWE	RAZEM ODDZIAŁY
2018 I-XII	124 zł	182 zł	171 zł
2019 I-XII	129 zł	202 zł	189 zł
2020 I-XII	132 zł	232 zł	223 zł
2021 I-VI	127 zł	235 zł	224 zł

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 14. Koszty operacyjne na osobodzień

	ODDZIAŁ DZIENNY	ODDZIAŁY CAŁODOBOWE	RAZEM ODDZIAŁY
2018 I-XII	88,9 zł	201,0 zł	179,8 zł
2019 I-XII	106,1 zł	224,2 zł	202,8 zł
2020 I-XII	261,2 zł	288,8 zł	286,4 zł
2021 I-VI	223,2 zł	276,4 zł	271,2 zł

Źródło: Opracowanie własne

Ostatnie trzy lata wskazują na wyraźną tendencję wyższego wzrostu kosztów realizowanych usług w stosunku do tempa wzrostu przychodów.

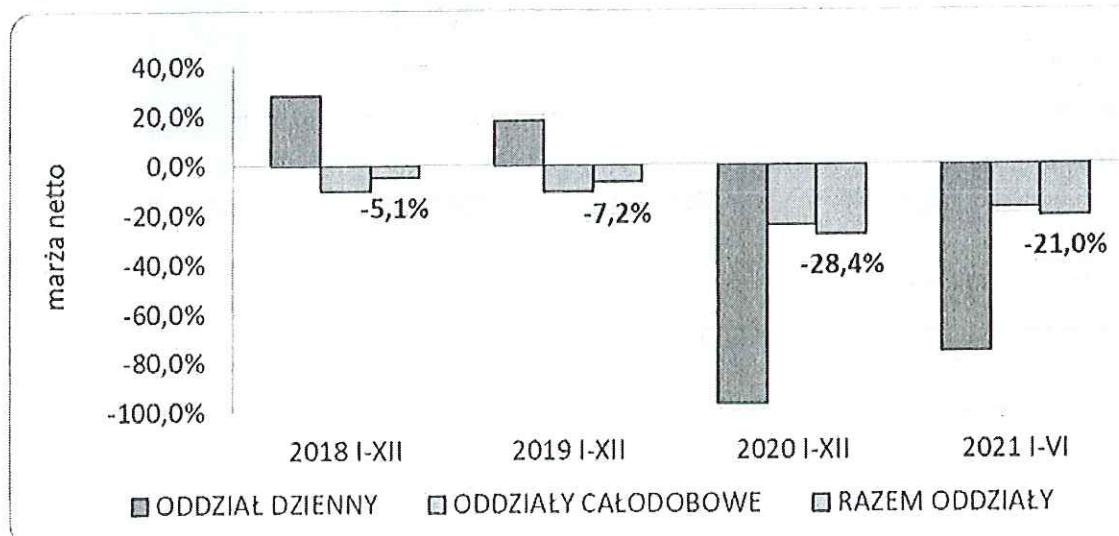
Porównanie przychodów i kosztów operacyjnych świadczeń medycznych realizowanych przez ZPO (bez uwzględnienia zapłaty za nadwykonania ujmowanych w pozostałych przychodach operacyjnych) umożliwia określenie poziomu marży netto.

Przez marżę netto rozumie się różnicę między przychodami i kosztami sprzedaży odniesioną do przychodów.

Marża netto podlega zjawisku sezonowości związanej z regułami zawierania kontraktów z NFZ, nie mniej analiza trzech kolejnych pełnych lat obrotowych wskazuje, że deficytowość realizowanych usług medycznych pogłębia się. Wynika to z braku współmierności wzrostu przychodów w stosunku do tempa wzrostu kosztów, pomimo faktu, że skala działania ZPO przekracza istotnie poziom minimalnej skali efektywnej, a korzyści zakresu osiągnane przez ZPO zapewniają obniżenie kosztu jednostkowego osobodnia.

Poziom marży netto w ZPO wyniósł -28,4% w roku 2020, w pierwszym półroczu 2021 nieznacznie wzrósł i osiągnął poziom -21,0%. Skala deficytowości jest bardzo znacząca i jej utrzymanie się w okresie kolejnych miesięcy będzie wpływało w znaczącym stopniu na stabilność struktury finansowo – majątkowej ZPO.

Rysunek 14. Marża netto w ZPO



Źródło: Opracowanie własne

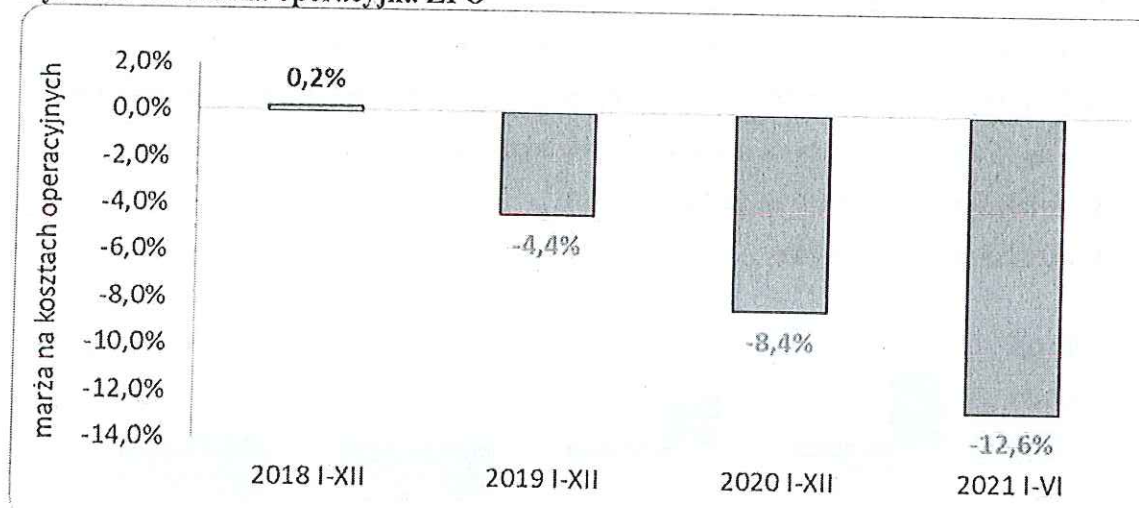
Zapewnienie porównywalności w czasie i przestrzeni w odniesieniu do poziomu generowanej marży wymaga uwzględnienia przychodów i kosztów obejmujący całą działalność operacyjną, w której ujęte są zarówno dodatkowe przychody związane z zapłatą nadwykonań oraz koszty i przychody związane z dotacjami uzyskiwanymi z tytułu realizacji projektów finansowanych ze środków innych niż NFZ. Porównanie to możliwe jest do wykonania jedynie dla całego ZPO (RAZEM ODDZIAŁY) i dotyczy tak zwanej marży operacyjnej.

Przez marżę operacyjną rozumie się różnicę między przychodami i kosztami związanymi ze sprzedażą oraz pozostałą działalnością operacyjną odniesioną do łącznej wartości przychodów ze sprzedaży i pozostałej działalności operacyjnej.

Marża operacyjna – w okresie ostatnich trzech lat – była dodatnia jedynie w roku 2018. W kolejnych latach marża operacyjna ulegała redukcji do -4,4% w roku 2019 i -8,4% w roku 2020, osiągając w I połowie roku 2021 poziom -12,6%.

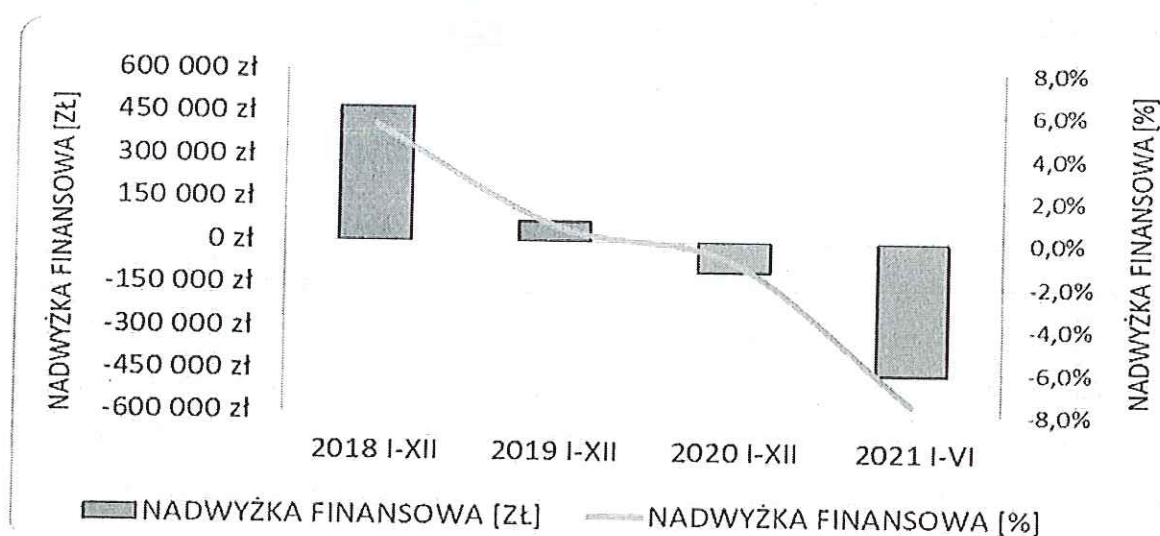
Kumulowane nadwyżki finansowe zrealizowane w okresie ostatnich trzech i pół lat są niemal zerowe (nadwyżka finansowa = zysku /straty netto + amortyzacja), dodatnia nadwyżka finansowa z lat 2018 -2019 jest równoważna ujemnej nadwyżce finansowej wypracowanej w okresie ostatnich 18 miesięcy.

Rysunek 15. Marża operacyjna ZPO



Źródło: Opracowanie własne

Rysunek 16. Nadwyżka finansowa ZPO



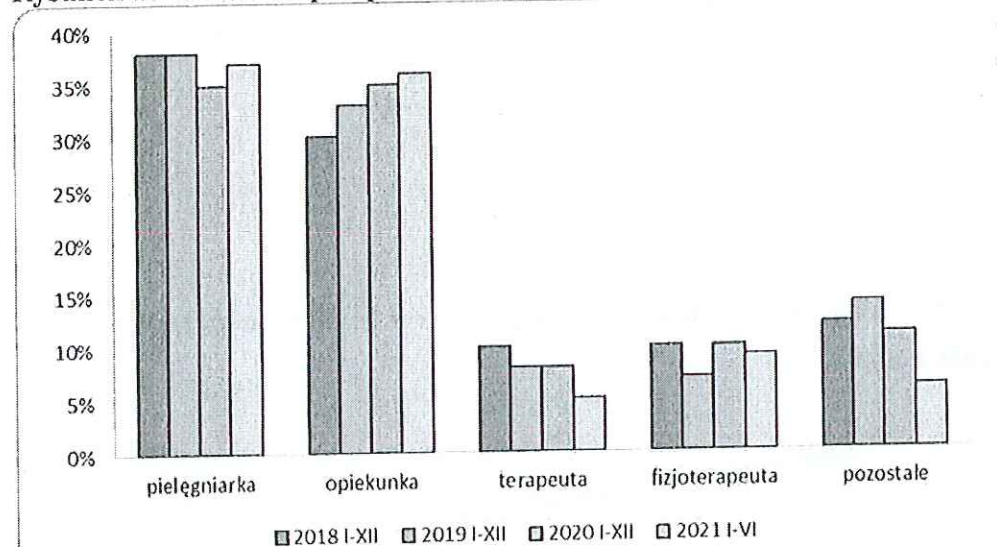
Źródło: Opracowanie własne

IV.3. Struktura, stan zatrudnienia, koszty wynagrodzeń

Struktura przepracowanych godzin pracowników medycznych (z wyłączeniem administracji) jest zasadniczo stabilna:

- pielęgniarki – średnio 35% - 37%,
- opiekunki – średnio 35% - 36%,
- terapeuci – średnio 5% - 8%,
- fizjoterapeuci – średnio 9% - 10%,
- pozostałe grupy zawodowe (psycholog, psychiatra, terapeuta zajęciowy) – średnio 6%-11%.

Rysunek 17. Struktura przepracowanych godzin pracowników medycznych ZPO



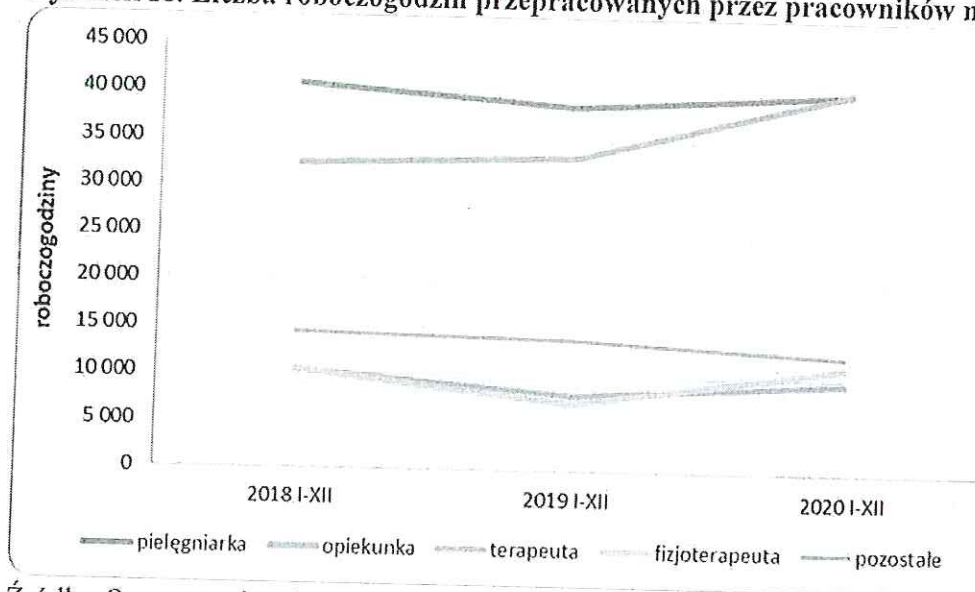
Źródło: Opracowanie własne

Struktura zatrudnienia pielęgniarek i opiekunek wskazuje, że w przypadku ZPO na 1 h pracy pielęgniarki przypada 0,97 – 1,0 opiekunki, podczas gdy w województwie kujawsko - pomorskim relacja ta wynosiła w roku 2020 niespełna 0,72. Oznacza to, że w ZPO wystąpiła szybsza niż w województwie substytucja pracy pielęgniarek przez opiekunki. Liczba roboczogodzin związana jest z portfelem usług opiekuńczych realizowanych przez ZPO, który z każdym kolejnym rokiem wskazuje na wzrost intensywności opieki pacjentów przebywających na Oddziałach Całodobowych ZPO

Z uwagi na uwarunkowania wynikające z epidemii COVID – 19, poziom przepracowanych roboczogodzin w I półroczu 2021 w stosunku do I półrocza 2020 roku uległ redukcji o niemal 16,5% (z niemal 77 tys. roboczogodzin do niewiele ponad 64 tys. roboczogodzin). Miało to związek zarówno z ograniczeniem popytu na świadczenia realizowane przez Oddział Dzienny, jak

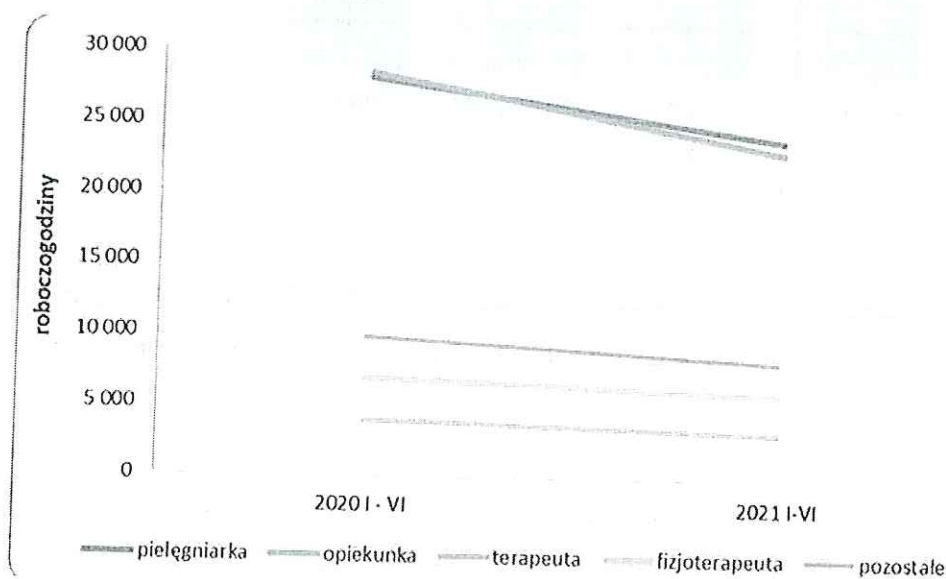
również niższy poziom wykorzystania bazy łóżkowej wynikającej z warunków związanych z COVID – 19.

Rysunek 18. Liczba roboczogodzin przepracowanych przez pracowników medycznych ZPO



Źródło: Opracowanie własne

Rysunek 19. Liczba roboczogodzin przepracowanych przez pracowników medycznych ZPO w I półroczu roku 2020 i 2021



Stan zatrudnienia oraz struktura zatrudnienia (w etatach / kontraktach, według stanowisk) jest stabilny. Udział umów kontraktowych sięga 16% w przeliczeniu na ekwiwalent liczby etatów pracowników medycznych. Stan zatrudnienia w I półroczu 2021 roku wynosił 94,4 etatów przeliczeniowych (w tym 14,4 kontraktów), projektowany stan na II półrocze 2021 to 96,6 etatów

(w tym 15,7 kontraktów). Wzrost zatrudnienia wynika z dostosowania stanu zatrudnienia do rosnących wymagań stawianych przez płatnika którym jest NFZ.

Tabela 15. Stan zatrudnienia pracowników medycznych w ZPO

ETATY / KONTRAKTY - RAZEM ZPO

	2018 I-XII	2019 I-XII	2020 I-XII	2021 I-VI	2021 VII-XII
RAZEM	79,4	80,5	89,1	94,4	96,6
w tym ETATY	69,2	69,3	75,1	80,0	81,0
w tym KONTRAKTY	10,2	11,2	14,0	14,4	15,7

ETATY / KONTRAKTY - Oddziały całodobowe

stanowisko	2018 I-XII	2019 I-XII	2020 I-XII	2021 I-VI	2021 VII-XII	typ umowy
psycholog	1,0	1,0	-	-	-	ETAT
pielęgniarka	26,0	24,3	27,5	30,0	30,5	ETAT
pielęgniarka	0,2	0,8	-	0,7	0,4	zlecenie
pielęgniarka	8,0	7,3	8,0	8,2	8,7	KONTRAKT
koordynator oddziału pielęgniarka	4,4	4,5	4,0	4,5	5,0	ETAT
terapeuta zajęciowy	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	ETAT
Koordyn. Procesu terap. Fizjoterap.	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	ETAT
fizjoterapeuta	6,0	6,0	7,0	7,0	7,0	ETAT
opiekun medyczny	20,4	21,9	25,9	28,0	28,0	ETAT
opiekun medyczny	1,0	2,0	2,0	2,2	3,0	KONTRAKT
fizjoterapeuta	-	1,0	3,0	3,0	3,0	KONTRAKT
RAZEM	70,0	71,8	80,4	86,6	88,5	
w tym ETATY	61,0	61,5	67,4	72,5	73,5	
w tym KONTRAKTY	9,0	10,3	13,0	13,4	14,7	

ETATY / KONTRAKTY - Oddział dzienny

stanowisko	2018 I-XII	2019 I-XII	2020 I-XII	2021 I-VI	2021 VII-XII	typ umowy
PSYCHOLOG	2,0	2,0	1,0	2,0	2,0	ETAT
pielęgniarka	0,5	0,5	-	-	-	ETAT
koordynator oddziału	-	-	1,0	-	-	ETAT
terapeuta zajęciowy	5,8	6,0	5,2	4,5	4,0	ETAT
PSYCHOLOG	-	0,2	1,0	1,0	1,0	KONTRAKT
pielęgniarka	-	-	0,5	1,0	1,5	ETAT
opiekun medyczny	0,4	-	-	-	-	KONTRAKT
RAZEM	8,7	8,7	8,7	8,5	8,5	
w tym ETATY	6,7	8,5	7,0	7,5	7,5	
w tym KONTRAKTY	0,4	0,2	1,0	1,0	1,0	

Źródło: Opracowanie własne

Przeciętne wynagrodzenie brutto personelu medycznego zł. w okresie 2021 I-VI wynosi:

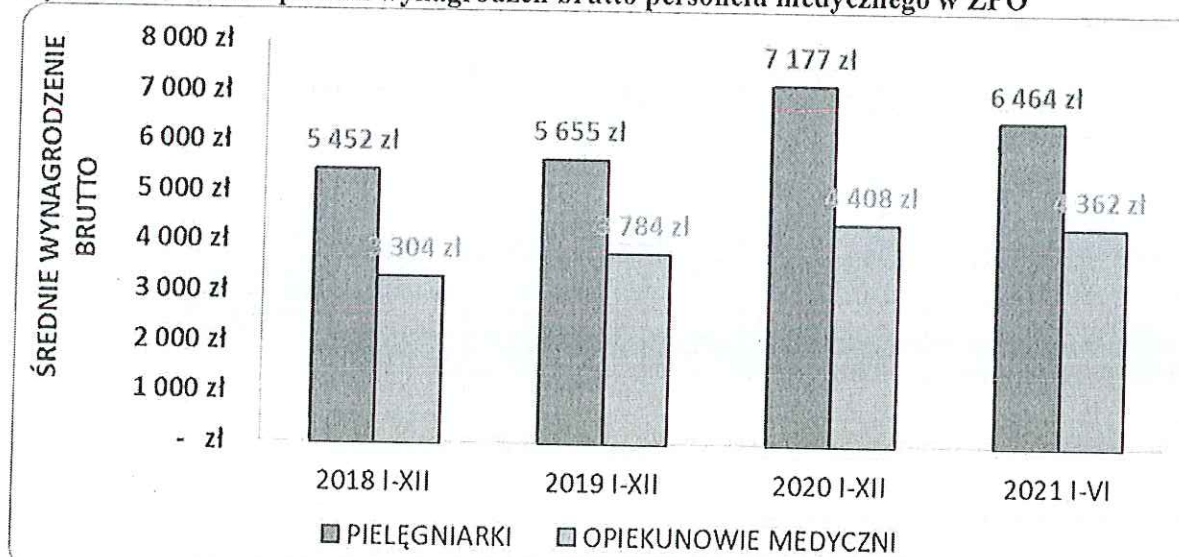
- pielęgniarki: 6 460 zł.,
- opiekunowie medyczni 4 360 zł.

W okresie minionych trzech latach relacja wynagrodzeń opiekunów medycznych do wynagrodzeń pielęgniarek była stabilna, w I półroczu 2021 roku relacja ta wzrosła z 60% - 61% do 68%, głównie na skutek spadku średniego poziomu wynagrodzeń pielęgniarek (spadek o ponad 700 zł brutto).

W I półroczu 2021 roku wynagrodzenia opiekunów medycznych są tożsame z wynagrodzeniami w roku 2020.

W latach 2018 – 2020 wzrost wynagrodzeń pielęgniarek wyniósł 32% (co przekłada się na kwotę 1725 zł brutto), w przypadku opiekunów medycznych wzrost wynagrodzeń wyniósł 33% (co przekłada się na kwotę 1100 zł. brutto).

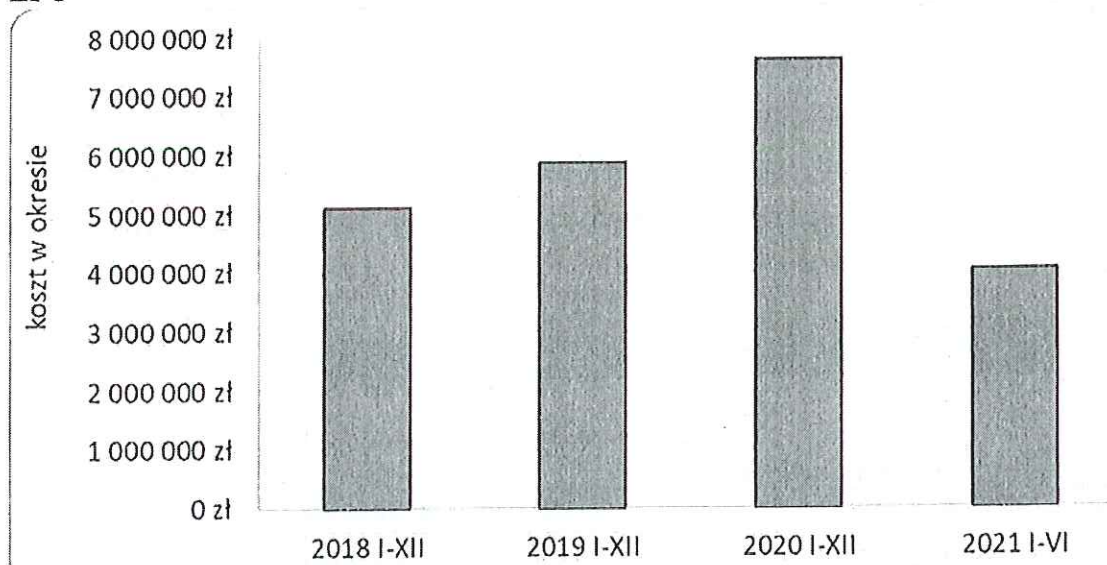
Rysunek 20. Średni poziom wynagrodzeń brutto personelu medycznego w ZPO



Źródło: Opracowanie własne

Udział kosztów personelu wykonującego bezpośrednio świadczenia opiekuńczo – pielęgnacyjne (pracownicy medyczni) w całkowitych kosztach ZPO wynosi 55% - 56% i jest to dominujący składnik kosztotwórczy.

Rysunek 21. Koszty wynagrodzeń pracowników medycznych (bez administracji i kuchni) w ZPO



Źródło: Opracowanie własne

IV.4. Koszty materiałów i energii, pozostałe koszty

Struktura kosztów ZPO – z uwagi na przedmiot działalności jakim jest świadczenie usług opiekuńczych i pielęgniarских w opiece długoterminowej – podlega agregacji zarządczej do czterech głównych grup kosztów:

- wynagrodzenia + kontrakty: 66%,
- materiały i energia: 18%,
- pozostałe koszty (bez amortyzacji) 12%,
- amortyzacja 4%.

W okresie 2018 - 2020 struktura kosztów ZPO nie uległa istotnym zmianom (za wyjątkiem wzrostu udziału kosztów materiałowych – aspekt COVID 19). Z uwagi na wyższą dynamikę kosztów wynagrodzeń (zmiana wynagrodzeń wynikająca z uwarunkowań rynkowych) w stosunku do dynamiki pozostałych kosztów, ich udział ulega powolnej redukcji osiągając obecnie poziom 12%.

Porównanie w czasie kosztów materiałów bezpośrednich wymaga ich odniesienia do liczby osobodni, wskutek takiego porównania określa się występowanie tak zwanej „inflacji w kosztach materiałów bezpośrednich”, która w okresie 2018 – 2021 wynosi 212% (rok 2018 = 100%). Czynnikiem który zniekształca porównywalność w czasie jest stan epidemii COVID-19, który doprowadził do skokowego wzrostu kosztów leków oraz materiałów opatrunkowych i jednorazowego użytku, czego efektem jest podwojenie kosztów materiałów bezpośrednich na osobodzień.

Tabela 16. Koszty materiałów bezpośrednich w ZPO

KOSZTY MATERIAŁÓW BEZPOŚREDNICH W ZŁ				
Okres	Leki	Pieluchomajtki	Materiały opatrunkowe i jedn. użytku	Razem koszty materiałowe
2018 I-XII	419 379,59	180 290,27	91 169,04	690 839 zł
2019 I-XII	473 539,17	185 744,74	131 230,95	790 515 zł
2020 I-XII	580 493,55	201 091,65	491 043,98	1 272 629 zł
2021 I-VI	366 951,34	103 283,34	389 076,22	859 311 zł

KOSZTY MATERIAŁÓW BEZPOŚREDNICH / OSOBODZIEŃ					DYNAMIKA
Okres	Leki	Pieluchomajtki	Materiały opatrunkowe i jedn. użytku	Razem koszty materiałowe	2018 = 100%
2018 I-XII	10,3 zł	4,4 zł	2,2 zł	16,9 zł	100,0%
2019 I-XII	11,8 zł	4,6 zł	3,3 zł	19,7 zł	116,2%
2020 I-XII	13,3 zł	4,6 zł	11,3 zł	29,2 zł	172,7%
2021 I-VI	15,3 zł	4,3 zł	16,3 zł	35,9 zł	212,0%

Źródło: Opracowanie własne

Koszty ponoszone na Oddziałach Całodobowych stanowią 84%-88% kosztów związanych z świadczeniem usług opiekuńczo -pielęgnacyjnych. Kluczowy udział w kosztach stanowią tak zwane koszty bazowe:

- wynagrodzenia – 153zł. / osobodzień,
- materiały bezpośrednie – 36 zł. / osobodzień,
- wyżywienie i zakwaterowanie – 54 zł. / osobodzień,
- razem koszty bazowe – 243 zł. / osobodzień.

Udział kosztów bazowych (wynagrodzeń, materiałów bezpośrednich, wyżywienia i zakwaterowania) w kosztach ogółem osobodnia utrzymuje się w okresie analizowanych lat na zbliżonym poziomie.

Wzrost kosztów osobodnia na Oddziałach Całodobowych w znaczącym stopniu związany jest ze wzrostem kosztów wynagrodzeń oraz kosztami materiałów bezpośrednich, na których poziom ZPO ma ograniczony wpływ.

Tabela 17. Koszty bazowe i koszty ogółem osobodnia w Oddziałach Całodobowych

	KOSZTY BAZOWE OSOBODNIA				KOSZTY OGÓLEM OSOBODNIA
	WYNAGRODZENIA	MATERIAŁY BEZPOŚREDNIE	WYŻYWIENIE I ZAKWATEROWANIE		
2018 I-XII	100 zł	17 zł	51 zł	168 zł	201 zł
2019 I-XII	132 zł	20 zł	53 zł	205 zł	224 zł
2020 I-XII	159 zł	29 zł	54 zł	242 zł	289 zł
2021 I-VI	153 zł	36 zł	54 zł	243 zł	276 zł

Źródło: Opracowanie własne

V. ANALIZA PRZYCZYN WYSTĄPIENIA STRATY ZA ROK 2020

V.1. Pandemia COVID-19, stawki taryfowe NFZ

Podstawową przyczyną wystąpienia straty za rok 2020 była pandemia COVID-19, która doprowadziła do:

- spadku stopnia obłożenia łóżek na oddziałach całodobowych z 97,5% w latach 2018 – 2019 do poziomu 83% w roku 2020 oraz
- spadku stopnia wykorzystania miejsc w oddziale dziennym z 83% w latach 2018 – 2019 do poziomu 37% w roku 2020.

Przy średnich stawkach za osobodzień odpowiednio na oddziałach całodobowych oraz oddziale dziennym spadek stopnia wykorzystania łóżek / miejsc oznacza uszczuplenie przychodów o 1 171 000 zł. Koszty świadczeń medycznych w ZPO w znaczącym stopniu są kosztami stałymi (dominujący koszt to koszty pracy) i niesterowalnymi w krótkim i średnim okresie czasu, stąd spadek przychodów oznacza pogłębienie deficytowości usług.

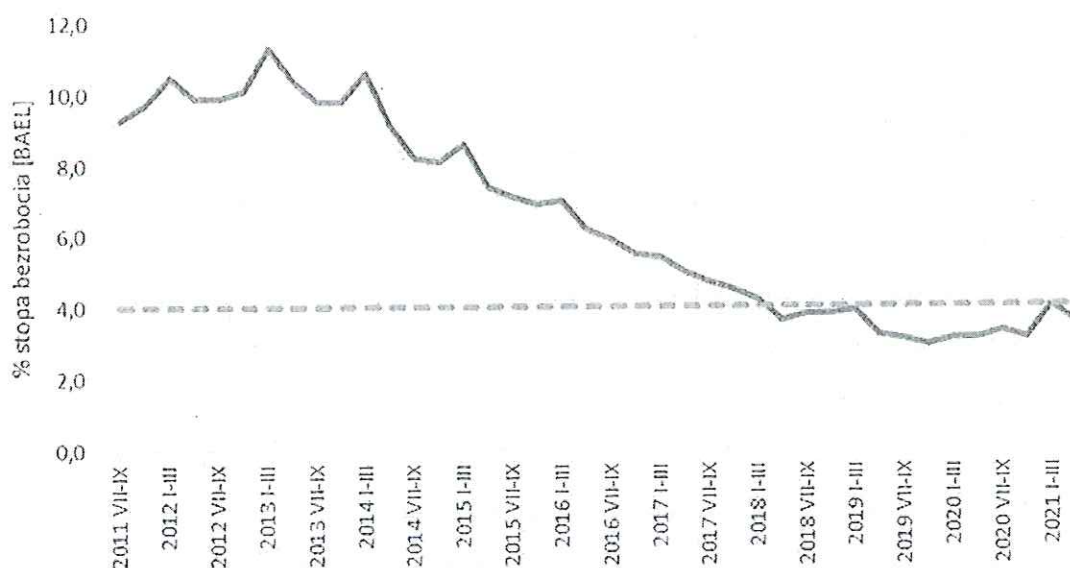
Poza aspektem COVID-19, na poziom wypracowanej straty miał także wpływ historycznie pogłębiające się niedostosowanie tempa zmian i stawek taryfowych w opiece całodobowej do zmieniających się kosztów usług opiekuńczych.

V.2. Zmiany w otoczeniu – aspekt gospodarki funkcjonującej przy pełnym zatrudnieniu

Od ponad trzech lat gospodarka Polska znajduje się w stanie pełnego zatrudnienia, co oznacza, że podaż i dostępność pracowników jest niższa w stosunku do potrzeb rynkowych. Wynika to z trwale utrzymującego się niskiego poziomu wskaźnika bezrobocia, który znajduje się trwale poniżej tak zwanej „stopy naturalnego bezrobocia”. W efekcie takich uwarunkowań narasta presja płacowa wśród pracowników wszystkich sektorów gospodarki, w tym w zakresie usług, które skutkują wzrostem cen dostaw usług i materiałów, przekładających się na wzrost kosztów usług opiekuńczych świadczonych przez ZPO.

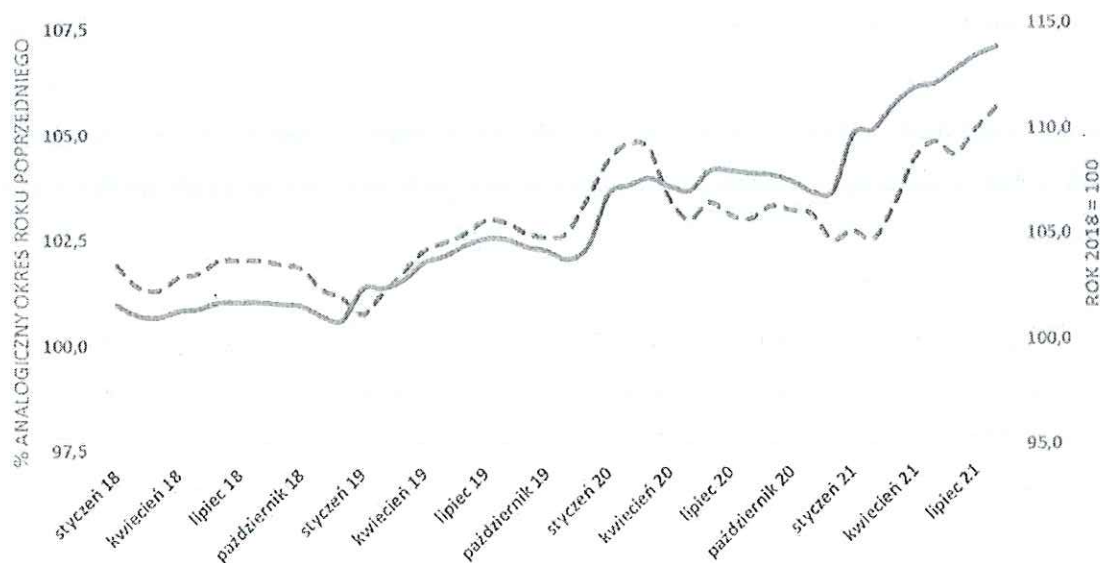
Rosnący poziom cen usług i materiałów niezbędny dla realizacji usług medycznych wynika ze wzrostu cen dóbr i usług w gospodarce, który w ujęciu miesięcznym trwale przekracza cel inflacyjny NBP, a na przestrzeni lat 2018 – 2021 oznacza wzrost cen dóbr i usług o niemal 14%. Dla porównania, tempo wzrostu wynagrodzeń w sektorze przedsiębiorstw wzrosło w tożsamym okresie o 20,7%. Tempo wzrostu bazy kosztowej znacząco wyprzedza wzrost cen taryf NFZ.

Rysunek 22. Stopa bezrobocia w Polsce na podstawie wskaźnika BAEL



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Rysunek 23. Wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych – zmiana w stosunku do analogicznego okresu roku poprzedniego



V.2. Koszty żywienia i zakwaterowania vs odpłatność pacjentów

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, pacjenci przebywający w ZPO / ZOL przeznaczają część emerytur / rent na pokrycie kosztów żywienia i zakwaterowania.

W 2020 średni koszt żywienia i zakwaterowania wyniósł w ZPO 1 800 zł / pacjenta, zatem:

- w roku 2021 poziom kosztów żywienia i zakwaterowania wyniesie 1 875 zł / pacjenta (przyjmując projektowany poziom inflacji na poziomie 4,2% - źródło NBP)

- w roku 2022 poziom kosztów żywienia i zakwaterowania wyniesie 1935 zł / pacjenta w (przyjmując projektowany poziom inflacji na poziomie 3,3% - źródło NBP, Raport o inflacji, lipiec 2021 r);
- w roku 2023 poziom kosztów żywienia i zakwaterowania wyniesie 2000 zł / pacjenta w (przyjmując projektowany poziom inflacji na poziomie 3,3% - źródło NBP, Raport o inflacji, lipiec 2021 r);

Z uwagi na wzrost kosztów żywienia i zakwaterowania (inflacja w kosztach), który przekracza wzrost przeciętnej odpłatności pacjentów, pojawia się coraz większy rozdźwięk między poziomem kosztów a odpłatnością pacjentów. Zjawisko to utrzymuje się pomimo wzrostu przeciętnej nominalnej emerytury w Polsce o 18% (lata 2018 – 2021). *Przeciętna nominalna emerytura w Polsce w roku 2020 wynosiła 2 454 zł, co oznacza, że 70% przeciętnej nominalnej emerytury wynosi 1718 zł i w stosunku do kosztów żywienia i zakwaterowania na poziomie 1800 zł wskazuje na brak zrównoważenia tych poziomów nawet na poziomie średniej emerytury w Polsce.*

Średnia wartość wynagrodzeń brutto w województwie kujawsko – pomorskim (według GUS) w stosunku do średniego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej wynosi 87,5%.

W świetle powyższego, oczekiwana wartość nominalnej emerytury w kujawsko – pomorskim wyniosła 2 164 zł w roku 2020, co oznacza, że 70% przeciętnej oczekiwanej nominalnej emerytury wynosi 1502 zł i w stosunku do kosztów żywienia i zakwaterowania na poziomie 1 800 zł wskazuje na brak zrównoważenia tych poziomów na poziomie średnim 300 zł miesięcznie.

Na 140 pacjentów w I półroczu 2021 roku:

- 87% pacjentów – Grupa I - (122 osób) wносиło odpłatność która nie pokrywała kosztów żywienia i zakwaterowania (przeciętny poziom niedopłaty do kosztów wyniósł 500 zł, co przy 122 osobach oznacza wartość 60 600 zł miesięcznej (odpowiednio 727 tys. zł rocznej) straty z tytułu braku pokrycia kosztów żywienia i zakwaterowania z odpłatności wnoszonej przez pacjentów),
- 13% pacjentów – Grupa II - (18 osób) wносиło odpłatność, która pokrywała koszty żywienia i zakwaterowania.

VI. OPIS DZIAŁAŃ PLANOWANYCH W CELU ZAPEWNIENIA ZDOLNOŚCI DO DŁUGOTRWAŁEGO DZIAŁANIA I ROZWOJU

ZPO na bieżąco optymalizuje koszty świadczonych świadczeń pielęgnacyjno – opiekuńczych realizowanych w ramach opieki długoterminowej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Zmiany w otoczeniu rynkowym, w tym związane z pandemią COVID-19, wymagają od ZPO ciągłej adaptacji do zachodzących zmian, skala i zakres tych zmian jest istotnie większa niż w latach poprzednich.

Z uwagi na strukturę kosztów oraz charakter prowadzonej działalności, możliwość adaptacji kosztów do zmian rynkowych odbywa się z opóźnieniem 3 – 6 - 9 miesięcy, zatem w średnim okresie poziom kosztów quasi stałych dostosowuje się do skali i zakresu usług opiekuńczych.

Nadchodzące zmiany w otoczeniu rynkowym wymagają przygotowania się do zmiany strategii działania ZPO oraz jednoczesnego zachowania stabilnej struktury kapitałowo – majątkowej, zachowania zdolności do terminowej obsługi zobowiązań. W świetle obecnych i projektowanych warunków rynkowych oraz systemu aktualizacji taryf NFZ, celem zarządczym ZPO jest minimalizacji straty.

Pandemia COVID-19 jest czynnikiem utrudniającym sprostanie wyzwaniom które stoją przed ZPO, a które wynikają z obecnego systemu taryf NFZ, zmian demograficznych oraz tempa zmian kosztów materiałów i usług oraz wynagrodzeń.

ZPO finansuje aktywa w niemal 54% ze środków pochodzących z grantów UE.

Na dzień 30 czerwca 2021 roku ZPO posiada rezerwę bilansową zapewniającą utrzymanie stabilności struktury majątkowo – kapitałowej. *Rezerwa ta wynosi 959 523 zł według stanu z 30 czerwca 2021 r.* Rezerwa ta wyznacza maksymalny poziom deficytu na kolejne lata.

Krytycznym czynnikiem zapewnienia zdolności do długotrwałego rozwoju, poza:

- ciągłym procesem optymalizacji kosztów i ich dostosowywania do potrzeb świadczenia usług opiekuńczych,
- ciągłym procesem optymalizacji skali działania (w tym okresowa redukcja liczby miejsc na Oddziale Dziennym adekwatnie do zmieniającego się popytu rynkowego, zmiana liczby miejsc w zakresie usług opiekuńczo – leczniczych psychiatrycznych kosztem miejsc opiekuńczo - leczniczych),
- adaptacją do warunków rynkowych (w szczególności w zakresie wymagań stawianych przez NFZ jako głównego płatnika),

jest maksymalizacja przychodów, w tym pochodzących z kontraktów z NFZ.

Analiza zmian demograficznych wskazana w rozdziale II.3 wskazuje, że ZPO musi przygotować się na zmianę rynkową która:

- wymaga zwiększenia liczby miejsc stacjonarnych w zakresie usług opiekuńczo – leczniczych psychiatrycznych jako kluczowego czynnika determinującego długoterminową perspektywę rozwoju (na obecnym etapie rozwoju rynku konieczne jest zwiększenie ilości miejsc o 10, to jest z 60 do 70 miejsc);
- wymaga stopniowego zmniejszania liczby miejsc stacjonarnych w zakresie usług opiekuńczo – leczniczych, które w świetle raportów Ministerstwa Zdrowia są obecnie bardziej zbilansowane w sensie popytu i podaży oraz generują wyższy poziom niezbilansowania obecnych stawek taryfowych NFZ z kosztami świadczenia usług (spadek z 45 miejsc do 35 miejsc)
- utrzymania Oddziału Dziennego pomimo przejściowego spadku popytu na te usługi (zredukowano ilość miejsc z 45 do 35 celem redukcji kosztów stałych – głównie kadrowych) z uwagi na perspektywę wzrostu liczby osób w wieku 75 – 84 lata o ponad 75% na przestrzeni najbliższych dziesięciu lat;
- będzie wymagała poszerzenia zakresu działalności ZPO o opiekę długoterminową domową, tak by źródła przychodów i ich struktura w ZPO nadążała za zmianami struktury rynku opieki długoterminowej, której struktura przeobrazi się w kierunku dominującego udziału opieki domowej (aspekt nowych projektów opieki zdeinstytucjonalizowanej – patrz planowane projekty do realizacji, podrozdział VI.3),

W roku 2020 średni koszt żywienia i zakwaterowania wyniósł w ZPO 1 800 zł / pacjenta.

W połowie roku 2021 wprowadzono obowiązek dopłaty do kosztów żywienia i zakwaterowania wynoszący 200 zł (na podstawie kosztów dotyczących roku 2018).

Od stycznia 2022 roku planuje się podniesienie obowiązku dopłaty do kosztów żywienia i zakwaterowania do poziomu 300 zł miesięcznie. Kwota dopłaty 300 zł odzwierciedla różnicę pomiędzy oczekiwaną nominalną średnią emeryturą w województwie kujawsko – pomorskim w roku 2020 a poziomem kosztów żywienia i zakwaterowania w roku 2020.

Kolejną aktualizację stawki dopłaty według metodyki wskazanej w podrozdziale V.2. planuje się wykonać w III kwartale 2022 roku, tak by od IV kwartału 2022 możliwe było wprowadzenie – zaktualizowanej do warunków rynkowych - stawki dopłaty do kosztów żywienia i zakwaterowania.

VI.1. Źródła finansowania działań naprawczych

Źródłem finansowania działań naprawczych ukierunkowanych na minimalizację straty i zachowanie stabilności struktury kapitałowo – majątkowej oraz zdolności do terminowego regulowania zobowiązań będą:

1. negocjacje z NFZ ukierunkowane na maksymalizację wartości kontraktu z ZPO z możliwością elastycznej zmiany struktury realizacji kontraktu w zależności od potrzeb rynku oraz potrzeb związanych z minimalizacją straty po stronie ZPO;
2. negocjacje z NFZ w kierunku zafakturowania za bieżący rok wykonanych nadwykonań a w kolejnym kroku podjęcie negocjacji z NFZ w kierunku umorzenia 415 000 zł kontraktu rozliczanego w układzie miesięcznym w roku 2020 oraz początkiem roku 2021 (aspekt COVID-19),
3. aktualizacja wartości dopłaty pacjentów do kosztów zakwaterowania i żywienia – do poziomu 300 zł miesięcznie na pacjenta celem zbilansowania różnicy w osiągniętych przychodach i kosztach tej działalności, poziom dodatkowej odpłatności przy ściągłości wynoszącej 90%, zapewni wzrost przychodów w wysokości 457 000 zł. rocznie.
4. osiągnięcie niższych kosztów funkcjonowania opieki stacjonarnej – pomimo obowiązywania kontraktu NFZ do końca roku 2022 – poprzez zwiększenie ilości miejsc stacjonarnych w zakresie usług opiekuńczo – leczniczych psychiatrycznych, oczekiwana zmiana kosztów w ujęciu rocznym to -75 000 zł,
5. dalsza zmiana struktury zatrudnienia kadry medycznej – wyrównanie ilości etatów pielęgniarek i opiekunek medycznych, oczekiwana zmiana kosztów w ujęciu rocznym to -75 000 zł,
6. redukcja nadwyżkowych kosztów materiałowych wynikająca z pandemii COVID-19, która docelowo pozwoli na redukcję kosztów w ujęciu rocznym o -416 000 zł
7. zamrożenie wydatków inwestycyjnych na lata 2021 – 2023 (co przekłada się na maksymalizację cash flow, to jest przepływu pieniężnego bez względu na wypracowany poziom wyniku finansowego);

Rok 2021 zamknie się:

- Przychodami na poziomie 13 688 000 zł (I półrocze 2021: 6 120 . zł, to jest 44,7% planowanego wykonania rocznego)
- Stratą netto na poziomie – 1 033 tys. zł (I półrocze 2021: -772 tys. zł, to jest 74,6% planowanego wykonania rocznego)

- Nadwyżką finansową na poziomie -432 tys. zł (I półrocze 2021: - 460 tys. zł, to jest 106,5% planowanego wykonania rocznego)

Powyższe założenia wyznaczają oczekiwaną:

- a) redukcję kosztów w stosunku do roku 2021 - 566 000 zł, w tym -416 000 zł uwarunkowane jest przebiegiem pandemii COVID-19
- b) wzrostem przychodów ze sprzedaży o 457 000 zł

które powinny doprowadzić do zmniejszenia poziomu straty w granicach 532 000 zł –

1 023 000 zł oraz doprowadzić do wypracowania nadwyżki finansowej na poziomie 100 000 zł –
- 591 000 zł.

Baza kapitałowa na koniec roku 2021 zapewniająca utrzymanie stabilności struktury kapitałowo – majątkowej nie ulegnie zmianie z uwagi na zamrożenie nakładów inwestycyjnych oraz brak pogłębiania deficytu po stornie nadwyżki finansowej.

Obniżenie rezerwy kapitałowej poniżej 5% planowanych rocznych przychodów ze sprzedaży, to jest kwoty 720 000 – 750 000 zł wymagać będzie zapewnienia dodatkowych źródeł przychodów w stosunku do tych wskazanych wyżej.

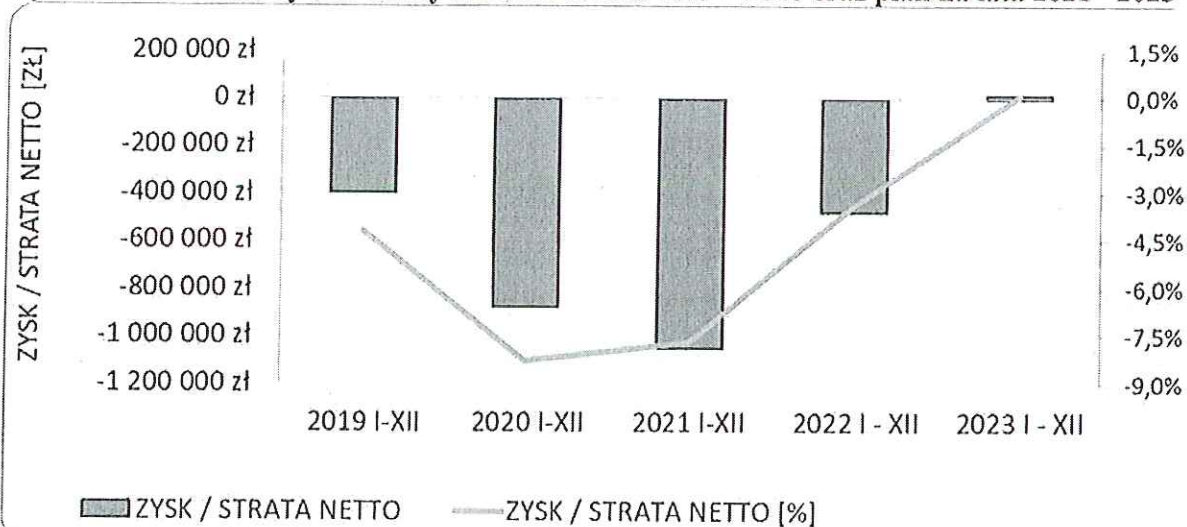
VI.2. Planowany poziom zysków / strat i nadwyżek finansowych na lata 2021 - 2023

Projektowany poziom przychodów ze sprzedaży w nadchodzących latach:

- rok 2021 = 13 688 tys. zł
- rok 2022 = 14 343 tys. zł
- rok 2023 = 14 816 tys. zł

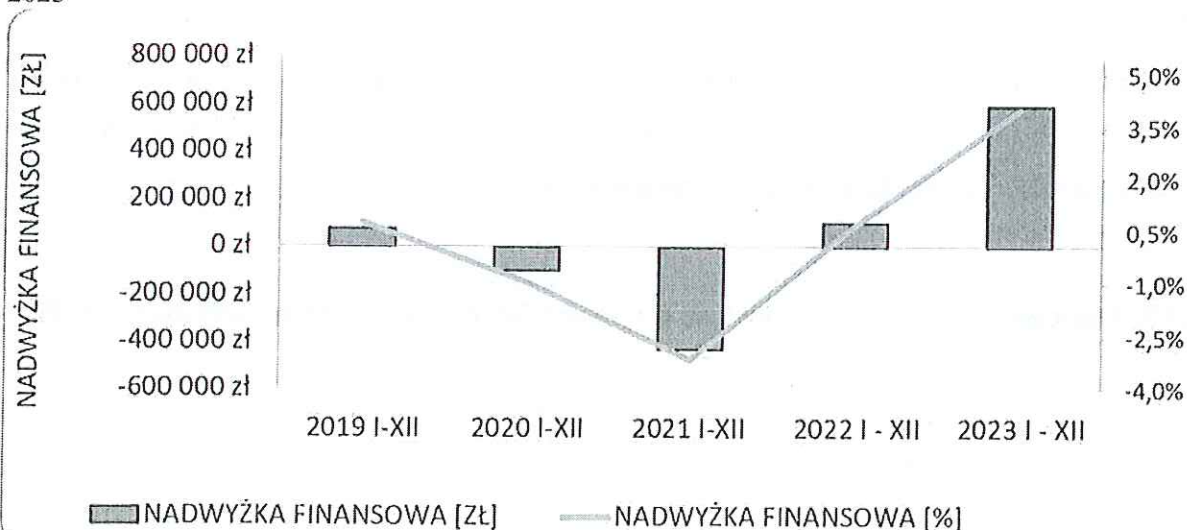
W roku 2023 przyjęto założenie o braku występowania czynników zwiększających koszty materiałowe związane z pandemią COVID-19, co oznacza, że w roku 2023 projektowany poziom zysku netto wyniesie 11 000 zł a wypracowana nadwyżka finansowa osiągnie poziom 590 000 zł.

Rysunek 25. Poziom zysku / straty netto ZPO: lata 2019 – 2020 oraz plan na lata 2021 - 2023



Źródło: Opracowanie własne

Rysunek 26. Poziom nadwyżek finansowych ZPO: lata 2019 – 2020 oraz plan na lata 2021 - 2023



Źródło: Opracowanie własne

VI.3. Projekty przewidziane do realizacji przy wsparciu funduszy UE w latach 2022 - 2027

Opieka dzienna dla osób z chorobami otępiennymi

Uzasadnienie :

Wyzwaniem dla służb medycznych i socjalnych w następnych latach będzie zabezpieczenie opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi w tym dla szybko rosnącej grupy osób z rozpoznaniem choroby otępiennej, która jest wpisana w proces starzenia się społeczeństwa. Na rynku usług medycznych i społecznych nie ma takiej formy opieki dla chorych z zespołami otępiennymi, która umożliwiałaby rodzinom pozostanie w rolach zawodowych oraz zapobiegałaby deinstytucjonalizacji. Pobyty w oddziałach dziennych psychiatrycznych są limitowane czasowo, co nie rozwiązuje problemu opieki nad chorym.

Cele:

- Poprawa funkcjonowania chorych w zakresie zdrowia i funkcjonowania społecznego.
- Umożliwienie rodzinom chorych pozostanie na rynku pracy.
- Deinstytucjonalizacja – zapewnienie opieki dziennej w rodzinie aktywnej zawodowo umożliwi rezygnację z decyzji o umieszczeniu chorego w placówce całodobowej.

Grupa docelowa : 30 chorych z rozpoznaniem zespołu otępiennego.

Zasady działania oddziału :

Oddział jest otwarty od poniedziałku do piątku w dni robocze w godzinach 06.30-16.00. Chorzy mają zapewnioną opiekę: pielęgniarską, terapeutyczną, psychiatryczną, psychologiczną, fizjoterapeutyczną. W ciągu dnia odbywają się zajęcia indywidualne i grupowe zgodnie z zaplanowanym wcześniej harmonogramem. Opieką psychologiczną są też objęci opiekunowie chorych - w zależności od zgłaszanych potrzeb.

Transport : w szczególnych przypadkach, kiedy rodzina nie jest w stanie zapewnić choremu transportu, zorganizuje go ZPO.

Projekt przewidziany do realizacji od 2 – 5 lat.

Przewidywany roczny koszt realizacji projektu – ok. 1 800 000 zł

Skoordynowana środowiskowa opieka poszpitalna (ŚOP)

Uzasadnienie:

Od wielu lat obserwujemy narastający problem społeczny, związany z nieuzasadnioną hospitalizacją na oddziałach szpitalnych oraz bezradnością rodzin/opiekunów wobec konieczności przejęcia podopiecznego po hospitalizacji.

Pacjent po zakończonym procesie leczenia, powinien zostać wypisany. Jednakże problem pojawia się w przypadku, gdy jest on niesamodzielny i wymaga kontynuacji leczenia w warunkach domowych lub opieki długoterminowej. Najczęściej rodzina nie jest przygotowana do sprawowania opieki nad osobami przewlekle chorymi, a do instytucjonalnej opieki długoterminowej ograniczona jest dostępność.

Konsekwencją takiej sytuacji dla szpitali jest nie tylko brak miejsc dla pacjentów wymagających intensywnego leczenia, ale także wysokie koszty nieuzasadnionych hospitalizacji. Z drugiej zaś strony rodziny/opiekunowie nie są przygotowani do sprawowania opieki w warunkach domowych, ponieważ nie posiadają wiedzy na temat pielęgnacji i opieki jak i środków do tego niezbędnych. Problem ten też ma swoje źródło we obecnej strukturze rodziny, gdzie dzieci i rodzice prowadzą odrębne gospodarstwa. Najczęściej opiekunem nieformalnym osoby niesamodzielnej jest także osoba starsza a dzieci pracują.

Według badań, które przeprowadzili naukowcy z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, co jedenasty starszy pacjent jest całkowicie porzucony przez rodzinę w lecznicy, albo krewni chcą, żeby przebywał na oddziale dłużej, niż to potrzebne.

Cele Projektu:

- Zwiększenie dostępności do szpitali dla pacjentów wymagających diagnostyki i leczenia.
- Zapewnienie chorym opieki w środowisku domowym po hospitalizacji.
- Umożliwienie choremu jak najdłuższego funkcjonowania w środowisku, w taki sposób, by zminimalizować konieczność hospitalizacji i stworzyć optymalne warunki do funkcjonowania chorego w warunkach domowych.
- Umożliwienie rodzinom chorych pozostanie na rynku pracy.
- Deinstytucjonalizacja – zapewnienie opieki choremu w jego środowisku domowym umożliwi rezygnację z decyzji o umieszczeniu chorego w placówce całodobowej.

Grupa docelowa : pacjenci przewlekle chorzy po zakończonej procesie leczenia przebywający w szpitalu.

Zasady działania :

Chorzy i ich rodziny/opiekunowie zgłaszani do projektu będą spełniać określone w projekcie kryteria. Zostaną objęci skoordynowaną opieką lekarską, psychologiczną, pielęgniarstwa,

logopedyczną, terapeutyczną, fizjoterapeutyczną, a także opieką opiekunów społecznych/lub medycznych . Dla każdego beneficjenta będzie stworzony indywidualny plan oddziaływań, uzależniony od potrzeb chorego, rodziny oraz możliwości personelu projektu.

Rodziny po kwalifikacji zostaną przeszkoleni i przygotowani do opieki i pielęgnacji chorego w domu, następnie zapewnione będą mieli konsultacje w zależności od potrzeb.

Projekt realizowany będzie wspólnie ze szpitalem, podstawową opieką zdrowotną, domową długoterminową opieką pielęgniarstwa oraz służbami pomocy społecznej.

Projekt przewidziany do realizacji od 2 – 5 lat.

Przewidywany roczny koszt realizacji projektu ok. 1 500 000 zł.

SPIS TABEL I WYKRESÓW

SPIS RYSUNKÓW

Rysunek 1. Ludność Polski według rozdzielnych grup wieku w latach 2020 – 2028 (trwanie życia sprzed okresu pandemii COVID-19).....	15
Rysunek 2. Trudność w samoobsłudze (lewy) i prowadzeniu gospodarstwa domowego (prawy) [%]	16
Rysunek 3. Zmienność liczby zgonów w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim w latach 2020 – 2021 wywołana COVID-19	17
Rysunek 4. Struktura rynku świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych udzielonych w ramach opieki długoterminowej w roku 2019 (NFZ).....	22
Rysunek 5. Zmiany budżetu NFZ w zakresie: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	23
Rysunek 6. Udział liczby rozpoznań choroby otępiennej w populacji województwa w latach 2016 - 2019.....	24
Rysunek 7. Struktura majątku ZPO	30
Rysunek 8. Struktura kapitałowa ZPO.....	30
Rysunek 9. Stabilność struktury kapitałowo - majątkowej.....	31
Rysunek 10. Struktura kosztów z działalności operacyjnej w latach 2018 - 30.06.2021	35
Rysunek 11. Udział przychodów pochodzących z odpłatności pacjentów w ZPO	38
Rysunek 12. Dynamika przychodów ze sprzedaży ZPO (rok 2015 = 100%)	38
Rysunek 13. Stopień wykorzystania miejsc / łóżek w ZPO	39
Rysunek 14. Marża netto w ZPO	41
Rysunek 15. Marża operacyjna ZPO	42
Rysunek 16. Nadwyżka finansowa ZPO.....	42
Rysunek 17. Struktura przepracowanych godzin pracowników medycznych ZPO	43
Rysunek 18. Liczba roboczogodzin przepracowanych przez pracowników medycznych ZPO.....	44
Rysunek 19. Liczba roboczogodzin przepracowanych przez pracowników medycznych ZPO w I półroczu roku 2020 i 2021	44
Rysunek 20. Średni poziom wynagrodzeń brutto personelu medycznego w ZPO.....	46
Rysunek 21. Koszty wynagrodzeń pracowników medycznych (bez administracji i kuchni) w ZPO	47
Rysunek 22. Stopa bezrobocia w Polsce na podstawie wskaźnika BAEL	51
Rysunek 23. Wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych – zmiana w stosunku do analogicznego okresu roku poprzedniego	51
Rysunek 24. Rozkład odpłatności pacjentów za żywienie i zakwaterowanie w ZPO, I połowa 2021 r.	53
Rysunek 25. Poziom zysku / straty netto ZPO: lata 2019 – 2020 oraz plan na lata 2021 - 2023	58
Rysunek 26. Poziom nadwyżek finansowych ZPO: lata 2019 – 2020 oraz plan na lata 2021 - 2023	58

SPIS TABEL

Tabela 1. Nadwyżkowa liczba zgonów w podziale na podregiony i grupy wiekowe wywołane COVID – 19 (punkt odniesienia: lata 2018-2019).....	18
Tabela 2. Odsetki wskazań najczęściej pojawiających się chorób i dolegliwości przewlekłych u osób w wieku 60 lat i więcej	20
Tabela 3. Opieka długoterminowa stacjonarna w województwie kujawsko – pomorskim	27
Tabela 4. Wartość bilansowa aktywów trwałych oraz WNiP na dzień 30.09.2021 w zł.	29
Tabela 5. Dane techniczne charakteryzujące obiekt	29

Tabela 6. Podsumowanie wyników oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej za rok 2020	31
Tabela 7. Fundusz własny w latach 2018 - 30.06.2021 (w zł.).....	33
Tabela 8. Przychody i koszty działalności operacyjnej w latach 2018 - 30.06.2021 (w zł.)	34
Tabela 9. Przychody i koszty działalności finansowej w latach 2018 - 30.06.2021 (w zł.)	35
Tabela 10. Wartość aktywów trwałych oraz WNiP w latach 2020-30.06.2021 (w zł.).....	36
Tabela 11. Poziomy i struktura przychodów ze sprzedaży ZPO	39
Tabela 12. Kolejka oczekujących na przyjęcie do Oddziałów Całodobowych w ZPO.....	40
Tabela 13. Przychody na osobodzień.....	40
Tabela 14. Koszty operacyjne na osobodzień.....	40
Tabela 15. Stan zatrudnienia pracowników medycznych w ZPO	45
Tabela 16. Koszty materiałów bezpośrednich w ZPO	48
Tabela 17. Koszty bazowe i koszty ogółem osobodnia w Oddziałach Całodobowych.....	49

