

Uchwała nr XXXIX/342/2005
Rady Powiatu
w Tarnowskich Górach
z dnia 28 czerwca 2005 rok

w sprawie wyrażenia opinii do projektu programu restrukturyzacyjnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej - Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach.

Na podstawie art. 12, pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (tj. Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1592 z późn. zm) w związku z art. 22, ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 78, poz. 684 z 2005r.), uchwala się co następuje:

Rada Powiatu
uchwala:

§ 1

Pozytywnie zaopiniować projekt programu restrukturyzacyjnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej - Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach z siedzibą w Tarnowskich Górach ul. Pyskowska 47-51, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały, przekazany wraz z wnioskiem zakładu z dnia 14 czerwca 2005 r.

§ 2

Opinia zawarta w § 1 zostaje wyrażona dla potrzeb Wojewody Śląskiego, jako organu restrukturyzacyjnego wydającego decyzję o warunkach restrukturyzacji na podstawie opinii o przedstawionym projekcie programu restrukturyzacyjnego.

§ 3

Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu w Tarnowskich Górach

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

§ 5

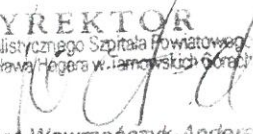
Uchwała podlega ogłoszeniu w sposób zwyczajowo przyjęty.

PRZEWODNICZĄCY
RADY POWIATU

Gabriel Tobor

Regon 276283165
Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy
im. dr B. Hagera
42-612 Tarnowskie Góry, ul. Pyskowskiego 47-51
tel. 285-42-73, fax 384-54-04
woj. śląskie

PROJEKT
PROGRAMU RESTRUKTURYZACJI
WIELOSPECJALISTYCZNEGO SZPITALA
POWIATOWEGO W TARNOWSKICH GÓRACH

DYREKTOR
Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego
im. dr Bronisława Hagera w Tarnowskich Górach

dr Barbara Wawrzeńczyk-Anders

SPIS TREŚCI

I. WSTĘP	3
1. Geneza ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej	4
2. Charakterystyka ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej	5
3. Zasady korzystania w ramach ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej	6
4. Podsumowanie	7
II. INFORMACJE O WIELOSPECJALISTYCZNYM SZPITALU POWIATOWYM IM. DR B. HAGERA W TARNOWSKICH GÓRACH	8
1. Informacje podstawowe	8
1.1 Forma prawna	8
1.2 Historia podmiotu	8
1.3 Organy podmiotu	9
1.4 Przedmiot działania, podstawowe produkty, usługi	9
1.5 Działające organizacje związkowe	13
1.6 Zatrudnienie	14
1.7 Koszty działalności operacyjnej w latach 2002 – 2004	18
1.8 Analiza przychodów w latach 2002 – 2004	19
2. Wskaźniki szpitalne	20
2.1 Dane statystyczne	20
2.2 Gospodarka majątkowa	25
III. ANALIZA OTOCZENIA	30
3.1 Analiza jednostek chorobowych	31
IV. SZCZEGÓŁOWY OPIS SYTUACJI EKONOMICZNO-FINANSOWEJ ZAKŁADU	39
4.1 Analiza Bilansu i Rachunku Zysków i Strat	39
4.2 Analiza wskaźnikowa	45
4.3 Wyniki finansowe komórek działalności podstawowej	60
4.4 Analiza przyczyn wystąpienia trudnej sytuacji ekonomiczno-finansowej zakładu	64
V. CZYNNIKI RYZYKA ZWIĄZANE Z FUNKCJONOWANIEM WIELOSPECJALISTYCZNEGO SZPITALA POWIATOWEGO IM. DR B. HAGERA	66
Analiza SWOT Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach	69
VI. WSKAZANIE ZAMIERZONYCH DZIAŁAŃ ZAKŁADU, KTÓRE MAJĄ NA CELU POPRAWĘ SYTUACJI EKONOMICZNEJ	70
6.1 Restrukturyzacja organizacyjna	74
6.2 Restrukturyzacja majątkowa	85
6.3 Restrukturyzacja zatrudnienia	89
VII. ZAŁOŻENIA PROCESU RESTRUKTURYZACJI W OPARCIU O USTAWĘ O POMOCY PUBLICZNEJ I RESTRUKTURYZACJI PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ	92
VIII. OKREŚLENIE ŹRÓDEŁ UZYSKANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH NA RESTRUKTURYZACJĘ FINANSOWĄ	96
IX. OKREŚLENIE SYTUACJI EKONOMICZNEJ ZAKŁADU MOŻLIWEJ DO UZYSKANIA PO ZAKOŃCZENIU POSTĘPOWANIA RESTRUKTURYZACYJNEGO I PRZEDSTAWIENIE PROGNOZ FINANSOWYCH	97
X. PROGNOZY FINANSOWE ZAKŁADU NA LATA 2005 – 2010	102
XI. WNIOSKI KOŃCOWE	110

I. WSTĘP

Reforma systemu zdrowotnego realizowana od 1999 roku miała na celu stworzyć przyjazne, lepiej zorganizowane dla pacjenta warunki ochrony zdrowia przy uwzględnieniu tendencji demograficznych, a także zapewnić najkorzystniejszy dostęp do świadczeń medycznych, poprawić jakość usług.

W roku 1999 została wdrożona Reforma w ochronie zdrowia, która wprowadziła zmiany systemowe, polegające między innymi na:

- oddzieleniu płatnika od świadczeniodawcy, poprzez utworzenie Kas Chorych,
- przekształceniu zakładów opieki zdrowotnej w samodzielne publiczne jednostki, z jednoczesnym ich oddłużeniem,
- przekazaniu prowadzenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej jednostkom samorządów terytorialnych, wraz z prawem do przejęcia mienia Skarbu Państwa.

Założonym efektem zmian miało być także stworzenie systemu opieki zdrowotnej, w którym pacjent będzie traktowany podmiotowo. Zaproponowane zmiany miały przynieść poprawę jakości, dostępności i poziomu udzielanych świadczeń medycznych. Szczególną rolę przypisywano podstawowej opiece medycznej, w której wdrożenie zasad „lekarza pierwszego kontaktu” miało rozwiązać problem kompleksowej opieki nad pacjentem i jego rodziną. Lekarz rodzinny miał również regulować dostęp do specjalistycznej opieki zdrowotnej i w tym celu otrzymywał środki finansowe przeznaczone na zakup tych świadczeń.

W zakresie opieki stacjonarnej zmiany dotyczyły między innymi przeprofilowania łóżek ostrych na łóżka długoterminowe, ujednolicono również nazwy oddziałów, rozpoczęto proces wdrażania procedur medycznych.

Kasy Chorych rozpoczęły proces wyceny poszczególnych zakresów świadczeń medycznych.

W wyniku wdrażania reformy zakłady opieki zdrowotnej musiały podjąć działania restrukturyzacyjne, polegające na dostosowywaniu struktur organizacyjnych i kadrowych do warunków stawianych przez płatnika. Wprowadzane przez Kasy Chorych i ich następcę prawnego, jakim jest NFZ ciągłe zmiany zasad i warunków kontraktowania świadczeń medycznych, wymuszają na świadczeniodawcach konieczność permanentnych zmian, które bez względu na ich zakres powodują dodatkowe obciążenia finansowe bez pokrycia w dochodach.

W roku 1999 Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło prace nad stworzeniem zintegrowanego systemu ratownictwa medycznego, lecz w pierwszych latach nie miało to przełożenia na obowiązek kontraktowania świadczeń przez płatnika, co zdecydowanie opóźniło okres wdrożeniowy.

Wprowadzona reforma służby zdrowia poprzez brak stabilizacji oraz finansowanie świadczeń medycznych na zaniżonym poziomie nie przyniosła zamierzonych rezultatów a jedynie pogorszyła już istniejącą trudną sytuację szpitali.

Nowelizacja ustawy z dnia 16 grudnia 1994 roku o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw, nakładająca na szpitale obowiązek zapewnienia wzrostu wynagrodzeń pracowników w latach 2001 – 2002 mająca swe konsekwencje finansowe w latach następnych zwiększyła zadłużenie szpitali.

1. Geneza ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Z uwagi na narastające trudności finansowe samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej 21 maja bieżącego roku weszła w życie ustawa z dnia 15 kwietnia o pomocy publicznej i restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 78, poz. 684).

Powstała ona w wyniku analizy aktualnej sytuacji ekonomicznej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, których to poziom zadłużenia stale narasta. Poziom ten jest określany wielkością zobowiązań wymagalnych, czyli takich, dla których upłynął termin płatności.

Analizując sytuację placówek służby zdrowia można było zauważyć bardzo duży wzrost zadłużenia w każdym kolejnym roku. I tak, w ciągu 2002 r. zobowiązania wymagalne wzrosły o 501 mln zł (z 2.744,4 mln zł w końcu 2001 r. do 3.245,4 mln zł), natomiast w 2003 r. przyrost zobowiązań był o ponad 2,9 razy większy niż w roku poprzednim i wyniósł 1.484,3 mln zł (wzrost zobowiązań wymagalnych do poziomu 4.729,7). Natomiast w ciągu 3 kwartałów 2004 r. zobowiązania wymagalne wzrosły o 979 mln zł do poziomu 5.708,8 mln zł. Zgodnie z danymi resortu zdrowia tylko 16 % zakładów opieki zdrowotnej nie ma długów.

Wzrost zobowiązań wymagalnych jest wynikiem stale pogarszającej się sytuacji ekonomicznej zakładów i utraty płynności finansowej, czyli możliwości obsługi zobowiązań bieżących w znacznej części publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Trudną sytuację finansową samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej dodatkowo pogłębia wzrost należności wymagalnych, utrudniając bieżące regulowanie zobowiązań oraz zwiększając koszty funkcjonowania.

Należy podkreślić, że zadłużenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest zróżnicowane w skali kraju. Dane dotyczące zobowiązań wymagalnych w układzie wojewódzkim nie są oficjalnie publikowane. Ministerstwo Zdrowia analizuje poziom zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na podstawie danych uzyskiwanych od Wojewodów. Najbardziej aktualne informacje dotyczą stanu na 31 grudnia 2004 r. Wartość zobowiązań wymagalnych ogółem w kraju wyniosła w końcu grudnia 2004 r. 5 841 mln zł, w tym: **w województwie śląskim – 443 766 tys. zł**, świętokrzyskim – 245 132 tys. zł, mazowieckim – 617 378 tys. zł, lubelskim – 347 993 tys. zł, podkarpackim – 105 840 tys. zł, oraz małopolskim 283 164 tys. zł.

Z ogólnej kwoty zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej w wysokości 5 841 mln zł według stanu na dzień 31 grudnia 2004 r. największe zobowiązania dotyczą:

- zobowiązań publicznoprawnych – 34,2 %,
- zobowiązań wobec dostawców leków i materiałów medycznych – 19,9%,
- zobowiązań wobec pracowników - 16,5 %,
- zobowiązań z tytułu zakupu usług obcych - 8,9%.

Biorąc pod uwagę aktualny poziom zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej oraz istniejące wyroki prowadzące do zajęć wierzytelności, zakłady opieki zdrowotnej stoją przed ogromnymi wyzwaniami, a zwiększone możliwości kontraktowania świadczeń zdrowotnych w ramach wzrostu przychodów Narodowego Funduszu Zdrowotnego w 2005 r. nie zrównoważą przychodów z kosztami tych jednostek. **Konieczne jest podjęcie szybkich i skutecznych działań restrukturyzacyjnych.**

2. Charakterystyka ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Uchwalona ustawa ma na celu poprawę sytuacji finansowej polskich szpitali regulując przede wszystkim zasady i warunki restrukturyzacji finansowej zadłużenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz tryb postępowania w tym zakresie, a także określa zasady udzielania pomocy publicznej publicznym zakładom opieki zdrowotnej.

Według ustawy restrukturyzacją finansową będą objęte: publiczne zakłady opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz jednostki badawczo-rozwojowe realizujące zadania określone w art. 1 ust. 2 pkt 1 ustawy dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Wymienione zakłady mogą dokonać restrukturyzacji finansowej tylko raz. Za element istotny i wzmacniający celowość postępowania restrukturyzacyjnego uznano umożliwienie złożenia wniosku o wszczęcie postępowania restrukturyzacyjnego także podmiotowi, który utworzył zakład.

Zgodnie z przyjętą ustawą restrukturyzacja finansowa zakładów polega na:

- umorzeniu wskazanych w ustawie zobowiązań publicznoprawnych (m.in. z tytułu podatków wobec budżetu państwa oraz należności celnych, zobowiązań wobec PFRON, składek na ubezpieczenie społeczne w części finansowanej przez płatnika oraz na Fundusz Pracy),
- rozłożeniu na raty spłaty zobowiązań z tytułu składek na ubezpieczenie emerytalne, składek na ubezpieczenie społeczne w części finansowanej przez ubezpieczonego oraz składek na ubezpieczenie zdrowotne wraz z odsetkami za zwłokę,
- zawarciu przez zakład ugody restrukturyzacyjnej z wierzycielami wierzytelności cywilnoprawnych
- może obejmować także zawarcie przez zakład ugód z pracownikami w zakresie roszczeń pracowniczych wynikających z art. 4 a ustawy z 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw.

Ustawa przewiduje umorzenie części długów wobec instytucji publicznych i rozłożenie pozostałych długów wobec instytucji państwowych na raty. Jednak, aby zobowiązania publicznoprawne mogły być umorzone ustawa nakazuje zaspokojenie wierzytelności cywilnoprawnych oraz roszczeń pracowniczych.

Restrukturyzacja finansowa zobowiązań cywilnoprawnych jest obligatoryjna i polega na zawarciu przez zakład ugody restrukturyzacyjnej z wierzycielami wierzytelności cywilnoprawnych. Ugodę restrukturyzacyjną uznaje się za zawartą, jeśli opowie się za nią ponad 50 % wierzycieli wierzytelności cywilnoprawnych mających łącznie ponad 2/3 ogólnej sumy wierzytelności przysługujących wierzycielom wymienionym w spisie określonym przez ustawę. Zgodnie z ustawą, przedmiot ugody restrukturyzacyjnej wierzytelności cywilnoprawnych stanowi restrukturyzacja zobowiązań cywilnoprawnych, która polega na: umorzeniu w całości lub w części, rozłożeniu na raty lub odroczeniu terminu płatności zobowiązań cywilnoprawnych, a także na przejęciu części lub całości tych zobowiązań przez podmiot, który utworzył zakład. Poza tym dopuszcza się zamianę tych zobowiązań na obligacje. Zarówno zakład, jak i wierzyciel może wypowiedzieć zawartą ugodę restrukturyzacyjną w terminie, i na warunkach określonych w ustawie (art. 14-16 ustawy). Wyjątek stanowi wierzyciel, który w zamian za swoją wierzytelność otrzyma obligacje.

W przypadku roszczeń pracowniczych, wynikających z powyższej ustawy, przedmiotem zawartych ugód może być rozłożenie zobowiązań zakładu wobec pracownika na raty wraz z określeniem harmonogramu ich spłaty albo odstąpienie od naliczania odsetek od zobowiązań. Ugody zawierane z pracownikami mają raczej charakter fakultatywny, bowiem ustawa nakłada obowiązek zaspokojenia ich roszczeń, ale w zakresie formy realizacji pozostawia zakładom pewną elastyczność.

3. Zasady korzystania w ramach ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Zakład może zaciągnąć pożyczkę ze środków budżetu państwa tylko jeden raz jeśli spełnia następujące warunki (art. 35 ustawy):

- uzyskał postanowienie o wszczęciu postępowania restrukturyzacyjnego;
- posiada pozytywnie zaopiniowany projekt programu restrukturyzacyjnego;
- ustanowił zabezpieczenia na rzecz Skarbu Państwa w razie roszczeń wynikających z niewypelnienia warunków umowy o pożyczkę w postaci zabezpieczenia rzeczowego na majątku własnym, weksla in blanco lub zabezpieczenia udzielonego przez inny podmiot;
- złożył pisemne oświadczenie o wysokości przeciętnego rocznego zatrudnienia w zakładzie w latach 2001 i 2002.

Uchwalona ustawa w art. 35 ust. 4 pkt 3 enumeratywnie wskazuje, że środki finansowe pochodzące z pożyczki mogą zostać przeznaczone wyłącznie na następujące cele:

- w pierwszej kolejności na zaspokojenie należności głównych z tytułu roszczeń pracowników wynikających z art. 4 a ustawy z 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw,
- spłatę należności głównych z tytułu zobowiązań publicznoprawnych, o których mowa w art. 7 ustawy z wyłączeniem odsetek za zwłokę oraz kwot, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 7,
- spłatę należności z tytułu zobowiązań cywilnoprawnych objętych ugodą restrukturyzacyjną wyłączeniem odsetek za zwłokę oraz kwot, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 7,
- pokrycie kosztów opłaty prowizyjnej za podejmowane przez BGK czynności, o których mowa w art. 36 ust. 1 ustawy.

Czynności związane z udzieleniem pożyczki w imieniu Skarbu Państwa podejmuje Bank Gospodarstwa Krajowego, który w terminie jednego miesiąca od dnia złożenia kompletnego wniosku o pożyczkę podejmuje decyzję o udzieleniu zakładowi pożyczki, a następnie zawierana jest umowa o udzieleniu pożyczki. Środki z pożyczki wypłacane są w ratach:

1. pierwsza rata w wysokości 50% kwoty pożyczki - nie później niż w okresie miesiąca od dnia podpisania umowy o pożyczkę z BGK S.A.;
2. druga rata w wysokości 25% kwoty pożyczki – po udokumentowaniu wypłaty I raty pożyczki zgodnie z przeznaczeniem, jednak nie później niż w terminie 3 miesięcy od dnia podpisania umowy o pożyczkę
3. trzecia rata pożyczki w wysokości 25% - po uzyskaniu prawomocnej decyzji o warunkach restrukturyzacji.

Spłata należności głównej z tytułu pożyczki następuje nie później niż w okresie 10 lat od dnia podpisania umowy o pożyczkę. Istnieje zatem możliwość spłacenia pożyczki, zgodnie z harmonogramem spłat w okresie 10 lat lub w krótszym. Przedterminowa spłata należności głównej z tytułu pożyczki jest wolna od dodatkowych opłat.

Ustawa przewiduje, możliwość umorzenia pożyczki po spłaceniu 50% należności głównej, jeżeli w okresie do 5 lat od dnia wydania decyzji o warunkach restrukturyzacji zakład spłaci 50 % należności głównej pożyczki. Spłata odsetek od pożyczki następuje w okresach miesięcznych lub kwartalnych. Niespłacenie dwóch kolejnych rat należności głównej lub dwóch kolejnych rat odsetkowych oraz wykorzystanie pożyczki w sposób niezgodny z przeznaczeniem, może skutkować postawieniem umowy o pożyczkę w stan natychmiastowej wykonalności.

Ustawa przewiduje możliwość udzielenia dotacji dla zakładu, który podlega przepisom ustawy a jednocześnie nie posiada zaległości w spłacie zobowiązań znanych na dzień 31 grudnia 2004 r oraz nie podlega restrukturyzacji w rozumieniu przepisów rozdziału 2 ustawy. Dotacja przeznaczona jest na wsparcie działań polegających na restrukturyzacji zatrudnienia, zmianach w strukturze organizacji zakładu lub innych działań mających na celu poprawę sytuacji ekonomicznej zakładu lub jakości świadczeń zdrowotnych.

4. Podsumowanie

Zgodnie z wytycznymi ustawy, przedstawiamy program restrukturyzacji zawierający:

1. Szczegółowy opis sytuacji ekonomicznej zakładu;
2. Analizę przyczyn wystąpienia trudnej sytuacji ekonomicznej zakładu;
3. Wskazanie zamierzonych działań zakładu mających na celu naprawę sytuacji ekonomicznej, w tym działań w zakresie restrukturyzacji finansowej oraz umożliwiających terminowe regulowanie zobowiązań publicznoprawnych i obsługę zadłużenia, a także proponowane zmiany organizacyjne w zakładzie;
4. Określenie sytuacji ekonomicznej zakładu, która możliwa jest do osiągnięcia po zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego;
5. Określenie źródeł finansowania działań, z uwzględnieniem pomocy publicznej niezbędnej do przeprowadzenia postępowania restrukturyzacyjnego, o którą zakład zamierza się ubiegać, z podaniem jej wielkości, źródeł, formy, terminu i podstawy prawnej.

II. INFORMACJE O WIELOSPECJALISTYCZNYM SZPITALU POWIATOWYM IM. DR BRONISŁAWA HAGERA W TARNOWSKICH GÓRACH

1. Informacje podstawowe

1.1. Forma prawna.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowskich Górach posiada osobowość prawną, prowadząc działalność na podstawie wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego oraz Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej, prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy im. dr Bronisława Hagera w Tarnowskich Górach, zwany w skrócie "SPZOZ - Szpital Powiatowy" działa na podstawie:

1. Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.Nr 91 poz. 408 z 1991 roku z późniejszymi zmianami)
2. Innych przepisów wydanych na podstawie ustawy, o której mowa w pkt 1, dotyczących publicznych zakładów opieki zdrowotnej.
3. Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - kodeks cywilny (Dz.U.Nr 16 poz.93 z późn. zmianami.)
4. Ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnych ubezpieczeniach zdrowotnych (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.), oraz przepisy wydane na jej podstawie.
5. Ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. Nr 121, poz. 591 ze zm.).
6. Ustawy z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 155, poz. 1014 ze zm.).
7. Statutu zatwierdzonego przez Radę Powiatu w Tarnowskich Górach.
8. innych obowiązujących przepisach.

1.2. Historia podmiotu.

Do 30.06.2004 r. w około 150 tysięcznym Powiecie Tarnogórskim funkcjonowały dwa publiczne szpitale powiatowe, dla których organem założycielskim było Starostwo Powiatowe:

- Szpital Powiatowy Nr 1 (ul. Opolska 21)
- Wielospecjalistyczny Szpital Rejonowy im. dr Bronisława Hagera (ul. Pyskowska 47-51)

1.07.2004 r. nastąpiło połączenie obu szpitali poprzez włączenie Szpitala Powiatowego Nr 1 w strukturę organizacyjną Wielospecjalistycznego Szpitala Rejonowego im. dr B. Hagera. Powstała nowa jednostka:

WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL POWIATOWY im. dr Bronisława Hagera. Szpital ten jest największym szpitalem w Powiecie Tarnogórskim, mającym 89% udziału w rynku usług medycznych (stacjonarnych). Połączenie szpitali nastąpiło na podstawie Uchwały Rady Powiatu Tarnogórskiego.

Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy im. dr Bronisława Hagera w Tarnowskich Górach jest jednostką wieloprofilową, silnie zdywersyfikowaną. Hospitalizuje rocznie ponad 18 tys. pacjentów, udziela ok. 90 tys. porad specjalistycznych oraz ok. 12 tys. porad w Praktyce Lekarza Rodzinnego.

W strukturze Szpitala funkcjonuje 12 oddziałów szpitalnych, 25 Poradni Specjalistycznych, Zakład Opiekuńczo Leczniczy, Szpitalny Oddział Ratunkowy, Blok Operacyjny, Izba Przyjęć, 14 pracowni w zakresie Diagnostyki Medycznej, 4 pracowni w zakresie Diagnostyki Obrazowej, Laboratorium Analityczne, Zakład Rehabilitacji Leczniczej, Apteka, Centralna Sterylizacja, Centralna Tlenownia, Szkoła Rodzenia oraz Praktyka Lekarza Rodzinnego.

1.3. Organy podmiotu.

Organami SPZOZ - Szpitala Powiatowego są:

- 1) Dyrektor, który reprezentuje Szpital na zewnątrz i wykonuje obowiązki pracodawcy wobec pracowników Szpitala.
- 2) Rada Społeczna, którą powołuje i odwołuje Rada Powiatu w Tarnowskich Górach.

Dyrektor kieruje SPZOZ - Szpitalem Powiatowym przy pomocy:

- 1) Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa,
- 2) Z-cy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych
- 3) Z-cy Dyrektora ds. Organizacyjno-Administracyjnych
- 4) Naczelnej pielęgniarki.

W skład Rady Społecznej wchodzi:

- 1) Starosta Powiatu Tarnogórskiego jako Przewodniczący Rady lub osoba przez niego wyznaczona,
- 2) przedstawiciel Wojewody,
- 3) jako członkowie przedstawiciele wybrani przez Radę Powiatu w liczbie 10 osób.

Organem założycielskim sprawującym nadzór nad **Szpitalem Powiatowym** jest Powiat Tarnogórski.

1.4 Przedmiot działania, podstawowe produkty, usługi.

Podstawowym celem SPZOZ - Szpitala Powiatowego jest udzielanie specjalistycznych stacjonarnych świadczeń zdrowotnych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Do zadań Szpitala Powiatowego należy:

- a) Udzielanie specjalistycznych stacjonarnych świadczeń zdrowotnych w izbach przyjęć i następujących oddziałach szpitalnych:

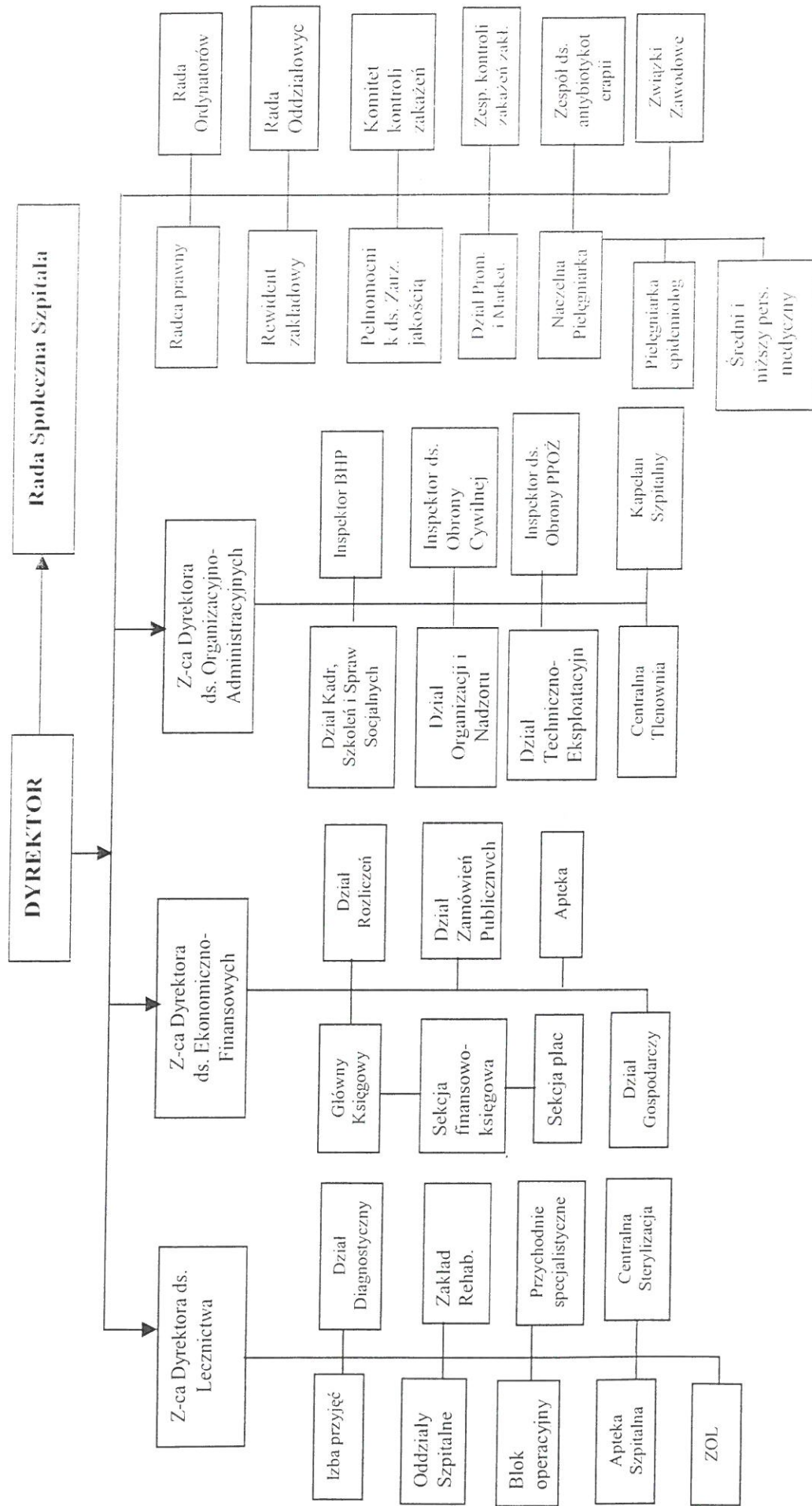
- I. oddziale pediatrycznym,
- II. oddziałach internistycznych,
- III. oddziale neurologicznym,
- IV. oddziale okulistycznym,
- V. oddziale otorynolaryngologicznym,
- VI. oddziale ginekologiczno-położniczym z salą porodową,
- VII. oddziale noworodkowym,
- VIII. oddziałach chirurgicznych,
- IX. oddziale anestezjologii i intensywnej terapii,
- X. oddziale psychiatrycznym,
- XI. pododdziale chemioterapii,
- XII. pododdziale nefrologicznym,
- XIII. oddziale urologii,
- XIV. szpitalnym Oddziale Ratunkowym – po wejściu w życie ustawy o Ratownictwie medycznym
- XV. zakładzie opiekuńczo – leczniczym – uruchomienie uzależnione od pozyskania kontraktu z NFZ

- b) Diagnostyka medyczna w zakresie:
- I. analityki laboratoryjnej z pracownikami: hematologiczną, serologii grup krwi, białek, mikrobiologiczną, biochemiczną, wydaliny i wydzieliny, równowagi kwasowo-zasadowej i elektrolitów,
 - II. radiologii,
 - III. pracowni EKG, pracowni EEG, pracowni USG,
 - IV. pracowni endoskopowej, pracowni gastrokopowej,
 - V. pracowni audiometrii i tympanometrii,
 - VI. pracowni perymetrii i gonioskopii,
 - VII. pracowni cytologicznej i biocenozy pochwy,
 - VIII. anatomopatologii,
 - IX. pracowni EKG wysiłkowego.
- c) Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej
- d) Udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie:
- I. chirurgii ogólnej,
 - II. otorynolaryngologii,
 - III. okulistyki,
 - IV. neurologii,
 - V. ginekologii,
 - VI. ginekologii dziecięcej,
 - VII. leczenia niepłodności,
 - VIII. zdrowia psychicznego,
 - IX. zdrowia psychicznego dla dzieci,
 - X. psychologii,
 - XI. onkologii,
 - XII. patologii ciąży,
 - XIII. patologii noworodka,
 - XIV. nefrologii,
 - XV. szkoły rodzenia,
 - XVI. kardiologii,
 - XVII. gastrologii,
 - XVIII. proktologii,
 - XIX. urologii,
 - XX. andrologii,
 - XXI. endokrynologii,
 - XXII. schorzeń sutka,
 - XXIII. kontroli rozwoju noworodka i niemowlęcia,
 - XXIV. poradnia leczenia bólu.
- e) Udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej,
- f) orzekanie o stanie zdrowia i czasowej niezdolności do pracy,
- g) profilaktyka i promocja zdrowia.
- h) przeprowadzanie badań profilaktycznych dla pracowników Szpitala Powiatowego,

Wykonując statutowe zadania SPZOZ - Szpital Powiatowy współdziała z:

- 1) instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego i społecznego,
- 2) innymi zakładami opieki zdrowotnej,
- 3) jednostkami klinicznymi, wchodzącymi w skład akademii medycznych i instytucjami naukowo-badawczymi oraz średnimi i podyplomowymi szkołami medycznymi,
- 4) instytucjami wykonującymi zadania w dziedzinie pomocy społecznej,
- 5) samorządowymi organizacjami zawodowymi i związkami zawodowymi,
- 6) stowarzyszeniami wyższej użyteczności publicznej, prowadzącymi działalność w zakresie ochrony zdrowia, zdrowia publicznego, opieki oraz promocji zdrowia,
- 7) Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną.

Schemat organizacyjny Wiospitalnego Szpitala Powiatowego im. Dr. B. Hagera w Tarnowskich Górach



1.5. Działające organizacje związkowe:

- Związek Zawodowy NSZZ „Solidarność”
- Międzyzakładowy Związek Zawodowy Pracowników Ochrony Zdrowia
- Międzyzakładowy Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych
- Związek Zawodowy Lekarzy Specjalności Chirurgicznych
- Związek Zawodowy Lekarzy Specjalności Chirurgicznych – *Anestezjologów*
- Międzyzakładowy Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy

1.6. Zatrudnienie

W okresie 1999 do 30.06.2004 funkcjonowały w Powiecie Tarnogórskim dwa Szpitale -- Wielospecjalistyczny Szpital Rejonowy i Szpital Powiatowy nr 1. W dniu 01.07.2004 r. nastąpiło połączenie obu Szpitali.

Zatrudnienie w latach 1999-2005

Nazwa grupy zawodowej	Szpital Powiatowy nr 1 (poprzednia nazwa: Zespół Szpital Miejski)									
	31.12.1999		31.12.2000		31.12.2001		31.12.2002		31.12.2003	
	Etaty	Osoby	Etaty	Osoby	etaty	osoby	Etaty	osoby	Etaty	osoby
Lekarze	27,19	34	29,21	36	30,08	37	28,12	35	29,66	36
Farmaceuci	1,0	1	1,0	1	1,0	1	1,0	1	1,0	1
Pozostali personel z wyższym wykształceniem	3,0	3	2,0	2	2,0	2	2,0	2	2,26	2
Administracja	10,37	12	13,64	15	14,13	14	15,0	14	13,85	13
Personel średni ogółem	109,0	109	99,91	102	96,0	97	96,26	96	96,26	96
w tym :										
- pielęgniarki	63,0	63	56,0	58	53,0	53	55,13	55	55,13	55
- położne	21,0	21	21,0	21	21,0	21	20,0	20	20,0	20
- technicy med.	20,0	20	17,91	18	17,5	18	17,13	17	17,13	17
- poz. personel średni	5,0	5	5,0	5	4,5	5	4,0	4	4,0	4
Personel niższy	26,0	26	30,0	30	24,0	25	22,0	23	21,0	21
Personel gospodarczy i obsługa	34,97	38	23,18	25	20,32	23	18,53	21	13,66	16
Ogółem	211,53	223	198,94	211	187,53	199	182,91	192	177,69	185

- z dniem 01.08.1999 roku nastąpiło odłączenie Szpitala Nr 2 przy ul. Bytomskiej ze struktur Zespołu Szpitala Miejskiego w Tarnowskich Górach w ilości **110 osób, 104,67 etatów**.

Zatrudnienie w latach 1999 – 2005

Nazwa Grupy	Wielospecjalistyczny Szpital Rejonowy												Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy						
	31.12.1999			31.12.2000			31.12.2001			31.12.2002			31.12.2003		31.12.2004		31.03.2005		
	Et.	Osob.		Et.	Osob.		Et.	Osob.		Et.	Osob.		Et.	Osoby		Et.	Osoby	osoby	
Lekarze	74,75	90		75,11	106		75,51	104		77,89	108		77,20	105		107,98	138	111,63	140
Farmaceutyci	1,0	1		2,0	2		2,0	2		2,0	2		2,0	2		2,0	2	2,0	2
Pozostali personel z wyższym wykształceniem	16,5	17		14,0	14		15,0	16		13,76	14		14,76	15		16,78	17	16,78	17
Administracja	32,59	35		27,89	30		29,13	32		30,63	33		34,5	37		43,52	47	40,5	45
Personel średni																			
Ogółem w tym:																			
- pielęgniarki	286,89	287		290,0	293		282,0	283		286,78	288		283,0	285		370,76	372	363,15	365
- położne	196,0	197		203,0	204		197,5	198		199,5	200		194,0	195		243,13	244	239,78	241
- technicy med.	23,0	23		26,0	26		24,0	24		24,0	24		24,0	24		43,0	43	40,0	40
- poz. personel	51,39	51		46,0	46		44,0	44		46,78	47		48,5	49		64,63	65	62,5	63
średni	16,5	16		15,0	17		16,5	17		16,5	17		16,5	17		20,0	20	20,87	21
Personel niższy	83,5	84		66,25	67		68,25	69		71,25	72		72,25	73		90,57	91	86,75	87
Personel gospodarczy i obsługi	73,44	76		59,57	63		56,63	59		63,87	67		57,0	60		69,4	73	63,0	64
Ogółem	568,67	590		534,82	575		528,52	565		546,18	584		540,71	577		701,01	740	683,81	720

Struktura zatrudnienia w latach 2002 – I-IV 2005

Wyszczególnienie	Wielospecjalistyczny Szpital Rejonowy			Szpital Powiatowy Nr 1			Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy			
	Rok 2002	Udział % w całości	Rok 2003	Udział % w całości	Rok 2002	Udział % w całości	Rok 2003	Udział % w całości	Rok 2004	Udział % w całości
Lekarze	64,59	11,83%	63,60	11,76%	25,36	13,86%	24,89	14,01%	90,83	12,96%
Lekarze stażysty	11,00	2,01%	7,00	1,29%					10,00	1,43%
Lekarze rezydentni	3,00	0,55%	3,00	0,55%	2,00	1,09%	4,00	2,25%	8,00	1,14%
Mgr analityki medycznej	5,00	0,92%	5,00	0,92%			0,26			
Kierownik	1,00	0,18%	1,00	0,18%	1,00		1,00	0,15%	5,26	0,75%
Kierownik Apteki – Farmaceuta	2,00	0,37%	2,00	0,37%	1,00	0,55%	1,00	0,56%	2,00	0,29%
Kierownik Fizykoterapii	1,00	0,18%	1,00	0,18%					1,00	0,14%
Mgr psycholog	2,50	0,46%	2,50	0,46%					2,50	0,36%
Mgr pielęgniarstwa	4,00	0,73%	5,00	0,92%					5,00	0,71%
Pielęgniarki	187,25	34,28%	190,99	35,32%	55,39	30,28%	55,39	31,17%	241,96	34,52%
Pielęgniarki stażystki	16,00	2,93%	2,00	0,37%					1,00	0,14%
Położne	24,00	4,39%	24,00	4,44%	19,74	10,79%	19,74	11,11%	42,00	5,99%
Technicy farmacji	7,00	1,28%	7,00	1,29%	1,00	0,55%	1,00	0,56%	7,00	1,00%
Technicy analityki medycznej	23,00	4,21%	23,00	4,25%	9,63	5,26%	9,63	5,42%	32,26	4,60%
Technicy elektromedycyny	9,00	1,65%	10,50	1,94%	3,00	1,64%	3,00	1,69%	13,50	1,93%
Technicy fizykoterapii	4,00	0,73%	4,00	0,74%	2,00	1,09%	2,00	1,13%	5,00	0,71%
Technicy elektroniki medycznej	0,78	0,14%	1,00	0,18%	0,26	0,14%	0,26	0,15%	1,00	0,14%
Instruktor terapii zajęciowej	1,00	0,18%	1,00	0,18%					1,00	0,14%
Dietytyczki	3,50	0,64%	3,50	0,65%	1,00	0,55%	1,00	0,56%	3,87	0,55%
Masażyści	1,00	0,18%	1,00	0,18%	1,00	0,55%	1,00	0,56%	1,00	0,14%
Rejestratorzy med. + medyczne	11,50	2,11%	11,50	2,13%	2,50	1,37%	2,50	1,41%	18,58	2,65%
Salowe	44,50	8,15%	48,00	8,88%	19,76	10,80%	19,50	10,97%	62,62	8,93%
Sanitariusze	16,00	2,93%	16,00	2,96%					15,50	2,21%
Inny personel med.	12,50	2,29%	10,50	1,94%	3,48	1,90%	3,00	1,69%	13,75	1,96%
Personel obsługi	61,89	11,33%	58,12	10,75%	18,25	9,98%	13,13	7,39%	71,13	10,15%
Administracja	29,17	5,34%	38,50	7,12%	16,54	9,04%	15,39	8,66%	43,25	6,17%
Razem	546,18	100,00%	540,71	100,00%	182,91	100,00%	177,69	100,00%	701,01	100,00%
									681,72	100,00%

Dynamika zatrudnienia w latach 2002 – I-IV 2005

Wyszczególnienie	Wielospecjalistyczny Szpital Rejonowy		Szpital Powiatowy Nr 1		Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy	
	Rok 2002	zwiększenie + zmniejszenie - 2003 do 2002	Rok 2003	zwiększenie + zmniejszenie - 2003 do 2002	Rok 2003	zwiększenie + zmniejszenie - 2005 do 2004
Lekarze	64,59	-1,53%	63,6	-1,85%	60,83	0,89%
Lekarze stażyści	11,00	-36,36%	7		10	10,00%
Lekarze rezydenci	3,00		3		8	75,00%
Mgr analityki medycznej	5,00		5	100,00%	5,26	
Kierownik Laboratorium	1,00		1		2	
Kierownik Apteki – farmaceuta	2,00		2		2	
Kierownik Fizykoterapii	1,00		1		1	
Mgr psychologii	2,50		2,5		2,5	
Mgr pielęgniarstwa	4,00	25,00%	5		5	
Pielęgniarki	187,25	2,00%	190,99		241,96	-1,93%
Pielęgniarki stażystki	16,00	-87,50%	2		1	
Położne	24,00		24		42	-4,74%
Technicy farmacji	7,00		7		7	
Technicy analityki medycznej	23,00		23		32,26	-6,20%
Technicy elektromedycyny	9,00	16,67%	10,5		13,5	
Technicy fizykoterapii	4,00		4		5	
Technicy elektroniki medycznej	0,78	28,21%	1		1	
Instruktor terapii zajęciowej	1,00		1		1	
Dietetyczki	3,50		3,5		3,87	
Masażysta	1,00		1		1	
Rej. i sekretarki medycznej	11,50		11,5		18,58	0,86%
Salowe	44,50	7,87%	48		62,62	6,96%
Sanitariusze	16,00	3,13%	16,5		15,5	6,45%
Inny personel med.	12,50	-16,00%	10,5		13,75	21,82%
Obsługa	61,89	-6,90%	57,62		71,13	-10,38%
Administracja	29,17	31,98%	38,5		43,25	-3,47%
Razem	546,18	-1,00%	540,71	-2,85%	701,01	-2,75%
						681,72

1.7. Koszty działalności operacyjnej w latach 2002 – 2004

W poniższej tabeli przedstawiono koszty działalności operacyjnej w latach 2002 – 2003 Wielospecjalistycznego Szpitala Rejonowego przy ul. Pyskowskiej oraz za rok 2004 po połączeniu obu Szpitali i utworzeniu Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego.

Lp.	Koszty działalności operacyjnej	2002 r.	Udział %	2003 r.	Udział %	Po połączeniu 2004 r.	Udział %
1	Amortyzacja	660 440,05	2,88%	670 792,33	3,10%	937 519,78	3,27%
2	Zużycie materiałów i energii	4 498 917,06	19,64%	4 465 174,78	20,65%	5 650 963,39	19,73%
3	Usługi obce	1 131 816,45	4,94%	1 160 313,82	5,37%	2 027 023,85	7,08%
4	Podatki i opłaty	421 718,77	1,84%	325 402,61	1,50%	507 001,11	1,77%
5	Wynagrodzenia	11 290 532,12	49,29%	10 630 117,50	49,15%	14 502 117,22	50,62%
6	Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	2 651 730,04	11,58%	2 278 165,85	10,53%	3 281 594,91	11,45%
7	Pozostałe koszty rodzajowe	54 369,63	0,24%	67 672,83	0,31%	158 023,71	0,55%
8	Wartość sprzedanych towarów i materiałów	2 198 699,03	9,60%	2 028 451,05	9,38%	1 584 181,38	5,53%
Razem		22 908 223,15	100,00%	21 626 090,77	100,00%	28 648 425,35	100,00%

W poniższej tabeli podano koszty działalności operacyjnej w okresie 2002 – I półrocze 2004 Szpitala Powiatowego nr 1 przy ul. Opolskiej

Lp.	Koszty działalności operacyjnej	2002 r.	Udział %	2003 r.	Udział %	I półrocze 2004 r.	Udział %
1	Amortyzacja	302 095,77	3,94%	150 091,72	1,98%	78 526,25	2,31%
2	Zużycie materiałów i energii	1 327 701,05	17,31%	1 347 623,74	17,77%	638 521,95	18,81%
3	Usługi obce	541 903,64	7,07%	441 972,59	5,83%	231 384,59	6,82%
4	Podatki i opłaty	276 872,33	3,61%	285 129,32	3,76%	141 393,88	4,16%
5	Wynagrodzenia	3 890 318,28	50,72%	4 136 650,60	54,54%	1 735 119,64	51,11%
6	Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	915 609,92	11,94%	859 758,94	11,34%	361 925,71	10,66%
7	Pozostałe koszty rodzajowe	71 891,88	0,94%	24 130,09	0,32%	14 076,98	0,41%
8	Wartość sprzedanych towarów i materiałów	343 692,13	4,48%	339 403,10	4,47%	194 219,66	5,72%
Razem		7 670 085,00	100,00%	7 584 760,10	100,00%	3 395 168,66	100,00%

1.8. Analiza przychodów w latach 2002 – 2004

Tabela przedstawia:

- lata 2002 – 2003 Wielospecjalistyczny Szpital Rejonowy
- rok 2004 Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy

Wyszczególnienie	Rok 2002	Udział % w całości	Rok 2003	Udział % w całości	Po połączeniu 2004	Udział % w całości
Kontrakt z NFZ	16 723 327,56	75,14%	15 947 340,66	76,29%	22 734 191,71	85,83%
Cudzoziemcy - NFZ					36 465,63	0,14%
Cudzoziemcy	87 595,00	0,39%	148 035,35	0,71%	67 009,65	0,25%
Żołnierze	41 228,90	0,19%	18 497,00	0,09%	3 739,50	0,01%
Samopłacący	282 290,48	1,27%	353 380,50	1,69%	259 810,75	0,98%
Nieubezpieczeni	52 447,00	0,24%	14 934,00	0,07%	45,00	0,00%
Inne Kasy Chorych	167 063,15	0,75%	243 428,22	1,16%		
Darowizny	233 398,93	1,05%	62 750,28	0,30%	85 121,81	0,32%
Doba hotelowa	14 715,81	0,07%	18 014,02	0,09%	18 430,85	0,07%
Inne przychody	4 654 034,13	20,91%	4 097 881,55	19,60%	3 283 235,68	12,40%
Ogółem przychody	22 256 100,96	100,00%	20 904 261,58	100,00%	26 488 050,58	100,00%

Tabela przedstawia:

- lata 2002 – I półrocze 2004 Szpital Powiatowy nr 1

Wyszczególnienie	Rok 2002	Udział % w całości	Rok 2003	Udział % w całości	I półrocze Rok 2004	Udział % w całości
Kontrakt z NFZ	6 349 362,00	69,59%	6 462 824,92	82,03%	2 784 153,30	81,85%
Cudzoziemcy - NFZ						
Cudzoziemcy						
Żołnierze						
Samopłacący			168 803,31	2,14%		
Nieubezpieczeni					11 759,00	0,35%
Inne Kasy Chorych			64 158,05	0,81%		
Darowizny						
Doba hotelowa						
Inne przychody	2 774 284,05	30,41%	1 183 169,94	15,02%	605 732,27	17,81%
Ogółem przychody	9 123 646,05	100,00%	7 878 956,22	100,00%	3 401 644,57	100,00%

Dane: Dział księgowości, powyższe dane nie uwzględniają zmian stanu produktów

2. Wskaźniki szpitalne

2.1. Dane statystyczne

Dane statystyczne za 2002 r. – Wielospecjalistyczny Szpital Rejonowy

Lp.	Oddział	Liczba łóżek	Liczba leczonych	Osobodni leczenia	Śr.pobyt chorego w dniach	Wykorzystan. łóżek w dniach	Wskaźnik Wykorzyst. łóżek w %
1	Psychiatryczny	60	708	23028	32,53	383,80	105,15%
2	Pediatryczny	50	1262	9572	7,58	191,44	52,45%
3	Internistyczny	41	1332	13788	10,35	336,29	92,13%
4	Neurologiczny	30	784	9394	11,98	313,13	85,79%
5	Otolaryngologiczny	21	675	5211	8,00	248,14	67,98%
6	Okulistyczny	26	896	7167	11,76	275,65	75,52%
7	Chirurgii I	38	1132	11283	6,22	296,92	81,35%
8	Chirurgii II	38	889	10451	11,76	275,03	75,35%
9	Ginekol-położ.	55	1954	12159	6,22	221,07	60,57%
10	OIOM	6	66	903	13,68	150,50	41,23%
11	Chemioterapia	12	905	1274	1,41	106,17	29,09%
12	Nefrologiczny	0	0	0	0,00	0,00	0,00
13	Noworodkowy	30	869	4056	4,67	135,20	37,04%
Razem / średnio:		407,00	11472,00	108286,00	9,70	225,64	61,82%

Dane statystyczne za 2002 r. – Szpital Powiatowy nr 1

Lp.	Oddział	Liczba łóżek	Liczba leczonych	Osobodni leczenia	Śr.pobyt chorego w dniach	Wykorzystan. łóżek w dniach	Wskaźnik Wykorzyst. łóżek w %
1	Internistyczny II	54	1443	17138	11,88	317,37	86,95
2	Ginekol-położ	35	1494	7799	5,22	222,83	61,05
3	Urologiczny	28	936	6872	7,34	245,43	67,24
4	Noworodkowy	25	528	2573	4,87	102,92	28,20
5	Chemioterapia	0	291	0	0,00	0,00	0,00
Razem / średnio:		142,00	4692,00	34382,00	7,33	222,14	60,86

Dane statystyczne za 2003 r. – Wielospecjalistyczny Szpital Rejonowy

Lp.	Oddział	Liczba łóżek	Liczba leczonych	Osobodni leczenia	Śr.pobyt chorego w dniach	Wykorzystan. łóżek w dniach	Wskaźnik Wykorzyst. łóżek w %
1	Psychiatryczny	60	758	23066	30,43	384,43	105,32
2	Pediatryczny	50	1246	9650	7,74	193,00	52,88
3	Internistyczny	41	1440	13527	9,39	329,93	90,39
4	Neurologiczny	30	787	9688	12,31	322,93	88,47
5	Otolaryngologiczny	21	698	5081	7,24	241,95	66,29
6	Okulistyczny	26	890	6445	10,46	247,88	67,91
7	Chirurgii I	38	1203	11707	5,80	308,08	84,41
8	Chirurgii II	38	877	9177	10,46	241,50	66,16
9	Ginekol-położ.	55	2004	11620	5,80	211,27	57,88
10	OIOM	6	76	1052	13,84	175,33	48,04
11	Chemioterapia	12	645	1097	1,70	91,42	25,05
12	Nefrologiczny	0	0	0	0,00	0,00	0,00
13	Noworodkowy	30	816	3803	4,66	126,77	34,73
Razem / średnio:		407,00	11440,00	105913,00	9,22	221,11	60,58

Dane statystyczne za 2003 r. - Szpital Powiatowy nr 1

Lp.	Oddział	Liczba łóżek	Liczba leczonych	Osobodni leczenia	Śr.pobyt chorego w dniach	Wykorzystan. łóżek w dniach	Wskaźnik Wykorzyst. łóżek w %
1	Internistyczny II	54	1458	16119	11,06	298,50	81,78
2	Ginekol-położ	35	1557	7637	4,90	218,20	59,78
3	Urologiczny	28	1041	5789	5,56	206,75	56,64
4	Noworodkowy	25	590	2623	4,45	104,92	28,75
5	Chemioterapia	3	199	0	0,00	0,00	0,00
Razem / średnio:		145,00	4845,00	32168,00	2,36	207,09	56,74

Dane statystyczne za 2004 r. – Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy

Lp.	Oddział	Liczba łóżek	Liczba leczonych	Osobodni leczenia	Śr.pobyt chorego w dniach	Wykorzystan. łóżek w dniach	Wskaźnik Wykorzyst. łóżek w %
1	Psychiatryczny	60	709	21371	30,14	356,18	97,58
2	Pediatryczny	47	1359	9693	7,13	206,23	56,50
3	Internistyczny	41	1417	13024	9,19	317,66	87,03
4	Neurologiczny	26	818	8882	10,86	341,62	93,59
5	Otolaryngologiczny	21	872	4424	5,01	210,67	57,72
6	Okulistyczny	26	774	3881	9,90	149,27	40,90
7	Chirurgii I	38	1278	11343	4,83	298,50	81,78
8	Chirurgii II	38	1028	10177	9,90	267,82	73,38
9	Ginekol-położ.	64	3190	15418	4,83	240,91	66,00
10	OIOM	7	85	1047	12,32	149,57	40,98
11	Chemioterapia	7	524	1016	1,94	145,14	39,76
12	Nefrologiczny	7	84	865	10,30	123,57	33,85
13	Noworodkowy	25	1353	5876	4,34	235,04	64,39
Razem / średnio:		407,00	13491,00	107017,00	9,28	234,01	64,11

Dane statystyczne za I półrocze 2004 r. - Szpital Powiatowy nr 1

Lp.	Oddział	Liczba łóżek	Liczba leczonych	Osobodni leczenia	Śr.pobyt chorego w dniach	Wykorzystan. łóżek w dniach	Wskaźnik Wykorzyst. łóżek w %
1	Internistyczny II	54	1818	14853	8,17	275,06	75,36
2	Ginekol-położ	35	349	1661	4,76	47,46	52,73
3	Urologiczny	25	1510	6806	4,51	272,24	74,59
4	Noworodkowy	25	125	551	4,41	22,04	24,49
5	Chemioterapia	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Razem / średnio:		79,00	3802,00	23871,00	1,99	154,20	56,79

* O. Ginekologiczno-Położniczy i O. Noworodkowy – dane dotyczą I kwartału 2004 r.

Dane statystyczne za I kwartał 2005 r. – oddziały znajdujące się przy ul. Pyskowskiej

Lp.	Oddział	Liczba łóżek	Liczba leczonych	Osobodni leczenia	Śr.pobyt chorego w dniach	Wykorzystan. łóżek w dniach	Wskaźnik Wykorzyst. łóżek w %
1	Psychiatryczny	60	165	5442	32,98	90,70	100,78
2	Pediatryczny	47	338	2378	7,04	50,60	56,22
3	Internistyczny	41	337	3210	9,53	78,29	86,99
4	Neurologiczny	26	175	2037	11,64	78,35	87,06
5	Otolaryngologiczny	21	226	1367	5,51	65,10	72,33
6	Okulistyczny	26	174	958	9,34	36,35	40,94
7	Chirurgii I	38	335	2086	5,02	54,89	60,99
8	Chirurgii II	38	264	2465	9,34	64,87	72,08
9	Ginekol-położ.	64	829	4165	5,02	65,08	72,31
10	OIOM	7	23	252	10,96	36,00	40,00
11	Chemioterapia	7	95	224	2,36	32,00	35,56
12	Nefrologiczny	7	25	225	9,00	32,14	35,71
13	Noworodkowy	25	363	1583	4,36	63,32	70,36
Razem / średnio:		407,00	3349,00	26392,00	9,39	57,55	63,95

Dane statystyczne za I kwartał 2005 r. – oddziały znajdujące się przy ul. Opolskiej

Lp.	Oddział	Liczba łóżek	Liczba leczonych	Osobodni leczenia	Śr.pobyt chorego w dniach	Wykorzystan. łóżek w dniach	Wskaźnik Wykorzyst. łóżek w %
1	Internistyczny II	54	464	3087	6,65	57,17	63,52
2	Urologiczny	25	330	1648	4,99	65,92	73,24
3	Chemioterapia	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Razem / średnio:		79,00	794,00	4735,00	5,82	61,55	68,38

ANALIZA BAZY ŁÓŻKOWEJ I ICH WYKORZYSTANIA

Ul. Pyskowicka

1. Liczba łóżek w latach 2002 – 2005 pozostała na tym samym poziomie, pomimo zmian organizacyjnych na oddziałach szpitalnych i wzrostu liczby łóżek w 2004 roku na oddziale ginekologiczno – położniczym i OIOM-mie.

2. Liczba pacjentów w roku 2003 zmniejszyła się o 32 osoby tj. o 0,28% w stosunku do roku 2002. W roku 2004 liczba pacjentów wzrosła o 2 051 leczonych tj. o 17,93% w stosunku do roku 2003.

3. Liczba osobodni w latach 2002-2004, kształtuje się mniej więcej na tym samym poziomie. W roku 2003 liczba ta nieznacznie spadła o 2 373 osobodni, tj. o 2,19% w stosunku do roku 2002. W roku 2004 wzrosła o 1 104, tj. o 1,04% w stosunku do roku 2003.

4. Średni pobyt pacjenta w dniach został zmniejszony o 0,4 dnia, tj. o 4,2% w roku 2003 w porównaniu z rokiem 2002. W roku 2004 pobyt ten nieznacznie zmniejszył się o 0,06 dnia, tj. o 0,56% w stosunku do roku 2003.

5. Wykorzystanie łóżek w dniach zmieniał się nieznacznie, tj. w roku 2003 spadło o 2,01% w porównaniu do roku 2002. Natomiast w roku 2004 wzrosło o 5,83% w stosunku do roku 2003.

6. Analogicznie zmiany jak w przypadku wykorzystania łóżek w dniach, nastąpiły w wykorzystaniu łóżek liczonych procentowo.

Ul. Opolska

1. Liczba łóżek w latach 2002 – 2003 pozostała na tym samym poziomie, natomiast w roku 2004 liczba ta spadła o 63 łóżka tj. o 44,37% w stosunku do roku 2003.

2. Liczba pacjentów w roku 2003 wzrosła o 153 osoby tj. o 3,26% w stosunku do roku 2002. W roku 2004 liczba pacjentów zmniejszyła się o 1 043 leczonych tj. o 21,53% w stosunku do roku 2003.

3. Liczba osobodni w latach 2002-2005 systematycznie spada. W roku 2003 liczba ta spadła o 2 214 osobodni, tj. o 6,44% w stosunku do roku 2002. Natomiast w roku 2004 spadła o 8 297, tj. o 25,79% w stosunku do roku 2003.

4. Średni pobyt pacjenta w dniach został zmniejszony o 0,84 dnia, tj. o 11,4% w roku 2003 w porównaniu z rokiem 2002. W roku 2004 pobyt ten znacznie zmniejszył się o 1,03 dnia, tj. o 15,86% w stosunku do roku 2003.

5. Wykorzystanie łóżek w dniach zmieniał się następująco: w roku 2003 spadło o 6,77% w porównaniu do roku 2002, a w roku 2004 spadło o 33,59% w stosunku do roku 2003.

6. Analogicznie zmiany jak w przypadku wykorzystania łóżek w dniach, nastąpiły w wykorzystaniu łóżek liczonych procentowo.

Obniżenie liczby łóżek na ul. Opolskiej i innych wskaźników szpitalnych zostało spowodowane włączeniem z dniem 1.04.2004 r. Oddziału ginekologiczno-położniczego i noworodkowego z ul. Opolskiej do jednoimiennych oddziałów na ul. Pyskowicką (faktyczna likwidacja łóżek ginekologicznych – położniczych i noworodkowych)

2.2. Gospodarka majątkowa

Podstawa prawna użytkowania gruntów i budynków

Szpital ul. Pyskowicka

- Decyzja Wojewody Śląskiego nr. Ppm IV/7723/110/2000 z dn.21.08.2000 r.
- Protokół zdawczo-odbiorczy przekazania Powiatowi Tarn. Góry mienia pod nazwą Wielospecjalistyczny Szpital Rejonowy im. dr B. Hagera z dnia 14.06.2000 r.
- Księga wieczysta nr 35703

Szpital ul. Opolska

- Decyzja Wojewody Śląskiego nr. Ppm IV/7723/34/2000 z dn.28.02.2000 r.
- Protokół zdawczo-odbiorczy przekazania Powiatowi Tarn. Góry mienia pod nazwą Zespolony Szpital Miejski Tarn. Góry z dnia 19.01.2000 r.
- Księga wieczysta nr 42359
- Księga wieczysta nr 50844

W posiadaniu jednostki znajdują się:

- Budynki
- Grunty

Szpital ul. Pyskowicka

- Działka zabudowana o obszarze 5 ha 53a 10m²

Nieruchomość w nieodpłatnym użytkowaniu Wielosp. Szpitala Powiat. Im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach

- Księga wieczysta nr 35703

Szpital ul. Opolska

- Działka zabudowana o obszarze 76a 60m²

Księga wieczysta nr 50 844

- Działka zabudowana, rola o obszarze 1ha 49a 15 m²

Księga wieczysta nr 42 359

Nieruchomości w nieodpłatnym użytkowaniu Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach.

Majątek trwały – stan na 31.12.2004

L.p.	Wyszczególnienie	Wartość
1	Grunty	- zł
2	Budynki, lokale, obiekty inżynierii lądowej	8 603 518,28 zł
3	Urządzenia techniczne, maszyny	1 017 601,31 zł
4	Środki transportu	1 293 544,32 zł
5	Inne środki trwałe	152 489,27 zł
Razem		11 067 153,18 zł

Wartości netto budynków i gruntów Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego

L.p.	Budynki i grunty przy ul. Pyskowskiej	Wartość księgowa netto na dzień 31.12.2004 r.	Budynki i grunty przy ul. Opolskiej	Wartość księgowa netto na dzień 31.12.2004 r.
1	Budynek główny szpitala	4 237 540,58 zł	Budynek główny szpitala	772 222,32 zł
2	Budynek kliniki	153 900,60 zł	Pawilon szpitalny	490 311,77 zł
3	Budynek administracji	61 788,90 zł	Budynek poradni Kardiologicznej	151 949,06 zł
4	Budynek gospodarczy	9 508,40 zł	Kuchnia Centralna	655 175,85 zł
5	Budynek portierni	2 554,90 zł	Kotłownia centralna	1 077 900,72 zł
6	Centrala telefoniczna	- zł	Kostnica	15 729,11 zł
7	Magazyn materiałów łatwopalnych	5 729,10 zł	Magazyn	- zł
8	Tlenownia	3 763,80 zł	Garaż	3 453,54 zł
9	Wiata okratowana	1 076,90 zł	Warsztat	3 448,05 zł
10	Wiata zamknięta	1 004,90 zł	Agregatorownia	57 857,87 zł
11	Garaż	24 642,20 zł	Sieć ciepłownicza	449 653,62 zł
12	Warsztat	16 185,80 zł	Ogrodzenie Szpitala	30 120,39 zł
13	Stolarnia	2 976,60 zł		
14	Drogi, place i chodniki	375 023,30		
15	Sieć CO	- zł		
Razem		4 895 695,98 zł	Razem	3 707 822,30 zł

Sprzęt i aparatura medyczna

Wartości netto sprzętu i aparatury medycznej na dzień 31.12.2004 r.

Sprzęt i aparatura medyczna

Wyszczególnienie	Szpital przy ul. Opolskiej	Udział w %	Szpital przy ul. Pyskowskiej	Udział w %
Wartość początkowa	2 102 695,51 zł	100,00%	4 346 647,98 zł	100,00%
Umorzenie	1 505 962,70 zł	71,62%	3 480 365,24 zł	80,07%
Wartość netto	596 732,81 zł	28,38%	866 282,74 zł	19,93%

Wartości netto maszyn i urządzeń niemedycznych na dzień 31.12.2004 r.

Maszyny i urządzenia niemedyczne

Wyszczególnienie	Szpital przy ul. Opolskiej	Udział w %	Szpital przy ul. Pyskowskiej	Udział w %
Wartość początkowa	767 169,32 zł	100,00%	876 167,35 zł	100,00%
Umorzenie	280 780,99 zł	36,60%	533 376,15 zł	60,88%
Wartość netto	486 388,33 zł	63,40%	342 791,20 zł	39,12%

Systemy informatyczne

1. System Pakiet Świadczeniodawcy

Aktualnie w Szpitalu zainstalowane są trzy oddzielne instalacje systemu Pakiet Świadczeniodawcy, tj. instalacja do rozliczeń: Lecznictwa Szpitalnego (6 stanowisk), Lecznictwa AmbulATORYJNEGO (3 st.), Lecznictwa Szpitalnego i AmbulATORYJNEGO (7 st.).

Pakiet Świadczeniodawcy jest elementem systemu informatycznego NFZ służącym do komunikacji pomiędzy systemem informatycznym na poziomie Oddziału Wojewódzkiego NFZ a Świadczeniodawcą posiadającym kontrakt z Funduszem. Umożliwia on ewidencjonowanie Świadczeń w oparciu o standardy informacyjne NFZ (słowniki) oraz wspomaganie rozliczania zawartych umów.

Każde Świadczenie ewidencjonowane w Pakiecie Świadczeniodawcy jest: przypisane do konkretnego pacjenta i ma określony czas i miejsce realizacji; w przypadku leczenia ambulatoryjnego ma konkretnego realizatora (z prawem wykonywania zawodu); charakteryzowane jest przez rozpoznanie wg ICD-10 będące podstawą udzielenia Świadczenia; dodatkowo charakteryzowane przez procedury ICD-9 oraz tzw. produkty jednostkowe statystyczne zdefiniowane przez NFZ na rok 2004. W części rozliczeniowej następuje wskazanie na produkt (z umowy) oraz produkt jednostkowy (związany z tym produktem), w oparciu o który będzie to świadczenie finansowane przez płatnika.

2. System Infomedica 2000

System jest przeznaczony do prowadzenia szczegółowej ewidencji świadczeń zdrowotnych w układzie dokumentacji medycznej, w tym: do ruchu chorych, obrotu lekiem i materiałami zużywanymi w procesie leczenia, ewidencji badań, zabiegów, konsultacji i procedur medycznych, oraz do prowadzenia szczegółowej ewidencji zdarzeń gospodarczych, w tym: ewidencji finansowo-księgowej, materiałowej, kadrowej i placowej oraz zarządzania majątkiem trwałym.

Aktualnie w Szpitalu używana jest wersja systemu INFOMEDICA 2000 SYSTEMY ADMINISTRACYJNE. Szpital posiada licencje na następujące moduły systemu:

- Finanse i księgowość z rachunkiem kosztów (11 sztuk),
- Rejestr sprzedaży – służący do wystawiania faktur przez szpital,
- Gospodarka materiałowa – służący do zapisywania zdarzeń dotyczących przepływu zakupywanych materiałów, pomiędzy magazynami a danymi komórkami organizacyjnymi (1 sztuka),
- Środki trwałe – służący do ewidencji środków trwałych i związanych z nimi zdarzeń (1 sztuka).

3. System KADRY

System kadrowy firmy PIK Gliwice jest systemem, który zbiera dane o wszystkich zdarzeniach dotyczących pracowników w sferze dokumentów kadrowych. Niestety system pracuje pod kontrolą systemu operacyjnego DOS, jest przestarzały, brak do niego jakichkolwiek poprawek dotyczących zmian prawa.

System pracuje w architekturze klient – serwer. Podstawą działania aplikacji jest serwer oparty na oprogramowaniu systemowym NOVELL NETWARE 4.1. Aktualnie pracuje w tym systemie 3 użytkowników.

4. System PŁACE

System placowy TOM-AG pozwala na obliczenia oraz ewidencję danych dotyczących spraw placowych, wyliczanie pensji, zasiłków itp. System współpracuje z systemem bankowości elektronicznej oraz z programem PŁATNIK do rozliczeń z ZUS.

System placowy pracuje w architekturze klient – serwer. Podstawą działania aplikacji jest serwer oparty na oprogramowaniu systemowym NOVELL NETWARE 4.1. Stacje klienckie mogą być oparte o systemy operacyjne w których możliwe jest uruchomienie programów w środowisku DOS. Aktualnie pracuje w tym systemie 3 użytkowników.

5. System Mediquis

System Mediquis jest zespołem aplikacji tworzących zintegrowane środowisko informatyczne w pełni zabezpieczające aktualne i przyszłe potrzeby dowolnego zakładu opieki zdrowotnej. System wyczerpuje formułę oprogramowania niezbędnego zarówno do zarządzania korporacją o rozbudowanej strukturze jak i do obsługi pojedynczych gabinetów lekarskich. Z systemu Mediquis można uzyskać dokładne dane dotyczące ruchu chorych na oddziałach szpitalnych, jakie badania miał wykonywane, podawane leki itp.

Aktualnie w oddziałach i laboratorium przy ul. Opolskiej, wykorzystywane są dwa moduły systemu Mediquis:

Pakiet do obsługi Szpitala obsługuje: izbę przyjęć, księgę główną szpitala, oddziały szpitalne, księgi oddziałowe, blok operacyjny, księgę izby przyjęć, chirurgię jednego dnia, księgę operacji (wraz z protokołami), poradnie ogólne i specjalistyczne, księgę kart statystycznych, pracownię diagnostyki obrazowej, historie chorób z wynikami badań, statystykę medyczną, księgę zleceń/skierowań, rehabilitację, planowanie zabiegów aptekę szpitalną, gospodarkę materiałową lekiem

W pakiecie do obsługi szpitala można wykonywać następujące operacje: przyjęcie pacjenta do szpitala, wpis nowego pacjenta do ewidencji głównej pacjentów, historia choroby, badania, wypis, skierowania.

Pakiet do obsługi Pracowni Diagnostycznej obsługuje: pracownię diagnostyczną, rejestrację czasu wykonania badania, laboratoria analityczne, rejestrację osoby wykonującej badanie, badania opisowe, ewidencję badań laboratoryjnych, diagnostykę obrazową, rozliczenia punktowe badań i procedur.

W pakiecie do obsługi Pracowni Diagnostycznej można wykonywać następujące operacje: zlecenia, wpisywanie wyników.

Przekazywanie danych

W przypadku danych przekazywanych sieciowo, wszystkie dane wpisywane do w/w systemów informatycznych działają na zasadzie klient – serwer, a więc wszystkie dane trzymane są na centralnym komputerze i dostęp do danych mają wszyscy użytkownicy danego oprogramowania zaraz po wpisaniu. Dane przesyłane sieciowo to jedynie dane do wysyłania pocztą e-mail.

Programy obsługujące poszczególne komórki organizacyjne

L.p.	Komórka organizacyjna	Programy	Dokumenty
1	Dział Organizacji i Nadzoru	MS Word	dokumenty wewnętrzne, pisma
2	Dział Zarządzania Jakością	MS Word, MS Excel	pliki tekstowe (zarządzenia, dokumenty wewnętrzne, wzory dokumentów)
3	Dział Księgowości	MS Excel, MS Word, Infomedica 2000	Pisma wewnętrzne, analizy
4	Dział Kadr, Szkoleń i Spraw Socjalnych	PIK (program kadrowy), MS Word, MS Excel, Open Office	Umowy, Pisma wewnętrzne, Pisma
	Dział Informatyki	-	Pisma wewnętrzne, Pisma, Ewidencja komputerów
5	Dział Rozliczeń i Statystyki	MS Word, MS Excel, Pakiet Świadczeniodawcy	Pisma wewnętrzne, Pisma, analizy statystyczne
6	Dział Administracyjno – Gospodarczy	Infomedica 2000 – Środki Trwałe, Open Office	Zamówienia, Pisma, Pisma Wewnętrzne
7	Dział techniczno Eksploatacyjny	BHP, Wydawnictwo Forum	Pisma wewnętrzne, szkolenia BHP
8	Dział Zamówień Publicznych	MS Excel, MS Word, Open Office	Ewidencja zamówień przetargowych, pisma wewnętrzne

Dokonane zakupy inwestycyjne w latach 2002-2004 ul. Pyskowska

L.p.	Rodzaj sprzętu	Wartość			Środki finansowania
		2002	2003	2004	
1	Respirator Puritan Bennett 760-2 szt. /OIT/	-	142 476,48 zł	-	środki własne
2	Aparat RTG jezdny SM-20HF/SEDECAL	135 000,00 zł	-	-	śr.Minist.
3	Respirator Raphael	66 880,40 zł	-	-	śr.Minist.
4	Ultrasonograf okulistyczny Ultrascan	-	-	66 681,02 zł	PZU Życie + PZU S.A.
5	Stół operacyjny SU-02-0	41 975,63 zł	-	-	śr.Minist.
6	Monitor funkcji życiowych Ultraview	34 813,16 zł	-	-	śr.Minist.
7	Kardiomonitor FX 2000/O.Dziec./	28 914,00 zł	-	-	środki własne
8	Kardiomonitor FX-2000	-	21 838,00 zł	-	śr.Minist.
9	Aparat elektrochirurgiczny ES-350/Prac.Endosk	21 228,00 zł	-	-	środki własne
10	Insulator laparoskopowy Co2 /Gin.Pol/	19 818,02 zł	-	-	środki własne
11	Lampa operacyjna BHS-552	13 322,40 zł	-	-	śr.Minist.
12	Sterylizator Statim 2000 /OKO/	-	-	12 578,20 zł	Stowarzyszenie Okulistów
13	Pulsoksymetr /O.Dziec./	12 000,00 zł	-	-	Zarząd Miasta
14	Pulsoksymetr 520 A.OIT/	11 942,00 zł	-	-	środki własne
15	Łóżko porodowe /Gin.Pol/	11 594,88 zł	-	-	Stowarz.Ginek.Tam
16	Aparat EKG Ascard A4 /L.Przyjeć/	9 796,60 zł	-	-	środki własne
17	Myjka ultradźwiękowa SONIC 33/Prac.Endosk./	9 198,80 zł	-	-	środki własne
18	Ssak uniwersalny SU-2	-	9 150,00 zł	-	śr.Minist.
19	Stolik do instrumentowania -2 szt.	-	7 202,88 zł	-	środki własne
20	Dozownik śr.dezynfekcyjnych	-	6 574,82 zł	-	środki własne
21	Pompa infuzyjna SEP 21S Aneste	6 368,40 zł	-	-	śr.Minist.
22	Pompa infuzyjna z systemem PCA	-	4 880,00 zł	-	śr.Minist.
23	Pompa infuzyjna z systemem PCA /OIT/	-	4 880,00 zł	-	środki własne
24	Instrument do biopsji /Ch I/	4 000,00 zł	-	-	środki własne
25	Ssak operacyjny SO-4K /Ch II/	3 653,90 zł	-	-	środki własne
26	Zestaw proktologiczny HEINE /Prac.Endosk./	3 473,80 zł	-	-	środki własne
27	Stół do opasek gipsowych	-	3 252,28 zł	-	środki własne
28	Ssak operacyjny SO-4K/Laryng./	3 091,47 zł	-	-	środki własne
Razem		437 071,46 zł	200 254,46 zł	79 259,22 zł	

Dokonane zakupy inwestycyjne w latach 2002-2004 – ul. Opolska

L.p.	Rodzaj sprzętu	Wartość			Środki finansowania
		2002	2003	2004	
1	Myjnia automatyczna	-	-	70 211,61 zł	środki własne
2	Litotrypter – CalcuSplit	-	-	59 586,90 zł	środki własne
3	Nefroskop	-	-	40 084,32 zł	środki własne
4	Ureno-renoskop	24 886,72 zł	-	-	środki własne
5	Fotel gin.-urologiczny	18 380,52 zł	-	-	środki własne
6	Generator Force + wyłącznik	-	16 714,00 zł	-	środki własne
7	Physioter 0-50	-	8 900,00 zł	-	środki własne
8	Myjka ultradźwiękowa	-	-	8 349,13 zł	środki własne
9	Defibrylator Deficard	7 503,00 zł	-	-	środki własne
10	Aparat Ekg Ascard A 4	-	-	6 710,00 zł	środki własne
11	Zestaw do iniekcji	5 930,47 zł	-	-	środki własne
12	Pistolet do biopsji	-	5 060,00 zł	-	środki własne
13	Pompa infuzyjna	-	3 904,00 zł	-	środki własne
14	Optyka Hopkinsa	-	-	3 842,96 zł	środki własne
15	Ssak VAC 2	3 098,36 zł	-	-	środki własne
Razem		59 799,07 zł	34 578,00 zł	188 784,92 zł	

III. ANALIZA OTOCZENIA

Analiza problemów zdrowotnych mieszkańców Śląska musi być obecnie prowadzona w oparciu o niepełne dane, ze względu na brak kompleksowego systemu gromadzenia, przetwarzania i udostępniania niezbędnych informacji w jednym regionalnym środowisku.

Współczynnik umieralności na Śląsku wyniósł 927 zgonów/100 tys. ludności (7 miejsce w kraju, średnia dla Polski – 987). Mimo, iż obserwuje się tendencję spadkową, współczynnik ten dla obu płci jest wyższy niż w Unii Europejskiej (średnio ok. 800 zgonów/100 tys. ludności w UE)

Jeśli chodzi o przyczyny zgonów, to do najważniejszych należały:

- choroby układu krążenia – 432 (Polska – 380)
- nowotwory – 183,8 (Polska – 174,4)
- zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu – 56,7 (Polska 65)
- choroby układu trawiennego – 25,2 (Polska 26,1)
- choroby układu oddechowego – 23,2 (Polska 29,6)

Zgony niemowląt kształtują się na poziomie 7,81 / 1000 urodzeń żywych (3 miejsce w kraju, średnia dla Polski – 8,85) w tym zgony noworodków na poziomie 5,79/1000 urodzeń żywych (4 miejsce w kraju, średnia dla Polski – 6,33). Wskaźniki umieralności niemowląt w krajach Unii Europejskiej kształtują się na poziomie 5 zgonów / 1000 żywych urodzeń.

Przeciętne dalsze trwanie życia wynosi dla mężczyzn 70,47 lat (2 miejsce w kraju, średnia dla Polski 68,83) a dla kobiet 78,16 lat (4 miejsce w kraju, średnia dla Polski 77,49). Wskaźniki te uległy w ostatnich latach znaczącej poprawie, ale zwłaszcza dla mężczyzn odbiegają od poziomu osiągniętego w krajach UE o ok. 4-5 lat.

Zapadalność na niektóre schorzenia przedstawia się na Śląsku następująco:

- choroby układu krążenia – ok. 1100/100 tys.
- choroby psychiczne – 839 / 100 tys.
- udary mózgu – ok. 370/100 tys.
- nowotwory – ok. 270/100 tys. u mężczyzn i 200/100 tys. u kobiet
- cukrzyca – 222/100 tys.
- bakteryjne zatrucia pokarmowe – ok. 49/100 tys.
- gruźlica – ok. 22,3/100 tys.
- wirusowe zapalenia wątroby – ok. 21/100 tys.

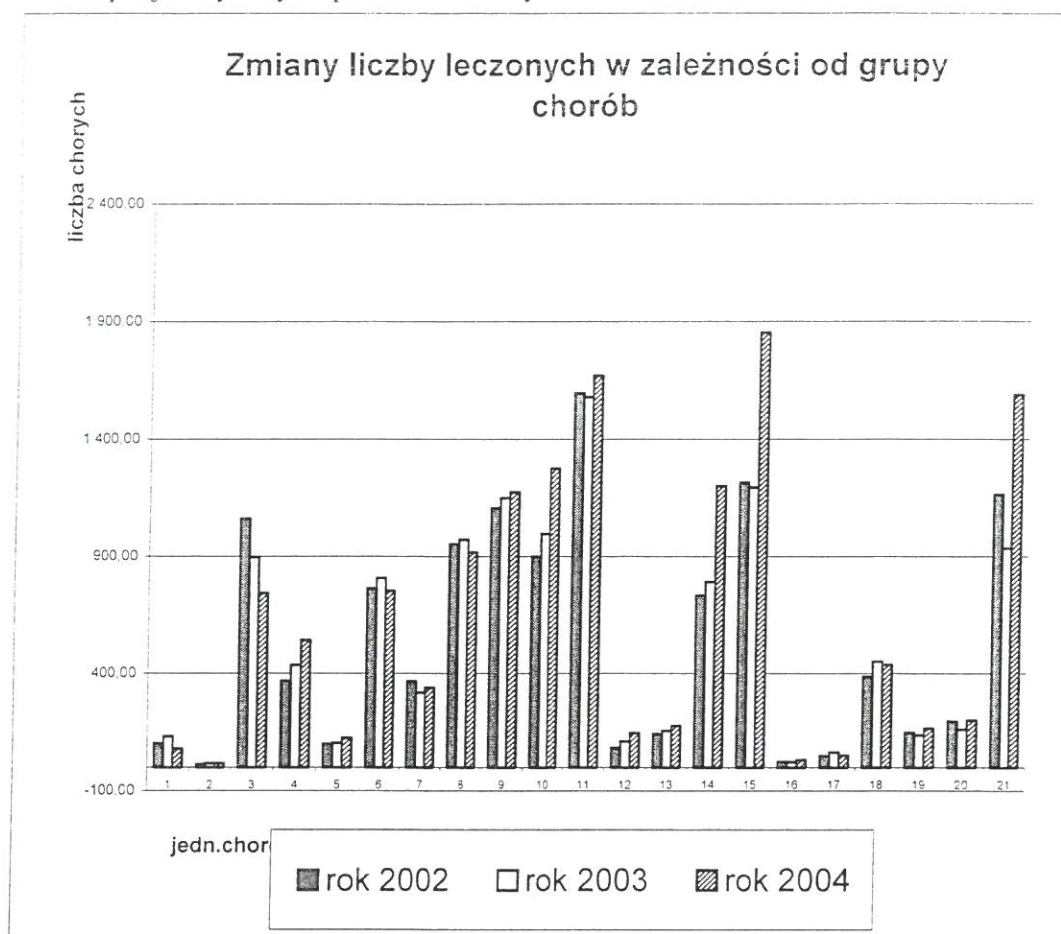
Powyższe trendy obserwowane są również w Powiecie Tarnogórskim.

Z kolei wśród wskaźników chorobowości zwraca uwagę reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 120/100 tys.), astma oskrzelowa (ok. 60/100 tys.) oraz przewlekła choroba płuc.

Najważniejsze problemy zdrowotne mieszkańców Śląska dotyczą schorzeń układu krążenia, nowotworów, udarów mózgu, cukrzycy, chorób reumatycznych, alergologicznych i psychicznych. Z kolei szczególnie duże zapotrzebowanie na porady obserwuje się w zakresie takich specjalności jak chirurgia, w tym urazowo-ortopedyczna, interna ze specjalnościami szczegółowymi typu kardiologia, diabetologia, reumatologia a także okulistyka.

3.1. Analiza jednostek chorobowych.

Przedstawione dane dotyczą lat 2002 – 2003 Wielospecjalistycznego Szpitala Rejonowego, rok 2004 – Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy.



Legenda

1 - NIEKTÓRE CHOROBY ZAKAŻNE I PASOŻYTNICZE
2 - NIEKTÓRE CHOROBY WIRUSOWE, ZAKAŻNE I ICH NASTĘPSTWA
3 - NOWOTWORY ZŁOŚLIWE
4 - NOWOTWORY
5 - ZABURZENIA WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO STANU ODŻYWIANIA I PRZEMIANY MATERII
6 - ZABURZENIA PSYCHICZNE I ZABURZENIA ZACHOWANIA
7 - CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO
8 - CHOROBU OKA I PRZYDATKÓW OKA ORAZ UCHA I WYROSTKA SUTKOWEGO
9 - CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA
10 - CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO
11 - CHOROBY UKŁADU TRAWIENNEGO
12 - CHOROBY SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ
13 - CHOROBY UKŁADU KOSTNO - STAWOWEGO, MIĘŚNIOWEGO I TKANKI ŁĄCZNEJ
14 - CHOROBY UKŁADU MOCZOWO-PLCIOWEGO
15 - CIAŻA PORÓD POŁÓG
16 - NIEKTÓRE STANY ROZPOCZYNAJĄCE SIĘ W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM
17 - WADY ROZWOJOWE WRODZONE ZNIEKSZTAŁCENIA I ABERRACJE CHROMOSOMOWE
18 - OBJAWY CECHY CHOROBOWE ORAZ NIEPRAWIDŁOWE WYNIKI BADAŃ KLINICZNYCH I LABORATORYJNYCH JEDNOSTEK CHOROBOWYCH GDZIE INDEJ NIESKLASYFIKOWANYCH
19 - URAZY CIAŁA
20 - SKUTKI DZIAŁANIA CIAŁ OBCYCH I INNYCH CZYNNIKÓW ZEWNĘTRZNYCH
21 - CZYNNIKI WPLYWAJĄCE NA STAN ZDROWIA I KONTAKT ZE SŁUŻBĄ ZDROWIA

Jednostki chorobowe wg klasyfikacji icd10	Rok 2002							
	Przedziały wiekowe							Razem
	-15	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-	
A*	88.00	5.00	1.00	1.00	0.00	3.00	3.00	101.00
B*	8.00	3.00	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	13.00
C*	0.00	18.00	1.00	60.00	176.00	279.00	527.00	1 061.00
D*	12.00	19.00	35.00	64.00	106.00	62.00	70.00	363.00
E*	1.00	2.00	5.00	5.00	19.00	23.00	45.00	100.00
F*	24.00	72.00	107.00	138.00	229.00	109.00	84.00	763.00
G*	14.00	28.00	32.00	17.00	73.00	60.00	142.00	366.00
H*	23.00	31.00	25.00	37.00	114.00	146.00	576.00	952.00
I*	7.00	25.00	32.00	32.00	136.00	202.00	672.00	1 106.00
J*	469.00	119.00	47.00	34.00	61.00	48.00	121.00	899.00
K*	260.00	189.00	125.00	156.00	240.00	200.00	427.00	1 597.00
L*	16.00	15.00	10.00	6.00	13.00	8.00	16.00	84.00
M*	6.00	6.00	15.00	25.00	47.00	14.00	30.00	143.00
N*	73.00	36.00	101.00	108.00	216.00	119.00	80.00	733.00
O*	0.00	176.00	846.00	184.00	9.00	0.00	0.00	1 215.00
P*	26.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	22.00
Q*	42.00	3.00	2.00	2.00	0.00	0.00	0.00	49.00
R*	91.00	79.00	29.00	24.00	46.00	36.00	82.00	387.00
S*	5.00	41.00	27.00	19.00	19.00	16.00	21.00	148.00
T*	49.00	48.00	17.00	16.00	26.00	19.00	22.00	197.00
Z*	867.00	48.00	18.00	33.00	51.00	52.00	95.00	1 164.00
Razem	2 081.00	963.00	1 475.00	961.00	1 581.00	1 397.00	3 014.00	11 472.00
A - NIEKTÓRE CHOROBY ZAKAZNE I PASOZYTNICZE B - NIEKTÓRE CHOROBY WIRUSOWE, ZAKAZNE I ICH NASTĘPSTWA C - NOWOTWORY ZŁOŚLIWE D - NOWOTWORY E - ZABURZENIA WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO STANU ODŻYWIANIA I PRZEMIANY MATERII F - ZABURZENIA PSYCHICZNE I ZABURZENIA ZACHOWANIA G - CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO H - CHOROBU OKA I PRZYDATKÓW OKA ORAZ UCHA I WYROSTKA SUTKOWEGO I - CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA J - CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO K - CHOROBY UKŁADU TRAWIENNEGO L - CHOROBY SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ M - CHOROBY UKŁADU KOSTNO - STAWOWEGO, MIĘŚNIOWEGO I TKANKI ŁĄCZNEJ N - CHOROBY UKŁADU MOCZOWO-PLCIOWEGO O - CIAŻA PORÓD POŁÓG P - NIEKTÓRE STANY ROZPOCZYNAJĄCE SIĘ W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM Q - WADY ROZWOJOWE WRODZONE ZNIEKSZTAŁCENIA I ABERRACJE CHROMOSOMOWE R - OBJAWY CECHY CHOROBY ORAZ NIEPRAWIDŁOWE WYNIKI BADAŃ KLINICZNYCH I LABORATORYJNYCH JEDNOSTEK CHOROBY GDZIE INDEKSZ NIEJ NIESKLASYFIKOWANYCH S - URAZY CIAŁA T - SKUTKI DZIAŁANIA CIAŁ OBCYCH I INNYCH CZYNNIKÓW ZEWNĘTRZNYCH Z - CZYNNIKI WPLYWAJĄCE NA STAN ZDROWIA I KONTAKT ZE SŁUŻBĄ ZDROWIA								

Jednostki chorobowe wg klasyfikacji icd10	Rok 2003							
	Przedziały wiekowe							Razem
	-15	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-	
A*	114.00	9.00	9.00	4.00	2.00	2.00	1.00	132.00
B*	9.00	1.00	0.00	1.00	4.00	0.00	3.00	18.00
C*	0.00	6.00	11.00	19.00	172.00	251.00	437.00	896.00
D*	9.00	26.00	40.00	79.00	131.00	68.00	83.00	436.00
E*	8.00	2.00	2.00	5.00	14.00	24.00	49.00	104.00
F*	25.00	81.00	121.00	163.00	240.00	98.00	79.00	807.00
G*	14.00	23.00	19.00	18.00	46.00	49.00	149.00	318.00
H*	21.00	34.00	28.00	54.00	130.00	149.00	555.00	971.00
I*	0.00	13.00	33.00	43.00	119.00	227.00	714.00	1 149.00
J*	511.00	98.00	47.00	37.00	66.00	66.00	171.00	996.00
K*	233.00	211.00	126.00	148.00	238.00	211.00	418.00	1 585.00
L*	19.00	13.00	14.00	12.00	19.00	10.00	24.00	111.00
M*	3.00	6.00	25.00	39.00	37.00	15.00	32.00	157.00
N*	46.00	54.00	109.00	146.00	245.00	103.00	88.00	791.00
O*	0.00	234.00	807.00	146.00	8.00	0.00	0.00	1 195.00
P*	21.00	0.00	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00	23.00
Q*	44.00	5.00	4.00	4.00	4.00	0.00	3.00	64.00
R*	106.00	90.00	25.00	36.00	52.00	39.00	103.00	451.00
S*	5.00	33.00	25.00	20.00	18.00	19.00	18.00	138.00
T*	42.00	32.00	21.00	20.00	18.00	8.00	21.00	162.00
Z*	811.00	19.00	9.00	13.00	25.00	26.00	33.00	936.00
Razem	2 041.00	990.00	1 467.00	1 008.00	1 588.00	1 365.00	2 981.00	11 440.00

A - NIEKTÓRE CHOROBY ZAKAŻNE I PASOŻYTNICZE

B - NIEKTÓRE CHOROBY WIRUSOWE, ZAKAŻNE I ICH NASTĘPSTWA

C - NOWOTWORY ZŁOŚLIWE

D - NOWOTWORY

E - ZABURZENIA WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO STANU ODŻYWIANIA I PRZEMIANY MATERII

F - ZABURZENIA PSYCHICZNE I ZABURZENIA ZACHOWANIA

G - CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO

H - CHOROBY OKA I PRZYDATKÓW OKA ORAZ UCHA I WYROSTKA SUTKOWEGO

I - CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA

J - CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO

K - CHOROBY UKŁADU TRAWIENNEGO

L - CHOROBY SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ

M - CHOROBY UKŁADU KOSTNO - STAWOWEGO, MIĘŚNIOWEGO I TKANKI ŁĄCZNEJ

N - CHOROBY UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO

O - CIĄŻA PORÓD POŁÓG

P - NIEKTÓRE STANY ROZPOCZYNAJĄCE SIĘ W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM

Q - WADY ROZWOJOWE WRODZONE ZNIEKSZTAŁCENIA I ABERRACJE CHROMOSOMOWE

R - OBJAWY CECHY CHOROBY ORAZ NIEPRAWIDŁOWE WYNIKI BADAŃ KLINICZNYCH I LABORATORYJNYCH JEDNOSTEK CHOROBY GDZIE INDEJ NIESKLASYFIKOWANYCH

S - URAZY CIAŁA

T - SKUTKI DZIAŁANIA CIAŁ OBCYCH I INNYCH CZYNNIKÓW ZEWNĘTRZNYCH

Z - CZYNNIKI WPLYWAJĄCE NA STAN ZDROWIA I KONTAKT ZE SŁUŻBĄ ZDROWIA

Jednostki chorobowe wg klasyfikacji icd10	Rok 2004							Razem
	Przedziały wiekowe							
	-15	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-	
A*	60.00	4.00	1.00	1.00	1.00	7.00	6.00	80.00
B*	8.00	5.00	1.00	1.00	2.00	0.00	0.00	17.00
C*	0.00	1.00	21.00	36.00	143.00	209.00	333.00	743.00
D*	19.00	45.00	69.00	89.00	167.00	63.00	90.00	542.00
E*	9.00	7.00	5.00	6.00	23.00	18.00	59.00	127.00
F*	15.00	85.00	129.00	140.00	231.00	80.00	73.00	753.00
G*	23.00	32.00	19.00	16.00	51.00	57.00	141.00	339.00
H*	38.00	19.00	26.00	25.00	105.00	153.00	551.00	917.00
I*	2.00	17.00	30.00	52.00	172.00	262.00	639.00	1 174.00
J*	562.00	106.00	61.00	63.00	91.00	113.00	281.00	1 277.00
K*	271.00	234.00	135.00	149.00	264.00	241.00	377.00	1 671.00
L*	32.00	24.00	23.00	13.00	10.00	17.00	28.00	147.00
M*	8.00	10.00	19.00	35.00	47.00	21.00	37.00	177.00
N*	67.00	56.00	180.00	195.00	402.00	162.00	138.00	1 200.00
O*	0.00	500.00	1 157.00	193.00	3.00	0.00	0.00	1 853.00
P*	31.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	32.00
Q*	24.00	8.00	6.00	5.00	2.00	4.00	1.00	50.00
R*	135.00	61.00	22.00	27.00	51.00	54.00	87.00	437.00
S*	10.00	40.00	27.00	19.00	17.00	22.00	30.00	165.00
T*	62.00	41.00	17.00	14.00	26.00	16.00	25.00	201.00
Z*	1 383.00	23.00	29.00	16.00	32.00	45.00	61.00	1 589.00
Razem	2 759.00	1 318.00	1 977.00	1 095.00	1 840.00	1 544.00	2 958.00	13 491.00
A - NIEKTÓRE CHOROBY ZAKAZNE I PASOZYTNICZE B - NIEKTÓRE CHOROBY WIRUSOWE, ZAKAZNE I ICH NASTĘPSTWA C - NOWOTWORY ZŁOŚLIWE D - NOWOTWORY E - ZABURZENIA WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO STANU ODŻYWIANIA I PRZEMIANY MATERII F - ZABURZENIA PSYCHICZNE I ZABURZENIA ZACHOWANIA G - CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO H - CHOROBU OKA I PRZYDATKÓW OKA ORAZ UCHA I WYROSTKA SUTKOWEGO I - CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA J - CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO K - CHOROBY UKŁADU TRAWIENNEGO L - CHOROBY SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ M - CHOROBY UKŁADU KOSTNO - STAWOWEGO, MIĘŚNIOWEGO I TKANKI ŁĄCZNEJ N - CHOROBY UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO O - CIAŻA PORÓD POŁÓG P - NIEKTÓRE STANY ROZPOCZYNAJĄCE SIĘ W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM Q - WADY ROZWOJOWE WRODZONE ZNIEKSZTAŁCENIA I ABERRACJE CHROMOSOMOWE R - OBJAWY CECHY CHOROBOWE ORAZ NIEPRAWIDŁOWE WYNIKI BADAŃ KLINICZNYCH I LABORATORYJNYCH JEDNOSTEK CHOROBOWYCH GDZIE INDEJ NIESKLASYFIKOWANYCH S - URAZY CIAŁA T - SKUTKI DZIAŁANIA CIAŁ OBCYCH I INNYCH CZYNNIKÓW ZEWNĘTRZNYCH Z - CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA STAN ZDROWIA I KONTAKT ZE SŁUŻBĄ ZDROWIA								

Jednostki chorobowe wg klasyfikacji icd10	I kwartał 2005							
	Przedziały wiekowe							Razem
	-15	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-	
A*	14.00	2.00	1.00	0.00	1.00	2.00	2.00	22.00
B*	1.00	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.00
C*	0.00	0.00	1.00	11.00	26.00	53.00	59.00	150.00
D*	6.00	15.00	17.00	26.00	35.00	14.00	27.00	141.00
E*	2.00	1.00	1.00	1.00	2.00	9.00	11.00	27.00
F*	3.00	21.00	26.00	33.00	56.00	16.00	25.00	180.00
G*	3.00	5.00	7.00	5.00	9.00	11.00	21.00	61.00
H*	8.00	2.00	2.00	6.00	27.00	47.00	123.00	215.00
I*	0.00	3.00	3.00	15.00	43.00	66.00	166.00	296.00
J*	203.00	31.00	16.00	14.00	27.00	19.00	61.00	371.00
K*	60.00	60.00	40.00	32.00	89.00	69.00	88.00	458.00
L*	4.00	6.00	3.00	6.00	4.00	5.00	4.00	32.00
M*	1.00	4.00	0.00	5.00	9.00	3.00	7.00	29.00
N*	10.00	14.00	39.00	53.00	111.00	36.00	46.00	309.00
O*	0.00	138.00	308.00	38.00	0.00	0.00	0.00	484.00
P*	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Q*	1.00	0.00	2.00	0.00	2.00	1.00	1.00	7.00
R*	29.00	15.00	3.00	8.00	11.00	11.00	20.00	97.00
S*	4.00	7.00	5.00	3.00	4.00	5.00	3.00	31.00
T*	0.00	9.00	6.00	5.00	0.00	3.00	3.00	26.00
Z*	379.00	5.00	7.00	4.00	11.00	11.00	14.00	431.00
Razem	728.00	338.00	488.00	265.00	468.00	381.00	681.00	3 349.00
A - NIEKTÓRE CHOROBY ZAKAZNE I PASOZYTNICZE B - NIEKTÓRE CHOROBY WIRUSOWE, ZAKAZNE I ICH NASTĘPSTWA C - NOWOTWORY ZŁOŚLIWE D - NOWOTWORY E - ZABURZENIA WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO STANU ODŻYWIANIA I PRZEMIANY MATERII F - ZABURZENIA PSYCHICZNE I ZABURZENIA ZACHOWANIA G - CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO H - CHOROBY OKA I PRZYDATKÓW OKA ORAZ UCHA I WYROSTKA SUTKOWEGO I - CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA J - CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO K - CHOROBY UKŁADU TRAWIENNEGO L - CHOROBY SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ M - CHOROBY UKŁADU KOSTNO - STAWOWEGO, MIĘŚNIOWEGO I TKANKI ŁĄCZNEJ N - CHOROBY UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO O - CIAŻA PORÓD POŁÓG P - NIEKTÓRE STANY ROZPOCZYNAJĄCE SIĘ W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM Q - WADY ROZWOJOWE WRODZONE ZNIEKSZTAŁCENIA I ABERRACJE CHROMOSOMOWE R - OBJAWY CECHY CHOROBY ORAZ NIEPRAWIDŁOWE WYNIKI BADAŃ KLINICZNYCH I LABORATORYJNYCH JEDNOSTEK CHOROBY GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANYCH S - URAZY CIAŁA T - SKUTKI DZIAŁANIA CIAŁ OBCYCH I INNYCH CZYNNIKÓW ZEWNĘTRZNYCH Z - CZYNNIKI WPLYWAJĄCE NA STAN ZDROWIA I KONTAKT ZE SŁUŻBĄ ZDROWIA								

Lp.	Jednostki chorobowe wg klasyfikacji icd10	Udział % osób w ogólnej strukturze chorobowej w poszczególnych latach							
		Rok 2002	Udział %	Rok 2003	Udział %	Rok 2004	Udział %	I kwartał 2005	Udział %
1	A*	101,00	0,88%	132,00	1,15%	80,00	0,70%	22,00	0,19%
2	B*	13,00	0,11%	18,00	0,16%	17,00	0,15%	2,00	0,02%
3	C*	1 061,00	9,25%	896,00	7,84%	743,00	6,48%	150,00	1,31%
4	D*	368,00	3,21%	436,00	3,81%	542,00	4,73%	141,00	1,23%
5	E*	100,00	0,87%	104,00	0,91%	127,00	1,11%	27,00	0,24%
6	F*	763,00	6,65%	807,00	7,06%	753,00	6,56%	180,00	1,57%
7	G*	366,00	3,19%	318,00	2,78%	339,00	2,96%	61,00	0,53%
8	H*	952,00	8,30%	971,00	8,49%	917,00	7,99%	215,00	1,87%
9	I*	1 106,00	9,64%	1 149,00	10,05%	1 174,00	10,24%	296,00	2,58%
10	J*	899,00	7,84%	996,00	8,71%	1 277,00	11,13%	371,00	3,23%
11	K*	1 597,00	13,92%	1 585,00	13,82%	1 671,00	14,57%	438,00	3,82%
12	L*	84,00	0,73%	111,00	0,97%	147,00	1,28%	32,00	0,28%
13	M*	143,00	1,25%	157,00	1,37%	177,00	1,54%	29,00	0,25%
14	N*	733,00	6,39%	791,00	6,92%	1 200,00	10,46%	309,00	2,69%
15	O*	1 215,00	10,59%	1 195,00	10,45%	1 853,00	16,16%	484,00	4,22%
16	P*	22,00	0,21%	23,00	0,20%	32,00	0,28%	0,00	0,00%
17	Q*	49,00	0,43%	64,00	0,56%	50,00	0,44%	7,00	0,06%
18	R*	387,00	3,37%	451,00	3,94%	437,00	3,81%	97,00	0,85%
19	S*	148,00	1,29%	138,00	1,21%	165,00	1,45%	31,00	0,27%
20	T*	197,00	1,72%	162,00	1,42%	201,00	1,75%	26,00	0,23%
21	Z*	1 164,00	10,15%	936,00	8,19%	1 589,00	13,85%	431,00	3,76%
Razem		11 472,00	100,00%	11 440,00	100,00%	13 491,00	100,00%	3 349,00	100,00%

Lp.	Jednostki chorobowe wg klasyfikacji icd10	Dynamika zmian osób w ogólnej strukturze chorobowej w poszczególnych latach					
		Rok 2002	zwiększ+ zmniejsz - 2003 w stos do 2002	Rok 2003	zwiększ+ zmniejsz - 2004 w stos do 2003	Rok 2004	zwiększ+ zmniejsz - 2004 w stos do 2002
1	A*	101,00	30,69%	132,00	-39,39%	80,00	-20,79%
2	B*	13,00	38,46%	18,00	-5,56%	17,00	30,77%
3	C*	1 061,00	-15,55%	896,00	-17,08%	743,00	-29,97%
4	D*	368,00	18,48%	436,00	24,31%	542,00	47,28%
5	E*	100,00	4,00%	104,00	22,12%	127,00	27,00%
6	F*	763,00	5,77%	807,00	-6,69%	753,00	-1,31%
7	G*	366,00	-13,11%	318,00	6,60%	339,00	-7,38%
8	H*	952,00	2,00%	971,00	-5,56%	917,00	-3,68%
9	I*	1 106,00	3,89%	1 149,00	2,18%	1 174,00	6,15%
10	J*	899,00	10,79%	996,00	28,21%	1 277,00	42,05%
11	K*	1 597,00	-1,06%	1 585,00	5,76%	1 671,00	4,63%
12	L*	84,00	32,14%	111,00	32,43%	147,00	75,00%
13	M*	143,00	9,79%	157,00	12,74%	177,00	23,78%
14	N*	733,00	7,91%	791,00	51,71%	1 200,00	63,71%
15	O*	1 215,00	-1,65%	1 195,00	55,06%	1 853,00	52,51%
16	P*	22,00	-4,17%	23,00	39,13%	32,00	33,33%
17	Q*	49,00	30,61%	64,00	-21,88%	50,00	2,04%
18	R*	387,00	16,54%	451,00	-3,10%	437,00	12,92%
19	S*	148,00	-6,76%	138,00	20,29%	165,00	12,16%
20	T*	197,00	-17,77%	162,00	24,07%	201,00	2,03%
21	Z*	1 164,00	-19,59%	936,00	69,76%	1 589,00	36,51%
Razem		11 472,00	-0,31%	11 440,00	17,99%	13 491,00	17,63%

Analiza struktury chorobowej

Analizując strukturę chorobową w latach 2002 - 2004 można mówić o dziewięciu grupach chorób, z którymi najczęściej pacjenci zgłaszają się do szpitala. Do tych grup należą:

1. Pobyt w szpitalu związany z ciążą, porodem i pologiem
2. Choroby układu trawiennego
3. Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia
4. Choroby układu oddechowego
5. Choroby układu krążenia
6. Choroby układu moczowo-płciowego
7. Nowotwory
8. Choroby oka i przydatków oka oraz ucha i wyrostka sutkowego
9. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.

W roku 2002 choroby układu trawiennego stanowiły 13,92% w ogólnej strukturze chorobowej, stany związane z ciążą, porodem i pologiem 10,59 % , choroby związane z czynnikami wpływającymi na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia 10,15%, choroby układu krążenia 9,64%, nowotwory 9,25%, choroby oka i przydatków oka oraz ucha i wyrostka sutkowego 8,30%, natomiast pozostałe trzy grupy chorób wykazywały mniej niż 8 % udziału w ogólnej strukturze.

W roku 2003 choroby układu trawiennego stanowiły 13,82% w ogólnej strukturze chorobowej, choroby związane z ciążą, porodem i pologiem 10,45 % , choroby układu krążenia 10,05%, choroby układu oddechowego 8,71%, choroby oka i przydatków oka oraz ucha i wyrostka sutkowego stanowiły 8,49%, choroby związane z czynnikami wpływającymi na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia 8,19%, natomiast pozostałe grupy chorób mieściły się w granicach poniżej 8 %.

W roku 2004 choroby związane z ciążą, porodem i pologiem stanowiły 16,16% w ogólnej strukturze chorobowej, choroby układu trawiennego 14,57%, choroby związane z czynnikami wpływającymi na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia 13,85%, choroby układu oddechowego 11,13%, choroby układu moczowo – płciowego 10,46%, choroby układu krążenia 10,24%, natomiast pozostałe grupy chorób mieściły się w granicach poniżej 8 %.

Wymienione powyżej najczęściej spotykane choroby stanowiły ponad 90 % wszystkich przypadków chorobowych wg klasyfikacji ICD10.

Największą liczbę pacjentek Oddziału Ginekologiczno-Położniczego stanowią kobiety w wieku 26-35 lat, zarówno w 2002, 2003 i 2004 roku., co związane jest z ciążą, porodem i pologiem.

W przypadku chorób układu trawiennego, jak i chorób układu oddechowego zauważamy duży udział tych chorób w wieku do 15 lat oraz po 45 roku życia. Natomiast po 66 roku życia następuje gwałtowny wzrost zachorowań na te choroby.

Choroby związane z czynnikami wpływającymi na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia to choroby najczęściej spotykane w przedziale wiekowym do 15 lat. W kolejnych przedziałach choroby te kształtują się mniej więcej na tym samym poziomie.

Odsetek cierpiących na choroby układu krążenia zdecydowanie rośnie wraz z wiekiem pacjentów. Znaczny wzrost tej choroby następuje po 66 roku życia w latach 2002 - 2004, utrzymuje się również stały znaczący udział ilości osób leczonych.

Największa zachorowalność na choroby układu moczowo-płciowego obserwuje się wśród grup wiekowych od 46 do 55 lat , choć spotyka się je również często w przedziale wiekowym 36-45 lat.

Największa zachorowalność na choroby oka i przydatków oka oraz ucha i wyrostka sutkowego, a także na nowotwory w największej liczbie przypadków są przypadłością zazwyczaj osób starszych, tzn. powyżej 66 roku życia.

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania to choroby osób w wieku 46 lat do 55 roku życia.

W porównaniu do roku 2002 liczba pacjentów w 2004 roku wzrosła w następujących grupach chorobowych:

1. Choroby skóry i tkanki podskórnej – wzrost o 75%
2. Choroby układu moczowo-płciowego – wzrost o 63,71%
3. Stany związane z ciążą, porodem i pologiem – wzrost o 52,51%
4. Choroby nowotworowe (D*) – wzrost o 47,28%
5. Choroby układu oddechowego - wzrost o 42,05%
6. Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia - wzrost o 36,51%
7. Niektóre stany zaczynające się w okresie okołoporodowym – wzrost o 33,33%
8. Niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze (B*) – wzrost o 30,77%
9. Zaburzenia wydzielania wewnętrznego stanu odżywiania i przemiany materii – wzrost o 27%.

Zdecydowanie zmniejszyła się liczba zachorowań związanych z nowotworami (C* - spadek o 29,97%), niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze (A* - spadek o 28 %), choroby układu nerwowego (spadek o 7,38%), choroby oka i przydatków oka oraz ucha i wyrostka sutkowego (spadek o 3,68%).

Przyczyną zmian liczby osób korzystających z usług może być tworząca się konkurencja publicznej i niepublicznej służby zdrowia, kwalifikacje personelu medycznego oraz ograniczenia w kontraktowaniu świadczeń z NFZ.

Zauważyć należy, iż w perspektywie najbliższych lat nastąpi zmiana wielkości popytu na usługi zdrowotne. **W skali kraju rośnie liczba ludzi starszych, społeczeństwo starzeje się co wymusza zapotrzebowanie na usługi zdrowotne dla grupy ludzi powyżej 60 roku życia.**

IV. SZCZEGÓŁOWY OPIS SYTUACJI EKONOMICZNO – FINANSOWEJ ZAKŁADU

4.1. Analiza Bilansu i Rachunku Zysków i Strat

Poniżej przedstawiono analizę struktury i dynamiki Bilansu i Rachunku Zysków i Strat w latach 1999 – 2004 . Rok 2004 odzwierciedla wyniki finansowe Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego jako następcy prawnego podmiotu utworzonego w wyniku połączenia Szpitala Powiatowego nr 1 z Wielospecjalistycznym Szpitalem Rejonowym.

STRUKTURA PROCENTOWA BILANSU		wykonanie za okres					2004	
AKTYWA		1999	2000		2001	2002	2003	2004
ilość dni w okresie		360	360		360	360	360	360
Suma bilansowa		7486671,28	6294678,00		7510541,85	8177440,23	9542141,81	15951898,34
A. AKTYWA TRWAŁE (I+II+III+IV)		63,1%	70,3%		66,8%	73,4%	68,2%	70,0%
I. Wartości niematerialne i Prawne (1+2+3+4)		0,0%	0,0%		0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
II. Rzeczowe aktywa trwałe (1+2+3)		63,1%	70,3%		66,8%	73,3%	68,2%	69,4%
1. Środki trwałe		63,0%	70,0%		63,4%	58,2%	61,1%	68,5%
a) grunty (w tym prawo użytkowania wieczystego gruntu)		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
b) budynki, lokale i obiekty inżynierii lądowej i wodnej		51,0%	57,3%		45,0%	39,2%	46,7%	53,9%
c) urządzenia techniczne i maszyny		1,1%	1,1%		4,6%	4,0%	3,4%	6,4%
d) środki transportu		1,1%	1,0%		0,6%	0,3%	0,1%	0,1%
e) inne środki trwałe		9,7%	10,6%		13,2%	14,7%	10,9%	8,1%
2. Środki trwałe w budowie		0,1%	0,3%		3,4%	15,1%	7,1%	1,0%
III. Należności długoterminowe (1+2)		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
1. Od jednostek powiązanych		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2. Od pozostałych jednostek		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
IV. Inwestycje długoterminowe (1+2+3+4)		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
1. Nieruchomości		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2. Wartości niematerialne i Prawne		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
3. Długoterminowe aktywa finansowe		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
a) w jednostkach powiązanych		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
- udziały lub akcje		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
- inne papiery wartościowe		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
- udzielenie pożyczki		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
b) w pozostałych jednostkach		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
- udziały lub akcje		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
- inne papiery wartościowe		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
- udzielenie pożyczki		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
c) inne inwestycje długoterminowe		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
V. Długoterminowe rozliczenia międzyokresowe		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
1. Aktywa z tytułu odroczonego podatku dochodowego		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,5%
2. Inne rozliczenia międzyokresowe		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

STRUKTURA PROCENTOWA BILANSU

STRUKTURA PROCENTOWA BILANSU															
A K T Y W A															
ilość dni w okresie		wykonanie za okres				2000		2001		2002		2003		2004	
		1999		360		360		360		360		360		360	
B. AKTYWA OBROTOWE (I+II+III+IV)		0,0%		29,7%		33,2%		26,6%		31,8%		30,0%			
I. Zapasy (1+2+3+4+5)		4,4%		4,7%		7,5%		3,3%		3,6%		2,2%			
1. Małenawy		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		1,7%		2,7%		1,7%	
2. Półprodukty i produkty w toku		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	
3. Produkty gotowe		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	
4. Towary		4,4%		4,7%		7,5%		1,6%		0,8%		0,5%			
5. Zaliczki na poczet dostaw		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%			
II. Należności krótkoterminowe (1+2)		11,5%		8,7%		14,8%		18,5%		17,7%		23,1%			
1. Należności od jednostek powiązanych		0,0%		0,0%		0,5%		0,0%		0,0%		0,0%			
a) z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty:		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%			
- do 12 miesięcy		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%			
- powyżej 12 miesięcy		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%			
b) inne		0,0%		0,0%		0,5%		0,0%		0,0%		0,0%			
2. Należności od pozostałych jednostek		11,5%		8,7%		14,3%		18,5%		17,7%		23,1%			
a) z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty:		8,1%		5,7%		11,1%		15,7%		15,6%		21,7%			
- do 12 miesięcy		8,1%		5,7%		11,1%		15,7%		15,6%		21,7%			
- powyżej 12 miesięcy		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%			
b) z tytułu podatków, dotacji, cel, ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz innych świadczeń		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%			
c) inne		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%			
d) dochodzone na drodze sądowej		3,4%		3,0%		3,2%		2,8%		2,1%		1,4%			
		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%			
III. Inwestycje krótkoterminowe (1+2)		20,9%		16,1%		10,3%		0,6%		0,6%		0,2%			
1. Krótkoterminowe aktywa finansowe		20,9%		16,1%		10,3%		0,6%		0,6%		0,2%			
a) w jednostkach powiązanych		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,2%			
b) w pozostałych jednostkach		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%			
c) środki pieniężne i inne aktywa pieniężne		20,9%		16,1%		10,3%		0,6%		0,6%		0,2%			
2. Inne inwestycje krótkoterminowe		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%			
IV. Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe		0,2%		0,2%		0,6%		4,2%		10,0%		4,5%			

STRUKTURA PROCENTOWA BILANSU
P A S Y W A

Ilość dni w okresie		1999		2000		2001		2002		2003		2004	
suma bilansowa		360	7 486 671,28	360	6 294 578,00	360	7 510 541,85	360	8 177 440,23	360	9 542 141,81	360	15 951 898,34
A. KAPITAŁ FUNDUSZ WŁASNY (I-VII)													
I. Kapitał (fundusz) podstawowy		69,0%		60,1%		43,6%		23,4%		30,2%		33,9%	
II. Należne wpłaty na kapitał podstawowy (-)		71,3%		83,3%		76,6%		73,6%		68,5%		53,3%	
III. Udziały (akcje) własne (-)		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	
IV. Kapitał (fundusz) zapasowy		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	
V. Kapitał (fundusz) z aktualizacji wyceny		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		14,2%	
VI. Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	
VII. Zysk (strata) z lat ubiegłych		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	
VIII. Zysk (strata) netto		-2,3%		-23,2%		-19,4%		-39,9%		-33,2%		-31,0%	
IX. Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego (-)		0,0%		0,0%		-13,6%		-10,3%		-5,1%		-2,6%	
B. ZOBOWIĄZANIA I REZERWY NA ZOBOWIĄZANIA (I+II+III+IV)													
I. Rezerwy na zobowiązania (1+2+3)		31,0%		39,9%		56,4%		76,6%		69,8%		66,1%	
1. Rezerwa z tytułu odroczonego podatku dochodowego		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		14,2%	
2. Rezerwa na świadczenie emerytalne i podobne		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	
- długoterminowa		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		14,2%	
- krótkoterminowa		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		2,2%	
3. Pozostałe rezerwy		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		12,0%	
- długoterminowe		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	
- krótkoterminowe		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	
II. Zobowiązania długoterminowe (1+2)													
1. Wobec jednostek powiązanych		0,0%		0,0%		0,0%		2,5%		0,6%		4,8%	
2. Wobec pozostałych jednostek		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	
a) kredyty i pożyczki		0,0%		0,0%		0,0%		2,5%		0,6%		4,8%	
b) z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych		0,0%		0,0%		0,0%		2,5%		0,6%		4,8%	
c) inne zobowiązania finansowe		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	
d) inne		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	
III. Zobowiązania krótkoterminowe (1+2+3)													
1. Wobec jednostek powiązanych		31,0%		39,8%		56,3%		74,1%		69,2%		47,1%	
a) z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności:		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	
- do 12 miesięcy		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	
- powyżej 12 miesięcy		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	
b) inne		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	
2. Wobec pozostałych jednostek		27,5%		36,5%		53,2%		71,1%		66,7%		43,6%	
a) kredyty i pożyczki		0,8%		5,5%		0,0%		6,4%		4,0%		0,6%	
b) z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	
c) inne zobowiązania finansowe		10,2%		12,2%		30,4%		28,9%		46,7%		28,0%	
d) z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności:		10,2%		12,2%		30,4%		28,9%		46,7%		25,8%	
- do 12 miesięcy		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		2,1%	
- powyżej 12 miesięcy		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	
e) zaliczki otrzymane na dostawy		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	
f) zobowiązania wekslowe		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	
g) z tytułu podatków, cel, ubezpieczeń i innych świadczeń		8,7%		11,0%		14,1%		26,5%		8,6%		9,2%	

Dynamika podstawowych danych bilansowych

	AKTYWA	ilość dni w okresie	wykonanie za okres											
			1999	2000		2001		2002		2003		2004		
			360		360		360	360		360		360		360
A. AKTYWA TRWAŁE (I+II+III+IV+V)														
I.	Wartości Niematerialne i Prawne		100,0%		93,7%		113,4%		119,5%		108,5%		171,6%	
II.	Rzeczowe aktywa trwałe		100,0%		130,2%		52,1%		527,5%		96,1%		177,3%	
III.	Należności długoterminowe		100,0%		93,7%		113,4%		119,5%		108,5%		170,3%	
IV.	Inwestycje długoterminowe		100,0%											
V.	Długoterminowe rozliczenia międzyokresowe		100,0%											
B. AKTYWA OBROTOWE (I+II+III+IV)														
I.	Zapasy		100,0%		67,6%		133,4%		87,5%		139,2%		157,7%	
II.	Należności krótkoterminowe		100,0%		89,7%		192,5%		48,1%		124,4%		103,1%	
III.	Inwestycje krótkoterminowe		100,0%		64,0%		202,0%		136,4%		111,7%		217,8%	
IV.	Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe		100,0%		64,8%		76,1%		6,2%		111,5%		72,6%	
			100,0%		70,0%		440,9%		813,8%		275,0%		75,0%	
	Suma aktywów (A+B)		100,0%		84,1%		119,3%		108,9%		116,7%		167,1%	

P A S Y W A													
ilość dni w okresie		1999		2000		2001		2002		2003		2004	
		360		360		360		360		360		360	
A. KAPITAŁ (FUNDUSZ) WŁASNY (I-IX)													
I. Kapitał (fundusz) podstawowy		100,0%		73,2%		86,5%		58,5%		150,6%		187,8%	
II. Należne wpłaty na kapitał podstawowy (-)		100,0%		98,1%		109,7%		104,6%		108,7%		130,0%	
III. Udziały (akcje) własne (-)		100,0%											
IV. Kapitał (fundusz) zapasowy		100,0%											
V. Kapitał (fundusz) z aktualizacji wyceny		100,0%											
VI. Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe		100,0%											
VII. Zysk (strata) z lat ubiegłych		100,0%											
VIII. Zysk (strata) netto		100,0%		833,6%		70,0%		223,4%		97,1%		155,9%	
IX. Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego (-)		100,0%						82,4%		58,3%		85,9%	
B. ZOBOWIĄZANIA I REZERWY NA ZOBOWIĄZANIA (I+II+III+IV)													
I. Rezerwy na zobowiązania		100,0%		108,3%		168,7%		147,8%		106,3%		158,2%	
II. Zobowiązania długoterminowe		100,0%											
III. Zobowiązania krótkoterminowe		100,0%		108,0%		168,9%		143,2%		26,9%		1410,1%	
IV. Rozliczenia międzyokresowe		100,0%		410,4%		108,1%		54,5%		109,0%		113,7%	
Suma pasywów (A+B+C+D+E)		100,0%		84,1%		119,3%		108,9%		116,7%		167,1%	

ANALIZA RACHUNKU ZYSKÓW I STRAT

Struktura procentowa		wykonanie za okres					
		1999	2000	2001	2002	2003	2004
PRZYCHODY OGÓŁEM (A+B+C)							
PRZYCHODY OGÓŁEM w %		15 509 926,42 100,0%	16 791 748,33 100,0%	19 555 639,40 100,0%	22 584 913,16 100,0%	21 502 161,25 100,0%	29 595 465,69 100,0%
A. Przychody ze sprzedaży i zrównane z nimi							
- od jednostek powiązanych		99,3%	99,5%	97,3%	95,8%	94,6%	95,8%
I. Przychody netto ze sprzedaży produktów		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
II. Zmiana stanu produktów (zwiększenie +, zmniejszenie -)		92,6%	87,1%	83,9%	82,4%	80,2%	90,3%
III. Koszt wytworzenia produktów na własne potrzeby jednostki		-0,5%	-0,4%	-0,3%	1,5%	2,8%	-1,0%
IV. Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
		7,2%	12,8%	13,7%	12,0%	11,6%	6,5%
B. Pozostałe przychody operacyjne		0,2%	0,1%	2,4%	4,0%	5,4%	4,0%
C. Przychody finansowe		0,5%	0,4%	0,4%	0,1%	0,0%	0,1%
KOSZTY OGÓŁEM (D+E+F)		15 682 018,81 100,0%	18 243 359,60 100,0%	20 576 127,49 100,0%	23 426 510,03 100,0%	21 992 681,55 100,0%	30 026 867,50 100,0%
KOSZTY OGÓŁEM w %							
D. Koszty działalności operacyjnej							
I. Amortyzacja		99,8%	99,9%	99,7%	97,8%	98,3%	95,4%
II. Zużycie materiałów i energii		3,0%	2,8%	2,6%	2,8%	3,1%	3,1%
III. Usługi obce		18,0%	18,1%	19,5%	19,2%	20,3%	18,8%
IV. Podatki i opłaty		6,6%	5,8%	5,1%	4,8%	5,3%	6,8%
V. Wynagrodzenia		0,3%	0,3%	0,4%	1,8%	1,5%	1,7%
VI. Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia		53,8%	51,4%	49,6%	48,2%	48,3%	48,3%
VII. Pozostałe koszty rodzajowe		12,6%	12,1%	11,7%	11,3%	10,4%	10,9%
VIII. Wartość sprzedanych towarów i materiałów		0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,5%
		5,4%	9,3%	10,5%	9,4%	9,2%	5,3%
E. Pozostałe koszty operacyjne		0,1%	0,0%	0,1%	1,3%	0,6%	3,9%
F. Koszty finansowe		0,0%	0,1%	0,2%	0,9%	1,1%	0,7%

Dynamika zmian		wykonanie za okres					
		1999	2000	2001	2002	2003	2004
A. Przychody ze sprzedaży i zrównane z nimi							
- od jednostek powiązanych		100,0%	108,4%	113,9%	113,8%	94,0%	139,4%
I. Przychody netto ze sprzedaży produktów		100,0%					
II. Zmiana stanu produktów (zwiększenie +; zmniejszenie -)		100,0%	101,8%	112,3%	113,4%	92,7%	155,0%
III. Koszt wytworzenia produktów na własne potrzeby jednostki		100,0%	75,7%	106,7%	-491,0%	182,4%	-47,5%
IV. Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów		100,0%	191,7%	124,6%	101,2%	92,2%	76,7%
B. Pozostałe przychody operacyjne		100,0%	75,5%	1979,6%	195,7%	126,6%	103,5%
C. Przychody finansowe		100,0%	87,0%	109,7%	36,6%	7,2%	2226,6%
D. Koszty działalności operacyjnej							
I. Amortyzacja		100,0%	116,4%	112,6%	111,6%	94,4%	132,5%
II. Zużycie materiałów i energii		100,0%	106,4%	106,0%	124,2%	101,6%	139,8%
III. Usługi obce		100,0%	116,7%	121,8%	111,9%	99,2%	126,6%
IV. Podatki i opłaty		100,0%	102,2%	99,9%	107,8%	102,5%	174,7%
V. Wynagrodzenia		100,0%	110,2%	155,0%	578,6%	77,2%	155,8%
VI. Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia		100,0%	111,3%	108,9%	110,5%	94,2%	136,4%
VII. Pozostałe koszty rodzajowe		100,0%	111,4%	109,2%	110,0%	85,9%	144,0%
VIII. Wartość sprzedanych towarów i materiałów		100,0%	130,9%	180,7%	107,7%	124,5%	233,5%
		100,0%	200,1%	127,4%	101,3%	92,3%	78,1%
E. Pozostałe koszty operacyjne		100,0%	28,6%	252,5%	1919,0%	40,4%	922,7%
F. Koszty finansowe		100,0%	394,3%	260,4%	532,4%	118,1%	84,3%

4.2. Analiza wskaźnikowa

Wskaźniki rentowności:

$\text{zyskowność sprzedaży} = \text{wynik ze sprzedaży} / \text{przychody ze sprzedaży}$

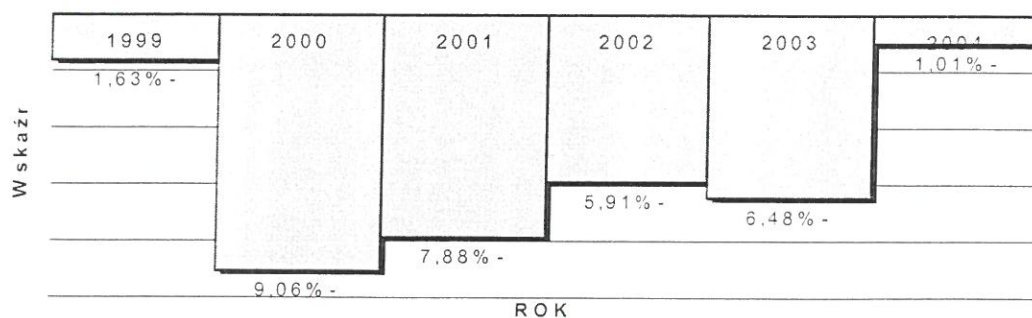
Wskaźnik	1999 r.	2000 r.	2001 r.	2002 r.	2003 r.	2004 r.
zyskowność sprzedaży = wynik ze sprzedaży / przychody ze sprzedaży	-0.02	-0.09	-0.08	-0.06	-0.06	-0.01

Rentowność sprzedaży netto liczona jest jako procent wyniku ze sprzedaży do wartości przychodów ze sprzedaży usług. Wskaźnik informuje o tym, ile % zysku netto jest w stanie wygenerować jedna złotówka zainwestowana w obrót. Optymalna wartość wskaźnika powinna wynikać z maksymalizacji zysku netto przy określonych obrotach.

Wskaźniki rentowności sprzedaży są ujemne w całym okresie poddanym analizie z uwagi na ciągłą stratę finansową. Najgorsza wartość tego wskaźnika została uzyskana w 2000 roku – liczona procentowo-9.06%.

Tendencja ta została zahamowana w roku 2004, wskaźnik uległ znacznej poprawie w wyniku lepszego wyniku osiągniętego na sprzedaży usług. W pierwszych dwóch latach strata na sprzedaży kształtowała się na poziomie 1500 tys. złotych, spadek straty nastąpił w roku 2002, w kolejnym roku nieznacznie wzrosła do poziomu -1279 tys. złotych. Natomiast w roku 2004 zahamowanie straty było znaczne. Wynik na sprzedaży podstawowych usług wyniósł -289 tys. złotych. Jest to korzystna tendencja spowodowana wzrostem przychodów ze sprzedaży w roku 2004. Na wykresie przedstawiono zyskowność sprzedaży w %.

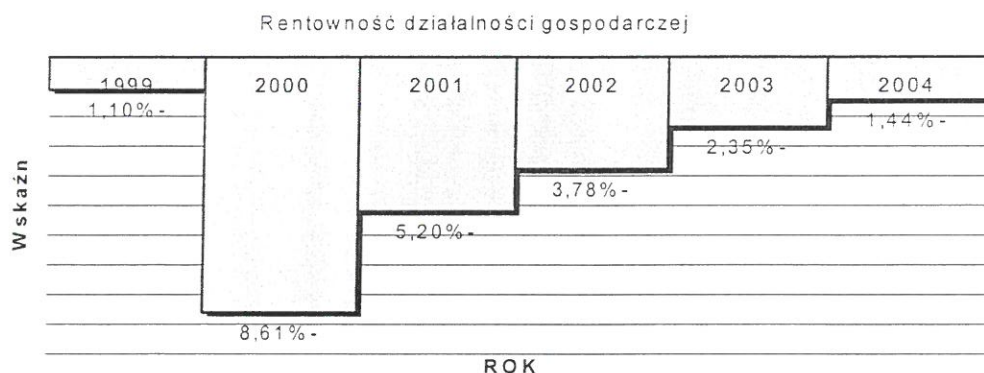
ZYSKOWNOŚĆ SPRZEDAŻY



zyskowność działalności gospodarczej = wynik na działalności gospodarczej/przychody ogółem

Wskaźnik	1999 r.	2000 r.	2001 r.	2002 r.	2003 r.	2004 r.
zyskowność działalności gospodarczej = wynik na działalności gospodarczej / przychody ogółem	-0,01	-0,09	-0,05	-0,04	-0,02	-0,01

Rentowność działalności gospodarczej liczona jest jako procentowa relacja wyniku na działalności gospodarczej do przychodów ogółem. Wskaźnik informuje o tym, ile % wyniku na działalności gospodarczej jest w stanie wygenerować jedna złotówka zainwestowana w obrót. Miara ta odpowiada na pytanie, jaki wynik generował zakład na najważniejszej działalności z punktu widzenia statutu. Zmiany wskaźnika odzwierciedlają znaczne pogorszenie się sytuacji w zakresie zdolności do osiągnięcia dodatniego wyniku finansowego. Najwyższy i najkorzystniejszy poziom osiągnięto w 2004r. (choć także zanotowano stratę netto). W ciągu roku 2004 każda złotówka zainwestowana w przychody ogółem generowała ponad 0,01 % straty netto. Porównując wskaźnik do poprzedniego nasuwają się wnioski: -pogarsza się sytuacja finansowa z uwagi na gorsze wyniki na pozostałej działalności operacyjnej i finansowej. Wskaźnik ten najgorsze wartości osiągał w latach 2000 i 2001, w kolejnych latach uległ znacznej poprawie. Przyczyną tego była malejąca strata finansowa oraz rosnące przychody ze sprzedaży.



zyskowność netto = wynik netto / przychody ogółem

Wskaźnik	1999 r.	2000 r.	2001 r.	2002 r.	2003 r.	2004 r.
zyskowność netto = wynik netto / przychody ogółem	-0,01	-0,09	-0,05	-0,04	-0,02	-0,01

Wskaźnik ten należy interpretować podobnie jak powyższy wskaźnik z uwagi na brak pozycji – podatki oraz nieznaczące pozycje występujące w wyniku zdarzeń nadzwyczajnych, które miałyby wpływ na dalsze obniżenie wyniku netto. W związku z powyższym wskaźnik ten osiąga takie podobne wartości jak wskaźnik na działalności gospodarczej.

Na poniższym wykresie wskaźnik podano w %.

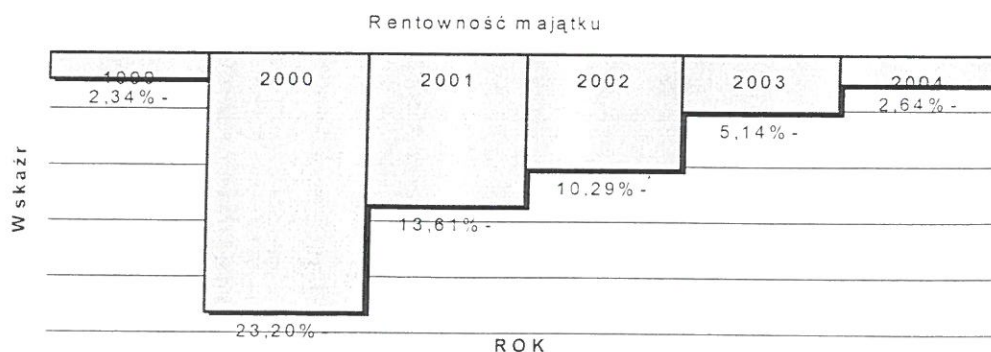


zyskowność aktywów = wynik netto / aktywa

Wskaźnik	1999 r.	2000 r.	2001 r.	2002 r.	2003 r.	2004 r.
zyskowność aktywów = wynik netto / aktywa	-0.02	-0.23	-0.13	-0.10	-0.05	-0.03

Rentowność majątku (ROA)-liczona jest jako relacja wyniku netto do wartości majątku ogółem. Wskaźnik informuje o tym, jak podmiot zarządza swoimi aktywami, oraz ile % zysku netto jest w stanie wygenerować jedna złotówka zainwestowana w majątek zespołu. Rentowność majątku uzależniona jest od szybkości rotacji aktywów oraz od poziomu rentowności sprzedaży w poszczególnych latach.

Zmiany rentowności majątku odpowiadały zmianom pozostałych wskaźników z tej grupy. Wnioski są analogiczne do poprzednich wskaźników. Niezdolność zespołu do generowania środków pieniężnych, jako konsekwencja zbyt niskiego poziomu sprzedaży oraz dużych obciążeń finansowych, znajduje odzwierciedlenie w braku zyskowności majątku. W roku 2004 nastąpiła poprawa w wyniku osiągnięcia lepszego wyniku finansowego.



WSKAŹNIKI RENTOWNOŚCI

Zyskowność sprzedaży					
Wynik ze sprzedaży	-251 851,15	1999	-1 519 344,40	2000	2001
Przychody ze sprzedaży	15 487 416,18		16 766 303,19	-9,06%	-7,88%

Zyskowność działalności gospodarczej					
Wynik na działalności gospodarczej	-172 092,39	1999	-1 451 621,27	2000	2001
Przychody ogółem	15 593 675,14		16 855 138,88	-8,61%	-5,20%

Zyskowność netto					
Wynik netto	-175 179,70	1999	0	2000	2001
Przychody ogółem	15 594 203,29		-1 021 689,16	-8,66%	-5,20%

Zyskowność aktywów					
Wynik netto	-175 179,70	1999	0	2000	2001
Aktywa ogółem	7 486 671,28		-1 021 689,16	-23,20%	-13,61%

WSKAŹNIKI RENTOWNOŚCI

Zyskowność sprzedaży					
Wynik ze sprzedaży	-1 260 616,06	2002	-1 279 552,28	2003	2004
Przychody ze sprzedaży	21 315 479,99		19 740 683,40	-6,48%	-1,01%

Zyskowność działalności gospodarczej					
Wynik na działalności gospodarczej	0	2002	0	2003	2004
Przychody ogółem	-841 596,87		-490 520,30	-2,35%	-1,44%
	22 252 786,06		20 883 418,47		

Zyskowność netto					
Wynik netto	0	2002	0	2003	2004
Przychody ogółem	-841 596,87		-490 520,30	-2,35%	-1,41%
	22 252 786,06		20 883 418,47		

Zyskowność aktywów					
Wynik netto	0	2002	0	2003	2004
Aktywa ogółem	-841 596,87		-490 520,30	-5,14%	-2,64%
	8 177 440,23		15 948 819,64		

Wskaźniki płynności.

Oceny płynności finansowej dokonano w oparciu o wyliczoną na podstawie sprawozdań finansowych grupę wskaźników..

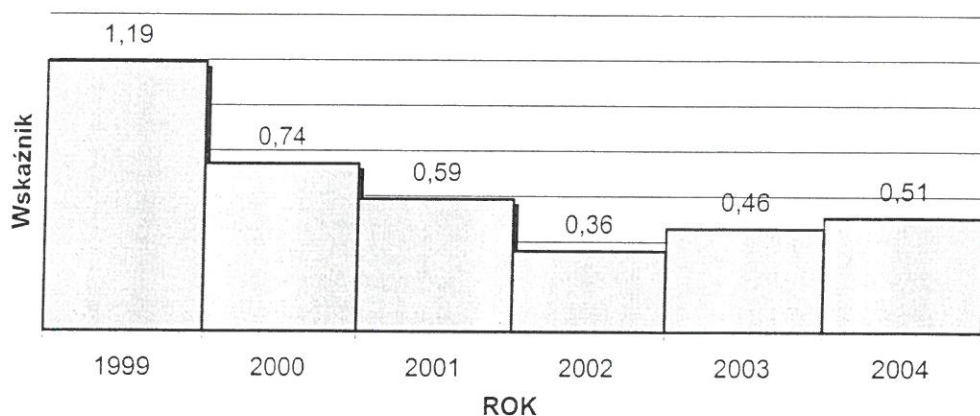
$\text{wskaźnik płynności bieżącej} = \text{aktywa obrotowe} / \text{zobowiązania krótkoterminowe}$

Wskaźnik	1999 r.	2000 r.	2001 r.	2002 r.	2003 r.	2004 r.
wskaźnik płynności bieżącej = aktywa obrotowe / zobowiązania krótkoterminowe	1.19	0.74	0.59	0.36	0.46	0.51

Wskaźnik płynności bieżącej /CR/ wyrażony jest jako stosunek wartości majątku obrotowego do zobowiązań bieżących zespołu. Jego wartości powinna kształtować się w przedziale 1.5-2.0. Wskaźnik płynności bieżącej dostarcza informacji dotyczących możliwości pokrycia zobowiązań bieżących majątkiem obrotowym, w sytuacji gdyby stały się one natychmiast wymagalne.

Poziom omawianego wskaźnika należy uznać za niezadowalający w każdym z analizowanych okresów. Najkorzystniejszą wartość zespół osiągał w początkowym okresie diagnozy – 1,19 w roku 1999. Około 119 % zobowiązań bieżących podmiotu znajdowało pokrycie w majątku obrotowym i świadczyło o niezłej strukturze kapitałowo – majątkowej. W kolejnych latach poziom wskaźnika uległ dalszemu obniżeniu, co jest szczególnie widoczne w 2002 r- 0,36. W roku 2004 uległ delikatnej poprawie do 0,51. Oznacza to, że tylko 51 % zobowiązań bieżących mogło być pokryte przez bieżące aktywa w 2004 roku.

WSKAŹNIK BIEŻĄCEJ PŁYNNOŚCI (I STOPNIA)



Wskaźnik płynności szybkiej QR

$\text{wskaźnik szybki} = \text{należności krótkoterminowe} + \text{inwestycje krótkoterminowe} / \text{zobowiązania krótkoterminowe}$

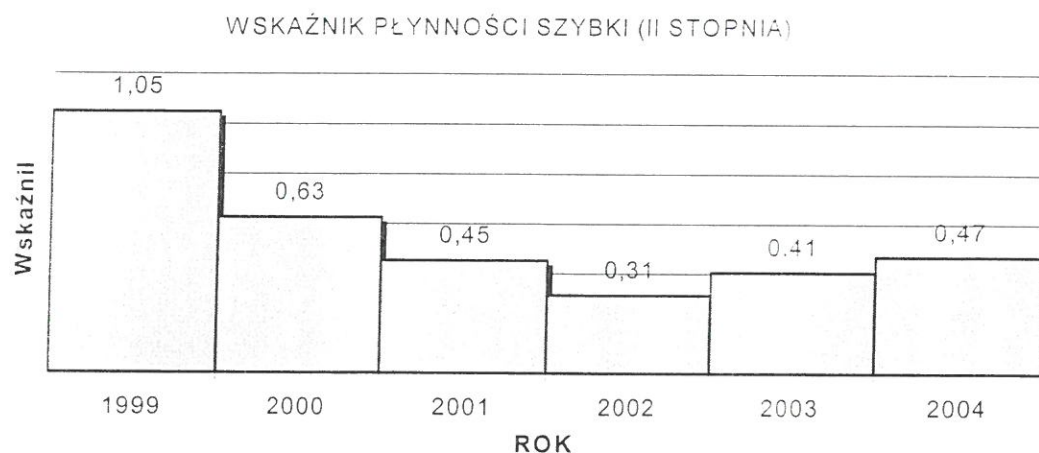
Wskaźnik	1999 r.	2000 r.	2001 r.	2002 r.	2003 r.	2004 r.
wskaźnik szybki = należności krótkoterminowe + inwestycje krótkoterminowe / zobowiązania krótkoterminowe	1,05	0,63	0,45	0,31	0,41	0,47

Wskaźnik płynności szybkiej powinien wynosić około 1,00. Oznacza to w praktyce, iż najbardziej płynne elementy aktywów obrotowych, czyli suma należności i roszczeń oraz inwestycji krótkoterminowych powinny być równe całości zobowiązań bieżących.

Wskaźnik płynności szybkiej obniża się gwałtownie w analizowanym okresie, na koniec roku 2004 wynosi tylko 0,47.

W tej sytuacji, poziom wskaźnika jest niekorzystny. Zakład powinien dążyć do zwiększenia roli finansowania długoterminowego, którego okresy zapadalności pozwalają na dużo bezpieczniejsze prowadzenie działalności.

Struktura źródeł finansowania majątku wyznaczana była przez zobowiązania krótkoterminowe. Finansowanie się w coraz większym stopniu także zobowiązaniami z tytułu wynagrodzenia i zobowiązaniami podatkowymi oraz handlowymi zdecydowało o niskiej płynności finansowej. Zmiany na przestrzeni badanych lat są podobne jak we wskaźniku poprzednim z uwagi na nieznaczny poziom zapasów w majątku obrotowym. Na znaczne obniżenie się wskaźnika w latach 2000-2004 miały wpływ rosnące zobowiązania bieżące, wzrost nastąpił w roku 2003 i utrzymywał się także w 2004 roku.



ANALIZA PŁYNNOŚCI

WSKAŹNIK BIEŻĄCEJ PŁYNNOŚCI (I STOPNIA)

Aktywa obrotowe	2 764 022,82	1999		2000		2001
Zobowiązania krótkoterminowe	2 320 804,86	1,19		0,74		0,59

WSKAŹNIK PŁYNNOŚCI SZYBKIEJ (II STOPNIA)

Aktywa bieżące - (Zapasy+RMO czynne bieżące niepieniężne)	2 436 075,82	1999	0	2000	0	2001
Zobowiązania bieżące	2 320 804,86	1,05		0,63		0,45

PŁYNNOŚĆ BARDZO SZYBKĄ (III STOPNIA)

Środki pieniężne + krótkoterminowe papiery wartościowe	1 564 906,45	1999		2000		2001
Zobowiązania bieżące	2 320 804,86	0,67		0,40		0,18

ANALIZA PŁYNNOŚCI

WSKAŹNIK BIEŻĄCEJ PŁYNNOŚCI (I STOPNIA)

Aktywa obrotowe	2 177 811,65	2002		2003		2004
Zobowiązania krótkoterminowe	6 062 954,52	0,36		0,46		0,51

WSKAŹNIK PŁYNNOŚCI SZYBKIEJ (II STOPNIA)

Aktywa bieżące - (Zapasy+RMO czynne bieżące niepieniężne)	1 905 046,99	2002	0	2003	0	2004
Zobowiązania bieżące	6 062 954,52	0,31		0,41		0,47

PŁYNNOŚĆ BARDZO SZYBKĄ (III STOPNIA)

Środki pieniężne + krótkoterminowe papiery wartościowe	47 726,71	2002		2003		2004
Zobowiązania bieżące	6 062 954,52	0,01		0,01		0,00

wskaźnik gotówki = środki pieniężne / zobowiązania krótkoterminowe

Wskaźnik	1999 r.	2000 r.	2001 r.	2002 r.	2003 r.	2003 r.
wskaźnik gotówki = środki pieniężne / zobowiązania krótkoterminowe	0.67	0.40	0.18	0.01	0.01	0.0

Wskaźnik wypłacalności gotówkowej, wyrażony jako iloraz środków pieniężnych do zobowiązań bieżących informuje o możliwościach ich spłaty ze środków pieniężnych w wypadku, gdyby stały się one natychmiast wymagalne. Jego wartość powinna oscylować wokół poziomu 0.16-0.20.

Wskaźnik ten kształtował się najkorzystniej w 1999r. (przekraczający zalecane granice bezpieczeństwa) – jego wartość osiągnęła wówczas 0.67 i oznaczało to, że około 67 % wartości zobowiązań bieżących znalazło pokrycie w środkach pieniężnych i mogłoby być w ten sposób spłacone, gdyby stały się one natychmiast wymagalne. W pozostałych okresach, szczególnie w 2001 i 2003 r., poziom wskaźnika spada do 0,01 i poniżej w 2004 roku..

Wskaźniki rotacji.

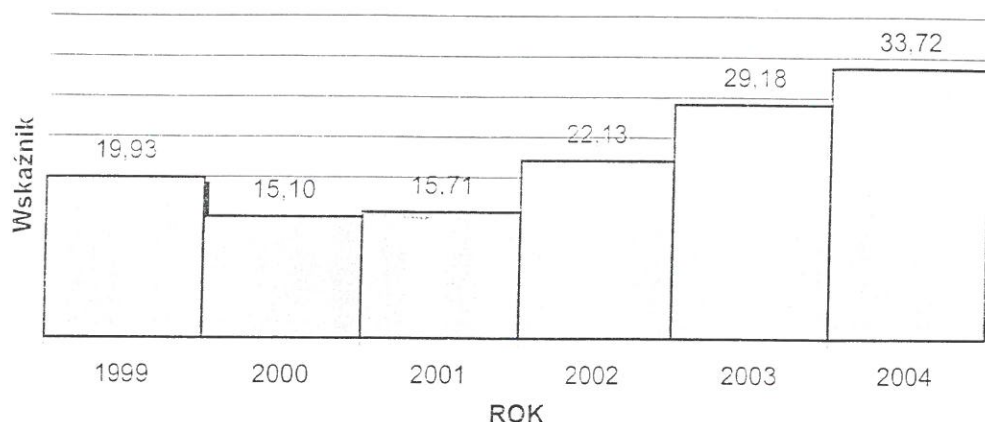
rotacja należności krótkoterminowych (w dniach) = przeciętny stan należności krótkoterminowych x 360/ przychody ze sprzedaży

Wskaźnik	1999 r.	2000 r.	2001 r.	2002 r.	2003 r.	2004 r.
rotacja należności krótkoterminowych (w dniach) = przeciętny stan należności krótkoterminowych x360/ przychody ze sprzedaży	19,93	15,10	15,71	22,13	29,18	33,72

Cykl inkasa należności z tytułu dostaw obliczany jest jako iloraz średniego stanu należności krótkoterminowych, pomnożony przez liczbę dni w okresie i przychodów ze sprzedaży.

Wskaźnik ten informuje ,po ilu średnio dniach od momentu sprzedaży środki pieniężne należne z tego tytułu wpływają do kasy lub na rachunek bankowy i dostarcza informacji na temat skuteczności ściągania należności. Podmiot powinien przy tym brać pod uwagę swoją pozycję rynkową względem odbiorców oraz ich hierarchię ważności ze względu na dotychczasową i przewidywaną współpracę. Przedłużanie cyklu inkasa należności jest formą kredytu kupieckiego względem odbiorców i może być formą wpływania na poziom sprzedaży. Średni cykl rozliczeniowy należności z tytułu dostaw utrzymuje się poniżej średniej z branży i wynosi 33 dni na koniec 2004 roku. Najniższy poziom zaobserwowano w 1999 roku, spływ należności następował średnio po 19 dniach. W kolejnych okresach nastąpiło rozluźnienie polityki ściągania należności, najgorszy wskaźnik odnotowano na koniec okresu diagnozy w 2004 roku – 33 dni . Tendencją korzystną jest spadek tego wskaźnika.

WSKAŹNIK ROTACJI NALEZNOSCI W DNIACH



rotacja zobowiązań (w dniach) = przeciętny stan zobowiązań krótkoterminowych x 360 / przychody ze sprzedaży

Wskaźnik	1999 r.	2000 r.	2001 r.	2002 r.	2003 r.	2004 r.
rotacja zobowiązań (w dniach) = przeciętny stan zobowiązań krótkoterminowych x 360 / przychody ze sprzedaży	53.95	51.89	63.68	87.00	115.53	100.72

Wskaźnik zobowiązań z tytułu dostaw obliczany jest jako iloraz średniego stanu zobowiązań krótkoterminowych pomnożony przez liczbę dni w okresie i przychodów ze sprzedaży.

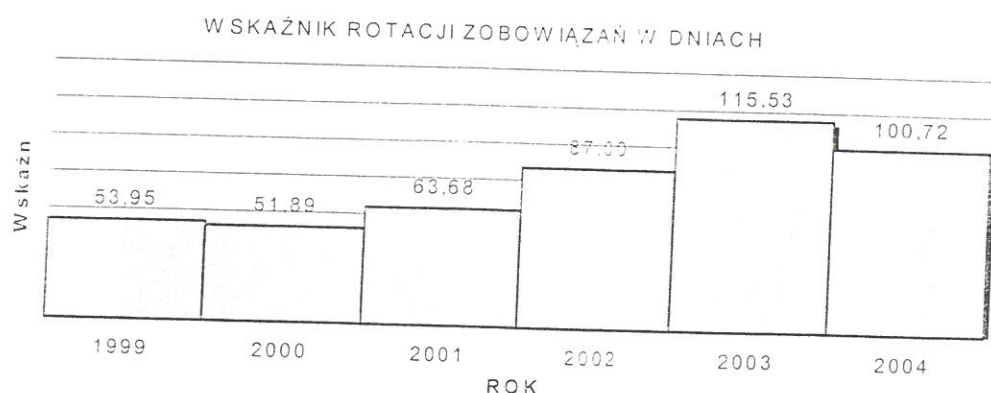
Wskaźnik ten informuje, po ilu średnio dniach od momentu powstania zobowiązań krótkoterminowych zespół reguluje swoje zobowiązania z tego tytułu, czyli przez ile średnio dni zespół korzysta z kredytu kupieckiego.

Zmiany jakie zaszły w terminach płatności podyktowane były zmianami wielkości zobowiązań handlowych i wielkości sprzedaży. Przedstawione dane wskazują, że w analizowanym okresie zespół w coraz większym zakresie korzystał z kredytu kupieckiego. Sytuacja ta ma bezpośredni związek ze strukturą finansowania majątku oraz wartością realizowanych świadczeń medycznych, odniesioną do przychodów z ich sprzedaży.

W analizowanym okresie widoczny jest duży wzrost zobowiązań z tytułu wynagrodzeń i zobowiązań budżetowych, co znajduje bezpośrednie odzwierciedlenie w ich rotacji, która swym poziomem przewyższa średnie wskaźniki uzyskane w branży. Na koniec 2004 roku zobowiązania były spłacone średnio po 100 dniach od ich powstania.

Wysokie koszty obsługi tego zadłużenia (odsetki od przeterminowanych zobowiązań) wskazują na konieczność ograniczenia finansowania działalności tym rodzajem zobowiązań. Ponadto taki stan rzeczy może nadszarpnąć kontakty handlowe z dostawcami i spowodować pogorszenie warunków zawieranych umów.

Wzrost wartości tych zobowiązań, szczególnie widoczny w 2004r., może wskazywać na utratę zdolności do regulowania najbardziej wymagalnych zobowiązań, co może stanowić zagrożenie dla funkcjonowania zakładu.



rotacja zapasów (w dniach) = przeciętny stan zapasów x 360 / przychody ze sprzedaży

Wskaźnik	1999 r.	2000 r.	2001 r.	2002 r.	2003 r.	2004 r.
rotacja zapasów (w dniach) = przeciętny stan zapasów x 360 / przychody ze sprzedaży	7,62	6,68	8,12	7,09	5,58	4,33

Poziom rotacji zapasów informuje, co ile dni zespół odnawia swoje zapasy dla zrealizowania określonej sprzedaży i obliczany jest jako iloraz średniego stanu zapasów, pomnożony przez liczbę dni w okresie.



Analiza wskaźnika umożliwia określenie wielkości środków pieniężnych zamrożonych w tego rodzaju zapasach oraz odpowiednie skorelowanie tej wielkości z bieżącym zapotrzebowaniem na kapitał obrotowy.

W porównaniu do pozostałych podmiotów w branży wielkość wskaźnika kształtuje się poniżej średniej i świadczy to o lepszej gospodarce zapasami.

WSKAŹNIK ROTACJI NALEŻNOŚCI W DNIACH							
przeciętny stan należności krótkoterminowych x 360							
Przychody netto ze sprzedaży	308 669 068,80	19,93	253 105 421,40	2000	299 893 438,80	2001	
	15 487 416,18		16 766 303,19		19 086 014,99		15,71
WSKAŹNIK ROTACJI ZOBOWIĄZAŃ W DNIACH							
przeciętny stan zobowiązań krótkoterminowych x 360							
Przychody netto ze sprzedaży	835 489 749,60	53,95	870 076 816,20	2000	1 215 359 863,20	2001	
	15 487 416,18		16 766 303,19		19 086 014,99		63,68
WSKAŹNIK ROTACJI ZAPASÓW W DNIACH							
przeciętny stan zapasów x 360	118 060 920,00	7,62	112 006 933,20	2000	154 969 201,80	2001	
Przychody netto ze sprzedaży	15 487 416,18		16 766 303,19		19 086 014,99		8,12

WSKAŹNIK ROTACJI NALEŻNOŚCI W DNIACH							
przeciętny stan należności krótkoterminowych x 360							
Przychody netto ze sprzedaży	471 695 976,00	22,13	576 050 259,60	2003	965 923 149,60	2004	
	21 315 479,99		19 740 683,40		28 646 659,70		33,72
WSKAŹNIK ROTACJI ZOBOWIĄZAŃ W DNIACH							
przeciętny stan zobowiązań krótkoterminowych x 360							
Przychody netto ze sprzedaży	1 854 359 735,40	87,00	2 280 732 166,80	2003	2 885 150 436,80	2004	
	21 315 479,99		19 740 683,40		28 646 659,70		100,72
WSKAŹNIK ROTACJI ZAPASÓW W DNIACH							
przeciętny stan zapasów x 360	151 090 367,40	7,09	110 193 321,60	2003	124 065 556,20	2004	
Przychody netto ze sprzedaży	21 315 479,99		19 740 683,40		28 646 659,70		4,33

Wskaźniki zadłużenia

wskaźnik pokrycia aktywów kapitałem własnym = kapitał własny / aktywa

Wskaźnik	1999 r.	2000 r.	2001 r.	2002 r.	2003 r.	2004 r.
wskaźnik pokrycia aktywów kapitałem własnym = kapitał własny / aktywa	0,69	0,60	0,44	0,23	0,30	0,34

Wskaźnik ten obliczany jest jako iloraz wartości kapitałów własnych i aktywów ogółem i informuje o stopniu finansowania majątku zespołu kapitałami własnymi.

Z punktu widzenia wierzycieli najkorzystniejszy jest jak najwyższy poziom tego wskaźnika, gdyż ryzyko prowadzenia działalności obciąża w większym stopniu zakład. Należy jednak pamiętać o efekcie dźwigni finansowej- zwiększający się udział kapitałów własnych w finansowaniu majątku zmniejsza jej pozytywne efekty. Zaleca się przy tym (wg reguły bilansowej), by kapitały własne pokrywały majątek trwały zespołu.

Wartości tego wskaźnika nie są korzystne, chociaż zaznacza się tendencja rosnąca w ostatnich latach, zwłaszcza na koniec okresu prognozy 2004 rok. W roku 2004 znacznie wzrósł kapitał własny poprzez utworzenie kapitału zapasowego.

Wskaźnik ogólnego zadłużenia.

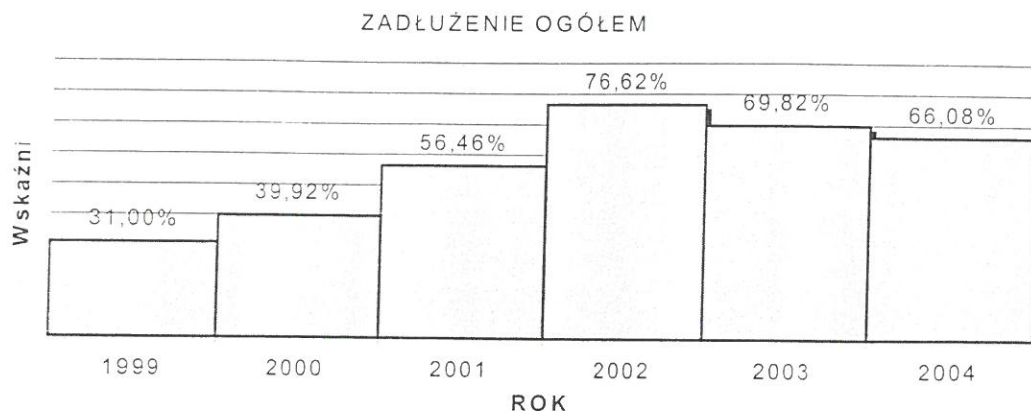
wskaźnik zadłużenia ogółem = zobowiązania ogółem / pasywa

Wskaźnik	1999 r.	2000 r.	2001 r.	2002 r.	2003 r.	2004 r.
wskaźnik zadłużenia ogółem = zobowiązania ogółem / pasywa	0,31	0,40	0,56	0,77	0,70	0,66

Wskaźnik ten obliczany jest jako iloraz wartości zobowiązań ogółem i pasywów ogółem i informuje o stopniu finansowania majątku zespołu kapitałami własnymi. W całym analizowanym okresie wskaźnik zadłużenia był zróżnicowany. W pierwszych latach kształtował się na bezpiecznym poziomie (lata 1999-2000). W roku 2001 zaznaczył się duży wzrost, by osiągnąć wartości graniczne zadłużania się w latach 2002-2003. W ostatnim roku prognozy maleje do poziomowi 0,66.

Wskaźnik ten powinien oscylować w granicach od 57%-67% (0,57–0,67). Niski poziom może wskazywać, że zespół w pełni nie wykorzystuje efektu dźwigni finansowej do poprawy swojej rentowności. Osiągane poziomy wskaźnika zależą bezpośrednio od kształtowania się struktury finansowania majątku podmiotu, a więc relacji kapitałów własnych do obcych źródeł finansowania i mają bezpośredni związek ze spełnieniem, bądź nie spełnieniem reguł bilansowej i bankowej.

Jak widać poziom zadłużenia w analizowanym zespole na koniec roku 2004 znajduje się w ogólnie przyjętych wartościach. Aby uchronić się przed utratą płynności zespół powinien dążyć do poprawy rentowności działalności podstawowej, a w szczególności ograniczyć wielkość notowanych z roku na rok strat netto. Osiąganie tylko dodatnich wyników finansowych może odwrócić obserwowaną tendencję do wzrostu finansowania majątku funduszami obcymi. Działania jednorazowe, jak wpłaty zwiększające fundusze własne, są krótkotrwałe i w długim okresie nie odwrócą niekorzystnej struktury finansowania.



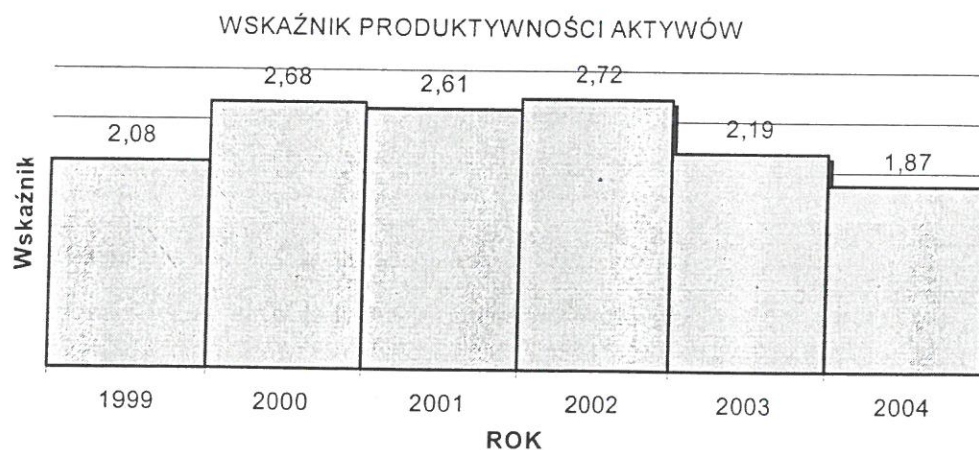
Wskaźniki produktywności (sprawności działania):

wskaźnik produktywności aktywów = przychody ogółem / aktywa

Wskaźnik	1999 r.	2000 r.	2001 r.	2002 r.	2003 r.	2004 r.
wskaźnik produktywności aktywów = przychody ogółem / aktywa	2,08	2,68	2,61	2,72	2,19	1,87

Wskaźnik wydajności aktywów ogółem informuje, ile razy przychody ogółem są większe od wartości całkowitego majątku. Analiza wskaźnika umożliwia faktyczne określenie stopnia wykorzystania tych składników w związku z generowaną marżą. Pozwala również zdefiniować w przybliżeniu potencjał usługowy zakładu.

Pomimo różnic w wartości ogólna tendencja w kształtowaniu się wydajności aktywnego majątku trwałego jest analogiczna do trendu odnotowanego w przypadku wydajności rzeczowego majątku trwałego, gdyż w obu przypadkach decydującą rolę odgrywa poziom uzyskiwanych przychodów ze sprzedaży oraz wzrost majątku trwałego zwłaszcza w roku 2004. Każda złotówka zaangażowana w majątek całkowity w roku 2004 generowała 1,87 zł przychodów ogółem.



wskaźnik produktywności rzeczowych aktywów trwałych = przychody ze sprzedaży / rzeczowe aktywa trwałe

Wskaźnik	1999 r.	2000 r.	2001 r.	2002 r.	2003 r.	2004 r.
wskaźnik produktywności rzeczowych aktywów trwałych = przychody ze sprzedaży / rzeczowe aktywa trwałe	3,30	3,81	3,91	3,71	3,21	2,70

Wskaźnik wydajności rzeczowego majątku trwałego informuje, ile razy sprzedaż netto jest większa od majątku rzeczowego zespołu. Obliczany jest jako iloraz przychodów ze sprzedaży usług i stanu rzeczowego majątku trwałego. Analiza wskaźnika pozwala ocenić efektywność wykorzystania tego rodzaju majątku. Istotą analizy wydajności rzeczowego majątku trwałego jest określenie stopnia dopasowania jego wielkości w stosunku do uzyskiwanego obrotu. Korzystne byłoby elastyczne dostosowywanie wielkości tego majątku do generowanej sprzedaży w momencie jej wzrostu czy też spadku. Jest to jednak w praktyce niemożliwe. Wielkość majątku powinno się raczej analizować z uwagi na koszty ponoszone w związku z utrzymaniem takiego, a nie innego jego poziomu, oraz uwzględniając fakt możliwości pokrycia tychże kosztów przez generowane obroty.



W okresie diagnozy (lata 1999- 2002) poziom rzeczowego majątku trwałego można uznać za stabilny, a różnice w wartości omawianego wskaźnika wynikały głównie ze zmian w przychodach ze sprzedaży. W roku 2004 nastąpiło zwiększenie majątku rzeczowego o budynki i budowle oraz znacznie wzrosły przychody. O ile w 2001 r. każda złotówka zaangażowana w rzeczowy majątek trwały generowała 3,91 zł sprzedaży netto, o tyle w 2004r., w wyniku wzrostu majątku, złotówka generowała tylko 2,70 zł.

ANALIZA ZADŁUŻENIA

ZADŁUŻENIE OGÓŁEM		1999	2000	2001
Zobowiązania ogółem	2 320 804,86	2 512 955,23	4 239 044,01	7 508 541,85
Pasywa ogółem	7 486 671,28	6 294 578,00	0,40	0,56

ANALIZA ZADŁUŻENIA

ZADŁUŻENIE OGÓŁEM		1999	2000	2001
Zobowiązania ogółem	6 265 487,32	6 662 212,14	10 538 998,02	15 948 819,64
Pasywa ogółem	8 177 440,23	9 542 141,81	0,70	0,66
WSKAZNIK POKRYCIA AKTYWÓW KAPITAŁEM WŁASNYM		1999	2000	2001
Kapitał własny	5 165 866,42	3 781 622,77	3 269 497,84	7 508 541,85
aktywa ogółem	7 486 671,28	6 294 578,00	0,60	0,44
WSKAZNIK POKRYCIA AKTYWÓW KAPITAŁEM WŁASNYM		2002	2003	2004
Kapitał własny	1 911 952,91	2 879 929,67	5 409 821,62	15 948 819,64
aktywa ogółem	8 177 440,23	9 542 141,81	0,30	0,34

ANALIZA OBROTOWOŚCI

WSKAZNIK PRODUKTYWNOŚCI AKTYWÓW		1999	2000	2001
Przychody ogółem	15 594 203,29	16 861 461,71	19 630 920,09	7 508 541,85
Aktywa	7 486 671,28	6 294 578,00	2,68	2,61
WSKAZNIK PRODUKTYWNOŚCI RZECZOWYCH AKTYWÓW TRWAŁYCH		1999	2000	2001
Przychody ze sprzedaży	15 594 203,29	16 861 461,71	19 630 920,09	7 508 541,85
rzeczowe aktywa trwałe	4 721 316,46	4 425 632,01	3,81	3,91

ANALIZA OBROTOWOŚCI

WSKAZNIK PRODUKTYWNOŚCI AKTYWÓW		2002	2003	2004
Przychody ogółem	22 252 786,06	20 896 306,16	29 889 426,48	15 948 819,64
Aktywa	8 177 440,23	9 542 141,81	2,19	1,87
WSKAZNIK PRODUKTYWNOŚCI RZECZOWYCH AKTYWÓW TRWAŁYCH		2002	2003	2004
Przychody ze sprzedaży	22 252 786,06	20 896 306,16	29 889 426,48	15 948 819,64
rzeczowe aktywa trwałe	5 994 861,78	6 506 270,88	3,21	2,70

4.3. Wyniki finansowe komórek działalności podstawowej.

Poniższe dane z lat 1999 – 2003 przedstawiają wyniki finansowe komórek organizacyjnych działalności podstawowej Wielospecjalistycznego Szpitala Rejonowego. Rok 2004 odzwierciedla wyniki finansowe Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego utworzonego w wyniku połączenia Szpitala Powiatowego nr 1 z Wielospecjalistycznym Szpitalem Rejonowym.

Zestawienie rentowności i wyników finansowych Oddziałów szpitalnych

Zestawienie rentowności komórek organizacyjnych znajdujących się przy ul. Pyskowskiej

Wyszczególnienie	Rok 2002	Rok 2003	Rok 2004
Oddział Internistyczny I	9,96%	8,30%	13,95%
Oddział Neurologiczny	4,90%	-14,68%	-9,97%
Oddz. Ginek.- Położniczy	-7,16%	-13,92%	16,66%
Oddział Okulistyczny	16,43%	7,05%	16,77%
OIOM	-68,34%	-64,24%	-72,90%
Oddział Pediatryczny	-13,13%	-2,69%	-10,63%
Oddział Chirurgiczny I	-1,40%	8,16%	4,68%
Oddział Chirurgiczny II	-13,46%	-24,61%	-21,44%
Oddział Noworodkowy	3,44%	-15,62%	37,71%
Oddział Otolaryngologiczny	-5,52%	-5,12%	-6,30%
Pododdział Chemioterapii	-17,59%	-30,14%	-69,98%
Pododdział Nefrologiczny			6,59%
Oddział Psychiatryczny	-25,69%	-27,31%	-11,48%

Zestawienie rentowności komórek organizacyjnych znajdujących się przy ul. Opolskiej

Wyszczególnienie	Rok 2002	Rok 2003	Rok 2004
Oddział Urologiczny	6,26%	11,07%	51,89%
Oddział wewnętrzny / Internistyczny II	-3,40%	-14,94%	-0,55%
Oddział Ginekologiczny	-0,17%	-4,69%	10,07%
Oddział Noworodkowy	-5,63%	-10,64%	9,31%

Wskaźniki O. Ginekologiczno – Położniczego oraz Oddziału Noworodkowego dotyczą tylko I kwartału 2004

Zestawienie wyników finansowych komórek organizacyjnych znajdujących się przy ul. Pyskowickiej

Wyszczególnienie	Rok 2002	Rok 2003	Rok 2004
Oddział Internistyczny I	195 701,35 zł	156 536,23 zł	287 543,71 zł
Oddział Neurologiczny	72 585,92 zł	-174 321,23 zł	-122 563,93 zł
Oddz. Ginek.- Położniczy	-178 232,34 zł	-304 951,36 zł	637 967,97 zł
Oddział Okulistyczny	234 792,43 zł	89 880,35 zł	263 188,91 zł
OIOM	-559 942,91 zł	-516 661,73 zł	-708 692,77 zł
Oddział Pediatryczny	-232 038,94 zł	-47 929,97 zł	-174 417,92 zł
Oddział Chirurgiczny I	-33 549,81 zł	193 379,65 zł	104 086,96 zł
Oddział Chirurgiczny II	-239 717,88 zł	-361 554,87 zł	-310 241,12 zł
Oddział Noworodkowy	26 083,68	-95 093,80	528 564,00
Oddział Otolaryngologiczny	-51 421,69	-45 968,30	-52 780,52
Pododdział Chemioterapii	-67 867,51	-80 093,51	-184 211,01 zł
Pododdział Nefrologiczny			10 281,27
Oddział Psychiatryczny	-356 632,63	-342 966,52	-175 451,10

Zestawienie wyników finansowych komórek organizacyjnych znajdujących się przy ul. Opolskiej

Wyszczególnienie	Rok 2002	Rok 2003	Rok 2004
Oddział Urologiczny	86 218,91 zł	159 236,06 zł	835 498,79 zł
Oddział wewnętrzny / Internistyczny II	-70 746,98 zł	-288 535,44 zł	-12 036,39 zł
Oddział Ginekologiczny	-2 947,13 zł	-77 974,46 zł	41 424,28 zł
Oddział Noworodkowy	-26 592,11 zł	-50 193,32 zł	11 313,41 zł

Wskaźniki O. Ginekologiczno – Położniczego oraz Oddziału Noworodkowego dotyczą tylko I kwartału 2004

Zestawienie rentowności i wyników finansowych Poradni specjalistycznych

Zestawienie rentowności komórek organizacyjnych znajdujących się przy ul. Pyskowskiej

Wyszczególnienie	Rok 2002	Rok 2003	Rok 2004
Poradnia Ginekologiczna	-149,82%	-159,71%	-59,28%
Poradnia Ginekologiczna dla Dzieci	-124,38%	-657,19%	-273,17%
Poradnia Andrologiczna	-505,02%	-961,16%	-172,16%
Poradnia Neurologiczna	-78,08%	-89,94%	-35,13%
Poradnia Chirurgii Ogólnej	-20,05%	-7,58%	-38,83%
Poradnia Okulistyczna	16,84%	11,14%	36,02%
Poradnia Neurologiczna dla Dzieci	-3,42%	3,82%	-
Poradnia Otolaryngologiczna	-68,44%	-75,86%	-82,24%
Poradnia Psychologiczna	-	-	-
Poradnia Zdrowia Psychicznego	32,23%	26,01%	-94,43%
Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci	-26,75%	-17,32%	-28,81%
Poradnia Leczenia Niepłodności	100,00%	100,00%	-407,13%
Poradnia Neonatologiczna	-19,58%	-55,46%	-55,34%
Poradnia Patologii Ciąży	-149,81%	-252,82%	-119,86%
Poradnia Onkologiczna	-53,89%	-57,87%	-14,65%
Szkoła Rodzenia	-47,98%	-114,69%	-
Poradnia Nefrologiczna	-	-	-74,82%

Zestawienie rentowności komórek organizacyjnych znajdujących się przy ul. Opolskiej

Wyszczególnienie	Rok 2002	Rok 2003	Rok 2004
Poradnia Proktologiczna	-16,29%	-18,76%	-27,08%
Poradnia Kardiologiczna	-23,74%	0,78%	-11,93%
Poradnia Endokrynologiczna	0,80%	-8,03%	-34,40%
Poradnia Urologiczna	-27,93%	-21,36%	-71,19%
Poradnia Chorób Kobiectych	-7,87%	-27,40%	-39,29%
Poradnia Gastrologiczna	9,46%	10,34%	-21,01%
Poradnia Andrologiczna	-351,98%	-489,99%	-265,17%
Poradnia Chorób Piersi	-19,59%	-29,64%	-49,39%
Poradnia Ginekologiczna dla Dzieci	-388,86%	-283,56%	-448,41%
Poradnia Patologii Noworodka	-53,71%	-49,98%	-92,25%
Poradnia Konsultacyjna dla Dzieci / Kontroli Rozwoju Noworodka	-138,94%	-90,47%	-233,37%
Szkoła Rodzenia	-82,80%	-66,26%	-22984,15%
Poradnia Leczenia Bólu	-	-	10,83%

Porównanie wyników finansowych komórek organizacyjnych znajdujących się przy ul. Pyskowskiej

Wyszczególnienie	Rok 2002	Rok 2003	Rok 2004
Poradnia Ginekologiczna	-44 774,32 zł	-30 755,07 zł	-38 731,90 zł
Poradnia Ginekologiczna dla Dzieci	-3 863,20 zł	-6 585,00 zł	-9 399,12 zł
Poradnia Andrologiczna	-9 494,23 zł	-11 168,67 zł	-5 741,54 zł
Poradnia Neurologiczna	-34 451,47 zł	-30 215,23 zł	-13 039,10 zł
Poradnia Chirurgii Ogólnej	-42 177,91 zł	-15 951,95 zł	-52 662,05 zł
Poradnia Okulistyczna	14 116,94 zł	7 098,04 zł	38 418,96 zł
Poradnia Neurologiczna dla Dzieci	-298,69 zł	336,37 zł	
Poradnia Otolaryngologiczna	-24 325,29 zł	-23 883,63 zł	-29 915,02 zł
Poradnia Psychologiczna	-31 034,37 zł	-28 113,65 zł	-26 710,49 zł
Poradnia Zdrowia Psychicznego	8 825,81 zł	7 216,85 zł	-19 287,50 zł
Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci	-1 251,80 zł	-1 007,82 zł	-2 893,27 zł
Poradnia Leczenia Niepłodności	1 876,00 zł	994,00 zł	-6 275,46 zł
Poradnia Neonatologiczna	-1 171,67 zł	-2 365,78 zł	-5 184,39 zł
Poradnia Patologii Ciąży	-6 921,34 zł	-10 423,76 zł	-6 543,66 zł
Poradnia Onkologiczna	-23 814,15 zł	-21 434,79 zł	-4 814,49 zł
Szkoła Rodzenia	-11 279,26 zł	-20 890,97 zł	-40 101,89 zł
Poradnia Nefrologiczna	-	-	-5 227,28 zł

Porównanie wyników finansowych komórek organizacyjnych znajdujących się przy ul. Opolskiej

Wyszczególnienie	Rok 2002	Rok 2003	Rok 2004
Poradnia Proktologiczna	-4 571,52 zł	-4 329,73 zł	-2 006,65 zł
Poradnia Kardiologiczna	-65 336,73 zł	2 134,65 zł	-12 348,77 zł
Poradnia Endokrynologiczna	880,47 zł	-8 275,49 zł	-14 185,37 zł
Poradnia Urologiczna	-41 987,91 zł	-26 771,49 zł	-32 296,78 zł
Poradnia Chorób Kobiety	-7 158,94 zł	-21 176,75 zł	-14 947,36 zł
Poradnia Gastrologiczna	9 110,88 zł	8 980,80 zł	-9 127,20 zł
Poradnia Andrologiczna	-21 477,60 zł	-18 989,72 zł	-8 015,64 zł
Poradnia Chorób Piersi	-12 173,16 zł	-17 032,39 zł	-12 149,86 zł
Poradnia Ginekologiczna dla Dzieci	-8 897,15 zł	-7 028,63 zł	-4 609,21 zł
Poradnia Patologii Noworodka	-6 144,11 zł	-4 521,86 zł	-4 312,99 zł
Poradnia Konsultacyjna dla Dzieci / Kontroli Rozwoju Noworodka	-9 031,18 zł	-5 547,60 zł	-3 852,71 zł
Szkoła Rodzenia	-20 220,40 zł	-16 419,94 zł	-8 963,82 zł
Poradnia Leczenia Bólu	-	-	616,54 zł
Poradnia Patologii Noworodka	-	-	2 885,62 zł

4.4. Analiza przyczyn wystąpienia trudnej sytuacji ekonomiczno – finansowej zakładu.

Przedstawiając sytuację Szpitala oraz przyczyny dla których Szpital znalazł się w trudnej sytuacji ekonomicznej należy odnieść się do lat poprzednich. W roku 2004 nastąpiło połączenie dwóch szpitali mających swą siedzibę w Tarnowskich Górach tj. Szpitala Powiatowego nr 1 z siedzibą przy ul. Opolskiej nr 21 oraz Wielospecjalistycznego Szpitala Rejonowego im. dr B. Hagera z siedzibą na ul. Pyskowskiej nr 47-51 który to przejął majątek trwały, obrotowy, wraz z zobowiązaniami i należnościami oraz z zasobami ludzkimi, mniejszej jednostki, jednakże mającej znacznie korzystniejszą sytuację ekonomiczną. Na podstawie Uchwały Rady Powiatu utworzony został Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy im. dr B. Hagera, z siedzibą na ul. Pyskowskiej 47-51. Przejęcie Szpitala Powiatowego miało odzwierciedlenie w Bilansie oraz Rachunku Zysków i Strat. Majątek trwały uległ zwiększeniu do 11 169 798,11zł

(o 4 658 946,17 zł) tj. o 71,55%, natomiast majątek obrotowy wzrósł do 4 779 021,53 tj. o 57,66%. Zmieniła się struktura aktywów, wzrósł majątek trwały do 70% z 62%- wzrost w wartościach pozycji: budynki budowle, urządzenia techniczne, maszyny. Wzrost kapitałów własnych uznać należy za pozytywny efekt zmian z uwagi na konsekwencje generowanych strat z lat ubiegłych dla wiarygodności szpitala względem instytucji finansowych.

Analizując wydajność rzeczowego majątku trwałego tj. określenie stopnia dopasowania jego wielkości w stosunku do uzyskiwanego obrotu, koszty ponoszone w związku z utrzymaniem jego poziomu, oraz uwzględniając fakt możliwości pokrycia tychże kosztów przez generowane obroty stwierdzić że w okresie diagnozy (lata 1999- 2002) poziom rzeczowego majątku trwałego można uznać za stabilny. W roku 2004 nastąpiło zwiększenie majątku rzeczowego o budynki i budowle oraz znacznie wzrosły przychody. O ile w 2001 r. każda złotówka zaangażowana w rzeczowy majątek trwały generowała 3,91 zł sprzedaży netto, o tyle w 2004r., w wyniku wzrostu majątku, złotówka generowała tylko 2,70 zł.

Analiza płynności zakładu wskazuje na poprawę wyników finansowych, a przez to wskaźników finansowych poprzez zwiększenie przychodów ze sprzedaży i ograniczenie niektórych kosztów rodzajowych (lata 2002-2003). Możliwości pokrycia zobowiązań majątkiem obrotowym wskazują iż najlepszym okresem pod tym względem okazał się rok 1999 tj. 119 % a następnie możliwości te ulegały obniżeniu do 36% w roku 2003 i wzrosły do 51% w roku 2004 co uznać należy za niewystarczające

Zarządzanie aktywami uznać należy za niezadowalające z powodu niezdolności do generowania środków pieniężnych jako efekt niskiego poziomu sprzedaży oraz dużych obciążeń finansowych. W roku 2004 nastąpiła poprawa w wyniku osiągnięcia lepszego wyniku finansowego

Rentowność prowadzonej działalności uznać należy za niezadowalającą. Przyczyną jest generowana strata w okresie analizy tj. w latach 1999-2004 wynikająca z niskich przychodów od głównego płatnika tj. Śląskiej Kasy Chorych / Narodowego Funduszu Zdrowia które nie pokrywały wysokich kosztów prowadzonej działalności.

Tendencja ta została częściowo zahamowana w roku 2004, wskaźniki rentowności uległy znacznej poprawie w wyniku lepszego wyniku osiągniętego na sprzedaży usług. Jest to korzystna tendencja spowodowana wzrostem przychodów ze sprzedaży w roku 2004.

Wskaźniki obrotowości inaczej aktywności gospodarczej odzwierciedlają sposób zarządzania zakładem. Tendencje wielkości środków pieniężnych zamrożonych w zapasach w porównaniu do pozostałych podmiotów w branży uznać należy za korzystną i świadczy to o lepszej gospodarce zapasami (od 7,6 dnia do 4,3dnia)

Wskaźnik zobowiązań w analizowanym okresie wskazują iż w coraz większym zakresie szpital korzystał z kredytu kupieckiego. Sytuacja ta ma bezpośredni związek ze strukturą finansowania majątku oraz wartością realizowanych świadczeń medycznych, odniesioną do przychodów z ich sprzedaży.

Widoczne są wahania i duży wzrost zobowiązań z tytułu wynagrodzeń i zobowiązań budżetowych, co znajduje bezpośrednie odzwierciedlenie w ich rotacji, która swym poziomem przewyższa średnie wskaźniki uzyskane w branży. Na koniec 2004 roku zobowiązania były spłacone średnio po 100 dniach od ich powstania.

Poziom zadłużenia na koniec roku 2004 znajduje się w ogólnie przyjętych wartościach 56%-57%. Aby uchronić się przed utratą płynności konieczne jest dążenie do poprawy rentowności działalności podstawowej, a w szczególności ograniczyć wielkość notowanych z roku na rok strat netto. Osiąganie tylko dodatnich wyników finansowych może odwrócić obserwowaną tendencję do wzrostu finansowania majątku funduszami obcymi. Działania jednorazowe, jak wpłaty zwiększające fundusze własne, dotacje, są krótkotrwałe i w długim okresie nie odwróca niekorzystnej struktury finansowania.

Szpital powinien dążyć do ograniczenia poszczególnych pozycji kosztów rodzajowych w celu poprawy działalności operacyjnej podstawowej. Szczególnie wysokim udziałem w obrocie odznaczają się koszty osobowe, które pochłaniają dużą część wypracowanego obrotu. Przy takim poziomie kosztów osobowych wystąpienie innych kosztów rodzajowych powoduje powstawanie straty na działalności operacyjnej.

W przypadku zakładu dodatni wynik finansowy na poziomie sprzedaży jest kluczowy z punktu widzenia rozwoju.

Nowelizacja ustawy z dnia 16 grudnia 1994 roku o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw, nakładająca na szpitale obowiązek zapewnienia wzrostu wynagrodzeń pracowników w latach 2001 – 2002 pogorszyła sytuację finansową placówki. Przedstawiona analiza wyniku finansowego Zakładu oraz stanu zobowiązań Zakładu wskazuje, że przyczyna pogarszającej się sytuacji finansowej prowadzącej do utraty płynności finansowej był sukcesywny wzrost zobowiązań. Na osiągnięty ujemny wynik finansowy składały się takie czynniki jak: przerost zatrudnienia, nie wprowadzanie ostrej polityki oszczędnościowej oraz zmian w strukturze kosztów i przychodów, słabe wykorzystanie istniejącego potencjału rzeczowego, w tym: łóżek szpitalnych oraz pomieszczeń, nie płacone za tzw. nadwykonania przez Śląską Kasę Chorych/NFZ, niedoszczacowanie kontraktów.

V. CZYNNIKI RYZYKA ZWIĄZANE Z FUNKCJONOWANIEM WIELOSPECJALISTYCZNEGO SZPITALA POWIATOWEGO IM. DR B. HAGERA

Ryzyko nieosiągnięcia planowanego poziomu usług

Strategia WSP im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach opiera się na przedstawieniu na rynku usług medycznych oferty znacznie przekraczającej dotychczas spotykane standardy zakresu i jakości. Dotyczy to zarówno samych usług, jak i infrastruktury szpitalnej. Wiąże się to nie tylko z zapewnieniem odpowiedniego wyposażenia medycznego, ale również z wdrożeniem i konsekwentnym stosowaniem szeregu procedur organizacyjno – medycznych. Konieczne stają się zakupy sprzętu i aparatury medycznej w celu poprawy jakości udzielanych świadczeń medycznych.

W przypadku niepowodzenia lub istotnych opóźnień w realizacji swoich planów Zakład nie będzie w stanie wyróżnić się znacząco od innych podmiotów działających na rynku usług medycznych tracąc znaczącą przewagę konkurencyjną.

Ryzyko uzależnienia od kluczowych płatników

W chwili obecnej dominującym płatnikiem na rynku usług medycznych jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Większość Zakładów Opieki Zdrowotnej uzależniona jest od finansowania w ramach kontraktów z NFZ. Szpitalowi udaje się skutecznie realizować założenia strategii dywersyfikacji przychodów, uzyskując wzrost przychodów.

Ryzyko zależności od kluczowego personelu

Ze względu na charakter i specyfikę działalności WSP im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach, niezwykle istotne dla sukcesu prowadzonych działań jest utrzymanie obecnego personelu medycznego, który pozwala zapewnić realizację świadczeń zdrowotnych. Szpital musi zapewnić współpracę odpowiednich specjalistów, w celu wykonywania wysokospecjalistycznych procedur. Ze względu na obecną sytuację na rynku WSP im. dr B. Hagera mogą wystąpić przejściowe problemy w pozyskiwaniu odpowiednich pracowników dla stałego, podstawowego personelu medycznego.

Wynagrodzenia lekarzy specjalistów są niskie, istnieje tendencja zmiany miejsca pracy i odchodzenia do innych placówek.

Ryzyko związane z wysokim zadłużeniem WSP im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach oraz jego bieżącymi wynikami

Sprawozdania finansowe WSP im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach wykazują stratę, niekorzystne wskaźniki płynności. W przekonaniu WSP im. dr B. Hagera realizacja opracowanej strategii pozyskiwania środków w celu finansowania zobowiązań, służy zapewnieniu Zakładowi bezpieczeństwa finansowego i pozwoli na znaczącą zmianę struktury bilansu.

Ryzyko zmiany przepisów prawa

Zmiany przepisów prawa oraz ich interpretacja, w szczególności w zakresie prawa podatkowego czy przepisów regulujących system publicznego finansowania opieki medycznej czy działanie spółek, mogą bezpośrednio lub pośrednio wywołać negatywne skutki dla WSP im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach w ramach prowadzonej przez siebie działalności. Jednym z ryzyk może być, związana z przystąpieniem Rzeczypospolitej Polskiej do Unii Europejskiej, konieczność stosowania oraz implementacji regulacji Unii Europejskiej. Stosowanie prawodawstwa Unii Europejskiej może spowodować niejasności w interpretacji przepisów, (np. dyżurów lekarskich) oraz niejednolite orzecznictwo sądów, w tym sądów administracyjnych.

Praktyka organów skarbowych, jak i orzecznictwo sądowe w sferze opodatkowania, nie są jednolite. W przypadku przyjęcia przez organy podatkowe odmiennej interpretacji przepisów podatkowych niż

zakładana przez WSP im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach, może on liczyć się z niekorzystnymi konsekwencjami wpływającymi na jego sytuację finansową, osiągane wyniki oraz perspektywy rozwoju. Prawo polskie zawiera zasady kontroli przepływu i transferu kapitału z i do Polski. Pomimo, że zasady te nie ograniczają obecnie możliwości transferu dochodów, w przypadku istotnych problemów ekonomicznych, takie ograniczenia mogą być wprowadzone.

Jako że WSP im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach działa na rynku usług medycznych, który w znacznym stopniu uzależniony jest od finansowania ze środków budżetowych, nie można wykluczyć ryzyka niekorzystnego wpływu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz aktów wykonawczych do tej ustawy, na sytuację finansową WSP im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach.

Ryzyko braku nowoczesnej infrastruktury

Szpital powstał ponad 30 lat temu. Istnieje konieczność dostosowania pomieszczeń do wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 74, poz. 366 z 1992 r.).

Szpital ma niewystarczające zasoby finansowe na dostosowanie się do wymogów w/w Rozporządzenia, w związku z tym konieczne jest pozyskiwanie zewnętrznych źródeł finansowania. Zaniechanie przeprowadzenia inwestycji stanowi zagrożenie dla funkcjonowania Szpitala w przyszłości.

Ryzyko związane z niedostateczną pomocą organu założycielskiego

Organem założycielskim dla WSP im. dr B. Hagera jest Powiat Tarnogórski, który nie dysponuje wystarczającymi dochodami własnymi, aby w znaczącym stopniu wspierać i współfinansować działalność Szpitala. Powiat w porównaniu do innych jednostek samorządu terytorialnego np. Gmin posiada strukturę dochodów opartą na subwencjach i dotacjach.

Czynniki ryzyka związane z otoczeniem, w jakim WSP im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach prowadzi działalność

Ryzyko makroekonomiczne

Na realizację założonych przez WSP im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach celów strategicznych i osiągane przez niego wyniki finansowe oddziałują między innymi czynniki makroekonomiczne, niezależne od WSP im. dr B. Hagera. Do takich czynników zaliczyć można: inflację, ogólną sytuację gospodarczą w Polsce, dynamikę produktu krajowego brutto, politykę podatkową czy też akcesję Polski do UE. Ewentualne niekorzystne zmiany parametrów makroekonomicznych mogą wpłynąć negatywnie na możliwości rozwojowe w WSP im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach.

Ryzyko związane ze zmianami w systemie opieki zdrowotnej

WSP im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach działa na rynku usług medycznych, który w znacznym stopniu uzależniony jest od finansowania ze środków budżetowych.

Należy jednak podkreślić, że:

- (i) spodziewane zmiany w systemie opieki zdrowotnej zmierzają w kierunku przynajmniej częściowego urynkwienia mechanizmów finansowania;
- (ii) WSP im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach dywersyfikuje swoje przychody pozyskując innych niż NFZ płatników.

Ryzyko konkurencji

WSP im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach działa na bardzo specyficznym rynku. Konkuruje o:

- kontrakty z NFZ;
- współpracę z innymi Zakładami Opieki Zdrowotnej, którym oferuje własną infrastrukturę;
- umowy z innymi podmiotami finansującymi usługi medyczne.

W każdym przypadku grupa konkurencyjnych podmiotów jest częściowo lub całkowicie odmienna. Inna jest również strategia WSP im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach. Tak szerokie zróżnicowanie działań WSP im. dr B. Hagera stawia mu wysokie wymagania, a sprostanie im stanowi istotny czynnik ryzyka.

Należy jednak podkreślić, że możliwość tak znacznej dywersyfikacji strumieni przychodów powinno mieć pozytywny wpływ na bezpieczeństwo finansowe WSP im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach.

Zaznaczyć należy, że bliskie otoczenie Szpitala nie stanowi konkurencji, natomiast dalsze jest mocno nasycone lecnictwem stacjonarnym (Bytom, Katowice, Chorzów, Piekary Śląskie). Odległość nie stanowi przeszkody dla pacjenta w wyborze Szpitala.

Uzależnienie od odbiorców lub dostawców

Uzależnienie od dostawców materiałów

Zakład nie jest uzależniona od dostawców materiałów. Udział żadnego z dostawców nie jest większy niż 10% kosztów ogółem Zakładu. Rynek zaopatrzenia w materiały medyczne jest bardzo konkurencyjny, w związku z czym nie istnieje ryzyko utraty źródeł zaopatrzenia.

Uzależnienie od dostawców usług

Zakład nie jest uzależniona od dostawców usług. Udział żadnego z dostawców nie jest większy niż 10% kosztów ogółem Zakładu.

Uzależnienie od odbiorców

Zaznaczyć należy, że z uwagi na sposób zorganizowania finansowania działalności służby zdrowia w Polsce znaczącym płatnikiem za świadczone usługi jest Narodowy Fundusz Zdrowia na mocy zawartego kontraktu.

Innymi źródłami finansowania przychodów za świadczone przez WSP im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach usługi są wpływy pochodzące od firm, indywidualnych pacjentów.

Informacje o stanie realizacji zobowiązań z tytułu „Ustawy 203”

Zobowiązania Zakładu wobec pracowników z tytułu wprowadzania „Ustawy z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw” (Dz. U. z 1995 r. Nr 1, poz. 2, późn. zm.) przedstawia się następująco:

Wg stanu na dzień 31.12.2004 zobowiązania wynosiły 1 819 376,63 zł. – łącznie z ZUS

Analiza SWOT Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach

Szanse

1. Starzenie się populacji, a co za tym idzie wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne.
2. Dobra opinia o jakości świadczeń WSP im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach.
3. Umiarkowana konkurencja.
4. Możliwość pojawienia się nowych grup pacjentów-turyści mieszkańcy innych regionów.
5. Możliwość poszerzenia i dywersyfikacji usług.
6. Przychylne nastawienie do zmian władz samorządowych.
7. Pozycja lidera na rynku lokalnym.
8. Zmniejszenie kosztów funkcjonowania.
9. Wprowadzenie odpłatnych świadczeń zdrowotnych.
10. Zapowiadany wzrost nakładów na służbę zdrowia.

Zagrożenia

1. Rosnąca i utrwalająca się konkurencja w postaci prywatnych praktyk lekarskich i niepublicznych ZOZ.
2. Brak stabilnych przepisów i warunków funkcjonowania opieki zdrowotnej.
3. Zbyt nisko oszacowane koszty procedur medycznych przez NFZ oraz niepłacenie za ponad limitowych pacjentów.
4. Niskie nakłady na ochronę zdrowia.
5. Podatność szpitala na recesję i wahania koniunktury, ze względu na zadłużenie.
6. Zmiany potrzeb i wymagań pacjentów.
7. Wyjazdy lekarzy i pielęgniarek do krajów Europy zachodniej.
8. Odejścia lekarzy do prywatnych jednostek.

Silne strony

1. Doświadczona i nowocześnie działająca kadra zarządzająca.
2. Wysoko wykwalifikowana kadra medyczna każdego szczebla.
3. Pracownicy identyfikują się ze szpitalem, są mu oddani.
4. Zadowoleni pacjenci ze świadczonych usług.
5. Różnicowanie przychodów: lecnictwo szpitalne, poradnie specjalistyczne, wynajem pomieszczeń.
6. Wprowadzanie systematycznej analizy kosztów.
7. Wprowadzanie zmian restrukturyzacyjnych.

Słabe strony

1. Brak środków finansowych na remonty, sprzęt, zmiany organizacyjne.
2. Niska rentowność.
3. Starzenie się, awaryjność sprzętu diagnostycznego oraz braki sprzętu na oddziałach.
4. Brak płynności finansowej.
5. Niska stopień informatyzacji szpitala.
6. Brak finansowego i niefinansowego systemu motywacji.
7. Nieprzejrzysty system wynagradzania i premiowania.
8. Niedostosowanie zmian w szpitalu do potrzeb pacjentów – starzenie się społeczeństwa.
9. Frustracje personelu spowodowane utrzymującą się atmosferą zmian – wolne tempo działań restrukturyzacyjnych.
10. Ograniczenia lokalowe.
11. Wysokie koszty utrzymania personelu.
12. Długi okres oczekiwania na zabiegi i badania.
13. Wysokie koszty dostosowania pomieszczeń do wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. „W sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej”.

VI. WSKAZANIE ZAMIERZONYCH DZIAŁAŃ ZAKŁADU, KTÓRE MAJĄ NA CELU POPRAWĘ SYTUACJI EKONOMICZNEJ

Działania naprawcze powinny kłaść nacisk zarówno na to, by „robić lepsze rzeczy” (to znaczy dokonać reorientacji w dotychczasowej działalności), jak i na to, by „robić rzeczy lepiej” (to znaczy usprawnić procesy).

Nie wydaje się możliwe, aby bezboleśnie usprawnić funkcjonowanie Szpitala w Tarnowskich Górach, ponieważ wszelkie zmiany niosą za sobą koszty.

Procesy restrukturyzacji w placówkach służby zdrowia wymagają od osób zatrudnionych: pracowników i ich reprezentantów (związków zawodowych) nowej wiedzy, otwartości na zmiany oraz szybkiej adaptacji do nowych warunków pracy.

Okres od momentu wprowadzenia reformy służby zdrowia charakteryzuje się szeregiem napięć pomiędzy zakładami opieki zdrowotnej, Oddziałami Narodowego Funduszu Zdrowia a Związkami Zawodowymi.

Kolejny rok to wiele negatywnych skutków odkładania w czasie lub niepodejmowania głębokich reform w funkcjonowaniu Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej.

Warto zauważyć, że niejednokrotnie szpitale posiadają budżety niewiele mniejsze lub porównywalne do budżetu jednostek samorządowych oraz są jednym ze znaczących pracodawców w powiecie. SP ZOZ powinien stosować nowoczesne metody zatrudniania oraz powinien posiadać odpowiednie wsparcie ze strony organu założycielskiego.

Realizacja strategii i zadań to konieczność ciągłego analizowania wyników swojej działalności, analizowania przyczyn istniejącego stanu rzeczy wprowadzenie zmian strategii działania, w szczególności stałe reagowanie na ciągle zmieniające się potrzeby klienta.

Działania te dotyczą wszystkich pracowników, a nie tylko kadry kierowniczej.

Konieczność dokonywania zmian w SP ZOZ powstaje w wyniku:

- a) zmiany strategii, celów, misji
- b) zmian w otoczeniu
- c) postępu technicznego, gospodarczego, naukowego.
- d) uwidocznionej niesprawności funkcjonowania szpitala.

Sprawne przeprowadzanie zmian wymaga odpowiedniej wiedzy, umiejętności, doświadczenia i postaw. Każda zmiana w początkowej fazie powoduje pewne zmniejszenie sprawności funkcjonowania przedsiębiorstwa. Aby uwidoczniły się pozytywne skutki wprowadzonej zmiany musi upłynąć pewien czas, właściwy dla danego przedsiębiorstwa. Każda kolejna zmiana powinna uwzględnić czynniki psychologiczne takie jak:

- obawa przed zmianami
- obawa utraty miejsca i roli w dotychczasowej strukturze
- nieznaną celów dokonywanych zmian
- niechęć do osób wprowadzających zmiany
- niedostrzeganie szans w nowych warunkach
- itd.

Przedstawione poniżej propozycje zmian dotyczą następujących obszarów:

- restrukturyzacji finansowej,
- restrukturyzacji zatrudnienia
- restrukturyzacji majątkowej

oraz przedstawiono wybrane elementy kosztów oraz ośrodków kosztów.

Analiza stanu obecnego oraz przedstawione propozycje działań uruchomią procesy służące docelowo poprawie sytuacji finansowej Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego w Tarnowskich Górach.

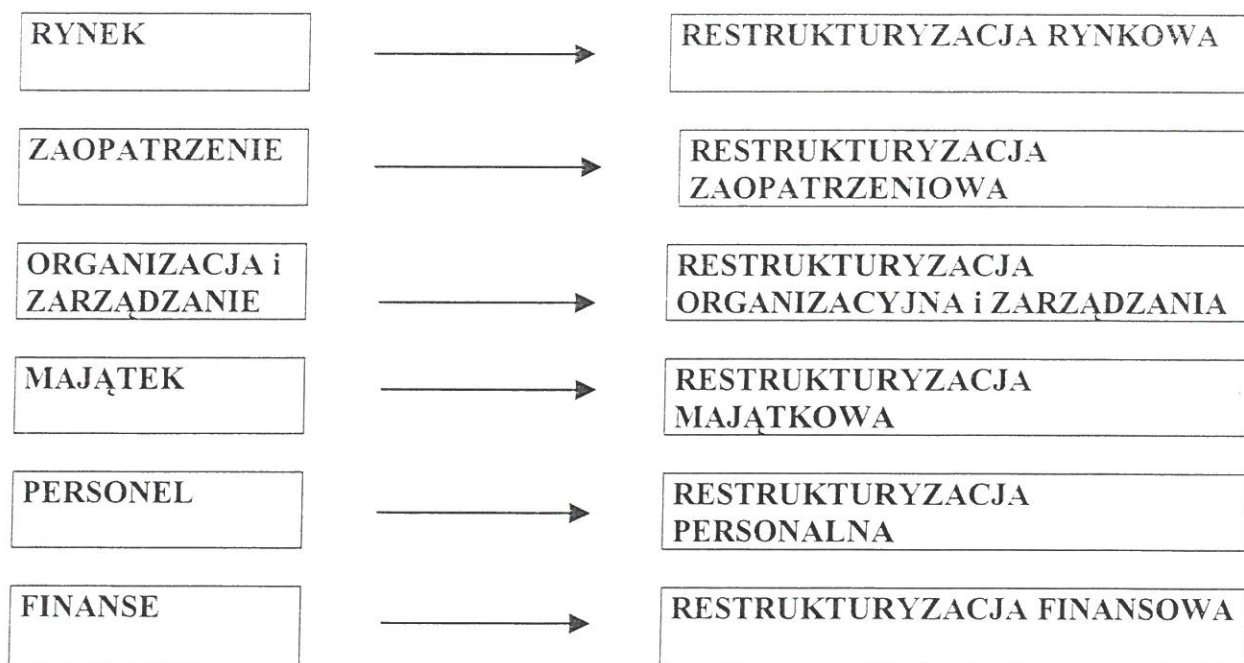
HARMONOGRAM WDRAŻANIA PROGRAMU NA LATA 2005-2010

I ETAP 2005-2006

- poprawa rentowności szpitala
- poprawa płynności finansowej
- możliwość obniżenia kosztów stałych poprzez stopniowe zmniejszanie zatrudnienia
- poprawa wykorzystania potencjału ludzkiego
- obniżenie liczby stanowisk kierowniczych
- możliwość uzyskania efektu skali
- poprawa wykorzystania aparatury, sprzętu medycznego i diagnostycznego
- zapewnienie kompleksowości usług medycznych (specjalistyka, leczenie stacjonarne)
- poprawa wizerunku (głównie ekonomicznego) szpitala w stosunku do wierzycieli, instytucji finansujących
- poprawa pozycji rynkowej szpitala (duże zmonopolizowanie usług)

II ETAP RESTRUKTURYZACJI 2007 – 2010 - przeprowadzane działania obejmują 6 obszarów działalności szpitala

STRUKTURY WYMAGAJĄCE RESTRUKTURYZACJI



Restrukturyzacja rynkowa polegać będzie na:

- opanowywaniu nowych rynków zbytu usług medycznych
- pozyskiwaniu nowych pacjentów
- dostosowanie asortymentu usług medycznych do zapotrzebowania społeczności powiatu
- poprawie dostępności i jakości produktów/ usług medycznych
- usprawnieniu form oddziaływania informacyjnego – promocja

Restrukturyzacja zaopatrzeniowa obejmować będzie:

- dalszą minimalizację zapasów wraz z określeniem ich minimalnych stanów
- dalsze wprowadzenie racjonalnej polityki lekowej (stałe monitorowanie i kontrolowanie zużycia leków, materiałów medycznych, środków opatrunkowych)
- organizowanie wspólnych przetargów na dostawy leków

Restrukturyzacja organizacyjna polegać będzie na:

- redukcji struktury organizacyjnej (likwidacja zbędnych komórek organizacyjnych)
- wydzieleniu pewnych działów niemedycznych i medycznych z jego struktury (outsourcing)
- wprowadzeniu budżetowania
- łączeniu lub/i redukcji stanowisk pracy
- unowocześnianiu systemów zarządzania poprzez informatyzację i komputeryzację ze środków funduszy strukturalnych
- usprawnieniu organizacji pracy

Restrukturyzacja majątkowa obejmować będzie:

- poprawę wykorzystania majątku poprzez wynajem zbędnych powierzchni podmiotom zewnętrznym
- przegląd i zagospodarowanie majątku nieproduktywnego
- sprzedaż zbędnego majątku
- modernizację posiadanego majątku
- zakupy nowego sprzętu i aparatury medycznej.

Restrukturyzacja personalna polegać będzie na:

- dalszej poprawie struktury zatrudnienia poprzez analizę potrzeb kadrowych
- wprowadzaniu systemów motywacyjnych
- poprawie organizacji pracy
- łączeniu lub redukcji stanowisk kierowniczych
- zwiększeniu rozpiętości kierowania
- wprowadzaniu innych niż umowa o pracę form zatrudnienia (np. kontrakty)
- dobór pracowników zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami do stanowisk pracy

Restrukturyzacja finansowa

Celem restrukturyzacji finansowej będzie:


1. Restrukturyzacja zadłużenia (uzyskanie pożyczki z Budżetu Państwa zgodnie z ustawą o pomocy publicznej i restrukturyzacji)
2. Odzyskanie płynności finansowej
3. Doprowadzenie do zbilansowania bieżących wydatków i dochodów, aby nie powiększać istniejącego długu
4. Odzyskanie zdolności kredytowej i wiarygodności instytucji finansujących

OKREŚLENIE CELÓW STRATEGICZNYCH NA LATA 2005 - 2010.

Cele główne skupią się na 4 głównych zamierzeniach:

1. Poprawa sytuacji ekonomicznej WSP im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach – uzyskanie ekonomicznej efektywności.
2. Sprawny, przyjazny oraz dostosowany do potrzeb pacjentów rodzaj usług zdrowotnych świadczonych przez WSP im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach, zgodny z polityką zdrowotną województwa śląskiego.
3. Poprawa wewnętrznych warunków świadczenia usług.
4. Opracowanie i wdrożenie nowoczesnych metod zarządzania- budżetowanie

Warunkiem koniecznym osiągnięcia celów głównych jest realizacja celów cząstkowych. Dla każdego celu cząstkowego powinien zostać określony czas realizacji.



Cel nr 1	Poprawa sytuacji ekonomicznej WSP im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach – optymalizacja kosztów prowadzenia działalności.
CELE CZĄSTKOWE / OPERACYJNE	1.1. Pozyskanie innych zewnętrznych źródeł finansowania.
	1.2. Dywersyfikacja dostaw.
	1.3. Zbilansowanie kosztów z przychodami.
	1.4. Tworzenie planów finansowych skoordynowanych z pozostałymi planami działalności operacyjnej.
	1.5. Monitorowanie wskaźników analizy finansowej WSP im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach.
	1.6. Zmniejszenie zatrudnienia i dostosowanie do aktualnych potrzeb
	1.7. Zmiany zasad wynagradzania

Cel nr 2	Sprawny, przyjazny oraz dostosowany do potrzeb pacjentów system usług zdrowotnych świadczonych przez WSP im. dr B. Hagera w Tarnowskich Górach.
CELE CZĄSTKOWE / OPERACYJNE	2.1. Rozwój nowych usług medycznych:
	2.2. Ograniczenie nierentownych usług :
	2.3. Doskonalenie świadczenia usług medycznych
	2.3.1. Lepsze wykorzystanie istniejącej aparatury medycznej
	2.3.2. Zakupy nowej aparatury medycznej (wg analizy zapotrzebowania).
	2.3.3. Wykorzystanie „potencjału medycznego” – zaangażowanie do diagnozowania trudnych i spornych przypadków autorytetów kadry medycznej pozostających na emeryturze (niski koszt – duży efekt i oszczędność).
	2.3.4. Współpraca kadry medycznej z instytucjami, osobami w tworzeniu i prowadzeniu działań promujących i prewencyjnych w odniesieniu do nasilających się lokalnych zagrożeń zdrowotnych.
	2.3.5. Stworzenie i wdrożenie systemu badania poziomu satysfakcji pacjentów.

Cel nr 3	Poprawa wewnętrznych warunków świadczenia usług.
CELE CZĄSTKOWE / OPERACYJNE	3.1. Zakup i wdrożenie systemów informatycznych wspomagających świadczenie usług.
	3.2. Poprawa rozwiązań logistycznych w zakresie gospodarki nieruchomościami, w tym transportu medycznego
	3.3. Zakup nowego sprzętu medycznego.
	3.4. Uczestnictwo w programach zdrowotnych i promocja zdrowia

Cel nr 4	Opracowanie i wdrożenie nowoczesnych metod zarządzania.
CELE CZĄSTKOWE / OPERACYJNE	4.1. Poprawa polityki personalnej.
	4.1.1. Prawidłowe rozmieszczanie pracowników poprzez sprawny i jasny system rekrutacji a następnie obsadzania i zwalniania stanowisk.
	4.1.2. Stworzenie i wdrożenie systemu motywacji pracowników. Motywacja finansowa poprzez jasny system wynagrodzeń i obiektywny system premiowania. Motywacja pozafinansowa – pochwały, awansowanie, uczestnictwo w ważnych decyzjach, ocena pracowników, itd.
	4.1.3. Doskonalenie i rozwój pracowników – szkolenia zawodowe
	4.1.4. Opracowanie systemu ocen pracowniczych
	4.2. Udoskonalenie przepływu informacji.
	4.2.1. Uporządkowanie kanałów informacji.
	4.2.2. Dzielenie informacji ze względu na ważność oraz odbiorców.
	4.3. Poprawa organizacji pracy:
	4.3.1. Jasny podział zadań, uprawnień i odpowiedzialności.

Realizacja wyżej wymienionych celów będzie możliwa jedynie w sytuacji pełnego zaangażowania całej organizacji oraz wykazania zrozumienia dla konieczności ich podjęcia.

6.1. Restrukturyzacja organizacyjna

Restrukturyzacja organizacyjna oraz funkcjonalna placówek służby zdrowia na terenie Powiatu Tarnogórskiego rozpoczęło się w roku 2004 kiedy nastąpiło połączenie dwóch szpitali. W chwili obecnej konieczne staje się dostosowanie struktury organizacyjnej, a więc zmian schematu organizacyjnego oraz zakresu działania wybranych komórek organizacyjnych do potrzeb.

Proponuje się:

- a) utworzenie nowych komórek organizacyjnych
- b) łączenie wybranych komórek organizacyjnych
- c) zmiany miejsca świadczenia usług medycznych
- d) centralizacja wykonywanych i świadczonych usług medycznych
- e) usprawnienie i poprawa jakości przekazywanych danych
- f) wydzielenie świadczonych obecnie usług podmiotom zewnętrznym
- g) likwidacja nierentownych ośrodków działalności podstawowej
- h) zmiana formy zatrudnienia lekarzy oraz zmian w systemie dyżurów medycznych

Konsekwencją zaproponowanych zmian jest przedstawienie propozycji nowego schematu organizacyjnego.

A. Utworzenie nowych komórek organizacyjnych

1. Utworzenie Działu Higieny Szpitalnej

Osobami do nadzoru i kontroli byliby: Pielęgniarka epidemiologiczna oraz Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno - Gospodarczych.

W skład grupy wchodziłyby salowe – przejęte przez tę komórkę (zdjęte z ewidencji oddziałów) oraz sprzątaczkę, sanitariusze.

Występujący różny stopień uciążliwości pracy na jednych oddziałach względem innych w chwili obecnej wymusza konieczność zatrudniania i przypisywania do komórek organizacyjnych osób (salowe, sprzątaczkę).

- 1) Ilość pracowników – 61 salowych, 8 sprzątarek, 16 sanitariuszy
- 2) Struktura organizacyjna
 - a) grupa transportowa
 - b) grupa sprzątająca
 - obsada stała
 - obsada ruchoma
 - c) kierownictwo
 - pielęgniarka epidemiologiczna (odpowiedzialna za utrzymanie właściwego stanu sanitarno-epidemiologicznego)
 - kierownik sekcji (odpowiedzialny za organizację pracy)

Zaleca się stosowanie np. innych kolorów fartuchów tj. inny przy czynnościach utrzymania czystości, inny przy posiłkach itd.

Proponuje się:

- 1) wyłączenie ze struktury Oddziałów salowych
- 2) podporządkowanie do nowej komórki organizacyjnej
- 3) zmiany angażu

Korzyści wynikające z dokonania zmian:

- elastyczność zatrudnienia, np. w przypadku braków kadrowych istnieje możliwość przesunięć,
- zwiększenie kontroli rozchodu środków czystości
- zwiększenie dyscypliny pracy, ustalenie tzw. fotografii dnia pracy
- dostosowanie zatrudnienia do potrzeb Szpitala

Ul. Pyskowska

L.p.	Ośrodek medyczny	Obecne zatrudnienie salowych	Powierzchnia w m ²	Ilość m ² /osobę
1	Oddział Internistyczny	5	464,40	92,88
2	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	2	327,60	163,80
3	Oddział Neurologii	4	420,50	105,13
4	Oddział Psychiatryczny	4	1 222,80	305,70
5	Oddział Pediatryczny	5	667,10	133,42
6	Oddział Ginekologiczno-Położniczy	12	1 196,50	99,71
7	Oddział Noworodkowy	3	108,90	36,30
8	Oddział Chirurgiczny I	3	475,65	158,55
9	Oddział Chirurgiczny II	3	523,00	174,33
10	Oddział Okulistyczny	3	457,40	152,47
11	Oddział laryngologiczny	3	414,00	138,00
12	Pododdział Chemioterapii	1	79,60	79,60
Razem		48	6 357,45	132,45

Ul. Opolska

L.p.	Ośrodek medyczny	Obecne zatrudnienie salowych	Powierzchnia w m ²	Ilość m ² /osobę
1	Oddział Internistyczny	7	913,88	130,55
2	Oddział Urologiczny	3	340,64	113,55
3	Poradnia Kardiologiczna - endokrynologiczna	1	51,06	51,06
4	Blok operacyjny (urologia)	1	79,39	79,39
5	Ogólna izba przyjęć	2	437,20	218,60
Razem		14	1 822,17	130,14

2. Utworzenie na bazie Oddziału neurologicznego 6- łózkowego pododdziału udarowego

Celem utworzenia pododdziału jest poprawa kondycji finansowej oddziału neurologii który dziś generuje straty oraz podniesienie standardu świadczonych usług i możliwość pozyskania dodatkowego kontraktu z NFZ.

3. Uruchomienie pracowni tomografii komputerowej

Celem uruchomienia pracowni jest uniezależnienie się od zewnętrznych świadczeniodawców i możliwość pozyskania dodatkowego kontraktu z NFZ.

4. Uruchomienie SOR

Planowane po wejściu z w życie ustawy o ratownictwie medycznym tj. 2006 rok.

5. Utworzenie Oddziału / Zakładu Opieki nad osobami cierpiącymi na zaniki pamięci – szczególnie z chorobami Alzheimera.

6 Utworzenie ZOL – aktualnie brak zgody na kontraktowanie świadczeń

B. Łaczenie wybranych komórek organizacyjnych

- Łaczenie Oddziałów Chirurgia I i Chirurgia II

Oddział	Wykorzystanie łóżek			Średni pobyt pacjenta			Liczba pacjentów		
	2002 r.	2003 r.	2004 r.	2002 r.	2003 r.	2004 r.	2002 r.	2003 r.	2004 r.
Chirurgia I	81,3	84,4	81,8	6,2	5,8	4,8	1132	1203	1278
Chirurgia II	75,3	66,1	73,3	11,2	10,4	9,9	889	877	1028

Oddział	Wynik finansowy			Rentowność		
	2002 r.	2003 r.	2004 r.	2002 r.	2003 r.	2004 r.
Chirurgia I	-33 549,81 zł	193 379,65 zł	104 086,96 zł	-1%	8%	5%
Chirurgia II	-239 717,88 zł	-361 554,87 zł	-310 241,12 zł	-13%	-21%	-25%

W wyniku połączenia nastąpi ograniczenie liczby łóżek z 76 do 64 oraz likwidacja:

- 1 r.et. ordynatora
- 1 funkcji z-ca ordynatora
- ograniczenie liczby dyżurów

- Połączenie laboratorium z ul. Opolskiej z laboratorium z ul. Pyskowickiej

1. Sprzet - przy założeniu niskiej awaryjności posiadanego sprzętu ilość aparatów jest wystarczająca do prawidłowego funkcjonowania laboratorium, (część aparatury jest dzierżawiona, a ponadto istnieją jeszcze wolne moce przerobowe (istnieje możliwość zwiększenia ilości wykonywanych badań np. na zewnątrz w celu pozyskania dodatkowych środków finansowych). Większość aparatów jest w pełni automatycznych z wyjątkiem Epolli w laboratorium przy ulicy Opolskiej.
2. Funkcjonowanie dwóch laboratorium z dwoma kierownikami znacznie utrudnia zarządzanie oraz działalność marketingową laboratorium. Proponuje się przeprowadzić zmiany organizacyjne polegające na utworzeniu na bazie dwóch laboratorium jednego zakładu diagnostyki laboratoryjnej z jednym kierownikiem i jednym zastępcą kierownika. W ten sposób uzyskamy oszczędności osobowe polegające na likwidacji dodatków funkcyjnych jednego kierownika.
3. W związku z automatyzacją pracy należy rozważyć redukcję etatów techników analityki o co najmniej 5 r.etat
4. Zmniejszenie zatrudnienia o 1 r.etat pomocy laboratoryjnej
5. Nie ma istotnych przesłanek, aby utrzymywać liczne stanowiska kierowników pracowni, którzy pobierają dodatki funkcyjne w wysokości 20 % wynagrodzenia zasadniczego.
6. Nie jest wskazane dublowanie badań(wykonywanie takich samych badań w obu laboratoriach). Obecne standardy wskazują na tendencję do jak największej centralizacji analityki.

7. W przypadku utrzymania części laboratorium w formie punktu pobrań na ul. Opolskiej na potrzeby zewnętrzne i oddziału wewnętrznego konieczne staje się zapewnienie ciągłości pracy tj. utrzymanie zatrudnienia dla 4 techników analityki
8. Wskazane byłoby zwiększenie asortymentu wykonywanych badań zwłaszcza hormonalnych i markerów nowotworowych.
9. Należy rozwijać marketing w celu pozyskiwania potencjalnych odbiorców tzw. płatnych badań analitycznych

- Połączenie Działu Kadr z Działem Plac

Proponuje się podległość pod Dyr. Ds. Administracyjno - Gospodarczych.

Istnieje konieczność dostosowania programów informatycznych, obecnie funkcjonujące nie spełniają wymaganych funkcji i zafalszowują koszty poszczególnych komórek organizacyjnych.

Maksymalne zatrudnienie do 4 osób.

- Utworzenie Zakładu Diagnostyki Obrazowej

Celem działania jest skupienie w jednej komórce organizacyjnej ośrodków spełniających podobny charakter tj. RTG, mammografia, USG, itd.

- Połączenie Poradni Neonatologicznej z Poradnią Wad Rozwoju Noworodka

C. Zmiana miejsca świadczenia usług medycznych

Przeniesienie Oddziału Urologii z ul. Opolskiej na ul. Pyskowską.

D. Centralizacja wykonywanych i świadczonych usług medycznych

Skupienie w jednym miejscu Poradni specjalistycznych (ul. Opolska - budynek pralni) wraz z utworzeniem Centralnej Rejestracji. Zatrudnienie – zmniejszenie zatrudnienia rejestratorek i innego personelu

E. Usprawnienie i poprawa jakości przekazywanych danych

Koniecznym staje się ujednolicenie systemów informatycznych (kadry, płace). Przekazywane dane nie odzwierciedlają przyporządkowania kosztów – szczególnie wynagrodzeń i pochodnych do właściwych komórek organizacyjnych.

F. Wydzielenie świadczonych obecnie usług podmiotom zewnętrznym

Rozwiązania typu outsourcing charakteryzuje się wydzieleniem części działalności ze struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa. W założeniu decyzje takie muszą przynosić korzyści dla SP ZOZ z chwilą obecną (dany rok) jak również w przyszłości poprzez właściwe zapisy w zawartych umowach, właściwie skalkulowane ceny.

Korzyściami dla placówki służby zdrowia powinny być m. in.:

- sprawniejsza niż dotychczas usługa
- tańsza niż dotychczas, a więc oszczędność
- zmniejszenie liczby pracowników – przejęcie przez firmę zewnętrzną

- korzyści wynikające ze zmniejszenia kosztów pracy.
- możliwość dodatkowych dochodów z tytułu wynajmu pomieszczeń, dzierżawy sprzętu
- oszczędności na pochodnych kosztów z tytułu zatrudnienia pracowników (BHP, środki czystości, absencja chorobowa, zastępstwa podczas nieobecności itd.)

Obszary, w których istnieje możliwość przekazywania usług na zewnątrz:

- a) pralnia,
- b) kuchnia,
- c) utrzymanie czystości wraz z dezynfekcją powierzchni, transport wewnątrzszpitalny, utrzymanie terenów zewnętrznych,
- d) diagnostyka laboratoryjna, diagnostyka obrazowa,
- e) usługi transportu sanitarnego,
- f) remonty,
- g) ochrona,
- h) wywóz i utylizacja odpadów komunalnych,
- i) obsługa portierni wraz z obsługą centrali telefonicznej,
- j) całościowe kontraktowanie danej specjalności,
- k) usługi księgowe i kadrowe,
- l) zabezpieczenie dyżurów medycznych.

Przekazanie usług podmiotom zewnętrznym poprzedzić musi analiza kosztów i opłacalności takich zmian dla SP ZOZ. Wskazane i sugerowane jest, aby najpierw podjąć trud redukcji kosztów, a dopiero później podjąć decyzje o wydzieleniu.

W przypadku Kuchni z uwagi na konieczność zainwestowania w wyposażenie wskazane jest poszukanie specjalistycznej firmy, która przejęłaby kuchnię, wyremontowała i dostosowała do obowiązujących standardów

Innym rozwiązaniem jest tzw. „catering” czyli gotowe posiłki w pojemnikach i tackach trafiają do pacjentów. Mogłoby to być formą przejściową do czasu ewentualnego przejęcia kuchni przez zewnętrzny podmiot. Zmiana tej formy zabezpieczenia potrzeb żywienia pacjentów wymaga stopniowego wprowadzania oraz rachunku ekonomicznego.

Innym rozwiązaniem jest pozyskanie przez szpital zewnętrznych źródeł – dotacje, pożyczka na wyremontowanie i prowadzenie działalności własnej bądź outcoursingowej.

Jedną z korzyści to możliwość zagospodarowania budynku i wprowadzenie nowych usług medycznych.

G. Restrukturyzacja nierentownych obecnie ośrodków działalności medycznej

Decyzja o restrukturyzacji a nawet docelowo likwidacji, o zaprzestaniu świadczenia niektórych usług musi być poparta rzetelną analizą. Nie zaleca się aby do końca 2005 roku dokonywać takich zmian. Konieczne jest aby przeanalizować w szczególności sposoby przypisywania kosztów do danych komórek organizacyjnych, a także rozważać możliwość i tendencje w najbliższym otoczeniu (pacjenci, konkurencja) do zapotrzebowania na ten rodzaj świadczeń.

Zestawienie rentowności i wyników finansowych wybranych Oddziałów szpitalnych

Poniższe zestawienie przedstawia wyniki finansowe Wielospecjalistycznego Szpitala Rejonowego w latach 1999 – 2003. Rok 2004 odzwierciedla wyniki finansowe Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego utworzonego w wyniku połączenia Szpitala Powiatowego nr 1 z Wielospecjalistycznym Szpitalem Rejonowym.

Zestawienie rentowności – ul. Pyskowicka

Wyszczególnienie	Rok 2002	Rok 2003	Rok 2004
Oddział Neurologiczny	4,90%	-14,68%	-9,97%
Oddział Pediatryczny	-13,13%	-2,69%	-10,63%
Oddział Chirurgiczny II	-13,46%	-24,61%	-21,44%
Oddział Otolaryngologiczny	-5,52%	-5,12%	-6,30%
Pododdział Chemioterapii	-17,59%	-30,14%	-69,98%

Zestawienie rentowności – ul. Opolska

Wyszczególnienie	Rok 2002	Rok 2003	Rok 2004
Oddział wewnętrzny / Internistyczny II	-3,40%	-14,94%	-0,55%

Zestawienie wyników finansowych – ul. Pyskowicka

Wyszczególnienie	Rok 2002	Rok 2003	Rok 2004
Oddział Neurologiczny	72 585,92 zł	-174 321,23 zł	-122 563,93 zł
Oddział Pediatryczny	-232 038,94 zł	-47 929,97 zł	-174 417,92 zł
Oddział Chirurgiczny II	-239 717,88 zł	-361 554,87 zł	-310 241,12 zł
Oddział Otolaryngologiczny	-51 421,69	-45 968,30	-52 780,52
Pododdział Chemioterapii	-67 867,51	-80 093,51	-184 211,01 zł

Zestawienie wyników finansowych – ul. Opolska

Wyszczególnienie	Rok 2002	Rok 2003	Rok 2004
Oddział wewnętrzny / Internistyczny II	-70 746,98 zł	-288 535,44 zł	-12 036,39 zł

Zestawienie rentowności i wyników finansowych wybranych Poradni specjalistycznych

Zestawienie rentowności – ul. Pyskowska

Wyszczególnienie	Rok 2002	Rok 2003	Rok 2004
Poradnia Ginekologiczna	-149.82%	-159.71%	-59.28%
Poradnia Ginekologiczna dla Dzieci	-124.38%	-657.19%	-273.17%
Poradnia Andrologiczna	-505.02%	-961.16%	-172.16%
Poradnia Neurologiczna	-78.08%	-89.94%	-35.13%
Poradnia Chirurgii Ogólnej	-20.05%	-7.58%	-38.83%
Poradnia Otolaryngologiczna	-68.44%	-75.86%	-82.24%
Poradnia Zdrowia Psychicznego	32.23%	26.01%	-94.43%
Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci	-26.75%	-17.32%	-28.81%
Poradnia Leczenia Niepłodności	100.00%	100.00%	-407.13%
Poradnia Neonatologiczna	-19.58%	-55.46%	-55.34%
Poradnia Patologii Ciąży	-149.81%	-252.82%	-119.86%

Zestawienie rentowności – ul. Opolska

Wyszczególnienie	Rok 2002	Rok 2003	Rok 2004
Poradnia Proktologiczna	-16.29%	-18.76%	-27.08%
Poradnia Kardiologiczna	-23.74%	0.78%	-11.93%
Poradnia Endokrynologiczna	0.80%	-8.03%	-34.40%
Poradnia Urologiczna	-27.93%	-21.36%	-71.19%
Poradnia Chorób Kobięcych	-7.87%	-27.40%	-39.29%
Poradnia Gastrologiczna	9.46%	10.34%	-21.01%
Poradnia Andrologiczna	-351.98%	-489.99%	-265.17%
Poradnia Chorób Piersi	-19.59%	-29.64%	-49.39%
Poradnia Ginekologiczna dla Dzieci	-388.86%	-283.56%	-448.41%
Poradnia Patologii Noworodka	-53.71%	-49.98%	-92.25%
Poradnia Konsultacyjna dla Dzieci / Kontroli Rozwoju Noworodka	-138.94%	-90.47%	-233.37%

Zestawienie wyników finansowych – ul. Pyskowska

Wyszczególnienie	Rok 2002	Rok 2003	Rok 2004
Poradnia Ginekologiczna	-44 774,32 zł	-30 755,07 zł	-38 731,90 zł
Poradnia Ginekologiczna dla Dzieci	-3 863,20 zł	-6 585,00 zł	-9 399,12 zł
Poradnia Andrologiczna	-9 494,23 zł	-11 168,67 zł	-5 741,54 zł
Poradnia Neurologiczna	-34 451,47 zł	-30 215,23 zł	-13 039,10 zł
Poradnia Chirurgii Ogólnej	-42 177,91 zł	-15 951,95 zł	-52 662,05 zł
Poradnia Otolaryngologiczna	-24 325,29 zł	-23 883,63 zł	-29 915,02 zł
Poradnia Zdrowia Psychicznego	8 825,81 zł	7 216,85 zł	-19 287,50 zł
Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci	-1 251,80 zł	-1 007,82 zł	-2 893,27 zł
Poradnia Leczenia Niepłodności	1 876,00 zł	994,00 zł	-6 275,46 zł
Poradnia Neonatologiczna	-1 171,67 zł	-2 365,78 zł	-5 184,39 zł
Poradnia Patologii Ciąży	-6 921,34 zł	-10 423,76 zł	-6 543,66 zł

Zestawienie wyników finansowych – ul. Opolska

Wyszczególnienie	Rok 2002	Rok 2003	Rok 2004
Poradnia Proktologiczna	-4 571,52 zł	-4 329,73 zł	-2 006,65 zł
Poradnia Kardiologiczna	-65 336,73 zł	2 134,65 zł	-12 348,77 zł
Poradnia Endokrynologiczna	880,47 zł	-8 275,49 zł	-14 185,37 zł
Poradnia Urologiczna	-41 987,91 zł	-26 771,49 zł	-32 296,78 zł
Poradnia Chorób Kobięcych	-7 158,94 zł	-21 176,75 zł	-14 947,36 zł
Poradnia Gastrologiczna	9 110,88 zł	8 980,80 zł	-9 127,20 zł
Poradnia Andrologiczna	-21 477,60 zł	-18 989,72 zł	-8 015,64 zł
Poradnia Chorób Piersi	-12 173,16 zł	-17 032,39 zł	-12 149,86 zł
Poradnia Ginekologiczna dla Dzieci	-8 897,15 zł	-7 028,63 zł	-4 609,21 zł
Poradnia Patologii Noworodka	-6 144,11 zł	-4 521,86 zł	-4 312,99 zł
Poradnia Konsultacyjna dla Dzieci / Kontroli Rozwoju Noworodka	-9 031,18 zł	-5 547,60 zł	-3 852,71 zł

H. Zmiana formy zatrudnienia lekarzy oraz zmiana w systemie dyżurów medycznych

- 1) Proponuje się zmianę formy zatrudnienia lekarzy w przypadku pełnienia dyżurów medycznych poprzez umowy cywilnoprawne a docelowo przejście na tzw. kontrakty
- 2) Skrócenie czasu pełnienia dyżurów medycznych

Przykład

Oddziały szpitalne

W danym roku średnio:

- 110 dyżurów, to dyżury niedziela, sobota, święta (po 24 godziny)
- 225 dyżurów zwykłych, od 14,35 do 7,00 (po 16,25 godziny na dobę)

Zlikwidowanie jednego dyżuru na jednym oddziale to oszczędność w skali roku:

110 dyżurów x 24 godziny x 28,21 zł (średnia stawka dyżuru świątecznego) = 74 474,40 zł

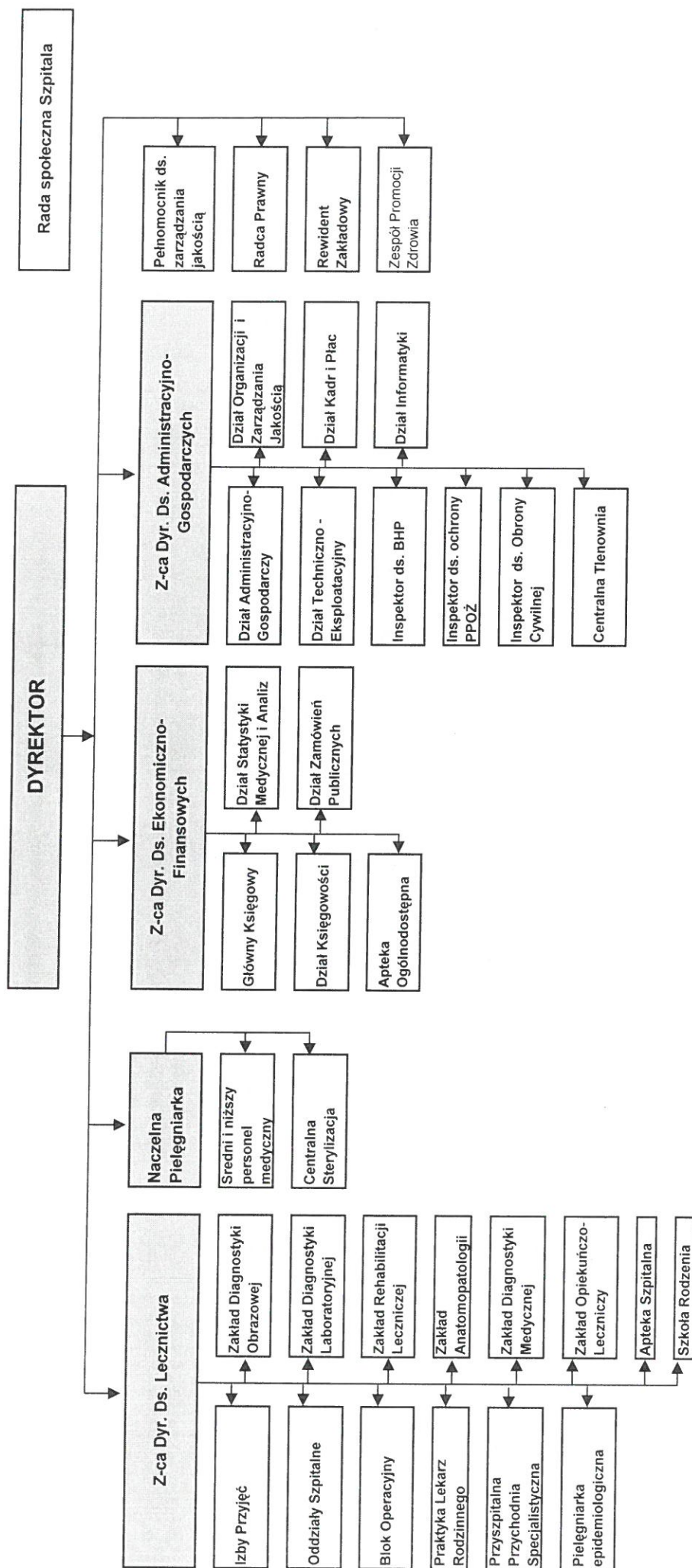
225 dyżurów x 16,25 godziny x 19,35 zł (średnia stawka dyżuru zwykłego) = 80 181,56 zł

Ogółem: 74 474,40 zł + 80 181,56 zł = 154 655,96 zł (rocznie)

3. Połączenie dyżurów lekarskich na dwóch oddziałach, znajdujących się na tych samych piętrach

Propozycja schematu organizacyjnego Wiospecialistycznego Szpitala Powiatowego im. dr. B. Hagera w Tarnowskich Górach

Schemat organizacyjny Wiospecialistycznego Szpitala Powiatowego im. dr. B. Hagera w Tarnowskich Górach



6.2. Restrukturyzacja majątkowa

WSP świadczy usługi na terenie Tarnowskich Gór w obiektach na ul. Pyskowskiej oraz na ul. Opolskiej. Posiada majątek obrotowy i trwały, na który składają się: grunty, budynki, budowle, urządzenia techniczne, maszyny, środki transportu oraz inny majątek.

W wyniku konsolidacji działalności medycznej nastąpiło łączenie komórek organizacyjnych i tak np.:

- przeniesiono oddział ginekologiczno – położniczy z ul. Opolskiej na ul. Pyskowską.

Planowane jest:

- przeniesienie oddziału urologicznego z ul. Opolskiej na ul. Pyskowską
- przeniesienie poradni specjalistycznych do wyremontowanego budynku po pralni na ul. Opolskiej, a tym samym scentralizowanie usług specjalistycznych.

Rozważyć należy przy tym uruchomienie przy poradniach specjalistycznych Apteki.

Rozpatrując stan obiektów znajdujących się na ul. Opolskiej oraz na ul. Pyskowskiej rozważyć należy różnicę w poniesionych nakładach inwestycyjnych. Przeprowadzona termomodernizacja na ul. Opolskiej znacząco obniżyła koszty eksploatacji.

Koszty eksploatacji kotłowni

Przed modernizacją: - 365 737,93 zł - okres I-XII 2002 r.

Po modernizacji: - 183 812,50 zł - planowane w okresie I-XII 2005 r.

Z uwagi na korzyści wynikające z przeprowadzenia termomodernizacji tj. docieplenia budynku, wymiany okien, wymiany kotłów i instalacji C.O. zaplanowano przeprowadzenie termomodernizacji na ul. Pyskowskiej w latach 2006 – 2007. Łączny koszt szacuje się na ok. 8 mln. zł.

W wyniku zmian lokalowych przy ul. Opolskiej część obiektów, w tym budynek główny posiadać będzie wolne pomieszczenia. Zaplanowano zagospodarowanie tych pomieszczeń na wynajem na działalność nie stanowiącą konkurencji dla WSP. Symulowane roczne przychody w przypadku wynajęcia całej powierzchni budynku głównego wyniosłyby: $1797,64\text{m}^2 \cdot 15\text{zł/m}^2 = 26\,964,6\text{ zł/miesiąc}$; tj. 323 575,20 zł/rok.

Celem skutecznych działań związanych z dzierżawą pomieszczeń jest uzyskanie przychodu, którego minimum określają ponoszone koszty eksploatacji obiektów.

Do zagospodarowania przez szpital lub docelowo najmu proponuje się też budynek byłej administracji szpitala wraz z kuchnią na ul. Opolskiej.

Sprzęt medyczny

Istotna kwestia dla funkcjonowania WSP oraz konkurencyjności jest nowoczesny sprzęt i aparatura medyczna. Rozpoczęto prace nad klasyfikacją, podziałem posiadanego sprzętu wg. kryteriów określonych poniżej oraz oceny jego przydatności dla dalszego wykorzystania. Określenie stanu aktualnego umożliwi określenie potrzeb inwestycyjnych.

Analiza stanu technicznego urządzeń medycznych będzie oparta na kryterium wieku urządzeń. Kryterium to wydaje się dostatecznie reprezentatywne, gdyż w przypadku urządzeń medycznych ich zużycie techniczne – nawet w przy intensywnej eksploatacji – stanowi mniejszy problem i mniej reprezentatywny wskaźnik starzenia się niż zużycie moralne. Wynika to z pojawienia się na rynku nowych modeli urządzeń, w których wprowadzane są innowacje i nowe rozwiązania techniczne.

Powszechnie przyjmuje się, że czas „życia” urządzeń medycznych wynosi około 8 lat. Jest to okres czasu, po którym na pewno pojawiają się nowe modele urządzeń. Ponadto czynnikiem wymuszającym wymianę

urządzeń jest dostępność do części zamiennych. W wielu przypadkach, przy starszych urządzeniach koszt części zamiennych i koszt wykonania stosunkowo prostej naprawy może być porównywalny z ceną nowego urządzenia.

Bazując na powyższych założeniach, zostanie dokonany podział urządzeń medycznych na 4 grupy wiekowe:

GRUPA I. Urządzenia w wieku 0 - 3 lat. Są one w bardzo dobrym stanie technicznym i nie wymagają poważnych działań serwisowych. Ponadto, część z nich pozostaje w okresie gwarancji, a ich serwisowanie jest bezpłatne.

GRUPA II. Urządzenia w wieku 4 – 8 lat. Urządzenia w dobrym stanie technicznym, wymagają działań serwisowych mieszczących się w standardach kosztów obsługi, zatem ich niezawodność, powtarzalność wyników i bezpieczeństwa eksploatacji nie budzą zastrzeżeń.

GRUPA III. Urządzenia w wieku 9 – 11 lat. Urządzenia częściowo wyeksploatowane, wymagają intensywnego i w wielu przypadkach kosztownego serwisu technicznego. Niezawodność, powtarzalność wyników i bezpieczeństwa eksploatacji urządzeń z tej grupy zaczynają budzić zastrzeżenia. Użytkownik powinien przygotować się do ich planowej wymiany na urządzenia nowszej generacji lub innego typu.

GRUPA IV. Urządzenia w wieku 12 lat i więcej. Urządzenia kwalifikujące się do wymiany w przypadku wystąpienia poważniejszej niesprawności. Wskazania do wymiany tych urządzeń są:

- bezpieczeństwo pacjenta i obsługi;
- wiarygodność wyników diagnostycznych lub skuteczność terapii;
- bardzo wysoki koszt serwisu;
- niemożność dostępu do oryginalnych części zamiennych.

System informatyczny

Opis systemów informatycznych przedstawiono w części II.

Zainstalowane są różne programy informatyczne, które nie są ze sobą kompatybilne.

Przy ul. Pyskowskiej są zainstalowane: Pakiet Świadczeniodawcy, Infomedica 2000 (zawiera moduły 1. finansowo-księgowo-kosztowy, 2. Rejstr sprzedaży, 3. środki trwałe, 4. Gospodarka magazynowa) Program KADRY nie jest kompatybilny z systemem placowym i PŁATNIKIEM, działa w systemie DOS, nie jest aktualizowany, przez co nie spełnia wymogów wynikających z przepisów prawa pracy. Program PŁACE działa tylko z PŁATNIKIEM i z bankowością elektroniczną

Przy ul. Opolskiej działa Program systemowy MEDIQUUS

Takie zróżnicowanie programowe nie pozwala na oszczędność pracy i etatów, a co za tym idzie i kosztów.

Każdy z nich wymaga obsługi ludzkiej i niejednokrotnie te same dane są wpisywane w trzech różnych miejscach do różnych programów, co może być przyczyną wielu pomyłek w tych samych danych, dotyczących tego samego zdarzenia. Efektem tego może być nieprawidłowe przypisywanie kosztów do niektórych komórek organizacyjnych.

**Plan remontów i inwestycji dla Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego im. Dr. B. Hagera
w Tarnowskich Górach na lata 2005 – 2010**

Lp.	OPIS ZADANIA	PLANOWANE KOSZTY REMONTÓW BIEŻĄCYCH W TYŚ. ZŁ NA LATA					
		2005	2006	2007	2008	2009	2010
1	Naprawa i smolowanie pokrycia papowego na budynkach	20	14				
2	Remont nawierzchni dróg i placów		10	10	10	10	10
3	Wymiana wykładzin podłogowych	40	19	21	10	10	10
4	Malowanie pomieszczeń	60	30	30	30	30	30
5	Remont pomieszczeń	25	20	25	20	20	20
6	Remont ogrodzenia posesji szpitala	20	5	2	2	2	2
7	Remont pęknięć ścian budynku psychiatrii	20					
8	Ekspertyzy, badania i pomiary	15	12	10	10	10	10
9	Naprawa aparatury medycznej	150	150	150	150	150	150
10	Konservacje - dźwigi i telefony	35	35	35	35	35	35
11	Remont schodów, estakad, podjazdów i ramp	2	3	3	3	3	3
12	Remont oświetlenia terenu	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
13	Zakupy materiałów i narzędzi	20	20	20	20	20	20
14	Awarie	20	20	20	20	20	20
RAZEM		427,5	338,5	326,5	310,5	310,5	310,5

Lp.	OPIS ZADANIA	PLANOWANE KOSZTY REMONTÓW KAPITAŁNYCH W TYŚ. ZŁ NA LATA					
		2005	2006	2007	2008	2009	2010
1	Wymiana pokrycia papowego na termozgrzewalne		28	50	40	56	40
2	Wymiana dachu rozdzielni elektrycznej	20					
3	Remont czerpni powietrza		5				
4	Remont stacji wodociągowej (hydroforni)		50	150			
RAZEM		20	83	200	40	56	40

Lp.	OPIS ZADANIA	PLANOWANE KOSZTY ZAKUPÓW URZĄDZEŃ TECHNICZNYCH W TYŚ. ZŁ NA LATA						UWAGI
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	
1	Zakup i montaż agregatu prądotwórczego		200					OT I kw 2006
2	Zakup i montaż centrali telefonicznej	29						OT III kw 2005
3	Inne		10	10	10	10	10	
	RAZEM	29	210	10	10	10	10	

Lp.	OPIS ZADANIA	PLANOWANE KOSZTY INWESTYCJI W TYŚ. ZŁ NA LATA						UWAGI Źródło finansowania
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	
1	Przystosowanie pomieszczeń dla urologii	270						Starostwo Powiatowe
2	Termomodernizacja		4000	4000				Fundusze ekologiczne, dotacja pożyczki, śr. własne
	Dokumentacja techniczna	300						
3	Dobudowa bloku operacyjnego		4000	4000				Fundusze Europejskie 85%, Starostwo Powiatowe 15%
	Dokumentacja techniczna		250					Emisja Obligacji
4	Modernizacja pracowni RTG	10	10					środki własne
5	Realizacja zadania pn.: "Ruch chorych system do obiegu informacji medycznej"		500	500				ZPORR 75%, Starostwo Powiatowe 25%, lub Środki własne 25%
	Dokumentacja techniczna		30					
6	Monitoring P - POŻ i oddymianie			378				Starostwo Powiatowe
	Dokumentacja techniczna			28				
7	Adaptacja pomieszczeń pralni na potrzeby przychodni przyszpitalnych	205	300					Starostwo Powiatowe
8	Adaptacja pomieszczeń dla tomografu komputerowego	65						Środki własne
9	Zakupu Tomografu Komputerowego	1000						Leasing finansowy 5-cio letni
10	Szpitalny Oddział Ratunkowy				145			Starostwo Powiatowe
	Dokumentacja techniczna				5			
11	Szpitalna Izba Przyjęć				145			Starostwo Powiatowe
	Dokumentacja techniczna				5			
12	Apteka szpitalna	20						Środki własne
13	Apteka centralna	150						Środki własne
14	Adaptacja V piętra po Bloku Operacyjnym				500	500		Fundusze Europejskie
	Dokumentacja techniczna			30				
15	Drugostronne zasilanie w energię elektryczną					200		Starostwo Powiatowe
16	Adaptacja pomieszczeń labor. na poradnie		100					Starostwo Powiatowe, środki własne
17	Dobudowa dźwigu do anatomopatologii.				200			Starostwo Powiatowe, inne
	RAZEM	2020	9190	8936	1000	700		

Gospodarowanie majątkiem oraz jego utrzymanie to również dokładna jego ewidencja, a więc wykonanie tzw. kart budynków, a tym samym określenie m.in. wolnych pomieszczeń oraz przypisanie ich do ośrodków kosztów.

100-100 88

6.3. Restrukturyzacja zatrudnienia

Celem restrukturyzacji zatrudnienia jest obniżenie kosztów oraz jego maksymalne dostosowanie do potrzeb przedsiębiorstwa wynikających z funkcjonowania w zmiennym bardzo konkurencyjnym otoczeniu.

Restrukturyzacja zatrudnienia powinna objąć następujące zadania:

1. zmianę ogólnej liczby zatrudnionych w WSP w Tarnowskich Górach
2. zmianę (racjonalizację) struktury zatrudnienia

Zmiany te – zwłaszcza zmniejszenie zatrudnienia – nie powinny być postrzegane jako cel sam w sobie, lecz jako środek w przystosowaniu WSP w Tarnowskich Górach do zmian w otoczeniu. Przesłankami do zmian w zatrudnieniu są m.in.:

- postęp techniczno – organizacyjny konkurencji
- przerost zatrudnienia
- dążenie do zmniejszenia kosztów
- konieczność dostosowania struktury szpitala do otaczającej rzeczywistości

Wszelkimi zmianami w obszarze zatrudnienia będzie towarzyszył społeczno – polityczny rezonans problemu, zaangażowanie w proces organizacji związkowych. Może to spowodować przedstawienie restrukturyzacji nie jako szansy, alternatywy dotychczasowego złego stanu szpitala ale jako zagrożenia jego bytu utożsamianego wyłącznie z funkcjami miejsca pracy.

Racjonalizacja zatrudnienia wymaga również zatrudnienia nowych pracowników o lepszym przygotowaniu zawodowym.

W procesie restrukturyzacji opieki medycznej w Tarnowskich Górach – połączenie dwóch szpitali, zosłało podpisane porozumienie Organu założycielskiego, Związków Zawodowych i dyrektorów dające 2 letnia ochronę miejsc pracy (do 31.06.2006)

Analizując zatrudnienie w poszczególnych grupach zawodowych oraz komórkach organizacyjnych zauważyć należy, iż w latach poprzednich dokonany został podział na części etatów z przypisaniem do różnych komórek organizacyjnych. Dane pokazywane są w etatach i osobach.

EMERYTURY

W latach 2005 – 2007 w wyniku osiągnięcia wieku emerytalnego w następujących komórkach nastąpią zmiany w zatrudnieniu.

Rok 2005

Oddział otolaryngologiczny	– 1 pielęgniarka
Oddział okulistyczny	– 1 pielęgniarka
Oddział chirurgii	– 1 pielęgniarka
Oddział Ginekologiczno – położniczy	– 1 położna
<hr/>	
Razem: 4 osoby	

Rok 2006

Blok operacyjny	– sanitariusz
Oddział psychiatrii	– asystent psycholog
Oddział Ginekologiczno – położniczy	– położna
Oddział chorób wewnętrznych II	– pielęgniarka
Oddział chorób wewnętrznych II	– z-ca ordynatora
Dział kadr	– kierownik
Pracownia EKG	– starszy technik medyczny

Razem: 7 osób

Następne odejścia na emeryturę będą dopiero w roku 2010.

Umowy, których termin kończy się w roku 2005:

Lekarz – 7	O. Urologiczny, O. Otolaryngologiczny, Blok Operacyjny, O. Wewnętrzny, O. Wewnętrzny II, O. Ginekologiczno-Położniczy, O. Pediatryczny,
Pielęgniarka – 4	Blok operacyjny, O. Wewnętrzny- 2 os., O. Wewnętrzny II,
Położna – 1	O. Ginekologiczno-Położniczy
Informatyk – 1	Dział Kadr
Księgowa – 4	Dział Księgowości
Elektryk – 1	Dział techniczny
Salowa – 5	O. Neurologiczny, O. Wewnętrzny, O. Pediatryczny – 2 os., Blok Operacyjny
Sprzątaczką – 2	Dział Gospodarczy ul. Opolska, Dział Gospodarczy ul. Pyckowicka
Fasowaczka – 1	Apteka Centralna
Referent – 1	Dział Administracyjno – Gospodarczy
Sanitariusz – 1	Blok operacyjny
Razem: 28 osób	

Zatrudnienie personelu niższego w etatach– wg stanu na 31.12.2004

W perspektywie utworzenia Działu Higieny Szpitalnej i skupieniu usług utrzymania czystości w jednej komórce organizacyjnej zatrudnienie personelu niższego powinno ulec zmniejszeniu. Stan zatrudnienia przedstawia się następująco:

- salowe – 59,82 r.et.
- sanitariusz – 16 r.et.
- inni z przeszkoleniem zawodowym – 7,75 r.et.

Powierzchnia przypadająca na 1 osobę do utrzymania czystości wynosi ok. 130m².

Dla porównania: w firmach zajmujących się profesjonalnymi usługami utrzymania czystości powierzchnia przypadająca na 1 osobę wynosi min. dwukrotnie, trzykrotnie więcej. Przeanalizować należy posiadany sprzęt do utrzymania czystości.

Zatrudnienie powinno ulec zmniejszeniu o min. 9 r.et. w wyniku zmian organizacyjnych

Należy rozważyć rolę jaką obecnie pełni sekretarka medyczna oraz zasadność utrzymania takiej wielkości etatów.

Funkcje sekretarki medycznej oraz rejestratorki można łączyć szczególnie w perspektywie centralizacji usług specjalistycznych. Uważamy, iż zatrudnienie powinno zostać zmniejszone min. o 3 osoby.

Analizując zatrudnienie wg stanu na 31.12.2004 w pozostałych grupach zawodowych zauważyć należy, iż w grupie personelu wyższego medycznego oraz średniego (pielęgniarki i położne) nie zauważono dużych przerostów zatrudnienia.

Występuje natomiast przerost zatrudnienia w grupach:

3) Technik analityk – min. 5 osób

4) Dział Techniczny

- telefoniści – 3 osoby po uruchomieniu nowej centrali automatycznej
- pracownicy gospodarczy – min. 5 osób
- konserwator (5-7 osób) po wprowadzeniu termomodernizacji i wymianie sposobu technicznego dostawy energii cieplnej

5) Administracja

- księgowość – zmniejszenie o 3 r.et.
- referenci – zmniejszenie o 3 r.et. w stosunku do 31.12.2004r.

Restrukturyzacja zatrudnienia musi uwzględniać postęp technologiczny, a więc również docelowo zatrudnienie specjalistów w określonych dziedzinach.

Ogółem zmiany stanu zatrudnienia wyniosłyby:

- Odejścia na emeryturę rok 2005 – 4 osoby
rok 2006 – 7 osób
- Rozwiązanie umów o pracę, umowy okresowe, porozumienia stron – 28 osób
- Docelowo zmniejszenie w następujących stanowiskach:
 - Salowa – 9 osób
 - Sekretarka/rejestratorka medyczna – 3 osoby
 - Telefoniści – 3 osoby
 - Pracownicy gospodarczy – min. 5 osób
 - Konserwator 5 – 7 osób
 - Referent – 3 osoby
 - Technik analityki min 5 osób
 - Fasowaczka – 2 osoby

Planowane oszczędności

- 1) Umowy na czas określony 547 555,31 zł, odejścia, porozumienia stron
- 2) Emerytury 141 102,41 zł
- 3) Ograniczenie kosztów kotłowni ul. Opolska w wysokości 365 737,93 – 183 812,50 zł = 181 925,43 zł
- 4) Dyżury lekarskie – łączenie dyżurów w skali 12 m-cy
 - O. Chirurgii I i II oraz urologii – 104 273,23 zł oszczędności
- 5) Zmianowość – skrócenie czasu dyżurów medycznych 154 655,00 zł
- 6) Dodatki funkcyjne
 - kierownik pracowni – oszczędności 6 489,60 zł / rok
 - z-ca ordynatora Chirurgii – 5 880,00 zł / rok

VII. ZAŁOŻENIA PROCESU RESTRUKTURYZACJI W OPARCIU O USTAWĘ O POMOCY PUBLICZNEJ I RESTRUKTURYZACJI PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

FORMY POMOCY – ZASADY OGÓLNE

Ustawa określa formy pomocy dla SP ZOZ mającej na celu poprawę ich sytuacji ekonomicznej.

Ustawa określa:

1. Zasady, warunki i tryb postępowania w sprawie restrukturyzacji finansowej.
2. Tryb i zasady postępowania w sprawie udzielania pożyczki ze Skarbu Państwa.

1. Restrukturyzacja finansowa obejmuje:

- zobowiązania publicznoprawne
- zobowiązania cywilnoprawne
- indywidualne roszczenia pracowników wynikające z ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw.

Zobowiązania publicznoprawne

Lp.	TYTUŁ ZOBOWIĄZANIA			Dopuszczalna możliwa forma pomocy określona w ustawie dla SPZOZ	Możliwość wykorzystania przez WSP	Kwota główna w zł.
1	podatki odprowadzane do budżetu państwa i opłaty celne			Umorzenie	Nie dotyczy	-
2	składki na ubezpieczenia społeczne	emerytalne	finansowane przez płatnika	splata z pożyczki	Tak	102.613,52
				splata w ratach do 24 miesięcy	Nie	-
			finansowane przez ubezpieczonych	splata z pożyczki	Tak	35.299,15
				splata w ratach do 24 miesięcy	Nie	-
		rentowe	finansowane przez płatnika	Umorzenie	Tak	68.339,38
			finansowane przez ubezpieczonych	splata z pożyczki	Tak	23.508,84
				splata w ratach do 24 miesięcy	Nie	-
			finansowane przez ubezpieczonych	splata z pożyczki	Tak	8.861,07
				splata w ratach do 24 miesięcy	Nie	-
		wypadkowe	finansowane przez płatnika	Umorzenie	Tak	15.523,10
3	Składki na ubezpieczenia zdrowotne			splata z pożyczki	Tak	25.019,46
4	Składki na fundusz pracy			splata w ratach do 24 miesięcy	Nie	-
5	Składki na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych			Umorzenie	Tak	25.758,69
6	Składki PFRON			Umorzenie	Nie dotyczy	-
7	Opłaty za gospodarcze korzystanie ze środowiska			Umorzenie	Tak	33.543,25
8	Administracyjne kary pieniężne z tyt. opłat za korzystanie ze środowiska			Umorzenie	Nie dotyczy	-
9	Opłaty za wieczyste użytkowanie gruntów w części stanowiącej dochód Skarbu Państwa			Umorzenie	Nie dotyczy	-
10	Odsetki za zwłokę, opłaty dodatkowe, koszty upomnienia, koszty egzekucji			Umorzenie	Nie dotyczy	-

Restrukturyzacja zobowiązań cywilnoprawnych

- Umorzenie w części lub w całości
- Rozłożenie spłaty na raty
- Odroczenie terminu spłaty
- Przejęcie części lub całości zobowiązań przez podmiot, który utworzył zakład
- Zamiana zobowiązań na obligacje

Zobowiązania w stosunku do pracowników

- Spłata zobowiązań z pożyczki Skarbu Państwa
- Spłata zobowiązań ze środków własnych
- Podpisanie ugody z pracownikami

2. Przeznaczenie pożyczki

- 1) Zaspokojenie należności głównych z tytułu roszczeń pracowniczych wynikających z art. 4 a ustawy z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw
- 2) Spłatę należności z tytułu zobowiązań publicznoprawnych tj.
 - składki na ubezpieczenia emerytalne – finansowane przez ubezpieczonego i SP ZOZ
 - składki na ubezpieczenia rentowe – finansowane przez ubezpieczonego
 - składki na ubezpieczenia zdrowotnez wyłączeniem (nie podlegające spłacie z pożyczki):
 - odsetek za zwłokę
 - opłat prolongacyjnych
 - opłat dodatkowych
 - kosztów upomnień
 - kosztów egzekucji
- 3) Zobowiązania cywilnoprawne:
 - a) objęte ugodą restrukturyzacyjnąz wyłączeniem:
 - odsetek za zwłokę
 - opłat prolongacyjnych
 - opłat dodatkowych
 - kosztów upomnień
 - kosztów egzekucji
- 4) Koszty opłaty prowizyjnej za podejmowane przez BGK czynności z tytułu udzielenia pożyczki

3. Restrukturyzacja finansowa zostanie przeprowadzona w oparciu o następujące założenia:

1) ZOBOWIĄZANIA PUBLICZNOPRAWNE

- a) umorzenie zobowiązań z tytułu:
 - PFRON w wysokości **33 543,25 zł**
 - Składki na FP w wysokości **25 758,69 zł**
 - składki z tytułu ubezpieczeń społecznych w wysokości **83 862,48 zł**

Razem umorzenie: **143 164,42 zł**

- b) spłata zobowiązań wobec ZUS **195 302,04 zł**

2) ZOBOWIĄZANIA CYWILNOPRAWNE

Zobowiązania cywilno-prawne w stosunku do dostawców towarów i usług wynoszą na dzień 31.12.2004r. 4 452 363,57 zł. Zakłada się spłatę w wysokości:

a) zobowiązania wobec dostawców **965 102,78 zł**

b) zobowiązania wobec Wojewódzkiego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej – **810 391,00 zł**

Razem zobowiązania: **1 775 493,78,00 zł**

3) ZOBOWIĄZANIA W STOSUNKU DO PRACOWNIKÓW

Zaspokojenie zobowiązań pracowniczych z tytułu tzw. „Ustawy 203” w wysokości **792 259,77 zł** planowane jest z pożyczki ze Skarbu Państwa.

4. Wysokość pożyczki

Ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej w art. 35 określa wzorem wysokość pożyczki:

$$k_p = (Z\ 2001 * 203 * 12) + (Z\ 2002 * 313,24 * 12)$$

$$k_p = (718,81 * 203 * 12) + (729,41 * 313,24 * 12)$$

$$k_p = \mathbf{4\ 492\ 785,00\ zł}$$

Okres spłat 10 lat, spłata miesięczna, oprocentowanie stałe 3 %

Wnioskowana kwota pożyczki do BGK S.A. 2 763 055,59 zł.

5. Przeznaczenie pożyczki

- Zaspokojenie należności głównych z tytułu roszczeń pracowniczych wynikających z „Ustawy 203” w wysokości **792 259,77 zł**
- Spłatę zobowiązań cywilnoprawnych – dostawcy towarów i usług, w wysokości **1 775 493,78 zł** z wyłączeniem odsetek za zwłokę, opłat prolongacyjnych, opłat dodatkowych, kosztów upomnienia, kosztów egzekucyjnych,
- Spłata zobowiązań publicznoprawnych w wysokości **195 302,04 zł**

I rata pożyczki – 50 % kwota **1 381 527,79 zł**

- spłata zobowiązań pracowniczych **792 259,77 zł**
- spłata zobowiązań publicznoprawnych **195 302,04 zł**
- spłata zobowiązań wobec dostawców – **393 965,98 zł**

II rata pożyczki – 25 % kwota **690 763,90 zł**

- spłata zobowiązań wobec dostawców – **690 763,90 zł**

III rata pożyczki – 25 % kwota **690 763,90 zł**

- spłata zobowiązań wobec dostawców – **690 763,90 zł**

6. Harmonogram procesu Restrukturyzacji w oparciu o Ustawę o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej

1. Złożenie wniosku o wszczęcie postępowania restrukturyzacyjnego do Wojewody – do 30.06.2005
2. Wydanie postanowienia o wszczęciu postępowania restrukturyzacyjnego – do 07.07.2005
3. Złożenie wniosku do BGK S.A. o udzielenie pożyczki – do 15.07.2005
4. Negocjacje z wierzycielami – do 07.10.2005
5. Uruchomienie I raty pożyczki – do 30.07.2005
6. Wystąpienie do BGK o uruchomienie II raty pożyczki – do 03.08.2005
7. Wydanie decyzji o warunkach restrukturyzacji – do 07.10.2005
8. Wystąpienie do BGK o uruchomienie III raty pożyczki – do 15.10.2005
9. Wydanie decyzji o zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego w terminie do 24 mies. od dnia wydania decyzji o warunkach restrukturyzacji – do 31.09.2006
10. Wydanie prawomocnej decyzji o umorzeniu zobowiązań publicznoprawnych – do 30.10.2006

Efektom przeprowadzenia Restrukturyzacji finansowej będzie znaczace ograniczenie kosztów finansowych tj. kosztów komorniczych, kosztów odsetek od zobowiązań publicznoprawnych, odsetek od zaległych wynagrodzeń.

VIII. OKREŚLENIE ŹRÓDEŁ UZYSKANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH NA RESTRUKTURYZACJĘ FINANSOWĄ

Lp.	Opis źródła finansowania	Wysokość	Forma	Termin	Podstawa prawna
1.	Zaciągnięcie pożyczki ze Skarbu Państwa	2 763 055,59	Zobowiązanie długoterminowe	07.2005	Art. 34 ustawy
2.	Pożyczka z Powiatu Tarnogórskiego	1 000 000,00	Zobowiązanie długoterminowe	06.2005	Kodeks cywilny
3.	Kredyt obrotowy w rachunku bieżącym	1 000 000,00	Zobowiązanie krótkoterminowe	01.2005	Art. 34 ustawy
4.	Inne: Emisja papierów wartościowych- obligacje	8 500 000,00	Zobowiązanie długoterminowe	09.2006	Kodeks cywilny

Określenie źródeł finansowania działalności jest niezbędnym warunkiem zapewnienia stabilizacji finansowej prowadzonej działalności. Ważne jest, aby WSP posiadał finansowanie krótkoterminowe oraz długoterminowe. Nie jest zalecane, aby finansowanie inwestycji (długie okresy zwrotu zainwestowanego kapitału) odbywało się z np. kredytu obrotowego w rachunku bieżącym. Poniżej przedstawiono zewnętrzne źródła finansowania zmian:

- 1) Pożyczka Skarbu Państwa przeznaczona na przeprowadzenie Restrukturyzacji finansowej WSP tj. spłata zobowiązań pracowniczych, cywilnoprawnych.
- 2) Pożyczka z Powiatu Tarnogórskiego – przeznaczona na pomoc finansową dla WSP na spłatę zobowiązań pracowniczych.
- 3) Kredyt obrotowy w rachunku bieżącym – przeznaczony na zapewnienie krótkoterminowego źródła finansowania bieżącej działalności w celu poprawy płynności finansowej.
- 4) Emisja papierów wartościowych – obligacje. Emisja przeprowadzona jest w oparciu o Kodeks Cywilny.

Jest to długoterminowe źródło pozyskania kapitału do 10 lat na inwestycje, ale również na bieżącą działalność. Planowana jest emisja mieszana tzn. emisja zamknięta oraz emisja otwarta. Emisja zamknięta skierowana jest do określonej grupy nabywców, inwestorów. Emisja otwarta jest ofertą na rynek publiczny, która w całości może wykupić np. Bank pełniący rolę agenta emisji.

Zaletą tej formy finansowania jest duża elastyczność przejawiająca się np. okresem karencji nawet do kilku lat.

Przeznaczenie: środki z emisji przeznaczone zostaną na budowę wolnostojącego Bloku Operacyjnego oraz informatyzację jeśli pozyskanie ich z Unii Europejskiej będzie niemożliwe.

IX. OKREŚLENIE SYTUACJI EKONOMICZNEJ ZAKŁADU MOŻLIWEJ DO UZYSKANIA PO ZAKOŃCZENIU POSTĘPOWANIA RESTRUKTURYZACYJNEGO I PRZEDSTAWIENIE PROGNOZ FINANSOWYCH

Po zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego, tj. do końca 2006 roku szpital nie będzie posiadał zobowiązań wymagalnych. Oprócz zobowiązań bieżących dotyczących danego roku obrotowego, które będą miały pokrycie w płynnych aktywach obrotowych zakład będzie posiadał zobowiązania z tytułu zaciągniętych zobowiązań długoterminowych oraz krótkoterminowych. Spłata zobowiązań z tytułu pożyczki nastąpi w ciągu 10 lat. Dzięki zakończonemu postępowaniu restrukturyzacyjnemu tj. m.in. przeprowadzeniu restrukturyzacji finansowej polegającej na:

- a) umorzeniu zobowiązań publiczno-prawnych
- b) zaciągnięciu pożyczki udzielonej przez BGK S.A. przeznaczonej na spłatę zobowiązań wobec pracowników, dostawców towarów i usług oraz z tytułu podatków, cel i ubezpieczeń społecznych
- c) podpisaniu ugód z wierzycielami,

Zakład odzyska płynność finansową oraz wiarygodność zarówno wobec dostawców, jak i odbiorców. Najważniejszą jednakże sprawą będzie możliwość prawidłowej realizacji zadań statutowych. Dzięki racjonalnemu gospodarowaniu posiadanymi zasobami oraz odpowiedniemu zarządzaniu finansami z wygospodarowanych nadwyżek finansowych możliwe będzie przeznaczenie ich na inwestycje.

Założenia projekcji finansowej.

Niniejsze opracowanie stanowi projekcję finansową WSP im. Dr B. Hagera w Tarnowskich Górach. Celem opracowania jest zaprezentowanie przybliżonych wyników finansowych podmiotu na lata prognozy 2005 – 2010, będących konsekwencją założonego planu przychodów, oraz innych działań zmierzających do terminowego regulowania zobowiązań.

Założenia ogólne przyjęte podczas opracowania niniejszej projekcji dotyczą przede wszystkim planowanej sprzedaży i kosztów z nią związanych, pozostałych przychodów i kosztów na działalnościach operacyjnej i finansowej; zmian w poszczególnych pozycjach bilansu zgodnie z informacjami uzyskanymi od jednostki – w tym uwzględniających zmiany w środkach trwałych w wyniku odpisów amortyzacyjnych oraz zmiany w zobowiązaniach zespołu wynikających z ich spłaty.

Projekcja została wykonana metodą bilansową, umożliwiającą przedstawienie przewidywanych zmian w majątku zespołu, źródłach finansowania oraz strukturze kosztów i przychodów w formie usystematyzowanych sprawozdań finansowych, obejmujących:

- bilans na lata 2005 – 2010;
- rachunek zysków i strat na lata 2005 – 2010;

Sprawozdania te posłużyły w następnej kolejności do obliczenia wskaźników ekonomicznych zaprezentowanych w załącznikach do projekcji finansowej umożliwiających dokonanie przybliżonej oceny stopnia i kierunku zmian zachodzących w sferze finansowej i majątkowej. Dzięki temu istnieje możliwość wskazania zagrożeń i kierunków pożądaných zmian w zarządzaniu.

Podczas opracowywania projekcji finansowej uwzględniono wszystkie dostępne informacje na temat planowanych działań w związku z przeprowadzoną restrukturyzacją działalności.

Zawarty kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia wymusza podjęcie zmian w strukturze kosztowej i przychodowej. W niniejszej prognozie, założono dalszą redukcję poszczególnych kosztów rodzajowych od 2005 r. włącznie, która powinna zmierzać w kierunku zbilansowania przychodów i kosztów.

Założenia prognostyczne.

Przyjęte założenia umożliwiają dokonanie oszacowania przybliżonej wartości poszczególnych składników majątku podmiotu, jego zobowiązań, jak i określić przybliżony wynik finansowy, wraz ze wskazaniem głównych źródeł generujących tę pozycję. Analiza poszczególnych wskaźników ekonomicznych dostarcza natomiast informacji dotyczących płynności, wydajności oraz rentowności na poszczególnych działalnościach.

Bilans – obrazuje stan majątku oraz jego źródła finansowania na koniec kolejnych okresów objętych prognozą. Projekcja bilansu uwzględnia w szczególności:

Aktywa

Rzeczowy majątek trwały

Wartość bilansowa rzeczowego majątku trwałego na 31.12.2004 r. wyniosła 11 077 675,87 zł. WSP w Tarnowskich Górach planuje dokonanie inwestycji poprzez zakup sprzętu medycznego i aparatury, budowę bloku operacyjnego, termomodernizację budynku Szpitala przy ul. Pyskowskiej.

Wykaz inwestycji został ujęty w rozdziale „Restrukturyzacja majątkowa”.

Majatek obrotowy

W celu ustalenia wielkości zapotrzebowania na kapitał obrotowy w okresie prognozy oszacowano poziom zapasów i należności i możliwości wykorzystania kredytu kupieckiego (zobowiązania wobec dostawców).

Wielkość należności i zapasów zależna jest od wielkości obrotu oraz szybkości rotacji, a w przypadku obliczeń dla poszczególnych składników zapasów ich poziom zależy również od kosztów towarzyszących ich powstaniu. Rotacja poszczególnych składników majątku obrotowego została określona na podstawie średniego poziomu rotacji w latach diagnozy, jak i dostępnych danych z lat 1999-2004. Wynika również z planowanych, koniecznych zmian w majątku obrotowym.

Zapasy

Podmiot w okresie diagnozy wykazywał zapasy materiałów oraz towarów. Aby określić poziom zapasów, jaki jest niezbędny do zrealizowania zakładanej sprzedaży, należało ustalić ich cykl rotacji w dniach. W tym celu poddano analizie wyniki finansowe zespołu począwszy od 1999 r. W latach prognozy przyjęto, że cykl rotacji poszczególnych pozycji zapasów będzie się kształtował na poziomie z roku 2004 r.

Na podstawie relacji pomiędzy cyklem rotacji zapasów i poziomem odpowiednich kosztów ustalono wielkość zapasów materiałów dla lat prognozowanych.

Należności

Kolejnym czynnikiem warunkującym poziom zapotrzebowania na kapitał obrotowy są należności. Ustalenie poziomu należności z tytułu dostaw i usług w poszczególnych okresach prognozy odbyło się w taki sam sposób, jak miało to miejsce w przypadku zapasów. Przy czym na podstawie informacji z poprzednich lat otrzymanych od podmiotu wyliczono cykl rotacji dla pozycji wyłącznie bieżących.

Założono więc, że począwszy od pierwszego okresu prognozy nie będzie zwiększane zadłużenie w stosunku do zespołu z tytułu rozliczeń z kontrahentami

Środki pieniężne

Ustalona w projekcji finansowej wielkość środków pieniężnych na koniec każdego okresu jest wielkością bezpośrednią zależną od wszystkich pozostałych założeń dotyczących obrotów, wielkości kosztów, nakładów inwestycyjnych, krótkookresowego finansowania, czy długości cykli majątku obrotowego i wynika ze zmian strumieni pieniężnych w zakładzie.

Przy ustalaniu tej wielkości, przyjęto, że pewien poziom środków pieniężnych jest niezbędny do prowadzenia działalności. Przyjęto przy tym, że Szpital ma ograniczony wpływ na szybkość rotacji należności. Stąd zapewnienie cyklu inwestycji krótkoterminowych na wskazanym poziomie uzyskano poprzez odpowiednie kształtowanie cyklu regulowania zobowiązań – w przypadku trudności finansowych Szpital zwleka ze spłatą swoich zobowiązań, w przypadku poprawy sytuacji zobowiązania Szpitala spadają.

Pasywa

Kapitał własny

Przyjmuje się, że w prognozowanym okresie wartość kapitału własnego będzie wzrastać. Na wzrost kapitałów własnych wpływać będzie dodatni wynik finansowy oraz przyznane dotacje. W roku 2006 nastąpi umorzenie zobowiązań publicznoprawnych w wysokości 143 164,42 zł po wydaniu decyzji o zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego. Kwota ta powiększy kapitały własne.

Długoterminowe kredyty i pożyczki

Szpital obecnie posiada zadłużenia wobec banków i w okresie prognozy przyjmowano zadłużenia z tego tytułu. Założono również zaciągnięcie długoterminowych kredytów inwestycyjnych na zakup sprzętu i aparatury medycznej, budowę i modernizację:

- pożyczka z WFOŚiGW w wysokości 810 391,00 zł
- pożyczka z Powiatu Tarnogórskiego w wysokości 1 mln zł z okresem spłaty 01.01.2006 do 31.12.2010
- pożyczka z BGK S.A. w wysokości 2 763 055,59 zł przeznaczona na spłatę zobowiązań wobec pracowników 792 259,77 zł, dostawców 1 775 493,78 zł oraz zobowiązań publicznoprawnych 195 302,04 zł

Zobowiązania z tytułu dostaw i usług

W celu odpowiedniego ukształtowania wielkości tych zobowiązań poddano analizie długości rotacji zobowiązań handlowych w latach poprzedzających okres prognozy. Ich wielkość determinowana jest przez generowaną sprzedaż oraz cykl rozliczeniowy zobowiązań.

Obliczono cykl rotacji, w oparciu o który kształtowano następnie zobowiązania handlowe.

Poziom cyklu zależy od wariantu prognozy – w przypadku pierwszego z nich to właśnie w poziomie zobowiązań handlowych odzwierciedlane są bardzo niekorzystne perspektywy na przyszłość (aby zapewnić minimalny poziom środków pieniężnych, ewentualnie dobór regulowany jest poprzez wzrost zobowiązań handlowych) – choć taki stan zobowiązań z pewnością jest niemożliwy do udźwignięcia, ich wykazanie w takiej wielkości ma za zadanie uwypuklić zagrożenia podmiotu.

Wraz z restrukturyzacją kosztową oraz ze wzrostem dostępnych środków, założono spadek zobowiązań z tytułu dostaw i usług, co ma odzwierciedlenie w malejącym cyklu rotacji.

Dokładne dane dotyczące kształtowania się wskaźników cyklu rotacji znajdują się w załącznikach od projekcji finansowej. Zaplanowano spłatę w roku 2005 zobowiązań w stosunku do dostawców.

Krótkoterminowe pożyczki i kredyty bankowe

Kredyt w rachunku bieżącym w wysokości 1 mln zł z okresem spłaty na 31.12.2005 r.

Rachunek Wyników.

Rachunek wyników-uwzględnia przychody i koszty, jakie wynikalyby z planowanej sprzedaży. W prognozie uwzględniono również niektóre przychody operacyjne oraz koszty finansowe.

Przychody ze sprzedaży i zrównane z nimi

Przyjęte przychody ze sprzedaży produktów i towarów w prognozowanym okresie wynikają z bieżącej sytuacji podmiotu, uwzględniają bezpieczny wzrost dynamiki. W opracowaniu uwzględniono planowane inwestycje związane ze zwiększeniem przychodów z NFZ tj zakup tomografu, pododdział udarowy, SOR.

Na podstawie danych przedstawionych przez podmiot, głównym źródłem przychodów są usługi z tytułu wykonywanych świadczeń medycznych, zgodnie z kontraktami zawartymi z NFZ.

Rok 2005	Rok 2006	Rok 2007	Rok 2008	Rok 2009	Rok 2010
26 628 350	27 427 201	28 250 017	29 097 517	29 970 443	30 869 556

Pozostałe koszty operacyjne.

Z uwagi na to, że powyższe koszty (podobnie jak przychody operacyjne) mają charakter wyraźnie zmienny i w poszczególnych okresach zależą w wysokim stopniu od warunków prowadzenia działalności, projekcja finansowa zakłada brak większych zmian tej pozycji kosztów.

Rodzaj kosztu	Rok 2005	Rok 2006	Rok 2007
Amortyzacja	950.000,00	1.780.000,00	1 958 000
Materiały i energia	5.711.000,00	5 840 055,00	6 015 257
Usługi obce	2.023.000,00	1 877 690,00	1 915 244
Podatki i opłaty	850.000,00	858.850,00	867 085
Wynagrodzenia	16.200.000,00	14.159.800,00	14 315 500
Ubezpieczenia społ.i inne	3.326.050,00	2.907.002,00	2 934 678
Pozostałe koszty rodzajowe	81.800,00	150.000,00	155 000

Wzrost amortyzacji wiąże się z oddanymi inwestycjami z roku 2005 i 2006.

„Materiały i energia” - założenie wzrost w 2006 o 1% do roku ubiegłego, a w 2007 o 2 %.

„Usługi obce” wzrost zasady jak w pozycji powyższej.

„Wynagrodzenia” w 2005 roku obejmują kwotę 1519000,00 z tytułu „ustawy 203”, która nie występuje już w 2006 i 2007 roku.

„Ubezpieczenia społeczne” w 2005 roku wiążą się z w/w ustawą.

„Pozostałe koszty rodzajowe” dotyczą głównie ubezpieczeń majątkowych szpitala .

Podatek dochodowy

Projekcja finansowa zakłada ponoszenie przez Szpital obciążeń wyniku finansowego z tytułu podatku dochodowego proporcjonalnie do wielkości zysku brutto wypracowanego w kolejnych latach. Przyjęto stawkę obowiązującego podatku dochodowego na poziomie 19 %.

Celem tej projekcji finansowej jest zaprezentowanie możliwej, przyszłej sytuacji finansowej szpitala w przypadku podjęcia stopniowych działań restrukturyzacyjnych. Z analizy rachunków zysków i strat wynika iż planowane działania wpłyną na dodatni wynik finansowy na koniec 2006 roku. Wprawdzie wynik finansowy ulega poprawie w ciągu wszystkich lat projekcji, jednakże będzie to proces wymagający restrykcyjnej polityki finansowej związanej z kosztami oraz osiąganiem zakładanych poziomów przychodów.

Główne procesy dostosowawcze powinny zająć po stronie kosztów. Z analizy dotychczasowych trendów i przy wykorzystaniu wszystkich informacji wynika iż konieczna będzie dalsza ścisła kontrola poszczególnych pozycji kosztów rodzajowych.

Znaczna poprawa wyników finansowych w początkowych latach prognozy jak i w kolejnych okresach, powinna umożliwić powolne wychodzenie z niekorzystnej sytuacji finansowej. Nie będzie to możliwe bez częściowego oddłużenia Podmiotu, gdyż w obecnej sytuacji finansowej ciężar jego obsługi jest wysoki. Gruntowna restrukturyzacja od strony kosztowo – przychodowej powinna natomiast zapewnić, że trend w postaci narastającego do tej pory zadłużenia zostanie zahamowany. Celem jest odzyskanie samodzielności w sferze zarówno obsługi zadłużenia ale również zmian poprzez rozwój i inwestycje.

X. PROGNOZY FINANSOWE ZAKŁADU NA LATA 2005 – 2010

Poniżej przedstawiono analizę Bilansu i Rachunku Zysków i Strat dla Włospecialistycznego Szpitala Powiatowego na lata 2005 – 2010.

Bilans

AKTYWA		Stan na					
A.	AKTYWA TRWAŁE	31-12-2005 (prognoza)	31-12-2006	31-12-2007	31-12-2008	31-12-2009	31-12-2010
		13 975 200	22 914 600	31 723 100	32 428 600	32 834 100	33 339 600
I.	WARTOŚCI NIEMATERIALNE I PRAWNE						
	1. Koszty zakończonych prac rozwojowych	8 100	8 600	9 100	9 600	10 100	10 600
	2. Wartość firmy						
	3. Inne wartości niematerialne i prawne	8 100	8 600	9 100	9 600	10 100	10 600
II.	Zaliczki na wartości niematerialne i prawne						
	4. RZECZOWE AKTYWA TRWAŁE						
	1. Środki trwałe						
	a) grunty (w tym prawo użytkowania wieczystego gruntu)						
III.	b) budynki, lokale i obiekty inżynierii lądowej i wodnej	13 914 100	22 906 000	31 714 000	32 419 000	32 824 000	33 329 000
	c) urządzenia techniczne i maszyny	12 977 100	14 406 000	23 214 000	31 919 000	32 824 000	33 329 000
	d) środki transportu						
	e) inne środki trwałe	8 517 000	9 441 000	17 994 000	26 494 000	27 294 000	27 694 000
IV.	2. Środki trwałe w budowie	879 600	884 600	889 600	894 600	899 600	904 600
	3. Zaliczki na środki trwałe w budowie	500	400	400	400	400	400
	NALEŻNOŚCI DŁUGOTERMINOWE	3 580 000	4 080 000	4 330 000	4 530 000	4 630 000	4 730 000
	1. Od powiązanych jednostek	937 000	8 500 000	8 500 000	500 000	0	0
V.	2. Od pozostałych jednostek	0	0	0	0	0	0
	INWESTYCJE DŁUGOTERMINOWE						
	1. Nieruchomości	0	0	0	0	0	0
	2. Wartości niematerialne i prawne						
VI.	3. Długoterminowe aktywa finansowe						
	a) w jednostkach powiązanych	0	0	0	0	0	0
	- udziały lub akcje	0	0	0	0	0	0
	- inne papiery wartościowe						
VII.	- udzielenie pożyczki						
	- inne długoterminowe aktywa finansowe						
	b) w pozostałych jednostkach						
	- udziały lub akcje	0	0	0	0	0	0
VIII.	- inne papiery wartościowe						
	- udzielenie pożyczki						
	- inne długoterminowe aktywa finansowe						
	4. Inne inwestycje długoterminowe						
IX.	DŁUGOTERMINOWE ROZLICZENIA MIĘDZYOKRESOWE						
	1. Aktywa z tytułu odroczonego podatku dochodowego	53 000	0	0	0	0	0
	2. Inne rozliczenia międzyokresowe	53 000					

AKTYWA		Stan na						
B.	AKTYWA OBROTOWE	31-12-2005 (pogoda)	31-12-2006	31-12-2007	31-12-2008	31-12-2009	31-12-2010	
I.	ZAPASY	4 119 771	4 232 000	4 256 173	4 005 000	3 915 000	3 933 641	
	1. Materiały	350 000	360 000	370 000	380 000	390 000	395 000	
	2. Polprodukty i produkty w toku	250 000	255 000	260 000	265 000	270 000	275 000	
	3. Produkty gotowe							
	4. Towary	100 000	105 000	110 000	115 000	120 000	120 000	
II.	Zaliczki na dostawy							
	NALEŻNOŚCI KRÓTKOTERMINOWE	2 739 000	2 732 000	2 767 000	2 725 000	2 725 000	2 725 000	
	1. Należności od jednostek powiazanych	0	0	0	0	0	0	
	a) z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty:	0	0	0	0	0	0	
	- do 12 miesięcy							
	- powyżej 12 miesięcy							
	b) inne							
	2. Należności od pozostałych jednostek	2 739 000	2 732 000	2 767 000	2 725 000	2 725 000	2 725 000	
	a) z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty:	2 527 000	2 532 000	2 542 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000	
	- do 12 miesięcy	2 527 000	2 532 000	2 542 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000	
- powyżej 12 miesięcy								
III.	b) z tytułu podatków, dotacji, ceł, ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz innych świadczeń							
	c) inne							
	d) dochodzone na drodze sądowej	212 000	200 000	225 000	225 000	225 000	225 000	
	INWESTYCJE KRÓTKOTERMINOWE	318 000	740 000	719 173	650 000	650 000	663 641	
	1. Krótkoterminowe aktywa finansowe	318 000	740 000	719 173	650 000	650 000	663 641	
	a) w jednostkach powiazanych	0	0	0	0	0	0	
	- udziały lub akcje							
	- inne papiery wartościowe							
	- udzielone pożyczki							
	- inne krótkoterminowe aktywa finansowe							
IV.	b) w pozostałych jednostkach	0	0	0	0	0	0	
	- udziały lub akcje							
	- inne papiery wartościowe							
	- udzielone pożyczki							
	- inne krótkoterminowe aktywa finansowe							
	c) środki pieniężne i inne aktywa pieniężne	318 000	740 000	719 173	650 000	650 000	663 641	
	- środki pieniężne w kasie i na rachunkach	318 000	740 000	719 173	650 000	650 000	663 641	
	- inne środki pieniężne							
	- inne aktywa pieniężne							
	2. Inne inwestycje krótkoterminowe							
AKTYWA RAZEM		18 094 971	27 146 600	35 979 273	36 433 600	36 749 100	37 273 241	

		PASYWA						Stan na	
		31-12-2005 (pogoda)	31-12-2006	31-12-2007	31-12-2008	31-12-2009	31-12-2010		
A.	KAPITAŁ (FUNDUSZ) WŁASNY								
	I. KAPITAŁ (FUNDUSZ) PODSTAWOWY	7 733 600	17 943 005	27 820 832	29 851 224	31 505 805	33 283 291		
	II. NALEŻNE WPŁATY NA KAPITAŁ PODSTAWOWY (WIELKOŚĆ UJEMNA)	10 827 000	20 597 000	29 773 000	30 973 000	31 673 000	32 373 000		
	III. UDZIAŁY (AKCJE) WŁASNE (WIELKOŚĆ UJEMNA)								
	IV. KAPITAŁ (FUNDUSZ) ZAPASOWY	2 266 600							
	V. KAPITAŁ (FUNDUSZ) Z AKTUALIZACJI WYCENY								
	VI. POZOSTAŁE KAPITAŁY (FUNDUSZE) REZERWOWE								
	VII. ZYSK (STRATA) Z LAT UBIEGŁYCH								
	VIII. ZYSK (STRATA) NETTO	-5 360 000	-3 093 400	-2 653 996	-1 952 168	-1 121 176	-1 07 192		
	IX. ODPISY Z ZYSKU NETTO W CIĄGU ROKU OBROTOWEGO	0	439 405	701 827	830 392	954 581	1 077 486		
B.	ZOBOWIĄZANIA I REZERWY NA ZOBOWIĄZANIA								
	I. REZERWY NA ZOBOWIĄZANIA	10 361 371	9 203 595	8 158 441	6 582 376	5 243 295	3 989 950		
	1. Rezerwa z tytułu podatku odroczonego	266 500	0	0	0	0	0		
	2. Rezerwa na świadczenia emerytalne i podobne	266 500	0	0	0	0	0		
	- długoterminowa	213 200	0	0	0	0	0		
	- krótkoterminowa	53 300	0	0	0	0	0		
	3. Pozostałe rezerwy	0	0	0	0	0	0		
	- długoterminowe								
	- krótkoterminowe								
	II. ZOBOWIĄZANIA DŁUGOTERMINOWE	3 180 000	2 644 000	2 108 000	1 572 000	1 286 000	1 000 000		
III.	1. Wobec jednostek powiązanych	3 180 000	2 644 000	2 108 000	1 572 000	1 286 000	1 000 000		
	a) kredyty i pożyczki	3 180 000	2 644 000	2 108 000	1 572 000	1 286 000	1 000 000		
	b) z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych								
	c) inne zobowiązania finansowe								
	d) inne								
	2. Wobec pozostałych jednostek	6 910 921	6 555 645	6 046 491	5 006 426	3 953 345	2 986 000		
	a) z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności	536 000	536 000	536 000	536 000	286 000	286 000		
	- do 12 miesięcy	536 000	536 000	536 000	536 000	286 000	286 000		
	- powyżej 12 miesięcy								
	b) inne								
IV.	1. Wobec jednostek powiązanych	6 149 921	5 777 005	5 163 856	4 070 426	3 217 345	2 250 000		
	a) kredyty i pożyczki								
	b) z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych								
	c) inne zobowiązania finansowe								
	d) z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności	3 335 421	2 766 330	2 500 000	2 020 426	1 372 438	500 000		
	- do 12 miesięcy	3 335 421	2 766 330	2 500 000	2 020 426	1 372 438	500 000		
	- powyżej 12 miesięcy								
	e) zaliczki otrzymane na dostawy								
	f) zobowiązania wekslowe								
	g) z tytułu podatków, dotacji, cel, ubezpieczeń i innych świadczeń	1 203 000	691 339	650 000	650 000	500 000	500 000		
PASYWA RAZEM	h) z tytułu wynagrodzeń	775 500	1 519 336	1 213 856	600 000	544 907	500 000		
	i) inne	836 000	800 000	800 000	800 000	800 000	750 000		
	2. Fundusze specjalne	225 000	242 640	346 635	400 000	450 000	450 000		
	III. ILOŚCIOWA WARTOŚĆ FIRMY	3 950	3 950	3 950	3 950	3 950	3 950		
	1. Inne rozliczenia międzyokresowe	3 950	3 950	3 950	3 950	3 950	3 950		
	- długoterminowe								
	- krótkoterminowe								
	2. Inne rozliczenia międzyokresowe	3 950	3 950	3 950	3 950	3 950	3 950		
	- długoterminowe								
	- krótkoterminowe								
PASYWA RAZEM		18 094 971	27 146 600	35 979 273	36 433 600	36 749 100	37 273 241		

Rachunek zysków i strat

Kwoty za rok:		2005	2006	2007	2008	2009	20010
A.	Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi, w tym:	28 175 400	29 005 192	29 859 567	30 739 259	31 645 019	32 577 624
	- od jednostek powiązanych						
I.	Przychód ze sprzedaży produktów	26 628 350	27 427 201	28 250 017	29 097 517	29 970 443	30 869 558
II.	Zmiana stanu produktów (zwiększenie - wartość dodatnia, zmniejszenie - wartość ujemna)						
III.	Koszty wytworzenia produktów na własne potrzeby jednostki						
IV.	Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów	1 547 050	1 577 991	1 609 551	1 641 742	1 674 577	1 708 068
B.	Koszty działalności operacyjnej	30 460 650	28 957 787	29 614 740	30 409 867	31 227 438	32 068 138
I.	Amortyzacja	950 000	1 750 000	1 958 000	2 016 740	2 077 242	2 139 559
II.	Zużycie materiałów i energii	5 811 000	5 840 055	6 015 257	6 195 714	6 381 586	6 573 033
III.	Usługi obce	1 823 000	1 877 690	1 915 244	1 953 549	1 992 620	2 032 472
IV.	Podatki i opłaty, w tym:	850 000	858 500	867 085	875 756	884 513	893 359
	- podatek akcyzowy						
V.	Wynagrodzenia	16 200 000	14 159 800	14 315 500	14 673 388	15 040 222	15 416 228
VI.	Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	3 326 050	2 907 002	2 934 678	3 008 044	3 083 246	3 160 327
VII.	Pozostałe koszty rodzajowe	181 800	150 000	155 000	160 000	165 000	170 000
VIII.	Wartość sprzedanych towarów i materiałów	1 318 800	1 384 740	1 453 977	1 526 676	1 603 010	1 683 160
C.	Zysk (Strata) ze sprzedaży (A - B)	-2 285 250	47 405	244 827	329 392	417 581	509 486
D.	Pozostałe przychody operacyjne	2 470 600	600 000	610 000	620 000	630 000	640 000
I.	Zysk ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych						
II.	Rozwiązanie rezerwy z tyt.ust."203"	1 819 380					
III.	Inne przychody operacyjne	651 220	600 000	610 000	620 000	630 000	640 000
E.	Pozostałe koszty operacyjne	36 300	30 000	25 000	20 000	20 000	20 000
I.	Strata ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych						
II.	Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych						
III.	Inne koszty operacyjne	36 300	30 000	25 000	20 000	20 000	20 000
F.	Zysk (Strata) z działalności operacyjnej (C+D-E)	149 050	617 405	829 827	929 392	1 027 581	1 129 486
G.	Przychody finansowe	6 600	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
I.	Dywidendy z tytułu udziałów w zyskach, w tym:						
	- od jednostek powiązanych						
II.	Odsetki, w tym:	6 600	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
	- od jednostek powiązanych						
III.	Zysk ze zbycia inwestycji						
IV.	Aktualizacja wartości inwestycji						
V.	Inne						
H.	Koszty finansowe	155 650	183 000	133 000	104 000	78 000	57 000
I.	Odsetki, w tym:	155 650	176 000	127 000	99 000	73 000	53 000
	- dla jednostek powiązanych						
II.	Strata ze zbycia inwestycji						
III.	Aktualizacja wartości inwestycji						
IV.	Inne		7 000	6 000	5 000	5 000	4 000
I.	Zysk (Strata) z działalności gospodarczej (F+G-H)	0	439 405	701 827	830 392	954 581	1 077 486
J.	Wynik zdarzeń nadzwyczajnych	0	0	0	0	0	0
I.	Zyski nadzwyczajne						
II.	Straty nadzwyczajne						
K.	Zysk (strata) brutto (I +/- J)	0	439 405	701 827	830 392	954 581	1 077 486
L.	Podatek dochodowy						
M.	Pozostałe obowiązkowe mniejszenia zysku (zwiększenia straty)						
H.	Zysk (strata) netto (K-L-M)	0	439 405	701 827	830 392	954 581	1 077 486

Wskaźniki na lata 2005 – 2010

Wskaźniki rentowności:

Rentowność sprzedaży netto liczona jest jako procent wyniku ze sprzedaży do wartości przychodów ze sprzedaży usług. Wskaźnik informuje o tym, ile % zysku netto jest w stanie wygenerować jedna złotówka zainwestowana w obrót. Optymalna wartość wskaźnika powinna wynikać z maksymalizacji zysku netto przy określonych obrotach.

Zyskowność działalności gospodarczej - Rentowność działalności gospodarczej liczona jest jako procentowa relacja wyniku na działalności gospodarczej do przychodów ogółem. Wskaźnik informuje o tym, ile % wyniku na działalności gospodarczej jest w stanie wygenerować jedna złotówka zainwestowana w obrót. Miara ta odpowiada na pytanie, jaki wynik generował zakład na najważniejszej działalności z punktu widzenia statutu.

Zyskowność netto - Wskaźnik ten należy interpretować podobnie jak powyższy wskaźnik

Zyskowność aktywów - Rentowność majątku (ROA)-liczona jest jako relacja wyniku netto do wartości majątku ogółem. Wskaźnik informuje o tym, jak podmiot zarządza swoimi aktywami, oraz ile % zysku netto jest w stanie wygenerować jedna złotówka zainwestowana w majątek zespołu. Rentowność majątku uzależniona jest od szybkości rotacji aktywów oraz od poziomu rentowności sprzedaży w poszczególnych latach.

Wskaźniki płynności.

Wskaźnik płynności bieżącej /CR/ wyrażony jest jako stosunek wartości majątku obrotowego do zobowiązań bieżących zespołu. Jego wartości powinna kształtować się w przedziale 1,5-2,0. Wskaźnik płynności bieżącej dostarcza informacji dotyczących możliwości pokrycia zobowiązań bieżących majątkiem obrotowym, w sytuacji gdyby stały się one natychmiast wymagalne.

Wskaźnik płynności szybkiej QR- powinien wynosić około 1,00. Oznacza to w praktyce, iż najbardziej płynne elementy

aktywów obrotowych, czyli suma należności i roszczeń oraz inwestycji krótkoterminowych powinny być równe całości

zobowiązań bieżących.

Wskaźnik wypłacalności gotówkowej, wyrażony jako iloraz środków pieniężnych do zobowiązań bieżących informuje o możliwościach ich spłaty ze środków pieniężnych w wypadku, gdyby stały się one natychmiast wymagalne. Jego wartość powinna oscylować wokół poziomu 0,16-0,20.

Wskaźniki rotacji.

rotacja należności krótkoterminowych (w dniach)

Cykl inkasa należności z tytułu dostaw obliczany jest jako iloraz średniego stanu należności krótkoterminowych, pomnożony przez liczbę dni w okresie i przychodów ze sprzedaży.

Wskaźnik ten informuje, po ilu średnio dniach od momentu sprzedaży środki pieniężne należne z tego tytułu wpływają do kasy lub na rachunek bankowy i dostarcza informacji na temat skuteczności ściągania należności.

Wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)- Wskaźnik ten informuje, po ilu średnio dniach od momentu powstania zobowiązań krótkoterminowych zespół reguluje swoje zobowiązania z tego tytułu, czyli przez ile średnio dni zespół korzysta z kredytu kupieckiego.

Wskaźnik rotacji zapasów (w dniach) - *Poziom rotacji zapasów* informuje, co ile dni zespół odnawia swoje zapasy dla zrealizowania określonej sprzedaży i obliczany jest jako iloraz średniego stanu zapasów, pomnożony przez liczbę dni w okresie. Analiza wskaźnika umożliwia określenie wielkości środków pieniężnych zamrożonych w tego rodzaju zapasach oraz odpowiednie skorelowanie tej wielkości z bieżącym zapotrzebowaniem na kapitał obrotowy.

Wskaźniki zadłużenia

Wskaźnik pokrycia aktywów kapitałem własnym - punktu widzenia wierzycieli najkorzystniejszy jest jak najwyższy poziom tego wskaźnika, gdyż ryzyko prowadzenia działalności obciąża w większym stopniu zakład. Należy jednak pamiętać o efekcie dźwigni finansowej- zwiększający się udział kapitałów własnych w finansowaniu majątku zmniejsza jej pozytywne efekty. Zaleca się przy tym (wg reguły bilansowej), by kapitały własne pokrywały majątek trwały zespołu. **Wskaźnik zadłużenia ogółem** - Wskaźnik ten obliczany jest jako iloraz wartości zobowiązań ogółem i pasywów ogółem i informuje o stopniu finansowania majątku zespołu kapitałami własnymi. Wskaźnik ten powinien oscylować w granicach od 57 %-67 % (0,57–0,67). Niski poziom może wskazywać, że zespół w pełni nie wykorzystuje efektu dźwigni finansowej do poprawy swojej rentowności. Osiągane poziomy wskaźnika zależą bezpośrednio od kształtowania się struktury finansowania majątku podmiotu, a więc relacji kapitałów własnych do obcych źródeł finansowania i mają bezpośredni związek ze spełnieniem, bądź nie spełnieniem reguł bilansowej i bankowej.

Wskaźniki produktywności (sprawności działania):

Wskaźnik wydajności aktywów ogółem informuje, ile razy przychody ogółem są większe od wartości całkowitego majątku. Analiza wskaźnika umożliwia określenie stopnia wykorzystania tych składników w związku z generowaną marżą. Pozwala również zdefiniować w przybliżeniu potencjał usługowy zakładu określa ile każda złotówka zaangażowana w majątek całkowity w danym roku generowała przychodów ogółem

Wskaźnik wydajności rzeczowego majątku trwałego informuje, ile razy sprzedaż netto jest większa od majątku rzeczowego zespołu. Obliczany jest jako iloraz przychodów ze sprzedaży usług i stanu rzeczowego majątku trwałego. Analiza wskaźnika pozwala ocenić efektywność wykorzystania tego rodzaju majątku. Istotą analizy wydajności rzeczowego majątku trwałego jest określenie stopnia dopasowania jego wielkości w stosunku do uzyskiwanego obrotu.

Wskaźnik	2005	2006	2007	2008	2009	2010
zyskowność sprzedaży = zysk ze sprzedaży / przychody ze sprzedaży	-8,11%	0,16%	0,82%	1,07%	1,32%	1,56%

Wskaźnik	2005	2006	2007	2008	2009	2010
zyskowność działalności gospodarczej = wynik na działalności gospodarczej / przychody ogółem	0,00%	1,48%	2,30%	2,65%	2,96%	3,24%

Wskaźnik	2005	2006	2007	2008	2009	2010
zyskowność brutto sprzedaży = zysk brutto / przychody ze sprzedaży	0,00%	1,51%	2,35%	2,70%	3,02%	3,31%

Wskaźnik	2005	2006	2007	2008	2009	2010
zyskowność netto sprzedaży = zysk netto / przychody ze sprzedaży	0,00%	1,51%	2,35%	2,70%	3,02%	3,31%

Wskaźnik	2005	2006	2007	2008	2009	2010
zyskowność aktywów = wynik netto / aktywa	0,00%	1,62%	1,95%	2,28%	2,60%	2,89%

Wskaźnik	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Wskaźnik płynności bieżącej (I) aktywa obrotowe / zobowiązania krótkoterminowe	0,60	0,65	0,70	0,80	0,99	1,32

Wskaźnik	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Wskaźnik płynności szybkiej (II) należności krótkoterminowe + inwestycje krótkoterminowe / zobowiązania krótkoterminowe	0,44	0,53	0,58	0,67	0,85	1,13

Wskaźnik	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Wskaźnik gotówki (wyplacalności) (III) środki pieniężne / zobowiązania krótkoterminowe	0,05	0,11	0,12	0,13	0,16	0,22

Wskaźnik	2005	2006	2007	2008	2009	2010
rotacja należności krótkoterminowych (w dniach)= przeciętny stan należności krótkoterminowych X 360 dni / przychody ze sprzedaży	35	34	33	32	31	30

Wskaźnik	2005	2006	2007	2008	2009	2010
rotacja zobowiązań (w dniach)= przeciętny stan zobowiązań krótkoterminowych X 360 dni / przychody ze sprzedaży	88	81	73	59	45	33

Wskaźnik	2005	2006	2007	2008	2009	2010
rotacja zapasów (w dniach)= przeciętny stan zapasów X 360 dni / przychody ze sprzedaży	4	4	4	4	4	4

Wskaźnik	2005	2006	2007	2008	2009	2010
wskaźnik pokrycia aktywów kapitałem własnym= kapitał własny / aktywa	42,74%	66,10%	77,32%	81,93%	85,73%	89,30%

Wskaźnik	2005	2006	2007	2008	2009	2010
wskaźnik zadłużenia ogółem= zobowiązania ogółem / pasywa	57,26%	33,90%	22,68%	18,07%	14,27%	10,70%

Wskaźnik	2005	2006	2007	2008	2009	2010
wskaźnik produktywności aktywów= przychody ogółem / aktywa	1,69	1,09	0,85	0,86	0,88	0,89

Wskaźnik	2005	2006	2007	2008	2009	2010
wskaźnik produktywności rzeczowych aktywów trwałych = przychody ze sprzedaży / rzeczowe aktywa trwałe	2,02	1,27	0,94	0,95	0,96	0,98

Wskaźnik	2005	2006	2007	2008	2009	2010
wskaźnik długu do kapitału własnego = zobowiązania ogółem / kapitał własny	1,34	0,51	0,29	0,22	0,17	0,12

Wskaźnik	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rentowność majątku (%) ROA wynik finansowy netto / suma aktywów	0,00%	1,62%	1,95%	2,28%	2,60%	2,89%

Wskaźnik	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rentowność kapitału własnego (%) ROE wynik finansowy netto / kapitał własny	0,00%	2,45%	2,52%	2,78%	3,03%	3,24%

Wskaźnik	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rentowność aktywów ROI (%) zysk operacyjny / suma aktywów	0,82%	2,27%	2,31%	2,55%	2,80%	3,03%

XI. WNIOSKI KOŃCOWE

Przedstawiony program restrukturyzacji finansowej Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego w Tarnowskich Górach zakłada spłatę zadłużenia w stosunku do wierzycieli. Planuje się całkowicie uregulować zobowiązania publiczno – prawne oraz spłacić kontrahentów i pracowników. Kontrahenci są dość przychylnie nastawieni do Zakładu, gdyż zdają sobie sprawę, że w przypadku odzyskania płynności finansowej będą mieli wiarygodnego i pewnego odbiorcę. Przedstawione prognozy finansowe zakładają obniżkę kosztów bieżącej działalności, wzrost przychodów z NFZ poprzez kontraktowanie nowych świadczeń oraz prowadzenie inwestycji.

Analiza dotychczasowej realizacji programu restrukturyzacji Zakładu oraz analiza wyniku finansowego za rok 2004 daje podstawy do stwierdzenia, że dzięki dalszemu zaangażowaniu dyrekcji, załogi, organu założycielskiego i przychylności związków zawodowych w program, odzyskanie płynności finansowej przez Szpital oraz założone w prognozach finansowych efekty będą do uzyskania.

DYREKTOR
Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego
im. dr Bronisława Kęzera w Tarnowskich Górach
dr Barbara Wawrzęńczyk-Anders

PRZEWODNICZĄCY
RADY POWIATU

Gabriel Tobor