

**KONCEPCJA
FUNKCJONOWANIA I ROZWOJU
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO
ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ
W OŻAROWIE
NA LATA 2026–2032**

**ŻYCIORYS ZAWODOWY
I UZASADNIENIE KOMPETENCJI KANDYDATA**

Anna Szewczyk

mgr ekonomii • MBA • rachunkowość zarządcza i controlling

Ożarów, marzec 2026

1. Dane osobowe i wykształcenie

Dane personalne	
Imię i nazwisko	Anna Szewczyk
Data urodzenia	1978 r.
Miejsce zamieszkania	Ożarów, woj. świętokrzyskie
Telefon	
E-mail	

1.1. Wykształcenie wyższe i podyplomowe

Okres	Uczelnia / kierunek	Uzyskany tytuł / stopień
2020–2022	Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie, Centrum Studiów Podyplomowych	Master of Business Administration (MBA)
2019–2020	Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie, Centrum Studiów Podyplomowych	Studia podyplomowe: Finanse, rachunkowość zarządcza i controlling
2008–2009	Politechnika Radomska, Wydział Ekonomii	Studia podyplomowe: Rachunkowość
1997–2002	Politechnika Radomska, Wydział Ekonomii	Magister ekonomii, spec. Finanse i Gospodarka Komunalna

1.2. Certyfikaty i szkolenia

- Certyfikat księgowy na usługowe prowadzenie ksiąg rachunkowych Nr 34995/2009
- Kurs dla kandydatów na członków Rad Nadzorczych spółek z udziałem Skarbu Państwa
- Certyfikat ukończenia szkolenia „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi”
- Certyfikat „Sztuka wystąpień publicznych — autoprezentacja”
- Prawo jazdy kategorii B (od 2003 r.)

2. Doświadczenie zawodowe

Okres	Pracodawca / stanowisko	Zakres odpowiedzialności
10/2016 – obecnie	Placówka Terenowa KRUS – Kierownik Placówki	Zarządzanie zespołem 5 osób, nadzór nad realizacją zadań, wydawanie decyzji z upoważnienia Prezesa, współpraca z organami administracji publicznej i JST, monitorowanie Zintegrowanego Systemu Zarządzania
07/2020 – obecnie	Inter-Handel Sp. z o.o. – Główny Księgowy	Pełna rachunkowość, sprawozdawczość do US/ZUS/GUS/KRS, obsługa kadrowo-płacowa, dekretacja w systemie FK
12/2018 – obecnie	Inter-Handel Sp. z o.o. – Prokurent	Reprezentacja spółki, odpowiedzialność za prawidłowość operacji gospodarczych
03/2013 – 06/2020	Inter-Handel Sp. z o.o. – Dyrektor Finansowy	Zarządzanie finansami spółki, sprawozdawczość, planowanie budżetowe, kontrola kosztów

04/2003 – 09/2016	Scandic Food Sp. z o.o. (firma produkcyjna) – Specjalista ds. księgowości	Dekretacja, zamykanie miesięcy, raportowanie do GUS i Izby Celnej (Intrastat), współpraca z audytorami
08/2002 – 03/2003	Zespół Oświaty Samorządowej w Lipsku – Referent administracyjno-biurowy	Obsługa administracyjna jednostki samorządowej

Łączne doświadczenie zawodowe przekracza 23 lata, w tym ponad 10 lat na stanowiskach kierowniczych i dyrektorskich. Doświadczenie obejmuje zarówno sektor prywatny (zarządzanie finansami spółki handlowej i produkcyjnej), jak i sektor publiczny (kierowanie placówką terenową instytucji państwowej podlegającej ścisłemu nadzorowi).

3. Uzasadnienie kompetencji kandydata

Kandydatura na stanowisko Dyrektora SPZOZ w Ożarowie opiera się na połączeniu kompetencji ekonomiczno-finansowych, doświadczenia w zarządzaniu zespołem w sektorze publicznym oraz dogłębnej znajomości lokalnych uwarunkowań wynikającej z wieloletniego zamieszkania w Ożarowie. Poniżej przedstawiono kluczowe obszary kompetencji w odniesieniu do wyzwań stojących przed placówką.

3.1. Kompetencje finansowe i ekonomiczne

SPZOZ w Ożarowie wchodzi w okres strategii jako placówka obciążona strukturalną nierównowagą pomiędzy przychodami a kosztami (strata netto –539 tys. zł w 2024 r., –429 tys. zł prognozowane na 2025 r.). Przywrócenie stabilności finansowej wymaga kompetencji, których fundament stanowi wykształcenie ekonomiczne (magister ekonomii w specjalności Finanse i Gospodarka Komunalna), uzupełnione studiami podyplomowymi z rachunkowości (Politechnika Radomska, 2009), finansów i controllingu (WSliZ Rzeszów, 2020) oraz tytułem MBA (WSliZ Rzeszów, 2022).

Doświadczenie praktyczne w tym zakresie obejmuje ponad siedem lat na stanowisku Dyrektora Finansowego spółki handlowej, gdzie zakres odpowiedzialności obejmował pełną rachunkowość, planowanie budżetowe, kontrolę kosztów, sprawozdawczość wobec organów państwowych oraz współpracę z audytorami. Certyfikat księgowy Nr 34995/2009 potwierdza uprawnienia do usługowego prowadzenia ksiąg rachunkowych. Połączenie tych kwalifikacji z praktyczną znajomością rachunku zysków i strat, analizy wskaźnikowej, zarządzania płynnością i controllingu kosztowego odpowiada bezpośrednio na wyzwania opisane w Załączniku nr 2 (Analiza finansowa) i Załączniku nr 5 (Prognoza finansowa 2026–2032) niniejszej Koncepcji.

3.2. Doświadczenie w zarządzaniu i kierowaniu zespołem

Stanowisko Kierownika Placówki Terenowej KRUS (od 2016 r.) łączy w sobie zarządzanie ludźmi, odpowiedzialność za procesy decyzyjne, nadzór nad jakością pracy oraz współpracę z organami administracji publicznej i jednostkami samorządu terytorialnego. Zakres obowiązków obejmuje m.in. wydawanie decyzji administracyjnych z upoważnienia

Prezesa KRUS, monitorowanie Zintegrowanego Systemu Zarządzania, opracowywanie planów pracy i sprawozdań z ich wykonania oraz reprezentowanie placówki na zewnątrz. Doświadczenie to kształtuje kompetencje bezpośrednio przydatne w kierowaniu SPZOZ: odpowiedzialność za wynik i jakość, dyscyplina proceduralna, umiejętność zarządzania małym zespołem w warunkach ścisłego nadzoru oraz zdolność do współpracy z instytucjami publicznymi.

Kurs dla kandydatów na członków Rad Nadzorczych spółek z udziałem Skarbu Państwa dodatkowo potwierdza znajomość mechanizmów nadzoru korporacyjnego, co jest przydatne w kontekście relacji między dyrektorem SPZOZ a organem tworzącym (Gminą Ożarów). Szkolenie z Zarządzania Zasobami Ludzkimi wpisuje się w potrzebę świadomej polityki kadrowej opisanej w rozdziale 10 Koncepcji.

3.3. Znajomość otoczenia lokalnego

Zamieszkanie w Ożarowie oznacza bezpośrednią znajomość warunków, w jakich funkcjonuje SPZOZ: specyfiki lokalnej społeczności, potrzeb zdrowotnych mieszkańców, reputacji placówki, relacji z konkurencją (NZLA Ożarów, placówki w Ćmielowie, Wojciechowicach, Tarłowie) oraz oczekiwań organu tworzącego. Ta wiedza nie jest dostępna kandydatom spoza gminy i stanowi istotną przewagę w kontekście szybkiego wdrożenia działań naprawczych — zwłaszcza w obszarze poprawy rejestracji, komunikacji z pacjentami i odbudowy zaufania lokalnego.

3.4. Kompetencje informatyczne i organizacyjne

Biegła obsługa systemów finansowo-księgowych (WaproGang, WaproKaper, WaproFakir, Symfonia, Taxomatic, Płatnik) oraz pakietu MS Office stanowi fundament dla wdrożenia rozwiązań cyfryzacyjnych opisanych w Koncepcji (rozdz. 13). Doświadczenie w raportowaniu do GUS, Izby Celnej i KRS wykształciło umiejętność pracy ze złożoną sprawozdawczością — kompetencję niezbędną w rozliczeniach z NFZ, które stanowią główne źródło przychodów SPZOZ.

4. Powiązanie kompetencji z celami Koncepcji Rozwoju SPZOZ

Poniższa tabela zestawia pięć celów strategicznych Koncepcji z kompetencjami kandydata, które bezpośrednio wspierają ich realizację.

Cel strategiczny	Wymagane kompetencje	Kompetencje kandydata
I. Stabilność finansowa	Rachunkowość, controlling, analiza kosztów, zarządzanie płynnością	Mgr ekonomii + MBA + podyplomowe z rachunkowości i controllingu. 7 lat jako Dyrektor Finansowy. Certyfikat księgowy.
II. Pacjent i dostępność	Zarządzanie jakością obsługi, komunikacja, znajomość potrzeb lokalnych	Kierownik placówki publicznej (KRUS). Mieszkanka Ożarowa — znajomość potrzeb i oczekiwań pacjentów.
III. Profil świadczeń	Planowanie strategiczne, analiza rynku, współpraca z NFZ	MBA z zarządzania strategicznego. Doświadczenie w planowaniu i sprawozdawczości.

IV. Inwestycje i cyfryzacja	Zarządzanie projektami, pozyskiwanie środków, IT	Doświadczenie w planowaniu budżetowym i inwestycyjnym. Biegłość w systemach IT. Znajomość instrumentów finansowania.
V. Kultura zarządzania	Przywództwo, KPI, odpowiedzialność, Kaizen	Zarządzanie zespołem w KRUS. Monitoring ZSZ. Szkolenia: ZZL, autoprezentacja, Rady Nadzorcze.

Połączenie wykształcenia ekonomiczno-zarządczego (magister ekonomii, MBA, studia podyplomowe z finansów i controllingu), ponad 23 lat doświadczenia zawodowego (w tym 10+ lat na stanowiskach kierowniczych w sektorze publicznym i prywatnym) oraz znajomości lokalnych uwarunkowań tworzy profil kompetencyjny odpowiadający wyzwaniom, przed którymi stoi SPZOZ w Ożarowie na lata 2026–2032.

5. Oświadczenie

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym dokumencie są zgodne ze stanem faktycznym. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie na potrzeby postępowania konkursowego na stanowisko Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Ożarowie, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).

.....
 Anna Szewczyk
 Ożarów, marzec 2026 r.

KONCEPCJA FUNKCJONOWANIA I ROZWOJU SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ W OŻAROWIE NA LATA 2026–2032

Dokument strategiczno-zarządczy

misja • wizja • model działania • cele strategiczne • wdrożenie • zasady ciągłego doskonalenia

*Dokument główny opracowany na podstawie Załączników nr 1–9,
programu naprawczego, danych finansowych oraz materiałów organizacyjnych SPZOZ.*

mgr Anna Szewczyk
Ożarów, marzec 2026

Spis treści

Spis treści	2
Wykaz załączników i ich rola w dokumencie głównym	4
Streszczenie menedżerskie	4
1. Wprowadzenie i charakter dokumentu	6
1.1. Rola dokumentu głównego i sposób korzystania z załączników	7
1.2. Struktura dokumentu i zasady nawigacji	7
1.3. Nota metodologiczna	8
2. Charakterystyka SPZOZ w Ożarowie i punkt wyjścia strategiczny	9
2.1. Zakres działalności i rola placówki w systemie lokalnym	10
2.2. Interesariusze i ich oczekiwania	10
2.3. Infrastruktura i stan techniczny placówki	11
2.4. Wyniki dotychczasowych działań naprawczych	12
3. Diagnoza demograficzna i konsekwencje dla profilu świadczeń	12
3.1. Najważniejsze trendy demograficzne do 2032 roku	13
3.2. Implikacje dla medycyny rodzinnej, pielęgniarstwa i rehabilitacji	14
3.3. Profil epidemiologiczny i struktura zachorowalności w powiecie opatowskim	15
4. Diagnoza finansowa i ekonomiczna zdolność do rozwoju	16
4.1. Główne przyczyny pogorszenia wyniku i obszary interwencji	17
4.2. Prognoza poprawy i warunki jej realizacji	18
5. Otoczenie konkurencyjne i pozycja rynkowa SPZOZ	19
5.1. Konkurencja bezpośrednia, regionalna i potencjalna	20
5.2. Unikalne kompetencje i obszary zagrożeń	20
5.3. Mapowanie pozycji konkurencyjnej — synteza	21
6. Zintegrowana diagnoza strategiczna: SWOT i główne dylematy rozwojowe	21
6.1. Wnioski wynikające z analizy TOWS	23
6.2. Analiza TOWS i wnioski strategiczne	23
Strategia SO (mocne strony + szanse): wykorzystanie kompleksowości	23
Strategia WO (słabe strony + szanse): naprawianie słabości dla wykorzystania szans	23
Strategia ST (mocne strony + zagrożenia): obrona pozycji	24
Strategia WT (słabe strony + zagrożenia): minimalizacja ryzyka	24
7. Misja, wizja i wartości SPZOZ w Ożarowie	24
7.1. Zasady ciągłego doskonalenia inspirowane Kaizen	25
7.2. Model docelowy SPZOZ w 2032 roku	26
7.3. Podstawy prawne i instytucjonalne działalności SPZOZ	26
8. Cele strategiczne i architektura całej strategii	27

8.1. Cel strategiczny I -- stabilność finansowa i efektywność	28
8.2. Cel strategiczny II -- pacjent, dostępność i zaufanie	29
8.3. Cele III--V: profil świadczeń, inwestycje i kultura zarządzania	29
8.4. Powiązania między celami strategicznymi i warunki zbilansowania	30
9. Kierunki rozwoju działalności medycznej	31
9.1. POZ i opieka koordynowana jako rdzeń modelu	31
9.2. Rehabilitacja, diagnostyka i laboratorium jako obszary przewagi	32
9.3. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna i rozwój wybranych zakresów	32
9.4. Telemedycyna i usługi cyfrowe jako uzupełnienie modelu	33
10. Polityka kadrowa i zarządzanie personelem	33
10.1. Diagnoza kadrowa i kluczowe wakaty	34
10.2. Modele współpracy i pozyskiwania specjalistów	34
10.3. Retencja personelu i kultura pracy	35
11. Model organizacyjny: pacjent, rejestracja i standard obsługi	35
11.1. Standard doświadczenia pacjenta	36
11.2. Rejestracja jako proces strategiczny	36
11.3. Personel, kultura pracy i komunikacja wewnętrzna	37
12. Model finansowo-operacyjny na lata 2026--2032	37
12.1. Przychody: utrzymanie rdzenia i dywersyfikacja uzupełniająca	38
12.2. Koszty, płynność i dyscyplina operacyjna	39
12.3. Analiza scenariuszowa — wariant ostrożny, bazowy i optymistyczny	40
13. Polityka inwestycyjna i cyfryzacyjna	40
13.1. Źródła finansowania i warunki ostrożności inwestycyjnej	42
13.2. Cyfryzacja, dane i wykorzystanie narzędzi wspierających	43
13.3. Efektywność energetyczna i koszty eksploatacyjne	43
14. Współpraca z otoczeniem instytucjonalnym	44
14.1. Współpraca z podmiotami ochrony zdrowia	44
14.2. Współpraca z samorządem, edukacją i pomocą społeczną	45
15. Architektura wdrożenia strategii	45
15.1. Strumienie wdrożeniowe i odpowiedzialność	46
15.2. Strumienie wdrożeniowe — przegląd szczegółowy	47
15.3. Ryzyko wdrożeniowe i mechanizm korekty	47
15.4. Rytm Kaizen: przegląd, korekta, uczenie się	47
16. Zarządzanie ryzykiem strategicznym i operacyjnym	48
16.1. System monitorowania i wskaźniki sukcesu	49
16.2. Ciągłość działania i zarządzanie kryzysowe	50
17. Podsumowanie i konkluzje końcowe	51

Wykaz załączników i ich rola w dokumencie głównym

Załącznik	Tytuł	Znaczenie dla koncepcji
Nr 1	Prognoza demograficzna Gminy Ożarów 2025–2032	Wyznacza kierunek zmian popytu na świadczenia zdrowotne
Nr 2	Analiza finansowa i wskaźnikowa SPZOZ 2021–2025	Punkt wyjścia, źródła nierównowagi, obszary stabilizacji
Nr 3	Analiza otoczenia konkurencyjnego	Przewagi, luki, zagrożenia i priorytety rynkowe
Nr 4	Plan minimum inwestycyjnego 2026–2032	Kolejność inwestycji, źródła finansowania, komplementarność
Nr 5	Prognoza finansowa 2026–2032	Ścieżka powrotu do równowagi ekonomicznej
Nr 6	Plan marketingowy i standard obsługi	Doświadczenie pacjenta, retencja, komunikacja
Nr 7	Wzór karty projektu inwestycyjnego	Przygotowanie i ocena przedsięwzięć
Nr 8	Plan wdrożenia strategii	Etapy, strumienie, harmonogram, KPI
Nr 9	Narzędzia wdrożeniowe i monitoring	Kwartalne i roczne zarządzanie strategią

Streszczenie menedżerskie

Koncepcja Funkcjonowania i Rozwoju SPZOZ w Ożarowie na lata 2026–2032 została opracowana jako dokument nadrzędny wobec załączników analitycznych, finansowych, inwestycyjnych, marketingowych i wdrożeniowych. Jej celem nie jest powielenie danych z załączników, lecz nadanie im jednej logiki zarządczej. Dokument odpowiada na trzy podstawowe pytania: jaki jest realny punkt wyjścia SPZOZ na początku 2026 roku, jaki model placówki należy budować w perspektywie 2032 roku oraz jakie decyzje organizacyjne, finansowe i inwestycyjne są konieczne, aby przejście od stanu obecnego do stanu docelowego było realistyczne. Przyjęto założenie, że strategia musi mieć charakter jednocześnie naprawczy i rozwojowy. Samo ograniczanie kosztów nie pozwoli bowiem zbudować trwałej przewagi, podobnie jak sam rozwój usług bez porządkowania finansów prowadziłby do pogłębienia nierównowagi ekonomicznej.

SPZOZ w Ożarowie dysponuje profilem usługowym wyraźnie szerszym niż typowa gminna przychodnia POZ. Obejmuje podstawową opiekę zdrowotną, poradnie specjalistyczne, rehabilitację, laboratorium, stomatologię, transport sanitarny oraz diagnostykę, w tym gabinet USG. Ta kompleksowość jest jednym z najcenniejszych zasobów zakładu. Jednocześnie placówka funkcjonuje pod presją finansową, kadrową i reputacyjną. Wymaga poprawy wyniku ekonomicznego, skrócenia dystansu między jakością świadczeń medycznych a jakością organizacji kontaktu z pacjentem oraz uporządkowania

procesów zarządczych. Największe ryzyko nie polega dziś na braku potencjału medycznego, lecz na tym, że potencjał ten nie jest w pełni przekładany na trwałą retencję pacjentów, przewidywalną organizację pracy i dodatnie wyniki operacyjne.

Diagnoza demograficzna pokazuje, że do 2032 roku gmina Ożarów pozostanie obszarem malejącej liczby ludności i rosnącego udziału seniorów. Oznacza to konieczność przesunięcia akcentów z rozwoju opartego wyłącznie na wolumenie populacji na rozwój oparty na dopasowaniu do potrzeb zdrowotnych starzejącej się społeczności. W praktyce będzie to wymagać wzmacniania opieki nad pacjentem przewlekłym, rehabilitacji, diagnostyki, opieki koordynowanej, dostępności dla osób starszych oraz komunikacji przyjaznej seniorom i ich opiekunom. Jednocześnie nie oznacza to rezygnacji z funkcji rodzinnej przychodni. Oznacza raczej mądrą zmianę proporcji, tak aby model działania SPZOZ był zgodny z rzeczywistą strukturą popytu i z perspektywą demograficzną gminy.

Koncepcja zakłada, że lata 2026–2027 będą okresem stabilizacji i przywracania podstawowej sprawności organizacyjno-finansowej. W tym czasie priorytetem będzie poprawa rejestracji, wzmocnienie kontroli kosztów, lepsze wykorzystanie kontraktów NFZ, odbudowa zaufania pacjentów, uporządkowanie odpowiedzialności kierowniczej oraz wdrożenie prostych narzędzi zarządczych. Dopiero na tym fundamencie mają być realizowane działania bardziej kapitałochłonne: rozbudowa potencjału laboratoryjnego, leasing karetki, modernizacja infrastruktury, inwestycje w IT, późniejsze uruchomienie nowych zakresów specjalistycznych oraz wprowadzenie rozwiązań wspierających obsługę pacjenta i obieg informacji. Taka kolejność jest warunkiem bezpieczeństwa wdrożeniowego.

Model docelowy zakłada, że w 2032 roku SPZOZ w Ożarowie będzie nowoczesną, zintegrowaną placówką lokalną pierwszego wyboru w zakresie POZ i ważnym centrum ambulatoryjnej diagnostyki, rehabilitacji i wybranych poradni specjalistycznych. Ośrodek ma działać w sposób stabilniejszy finansowo, bardziej przewidywalny organizacyjnie, czytelniejszy komunikacyjnie i lepiej dopasowany do potrzeb starzejącej się populacji. Jego przewaga nie ma opierać się na jednej usłudze, lecz na synergii: pacjent powinien otrzymać w jednym miejscu lekarza POZ, wybrane konsultacje specjalistyczne, diagnostykę, rehabilitację, badania laboratoryjne oraz sprawnie prowadzoną ścieżkę organizacyjną. To właśnie „kompleksowość pod jednym dachem” stanowi najważniejsze jądro strategiczne niniejszej koncepcji.

Istotnym elementem dokumentu jest włączenie zasad ciągłego doskonalenia inspirowanych podejściem Kaizen. W realiach SPZOZ nie chodzi o tworzenie rozbudowanego systemu korporacyjnego, lecz o wdrożenie stałego rytmu małych usprawnień, które są mierzalne, przypisane odpowiedzialnym osobom i regularnie przeglądane. Oznacza to, że strategia nie będzie traktowana jako jednorazowy dokument konkursowy, lecz jako narzędzie pracy: z kwartalnym przeglądem KPI, rejestrem ryzyk,

rejestrem decyzji korygujących, analizą zgłoszeń pacjentów i oceną skutków podejmowanych działań. Tylko w takim modelu załączniki nr 8 i 9 stają się realnym instrumentem zarządzania, a nie wyłącznie formalnym dodatkiem do koncepcji.

1. Wprowadzenie i charakter dokumentu

Niniejsza koncepcja została przygotowana jako dokument strategiczno-zarządczy dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Ożarowie na lata 2026--2032. Horyzont siedmioletni został przyjęty świadomie. Jest wystarczająco długi, aby ująć zarówno działania naprawcze, jak i rozwojowe, a równocześnie na tyle krótki, by pozostać w granicach realnego planowania dla placówki podstawowego szczebla. W praktyce dokument ma służyć jednocześnie trzem celom: określeniu pożądanego kierunku funkcjonowania zakładu, zbudowaniu spójnej logiki wykorzystania przygotowanych załączników oraz pokazaniu, że zmiana modelu działania SPZOZ może być prowadzona w sposób uporządkowany, etapowy i możliwy do zweryfikowania. Koncepcja nie zastępuje programu naprawczego, planów rzeczowo-finansowych, rocznych planów działalności ani decyzji organu tworzącego. Jest natomiast dokumentem nadrzędnym, który porządkuje relacje między tymi elementami i wskazuje ich wspólny kierunek.

Koncepcja została oparta na dziewięciu załącznikach, które mają charakter komplementarny. Załącznik nr 1 definiuje presję demograficzną i zdrowotną, załącznik nr 2 opisuje sytuację finansową i wskaźnikową, załącznik nr 3 pozycję konkurencyjną, załącznik nr 4 minimalny i realistyczny plan inwestycyjny, załącznik nr 5 pokazuje ścieżkę powrotu do równowagi ekonomicznej, załącznik nr 6 dotyczy marketingu i standardu obsługi pacjenta, załącznik nr 7 porządkuje przygotowywanie inwestycji, a załączniki nr 8 i 9 tworzą system wdrożenia i monitorowania strategii. Tym samym dokument główny nie jest zbiorem luźnych deklaracji. Każde istotne twierdzenie, cel i kierunek działania znajduje rozwinięcie w odpowiednim załączniku. Taka konstrukcja zwiększa wiarygodność materiału i ułatwia jego praktyczne stosowanie po zakończeniu procesu konkursowego.

Przyjęta metodologia zakłada łączenie diagnozy ilościowej i jakościowej. Z jednej strony podstawą są dane finansowe, projekcje demograficzne, analiza kontraktów i oferty konkurencji, a z drugiej -- ocena organizacyjnej zdolności placówki do wdrażania zmian, budowania zaufania pacjentów i wykorzystywania swoich przewag. Tylko połączenie tych perspektyw daje prawdziwy obraz sytuacji. W ochronie zdrowia nie wystarczy bowiem wiedzieć, że określony zakres jest potrzebny albo potencjalnie opłacalny. Trzeba jeszcze ocenić, czy placówka jest w stanie ten zakres obsłużyć kadrowo, organizacyjnie, technicznie i komunikacyjnie. Dlatego koncepcja unika prostych recept w rodzaju „zwiększyć kontrakt” czy „uruchomić nowe poradnie”, jeśli nie zostało wcześniej wykazane, z jakich zasobów i w jakim tempie miałyby to nastąpić.

Ważnym założeniem dokumentu jest odejście od myślenia życzeniowego. W latach 2026–2032 SPZOZ będzie funkcjonował w warunkach ograniczonych zasobów, presji płacowej, niestabilności kadrowej w części specjalności oraz trudnego otoczenia demograficznego. Z tego względu przyjęto zasadę: najpierw stabilizacja, następnie budowa fundamentów rozwojowych, dalej stopniowe wykorzystanie przewag, a dopiero na końcu utrwalanie modelu i doskonalenie. Taka sekwencja ma fundamentalne znaczenie. Ogranicza ryzyko przeciążenia organizacji, zapobiega rozproszeniu priorytetów i pozwala oddzielić inwestycje konieczne od inwestycji pożądanых, lecz wtórnych. Strategia została więc zaprojektowana nie jako lista życzeń, ale jako ścieżka zmian podporządkowana bezpieczeństwu ciągłości działania.

1.1. Rola dokumentu głównego i sposób korzystania z załączników

Dokument główny należy czytać jako syntezę oraz narzędzie interpretacyjne dla załączników. Oznacza to, że w tekście zasadniczym celowo ograniczono liczbę szczegółowych tabel finansowych, rozbudowanych wyliczeń i pełnych zestawień konkurencyjnych. Ich miejsce znajduje się w materiałach pomocniczych. W koncepcji pozostawiono natomiast te elementy, które są niezbędne do uchwycenia logiki działania: diagnozę sytuacji wyjściowej, obraz modelu docelowego, system celów strategicznych, filozofię wdrożenia i warunki powodzenia całego przedsięwzięcia. Taki podział zwiększa czytelność dokumentu. Umożliwia szybkie zapoznanie się z jego istotą osobom zarządzającym lub oceniającym materiał, a jednocześnie pozwala sięgać do załączników wtedy, gdy potrzebna jest pogłębiona analiza konkretnego obszaru.

W praktyce każdy rozdział koncepcji posiada bezpośredni związek z określonym zakresem załączników. Rozdziały dotyczące potrzeb zdrowotnych odwołują się do prognozy demograficznej, część finansowa do analizy wskaźnikowej i prognozy rachunku wyników, część rynkowa do analizy konkurencji, część inwestycyjna do planu minimum inwestycyjnego, zaś rozdziały o wdrożeniu -- do planu wdrożenia oraz zestawu narzędzi monitoringowych. Dzięki temu całość może być później rozwijana, aktualizowana albo częściowo korygowana bez konieczności pisania koncepcji od zera. Jeżeli po roku wdrażania zmieni się tempo poprawy finansowej, korekta może zostać wprowadzona przede wszystkim do załącznika nr 5. Jeżeli zmieni się otoczenie konkurencyjne, aktualizacji będzie wymagał głównie załącznik nr 3. Rdzeń dokumentu zachowa natomiast swoją strukturę i kierunek.

1.2. Struktura dokumentu i zasady nawigacji

Dokument składa się z siedemnastu rozdziałów merytorycznych ułożonych w logiczną sekwencję: od diagnozy (rozdziały 2–6) przez cele i kierunki (7–9), politykę kadrową i model organizacyjny (10–11), polityki szczegółowe (12–14), do architektury wdrożenia i zarządzania ryzykiem (15–17). Każdy rozdział główny zawiera podrozdziały, a w

wybranych przypadkach sekcje trzeciego poziomu. Tabele podsumowujące umieszczono na początku lub na końcu kluczowych rozdziałów dla ułatwienia szybkiego przeglądu. Ramki z wnioskami i priorytetami wyróżniają najważniejsze konkluzje zarządcze.

W praktyce każdy rozdział koncepcji posiada bezpośredni związek z określonym zakresem załączników, co prezentuje poniższa mapa nawigacyjna.

Rozdział dokumentu głównego	Główny załącznik referencyjny	Załączniki wspierające
Rozdz. 3: Diagnoza demograficzna	Zał. 1 – Prognoza demograficzna	
Rozdz. 4: Diagnoza finansowa	Zał. 2 – Analiza finansowa	Zał. 5 – Prognoza finansowa
Rozdz. 5: Otoczenie konkurencyjne	Zał. 3 – Analiza konkurencji	
Rozdz. 8–9: Cele i kierunki rozwoju	Zał. 4 – Plan inwestycyjny	Zał. 1, 3, 5
Rozdz. 11: Model organizacyjny	Zał. 6 – Plan marketingowy i obsługa	
Rozdz. 13: Polityka inwestycyjna	Zał. 4 – Plan inwestycyjny	Zał. 7 – Karta projektu
Rozdz. 15–16: Wdrożenie i ryzyko	Zał. 8 – Plan wdrożenia	Zał. 9 – Narzędzia monitoringu

Taka architektura zwiększa czytelność dokumentu. Umożliwia szybkie zapoznanie się z istotą koncepcji osobom zarządzającym lub oceniającym materiał, a jednocześnie pozwala sięgać do załączników wtedy, gdy potrzebna jest pogłębiona analiza konkretnego obszaru.

1.3. Nota metodologiczna

Przyjęta metodologia zakłada łączenie diagnozy ilościowej i jakościowej. Z jednej strony podstawą są dane finansowe (sprawozdania SPZOZ za lata 2021–2025), projekcje demograficzne oparte na danych GUS/BDL metodą kohortowo-trendową (Zał. 1), analiza kontraktów NFZ i oferty konkurencji (Zał. 3), a z drugiej — ocena organizacyjnej zdolności placówki do wdrażania zmian. Prognoza finansowa (Zał. 5) wykorzystuje model przyrostowy, w którym dynamika przychodów i kosztów jest kalibrowana na podstawie trendów historycznych, założeń makroekonomicznych (wzrost wydatków na ochronę zdrowia 5–7% PKB, waloryzacja stawek NFZ 4–5% rocznie) oraz planowanych działań rozwojowych.

Analiza konkurencji (Zał. 3) opiera się na danych z RPWDL, rejestrów NFZ, portali medycznych (swiatprzychodni.pl, kliniki.pl, lokmed.pl) oraz map Google. Oceny Google zostały potraktowane jako wskaźnik reputacji, choć z zastrzeżeniem, że mała liczba opinii (7–33 dla poszczególnych placówek) ogranicza ich reprezentatywność statystyczną.

Niemniej różnice między 1,0/5 a 4,1/5 są na tyle duże, że trudno je zignorować w analizie strategicznej.

Koncepcja unika prostych recept w rodzaju „zwiększyć kontrakt” czy „uruchomić nowe poradnie”, jeśli nie zostało wcześniej wykazane, z jakich zasobów i w jakim tempie miałyby to nastąpić. Każde działanie rozwojowe ma wskazane źródło finansowania, warunki realizacji i spodziewane efekty. Takie podejście zwiększa wiarygodność dokumentu i ogranicza ryzyko planowania życzeniowego.

2. Charakterystyka SPZOZ w Ożarowie i punkt wyjścia strategiczny

SPZOZ w Ożarowie jest publicznym zakładem opieki zdrowotnej o szczególnej roli w lokalnym systemie świadczeń. Jego znaczenie nie wynika wyłącznie z faktu, że jest podmiotem utworzonym przez gminę. Wynika przede wszystkim z tego, że łączy funkcje, które w wielu podobnych samorządach są rozproszone pomiędzy kilka lub kilkanaście podmiotów. Placówka zapewnia podstawową opiekę zdrowotną, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, rehabilitację, stomatologię, laboratorium, transport sanitarny oraz diagnostykę. Dodatkowo prowadzi filię w Jakubowicach, co zwiększa zasięg terytorialny oddziaływania i poprawia dostępność w mniej centralnej części gminy. W ujęciu strategicznym SPZOZ nie jest więc tylko przychodnią. Jest lokalną platformą świadczeń ambulatoryjnych, która – przy właściwym zarządzaniu – może pełnić funkcję pierwszego i najważniejszego punktu kontaktu pacjenta z systemem ochrony zdrowia na poziomie gminnym i międzygminnym.

Analiza zakresu usług pokazuje, że profil SPZOZ jest ponadprzeciętny w porównaniu z placówkami tej samej skali. Szczególne znaczenie mają: funkcjonująca diagnostyka USG, aktywne poradnie specjalistyczne, laboratorium oraz zintegrowanie rehabilitacji z innymi obszarami działalności. To właśnie te elementy odróżniają SPZOZ od prostego modelu POZ i pozwalają budować przewagę, której konkurenci z reguły nie mają. Z drugiej strony stan wyjściowy nie jest wolny od słabości. Zakład funkcjonuje z wakacjami w części zakresów specjalistycznych, przy krótkich godzinach rejestracji, z obciążeniem negatywnymi opiniami dotyczącymi obsługi i z niedostatecznie uporządkowanymi procesami pierwszego kontaktu. Oznacza to, że nawet wartościowy profil świadczeń może nie być przez pacjenta w pełni odczuwany, jeżeli organizacyjna ścieżka skorzystania z tych usług jest zbyt trudna lub nieprzewidywalna.

Punkt wyjścia na początku 2026 roku można więc opisać jako paradoks jednoczesnej siły i kruchości. Siłą jest medyczna kompleksowość i publiczny charakter placówki, które dają naturalny mandat do pełnienia roli lokalnego centrum zdrowia. Kruchością – kondycja ekonomiczna, napięcia kadrowe, ryzyko odpływu pacjentów oraz nie do końca wykorzystany potencjał organizacyjny. Właśnie dlatego koncepcja nie proponuje modelu

rewolucyjnego. Nie ma potrzeby redefiniowania podstawowej roli SPZOZ. Potrzebne jest raczej odbudowanie sprawności działania i przejście od placówki, która „ma szeroką ofertę”, do placówki, która potrafi tę ofertę konsekwentnie przekładać na stabilną liczbę pacjentów, wyższą dostępność, przewidywalne procesy i stopniową poprawę wyniku finansowego.

2.1. Zakres działalności i rola placówki w systemie lokalnym

W lokalnym ekosystemie zdrowotnym SPZOZ powinien być rozumiany jako ośrodek o funkcji centralnej, a nie jedynie wykonawczej. Dla mieszkańca gminy idealny model ścieżki pacjenta wygląda następująco: pierwszy kontakt i koordynacja w POZ, następnie -- w razie potrzeby -- skierowanie do specjalisty lub diagnostyki, wykonanie badań w laboratorium, ewentualne skierowanie do rehabilitacji, a wszystko to z możliwie małą liczbą wyjazdów poza Ożarów. Taki model skraca drogę pacjenta, ogranicza koszty po stronie mieszkańców i wzmacnia lojalność wobec lokalnej placówki. W warunkach gminy oddalonej od większych ośrodków jest to wartość nie tylko organizacyjna, ale wręcz społeczna. Strategia powinna więc wzmacniać te funkcje, które budują „pełną ścieżkę ambulatoryjną”, zamiast przesuwac akcent wyłącznie na pojedyncze, odizolowane zakresy.

Istotnym elementem tej roli jest również publiczny mandat zaufania. SPZOZ nie powinien konkurować z prywatnymi lub niepublicznymi podmiotami przez naśladowanie ich we wszystkim. Jego przewaga ma inne źródło: trwałe osadzenie w gminie, odpowiedzialność za dostępność świadczeń dla całej społeczności, możliwość łączenia funkcji profilaktycznych i leczniczych, a także potencjał do prowadzenia działań służących mieszkańcom także wtedy, gdy nie przynoszą one natychmiastowej komercyjnej nadwyżki. Nie oznacza to oczywiście zgody na nieefektywność. Oznacza natomiast, że strategia powinna łączyć logikę efektywności ekonomicznej z logiką publicznej odpowiedzialności. W praktyce będzie to wymagać bardzo precyzyjnego rozróżnienia między zakresem, który trzeba utrzymywać z racji misji publicznej, a zakresem, który powinien aktywnie wspierać przychody i pomagać utrzymywać równowagę ekonomiczną całego zakładu.

2.2. Interesariusze i ich oczekiwania

Interesariusze SPZOZ tworzą układ bardziej złożony, niż mogłoby się wydawać na pierwszy rzut oka. Do grupy podstawowej należą pacjenci i ich rodziny, personel medyczny oraz administracyjny, dyrekcja, główna księgowość, organ tworzący, Narodowy Fundusz Zdrowia, lokalna społeczność i partnerzy instytucjonalni. Każda z tych grup ocenia zakład według innych kryteriów. Pacjent oczekuje dostępności, szacunku, czytelnych zasad zapisu i poczucia bezpieczeństwa. Personel oczekuje stabilności, przewidywalnego zarządzania, racjonalnego obciążenia pracą i jasnych decyzji. Organ tworzący oczekuje odpowiedzialnego gospodarowania środkami publicznymi oraz ograniczania ryzyka ciągłego finansowania strat. NFZ oczekuje prawidłowego rozliczania świadczeń, jakości i

zgodności z wymogami kontraktowymi. Społeczność lokalna oczekuje natomiast, że placówka pozostanie instytucją realnie użyteczną, a nie jedynie formalnie istniejącą.

Jednym z najważniejszych zadań strategicznych będzie pogodzenie tych oczekiwań w jeden spójny model. Nie da się trwale poprawić wyników finansowych bez zaufania pacjentów i bez współpracy personelu. Nie da się również utrzymać zaufania społecznego, jeżeli placówka będzie postrzegana jako chaotyczna, niedostępna lub chronicznie wymagająca kolejnych dopłat bez zauważalnej poprawy. Dlatego koncepcja przyjmuje, że sukces strategii będzie mierzony jednocześnie w trzech wymiarach: pacjenckim, organizacyjnym i ekonomicznym. Każdy rozdział dalszej części dokumentu należy czytać właśnie w tej potrójnej perspektywie. Rozwiązanie dobre medycznie, ale destabilizujące finanse, nie będzie rozwiązaniem dobrym. Rozwiązanie poprawiające wskaźniki, ale obniżające doświadczenie pacjenta, także nie będzie rozwiązaniem docelowym.

2.3. Infrastruktura i stan techniczny placówki

Stan techniczny budynków SPZOZ w Ożarowie wymaga uwzględnienia w strategii. Główna siedziba przy ul. Spacerowej 10 pełni funkcje medyczne od wielu lat i wymaga systematycznych prac modernizacyjnych. Kluczowe potrzeby infrastrukturalne obejmują: poprawę izolacji termicznej budynku głównego, wymianę okien w części pomieszczeń, modernizację instalacji grzewczej, dostosowanie wejść i korytarzy do potrzeb osób z ograniczeniami ruchowymi oraz uporządkowanie przestrzeni rejestracji i poczekalni. Filia w Jakubowicach (Jakubowice 48) działa w godzinach 7:00–14:30 i wymaga mniejszego zakresu prac, ale również powinna być objęta planem konserwacyjnym.

Z perspektywy doświadczenia pacjenta stan przestrzeni fizycznej ma znaczenie większe, niż często się zakłada. Poczekalnia, oznakowanie gabinetu, czystość korytarza i sprawność klimatyzacji wpływają na postrzeganie placówki równie silnie jak jakość samej wizyty lekarskiej. Dlatego plan inwestycyjny (Załącznik 4) obejmuje w etapach II–IV systematyczne prace remontowe powiązane z poprawą dostępności i komfortu. Termomodernizacja służy jednocześnie obniżeniu kosztów energii i poprawie warunków pracy personelu.

SPZOZ dysponuje następującym wyposażeniem diagnostycznym: aparat USG w dedykowanym gabinecie, aparat EKG (od 2021 r.), analizator hematologiczny Sysmex XN-350 w laboratorium wraz z możliwością badań hormonalnych, gabinet zabiegowy i gabinet szczepień. Brakuje aparatu RTG, co oznacza konieczność kierowania pacjentów do placówek zewnętrznych. Strategia nie zakłada zakupu RTG ze względu na koszt i ograniczoną rentowność w skali gminnej, natomiast przewiduje wymianę aparatu USG na nowszy model w 2028 roku (Załącznik 4), co poszerzy możliwości diagnostyczne i wzmocni atrakcyjność poradni specjalistycznych.

2.4. Wyniki dotychczasowych działań naprawczych

Analiza punktu wyjścia byłaby niepełna bez odniesienia do działań naprawczych podejmowanych w ostatnich latach. Program naprawczy SPZOZ obejmował kontrolę kosztów wynagrodzeń, próby zwiększenia przychodów z kontraktów NFZ oraz renegocjacje warunków współpracy z lekarzami specjalistami. Efekty tych działań widoczne są w danych za 2025 rok: przychody wzrosły o 14,4% (najszybciej od 2023 r.), wyhamowało tempo wzrostu kosztów wynagrodzeń, a strata netto zmniejszyła się z –539 tys. zł do –429 tys. zł.

Jednocześnie działania naprawcze nie przyniosły przełomu w dwóch kluczowych obszarach: reputacja placówki w oczach pacjentów pozostaje niska (ocena Google 1,8/5, co jest jednym z najgorszych wyników w regionie), a problem wakatów specjalistycznych nie został rozwiązany. Poradnie reumatologiczna i otolaryngologiczna pozostają zawieszone. Oznacza to, że dotychczasowe podejście — skoncentrowane głównie na wymiarze finansowym — było konieczne, ale niewystarczające. Niniejsza koncepcja integruje wymiar finansowy z organizacyjnym, kadrowym i pacjenckim, aby poprawa mogła być wielowymiarowa i trwała.

3. Diagnoza demograficzna i konsekwencje dla profilu świadczeń

Załącznik nr 1 pokazuje jednoznacznie, że strategia SPZOZ nie może być budowana w oderwaniu od zmian ludnościowych. Gmina Ożarów będzie w najbliższych latach doświadczała dalszego spadku liczby mieszkańców, silnego ograniczenia liczebności najmłodszych roczników oraz rosnącego względnego udziału seniorów. W perspektywie zdrowotnej jest to zmiana fundamentalna. Malejąca liczba dzieci i młodzieży nie oznacza automatycznego zaniku zadań profilaktycznych, ale oznacza, że podstawowa dynamika potrzeb nie będzie już napędzana przez pediatrię i medycynę wieku rozwojowego. Znacznie większego znaczenia nabiorą choroby przewlekłe, wielochorobowość, opieka po hospitalizacjach, badania kontrolne, świadczenia rehabilitacyjne, wsparcie pielęgniarstwa i potrzeby osób z ograniczoną mobilnością. Ośrodek, który nie przełoży tej zmiany demograficznej na zmianę modelu działania, będzie z każdym rokiem tracił adekwatność do swojego otoczenia.

W ujęciu zarządczym najważniejsze jest to, że starzenie populacji nie prowadzi do prostego spadku popytu na świadczenia. Przeciwnie -- może oznaczać większy popyt na świadczenia bardziej złożone, częściej powtarzalne i wymagające lepszej koordynacji. Senior rzadziej potrzebuje pojedynczej interwencji, a częściej wielu kontaktów z systemem: wizyty w POZ, monitorowania parametrów, konsultacji specjalistycznej, diagnostyki laboratoryjnej, rehabilitacji, wsparcia pielęgniarstwa i jasnego prowadzenia organizacyjnego. To stawia przed SPZOZ szczególną szansę. Placówka, która już dziś ma elementy zintegrowanej oferty ambulatoryjnej, może stać się naturalnym centrum opieki

dla rosnącej grupy pacjentów starszych, przewlekle chorych i wymagających regularnego kontaktu z personelem medycznym.

Jednocześnie diagnoza demograficzna ostrzega przed błędem interpretacyjnym. Wzrost udziału seniorów nie oznacza, że placówka może zaniedbać funkcję rodzinną i profilaktyczną. Oznacza natomiast, że musi lepiej segmentować swoją ofertę. W praktyce potrzebne będzie równoczesne utrzymanie wysokiej jakości dostępności dla pacjenta rodzinnego i świadome wzmacnianie tych elementów, które są szczególnie ważne dla osób starszych: prostoty rejestracji, czytelnej informacji, lepszego oznakowania, ograniczania barier architektonicznych, porządkowania ścieżki badań oraz integrowania świadczeń wokół pacjenta przewleklego. Strategia rozwoju SPZOZ ma zatem charakter adaptacyjny. Nie chodzi o całkowitą zmianę tożsamości placówki, lecz o dostosowanie jej modelu operacyjnego do nowego układu potrzeb w gminie.

3.1. Najważniejsze trendy demograficzne do 2032 roku

Wskaźnik	2025	2032	Zmiana	Znaczenie strategiczne
Ludność ogółem	9 832	8 877	–10%	Mniejsza baza, potrzeba retencji
Dzieci 0–14	1 160	780	–33%	Spadek popytu pediatrycznego
Wiek produkcyjny 15–64	6 293	5 737	–9%	Mniejsza baza kadrowa i pacjencka
Seniorzy 65+	2 379	2 360	–1%	Wysoki popyt utrzymany, udział rośnie z 24,2% do 26,6%
Osoby 80+	418	616	+47%	Silny wzrost zapotrzebowania na opiekę przewlekłą

Liczba 9 832 8 877 Mniejsza baza mieszkańców ludności, potrzeba większej retencji pacjentów

Dzieci 0–14 1 160 780 Spadek popytu pediatrycznego i wzrost znaczenia profilaktyki celowanej

Wiek 65+ 2 379 2 360 Utrzymanie wysokiego popytu senioralnego przy rosnącym udziale w populacji

Wiek 80+ 418 616 Silny wzrost zapotrzebowania na opiekę przewlekłą, pielęgniarską i rehabilitacyjną

Prognoza wskazuje, że liczba mieszkańców gminy zmniejszy się z około 9,8 tysiąca do niespełna 8,9 tysiąca osób. Jeszcze bardziej wymowna niż sam spadek ogółu jest zmiana struktury wieku. Najsilniejszy ubytek dotyczy populacji dzieci i młodzieży, co w długiej perspektywie będzie miało skutki nie tylko dla edukacji, ale również dla popytu na określone świadczenia zdrowotne. Równolegle wzrasta udział osób starszych, a szczególnie ważny strategicznie jest wzrost grupy 80+, czyli pacjentów najczęściej

wymagających intensywniejszego wsparcia medycznego, pielęgniarstwa i rehabilitacyjnego. Taka struktura nie wzmacnia modelu przychodni nastawionej wyłącznie na szybki, prosty kontakt jednorazowy. Wzmacnia natomiast potrzebę budowania placówki zdolnej do długotrwałej opieki ambulatoryjnej, monitorowania i koordynacji.

Równie ważnym wnioskiem jest spadek populacji w wieku produkcyjnym. Konsekwencje są podwójne. Po pierwsze oznacza to słabszą lokalną bazę osób aktywnych zawodowo, a więc potencjalnie mniejszą liczbę mieszkańców, którzy mogą stać się pacjentami związanymi z placówką przez całe rodziny. Po drugie zmniejsza to lokalny potencjał rekrutacyjny personelu pomocniczego i medycznego. W strategii trzeba zatem zakładać, że konkurencja o kadry nie będzie maleć, lecz rosnać. To z kolei uzasadnia działania służące poprawie organizacji pracy, ograniczaniu chaosu i budowaniu stabilniejszego środowiska zawodowego. Dobra strategia demograficzna dla SPZOZ to nie tylko odpowiedź na to, kim będą przyszli pacjenci, ale również odpowiedź na to, skąd i w jakich warunkach placówka będzie pozyskiwała ludzi potrzebnych do ich obsługi.

Szczególnie wymowna jest zmiana wskaźnika obciążenia demograficznego. Na początku 2025 roku na każde 100 osób w wieku produkcyjnym przypada 56 osób w wieku nieprodukcyjnym (dzieci + seniorzy). Do 2032 roku wskaźnik ten wzrośnie do około 55–58, przy istotnej zmianie struktury: mniej dzieci, więcej seniorów. Dla placówki medycznej oznacza to, że rosnący udział pacjentów wymagających regularnej, wielokontaktowej opieki (choroby przewlekłe, rehabilitacja, badania kontrolne) będzie stopniowo zastępował malejący udział pacjentów typowo pediatrycznych.

Nie bez znaczenia jest również prognozowany spadek populacji w wieku produkcyjnym o ponad 550 osób (z 6 293 do 5 737). Konsekwencje są podwójne. Po pierwsze, zmniejsza się lokalna baza osób aktywnych zawodowo, które zazwyczaj korzystają ze świadczeń rzadziej niż seniorzy, ale stanowią rdzeń deklaracji rodzinnych i generują popyt na badania okresowe, profilaktykę oraz medycynę pracy. Po drugie, kurczy się lokalny potencjał rekrutacyjny personelu pomocniczego i medycznego, co oznacza, że konkurencja o kadry będzie rosnać, a nie maleć.

3.2. Implikacje dla medycyny rodzinnej, pielęgniarstwa i rehabilitacji

Podstawowa opieka zdrowotna pozostaje rdzeniem funkcjonowania SPZOZ i w całym horyzoncie 2026–2032 nie powinna utracić tej roli. Jednak POZ powinien zmienić się jakościowo. Odejście od modelu biernego „gabinetu pierwszego kontaktu” na rzecz modelu aktywnie prowadzącego pacjenta staje się koniecznością. W starzejącej się populacji szczególnego znaczenia nabierają regularne kontrole chorób przewlekłych, profilaktyka wtórna, opieka koordynowana, monitorowanie wyników badań i współpraca z pielęgniarką środowiskową. Oznacza to, że lekarz rodzinny i pielęgniarka nie mogą działać w odrębnych światach organizacyjnych. Strategia musi wspierać integrację pracy tych komórek,

uporządkowanie obiegu informacji i lepsze wykorzystywanie danych o pacjentach w celu planowania wizyt, badań i działań edukacyjnych.

Szczególnie istotne jest również znaczenie rehabilitacji. W warunkach rosnącej liczby osób starszych i przewlekle chorych rehabilitacja nie powinna być traktowana wyłącznie jako osobny kontrakt czy samodzielny dział. Powinna być rozumiana jako jedno z kluczowych ogniw modelu ambulatoryjnego SPZOZ. Dotyczy to zarówno rehabilitacji pourazowej i przeciążeniowej, jak i pracy z pacjentem neurologicznym, ortopedycznym czy po dłuższych hospitalizacjach. Jednocześnie obszar ten musi zostać uporządkowany ekonomicznie. Strategia nie zakłada zmniejszenia jego znaczenia medycznego, lecz przeciwnie -- zakłada jego lepsze wykorzystanie przy jednoczesnym ograniczeniu nadmiarowych kosztów i przejściu do modelu, w którym rehabilitacja staje się bardziej wydajna, lepiej koordynowana i częściowo wspierana przez usługi komercyjne tam, gdzie jest to uzasadnione.

3.3. Profil epidemiologiczny i struktura zachorowalności w powiecie opatowskim

Diagnoza demograficzna wymaga uzupełnienia o wymiar epidemiologiczny. Dane Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej wskazują, że w powiecie opatowskim dominującymi przyczynami hospitalizacji i zgonów pozostają choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, choroby układu oddechowego oraz cukrzyca. Jest to profil typowy dla starzejącej się populacji wiejskiej i małomiasteczkowej, w której dostęp do profilaktyki wtórnej i wczesnej diagnostyki bywa ograniczony odległością od większych ośrodków.

W kontekście SPZOZ szczególne znaczenie mają trzy grupy schorzeń. Po pierwsze, choroby układu krążenia — nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, niewydolność krążenia — uzasadniają rozwój poradni kardiologicznej (planowanej od 2029 r.) oraz wzmocnienie diagnostyki EKG i laboratoryjnej. Po drugie, choroby metaboliczne, zwłaszcza cukrzyca typu 2 i choroby tarczycy, potwierdzają strategiczne znaczenie poradni endokrynologicznej jako jedynej tego typu w promieniu kilkudziesięciu kilometrów. Po trzecie, schorzenia układu ruchu — choroby zwyrodnieniowe, osteoporoza, stany pourazowe — generują wysoki i rosnący popyt na rehabilitację, co jest spójne z analizą konkurencji (Zał. 3) wskazującą na nadpopyt w tym segmencie.

Profil epidemiologiczny potwierdza również zasadność rozwoju opieki koordynowanej. Pacjent z wielochorobowością (np. cukrzyca + nadciśnienie + choroba zwyrodnieniowa) potrzebuje nie jednorazowej interwencji, lecz zintegrowanej ścieżki obejmującej POZ, diagnostykę laboratoryjną, konsultacje specjalistyczne i rehabilitację. Placówka oferująca te elementy pod jednym dachem ma naturalną przewagę w obsłudze takiego pacjenta. W tym sensie profil epidemiologiczny gminy nie tylko uzasadnia obecny zakres usług SPZOZ, ale wręcz wskazuje kierunek jego dalszego pogłębiania.

Grupa schorzeń	Znaczenie w powiecie	Implikacje dla SPZOZ
Choroby układu krążenia	Główna przyczyna zgonów, wysoka hospitalizacja	Poradnia kardiologiczna (2029), EKG, laboratorium, POZ profilaktyczny
Choroby metaboliczne	Cukrzyca typu 2, choroby tarczycy rosnąco	Poradnia endokrynologiczna (aktywna), laboratorium hormonalne
Choroby układu ruchu	Zwyrodnienia, osteoporoza, stany pourazowe	Rehabilitacja, planowana poradnia ortopedyczna (2030)
Choroby neurologiczne	Udary, neuropatie, bóle kręgosłupa	Poradnia neurologiczna (aktywna), rehabilitacja neurologiczna
Choroby nowotworowe	Druga przyczyna zgonów, potrzeba diagnostyki	Diagnostyka wstępna (USG, lab.), szybkie skierowania

Wniosek epidemiologiczny. Profil zachorowalności w powiecie opatowskim potwierdza trafność modelu „kompleksowości pod jednym dachem”. Najczęstsze schorzenia wymagają współdziałania POZ, diagnostyki, specjalisty i rehabilitacji — czyli dokładnie tego zestawu, który SPZOZ posiada lub planuje rozwijać.

4. Diagnoza finansowa i ekonomiczna zdolność do rozwoju

Analiza finansowa jednoznacznie wskazuje, że SPZOZ wchodzi w okres strategii jako placówka obciążona strukturalną nierównowagą pomiędzy przychodami a kosztami działalności operacyjnej. Nie jest to problem jednorazowego załamania ani przejściowego odchylenia. W latach 2022--2025 koszty rosły szybciej niż przychody, a głównym źródłem napięcia pozostawały koszty osobowe oraz usługi obce. Dodatkowo pogarszała się płynność, rosła presja na kapitał własny, a wynik netto pozostawał istotnie ujemny. Taki stan rzeczy oznacza, że każda strategia rozwoju musi być projektowana z myślą o odzyskaniu kontroli nad ekonomią działalności. Placówka nie może budować modelu przyszłości na założeniu, że zewnętrzne transfery automatycznie rozwiążą jej problemy wynikowe. Wsparcie gminy jest ważne dla bezpieczeństwa bilansowego, lecz nie zastępuje dodatkowo rentowności operacyjnej.

Jednocześnie diagnoza finansowa nie prowadzi do wniosku, że zakład znajduje się w sytuacji bez wyjścia. W danych z 2025 roku widać pierwsze symptomy poprawy: szybszy wzrost przychodów, wyhamowanie dynamiki kosztów wynagrodzeń i ograniczenie skali straty netto względem roku 2024. Sygnały te nie uzasadniają jeszcze optymizmu, ale pokazują, że ścieżka odbudowy jest możliwa, o ile będzie wsparta realnymi zmianami organizacyjnymi. Właśnie dlatego koncepcja przyjmuje podejście dwutorowe. Z jednej strony trzeba poprawiać przychody poprzez retencję pacjentów, odzyskiwanie potencjału AOS, lepsze wykorzystanie laboratorium, usług komercyjnych i przewag diagnostycznych. Z drugiej -- konieczne jest bardziej zdyscyplinowane zarządzanie kosztami, zwłaszcza tam, gdzie istnieje ryzyko nadmiarowości zatrudnienia albo nieadekwatnego poziomu usług obcych względem skali kontraktu.

Kluczowe znaczenie ma zrozumienie, że finanse nie są w tym dokumencie osobnym rozdziałem, ale czynnikiem porządkującym całą strategię. To właśnie sytuacja ekonomiczna wyznacza tempo i kolejność działań. Nie każda inwestycja, nawet merytorycznie uzasadniona, może zostać zrealizowana od razu. Nie każda potrzeba kadrowa może być zaspokojona natychmiast. Nie każde nowe przedsięwzięcie powinno być rozpoczynane w roku, w którym placówka nadal balansuje na granicy zdolności do regulowania zobowiązań. Dlatego logika finansowa staje się mechanizmem selekcyjnym: z całej listy potencjalnie pożądanых działań należy najpierw uruchamiać te, które poprawiają bieżącą sprawność, wzmacniają bazę przychodową lub obniżają ryzyko operacyjne. Dopiero kolejne lata mogą otwierać przestrzeń dla projektów bardziej rozwojowych.

4.1. Główne przyczyny pogorszenia wyniku i obszary interwencji

Pozycja	2021	2023	2024	2025 (W)	Trend
Przychody netto ze sprzedaży	3 372 tys.	4 063 tys.	4 117 tys.	4 709 tys.	↑ +39,8% (5 lat)
Koszty działalności operacyjnej	3 300 tys.	4 225 tys.	4 631 tys.	5 130 tys.	↑ +55,7% (5 lat)
Wynagrodzenia + ZUS	2 026 tys.	2 674 tys.	3 111 tys.	3 306 tys.	↑ +63,1% (5 lat)
Wynik ze sprzedaży	+72 tys.	-162 tys.	-514 tys.	-421 tys.	Poprawa w 2025
Wynik netto	+1 tys.	-159 tys.	-539 tys.	-429 tys.	Strata strukturalna

Przychody netto 4 117 432 4 708 615 Wzrost, ale nadal ze sprzedaży niewystarczający wobec poziomowi kosztów

Koszty operacyjne 4 631 351 5 129 568 Presja kosztowa pozostaje wysoka mimo poprawy dynamiki

Wynik netto -538 609 -428 866 Zmniejszenie straty, ale brak równowagi operacyjnej

Płynność i pod presją pod presją Wsparcie bilansowe kapitał nie zastępuje poprawy wyniku

Najważniejszą przyczyną pogorszenia wyniku w ostatnich latach była rozbieżność między wzrostem kosztów a wzrostem przychodów. W praktyce oznacza to, że nawet przy poprawie kontraktów i wzroście skali działalności zakład nie był w stanie przekształcić tej poprawy w dodatni wynik netto. Rosły wynagrodzenia wraz z pochodnymi, wzrastały usługi obce, a poziom kosztów stałych ograniczał elastyczność działania. W części obszarów problem miał charakter systemowy -- jak niedoszacowanie świadczeń przez płatnika -- ale w części wynikał również z czynników wewnętrznych: niewystarczającej kontroli nad kosztami, braku konsekwentnego zarządzania strukturą zatrudnienia, niepełnego

wykorzystania wszystkich możliwych źródeł przychodów oraz opóźnień w przekładaniu przewag usługowych na efekt ekonomiczny.

Obszary interwencji muszą więc być dobrane precyzyjnie. Po pierwsze potrzebny jest stały przegląd kosztów osobowych i struktury zadań, tak aby nie dopuścić do utrzymywania kosztów oderwanych od wolumenu świadczeń i realnej produktywności. Po drugie trzeba zwiększyć dbałość o rozliczanie, wypełnianie kontraktów oraz wykorzystanie zakresów, które z przyczyn kadrowych lub organizacyjnych nie są obsługiwane w pełni. Po trzecie należy rozwijać te źródła przychodów, które są komplementarne wobec misji publicznej -- laboratorium, diagnostykę, wybrane usługi komercyjne i najem -- zamiast opierać oczekiwania wyłącznie na wzroście kapitału. Po czwarte konieczne jest bardziej świadome zarządzanie płynnością, należnościami i rytmem wydatków inwestycyjnych. Dopiero połączenie tych działań tworzy wiarygodny plan stabilizacji.

Analiza kosztów osobowych (Załącznik 2, rozdz. 3) zasługuje na szczególną uwagę, ponieważ wynagrodzenia z pochodnymi stanowią ponad 64% wszystkich kosztów operacyjnych. W latach 2021–2025 koszty osobowe wzrosły o 63,1% (z 2,03 mln zł do 3,31 mln zł), co wynikało zarówno z ustawowej regulacji wynagrodzeń minimalnych w ochronie zdrowia, jak i z presji rynku pracy. Jest to czynnik w dużej mierze niezależny od decyzji zarządczych SPZOZ, ale jego skutki ekonomiczne wymagają kompensowania po stronie przychodowej lub strukturalnej.

Analiza wskaźnikowa (Załącznik 2, rozdz. 5) potwierdza, że placówka mieści się w strefie ryzyka finansowego: marża netto pozostaje ujemna, płynność jest niska, kapitał własny kurczy się, a wskaźnik pokrycia kosztów wynagrodzeń przychodami z kontraktów nie jest wystarczający. Jednocześnie brak oznak nagłego załamania — przychody rosną, dynamika strat wyhamowuje, a wzrost bazy pacjentów POZ w 2025 roku daje nadzieję na dalszą poprawę. Kluczowe jest, aby tę tendencję utrwalić i wzmocnić poprzez działania opisane w celach strategicznych I–II.

4.2. Prognoza poprawy i warunki jej realizacji

Pozycja	2026	2027	2028	2030	2032
Przychody netto	5 020 tys.	5 280 tys.	5 560 tys.	6 280 tys.	6 850 tys.
Koszty operacyjne	5 024 tys.	5 144 tys.	5 284 tys.	5 742 tys.	6 113 tys.
Wynik netto	–19 tys.	+128 tys.	+270 tys.	+535 tys.	+736 tys.

Źródło: Załącznik nr 5 – Prognoza finansowa SPZOZ Ożarów 2026–2032.

Szczegółowej rozważki wymaga kwestia relacji między wsparciem gminy a wynikiem rachunkowym. Koncepcja konsekwentnie rozdziela wpływ wsparcia bilansowego od wpływu operacyjnego. Oznacza to, że planowane pokrywanie strat przez gminę może

poprawiać bezpieczeństwo kapitałowe i ograniczać ryzyko dalszej erozji bilansu, ale nie może być interpretowane jako dowód trwałej poprawy efektywności. Trwała poprawa następuje dopiero wtedy, gdy zakład samodzielnie generuje dodatni wynik i odbudowuje własne zasoby z wypracowanego rezultatu. Tylko takie podejście chroni strategię przed fałszywym poczuciem stabilizacji. Jest to ważne również z perspektywy organu tworzącego: wsparcie dla SPZOZ ma sens wtedy, gdy stanowi pomost do nowego modelu działania, a nie mechanizm konserwowania dawnej nierównowagi.

5. Otoczenie konkurencyjne i pozycja rynkowa SPZOZ

Analiza konkurencji pokazuje, że SPZOZ funkcjonuje w otoczeniu bardziej wymagającym, niż wynikałoby to z prostego spojrzenia na gminny rynek. Z jednej strony wiele placówek ościennych ma węższą ofertę i nie jest w stanie dorównać SPZOZ zakresem specjalistyki, diagnostyki czy laboratoryjnego zaplecza. Z drugiej jednak strony część z nich przewyższa Ożarów w tych aspektach, które dla pacjenta bywają decydujące przy wyborze placówki podstawowej: dłuższych godzinach pracy, prostocie kontaktu, reputacji, liczbie filii lub lepiej uporządkowanej organizacji. Oznacza to, że konkurencja nie polega wyłącznie na porównaniu katalogu usług. Placówka publiczna o szerokiej ofercie może przegrywać z węższą ofertą, jeśli pacjent uznaje tę drugą za łatwiej dostępną i bardziej przewidywalną w codziennym kontakcie.

SPZOZ posiada jednak kilka atutów o znaczeniu strategicznym. Dotyczy to zwłaszcza zakresów, które w otoczeniu są nieobecne albo występują w formie bardzo ograniczonej: niektórych poradni specjalistycznych, ambulatoryjnego USG, opieki koordynowanej oraz zintegrowania diagnostyki i rehabilitacji pod jednym dachem. W praktyce oznacza to, że placówka ma potencjał bycia nie tylko ośrodkiem dla mieszkańców Ożarowa, ale także miejscem przyciągającym pacjentów z gmin ościennych tam, gdzie ich własne ośrodki nie oferują porównywalnych możliwości. Strategia powinna więc jednocześnie bronić bazy lokalnej i umiejętnie wykorzystywać przewagi ponadlokalne. Nie wolno dopuścić do sytuacji, w której unikalne zasoby SPZOZ będą pozostawały niewykorzystane z powodu zbyt słabej organizacji pierwszego kontaktu lub zbyt biernej polityki rozwojowej.

Najważniejszy wniosek z analizy rynkowej brzmi: przewagi medyczne SPZOZ są realne, ale nie są samowystarczalne. Placówka nie może opierać strategii na założeniu, że pacjent automatycznie wybierze ją ze względu na szerszą ofertę. Pacjent wybierze ją wtedy, gdy oferta szeroka będzie równocześnie dostępna, czytelna i przyjazna. To właśnie sprawia, że rozdziały o marketingu, jakości obsługi, rejestracji i Kaizen nie są dodatkiem wizerunkowym, lecz warunkiem wykorzystania przewagi medycznej. Z punktu widzenia rynku nie liczy się bowiem wyłącznie to, co zakład „ma”, ale to, z czego pacjent może realnie i bez nadmiernego wysiłku skorzystać.

5.1. Konkurencja bezpośrednia, regionalna i potencjalna

Najbardziej bezpośrednim konkurentem w zakresie POZ pozostaje lokalny podmiot niepubliczny świadczący podstawową opiekę zdrowotną. Jego przewaga nie polega na szerokości usług, lecz na modelu dostępności i godzinach pracy. W kontekście deklaracji do lekarza rodzinnego może to mieć znaczenie większe, niż często zakładają zarządzający publicznymi placówkami. Pacjent podstawowej opieki zdrowotnej częściej porównuje wygodę kontaktu niż zestaw specjalistyki, z której korzysta rzadziej. Z tego względu strategia SPZOK musi bardzo świadomie oddzielić dwa pola konkurencji: pole retencji pacjenta POZ, gdzie liczą się prostota, kontakt i przewidywalność, oraz pole konkurencji specjalistycznej, gdzie liczą się zakresy, diagnostyka i synergia usług. Brak takiego rozróżnienia prowadziłby do błędnych decyzji operacyjnych.

Konkurencja regionalna ma inny charakter. Placówki w Ćmielowie, Wojciechowicach, Tarłowie, Zawichoście czy Anopolu nie są w stanie całkowicie zastąpić roli SPZOK w Ożarowie, ale każda z nich może odbierać określone grupy pacjentów albo określone strumienie przychodów. W jednych przypadkach chodzi o rehabilitację, w innych o podstawową opiekę, jeszcze w innych o reputację i przyzwyczajenia pacjentów. Koncepcja musi więc zakładać nie tylko obronę udziałów rynkowych, ale aktywne wzmacnianie tych obszarów, w których SPZOK może być dla mieszkańców bardziej oczywistym wyborem niż placówka zewnętrzna. Dotyczy to zwłaszcza badań, opieki koordynowanej, rehabilitacji zintegrowanej z diagnostyką oraz takiego rozwoju specjalistyki, który tworzy pełne ścieżki postępowania, a nie jedynie pojedyncze wizyty.

5.2. Unikalne kompetencje i obszary zagrożeń

Do unikalnych kompetencji SPZOK należy zaliczyć przede wszystkim zdolność integrowania kilku obszarów ambulatoryjnych w jednym miejscu. W praktyce pacjent może uzyskać konsultację w POZ, diagnostykę, wykonanie badań laboratoryjnych, wybrane konsultacje specjalistyczne i rehabilitację bez konieczności organizowania całej ścieżki samodzielnie w różnych miejscach. W realiach niewielkiej gminy jest to potencjał bardzo duży, ponieważ oszczędza czas, obniża barierę organizacyjną i wzmacnia lokalną lojalność. Jeżeli zostanie połączony z poprawą komunikacji i prostotą rejestracji, może stać się głównym argumentem w walce o utrzymanie i rozwój bazy pacjentów.

Do obszarów zagrożeń zaliczają się natomiast te elementy, które osłabiają zdolność wykorzystania przewag: zawieszone poradnie, niedobór niektórych specjalistów, krótkie godziny rejestracji, konkurencja w rehabilitacji oraz ryzyko inwestycji po stronie podmiotów zewnętrznych, które mogą wzmocnić swoje zaplecze. Zagrożeniem jest także zbyt wąskie rozumienie konkurencji. Dla SPZOK zagrożeniem nie jest wyłącznie placówka oferująca więcej usług. Bywa nim również placówka, która daje prostszą odpowiedź na codzienny problem pacjenta: szybki kontakt, dłuższe godziny otwarcia, lepsze opinie albo poczucie

porządku. Strategia zakłada zatem, że obrona przewagi SPZOZ będzie wymagała równoległych działań w sferze medycznej i organizacyjnej.

5.3. Mapowanie pozycji konkurencyjnej — synteza

Analiza otoczenia konkurencyjnego (Zał. 3) pozwala sporządzić syntetyczne porównanie pozycji SPZOZ Ożarów wobec kluczowych konkurentów w pięciu wymiarach: zakres usług, dostępność godzinowa, reputacja, diagnostyka oraz cena/odległość.

Placówka	Odległość	Zakres usług	Godziny	Ocena Google	Diagnostyka
SPZOZ Ożarów	0 km	POZ + 7 AOS + lab + USG + rehab	7:00–14:00	1,8/5 (!)	USG, EKG, lab
NZLA Jopek (Ożarów)	~0 km	Tylko POZ	do 18:00	1,0/5	Brak
NZOZ Pacjent (Ćmielów)	~8 km	POZ + ginekologia + dermatologia	do 18:00	4,1/5 (!)	Brak USG/RTG
NZOZ Wojciechowice	~8 km	POZ + stomatologia	do 18:00	Brak danych	Brak
NZOZ Tarłów	~15 km	POZ + stomatologia	do 18:00	Brak danych	Brak
NZOZ Zawichost	~15 km	POZ	do 18:00	3,8/5	Brak
NZOZ Chmiel (Annopol)	~12 km	POZ + ginekologia + USG + lab	do 18:00	3,5/5	USG, lab

Źródło: Załącznik nr 3 – Analiza otoczenia konkurencyjnego SPZOZ Ożarów.

Zestawienie prowadzi do wniosku, że SPZOZ posiada najszerszy zakres usług w całym regionie, ale jednocześnie najkrótsze godziny pracy rejestracji i jedną z najniższych ocen Google. Oznacza to, że placówka przegrywa nie w wymiarze oferty medycznej, lecz w wymiarze doświadczenia pacjenta i dostępności. Strategia musi zatem koncentrować się na dwóch równoległych zadaniach: obronie przewagi medycznej (utrzymanie i rozwój specjalistyki, diagnostyki, laboratorium) oraz likwidacji słabości organizacyjnych (wydłużenie godzin, poprawa rejestracji, aktywne zarządzanie reputacją online).

Kluczowy wniosek konkurencyjny. SPZOZ ma najszerszą ofertę w regionie, ale najkrótsze godziny i najniższą reputację online. Poprawa tych dwóch elementów — bez żadnych nakładów inwestycyjnych — jest najszybszą drogą do wzrostu liczby pacjentów.

6. Zintegrowana diagnoza strategiczna: SWOT i główne dylematy rozwojowe

Czynniki pozytywne	Czynniki negatywne
--------------------	--------------------

Czynniki wewnętrzne	MOCNE STRONY: Szeroka oferta ambulatoryjna (POZ + 7 poradni + rehabilitacja + laboratorium + USG). Publiczny charakter i mandat zaufania. Filia w Jakubowicach. Opieka koordynowana (od 2024). Jedyne laboratorium w gminie.	SŁABE STRONY: Strata operacyjna (–539 tys. zł w 2024). Krótkie godziny rejestracji (do 14:00). Niska ocena Google (1,8/5). Wakaty: laryngolog, reumatolog, lekarz POZ. Nadmierne zatrudnienie w fizjoterapii. Ograniczona płynność.
Czynniki zewnętrzne	SZANSE: Starzenie populacji premiujące opiekę koordynowaną. Środki FEnIKS (granty do 600 tys. zł, 100% dof.). Program Dostępność Plus. Przejęcie deklaracji pielęgniarских. Rozwój diagnostyki i laboratoriów. Słabości konkurentów w specjalistycie.	ZAGROŻENIA: Presja płacowa (ustawa o wynagrodzeniach). Konkurencja z Ćmielowa (ocena 4,1/5 Google). Spadek populacji (–10% do 2032). Ryzyko dalszej utraty specjalistów. Opóźnienia inwestycyjne. Niedoszacowanie świadczeń przez NFZ.

Szeroka oferta Strata operacyjna; Starzenie się Presja płacowa; ambulatoryjna; krótka populacji konkurencja laboratorium; rejestracja; premiujące model regionalna; USG; reputacja obsługi; opieki ryzyka kadrowe; rehabilitacja; wakaty koordynowanej; opóźnienia publiczny specjalistyczne; środki inwestycyjne; charakter; filia ograniczona zewnętrzne; utrata pacjentów w Jakubowicach płynność rozwój z przyczyn diagnostyki i organizacyjnych laboratoriów

Po zestawieniu diagnozy demograficznej, finansowej i konkurencyjnej można sformułować syntetyczny obraz strategiczny SPZOZ. Mocne strony placówki to przede wszystkim szeroka oferta ambulatoryjna, publiczna legitymizacja, funkcjonujące laboratorium i diagnostyka, doświadczenie w opiece nad lokalną społecznością oraz potencjał do budowania zintegrowanej ścieżki pacjenta. Słabości to trudna sytuacja ekonomiczna, niedostatecznie uporządkowane procesy obsługi, niepełne wykorzystanie wszystkich zakresów, ograniczenia kadrowe w części specjalności oraz reputacyjne skutki słabego pierwszego kontaktu. Szanse wynikają ze zmian demograficznych, które premią model bardziej koordynowanej opieki ambulatoryjnej, z możliwości pozyskiwania środków zewnętrznych na inwestycje i cyfryzację, z przejęcia części deklaracji pielęgniarских oraz z rozwoju diagnostyki i usług komplementarnych. Zagrożenia wiążą się z konkurencją regionalną, presją płacową, ryzykiem dalszej utraty specjalistów oraz możliwością utrwalenia strat operacyjnych.

Najważniejszy dylemat strategiczny nie polega na wyborze pomiędzy rozwojem a naprawą. Polega na znalezieniu takiego modelu naprawy, który sam w sobie będzie już początkiem rozwoju. Oznacza to, że działania oszczędnościowe muszą być projektowane w sposób selektywny: powinny usuwać nieefektywność, a nie osłabiać zdolność placówki do świadczenia usług potrzebnych w starzejącej się gminie. Z drugiej strony rozwój nie może być rozumiany jako mnożenie nowych zakresów bez refleksji nad ich ekonomią i organizacją. Dobrą odpowiedzią jest rozwój oparty na synergii istniejących zasobów, a nie na przypadkowym rozszerzaniu katalogu usług. Stąd w dokumencie tak mocno akcentowany jest model „kompleksowości pod jednym dachem” oraz etapowanie inwestycji.

6.1. Wnioski wynikające z analizy TOWS

Analiza TOWS prowadzi do czterech zasadniczych kierunków działania. Po pierwsze, należy wykorzystać mocne strony do przechwycenia szans, czyli połączyć kompleksowość usług z rosnącym popytem na świadczenia dla seniorów i pacjentów przewlekłych. Oznacza to rozwój modelu POZ wspieranego diagnostyką, laboratorium, rehabilitacją i opieką koordynowaną. Po drugie, trzeba użyć mocnych stron do neutralizowania zagrożeń, czyli wzmocnić obszary, które mogą utrzymać pacjenta lokalnego mimo konkurencji: lepszy kontakt, czytelna organizacja i usługi niedostępne u konkurentów. Po trzecie, konieczne jest ograniczanie słabości po to, aby nie blokowały wykorzystania szans -- zwłaszcza w zakresie kosztów, rejestracji, komunikacji i odpowiedzialności zarządczej. Po czwarte, należy świadomie minimalizować te słabości, które w połączeniu z zagrożeniami tworzą ryzyko utraty stabilności, przede wszystkim wakaty specjalistyczne, kruchość finansową i odpływ pacjentów z przyczyn czysto organizacyjnych.

Z punktu widzenia zarządzania oznacza to, że strategia nie może być jednolita. Powinna mieć strukturę wielotorową. Jeden tor dotyczy stabilizacji ekonomicznej, drugi doświadczenia pacjenta, trzeci rozwoju świadczeń i przewag medycznych, czwarty inwestycji oraz cyfryzacji, a piąty samego modelu wdrożenia i monitorowania. Dopiero zsumowanie tych strumieni daje prawdziwą strategię. Wiele niepowodzeń w publicznych placówkach wynika z prób prowadzenia zmian wyłącznie w jednym torze -- na przykład przez cięcie kosztów bez poprawy przychodów albo przez inwestowanie bez porządkowania organizacji. Niniejsza koncepcja celowo unika takiego błędu.

6.2. Analiza TOWS i wnioski strategiczne

Analiza TOWS prowadzi do czterech zasadniczych kierunków działania, z których każdy odpowiada jednemu z kwadrantów macierzy.

Strategia SO (mocne strony + szanse): wykorzystanie kompleksowości

Należy wykorzystać mocne strony — kompleksowość usług, laboratorium, diagnostykę, rehabilitację — do przechwycenia szans wynikających z rosnącego popytu senioralnego i możliwości pozyskania środków zewnętrznych. Oznacza to rozwój modelu POZ wspieranego opieką koordynowaną, diagnostyką i rehabilitacją. SPZOZ jako jedyna placówka w promieniu 15 km oferująca pełny łańcuch ambulatoryjny ma naturalną pozycję do przejęcia roli regionalnego hubu diagnostyczno-terapeutycznego.

Strategia WO (słabe strony + szanse): naprawianie słabości dla wykorzystania szans

Konieczne jest ograniczanie tych słabości, które blokują wykorzystanie szans. Dotyczy to przede wszystkim godzin rejestracji (obecnie do 14:00, gdy wszyscy konkurenci pracują do 18:00–19:00), reputacji w Google (1,8/5 wobec 4,1/5 w Ćmielowie) oraz zawieszonych

poradni. Bez poprawy w tych obszarach nawet rosnący popyt senioralny i dostępność środków FEnIKS nie przełożą się na wzrost bazy pacjentów.

Strategia ST (mocne strony + zagrożenia): obrona pozycji

Mocne strony należy użyć do neutralizowania zagrożeń. Konkurencja z NZLA Jopek w Ożarowie czy NZOZ „Pacjent” w Ćmielowie wymaga wzmocnienia tych elementów, które są niedostępne u konkurentów: zintegrowanej diagnostyki, specjalistyki, laboratorium i kompleksowej ścieżki pacjenta. Jednocześnie presja płacowa wymaga efektywniejszego wykorzystania istniejącej kadry, a nie prostego zwiększania zatrudnienia.

Strategia WT (słabe strony + zagrożenia): minimalizacja ryzyka

Największym ryzykiem jest połączenie słabości finansowej z zagrożeniem kadrowym i konkurencyjnym. Zawieszone poradnie (reumatologiczna, laryngologiczna) w połączeniu z dalszym spadkiem populacji i poprawą oferty w Ćmielowie czy Annopolu mogą prowadzić do trwałej utraty pacjentów. Odpowiedzią musi być priorytetyzacja zakresów, elastyczne modele współpracy z lekarzami, dyscyplina kosztowa i szybka poprawa organizacji kontaktu z pacjentem.

7. Misja, wizja i wartości SPZOZ w Ożarowie

Misją SPZOZ w Ożarowie jest zapewnienie mieszkańcom gminy i otoczenia dostępnej, bezpiecznej, skoordynowanej i godnej zaufania opieki zdrowotnej, opartej na jakości medycznej, szacunku dla pacjenta i odpowiedzialnym gospodarowaniu środkami publicznymi. Taka definicja misji ma kilka konsekwencji. Po pierwsze, placówka nie może być sprowadzana wyłącznie do roli wykonawcy świadczeń. Powinna być organizacją dbającą o to, by pacjent rozumiał, jak poruszać się po systemie i mógł w nim zostać poprowadzony. Po drugie, bezpieczeństwo i jakość mają dotyczyć nie tylko samej procedury medycznej, lecz także organizacji kontaktu, informacji, ciągłości i odpowiedzialności. Po trzecie, misja wprost łączy publiczny charakter SPZOZ z wymogiem ekonomicznej odpowiedzialności. Ochrona zdrowia w formule publicznej nie zwalnia bowiem z obowiązku racjonalnego zarządzania.

Wizja roku 2032 zakłada, że SPZOZ będzie stabilną finansowo i dobrze zorganizowaną placówką lokalną, stanowiącą pierwszy wybór mieszkańców w zakresie POZ oraz ważne centrum ambulatoryjnej diagnostyki, rehabilitacji i wybranych poradni specjalistycznych. Ośrodek ma być rozpoznawany nie tylko przez to, że „jest publiczny” albo „jest w Ożarowie”, lecz przez to, że łączy kompleksowość świadczeń z dobrą dostępnością i kulturą obsługi. Wizja zakłada również, że pacjent nie będzie doświadczał rozdzielania pomiędzy światem medycznym a światem organizacyjnym. W modelu docelowym rejestracja, komunikacja, diagnostyka i leczenie mają tworzyć jeden spójny

proces. Właśnie dlatego wizja nie mówi jedynie o rozszerzaniu oferty. Mówi o zbudowaniu takiej placówki, która działa jako przewidywalna, nowoczesna całość.

Wartości, na których ma opierać się strategia, zostały dobrane tak, aby wspierały zarówno codzienną kulturę pracy, jak i długofalowy model zarządzania. Są nimi: pacjent w centrum uwagi, odpowiedzialność, dostępność, jakość i bezpieczeństwo, współpraca, racjonalność ekonomiczna oraz ciągłe doskonalenie. Pacjent w centrum uwagi nie oznacza podporządkowania każdej decyzji doraźnym oczekiwaniom. Oznacza, że procesy mają być projektowane z perspektywy człowieka korzystającego z placówki. Odpowiedzialność oznacza przypisanie zadań, terminów i skutków decyzji. Dostępność dotyczy zarówno godzin pracy, jak i języka, przestrzeni oraz czytelności informacji. Jakość i bezpieczeństwo obejmują standardy medyczne, ale też porządek organizacyjny. Współpraca odnosi się do relacji między komórkami i zawodami medycznymi. Racjonalność ekonomiczna ma chronić przed działaniami pozornymi i nieutrzymywalnymi. Ciągłe doskonalenie zaś nadaje całemu systemowi rytm uczenia się i korekt.

7.1. Zasady ciągłego doskonalenia inspirowane Kaizen

Włączenie elementów Kaizen do niniejszej koncepcji nie oznacza próby przeniesienia do SPZOZ pełnego modelu przemysłowego czy korporacyjnego. Chodzi o wykorzystanie tej części filozofii, która najlepiej odpowiada potrzebom niewielkiej publicznej organizacji: regularnego identyfikowania drobnych problemów, szybkiego testowania usprawnień, uczenia się z danych i konsekwentnego zamykania pętli informacji zwrotnej. W praktyce oznacza to, że wiele istotnych zmian nie będzie realizowanych jako kosztowne projekty, lecz jako seria mniejszych działań poprawiających organizację rejestracji, obieg informacji, sposób opisywania procedur, podział odpowiedzialności, obsługę skarg, planowanie grafiku czy komunikację z pacjentem. Dla SPZOZ taka logika jest szczególnie cenna, ponieważ pozwala uzyskiwać efekty bez nadmiernego obciążenia budżetu.

Model Kaizen w realiach SPZOZ powinien opierać się na pięciu prostych zasadach. Po pierwsze, każdy obszar musi mieć właściciela procesu lub przynajmniej osobę odpowiedzialną za zgłaszanie problemów i inicjowanie korekt. Po drugie, poprawa ma wynikać z obserwacji faktów, a nie z intuicyjnego przerzucania winy między komórkami. Po trzecie, małe usprawnienia należy wdrażać szybko, ale ich efekty mierzyć. Po czwarte, zgłoszenia od pacjentów i pracowników mają być traktowane jako materiał do poprawy procesów, a nie wyłącznie jako źródło konfliktu. Po piąte, kierownictwo musi tworzyć rytm przeglądu i uczenia się, tak aby błędy nie wracały w niezmienionej postaci. Taki model wspiera kulturę odpowiedzialności bez tworzenia rozbudowanej biurokracji.

Wniosek organizacyjny. Kaizen w SPZOZ oznacza rytm małych, mierzalnych usprawnień: identyfikację problemu, prostą korektę, przypisanie odpowiedzialności, ocenę efektu oraz trwałe zapisanie wniosku do kolejnego cyklu zarządczego.

7.2. Model docelowy SPZOZ w 2032 roku

Wizja wymaga przełożenia na konkretny obraz tego, jak placówka powinna wyglądać i funkcjonować w roku 2032. Model docelowy można opisać w pięciu wymiarach.

Wymiar medyczny: SPZOZ funkcjonuje jako pełnoprofilowa placówka ambulatoryjna oferująca POZ z opieką koordynowaną, co najmniej 7–8 aktywnych poradni specjalistycznych (w tym endokrynologiczna, neurologiczna, okulistyczna, ginekologiczna, dermatologiczna, kardiologiczna i ortopedyczna), rehabilitację, laboratorium rozbudowane o możliwości komercyjne, diagnostykę USG nowej generacji oraz transport sanitarny.

Wymiar pacjencki: pacjent doświadcza placówki jako miejsca uporządkowanego, przewidywalnego i przyjaznego. Rejestracja działa do co najmniej 16:00–17:00, informacja jest dostępna telefonicznie i przez stronę internetową, czas oczekiwania jest komunikowany z wyprzedzeniem, a formularz uwag jest aktywnie wykorzystywany do doskonalenia procesów.

Wymiar finansowy: SPZOZ generuje stabilny dodatni wynik netto w przedziale 500–750 tys. zł rocznie, posiada odbudowany kapitał własny, utrzymuje płynność na bezpiecznym poziomie i nie wymaga regularnych dopłat z budżetu gminy na pokrycie strat.

Wymiar organizacyjny: placówka działa w oparciu o stały rytm zarządzania — miesięczne przeglądy operacyjne, kwartalne przeglądy strategiczne, roczne raporty wdrożeniowe. Każdy istotny obszar ma przypisanego właściciela procesu. Rejestr ryzyk i rejestr KPI są żywymi dokumentami, a nie formalnymi wymogami.

Wymiar lokalny: SPZOZ jest rozpoznawany przez mieszkańców gminy i gmin ościennych jako placówka pierwszego wyboru w sprawach ambulatoryjnych. Współpracuje ze szpitalami w Opatowie i Sandomierzu, z ościennymi POZ w modelu hubu diagnostycznego, z GOPS i szkołami. Jest instytucją, która nie tylko leczy, ale aktywnie buduje lokalne bezpieczeństwo zdrowotne.

Model docelowy 2032. SPZOZ ma być placówką stabilną finansowo, kompleksową medycznie, przyjazną organizacyjnie i osadzoną w lokalnej sieci współpracy. Jej przewaga polega na synergii: pacjent otrzymuje pod jednym dachem POZ, diagnostykę, specjalistykę, rehabilitację i laboratorium.

7.3. Podstawy prawne i instytucjonalne działalności SPZOZ

SPZOZ w Ożarowie działa w oparciu o ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2024 r. poz. 799 ze zm.), statut nadany przez organ tworzący oraz wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL). Jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej posiada osobowość prawną i samodzielność gospodarczą, co oznacza, że odpowiada za swoje zobowiązania własnym majątkiem, a organ tworzący (Gmina Ożarów) sprawuje nadzór, ale nie zarządza bieżącą działalnością.

Ustawa nakłada na SPZOK obowiązek pokrywania kosztów działalności z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów. W przypadku ujemnego wyniku finansowego dyrektor jest zobowiązany do sporządzenia programu naprawczego. Jeżeli program naprawczy nie przyniesie skutku w ciągu trzech lat, organ tworzący wydaje opinię o dalszym losie zakładu. Ten wymóg prawny stanowi dodatkową motywację do realizacji celów finansowych niniejszej koncepcji — odbudowa stabilności ekonomicznej jest nie tylko strategicznie pożądana, ale również prawnie wymagana.

Finansowanie świadczeń odbywa się na podstawie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ). SPZOK posiada kontrakty w zakresie POZ (kapitacja + zadaniowe), AOS (poradnie specjalistyczne), rehabilitacji leczniczej, opieki stomatologicznej oraz wybranych programów profilaktycznych. Kontrakty podlegają corocznej waloryzacji, której dynamika w latach 2022–2025 oscylowała wokół 4–5% rocznie. Prognoza finansowa (Załącznik 5) zakłada kontynuację tej tendencji. Jednocześnie struktura kontraktowa wymaga aktywnego zarządzania — niepełne wykonanie kontraktu oznacza utratę przychodów, zaś nadwykonania mogą nie być refundowane w pełni.

Ważnym elementem instytucjonalnym jest relacja z organem tworzącym. Gmina Ożarów, jako organ tworzący, pokrywa stratę SPZOK z budżetu gminy, co poprawia bilans zakładu, ale nie wpływa na wynik operacyjny. Koncepcja konsekwentnie rozdziela te dwa wymiary i dąży do modelu, w którym wsparcie gminy jest mostem do samodzielnej stabilności, a nie trwałym mechanizmem pokrywania nieefektywności. W perspektywie 2032 roku celem jest ograniczenie zależności od corocznych dopłat do strat i przejście do modelu, w którym ewentualne wsparcie gminy dotyczy wyłącznie współfinansowania inwestycji rozwojowych.

8. Cele strategiczne i architektura całej strategii

Cel strategiczny	Istota celu	Horyzont	Kluczowy miernik
I. Stabilność finansowa	Odbudowa rentowności, płynności i kontroli kosztów	2026–2032	Wynik netto, płynność bieżąca
II. Pacjent i dostępność	Retencja pacjentów, poprawa rejestracji i doświadczenia obsługi	2026–2028 + utrwalenie	Deklaracje POZ, ocena Google, skargi
III. Profil świadczeń	Dopasowanie do starzenia populacji i wykorzystanie przewag medycznych	2026–2032	Liczba aktywnych poradni, przychody AOS
IV. Inwestycje i cyfryzacja	Etapowe wzmocnienie sprzętu, dostępności i danych	2026–2031	Realizacja kamieni milowych z Załącznik 4
V. Kultura zarządzania	KPI, odpowiedzialność, rytm przeglądów i ciągłe doskonalenie	od 2026 stale	Regularność przeglądów, aktualność rejestru ryzyk

I. Stabilność finansowa Odbudowa rentowności, 2026--2032 płynności i kontroli kosztów

II. Pacjent i Retencja pacjentów, 2026--2028 oraz dostępność poprawa rejestracji i utrwalenie doświadczenia obsługi

III. Profil świadczeń Dopasowanie do 2026--2032 starzenia populacji i wykorzystanie przewag medycznych

IV. Inwestycje i Etapowe wzmacnianie 2026--2031 cyfryzacja sprzętu, dostępności i danych

V. Kultura zarządzania KPI, odpowiedzialność, od 2026 stale rytm przeglądów i ciągłe doskonalenie

Na podstawie całej diagnozy przyjęto pięć celów strategicznych. Pierwszy cel to przywrócenie trwałej stabilności finansowej i poprawa efektywności działania. Drugi -- utrzymanie i rozwój bazy pacjentów poprzez poprawę dostępności, jakości obsługi oraz wykorzystanie przewag medycznych. Trzeci -- dostosowanie profilu świadczeń do zmian demograficznych i potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Czwarty -- etapowa modernizacja infrastruktury, sprzętu i cyfryzacji. Piąty -- budowa kultury zarządzania opartej na odpowiedzialności, miernikach i ciągłym doskonaleniu. Tak sformułowane cele nie są równoległymi hasłami. Tworzą układ zależności. Stabilność finansowa jest warunkiem bezpiecznego rozwoju, ale sama zależy od utrzymania pacjentów i lepszego wykorzystania usług. Rozwój oferty zależy od inwestycji i od zdolności organizacyjnej do wdrażania zmian. Z kolei dobra infrastruktura i cyfryzacja nie przyniosą efektu bez kultury zarządzania i monitorowania wyników.

Cele strategiczne zostały celowo sformułowane szeroko, ponieważ mają obowiązywać przez cały horyzont do 2032 roku. Ich operacjonalizacja następuje w planie wdrożenia i narzędziach monitoringowych. Dzięki temu dokument główny pozostaje stabilny, a elementy wykonawcze mogą być aktualizowane. W praktyce każdy cel posiada zestaw działań podstawowych, działań wspierających oraz mierników sukcesu. Część mierników ma charakter finansowy, część operacyjny, a część jakościowy. Przyjęto również zasadę, że żaden cel nie może być oceniany wyłącznie jednym wskaźnikiem. Na przykład poprawa wyniku finansowego bez poprawy retencji pacjentów byłaby nietrwała, a wzrost liczby pacjentów przy pogorszeniu płynności albo jakości obsługi mógłby generować nowe napięcia. Strategia ma zatem charakter zbilansowany.

8.1. Cel strategiczny I -- stabilność finansowa i efektywność

Pierwszy cel koncentruje się na przywróceniu ekonomicznej sprawności działania zakładu. Nie chodzi jedynie o formalne wyjście na dodatni wynik netto. Chodzi o zbudowanie takiego modelu, w którym przychody, koszty i inwestycje są prowadzone w

sposób przewidywalny, a ryzyko utraty płynności maleje z roku na rok. Cel ten obejmuje: lepszą kontrolę kosztów osobowych i usług obcych, pełniejsze wykorzystanie kontraktów, ostrożny wzrost przychodów pozakontraktowych, planowanie inwestycji zgodne z możliwościami finansowymi oraz rozdzielenie decyzji rozwojowych od doraźnego gaszenia problemów. Długofalowo celem jest nie tylko poprawa wskaźników, ale również odbudowanie zaufania do zdolności SPZOZ do samodzielnego utrzymywania równowagi operacyjnej.

Miarą sukcesu tego celu będzie przejście od trudnego roku 2026 do dodatnich wyników od 2027 roku, poprawa płynności, odbudowa kapitału własnego i stopniowy wzrost punktowej oceny ekonomiczno-finansowej. Kluczowe jest jednak to, aby poprawa ta nie była wynikiem sztucznych, jednorazowych zabiegów księgowych. Oznacza to, że dyrekcja musi prowadzić kwartalny przegląd głównych pozycji kosztowych, monitorować produktywność i pilnować, by nowe działania rozwojowe nie tworzyły ukrytych kosztów stałych niewspółmiernych do przychodów. Stabilność finansowa to w tej strategii nie stan końcowy, lecz system dyscypliny zarządczej.

8.2. Cel strategiczny II -- pacjent, dostępność i zaufanie

Drugi cel dotyczy pacjenta i jest jednym z najważniejszych warunków powodzenia całej strategii. Nawet najlepiej policzona prognoza finansowa nie zmaterializuje się, jeśli placówka będzie tracić pacjentów z powodu złego pierwszego kontaktu, nieczytelnych zasad albo niskiej przewidywalności organizacyjnej. Celem jest zbudowanie takiego standardu obsługi i takiego modelu rejestracji, który ograniczy frustrację, zwiększy poczucie porządku i pozwoli lepiej wykorzystać istniejącą bazę świadczeń. W tym obszarze nie chodzi wyłącznie o wizerunek. Chodzi o realną retencję pacjentów POZ, większą skłonność do korzystania z usług specjalistycznych i diagnostycznych w ramach własnej placówki oraz odbudowę lokalnego zaufania do SPZOZ jako instytucji sprawnej i przyjaznej.

W praktyce cel ten będzie realizowany przez standaryzację pierwszego kontaktu, uporządkowanie informacji dla pacjentów, wzmocnienie odpowiedzialności rejestracji, analizę zgłoszeń i skarg oraz stopniowe wydłużanie i urealnianie dostępności. Istotna będzie również aktywna komunikacja pokazująca mieszkańcom, z czego mogą skorzystać w SPZOZ, jakie są atuty placówki i jak wygląda ścieżka uzyskania świadczenia. Oczekiwanym efektem nie jest jedynie poprawa opinii. Efektem ma być zwiększenie liczby osób, które uznają SPZOZ za placówkę pierwszego wyboru.

8.3. Cele III--V: profil świadczeń, inwestycje i kultura zarządzania

Trzeci cel strategiczny dotyczy dopasowania profilu świadczeń do zmian demograficznych. Oznacza on rozwój tych zakresów, które odpowiadają na starzenie się populacji, rosnące znaczenie chorób przewlekłych oraz potrzebę opieki ambulatoryjnej

bliżej miejsca zamieszkania. Szczególne znaczenie mają tu: POZ z opieką koordynowaną, diagnostyka, rehabilitacja, opieka nad pacjentem starszym oraz wybrane poradnie specjalistyczne tworzące wartość dodaną dla całej ścieżki pacjenta. Czwarty cel skupia się na inwestycjach, sprzęcie i cyfryzacji. Ma on charakter etapowy i nie przewiduje skokowego programu inwestycyjnego ponad możliwości zakładu. Piąty cel natomiast dotyczy samej organizacji. Zakłada wprowadzenie prostego, ale konsekwentnego systemu zarządzania strategią, w którym istnieją KPI, przeglądy kwartalne, rejestr ryzyk, odpowiedzialność za dane i przestrzeń do ciągłego doskonalenia.

Te trzy cele wzajemnie się warunkują. Rozwój profilu świadczeń wymaga odpowiedniego zaplecza sprzętowego i infrastrukturalnego. Inwestycje, aby były racjonalne, muszą wynikać z potrzeb medycznych i potencjału przychodowego, a nie z przypadkowości. Kultura zarządzania z kolei jest tym elementem, który spaja całość: bez niej nawet dobre cele pozostaną rozproszone. Właśnie dlatego w dalszych rozdziałach koncepcji część medyczna, inwestycyjna i zarządcza są opisywane jako elementy jednego systemu, a nie jako odrębne pakiety działań.

8.4. Powiązania między celami strategicznymi i warunki zbilansowania

Pięć celów strategicznych nie stanowi niezależnych linii działania. Tworzą układ wzajemnych zależności, który można opisać jako system naczyń połączonych. Stabilność finansowa (Cel I) jest warunkiem bezpiecznego rozwoju, ale sama zależy od utrzymania pacjentów (Cel II) i lepszego wykorzystania usług (Cel III). Rozwój oferty (Cel III) zależy od inwestycji (Cel IV) i od zdolności organizacyjnej do wdrażania zmian (Cel V). Z kolei nawet najlepsza infrastruktura i cyfryzacja (Cel IV) nie przyniosą efektu bez kultury zarządzania i monitorowania wyników (Cel V). Dlatego strategia ma charakter zbilansowany — żaden cel nie może być realizowany kosztem innego.

W praktyce oznacza to, że działania oszczędnościowe (Cel I) muszą być projektowane w sposób selektywny — powinny usuwać nieefektywność, a nie osłabiać zdolność placówki do leczenia. Rozwój oferty (Cel III) nie może być rozumiany jako mnożenie nowych zakresów bez refleksji nad ich ekonomią. Inwestycje (Cel IV) muszą wynikać z potrzeb medycznych i potencjału przychodowego, a nie z przypadkowości. Poprawa doświadczenia pacjenta (Cel II) jest warunkiem utrzymania bazy przychodowej, bez której żaden plan finansowy się nie zmaterializuje.

Cel	Zależy od	Wspiera	Miernik wiodący
I. Stabilność	Retencja pacjentów, kontrola kosztów	Możliwości inwestycyjne	Wynik netto, płynność
II. Pacjent	Jakość rejestracji, komunikacja	Retencja, przychody POZ	Deklaracje, ocena Google
III. Profil usług	Kadry, inwestycje, popyt	Przychody, pozycja konkurencyjna	Aktywne poradnie

IV. Inwestycje	Stabilność finansowa, środki zewn.	Oferta, efektywność	Kamienie milowe z Zał. 4
V. Zarządzanie	Zaangażowanie kierownictwa	Wszystkie pozostałe cele	Regularność przeglądów

9. Kierunki rozwoju działalności medycznej

Strategia rozwoju działalności medycznej w SPZOZ musi być zbudowana wokół zasady komplementarności. Placówka nie powinna rozwijać poszczególnych zakresów jako odizolowanych wysp. Przewaga ma wynikać z tego, że pacjent może przejść przez kilka etapów opieki w jednym miejscu, a personel i kierownictwo potrafią ten proces organizacyjnie powiązać. Oznacza to, że planując rozwój świadczeń, trzeba zadawać nie tylko pytanie, czy dany zakres jest potrzebny, ale również jakie inne zakresy wzmacnia. Przykładowo laboratorium wspiera POZ, AOS i diagnostykę; rehabilitacja wzmacnia neurologię, ortopedię i opiekę nad seniorem; nowe USG zwiększa wartość poradni specjalistycznych i skraca ścieżkę diagnostyczną. Taki sposób myślenia pozwala budować rozwój bardziej efektywny ekonomicznie niż prosty przyrost liczby niezależnych usług.

Z punktu widzenia mieszkańca model docelowy ma być prosty: SPZOZ ma dawać poczucie, że w sprawach najczęstszych, przewlekłych i ambulatoryjnych „najpierw warto spróbować tutaj”. Oznacza to konieczność wzmacniania tych świadczeń, które w największym stopniu budują lokalne bezpieczeństwo zdrowotne. Nie chodzi wyłącznie o doraźną konkurencję z innymi ośrodkami, lecz o stabilne zakorzenienie placówki w codziennym życiu gminy. W tym sensie rozwój działalności medycznej nie jest jedynie kwestią kontraktowania. Jest również elementem polityki społecznej i jakości życia mieszkańców. Gmina, w której znacząca część potrzeb ambulatoryjnych może być obsłużona lokalnie, jest gminą bardziej odporną, szczególnie w starzejącym się społeczeństwie.

9.1. POZ i opieka koordynowana jako rdzeń modelu

Podstawowa opieka zdrowotna powinna pozostać centralnym filarem działalności SPZOZ, zarówno w sensie medycznym, jak i przychodowym. To właśnie wokół POZ buduje się długofalowa relacja z pacjentem, baza deklaracji, możliwości profilaktyczne oraz podstawowy strumień finansowania. Strategia nie zakłada redefinicji tej roli, lecz jej pogłębienie. Oczekiwany model POZ to model bardziej aktywny, uporządkowany i zintegrowany z opieką koordynowaną. Lekarz rodzinny ma być nie tylko „pierwszym lekarzem”, ale również przewodnikiem po dalszej ścieżce ambulatoryjnej. W tym sensie sukces POZ będzie mierzony nie tylko liczbą deklaracji, ale również tym, czy placówka potrafi zatrzymać pacjenta w swoim ekosystemie diagnostyczno-terapeutycznym tam, gdzie jest to zasadne medycznie i organizacyjnie.

Istotną rolę odegrają tutaj pielęgniarki środowiskowe oraz integracja opieki z programami koordynacyjnymi. Zakładana w 2026 roku możliwość przejęcia części deklaracji po prywatnych praktykach pielęgniarskich powinna zostać wykorzystana nie tylko finansowo, ale także organizacyjnie. Dla SPZOZ oznacza to szansę na wzmocnienie własnego modelu opieki środowiskowej i lepsze sprzężenie go z pracą lekarza rodzinnego. W starzejącej się gminie dobry system pielęgniarski może stać się jednym z głównych wyróżników placówki. Warunkiem jest jednak odpowiednie przygotowanie procesów: jasne przypisanie populacji, współdzielenie informacji, czytelne zasady komunikacji z pacjentem i powiązanie wizyt pielęgniarskich z diagnostyką, profilaktyką i rehabilitacją, gdzie to możliwe.

9.2. Rehabilitacja, diagnostyka i laboratorium jako obszary przewagi

Rehabilitacja powinna być traktowana jako jeden z najważniejszych filarów strategicznych SPZOZ. Wynika to zarówno z popytu demograficznego, jak i z pozycji konkurencyjnej placówki. W regionie istnieją podmioty oferujące fizjoterapię, jednak niewiele z nich łączy ją z pełniejszą ścieżką diagnostyczną oraz specjalistyczną. Dlatego zadaniem strategii nie jest jedynie utrzymanie rehabilitacji, lecz przejście od modelu, w którym jest ona kosztowym obciążeniem, do modelu, w którym staje się elementem dobrze zorganizowanego łańcucha wartości. Oznacza to potrzebę lepszego planowania pracy, większej przewidywalności zapisów, lepszego powiązania z poradniami i diagnostyką oraz rozważnego rozwijania usług komercyjnych tam, gdzie mogą one uzupełniać działalność kontraktowaną bez wypierania jej misji publicznej.

Laboratorium i diagnostyka stanowią obszary o szczególnie dużym potencjale synergii. Rozbudowa laboratorium może wzmacniać nie tylko przychody z badań, ale również atrakcyjność całej placówki dla pacjentów własnych i zewnętrznych, a w perspektywie współpracy z ościennymi POZ może tworzyć nowy, stosunkowo stabilny strumień działalności. Podobnie gabinet USG nie powinien być postrzegany jedynie jako pojedynczy sprzęt, ale jako węzeł wzmacniający wartość AOS, POZ i przyszłych poradni rozwojowych. Każde działanie inwestycyjne w tych obszarach musi być jednak powiązane z planem wykorzystania sprzętu, organizacji zapisów i budowania przychodów, aby uniknąć efektu „martwego aktywa”, które poprawia prestiż, ale nie poprawia działania placówki.

9.3. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna i rozwój wybranych zakresów

AOS w SPZOZ powinna rozwijać się selektywnie. Placówka nie ma zasobów, aby budować szeroką specjalistykę dla samej liczby poradni. Powinna natomiast wzmacniać te zakresy, które albo są unikalne w regionie, albo tworzą wartość dodaną dla całości modelu ambulatoryjnego. Dotyczy to zwłaszcza tych specjalności, które dobrze współpracują z diagnostyką, laboratorium, POZ i rehabilitacją. Utrzymanie oraz wzmacnianie poradni takich jak endokrynologia, neurologia, okulistyka czy ginekologia ma znaczenie nie tylko

dla ich bezpośrednich przychodów, ale również dla postrzegania SPZOZ jako placówki kompleksowej. Z kolei planowane uruchomienie kardiologii i ortopedii w dalszej części horyzontu powinno być traktowane jako logiczne dopełnienie rozwoju sprzętowego i diagnostycznego, a nie jako samodzielna ambicja. Kluczowym warunkiem rozwoju AOS jest ograniczenie wrażliwości placówki na krytyczne wakaty. Koncepcja nie zakłada, że wszystkie problemy kadrowe zostaną rozwiązane natychmiast, ale przyjmuje, że utrzymywanie zawieszonych zakresów przez długi czas ma koszt nie tylko przychodowy, lecz także reputacyjny. Pacjent, który dowiaduje się, że określona poradnia formalnie istnieje, ale faktycznie nie działa, traci zaufanie do całej organizacji. Dlatego polityka wobec AOS powinna obejmować: priorytetyzację najważniejszych zakresów, aktywne poszukiwanie modeli współpracy z lekarzami, ostrożne uruchamianie nowych świadczeń dopiero po przygotowaniu zaplecza oraz regularną ocenę, czy dana poradnia rzeczywiście wzmacnia cały model działania.

9.4. Telemedycyna i usługi cyfrowe jako uzupełnienie modelu

W horyzoncie 2028–2032 koncepcja zakłada stopniowe wprowadzanie elementów telemedycznych jako uzupełnienia stacjonarnej działalności SPZOZ. Nie chodzi o zastąpienie wizyty osobistej kontaktem zdalnym, lecz o wykorzystanie technologii tam, gdzie przynosi ona realną wartość dodaną przy ograniczonym ryzyku.

Najpilniejsze zastosowania telemedycyny w realiach SPZOZ obejmują: telekonsultacje kontrolne w endokrynologii (pacjent z ustabilizowaną chorobą tarczycy nie musi przyjeżdżać osobiście na każdą wizytę kontrolną), teledermatologię (wstępna ocena zmian skórnych ze zdjęcia przed decyzją o wizycie stacjonarnej), telemonitoring pacjentów z chorobami przewlekłymi (ciśnienie tętnicze, glukoza) w ramach opieki koordynowanej oraz wideopłączenia konsultacyjne z lekarzami szpitalnymi w sytuacjach wymagających szybkiej opinii specjalistycznej.

Warunkiem wdrożenia telemedycyny jest wcześniejsze uporządkowanie infrastruktury IT i danych (strumień C planu wdrożenia, Zał. 8). Bez stabilnego łącza internetowego, bezpiecznego systemu przechowywania danych i przeszkolonego personelu telemedycyna pozostanie jedynie deklaracją. Dlatego elementy telezdrowia zostały zaplanowane w fazie III–IV horyzontu strategicznego, nie wcześniej.

10. Polityka kadrowa i zarządzanie personelem

W realiach publicznej ochrony zdrowia kadra medyczna i administracyjna stanowi najważniejszy zasób organizacji. Żadna strategia rozwoju nie może być realizowana bez ludzi zdolnych do jej wdrożenia. Jednocześnie rynek pracy w ochronie zdrowia, szczególnie w regionie świętokrzyskim, charakteryzuje się strukturalnymi niedoborami lekarzy specjalistów, rosnącą presją płacową oraz konkurencją ze strony większych

ośrodków oferujących lepsze warunki finansowe i organizacyjne. SPZOZ w Ożarowie musi zatem prowadzić świadomą politykę kadrową, która odpowiada na te wyzwania w sposób realistyczny i dostosowany do skali placówki.

10.1. Diagnoza kadrowa i kluczowe wakat

Na początku 2026 roku SPZOZ funkcjonuje z trzema krytycznymi wakatami: laryngolog, reumatolog i dodatkowy lekarz rodzinny. Zawieszenie poradni reumatologicznej i otolaryngologicznej ma konsekwencje nie tylko przychodowe (utrata kontraktu AOS), ale również reputacyjne — pacjent, który dowiaduje się, że poradnia formalnie istnieje, ale faktycznie nie działa, traci zaufanie do całej organizacji. Problem kadrowy dotyczy również fizjoterapii, gdzie analiza finansowa (Zał. 2) wykazała nadmierne zatrudnienie (5,5 etatu) względem skali kontraktu NFZ.

Sytuację komplikuje fakt, że Ożarów nie leży na trasie dojazdowej do dużego ośrodka akademickiego, co utrudnia pozyskiwanie specjalistów na zasadzie dojazdu. Jednocześnie pobliska gmina Ćmielów — najsilniejszy konkurent regionalny — pozyskała specjalistów ginekologii, dermatologii i posiada stabilny zespół POZ. Oznacza to, że konkurencja o kadry odbywa się nie tylko na poziomie krajowym, ale również lokalnym.

Zakres	Status kadrowy 2026	Priorytet	Proponowany model
Lekarz POZ	Wakat – 1 etat	Krytyczny	Rekrutacja stała, elastyczny grafik
Laryngologia	Zawieszona – brak lekarza	Wysoki	Konsultant 1–2×/mies., telemedycyna
Reumatologia	Zawieszona – brak lekarza	Wysoki	Konsultant, współpraca ze szpitalem
Endokrynologia	Aktywna	Stabilizacja	Utrzymanie warunków współpracy
Neurologia	Aktywna	Stabilizacja	Zabezpieczenie ciągłości
Fizjoterapia	Nadmierne zatrudnienie vs kontrakt	Korekta	Dopasowanie etatów do kontraktu
Pielęgniarki środowiskowe	Możliwość przejęcia deklaracji	Szansa	Aktywne przejęcie po praktykach prywatnych

10.2. Modele współpracy i pozyskiwania specjalistów

SPZOZ nie jest w stanie konkurować warunkami finansowymi z dużymi szpitalami czy sieciowymi placówkami prywatnymi. Musi natomiast oferować inne wartości: elastyczność organizacyjną, możliwość łączenia pracy w Ożarowie z praktyką w innym miejscu, stabilność współpracy, brak nocnych dyżurów oraz przyjazne warunki pracy ambulatoryjnej. Strategia kadrowa powinna opierać się na kilku równoległych modelach.

Po pierwsze, model konsultanta — lekarz specjalista przyjeżdża 1–2 razy w miesiącu na ustalone dni przyjęć. Jest to model realistyczny dla poradni o mniejszym wolumenie (laryngologia, reumatologia), pozwalający przywrócić działalność bez pełnoetatowego zatrudnienia. Po drugie, model współpracy ze szpitalem — porozumienie z placówkami w

Opatowie lub Sandomierzu, w ramach którego lekarze szpitalni prowadzą konsultacje ambulatoryjne w SPZOZ. Po trzecie, telemedycyna jako uzupełnienie — dla wybranych zakresów (endokrynologia kontrolna, dermatologia) możliwe jest wdrożenie telekonsultacji, co poszerza bazę dostępnych specjalistów. Po czwarte, rozwój kompetencji personelu pielęgniarskiego — w opiece koordynowanej pielęgniarka z odpowiednim przeszkoleniem przejmując część zadań monitoringowych i edukacyjnych, odciążając lekarza.

10.3. Retencja personelu i kultura pracy

Utrzymanie istniejącej kadry jest równie ważne jak pozyskiwanie nowej. W placówce wielkości SPZOZ odejście nawet jednego kluczowego pracownika może zdestabilizować cały zakres usług. Dlatego strategia kadrowa musi obejmować nie tylko rekrutację, ale również tworzenie warunków, które ograniczają rotację. W praktyce oznacza to: jasne zasady organizacji pracy, przewidywalne grafiki, ograniczanie chaosu komunikacyjnego, włączanie personelu w procesy usprawniające (zgodnie z filozofią Kaizen) oraz regularne spotkania informacyjne z kierownictwem. Nie chodzi o tworzenie programów motywacyjnych ponad możliwości budżetowe, lecz o eliminowanie tych elementów, które niepotrzebnie generują frustrację i poczucie braku wpływu.

Priorytet kadrowy 2026–2027. Przywrócenie działalności poradni laryngologicznej i reumatologicznej w modelu konsultanta, zabezpieczenie etatu lekarza POZ, dopasowanie zatrudnienia w fizjoterapii do skali kontraktu, aktywne przejęcie deklaracji pielęgniarskich po praktykach prywatnych.

11. Model organizacyjny: pacjent, rejestracja i standard obsługi

W wielu placówkach ochrony zdrowia organizacja bywa traktowana jako tło dla „właściwej” medycyny. W realiach SPZOZ takie myślenie jest błędem. Dla ogromnej części pacjentów jakość placówki zaczyna się nie w gabinecie, lecz przy pierwszym kontakcie -- telefonicznym, osobistym, internetowym lub przy próbie uzyskania informacji. Jeżeli ten etap jest nieczytelny, drażniący albo zbyt trudny, pacjent może w ogóle nie dotrzeć do świadczenia, mimo że medycznie placówka dysponuje szeroką ofertą. Z punktu widzenia strategii rejestracja nie jest więc funkcją pomocniczą. Jest jednym z głównych procesów wpływających na retencję pacjentów, reputację, wykorzystanie kontraktów i poczucie porządku wewnątrz organizacji. Właśnie dlatego plan marketingowy i standard obsługi pacjenta zostały potraktowane jako element strategii, a nie jako osobny dodatek komunikacyjny.

Docelowy model organizacyjny zakłada, że rejestracja pełni funkcję organizacyjnego przewodnika pacjenta. Jej zadaniem nie jest wyłącznie wpisanie nazwiska do kolejki, lecz udzielenie czytelnej informacji, przekazanie pacjentowi kolejnego kroku i zmniejszenie niepewności. Wymaga to standaryzacji rozmowy, lepszego przygotowania personelu do kontaktu z seniorem i pacjentem zdenerwowanym, czytelnego oznakowania procedur,

regularnej analizy najczęściej powtarzających się problemów oraz wyznaczenia osoby odpowiedzialnej za zamykanie spraw skargowych. Należy również przyjąć, że każda powtarzająca się skarga jest sygnałem problemu procesowego, nawet jeśli pojedynczo wydaje się błahostką. Taka filozofia jest zgodna z logiką Kaizen i bezpośrednio wspiera realizację celów strategicznych.

Równolegle potrzebna jest poprawa zewnętrznej komunikacji placówki. Pacjenci często nie korzystają z usług nie dlatego, że są im obojętne, lecz dlatego, że nie wiedzą, jak z nich skorzystać albo nie wiedzą, że w ogóle są dostępne lokalnie. Dlatego strategia zakłada rozwój prostych kanałów informowania: uporządkowanej strony internetowej, czytelnych komunikatów w budynku, harmonogramów, komunikacji o godzinach pracy i możliwości korzystania z poszczególnych usług. Nie chodzi o marketing w sensie promocyjnej przesady. Chodzi o redukcję chaosu informacyjnego. W placówce publicznej dobra komunikacja jest formą dostępności, a nie wyłącznie budowaniem wizerunku.

Priorytet 2026. Największa i najszybsza rezerwa poprawy nie leży wyłącznie w nowym sprzęcie, lecz w uporządkowaniu rejestracji, standardu informacji i odpowiedzialności za pierwszy kontakt z pacjentem.

11.1. Standard doświadczenia pacjenta

Standard doświadczenia pacjenta powinien obejmować każdy etap kontaktu z placówką: przed wizytą, w trakcie zapisów, podczas oczekiwania, po wizycie i w sytuacji składania uwag. Koncepcja przyjmuje, że pacjent powinien po rozmowie z rejestracją wiedzieć, co ma zrobić dalej, jakiego dokumentu potrzebuje, kiedy może oczekiwać świadczenia i do kogo wrócić z pytaniem. Tak rozumiany standard nie wymaga wielkich nakładów finansowych, ale wymaga dyscypliny organizacyjnej i konsekwencji. Należy odejść od modelu informacji skrótowej, fragmentarycznej i reaktywnej, zastępując go komunikacją krótką, ale kompletną. Z punktu widzenia pacjenta różnica między tymi modelami bywa większa niż różnica między dwoma podobnymi placówkami medycznymi.

Doświadczenie pacjenta zależy również od przestrzeni, przewidywalności i szacunku. W placówce nastawionej na osoby starsze szczególnego znaczenia nabiera tempo rozmowy, unikanie żargonu, czytelność oznaczeń i możliwie mała liczba niepotrzebnych przemieszczeń. Dlatego standard obsługi powinien być sprzęgnięty z planem inwestycyjnym: poprawa dostępności architektonicznej, porządkowanie komunikacji wewnętrznej i rozwój rozwiązań cyfrowych mają bezpośrednio wspierać jakość doświadczenia pacjenta. W tym rozumieniu inwestycje nie są osobnym światem. Są materialnym przedłużeniem filozofii obsługi.

11.2. Rejestracja jako proces strategiczny

W większości placówek ochrony zdrowia rejestracja jest traktowana jako funkcja techniczna. W realiach SPZOZ Ożarów rejestracja musi zostać przebudowana na proces

strategiczny. Niska ocena Google (1,8/5) wynika głównie ze skarg na obsługę rejestracji, a nie na jakość leczenia. Krótkie godziny rejestracji (do 14:00) są najpoważniejszą słabością konkurencyjną — wszyscy konkurenci pracują co najmniej do 18:00. W starzejącej się populacji jakość kontaktu z rejestracją przekłada się bezpośrednio na lojalność pacjenta.

Plan reformy rejestracji (Załącznik 6) obejmuje trzy etapy. Etap I (2026): standard rozmowy telefonicznej, skrypty odpowiedzi, formularz uwag pacjentów, zasady reagowania na opinie w Google. Etap II (2027): wydłużenie godzin do co najmniej 16:00, prosty system rezerwacji online, poprawa oznakowania. Etap III (2028+): integracja z e-rejestracją, monitoring satysfakcji, szkolenia z obsługi pacjenta starszego. Kluczowe jest wyznaczenie osoby odpowiedzialnej za jakość rejestracji.

11.3. Personel, kultura pracy i komunikacja wewnętrzna

Nie da się poprawić jakości obsługi pacjenta bez pracy nad kulturą wewnętrzną organizacji. Personel działający w przeciążeniu, chaosie informacyjnym i poczuciu braku wpływu będzie przenosił te napięcia na kontakt z pacjentem, nawet jeśli intencje ma dobre. Dlatego częścią strategii musi być uporządkowanie podstawowej komunikacji wewnętrznej: jasnego przekazywania zmian organizacyjnych, zasad pierwszego kontaktu, godzin i trybów zapisów, odpowiedzialności za sprawy skargowe oraz obiegu informacji między rejestracją, gabinetami i kierownictwem. Wiele problemów reputacyjnych w ochronie zdrowia nie wynika z braku profesjonalizmu medycznego, lecz z faktu, że pacjent otrzymuje sprzeczne informacje od różnych osób. To sygnał słabości procesu, a nie pojedynczego człowieka.

Kultura pracy w docelowym modelu SPZOZ ma być oparta na szacunku, przewidywalności i współpracy między komórkami. Nie oznacza to idealizacji rzeczywistości. W małej publicznej placówce zawsze będą pojawiać się napięcia, okresowe braki kadrowe i sytuacje trudne. Chodzi jednak o to, by organizacja potrafiła na nie reagować w sposób uporządkowany, a nie improwizowany. Narzędziem do tego będzie właśnie model ciągłego doskonalenia: krótkie przeglądy problemów, wyciąganie wniosków, przypisywanie odpowiedzialności i sprawdzanie, czy po wprowadzeniu korekty sytuacja faktycznie się poprawiła. To podejście powinno objąć także szkolenie personelu rejestracji i codziennego kontaktu z pacjentem.

12. Model finansowo-operacyjny na lata 2026--2032

Model finansowo-operacyjny przyjęty w koncepcji można streścić w trzech zasadach. Po pierwsze, przychody muszą rosnąć przede wszystkim dzięki lepszemu wykorzystaniu istniejącej oferty oraz umiarkowanemu, realistycznemu rozszerzaniu działalności. Po drugie, koszty powinny być porządkowane tak, aby usuwać nadmiarowość i chaos, ale bez osłabiania podstawowych kompetencji placówki. Po trzecie, inwestycje mają wzmacniać

przyszłe przychody lub obniżać ryzyka i koszty, a nie stanowić zbioru niepowiązanych zakupów. To podejście różni się od dwóch skrajności: z jednej strony od pasywnego administrowania stratą, a z drugiej od nadmiernie ambitnego programu rozwojowego opartego na założeniu szybkiego skoku przychodowego. Strategia wybiera drogę pośrednią – ostrożną, ale aktywną.

W praktyce oznacza to m.in. rozwój bazy pacjentów POZ w oparciu o poprawę dostępności i przejęcie części deklaracji środowiskowych, umiarkowaną dywersyfikację przychodów pozakontraktowych, wzmacnianie AOS tam, gdzie jest to organizacyjnie przygotowane, oraz pełniejsze wykorzystanie laboratorium i diagnostyki. Po stronie kosztowej kluczowe znaczenie ma kontrola wydatków osobowych, usług obcych, zakupów operacyjnych i energii. Nie mniej ważne będzie unikanie decyzji, które tworzą nowe sztywne koszty bez jasnej ścieżki finansowania. Oznacza to również konieczność ostrożnego projektowania grafiku pracy, zakresu dyżurów, a w razie potrzeby wykorzystania bardziej elastycznych modeli organizacji pracy tam, gdzie są one zgodne z prawem i z jakością świadczeń.

Model finansowo-operacyjny ma być stale sprzężony z danymi. Kierownictwo nie może zarządzać wyłącznie przez bilans roczny. Potrzebne będą miesięczne lub kwartalne odczyty głównych wskaźników: wykonania kontraktów, kosztów osobowych, usług obcych, wpływów z poszczególnych zakresów, poziomu środków pieniężnych, stanu należności i zobowiązań oraz najważniejszych odchyleń względem planu. Tylko wtedy możliwe będzie korygowanie działań zanim problem urośnie do poziomu rocznego kryzysu. W tym sensie dobra strategia finansowa jest przede wszystkim strategią rytmu zarządzania.

Zasada finansowa. Wsparcie gminy wzmacnia bezpieczeństwo bilansowe, ale nie może być utożsamiane z trwałą poprawą efektywności operacyjnej. O trwałej poprawie świadczy dodatni wynik netto powtarzalny w kolejnych latach.

12.1. Przychody: utrzymanie rdzenia i dywersyfikacja uzupełniająca

Przychody SPZOZ w horyzoncie strategii nadal będą opierały się głównie na POZ. To jest i powinien pozostać główny filar finansowy. Jednocześnie koncepcja zakłada, że poprawa stabilności nie może zależeć wyłącznie od kapitału. Potrzebna jest dywersyfikacja uzupełniająca, która będzie współgrała z profilem placówki. Obejmuje ona: rozwój AOS w zakresie realnie obsługiwalnym kadrowo, wzrost przychodów z laboratorium i diagnostyki, umiarkowany wzrost usług komercyjnych, uporządkowany najem oraz lepsze wykorzystanie zakresów wspierających pełną ścieżkę pacjenta. W ten sposób przychody dodatkowe nie stają się konkurencją wobec misji publicznej, ale pomagają ją finansowo stabilizować.

Dywersyfikacja musi jednak zachować rozsądek. Koncepcja nie zakłada agresywnego przechodzenia na model komercyjny ani budowania wyniku poprzez świadczenia oderwane od głównej misji. Główną logiką jest wykorzystanie istniejących zasobów, które

po odpowiednim uporządkowaniu mogą służyć zarówno pacjentom z kontraktu, jak i przynosić dodatkowe wpływy bez dużego zwiększania kosztów stałych. To właśnie z tego powodu tak istotna jest komplementarność laboratoriów, diagnostyki, wybranych poradni oraz rehabilitacji. Im bardziej usługi wzajemnie się wspierają, tym bardziej wzrost przychodów może następować bez proporcjonalnego wzrostu kosztów.

Ważnym elementem dywersyfikacji jest rozwój usług laboratoryjnych. Laboratorium SPZOZ dysponuje analizatorem hematologicznym Sysmex XN-350 i możliwością badań hormonalnych, co stawia je w pozycji wyraźnie lepszej niż laboratoria ościennych placówek (żadna z nich, poza NZOZ Chmiel w Anopolu, nie posiada własnego laboratorium). Plan inwestycyjny (Załącznik 4) zakłada rozbudowę laboratorium w dwóch etapach (2027 i 2028), w tym dodanie analizatora biochemicznego, co pozwoli oferować pełniejszy panel badań bez konieczności wysyłania próbek do laboratoriów zewnętrznych. Efektem będzie zarówno wzrost przychodów, jak i skrócenie czasu oczekiwania na wyniki dla pacjentów własnych i współpracujących placówek.

Transport sanitarny stanowi kolejny element przychodowy. SPZOZ dysponuje karetką, jednak jej stan techniczny wymaga wymiany. Plan (Załącznik 4) zakłada leasing nowej karetki od 2027 roku (raty ~4 333 zł/mies.), co jednocześnie zwiększy niezawodność transportu i poprawi dostępność placówki dla pacjentów o ograniczonej mobilności.

12.2. Koszty, płynność i dyscyplina operacyjna

Po stronie kosztów najważniejsza jest dyscyplina, ale rozumiana mądrze. Nie chodzi o mechaniczne obniżanie wydatków, które mogłoby osłabić zdolność do leczenia i obsługi pacjentów. Chodzi o doprowadzenie do takiego stanu, w którym każda istotna pozycja kosztowa ma uzasadnienie w skali działalności i spodziewanych efektach. Szczególnie ważne będą tu: koszty osobowe, usługi obce, zakupy materiałowe, energia, serwis sprzętu oraz skutki nowych inwestycji. Każda decyzja o zwiększeniu kosztów stałych powinna być poprzedzona odpowiedzią na pytanie, jakie przychody, oszczędności lub obniżenie ryzyka ona generuje. Jeżeli odpowiedź nie jest jasna, decyzję należy odroczyć lub przeprojektować.

W obszarze płynności kluczowe znaczenie ma przejście od zarządzania reaktywnego do wyprzedzającego. Placówka powinna monitorować nie tylko bieżący stan środków pieniężnych, ale też tempo wpływu należności, rytm regulowania zobowiązań, sezonowość wydatków, przewidywany ciężar inwestycji oraz potencjalne ryzyka związane z rozliczeniami z płatnikiem. W miarę możliwości należy budować poduszkę płynnościową, nawet niewielką, ponieważ to ona daje przestrzeń do bardziej spokojnego podejmowania decyzji. Strategia zakłada, że odbudowa płynności będzie jednym z najważniejszych mierników realnej poprawy sytuacji SPZOZ. Bez tego każda kolejna trudność zewnętrzna będzie szybko przekładała się na napięcie wewnątrz organizacji.

12.3. Analiza scenariuszowa — wariant ostrożny, bazowy i optymistyczny

Każda prognoza finansowa jest obarczona niepewnością. Dlatego obok scenariusza bazowego (przyjętego w Zał. 5) koncepcja prezentuje dwa warianty alternatywne, różniące się założeniami dotyczącymi dynamiki przychodów, kosztów oraz tempa realizacji inwestycji.

Parametr	Wariant ostrożny	Wariant bazowy (Zał. 5)	Wariant optymistyczny
Wzrost przychodów rocznie	3–4%	5–7%	7–9%
Wynik netto 2027	Ok. –50 tys. zł (strata)	Ok. +128 tys. zł	Ok. +200 tys. zł
Wynik netto 2032	Ok. +350–450 tys. zł	Ok. +736 tys. zł	Ok. +900 tys.–1 mln zł
Przychody 2032	Ok. 6,0 mln zł	6,85 mln zł	Ok. 7,3 mln zł
Główne ryzyko	Utrzymanie straty dłużej, opóźnienie inwestycji	Wolniejsza poprawa płynności	Przeszacowanie popytu na nowe usługi
Kardiologia/ortopedia	Opóźnienie o 1–2 lata	Zgodnie z planem (2029/2030)	Przyspieszenie o 0,5–1 rok

Scenariusz ostrożny zakłada, że poprawa przychodów będzie wolniejsza od oczekiwań — na przykład z powodu trudności w przywróceniu zawieszonych poradni, wolniejszego niż zakładane przejęcia deklaracji pielęgniarских lub mniejszego efektu działań marketingowych. W tym wariantcie strata operacyjna utrzymałaby się do 2027 roku, a próg rentowności zostałby przekroczony dopiero w 2028 roku. Inwestycje rozwojowe (kardiologia, ortopedia) uległyby przesunięciu o 1–2 lata, a wynik netto w 2032 roku mieściłby się w przedziale 350–450 tys. zł.

Scenariusz optymistyczny zakłada szybszą niż bazowa poprawę — dzięki wyższej waloryzacji stawek NFZ, skuteczniejszemu przejęciu deklaracji lub szybszemu uruchomieniu usług komercyjnych. W tym wariantcie wynik netto przekroczyłby 200 tys. zł już w 2027 roku, a w 2032 mógłby zbliżyć się do 1 mln zł. Taki scenariusz otworzyłby możliwość wcześniejszego uruchomienia poradni rozwojowych i większych inwestycji infrastrukturalnych.

Zasada zarządcza. Strategia jest budowana na scenariuszu bazowym, ale system monitorowania (Zał. 9) pozwala na bieżąco identyfikować, w którym wariantcie faktycznie porusza się placówka, i odpowiednio korygować tempo działań.

13. Polityka inwestycyjna i cyfryzacyjna

Rok	Główne priorytety	Szac. obciążenie budżetu
2026	Zabezpieczenie podstaw, IT, niezbędne remonty	140 000 zł
2027	Karetką w leasingu, laboratorium etap I, modernizacja	318 333 zł
2028	Nowe USG, laboratorium etap II, kontynuacja modernizacji	548 333 zł
2029	Gabinet kardiologiczny, remonty etap IV	533 333 zł

2030	Gabinet ortopedyczny, dalsze wzmocnienie infrastruktury	558 333 zł
2031	Rozwiązania AI/dane, wsparcie obsługi pacjenta	158 333 zł
2032	Zamknięcie leasingu i utrwalenie efektów	58 333 zł

Źródło: Załącznik nr 4 – Plan minimum inwestycyjnego SPZOZ Ożarów.

2026 Zabezpieczenie podstaw, 140 000 zł IT, niezbędne remonty

2027 Karetka w leasingu, 318 333 zł laboratorium etap I, modernizacja

2028 Nowe USG, laboratorium 548 333 zł etap II, kontynuacja modernizacji

2029 Gabinet kardiologiczny, 533 333 zł remonty etap IV

2030 Gabinet ortopedyczny, 558 333 zł dalsze wzmocnienie infrastruktury

2031 Rozwiązania wspierające 158 333 zł dane i obsługę pacjenta, w tym AI

2032 Zamknięcie leasingu i 58 333 zł utrwalenie efektów

Plan inwestycyjny przyjęty w załączniku nr 4 ma charakter minimum, ale nie należy mylić go z planem biernym. Jest to plan selektywny i celowo etapowany. Obejmuje tylko te przedsięwzięcia, które są potrzebne dla zabezpieczenia ciągłości działania, poprawy dostępności, wzmocnienia diagnostyki, rozwoju laboratorium, budowy potencjału do nowych przychodów oraz podnoszenia jakości organizacji. Strategia odrzuca model inwestowania dla samego modernizacyjnego efektu. Każda inwestycja ma być powiązana z określonym uzasadnieniem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym. Temu właśnie służy wzór karty projektu inwestycyjnego z załącznika nr 7. Dzięki niemu każda większa decyzja ma zostać opisana nie tylko przez koszt, ale także przez cel, interesariuszy, ryzyka i spodziewane rezultaty.

W horyzoncie do 2032 roku inwestycje mają realizować cztery podstawowe funkcje. Po pierwsze -- zabezpieczać warunki ciągłości działania, w tym niezbędne remonty i modernizacje techniczne. Po drugie -- zwiększać zdolność placówki do świadczenia usług potrzebnych lokalnie, zwłaszcza w obszarze diagnostyki i opieki nad pacjentem starszym. Po trzecie -- poprawiać efektywność kosztową oraz warunki organizacyjne, na przykład poprzez działania termomodernizacyjne i informatyczne. Po czwarte -- wzmacniać jakość doświadczenia pacjenta i gotowość placówki do pracy w bardziej cyfrowym modelu. Właśnie dlatego cyfryzacja nie jest w tej strategii traktowana jako luksus, lecz jako warunek dalszej poprawy organizacji i sprawozdawczości.

Szczególne znaczenie ma tu zasada kompatybilności inwestycji. Nowy sprzęt, rozbudowa laboratorium, leasing karetki, rozwój gabinetów specjalistycznych, poprawa dostępności architektonicznej oraz rozwiązania IT powinny wzajemnie się wzmacniać.

Strategia nie zakłada rozproszenia środków na wiele drobnych zadań bez wspólnego efektu. Zakłada natomiast budowanie ciągów wartości: laboratorium plus logistyka, diagnostyka plus specjalistyka, cyfryzacja plus rejestracja i dane, termomodernizacja plus niższe koszty operacyjne. Tak rozumiana polityka inwestycyjna zwiększa szansę, że nawet relatywnie ograniczone środki przyniosą odczuwalny skutek.

13.1. Źródła finansowania i warunki ostrożności inwestycyjnej

Źródła finansowania planowanych inwestycji zostały rozłożone pomiędzy środki własne, wsparcie gminy, środki zewnętrzne -- w tym programy europejskie -- oraz leasing w przypadku karetki transportowej. Taki miks jest rozwiązaniem racjonalnym, ponieważ ogranicza jednorazowe obciążenie budżetu zakładu i pozwala dopasować strukturę finansowania do charakteru poszczególnych zadań. Jednocześnie wymaga on wysokiej dyscypliny przygotowawczej. Pozyskiwanie środków zewnętrznych nie może być traktowane jako życzeniowy dopisek do inwestycji. Wymaga gotowości projektowej, terminowego przygotowania dokumentacji, spójności z celami strategicznymi i zabezpieczenia wkładu własnego tam, gdzie jest wymagany. Stąd znaczenie karty projektu oraz etapowania całego programu.

Ostrożność inwestycyjna oznacza w tym dokumencie trzy rzeczy. Po pierwsze, zakład nie powinien rozpoczynać inwestycji, które generują duże stałe koszty obsługi bez jasnego planu ich sfinansowania. Po drugie, projekty o największym potencjale synergii powinny mieć pierwszeństwo przed projektami atrakcyjnymi, ale odizolowanymi od głównego modelu działania. Po trzecie, inwestycje powinny być stale porównywane z wynikami finansowymi i poziomem płynności. Jeżeli pojawi się istotne odchylenie od prognozy, kolejność projektów musi podlegać korekcie. Takie podejście nie jest oznaką słabości strategii, lecz jej dojrzałości.

Szczególną uwagę należy zwrócić na kompatybilność inwestycji. Nowy sprzęt diagnostyczny, rozbudowane laboratorium, karetka, gabinety specjalistyczne i rozwiązania IT powinny wzajemnie się wzmacniać. Strategia nie zakłada rozproszenia środków na wiele drobnych zadań bez wspólnego efektu. Zakłada natomiast budowanie ciągów wartości: laboratorium plus logistyka badań, diagnostyka plus specjalistyka, cyfryzacja plus rejestracja i dane, termomodernizacja plus niższe koszty operacyjne. Tak rozumiana polityka inwestycyjna zwiększa szansę, że nawet relatywnie ograniczone środki przyniosą odczuwalny skutek.

Wzór karty projektu inwestycyjnego (Zał. 7) porządkuje proces przygotowywania inwestycji. Każda większa decyzja ma zostać opisana nie tylko przez koszt, ale także przez cel, interesariuszy, ryzyka, harmonogram i spodziewane rezultaty. Taki formularz chroni przed decyzjami opartymi wyłącznie na intuicji lub presji doraźnej i tworzy bazę dokumentacyjną do późniejszej oceny efektów.

13.2. Cyfryzacja, dane i wykorzystanie narzędzi wspierających

Cyfryzacja w SPZOZ nie powinna być utożsamiana jedynie z zakupem sprzętu komputerowego. Jest to przede wszystkim porządkowanie przepływu danych i informacji. W praktyce oznacza to rozwój takich rozwiązań, które ułatwią rejestrację, poprawią dostęp do danych potrzebnych do zarządzania, wesprą sprawozdawczość wobec NFZ i uprość komunikację wewnętrzną. Dopiero na tej podstawie można myśleć o bardziej zaawansowanych narzędziach, w tym o rozwiązaniach określanych roboczo jako wsparcie AI w rejestracji lub analizie danych. Strategia słusznie umieszcza te elementy dopiero w późniejszym etapie horyzontu. Placówka najpierw musi uporządkować procesy i dane, aby bardziej zaawansowane narzędzia miały sens i nie stały się wyłącznie kosztownym symbolem nowoczesności.

Docelowo cyfryzacja ma wspierać trzy obszary. Pierwszy to pacjent i jego dostęp do informacji. Drugi to zarządzanie operacyjne i raportowanie. Trzeci to rozwój jakościowy, czyli możliwość szybszej identyfikacji wąskich gardeł, powtarzalnych problemów, obszarów kosztowych i odchyłeń od planu. Właśnie w tym trzecim obszarze cyfryzacja najpełniej łączy się z Kaizen. Dane stają się wtedy materiałem do doskonalenia, a nie jedynie obowiązkiem sprawozdawczym.

13.3. Efektywność energetyczna i koszty eksploatacyjne

Koszty energii i ogrzewania stanowią istotną pozycję w budżecie operacyjnym SPZOZ. Budynki placówki, zarówno w Ożarowie, jak i w filii w Jakubowicach, wymagają systematycznej poprawy efektywności energetycznej. Plan inwestycyjny (Zał. 4) uwzględnia działania termomodernizacyjne w etapach III–IV (2028–2029), w tym wymianę okien i modernizację systemu ogrzewania.

Z perspektywy strategicznej działania energetyczne pełnią podwójną funkcję. Po pierwsze, obniżają roczne koszty eksploatacyjne, co bezpośrednio wspiera cel stabilności finansowej. Po drugie, mogą być finansowane z programów zewnętrznych — program FEnIKS, Dostępność Plus, programy wojewódzkie NFOŚiGW — co ogranicza obciążenie budżetu własnego. Potencjalne źródła oszczędności obejmują: wymianę oświetlenia na LED (estymowana redukcja kosztów oświetlenia o 40–60%), poprawę izolacji termicznej, modernizację instalacji grzewczej oraz w perspektywie 2030–2032 analizę opłacalności instalacji fotowoltaicznej.

Planując inwestycje energetyczne, należy pamiętać o kompatybilności z innymi celami strategii. Poprawa warunków termicznych budynku wpływa na komfort pacjentów i personelu, co wpisuje się w cel poprawy doświadczenia pacjenta. Modernizacja instalacji jest również okazją do uporządkowania przestrzeni i dostosowania budynku do potrzeb osób starszych i z ograniczeniami ruchowymi — zgodnie z programem Dostępność Plus.

14. Współpraca z otoczeniem instytucjonalnym

SPZOZ nie funkcjonuje w próżni instytucjonalnej. Jego efektywność, zasięg oddziaływania i zdolność do realizacji misji publicznej zależą również od jakości powiązań z innymi podmiotami w otoczeniu. Strategia zakłada świadome budowanie i pogłębianie współpracy z trzema kategoriami partnerów: instytucjami systemu ochrony zdrowia, instytucjami samorządowymi i pomocy społecznej oraz partnerami lokalnymi i sektorowymi.

14.1. Współpraca z podmiotami ochrony zdrowia

Najważniejszym kierunkiem współpracy w wymiarze medycznym jest budowanie powiązań z placówkami szpitalnymi — przede wszystkim ze Szpitalem Świętej Trójcy w Sandomierzu i Zespołem Opieki Zdrowotnej w Opatowie. Celem nie jest konkutowanie o tych samych pacjentów, lecz tworzenie komplementarnych ścieżek opieki. SPZOZ może pełnić rolę placówki przejmującej opiekę ambulatoryjną po hospitalizacjach: kontynuacja diagnostyki, rehabilitacja po zabiegach, monitorowanie pacjenta przewlekłego, laboratorium kontrolne. Dla szpitali oznacza to skrócenie pobytu i odciążenie poradni przyszpitalnych; dla SPZOZ — stabilny strumień pacjentów i przychodów.

Drugim kierunkiem jest współpraca z ościennymi placówkami POZ. Analiza konkurencji (Załącz. 3) wykazała, że większość z nich — zwłaszcza w Wojciechowicach, Tarłowie czy Zawichoście — nie dysponuje laboratorium ani diagnostyką USG. SPZOZ może oferować tym placówkom usługi diagnostyczne na zasadach współpracy, tworząc model hubu laboratoryjno-diagnostycznego. Takie rozwiązanie jest ekonomicznie korzystne (wykorzystanie istniejącej infrastruktury przy niewielkim koszcie krańcowym) i wzmacnia pozycję SPZOZ jako centrum regionalnego.

Trzecim obszarem jest współpraca z aptekami lokalnymi w zakresie edukacji zdrowotnej, monitorowania compliance farmakologicznego oraz kierowania pacjentów na badania profilaktyczne. W starzejącej się populacji apteka jest często pierwszym miejscem kontaktu z systemem zdrowia.

Istotnym aspektem współpracy jest model hubu diagnostyczno-laboratoryjnego. Żadna z placówek w Wojciechowicach, Tarłowie czy Zawichoście nie posiada własnego laboratorium ani diagnostyki USG. SPZOZ może oferować tym placówkom możliwość zlecania badań laboratoryjnych i diagnostycznych na zasadach umowy cywilnoprawnej. Dla SPZOZ oznacza to dodatkowy strumień przychodów przy niewielkim koszcie krańcowym (infrastruktura już istnieje), a dla ościennych POZ — skrócenie ścieżki diagnostycznej dla ich pacjentów. Model taki wzmacnia pozycję SPZOZ jako regionalnego centrum i buduje sieć zależności, która ogranicza ryzyko odpływu pacjentów.

Współpraca z pogotowiem ratunkowym i transportem sanitarnym stanowi kolejny element sieci. Leasing nowej karetki (planowany od 2027 r.) poszerzy możliwości

transportowe i pozwoli lepiej obsługiwać pacjentów z ograniczoną mobilnością, co ma szczególne znaczenie w gminie o rosnącym udziale osób starszych. Karetka może również służyć do transportu próbek laboratoryjnych z filii w Jakubowicach i od współpracujących placówek.

14.2. Współpraca z samorządem, edukacją i pomocą społeczną

Relacja z organem tworzącym — Gminą Ożarów — wymaga przejścia od modelu reaktywnego (finansowanie strat) do modelu partnerskiego (wspólne planowanie rozwoju). Koncepcja zakłada regularne informowanie organu tworzącego o postępie wdrażania strategii, wykorzystanie narzędzi z Załącznika nr 9 (raport roczny) oraz wspólne identyfikowanie możliwości pozyskania środków zewnętrznych.

Współpraca z Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej ma znaczenie w kontekście opieki nad osobami starszymi, samotnymi i niepełnosprawnymi. GOPS identyfikuje osoby wymagające wsparcia zdrowotnego, podczas gdy SPZOZ może oferować im skoordynowaną ścieżkę opieki. Powiązanie pielęgniarstwa środowiskowego z pracą socjalną tworzy model bardziej efektywnej opieki nad najsłabszymi mieszkańcami gminy.

Współpraca ze szkołami w zakresie higieny szkolnej, profilaktyki i szczepień jest elementem misji publicznej SPZOZ. Choć populacja dzieci maleje (z 1 160 do 780 w horyzoncie strategii), utrzymanie tych funkcji jest ważne dla pozycji placówki jako instytucji zaufania publicznego.

Wniosek partnerski. SPZOZ powinien funkcjonować jako węzeł sieci lokalnej opieki zdrowotnej — nie jako placówka zamknięta, lecz jako ośrodek aktywnie współpracujący ze szpitalami, ościennymi POZ, GOPS, szkołami i aptekami. Każde z tych partnerstw wzmacnia jednocześnie misję publiczną i bazę przychodową.

15. Architektura wdrożenia strategii

Faza	Lata	Sens fazy	Dominujące zadania
I	2026	Stabilizacja i uporządkowanie	Rejestracja, koszty, dane, procedury, Kaizen start
II	2027–2028	Fundament rozwojowy	Laboratorium, IT, inwestycje bazowe, karetka
III	2029–2030	Rozwój oferty	Specjalistyka, diagnostyka, przewagi ponadlokalne
IV	2031–2032	Utrwalenie i doskonalenie	AI, monitorowanie, korekty, kolejna strategia

I 2026 Stabilizacja i rejestracja, uporządkowanie koszty, dane, podstawowe procedury

II 2027–2028 Fundament laboratorium, IT, rozwojowy inwestycje podstawowe, płynność

III 2029–2030 Rozwój oferty specjalistyka, diagnostyka, pełniejsze wykorzystanie przewag

IV 2031--2032 Utrwalenie i AI, doskonalenie monitorowanie, korekty, przygotowanie kolejnej strategii

Dobra strategia dla SPZOZ musi być wdrażalna. Oznacza to, że poza celem i treścią potrzebuje także architektury wykonawczej. W niniejszej koncepcji architekturę tę tworzą trzy elementy: etapowanie działań w czasie, podział na strumienie wdrożeniowe oraz prosty system zarządzania oparty na przeglądach i miernikach. Etapowanie chroni przed próbą zrobienia wszystkiego naraz. Strumienie wdrożeniowe porządkują odpowiedzialność i pozwalają widzieć zależności między działaniami. System zarządzania natomiast zamienia strategię z dokumentu opisowego w narzędzie pracy. Dzięki temu placówka może nie tylko planować, lecz także regularnie sprawdzać, czy zmierza w dobrym kierunku, oraz korygować działania tam, gdzie rzeczywistość okaże się bardziej wymagająca od założeń.

Przyjęty model wdrożenia dzieli horyzont 2026--2032 na cztery fazy. Pierwsza faza, obejmująca rok 2026, to stabilizacja i uporządkowanie. Druga, lata 2027--2028, to budowa fundamentu rozwojowego. Trzecia, lata 2029--2030, to rozwój oferty i pełniejsze wykorzystanie przewag. Czwarta, lata 2031--2032, to utrwalenie modelu oraz doskonalenie. Taki układ odpowiada rzeczywistej kondycji zakładu. Pozwala najpierw skupić się na działaniach relatywnie niskokosztowych, ale o wysokim znaczeniu organizacyjnym, a dopiero potem przechodzić do projektów bardziej kapitałochłonnych i wymagających. Jest to również układ zgodny z logiką finansową: inwestycje i rozszerzanie działalności powinny rosnać razem z poprawą zdolności operacyjnej zakładu, a nie przed nią.

15.1. Strumienie wdrożeniowe i odpowiedzialność

Dla przejrzystości strategii działania wdrożeniowe należy pogrupować w pięć strumieni. Strumień A obejmuje stabilizację finansową i organizacyjną: kontrolę kosztów, płynność, rozliczanie świadczeń, strukturalne decyzje kosztowe. Strumień B dotyczy pacjenta, rejestracji i komunikacji. Strumień C obejmuje cyfryzację, dane i jakość procesów. Strumień D dotyczy inwestycji i infrastruktury. Strumień E koncentruje się na rozwoju usług i przychodów. Taki podział jest praktyczny, ponieważ pozwala widzieć strategię jednocześnie „po pionach” i „po czasie”. Niektóre działania będą prowadzone równolegle w kilku strumieniach, ale dzięki temu można jasno wskazać właściciela obszaru i mierzyć postęp bez chaosu kompetencyjnego.

W realiach SPZOZ struktura odpowiedzialności powinna być maksymalnie prosta. Nie chodzi o tworzenie rozbudowanego biura projektów, lecz o jasne wskazanie, kto odpowiada za gromadzenie danych, kto za przegląd wyników, kto za przygotowanie decyzji korygujących, a kto za bieżące wdrażanie zmian w procesach. Załącznik nr 9 dostarcza narzędzi potrzebnych do takiego modelu: kart kwartalnych, rejestru KPI, rejestru ryzyk i rejestru decyzji korygujących. Koncepcja przyjmuje, że ich stosowanie powinno stać się

częścią normalnego rytmu pracy kierownictwa i nie może zależeć wyłącznie od okresów szczególnego napięcia.

15.2. Strumienie wdrożeniowe — przegląd szczegółowy

Pięć strumieni wdrożeniowych (Zał. 8) tworzy wzajemnie powiązany układ.

Strumień	Zakres	Lata wiodące	Zależności
A: Finanse	Kontrola kosztów, rozliczenia NFZ, płynność	2026–2032 (ciągły)	Warunkuje tempo C i D
B: Pacjent	Rejestracja, standard obsługi, Google, formularz uwag	2026–2028 (priorytet)	Warunkuje retencję
C: Cyfryzacja	IT, e-rejestracja, obieg informacji	2027–2029 (główne)	Wymaga fundamentu z B
D: Inwestycje	Remonty, laboratorium, karetka, USG, gabinety	2027–2031 (etapowy)	Wymaga stabilizacji z A
E: Rozwój usług	Nowe poradnie, hub diagnostyczny, usługi komercyjne	2029–2032 (kulminacja)	Wymaga C i D

Strumień B jest celowo priorytetem od pierwszego roku, bo nie wymaga dużych nakładów a daje najszybszy efekt reputacyjny. Strumień E jest odsunięty w czasie, bo rozwój nowych usług bez fundamentów IT, sprzętowych i finansowych prowadziłby do chaosu. Koordynator wdrożenia powinien monitorować postęp we wszystkich pięciu strumieniach jednocześnie.

15.3. Ryzyko wdrożeniowe i mechanizm korekty

Największym ryzykiem wdrożeniowym jest utrata impetu. W wielu organizacjach publicznych strategie zaczynają się od fali entuzjazmu, ale po kilku miesiącach codzienność wypiera działania strategiczne. Aby temu zapobiec, koncepcja wprowadza prosty, konsekwentny rytm zarządczy: miesięczny przegląd operacyjny, kwartalny przegląd strategiczny (karta z Zał. 9), półroczna ocena zgodności z prognozą i roczny raport z wdrożenia. Korekta jest normą, a nie porażką — strategia musi reagować na zmiany otoczenia. Każda istotna korekta jest dokumentowana w rejestrze decyzji korygujących (Zał. 9).

15.4. Rytm Kaizen: przegląd, korekta, uczenie się

Elementy Kaizen znajdują swój praktyczny wyraz właśnie w architekturze wdrożenia. Co miesiąc lub co kwartał placówka powinna identyfikować najważniejsze problemy procesowe: trudności w rejestracji, opóźnienia, najczęstsze skargi, niejasności kompetencyjne, nadmierne odchylenia kosztów, problemy z wykonaniem świadczeń czy niedomagania w obiegu informacji. Następnie dla wybranych problemów należy określać działania korygujące o możliwie prostej konstrukcji, przypisywać odpowiedzialność i termin

oraz wracać do ich oceny przy kolejnym przeglądzie. Ten rytm powinien być krótki, konkretny i oparty na faktach. W przeciwnym razie strategia będzie żyła wyłącznie na poziomie dokumentów rocznych, a wiele drobnych problemów będzie niepotrzebnie dojrzewało do skali poważnych kryzysów.

Istotne jest również wprowadzenie zasady dokumentowania małych decyzji zarządczych. W wielu organizacjach właśnie tam gubi się pamięć instytucjonalna: ktoś ustnie zmienia harmonogram, ktoś przesuwca zadanie, ktoś tymczasowo przejmuje odpowiedzialność, a po kilku miesiącach nikt nie potrafi odtworzyć, dlaczego dany proces wygląda tak, a nie inaczej. Rejestr decyzji korygujących ma zapobiegać dokładnie temu zjawisku. Nie służy biurokracji, lecz uczeniu się organizacji. Jeżeli dana korekta zadziałała, warto wiedzieć dlaczego. Jeżeli nie zadziałała, trzeba umieć to nazwać i wyciągnąć wniosek.

16. Zarządzanie ryzykiem strategicznym i operacyjnym

Ryzyko	Prawd.	Wpływ	Kierunek reakcji
Deficyty kadrowe w AOS	wysokie	wysoki	Priorytetyzacja zakresów, elastyczne modele współpracy, konsultanci
Wzrost kosztów osobowych ponad przychody	wysokie	wysoki	Przeglądy kwartalne, kontrola struktury zatrudnienia, produktywność
Słabsza retencja pacjentów	średnie	wysoki	Poprawa rejestracji i komunikacji, analiza skarg, marketing retencyjny
Opóźnienia inwestycyjne	średnie	średni	Etapowanie, karta projektu (Zał. 7), warianty finansowania
Przeszacowanie nowych przychodów	średnie	średni	Ostrożne scenariusze, przegląd KPI (Zał. 9)
Dalszy spadek populacji i odpływ pacjentów	wysokie	wysoki	Hub diagnostyczny, współpraca regionalna, lojalność seniorów
Pogorszenie reputacji	wysokie	średni/wysoki	Standard obsługi (Zał. 6), Google, formularz uwag

Deficyty kadrowe wysokie wysoki priorytetyzacja w AOS zakresów, elastyczne modele współpracy

Wzrost kosztów wysokie wysoki przeglądy osobowych kwartalne, kontrola struktury zatrudnienia

Słabsza retencja średnie wysoki poprawa pacjentów rejestracji, komunikacja, analiza skarg

Opóźnienia średnie średni etapowanie, karta inwestycyjne projektu, warianty finansowania

Przeszacowanie średnie średni ostrożne nowych przychodów scenariusze i przegląd KPI

Każda strategia dla placówki ochrony zdrowia funkcjonuje w warunkach podwyższonej niepewności. Dotyczy to zarówno czynników zewnętrznych -- zmian wyceny świadczeń, dostępności kadr, sytuacji gospodarczej czy inwestycji konkurencji -- jak i czynników wewnętrznych, takich jak błędy organizacyjne, przeciążenie personelu, opóźnienia we wdrożeniu czy niepełne wykorzystanie nowo zakupionego sprzętu. Z tego względu zarządzanie ryzykiem nie może być ostatnim, formalnym rozdziałem strategii. Musi stanowić stałą część cyklu zarządczego. W praktyce oznacza to identyfikowanie ryzyk, ocenę ich istotności, przypisywanie działań zapobiegawczych i sprawdzanie, czy ryzyko słabnie, czy rośnie.

Do najważniejszych ryzyk strategicznych w horyzoncie 2026--2032 należą: utrzymanie deficytów kadrowych w kluczowych poradniach, dalszy wzrost kosztów osobowych szybszy niż wzrost finansowania, słabszy od zakładanego wzrost liczby pacjentów, pogorszenie reputacji na skutek nieskutecznej poprawy rejestracji, opóźnienia w pozyskiwaniu środków zewnętrznych, przeszacowanie przychodów z nowych usług oraz ryzyko, że inwestycje nie będą wystarczająco powiązane z wykorzystaniem operacyjnym. Każde z tych ryzyk może mieć wpływ na kilka celów jednocześnie. Na przykład problem kadrowy w AOS wpływa nie tylko na przychody, lecz także na reputację, pełność ścieżki pacjenta i sens części inwestycji. To właśnie dlatego rejestr ryzyk musi być żywym dokumentem, a nie jednorazową tabelą.

Strategia zakłada, że reakcja na ryzyko powinna mieć trzy poziomy. Pierwszy to poziom prewencyjny: odpowiednie planowanie, selekcja zadań, budowa rezerw organizacyjnych, realistyczne harmonogramy i jasne odpowiedzialności. Drugi to poziom wczesnego ostrzegania: wskaźniki, skargi, dane kosztowe, informacje o wykonaniu kontraktów i sygnały z rynku pracy. Trzeci to poziom korekcyjny: zmiana kolejności działań, przesunięcie inwestycji, modyfikacja modelu świadczenia usługi, wzmocnienie komunikacji lub czasowe ograniczenie zadania, które nie daje zakładanych efektów. Tylko połączenie tych trzech poziomów pozwala prowadzić strategię w sposób dojrzały.

16.1. System monitorowania i wskaźniki sukcesu

Skuteczność strategii będzie oceniana na podstawie zestawu wskaźników pogrupowanych w cztery kategorie. Pierwsza to wskaźniki finansowe: wynik netto, wynik operacyjny, płynność, struktura kosztów osobowych, poziom zobowiązań krótkoterminowych i punktowa ocena ekonomiczno-finansowa. Druga to wskaźniki pacjenckie i dostępnościowe: liczba deklaracji POZ, skala zgłoszeń i skarg, czas reakcji na uwagi, jakość dostępności rejestracji, wykorzystanie poszczególnych zakresów. Trzecia to wskaźniki rozwojowe i inwestycyjne: stopień realizacji kamieni milowych, poziom

wykorzystania sprzętu, postęp projektów i uruchamianie nowych świadczeń. Czwarta to wskaźniki organizacyjne i jakościowe: regularność przeglądów, aktualność rejestru ryzyk, stopień wdrożenia standardu obsługi oraz jakość współpracy między komórkami.

Wskaźniki te powinny być aktualizowane w różnych rytmach. Część finansowa i wykonanie świadczeń wymagają co najmniej monitoringu miesięcznego lub kwartalnego. Część jakościowa i organizacyjna może być oceniana kwartalnie lub rocznie, ale nie rzadziej niż raz na rok. Kluczowe jest, aby każdy wskaźnik miał właściciela danych, jasną definicję i sens interpretacyjny. Strategia nie potrzebuje dziesiątek mierników. Potrzebuje ograniczonego zestawu danych, które naprawdę pomagają podejmować decyzje. Nadmiar wskaźników bywa równie niebezpieczny jak ich brak, ponieważ rozprasza uwagę i zaciemnia to, co rzeczywiście ważne.

Skuteczność strategii będzie oceniana na podstawie zestawu wskaźników pogrupowanych w cztery kategorie, spójnych z rejestrem KPI z Załącznika nr 9.

Kategoria	Wskaźniki	Częstotliwość	Źródło
Finansowe	Wynik netto, płynność, udział kosztów osobowych, punktowa ocena	Kwartalnie/rocznie	Księgowość
Pacjenckie	Deklaracje POZ, deklaracje pielęgniarstwa, skargi, ocena Google	Miesięcznie/kwartalnie	Rejestracja, Google
Rozwojowe	Kamienie milowe, wykorzystanie sprzętu, nowe porady	Kwartalnie/półrocznie	Raporty wdrożenia
Organizacyjne	Regularność przeglądów, rejestr ryzyk, standard obsługi, Kaizen	Kwartalnie/rocznie	Koordinator, Zał. 9

16.2. Ciągłość działania i zarządzanie kryzysowe

W placówce wielkości SPZOK pojedyncze zdarzenie kryzysowe może mieć nieproporcjonalnie duży wpływ na całą organizację. Odejście jednego lekarza specjalisty oznacza zawieszenie całej poradni. Poważna awaria instalacji grzewczej w okresie zimowym może wymusić czasowe ograniczenie działalności. Pandemia lub lokalny kryzys zdrowotny może wymóc szybką reorganizację zasobów. Strategia musi zatem uwzględniać nie tylko ryzyka rozwojowe, ale również ryzyka ciągłości działania.

Plan ciągłości działania dla SPZOK powinien obejmować cztery kategorie scenariuszy: nagłą utratę kluczowego personelu (procedura zastępstw, lista potencjalnych konsultantów, kontakty z agencjami rekrutacyjnymi), awarię infrastruktury technicznej (protokoły awaryjne, umowy serwisowe, zabezpieczenie danych IT), sytuację epidemiczną lub pandemiczną (plan reorganizacji pracy, zasady segregacji, zaopatrzenie w środki ochrony) oraz zakłócenia finansowe (procedura zarządzania płynnością kryzysową, kontakt z gminą, priorytetyzacja zobowiązań).

Elementem ciągłości jest również planowanie sukcesji na poziomie kierowniczym. W niewielkiej organizacji wiedza instytucjonalna jest często skoncentrowana w kilku osobach. Nagła nieobecność dyrektora, głównej księgowej lub koordynatora wdrożenia może sparaliżować procesy decyzyjne. Dlatego strategia zakłada, że kluczowe procedury powinny być udokumentowane, a odpowiedzialności — na tyle przejrzyste, by w razie konieczności możliwe było ich tymczasowe przejęcie.

17. Podsumowanie i konkluzje końcowe

Koncepcja Funkcjonowania i Rozwoju SPZOZ w Ożarowie na lata 2026--2032 została zbudowana na prostym, ale wymagającym założeniu: placówka nie potrzebuje ani strategii wyłącznie obronnej, ani strategii życzeniowej. Potrzebuje strategii realistycznej, która zaczyna się od trudnej diagnozy, ale kończy na wiarygodnym modelu odbudowy i rozwoju. Diagnoza pokazała jasno, że SPZOZ ma jednocześnie duży potencjał i istotne ograniczenia. Potencjał tkwi w kompleksowości oferty, publicznym charakterze, laboratorium, diagnostyce, rehabilitacji i roli lokalnego centrum ambulatoryjnego. Ograniczenia dotyczą finansów, kadry, reputacji i organizacji kontaktu z pacjentem. Cała koncepcja jest próbą przełożenia tego paradoksu na uporządkowaną ścieżkę działania.

Dokument proponuje model rozwoju oparty na pięciu filarach: stabilności finansowej, retencji pacjentów i poprawie dostępności, dopasowaniu do demografii, etapowej modernizacji oraz kulturze zarządzania opartej na danych i ciągłym doskonaleniu. Tak zbudowany model ma szansę powodzenia, ponieważ nie wymaga od SPZOZ natychmiastowej transformacji ponad jego możliwości. Wymaga natomiast konsekwencji, rytmu i odwagi do podejmowania decyzji. W kolejnych latach najbardziej widoczne sukcesy nie będą polegały wyłącznie na nowych inwestycjach. Będą polegały na tym, że placówka stanie się bardziej przewidywalna dla pacjenta, bardziej uporządkowana dla personelu i bardziej stabilna dla organu tworzącego.

Rok 2032 nie jest w tej koncepcji symbolem końca, lecz momentem, w którym SPZOZ powinien wejść w kolejny okres strategiczny z zupełnie innego miejsca niż dziś. Zamiast organizacji skupionej głównie na przetrwaniu, ma być to placówka zdolna do świadomego planowania dalszego rozwoju. Oznacza to, że prawdziwym sukcesem niniejszej koncepcji będzie nie tylko poprawa wyniku i realizacja inwestycji, ale zbudowanie trwałej zdolności instytucjonalnej do prowadzenia zmian. Jeżeli to się uda, załączniki nr 1--9 i niniejszy dokument spełnią swoją rolę: staną się nie jednorazowym opracowaniem, lecz podstawą dojrzałego, odpowiedzialnego i lokalnie użytecznego zarządzania rozwojem SPZOZ w Ożarowie.

ZAŁĄCZNIK NR 1

do koncepcji funkcjonowania i rozwoju
SPZOZ w Ożarowie
na lata 2026–2032

PROGNOZA DEMOGRAFICZNA GMINY OŻARÓW NA LATA 2025–2032

Opracowanie własne na podstawie
danych historycznych GUS/BDL (1995–2024)
Metoda kohortowo-trendowa w grupach 5-letnich

Ożarów, marzec 2026

1. Wprowadzenie

Niniejszy załącznik przedstawia prognozę demograficzną Gminy Ożarów (województwo świętokrzyskie) na lata 2025–2032, opracowaną jako materiał analityczny do Koncepcji Funkcjonowania i Rozwoju Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Ożarowie. Prognoza oparta jest na danych historycznych GUS/BDL za lata 1995–2024 i wykorzystuje metodę kohortowo-trendową w grupach 5-letnich.

Dane demograficzne stanowią fundament planowania strategicznego w ochronie zdrowia. Zmieniająca się struktura wiekowa populacji gminy bezpośrednio determinuje zapotrzebowanie na poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych, a tym samym wymusza dostosowanie profilu działalności SPZOZ do realiów demograficznych.

2. Prognoza ludności – zestawienie zbiorcze

Tabela 1 przedstawia prognozowaną liczbę ludności Gminy Ożarów w podziale na trzy podstawowe grupy wiekowe: dzieci i młodzież (0–14 lat), populację w wieku produkcyjnym (15–64 lat) oraz seniorów (65 lat i więcej).

Tabela 1. Prognoza ludności Gminy Ożarów 2025–2032 – zestawienie zbiorcze

Rok	Ludność ogółem	0–14 lat	15–64 lat	65+ lat	Udział 65+
2025	9832	1160	6293	2379	24,2%
2026	9701	1106	6205	2390	24,6%
2027	9569	1051	6118	2400	25,1%
2028	9437	997	6029	2411	25,5%
2029	9306	942	5943	2421	26,0%
2030	9163	889	5874	2400	26,2%
2031	9020	834	5805	2381	26,4%
2032	8877	780	5737	2360	26,6%

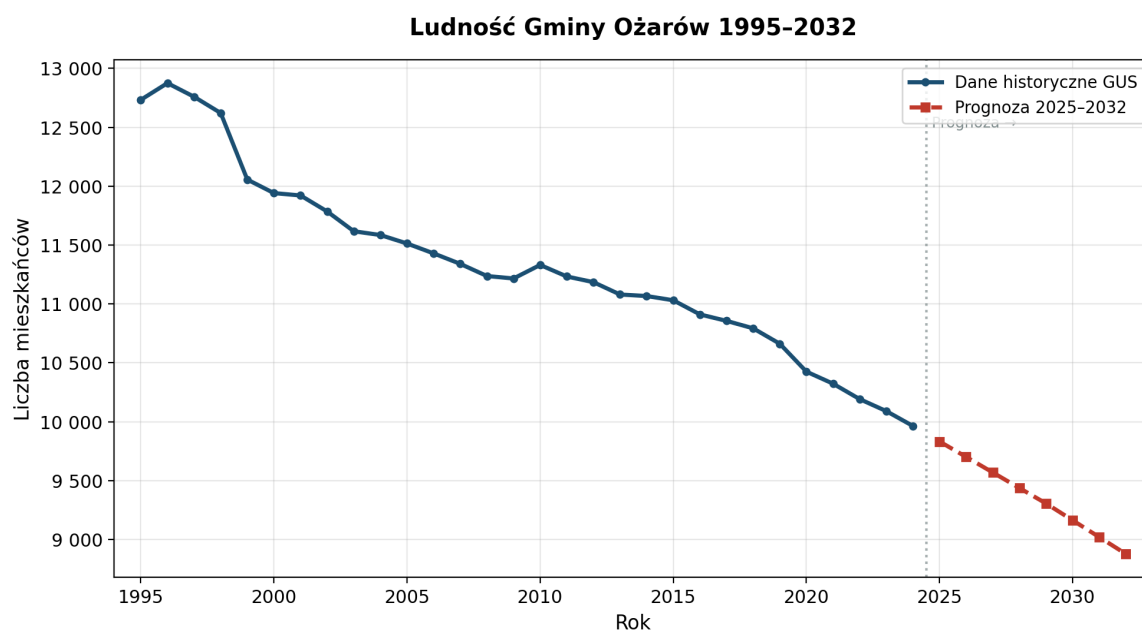
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS/BDL (1995–2024)

Główne wnioski z prognozy zbiorczej:

- Ludność gminy zmniejszy się z 9 832 osób w 2025 r. do 8 877 w 2032 r., co oznacza spadek o 955 osób (–9,7%).
- Liczba dzieci (0–14 lat) zmniejszy się o 380 osób (–32,8%), z 1 160 do 780.
- Populacja w wieku produkcyjnym (15–64) spadnie o 556 osób (–8,8%).
- Grupa 65+ utrzyma się na stabilnym poziomie ok. 2 360–2 420 osób, ale jej udział w populacji wzrośnie z 24,2% do 26,6%.

2.1. Trend ludnościowy 1995–2032

Wykres 1 obrazuje długookresowy trend spadkowy ludności gminy. Od szczytu w 1996 r. (12 875 mieszkańców) do prognozowanego 2032 r. gmina straci ponad 4 000 mieszkańców, czyli niemal jedną trzecią populacji.

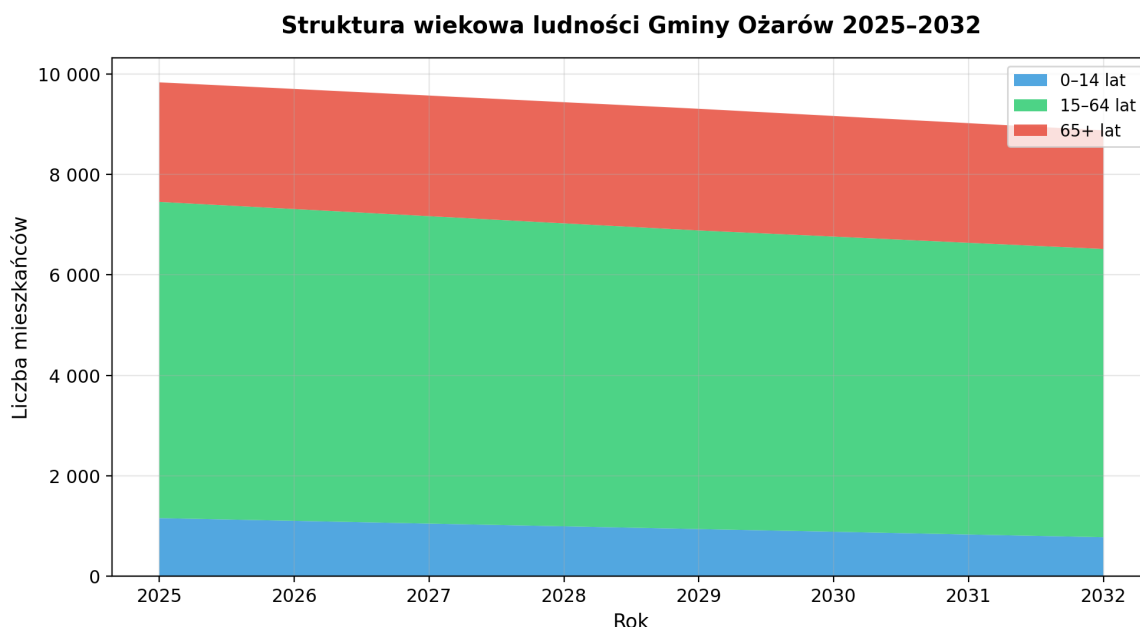


Wykres 1. Ludność Gminy Ożarów 1995–2032 (dane historyczne + prognoza)

3. Struktura wiekowa ludności

Analiza struktury wiekowej ma kluczowe znaczenie dla planowania usług zdrowotnych. Poniżej przedstawiono dane w ujęciu trzech głównych grup ekonomicznych oraz szczegółowe zestawienie w grupach 5-letnich.

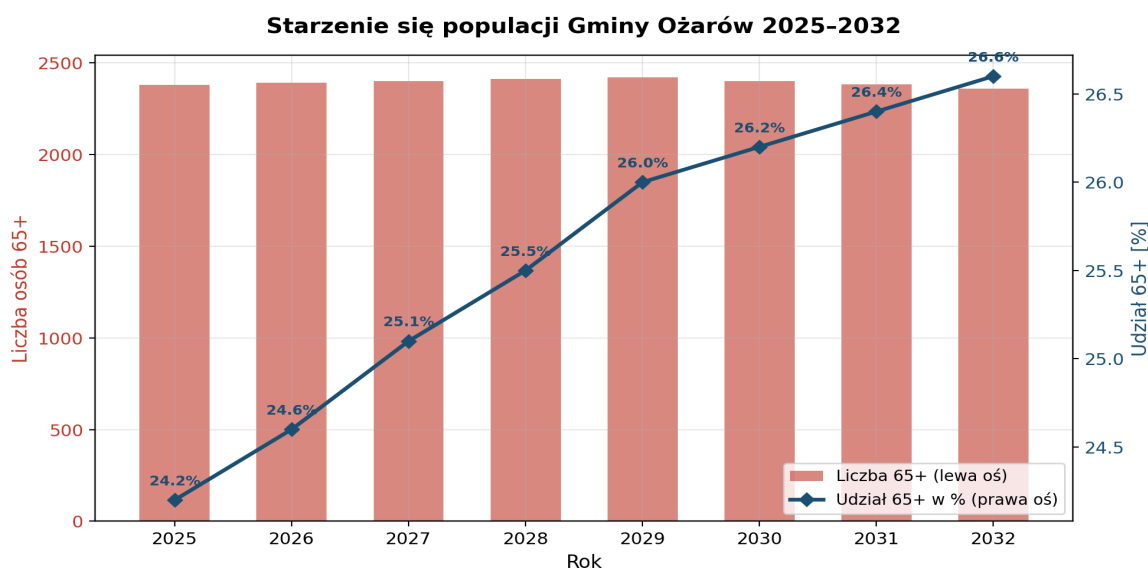
3.1. Struktura w grupach ekonomicznych



Wykres 2. Struktura wiekowa ludności Gminy Ożarów 2025–2032

3.2. Proces starzenia się populacji

Udział osób w wieku 65+ wzrośnie z 24,2% w 2025 r. do 26,6% w 2032 r. Jest to konsekwencją zarówno wzrostu bezwzględnej liczby seniorów (wchodzenie roczników wyżej demograficznego w wiek emerytalny), jak i spadku ogólnej liczby ludności.



Wykres 3. Starzenie się populacji Gminy Ożarów 2025–2032

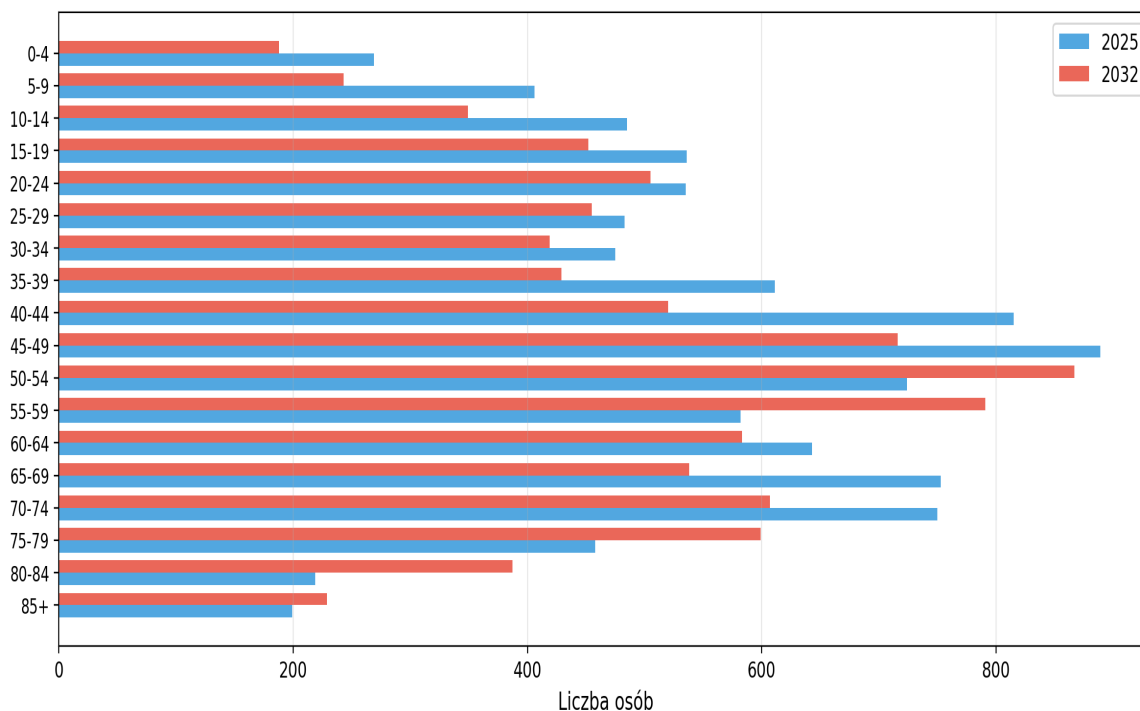
3.3. Szczegółowe porównanie struktury wiekowej 2025 vs 2032

Tabela 2. Porównanie grup wiekowych 2025 i 2032

Grupa wieku	2025	2032	Zmiana	Zmiana %	Udział 2032
0-4 lat	269	188	-81	-30.1%	2.1%
5-9 lat	406	243	-163	-40.1%	2.7%
10-14 lat	485	349	-136	-28.0%	3.9%
15-19 lat	536	452	-84	-15.7%	5.1%
20-24 lat	535	505	-30	-5.6%	5.7%
25-29 lat	483	455	-28	-5.8%	5.1%
30-34 lat	475	419	-56	-11.8%	4.7%
35-39 lat	611	429	-182	-29.8%	4.8%
40-44 lat	815	520	-295	-36.2%	5.9%
45-49 lat	889	716	-173	-19.5%	8.1%
50-54 lat	724	867	+143	+19.8%	9.8%
55-59 lat	582	791	+209	+35.9%	8.9%
60-64 lat	643	583	-60	-9.3%	6.6%
65-69 lat	753	538	-215	-28.6%	6.1%
70-74 lat	750	607	-143	-19.1%	6.8%
75-79 lat	458	599	+141	+30.8%	6.7%
80-84 lat	219	387	+168	+76.7%	4.4%
85+ lat	199	229	+30	+15.1%	2.6%

Źródło: opracowanie własne. Kolory: zielony = wzrost, czerwony = spadek.

Piramida wieku: porównanie 2025 vs 2032



Wykres 4. Piramida wieku – porównanie 2025 vs 2032

4. Implikacje demograficzne dla SPZOZ Ożarów

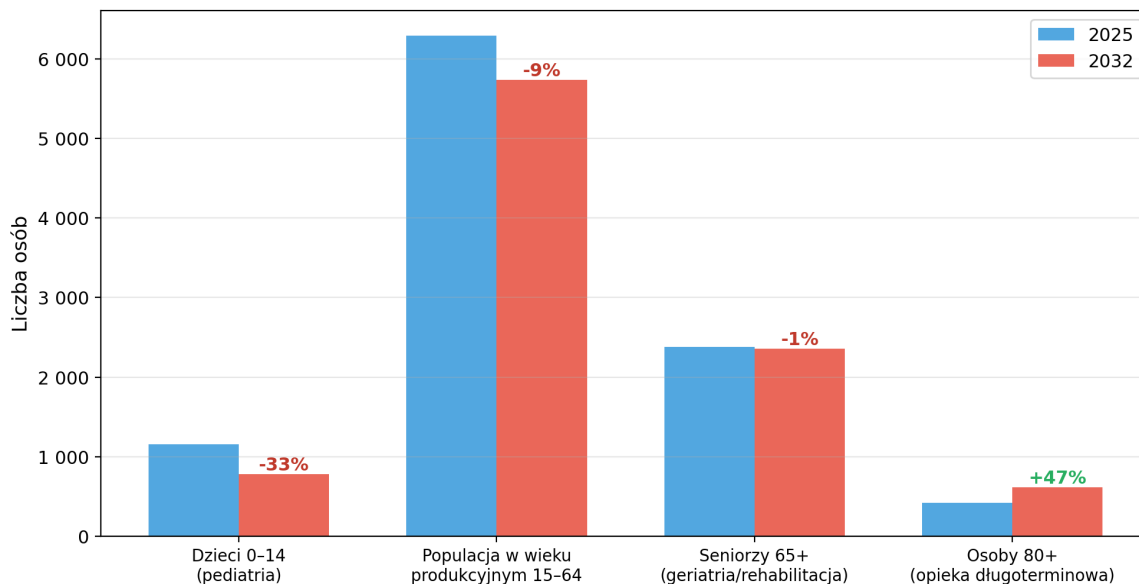
Prognozowane zmiany demograficzne będą miały bezpośredni wpływ na profil i wolumen zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne realizowane przez SPZOZ w Ożarowie. Poniżej przedstawiono kluczowe grupy pacjentów i prognozowane kierunki zmian.

Tabela 3. Kluczowe grupy pacjentów SPZOZ – prognoza zmian

Grupa pacjentów	2025	2032	Zmiana	Implikacje dla SPZOZ
Dzieci 0–14 (pediatria, profilaktyka)	1160	780	–380 (–33%)	Spadek zapotrzebowania na świadczenia pediatryczne
Wiek produkcyjny 15–64	6293	5737	–556 (–9%)	Maniejący potencjał kadrowy i baza składkowa
Seniorzy 65+ (geriatria, rehab.)	2379	2360	–19 (–1%)	Stabilny, wysoki popyt na usługi geriatryczne
Osoby 80+ (opieka długoterminowa)	418	616	+198 (+47%)	Silny wzrost zapotrzebowania na opiekę długoterminową

Źródło: opracowanie własne na podstawie prognozy demograficznej.

Kluczowe grupy pacjentów SPZOZ Ożarów: 2025 vs 2032



Wykres 5. Kluczowe grupy pacjentów SPZOZ – porównanie 2025 vs 2032

4.1. Kluczowe wnioski strategiczne

1. Spadek zapotrzebowania na świadczenia pediatryczne – liczba dzieci 0–14 lat zmniejszy się o jedną trzecią, co wymaga weryfikacji zakresu i organizacji świadczeń pediatrycznych w ramach POZ.
2. Stabilna, ale rosnąca proporcjonalnie grupa seniorów – bezwzględna liczba osób 65+ utrzyma się na poziomie ok. 2 360–2 420, jednak ich udział w populacji wzrośnie do ponad 26%. Oznacza to wzrost zapotrzebowania na świadczenia geriatryczne, rehabilitacyjne i opiekę długoterminową.
3. Gwałtowny wzrost grupy 80+ („najstarszych starych”) – o 47% do 2032 r. Ta grupa generuje najwyższe koszty opieki zdrowotnej per capita i wymaga intensywnych świadczeń pielęgniarstwa, rehabilitacyjnych i opiekuńczych.
4. Kurczenie się bazy kadrowej i składkowej – spadek populacji w wieku produkcyjnym o 556 osób utrudni pozyskiwanie personelu medycznego i zmniejszy lokalną bazę podatkową.

5. Nota metodologiczna

Prognoza została opracowana metodą kohortowo-trendową w grupach 5-letnich na podstawie danych historycznych Banku Danych Lokalnych GUS za okres 1995–2024.

Kluczowe założenia metodologiczne:

- Przejścia między grupami wiekowymi oszacowano na podstawie median historycznych relacji 5-letnich z ostatnich 10 obserwacji.
- Grupę najmłodszą (0–4 lat) prognozowano z wykorzystaniem średniego rocznego tempa spadku z lat 2010–2024 (ok. –5,1% rocznie).
- Nie uwzględniono potencjalnych nieregularnych zdarzeń migracyjnych, zmian polityki prorodzinnej ani efektów pandemicznych.

Niniejsza prognoza stanowi przybliżenie analityczne i nie jest oficjalną prognozą urzędową GUS dla gminy. Służy wyłącznie celom planistycznym w ramach koncepcji funkcjonowania i rozwoju SPZOZ w Ożarowie.

ZAŁĄCZNIK NR 2

do Koncepcji Funkcjonowania i Rozwoju
SPZOZ w Ożarowie na lata 2026–2032

ANALIZA FINANSOWA I WSKAŹNIKOWA SPZOZ W OŻAROWIE ZA LATA 2021–2025

Na podstawie sprawozdań finansowych (RZiS, Bilans) za lata 2021–2024
oraz prognozy finansowej na rok 2025

Dane za rok 2025 mają charakter prognostyczny (oznaczone symbolem P)

Ożarów, marzec 2026

1. Wprowadzenie i zakres analizy

Niniejszy załącznik prezentuje kompleksową analizę finansową i wskaźnikową Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Ożarówie za lata 2021–2025. Analiza obejmuje rachunek zysków i strat (wariant porównawczy), bilans oraz rozbudowany zestaw wskaźników finansowych wraz z ich szczegółową interpretacją.

Uwaga metodologiczna: Dane za rok 2025 mają charakter prognostyczny (oznaczone w tabelach symbolem „P”). Prognoza zakłada kontynuację dotychczasowych trendów kosztowych przy umiarkowanej poprawie dynamiki przychodów. Dane za 2025 r. wskazują na nieznaczną poprawę wyników w porównaniu z rokiem 2024, jednak nadal utrzymuje się głęboka strata operacyjna. Część pozycji szczegółowych za 2025 r. (np. podział pozostałych przychodów/kosztów operacyjnych) nie jest dostępna.

Analiza została przeprowadzona w oparciu o następujące źródła: sprawozdania finansowe SPZOZ Ożarów (RZiS i Bilans za lata 2021–2024), prognoza finansowa na rok 2025 oraz program naprawczy SPZOZ Ożarów.

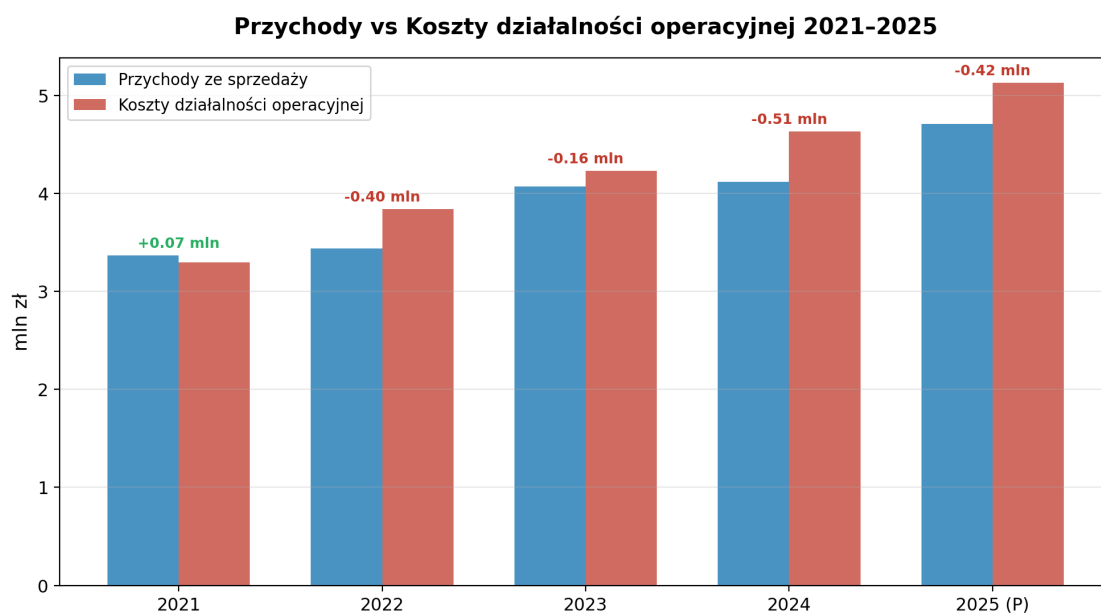
2. Rachunek zysków i strat (RZiS)

Tabela poniżej prezentuje skrócony rachunek zysków i strat SPZOZ Ożarów w ujęciu porównawczym za lata 2021–2025 wraz z dynamiką ostatniego roku. Wszystkie wartości w złotych.

Tabela 1. Rachunek zysków i strat SPZOZ Ożarów 2021–2025 (wartości w zł)

Poz.	2021	2022	2023	2024	2025 (P)	Zm. 24/25
A Przychody netto ze sprzedaży	3 367 110.00	3 439 471.00	4 070 388.00	4 117 432.00	4 708 615.00	+14.4%
B Koszty działalności operacyjnej	3 295 237.00	3 839 068.00	4 232 608.00	4 631 351.00	5 129 568.00	+10.8%
B.I Amortyzacja	129 268.00	172 159.00	160 017.00	114 164.00	138 163.00	+21.0%
B.II Zużycie materiałów i energii	274 950.00	247 704.00	283 393.00	287 238.00	366 982.00	+27.8%
B.III Usługi obce	746 139.00	839 388.00	970 872.00	1 011 275.00	1 276 569.00	+26.2%
B.IV Podatki i opłaty	15 914.00	16 759.00	11 616.00	12 075.00	11 968.00	-0.9%
B.V Wynagrodzenia	1 751 404.00	2 120 789.00	2 326 285.00	2 688 659.00	2 767 646.00	+2.9%
B.VI Ubezpieczenia społeczne i inne	366 820.00	427 906.00	467 737.00	507 702.00	558 333.00	+10.0%
B.VII Pozostałe koszty rodzajowe	10 742.00	14 363.00	12 688.00	10 239.00	9 907.00	-3.2%
C Zysk (Strata) ze sprzedaży	71 873.00	-399 597.00	-162 220.00	-513 918.00	-420 953.00	+18.1%
D Pozostałe przychody operacyjne	58 552.00	322 237.00	44 460.00	18 366.00	49 600.00	+170.1%
E Pozostałe koszty operacyjne	129 487.00	3 952.00	41 161.00	37 571.00	53 460.00	+42.3%
F Zysk (Strata) z dział. operacyjnej	938.00	-81 312.00	-158 921.00	-533 123.00	-424 813.00	+20.3%
I Zysk (Strata) brutto	1 275.00	-81 013.00	-158 954.00	-537 599.00	-427 742.00	+20.4%
L Zysk (Strata) netto	759.00	-81 741.00	-159 451.00	-538 609.00	-428 866.00	+20.4%

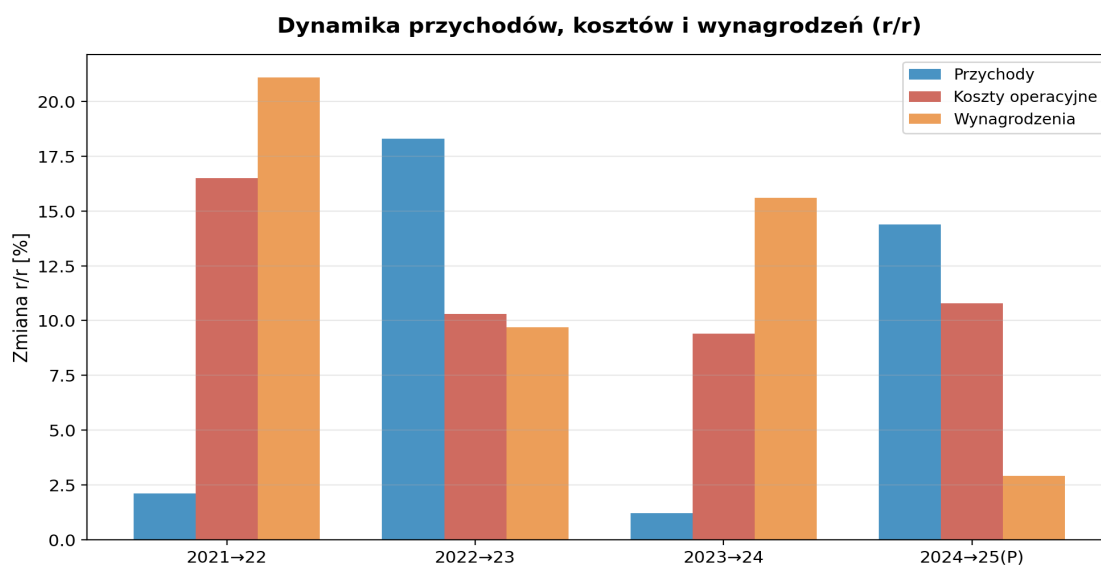
Źródło: sprawozdania finansowe SPZOZ Ożarów. 2025 (P) – prognoza.



Wykres 1. Przychody vs Koszty działalności operacyjnej 2021–2025

Kluczowe obserwacje z rachunku zysków i strat:

- Przychody ze sprzedaży wzrosły w analizowanym okresie z 3,37 mln zł (2021) do prognozowanych 4,71 mln zł (2025), co stanowi wzrost o 39,8%. Dynamika przychodów była jednak nierównomierna – po silnym wzroście w 2023 r. (+18,3%) nastąpiło wyhamowanie w 2024 r. (+1,2%), a następnie ponowne przyspieszenie w 2025 r. (+14,4%).
- Koszty działalności operacyjnej rosły systematycznie szybciej niż przychody: z 3,30 mln zł do 5,13 mln zł (+55,7% w całym okresie). W każdym roku (z wyjątkiem 2021) koszty przewyższały przychody, generując strukturalną stratę ze sprzedaży.
- Strata ze sprzedaży pogłębiła się z –400 tys. zł (2022) do –514 tys. zł (2024). W 2025 r. prognozowana jest pewna poprawa do –421 tys. zł, głównie dzięki wyższej dynamice przychodów przy jednoczesnym wyhamowaniu tempa wzrostu wynagrodzeń.
- Strata netto narastała dramatycznie: od symbolicznych +759 zł w 2021 r., przez –82 tys. zł (2022), –159 tys. zł (2023), do rekordowych –539 tys. zł w 2024 r. Prognoza na 2025 r. (–429 tys. zł) wskazuje na pewną poprawę, ale nadal głęboką stratę.



Wykres 2. Dynamika przychodów, kosztów i wynagrodzeń (r/r)

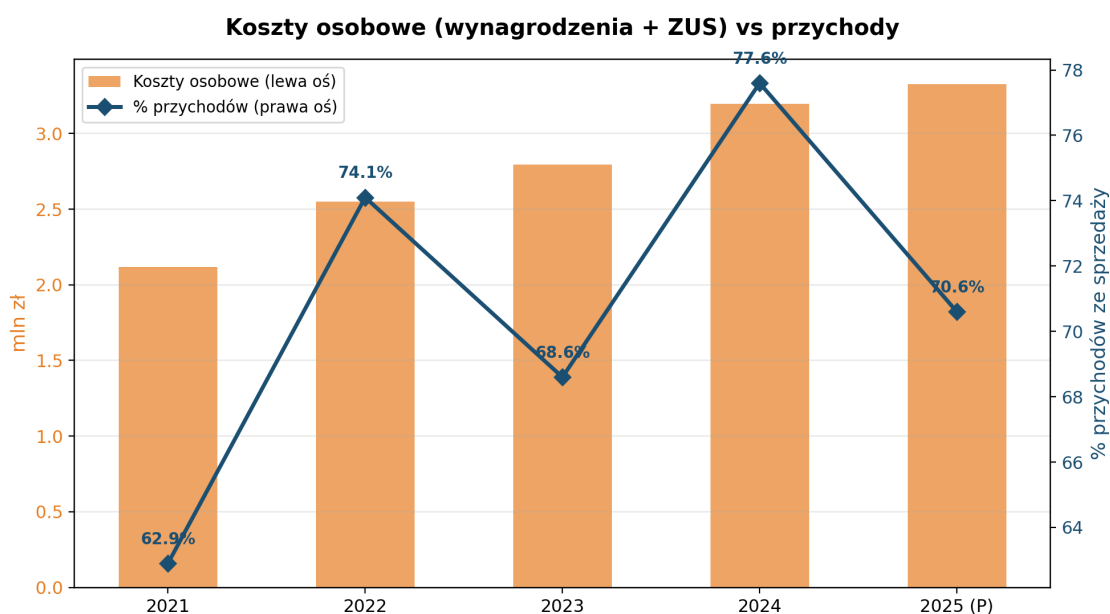
3. Analiza kosztów osobowych (wynagrodzenia + ZUS)

Koszty osobowe (wynagrodzenia brutto wraz ze składkami na ubezpieczenia społeczne) stanowią dominującą pozycję kosztową SPZOZ Ożarów. Ich analiza jest kluczowa dla zrozumienia strukturalnych przyczyn generowania strat.

Tabela 2. Koszty osobowe SPZOZ Ożarów 2021–2025

Pozycja	2021	2022	2023	2024	2025 (P)	Zm. r/r
Wynagrodzenia brutto	1 751 404	2 120 789	2 326 285	2 688 659	2 767 646	+2,9%
Ubezpieczenia społeczne (ZUS)	366 820	427 906	467 737	507 702	558 333	+10,0%
RAZEM koszty osobowe	2 118 224	2 548 695	2 794 022	3 196 360	3 325 979	+4,1%
% przychodów ze sprzedaży	62,9%	74,1%	68,6%	77,6%	70,6%	
% kosztów operacyjnych	64,3%	66,4%	66,0%	69,0%	64,8%	
Relacja ZUS / Wynagrodzenia	20,9%	20,2%	20,1%	18,9%	20,2%	

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych SPZOZ.



Wykres 3. Koszty osobowe (wynagrodzenia + ZUS) na tle przychodów

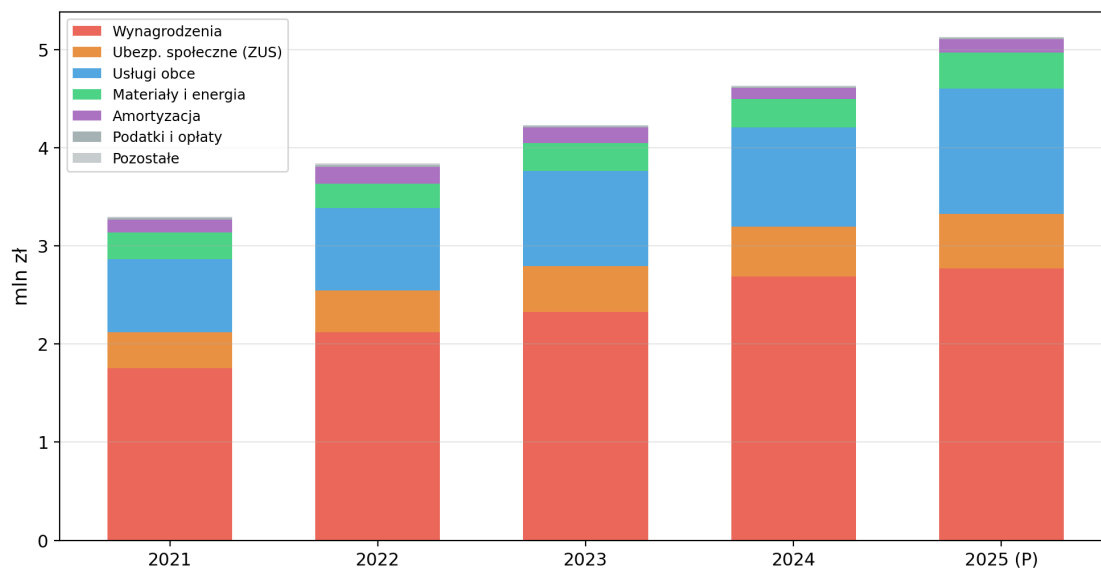
Szczegółowa analiza kosztów osobowych:

- Koszty osobowe wzrosły w latach 2021–2025 o 1,21 mln zł (+57,0%), z 2,12 mln zł do 3,33 mln zł. Jest to najszybciej rosnąca pozycja kosztowa.
- Relacja kosztów osobowych do przychodów ze sprzedaży osiągnęła rekordowy poziom 77,6% w 2024 r. Oznacza to, że ponad trzy czwarte przychodów SPZOZ pochłaniały same wynagrodzenia z pochodnymi. W 2025 r. wskaźnik ten spadł do 70,6%, co jest efektem zarówno wzrostu przychodów, jak i wyhamowania tempa wzrostu wynagrodzeń (tylko +2,9% r/r wobec +15,6% w 2024 r.).
- Wynagrodzenia brutto wzrosły o 53,5% w okresie 2021–2024 (z 1,75 mln zł do 2,69 mln zł), podczas gdy przychody wzrosły jedynie o 22,3%. Ta rozbieżność dynamik jest główną przyczyną narastającej straty.
- Relacja składek ZUS do wynagrodzeń brutto utrzymuje się stabilnie w przedziale 18,9–20,9%, co wskazuje na prawidłowe naliczanie składek. Spadek do 18,9% w 2024 r. może wynikać ze struktury zatrudnienia (wyższy udział wynagrodzeń powyżej 30-krotności).

- W 2025 r. widoczne jest wyhamowanie presji płacowej – wynagrodzenia rosną jedynie o 2,9% r/r, natomiast składki ZUS o 10,0%, co sugeruje wzrost podstaw oskładkowania lub zmianę struktury zatrudnienia.

3.1. Struktura i dynamika poszczególnych pozycji kosztowych

Struktura kosztów działalności operacyjnej 2021–2025

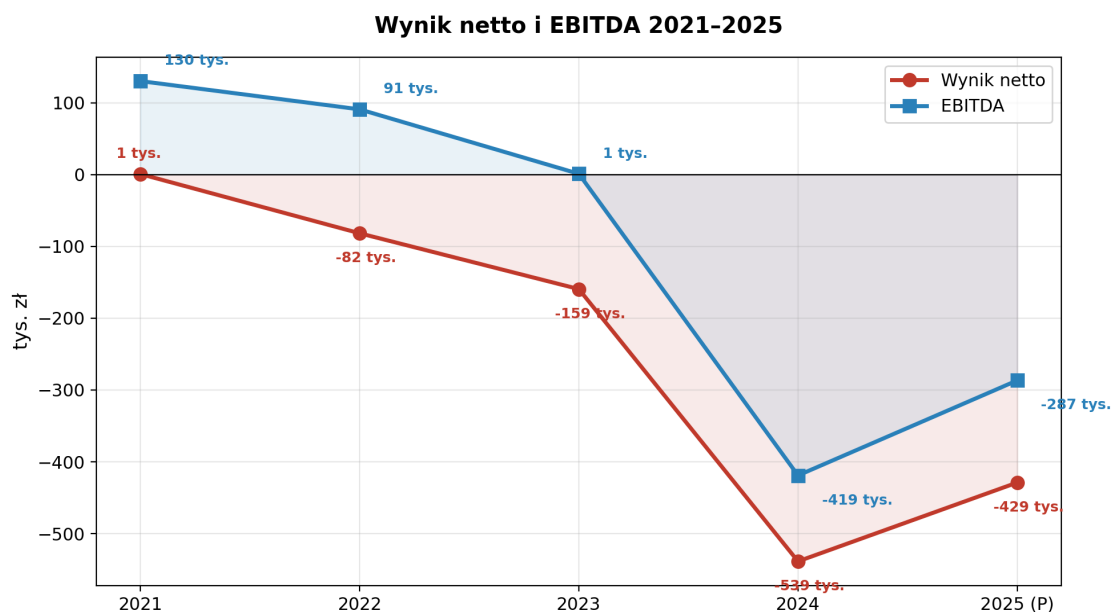


Wykres 4. Struktura kosztów działalności operacyjnej 2021–2025

- Amortyzacja: spadek z 129 tys. zł (2021) do 114 tys. zł (2024), a następnie wzrost o 21,0% do 138 tys. zł w 2025 r. Wzrost amortyzacji w prognozie 2025 r. może wynikać z wprowadzenia do ewidencji nowych środków trwałych (np. sprzęt medyczny zakupiony z dotacji lub leasingu) lub zmiany metody/stawek amortyzacji. Stosunek amortyzacji do środków trwałych brutto (8,5–13,3%) wskazuje na relatywnie niski poziom odtwarzania majątku.
- Usługi obce: systematyczny wzrost z 746 tys. zł do 1,28 mln zł (+71,1% w całym okresie). Jest to druga najszybciej rosnąca pozycja kosztowa. Dynamika w 2025 r. (+26,2%) jest najwyższa w historii, co może wiązać się z rosnącym outsourcingiem usług medycznych lub wzrostem cen kontraktów.
- Zużycie materiałów i energii: wzrost o 27,8% w 2025 r. (do 367 tys. zł) po okresie względnej stabilności. Może to odzwierciedlać wzrost cen energii i materiałów medycznych.

4. Analiza EBITDA i wynik operacyjny

EBITDA (zysk operacyjny powiększony o amortyzację) jest kluczowym wskaźnikiem zdolności jednostki do generowania gotówki z działalności podstawowej, eliminując wpływ polityki amortyzacyjnej i zdarzeń jednorazowych.



Wykres 5. Wynik netto i EBITDA 2021–2025

- EBITDA spadła z +130 tys. zł (2021) do –419 tys. zł (2024). W 2025 r. prognozowana jest poprawa do –287 tys. zł, jednak wartość ujemna oznacza, że SPZOK nie generuje nadwyżki gotówkowej nawet przed uwzględnieniem amortyzacji.
- Ujemna EBITDA od 2024 r. jest sygnałem alarmowym – oznacza, że działalność podstawowa nie pokrywa nawet bieżących kosztów gotówkowych (wynagrodzenia, materiały, usługi), nie mówiąc o odtwarzaniu majątku trwałego.
- Marża EBITDA spadła z +3,9% (2021) do –10,2% (2024), z prognozą poprawy do –6,1% w 2025 r. Dla porównania, typowe SP ZOK-y generują marżę EBITDA w przedziale 2–8%.
- Uproszczony cash flow operacyjny (wynik netto + amortyzacja) potwierdza dramatyczne pogorszenie: z +130 tys. zł (2021) do –424 tys. zł (2024). Oznacza to, że SPZOK finansuje bieżącą działalność z substancji majątkowej lub zaciągając zobowiązania.

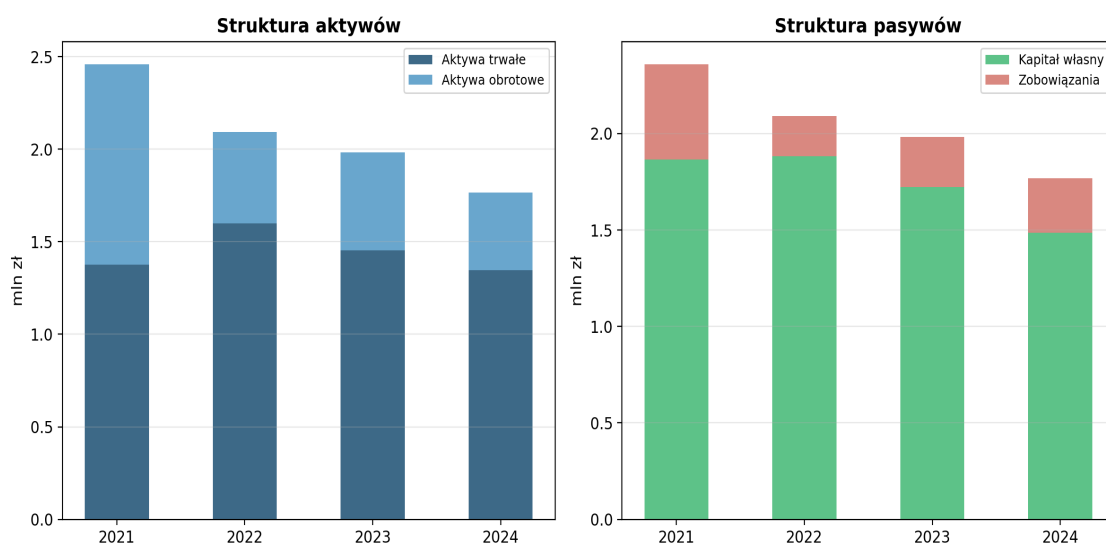
5. Analiza bilansu

Tabela 3. Bilans SPZOZ Ożarów 2021–2024 (wartości w zł)

Pozycja bilansu	2021	2022	2023	2024
AKTYWA RAZEM	2 459 192.00	2 091 826.00	1 983 570.00	1 767 306.00
Aktywa trwałe	1 376 082.00	1 597 860.00	1 454 406.00	1 345 222.00
Środki trwałe	1 335 609.00	1 294 640.00	1 436 595.00	1 345 222.00
w tym: budynki i obiekty	1 125 739.00	1 077 192.00	1 305 538.00	1 243 169.00
w tym: urządzenia techniczne	163 323.00	123 385.00	115 934.00	93 013.00
Środki trwałe w budowie	39 441.00	281 729.00	0.00	0.00
Aktywa obrotowe	1 083 110.00	493 966.00	529 164.00	422 084.00
Należności krótkoterminowe	359 487.00	403 064.00	503 314.00	386 820.00
Środki pieniężne	712 918.00	77 659.00	12 909.00	20 702.00
PASYWA RAZEM	2 459 192.00	2 091 826.00	1 983 570.00	1 767 306.00
Kapitał własny	1 865 262.00	1 883 521.00	1 724 069.00	1 485 480.00
Kapitał podstawowy	2 032 263.00	2 032 263.00	2 032 263.00	2 032 263.00
Zysk/strata z lat ubiegłych	-67 760.00	-67 000.00	-148 742.00	-308 193.00
Zysk/strata netto roku bieżącego	759.00	-81 741.00	-159 451.00	-538 609.00
Zobowiązania i rezerwy	493 930.00	208 305.00	259 500.00	281 826.00
Rezerwy na zobowiązania	340 019.00	39 776.00	59 614.00	84 728.00
Zobowiązania krótkoterminowe	143 990.00	131 989.00	175 704.00	479 351.00
w tym: z tyt. dostaw i usług	71 300.00	37 597.00	91 753.00	116 721.00
w tym: publicznoprawne	63 655.00	82 837.00	80 272.00	188 729.00

Źródło: sprawozdania finansowe SPZOZ Ożarów.

Struktura bilansu SPZOZ Ożarów 2021-2024



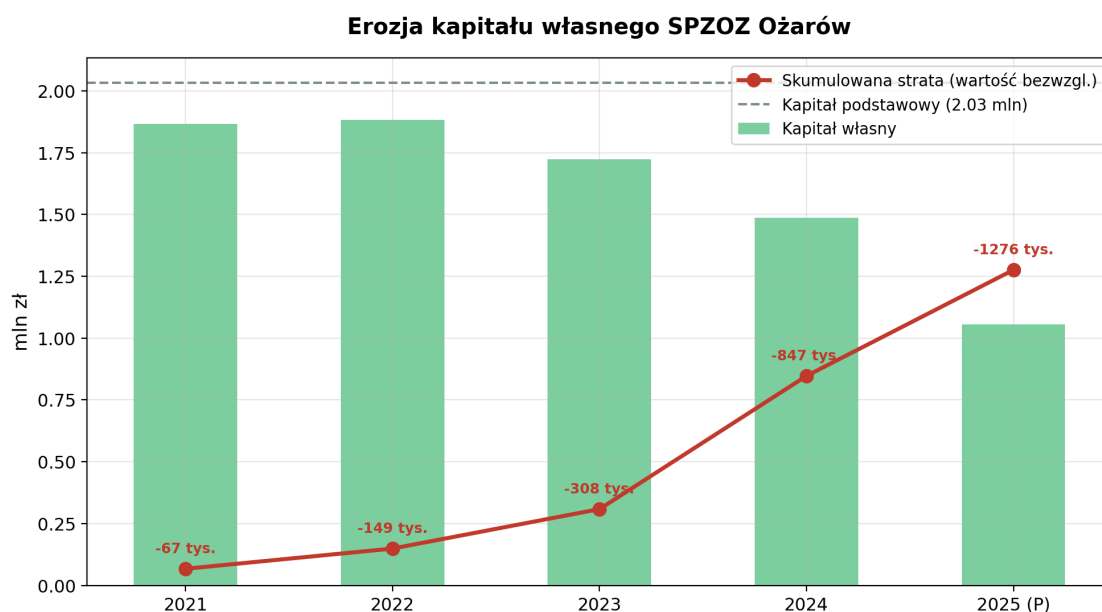
Wykres 6. Struktura bilansu SPZOZ Ożarów 2021–2024

Analiza bilansu – kluczowe obserwacje:

- Suma bilansowa systematycznie maleje: z 2,46 mln zł (2021) do 1,77 mln zł (2024), czyli o 28,1%. Jest to bezpośredni skutek narastających strat pomniejszających kapitał własny.

- Środki pieniężne: dramatyczny spadek z 713 tys. zł (2021) do zaledwie 21 tys. zł (2024). Utrata ponad 97% zasobów gotówkowych w ciągu trzech lat jest najpoważniejszym objawem kryzysu płynności.
- Zobowiązania krótkoterminowe: wzrost z 144 tys. zł (2021) do 479 tys. zł (2024), czyli o 233%. Szczególnie niepokojący jest wzrost zobowiązań publicznoprawnych z 64 tys. zł do 189 tys. zł, co odpowiada ok. 0,7 miesiąca kosztów osobowych i może wskazywać na opóźnienia w regulowaniu składek ZUS i podatku.
- Środki trwałe w budowie: widoczna inwestycja w 2022 r. (282 tys. zł), zakończona w 2023 r. (przeniesienie do środków trwałych, stąd wzrost pozycji budynków z 1,08 mln do 1,31 mln zł). Od 2023 r. brak nowych inwestycji, co w kontekście wzrostu amortyzacji w 2025 r. sugeruje raczej zmianę polityki rachunkowej niż istotne nakłady inwestycyjne.

5.1. Erozja kapitału własnego



Wykres 7. Erozja kapitału własnego SPZOK Ożarów

- Kapitał własny spadł z 1,87 mln zł (2021) do 1,49 mln zł (2024). Skumulowana strata osiągnęła –847 tys. zł na koniec 2024 r., co stanowi 41,7% kapitału podstawowego (2,03 mln zł).
- Szacunkowa skumulowana strata na koniec 2025 r. wyniesie ok. –1,28 mln zł (62,8% kapitału podstawowego). Przy utrzymaniu obecnego tempa strat, kapitał własny może spaść do ok. 1,06 mln zł.

UWAGA: Zgodnie z art. 59 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, jeżeli ujemny wynik finansowy SPZOK nie może zostać pokryty, podmiot tworzący (Gmina Ożarów) jest zobowiązany do pokrycia straty lub podjęcia decyzji o likwidacji zakładu. Narastające straty tworzą rosnące ryzyko prawne i finansowe dla gminy.

6. Analiza wskaźnikowa

Poniżej przedstawiono rozbudowany zestaw wskaźników finansowych z ich szczegółową interpretacją. Wskaźniki za rok 2025 obliczono na podstawie dostępnych danych prognostycznych RZiS; wskaźniki wymagające danych bilansowych za 2025 r. oznaczono jako „b.d.” (brak danych).

6.1. Wskaźniki rentowności

Wskaźniki rentowności mierzą zdolność jednostki do generowania zysku w relacji do przychodów, aktywów lub kapitału własnego. Dla SP ZOZ-ów oczekuje się co najmniej rentowności na poziomie zerowym (pokrycie kosztów), a optymalnie niewielkiej nadwyżki na odtwarzanie majątku.

Tabela 4. Wskaźniki rentowności SPZOZ Ożarów 2021–2025

#	Wskaźnik	2021	2022	2023	2024	2025(P)	Interpretacja
1	Marża zysku ze sprzedaży	2,1%	-11,6%	-4,0%	-12,5%	-8,9%	Stosunek zysku/straty ze sprzedaży do przychodów. Wartość ujemna oznacza, że przychody nie pokrywają kosztów podstawowej działalności. Poprawa w 2025 vs 2024.
2	Marża EBIT (zysk oper.)	0,0%	-2,4%	-3,9%	-12,9%	-9,0%	Uwzględnia saldo pozostałej dział. operacyjnej. Głęboko ujemna od 2024 r., nieznaczna poprawa w 2025.
3	Marża zysku brutto	0,0%	-2,4%	-3,9%	-13,1%	-9,1%	Zbliżona do marży EBIT – przychody/koszty finansowe są marginalne.
4	Marża zysku netto	0,0%	-2,4%	-3,9%	-13,1%	-9,1%	Ostateczna marża po podatku. Utrzymuje się głęboko pod kreską od 2022 r.
5	ROA (Return on Assets)	0,0%	-3,9%	-8,0%	-30,5%	b.d.	Rentowność aktywów ogółem. Dramatyczny spadek do -30,5% w 2024 r. oznacza, że każda złotówka aktywów generuje 30 gr straty.
6	ROE (Return on Equity)	0,0%	-4,3%	-9,2%	-36,3%	b.d.	Rentowność kapitału własnego. -36,3% w 2024 r. – strata netto stanowi ponad 1/3 kapitału własnego. Alarmujący sygnał erozji substancji majątkowej.
7	Marża EBITDA	3,9%	2,6%	0,0%	-10,2%	-6,1%	Zysk operacyjny + amortyzacja do przychodów. Ujemna od 2024 = brak generowania gotówki nawet przed amortyzacją. Poprawa w 2025, ale wciąż ujemna.

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych. b.d. – brak danych bilansowych za 2025 r.

6.2. Wskaźniki płynności finansowej

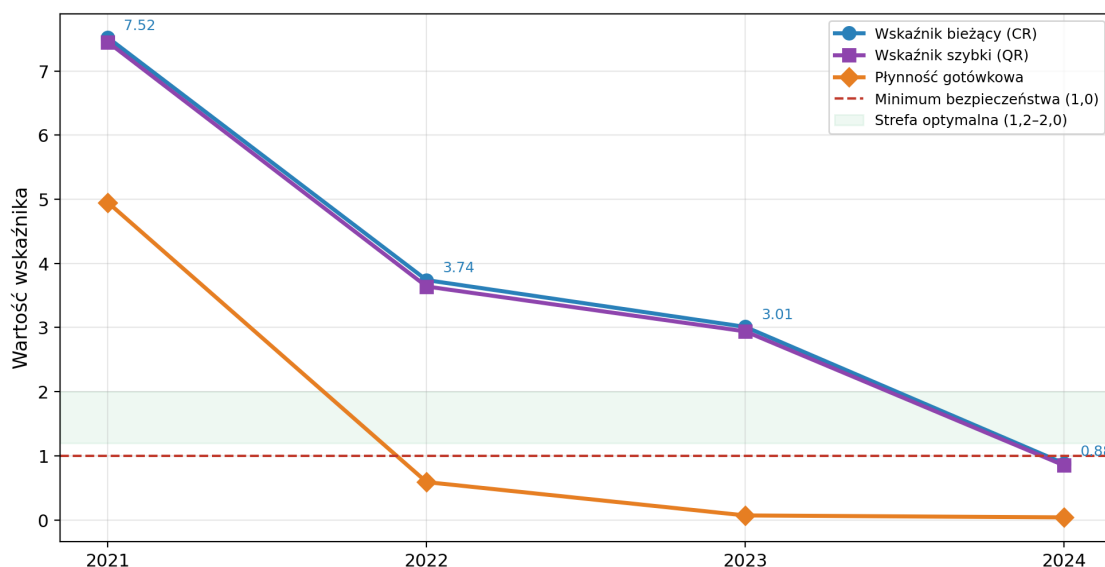
Wskaźniki płynności oceniają zdolność jednostki do regulowania bieżących zobowiązań. Dla SP ZOZ-ów wartości optymalne to: wskaźnik bieżący 1,2–2,0, wskaźnik szybki >1,0, płynność gotówkowa >0,2.

Tabela 5. Wskaźniki płynności SPZOK Ożarów 2021–2024

#	Wskaźnik	2021	2022	2023	2024	2025(P)	Interpretacja
8	Wskaźnik bieżący (CR)	7,52	3,74	3,01	0,88	b.d.	Aktywa obrotowe / Zobowiązania krótkoterminowe. Optymalnie 1,2–2,0. Spadek z nadpłynności (7,52) do poziomu poniżej bezpieczeństwa (<1,0) w 2024 r. Wartość 0,88 oznacza niewypłacalność bieżącą – aktywa obrotowe nie pokrywają zobowiązań krótkoterminowych.
9	Wskaźnik szybki (QR)	7,45	3,64	2,94	0,85	b.d.	(Aktywa obrotowe – zapasy) / Zob. krótkoterminowe. SPZOK nie posiada zapasów, więc QR ≈ CR. Wartość 0,85 w 2024 r. potwierdza zagrożenie płynności.
10	Płynność gotówkowa	4,95	0,59	0,07	0,04	b.d.	Środki pieniężne / Zob. krótkoterminowe. Optymalnie >0,2. Dramatyczny spadek z 4,95 do 0,04. Na koniec 2024 r. gotówka (21 tys. zł) pokrywa jedynie 4% zobowiązań bieżących – faktyczna utrata płynności gotówkowej.

Źródło: opracowanie własne. Brak danych bilansowych za 2025 r. uniemożliwia kalkulację.

Wskaźniki płynności finansowej 2021–2024



Wykres 8. Wskaźniki płynności finansowej 2021–2024

Diagnoza płynności: SPZOK Ożarów przeszedł w ciągu trzech lat od stanu nadpłynności (wskaźnik bieżący 7,52) do stanu faktycznej niewypłacalności bieżącej (0,88). Główną przyczyną jest wyczerpanie zasobów gotówkowych (spadek z 713 tys. zł do 21 tys. zł) przy jednoczesnym gwałtownym wzroście zobowiązań krótkoterminowych (z 144 tys. zł do 479 tys. zł). Wzrost zobowiązań publicznoprawnych do 189 tys. zł może generować dodatkowe koszty (odsetki, kary) i ryzyka prawne.

6.3. Wskaźniki zadłużenia i struktury kapitałowej

Wskaźniki zadłużenia oceniają stopień finansowania majątku kapitałem obcym oraz bezpieczeństwo struktury bilansowej. Dla SP ZOZ-ów, które nie mogą swobodnie zaciągać długu, kluczowa jest autonomia finansowa i pokrycie majątku trwałego kapitałem własnym.

Tabela 6. Wskaźniki zadłużenia i struktury SPZOK Ożarów 2021–2024

#	Wskaźnik	2021	2022	2023	2024	2025(P)	Interpretacja
11	Wskaźnik ogólnego zadłużenia	20,1%	10,0%	13,1%	15,9%	b.d.	Zobowiązania ogółem / Aktywa ogółem. Optymalnie <50%. Niski i bezpieczny poziom, ale rosnący trend od 2022 r. Paradoksalnie niski, bo spadek w 2022 r. wynikał z rozwiązania dużych rezerw (340→40 tys.), nie z poprawy sytuacji.
12	Wskaźnik zadłużenia kap. własnego	26,5%	11,1%	15,1%	19,0%	b.d.	Zobowiązania / Kapitał własny (gearing). Optymalnie <100%. Poziom bezpieczny, ale rosnący. Przy kontynuacji strat i dalszej erozji kapitału wskaźnik będzie się szybko pogarszał.
13	Wskaźnik autonomii	75,8%	90,0%	86,9%	84,1%	b.d.	Kapitał własny / Aktywa ogółem. Optymalnie >50%. Wysoki poziom autonomii, ale systematycznie malejący. Przy szacunkowym kapitale 1,06 mln zł i aktywach ~1,34 mln zł na koniec 2025 r., wskaźnik może spaść do ~79%.
14	Pokrycie akt. trwałych kap. własnym	1,36	1,18	1,19	1,10	b.d.	Kapitał własny / Aktywa trwałe. Optymalnie >1,0 (złota reguła bilansowa). Spadek z 1,36 do 1,10 oznacza kurczącą się nadwyżkę pokrycia. Przy obecnym tempie erozji, złota reguła bilansowa może zostać naruszona w 2026 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie bilansu SPZOK Ożarów.

6.4. Wskaźniki rotacji i sprawności działania

Wskaźniki rotacji mierzą efektywność zarządzania składnikami majątku obrotowego – jak szybko należności zamieniają się w gotówkę i jak terminowo regulowane są zobowiązania handlowe.

Tabela 7. Wskaźniki rotacji SPZOK Ożarów 2021–2024

#	Wskaźnik	2021	2022	2023	2024	2025(P)	Interpretacja
15	Rotacja należności (dni)	39,0	42,8	45,1	34,3	b.d.	Należności / (Przychody/365). Przeciętny czas oczekiwania na zapłatę. Poprawa w 2024 r. (34 dni vs 45 dni w 2023) może wynikać ze zmiany struktury kontraktów z NFZ lub aktywniejszej windykacji.
16	Rotacja zob. handlowych (dni)	7,9	3,6	7,9	9,2	b.d.	Zob. handlowe / (Koszty/365). Termin regulowania faktur dostawców. Wzrost z 3,6 do 9,2 dni świadczy o wydłużaniu terminów płatności – sygnał narastających problemów z płynnością.
17	Cykl konwersji gotówki (dni)	31,1	39,2	37,2	25,1	b.d.	Rotacja należności – Rotacja zobowiązań. Liczba dni, przez które środki są „zamrożone” w cyklu operacyjnym. Skrócenie do 25 dni w 2024 jest pozytywne, ale wynika częściowo z wydłużenia terminów płatności (co jest formą niedobrowolnego kredytowania).

Źródło: opracowanie własne.

6.5. Wskaźniki efektywności i produktywności

Tabela 8. Wskaźniki produktywności SPZOK Ożarów 2021–2024

#	Wskaźnik	2021	2022	2023	2024	2025(P)	Interpretacja
18	Produktywność aktywów	1,37	1,64	2,05	2,33	b.d.	Przychody / Aktywa ogółem. Wzrost oznacza lepsze wykorzystanie majątku, ale paradoksalnie wynika głównie z kurczenia się aktywów (mianownik maleje szybciej niż rośnie licznik).
19	Produktywność aktywów trwałych	2,45	2,15	2,80	3,06	b.d.	Przychody / Aktywa trwałe. Rosnący wskaźnik potwierdza, że majątek trwały jest coraz

#	Wskaźnik	2021	2022	2023	2024	2025(P)	Interpretacja
							<i>intensywniej eksploatowany – wyższe przychody przy zużywającym się sprzęcie.</i>
20	Wskaźnik kosztów do przychodów	97,9%	111,6%	104,0%	112,5%	108,9%	<i>Koszty operacyjne / Przychody. Wartość >100% = strata operacyjna. Od 2022 r. trwale powyżej 100%. Poprawa w 2025 vs 2024 (108,9% vs 112,5%), ale nadal głęboko na minusie.</i>

Źródło: opracowanie własne.

6.6. Wskaźniki dynamiki (rok do roku)

Tabela 9. Wskaźniki dynamiki SPZOZ Ożarów 2022–2025

#	Wskaźnik	2021	2022	2023	2024	2025(P)	Interpretacja
21	Dynamika przychodów r/r	—	+2,1%	+18,3%	+1,2%	+14,4%	<i>Nierównomierna dynamika. Silny wzrost w 2023 i 2025 r. kompensowany słabym 2024 r. Źródło: nowe kontrakty NFZ, podwyżki wycen świadczeń.</i>
22	Dynamika kosztów oper. r/r	—	+16,5%	+10,3%	+9,4%	+10,8%	<i>Stale dwucyfrowy wzrost kosztów (z wyjątkiem 2024 r. – +9,4%). Koszty rosną stabilnie 10–16% rocznie, niezależnie od dynamiki przychodów.</i>
23	Dynamika wynagrodzeń r/r	—	+21,1%	+9,7%	+15,6%	+2,9%	<i>Wyraźne wyhamowanie w 2025 r. (+2,9%) po latach dwucyfrowych wzrostów. Kluczowe pytanie: czy jest to trwała zmiana, czy jednorazowy efekt.</i>
24	Dynamika amortyzacji r/r	—	+33,2%	–7,1%	–28,6%	+21,0%	<i>Wzrost amortyzacji w 2025 r. o 21% (ze 114 tys. do 138 tys. zł) po spadkach w 2023–2024. Sugeruje przyjęcie nowych środków trwałych do ewidencji lub korektę stawek.</i>
25	Dynamika usług obcych r/r	—	+12,5%	+15,7%	+4,2%	+26,2%	<i>Gwałtowny wzrost w 2025 r. (+26,2%) – najwyższy w analizowanym okresie. Wymaga wyjaśnienia: czy wynika z nowych kontraktów outsourcingowych, czy wzrostu cen usług.</i>

7. Podsumowanie i diagnoza syntetyczna

Na podstawie przeprowadzonej analizy finansowej i wskaźnikowej można sformułować następującą diagnozę sytuacji SPZOZ Ożarów:

7.1. Główne zagrożenia (sygnały alarmowe)

- Strukturalna i pogłębiająca się strata operacyjna – od 2022 r. przychody ze sprzedaży trwale nie pokrywają kosztów działalności. Skumulowana strata na koniec 2025 r. sięgnie ok. 1,28 mln zł (63% kapitału podstawowego).
- Ujemna EBITDA od 2024 r. – działalność nie generuje nawet nadwyżki gotówkowej, co oznacza finansowanie bieżącej działalności z substancji majątkowej.
- Katastrofalny spadek płynności – wskaźnik bieżący poniżej 1,0 (0,88 w 2024 r.), gotówka na poziomie 21 tys. zł (pokrycie 4% zobowiązań bieżących).
- Rosnące zobowiązania publicznoprawne – wzrost z 64 tys. do 189 tys. zł może wskazywać na opóźnienia w regulowaniu składek ZUS, co grozi postępowaniem egzekucyjnym.
- Dominacja kosztów osobowych – wynagrodzenia z pochodnymi stanowią 65–69% kosztów operacyjnych i 71–78% przychodów, co drastycznie ogranicza elastyczność finansową.

7.2. Pozytywne sygnały (rok 2025)

- Wyhamowanie dynamiki wynagrodzeń – wzrost zaledwie o 2,9% r/r (wobec 15,6% w 2024 r.), co sugeruje stabilizację polityki płacowej.
- Wzrost przychodów o 14,4% – najwyższa dynamika od 2023 r., prawdopodobnie wynikająca z nowych kontraktów NFZ.
- Zmniejszenie straty netto – z –539 tys. zł do –429 tys. zł (–20,4%), pierwszy spadek straty od 2021 r.
- Poprawa marży EBITDA – z –10,2% do –6,1%, choć nadal głęboko ujemna.

7.3. Kluczowe wyzwania strategiczne

- Przywrócenie dodatniej EBITDA wymaga albo dalszego wzrostu przychodów o ok. 6–8% rocznie przy zamrożeniu kosztów, albo redukcji kosztów o ok. 280–300 tys. zł rocznie.
- Odbudowa płynności finansowej – konieczne dokapitalizowanie lub pozyskanie krótkoterminowego finansowania obrotowego.
- Restrukturyzacja kosztów osobowych – konieczny przegląd struktury zatrudnienia, optymalizacja grafików, analiza outsourcingu vs zatrudnienie własne.
- Wzrost amortyzacji w 2025 r. – wymaga wyjaśnienia źródła (nowe aktywa vs zmiana stawek) i uwzględnienia w planowaniu inwestycyjnym.
- Kontekst demograficzny (zob. Załącznik nr 1) – starzejąca się populacja gminy wymaga zmiany profilu świadczeń (mniej pediatrii, więcej geriatry/rehabilitacji), co może zmienić strukturę przychodów i kosztów.

Niniejsza analiza stanowi materiał wyjściowy do opracowania wariantów restrukturyzacyjnych w ramach Koncepcji Funkcjonowania i Rozwoju SPZOZ w Ożarowie na lata 2026–2032.

ZAŁĄCZNIK NR 3

do Koncepcji Funkcjonowania i Rozwoju
SPZOZ w Ożarowie na lata 2026–2032

ANALIZA OTOCZENIA KONKURENCYJNEGO

SPZOZ W OŻAROWIE

GMINY OŚCIENNE: ANNOPOL • TARŁÓW • ĆMIELÓW • ZAWICHOST • WOJCIECHOWICE

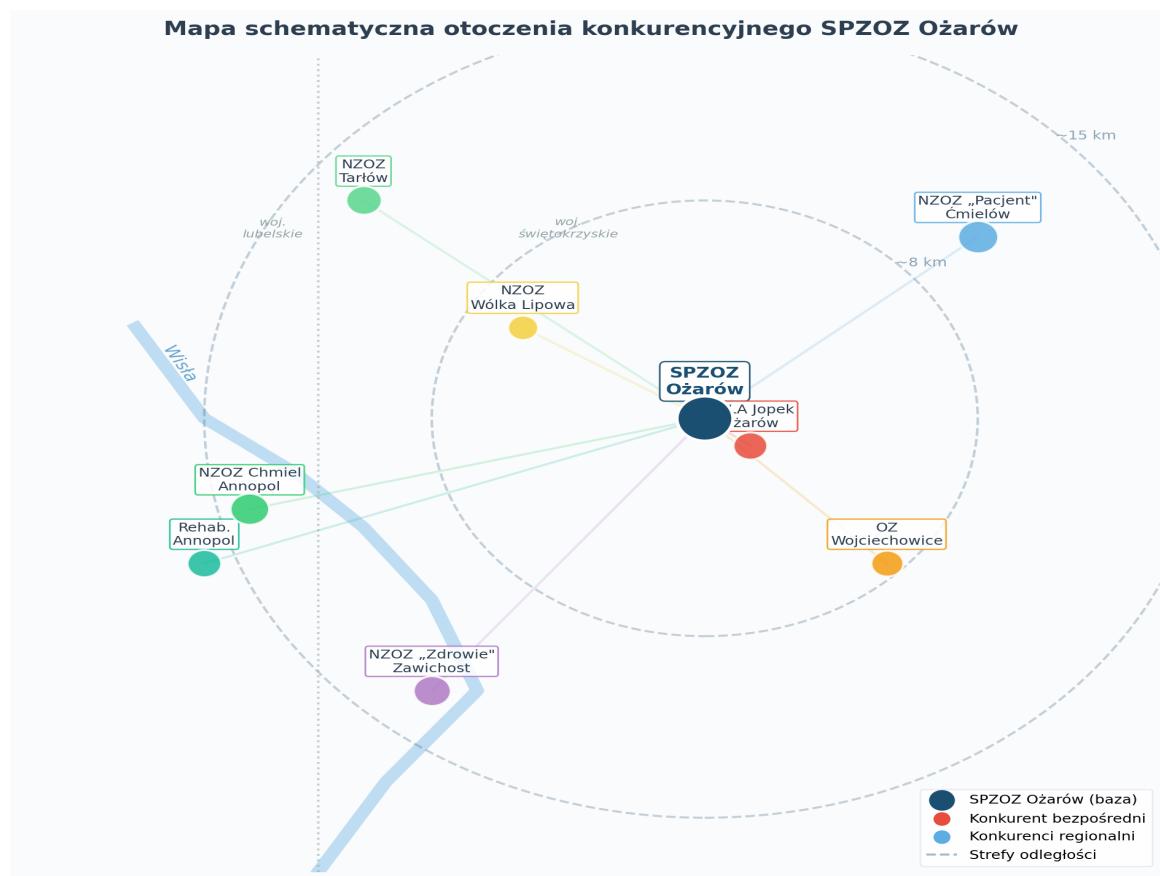
*Mapowanie ekosystemu świadczeń medycznych
w makroregionie opatowsko-sandomierskim*

Na podstawie danych z rejestrów NFZ, RPWDL, portali medycznych i BIP gmin

Ożarów, marzec 2026

Mapa otoczenia konkurencyjnego

Poniższa mapa schematyczna przedstawia rozmieszczenie placówek medycznych w gminach ościennych Ożarowa wraz ze strefami odległości. SPZOZ Ożarów (punkt centralny) otoczony jest przez 8 placówek konkurencyjnych w promieniu do 15 km.



Ryc. 1. Mapa schematyczna otoczenia konkurencyjnego SPZOZ Ożarów. Wielkość punktów odpowiada zakresowi usług. Linie przerywane oznaczają strefy odległości (~8 km i ~15 km). Źródło: opracowanie własne.

1. Cel i zakres analizy

Niniejszy załącznik prezentuje analizę otoczenia konkurencyjnego SPZOZ w Ożarowie (pow. opatowski, woj. świętokrzyskie) w kontekście ambulatoryjnych placówek medycznych funkcjonujących w gminach ościennych. Celem opracowania jest identyfikacja przewag i luk konkurencyjnych SPZOZ, mapowanie zagrożeń ze strony podmiotów ościennych oraz wskazanie kierunków strategicznych dla Koncepcji Funkcjonowania i Rozwoju na lata 2026–2032.

Analiza obejmuje placówki porównywalnego szczebla (ośrodki zdrowia, NZOZ-y gminne) w pięciu gminach ościennych: Ćmielów (~8 km), Wojciechowice (~8 km), Tarłów (~15 km), Zawichost (~15 km) oraz Annopol (~12 km, woj. lubelskie). Uwzględniono również NZLA w Ożarowie jako bezpośredniego konkurenta lokalnego.

2. Profil bazowy: SPZOZ Ożarów

Przed analizą otoczenia konieczne jest precyzyjne zdefiniowanie własnego potencjału. SPZOZ w Ożarowie (ul. Spacerowa 10) jest największą publiczną placówką medyczną w gminie, oferującą wyjątkowo szeroki jak na szczebel gminny zakres usług ambulatoryjnych.

Tabela 1. Profil SPZOZ Ożarów – zestawienie usług

Forma organizacyjna	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (podmiot tworzący: Gmina Ożarów)
POZ	Lekarz rodzinny, pediatra, pielęgniarki środowiskowe, gabinet zabiegowy, gabinet szczepień, higiena szkolna
Poradnie specjalist. (aktywne: 7)	Neurologiczna, endokrynologiczna, dermatologiczna, okulistyczna (tonometr TN 100), ginekologiczno-położnicza, stomatologiczna + radiolog (1× w miesiącu)
Poradnie ZAWIESZONE	Reumatologiczna – lekarz odszedł (wakat krytyczny) Otolaryngologiczna – brak laryngologa (wakat krytyczny)
Opieka skoordynowana	Endokrynologia, kardiologia, dietetyka w ramach POZ (od I 2024)
Diagnostyka	USG (gabinet dedykowany) • EKG (aparat od 2021) • Laboratorium analityczne (Sysmex XN-350, hormony) • BRAK RTG
Rehabilitacja	Dział rehabilitacji i fizjoterapii – gabinety fizykoterapii, turnusy wielodniowe (UWAGA: popyt znacznie przekracza podaż)
Filia terenowa	Jakubowice 48 – POZ, stomatologia, gabinet zabiegowy, szczepienia (godz. 7:00–14:30)
Godziny rejestracji	Poniedziałek–piątek 7:00–14:00 – SŁABOŚĆ KONKURENCYJNA
Kadra – wakaty pilne	Lekarz rodzinny, laryngolog, reumatolog
Kontakt	Tel. 15 861 10 19 spzozozarow.pl

Źródło: spzozozarow.pl, ozarow.pl, portale medyczne. Stan na marzec 2026 r.

Kluczowe atuty SPZOZ Ożarów

Najszerzy zakres specjalizacji ambulatoryjnych w promieniu 15 km – 7 aktywnych poradni, w tym unikalne w regionie: endokrynologia, dermatologia, okulistyka. Jedyny gabinet USG w gminie i jeden z dwóch w promieniu 15 km (drugi: NZOZ Chmiel w Annopolu). Zintegrowany model: diagnostyka (USG, lab., EKG) + specjaliści + rehabilitacja pod jednym dachem. Opieka skoordynowana w POZ (od 2024) – innowacja organizacyjna niedostępna u konkurentów. Bardzo duży niezaspokojony popyt na rehabilitację – potencjał do rozbudowy oddziału.

Kluczowe słabości SPZOZ Ożarów

Brak pracowni RTG – najbliższy aparat rentgenowski w szpitalu w Opatowie (~20 km). Zawieszone poradnie reumatologiczna i otolaryngologiczna – utrata pacjentów do Opatowa i Sandomierza. Krótkie godziny rejestracji (do 14:00) – wszyscy konkurenci pracują do 18:00–19:00. Niskie oceny Google (1,8/5) – problemy z obsługą rejestracji sygnalizowane przez pacjentów.

3. Konkurent bezpośredni: NZLA Ożarów (lek. Piotr Jopek)

Tabela 2. Profil NZLA Ożarów

Forma	Niepubliczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego, kontrakt NFZ
POZ	Lekarz rodzinny, pielęgniarka środowiskowa
Poradnie specjalist.	BRAK – placówka oferuje wyłącznie POZ
Diagnostyka	Pobieranie krwi (brak własnego laboratorium – próbki wysyłane zewnętrznie) • Brak USG • Brak RTG
Rehabilitacja	Brak
Godziny pracy	Poniedziałek–piątek 8:00–18:00 – przewaga nad SPZOZ
Udogodnienia	Podjazdy, winda, klimatyzacja
Kontakt	Tel. 15 861 93 47

Źródło: lokmed.pl, ozarow.pl, Google Maps.

NZLA Jopek pełni funkcję wyłącznie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) – nie oferuje żadnych poradni specjalistycznych. Główną przewagą wobec SPZOZ są dłuższe godziny pracy (do 18:00). W zakresie specjalistyki NZLA nie stanowi realnej konkurencji. Bardzo niskie oceny Google (1,0/5 – 7 opinii) wskazują na poważne problemy z obsługą pacjentów.

4. Analiza placówek w gminach ościennych

4.1. Gmina Ćmielów (~8 km) – najsilniejszy konkurent regionalny

Tabela 3. NZOZ „Pacjent” Ćmielów

Odległość	~8 km (12 min samochodem)
POZ	Lekarz rodzinny, pediatra, pielęgniarka środowiskowa
Stomatologia	Zachowawcza, dziecięca, szkolna – najszerza w regionie (3 specjalizacje)
Ginekologia	Tak (poradnia ginekologiczno-położnicza)
Rehabilitacja	Zakład rehabilitacji leczniczej + pracownia fizjoterapii (kontrakt NFZ)
Medycyna pracy	Tak – jedyny podmiot w regionie
Filie terenowe	3 lokalizacje: Boria, Bróstowa, ul. Długa w Ćmielowie
Godziny pracy	Poniedziałek–piątek 8:00–18:00
Ocena Google	4,1/5 (33 opinie) – najwyższa w regionie
Diagnostyka obrazowa	Brak USG i RTG

Źródło: swiatprzychodni.pl, kliniki.pl, Google Maps.

NZOZ „Pacjent” w Ćmielowie jest jedyną placówką w regionie dorównującą SPZOZ Ożarów szerokością oferty. Posiada 3 filie terenowe, najsilniejszą stomatologię (3 specjalizacje) oraz medycynę pracy. Jego słabością wobec SPZOZ jest brak jakiejkolwiek diagnostyki obrazowej (bez USG i RTG) oraz brak poradni specjalistycznych poza ginekologią. Wysoka ocena Google (4,1) i duża liczba opinii (33) świadczą o dobrej reputacji i lojalności pacjentów.

4.2. Gmina Wojciechowice (~8 km) – strefa odpływowa

Tabela 4. Ośrodek Zdrowia Wojciechowice

Odległość	~8 km (10 min)
Zakres usług	POZ + rehabilitacja medyczna
Specjalizacje	Brak poradni specjalistycznych
Diagnostyka	Brak
Godziny pracy	Poniedziałek–piątek 8:00–18:00
Ocena Google	4,1/5 (8 opinii)

Wojciechowice to typowa „strefa odpływowa” – brak jakiejkolwiek opieki specjalistycznej i diagnostyki powoduje, że mieszkańcy muszą szukać pomocy poza gminą. Główne kierunki migracji: Opatów (szpital), Ożarów (SPZOZ) i Ćmielów. Dla SPZOZ Ożarów jest to naturalne zaplecze pacjentów.

4.3. Gmina Tarłów (~15 km) – fizjoterapia i POZ

Tabela 5. NZOZ Tarłów + NZOZ Wólka Lipowa

NZOZ Tarłów	Barbara Cyran-Kopa, ul. Sandomierska 72
Odległość	~15 km (18 min)
Zakres POZ	Medycyna rodzinna, medycyna szkolna, medycyna pracy, pielęgniarka środowiskowa
Rehabilitacja	Pracownia fizjoterapii (kontrakt NFZ)
Specjalizacje	Brak poradni specjalistycznych
NZOZ Wólka Lipowa	Jolanta Matyga (~10 km od Ożarowa) – POZ + ginekologia

Tarłów i Wólka Lipowa obsługują północne zaplecze Ożarowa. NZOZ Cyran-Kopy wyróżnia się fizjoterapią, medycyną pracy i szkolną. Brak jakichkolwiek poradni specjalistycznych oznacza, że pacjenci z Tarłowa wymagający konsultacji neurologa, okulisty czy dermatologa muszą jechać do Ożarowa lub Opatowa.

4.4. Gmina Zawichost (~15 km) – luka rehabilitacyjna

Tabela 6. NZOZ „Zdrowie” Zawichost

Odległość	~15 km (18 min)
Zakres	POZ, ginekologia, stomatologia, diagnostyka laboratoryjna
Rehabilitacja	BRAK – planowana inwestycja (remont budynku pod przyszły zakład)
Diagnostyka obrazowa	BRAK USG i RTG
Zagrożenie	Inwestycja w rehabilitację (nowa winda, instalacje) – horyzont 1–2 lata
NZOZ Czyżów Szlachecki	Renata Kiliańska – wyłącznie POZ (~17 km), ~300 mieszkańców – naturalne zaplecze SPZOZ

Zawichost jest szczególnie interesujący z uwagi na trwający kosztowny remont budynku przychodni z przygotowaniem piętra pod zakład rehabilitacji. Uruchomienie tego ośrodka w perspektywie 1–2 lat może odebrać SPZOZ Ożarów część pacjentów rehabilitacyjnych z południowej części gminy.

4.5. Gmina Annopol (~12 km, woj. lubelskie) – wyspa za Wisłą

Tabela 7. Placówki medyczne w Annopolu

NZOZ Chmiel	ul. Leśna 1, Annopol – woj. lubelskie (odrębny oddział NFZ)
Odległość	~12 km (15 min, most na Wiśle)
Zakres	POZ, ginekologia, pediatria, rehabilitacja z fizjoterapią, transport sanitarny
Diagnostyka	USG • EKG – jedyny ambulatoryjny USG poza Ożarowem w promieniu 15 km
Godziny pracy	Pn–Pt 8:00–18:00, sobota 8:00–10:00
Ocena Google	3,6/5 (19 opinii)
Ośrodek Rehabilitacji	ul. Świeciechowska 16 (filia Zaklikowa) – wyspecjalizowana rehabilitacja + poradnia reumatologiczna

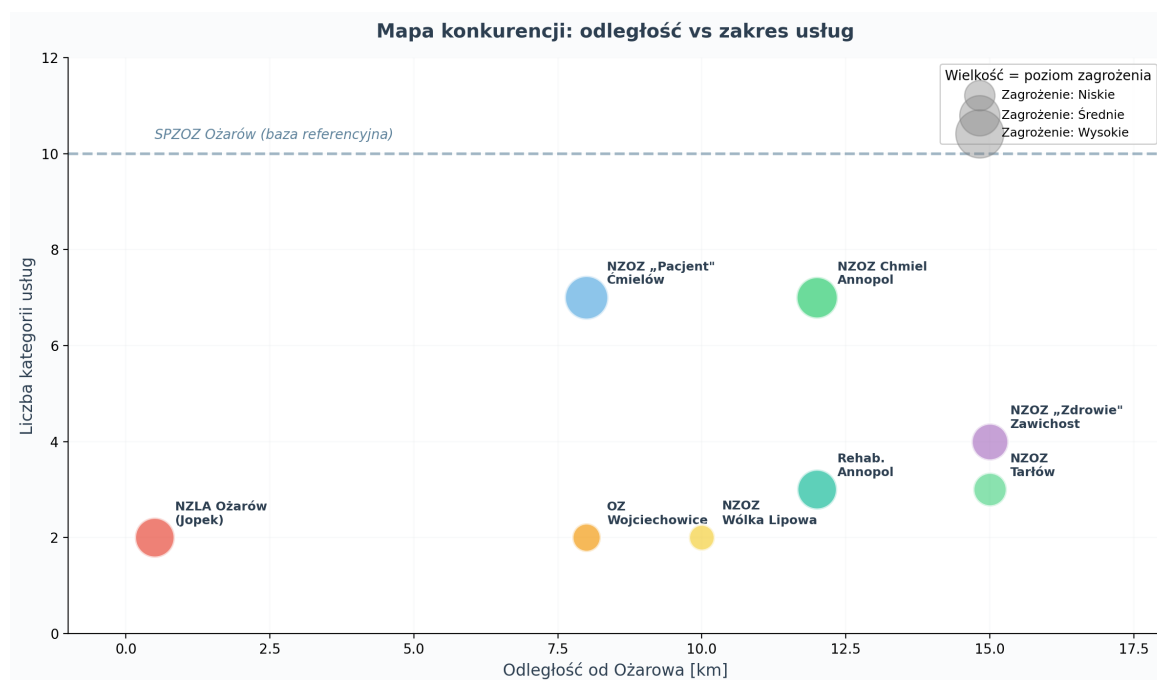
Annopol operuje w odrębnym ekosystemie NFZ (oddział lubelski), co tworzy barierę administracyjną. Ośrodek Rehabilitacji z poradnią reumatologiczną stanowi bezpośrednią konkurencję dla Działu Rehabilitacji SPZOZ Ożarów, oferując wyspecjalizowany profil i dłuższe godziny pracy.

5. Analiza wizualna otoczenia konkurencyjnego

Poniższe wykresy stanowią graficzną syntezę danych zebranych w rozdziałach 2–4. Pozwalają na szybkie zidentyfikowanie pozycji konkurencyjnej SPZOZ Ożarów, głównych zagrożeń oraz obszarów wymagających interwencji.

5.1. Mapa konkurencji: odległość vs zakres usług

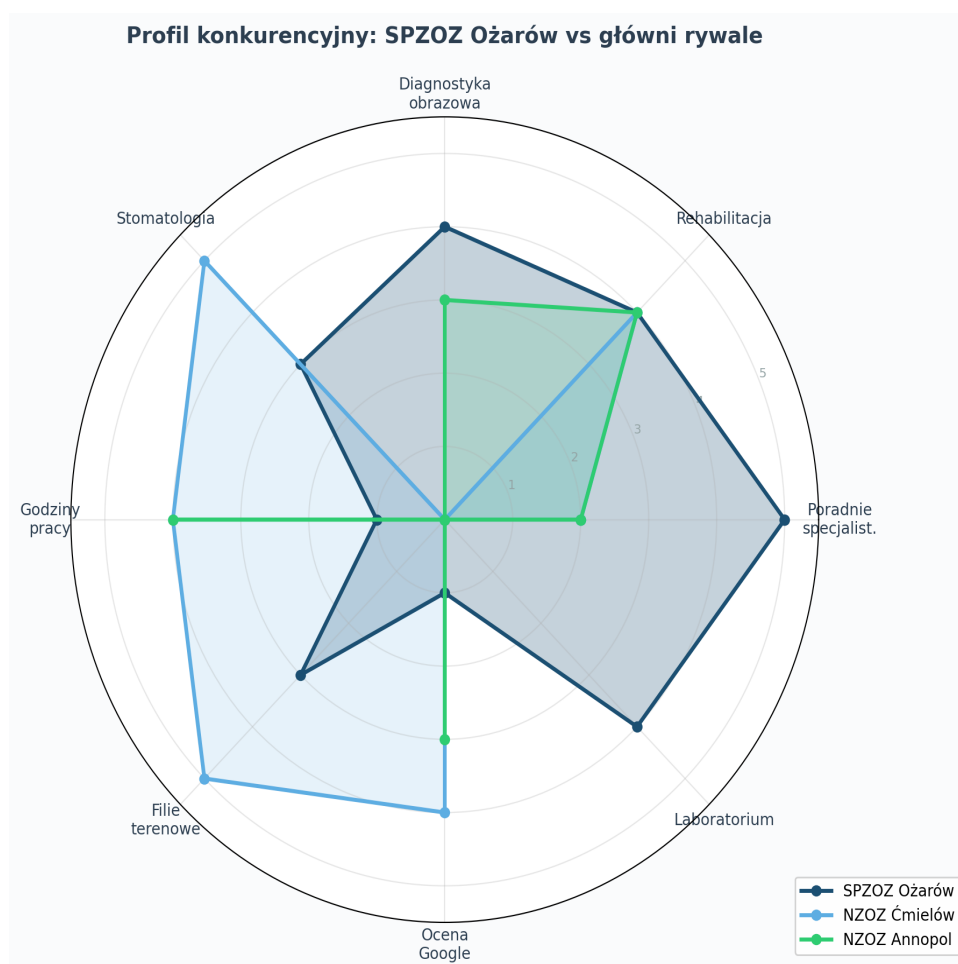
Wykres bąbelkowy zestawia odległość każdej placówki od Ożarowa (oś X) z liczbą oferowanych kategorii usług (oś Y). Wielkość bąbelka odpowiada poziomowi zagrożenia konkurencyjnego. Przerywana linia na poziomie 10 kategorii oznacza bazę referencyjną SPZOZ Ożarów.



Ryc. 2. Mapa konkurencji – odległość od Ożarowa vs zakres usług. Wielkość bąbelka = poziom zagrożenia. Źródło: opracowanie własne.

5.2. Profil konkurencyjny – wykres radarowy

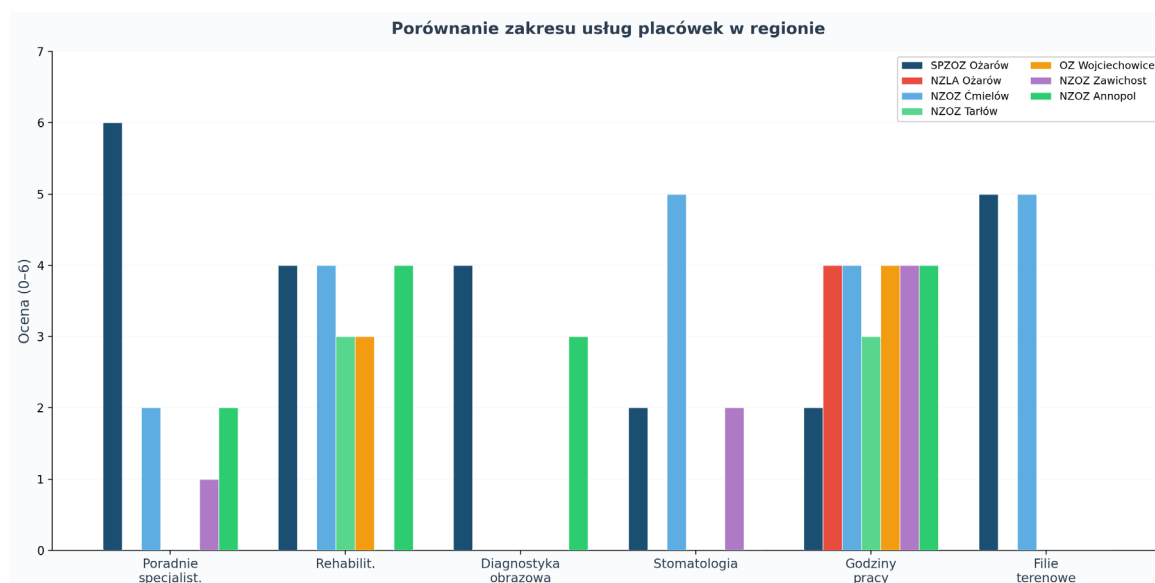
Wykres radarowy porównuje SPZOZ Ożarów z dwoma najsilniejszymi konkurentami regionalnymi: NZOZ „Pacjent” Ćmielów i NZOZ Chmiel Annapol w ośmiu kluczowych wymiarach. Widoczna jest wyraźna dominacja SPZOZ w zakresie poradni specjalistycznych i diagnostyki, ale krytyczne deficyty w godzinach pracy i ocenie Google.



Ryc. 3. Profil konkurencyjny SPZOZ Ożarów vs główni rywale – skala 0–5. Źródło: opracowanie własne.

5.3. Porównanie zakresu usług – wykres słupkowy

Poniższy wykres grupowy zestawia punktację wszystkich placówek w sześciu kluczowych kategoriach usług. SPZOZ Ożarów dominuje w poradniach specjalistycznych i diagnostyce obrazowej, ale wyraźnie przegrywa w kategorii godzin pracy.



Ryc. 4. Porównanie zakresu usług placówek w regionie – punktacja 0–6. Źródło: opracowanie własne.

5.4. Macierz dostępności usług – mapa cieplna

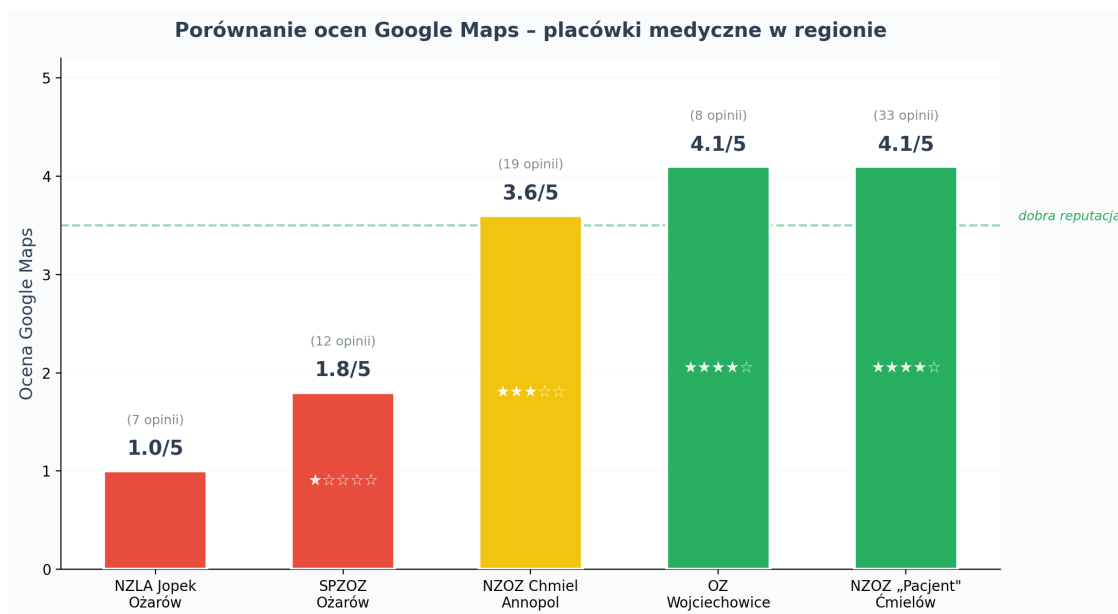
Macierz cieplna prezentuje kompletny obraz dostępności 14 kategorii usług medycznych w 9 placówkach regionu. Kolumna SPZOZ Ożarów (zaznaczona ramką) stanowi punkt odniesienia. Symbol „~” oznacza usługę zawieszoną lub częściowo dostępną.

	SPZOZ Ożarów	NZLA Jopek	NZOZ Ćmielów	NZOZ Tarłów	NZOZ Wólka Lip.	OZ Wojciech.	NZOZ Zawichost	NZOZ Annpol	Rehab. Annpol
POZ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Ginekologia	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✗
Okulistyka	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Neurologia	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Endokrynologia	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Dermatologia	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Reumatologia	~	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
Laryngologia	~	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Stomatologia	✓	✗	✓	✗	✗	✗	✓	✗	✗
Rehabilitacja	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✓
USG	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✗
Laboratorium	✓	~	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗
Medycyna pracy	✗	✗	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗
Pediatrica	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✗

Ryc. 5. Macierz dostępności usług medycznych w regionie. ✓ = dostępne, ✗ = brak, ~ = zawieszone/częściowe. Źródło: opracowanie własne.

5.5. Porównanie ocen Google Maps

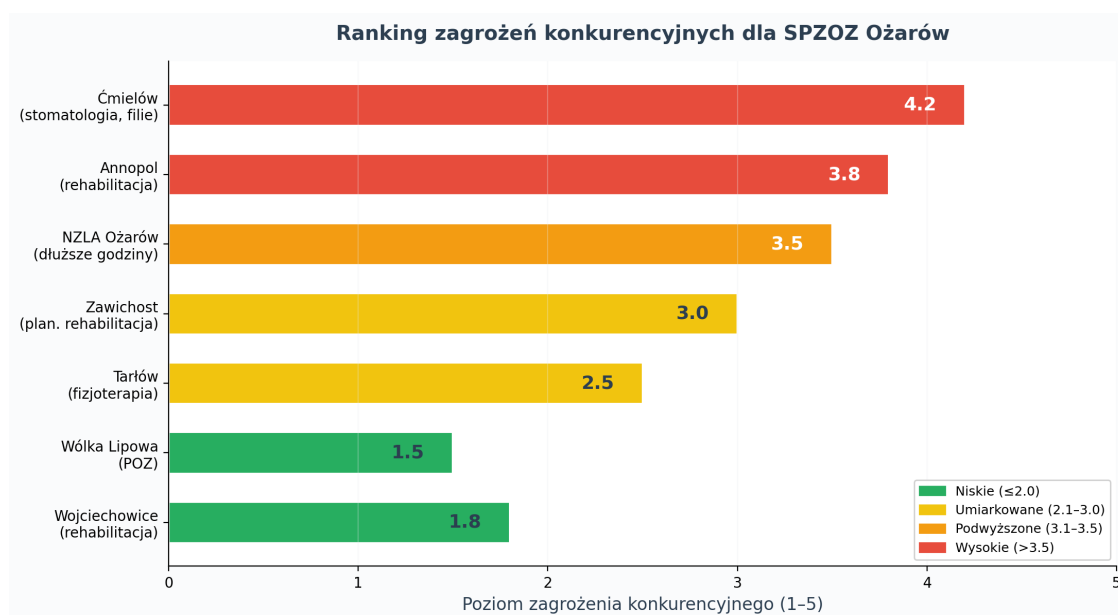
Oceny Google Maps stanowią istotny wskaźnik reputacji placówek medycznych – dla wielu pacjentów są pierwszym kryterium wyboru. SPZOZ Ożarów z oceną 1,8/5 plasuje się na przedostatnim miejscu w regionie, wyprzedzając jedynie NZLA Jopek (1,0/5). Lider – NZOZ „Pacjent” Ćmielów – osiąga 4,1/5 przy 33 opiniach.



Ryc. 6. Porównanie ocen Google Maps placówek medycznych w regionie. Liczba opinii podana w nawiasach. Źródło: Google Maps, marzec 2026.

5.6. Ranking zagrożeń konkurencyjnych

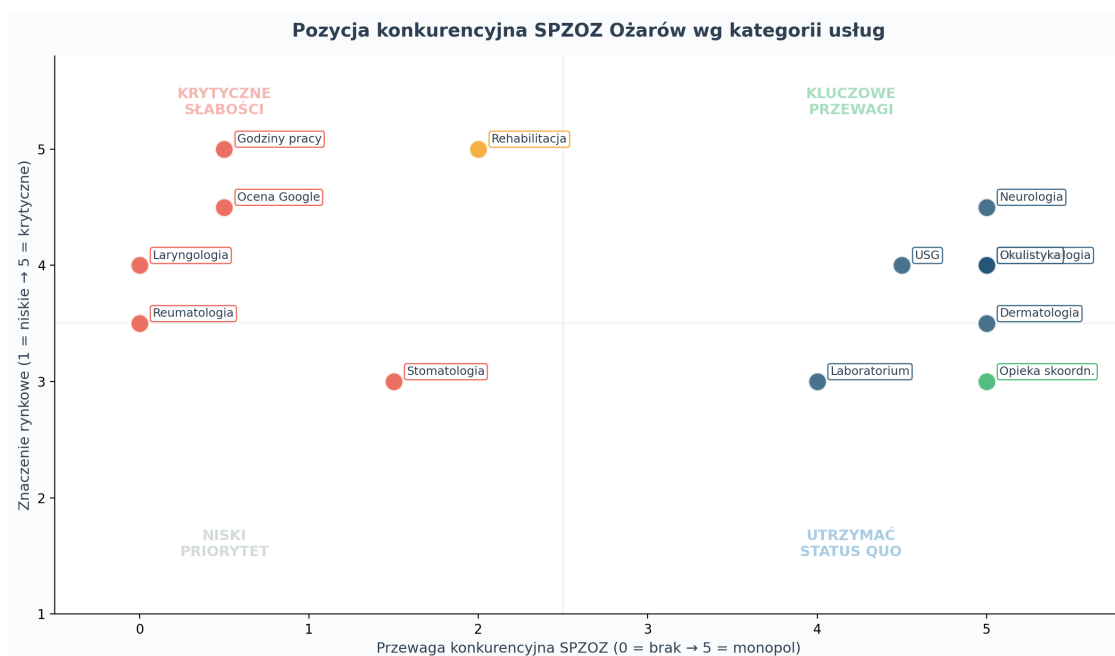
Ranking zagrożeń klasyfikuje placówki konkurencyjne wg poziomu zagrożenia dla SPZOZ Ożarów w skali 1–5. Najwyższe zagrożenie generuje NZOZ „Pacjent” Ćmielów (4,2/5) ze względu na szeroki zakres usług, 3 filie terenowe, medycynę pracy i bardzo dobrą reputację. Na drugim miejscu – NZOZ Annapol (3,8/5) ze specjalistyczną rehabilitacją i poradnią reumatologiczną.



Ryc. 7. Ranking zagrożeń konkurencyjnych dla SPZOZ Ożarów – skala 1–5. Źródło: opracowanie własne.

5.7. Pozycja konkurencyjna SPZOZ wg kategorii usług

Wykres pozycji strategicznej umieszcza poszczególne kategorie usług SPZOZ w układzie dwuwymiarowym: przewaga konkurencyjna (oś X) vs znaczenie rynkowe (oś Y). Kwadrant prawy-górny to kluczowe przewagi do obrony. Lewy-górny to krytyczne słabości wymagające pilnej interwencji. Godziny pracy, ocena Google i zawieszone poradnie znajdują się w strefie krytycznej.



Ryc. 8. Pozycja konkurencyjna SPZOZ Ożarów wg kategorii usług. Kwadranty: prawy-górny = przewagi, lewy-górny = słabości krytyczne. Źródło: opracowanie własne.

6. Macierz porównawcza usług medycznych

Poniższa tabela zestawia zakres usług SPZOZ Ożarów z wszystkimi placówkami konkurencyjnymi. Symbol „–” oznacza poradnię zawieszoną z powodu wakatu lekarskiego.

Kategoria usług	SPZOZ Ożarów	NZLA Jopek	NZOZ Ćmielów	NZOZ Tarłów	Wólka Lipowa	Wojciechowice	NZOZ Zawichost	NZOZ Annopol	Rehab. Annopol
POZ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Ginekologia	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✗
Okulistyka	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Neurologia	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Endokrynologia	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Dermatologia	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Reumatologia	–	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
Laryngologia	–	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Stomatologia	✓	✗	✓✓	✗	✗	✗	✓	✗	✗
Rehabilitacja	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✓✓
USG diagnostyczne	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✗
Laboratorium	✓	pobier.	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗
Medycyna pracy	✗	✗	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗
Pediatrica	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✗
Godziny pracy	do 14:00	do 18:00	do 18:00	b.d.	do 18:00	do 18:00	do 18:00	do 18:00	do 18:00

Tabela 8. Macierz porównawcza usług – SPZOZ Ożarów vs otoczenie konkurencyjne. Legenda: ✓ = dostępne, ✗ = brak, ✓✓ = rozbudowane, – = zawieszone. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z portali medycznych, rejestrów NFZ i BIP gmin. Stan na marzec 2026 r.

7. Wnioski strategiczne

7.1. Monopole i unikalne kompetencje SPZOZ Ożarów

SPZOZ Ożarów posiada faktyczny monopol na poziomie gminnych ośrodków zdrowia w następujących specjalnościach: endokrynologia – niedostępna w żadnej placówce ambulatoryjnej w promieniu 20 km; dermatologia – najbliższy dermatolog ambulatoryjny dopiero w Opatowie lub Sandomierzu; okulistyka (z tonometrią) – niedostępna w gminach ościennych; neurologia – niedostępna w gminach ościennych; USG diagnostyczne – jedyne w powiecie opatowskim na szczęblu ambulatoryjnym (poza szpitalem w Opatowie); opieka skoordynowana POZ – program wdrożony od 2024 r., jedyny w regionie; rehabilitacja zintegrowana – synergia: neurolog + rehabilitacja + USG pod jednym dachem.

7.2. Obszary zagrożeń i luk

Zawieszone poradnie – reumatologiczna i otolaryngologiczna: wakat lekarzy skłania pacjentów do migracji do Opatowa i Sandomierza. Rehabilitacja – 5 z 9 okolicznych placówek oferuje fizjoterapię. Wyspecjalizowany ośrodek w Annopolu z poradnią reumatologiczną stanowi najpoważniejsze zagrożenie. Planowana inwestycja rehabilitacyjna w Zawichocie może dalej zaostrzyć rywalizację. Stomatologia – NZOZ Pacjent w Ćmielowie oferuje 3 specjalizacje, przewyższając zakresem SPZOZ. Godziny pracy – rejestracja SPZOZ zamyka się o 14:00, podczas gdy wszystkie placówki konkurencyjne pracują do 18:00. Jest to najszybciej możliwa do wyeliminowania słabość.

7.3. Rekomendacje kierunkowe

1. Pilne obsadzenie wakatów – laryngolog i reumatolog są kluczowi dla reputacji i przychodów SPZOZ. Brak tych specjalistów kieruje pacjentów do Opatowa lub Sandomierza.
2. Wydłużenie godzin pracy – co najmniej do 18:00 w dni robocze. Jest to najprostsza i najtańsza zmiana o najwyższym potencjale retencyjnym.
3. Obrona i rozbudowa segmentu rehabilitacyjnego – wobec nadchodzącego efektu Zawichostu i silnej pozycji ośrodka w Annopolu, SPZOZ powinien zwiększyć podaż rehabilitacji i pozycjonować ją jako zintegrowaną z diagnostyką i specjalistami.
4. Eksploatacja monopolu diagnostycznego (USG) – żadna placówka w gminach Ćmielów, Tarłów, Wojciechowice i Zawichost nie posiada USG. Formalne porozumienia o współpracy diagnostycznej mogą wygenerować dodatkowy strumień pacjentów.
5. Marketing specjalistyczny wobec gmin odpływowych – mieszkańcy Wojciechowic, Tarłowa, Zawichostu i Czyżowa Szlacheckiego mogą nie wiedzieć o dostępności neurologa, endokrynologa czy dermatologa w Ożarowie.
6. Poprawa jakości obsługi rejestracji – ocena Google 1,8/5 to najniższa w regionie. Poprawa tego wskaźnika jest warunkiem utrzymania lojalności pacjentów.

Niniejsza analiza stanowi materiał wyjściowy do opracowania strategii rozwoju SPZOZ Ożarów w kontekście otoczenia rynkowego. Powinna być czytana łącznie z Załącznikiem nr 1 (prognoza demograficzna) i Załącznikiem nr 2 (analiza finansowa), które dostarczają kontekstu popytowego i budżetowego.

ZAŁĄCZNIK NR 4

do Koncepcji Funkcjonowania i Rozwoju
SPZOZ w Ożarowie na lata 2026–2032

PLAN MINIMUM INWESTYCYJNEGO

SPZOZ W OŻAROWIE NA LATA 2026–2032

*Uzasadnienie merytoryczne i ekonomiczne programu inwestycyjnego
wraz z harmonogramem, źródłami finansowania i analizą komplementarności*

*Na podstawie Programu Naprawczego SPZOZ 2026–2028, danych finansowych,
prognozy demograficznej (Zał. 1), analizy finansowej (Zał. 2) i analizy konkurencji (Zał. 3)*

Ożarów, marzec 2026

1. Wprowadzenie i kontekst

Niniejszy załącznik prezentuje plan minimum inwestycyjnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Ożarowie na lata 2026–2032. Plan ma charakter minimum – obejmuje wyłącznie inwestycje niezbędne do zabezpieczenia ciągłości działania, stopniowej poprawy sytuacji finansowej oraz umiarkowanego rozwoju zakresu świadczeń.

Plan został opracowany w oparciu o następujące dokumenty źródłowe: Program Naprawczy SPZOZ Ożarów na lata 2026–2028 (zatwierdzony uchwałą Rady Miejskiej), Załącznik nr 1 – Prognoza demograficzna Gminy Ożarów na lata 2025–2032, Załącznik nr 2 – Analiza finansowa i wskaźnikowa SPZOZ za lata 2021–2025 oraz Załącznik nr 3 – Analiza otoczenia konkurencyjnego SPZOZ.

1.1. Diagnoza wyjściowa

SPZOZ w Ożarowie zamknął rok 2024 stratą netto w wysokości 538 608,75 zł (por. Zał. 2). Ocena punktowa sytuacji ekonomiczno-finansowej spadła z 55 pkt w 2021 r. do 42 pkt w 2024 r. Główne przyczyny to: niedoszacowanie procedur medycznych przez NFZ, wzrost kosztów wynagrodzeń o 53,6% w latach 2021–2024 przy wzroście przychodów jedynie o 22,3%, nadmierne zatrudnienie w gabinecie fizjoterapii (5,5 etatu vs kontrakt), nierozliczenie programu 40+ z NFZ oraz utrata przychodów z powodu wakatów lekarskich (endokrynolog, reumatolog).

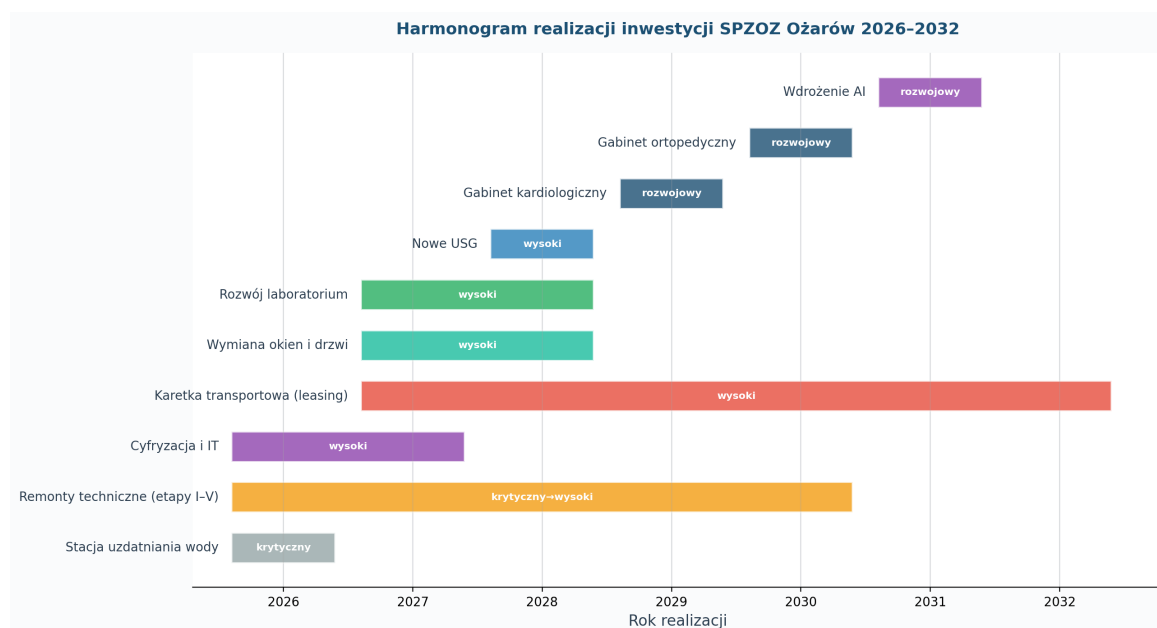
Jednocześnie prognoza demograficzna (Zał. 1) wskazuje na rosnący udział seniorów – z 24,2% w 2025 r. do 26,6% w 2032 r. – co generuje systematycznie rosnący popyt na rehabilitację, diagnostykę i opiekę specjalistyczną. Analiza konkurencji (Zał. 3) potwierdza, że SPZOZ posiada unikalne kompetencje (endokrynologia, neurologia, okulistyka, USG), ale traci pozycję w rehabilitacji, stomatologii i dostępności godzinowej.

1.2. Założenia planu

Plan opiera się na następujących założeniach: od 2027 r. zakłada się brak straty netto i stopniowy wzrost możliwości finansowania ze środków własnych (amortyzacja, a następnie niewielkie zyski); karetka transportowa (350 000 zł) finansowana jest leasingiem na 6 lat (rata uproszczona 58 333 zł/rok); inwestycje w latach 2026–2027 koncentrują się na zabezpieczeniu podstaw technicznych; inwestycje rozwojowe (nowe poradnie) przesunięto na lata 2029–2030, gdy sytuacja finansowa powinna być już stabilna; plan uwzględnia możliwość pozyskania środków zewnętrznych z programów FEnIKS (granty do 600 000 zł, 100% dofinansowania) oraz Dostępność Plus.

2. Harmonogram i struktura planu inwestycyjnego

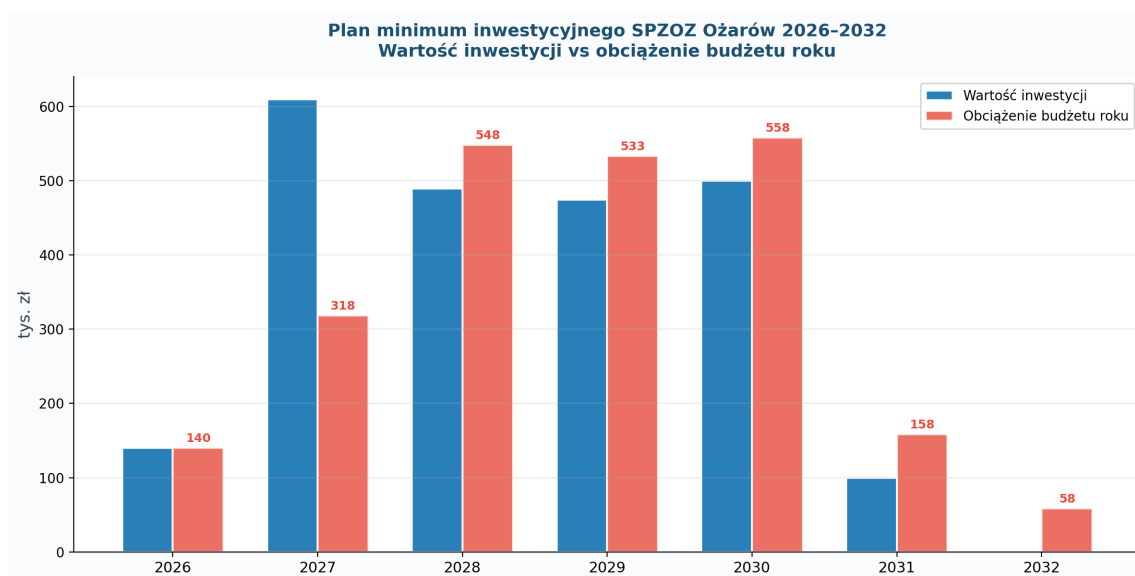
Poniższy harmonogram Gantta przedstawia rozkład czasowy wszystkich zadań inwestycyjnych w okresie 2026–2032. Kolory odpowiadają kategoriom zadań, a opisy na słupkach – priorytetom (krytyczny, wysoki, rozwojowy).



Ryc. 1. Harmonogram realizacji inwestycji SPZOZ Ożarów 2026–2032. Źródło: opracowanie własne na podstawie arkusza planu minimum.

2.1. Obciążenie budżetu w poszczególnych latach

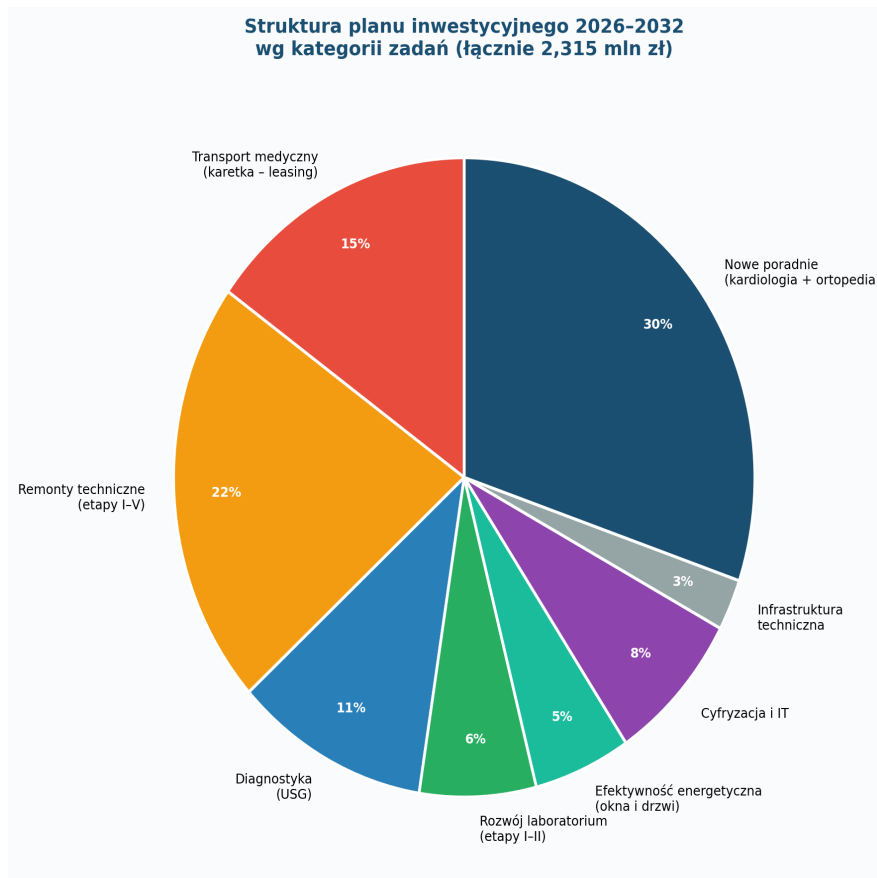
Kluczową cechą planu minimum jest rozłożenie obciążeń w czasie. W 2026 r. (roku odbudowy) wydatki wynoszą jedynie 140 tys. zł i dotyczą wyłącznie zabezpieczenia infrastruktury. Szczytowe obciążenie przypada na lata 2028–2030, kiedy realizowane są inwestycje rozwojowe (USG, nowe poradnie), jednak równocześnie prognoza finansowa (Program Naprawczy) zakłada już zyski netto rzędu 142–309 tys. zł rocznie.



Ryc. 2. Wartość inwestycji vs roczne obciążenie budżetu 2026–2032. Różnica wynika z leasingu karetki. Źródło: opracowanie własne.

2.2. Struktura planu wg kategorii

Łączna wartość planu inwestycyjnego wynosi 2 315 000 zł. Największą pozycję stanowią nowe poradnie specjalistyczne (kardiologia + ortopedia: 700 tys. zł, 30%), następnie remonty techniczne (500 tys. zł, 22%) i karetka transportowa (350 tys. zł, 15%). Struktura odzwierciedla filozofię planu: najpierw zabezpieczyć fundamenty, potem rozbudowywać.



Ryc. 3. Struktura planu inwestycyjnego 2026–2032 wg kategorii zadań. Źródło: opracowanie własne.

3. Szczegółowe uzasadnienie poszczególnych inwestycji

3.1. Rok 2026 – zabezpieczenie podstaw (140 000 zł)

Stacja uzdatniania wody (60 000 zł) – Inwestycja o prioryecie krytycznym. Zapewnienie bezpieczeństwa sanitarnego jest warunkiem sine qua non kontynuacji działalności leczniczej. Brak sprawnej stacji uzdatniania wody zagraża ciągłości pracy laboratorium (Sysmex XN-350 wymaga wody o określonych parametrach), gabinetu zabiegowego i gabinetu stomatologicznego. Niespełnienie wymogów sanepidu może skutkować zawieszeniem działalności.

Remonty techniczne – etap I (50 000 zł) – Usunięcie najpilniejszych ryzyk technicznych: wymiana krytycznych odcinków instalacji elektrycznej (zagrożenie pożarowe) i sanitarnej (nieszczelności, awarie). Program Naprawczy (rozdz. IX) wskazuje, że remont instalacji elektrycznej i kanalizacyjnej jest jednym z priorytetów inwestycyjnych zakładu. Etapowanie na 5 lat pozwala rozłożyć koszty.

Komputery i podstawowy sprzęt IT (30 000 zł) – Warunek wstępny dalszej cyfryzacji i przygotowania do programu FEnKS. Obecny park komputerowy jest przestarzały i utrudnia obsługę systemów NFZ, rejestracji elektronicznej i opieki skoordynowanej (wdrożonej od 2024 r.). Program FEnKS (II nabór, marzec 2026) oferuje granty do 600 tys. zł przy 100% dofinansowania na sprzęt IT i medyczny – SPZOZ powinien złożyć wniosek.

3.2. Rok 2027 – start leasingu karetki i modernizacja (318 333 zł obciążenia)

Karetki transportowa (350 000 zł, leasing 6 lat, rata 58 333 zł/rok) – Inwestycja wielofunkcyjna, której uzasadnienie wykracza daleko poza sam transport sanitarny. Karetka będzie wykorzystywana do: (a) transportu sanitarnego pacjentów (usługa kontraktowana z NFZ, generująca dodatkowe przychody); (b) transportu pielęgniarki środowiskowej do pacjentów – Program Naprawczy zakłada poszerzenie oferty o gabinet położnej środowiskowej i pozyskanie większej liczby pacjentów zapisanych do pielęgniarki środowiskowej, co wymaga mobilności; (c) dowozu próbek laboratoryjnych z ościennych ośrodków zdrowia – zgodnie z planem pozyskania umów z sąsiednimi POZ-ami na badania laboratoryjne (rozszerzony zakres po zakupie nowego aparatu biochemicznego); (d) transportu materiałów między filią w Jakubowicach a siedzibą główną. Bez karetki realizacja tych celów jest niemożliwa, a utracone przychody z transportu sanitarnego i badań laboratoryjnych przewyższyłyby koszt leasingu.

Wymiana okien i drzwi – etap I (60 000 zł) – Inwestycja w efektywność energetyczną o bezpośrednim przełożeniu na redukcję kosztów operacyjnych. Budynek SPZOZ ogrzewany jest gazem ziemnym, którego ceny wzrosły dramatycznie w latach 2022–2024. Wymiana stolarki okiennej i drzwiowej o szacowanym współczynniku $U=2,5\text{--}3,0\text{ W/m}^2\text{K}$ na nowoczesną ($U\leq 0,9$) pozwoli obniżyć zużycie energii cieplnej o 15–25% w wymienionej strefie. Przy rocznych kosztach ogrzewania rzędu 80–100 tys. zł (pozycja B.II RZiS – zużycie materiałów i energii: 287 tys. zł w 2024 r., z czego znaczna część to energia), oszczędność 15–25 tys. zł rocznie daje okres zwrotu poniżej 5 lat. Ponadto inwestycja kwalifikuje się do dofinansowania z programu FEnKS (roboty budowlane) oraz programów termomodernizacyjnych.

Rozwój laboratorium – etap I (75 000 zł) – Program Naprawczy wprost wskazuje, że pozyskanie umów z sąsiednimi ośrodkami POZ na wykonywanie badań laboratoryjnych jest kluczowym działaniem naprawczym (planowane na IV kwartał 2025). Analiza konkurencji (Zał. 3, Tabela 8) potwierdza, że żadna z placówek w Ćmielowie, Tarłowie, Wojciechowicach ani Zawichoscie nie posiada własnego laboratorium – to ogromna przewaga SPZOZ. Rozbudowa laboratorium (poszerzenie panelu badań) w połączeniu z karetką do transportu próbek tworzy efekt synergii: nowe przychody z badań zleconych + większa liczba pacjentów kierowanych do specjalistów SPZOZ po uzyskaniu wyników.

Remonty techniczne – etap II (75 000 zł) – Kontynuacja modernizacji instalacji. Program Naprawczy zakłada przeniesienie laboratorium i stomatologii na parter, aby ułatwić dostęp pacjentom (w tym seniorom – 26,6% populacji gminy w 2032 r. wg Zał. 1).

Rozbudowa IT (50 000 zł) – Rozbudowa sieci, serwerów i oprogramowania pod opiekę koordynowaną, e-rejestrację i sprawozdawczość NFZ. Program FEnIKS oferuje 100% dofinansowania na sprzęt IT dla placówek POZ – SPZOZ powinien aktywnie aplikować.

3.3. Rok 2028 – diagnostyka i kontynuacja (548 333 zł obciążenia)

Nowe USG (250 000 zł) – Inwestycja o strategicznym znaczeniu. Analiza konkurencji (Zał. 3) jednoznacznie wykazała, że SPZOZ posiada jedyny gabinet USG w powiecie opatowskim na szczeblu ambulatoryjnym (poza szpitalem w Opatowie). Żadna placówka w Ćmielowie, Tarłowie, Wojciechowicach ani Zawichoscie nie oferuje USG. Jedynym konkurentem jest NZOZ Chmiel w Annopolu (ale za Wisłą, w innym województwie i oddziale NFZ). Nowy aparat USG: (a) zastąpi starzejący się sprzęt, zapewniając wyższą rozdzielczość i dodatkowe tryby obrazowania (np. doppler naczyniowy, elastografia); (b) umożliwi skrócenie kolejek i przyjęcie pacjentów z gmin ościennych; (c) kwalifikuje się do dofinansowania z FEnIKS (kategoria: sprzęt medyczny, do 600 tys. zł, 100% dofinansowania). Przychody z USG (zarówno kontraktowego, jak i komercyjnego) pozwolą na szybki zwrot inwestycji.

Wymiana okien i drzwi – etap II (65 000 zł) – Kontynuacja programu termomodernizacji. Łączna wymiana stolarki (125 tys. zł w etapach I–II) przyniesie szacowaną roczną oszczędność 20–30 tys. zł na ogrzewaniu.

Rozwój laboratorium – etap II (75 000 zł) – Dalsze doposażenie – poszerzenie panelu o dodatkowe badania (np. markery nowotworowe, panel lipidowy rozszerzony, badania tarczycowe). Im szerszy panel, tym mniejsza potrzeba kierowania pacjentów do zewnętrznych laboratoriów i tym większe przychody z umów z ościennymi ośrodkami POZ.

Remonty techniczne – etap III (100 000 zł) – Kolejny etap modernizacji budynku, ze szczególnym uwzględnieniem przygotowania pomieszczeń pod nowe poradnie (kardiologia, ortopedia).

3.4. Lata 2029–2030 – inwestycje rozwojowe

Gabinet kardiologiczny (350 000 zł, 2029) – Uruchomienie poradni kardiologicznej jest wprost wymienione w Programie Naprawczym jako cel rozwojowy. Uzasadnienie demograficzne: rosnąca populacja seniorów (Zał. 1: 2 421 osób 65+ w 2029 r.) generuje zwiększone zapotrzebowanie na opiekę kardiologiczną. Analiza konkurencji (Zał. 3) potwierdza, że żadna placówka ambulatoryjna w gminach ościennych nie oferuje kardiologii – najbliższa poradnia kardiologiczna to szpital w Opatowie (20 km) lub Sandomierzu (30 km). Nowa poradnia wygeneruje przychody z kontraktu NFZ, a w połączeniu z istniejącym EKG, USG i laboratorium stworzy zintegrowany hub diagnostyczno-terapeutyczny.

Gabinet ortopedyczny (350 000 zł, 2030) – Poradnia ortopedyczna uzupełni lukę w ofercie rehabilitacyjnej SPZOZ. Obecnie SPZOZ posiada dział rehabilitacji z fizjoterapią (popyt znacznie przekracza podaż – Zał. 3), ale brak ortopedy zmusza pacjentów do podróży do Opatowa po skierowania i konsultacje. Ortopeda + rehabilitacja + USG narządu ruchu = zamknięty cykl diagnostyczno-terapeutyczny pod jednym dachem. Program Naprawczy zakłada uruchomienie gabinetu ortopedycznego obok kardiologicznego. Dodatkowo: wynajem istniejących pomieszczeń na gabinet ortopedyczny (prywatny) już się odbywa – nowa poradnia kontraktowa z NFZ zastąpi ten model wyższymi i stabilnymi przychodami.

Remonty techniczne – etapy IV–V (125 + 150 tys. zł) – Dostosowanie infrastruktury do nowych funkcji (przygotowanie gabinetów, modernizacja wentylacji, dostępność architektoniczna). W kontekście programu Dostępność Plus – możliwość uzyskania dofinansowania na likwidację barier architektonicznych (podjazdy, winda, toalety dostosowane) z poziomu dofinansowania nawet do 100%.

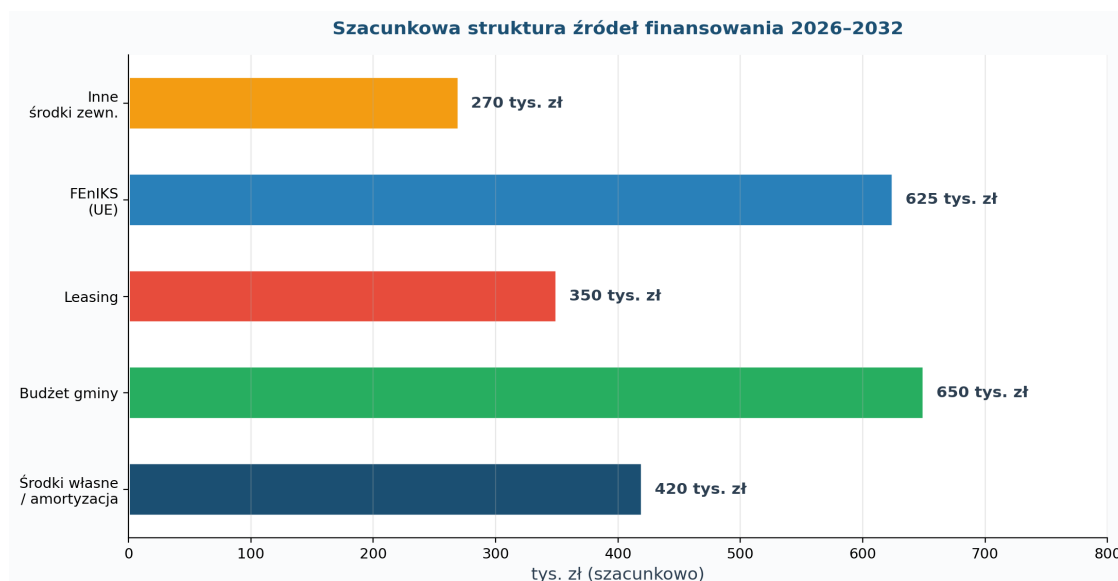
3.5. Lata 2031–2032 – cyfryzacja i zakończenie leasingu

Wdrożenie AI w rejestracji i analizie danych (100 000 zł, 2031) – Inwestycja warunkowa, realizowana tylko po uprzedniej pełnej cyfryzacji (etapy 2026–2027). Analiza konkurencji (Załącznik 3) wykazała, że ocena Google SPZOZ (1,8/5) jest najniższa w regionie, a głównym problemem sygnalizowanym przez pacjentów jest jakość obsługi rejestracji. Wdrożenie AI (chatbot rejestracyjny, automatyzacja dokumentacji, analiza danych) może radykalnie poprawić doświadczenie pacjenta i zwolnić personel z rutynowych czynności. W 2031 r. technologie te będą już dojrzałe i przystępne cenowo.

Leasing karetki – ostatnie raty (2031–2032) – Raty leasingowe (58 333 zł/rok) stanowią stałe, przewidywalne obciążenie budżetu. Po zakończeniu leasingu w 2032 r. karetka przechodzi na własność SPZOZ, eliminując ten koszt i generując jedynie koszty eksploatacyjne.

4. Źródła finansowania

Plan zakłada dywersyfikację źródeł finansowania, co minimalizuje obciążenie pojedynczego źródła i zwiększa wykonalność programu.



Ryc. 4. Szacunkowa struktura źródeł finansowania planu inwestycyjnego. Źródło: opracowanie własne.

4.1. Środki własne

Prognoza finansowa z Programu Naprawczego zakłada zysk netto od 2026 r.: 142 710 zł (2026), 189 259 zł (2027), 309 279 zł (2028). Wraz z amortyzacją (ok. 140–198 tys. zł rocznie) daje to potencjał samofinansowania rzędu 280–500 tys. zł rocznie w perspektywie 2027–2032. Środki własne przeznaczone zostaną głównie na bieżące remonty i wyposażenie.

4.2. Budżet gminy (Podmiot Tworzący)

Gmina Ożarów jako podmiot tworzący SPZOZ ma ustawowy obowiązek wspierania zakładu. Program Naprawczy wprost wskazuje na „przychylność i możliwość wsparcia przez Podmiot Tworzący” jako jedną z szans (Analiza SWOT, pkt V). Wsparcie gminne dedykowane jest przede wszystkim na inwestycje infrastrukturalne (remonty, stacja uzdatniania wody) oraz jako wkład uzupełniający do projektów dofinansowanych ze środków zewnętrznych.

4.3. Program FEnIKS (Fundusze Europejskie)

Program FEnIKS „Wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej” jest kluczowym zewnętrznym źródłem finansowania. Drugi nabór wniosków trwa od 6 marca do 7 kwietnia 2026 r. z budżetem 450 mln zł i dofinansowaniem do 100% (bez wkładu własnego). Program umożliwia finansowanie: zakupu sprzętu medycznego (USG, EKG, holtery), sprzętu IT i oprogramowania oraz robót budowlanych niewymagających pozwolenia na budowę. SPZOZ Ożarów, jako placówka POZ z kontraktem NFZ, działająca na terenie o niskiej gęstości zaludnienia (gmina wiejsko-miejska, świętokrzyskie), spełnia kryteria premiujące i powinien pilnie złożyć wniosek w II naborze.

4.4. Program Dostępność Plus

Program Dostępność Plus dla AOS (runda III: marzec–kwiecień 2026 r.) oraz dedykowane nabory dla POZ umożliwiają sfinansowanie likwidacji barier architektonicznych, zakupu sprzętu dostosowanego do potrzeb osób z niepełnosprawnościami oraz usprawnień cyfrowych. W

kontekście starzejącej się populacji gminy (26,6% osób 65+ w 2032 r.) i planowanego przeniesienia usług na parter – program ten stanowi naturalne uzupełnienie planu inwestycyjnego.

4.5. Leasing

Karetki transportowa (350 tys. zł) finansowana jest leasingiem na 6 lat. Rata uproszczona 58 333 zł rocznie (bez kosztu finansowania i wykupu). Leasing został wybrany ze względu na: brak konieczności jednorazowego angażowania kapitału w roku startowym (2027), przewidywalność obciążeń budżetowych oraz możliwość natychmiastowego użytkowania pojazdu.

5. Komplementarność inwestycji

Kluczową cechą planu jest wzajemne uzupełnianie się poszczególnych inwestycji, tworzące efekt synergii znacznie większy niż suma poszczególnych działań.

5.1. Łańcuch wartości: laboratorium – karetka – ościennie POZ

Rozbudowa laboratorium (2027–2028) poszerza panel dostępnych badań. Karetka (od 2027) umożliwia fizyczny transport próbek z ościennych ośrodków zdrowia (Ćmielów, Tarłów, Wojciechowice, Zawichost – por. Zał. 3). Razem tworzą kompletną ofertę diagnostyczną, generującą nowe przychody z umów B2B i przyciągającą pacjentów do specjalistów SPZOZ po uzyskaniu wyników badań.

5.2. Hub diagnostyczno-terapeutyczny

USG (2028) + kardiologia (2029) + ortopedia (2030) + istniejąca rehabilitacja + laboratorium = zintegrowany hub medyczny pod jednym dachem. Pacjent kardiologiczny otrzymuje EKG, USG serca, badania laboratoryjne (lipidogram, markery) i konsultację – bez wyjazdu z Ożarowa. Pacjent ortopedyczny – USG narządu ruchu, konsultację i rehabilitację w jednym miejscu. To model niedostępny w żadnej z placówek ościennych (por. Zał. 3, Tabela 8).

5.3. Efektywność energetyczna – obniżenie kosztów operacyjnych

Wymiana okien (2027–2028) obniża koszty ogrzewania, co bezpośrednio poprawia wynik finansowy zakładu i zwiększa zdolność do samofinansowania kolejnych inwestycji. Szacowana oszczędność 20–30 tys. zł rocznie jest reinwestowana w rozwój.

5.4. Cyfryzacja – fundament pod FEnKS i AI

Inwestycje IT (2026–2027) przygotowują infrastrukturę pod: opiekę koordynowaną (wdrożoną od 2024, wymagającą wsparcia systemów IT), e-rejestrację (cel Programu Naprawczego), aplikowanie o granty FEnKS (wymóg: zdolność absorpcji środków na IT) oraz przyszłe wdrożenie AI (2031). Bez fundamentu cyfrowego żaden z tych celów nie jest osiągalny.

6. Zestawienie zbiorcze planu inwestycyjnego

Rok	Lp.	Zadanie	Kategoria	Wartość inwestycji	Obciążenie budżetu	Źródło finansowania
2026	1	Stacja uzdatniania wody	Infrastruktura	60 000	60 000	Śr. własne / Gmina
2026	2	Remonty techniczne – etap I	Remonty	50 000	50 000	Gmina / Śr. własne
2026	3	Komputery, sprzęt IT	Cyfryzacja	30 000	30 000	Śr. własne / FEnIKS
		SUMA 2026		140 000	140 000	
2027	1	Karetka transportowa (leasing 6 lat)	Transport	350 000	58 333	Leasing
2027	2	Wymiana okien i drzwi – etap I	Energ. efektywn.	60 000	60 000	FEnIKS / Gmina
2027	3	Rozwój laboratorium – etap I	Rozwój	75 000	75 000	Śr. własne / Gmina
2027	4	Remonty techniczne – etap II	Remonty	75 000	75 000	Gmina / Śr. własne
2027	5	Rozbudowa IT	Cyfryzacja	50 000	50 000	Śr. własne / FEnIKS
		SUMA 2027		610 000	318 333	
2028	1	Leasing karetki – rata 2/6	Transport	–	58 333	Leasing
2028	2	Nowe USG	Diagnostyka	250 000	250 000	FEnIKS / Śr. własne
2028	3	Wymiana okien – etap II	Energ. efektywn.	65 000	65 000	FEnIKS / Gmina
2028	4	Rozwój laboratorium – etap II	Rozwój	75 000	75 000	Śr. własne
2028	5	Remonty techniczne – etap III	Remonty	100 000	100 000	Gmina
		SUMA 2028		490 000	548 333	
2029	1	Leasing karetki – rata 3/6	Transport	–	58 333	Leasing
2029	2	Gabinet kardiologiczny	Rozwój	350 000	350 000	Gmina / Śr. zewn.
2029	3	Remonty techniczne – etap IV	Remonty	125 000	125 000	Gmina
		SUMA 2029		475 000	533 333	
2030	1	Leasing karetki – rata 4/6	Transport	–	58 333	Leasing
2030	2	Gabinet ortopedyczny	Rozwój	350 000	350 000	Gmina / Śr. zewn.
2030	3	Remonty techniczne – etap V	Remonty	150 000	150 000	Gmina
		SUMA 2030		500 000	558 333	
2031	1	Leasing karetki – rata 5/6	Transport	–	58 333	Leasing
2031	2	Wdrożenie AI	Cyfryzacja / AI	100 000	100 000	Śr. własne / zewn.
		SUMA 2031		100 000	158 333	
2032	1	Leasing karetki – rata 6/6	Transport	–	58 333	Leasing
		SUMA 2032		0	58 333	
		ŁĄCZNIE 2026–2032		2 315 000	2 315 000	

Tabela 1. Zestawienie zbiorcze planu minimum inwestycyjnego SPZOZ Ożarów 2026–2032. Wartości w zł. Źródło: opracowanie własne.

7. Podsumowanie

Plan minimum inwestycyjnego SPZOZ w Ożarowie na lata 2026–2032 o łącznej wartości 2 315 000 zł stanowi zrównoważony program modernizacji i rozwoju, oparty na trzech filarach: zabezpieczeniu infrastruktury technicznej (2026–2027), wzmocnieniu diagnostyki i efektywności operacyjnej (2027–2028) oraz rozwoju zakresu świadczeń specjalistycznych (2029–2030).

Plan jest spójny z Programem Naprawczym SPZOZ na lata 2026–2028, odpowiada na wyzwania demograficzne zidentyfikowane w Załączniku nr 1 (starzenie się populacji, spadek liczby mieszkańców), wykorzystuje przewagi konkurencyjne wskazane w Załączniku nr 3 (monopol diagnostyczny, unikalne specjalizacje) i adresuje słabości finansowe opisane w Załączniku nr 2 (nożyce kosztowo-przychodowe, niska zyskowość).

Kluczowym warunkiem wykonalności planu jest: aktywne aplikowanie o środki z programów FEnIKS (II nabór marzec 2026 – do 600 tys. zł, 100% dofinansowania) i Dostępność Plus; wsparcie Podmiotu Tworzącego (Gminy Ożarów) w zakresie inwestycji infrastrukturalnych; konsekwentna realizacja działań naprawczych (obsadzenie wakatów, wydłużenie godzin pracy, poprawa oceny Google) równoległe do programu inwestycyjnego.

Inwestycje opisane w niniejszym planie nie są listą życzeń – są minimalnym zestawem działań niezbędnych do zabezpieczenia przyszłości SPZOZ w Ożarowie jako wiodącego centrum ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w makroregionie opatowsko-sandomierskim.

Niniejszy załącznik stanowi integralną część Koncepcji Funkcjonowania i Rozwoju SPZOZ w Ożarowie na lata 2026–2032 i powinien być czytany łącznie z Załącznikami nr 1–3 oraz Programem Naprawczym.

ZAŁĄCZNIK NR 5

do koncepcji funkcjonowania i rozwoju
SPZOZ w Ożarowie na lata 2026–2032

PROGNOZA FINANSOWA I WSKAŹNIKOWA

SPZOZ W OŻAROWIE NA LATA 2026–2032

Rachunek zysków i strat • Bilans uproszczony • Plan CAPEX • Analiza wskaźnikowa

*Na podstawie sprawozdań finansowych za lata 2021–2024, Programu Naprawczego 2026–2028,
prognozy demograficznej (Zał. 1), analizy finansowej (Zał. 2), analizy konkurencji (Zał. 3) i planu inwestycyjnego (Zał. 4)*

Ożarów, marzec 2026

1. Założenia i metodologia prognozy

Niniejszy załącznik prezentuje prognozę finansową SPZOZ w Ożarowie na lata 2026–2032, obejmującą rachunek zysków i strat (wariant porównawczy), uproszczony bilans, plan wydatków inwestycyjnych (CAPEX) oraz analizę wskaźnikową. Prognoza stanowi finansowe odzwierciedlenie Koncepcji Funkcjonowania i Rozwoju oraz jest spójna z Programem Naprawczym SPZOZ na lata 2026–2028 i Załącznikami nr 1–4.

1.1. Założenia makroekonomiczne

Prognoza opiera się na następujących założeniach makroekonomicznych: średnioroczna inflacja CPI na poziomie 3,0%; roczny wzrost nakładów państwa na ochronę zdrowia 5–7% (zgodnie z trajektorią 7% PKB do 2027 r.); coroczna waloryzacja stawek kapitałowych NFZ o 4–5% (średnia historyczna 2022–2025); wzrost minimalnego wynagrodzenia personelu medycznego zgodnie z ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r.; cena gazu ziemnego na stabilnym poziomie z tendencją spadkową po termomodernizacji (Zał. 4, wymiana okien 2027–2028).

1.2. Założenia przychodowe

Punkt wyjścia dla prognozy bazy pacjentów stanowią dane za 2025 r., przy czym na potrzeby planistyczne przyjęto ostrożną i uporządkowaną bazę ok. 4,2 tys. pacjentów lekarza POZ, ok. 3,0 tys. deklaracji do pielęgniarstwa środowiskowego oraz 40 deklaracji do położnej. Takie założenie eliminuje nadmierną rozbieżność między liczbą pacjentów POZ a liczbą deklaracji pielęgniarstwa i lepiej oddaje realną skalę obsługi populacji przez SPZOZ.

Przejęcie pacjentów po emeryturach pielęgniarstwa środowiskowych (2026): w II półroczu 2026 r. zakłada się przejęcie co najmniej 400 dodatkowych deklaracji pielęgniarstwa po prywatnych praktykach pielęgniarstwa środowiskowych działających na terenie gminy. Przyjęto, że część tych pacjentów złoży również deklarację do lekarza POZ w SPZOZ. Efekt finansowy tego zjawiska uwzględniono wyłącznie po stronie przychodów kontraktu NFZ, bez sztucznego zawyżania wyniku finansowego innymi transferami.

Wzrost bazy pacjentów POZ (2027): w 2027 r. zakłada się dalszy, umiarkowany wzrost liczby deklaracji lekarza POZ, wspierany poprawą dostępności rejestracji, działaniami organizacyjnymi i marketingiem retencyjnym. Po 2028 r. przyjęto stabilizację z lekką tendencją spadkową wynikającą z niekorzystnych trendów demograficznych w gminie.

Nowe poradnie specjalistyczne: przyjęto ostrożne uruchomienie poradni kardiologicznej od II połowy 2029 r. oraz poradni ortopedycznej od II połowy 2030 r. Efekty przychodowe zostały rozłożone stopniowo, tak aby nie zawyżać dochodów w pierwszym roku działania nowych zakresów.

Rozwój usług komercyjnych i najmu: prognoza zakłada stopniowy wzrost przychodów z usług komercyjnych, diagnostyki odpłatnej, najmu pomieszczeń i drobnych usług towarzyszących. Wzrost ten ma charakter uzupełniający wobec kontraktu NFZ i nie stanowi głównego filaru poprawy wyniku.

1.3. Założenia kosztowe

Optymalizacja zatrudnienia w rehabilitacji: przyjęto ograniczenie zatrudnienia o 1 etat w sposób naturalny, bez założenia gwałtownej redukcji działalności. Oszczędność kosztowa została uwzględniona od 2026 r., przy równoczesnym utrzymaniu potencjału do rozwoju usług rehabilitacyjnych finansowanych komercyjnie.

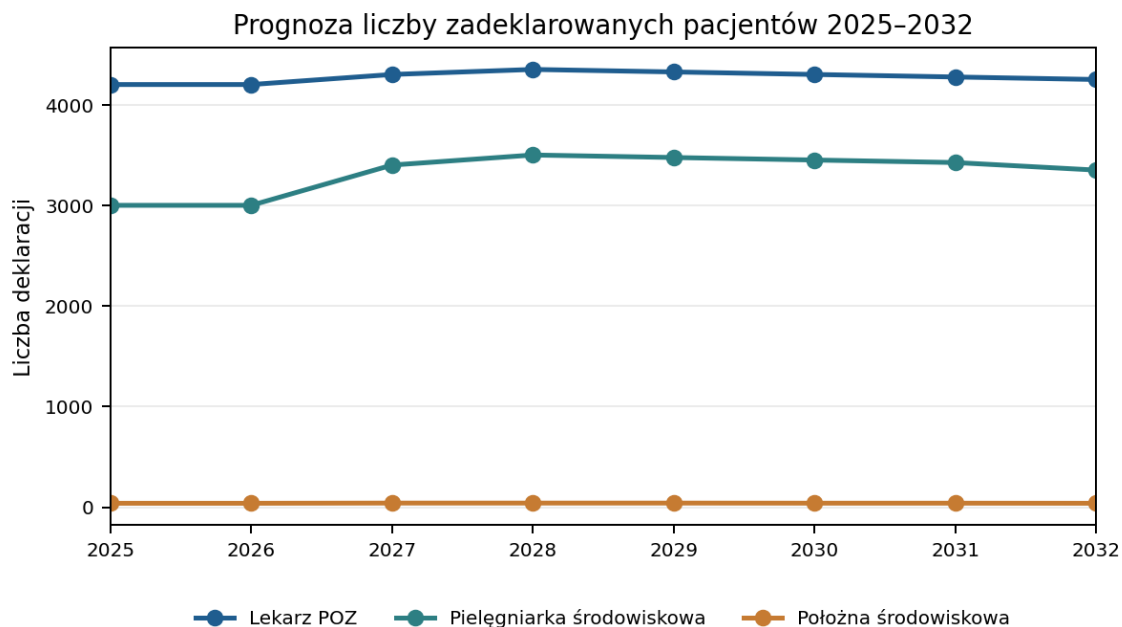
Procedury zakupowe i oszczędności operacyjne: prognoza zakłada wdrożenie prostych procedur zakupowych, stopniową poprawę kontroli kosztów materiałowych i usług obcych oraz umiarkowany efekt energetyczny po realizacji części inwestycji termomodernizacyjnych. Założenia te mają charakter ostrożny i nie kompensują w całości presji płacowej.

Pokrycie straty przez gminę: wsparcie podmiotu tworzącego w kwocie 200 tys. zł zrealizowane w 2025 r. oraz planowane kolejne 200 tys. zł w 2026 r. zostało ujęte wyłącznie po stronie bilansowej – jako wpływ na kapitał

własny i pokrycie strat z lat ubiegłych. Transfer ten nie poprawia rachunku zysków i strat i nie został uwzględniony jako przychód operacyjny.

2. Prognoza bazy pacjentów

Poniższy wykres przedstawia skorygowaną prognozę liczby zadeklarowanych pacjentów SPZOK Ożarów w podziale na lekarza POZ, pielęgniarkę środowiskową i położną. Kluczowym momentem pozostaje II półrocze 2026 r., kiedy zakłada się przejęcie części deklaracji po prywatnych praktykach pielęgniarskich. W kolejnych latach przyjęto ostrożną stabilizację z lekką korektą wynikającą z niżu demograficznego.



Ryc. 1. Prognoza liczby zadeklarowanych pacjentów SPZOK Ożarów 2025–2032. Źródło: opracowanie własne.

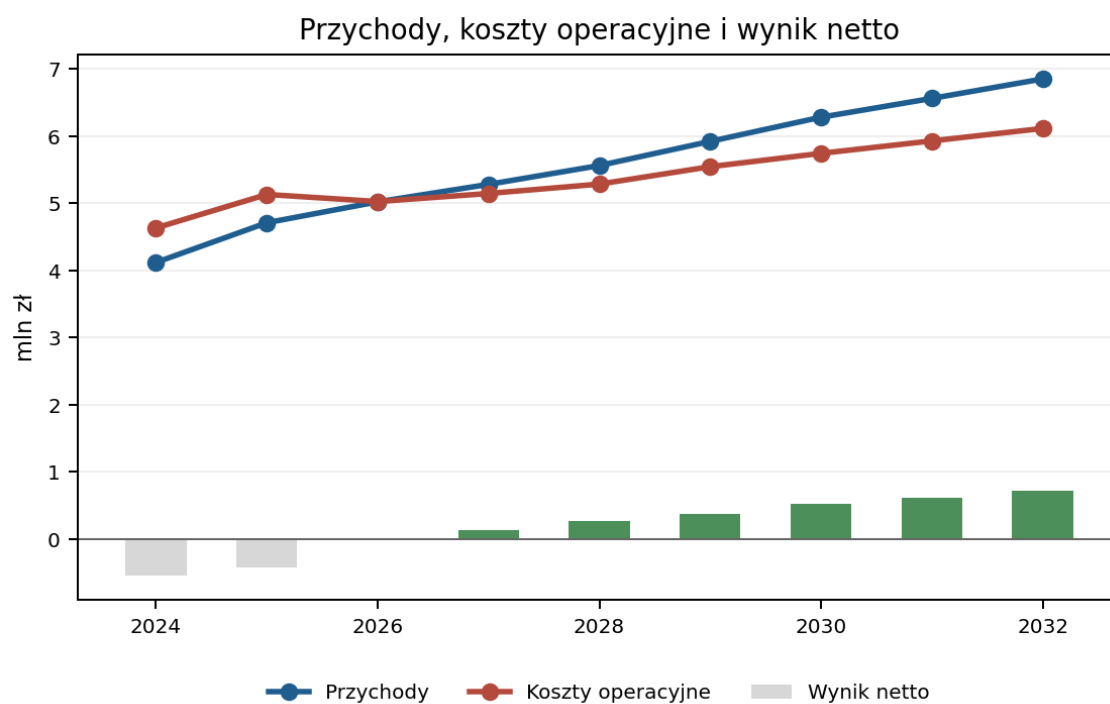
3. Prognoza rachunku zysków i strat

Poniższy rachunek zysków i strat (wariant porównawczy) obejmuje dane rzeczywiste za rok 2024, dane wstępne za rok 2025 oparte na informacji publicznej oraz prognozę na lata 2026–2032. Korekta względem poprzedniej wersji polega przede wszystkim na wyeliminowaniu wpływu pokrycia straty przez gminę z rachunku wyników oraz na dostosowaniu ścieżki poprawy do rzeczywistego wyniku za 2025 r. Wszystkie wartości podano w złotych.

Pozycja	2024	2025 W	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032
A. Przychody netto ze sprzedaży	4 117 432	4 708 615	5 020 000	5 280 000	5 560 000	5 920 000	6 280 000	6 560 000	6 850 000
A.I POZ (kapitacja + OK)	2 350 000	2 505 855	2 650 000	2 780 000	2 880 000	2 950 000	3 020 000	3 080 000	3 140 000
A.II AOS (poradnie specjalist.)	700 000	847 352	900 000	960 000	1 020 000	1 180 000	1 380 000	1 500 000	1 600 000
A.III Rehabilitacja	350 000	412 681	425 000	435 000	450 000	465 000	480 000	495 000	510 000
A.IV Stomatologia	580 000	611 669	625 000	640 000	655 000	670 000	685 000	700 000	715 000
A.V Inne (komercja, najem, laboratorium)	137 432	331 058	420 000	465 000	555 000	655 000	715 000	785 000	885 000
B. Koszty działalności operacyjnej	4 631 351	5 129 568	5 024 200	5 144 300	5 284 000	5 543 200	5 741 900	5 927 000	6 112 700
B.I Amortyzacja	114 164	138 163	150 000	170 000	185 000	205 000	220 000	220 000	220 000
B.II Zużycie materiałów i energii	287 238	366 982	372 000	380 000	388 000	400 000	412 000	425 000	438 000
B.III Usługi obce	1 011 275	1 276 569	1 260 000	1 285 000	1 315 000	1 390 000	1 435 000	1 480 000	1 525 000
B.IV Podatki i opłaty	12 075	11 968	12 200	12 300	12 500	12 700	12 900	13 000	13 200
B.V Wynagrodzenia	2 688 659	2 767 646	2 680 000	2 735 000	2 805 000	2 930 000	3 035 000	3 140 000	3 245 000
B.VI Ubezpieczenia społeczne	507 702	558 333	540 000	552 000	568 000	595 000	616 000	638 000	660 000
B.VII Pozostałe koszty rodzajowe	10 238	9 907	10 000	10 000	10 500	10 500	11 000	11 000	11 500
C. Zysk (Strata) ze sprzedaży (A–B)	-513 919	-420 953	-4 200	135 700	276 000	376 800	538 100	633 000	737 300
D. Pozostałe przychody operacyjne	18 366	49 599	35 000	40 000	45 000	50 000	55 000	60 000	65 000
E. Pozostałe koszty operacyjne	37 571	53 460	45 000	45 000	50 000	55 000	60 000	65 000	70 000
F. Zysk (Strata) z dział. operacyjnej	-533 124	-424 814	-14 200	130 700	271 000	371 800	533 100	628 000	732 300
G. Przychody finansowe	737	757	500	1 000	1 500	2 000	3 000	4 000	5 000
H. Koszty finansowe	5 212	3 685	5 000	4 000	3 000	2 000	1 500	1 000	1 000
I. Zysk (Strata) brutto	-537 599	-427 742	-18 700	127 700	269 500	371 800	534 600	631 000	736 300

J. Podatek dochodowy	1 010	1 124	0	0	2 000	5 000	9 000	13 000	17 000
WYNIK NETTO (zysk/strata)	-538 609	-428 866	-18 700	127 700	267 500	366 800	525 600	618 000	719 300

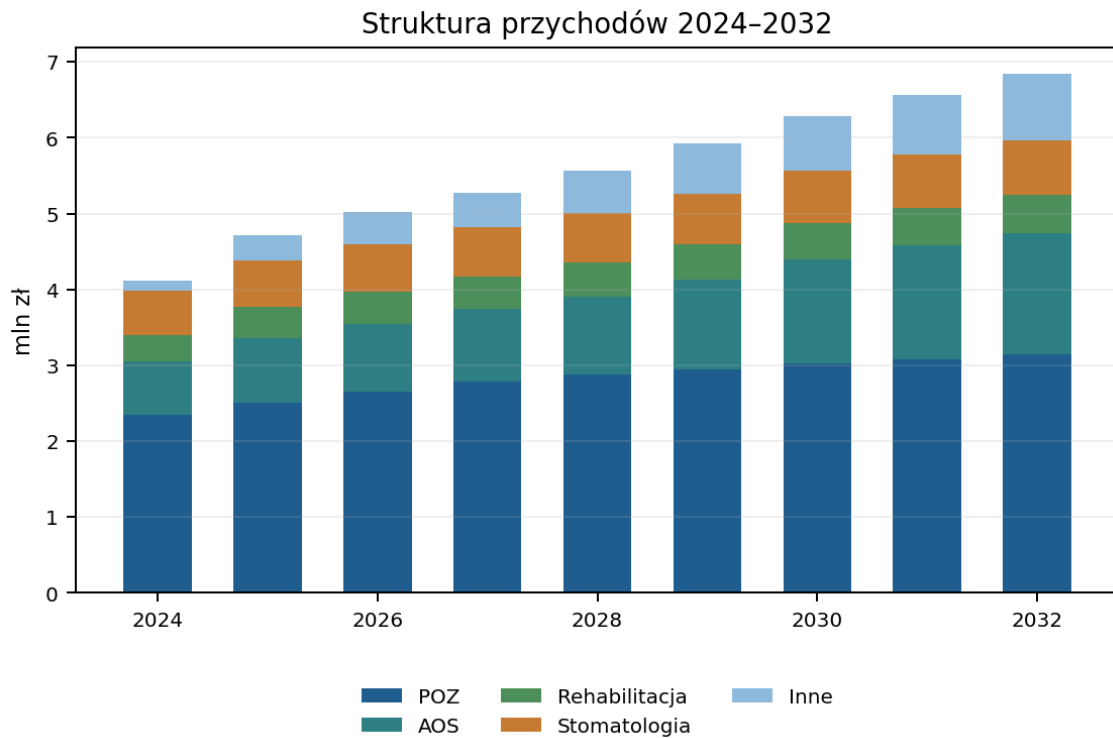
Tabela 1. Rachunek zysków i strat SPZOK Ożarów 2024–2032 (w zł). W = dane wstępne za 2025 r. Źródło: opracowanie własne.



Ryc. 2. Przychody, koszty operacyjne i wynik netto SPZOK Ożarów 2024–2032. Źródło: opracowanie własne.

3.1. Struktura przychodów

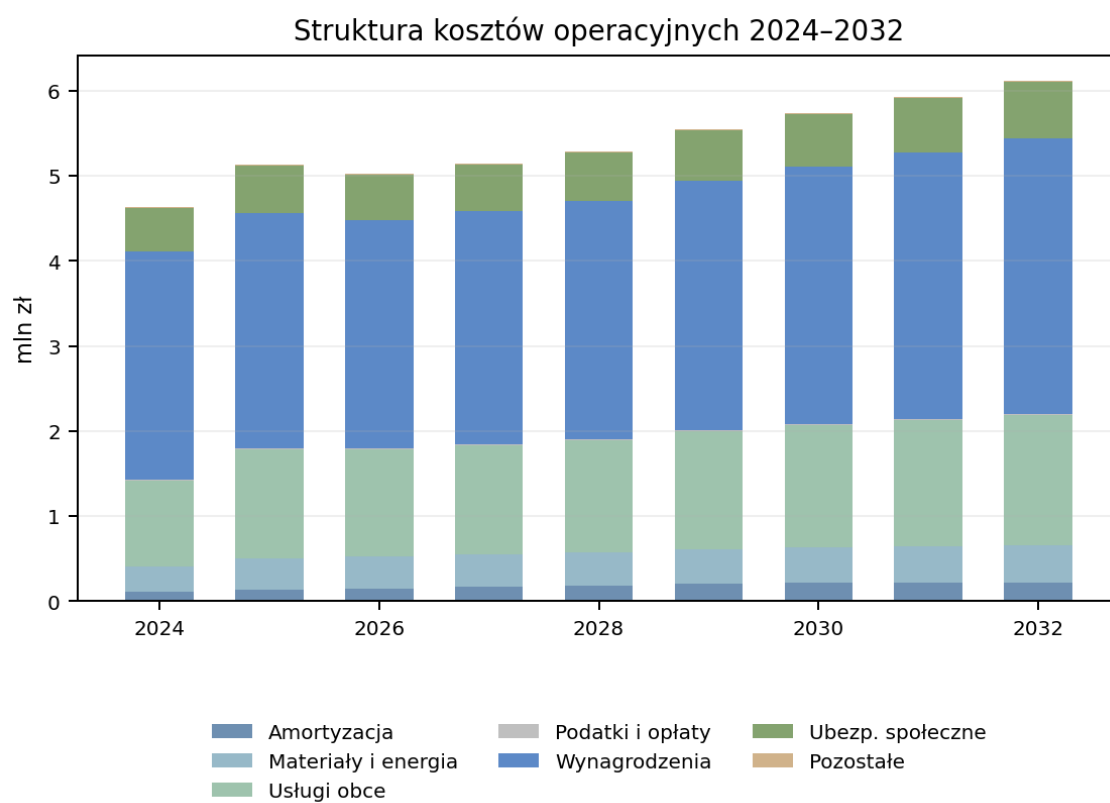
Prognoza zakłada stopniową dywersyfikację źródeł przychodów, przy zachowaniu dominującej roli POZ. W porównaniu z poprzednią wersją większą wagę przypisano rzeczywistym przychodom stomatologii oraz bardziej ostrożnie rozłożono wzrost przychodów komercyjnych i najmu. W drugiej połowie horyzontu wyraźnie rośnie znaczenie AOS oraz przychodów pozakontraktowych, ale bez założenia skokowego wzrostu oderwanego od możliwości organizacyjnych zakładu.



Ryc. 3. Struktura przychodów SPZOZ Ożarów 2024–2032 wg źródeł. Źródło: opracowanie własne.

3.2. Struktura kosztów

Dominującą pozycją kosztową pozostają wynagrodzenia z pochodnymi, jednak ich udział w kosztach operacyjnych powinien stopniowo maleć wraz ze wzrostem przychodów i ograniczeniem nadmiarowych kosztów w rehabilitacji. W prognozie przyjęto ostrożny wzrost cen materiałów i usług oraz brak sztucznego zaniżania kosztów po 2025 r., dzięki czemu projekcja jest bardziej realistyczna od poprzedniej wersji.



Ryc. 4. Struktura kosztów operacyjnych SPZOK Ożarów 2024–2032. Źródło: opracowanie własne.

4. Plan wydatków inwestycyjnych (CAPEX)

Poniższa tabela przedstawia roczne obciążenie budżetu wydatkami inwestycyjnymi, zgodnie z Załącznikiem nr 4 (Plan Minimum Inwestycyjnego). Kwoty obciążenia budżetu uwzględniają leasing karetki (rata 58 333 zł/rok).

Rok	Wartość inwestycji	Obciążenie budżetu	Źródło finansowania	Komentarz
2026	140 000	140 000	Śr. własne + Gmina	Zabezpieczenie podstaw: stacja wody, remonty I, IT
2027	610 000	318 333	Leasing + Gmina + FEnIKS	Karetka (leasing), okna I, lab I, remonty II, IT
2028	490 000	548 333	FEnIKS + Gmina + Śr. własne	USG, okna II, lab II, remonty III + rata leasingu
2029	475 000	533 333	Gmina + Śr. zewn. + Leasing	Gabinet kardiologiczny + remonty IV + rata
2030	500 000	558 333	Gmina + Śr. zewn. + Leasing	Gabinet ortopedyczny + remonty V + rata
2031	100 000	158 333	Śr. własne + zewn. + Leasing	AI w rejestracji + rata leasingu
2032	0	58 333	Leasing	Ostatnia rata leasingu karetki
SUMA	2 315 000	2 315 000		

Tabela 2. Plan CAPEX SPZOZ Ożarów 2026–2032 (w zł). Szczegóły w Załączniku nr 4. Źródło: opracowanie własne.

5. Bilans uproszczony

Poniższy bilans uproszczony prezentuje prognozę kluczowych pozycji aktywów i pasywów SPZOZ Ożarów. Przyjęto, że wsparcie gminy w kwocie 200 tys. zł w 2025 r. oraz planowane kolejne 200 tys. zł w 2026 r. wzmacnia kapitał własny, ale nie wpływa na wynik netto. W bilansie uwzględniono także stopniowy wzrost aktywów trwałych w latach inwestycyjnych oraz ostrożną odbudowę środków pieniężnych po 2027 r.

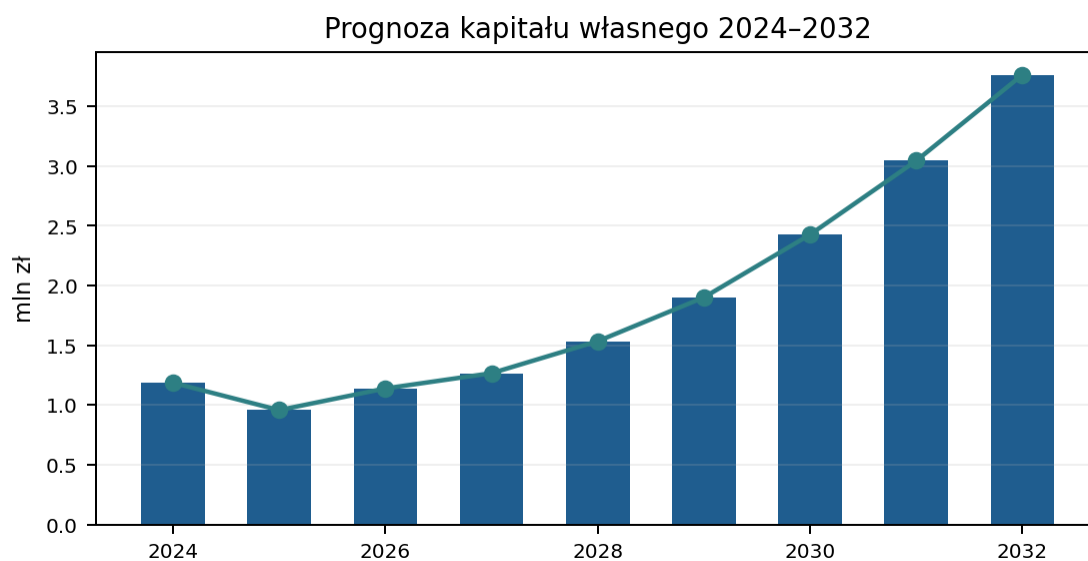
Pozycja bilansowa	2024	2025 W	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032
AKTYWA RAZEM	1 767 306	1 790 000	1 950 000	2 330 000	2 730 000	3 130 000	3 550 000	3 970 000	4 350 000
A. Aktywa trwałe	1 345 222	1 330 000	1 430 000	1 680 000	1 930 000	2 180 000	2 450 000	2 620 000	2 750 000
Rzeczowe aktywa trwałe	1 345 222	1 330 000	1 430 000	1 680 000	1 930 000	2 180 000	2 450 000	2 620 000	2 750 000
B. Aktywa obrotowe	422 084	460 000	520 000	650 000	800 000	950 000	1 100 000	1 350 000	1 600 000
Należności krótkoterminowe	386 820	410 000	430 000	460 000	490 000	520 000	550 000	580 000	610 000
Środki pieniężne	20 702	35 000	75 000	175 000	290 000	410 000	530 000	750 000	970 000
Rozliczenia międzyokresowe	14 562	15 000	15 000	15 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000
PASYWA RAZEM	1 767 306	1 790 000	1 950 000	2 330 000	2 730 000	3 130 000	3 550 000	3 970 000	4 350 000
A. Kapitał własny	1 185 461	956 595	1 137 895	1 265 595	1 533 095	1 899 895	2 425 495	3 043 495	3 762 795
Kapitał podstawowy	2 032 263	2 032 263	2 032 263	2 032 263	2 032 263	2 032 263	2 032 263	2 032 263	2 032 263
Zysk (strata) z lat ubiegłych	-308 193	-646 802	-875 668	-894 368	-766 668	-499 168	-132 368	393 232	1 011 232
Wynik roku bieżącego	-538 609	-428 866	-18 700	127 700	267 500	366 800	525 600	618 000	719 300
B. Zobowiązania i rezerwy	581 845	833 405	812 105	1 064 405	1 196 905	1 230 105	1 124 505	926 505	587 205
Rezerwy na zobowiązania	84 728	150 000	145 000	140 000	130 000	120 000	110 000	105 000	100 000
Zobowiązania długoterminowe	1 433	0	0	0	0	0	0	0	0
Zobowiązania krótkoterminowe	479 351	620 000	610 000	600 000	590 000	570 000	550 000	520 000	450 000
Rozliczenia międzyokresowe	16 333	63 405	57 105	324 405	476 905	540 105	464 505	301 505	37 205

Tabela 3. Bilans uproszczony SPZOZ Ożarów 2024–2032 (w zł). W = dane wstępne / szacunek na 2025 r.

Źródło: opracowanie własne.

Kluczowe obserwacje bilansowe: po uwzględnieniu rzeczywistej straty za 2025 r. kapitał własny pozostaje pod presją również w 2026 r., jednak wsparcie gminy ogranicza ryzyko dalszej erozji. Od 2027 r. następuje stopniowa odbudowa kapitału własnego dzięki poprawie wyniku netto. Strata skumulowana z lat ubiegłych

zostaje odrobiona dopiero w latach 2030–2031, a nie – jak zakładano wcześniej – niemal automatycznie po samym dokapitalizowaniu.



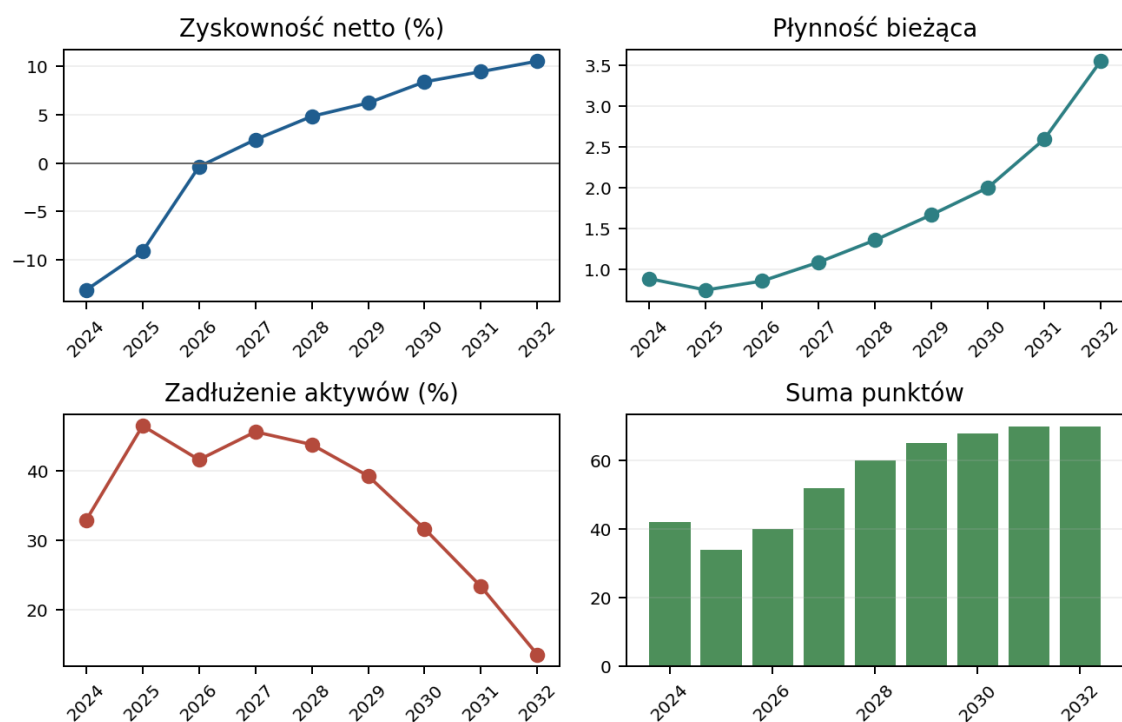
Ryc. 5. Prognoza kapitału własnego SPZOZ Ożarów 2024–2032. Źródło: opracowanie własne.

6. Prognoza wskaźników ekonomiczno-finansowych

Poniższa tabela przedstawia prognozę kluczowych wskaźników finansowych wraz z orientacyjną oceną punktową zgodnie z logiką rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. Korekta pokazuje wyraźnie, że sam transfer z gminy poprawia bilans, lecz nie zastępuje poprawy rentowności operacyjnej. W efekcie ścieżka poprawy wskaźników jest łagodniejsza niż w poprzedniej wersji załącznika.

Wskaźnik	2024	2025 W	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032
I. WSKAŹNIKI ZYSKOWNOŚCI									
Zyskowność netto	-13,08%	-9,11%	-0,37%	2,42%	4,81%	6,20%	8,37%	9,42%	10,50%
Zyskowność dział. operacyjnej	-12,95%	-9,02%	-0,28%	2,48%	4,87%	6,28%	8,49%	9,57%	10,69%
Zyskowność aktywów	-30,48%	-23,96%	-0,96%	5,48%	9,80%	11,72%	14,81%	15,57%	16,54%
RAZEM pkt zyskowności	0	0	0	11	13	15	15	15	15
II. WSKAŹNIKI PŁYNNOŚCI									
Płynność bieżąca	0,88	0,74	0,85	1,08	1,36	1,67	2,00	2,60	3,56
Płynność szybka	0,88	0,74	0,85	1,08	1,36	1,67	2,00	2,60	3,56
RAZEM pkt płynności	12	8	10	16	20	22	24	25	25
III. WSKAŹNIKI EFEKTYWNOŚCI									
Rotacja należności (dni)	34,3	31,8	31,3	31,8	32,2	32,1	32,0	32,3	32,5
Rotacja zobowiązań (dni)	9,2	11,0	12,0	11,0	10,0	9,0	8,0	8,0	7,0
RAZEM pkt efektywności	10	10	10	10	10	10	10	10	10
IV. WSKAŹNIKI ZADŁUŻENIA									
Zadłużenie aktywów	32,92%	46,56%	41,65%	45,68%	43,84%	39,30%	31,68%	23,34%	13,50%
Wyplacalność	0,49	0,87	0,71	0,84	0,78	0,65	0,46	0,30	0,16
RAZEM pkt zadłużenia	20	16	20	15	17	18	19	20	20
SUMA UZYSKANYCH PUNKTÓW	42	34	40	52	60	65	68	70	70

Tabela 4. Prognoza wskaźników ekonomiczno-finansowych SPZOZ Ożarów 2024–2032 z oceną punktową. W = dane wstępne / szacunek na 2025 r. Źródło: opracowanie własne.



Ryc. 6. Wizualizacja kluczowych wskaźników finansowych SPZOZ Ożarów 2024–2032. Źródło: opracowanie własne.

7. Analiza wrażliwości

Prognoza bazowa (przedstawiona powyżej) opiera się na umiarkowanie optymistycznych założeniach. Poniżej przedstawiono analizę wrażliwości na kluczowe czynniki ryzyka.

7.1. Czynniki wzrostowe (szanse)

Wyższa niż zakładana waloryzacja stawek NFZ, szybsze odzyskanie zawieszonych zakresów AOS oraz skuteczne wykorzystanie sprzętu i inwestycji mogłyby poprawić wynik o dodatkowe kilkadziesiąt do ponad stu tysięcy złotych rocznie. Istotnym czynnikiem pozytywnym byłoby także zwiększenie liczby deklaracji POZ ponad ostrożnie przyjętą ścieżkę bazową.

7.2. Czynniki ryzyka (zagrożenia)

Do głównych ryzyk należą: utrzymanie deficytów kadrowych w AOS, wzrost kosztów osobowych szybszy od waloryzacji kontraktów NFZ, opóźnienie uruchomienia nowych poradni oraz słabszy od założonego wzrost przychodów komercyjnych. Ryzyka te nie wpływają na możliwość bilansowego dokapitalizowania zakładu przez gminę, ale bezpośrednio obciążają rachunek wyników.

7.3. Scenariusz pesymistyczny

W scenariuszu pesymistycznym, przy inflacji wyższej od zakładanej, opóźnieniu nowych poradni o co najmniej rok oraz utrzymaniu presji płacowej, próg rentowności mógłby przesunąć się z 2027 na 2028–2029 r., a wynik netto w 2032 r. pozostałby bliższy przedziałowi 350–450 tys. zł niż scenariuszowi bazowemu. Oznacza to, że poprawa jest realna, ale wymaga dyscypliny organizacyjnej i nie wynika automatycznie z samego pokrywania strat przez gminę.

8. Podsumowanie

Prognoza finansowa SPZOZ w Ożarowie na lata 2026–2032 wskazuje na realistyczną ścieżkę wyjścia z kryzysu finansowego i stopniowej poprawy wskaźników ekonomicznych. Kluczowe wnioski:

Stabilizacja wyniku od 2026 r.: po bardzo słabym wyniku za 2025 r. prognoza zakłada jeszcze trudny rok 2026, ale bez dalszego gwałtownego pogorszenia. Powrót do dodatniego wyniku netto następuje od 2027 r., a następnie rezultat poprawia się stopniowo wraz z porządkowaniem kosztów i rozwojem przychodów medycznych.

Pokrycie strat skumulowanych wymaga zarówno wsparcia gminy, jak i realnej poprawy działalności operacyjnej. Samo dokapitalizowanie poprawia bilans, lecz nie zastępuje zysku netto. W scenariuszu bazowym strata z lat ubiegłych zostaje odrobiona dopiero około 2030–2031 r., kiedy zakład zaczyna kumulować powtarzalne dodatnie wyniki.

Ocena punktowa poprawia się stopniowo, ale bardziej umiarkowanie niż w poprzedniej wersji. Po słabym 2025 r. zakład przechodzi przez etap stabilizacji, następnie osiąga poziom dostateczny, a dopiero w końcowej części horyzontu zbliża się do dobrej oceny ekonomiczno-finansowej.

Komplementarność z Programem Naprawczym pozostaje zachowana co do kierunku działań, jednak skorygowana prognoza finansowa pokazuje wolniejszą ścieżkę poprawy od pierwotnie przyjętej. Dokument lepiej oddaje rzeczywisty punkt startowy po 2025 r. i rozdziela wpływ operacyjny od wpływu bilansowego wsparcia gminy.

Warunkiem realizacji prognozy pozostaje konsekwentne wdrażanie działań opisanych w koncepcji Funkcjonowania i Rozwoju, w szczególności: poprawa jakości rejestracji i retencji pacjentów, obsadzenie kluczowych wakatów lekarskich, kontrola kosztów rehabilitacji, aktywne pozyskiwanie środków zewnętrznych oraz ostrożne zarządzanie płynnością. Wsparcie gminy poprawia bezpieczeństwo finansowe zakładu, ale nie zastępuje poprawy wyniku operacyjnego.

Niniejszy załącznik stanowi integralną część Koncepcji Funkcjonowania i Rozwoju SPZOZ w Ożarowie na lata 2026–2032 i powinien być czytany łącznie z Załącznikami nr 1–4 oraz Programem Naprawczym.

ZAŁĄCZNIK NR 6

do Koncepcji Funkcjonowania i Rozwoju

SPZOZ w Ożarowie na lata 2026–2032

PLAN MARKETINGOWY I KOMUNIKACYJNY ORAZ STANDARD OBSŁUGI PACJENTA SPZOZ W OŻAROWIE NA LATA 2026–2032

Dokument operacyjny wspierający program naprawczy, poprawę doświadczenia pacjenta
oraz rozwój komunikacji z mieszkańcami Gminy Ożarów

Priorytet: mniej reklamy, więcej jakości kontaktu i zaufania

Ożarów, marzec 2026

1. Wprowadzenie i uzasadnienie

Niniejszy załącznik stanowi rozwinięcie części strategicznej dotyczącej relacji z pacjentem, jakości obsługi oraz komunikacji z otoczeniem. Jego celem jest zaproponowanie praktycznych, możliwych do wdrożenia działań, które poprawią doświadczenie pacjenta, ograniczą liczbę negatywnych opinii i wzmocnią rozpoznawalność SPZOZ w Ożarowie jako placówki kompleksowej, dostępnej i godnej zaufania.

Zakład posiada szeroki zakres świadczeń: podstawową opiekę zdrowotną, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, stomatologię, rehabilitację leczniczą, laboratorium oraz transport sanitarny. Jednocześnie przewaga medyczna nie zawsze przekłada się na równie dobrą ocenę kontaktu z placówką. Dla wielu pacjentów najważniejszym momentem kontaktu nie jest sama wizyta lekarska, lecz rejestracja, sposób udzielenia informacji, czas oczekiwania na odpowiedź i ogólne poczucie bycia potraktowanym z uwagą.

Plan zakłada odejście od myślenia o marketingu wyłącznie jako o promocji. W realiach SPZOZ marketing powinien być przede wszystkim narzędziem budowania zaufania, porządkowania komunikacji, ułatwiania pacjentowi korzystania z usług oraz lepszego wykorzystania już istniejących zasobów placówki. Z uwagi na utrzymującą się presję finansową dokument koncentruje się na działaniach niskokosztowych, organizacyjnych i komunikacyjnych, które mogą dać szybki efekt bez konieczności ponoszenia wysokich wydatków.

2. Cele planu marketingowego i komunikacyjnego

Plan marketingowy SPZOZ w Ożarowie ma charakter wdrożeniowy. Obejmuje zarówno działania zewnętrzne, skierowane do mieszkańców i pacjentów, jak i działania wewnętrzne, dotyczące standardu obsługi, sposobu pracy rejestracji oraz zarządzania opiniami. Działania te powinny być prowadzone równolegle, ponieważ dopiero połączenie zmian organizacyjnych i komunikacyjnych daje trwały efekt.

3. Pozycjonowanie placówki i grupy docelowe

SPZOZ w Ożarowie nie powinien budować swojego przekazu wyłącznie wokół statusu placówki publicznej. Znacznie silniejszym komunikatem jest pokazanie, że jest to ośrodek bliski mieszkańcom, posiadający szerszy zakres usług niż typowa przychodnia POZ i zdolny do zapewnienia pacjentowi ciągłości obsługi w jednym miejscu.

Rekomendowane pozycjonowanie placówki można sformułować następująco: „SPZOZ Ożarów – blisko, kompleksowo i z szacunkiem dla pacjenta”. Tak zdefiniowana pozycja łączy trzy elementy: lokalną dostępność, realną przewagę usługową oraz kulturę kontaktu.

Do najważniejszych grup odbiorców należą: pacjenci POZ, seniorzy i ich opiekunowie, pacjenci rehabilitacji, kobiety korzystające z poradni specjalistycznych, rodzice dzieci, mieszkańcy miejscowości odleglejszych od Ożarowa oraz osoby, które zrezygnowały z placówki z powodu złych doświadczeń organizacyjnych. W przypadku każdej z tych grup kluczowe znaczenie mają prostota informacji, przewidywalność procedury zapisów i poczucie, że personel jest nastawiony na pomoc, a nie na formalne „obsłużenie” pacjenta.

Zasada przewodnia planu: poprawa doświadczenia pacjenta ma pierwszeństwo przed klasyczną reklamą. To jakość kontaktu, czytelna informacja i sprawna organizacja budują trwały wizerunek placówki.

Cel	Opis	Podstawowy miernik	Horyzont
Poprawa wizerunku	Odbudowa zaufania do placówki poprzez lepszą obsługę, szybszą informację i aktywne reagowanie na uwagi pacjentów.	średnia ocen i liczba opinii	12 miesięcy
Poprawa dostępności informacji	Uporządkowanie strony internetowej, wizytówki Google i kanałów komunikacji lokalnej.	aktualność danych i liczba wejść	3–6 miesięcy
Standaryzacja rejestracji	Wdrożenie spójnego standardu rozmowy, odpowiedzi i przyjmowania uwag.	liczba skarg na rejestrację	1–3 miesiące
Wzmocnienie lojalności pacjentów	Zmniejszenie odpływu pacjentów do konkurencji poprzez lepsze doświadczenie kontaktu.	utrzymanie liczby deklaracji	12 miesięcy

4. Filary I – rejestracja i obsługa pacjenta

Najważniejszym obszarem interwencji jest rejestracja. To ona w największym stopniu wpływa na pierwsze wrażenie, poziom frustracji i liczbę negatywnych opinii. Nawet dobra opieka medyczna może zostać źle oceniona, jeżeli pacjent na etapie zapisu napotka chaos, opryskliwość lub niejasne zasady.

4.1. Standard pierwszego kontaktu

Każda rozmowa telefoniczna i osobista powinna mieć podobny, czytelny przebieg: przywitanie, przedstawienie się, ustalenie sprawy, przekazanie jasnej odpowiedzi, krótkie podsumowanie oraz wskazanie dalszego kroku. W praktyce oznacza to odejście od komunikatów skrótowych i defensywnych na rzecz języka wyjaśniającego. Pacjent powinien po rozmowie wiedzieć: co ma zrobić, kiedy ma przyjść, jakie dokumenty ma zabrać oraz do kogo może wrócić z dodatkowymi pytaniami.

4.2. Skrypt i standard rozmowy telefonicznej

Wdrożenie prostego skryptu rozmowy nie oznacza mechaniczności. Jego zadaniem jest ograniczenie chaosu i zapewnienie minimalnego standardu w każdej sytuacji. Skrypt powinien obejmować zarówno zapis na wizytę, jak i rozmowę informacyjną, przekierowanie połączenia, brak wolnego terminu, sytuację konfliktową oraz przyjęcie zgłoszenia od pacjenta zdenerwowanego.

Etap rozmowy	Standard komunikatu	Efekt dla pacjenta
Powitanie	„Dzień dobry, SPZOZ Ożarów, rejestracja, [imię], w czym mogę pomóc?”	pacjent wie, gdzie zadzwonił i kto prowadzi rozmowę
Ustalenie sprawy	krótkie doprecyzowanie celu telefonu i sprawdzenie możliwości	mniej nieporozumień i krótsza rozmowa
Przekazanie odpowiedzi	jasna informacja o terminie, wymaganych dokumentach lub ograniczeniach	poczucie porządku i przewidywalności
Podsumowanie	„Podsumuję: termin jest taki, dokumenty takie, proszę przyjść o...”	większa pewność po stronie pacjenta

4.3. Obsługa pacjenta trudnego i seniora

W warunkach starzenia się populacji szczególnego znaczenia nabiera komunikacja z seniorem. Personel powinien mówić wolniej, unikać skrótów myślowych, powtarzać najważniejsze informacje i upewniać się, że pacjent dobrze zrozumiał przekaz. W przypadku pacjenta zdenerwowanego priorytetem nie jest „wygranie rozmowy”, ale obniżenie napięcia, nazwanie problemu i wskazanie realnej ścieżki rozwiązania.

4.4. Działania organizacyjne

- wprowadzenie standardu odbierania telefonu maksymalnie do piątego sygnału, z wyjątkiem sytuacji wyjątkowych;
- czytelne wywieszenie zasad rejestracji, godzin, trybu pilnego i sposobu zgłaszania uwag;
- wyznaczenie osoby odpowiedzialnej za wyjaśnianie spraw skargowych i sytuacji spornych;
- testowe wydłużenie dyżuru telefonicznego w wybranych dniach tygodnia;
- cotygodniowa analiza najczęściej powtarzających się problemów zgłaszanych przez pacjentów.

5. Filar II – zarządzanie opiniami i reputacją

Wizerunek placówki w internecie, zwłaszcza w wizytówce Google, nie powinien być traktowany jako sprawa drugorzędna. Dla wielu mieszkańców opinie są pierwszym źródłem informacji o tym, czy warto skontaktować się z przychodnią. Brak odpowiedzi na negatywne komentarze wzmacnia przekonanie, że placówka nie reaguje na problemy i nie analizuje doświadczeń pacjentów.

Rekomenduje się wyznaczenie jednej osoby odpowiedzialnej za monitorowanie opinii oraz przygotowanie krótkiego, uprzejmego i merytorycznego szablonu odpowiedzi. Każda odpowiedź powinna zawierać podziękowanie za sygnał, informację o przekazaniu uwagi do analizy oraz zachętę do kontaktu w celu wyjaśnienia sprawy. Niedopuszczalne powinno być prowadzenie polemik emocjonalnych lub publiczne wchodzenie w spór z pacjentem.

Równolegle należy rozpocząć spokojne pozyskiwanie pozytywnych opinii od osób zadowolonych z obsługi, na przykład poprzez krótką informację z kodem QR w rejestracji, laboratorium czy gabinecie rehabilitacji. Celem nie jest sztuczne „pompowanie” ocen, lecz przywrócenie bardziej reprezentatywnego obrazu placówki.

6. Filar III – strona internetowa i kanały cyfrowe

Strona internetowa SPZOZ powinna pełnić funkcję praktycznego przewodnika dla pacjenta. Jej najważniejszym zadaniem nie jest reprezentacja instytucjonalna, lecz szybkie udzielenie odpowiedzi na podstawowe pytania: gdzie zadzwonić, kiedy placówka pracuje, jakie poradnie działają, jak się zapisać i gdzie zgłosić problem.

Na stronie głównej powinny znaleźć się w pierwszym widoku: numer telefonu do rejestracji, godziny pracy, adres, mapa dojazdu, lista poradni, odnośnik do formularza uwag, informacja o aktualnych zmianach organizacyjnych oraz podstawowe instrukcje dla pacjenta. Treści powinny być pisane prostym językiem, dużą czcionką i bez urzędniczej terminologii.

Oficjalny profil w mediach społecznościowych, zwłaszcza na Facebooku, należy traktować jako kanał codziennej informacji i ocieplania wizerunku, a nie platformę okazjonalnych komunikatów. Powinny tam trafiać przede wszystkim treści praktyczne: zmiany godzin, zastępstwa, akcje profilaktyczne, przypomnienia o badaniach, krótkie informacje edukacyjne i prezentacja dostępnych usług.

Kanał	Zakres treści	Częstotliwość
Strona internetowa	kontakt, godziny, poradnie, aktualności, formularz uwag, podstawowe instrukcje dla pacjenta	aktualizacja min. 2 razy w tygodniu
Wizytówka Google	dane teleadresowe, godziny, opinie, odpowiedzi, zdjęcia placówki	monitoring bieżący
Facebook	komunikaty organizacyjne, edukacja zdrowotna, akcje profilaktyczne, prezentacja usług i zespołu	3 posty tygodniowo

Materiały drukowane	ulotki, plakaty, instrukcje dla pacjenta	wg potrzeb
QR i formularz uwag	szybkie zgłaszanie problemów i propozycji usprawnień	stały dostęp

7. Filar IV – komunikacja lokalna i działania offline

Znaczna część pacjentów, szczególnie starszych, nie korzysta regularnie ze strony internetowej i mediów społecznościowych. Dlatego komunikacja cyfrowa powinna być uzupełniona prostymi działaniami lokalnymi. Należą do nich: krótkie ulotki „jak załatwić wizytę”, plakaty z najważniejszymi numerami, współpraca z aptekami i instytucjami lokalnymi, a także obecność informacji zdrowotnych w miejscach codziennie odwiedzanych przez mieszkańców.

Ważnym elementem komunikacji offline są również małe akcje profilaktyczne, dni tematyczne, spotkania informacyjne dla seniorów i prezentowanie usług, które placówka już posiada. Dla wielu mieszkańców wartością nie będzie nowy slogan, lecz świadomość, że badania laboratoryjne, rehabilitacja albo konkretna poradnia są dostępne blisko domu.

8. Program szkoleniowy z obsługi pacjenta

Trwała poprawa obsługi nie nastąpi bez szkolenia personelu. Szkolenie powinno objąć przede wszystkim rejestrację, administrację i kierowników komórek organizacyjnych. Najkorzystniejszy jest model praktyczny: krótka część teoretyczna, scenki sytuacyjne, ćwiczenia z rozmowy telefonicznej oraz wspólne opracowanie standardu odpowiedzi.

Moduł	Zakres	Czas	Efekt
1	Rola pierwszego kontaktu i wpływ obsługi na wizerunek placówki	45 min	wspólne rozumienie celu zmiany
2	Standard rozmowy telefonicznej i obsługa zapisu	60 min	spójny model rozmowy
3	Pacjent zdenerwowany, roszczeniowy i zagubiony	60 min	mniej sytuacji konfliktowych
4	Komunikacja z seniorem i z opiekunem pacjenta	45 min	większa czytelność przekazu
5	Przyjmowanie uwag, skarg i pochwał	45 min	uporządkowany proces informacji zwrotnej
6	Ćwiczenia praktyczne i omówienie błędów	90 min	gotowość do wdrożenia standardu

9. Formularz zgłaszania uwag i system informacji zwrotnej

Placówka powinna wdrożyć prosty formularz zgłaszania uwag dostępny w trzech kanałach: papierowo w rejestracji, elektronicznie na stronie internetowej oraz poprzez kod QR umieszczony w widocznym miejscu. Każde zgłoszenie powinno zostać zarejestrowane, sklasyfikowane i przeanalizowane. Dzięki temu opinie pacjentów przestaną być jedynie źródłem emocji, a staną się materiałem do poprawy procesów.

W formularzu należy wyraźnie odróżnić: pochwałę, uwagę, skargę i propozycję usprawnienia. Pozwoli to lepiej analizować nie tylko problemy, ale także mocne strony zespołu. Miesięczny raport z formularzy powinien być omawiany na krótkim spotkaniu kierownictwa i przekładany na konkretne decyzje organizacyjne.

10. Harmonogram wdrożenia

Wdrożenie planu powinno następować etapami. Pierwszy kwartał powinien przynieść zmiany odczuwalne dla pacjenta niemal natychmiast, natomiast kolejne etapy mają utrwalić standard i uporządkować komunikację placówki.

Etap	Zakres działań	Odpowiedzialność	Termin
0–30 dni	audyt rejestracji, uporządkowanie wizytówki Google, uruchomienie formularza uwag, przygotowanie standardu rozmowy	Dyrektor / osoba koordynująca	I miesiąc
31–90 dni	szkolenie personelu, start regularnej komunikacji na Facebooku, aktualizacja strony internetowej, tablice informacyjne w placówce	Administracja / rejestracja	I kwartał
3–6 miesięcy	monitoring opinii, raport miesięczny, test wydłużonego dyżuru telefonicznego, pierwsza akcja lokalna dla seniorów	Koordinator jakości obsługi	II kwartał
6–12 miesięcy	utrwalenie standardu, rozwój komunikacji profilaktycznej, ocena KPI i korekta planu	Kierownictwo zakładu	III–IV kwartał

11. Mierniki realizacji planu

Plan powinien być monitorowany na podstawie prostych, regularnie zbieranych wskaźników. Nie chodzi o rozbudowany system analityczny, lecz o zestaw kilku miar, które pokażą, czy poprawia się jakość kontaktu z pacjentem i skuteczność komunikacji.

Obszar	Wskaźnik	Poziom docelowy po 12 miesiącach	Źródło danych
Opinie	średnia ocen w Google	wzrost w stosunku do punktu wyjścia	wizytówka Google
Rejestracja	liczba skarg dotyczących obsługi	spadek kwartalny	rejestr uwag
Komunikacja	aktualność strony i profilu	brak nieaktualnych informacji	kontrola wewnętrzna
Zaangażowanie	liczba zgłoszonych uwag i propozycji	stały wzrost zgłoszeń konstruktywnych	formularz uwag
Pacjenci	utrzymanie lub wzrost liczby deklaracji	stabilizacja bazy pacjentów	dane SPZOZ

12. Podsumowanie

Marketing SPZOZ w Ożarowie nie powinien zaczynać się od kosztownych kampanii, lecz od uporządkowania doświadczenia pacjenta. Największy efekt może dać poprawa rejestracji, prostsza komunikacja, szybkie reagowanie na opinie oraz konsekwentna obecność informacyjna w kanałach cyfrowych i lokalnych.

Realizacja niniejszego planu powinna prowadzić do ograniczenia negatywnych doświadczeń pacjentów, zwiększenia przejrzystości funkcjonowania placówki oraz lepszego wykorzystania jej przewag organizacyjnych i medycznych. W dłuższej perspektywie poprawa jakości kontaktu z pacjentem stanie się jednym z warunków stabilizacji liczby deklaracji, wzrostu zaufania społecznego i skuteczniejszego rozwoju SPZOZ.

Załącznik A. Standard obsługi pacjenta – wersja wdrożeniowa

1. Każdy pacjent powinien zostać przyjęty z szacunkiem, nawet jeżeli jego oczekiwania nie mogą zostać spełnione natychmiast.
2. Personel używa języka prostego, spokojnego i konkretnego, bez ironii oraz skrótów niezrozumiałych dla pacjenta.
3. Pacjent nie jest odsyłany między osobami bez wyjaśnienia, kto przejmuje sprawę i jaki będzie dalszy tryb postępowania.
4. Na końcu rozmowy pacjent powinien wiedzieć: co ma zrobić, kiedy ma przyjść, jakie dokumenty ma przygotować i do kogo może wrócić z pytaniem.
5. Każda uwaga, skarga lub propozycja usprawnienia jest rejestrowana i analizowana.
6. Rejestracja pełni funkcję organizacyjnej pomocy pacjentowi, a nie wyłącznie punktu formalnej ewidencji.

Załącznik B. Wzór formularza zgłoszenia uwagi / opinii

Data zgłoszenia	
Rodzaj zgłoszenia	☐ pochwała ☐ uwaga ☐ skarga ☐ propozycja usprawnienia
Obszar sprawy	☐ rejestracja ☐ lekarz ☐ pielęgniarka ☐ rehabilitacja ☐ laboratorium ☐ stomatologia ☐ strona www ☐ inne
Opis sytuacji	
Czy oczekuje Pani/Pan odpowiedzi?	☐ tak ☐ nie
Dane kontaktowe	
Propozycja usprawnienia	
Adnotacja placówki	

Rekomendowany termin potwierdzenia przyjęcia zgłoszenia: do 3 dni roboczych. Rekomendowany termin odpowiedzi merytorycznej: do 14 dni.

ZAŁĄCZNIK NR 7

do Koncepcji Funkcjonowania i Rozwoju
SPZOZ w Ożarowie na lata 2026–2032

WZÓR KARTY PROJEKTU INWESTYCYJNEGO SPZOZ W OŻAROWIE NA LATA 2026–2032

*Uniwersalny formularz planistyczno-zarządczy
do stosowania przy przygotowaniu, ocenie i monitorowaniu inwestycji*

Wzór bez danych – dokument do wielokrotnego wykorzystania

Ożarów, marzec 2026

1. Cel załącznika

Niniejszy załącznik stanowi uniwersalny wzór karty projektu inwestycyjnego, przeznaczony do stosowania przy planowaniu, opiniowaniu oraz monitorowaniu przedsięwzięć ujmowanych w planie inwestycyjnym SPZOZ w Ożarowie. Dokument został opracowany jako formularz roboczy w edytowalnej formie, tak aby mógł być wykorzystywany zarówno dla projektów sprzętowych, infrastrukturalnych, organizacyjno-technologicznych, jak i projektów mieszanych.

Karta projektu ma porządkować proces decyzyjny i ujednolicać sposób opisywania inwestycji. Powinna służyć jednocześnie dyrekcji, głównej księgowości, organowi tworzącemu, osobom odpowiedzialnym za przygotowanie inwestycji oraz pracownikom uczestniczącym w jej wdrożeniu i rozliczeniu. Wypełnienie karty nie zastępuje odrębnych analiz technicznych lub finansowych, lecz tworzy wspólny standard prezentacji najważniejszych informacji o projekcie.

Zasada stosowania wzoru

Dla każdego istotnego projektu przewidzianego do realizacji w ramach planu inwestycyjnego zaleca się sporządzenie odrębnej karty projektu. W przypadku inwestycji wieloetapowych dopuszczalne jest sporządzenie jednej karty zbiorczej z odrębnym harmonogramem i budżetem dla poszczególnych etapów.

2. Instrukcja korzystania z formularza

Wzór został przygotowany w taki sposób, aby można go było uzupełniać bezpośrednio w dokumencie Word. W polach opisowych należy wpisać treść właściwą dla danego zadania, natomiast w polach tabelarycznych należy uzupełnić informacje w sposób możliwie syntetyczny i porównywalny między projektami. Jeżeli na etapie wstępnego planowania nie są jeszcze znane wszystkie dane, dopuszczalne jest pozostawienie oznaczenia „do uzupełnienia”, pod warunkiem wskazania zakresu brakujących informacji oraz terminu ich pozyskania.

Wypełniona karta powinna być aktualizowana co najmniej na kluczowych etapach cyklu inwestycyjnego: po kwalifikacji zadania do planu, po potwierdzeniu źródeł finansowania, po wyborze dostawcy lub wykonawcy, po zakończeniu realizacji oraz po upływie okresu pierwszej oceny efektów. Dzięki temu dokument pełni nie tylko funkcję opisową, ale również kontrolną i zarządczą.

3. Wzór karty projektu inwestycyjnego

3.1. Metryka podstawowa projektu

Pole	Zakres informacji do wpisania	Miejsce na uzupełnienie
Nazwa projektu	Pełna nazwa zadania inwestycyjnego odpowiadająca jego rzeczywistemu zakresowi rzeczowemu i celowi.	[do uzupełnienia]
Numer / symbol projektu	Oznaczenie robocze przyjęte na potrzeby planu inwestycyjnego i obiegu wewnętrznego.	[do uzupełnienia]

Typ projektu	Np. sprzętowy, budowlany, informatyczny, organizacyjno-technologiczny, mieszany.	[do uzupełnienia]
Okres realizacji	Planowany czas przygotowania i wykonania inwestycji wraz z określeniem roku lub przedziału lat.	[do uzupełnienia]
Priorytet	Ocena ważności zadania w skali planu inwestycyjnego, np. wysoki / średni / niski.	[do uzupełnienia]
Jednostka odpowiedzialna	Osoba lub komórka organizacyjna odpowiadająca za przygotowanie i nadzór nad projektem.	[do uzupełnienia]
Lokalizacja	Miejsce realizacji projektu lub obszar funkcjonalny, którego dotyczy inwestycja.	[do uzupełnienia]
Powiązanie ze strategią	Wskazanie celu strategicznego, operacyjnego lub działania, z którym projekt jest związany.	[do uzupełnienia]
Stan przygotowania	Etap zaawansowania prac przygotowawczych, np. koncepcja, analiza potrzeb, kosztorys, gotowość do wdrożenia.	[do uzupełnienia]
Źródło inicjacji projektu	Informacja, z czego wynika potrzeba realizacji: potrzeby pacjentów, wymogi organizacyjne, ryzyko techniczne, rozwój usług, regulacje itp.	[do uzupełnienia]
Przewidywana wartość	Szacunkowa wartość brutto lub netto projektu oraz poziom pewności oszacowania.	[do uzupełnienia]
Status decyzji	Informacja, czy projekt jest proponowany, rekomendowany, zatwierdzony lub w realizacji.	[do uzupełnienia]
Uwagi ogólne	Miejsce na krótkie doprecyzowanie projektu, jeśli nie mieści się w pozostałych polach.	[do uzupełnienia]

3.2. Opis potrzeby i uzasadnienie strategiczne

W tej części należy opisać, dlaczego projekt jest potrzebny oraz jaki problem, ograniczenie lub szansę rozwojową ma adresować. Uzasadnienie powinno odwoływać się do rzeczywistych uwarunkowań funkcjonowania SPZOZ, takich jak stan techniczny wyposażenia, potrzeby zdrowotne pacjentów, zmiany organizacyjne, wymogi jakościowe, ryzyka operacyjne, możliwości rozwoju świadczeń lub konieczność dostosowania do standardów zewnętrznych.

[miejsce na opis potrzeby, tła projektu i uzasadnienia jego ujęcia w planie inwestycyjnym]

3.3. Interesariusze projektu

Grupa interesariuszy	Zakres wpływu / interesu	Oczekiwania wobec projektu	Sposób zaangażowania / komunikacji
Pacjenci	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]

Personel medyczny	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]
Personel administracyjny / techniczny	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]
Dyrekcja i księgowość	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]
Organ tworzący / partnerzy finansujący	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]
Inni interesariusze zewnętrzni	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]

Przy identyfikacji interesariuszy należy wskazać nie tylko podmioty bezpośrednio korzystające z efektów inwestycji, ale również te, które mogą wpływać na tempo realizacji, kształt projektu, źródła finansowania lub odbiór końcowy przedsięwzięcia.

3.4. Cel główny oraz cele szczegółowe projektu

Poziom celu	Treść do uzupełnienia
Cel główny	[do uzupełnienia]
Cel szczegółowy 1	[do uzupełnienia]
Cel szczegółowy 2	[do uzupełnienia]
Cel szczegółowy 3	[do uzupełnienia]

3.5. Zakres rzeczowy i rezultaty projektu

Obszar	Zakres do opisania	Miejsce na uzupełnienie
Zakres rzeczowy	Co dokładnie obejmuje projekt, jakie elementy materialne, organizacyjne lub technologiczne wchodzi w jego skład.	[do uzupełnienia]
Działania towarzyszące	Szkolenia, wdrożenia, prace przygotowawcze, integracje systemowe, adaptacje pomieszczeń, komunikacja itp.	[do uzupełnienia]
Rezultaty rzeczowe	Namacalne efekty realizacji projektu, np. zakup sprzętu, modernizacja pomieszczeń, uruchomienie nowej funkcji.	[do uzupełnienia]
Rezultaty organizacyjne	Wpływ na organizację pracy, dostępność usług, bezpieczeństwo, jakość obsługi lub efektywność.	[do uzupełnienia]
Powiązania z innymi projektami	Zależności między zadaniem a innymi przedsięwzięciami lub etapami inwestycyjnymi.	[do uzupełnienia]

3.6. Harmonogram i kamienie milowe

Etap / kamień milowy	Termin	Zakres prac	Status / uwagi
[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]
[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]
[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]
[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]
[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]
[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]

3.7. Budżet projektu i źródła finansowania

Pozycja kosztowa	Kwota	Źródło finansowania	Uwagi
Pozycja 1	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]
Pozycja 2	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]
Pozycja 3	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]
Pozycja 4	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]
Rezerwa / koszty uzupełniające	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]
łącznie	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]

W przypadku projektów finansowanych z więcej niż jednego źródła zaleca się wskazanie wariantu podstawowego i wariantu rezerwowego. Warto również ująć koszty, które nie zawsze są widoczne w pierwszym oszacowaniu, takie jak szkolenie personelu, drobne prace dostosowawcze, wdrożenie, serwis początkowy lub koszty eksploatacyjne w pierwszym roku.

3.8. Analiza ryzyk i działania ograniczające

Ryzyko	Prawdopodobieństwo	Wpływ	Działania ograniczające	Właściciel ryzyka
[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]

[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]
[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]
[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]
[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]

3.9. Wskaźniki monitorowania efektów projektu

Obszar	Wskaźnik	Stan bazowy	Wartość docelowa
Dostępność	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]
Jakość	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]
Efektywność organizacyjna	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]
Finanse	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]
Satysfakcja / odbiór	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]

3.10. Trwałość efektów projektu i koszty po wdrożeniu

Zakres	Treść do uzupełnienia
Sposób utrzymania efektów	[do uzupełnienia]
Przewidywane koszty eksploatacyjne	[do uzupełnienia]
Odpowiedzialność po zakończeniu projektu	[do uzupełnienia]
Okres pierwszej oceny efektów	[do uzupełnienia]

3.11. Ścieżka opiniowania i zatwierdzenia

Etap	Data	Osoba / organ	Uwagi / decyzja
Opracowanie karty	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]
Weryfikacja merytoryczna	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]
Weryfikacja finansowa	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]
Rekomendacja do planu	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]
Zatwierdzenie	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]	[do uzupełnienia]

4. Uwagi końcowe do stosowania wzoru

Wzór karty projektu powinien być traktowany jako minimalny standard dokumentowania inwestycji. W zależności od charakteru przedsięwzięcia dopuszczalne jest dodawanie sekcji szczegółowych, w szczególności dotyczących wymagań technicznych, parametrów funkcjonalnych, zgodności z przepisami, wpływu na personel, a także zgodności z warunkami konkursowymi w przypadku finansowania zewnętrznego.

Zachowanie jednolitego układu kart projektów dla wszystkich zadań inwestycyjnych ułatwia porównywanie przedsięwzięć, ustalanie priorytetów, ocenę kosztów i ryzyk oraz przygotowanie organu tworzącego do podejmowania decyzji. Jednocześnie dokument umożliwia późniejszą weryfikację, czy projekt został zrealizowany zgodnie z założeniami i czy przyniósł zakładane efekty dla SPZOZ oraz jego pacjentów.

ZAŁĄCZNIK NR 8

do Koncepcji Funkcjonowania i Rozwoju
SPZOZ w Ożarowie na lata 2026–2032

PLAN WDROŻENIA STRATEGII ROZWOJU

**SPZOZ W OŻAROWIE
NA LATA 2026–2032**

Dokument operacyjno-zarządczy

Matryca działań, harmonogram, odpowiedzialność, KPI i ryzyka

Na podstawie Załączników nr 1–7

Ożarów, marzec 2026

1. Cel i funkcja załącznika

Niniejszy załącznik stanowi dokument wykonawczy do Koncepcji Funkcjonowania i Rozwoju SPZOZ w Ożarowie na lata 2026–2032. Jego celem jest przełożenie wniosków diagnostycznych, finansowych, konkurencyjnych, inwestycyjnych i komunikacyjnych na uporządkowany plan działań wdrożeniowych możliwych do realizacji w kolejnych latach.

Załącznik pełni rolę pomostu pomiędzy częścią strategiczną i analityczną a praktyką zarządczą zakładu. Oznacza to, że powinien być wykorzystywany nie tylko jako materiał opisowy do konkursu lub dokumentu programowego, lecz również jako narzędzie wewnętrznego zarządzania, kontroli realizacji celów, przeglądu postępu oraz okresowego raportowania do organu tworzącego.

Plan wdrożenia został przygotowany w oparciu o następujące założenia wyjściowe:

- prognozowany spadek liczby mieszkańców gminy i postępujące starzenie się populacji
- utrzymującą się presję finansową i konieczność stopniowego powrotu do równowagi
- realne przewagi usługowe SPZOZ w zakresie kompleksowości świadczeń
- potrzebę uporządkowania rejestracji, komunikacji i doświadczenia pacjenta
- konieczność etapowej realizacji planu inwestycyjnego przy zachowaniu ostrożności finansowej
- potrzebę wdrożenia prostego systemu monitorowania rezultatów i reagowania na ryzyka.

Dokument zakłada wdrażanie strategii w sposób etapowy, realistyczny i podporządkowany zasadzie „najpierw stabilizacja, potem rozwój”. Oznacza to, że działania organizacyjne, jakościowe i finansowe wyprzedzają najbardziej kosztowne lub najbardziej złożone inwestycje rozwojowe.

2. Synteza wniosków z wcześniejszych załączników i ich znaczenie wdrożeniowe

Załącznik	Główne ustalenia	Znaczenie dla planu wdrożenia
Załącznik nr 1 – prognoza demograficzna	spadek liczby mieszkańców, silny spadek liczby dzieci i wzrost udziału seniorów	priorytet dla POZ, świadczeń dla pacjentów przewlekłych, diagnostyki, komunikacji przyjaznej seniorom i działań zwiększających lojalność pacjentów
Załącznik nr 2 – analiza finansowa	utrzymująca się strata, wysoki udział kosztów osobowych i usług obcych, pogorszenie wskaźników	konieczność dyscypliny kosztowej, lepszego rozliczania świadczeń, etapowania inwestycji i monitorowania efektów
Załącznik nr 3 – analiza konkurencji	przewagi SPZOZ w zakresie kompleksowości usług, ale krytyczne słabości w godzinach pracy, ocenie Google i dostępności części poradni	równoległe działania w obszarze jakości obsługi, rejestracji, reputacji i przywracania pełnej aktywności usług
Załącznik nr 4 – plan inwestycyjny	plan minimum obejmujący cyfryzację, infrastrukturę, laboratorium, karetkę, USG i rozwój kolejnych poradni	wdrożenie inwestycji musi mieć charakter sekwencyjny i być powiązane z gotowością organizacyjną i finansową
Załącznik nr 5 – prognoza finansowa	zakładany stopniowy powrót do poprawy wyniku i płynności przy zachowaniu ostrożnych założeń	działania wdrożeniowe powinny wspierać wzrost przychodów, ograniczenie kosztów i poprawę płynności

Załącznik nr 6 – plan marketingowy i komunikacyjny	marketing należy rozumieć jako poprawę doświadczenia pacjenta, standardu obsługi i komunikacji z mieszkańcami	działania komunikacyjne należy wdrażać już od początku okresu strategicznego, bez oczekiwania na duże inwestycje
Załącznik nr 7 – wzór karty projektu inwestycyjnego	każdy istotny projekt powinien być dokumentowany w jednolitym standardzie	wszystkie większe przedsięwzięcia wdrożeniowe i inwestycyjne powinny być prowadzone w logice kart projektów

3. Logika wdrożenia strategii w latach 2026–2032

3.1. Zasada etapowania

Plan wdrożenia opiera się na czterech głównych fazach:

Faza I – stabilizacja i uporządkowanie (2026)

W pierwszym roku najważniejsze są działania, które nie wymagają nadmiernych nakładów inwestycyjnych, a mogą poprawić funkcjonowanie zakładu w krótkim czasie. Dotyczy to przede wszystkim porządku organizacyjnego, jakości rejestracji, komunikacji z pacjentem, lepszego rozliczania świadczeń, monitorowania kosztów oraz uruchomienia prostych mechanizmów zarządczych.

Faza II – fundament rozwojowy (2027–2028)

Druga faza obejmuje działania infrastrukturalne i cyfrowe, które tworzą bazę pod późniejszy rozwój usług. Na tym etapie szczególne znaczenie mają inwestycje w IT, laboratorium, transport i warunki techniczne funkcjonowania placówki. To również etap porządkowania otoczenia organizacyjnego dla nowych usług i poprawy efektywności energetycznej.

Faza III – rozwój oferty i wykorzystanie przewag (2029–2030)

W tej fazie SPZOZ powinien przejść od działań stabilizacyjnych do aktywnego wzmacniania przewagi konkurencyjnej. Chodzi przede wszystkim o lepsze wykorzystanie diagnostyki, rozwój specjalistyk, integrację usług w modelu „pod jednym dachem” oraz zwiększanie atrakcyjności placówki dla pacjenta lokalnego i pacjenta z otoczenia.

Faza IV – utrwalenie modelu i doskonalenie (2031–2032)

Końcowa faza ma służyć utrwaleniu zmian, przeglądowi całego modelu funkcjonowania oraz ocenie, które rozwiązania przyniosły trwały efekt. Na tym etapie ważniejsze od liczby nowych inicjatyw staje się doskonalenie standardu działania, utrzymywanie efektów inwestycji i dalsza poprawa jakości zarządzania.

3.2. Mapa faz wdrożenia

Faza	Okres	Charakter działań	Dominujący cel
I	2026	organizacja, finanse, rejestracja, komunikacja, monitoring	zatrzymanie pogarszania sytuacji i szybkie usprawnienia
II	2027–2028	cyfryzacja, inwestycje bazowe, laboratorium, infrastruktura	stworzenie fundamentu technicznego i organizacyjnego
III	2029–2030	rozwój usług, diagnostyki i współpracy z otoczeniem	budowa przewagi konkurencyjnej i wzrost przychodów

IV	2031–2032	utrwalenie, optymalizacja, ewaluacja i korekty	trwałość efektów i stabilny model działania
----	-----------	--	---

4. Strumienie wdrożeniowe

Dla przejrzystości zarządczej działania strategiczne zostały pogrupowane w pięć podstawowych strumieni wdrożeniowych.

4.1. Strumień A – stabilizacja finansowa i organizacyjna

Obejmuje działania służące ograniczeniu straty, poprawie płynności, lepszemu rozliczaniu świadczeń, zwiększeniu dyscypliny kosztowej oraz uporządkowaniu odpowiedzialności kierowniczej za wynik ekonomiczny. W tym strumieniu mieszczą się również działania związane z lepszym dopasowaniem kosztów do struktury kontraktu i przychodów.

4.2. Strumień B – pacjent, rejestracja i komunikacja

Obejmuje działania wynikające z planu marketingowego i z analizy konkurencji. Jego celem jest poprawa doświadczenia pacjenta, ograniczenie liczby negatywnych opinii, zwiększenie dostępności informacji, uporządkowanie strony internetowej, wizytówki Google, formularzy uwag oraz komunikacji lokalnej i cyfrowej.

4.3. Strumień C – cyfryzacja i jakość danych

Dotyczy wdrożeń IT, e-rejestracji, uporządkowania obiegu informacji, przygotowania do dalszych programów cyfrowych oraz budowy fundamentu pod bardziej zaawansowane wykorzystanie narzędzi informatycznych w kolejnych latach.

4.4. Strumień D – inwestycje i infrastruktura

Zawiera zadania materialne ujęte w planie minimum inwestycyjnego, w tym infrastrukturę techniczną, modernizacje, laboratorium, transport sanitarny, aparaturę oraz dostosowanie przestrzeni do nowych funkcji.

4.5. Strumień E – rozwój usług i przychodów

Obejmuje działania związane z odbudową i rozwojem oferty medycznej, poszerzaniem zakresów świadczeń, wykorzystaniem laboratoriów i diagnostyki, współpracą z ościennymi POZ oraz wzmacnianiem przychodów z NFZ, świadczeń komercyjnych i partnerstw lokalnych.

5. Matryca działań strategicznych 2026–2032

Obszar	Działanie strategiczne	2026	2027	2028	2029	2030	2031–2032	Odpowiedzialność wiodąca	Kluczowy rezultat
Finanse i organizacja	wdrożenie kwartalnego przeglądu wyniku, kosztów i płynności	•	•	•	•	•	•	Dyrektor / księgowość	stały monitoring i szybsze decyzje korygujące
Finanse i organizacja	uszczelnienie rozliczeń z NFZ i uporządkowanie odpowiedzialności za kontrakty	•	•	•	•	•	•	Dyrektor / osoby odpowiedzialne za rozliczenia	poprawa rozliczalności świadczeń

Pacjent i komunikacja	standaryzacja pracy rejestracji, formularz uwag, odpowiedzi na opinie	●	●	○	○	○	○	Rejestracja / administracja	poprawa kontaktu z pacjentem
Pacjent i komunikacja	aktualizacja strony, Facebook, wizytówka Google, komunikacja lokalna	●	●	●	●	●	●	Administracja / osoba koordynująca	uporządkowana informacja i reputacja
Cyfryzacja	zakup komputerów i podstawowego oprogramowania, przygotowanie pod e-rejestrację	●	●	○	○	○	○	Dyrektor / IT / administracja	poprawa podstaw cyfrowych
Infrastruktura	zadania techniczne i remontowe o znaczeniu ciągłościowym	●	●	●	○	○	○	Dyrektor / administracja techniczna	zmniejszenie ryzyka awarii
Laboratorium i transport	rozwój laboratorium i uruchomienie modelu obsługi z wykorzystaniem transportu	○	●	●	●	●	●	Dyrektor / laboratorium	nowe źródła przychodów i większa dostępność
Aparatura i diagnostyka	zakup USG oraz lepsze wykorzystanie diagnostyki obrazowej	○	○	●	●	●	●	Dyrektor / diagnostyka	wzrost jakości i atrakcyjności oferty
Rozwój usług	uruchamianie lub wzmacnianie kolejnych poradni i integracja ścieżki pacjenta	○	○	○	●	●	●	Dyrektor / AOS	rozwój oferty i przewagi konkurencyjnej
Zarządzanie projektami	obowiązkowe stosowanie kart projektów dla większych przedsięwzięć	●	●	●	●	●	●	Dyrektor / księgowość / koordynatorzy	większa porównywalność i kontrola realizacji

Legenda: ● – realizacja wiodąca, ○ – kontynuacja lub utrzymanie efektu.

6. Szczegółowy harmonogram wdrożenia

6.1. Rok 2026 – działania priorytetowe

Rok 2026 należy potraktować jako rok porządkowania podstaw funkcjonowania zakładu. Najważniejsze zadania powinny obejmować wdrożenie stałego monitoringu wyniku finansowego i płynności, uszczelnienie rozliczeń, uruchomienie prostego systemu raportowania wewnętrznego, poprawę jakości pracy rejestracji, uporządkowanie kanałów komunikacji oraz uruchomienie podstawowych działań cyfryzacyjnych i technicznych.

Do działań o najwyższym priorytecie w roku 2026 należy zaliczyć:

- wdrożenie kwartalnej macierzy nadzoru nad realizacją strategii
- powołanie osoby lub funkcji koordynującej wdrożenie
- wprowadzenie standardu obsługi pacjenta i rozmowy telefonicznej
- uruchomienie formularza uwag i prostego rejestru skarg oraz usprawnień
- uporządkowanie strony internetowej, wizytówki Google i podstawowej obecności informacyjnej
- zakup sprzętu IT i przygotowanie pod dalszą cyfryzację
- realizację najpilniejszych zadań infrastrukturalnych o charakterze ochronnym.

6.2. Lata 2027–2028 – budowa fundamentu rozwojowego

W latach 2027–2028 działania powinny koncentrować się na połączeniu poprawy organizacji z inwestycjami, które zwiększają możliwości zakładu w średnim okresie. To etap, w którym SPZOZ powinien uzyskać większą sprawność operacyjną, poprawić warunki

techniczne działania oraz rozpocząć wykorzystywanie inwestycji do tworzenia nowych strumieni przychodów.

Priorytetami tej fazy są:

- rozwój laboratorium i powiązań z transportem
- kontynuacja cyfryzacji i wprowadzenie narzędzi ograniczających chaos informacyjny
- poprawa efektywności energetycznej i warunków infrastrukturalnych
- utrwalenie lepszej jakości obsługi pacjenta
- wdrożenie kart projektów dla wszystkich zadań inwestycyjnych o większej skali.

6.3. Lata 2029–2030 – rozwój usług i pełniejsze wykorzystanie potencjału

W tej fazie priorytetem powinien być rozwój oferty medycznej i diagnostycznej w oparciu o wcześniej zbudowane zasoby. Chodzi o to, by inwestycje przestały być tylko kosztem lub modernizacją techniczną, a zaczęły realnie wspierać wzrost przychodów, zwiększenie dostępności i wzmocnienie przewagi konkurencyjnej.

Kluczowe zadania tej fazy to:

- pełniejsze wykorzystanie aparatury diagnostycznej
- rozwijanie modelu hubu diagnostyczno-terapeutycznego
- wzmacnianie współpracy z pacjentem lokalnym i zewnętrznym
- poprawa dostępności usług specjalistycznych
- trwałe powiązanie diagnostyki, laboratoryjnych usług komercyjnych i nowych poradni.

6.4. Lata 2031–2032 – utrwalenie i doskonalenie

Końcowy etap ma służyć trwałości modelu funkcjonowania. W tym okresie należy ograniczyć liczbę nowych inicjatyw na rzecz przeglądu skuteczności rozwiązań już wdrożonych, aktualizacji wskaźników, porównania założeń z efektami oraz planowania kolejnego okresu strategicznego.

7. System zarządzania wdrożeniem

7.1. Struktura odpowiedzialności

Poziom	Zakres odpowiedzialności
Dyrektor SPZOZ	odpowiedzialność całościowa za realizację strategii, decyzje korygujące, kontakty z organem tworzącym
Główna księgowość	monitoring wyniku, płynności, kosztów, źródeł finansowania i zgodności budżetowej
Koordynator wdrożenia / wyznaczona osoba	przygotowanie przeglądów kwartalnych, aktualizacja matrycy działań, koordynacja informacji między obszarami
Kierownicy / osoby odpowiedzialne za obszary	realizacja działań w strumieniach funkcjonalnych, raportowanie postępu, identyfikacja ryzyk
Organ tworzący	nadzór właścicielski, wsparcie decyzji inwestycyjnych i organizacyjnych, ocena postępu w ujęciu rocznym

7.2. Cykl zarządczy

Przyjmuje się następujący minimalny cykl zarządzania wdrożeniem:

1. przegląd miesięczny – wskaźniki operacyjne i problemy bieżące,
2. przegląd kwartalny – postęp działań strategicznych, koszty, ryzyka i decyzje korygujące,
3. przegląd półroczny – ocena zgodności z prognozą finansową i harmonogramem inwestycji,
4. przegląd roczny – raport z realizacji strategii i aktualizacja planu na kolejny rok.

7.3. Zasady korekty planu

Plan wdrożenia powinien być dokumentem żywym. W przypadku zmian w finansowaniu, dostępności personelu, sytuacji rynkowej, możliwościach inwestycyjnych lub poziomie kontraktowania przez NFZ dopuszcza się zmianę kolejności działań, o ile nie narusza to logiki całego modelu. Każda istotna zmiana powinna zostać odnotowana w przeglądzie kwartalnym lub rocznym.

8. KPI i system monitorowania

8.1. Zasady doboru wskaźników

Zestaw wskaźników powinien być wystarczająco prosty, aby mógł być regularnie aktualizowany przez zakład bez tworzenia rozbudowanego systemu analitycznego, ale jednocześnie na tyle szeroki, aby pokazywał postęp w obszarach finansowych, pacjenckich, inwestycyjnych i rozwojowych.

8.2. Tabela KPI strategicznych

Obszar	Wskaźnik	Punkt odniesienia	Kierunek oczekiwanej zmiany	Częstotliwość monitoringu	Źródło danych
Finanse	wynik netto	dane za 2025	poprawa rok do roku	kwartalnie / rocznie	księgowość, sprawozdania
Finanse	płynność bieżąca	stan bazowy 2025	stopniowa poprawa	kwartalnie	bilans uproszczony
Finanse	udział kosztów wynagrodzeń i świadczeń w kosztach ogółem	stan bazowy 2025	stabilizacja lub spadek udziału	kwartalnie	ewidencja kosztów
Pacjent	liczba skarg i uwag dotyczących rejestracji	stan bazowy po wdrożeniu rejestru	spadek skarg, wzrost uwag konstruktywnych	miesięcznie / kwartalnie	rejestr uwag
Pacjent	średnia ocen i dynamika opinii Google	stan wyjściowy	poprawa jakości ocen i odpowiedzi	miesięcznie	wizytówka Google
Pacjent	liczba deklaracji POZ	stan bazowy 2025	utrzymanie lub wzrost	kwartalnie	dane SPZOZ
Pacjent	liczba deklaracji do pielęgniarstwa środowiskowej	stan bazowy 2025	wzrost do poziomu bliższego bazie POZ	kwartalnie	dane SPZOZ
Operacje	aktualność strony	audyt wewnętrzny	brak nieaktualnych informacji	miesięcznie	kontrola wewnętrzna

	internetowej i profilu FB				
Inwestycje	stopień realizacji planu inwestycyjnego	harmonogram zał. 4	realizacja zgodna z etapowaniem	kwartalnie	raport wdrożenia
Rozwój usług	liczba aktywnych poradni i zakresów diagnostycznych	stan bazowy 2025	stopniowe odtworzenie i rozwój	półrocznie	dane SPZOZ
Rozwój usług	przychody z laboratoriów, usług komercyjnych i nowych zakresów	stan bazowy 2025	wzrost rok do roku	kwartalnie / rocznie	księgowość

8.3. Wskaźniki jakościowe

Poza miernikami liczbowymi zaleca się coroczną ocenę jakościową w następujących obszarach:

- jakość współpracy między komórkami organizacyjnymi
- poziom przejrzystości odpowiedzialności za wdrożenie
- dojrzałość procesu planowania inwestycyjnego
- poziom gotowości organizacyjnej do obsługi seniorów i pacjentów przewlekłych
- skuteczność komunikacji z pacjentem i organem tworzącym.

9. Rejestr ryzyk strategicznych

Ryzyko	Źródło / przyczyna	Prawdopodobieństwo	Wpływ	Działania ograniczające	Właściciel ryzyka
Utrzymanie straty operacyjnej dłużej niż zakładano	niedoszacowanie świadczeń, wzrost kosztów osobowych i usług obcych	wysokie	wysokie	kwartalny monitoring, etapowanie inwestycji, poprawa rozliczeń, wzrost przychodów z nowych zakresów	Dyrektor / księgowość
Braki kadrowe w poradniach specjalistycznych	ograniczona dostępność lekarzy na rynku	wysokie	wysokie	elastyczne modele współpracy, priorytetyzacja zakresów najbardziej rentownych i strategicznych	Dyrektor
Niewystarczające wykorzystanie inwestycji	brak gotowości organizacyjnej, słaba komunikacja, opóźnienia we wdrożeniu	średnie	wysokie	stosowanie kart projektów, wdrożenie działań towarzyszących, monitoring	Dyrektor / koordynator

				efektów po uruchomieniu	
Pogorszenie reputacji placówki	zła obsługa rejestracji, brak odpowiedzi na opinie, chaos informacyjny	wysokie	średnie / wysokie	wdrożenie standardu obsługi, formularza uwag, reakcji na opinie i aktualnych kanałów informacji	Rejestracja / administracja
Opóźnienie inwestycji infrastrukturalnych	ograniczenia finansowe, formalne lub wykonawcze	średnie	średnie / wysokie	dzielenie projektów na etapy, wariantowanie źródeł finansowania, przygotowanie kart projektów	Dyrektor / administracja
Niewystarczająca absorpcja narzędzi cyfrowych	brak czasu, nawyków lub kompetencji personelu	średnie	średnie	wdrażanie etapowe, szkolenia krótkie, wybór rozwiązań prostych w użyciu	Dyrektor / IT / administracja
Dalszy spadek liczby mieszkańców i odpływ pacjentów	niekorzystne trendy demograficzne i konkurencja regionalna	wysokie	wysokie	wzmacnianie lojalności pacjentów, rozwój diagnostyki i usług, poprawa jakości kontaktu	Dyrektor / zespół wdrożeniowy

10. Rekomendowane dokumenty i narzędzia robocze wdrożenia

W celu zapewnienia spójnego prowadzenia strategii zaleca się stosowanie następujących dokumentów pomocniczych:

- kwartalna karta przeglądu realizacji strategii
- roczny raport z wdrożenia
- karta projektu inwestycyjnego dla każdego większego zadania
- rejestr ryzyk i działań zaradczych
- zestaw KPI aktualizowany przez wyznaczoną osobę koordynującą
- krótki rejestr decyzji korygujących i przesunięć harmonogramowych.

11. Podsumowanie

Plan wdrożenia strategii rozwoju SPZOZ w Ożarowie na lata 2026–2032 powinien być realizowany według logiki stopniowego dojrzewania organizacji: od uporządkowania podstaw, przez inwestycje wzmacniające potencjał, po rozwój oferty i utrwalenie nowego modelu działania. Z perspektywy zarządczej najważniejsze jest utrzymanie spójności pomiędzy trzema wymiarami: bezpieczeństwem finansowym, jakością kontaktu z pacjentem oraz inwestycjami przynoszącymi realną wartość medyczną i organizacyjną.

Właściwe wdrożenie strategii nie oznacza jedynie realizacji listy zadań. Oznacza przede wszystkim zdolność zakładu do prowadzenia zmian w sposób uporządkowany, mierzalny i dostosowany do rzeczywistych warunków funkcjonowania. Tylko wtedy wcześniejsze załączniki nie pozostaną materiałem analitycznym, lecz staną się podstawą trwałej poprawy funkcjonowania SPZOZ w Ożarowie.

ZAŁĄCZNIK NR 9

do Koncepcji Funkcjonowania i Rozwoju
SPZOZ w Ożarowie na lata 2026–2032

NARZĘDZIA WDROŻENIOWE I MONITORING STRATEGII

SPZOZ W OŻAROWIE NA LATA 2026–2032

Dokument pomocniczy do zarządzania wdrożeniem

Formularze, rejestry, zakres odpowiedzialności i zasady aktualizacji

Ożarów, marzec 2026

1. Cel i zakres załącznika

Niniejszy załącznik zawiera zestaw prostych narzędzi operacyjnych do monitorowania i korygowania wdrożenia Strategii Rozwoju SPZOZ w Ożarowie na lata 2026–2032. Jego funkcją jest przełożenie założeń strategicznych na regularny cykl pracy zarządczej, tak aby postęp można było mierzyć, dokumentować i omawiać w ujęciu kwartalnym oraz rocznym.

Załącznik nr 9 ma charakter wdrożeniowo-kontrolny. Powinien być używany łącznie z Załącznikiem nr 8 – Planem wdrożenia strategii oraz z pozostałymi dokumentami analitycznymi, finansowymi, marketingowymi i inwestycyjnymi.

2. Zasady korzystania z narzędzi

- każde narzędzie powinno mieć wskazaną osobę odpowiedzialną za aktualizację danych,
- dane kwortalne należy zamykać nie później niż do 15. dnia miesiąca następującego po zakończeniu kwartału,
- raport roczny powinien powstawać po zamknięciu roku obrotowego oraz po zebraniu danych o wykonaniu świadczeń, inwestycji i KPI,
- rejestr ryzyk i rejestr decyzji korygujących powinny być aktualizowane na bieżąco, a nie wyłącznie przy okazji raportów okresowych,
- w przypadku istotnych odchyień od planu należy wskazać przyczynę, wpływ na strategię oraz decyzję naprawczą.

3. Kwartalna karta przeglądu realizacji strategii – wzór

Karta kwartalna służy do szybkiego podsumowania przebiegu wdrożenia w danym kwartale. Powinna obejmować stopień realizacji działań, sytuację wskaźnikową, główne ryzyka oraz decyzje wymagające akceptacji lub wdrożenia.

Okres sprawozdawczy	Rok	Koordinator wdrożenia	Data przeglądu
Jednostka / komórka raportująca		Osoby uczestniczące w przeglądzie	
Status ogólny wdrożenia		Ocena finansowa	
Ocena realizacji KPI		Ocena ryzyk	
Najważniejsza decyzja po przeglądzie		Termin wdrożenia decyzji	

Tabela 1. Status działań strategicznych w kwartale

Strumień / obszar	Działanie kluczowe	Plan na kwartał	Wykonanie	Status	Odchylenie / przyczyna	Działanie korygujące

Tabela 2. Syntetyczny przegląd kwartalny KPI

Wskaźnik	Plan roczny	Wykonanie YTD	Wykonanie w kwartale	Trend	Ocena	Komentarz

4. Roczny raport z wdrożenia strategii – wzór

Raport roczny stanowi najważniejszy dokument przeglądu strategii. Powinien syntetycznie pokazywać, co wykonano, jakie były wyniki, jakie odchylenia wystąpiły oraz które działania należy utrzymać, przyspieszyć, ograniczyć lub przeprojektować.

Rok raportowy		Data sporządzenia	
Autor / koordynator		Zatwierdzający	
Okres objęty raportem		Wersja dokumentu	
Podstawa danych		Data prezentacji raportu	

4.1. Podsumowanie zarządcze

Należy opisać ogólną ocenę roku, najważniejsze osiągnięcia, główne ograniczenia oraz syntetyczną rekomendację na kolejny rok.

4.2. Realizacja celów strategicznych

Dla każdego celu strategicznego należy wskazać stopień realizacji, dowody wykonania, opóźnienia oraz wpływ na dalszą część strategii.

4.3. Wyniki finansowe i płynność

W tej części należy odnieść się do wykonania przychodów i kosztów, wyniku finansowego, płynności, struktury zobowiązań oraz zgodności z prognozą finansową.

4.4. Realizacja inwestycji i projektów

Należy wskazać zakres rzeczowy inwestycji, źródła finansowania, poziom realizacji, przesunięcia terminów i ocenę gotowości do kolejnych etapów.

4.5. Jakość obsługi pacjenta i komunikacja

Należy zebrać informacje o dostępności, rejestracji, zgłoszeniach pacjentów, zmianach organizacyjnych i jakości komunikacji.

4.6. Ryzyka, decyzje i priorytety na kolejny rok

Należy wskazać ryzyka pozostające aktywne, decyzje wymagające kontynuacji oraz plan priorytetów na kolejny rok wdrożenia.

5. Rejestr ryzyk strategicznych i operacyjnych – wzór

Rejestr ryzyk powinien obejmować zarówno ryzyka strategiczne, jak i operacyjne. Zaleca się prostą ocenę w skali 1–5 dla prawdopodobieństwa i wpływu oraz obliczanie poziomu istotności jako iloczynu obu ocen.

ID	Obszar	Opis ryzyka	Prawd.	Wpływ	Istotność	Właściciel ryzyka	Działania zapobiegawcze	Plan reakcji	Status

6. Rejestr KPI strategicznych – wzór

Rejestr KPI powinien być aktualizowany przynajmniej raz na kwartał, a dla wskaźników dostępnych częściej – także w cyklu miesięcznym. Każdy wskaźnik musi mieć właściciela danych oraz jasną definicję sposobu liczenia.

ID KPI	Nazwa wskaźnika	Definicja	Źródło danych	Częstotliwość	Wartość bazowa	Plan 2026	Plan docelowy 2032	Właściciel

7. Rejestr decyzji korygujących i zmian harmonogramu – wzór

Rejestr decyzji korygujących służy do dokumentowania wszystkich zmian, które wpływają na harmonogram, zakres działań, budżet, wskaźniki lub odpowiedzialność. Pozwala to uniknąć sytuacji, w której zmiany są wdrażane nieformalnie i nie pozostawiają śladu zarządczego.

Nr decyzji	Data	Obszar	Opis odchylenia / problemu	Decyzja korygująca	Wpływ na budżet	Wpływ na termin	Osoba odpowiedzialna	Data weryfikacji efektu

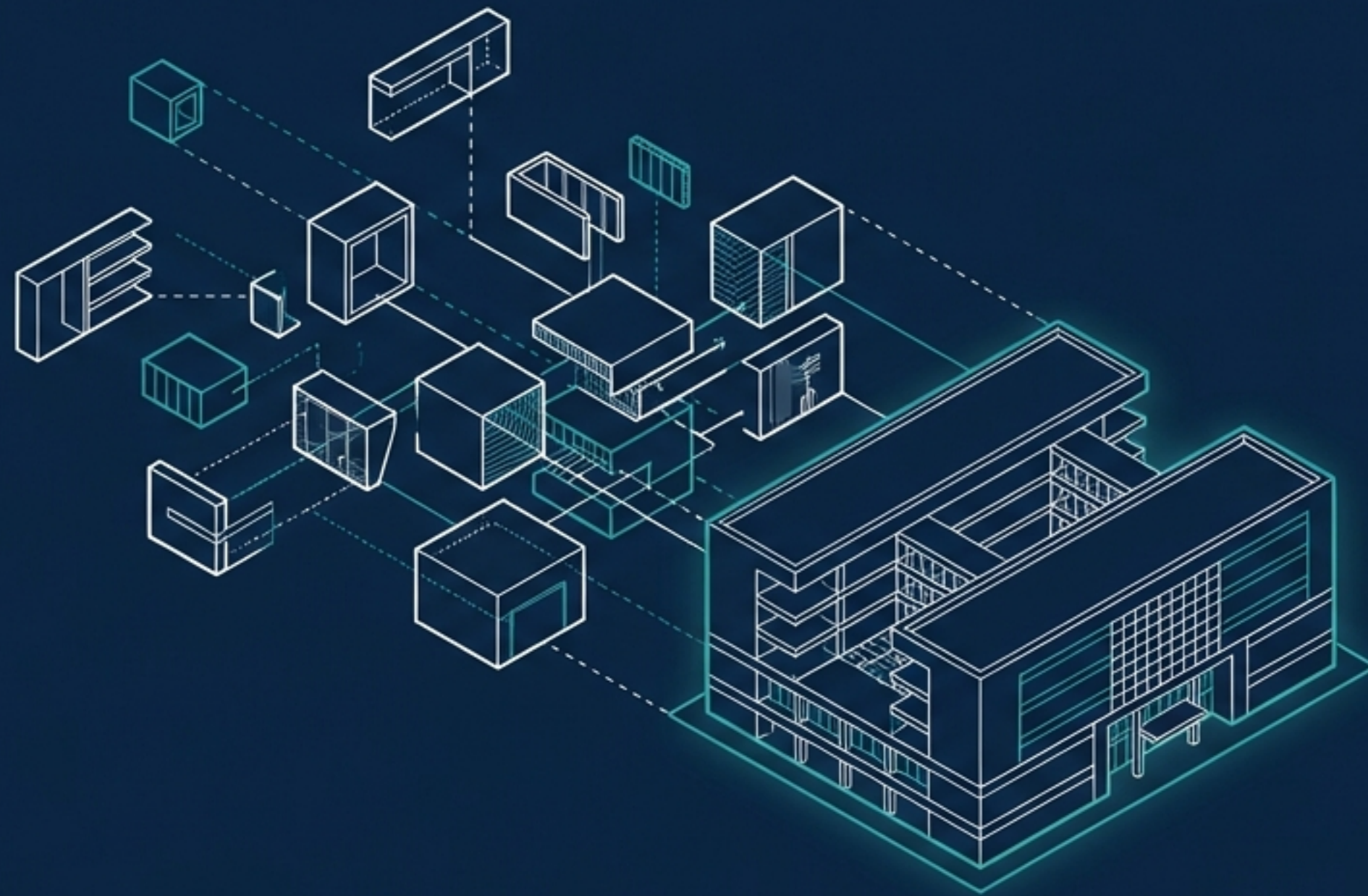
8. Matryca odpowiedzialności za aktualizację narzędzi

Narzędzie	Minimalna częstotliwość aktualizacji	Osoba wiodąca	Osoba zatwierdzająca	Uwagi organizacyjne
Kwartalna karta przeglądu	Kwartalnie	Koordinator wdrożenia	Kierownik SPZOZ	Omówienie na przeglądzie kwartalnym
Roczny raport z wdrożenia	Rocznie	Koordinator + księgowość / administracja	Kierownik SPZOZ	Po zamknięciu danych finansowych i operacyjnych
Rejestr ryzyk	Na bieżąco / kwartalnie	Właściciele ryzyk	Kierownik SPZOZ	Aktualizacja po istotnym zdarzeniu
Rejestr KPI	Kwartalnie	Właściciele danych	Koordinator wdrożenia	Wymaga spójnych definicji wskaźników
Rejestr decyzji korygujących	Na bieżąco	Koordinator wdrożenia	Kierownik SPZOZ	Każda decyzja o istotnym wpływie powinna być wpisana

9. Podsumowanie

Wdrożenie strategii będzie skuteczne tylko wtedy, gdy obok dokumentów planistycznych pojawi się prosty, konsekwentnie używany zestaw narzędzi do kontroli wykonania, monitorowania wskaźników i reagowania na odchylenia. Załącznik nr 9 porządkuje właśnie tę warstwę zarządczą.

W praktyce oznacza to konieczność regularnego kwartalnego przeglądu, rzetelnego raportu rocznego, aktualizacji rejestru ryzyk, prowadzenia KPI oraz dokumentowania decyzji korygujących. Dzięki temu strategia nie pozostanie jedynie materiałem koncepcyjnym, lecz stanie się narzędziem realnego zarządzania rozwojem SPZOZ w Ożarowie.



Architektura Zdrowia: Koncepcja Funkcjonowania i Rozwoju SPZOZ w Ożarowie

Strategia przejścia od rozproszonego chaosu do zintegrowanego centrum opieki 2026–2032.

Paradoks Ożarowa: Silne fundamenty, nieuczelnny system



Potencjał Medyczny

- **Najszersza oferta w regionie:** POZ, 7 poradni specjalistycznych, laboratorium, USG, EKG, rehabilitacja.
- **Wszystko pod jednym dachem:** Unikalna zdolność do pełnej diagnostyki ambulatoryjnej w jednym miejscu.

Rzeczywistość Operacyjna

- **Krótka dostępność:** Rejestracja tylko do 14:00.
- **Niska reputacja:** Ocena 1,8/5 w Google (skargi na pierwszy kontakt).
- **Zapaść finansowa:** Strata operacyjna sięgająca -539 tys. zł (2024).

Wniosek u dołu: Największym zagrożeniem dla SPZOZ nie jest brak potencjału medycznego, lecz niezdolność do przekucia go w dobrą organizację obsługi i dodatni wynik finansowy.

Presja demograficzna: Zmiana środka ciężkości do 2032 roku

Spadek bazy pediatrycznej i produkcyjnej

- -33% (Dzieci 0-14 lat: z 1160 do 780)
- -9% (Wiek produkcyjny 15-64: z 6293 do 5737)



Wzrost opieki przewlekłej i geriatrycznej

- Stabilna baza 65+: 2360 pacjentów, rosnący udział w populacji do 26,6%.
- +47% (Osoby 80+: z 418 do 616)

→ **Wniosek strategiczny:** Ośrodek nastawiony na szybki kontakt jednorazowy traci rację bytu. Popyt przesuwają się na wielochorobowość, rehabilitację, diagnostykę i opiekę koordynowaną.

Luka konkurencyjna leży w organizacji, nie w medycynie



Kluczowa obserwacja: SPZOZ wygrywa zakresem usług, ale dramatycznie przegrywa dostępnością. Konkurencja odbiera pacjentów prostotą kontaktu, dłuższymi godzinami (do 18:00) i lepszą komunikacją. Poprawa rejestracji to najszybsza rezerwa wzrostu.

Efekt nożyc kosztowych i utrata płynności (2021-2025)

Otwierające się nożyce: Przychody vs Koszty



Metrics Dashboard

EBITDA 2024:

-419 tys. zł

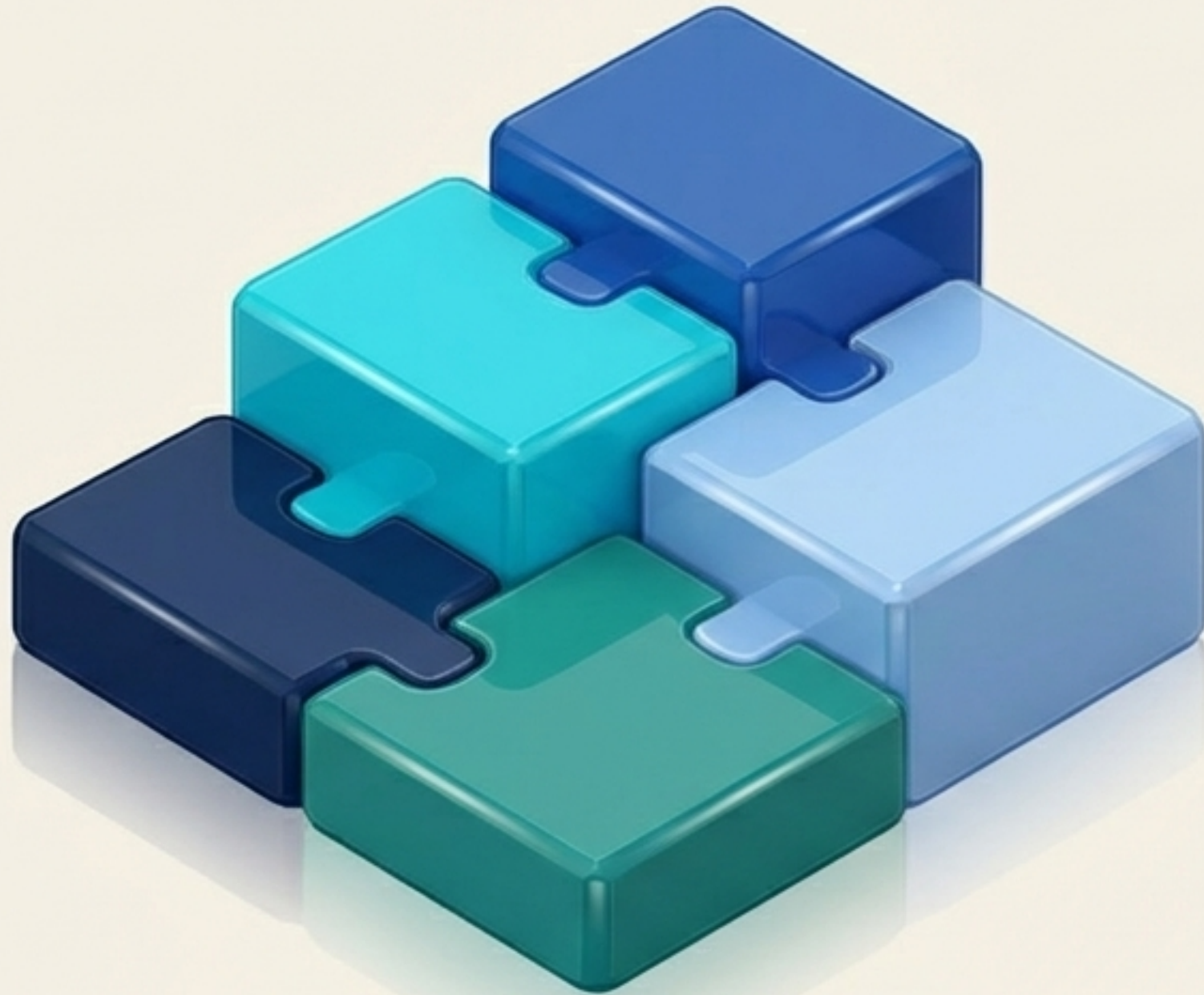
(Działalność nie pokrywa bieżących kosztów gotówkowych).

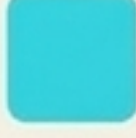
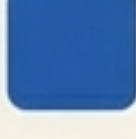
Środki pieniężne:

Spadek z **713 tys. zł** (2021) do **21 tys. zł** (2024).

Konkluzja: Wsparcie Gminy ratuje bilans, ale nie leczy strukturalnej straty operacyjnej. Wymagana jest interwencja hamująca dynamikę kosztów przy równoczesnym uwalnianiu usług komercyjnych.

Architektura Synergii: 5 Filarów Strategii 2026-2032

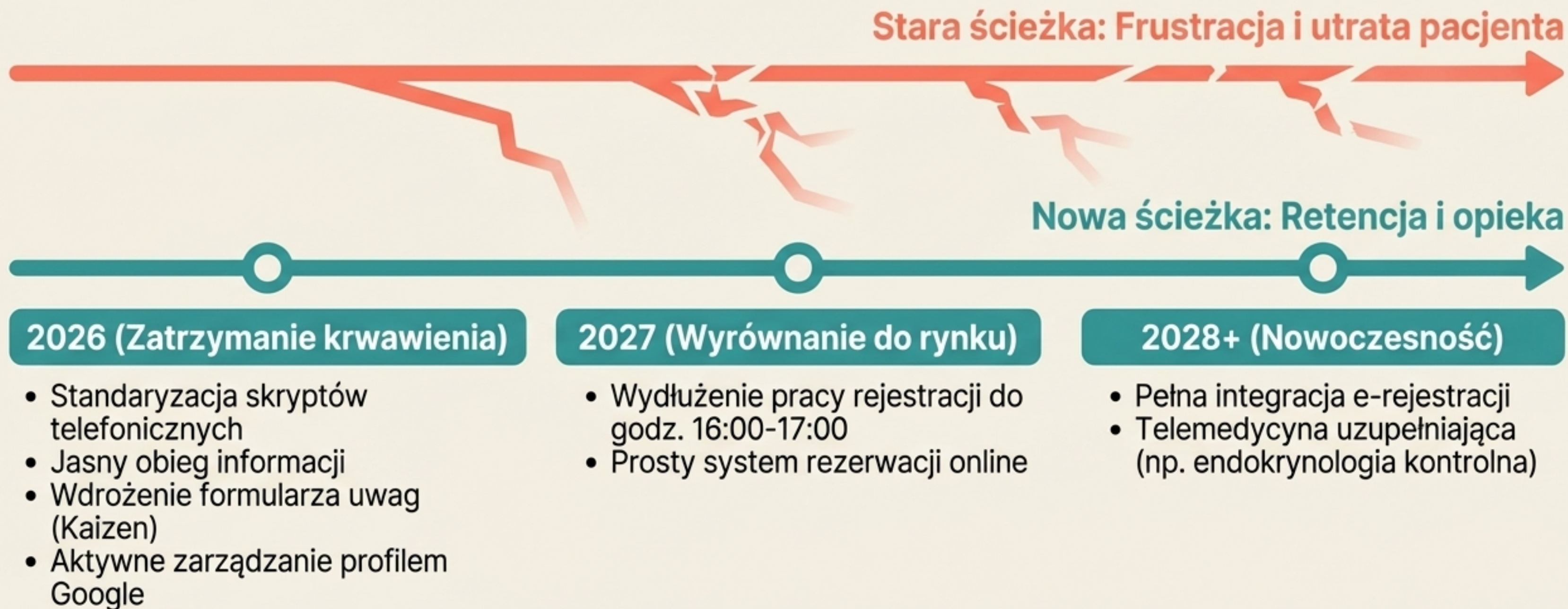


-  **1. Stabilność Finansowa** (Dyscyplina kosztowa, płynność, optymalizacja kontraktów).
-  **2. Doświadczenie Pacjenta** (Wydłużenie rejestracji, standard obsługi, odbudowa zaufania).
-  **3. Zintegrowany Model Medyczny** (POZ jako rdzeń + Lab/USG/AOS + Rehabilitacja).
-  **4. Etapowe Inwestycje** (IT, infrastruktura, nowoczesny sprzęt mierzony stopą zwrotu).
-  **5. Kultura Kaizen** (Mierzalne KPI, małe usprawnienia, ciągłe pętle informacji zwrotnej).

Kluczowa zasada: Żaden filar nie działa w izolacji. Inwestycje medyczne (Filar 3 i 4) nie przyniosą zysku (Filar 1) bez naprawy rejestracji (Filar 2).

Rejestracja jako proces strategiczny, nie techniczny

Diagnoza: Pacjenci odchodzą nie z braku usług, ale z powodu bariery wejścia (krótkie godziny, chaos informacyjny).



Cel: Odbudowa bazy deklaracji POZ i konwersja skarg na obsługę we wnioski optymalizacyjne.

Kompleksowość Pod Jednym Dachem

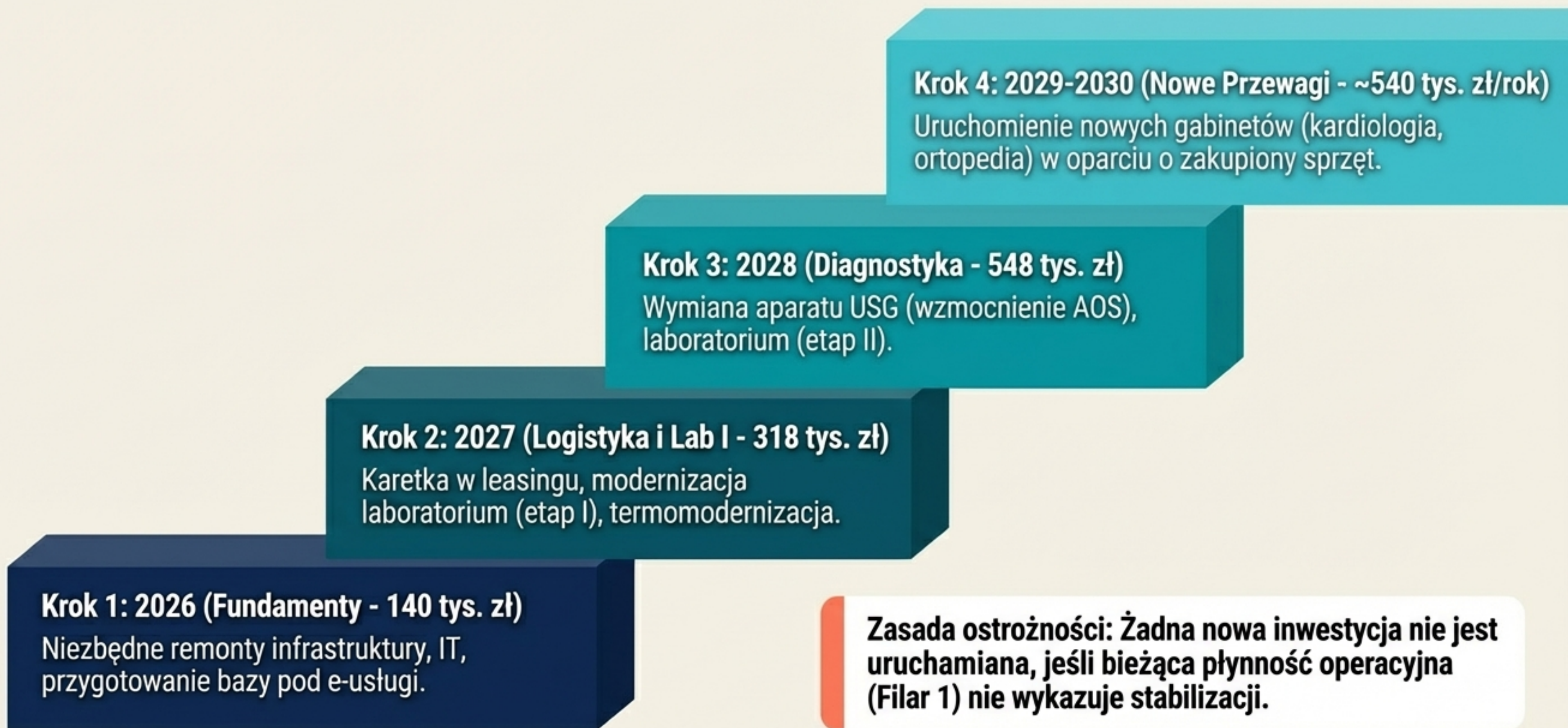


Mechanizm Synergii:

- **Rdzeń (POZ):** Aktywnie prowadzi pacjenta, generuje zlecenia.
- **Laboratorium:** Jedyne w gminie. Zatrzymuje przychody wewnątrz SPZOZ.
- **Rehabilitacja:** Naturalne przedłużenie dla pacjentów 65+ (ortopedia, neurologia).
- **Diagnostyka & AOS:** Szybka ścieżka od diagnozy (USG) do specjalisty (endokrynologia, neurologia, kardiologia).

Wartość: Jeden epizod zdrowotny generuje serię zintegrowanych usług wewnątrz placówki, maksymalizując wykorzystanie kontraktów NFZ.

Schody Inwestycyjne: Rozwój podporządkowany płynności



Elastyczna Polityka Kadrowa: Minimalizacja Wakatów

Problem: Zawieszone poradnie (laryngologia, reumatologia) niszczą zaufanie pacjentów i przychody. Brak możliwości konkutowania stawkami z dużymi miastami.

Model Konsultanta

Lekarz specjalista dostępny 1-2 razy w miesiącu na intensywne bloki przyjęć (przywrócenie AOS małym kosztem).

Partnerstwo Szpitalne

Porozumienia z ZOZ w Opatowie/Sandomierzu – specjaliści szpitalni przyjmują w Ożarowie w ramach opieki po-hospitalizacyjnej.

Wzmocnienie Pielęgniarstwa

Aktywne przejęcie deklaracji środowiskowych po prywatnych praktykach. Przesunięcie części edukacji na pielęgniarki.

Regionalny Hub Diagnostyczny: Dywersyfikacja przychodów

Sytuacja: Konkurencyjne placówki w ościennych gminach (Wojciechowice, Tarłów, Zawichost) oferują głównie sam POZ. Nie posiadają zaplecza laboratoryjnego ani USG.



Strategia B2B:

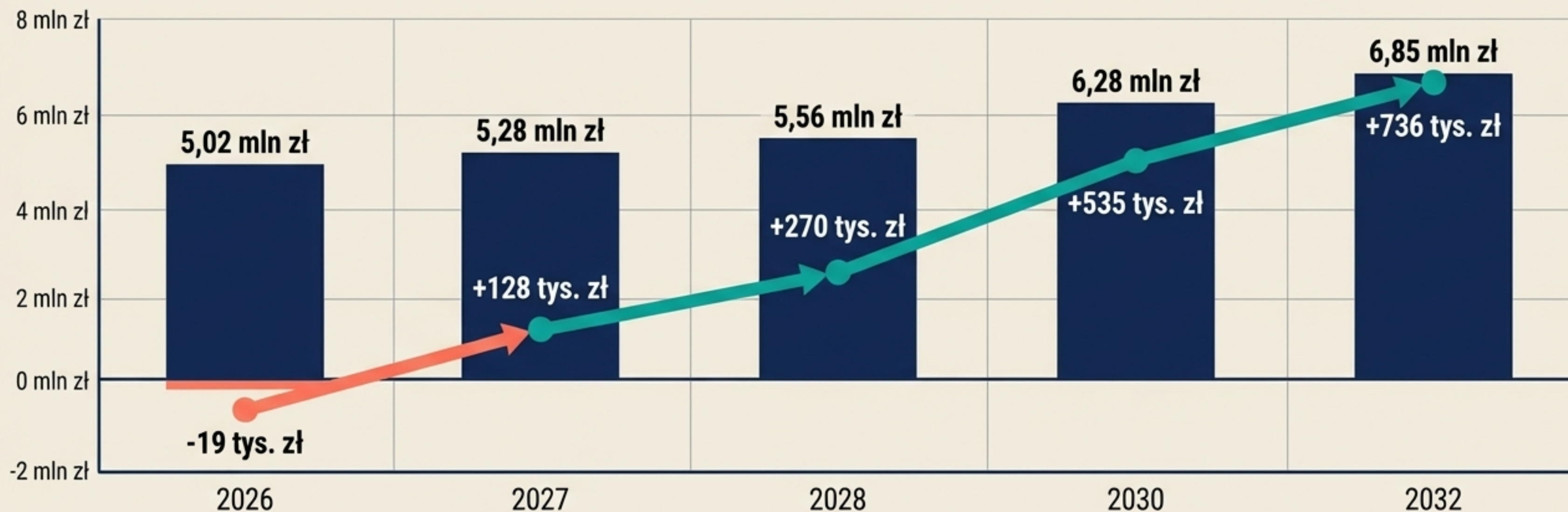
- SPZOZ Ożarów staje się centrum badań dla okolicznych ośrodków (zlecanie badań do naszego laboratorium).
- Współdzielenie infrastruktury zwiększa przychody komercyjne / międzyplacówkowe przy minimalnym koszcie krańcowym.
- **Karetka** pozyskana w 2027 r. zapewnia sprawną logistykę próbek i transport pacjentów.

Architektura Wdrożenia i Rytm Kaizen

Filozofia: Strategia to nie dokument roczny, to rytm codziennej pracy. Uczymy się na małych błędach, zanim staną się kryzysami finansowymi.



Prognoza Poprawy: Odzyskanie Równowagi (2026-2032)



- **2026:** Przychody 5,02 mln zł | Wynik: -19 tys. zł (Zamknięcie luki)
- **2027:** Przychody 5,28 mln zł | Wynik: +128 tys. zł (Próg rentowności)
- **2028:** Przychody 5,56 mln zł | Wynik: +270 tys. zł
- **2030:** Przychody 6,28 mln zł | Wynik: +535 tys. zł
- **2032:** Przychody 6,85 mln zł | Wynik: +736 tys. zł

Kluczowe założenie (Scenariusz Bazowy): Trwała poprawa następuje poprzez dyscyplinę organizacyjną, pełne obłożenie zintegrowanych usług i wyhamowanie kosztów stałych, a nie przez księgowe dopłaty od Gminy.

Transformacja Ożarowa: Stan obecny vs. Model docelowy

	[2025] Stan Obecny	[2032] Model Docelowy
Finanse	Strukturalna strata i utrata płynności	Trwała rentowność (+736k) i bezpieczne rezerwy.
Obsługa Pacjenta	Rejestracja do 14:00, niska ocena, chaos	Rejestracja popołudniowa, e-usługi, uporządkowany standard Kaizen.
Organizacja Usług	Zawieszone poradnie, silosy medyczne	Działający hub POZ + AOS + nowoczesna diagnostyka/Lab.
Rola w Regionie	Obrona przed konkurencją z Ćmielowa	Centrum usług diagnostycznych dla ościennych gmin.

Model Docelowy 2032: Zintegrowane Centrum Opieki



Wizja:

W 2032 roku SPZOK w Ożarowie nie jest placówką walczącą o przetrwanie. Jest nowoczesnym, stabilnym finansowo ośrodkiem pierwszego wyboru.

Trzy filary sukcesu:

1. Rozwój oparty na demografii (opieka nad seniorem, rehabilitacja, diagnostyka).
2. Przewaga oparta na synergii (kompleksowa ścieżka pacjenta od POZ po lab i AOS pod jednym dachem).
3. Zarządzanie oparte na faktach (rytm wdrożeniowy, dyscyplina kosztowa, monitoring wskaźników).

Konkluzja: Restrukturyzacja i rozwój to ten sam proces.
Uporządkowanie podstaw dzisiaj jest jedyną drogą do medycznej przewagi jutro.