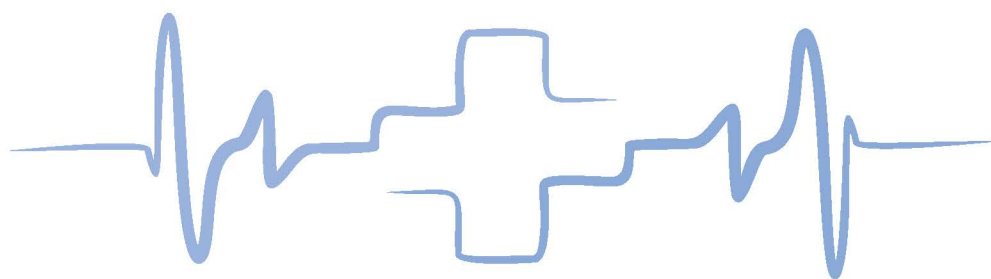


Finanse

Finanse szpitali w Polsce

Strategie płynności

Bartłomiej Krzeczewski



Finanse szpitali w Polsce

Strategie płynności



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

Finanse

Finanse szpitali w Polsce

Strategie płynności

Bartłomiej Krzeczewski

Bartłomiej Krzeczewski – Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny
Katedra Finansów Korporacji, 90-214 Łódź, ul. Rewolucji 1905 r. nr 39

RECENZENT

Artur Paździor

REDAKTOR INICJUJĄCY

Beata Koźniewska

REDAKCJA

Monika Wolska-Bryl

SKŁAD I ŁAMANIE

Monika Wolska-Bryl

KOREKTA TECHNICZNA

Anna Sońta

PROJEKT OKŁADKI

Agencja Reklamowa efectoro

Zdjęcie wykorzystane na okładce: © <https://stock.adobe.com/pl/>

Wydrukowano z gotowych materiałów dostarczonych do Wydawnictwa UŁ

Autor uzyskał środki finansowe na przygotowanie rozprawy doktorskiej
z Narodowego Centrum Nauki w ramach finansowania stypendium doktorskiego
na podstawie decyzji numer DEC-2016/20/T/HS4/00411.

© Copyright by Bartłomiej Krzeczewski, Łódź 2020

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2020

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

Wydanie I. W.09604.19.0.M

Ark. druk. 14,125

ISBN 978-83-8220-155-0

e-ISBN 978-83-8220-156-7

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

90-131 Łódź, ul. Lindleya 8

www.wydawnictwo.uni.lodz.pl

e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl

tel. (42) 665 58 63

Spis treści

Wstęp	7
Rozdział 1	
Funkcjonowanie polskiego systemu ochrony zdrowia (w latach 2005–2014)	13
1.1. Różne modele finansowania ochrony zdrowia	13
1.2. Podstawowe rodzaje świadczeń zdrowotnych i wysokość ich finansowania	15
1.3. Reformy polskiego systemu ochrony zdrowia i szpitalnictwa	23
1.4. Model finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia – charakterystyka finansowa i próba klasyfikacji	33
1.4.1. Charakterystyka finansowa systemu ochrony zdrowia w Polsce	33
1.4.2. Próba klasyfikacji systemu ochrony zdrowia w Polsce	40
1.5. Podsumowanie	42
Rozdział 2	
Specyfika i problemy działalności polskich szpitali	45
2.1. Szpital w kontekście działalności przedsiębiorstwa	45
2.2. Charakterystyka sektora polskich szpitali	55
2.3. Sprawozdawczość oraz polityka finansowa w polskich szpitalach	62
2.4. Sposoby finansowania świadczeń zdrowotnych w szpitalu	66
2.5. Specyfika i problematyka zarządzania szpitalem	73
2.6. Podsumowanie	77
Rozdział 3	
Znaczenie i istota płynności finansowej w zarządzaniu finansami szpitala	79
3.1. Sposoby ujmowania płynności finansowej	80
3.2. Sposoby pomiaru płynności finansowej	84
3.3. Kapitał obrotowy netto jako przedmiot zarządzania płynnością finansową	92
3.4. Podstawowe strategie zarządzania płynnością finansową	94
3.5. Zależność pomiędzy płynnością finansową a rentownością	98
3.6. Płynność finansowa w świetle badań w sektorze szpitali	108
3.7. Podsumowanie	116

Rozdział 4

Określenie strategii płynności finansowej oraz wpływu płynności finansowej na rentowność polskich szpitali w latach 2005–2014 119

4.1. Opis przedmiotu badania i wykorzystanych danych oraz metod	119
4.1.1. Przedmiot badania i opis próby	119
4.1.2. Opis metod	123
4.1.2.1. Metody statystyczne	123
4.1.2.2. Metody ekonometryczne	125
4.2. Ocena ogólnej sytuacji finansowej analizowanych szpitali	126
4.2.1. Charakterystyka sytuacji finansowej szpitali podzielonych na podstawie kryterium płynności finansowej	126
4.2.1.1. Ocena rentowności	127
4.2.1.2. Ocena zadłużenia	130
4.2.1.3. Ocena płynności finansowej	132
4.2.1.4. Ocena sprawności działania	138
4.2.2. Charakterystyka sytuacji finansowej szpitali podzielonych na podstawie kryterium rentowności	141
4.2.2.1. Ocena rentowności	142
4.2.2.2. Ocena zadłużenia	144
4.2.2.3. Ocena płynności finansowej	147
4.2.2.4. Ocena sprawności działania	150
4.3. Określenie strategii płynności finansowej w badanych szpitalach	154
4.3.1. Strategia kapitału obrotowego netto	154
4.3.2. Strategia płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko	158
4.3.2.1. Strategia aktywów obrotowych	159
4.3.2.2. Strategia finansowania aktywów obrotowych	167
4.3.2.3. Strategia majątkowo-finansowa	176
4.3.2.4. Całkowita strategia płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko	180
4.4. Analiza korelacji pomiędzy płynnością finansową i rentownością w badanych szpitalach	184
4.5. Ocena wpływu płynności finansowej na rentowność w badanych szpitalach – modelowanie ekonometryczne	187
4.6. Podsumowanie	192
Zakończenie	195
Bibliografia	205
Spis rysunków	219
Spis tabel	221
Spis wykresów	225

Wstęp

Niniejsza monografia została przygotowana w oparciu o rozprawę doktorską pt. „Strategie zarządzania płynnością finansową szpitali w Polsce”, napisaną pod kierunkiem promotora dra hab. Radosława Pastusiaka, prof. UŁ oraz promotora pomocniczego dr Magdaleny Jasiniak w Katedrze Finansów Korporacji Uniwersytetu Łódzkiego.

Autor uzyskał środki finansowe na przygotowanie rozprawy doktorskiej z Narodowego Centrum Nauki w ramach finansowania stypendium doktorskiego na podstawie decyzji numer DEC-2016/20/T/HS4/00411.

Przemiany sektora usług zdrowotnych w Polsce, rozpoczęte w 1990 r., doprowadziły do wielu przemian w obszarze jego organizacji, zasad działania, pokrywania kosztów świadczeń. Podstawowe deklarowane cele realizowanych zmian sprowadzają się do utrzymania wysokiego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego, podnoszenia poziomu świadczonych usług, zapewnienia pełnej dostępności do świadczeń medycznych. Dotychczasowe efekty nie spełniają oczekiwań zarówno społeczeństwa, jak i świadczeniodawców. Wprowadzenie zasad rynkowych do tego sektora ujawniło szereg istotnych problemów, których wyeliminowanie jest niezmiernie trudne i wymaga wielu zmian.

Polski system zabezpieczenia zdrowotnego jest postrzegany jako jeden z najgorszych w Europie. Świadczyć o tym mogą niskie notowania Polski w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (EHCI) przygotowywanym przez Health Consumer Powerhouse (HCP) (zawsze w ostatniej 10 krajów europejskich – często na jednym z ostatnich miejsc). W rankingu tym oceniane są systemy ochrony zdrowia w krajach członkowskich Unii Europejskiej na podstawie takich kryteriów, jak m.in.: przestrzeganie praw pacjenta, czas oczekiwania na świadczenia medyczne, śmiertelność niemowląt, przeżywalność w przypadku chorób nowotworowych, zakres świadczeń gwarantowanych, działania profilaktyczne, dostępność do nowych leków. Do kluczowych problemów polskiego systemu ochrony zdrowia należą przede wszystkim: dostępność do świadczeń zdrowotnych (szczególnie specjalistycznych), długi czas oczekiwania na zabiegi i operacje medyczne

czy polityka lekowa (Health Consumer Powerhouse, 2008, 2009, 2012–2017). Stąd wdrażanych jest wiele zmian mających na celu poprawę sytuacji w tym zakresie. Zmiany wprowadzane na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat były ukierunkowane na różne formy urynkowania systemu. Obecnie jednak następuje odejście od tej tendencji.

Szczególnie istotny w polskim systemie ochrony zdrowia jest sektor szpitalny. Absorbuje on największą część środków publicznych dedykowanych na finansowanie całego systemu. Jednocześnie w prasie i innych mediach pojawiają się wciąż doniesienia o trudnej sytuacji finansowej tego sektora i narastającym zadłużeniu szpitali. Niewiele pomogły tu wprowadzane w latach 2005 i 2009 programy oddłużeniowe – tzw. ustawa restrukturyzacyjna (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. ...) oraz Plan B (Uchwała Nr 58 /2009...). Problemy związane z obsługą zadłużenia mogą prowadzić do istotnych problemów finansowych. Szczególnie trudna sytuacja powstaje zwłaszcza w kontekście zadłużenia krótkoterminowego, kiedy dany podmiot nie ma środków na regulowanie swoich bieżących zobowiązań względem kontrahentów. O ile w przypadku zadłużenia długoterminowego są to zwykle wyspecjalizowane instytucje sektora finansowego, które często posiadają odpowiednie rozeznanie w ocenie ryzyka finansowego i często są przygotowane na ewentualne trudności finansowe dłużnika, o tyle w przypadku zadłużenia krótkoterminowego, kontrahenci, będący często dostawcami dłużnika, mogą nie posiadać takiego rozeznania. Tym samym problemy w zakresie płynności finansowej dłużnika, jakim jest szpital, mogą w bezpośredni sposób zagrozić funkcjonowaniu jego podstawowych kontrahentów. Dlatego proces zarządzania płynnością finansową wydaje się tu szczególnie ważny.

Kompleksową odpowiedź na problemy polskich szpitali i systemu ochrony zdrowia miała stanowić wprowadzona w 2011 r. ustawa o działalności leczniczej (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. ...). Ustawa ta miała usprawnić funkcjonowanie jednostek szpitalnych, w pewnym stopniu opierając się na założeniu, iż szpital należy traktować jako przedsiębiorstwo medyczne¹ ukierunkowane – obok swojej podstawowej misji w postaci udzielania świadczeń zdrowotnych – również na generowanie zysku, a przynajmniej nieprzynoszenie strat finansowych. W 2016 r., wprowadzając tzw. sieć szpitali (system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia – PSZ), ustawodawca jednak wycofał się z postrzegania szpitala jako przedsiębiorstwa, jak również części zapisów ustawy o działalności leczniczej.

Mając powyższe na uwadze, trudno jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie, czy szpitale powinny być postrzegane jako przedsiębiorstwa, czy też nie. Ważna dla udzielenia odpowiedzi na to pytanie może być ocena cech, które posiadają klasyczne przedsiębiorstwa oraz tych, które posiadają szpitale. Ponadto istotna może

1 Art. 2.1, ust. 9 ogłoszonej wersji ustawy definiował szpital jako „przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne”, Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. ..., tekst ogłoszony, art. 2, pkt. 1, ust. 9.

tu być również ocena, czy w sektorze szpitali występują analogiczne zależności w zakresie zarządzania finansowego, jak wśród innych przedsiębiorstw.

Głównym celem zrealizowanej pracy jest ocena stosowanych przez szpitale strategii zarządzania płynnością finansową i ich wpływu na rentowność. Strategie te można podzielić na agresywne, konserwatywne i umiarkowane. Strategie agresywne ukierunkowane są na maksymalizowanie rentowności, co odbywa się kosztem obniżonego poziomu płynności finansowej. Strategie konserwatywne wskazują na podejście przeciwstawne – w ich przypadku maksymalizowany jest poziom bezpieczeństwa finansowego, czyli płynności finansowej, kosztem uzyskiwanej rentowności. Strategie umiarkowane stanowią natomiast swoisty kompromis pomiędzy strategiami agresywnymi i konserwatywnymi. Takie założenie dotyczące konstrukcji strategii ma wynikać z negatywnej zależności, jaka ma zachodzić w relacji pomiędzy płynnością finansową i rentownością wśród przedsiębiorstw. Ze względu jednak na to, że nie ma pełnej zgody co do tego, że szpitale powinny być postrzegane jako przedsiębiorstwa, należy mieć na uwadze, że w sektorze tym mogą zachodzić nietypowe zależności finansowe.

Pośród celów cząstkowych pracy można wyróżnić:

- 1) Wskazanie miejsca szpitali w polskim systemie ochrony zdrowia oraz ocenę uwarunkowań systemowych, w których funkcjonują;
- 2) Ocenę specyfiki działalności polskich szpitali w kontekście działalności klasycznego przedsiębiorstwa;
- 3) Identyfikację problemów w zakresie zarządzania finansowego w sektorze polskich szpitali;
- 4) Określenie kierunku i siły wpływu płynności finansowej na rentowność wśród polskich szpitali;
- 5) Identyfikację strategii zarządzania płynnością finansową w kontekście uzyskiwanej rentowności;
- 6) Identyfikację czynników finansowych wpływających na rentowność szpitala.

W pracy sformułowano następującą hipotezę główną: stosowane strategie zarządzania płynnością finansową w sposób istotny różnicują poziom rentowności szpitala.

W badaniu sformułowano również następujące hipotezy szczegółowe:

H1: Model szpitalnictwa w Polsce wynika z uwarunkowań społeczno-historycznych.

H2: Polskie szpitale nie mogą być postrzegane jako typowe przedsiębiorstwa funkcjonujące w realiach rynkowych.

H3: Głównym problemem w zakresie zarządzania finansami szpitali w Polsce jest wysoki poziom zobowiązań krótkoterminowych.

H4: Pomiędzy płynnością finansową i rentownością w szpitalu zachodzi istotna pozytywna zależność.

H5: Najbardziej rentowne szpitale stosują konserwatywne strategie zarządzania płynnością finansową w przeciwieństwie do szpitali najmniej rentownych, stosujących strategie agresywne.

H6: Na rentowność szpitala w sposób istotny wpływa płynność finansowa.

Tematyka niniejszej pracy obejmuje swym zakresem przede wszystkim okres 2005–2014. Warto zaznaczyć, iż w tych latach finansowanie polskiego systemu ochrony zdrowia – w tym sektora szpitalnego – odbywało się na relatywnie niezmiennych zasadach. Od 2003 r. za wycenę i finansowanie świadczeń udzielanych ze środków publicznych odpowiedzialny był Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Począwszy od 2015 r., sytuacja ta uległa zmianie i wycena świadczeń została powierzona Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Tak dobrany szereg czasowy omija również okres możliwych turbulencji ekonomicznych w początkowych latach (po roku 2003) funkcjonowania NFZ, a związanych z wprowadzeniem tej nowej, znacznie bardziej scentralizowanej instytucji płatnika trzeciej strony w miejsce funkcjonujących wcześniej kas chorych.

Przygotowana praca składa się z czterech rozdziałów, z czego pierwsze trzy mają charakter teoretyczny. Ostatni rozdział ma natomiast charakter empiryczny, a jego celem była weryfikacja postawionych hipotez.

W pierwszym rozdziale scharakteryzowane zostało funkcjonowanie polskiego systemu ochrony zdrowia w latach 2005–2014 – tj. w okresie objętym badaniem. Zostały w nim również zawarte definicje podstawowych pojęć związanych z tematyką ochrony zdrowia. Celem rozdziału było przedstawienie kluczowej roli, jaką mają do spełnienia szpitale w polskim systemie ochrony zdrowia na tle innych podmiotów leczniczych oraz pozostałych instytucji mających wpływ na system ochrony zdrowia w Polsce.

Celem drugiego rozdziału było przedstawienie szpitala na kanwie teorii związanych z działalnością przedsiębiorstwa. Obok tego w rozdziale tym zostały również scharakteryzowane podstawowe metody finansowania świadczeń zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem działalności szpitalnej oraz podstawowe problemy finansowe, z którymi w analizowanym okresie zmagają się polskie szpitale. Zostały również zaprezentowane podstawowe charakterystyki sprawozdawczości finansowej polskich szpitali oraz specyfika kształtowania poszczególnych pozycji finansowych w działalności szpitala – eksponująca bardzo istotne znaczenie płynności finansowej w szpitalu.

Trzeci rozdział został z kolei poświęcony przede wszystkim płynności finansowej. Opisano w nim problemy związane z oceną płynności finansowej, podstawowe rodzaje strategii zarządzania płynnością finansową, a także został dokonany przegląd dotychczas przeprowadzonych badań w zakresie analiz poświęconych tematyce płynności finansowej. Przegląd ten objął zarówno badania wskazujące na istotne wnioski dotyczące zarządzania płynnością finansową z różnych sektorów gospodarki, jak i ściśle badania przeprowadzone w sektorze szpitalnym.

W ostatnim rozdziale przedstawiono wyniki analiz empirycznych. Badanie zostało przeprowadzone na wyodrębnionych grupach szpitali. W pierwszej części badania, szpitale podzielono na grupy pod względem strategii opierających się na poziomie płynności finansowej mierzonej relacją majątku obrotowego do zobowiązań krótkoterminowych i dokonano charakterystyki finansowej każdej tak wyodrębnionej grupy (tj. szpitali stosujących strategie agresywne, konserwatywne lub umiarkowane). W drugiej części badania, ze względu na silny nurt w literaturze przedmiotu, określający płynność finansową jako istotną determinantę rentowności, podział szpitali został oparty właśnie na kryterium rentowności jako na mierze obrazującej obszar wynikowy szpitala. W badaniu zostały wyodrębnione grupy szpitali najbardziej i najmniej rentownych, co miało na celu identyfikację i wskazanie zarówno pozytywnych, jak negatywnych praktyk stosowanych przez poszczególne grupy w procesie zarządzania finansowego, a w szczególności zarządzania płynnością finansową. Podział ten miał również ułatwić weryfikację części z postawionych w pracy hipotez. W ramach analiz empirycznych wykorzystano szerokie spektrum narzędzi służących do oceny zarządzania płynnością finansową oraz zarządzania finansowego. Wykonana została analiza finansowa obejmująca podstawowe wskaźniki finansowe (rentowności, zadłużenia, płynności finansowej, sprawności działania). Następnie zostały wyznaczone szczegółowe wskaźniki dedykowane ocenie płynności finansowej, które pozwoliły na określenie stosowanych przez analizowane szpitale wybranych strategii zarządzania płynnością finansową – tj. strategii zarządzania kapitałem obrotowym netto oraz strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko. Dodatkowo dla potwierdzenia uzyskanych wniosków została wykonana także analiza korelacji liniowej Pearsona, jak również został zbudowany model ekonometryczny.

Wykonane analizy i zawarte w pracy rozważania pozwoliły na weryfikację postawionych hipotez badawczych oraz teorii stosowanych na gruncie zarządzania finansami przedsiębiorstwa w sektorze szpitali.

Określenie strategii płynności finansowej stosowanej przez polskie szpitale oraz określenie zależności pomiędzy płynnością finansową i rentownością doprowadziło do uzyskania istotnych wniosków. Pozwalają one na wyznaczenie kierunków doskonalenia w sferze zarządzania płynnością finansową, który powinny obrać szpitale w Polsce. Wnioski płynące z pracy mogą stanowić istotny czynnik w zakresie udzielenia rekomendacji dla polityki finansowej stosowanej przez polskie szpitale.

Rozdział 1

Funkcjonowanie polskiego systemu ochrony zdrowia (w latach 2005–2014)

1.1. Różne modele finansowania ochrony zdrowia

Istnieją różne podziały modeli finansowania systemów ochrony zdrowia na świecie. Każdy jednak typ czy rodzaj finansowania systemu zabezpieczenia zdrowotnego powinien być podporządkowany nadrzędnemu celowi, czyli zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych, zarówno całego społeczeństwa, jak i jego poszczególnych jednostek oraz zagwarantowaniu im dobrego stanu zdrowia (Suchecka, 1998: 19).

Lameire i in. (1999: 3–9) wskazują na występowanie trzech podstawowych typów modeli finansowania systemów ochrony zdrowia na świecie:

- Model Bismarcka (model ubezpieczeniowy) – opierający się głównie na finansowaniu pochodzącym ze składki ubezpieczeniowej, opłacanej w ramach systemu ubezpieczeń społecznych, jak również charakteryzujący się występowaniem zarówno świadczeniodawców publicznych, jak i prywatnych.
- Model Beveridge’a (model zaopatrzeniowy lub narodowej służby zdrowia) – opierający się przede wszystkim na wpływach pochodzących z podatków i charakteryzujący się dużą liczbą publicznych świadczeniodawców.
- Model prywatnych ubezpieczeń (model rezydualny) – do niedawna występujący jedynie w Stanach Zjednoczonych i opierający się w przeważającym stopniu na dobrowolnych ubezpieczeniach prywatnych.

Należy tutaj zaznaczyć, iż z historycznego punktu widzenia rozwiązania wprowadzane przez model Beveridge’a nie były nazbyt innowacyjne, a inspiracje dla nich stanowiły rozwiązania radzieckie wypadające pozytywnie na tle słabych punktów i ograniczeń występujących w modelu Bismarcka (Jończyk, 2010: 3–17).

Rozwiązania radzieckie ujęte były w tzw. modelu Siemaszki. Nazywany jest on także modelem systemu scentralizowanego albo modelem radzieckim. Czasami w literaturze przedmiotu bywa ujmowany jako czwarty, osobny model finansowania systemu ochrony zdrowia (Paszowska, 2006: 1–14; Wielicka, 2014: 491–504; Łuniewska, 2014: 67–75). Podstawowe założenia modelu Siemaszki są jednak w znacznej mierze zbieżne z modelem narodowej służby zdrowia i opierają się na odpowiedzialności państwa za zdrowie obywateli.

Poniżej zostało przedstawione porównanie omówionych powyżej modeli finansowania systemów ochrony zdrowia ze względu na cechy związane z finansowaniem, dostępem do świadczeń zdrowotnych, udziału w systemie sektora prywatnego i roli państwa w tabelarycznej formie (tab. 1.1).

Tabela 1.1. Porównanie modeli finansowania systemów ochrony zdrowia

Cecha	Model		
	Ubezpieczeniowy	Zaopatrzeniowy	Rezydualny
Podstawowe źródło finansowania	Składka obowiązkowego ubezpieczenia	Budżet centralny (podatki)	Dobrowolne składki ubezpieczeniowe
Dostęp do świadczeń	Opłacenie składki ubezpieczeniowej	Wolny dostęp dla wszystkich obywateli	Opłacenie składki ubezpieczeniowej
Udział sektora prywatnego	Równowaga pomiędzy sektorem publicznym i prywatnym	Niewielki udział sektora prywatnego lub brak udziału	Dominacja sektora prywatnego
Rola państwa	Tworzenie ram prawnych, kontrola funkcjonowania kas chorych	Organizacja systemu, dostarczanie świadczeń zdrowotnych, kontrola funkcjonowania	Działania w zakresie zdrowia publicznego, opieka nad obywatelami najuboższymi i najstarszymi

Źródło: Ucieklak-Jeż, Bem (red.), 2014: 20.

Należy tutaj zaznaczyć, iż stosowanie powyżej przytoczonych rodzajów klasyfikacji systemów ochrony zdrowia pod kątem finansowania staje się coraz trudniejsze ze względu na fakt, iż coraz trudniej znaleźć model, który funkcjonowałby w czystej formie jednej z powyższych klasyfikacji. Ma to związek z przenikaniem się pewnych aspektów w zakresie finansowania pomiędzy różnymi rodzajami modeli i ich postępującą hybrydyzacją.

Busoi (2010: 5–7) wskazuje, że obecnie w Unii Europejskiej brak jest modelu, który można by uznać za w pełni upaństwowiony lub też w pełni sprywatyzowany. Modele finansowania ochrony zdrowia cechuje znaczący poziom różnorodności, niemniej jednak inspirację dla wszystkich europejskich modeli stanowiły modele Bimarcka lub Beverdge'a.

Schmid i in. (2010: 455–486) w swoim artykule argumentowali, że trudności w jednoznacznej klasyfikacji systemów ochrony zdrowia poszczególnych państw,

jako jednego określonego modelu, związane są z zacieraniem się granic pomiędzy różnymi rodzajami modeli na skutek wybiórczego przenoszenia rozwiązań stosowanych w jednym modelu do drugiego. Znajduje to przełożenia w coraz większej hybrydyzacji funkcjonujących modeli ochrony zdrowia.

Mając to na uwadze, w literaturze przedmiotu można zauważyć rozszerzanie tej klasycznej klasyfikacji o inne typy modeli finansowania systemów ochrony zdrowia na świecie¹. Trudno jednak wykazać w jednoznaczny sposób, który z przywołanych modeli finansowania ochrony zdrowia daje najlepsze wyniki. Zwykle analizy porównawcze dokonywane są przez pryzmat uzyskiwanych efektów zdrowotnych i ponoszonych kosztów². Jednak wnioski z nich nie są jednoznaczne.

1.2. Podstawowe rodzaje świadczeń zdrowotnych i wysokość ich finansowania

Dokonując rozważań dotyczących świadczeń zdrowotnych, trzeba podkreślić, że różne rodzaje świadczeń zdrowotnych mogą być finansowane na różne sposoby. Rozważania warto rozpocząć od odpowiedzi na pytanie, czym jest świadczenie zdrowotne.

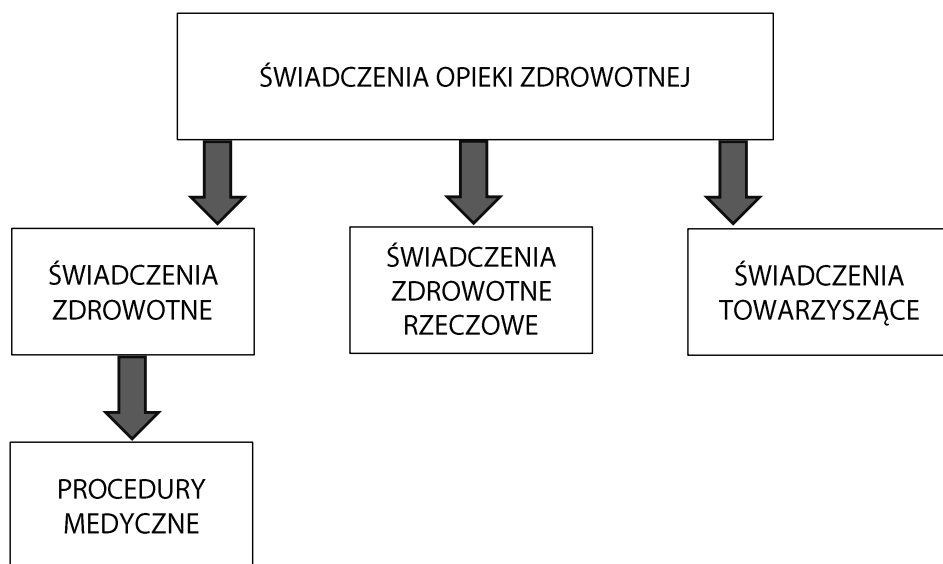
Zarówno ustawa o działalności leczniczej (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. ..., art. 2, ust. 1, pkt. 10), jak i ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. ..., art. 5, ust. 40) definiuje świadczenia zdrowotne jako działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Ponadto druga ze wspomnianych ustaw akcentuje jeszcze fakt, iż do świadczeń zdrowotnych zaliczane są działania służące profilaktyce zdrowotnej.

Wszelkie działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia (czyli świadczenia zdrowotne) opierają się na procedurach medycznych. Te z kolei definiowane są jako „postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych”

1 Przykłady innych klasyfikacji modeli finansowania ochrony zdrowia można odnaleźć w pracach: Böhm i in., 2013: 258–269; Rice, Smith, 2001: 81–113; Freeman, Frisna, 2010: 163–178; Janik, Paździor, 2017: 137–147; Suchecka, 1998: 16–17 czy Busoi, 2010: 5–7.

2 Por. Van der Zee, Kroneman, 2007: 94; Tenbelsel i in., 2012: 29–36.

(Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. ..., art. 5, ust. 42). Uproszczony schemat dotyczący umiejscowienia świadczeń zdrowotnych w polskim systemie ochrony zdrowia został zaprezentowany na rysunku 1.1.



Rysunek 1.1. Schemat świadczeń opieki zdrowotnej w polskim systemie

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. ...

Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez różne grupy świadczeniodawców, pośród których umiejscowione są również szpitale, stanowiące szczególnie przedmiot zainteresowania niniejszej pracy.

Szpitalne mogą mieć charakter zarówno jednostek publicznych, jak i niepublicznych, co jest jeszcze szerzej opisane w dalszej części pracy. Co więcej, szpitale, obok świadczeń o charakterze stacjonarnym, mogą być również odpowiedzialne za część świadczeń realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielanych w przychodniach przyszpitalnych.

Poniżej zaprezentowana zostanie charakterystyka podstawowych rodzajów świadczeń zdrowotnych dostępnych dla pacjentów w polskim systemie ochrony zdrowia, finansowanych ze środków publicznych. W tabelach 1.2 i 1.3 przedstawiono szczegółowe rozkłady liczby i wartości umów dedykowanych poszczególnym rodzajom świadczeń zdrowotnych w Polsce zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ze względu na temat niniejszej pracy szczególnie warto zwrócić uwagę na dane dotyczące lecznictwa szpitalnego.

Tabela 1.2. Liczba umów zawartych przez NFZ (w szt.) na poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych w latach 2005–2014

Rodzaj świadczenia	Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Podstawowa opieka zdrowotna		11 726	12 046	14 265	11 709	18 706	16 759	13 717	10 779	11 255	10 427
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna		6 700	7 175	7 595	10 773	8 591	8 512	9 285	8 317	7 934	7 497
Lecznictwo szpitalne		1 366	1 653	1 766	2 178	2 127	1 893	2 188	2 783	2 044	2 157
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień		1 291	1 347	1 329	1 792	1 429	1 456	1 504	1 512	1 558	1 500
Rehabilitacja lecznicza		2 148	2 272	2 620	3 098	2 659	2 564	2 737	2 743	2 867	4 089
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze ^(a)		1 052	1 302	1 419	1 836	1 122	1 890	1 668	1 866	1 866	2 486
Opieka paliatywna i hospicyjna		–	–	–	–	433	393	442	463	463	745
Leczenie stomatologiczne		8 835	8 897	9 599	9 424	8 823	9 055	8 360	8 415	8 415	13 347
Leczenie uzdrowiskowe		145	145	137	134	136	137	154	150	150	166
Ratownictwo medyczne ^(b)		341	354	342	388	295	296	247	232	232	224
Pomoc doraźna i transport sanitarny		–	–	–	–	31	32	32	32	32	54
Profilaktyczne programy zdrowotne finansowane przez NFZ		3 488	2 802	2 728	524	509	716	802	738	738	1 057
Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie		356	337	357	484	439	414	458	476	476	466
Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze		–	–	3 351	3 134	3 165	3 106	3 115	3 286	3 286	4 467
RAZEM		37 448	38 330	45 508	45 474	48 465	47 223	44 709	41 792	41 316	48 682

^(a) wraz z opieką paliatywną i hospicyjną – w okresie 2005–2008^(b) wraz z pomocą doraźną i transportem sanitarnym – w okresie 2005–2008**Źródło:** opracowanie własne na podstawie: Sprawozdania z działalności NFZ za lata 2005–2015.

W powyższym zestawieniu widać, iż w badanym okresie nastąpił wzrost ogólnej liczby umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych z poziomu ok. 37,5 tys. w roku 2005 do przeszło 48,6 tys. zawartych umów w roku 2014. Oznacza to ogólny przyrost liczby świadczeniodawców, którzy mają podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielenie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze świadczeń publicznych. Niemniej jednak widoczna jest fluktuacja liczby wartości umów, co może wskazywać na to, iż polityka NFZ opiera się na elastycznym dostosowywaniu liczby świadczeniodawców do bieżących potrzeb i co z tym jest związane na brak zapewnienia długoletniej stałości finansowania świadczeniodawcy – przynajmniej w przypadku pewnej liczby świadczeniodawców, co jest zresztą zgodne z ideą wspomnianego wcześniej konkursu ofert.

Liczba umów NFZ z podmiotami z zakresu lecznictwa szpitalnego, stanowiącego szczególnie przedmiot zainteresowania w niniejszej monografii, wzrastała sukcesywnie w latach 2005–2008. Natomiast, począwszy od 2009 r. wzrost zawieranej liczby umów wyhamował i osiągał poziom ok. 2 tys. umów rocznie. Pewien wyjątek stanowił tu rok 2012, kiedy to liczba zawartych umów w zakresie lecznictwa szpitalnego sięgnęła 2800 umów, będąc jednocześnie najwyższą wartością w całym analizowanym okresie 2005–2014. Wyhamowanie i ustabilizowanie się liczby umów w zakresie lecznictwa szpitalnego należy oceniać pozytywnie. Może to oznaczać, że płatnik zbudował pewną stałą bazę sprawdzonych świadczeniodawców, którym powierza udzielanie świadczeń szpitalnych.

Omawiane zmiany i trendy w zakresie liczby umów zawieranych ze świadczeniodawcami nie muszą jednoznacznie świadczyć o zwiększającym lub zmniejszającym się zapotrzebowaniu na określone świadczenia zdrowotne, lecz o pewnym dynamicznym dostosowywaniu się przez NFZ do bieżącej sytuacji i próbie wyłonienia w ramach organizowanych konkursów ofert i rokowań najlepszych świadczeniodawców. Nieco lepszy obraz w zakresie sytuacji finansowej polskiego systemu ochrony zdrowia mogą przedstawiać wartości zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia umów w zakresie poszczególnych świadczeń zdrowotnych. Wartość umów zawartych przez NFZ w analizowanym okresie ze świadczeniodawcami o udzielanie świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych została przedstawiona w tabeli 1.3.

Dokonując analizy przedstawionych danych, widać wyraźnie, iż w ujęciu globalnym następował stopniowy wzrost wydatków na ochronę zdrowia w każdym roku w całym analizowanym okresie, tj. w latach 2005–2014. W przypadku każdego z przedstawionych rodzajów świadczeń zdrowotnych w okresie 2005–2014 zauważalny jest wzrost wydatków. W przypadku wielu rodzajów świadczeń zaobserwować można było niemalże ciągły wzrost wydatkowania – podobnie jak miało to miejsce w ujęciu globalnym, a w przypadku niektórych świadczeń występowały pewne fluktuacje w tym zakresie.

Tabela 1.3. Wartość umów zawartych przez NFZ na poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych w latach 2005–2014 (w tys. zł)

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Rodzaj Świadczenia										
Podstawowa opieka zdrowotna	–	3 629 082	–	5 901 384	7 359 377	7 266 721	7 331 748	7 564 974	7 653 832	7 707 818
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	2 352 496	2 701 165	3 271 675	4 024 479	4 254 576	4 215 071	4 454 781	5 048 620	5 267 197	5 425 339
Lecznictwo szpitalne	14 464 195	15 671 937	18 701 562	23 791 267	23 454 307	26 831 150	27 536 621	29 397 185	30 594 783	31 079 183
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 089 052	1 187 230	1 400 636	1 686 962	1 931 576	1 963 185	2 019 259	2 158 459	2 245 011	2 316 608
Rehabilitacja lecznicza	914 341	1 042 185	1 273 771	1 579 308	1 763 596	1 757 222	1 831 907	1 996 747	2 077 985	2 095 772
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze ^(a)	523 532	587 621	714 121	922 808	775 109	894 957	952 435	1 020 341	1 077 375	1 096 068
Opieka paliatywna i hospicyjna	–	–	–	–	262 710	269 702	295 777	328 015	355 860	371 494
Leczenie stomatologiczne	968 136	1 076 974	1 282 841	1 833 709	1 884 516	1 708 710	1 724 834	1 779 501	1 782 794	1 735 344
Leczenie uzdrowiskowe	356 023	359 237	372 946	498 226	667 553	548 934	570 584	592 423	608 131	603 810
Ratownictwo medyczne ^(b)	933 073	1 015 685	1 178 408	1 490 548	1 722 323	1 726 108	1 758 849	1 824 229	1 834 516	1 838 062
Pomoc doraźna i transport sanitarny	–	–	–	–	33 306	34 902	35 488	42 622	42 938	42 556
Profilaktyczne programy zdrowotne finansowane przez NFZ	101 549	137 967	206 667	113 709	135 733	134 397	173 549	179 372	179 528	162 922
Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	878 794	963 734	1 104 242	1 168 886	1 286 725	1 388 319	1 462 158	1 564 670	1 663 814	1 728 598
Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	459 674	506 110	578 674	597 756	595 750	602 130	627 692	685 040	726 361	815 825
RAZEM	23 040 865	28 878 927	30 085 543	43 609 042	46 127 157	49 341 508	50 775 682	54 182 198	56 110 125	57 019 399

^(a) wraz z opieką paliatywną i hospicyjną – w okresie 2005–2008^(b) wraz z pomocą doraźną i transportem sanitarnym – w okresie 2005–2008**Źródło:** opracowanie własne na podstawie: Sprawozdania z działalności NFZ za lata 2005–2015.

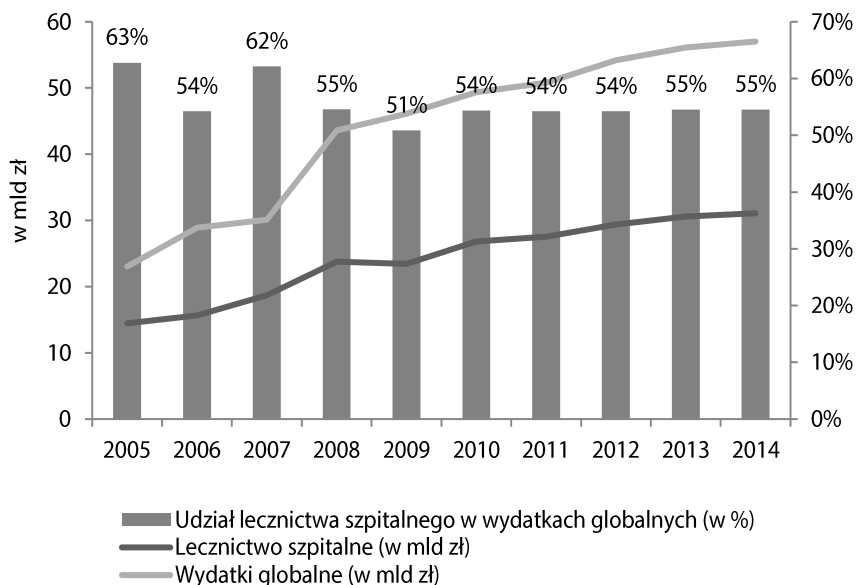
Lecznictwo szpitalne stanowiące główny przedmiot zainteresowania pracy – pomimo tego, iż nie stanowi najliczniejszej grupy w ramach zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych (zob. tab. 1.2) – w każdym roku badanego okresu absorbowowało największą część środków publicznych przeznaczanych przez NFZ na finansowanie polskiego systemu ochrony zdrowia (zob. tab. 1.3). W latach 2005–2014 wydatki NFZ na sektor szpitalny wyniosły przeszło 241,5 mld złotych, podczas gdy na finansowanie wszystkich typów świadczeń zdrowotnych przeznaczono nieco ponad 439,2 mld zł. Na kolejnych miejscach, jeśli chodzi o wysokość wydatkowanych środków przez NFZ na świadczenia zdrowotne, znajdowały się natomiast świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Sytuacja ta pokazuje, jak ważnym obszarem jest sektor szpitalny w przypadku analiz dokonywanych w ramach finansowania systemu ochrony zdrowia. Należy tu jeszcze dodać, iż analizowanie sytuacji szpitali jedynie przez pryzmat świadczeń szpitalnych może stanowić pewne niedoszacowanie, a środki przeznaczone dla szpitali są prawdopodobnie jeszcze większe. Jak zostało to już wcześniej wspomniane, szpitale mogą być odpowiedzialne również za część świadczeń udzielanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – realizowanych w przychodniach przyszpitalnych czy też realizację pewnej części profilaktycznych programów zdrowotnych. Dodatkowo część szpitali może posiłkować się również środkami pochodzącymi ze świadczeń udzielanych na zasadach komercyjnych.

W wartościach bezwzględnych w przypadku lecznictwa szpitalnego, w niemalże całym analizowanym okresie następował stopniowy wzrost wydatków na świadczenia zdrowotne (wyjątek stanowił tu jedynie rok 2009). Warto również przyrzeć się, jaki procent stanowiły te kwoty w globalnych wydatkach publicznych dystrybuowanych przez NFZ na finansowanie świadczeń zdrowotnych. Sytuacja w tym zakresie została przedstawiona w poniższym zestawieniu (zob. wykres 1.1).

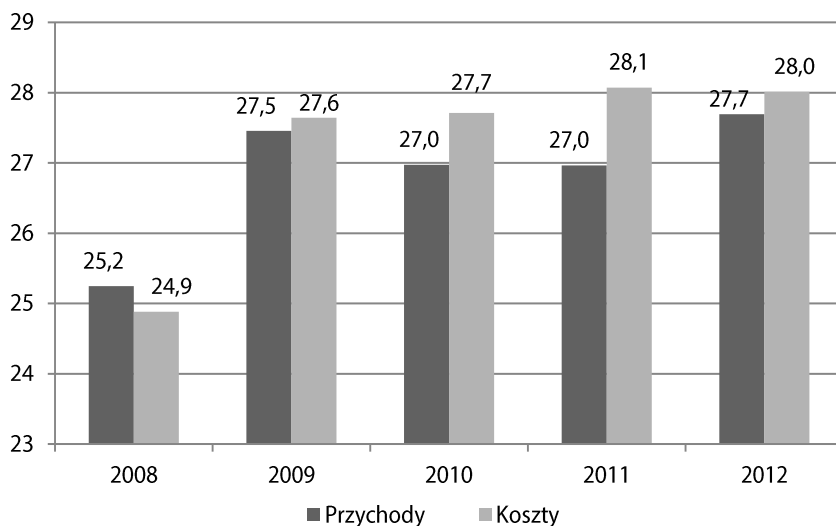
Na wykresie 1.1 widać, jak znaczący jest udział finansowania sektora szpitalnego w całym polskim systemie zabezpieczenia zdrowotnego. Lecznictwo szpitalne stanowi ponad połowę ogólnych wydatków dokonywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na wszystkie rodzaje świadczeń zdrowotnych. Bardzo wysoki udział lecznictwa szpitalnego – stanowiący w całym badanym okresie przeszło 50% – w globalnych wydatkach przeznaczanych na finansowanie świadczeń zdrowotnych wskazuje, jak ważną funkcję pełnią szpitale w polskim systemie ochrony zdrowia. Istotne wydaje się tu również, jak kształtuje się sytuacja finansowa jednostek szpitalnych.

Na wykresie 1.2 zostały przedstawione przychody i koszty szpitali funkcjonujących jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w wybranych latach analizowanego okresu.



Wykres 1.1. Relacje pomiędzy wydatkami na leczenie szpitalne a wydatkami globalnymi na świadczenia zdrowotne zakontraktowane przez NFZ

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Sprawozdania z działalności NFZ za lata 2005–2015.



Wykres 1.2. Przychody i koszty SP ZOZ w latach 2008–2012 (w mld zł)

Źródło: PMR, 2014: 23.

Przyglądając się bliżej powyższym danym, można zauważyć, że szpitale w przedstawionym okresie uzyskiwały nadwyżkę przychodów nad kosztami jedynie w 2008 r. W kolejnych latach zauważalne są wyższe wartości kosztów w stosunku do osiągniętych przychodów.

Problem zadłużenia polskich szpitali jest poruszany w kolejnych raportach branżowych, dotyczących ich sytuacji finansowej, przygotowywanych przez firmę Magellan SA. Jak podkreślają autorzy tych raportów, kondycja finansowa polskich szpitali jest zła, co jest związane z brakiem równowagi w zakresie przychodów i kosztów. Przekłada się to z kolei na ciągły i niekontrolowany przyrost zadłużenia, którego konsekwencją może być utrata płynności finansowej przez szpitale (Magellan, 2015; 2016; 2017).

Konfrontując zestawienie zaprezentowanych powyżej danych (zob. wykres 1.2) z wcześniejszymi danymi dotyczącymi wydatków na świadczenia szpitalne (zob. wykres 1.1), można zauważyć, że przychody uzyskiwane przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej nie pokrywają się w pełni z zakontraktowanymi przez NFZ świadczeniami z zakresu lecznictwa szpitalnego. O ile w ostatnich latach analizowanego okresu wartości te są dosyć zbliżone, o tyle w latach początkowych przychody SP ZOZ były wyższe niż zakontraktowane świadczenia szpitalne z NFZ. Można to jednak wytłumaczyć przede wszystkim tym, że szpitale uzyskują przychody również z innych źródeł (np. prowadzenie poradni przyszpitalnych, realizacja programów profilaktycznych, itp.). W systemie istnieje też pewna grupa szpitali, które nie funkcjonują w formie SP ZOZ, a w innych formach prawnych, co oznacza, że nie zostały uwzględnione na wykresie 1.2. Zmniejszenie różnicy w ostatnich latach pomiędzy przychodami samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i wartościami zakontraktowanych z NFZ umów na leczenie szpitalne może świadczyć, że szpitale zaczęły skupiać się przede wszystkim na tej funkcji. Działania profilaktyczne mogły natomiast zostać z powodzeniem przeniesione do podmiotów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Ponadto zestawienie opisanych danych (zob. wykres 1.1 i 1.2) wskazuje jednoznacznie, że pomimo wzrostowej tendencji w przypadku wydatków na świadczenia szpitalne, wzrosty te są nieadekwatne do wzrostów kosztów polskich szpitali. Nadmierny poziom kosztów w polskich szpitalach może być spowodowany rosnącymi kosztami procedur medycznych i wdrażaniem nowych technologii, rosnącymi kosztami pracy, jak również nieprawidłowym procesem zarządzania finansowego w szpitalu. Sytuacja, w której poziom kosztów przekracza osiągnięte przychody, w oczywisty sposób sprzyja zadłużeniu i problemom z płynnością finansową, co należy oceniać negatywnie. Problemy w zakresie finansowania działalności szpitali są niezwykle istotne ze względu na rolę, którą te instytucje odgrywają w całym systemie ochrony zdrowia.

1.3. Reformy polskiego systemu ochrony zdrowia i szpitalnictwa

Dokonując charakterystyki polskiego systemu ochrony zdrowia, należy zwrócić uwagę na fakt, iż od początku swego istnienia przechodził on bardzo wiele zmian i przeobrażeń, które nie pozostały bez znaczenia dla funkcjonowania sektora szpitali.

Można przyjąć, że reformowanie systemu ochrony zdrowia stanowi nieodłączny element związany z jego funkcjonowaniem, co ma związek przede wszystkim z rozwojem medycyny oraz wzrostem średniej długości życia w wielu społeczeństwach. Czynniki te przekładają się na wzrost kosztów ochrony zdrowia, wymuszając dążenie do zwiększania efektywności systemów zabezpieczenia zdrowotnego (Kolwicz, 2010: 131–143).

W Polsce bardzo istotny wpływ na obecny kształt systemu ochrony zdrowia wywarła reforma systemowa z 1999 r. Wprowadziła ona całkowitą zmianę finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia, gdzie zamiast scentralizowanego systemu budżetowego zaczął obowiązywać system ubezpieczeniowo-budżetowy, z istotną przewagą części ubezpieczeniowej (Kłudacz-Alessandri, 2017: 72). Została ona oparta na zasadach: gwarancji przez państwo do bezpłatnej opieki zdrowotnej, solidarności społecznej, samorządności i samofinansowania, równego dostępu do świadczeń zdrowotnych i wolnego wyboru lekarza świadczeniodawcy, gospodarności i celowości działania płatnika (Niżnik, 2004: 157). Wskutek reformy, każdy z trzech szczebli samorządu terytorialnego otrzymał określone zadania związane z ochroną i promocją zdrowia. Wiele spośród jednostek samorządu terytorialnego (JST) stało się organami tworzącymi (założycielskimi) dla usamodzielnionych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Karski, 2005: 39–41). Przekazanie jednostkom samorządu terytorialnego współodpowiedzialności za udzielane świadczenia zdrowotne miało na celu osiągnięcie sprawniejszego funkcjonowania i zwiększonej efektywności publicznych zakładów ochrony zdrowia (Kolwicz, 2010: 131–143). Takie ukierunkowanie dotyczyło przede wszystkim (choć nie tylko) sektora szpitali, co wynika z wysokiego udziału tego sektora w finansowaniu świadczeń zdrowotnych ogółem.

Opisywana reforma systemu ochrony zdrowia nie wyeliminowała jednak wielu istotnych problemów w kontekście finansowania szpitali. Ich gospodarka finansowa nie poprawiła się w znaczący sposób i już w kilka lat po wprowadzeniu reformy, jak również w kolejnych latach, decydenci borykali się z problemem nadmiernej zadłużenia szpitali. Efektem tego było wprowadzanie kolejnych planów dostosowawczych, mających na celu oddłużenie polskich szpitali. Były to (Rezler i in., 2017: 271–283):

- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. ...) – tzw. ustawa restrukturyzacyjna.
- Uchwała Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia” (Uchwała Nr 58 /2009...) – tzw. Plan B.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (uodl) (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. ...) – tzw. komercjalizacja.

W ramach przytoczonych powyżej aktów pojawiło się pojęcie komercjalizacji, błędnie utożsamianie z pojęciem prywatyzacji (PMR, 2014: 10).

Prywatyzacja jest aktem przekazania prywatnemu właścicielowi państwowego majątku na drodze uwłaszczenia lub sprzedaży. Pojęcie komercjalizacji natomiast może być zdefiniowane jako ogół zmian, których celem jest dostosowanie działalności określonego podmiotu gospodarczego do wymagań stawianych przez gospodarkę rynkową (Szetela i in., 2011: 49–64). W przypadku szpitali publicznych, działających w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, komercjalizacja oznacza przekształcenie ich w spółki kapitałowe. Prywatyzacja polega natomiast na przeniesieniu uprawnień własnościowych z podmiotu publicznego na podmiot prywatny (Skinder, Damska, 2011: 152–165). Obok tego, warto również w tym miejscu zdefiniować pojęcie komercyjnych świadczeń zdrowotnych. Są to świadczenia wykonywane odpłatnie na podstawie umowy cywilnoprawnej i jednocześnie niefinansowane w żadnej części ze środków publicznych, pochodzących z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (w drugiej części definicji chodzi o wykluczenie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w przypadku których występuje częściowa odpłatność po stronie pacjenta) (Nojszewska i in., 2017: 73–74).

Wszystkie z przytoczonych powyżej aktów zawierały w sobie zapisy związane z restrukturyzacją szpitali. Do podstawowych celów, jakie zazwyczaj przyświecają planom przekształceń własnościowych szpitali należą: poprawa organizacji szpitala, poprawa wykorzystania zasobów, racjonalizacja zatrudnienia, zwiększenie przychodów i ograniczenie kosztów (Szetela i in., 2011: 49–64). Jak podkreśla Wiśniewski (2010: 168–179), choć nie można uznać tego za bezwzględną regułę, to można stwierdzić, że polskie szpitale funkcjonujące jako samodzielne publiczne zakłady zdrowotne, osiągają zwykle niskie wyniki finansowe i często obciążone są znacznym zadłużeniem wynikającym z ich wieloletniej nieefektywności. Takie postawienie sprawy wydaje się przemawiać za przekształceniami własnościowymi.

Pierwszy z opisanych powyżej planów przekształceń – tj. ustawa restrukturyzacyjna – wprowadzony został z powodów wysokiego i dynamicznie wzrastającego zadłużenia szpitali oraz innych publicznych podmiotów leczniczych i licznych postępowań egzekucyjnych prowadzonych przeciwko nim. Podmioty lecznicze mogły być objęte restrukturyzacją tylko raz na podstawie przepisów niniejszej ustawy.

Przystąpienie do restrukturyzacji na podstawie przepisów ustawy restrukturyzacyjnej gwarantowało wstrzymanie postępowań egzekucyjnych oraz możliwe było uzyskanie pomocy państwa w zakresie części zobowiązań publicznoprawnych (Leszczyńska-Konczanin, 2016: 230–244). Planowanym efektem wprowadzenia tejże ustawy miało być ograniczenie zadłużenia publicznej części polskiego systemu ochrony zdrowia. Efekt ten nie został jednak w pełni zrealizowany, gdyż – o ile w przypadku wielu szpitali nastąpiło przekształcenie wymagalnego krótkoterminowego zadłużenia na tańsze w obsłudze zadłużenie długoterminowe – co należy oceniać pozytywnie ze względu na optymalizację kosztów obsługi długu – o tyle w przypadku wartości zobowiązań ogółem pojawiła się tendencja wzrostowa (Rezler i in., 2017: 271–283).

Drugi z opisanych aktów, czyli tzw. Plan B, stanowił kolejną próbę uzdrowienia problemów związanych ze złą kondycją finansową samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, których niestety nie udało się w pełni wyeliminować ustawą restrukturyzacyjną. Bazował on na komercjalizacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Leszczyńska-Konczanin, 2016: 230–244). Zakładał dobrowolne przekształcenia kilkuset szpitali samorządowych w spółki prawa handlowego, co miało nastąpić przy ich jednoczesnym oddłużeniu ze środków publicznych (Horosz, 2010: 69–82). Wsparcie z budżetu państwa miały otrzymać w latach 2009–2011 te jednostki samorządu terytorialnego, które dokonałyby likwidacji podległych im samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, powołując w ich miejsce spółki kapitałowe do kierowania niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej. Miało to m.in. umożliwić udzielanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych w pełnej zgodzie z prawem (Szetela i in., 2011: 49–64). Uchwala, zgodnie z którą był wprowadzony Plan B, podkreślała konieczność szybkiego i sprawnego działania podmiotów leczniczych w realiach rynkowych. Za realizację programu było odpowiedzialne Ministerstwo Zdrowia. Głównym celem programu było wytworzenie warunków umożliwiających rozwój i wzrost konkurencyjności regionów, dzięki powstaniu stabilnych ekonomicznie podmiotów, które udzielają świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego nieobjętych kontraktami wojewódzkimi. Natomiast jako cel szczegółowy określono spłatę części zobowiązań przejętych przez jednostki samorządu terytorialnego w następstwie zlikwidowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Uchwała Nr 58 /2009...). W Planie B nie zostały uwzględnione jednak najbardziej zadłużone szpitale kliniczne, a jego wprowadzenie nie zostało poparte wystarczającymi środkami finansowymi. Środki przekazane na jego realizację nie dość, że nie były wystarczające na pokrycie zadłużenia ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, to nawet nie można byłoby z nich w pełni pokryć ich zobowiązań wymagalnych (Szetela i in., 2011: 49–64). Założenia Planu B, podobnie jak rozwiązania proponowane przez ustawę restrukturyzacyjną, nie rozwiązały systemowo problemów finansowych szpitali. Wynikało to też m.in. z obaw organów tworzących – głównie samorządów – przed likwidacją

podmiotów leczniczych prowadzonych w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Często sytuacja takich jednostek była na tyle zła, że ich majątek był znacząco niższy od wartości zobowiązań. Organy tworzące, które również stanowią podmioty sfery publicznej i są niejednokrotnie zadłużone, obawiały się, iż nie znajdą wolnych środków na spłatę zobowiązań przejętych od samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Leszczyńska-Konczanin, 2016: 230–244). Ponadto ewentualna likwidacja szpitali, w przypadku których jednostki samorządu terytorialnego były organami założycielskimi, mogła grozić brakiem należytego wykonywania zadań ochrony zdrowia nałożonych na nie przez ustawodawcę (Lenarczyk, 2010: 83–92).

Kolejną odpowiedzią na nierozwiązane problemy występujące w polskim systemie ochrony zdrowia miało być wprowadzenie ustawy o działalności leczniczej, czyli trzeciego ze wspomnianych powyżej aktów. Przepisy tejże ustawy weszły w życie wraz z początkiem lipca 2011 r. Obok tego aktu prawnego, w 2011 r. zostały uchwalone jeszcze inne ustawy, których przepisy oddziaływały na polski system ochrony zdrowia³. Ustawa o działalności leczniczej zastąpiła ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Węgrzyn, 2015: 311–322; ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. ... – uchylona). W oficjalnym uzasadnieniu, dotyczącym wprowadzenia ustawy, podkreślano, iż konieczne jest wprowadzenie zmian w polskim systemie ochrony zdrowia przede wszystkim ze względu na nieefektywną i ułomną formę prawną zakładów opieki zdrowotnej, nieodpowiednie kwalifikacje osób zarządzających publicznymi zakładami opieki zdrowotnej czy ograniczoną odpowiedzialność organów tworzących samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej za ich zobowiązania. Zgodnie z założeniami ustawa miała stanowić regulację na poziomie systemowym, dotyczącą funkcjonowania i organizacji ochrony zdrowia (Druki Sejmowe VI kadencja...).

Ustawa ta narzuciła większą odpowiedzialność organów tworzących za wyniki finansowe podległych im zakładów opieki zdrowotnej. Zgodnie z jej założeniami, ujemny wynik finansowy danej placówki ochrony zdrowia w roku obrotowym winien być pokryty przez organ tworzący w ciągu 3 miesięcy od momentu zatwierdzenia sprawozdania finansowego. W przeciwnym razie samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej powinien być przekształcony lub poddany likwidacji w przeciągu 12 miesięcy (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. ..., art. 59).

Można wyróżnić następujące możliwości w zakresie przekształcenia lub likwidacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej zgodnie z założeniami ustawy o działalności leczniczej (Pitucha, Zabelski, www.wspolnota.org.pl [dostęp: 21.05.2012]):

3 Były to: Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2011, nr 113, poz. 657) oraz Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2011, nr 122, poz. 696).

- Przekształcenie i prowadzenie placówki przez powołaną spółkę prawa handlowego, gdzie organ założycielski posiada 100% udziałów.
- Przekształcenie placówki i utworzenie spółki kapitałowej, gdzie część lub całość udziałów zostanie sprzedana inwestorowi zewnętrznemu.
- Likwidację samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i wydzierżawienie majątku placówki zewnętrznemu operatorowi.
- Pozostawienie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w dotychczasowej formie – w przypadku pokrycia ujemnego wyniku finansowego.

Takie założenia miały ukierunkować szpitale na dbałość o odpowiedni – czyli dodatni lub przynajmniej nieujemny – wynik finansowy. Tak wymierny cel ekonomiczny wymagał sprawnego procesu zarządzania finansami szpitala.

W tym kontekście zysk w ujęciu finansowym jest bardzo ważnym kryterium w działalności szpitala, gdyż to właśnie na tej podstawie dokonuje się oceny zdolności do kontynuowania podstawowej działalności (Wawrowski, 2014: 393–403).

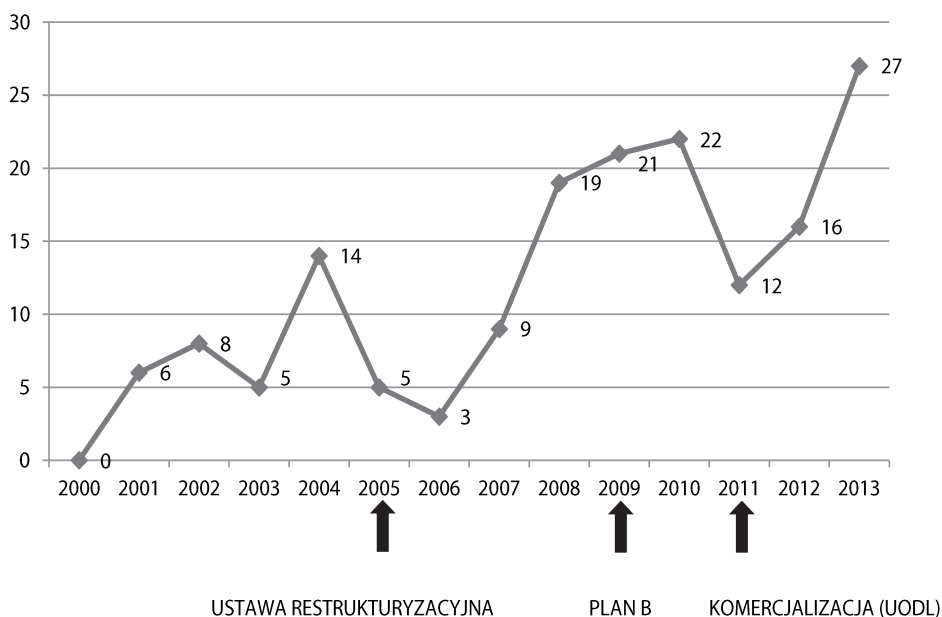
Zachętą do przekształceń w ramach postanowień wprowadzanych przez ustawę o działalności leczniczej miała być pomoc finansowa państwa, polegająca na umorzeniu przejętych przez organ tworzący zobowiązań publicznoprawnych od przekształcanego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, a także udzielenie dotacji celowej na spłatę pozostałych zobowiązań przekształcanej jednostki (Skinder, Damska, 2011: 152–165).

Niestety, już po początkowym okresie funkcjonowania ustawy o działalności leczniczej widać wyraźnie, iż wiele kwestii i problemów w zakresie finansowania i organizacji polskiego systemu ochrony zdrowia nie zostało uregulowanych i rozwiązanych.

Dercz i Rek (2014: 13–19) wskazują, że przepisy ustawy nie dają odpowiedzi na pytanie, po stronie których podmiotów władzy publicznej leży odpowiedzialność za poszczególne rodzaje i poziomy świadczeń zdrowotnych – tj. na przykład za wykonywanie podstawowych i wysokospecjalistycznych świadczeń szpitalnych czy też świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej. Podkreślają również, że na jednostki samorządu terytorialnego ustawa nałożyła odpowiedzialność za ujemny wynik finansowy podległych im podmiotów leczniczych, jednak bez zapewnienia do tego odpowiednich środków finansowych. Podstawowa funkcja jednostek samorządu terytorialnego, jaką stanowiła realizacja państwowej polityki zdrowotnej na odpowiednim szczeblu została rozszerzona o nowe obowiązki, które winny znajdować się po stronie władzy centralnej, jak np. decyzje odnośnie liczby szpitali czy personelu medycznego. Dodatkowo Dercz i Rek (2014: 13–19) wskazują, iż ustawa ukierunkowana jest przede wszystkim na przekształcenia szpitali i innych publicznych podmiotów, a nie na zmiany w całym systemie zdrowotnym. Nie doprecyzowano w niej praw pacjenta, minimalnych kwalifikacji kadry zarządzającej jednostkami ochrony zdrowia, jak również w razie likwidacji danej jednostki ochrony zdrowia, obowiązków zapewnienia ciągłości świadczeń pacjentom. Mając to na uwadze, można uznać, że

pomimo szczytnych celów, założenia ustawy nie wprowadzają odpowiednich i kompleksowych zmian ukierunkowanych na otoczenie szpitali, które zapewniłyby ich skuteczne finansowanie, organizację, a także odpowiednie nimi zarządzanie.

Choć właściwie żaden z opisywanych powyżej programów nie doprowadził do bardzo dużej liczby przekształceń funkcjonujących w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego, to jednak w tym zakresie zauważyć można było trend wzrostowy. Wpływ na liczbę przekształceń szpitali w latach 2000–2013 został przedstawiony na wykresie 1.3.



Wykres 1.3. Liczba przekształconych szpitali w Polsce w wyniku programów oddłużeniowych

Źródło: opracowanie własne na podstawie: PMR, 2014: 11.

Dokonując oceny wspomnianych programów, należy zaznaczyć, że chociaż żaden z nich w sposób kompleksowy nie rozwiązał problemów zadłużenia polskich szpitali, to jako skutek ich działania zauważalny był spadek zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Leszczyńska-Konczanin, 2016: 230–244). Warto jednak podkreślić, że zgodnie z badaniem przeprowadzonym przez agencję badawczą PMR, ponad połowa szpitali (53%), które decydowały się na przystąpienie do procesu przekształceń własnościowych, miała problemy z regulowaniem zobowiązań wymagalnych (PMR, 2014: 15). Natomiast w przypadku szpitali samorządowych, ich organy tworzące często wybierały dotowanie szpitali o ujemnej rentowności, aniżeli proces komercjalizacji, który dla sa-

morządów mógł oznaczać utratę pełnej kontroli nad szpitalem przy ciągłym obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych dla ludności regionu (PMR, 2014: 10).

Wszystkie opisane programy, mające usprawnić sytuację polskiego szpitalnictwa, opierały się na przekształceniach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe. Szeroki zakres rozważań, dotyczących procesu restrukturyzacji oraz przekształceń własnościowych polskich znalazł się w pracy Węgrzyn (2013: 194–318).

W tym kontekście istotne pozostaje pytanie, dlaczego szpitale przekształcone w spółki handlowe, wobec niezmienionego sposobu finansowania, miałyby w lepszy sposób wykorzystywać środki otrzymywane z Narodowego Funduszu Zdrowia. Wiara w to, iż przekształcenie szpitala w spółkę i przemianowanie jego dyrektora na prezesa miałyby w tej kwestii poprawić sytuację, ma charakter naiwnego myślenia życzeniowego (Horosz, 2010: 69–82). Wydaje się, że istotna może być tu nie tyle forma prawna prowadzenia działalności, co raczej sposoby i metody nadzorowania, a także motywowania do osiągania coraz lepszych wyników, ale też do odpowiedzialności za prowadzoną działalność (Węgrzyn, 2015: 311–322). Ponadto w literaturze są co prawda prezentowane poglądy, podtrzymywane również przez Ministerstwo Zdrowia, iż w przypadku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń ze środków publicznych z Narodowym Funduszem Zdrowia występują istotne ograniczenia co do możliwości pobierania odpłatności od osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym za świadczenia zdrowotne, a w przypadku szpitali funkcjonujących w formie spółek prawa handlowego takich ograniczeń nie ma (Nojszewska i in., 2017: 73–122), lecz wiara w to, iż świadczenia udzielane na zasadach komercyjnych miałyby przelożyć się na znaczącą poprawę sytuacji przekształconych szpitali jest raczej złudna. Wynika to z faktu, iż świadczenia komercyjne nie cieszą się w Polsce dużą popularnością. Pacjenci często wolą poczekać dłużej na zabieg niż wykonać go odpłatnie. Potwierdzają to statystyki ze szpitali prywatnych, posiadających jednocześnie kontrakty z NFZ na dany typ świadczeń zdrowotnych. Świadczenia komercyjne w tych szpitalach stanowią od 2 do 5% obrotu (Nojszewska i in., 2017: 71–72). Podobnie zresztą przedstawia się sytuacja w szpitalach samorządowych, gdzie w przychodach ogółem udział przychodów z NFZ, przedstawiający świadczenia finansowane ze środków publicznych, stanowi ok. 95–97% (Prędkiewicz i in., 2014: 28–43). Co prawda w globalnym ujęciu prywatne wydatki w polskim sektorze ochrony zdrowia zyskują na znaczeniu (Chabińska, 2017, <http://www.izp.wnz.cm.uj.edu.pl/> [dostęp: 26.05.2017]), tym niemniej zaistniała sytuację można zapewne wytłumaczyć specyfiką świadczeń szpitalnych. Wzrost dynamiki prywatnych wydatków może wynikać z korzystania przez polskich obywateli w coraz większym stopniu z prywatnych konsultacji medycznych. Niemniej jednak już w przypadku procedur zabiegowych udzielanych w szpitalach, które często są świadczeniami wysokokosztowymi, Polacy preferują wykorzystanie finansowania publicznego.

Mając wszystko powyższe na uwadze, można stwierdzić, że dla realnej poprawy sytuacji konieczna jest raczej nie tylko restrukturyzacja samych szpitali w ramach działań komercjalizacyjnych (oferowanych przez opisane powyżej programy), ale działania racjonalizatorskie w ramach całego systemu ochrony zdrowia (PMR, 2014: 6). Na podobnym stanowisku stoi Węgrzyn (2013: 211), która zaznacza, że racjonalizacja działalności szpitali wymaga nie tylko ich wewnętrznej restrukturyzacji, lecz sprzężenia tych zmian również z innymi obszarami sfery ochrony zdrowia, jak restrukturyzacja podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Trzeba tu podkreślić, że część ze wspomnianych założeń (wdrożonych wraz z wejściem w życie reformy, jak również opisywanych zmian w kolejnych latach), a konkretnie te, dotyczące ewentualnego procesu komercjalizacji szpitali publicznych, zostało obecnie (stan na 2017 r.) do pewnego stopnia wstrzymanych. Wprowadzona została natomiast ustawa o tzw. sieci szpitali (Ministerstwo Zdrowia, 2017; Tomczak, 2017: 56). Pełna nazwa tego projektu to System Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej – w skrócie PSZ (Barczykowska-Tchorzewska, 2017: 4–7). W związku z tym jednak, że okres analiz niniejszej monografii ogranicza się do lat 2005–2014, zmiany nie będą tu szerzej omawiane.

Pomimo wielu wskazywanych powyżej zmian organizacyjnych i prawnych, system ochrony zdrowia w Polsce wciąż nie spełnia stawianych przed nim celów i oczekiwań społecznych, związanych w szczególności z dostępnością do świadczeń zdrowotnych (szczególnie specjalistycznych), długim czasem oczekiwania na zabiegi i operacje medyczne czy polityką lekową. Polska plasuje się na ostatnich miejscach rankingów na tle innych krajów europejskich dotyczących porównań w ocenie funkcjonowania systemów medycznych – Euro Health Consumer Index⁴ (Health Consumer Powrhouse, 2008; 2009; 2012–2017). Wynikać to może niewątpliwie po części m.in. z gospodarki finansowej publicznych podmiotów medycznych, w przypadku której również nie było widocznej poprawy pomimo opisywanych działań reformatorskich, jak i wspomnianych działań dostosowawczych.

Cały czas aktualny pozostaje problem nadmiernego zadłużenia szpitali. Z problemem tym zmagają się kolejne ekipy rządzące, natomiast do tej pory nie został wprowadzony skuteczny sposób, który rozwiązywałby tę kwestię (Horosz, 2010: 69–82). Zdarza się, że szpitale ze względu na bardzo wysokie poziomy zadłużenia, mają trudności z uzyskaniem kredytów bankowych (Sułkowski, 2012: 79–86), gdyż nie posiadają odpowiedniej zdolności kredytowej. Kłopoty finansowe pol-

4 Euro Health Consumer Index to przygotowywany przez Health Consumer Powerhouse pod kierunkiem A. Björnberga raport, zawierający indeks porównujący ocenę sytuacji systemów ochrony zdrowia szeregu europejskich krajów w zakresie takich czynników jak: przestrzeganie praw pacjenta i dostęp do informacji, dostępność i czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne, zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych czy uzyskiwane rezultaty zdrowotne.

skich szpitali wynikają nie tylko z niskich nakładów środków publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia, ale też z niedostatecznej kontroli nad ich wydatkowaniem w poszczególnych placówkach (Paździor i Maj, 2017a: 181–191).

Przyczyn problemów występujących w polskim systemie ochrony zdrowia można się dopatrywać w różnych niedociągnięciach w ramach jego konstrukcji. Wiele istotnych problemów w tym zakresie zostało wskazanych poniżej.

Pośród wskazywanych w literaturze problemów można wymienić m.in.: zbyt niskie nakłady przeznaczane na system ochrony zdrowia, monopol płatnika w postaci Narodowego Funduszu Zdrowia i wynikający z niego brak konkurencji wśród niezależnych ubezpieczycieli, nierówny status publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, wysoki poziom zadłużania publicznych świadczeniodawców, jak również niską dostępność do opieki zdrowotnej (Kolwicz, 2010: 131–143). Należy także zauważyć, iż oparcie finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia w głównej mierze na składce zdrowotnej nie doprowadziło do pełnego uniezależnienia finansowania systemu od działań rządzących (Golinowska (red.), 2008: 13–14).

Inny problem może stanowić brak odpowiedniego nadzoru państwa nad wprowadzonymi zmianami. Państwo w pewnym sensie wycofało się z roli arbitra i regulatora systemu. Wdrażając i realizując założenia opisywanej reformy, administracja rządowa pozostawała w przekonaniu, że system regulacji na poziomie samorządów doprowadzi do uzdrowienia sytuacji w sektorze opieki zdrowotnej. Tymczasem problemem okazał się brak odpowiednich instrumentów nadzoru po stronie samorządów nad podległymi im placówkami – przede wszystkim szpitalami. Władze administracyjne uznały, że realnie największy wpływ na funkcjonowanie zreformowanego systemu pozostaje po stronie płatnika. Próba przywrócenia narzędzi nadzoru na poziomie państwa poprzez centralizację instytucji płatnika w 2003 r. (powołanie do życia NFZ w miejsce istniejących kas chorych) zakładająca, iż główne problemy systemowe usytuowane są po stronie płatnika, nie okazała się również pomocna w zakresie usprawniania systemu (Kachniarz, 2008: 25–27, 29, 32).

Monopolistyczna pozycja płatnika w analizowanym w pracy okresie 2005–2014 przejawiała się również tym, iż Narodowy Fundusz Zdrowia odpowiedzialny był jednocześnie za wycenę świadczeń zdrowotnych, proces ich kontraktowania, a następnie także za proces kontroli ich realizacji. Prowadziło to często do sytuacji, w której wartość jednych świadczeń zdrowotnych była niedoszacowana, a innych przeszacowana (Lisowska, 2014, <http://serwisy.gazetaprawna.pl/> [dostęp: 10.07.2017]). W celu urealnienia wartości świadczeń zdrowotnych oraz zmniejszenia monopolistycznej pozycji NFZ, począwszy od stycznia 2015 r., kompetencje w zakresie wyceny świadczeń zdrowotnych zostały przekazane Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM). Zmieniła ona wtedy nazwę na Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) (Rynek Zdrowia, 2014; 2015, <http://www.rynekzdrowia.pl/> [dostęp: 27.04.2017]). Ze względu na

podstawowy okres analiz zawartych w niniejszej pracy (tj. lata 2005–2014) nie będzie tu dokonywana ocena wprowadzonych zmian związanych z wyceną świadczeń zdrowotnych.

Kolejny problem to, wprowadzony wraz reformą z 1999 r., system kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Na wielu szpitalach wymusił on obligatoryjne przekształcenia z zakładów budżetowych, które nie mogły być stroną umowy kontraktowej z płatnikiem, w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Dokonane zmiany wymagały od kadry zarządzającej szpitalami przede wszystkim menedżerskiego podejścia, jak również odpowiedniego poziomu wiedzy ekonomicznej, znajomości zasad funkcjonowania rynku i umiejętności odpowiedniej kooperacji z płatnikiem oraz organem założycielskim. Szkolenia przygotowane dla personelu zarządzającego zakładami opieki zdrowotnej były wprowadzane zbyt późno albo też obejmowały jedynie nieliczną grupę osób. Dodatkowy problem stanowiły umowy, które były zawierane z dyrektorami publicznych zakładów opieki zdrowotnej na skutek wprowadzonej reformy. Były zawierane na okres dziesięcioletni, a mogły być zerwane jedynie w przypadku rażącego naruszenia prawa przez dyrektora placówki. Konstrukcja umów mogła wzmocnić poczucie bezkarności, jak również wykluczała skuteczną motywację kadry zarządzającej szpitalami do działań racjonalizatorskich i efektywności (Kachniarz, 2008: 20–23, 36–37). Taka sytuacja mogła wiązać się z kulturą organizacyjną *status quo* występującą w polskich szpitalach (zwłaszcza publicznych), utrudniającą wprowadzanie zmian organizacyjnych. Działania przedsiębiorcze i restrukturyzacyjne związane są często w poczuciu zagrożenia wśród pracowników (Sułkowski, 2013: 83–96; Sułkowski, 2012: 79–86). Jak widać, wprowadzany system z jednej strony ukierunkowany miał być na działania przedsiębiorcze, z drugiej strony jednak nie zapewniał odpowiednich bodźców, które do takowych zmian mogłyby się przyczynić.

Z dzisiejszej perspektywy można uznać, że wiele spośród podstawowych celów reformy z 1999 r. nie zostało zrealizowanych. Jak zostało to wcześniej podkreślone, jednym z głównych założeń było usprawnienie funkcjonowania i poprawa efektywności publicznych zakładów ochrony zdrowia – w tym przede wszystkim szpitali. Tymczasem publiczne zakłady opieki zdrowotnej – w tym w szczególności szpitale – pomimo działań reformatorskich popadały często w bardzo poważne problemy finansowe, które doprowadziły do ich wysokiego poziomu zadłużenia i wymusiły szereg programów pomocowych, jak również kolejne zmiany w zakresie funkcjonowania systemu.

1.4. Model finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia – charakterystyka finansowa i próba klasyfikacji

We wcześniejszej części pracy zostały scharakteryzowane podstawowe modele finansowania systemów ochrony zdrowia identyfikowane w literaturze. Została również dokonana charakterystyka zmian i przekształceń zachodzących w polskim systemie ochrony zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji podmiotów szpitalnych. W niniejszym podrozdziale podjęta zostanie próba klasyfikacji modelu finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia z uwzględnieniem przedstawionych już informacji.

1.4.1. Charakterystyka finansowa systemu ochrony zdrowia w Polsce

Finansowanie polskiego systemu ochrony zdrowia w analizowanym okresie 2005–2014 opierało się na składce zdrowotnej. Wspomniany również był fakt, iż część świadczeń finansowana jest bezpośrednio z budżetu państwa. Należy pamiętać, iż finansowanie opieki zdrowotnej w Polsce odbywa się w pewnym stopniu za pośrednictwem jednostek samorządu terytorialnego (JST), ze środków pochodzących od pracodawców i ubezpieczeń pracowniczych, a także dochodów indywidualnych ludności (Golinowska (red.), 2008: 8–55). Schemat finansowania polskiego modelu ochrony zdrowia został przedstawiony na rysunku 1.2.

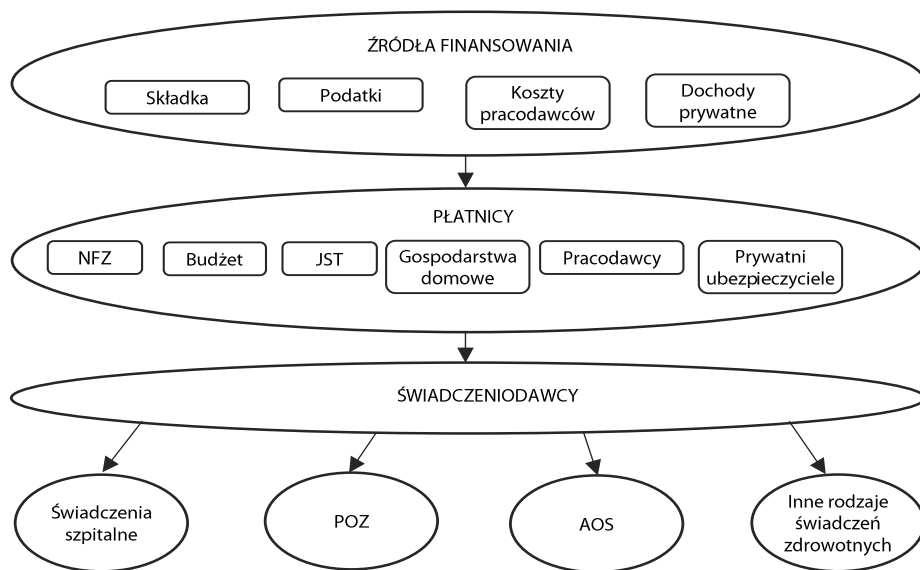
Rysunek uwzględnia podstawowe źródła finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia, podstawowych płatników występujących w systemie, a także wskazuje na podstawowe kierunki wydatkowania środków na realizację świadczeń zdrowotnych. W Polsce największe środki są przeznaczane na realizację świadczeń szpitalnych, w dalszej kolejności na realizację świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁵.

Dominujące źródło finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia od czasów szerokiej reformy systemowej z 1999 r. stanowi składka zdrowotna (Golinowska (red.), 2008: 9, 13). Środkami finansowymi pochodzącymi ze składki zdrowotnej dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia.

Pozytywny efekt, polegający na znaczącym uniezależnieniu finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia od budżetu państwa i tym samym turbulencji politycznych, dzięki składce zdrowotnej pobieranej od grupy osób zatrudnionych,

5 Por. tabela 1.3. w niniejszej pracy.

może zostać w pewien sposób zniwelowany skutek wahań koniunkturalnych – np. wzrostu stopy bezrobocia czy spadku wysokości wynagrodzeń (Kolwitz, 2010: 131–143). Ze względu na dominujący udział składki zdrowotnej w ramach finansowania polskiej ochrony zdrowia, można stwierdzić, że zasoby finansowe polskiego systemu ochrony zdrowia są ściśle związane z poziomem dochodów obywateli (Węgrzyn, 2010: 115–128). Składką zdrowotną zostały obciążone przede wszystkim osoby pracujące. Większość środków przekazywanych do NFZ pochodzi z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ponad 90%). Inne źródła finansowania składki zdrowotnej, tj. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) oraz środki budżetowe przekazywane na opłacanie składek niektórych grup społecznych (np. bezrobotnych czy żołnierzy), mają charakter marginalny (Golinowska (red.), 2008: 13–21), w związku z czym pozytywna sytuacja wydaje się ściśle skorelowana przede wszystkim z dobrą sytuacją w zakresie przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej.



Oznaczenia:

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia,

JST – Jednostki Samorządu Terytorialnego,

POZ – podstawowa opieka zdrowotna,

AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Rysunek 1.2. Schemat finansowania świadczeń zdrowotnych w polskim modelu ochrony zdrowia

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Golinowska (red.), 2008: 9; Sprawozdania z działalności NFZ za lata 2005–2015.

W tym miejscu warto prześledzić, jak w analizowanym okresie kształtowały się kategorie ekonomiczne, których wahania mogą nieść ze sobą istotne implikacje dla wysokości środków pochodzących ze składki zdrowotnej, czyli głównego źródła finansowania całego polskiego systemu ochrony zdrowia.

Tabela 1.4. Podstawowe kategorie ekonomiczne mające wpływ na finansowanie polskiego systemu ochrony zdrowia a wysokość przychodów NFZ z tytułu składki zdrowotnej

Rok	Przychody NFZ z tytułu składki zdrowotnej (w tys. zł)	Przeciętne wynagrodzenie w gospodarce narodowej (w zł)	Stopa bezrobocia (w %)	Składka zdrowotna (% podstawy wymiaru)	Wydatki na ochronę zdrowia (% PKB)
2005	33 792 091	2380,29	17,6	8,5	5,8
2006	37 071 560	2477,23	14,8	8,75	5,8
2007	42 223 706	2691,03	11,2	9	5,9
2008	50 459 586	2943,88	9,5	9	6,4
2009	53 732 016	3102,96	12,1	9	6,6
2010	55 153 148	3224,98	12,4	9	6,4
2011	58 238 309	3399,52	12,5	9	6,2
2012	60 312 307	3521,67	13,4	9	6,2
2013	62 084 162	3650,06	13,4	9	6,5
2014	64 388 826	3783,46	11,4	9	6,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/bezrobocie-rejestrowane/> [dostęp: 11.05.2017]; <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-zatrudnieni-wynagrodzenia-koszty-pracy/> [dostęp: 11.05.2017]; ZUS, http://zus.pox.pl/zus_skladki_historyczne.htm [dostęp: 11.05.2017] oraz OECD, <http://stats.oecd.org/> [dostęp: 19.05.2017].

Przyglądając się deklarowanym przez NFZ przychodom w ujęciu monetarnym uzyskiwanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia z tytułu składek zdrowotnych brutto na ubezpieczenie zdrowotne i tendencjom występującym w tym zakresie, widać, iż w całym analizowanym okresie następował trend wzrostowy w przypadku przychodów. W roku 2014 w stosunku do roku 2005 przychody te były niemal dwukrotnie wyższe. Z punktu widzenia finansowania polskiego systemu zabezpieczenia zdrowotnego taką sytuację należy oceniać pozytywnie. Na deklarowane wartości przychodów NFZ mają wpływ przedstawione w powyższej tabeli zmienne. Nawet niewielkie zmiany ich wartości mogą w znaczący sposób przekładać się na finansowanie całego systemu.

W zakresie przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce występował trwały trend wzrostowy, co niewątpliwie znajdowało pozytywne przełożenie na wyższe

wartości składki zdrowotnej i tym samym wyższy poziom finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia, w tym szpitali. Przynajmniej w ujęciu nominalnym.

Spadek wartości stopy bezrobocia należy uznać za zjawisko pozytywne, z punktu widzenia finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia. Trzeba tu pamiętać o tym, że składka za osoby zarejestrowane w urzędach pracy jako osoby bezrobotne jest również odprowadzana, jednak jest ona znacznie niższa niż w przypadku osób pracujących. Stąd można uznać, że wysokie wartości stopy bezrobocia stanowią istotne obciążenie dla finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia. Znaczące wahania w badanym okresie w przypadku tej zmiennej pozostawiają pewne wątpliwości co do trwałości tendencji spadkowej.

Poniżej została przedstawiona symulacja mająca wskazać, jak istotną determinantę stanowi stopa bezrobocia w finansowaniu polskiego systemu ochrony zdrowia. Dotyczy ona ostatniego roku badanego okresu – tj. 2014. W symulacji uwzględniona została jedynie ludność w wieku produkcyjnym, dlatego naturalnie nie oddaje ona całości przychodów uzyskiwanych przez NFZ z tytułu składki zdrowotnej. Kalkulacja została wykonana przy założeniu uproszczonego podziału osób w wieku produkcyjnym na dwie grupy – tj. przedsiębiorców odprowadzających składkę na minimalnym możliwym poziomie oraz bezrobotnych niepobierających zasiłku. Mając na uwadze, że w 2014 r. bezrobotni pobierający zasiłek stanowili zaledwie ok. 13% w ogólnej liczbie bezrobotnych⁶, a wartości składek zdrowotnych od bezrobotnych pobierających zasiłki nie odbiegają znacząco od wartości składek pobieranych od bezrobotnych niepobierających zasiłku, uzyskane wartości realnych oraz hipotetycznych wpływów pochodzących od bezrobotnych mogłyby być jedynie nieznacznie wyższe od zaprezentowanych powyżej. Natomiast znacznie większy wpływ na uzyskaną różnicę pomiędzy realnymi przychodami NFZ z tytułu składki zdrowotnej a hipotetycznymi miałyby niewątpliwie część pochodząca z tytułu składek pochodzących od przedsiębiorców. Przyjęto uproszczone założenie, że nastąpił tu transfer osób z grupy bezrobotnych tylko i wyłącznie do grupy przedsiębiorców odprowadzających składkę zdrowotną na minimalnym poziomie. Tymczasem, prawdopodobnie w realnych warunkach, część z tych osób trafiłaby również do innych grup zawodowych – np. pracowników etatowych (zarabiających niejednokrotnie średnią krajową lub nawet wyższą pensję) czy też grupy przedsiębiorców opłacających składkę zdrowotną na poziomie wyższym niż minimalny. To niewątpliwie przełożyłoby się na uzyskanie znacznie wyższych przychodów NFZ z tytułu składki zdrowotnej niż te wskazane w symulacji.

6 Wyliczenia własne na podstawie Raportu Bezrobocie w Polsce – rok 2014 dostępnego na: Wortal Publicznych Służb Zatrudnienia – Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, <http://psz.praca.gov.pl/> [dostęp: 15.08.2018].

Tabela 1.5. Przychody NFZ z tytułu składki zdrowotnej a potencjalne wahania stopy bezrobocia w 2014 r.

Zmienna	Wartość		
Ludność w wieku produkcyjnym (2014)	24 241 770 osób		
Stopa bezrobocia (2014)	11,4%		
Minimalna wysokość składki zdrowotnej dla przedsiębiorców (2014)	270,4 zł		
Wysokość składki zdrowotnej od bezrobotnych (2014)	58,4 zł		
Potencjalna różnica w przychodach NFZ			
Grupa	Bezrobotni	Przedsiębiorcy	Łącznie (bezrobotni i przedsiębiorcy)
[A] Przychody NFZ z tytułu składki zdrowotnej przy realnym poziomie bezrobocia (11,4%) – w mln PLN	161,4	5 807,7	5 969,1
[B] Hipotetyczne przychody NFZ z tytułu składki zdrowotnej przy obniżonym poziomie bezrobocia (10,4%) – w mln PLN	147,2	5 873,3	6 020,5
Przełożenie na przychody NFZ (różnica: [B]–[A]) – w mln PLN	-14,2	65,6	51,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/30/1/1/ludnosci_i_ruch_naturalny_w_2016.pdf [dostęp: 14.08.2018]; Powiatowy Urząd Pracy w Inowrocławiu, <http://pupinowroclaw.pl/contents/295> [dostęp: 14.08.2018]; ZUS, <https://zus.pox.pl/zus-zdrowotne-2014.htm> [dostęp: 14.08.2018].

Przy założeniu, że w ostatnim roku analizowanego okresu – tj. 2014 – nastąpiłby spadek liczby osób bezrobotnych o 1 pp. (z poziomu 11,4% do 10,4%) – można stwierdzić, że pozwoliłoby to na zwiększenie osiągniętych przez NFZ przychodów z tytułu składki zdrowotnej o ok. 51,4 mln zł.

Kolejna z przedstawionych powyżej zmiennych, czyli wysokość składki zdrowotnej, determinuje, jaka część podstawy wymiaru ustalonego w oparciu o wysokość uzyskiwanego wynagrodzenia, zostanie przekazana na finansowanie systemu ochrony zdrowia. W tym przypadku wartości zmiennej w początkowych latach analizowanego okresu przyjmowały nieco niższe wartości – odpowiednio 8,5% w roku 2005 i 8,75% w roku 2006 – a począwszy od 2007 r. ustabilizowały się na jednolitym poziomie wynoszącym 9% podstawy wymiaru. Sytuację w zakresie braku wzrostów wysokości składki można oceniać jako negatywną dla finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, zwłaszcza w kontekście postulatów wysuwanych już wiele lat temu przez środowisko lekarskie odnośnie podwyższenia wysokości składki zdrowotnej do 10% podstawy wymiaru (Cichocka, 2009, <http://wyborcza.pl/> [dostęp: 5.10.2011]).

Podobnie jak miało to miejsce w przypadku analizy sytuacji w zakresie bezrobocia, warto i tu byłoby zastanowić się, jak zmiana podstawy wymiaru składki zdrowotnej o 1 pp. przełożyłaby się na finansowanie systemu ochrony zdrowia.

W symulacji tej uwzględniona została jedynie ludność w wieku produkcyjnym, dlatego naturalnie nie oddaje ona całości przychodów uzyskiwanych przez NFZ z tytułu składki zdrowotnej. Kalkulacje wykonano przy założeniu, że wszystkie osoby znajdujące się w 2014 r. w wieku produkcyjnym zarabiałaby średnią krajową na podstawie umowy o pracę, uwzględniając kwotę wolną. Oczywiście należy mieć na uwadze pewne słabości kalkulacji, wynikające z takiego uproszczenia. Mianowicie, przyjęte założenie nie odzwierciedla struktury dochodowej występującej w owym czasie w kraju. Ponadto pominięte zostały inne grupy społeczne, które również zasilają przychody NFZ z tytułu składki zdrowotnej. Niemniej jednak kalkulacja ma zobrazować przede wszystkim potencjalną skalę zjawiska związanego ze zmianą wartości podstawy wymiaru składki zdrowotnej o 1 pp., a nie odzwierciedlić dokładne kwoty, które zasiliby polski system ochrony zdrowia.

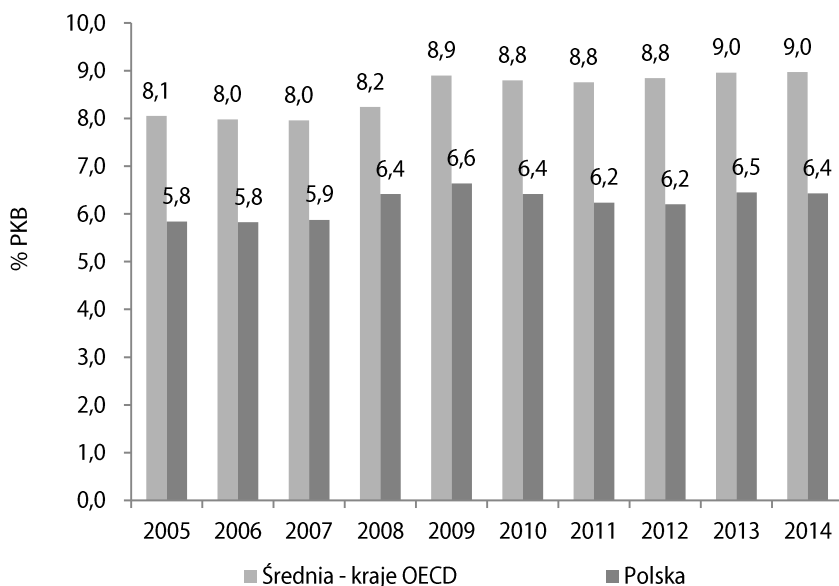
Tabela 1.6. Przychody NFZ z tytułu składki zdrowotnej a zmiany w zakresie podstawy jej wymiaru w 2014 r.

Zmienna	Wartość
Ludność w wieku produkcyjnym (2014) – liczba osób	24 241 770
Średnie wynagrodzenie (2014) – w PLN	3 783,46
Wartość składki zdrowotnej przy podstawie wymiaru 9% – w PLN	293,83
Wartość składki zdrowotnej przy podstawie wymiaru 10% – w PLN	326,47
Potencjalna różnica w przychodach NFZ	
[A] Przychody NFZ przy podstawie wymiaru 9% – w mln PLN	7 122,96
[B] Przychody NFZ przy podstawie wymiaru 10% – w mln PLN	7 914,33
Przełożenie na przychody NFZ (różnica [B]–[A]) – w mln PLN	791,37

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-zatrudnieni-wynagrodzenia-koszty-pracy/przecietne-miesieczne-wynagrodzenie-w-gospodarce-narodowej-w-latach-1950-2016,2,1.html> [dostęp: 11.05.2017]; https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/30/1/1/ludnosci_i_ruch_naturalny_w_2016.pdf [dostęp: 14.08.2018].

Jak to zostało zaprezentowane na przykładzie powyższej kalkulacji, podwyższenie podstawy wymiaru składki zdrowotnej o 1 pp. w 2014 r. mogłoby zaowocować dodatkowymi przychodami NFZ w wysokości ponad 791 mln zł. Kwota taka niewątpliwie w istotny sposób mogłaby przyczynić się do poprawy finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia – w tym szpitali, na które to przeznaczane są największe nakłady spośród środków NFZ dedykowanych na realizację świadczeń zdrowotnych.

W zakresie nakładów na ochronę zdrowia, mierzonych jako odsetek PKB, w całym analizowanym okresie widoczny jest wzrost ogólnej wartości, jednak z licznymi jej wahaniami. W tym miejscu warto się również przyjrzeć, jak Polska wypada na tle innych krajów. Na wykresie 1.4 została zaprezentowana sytuacja Polski na tle średniej uzyskanej w zakresie odsetka PKB przeznaczanego na ochronę zdrowia dla wszystkich krajów Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD). Organizacja ta na bieżąco prowadzi statystyki w przedmiotowym zakresie, a Polska jest jej państwem członkowskim.



Wykres 1.4. Odsetek PKB przeznaczany na finansowanie ochrony zdrowia

Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD, <http://stats.oecd.org/> [dostęp: 19.05.2017].

Na wykresie 1.4 można zauważyć, że wysokość wydatków na finansowanie systemu ochrony zdrowia mierzonych jako odsetek PKB dokonywanych przez Polskę na tle innych krajów z grupy OECD jest znacznie niższy. Nakłady te w Polsce oscylują w przedziale 5,8–6,5% produktu krajowego brutto, podczas gdy nakłady w przypadku średniej dla wszystkich krajów OECD w analizowanym okresie wahały się w przedziale pomiędzy 8 a 9% PKB. Odnosząc więc poziom finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia do poziomu rozwoju gospodarczego mierzonego produktem krajowym brutto, należy uznać, że Polska przeznaczona znacznie mniej środków w relacji do średniej z wszystkich krajów OECD.

Analiza powyższych zmiennych pokazała z jednej strony, że w zakresie finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia występują pewne pozytywne tendencje, które doprowadziły do wzrostu przychodów NFZ. Zwiększone przychody

narodowego płatnika przyczyniają się do wyższego poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych – w tym świadczeń szpitalnych, na które to przeznaczana jest największa część środków na finansowanie świadczeń zdrowotnych. Z drugiej strony widać jednak, że na tle innych krajów Polska przeznaczą relatywnie niższe środki na finansowanie systemu ochrony zdrowia.

Należy przy tym również pamiętać, że sfera ochrony zdrowia jest dziedziną, w której następuje bardzo szybki postęp technologiczny. Wdrażanie nowych technologii medycznych jest często bardzo kosztochłonne (Cranovsky, 2001, <http://www.mp.pl/> [dostęp: 11.10.2011]). Wdrożenie natomiast nowych technologii w ochronie zdrowia – inaczej, niż w wielu innych gałęziach przemysłu – nie zmniejsza jednostkowych kosztów leczenia i zwykle nie redukuje kosztów pracy. Wręcz przeciwnie – proces wdrożenia nowych technologii w ochronie zdrowia związany może być często ze wzrostem nakładu pracy kadry medycznej i tym samym przyczyniać się do wzrostu kosztów produkcji w zakresie opieki zdrowotnej (Rudawska, 2007: 49–50). W związku z tym, pozytywna sytuacja w zakresie nominalnych wzrostów w przypadku przychodów NFZ pochodzących ze składki zdrowotnej, może nie znajdować liniowego przełożenia w realnym finansowaniu świadczeń zdrowotnych. Widoczne to może być szczególnie w sektorze szpitali, które ze względu na specyfikę udzielanych świadczeń, związaną m.in. z koniecznością wykonywania wielu specjalistycznych procedur diagnostycznych i zabiegowych, zmuszone są do dokonywania wielu inwestycji w specjalistyczny sprzęt.

1.4.2. Próba klasyfikacji systemu ochrony zdrowia w Polsce

Mając na uwadze opisany schemat finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia oraz przedstawione wcześniej podstawowe typy modeli systemów ochrony zdrowia można stwierdzić, iż w przypadku rozwiązań przyjętych w Polsce w zakresie finansowania ochrony zdrowia, zauważalne jest przejście od modelu budżetowego w kierunku modelu ubezpieczeniowego. Należy tu dodać, iż nie można jednoznacznie zaklasyfikować polskiego systemu opieki zdrowotnej jako modelu ubezpieczeniowego, rezydualnego czy budżetowego. Stanowi on raczej hybrydę pomiędzy tymi modelami.

Najczęściej jednak modele finansowania ochrony zdrowia mają charakter mieszany, łącząc ze sobą różnorodne źródła finansowania w różnych proporcjach (Janik, Paździor, 2017: 137–147). Na chwilę obecną, polski system ochrony zdrowia zawiera najwięcej elementów z systemu ubezpieczeniowego. Aktualne pozostają jednak wciąż dyskusje co do roli, jaką państwo powinno odgrywać w tym systemie (Marcinkowska, 2015: 213–223). Mając to na uwadze, można stwierdzić, iż polski system ochrony zdrowia, podobnie jak i wiele innych systemów zabezpieczenia

zdrowotnego na świecie, stanowi pewien dynamiczny układ, który podlega ciągłym zmianom – uzależnionym w dużym stopniu od sytuacji makroekonomicznej, demograficznej i politycznej w kraju. Zawarte są w nim zarówno elementy rynkowe, jak i pewien stopień kontroli państwa.

W zakresie finansowania ze środków publicznych, polski system ochrony zdrowia posiada szereg elementów pochodzących z modeli: ubezpieczeniowego i zaopatrzeniowego (zob. tabela 1.7). Poniżej zostały wyodrębnione cechy występujące w polskim systemie zabezpieczenia zdrowotnego, które są charakterystyczne dla wspomnianych modeli.

Tabela 1.7. Charakterystyczne cechy z modeli ubezpieczeniowego i zaopatrzeniowego występujące w polskim systemie ochrony zdrowia w latach 2005–2014

Model ubezpieczeniowy	Model zaopatrzeniowy
<ul style="list-style-type: none"> • Występowanie obowiązkowej składki ubezpieczeniowej, • Występowanie w systemie, obok sektora publicznego, prywatnych podmiotów, • Zawieranie przez płatnika kontraktów ze świadczeniodawcami na udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, • Państwo tworzy przede wszystkim ramy prawne dla systemu oraz nadzoruje jego działalność, • Swoboda wyboru przez pacjenta świadczeniodawcy. 	<ul style="list-style-type: none"> • Finansowanie części świadczeń zdrowotnych z budżetu państwa – np. programów profilaktycznych i świadczeń wysokospecjalistycznych, • Idea równego dostępu do świadczeń zdrowotnych wszystkich obywateli, • Monopol po stronie płatnika (NFZ).

Źródło: opracowanie własne na podstawie wykonanego przeglądu literatury.

Trzeba również podkreślić, że w polskim systemie ochrony zdrowia wyróżnić można także świadczenia zdrowotne, które nie są finansowane ze środków publicznych lecz prywatnych.

Należy również pamiętać, iż wydatki prywatne nie powinny być postrzegane jedynie jako wydatki na ochronę zdrowia gospodarstw domowych, które są szacowane na podstawie badań budżetów gospodarstw domowych, gdyż te wartości mogą być niedoszacowane (Ryć, Skrzypczak, 2005: 209–226). W analizie wydatków prywatnych powinno uwzględniać się również opłaty nieformalne.

Widać wyraźnie, iż w systemie tym występuje szereg elementów pochodzących z różnych modeli finansowania ochrony zdrowia. Brak możliwości jednoznacznej klasyfikacji związany jest z zacieraniem się granic pomiędzy różnymi rodzajami modeli, na skutek wybiórczego przenoszenia rozwiązań stosowanych w jednym modelu do drugiego. W konsekwencji następuje coraz większa hybrydyzacja modeli ochrony zdrowia (Schmid i in., 2010: 455–486).

Opiernie modelu finansowania ochrony zdrowia wyłącznie na środkach prywatnych albo publicznych jest niemożliwe, a w efektywnym modelu finansowania

winy występować oba te źródła finansowania. Wynika to z niedoskonałości systemu ochrony zdrowia, ograniczających efektywną alokację zasobów, która jest charakterystyczną cechą prywatnych rynków o konkurencji doskonałej. Efektywny model powinien więc stanowić pewną hybrydę modelu ubezpieczeniowego i budżetowego – opierającego się przede wszystkim na sektorze publicznym przy pewnym udziale sektora prywatnego (Ucieklak-Jeż, Bem (red.), 2014: 12–16). Wydaje się, iż obecny kształt polskiego systemu ochrony zdrowia stanowi właśnie taką hybrydę. Zostały w nim zatarte granice pomiędzy klasycznymi modelami – tj. ubezpieczeniowym, budżetowym, jak również rezydualnym.

1.5. Podsumowanie

W niniejszym rozdziale została przedstawiona charakterystyka systemu opieki zdrowotnej w Polsce wraz z zarysem jego przekształceń. Celem było tu wskazanie miejsca szpitali w polskim systemie ochrony zdrowia oraz ocena uwarunkowań systemowych, w których szpitale funkcjonują. Ponadto, rozważania i analizy zawarte w rozdziale miały ułatwić weryfikację hipotezy zakładającej, że model szpitalnictwa w Polsce wynika z uwarunkowań społeczno-historycznych.

Pomimo wielu działań reformatorskich, w dalszym ciągu z polskiego systemu ochrony zdrowia nie wyeliminowano wielu istotnych mankamentów. Pośród najważniejszych można wymienić m.in. bardzo trudną sytuację finansową szpitali, związaną z ich zadłużeniem oraz brakiem pokrycia ich kosztów w przychodach czy problemy związane z finansowaniem systemu – w tym relatywnie niski odsetek PKB przeznaczany na ochronę zdrowia w Polsce. Ponadto wśród słabych stron polskiego systemu ochrony zdrowia wymienić można również problemy z dostępnością do świadczeń zdrowotnych (szczególnie specjalistycznych), długim czasem oczekiwania na zabiegi i operacje medyczne czy polityką lekową. Wymaga to niewątpliwie dalszych działań ukierunkowanych na poprawę jego funkcjonowania.

Reformowanie tak wrażliwej społecznie sfery, jak system ochrony zdrowia, nie jest oczywiście łatwym procesem. Tym bardziej, iż żaden z zaprezentowanych w niniejszym rozdziale typowych modeli finansowania ochrony zdrowia nie pozostaje bez wad, a w polskim modelu występuje wiele mechanizmów finansowych charakterystycznych dla różnych typów modeli finansowania przedstawianych w literaturze.

Nie ulega jednak wątpliwości, że szczególną rolę w polskim systemie ochrony zdrowia odgrywają szpitale i od ich działalności może być uzależniona efektywność całego systemu. Wskazywać na to mogą wartości środków przeznaczanych na świadczenia szpitalne, które w analizowanym okresie stanowiły ok. 50–60% łącznych wydatków publicznych przeznaczanych na finansowanie świadczeń

zdrowotnych w Polsce. Żaden inny rodzaj świadczeń zdrowotnych nie absorbuje tak znaczącej części środków przeznaczanych na finansowanie ochrony zdrowia. Na znaczenie jednostek szpitalnych w systemie wskazywać może również wielość działań reformatorskich, które w znacznej mierze były ukierunkowane właśnie na poprawę gospodarki finansowej sektora polskich szpitali.

Rozdział 2

Specyfika i problemy działalności polskich szpitali

W rozdziale 1 wskazana została rola i znaczenie sektora szpitalnego w polskim systemie ochrony zdrowia. Dokonując szerokiej analizy w zakresie sektora szpitalnego, warto niewątpliwie nieco więcej miejsca poświęcić specyfice tejże branży oraz problemom, jakie w niej występują.

2.1. Szpital w kontekście działalności przedsiębiorstwa

Jedną z kluczowych kwestii w zakresie procesu zarządzania finansowego jest odpowiedź na pytanie, czy działalność szpitala można analizować i oceniać w podobny sposób, jak działalność innych przedsiębiorstw.

Aby rozważyć wątpliwości występujące w tej kwestii, należy zastanowić się nad tym, jak w literaturze definiowana jest instytucja szpitala, a jak instytucja przedsiębiorstwa.

Analiza literatury wskazuje, że jednoznaczne zdefiniowanie instytucji szpitala nie jest kwestią łatwą. W literaturze przedmiotu brak jest jednoznacznej i powszechnie przyjętej definicji tego pojęcia (Hass-Symotiuk (red.), 2011: 12). Występują wręcz liczne rozbieżności definicyjne i klasyfikacyjne, które wynikają z różnego rozumienia pojęcia szpitala (PMR, 2014: 9).

Nie ulega jednak wątpliwości, że szpitale należą do grupy podmiotów leczniczych, które są tworzone i utrzymywane w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i stanowią wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych. Pośród podmiotów leczniczych wyróżnia się (Chluska, 2011: 7–19):

- przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie,
- szpitale, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, sanatoria, prewentoria,
- pogotowia ratunkowe,
- pracownie diagnostyczne,
- zakłady rehabilitacji leczniczej,
- pracownie protetyki stomatologicznej i ortodoncji.

W ogłoszonej w 2011 r. wersji ustawy o działalności leczniczej można znaleźć było następującą definicję szpitala: „szpital – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne” (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. ... – tekst ogłoszony, art. 2, ust. 1, pkt. 9; art. 3, ust. 1 i 2). Jako przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego ustawa z kolei definiowała składniki majątkowe, przy pomocy których podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą¹. Warto zaznaczyć, iż pierwsza (nieogłoszona) wersja tejże ustawy w zakresie definicji przedsiębiorstwa odsyłała do kodeksu cywilnego, co później zostało jednak zmienione (Węgrzyn, 2013: 196; Nojszewska i in., 2017: 48–49, 55–56).

Widać, iż w analizowanym w pracy okresie, tj. w latach 2005–2014, ustawodawca starał się przybliżyć działalność szpitala do typowej działalności przedsiębiorstwa, definiując pojęcie szpitala właśnie w ten sposób – tj. jako przedsiębiorstwo. W ostatnim czasie (od 2016 r.) nastąpiło jednak odejście od tej tendencji i w znowelizowanych wersjach ustaw, jak i znowelizowanej nomenklaturze Zakładu Ubezpieczeń Zdrowotnych, pojęcie „przedsiębiorstwa” zostało zastąpione pojęciem „zakładu leczniczego”. Wskazuje to na wycofanie się ustawodawcy z założeń dotyczących sposobu postrzegania szpitala i powrotu do wcześniejszego stanu rzeczy.

W literaturze spotkać można różne typy klasyfikacji szpitali. Do najczęściej stosowanych kryteriów klasyfikacji należą (Rój, Sobiech, 2006: 20–21):

- typ własności – szpitale publiczne i niepubliczne,
- podmiot tworzący (organ założycielski) – szpitale samorządowe, kliniczne (uczelnie medyczne), resortowe, inne²,

1 Należy tu zaznaczyć, iż w trakcie przygotowywania niniejszej monografii wystąpiły pewne zmiany, modyfikujące treści Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654). Dotyczyły one między innymi przytoczonego powyżej ujęcia definicyjnego szpitala i zastąpienia „przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego” poprzez pojęcie „zakładu leczniczego”. Nowa nomenklatura zaczęła obowiązywać od dnia 15 lipca 2016 r. na podstawie Ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2016, poz. 960). Jednak w związku z tym, iż zmiany te wychodzą poza główny obszar zainteresowań rozważany w niniejszej monografii – tj. okresu 2005–2014, stanowiącego relatywnie jednorodny okres dla oceny działalności szpitali, nie będą one tu szerzej omawiane.

2 Np. szpitale utworzone przez kościoły lub związki wyznaniowe, spółki prawa cywilnego i handlowego czy organizacje pozarządowe.

- zakres i rodzaj oferowanych świadczeń zdrowotnych – szpitale wielospecjalistyczne, jednospecjalistyczne, podstawowe,
- rozmiary szpitala – szpitale małe, średnie, duże,
- terytorialny zasięg działania – szpitale ogólnokrajowe, regionalne, wojewódzkie, powiatowe, miejskie i rejonowe,
- okres leczenia – szpitale opieki krótko- i długoterminowej, dzienne i nocne czy zajmujące się opieką paliatywną,
- rodzaj i liczba reprezentowanych w szpitalu specjalności medycznych – szpitale ogólne i specjalistyczne,
- prowadzenie działalności badawczej i dydaktycznej – szpitale kliniczne i instytuty medyczne, które prowadzą taką działalność oraz szpitale, które takiej działalności nie prowadzą.

Można stwierdzić, że powyższą klasyfikację oparto przede wszystkim na kryterium typu własności z wcześniejszego zestawienia, jednak z pewnymi istotnymi doprecyzowaniami tego kryterium – zwłaszcza w kontekście szpitali niepublicznych. Występuje tu kategoria szpitali niepublicznych samorządowych – powstałych często w wyniku przekształceń własnościowych (opisywanych szerzej we wcześniejszym rozdziale), jak i pozostałych szpitali niepublicznych – gdzie będą znajdowały się przede wszystkim szpitale prywatne.

Bardzo istotnym elementem determinującym działalność szpitala jest jego forma prawna i organizacyjna. Wyróżnik ten może stanowić również kolejne kryterium klasyfikacji podmiotów szpitalnych. Należy tutaj zaznaczyć, iż podział ten w pewien sposób łączy ze sobą cechy poszczególnych kryteriów przedstawionych powyżej klasyfikacji szpitali. Uwzględnia również przywołaną powyżej ustawową definicję podmiotu leczniczego. Ze względu na formę prawną i organizacyjną można wyróżnić szpitale prowadzone w formie (Mądrala, 2015, <http://www.szpitale.org/> [dostęp: 15.01.2015]; Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. ..., art. 5 i 6):

- samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej,
- jednostki budżetowej lub wojskowej,
- spółki z o.o.,
- podmiotów utworzonych przez osoby fizyczne,
- spółki jawnej,
- spółki akcyjnej,
- spółki cywilnej,
- spółki partnerskiej,
- spółki komandytowo-akcyjnej,
- podmiotów fundacji/stowarzyszeń/organizacji kościelnych,
- spółki komandytowej,
- podmiotów określonych resortów.

Dla każdej z przywołanych powyżej form organizacyjno-prawnych można znaleźć przykłady jednostek posiadających umowy szpitalne z Narodowym Funduszem Zdrowia (Mądrala, 2015, <http://www.szpitale.org/> [dostęp: 15.01.2015]). Co więcej, trzeba tu podkreślić, że w działalności polskich szpitali – niezależnie od formy organizacyjno-prawnej czy kryterium własności – za główne źródło przychodów uznaje się właśnie środki pochodzące z NFZ. Nawet w szpitalach prywatnych świadczenia komercyjne są odpowiedzialne za zaledwie 2–5% przychodów (Nojszewska i in., 2017: 71–72).

Biorąc pod uwagę przedstawione wcześniej rozważania w zakresie definicji i klasyfikacji polskich szpitali, należy stwierdzić, że w analizowanym w pracy okresie, tj. w latach 2005–2014, występowała tendencja zmierzająca do urynkowania sektora szpitalnego i traktowania szpitali jako przedsiębiorstw. Warto zastanowić się nad ewentualnymi różnicami, jakie mogą występować pomiędzy szpitalem a definiowanym w klasyczny sposób przedsiębiorstwem.

W literaturze przedmiotu i aktach prawnych, pomimo tego, iż przedsiębiorstwo stanowi główny podmiot życia gospodarczego, występuje wiele różnych definicji tego pojęcia (Noga, 2009: 22; Borowiecki, 2011: 5–15; Galewski, 2013, <http://www.pte.pl/> [dostęp: 12.11.2017]). Poniżej zostały zaprezentowane jedynie wybrane definicje, które mają przybliżyć pojęcie przedsiębiorstwa, aby odnieść do nich sytuację polskich szpitali, postrzeganych – według regulacji prawnych – przez znaczną część analizowanego w pracy okresu jako przedsiębiorstwa. Trzeba tu podkreślić, że niniejszy podrozdział nie wyczerpuje tematu związanego z funkcjonowaniem podmiotów definiowanych jako przedsiębiorstwa.

Niewątpliwie jedna z podstawowych definicji pojęcia przedsiębiorstwa to definicja ustawowa. Ustawodawca definiuje pojęcie przedsiębiorstwa w art. 55 Kodeksu Cywilnego, zgodnie z którym przedsiębiorstwo stanowi zorganizowany zespół składników niematerialnych i materialnych przeznaczonych do prowadzenia działalności gospodarczej (Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. ..., art. 55). Warto podkreślić, że tak jak to było wcześniej wspomniane, do definicji tej odwoływała się pierwsza, nieogłoszona wersja ustawy o działalności leczniczej. W późniejszej wersji zapisy te zostały jednak zmienione. Odnosząc się do tej definicji, trzeba podkreślić, że w szpitalu, podobnie jak i w innych przedsiębiorstwach, występuje niewątpliwie zorganizowany zespół składników materialnych i niematerialnych. Pewne wątpliwości budzić może jednak dalsza część definicji, wskazująca na to, że zespół opisywanych składników ma służyć wykonywaniu działalności gospodarczej. Ta z kolei w różnych ustawach definiowana jest na różne sposoby³. Niemniej

3 Definicję pojęcia działalności gospodarczej można odnaleźć m.in. w: Ustawie z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz.U. 2018, poz. 646) oraz w uchylonej w 2018 r. Ustawie z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. 2004, nr 173, poz. 1807), Ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. 1991, nr 80, poz. 350), Ustawie z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz.U. 2004,

jednak większość definicji wskazuje na zarobkowy charakter tejże działalności. Istotna wydaje się tu odpowiedź na pytanie, czy szpital powinien być rzeczywiście instytucją, której działania ukierunkowane są na działalność zarobkową. W analizowanym okresie ustawodawca, definiując szpital jako przedsiębiorstwo i wprowadzając w 2011 r. ustawę o działalności leczniczej, której podstawowe założenia zostały szerzej omówione we wcześniejszym rozdziale pracy, starał się ukierunkować działalność szpitali na przynoszenie zysku, a przynajmniej niegenerowanie straty. Tym samym, z jednej strony można uznać, że działalność szpitala miała znamiona działalności gospodarczej, z drugiej jednak – trzeba pamiętać, iż w ostatnich latach (tj. od roku 2016) nastąpiła ustawowa redefinicja pojęcia szpitala z „przedsiębiorstwa” na „zakład leczniczy”.

Poniżej zostały przedstawione przykładowe definicje przedsiębiorstwa ujmowane w literaturze przedmiotu w kontekście cech i własności działalności szpitalnej.

Jedno z ujęć definicyjnych przedsiębiorstwa zaprezentował Borowiecki (2011: 5–15). Zdefiniował przedsiębiorstwo jako „instytucję systemu ekonomicznego, w której zorganizowano prowadzenie działalności gospodarczej, niezależnie od skali, przedmiotu i rodzaju wykonywanej działalności, formy organizacyjno-prawnej, w jakiej działalność jest prowadzona oraz formy własności, przy czym działalność ta motywowana jest chęcią uzyskania korzyści majątkowych i prowadzona jest na rachunek i ryzyko właściciela” (Borowiecki, 2011: 5–15). Zaznaczył on ponadto, że przedsiębiorstwa mogą występować w zróżnicowanych formach i stanowią część zarówno systemu gospodarczego, jak i politycznego. Gruszecki (1989: 125–126) określił z kolei przedsiębiorstwo jako jednostkę gospodarczą, która działa na własny rachunek w celu osiągnięcia korzyści materialnych. Wskazał, że działalność przedsiębiorstwa związana jest z ryzykiem i odpowiedzialnością, na które mają wpływ obowiązujące przepisy prawa i stosunki rynkowe. W innej pracy Gruszecki zdefiniował przedsiębiorstwo jako organizację, która może być pojmowana jako „świadomie i celowo działający zespół ludzki w warunkach złożonego i zmieniającego się środowiska” (Gruszecki, 2002: 132). Janik i Paździor (2011: 9) zauważają, że cechami charakteryzującymi przedsiębiorstwa są: odpłatność klientów za dostarczone usługi, towary czy produkty oraz samofinansowanie, co oznacza, iż wszelkie wydatki ponoszone w związku z wykonywaną działalnością pokrywane są z uzyskiwanych przez przedsiębiorstwo przychodów. Buczkowska (2012: 5–19) z kolei pojmuje przedsiębiorstwo jako określoną formę organizacji pracy, która powoływana jest do realizacji zarówno potrzeb materialnych, jak i niematerialnych różnych osób, grup i organizacji. Przedsiębiorstwo powinno charakteryzować się wyodrębnieniem: ekonomicznym, prawnym oraz techniczno-

nr 54, poz. 535), ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. 1998, nr 137, poz. 887) czy w prawie europejskim w Dyrektywie Rady Europejskiej 2006/112/WE z dnia 28 listopada 2006 r. w sprawie wspólnego systemu podatku od wartości dodanej.

-ekonomicznym. Zaspokajają one potrzeby swoich właścicieli, kadry zarządzającej i pracowników, ale też odbiorców czy innych przedsiębiorstw i instytucji z nim współpracujących, jak: dostawcy, kooperanci, banki, instytuty, uczelnie, itp. Podobny pogląd w zakresie zaspokajania przez przedsiębiorstwo potrzeb społecznych właścicieli, zarządu, pracowników, a także klientów prezentuje Grzegorzewska-Ramocka (2009: 59–78). Buczkowski i Marek (1999: 38) podkreślają z kolei fakt, iż przedsiębiorstwo działa generalnie dla zaspokajania cudzych potrzeb.

W kontekście przytoczonych ujęć definicyjnych tak przedsiębiorstwa, jak i szpitala, widać, iż występuje pomiędzy nimi szereg zbieżności, ale można też dostrzec pewne istotne różnice. Poniższe zestawienie zawiera syntetyczne zestawienie różnic i podobieństw na linii szpital–przedsiębiorstwo. Ponadto nieco niżej została również dokonana ich szczegółowa charakterystyka.

Tabela 2.1. Porównanie cech i własności typowych dla przedsiębiorstw z działalnością szpitala

Cechy typowe dla przedsiębiorstw gospodarki rynkowej	Cechy wspólne	Cechy typowe dla działalności szpitala
<ul style="list-style-type: none"> • Samodzielność (autonomia) decyzyjna, • Dowolność w kształtowaniu oferty, • Cel działalności opierający się na maksymalizacji korzyści materialnych, • Odpłatność bezpośrednia. • Możliwość ogłoszenia bankructwa i upadłości, • Samodzielność w ustalaniu cen oferowanych usług, • Ograniczony popyt, • Szersze możliwości w zakresie rozdysponowania zysku, • Brak asymetrii informacyjnej. 	<ul style="list-style-type: none"> • Wyodrębnienie organizacyjne (ekonomiczne, prawne), • Występowanie zróżnicowanych form własności, • Ukierunkowanie na zaspokajanie potrzeb otoczenia, • Ukierunkowanie na dokonywanie racjonalnych wyborów, • Odpowiedzialność ekonomiczna za skutki podjętych decyzji. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ograniczona decyzyjność, • Podległość i zależność względem organu tworzącego, • Konieczność uwzględniania w działalności opinii i decyzji instytucji zewnętrznych (np. wojewoda, NFZ), • Brak dowolności w kształtowaniu oferty, • Odpłatność niebezpośrednia, • Generowanie korzyści materialnych nie stanowi zasadniczego celu prowadzenia działalności, • Brak możliwości ogłoszenia upadłości, • Brak samodzielności w ustalaniu cen oferowanych usług, • Popyt nieograniczony, • Węższe możliwości w zakresie rozdysponowania zysku, • Występowanie asymetrii informacyjnej.

Źródło: opracowanie własne na podstawie wykonanego przeglądu literatury.

Odnosząc sytuację polskich szpitali do definicji przedsiębiorstwa występujących w literaturze, można stwierdzić, że bez wątplenia każdy szpital może charakteryzować się wyodrębnieniem: ekonomicznym, prawnym oraz techniczno-

-ekonomicznym. W kontekście wcześniejszych rozważań dotyczących definicji i klasyfikacji szpitali nie ulega natomiast wątpliwości, że szpitale funkcjonują w systemie ekonomicznym, prowadzą różny zakres działalności (np. szpitale ogólne i szpitale specjalistyczne) o różnej skali oraz posiadają zróżnicowane formy własności i formy organizacyjno-prawne. Niewątpliwie w każdym szpitalu występuje również świadomie i celowo działający zespół ludzki.

Szpitale, podobnie jak przedsiębiorstwa, zaspokajają zarówno własne, jak i obce (cudze) potrzeby. W ramach potrzeb własnych można mówić tu o zaspokojeniu potrzeb właścicieli, kadry zarządzającej czy pracowników. Na wielu jednostkach samorządu terytorialnego, będących organami tworzącymi większość polskich szpitali, ale także na władzach centralnych, spoczywa obowiązek zapewnienia opieki zdrowotnej dla mieszkańców w określonym zakresie. W tym kontekście szpitale zaspokajają potrzeby swoich właścicieli – np. JST czy Ministerstwa Zdrowia. W naturalny sposób zaspokajają również podstawowe potrzeby kadry zarządzającej czy innych pracowników – dając im choćby zatrudnienie, wynagrodzenie czy możliwości samorealizacji i rozwoju. Obok tego szpitale spełniają również szereg cudzych potrzeb. Można uznać, że spełniają wręcz rolę służebną dla otoczenia, eksponowaną jako jedną z cech podstawowych przedsiębiorstwa. Przejawia się to przede wszystkim w udzielaniu opieki zdrowotnej potrzebującym pacjentom. Ponadto, w ramach realizacji przez szpitale cudzych potrzeb, nie można zapomnieć również o kooperacji tych podmiotów z dostawcami – np. leków i materiałów opatrunkowych, bankami – np. prowadzenie rachunków bankowych i obsługa finansowa czy uczelniami – np. wprowadzanie nowych technologii medycznych czy kształcenie kadry medycznej przez szpitale kliniczne.

Nie ulega wątpliwości, iż każdy szpital posiada cechy podmiotu gospodarczego. Nawet szpitale funkcjonujące w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jak wszelkie inne podmioty gospodarujące, ponoszą koszty prowadzenia działalności i uzyskują przychody niezbędne do jej prowadzenia. Stanowią one samodzielne organizacyjnie i finansowo instytucje, które podobnie jak inne jednostki gospodarujące, realizują wszystkie funkcje zarządzania (Chluska, 2011: 7–19). Witczak (2009: 11, 43) zaznacza, że poprzez przypisanie szpitalowi – niezależnie od jego formy własności (tj. zarówno szpitalowi publicznemu, jak i niepublicznemu) – takich cech jak: wolność pod względem ekonomicznym, dążenie w swych decyzjach do racjonalnych wyborów, dążenie do osiągnięcia indywidualnych decyzji, ponoszenie odpowiedzialności ekonomicznej za skutki swoich decyzji, można postrzegać go jako przedsiębiorstwo medyczne. Trzeba tu podkreślić, że każdy szpital publiczny prowadzony jest w formie samodzielnego zakładu, a koszty realizowanej działalności i zobowiązań, jak również ujemny wynik finansowy, pokrywa z osiągniętych przychodów. W sytuacji, gdy szpital nie jest w stanie pokryć ujemnego wyniku finansowego, odpowiedzialność za jego zobowiązania spoczywa na organie tworzącym.

Widać tu, iż z jednej strony szpitale spełniają typową dla przedsiębiorstw i opisywaną w ramach definiowania pojęcia przedsiębiorstwa regułę samofinansowania czy samodzielności finansowej, pokrywając koszty działalności z uzyskiwanych przychodów. W tym sensie szpitale działają na własny rachunek. Z drugiej jednak strony, kiedy szpital publiczny generuje straty finansowe, to za ich pokrycie odpowiedzialny jest organ tworzący, tj. JST, resort czy uczelnia medyczna. Taka sytuacja nie jest typowa dla sektora przedsiębiorstw.

Zależność szpitala od podmiotu tworzącego rzutuje również na ogólną samodzielność decyzyjną czy autonomię szpitala. O ile szpitale prywatne mogą swobodnie wybierać oferowany pacjentom wachlarz świadczeń zdrowotnych (i bazować na świadczeniach najbardziej opłacalnych z punktu widzenia finansowania przez NFZ), o tyle szpitale publiczne już takiej dowolności nie mają. Można podać tu przykład szpitali, dla których organem tworzącym są jednostki samorządu terytorialnego. Tak, jak to już zostało zaznaczone przy okazji opisu działań reformatorskich w polskim systemie ochrony zdrowia, JST zgodnie z wymogami ustawowymi (Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. ...; Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym; Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa) muszą zapewnić swym mieszkańcom odpowiednie świadczenia z zakresu ochrony i promocji zdrowia (Szetela, 2015: 55–68; Karski, 2005: 39–41), tym samym mogą narzucać podległym szpitalom dobór określonych świadczeń zdrowotnych (niekoniecznie tych najbardziej opłacalnych). Co więcej, w wyniku wspomnianych wymogów, autonomia szpitala może być ograniczona nie tylko przez organ tworzący, ale również przez wojewodę czy wojewódzki oddział NFZ. Przykładowo, jeśli władze szpitala chcą zawiesić leczenie w ramach określonego oddziału, muszą uzyskać odpowiednią opinię i zgodę tychże instytucji (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. ..., art. 34). Ta kwestia również nie jest spójna z realiami, w jakich funkcjonują typowe przedsiębiorstwa w gospodarce rynkowej.

Jedną z charakterystycznych cech przedsiębiorstwa stanowi odpłatność za dostarczane usługi, towary czy produkty. W kontekście funkcjonowania szpitala kwestię tę można uznać za niejednoznaczną. Z jednej strony publiczne usługi sektora ochrony zdrowia są często społecznie postrzegane jako bezpłatne lub darmowe (Paździor, Paździor, 2017: 54–62). Widać to wyraźnie zarówno w doniesieniach medialnych, prasie codziennej czy nawet serwisach branżowych dedykowanych ochronie zdrowia (Pallus, 2016, <https://businessinsider.com.pl/> [dostęp: 21.11.2017]; Michalski, 2016, <http://biznes.onet.pl/wiadomosci/medycyna/darmowe-ubezpieczenie-zdrowotne-likwidacja-nfz-reforma-pis/5k4mhy> [dostęp: 21.11.2017]; Zimna, 2012, <http://pulsmedycyny.pl/> [dostęp: 21.11.2017]). Z drugiej jednak strony, świadczeniom zdrowotnym, niezależnie od modelu finansowania ochrony zdrowia oraz od tego, czy są finansowane ze środków publicznych, czy prywatnych, może być przypisana odpłatność. Owa odpłatność w przypadku świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ma charakter niepośredni i jest finansowana ze składki zdrowotnej lub budżetu państwa, jednak

jej niebezpośredni charakter nie jest typowy dla większości przedsiębiorstw funkcjonujących w realiach rynkowych.

Dyskusyjny w kontekście funkcjonowania szpitali wydaje się również cel, jakim jest osiągnięcie korzyści materialnych – typowy dla działalności przedsiębiorstwa. W zakresie celu funkcjonowania przedsiębiorstwa, jakim jest osiągnięcie korzyści materialnych, nastąpiła pewna ewolucja od maksymalizacji zysku występującej w ekonomii klasycznej poprzez maksymalizację wartości (rynkowej) czy też bogactwa dla właścicieli, aż do występowania tzw. teorii alternatywnych, wskazujących, że w przedsiębiorstwie zamiast podstawowego celu występuje raczej tzw. „wiązka” czy też struktura celów. Na znaczeniu coraz częściej zyskują cele społeczne przedsiębiorstwa (Grzegorzewska-Ramocka, 2009: 59–78; Wilczyński, 2014: 547–558; Borowiecki, 2011: 5–15; Buczkowska, 2012: 5–19; Waśniewski, 2011: 117–134; Dębski, 2005: 14; Pluta, 2004: 314; Michalski, 2005: 23). Jednostki ochrony zdrowia, obok celów o charakterze ekonomicznym, realizują także cele społeczne (Paździor, Paździor, 2017: 54–62). Co więcej, można znaleźć postulaty, aby przedsiębiorstwa, zamiast maksymalizować zysk, utrzymywały go na odpowiednim poziomie (Cyfert, Krzakiewicz, 2009: 38–39). Istotne jest tu osiągnięcie wystarczającego zysku na pokrycie ryzyka działalności ekonomicznej i tym samym pozwalającego na uniknięcie strat (Drucker, 2005: 51) oraz realizacja pozostałych celów przedsiębiorstwa.

Opisywane we wcześniejszym rozdziale zmiany w polskim systemie ochrony zdrowia przybliżyły sektor szpitali do sytuacji, w której powinny one dbać o generowanie zysku na odpowiednim poziomie – tj. przynajmniej o to, aby nie przynosiły strat, a przede wszystkim zachowywały bezpieczeństwo finansowe. Natomiast maksymalizacja zysku w przypadku tak wrażliwej społecznie sfery zarządzania, jaką jest ochrona zdrowia, nie powinno niewątpliwie stanowić celu samego w sobie. Maksymalizacja korzyści przejawiająca się w maksymalizacji zysku – zwłaszcza w kontekście funkcjonowania szpitali publicznych, które bez względu na opłacalność finansowania poszczególnych świadczeń zdrowotnych muszą zapewnić obywatelom ich określony wachlarz – wydaje się w tym przypadku nieadekwatna. Niewątpliwie jednak trzeba zaznaczyć, że szpitale spełniają cele społeczne – chociażby poprzez ratowanie zdrowia i życia ludzkiego.

Mając to na uwadze, można stwierdzić, że generowanie zysku w przypadku publicznych podmiotów (jakich znaczną część stanowią szpitale) nie stanowi zasadniczego celu prowadzenia działalności, co jednak nie oznacza, że takie podmioty nie mogą czy też nie powinny tych zysków generować (Węgrzyn, 2013: 197). Racjonalność funkcjonowania powinna być nadrzędnym celem w przypadku wszystkich podmiotów leczniczych, w tym również szpitali (Węgrzyn, 2015: 311–322). Jak to już zostało wcześniej wspomniane, zysk w ujęciu finansowym jest bardzo ważnym kryterium w działalności szpitala, gdyż to właśnie na tej podstawie dokonuje się oceny zdolności do kontynuowania podstawowej działalności jednostki (Wawrowski, 2014: 393–403). Nakłady i efekty w przypadku

organizacji ochrony zdrowia nie powinny być jednak rozpatrywane tylko na podstawie zysku w znaczeniu finansowym, lecz również zysku społecznego, rozumianego jako podniesienie poziomu zdrowia populacji, która została objęta opieką (Rudawska, 2007: 43). Choć szpitale mogą być oceniane przez pryzmat powszechnie stosowanych w działalności gospodarczej kryteriów oceny, to jednak warto tę ocenę rozszerzać o inne mierniki dotyczące organizacji, skutków medycznych czy aspektów społecznych (Paździor, Paździor, 2017: 54–62).

Pewną różnicę w stosunku do typowego przedsiębiorstwa mogą stanowić również możliwości co do rozdysponowania uzyskanego ewentualnie zysku finansowego. Ze względu na to, że w polskich szpitalach inwestycje w środki trwałe odbywają się często za pośrednictwem subwencji przekazywanych przez organy tworzące czy też ze środków pochodzących z Unii Europejskiej, to potencjalne zyski (o ile występują) są w szpitalach często akumulowane, podwyższając tym samym płynność finansową. Oczywiście mogą być też przeznaczone na zwiększenie inwestycji w środki trwałe, celem podwyższenia jakości udzielanych świadczeń. Ponadto mogą być przeznaczone na spłatę dotychczasowego zadłużenia lub podniesienie pensji personelu. Mało realne wydaje się natomiast przeznaczenie pozyskanych w ten sposób środków na np. przejęcie innych podmiotów medycznych celem rozszerzenia działalności, co dosyć często występuje w przypadku innych przedsiębiorstw funkcjonujących w realiach rynkowych. Sytuacje związane z przejęciem danego szpitala przez drugi są raczej decyzją o charakterze politycznym (Bem i in., 2014a: 27–36).

Pośród innych cech, które w przypadku polskich szpitali nie są zbieżne z działalnością typowych przedsiębiorstw, można wymienić regulacje dotyczące ich upadłości. Wiele polskich szpitali funkcjonuje w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Podmiot funkcjonujący w takiej formie nie może upaść, co nie jest typową cechą przedsiębiorstw funkcjonujących w realiach rynkowych. Zapis ten określała obowiązująca w analizowanym w pracy okresie 2005–2014 ustawa prawo upadłościowe i naprawcze, ale też został on utrzymany w znowelizowanych przepisach i ustawie prawo upadłościowe (Ustawa z dnia 28 lutego 2003 r. ..., art. 6, ust. 3). W tym sensie można uznać, że szpitale funkcjonują w warunkach ograniczonej odpowiedzialności i ograniczonego ryzyka, w stosunku do innych podmiotów gospodarczych funkcjonujących w gospodarce rynkowej. Do przybliżenia szpitali do realiów rynkowych w tym zakresie miały przyczynić się ich przekształcenia własnościowe, które zostały szerzej scharakteryzowane we wcześniejszym rozdziale pracy.

Należy również pamiętać o tym, że płatnik (Narodowy Fundusz Zdrowia), będący nabywcą świadczeń zdrowotnych, ma możliwość narzucenia szpitalowi określonych warunków zawieranej z nim umowy (Sobczak, 2009: 268–276). Szpitale nie mogą same ustalać cen usług zdrowotnych (Kłudacz-Alessandri, 2017: 24, 36). Taka sytuacja niewątpliwie nie jest korzystna dla szpitali i odbiega znacznie od

standardów, w jakich funkcjonuje większość przedsiębiorstw w gospodarce rynkowej.

O ile, z jednej strony, postrzeganie procesu udzielania świadczeń zdrowotnych jako działalności gospodarczej, pomimo swej specyfiki, nie różni się w zasadniczy sposób od procesu gospodarczego w ogóle, o tyle z drugiej strony jednostki szpitalne, odpowiedzialne za stronę podażową w systemie ochrony zdrowia, nie są ograniczone popytem rynkowym, a wręcz w znacznej mierze mogą kształtować go same (Kłudacz-Alessandri, 2017: 24, 36). Ma to związek z tym, że uznaje się, iż popyt na świadczenia zdrowotne jest właściwie nieograniczony, co wynika z nieograniczonych potrzeb społeczeństwa na świadczenia zdrowotne (Suchecka, 2010: 157) i co również stanowi pewną rozbieżność z realiami rynkowymi.

Powyższa konfrontacja podstawowych własności przedsiębiorstwa z cechami polskich szpitali wskazuje na pewne podobieństwa w zakresie tych dwóch kategorii. Niemniej jednak występuje tu również szereg różnic. Ponadto polskie szpitale prowadzą działalność w systemie, który nie jest typowym systemem rynkowym. Może to prowadzić do wniosków, że szpitale nie powinny być postrzegane jako typowe przedsiębiorstwa funkcjonujące w gospodarce rynkowej.

Jak zaznacza Sobczak (2009: 268–276), szpitale stanowią szczególny typ przedsiębiorstwa. Pomimo tego, że szpitale mogą być z jednej strony postrzegane jako samodzielnie gospodarujące jednostki, to nie mogą być jednak uznane za w pełni autonomicznych graczy rynkowych.

Dokonując oceny działalności jednostek szpitalnych, trzeba wobec tego pamiętać, że ze względu na specyficzne cechy tego sektora, mogą tu występować pewne odstępstwa od ogólnie przyjętych zasad i reguł – w tym również tych dotyczących płynności finansowej, stanowiącej szczególnie przedmiot zainteresowania niniejszej pracy – charakterystycznych dla typowych przedsiębiorstw funkcjonujących w realiach rynkowych.

2.2. Charakterystyka sektora polskich szpitali

W tym miejscu warto przyjrzeć się podstawowym charakterystykom działalności polskich szpitali. Poniżej przedstawiono, jak kształtowała się ogólna sytuacja tego sektora w analizowanym w pracy okresie w zakresie liczby podmiotów udzielających świadczeń szpitalnych na tle ogólnej liczby podmiotów leczniczych w systemie. Zostały również zaprezentowane podstawowe dane charakteryzujące wydajność jednostek szpitalnych.

W ogólnej liczbie podmiotów leczniczych w Polsce dominują podmioty niepubliczne. W sektorze szpitali sytuacja jest jednak odwrotna (Szetela i in., 2011: 49–64). Informacji dotyczących liczby podmiotów leczniczych dostarcza Rejestr

Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (<https://rpwdl.csioz.gov.pl/> [dostęp: 30.11.2017]). W okresie 2005–2014 liczba szpitali na tle wszystkich polskich podmiotów kształtowała się następująco (tabela 2.2).

Tabela 2.2. Liczba szpitali na tle pozostałych podmiotów leczniczych w latach 2005–2014

Rok	Szpitale		Podmioty lecznicze łącznie		Udział szpitali w łącznej liczbie podmiotów leczniczych (%)
	Liczba szpitali	Przyrost rdr (%)	Ogólna liczba podmiotów leczniczych	Przyrost rdr (%)	
2005	1019	–	16271	–	6,26
2006	1054	3,43	16427	0,95	6,42
2007	1088	3,23	16722	1,76	6,51
2008	1131	3,95	17099	2,20	6,61
2009	1178	4,16	17298	1,15	6,81
2010	1242	5,43	18032	4,07	6,89
2011	1300	4,67	18558	2,83	7,01
2012	1333	2,54	18612	0,29	7,16
2013	1350	1,28	18939	1,73	7,13
2014	1367	1,26	19608	3,41	6,97

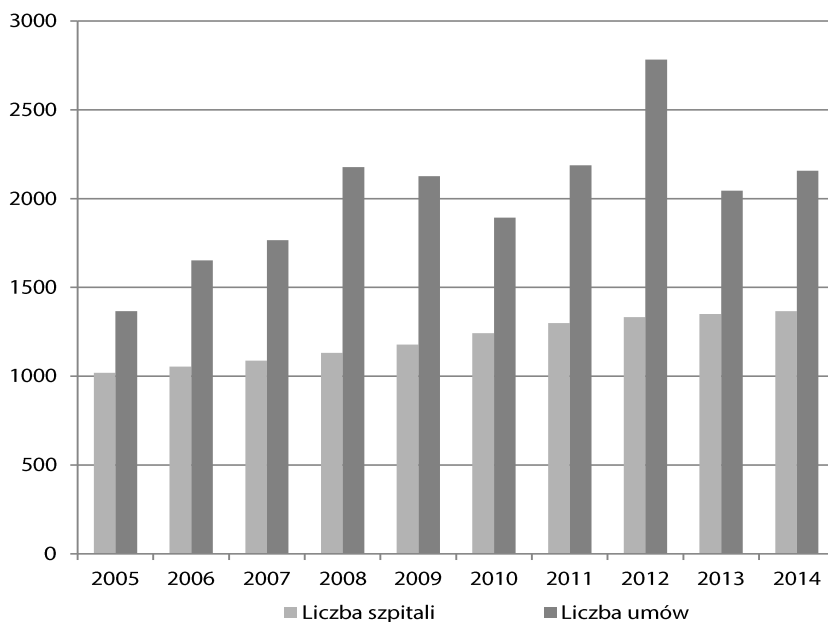
Źródło: opracowanie własne na podstawie: Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, <https://rpwdl.csioz.gov.pl/> [dostęp: 30.11.2017], dane dotyczące liczby podmiotów z ostatniego dnia kalendarzowego danego roku.

Analiza powyższych danych wskazuje, że szpitale stanowią relatywnie niewielki odsetek podmiotów w stosunku do ogółu podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Niemniej jednak, jak to zostało wykazane we wcześniejszym rozdziale pracy, to właśnie ta grupa podmiotów absorbuje największą część środków przeznaczanych na finansowanie całego systemu ochrony zdrowia. Tym samym, ta relatywnie niewielka grupa podmiotów leczniczych odpowiada w największym stopniu za realizację potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Pokazuje to, jak ważną, choć relatywnie niezbyt liczną grupę podmiotów leczniczych stanowią szpitale i dlaczego utrzymywanie przez nie odpowiedniej efektywności jest tak ważne.

Porównując liczbę podmiotów szpitalnych z danymi dotyczącymi liczby zawartych umów przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie lecznictwa szpitalnego (omawianymi szerzej we wcześniejszym rozdziale pracy), można zauważyć, że liczba umów jest zawsze wyższa od działających na terenie Polski jednostek szpitalnych, co zostało zobrazowane na wykresie 2.1.

Zjawisko to nie jest to jednak niczym dziwnym, a wynika z szerokiego zakresu świadczeń szpitalnych i specyfiki ich kontraktowania przez NFZ. Najczęściej bywa tak, iż w jednej jednostce szpitalnej udzielanych jest kilka rodzajów świadczeń zaliczanych przez NFZ do szerokiej grupy świadczeń szpitalnych, które są osob-

no kontraktowane (np. działalność izby przyjęć czy działalność różnego rodzaju oddziałów specjalistycznych)⁴. Poza tym, co już zostało podkreślone w pracy, pamiętać należy o tym, że jednostki szpitalne mogą realizować i inne typy świadczeń niż świadczenia szpitalne, poprzez prowadzenie różnego rodzaju poradni przyszpitalnych.

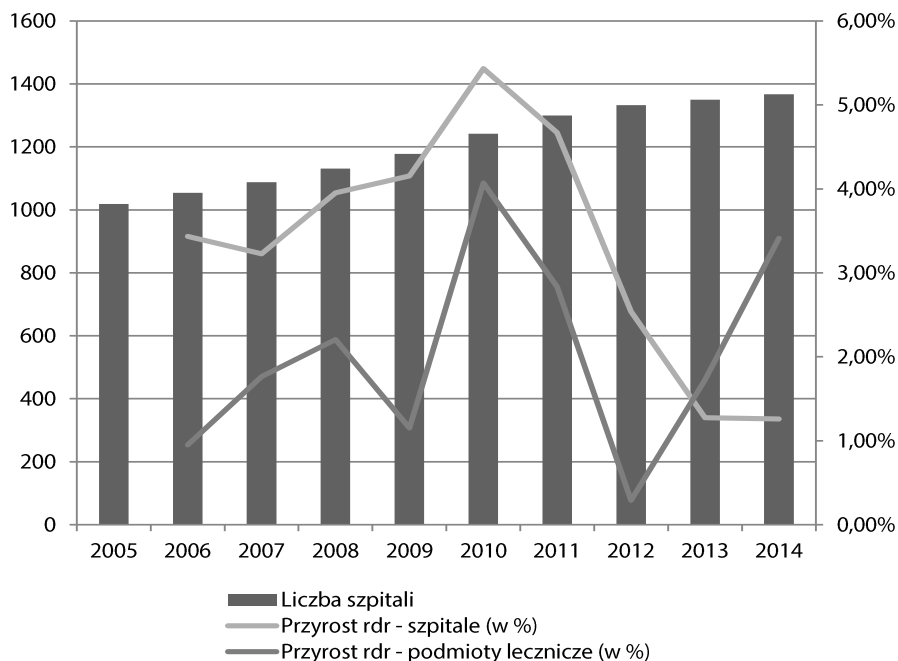


Wykres 2.1. Liczba szpitali a liczba umów w zakresie lecznictwa szpitalnego

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Sprawozdania z działalności NFZ za lata 2005–2015 oraz Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, <https://rpwdl.csioz.gov.pl/> [dostęp: 30.11.2017], dane dotyczące liczby podmiotów z ostatniego dnia kalendarzowego danego roku.

Na wykresie 2.2, celem lepszego zobrazowania trendów w zakresie liczby szpitali na tle innych podmiotów leczniczych funkcjonujących w polskim systemie ochrony zdrowia, przedstawiono sytuację dotyczącą zmian w analizowanym obszarze.

4 Szczegółowych danych w zakresie liczby i rodzaju umów zawartych przez poszczególne podmioty lecznicze – w tym również szpitale – dostarcza „Informator o umowach NFZ”, <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/> [dostęp: 30.11.2017].



Wykres 2.2. Trendy w zakresie liczby szpitali na tle innych podmiotów leczniczych w latach 2005–2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, <https://rpwdl.csioz.gov.pl/> [dostęp: 30.11.2017], dane dotyczące liczby podmiotów z ostatniego dnia kalendarzowego danego roku.

Analizując dane na wykresie 2.2, mającym przybliżyć trendy w zakresie liczby polskich szpitali na tle innych podmiotów leczniczych, widać, iż ogólna liczba szpitali w całym analizowanym okresie stopniowo wzrastała. Podobna sytuacja występowała w przypadku ogólnej liczby wszystkich podmiotów leczniczych. Dokonując natomiast analizy na podstawie przyrostów liczby szpitali na tle wszystkich podmiotów leczniczych, widać, że kształt obu linii trendu w latach 2005–2012 jest bardzo zbliżony, z tym że wyższymi przyrostami w tym okresie charakteryzują się szpitale. W obu przypadkach największe wzrosty w liczbie podmiotów w ujęciu rok do roku wystąpiły w roku 2010, a największe spadki w roku 2012. Kolejny rok (tj. 2013) jest natomiast związany ze zmianą sytuacji w zakresie liczby szpitali na tle wszystkich podmiotów leczniczych. W tym czasie po raz pierwszy przyrost liczby podmiotów leczniczych ogółem w ujęciu rok do roku był wyższy niż przyrost liczby jednostek w sektorze szpitali. Trend ten utrzymał się również w roku 2014.

Sytuacja w zakresie kształtowania się opisanych trendów może być ściśle związana z opisywanymi we wcześniejszym rozdziale pracy zmianami dokonywanymi w polskim systemie ochrony zdrowia. Na wspomnianą sytuację szczególny wpływ mogło mieć wprowadzenie Planu B w 2008 r., jak również ustawy o działalności leczniczej w 2011 r. Na wykresie widać, iż po wprowadzeniu Planu B nastąpił spadek przyrostu podmiotów leczniczych ogółem. Wystąpił natomiast niewielki wzrost w przyroście liczby jednostek szpitalnych. Jednak największe zmiany wydają się związane z wprowadzeniem ustawy o działalności leczniczej. Jak to już zostało podkreślone, w roku poprzedzającym wprowadzenie ustawy – tj. 2010 – wystąpił największy wzrost zarówno liczby podmiotów medycznych ogółem, jak i liczby szpitali, co mogło się wiązać z pewnymi nadziejami, jakie organy tworzące pokładały w tej ustawie. Jednak w roku po wprowadzeniu ustawy – tj. 2012 – przyrosty te były najniższe, co mogło z kolei odzwierciedlać pewne rozczarowanie po wejściu w życie zapisów ustawy.

Agencja badawcza PMR (2014: 4, 6, 11) we wnioskach z przeprowadzonego badania opinii na zlecenie Magellan S.A., obejmującego wywiady z personelem zarządzającym polskimi szpitalami i uzupełnionym o uwagi ekspertów rynku zdrowia wskazywała, że w Polsce funkcjonuje zbyt duża liczba jednostek szpitalnych. W tym kontekście wyhamowanie tendencji wzrostowej w zakresie liczby szpitali w Polsce można więc uznać za zjawisko pozytywne.

Z drugiej strony Pawłowska (2016: 101–110) wskazuje, iż niekoniecznie można się zgodzić ze stwierdzeniem, że w Polsce szpitali jest zbyt wiele, gdyż aby uznać podmiot leczniczy za szpital wystarczy, by posiadał on jeden oddział z jednym łóżkiem, co rzutuje na postrzeganie potencjału krajowej ochrony zdrowia.

Mając powyższe na uwadze, nasuwa się wniosek, iż być może nowo powstające szpitale w Polsce to zbyt małe jednostki, aby sprostać zapotrzebowaniu zdrowotnemu ludności.

Wnioski te wydaje się potwierdzać badanie Paździora i Maja (2017b: 309–321), w którym autorzy wskazują, że nowe szpitale, które powstawały w okresie 2005–2010, to przede wszystkim małe jednostki o niewielkiej liczbie łóżek.

Warto wobec tego odnieść się do uzasadnienia wprowadzenia ustawy o działalności leczniczej (Druki Sejmowe VI kadencja...), które podzieliło szpitale zgodnie z kryterium posiadanej liczby łóżek. W tabeli 2.3 zostały zaprezentowane dane dotyczące szpitali posiadających co najmniej 50 łóżek.

Porównując te dane z danymi z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (tabela 2.2), należy stwierdzić, że szpitale posiadające co najmniej 50 łóżek w liczbie 763 jednostek stanowią ok. 61% wszystkich jednostek sklasyfikowanych jako szpitale. Fakt, że blisko 39% szpitali to jednostki dysponujące mniej niż 50 łóżkami, potwierdzać może wniosek, że nowo powstające szpitale w Polsce to zbyt małe jednostki, aby sprostać zapotrzebowaniu zdrowotnemu ludności.

Tabela 2.3. Liczba szpitali posiadających co najmniej 50 łóżek

Typ szpitala	Liczba
Szpitale wojewódzkie	220
Szpitale powiatowe	232
Szpitale miejskie	57
Szpitale kliniczne	42
Instytuty	14
Szpitale utworzone przez Ministra Zdrowia	3
Szpitale utworzone przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji	22
Szpitale utworzone przez Ministra Obrony Narodowej	16
Niepubliczne szpitale samorządowe	76
Pozostałe niepubliczne szpitale	81
Łącznie	763

Źródło: Druki Sejmowe VI kadencja...

Tabela 2.4. Podstawowe charakterystyki działalności szpitali ogólnych w latach 2005–2014

Rok	Przeciętny pobyt chorego (w dniach)	Wykorzystanie łóżka (w %)	Liczba łóżek na 10 tys. ludności	Liczba leczonych w trybie stacjonarnym na 10 tys. mieszkańców
2005	6,7	71	47	1732,7
2006	6,4	70,4	46,3	1879,8
2007	6,2	69,9	45,9	1873,9
2008	5,9	70,3	48,1	2087,6
2009	5,8	69,7	48	2104,9
2010	5,7	68,1	47,4	2071,8
2011	5,6	67	48	2090,6
2012	5,5	67,4	48	2116,8
2013	5,4	67,1	47,8	2155,9
2014	5,5	67,3	47,9	2153,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Biuletyny Statystyczne Ministerstwa Zdrowia z lat 2006–2015 wydawane przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, <https://www.csioz.gov.pl> [dostęp: 15.12.2016].

Omawiając aspekty związane z działalnością szpitali, warto przyjrzeć się bliżej podstawowym charakterystykom, mającym odwzorować zakres ich aktywności. W zawartym w tabeli 2.4 zestawieniu zostały ujęte dane charakteryzujące sytuację szpitali ogólnych.

Przyglądając się tym danym, widać, iż w analizowanym okresie skrócił się przeciętny pobyt chorego w szpitalu mierzony w dniach. Zjawisko to może świadczyć o sprawniejszym procesie obsługi hospitalizowanych pacjentów, co należy oceniać pozytywnie.

W przypadku kolejnej z analizowanych zmiennych – tj. wskaźnika wykorzystania łóżka szpitalnego – w całym analizowanym okresie utrzymał się on na podobnym poziomie, niemniej jednak ogólna tendencja wydaje się mieć charakter spadkowy (od 71% w roku 2005 do ok. 67% w roku 2014). Taką sytuację w zakresie wykorzystania łóżka szpitalnego należy ocenić negatywnie.

Liczba łóżek przypadająca na 10 tys. ludności w całym analizowanym okresie utrzymywała się na podobnym poziomie, podlegając jedynie drobnym wahaniom. Porównując te dane z zaprezentowanymi wcześniej rozważaniami, dotyczącymi liczby polskich szpitali w analizowanym okresie, można stwierdzić, że wzrastająca liczba szpitali nie znalazła realnego przełożenia w zwiększonej liczbie łóżek szpitalnych i tym samym nie przyczyniła się do lepszego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego obywateli. Potwierdzać może to wysunięty wcześniej wniosek, że nowo powstające szpitale, to szpitale zbyt małe – często wyspecjalizowane jednostki jednooddziałowe – nie będące w stanie zapewnić ludności odpowiedniego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego. Wniosek ten potwierdzają również obserwacje przedstawiane w raporcie „Sytuacja finansowa szpitali w Polsce” (PMR, 2014: 18). Należy pamiętać, iż tabela 2.4 dotyczy jedynie szpitali ogólnych. Stąd z kolei można wysnuć wniosek, iż większość nowo powstających podmiotów w analizowanym okresie w sektorze szpitalnym stanowiły podmioty specjalistyczne i być może nastąpił wzrost zabezpieczenia zdrowotnego właśnie w tej sferze.

Na przykładzie kolejnej z zaprezentowanych w tabeli 2.4 zmiennych, czyli liczby leczonych w trybie stacjonarnym na 10 tys. mieszkańców widać, iż w analizowanym okresie nastąpił wzrost zapotrzebowania na usługi szpitalne. Może on wynikać np. ze zwiększonej świadomości społecznej w zakresie dbałości o zdrowie lub też zwiększonej zachorowalności. Wzrost ten mógł stanowić również jeden z motywów ukierunkowanych na skracanie przeciętnego pobytu chorego w szpitalu. W kontekście takiego wzrostu hospitalizacji, przy jednoczesnym utrzymaniu liczby łóżek szpitalnych na 10 tys. ludności na stabilnym, niezmiennym poziomie, tendencja do skracania czasu pobytu chorego w szpitalu stała się koniecznością. Może to przekładać się na spadek jakości udzielanych usług, co wydaje się potwierdzać pozycja Polski w przywoływanym już rankingu EHCI (Health Consumer Powerhouse, 2008; 2009; 2012–2017), gdzie Polska zwykle plasuje się na jednym z końcowych miejsc rankingu. Co więcej, w analizowanym okresie zauważalny był nawet spadek lokaty Polski w tym rankingu. W roku 2008 zajmowała

ona 25 pozycję na 31 analizowanych krajów, a w 2014 – 31 na 36 analizowanych. Jeszcze gorzej sytuacja wyglądała w 2015 r. kiedy Polska zajęła przedostatnią lokatę w rankingu (34 pozycję na 35 analizowanych krajów).

2.3. Sprawozdawczość oraz polityka finansowa w polskich szpitalach

System rachunkowości szpitala – niezależnie od jego rodzaju, wielkości, formy własności czy zakresu działalności – stanowi podstawowe źródło informacji finansowych (Kłudacz-Alessandri, 2016: 77–94). Zapotrzebowanie na informacje finansowe dostępne w sprawozdaniu finansowym szpitali wykazywane jest przede wszystkim przez interesariuszy wewnętrznych (tj. radę społeczną/nadzorcą szpitala, kierownictwo szpitala oraz jego pracowników) i zewnętrznych (organ tworzący szpital, NFZ, kontrahentów, kredytodawców, pożyczkodawców, pacjentów, konkurentów czy instytucje rządowe – Ministerstwo Zdrowia, GUS, urząd skarbowy) (Bauer, Macuda, 2018: 37–47; Hass-Symotiuk (red.), 2010: 30–33; Hass-Symotiuk (red.), 2016: 26–31).

Duże zróżnicowanie form organizacyjno-prawnych w zakresie prowadzenia szpitali wpływa na to, że zasady rachunkowości w szpitalach bywają niejednorodne (Hass-Symotiuk (red.), 2016: 32–53). Opracowanie i aktualizacja polityki rachunkowości stanowi odpowiedzialność kierownika jednostki. Jest on uprawniony do kierowania działalnością szpitala i reprezentowania go na zewnątrz, za co ponosi odpowiedzialność. Kierownika ma wspierać organ doradczy w postaci rady społecznej szpitala. Pośród zadań rady można wymienić przedstawianie kierownikowi wniosków i opinii z zakresu: planu finansowego (w tym planu inwestycyjnego) oraz sprawozdania z jego realizacji, kredytów bankowych lub dotacji, regulaminu organizacyjnego czy zbycia aktywów trwałych oraz zakupu lub przejęcia nowego sprzętu medycznego i aparatury w formie darowizny (Chluska, 2014: 84, 100–101, 184).

Ustawa o rachunkowości stanowi podstawowy akt, zgodnie z którym szpitale powinny prowadzić swoją rachunkowość (Stępniewski (red.), 2007: 294–295). Szpitale funkcjonujące w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, spółek prawa handlowego, jednostek budżetowych, jak również innych osób prawnych (tj. instytuty badawcze, fundacje, itp.) są zobligowane do prowadzenia pełnej rachunkowości (Kłudacz-Alessandri, 2016: 77–94). W badaniu zaprezentowanym w dalszej części pracy, analizie poddawane są szpitale publiczne (funkcjonujące w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jednostek budżetowych i wojskowych lub spółek prawa handlowego, w których podmioty publiczne – jednostki samorządu terytorialnego – posiadają całość udziałów), co oznacza, że wszystkie podmioty znajdujące się w próbie badawczej

są zobligowane do prowadzenia pełnej rachunkowości. Wobec tego stosowane zasady rachunkowości w tych szpitalach powinny być jednorodne. Odstępstwo od reguły prowadzenia pełnej rachunkowości może dotyczyć przede wszystkim wspomnianych we wcześniejszym podrozdziale małych szpitali, często jednooddziałowych, prowadzonych w ramach inicjatyw o charakterze prywatnym.

Choć większość szpitali w Polsce funkcjonuje w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, będących podmiotami sektora finansów publicznych, to nie zostały dla nich ustalone szczególne zasady rachunkowości ani jednolity plan kont w drodze rozporządzenia Ministra Finansów (Kłudacz-Alessandri, 2016: 77–94). Wobec tego podmioty podlegają w zakresie prowadzonej rachunkowości zasadom ogólnym.

Należy również zaznaczyć, że w przypadku szpitali publicznych funkcjonujących w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zauważalny jest pewien dualizm prawny. Mianowicie, szpitale te są zobligowane do prowadzenia swojej rachunkowości zgodnie z ustawą o rachunkowości, a ponadto muszą również uwzględniać przepisy ustawy o finansach publicznych, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o zamówieniach publicznych, a także wydanych do nich rozporządzeń wykonawczych (Wawrowski, 2014: 393–403).

Szpitale, podobnie jak wiele innych przedsiębiorstw, posiadają określony majątek, na który składają się np. budynki, środki transportu, różnego rodzaju maszyny i urządzenia, środki pieniężne czy materiały. Majątek ten ma swoje źródła finansowania, które mogą być sklasyfikowane jako finansowanie własne lub obce. Finansowanie własne w przypadku szpitali stanowią wkłady założycieli, czyli organów tworzących (np. jednostek samorządu terytorialnego, uczelni medycznych, itd. – szersza klasyfikacja została omówiona we wcześniejszej części rozdziału). Finansowanie obce w podmiotach leczniczych stanowią natomiast zobowiązania wobec dostawców materiałów i usług, pracowników, instytucji, banków, itp. (Chluska, 2014: 38).

O wyniku finansowym szpitala decydują uzyskiwane przychody, za których główne źródło uważa się sprzedaż świadczeń zdrowotnych i poniesione przy ich realizacji koszty (Bauer, Macuda, 2018: 37–47). W przypadku szpitali, w strukturze kosztowej dominują koszty stałe, w tym przede wszystkim koszty pracy (z uwagi na to, że usługi medyczne są pracochłonne). Przy wysokim udziale kosztów stałych wzrastająca liczba realizowanych procedur medycznych skutkuje szybszym wzrostem przychodów w stosunku do ponoszonych kosztów (Paździor, Maj, 2017a: 181–191). Szpitale mogą uzyskiwać środki finansowe obok sprzedaży świadczeń zdrowotnych, którą uznaje się za udzielanie odpłatnej działalności leczniczej, również z tytułu innej wydzielonej działalności (jeżeli statut przewiduje możliwość jej prowadzenia), a także z tytułu darowizn, zapisów, spadków czy ofiarności publicznej. Ponadto podmioty medyczne mogą również otrzymywać środki publiczne z przeznaczeniem na realizację programów zdrowotnych (np. profilaktycznych) i promocję zdrowia, zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz innych elementów majątku, remonty, programy współfinansowane przez UE oraz EFTA (Europejskie

Porozumienie o Wolnych Handlu), realizację programów wieloletnich czy pokrycie kosztów podnoszenia kwalifikacji oraz edukacji osób wykonujących zawody medyczne. Za główne źródło przychodów szpitali uznaje się jednak środki pochodzące ze sprzedaży świadczeń zdrowotnych Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Należy zaznaczyć, że pomimo tego, że w przypadku szpitali maksymalizacja zysku nie stanowi podstawowego celu, to istotne jest, aby przychody nie były niższe niż koszty, co w długim okresie mogłoby zagrażać wypłacalności. Wypracowany zysk lub strata stanowi element funduszu własnego szpitala. O podziale dodatniego wyniku finansowego szpital funkcjonujący w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej może decydować sam, ale nie oznacza to, że podział ten może być dowolny. W kwestiach podziału wypowiada się rada społeczna, a dodatkowo przyjęty podział musi być zatwierdzony przez organ tworzący. Najczęściej wypracowany w szpitalu zysk przeznaczany jest na zasilenie kapitału własnego podmiotu, wypłatę nagród i premii dla pracowników szpitala czy też inne cele zgodne z jego strategią. W przypadku wystąpienia straty w początkowych latach analizowanego okresu (aż do wejścia w 2011 r. w życie ustawy o działalności leczniczej) szpitale najczęściej pokrywały ją z funduszu zakładu albo pozostawiały na następne lata do pokrycia z wygosparowanych zysków. Nowe uregulowania ustawy o działalności leczniczej, odpowiedzialność za poniesione przez szpital straty przerzuciły na podmioty tworzące (Chluska, 2014: 212–213, 227–229, 246), co zostało szerzej opisane przy okazji charakterystyki reform polskiego systemu ochrony zdrowia.

W szpitalach, w odróżnieniu od wielu innych przedsiębiorstw, inwestycja w środki trwałe odbywa się bardzo często za pośrednictwem subwencji pochodzących od organów tworzących lub ze środków z Unii Europejskiej (Bem i in., 2014a: 27–36). Z funduszy unijnych bardzo często nabywa się do szpitali nowoczesną aparaturę medyczną (Janik, Paździor, 2017: 137–147). Tego typu środki najczęściej zalicza się do rozliczeń międzyokresowych lub pozostałych przychodów operacyjnych (Kaczorowski, 2018, <https://ksiegowosc.infor.pl/> [dostęp: 16.07.2018]; Portal Podatkowo-Księgowy Gofin.pl – podstrona Vademecum Księgowego, <http://www.vademecumksiegowego.pl/> [dostęp: 17.07.2018]; Portal Podatkowo-Księgowy Gofin.pl, <https://www.gofin.pl/> [dostęp: 17.07.2018]). Z tego też względu w strukturze pasywów szpitali zobowiązania krótkoterminowe mają pozycję dominującą w stosunku do zobowiązań długoterminowych. Świadczy to o bardzo istotnej roli płynności finansowej w procesie zarządzania finansami szpitala.

Mając to na uwadze, należy podkreślić, że bardzo istotną pozycję w finansowaniu szpitala wśród zobowiązań krótkoterminowych będą stanowiły zobowiązania z tytułu dostaw i usług. Warto zaznaczyć, że ustawowy termin na regulację przez szpital zobowiązań względem dostawców wynosi 60 dni (Klinger, Jaszczura, 2016b, <https://forsal.pl/> [dostęp: 14.07.2018]). Ich rolę podkreśla fakt, że spośród zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zobowiązania względem dostawców stanowiły w niemal całym analizowanym okresie ponad połowę, a w ostatnich latach ich udział wzrósł do blisko 90%.

Tabela 2.5. Zobowiązania wymagalne w SP ZOZ w latach 2005–2014 (w tys. zł)

Rok	Zobowiązania wymagalne ogółem	Zobowiązania wymagalne z tytułu dostaw i usług	Udział zobowiązań z tytułu dostaw i usług w zobowiązaniach ogółem (%)
2005	4 875 372	2 310 073	47,38
2006	3 603 739	1 912 989	53,08
2007	2 627 427	1 664 235	63,34
2008	2 379 577	1 510 519	63,48
2009	2 340 755	1 579 090	67,46
2010	2 258 826	1 657 537	73,38
2011	2 281 329	1 844 829	80,87
2012	2 360 475	1 961 131	83,08
2013	1 930 971	1 657 225	85,82
2014	1 813 469	1 616 074	89,12

Źródło: opracowanie własne na podstawie: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zadluzenie-spoz> [dostęp: 20.12.2018].

Chociaż dane w tabeli 2.5 wskazują, że poziom zobowiązań wymagalnych polskich szpitali w badanym okresie 2005–2014 zmniejszył się z blisko 4,9 do 1,8 mld zł, to w przypadku zobowiązań wymagalnych względem dostawców spadek nie był aż tak wysoki, czego efektem było znaczące zwiększenie ich udziału w zobowiązaniach wymagalnych ogółem.

Jak wskazuje Wasilewski (2017: 7–10, 22–24, 74–81), szpitale starają się terminowo regulować swoje zobowiązania względem pracowników, instytucji (np. zakład ubezpieczeń społecznych, urząd skarbowy, itp.) czy banków. Natomiast pozostałe zobowiązania są regulowane w dalszej kolejności – w tym przede wszystkim zobowiązania z tytułu dostaw i usług. To właśnie dostawcy, kredytuując działalność szpitali, są odpowiedzialni za istotną część finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia, choć tak naprawdę powinno to spoczywać na barkach państwa. Mowa tu przede wszystkim o przedsiębiorstwach dostarczających szpitalom leki, materiały opatrunkowe, catering, media czy usługi sprzątające i ochroniarskie. Ale szpitale nie płacą też regularnie regionalnym stacjom krwiodawstwa. Dostawcy, pomimo braku regularnych płatności (lub nie dokonywania ich w ogóle) ze strony szpitali, zwykle dostarczają swoje produkty czy usługi, gdyż zobowiązują ich do tego warunki zawartych kontraktów. Należy również podkreślić, że dostawcy szpitali nie posiadają praktycznie możliwości scedowania należności względem szpitali firmom faktoringowym czy bankom, gdyż taka operacja wymaga uprzedniej zgody od organu tworzącego szpital. Jak pokazuje jednak praktyka gospodarcza, organy tworzące raczej rzadko udzielają takich zgód, a najczęściej na pisma dostawców

w tej kwestii nie odpowiadają, gdyż prawnie nie mają takiego obowiązku. Im dłużej dany dostawca jest w stanie cierpliwie czekać na płatność, tym z punktu widzenia szpitala lepiej. Dostawcy mogą oczywiście naliczać odsetki karne za opóźnienia w spłacie, jednak szpitale najczęściej liczą na to, że i tak zostaną one (w całości lub przynajmniej częściowo) umorzone. Ma to związek z tym, że dostawcy często wolą zawrzeć ze szpitalem ugodę, niż narażać się na długotrwałe i czasochłonne postępowanie sądowe. Jeśli jednak dostawca decyduje się na postępowanie sądowe, to szpital w przypadku przegranego procesu oraz egzekucji komorniczej jest zobowiązany pokryć, oprócz należnych dostawcy odsetek, wszelkie koszty sądowe i egzekucyjne, co w efekcie znacznie zwiększa koszty jego funkcjonowania.

2.4. Sposoby finansowania świadczeń zdrowotnych w szpitalu

Sposoby finansowania świadczeń zdrowotnych stanowią jeden z podstawowych elementów każdego systemu ochrony zdrowia. Stanowią również silne bodźce dla uczestników systemów ochrony zdrowia (Busse i in., 2006: 211–213). Finansowanie ich może odbywać się zasadniczo z dwóch źródeł: publicznych (funduszy społecznych) i prywatnych. Te pierwsze to: budżet państwa, budżety regionalne oraz lokalne, jak również fundusze ubezpieczeń publicznych, a także fundusze para-budżetowe. Do tych drugich zaliczyć można: dochody indywidualne ludności przeznaczane na usługi opieki zdrowotnej, prywatne ubezpieczenia zdrowotne czy fundusze korporacyjne. W polskim systemie zabezpieczenia zdrowotnego występuje finansowanie w oparciu o oba te źródła w postaci: ubezpieczeń zdrowotnych (obowiązkowych i dobrowolnych), budżetu państwa oraz budżetów samorządowych, ubezpieczeń dodatkowych i środków własnych pacjentów (Węgrzyn, 2013: 111–114). Nieco uwagi zostało już poświęcone temu zagadnieniu w pierwszym rozdziale pracy. Tutaj jednak zostanie dokonany bardziej szczegółowy opis sposobów i metod służących finansowaniu świadczeń zdrowotnych w szpitalu.

Szpitale w Polsce opierają swoje przychody przede wszystkim na kontraktach z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ten rodzaj przychodów jest podstawowym źródłem finansowania bieżącej działalności szpitali i stanowi średnio 96% w strukturze ogółu przychodów uzyskiwanych przez szpitale. Pokazuje to, iż w przypadku działalności szpitalnej, udział środków pochodzących ze świadczeń komercyjnych, jak i innej działalności jest bardzo ograniczony (PMR, 2014: 21). Większość finansowania działalności szpitalnej w Polsce pochodzi więc ze środków publicznych.

Tabela 2.6. Zalety i wady różnych metod finansowania świadczeń zdrowotnych

Sposób finansowania	Zalety	Wady
Stawka kapitacyjna	<ul style="list-style-type: none"> Prosta forma finansowania w oparciu o stałe kwoty <i>per capita</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> Konkurowanie o pacjentów „mniej chorych”; Ograniczenie jakości świadczeń w wyniku tworzenie zbyt długich list pacjentów.
Płatność za usługę	<ul style="list-style-type: none"> Prosta metoda finansowania; Cena świadczenia jest znana z góry i określona przez cennik. 	<ul style="list-style-type: none"> Zachęta do wykonywania procedur medycznych niezależnie od ich wpływu na rezultat zdrowotny; Ograniczone możliwości kontroli jakości i zasadności udzielanych świadczeń przez płatnika trzeciej strony; Brak bodźców do poprawy efektywności działania.
Finansowanie budżetowe	<ul style="list-style-type: none"> Stabilne finansowanie w oparciu o ustalony plan. 	<ul style="list-style-type: none"> Brak ścisłego powiązania budżetu z liczbą udzielonych świadczeń; Możliwość ograniczenia liczby świadczeń w przypadku przekroczenia planowych środków.
Osobodzeń	<ul style="list-style-type: none"> Prosta metoda finansowania w oparciu o uśrednioną stawkę dzienną. 	<ul style="list-style-type: none"> Bodźce do wydłużania koniecznego okresu hospitalizacji; Konkurowanie o „mniej chorych” pacjentów; Brak uwzględnienia zróżnicowania udzielanych świadczeń zdrowotnych.
Oplata za przypadek	<ul style="list-style-type: none"> Prosta metoda finansowania oparta na ustalonej stałej stawce uzależnionej od diagnozy; Hospitalizacja pacjenta ograniczona do niezbędnego minimum. 	<ul style="list-style-type: none"> Chęć zbyt szybkiego wypisania pacjenta ze szpitala; Brak odporności na wzrost zachorowalności na określone jednostki chorobowe.
System punktowy	<ul style="list-style-type: none"> Jednolity katalog punktowy w skali całego kraju. 	<ul style="list-style-type: none"> Zmienna cena punktu rozliczeniowego.
Jednorodne Grupy Pacjentów (JGP)	<ul style="list-style-type: none"> Oparcie finansowania na sprawdzonych i uznanych międzynarodowo klasyfikacjach chorób; Bodźce na podwyższenie efektywności działania; Z góry znane kwoty za określone przypadki medyczne. 	<ul style="list-style-type: none"> Niejednorodność relatywnie podobnych przypadków medycznych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Bohmer, 2010: 62–69; Węgrzyn, 2010: 115–128; Rice, Smith, 2000: 73–75; Rój, Sobiech, 2006; Busse i in., 2006: 211–213; Rudawska, 2007: 86.

W literaturze przedmiotu można odnaleźć różne podziały metod i sposobów, które mogą być zastosowane w przypadku finansowania działalności szpitala. Poniżej została zaprezentowana szczegółowa charakterystyka niektórych spośród nich, bardzo często przywoływanych w literaturze przedmiotu. Niemniej jednak nie jest to jedyny spotykany podział metod finansowania świadczeń (Quinn, 2015: 300–306). W tabeli 2.6 zostały zaprezentowane opisywane formy finansowania świadczeń zdrowotnych oraz ich podstawowe wady i zalety.

Stawka kapitacyjna – jak sama nazwa wskazuje, ten sposób finansowania opiera się na finansowaniu *per capita*, czyli po prostu w przeliczeniu na jednego pacjenta. Ten typ finansowania stosowany jest jednak najczęściej w podstawowej opiece zdrowotnej i towarzyszącej jej diagnostyce (Węgrzyn, 2010: 115–128). Najprostszą formą finansowania w oparciu o stawkę kapitacyjną polega na przypisaniu jednakowej kwoty finansowania każdemu świadczeniobiorcy. Jednak w bardziej zaawansowanej formie mogą być tu wprowadzane również pewne korekty, różniące wysokość stawki w zależności od poziomu przewidywanego ryzyka zdrowotnego. Czynnikiem, w oparciu o które można dokonać różnicowania, są np. wiek lub płeć albo inne indywidualne charakterystyki (Rice, Smith, 2000: 73–75).

Metoda finansowania oparta na stawce kapitacyjnej występuje najczęściej w lecznictwie otwartym (Rudawska, 2007: 83), jednak bywa i ona coraz częściej stosowana na świecie również do finansowania świadczeń szpitalnych. W tym przypadku pacjenci zapisywani są na tak zwaną aktywną listę szpitala, a ten otrzymuje stałą opłatę wnoszoną niezależnie od takich czynników, jak m.in. rodzaj czy częstotliwości udzielanych świadczeń, a także ich rzeczywistych kosztów. Głównym ryzykiem występującym w przypadku tej formy finansowania wydaje się być konkurowanie pomiędzy sobą przez jednostki ochrony zdrowia o pacjentów, którzy w jak najmniejszym stopniu będą korzystali ze świadczeń zdrowotnych (kolokwialnie mówiąc „mniej chorych” lub „bardziej zdrowych”), a otrzymywana za nich stawka będzie stała. Kolejny problem może stanowić pozyskiwanie i dokonywanie zapisów na listy zbyt dużej liczby pacjentów, celem uzyskania przez jednostkę jak najwyższych środków finansowych od płatnika, bez jednoczesnego zapewnienia tym pacjentom opieki zdrowotnej na należytym poziomie (Rój, Sobiech, 2006: 149). Trzeba też tu podkreślić, że pomimo tego, że choć finansowanie na podstawie stawki kapitacyjnej charakterystyczne jest przede wszystkim dla lecznictwa otwartego, to należy mieć na uwadze, że wiele spośród polskich szpitali obok podstawowej działalności, jaką jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego, prowadzi często poradnie przyszpitalne, gdzie takie finansowanie może występować.

Płatność za usługę – z jęz. angielskiego termin ten często nazywany jest również *fee for service*. W tym przypadku finansowanie odbywa się za pośrednictwem bezpośredniej płatności przyznawanej za każde udzielone świadczenie zgodnie z określonym cennikiem. Finansowanie przy użyciu metody *fee for service* charakterystyczne może być dla nabywających świadczenia zdrowotne na rynku (np.

wizyty prywatne u lekarza), osób nieubezpieczonych czy dla firm ubezpieczeniowych działających w sektorze ochrony zdrowia (Węgrzyn, 2010: 115–128).

O ile ten typ finansowania wydaje się nie budzić kontrowersji w przypadku sektora prywatnego i płatności bezpośrednich – gdzie wydatkowanie podlega bezpośredniej kontroli i ocenie świadczeniobiorców – o tyle już w momencie występowania w przypadku tej metody płatnika trzeciej strony można zauważyć pewne problemy, związane z ograniczonymi możliwościami kontroli jakości i zasadności udzielanych świadczeń.

Finansowanie na zasadzie płatności za usługę może zachęcać do wykonywania procedur medycznych niezależnie od tego, czy mają one jakikolwiek wpływ na rezultat zdrowotny (Bohmer, 2010: 62–69). Niesie to ze sobą ryzyko wykonywania przez świadczeniodawcę zbyt dużej liczby usług w postaci procedur diagnostycznych i terapeutycznych, celem uzyskania od płatnika jak najwyższej kwoty finansowania (Rój, Sobiech, 2006: 150). Bohmer (2010: 62–69) podkreśla, że stosowanie tej metody w przypadku finansowania działalności szpitalnej jest uznawane za jedną z istotnych przeszkód na drodze do poprawy jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Poprawa jakości będzie wiązała się zwykle z mniejszą liczbą udzielonych świadczeń, a to z kolei przełoży się na niższe finansowanie otrzymane od płatnika. Dlatego też odchodzi się od tego sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych (Wareham, 2014: 19–22).

Finansowanie budżetowe – ten system finansowania opiera się na ustalaniu okresowych budżetów dla placówek ochrony zdrowia i przekazywaniu im określonych środków zgodnie z przyjętym planem (Węgrzyn, 2010: 115–128). Zazwyczaj środki przekazywane szpitalom wskutek tego typu finansowania są w kilku częściach. Określone środki służące pokryciu kosztów szpitala związanych ze świadczeniem ustalonego zakresu świadczeń zdrowotnych w danym okresie rozliczeniowym przekazywane są przez trzecią stronę (Rój, Sobiech, 2006: 150).

Pośród problemów związanych z finansowaniem opartym na budżecie może pojawić się ograniczanie dostępności pacjentom do świadczeń zdrowotnych czy też ograniczanie dostępności do poszczególnych świadczeń diagnostycznych i leczniczych. Aby zapobiec tego typu sytuacjom, należy powiązać przyznawane w ramach budżetu środki finansowe z określonymi wyznacznikami działalności leczniczej – np. wskaźnikiem wykorzystania zasobów w granicach przyznanego budżetu czy narzuceniem minimalnej liczby leczonych przypadków lub wykonywanych procedur medycznych (Rój, Sobiech, 2006: 150–151).

Finansowanie w oparciu o osobodzień – w przypadku tej metody za jednostkę rozliczeniową przyjmuje się dzień pobytu chorego w szpitalu (*per diem*) (Rój, Sobiech, 2006: 147). Określona kwota finansowania ustalana jest na podstawie uśrednionej stawki dziennej, a płatność odbywa się w oparciu o faktyczny czas pobytu pacjenta w szpitalu (Węgrzyn, 2010: 115–128).

Ryzyko, jakie niesie ze sobą ten typ finansowania jest takie, że placówki ochrony zdrowia mogą maksymalnie wydłużać czas hospitalizacji, niezależnie od realnych

potrzeb chorego, celem uzyskania jak najwyższego finansowania. Ponadto (podobnie jak to zostało opisane w przypadku finansowania kapitałowego), istnieje tu ryzyko przyjmowania przez placówki ochrony zdrowia przede wszystkim pacjentów, którzy będą generowali najmniejsze koszty (czyli „lżej chorych”) czy wręcz osób zdrowych – np. celem obserwacji, co może mieć wpływ na wydłużające się kolejki chorych (Węgrzyn, 2010: 115–128). Występowanie tej metody finansowania zachęca do przyjmowania do szpitala każdego pacjenta. Istnieje więc ryzyko, iż z opieki stacjonarnej mogą korzystać chorzy, którzy *de facto* jej nie potrzebują (Rudawska, 2007: 85–86).

Opłata za przypadek to kolejna z metod finansowania świadczeń zdrowotnych. Polega ona na przekazywaniu placówkom ochrony zdrowia ustalonej stałej stawki na podstawie postawionej diagnozy (Busse i in., 2006: 211–213). Nazywana jest również metodą *per case*. Wartość finansowania nie jest uzależniona od czasu hospitalizacji chorego czy też zastosowanego leczenia. Uznaje się, że ten typ finansowania jest dominujący w finansowaniu działalności szpitala. Pośród zalet tej metody można niewątpliwie wymienić skracanie pobytu pacjenta w szpitalu do niezbędnego minimum. Jednak oparcie finansowania na stałej i uśrednionej kwocie, przekazywanej za przyjęcie chorego, stanowi pewne ryzyko. Może zachęcać do szybkiego wypisywania pacjentów na bardzo krótkie okresy, aby następnie dokonać ich ponownego przyjęcia, czyli do rozbijania leczenia na kilka etapów, celem uzyskania przez placówkę jak najwyższego finansowania. Ponadto, istotną wadą tej metody jest brak odporności na wzrost zachorowalności na określone jednostki chorobowe (Węgrzyn, 2010: 115–128). Jeszcze innym problemem w przypadku jednostki rozliczeniowej, jaką stanowi płatność za przypadek lub określoną kategorię przypadku, jest ryzyko związane ze wzrostem realnych kosztów świadczeń, które mogą przekroczyć zakontraktowaną cenę jednostkową. Niedoszacowanie ceny jednostkowej z reguły będzie prowadziło do obniżenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych (Rój, Sobiech, 2006: 151–153).

System punktowy jest wymieniany również jako jeden z mechanizmów finansowania świadczeń zdrowotnych. W Polsce obowiązuje w opiece specjalistycznej od 2004 r. Opiera się na jednolitym w skali kraju katalogu świadczeń zdrowotnych, gdzie poszczególne procedury przeliczane są na punkty. Oznacza to, iż na terenie całego kraju obowiązuje taka sama podstawa wyceny w przypadku danego świadczenia zdrowotnego lub procedury medycznej. Cena punktu jest natomiast ustalana w zależności od wysokości środków dostępnych w danym roku w systemie ubezpieczeń zdrowotnych (Rudawska, 2007: 86), co niewątpliwie utrudnia system planowania i zarządzania finansowego w dłuższym okresie.

Kolejną z metod stosowanych w finansowaniu działalności szpitala stanowi tzw. *system jednorodnych grup pacjentów* (JGP). Metoda ta, w klasycznym ujęciu, stanowi pewną odmianę omówionej powyżej płatności za przypadek i od czasów pierwszego jej zastosowania w Stanach Zjednoczonych, w ramach systemu Medicare w 1983 r., stopniowo staje się główną metodą finansowania usług szpitalnych

w większości krajów rozwiniętych. JGP uchodzi za najstarszą odmianę finansowania w oparciu o płatność za przypadek (Busse i in., 2006: 211–213). Nazywana jest też *opłatą za przypadek mieszany* (*fee-per-cas-mix*) (Rudawska, 2007: 85). Za jej twórcę uznaje się Roberta Fettera z Yale University, który na przełomie lat 70. i 80. XX w. wraz ze swoimi współpracownikami opracował koncepcję i projekt systemu jednorodnych grup pacjentów (Fetter i in., 1977: 137–149; Fetter i in., 1980: 1–53; Fetter i in., 1982; Fetter, 1991: 6–26). Metoda JGP nazywana jest też czasami systemem płatności prospektywnych, czyli inaczej mówiąc płatności oczekiwanych. Zgodnie z metodą jednorodnych grup pacjentów, każdy z pacjentów otrzymujących świadczenia zdrowotne jest przypisywany do określonej kategorii JGP. Szpital otrzymuje za takiego pacjenta kwotę, ustaloną z góry według katalogu JGP. W związku z tym dla szpitala może zostać wygenerowana nadwyżka finansowa jedynie w przypadku, kiedy koszty obsługi danego pacjenta w szpitalu będą niższe, aniżeli wynika to z katalogu jednorodnych grup pacjentów (Bohmer i in., 2001: 1–32). Metoda jednorodnych grup pacjentów zakłada, że pewne grupy świadczeniobiorców – często bardzo się od siebie różniące – wymagają podobnego traktowania medycznego, a z drugiej strony, że może się zdarzyć, iż leczenie tej samej choroby u pacjentów różniących się np. wiekiem wymaga zupełnie innego traktowania. Finansowanie systemu JGP opiera się na sprawdzonych i uznanych międzynarodowo klasyfikacjach chorób, procedur medycznych i problemów zdrowotnych (ICD-9 i ICD-10) (Węgrzyn, 2010: 115–128). Taka konstrukcja ma niewątpliwie sprzyjać bodźcom ukierunkowanym na osiągnięcie jak najwyższej efektywności w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Spośród wymienionych powyżej mechanizmów finansowania świadczeń zdrowotnych, wszystkie posiadają swoje wady i zalety. Każda z form finansowania niesie istotne implikacje dla zarządzania finansowego podmiotem medycznym. Niewątpliwie jednak w przypadku wykorzystywanych form finansowania, jeśli dany podmiot medyczny chce osiągać czy też maksymalizować nadwyżkę finansową, musi zwracać uwagę na minimalizowanie kosztów prowadzonej działalności. Wiele w tej kwestii może również zależeć od podejścia kadry danej jednostki medycznej i świadomości wykorzystywanych określonych form finansowania. Oczywiście w dużej mierze wpływ na poziom finansowania ma stan zdrowia obsługiwanego przez daną jednostkę populacji. Wydaje się, iż przypisywanie określonym świadczeniom odpowiednich form finansowania powinno również brać pod uwagę właśnie taki aspekt. Odpowiedni podział form finansowania powinien być podyktowany bezpieczeństwem finansowym placówek medycznych.

Opisane mechanizmy finansowania świadczeń zdrowotnych w różnym zakresie były używane jako metody wynagradzania polskich szpitali. Warto w tym miejscu przyjrzeć się, jak zmieniały się sposoby finansowania działalności szpitalnej w analizowanym okresie.

Kludacz-Alessandri (2017: 77), w oparciu o rozważania Cygańskiej (2009: 286), scharakteryzowała ewolucję zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych

w szpitalach w latach 1999–2016. W tym okresie zawiera się również przedział czasowy analizowany w niniejszej pracy – tj. lata 2005–2014. Zmiany, jakie zachodziły w zakresie finansowania leczenia szpitalnego, przedstawiono w tabeli 2.7.

Tabela 2.7. Ewolucja finansowania świadczeń zdrowotnych w polskich szpitalach w latach 1999–2016

Tryb udzielania świadczeń	Sposób finansowania			
	1999	2003	2005	Od 2008
Hospitalizacja	Jednostka kontraktowa: • cena jednostkowa hospitalizacji standardowej; • cena jednostkowa pobytu krótkiego do 3 dni; • osobodzień.	Jednostka kontraktowa: • cena jednostkowa hospitalizacji; • osobodzień; • punkt rozliczeniowy (w przypadku procedur).	Jednostka kontraktowa: • punkt rozliczeniowy o określonej cenie jednostkowej.	JGP
Świadczenia jednodniowe	Osobodzień.	Jednostka kontraktowa: • cena jednostkowa hospitalizacji w zależności od stopnia retencyjności oddziału.	Jednostka kontraktowa: • punkt rozliczeniowy o określonej wartości.	JGP
Świadczenia w SOR	Nie funkcjonował.	Nie funkcjonował.	Liczba punktów rozliczeniowych wykonanych w ciągu jednego osobodnia.	JGP
Świadczenia w izbie przyjęć	Zryczałtowana opłata kapitacyjna.	Zryczałtowana opłata kapitacyjna.	Ryczałt roczny.	JGP

Źródło: Kludacz-Alessandri, 2017: 77.

Świadczenia zdrowotne udzielane przez szpitale zostały podzielone na kilka podstawowych rodzajów – tj.: hospitalizację, świadczenia jednodniowe, świadczenia w izbie przyjęć i świadczenia w szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR). Warto zaznaczyć, iż szpitalne oddziały ratunkowe rozpoczęły funkcjonowanie od 2005 r. Ponadto w tabeli występuje również pewne rozwinięcie kategorii opisywanego wcześniej systemu punktowego w stosunku do pojmowania z 2005 r. W przypadku punktu rozliczeniowego o określonej cenie jednostkowej, występującego w finansowaniu hospitalizacji, na zlecenie Narodowego Funduszu Zdrowia zespół ekspertów przygotował listę świadczeń realizowanych na poszczególnych oddziałach szpitalnych, do których przypisana była liczba punktów odzwierciedlająca ich zróżnicowanie kosztowe. W zakresie punktu rozliczeniowego o określonej wartości, stosowanego do finansowania świadczeń jednodniowych, liczba punktów zależna była od rodzaju i liczby udzielonych świadczeń szpitalnych. Natomiast

w przypadku liczby punktów rozliczeniowych wykonanych w ciągu jednego osobodnia, przyznawanych w zakresie SOR, to rozwiązanie bazowało na przypisaniu pacjentowi odpowiedniej liczby punktów według określonych skali (Cygańska, Gierusz, 2007: 15–27).

Na podstawie tabeli 2.7 można zauważyć, że od momentu wejścia w życie opisywanej w pracy reformy z 1999 r. działalność szpitalna podlegała wielu różnym sposobom finansowania. Natomiast od roku 2008 wszystkie z zaprezentowanych tu rodzajów usług szpitalnych finansowane są w oparciu o system Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP).

2.5. Specyfika i problematyka zarządzania szpitalem

Niewątpliwie leczenie szpitalne charakteryzuje się pewnymi specyficznymi cechami, które można przypisać właśnie temu rodzajowi działalności medycznej. Efektywne zarządzanie finansami w szpitalach jest o tyle istotne, że sektor ten niezmiennie od lat absorbuje największą część środków finansowych przeznaczanych na finansowanie całego systemu ochrony zdrowia w Polsce, a podstawowe źródło finansowania większości szpitali stanowią środki publiczne. Stąd kwestia zarządzania szpitalami wydaje się niezwykle istotna społecznie. W literaturze przedmiotu można odnaleźć opis wielu problemów, które mogą rzutować na efektywne zarządzanie finansami polskich szpitali.

Za pewien problem można uznać zbyt silną pozycję płatnika, czyli Narodowego Funduszu Zdrowia, która uniemożliwia odpowiednie dopasowanie cen różnego rodzaju usług medycznych do realnego i bezspornego poziomu kosztów (Wiśniewski, 2010: 168–179). Prowadzi to do przeszacowania jednych świadczeń zdrowotnych, a niedoszacowania innych. Wynika stąd konieczność prowadzenia przez część szpitali zarówno oddziałów rentownych, jak i nierentownych. Konieczne staje się tu odpowiednie zarządzanie szpitalem przez kadrę menedżerską, mające na celu zbilansowanie działalności szpitala. Problem ten dotyczy przede wszystkim szpitali, które ustawowo są zobligowane do udzielania określonych rodzajów świadczeń. Dotyczy to zwłaszcza szpitali samorządowych, ze względu na przypisanie poszczególnym jednostkom samorządu terytorialnego (gminom, powiatom i województwom) odpowiedzialności za określone funkcje w zakresie ochrony zdrowia (Karski, 2005: 39–41; Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. ..., art. 7, ust. 1, pkt. 5; Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, art. 4, ust. 1, pkt 2; Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, art. 14, ust. 1, pkt. 2; Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. ..., art. 7–9). W tym celu, aby zapewnić odpowiednie funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia na poziomie lokalnym

i regionalnym, jednostki samorządu terytorialnego pełnią funkcję właścicielskie dla wielu szpitali, a także placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Jaworzyńska, 2010: 12). Problem ten nie dotyczy natomiast szpitali prywatnych, które mogą w wybiórczy sposób dobierać do koszyka oferowanych świadczeń zdrowotnych jedynie te najbardziej rentowne.

Problem konkurowania o środki z NFZ przez szpitale w pewien sposób związany jest również z przekształceniami własnościowymi w polskim systemie ochrony zdrowia, które winny podlegać nadzorowi władz publicznych. W przeciwnym razie istnieje ryzyko wystąpienia niekontrolowanej prywatyzacji podmiotów leczniczych (Szetela i in., 2011: 49–64). Problem niedoszacowania świadczeń zdrowotnych i niekontrolowanej prywatyzacji może rzutować na proces selekcji świadczeń zdrowotnych udzielanych przez konkretne podmioty lecznicze. O ile podmioty *stricte* prywatne mogą w sposób dowolny dobierać do swojej oferty jedynie najbardziej opłacalne świadczenia finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, o tyle na podmiotach publicznych ciąży obowiązek udzielania pełnego zakresu świadczeń, niezależnie od poziomu ich rentowności. Powoduje to pewien problem w zakresie konkurowania o środki publiczne, które są przeznaczane na finansowanie systemu ochrony zdrowia⁵. Zarządzający publicznymi placówkami ochrony zdrowia muszą tak zarządzać portfelem świadczeń zdrowotnych, aby zbilansować działalność szpitala.

Dla rozwiązania wspomnianych kwestii związanych z niedoszacowaniem lub przeszacowaniem wyceny określonych świadczeń zdrowotnych wraz z początkiem 2015 r. Agencja Oceny Technologii Medycznych została przekształcona w Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Agencji powierzono przygotowanie realnej wyceny świadczeń, tym samym odbierając kompetencje w zakresie wyceny świadczeń zdrowotnych płatnikowi (NFZ). Niemniej jednak, ze względu na to, iż okres analiz obrany dla celów niniejszej pracy obejmuje lata 2005–2014, problem działalności AOTMiT nie będzie tu szerzej omawiany.

Kolejną istotną kwestię stanowi problem nadwykonań. Nadwykonania mogą zostać zdefiniowane jako „świadczenia udzielone ubezpieczonym w związku ze zgłoszonym popytem, ale bez pokrycia w umowie zawartej z NFZ” (Węgrzyn, 2010: 115–128). Nadwykonania stanowią świadczenia ratujące zdrowie i życie, w związku z tym, pomimo tego, iż często są to świadczenia ponadlimitowe (ponadumowne), szpital nie ma prawa odmówić pacjentowi ich realizacji. W takiej sytuacji NFZ zobowiązany jest refundować udzielone świadczenia szpitalowi (Sikora, <http://www.gazetaprawna.pl/> [dostęp: 12.12.2016]). Często decyzja o wypra-

5 W roku 2017 ustawodawca podjął próbę ograniczenia tego problemu poprzez wprowadzenie tzw. sieci szpitali. Zdaniem Autora za wcześnie jest jednak, aby oceniać te zmiany. Ponadto, w związku z tym, że rozważania w niniejszej pracy zostały ograniczone przede wszystkim do okresu 2005–2014, zdecydowano się nie podejmować tu szerzej tego tematu. Zdaniem Autora nie ulega wątpliwości, że opisany problem w badanym okresie występował.

cowaniu nadwykonań związana jest ze strategią zarządzania daną placówką ochrony zdrowia, polegającą na uzyskaniu lepszej pozycji negocjacyjnej do przyszłych rozmów z płatnikiem, dotyczących wysokości kontraktowania (Łagowski, 2015: 65–75). Świadczenia te zwykle pozostają sporne i w większości przypadków decyzja o ich finansowaniu podejmowana jest przez sąd (Rezler i in., 2017: 271–283). Kluczowym czynnikiem w sprawach sądowych jest weryfikacja, czy żądanie zapłaty za świadczenia ponadlimitowe dotyczy rzeczywiście tych udzielanych w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta, czy też innych przypadków, które nie cierpiały zwłoki. Na stronie powodowej, którą jest szpital (lub inny świadczeniodawca), ciąży dowód nie tylko wykazania faktu wykonania określonych świadczeń zdrowotnych, ale także szczególnego i przymusowego charakteru udzielenia tej pomocy medycznej (Janiszewska, 2008: 26–39). Trzeba tu jeszcze podkreślić, iż nawet orzecznictwo Sądu Najwyższego w tym zakresie nie jest w pełni jednolite, procesy trwają bardzo długo, a świadczeniodawcy są wygraną stroną w zaledwie 20% tego typu spraw (Koenner, 2012, <http://www.prawodlalekarza.pl/> [dostęp: 12.01.2014]). Długie okresy oczekiwania na zapłatę przez NFZ za udzielone nadwykonania skutkują często ujemnymi wynikami finansowymi podmiotów leczniczych (Węgrzyn, 2015: 311–322).

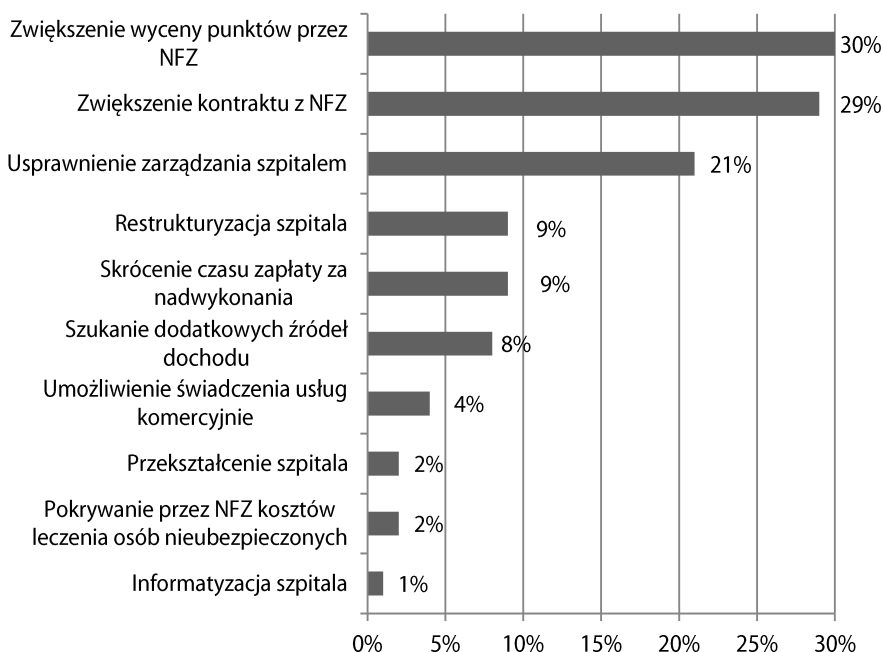
Inną kwestią generującą problemy polskiego szpitalnictwa jest ukierunkowanie polskiego systemu ochrony zdrowia przede wszystkim na realizację określonych usług medycznych (w momencie, kiedy występuje już u pacjenta jakiś określony problem zdrowotny), a nie na realizację działań o charakterze profilaktycznym. W efekcie takiej konstrukcji systemu, szpitale ze środków uzyskiwanych z Narodowego Funduszu Zdrowia nie są w stanie w pełni zaspokoić zgłaszanego popytu (Węgrzyn, 2016: 141–149; Węgrzyn, 2010: 115–128). W polskim systemie ochrony zdrowia zbyt wiele procedur medycznych realizowanych jest właśnie w szpitalach, zamiast w znacznie tańszych warunkach ambulatoryjnych – tj. przychodniach (PMR, 2014: 21). W Polsce koncentracja opieki medycznej występuje przede wszystkim po stronie szpitali, zamiast na tańszych świadczeniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej czy podstawowej opieki zdrowotnej. Zmiana tego stanu rzeczy była jednym z celów, który przyświecał reformowaniu systemu ochrony zdrowia (Węgrzyn, 2010: 115–128). Niestety, jak pokazują przedstawione rozważania i analizy w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych, w Polsce cel ten nie został zrealizowany.

Swego rodzaju specyfikę w zakresie planowania i zarządzania finansowego w szpitalu stwarza również ukształtowanie samego rynku szpitalnego w polskim systemie zabezpieczenia zdrowotnego. Z jednej strony, szpitale winny być traktowane jako przedsiębiorstwa. Z drugiej jednak strony wciąż pozostają pytania o to, czy tak obrany kierunek jest słuszny. W polskim systemie ochrony zdrowia w dalszym ciągu mamy do czynienia ze ścieraniem się dwóch frontów – tj. zwolenników wolnego rynku w zakresie funkcjonowania ochrony zdrowia oraz wyznawców finansowania tego systemu z budżetu państwa (Rynek Zdrowia, 2016,

<http://www.rynekzdrowia.pl/> [dostęp: 9.11.2016]). Taka sytuacja i częste zmiany dokonywane w postrzeganiu szpitala również nie sprzyjają procesom odpowiedniego planowania i zarządzania finansowego.

Jak podkreślają eksperci ochrony zdrowia, nie ma jednego uniwersalnego sposobu, który rozwiązywałby większość ze wspomnianych problemów i mógł być zastosowany do wszystkich szpitali (PMR, 2014: 4–26). Szpitale, konstruując swoje strategie, powinny brać pod uwagę czynniki, które przyczynią się do poprawy ich sytuacji ekonomicznej – jak np. redukcja kosztów, skracanie czasu pobytu chorych w szpitalu, przekazywanie lekarzom informacji kosztowych o leczonych przez nich pacjentach, porównywanie informacji kosztowych na tle zadowolenia pacjentów, przekazywanie zaleceń związanych z opieką poszpitalną pacjentowi i jego rodzinie (Stępniewski (red.), 2007: 73–74).

Agencja badawcza PMR, w swoim raporcie o sytuacji polskich szpitali, przedstawiła opinie dotyczące sposobów poprawy sytuacji finansowej tych podmiotów prezentowane przez przedstawicieli kadry zarządzającej szpitalami (PMR, 2014: 26). Uzyskane rezultaty zostały zawarte na wykresie 2.3.



Uwaga: Odpowiedzi nie sumują się do 100% – można było zaznaczyć więcej niż 1 odpowiedź.

Wykres 2.3. Sposoby poprawy sytuacji finansowej szpitali

Źródło: PMR, 2014: 26.

Analizując powyższe dane, warto odnieść się do rozważań przedstawionych we wcześniejszej części pracy, dotyczących przekształceń własnościowych w polskim systemie ochrony zdrowia. Na uwagę zasługuje tu fakt, że zaproponowane przekształcenia własnościowe (w formie ustawy restrukturyzacyjnej, Planu B czy ustawy o działalności leczniczej) jako czynnik służący poprawie sytuacji finansowej wskazało zaledwie 2% respondentów spośród kadry zarządzającej polskimi szpitalami. Nadzieje pokładane są raczej w takich działaniach, jak zwiększenie wyceny punktów przez NFZ (30% wskazań), zwiększenie kontraktu z NFZ (29% wskazań) czy usprawnienie zarządzania szpitalem (21% wskazań). W przypadku pierwszych dwóch sposobów konieczne wydaje się zwiększenie poziomu finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia. Trzeci natomiast związany jest z koniecznością dokonania odpowiednich zmian wewnątrz samego szpitala.

2.6. Podsumowanie

W niniejszym rozdziale zawarte zostały rozważania i analizy, których celem była ocena specyfiki działalności polskich szpitali w kontekście działalności klasycznego przedsiębiorstwa, a także identyfikacja problemów w zakresie zarządzania finansowego w sektorze polskich szpitali. Zawarte w rozdziale refleksje i przemyślenia miały ułatwić weryfikację hipotezy zakładającej, że szpitale nie mogą być postrzegane jako typowe przedsiębiorstwa funkcjonujące w realiach rynkowych. Ponadto zawarte tu deliberacje wskazują, że istnieje wiele problemów związanych z działalnością i zarządzaniem polskimi szpitalami, jednak z uwagi na specyfikę związaną z finansowaniem tego sektora, jeden z podstawowych problemów może stanowić zarządzanie zobowiązaniami krótkoterminowymi. Tym samym, wskazuje to na niezwykle istotną rolę, jaką odgrywa zarządzanie płynnością finansową w polskich szpitalach.

W rozdziale scharakteryzowane zostało pojęcie szpitala w kontekście ujęć definicyjnych przedsiębiorstwa. Wykazano, że szpitale posiadają pewne cechy typowych przedsiębiorstw funkcjonujących w realiach rynkowych, jednak zarówno w konstrukcji jednostek szpitalnych, jak i całego polskiego systemu ochrony zdrowia, występuje również wiele cech, które nie są typowe dla gospodarki rynkowej. Stąd, przystępując do oceny działalności szpitala, należy mieć na uwadze, że mogą tu występować pewne odstępstwa od ogólnie przyjętych zasad i reguł charakterystycznych dla typowych przedsiębiorstw funkcjonujących w realiach rynkowych (dotyczyć to może również obszaru płynności finansowej, stanowiącej szczególnie przedmiot zainteresowania niniejszej pracy).

Została tu również przedstawiona charakterystyka polskiego sektora szpitali, obejmująca zmiany w zakresie liczby szpitali w Polsce na tle innych podmiotów

medycznych oraz możliwe przyczyny tych zmian. Przedstawiono również dynamikę zmian dotyczącą podstawowych miar służących ocenie poziomu wydajności szpitali (jak przeciętny pobyt chorego w szpitalu, wykorzystanie łóżka szpitalnego, liczba łóżek na 10 tys. ludności czy liczba leczonych w trybie stacjonarnym na 10 tys. mieszkańców). Przeprowadzone analizy wskazują, że sytuacja w zakresie występujących trendów nie jest jednoznaczna. Z jednej strony widoczny jest wzrost zapotrzebowania zdrowotnego społeczeństwa i wzrost ogólnej liczby szpitali. Z drugiej jednak strony relatywnie stabilna liczba łóżek szpitalnych, wykazujący lekką tendencję spadkową poziom wykorzystania łóżka, a także skracający się czas pobytu chorego w szpitalu budzą pewne wątpliwości, dotyczące spadku jakości udzielanych świadczeń w analizowanym okresie.

W niniejszym rozdziale poruszona została również tematyka niezwykle istotnych finansowych aspektów działalności szpitala. Opisana została kwestia specyfiki sprawozdawczości finansowej polskich szpitali. Wskazano też trendy dotyczące kształtowania się wartości zobowiązań wymagalnych w polskich szpitalach, w przypadku których widoczny jest wzrastający udział zobowiązań z tytułu dostaw i usług, stanowiących istotną pozycję zobowiązań krótkoterminowych.

Zostały tu również opisane podstawowe metody i sposoby służące finansowaniu świadczeń zdrowotnych w szpitalu, ze wskazaniem zmian zachodzących w tym obszarze w analizowanym w pracy okresie i ukierunkowaniem na finansowanie świadczeń w ramach systemu JGP (Jednorodnych Grup Pacjentów) jako podstawowej metody rozliczeniowej. Ponadto, na koniec, zostały również wskazane problemy związane ze specyfiką zarządzania finansowego w szpitalu oraz możliwe sposoby poprawy sytuacji finansowej polskich szpitali.

Mając na uwadze, że jednym z podstawowych czynników, w których upatruje się poprawy sytuacji finansowej szpitala, jest usprawnienie zarządzania szpitalem, dalsze rozważania zostały poświęcone właśnie tej kwestii, ze szczególnym uwzględnieniem obszaru zarządzania płynnością finansową w szpitalu.

Rozdział 3

Znaczenie i istota płynności finansowej w zarządzaniu finansami szpitala

Płynność finansowa stanowi kluczowy obszar zarządzania finansowego w przypadku każdego przedsiębiorstwa. O jej istotnej roli w tym procesie może świadczyć fakt, iż za najważniejszą przyczynę upadłości przedsiębiorstw przyjmuje się właśnie utratę płynności finansowej (Wędzki, 2003: 35). Co prawda, jak to zostało zaznaczone we wcześniejszym rozdziale, proces upadłości w przypadku bardzo wielu polskich szpitali podlega ustawowym wyłączeniom, niemniej jednak, pomimo tego, zachowanie płynności finansowej w przypadku szpitali wydaje się bardzo ważne. Potwierdza to fakt, że różnym aspektom zarządzania płynnością finansową poświęca się wiele miejsca w podręcznikach dotyczących zarządzania finansowego w szpitalach (por. Gapenski, Reiter, 2016; Zelman i in., 2009; Nowicki, 2015; Penner, 2013; Gapenski, 2013; Gapenski, Pink, 2007; Rój, Sobiech, 2006). Odpowiedni poziom płynności finansowej stanowi niezwykle istotny czynnik determinujący m.in. pozyskiwanie nowych źródeł finansowania oraz ocenę szpitala jako potencjalnego partnera przez kontrahentów.

Płynne aktywa stanowią zazwyczaj w przedsiębiorstwach znaczącą część majątku ogółem, a odpowiednie nimi zarządzanie niesie ze sobą istotne implikacje zarówno dla ryzyka, jak i rentowności przedsiębiorstwa (John, 1993: 91–100). Znaczenie płynności finansowej może również podkreślać fakt, iż początki wykorzystania analizy wskaźnikowej zostały zainicjowane właśnie od tego obszaru, a wskaźnik bieżącej płynności finansowej to historycznie najstarszy wskaźnik analizy finansowej, pochodzący jeszcze z końca XIX w. (Horrigan, 1968: 284–294).

Płynność finansowa w przedsiębiorstwie ma jednak charakter niejednoznaczny i może być rozumiana na kilka różnych sposobów. Pośród nich wyróżnić można: zdolność do terminowego regulowania zobowiązań – związaną z analizą relacji aktywów bieżących do zobowiązań krótkoterminowych, łatwość zamiany składników

majątku na gotówkę – związaną z analizą struktury aktywów, analizę poziomu płynnych aktywów prowadzoną w relacji z kapitałem pracującym czy podejście związane z czasem trwania cyklu konwersji gotówki (Bolek, Grosicki, 2013: 487–504). W poniższym rozdziale, w pierwszej kolejności zawarte zostały szczegółowe rozważania związane ze sposobami analizy i oceny płynności finansowej. Zostały wskazane również podstawowe strategie zarządzania płynnością finansową. Następnie nieco miejsca poświęcono opisowi zależności, jaka może zachodzić pomiędzy płynnością finansową i rentownością. Dokonano również przeglądu badań z dziedziny płynności finansowej, przeprowadzonych w sektorze szpitali.

3.1. Sposoby ujmowania płynności finansowej

W literaturze przedmiotu płynność finansowa ujmowana jest na różne sposoby. Poniżej został przedstawiony przegląd obejmujący szereg definicji tego pojęcia oraz podstawowych sposobów pomiaru płynności finansowej.

Gajdka i Walińska (2000: 465–466) wskazują, że pojęcie płynności finansowej może być zdefiniowane dwojako – jako zdolność do terminowego regulowania zobowiązań lub jako możliwość łatwej zamiany poszczególnych aktywów na gotówkę bez zaniżania ceny w stosunku do realnej wartości określonego aktywa oraz bez konieczności ponoszenia nadmiernych kosztów transakcyjnych. Pierwsze z przytoczonych tu ujęć jest bardzo popularnym zdefiniowaniem płynności w literaturze przedmiotu. Właśnie z takim ujęciem płynność finansowa jest najczęściej utożsamiana (Wawryszuk-Misztal, 2007: 82). Z drugim z zaprezentowanych ujęć można jednak też dość często spotkać się w literaturze przedmiotu – m.in. u Sasina (2002: 7). W przypadku tego drugiego ujęcia, można również czasem spotkać się z definicjami wskazującymi na łatwość wymiany aktywów przedsiębiorstwa nie tylko na gotówkę, ale i na inne aktywa (Michalski, 2004: 34–35).

Z podobnym postrzeganiem płynności finansowej można spotkać się u Wędkiego (2003: 33), który określił, że zdolność do terminowego regulowania zobowiązań stanowi ujęcie płynności w aspekcie majątkowo-kapitałowym, a z kolei łatwość wymienialności poszczególnych aktywów na gotówkę dotyczy ujęcia płynności w aspekcie majątkowym. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że w przypadku płynności w aspekcie majątkowo-kapitałowym można mówić o płynności finansowej jako wypłacalności długoterminowej (długookresowej) nadwyżce aktywów nad finansującymi je zobowiązaniami) i krótkoterminowej (zdolność do regulowania bieżących zobowiązań). Wawryszuk-Misztal (2007: 83) zaznacza, że aspekt majątkowy może być utożsamiany z terminem określanym jako stopień płynności finansowej. Pojęcie to definiowane jest jako szybkość czy też łatwość zamiany określonych aktywów przedsiębiorstwa na gotówkę.

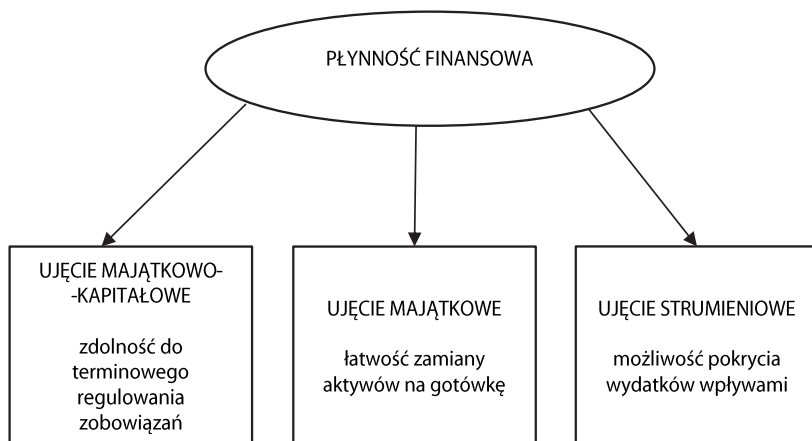
Warto nadmienić, iż pomiędzy grupami definicji płynności finansowej o charakterze majątkowym i majątkowo-kapitałowym istnieje ściśle powiązanie, polegające na tym, że zdolność do terminowego regulowania bieżących zobowiązań (ujęcie majątkowo-kapitałowe) w znacznym stopniu jest uzależnione od środków zgromadzonych w postaci najbardziej płynnych aktywów (ujęcie majątkowe), czyli gotówki i krótkoterminowych papierów wartościowych. Większy udział środków przedsiębiorstwa w płynnych aktywach przekłada się na większą zdolność tego przedsiębiorstwa do regulowania krótkoterminowych zobowiązań (Wawryszuk-Miształ, 2007: 83).

W literaturze przedmiotu można spotkać się również z ujmowaniem płynności finansowej w aspekcie przepływów pieniężnych, opierającym się na różnicy w wydatkach i wpływach gotówkowych przedsiębiorstwa (Kosińska, Cicirko, 2010: 11–30). Kusak (2006: 10) podkreśla, że w przypadku postrzegania płynności finansowej w takim kontekście, czyli przez pryzmat strumieniowy, przedsiębiorstwo utrzymuje płynność finansową, „jeśli wydatki wynikające z aktualnych zobowiązań krótkoterminowych oraz niezbędne przyszłe wydatki znajdują pokrycie w środkach finansowych spodziewanych z bieżących wpływów finansowych” (Kusak, 2006: 10). Wędzki (2003: 34) także przedstawił definicję płynności finansowej opartą na strumieniach pieniężnych, definiując ją jako „zdolność przedsiębiorstwa do osiągnięcia przepływów pieniężnych umożliwiających regulowanie wymagalnych zobowiązań i pokrywanie niespodziewanych wydatków gotówkowych” (Wędzki, 2003: 34). Z podobnym postrzeganiem płynności finansowej, opartym na przepływach pieniężnych, można spotkać się również w literaturze zagranicznej. Matz i Neu (2007: 4) zdefiniowali płynność finansową jako zdolność do efektywnego zaspokajania bieżących i przewidywanych potrzeb, wynikających z przepływów pieniężnych, podkreślając, iż owo zaspokajanie nie powinno mieć niekorzystnego wpływu na codzienną działalność przedsiębiorstwa.

Synteza powyższych rozważań dotyczących definicji i ujęć płynności finansowej została przedstawiona na rysunku 3.1.

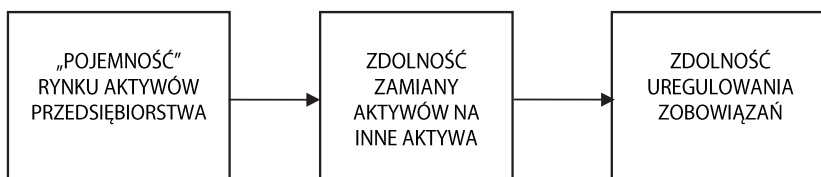
Czasem można również spotkać się z definicją płynności określoną jako pewna przestrzeń dla dokonywania transakcji na rynku. Definicja ta jest ściśle związana z grą popytu i podaży na produkty czy usługi danego przedsiębiorstwa i możliwością ich szybkiej sprzedaży. Michalski (2004: 35) zauważył system powiązań pomiędzy takim pojmowaniem płynności finansowej a pozostałymi ujęciami o charakterze statycznym.

Możliwość terminowej spłaty zobowiązań, które przekroczyły posiadane przez dane przedsiębiorstwo zasoby pieniężne, jest ściśle powiązana z możliwością zamiany będących w posiadaniu tego przedsiębiorstwa określonych składników majątkowych na środki pieniężne lub inne aktywa. To z kolei może być w znacznym stopniu uzależnione od wspomnianej przestrzeni czy też pojemności rynku na posiadane przez to przedsiębiorstwo elementy majątku.



Rysunek 3.1. Podstawowe ujęcia płynności finansowej

Źródło: opracowanie własne na podstawie wykonanego przeglądu literatury.



Rysunek 3.2. Powiązanie pomiędzy różnymi aspektami pojmowania płynności finansowej

Źródło: Michalski, 2004: 35.

W literaturze przedmiotu można spotkać się również z podejściem, iż płynność finansowa jest stosowana zamiennie z takimi pojęciami jak wypłacalność, równowaga dochodowa czy zdolność płatnicza (Grabowska, 2012: 11–30; Kosińska, Cicerko, 2010: 11–30). Można jednak zastosować pewne rozróżnienie pomiędzy tymi terminami. Termin „płynność finansowa” odnosi się zwykle do krótkiego horyzontu czasowego, czyli do regulowania przez przedsiębiorstwo bieżących zobowiązań. Wypłacalność jest związana natomiast z dłuższym okresem czasu i informuje o zdolności terminowego pokrycia długów w całości przez przedsiębiorstwo (Kosińska, Cicerko, 2010: 11–30). Czasami wypłacalność nazywana jest również długoterminową płynnością finansową lub równowagą dochodową, pojmowaną jako zdolność do dokonywania zakupów oraz regulacji zobowiązań finansowych (Sierpińska, Jachna, 2004: 145–146). Można ponadto spotkać się ze stwierdzeniem, że wypłacalność to pojęcie szersze aniżeli płynność finansowa i oznaczające zdolność do pokrycia wszelkich długów przedsiębiorstwa – zarówno w ujęciu krótko-, jak i długookresowym (Pałczyńska-Gościniak, 2001: 9–10).

Powyższe rozważania prowadzą do wniosków, że płynność finansowa może być definiowana na bardzo wiele różnych sposobów.

Jak słusznie zauważa Grabowska (2012: 15), zawężanie płynności finansowej tylko do jednego obszaru może stanowić znaczne uproszczenie, stąd powinna być ona rozpatrywana w sposób wieloaspektowy.

Zarządzanie płynnością finansową w przedsiębiorstwie związane jest z bieżącym – tj. krótkoterminowym – zarządzaniem finansami, określanym często jako interwał czasowy poniżej jednego roku (Michalski, 2010: 15). Proces zarządzania płynnością finansową polega na utrzymywaniu przez przedsiębiorstwo odpowiedniej ilości gotówki oraz płynnych aktywów (Biety, 2002: 293–300). Często proces ten dotyczy zdolności przedsiębiorstwa do regulowania zobowiązań w bardzo krótkich okresach – np. miesiąca lub kilku miesięcy (Kusak, 2006: 12). Skutki zarządzania płynnością finansową – pomimo krótkookresowej natury tego procesu – mogą mieć dla przedsiębiorstwa charakter długofalowy. W kontekście działalności szpitala, niewłaściwe zarządzanie płynnością finansową, co prawda, nie przełoży się na upadłość tego typu podmiotów (przynajmniej w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – co zostało już szerzej poruszone w pracy), ale jednak w długim okresie może doprowadzić do istotnych problemów finansowych, związanych z trudnościami w obsłudze narastającego zadłużenia, czy też trudnościami związanymi z pozyskaniem nowych źródeł finansowania działalności.

W przypadku problemów finansowych, związanych z płynnością finansową, przedsiębiorstwo ma do wyboru zwykle dwa następujące mechanizmy, które mogą zniwelować te trudności: wyprzedaż mniej płynnych aktywów, prowadzącą do zwiększenia stopnia płynności majątku lub też renegocjacje istniejącego zadłużenia (John, 1993: 91–100).

Szpital, podobnie jak i inne przedsiębiorstwa, dysponują zarówno majątkiem trwałym w postaci budynków i terenów do nich przyległych oraz specjalistycznego sprzętu medycznego (np. tomografy komputerowe, aparaty rezonansu magnetycznego, stoły operacyjne, niezbędne oświetlenie, łóżka dla chorych, itd.), jak i majątkiem obrotowym, do którego zaliczyć można wykorzystywane w działalności leki, materiały opatrunkowe czy wszelki jednorazowy sprzęt medyczny (np. różnego rodzaju igły i narzędzia lekarskie, strzykawki, cewniki, itd.). Problemem może być tu jednak możliwość szybkiej sprzedaży posiadanego majątku, gdyż w przypadku większości szpitali, ze względu na ich publiczny charakter, będzie wymagało to procedur przetargowych. Co więcej, ze względu na specjalistyczny charakter prowadzonej działalności, proces ten może być znacznie utrudniony ze względu na konieczność znalezienia odpowiednich kontrahentów. W tym kontekście, w przypadku zaistnienia w szpitalu problemów z płynnością finansową, znacznie bardziej prawdopodobnym scenariuszem wydaje się być renegocjacja istniejącego zadłużenia, aniżeli sprzedaż mniej płynnych aktywów.

Generalnie jednak, dokonując pomiarów i analiz w zakresie płynności finansowej, należy pamiętać, że zasadniczo im więcej aktywów o wysokim stopniu płynności finansowej posiada dany podmiot i im mniej zobowiązań krótkoterminowych, tym lepsza jest jego sytuacja płatnicza i odwrotnie (Kusak, 2006: 10).

3.2. Sposoby pomiaru płynności finansowej

Mając na uwadze fakt, iż istnieje wiele różnych ujęć definicyjnych w zakresie płynności finansowej, należy zaznaczyć, że również w związku z tym występuje kilka sposobów jej pomiaru.

Istnieje zestaw wskaźników finansowych – o charakterze zarówno statycznym, jak i dynamicznym – mających na celu zobrazować sytuację przedsiębiorstwa w zakresie płynności finansowej. Wskaźniki te dają najpełniejszy obraz sytuacji przedsiębiorstwa, jeśli są stosowane łącznie (Cagle i in., 2013: 44–48).

W przypadku wyliczania wskaźników płynności finansowej o charakterze statycznym wykorzystywane są dane finansowe ujęte w bilansie, podczas gdy w przypadku wyliczania wskaźników dynamicznych bazuje się na rachunku przepływów pieniężnych (Grabowska, 2012: 40). Mając na uwadze przywołane definicje i ujęcia płynności finansowej oraz rozważania dotyczące sprawozdawczości finansowej w polskich szpitalach, zawarte we wcześniejszym rozdziale pracy, należy zaznaczyć, że ocena płynności finansowej dla menedżerów szpitala zarówno ze statycznego, jak i dynamicznego punktu widzenia większości szpitali nie powinna nastręczać wielu problemów. Większość szpitali jest zobligowana do prowadzenia pełnej rachunkowości ze względu na swoją formę prawną czy osiąganę przychody. Problem może pojawiać się w przypadku podmiotów bardzo małych, prywatnych, które są zarejestrowane jako szpitale, choć skala ich działalności jest bardzo ograniczona (np. do jednego oddziału) i które często nie są zobligowane do prowadzenia pełnej księgowości. Niestety, niezależnie od rodzaju szpitala, ocena płynności finansowej może sprawiać pewne problemy podmiotom zewnętrznym, co ma związek z ograniczonym dostępem do szerokiego spektrum danych finansowych.

Celem oceny płynności finansowej w ujęciu statycznym korzysta się ze wskaźników płynności finansowej opierających się na analizie krótkoterminowych aktywów oraz pasywów, dających informację co do tego, jaka jest zdolność przedsiębiorstwa do wywiązania się z zobowiązań, które na nim ciążyą w najbliższym okresie – tj. do 1 roku. Do podstawowych wskaźników płynności finansowej zaliczamy: wskaźnik bieżącej płynności oraz wskaźnik podwyższonej płynności (Gajdka, Walińska, 2000: 205). Niektórzy autorzy rozszerzają jednak ten zestaw wskaźników o wskaźnik natychmiastowej płynności finansowej czy też wskaźnik płynności gotówkowej (Rogowski, Lipski, 2014: 13–14; Sierpińska, Jachna, 2004:

145–149). W tym miejscu warto zwrócić uwagę na różne nazewnictwo w zakresie tych samych wskaźników stosowanych przez różnych autorów. Często autorzy mają na myśli ten sam wskaźnik, pisząc np. o wskaźniku bieżącej płynności, innym razem płynności bieżącej, płynności III stopnia lub też o wskaźniku bieżącej płynności finansowej czy po prostu wskaźniku bieżącym. Podobnie rzecz się ma ze wskaźnikiem płynności szybkiej, innym razem nazywanym wskaźnikiem podwyższonej płynności finansowej, płynności II stopnia, wysokiej płynności, płynności zaostrożonej lub po prostu wskaźnikiem szybkim. Wskaźnik płynności natychmiastowej zwany jest z kolei również wskaźnikiem środków pieniężnych, wskaźnikiem wypłacalności gotówkowej, płynności I stopnia, płynności najszybszej, wskaźnikiem natychmiastowej płynności finansowej, a czasem i wskaźnikiem płynności gotówkowej (zob.: Michalski, 2010: 94–98; Gajdka, Walińska, 2000: 205; Rogowski, Lipski, 2014: 13–14; Sierpińska, Jachna, 2004: 145–149; Wędzki, 2003: 261–268; Stępień, 2008: 115–120; Kosińska, Cicirko, 2010: 84–90; Pomykańska, 2007: 208–212; Grabowska, 2012: 39–43). W niniejszej pracy zostanie zastosowane następujące nazewnictwo w przypadku omówionych wskaźników: wskaźnik bieżącej płynności finansowej, wskaźnik szybkiej (podwyższonej) płynności finansowej, wskaźnik natychmiastowej płynności finansowej.

Pierwszym z omówionych wskaźników jest wskaźnik bieżącej płynności finansowej. Podstawowa wartość informacyjna, jaką niesie ze sobą ten wskaźnik, dotyczy możliwości terminowego regulowania zobowiązań krótkoterminowych przy wykorzystaniu aktywów bieżących przedsiębiorstwa. Wyższe wartości wskaźnika świadczą o poprawie płynności finansowej przedsiębiorstwa lub też o występowaniu nadpłynności, niższe z kolei wskazują na pogarszanie płynności finansowej. Za wartości optymalne zwykle uznaje się przedział 1,2–2,0 (Sierpińska, Jachna, 2004: 147), chociaż można spotkać się również z badaniami wskazującymi na znacznie wyższą górną wartość graniczną w przypadku wskaźnika bieżącej płynności finansowej – np. 3,4 (Niemięć, 2014: 57–69) czy też ze stanowiskiem, że wartość, która zagraża płynności finansowej przedsiębiorstwa wynosi w tym przypadku jedynie 0,8 (Rogowski, Lipski, 2014: 13). Niemniej jednak do wartości tych należy podchodzić z pewnym poziomem elastyczności, ze względu na różnice, które mogą występować pomiędzy poszczególnymi branżami gospodarki (Wędzki, 2003: 262). Należy jednak pamiętać, że niezależnie od branży, przedsiębiorstwa powinny charakteryzować się odpowiednim poziomem płynności finansowej, który umożliwi im nieprzerwane i bezproblemowe funkcjonowanie.

Zbyt niskie wartości wskaźnika bieżącej płynności finansowej mogą wskazywać, że dane przedsiębiorstwo nie posiada odpowiednich zasobów gotówkowych oraz innych płynnych aktywów na regulację zobowiązań bieżących, podczas gdy zbyt wysokie wartości wskaźnika mogą wskazywać na nadpłynność finansową, czyli nadmierną ilość wolnej gotówki wraz z innymi płynnymi aktywami, co wpływa na obniżenie się rentowności przedsiębiorstwa (Stępień, 2008: 117).

Branża ochrony zdrowia, wedle dostępnych raportów z lat 2012–2015 dotyczących wskaźników branżowych, opracowywanych przez Komisję ds. Analizy Finansowej Rady Naukowej Stowarzyszenia Księgowych w Polsce (SKwP), cechuje się wartościami wskaźnika wyższymi od wskazywanych w literaturze normatywnych wartości (Raporty Komisji ds. Analizy Finansowej..., <https://rachunkowosc.com.pl/> [dostęp: 20.10.2018]).

Tabela 3.1. Wartości wskaźnika bieżącej płynności finansowej dla sektora opieki zdrowotnej

Wskaźnik bieżącej płynności finansowej – opieka zdrowotna				
Rok	2012	2013	2014	2015
Średnia	2,97	3,28	2,79	3,28
Mediana	2,1	2,39	1,97	2,38

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Raporty Komisji ds. Analizy Finansowej..., <https://rachunkowosc.com.pl/> [dostęp: 20.10.2018].

Badanie przeprowadzone przez Bem i in. (2015: 76–85; 2014b: 41–48) na próbie polskich szpitali wskazuje jednak na nieco inną sytuację. W szpitalach wartości wskaźnika bieżącej płynności finansowej kształtują się na znacznie niższych poziomach – blisko dolnych granic poziomów optymalnych lub niższych. Może to wynikać z różnic omawianych szerzej we wcześniejszym rozdziale, występujących pomiędzy szpitalami i pozostałymi przedsiębiorstwami. Jednak może też wynikać z metodyki sporządzania wspomnianych analiz branżowych. W opracowaniach przygotowywanych przez Komisję ds. Analizy Finansowej Rady Naukowej SKwP pomijane są podmioty, w przypadku których wystąpiły ujemne wartości kapitału własnego, czyli takie, których sytuacja finansowa jest bardzo zła. W sektorze szpitali niejednokrotnie występują takie podmioty, co również może wpływać na zaobserwowane różnice.

Najczęściej wskaźnik bieżącej płynności finansowej przyjmuje formułę:

$$\text{Wskaźnik bieżącej płynności finansowej} = \frac{\text{Aktywa bieżące}}{\text{Pasywa bieżące}}$$

Kolejnym wskaźnikiem służącym do oceny płynności finansowej w przedsiębiorstwie jest wskaźnik szybkiej (podwyższonej) płynności finansowej. Oblicza się go zwykle zgodnie z formułą:

$$\text{Wskaźnik szybkiej płynności finansowej} = \frac{\text{Aktywa bieżące} - \text{zapasy}}{\text{Zobowiązania bieżące}}$$

Jak widać, kluczowe jest tu odjęcie zapasów w liczniku formuły. Ma to związek z tym, że w przypadku aktywów bieżących, najdłuższy czas przypada właśnie na upłynnienie zapasów (Grabowska, 2012: 40).

Wskaźnik szybkiej płynności finansowej określa stopień pokrycia przez aktywa o wysokim poziomie płynności zobowiązań krótkoterminowych. Często przyjmuje się, iż optymalne wartości wskaźnika powinny kształtować się powyżej 1,0, co zapewnia przedsiębiorstwu możliwość bieżącego regulowania zobowiązań krótkoterminowych, niemniej jednak praktyka gospodarcza pokazuje, iż trudno mówić w przypadku tego wskaźnika o idealnych wartościach modelowych (Sierpińska, Jachna, 2004: 147–148). W literaturze często spotykany jest przedział 1,0–1,2 jako optymalny, natomiast poziom 0,5 uznawany jest za wartość graniczną (Rogowski, Lipski, 2014: 14), chociaż można spotkać się i z innymi przedziałami, określającymi nawet górną wartość optymalnego przedziału na poziomie 2,6 (Niemiec, 2014: 57–69). Podobnie jak w przypadku wskaźnika bieżącej płynności finansowej, również i tu występuje silne uzależnienie wartości wskaźnika podwyższonej płynności finansowej od branży, w jakiej funkcjonuje dane przedsiębiorstwo (Wędzki, 2003: 65). Taj jak w przypadku wskaźnika bieżącej płynności finansowej, także i tu trzeba pamiętać, że niezależnie od branży przedsiębiorstwa powinny charakteryzować się odpowiednim poziomem płynności finansowej, który umożliwi im nieprzerwane i bezproblemowe funkcjonowanie.

W tym przypadku branża ochrony zdrowia, wedle dostępnych raportów z lat 2012–2015 dotyczących wskaźników branżowych opracowywanych przez Komisję ds. Analizy Finansowej Rady Naukowej SKwP, cechuje się wyższymi wartościami wskaźnika od wskazywanych w literaturze normatywnych wartości (Raporty Komisji ds. Analizy Finansowej..., <https://rachunkowosc.com.pl/> [dostęp: 20.10.2018]).

Tabela 3.2. Wartości wskaźnika szybkiej (podwyższonej) płynności finansowej dla sektora opieki zdrowotnej

Wskaźnik szybkiej płynności finansowej – opieka zdrowotna				
Rok	2012	2013	2014	2015
Średnia	2,81	3,09	2,62	3,14
Mediana	1,97	2,28	1,85	2,23

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Raporty Komisji ds. Analizy Finansowej..., <https://rachunkowosc.com.pl/> [dostęp: 20.10.2018].

Zgodnie z wnioskami przedstawionymi w badaniu Prędkiewicz i Prędkiewicz (2013a: 169–179), w przypadku polskich szpitali wartości tego wskaźnika często przyjmują znacznie niższe poziomy niż te branżowe. Przyczyny tego stanu mogą być tu analogiczne jak te wskazane przy opisywaniu wskaźnika bieżącej płynności finansowej. Po pierwsze, może to wynikać z różnic omawianych szerzej we wcześniejszym rozdziale, występujących pomiędzy szpitalami i pozostałymi przedsiębiorstwami. Natomiast inny istotny powód różnic w wartościach wskaźnika dla szpitali i tych branżowych może wynikać z metodyki stosowanej dla wyznaczenia wartości branżowych.

Mając na uwadze działalność prowadzoną przez szpitale, wydaje się, iż z jednej strony powinny one utrzymywać zapasy na relatywnie wysokim poziomie – szczególnie w postaci leków i materiałów medycznych, przynajmniej w stosunku do branży ochrony zdrowia (gdzie występują np. przychodnie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej czy podstawowej opieki zdrowotnej). Ma to związek po pierwsze z koniecznością zapewnienia ciągłości działalności medycznej, a po drugie z występowaniem w działalności szpitali wielu możliwych zdarzeń nieprzewidzianych i niespodziewanych w formie nagłych i ostrych przypadków chorobowych. W takich sytuacjach, zwłaszcza odpowiednia polityka w zakresie zarządzania zapasami odgrywa szczególną rolę, gdyż od niej mogą być uzależnione możliwości ratowania zdrowia i życia ludzkiego.

Z drugiej strony, jak wskazują Prędkiewicz i Prędkiewicz (2013a: 169–179) w szpitalach występują raczej niskie poziomy zapasów, na które składają się przede wszystkim leki i materiały opatrunkowe, stanowiące ok. 2–3% udziału w majątku ogółem. Wobec tego wartości wskaźnika bieżącej i natychmiastowej płynności finansowej powinny kształtować się na zbliżonym poziomie.

Następnym wskaźnikiem służącym ocenie płynności finansowej przedsiębiorstwa jest wskaźnik natychmiastowej płynności finansowej. Pokazuje on relację najbardziej płynnych środków obrotowych, czyli środków będących w bezpośredniej dyspozycji przedsiębiorstwa, do zobowiązań bieżących (Pastusiak, 2010: 96). Optymalne wartości w przypadku tego wskaźnika uzależnione są w bardzo wysokim stopniu od specyfiki branży, w której funkcjonuje dane przedsiębiorstwo. Niemniej jednak w literaturze można odnaleźć szereg propozycji wysuwanych co do wartości krytycznych, obejmujący przedział 0,05–0,3 (Niemiec, 2014: 57–69).

W przypadku podmiotów prowadzących działalność w ramach sektora, jakim jest opieka zdrowotna, w analizowanym w pracy okresie, wartości wskaźnika natychmiastowej płynności finansowej kształtowały się w następujący sposób – zob. tabela 3.3.

Tabela 3.3. Wartości wskaźnika natychmiastowej płynności finansowej dla sektora opieki zdrowotnej

Wskaźnik natychmiastowej płynności finansowej – opieka zdrowotna				
Rok	2012	2013	2014	2015
Średnia	1,44	1,69	1,36	1,77
Mediana	0,8	0,96	0,81	1,09

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Raporty Komisji ds. Analizy Finansowej..., <https://rachunkowosc.com.pl/> [dostęp: 20.10.2018].

Podobnie jak w przypadku dwóch wcześniejszych wskaźników (wskaźnika bieżącej płynności finansowej oraz wskaźnika szybkiej płynności finansowej), odwołując się do badania Prędkiewicz i Prędkiewicz (2013a: 169–179), wartości wskaźnika natychmiastowej płynności finansowej w przypadku większości polskich szpitali osiągają poziomy niższe niż te zaprezentowane powyżej. Wynikać to może z czynników, które zostały już omówione przy opisie wskaźników bieżącej i szybkiej (podwyższonej) płynności finansowej, czyli ze wskazywanych w rozdziale pierwszym różnic pomiędzy szpitalami a innymi przedsiębiorstwami, a także z metodyki stosowanej przez Stowarzyszenie Księgowych w Polsce dla wyznaczenia wartości branżowych.

Przywołane wskaźniki mające obrazować sytuację przedsiębiorstwa w zakresie płynności finansowej obarczone są jednak pewnymi istotnymi wadami. Bazują one na bilansie, tworząc przez to statyczne miary. Jak podkreślają krytycy tego podejścia, jako że bilans sporządzany jest na dany dzień, może mieć wpływ na to, że przedstawione w nim wartości mogą mieć charakter przypadkowy i tym samym nie być wartościami typowymi dla danego przedsiębiorstwa. Kolejną kwestią jest możliwość stosowania przez władze przedsiębiorstwa polityki bilansowej, której celem jest wykreowanie jego pozytywnego obrazu (Weber i in., 1993: 188). Wystarczy w tym celu zapewnić odpowiednie zasoby na dzień sporządzania bilansu.

Ponadto, wartość płynności finansowej przedstawiona za pośrednictwem miar statycznych to tzw. ujęcie likwidacyjne, obrazujące, czy przedsiębiorstwo będzie mogło pokryć zobowiązania bieżące po spieniężeniu określonych aktywów obrotowych. W związku z tym, iż owo spieniężenie prowadziłoby do zaprzestania prowadzenia działalności operacyjnej przez przedsiębiorstwo, niektórzy autorzy sugerują, że lepiej brać jest pod uwagę zdolność do generowania przez przedsiębiorstwo dodatnich przepływów pieniężnych wskutek odpowiedniego wykorzystania majątku (Galewski, 2013).

Wobec tego, obok miar o charakterze statycznym do oceny płynności finansowej stosowane są również wskaźniki mające charakter dynamiczny. W niniejszej pracy przedstawiono cykl konwersji gotówki, jako jedną z podstawowych miar

dynamicznych, która uwzględnia w swojej ocenie kryterium czasu i często stosowana jest w ocenie płynności finansowej przedsiębiorstw (Cagle i in., 2013: 44–48).

Wykorzystanie cyklu konwersji gotówki do oceny działalności przedsiębiorstwa po raz pierwszy zaproponowali w 1980 r. Richards i Laughlin, twierdząc, że to raczej na operacyjnych przepływach pieniężnych winna się opierać ocena płynności finansowej, aniżeli na likwidacyjnym podejściu do aktywów, jak ma to miejsce w przypadku wskaźników o charakterze statycznym (Richards, Laughlin, 1980: 32–38).

Wskaźnik cyklu konwersji gotówki może być postrzegany nie tylko jako wskaźnik płynności finansowej, ale również wskaźnik sprawności zarządzania (Wędzki, 2000: 54–61). Poszczególne cykle, które się na niego składają – tj. cykl zapasów, należności i zobowiązań – zaliczane są często do wskaźników obrotowości, czyli właśnie sprawności działania (Pastusiak, 2010: 96–98). Cykl konwersji gotówki informuje o okresie, który upływa od czasu wypływu gotówki na regulowanie zobowiązań, do czasu wpływu środków gotówkowych z zainkasowanych należności. Obliczany jest on zgodnie z formułą (Sierpińska, Jachna, 2004: 160):

$$CKG = CZ + CN - CZB$$

gdzie:

CKG – cykl konwersji gotówki;

CZ – cykl zapasów;

CN – cykl należności;

CZB – cykl zobowiązań bieżących.

W przypadku działalności szpitala, cykl konwersji gotówki może informować o okresie, który upływa pomiędzy dokonaniem wydatków na zakup inwentarzu medycznego i następnie udzielenia określonych świadczeń zdrowotnych a uzyskaniem wpływów za udzielone świadczenia (Upadhyay i in., 2015: 1–9).

W przypadku cyklu konwersji gotówki oraz jego cykli składowych, podobnie jak miało to miejsce w przypadku wskaźników o charakterze statycznym, w literaturze nie brakuje sporów metodologicznych w zakresie określenia istoty jak najbardziej poprawnego wyznaczania cyklu konwersji gotówki (szerzej: Bieniasz, Czerwinska-Kayzer, 2008: 17–27).

Przyjmuje się, że krótkie, dodatnie cykle konwersji gotówki są korzystne dla przedsiębiorstwa, bo wiążą się z intensywnym finansowaniem przez dostawców. Natomiast długie dodatnie cykle konwersji gotówki mogą być postrzegane jako niekorzystne, bo są związane z angażowaniem kapitałów własnych przedsiębiorstwa (Wędzki, 2000: 54–61). Sytuacja taka może przełożyć się na spadek rentowności i atrakcyjności inwestycyjnej przedsiębiorstwa (Bolek, Grosicki, 2013: 487–504). Zbyt długie dodatnie cykle konwersji gotówki mogą być związane

z niemożnością upłynnienia majątku (Wędzki, 2000: 54–61). Występowanie zbyt długiego cyklu zobowiązań może oznaczać brak gotówki na regulację bieżących zobowiązań (Cicirko (red.), 2010: 131). Ujemne cykle gotówki mogą wynikać natomiast ze struktury aktywów bieżących i udziałów zobowiązań przeterminowanych i terminowych. Duży poziom zobowiązań przeterminowanych może stanowić powód ujemnego cyklu konwersji gotówki. Warto tu nadmienić, iż w praktyce gospodarczej występowaniu ujemnego cyklu konwersji gotówki towarzyszy często również występowanie ujemnego kapitału obrotowego netto, czyli oznacza to, że finansowanie części majątku trwałego odbywa się ze źródeł krótkoterminowych (Sierpińska, Jachna, 2004: 160–161). Ponadto, nazbyt długie ujemne cykle konwersji gotówki mogą być skutkiem wymuszenia przez przedsiębiorstwa długiego cyklu zobowiązań (Wędzki, 2000: 54–61). Należy tu pamiętać, iż często trudno jednoznacznie określić, kiedy mamy do czynienia z pozytywnym, a kiedy negatywnym oddziaływaniem cyklu konwersji gotówki na zarządzanie finansami przedsiębiorstwa. Można uznać, iż za optymalny będzie uchodzić cykl konwersji gotówki bliski zera, co może zostać osiągnięte przez krótkie cykle zapasów i należności oraz relatywnie długi cykl zobowiązań (Cicirko (red.), 2010: 131). Trzeba tu zwrócić szczególną uwagę na słowo „relatywnie”, gdyż tak jak to było wcześniej wspomniane, zbyt długie cykle zobowiązań mogą być dla przedsiębiorstwa niekorzystne i świadczyć o jego złej sytuacji finansowej.

W literaturze przedmiotu można spotkać się z twierdzeniem, iż to właśnie cykl konwersji gotówki stanowi lepszą miarę w przypadku analizy płynności finansowej i to właśnie jego analiza się sprawdza, podczas gdy statyczne miary mogą zawodzić. Niemniej jednak wskazana jest analiza obu tych miar łącznie, gdyż może dać to znacznie lepszy obraz do oceny przedsiębiorstwa (Cagle i in., 2013: 44–48).

Dla przykładu, może zdarzyć się sytuacja, że przedsiębiorstwo, które utraciło kontrolę nad ściąganiem należności będzie cechowało się wysoką płynnością finansową w ujęciu statycznym. Dla właściwej oceny zarządzania płynnością finansową pomocna okaże się tu analiza cyklu konwersji gotówki, w przypadku którego wzrastająca liczba dni wskaże na problemy z płynnością finansową (Bolek, Grosicki, 2013: 487–504). Problemy wskazane w przedstawionym przykładzie wynikają ze sposobu prezentacji danych w polskiej sprawozdawczości finansowej i braku konieczności rozbicia należności na nieprzeterminowane i przeterminowane. Przykład ten wskazuje również, jak ważne może być wykorzystanie łącznie statycznych i dynamicznych miar dla właściwej oceny procesu zarządzania płynnością finansową.

Analiza płynności finansowej szpitala przez pryzmat cyklu konwersji gotówki wydaje się być jak najbardziej zasadna. Każdy szpital musi współpracować z wieloma dostawcami. Polityka prowadzona względem nich będzie determinowała cykl zobowiązań. Jak to już było podkreślone w pracy, przychody polskich szpitali pochodzą przede wszystkim z NFZ. To właśnie przede wszystkim od tego, jak szybko Narodowy Fundusz Zdrowia będzie płacił za udzielone świadczenia zdrowotne,

zależec będzie cykl spływu należności. W pracy zostało również wskazane, że szpitale, celem zachowania ciągłości działania, jak również ze względu na konieczność bycia w gotowości do udzielania nagłych świadczeń, muszą utrzymywać adekwatny poziom zapasów. Stąd długość cyklu zapasów w polityce szpitali również wydaje się odgrywać bardzo istotną rolę.

3.3. Kapitał obrotowy netto jako przedmiot zarządzania płynnością finansową

Idea zarządzania kapitałem obrotowym netto (KON) sprowadza się do utrzymywania odpowiednich relacji pomiędzy strukturą majątku i kapitałów w przedsiębiorstwie (Ostaszewski (red.), 2015: 185–195). Kapitał obrotowy netto stanowi dla przedsiębiorstwa płynną rezerwę na wypadek nieprzewidzianych potrzeb, wynikających z niepewności działalności gospodarczej. Utrzymywanie jego wysokich wartości jest kluczowe w działalności przedsiębiorstw, które nie posiadają zdolności do zaciągnięcia szybkich, krótkoterminowych pożyczek i kredytów (Sierpińska, Wędzki, 2017: 92). Kapitał obrotowy netto jest odpowiedzialny za finansowanie cyklu produkcyjnego w okresie pomiędzy terminem spłaty zobowiązań a czasem, w którym przedsiębiorstwo uzyskuje środki ze sprzedaży (Wawrzyszuk-Miształ, 2007: 45), ze względu na to zarządzanie kapitałem obrotowym netto związane jest ściśle z procesem zarządzania płynnością finansową. W działalności szpitala, podobnie jak i w przypadku wielu innych przedsiębiorstw, występowanie kapitału obrotowego netto jest bardzo istotne, gdyż terminy płatności zobowiązań – w szczególności względem dostawców – często nie pokrywają się z okresami spływu należności od płatnika.

W polskiej literaturze pojęcie kapitału obrotowego netto jest często stosowane zamiennie z takimi pojęciami, jak „kapitał pracujący” lub „majątek obrotowy netto” (Wędzki, 2003: 38). Niemniej jednak należy zaznaczyć, iż zdaniem części autorów nie są to pojęcia tożsame (Ostaszewski (red.), 2015: 185–195).

Warto dokonać tu również rozróżnienia pomiędzy kapitałem obrotowym w ujęciu brutto i netto. Kapitał obrotowy brutto jest pojęciem szerszym niż kapitał obrotowy netto (Wędzki, 1997: 453–462). Kapitał obrotowy brutto stanowi łączną wartość aktywów obrotowych przedsiębiorstwa. Istnieją opracowania, które wskazują, iż aby obliczyć kapitał obrotowy brutto, łączną wartość majątku obrotowego powinno się pomniejszyć o krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe. Ich wartość w przedsiębiorstwach jest jednak zwykle niewielka, dlatego często nawet brak ich uwzględnienia w analizach nie stanowi dużego błędu (Gołębiowski, 2004).

Kapitał obrotowy netto jest natomiast definiowany jako „różnica wartości aktywów obrotowych i zobowiązań krótkoterminowych wraz z krótkoterminowymi innymi rozliczeniami międzyokresowymi. Jest ona równoważna części aktywów obrotowych finansowanej kapitałem własnym, rezerwami na zobowiązania, zobowiązaniami długoterminowymi oraz pozostałą częścią rozliczeń międzyokresowych” (Wędzki, 2003: 39). Inaczej rzecz ujmując, można stwierdzić, że kapitał obrotowy netto stanowi ta część aktywów obrotowych, która jest finansowana tzw. kapitałem stałym (Ostaszewski (red.), 2015: 185–195).

Mając na uwadze powyższe rozważania, należy zaznaczyć, iż kapitał obrotowy netto może być wyrażany w ujęciu krótkoterminowym i długoterminowym. W każdym jednak przypadku – niezależnie od tego, czy kapitał obrotowy netto jest ustalany w ujęciu krótko, czy długoterminowym – uzyskany wynik winien być taki sam. Poniżej zostały przedstawione formuły wzorów obrazujących sposób ustalania kapitału obrotowego netto zgodnie z przywołanymi tu ujęciami (Wędzki, 2003: 38):

Ujęcie krótkoterminowe:

$$KON = AO - ZB$$

Ujęcie długoterminowe:

$$KON = (KW + RW + ZD + RMB) - AT$$

gdzie:

KON – kapitał obrotowy netto,

AO – aktywa obrotowe,

ZB – zobowiązania bieżące,

KW – kapitał własny,

RW – rezerwy na zobowiązania,

ZD – zobowiązania długoterminowe,

RMB – długoterminowe, inne rozliczenia międzyokresowe,

AT – aktywa trwałe.

Kapitał obrotowy w przedsiębiorstwie pojawia się w momencie, kiedy podejmowana jest rzeczywista produkcja. Dlatego też, kiedy produkcja wzrasta, to wzrasta również zapotrzebowanie na kapitał obrotowy i odwrotnie. Niemniej jednak spośród elementów, które również mają wpływ na jego poziom wyróżnić można m.in. specyfikę branży, pozycję kredytową przedsiębiorstwa czy czynniki, które wpływają na poziom gotówki, zapasów, należności oraz innych aktywów bieżących niezbędnych do wytworzenia założonego poziomu produkcji w przedsiębiorstwie (Walker, 1964: 21–35). Rozważania te dotyczyć mogą również działalności

szpitala, w przypadku którego działalność produkcyjna będzie postrzegana jako udzielanie świadczeń zdrowotnych. Zapotrzebowanie na kapitał obrotowy będzie więc uzależnione od udzielanej liczby świadczeń zdrowotnych. Wydaje się ponadto, że specyfika branży i uzależnienie finansowania od płatnika trzeciej strony, co jest związane z częstym brakiem powiązania pomiędzy terminami spłaty zobowiązań a sływem należności, również mogą prowadzić do zwiększonego poziomu kapitału obrotowego netto.

3.4. Podstawowe strategie zarządzania płynnością finansową

Strategia stanowi drogę realizacji oraz osiągania celów przedsiębiorstwa. Powinna ona umożliwiać osiągnięcie przez przedsiębiorstwo dodatkowych korzyści, opartych na jego przewadze konkurencyjnej (Waśniewski, 2011: 117–134). Może być rozumiana jako całościowa koncepcja rozwoju przedsiębiorstwa i jego przyszłej pozycji na rynku. Strategia przedsiębiorstwa stanowi zestaw konkretnych decyzji, koncepcję rozwiązywania określonych problemów i wybór konkretnych działań, które mają służyć realizacji celów (Stępniewski (red.), 2007: 24–25). Każde przedsiębiorstwo posiada strategię, niezależnie od tego, czy jest ona uświadomiona, czy też nie (Kołosowska i in., 2014: 13). Strategia finansowa opiera się na ustalaniu planów finansowych, dbaniu o płynność finansową oraz poszukiwaniu najkorzystniejszych źródeł finansowania (Wrońska, 2004: 43). Wobec tego strategii zarządzania płynnością finansową stanowią jeden z podstawowych elementów szerszej strategii finansowej przedsiębiorstwa.

Dokonując oceny w zakresie płynności finansowej, można stwierdzić, iż występuje kilka typów czy też rodzajów strategii płynności finansowej zdefiniowanych w literaturze przedmiotu.

Można wyróżnić: strategię płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko oraz strategię płynności finansowej w ujęciu harmonizacji (Wędzki, 2003: 121–207). Czasami strategii te nazywane są również strategiami kapitału obrotowego netto (Bielawski, 2011: 193–205). Niemniej jednak niektórzy autorzy wskazują na nieco inne pojmowanie strategii kapitału obrotowego netto (szerzej: Bień, 2008: 194–195; Rogowski, Lipski, 2014: 11–42; Wawryszuk-Misztal, 2007: 77–81; Ostaszewski (red.), 2015: 185–195), a rozumiana jest ona jako kształtowanie różnicy pomiędzy poziomem aktywów obrotowych i zobowiązań krótkoterminowych w przedsiębiorstwie.

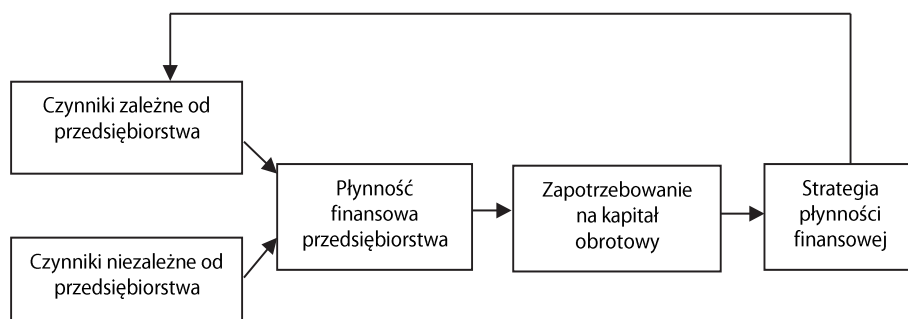
Obok wspomnianych strategii, mowa może być również o strategii kształtowania kapitału obrotowego brutto (Wędzki, 1997: 453–462; Sierpińska, Wędzki,

2017: 101–104). Przedstawia się je osobno dla aktywów obrotowych i zobowiązań krótkoterminowych (Sierpińska, Wędzki, 2017: 92).

Mając na uwadze te rozważania można mówić o następujących strategiach zarządzania płynnością finansową:

- strategia kapitału obrotowego netto,
- strategia kapitału obrotowego brutto,
- strategia płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko,
- strategia płynności finansowej w ujęciu harmonizacji.

Podczas tworzenia strategii płynności finansowej każdego przedsiębiorstwa powinny być brane pod uwagę czynniki, które kształtują zapotrzebowanie na kapitał obrotowy oraz płynność finansową przedsiębiorstwa. Czynniki te można podzielić na czynniki zależne oraz niezależne od przedsiębiorstwa. W przypadku czynników zależnych, przedsiębiorstwo ma możliwość realnego na nie oddziaływania. Można do nich zaliczyć m.in.: stosowaną technologię, typ branży, stosowaną strategię finansową, stopę zysku ze sprzedaży, zmienność przepływów pieniężnych czy bieżącą oczekiwaną stopę zwrotu z aktywów operacyjnych. Do czynników niezależnych zaliczają się takie aspekty jak: koniunktura gospodarcza, wysokość podatków i innych obciążeń przedsiębiorstwa, koszty siły roboczej i inwestycji w środki trwałe, wartość aktywów, koszty kapitału obcego i kapitału ogółem, dostępność kapitału oraz stopień asymetrii informacji o przyszłych źródłach finansowania (Wędzki, 2003: 72–73). Relację pomiędzy czynnikami kształtującymi płynność finansową przedsiębiorstwa a jego strategią płynności finansowej ilustruje rysunek 3.3.



Rysunek 3.3. Relacja pomiędzy czynnikami kształtującymi płynność finansową a jej strategią

Źródło: Wędzki, 2003: 72.

Oczywiście w przypadku działalności szpitala można sklasyfikować również wiele czynników, zarówno zależnych od niego, jak i niezależnych, kształtujących płynność finansową. Co do czynników niezależnych sytuacja szpitala i innych przedsiębiorstw jest analogiczna. Natomiast w przypadku czynników zależnych, szpitale niewątpliwie mogą oddziaływać na wykorzystanie odpowiednich

technologii medycznych¹ czy stosowane strategie finansowe, przynajmniej w pewnym zakresie. Szpitale mogą oddziaływać na takie aspekty działalności finansowej jak kształtowanie odpowiednich relacji z dostawcami czy innymi kontrahentami, a także pracownikami. Niemniej jednak, ze względu na omówione już w pracy różnice występujące pomiędzy szpitalem a typowym przedsiębiorstwem funkcjonującym w realiach rynkowych, na niektóre czynniki, na które większość przedsiębiorstw może oddziaływać, szpital nie ma wpływu. Można tu wymienić np. stopę zysku ze sprzedaży. O ile większość przedsiębiorstw marzę za wykonane usługi może kształtować w dowolny sposób, o tyle szpitale są w tym przypadku ograniczone wyceną poszczególnych świadczeń, dokonywaną przez instytucję zewnętrzną. W przypadku działalności szpitali zwykle nie występuje odpłatność bezpośrednia za udzielone świadczenia zdrowotne. Szpitalom trudno jest oddziaływać na płatnika trzeciej strony (NFZ) np. w zakresie przyspieszenia spływu należności. Brak konkurencji po stronie płatnika uniemożliwia również swobodny wybór instytucji, z którymi szpitale mogłyby zawierać kontrakty o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Opisując strategie płynności finansowej, związane z zarządzaniem kapitałem obrotowym netto (KON), można stwierdzić, iż w tym przypadku wyróżnia się trzy typy strategii: konserwatywną (zachowawczą), agresywną i umiarkowaną.

Strategia konserwatywna KON jest ukierunkowana na bezpieczeństwo przedsiębiorstwa w zakresie zachowywania płynności finansowej i polega na utrzymaniu jak najwyższego poziomu kapitału obrotowego netto. Przyjmuje się, iż spośród trzech wspomnianych strategii zarządzania KON jest to strategia najbardziej kosztowna dla przedsiębiorstwa, co ma związek z niskim poziomem zobowiązań bieżących – uważanych za relatywnie tanie źródło finansowania przedsiębiorstwa – w stosunku do wysokiego udziału kapitałów stałych – uważanych za relatywnie drogie źródło finansowania przedsiębiorstwa (Ostaszewski (red.), 2015: 185–195). W przypadku strategii konserwatywnej KON statyczne wskaźniki płynności finansowej powinny kształtować się na relatywnie wysokim poziomie, natomiast cykl konwersji gotówki powinien być dodatni, lecz dosyć krótki (Bolek, Grosicki, 2013: 487–504). Atutem tej strategii jest bezpieczeństwo finansowe przedsiębiorstwa. Bezpieczeństwo to jest jednak związane z ograniczonymi możliwościami w zakresie podniesienia poziomu rentowności.

Strategia agresywna stanowi dokładną odwrotność strategii konserwatywnej. W jej przypadku poziom kapitału obrotowego netto jest zbliżony do zera albo wręcz przybiera wartości ujemne. Strategia ta jest związana z niskim poziomem płynności finansowej i tym samym – wysokim poziomem ryzyka finansowego przedsiębiorstwa. Przyjmuje się natomiast, iż jest to dla przedsiębiorstwa najmniej

1 Np. często wewnętrzną sprawą szpitala będzie, jakie badania i procedury medyczne w przypadku danego pacjenta należy zastosować – choć oczywiście musi odbywać się to z uwzględnieniem protokołów medycznych i wskazań w zakresie danej jednostki chorobowej.

kosztowna strategia zarządzania KON ze względu na duży udział w sumie bilansowej zobowiązań bieżących (Ostaszewski (red.), 2015: 185–195). W przypadku tej strategii występują najczęściej niskie wartości statycznych wskaźników płynności finansowej oraz niskie wartości cyklu konwersji gotówki (Bolek, Grosicki, 2013: 487–504). Atut tej strategii stanowią możliwości dotyczące zwiększenia poziomu rentowności przedsiębiorstwa. Wadą jest natomiast niski poziom bezpieczeństwa finansowego.

Ostatnia ze strategii – tj. strategia umiarkowana – stanowi swego rodzaju kompromis pomiędzy strategią konserwatywną i agresywną. W jej przypadku kapitały stałe w pełni finansują aktywa trwałe, a udział zobowiązań bieżących jest wyższy niż w przypadku strategii konserwatywnej, a niższy niż w przypadku strategii agresywnej (Ostaszewski (red.), 2015: 185–195). Łączy ona w sobie cechy obu wcześniejszych strategii – tj. konserwatywnej i agresywnej.

Analogiczne typy strategii – tj. agresywna, konserwatywna i umiarkowana – występują w przypadku strategii kształtowania kapitału obrotowego brutto. Szczegółową procedurę wyznaczania strategii kształtowania kapitału obrotowego brutto opisał Wędzki (1997: 453–462).

Wybór odpowiedniej strategii w przypadku zarządzania kapitałem obrotowym uzależniony jest w znacznym stopniu od podejścia kadry zarządzającej przedsiębiorstwem do ryzyka. Bardziej konserwatywna kadra będzie preferowała posiadanie większego poziomu kapitału obrotowego przy założonym wolumenie sprzedaży aniżeli kadra w większym stopniu akceptująca ryzyko (Walker, 1964: 21–35). Pozytywnym aspektem posiadania nadwyżki w przypadku kapitału obrotowego netto jest zmniejszenie ryzyka funkcjonowania przedsiębiorstwa, negatywnym natomiast obniżenie rentowności przedsiębiorstwa wynikające z wyższych kosztów (Wawryszuk-Misztal, 2007: 78). Trzeba tu podkreślić, że ze względu na opisane już w pracy nierynkowe cechy związane z działalnością szpitali, rola kadry zarządzającej szpitalem może być ograniczona. Ma to związek z brakami w podejściu menedżerskim w zakresie zarządzania szpitalem oraz brakiem odpowiedzialności finansowej kadry zarządzającej szpitalami publicznymi za sytuację finansową podległych jednostek. Tym samym, kadra może nie być odpowiednio zmotywowana do aktywnego i dynamicznego zarządzania finansami szpitala. Niemniej jednak, jak to zostanie wskazane w dalszej części pracy, pomiędzy szpitalami występują różnice w zakresie strategii zarządzania kapitałem obrotowym netto.

Kolejna ze wskazanych strategii płynności finansowej, tj. strategia płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko jest związana z dwoma przeciwstawnymi celami, jakie stoją przed każdym przedsiębiorstwem – tj. minimalizacją ryzyka utraty płynności finansowej oraz maksymalizacją wartości dla właścicieli przedsiębiorstwa. Oba te cele są ściśle związane z poziomem i strukturą kapitału obrotowego. Na całkowitą strategię płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko składają się trzy strategie cząstkowe obejmujące: strategię aktywów obrotowych, strategię finansowania aktywów obrotowych oraz strategię majątkowo-finansową

płynności finansowej (Wędzki, 2003: 121). Warto również w tym miejscu podkreślić, iż strategia płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko jest ściśle związana z relacją, jaka zachodzi pomiędzy rentownością a płynnością finansową w przedsiębiorstwie, o czym będzie jeszcze szerzej mowa w dalszej części pracy.

Ostatnia ze wskazanych wcześniej strategii zarządzania płynnością finansową, to strategia w ujęciu harmonizacji. Jest ona ściśle związana z cyklicznością sprzedaży przedsiębiorstwa. Strategia ta nazywana jest inaczej również koncepcją synchronizacji zarządzania płynnością finansową. Oparta jest na założeniach, że określone składniki majątku (w tym majątek obrotowy) oraz źródła jego finansowania nie są przedsiębiorstwu niezbędne przez cały czas, a tylko przez pewien okres, uzależniony od sezonowości w zakresie sprzedaży oraz że fazy cyklu sprzedaży determinują sposób zarządzania aktywami przedsiębiorstwa i źródłami ich finansowania (Wędzki, 2003: 171).

3.5. Zależność pomiędzy płynnością finansową a rentownością

Ocena sytuacji przedsiębiorstwa tylko przez pryzmat płynności finansowej może być niewystarczająca ze względu na ograniczoną informację, jaką się w ten sposób uzyskuje. Stąd bardzo często bada się relację pomiędzy wskaźnikami płynności finansowej i innymi wskaźnikami finansowymi, takimi jak wskaźniki rentowności (Bolek, Grosicki, 2013: 487–504). Obszar rentowności również wydaje się stanowić kluczowy obszar zarządzania finansami. Wskaźniki rentowności w szpitalu stanowią podstawowe syntetyczne mierniki, obrazujące jego efektywność finansową (Prędkiewicz i in., 2014: 28–43). Proces zarządzania płynnością finansową jest bardzo często wiązany z uzyskiwaną przez przedsiębiorstwo rentownością. W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele badań poświęconych temu zagadnieniu.

Zależność pomiędzy płynnością finansową i rentownością ma swoje historyczne uwarunkowania sięgające drugiej połowy XIX w. Oba te obszary w bardzo istotny sposób przyczyniły się do rozwoju analizy finansowej. Znaczenie ich zostało dostrzeżone wraz z wyodrębnieniem się klasy zawodowych menedżerów. Z punktu widzenia menedżerów istotna była przede wszystkim analiza rentowności, podczas gdy kredytodawców interesowała raczej zdolność przedsiębiorstwa do spłaty zobowiązań – czyli płynność finansowa (Horrigan, 1968: 284–294).

Obszary rentowności oraz płynności finansowej, obok pewności działania, stanowią podstawowe filary, na których powinna zasadać się ogólna strategia każdego przedsiębiorstwa. Właśnie na nich winny opierać się szczegółowe strategie finansowe w przedsiębiorstwie (Wawryszuk-Misztal, 2007: 37–39). Proces zarzą-

dzania płynnymi aktywami przekłada się na istotne implikacje dla osiągniętej przez przedsiębiorstwo rentowności (John, 1993: 91–100). Często spotkać można opinię, iż płynność finansowa, z punktu widzenia utrzymania się przedsiębiorstwa na rynku, jest ważniejsza od rentowności. Jednak w dłuższej perspektywie brak dodatniej rentowności również może uniemożliwić przetrwanie firmy na rynku (Wędzki, 2003: 35). Mając na uwadze przetrwanie przedsiębiorstwa w krótkim okresie, to właśnie płynność finansowa odgrywa ważniejszą rolę aniżeli rentowność, gdyż stwarza potencjał dla dalszego rozwoju przedsiębiorstwa i poprawy wyników. W dłuższej perspektywie jednak brak uzyskiwanej rentowności będzie skutkowało utratą płynności finansowej (Goldmann, 2017: 103–112). Z drugiej strony, nadmierna płynność finansowa może wynikać z nieefektywnego gromadzenia komponentów majątku obrotowego i przyczyniać się do zmniejszenia zyskowności przedsiębiorstwa, a tym samym w negatywny sposób oddziaływać na jego możliwości rozwojowe (Grabowska, 2012: 19).

Przytoczone we wcześniejszej części pracy rozważania dotyczące sektora szpitalnego w Polsce i reform systemowych powalają stwierdzić, że w przypadku szpitali kwestie dotyczące płynności finansowej i rentowności mogą wyglądać nieco inaczej niż w przypadku innych przedsiębiorstw. O ile z punktu widzenia kredytodawcy szpitala, płynność finansowa może być rzeczywiście istotna, o tyle w przypadku kadry zarządzającej szpitalem zarówno płynność finansowa, jak i rentowność nie muszą stanowić już tak istotnych kryteriów, jak w przypadku innych przedsiębiorstw funkcjonujących w realiach rynkowych. Choć ustawodawca starał się czynić próby mające zmobilizować szpitale do większej dbałości o poziomy rentowności, to zmiany nie były wprowadzane w przemyślany sposób. Umowy zawierane z dyrektorami publicznych szpitali wykluczały wręcz skuteczną motywację do działań racjonalizatorskich. Dodatkowo wspomniane już wykluczenia w prawie upadłościowym szpitali funkcjonujących w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej z możliwości ogłoszenia upadłości również budują przekonanie, że szpital – niezależnie od sytuacji finansowej i tego, czy posiada płynność finansową i dodatnią rentowność, czy też nie – i tak powinien funkcjonować. Wynika to z tego, że konkurencja i zastępowalność usług świadczonych przez szpitale jest ograniczona. Problemy z płynnością finansową i brakiem rentowności w szpitalach mogą przełożyć się przede wszystkim na trudności w świadczeniu usług zdrowotnych o dużym znaczeniu dla społeczeństwa. Zła sytuacja szpitala może również wiązać się z problemami po stronie dostawców współpracujących ze szpitalami (np. leków, materiałów opatrunkowych, firm outsourcingowych – sprzątających, cateringowych, itp.).

Analizując relację, jaka zachodzi pomiędzy płynnością finansową i zyskownością, należy zaznaczyć, że oba te obszary w przedsiębiorstwie znajdują się ze sobą ścisłym powiązaniu (Mońka, 2008: 275–285). Zgodnie z teorią, pomiędzy płynnością finansową i zyskownością występuje negatywna zależność – przy założeniu innych czynników pozostających bez zmian – co jest związane z mniejszą

możliwością do generowania zysku aktywów obrotowych w stosunku do aktywów trwałych (Gajdka, Walińska, 2000: 467). Pojęcie zyskowności może być utożsamiane z pojęciem rentowności, choć jak wskazuje Stępień (2015: 101–110), występują pewne rozbieżności pomiędzy autorami co do interpretacji pojęcia rentowności. Rentowność stanowi relatywną wielkość wyniku finansowego przedsiębiorstwa do innych podstaw obliczeniowych i nie powinna być utożsamiana z wynikiem finansowym czy zyskiem przedsiębiorstwa w ujęciu bezwzględny. Stępień (2015: 101–110) zaznacza ponadto, że w przypadku rentowności, może być mowa o zyskowności lub deficytowości. Sierpińska i Jachna (2004: 195) wskazują natomiast, że wskaźniki rentowności są nazywane inaczej wskaźnikami zyskowności. Mając na uwadze te rozważania, jak również to, że brak jest w literaturze „wskaźników deficytowości”, w dalszej części pracy pojęcie zyskowności będzie utożsamiane z rentownością.

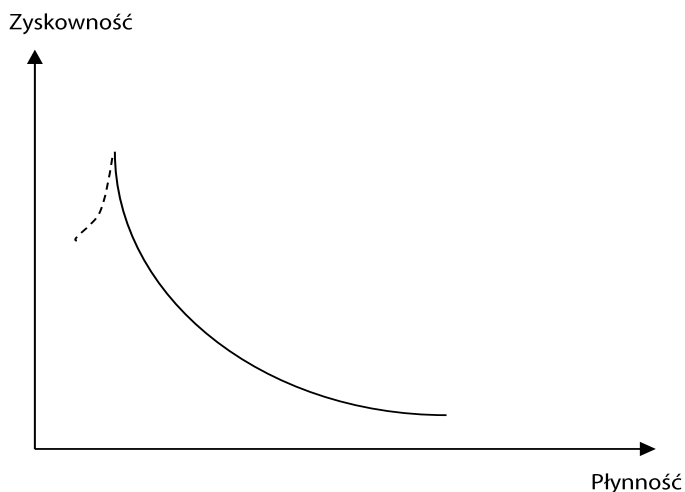
Trzeba tu podkreślić, że w przypadku omówionych wcześniej mierników płynności finansowej, negatywna zależność powinna dotyczyć wskaźników o charakterze statycznym, a w przypadku wskaźników składających się na cykl konwersji gotówki (dynamicznych): rotacji zapasów i należności. Pomiędzy rotacją zobowiązań i rentownością należałoby się spodziewać natomiast dodatniej zależności (Kowerski, 2016: 338–348). Należy tu jednak zaznaczyć, że o ile w przypadku wskaźników statycznych negatywna zależność wydaje się nie budzić kontrowersji, o tyle w przypadku wskaźników dynamicznych mogą pojawić się pewne wątpliwości. Opisana negatywna zależność pomiędzy cyklami zapasów i należności a rentownością pozostaje w zgodzie z logiką oraz teorią ekonomii. Krótsze cykle zapasów i należności znajdują odzwierciedlenie w wyższych poziomach rentowności. Jednak krótsze cykle zapasów i należności (postrzegane często jako miary płynności finansowej) mogą również świadczyć o wyższej płynności finansowej przedsiębiorstwa, co można by interpretować jako dodatnią zależność pomiędzy płynnością finansową i rentownością. Odwrotna relacja występuje natomiast w przypadku cyklu rotacji zobowiązań. Niemniej jednak, aby pozostać w zgodzie z wcześniejszymi badaniami, rozważania w dalszej części pracy pozostawiono przy interpretacji zaprezentowanej na wstępie tego akapitu, zakładającej negatywną zależność pomiędzy płynnością finansową i rentownością w przypadku wszystkich wskaźników o charakterze statycznym (tj. bieżącej, podwyższonej oraz natychmiastowej płynności finansowej), a także cykli rotacji zapasów i należności oraz pozytywną zależność pomiędzy cyklem rotacji zobowiązań i rentownością.

Obniżenie poziomu płynności finansowej i bezpieczeństwa przedsiębiorstwa może wynikać z ukierunkowania działań na cel, jaki stanowi maksymalizacja rentowności (Wawryszuk-Misztal, 2007: 38). Niektórzy autorzy wskazują, jest to pogląd ustalony zarówno przez teoretyków, jak i praktyków (Guzik, 2006: 57–68). Utrzymywanie przez przedsiębiorstwo wyższego poziomu płynności finansowej w stosunku do potrzeb, może niekorzystnie wpływać na jego rentowność (Sierpińska, Jachna, 2004: 153). Jak wskazuje Grzegorzewska-Ramocka (2009: 59–78), roz-

ważne zarządzanie finansami przedsiębiorstwa polega na znalezieniu kompromisu pomiędzy płynnością finansową a zyskiem. Wyższa płynność finansowa to wyższe bezpieczeństwo przedsiębiorstwa – wiąże się to jednak ze zmniejszonymi szansami na ekspansję i wypracowaniem zysku w krótkim czasie przez przedsiębiorstwo.

Generalnie przyjmuje się, że spadek płynności finansowej przekłada się na wzrost rentowności. Należy jednak zaznaczyć, iż zbyt obniżenie płynności finansowej i przekroczenie pewnego progu granicznego może doprowadzić do gwałtownego spadku rentowności (Narkiewicz, 2007: 331–345).

Opisywana zależność została przedstawiona na rysunku 3.4, obrazującym relację pomiędzy zyskownością a płynnością finansową.



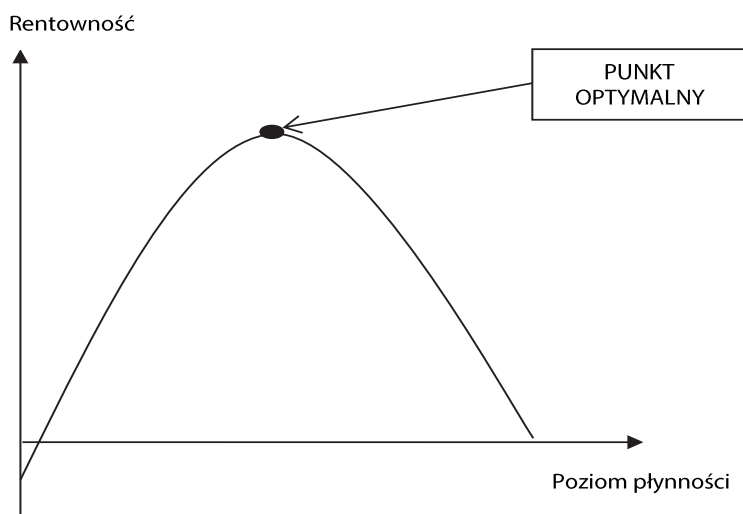
Rysunek 3.4. Relacja pomiędzy płynnością finansową i rentownością przedsiębiorstwa

Źródło: Gajdka, Walińska, 2000: 467.

Ujemna relacja pomiędzy płynnością finansową i rentownością widoczna jest na rysunku w przypadku linii ciągłej. Prezentuje ona typową sytuację przedsiębiorstwa, kiedy ewentualne obniżenie płynności finansowej jest dokonywane w sposób kontrolowany. Kiedy jednak zmniejszenie płynności finansowej odbywa się w sposób niekontrolowany i zostanie przekroczona minimalna dopuszczalna granica płynności, to wtedy spadkowi płynności finansowej zaczyna towarzyszyć również spadek rentowności (Gajdka, Walińska, 2000: 467), co wskazuje na dodatnią zależność pomiędzy tymi zmiennymi. Sytuację tą obrazuje z kolei linia przerywana na rysunku 3.4.

W nieco odmienny sposób relację pomiędzy płynnością finansową i rentownością przedstawia Michalski (2010: 25), opierając się na rozważaniach Hundleya i in. (1996: 1659–1674). Relacja ta przebiega w sposób przedstawiony na rysunku 3.5.

Poziom płynnych aktywów w przedsiębiorstwie powinien być utrzymywany na optymalnym – nie za niskim poziomie – aby przedsiębiorstwo mogło terminowo spłacać swoje zobowiązania. Wraz z przekroczeniem tego optymalnego punktu, nadwyżka płynnych aktywów w negatywny sposób wpływa na rentowność przedsiębiorstwa (Michalski, 2010: 25). Wynika z tego, że zależność pomiędzy płynnością finansową może być zarówno negatywna, jak i pozytywna. Dodatnia relacja występuje w przypadku trudnej sytuacji finansowej przedsiębiorstwa. Ujemne poziomy rentowności związane są ze spadkiem płynności. Ponadto, w przypadku dodatniej rentowności, zanim przedsiębiorstwo osiągnie wspomniany optymalny poziom w relacji pomiędzy płynnością finansową i rentownością, zależność pozostaje również pozytywna. Z kolei po przekroczeniu optymalnego poziomu, zależność ta staje się negatywna.



Rysunek 3.5. Punkt optymalny w relacji pomiędzy płynnością finansową i rentownością

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Michalski, 2010: 25.

Taki sposób prezentacji zależności pomiędzy płynnością finansową i rentownością – tj. w kształcie odwróconej litery U (rysunek 3.5) – charakterystyczny jest dla najnowszych pozycji w literaturze przedmiotu, powstałych na początku drugiej dekady XXI w. (Kowerski, 2016: 338–348). Wskazanie na występowanie zależności pomiędzy płynnością finansową i rentownością właśnie w takiej formie zostało potwierdzone w badaniach: Baños-Caballero i in. (2012: 517–529), Fahim i in. (2015: 108–122), Thapa (2013, <http://mpr.a.ub.uni-muenchen.de> [dostęp: 18.11.2017]), Podilchuk (2013, <https://kse.ua/> [dostęp: 20.08.2018]) czy na polskim gruncie: Kowerski (2016: 338–348).

Występowanie dodatniej zależności pomiędzy płynnością finansową i rentownością na rysunku 3.5 można jednak, przynajmniej do pewnego stopnia, tłumaczyć etapem rozwoju przedsiębiorstwa. Jest ona charakterystyczna dla procesu gromadzenia płynnych aktywów aż do pewnego optymalnego poziomu w przedsiębiorstwie. Można uznać, że poniżej punktu optymalnego, poziom płynnych aktywów jest za niski. Może to skutkować problemami związanymi z terminowym regulowaniem zobowiązań i tym samym przyczyniać się do zagrożenia istnienia takiego przedsiębiorstwa na rynku. W związku z tym, okres ten powinien mieć charakter przejściowy (przejściowy charakter odpowiada sytuacji przedstawionej na rysunku 3.5 za pomocą linii przerywanej). Po przekroczeniu natomiast wspomnianego optimum, nie występuje zagrożenie funkcjonowania przedsiębiorstwa na rynku związane z utratą płynności finansowej. Występuje natomiast możliwość obniżenia rentowności.

Stąd najprawdopodobniej wskazania we wcześniejszych pozycjach literatury przedmiotu ukierunkowane są raczej na negatywną zależność w przypadku relacji płynność finansowa–rentowność. Dodatnia zależność może występować przejściowo, sygnalizując poważne problemy finansowe przedsiębiorstwa.

Poniżej wskazano wyniki badań dotyczące zależności pomiędzy płynnością finansową i rentownością w sektorze przedsiębiorstw. Badaniom dotyczącym płynności finansowej oraz jej relacji z rentownością w sektorze szpitali został poświęcony kolejny, osobny podrozdział.

Wiele spośród przeprowadzonych dotychczas badań poświęconych powiązaniu rentowności z płynnością finansową w sektorze przedsiębiorstw potwierdza tezę o negatywnej zależności pomiędzy tymi dwoma obszarami zarządzania w zakresie finansów przedsiębiorstwa. Przykład tego typu badania przedstawił Eljelly (2004: 48–61), w którym na podstawie próby pochodzącej z przedsiębiorstw z Arabii Saudyjskiej wykazał negatywną zależność pomiędzy rentownością operacyjną sprzedaży netto i płynnością finansową mierzoną wskaźnikiem bieżącej płynności finansowej oraz cyklem konwersji gotówki. Inne badanie przeprowadzili Sen i Oruc (2009: 109–114), wskazując, że wśród przedsiębiorstw notowanych na giełdzie w Istambule zachodzi istotna statystycznie ujemna zależność pomiędzy rentownością aktywów i wskaźnikiem bieżącej płynności finansowej, cyklem konwersji gotówki oraz takimi jego składowymi jak cykl rotacji należności i cykl rotacji zapasów. Azam i Haider (2011: 481–492) wskazywali na przykładzie giełdowych przedsiębiorstw spoza sektora finansowego na istotną statystycznie ujemną zależność pomiędzy rentownością aktywów oraz cyklem rotacji zapasów i wskaźnikiem bieżącej płynności finansowej, a także rentownością kapitału własnego oraz cyklem konwersji gotówki i cyklem rotacji zapasów. W ten nurt wpisuje się również badanie Kadummi i Radaman (2012: 217–226) przeprowadzone w sektorze jordańskich przedsiębiorstw przemysłowych notowanych na giełdzie w Ammanie. Istnieją również przykłady polskich badań potwierdzających negatywną zależność pomiędzy płynnością finansową i rentownością. Można tu przywołać m.in. badanie

Guzika (2006: 57–68), gdzie autor dokonał krytycznej analizy różnych metod oceny powiązań pomiędzy płynnością finansową i rentownością na przykładzie branży bankowej. Inny przykład takiego badania stanowi analiza wykonana przez Bolek i Wilińskiego (2012: 38–52), w której to autorzy wykazali ujemną zależność pomiędzy płynnością finansową i rentownością na próbie przedsiębiorstw z sektora budowlanego notowanych na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie. Autorzy zbudowali model rentowności, gdzie zmienną objaśnianą była rentowność majątku (ROA), a zmiennymi objaśniającymi (obok innych zmiennych kontrolnych) takie miary płynności finansowej jak wskaźnik szybkiej płynności finansowej oraz cykl konwersji gotówki. Waściński i Kruk (2010: 9–20) poddali analizie wybrane spółki giełdowe z branży producentów słodyczy w Polsce. Ich analiza wskazała na negatywną zależność pomiędzy płynnością finansową i rentownością w przypadku badanych przedsiębiorstw. Również w pewnym stopniu w ten nurt badań wpisuje się analiza wykonana przez Narkiewicza (2007: 331–345) na wybranych spółkach publicznych z branży cukierniczej.

W literaturze przedmiotu występują też badania, gdzie zależność pomiędzy płynnością finansową i rentownością ma charakter niejednoznaczny. Przykładowo, Deloof (2003: 573–588) na podstawie analizy dużych, niefinansowych przedsiębiorstw w Belgii wskazuje, że rentowność może zostać podwyższona dzięki skróceniu okresu rotacji należności – co jest zgodne z założeniem o ujemnej zależności, ale też, że mniej rentowne przedsiębiorstwa wolniej regulują swoje zobowiązania, co z kolei można uznać w pewnym sensie za zaprzeczenie tej zależności. Zgodnie z przytoczonymi wcześniej rozważaniami, krótkie cykle rotacji zobowiązań są ukierunkowane na zachowanie płynności finansowej przedsiębiorstwa, długie na zwiększenie rentowności. Mamy tutaj jednak do czynienia z sytuacją odwrotną. Podobne wnioski przedstawili Lazardis i Tryfonidis (2006: 26–35), analizując przedsiębiorstwa w Grecji i wskazując, że ujemna zależność występuje pomiędzy rentownością (mierzoną jako zysk operacyjny brutto) a cyklem rotacji należności i zapasów. Z kolei w przypadku mniej rentownych przedsiębiorstw występują krótsze cykle rotacji zobowiązań. Garanina i Petrova (2015: 90–100) na przykładzie przedsiębiorstw rosyjskich wykazały, że z jednej strony w przypadku rentowności (mierzonej wskaźnikiem rentowności aktywów operacyjnych netto) i cyklu konwersji gotówki występuje ujemna zależność, to jednak już w przypadku rentowności i wskaźnika bieżącej płynności finansowej zależność jest dodatnia. Garanina i Petrova zaznaczyły jednak, że zwiększanie wskaźnika bieżącej płynności finansowej celem maksymalizacji rentowności może następować tylko do pewnego momentu, co byłoby zgodne z omówioną wcześniej zależnością pomiędzy płynnością finansową i rentownością w kształcie odwróconej litery U. Gill i in. (2010: 1–9), analizując przedsiębiorstwa sektora produkcyjnego w Stanach Zjednoczonych, wykazali natomiast ujemną zależność pomiędzy rentownością (mierzoną za pomocą zysku operacyjnego brutto) i cyklem rotacji należności, ale też dodatnią zależność pomiędzy rentownością i cyklem konwersji gotówki. Nie zna-

leżli natomiast statystycznie istotnej zależności pomiędzy rentownością a cyklami rotacji zapasów i zobowiązań. Z polskich badań kwestionujących negatywną zależność pomiędzy płynnością finansową i rentownością, podkreślających niejednoznaczny charakter tej relacji, można przywołać badania Kellera i Pastusiaka (2014: 157–170) oraz Pastusiaka i Kellera (2014: 65–75). W obu przytoczonych badaniach ich autorzy dokonali analizy na próbie polskich spółek giełdowych. Płynność finansowa była reprezentowana przez wskaźniki bieżącej (CR) oraz szybkiej płynności finansowej (QR), natomiast rentowność przez wskaźniki rentowności: majątku ogółem (ROA), kapitału własnego (ROE) oraz przez zysk operacyjny (EBIT). W obu opisywanych badaniach otrzymane przez autorów wyniki wskazywały na pozytywną zależność pomiędzy ROA i CR, ROE i QR, a negatywną zależność pomiędzy ROE i CR. Na zysk operacyjny (EBIT) CR miało wpływ negatywny, a QR pozytywny.

W literaturze można również odnaleźć badania, które przeczą ujemnej zależności pomiędzy rentownością a płynnością finansową przedsiębiorstwa. Sytuacja taka często tłumaczona jest specyfiką sektora, w którym badanie zostało przeprowadzone. Jedno z takich badań przeprowadzili Bolek i Wolski (2010: 44–52) na grupie przedsiębiorstw notowanych na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie. Wykazali oni, że ograniczanie płynności finansowej nie prowadzi do wzrostów rentowności – ani w przypadku wskaźnika rentowności kapitału własnego (ROE), ani rentowności aktywów (ROA). W innym badaniu Bolek (2013b: 1–15), na przykładzie przedsiębiorstw z polskiego rynku New Connect, wskazywała na istotną statystycznie dodatnią zależność pomiędzy rentownością mierzoną marżą zysku brutto i wskaźnikiem bieżącej płynności finansowej. Bieniasz i in. (2007: 62–75) przeprowadzili z kolei badanie na przykładzie przedsiębiorstw z branży spożywczej notowanych na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie. Wykazali dodatnią zależność pomiędzy płynnością finansową a rentownością, podkreślając jednak jego bardzo słaby stopień i zaznaczając, że ten wpływ był w zasadzie marginalny. Kolejne badanie, z którego wnioski wskazują na pozytywną zależność pomiędzy rentownością i płynnością finansową wykonała Zuba (2010: 263–273) na przykładzie polskiej branży mleczarskiej. Zawadzka i in. (2011: 195–207) przeprowadzili badanie analizujące wpływ rentowności na płynność finansową na przykładzie polskich przedsiębiorstw rolnych. Wnioski z ich badania sugerują, iż w znaczącym stopniu zależność pomiędzy rentownością a płynnością finansową jest dodatnia. Wasilewski i Gałęcka (2010: 231–240), analizując również gospodarstwa rolne z regionu lubelskiego, stwierdzili, iż na ogół występowała w ich przypadku dodatnia zależność pomiędzy wskaźnikiem rentowności kapitału własnego a wskaźnikiem bieżącej płynności finansowej.

W wielu spośród opisanych powyżej badań, dla weryfikacji zależności pomiędzy płynnością finansową i rentownością, zostały wykorzystane metody modelowania ekonometrycznego. W tabeli 3.4 zaprezentowano syntetyczne zestawienie obejmujące występujące w takich modelach zmienne zależne i niezależne.

Tabela 3.4. Zmienne w modelach ekonometrycznych ujmujących zależność pomiędzy płynnością finansową i rentownością

Badanie	Kraj	Zmienna zależna	I
Eljelly (2004)	Arabia Saudyjska	RS	CR, CCC, InS
Gill, Biger, Mathur (2010)	Stany Zjednoczone	RA	CN, CZ, CZB, CCC, InS, DR, Astr2
Kaddumi, Ramadan (2012)	Jordania	RA	CN, CZ, CZB, CCC, SCA, Astr1, LCL, InS, ΔS, CR
Deloof (2003)	Belgia	RA	InS, ΔS, CN, CZ, CZB, CCC, DR, Astr2, SD
Garanina, Petrova (2015)	Rosja	RA	CCC, CR, InTA, SEC
Lazardis, Tryfonidis (2006)	Grecja	RA	CN, CZK, CCC, Astr2, DR, InS
Banos-Caballero, Garcia-Truel, Martinez-Solano (2012)	Hiszpania	RA	CCC, InS, ΔS, DR
Thapa (2013)	Stany Zjednoczone i Kanada	RA	CCC, DR, ΔS, InTA, SD
Fahim, Kaviani, Fahstali (2015)	Iran	RA	CCC, InTA, DR, ΔS, CR, QR, KONTA
Sen, Oruc (2009)	Turcja	RA	CCC, KONS, CR, KONTA, CN, CZ, CZK
Bolek, Wilinski (2012)	Polska	RA	InTA, Astr1, DE, QR, CN, CZ, CCC, ΔS, DGDP
Kowerski (2016)	Polska	RA, RE, RS	CR, QR, InTA, DGDP
Zawadzka, Ardan, Szafraniec-Siluta (2011)	Polska	QR	RS, RA, EA, PZ, PG, UR
Keller, Pastusiak (2014)	Polska	InEBIT	KON, InKON, LnCR, LnQR
Bolek (2013b)	Polska	RS, RA, RE	DR, LCL, Astr1, CCC, CR, NCF, FCF

gdzie:

RA – rentowność majątku (w oparciu o zysk netto, EBIT lub EBITDA)²

RS – rentowność sprzedaży (w oparciu o zysk netto, zysk brutto, EBIT lub EBITDA)³

2 Pojęcie RA obejmuje tu wszelkie wskaźniki rentowności majątku – nie tylko klasyczną formułę ROA: zysk netto/aktywa ogółem. W zależności od badania występowały tu różne wariacje wskaźnika, niemniej jednak dla wszystkich formuł wspólny mianownik stanowił majątek przedsiębiorstwa. Można odnaleźć badania, gdzie zyskowność (rozumiana jako zysk netto, EBIT lub EBITDA) była odnoszona do wartości całkowitego majątku przedsiębiorstwa, ale też to majątku pomniejszonego o aktywa finansowe.

3 Pojęcie RS obejmuje tu wszelkie wskaźniki rentowności sprzedaży – nie tylko klasyczną formułę ROS: zysk netto/przychody ze sprzedaży. W zależności od badania występowały tu

- RE – rentowność kapitału własnego w oparciu o zysk netto (ROE);
 EBIT – zysk operacyjny;
 CR – wskaźnik bieżącej płynności finansowej;
 QR – wskaźnik szybkiej (podwyższonej) płynności finansowej;
 CCC – cykl konwersji gotówki;
 CZ – cykl zapasów w dniach;
 CN – cykl należności w dniach;
 CZK – cykl zobowiązań krótkoterminowych w dniach;
 lnTA – logarytm naturalny z wartości majątku ogółem;
 lnS – logarytm naturalny z wartości sprzedaży;
 ΔS – przyrost tempa wzrostu sprzedaży;
 DGDP – przyrost tempa wzrostu produktu krajowego brutto;
 DR – wskaźnik ogólnego zadłużenia;
 DE – wskaźnik zadłużenia kapitału własnego;
 EA – wskaźnik pokrycia aktywów kapitałem własnym;
 KON – różnica pomiędzy majątkiem obrotowym i zobowiązaniami krótkoterminowymi;
 KONTA – relacja kapitału obrotowego netto do aktywów ogółem;
 KONS – relacja kapitału obrotowego netto do sprzedaży;
 Astr1 – udział aktywów obrotowych w majątku całkowitym;
 Astr2 – udział aktywów trwałych w majątku całkowitym;
 LCL – wskaźnik płynności zobowiązań bieżących (udział zobowiązań bieżących w całkowitych aktywach/pasywach);
 SCA – relacja sprzedaży netto do aktywów obrotowych;
 NCF – relacja przepływów pieniężnych netto do majątku ogółem;
 FCF – relacja wolnych przepływów pieniężnych (FCFF) do majątku ogółem;
 PZ – przeciętne zatrudnienie w przedsiębiorstwie;
 PG – powierzchnia gruntów przeznaczonych pod działalność operacyjną (rolniczą);
 UR – stosunek powierzchni przeliczeniowej do fizycznej użytków rolnych;
 SD – odchylenie standardowe wskaźnika rentowności;
 SEC – rodzaj sektora, w którym działa przedsiębiorstwo (zmienna 0–1).

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie analizy informacji zawartych w tabeli 3.4 można zauważyć, że w przypadku niemal wszystkich przedstawionych modeli (za wyjątkiem jednego badania – tj. Zawadzka i in. (2011: 195–207)) miary płynności finansowej były wykorzystywane jako zmienne objaśniające rentowność przedsiębiorstwa. W formie zmiennej objaśnianej najczęściej występowała natomiast rentowność majątku, znacznie rzadziej natomiast rentowność sprzedaży czy kapitału własnego.

rozne wariacje wskaźnika (oparte w liczniku na zysku netto, zysku brutto, EBIT, EBITDA). Niemniej jednak dla wszystkich formuł wspólny mianownik stanowiły przychody ze sprzedaży.

Podsumowując rozważania zawarte w niniejszym podrozdziale, można zauważyć, że część z zaprezentowanych powyżej badań jest zgodna z negatywnym charakterem relacji pomiędzy płynnością finansową i rentownością. Część badań jednak wskazuje na odmienne wnioski. Badania były prowadzone w wielu różnych krajach, cechującymi się bardzo często zróżnicowanymi warunkami rynkowymi.

W przypadku badań wskazujących na dodatnią zależność pomiędzy płynnością finansową i rentownością sytuacja taka bardzo często (choć nie zawsze) występowała w sektorach o charakterze rolniczym i spożywczym. W związku z tym kierunek tej zależności może być uwarunkowany specyfiką branży.

Mając na uwadze opisaną już specyfikę polskiej branży szpitalnej, należy zauważyć, że szpitale różnią się znacząco od pozostałych przedsiębiorstw funkcjonujących w realiach rynkowych, stąd można przypuszczać, że typowe relacje finansowe nie będą tu zachowane. Przypuszczenie to wymaga jednak szerszej analizy w zakresie badań dotyczących problemów związanych z płynnością finansową w sektorze szpitali, gdyż żadne z przytoczonych w niniejszym podrozdziale badań nie było poświęcone sytuacji podmiotów szpitalnych.

3.6. Płynność finansowa w świetle badań w sektorze szpitali

Problem zarządzania płynnością finansową w szpitalu został dostrzeżony już wiele lat temu. W literaturze przedmiotu można odnaleźć wiele pozycji poświęconych temu problemowi. Dotyczą one zarówno uwzględniania różnych aspektów płynności finansowej w ocenie działalności szpitala, jak i analizie zależności, jakie zachodzą pomiędzy różnymi kategoriami finansowymi w szpitalu – również pomiędzy płynnością finansową i rentownością. W dalszym ciągu jednak w literaturze przedmiotu pozostaje miejsce na doprecyzowanie pewnych pojęć – w tym właśnie związanych z dookreśleniem strategii płynności finansowej stosowanej przez szpitale.

Jednym z aspektów zarządzania płynnością, tj. kapitałem obrotowym, w szpitalu już wiele lat temu zajmował się Elnicki (1977: 209–218). Analizując sytuację amerykańskich szpitali, działających w formie organizacji non-profit w latach 1960–1964, stwierdził, że szpitale funkcjonują w tym samym środowisku ekonomicznym co inne przedsiębiorstwa ukierunkowane na maksymalizowanie zysku. Podkreślał, że szpitale podobnie jak i inne podmioty, muszą utrzymywać odpowiedni poziom zapasów, dokonywać analogicznych operacji finansowych czy zapewnić sobie odpowiedni poziom płynności finansowej (mierzonej wskaźnikiem bieżącej płynności finansowej), aby zadowolić potencjalnych pożyczkodawców.

Zaznaczał już wtedy również, że sektor szpitali jest krytykowany od długiego czasu za osiągnięcie miernych wyników w zakresie zarządzania finansowego.

Znaczenie zarządzania kapitałem obrotowym w szpitalu dostrzegli też w 1979 r. Aggarwal i Hahn (1979: 13), którzy na podstawie danych ze 110 szpitali z badania ankietowego wskazywali, że pomimo tego, że zarządzanie kapitałem obrotowym netto w szpitalu stanowi bardzo istotną funkcję, to personel zarządzający szpitalami wciąż poświęca temu zjawisku zbyt mało czasu w porównaniu do kadry menedżerskiej innych przedsiębiorstw funkcjonujących w gospodarce. Oceną tego, jak istotny jest to proces w zarządzaniu finansowym szpitala, zajmował się również Oszustowicz (1980: 12–20). Ponadto, na rosnące znaczenie zarządzania kapitałem obrotowym w szpitalu wskazywał również Norton (1994: 2).

Chu i in. (1991: 39–58), analizując sytuację ponad 100 amerykańskich szpitali ze stanu Indiana w latach 1983–1987, dostarczyli dowodów na to, że osoby zarządzające finansami szpitala powinny przykładać dużo uwagi do relacji zachodzących pomiędzy poziomem kapitałów własnych do aktywów ogółem, jak również do takich kategorii finansowych jak zysk netto, przepływy pieniężne czy też kapitał obrotowy. Wskazują oni, że kapitał obrotowy stanowi miarę, która w lepszy sposób oddaje sytuację szpitala, aniżeli przepływy pieniężne netto czy zysk netto powiększony o amortyzację. Ponadto podkreślali, że do oceny finansowej działalności szpitala należy stosować analogiczne wskaźniki finansowe, jak w przypadku innych przedsiębiorstw funkcjonujących w gospodarce.

Zeller i in. (1996: 161–181), tworząc nową perspektywę dotyczącą oceny finansowej szpitali na przykładzie 2189 amerykańskich szpitali w latach 1989–1992, wskazali na sześć najważniejszych obszarów stanowiących podstawę oceny kondycji finansowej tego typu jednostek. Pośród nich znalazły się właśnie obszary zarządzania płynnością finansową i kapitałem obrotowym, obok odpowiedniego utrzymywania struktury kapitału, rentowności, wydajności i zużycia środków trwałych, a także zadłużenia. Autorzy podkreślali również fakt, że analiza wskaźnikowa stanowi istotne i akceptowane narzędzie służące ocenie i porównaniom dokonywanym w sektorze szpitalnym. Musi być ona jednak lepiej rozpoznana i odpowiednio dopasowana do sektora szpitali ze względu na to, że różni się on od innych sektorów gospodarki m.in. tym, że ukierunkowanie na zysk i maksymalizacja wartości dla właścicieli nie stanowią podstawowego celu działania. Głównym celem zarządzania finansowego w szpitalu winna być raczej długoterminowa stabilizacja finansowa.

Cleverley i Harvey (1992: 20–26), obok analizy problemów związanych ze zdolnością kredytową, ryzykiem finansowym czy rentownością szpitali, również poświęcili uwagę płynności finansowej w sektorze szpitalnym. Sytuację szpitali analizowali na tle sektorów: przemysłowego, transportowego oraz użyteczności publicznej, wskazując na słabości, które występują w sektorze szpitalnym, a nie występują w innych sektorach i wymagają poprawy.

Gaughan i Koepke (2014: 94) dokonali analizy płynności finansowej blisko 600 amerykańskich szpitali w latach 2010–2013 w oparciu o takie wskaźniki, jak m.in. wskaźnik płynności bieżącej oraz wskaźnik rotacji zobowiązań. W przypadku wskaźnika bieżącej płynności finansowej, przeciętna wartość (mediana) wyniosła 2,05, natomiast rotacja zobowiązań 58,2 dnia. W kontekście wcześniejszych rozważań można uznać, że szpitale w tym badaniu charakteryzowały się dosyć wysokimi poziomami płynności finansowej lub wręcz lekką nadpłynnością w stosunku do poziomów wskazywanych w literaturze jako optymalne. Wydaje się, że można to jednak wytłumaczyć specyfiką działalności podmiotów szpitalnych. Tak jak to już było wspomniane w pracy, szpitale, aby zachować ciągłość działania i być przygotowane na obsłużenie różnego rodzaju nagłych przypadków chorobowych, muszą utrzymywać odpowiedni poziom zapasów, chociażby w postaci leków czy innych materiałów medycznych (np. strzykawki, igły, materiały opatrunkowe, itp.). Należałoby tu jednak, obok wspomnianych wskaźników, przeanalizować również sytuację w zakresie kształtowania się wskaźnika szybkiej płynności finansowej, który pozwoliłby na ocenę podejścia szpitali do stosowanej polityki wględem zapasów.

Problemem wykorzystania do oceny sytuacji finansowej szpitali klasycznych statycznych miar płynności finansowej na tle miary dynamicznej, jaką stanowi cykl konwersji gotówki zajmowali się Upadhyay i Smith (2016: 148–157). Na próbie 98 szpitali pochodzących ze stanu Waszyngton w Stanach Zjednoczonych z lat 2007–2013 analizowali zależności, jakie zachodzą pomiędzy miarami statycznymi a cyklem konwersji gotówki. W ramach dokonanej analizy określili wskaźnik bieżącej oraz szybkiej płynności finansowej na zbliżonym poziomie wynoszącym około 2,1 (zarówno w przypadku średniej, jak i mediany). Cykl konwersji gotówki wyznaczony na podstawie mediany wynosił 64 dni, a na podstawie średniej 83,2 dnia. Jego składowe natomiast, odpowiednio w przypadku mediany i średniej, wyniosły: rotacja należności 53,5 oraz 57,3 dnia, rotacja zapasów 65,6 oraz 91,4 dnia, rotacja zobowiązań 52,4 oraz 64,6 dnia. Konkludując, Upadhyay i Smith (2016: 148–157) stwierdzili, że analizując sytuację finansową szpitali w zakresie płynności finansowej, aby uzyskać jak najlepsze wyniki, ocenę winno się oprzeć zarówno na tradycyjnych miarach statycznych, jak i na cyklu konwersji gotówki.

Rauscher-Singh i Wheeler (2012: 325–341), na próbie 1397 szpitali w Stanach Zjednoczonych w latach 2000–2007, wskazywali na statystycznie istotny pozytywny wpływ uzyskiwanych przez szpital przychodów ze sprzedaży z działalności operacyjnej na m.in. rentowność sprzedaży – ogólną i operacyjną. Autorzy ci dokonali również pewnych spostrzeżeń dotyczących relacji, jaka może zachodzić pomiędzy płynnością finansową i rentownością w szpitalach. Wskazali na statystycznie istotną negatywną zależność pomiędzy cyklem rotacji należności, opartym na przychodach ze sprzedaży, a rentownością ogólną i operacyjną sprzedaży. Takie

wnioski wpisują się we wcześniejsze rozważania, dotyczące negatywnej zależności pomiędzy analizowanymi wskaźnikami płynności finansowej i rentowności.

W innym badaniu Rauscher i Wheeler (2012: 339–346), również na próbie 1397 szpitali w Stanach Zjednoczonych w latach 2000–2007, analizowali wpływ płynności finansowej na rentowność, podkreślając znaczenie zarządzania kapitałem obrotowym netto w szpitalu. W swoim badaniu wykazali negatywną zależność pomiędzy wskaźnikiem rotacji należności w szpitalu a uzyskiwaną rentownością, co oznacza, że szpitale charakteryzujące się wysokim poziomem rentowności uzyskiwały wpływy za wykonane usługi szybciej, niż szpitale, które prowadziły mniej restrykcyjną politykę w tym zakresie i posiadały więcej należności przeterminowanych. Autorzy wykazali również ujemną zależność pomiędzy rentownością a wskaźnikiem rotacji zobowiązań. W kontekście zaprezentowanych wcześniej rozważań wskazywać to może na niejednoznaczną zależność pomiędzy płynnością finansową i rentownością. Z jednej strony, wpływ krótszych cykli rotacji należności na zwiększoną rentowność jest zgodny z opisaną wcześniej negatywną zależnością pomiędzy tymi zmiennymi, jednak z drugiej strony, dłuższe cykle rotacji zobowiązań winny wiązać się z wyższymi poziomami uzyskiwanej rentowności. Tymczasem w tym przypadku występuje sytuacja odwrotna. Sytuację tę autorzy badania tłumaczą tym, że bardziej rentowne szpitale wolą szybciej regulować swoje zobowiązania, aby uniknąć kosztów związanych z ich przeterminowaniem.

Talha i in. (2010: 213–227) przeprowadzili również podobną analizę. Badaniem zostały objęte wybrane szpitale prywatne w Indiach w latach 1996–2006. Wykazali oni, że wskaźnik płynności bieżącej, cykl konwersji gotówki czy struktura aktywów bieżących do zysku operacyjnego, oddziałują w negatywny sposób na rentowność szpitala, co pozostaje w zgodzie z teoriami o negatywnym powiązaniu pomiędzy płynnością finansową i rentownością.

Upadhyay i in. (2015: 1–9) analizowali wpływ cyklu konwersji gotówki na rentowność operacyjną sprzedaży na przykładzie 98 amerykańskich szpitali w latach 2002–2011. Wskazali oni na statystycznie istotną negatywną zależność pomiędzy rentownością a cyklem konwersji gotówki ogółem oraz cyklem rotacji zapasów. W przypadku rotacji należności oraz zobowiązań, autorzy ci nie znaleźli natomiast statystycznie istotnego powiązania.

Cleverley (1990: 173–187), analizując próbę 50 amerykańskich szpitali, dokonał ich podziału na szpitale cechujące się wysoką oraz niską rentownością. Klasyfikacji tej dokonał w oparciu o wskaźnik rentowności kapitału własnego. Następnie wyznaczył zestaw kluczowych cech, które rzutują na uzyskiwaną rentowność. Z jego obserwacji wynikało, iż szpitale o wysokiej rentowności starają się m.in. minimalizować poziom należności, co stanowi jeden z istotniejszych elementów zarządzania płynnością finansową i jednocześnie jest zgodne z rozważanymi teoretycznymi dotyczącymi ujemnej zależności pomiędzy płynnością finansową i rentownością. Ponadto zwrócił uwagę, że szpitale posiadające wyższe wartości wskaźnika rentowności kapitału własnego nie obawiały się korzystać z finansowania przy pomocy

kapitałów obcych – jednak poziomy ich zadłużenia były znacząco niższe niż szpitali charakteryzujących się niską rentownością. Wskazał również, że niezwykle istotny element w polityce finansowej szpitala stanowi kontrola kosztów.

Spośród analiz dedykowanych ocenie płynności finansowej w polskich szpitalach na uwagę zasługują natomiast prace Prędkiewicz i Prędkiewicz (2013a: 169–179), Prędkiewicz i Prędkiewicz (2013b: 311–323), Bem i in. (2014a: 27–36), Bem i in. (2014b: 41–48).

Prędkiewicz i Prędkiewicz (2013a: 169–179) dokonali szerokiej oceny płynności finansowej polskich szpitali na przykładzie wskaźników statycznych. Wykorzystane w badaniu dane pochodziły z lat 2009–2011 z próby 67 szpitali, dla których organem tworzącym były jednostki samorządu terytorialnego. Średnie wartości wskaźnika bieżącej płynności finansowej dla próby w analizowanym okresie kształtowały się w przedziale 1,69–1,8, wskaźnika szybkiej płynności finansowej 1,55–1,66, a wskaźnika natychmiastowej płynności finansowej 0,69–0,82. Ponadto autorzy dokonali analizy płynności finansowej ze względu na wybrane cechy szpitali, tj. występowanie nadpłynności w szpitalu, rodzaj placówki (zabiegowa lub niezabiegowa), wielkość placówki oraz uzyskiwana rentowność (mierzona wskaźnikiem rentowności operacyjnej sprzedaży). W przypadku oceny płynności finansowej istotne statystycznie różnice występowały pomiędzy szpitalami cechującymi się nadpłynnością i szpitalami, w których nie występowała nadpłynność (co jednak w tym przypadku było naturalną konsekwencją dokonanego podziału analizowanych podmiotów) oraz pomiędzy szpitalami rentownymi i nierentownymi.

W innym badaniu, Prędkiewicz i Prędkiewicz (2013b: 311–323) analizowali sytuację polskich szpitali w zakresie innego obszaru płynności finansowej – tj. zarządzania kapitałem obrotowym. Próbę stanowiło 67 szpitali, dla których organem tworzącym były JST. Zakres analiz obejmował lata 2009–2011. Średnie wartości rotacji należności w analizowanym przez autorów okresie kształtowały się w przedziale 42–47 dni, rotacji zapasów 28–31 dni, a rotacji zobowiązań bieżących 74–85 dni. Autorzy przeprowadzili ponadto badanie ankietowe dotyczące tego, czy kadra szpitali aktywnie analizuje sytuację w zakresie wspomnianych cykli. Jak wykazali, prowadzony monitoring w zakresie składników kapitału obrotowego nie miał istotnego wpływu na długość uzyskiwanych przez szpitale cykli. Dodatkowo, w badaniu szpitale zostały podzielone pod kątem wybranych cech – tj. rodzaju placówki medycznej (zabiegowa lub niezabiegowa), wielkości placówki oraz uzyskiwanej rentowności (mierzonej wskaźnikiem rentowności operacyjnej sprzedaży). Statystycznie istotny wpływ został wykazany jedynie w przypadku rodzaju placówki na długość cyklu zapasów oraz uzyskiwanej rentowności na długość cyklu rotacji zobowiązań. W szpitalach rentownych cykl rotacji zobowiązań był niemal dwukrotnie krótszy niż w szpitalach nierentownych. Taka sytuacja pozostaje w opozycji do prezentowanych wcześniej rozważań dotyczących ujemnej zależności pomiędzy płynnością finansową i rentownością.

Bem i in. (2014a: 27–36) poszukiwali zależności pomiędzy płynnością finansową (mierzoną wskaźnikiem bieżącej płynności finansowej) polskich szpitali a takimi zmiennymi jak liczba łóżek, roczny przychód na jedno łóżko, wskaźnik ogólnego zadłużenia czy rentowność operacyjna sprzedaży (obliczoną przy użyciu EBIT i EBITDA). Autorzy, na podstawie danych szpitali prowadzonych przez JST, pochodzących z lat 2009–2011, wykazali statystycznie istotną negatywną zależność pomiędzy płynnością finansową oraz wskaźnikiem ogólnego zadłużenia – co wskazuje na to, że płynne aktywa wykorzystywane są do spłaty długów. Argumentowali również, że poziom zadłużenia w polskich szpitalach związany jest przede wszystkim ze zobowiązaniami bieżącymi, aniżeli z kapitałami długoterminowymi. Ponadto, w badaniu wykazana została statystycznie istotna pozytywna zależność pomiędzy płynnością finansową i rentownością (mierzoną zarówno EBIT, jak i EBITDA), co pozostaje w sprzeczności z opisywanym wcześniej założeniem o negatywnej zależności pomiędzy płynnością finansową i rentownością, a może wynikać ze specyfiki działalności podmiotów szpitalnych.

Inne badanie Bem i in. (2014b: 41–48) poświęcili szerszej analizie zależności jaka zachodzi pomiędzy rozmiarem szpitala – mierzonym przychodami ze sprzedaży oraz liczbą łóżek a płynnością finansową – mierzonym wskaźnikiem bieżącej płynności finansowej. Badaniem zostało objętych 128 polskich szpitali w latach 2009–2011. Autorzy wskazali, że w analizowanym okresie wartość wskaźnika bieżącej płynności finansowej polskich szpitali istotnie spadła z poziomu ok. 1,33 do 0,89 pomiędzy przychodami szpitala a jego płynnością finansową, z zastrzeżeniem, że zależność ta występuje jedynie do określonego granicznego progu przychodów ze sprzedaży. Po przekroczeniu tego progu (w badaniu wyniósł on 160 tys. zł), wraz ze wzrostem przychodów płynność finansowa zaczyna spadać, co może stanowić ważną informację w przypadku potencjalnych konsolidacji podmiotów szpitalnych.

Dokonując analizy przytoczonych powyżej badań, można stwierdzić, iż problem zarządzania płynnością finansową w szpitalu nie jest nowym zjawiskiem na świecie. Coraz więcej uwagi poświęca się również tej tematyce w polskich opracowaniach. Przedstawione badania dotyczą różnych aspektów zarządzania płynnością finansową w szpitalu. Bardzo wiele z przedstawionych powyżej opracowań dotyczy zarządzania kapitałem obrotowym netto. Pojawiają się również badania dotyczące innych sfer zarządzania płynnością finansową w szpitalu, wykorzystujące zarówno statyczne miary płynności finansowej, jak i miary dynamiczne. Generalnie we wszystkich badaniach obejmujących analizy sektora szpitali stosowane były analogiczne wskaźniki, jak te stosowane do oceny przedsiębiorstw. Autorzy wskazywali jednak na konieczność ich odpowiedniej interpretacji i możliwość występowania odmiennych wartości krytycznych od tych stosowanych w ocenie typowych przedsiębiorstw funkcjonujących w gospodarce rynkowej i wskazywanych w literaturze. Poniżej została zaprezentowana tabela, która w syntetyczny sposób ujmuje wartości poszczególnych miar dotyczące oceny płynności

finansowej w szpitalach, przedstawione w opisanych badaniach. Dodatkowo została ona uzupełniona o wartości branżowe wskaźników dla szpitali z wybranych podręczników poświęconych tematyce zarządzania finansowego w szpitalu, gdzie autorzy na takowe wskazywali.

Tabela 3.5. Wartości wskaźników w świetle badań płynności finansowej szpitali

Badanie	CR	QR	ATR	CKG	CZ	CN	CZB
Badania szpitali zagranicznych							
Gaughan, Koepke (2014)	2,05	–	–	–	–	–	59
Upadhyay, Smith (2016)	2,1	2,1	–	64–84	66–92	54–58	53–65
Gapenski (2013)	2	–	–	–	–	56	–
Gapenski, Reiter (2016)	2	–	–	–	–	64	–
Gapenski, Pink (2007)	2	–	–	–	–	64	–
Penner (2013)	2,48	–	–	–	–	71	–
Badania szpitali polskich							
Prędkiewicz, Prędkiewicz (2013a)	1,68–1,8	1,55–1,66	0,69–0,82	–	–	–	–
Prędkiewicz, Prędkiewicz (2013b)	–	–	–	–	28–31	42–47	74–85
Bem, Prędkiewicz, Prędkiewicz, Ucieklak-Jeż (2014)	0,89–1,33	–	–	–	–	–	–

gdzie:

CR – wskaźnik bieżącej płynności finansowej;

QR – wskaźnik szybkiej płynności finansowej;

ATR – wskaźnik natychmiastowej płynności finansowej;

CKG – cykl konwersji gotówki;

CZ – cykl rotacji zapasów;

CN – cykl rotacji należności;

CZB – cykl rotacji zobowiązań bieżących.

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie syntetycznego ujęcia wskaźników płynności finansowej, przedstawionych w tabeli 3.5, można zauważyć, że w przypadku badań poświęconych polskim szpitalom, niemal wszystkie wskaźniki – za wyjątkiem cyklu rotacji zobowiązań, charakteryzują się wyższą wartością niż przyjęte w literaturze przedmiotu normy. Należy tu jednak zaznaczyć, że w ocenie tej trzeba być bardzo ostrożnym

ze względów metodologicznych, bowiem te same wskaźniki mogą być wyznaczone na różne sposoby (por. Bieniasz, Czerwinska-Kayzer, 2008: 17–27). Niestety nie wszystkie badania uwzględniają prezentację formuł, na jakich zostały oparte wyliczenia, dlatego czasami ocena podanych wartości może dawać zniekształcone wnioski. Analizując powyższe zestawienie (tabela 3.5), trzeba zaznaczyć, że wszystkie wskazane badania zagraniczne dotyczyły analiz właściwie w jednym kraju – tj. Stanach Zjednoczonych. Szpitale zagraniczne uzyskują wartości wskaźników bieżącej płynności finansowej na poziomie 2 lub nieco wyższym, co odpowiada wartościom normatywnym wskazywanym w literaturze jako właściwe dla przedsiębiorstw. Wartości polskich szpitali w tym zakresie kształtują się na znacznie niższych poziomach, co świadczy o niższym poziomie płynności finansowej i powinno być oceniane negatywnie. Polskie szpitale natomiast znacznie szybciej obracają zapasami niż zagraniczne i nieco szybciej ściągają należności, ale za to znacznie wolniej regulują swoje zobowiązania bieżące. Sytuację taką można jednak oczywiście tłumaczyć odmiennymi uwarunkowaniami funkcjonowania szpitali w Polsce i innych krajach.

Część z przedstawionych powyżej badań ukierunkowana była również na uchwycenie zależności zachodzącej pomiędzy płynnością finansową i rentownością pośród szpitali. Przegląd literatury pokazał, że w przypadku szpitali, podobnie jak miało to miejsce w przypadku innych sektorów (co zostało opisane we wcześniejszym podrozdziale), negatywna zależność nie jest w pełni jednoznaczna. Wśród przytoczonych badań większość przykładów potwierdza tę relację, jednak można odnaleźć też badania, wskazujące na wnioski przeciwstawne. Poniżej została przedstawiona tabela 3.6 syntetyzująca rozważania w tym zakresie na podstawie dokonanego przeglądu literatury.

Tabela 3.6. Zależność pomiędzy wskaźnikami płynności finansowej i rentowności w badaniach szpitali

Badanie	Zależność płynność finansowa–rentowność
Rauscher-Singh, Wheeler (2012)	Negatywna
Rauscher, Wheeler (2012)	Niejednoznaczna
Talha, Christopher, Kamalavalli (2010)	Negatywna
Upadhyay, Sen, Smith (2015)	Negatywna
Cleverley (1990)	Negatywna

Źródło: opracowanie własne.

Pomimo tego, iż większość z przytoczonych badań wskazuje na negatywne zależności pomiędzy wskaźnikami płynności finansowej i rentowności, co jest poniekąd zgodne z klasycznymi teoriami dotyczącymi funkcjonowania przedsiębiorstw,

nie oznacza to, że taka sytuacja musi występować zawsze. Na funkcjonowanie szpitali znaczny wpływ mają warunki ekonomiczne i mechanizmy finansowania systemu ochrony zdrowia, występujące w danym kraju. W tym przypadku, wszystkie przytoczone w tabeli badania zostały przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych. System ten jest zgoła odmienny od polskiego systemu ochrony zdrowia. Ograniczenie tego typu analiz jedynie do sytuacji szpitali w USA stanowi pewną lukę poznawczą. Wobec tego analiza tej zależności wymagałaby weryfikacji również i w innych krajach – w tym na gruncie polskim.

Ponadto należy zaznaczyć tu, iż w żadnym z przywołanych badań, czy to poświęconych ocenie relacji pomiędzy płynnością finansową i rentownością, czy generalnie analizie płynności finansowej w szpitalu, nie była sprecyzowana i oceniana strategia płynności finansowej w przypadku analizowanych szpitali, wobec czego temat ten stanowi pewne *novum* w zakresie analiz płynności finansowej w szpitalach, uzupełniając lukę poznawczą również w tym zakresie.

Trzeba również podkreślić, że wiele spośród przytoczonych badań obejmowało swym zakresem albo relatywnie małe próby badawcze albo relatywnie krótkie okresy analiz, co może rzutować na uogólnione wnioski. Ponadto, w analizowanej materii mało jest bieżących badań z ostatnich lat, a jak to zostało już zaprezentowane w pracy, szpitale działają w bardzo dynamicznym otoczeniu gospodarczym. Stąd istotna wydaje się potrzeba przeprowadzenia kompleksowego badania płynności finansowej polskich szpitali, obejmującego dużą próbę szpitali, relatywnie długi czas analiz, jak również wykorzystującego szerszy zakres narzędzi badawczych.

3.7. Podsumowanie

W niniejszym rozdziale zostały omówione rozważania teoretyczne dotyczące różnych aspektów związanych z zarządzaniem płynnością finansową. Wiele wskazanych badań i analiz w tym zakresie pokazuje, jak ważny jest to obszar zarządzania finansowego.

W literaturze istnieje kilka podstawowych ujęć płynności finansowej – tj. majątkowo-kapitałowe, majątkowe oraz strumieniowe. Ocena płynności finansowej przez pryzmat poszczególnych ujęć może wskazać na różne obszary problemów przedsiębiorstwa w zakresie płynności finansowej. Obok klasycznych statycznych wskaźników płynności finansowej (tj. wskaźników: bieżącej, szybkiej oraz natychmiastowej płynności finansowej) jej oceny można dokonywać również w oparciu o wskaźniki dynamiczne, składające się na cykl konwersji gotówki, a zaliczane często też do wskaźników sprawności działania, jak również przez pryzmat zarządzania kapitałem obrotowym netto w przedsiębiorstwie. Oceny dotyczącej płynności

finansowej można dokonywać także na podstawie stosowanych przez przedsiębiorstwo strategii zarządzania płynnością finansową.

Badania poświęcone różnym aspektom zarządzania płynnością finansową w szpitalach prowadzone są od wielu lat. Analizy płynności finansowej na przykładzie szpitali były dokonywane przez pryzmat wskaźników zarówno statycznych, jak i dynamicznych. Wiele rozważań zostało również poświęconych polityce zarządzania kapitałem obrotowym netto w szpitalu. W sektorze szpitali podjęte zostały również próby mające na celu określenie zależności, jaka zachodzi pomiędzy płynnością finansową i rentownością. Trzeba tu jednak podkreślić, iż – choć wiele spośród przytoczonych w rozdziale badań to prace zagraniczne – to jednak i w Polsce tematyka ta zyskuje na znaczeniu.

Przedstawione w rozdziale rozważania były ukierunkowane również na określenie wpływu płynności finansowej na rentowność – w tym również w sektorze szpitali. Płynność finansowa stanowi niewątpliwie istotny obszar, który determinuje osiągnięte przez przedsiębiorstwo wyniki finansowe. Chociaż często przyjmuje się, że w przypadku typowych przedsiębiorstw, płynność finansowa w negatywny sposób determinuje rentowność, to analiza literatury wskazała, iż nie ma co do tego pełnej zgody. W tym kontekście – z punktu widzenia niniejszej pracy – szczególnie istotna wydaje się sytuacja podmiotów szpitalnych. Chociaż istnieją badania, które wskazują na negatywny charakter zależności, jaka zachodzi pomiędzy płynnością finansową i rentownością w sektorze szpitali, to jednak były one prowadzone jedynie na rynkach zagranicznych. Analiza literatury wskazała, iż pomiędzy polskimi i zagranicznymi szpitalami mogą występować istotne różnice w zakresie zarządzania płynnością finansową, co może być podyktowane oczywiście specyfiką warunków, w jakich funkcjonują szpitale w danym kraju. Mając to na uwadze oraz rozważania, wskazywane we wcześniejszej części pracy, że polskie szpitale nie mogą być postrzegane jako typowe przedsiębiorstwa funkcjonujące w realiach rynkowych, na potrzeby dalszych analiz przyjęto założenie, że zależność pomiędzy płynnością finansową i rentownością w polskich szpitalach jest pozytywna.

Tak, jak to zostało podkreślone w niniejszym rozdziale, można dostrzec pewne luki poznawcze w przypadku analiz poświęconych płynności finansowej w sektorze szpitali. Należy podkreślić tu relatywnie niewielką liczbę badań poświęconych płynności finansowej wykonywanych na przykładzie polskich szpitali. Ze względu na dużą dynamikę zmian zachodzących w sektorze ochrony zdrowia, warte uwagi wydaje się uzupełnienie spostrzeżeń z dotychczasowych badań o bieżące analizy. Ponadto, brak jest również badań poświęconych ocenie stosowanych strategii zarządzania płynnością finansową w branży szpitalnej oraz wykorzystujących łącznie szerokie spektrum metod służących ocenie płynności finansowej wśród szpitali. Badania przedstawione w kolejnym rozdziale, stanowiącym empiryczną część pracy, stanowią próbę uzupełnienia luk w opisanych obszarach. Przedstawione badania mają stanowić kompleksową ocenę strategii zarządzania płynnością finansową w sektorze polskich szpitali.

Rozdział 4

Określenie strategii płynności finansowej oraz wpływu płynności finansowej na rentowność polskich szpitali w latach 2005–2014

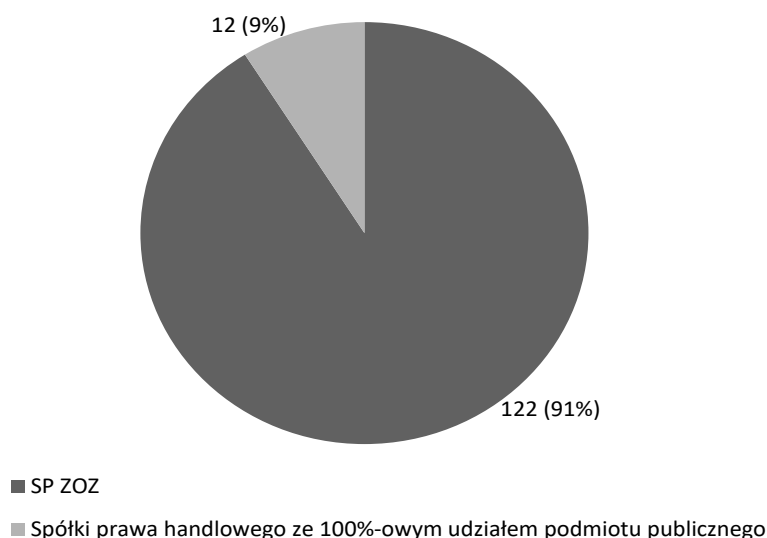
4.1. Opis przedmiotu badania i wykorzystanych danych oraz metod

4.1.1. Przedmiot badania i opis próby

Przedmiotem przygotowanego badania jest przedstawienie kompleksowej oceny płynności finansowej wśród polskich szpitali. Okres analiz obejmował lata 2005–2014. Dobór takiego okresu został dokonany ze względu na to, że w tych latach finansowanie polskiego systemu ochrony zdrowia – w tym sektora szpitalnego – odbywało się na relatywnie niezmiennych zasadach. Od 2003 r. za wycenę i finansowanie świadczeń udzielanych ze środków publicznych odpowiedzialny był Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Począwszy od 2015 r. sytuacja ta uległa zmianie i wycena świadczeń została powierzona Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Tak dobrany szereg czasowy omija również okres możliwych turbulencji ekonomicznych w początkowych latach funkcjonowania NFZ (tuż po roku 2003), a związanych z wprowadzeniem nowej, znacznie bardziej scentralizowanej instytucji płatnika trzeciej strony w miejsce funkcjonujących wcześniej kas chorych.

Badaniem zostały objęte szpitale o charakterze publicznym, jako te jednostki, które często niezależnie od opłacalności wyceny świadczeń, są zobligowane zapewnić pacjentom zabezpieczenie zdrowotne. Pośród wyodrębnionych szpitali znalazły się podmioty publiczne – tj. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, ewentualnie jednostki budżetowe lub wojskowe (dla uproszczenia ta grupa będzie oznaczana jako SP ZOZ) oraz spółki prawa handlowego o charakterze publicznym (spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, spółka akcyjna) – tj. w przypadku których organ tworzący będący podmiotem publicznym posiada 100% udziałów¹.

Poniżej przedstawiono strukturę próby (wykres 4.1).



Wykres 4.1. Struktura szpitali w próbie badawczej

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.

Badaniu zostały poddane 134 jednostki szpitalne, z czego 91% (122 jednostki) funkcjonowało w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (ewentualnie jednostek budżetowych lub wojskowych), a 9% (12 jednostek) w formie spółek prawa handlowego, gdzie organem tworzącym był podmiot publiczny posiadający 100% udziałów. Mając na uwadze rozważania zaprezentowane we wcześniejszej części pracy, dotyczące podziału i liczby szpitali w Polsce, można

¹ Struktura własnościowa szpitali była dodatkowo sprawdzana w bazie Emerging Market Information Service (EMIS) lub, jeśli dana jednostka nie figurowała w bazie, to bezpośrednio w statutach dostępnych na stronach internetowych poszczególnych szpitali.

uznać, że próba badawcza stanowiła ok. 20% populacji szpitali publicznych². Generalnie szpitale niechętnie udostępniają swoje historyczne sprawozdania finansowe (Bauer, Macuda, 2018: 37–47), stąd pokrycie przez próbę ok. jednej piątej populacji może nie wydawać się bardzo wysokie. Jednak w porównaniu do przytaczanych wcześniej badań poświęconych tematyce analiz dokonywanych w sektorze szpitali (nie tylko w Polsce, ale i w innych krajach) jest to relatywnie duża grupa.

W kolejnych etapach realizowanego badania zostały wykorzystane dwa kryteria podziału szpitali poddawanych badaniu – tj. kryterium płynności finansowej i rentowności.

W pierwszej części badania szpitale podzielono na grupy pod względem strategii opierających się na poziomie płynności finansowej mierzonej relacją majątku obrotowego do zobowiązań krótkoterminowych – jest to jeden ze sposobów wykorzystywanych dla wyznaczenia strategii kapitału obrotowego netto zaproponowany w pracach Bolek (2013a: 1–24) oraz Bolek i Pastusiak (2014: 271–283). Innymi słowy, podział ten opiera się na kryterium wskaźnika bieżącej płynności finansowej, wedle którego uzyskiwane wartości wskaźnika określają następujące strategię:

- $CR < 1$ – strategia agresywna;
- $1 \leq CR \leq 2$ – strategia umiarkowana;
- $CR > 2$ – strategia konserwatywna.

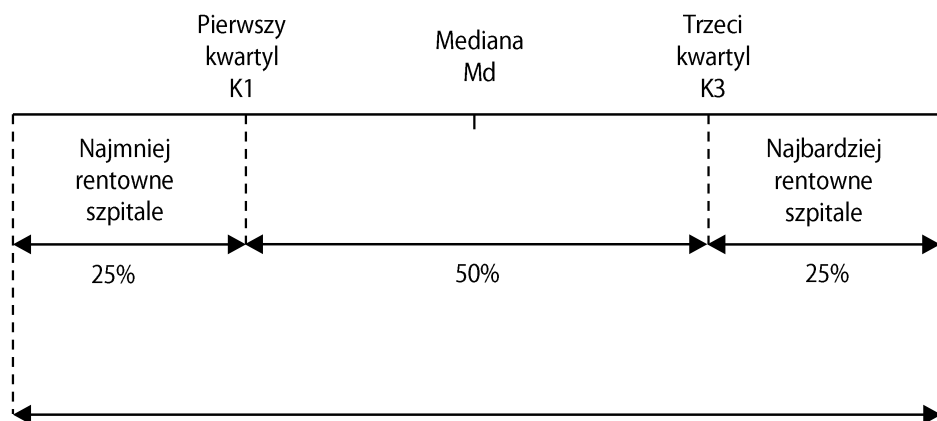
Na tej podstawie dokonano charakterystyki finansowej każdej tak wyodrębnionej grupy (tj. szpitali stosujących strategię agresywną, konserwatywną lub umiarkowaną).

W drugiej części badania, ze względu na silny nurt w literaturze przedmiotu określający płynność finansową jako istotną determinantę rentowności, podział szpitali został oparty właśnie na kryterium rentowności, jako na mierze obrazującej obszar wynikowy szpitala. Wskaźniki rentowności stanowią w finansach szpitala podstawowe syntetyczne mierniki, przedstawiające jego efektywność finansową (Prędkiewicz i in., 2014: 28–43). Mając to na uwadze, w badaniu zostały wyodrębnione grupy szpitali najbardziej i najmniej rentownych, co miało na celu identyfikację i wskazanie zarówno pozytywnych, jak negatywnych praktyk stosowanych przez poszczególne grupy w procesie zarządzania finansowego, a w szczególności zarządzania płynnością finansową. W niniejszym badaniu, kryterium różnicującym była rentowność majątku ogółem (ROA). Wybór ten został podyktowany bardzo częstym wykorzystywaniem tego wskaźnika w przytoczonych w pracy badaniach poświęconych problematyce analizy płynności finansowej. Ponadto stopa rentowności majątku bardzo często stanowi również podstawę budowy modeli rentowności, w których – w ramach zmiennych objaśniających – wykorzystywane są miary płynności finansowej. W przytoczonym w pracy przeglądzie

2 Ze względu na to, że wszystkie szpitale w próbie posiadały powyżej 50 łóżek, ich liczbę odniesiono do danych zaprezentowanych w tabeli 2.3 w niniejszej pracy.

badan poświęconych temu zagadnieniu rentowność majątku stanowiła najczęściej wykorzystywaną względną miarę rentowności modelowania ekonometrycznego w analizowanym zakresie³. Występowała ona w różnych formach w zależności od badania – w liczniku ujmując zysk netto, EBIT lub EBITDA, jednak wspólny mianownik zawsze stanowił poziom majątku jednostki (całkowitego lub pomniejszonego o aktywa finansowe). Na potrzeby niniejszej pracy wykorzystano podstawową i najczęściej stosowaną formę wskaźnika rentowności majątku ogółem, wyznaczoną jako relacja zysku netto do majątku ogółem.

Mając na uwadze rentowność jako kryterium podziału, próba badawcza podzielona została rosnąco pod względem średniej uzyskiwanej rentowności majątku ogółem, a następnie, aby wyodrębnić grupy szpitali najbardziej i najmniej rentownych, dokonano podziału w oparciu o kwartyle. Opisany schemat podziału próby pod względem kryterium rentowności został przedstawiony na rysunku 4.1.



Rysunek 4.1. Schemat podziału próby badawczej na analizowane grupy szpitali

Źródło: opracowanie własne.

W badaniu zostały poddane analizie grupy szpitali cechujących się najwyższą oraz najniższą średnią rentownością, czyli te znajdujące się powyżej górnego (trzeciego) kwartyła i poniżej dolnego (pierwszego) kwartyła pod względem uzyskiwanej średniej rentowności w latach 2005–2014. Cała próba badawcza stanowiła natomiast punkt odniesienia dla analizowanych grup – podobnie jak ma to miejsce w przypadku analiz dokonywanych na tle średniej branżowej.

4.1.2. Opis metod

4.1.2.1. Metody statystyczne

Należy podkreślić, że typowe metody, jak analiza finansowa, służące ocenie finansowej przedsiębiorstw, są opisywane i wykorzystywane również jako metody służące ocenie finansowej szpitala (por. Chwierut i in., 2000: 89–110; Sobczak i in., 2007–2008; Paździor, Paździor, 2017: 54–62). W ramach doboru podstawowych wskaźników finansowych w pracy dokonano wyboru wskaźników najczęściej stosowanych w badaniach w literaturze przedmiotu (Chwierut i in., 2000; Wypych (red.), 2007; Bień, 2008; Kowalak, 2008; Gołębiowski, Tłaczała, 2005; Czekaj, Dresler, 2001). Wskaźniki zostały wyznaczone zgodnie z formułami zaprezentowanymi w tabeli 4.1⁴.

Tabela 4.1. Formuły podstawowych wskaźników finansowych wykorzystanych w badaniu

Wskaźnik	Formuła
Rentowności	
Rentowności majątku (ROA)	Zysk netto / Aktywa ogółem
Rentowności sprzedaży (ROS)	Zysk netto / Przychody ze sprzedaży
Zadłużenia	
Zadłużenia ogółem	(Zobowiązania krótkoterminowe + Zobowiązania długoterminowe) / Aktywa ogółem
Zadłużenia długoterminowego	Zobowiązania długoterminowe / Aktywa ogółem
Płynności finansowej	
Bieżącej płynności finansowej (CR)	Aktywa obrotowe / Zobowiązania krótkoterminowe
Szybkiej (podwyższonej) płynności finansowej (QR)	(Aktywa obrotowe – Zapasy) / Zobowiązania krótkoterminowe
Natychmiastowej płynności finansowej (ATR)	Środki pieniężne / Zobowiązania krótkoterminowe
Sprawności działania	
Cykl zapasów (CZ)	Średni stan zapasów * 365 / Przychody ze sprzedaży
Cykl należności (CN)	Średni stan należności krótkoterminowych * 365 / Przychody ze sprzedaży
Cykl zobowiązań (CZB)	Średni stan zobowiązań krótkoterminowych * 365 / Przychody ze sprzedaży
Cykl konwersji gotówki (CKG)	Cykl zapasów + Cykl należności – Cykl zobowiązań

Źródło: opracowanie własne na podstawie wykonanego przeglądu literatury.

4 Dodatkowo dla każdego z przedstawionych w tabeli wskaźników zostały wyznaczone takie statystyki opisowe jak: SD – odchylenie standardowe oraz v – współczynnik zmienności.

W zakresie podstawowych wskaźników rentowności przedstawiono wartości wskaźników dotyczących rentowności majątku (ROA) oraz sprzedaży (ROS). Pominięty natomiast został wskaźnik rentowności kapitału własnego (ROE). Wynikało to z faktu, że w przypadku niektórych szpitali występowały ujemne wartości kapitału własnego. Uznaje się, że w takich sytuacjach „należy bezwzględnie odstąpić od obliczania wskaźnika ROE, ponieważ jego wartości mogą w takim przypadku wprowadzać w błąd” (Stępień, 2015: 101–110). Ze względu na opisane w pracy ustawowe wyłączenia dotyczące upadłości samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (a te w próbie stanowią większość), sytuacje takie się zdarzały i miały charakter przejściowy. W przypadku przedstawiania danych o charakterze zagregowanym, czy to dla próby ogółem, czy dla analizowanych grup szpitali, uwzględnienie takich wartości dawałoby fałszywy obraz sytuacji w zakresie funkcjonowania tychże podmiotów. Szpitale generujące straty i posiadające jednocześnie ujemny kapitał własny, cechowałyby się dodatnimi wartościami rentowności kapitału własnego, co wynika z konstrukcji wskaźnika ROE (zysk netto/kapitał własny).

Dalszy etap badania został poświęcony wyznaczeniu strategii zarządzania płynnością finansową stosowanych przez polskie szpitale. Należy zaznaczyć, że ten etap badań został wykonany jedynie w grupach szpitali wydzielonych na podstawie kryterium rentowności, gdyż wyznaczenie strategii zarządzania płynnością finansową w grupach szpitali podzielonych na podstawie kryterium płynności finansowej (tj. jednego ze sposobów klasyfikujących szpitale wedle strategii kapitału obrotowego netto) z oczywistych względów nie jest zasadne. Rozważania w zakresie strategii zarządzania płynnością finansową zostały ograniczone w pracy do oceny poziomu strategii kapitału obrotowego netto oraz strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko. Szczegółową metodykę w zakresie wyznaczenia strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko przedstawił Wędzki (2003: 121–170). Celem wyznaczenia tej strategii określa się trzy strategie cząstkowe – tj. strategię aktywów obrotowych, strategię finansowania aktywów obrotowych oraz strategię majątkowo-finansową.

W pracy pominięto wyznaczenie strategii kształtowania kapitału obrotowego brutto (szerzej: Wędzki, 1997: 453–462), gdyż większość wskaźników niezbędnych do wyznaczenia tejże strategii zostało również ujętych w strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko. Została tu pominięta także strategia płynności finansowej w ujęciu harmonizacji, w związku z tym, iż, tak jak to było wcześniej wspomniane, jest ona związana z występowaniem pewnego rodzaju sezonowości w zakresie sprzedaży (Wędzki, 2003: 171). W przypadku szpitali, udzielanie świadczeń zdrowotnych, mogące stanowić odpowiednik sprzedaży w przedsiębiorstwie, nie ma charakteru sezonowego (poza nielicznymi wyjątkami).

Kolejny etap badania, mający na celu ukazanie zależności, jakie zachodzą pomiędzy płynnością finansową i rentownością w polskich szpitalach, stanowiła analiza korelacji Pearsona. Współczynnik korelacji liniowej r -Pearsona jest bardzo

często stosowany do oceny relacji towarzyszących zmianom pomiędzy dwiema zmiennymi. Jest on również jedną z najczęściej wykorzystywanych metod stosowanych do oceny relacji zależności pomiędzy rentownością a płynnością finansową (Guzik, 2006: 57–68). Współczynnik ten obliczany jest zgodnie z poniższą formułą:

$$r(x, y) = \frac{\text{cov}(x, y)}{SD_x * SD_y}$$

gdzie:

$r(x, y)$ – współczynnik korelacji r-Pearsona pomiędzy zmiennymi x i y ;

$\text{cov}(x, y)$ – kowariancja pomiędzy zmiennymi x i y ;

SD – odchylenie standardowe.

Jako podstawowy wskaźnik rentowności w pracy wykorzystano wskaźnik rentowności majątku ogółem (ROA), który został wcześniej wykorzystany do wyodrębnienia analizowanych w badaniu grup najmniej i najbardziej rentownych szpitali. Z kolei jako podstawy wskaźnik płynności finansowej został tu wykorzystany wskaźnik bieżącej płynności finansowej – jest to wskaźnik, który pojawia się najczęściej w literaturze w przypadku analiz związanych z płynnością finansową.

Analiza korelacji została dokonana dwuetapowo. Po pierwsze, opierając się na wszystkich szpitalach znajdujących się w próbie, wyznaczone zostały współczynniki korelacji dla poszczególnych lat analizowanego okresu 2005–2014. Dokonana została tu również weryfikacja, czy uzyskane współczynniki były istotne statystycznie. Po drugie natomiast, wyznaczone zostały współczynniki korelacji dla każdej jednostki szpitalnej z osobna w całym okresie 2005–2014, celem określenia liczby szpitali, w przypadku których występowała pozytywna lub negatywna zależność pomiędzy płynnością finansową i rentownością.

Należy mieć jednak na uwadze, że współczynnik korelacji liniowej r-Pearsona wskazuje jedynie na siłę związku pomiędzy dwiema zmiennymi. Nie umożliwia natomiast właściwego określenia wpływu jednej zmiennej na drugą przy uwzględnieniu innych czynników. Dlatego też w pracy wykorzystano również metody ekonometryczne.

4.1.2.2. Metody ekonometryczne

Celem określenia wpływu, jaki występuje pomiędzy płynnością finansową i rentownością w polskich szpitalach skonstruowany został wieloczynnikowy model ekonometryczny. Oczywiście istotna jest tu odpowiedź na pytanie, czy to płynność finansowa stanowi determinantę rentowności, czy też może jest na odwrót.

Biorąc pod uwagę te rozważania, konstrukcję modelu oparto na przeglądzie literatury, wykonanym we wcześniejszym rozdziale pracy (zob. tabela 3.4). W przypadku większości badań, po stronie zmiennej objaśnianej znajdowała się rentowność. Jako zmienna objaśniana posłużyła tu miara rentowności majątku ogółem (ROA), stanowiąca również zastosowane we wcześniejszej części badania kryterium podziału próby badawczej na szpitale najbardziej i najmniej rentowne. Również na podstawie wykonanego wcześniej przeglądu, zostały określone zmienne objaśniające wykorzystane w modelu. Miary płynności finansowej – obok innych czynników, które również mogą mieć wpływ na rentowność szpitala – znalazły się po stronie zmiennych objaśniających. W zaprezentowanym w dalszej części pracy modelu najlepsze oszacowanie uzyskano dla logarytmicznej postaci modelu, uwzględniającej jako zmienne objaśniające cykl zapasów (CZ), wartość majątku ogółem (TA), wskaźnik podwyższonej (szybkiej) płynności finansowej (QR), wskaźnik bieżącej płynności finansowej (CR), wskaźnik zadłużenia ogółem (DR), cykl konwersji gotówki (CKG) oraz wartość przychodów ze sprzedaży (S).

Z uwagi na strukturę wykorzystywanych w pracy danych wykonano estymacje modelu dla danych panelowych. Aby wybrać odpowiedni estymator (z efektami losowymi lub efektami stałymi), został przeprowadzony test Hausmana.

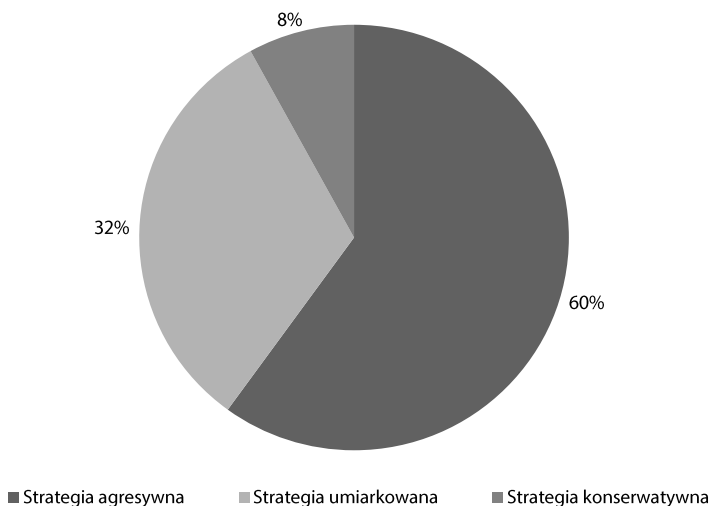
Uzyskane wyniki w zakresie przeprowadzonego modelowania ekonometrycznego wraz z ich merytoryczną oceną zostały przedstawione w dalszej części pracy.

4.2. Ocena ogólnej sytuacji finansowej analizowanych szpitali

4.2.1. Charakterystyka sytuacji finansowej szpitali podzielonych na podstawie kryterium płynności finansowej

W niniejszej pracy, w ramach podziału szpitali pod względem kryterium płynności finansowej, wykorzystano wskaźnik bieżącej płynności finansowej. Po pierwsze dlatego, że jest to najczęściej wykorzystywany w literaturze wskaźnik służący ocenie płynności finansowej, a ponadto podział szpitali w oparciu o ten wskaźnik zgodny jest z zaproponowanym w pracach Bolek (2013a: 1–24) oraz Bolek i Pastusiaka (2014: 271–283) sposobem oceny strategii zarządzania kapitałem obrotowym netto. Strategia zarządzania kapitałem obrotowym klasyfikowana jest jako jedna ze strategii zarządzania płynnością finansową. Szpitale zostały podzielone

na analizowane grupy – tj. te stosujące agresywne, umiarkowane lub konserwatywne strategie – na podstawie przedziałów przedstawionych we wskazanych tu badaniach. Poniżej został przedstawiony wykres 4.2 podziału próby wedle tego kryterium.



Wykres 4.2. Struktura badanych szpitali podzielonych pod względem kryterium płynności finansowej (stosowanej strategii zarządzania kapitałem obrotowym netto)
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.

Analizując przedstawione dane, dotyczące stosowanych przez szpitale znajdujące się w próbie, strategii zarządzania kapitałem obrotowym netto, można zauważyć, że ponad połowę szpitali (60%) można sklasyfikować jako stosujące strategię agresywną. Blisko jedna trzecia szpitali (32%) stosuje natomiast strategię o charakterze umiarkowanym, a zaledwie 8% strategię konserwatywną. Poniżej została przedstawiona szczegółowa charakterystyka finansowa każdej z tych grup.

4.2.1.1. Ocena rentowności

Poniżej znajduje się tabela 4.2, charakteryzująca rentowność analizowanych szpitali w latach 2005–2014.

Tabela 4.2. Podstawowe statystyki opisowe średnich wskaźników rentowności w szpitalach podzielonych pod względem kryterium płynności finansowej w latach 2005–2014

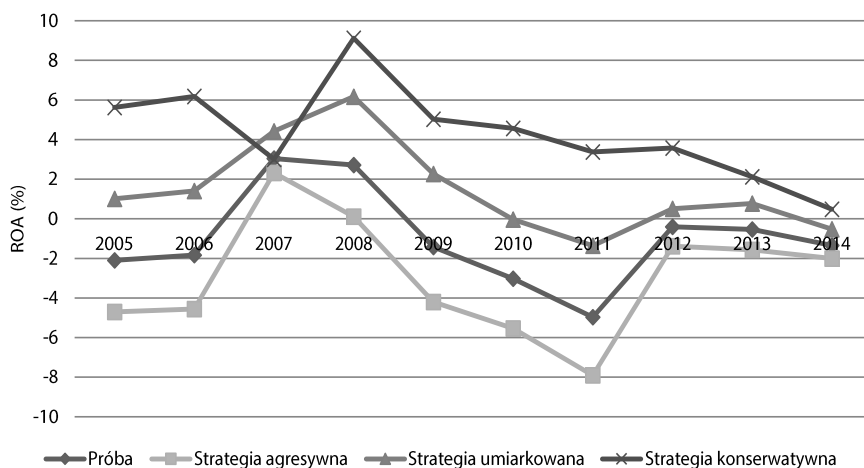
Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ROA (%)										
Próba	-2,10	-1,84	3,04	2,72	-1,43	-3,02	-4,97	-0,41	-0,54	-1,34
SD	10,04	9,90	13,97	12,05	9,01	9,81	9,17	7,19	6,01	6,25
v	4,79	5,38	4,59	4,42	6,28	3,25	1,85	17,39	11,04	4,65
ROA (%) – analizowane grupy szpitali										
Strategia agresywna	-4,70	-4,56	2,32	0,11	-4,20	-5,54	-7,91	-1,39	-1,57	-2,00
Strategia umiarkowana	1,01	1,41	4,42	6,17	2,27	-0,03	-1,36	0,50	0,77	-0,53
Strategia konserwatywna	5,62	6,18	3,01	9,12	5,03	4,56	3,38	3,58	2,12	0,48
ROS (%)										
Próba	-2,51	-2,28	1,45	1,54	-0,98	-2,39	-4,14	-0,16	-0,41	-1,26
SD	8,52	8,86	9,69	8,46	5,89	7,10	7,02	6,65	5,56	5,27
v	3,39	3,88	6,70	5,48	6,00	2,97	1,70	42,25	13,42	4,19
ROS (%) – analizowane grupy szpitali										
Strategia agresywna	-4,77	-4,65	0,19	-0,53	-2,89	-4,35	-6,52	-0,91	-1,40	-1,97
Strategia umiarkowana	0,24	0,64	3,60	4,17	1,34	-0,27	-1,52	0,15	0,68	-0,54
Strategia konserwatywna	3,90	4,35	2,34	7,05	4,52	4,34	3,90	4,63	2,86	1,39

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.

Dla lepszego zobrazowania sytuacji, dane dotyczące rentowności uzyskiwanej w poszczególnych grupach szpitali zostały przedstawione w formie graficznej na wykresach. Na wykresie 4.3 została ujęta sytuacja w zakresie wskaźnika rentowności majątku ogółem.

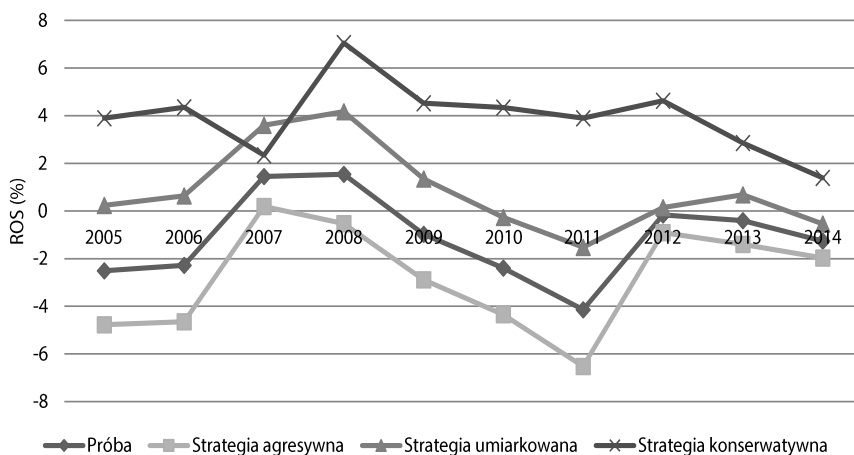
Poniżej znajduje się natomiast wykres 4.4, przedstawiający kształtowanie się rentowności sprzedaży w analizowanych grupach szpitali w badanym okresie.

Analizując rentowność szpitali w poszczególnych grupach, można zauważyć, że w przypadku obu wskaźników, szpitale stosujące różne strategie zarządzania płynnością, uzyskiwały różne poziomy rentowności. W niemal całym badanym okresie konserwatywny charakter strategii skutkowało znacznie wyższą uzyskiwaną rentownością niż miało to miejsce w przypadku stosowania przez szpitale strategii o charakterze umiarkowanym (niewielki wyjątek stanowił tu jedynie rok 2007) lub agresywnym. Co więcej, szpitale stosujące strategię konserwatywną, w przeciwieństwie do pozostałych szpitali, nigdy nie cechowały się ujemną rentownością.



Wykres 4.3. Rentowność majątku ogółem (ROA) w szpitalach stosujących różne strategie zarządzania płynnością finansową w latach 2005–2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.



Wykres 4.4. Rentowność majątku sprzedaży (ROS) w szpitalach stosujących różne strategie zarządzania płynnością finansową w latach 2005–2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.

Można zauważyć również, że na tle wszystkich badanych szpitali, zastosowanie strategii umiarkowanej lub konserwatywnej pozwalało na uzyskanie wyższej rentowności w stosunku do szpitali znajdujących się w próbie, a zastosowanie strategii agresywnej – rentowności niższej. Obserwacje te nie są zgodne z założeniem

o negatywnym powiązaniu płynności finansowej z rentownością. Zaobserwowanie przeciwstawnych tendencji w tym zakresie można wyjaśniać specyfiką działalności polskich szpitali. Pozytywne powiązanie płynności finansowej i rentowności, występujące wśród szpitali, może potwierdzać tezę, że szpitale nie powinny być postrzegane jako typowe przedsiębiorstwa.

4.2.1.2. Ocena zadłużenia

W dalszej kolejności zostały przedstawione podstawowe wskaźniki, dotyczące zadłużenia analizowanych szpitali w latach 2005–2014.

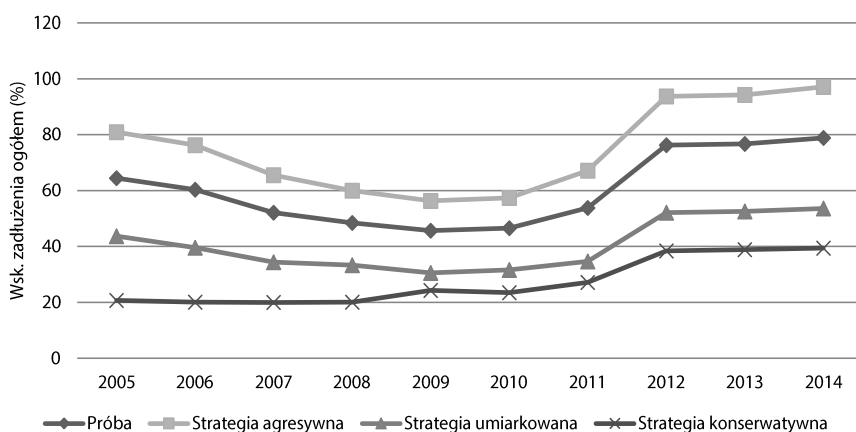
Tabela 4.3. Podstawowe statystyki opisowe średnich wskaźników zadłużenia w szpitalach podzielonych pod względem kryterium płynności finansowej w latach 2005–2014

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Wskaźnik zadłużenia ogółem (%)										
Próba	64,49	60,32	52,11	48,44	45,66	46,57	53,76	76,24	76,74	78,83
SD	53,37	50,40	42,09	36,03	28,75	31,38	38,13	39,77	39,96	41,81
v	0,83	0,84	0,81	0,74	0,63	0,67	0,71	0,52	0,52	0,53
Wskaźnik zadłużenia ogółem (%) – analizowane grupy szpitali										
Strategia agresywna	80,94	76,30	65,50	59,97	56,32	57,34	67,17	93,74	94,27	97,10
Strategia umiarkowana	43,69	39,59	34,37	33,33	30,54	31,65	34,68	52,07	52,52	53,58
Strategia konserwatywna	20,73	20,04	19,94	20,07	24,32	23,46	27,17	38,44	38,89	39,42
Wskaźnik zadłużenia długoterminowego (%)										
Próba	18,60	20,60	17,81	16,24	13,64	12,54	14,48	14,24	14,82	16,61
SD	18,81	23,34	21,87	20,64	12,21	10,79	18,88	10,69	11,49	15,42
v	1,01	1,13	1,23	1,27	0,90	0,86	1,30	0,75	0,78	0,93
Wskaźnik zadłużenia długoterminowego (%) – analizowane grupy szpitali										
Strategia agresywna	21,53	25,20	22,35	19,89	15,70	14,80	18,21	16,93	17,84	20,62
Strategia umiarkowana	15,81	15,16	11,85	11,40	10,67	9,43	9,02	10,15	10,26	10,69
Strategia konserwatywna	6,78	6,77	6,67	7,49	9,68	7,59	7,76	10,09	9,98	9,64

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.

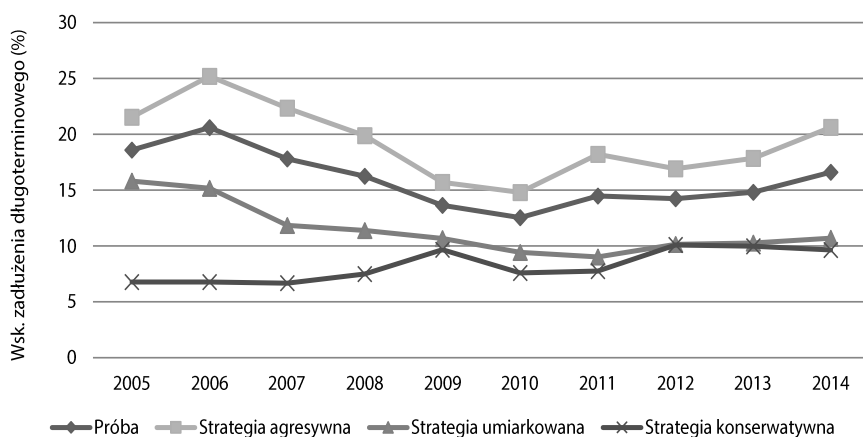
Dla lepszego zobrazowania sytuacji przedstawionej w tabeli 4.3, dane dotyczące wskaźników zadłużenia w poszczególnych grupach szpitali zostały przedstawione w formie graficznej na wykresach. Na wykresie 4.5 została ujęta sytuacja w zakresie wskaźnika zadłużenia ogółem.

Poniżej znajduje się natomiast wykres 4.6, przedstawiający kształtowanie się wskaźnika zadłużenia długoterminowego w analizowanych grupach szpitali w badanym okresie.



Wykres 4.5. Wskaźniki zadłużenia ogółem w szpitalach stosujących różne strategie zarządzania płynnością finansową w latach 2005–2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.



Wykres 4.6. Wskaźniki zadłużenia długoterminowego w szpitalach stosujących różne strategie zarządzania płynnością finansową w latach 2005–2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.

Oceniając łącznie oba zaprezentowane wskaźniki zadłużenia szpitali, można zauważyć, że niezależnie od analizowanej grupy szpitali – tj. stosujących strategię agresywną, umiarkowaną lub konserwatywną – szpitale w niewielkim stopniu korzystają z zadłużenia długoterminowego. Relatywnie niskie wartości wskaźnika zadłużenia długoterminowego wskazują na to, że szpitale preferują w znacznie większym stopniu wykorzystanie w finansowaniu swojej działalności zobowiązań krótkoterminowych ponad długoterminowymi. Pokazuje to niezwykle istotne znaczenie zarządzania płynnością finansową w szpitalu. Sytuacja taka może mieć związek ze wskazywanym już w pracy problemem w zakresie dokonywanych w szpitalach inwestycji. Zazwyczaj są one finansowane ze środków pochodzących z dotacji od organu tworzącego lub ze środków pochodzących z UE – dlatego też finansowanie inwestycji w szpitalach, w oparciu o długoterminowe zobowiązania, jest często bardzo ograniczone. Trzeba tutaj podkreślić, że taka struktura zadłużenia, tj. bardzo niski poziom wykorzystania zadłużenia długoterminowego przy jednocześnie wysokim poziomie zobowiązań krótkoterminowych, sprawia, że wartości wskaźnika zadłużenia ogółem utrzymują się na poziomach bliskich, a często wręcz znacznie niższych, w relacji do wartości normatywnych wskazywanych w literaturze, czyli ok. 50–70% (Kowalak, 2008: 138). Ze względu na bardzo niskie poziomy zadłużenia długoterminowego może to być jednak złudne.

Oczywiście pomiędzy analizowanymi grupami szpitali występują pewne różnice i w szpitalach opierających się na strategiach konserwatywnych wartości wskaźników zadłużenia są znacznie niższe niż te w szpitalach o strategiach agresywnych.

4.2.1.3. Ocena płynności finansowej

Następną grupę wskaźników stanowią podstawowe wskaźniki płynności finansowej. Zostały one przedstawione w tabeli 4.4.

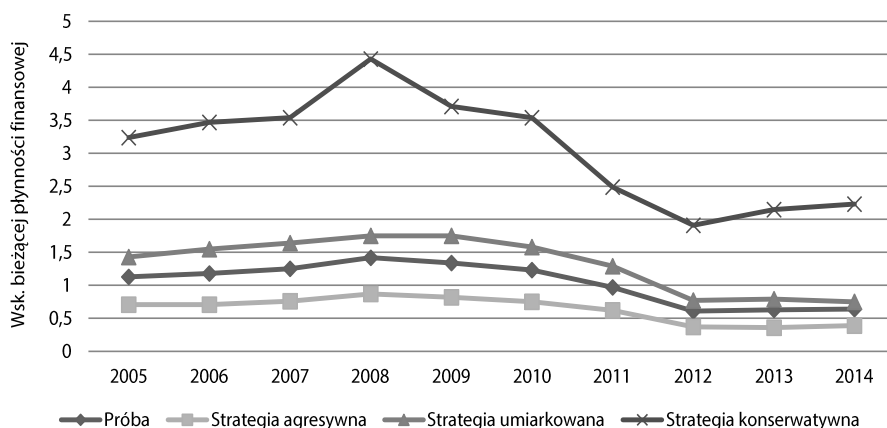
Celem lepszego zobrazowania sytuacji przedstawionej w tabeli, dane dotyczące wskaźników płynności finansowej w poszczególnych grupach szpitali zostały przedstawione w formie graficznej na wykresach. Ze względu na niewielkie rozbieżności i analogiczny trend pomiędzy wskaźnikami bieżącej i szybkiej płynności finansowej występujące w analizowanych grupach szpitali, przedstawiono prezentację graficzną jedynie pierwszego z nich – tj. wskaźnika bieżącej płynności finansowej (zob. wykres 4.7).

Poniżej znajduje się natomiast wykres 4.8, przedstawiający kształtowanie się wskaźnika natychmiastowej płynności finansowej w analizowanych grupach szpitali w badanym okresie.

Tabela 4.4. Podstawowe statystyki opisowe średnich wskaźników płynności finansowej w szpitalach podzielonych pod względem kryterium płynności finansowej w latach 2005–2014

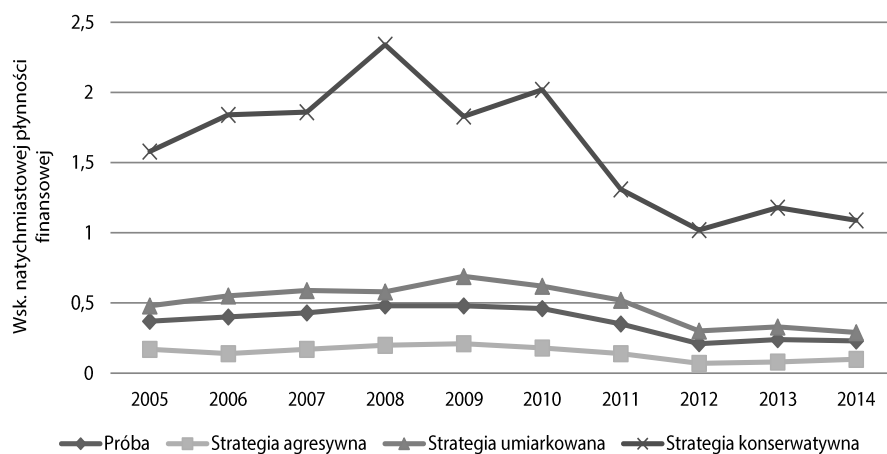
Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Wskaźnik bieżącej płynności finansowej (CR)										
Próba	1,13	1,18	1,25	1,42	1,34	1,23	0,97	0,61	0,63	0,64
SD	0,96	0,96	0,94	1,12	0,96	1,05	0,79	0,63	0,77	0,77
v	0,85	0,81	0,75	0,79	0,72	0,86	0,81	1,04	1,22	1,20
Wskaźnik bieżącej płynności finansowej (CR) – analizowane grupy szpitali										
Strategia agresywna	0,71	0,71	0,76	0,87	0,82	0,75	0,62	0,37	0,36	0,39
Strategia umiarkowana	1,43	1,55	1,64	1,75	1,75	1,58	1,29	0,77	0,79	0,75
Strategia konserwatywna	3,24	3,47	3,54	4,43	3,71	3,54	2,49	1,91	2,15	2,23
Wskaźnik szybkiej (podwyższonej) płynności finansowej (QR)										
Próba	1,02	1,07	1,13	1,31	1,23	1,13	0,89	0,56	0,58	0,58
SD	0,89	0,90	0,87	1,07	0,92	1,01	0,77	0,61	0,75	0,73
v	0,87	0,84	0,77	0,82	0,74	0,90	0,86	1,09	1,29	1,26
Wskaźnik szybkiej (podwyższonej) płynności finansowej (QR) – analizowane grupy szpitali										
Strategia agresywna	0,63	0,63	0,68	0,80	0,75	0,68	0,55	0,33	0,33	0,34
Strategia umiarkowana	1,28	1,40	1,48	1,60	1,61	1,46	1,18	0,71	0,73	0,68
Strategia konserwatywna	3,02	3,26	3,32	4,22	3,52	3,36	2,35	1,82	2,05	2,11
Wskaźnik natychmiastowej płynności finansowej (ATR)										
Próba	0,37	0,40	0,43	0,48	0,48	0,46	0,35	0,21	0,24	0,23
SD	0,57	0,60	0,58	0,75	0,66	0,79	0,59	0,48	0,60	0,55
v	1,53	1,48	1,33	1,57	1,38	1,71	1,71	2,25	2,50	2,38
Wskaźnik natychmiastowej płynności finansowej (ATR) – analizowane grupy szpitali										
Strategia agresywna	0,17	0,14	0,17	0,20	0,21	0,18	0,14	0,07	0,08	0,10
Strategia umiarkowana	0,48	0,55	0,59	0,58	0,69	0,62	0,52	0,30	0,33	0,29
Strategia konserwatywna	1,58	1,84	1,86	2,34	1,83	2,02	1,31	1,02	1,18	1,09

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.



Wykres 4.7. Wskaźniki bieżącej płynności finansowej (CR) w szpitalach stosujących różne strategie zarządzania płynnością finansową w latach 2005–2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.



Wykres 4.8. Wskaźniki natychmiastowej płynności finansowej (ATR) w szpitalach stosujących różne strategie zarządzania płynnością finansową w latach 2005–2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.

Z uwagi na zastosowany podział szpitali znajdujących się w próbie pod kątem kryterium płynności finansowej, różnice pomiędzy analizowanymi grupami szpitali są oczywiste i wynikają z zastosowanego kryterium podziału. Można jednak zauważyć, że w przypadku grupy szpitali stosujących konserwatywne strategie płynności finansowej, w przypadku wartości wszystkich trzech wskaźników płyn-

ności finansowej były znacząco – często kilkakrotnie – wyższe zarówno w stosunku do szpitali o strategiach umiarkowanych oraz agresywnych, jak i w relacji do ogółu szpitali znajdujących się w próbie. Należy przy tym mieć na uwadze, że szpitale stosujące strategie konserwatywne charakteryzowały się najwyższymi poziomami uzyskiwanej rentowności.

Warto również uzyskane wyniki odnieść do innych badań oraz wartości wzorcowych, przywoływanych często w literaturze przy okazji oceny płynności finansowej.

Normatywne wartości dla przedstawionych powyżej statycznych wskaźników płynności finansowej zostały przedstawione we wcześniejszym rozdziale pracy. Mając na uwadze rozważania przytoczonych we wcześniejszej części pracy autorów, można uznać, że najczęściej podawany przedział, w którym powinny zawierać się prawidłowe wartości wskaźnika bieżącej płynności finansowej wynosi 1,2–2 (por. Sierpińska, Jachna, 2004: 147), choć od tej powszechnie przytaczanej normy mogą występować znaczne odstępstwa, które niekoniecznie będą wskazywały na trudności jednostki w zakresie zarządzania płynnością finansową. Z kolei poziom 0,8 może być uznawany za zagrożenie płynności finansowej (Rogowski, Lipski, 2014: 13). W analizowanym okresie, w przypadku ogółu szpitali znajdujących się w próbie, w latach 2005–2010 wartości wskaźnika kształtowały się na poziomach bliskich dolnej granicy przedziału wskazywanego jako normatywny. Począwszy od roku 2011, widoczny jest natomiast znaczący spadek wartości tego wskaźnika. Sytuacja ta mogła mieć związek z wejściem w życie w 2011 r. ustawy o działalności leczniczej. Ustawa miała wymuszać na szpitalach ukierunkowanie polityki finansowej na rentowność. W przeciwnym razie w przypadku przynoszenia przez szpitale strat i braku przekształceń własnościowych takich szpitali, organy tworzące były zobligowane do pokrycia tychże strat z własnych środków. Mając na uwadze opisywaną we wcześniejszej części pracy relatywnie niską liczbę przekształceń szpitali (zob. wykres 1.3), można domniemywać, że organy tworzące starały się raczej ukierunkowywać podległe im szpitale na poprawę rentowności (tak, aby nie było konieczne ich przekształcenie). Wcześniejsza analiza wskaźników rentowności (zob. tabela 4.2) wskazuje, iż w roku 2011 szpitale charakteryzowały się najniższymi poziomami rentowności w całym analizowanym okresie 2005–2014. Jednak w kolejnych latach nastąpiła poprawa w tym zakresie. Mogła ona wynikać z opisywanej polityki stosowanej przez organy tworzące, mającej na celu unikanie przekształceń szpitali ze względu na ujemne wyniki finansowe. Jak słusznie zauważają Prędkiewicz i in. (2014: 28–43), generalnie szpitale wskutek wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej powinny wykazywać coraz większą dbałość o wskaźniki rentowności i wyniki finansowe. Ten spadek rentowności w 2011 r. mógł być spowodowany pewnym przejściowym zjawiskiem. Szpitale, aby uniknąć przekształceń oraz zniwelować ewentualne straty „mogły część kosztów z 2012 r. przenieść na rok 2011, poprzez np. przyspieszenie niektórych wydatków czy tworzenie koniecznych rezerw” (Prędkiewicz i in., 2014: 28–43). Natomiast opisywany

spadek w zakresie płynności finansowej, widoczny zwłaszcza w ostatnich latach badanego okresu, mógł wiązać się z kompromisem, który zachodzi pomiędzy płynnością finansową i rentownością, w przypadku którego wzrost rentowności związany jest z ograniczeniem płynności finansowej. Należy tu również zaznaczyć, że do roku 2011 wartości wskaźnika bieżącej płynności finansowej w przypadku wszystkich szpitali znajdujących się w próbie kształtowały się na poziomie bliskim 1,2 lub nieco niższym. Oznacza to, iż nawet w tych latach szpitale balansowały w okolicach dolnej granicy uznawanej w literaturze za normatywną. Spadek od 2011 r. doprowadził natomiast do sytuacji zagrożenia płynności finansowej ogółu szpitali znajdujących się w próbie. Nieco lepiej na tym tle oceniać można szpitale, które stosowały strategie umiarkowane. Szpitale o strategiach agresywnych funkcjonowały natomiast w niemal całym analizowanym okresie w warunkach, które zwykle uznawane są za sytuację związaną z zagrożeniem płynności finansowej.

Odnosząc natomiast wartości wskaźnika bieżącej płynności finansowej, uzyskane w badaniu, do wartości sektorowych występujących w całej branży ochrony zdrowia, przywoływanych w rozdziale poświęconym płynności finansowej (zob. tabela 3.1), należy zaznaczyć, że wartości branżowe były blisko pięciokrotnie wyższe i znajdowały się w przedziale 2,79–3,28. Tak duże różnice mogą wynikać z przytoczonych we wcześniejszej części pracy kwestii metodologicznych związanych z wyznaczaniem wskaźników sektorowych, ale też ze specyfiki całej branży ochrony zdrowia, na którą obok podmiotów leczniczych składają się również apteki czy hurtownie farmaceutyczne. Takie podmioty z pewnością utrzymują bardzo wysokie poziomy majątku obrotowego, co zapewne znajduje odzwierciedlenie w tak wysokich wartościach poziomu bieżącej płynności finansowej całego sektora ochrony zdrowia. Ze względu na taką sytuację, nie jest możliwe potwierdzenie wysuniętego we wcześniejszej części pracy przypuszczenia, jakoby szpitale posiadały wyższe poziomy majątku obrotowego, np. w postaci zapasów, niż inne podmioty lecznicze.

Warto odnieść się również do wartości wskaźników przywoływanych w innych badaniach, poświęconych płynności finansowej szpitali (zob. tabela 3.5). Generalnie w badaniach zagranicznych, wartości wskaźnika bieżącej płynności finansowej w szpitalach kształtowały się na znacznie wyższych poziomach, oscylując w przedziale 2–2,48, mogących wskazywać wręcz na nadpłynność. Uzyskane w niniejszym badaniu wyniki dotyczące większości szpitali są znacznie bardziej zbliżone do wcześniejszych badań poświęconych płynności finansowej szpitali wykonywanych w Polsce, gdzie wartości wskaźnika bieżącej płynności finansowej oscylowały w przedziale 0,89–1,8, chociaż w przypadku grupy szpitali, stosujących strategie konserwatywne, wartości wskaźnika bieżącej płynności finansowej zawierały się w przedziale 1,91–4,43. Mając na uwadze fakt, że szpitale te stanowiły również grupę szpitali o najwyższych poziomach rentowności, należy stwierdzić, że trudno tu mówić o zjawisku nadpłynności. Tak wysokie poziomy płynności finansowej skutkowały jednocześnie zwiększoną rentownością.

Oceniając wskaźnik szybkiej (podwyższonej) płynności finansowej, często w literaturze za poziom optymalny przyjmuje się przedział 1,0–1,2, a wartości poniżej poziomu 0,5 uznawane są za sytuację zagrożenia płynności finansowej w przedsiębiorstwie (Rogowski, Lipski, 2014: 14). W przypadku ogółu szpitali znajdujących się w próbie, wartości wskaźnika były bliskie wartościom optymalnym w latach 2005–2010. Począwszy od roku 2011, widoczny jest znaczący spadek wartości wskaźnika do poziomów, które mogą nawet wskazywać na zagrożenie płynności finansowej. Taki trend w analizowanym okresie można wytłumaczyć analogicznie, jak w przypadku wskaźnika bieżącej płynności finansowej. Należy również podkreślić, że pomiędzy wartościami wskaźnika szybkiej i bieżącej płynności finansowej nie występują znaczące różnice, co z punktu widzenia zarządzania finansami przedsiębiorstwa można oceniać pozytywnie. Wskazuje to, iż szpitale nie zamrażają środków finansowych w zapasach, a raczej wykorzystują je dość efektywnie. Utrzymywanie dosyć niskich poziomów zapasów jest zgodne z przywoływanym wcześniej badaniem Prędkiewicz i Prędkiewicz (2013a: 169–179).

Odnosząc wartości wskaźnika szybkiej płynności finansowej do wartości cechujących całą branżę ochrony zdrowia (zob. tabela 3.2), to w przypadku analizowanych szpitali kształtują się one na niższych poziomach niż wskaźniki branżowe, które przyjmowały wartości z przedziału 2,62–3,14. Można to wytłumaczyć w analogiczny sposób, jak w przypadku wskaźnika bieżącej płynności finansowej.

Odnosząc natomiast wartości uzyskane w przedmiotowym badaniu do innych badań wykonywanych wśród szpitali (zob. tabela 3.5), to wartości te w przypadku większości badanych szpitali są niższe, zarówno w porównaniu z badaniami zagranicznymi (2,1), jak i przytaczanymi w badaniach polskich (1,55–1,66). Ponownie pewien wyjątek stanowi tu grupa szpitali o strategiach konserwatywnych, gdzie zaobserwowane wartości wskaźnika szybkiej (podwyższonej) płynności finansowej w badanym okresie ukształtowały się na poziomie 1,82–4,22.

W przypadku wskaźnika płynności natychmiastowej, ze względu na to, że brak środków pieniężnych niekoniecznie musi oznaczać utratę płynności finansowej, w literaturze przedmiotu autorzy często nie przytaczają jednoznacznych wartości normatywnych w tym zakresie. W przypadku szpitali znajdujących się w próbie wiadać, iż posiadają one pewną ilość środków pieniężnych na rachunkach bieżących. Niemniej jednak w ostatnich trzech latach analizowanego okresu, widoczny jest znaczący spadek w utrzymywanych wartościach gotówki na rachunkach, co ponownie można tłumaczyć, w podobny sposób, jak w przypadku wskaźnika bieżącej płynności finansowej, wprowadzeniem ustawy o działalności leczniczej.

Porównując wartości wskaźnika natychmiastowej płynności finansowej z sytuacją całej branży ochrony zdrowia (zob. tabela 3.3), gdzie wartości kształtowały się w przedziale 1,36–1,77, można uznać, że szpitale utrzymują znacznie mniej środków pieniężnych w relacji do zobowiązań krótkoterminowych niż branża, co ponownie może wynikać z dużego zróżnicowania branży i faktu, że obejmuje ona nie tylko podmioty lecznicze, ale i szereg innych przedsiębiorstw. Niemniej jednak,

tak wysoki poziom środków pieniężnych utrzymywanych na rachunkach bankowych przez przedsiębiorstwa branżowe wydaje się raczej niekorzystny, gdyż środki pieniężne zamrożone na rachunkach bankowych nie przynoszą przedsiębiorstwu korzyści. W tym kontekście szpitale cechują się co prawda niższą płynnością finansową, ale wydają się działać efektywniej. Odnosząc uzyskane w badaniu wartości do analiz poświęconych szpitalom wykonanych przez innych autorów (zob. tabela 3.5), należy zaznaczyć, że wartości wskaźnika natychmiastowej płynności finansowej w przypadku większości badanych szpitali znajdują się na niższych poziomach w stosunku do innych badań (0,69–0,82). Jednak – ponownie – pewne odstępstwo stanowi tu grupa szpitali stosujących strategie konserwatywne, w przypadku której utrzymywane zasoby gotówki w całym analizowanym okresie były wyższe lub przynajmniej pozwalały na pokrycie w pełni posiadanych zobowiązań krótkoterminowych. Wartości wskaźnika natychmiastowej płynności finansowej w tej grupie szpitali w badanym okresie kształtowały się na poziomie 1,02–2,34.

Tak, jak to było wcześniej podkreślone, biorąc pod uwagę fakt, że szpitale stosujące strategie o charakterze konserwatywnym uzyskiwały jednocześnie najwyższe poziomy rentowności, można stwierdzić, że w większości polskich szpitali poziom płynności finansowej jest zbyt niski. Ponadto w polskich szpitalach normy referencyjne dotyczące płynności finansowej powinny być ustalone na znacznie wyższym poziomie w stosunku do wartości referencyjnych przytaczanych często w literaturze przedmiotu.

4.2.1.4. Ocena sprawności działania

Kolejna grupa wskaźników obejmuje wskaźniki sprawności działania, chociaż często określane są one również jako wskaźniki służące ocenie płynności finansowej w ujęciu dynamicznym, co zostało wskazane w rozważaniach dotyczących sposobów ujmowania i oceny płynności finansowej. Zostały one przedstawione w tabeli 4.5.

Analizując powyższe dane, można zauważyć, że zarówno we wszystkich analizowanych grupach szpitali, jak i w całej próbie, wartości cykli zapasów oraz należności utrzymywały się w całym badanym okresie na zbliżonych poziomach. Największe wahania występowały natomiast w przypadku cyklu zobowiązań. Szpitale stosujące strategie agresywne cechowały się dłuższymi cyklami zobowiązań w stosunku do wszystkich szpitali znajdujących się w próbie, a szpitale o strategiach umiarkowanych i konserwatywnych krótszymi. Warto podkreślić, że we wszystkich analizowanych grupach szpitali, począwszy od 2012 r., zauważalny jest wręcz skokowy wzrost cykli zobowiązań.

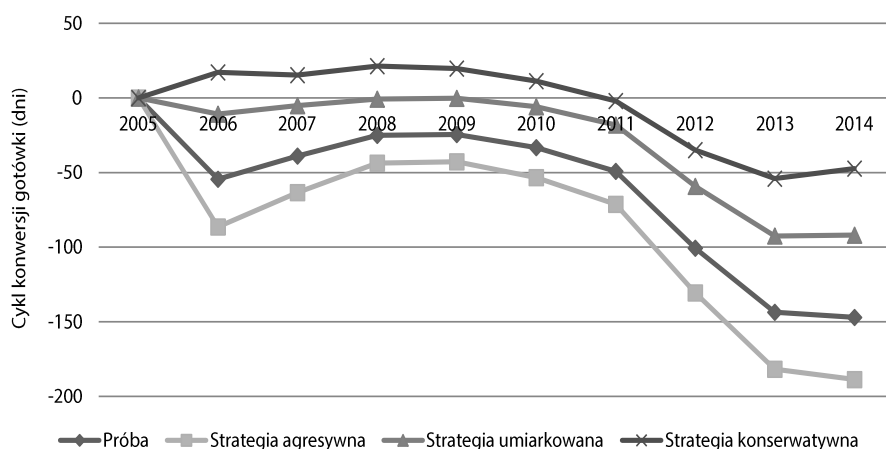
Tabela 4.5. Podstawowe statystyki opisowe średnich wskaźników cyklu w szpitalach podzielonych pod względem kryterium płynności finansowej w latach 2005–2014

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cykl zapasów (dni) [1]										
Próba	–	8,21	7,32	6,40	6,33	6,63	7,41	7,40	6,94	7,22
SD	–	7,21	6,25	5,64	5,35	5,65	6,43	6,01	5,55	6,08
v	–	0,88	0,85	0,88	0,85	0,85	0,87	0,81	0,80	0,84
Cykl zapasów (dni) – analizowane grupy szpitali [1]										
Strategia agresywna	–	7,95	6,95	5,81	5,82	6,27	7,19	7,18	6,63	6,99
Strategia umiarkowana	–	8,66	7,81	7,23	7,07	7,11	7,59	7,54	7,29	7,37
Strategia konserwatywna	–	8,31	8,17	7,59	7,26	7,44	8,40	8,62	7,99	8,36
Cykl należności (dni) [2]										
Próba	–	48,87	44,27	43,14	44,72	44,40	45,76	44,96	44,99	44,72
SD	–	13,37	11,33	10,00	10,56	12,66	13,51	13,24	13,76	13,56
v	–	0,27	0,26	0,23	0,24	0,29	0,30	0,29	0,31	0,30
Cykl należności (dni) – analizowane grupy szpitali [2]										
Strategia agresywna	–	48,38	43,95	41,85	43,88	43,51	45,96	45,56	44,80	44,33
Strategia umiarkowana	–	50,11	45,19	44,72	44,92	44,88	44,96	43,93	44,94	44,27
Strategia konserwatywna	–	47,55	42,94	46,80	50,68	49,58	47,57	44,51	46,76	49,85
Cykl zobowiązań (dni) [3]										
Próba	–	111,59	90,46	74,55	75,52	84,32	102,29	152,96	195,51	198,97
SD	–	86,24	60,55	41,67	38,90	44,04	51,80	80,38	118,55	124,07
v	–	0,77	0,67	0,56	0,52	0,52	0,51	0,53	0,61	0,62
Cykl zobowiązań (dni) – analizowane grupy szpitali [3]										
Strategia agresywna	–	142,84	114,41	91,26	92,47	103,17	124,50	183,44	233,14	239,97
Strategia umiarkowana	–	69,66	58,08	52,74	52,28	57,79	70,76	110,62	144,79	143,47
Strategia konserwatywna	–	38,79	35,74	33,06	38,21	45,77	58,01	88,11	108,76	105,49
Cykl konwersji gotówki – CKG (dni): [1] + [2] – [3]										
Próba	–	-54,51	-38,87	-25,01	-24,47	-33,29	-49,12	-100,59	-143,57	-147,03
Strategia agresywna	–	-86,51	-63,50	-43,60	-42,76	-53,38	-71,35	-130,69	-181,71	-188,65
Strategia umiarkowana	–	-10,88	-5,09	-0,78	-0,28	-5,81	-18,20	-59,15	-92,55	-91,83
Strategia konserwatywna	–	17,08	15,37	21,33	19,73	11,25	-2,05	-34,98	-54,02	-47,28

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.

Wpływ na to mogło mieć, podobnie jak to już zostało zaznaczone wcześniej w przypadku innych wskaźników, wprowadzenie ustawy o działalności leczniczej, ukierunkowującej szpitale na uzyskiwanie wyższych poziomów rentowności, a przynajmniej nieprzynoszenie strat. Widać, iż władze szpitali postanowiły zrealizować ten cel poprzez wydłużenie cyklu zobowiązań i późniejszą ich spłatę kontrahentom.

Poniżej graficznie zastało przedstawione kształtowanie się cyklu konwersji gotówki (CKG), na który składają się cykle zapasów, należności i zobowiązań (zob. wykres 4.9).



Wykres 4.9. Cykl konwersji gotówki (CKG) w szpitalach stosujących różne strategie zarządzania płynnością finansową w latach 2005–2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.

Wartości cyklu konwersji gotówki w całym analizowanym okresie w badanych szpitalach – za wyjątkiem grupy szpitali stosujących strategię konserwatywną – były ujemne, co wynikało przede wszystkim z relatywnie długich cykli zobowiązań. Ujemne cykle konwersji gotówki mogą być charakterystyczne dla niektórych typów działalności, np. handlowej. Jednak w przypadku szpitali wskazują na istotne problemy w zarządzaniu płynnością finansową i na fakt, że funkcjonowanie polskiego systemu ochrony zdrowia jest kredytowane przez dostawców czy też innych kontrahentów jednostek szpitalnych. W szpitalach o strategiach konserwatywnych CKG zaczęły być ujemne dopiero od 2011 r., jednak i tak były znacząco bliższe zeru, niż miało to miejsce w pozostałych szpitalach. Co więcej, grupa szpitali stosujących strategię konserwatywną w latach 2005–2010 cechowała się dosyć krótkimi dodatnimi cyklami konwersji gotówki, co należy oceniać pozytywnie.

Warto zaznaczyć, że szpitale otrzymują należności (przede wszystkim za wykonane świadczenie zdrowotne od NFZ) znacznie szybciej (po ok. 40–50 dniach), niż spłacają swoje zobowiązania. Taka polityka może wynikać z trudnej sytuacji finansowej szpitali związanej ze wspomnianym już w pracy problemem otrzymywania środków z Narodowego Funduszu Zdrowia za tzw. nadwykonania. Świadczenia udzielone w ramach nadwykonań pozostają sporne, a decyzje o ich wypłacie podejmowane są na podstawie procesów sądowych, które często są czasochłonne. Tylko w około jednej piątej przypadków kończą się one dla szpitali powodzeniem i uzyskaniem od NFZ należnych środków. Stąd wnioski, iż długie cykle zobowiązań mogą wynikać z tego, iż szpitale po prostu nie mają odpowiednich środków, aby wcześniej uregulować wymagalne zobowiązania.

Odnosząc wartości poszczególnych cykli do wartości przedstawianych w innych badaniach poświęconych szpitalom (zob. tabela 3.5), należy zaznaczyć, że ocena w tym przypadku jest dosyć problematyczna. Wynika to z możliwości zastosowania różnych formuł dla wyznaczenia poszczególnych składowych cyklu konwersji gotówki (Bieniasz, Czerwińska-Kayzer, 2008: 17–27). Niestety w literaturze przedmiotu nie zawsze precyzyjnie określa się formuły wykorzystywane dla wyznaczania poszczególnych wskaźników, dlatego też dla pewności został tu scharakteryzowany jedynie cykl należności, co do którego nie występują rozbieżności metodyczne. Cykle należności uzyskane dla analizowanych w przedmiotowym badaniu szpitali są niższe w stosunku do tych przytaczanych w badaniach zagranicznych (przedział 54–71). Może to oczywiście wynikać z innych uwarunkowań systemowych występujących w Polsce. Uzyskane w niniejszym badaniu wartości są natomiast bardzo zbliżone do polskiego badania Prędkiewicz i Prędkiewicz (2013b: 311–323), poświęconego tej tematyce.

4.2.2. Charakterystyka sytuacji finansowej szpitali podzielonych na podstawie kryterium rentowności

Mając na uwadze ustawowe ukierunkowanie szpitali na większą dbałość o uzyskiwanie dodatnich wyników finansowych, a także silny nurt w literaturze określający płynność finansową jako istotną determinantę rentowności, warto również dokonać szerszej analizy działalności polskich szpitali w oparciu o to właśnie kryterium.

Ponadto warto podkreślić, że rentowność w szpitalu może być postrzegana jako podstawowy i syntetyczny miernik, przedstawiający jego efektywność finansową (Prędkiewicz i in., 2014: 28–43).

Wyodrębnienie z próby na podstawie kryterium uzyskiwanej rentowności i szczegółowa charakterystyka finansowa grup najmniej i najbardziej rentownych szpitali może wskazać na istotne rekomendacje w zakresie schematów postępowania

w zarządzaniu finansami szpitala. Wszystkie szpitale, znajdujące się w próbie, podlegały tym samym uwarunkowaniom systemowym. Niemniej jednak, jak wskazują poniższe rozważania, część z nich radziła sobie lepiej w stosunku do innych, czego efektem mogą być wyższe poziomy uzyskiwanej rentowności. Taka grupa szpitali może dać wskazówki w zakresie pozytywnych schematów postępowania w zarządzaniu finansami szpitala. Grupa szpitali o najniższych poziomach rentowności może natomiast wskazywać, jakich schematów w zarządzaniu finansami szpitala należałoby unikać.

4.2.2.1. Ocena rentowności

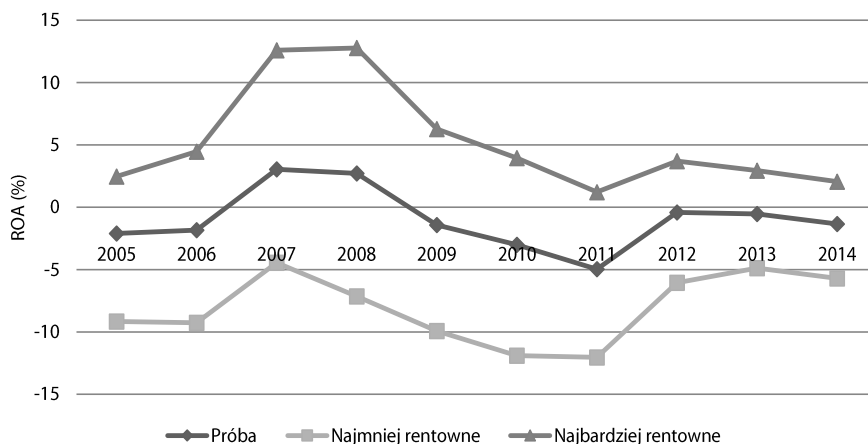
Poniżej znajduje się tabela 4.6, charakteryzująca rentowność analizowanych szpitali w latach 2005–2014.

Tabela 4.6. Podstawowe statystyki opisowe średnich wskaźników rentowności w szpitalach podzielonych pod względem kryterium uzyskiwanej rentowności w latach 2005–2014

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ROA (%)										
Próba	-2,10	-1,84	3,04	2,72	-1,43	-3,02	-4,97	-0,41	-0,54	-1,34
SD	10,04	9,90	13,97	12,05	9,01	9,81	9,17	7,19	6,01	6,25
v	4,79	5,38	4,59	4,42	6,28	3,25	1,85	17,39	11,04	4,65
ROA (%) – analizowane grupy szpitali										
Najmniej rentowne	-9,16	-9,26	-4,45	-7,15	-9,93	-11,91	-12,04	-6,06	-4,89	-5,71
Najbardziej rentowne	2,46	4,46	12,59	12,77	6,27	3,94	1,22	3,71	2,94	2,05
ROS (%)										
Próba	-2,51	-2,28	1,45	1,54	-0,98	-2,39	-4,14	-0,16	-0,41	-1,26
SD	8,52	8,86	9,69	8,46	5,89	7,10	7,02	6,65	5,56	5,27
v	3,39	3,88	6,70	5,48	6,00	2,97	1,70	42,25	13,42	4,19
ROS (%) – analizowane grupy szpitali										
Najmniej rentowne	-8,61	-8,89	-4,75	-5,51	-6,48	-8,77	-9,38	-4,88	-4,10	-5,03
Najbardziej rentowne	1,34	3,02	8,24	8,37	4,26	2,85	1,35	3,62	2,90	1,88

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.

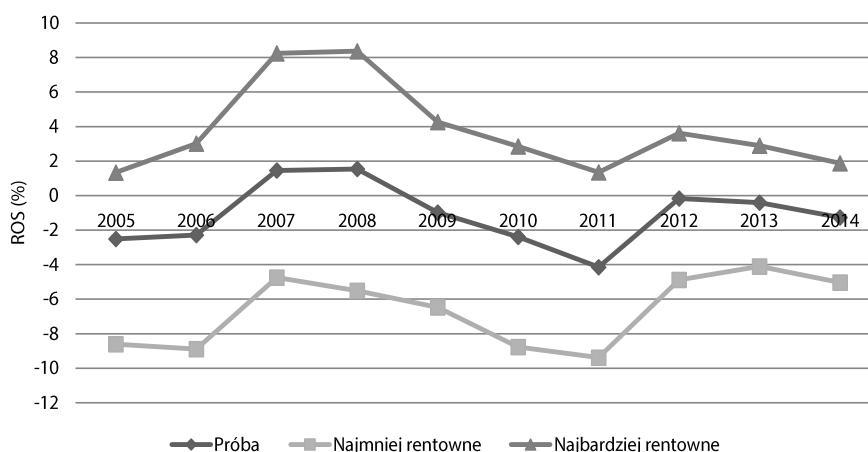
Dla lepszego zobrazowania sytuacji, dane dotyczące rentowności uzyskiwanej w poszczególnych grupach szpitali zostały przedstawione w formie graficznej na wykresach. Na wykresie 4.10 została ujęta sytuacja w zakresie wskaźnika rentowności majątku ogółem.



Wykres 4.10. Rentowność majątku ogółem (ROA) w badanych grupach szpitali w latach 2005–2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.

Poniżej znajduje się natomiast wykres 4.11, przedstawiający kształtowanie się rentowności sprzedaży w analizowanych grupach szpitali w badanym okresie.



Wykres 4.11. Rentowność sprzedaży (ROS) w badanych grupach szpitali w latach 2005–2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.

Analizując sytuację najmniej rentownych szpitali, widać, iż wartości wskaźników ROA i ROS w całym analizowanym okresie dla tej grupy przybierają wartości ujemne. Wartości wskaźników rentowności dla tej grupy są znacznie niższe od wartości szpitali w całej próbie, co jest naturalną konsekwencją wyodrębnienia tej grupy na podstawie kryterium uzyskiwanej rentowności. W przypadku obu wskaźników najniższe wartości można zaobserwować w roku 2011, co jak już zostało podkreślone, mogło mieć związek z zawirowaniami prawnymi związanymi z wprowadzaniem ustawy o działalności leczniczej i koniecznością odpowiedniego dostosowania działalności szpitala do nowych realiów.

W przypadku grupy najbardziej rentownych szpitali widać natomiast, iż wartości wskaźników ROA i ROS w całym analizowanym okresie przybierają wartości dodatnie. Są one wyższe od wartości uzyskanych dla całej próby, co jest naturalną konsekwencją wyodrębnienia tej grupy pod kątem kryterium uzyskiwanej rentowności. Jednak należy zauważyć, że w niektórych latach ich wartości są znacznie wyższe, niż te w próbie. Również i tutaj w przypadku obu wskaźników bardzo niskie wartości można zaobserwować w roku 2011, co mogło mieć związek z opisywanymi zmianami w finansowaniu polskiego systemu ochrony zdrowia, związanymi z wprowadzeniem ustawy o działalności leczniczej.

Generalnie, w kontekście przedstawionych wcześniej w pracy rozważań dotyczących podobieństw i różnic pomiędzy działalnością szpitali a reszty przedsiębiorstw funkcjonujących w gospodarce rynkowej, niska rentowność wśród polskich szpitali nie jest zjawiskiem zaskakującym. Cel, jakim jest maksymalizacja zysku, w przypadku funkcjonowania szpitala nie stanowi podstawowego kryterium działalności (w przeciwieństwie do wielu innych przedsiębiorstw funkcjonujących w realiach rynkowych). Niemniej jednak występowanie okresów ujemnej rentowności należy oceniać tutaj negatywnie. Pożądane byłoby, aby szpitale cechowały się przynajmniej dodatnimi (nawet jeśli bliskimi zeru) poziomami rentowności. W przeciwnym razie generują one straty, które muszą zostać pokryte czy to ze środków pochodzących od organu tworzącego (głównie jednostek samorządu terytorialnego), czy też budżetu państwa. Przykład analizowanej grupy najbardziej rentownych szpitali pokazuje, iż w realiach systemowych występujących w latach 2005–2014 uzyskiwanie dodatniej rentowności w całym badanym okresie było możliwe. Wskazuje to, iż w pozostałej części szpitali, a szczególnie w grupie tych najmniej rentownych, należałoby poprawić proces zarządzania finansowego, tak aby nie generowały one strat.

4.2.2.2. Ocena zadłużenia

W dalszej kolejności zostały przedstawione podstawowe statystyki opisowe w zakresie zadłużenia szpitali w latach 2005–2014.

Tabela 4.7. Podstawowe statystyki opisowe średnich wskaźników zadłużenia w szpitalach podzielonych pod względem kryterium uzyskiwanej rentowności w latach 2005–2014

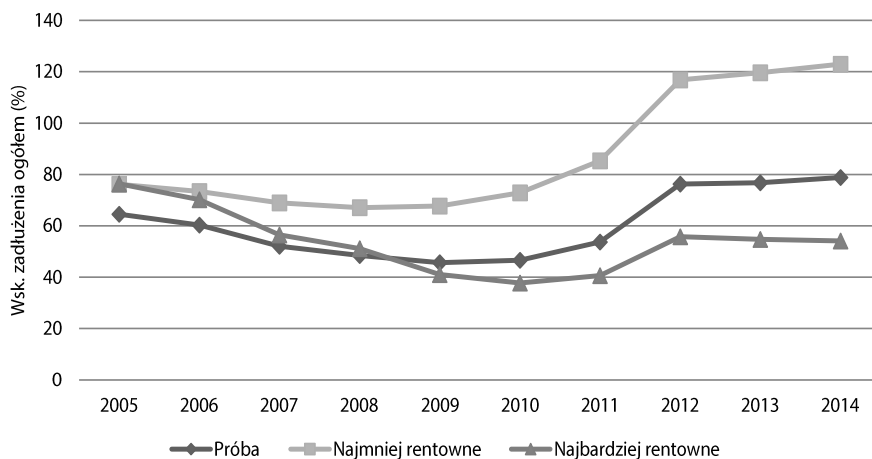
Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Wskaźnik zadłużenia ogółem (%)										
Próba	64,49	60,32	52,11	48,44	45,66	46,57	53,76	76,24	76,74	78,83
SD	53,37	50,40	42,09	36,03	28,75	31,38	38,13	39,77	39,96	41,81
v	0,83	0,84	0,81	0,74	0,63	0,67	0,71	0,52	0,52	0,53
Wskaźnik zadłużenia ogółem (%) – analizowane grupy szpitali										
Najmniej rentowne	76,19	73,35	69,00	67,07	67,71	72,90	85,33	116,87	119,64	122,95
Najbardziej rentowne	76,38	70,16	56,47	51,12	41,01	37,75	40,61	55,75	54,72	54,13
Wskaźnik zadłużenia długoterminowego (%)										
Próba	18,60	20,60	17,81	16,24	13,64	12,54	14,48	14,24	14,82	16,61
SD	18,81	23,34	21,87	20,64	12,21	10,79	18,88	10,69	11,49	15,42
v	1,01	1,13	1,23	1,27	0,90	0,86	1,30	0,75	0,78	0,93
Wskaźnik zadłużenia długoterminowego (%) – analizowane grupy szpitali										
Najmniej rentowne	17,26	20,47	18,25	18,89	16,38	15,60	22,34	20,71	23,00	26,68
Najbardziej rentowne	24,49	27,43	23,57	21,50	15,40	13,41	12,54	13,21	12,51	12,94

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.

Dla lepszego zobrazowania sytuacji przedstawionej w tabeli 4.7, dane dotyczące wskaźników zadłużenia w poszczególnych grupach szpitali zostały przedstawione w formie graficznej na wykresach. Na wykresie 4.12 została ujęta sytuacja w zakresie wskaźnika zadłużenia ogółem.

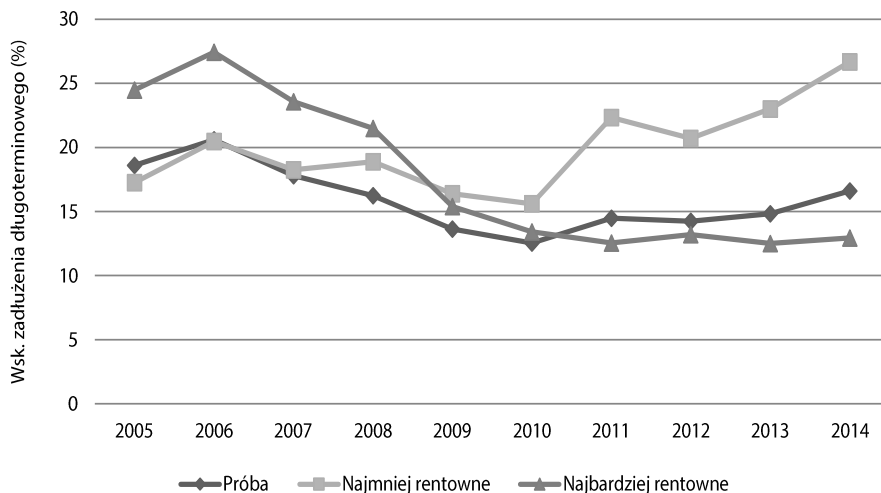
Poniżej znajduje się natomiast wykres 4.13, przedstawiający kształtowanie się wskaźnika zadłużenia długoterminowego w analizowanych grupach szpitali w badanym okresie.

Oceniając sytuację szpitali o najniższej rentowności na tle ogółu szpitali znajdujących się w próbie, należy zauważyć, że wskaźniki ogólnego zadłużenia w całym analizowanym okresie utrzymywały się na znacząco wyższych poziomach. W przypadku wskaźnika zadłużenia długoterminowego, to szpitale najmniej rentowne w początkowych latach analizowanego okresu utrzymywały zadłużenie długoterminowe na bardzo zbliżonym, niemal analogicznym poziomie, jak ogół szpitali znajdujących się w próbie. Niemniej jednak w kolejnych latach, począwszy od roku 2009, widoczne jest stopniowe zwiększanie finansowania długoterminowego w działalności szpitali o najniższej rentowności.



Wykres 4.12. Wskaźniki zadłużenia ogółem w badanych grupach szpitali w latach 2005–2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.



Wykres 4.13. Wskaźniki zadłużenia długoterminowego w badanych grupach szpitali w latach 2005–2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.

Oceniając natomiast wskaźniki zadłużenia szpitali o najwyższych poziomach rentowności na tle próby, widać, że w przypadku wskaźnika poziomu ogólnego zadłużenia w początkowych latach, wartości wskaźnika były wyższe w stosunku

do ogółu szpitali znajdujących się w próbie. Jednak począwszy od 2009 r. nastąpiło odwrócenie tej tendencji i w ostatnich latach to szpitale najbardziej rentowne charakteryzowały się znacznie niższymi poziomami ogólnego zadłużenia, aniżeli te znajdujące się w próbie. W przypadku wskaźnika zadłużenia długoterminowego szpitale najbardziej rentowne przez większą część analizowanego okresu utrzymywały zadłużenie długoterminowe na nieco wyższym poziomie niż ogół szpitali znajdujących się w próbie. W ostatnich latach jednak widoczne jest odwrócenie tej tendencji, co mogło mieć związek z wprowadzeniem ustawy o działalności leczniczej. Wskazuje to na zmianę polityki w stosunku do zadłużenia długoterminowego w grupie najbardziej rentownych szpitali i może być spowodowane innym podejściem do planowania i zarządzania finansowego w szpitalach najbardziej rentownych w stosunku do reszty szpitali. Może to również wskazywać, że szpitale najbardziej rentowne, wraz z wejściem ustawy o działalności leczniczej, w znacznie większym stopniu zaczęły opierać działalność inwestycyjną na środkach pochodzących z dotacji od organów tworzących czy UE lub też, że poczynione we wcześniejszym okresie działania inwestycyjne były na ową chwilę wystarczające i kadra zarządzająca podjęła decyzję o wyhamowaniu procesu inwestycyjnego.

Poczynione spostrzeżenia wskazują na to, że podejście do zadłużenia znacząco się różni w szpitalach charakteryzujących się najwyższymi poziomami rentowności od tego stosowanego przez szpitale, które cechują najniższe poziomy rentowności. Wskazuje to na istotne różnice w procesie zarządzania finansowego i w podejściu do zadłużenia, które zapewne pozostały nie bez znaczenia dla różnic w opisanych wcześniej wskaźnikach rentowności.

4.2.2.3. Ocena płynności finansowej

Kolejną grupę opisanych wskaźników stanowią podstawowe wskaźniki płynności finansowej. Zostały one przedstawione w tabeli 4.8.

Celem lepszego zobrazowania sytuacji przedstawionej w tabeli 4.8, dane dotyczące wskaźników płynności finansowej w poszczególnych grupach szpitali zostały przedstawione w formie graficznej na wykresach. Ze względu na niewielkie rozbieżności i analogiczny trend pomiędzy wskaźnikami bieżącej i szybkiej płynności finansowej występujące w analizowanych grupach szpitali, przedstawiono prezentację graficzną jedynie pierwszego z nich – tj. wskaźnika bieżącej płynności finansowej (zob. wykres 4.14).

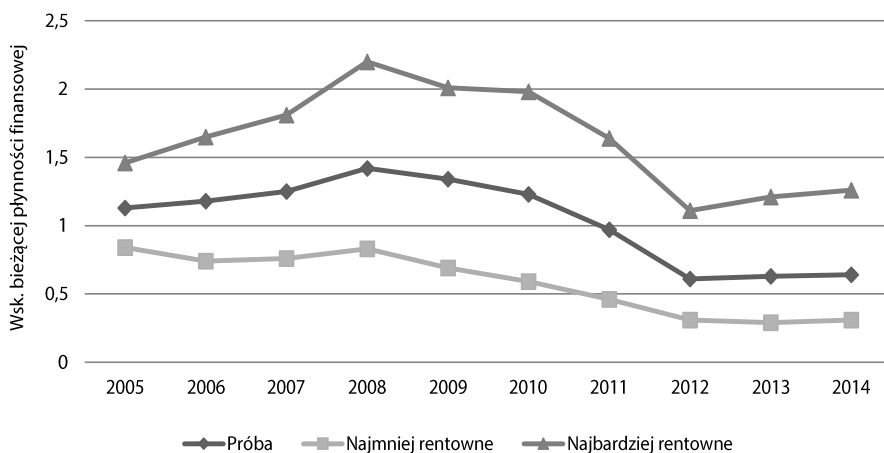
Poniżej znajduje się natomiast wykres 4.15, przedstawiający kształtowanie się wskaźnika natychmiastowej płynności finansowej w analizowanych grupach szpitali w badanym okresie.

Tabela 4.8. Podstawowe statystyki opisowe średnich wskaźników płynności finansowej w szpitalach podzielonych pod względem kryterium uzyskiwanej rentowności w latach 2005–2014

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Wskaźnik bieżącej płynności finansowej (CR)										
Próba	1,13	1,18	1,25	1,42	1,34	1,23	0,97	0,61	0,63	0,64
SD	0,96	0,96	0,94	1,12	0,96	1,05	0,79	0,63	0,77	0,77
v	0,85	0,81	0,75	0,79	0,72	0,86	0,81	1,04	1,22	1,20
Wskaźnik bieżącej płynności finansowej (CR) – analizowane grupy szpitali										
Najmniej rentowne	0,84	0,74	0,76	0,83	0,69	0,59	0,46	0,31	0,29	0,31
Najbardziej rentowne	1,46	1,65	1,81	2,20	2,01	1,98	1,64	1,11	1,21	1,26
Wskaźnik szybkiej (podwyższonej) płynności finansowej (QR)										
Próba	1,02	1,07	1,13	1,31	1,23	1,13	0,89	0,56	0,58	0,58
SD	0,89	0,90	0,87	1,07	0,92	1,01	0,77	0,61	0,75	0,73
v	0,87	0,84	0,77	0,82	0,74	0,90	0,86	1,09	1,29	1,26
Wskaźnik szybkiej (podwyższonej) płynności finansowej (QR) – analizowane grupy szpitali										
Najmniej rentowne	0,75	0,65	0,68	0,76	0,62	0,53	0,41	0,27	0,26	0,27
Najbardziej rentowne	1,33	1,53	1,68	2,06	1,88	1,86	1,53	1,05	1,14	1,18
Wskaźnik natychmiastowej płynności finansowej (ATR)										
Próba	0,37	0,40	0,43	0,48	0,48	0,46	0,35	0,21	0,24	0,23
SD	0,57	0,60	0,58	0,75	0,66	0,79	0,59	0,48	0,60	0,55
v	1,53	1,48	1,33	1,57	1,38	1,71	1,71	2,25	2,50	2,38
Wskaźnik natychmiastowej płynności finansowej (ATR) – analizowane grupy szpitali										
Najmniej rentowne	0,23	0,16	0,18	0,18	0,15	0,13	0,07	0,04	0,05	0,05
Najbardziej rentowne	0,54	0,69	0,76	0,97	0,86	0,97	0,81	0,52	0,60	0,58

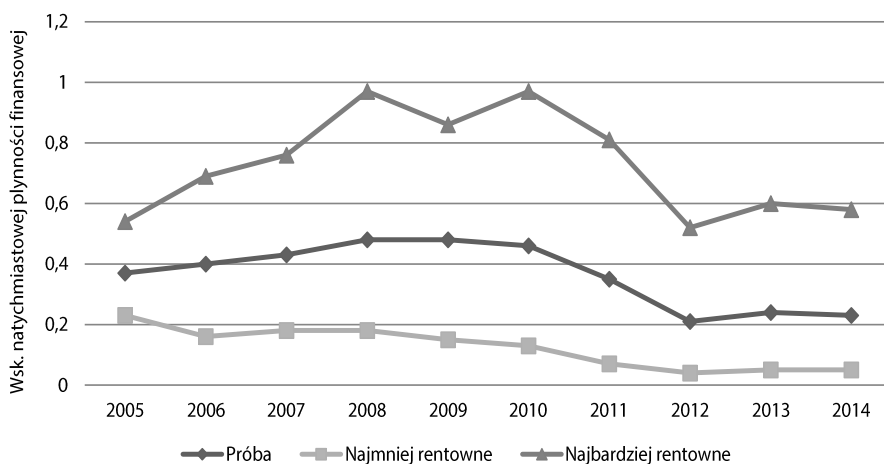
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.

Dokonując analizy podstawowych statycznych wskaźników płynności finansowej w analizowanej grupie najmniej rentownych szpitali na tle ogółu jednostek z próby, trzeba zaznaczyć, że w przypadku wszystkich trzech wskaźników w całym badanym okresie grupa ta charakteryzowała się niższymi ich wartościami niż próba. Natomiast grupa najbardziej rentownych szpitali na tle ogółu szpitali znajdujących się w próbie w przypadku wszystkich trzech wskaźników w całym analizowanym okresie charakteryzowała się ich wyższymi wartościami, co świadczy o wyższym poziomie płynności finansowej.



Wykres 4.14. Wskaźniki bieżącej płynności finansowej (CR) w badanych grupach szpitali w latach 2005–2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.



Wykres 4.15. Wskaźniki natychmiastowej płynności finansowej (ATR) w badanych grupach szpitali w latach 2005–2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.

Wstępna analiza w zakresie oceny płynności finansowej wskazuje na to, że najbardziej rentowne szpitale cenią sobie również wyższy poziom bezpieczeństwa w stosunku do ogółu szpitali znajdujących się w próbie. Sytuacja szpitali najmniej rentownych w zakresie oceny płynności finansowej na podstawie trzech podstawowych wskaźników jest natomiast znacznie gorsza niż ogółu szpitali znajdujących

się w próbie – często wskazując na problemy z płynnością finansową i stan jej zagrożenia. Wskaźniki w szpitalach najbardziej rentownych często przyjmują wartości wskazywane w literaturze przedmiotu jako optymalne lub są bliskie tych wartości. Porównując ze sobą obie analizowane grupy szpitali – tj. najbardziej i najmniej rentowne – widać bardzo duże rozbieżności w podejściu do płynności finansowej, co wskazuje na istotne różnice w zakresie zarządzania finansowego, które nie pozostały bez znaczenia na uzyskiwaną rentowność.

Należy również zaznaczyć, że poczynione spostrzeżenia nie są zgodne z założeniem o negatywnej zależności pomiędzy płynnością finansową i rentownością, gdyż w przypadku analizowanych szpitali to właśnie te najbardziej rentowne charakteryzowały się najwyższymi poziomami płynności finansowej, co może sugerować zależność pozytywną. Wnioski ze wspomnianego już w pracy badania, przeprowadzonego przez Talha i in. (2010: 213–227), wskazywały natomiast że wyższe poziomy rentowności wśród szpitali związane są z niższymi poziomami płynności finansowej, co nie pozostaje w zgodzie z uzyskanymi tu wynikami. Natomiast uzyskane wyniki pozostają w zgodzie z badaniem Bem i in. (2014a: 27–36), przeprowadzonym również wśród polskich szpitali. Problem ten należałoby jednak zwerifikować, wykorzystując bardziej zaawansowane metody badawcze, co zostanie wykonane w dalszej części pracy.

Sytuacja ta może potwierdzać wysunięte w drugim rozdziale niniejszej pracy przypuszczenie odnośnie do występowania w przypadku szpitali pewnych odstępstw od ogólnie przyjętych zasad i reguł charakterystycznych dla typowych przedsiębiorstw funkcjonujących w realiach rynkowych. Negatywną zależność pomiędzy płynnością finansową i rentownością można tłumaczyć specyfiką sektora polskich szpitali, który pomimo pewnych podobieństw do innych przedsiębiorstw funkcjonujących w gospodarce rynkowej, cechuje się również szeregiem istotnych różnic (zob. tabela 2.1).

4.2.2.4. Ocena sprawności działania

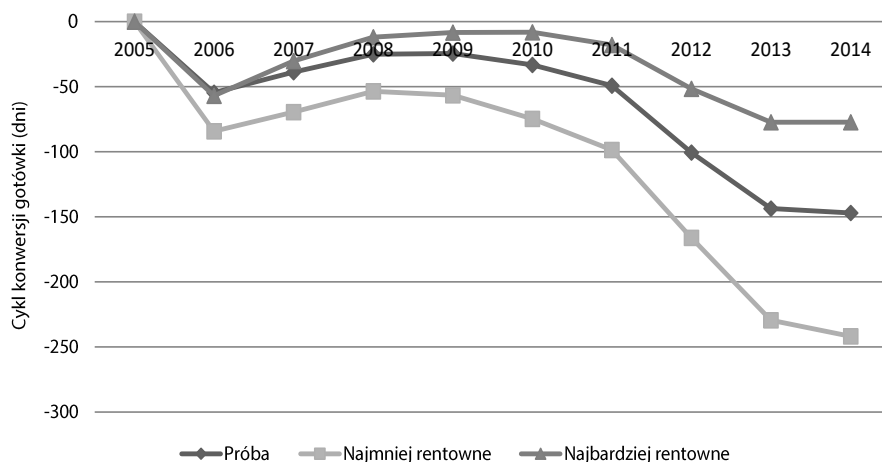
Poniżej zostały zaprezentowane wskaźniki sprawności działania analizowanych grup szpitali, które stanowią kolejną grupę wskaźników finansowych, choć często służą również ocenie płynności finansowej przedsiębiorstwa, co zostało wskazane w rozważaniach dotyczących sposobów ujmowania i oceny płynności finansowej.

Dla lepszego zobrazowania sytuacji w analizowanym zakresie, w ujęciu graficznym zastało przedstawione również kształtowanie się cyklu konwersji gotówki (CKG), na który składają się cykle zapasów, należności i zobowiązań.

Tabela 4.9. Podstawowe statystyki opisowe średnich wskaźników cyklu w szpitalach podzielonych pod względem kryterium uzyskiwanej rentowności w latach 2005–2014

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cykl zapasów (dni) [1]										
Próba	–	8,21	7,32	6,40	6,33	6,63	7,41	7,40	6,94	7,22
SD	–	7,21	6,25	5,64	5,35	5,65	6,43	6,01	5,55	6,08
v	–	0,88	0,85	0,88	0,85	0,85	0,87	0,81	0,80	0,84
Cykl zapasów (dni) – grupy odniesienia [1]										
Najmniej rentowne	–	8,63	7,50	6,24	6,22	6,40	7,15	7,28	6,96	7,18
Najbardziej rentowne	–	7,64	7,02	6,76	6,72	6,88	7,28	6,82	6,52	7,44
Cykl należności (dni) [2]										
Próba	–	48,87	44,27	43,14	44,72	44,40	45,76	44,96	44,99	44,72
SD	–	13,37	11,33	10,00	10,56	12,66	13,51	13,24	13,76	13,56
v	–	0,27	0,26	0,23	0,24	0,29	0,30	0,29	0,31	0,30
Cykl należności (dni) – grupy odniesienia [2]										
Najmniej rentowne	–	50,13	46,30	45,50	45,29	44,31	46,75	46,35	46,97	47,44
Najbardziej rentowne	–	51,34	46,80	44,73	46,14	45,12	44,58	43,73	44,40	45,70
Cykl zobowiązań (dni) [3]										
Próba	–	111,59	90,46	74,55	75,52	84,32	102,29	152,96	195,51	198,97
SD	–	86,24	60,55	41,67	38,90	44,04	51,80	80,38	118,55	124,07
v	–	0,77	0,67	0,56	0,52	0,52	0,51	0,53	0,61	0,62
Cykl zobowiązań (dni) – grupy odniesienia [3]										
Najmniej rentowne	–	142,90	123,36	105,35	108,00	125,39	152,48	219,82	283,28	296,43
Najbardziej rentowne	–	115,93	84,17	63,49	61,27	60,15	69,69	102,11	128,25	130,38
Cykl konwersji gotówki – CKG (dni): [1] + [2] – [3]										
Próba	–	-54,51	-38,87	-25,01	-24,47	-33,29	-49,12	-100,59	-43,57	-147,03
Najmniej rentowne	–	-84,14	-69,57	-53,62	-56,49	-74,68	-98,57	-166,20	-29,35	-241,81
Najbardziej rentowne	–	-56,95	-30,35	-12,00	-8,41	-8,15	-17,82	-51,56	-77,32	-77,24

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.



Wykres 4.16. Cykle konwersji gotówki (CKG) w badanych grupach szpitali w latach 2005–2014
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.

Analizując sytuację jednostek najmniej rentownych na tle ogółu szpitali znajdujących się w próbie, widać, że wartości cyklu zapasów nie odbiegają znacznie od poziomów charakteryzujących całą próbę. Wartości cyklu należności w przypadku tej grupy szpitali również kształtowały się na zbliżonym poziomie do ogółu jednostek znajdujących się w próbie. Przez niemal cały analizowany okres 2005–2014 (z wyjątkiem roku 2010) były nieco wyższe od wartości dla całej próby, co oznacza, że podmioty najmniej rentowne uzyskiwały spłatę należności nieco później w stosunku do reszty szpitali. Wartości cyklu zobowiązań dla szpitali o najniższej rentowności w całym badanym okresie były natomiast stosunkowo wysokie w porównaniu do ogółu szpitali z próby, co oznacza, że szpitale te na spłatę swoich zobowiązań potrzebowały więcej dni. Długość cyklu zobowiązań wahała się tu w przedziale ok. 105–296 dni. Cykl konwersji gotówki szpitali o najniższej rentowności w całym badanym okresie był ujemny i wyraźnie niższy niż w stosunku do ogółu szpitali znajdujących się w próbie. Wartości wahały się w przedziale od –53,62 do –241,81 dnia. Było to konsekwencją wyraźnie wyższych wartości cyklu zobowiązań szpitali najmniej rentownych. Ujemny cykl konwersji gotówki i jego znaczące wydłużanie się, zwłaszcza w ostatnich latach badanego okresu, należy ocenić negatywnie. Sytuacja ta wynikała najprawdopodobniej z problemów ze spłatą zobowiązań. Można domyślać się, że w strukturze pasywów występowały zobowiązania przeterminowane. Co istotne, dalsze analizy pokazały, że w badanym okresie szpitale najmniej rentowne charakteryzowały się także ujemnym kapitałem obrotowym netto, co może wskazywać na istotne problemy z płynnością finansową.

W przypadku szpitali o najwyższych poziomach rentowności widać, że wartości cyklu zapasów (podobnie jak miało to miejsce w przypadku szpitali najmniej

rentownych) nie odbiegają znacznie od poziomów charakteryzujących ogół szpitali znajdujących się w próbie. W całym badanym okresie wartości omawianego miernika utrzymywały się na podobnym poziomie. Wartości cyklu należności dla szpitali o najwyższej rentowności również kształtowały się na zbliżonym poziomie do ogółu szpitali znajdujących się w próbie (i jednocześnie do szpitali najmniej rentownych). Z kolei w przypadku cyklu zobowiązań, jego wartości dla szpitali o najwyższej rentowności w niemal całym badanym okresie (niewielki wyjątek stanowił tu rok 2006) były niższe niż wartości tego wskaźnika dla wszystkich szpitali w próbie (a także znacznie niższe w stosunku do szpitali najmniej rentownych) i wahały się w przedziale ok. 60–130 dni. Wartości cyklu konwersji gotówki, obejmującego wszystkie trzy wskazane wcześniej cykle, w całym badanym okresie dla najbardziej rentownych szpitali były ujemne – podobnie jak w przypadku ogółu szpitali w próbie (oraz szpitali najmniej rentownych). Jednak w niemal całym analizowanym okresie (wyjątek rok 2006) wartości CKG były wyższe w stosunku do ogółu szpitali znajdujących się w próbie (i znacznie wyższe niż w przypadku szpitali najmniej rentownych), a często nawet bliskie zeru. Wpływ na taką sytuację w kształtowaniu się CKG miały krótsze cykle zobowiązań w przypadku szpitali najbardziej rentownych.

Przykład omówionych wskaźników sprawności działania pokazuje, że również i w tym obszarze szpitale najbardziej rentowne stosują inne podejście do procesu zarządzania finansowego niż szpitale najmniej rentowne, jak również ogół szpitali znajdujących się w próbie. O ile w przypadku cykli zapasów oraz spływu należności nie są widoczne znaczne różnice pomiędzy różnymi grupami szpitali, o tyle podejście do spłaty zobowiązań znacznie różni się pomiędzy grupami. Szpitale najbardziej rentowne znacznie szybciej regulują swoje zobowiązania niż reszta szpitali. Podobne spostrzeżenia zostały przedstawione w badaniu Rauscher i Wheeler (2012: 339–346), wskazywanym we wcześniejszej części pracy. Można to tłumaczyć tym, że szpitale najbardziej rentowne wolą szybciej regulować swoje zobowiązania, aby uniknąć kosztów związanych z ich przeterminowaniem, jak również posiadać lepszą renomę u kontrahentów. Nie potwierdziły się jednak wnioski z badania Rauscher i Wheeler (2012: 339–346) oraz z badania Cleverley (1990: 173–187), jakoby szpitale najbardziej rentowne uzyskiwały swoje należności znacznie szybciej. W polskich realiach cykl spływu należności w przypadku wszystkich grup szpitali jest bardzo zbliżony, co ma związek z tym, iż w przypadku szpitali większość należności pochodzi od NFZ i w związku z tym szpitale nie mają realnego wpływu na sterowanie spływem należności i skrócenie tego cyklu. Nie potwierdziły się również wnioski z badań wskazujące na to, że wyższa rentowność w szpitalach związana jest niższymi wartościami cyklu konwersji gotówki – wskazywane m.in. przez Talha i in. (2010: 213–227), Upadhyay i in. (2015: 1–9) – na co mogła mieć wpływ sytuacja, w której w polskich realiach wszystkie grupy szpitali we wszystkich latach analizowanego okresu cechowały ujemne cykle konwersji gotówki.

4.3. Określenie strategii płynności finansowej w badanych szpitalach

W ramach wyznaczania strategii płynności finansowej, w pierwszej kolejności zostanie zaprezentowane kształtowanie się wartości kapitału obrotowego netto w badanych szpitalach, a następnie zostaną wyznaczone strategie płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko. Z uwagi na opisane wcześniej założenia dotyczące metodyki badania, te rodzaje strategii płynności finansowej zostały wyznaczone w szpitalach podzielonych na podstawie kryterium uzyskiwanej rentowności.

4.3.1. Strategia kapitału obrotowego netto

Strategię kapitału obrotowego netto ocenia się zwykle na podstawie wartości tego kapitału, występujących w danej jednostce (Ostaszewski (red.), 2015: 185–195). Relatywnie wysokie wartości kapitału obrotowego netto (KON) będą wskazywały na strategię konserwatywną. Strategia umiarkowana będzie stanowiła swoisty kompromis pomiędzy strategią agresywną i konserwatywną, w przypadku którego uzyskiwane wartości powinny kształtować się jednak na niższych poziomach niż w przypadku strategii konserwatywnej. Relatywnie niskie wartości KON lub ujemne będą wskazywały natomiast na strategię agresywną.

Obok tego, oceny strategii zarządzania kapitałem obrotowym netto można dokonywać na podstawie kryterium wskaźnika bieżącej płynności finansowej zaproponowanego w pracach Bolek (2013a: 1–24) oraz Bolek i Pastusiak (2014: 271–283), omówionego szerzej we wcześniejszej części pracy.

Należy tu zaznaczyć, iż o ile w przypadku pierwszego zaprezentowanego podejścia opiera się ono na różnicy pomiędzy aktywami obrotowymi i zobowiązaniami krótkoterminowymi (czyli ujęciu bezwzględny), o tyle w przypadku drugiego podejścia jest to relacja pomiędzy tymi dwiema kategoriami finansowymi (czyli ujęciu względne), w przypadku których zostały określone pewne normy krytyczne wskazujące na strategię.

Sytuacja w zakresie kształtowanie się wartości kapitału obrotowego netto (KON) w analizowanych szpitalach w latach 2005–2014 została przedstawiona w tabeli 4.10 w obu opisanych ujęciach. W pierwszym, wykorzystano wartości bezwzględne dotyczące analizowanych grup szpitali, w drugim natomiast – wartości wskaźnika bieżącej płynności finansowej uzyskiwanych przez szpitale (zob. tabela 4.4). Wyniki analizy zostały ujęte w tabeli 4.10.

Tabela 4.10. Strategie oraz średnie wartości kapitału obrotowego netto w analizowanych szpitalach w latach 2005–2014

Kapitał obrotowy netto – KON (tys. zł)										
Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Próba										
KON (w tys. zł)	-4 663	-3 751	-2 694	-698	-1 315	-3 511	-8 746	-28 243	-31 199	-32 508
Strategia – BW	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Strategia – CR	U	U	U	U	U	U	U	A	A	A
Najmniej rentowne										
KON (w tys. zł)	-13 156	-14 045	-14 758	-13 077	-17 486	-23 940	-32 488	-65 520	-72 991	-77 035
Strategia – BW	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Strategia – CR	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Najbardziej rentowne										
KON (w tys. zł)	-3 378	-450	2 750	6 194	7 725	8 734	7 233	-1 074	-2 011	-872
Strategia – BW	A	A	K	K	K	K	K	A	A	A
Strategia – CR	U	U	U	K	K	U	U	U	U	U

gdzie:

Strategia BW – strategia wyznaczona w oparciu o wartości bezwzględne KON,
 Strategia CR – strategia wyznaczona w oparciu o wartości wskaźnika bieżącej
 płynności finansowej,
 A – strategia agresywna,
 K – strategia konserwatywna,
 U – strategia umiarkowana.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.

Kapitał obrotowy netto jest miarą bezwzględną, w związku z czym należy ostrożnie interpretować i porównywać jego wartości w ramach poszczególnych grup szpitali. Celem jest tu jednak przede wszystkim pokazanie pewnych trendów w zakresie analizowanych grup odniesienia na tle próby, a nie skupienie się na samych bezwzględnych wartościach KON.

Analizując sytuację KON wszystkich szpitali znajdujących się w próbie, należy zauważyć, że średnia wartość kapitału obrotowego netto była we wszystkich analizowanych latach ujemna. W latach 2005–2008 trend w zakresie średnich wartości KON był wzrostowy, jednak w latach 2008–2014 nastąpiło odwrócenie trendu, a począwszy od roku 2012 spadek KON, który wystąpił, był wręcz skokowy. Taka

sytuacja była zapewne związana z opisywanymi już zmianami prawnymi, mającymi na celu oddłużenie polskich szpitali. Wzrostowy trend w latach 2005–2008 jest najprawdopodobniej wynikiem oddziaływania wprowadzonej w 2005 r. ustawy restrukturyzacyjnej i zaobserwowanym przekształceniem zobowiązań wymagalnych często w niewymagalne zadłużenie długoterminowe. Od 2009 r. zaczął obowiązywać tzw. Plan B, który jak widać nie miał tak pozytywnego wydźwięku na kształtowanie się kapitału obrotowego netto w szpitalach jak ustawa restrukturyzacyjna. Natomiast w lipcu 2011 r. weszła w życie ustawa o działalności leczniczej, a w 2012 r. widoczny jest wręcz skokowy spadek KON, którego wartości w 2013 i 2014 r. utrzymują się na podobnym, choć jeszcze nieco niższym poziomie jak te z 2012 r. Sytuację tę można tłumaczyć. Jednym z celów ustawy było ukierunkowanie szpitali na nieprzynoszenie strat, a jak to było opisywane wcześniej w pracy, potencjalnym wzrostom rentowności często może towarzyszyć spadek płynności finansowej.

Zjawisko występowania ujemnego kapitału obrotowego netto i obniżania się jego wartości można uznać za negatywne, gdyż oznacza, że źródła krótkoterminowe finansowały w tym czasie majątek trwały. Oznacza to, że próba szpitali w całym analizowanym okresie cechowała się brakiem kapitałów stałych i jednocześnie bardzo wysokim poziomem zobowiązań bieżących. Ujemna wartość kapitału obrotowego najczęściej świadczy o braku zdolności do spłaty wymagalnych zobowiązań, choć jak wskazuje Antonowicz (2015: 138), w przypadku, gdy kontrahenci akceptują odroczone terminy płatności, możliwe jest utrzymanie w praktyce płynności finansowej przy ujemnym kapitale obrotowym netto (mimo że wskaźniki analizy finansowej będą wskazywały na jej brak). Można uznać, że do podobnej sytuacji dochodzi w przypadku polskich szpitali publicznych, znajdujących się w próbie. W ich przypadku występują ujemne wartości KON, wskaźniki analizy finansowej dotyczące płynności finansowej (zob. tabela 4.4) wskazywały w początkowych latach analizowanego okresu na jej niski poziom, a w ostatnich latach wręcz na brak płynności finansowej, a jednak szpitale te w praktyce gospodarczej funkcjonują. Wynika to ze wspomnianych już ustawowych ograniczeń dotyczących upadłości szpitali funkcjonujących w formie samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej i niejako wymuszonych na kontrahentach odroczonej terminach płatności.

W oparciu o ujemne wartości KON strategię ogółu szpitali znajdujących się w próbie należy oceniać jako agresywną. Wydaje się, iż szpitale w świadomy sposób nadmiernie wykorzystują kredytowanie ze strony swoich kontrahentów, choć oczywiście istnieje wiele problemów i niedociągnięć w konstrukcji polskiego systemu ochrony zdrowia, które zmuszają szpitale do takiej właśnie polityki. Stosowanie tej strategii podyktowane jest w znacznej mierze złą sytuacją finansową szpitali w Polsce, dlatego też ciężko oczekiwać, aby wystąpiło tu przełożenie jej zastosowania na znaczne wzrosty w uzyskiwanej rentowności. Często występuje sytuacja związana ze zwiększonym ryzykiem finansowym ze względu na wysoki poziom

zobowiązań krótkoterminowych w szpitalach, w wyniku którego wpadają one w spiralę zadłużenia.

Strategia kapitału obrotowego netto dla ogółu szpitali znajdujących się w próbie, wyznaczona na podstawie wartości wskaźnika bieżącej płynności finansowej, dała nieco inne wyniki. Ma to związek z tym, iż w jej przypadku ocena oparta jest na mierze względnej, jaką stanowi wskaźnik CR, a także z przyjętymi przedziałami służącymi ocenie tego wskaźnika pod kątem oceny strategii KON. Tutaj strategia ogółu szpitali znajdujących się w próbie może zostać oceniona jako neutralna w latach 2005–2011, a dopiero w ostatnich latach jako agresywna.

Analizując na tym tle sytuację w grupie najmniej rentownych szpitali, można zauważyć, iż w zakresie kształtowania się wartości bezwzględnych KON właściwie następuje tu ciągły spadek wartości kapitału obrotowego netto (wyjątek to rok 2008). W całym analizowanym okresie są one ujemne. Natomiast, podobnie jak miało to miejsce w przypadku trendu występującego wśród ogółu szpitali znajdujących się w próbie, również i tu spadek ten jest wręcz skokowy w roku 2012, a w latach 2013 i 2014 nastąpiło jeszcze jego pogłębienie. Takie kształtowanie się sytuacji może wskazywać na to, że szpitale najmniej rentowne w znacznie mniejszym stopniu skorzystały z szans, jakie oferowały wprowadzane przez państwo programy oddłużeniowe.

Również sytuacja w zakresie strategii kapitału obrotowego netto, opartej na wartościach wskaźnika bieżącej płynności finansowej w grupie szpitali najmniej rentownych, wskazuje na znacznie większe wykorzystanie zobowiązań krótkoterminowych w finansowaniu działalności w stosunku do ogółu szpitali z próby. W tym przypadku we wszystkich latach analizowanego okresu strategia kapitału obrotowego netto – niezależnie od tego, w jaki sposób wyznaczana – może być oceniona jako agresywna. Taka sytuacja może świadczyć o braku jakichkolwiek ruchów w zakresie restrukturyzacji zadłużenia, które umożliwiały programy oddłużeniowe.

Natomiast w przypadku grupy szpitali najbardziej rentownych, trend wzrostowy kapitału obrotowego netto obserwowany był w latach 2005–2010, czyli w okresie jeszcze dłuższym niż w przypadku ogółu szpitali znajdujących się w próbie, co należy oceniać pozytywnie. Należy również podkreślić, iż w latach 2007–2011 szpitale o najwyższych poziomach rentowności posiadały dodatni kapitał obrotowy netto. Jednak rok 2012 przyniósł zgodny z ogólnym trendem skokowy spadek wartości KON i wartości te spadły poniżej zera. Trzeba jednak zaznaczyć, że o ile w przypadku ogółu szpitali znajdujących się w próbie, jak również szpitali najmniej rentownych, w latach 2013–2014 widoczne było dalsze pogłębienie się tego spadku, o tyle w przypadku szpitali najbardziej rentownych w roku 2014 widoczna jest poprawa sytuacji i wzrost KON. Ponadto średnie wartości kapitału obrotowego netto w całym analizowanym okresie wśród szpitali najbardziej rentownych były znacząco wyższe niż w przypadku ogółu szpitali, jak również szpitali najmniej rentownych. Taka sytuacja może świadczyć o znacznie lepszym zarządzaniu tymi

szpitalami i lepszym wykorzystywaniem środków pochodzących z programów oddłużeniowych.

Zaistniałe różnice w wartościach bezwzględnych kapitału obrotowego netto w grupie szpitali najbardziej rentownych znajdują również przełożenie na istotne różnice w stosowanych strategiach KON – zarówno w porównaniu do ogółu szpitali znajdujących się w próbie, jak i w szpitalach najmniej rentownych. O ile w przypadku szpitali ogółem, jak i tych najmniej rentownych, strategię opartą na wartościach bezwzględnych KON w całym analizowanym okresie można by oceniać jako agresywną, o tyle w przypadku szpitali najbardziej rentownych w latach 2007–2011 występuje odstępstwo od tego stanu rzeczy i mowa być może o strategii konserwatywnej, choć przy formułowaniu takiego wniosku należy wykazać pewną ostrożność, gdyż cykl konwersji gotówki zazwyczaj powinien być tu krótki i dodatni. W przypadku szpitali (nawet wśród tych najbardziej rentownych) generalnie występuje tendencja do ujemnych cykli konwersji gotówki (zob. tabela 4.5), której przyczyną są długie cykle zobowiązań, wynikające w znacznej mierze z oparcia finansowania działalności szpitali na kredytowaniu krótkoterminowym. Pewne odstępstwa grupy najbardziej rentownych szpitali widać również w przypadku strategii kapitału obrotowego netto opartej na wskaźniku bieżącej płynności finansowej. Tutaj w latach 2008 i 2009 można zaobserwować stosowanie strategii konserwatywnej, a w okresie 2012–2014 strategii neutralnej (kiedy szpitale ogółem, jak i te najmniej rentowne stosowały strategię agresywną).

Analiza sytuacji badanych szpitali przez pryzmat strategii kapitału obrotowego netto wskazuje na istotne różnice w podejściu szpitali do zarządzania płynnością finansową. Potwierdza to poczynione już spostrzeżenia dokonane podczas wykonanej wcześniej analizy wskaźnikowej.

4.3.2. Strategia płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko

Dalszy etap badania obejmuje wyznaczenie wskaźników dla każdej ze strategii cząstkowych, składających się na ogólną strategię płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko – tj. strategii aktywów obrotowych, strategii finansowania aktywów obrotowych oraz strategii majątkowo–finansowej. Szczegółową metodykę w zakresie wyznaczenia strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko przedstawił Wędzki (2003: 121–170). Biorąc pod uwagę strukturę posiadanych danych finansowych, dla wyznaczenia poszczególnych strategii cząstkowych wykorzystał wskaźniki opisane szerzej w dalszej części pracy (zob. tabela 4.11, 4.13, 4.15).

W przypadku każdej strategii cząstkowej, łączącej ze sobą aspekty dochodowości i płynności finansowej – tj. strategii aktywów obrotowych, strategii finansowania aktywów obrotowych oraz strategii majątkowo–finansowej – analizowane

grupy szpitali najbardziej i najmniej rentownych mogą przyjąć jeden z poniższych wariantów strategii:

- Agresywny (A–A) – maksymalizowana jest tu wartość dla właścicieli kosztem płynności finansowej, której następuje znaczne ograniczenie.
- Konserwatywny (K–K) – maksymalizowana jest tu płynność finansowa kosztem wartości dla właścicieli, której następuje znaczne ograniczenie.
- Umiarkowany – możliwe są tu dwa warianty:
 - Agresywno-konserwatywny (A–K) – ukierunkowany na maksymalizację wartości dla właścicieli przy umiarkowanym ograniczeniu płynności finansowej.
 - Konserwatywno-agresywny (K–A) – ukierunkowany na maksymalizację płynności finansowej przy umiarkowanym ograniczeniu wartości dla właścicieli.

Trzeba jednak zaznaczyć, że analizowane podmioty mogą charakteryzować się różnymi rodzajami każdej ze strategii cząstkowych, stąd konieczność syntezy wniosków uzyskanych z tych trzech strategii i wyznaczenia całkowitej strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko, stanowiącej kwintesencję dotychczasowych rozważań.

Ze względu na czytelność i przejrzystość wykonywanych analiz, w ujęciu graficznym zaprezentowano kształtowanie się strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko jedynie dla ostatniego roku analizowanego okresu – tj. 2014 r. Natomiast zarówno doprecyzowanie wszystkich strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko za cały analizowany okres, jak i przedstawienie wszystkich niezbędnych wskaźników, zostanie ujęte w formie tabelarycznej.

Warto tutaj przypomnieć, że strategia w ujęciu dochód–ryzyko bazuje na założeniu, że w przypadku typowego przedsiębiorstwa stosowanie strategii agresywnej (obniżającej poziom bezpieczeństwa finansowego, czyli płynności finansowej) powinno znajdować odzwierciedlenie w wyższym poziomie rentowności. Natomiast stosowanie strategii konserwatywnej (ukierunkowanej na wysoki poziom bezpieczeństwa finansowego, czyli płynności finansowej) powinno wiązać się z niższymi poziomami rentowności. Jest to ściśle związane z przedstawioną w teorii negatywną zależnością pomiędzy płynnością finansową i rentownością. Mając na uwadze rozważania przedstawione w niniejszej pracy, należy jednak pamiętać, że pomiędzy szpitalem i przedsiębiorstwem występuje wiele rozbieżności. Dlatego też można oczekiwać tu innych zależności niż w przypadku typowych przedsiębiorstw.

4.3.2.1. Strategia aktywów obrotowych

Dla wyznaczenia strategii aktywów obrotowych konieczne jest wyznaczenie zestawu odpowiednich wskaźników finansowych. Formuły wskaźników wykorzystanych na potrzeby niniejszej pracy wraz ze wskazaniem na typ strategii na

podstawie interpretacji wartości wskaźnika analizowanej grupy szpitali na tle ogółu jednostek znajdujących się w próbie zostały przedstawione w tabeli 4.11⁵. Wskaźniki stanowiące podstawę do graficznego wyznaczenia strategii aktywów obrotowych oraz umożliwiające wyznaczenie całkowitej strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko zostały dodatkowo oznaczone kursywą.

Tabela 4.11. Formuły wskaźników strategii aktywów obrotowych i zależność pomiędzy realizowaną strategią

Wskaźnik	Formuła	Wartość wskaźnika stosunku do średniej branżowej	
		Strategia konserwatywna	Strategia agresywna
<i>Wskaźnik poziomu aktywów operacyjnych</i>	Aktywa operacyjne / aktywa obrotowe	Niższe	Wyższe
<i>Wskaźnik płynności aktywów obrotowych</i>	(Środki pieniężne + papiery wartościowe) / aktywa obrotowe	Wyższe	Niższe
Wskaźnik zapasów	Zapasy / aktywa obrotowe	Wyższe	Niższe
Wskaźnik należności	Należności / aktywa obrotowe	Niższe	Wyższe
Wskaźnik środków pieniężnych	Środki pieniężne / aktywa obrotowe	Wyższe	Niższe

Kursywa – pokazuje wskaźniki wykorzystywane dla wyznaczenia całkowitej strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko oraz graficznego wyznaczenia strategii aktywów obrotowych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Wędzki, 2003: 139–147.

Wartości tak policzonych wskaźników dla strategii aktywów obrotowych zostały przedstawione w tabeli 4.12. W tabeli zostało również przedstawione wskazanie, w przypadku każdego ze wskaźników, na typ strategii dla analizowanych grup najmniej oraz najbardziej rentownych szpitali wyznaczonej na tle wszystkich szpitali znajdujących się w próbie.

5 Warto tu zwrócić uwagę, że nie wszystkie wskazane kategorie finansowe można zaczerpnąć bezpośrednio ze sprawozdania finansowego. Jedną z takich kategorii są aktywa operacyjne. Mogą być one rozumiane jako majątek służący poprawie zdolności produkcyjnych przedsiębiorstwa i obejmujący – obok rzeczowych aktywów trwałych – również wartości niematerialne i prawne, należności długoterminowe oraz długoterminowe rozliczenia międzyokresowe (szerzej: Wędzki, 2003: 99).

Tabela 4.12. Średnie wskaźniki strategii aktywów obrotowych w analizowanych szpitalach w latach 2005–2014 ze wskazaniem na strategię płynności finansowej

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<i>Wskaźnik poziomu aktywów operacyjnych</i>										
Próba	3,18	3,27	3,27	2,71	3,01	3,39	3,49	3,60	3,67	3,79
SD	3,11	2,93	2,67	2,13	2,31	2,59	2,39	2,71	2,75	3,03
v	0,98	0,90	0,82	0,79	0,77	0,76	0,68	0,75	0,75	0,80
<i>Wskaźnik poziomu aktywów operacyjnych – analizowane grupy szpitali</i>										
Najmniej rentowne	3,82	4,03	3,81	3,09	3,50	3,71	3,79	3,72	3,87	4,04
Strategia	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Najbardziej rentowne	2,00	1,85	1,84	1,44	1,77	1,96	2,08	2,13	2,10	2,08
Strategia	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K
<i>Wskaźnik płynności aktywów obrotowych (%)</i>										
Próba	27,88	27,05	29,25	28,53	32,49	30,13	28,38	29,47	29,85	29,04
SD	16,24	17,07	17,25	17,18	18,49	18,84	19,78	20,49	20,72	19,94
v	0,58	0,63	0,59	0,60	0,57	0,63	0,70	0,70	0,69	0,69
<i>Wskaźnik płynności aktywów obrotowych (%) – analizowane grupy szpitali</i>										
Najmniej rentowne	21,86	19,34	19,96	19,86	22,32	21,59	18,64	19,26	18,52	18,60
Strategia	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Najbardziej rentowne	33,39	35,22	38,96	39,04	43,09	42,47	44,84	43,68	45,38	44,30
Strategia	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K
<i>Wskaźnik zapasów (%)</i>										
Próba	10,66	10,07	9,90	8,27	8,79	9,12	10,53	9,42	9,53	10,05
SD	5,63	5,57	5,30	4,43	4,77	5,31	6,54	6,22	6,30	6,20
v	0,53	0,55	0,54	0,54	0,54	0,58	0,62	0,66	0,66	0,62
<i>Wskaźnik zapasów (%) – analizowane grupy szpitali</i>										
Najmniej rentowne	11,43	11,50	10,63	8,69	10,26	9,54	11,75	10,52	10,67	11,12
Strategia	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K
Najbardziej rentowne	9,10	7,82	8,23	7,43	7,11	7,58	7,60	6,77	7,14	7,90
Strategia	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
<i>Wskaźnik należności (%)</i>										
Próba	61,47	62,87	60,85	63,21	58,71	60,75	61,09	61,12	60,62	60,91
SD	15,20	15,75	15,98	16,05	16,93	17,57	18,23	18,62	18,48	18,04
v	0,25	0,25	0,26	0,25	0,29	0,29	0,30	0,30	0,30	0,30

Tabela 4.12. (cd.)

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Wskaźnik należności (%) – analizowane grupy szpitali										
Najmniej rentowne	66,71	69,15	69,41	71,46	67,42	68,87	69,61	70,22	70,81	70,28
Strategia	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Najbardziej rentowne	57,50	56,96	52,81	53,53	49,80	49,95	47,57	49,55	47,48	47,80
Strategia	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K
Wskaźnik środków pieniężnych (%)										
Próba	25,78	25,19	27,18	26,38	28,78	26,71	24,44	24,86	26,15	25,25
SD	16,49	17,34	17,47	17,05	18,32	18,83	20,02	20,81	21,12	20,10
v	0,64	0,69	0,64	0,65	0,64	0,71	0,82	0,84	0,81	0,80
Wskaźnik środków pieniężnych (%) – analizowane grupy szpitali										
Najmniej rentowne	19,57	17,47	19,10	17,77	18,45	18,62	14,58	14,19	14,17	14,26
Strategia	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Najbardziej rentowne	31,32	33,02	36,62	36,23	37,45	38,48	40,35	38,64	40,51	39,47
Strategia	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K

gdzie:

A – wskazanie na strategię agresywną;

K – wskazanie na strategię konserwatywną.

Kursywa – pokazuje wskaźniki wykorzystywane dla wyznaczenia całkowitej strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko oraz graficznego wyznaczenia strategii aktywów obrotowych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.

Analizując strategię aktywów obrotowych w przypadku szpitali najmniej rentownych, należy zauważyć, że w przypadku pierwszego wskaźnika – tj. poziomu aktywów operacyjnych – w całym analizowanym okresie 2005–2014 poziom aktywów operacyjnych przewyższał poziom majątku obrotowego, co jest zgodne z wynikami uzyskanymi w przypadku całej próby. Co więcej, w całym analizowanym okresie wartości wskaźnika poziomu aktywów operacyjnych szpitali nierentownych na tle ogółu szpitali znajdujących się w próbie kształtowały się na nieco wyższych poziomach. Może to wskazywać na posiadanie przez szpitale o najniższej rentowności większych zasobów sprzętowych, aniżeli ogół szpitali znajdujących się w próbie lub też sprzętu o wyższej wartości. Koszty utrzymania zasobów w szpitalu związane są z systematycznymi wydatkami, podczas gdy wpływy zależą od wielkości sprzedaży uzależnionej w szpitalach od liczby usług opłaconych przez

NFZ (Paździor, Paździor, 2017: 54–62). Mając to na uwadze, duże zasoby sprzętu specjalistycznego mogą wiązać się z wysokimi kosztami utrzymania i serwisowania, co może być powodem obniżonej rentowności w przypadku tej grupy szpitali. Innym wytłumaczeniem może tu być niewłaściwe zarządzanie szpitalem – np. sytuacja, w której szpital nabył sprzęt specjalistyczny, a nie posiada odpowiedniego kontraktu z NFZ lub po prostu gorsza efektywność w zakresie wykorzystania zasobów sprzętowych w stosunku do reszty szpitali. Sytuacja taka charakterystyczna jest dla strategii o charakterze agresywnym. Tym samym nie pozostaje ona w zgodzie z założeniem, wskazującym na negatywną zależność pomiędzy płynnością finansową i rentownością, z którego wynika, że przedsiębiorstwa o wyższych poziomach rentowności powinny cechować się niższym poziomem płynności i na odwrót. Wskazanie jest tu raczej na zależność pozytywną.

W przypadku drugiego wskaźnika strategii aktywów obrotowych, czyli płynności aktywów obrotowych, można zauważyć, iż szpitale najmniej rentowne charakteryzowały się niższymi wartościami w stosunku do ogółu szpitali z próby. Poziom środków pieniężnych i ich ekwiwalentów na działalność operacyjną w stosunku do majątku obrotowego również w przypadku szpitali najmniej rentownych utrzymywał się na stabilnym poziomie i wahał się w przedziale ok. 19–22%. Utrzymywanie niższych zasobów najbardziej płynnych aktywów w stosunku do reszty szpitali znajdujących się w próbie może być postrzegane jako działanie o charakterze agresywnym. Ten agresywny charakter może wynikać też z trudności finansowych. Podobnie jak miało to miejsce w przypadku wcześniejszego wskaźnika, sytuacja taka również nie pozostaje w zgodzie z teoriami dotyczącymi negatywnej zależności pomiędzy płynnością finansową i rentownością, wskazując raczej na zależność odwrotną.

Szpitale najmniej rentowne utrzymywały natomiast w całym analizowanym okresie nieco wyższe poziomy zapasów w relacji do majątku obrotowego niż reszta szpitali z próby. Wartości te utrzymywały się na relatywnie stabilnym poziomie, oscylując w przypadku tej grupy szpitali w przedziale ok. 9–12%. Utrzymywanie nieco wyższych poziomów zapasów, aniżeli reszta szpitali, można uznać za wskazanie na strategię konserwatywną. W tym przypadku spostrzeżenie to pozostaje w zgodzie z założeniem o negatywnej zależności pomiędzy płynnością finansową i rentownością. Środki zamrożone w zapasach mogą rzutować na niższą rentowność.

Wskaźnik należności, obrazujący wartość krótkoterminowych należności w stosunku do majątku obrotowego w przypadku szpitali nierentownych utrzymywał się w całym analizowanym okresie na nieco wyższym poziomie, niż miało to miejsce w przypadku ogółu szpitali znajdujących się w próbie. Jego wahania w przypadku analizowanej grupy zamykały się w przedziale od ok. 67 do 74%. Wyższy poziom należności w stosunku do reszty szpitali oznacza w tym przypadku gorszą ich ściągalskość, co może być postrzegane jako działanie agresywne. Nie wpisuje się to w założenie o negatywnej zależności pomiędzy płynnością finansową

i rentownością, na podstawie którego zwiększona rentowność mogłaby wynikać z agresywnej polityki względem należności.

W przypadku ostatniego ze wskaźników strategii aktywów obrotowych – tj. wskaźnika środków pieniężnych, zasoby gotówki w stosunku do majątku obrotowego w grupie szpitali najmniej rentownych na tle ogółu szpitali znajdujących się w próbie osiągały wartości znacznie niższe, oscylujące w latach 2005–2010 w przedziale ok. 17–19%. W latach 2011–2014 poziom ten jeszcze spadł do ok. 14%. Niższe wartości wskaźnika środków pieniężnych wskazują na stosowanie strategii agresywnej. Podobnie jak miało to miejsce w przypadku wskaźnika płynności aktywów obrotowych (który obok gotówki uwzględnia również inne inwestycje krótkoterminowe), również i tu nie potwierdziło się założenie o negatywnej zależności pomiędzy płynnością finansową i rentownością.

Sytuacja szpitali najbardziej rentownych w przypadku strategii aktywów obrotowych kształtowała się w analizowanym okresie w zupełnie odmienny sposób. Analizując dane zawarte w tabeli na podstawie pierwszego wskaźnika – tj. poziomu aktywów operacyjnych – można zauważyć, iż w całym analizowanym okresie 2005–2014 poziom aktywów operacyjnych przewyższał poziom majątku obrotowego. Jest to zgodne z wynikami uzyskanymi dla ogółu szpitali w próbie. Trzeba tu jednak zauważyć, że wartości wskaźnika poziomu aktywów operacyjnych w przypadku szpitali najbardziej rentownych na tle wszystkich szpitali z próby kształtowały się na znacznie niższych poziomach. W omawianym okresie wartości tego wskaźnika w przypadku szpitali najbardziej rentownych wahały się, osiągając najniższą wartość w roku 2008 (1,44) a najwyższą w roku 2012 (2,13). Wskazuje to na posiadanie przez szpitale najbardziej rentowne znacznie mniejszych ilości sprzętów i aparatury medycznej albo też sprzętów o niższej wartości, stanowiących istotny komponent majątku operacyjnego, w stosunku do ogółu szpitali z próby. Sytuacja taka może świadczyć o tym, że szpitale charakteryzujące się najwyższymi poziomami rentowności znacznie efektywniej wykorzystują posiadane zaplecze sprzętowe. Może jednak również wynikać z tego, że szpitale te inwestują w nieco tańszą aparaturę medyczną w stosunku do pozostałych szpitali, która jednak spełnia podstawowe wymogi stawiane przez NFZ, albo też, że wykorzystywany przez szpitale sprzęt w znacznym stopniu się już zamortyzował, co w pewien sposób zgadzałoby się z zaobserwowanym podczas oceny zadłużenia (zob. tabela 4.3) wyhamowaniem działalności inwestycyjnej w przypadku tej grupy szpitali. Niższe wartości majątku operacyjnego w stosunku do wartości uzyskanych przez resztę analizowanych szpitali charakterystyczne są dla strategii o charakterze konserwatywnym. Tym samym nie zostało tu potwierdzone przypuszczenie dotyczące tego, że szpitale najbardziej rentowne, celem zapewnienia jak najwyższego poziomu zyskowności, będą działały w sposób agresywny, wynikające z założenia o negatywnej zależności pomiędzy płynnością finansową i rentownością.

W przypadku drugiego wskaźnika strategii aktywów obrotowych, czyli wskaźnika płynności aktywów obrotowych, można zauważyć, iż szpitale najbardziej rentowne charakteryzowały się znacznie wyższymi jego wartościami, aniżeli ogół szpitali znajdujących się w próbie. Poziom tego wskaźnika oscylował od ok. 33% w 2005 r. do nawet ok. 45% w ostatnich latach analizowanego okresu. Wskazuje to na utrzymywanie znacznie wyższych zasobów pieniężnych oraz zasobów łatwo wymiernych na gotówkę, aniżeli reszta szpitali z próby – co ponownie nie jest zgodne z założeniem o negatywnym związku płynności finansowej z rentownością, charakterystycznym dla typowych przedsiębiorstw.

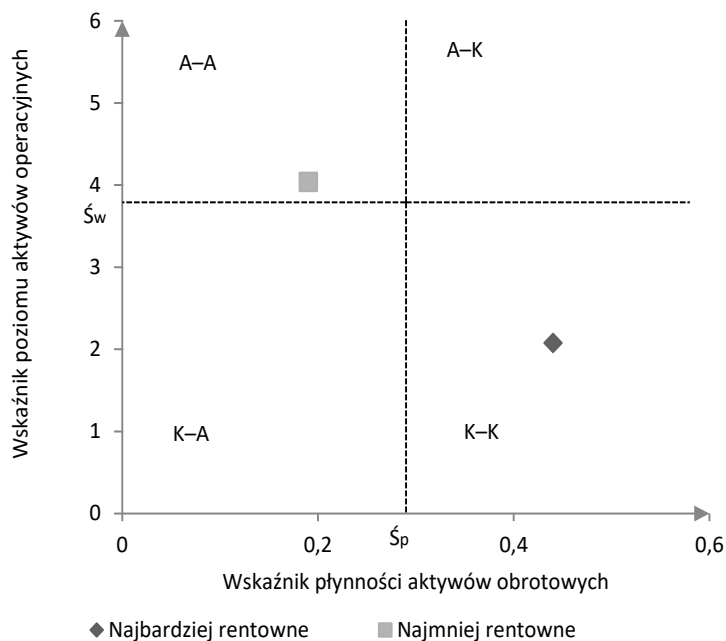
W przypadku wskaźnika zapasów w grupie szpitali najbardziej rentownych, podobnie jak w przypadku ogółu szpitali w próbie, wartości utrzymywały się na relatywnie stabilnym poziomie w całym analizowanym okresie. W niemal całym analizowanym okresie wskaźnik zapasów był nieco niższy od poziomu zapasów charakterystycznego dla całej próby, co jest jednak wskazaniem w kierunku strategii agresywnej. Poziom zapasów w majątku obrotowym w relacji do majątku obrotowego wynosił w grupie szpitali najbardziej rentownych ok. 7–9%. Sytuacja ta dla odmiany może potwierdzać założenie o negatywnym związku pomiędzy płynnością finansową i rentownością, zgodnie z którym szpitale najbardziej rentowne powinny utrzymywać niższy poziom zapasów w stosunku do reszty szpitali.

Wskaźnik należności, obrazujący wartość krótkoterminowych należności od kontrahentów w stosunku do majątku obrotowego, w przypadku szpitali najbardziej rentownych utrzymywał się w całym analizowanym okresie na niższym poziomie, niż miało to miejsce w przypadku ogółu szpitali znajdujących się w próbie. Jego wahania oscylowały w przedziale ok. 48–58%. Niższy poziom należności na tle branży oznacza w tym przypadku lepszą ich ściągalskość i jednocześnie działanie o charakterze konserwatywnym w zakresie płynności finansowej. Taka sytuacja nie potwierdza przypuszczenia dotyczącego agresywnego zachowania w zakresie polityki ściągalskości należności w grupie szpitali o największej rentowności, wynikającego z negatywnej zależności pomiędzy płynnością finansową i rentownością.

W przypadku ostatniego ze wskaźników strategii aktywów obrotowych – tj. wskaźnika środków pieniężnych, zasoby gotówki w stosunku do majątku obrotowego w grupie szpitali najbardziej rentownych w stosunku do reszty analizowanych szpitali osiągały wartości znacznie wyższe, wynoszące ok. 31–41%. Podobnie jak miało to miejsce w przypadku wskaźnika płynności aktywów obrotowych (obejmującego obok gotówki również inne inwestycje krótkoterminowe), również i tu nie potwierdziło się przypuszczenie o utrzymywaniu przez szpitale charakteryzujące się najwyższymi poziomami rentowności niższych zasobów środków pieniężnych i tym samym niższej płynności finansowej.

Dla lepszego zobrazowania najbardziej bieżących różnic pomiędzy analizowanymi grupami najbardziej i najmniej rentownych szpitali w zakresie strategii aktywów, dane z ostatniego roku zostały naniesione na odpowiedni wykres

przedstawiony poniżej. Trzeba podkreślić, że ze względu na podobieństwo przyjmowanych strategii w poszczególnych latach przez obie grupy szpitali, wykresy dla pozostałych lat analizy w większości przypadków byłyby zbliżone do wykresu 4.17.



gdzie:

\dot{S}_w – wartość wskaźnika poziomu aktywów operacyjnych dla próby;

\dot{S}_p – wartość wskaźnika płynności aktywów obrotowych dla próby;

A-A – strategia agresywna;

K-K – strategia konserwatywna;

A-K, K-A – strategia umiarkowana.

Wykres 4.17. Strategie aktywów obrotowych analizowanych szpitali w roku 2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Wędzki, 2003: 138–164.

Na wykresie 4.17 widać umiejscowienie grupy najmniej i najbardziej rentownych szpitali w stosunku do ogółu szpitali znajdujących się w próbie, co w wygodny sposób pozwala ocenić, na ile polityka finansowa danej grupy szpitali jest odległa od średniej branżowej, a w przypadku niniejszego badania średniej z próby badawczej. Widać tu, że w przypadku wskaźnika poziomu aktywów operacyjnych oraz wskaźnika płynności aktywów obrotowych najmniej rentowne szpitale przyjmowały strategię agresywną, natomiast szpitale najbardziej rentowne cecho-

wała strategia konserwatywna. Wskazuje to na przeciwstawne podejście w grupie szpitali najbardziej i najmniej rentownych do procesu zarządzania płynnością finansową.

Syntezyzując rozważania dotyczące pierwszej ze strategii cząstkowych płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko, widać, iż analizowane grupy najbardziej i najmniej rentownych szpitali przyjmują zupełnie inne, wręcz przeciwstawne, strategie aktywów obrotowych. W przypadku niemal wszystkich uwzględnionych w tej strategii cząstkowej wskaźników finansowych, szpitale najbardziej rentowne przyjmowały strategie o charakterze konserwatywnym, a najmniej rentowne o charakterze agresywnym. Tak, jak to było podkreślane, nie jest to zgodne z założeniem, że działania o charakterze agresywnym mają przyczyniać się do wzrostu rentowności i na odwrót, wynikającego z teorii o negatywnym powiązaniu płynności finansowej i rentowności. Wskaźnik zapasów stanowił jedyny wyjątek w strategii aktywów obrotowych, który mógłby potwierdzać tezę o negatywnym związku płynności finansowej i rentowności. Taka sytuacja może potwierdzać przyjęte na potrzeby pracy założenie, że polskie szpitale nie powinny być postrzegane jako typowe przedsiębiorstwa. Pomimo pewnych podobieństw sektora szpitali do sektora przedsiębiorstw, jest to jednak sektor bardzo specyficzny, w którym nie zachodzą zależności finansowe charakterystyczne dla typowych przedsiębiorstw funkcjonujących w realiach rynkowych.

4.3.2.2. Strategia finansowania aktywów obrotowych

W dalszej kolejności należy zająć się drugą ze strategii cząstkowych ogólnej strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko – tj. strategią finansowania aktywów obrotowych. Formuły wskaźników tej strategii wykorzystanych na potrzeby niniejszej pracy wraz ze wskazaniem na typ strategii na podstawie interpretacji wartości wskaźnika analizowanej grupy szpitali na tle ogółu jednostek znajdujących się w próbie zostały przedstawione w tabeli 4.13. Wskaźniki stanowiące podstawę do graficznego wyznaczenia strategii aktywów obrotowych oraz umożliwiające wyznaczenie całkowitej strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko zostały dodatkowo oznaczone kursywą.

Wartości tak policzonych wskaźników dla strategii finansowania aktywów obrotowych zostały przedstawione w tabeli 4.14. W tabeli zostało również przedstawione wskazanie, w przypadku każdego ze wskaźników, na typ strategii dla analizowanych grup najmniej oraz najbardziej rentownych szpitali wyznaczonej na tle wszystkich szpitali znajdujących się w próbie.

Tabela 4.13. Formuły wskaźników strategii finansowania aktywów obrotowych i zależność pomiędzy realizowaną strategią

Wskaźnik	Formuła	Wartość wskaźnika stosunku do średniej branżowej	
		Strategia konserwatywna	Strategia agresywna
<i>Wskaźnik poziomu operacyjnych zobowiązań bieżących</i>	Zobowiązania z tytułu dostaw i usług / zobowiązania bieżące	Wyższa	Niższa
<i>Wskaźnik płynności zobowiązań bieżących</i>	Zobowiązania bieżące / aktywa ogółem	Niższa	Wyższa
Wskaźnik kapitału własnego	Kapitał własny / aktywa ogółem	Wyższa	Niższa
Wskaźnik zobowiązań długoterminowych	(Zobowiązania długoterminowe + rezerwy na zobowiązania + rozliczenia międzyokresowe z wyjątkiem krótkoterminowych innych rozliczeń) / aktywa ogółem	Niższa	Wyższa
Wskaźnik zobowiązań bieżących generujących odsetki	(Kredyty + pożyczki + zobowiązania z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych + zobowiązania z tytułu leasingu finansowego) / aktywa ogółem	Niższa	Wyższa
Wskaźnik głównych operacyjnych zobowiązań bieżących	Zobowiązania z tytułu dostaw i usług / aktywa ogółem	Wyższa	Niższa

Kursywa – pokazuje wskaźniki wykorzystywane dla wyznaczenia całkowitej strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko oraz graficznego wyznaczenia strategii finansowania aktywów obrotowych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Wędzki, 2003: 147–151.

Oceniając sytuację szpitali najmniej rentownych na tle całej próby, widać, iż w przypadku wskaźnika operacyjnych zobowiązań bieżących, przedstawiającego relację zobowiązań z tytułu dostaw i usług do zobowiązań krótkoterminowych ogółem, w ostatnich latach analizowanego okresu – tj. 2012–2014 nastąpił znaczny spadek jego wartości w stosunku do wcześniejszych lat. W okresie 2005–2011 wartości sięgały blisko 43–47%, natomiast w ostatnich latach było to już ok. 26–28%. Sytuacja taka jest zgodna z ogólnym trendem zaobserwowanym w próbie. Jednak trzeba tu podkreślić, że udział zobowiązań z tytułu dostaw i usług w zobowiązaniach krótkoterminowych w szpitalach najmniej rentownych, w poszczególnych latach analizowanego okresu, kształtował się na poziomach wyższych w relacji do całej próby, co wskazuje na zachowanie konserwatywne. Taka sytuacja może potwierdzać założenie dotyczące tego, że konserwatywne podejście może skutkować obniżoną rentownością, wynikające z teorii podkreślających negatywną zależność pomiędzy płynnością finansową i rentownością.

Tabela 4.14. Średnie wskaźniki strategii finansowania aktywów obrotowych w analizowanych szpitalach w latach 2005–2014 ze wskazaniem na strategię płynności finansowej

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<i>Wskaźnik poziomu operacyjnych zobowiązań bieżących (%)</i>										
Próba	41,42	39,45	40,70	40,36	38,61	39,07	34,75	21,53	21,12	22,73
SD	19,31	18,04	18,60	18,27	16,41	17,17	16,82	13,64	14,04	15,71
v	0,47	0,46	0,46	0,45	0,43	0,44	0,48	0,63	0,66	0,69
<i>Wskaźnik poziomu operacyjnych zobowiązań bieżących (%) – analizowane grupy szpitali</i>										
Najmniej rentowne	43,58	43,64	46,24	46,38	46,31	47,13	42,88	27,79	27,33	26,26
Strategia	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K
Najbardziej rentowne	41,41	35,61	36,39	35,97	32,88	32,65	27,14	17,38	17,01	21,18
Strategia	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
<i>Wskaźnik płynności zobowiązań bieżących (%)</i>										
Próba	45,90	39,72	34,30	32,20	32,02	34,03	39,28	62,00	61,91	62,21
SD	43,10	34,71	26,94	21,49	22,12	25,86	24,62	33,55	33,08	33,42
v	0,94	0,87	0,79	0,67	0,69	0,76	0,63	0,54	0,53	0,54
<i>Wskaźnik płynności zobowiązań bieżących (%) – analizowane grupy szpitali</i>										
Najmniej rentowne	58,92	52,87	50,75	48,18	51,33	57,30	62,99	96,16	96,64	96,27
Strategia	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Najbardziej rentowne	51,89	42,73	32,89	29,63	25,61	24,34	28,08	42,54	42,20	41,19
Strategia	A	A	K	K	K	K	K	K	K	K
<i>Wskaźnik zobowiązań długoterminowych (%)</i>										
Próba	18,60	20,60	17,81	16,24	13,64	12,54	14,48	14,24	14,82	16,61
SD	18,81	23,34	21,87	20,64	12,21	10,79	18,88	10,69	11,49	15,42
v	1,01	1,13	1,23	1,27	0,90	0,86	1,30	0,75	0,78	0,93
<i>Wskaźnik zobowiązań długoterminowych (%) – analizowane grupy szpitali</i>										
Najmniej rentowne	17,26	20,47	18,25	18,89	16,38	15,60	22,34	20,71	23,00	26,68
Strategia	K	K	A	A	A	A	A	A	A	A
Najbardziej rentowne	24,49	27,43	23,57	21,50	15,40	13,41	12,54	13,21	12,51	12,94
Strategia	A	A	A	A	A	A	K	K	K	K
<i>Wskaźnik zobowiązań bieżących generujących odsetki (%)</i>										
Próba	2,73	2,07	2,29	1,99	2,28	2,30	2,44	2,84	2,80	3,02
SD	4,28	3,46	3,61	3,53	3,87	3,54	3,15	3,64	3,50	3,83
v	1,57	1,67	1,57	1,78	1,70	1,54	1,29	1,28	1,25	1,27

Tabela 4.14. (cd.)

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Wskaźnik zobowiązań bieżących generujących odsetki (%) – analizowane grupy szpitali										
Najmniej rentowne	2,96	2,40	2,93	2,99	3,42	3,84	4,15	5,36	5,42	5,90
Strategia	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Najbardziej rentowne	2,91	2,88	2,19	2,05	1,24	1,54	1,43	1,44	1,26	1,26
Strategia	A	A	K	A	K	K	K	K	K	K
Wskaźnik głównych operacyjnych zobowiązań bieżących (%)										
Próba	18,28	15,07	14,21	13,69	13,15	14,51	15,08	13,87	13,63	14,13
SD	17,95	13,75	13,75	13,37	12,94	15,15	15,42	14,39	14,10	13,21
v	0,98	0,91	0,97	0,98	0,98	1,04	1,02	1,04	1,03	0,93
Wskaźnik głównych operacyjnych zobowiązań bieżących (%) – analizowane grupy szpitali										
Najmniej rentowne	23,11	22,67	24,56	23,95	25,05	27,96	28,54	26,86	26,26	24,85
Strategia	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Najbardziej rentowne	20,19	12,94	10,60	9,93	8,01	7,88	7,62	6,67	6,54	8,20
Strategia	A	K	K	K	K	K	K	K	K	K

gdzie:

A – wskazanie na strategię agresywną;

K – wskazanie na strategię konserwatywną.

Kursywa – pokazuje wskaźniki wykorzystywane dla wyznaczenia całkowitej strategii płynności finansowej w ujęciu dochód – ryzyko oraz graficznego wyznaczenia strategii finansowania aktywów obrotowych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.

Analizując wartości wskaźnika płynności zobowiązań bieżących, przedstawiającego relację zobowiązań krótkoterminowych do majątku ogółem wśród szpitali najmniej rentownych, zauważyć można, że w całym analizowanym okresie były one wyższe, a często nawet znacznie wyższe, niż miało to miejsce w przypadku wszystkich szpitali znajdujących się w próbie. W latach 2005–2011 wartości wskaźnika wahają się w przedziale ok. 48–63%. Natomiast od roku 2012 widoczny jest jeszcze znaczący wzrost wartości wskaźnika do poziomów wynoszących ponad 96%. Sytuację tą należy ocenić negatywnie. Wartości wskaźnika płynności zobowiązań bieżących wskazują na to, że szpitale o najniższych poziomach rentowności mają poważne problemy ze zobowiązaniami krótkoterminowymi, które w dodatku z upływem czasu narosły do olbrzymich rozmiarów. W ostatnich latach badanego okresu wartość zobowiązań krótkoterminowych w grupie szpitali naj-

mniej rentownych jest niemal równa sumie bilansowej. Mając na uwadze malejący trend w zakresie pierwszego wskaźnika – tj. operacyjnych zobowiązań bieżących – należy stwierdzić, iż do tej negatywnej sytuacji nie doprowadził wzrost wartości zobowiązań względem dostawców, lecz przede wszystkim wzrost wartości pozostałych zobowiązań krótkoterminowych. Mogą to być m.in. krótkoterminowe kredyty i pożyczki, zobowiązania publicznoprawne, zobowiązania wobec pracowników i właścicieli, zobowiązania z tytułu zakupu lub sprzedaży składników aktywów trwałych czy też zobowiązania wekslowe. Te ostatnie mogą mieć szczególne znaczenie w działalności szpitali, gdyż – jak pokazuje praktyka gospodarcza – wiele szpitali, zwłaszcza tych o wysokim poziomie zadłużenia, może posiadać zobowiązania wekslowe, gdyż częstą praktyką jest wystawianie przez szpitale weksli in blanco (Klinger, Jaszczura, 2016a, <http://www.tokfm.pl/> [dostęp: 14.07.2017]). Zaobserwowana tutaj sytuacja nie wpisuje się w nurt teorii dotyczącej negatywnej zależności pomiędzy płynnością finansową i rentownością, wedle której podmioty te powinny koncentrować się na bezpieczeństwie finansowym i stosować strategię konserwatywną. Sytuacja przedstawia się natomiast odmiennie i strategia tej grupy szpitali w całym analizowanym okresie może być scharakteryzowana jako agresywna. Widać, iż szpitale o najniższych poziomach rentowności już w początkowych latach analizowanego okresu obrały strategię agresywną, która doprowadziła do utraty pożądanego poziomu bezpieczeństwa i ponoszonych strat finansowych.

Wartości wskaźnika zobowiązań długoterminowych w przypadku szpitali najmniej rentownych utrzymywały się do 2010 r. na zbliżonym poziomie w relacji do wartości uzyskanych dla ogółu szpitali w próbie. W pierwszych dwóch latach analizowanego okresu poziomy te były nawet nieco niższe, wskazując na strategię konserwatywną. Od 2007 r. aż do 2014 r. występowała już jednak w tym przypadku strategia agresywna. Ponadto, począwszy od roku 2011, zauważalne są nieco wyższe poziomy udziału zobowiązań długoterminowych w majątku ogółem w przypadku szpitali najmniej rentownych w stosunku do próby. Zwiększenie w ostatnich latach zadłużenia długoterminowego w tej grupie szpitali może świadczyć o zwiększeniu zakresu działalności inwestycyjnej. Być może w ten sposób szpitale najmniej rentowne chcą zwiększyć swoją konkurencyjność i wyjść na prostą. Ze względu na to, że przez większą część analizowanego okresu szpitale najmniej rentowne cechowały się strategiami agresywnymi, również i tu nie można potwierdzić tego, że w przypadku szpitali stosowanie strategii agresywnych przekłada się na wyższą rentowność.

Wskaźnik zobowiązań bieżących generujących odsetki w przypadku szpitali najmniej rentownych, podobnie jak miało to miejsce w przypadku wszystkich szpitali znajdujących się w próbie, utrzymywał się na dosyć niskim poziomie, jednak w całym analizowanym okresie poziomy te były nieco wyższe niż te z próby, tym samym wskazując na strategię agresywną. Ponadto, począwszy od 2011 r., zauważalny jest pewien wzrost udziału oprocentowanych krótkoterminowych kredytów czy pożyczek w aktywach ogółem do poziomu 5–6%. Nie jest to wartość

przesadnie wysoka, jednak wzrost w tym zakresie wynikać może z opisanych już wcześniej problemów finansowych tej grupy szpitali. Mając na uwadze te rozważania trzeba podkreślić, że ponownie nie potwierdza się tutaj założenie o tym, że jednostki działające w agresywny sposób cechuje wyższa rentowność. Jednocześnie ze względu na stosunkowo niski udział oprocentowanych krótkoterminowych kredytów czy pożyczek w aktywach ogółem, w kontekście wcześniejszych rozważań dotyczących wskaźnika płynności zobowiązań bieżących, jak również pozostałych wskaźników strategii finansowania aktywów obrotowych, należy stwierdzić, że do wskazanego wcześniej drastycznego wzrostu zobowiązań bieżących w tej grupie szpitali nie przyczyniły się zobowiązania z tytułu dostaw i usług oraz krótkoterminowych kredytów i pożyczek, a inne czynniki. Przede wszystkim należy mieć tu na uwadze wzrosty zobowiązań wekslowych czy z tytułu zobowiązań publiczno-prawnych.

W przypadku ostatniego ze wskaźników strategii finansowania aktywów obrotowych – tj. wskaźnika głównych operacyjnych zobowiązań bieżących, to jego wartości w przypadku szpitali najmniej rentownych kształtowały się na wyższych poziomach w stosunku do całej próby, wskazując na działania o charakterze agresywnym. W całym analizowanym okresie wartości tego wskaźnika wśród szpitali najmniej rentownych utrzymywały się na stabilnym poziomie ok. 23–28%. Podobnie, jak w przypadku całej próby, tak i tu stabilny poziom tego wskaźnika w porównaniu z pierwszym wskaźnikiem z powyższej tabeli (tj. wskaźnikiem poziomu operacyjnych zobowiązań bieżących), który wskazywał na spadek operacyjnych zobowiązań bieżących w zobowiązaniach krótkoterminowych, oznacza, że szpitale znajdujące się w próbie zwiększały wartość posiadanego majątku (co było konieczne dla utrzymania stabilnej relacji w ramach wskaźnika operacyjnych zobowiązań bieżących). Opisana sytuacja wskazuje na stosowanie przez grupę szpitali najmniej rentownych strategii agresywnej. Oznacza to, że po raz kolejny nie potwierdziło założenie, że agresywna strategia przekłada się na zwiększony poziom rentowności, wynikające z teorii o negatywnej zależności pomiędzy płynnością finansową i rentownością.

Z kolei analizując sytuację najbardziej rentownych szpitali, w przypadku wskaźnika poziomu operacyjnych zobowiązań bieżących nastąpił spadek jego wartości o ok. połowę – podobnie jak miało to miejsce w przypadku ogółu szpitali znajdujących się w próbie. W szpitalach najbardziej rentownych udział zobowiązań z tytułu dostaw i usług w zobowiązaniach bieżących we wszystkich latach analizowanego okresu kształtował się na nieco niższym poziomie w stosunku do całej próby. Taka sytuacja stanowi wskazanie na strategię agresywną. Zaistniała sytuacja może potwierdzać założenie dotyczące tego, że agresywna strategia skutkuje podwyższoną rentownością, co wynika z negatywnej zależności pomiędzy płynnością finansową i rentownością.

W zakresie natomiast wskaźnika płynności zobowiązań bieżących w grupie szpitali najbardziej rentownych, zauważyć można podobny trend, jak w przypad-

ku wartości uzyskanych dla całej próby – tj. spadek wartości wskaźnika w początkowych latach analizowanego okresu, a w ostatnich latach wzrost tych wartości. Trzeba tu jednak podkreślić, iż udział zobowiązań bieżących w majątku ogółem, w niemal całym analizowanym okresie (wyjątek stanowiły początkowe lata 2005 i 2006), był niższy w przypadku szpitali o największej rentowności w relacji do całej próby, co szczególnie widoczne było w ostatnich latach okresu poddanego analizie. Wskazuje to na stosowanie przez te szpitale strategii konserwatywnej przez większą część analizowanego okresu. To z kolei nie potwierdza założenia, że agresywne działanie w zakresie płynności finansowej skutkuje podwyższoną rentownością.

W przypadku wskaźnika zobowiązań długoterminowych wśród szpitali najbardziej rentownych widać, że w początkowych latach analizowanego okresu (2005–2010) jego wartości utrzymywały się na poziomach nieco wyższych niż te charakterystyczne dla ogółu szpitali znajdujących się w próbie, tym samym wskazując na zachowanie agresywne w zakresie prowadzonej polityki inwestycyjnej. Niemniej jednak, w ostatnich latach analizowanego okresu (2011–2014), szpitale najbardziej rentowne zmieniły strategię w zakresie udziału zobowiązań długoterminowych w majątku ogółem na konserwatywną, co zazwyczaj oznacza wyhamowanie działalności inwestycyjnej. W analizowanym okresie 2005–2014 wartość wskaźnika spadła blisko o połowę (z blisko 25% w roku 2005 do ok. 13% w roku 2014). Sytuacja ta była szerzej omówiona w pracy podczas analizy podstawowych wskaźników finansowych, jako że formuła wskaźnika zobowiązań długoterminowych pokrywa się z formułą wskaźnika zadłużenia długoterminowego zastosowaną w pracy. Sytuacja, jaka występowała w latach 2005–2010 mogłaby potwierdzać założenie wskazujące na to, że jednostki opierające się na strategiach agresywnych przynoszą wyższą rentowność. Jednak w ostatnich latach wystąpiła sytuacja przeciwna i najbardziej rentowne szpitale przyjęły strategię konserwatywną. Oznacza to może, że personel zarządzający tymi jednostkami stwierdził, że posiadana infrastruktura jest wystarczająca do udzielania świadczeń na odpowiednim poziomie i nie są konieczne żadne nowe inwestycje.

Wskaźnik zobowiązań bieżących generujących odsetki w przypadku szpitali najbardziej rentownych, generalnie utrzymywał się na dosyć niskim poziomie w całym analizowanym okresie. Jednak w początkowych latach (a konkretniej 2005, 2006 i 2008) jego wartości były nieco wyższe niż te uzyskane dla ogółu szpitali znajdujących się w próbie, wskazując na strategię agresywną. Natomiast w pozostałych latach można zaobserwować stosowanie przez szpitale najbardziej rentowne strategii konserwatywnej, związanej z bardzo niskim udziałem kredytów i pożyczek krótkoterminowych w zobowiązaniach krótkoterminowych. W związku z tym, że przez większą część analizowanego okresu szpitale najbardziej rentowne opierały się na zachowaniu konserwatywnym, również i tu nie można potwierdzić założenia, że stosowanie agresywnych strategii przyczynia się zwiększonej rentowności.

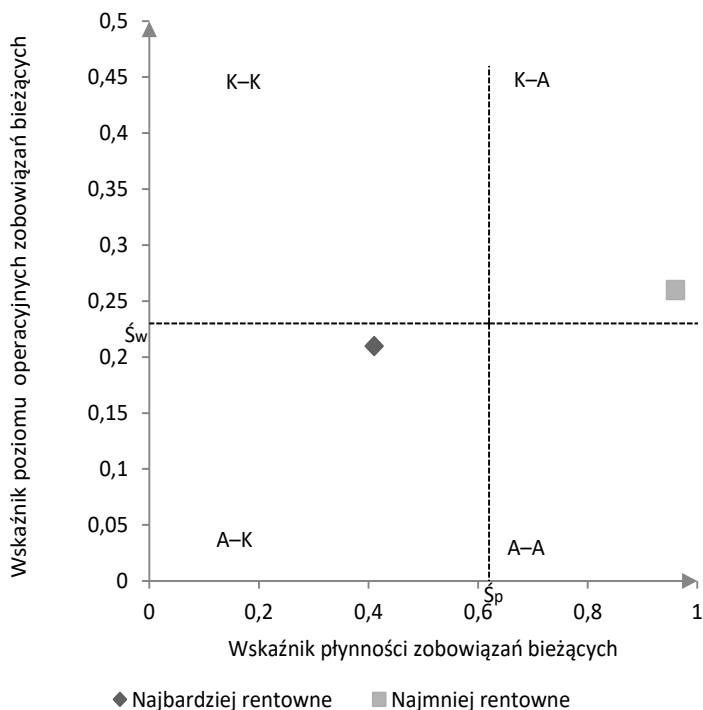
W przypadku ostatniego ze wskaźników strategii finansowania aktywów obrotowych – tj. wskaźnika głównych operacyjnych zobowiązań bieżących, jego

wartości w grupie najbardziej rentownych szpitali kształtowały się w niemal całym analizowanym okresie (wyjątek stanowił rok 2005) na znacznie niższych poziomach w stosunku do ogółu szpitali znajdujących się w próbie. Wskazuje to na opieraniu się przede wszystkim na strategiach o charakterze konserwatywnym. Trzeba ponadto podkreślić, że w analizowanym okresie w przypadku tej grupy odniesienia zauważalny jest stopniowy spadek udziału zobowiązań z tytułu dostaw i usług w zobowiązaniach krótkoterminowych (od ok. 20% w roku 2005 do ok. 7–8% w ostatnich trzech latach analizowanego okresu). Opisana sytuacja stoi w sprzeczności do założenia, że konserwatywne podejście powinno przekładać się na niższą rentowność.

Poniżej, podobnie jak miało to miejsce w przypadku strategii aktywów obrotowych, została dokonana graficzna prezentacja strategii finansowania aktywów obrotowych (zob. wykres 4.18). Celem wskazania najbardziej bieżących różnic pomiędzy analizowanymi grupami najbardziej i najmniej rentownych szpitali, dane z ostatniego roku zostały naniesione na odpowiedni wykres. Ze względu na podobieństwo przyjmowanych strategii w poszczególnych latach przez obie grupy szpitali, wykresy dla pozostałych lat analizy w większości przypadków byłyby zbliżone do wykresu 4.18.

Na wykresie widać, że w przypadku strategii finansowania aktywów obrotowych, obie analizowane grupy szpitali – tj. najmniej i najbardziej rentowne – cechują się strategiami umiarkowanymi. Trzeba jednak zaznaczyć, że pomimo podobieństwa co do obranego typu strategii, widoczne są tu zdecydowane różnice w podejściu do procesu zarządzania finansowego pomiędzy obiema grupami. Podejście szpitali najmniej rentownych cechuje konserwatywne podejście do poziomu operacyjnych zobowiązań bieżących, przy jednocześnie agresywnym podejściu do płynności zobowiązań bieżących (strategia K–A). Natomiast szpitale najbardziej rentowne cechują się podejściem przeciwnym – tj. agresywnym podejściem do poziomu operacyjnych zobowiązań bieżących oraz konserwatywnym podejściem do płynności zobowiązań bieżących (strategia A–K). Biorąc pod uwagę pozostałe lata analizowanego okresu, należy zauważyć, że pewne zmiany na wykresie strategii finansowania aktywów obrotowych wystąpiłyby jedynie w przypadku grupy szpitali najbardziej rentownych w latach 2005–2006. Należy jednak zaznaczyć, że są to pierwsze lata badanego okresu, stanowiące dość odległy czas. Wydaje się jednak, że dla sformułowania ewentualnych rekomendacji dotyczących zmian w polityce zarządzania płynnością finansową przez polskie szpitale, należy mieć na uwadze najbardziej bieżące trendy w zakresie kształtowania się strategii płynności finansowej.

Ogólne spostrzeżenia dotyczące drugiej ze strategii cząstkowych (tj. finansowania aktywów obrotowych) są podobne jak w przypadku pierwszej z nich (tj. strategii aktywów obrotowych). Widać, że polityka finansowa szpitali najmniej i najbardziej rentownych znacząco się różni.



gdzie:

$\dot{\Sigma}_w$ – wartość wskaźnika poziomu operacyjnych zobowiązań bieżących dla próby;

$\dot{\Sigma}_p$ – wartość wskaźnika płynności zobowiązań bieżących dla próby;

A-A – strategia agresywna;

K-K – strategia konserwatywna;

A-K, K-A – strategia umiarkowana.

Wykres 4.18. Strategie finansowania aktywów obrotowych analizowanych szpitali w roku 2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Wędzki, 2003: 138–164.

Podobieństwa w zakresie stosowanych strategii w obu grupach miały charakter incydentalny. Szpitale najmniej rentowne w przypadku niemal wszystkich analizowanych wskaźników finansowych, w niemal całym analizowanym okresie, cechowały się strategiami agresywnymi. Natomiast szpitale najbardziej rentowne najczęściej (z pewnymi wyjątkami w poszczególnych latach analizowanego okresu w przypadku niektórych wskaźników) stosowały strategie konserwatywne. Tym samym, podobnie jak w przypadku strategii aktywów obrotowych, tak i tu założenie wynikające z negatywnej zależności pomiędzy płynnością finansową i rentownością, że podmioty działające w sposób agresywny maksymalizują rentowność, a te które działają konserwatywnie wybierają bezpieczeństwo finansowe kosztem

zwiększonej rentowności, nie może zostać potwierdzone. Ewidentnym wyjątkiem spośród wskaźników strategii finansowania aktywów obrotowych był tu wskaźnik poziomu operacyjnych zobowiązań bieżących, w przypadku którego negatywna zależność pomiędzy płynnością finansową i rentownością mogłaby zostać potwierdzona. Generalnie jednak zaobserwowana sytuacja świadczy o tym, że w sektorze szpitali nie występują analogiczne zależności finansowe, jak w przypadku przedsiębiorstw funkcjonujących w realiach rynkowych. Może wynikać to ze specyfiki sektora polskich szpitali oraz różnic, jakie występują pomiędzy szpitalem a typowym przedsiębiorstwem, wskazywanych w drugim rozdziale niniejszej pracy.

4.3.2.3. Strategia majątkowo-finansowa

Kolejny etap w wyznaczeniu strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko stanowi wyznaczenie ostatniej ze strategii cząstkowych – tj. strategii majątkowo-finansowej.

Formuły wskaźników tej strategii wykorzystanych na potrzeby niniejszej pracy wraz ze wskazaniem na typ strategii na podstawie interpretacji wartości wskaźnika analizowanej grupy szpitali na tle ogółu jednostek znajdujących się w próbie zostały przedstawione w tabeli 4.15. Wskaźniki stanowiące podstawę do graficznego wyznaczenia strategii aktywów obrotowych oraz umożliwiające wyznaczenie całkowitej strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko zostały dodatkowo oznaczone kursywą.

Wartości tak policzonych wskaźników dla strategii majątkowo-finansowej zostały przedstawione w tabeli 4.16. W tabeli zostało również przedstawione wskazanie, w przypadku każdego ze wskaźników, na typ strategii dla analizowanych grup najmniej oraz najbardziej rentownych szpitali, wyznaczonej na tle wszystkich szpitali znajdujących się w próbie.

Oceniając sytuację szpitali najmniej rentownych na tle ogółu szpitali znajdujących się w próbie w zakresie strategii majątkowo-finansowej, na podstawie wskaźnika aktywów obrotowych można zauważyć, że udział majątku obrotowego w majątku ogółem w przypadku tej grupy szpitali w całym analizowanym okresie kształtował się na nieco niższym poziomie niż wszystkich badanych szpitali, co wskazuje na zastosowanie strategii agresywnej. Wartości wskaźnika wśród szpitali najmniej rentownych oscylowały w przedziale ok. 25–31%. Nie jest to zgodne z założeniem, jakoby agresywna strategia przekładała się na wyższy poziom rentowności.

Również w przypadku drugiego wskaźnika strategii majątkowo-finansowej – tj. wskaźnika operacyjnych zobowiązań bieżących ogółem – szpitale najmniej rentowne cechowała strategia agresywna.

Tabela 4.15. Formuły wskaźników strategii majątkowo-finansowej i zależność pomiędzy realizowaną strategią

Wskaźnik	Formuła	Wartość wskaźnika stosunku do średniej branżowej	
		Strategia konserwatywna	Strategia agresywna
<i>Wskaźnik aktywów obrotowych</i>	Aktywa obrotowe / aktywa ogółem	Wyższa	Niższa
<i>Wskaźnik operacyjnych zobowiązań bieżących ogółem</i>	Operacyjne zobowiązania bieżące ogółem ^(a) / aktywa ogółem	Niższa	Wyższa

^(a) Obejmują one główne operacyjne zobowiązania bieżące, do których zalicza się: z tytułu dostaw i usług oraz zobowiązania wekslowe, a także pozostałe operacyjne zobowiązania bieżące, w skład których wchodzi: zaliczki otrzymane na dostawy, fundusze specjalne, krótkoterminowe inne rozliczenia międzyokresowe, zobowiązania z tytułu wynagrodzeń, zobowiązania z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń i innych świadczeń, czy inne zobowiązania krótkoterminowe, jednak bez zobowiązań z tytułu leasingu finansowego (szerzej: Wędzki, 2003: 147). Na potrzeby niniejszej pracy w liczniku formuły pominięto zobowiązania wekslowe, z uwagi na brak możliwości ich jednoznacznego wyodrębnienia na podstawie posiadanych danych finansowych.

Kursywa – pokazuje wskaźniki wykorzystywane dla wyznaczenia całkowitej strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko oraz graficznego wyznaczenia strategii majątkowo-finansowej.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Wędzki, 2003: 156–161.

Trend w zakresie kształtowania się wartości wskaźnika w analizowanym okresie jest zgodny z trendem występującym w całej próbie. Jednak wartości tego wskaźnika w grupie szpitali najmniej rentownych często znacząco przewyższają wartości wyznaczone dla ogółu szpitali z próby, w ostatnich trzech latach sięgając poziomów bliskich 90%. Tak wysoki udział operacyjnych zobowiązań bieżących ogółem w sumie bilansowej wskazuje na istotne problemy finansowe w zarządzaniu płynnością finansową w tej grupie szpitali. Tutaj również nie można potwierdzić założenia, że stosowanie strategii agresywnej przełoży się na zwiększone poziomy rentowności. Potwierdza to natomiast tezę, że w sektorze szpitali występują inne relacje finansowe, aniżeli w typowych przedsiębiorstwach.

Natomiast w przypadku szpitali najbardziej rentownych, na podstawie wskaźnika aktywów obrotowych można zauważyć, że udział majątku obrotowego w majątku ogółem w całym analizowanym okresie kształtował się na wyższym poziomie, niż miało to miejsce w przypadku ogółu szpitali znajdujących się w próbie, wskazując tym samym na stosowanie strategii konserwatywnej. Wartości w przypadku tej grupy odniesienia oscylowały w przedziale ok. 36–43%. Stosowanie przez tę grupę strategii konserwatywnej ponownie nie potwierdza założenia, dotyczącego maksymalizowania rentowności poprzez wykorzystanie strategii o charakterze agresywnym.

Tabela 4.16. Średnie wskaźniki strategii majątkowo-finansowej w analizowanych szpitalach w latach 2005–2014 ze wskazaniem na strategię płynności finansowej

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<i>Wskaźnik aktywów obrotowych (%)</i>										
Próba	31,74	30,83	30,09	33,15	31,23	28,78	27,65	27,34	27,13	27,46
SD	13,92	14,21	13,67	13,38	13,94	13,18	12,45	12,59	12,68	15,08
v	0,44	0,46	0,45	0,40	0,45	0,46	0,45	0,46	0,47	0,55
<i>Wskaźnik aktywów obrotowych (%) – analizowane grupy szpitali</i>										
Najmniej rentowne	30,51	28,69	28,30	31,92	28,31	27,19	25,86	25,99	25,23	24,90
Strategia	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Najbardziej rentowne	36,17	37,96	37,96	42,96	41,08	38,51	36,91	35,66	36,19	38,00
Strategia	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K
<i>Wskaźnik operacyjnych zobowiązań bieżących ogółem (%)</i>										
Próba	43,17	37,65	32,01	30,21	29,74	31,73	36,84	59,16	59,12	59,20
SD	41,27	33,15	25,74	20,34	21,00	24,71	23,17	31,78	31,35	31,74
V	0,96	0,88	0,80	0,67	0,71	0,78	0,63	0,54	0,53	0,54
<i>Wskaźnik operacyjnych zobowiązań bieżących ogółem (%) – analizowane grupy szpitali</i>										
Najmniej rentowne	55,96	50,48	47,82	45,19	47,91	53,46	58,84	90,80	91,22	90,38
Strategia	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Najbardziej rentowne	48,98	39,85	30,70	27,58	24,38	22,80	26,65	41,09	40,95	39,94
Strategia	A	A	K	K	K	K	K	K	K	K

gdzie:

A – wskazanie na strategię agresywną;

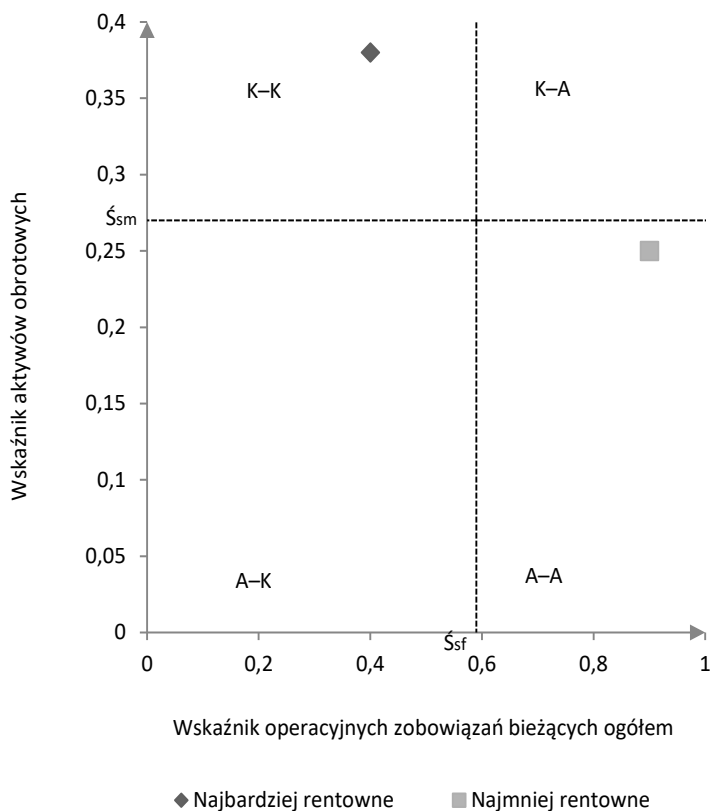
K – wskazanie na strategię konserwatywną.

Kursywa – pokazuje wskaźniki wykorzystywane dla wyznaczenia całkowitej strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko oraz graficznego wyznaczenia strategii majątkowo-finansowej.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.

W przypadku oceny drugiego ze wskaźników strategii majątkowo-finansowej w grupie szpitali najbardziej rentownych, czyli wskaźnika operacyjnych zobowiązań bieżących ogółem, to trend w analizowanym okresie był zbieżny z trendem występującym w przypadku ogółu szpitali znajdujących się w próbie. Należy zauwa-

żyć, że w początkowych latach (2005 i 2006) grupa szpitali najbardziej rentownych cechowała się nieco wyższymi wartościami wskaźnika niż te uzyskane dla całej próby, co wskazywało na strategię agresywną. Jednak, począwszy od roku 2007 aż do końca analizowanego okresu, szpitale najbardziej rentowne dokonały zmiany strategii na konserwatywną. Sytuacja, w której szpitale najbardziej rentowne przez większą część analizowanego okresu opierają się na strategii konserwatywnej ponownie nie potwierdza założenia, dotyczącego powiązania strategii agresywnych z wyższymi poziomami rentowności, a konserwatywnych z niższymi.



gdzie:

ξ_{sm} – wartość wskaźnika aktywów obrotowych dla próby;

ξ_{sf} – wartość wskaźnika operacyjnych zobowiązań bieżących ogółem dla próby;

A-A – strategia agresywna;

K-K – strategia konserwatywna;

A-K, K-A – strategia umiarkowana.

Wykres 4.19. Strategie majątkowo-finansowe analizowanych szpitali w roku 2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Wędzki, 2003: 138–164.

Podobnie, jak w przypadku wcześniejszych strategii cząstkowych, tak i tu przedstawiono graficzne ujęcie strategii majątkowo-finansowej (wykres 4.19). Celem przedstawienia najbardziej bieżącej sytuacji, na wykresie została przedstawiona sytuacja dotycząca ostatniego roku z badanego okresu. Jednak w przypadku strategii majątkowo-finansowej wykresy dla pozostałych lat byłyby bardzo zbliżone do wykresu 4.19.

Na wykresie zauważyć można, że szpitale najbardziej rentowne przyjęły konserwatywną strategię zarządzania płynnością finansową, natomiast szpitale najmniej rentowne strategię agresywną. Taka sytuacja ponownie pokazuje, że analizowane grupy szpitali opierały się na zupełnie przeciwnym podejściu do procesu zarządzania płynnością finansową. Biorąc pod uwagę pozostałe lata analizowanego okresu, należy zauważyć, że pewne zmiany na wykresie strategii majątkowo-finansowej wystąpiłyby jedynie w przypadku grupy szpitali najbardziej rentownych w latach 2005–2006. Należy jednak zaznaczyć, że są to pierwsze lata badanego okresu, stanowiące dość odległy czas. Wydaje się jednak, że dla sformułowania ewentualnych rekomendacji dotyczących zmian w polityce zarządzania płynnością finansową przez polskie szpitale, należy mieć na uwadze najbardziej bieżące trendy w zakresie kształtowania się strategii płynności finansowej.

Podsumowując rozważania dotyczące strategii majątkowo-finansowej, to również i w tym przypadku (podobnie jak miało to miejsce w przypadku dwóch wcześniejszych strategii cząstkowych), uzyskane w badaniu wyniki wskazują na odmienną politykę finansową stosowaną w szpitalach najmniej i najbardziej rentownych, która to przekłada się na uzyskiwane przez te szpitale poziomy rentowności. Tutaj ponownie szpitale najmniej rentowne cechują się agresywnym podejściem do płynności finansowej, a te najbardziej rentowne podejściem konserwatywnym. Oznacza to, że wśród analizowanych szpitali nie zostało potwierdzone założenie, mające wynikać z negatywnego związku pomiędzy płynnością finansową i rentownością, jakoby konserwatywna strategia w zakresie płynności finansowej miała ograniczać poziom rentowności, a agresywna strategia maksymalizować rentowność. Sytuacja ta wynika najprawdopodobniej ze specyfiki działalności polskich szpitali, wskazywanej we wcześniejszej części pracy.

4.3.2.4. Całkowita strategia płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko

Kolejny krok po określeniu strategii cząstkowych stanowi wyznaczenie całkowitej strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko. W tym celu wykorzystuje się określone pary wskaźników (zaznaczane we wcześniejszych tabelach kursywą) z każdej ze strategii cząstkowych – tj. strategii aktywów obrotowych, strategii finansowania aktywów obrotowych i strategii majątkowo-finansowej. Na tej podstawie wyznacza się całkowitą strategię płynności finansowej w ujęciu do-

chód–ryzyko. Poniżej, w formie tabelarycznej, zostało przedstawione zestawienie wskazujące, jak kształtowały się strategie płynności finansowej w poszczególnych latach badanego okresu, wyznaczone w oparciu o pary wskaźników (tabela 4.17).

Tabela 4.17. Strategie płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Strategia aktywów obrotowych										
Szpitala najmniej rentowne	A–A	A–A	A–A	A–A	A–A	A–A	A–A	A–A	A–A	A–A
Szpitala najbardziej rentowne	K–K	K–K	K–K	K–K	K–K	K–K	K–K	K–K	K–K	K–K
Strategia finansowania aktywów obrotowych										
Szpitala najmniej rentowne	K–A	K–A	K–A	K–A	K–A	K–A	K–A	K–A	K–A	K–A
Szpitala najbardziej rentowne	A–A	A–A	A–K	A–K	A–K	A–K	A–K	A–K	A–K	A–K
Strategia majątkowo-finansowa										
Szpitala najmniej rentowne	A–A	A–A	A–A	A–A	A–A	A–A	A–A	A–A	A–A	A–A
Szpitala najbardziej rentowne	K–A	K–A	K–K	K–K	K–K	K–K	K–K	K–K	K–K	K–K

gdzie:

A–A – strategia agresywna;

K–K – strategia konserwatywna;

A–K – strategia umiarkowana (agresywno-konserwatywna);

K–A – strategia umiarkowana (konserwatywno-agresywna).

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Wędzki, 2003: 138–170 oraz danych z bazy Amadeus.

Znaczne różnice pomiędzy szpitalami najbardziej i najmniej rentownymi widoczne są również na podstawie danych zawartych w powyższej tabeli, łączących ze sobą w jednym miejscu obszary dochodowości i ryzyka finansowego. W porównywanych grupach szpitali w przypadku wszystkich trzech strategii cząstkowych, składających się na ogólną strategię płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko, w niemal całym analizowanym okresie występują strategie przeciwstawne. Zupełnie inne podejście w wykorzystaniu różnych strategii zarządzania płynnością finansową znalazło przełożenie w osiągniętych wynikach finansowych.

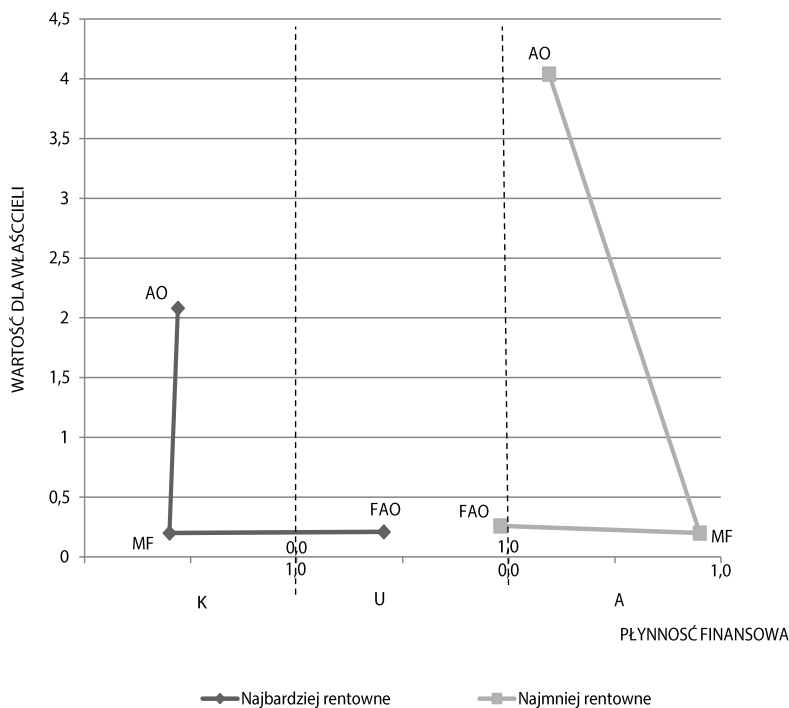
W przypadku strategii aktywów obrotowych szpitale najmniej rentowne w całym analizowanym okresie 2005–2014 zachowywały się w sposób ściśle agresywny (A–A). Szpitale najbardziej rentowne zachowywały się natomiast w sposób zupełnie przeciwstawny do najmniej rentownych, stosując strategie ściśle konserwatywne (K–K).

Podobnie rzecz się miała w przypadku strategii majątkowo-finansowej. Tutaj szpitale najmniej rentowne w całym analizowanym okresie zachowywały się w sposób ściśle agresywny (A-A). Natomiast szpitale najbardziej rentowne przez niemal cały analizowany okres ponownie oparły się na strategii ściśle konserwatywnej (K-K). Wyjątek stanowiły tu jedynie pierwsze dwa lata analizowanego okresu 2005–2006, kiedy to w grupie najbardziej rentownych szpitali strategia miała charakter umiarkowany – konserwatywno-agresywny (K-A). Wynikało to z posiadania w tym okresie nieco wyższych poziomów operacyjnych zobowiązań bieżących ogółem (czyli łącznie: zobowiązań z tytułu dostaw i usług, a także zobowiązań z tytułu wynagrodzeń, podatków, ubezpieczeń, krótkoterminowych rozliczeń międzyokresowych, itp.), niż ogół szpitali znajdujących się w próbie – co zostało wskazane już wcześniej. W tym zakresie w latach 2005–2006 agresywne podejście było widoczne w obu grupach szpitali, choć różniło je podejście w stosunku do posiadanych zasobów majątku obrotowego. Szpitale najbardziej rentowne preferowały strategię konserwatywną, utrzymując wyższy udział majątku obrotowego w aktywach ogółem w stosunku do ogółu szpitali znajdujących się w próbie, a szpitale najmniej rentowne wręcz odwrotnie. Niemniej jednak, począwszy od roku 2007, szpitale najbardziej rentowne dokonały obniżenia poziomu operacyjnych zobowiązań bieżących ogółem i przyjęły w tym zakresie strategię konserwatywną, co zaowocowało ściśle konserwatywną (K-K) strategią majątkowo-finansową utrzymywaną przez nie już do końca analizowanego okresu.

Natomiast w zakresie strategii finansowania aktywów obrotowych zarówno szpitale najmniej, jak i najbardziej rentowne, w niemal całym analizowanym okresie charakteryzowały się strategią umiarkowaną. Pomimo tego, jednak i tu są widoczne znaczne różnice w podejściu do zarządzania płynnością finansową. Umiarkowany charakter strategii szpitali najmniej rentownych w całym analizowanym okresie był konserwatywno-agresywny (K-A). Natomiast w przypadku szpitali najbardziej rentownych umiarkowany charakter strategii był widoczny w latach 2007–2014 (w latach 2005 i 2006 strategia miała charakter ściśle agresywny – A-A), ale był on jednak agresywno-konserwatywny (A-K). Oznacza to, że umiarkowany charakter strategii, który wystąpił w obu analizowanych grupach, wynikał z innych czynników. Z konstrukcji strategii wynika, że szpitale najmniej rentowne w stosunku do ogółu szpitali znajdujących się w próbie utrzymywały niższy udział zobowiązań z tytułu dostaw i usług w zobowiązaniach krótkoterminowych przy jednoczesnym wyższym poziomie łącznych zobowiązań krótkoterminowych w sumie bilansowej, posiadając tym samym wysokie poziomy pozostałych zobowiązań krótkoterminowych. Natomiast w przypadku szpitali najbardziej rentownych występowała sytuacja dokładnie odwrotna.

Zupełnie inne podejście do procesu zarządzania płynnością finansową w grupach szpitali najmniej i najbardziej rentownych jest najlepiej widoczne na wykresie 4.20 ujmującym graficznie przedstawienie całkowitej strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko. Poniżej został zaprezentowany łączny wykres

strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko, obejmujący swoim zakresem strategie: aktywów obrotowych, finansowania aktywów obrotowych oraz majątkowo-finansową.



gdzie:

K – strategia konserwatywna;

A – strategia agresywna;

U – strategia umiarkowana;

AO – strategia aktywów obrotowych;

FAO – strategia finansowania aktywów obrotowych;

MF – strategia majątkowo-finansowa.

Wykres 4.20. Strategia płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko w analizowanych szpitalach w 2014 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Wędzki, 2003: 138–164.

Wykres 4.20 w czytelny sposób obrazuje wskazywane wcześniej wnioski. Grupa szpitali najbardziej rentownych stosuje niemal dokładnie przeciwstawne strategie płynności finansowej w stosunku do grupy szpitali najmniej rentownych.

Kształt wykresu strategii płynności finansowej dla szpitali najbardziej rentownych jest zbliżony do litery L i w większości znajduje się w polu strategii konserwatywnej, podczas gdy kształt wykresu grupy najmniej rentownych szpitali ma kształt zbliżony do odwróconej litery L i w większości znajduje się w polu strategii agresywnej.

Agresywne podejście do procesu zarządzania płynnością finansową grupy najmniej rentownych szpitali nie przyniosło możliwych wzrostów w zakresie wartości dla właścicieli. Wręcz przeciwnie, efektem zbyt agresywnego podejścia do płynności finansowej tej grupy szpitali była obniżona rentowność. Z kolei szpitale najbardziej rentowne, zachowując się w sposób znacznie bardziej konserwatywny, uzyskały wyższe poziomy rentowności. Taką sytuację można tłumaczyć tym, że sytuacja polskich szpitali może być na tyle zła, że jakiegokolwiek agresywne zachowania w procesie zarządzania płynnością finansową nie przyczyniają się do poprawy rentowności szpitali oraz realnego wzrostu wartości dla ich właścicieli (organów tworzących), lecz raczej pogorszenia sytuacji finansowej jednostek szpitalnych.

Zupełnie odmienne podejście do procesu zarządzania płynnością finansową w analizowanych grupach szpitali najbardziej i najmniej rentownych wskazuje, że może być to bardzo istotny czynnik determinujący wyniki finansowe polskich szpitali. Uzyskane wyniki potwierdzają ścisłą zależność pomiędzy rentownością i płynnością finansową. Niemniej jednak wskazują one raczej na pozytywny, a nie negatywny charakter tej zależności. Wyniki, które mogłyby potwierdzać negatywną zależność występowały jedynie incydentalnie. Jednak większość poczynionych obserwacji wskazuje na to, że szpitale najbardziej rentowne cechują się konserwatywnymi strategiami płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko, a szpitale najmniej rentowne agresywnymi (zob. tabela 4.17). Oznacza to, że szpitale o wyższej rentowności zachowują jednocześnie wyższe poziomy płynności finansowej i odwrotnie. Wskazuje to na pozytywny charakter zależności pomiędzy płynnością finansową i rentownością.

4.4. Analiza korelacji pomiędzy płynnością finansową i rentownością w badanych szpitalach

Szczegółowa analiza strategii płynności finansowej w analizowanych szpitalach wykazała, że najbardziej rentowne szpitale stosują przeważnie konserwatywne strategie zarządzania płynnością finansową, podczas gdy najmniej rentowne jednostki cechują się strategiami agresywnymi.

Oznaczać to może, iż w branży szpitali nie wystąpił charakterystyczny kompromis pomiędzy płynnością finansową oraz rentownością, wskazywany często w literaturze przedmiotu i scharakteryzowany szerzej w rozdziale dotyczącym płynności finansowej. Okazało się, iż w przypadku analizowanych szpitali sytuacja wygląda odmiennie. Szpitale, które zachowywały wyższe poziomy płynności finansowej uzyskiwały wyższe poziomy rentowności. Natomiast szpitale, które stosowały agresywną politykę w zakresie płynności finansowej, zamiast cechować się relatywnie dobrym poziomem rentowności, prezentowały poziomy znacznie niższe niż inne szpitale. W rozdziale poświęconym płynności finansowej przywoływane były również badania wskazujące na występowanie dodatniej zależności pomiędzy płynnością finansową i rentownością. Podobnie jak zostało to wspomniane w przytaczanym rozdziale, także i tu ta nietypowa zależność może wynikać ze specyfiki sektora szpitali w Polsce i pewnych cech, które są charakterystyczne tylko dla szpitali, a których nie posiadają inne przedsiębiorstwa.

Celem potwierdzenia dodatniej zależności pomiędzy płynnością finansową a rentownością, dla wszystkich szpitali znajdujących się w próbie wyznaczone zostały współczynniki korelacji pomiędzy podstawowymi wskaźnikami płynności finansowej i rentowności.

Siłę korelacji r -Pearsona wśród polskich szpitali można określić na podstawie skali zaproponowanej przez Stanisza (1998: 205; 2000: 176–181), który zajmował się wykorzystaniem metod statystycznych w działalności medycznej (choć analogiczne skale można również znaleźć w innych opracowaniach – np. Guliforda (1964)) – według następujących przedziałów:

- $r = 0$ – brak korelacji,
- $0 < r < 0,1$ – korelacja nikła,
- $0,1 \leq r < 0,3$ – korelacja słaba,
- $0,3 \leq r < 0,5$ – korelacja przeciętna,
- $0,5 \leq r < 0,7$ – korelacja wysoka,
- $0,7 \leq r < 0,9$ – korelacja bardzo wysoka,
- $0,9 \leq r < 1$ – korelacja prawie pełna.

W tabeli 4.18 zostały przedstawione współczynniki korelacji wyznaczone pomiędzy wskaźnikiem płynności bieżącej i rentowności majątku ogółem, uzyskane z próby w poszczególnych latach analizowanego okresu.

Analizując dane w tabeli 4.18, widać, iż choć przez większą część analizowanego okresu siła korelacji może być sklasyfikowana jako przeciętna, to uzyskane wyniki w niemal całym okresie są istotne statystycznie. W całym okresie współczynniki korelacji były dodatnie, co wskazuje na pozytywne powiązanie płynności finansowej z rentownością.

Tabela 4.18. Współczynniki oraz siła korelacji liniowej r-Pearsona w próbie pomiędzy CR i ROA w poszczególnych latach z okresu 2005–2014

Rok	r-Pearson	Siła korelacji	p-value
2005	0,38	przeciętna	<0,001***
2006	0,34	przeciętna	<0,001***
2007	0,07	nikła	0,395
2008	0,25	słaba	0,003***
2009	0,43	przeciętna	<0,001***
2010	0,47	przeciętna	<0,001***
2011	0,51	wysoka	<0,001***
2012	0,33	przeciętna	<0,001***
2013	0,29	słaba	0,001***
2014	0,29	słaba	0,001***

*** poziom istotności $\alpha = 0,01$,

** poziom istotności $\alpha = 0,05$,

* poziom istotności $\alpha = 0,1$.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.

Tabela 4.19. Kierunek i siła oddziaływania korelacji liniowej r-Pearsona pomiędzy CR i ROA w latach 2005–2014 wśród analizowanych szpitali

Siła i kierunek korelacji						
Korelacja dodatnia n = 106 (liczba podmiotów)						
Brak	Nikła	Słaba	Przeciętna	Wysoka	Bardzo wysoka	Prawie pełna
0	12	25	34	22	13	0
Korelacja ujemna n = 28 (liczba podmiotów)						
Brak	Nikła	Słaba	Przeciętna	Wysoka	Bardzo wysoka	Prawie pełna
0	6	13	4	5	0	0

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Amadeus.

Dokonując szczegółowej analizy przedstawionych danych, widać, że w przypadku większości szpitali, bo aż 107 ze 135, co stanowi niemal 80% wszystkich szpitali poddawanych analizom w niniejszej pracy, kierunek korelacji był dodatni. Co więcej, w przypadku ponad połowy szpitali znajdujących się w próbie (łącznie 69 jednostek) siłę powiązania płynności finansowej i rentowności można było

zakwalifikować jako co najmniej przeciętną (tj. przeciętną, wysoką lub bardzo wysoką). Dodatkowo, słaba lub nikła, lecz pozytywna siła tego powiązania była widoczna w ponad jednej czwartej szpitali znajdujących się w próbie (12 nikła, 25 słaba). W przypadku szpitali charakteryzujących się ujemnym współczynnikiem korelacji, stanowiły one zaledwie ok. jedną piątą spośród jednostek znajdujących się w próbie. W dodatku zaledwie 5 jednostek wykazywało wysoką siłę powiązania, 4 przeciętną, 13 słabą, a 6 nikłą.

Oznaczać to może, że w przypadku sektora szpitalnego generalnie występuje dodatnia zależność pomiędzy płynnością finansową a rentownością. Analiza ta potwierdziła wnioski uzyskane podczas wyznaczenia i oceny strategii płynności finansowej we wcześniejszej części tego rozdziału, że w przypadku szpitali nie sprawdza się typowe założenie dotyczące tego, że agresywna polityka stosowana względem płynności finansowej znajduje przełożenie w wyższych poziomach rentowności, co miało wynikać z negatywnego powiązania pomiędzy tymi obszarami. Przeprowadzone badanie pokazało, że wśród polskich szpitali publicznych występuje raczej pozytywna zależność pomiędzy płynnością finansową i rentownością. W pracy zostało wykazane, że szpitale, które stosują konserwatywne strategie płynności finansowej uzyskują wyższe poziomy rentowności i na odwrót – szpitale stosujące strategie agresywne cechują się niższymi poziomami płynności finansowej.

4.5. Ocena wpływu płynności finansowej na rentowność w badanych szpitalach – modelowanie ekonometryczne

Dodatkowo, w celu zweryfikowania założeń dotyczących wpływu płynności finansowej na rentowność w polskich szpitalach, oszacowany został model ekonometryczny. Zanim uzyskano zaprezentowaną poniżej wersję modelu, wykonano szereg estymacji uwzględniających zarówno różne zmienne, jak również postaci modelu. Wynikały one z przeglądu literatury zaprezentowanego we wcześniejszej części pracy (zob. tabela 3.4). Na tej podstawie zostały również dobrane ostateczne zmienne do estymacji. Jako zmienna objaśniana posłużyła rentowność majątku ogółem (ROA), stanowiąca również zastosowane we wcześniejszych analizach kryterium podziału na szpitale najbardziej i najmniej rentowne.

Estymacja modelu wykonana została dla danych panelowych. By wybrać odpowiedni estymator (z efektami losowymi lub efektami stałymi), należy przeprowadzić test Hausmana, który pozwala zweryfikować, jakiego estymatora należy użyć. Jeśli wartość p-value dla testu Hausmana przyjmuje wartość mniejszą niż 0,05, to należy zastosować estymator efektów stałych (FE), jeśli przyjmuje wartość większą, należy wybrać estymator efektów losowych (RE). Dlatego też każdorazowo

analizowano wartości p-value dla testu Hausmana. Poniżej przedstawiono estymację modelu dla danych panelowych z efektami stałymi. Najlepsze oszacowanie uzyskano dla logarytmicznej postaci modelu. Postać analityczna modelu przedstawia się następująco:

$$\begin{aligned} \text{Ln}(\text{ROA}) = & a_0 + a_1\text{Ln}(\text{CZ}) + a_2\text{Ln}(\text{TA}) + a_3\text{Ln}(\text{QR}) + \\ & + a_4\text{Ln}(\text{CR}) + a_5\text{Ln}(\text{DR}) + a_6\text{Ln}(\text{CKG}) + a_7\text{Ln}(\text{S}) + \varepsilon \end{aligned}$$

gdzie:

CZ – cykl zapasów,

TA – wartość majątku ogółem,

QR – wskaźnik podwyższonej (szybkiej) płynności finansowej,

CR – wskaźnik bieżącej płynności finansowej,

DR – wskaźnik zadłużenia ogółem,

CKG – cykl konwersji gotówki,

S – wartość przychodów ze sprzedaży.

Należy tu od razu wskazać na pewne ograniczenie, wynikające z zastosowania postaci logarytmicznej modelu. Mianowicie, ze względu na to, że postać ta eliminuje obserwacje, w przypadku których wystąpiły wartości ujemne, znacznie ogranicza to liczbę jednostek danych przekrojowych. Mając również to na uwadze, należy stwierdzić, że wykonane modelowanie dotyczyło tylko i wyłącznie szpitali uzyskujących w analizowanym okresie dodatnią rentowność.

Poniżej została przedstawiona postać modelu po oszacowaniu parametrów przy wykorzystaniu pakietu Gretl⁶, jak również podstawowe charakterystyki modelu.

$$\begin{aligned} \text{Ln}(\text{ROA}) = & -38,9605 - 1,07832 \text{Ln}(\text{CZ}) + 1,98895 \text{Ln}(\text{TA}) + 0,671624 \text{Ln}(\text{QR}) + \\ & + 1,68115 \text{Ln}(\text{CR}) + 1,44910 \text{Ln}(\text{DR}) - 0,122306 \text{Ln}(\text{CKG}) + 1,45605 \text{Ln}(\text{S}) + \varepsilon \end{aligned}$$

6 Program Gretl, autorstwa Allina Cottrella z Uniwersytetu Wake Forest w Północnej Karolinie w Stanach Zjednoczonych, jest rozwijany od kilku lat pakietem ekonometrycznym. Należy do oprogramowań Powszechnej Licencji Publicznej (GNU), czyli o swobodnym dostępie dla wszystkich użytkowników. Program ten, niezwykle popularny i powszechnie stosowany na świecie, zawiera podstawowe procedury i metody ekonometryczne – <http://www.kufel.torun.pl/> [dostęp: 14.01.2019].

Tabela 4.20. Model rentowności majątku ogółem analizowanych szpitali

Estymacja modelu dla danych panelowych z efektami stałymi, z wykorzystaniem 134 obserwacji, włączono 48 jednostek danych przekrojowych Zmienna zależna (Y): Ln_ROA					
Zmienna	Współczynnik	Błąd stand.	t-Studenta	Wartość p	Istotność
const	-38,9605	10,1873	-3,824	0,0003	***
Ln_CZ	-1,07832	0,675592	-1,596	0,1145	
Ln_TA	1,98895	1,07501	1,850	0,0680	*
Ln_QR	0,671624	0,255044	2,633	0,0102	**
Ln_CR	1,68115	0,634276	2,651	0,0097	***
Ln_DR	1,44910	0,517720	2,799	0,0064	***
Ln_CKG	-0,122306	0,134731	-0,9078	0,3668	
Ln_S	1,45605	1,55129	0,9386	0,3508	
LSDV R-kwadrat	0,760719		Within R-kwadrat	0,303984	
LSDV F(54, 79)	4,651027		Wartość p dla testu F	3,85e-10	

*** poziom istotności $\alpha = 0,01$,** poziom istotności $\alpha = 0,05$,* poziom istotności $\alpha = 0,1$.

Źródło: opracowanie własne przy wykorzystaniu programu Gretl oraz danych z bazy Amadeus.

Weryfikacja hipotez o normalności rozkładu reszt

W celu oceny normalności rozkładu reszt został zastosowany test Doornika-Hansena (1994). Uzyskano w nim Chi-kwadrat(2) = 3,35251 z wartością p 0,187073. W związku z tym, na poziomie istotności $\alpha = 0,05$ nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej, mówiącej iż dystrybuanta empiryczna ma rozkład normalny ($0,187073 > 0,05$).

Współczynniki dopasowania

Uzyskany w modelu współczynnik dopasowania LSDV R-kwadrat = 0,760719 jest dosyć wysoki. Natomiast Within R-kwadrat = 0,303984 jest znacznie niższy. Oznacza to, że dla większości zmiennych różnicowanie między jednostkami jest znacznie wyższe niż dla poszczególnych jednostek.

Weryfikacja hipotez o istotności parametrów

Analizując wartość statystyki t-Studenta wraz z wartością prawdopodobieństwa jej uzyskania dla poszczególnych zmiennych objaśniających występujących w modelu, widać, iż istotny wpływ na zmienną objaśnianą, czyli uzyskiwaną rentowność majątku ogółem (ROA), mają:

- na poziomie istotności $\alpha = 0,05$: wskaźnik podwyższonej (szybkiej) płynności finansowej (QR);
- na poziomie istotności $\alpha = 0,1$: wartość majątku ogółem (TA).

Interpretacja parametrów

- $a_1 = -1,07832$, jeżeli cykl zapasów wzrosłby o jednostkę, czyli wydłużył się o jeden dzień, to rentowność majątku ogółem (ROA) spadłaby o 1,07832%.
- $a_2 = 1,98895$, jeżeli wartość majątku ogółem wzrośnie o jednostkę – tj. o 1 zł, to rentowność majątku ogółem wzrośnie o 1,98895%.
- $a_3 = 0,671624$, jeżeli wskaźnik podwyższonej płynności finansowej wzrośnie o jednostkę, to rentowność majątku ogółem wzrośnie o 0,671624%.
- $a_4 = 1,68115$, jeżeli wskaźnik bieżącej płynności finansowej wzrośnie o jednostkę, to rentowność majątku ogółem wzrośnie o 1,68115%.
- $a_5 = 1,44910$, jeżeli wskaźnik ogólnego zadłużenia wzrośnie o jednostkę, to rentowność majątku ogółem wzrośnie o 1,44910%.
- $a_6 = -0,122306$, jeżeli cykl konwersji gotówki wzrośnie o jednostkę (wydłuży się o jeden dzień), to rentowność majątku ogółem spadnie o $-0,122306\%$.
- $a_7 = 1,45605$, jeżeli przychody ze sprzedaży wzrosną o jednostkę (1 zł), to rentowność majątku ogółem wzrośnie o 1,45605%.

Ocena merytoryczna modelu

Wszystkie znaki parametrów przy zmiennych są zgodne z przytaczanymi we wcześniejszej części pracy rozważaniami dotyczącymi szpitali.

Na szczególną uwagę z punktu widzenia realizowanego badania i tematu pracy zasługują tutaj podstawowe miary płynności finansowej – tj. wskaźnik bieżącej (CR) oraz podwyższonej płynności finansowej (QR). Ich zmiany wpływają w pozytywny i istotny sposób na uzyskiwaną przez szpitale rentowność. Potwierdza to wnioski z wykonywanych wcześniej analiz wskazujących na pozytywną zależność występującą pomiędzy płynnością finansową i rentownością w sektorze polskich szpitali, wykazanych podczas analizy strategii zarządzania płynnością finansową w analizowanych szpitalach oraz analizy korelacji. Relacja ta nie jest zgodna z zaobserwowanymi trendami w tym zakresie dotyczącymi typowych przedsiębiorstw funkcjonujących w realiach rynkowych. Świadczy to o tym, że szpitale nie powinny być postrzegane przez pryzmat typowych przedsiębiorstw.

Za miary płynności finansowej również uznawane są wykorzystane w modelu zmienne dotyczące cyklu konwersji gotówki – tj. sam cykl konwersji gotówki (CKG) oraz cykl zapasów (CZ). Niestety w ich przypadku uzyskane oszacowania

parametrów nie są statystycznie istotne, w związku z tym trudno wysnuwać tu dalsze wnioski.

Na rentowność majątku w istotny i pozytywny sposób wpływa natomiast poziom posiadanego majątku ogółem (TA). Pozostaje to również w zgodzie z logiką finansów i ekonomii. Choć – jak to zostało wcześniej wykazane – szpitale posiadające niższy poziom aktywów operacyjnych (czyli majątku wykorzystywanego w działalności operacyjnej), osiągają wyższe poziomy rentowności (co może wynikać z lepszego i bardziej sprawnego wykorzystania majątku operacyjnego lub też jego niższej wartości, uzyskanej w wyniku amortyzacji), to jednak łączna wartość majątku świadczy często o rozmiarach szpitala. Duże szpitale mogą uzyskiwać wyższą rentowność, np. ze względu na wyższą posiadaną liczbę łóżek czy większe kontrakty NFZ z uwagi na posiadanie większej liczby oddziałów. Taka sytuacja może przyczyniać się do efektów skali.

Na rentowność majątku ogółem w przypadku analizowanych szpitali wpływa w istotny i pozytywny sposób również poziom ogólnego zadłużenia (DR). Wykorzystanie kapitału obcego może przyczyniać się do wzrostu rentowności – oczywiście jeśli to nie jest zadłużenie nadmierne, które wpędza szpitale w trudności finansowe, związane z wyższym poziomem ryzyka finansowego (Kołosowska i in., 2014: 47–80). Mając na uwadze przytoczone ograniczenia modelu, który ze względu na postać logarytmiczną dotyczy jedynie szpitali posiadających dodatnią rentowność, czyli takich, które raczej nie mają trudnej sytuacji finansowej, należy stwierdzić, że pozytywny wpływ zadłużenia na uzyskiwaną rentowność jest jak najbardziej uzasadniony.

Dokonując ogólnej oceny modelu, należy pamiętać o jego ograniczeniach. Przede wszystkim ze względu na zastosowaną postać logarytmiczną można stwierdzić, że dotyczy on jedynie jednostek szpitalnych cechujących się w analizowanym okresie dodatnią rentownością. Co więcej, należy mieć na uwadze, że uzyskane współczynniki dopasowania pozostawiają miejsce na poszukiwanie jeszcze innych, dodatkowych zmiennych, które mogą wpływać na zmienną zależną. Badanie jednak zostało wykonane w oparciu o zmienne wynikające z literatury (tabela 3.4). Ponadto, tak jak to zostało wskazane wykonany został szereg estymacji obejmujących różne warianty tychże zmiennych, a zaprezentowana postać modelu stanowiła najlepsze oszacowanie. Stąd wniosek, że owe dodatkowe zmienne objaśniane powinny pochodzić spoza tego zestawu. Kolejną kwestię stanowi to, że nie wszystkie parametry przy zmiennych okazały się istotne statystycznie. Choć te najważniejsze z punktu widzenia niniejszej pracy, czyli wskaźniki płynności finansowej, są istotne statystycznie, to jednak dalsze badania mogłyby uwzględnić też już wspomniane dodatkowe zmienne (spoza zestawu wskazywanego w literaturze przedmiotu – zob. tabela 3.4), przy których wszystkie parametry byłyby istotne statystycznie.

4.6. Podsumowanie

Niniejszy rozdział miał charakter empiryczny, a jego celem była identyfikacja strategii zarządzania płynnością finansową w kontekście uzyskiwanej rentowności, jak również identyfikacja czynników finansowych wpływających na rentowność szpitala. Analizy przedstawione w rozdziale miały ułatwić weryfikację hipotez zakładających, że najbardziej rentowne szpitale stosują konserwatywne strategie zarządzania płynnością finansową w przeciwieństwie do szpitali najmniej rentownych, stosujących strategie agresywne, a także, że na rentowność szpitala w sposób istotny wpływa płynność finansowa. Ponadto, dokonana została tu empiryczna weryfikacja, dotycząca wcześniejszych rozważań dotyczących kierunku i siły wpływu płynności finansowej na rentowność wśród polskich szpitali oraz założenia, że pomiędzy płynnością finansową i rentownością w szpitalu zachodzi istotna pozytywna zależność. Analizy tu zawarte wspomagać mogą również proces weryfikacji hipotezy, że głównym problemem w zakresie zarządzania finansami szpitali w Polsce jest wysoki poziom zobowiązań krótkoterminowych.

Wyniki analiz empirycznych zaprezentowanych w niniejszym rozdziale wskazują na istotne wnioski. Pomiedzy analizowanymi grupami szpitali, podzielonymi zarówno pod względem kryterium płynności finansowej, jak i rentowności, występowały znaczące różnice w przypadku większości analizowanych wskaźników finansowych, co może wskazywać odmienne podejście do procesu zarządzania finansowego tychże grup. Szpitale, które stosowały konserwatywne strategie zarządzania płynnością finansową uzyskiwały najwyższe poziomy rentowności, podczas gdy te stosujące strategie agresywne najniższe. Nie jest to zgodne z założeniem, że strategie agresywne mają przekładać się na większe ryzyko finansowe, ale też wyższą rentowność, a strategie konserwatywne wyższe bezpieczeństwo finansowe kosztem obniżonej rentowności. Sytuacja taka miałaby wynikać z teorii zakładających negatywną zależność pomiędzy płynnością finansową i rentownością. Tymczasem w zrealizowanym badaniu wystąpiła sytuacja odwrotna. Wskazuje to na pozytywny związek płynności finansowej i rentowności w analizowanych grupach szpitali. Pozytywny związek pomiędzy płynnością finansową i rentownością został również potwierdzony przy wykorzystaniu innych narzędzi – tj. analizy korelacji liniowej Pearsona, a także przy pomocy modelowania ekonometrycznego. Taka sytuacja wskazuje na to, że wśród analizowanych szpitali nie zachodziły klasyczne zależności finansowe występujące pośród typowych przedsiębiorstw.

Ponadto wyniki uzyskane w części empirycznej pozwalają na przygotowanie pewnych rekomendacji dotyczących zarządzania płynnością finansową w szpitalu. Zarządzanie płynnością finansową w szpitalu wydaje się być szczególnie istotne, gdyż – tak jak to zostało potwierdzone w badaniu – szpitale swoją działalność opierają przede wszystkim na krótkoterminowych formach finansowania, przy niewielkim udziale finansowania długoterminowego. Niezależnie od zastosowa-

nego w badaniu kryterium podziału szpitali (tj. płynności finansowej – dzielące szpitale na te stosujące strategie agresywne, umiarkowane, konserwatywne – lub uzyskiwanej rentowności – dzielące szpitale na najbardziej i najmniej rentowne) zauważyć można było znaczące różnice w podejściu do procesu zarządzania finansowego występujące pomiędzy szpitalami, a przejawiające się w dużej rozbieżności pomiędzy większością analizowanych w pracy wskaźników finansowych w wyodrębnionych grupach. Należy jednak zauważyć, że wszystkie szpitale, niezależnie od grupy, w której się znajdowały, nie miały realnego wpływu na zarządzanie zapasami i należnościami. Podobne cykle zapasów, wynoszące ok. 6–8 dni, we wszystkich wyodrębnionych na potrzeby badania grupach szpitali mogą wynikać z pewnych minimalnych norm dotyczących utrzymywania odpowiedniego poziomu zapasów przez szpitale, celem zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych. Trzeba jednak zaznaczyć, że działalność szpitalną charakteryzują raczej niskie wartości utrzymywanych zapasów, na co wskazywać mogą niewielkie rozbieżności pomiędzy bieżącym i szybkim wskaźnikiem płynności finansowej. Spływ należności, niezależnie od badanej grupy szpitali, wynosił natomiast zwykle około 42–51 dni. Wynika to z tego, że większość udzielanych przez szpitale świadczeń finansowanych jest ze środków NFZ i stosowanych przez płatnika standardowych procedur związanych z zapłatą za świadczenia zdrowotne. Brak możliwości realnego oddziaływania na cykl należności uzyskiwanych od płatnika, a także częste problemy z uzyskaniem szybkiej zapłaty z NFZ za tzw. nadwykonania, czy wręcz trudności z uzyskaniem tejże zapłaty w ogóle, stanowią pewne ograniczenie w polskim systemie ochrony zdrowia i przyczyniają się do problemów finansowych szpitali. Niemniej jednak, szpitale mogą realnie oddziaływać na pozostałe aspekty zarządzania płynnością finansową, co potwierdzały istotne różnice w przypadku pozostałych badanych wskaźników finansowych poświęconych ocenie płynności finansowej. W niniejszym rozdziale zostało wykazane, że w badanym okresie pewna część szpitali radziła sobie znacznie lepiej niż pozostałe, uzyskując lepsze wyniki finansowe oraz cechując się lepszą kondycją finansową. Były to szpitale, które stosowały konserwatywne strategie zarządzania płynnością finansową.

Mając to na uwadze, w ramach rekomendacji dla pozostałych szpitali można wskazać, że powinny one znacznie większą uwagę przywiązywać do utrzymywania wyższych poziomów płynności finansowej. Wyniki uzyskane na podstawie modelowania ekonometrycznego wskazują, że w zakresie zarządzania płynnością finansową, osoby zarządzające szpitalami najwięcej uwagi powinny przykładąć do wskaźników bieżącej oraz szybkiej płynności finansowej, gdyż to one w istotny sposób determinują rentowność szpitala. Na podstawie rozważań zawartych w części empirycznej można by tu podać przedział 1,1–4,4 jako optymalny dla wskaźnika bieżącej płynności finansowej oraz przedział 1,05–4,2 jako optymalny dla wskaźnika szybkiej płynności finansowej.

Zakończenie

Finansowanie systemu ochrony zdrowia stanowi niezwykle istotne zagadnienie nie tylko w Polsce, ale i wielu innych krajach. Systemy ochrony zdrowia stanowią nierzadko znaczne obciążenie dla finansów publicznych poszczególnych krajów. Finansowanie świadczeń zdrowotnych jest zdominowane przez środki publiczne, a największa część środków finansowych przeznaczonych na finansowanie systemu ochrony zdrowia absorbowana jest przez sektor szpitalny. Dlatego odpowiednie zarządzanie finansami szpitala stanowi niezwykle ważny obszar ocen i analiz ekonomicznych. Ze względu na kluczową rolę, jaką odgrywają szpitale w systemie ochrony zdrowia, usprawnianie tego procesu może przekładać się na lepszą sytuację finansową całego systemu ochrony zdrowia i tym samym lepsze zabezpieczenie zdrowotne dla społeczeństwa.

W pracy szczegółowej analizie został poddany okres 2005–2014. W tych latach finansowanie polskiego systemu ochrony zdrowia – w tym sektora szpitalnego – odbywało się na relatywnie niezmiennych zasadach. W pracy założono, że stosowane strategie zarządzania płynnością finansową stanowią istotny obszar zarządzania finansami szpitala, który może determinować jego uzyskiwaną rentowność. Co więcej, założono, że szpitale ze względu na swoją specyfikę, w przeciwieństwie do klasycznych przedsiębiorstw, niekoniecznie muszą podlegać typowym prawom rynku i relacjom finansowym.

Mając powyższe na uwadze, w pracy przedstawiono w pierwszym rozdziale rozważania dotyczące miejsca szpitala w polskim systemie ochrony zdrowia oraz specyfiki, jaką stwarzają systemowe uwarunkowania funkcjonowania tych podmiotów. Choć model finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia przechodził wiele przeobrażeń, mających na celu usprawnienie jego działania i w obecnej formie stanowi pewną hybrydę, na którą składają się zarówno elementy modeli: ubezpieczeniowego, zaopatrzeniowego (narodowej służby zdrowia), jak rezydualnego, to jednak wciąż wiele kwestii wymaga poprawy. Wskazują na to niskie notowania Polski w indeksie EHCI (Euro Health Consumer Index), gdzie wskazywane są zwłaszcza problemy związane z dostępnością świadczeń zdrowotnych (szczególnie specjalistycznych), długim czasem oczekiwania na zabiegi i operacje

medyczne czy polityką lekową (Health Consumer Powerhouse, 2008, 2009, 2012–2017). Na taką sytuację wpływa znacznie niższy odsetek PKB przeznaczany przez Polskę na finansowanie ochrony zdrowia, mierzony w stosunku do średniej ze wszystkich krajów Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju. Nakłady w Polsce oscylują w przedziale 5,8–6,5% PKB, podczas gdy w przypadku średniej OECD jest to przedział pomiędzy 8 a 9% PKB. Nie pozostaje to bez znaczenia dla sektora polskich szpitali, który absorbuje największą część publicznych środków – ponad 50% – przeznaczanych na finansowanie polskiego systemu ochrony zdrowia. W przypadku szpitali dokonywanych było również wiele działań reformatorskich, mających usprawnić ich działania. Przywołać tu można szereg programów oddłużeniowych – ustawa restrukturyzacyjna (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. ...), Plan B (Uchwała Nr 58/2009...) oraz ustawa o działalności leczniczej (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. ...), które jednak nie przyniosły znaczącej poprawy sytuacji finansowej polskich szpitali, ani nie doprowadziły do znaczących przekształceń własnościowych. Niewątpliwie wyższy poziom finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia mógłby przełożyć się na poprawę sytuacji polskich szpitali, a tym samym całego systemu ochrony zdrowia. Poza wzrostem udziału wydatków na ochronę zdrowia w PKB, również istotne są tu parametry, które określają wysokość składki zdrowotnej. Na podstawie dokonanych symulacji wskazano, że spadek stopy bezrobocia o zaledwie 1 pp. może prowadzić do zwiększonych przychodów NFZ z tytułu składki zdrowotnej o około 51,4 mln zł, a z tytułu, postulowanego przez środowiska lekarskie, wzrostu podstawy wymiaru składki o 1 pp. o około 791,4 mln zł. Nie są to być może kwoty imponujące w stosunku do łącznej kwoty wartości zawartych umów przez NFZ ze świadczeniodawcami, przekraczającej 50 mld zł, jednak niewątpliwie pozostają nie bez znaczenia, a należy pamiętać, że dotyczą jedynie bardzo niewielkiej zmiany przytaczanych parametrów.

W drugim rozdziale, zwrócono uwagę na postrzeganie szpitala na tle ujęć definicyjnych poświęconych pojęciu klasycznego przedsiębiorstwa, wskazując na istotne podobieństwa i różnice w tej kwestii. W badanym okresie, do polskiego systemu ochrony zdrowia były wprowadzane pewne elementy rynkowe. Pomimo tego, że pomiędzy szpitalem a przedsiębiorstwem występują pewne podobieństwa (m.in. wyodrębnienie organizacyjne pod kątem ekonomicznym czy prawnym), to jednak można zidentyfikować też różnice, które nie pozwalają w pełni uznać prawidłowości twierdzenia, że szpital to przedsiębiorstwo podlegające typowym prawom rynku. Decydują o tym takie cechy różnicujące szpitale od klasycznych przedsiębiorstw jak m.in. ograniczona decyzyjność, podległość i zależność względem organu tworzącego, konieczność uwzględniania w działalności opinii i decyzji instytucji zewnętrznych (np. wojewoda, NFZ), brak samodzielności w ustalaniu cen oferowanych usług czy brak możliwości ogłoszenia upadłości. W rozdziale tym wskazano również podstawowe trendy kształtowania się liczby szpitali w polskim systemie ochrony zdrowia, jak i osiągniętych przez nie efektów o charak-

terze niefinansowym (jak np. przeciętny pobyt chorego w szpitalu czy wykorzystanie łóżka szpitalnego). Wniosek, jaki można sformułować w tej kwestii na podstawie poczynionych obserwacji jest taki, że wzrost zapotrzebowania zdrowotnego społeczeństwa i wzrost ogólnej liczby szpitali przy relatywnie stabilnej liczbie łóżek szpitalnych, wykazującym lekką tendencję spadkową poziomie wykorzystania łóżka, a także skracającym się czasie pobytu chorego w szpitalu, mogą wskazywać na spadek jakości udzielanych świadczeń w analizowanym okresie. Dodatkowo, w rozdziale została zaprezentowana specyfika kształtowania się najważniejszych pozycji w sprawozdaniu finansowym szpitala. Zwrócona została również uwaga na wysokie wartości zobowiązań wymagalnych w polskich szpitalach i wzrastający w nich udział zobowiązań z tytułu dostaw i usług, stanowiących istotną pozycję zobowiązań krótkoterminowych. Ponadto, w rozdziale zostały również omówione możliwe sposoby finansowania świadczeń zdrowotnych w szpitalu, choć należy zauważyć, że dominującą formę finansowania świadczeń szpitalnych stanowi tzw. metoda jednorodnych grup pacjentów (JGP). W tym rozdziale pracy zostały zawarte również rozważania dotyczące problemów, jakie mogą występować w procesie zarządzania finansami szpitala, jak np. zbyt silna pozycja płatnika, problem niedoszacowania świadczeń zdrowotnych, problem nadwykonań czy brak odpowiedniej profilaktyki zdrowotnej.

Kolejna część pracy została poświęcona przede wszystkim problemom związanym z oceną i zarządzaniem płynnością finansową. W rozdziale trzecim zostały wskazane różne podejścia do płynności finansowej, jak również różne sposoby jej oceny. Zwrócono uwagę, iż obok klasycznych miar płynności finansowej o charakterze statycznym, jak np. wskaźniki bieżącej, podwyższonej (szybkiej) czy natychmiastowej płynności finansowej, płynność finansową można również oceniać przy pomocy miar dynamicznych, jak np. cykle rotacji zapasów, należności czy zobowiązań (zaliczanych często do wskaźników sprawności działania), składających się na cykl konwersji gotówki. Jako istotny element zarządzania płynnością finansową, wskazywana jest również analiza kapitału obrotowego netto. W rozdziale zostały też wskazane podstawowe strategie zarządzania płynnością finansową – tj. strategie kapitału obrotowego brutto i netto, a także strategie płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko oraz w ujęciu harmonizacji. Ponadto został omówiony związek pomiędzy płynnością finansową a miarą wynikową przedsiębiorstwa, jaką stanowi rentowność. W klasycznych teoriach dotyczących przedsiębiorstw przyjmuje się, że podstawowa zależność pomiędzy płynnością finansową i rentownością jest negatywna, chociaż istnieją również badania, które tę tezę poddają w wątpliwość. Nowsze badania wskazują na to, że zależność ta może raczej przyjmować kształt odwróconej litery U. Taka sytuacja może wskazywać na to, że zależność pomiędzy płynnością finansową i rentownością może być zarówno negatywna, jak i pozytywna. Strategie zarządzania płynnością finansową opierają się jednak na założeniu o występowaniu negatywnej zależności, co wynika z konstrukcji tych strategii. Na jednym biegunie znajdują się strategie agresywne, których podstawowym

celem ma być maksymalizacja rentowności, co odbywa się kosztem ograniczania płynności finansowej. Na przeciwnym biegunie są strategie konserwatywne, które zakładają jak najwyższy poziom bezpieczeństwa finansowego przedsiębiorstwa, uzyskiwany poprzez zwiększanie płynności finansowej, co odbywa się kosztem uzyskiwanej rentowności. Ze względu na cel, jakim było określenie siły i stopnia wpływu różnych miar płynności finansowej na rentowność, został dokonany również szczegółowy przegląd badań, zawierających metody modelowania ekonometrycznego w analizowanej materii. Na tym tle zostały przedstawione badania wykonywane w sektorze szpitali, poświęcone płynności finansowej. W literaturze można było odnaleźć badania oceniające różne aspekty zarządzania płynnością finansową w szpitalu. W przypadku wspomnianej zależności pomiędzy płynnością finansową i rentownością (z której wynika konstrukcja strategii zarządzania płynnością finansową) w dotychczasowych badaniach wśród szpitali występowała raczej zależność. Badania, które uwzględniały analizę tej zależności były prowadzone jednak jedynie na rynkach zagranicznych. Należy ponadto zauważyć, że zarówno dotychczasowe badania prowadzone w Polsce, jak i zagranicą, nie uwzględniały tak szerokiego spektrum metod oceny płynności finansowej, jak to zostało przedstawione w niniejszej pracy.

Ostatni rozdział ma charakter empiryczny. Próbę stanowiły 134 polskie szpitale o charakterze publicznym (w próbie znalazły się w przeważającej mierze samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej – SP ZOZ, a także kilka szpitali funkcjonujących w formie spółek handlowych, gdzie jednak podmiot publiczny – najczęściej samorząd – posiadał 100% udziałów). Analizy były wykonywane w wyodrębnionych grupach szpitali. W pierwszej części badania, szpitale podzielono na grupy pod względem strategii opierających się na poziomie płynności finansowej, mierzonej relacją majątku obrotowego do zobowiązań krótkoterminowych i dokonano charakterystyki finansowej każdej tak wyodrębnionej grupy (tj. szpitali stosujących strategie agresywne, konserwatywne lub umiarkowane). W drugiej części badania, ze względu na silny nurt w literaturze przedmiotu określający płynność finansową jako istotną determinantę rentowności, podział szpitali został oparty właśnie na kryterium rentowności, jako na mierze obrazującej obszar wynikowy szpitala. Spośród analizowanych jednostek, wskutek opisanej w pracy analizy wyodrębniono jednostki najmniej i najbardziej rentowne. W rozdziale tym przedstawiono badanie obejmujące ocenę podstawowych wskaźników finansowych, mających na celu zobrazowanie ogólnej sytuacji finansowej analizowanych szpitali, a także wskaźników szczegółowych poświęconych ocenie strategii zarządzania płynnością finansową. Badanie wzbogacono ponadto o analizę współczynników liniowej korelacji Pearsona pomiędzy podstawowymi wskaźnikami płynności finansowej i rentowności, a także o modelowanie ekonometryczne, w wyniku którego przygotowano model panelowy, gdzie zmienną objaśnianą była rentowność szpitala, a wśród zmiennych objaśniających znalazły się miary płynności finansowej. Model zaprojektowano zgodnie z dokonany we wcześ-

niejszym rozdziale przeglądem literatury w analizowanym zakresie. Na podstawie przedstawionego materiału analitycznego można określić następujące wnioski:

- Rentowność analizowanych szpitali utrzymywała się na dosyć niskim poziomie – co jednak można tłumaczyć tym, iż maksymalizacja zysku w przypadku tych podmiotów nie jest podstawowym celem działania.
- Problemy związane z zadłużeniem szpitali dotyczą przede wszystkim zadłużenia krótkoterminowego. Analizowane szpitale w bardzo ograniczonym stopniu wykorzystują zadłużenie o charakterze długoterminowym, co ma związek z tym, że działalność inwestycyjna jest często realizowana ze środków pochodzących z dotacji od organu tworzącego, Unii Europejskiej, fundacji, itp. Wskazuje to na bardzo ważną rolę odpowiedniego zarządzania płynnością finansową w tych podmiotach.
- Oceniając wskaźniki sprawności działania (które też mogą być postrzegane jako indykatory płynności finansowej), widać, że analizowane szpitale cechowały się bardzo długimi cyklami rotacji zobowiązań, wahającymi się w analizowanym okresie w przedziale 76–299 dni. Tak wysokie wartości w zakresie rotacji zobowiązań przełożyły się również na uzyskiwanie przez szpitale ujemnych cykli konwersji gotówki, które mogą być charakterystyczne dla niektórych typów działalności, np. handlowej. Jednak w przypadku szpitali wskazują na istotne problemy w zarządzaniu płynnością finansową i na fakt, że funkcjonowanie polskiego systemu ochrony zdrowia jest kredytowane przez dostawców czy też innych kontrahentów jednostek szpitalnych. Ponadto widać również, że szpitale nie mają realnej możliwości oddziaływania na okres spływu należności, które pochodzą przede wszystkim od publicznego płatnika – NFZ.
- Badanie podstawowych wskaźników finansowych wskazało również, że w analizowanych grupach szpitali występują znaczące różnice w uzyskiwanych wartościach wskaźników. Dotyczyło to właściwie wszystkich obszarów analizy – tj. wskaźników: rentowności, zadłużenia, płynności finansowej i sprawności działania (wśród wskaźników sprawności działania znaczące różnice były widoczne przede wszystkim w wartościach cyklu zobowiązań; cykle zapasów i należności we wszystkich szpitalach miały zbliżone poziomy).
- Szpitale o najwyższych i najniższych poziomach rentowności stosowały przeciwstawne strategie zarządzania płynnością finansową.
- W przypadku szpitali o najniższych poziomach rentowności dominowały agresywne strategie zarządzania płynnością finansową – związane z niskim poziomem płynności finansowej, a w przypadku szpitali o najwyższych poziomach rentowności strategie konserwatywne – związane z wysokim poziomem płynności finansowej. Wskazuje to na pozytywną zależność pomiędzy płynnością finansową i rentownością.

- Pozytywna zależność pomiędzy płynnością finansową i rentownością została potwierdzona przy pomocy analizy współczynnika korelacji liniowej r -Pearsona oraz modelowania ekonometrycznego.
- Modelowanie ekonometryczne wskazało, że wskaźniki bieżącej oraz szybkiej (podwyższonej) płynności finansowej stanowią istotne determinanty rentowności szpitala. Wskazuje to na istotną rolę zarządzania płynnością finansową w procesie zarządzania finansami szpitala.

Uzyskane spostrzeżenia pozwalają na weryfikację postawionych w pracy hipotez. Hipoteza główna zakładała, że stosowane strategie zarządzania płynnością finansową w sposób istotny różnicują poziom rentowności szpitala. Weryfikacja w tym przypadku jest pozytywna. Potwierdzenie znajduje to w zaprezentowanych powyżej ogólnych wnioskach z badania. W pracy wykazano, że wybór odpowiednich strategii zarządzania płynnością finansową jest ściśle związany z uzyskiwanymi poziomami rentowności w szpitalu. Dowodzi tego zwłaszcza analiza wykonana w oparciu o wyodrębnione grupy szpitali. Ponadto istotny wpływ płynności finansowej na rentowność został potwierdzony poprzez analizę korelacji liniowej Pearsona, a także modelowanie ekonometryczne.

Pierwsza hipoteza szczegółowa (H1) zakładała, że model szpitalnictwa w Polsce wynika z uwarunkowań społeczno-historycznych. Jej weryfikacji można dokonać na podstawie rozważań zawartych w pierwszym rozdziale niniejszej pracy, gdzie podkreślana była rola szpitali w polskim systemie ochrony zdrowia. W rozdziale tym scharakteryzowane zostały uwarunkowania systemowe oraz przebieg zmian o charakterze prawnym i politycznym, które doprowadziły do obecnego kształtu polskiego systemu ochrony zdrowia, a także aktualnego miejsca szpitali w tym systemie. Zostały również wskazane istotne zmiany, mające miejsce w analizowanym okresie 2005–2014, które miały przyczynić się do poprawy funkcjonowania jednostek szpitalnych – np. szereg programów oddłużeniowych (tj. ustawa restrukturyzacyjna, Plan B czy ustawa o działalności leczniczej). Wykonane zostały też symulacje, określające wpływ różnych zmiennych ekonomicznych na poziom finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia. Rozważania zawarte w niniejszym rozdziale pozwalają na stwierdzenie, że kształt systemu ochrony zdrowia stanowi pewną pochodną uwarunkowań społeczno-historycznych w danym kraju. Stwierdzenie to można również odnieść do sektora szpitali, stanowiących podstawowy filar polskiego systemu ochrony zdrowia, weryfikując pozytywnie postawioną hipotezę.

Druga z hipotez szczegółowych (H2) zakładała, że polskie szpitale nie mogą być postrzegane jako typowe przedsiębiorstwa funkcjonujące w realiach rynkowych. Potwierdzać to mogą zawarte w rozdziale drugim pracy rozważania, zestawiające ze sobą cechy klasycznego przedsiębiorstwa oraz szpitala, a także występowanie pozytywnej zależności pomiędzy płynnością finansową i rentownością, wykazane w części empirycznej pracy. Klasyczne teorie, wskazywane w niniejszej pracy, bazują na założeniu o negatywnej zależności pomiędzy płynnością finansową i ren-

townością wśród przedsiębiorstw, chociaż obok tych klasycznych teorii przedstawione zostały w pracy również nowsze badania, które wskazywały na odchylenia od negatywnej zależności pomiędzy płynnością finansową i rentownością. Część z tych badań wskazywała, że brak zachowania negatywnej zależności może wynikać ze specyfiki sektora, w jakim dane podmioty funkcjonują. W ten nurt może się wpisywać również badanie przedstawione w niniejszej dysertacji – gdzie specyfika działalności szpitala znacznie odbiega od tej, występującej w przypadku typowych przedsiębiorstw.

Potwierdzenia trzeciej hipotezy szczegółowej (H3), zakładającej, że głównym problemem w zakresie zarządzania finansami szpitali w Polsce jest wysoki poziom zobowiązań krótkoterminowych, można się już dopatrywać w rozważaniach dotyczących specyfiki związanej z działalnością oraz zarządzaniem szpitalem, a także w ocenie podstawowych wskaźników finansowych. Polskie szpitale w bardzo wąskim zakresie swoją działalność opierają na zobowiązaniach długoterminowych. Zdecydowanie preferują krótkoterminowe formy finansowania, co wynika z tego, że ich działalność rozwojowa często finansowana jest ze środków pochodzących z dotacji od organu tworzącego, Unii Europejskiej, fundacji, itp. Należy podkreślić, że po stronie zarządzania zobowiązaniami krótkoterminowymi w analizowanych grupach szpitali występują znaczące różnice. Generalnie jednak szpitale nie regulują swoich zobowiązań na czas. Świadczyć o tym mogą długie cykle rotacji zobowiązań krótkoterminowych (ok. 76–199 dni) w relacji do rotacji należności (około 40–50 dni), skutkujące często ujemnym cyklem konwersji gotówki oraz bardzo wysokie wartości zobowiązań wymagalnych polskich szpitali. Warto zaznaczyć, że choć w badanym okresie 2005–2014, zobowiązania wymagalne sukcesywnie spadały z wartości sięgającej niemal 5 mld zł w roku 2005 do mniej niż 2 mld w roku 2014, to udział zobowiązań wymagalnych z tytułu dostaw i usług sukcesywnie wzrastał z poziomu wynoszącego nieco mniej niż 50% w roku 2005 do blisko 90% ogólnej wartości zobowiązań wymagalnych w 2015 r. Zobowiązania z tytułu dostaw i usług stanowią istotną pozycję zobowiązań krótkoterminowych. Taka sytuacja może wynikać z trudnej sytuacji finansowej szpitali związanej ze wspomnianym już w pracy problemem otrzymania środków z Narodowego Funduszu Zdrowia za tzw. nadwykonania. Świadczenia udzielone w ramach nadwykonań pozostają sporne, a decyzje o ich wypłacie podejmowane są na podstawie procesów sądowych, które często są czasochłonne, a tylko niewielka ich część kończy się dla szpitali pozytywnym rozstrzygnięciem. Stąd wniosek, że szpitale po prostu nie mają odpowiednich środków, aby wcześniej uregulować wymagalne zobowiązania, ich ciężar przerzucając na swoich kontrahentów. Opisana sytuacja ewidentnie nie jest zgodna z jedną z przytaczanych w pracy definicji płynności finansowej, wskazującej, że to zdolność do terminowego regulowania zobowiązań.

Kolejne hipotezy (H4 i H5) opierały się na przyjętym na wstępie założeniu, że funkcjonujące w Polsce szpitale nie powinny być postrzegane jako typowe przedsiębiorstwa (udowodnionym w ramach weryfikacji H2), i że w związku z tym

w sektorze szpitali mogą zachodzić nietypowe zależności finansowe. Mając to na uwadze, hipoteza czwarta (H4) zakładała, że pomiędzy płynnością finansową i rentownością w szpitalu zachodzi istotna pozytywna zależność, a hipoteza piąta (H5), że najbardziej rentowne szpitale stosują konserwatywne strategie zarządzania płynnością finansową, w przeciwieństwie do szpitali najmniej rentownych, stosujących strategie agresywne. Obie hipotezy zostały potwierdzone w empirycznej części pracy. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona, weryfikujący zależność pomiędzy zmiennymi obrazującymi płynność finansową i rentowność, wskazuje na istotną statystycznie pozytywną zależność pomiędzy tymi obszarami. Co więcej, w pracy wykazane zostało, że występowanie pozytywnej zależności nie jest procesem przejściowym, a pewną normą wśród analizowanych szpitali. Dodatnia zależność pomiędzy płynnością a rentownością może wynikać ze specyfiki sektora polskich szpitali – np. tego, że szpitale funkcjonujące w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (stanowiące większość jednostek w polskim systemie ochrony zdrowia) nie mogą upaść. Pomimo więc wielu trudności finansowych takie szpitale muszą funkcjonować dalej, a odpowiedzialność za ich funkcjonowanie spoczywa na organach tworzących. Rozważania te pozwalają na pozytywną weryfikację hipotezy czwartej (H4). W pracy wykazano również, że najbardziej rentowne szpitale stosują konserwatywne strategie zarządzania płynnością finansową, a najmniej rentowne opierają się na strategiach agresywnych, co pozwala na pozytywną weryfikację hipotezy piątej (H5). Odmienne podejście do problemu zarządzania płynnością finansową widoczne jest już w przypadku oceny strategii kapitału obrotowego netto. Dodatkowo, ocena strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko wskazuje na niemal zupełnie przeciwstawne podejście do problemu zarządzania płynnością finansową w tych grupach szpitali. Tłumaczyć to można tym, że sytuacja polskich szpitali może być na tyle zła, że jakiegokolwiek agresywne zachowania w procesie zarządzania płynnością finansową nie przyczyniają się do poprawy rentowności, lecz raczej pogorszenia ich sytuacji finansowej (choć nie doprowadzą do bankructwa szpitala – ze względu na ustawowe wyłączenia). Celem poprawy sytuacji pożądane jest raczej przyjęcie konserwatywnych strategii zarządzania płynnością finansową.

Ostatnią z hipotez szczegółowych (H6), dotyczącą istotnego wpływu płynności finansowej na uzyskiwaną rentowność szpitala, potwierdzać może skonstruowany na potrzeby pracy model ekonometryczny. Konstrukcja modelu została oparta na wcześniejszym przeglądzie literatury, wykonanym w teoretycznej części pracy. Jako zmienna objaśniana posłużyła tu miara rentowności majątku ogółem. Miary płynności finansowej – obok innych zmiennych kontrolnych, które również mogą mieć wpływ na rentowność szpitala – znalazły się po stronie zmiennych objaśniających. Istotnymi statystycznie parametrami oddziałującymi na rentowność szpitala okazały się wskaźniki bieżącej oraz podwyższonej (szybkiej) płynności finansowej.

Autor jest świadomy występujących w niniejszej pracy ograniczeń. Ze względu na obrany temat pracy, ocena działalności polskich szpitali została tu dokonana

głównie w oparciu o ich sytuację finansową. Opieranie pomiaru dokonań jednostki jedynie na miernikach finansowych nie jest oczywiście rozwiązaniem doskonałym. Dokonując kompleksowej oceny działalności szpitala, należałoby brać również pod uwagę takie czynniki, jak jakość świadczonych przez szpitale usług czy poziom zaufania i zadowolenia pacjentów, które tu zostały pominięte. Niemniej jednak wynikało to z ograniczenia narzuconego tematem pracy.

W kontekście przeprowadzonych analiz, dobór odpowiedniej strategii zarządzania płynnością finansową może determinować rentowność danego szpitala. Widać, że aby uzyskiwać rentowność na satysfakcjonującym poziomie, szpitale muszą utrzymywać odpowiedni poziom płynności finansowej. Sektor polskich szpitali publicznych boryka się z wieloma trudnościami, jednak pomimo tego możliwe było wyodrębnienie grupy szpitali, scharakteryzowanej w badaniu jako szpitale najbardziej rentowne, których sytuacja finansowa była znacznie lepsza niż pozostałych szpitali. Mogą one stanowić pewien wzór do naśladowania dla pozostałych szpitali. Wydaje się, że zastosowanie w strategiach zarządzania płynnością finansową szpitali znajdujących się w gorszej sytuacji finansowej wzorców, jakie wynikają ze strategii szpitali najbardziej rentownych, pozwoliłoby na polepszenie ich kondycji finansowej i tym samym całego systemu ochrony zdrowia.

Trzeba tu jednak pamiętać, że ze względu na swoją specyfikę i podstawowy cel, jakim jest ratowanie zdrowia i życia ludzkiego – a nie maksymalizacja zysku – od sektora szpitali publicznych (które nie mogą w sposób dowolny dobierać wachlarza oferowanych świadczeń) nie można oczekiwać wysokich poziomów rentowności. Należy jednak dalej poszukiwać możliwości usprawnienia działania tychże jednostek. Rozważania w niniejszej pracy pokazały, że jeden z takich obszarów może stanowić zarządzanie finansami szpitala, a w szczególności proces zarządzania płynnością finansową. Niemniej jednak, obszarów możliwych usprawnień w jednostkach szpitalnych jest znacznie więcej – np. wspomniane w pracy problemy nadwykonań, dominująca rola płatnika czy nieodpowiednia wycena świadczeń zdrowotnych. Z pewnością dalsze badania, ukierunkowane na to, aby polskie szpitalne działały w jak najbardziej wydajny sposób, mogłyby być poświęcone właśnie wskazywanym obszarom.

Bibliografia

Literatura

- Aggarwal R., Hahn D.B., 1979, *More emphasis should be on working capital management*, „Hospital Financial Management”, no. 33(12).
- Antonowicz P., 2015, *Bankructwa i upadłości przedsiębiorstw. Teoria – praktyka gospodarcza – studia regionalne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Azam M., Haider S.I., 2011, *Impact of working capital management on firms' performance: Evidence from non-financial institutions of KSE-30 index*, „Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business”, no. 3(5).
- Banos-Caballero S., García-Teruel P.J., Martínez-Solano P., 2012, *How does working capital management affect SMEs profitability*, „Small Business Economics”, no. 39(2).
- Barczykowska-Tchorzewska J., 2017, *Sieć szpitali... – być albo nie być*, „Panaceum”, nr 8–9.
- Bauer K., Macuda M., 2018, *Sprawozdanie finansowe jako źródło informacji dla interesariuszy restrukturyzowanego szpitala*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, nr 503.
- Bem A., Prędkiewicz K., Prędkiewicz P., Ucieklak-Jeż P., 2014a, *Determinants of Hospital's Financial Liquidity*, „Procedia Economics and Finance”, no. 12.
- Bem A., Prędkiewicz K., Prędkiewicz P., Ucieklak-Jeż P., 2014b, *Hospital's Size as the Determinant of Financial Liquidity*, „The European Financial Systems 2014 Proceedings”, no. 11.
- Bem A., Siedlecki R., Prędkiewicz P., Ucieklak-Jeż P., Hajdikova T., 2015, *Hospital's financial health assessment. Gradient method's application*, „Enterprise and Competitive Environment – Conference Proceedings”, no. 18.
- Bielawski R., 2011, *Strategie kapitału obrotowego netto płynności finansowej w ujęciu dochód –ryzyko, risk–return*, „Studia i Materiały Wydziału Zarządzania i Administracji Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach. Miscellanea Oeconomicae”, rok 15, nr 1.
- Bieniasz A., Czerwińska-Kayzer D., Gołaś Z., 2007, *Czynniki kształtujące płynność finansową przedsiębiorstw branży spożywczej*, „Zagadnienia Ekonomiki Rolnej”, nr 4.
- Bieniasz A., Czerwińska-Kayzer D., 2008, *Długość cyklu konwersji gotówki – następstwo różnej konstrukcji mierników*, „Journal of Agribusiness and Rural Development”, no. 1(07).
- Bień W., 2008, *Zarządzanie finansami przedsiębiorstwa*, Difin, Warszawa.

- Biety M.M., 2002, *An Introduction to Liquidity and Asset-liability Management*, [w:] B. Branch, J. Klaehn (ed.), *Striking the Balance in Microfinance. A Practical Guide to Mobilizing Savings. Lessons from Credit Unions in Latin America*, World Council of Credit Unions Inc., Pact Publications, Washington.
- Bohmer R.M., 2010, *Fixing health care on the front lines*, „Harvard Business Review”, no. 88(4).
- Bohmer R., Pisano G., Tang N., 2001, *Istituto Clinico Humanitas, A*, „Harvard Business School”, no. 9-603-063.
- Bolek M., 2013a, *Dynamic and static liquidity measures in working capital strategies*, „European Scientific Journal”, no. 9(4).
- Bolek M., 2013b, *Profitability as a liquidity and risk function basing on the new connect market in Poland*, „European Scientific Journal”, no. 9(28).
- Bolek M., Grosicki B., 2013, *Związek wzrostu przedsiębiorstwa z poziomem płynności w spółkach o profilu innowacyjnym i tradycyjnym na GPW*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 766. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia”, nr 62.
- Bolek M., Pastusiak R., 2014, *Wpływ strategii zarządzania kapitałem pracującym na płynność przedsiębiorstwa na przykładzie spółek notowanych na GPW w Warszawie*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 803. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia”, nr 66.
- Bolek M., Wilinski W., 2012, *The influence of liquidity on profitability of Polish construction sector companies*, „e-Finance”, nr 8(1).
- Bolek M., Wolski R., 2010, *Mierniki płynności a rentowność przedsiębiorstwa*, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa”, nr 9.
- Borowiecki R., 2011, *Przedsiębiorstwo w obliczu wyzwań współczesnej gospodarki*, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy”, nr 20.
- Böhm K., Schmid A., Götze R., Landwehr C., Rothgang H., 2013, *Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification*, „Health Policy”, no. 113(3).
- Buczowska A., 2012, *Cele przedsiębiorstwa a pomiar jego dokonań*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 684. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia”, nr 45.
- Buczowski T., Marek S., 1999, *Teoretyczne i praktyczne podstawy funkcjonowania przedsiębiorstw*, [w:] S. Marek (red.), *Elementy nauki o przedsiębiorstwie*, Fundacja na Rzecz US, Szczecin.
- Busoi C., 2010, *Health systems in the European Union. An overview*, „Fiziologia-Physiology”, no. 2010.20.2(66).
- Busse R., Schreyögg J., Smith P.C., 2006, *Hospital case payment systems in Europe*, „Health Care Management Science”, no. 9(3).
- Cagle C.S., Campbell S.N., Jones K.T., 2013, *Analyzigi liquidity using the Cash Conversion Cycle*, „Journal of Accountancy”, no. 215(5).
- Chluska J., 2011, *Problemy analizy kosztów w zarządzaniu SP ZOZ*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 679. Finanse, Rynki finansowe, Ubezpieczenia”, nr 44.
- Chluska J., 2014, *Rachunkowość podmiotów leczniczych*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Chu D.K.W., Zollinger T.W., Kelly A.S., Saywell R.M. Jr., 1991, *An empirical analysis of cash flow, working capital, and the stability of financial ratio groups in the hospital industry*, „Journal of Accounting and Public Policy”, no. 10(1).

- Chwierut S., Kulis M., Stylo W., Wójcik D., 2000, *Elementy zarządzania finansowego w ochronie zdrowia*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków.
- Cicirko T. (red.), 2010, *Podstawy zarządzania płynnością finansową przedsiębiorstwa*, Szkoła Główna Handlowa-Oficyna Wydawnicza, Warszawa.
- Cleverley W.O., 1990, *Improving financial performance: A study of 50 hospitals*, „Hospital & Health Services Administration”, no. 35(2).
- Cleverley W.O., Harvey R.K., 1992, *Does hospital financial performance measure up?*, „Healthcare Financial Management – Journal of the Healthcare Financial Management Association”, no. 6(5).
- Cyfert S., Krzakiewicz K., 2009, *Nauka o organizacji*, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa, Poznań.
- Cygańska M., 2009, *Ewolucja systemu gromadzenia informacji o kosztach leczenia w Australii na tle polskich rozwiązań*, [w:] T. Kiziukiewicz (red.), *Zasoby i procesy w rachunkowości jednostek gospodarczych*, Difin, Warszawa.
- Cygańska M., Gierusz J., 2007, *Ewolucja zasad kontraktowania usług zdrowotnych w Polsce na tle wybranych krajów*, „Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego”, nr 4.
- Czekaj J., Dresler Z., 2001, *Zarządzanie finansami przedsiębiorstw – podstawy teorii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- DeLoof M., 2003, *Does working capital management affect profitability of Belgian firms?*, „Journal of Business Finance & Accounting”, no. 30(3–4).
- Dercz M., Rek T., 2014, *Ustawa o działalności leczniczej: Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Dębski W., 2005, *Teoretyczne i praktyczne aspekty zarządzania finansami przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Drucker P.F., 2005, *Praktyka zarządzania*, Wydawnictwo MT Biznes, Warszawa.
- Elijelly A.M.A., 2004, *Liquidity–profitability tradeoff: An empirical investigation in an emerging market*, „International Journal of Commerce and Management”, no. 14(2).
- Elnicki R.A., 1977, *Hospital Working Capital: An Empirical Study*, „Journal of Accounting Research, Supplement”, no. 15.
- Fahim S.R.S., Kaviani M., Fashtali M.P., 2015, *Providing a new model for assessment of working capital management: Evidence from Tehran Stock Exchange*, „International Journal of Accounting and Financial Reporting”, no. 5(1).
- Fetter R.B., 1991, *Diagnosis related groups: Understanding hospital performance*, „Interfaces”, no. 21(1).
- Fetter R.B., Thompson J.D., Averill R., Freeman A., 1982, *The New ICD-9-CM Diagnosis-Related Groups Classification Scheme: Final Report*, Yale University School of Organization and Management, Health Systems Management Group, CT: New Haven.
- Fetter R.B., Shin Y., Freeman J.L., Averill R.F., Thompson J.D., 1980, *Case mix definition by diagnosis-related groups*, „Medical Care”, no. 18(2).
- Fetter R.B., Mills R.E., Riedel D.C., Thompson J.D., 1977, *The application of diagnostic specific cost profiles to cost and reimbursement control in hospitals*, „Journal of Medical Systems”, no. 1(2).
- Freeman R.B., Frisina L., 2010, *Health care systems and the problem of classification*, „Journal of Comparative Policy Analysis”, no. 12(1–2).

- Gajdka J., Walińska E., 2000, *Zarządzanie finansowe: teoria i praktyka. Vol. 1a i 2b*, Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce, Warszawa.
- Galewski T., 2013, *Cele przedsiębiorstwa a metody pomiaru ich dokonań*, IX Kongres Ekonomistów Polskich, strona internetowa Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego, <http://www.pte.pl/> [dostęp: 12.11.2017].
- Gapenski L.C., 2013, *Fundamentals of Healthcare Finance*, Health Administration Press, IL: Chicago.
- Gapenski L.C., Pink G.H., 2007, *Understanding healthcare financial management*, Health Administration Press, IL: Chicago.
- Gapenski L.C., Reiter K.L., 2016, *Healthcare finance: An introduction to accounting and financial management*, Health Administration Press, IL: Chicago.
- Garanina T., Petrova O., 2015, *Liquidity, cash conversion cycle and financial performance: Case of Russian companies*, „Investment Management and Financial Innovations”, no. 12(1).
- Gaughan P., Koepke D., 2014, *Hospital liquidity and capital investment*, „Healthcare Financial Management – Journal of The Healthcare Financial Management Association”, no. 68(10).
- Gill A., Biger N., Mathur N., 2010, *The relationship between working capital management and profitability: Evidence from the United States*, „Business and Economics Journal”, no. 10(1).
- Goldmann K., 2017, *Financial Liquidity and Profitability Management in Practice of Polish Business*, „Eurasian Studies in Business and Economics”, no. 4.
- Gołębiowski G., 2004, *Rola kapitału obrotowego i jego wpływ na zarządzanie finansami przedsiębiorstw*, [w:] J. Ickiewicz (red.), *Problemy finansów przedsiębiorstwa w teorii i praktyce*, Wydawnictwo SGH, Warszawa.
- Gołębiowski G., Tłaczała A., 2005, *Analiza ekonomiczno-finansowa w ujęciu praktycznym*, Difin, Warszawa.
- Grabowska M., 2012, *Zarządzanie płynnością finansową przedsiębiorstw*, CeDeWu, Warszawa.
- Gruszecki T., 1989, *Przedsiębiorstwo jako kategoria ekonomiczna*, [w:] T. Jakóbk (red.), *Teoria i praktyka przemian gospodarczych*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław.
- Gruszecki T., 2002, *Współczesne teorie przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Grzegorzewska-Ramocka E., 2009, *Cele ekonomiczne i społeczne przedsiębiorstwa*, „Gospodarka Narodowa”, nr 7–8.
- Guilford J.P., 1964, *Podstawowe metody statystyczne w psychologii i pedagogice*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Guzik B., 2006, *Statystyczne metody badania związków między rentownością a płynnością bankową*, „Badania Operacyjne i Decyzje”, nr 3–4.
- Hass-Symotiuł M. (red.), 2010, *Rachunkowość: system informacji finansowych Zakładów Opieki Zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Hass-Symotiuł M. (red.), 2011, *System pomiaru i oceny dokonań szpitala*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Hass-Symotiuł M. (red.), 2016, *Zaawansowana rachunkowość finansowa podmiotów leczniczych*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Horosz P., 2010, *Organizacja sieci szpitali jako spółek komandytowych*, [w:] M. Urbaniec, P. Stec (red.), *Prawno-ekonomiczne aspekty ochrony zdrowia*, Wydawnictwo Akademii Polonijnej w Częstochowie „Educator”, Częstochowa.
- Horrigan J.O., 1968, *A short history of financial ratio analysis*, „The Accounting Review”, no. 43(2).

- Hundley G., Jacobson C.K., Park S.H., 1996, *Effects of profitability and liquidity on R&D intensity: Japanese and US companies compared*, „Academy of Management Journal”, no. 39(6).
- Janik W., Paździor A., 2011, *Zarządzanie finansowe w przedsiębiorstwie*, Politechnika Lubelska, Lublin.
- Janik W., Paździor A., 2017, *Ocena źródeł finansowania systemu ochrony zdrowia*, „Marketing i Zarządzanie”, nr 3(49).
- Janiszewska B., 2008, *Ponadlimitowe świadczenia zdrowotne udzielane w schorzeniach przewlekłych, uwagi na tle orzecznictwa Sądu Najwyższego*, „Prawo i Medycyna”, nr 1(30).
- Jaworzyńska M., 2010, *Planowanie finansowe w zakładach opieki zdrowotnej*, CeDeWu, Warszawa.
- John T.A., 1993, *Accounting measures of corporate liquidity, leverage, and costs of financial distress*, „Financial Management”, no. 22(3).
- Jończyk J., 2010, *Zasady i modele ochrony zdrowia*, „Państwo i Prawo”, nr 8.
- Kachniarz M., 2008, *Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej – Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Kaddumi T.A., Ramadan I.Z., 2012, *Profitability and working capital management: The Jordanian case*, „International Journal of Economics and Finance”, no. 4(4).
- Karski J.B., 2005, *Polityka zdrowotna samorządu terytorialnego a członkostwo Polski w Unii Europejskiej*, CeDeWu, Warszawa.
- Keller J., Pastusiak R., 2014, *Płynność a efektywność funkcjonowania przedsiębiorstwa na przykładzie spółek notowanych na GPW*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica”, nr 2(300).
- Kiziukiewicz T. (red.), 2009, *Zasoby i procesy w rachunkowości jednostek gospodarczych*, Difin, Warszawa.
- Kludacz-Alessandri M., 2016, *Stosowanie narzędzi polityki rachunkowości w polskich szpitalach*, „Zeszyty Teoretyczne Rachunkowości”, nr 89(145).
- Kludacz-Alessandri M., 2017, *Model wyceny świadczeń zdrowotnych dla lecznictwa szpitalnego*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Kolwitz M., 2010, *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie”, nr 56(3).
- Kołosowska B., Tokarski A., Tokarski M., Chojnacka E., 2014, *Strategie finansowania działalności przedsiębiorstw*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Kosińska J., Cicirko T., 2010, *Płynność finansowa – zagadnienia wstępne*, [w:] T. Cicirko (red.), *Podstawy zarządzania płynnością finansową przedsiębiorstwa*, Szkoła Główna Handlowa – Oficyna Wydawnicza, Warszawa.
- Kowalak R., 2008, *Ocena kondycji finansowej przedsiębiorstwa w badaniu zagrożenia upadłością*, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr, Gdańsk.
- Kowerski M., 2016, *Zależność między rentownością a płynnością finansową ma kształt odwrotnego U*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, nr 440.
- Kusak A., 2006, *Płynność finansowa: analiza i sterowanie*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Lameire N., Joffe P., Wiedemann M., 1999, *Healthcare systems – An international review: An overview*, „Nephrology Dialysis Transplantation”, no. 14 (suppl 6).

- Lazaridis I., Tryfonidiens D., 2006, *Relationship between working capital management and profitability of listed companies in the Athens Stock Exchanges*, „Journal of Financial Management and Analysis”, no. 19(1).
- Lenarczyk T., 2010, *Aspekty prawne przekształcenia szpitali w spółki prawa handlowego z udziałem jednostek samorządu terytorialnego*, [w:] M. Urbaniec, P. Stec (red.), *Prawno-ekonomiczne aspekty ochrony zdrowia*, Wydawnictwo Akademii Polonijnej w Częstochowie „Educator”, Częstochowa.
- Leszczyńska-Konczanin B., 2016, *Restrukturyzacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej, szpitali prowadzona w latach 1991–2013, przyczyny i skutki*, „Studia Oeconomica Posnaniensia”, nr 4(2).
- Łagowski P., 2015, *Świadczenia ponadlimitowe w podmiotach leczniczych – aspekt prawno-rachunkowy*, „Prace Naukowe Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego. Seria L Finanse i Rachunkowość”, nr 1.
- Łuniewska P., 2014, *Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce*, „Współczesna Gospodarka”, nr 5(1).
- Marcinkowska U., 2015, *Ochrona zdrowia w świetle triady kapitalizm – kapitał – zdrowie*, „Chorzowskie Studia Polityczne”, nr 9.
- Matz L., Neu P., 2007, *Liquidity risk management*, John Wiley & Sons, Asia Pte Ltd, Singapore.
- Michalski G., 2010, *Strategiczne zarządzanie płynnością finansową w przedsiębiorstwie*, CeDeWu, Warszawa.
- Michalski G., 2005, *Płynność finansowa w małych i średnich przedsiębiorstwach*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Michalski G., 2004, *Wartość płynności w bieżącym zarządzaniu finansami*, CeDeWu, Warszawa.
- Mońka J., 2008, *Wartość jako cel i płynność finansowa jako determinanta funkcjonowania przedsiębiorstwa*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, nr 14.
- Narkiewicz J., 2007, *Struktura bilansu a rentowność i płynność finansowa przedsiębiorstwa*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H. Oeconomia”, nr 41.
- Niemiec A., 2014, *Wielkości graniczne statycznych wskaźników płynności finansowej*, „Zeszyty Teoretyczne Rachunkowości”, nr 79.
- Niżnik J., 2004, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Kraków.
- Noga A., 2009, *Teorie przedsiębiorstw*, PWE, Warszawa.
- Nojszewska E., Malinowski W., Sikorski S., 2017, *Komercyjne świadczenie usług medycznych przez szpitale publiczne*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Norton P.B., 1994, *Solving the working capital crunch*, „Patient Accounts”, no. 17(8).
- Nowicki M., 2015, *Introduction to the financial management of healthcare organizations*, Health Administration Press, IL: Chicago.
- Ostaszewski J. (red.), 2015, *O nowy ład finansowy w Polsce. Rekomendacje dla animatorów życia gospodarczego*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa.
- Oszustowicz R.J., 1980, *Working capital management: How strong is it in hospitals?*, „Hospital Financial Management”, no. 34(4).

- Pałczyńska-Gościński R., 2001, *Ocena przedsiębiorstwa w aspekcie kontynuacji działania*, „Monitor Rachunkowości i Finansów”, nr 3(27).
- Pastusiak R., 2010, *Ocena efektywności inwestycji*, CeDeWu, Warszawa.
- Pastusiak R., Keller J., 2014, *Liquidity and Efficiency of the Enterprise as an Example of Companies Listed on the Warsaw Stock Exchange. Part II*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, t. 15, z. 10, cz. 1.
- Paszowska M., 2006, *Zarys finansowania systemu zdrowotnego w Polsce*, „e-Finanse”, nr 3.
- Pawłowska E., 2016, *Zarys problemów ekonomicznych, medycznych oraz zarządczych współczesnych podmiotów leczniczych*, „Organizacja i Zarządzanie”, nr 1(33).
- Paździor A., Maj G., 2017a, *Zastosowanie narzędzi controllingu operacyjnego w szpitalu*, „Marketing i Zarządzanie”, nr 3(49).
- Paździor A., Maj G., 2017b, *Wpływ zmian organizacyjnych na efektywność finansową podmiotów leczniczych na przykładzie szpitala X*, „Zarządzanie i Finanse”, nr 15(2).
- Paździor A., Paździor M., 2017, *Pomiar efektywności działalności podmiotów leczniczych. Wybrane aspekty*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, nr 481.
- Penner S.J., 2013, *Economics and financial management for nurses and nurse leaders*, Springer Publishing Company, New York.
- Pluta W. (red.), 2004, *Finanse małych i średnich przedsiębiorstw*, PWE, Warszawa.
- Pomykańska B., 2007, *Ocena sytuacji majątkowej i finansowej przedsiębiorstwa*, [w:] M. Wypych (red.), *Finanse przedsiębiorstwa z elementami zarządzania i analizy*, Absolwent, Łódź.
- Prędkiewicz K., Prędkiewicz P., 2013a, *Płynność finansowa szpitali samorządowych w Polsce – wyniki badań empirycznych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 766. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia”, nr 62.
- Prędkiewicz K., Prędkiewicz P., 2013b, *Zarządzanie kapitałem obrotowym szpitali samorządowych w Polsce*, „Zarządzanie i Finanse”, nr 2, cz. 2, r. 11.
- Prędkiewicz K., Prędkiewicz P., Węgrzyn M., 2014, *Rentowność szpitali samorządowych w Polsce*, „Nauki o Finansach”, nr 3(20).
- Quinn K., 2015, *The 8 Basic Payment Methods in Health Care*, „Annals of Internal Medicine”, no. 163(4).
- Rauscher S., Wheeler J.R.C., 2012, *The importance of working capital management for hospital profitability: Evidence from bond-issuing, not-for-profit U.S. hospitals*, „Health Care Management Review”, no. 37(4).
- Rauscher-Singh S., Wheeler J., 2012, *Hospital financial management: What is the link between revenue cycle management, profitability, and not-for-profit hospitals' ability to grow equity?*, „Journal of Healthcare Management”, no. 57(5).
- Rezler D., Jasiniak M., Pastusiak R., 2017, *Impact of Restructuring Act of 2005 to the Healthcare in Poland*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, t. XVII, z. 1, cz. 1.
- Rice N., Smith P.C., 2000, *Capitation and risk adjustment in health care*, „Health Care Management Science”, no. 3(2).
- Rice N., Smith P.C., 2001, *Capitation and risk adjustment in health care financing: An international progress report*, „The Milbank Quarterly”, no. 79(1).
- Richards V.D., Laughlin E.J., 1980, *A cash conversion cycle approach to liquidity analysis*, „Financial Management”, no. 9(1).

- Rogowski W., Lipski M., 2014, *Płynność finansowa – wybrane zagadnienia*, [w:] J. Grzywacz (red.), *Płynność finansowa przedsiębiorstw w Polsce*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, Warszawa.
- Rój J., Sobiech J., 2006, *Zarządzanie finansami szpitala*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Rudawska I., 2007, *Opieka zdrowotna: aspekty rynkowe i marketingowe*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Ryć K., Skrzypczak Z., 2005, *Publiczne i prywatne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce. Ile nas kosztuje ochrona zdrowia?*, „Problemy Zarządzanie”, nr 4.
- Sasin W., 2002, *Analiza płynności finansowej firmy*, Agencja Wydawnicza Interfart, Łódź.
- Schmid A., Cacace M., Götze R., Rothgang H., 2010, *Explaining Health Care System Change: Problem Pressure and the Emergence of “Hybrid” Health Care Systems*, „Journal of Health Politics, Policy & Law”, no. 35(4).
- Sen M., Oruc E., 2009, *Relationship between Efficiency Level of Working Capital Management and Return on Total Assets in ISE*, „International Journal of Business and Management”, no. 4(10).
- Sierpińska M., Jachna T., 2004, *Ocena przedsiębiorstwa według standardów światowych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Sierpińska M., Wędzki D., 2017, *Zarządzanie płynnością finansową w przedsiębiorstwie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Skinder M., Damska M., 2011, *Kwestia społeczna ochrony zdrowia – problematyka przekształceń szpitali w spółki kapitałowe w świetle ustawy o działalności leczniczej*, „Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą”, nr 55.
- Sobczak A., 2009, *Efektywność gospodarowania samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej – analiza wybranych wskaźników finansowych*, „Postępy Nauk Medycznych”, nr 4.
- Stanisz A., 1998, *Przystępny kurs statystyki w oparciu o program Statistica PL na przykładach z medycyny*, Statsoft, Kraków.
- Stanisz A., 2000, *Podstawy statystyki dla prowadzących badania naukowe. Analiza korelacji*, „Medycyna Praktyczna”, nr 10.
- Stępień K., 2008, *Rentowność a wypłacalność przedsiębiorstw*, Difin, Warszawa.
- Stępień K., 2015, *Definicyjne i metodyczne problemy rentowności*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie”, nr 920.
- Stępniewski J. (red.), 2007, *Strategia, finanse i koszty szpitala*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Suchecka J., 1998, *Ekonometria ochrony zdrowia*, Absolwent, Łódź.
- Suchecka J., 2010, *Ekonomika zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Sułkowski Ł., 2012, *Kulturowe ograniczenia przedsiębiorczości – badania jakościowe polskich szpitali*, „Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna”, nr 11.
- Sułkowski Ł., 2013, *Zmiana kulturowa w polskich szpitalach – wyniki badań*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, t. 14, z. 10, cz. 1.
- Szetela P., 2015, *Rola samorządu terytorialnego w polskim systemie ochrony zdrowia: organizator, podmiot tworzący oraz płatnik*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, nr 13(1).
- Szetela A., Lichwa K., Korniejenko K., 2011, *Krytyczna analiza polityki zdrowotnej w zakresie przekształcania szpitali publicznych w spółki prawa handlowego*, „Zarządzanie Publiczne”, nr 1(13).

- Talha M., Christopher S.B., Kamalavalli A.L., 2010, *Sensitivity of profitability to working capital management: A study of Indian corporate hospitals*, „International Journal of Managerial and Financial Accounting”, no. 2(3).
- Tenbenschel T., Eagle S., Ashton T., 2012, *Comparing health policy agendas across eleven high income countries: Islands of difference in a sea of similarity*, „Health Policy”, no. 106(1).
- Thapa D.P.P., 2013, *How does profitability get affected by working capital management in food and beverages industry*, Munich Personal RePec Archive, London School of Commerce, <http://mpira.ub.uni-muenchen.de> [dostęp: 18.11.2017].
- Tomczak M., 2017, *Sieć szpitali*, „Gazeta Lekarska”, nr 5–6.
- Ucieklak-Jeż P., Bem A. (red.), 2014, *System ochrony zdrowia. Finansowanie, efektywność, restrukturyzacja*, Wydawnictwo im. Stanisława Podobińskiego Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, Częstochowa.
- Upadhyay S., Smith D.G., 2016, *Hospital liquidity and cash conversion cycle: A study of Washington hospitals*, „Journal of Health Care Finance”, no. 43(2).
- Upadhyay S., Sen B., Smith D., 2015, *The cash conversion cycle and profitability: A study of hospitals in the State of Washington*, „Journal of Health Care Finance”, no. 41(4).
- Van der Zee J., Kroneman M. W., 2007, *Bismarck or Beveridge: A beauty contest between dinosaurs*, „BMC Health Services Research”, no. 7(1).
- Walker E.W., 1964, *Toward a theory of working capital*, „The Engineering Economist”, no. 9(2).
- Wareham T., 2014, *Funding the transformation. Three financial considerations will shape hospitals' transition success*, „Trustee: The Journal for Hospital Governing Boards”, no. 67(2).
- Wasilewski D., 2017, *Sieć szpitali – nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu*, Fundacja Republikańska, Warszawa.
- Wasilewski M., Gałęcka A., 2010, *Rentowność kapitału własnego gospodarstw rolniczych w zależności od bieżącej płynności finansowej*, „Zeszyty Naukowe Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego. Ekonomika i Organizacja Gospodarki Żywnościowej”, nr 81.
- Waściński T., Kruk M., 2010, *Analiza powiązań pomiędzy rentownością i płynnością spółek branży cukierniczej notowanych na GPW w Warszawie*, „Zeszyty Naukowe Akademii Podlaskiej. Administracja i Zarządzanie”, nr 11(84).
- Waśniewski P., 2011, *Zarządzanie wartością przedsiębiorstwa jako narzędzie sterowania jego działalnością*, „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania”, nr 21.
- Wawrowski R., 2014, *Specyfika polityki rachunkowości samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, „Studia Ekonomiczne”, nr 201.
- Wawryszak-Misztal A., 2007, *Strategie zarządzania kapitałem obrotowym netto w przedsiębiorstwach: Studium empiryczno-teoretyczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Weber J., Kufel M., Cebrowska T., 1993, *Wprowadzenie do rachunkowości spółek*, Wydawnictwo „Park”, Bielsko-Biała.
- Wędzki D., 1997, *Strategie kształtowania i finansowania majątku obrotowego*, „Rachunkowość”, nr 9.
- Wędzki D., 2000, *Problem wykorzystania analizy wskaźnikowej do przewidywania upadłości polskich przedsiębiorstw – studium przypadków*, „Bank i Kredyt”, nr 5.

- Wędzki D., 2003, *Strategie płynności finansowej przedsiębiorstwa: przepływy pieniężne a wartość dla właścicieli*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków.
- Węgrzyn M., 2010, *Ewaluacja ekonomiczna sposobu rozliczania świadczeń medycznych*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, nr 142.
- Węgrzyn M., 2013, *Uwarunkowania systemowe restrukturyzacji publicznych podmiotów leczniczych w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław.
- Węgrzyn M., 2015, *Zmiana formy prawnej szpitali z samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na spółki prawa handlowego – oczekiwania i implikacje na przykładzie województwa dolnośląskiego*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 881. Ekonomiczne Problemy Usług”, nr 118.
- Węgrzyn M., 2016, *Koszty badań profilaktycznych w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia*, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia”, nr 6(84, cz. 2).
- Wielicka K., 2014, *Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie”, nr 70.
- Wilczyński R., 2014, *Pomiar efektywności a cele przedsiębiorstw*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 803. Finanse. Rynki finansowe. Ubezpieczenia”, nr 66.
- Wiśniewski T., 2010, *Wycena szpitala po komercjalizacji*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, nr 142.
- Witczak I., 2009, *Ekonomika szpitala – uwarunkowania, elementy, zasady*, CeDeWu, Warszawa.
- Wrońska E., 2004, *Strategie finansowe spółek pracowniczych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Wypych M. (red.), 2007, *Finanse przedsiębiorstwa z elementami zarządzania i analizy*, Absolwent, Łódź.
- Zawadzka D., Ardan R., Szafraniec-Siluta E., 2011, *Płynność finansowa a rentowność przedsiębiorstw rolnych w Polsce – ujęcie modelowe*, „Zeszyty Naukowe Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie. Seria Ekonomika i Organizacja Gospodarki Żywnościowej”, nr 88.
- Zeller T.L., Stanko B.B., Cleverley W.O., 1996, *A revised classification pattern of hospital financial ratios*, „Journal of Accounting and Public Policy”, no. 15(2).
- Zelman W.N., McCue M.J., Millikan A.R., Glick N.D., 2009, *Financial management of health care organizations: An introduction to fundamental tools, concepts, and applications*, John Wiley & Sons, San Francisco.
- Zuba M., 2010, *Zależność między rentownością a płynnością finansową spółdzielni mleczarskich w Polsce*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H. Oeconomia”, nr 44(44).

Źródła prasowe i internetowe

- Cichocka E., 2009, *Lekarze: prawie jak strajk*, „Gazeta Wyborcza”, <http://wyborcza.pl/> [dostęp: 5.10.2011].
- Cranovsky R., 2001, *Postęp technologiczny a medycyna*, „Medycyna Praktyczna”, <http://www.mp.pl/> [dostęp: 11.10.2011].
- Kaczorowski R., 2018, *Jak w bilansie ująć dotację*, <https://ksiegowosc.infor.pl/> [dostęp: 16.07.2018].

- Klinger K., Jaszczura M., 2016a, *Szpital nabite w parabanki*, <http://www.tokfm.pl/> [dostęp: 14.07.2017].
- Klinger K., Jaszczura M., 2016b, *Szpital nie muszą płacić części swoich należności. Zgodnie z prawem*, <https://forsal.pl/> [dostęp: 14.07.2018].
- Koenner M., 2012, *Świadczenia ponadlimitowe (nadwykonania) – czy szpital dostanie pieniądze*, <http://www.prawodlalekarza.pl/> [dostęp: 12.01.2014].
- Lisowska B., 2014, *Wycena świadczeń zdrowotnych: Nowe taryfy najwcześniej w 2016 roku*, „Internetowy Serwis Dziennik Gazeta Prawna”, <http://serwisy.gazetaprawna.pl/> [dostęp: 10.07.2017].
- Michalski T., 2016, *Rewolucja w służbie zdrowia. Co pacjentom szykuje PiS?*, <http://biznes.onet.pl/wiadomosci/medycyna/darmowe-ubezpieczenie-zdrowotne-likwidacja-nfz-reforma-pis/5k4mhy> [dostęp: 21.11.2017].
- Pallus P., 2016, *Rewolucja w służbie zdrowia. Bezplatna opieka zdrowotna dla wszystkich*, <https://businessinsider.com.pl/> [dostęp: 21.11.2017].
- Pitucha S., Zabelski M., 2011, *Kiedy przekształcić SPZOZ w spółkę?*, „Pismo Samorządu Terytorialnego Wspólnota”, nr 31, www.wspolnota.org.pl [dostęp: 21.05.2012].
- Podilchuk Z., 2013, *Impact of liquidity management on profitability: Evidence from Ukraine*, Unpublished MA in „Financial Economics thesis, Kyiv School of Economics”, <https://kse.ua/> [dostęp: 20.08.2018].
- Portal Podatkowo-Księgowy Gofin.pl – podstrona Vademecum Księgowego, *Dofinansowanie otrzymane przez SP ZOZ od organu założycielskiego*, <http://www.vademecumksiegowego.pl/> [dostęp: 17.07.2018].
- Portal Podatkowo-Księgowy Gofin.pl, *Zasady rozliczania dotacji ze środków unijnych*, <https://www.gofin.pl/> [dostęp: 17.07.2018].
- Rynek Zdrowia, 2016, *Niespotykana skala nagłych porodów. Czy to już starcie rynków?*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Niespotykana-skala-naglych-porodow-Czy-to-juz-starcie-rynkow,166811,1.html> [dostęp: 9.11.2016].
- Rynek Zdrowia, 2015, *Dziesięć lat temu powstała Agencja Oceny Technologii Medycznych*, <http://www.rynekzdrowia.pl/> [dostęp: 27.04.2017].
- Rynek Zdrowia, 2014, *AOTM: jesteśmy gotowi do taryfikacji świadczeń*, <http://www.rynekzdrowia.pl/> [dostęp: 27.04.2017].
- Zimna T., 2012, *Każde polskie dziecko ma prawo do bezpłatnej opieki zdrowotnej*, „Puls Medycyny”, <http://pulsmedycyny.pl/> [dostęp: 21.11.2017].

Raporty i sprawozdania

- Biuletyny Statystyczne Ministerstwa Zdrowia wydawane przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, <https://www.csioz.gov.pl/> [dostęp: 15.12.2016].
- Golinowska S. (red.), 2008, *Raport: Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, Zielona Księga II*, Warszawa.
- Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index, edycje: 2008, 2009, 2012–2017.

- Magellan S.A., 2015, 2016, 2017, *Sytuacja finansowa szpitali publicznych w Polsce*, Edycje – 2015, 2016 i 2017.
- PMR, 2014, *Sytuacja finansowa szpitali w Polsce*, Magellan.
- Raport: Bezrobocie w Polsce – rok 2014, dostępny na: Wortal Publicznych Służb Zatrudnienia – Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społeczne, <http://psz.praca.gov.pl/> [dostęp: 15.08.2018].
- Raporty Komisji ds. Analizy Finansowej Rady Naukowej Stowarzyszenia Księgowych w Polsce (SKWP): T. Dudycz, W. Skoczylas, *Wskaźniki finansowe przedsiębiorstw według działów (sektorów)*, Dane za lata 2012–2015, Rachunkowość – Pismo Stowarzyszenia Księgowych w Polsce, <https://rachunkowosc.com.pl/> [dostęp: 20.10.2018].
- Sobczak A., Czechowska D., Dmowski M., 2007–2008, *Sytuacja finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – analiza wskaźnikowa*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, <http://www.csioz.gov.pl/> [dostęp: 12.01.2013].
- Sprawozdania z działalności NFZ za lata 2005–2015, Narodowy Fundusz Zdrowia 2006–2016, Warszawa.

Akty prawne

- Druki Sejmowe VI kadencja, 2010, Druk nr 3489, Rządowy projekt ustawy o działalności leczniczej, Uzasadnienie.
- Dyrektywa Rady Europejskiej 2006/112/WE z dnia 28 listopada 2006 r. w sprawie wspólnego systemu podatku od wartości dodanej.
- Uchwała Nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”.
- Ustawa z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2016, poz. 960).
- Ustawa z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz.U. 2004, nr 54, poz. 535).
- Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2011, nr 122, poz. 696).
- Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. 1998, nr 137, poz. 887).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. 2005, nr 78, poz. 684).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654) – tekst jednolity oraz tekst ogłoszony.
- Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. 2004, nr 173, poz. 1807) – uchylona.
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. 1964, nr 16, poz. 93).
- Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. 1991, nr 80, poz. 350).

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004, nr 210, poz. 2135).
- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2011, nr 113, poz. 657).
- Ustawa z dnia 28 lutego 2003 r. Prawo upadłościowe (Dz.U. 2003, nr 60, poz. 535).
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991, nr 91, poz. 408) – uchylona.
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz.U. 1998, nr 91, poz. 578).
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. 1998, nr 91, poz. 576).
- Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz.U. 2018, poz. 646).
- Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. 1990, nr 16, poz. 95).
- Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. 1996, nr 10, poz. 55).

Inne źródła

- Baza Emerging Market Information Service (EMIS), <https://www.emis.com/pl> [dostęp: 20.07.2017].
- Chabińska J., 2017, *Sektor prywatny i publiczny*, prezentacja multimedialna, Instytut Zdrowia Publicznego – Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicinum, <http://www.izp.wnz.cm.uj.edu.pl/> [dostęp: 26.05.2017].
- Mądrala A., 2015, *Szpitala prywatne 2014*, prezentacja przedstawiona podczas IV Kongresu Szpitali Prywatnych, <http://www.szpitale.org/> [dostęp: 15.01.2015].
- Ministerstwo Zdrowia, 2017, Spotkanie Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiła z Premier Beatą Szydło, 20.06.2017, <http://www.mz.gov.pl/> [dostęp: 30.11.2017].
- Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, <https://rpwdl.csioz.gov.pl/> [dostęp: 30.11.2017].
- Sikora D., *Nadwykonania*, Encyklopedia Gazety Prawnej, <http://www.gazetaprawna.pl/> [dostęp: 12.12.2016].
- Strona internetowa Bureau van Dijk oraz baza danych Amadeus.
- Strona internetowa GUS, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-zatrudnieni-wynagrodzenia-koszty-pracy/przecietne-miesieczne-wynagrodzenie-w-gospodarce-narodowej-w-latach-1950-2016,2,1.html> [dostęp: 11.05.2017].
- Strona internetowa GUS, https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/30/1/1/ludnosci_i_ruch_naturalny_w_2016.pdf [dostęp: 14.08.2018].
- Strona internetowa GUS, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/bezrobocie-rejestrowane/> [dostęp: 11.05.2017].
- Strona internetowa GUS, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-zatrudnieni-wynagrodzenia-koszty-pracy/> [dostęp: 11.05.2017].
- Strona internetowa NFZ, <http://www.nfz.gov.pl/>, <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/> [dostęp: 30.11.2017].
- Strona internetowa OECD, <http://stats.oecd.org/> [dostęp: 19.05.2017].
- Strona internetowa oprogramowania GRETL, <http://www.kufel.torun.pl/> [dostęp: 14.01.2019].

Strona internetowa Powiatowego Urzędu Pracy w Inowrocławiu, <http://pupinowroclaw.pl/contents/295> [dostęp: 14.08.2018].

Strona internetowa serwisu RP, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zadluzenie-spoz> [dostęp: 20.12.2018].

Strona internetowa ZUS, <https://zus.pox.pl/zus-zdrowotne-2014.htm> [dostęp: 14.08.2018].

Strona internetowa ZUS, http://zus.pox.pl/zus_skladki_historyczne.htm [dostęp: 11.05.2017].

Spis rysunków

Rysunek 1.1.	Schemat świadczeń opieki zdrowotnej w polskim systemie	16
Rysunek 1.2.	Schemat finansowania świadczeń zdrowotnych w polskim modelu ochrony zdrowia	34
Rysunek 3.1.	Podstawowe ujęcia płynności finansowej	82
Rysunek 3.2.	Powiązanie pomiędzy różnymi aspektami pojmowania płynności finansowej	82
Rysunek 3.3.	Relacja pomiędzy czynnikami kształtującymi płynność finansową a jej strategią	95
Rysunek 3.4.	Relacja pomiędzy płynnością finansową i rentownością przedsiębiorstwa	101
Rysunek 3.5.	Punkt optymalny w relacji pomiędzy płynnością finansową i rentownością	102
Rysunek 4.1.	Schemat podziału próby badawczej na analizowane grupy szpitali	122

Spis tabel

Tabela 1.1.	Porównanie modeli finansowania systemów ochrony zdrowia	14
Tabela 1.2.	Liczba umów zawartych przez NFZ (w szt.) na poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych w latach 2005–2014	17
Tabela 1.3.	Wartość umów zawartych przez NFZ na poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych w latach 2005–2014 (w tys. zł)	19
Tabela 1.4.	Podstawowe kategorie ekonomiczne mające wpływ na finansowanie polskiego systemu ochrony zdrowia a wysokość przychodów NFZ z tytułu składki zdrowotnej	35
Tabela 1.5.	Przychody NFZ z tytułu składki zdrowotnej a potencjalne wahania stopy bezrobocia w 2014 r.	37
Tabela 1.6.	Przychody NFZ z tytułu składki zdrowotnej a zmiany w zakresie podstawy jej wymiaru w 2014 r.	38
Tabela 1.7.	Charakterystyczne cechy z modeli ubezpieczeniowego i zaopatrzeniowego występujące w polskim systemie ochrony zdrowia w latach 2005–2014	41
Tabela 2.1.	Porównanie cech i własności typowych dla przedsiębiorstw z działalnością szpitala	50
Tabela 2.2.	Liczba szpitali na tle pozostałych podmiotów leczniczych w latach 2005–2014	56
Tabela 2.3.	Liczba szpitali posiadających co najmniej 50 łóżek	60
Tabela 2.4.	Podstawowe charakterystyki działalności szpitali ogólnych w latach 2005–2014	60
Tabela 2.5.	Zobowiązania wymagalne w SP ZOZ w latach 2005–2014 (w tys. zł)	65
Tabela 2.6.	Zalety i wady różnych metod finansowania świadczeń zdrowotnych	67
Tabela 2.7.	Ewolucja finansowania świadczeń zdrowotnych w polskich szpitalach w latach 1999–2016	72
Tabela 3.1.	Wartości wskaźnika bieżącej płynności finansowej dla sektora opieki zdrowotnej	86
Tabela 3.2.	Wartości wskaźnika szybkiej (podwyższonej) płynności finansowej dla sektora opieki zdrowotnej	87

Tabela 3.3.	Wartości wskaźnika natychmiastowej płynności finansowej dla sektora opieki zdrowotnej	89
Tabela 3.4.	Zmienne w modelach ekonometrycznych ujmujących zależność pomiędzy płynnością finansową i rentownością	106
Tabela 3.5.	Wartości wskaźników w świetle badań płynności finansowej szpitali	114
Tabela 3.6.	Zależność pomiędzy wskaźnikami płynności finansowej i rentowności w badaniach szpitali	115
Tabela 4.1.	Formuły podstawowych wskaźników finansowych wykorzystanych w badaniu	123
Tabela 4.2.	Podstawowe statystyki opisowe średnich wskaźników rentowności w szpitalach podzielonych pod względem kryterium płynności finansowej w latach 2005–2014	128
Tabela 4.3.	Podstawowe statystyki opisowe średnich wskaźników zadłużenia w szpitalach podzielonych pod względem kryterium płynności finansowej w latach 2005–2014	130
Tabela 4.4.	Podstawowe statystyki opisowe średnich wskaźników płynności finansowej w szpitalach podzielonych pod względem kryterium płynności finansowej w latach 2005–2014	133
Tabela 4.5.	Podstawowe statystyki opisowe średnich wskaźników cyklu w szpitalach podzielonych pod względem kryterium płynności finansowej w latach 2005–2014	139
Tabela 4.6.	Podstawowe statystyki opisowe średnich wskaźników rentowności w szpitalach podzielonych pod względem kryterium uzyskiwanej rentowności w latach 2005–2014	142
Tabela 4.7.	Podstawowe statystyki opisowe średnich wskaźników zadłużenia w szpitalach podzielonych pod względem kryterium uzyskiwanej rentowności w latach 2005–2014	145
Tabela 4.8.	Podstawowe statystyki opisowe średnich wskaźników płynności finansowej w szpitalach podzielonych pod względem kryterium uzyskiwanej rentowności w latach 2005–2014	148
Tabela 4.9.	Podstawowe statystyki opisowe średnich wskaźników cyklu w szpitalach podzielonych pod względem kryterium uzyskiwanej rentowności w latach 2005–2014	151
Tabela 4.10.	Strategie oraz średnie wartości kapitału obrotowego netto w analizowanych szpitalach w latach 2005–2014	155
Tabela 4.11.	Formuły wskaźników strategii aktywów obrotowych i zależność pomiędzy realizowaną strategią	160
Tabela 4.12.	Średnie wskaźniki strategii aktywów obrotowych w analizowanych szpitalach w latach 2005–2014 ze wskazaniem na strategię płynności finansowej	161
Tabela 4.13.	Formuły wskaźników strategii finansowania aktywów obrotowych i zależność pomiędzy realizowaną strategią	168

Tabela 4.14.	Średnie wskaźniki strategii finansowania aktywów obrotowych w analizowanych szpitalach w latach 2005–2014 ze wskazaniem na strategię płynności finansowej	169
Tabela 4.15.	Formuły wskaźników strategii majątkowo-finansowej i zależność pomiędzy realizowaną strategią	177
Tabela 4.16.	Średnie wskaźniki strategii majątkowo-finansowej w analizowanych szpitalach w latach 2005–2014 ze wskazaniem na strategię płynności finansowej	178
Tabela 4.17.	Strategie płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko	181
Tabela 4.18.	Współczynniki oraz siła korelacji liniowej r-Pearsona w próbie pomiędzy CR i ROA w poszczególnych latach z okresu 2005–2014	186
Tabela 4.19.	Kierunek i siła oddziaływania korelacji liniowej r-Pearsona pomiędzy CR i ROA w latach 2005–2014 wśród analizowanych szpitali	186
Tabela 4.20.	Model rentowności majątku ogółem analizowanych szpitali	189

Spis wykresów

Wykres 1.1.	Relacje pomiędzy wydatkami na leczenie szpitalne a wydatkami globalnymi na świadczenia zdrowotne zakontraktowane przez NFZ	21
Wykres 1.2.	Przychody i koszty SP ZOZ w latach 2008–2012 (w mld zł)	21
Wykres 1.3.	Liczba przekształconych szpitali w Polsce w wyniku programów oddłużeniowych	28
Wykres 1.4.	Odsetek PKB przeznaczany na finansowanie ochrony zdrowia	39
Wykres 2.1.	Liczba szpitali a liczba umów w zakresie leczenia szpitalnego	57
Wykres 2.2.	Trendy w zakresie liczby szpitali na tle innych podmiotów leczniczych w latach 2005–2014	58
Wykres 2.3.	Sposoby poprawy sytuacji finansowej szpitali	76
Wykres 4.1.	Struktura szpitali w próbie badawczej	120
Wykres 4.2.	Struktura badanych szpitali podzielonych pod względem kryterium płynności finansowej (stosowanej strategii zarządzania kapitałem obrotowym netto)	127
Wykres 4.3.	Rentowność majątku ogółem (ROA) w szpitalach stosujących różne strategie zarządzania płynnością finansową w latach 2005–2014	129
Wykres 4.4.	Rentowność majątku sprzedaży (ROS) w szpitalach stosujących różne strategie zarządzania płynnością finansową w latach 2005–2014	129
Wykres 4.5.	Wskaźniki zadłużenia ogółem w szpitalach stosujących różne strategie zarządzania płynnością finansową w latach 2005–2014	131
Wykres 4.6.	Wskaźniki zadłużenia długoterminowego w szpitalach stosujących różne strategie zarządzania płynnością finansową w latach 2005–2014	131
Wykres 4.7.	Wskaźniki bieżącej płynności finansowej (CR) w szpitalach stosujących różne strategie zarządzania płynnością finansową w latach 2005–2014	134
Wykres 4.8.	Wskaźniki natychmiastowej płynności finansowej (ATR) w szpitalach stosujących różne strategie zarządzania płynnością finansową w latach 2005–2014	134
Wykres 4.9.	Cykl konwersji gotówki (CKG) w szpitalach stosujących różne strategie zarządzania płynnością finansową w latach 2005–2014	140

Wykres 4.10. Rentowność majątku ogółem (ROA) w badanych grupach szpitali w latach 2005–2014	143
Wykres 4.11. Rentowność sprzedaży (ROS) w badanych grupach szpitali w latach 2005–2014	143
Wykres 4.12. Wskaźniki zadłużenia ogółem w badanych grupach szpitali w latach 2005–2014	146
Wykres 4.13. Wskaźniki zadłużenia długoterminowego w badanych grupach szpitali w latach 2005–2014	146
Wykres 4.14. Wskaźniki bieżącej płynności finansowej (CR) w badanych grupach szpitali w latach 2005–2014	149
Wykres 4.15. Wskaźniki natychmiastowej płynności finansowej (ATR) w badanych grupach szpitali w latach 2005–2014	149
Wykres 4.16. Cykle konwersji gotówki (CKG) w badanych grupach szpitali w latach 2005–2014	152
Wykres 4.17. Strategie aktywów obrotowych analizowanych szpitali w roku 2014	166
Wykres 4.18. Strategie finansowania aktywów obrotowych analizowanych szpitali w roku 2014	175
Wykres 4.19. Strategie majątkowo-finansowe analizowanych szpitali w roku 2014	179
Wykres 4.20. Strategia płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko w analizowanych szpitalach w 2014 r.	183