

CZEŚĆ II

II. ANALIZA PRZYCZYN WYSTĄPIENIA TRUDNEJ SYTUACJI EKONOMICZNO FINANSOWEJ ZAKŁADU

W jednostce tej od momentu wprowadzenia reformy zdrowotnej tj. 1999 r. podjęto trud restrukturyzacji placówki. Zlikwidowano oddział ginekologiczno - położniczy, zorganizowano zakład opiekuńczo - leczniczy, przeprowadzono restrukturyzację zatrudnienia, rozszerzono ofertę poprzez uruchomienie nowych poradni specjalistycznych, rehabilitacji i rehabilitacji środowiskowej. Przeprowadzono modernizację oddziałów, utworzono nowe laboratorium.

W związku z ciągłymi zmianami polityki zdrowotnej, finansowania służby zdrowia, braku jasnych przepisów legislacyjnych, jednostka stanęła przed koniecznością opracowania strategii dla szpitala, która określiłaby jej miejsce na rynku usług zdrowotnych i wskazała ewentualne możliwości rozwoju.

Przeprowadzenie analizy SWOT ilościowy pozwoliło określić różne aspekty funkcjonowania jednostki w obecnym czasie. Wartości pomiarów wskazują, że strategia ta wykorzystuje możliwości płynące z otoczenia przy jednoczesnej minimalizacji i korekcie wewnętrznych słabości. Podkreśla, że w najbliższym okresie należy skupić się w organizacji na eliminacji słabości.

ELEMENTY STRATEGII SZPITALA POWIATOWEGO

1. Analiza wewnętrzna, misja szpitala

Analiza wewnętrzna

Najstarsza część budynku szpitala została otwarta 1 lutego 1946 r. z przeznaczeniem na szpital zakaźny. Posiadał on wówczas 75 miejsc. Jeszcze w tym samym roku zorganizowano oddział wewnętrzny, położniczy i małej chirurgii.

Szpital pełnił funkcję szpitala powiatowego, rejonowego, znajdował się w strukturach ZOZ –u Busko – Zdrój.

Od roku 1989 podlegał ciągłym zmianom, przekształceniom i procesom restrukturyzacji.

1 września 1990 roku został zarejestrowany jako Zakład Opieki Zdrowotnej, w strukturach którego znalazł się szpital (102 łóżka, oddziały ginekologia i położnictwo, noworodki i wcześniaki, wewnętrzny i chirurgia), przychodnia zdrowia – lekarze ogólni, pediatrzy i ambulatorium chirurgiczne, 6 ośrodków zdrowia w sąsiednich gminach oraz pogotowie ratunkowe.

Jednostka uzyskała samodzielność, ale była mocno zaniedbana, nie dofinansowana, pracowali w niej jednak dobrzy specjaliści – lekarze i pielęgniarki, cieszyła się bardzo dobrą opinią wśród pacjentów – na oddział ginekologiczno – położniczy przyjeżdżały pacjentki z Buska – Zdroju i całej południowej części województwa.

Nastąpił czas inwestycji. W roku 1995 dobudowano nową klatkę schodową wraz z windą, a w roku 1998 oddano do eksploatacji kotłownię olejową.

Po powołaniu w roku 1998 na stanowisko ordynatora oddziału wewnętrznego lekarza kardiologa udało się zorganizować 3 – łóżkową salę intensywnego nadzoru kardiologicznego.

Jesienią 1998 roku zginął w wypadku samochodowym wieloletni ordynator oddziału ginekologiczno – położniczego. Sytuacja ta spowodowała znaczny spadek liczby pacjentek – wykorzystanie łóżek w I- wszym półroczu 1999 roku wyniosło 36%.

Wraz z wprowadzeniem reformy zdrowia ZOZ przeszedł pod organ prowadzący – Starostwo Powiatu Kieleckiego.

Biorąc pod uwagę wskaźnik wykorzystania łóżek oraz znaczny spadek urodzeń w naszym kraju przygotowano projekt likwidacji oddziału ginekologiczno – położniczego oraz noworodków i wcześniaków i podjęto decyzję o utworzeniu 15 – łóżkowego Zakładu Opiekuńczo Leczniczego i Rehabilitacji. Był to pierwszy program restrukturyzacji naszej placówki. Uzyskał on akceptację Regionalnego Komitetu Sterującego pod przewodnictwem Marszałka Województwa oraz Ministra Zdrowia. Szpital otrzymał środki na remont i adaptację pomieszczeń oraz restrukturyzację zatrudnienia.

Od 25 marca 2000 roku zakład zaczął przyjmować pierwszych pacjentów. Niestety o 50 % niższe finansowo osobodnie niż zakładano w programie spowodowało, że ZOL i R nie bilansował się. Co prawda pobyt jest dofinansowywany przez pacjenta w wysokości 70%

posiadanego świadczenia, ale pacjent z regionu jest najczęściej rolnikiem o najniższym świadczeniu emerytalnym.

Ze struktur szpitala wyodrębniono pogotowie ratunkowe, przekazano gminom ośrodki zdrowia, a od 1 – go lipca 2000 roku usamodzielniała się przychodnia zdrowia (organem prowadzącym jest Samorząd Miasta i Gminy) .

Rok 1999 zamknął się zyskiem - rozliczenie łączne z POZ oraz zapłata Kasy Chorych za nadwykonania.

Kolejny rok przyniósł już stratę. Słabe wykorzystanie łóżek w oddziale chirurgicznym w roku 2000 – 56 %, groziło zamknięciem kolejnego oddziału i przekształceniem całej placówki w zakład opiekuńczo – leczniczy, pociągnęło by za sobą redukcję kolejnych 40 etatów personelu oddziału chirurgicznego, bloku operacyjnego i izby przyjęć.

Na początku roku 2001 szpital otrzymał środki finansowe przyznane w 2000 roku na dobudowę drugiej windy – dla ZOL – u.

Od 1 – go stycznia 2001 roku zmieniło się rozliczenie oddziałów zabiegowych – płacono za wykonane procedury. Znaczne zmniejszenie finansowania spowodowało narastanie strat w wyniku finansowym.

Od 1 – go maja 2001 roku nastąpiła zmiana dyrektora szpitala. Wynik ujemny w ZOL – u w roku 2000 i 2001 oraz przeprowadzona analiza finansowa , która pokazała, że przychody chirurgii to 42 % kontraktu z Kasą Chorych oraz zabezpieczenie pracy dla 40 % stanu personelu (bezrobocie w powiecie wynosi około 20 %) spowodowało, że zaczęto walczyć o oddział chirurgiczny.

Tabela nr. 9 **Wybór multikryterialny**

Kryteria	Waga	Oddział chirurg. Bez zmian		Oddział urazowy		Operacje planowe		ZOL	
		Ocena	WxO	Ocena	WxO	Ocena	WxO	Ocena	WxO
Przychody	10	5	50	6	60	6	60	2	20
Koszty bezp.	10	2	20	1	10	5	50	8	80
Zatrudnienie	35	10	350	10	350	6	210	2	70
Pewność kontraktu	15	5	75	5	75	5	75	15	225
Zapotrzebowanie pacjentów	30	10	300	8	240	5	150	5	150
	100		795		735		545		545

Wybrałam czołowe zagadnienie decyzyjne naszej organizacji, które przewija się na czołowym miejscu w działalności naszej placówki od 5 lat.

Portfel produktów pokazał, że oddział ten przeżywa okres rewitalizacji z dobrym skutkiem. Jest on bardzo wysoko oceniany w ankietach „badania satysfakcji pacjentów”. 37,5% przychodów zakontraktowanych w Narodowym Funduszu Zdrowia to procedury zabiegowe, przychody ZOL stanowią 10%.

Niestety koszty bezpośrednie oddziału są również wysokie, stąd wynikają niższe oceny kosztów. Najwyższą wagę przypisałam zatrudnieniu – zabezpiecza on pracę 6 lekarzy na umowę o pracę, 17 pielęgniarek i 5 salowych, oraz lekarzom, dyżurantom na umowę zlecenie. Bezrobocie w gminie wynosi 20%. Przekształcenie oddziału w ZOL zabezpieczyło by pracę maksymalnie dla 8 pielęgniarek i 3 salowych.

Na drugim miejscu wysoką wagę przyjęto dla zapotrzebowania pacjentów na dane usługi a oceny przyjęto dla stanu obecnego. Pacjenci operujący się w naszym szpitalu często pochodzą z rejonu szpitali sąsiednich zwłaszcza operacje planowe wybierają tutaj. Pacjent na ZOL zawsze może poczekać na miejsce. Zresztą o wyborze oddziału opiekuńczo-leczniczego najczęściej nie decyduje sam pacjent, ale jego rodzina. Zmiana wagi kryterium zatrudnienia ma bardzo duży wpływ na wynik ostateczny i stąd głównie bierze się przewagę decyzji skłaniająca do obrony istniejącego oddziału.

Ponieważ w programie wojewódzkim na rok 2001 szpital miał przyznane środki finansowe na remont oddziałów, w lecie ogłoszono przetarg na modernizację i 20 października rozpoczęto kapitalny remont oddziału wewnętrznego, chirurgicznego i izby przyjęć.

W maju 2002 roku remont zakończono, jednak szpital nigdy nie otrzymał przyznanych wcześniej środków. W roku 2002 zakupiono również nowy aparat do znieczulania na blok operacyjny i wyposażono 2 – łóżkową salę OIOM – u. Zobowiązania na inwestycjach na koniec 2002r. wynosiły 1051 000 zł. Szpital otrzymał ze Starostwa Powiatowego dotację w wysokości 50 000 zł. Oraz zaciągnął kredyt na kwotę 350 000 zł. W grudniu 2001 roku szpital również zaciągnął kredyt w wysokości 250 000 zł. na spłatę zobowiązań inwestycyjnych (dobudowa II – giej windy).

Najważniejsze jednak dla utrzymania chirurgii było zatrudnienie na początku roku chirurga „sławy wojewódzkiej”, a następnie znalezienie nowego zespołu chirurgów anestezjologów. Udało się i spowodowało to odzyskanie zaufania pacjentów do

zabiegów w tej jednostce, wzrost przychodów w roku 2002 i poprawę sytuacji finansowej.

Zmniejszenie wartości kontraktu z NFZ na rok 2003 o 14,6 % (umowę podpisano 10 lipca 2003r.) spowodowało kolejne zagrożenie istnienia jednostki. Kolejna redukcja zatrudnienia, zmiana formy wynagrodzenia za dyżury lekarskie, redukcja kosztów chociaż wydawało się to już niemożliwe. Po pół roku analiz wspólnie z zarządem powiatu szpital otrzymuje 31.VIII dotacje w wysokości 500 000 zł. na spłatę zobowiązań inwestycyjnych, a w grudniu 2003 roku organ założycielski poręcza kredyt w wysokości 800 000 zł na spłatę zobowiązań wymagalnych.

Kontrakt zawarty na świadczenia medyczne w roku 2004 jest o 8 % wyższy niż w roku 2003 i opracowany plan finansowy bilansuje jednostkę w roku bieżącym.

Szpital na dzień 25.03.2004 zatrudniał 106 osób na 98 etatach, w tym 17 lekarzy i 42 pielęgniarki. Na umowę zlecenie lub umowę kontraktową zatrudnionych jest dodatkowo 8 lekarzy – dyżurantów. Średnia wieku wszystkich pracowników wynosi 39 lat. 76 % zatrudnionych lekarzy posiada II ° specjalizacji, 30 % osób personelu posiada wykształcenie wyższe.

Każdy, kto chce podnosić swoje kwalifikacje ma takie możliwości. Co roku opracowywany jest szczegółowy plan szkoleń. Lekarze biorą udział w licznych szkoleniach, pielęgniarki podejmują studia wyższe, biorą udział w kursach podnoszących kwalifikacje.

Pracownicy szpitala na wszystkich szczeblach są mocno zaangażowani w swoją pracę.

Kadra medyczna to lekarze z II ° specjalizacji w wieku 35 – 45 lat. Część z nich zatrudniła się w placówce w roku 1996 – 98, ale większość tworzy ją od roku 2001.

90 % osób pełniących funkcję kierowniczą objęło ją w roku 2002. W ankietach badania satysfakcji pacjentów personel lekarski i pielęgniarski jest oceniany bardzo wysoko.

Rośnie liczba pacjentów i zabiegów chirurgicznych. Wszystkim pracownikom bardzo zależy na istnieniu tego szpitala.

Do dnia dzisiejszego nie wypłacone są 13 – ste pensje za rok 2000, „203” za 7 miesięcy 2001 roku oraz „110”, a także wypłaty za dyżury medyczne za lata 1998 – 1999.

W roku 2001 pracownicy zrezygnowali z części naliczonego funduszu socjalnego – środki przeznaczono na zakup sprzętu, w bardzo trudnym finansowo roku 2003 załoga w ogóle zrezygnowała z naliczenia funduszu socjalnego.

W roku 2001 w ramach programu naprawczego zredukowano zatrudnienie o 24 osoby (ze 128 do 104). W roku 2002 zakontraktowano rehabilitację środowiskową, postawiono na chirurgię i zatrudnienie wzrosło do 117 osób. Obniżenie kontraktu o 14,6 % w roku 2003, limity pacjentów wymusiły kolejne oszczędności – redukcję zatrudnienia o 14 osób. Przy każdej redukcji odchodziły osoby, które miały uprawnienia do emerytury, świadczeń emerytalnych. W roku 2004 zatrudnienie personelu jest minimalne, ale personel przejmuje dodatkowe obowiązki po odchodzących.

Rozpiętość kierowania wynosi w naszej placówce 8,8, a całkowita wielkość sprzedaży na zatrudnionego wynosi obecnie 44 898 zł/ etat - 2004.

Misja Szpitala

Szpital Powiatowy pragnie zapewnić wszystkim mieszkańcom w rejonie działania poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego, a pacjentom świadczyć usługi medyczne na najwyższym poziomie, w przyjaznym otoczeniu, łagodzącym cierpienie i rozłękę z najbliższymi.

W maju 2002 roku, kiedy to pracownicy szpitala zaczęli przygotowywać się do akredytacji określono misję analizując różne propozycje w następujący sposób:

„ DOBRO CHOREGO NAJWYŻSZYM PRAWEM ”

Sformułowanie w ten krótki sposób misji naszej placówki stawia pacjenta na pierwszym miejscu wszystkich działań całego personelu.

2. Analiza otoczenia – główni konkurenci, portfel produktów

Główni konkurenci

W odległości 30 km od Szpitala mieści się siedziba województwa, gdzie znajdują się 4 szpitale wojewódzkie, 1 miejski i 2 specjalistyczne. Nie stanowią one na dzień dzisiejszy zagrożenia dla Szpitala.

Trafia do nich pacjent wymagający leczenia wysoko specjalistycznego.

Na południe od szpitala w odległości 20 – 30 km usytuowane są 3 szpitale powiatowe i to z nimi szpital musi walczyć o pacjentów. Stąd misja szpitala skupia się w 100 % na pacjencie.

Zakład Opiekuńczo – Leczniczy, który powstał w 2000 roku otrzymał I kategorię w klasyfikacji ŚRKCH, kierownikiem zakładu jest pielęgniarka, która równocześnie została powołana przez Wojewodę do pełnienia funkcji Konsultanta Wojewódzkiego d /s opieki długoterminowej. Ponieważ projekt tworzenia ZOL i R uzyskał akceptację ówczesnego Ministra Zdrowia, oddział ten jest bardzo dobrze wyposażony w sprzęt do rehabilitacji, z którego korzysta również lecznictwo otwarte.

Dwa sąsiednie szpitale również utworzyły zakłady opiekuńczo – lecznicze, ale są one o wiele gorzej wyposażone, nie mniej jednak w przyszłości należy podjąć działania marketingowe, aby umocnić pozycję ZOL – u i w perspektywie biorąc pod uwagę sytuację demograficzną naszego województwa rozbudować o kolejne miejsca.

Jeżeli chodzi o oddział chirurgiczny, to zespół szpitala prowadzi operacje wola tarczycy, których nie podejmują się chirurdzy w żadnym z sąsiednich szpitali.

Należy doposażyć chirurgię w sprzęt endoskopowy, oraz aparaturę badania dróg żółciowych (gdyż tej ostatniej również nie posiada żaden z sąsiednich szpitali). Aby zabezpieczyć zabiegowcom większy udział w rynku należy się wyspecjalizować w pewnych procedurach, których nie prowadzą sąsiedzi.

Szpital posiada w swojej strukturze 9 poradni specjalistycznych (oraz przygotowaną kadrę do prowadzenia 3 – ech następnych), które mieszczą się w budynku przychodni POZ nowo wybudowanym i oddanym do eksploatacji w m – cu lipcu 2000 roku.

Poradnie udzielają około 20 000 porad rocznie, a ponieważ w większości są prowadzone przez lekarzy zatrudnionych w szpitalu (przy minimalizacji kosztów osobowych) przynoszą dochody.

W części budynku mieści się laboratorium szpitalne, które świadczy usługi także dla POZ – u i sąsiednich ośrodków zdrowia.

Ponieważ $\frac{3}{4}$ budynku zajmują pomieszczenia szpitala, być może dla uproszczenia wzajemnych stosunków oraz zmniejszenia jednak kosztów dla szpitala i POZ, celowe byłoby połączenie placówek w jedną strukturę.

Przy tworzeniu planu strategicznego należałoby to z pewnością szczegółowo przeanalizować.

Szpital znajduje się co prawda na terenie Powiatu Kieleckiego, ale świadczy usługi głównie dla pacjentów miasta i sąsiednich gmin oraz trafia do niego znaczna grupa pacjentów z rejonu sąsiednich szpitali z południa województwa (głównie na oddział chirurgiczny).

Jeżeli doszłoby w przyszłości do przekształcenia placówki (w SUP – y lub inne formy własności), to celowy byłby znaczny udział samorządu lokalnego oraz Wójtów sąsiednich gmin w tych zmianach.

Analizując trendy popytu na usługi Szpitala należy stwierdzić, że od roku 2001 ma on tendencję wyraźnie wzrostową. Liczba pacjentów zarówno w oddziale chirurgicznym jak i w poradniach specjalistycznych wzrosła o 40 %. Natomiast liczba zabiegów chirurgicznych to wzrost o 160 %.

Portfel produktów

Na przestrzeni ostatnich trzech lat w Szpitalu Powiatowym nastąpiły znaczne zmiany w rodzajach ilości oferowanych produktów. Ich portfel to wszystkie rodzaje usług medycznych świadczone przez szpital pacjentom. Produkty te znajdują się w różnych fazach cyklu życia. Niektóre z nich zostały wprowadzone w roku 2002 i są na początku fazy rozwoju, np.: usługi fizykoterapii, rehabilitacji środowiskowej czy operacje gruczołu tarczycy, inne osiągnęły nasycenie rynku, np.: hospitalizacje internistyczne, porady w specjalistycie, czy badania laboratoryjne i diagnostyczne. Należy ciągle pracować nad poprawą ich jakości aby jak najdłużej znajdowały się w fazie nasycenia. Tylko w jednym rodzaju świadczonych usług roku 2002 zaobserwowano spadek ilości – porad zdrowia psychicznego.

Przykład 5 produktów szpitala będących w różnych stadiach cyklu życia według danych statystycznych szpitala:

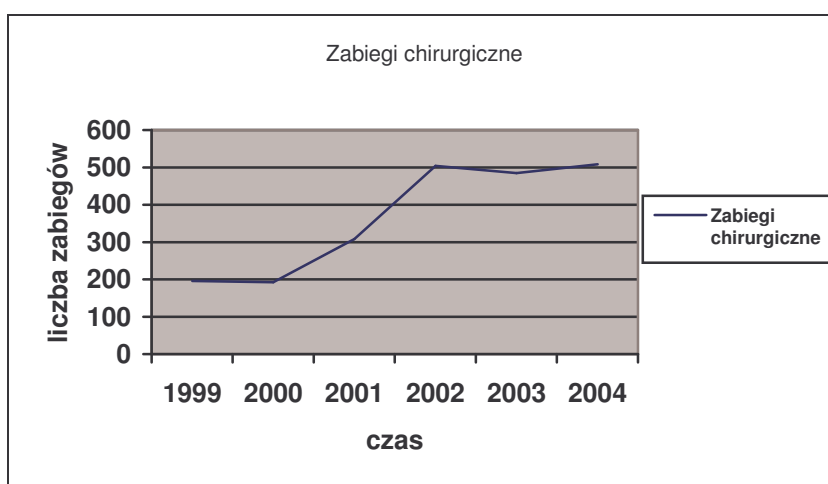
- liczba zabiegów chirurgicznych
- liczba operacji tarczycy
- liczba hospitalizacji internistycznych
- liczba porad zdrowia psychicznego
- liczba osobodni opiekuńczo-leczniczych

Tabela Usługi oferowane przez szpital w poszczególnych latach

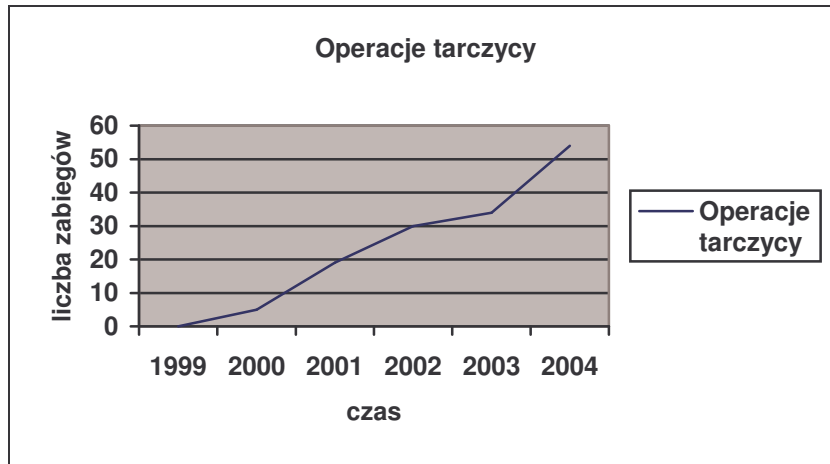
Nazwa produktu	Ilość usług w poszczególnych latach					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Zabiegi chirurgiczne	196	192	308	504	485	508
Operacje tarczycy	0	5	19	30	34	54
Hospitalizacje internistyczne	1231	1189	1025	1285	1246	1074
Porady zdrowia psychicznego	636	827	893	741	1003	997
Osobodni opiekuńczo-lecznicze	0	4011	5384	7284	7603	7650

Przy opracowywaniu strategii należałoby przeanalizować w ten sposób wszystkie produkty szpitala i postawić na rozwój tych, w których świadczeniu długo nie dogoni nas konkurencja z sąsiednich szpitali. Zestawienie wykonania świadczeń medycznych na lata 1999 – 2004 obrazuje tendencję znacznego wzrostu popytu na świadczone usługi i coraz niższe finansowanie przez ŚRKCH i NFZ.

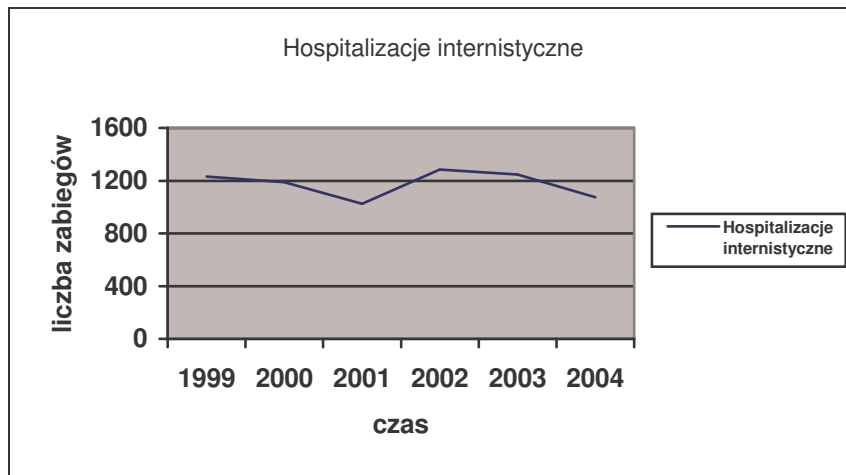
Analizując tabelę uzyskujemy odpowiedź na pytanie skąd straty w wynikach finansowych w poszczególnych latach.



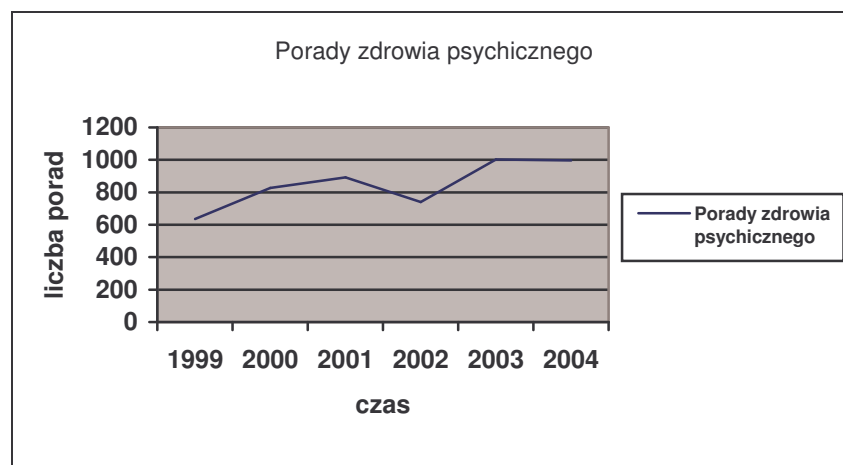
- ryc. 1



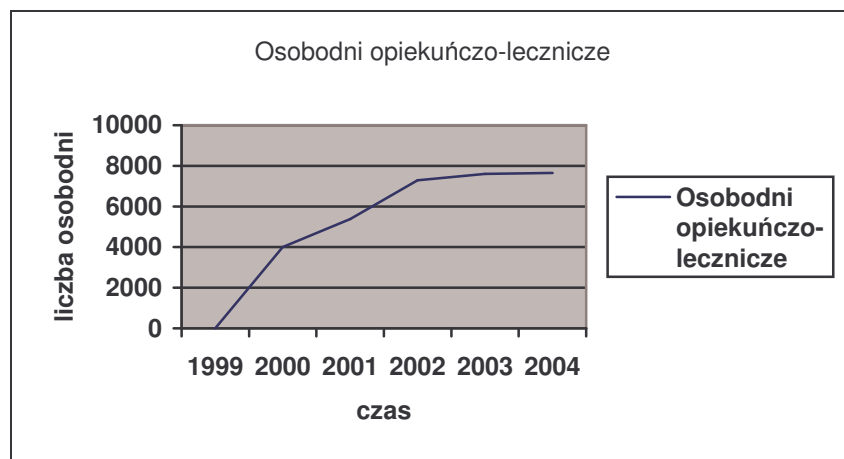
- ryc. 2



- ryc. 3



- ryc. 4



- ryc. 5

3. Schemat do analizy SWOT, SWOT ilościowy

Wykonanie Analizy SWOT w sposób ilościowy będzie zapewne bardzo ważnym elementem budowania strategii szpitala.

Tabela nr. 10 Mocne i słabe strony szpitala powiatowego

MOCNE STRONY	SŁABE STRONY
1. Bardzo dobra opinia wśród pacjentów	1. Zobowiązania około 50 % wartości majątku lub kontraktu rocznego
2. Poparcie lokalnej społeczności i władz samorządowych	2. Bardzo zły kontrakt z NFZ na rehabilitację
3. Wykwalifikowana kadra lekarska i administracyjna – mocno zaangażowane w swoją pracę	3. Brak nowoczesnego sprzętu medycznego
4. Zaangażowany dyrektor menedżer	4. Stare substancja lokalowa laboratorium, kuchni i bloku operacyjnego
5. Konsultant wojewódzki w zakresie opieki długoterminowej	5. Lokalizacja wobec konkurentów
6. Pracownicy akceptujący zmiany	6. System motywacji pracowników
7. Bardzo dobre warunki hotelowe	7. System oceny pracowników
8. Przewaga kosztowa	8. Brak certyfikatu akredytacji
9. Duże zaangażowanie w proces akredytacji.	9. Brak jasnej strategii

Tabela nr. 11 Możliwości i zagrożenia dla rozwoju szpitala

MOŻLIWOŚCI	ZAGROŻENIA
1. Możliwość poszerzenia zakresu usług	1. Niekorzystne rozwiązanie w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych
2. Pojawienie się nowych grup pacjentów	2. Chęć likwidacji placówki przez różne grupy w województwie
3. Poszerzenie obszaru działania	3. Utrata kadry
4. Wzrost finansowania poprzez zmiany w systemie – zapłata za pacjenta	4. Niekorzystne rozwiązanie systemowe
5. Ustawa prywatyzacyjna	5. Pojawienie się silnej prywatnej konkurencji
6. Dobra współpraca z organami władzy samorządowej	6. Brak środków finansowych na remonty i inwestycje.
7. Promocja ZOL i R	
8. Dostęp do środków z programów restrukturyzacji, Unii Europejskiej, za pośrednictwem starostwa powiatowego.	

SWOT ILOŚCIOWY

Tabela nr. 12 Przyjęcie wag dla poszczególnych silnych i słabych stron.

WAGA	MOCNE STRONY	SŁABE STRONY	WAGA
0,20	Opinie pacjentów	Zadłużenie	0,15
0,10	Wykwalifikowany personel	Zły kontrakt na rehabilitację	0,1
0,10	Doświadczona kadra zarządcza	Braki sprzętowe	0,1
0,30	Poparcie władz samorządowych	Stare substancje lokalowe	0,1
0,05	Konsultant wojewódzki	Lokalizacja	0,1
0,05	Akceptacja zmian	Ocena pracowników	0,05
0,05	Baza lokalowa	Motywacja pracowników	0,05
0,05	Niskie koszty	Brak certyfikatu akredytacji	0,15
0,10	Akredytacja - duże zaangażowanie	Brak jasnej strategii	0,2

Tabela nr. 13 Przyjęcie wag dla poszczególnych zidentyfikowanych szans i zagrożeń

WAGA	SZANSE	ZAGROŻENIA	WAGA
0,30	Rozszerzenie pakietu usług	Niekorzystne rozwiązanie finansowe	0,3
0,1	Nowi pacjenci	Chęć likwidacji placówki	0,3
0,05	Poszerzenie działań	Utrata kadry	0,1
0,2	Wzrost finansowania	Niekorzystne rozwiąz. legislacyjne	0,2
0,05	Ustawa prywatyzacyjna	Silna prywatna konkurencja	0,05
0,2	Współpraca z organami	Brak środków finansowych na remonty i	0,05
0,05	Promocja ZOL i R	inwestycje.	
0,05	Środki finansowania na restrukturyzację oraz z UE.		

Tabela nr. 14 Czy zidentyfikowane silne strony pozwolą wykorzystać szanse, które mogą się pojawić ?

Szanse silne strony	Szerszy pakiet usług	Nowi pacjenci	Rozszerz. Działalności	Wzrost finansow.	Ustawa prywatyzacyjna	Współpraca z organem samorząd.	Promoa ZOLiR	Środki dodatkowe z UE	Wagi	Liczba interakcji	Iloczyn wagi interakcji	Ranga
Opinie pacjentów	1	1	1	0	0	1	1	0	0,2	5	1	2
Wykwalifikowany personel	1	1	1	1	0	1	0	0	0,1	5	0,5	5
Doświadczenia kadra zarządcza	0	0	1	1	1	1	1	1	0,1	6	0,6	3/4
Poparcie władz samorząd.	0	1	0	1	1	1	0	1	0,3	4	1,2	1
Konsultant wojewódzki	0	1	1	0	0	1	1	0	0,05	4	0,2	8
Akceptacja zmian	1	0	1	0	0	1	0	0	0,05	3	0,15	9
Baza lokalowa	1	1	1	1	0	1	1	0	0,05	6	0,3	6/7
Niskie koszty	1	1	1	1	1	1	0	0	0,05	6	0,3	6/7
Akredytacja - duże zaangaż. 60%	1	1	1	0	1	1	1	0	0,1	6	0,6	3/4
Waga	0,3	0,1	0,05	0,2	0,05	0,2	0,05	0,05				
Liczba interakcji	6	6	8	5	4	9	5	2				
Iloczyn wagi i interakcji	1,8	0,6	0,4	1	0,2	1,8	0,25	0,1				
Ranga	1/2	4	5	3	7	1/2	6	8				
Suma interakcji										90		
Suma iloczynów											11	

Tabela nr. 15 Czy zidentyfikowane słabości nie pozwolą na wykorzystanie szans, które mogą się pojawić ?

SZANSE SŁABOŚCI	Szerszy pakiet usług	Nowi pacjenci	Rozszerz. działalność i	Wzrost finansow.	Ustawa prywatyzacyjna	Współpraca z organem samorząd.	Promoa ZOLiR	Środki dodatko we z UE	Wagi	Liczba interakcji	Iloczyn wagi interakcji	Ranga
Zadłużenie	0	0	0	1	0	1	0	0	0,1 5	2	0,3	8
Zły kontrakt na rehabilitację	1	1	1	1	0	1	1	0	0,1	6	0,6	4/5
Braki sprzętowe	1	1	1	0	0	0	1	1	0,1	4	0,4	6
Stare substancje lokalowe	1	1	1	1	0	1	1	1	0,1	7	0,7	3
Lokalizacja	1	1	1	1	0	1	1	0	0,1	6	0,6	4/5
Ocena pracowników	0	0	0	0	0	1	0	0	0,0 5	1	0,05	9
Motywacja pracowników	1	1	1	1	1	1	1	0	0,0 5	7	0,35	7
Brak certyfikatu akredytacji	1	1	1	1	0	1	1	1	0,1 5	7	1,05	1
Brak jasnej u akredytacji strategii	1	0	1	0	1	1	0	1	0,2	5	1	2
Waga	0,3	0,1	0,05	0,2	0,05	0,2	0,05	0,05				
Liczba interakcji	7	6	7	6	2	8	5	4				
Iloczyn wag i interakcji	2,1	0,6	0,35	1,2	0,1	1,6	0,25	0,2				
Ranga	1	4	5	3	8	2	6	7				
Suma interakcji										90		
Suma iloczynów											11,45	

Tabela nr. 16 Czy zidentyfikowane silne strony pozwolą przewyciężyć zagrożenia, które mogą się pojawić ?

ZAGROŻENIA MOCNE STRONY	Niekorzystne rozwiązanie finansowe	Chęć likwidacji placówki	Utrata kadry	Niekorzystne rozwiąz. legislacyjne	Silna prywatna konkurencja	Brak środków finansowych na remonty i inwestycje.	Wagi	Liczba interakcji	Iloczyn wagi interakcji	Ranga
Opinie pacjentów	0	1	0	0	1	0	0,2	2	0,4	1/2/3
Wykwalifikowany personel	0	1	1	0	1	0	0,1	3	0,3	4
Doświadczona kadra zarządcza	0	1	1	0	1	1	0,1	4	0,4	1/2/3
Poparcie władz samorządowych	1	1	0	0	0	1	0,3	3	0,9	1
Konsultant wojewódzki	0	1	1	0	1	0	0,05	3	0,15	7/8
Akceptacja zmian	0	1	1	0	1	0	0,05	3	0,15	7/8
Baza lokalowa	0	1	1	0	1	1	0,05	4	0,2	6
Niskie koszty zaangażowanie	1	1	0	1	1	1	0,05	5	0,25	5
Akredytacja – duże	0	1	1	1	1	0	0,1	4	0,4	1/2/3
Waga	0,3	0,3	0,1	0,2	0,05	0,05				
Liczba interakcji	2	9	6	2	8	4				
Iloczyn wagi i interakcji	0,6	2,7	0,6	0,4	0,4	0,2				
Ranga	2/3	1	2/3	4/5	4/5	6				
Suma interakcji								62		
Suma iloczynów									8,05	

Tabela nr. 17 Czy zidentyfikowane słabości wzmocnią siłę oddziaływania zagrożeń, które mogą się pojawić?

ZAGROŻENIA SŁABE STRONY	Niekorzystne rozwiązanie finansowe	Chęć likwidacji placówki	Utrata kadry	Niekorzystne rozwiąz. legislacyjne	Silna prywatna konkurencja	Brak środków finansowych na remonty i inwestycje.	Wagi	Liczba interakcji	Iloczyn wagi interakcji	Ranga
Zadłużenie	1	1	0	0	1	1	0,15	4	0,6	2
Zły kontrakt na rehabilitację	0	0	0	0	1	0	0,1	1	0,1	6/7/8
Braki sprzętowe	1	1	1	0	1	1	0,1	5	0,5	3
Stare substancje lokalowe	1	1	0	0	1	1	0,1	4	0,4	5
Lokalizacja	0	1	0	0	0	0	0,1	1	0,1	6/7/8
Ocena pracowników	0	0	1	0	0	0	0,05	1	0,05	9
Motywacja pracowników	0	0	1	0	1	0	0,05	2	0,1	6/7/8
Brak certyfikatu akredytacji	1	1	0	0	1	0	0,15	3	0,45	4
Brak jasnej u akredytacji strategii	1	1	1	1	1	1	0,2	6	1,2	1
Waga	0,3	0,3	0,1	0,2	0,05	0,05				
Liczba interakcji	5	6	4	1	7	4				
Iloczyn wag i interakcji	1,5	1,8	0,4	0,2	0,35	0,2				
Ranga	2	1	3	5/6	4	5/6		5		
Suma interakcji								54		
Suma iloczynów									7,95	

Tabela nr. 18

	SZANSE		ZAGROŻENIA	
MOCNE STRONY	Suma iloczynów	11	Suma iloczynów	8,05
	Suma interakcji	90	Suma interakcji	62
SŁABE STRONY	Suma iloczynów	11,45	Suma iloczynów	7,79
	Suma interakcji	90	Suma interakcji	54

Największe wartości pomiarów uzyskaliśmy w analizie szanse / słabe strony: mini – maxi oraz szanse / mocne strony: maxi – maxi. Zarówno suma iloczynów jak i suma interakcji są największe i prawie się od siebie nie różnią.

Strategia opracowana dla Szpitala Powiatowego wykorzystuje możliwości płynące z otoczenia przy jednoczesnej minimalizacji i korekcie wewnętrznych słabości tej jednostki. Na tym etapie działania organizacja nasza znajduje się w sytuacji, gdzie wewnątrz niej przeważają jeszcze słabości, ale w otoczeniu dostrzegane są relatywnie duże możliwości. Prawie identyczny wynik uzyskano w analizie szanse / mocne strony. Świadczy to o tym, że przyjęta strategia daje możliwości ekspansji i modyfikowanie rozwoju dla organizacji, wewnątrz której suma interakcji mocnych i słabych stron w odniesieniu do szans, jakie daje otoczenie jest równa. W najbliższym okresie należałoby skupić się w organizacji na eliminacji słabości.

Analizując jeszcze raz słabe strony, należy zwrócić uwagę, iż największe wagi przydzieliłam dla punktów :

1. Brak jasnej strategii
2. Brak certyfikatu akredytacji
3. Zadłużenie

Największe interakcje z szansami, które mogą się pojawić to:

1. Brak certyfikatu akredytacji
2. Stara substancja lokalowa laboratorium, kuchni i bloku operacyjnego
3. Brak systemu motywacji pracowników

Niektóre z wymienionych tu słabych stron o silnych interakcjach mogą być wyeliminowane jeszcze w bieżącym roku.

Szpital rozpoczął pracę nad przystąpieniem do uzyskania certyfikatu akredytacji jeszcze w m – cu maju 2002 roku. Wówczas to powołano odpowiednie zespoły:

ds. jakości, ds. zakażeń szpitalnych, ds. gospodarki lekiem, ds. monitorowania odleżyn, ds. opracowania standardów postępowania.

Już wtedy opracowano standardy postępowania, procedury, wprowadzono nową dokumentację medyczną, opracowano folder, stronę WWW, kartę praw pacjenta, zweryfikowano strukturę organizacyjną oraz napisano nowe zakresy czynności. Określono misję szpitala, którą posłużyłam się przy budowaniu strategii, trzykrotnie przeprowadzono badania satysfakcji pacjentów.

Niestety trudny finansowo rok 2003 odłożył termin zgłoszenia gotowości do centrum Monitorowania Jakości w Krakowie.

Złe warunki techniczne pomieszczeń, gdzie znajduje się laboratorium i kuchnia zahamowały podjęte starania. Nie mniej jednak, to co zostało wprowadzone niezależnie od dodatkowych środków finansowych procentuje w postaci nowej jakości świadczonych usług medycznych, co ma odzwierciedlenie w prowadzonych badaniach satysfakcji pacjentów, którzy bardzo wysoko oceniają jakość świadczonych usług oraz w protokole kontroli przeprowadzonej przez NFZ w roku 2003.

Uzyskanie certyfikatu jakości ujęłam i w mocnych stronach – ze względu na duże zaangażowanie w tym procesie (żaden z powiatowych szpitali, które znajdują się w otoczeniu do dnia dzisiejszego nie rozpoczął tego procesu), i w słabościach gdyż z kolei uzyskanie akredytacji dałoby szpitalowi znaczną przewagę w otoczeniu.

Z kolei perspektywa pozyskania środków finansowych na remont laboratorium oraz dokupienie sprzętu, pozwoli na eliminację kolejnych słabych stron.

Bardzo ważne byłoby przeprowadzenie szczegółowej, również w ujęciu kosztowym, analizy wewnętrznej w poszczególnych oddziałach, poradniach i działach pomocniczych i dopiero na bazie strategii cząstkowych opracowanie strategii docelowej.

Należy zwrócić także uwagę na poparcie władz samorządowych zarówno na szczeblu lokalnym jak i poziomie Starostwa Powiatowego jako organu założycielskiego.

Szpital jest od dziesięcioleci wkomponowany w lokalne środowisko. Od lat cieszy się bardzo dobrą opinią wśród pacjentów, obłożenie na poszczególnych oddziałach jest porównywalne do innych szpitali. „Zdrowie” jest czymś najważniejszym w hierarchii wartości społecznych i należy mieć nadzieję, że organy założycielskie nadzorujące placówki służby zdrowia, będą w przyszłości wyposażone w środki finansowe na ten cel. Zmiany, które dokonały się w szpitalu w ostatnich latach, odbyły się w okresie prowadzenia i dofinansowania przez Starostwo Powiatu Kieleckiego.

CZEŚĆ III

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

Wynik Analizy SWOT ilościowy wskazał na konieczność skupienia się w pierwszym etapie realizacji strategii na eliminacji słabych stron. Działania konieczne do podjęcia, aby osiągnąć główny cel placówki to:

1. Bilansowanie zakładu w działalności bieżącej

Rok 2004 po raz pierwszy po 4 latach pozwolił na zbilansowanie jednostki w działalności bieżącej – strata –108 000 zł to naliczenie zobowiązania należności pracowników z tytułu „110”.

Plan finansowy na rok 2005 również bilansuje jednostkę w wyniku finansowym. Pozwala to na zmniejszenie zadłużenia zakładu.

Od miesiąca sierpnia 2001 szpital wypłaca pracownikom tzw. „203”. Do dnia 31 grudnia 2004r. obciążenie z tego tytułu daje kwotę 1 024 838 zł. Uzyskanie w bieżącym roku tzw pożyczki na „203” za rok 2001 i 2002 pozwoli na częściową rekompensatę zobowiązań wobec pracowników oraz spłatę innych zobowiązań. Znaczej poprawie uległyby wskaźniki ekonomiczne zakładu.

Bilansowanie bieżące umacnia w przeświadczeniu, że szpital może istnieć samodzielnie bez względu na rozwiązanie legislacyjne.

Wszelkie zmiany ustawowe – pożyczki, oddłużenie, przekształcanie w SUP – y są ogromną szansą, bo szybciej pozwolą zlikwidować dług.

2. Uzyskanie certyfikatów jakości – szansą rozwoju placówki

W miesiącu grudniu 2004 roku zgłoszono szpital do akredytacji. 4.04.2005r. odbyło się szkolenie ze wstępną oceną jednostki: potwierdzono termin wizyty na 16-17 czerwca 2005r. Żaden ze szpitali powiatowych w otoczeniu nie posiada certyfikatu akredytacji.

Uzyskanie certyfikatu pozwoli zmniejszyć zagrożenia

- chęć likwidacji placówki

- utrata kadry

oraz zwiększy szansę uzyskania środków finansowych z UE na potrzebne remonty i modernizację.

3. Dostosowanie zakładu do wymagań Rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczących stanu sanitarno – technicznego

Jako słabe strony zakładu określono:

- starą substancję lokalową laboratorium – nowe laboratorium oddano do użytkowania dzięki wspólnemu finansowaniu Starostwa Powiatowego i Urzędu Miasta i Gminy 15.10. 2004 r.
- stara substancja lokalowa kuchni – szpital opracował w bieżącym roku koncepcję i projekt modernizacji kuchni – część środków na remont otrzyma jeszcze w bieżącym roku z Funduszu Ochrony Środowiska.

Przez cały okres jesienno – zimowy szpital otrzymuje płody rolne od rolników z okolicznych wsi nieodpłatnie, stąd koszty żywieniowe są niskie. Żadna firma cateringowa nie wykonałaby usługi o tym poziomie jakości w tak niskiej cenie. Koszt całodziennego wyżywienia wynosi 8,4 zł, tym szpital prowadzi kilka diet.

- stara substancja lokalowa bloku operacyjnego i sterylizatornią

Jest to najtrudniejsze zadanie inwestycyjne, przed którym stoi nasza jednostka. Nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia przesunęło termin dostosowania placówki do wymagań sanitarno - higienicznych do końca 2010 roku. W pierwszym kwartale opracowano koncepcję rozbudowy szpitala o nowy blok operacyjny ze sterylizatornią i infrastrukturą towarzyszącą. Na obecnym etapie poszukujemy sojuszników tego zadania – ewentualnych członków zespołu projektowego, w Starostwie Powiatowym, w samorządzie lokalnym i marszałkowskim.

Na przełomie roku 2005 / 2006 zostanie zlecone opracowanie projektu technicznego i do końca 2006 roku należy przygotować wniosek o dofinansowanie z funduszy unijnych. W latach 2007 – 2009 projekt zrealizowano by.

Jeżeli nie uda się pozyskać środków poprzez władze samorządowe, należy szpital przekształcić w jednostkę niepubliczną i znaleźć inwestora

- w roku 2004 i 2005 znacznie uzupełniono braki sprzętu diagnostycznego
- w roku 2003 – 2005 wprowadzono system oceny pracowników oraz adaptacji pracowników nowo przyjętych.

CZĘŚĆ IV

OKREŚLENIE SYTUACJI EKONOMICZNEJ ZAKŁADU, MOŻLIWEJ DO OSIĄGNIĘCIA PO ZAKOŃCZENIU POSTĘPOWANIA RESTRUKTURYZACYJNEGO I PRZEDSTAWIENIE PROGNOZ FINANSOWYCH

1. Plany finansowe jednostki na lata 2005 - 2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Przychody z kontraktu NFZ	4 412 135	4 632 742	4 700 000	4 800 000	4 800 000	4 800 000
Przychody inne	500 000	550 000	550 000	550 000	550 000	550 000
Przychody ogółem	4 912 135	5 182 742	5 250 000	5 350 000	5 350 000	5 350 000
Koszty ogółem	4 905 000	5 000 000	5 050 000	5 150 000	5 150 000	5 150 000
Wynik finansowy	+ 7 135	+ 182 742	+ 200 000	+ 200 000	+ 200 000	+ 200 000

Plan finansowy na rok 2005 skonstruowano na podstawie zawartego kontraktu z NFZ, jest on pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną szpitala i Zarząd Powiatu.

Na rok 2006 przyjęto wzrost finansowania kontraktu o 5 % (nadwykonania z roku 2005, uzyskanie certyfikatu akredytacji). O 5 % przyjęto wzrost finansowania głównie badań laboratoryjnych świadczonych przez laboratorium szpitalne dla POZ. Na kolejne lata przyjęto

niewielki wzrost finansowania usług 1,5 – 2 %. Zaplanowano niewielki wzrost poziomu kosztów, głównie kosztów materiałowych.

Lata 2006 – 2010 zamykają się zyskiem w działalności gospodarczej. Wypracowany zysk jest niezbędny, aby zmniejszyć zobowiązania krótkoterminowe i uzyskać płynność finansową.

2. Symulacja bilansowa na lata 2005 – 2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Aktywa trwałe	3 150 000	2 990 000	2 842 800	2 707 376	2 700 000	2 700 000
Aktywa obrotowe	750 000	750 000	750 000	750 000	750 000	750 000
1. Zapasy	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000
2. Należności	550 000	550 000	550 000	550 000	550 000	550 000
3. Środki pieniężne	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000
AKTYWA OGÓŁEM	3 900 000	3 740 000	3 592 800	3 457 376	3 450 000	3 450 000
I. Kapitał własny	1 297 000	1 579 742	1 879 742	2 179 742	2 479 742	3 117 742
1. Fundusz założycielski	3 347 000	3 447 000	3 547 000	3 647 000	3 747 000	3 847 000
2. Fundusz zakładu	- 2 059 995	- 2 050 000	- 1 867 258	- 1 667 258	- 1 467 258	- 1 267 258
3. Zysk / strata	+ 9 995	+ 182 742	+ 200 000	+ 200 000	+ 200 000	+ 200 000
						+ 338 000
II. Zobowiązania i rezerwy	2 603 000	2 160 258	1 713 058	1 277 634	970 758	332 258
1. Rezerwy	308 000	308 000	-	-	-	-
2. Zobowiązania długoterminowe	990 000	606 000	804 000	534 000	264 000	-
3. Zobowiązania krótkoterminowe	1 305 000	1 246 258	909 058	743 634	706 258	332 258
PASYWA OGÓŁEM	3 900 000	3 740 000	3 592 800	3 457 376	3 450 000	3 450 000

Założenia do bilansów na poszczególne lata:

1. Rok 2005

Dotacje ze Starostwa Powiatowego na zakup sprzętu –	100 000 zł
Dotacja Miasta i Gminy na zakup sprzętu –	50 000 zł
Dotacje z Powiatowego Funduszu Ochrony Środowiska	
- modernizacja kuchni –	42 000 zł
- adaptacja pomieszczeń na magazyn odpadów medycznych -	50 000 zł
RAZEM:	242 000 zł
Dotacja ze Starostwa Powiatowego na spłatę zobowiązań cywilnoprawnych	232 000 zł

Aktywa trwałe nie zmieniają swej wartości, gdyż zakupy inwestycyjne zwiększą ich wartość równą wartości umorzenia na rok 2005. Po stronie pasywów wzrośnie fundusz założycielski i kapitał własny. Jeśli szpital skorzysta z pożyczki restrukturyzacyjnej, to ogólna kwota zobowiązań niewiele się zmieni w stosunku do roku 2004, ale zmieni się ich struktura. Szpital wypłaci pracownikom z pierwszej i drugiej transzy pożyczki zobowiązania z tytułu „203” na wartość około 216 000 zł za rok 2001, 2002 oraz za lata 2003, 2004 w kwocie 232 000, zł tj. łącznie 448 000,00 zł i o tą kwotę oraz naliczoną od niej składkę ZUS możliwą do umorzenia zmniejszą się rezerwy. Z pozostałej kwoty pożyczki w wysokości około 210 000 zł (po odliczeniu kosztów banku BGK- około 15 000,00 zł) szpital spłaci zobowiązania cywilno – prawne wobec dostawców i zmniejszy w ten sposób zobowiązania krótkoterminowe. Na ugody zawarte z wierzycielami cywilnoprawnymi zostanie dodatkowo przeznaczona kwota 232 000,00 zł będąca dotacją lub pożyczką Starostwa Powiatowego w Kielcach. Z kolei zobowiązania długoterminowe zwiększą się o zaciągniętą pożyczkę restrukturyzacyjną około 676 000 zł, a zmniejszą się o kwotę spłaconego kredytu wobec banku BISE tj. o kwotę 324 000 zł.

Rezygnacja pracowników z odsetek z tytułu „203” oraz wierzycieli, z którymi podpisano ugody restrukturyzacyjne zmniejszy zaplanowane koszty operacyjne i finansowe i pozwoli na wypracowanie wyższego zysku niż zakładano w planie na rok 2005.

2. Rok 2006

W roku 2006 założono zakupy inwestycyjne o wartości 100 000 zł sfinansowane dotacją Starostwa Powiatowego. Przewidywany w wyniku finansowym zysk oraz dotacja zwiększą kapitał własny, amortyzacja w wysokości 260 000 zł przeznaczona by była na zmniejszenie zobowiązań. Zakładając, że spłata pożyczki wobec BGK rozpocznie się od stycznia 2006 roku to szpital zmniejszy w tym roku zobowiązania długoterminowe o spłatę pożyczki i pozostałej kwoty kredytu wobec BISE. Zmniejszą się również zobowiązania krótkoterminowe.

3. Rok 2007

Zakładamy zakupy inwestycyjne finansowane dotacją ze Starostwa Powiatowego w wysokości 100 000 zł, amortyzację i zysk przeznaczamy na zmniejszenie zobowiązań. W I kwartale 2007 roku szpital zaciąga kredyt bankowy poręczony przez organ założycielski w wysokości 368 000 zł i rozlicza całość rezerw na zobowiązania pracownicze. Kredyt zaciągnięto by na 2 lata, spłatę rozpoczęto by od miesiąca lipca 2007. W roku tym znacznie spadają zobowiązania krótkoterminowe.

4. Rok 2008

W roku 2008, a więc po zakończeniu dwóch lat procesu restrukturyzacji szpital po raz kolejny przeznaczają amortyzację (235 424 zł) na spłatę zobowiązań. Zmniejszają się zobowiązania długoterminowe i krótkoterminowe i szpital osiąga dobry wskaźnik płynności bieżącej równy 1.

5. Rok 2009

Do dnia 30 czerwca 2009 roku szpital spłaca zaciągnięty kredyt komercyjny na zobowiązania pracownicze, a do końca roku spłaca pożyczkę BGK do 50% wartości pożyczki i występuje o umorzenie pozostałej kwoty.

W roku 2009 amortyzacja jest znów przeznaczana na odtworzenie majątku.

6. Rok 2010

W bilansie na rok 2010 nie występują już zobowiązania długoterminowe, a wskaźnik płynności bieżącej przyjmuje wartość 1,3. W latach 2008 – 2010 zaplanowano dotacje na zakupy inwestycyjne po 100 000 zł i o tyle założono zwiększenie funduszu założycielskiego.

WSKAŹNIKI RENTOWNOŚCI

zyskowność działalności gospodarczej = wynik na działalności gospodarczej/przychody ogółem

Wskaźnik	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.	2010 r.
zyskowność działalności gospodarczej = wynik na działalności gospodarczej / przychody ogółem	+ 0,001	+ 0,03	+ 0,04	+ 0,04	+ 0,04	+ 0,04

Od 2005 roku wskaźnik zyskowności gospodarczej jest już dodatni z tendencją wzrostu, prawidłowy dla tego typu placówek.

zyskowność aktywów = wynik netto / aktywa

Wskaźnik	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.	2010 r.
zyskowność aktywów = wynik netto / aktywa	+ 0,002	+ 0,05	+ 0,055	+ 0,058	+ 0,058	+ 0,058

Wskaźnik dodatni na prawidłowym poziomie.

Wskaźniki płynności:

wskaźnik płynności bieżącej = aktywa obrotowe / zobowiązania krótkoterminowe

Wskaźnik	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.	2010 r.
wskaźnik płynności bieżącej = aktywa obrotowe / zobowiązania krótkoterminowe	0,57	0,6	0,82	1	1,06	2,26

W roku 2008 szpital uzyska płynność finansową, wskaźnik płynności bieżącej będzie się równał 1 z tendencją wzrostową w kolejnych latach.

Wskaźniki sprawności finansowej:

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

Wskaźnik	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.	2010 r.
rotacja należności krótkoterminowych (w dniach) = przeciętny stan należności krótkoterminowych x360/ przychody ze sprzedaży	40	38	37,7	37	37	37

Wskaźnik na dobrym poziomie (optymalny 30 dni).

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

Wskaźnik	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.	2010 r.
rotacja zobowiązań (w dniach) = przeciętny stan zobowiązań krótkoterminowych x 360 / przychody ze sprzedaży	95	86	62	50	47	22

Wskaźnik maleje od roku 2007 jest już na bardzo dobrym poziomie i oznacza dobrą płatność wobec wierzycieli.

Wskaźnik zadłużenia:

wskaźnik pokrycia aktywów kapitałem własnym = kapitał własny / aktywa

Wskaźnik	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.	2010 r.
----------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

Wskaźnik	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.	2010 r.
wskaźnik pokrycia aktywów kapitałem własnym = kapitał własny / aktywa	0,33	0,42	0,52	0,63	0,72	0,9

Od 2005 roku odbudowywany jest kapitał własny szpitala i jego udział w finansowaniu aktywów jest coraz większy.

wskaźnik zadłużenia ogółem = zobowiązania ogółem / pasywa

Wskaźnik	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.	2010 r.
wskaźnik zadłużenia ogółem = zobowiązania ogółem / pasywa	0,67	0,58	0,48	0,37	0,28	0,09

Wskaźnik zaczyna spadać, szpital bilansując swoją działalność nawet z niewielkim zyskiem spłaca swoje zobowiązania.

Wskaźniki produktywności (sprawności działania):

wskaźnik produktywności aktywów = przychody ogółem / aktywa

Wskaźnik	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.	2010 r.
wskaźnik produktywności aktywów = przychody ogółem / aktywa	1,26	1,38	1,46	1,55	1,55	1,55

Od 2004 roku zahamowano spadek wskaźnika. W kolejnych latach zaczyna powoli rosnać.

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

Wskaźnik	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.	2010 r.
----------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

Wskaźnik	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.	2010 r.
wskaźnik produktywności rzeczowych aktywów trwałych = przychody ze sprzedaży / rzeczowe aktywa trwałe	1,56	1,73	1,85	1,98	1,98	1,98

Wskaźnik ten również zaczyna rosnać od 2004 roku. Poczynione wcześniej nakłady inwestycyjne zaczynają powoli pracować na zwiększenie przychodów jednostki.

Pożyczka restrukturyzacyjna jest ogromną szansą dla naszego szpitala. Pozwoli spłacić wszystkie zobowiązań wobec pracowników z tyt. ustawy „203” oraz 30 % wierzytelności cywilno – prawnych. Szpital na bieżąco wypłaca należność z tytułu „203”, a od 1 stycznia 2005 roku wprowadzono do płac dodatek „110”. Strata za rok 2004 wynika z naliczenia do zobowiązań należności z tytułu „110”. Plan zakładu na rok 2005 zakłada zbilansowanie się jednostki w roku bieżącym. Dodatkowe środki z budżetu państwa pozwolą na poprawę wszystkich wskaźników ekonomicznych.

Po spełnieniu warunków restrukturyzacji i umorzeniu połowy wartości zaciągniętej pożyczki z BGK szpital ma szansę na intensywny rozwój, świadczenie usług dla pacjentów na najwyższym poziomie dla tego typu placówki.

Po ocenie wizytatorów Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie w dniach 16-17 czerwca br. Szpital uzyskał certyfikat akredytacji z oceną 83 punkty. Uzyskanie tego certyfikatu, realizacja opracowanej strategii szpitala, eliminacja słabości, pozwoli wykorzystać mocne strony tej organizacji i szanse płynące z otoczenia.

Opracowany program restrukturyzacji szpitala uzyskał pozytywną opinię Rady Społecznej.