

# **ANALIZA STRATEGICZNA I PLAN WDROŻENIA KONSOLIDACJI TRZECH NIEZALEŻNYCH SZPITALI PUBLICZNYCH W OLSZTYNIE**

Pojęcie konsolidacja wywodzi się od łacińskiego consolidātiō, co oznacza „wzmacnianie, łączenie”.

Mianem konsolidacji określa się każde działania, które prowadzone są w celu uzyskania wewnętrznej spójności jakiejś grupy, struktury lub instytucji. Pod pojęciem konsolidacji rozumie się też stan powstały w wyniku tych działań.

**Zespół do spraw konsolidacji**

---

## Cel

Nadrzędnym dążeniem wszystkich przedstawicieli organów prowadzących jednostki medyczne jest zapewnienie mieszkańcom regionu możliwie najwyższego poziomu opieki zdrowotnej oraz dostępu do nowoczesnych technologii i osiągnięć współczesnej medycyny.

Odpowiedzialność za długofalowy rozwój systemu opieki zdrowotnej w regionie oznacza także konieczność podejmowania trudnych wyzwań, jak również poszukiwania najlepszych rozwiązań systemowych z myślą o przyszłości.

W oparciu o list intencyjny podpisany w Olsztynie, w dniu 7 lipca 2025 roku, pomiędzy:

- Uniwersytetem Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie (zwanym dalej „Uniwersytetem”), reprezentowanym przez Rektora Uniwersytetu – Jerzego A. Przyborowskiego,
- Województwem Warmińsko-Mazurskim (zwanym dalej „Województwem”), reprezentowanym przez Marszałka Województwa – Marcina Kuchcińskiego,
- Miastem Olsztyn (zwanym dalej „Miastem”), reprezentowanym przez Prezydenta Olsztyna – Roberta Szewczyka,

przy udziale Radosława Króla - Wojewody Warmińsko-Mazurskiego oraz w oparciu o zapisy pkt 2.4.18 Wojewódzkiego Planu Transformacji na lata 2022-2026, głównym założeniem koncepcji powołania „nowej jednostki” jest optymalizacja wydatków publicznych przeznaczonych na opiekę zdrowotną oraz racjonalizacja kosztów działalności leczniczej wykonywanej przez podmioty lecznicze celem:

- efektywnego wykorzystania medycznych zasobów kadrowych i technicznych,
- zastąpienia starzejącej się infrastruktury szpitalnej,
- zapewnienia i dalszego podnoszenia jakości kształcenia w Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie oraz poprawy warunków prowadzenia badań naukowych dla obecnych oraz przyszłych pokoleń lekarzy i osób wykonujących inne zawody medyczne

oraz stworzenie podstaw do pozyskania z budżetu państwa znacznych środków finansowych – szacowanych na około 1,5 miliarda złotych – z przeznaczeniem na rozwój w województwie warmińsko-mazurskim kadr oraz infrastruktury medycznej.

## Ogólny opis obecnej sytuacji

Miasto Olsztyn spośród wszystkich regionów naszego województwa posiada najmniej uporządkowaną sytuację organizacyjną w zakresie leczenia szpitalnego. W stolicy regionu funkcjonuje obecnie siedem dużych jednostek szpitalnych:

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny,

- 
2. Miejski Szpital Zespolony,
  3. Uniwersytecki Szpital Kliniczny,
  4. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy,
  5. Warmińsko-Mazurskie Centrum Chorób Płuc,
  6. Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii,
  7. Wojewódzki Zespół Lecznictwa Psychiatrycznego.

Należy podkreślić, że trzy pierwsze szpitale - mimo różnego potencjału kadrowego oraz finansowego, w wielu obszarach wykonują usługi wzajemnie konkurencyjne. Pozostałe szpitale również mogą i powinny dokonywać działań optymalizacyjnych, natomiast z racji specjalizacji w zakresie leczonych chorób - ich potencjał w tym zakresie jest nieco mniejszy. Szczegółowa analiza tego stanu jest załącznikiem nr 1 do niniejszego opracowania.

## **Podstawa działania**

W dniu 7 lipca 2025 roku organy tworzące ww. trzy szpitale tzn.:

- 1) Marszałek Województwa Warmińsko Mazurskiego,
- 2) Prezydent Miasta Olsztyna,
- 3) Rektor Uniwersytetu Warmińsko Mazurskiego,

podpisali porozumienie, którego celem jest:

- dynamiczny rozwój opieki zdrowotnej w regionie,
- optymalizacja wydatków publicznych przeznaczonych na opiekę zdrowotną oraz racjonalizacja kosztów działalności leczniczej,
- zastąpienie starzejącej się infrastruktury leczniczej nowoczesnym podmiotem,
- zapewnienie podnoszenia jakości kształcenia w Collegium Medicum oraz prowadzenia badań klinicznych.

Należy podkreślić, że cele te wpisują się w Wojewódzki Plan Transformacji na lata 2022-2026 oraz mapy potrzeb zdrowotnych dla regionu.

## **Niezbędne przekroje analiz**

1. Charakterystyka województwa
2. Epidemiologia
3. Demografia
4. Analiza otoczenia: finansowanie, system rozliczeń, wynagrodzenia

---

5. Szczegółowa analiza finansowa obecnych 3 placówek

- Analiza majątku 3 placówek

6. Zasoby kadrowe

- Zatrudnionych w każdym podmiocie
- Dublujących się pomiędzy podmiotami
- Wymienialność pokoleniowa

7. Zasoby sprzętowe

- Wiek sprzętu
- Liczba procedur wykonywanych na sprzęcie
- Prognoza zapotrzebowania na sprzęt

8. Wykaz realizowanych zakresów świadczeń

- Liczba pacjentów
- Liczba hospitalizacji
- Wartość kontraktów
- Wartość realizacji
- Średnia wartość hospitalizacji
- Liczba łóżek
- Obłożenie łóżek
- Migracja pacjentów pomiędzy podmiotami
- Udział liczby pacjentów migrujących
- Suma kosztów na pacjenta migrującego

9. Analiza infrastruktury informatycznej i jej kosztów

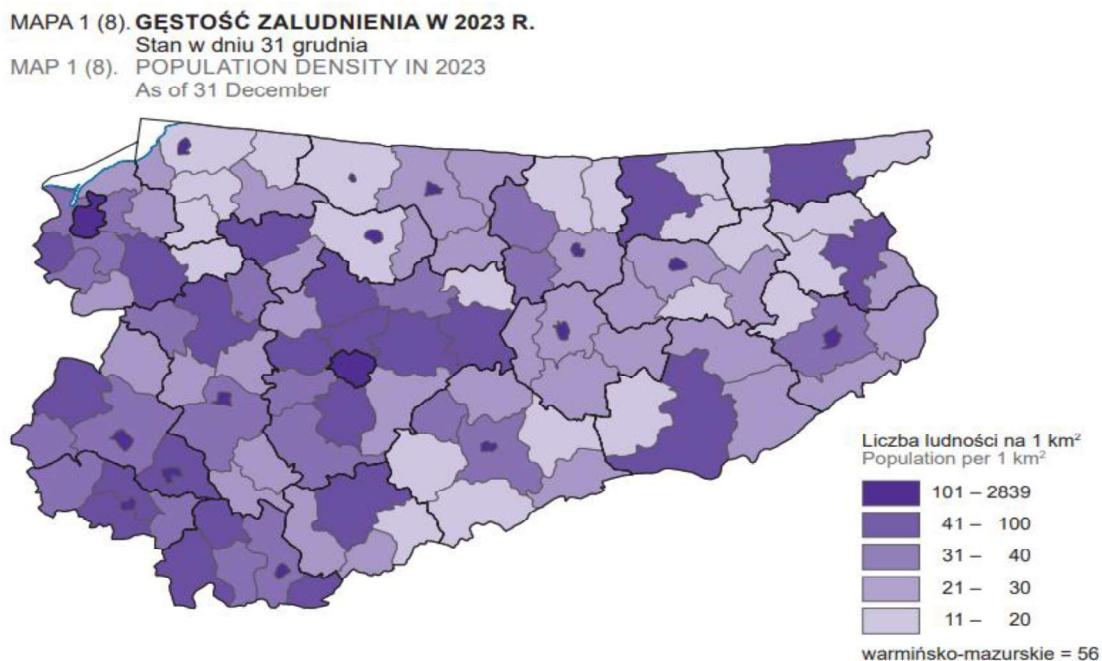
10. Propozycja konsolidacji

## **1. Charakterystyka województwa**

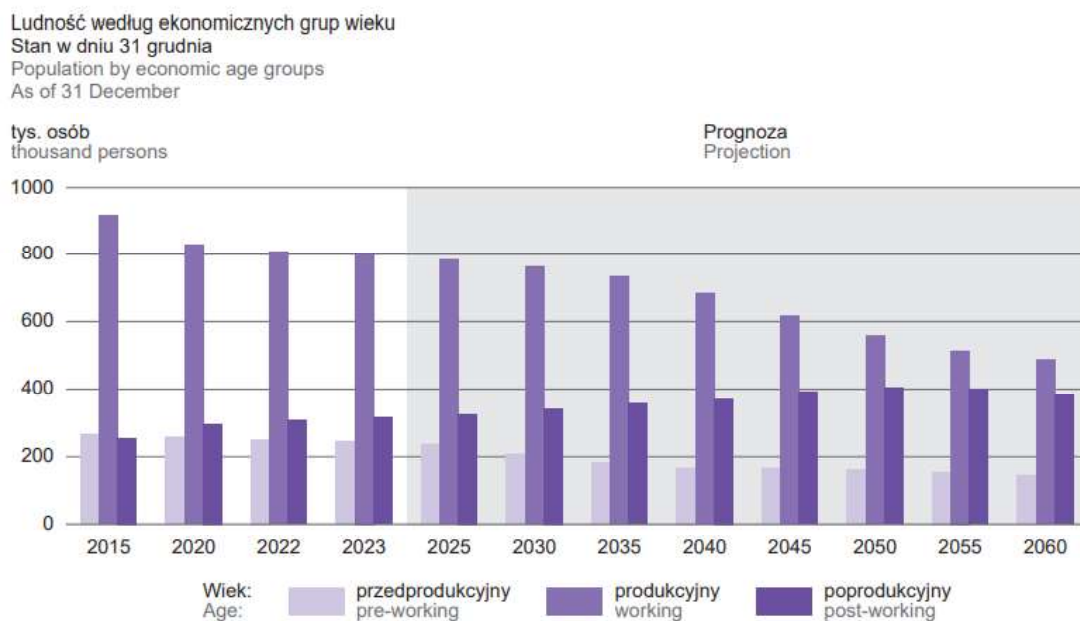
Województwo warmińsko – mazurskie położone jest w północno-wschodniej części Polski, nad Zalewem Wiślanym, w bezpośrednim sąsiedztwie wschodniej granicy Unii Europejskiej z obwodem kaliningradzkim. Od wschodu region sąsiaduje z województwem podlaskim, od południa z mazowieckim, od południowego zachodu z kujawsko-pomorskim i od zachodu - z województwem pomorskim. Mieszka tu prawie 1,5 mln osób. Stolicą regionu jest Olsztyn, inne duże miasta to Elbląg i Ełk. Najwięcej ludności zamieszkiwało stolicę województwa – Olsztyn (167,3 tys. osób). Drugim miastem pod względem liczebności mieszkańców był Elbląg (112,9 tys. osób), a trzecim – Ełk (59,8 tys. osób) z powierzchnią ponad 24 tys. km<sup>2</sup> warmińsko-mazurskie jest czwartym co do wielkości województwem w kraju. W jego skład wchodzi 21 powiatów, w tym dwa miasta na prawach powiatu

(Olsztyn i Elbląg) oraz 116 gmin: 16 gmin miejskich, 33 gminy miejsko-wiejskie i 67 gmin wiejskich. Gęstość zaludnienia wynosi około 56 osób na km kwadratowy i jest jedną z najniższych w kraju, średnia dla Polski wynosi 120 osób na km kwadratowy, dla porównania na śląsku wynosi 366 osób na km kwadratowy. Zdecydowana większość ludności mieszka w miastach (58,8%).

Rys.1 Gęstość zaludnienia



Rys.2 Ludność według grup ekonomicznych



## 2. Epidemiologia

Analizę porównawczą Rzeczypospolitej Polskiej i UE oraz krajów członkowskich przeprowadzono w zakresie problemów zdrowotnych na podstawie ich wartości DALY na 100 tys. Wybrano po pięć problemów zdrowotnych, które odznaczały się najwyższymi wartościami wskaźnika DALY. W przypadku Rzeczypospolitej Polskiej były to choroba niedokrwienna serca, udar, ból dolnego odcinka kręgosłupa, nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc, cukrzyca.

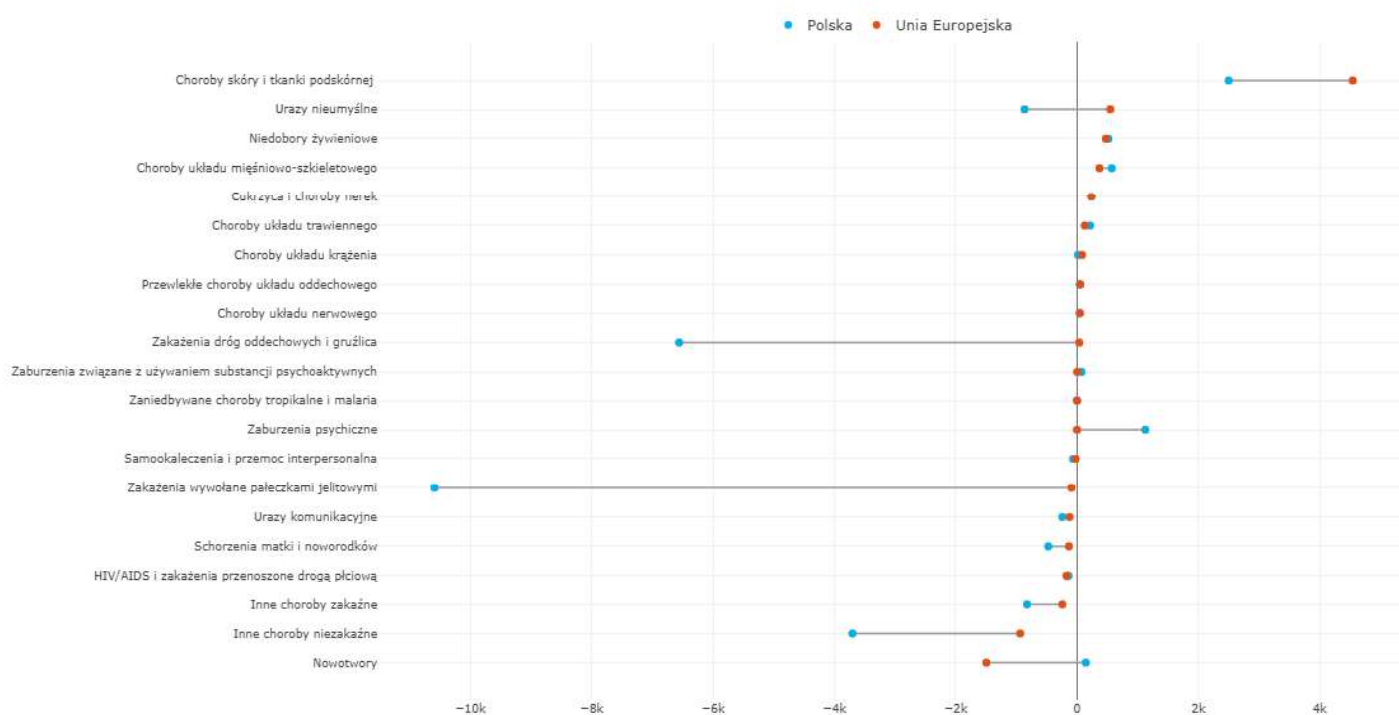
Choroba niedokrwienna serca od lat stanowi największy problem zdrowotny w Polsce i jest najczęstszą przyczyną zgonów. Wartość DALY dla tej choroby stanowiła około 11,5% DALY dla kraju i była blisko dwukrotnie większa niż dla kolejnego problemu zdrowotnego – udarów. Według prognoz na lata 2020-2028 choroba niedokrwienna serca będzie nadal wyzwaniem dla polskiej ochrony zdrowia. Szacowany jest wzrost wartości chorobowości i liczby zgonów. Pomimo wolniejszego tempa wzrostu liczby chorych w Polsce w porównaniu do krajów o podobnej wartości wskaźnika SDI, będzie ono szybsze niż średnio w UE. Udar powoduje znaczną niesprawność wśród większości pacjentów. Wartość wskaźnika YLD jest dla niego dwukrotnie większa niż dla choroby niedokrwiennej serca. Ponadto udar jest drugą najczęstszą przyczyną zgonów i prognozuje się, że do 2028 r. sytuacja ta nie ulegnie zmianie.

Choroby nowotworowe również stanowią istotny problem ze względu na powodowaną przez nie liczbę zgonów, która wzrosła aż o 25% od 1999 r. Prognozy wskazują, że liczba ta będzie nadal wzrastać, do 2028 r. aż o 10% w porównaniu z 2019 r. W tej grupie problemów zdrowotnych najwięcej zgonów (łącznie 40%) powodowanych jest obecnie przez nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy, a szacuje się, że liczby zgonów spowodowanych

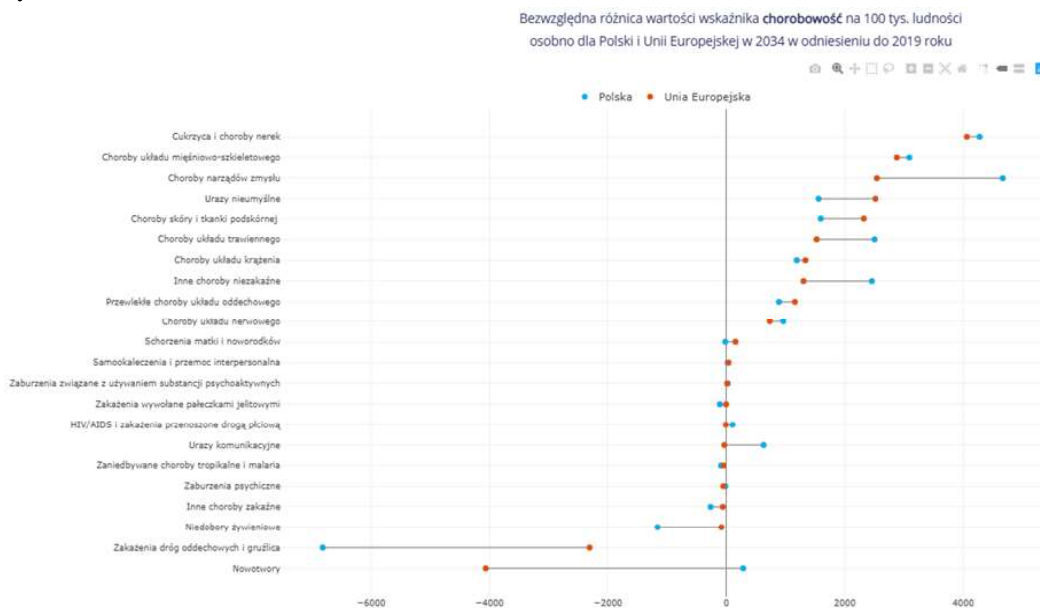
tymi chorobami wzrosną do 2028 r. (odpowiednio o 11% i 14%). Szacuje się, że w Polsce do 2028 r. liczba chorych na nowotwory wzrośnie o 4,2%. To samo dotyczy nowych przypadków, których będzie więcej o 3,8% w porównaniu z 2019 r. Natomiast w UE i krajach SDI wzrosty będą na niższym poziomie. Co więcej, nowych przypadków zachorowań będzie coraz mniej. W UE szacuje się przeciętny spadek liczby zachorowań na poziomie 15%, a w krajach o podobnej wartości wskaźnika SDI - 3,6%. Alarmujący jest wzrost znaczenia choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych. Od 1999 r. wartość DALY dla tych schorzeń wzrosła o ponad połowę. Podobna tendencja dotyczy wartości pozostałych wskaźników - liczby zgonów, zapadalności oraz chorobowości. W 2019 r. odpowiadały one za blisko 5% zgonów w Polsce. Z prognoz wynika, że ludzie coraz częściej będą umierać na choroby układu nerwowego (o 22,2% więcej zgonów w 2028 r. w porównaniu do 2019 r.), w tym szczególnie na chorobę Alzheimera i inne choroby otępienne (o 24,5%). Analizując obciążenie niesprawnością powodowaną przez choroby przewlekłe, jednym z najbardziej dotkliwych problemów zdrowotnych jest cukrzyca. Świadczy o tym zarówno dwukrotny wzrost wartości YLD na przestrzeni lat 1999-2019, jak i dynamiczny wzrost znaczenia cukrzycy pod względem wartości DALY w Polsce. Według prognoz do 2028 r. cukrzyca odnotuje największy wzrost chorobowości spośród wszystkich problemów zdrowotnych (o 23,7%).

Rys. 3 Zapadalność

Bezwzględna różnica wartości wskaźnika **zapadalność** na 100 tys. ludności osobno dla Polski i Unii Europejskiej w 2034 w odniesieniu do 2019 roku



## Rys.4 Chorobowość



### 3. Demografia

Według danych na koniec 2023 roku, w województwie warmińsko-mazurskim mieszkało 1 357,9 tys. osób, co stanowiło 3,6% populacji Polski, z czego 51,2% stanowiły kobiety, a 48,8% mężczyźni. Średni wiek mieszkańców wynosił 42,7 lat i jest porównywalny do średniego wieku mieszkańców całej Polski. Liczba ludności w regionie maleje, a najwięcej osób ubyło w powiatach braniewskim i kętrzyńskim. Sytuację demograficzną pogarsza ujemny przyrost naturalny (-4,48 na 1000 mieszkańców w 2023 r.) oraz ujemne saldo migracji w większości powiatów. Odnotowano spadek ludności o 8,5 tys. osób (0,6%) w porównaniu z 2022 r. Najbardziej zaludnione obszary to: Ełk, Kętrzyn, Ostróda, Szczytno, Giżycko, Bartoszyce i Olsztyn. Najmniej zaludnione obszary to gminy wiejskie przy granicy z obwodem kaliningradzkim, a także we wschodniej i południowej części województwa. Jedynym powiatem odnotowującym wzrost liczby mieszkańców był powiat olsztyński (+0,3%). Według prognozy na 2050 r. przewiduje się dalszy spadek liczby mieszkańców do 1 207 933 osób.

Tab. 1 Prognoza liczby ludności województwa warmińsko mazurskiego wg powiatów

Powiat	2025	2030	2060
bartoszycki	51 511	48 874	32 367
braniewski	36 885	35 352	24 550
działdowski	60 820	59 055	44 118
Elbląg	111 101	107 224	78 217
elbląski	53 661	52 117	38 554
ełcki	88 572	88 699	78 741
giżycki	53 157	51 942	40 017
gołdapski	24 601	23 812	17 449
iławski	89 408	88 361	72 327
kętrzyński	55 991	53 355	35 743

lidzbarski	37 556	36 154	25 978
mragowski	46 771	45 283	31 905
nidzicki	29 970	28 884	20 679
nowomiejski	41 518	40 643	31 680
olecki	31 623	30 794	23 222
Olsztyn	165 496	161 418	126 502
olsztyński	130 882	133 120	123 460
ostródzki	97 780	95 061	70 812
piski	51 242	49 315	35 623
szczycieński	65 845	64 354	49 531
węgorzewski	20 490	19 673	14 027
<b>Suma końcowa</b>	<b>1 344 880</b>	<b>1 313 490</b>	<b>1 015 502</b>

Pozytywne zjawisko, jakim jest wydłużanie trwania życia, połączone jednak z pogłębiającym się niskim poziomem dzietności powoduje, że liczba osób młodych, które mogą zastąpić osoby w wieku produkcyjnym maleje, natomiast liczba osób starszych, które wymagają wsparcia i opieki rośnie. Analiza danych statystycznych z zakresu demografii pokazuje proces starzenia się społeczeństwa w województwie i w całym kraju. Wskazuje na to wzrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym oraz zmniejszanie się liczby ludności w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym, rosnąca wartość współczynnika obciążenia demograficznego, wzrost mediany wieku, współczynnika starości demograficznej, a także indeksu starości, 59% mieszkańców województwa jest w wieku produkcyjnym, 18,2% mieszkańców jest w wieku produkcyjnym, a 22% w wieku poprodukcyjnym.

Potwierdzeniem postępującego procesu starzenia się społeczeństwa jest wzrost współczynnika starości demograficznej. W badanym okresie udział ludności w wieku 65 lat i więcej wzrastał systematycznie we wszystkich województwach. W 2023 r. w warmińsko-mazurskim wyniósł 19,6% (w Polsce 20,1%) i był o 9,0 p. proc. wyższy w porównaniu z 2000 r. (w Polsce o 7,7 p. proc.). Oznacza to, że prawie co piąty mieszkaniec województwa ukończył przynajmniej 65 lat. Województwo warmińsko-mazurskie zajęło szóstą lokatę pod względem najniższej wartości tego współczynnika.

W 2023 r. udział osób w wieku 65 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności wzrósł we wszystkich gminach województwa warmińsko-mazurskiego, zarówno w porównaniu z rokiem wcześniejszym, jak i 2000 r. W 28 gminach współczynnik starości demograficznej był wyższy niż 20,0%, przy czym najwyższy odnotowano w gminach miejskich: Kętrzyn (24,4%), Szczytno (23,8%), Bartoszyce (23,6%), Górowo Iławeckie (23,5%) i miejsko-wiejskiej Reszel (23,2%). Zaledwie w trzech gminach udział osób w wieku 65 lat i więcej kształtował się na poziomie poniżej 14,0%. Były to gminy wiejskie: Stawiguda, Iława oraz Szczytno. Stawiguda z wartością współczynnika starości demograficznej na poziomie 10,5% była trzecią gminą w kraju pod względem najniższego udziału osób w wieku 65 lat i więcej.

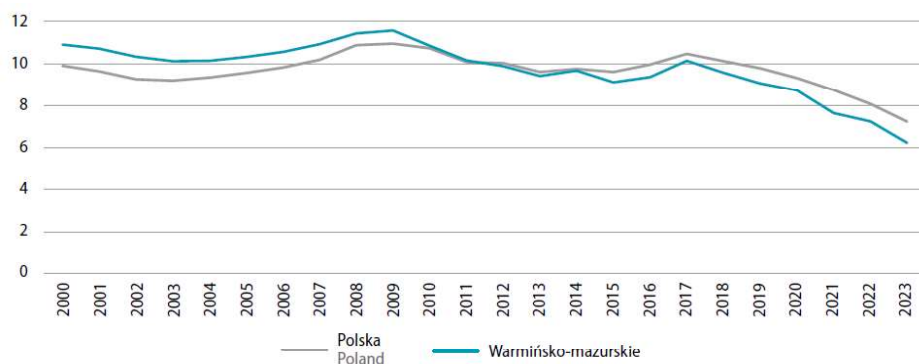
Podstawowe miary pozwalające zobrazować wiek społeczeństwa i kierunki zmian wskazują jednoznacznie na postępujący proces starzenia się ludności. Niekorzystne zmiany dotyczą nie tylko województwa warmińsko-mazurskiego, ale są zauważalne również w skali całego kraju.

Tab. 2 Wybrane miary starzenia się ludności

Wyszczególnienie Specification	Współczynnik obciążenia demograficznego Age dependency ratio		Mediana wieku Median age		Współczynnik starości demograficznej Old age rate		Indeks starości Ageing ratio	
	2000	2023	2000	2023	2000	2023	2000	2023
Polska Poland	64	71	35,4	42,8	12,4	20,1	65	133
Warmińsko-mazurskie	66	70	32,9	43,1	10,6	19,6	50	133

W 2023 r. w województwie warmińsko-mazurskim zarejestrowano 8,5 tys. urodzeń żywych. Było to o prawie połowę (45,6%) mniej niż w 2000 r. (w kraju spadek o 28,0%) i o 14,4% mniej niż rok wcześniej (w kraju spadek o 10,7%). Zmniejszenie liczby urodzeń w porównaniu z 2022 r. odnotowano we wszystkich województwach, ale w warmińsko-mazurskim spadek ten był największy. Podstawowym miernikiem natężenia urodzeń jest współczynnik urodzeń żywych. W latach 2000–2009 warmińsko-mazurskie należało do grupy trzech województw o największym natężeniu urodzeń. W 2002 r. liczba urodzeń żywych na 1000 ludności w warmińsko-mazurskim była najwyższa w kraju i wyniosła 10,3. Oznacza to, że na każdy 1000 mieszkańców rodziło się 10 dzieci. Od 2010 r. współczynnik urodzeń systematycznie obniżał się, a od 2012 r. kształtował się na poziomie niższym niż w kraju.

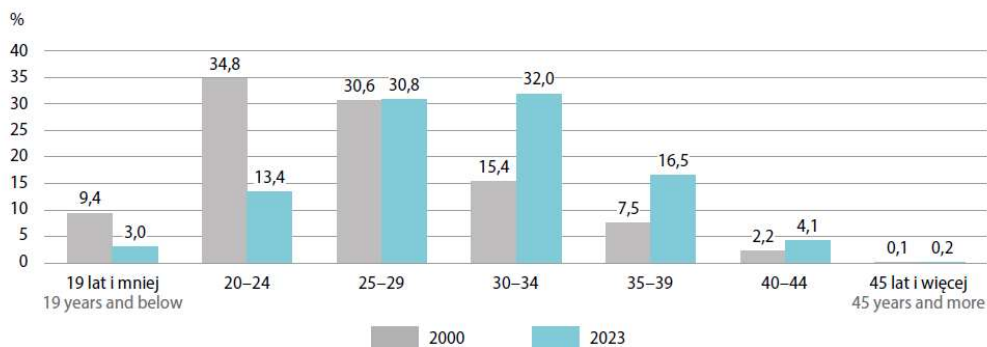
Rys. 5 Urodzenia żywe na 1000 ludności



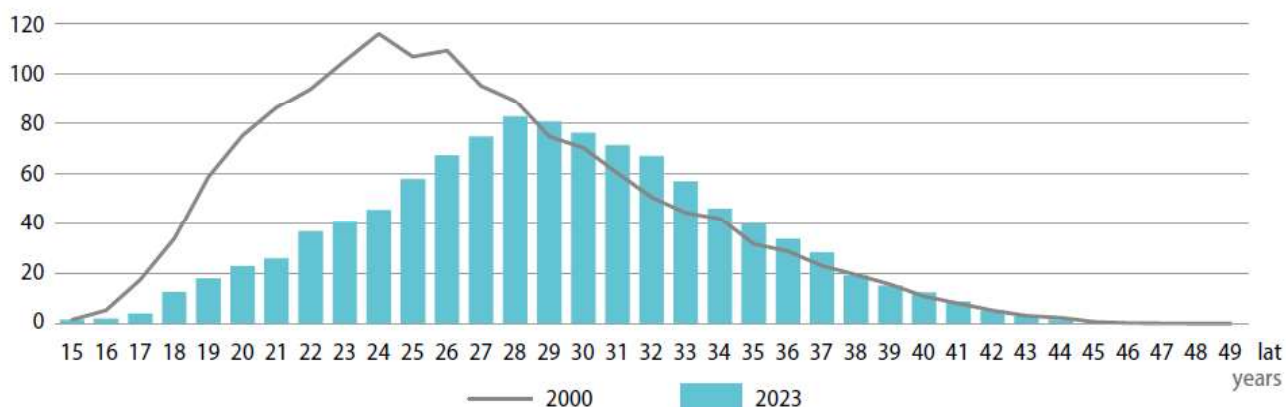
Na przestrzeni ostatnich lat zmienił się wzorzec płodności, czyli poziom natężenia urodzeń w zależności od wieku matki. Kobiety coraz później decydują się na urodzenie dziecka, o czym świadczy spadek współczynnika płodności kobiet w młodszych rocznikach wieku. W badanym okresie w warmińsko-mazurskim nastąpił spadek częstości urodzeń wśród kobiet w wieku do 28 lat włącznie,

a wzrósł wśród kobiet w wieku 29 lat i więcej. Najwyższa płodność kobiet przesunęła się z wieku 24 lat do wieku 28 lat. We wszystkich województwach najwyższą płodnością charakteryzowały się kobiety w grupie wieku 25–29 lat.

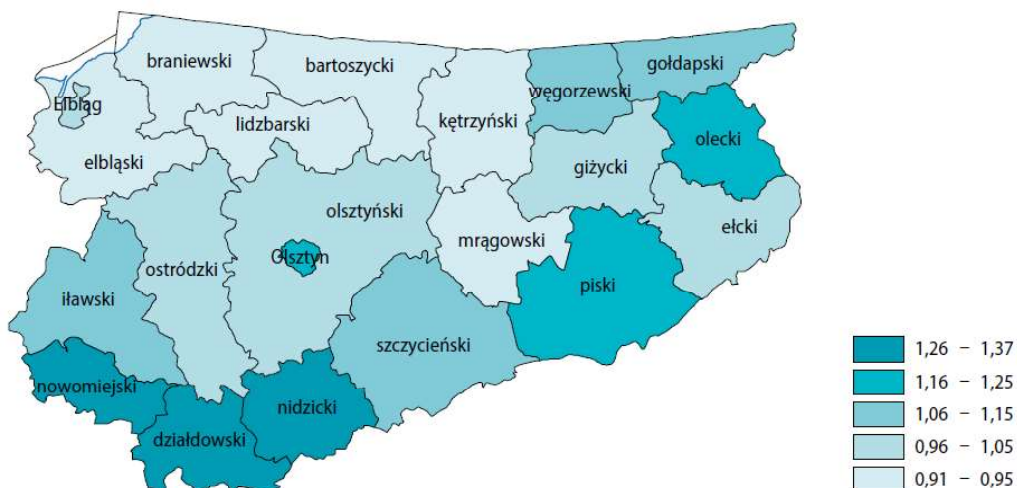
Rys. 6 Urodzenia żywe według wieku matki



Rys. 7 Współczynnik płodności kobiet



Rys. 8 Współczynnik dzietności ogólnej według powiatów w 2023 r.



#### **4. Analiza otoczenia: finansowanie, system rozliczeń, wynagrodzenia**

Obecne otoczenie ochrony zdrowia w Polsce charakteryzuje się dynamicznymi zmianami i szeregiem istotnych wyzwań. Główne zagrożenia i ryzyka wynikają zarówno z czynników wewnętrznych, jak i globalnych trendów.

Zmiany demograficzne, w tym głównie starzenie się społeczeństwa i niska dzietność zwiększają zapotrzebowanie na długoterminową opiekę geriatryczną i leczenie chorób przewlekłych. Wysoka zapadalność na choroby takie jak nowotwory, schorzenia układu krążenia, otyłość i cukrzyca, wynikające często ze stylu życia (dieta, brak aktywności fizycznej, palenie tytoniu), stanowią główne obciążenie zdrowotne i finansowe.

Postęp technologiczny w medycynie oraz wprowadzenie nowoczesnych terapii i sprzętu medycznego wiąże się z wysokimi kosztami, co wywiera presję na budżet systemu.

Regulacje prawne i polityka zdrowotna, ciągłe zmiany w przepisach, priorytetyzacja programów profilaktycznych i cyfryzacja (np.: e-zdrowie) kształtują ramy działania placówek.

Głównymi zagrożeniami są również niedobory kadrowe i migracja personelu. Brak wystarczającej liczby lekarzy, pielęgniarek i innego personelu medycznego, pogłębiany przez starzenie się obecnych kadr i migrację do lepiej wynagradzanych systemów za granicą. Skutkuje to kolejkami, przeciążeniem pracą i ryzykiem błędów medycznych.

Mimo wzrostu nakładów na zdrowie (docelowo 7% PKB), środki te wciąż są uznawane za niewystarczające w stosunku do rosnących potrzeb zdrowotnych i kosztów nowoczesnych technologii. Prowadzi to do niedofinansowania szpitali, kolejek do specjalistów i ograniczania dostępu do niektórych świadczeń.

Rosnące zadłużenie podmiotów leczniczych, często wynikające z niedoszacowania procedur medycznych i rosnących kosztów (np.: podwyżek pensji, inflacji, kosztów energii). Grozi to niewypłacalnością szpitali.

Konieczność zmiany modelu opieki z ostrej na przewlekłą i ambulatoryjną.

Nierównomierny dostęp do świadczeń medycznych między regionami oraz między miastami a obszarami wiejskimi.

Rosnąca cyfryzacja systemów medycznych (elektroniczna dokumentacja, e-recepty) naraża dane pacjentów i infrastrukturę IT placówek na ataki hakerskie i wycieki danych.

Odczuwalne są negatywne skutki pandemii, w tym "dług zdrowotny" (opóźnione diagnozy i leczenie chorób innych niż COVID-19), przeciążenie psychiczne personelu medycznego oraz konieczność utrzymywania gotowości na wypadek kolejnych kryzysów zdrowotnych.

Obecne otoczenie ochrony zdrowia w Polsce charakteryzuje się dynamicznymi zmianami i narastającymi wyzwaniami. Do kluczowych zagrożeń i ryzyka należą:

- 1) Wyzwania demograficzne i epidemiologiczne

- 
- Starzenie się społeczeństwa: rosnąca liczba osób starszych oznacza większe zapotrzebowanie na opiekę długoterminową oraz leczenie chorób przewlekłych i wielochorobowości, co generuje ogromne obciążenie systemu.
- 2) Rozwój chorób cywilizacyjnych.
- 3) Niedofinansowanie i niska efektywność
- Pomimo zwiększania wydatków, poziom finansowania ochrony zdrowia wciąż jest postrzegany jako niewystarczający w stosunku do potrzeb, co prowadzi do braków w wyposażeniu i kadrach.
- 4) Nieefektywne wykorzystanie środków:
- Kontrole NIK wskazywały w przeszłości na potrzebę pilnych zmian w organizacji systemu, aby zapewnić efektywniejsze wykorzystanie funduszy publicznych.
  - Brak ciągłości opieki: rozdrobnienie systemu (np.: pomiędzy POZ, AOS, lecznictwem szpitalnym) prowadzi do braku koordynacji leczenia, co skutkuje nieefektywnością i gorszymi wynikami zdrowotnymi pacjentów.
- 5) Problemy kadrowe
- W Polsce nadal występują braki lekarzy, pielęgniarek i innego personelu medycznego, co przekłada się na wydłużanie kolejek i obciążenie pracujących specjalistów.
- 6) Dostępność i jakość usług
- Długie kolejki: pacjenci często czekają miesiącami, a nawet latami na specjalistyczne porady lekarskie, badania diagnostyczne czy planowane zabiegi.
  - Nierówności w opiece zdrowotnej: dostęp do usług medycznych różni się w zależności od regionu zamieszkania (Polska "A" i Polska "B") oraz statusu społeczno-ekonomicznego.
  - Negatywna opinia publiczna: pomimo subiektywnej satysfakcji pojedynczych pacjentów, ogólna ocena funkcjonowania służby zdrowia w opinii publicznej od lat jest niska.
- 7) Ryzyka zewnętrzne i technologiczne
- Cyberbezpieczeństwo: rosnąca cyfryzacja i gromadzenie danych medycznych online narażają placówki na ataki cybernetyczne, co stanowi realne ryzyko w 2025 roku.
  - Zmiany prawne i polityczne: częste zmiany w przepisach prawnych i priorytetach politycznych (np.: plany Ministerstwa Zdrowia na lata 2025-2027) wprowadzają niepewność i utrudniają długoterminowe planowanie i zarządzanie placówkami medycznymi.
  - Globalne zagrożenia zdrowotne: ryzyko pojawienia się nowych pandemii lub powracających chorób zakaźnych pozostaje aktualnym wyzwaniem.

## 5. Szczegółowa analiza finansowa obecnych 3 placówek

### Analiza stanu zasobów jednostek uczestniczących w konsolidacji:

#### Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie

Szpital powstał w latach 1864-1867 roku. Data ta uznawana jest za początek historii Szpitala. Następnie w latach 1926 i 1929 szpital znacznie rozbudowano – dobudowano drugie piętro budynku, w którym mieściła się laryngologia, okulistyka i chirurgia szczękowa – budynek C. Dalsza historia szpitala przedstawia się następująco:

- lata 30-te – Szpital Mariacki jest nowoczesnie urządzonego zakładem leczniczym o liczbie łóżek 350, cieszącym się uznaniem społeczności Olsztyna i powiatu olsztyńskiego,
- 1935 r. – wzniesienie budynku izolacyjnego dla oddziału zakaźnego,
- koniec lat 40-tych – rozpoczyna pracę laboratorium analityczne oraz pracownia radiologiczna,
- koniec II wojny światowej – z nowoczesnie urządzonego Szpitala Mariackiego lat trzydziestych pozostaje jedynie budynek, dotknięty także skutkami wojny,
- lata 1945-1946 – zorganizowanie oddziałów: wewnętrznego, chirurgicznego, ginekologicznego, zakaźnego, położniczo-niemowlęcego i dziecięcego,
- 1947 r. – zorganizowanie oddziału neurologicznego,
- 1948 r. – zorganizowanie samodzielnego oddziału okulistycznego,
- 1948-1970 – Szpital Mariacki funkcjonuje jako Szpital Wojewódzki (do czasu wybudowania Szpitala Wojewódzkiego),
- w 2000 roku do szpitala dołączono dawny Szpital Kolejowy na Al. Wojska Polskiego.



Po wybudowaniu i uruchomieniu Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego, Szpital Mariacki zaczął pełnić funkcje szpitala miejskiego dla pacjentów Olsztyna i okolic. Reasumując jest to 158-letni szpital, który pomimo procesów inwestycyjnych jest w bardzo znacznym stopniu wyeksploatowany - w praktyce bez możliwości dostosowania do współczesnych standardów. Natomiast posiadający znakomitą kadrę i pewien zasób sprzętu.

#### Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie

Historia Szpitala sięga końca XIX wieku. Został on założony w 1885 r. jako Szpital Garnizonowy w Olsztynie. Dalsza historia szpitala przedstawia się następująco:

- okres po II wojnie światowej – funkcjonuje jako 103 Szpital Wojskowy Ministerstwa Obrony Narodowej.
- 1998 – 103 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ.
- 2009, 1 maja – przejęcie szpitala przez Uniwersytet Warmińsko-Mazurski.
- 2012, 1 lipca – szpital zostaje przemianowany na Uniwersytecki Szpital Kliniczny
- 2013, 18 października – zakończenie I etapu modernizacji zabytkowej części oraz otwarcie nowego skrzydła szpitala.
- październik 2022 roku - zakończenie II rozbudowy - otwarcie kolejnego skrzydła szpitala.



Podobnie, jak wymieniony powyżej Szpital Miejski, Uniwersytecki Szpital Kliniczny mieści się w znacznej części w starych, zabytkowych budynkach poddanych częściowej modernizacji. Zaletą są dwa nowe skrzydła na ok. 80 łóżek, które zostały dobudowane do starej części jednostki. Mimo wszystko jednostka ta liczy już 140 lat.

### **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie**

Najmłodszy ze wszystkich szpitali uczestniczących w procesie konsolidacji, prace nad budową szpitala ruszyły 1964, ukończone zostały w 1970. Poniżej przedstawiamy skróconą historię szpitala:

- w 1970 roku powstały oddziały: rehabilitacyjny, chirurgiczny, neurologiczny, kardiologiczny, okulistyczny, otolaryngologiczny i ginekologiczny, w 70 latach - oddziały noworodkowy, ortopedyczny, gastroenterologiczny, neurochirurgiczny, nefrologiczny,
- rok 1980 to powstanie oddziału intensywnej terapii, rok 1993 - oddziału endokrynologii i diabetologii, a rok 2000 roku - oddziału hematologii,
- większość ww. oddziałów przejmowała całkowicie lub częściowo funkcje uprzednio istniejących jednostek ze szpitala Miejskiego w Olsztynie,
- w marcu 2008 roku rozpoczęto modernizację szpitala, która obejmowała dobudowę nowego skrzydła przeznaczonego na blok operacyjny i centralną sterylizatornię, do istniejącego głównego budynku szpitalnego w skład którego weszły: blok operacyjny z 12 salami operacyjnymi, sala wybudzeń na 17 stanowisk – jako kompleksowy element bloku operacyjnego, część dydaktyczna dla 120 studentów, z salą audytorijną i 2 salami seminaryjnymi,

- obecnie trwa kolejny etap rozbudowy dotyczący Centrum Urazowego oraz pomieszczeń dotyczących patomorfologii.



Pomimo najmłodszego wieku jednostki, jest to mimo wszystko budynek już 55-letni i mimo remontów, tylko dzięki rozbudowie o bloki operacyjne i obecnie pomieszczenia Centrum Urazowego, może dalej realizować swoje funkcje.

Tab. 3 Analiza majątku 3 placówek

Wskaźnik	Uniwersytecki	MSZ	WSS
Aktywa	82 045 801,00 zł	81 973 268,00 zł	404 653 944,00 zł
Zobowiązania krótkoterminowe	28 362 506,00 zł	41 011 649,00 zł	70 232 148,00 zł
Zobowiązania długoterminowe	2 239 286,00 zł	9 546 127,00 zł	0,00 zł
Przychody ogółem	139 363 972,00 zł	211 839 082,00 zł	543 908 164,00 zł
Aktywa- zobowiązania	51 444 010,00 zł	31 415 492,00 zł	334 420 895,00 zł
Aktywa-Zobowiązania+Przychody	190 807 982,00 zł	243 254 575,00 zł	878 329 059,00 zł
Liczba głosów	191	243	878

W kontekście art. 66 ust 5b podział udziałów właścicielskich wynikających z wartości majątku rozkłada się w proporcjach 14,56% szpital Uniwersytecki, 18,52% szpital Miejski i Wojewódzki Szpital Specjalistyczny 66,92 % .

Organy Założycielskie przyjęły konsolidację w oparciu o te proporcje z zachowaniem dominującej funkcji Uniwersytetu w zachowaniu i rozwoju dydaktyczno-naukowych i przy zachowaniu zabezpieczenia realizacji funkcji potrzeb miejskich pacjentów.

Wskaźnik płynności szybkiej

Podmiot	2023	2025 I	
		2024	półrocze
Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie	0,50	0,38	0,42
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie	0,41	0,43	0,19
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie	2,30	2,80	2,70

Jedynie Wojewódzki Szpital Specjalistyczny utrzymuje wskaźnik płynności szybkiej na poziomie powyżej 1

## Sytuacja finansowa

podmiot	klasa	2023	2024
Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie	I. PRZYCHODY	171 181 352,08 zł	199 865 805,50 zł
	II. KOSZTY OPERACYJNE	-184 620 636,72 zł	-221 257 126,67 zł
	III. POZOSTAŁE KOSZTY OPERACYJNE	-619 495,55 zł	-600 681,25 zł
	IV. KOSZTY FINANSOWE	-1 168 919,71 zł	-1 243 859,10 zł
Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie Suma		-15 227 699,90 zł	-23 235 861,52 zł
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie	I. PRZYCHODY	123 280 026,83 zł	139 363 968,99 zł
	II. KOSZTY OPERACYJNE	-121 206 920,28 zł	-135 341 084,73 zł
	III. POZOSTAŁE KOSZTY OPERACYJNE	-4 190 201,15 zł	-3 734 068,43 zł
	IV. KOSZTY FINANSOWE	-886 153,83 zł	-883 693,62 zł
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie Suma		-3 003 248,43 zł	-594 877,79 zł
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie	I. PRZYCHODY	486 816 600,00 zł	559 061 100,00 zł
	II. KOSZTY OPERACYJNE	-417 124 100,00 zł	-489 400 700,00 zł
	III. POZOSTAŁE KOSZTY OPERACYJNE	-321 000,00 zł	-27 487 300,00 zł
	IV. KOSZTY FINANSOWE	-34 300,00 zł	-33 700,00 zł
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie Suma		69 337 200,00 zł	42 139 400,00 zł
Suma końcowa		51 106 251,67 zł	18 308 660,69 zł

Mimo wzrostu przychodów, dynamika wzrostu kosztów w szpitalach MSZ i USK była wyższa, w związku z czym zarówno w roku 2023 jak i 2024 odnotowały one stratę. Szpital WSZ w analogicznych okresach utrzymał dodatni wynik finansowy

podmiot	I. PRZYCHODY	KOSZTY	Suma końcowa
Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie	199 865 805,50 zł	-223 101 667,02 zł	-23 235 861,52 zł
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie	139 363 968,99 zł	-139 958 846,78 zł	-594 877,79 zł
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie	559 061 100,00 zł	-516 921 700,00 zł	42 139 400,00 zł
<b>Suma końcowa</b>	<b>898 290 874,49 zł</b>	<b>-879 982 213,80 zł</b>	<b>18 308 660,69 zł</b>

Po konsolidacji przychody NOWEGO PODMIOTU wyniosłyby około 900 mln z czego 750 mln leczenie szpitalne.

## 6. Zasoby kadrowe

Analizę w zakresie zabezpieczenia kadrowego przeprowadzono w oparciu o dane NFZ-personel aktualnie zgłoszony w umowach szpitalnych. Wyznacznikiem identyfikującym poszczególne osoby był unikalny numer prawa wykonywania zawodu, a w przypadku jego braku PESEL danej osoby. Dla potrzeb opracowania skupiono się wyłącznie na personelu medycznym: lekarzach, pielęgniarkach, położnych, ratownikach medycznych, a także osobach reprezentujących pozostałe zawody medyczne (np.: diagnostach laboratoryjnych, farmaceutach). Ponieważ w każdej grupie zawodowej występuje migracja personelu między podmiotami – dla potrzeb oszacowania faktycznej dyspozycyjności personelu przyjęto, że dana osoba jest pracownikiem danego szpitala w przypadku, gdy pracuje w wymiarze przynajmniej etatu przeliczeniowego.

Grupa zawodowa	Szpital	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	Suma
LEKARZE	MSZ	28	59	19	17	18	4	145
	USK	6	21	13	11	4	2	57
	WSS	32	96	36	53	18	7	242

LEKARZ DENTYSTA	MSZ	2	3	1				6
	USK	1	1		2			4
PIELĘGNIARKI	MSZ	37	28	20	40	14	1	140
	USK	40	46	18	41	14	1	160
	WSS	59	93	61	105	53		371
POŁOŻNE	MSZ	35	4	1	23	14		77
	WSS	19	12	13	29	12		85
POZOSTALI	USK	1	9	6	6	2		24
	WSS	5	17	18	18	6		64
RATOWNIK	MSZ		1	1				2
	WSS	9	5					14

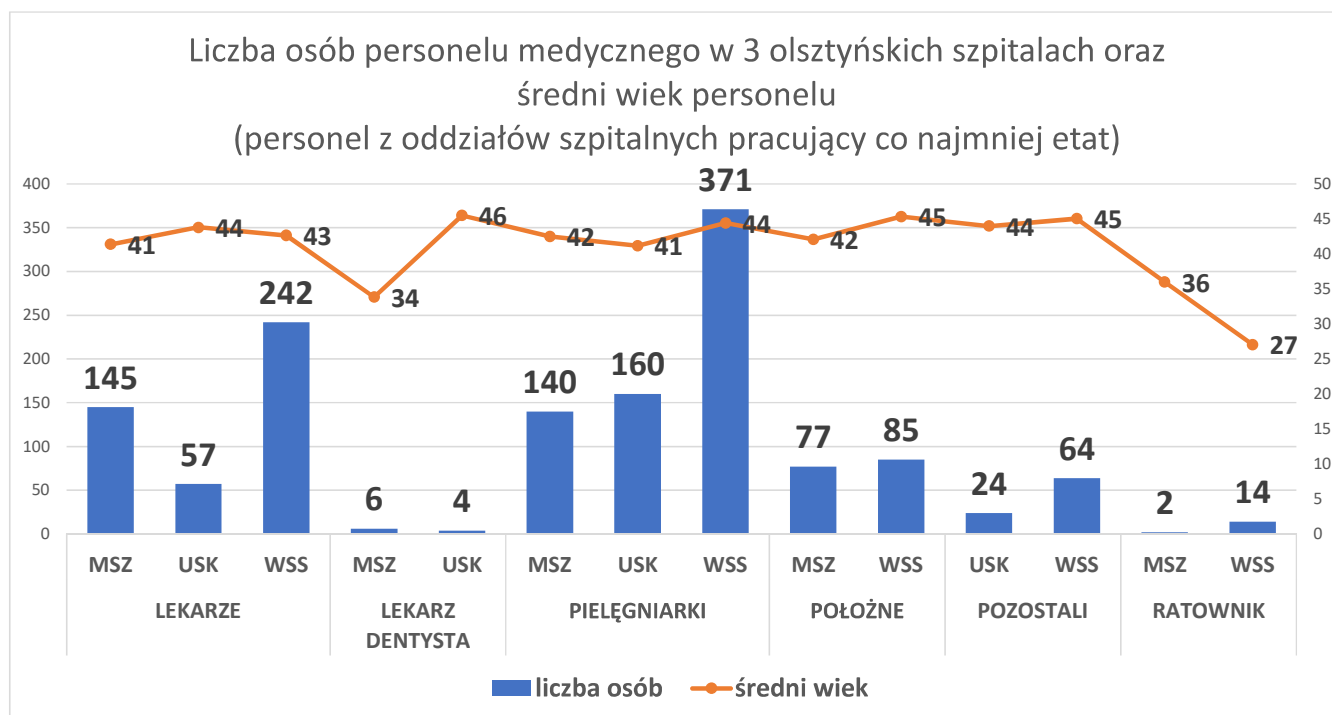
Liczba lekarzy w podziale na specjalizację w 3 olsztyńskich szpitalach (personel z oddziałów szpitalnych pracujący co najmniej etat). W przypadku gdy lekarz pracuje w dwóch specjalizacjach, wówczas jest liczony dwukrotnie.

Zawód	MSZ	USK	WSS	Suma końcowa
LEKARZ - SPECJALISTA ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII	19	11	27	57
LEKARZ - SPECJALISTA KARDIOLOGII	13	2	22	37
LEKARZ	26	2	8	36
LEKARZ - SPECJALISTA POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII	13		23	36
LEKARZ - SPECJALISTA CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH	14	7	12	33
LEKARZ - SPECJALISTA CHIRURGII OGÓLNEJ	11	7	6	24
LEKARZ - SPECJALISTA NEUROLOGII		7	14	21
LEKARZ - SPECJALISTA ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU	10		10	20
LEKARZ - SPECJALISTA OTORYNOLARYNGOLOGII		7	11	18
LEKARZ - SPECJALISTA NEUROCHIRURGII		7	9	16
LEKARZ - SPECJALISTA OKULISTYKI	6		9	15
LEKARZ - SPECJALISTA NEONATOLOGII	4		10	14
LEKARZ - SPECJALISTA RADIOTERAPII ONKOLOGICZNEJ			13	13
LEKARZ - SPECJALISTA NEFROLOGII			12	12
LEKARZ - SPECJALISTA GASTROENTEROLOGII			10	10
LEKARZ - SPECJALISTA DERMATOLOGII I WENEROLOGII	10			10
LEKARZ - SPECJALISTA CHIRURGII NACZYNIOWEJ			9	9
LEKARZ - SPECJALISTA REUMATOLOGII	9			9
LEKARZ - SPECJALISTA UROLOGII	8		1	9
LEKARZ - SPECJALISTA DIABETOLOGII			8	8
LEKARZ - SPECJALISTA KARDIOCHIRURGII			6	6
LEKARZ - SPECJALISTA MEDYCYNY RATUNKOWEJ			6	6
LEKARZ - SPECJALISTA ENDOKRYNOLOGII			5	5
LEKARZ - SPECJALISTA REHABILITACJI MEDYCZNEJ		2	2	4
LEKARZ - SPECJALISTA CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ	1	3		4
LEKARZ - SPECJALISTA RADIOLOGII I DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ		1	2	3
LEKARZ - SPECJALISTA ONKOLOGII KLINICZNEJ	1		1	2
LEKARZ - SPECJALISTA GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ			2	2

Zawód	MSZ	USK	WSS	Suma końcowa
LEKARZ - SPECJALISTA TRANSPLANTOLOGII KLINICZNEJ			1	1
LEKARZ - SPECJALISTA CHIRURGII DZIECIĘCEJ		1		1
LEKARZ - SPECJALISTA PEDIATRII			1	1
LEKARZ - SPECJALISTA CHIRURGII PLASTYCZNEJ			1	1
LEKARZ - SPECJALISTA MEDYCYNY RODZINNEJ			1	1
<b>Suma końcowa</b>	<b>145</b>	<b>57</b>	<b>242</b>	<b>444</b>

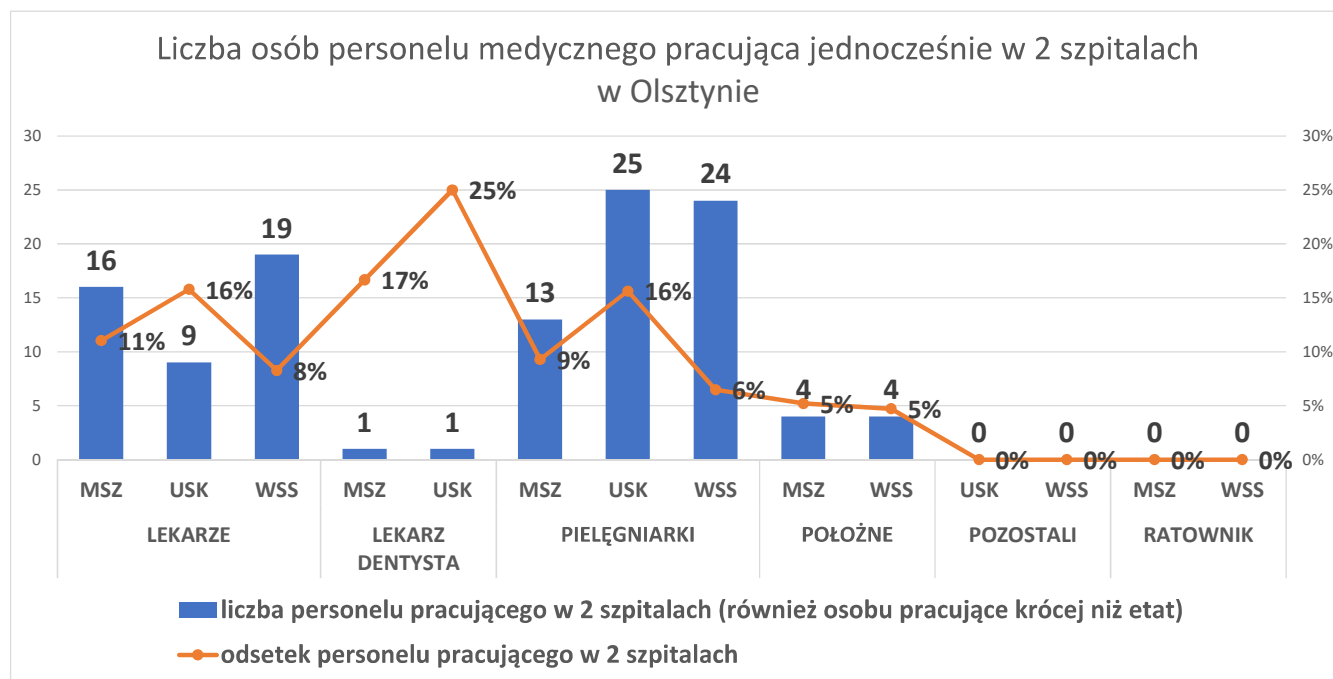
Analiza personelu w podziale na specjalizację lekarską jeszcze wyraźniej wskazuje na potrzebę konsolidacji. W każdym ze szpitali odrębnie występują niedobory kadr w poszczególnych specjalnościach (specjalista w zakresie kardiologii w USK, specjalista w zakresie neonatologii w MSZ, specjalista w zakresie rehabilitacji w USK i WSS). Połączenie potencjałów kadrowych, nawet po uwzględnieniu obecnie występującej migracji personelu, w pełni zabezpiecza potrzeby jednostki.

- Zatrudnionych w każdym podmiocie**



Największe zasoby kadrowe w każdej grupie zawodowej posiada WSS (242 lekarzy, 371 pielęgniarek, 85 położnych, 14 ratowników i 64 osoby pozostałych zawodów medycznych – łącznie 776 osób), kolejnym ze szpitali jest MSZ, najmniejszy zasób kadrowy posiada USK. Zwraca uwagę znaczna liczba pielęgniarek (160) pracujących w USK.

- **Personel dublujący się pomiędzy podmiotami**

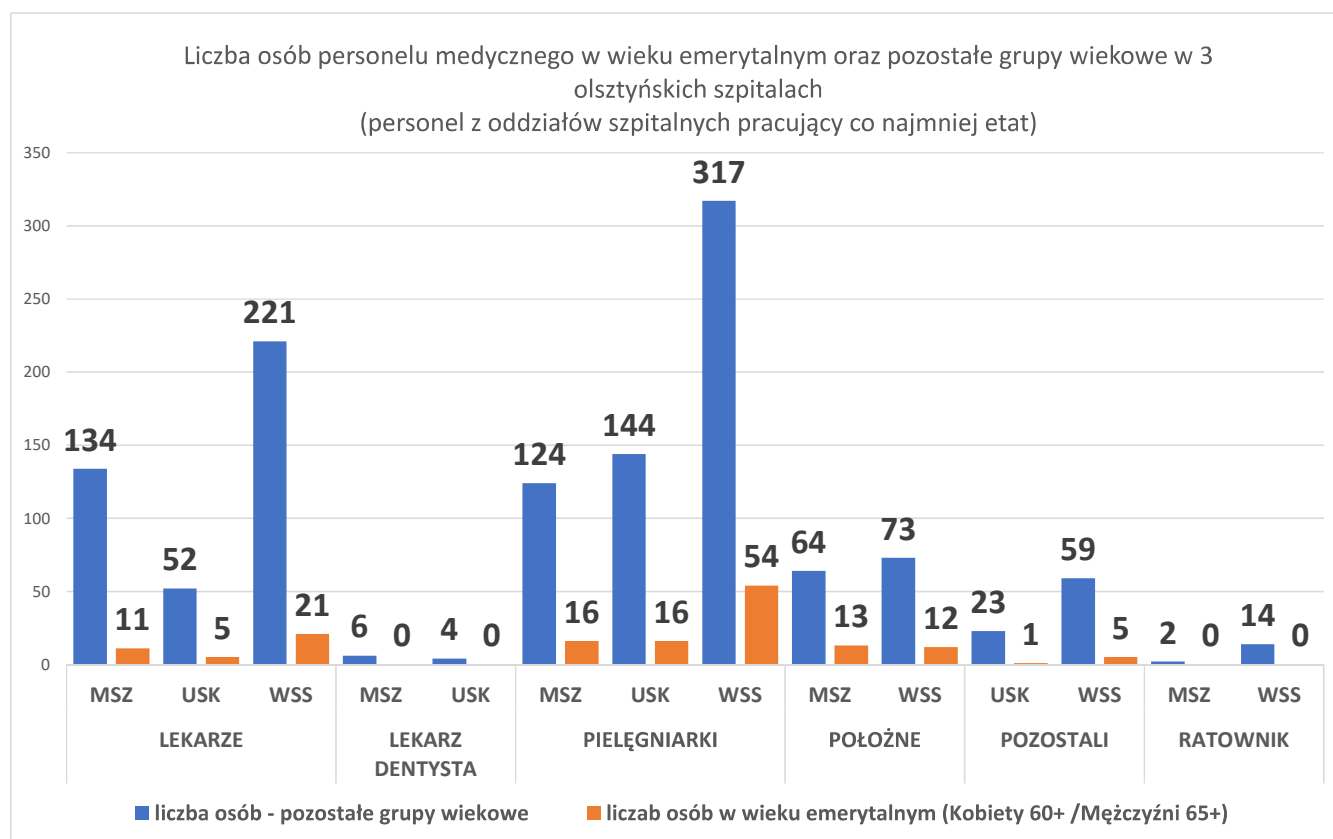


Przeprowadzono analizę personelu pod kątem migracji między podmiotami. Zwraca uwagę zjawisko migracji personelu w grupie zawodowej lekarzy (10%) i pielęgniarek (9%). Należy podkreślić, że migracja dotyczy wszystkich szpitali, niezależnie od zasobów kadrowych. Nawet szpital o największym potencjale kadrowym – WSS – również korzysta z personelu innych podmiotów (w 8% w zakresie kadry lekarskiej i 6% w zakresie kadry pielęgniarskiej). Potwierdza to tezę o pozytywnym wpływie konsolidacji w zakresie zarządzania personelem. Ułatwiłoby to prawidłową organizację pracy, bez konieczności nadmiernego przeciążania pracą poszczególnych osób. W istotny sposób zmniejszyłaby się również niepotrzebna konkurencja w zakresie pozyskiwania kadry pomiędzy szpitalami, tym samym zmniejszeniu uległyby koszty działalności.

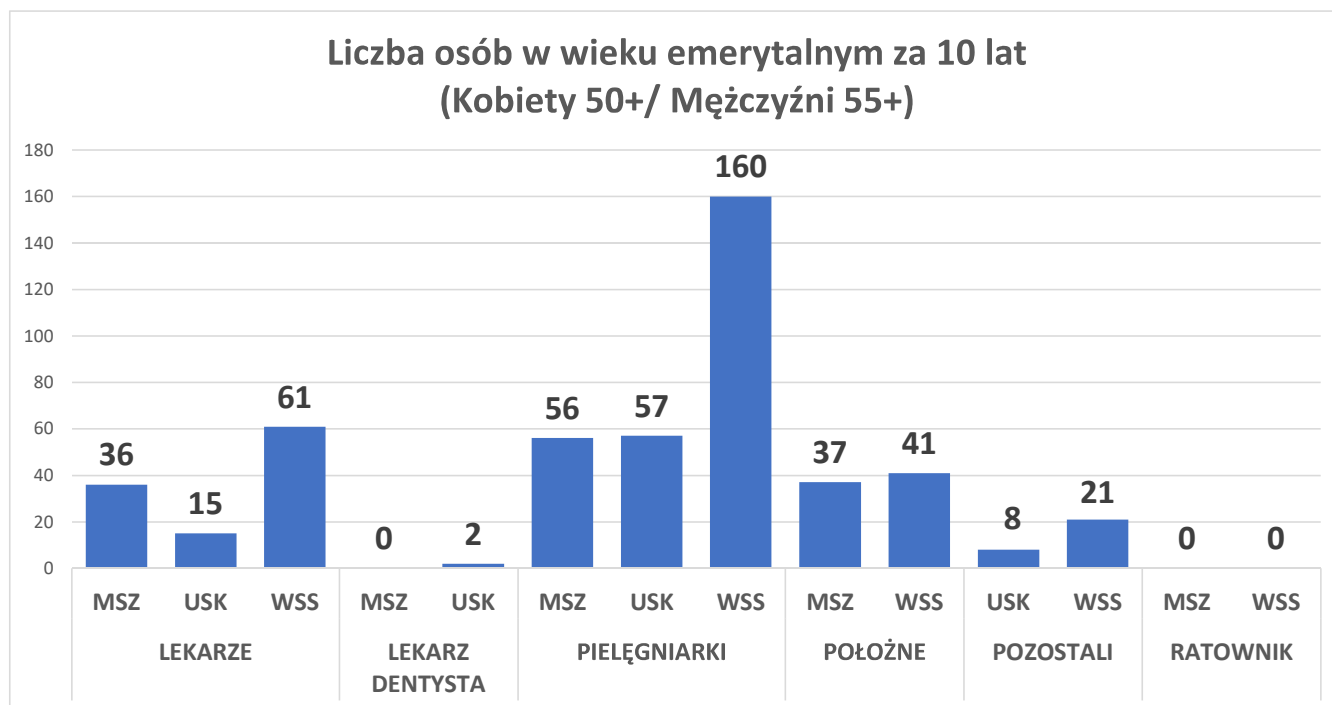
- **Wymienialność pokoleniowa**

Analizie poddano liczbę zatrudnionych osób w następujących grupach wiekowych:

- osoby w wieku produkcyjnym,
- osoby w wieku emerytalnym,
- osoby, które w ciągu najbliższych 10 lat osiągną wiek emerytalny.



Zwraca uwagę zjawisko uzupełniania kadry w każdej grupie zawodowej o osoby już obecnie będące w wieku emerytalnym. Stanowi to odpowiednio od 8% do 10% w grupie zawodowej lekarzy, od 13% do 17% w grupie pielęgniarek i od 16% do 20% w grupie położnych. Opisane dane już dzisiaj wskazują na potrzebę albo konsolidacji zasobów, która w naturalny sposób uzupełni brakujący personel, albo pilnego poszukiwania dodatkowych pracowników, w celu uzupełnienia odchodzących na emeryturę. W dzisiejszej sytuacji kadrowej drugie rozwiązanie jest bardzo trudne do realizacji. Zjawisko to jest jeszcze bardziej wyraźne w przypadku gdy analizę poszerzymy o osoby które w ciągu najbliższych dziesięciu lat osiągną wiek emerytalny.



W praktyce oznacza to pokoleniowa wymianę ok .40% kadry pielęgniarskiej, 45% kadry położnych i 25% kadry lekarskiej. Dane te wyraźnie wskazują na dwa zjawiska:

- Zagrożenia uwypuklane przez związki zawodowe reprezentujące pielęgniarki i położne nie mają żadnego uzasadnienia, już dzisiaj we wszystkich podmiotach występuje pilna potrzeba uzupełnienia kadr, ponieważ znaczna ich część to osoby w wieku emerytalnym. Perspektywa 10 lat - czyli w praktyce pełna realizacja projektu konsolidacji - dla tych grup zawodowych będzie oznaczała wymianę pokoleniową sięgającą 40%-45%,
- Konsolidacja z punktu widzenia zasobów kadrowych jest wręcz niezbędna. Mimo młodego średniego wieku obecnie pracujących osób, struktura wieku skutkuje bardzo dużą fluktuacją zatrudnienia w najbliższych 10 latach (od 25% do 45% w różnych grupach). Bez podjęcia zaplanowanych działań czekać nas będą nieuporządkowane i groźne dla bezpieczeństwa pacjentów zmiany w organizacji pracy poszczególnych szpitali.

## 7. Zasoby sprzętowe

Sprzęt	liczba procedur w 2024			liczba procedur w 2025			Razem: liczba procedur w 2024	Razem: liczba procedur w 2025
	MSZ	USK	WSS	MSZ	USK	WSS		
akcelerator		0			0		0	0
angiograf		439	5 566		503	4 234	6 005	4 737
aparat do brachyterapii								
echokardiograf	1 392		4 749	1 194		3 419	6 141	4 613
ECMO								
elektroencefalograf			702			529	702	529
elektromiograf			464			432	464	432
EMG								
gammakamera		805	4 740		200	4 026	5 545	4 226
mammograf			2 804			1 241	2 804	1 241
PET								
rezonans magnetyczny		4 307	9 430		3 602	7 009	13 737	10 611
RTG	24 394	8 979	30 736	20 194	6 616	24 738	64 109	51 548
scyntygra			896			695	896	695
tomograf	9 676	7 558	19 768	9 135	7 208	16 223	37 002	32 566
USG		6 012	0		4 355	0	6 012	4 355
<b>Suma końcowa</b>	<b>35 462</b>	<b>28 100</b>	<b>79 855</b>	<b>30 523</b>	<b>22 484</b>	<b>62 546</b>	<b>143 417</b>	<b>115 553</b>

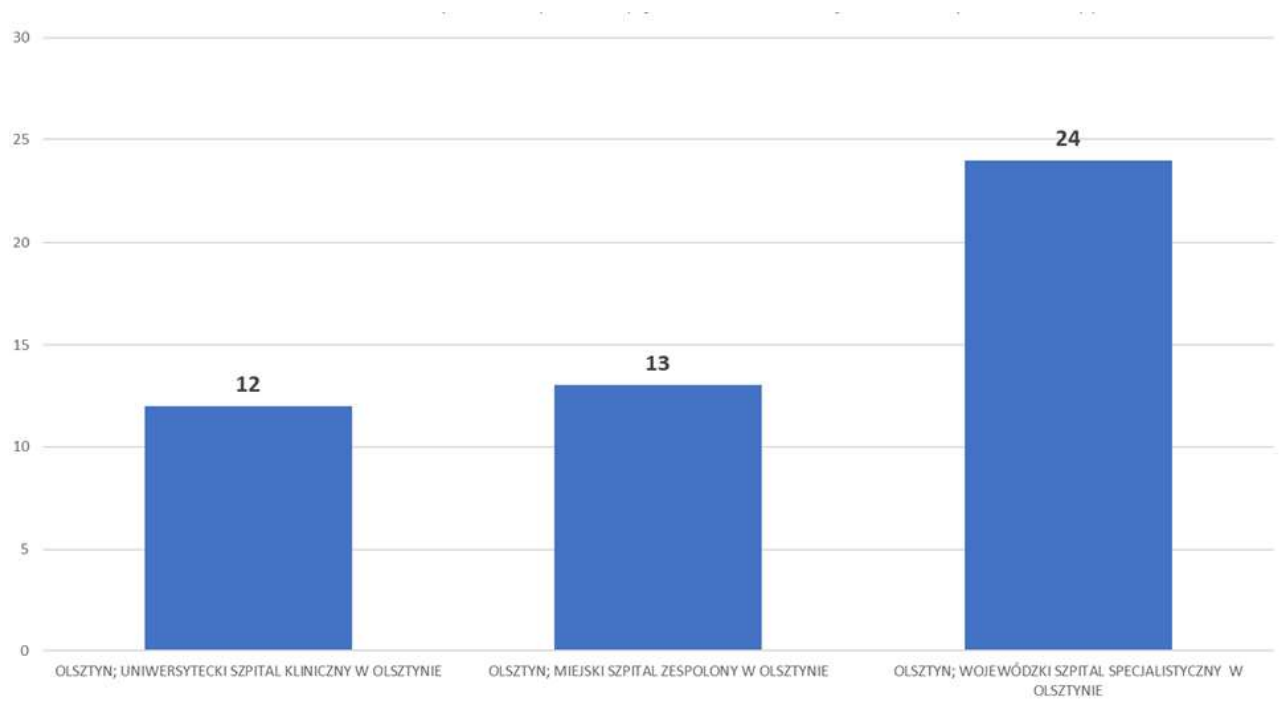
Wykaz z Mapy Potrzeb Zdrowotnych (wszystkie podmioty WM)							
Sprzęt	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
akcelerator	2 041	1 702	1 217	1 090	1 095	2 686	1 815
angiograf	4 542	5 282	5 599	5 776	5 039	6 738	6 526
brachyterapia	432	296	243	108	223	224	248
ECMO						12	7
gammakamera	784	744	765	761	897	857	1 243
mammograf	4 692	13 382	13 604	4 660	5 133	4 987	5 987
PET	1 071	1 308	1 489	1 528	1 399	2 360	2 547
rezonans	11 996	7 086	14 617	20 959	33 057	48 263	64 732
RTG	73 977	71 246	75 523	39 567	57 949	56 150	75 537
tomograf	31 547	36 598	60 720	58 394	82 745	88 590	102 124
USG	49 270	48 419	52 636	44 544	49 484	71 868	77 417

Sprzet	Podmiot	wiek					powyżej/lub brak przypisania do sprzętu	liczba procedur 2025
		1	2	3	4	5		
akcelerator	USK		0					0
akcelerator Suma			0					0
angiograf	USK			395			108	503
	WSS						4 234	4 234
angiograf Suma				395			4 342	4 737
aparat do brachyterapii	USK							
aparat do brachyterapii Suma								
echokardiograf	MSZ						1 194	1 194
	WSS						3 419	3 419
echokardiograf Suma							4 613	4 613
ECMO	USK							
ECMO Suma								
elektroencefalograf	WSS						529	529
elektroencefalograf Suma							529	529
elektromiograf	WSS						432	432
elektromiograf Suma							432	432
EMG	WSS							
EMG Suma								
gammakamera	USK						200	200
	WSS						4 026	4 026
gammakamera Suma							4 226	4 226
mammograf	USK							
	WSS						1 241	1 241
mammograf Suma							1 241	1 241
PET	USK							
PET Suma								
rezonans magnetyczny	USK						3 602	3 602
	WSS						7 009	7 009
rezonans magnetyczny Suma							10 611	10 611
RTG	MSZ		125	14 250	446		5 373	20 194
	USK						6 616	6 616
	WSS						24 738	24 738
RTG Suma			125	14 250	446		36 727	51 548
scyntygra	WSS						695	695
scyntygra Suma							695	695
tomograf	MSZ		1 988				7 147	9 135
	USK						7 208	7 208
	WSS						16 223	16 223
tomograf Suma			1 988				30 578	32 566
USG	USK						4 355	4 355
	WSS						0	0
USG Suma							4 355	4 355
Suma końcowa			2 113	14 645	446		98 349	115 553

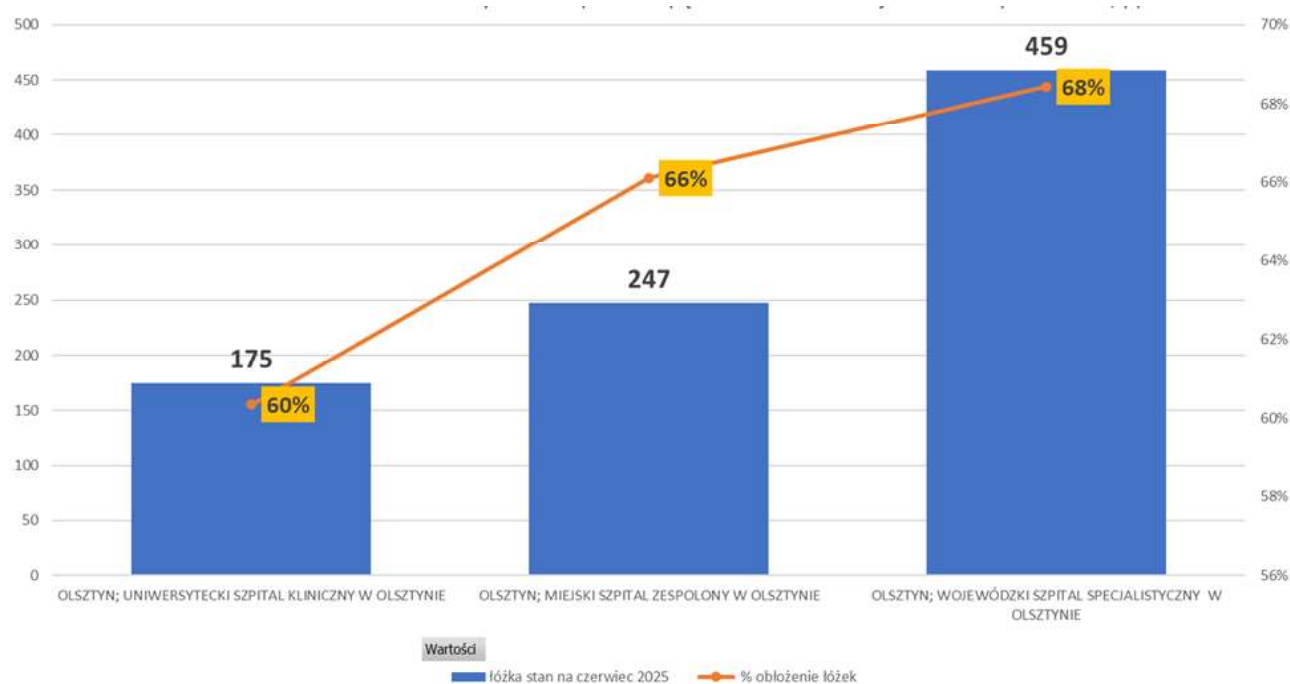
### Analiza struktury oddziałów oraz liczby i obłożenia łóżek poszczególnych jednostek

Poniżej przedstawiamy strukturę oddziałową oraz poziom wykorzystania poszczególnych komórek organizacyjnych. Dla potrzeb tego dokumentu skupiliśmy się wyłącznie na usługach stacjonarnych bez części ambulatoryjnej czy diagnostycznej.

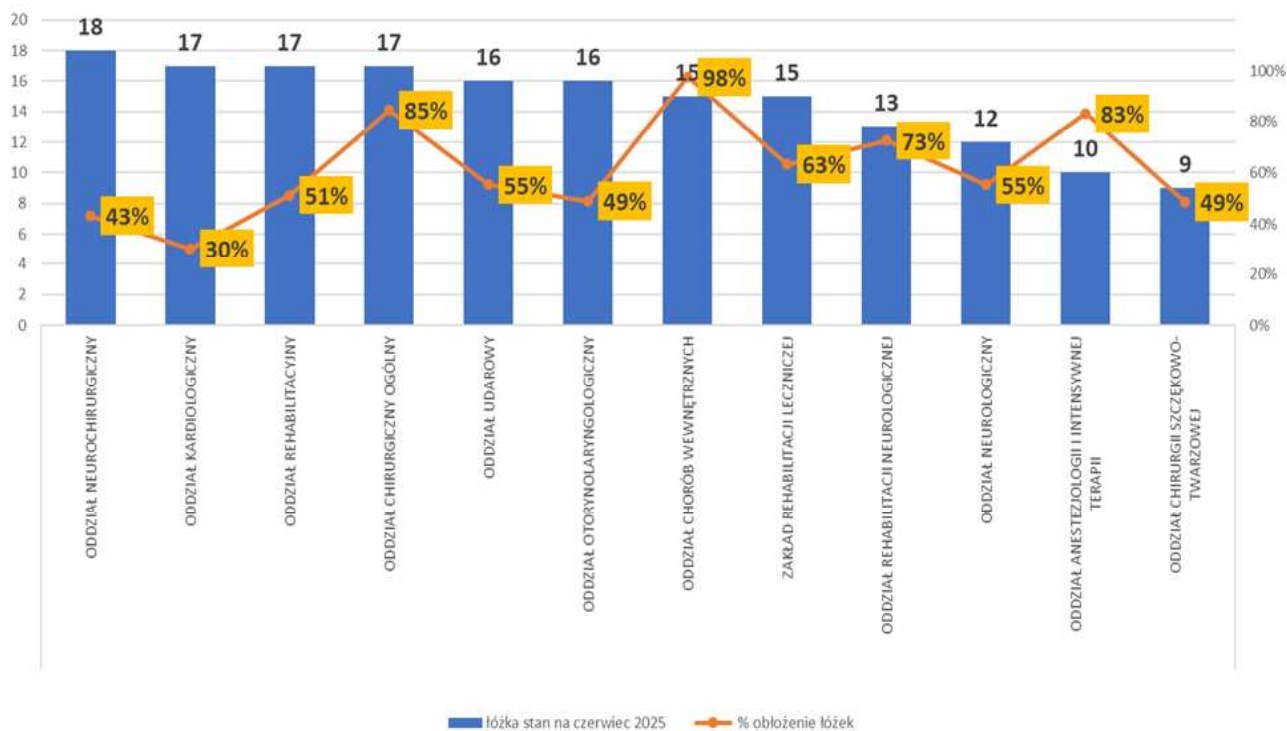
Rysunek 1 Liczba oddziałów w poszczególnych szpitalach



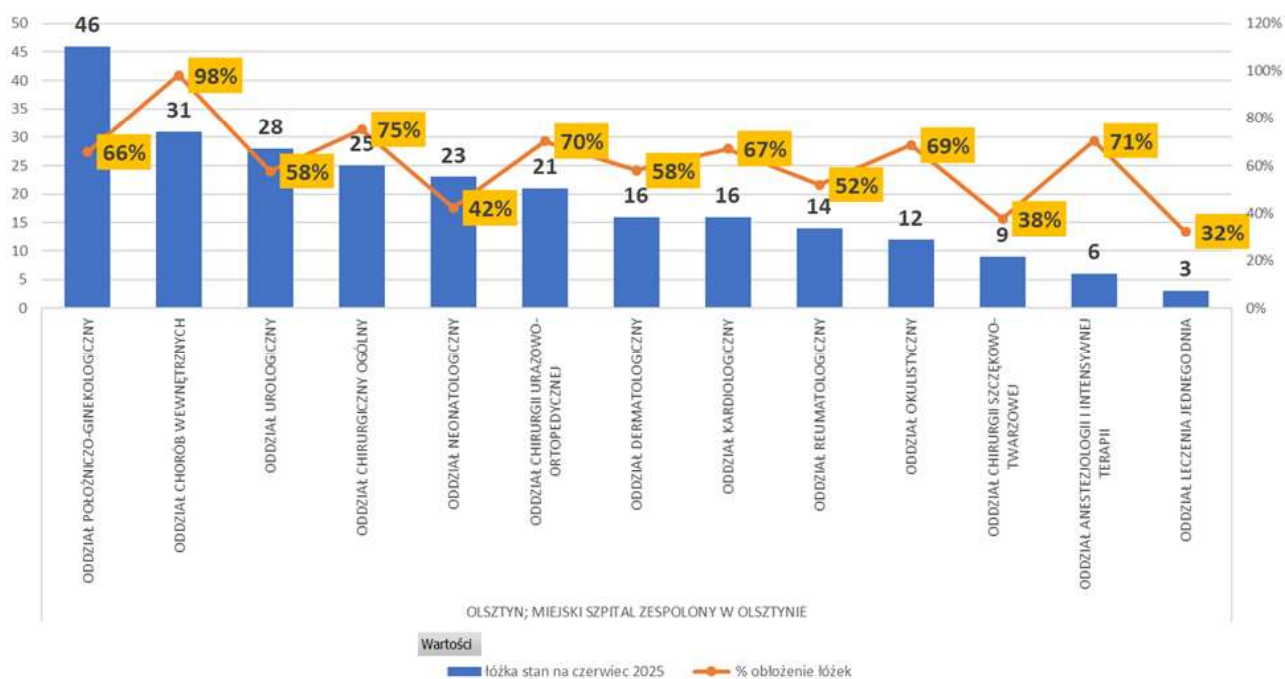
Rysunek 2 Liczba łóżek oraz obłożenie w okresie 2 pół 2024 - 1 pół 2025



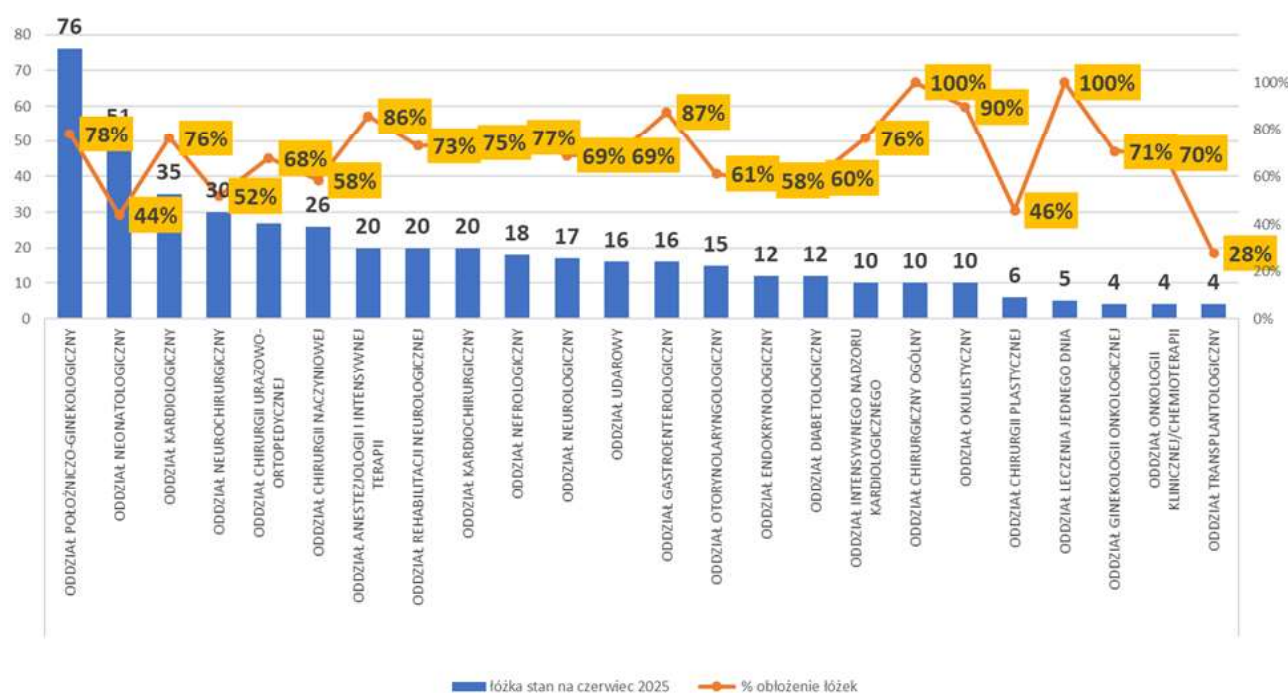
Rysunek 3 Liczba łóżek oraz obłożenie w Szpitalu Uniwersyteckim w Olsztynie



Rysunek 4 Liczba łóżek oraz obłożenie w Szpitalu Miejskim w Olsztynie



Rysunek 5 Liczba łóżek oraz obłożenie w Szpitalu Wojewódzkim w Olsztynie



Każdy z ww. szpitali jest jednostką specjalistyczną, wielooddziałową. Zwraca uwagę słabe wykorzystanie bazy łóżkowej w każdym podmiocie: od średnio 60% w USK do maksymalnie 68% w WSS. Należy nadmienić, że wykorzystanie to jest bardzo zróżnicowane i waha się pomiędzy 28% obłożenia w oddziale transplantologicznym w WSS do 98% w oddziałach chorób wewnętrznych w USK i MSZ, a nawet 100% w oddziale chirurgii ogólnej w WSS. Powyższe dane świadczą wyraźnie o niedopasowaniu posiadanej bazy szpitalnej do potrzeb pacjentów, jak też realizowanych usług zdrowotnych w poszczególnych podmiotach, tym bardziej, że wiele oddziałów powiela swoje funkcje.

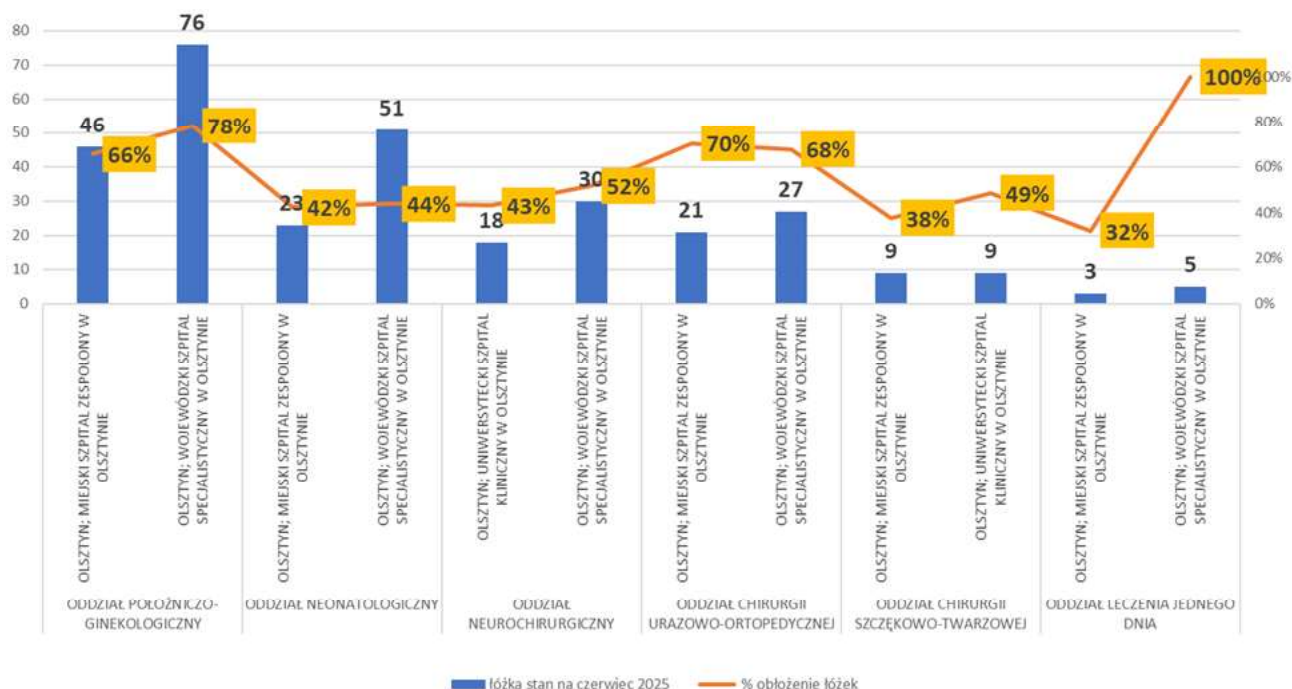
Poniżej przedstawiamy dane dotyczące efektywności pracy oddziałów jednoimiennych występujących w dwóch lub nawet trzech szpitalach.

Tabela 1 Oddziały, które się powielają w Olsztynie

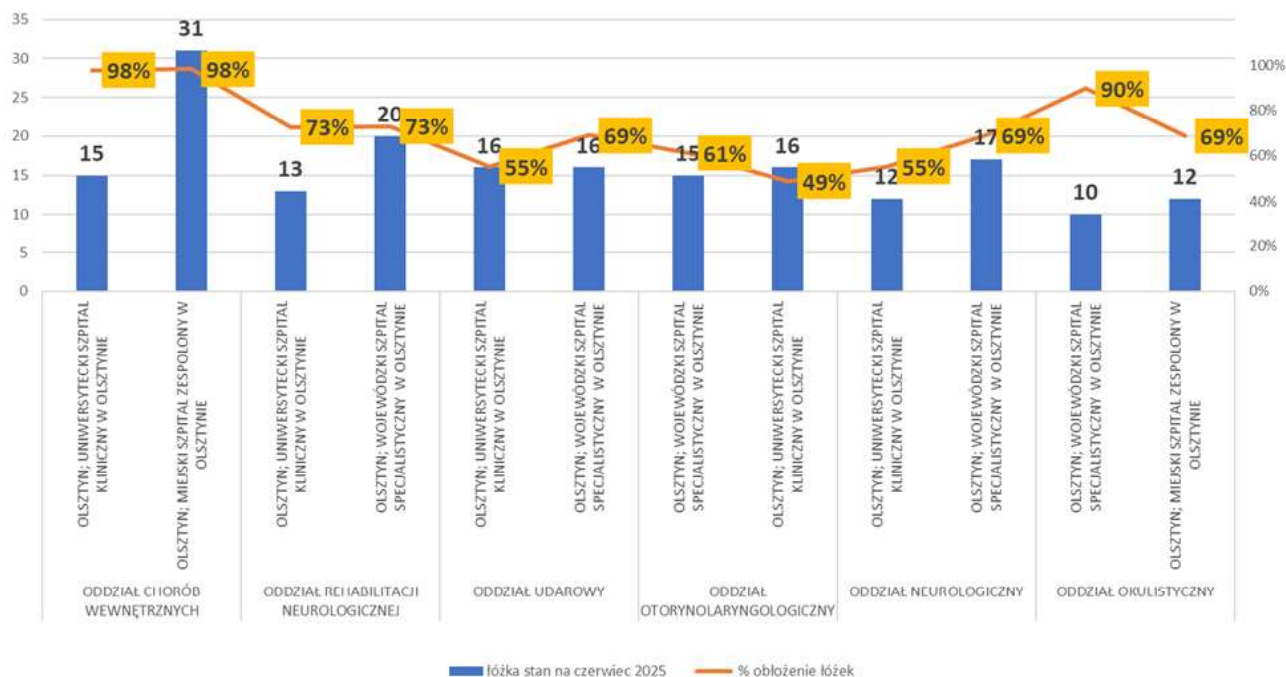
Nazwa oddziału	Liczba hospitalizacji w I półroczu 2025 r.		
	WSS	MSZ	USK
ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII	209	58	60
ODDZIAŁ KARDIOLOGICZNY	1210	425	365
ODDZIAŁ CHIRURGICZNY OGÓLNY	655	978	877
ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY	1994	1861	
ODDZIAŁ KARDIOCHIRURGICZNY	308		
ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ	689	597	
ODDZIAŁ NEUROCHIRURGICZNY	522		267
ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY	697	532	

Nazwa oddziału	Liczba hospitalizacji w I półroczu 2025 r.		
	WSS	MSZ	USK
ODDZIAŁ CHIRURGII NACZYNIOWEJ	582		
ODDZIAŁ OKULISTYCZNY	1607	1396	
ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH		717	435
ODDZIAŁ OTORYNOLARYNGOLOGICZNY	704		623
ODDZIAŁ UDAROWY	338		250
ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY	359		188
ODDZIAŁ CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ		187	297

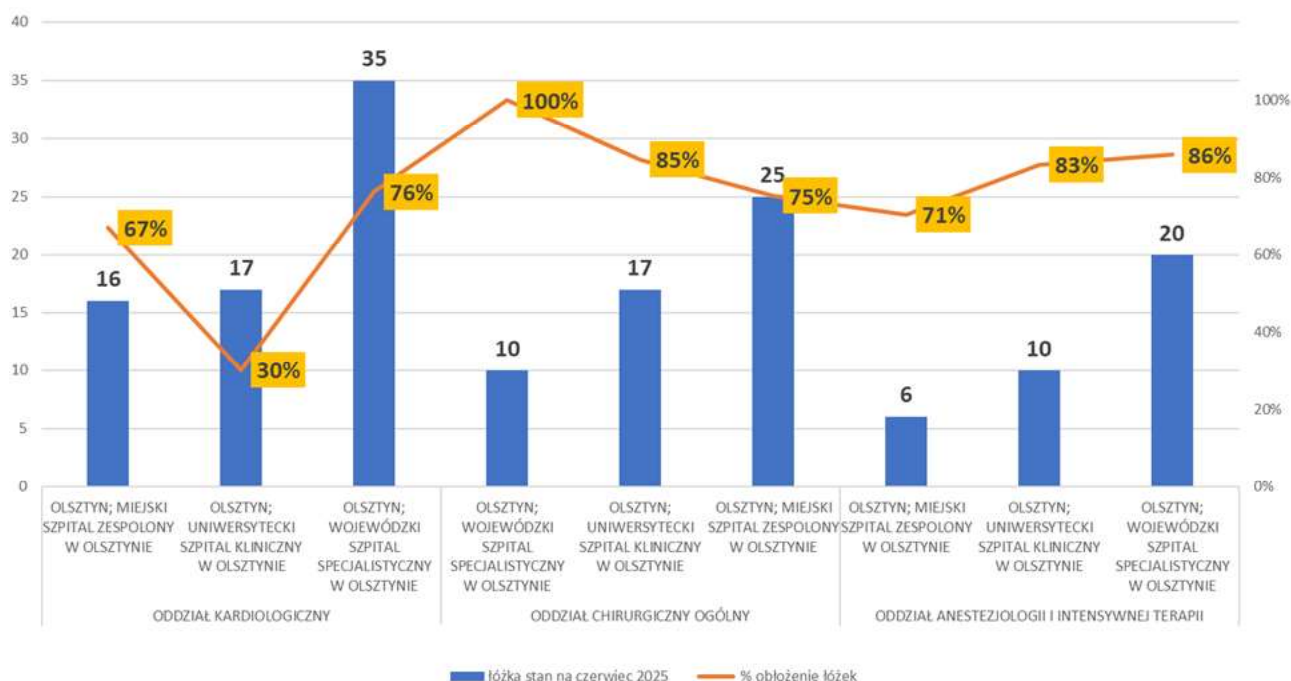
Rysunek 6 Liczba łóżek oraz ich wykorzystanie - w oddziałach powielających się w ramach trzech olsztyńskich szpitali (1/3)



Rysunek 7 Liczba łóżek oraz ich wykorzystanie - w oddziałach powielających się w ramach trzech olsztyńskich szpitali (2/3)



Rysunek 8 Liczba łóżek oraz ich wykorzystanie - w oddziałach powielających się w ramach trzech olsztyńskich szpitali (3/3)



Wyraźnie widać, że w przypadku powielania się oddziałów jednoimiennych z reguły mamy do czynienia z oddziałem dominującym (oddział neurologiczny, oddział chirurgii szczękowo- twarzowej) oraz kolejnymi niejako wspierającymi w naturalny sposób jego funkcję, mimo odrębnej lokalizacji. Czasami oddziały te są o podobnej funkcji (oddział kardiologiczny) natomiast znacznie różnią się wykorzystaniem bazy łóżkowej. Najmniej częstą jest sytuacja porównywalnego obciążenia i intensywności pracy danych oddziałów (oddział okulistyczny, oddział otolaryngologiczny, oddział

chirurgii ogólnej) - przy czym nadal w takich przypadkach spotykamy się ze zjawiskiem nieoptymalnego obłożenia łóżek (poniżej 85%).

Reasumując, uzupełnienie analizy o dane odnośnie oddziałów jednoimiennych jeszcze dobitniej potwierdzają tezę o nieefektywnej organizacji jednostek, jak również ich niedopasowaniu do potrzeb pacjentów. Wyraźnie widać też potrzebę restrukturyzacji bazy, która oprócz efektu organizacyjnego przyniesie z pewnością pozytywne skutki w zakresie optymalnego wykorzystania kadry, jak również bez wątpienia oszczędność w wydatkowaniu środków finansowych.

Przeprowadzono symulację niezbędnej obecnie bazy łóżkowej, przy założeniu 85%, optymalnego obłożenia łóżek.

### Analiza obłożenia łóżek w poszczególnych szpitalach wraz z oddziałami dublującymi się

Rysunek 9 Efektywna liczba łóżek w okresie II pół 2024 - I pół 2025 (założenie 85% obłożenia)

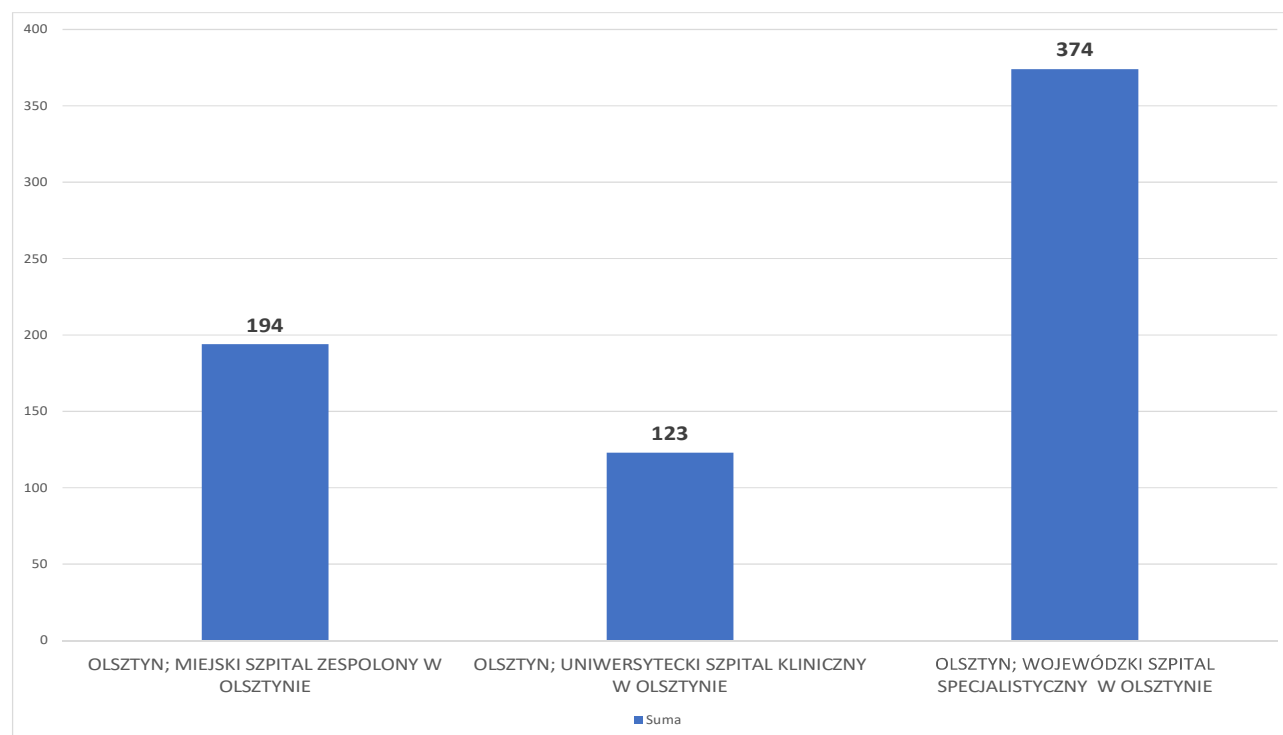


Tabela 2 Efektywna liczba łóżek w okresie II pół 2024 - I pół 2025 (85% obłożenie)

Oddział	MSZ	USK	WSS	Suma końcowa
ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY	36		70	106
ODDZIAŁ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH	36	17		53
ODDZIAŁ CHIRURGICZNY OGÓLNY	22	17	12	51
ODDZIAŁ KARDIOLOGICZNY	13	6	31	50
ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ	17		22	39

Oddział	MSZ	USK	WSS	Suma końcowa
ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY	11		26	37
ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII	5	10	20	35
ODDZIAŁ REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ		11	17	28
ODDZIAŁ NEUROCHIRURGICZNY		9	18	27
ODDZIAŁ UDAROWY		10	13	23
ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY		8	14	22
ODDZIAŁ OKULISTYCZNY	10		11	21
ODDZIAŁ OTORYNOLARYNGOLOGICZNY		9	11	20
ODDZIAŁ UROLOGICZNY	19			19
ODDZIAŁ KARDIOCHIRURGICZNY			18	18
ODDZIAŁ CHIRURGII NACZYNIOWEJ			18	18
ODDZIAŁ GASTROENTEROLOGICZNY			16	16
ODDZIAŁ NEFROLOGICZNY			16	16
ZAKŁAD REHABILITACJI LECZNICZEJ		11		11
ODDZIAŁ DERMATOLOGICZNY	11			11
ODDZIAŁ REHABILITACYJNY		10		10
ODDZIAŁ REUMATOLOGICZNY	9			9
ODDZIAŁ CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ	4	5		9
ODDZIAŁ INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO			9	9
ODDZIAŁ ENDOKRYNOLOGICZNY			8	8
ODDZIAŁ DIABETOLOGICZNY			8	8
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	1		6	7
ODDZIAŁ GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ			3	3
ODDZIAŁ CHIRURGII PLASTYCZNEJ			3	3
ODDZIAŁ ONKOLOGII KLINICZNEJ/CHEMIOTERAPII			3	3
ODDZIAŁ TRANSPLANTOLOGICZNY			1	1
<b>Suma końcowa</b>	<b>194</b>	<b>123</b>	<b>374</b>	<b>691</b>

Wyniki tej analizy wskazują, że już dzisiaj łączna baza łóżek ostrych we wszystkich trzech szpitalach jest za duża odpowiednio o:

- 56 łóżek w MSZ,
- 45 łóżek w USK,
- 58 łóżek w WSS,

Łącznie daje to bazę ok.160 łóżek, które już dzisiaj są wykorzystywane nieoptymalnie, generując niepotrzebne koszty utrzymania. Przekształcenie tych łóżek w ramach procesu konsolidacji jest po prostu niezbędne.

## 8. Wykaz realizowanych zakresów świadczeń

nazwa kom	liczba hospitalizacji 1 półrocze 2025			wartość realizacji 1 półrocze 2025			Razem: liczba hospitalizacji 1 półrocze 2025	Razem: wartość realizacji 1 półrocze 2025	Powielone zakresy
	WSS	MSZ	USK	WSS	MSZ	USK			
ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII	209	58	60	28 578 226	6 196 448	8 366 568	327	43 141 242	3
ODDZIAŁ KARDIOLOGICZNY	1210	425	365	23 309 065	5 154 276	2 811 175	2000	31 274 516	3
ODDZIAŁ CHIRURGICZNY OGÓLNY	655	978	877	9 927 193	11 633 681	6 451 887	2510	28 012 761	3
ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY	1994	1861		16 503 546	9 208 459		3855	25 712 005	2
ODDZIAŁ KARDIOCHIRURGICZNY	308			20 809 678			308	20 809 678	
ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ	689	597		13 766 915	6 930 610		1286	20 697 525	2
ODDZIAŁ NEUROCHIRURGICZNY	522		267	12 237 221		7 990 429	789	20 227 650	2
ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY	697	532		10 907 447	5 405 770		1229	16 313 217	2
ODDZIAŁ CHIRURGII NACZYNIOWEJ	582			15 867 575			582	15 867 575	
ODDZIAŁ OKULISTYCZNY	1607	1396		8 483 306	5 270 093		3003	13 753 399	2
ODDZIAŁ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH		717	495		7 151 395	3 477 020	1152	10 628 416	2
ODDZIAŁ OTORYNOLARYNGOLOGICZNY	704		623	5 941 533		3 856 312	1327	9 797 844	
ODDZIAŁ UDAROWY	338		250	5 616 970		3 746 573	588	9 363 543	
ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY	359		188	5 965 954		2 817 423	547	8 783 376	
ODDZIAŁ CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ		187	297		3 733 328	4 562 706	484	8 296 033	2
ODDZIAŁ UROLOGICZNY		1258			8 280 593		1258	8 280 593	
ODDZIAŁ INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO	346			6 665 237			346	6 665 237	
ODDZIAŁ GASTROENTEROLOGICZNY	821			6 338 907			821	6 338 907	
ODDZIAŁ NEFROLOGICZNY	445			5 198 557			445	5 198 557	
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	3664	180		4 620 336	522 995		3844	5 143 330	2
ODDZIAŁ ONKOLOGII KLINICZNEJ/CHEMIOTERAPII	517			4 973 484			517	4 973 484	
ODDZIAŁ GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ	451			3 527 270			451	3 527 270	
ZAKŁAD REHABILITACJI LECZNICZEJ			22			3 515 086	22	3 515 086	
ODDZIAŁ REUMATOLOGICZNY		510			3 395 371		510	3 395 371	
ODDZIAŁ CHIRURGII PLASTYCZNEJ	420			3 341 486			420	3 341 486	
ODDZIAŁ REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ	58		47	1 709 437		1 398 399	105	3 107 836	2
ODDZIAŁ ENDOKRYNOLOGICZNY	406			2 349 603			406	2 349 603	
ODDZIAŁ DERMATOLOGICZNY		613			2 279 656		613	2 279 656	
ODDZIAŁ DIABETOLOGICZNY	352			2 100 437			352	2 100 437	
ODDZIAŁ TRANSPLANTOLOGICZNY	19			989 488			19	989 488	
ODDZIAŁ REHABILITACYJNY			71			932 133	71	932 133	
Suma końcowa	17373	9312	3502	219 728 870	75 162 675	49 925 709	30187	344 817 254	12

nazwa kom	wartość realizacji 1 półrocze 2025			Udziałwartość realizacji 1 półrocze 2025			Razem: wartość realizacji 1 półrocze 2025
	WSS	MSZ	USK	WSS	MSZ	USK	
ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII	28 578 226	6 196 448	8 366 568	66,24%	14,36%	19,39%	43 141 242
ODDZIAŁ KARDIOLOGICZNY	23 309 065	5 154 276	2 811 175	74,53%	16,48%	8,99%	31 274 516
ODDZIAŁ CHIRURGICZNY OGÓLNY	9 927 193	11 633 681	6 451 887	35,44%	41,53%	23,03%	28 012 761
ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY	16 503 546	9 208 459		64,19%	35,81%	0,00%	25 712 005
ODDZIAŁ KARDIOCHIRURGICZNY	20 809 678			100,00%	0,00%	0,00%	20 809 678
ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ	13 766 915	6 930 610		66,51%	33,49%	0,00%	20 697 525
ODDZIAŁ NEUROCHIRURGICZNY	12 237 221		7 990 429	60,50%	0,00%	39,50%	20 227 650
ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY	10 907 447	5 405 770		66,86%	33,14%	0,00%	16 313 217
ODDZIAŁ CHIRURGII NACZYNIOWEJ	15 867 575			100,00%	0,00%	0,00%	15 867 575
ODDZIAŁ OKULISTYCZNY	8 483 306			61,68%	38,32%	0,00%	13 753 399
ODDZIAŁ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH		7 151 395	3 477 020	0,00%	67,29%	32,71%	10 628 416
ODDZIAŁ OTORYNOLARYNGOLOGICZNY	5 941 533		3 856 312	60,64%	0,00%	39,36%	9 797 844
ODDZIAŁ UDAROWY	5 616 970		3 746 573	59,99%	0,00%	40,01%	9 363 543
ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY	5 965 954		2 817 423	67,92%	0,00%	32,08%	8 783 376
ODDZIAŁ CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ		3 733 328	4 562 706	0,00%	45,00%	55,00%	8 296 033
ODDZIAŁ UROLOGICZNY		8 280 593		0,00%	100,00%	0,00%	8 280 593
ODDZIAŁ INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO	6 665 237			100,00%	0,00%	0,00%	6 665 237
ODDZIAŁ GASTROENTEROLOGICZNY	6 338 907			100,00%	0,00%	0,00%	6 338 907
ODDZIAŁ NEFROLOGICZNY	5 198 557			100,00%	0,00%	0,00%	5 198 557
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	4 620 336	522 995		89,83%	10,17%	0,00%	5 143 330
ODDZIAŁ ONKOLOGII KLINICZNEJ/CHEMIOTERAPII	4 973 484			100,00%	0,00%	0,00%	4 973 484
ODDZIAŁ GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ	3 527 270			100,00%	0,00%	0,00%	3 527 270
ZAKŁAD REHABILITACJI LECZNICZEJ			3 515 086	0,00%	0,00%	100,00%	3 515 086
ODDZIAŁ REUMATOLOGICZNY		3 395 371		0,00%	100,00%	0,00%	3 395 371
ODDZIAŁ CHIRURGII PLASTYCZNEJ	3 341 486			100,00%	0,00%	0,00%	3 341 486
ODDZIAŁ REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ	1 709 437		1 398 399	55,00%	0,00%	45,00%	3 107 836
ODDZIAŁ ENDOKRYNOLOGICZNY	2 349 603			100,00%	0,00%	0,00%	2 349 603
ODDZIAŁ DERMATOLOGICZNY		2 279 656		0,00%	100,00%	0,00%	2 279 656
ODDZIAŁ DIABETOLOGICZNY	2 100 437			100,00%	0,00%	0,00%	2 100 437
ODDZIAŁ TRANSPLANTOLOGICZNY	989 488			100,00%	0,00%	0,00%	989 488
ODDZIAŁ REHABILITACYJNY			932 133	0,00%	0,00%	100,00%	932 133
Suma końcowa	219 728 870	75 162 675	49 925 709	63,72%	21,80%	14,48%	344 817 254

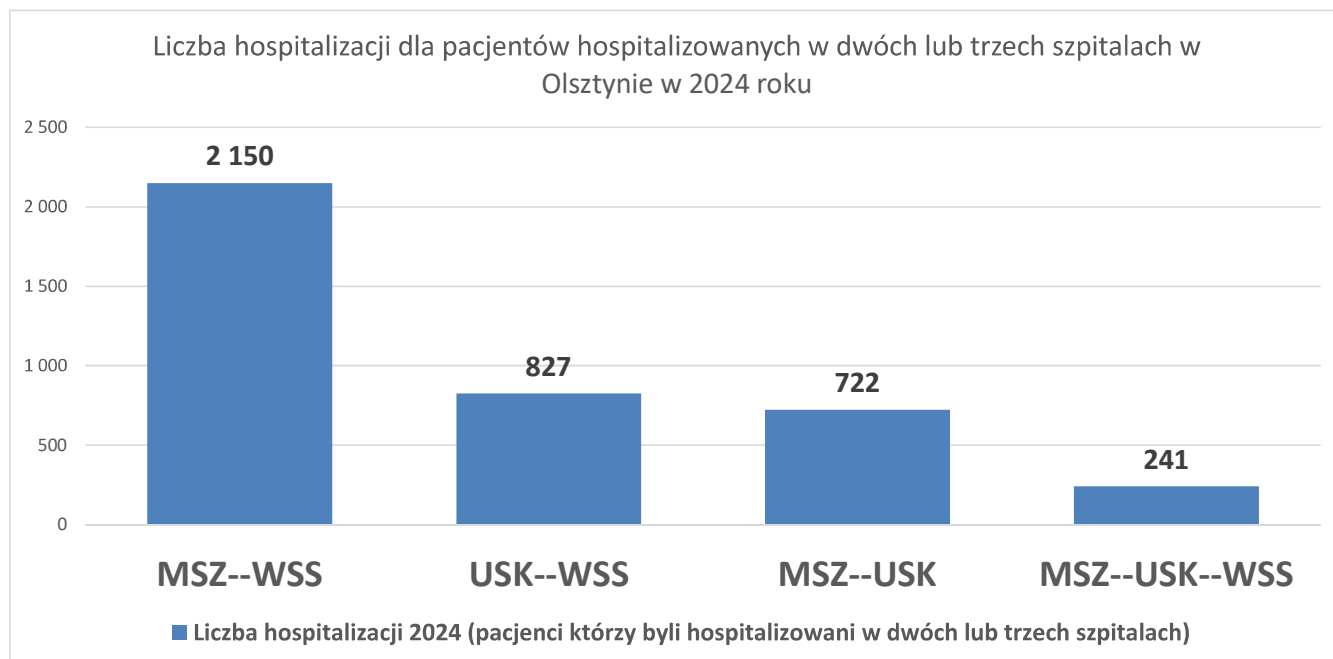
nazwa komórki	Liczba hospitalizacji 1 półrocze 2025			Średni koszt hospitalizacji 1 półrocze 2025			Razem: Liczba hospitalizacji 1 półrocze 2025	Razem: Średni koszt hospitalizacji 1 półrocze 2025
	WSS	MSZ	USK	WSS	MSZ	USK		
ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII	209	58	60	136 738 zł	106 835 zł	139 443 zł	327	131 930 zł
ODDZIAŁ CHIRURGICZNY OGÓLNY	655	978	877	15 156 zł	11 895 zł	7 357 zł	2 510	11 160 zł
ODDZIAŁ CHIRURGII NACZYNIOWEJ	582			27 264 zł			582	27 264 zł
ODDZIAŁ CHIRURGII PLASTYCZNEJ	420			7 956 zł			420	7 956 zł
ODDZIAŁ CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ		187	297		19 964 zł	15 363 zł	484	17 141 zł
ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ	689	597		19 981 zł	11 609 zł		1 286	16 094 zł
ODDZIAŁ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH		717	435		9 974 zł	7 993 zł	1 152	9 226 zł
ODDZIAŁ DERMATOLOGICZNY		613			3 719 zł		613	3 719 zł
ODDZIAŁ DIABETOLOGICZNY	352			5 967 zł			352	5 967 zł
ODDZIAŁ ENDOKRYNOLOGICZNY	406			5 787 zł			406	5 787 zł
ODDZIAŁ GASTROENTEROLOGICZNY	821			7 721 zł			821	7 721 zł
ODDZIAŁ GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ	451			7 821 zł			451	7 821 zł
ODDZIAŁ INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO	346			19 264 zł			346	19 264 zł
ODDZIAŁ KARDIOCHIRURGICZNY	308			67 564 zł			308	67 564 zł
ODDZIAŁ KARDIOLOGICZNY	1 210	425	365	19 264 zł	12 128 zł	7 702 zł	2 000	15 637 zł
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	3 664	180		1 261 zł	2 906 zł		3 844	1 338 zł
ODDZIAŁ NEFROLOGICZNY	445			11 682 zł			445	11 682 zł
ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY	697	532		15 649 zł	10 161 zł		1 229	13 274 zł
ODDZIAŁ NEUROCHIRURGICZNY	522		267	23 443 zł		29 927 zł	789	25 637 zł
ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY	359		188	16 618 zł		14 986 zł	547	16 057 zł
ODDZIAŁ OKULISTYCZNY	1 607	1 396		5 279 zł	3 775 zł		3 003	4 580 zł
ODDZIAŁ ONKOLOGII KLINICZNEJ/CHEMIOTERAPII	517			9 620 zł			517	9 620 zł
ODDZIAŁ OTORYNOLARYNGOLOGICZNY	704		623	8 440 zł		6 190 zł	1 327	7 383 zł
ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY	1 994	1 861		8 277 zł	4 948 zł		3 855	6 670 zł
ODDZIAŁ REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ	58		47	29 473 zł		29 753 zł	105	29 598 zł
ODDZIAŁ REHABILITACYJNY			71			13 129 zł	71	13 129 zł
ODDZIAŁ REUMATOLOGICZNY		510			6 658 zł		510	6 658 zł
ODDZIAŁ TRANSPLANTOLOGICZNY	19			52 078 zł			19	52 078 zł
ODDZIAŁ UDAROWY	338		250	16 618 zł		14 986 zł	588	15 924 zł
ODDZIAŁ UROLOGICZNY		1 258			6 582 zł		1 258	6 582 zł
ZAKŁAD REHABILITACJI LECZNICZEJ			22			159 777 zł	22	159 777 zł
Suma końcowa	17 373	9 312	3 502	12 648 zł	8 072 zł	14 256 zł	30 187	11 423 zł

nazwa komórki	Liczba hospitalizacji 1 półrocze 2025			% obciążenie łóżek			Razem: Liczba hospitalizacji 1 półrocze 2025	Razem: % obciążenie łóżek
	WSS	MSZ	USK	WSS	MSZ	USK		
ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII	209	58	60	86%	71%	83%	327	83%
ODDZIAŁ CHIRURGICZNY OGÓLNY	655	978	877	100%	75%	85%	2 510	83%
ODDZIAŁ CHIRURGII NACZYNIOWEJ	582			58%			582	58%
ODDZIAŁ CHIRURGII PLASTYCZNEJ	420			46%			420	46%
ODDZIAŁ CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ		187	297		38%	49%	484	43%
ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ	689	597		68%	70%		1 286	69%
ODDZIAŁ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH		717	435		98%	98%	1 152	98%
ODDZIAŁ DERMATOLOGICZNY		613			58%		613	58%
ODDZIAŁ DIABETOLOGICZNY	352			60%			352	60%
ODDZIAŁ ENDOKRYNOLOGICZNY	406			58%			406	58%
ODDZIAŁ GASTROENTEROLOGICZNY	821			87%			821	87%
ODDZIAŁ GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ	451			71%			451	71%
ODDZIAŁ INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO	346			76%			346	76%
ODDZIAŁ KARDIOCHIRURGICZNY	308			75%			308	75%
ODDZIAŁ KARDIOLOGICZNY	1 210	425	365	76%	67%	30%	2 000	63%
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	3 664	180		100%	32%		3 844	75%
ODDZIAŁ NEFROLOGICZNY	445			77%			445	77%
ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY	697	532		44%	42%		1 229	43%
ODDZIAŁ NEUROCHIRURGICZNY	522		267	52%		43%	789	49%
ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY	359		188	69%		55%	547	63%
ODDZIAŁ OKULISTYCZNY	1 607	1 396		90%	69%		3 003	78%
ODDZIAŁ ONKOLOGII KLINICZNEJ/CHEMIOTERAPII	517			70%			517	70%
ODDZIAŁ OTORYNOLARYNGOLOGICZNY	704		623	61%		49%	1 327	55%
ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY	1 994	1 861		78%	66%		3 855	73%
ODDZIAŁ REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ	58		47	73%		73%	105	73%
ODDZIAŁ REHABILITACYJNY			71			51%	71	51%
ODDZIAŁ REUMATOLOGICZNY		510			52%		510	52%
ODDZIAŁ TRANSPLANTOLOGICZNY	19			28%			19	28%
ODDZIAŁ UDAROWY	338		250	69%		55%	588	62%
ODDZIAŁ UROLOGICZNY		1 258			58%		1 258	58%
ZAKŁAD REHABILITACJI LECZNICZEJ			22			63%	22	63%
Suma końcowa	17 373	9 312	3 502	69%	66%	60%	30 187	66%

nazwa komórki	% obłożenie łóżek			RPWDL stan na czerwiec 2025			Potrzeby 2040 (obłożenie 85%)			Razem: % obłożenie łóżek	Razem: RPWDL stan na czerwiec 2025	Razem: Potrzeby 2040 (obłożenie 85%)
	WSS	MSZ	USK	WSS	MSZ	USK	WSS	MSZ	USK			
ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII	86%	71%	83%	20	6	10	21	6	11	83%	36	38
ODDZIAŁ CHIRURGICZNY OGÓLNY	100%	75%	85%	10	25	17	21	24	19	83%	52	64
ODDZIAŁ CHIRURGII NACZYNIOWEJ	58%			26			22			58%	26	22
ODDZIAŁ CHIRURGII PLASTYCZNEJ	46%			6			3			46%	6	3
ODDZIAŁ CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ		38%	49%		9	9		4	5	43%	18	9
ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ	68%	70%		27	21		22	20		69%	48	42
ODDZIAŁ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH		98%	98%		31	15		53	24	98%	46	77
ODDZIAŁ DERMATOLOGICZNY		58%			16			11		58%	16	11
ODDZIAŁ DIABETOLOGICZNY	60%			12			9			60%	12	9
ODDZIAŁ ENDOKRYNOLOGICZNY	58%			12			9			58%	12	9
ODDZIAŁ GASTROENTEROLOGICZNY	87%			16			18			87%	16	18
ODDZIAŁ GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ	71%			4			3			71%	4	3
ODDZIAŁ INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO	76%			10			11			76%	10	11
ODDZIAŁ KARDIOCHIRURGICZNY	75%			20			19			75%	20	19
ODDZIAŁ KARDIOLOGICZNY	76%	67%	30%	35	16	17	39	19	8	63%	68	66
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	100%	32%		5	3		24	1		75%	8	25
ODDZIAŁ NEFROLOGICZNY	77%			18			20			77%	18	20
ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY	44%	42%		51	23		20	9		43%	74	29
ODDZIAŁ NEUROCHIRURGICZNY	52%		43%	30		18	18		9	49%	48	27
ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY	69%		55%	17		12	16		10	63%	29	26
ODDZIAŁ OKULISTYCZNY	90%	69%		10	12		13	12		78%	22	25
ODDZIAŁ ONKOLOGII KLINICZNEJ/CHEMIOTERAPII	70%			4			3			70%	4	3
ODDZIAŁ OTORYNOŁARYNGOLOGICZNY	61%		49%	15		16	11		9	55%	31	20
ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY	78%	66%		76	46		59	31		73%	122	90
ODDZIAŁ REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ	73%		73%	20		13	17		11	73%	33	28
ODDZIAŁ REHABILITACYJNY			51%			17			11	51%	17	11
ODDZIAŁ REUMATOLOGICZNY		52%			14			8		52%	14	8
ODDZIAŁ TRANSPLANTOLOGICZNY	28%			4			1			28%	4	1
ODDZIAŁ UDAROWY	69%		55%	16		16	15		13	62%	32	28
ODDZIAŁ UROLOGICZNY		58%			28			21		58%	28	21
ZAKŁAD REHABILITACJI LECZNICZEJ			63%			15			9	63%	15	9
Suma końcowa	69%	66%	60%	464	250	175	414	219	139	66%	889	772

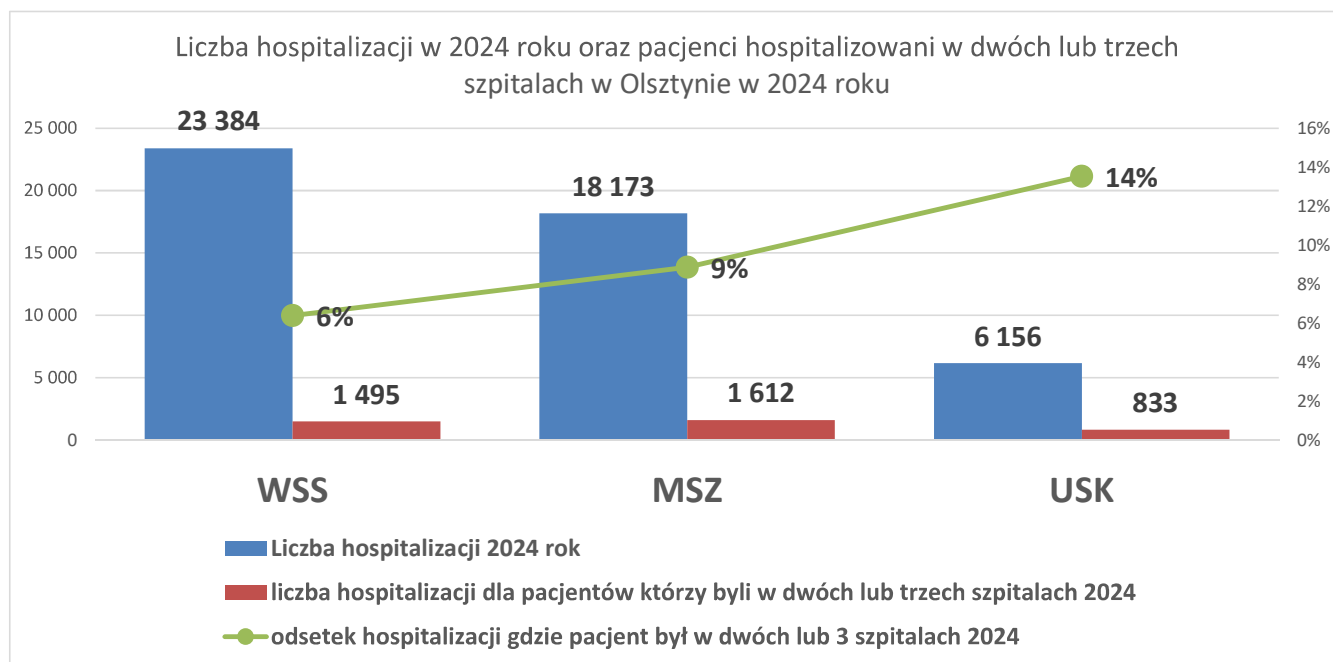
- Migracja pacjentów pomiędzy podmiotami**

Wyliczono ruch pacjenta pomiędzy 3 olsztyńskimi szpitalami w 2024 roku. Wybrano wszystkie hospitalizacje posiadające księgę główną sprawozdane w zakresach szpitalnych bez IP, bez SOR, bez programów lekowych, bez chemioterapii. Jeżeli pacjent był hospitalizowany w 2 szpitalach, wówczas liczyliśmy jego obydwie hospitalizacje pierwszą i drugą bez względu na kolejność czasową.



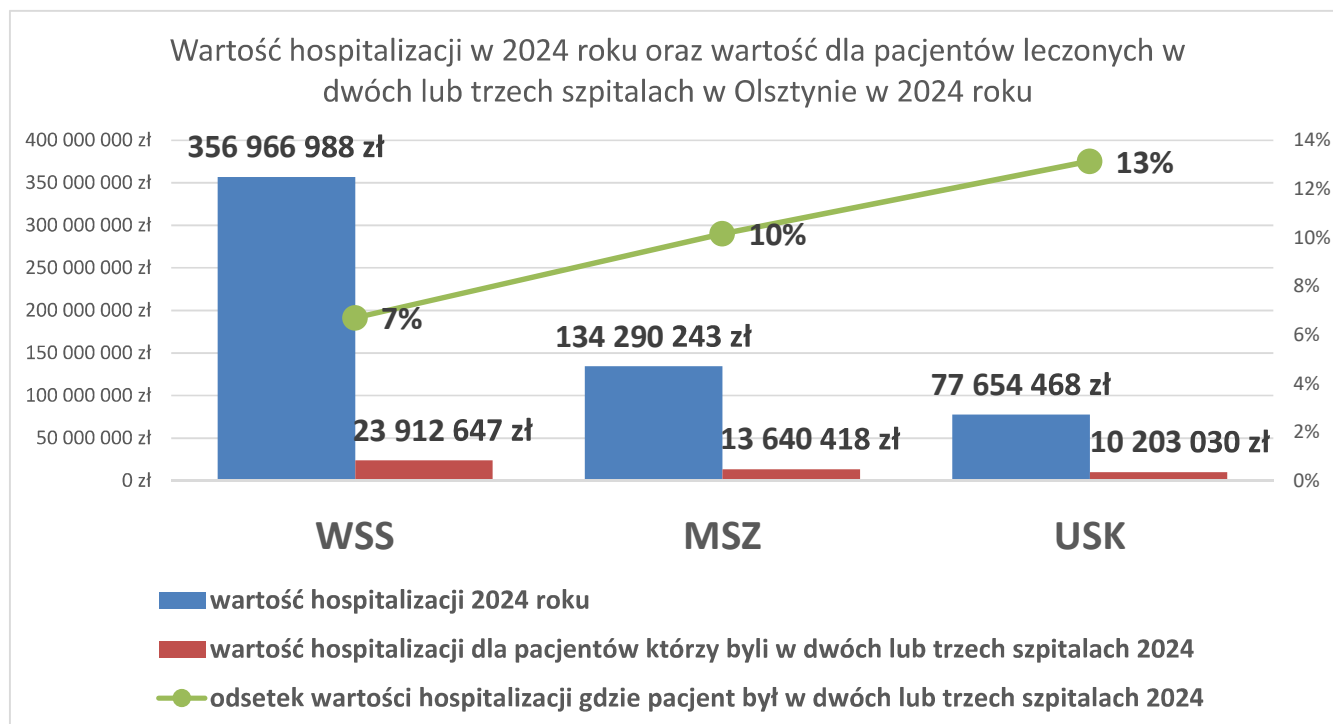
Zwraca uwagę zjawisko występowania powtarzających się hospitalizacji we wszystkich z trzech szpitali. Największy ruch chorych w liczbach bezwzględnych występuje pomiędzy MSZ a WSS, najmniejszy pomiędzy MSZ a USK. Występuje również zjawisko migracji pacjentów pomiędzy wszystkimi szpitalami - aczkolwiek ma ono najmniejsze znaczenie.

- **Udział liczby pacjentów migrujących**



Pomimo dominującego ruchu w zakresie liczb bezwzględnych pomiędzy MSZ a WSS, udział procentowy hospitalizacji powtarzających się jest największy w przypadku USK, ale nawet w największym z olsztyńskich szpitali – WSS - też osiąga udział 6%. Stanowi to bezpośrednie odbicie nieuporządkowanej i konkurencyjnej w stosunku do siebie struktury tych szpitali.

- **Suma kosztów pacjentów migrujących**



Analiza kosztów hospitalizacji pomiędzy poszczególnymi podmiotami wskazuje na istotne znaczenie tego zjawiska. Sumarycznie koszt pobytu pacjenta w więcej niż jednym szpitalu zamyka się kwotą 47 756 tys. zł. Największy udział w tej kwocie ma WSS, natomiast największy udział odsetkowy USK. Kwota ta stanowi od ok .55% budżetu USK do ok.13% budżetu WSS. Nawet jeśli przyjmiemy, że połowa z tych hospitalizacji powinna się odbyć - marnotrawstwo środków publicznych jest zatrważające.

Znaczenie tego zjawiska należy rozpatrywać w przynajmniej trzech aspektach:

- nieuporządkowana baza szpitalna powoduje częściowo nieuzasadnione hospitalizacje,
- z tego samego powodu proces leczenia pacjenta jest rozkładany na wiele etapów, często ze szkodą dla jego zdrowia,
- środki powyższe mogły by zostać, po konsolidacji lepiej zagospodarowane – a ich wysokość nawet w przypadku uznania, że jedynie połowa tej kwoty jest wydatkowana niezasadnie, umożliwia skuteczne spłacanie zadłużenia MSZ i USK. Podkreślić należy że sumaryczna wartość zadłużenia przeterminowanego tych dwóch jednostek jest **mniejsza !!!** niż wzmiankowana powyżej kwota.

Dodatkowo, wskazać można, że zagospodarowanie tych środków nie niesie ze sobą żadnych ryzyk dla zatrudnienia personelu, zarówno obecnie, jak i w przyszłości - oczywiście przy założeniu przeprowadzenia procesu konsolidacji.

## 9. Analiza infrastruktury informatycznej i jej kosztów

Na obecnym etapie wiemy tylko, że wszystkie trzy szpitale mają programy różnych firm. Oznacza to początkowo wyższe koszty konsolidacji w tym zakresie.

## 10. Propozycja konsolidacji

Posiłkując się wymienionymi powyżej analizami oraz podstawami prawnymi proponujemy rozważenie następujących wariantów konsolidacji:

- 1) Wybudowanie nowego budynku na odrębnej posesji, z jednoczesną konsolidacją trzech szpitali.
- 2) Wybudowanie nowego budynku na posesji WSS, z jednoczesną konsolidacją trzech szpitali.
- 3) Wybudowanie nowego budynku na odrębnej posesji, z konsolidacją dwóch szpitali - USK i MSZ.
- 4) Pozostawienie obecnej sytuacji trzech odrębnych jednostek.

Wady i zalety poszczególnych wariantów oraz ich skrócony opis przedstawia poniższa tabela.

**Zespół rekomenduje wariant 1 i 2 z wyłączeniem głosu przedstawicieli WSS, który przedstawił odrębne stanowisko dołączone do dokumentu.**

### WARIANTY KONSOLIDACJI SZPITALI W OLSZTYNIE - ANALIZA PORÓWNAWCZA

Wariant	Zakres konsolidacji	Lokalizacja i infrastruktura	Opis realizacji	Zalety	Wady
Wariant 1 rekomendowany nakłady 1,2-1,5 mld PLN. dający najlepszą możliwość wieloletniego rozwoju i uzyskania najwyższego poziomu	Konsolidacja trzech szpitali: WSS, MSZ, USK	Budowa nowego budynku na odrębnej działce. Wyłączenie infrastruktury MSZ (ul. Niepodległości, Al. Wojska Polskiego). Docelowo 3 lokalizacje.	Wykorzystanie obecnej infrastruktury USK w Olsztynie w ramach lokalizacji ul. Warszawskiej. Organizacja funkcji medycyny zabiegowej w trybie jednodniowym (okulistyka, ortopedia, chirurgia szczękowo-twarzowa, urologia, laryngologia), rehabilitacja stacjonarna, opieka długoterminowa, geriatrya. W ramach nowej lokalizacji przeniesienie całości usług ostrych z MSZ, USK oraz części funkcji obecnego	Utworzenie ośrodka z potencjałem wieloletniego rozwoju i zapewnienie wysokiej jakości usług w perspektywie kilkudziesięcioletniej. Wariant jest najlepszy z punktu widzenia długookresowej perspektywy, umożliwia również rozwój usług towarzyszących: parkingi dla pacjentów, hostel dla pacjentów, perspektywa dalszej rozbudowy. Ograniczenie kosztów związanych z utrzymaniem zdegradowanej infrastruktury, migracji pacjentów oraz kadry.	Konieczność pozyskania znacznego finansowania około 1 miliarda złotych. W perspektywie kilkuletniej konieczność utrzymania trzech lokalizacji. Najdłuższy czas realizacji inwestycji. Wysokie ryzyko przekroczenia budżetu przy tak dużym przedsięwzięciu. Konieczność pozyskania odpowiedniej działki pod inwestycję oraz przeprowadzenia skomplikowanych procedur administracyjnych. Budowa

			<p>WSS. Rozwój funkcji dydaktyczno-naukowej. W lokalizacji przy ul. Żołnierskiej utrzymanie i wykorzystanie infrastruktury WSS głównie w zakresie funkcji Centrum Urazowego dla Dorosłych, w tym obecnie trwających inwestycji. Dodatkowo utworzenie oddziału toksykologii oraz komory hiperbarycznej w lokalizacji WSS, skupienie usług onkologicznych obecnie rozproszonych w trzech jednostkach oraz utworzenie oddziału chorób zakaźnych oraz hepatologii w nowej lokalizacji.</p>	<p>Pełna swoboda w projektowaniu nowego obiektu bez ograniczeń urbanistycznych istniejącej zabudowy.</p>	<p>wielospecjalistycznego szpitala na 800 łóżek wymaga nakładów około 1 mln na łóżko, przy czasie realizacji 5-6 lat</p>
<p>Wariant 2 rekomendowany niezbędne nakłady 300-400 mln PLN. Z uwagi na dużo niższe nakłady realny do realizacji w krótszej perspektywie czasowej.</p>	<p>Konsolidacja trzech szpitali: WSS, MSZ, USZ</p>	<p>Budowa nowego budynku na działce WSS w Olsztynie. Wyłączenie infrastruktury MSZ (ul. Niepodległości, Al. Wojska Polskiego). Docelowo 2 lokalizacje.</p>	<p>Wykorzystanie obecnej infrastruktury USK w Olsztynie w ramach lokalizacji ul. Warszawskiej. Organizacja funkcji medycyny zabiegowej w trybie jednodniowym (okulistyka, ortopedia, chirurgia szczękowo-twarzowa, urologia, laryngologia), rehabilitacja stacjonarna, opieka długoterminowa, geriatrya. W ramach nowej lokalizacji przy WSS przeniesienie całości usług ostrych z MSZ, USK oraz części funkcji obecnego WSS. Rozwój funkcji dydaktyczno-naukowej. W lokalizacji przy ul.</p>	<p>Utworzenie ośrodka w sąsiedztwie już funkcjonującego dużego szpitala. Utrzymywanie kosztów tylko dwóch infrastruktur. W perspektywie krótko- i średniookresowej projekt zaspokaja potrzeby regionu. Konieczność pozyskania mniejszych środków w porównaniu z wariantem 2. Oceniając skalę trudności oraz uzyskany efekt, projekt wydaje się najbardziej realny do przeprowadzenia. Ograniczenie kosztów związanych z utrzymaniem zdegradowanej infrastruktury, migracji pacjentów oraz kadry. Wykorzystanie</p>	<p>Ograniczone możliwości rozbudowy w dłuższej perspektywie z uwagi na ograniczenia urbanistyczne. Ewentualna konieczność dodatkowych nakładów na częściowe dostosowanie obecnej lokalizacji MSZ przy Al. Wojska Polskiego do funkcji szpitalnej w zakresie usług zachowawczych. Potencjalne problemy z dostępnością terenu pod przyszłą rozbudowę. Konieczność szczegółowej analizy możliwości zagospodarowania działki WSS pod nową inwestycję.</p>

			<p>Żołnierskiej utrzymanie i wykorzystanie infrastruktury WSS głównie w zakresie funkcji Centrum Urazowego dla Dorosłych, w tym obecnie trwających inwestycji. Dodatkowo utworzenie oddziału toksykologii oraz komory hiperbarycznej w lokalizacji WSS, skupienie usług onkologicznych obecnie rozproszonych w trzech jednostkach oraz utworzenie oddziału chorób zakaźnych oraz hepatologii w nowej lokalizacji.</p>	<p>istniejącej infrastruktury komunikacyjnej i technicznej w okolicach WSS.</p>	
Wariant 3	Konsolidacja dwóch szpitali: MSZ i USK	<p>Budowa nowego budynku na odrębnej działce. Wyłączenie infrastruktury MSZ (ul. Niepodległości, Al. Wojska Polskiego). Docelowo 3 lokalizacje.</p>	<p>Wykorzystanie obecnej infrastruktury USK w Olsztynie w ramach lokalizacji ul. Warszawskiej. Organizacja funkcji medycyny zabiegowej w trybie jednodniowym (okulistyka, ortopedia, chirurgia szczękowo-twarzowa, urologia, laryngologia), rehabilitacja stacjonarna, opieka długoterminowa, geriatrya. Przeniesienie do nowej lokalizacji całości usług ostrych z MSZ i USK w Olsztynie. Pozostawienie funkcji WSS w obecnym kształcie i lokalizacji.</p>	<p>Z uwagi na budowę budynku na odrębnej działce potencjał rozwojowy tego wariantu jest analogiczny do wariantu 1. Konieczność pozyskania środków inwestycyjnych na poziomie wariantu 2 w początkowym okresie. Ograniczenie wydatków na utrzymanie części infrastruktury MSZ. Możliwość etapowej realizacji projektu z ograniczeniem ryzyka.</p>	<p>Rozwiązanie niecałościowe, pozwala zrationalizować usługi tylko częściowo. Utrzymanie trzech lokalizacji generuje wyższe koszty operacyjne. Ograniczony efekt synergii w porównaniu z wariantami pełnej konsolidacji trzech jednostek. Brak jasnej perspektywy długoterminowego rozwoju.</p>

Wariant 4	Brak konsolidacji - pozostawienie obecnej struktury	Pozostawienie wszystkich czterech lokalizacji bez zmian. Brak nowych inwestycji budowlanych.	Wszystkie trzy szpitale pozostają w swoich lokalizacjach i obecnych funkcjach. Brak zmian w strukturze organizacyjnej, utrzymanie istniejącej fragmentaryzacji usług medycznych. Kontynuacja obecnego modelu organizacyjnego.	Brak konieczności przeprowadzania skomplikowanych procesów konsolidacyjnych. Zachowanie status quo minimalizuje ryzyko operacyjne w krótkim okresie. Brak zakłóceń w funkcjonowaniu jednostek podczas ewentualnych prac budowlanych. Utrzymanie dotychczasowych relacji z personelem medycznym i pacjentami.	Utrzymanie wysokich kosztów operacyjnych związanych z funkcjonowaniem czterech odrębnych lokalizacji. Fragmentaryzacja usług medycznych utrudnia koordynację opieki nad pacjentem. Konieczność inwestycji w modernizację starzejącej się infrastruktury we wszystkich jednostkach. Brak efektu synergii i optymalizacji zasobów. Trudności w rekrutacji i utrzymaniu kadry medycznej w mniejszych jednostkach. Rozdrobnienie kompetencji i specjalizacji medycznych. Niższa efektywność wykorzystania zasobów medycznych i sprzętu specjalistycznego.
-----------	---	--	---	--	---

Wnioski zespołu roboczego powołanego w celu oceny możliwości konsolidacji/optimalizacji działalności olsztyńskich szpitali oraz budowy szpitala klinicznego w Olsztynie proponowane przez Dyрекcję Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

1. Konsolidacja trzech szpitali olsztyńskich ( Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego, Miejskiego Szpitala Zespołonego i Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego ) i powołanie w ich miejsce nowego szpitala klinicznego, ze względu na brak szczegółowych analiz, nie może być rekomendowana ze względów medycznych, organizacyjno-prawnych, finansowych i społecznych, w sytuacji poprzedzającej fazę projektową planowanej budowy szpitala klinicznego.
2. Rekomendujemy konsolidację funkcjonalną, która jest szybsza, bezpieczniejsza i pozwoli zoptymalizować efektywność świadczenia usług medycznych w dublujących się zakresach, bez narażenia na niepotrzebne ryzyka. Poza tym będzie bazą do kolejnego etapu szacowana potrzeb inwestycyjnych związanych z planowaną budową szpitala klinicznego.
3. Ryzyka związane z konsolidacją strukturalną, ze względu na brak finansowania zewnętrznego istotnie przewyższają potencjalne korzyści. Dodatkowym ryzykiem jest również słaba kondycja finansowa płatnika NFZ.
4. Etap planowania i projektowania budowy nowego szpitala klinicznego w Olsztynie powinien być realizowany w ramach powołanego do tego celu konsorcjum olsztyńskich szpitali niezależnie od procesu konsolidacji.
5. Powstanie nowego szpitala klinicznego w Olsztynie ma służyć celom naukowym i dydaktycznym Uczelni oraz poszerzać i uzupełniać dziedziny medycyny klinicznej do tej pory nieobecne w regionie lub niedostatecznie reprezentowane.
6. Szpital wojewódzki jest w trakcie realizacji kilku inwestycji, które zwiększą koszty utrzymania szpitala, a aktualny poziom finansowania jest niewystarczający do wykorzystania istniejącej bazy łózkowej, żeby zwiększyć dostępność do świadczeń pacjentom w wielu zakresach.
7. Proponowana konsolidacja strukturalna jest dla WSS niekorzystna i spowoduje zadłużenie szpitala, dlatego odmawiamy podpisania przedstawionych propozycji NFZ.

DYREKTOR  
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO  
W OLSZTYNIE

*Irena Kierzkowska*

Zastępca Dyrektora  
ds. leczenia  
dr n. med. Jerzy Górny

*[Signature]*