

Sytuacja finansowa samorządowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej po włączeniu do sieci

Streszczenie

W artykule zostały teoretycznie omówione podstawowe elementy sprawozdania finansowego, tj. bilans, rachunek zysków i strat oraz rachunek przepływów pieniężnych. Dodatkowo zostały wskaźniki istotne dla oceny sytuacji ekonomiczno – finansowej szpitali. W części analitycznej dokonano analizy przychodów ze sprzedaży oraz kosztów działalności operacyjnej samorządowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia w latach 2013–2017. Z przedstawionych danych wynika, że jednostki te znajdują się w trudnej sytuacji finansowej. W celu poprawy sytuacji finansowej zachodzi potrzeba udzielenia pomocy niektórym sspzoz pomocy finansowej.

Słowa kluczowe

bilans, rachunek zysków i strat, rachunek przepływów pieniężnych, ocena sytuacji ekonomiczno-finansowej samorządowych szpitali

Wprowadzenie

Organem stanowiącym (założycielskim) samorządowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (dalej sspzoz) jest organ samorządu terytorialnego: wójt, burmistrz, zarząd powiatu, prezydent miasta lub marszałek sejmiku wojewódzkiego. Podmioty tworzące zgodnie art. 121 ustawy z dnia z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (dalej - uodl, sprawują nadzór nad podmiotami leczniczymi, pod względem zgodności działań z przepisami prawa, statutów i regulaminów organizacyjnych oraz pod względem celowości, gospodarności i rzetelności¹. Przedmiotem oceny finansowej sspzoz są wielkości w ujęciu pieniężnym, dlatego analiza finansowa łączy się ściśle z systemem rachunkowości. Analiza finansowa to część analizy ekonomicznej, która zajmuje się oceną sytuacji majątkowej i finansowej, analiza efektywności działalności bieżącej oraz oceną zdolności sspzoz do rozwoju w przyszłości.

Celem artykułu jest ocena sytuacji majątkowej, ocena wskaźnikowa wykorzystania majątku będącego w zarządzaniu sspzoz, tj. okresu lat 2013–2016 i 2017 roku jako pierwszego roku po włączeniu szpitali do sieci. Zgodnie z nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych utworzony został system podstawowego szerokiego zabezpieczenia opieki zdrowotnej, czyli tzw. sieci szpitali².

Zakres analizy finansowej sspzoz w latach 2013–2017

Oceny zasobów dokonano na podstawie analizy zbiorczego bilansu sspzoz w latach 2009–2011 w układzie: analizy poziomej, tj. ważniejszych pozycji aktywów i pasywów; analizy pionowej oraz wewnętrznej struktury wybranych pozycji bilansowych, analizy pionowo-poziomej; analizy struktury kapitałowo-majątkową³.

Według danych Ministerstwa Zdrowia jednostki samorządu terytorialnego (JST) w latach 2013–2017 dysponowały one odpowiednio: 1159, 1120, 1082, 1072 i 1032 samorządowymi samodzielnymi publicznymi

¹ tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r. poz. 160 z późn. zm.

² Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm.).

³ M. Sierpińska, T. Jachna, Ocena przedsiębiorstwa według standardów światowych, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2005, s. 68.

zakładami opieki zdrowotnej⁴ (ubyło 127 jednostek)⁵ o wartości aktywów ogółem, odpowiednio na kwotę: 26 287,6 mln zł, 25 760,6 mln zł, 26 062,6 mln zł, 26 287,6 mln zł i 26 543,2 mln zł (przyrost aktywów w 2017 r. w stosunku do roku 2013 wyniósł 255,6 mln zł).

Skutecznym narzędziem do przeprowadzenia analizy sprawozdań finansowych, które daje możliwość określenia sytuacji finansowej i pozwala podejmować decyzje jest analiza wskaźnikowa. Dzięki analizie wskaźnikowej możliwa jest także ocena i porównanie danego zjawiska, bądź jakiegoś większego aspektu w wymiarze chronologicznym⁶.

Analiza struktury i dynamiki aktywów i pasywów sspzoz

Analiza struktury aktywów pozwala na ocenę wyposażenia szpitali w określone składniki majątku. Z kolei analiza struktury pasywów koncentruje się na analizie źródeł finansowania majątku przy uwzględnieniu dwóch kryteriów: analizie własności (kapitału własnego, obcego) i czasu dostępu środków (źródła dług- i krótkoterminowe). Zarówno analizie pionowej jak i analizie dynamiki istotne jest wzięcie pod uwagę danych, które uważa się za istotne. Struktura aktywów wskazuje na decydujące znaczenie dwóch pozycji – w rzeczowych aktywów trwałych i w środkach obrotowych należności krótkoterminowych i inwestycji krótkoterminowych (tab. 1).

W 2017 r. w stosunku do 2013 r. nastąpił wzrost aktywów ogółem o kwotę 265.886 mln zł, tj. wzrost o 0,9%, zaś w stosunku do roku poprzedniego o kwotę 255.593 tys. zł, tj. wzrost o 1,0%. W 2017 r. w stosunku do 2013 r. w strukturze aktywów nastąpiło pogorszenie udziału aktywów trwałych na korzyść aktywów obrotowych o 1 punkt. proc. Dynamika aktywów trwałych w 2017 r. w stosunku do 2013 r. i 2016 r. wyniosła odpowiednio: 101% i 99,7%, zaś w środkach obrotowych relacja ta wyniosła odpowiednio: 101% i 105%. Aktywa trwałe w sumie aktywów ogółem w latach 2013 i 2017 stanowiły odpowiednio: 75,5% i 74,5% (spadek o 1,0 punkt proc.), zaś aktywa obrotowe odpowiednio: 24,5% i 25,5% (wzrost o 1 punkt proc.)

Zapasy, należności krótkoterminowe, inwestycje krótkoterminowe oraz krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe w sumie aktywów ogółem stanowiły w 2013 r. odpowiednio: 1,8%, 12,3%, 9,9% i 9,5%; w 2017 r. wielkości te kształtowały się odpowiednio: 2,0%, 11,8%, 11,0% i 0,2%. W 2013 r. inwestycje krótkoterminowe stanowiły znaczącą pozycję środków obrotowych samorządowych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej (9,9%, zaś w 2017 r. 11,0% aktywów ogółem).

Spadek nastąpił w pozycji „krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe”, do których zalicza się przychody i koszty przyszłych okresów; przykładowo zalicza się do nich opłacone z góry składki ubezpieczeniowe, pobrane z góry przez bank odsetki od kredytów czy dyskonto (spadek w 2017 r. w stosunku do 2013 r. o 6,6%). Ze względu na niski ich poziom w strukturze aktywów (0,2%) nie ma to istotnego przełożenia na wzrost aktywów badanych jednostek.

Dane wykazane w tabeli 1 wskazują na nieznaczne zmiany zarówno w dynamice, jak i strukturze wartości poszczególnych grup aktywów. W analizowanych jednostkach wystąpił wysoki poziom należności krótkoterminowych, tj. należności z tytułu dostaw i usług, niezależnie od umówionego terminu zapłaty, oraz pozostałych należności wymagalnych w ciągu 12 miesięcy od dnia bilansowego.

Analiza źródeł finansowania majątku sspzoz

Wartość samorządowego zakładu opieki zdrowotnej określają: fundusz założycielski i fundusz zakładu. Fundusz założycielski zakładu opieki zdrowotnej zwiększają, przekazane z budżetu JST, dotacje na cele rozwojowe oraz dary mające charakter aktywów trwałych lub przeznaczone na cele rozwojowe. Natomiast

⁴ Rejestr zakładów opieki z zdrowotnej, www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/.

⁵ Ograniczenie liczby sspzoz odbywa się poprzez proces łączenia zakładów, polegający na: przeniesieniu mienia jednego zakładu na inny (art. 43h ust. 1 pkt 1 u.z.o.z.) oraz utworzeniu nowego zakładu z co najmniej dwóch łączących się zakładów (art. 43h ust. 1 pkt 2 u.z.o.z.). Decyzje o połączeniu sspzoz samodzielnych podejmują podmioty tworzące te zakłady.

⁶ P. Książek, R. Włach, C. Rzemyska, Jaroszyński, T. Pękalski, J. Zdrojewski, M. Zygo, Analiza wskaźnikowa – instrument efektywnego zarządzania, *Zdrowie Publiczne* 2010; 120 (2), s. 188.

fundusz zakładu opieki zdrowotnej zwiększają zysk netto i kwoty zwiększające wartość aktywów trwałych wynikłe z ustawowego przeszacowania tych aktywów. Z kolei fundusz ten zmniejsza się o stratę netto oraz kwotę zmniejszenia wartości aktywów trwałych, będącego skutkiem ustawowego przeszacowania tych aktywów. Źródła finansowania aktywów samorządowych zakładów opieki zdrowotnej, czyli pasywa, obejmują kapitał własny, w skład którego wchodzi: kapitały (fundusze) podstawowy (inaczej założycielski), zapasowy, pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe, zysk (strata z lat ubiegłych), zysk (strata netto) oraz zobowiązania. Zobowiązania to wynikający z przeszłych zdarzeń obowiązki wykonania świadczeń o wiarygodne określonej wartości, które spowodują wykorzystanie już posiadanych lub przyszłych aktywów jednostki przez jednostkę określonych świadczeń na rzecz wierzyciela. Zobowiązania długoterminowe są to wszystkie zobowiązania samorządowych zakładów opieki zdrowotnej o terminie wymagalności powyżej roku⁷.

Majątek samorządowych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej był finansowany w latach 2013–2017 odpowiednio w wysokości: 30,3%, 28,0%, 26,0%, 25,0% i 22,7% kapitałem własnym (funduszem własnym), co oznacza, iż w szybki tempie nastąpiło obniżanie się udziału funduszu własnego w finansowaniu majątku szpitali (w 2017 roku w stosunku do 2013 roku nastąpiło obniżenie poziomu sfinansowani kapitałem własnym o 7,6 punkt. proc.). Obniżanie się udziału funduszu własnego w finansowaniu majątku szpitali jest konsekwencją przez analizowane okres ponoszenie straty przez szpitale.

Na koniec 2013 r. wartość zobowiązań i rezerw na zobowiązania stanowiła 76,4% pasywów ogółem i była niższa o 6,0 punkt. poc.). W analizowanym okresie ukształtował się wysoki poziom zobowiązań krótkoterminowych oraz rozliczeń międzyokresowych. Udział w ogólnej sumie pasywów w latach 2013–2017 wyniósł odpowiednio: 20,9%, 21,1%, 21,0 21,6% i 21,6% oraz 34,2%, 35,%, 36,6%, 36,5% i 36,9%.

Analiza rachunku zysków i strat sspoz

Rachunek zysków i strat jest źródłem informacji o wynikach działalności sspoz w całym roku obrotowym. Rachunek zysków i strat pozwala na badanie źródeł przychodów, analizę kosztów, w badanym przypadku kosztów według rodzaju, w powiązaniu z wybranymi elementami aktywów i źródeł ich finansowania – na ocenę działalności i majątku.

Przychody i zyski definiuje się jako uprawdopodobnione powstanie w okresie sprawozdawczym korzyści ekonomicznych, o wiarygodnie określonej wartości, w formie zwiększenia wartości aktywów albo zmniejszenia wartości zobowiązań, które przyczyniają się do wzrostu kapitału własnego lub zmniejszeni jego niedoboru w inny sposób niż wniesienie środków przez udziałowców lub współwłaścicieli⁸.

Z tabeli 2 wynika w 2017 r. w stosunku do 2013 r. wzrost przychodów ze sprzedaży i zrównanej z nimi o 11,1%, w tym sprzedaży do NFZ o 11,7%, przy jednoczesnym podobnym poziomie kosztów działalności operacyjnej (wzrost o 11,8%).

Koszty i straty definiuje się jako uprawdopodobnione zmniejszenie uprawdopodobnione zmniejszenie w okresie sprawozdawczym korzyści ekonomicznych, o wiarygodnie określonej wartości kapitału własnego lub zwiększenie jego niedoboru w inny sposób niż wycofanie środków przez udziałowców lub współwłaścicieli⁹.

Koszty w ogólnym ujęciu stanowią zarówno wyrażone w pieniądzu zużycie materialnych oraz osobowych czynników wytwórczych, jak i inne wydatki pieniężne, związane z świadczonymi usługami zdrowia oraz sprzedażą produktów i usług w ramach działalności operacyjnej, która związana jest z realnymi procesami działalności leczniczej.

Wśród kosztów działalności operacyjnej największą pozycję stanowią wynagrodzenia, zużycie materiałów i energii oraz usługi obce. W kosztach działalności operacyjnej koszty stanowiły: koszty wynagrodzeń w 2013 r. 40,6%, zaś w 2017 r. 39,5%; koszty materiałów i energii: 22,3% i 22,3%, zaś koszty usług obcych odpowiednio: 20,9% i 23,7%. Kwotowo nastąpił w wymienionych latach wzrost kosztów z tytułu wynagrodzeń o kwotę 1 082 351 tys. zł, (wzrost o 109,7%) z tytułu zużycia materiałów i energii o kwotę 751 317 tys.

⁷ art. 3 ust 1 pkt 20 ustawy z 29.09.1994 r. o rachunkowości (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 395 z późn. zm.- dalej u.o.r.

⁸ art. 3 ust 1 pkt 30 u.o.r.

⁹ art. 3 ust 1 pkt 31 u.o.r.

zł (wzrost o 12,4%) i usług obcych o kwotę 1 357 064 tys. zł (wzrost o 23,7%). Kwota amortyzacji zależy od struktury aktywów. Ze względu na to, że kapitał pochodzący z amortyzacji nie jest w sposób szczególny oznaczony, w niektórych sytuacjach jest wykorzystywany do zupełnie innych celów, np. do regulowania bieżących zobowiązań. W szczególności dzieje się to w sytuacji, gdy szpital prowadzi działalność ze stratą, albo zysk jest niewielki. Takie działanie na dłuższy okres jest dla szpitala zgubne, ale gdy chodzi o przetrwanie szpitala priorytetem w tej sytuacji jest horyzont krótkookresowy. W latach 2013–2017 w miarę stabilna była wartość pozostałych przychodów operacyjnych (spadek 0,3%). Strata na działalności operacyjnej w 2017 r. w stosunku do 2013 r. była wyższa o kwotę 201 948 tys. zł.

Działalność finansowa szpitala wiąże się z ograniczonym rynkiem finansowym, odnosi się do procesu inwestycji i zobowiązań finansowych, np. z tytułu odsetek od zaciągniętych kredytów. Strata na działalności finansowej w 2017 r. była wyższa w stosunku do 2013 r. o kwotę 172 141 tys. zł.

Zyski i straty są losowe, ale wpływają na zysk (stratę) brutto w rachunku zysków i strat. Powstają na skutek zdarzeń wyjątkowych, trudnych do przewidzenia i nie są związane z ryzykiem do przewidzenia. W rachunku zysków i strat od zysku (straty) brutto odejmuje się naliczony podatek dochodowy, świadczenie szpitala na rzecz budżetu państwa. Rola zysku wynika z funkcji, jakie może on pełnić w jednostce prowadzącej działalność leczniczą. W nowych warunkach ekonomicznych będzie to odnosić się również do jednostek, jakimi są sspzoz-y¹⁰. Funkcje te można określić jako zbiór podstawowych reguł:

- zysk jest najbardziej ogólnym i wszechstronnym miernikiem oceny pracy jednostki,
- zysk stanowi źródło samofinansowania rozwoju.

Przyjęcie zysku, jako miernika oceny, wynika z jego walorów w tej roli¹¹: jest wskaźnikiem odzwierciedlającym efekty działalności, ma syntetyczny charakter oraz najszerszy zasięg, jest zawsze skwantyfikowany, określony jednoznacznie (ilościowo)¹².

Publiczny zakład opieki zdrowotnej, który posiada zdolność do osiągania wyższych zysków, jest traktowany przez otoczenie jako wiarygodny kontrahent. W ten sposób rozszerza swoje możliwości pozyskania dodatkowych źródeł na finansowanie rozwoju od potencjalnych kapitałodawców¹³. Wynik finansowy wykazany w Informacji o finansach szpitali za analizowany okres wykazany w rachunku zysków i strat jest wynikiem memoriałowym. Zmiany w zakresie poszczególnych pozycji rachunku zysków i strat spowodowały wzrost straty netto w 2013 r. w stosunku do 2017 r. o kwotę 208 964 tys. zł (wzrost o 220,9%).

Samorządowy zakład opieki zdrowotnej decyduje sam o podziale zysku oraz pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy. Jeżeli ujemny wynik finansowy (strata) nie może być pokryty w sposób wskazany wyżej, podmiot tworzący podejmuje działania w zakresie zmiany jego formy organizacyjno-prawnej¹⁴. Art. 59 uodl nakłada na podmioty tworzące obowiązek pokrywania strat sspzoz, jeżeli nie może być ona pokryta przez zakład we własnym zakresie, jednak w kwocie nie wyższej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji. Alternatywa jest wydanie przez podmiot tworzący rozporządzenia, zarządzenia albo podjęcie uchwały o likwidacji sspzoz – jeżeli strata netto za rok obrotowy nie może być pokryta we własnym zakresie przez sspzoz oraz po dodaniu kosztów oraz amortyzacji ma wartość ujemną.

Analiza należności i zobowiązań sspzoz

Należności to skutek odroczenia zapłaty za usługi zdrowotne na rzecz pacjentów. Takie odroczenie to nic innego jak udzielony kredyt. Może on wynikać z czynności manipulacyjnych związanych z regulacją zarówno ze strony sspzoz jak i płatnikiem NFZ. Następstwem posiadania należności jest znaczne zapotrzebowanie na

¹⁰ Zob. W. Grześkiewicz, *Finanse samorządowych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2009–2011*, *Finanse Komunalne*, 3/2013.

¹¹ J. Szczepański, L. Szyszko (red.), *Finanse przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa 2007, s. 57.

¹² Podstawowym celem finansowym szpitala prywatnego jest maksymalizacja zysku w długim okresie, który może być oceniony w kontekście widzenia maksymalizacji wartości dla akcjonariuszy (właścicieli) lub interesariuszy.

¹³ M. Strużycki, *Zarządzanie małym i średnim przedsiębiorstwem*, Wydawnictwo Difin SA, Warszawa 2002, s. 232.

¹⁴ Artykuł 59 u.d.l.

najczęściej korzystanie z zewnętrznego finansowania. Chcąc zapewnić odpowiedni poziom płynności sspzoz, może wpływać na nią albo przez szybsze ściąganie należności, albo przez finansowanie zewnętrzne. W zakresie gospodarowania należnościami sytuacja w sspzoz w analizowanym okresie była zróżnicowana (tabela 3). Na koniec lat 2013–2015 należności ogółem samorządowych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej kształtowały się na podobnym poziomie, w tym należności wymagalne wykazywały w miarę stabilny poziom (spadek w 2014 r. w stosunku do 2013 r. spadek o 1%). W 2016 poziom należności w stosunku do 2015 r. wzrósł o 7,4%, zaś w 2017 w stosunku do roku poprzedniego wzrósł o 16,1%. W 2013 r. względem NFZ stanowiły 85,9% należności ogółem, zaś w 2017 relacja ta wniosła 85,2%.

Należności wymagalne w tej grupie należności kształtowały się odpowiednio w 2013 roku 74,5%, zaś w 2017 r. 41,4%. Z danych tabeli 4 wynika, iż wartość zobowiązań ogółem samorządowych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej na koniec 2017 r. była wyższa w stosunku do 2013 r. o kwotę 3 331 731 tys. zł, co stanowi wzrost o 43,4%.

Zobowiązania wymagalne na koniec 2013 r. stanowiły kwotę 1 295 tys. zł, co stanowiło 19,3% zobowiązań ogółem (w 2013 r. – 16,9%). Największą grupę zobowiązań wymagalnych w latach 2013–2017 stanowiły zobowiązania z tytułu dostaw towarów i usług „zobowiązania pozostałe” w 2013 roku 75,6%, zaś w 2017 w roku 81,6%.

Przyrost w tej grupie zobowiązań w 2017 r. w stosunku do 2013 r. wyniósł 154,8%. Istotną pozycję w analizowanych latach stanowiły zobowiązania wobec ZUS, w 2013 r. stanowiły 10,2%, w 2017 roku 9,9% zobowiązań ogółem. Wysoki poziom zobowiązań wymagalnych świadczyć może o zmianie orientacji w finansowaniu działalności gospodarczej. Zaciąganie zobowiązań w tym kredytów, pożyczek przez sspzoz nie podlega ograniczeniom ustawowym, inaczej niż to ma miejsce w przypadku jednostek samorządu terytorialnego. Największe zadłużenie w latach 2013–2017 wynikało z tytułu zobowiązań „pozostałych” i stanowiło odpowiednio: 75,6%, 81,1%, 81,1%, 81,8% i 81,6% zobowiązań ogółem.

Charakterystyka wskaźników sytuacji finansowej sspzoz

Do oceny sytuacji finansowej i zasobów majątkowych samodzielnych samorządowych publicznych zakładów opieki zdrowia, Ministerstwo Zdrowia wprowadziło w ograniczonym zakresie standardy stosowane w ocenie przedsiębiorstwa (quasi-przedsiębiorstwa)¹⁵. Ze względu na niedobór pieniądza w ochronie zdrowia pojawia się konieczność wykorzystania analiz ekonomicznych przy podejmowaniu decyzji zarządczych. Płatnicy publiczni jak i prywatni, powinni prowadzić badania efektywności funkcjonowania świadczeniodawców, a przede wszystkim oni sami powinni wykorzystywać do własnego wykorzystania danych o efektywności własnego gospodarowania¹⁶. Narzędzie umożliwiające zbadanie sytuacji finansowej oraz efektów danej działalności to analiza finansowa. Pozwala ona poznać i dokonać oceny zjawisk występujących w przedsiębiorstwie. Analiza ta jest nieodzowna przy identyfikacji związków przyczynowo-skutkowych, które powstają między poszczególnymi kategoriami ekonomicznymi w przedsiębiorstwie. Analiza finansowa daje podstawy zarówno do określenia aktualnego stanu przedsiębiorstwa, jak również do podejmowania decyzji gospodarczych w przyszłości¹⁷.

Informacje gromadzone dla potrzeb analizy finansowej pozwalają do ustalania istotnych wielkości i wskaźników. Dzięki temu można określić w jakiej kondycji znajduje się konkretny szpital oraz ocenić efektywność zarządzania nim. Należy jednak pamiętać, że analiza wskaźnikowa jako istotny element analizy finansowej jest jednak jednym z elementów oceny jednostki i powinna być wstępem do dalszej analizy. Analiza wskaźnikowa umożliwia ocenę badanego zjawiska w sposób obiektywny oraz porównania go w czasie (np. rok do roku) i przestrzeni (w stosunku do innego przedsiębiorstwa). Ma ona jednak swoje wady i zalety.

Do istotnych wad analizy należy zaliczyć to, że nie wskazuje przyczyn niekorzystnych zjawisk jakie wystąpiły w badanej jednostce. Wpływ transakcji jednorazowych (zyski i straty nadzwyczajne, efekty różnic

¹⁵ Raport CASE, Projekt reformy ochrony zdrowia w Polsce, cz. II: Zarys reformy, Warszawa 2005, s. 22.

¹⁶ E. Nojszewska, Czy zdrowie w Polsce potrzebuje strategii?, Biuletyn Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego 4/79, wrzesień 2017, s. 61.

¹⁷ K. Stępień, A. Kasperowicz-Stępień, Analiza finansowa jako narzędzie wykorzystywane do badania sytuacji finansowej jednostki, Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2007, 750, s. 167–168.

kursowych) na wartość wskaźników. Z kolei do jej zalet niewątpliwie należy zaliczyć to, że wskaźniki dają możliwość identyfikacji krytycznych obszarów działalności przedsiębiorstwa. Powszechność stosowanych wskaźników umożliwia przeprowadzenie analiz porównawczych z innymi podmiotami. W miarę prosty sposób jej sporządzania. Świadomość tego pozwala na negatywną ocenę wskaźników, które wykorzystujemy do tej analizy. Dokonując oceny bardzo istotne są umiejętności, doświadczenie i wiedza osoby sporządzającej analizę. Obliczone wartości wskaźników są skutkiem wewnętrznych warunków, które istnieją w danej jednostce, a nie wpływu czynników otoczenia, gdyż one jednakowo wpływają na wszystkie jednostki działające w określonej branży, w przypadku badanych jednostek w branży jednostek publicznej opieki zdrowotnej.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno – finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej zawiera wykaz wskaźników, sposób ich obliczania i punktowe oceny dla określenia prawidłowo wartości wprowadzono ocenę wskaźnikową szpitali¹⁸. W rozporządzeniu nadano określone mu poziomowi wskaźnika liczbę punktów.

Tabela 1. Majątek SSPZOZ i źródła jego finansowania latach 2013–2017

Wyszczególnienie	Lata					Struktura (w %)		Dynamika (w %)	
	2013	2014	2015	2016	2017	Lata		kol 6: kol. 5	kol. 6: kol. 2
1	2	3	4	5	6				
Aktywa, w tym:	tys. zł								
Aktywa trwałe	19 831 916	19 414 503	19 620 455	19 538 318	19 773 335	75,5	74,5	101,2	99,7
Aktywa obrotowe	6 445 395	6 346 118	6 442 156	6 749 286	6 764 861	24,5	25,5	100,2	105,0
Zapasy	471 265	503 385	501 812	544 506	550 091	1,8	2,0	101,0	116,7
Należności krótkoterminowe	3 229 029	3 196 668	3 292 206	3 535 706	3 153 085	12,3	11,8	89,2	97,6
Inwestycje krótkoterminowe	2 598 834	2 498 588	2 514 805	2 530 947	2 924 996	9,9	11,0	115,6	112,5
Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	146 267	147 477	133 333	138 127	136 689	0,5	0,2	98,9	93,4
Aktywa razem	26 277 311	25 760 621	26 062 611	26 287 604	26 543 197	100	100	100,9	101,0
Pasywa, w tym:	tys. zł					(w %)		(w %)	
Kapitał (fundusz własny)	7 950 203	7 205.384	6 777.060	6 577 771	6 277 176	30,3	23,7	95,4	79,0
Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania, w tym:	18 327 108	18 555 237	19 289 551	19 709 832	20 256 021	69,7	76,3	102,8	110,5
– rezerwy na zobowiązania	1 654 014	1 707 800	1 830 693	1 946 613	2 019 717	6,3	7,6	103,8	122,1
– zobowiązania długotermin.	2 132 035	2 401 112	2 443 385	2 475 291	2 701 930	8,1	10,2	109,2	126,7
– zobowiązania krótkotermin.	5 542 078	5 388 965	5 476 888	5 690 916	5 739 009	21,1	21,6	100,8	103,5
– rozliczenia międzyokresowe	8 998 982	9 057 360	9 538 585	9 597 002	9 805 365	34,2	36,9	102,2	109,0
Pasywa razem	26 277.311	25 760 621	26 062 611	26 287 604	26 543 197	100	100	101,0	101,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Biuletynu Statystycznego Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia: 2012 r. (s. 101 i 102), 2013 (s. 100 i 101), 2014 r. (s. 99 i 100), 2015 95 i 96), 2016 t. (s. 93 i 94), 2018 (s. 87 i 88)- mz.gov.pl

¹⁸ Dz. U., poz. 832.

Tabela 2. Analiza przychodów i kosztów sspzoz latach 2013–2017 (w tys. zł)

Wyszczególnienie	Lata				
	2013	2014	2015	2016	2017
A. Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi, w tym: przychody ze sprzedaży produktów sprzedanych NFZ (Kasom Chorych)	26 154 491 24 417 752	25 926 053 24 194 926	26 392 810 24 746 522	27 755 429 27 659 949	29 056 620 27 283 689
B. Koszty działalności operacyjnej, w tym:	27 371 423	27 306 520	27 930.113	29 276 830	30 602 502
1. Amortyzacja	1 645 870	1 639 863	1 636 566	1 686 131	1 568 571
2. Zużycie materiałów i energii, w tym:	6 066 579	6 153 269	6 346 739	6 575 041	6 817 956
2a. materiałów, w tym:	5 364 159	5 505 304	5 718 085	5 960 584	6 229 201
– leków,	2 759 823	2 852 051	2 981 710	3 215 207	3 316 081
– żywności,	136 101	128 571	120 260	121 015	127 591
– sprzętu jednorazowego,	1 008 319	1 038 957	1 110 506	1 241 476	1 268 068
– odczynników chemicznych i materiałów diagnostycznych	390 893	405 939	410 309	445 281	457 184
3. Usługi obce	5 715 856	5 987 454	6.239 844	6 649 039	7 072 920
4. Podatki i opłaty	207 437	201 209	191 561	194 041	189 685
5. Wynagrodzenia	11 117 305	10 805 768	10 965 310	11 568 792	12 199 656
6. Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	2 293 626	2 221 003	2 268 030	2 383 039	2 503 268
7. Pozostałe koszty rodzajowe	236 222	213 986	199 745	184 733	176 549
8. Wartość sprzedanych towarów i usług	88 527	83 968	82 318	75 415	73 897
C. Zysk (Strata) ze sprzedaży (A – B)	-1 216 931	-1 380 467	-1 537 303	-1 521 400	-1 545 882
D. Pozostałe przychody operacyjne	1 892 045	1 851 664	1 853 214	1 964 597	1 886 452
E. Pozostałe koszty operacyjne	666 759	641 067	499 474	579 309	534 164
F. Zysk (Strata) z działalności operacyjnej (C + D – E)	8 355	-169 870	- 183 562	-136 202	-193 593
G. Przychody finansowe	110 221	91 271	96 575	59 029	62 573
H. Koszty finansowe	307 341	270 481	236 980	229 077	238 887
I. Zysk (strata) z działalności finansowej	-188 766	-349 080	-323 967	- 306 249	-369 907
J. Wynik zdarzeń nadzwyczajnych	25 633	10 814	14 808	-	-
K. Zysk (strata) brutto	-163 133	-338 266	-309 159	11 981	-
Podatek dochodowy	-	-	-	11 981	11 717
M. Pomniejszenie zysku (zwiększenie straty)	9 631	-	-	52	-
O. Zysk (strata) netto	-172 764	-352 667	- 319 285	- 318 282	381 728

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ze źródła w tabeli 1.

Ocenie ekonomiczno-finansowej sytuacji finansowej szpitali w sieci poddano 9 wskaźników (tabela 5).

Odnosząc się do wskaźników zyskowności (zwanych wskaźnikami rentowności) stwierdzić należy, że im większa jest wartość tych wskaźników, tym korzystniejsza jest sytuacja finansowa analizowanych jednostek. Podstawowymi miernikami informującymi o szybkości zwrotu zaangażowanego kapitału są wskaźniki rentowności, zwane także wskaźnikami zyskowności. Analiza rentowności odnosi się głównie od przeszłości, ale za pomocą jej można w pewnym stopniu oszacować zdolność szpitala do generowania zysku w przyszłości, ocenić perspektywę szpitala w przyszłości¹⁹. W zakresie pomiaru zyskowności do najczęściej używanych wskaźników należą: wskaźnik zyskowności netto, wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej, wskaźnik zyskowności aktywów.

Wskaźnik zyskowności netto. Wskaźnik ten odzwierciedla relację uzyskanego zysku netto na działalności do przychodów ogółem z działalności operacyjnej, z pozostałej działalności i finansowej. W analizowanym okresie szpitale publiczne zamknęły swoją działalność stratą.

Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej. Wskaźnik ten odzwierciedla relację zysku netto na działalności do przychodów ogółem z działalności operacyjnej oraz przychodów netto i zrównanych z nimi oraz pozostałych przychodów. W analizowanym okresie szpitale publiczne zamknęły swoją działalność stratą. Wskaźnik w analizowanym okresie ma również wartość ujemną.

Wskaźnik zyskowności aktywów (ROA) (inaczej rentowności aktywów). Wskaźnik ten wyraża stosunek zysku netto do średniego stanu aktywów. Wskaźnik ten określa zdolność aktywów ogółem do generowania zysku netto i jest miernikiem podnoszenia efektywności gospodarowania szpitala. Na jego poziom wpływa wiele różnorodnych czynników, niekiedy o przeciwnym poziomie oddziaływania, toteż z obliczeniem jego wielkości określa się wpływ czynników na jego poziom²⁰.

Wskaźniki płynności finansowej. Zazwyczaj uznaje się, że najważniejszym elementem analizy sytuacji ocenianego podmiotu jest ocena jej płynności finansowej. Badanie płynności finansowej służy ocenie, czy szpital będzie zdolny terminowo i w całości uregulować zaciągnięte zobowiązania bieżące (krótkoterminowe). Płynność finansowa jest najważniejsza, gdyż można mieć zysk i nie mieć płynności, a to oznacza problemy w regulowaniu zobowiązań szpitala. W przypadku szpitali raczej taka ewentualność nie zachodzi. NFZ terminowo przekazują należności za zakontraktowane usługi zdrowotne. Dodatkowo publiczne szpitale osiągają dodatkowo przychody za usługi zdrowotne świadczone na zasadach rynkowych. W literaturze wymieniane są trzy rodzaje wskaźników płynności: wskaźnik bieżącej płynności, wskaźnik szybkiej płynności finansowej i wskaźnik natychmiastowej płynności²¹. Pozytywną płynność mają te jednostki, dla których wartości podanych wskaźników mieszczą się w zalecanym przedziale.

W analizie płynności badane są relacje pomiędzy składnikami aktywów obrotowych o różnym stopniu płynności a zobowiązaniami krótkoterminowymi. Im wyższy poziom wskaźnika (większa ilość punktów), tym do badania pokrycia zobowiązań wymagalnych w okresie jednego roku bierze się pod uwagę aktywa coraz łatwiejsze do spieniężenia. Wartość wskaźnika płynności bieżącej, co do zasady powinna się mieścić w przedziale od 1,2 do 2,0. To, że wskaźnik płynności ma górną wielkość przedziału wynika z tego, że celem działania ocenianego podmiotu nie powinno być utrzymanie nadpłynności.

Jakkolwiek podaje się zalecane wielkości wskaźników, to jednak należy nadmienić, że niektórzy autorzy przestrzegają przed arbitralnym ustalaniem normatywów, gdyż jak podają, każdy rodzaj działalności ma swoją specyfikę w zakresie majątku obrotowego i do oceniania płynności na podstawie tych wskaźników należy podchodzić ostrożnie i indywidualnie²².

Wskaźnik płynności bieżącej. Wskaźnik bieżącej płynności informuje o możliwości szpitala do terminowego regulowania zobowiązań krótkoterminowych w oparciu o aktywa bieżące. Wskaźnikiem służącym do oceny płynności jest wskaźnik płynności bieżącej, czyli relacja wartości majątku obrotowego do krótkoterminowych (bieżących zobowiązań)²³. Wzrost wskaźnika informuje o poprawie płynności finansowej, zaś spadek

¹⁹ M. Sierpińska, T. Jachna, *Ocena przedsiębiorstwa według standardów światowych*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1997, s. 103.

²⁰ Ibidem, s. 147.

²¹ J. Dyktus, M. Gaertner, B. Malik, *Sprawozdawczość i analiza finansowa*, Difin, Warszawa 2017, s. 113.

²² D. Davis, *Sztuka zarządzania finansami*, PWN, Warszawa 1993, s. 45–50.

²³ J. Czekaj, Z. Dresler, *Podstawy zarządzania finansami firmy*, Difin, Warszawa 1997, s. 214.

o jej pogorszeniu. W teorii spotyka się pogląd, że wskaźnik bieżącej płynności powinien być większy od 1 (pożądany 1,2–2)²⁴.

Oznacza to, że:

- wskaźniki mniejsze niż zalecane wielkości mogą świadczyć o trudnościach w terminowym regulowaniu zobowiązań,
- wskaźniki mieszczące się w przedziale świadczą o optymalnym poziomie płynności finansowej,
- wskaźniki powyżej przedziału świadczą o nadpłynności finansowej²⁵.

Wskaźnik szybkiej płynności. Wskaźnik ten pokazuje stopień pokrycia zobowiązań krótkoterminowych aktywami o dużym stopniu płynności. Ujmując relację bardziej płynnych aktywów do zobowiązań krótkoterminowych. Aktywa płynne o wyższym stopniu płynności to środki pieniężne oraz ekwiwalenty pieniężne, którymi są krótkoterminowe inwestycje o dużej płynności, łatwo wymienialne na kwoty środków pieniężnych, np.: akcje o nieokreślonym terminie wykupu. Wskaźnik szybkiej płynności dla przedsiębiorstw wynoszący 1,0 uważany jest satysfakcjonujący i pokazuje, że szpital może sprostać szybko bieżącym zobowiązaniom. W sspzoz poziom zapasów w strukturze aktywów stanowił około 2% wartości aktywów ogółem. Wartość tego wskaźnika nie odbiega znacznie od wartości wskaźnika bieżącej płynności²⁶.

Wskaźnik rotacji należności w dniach. Wskaźnik rotacji należności informuje jak długo trwa średni cykl inkasa należności, czyli, w jaki czasie od momentu sprzedaży towarów i usług dokonywana jest zapłata. Inaczej mówiąc, wskaźnik ten określa w dniach, po ilu dniach w ciągu roku szpital odtwarza stan swoich należności. Przyjmuje się, że im krótszy cykl inkasa należności, tym lepiej dla szpitala. Wzrost poziomu wskaźnika jest nie korzystny, gdyż takie zjawisko przyczynia się do pogorszenia się z płynności finansowej.

Wskaźnik rotacji zobowiązań w dniach. Miernikiem sprawności działania jest wskaźnik rotacji zobowiązań, na podstawie którego ustala się, po ilu dniach (średnio) szpital reguluje zobowiązania wobec dostawców towarów i usług. Na ogół dla jednostki im dłuższy okres spłaty zobowiązań, tym jest bardziej korzystny. Pod warunkiem jednak, że szpitale regulują wymagalne zobowiązania w terminie. W sytuacji, gdy okres spłaty zobowiązań jest dość wysoki na skutek płynności finansowej, uznać należy takie zjawisko negatywne, skutkujące dodatkowymi sankcjami w postaci odsetek lub koniecznością odraczania terminu płatności (udzielania tzw. kredytu kupieckiego).

Wskaźnik zadłużenia aktywów. Wskaźnik ten uwzględnia relację całości zobowiązań krótkoterminowych jak i zobowiązań długoterminowych oraz rezerw międzyokresowych do aktywów ogółem i obrazuje własnościową strukturę finansowania aktywów. Określa on wzajemne proporcje kapitału własnego i kapitału obcego w finansowaniu majątku szpitala²⁷.

Wykorzystanie kapitału obcego przyczynia się do podniesienia rentowności kapitału własnego dzięki wykorzystaniu dźwigi finansowej, zatem minimalizacja tego wskaźnika może świadczyć o niewykorzystaniu tej możliwości²⁸. Z kolei zbyt wysoki wskaźnik świadczy o dużym ryzyku finansowym, informując, że szpital może utracić zdolność do zwrotu długów.

Wskaźnik wypłacalności. Uzupełniającym wskaźnikiem oceny poziomu zadłużenia szpitala jest relacja zobowiązań i rezerw na zobowiązania ogółem do funduszu własnego. Wskaźnik ten określa stopień zaangażowania kapitału obcego w stosunku do kapitału własnego, możliwość pokrycia zobowiązań funduszem własnym szpitala. Zgodnie z zasadą złotej reguły finansowania wskaźnik ten powinien kształtować się na poziomie 0,529.

²⁴ Zob. K. Kreczmańska-Gigoł, *Pojęcie płynności strukturalnej, płynności potencjału i zdolności płatniczej*, [w:], red. Kreczmańska-Gigoł, *Płynność finansowa przedsiębiorstwa*, Difin, Warszawa 2015, s. 30–69.

²⁵ M. Sierpińska, T. Jachna, op. cit, s. 167.

²⁶ Szerzej na temat normatywnych wielkości wskaźników płynności zob. G. Gołębiowski, A. Tłaczała, *Analiza finansowa teorii i w praktyce*, Difin, Warszawa 2009, s. 185i187.

²⁷ E. Wierzejska, *Wykorzystanie analizy wskaźnikowej w zarządzaniu szpitalem* [w:] M.D. Głowacka (red.), *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2009, s. 192.

²⁸ B. Pomykańska, P. Pomykański, *Analiza finansowa przedsiębiorstwa. Wskaźniki i decyzje w zarządzaniu*, Difin, Warszawa 2017, s. 118.

²⁹ M. Sierpińska, T. Jachna, op. cit, s. 167.

Tabela 3 Należności sspzoz w latach 2013–2017 (tys. zł)

Wyszczególnienie	2013		2014		2015		2016		2017	
	Ogółem	w tym wymagalne	Ogółem	w tym wymagalne	Ogółem	w tym wymagalne	Ogółem	w tym wymagalne	Ogółem	w tym wymagalne
Należności ogółem, z tego:	3 230 166	319 106	3 197 425	304 447	3 292 384,1	318 630,4	3 537 175	243 431,9	4 105 477	209 810
NFZ	2 776 172	234 574	2 779 130	234 097	2 836 927,6	233 477,3	3 079 112	174 554,2	3 496 609	86 949
Ministerstwo										
Zdrowia	3 445	189	20 228	319	4 205,4	5,4	4 506	45,3	6 3035	551
SPZOZ	36 518	16 802	35 588	10 652	32 316,3	10 689,4	33 165	10 656,2	107 430	41 102
NZOZ	19 987	6 429	21 172	6 581	39 545,1	6 454,2	20 998	6 279,0	41 465	13 807
Pozostałe	394 045	61 112	341 306	52 798	380 389,7	68 004,1	399 394	51 897,3	453 938	67 402

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ze źródła podanego w tabeli 1.

Tabela 4 Zobowiązania sspzoz w latach 2013–2017 (tys. zł)

Wyszczególnienie	2013		2014		2015		2016		2017	
	Ogółem	w tym wymagalne	Ogółem	w tym wymagalne	Ogółem	w tym wymagalne	Ogółem	w tym wymagalne	Ogółem	w tym wymagalne
Zobowiązania ogółem, z tego:	7 674 113	1 295 756	7 790 077	1 194 796	7 920 273,3	981 877,3	8 166 206,4	1 035 306,3	11 005 843	1 177 081
ZUS	781 341	68 156	697 653	27 226	718 733,4	22 934,1	755 042,3	8 130,5	1 088 165	4 991
PFRON	26 112	7 457	18 123	1 547	15 303,4	841,4	13 905,6	817,5	16 468	345
Energia, gaz, woda i inne media	157 511	71 400	144 803	58 668	130 973,6	47 165,7	130 933,9	35 503,7	158 824	32 608
Pracownicy	904 638	60 350	608 536	18 610	626 201,7	11 131,4	587 162,3	3 131,7	756 368	4 667
Pozostałe	5 804 511	1 088 393	6 320 961	1 088 747	6 426 061,2	90 344,7	6 679 162,3	987 723,0	8 986 019	1 134 470

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ze źródła tabeli 1.

Ocena wskaźnikowa sspzoz za lata 2013–2017

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia, sspzoz miały obowiązek sporządzić pierwszą analizę sytuacji ekonomiczno-finansowej za 2017 rok. Tabela 5 przedstawia wskaźniki sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych samorządowych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2013–2017. Minimalną dodatnią wartość wskaźniki zyskowności osiągnęły jedynie w 2013 r. Po 2013 r. wielkość ich miała wartości ujemną. Najniższy poziom wskaźniki te osiągnęły w 2017 r. Wpływ na wartość wskaźników miała w analizowanym okresie strata na działalności szpitali.

Tabela 5. Wskaźniki sytuacji ekonomiczno-finansowej sspzoz w latach 2013–2017

Wyszczególnienie	Lata				
	2013	2014	2015	2016	2017
Wskaźnik zyskowności netto	0,006	-0,012	-0,011	-0,010	-0,013
Wskaźnik zyskowności operacyjnej	0,000	-0,006	-0,006	-0,010	-0,013
Wskaźnik zyskowności aktywów ¹	0,007	-0,013	-0,012	-0,012	-0,014
Wskaźnik płynności bieżącej	1,16	1,18	1,18	1,18	1,17
Wskaźnik szybkiej płynności	0,36	0,36	0,35	0,35	0,32
Wskaźnik rotacji należności (dniach) ¹	44,4	45,2	44,8	44,9	48,0
Wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach) ¹	104,4	108,8	108,6	105,8	120,4
Wskaźnik zadłużenia aktywów (w %)	75,0	72,0	74,0	75,0	76,3
Wskaźnik wypłacalności	3,00	2,57	2,85	3,00	4,2

¹ do obliczeń wzięto średni stan na konie roku poprzedniego i koniec roku rozliczeniowego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych tabeli 1–4.

Wskaźnik bieżącej płynności w latach 2014–2016 kształtował się na stabilnym poziomie i jego wartość wyniosła 1,18%. Nieco niższa wartość tego wskaźnika w stosunku do tych lat ukształtowała się w 2017 r. (1,17%). Podobna tendencja dotyczyła wskaźnika szybkiej płynności, od 2014 r. nastąpiło jego nieznaczne obniżenie (o 0,1 punkt. proc.). Dość znaczne obniżenie jego nastąpiło w roku 2017 (spadek o 0,3 punkt. proc.). W literaturze przedmiotu dla przedsiębiorstw przemysłowych wartość wskaźnika płynności bieżącej określana jest w granicach 1,2 (1,5), zaś wskaźnika płynności szybkiej wynoszący 1,0 uważany jest za satysfakcjonujący³⁰. Oznacza to, że wartość tego wskaźnika dla szpitali uznać należy za zadawalającą. Znacznie poniżej standardów jest wskaźnik szybkiej płynności.

Jeżeli znaczna część aktywów jest zaangażowana w należności, nad którymi zakład nie sprawuje pełnej kontroli, to może doprowadzić do utraty płynności, do powstania trudności finansowych, a końcowym przypadkiem do trudności w bieżącym regulowaniu zobowiązań. Wskaźnik rotacji należności kształtował się na dość niskim i w marę stabilnym poziomie (średni cykl rotacji należności w latach 2013–2016 wyniósł w granicach 45 dni. Pogorszeniu jednak uległ w 2017 r. (wzrost o około 3 dni w stosunku do 2016 r.). Wpływ na poziom tego wskaźnika może mieć terminowe regulowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia płatności za świadczone usługi zdrowotne na rzecz szpitali.

W latach 2014–2015 wartość wskaźnika rotacji zapasów kształtowała się na poziomie prawie 109 dni, korzystniejszy poziom wskaźnik ten osiągnął w latach 2013 i 2016. Wynika to z dość wysokiego poziomu zobowiązań krótkoterminowych badanych jednostek. W 2017 r. nastąpił jego znaczny wzrost w stosunku do roku poprzedniego (o 14,6 dni). Uznać należy, iż cykl rotacji zobowiązań w analizowanym okresie jest dość wysoki.

W teorii i stosowane w praktyce istotne znaczenie mają zasady dopasowania kapitałów do rodzajów aktywów. Jedną z nich jest tzw. **złota reguła finansowania**, według której nie należy się zadłużać ponad war-

³⁰ M. Sierpińska, *Wskaźnikowa ocena kondycji finansowej przedsiębiorstwa*, op. cit. 147, J. Dyktus, M. Gaertner, B. Malik, *Sprawozdawczość i analiza finansowa*, Difin, Warszawa 2017, s. 112.

tość kapitałów własnych. Kolejna reguła finansowania to **złota reguła bilansowa**, według której następuje całkowite sfinansowanie aktywów trwałych kapitałem własnym. Gdy te dwie wielkości są sobie równe, wówczas oznacza to utrzymywanie stabilności finansowej przez szpital³¹. W 2013 r. wartość aktywów trwałych wyniosła 19 831 916 tys. zł, zaś kapitału własnego stanowiła kwotę 7 950 203,0 tys. zł, czyli wartość aktywów trwałych była trzykrotnie wyższa w stosunku do wartości kapitału własnego. W 2016 r.

Poziom zadłużenia aktywów oddaje wskaźnik zadłużenia aktywów. Poziom wskaźnika zadłużenia aktywów sspoz po 2013 r. wykazują tendencję rosnącą. W latach 2013 i 2015 wskaźnik ten wyniósł wartość 75 jednostek, najniższa wartość tego wskaźnika ukształtowała się w 2014 r. Z kolei wskaźnik wypłacalności najwyższą wartość osiągnął w 2013 i 2015 roku, zaś najniższa w 2014 r. Poziom tych wskaźników uznać należy, że mieszczą się w granicach przyjętych standardów.

7. Rachunek przepływów pieniężnych. Rachunek przepływów pieniężnych dostarcza informacji użytecznych przy szacowaniu przyszłych przepływów środków pieniężnych. Sporządzenie rachunku przepływów pieniężnych polega na ustaleniu wszystkich bilansowych zmian stanu poszczególnych składników bilansowych, a następnie odpowiednie ujęcie ich w rachunku przepływów pieniężnych³². Ze względu na ograniczoną wielkość informacji o sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali brak jest możliwości sporządzenia rachunku przepływów pieniężnych.

Wnioski końcowe

W latach 2013–2017 nastąpił wzrost przychodów i zrównanych z nimi, podobna tendencja wystąpiła w e wzroście kosztów operacyjnych. Działalność zamykała się ujemnym wynikiem finansowym. Od 2014 r. kształtował się on na podobnym poziomie, tj. straty powyżej 300 mln na koniec analizowanych lat. Strata w poszczególnych latach miała wpływ na wartość wskaźników oceny finansowej. Zasadniczo prawie wszystkie wskaźniki oceny finansowej sspoz pogorszyły się, poza poprawą wskaźnika bieżącej płynności i wskaźnika szybkiej płynności.

Stwierdzić należy, że zawarte w uodl rozwiązania nie wpłynęły zasadniczo na uzdrowienie sytuacji finansowej szpitali. Organy założycielskie szpitali samorządowych nie są w stanie we własnym zakresie wpłynąć na istotną poprawę sytuacji finansowej. Nie są również zainteresowane prowadzenie postępowania sanacyjnego. W związku z dużym zadłużeniem i trudną sytuacją finansową, skutkująca z reguły problemem z utrzymaniem płynności finansowej, sspoz w celu zachowania ciągłości działania zmusza się do korzystania z instrumentów finansowych oferowanych przez instytucje liczące się z dużym ryzykiem i jednocześnie rekompensujące tą sytuację własnymi kosztami obsługi długu, niż banki i inne podmioty funkcjonujące w sektorze bankowym³³. Na wzrost majątku samorządowych szpitali mogą mieć wpływ udzielane dotacje z budżetów jednostek samorządu terytorialnego na realizację zadań określonych w uodl (art. 114 ust. 1 pkt 1–6). Ustawa ta formułuje ogólną podstawę prawną, finansowania zadań ochrony zdrowia z dotacji celowych, np. zadania w zakresie programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych i promocji zdrowia, inwestycje, remonty.

Zmiana organizacji szpitali nie ma wpływu na poprawę sytuacji finansowej. Ocena sytuacji finansowej szpitali nasuwa wniosek, iż szpitale nie są w stanie w najbliższym okresie zamknąć prowadzonej działalności leczniczej dodatnim wynikiem finansowym (zyskiem)³⁴. Istnieje potrzeba pomocy państwa w uzdrowieniu finansów szpitali, w pierwszej kolejności pomocy w oddłużeniu szpitali, w następnej kolejności stworzenia warunków zapewniających poprawę ich zyskowności. Stworzenia instrumentów osiągnięcia zysku niezbędnego na ich rozwój. Środkiem takim mogłaby być zwiększona wartość stawek Narodowego Funduszu Zdrowia

³¹ A. Skowronek-Milczarek, Z. Leszczyński, *Analiza działalności i rozwoju przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa 2008, s. 126–127.

³² M. Lachmirowicz, *Rachunek przepływów pieniężnych w praktyce*, CeDeWe, Warszawa 2018, s. 13 i n.

³³ Krajowa Rada Regionalnych Izb Obrachunkowych, *Sprawozdanie z działalności izb obrachunkowych i wykonania budżetu przez jednostki samorządu terytorialnego w 2017 roku*, Warszawa 2018, www.rio.gov.pl.

³⁴ Zob. W. Grzeškiewicz, *Czy samorządowe samodzielne zakłady opieki zdrowotnej są w stanie ograniczyć przyrost zadłużenia?* *Finanse Komunalne*, 9/2013.

za świadczone usługi zdrowotne. Wskazane jest ponowienie propozycji wprowadzenia minimalnej opłaty przez korzystających z usług zdrowotnych świadczonych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Nie rozwiązałoby to w sposób radykalny sytuacji finansowej tych jednostek jednak mogłoby wpłynąć w pewnym zakresie na poprawę ich rentowności. Przyznać jednak należy, że finansowanie szpitali budzi wiele zastrzeżeń i kontrowersji. Krytyce podawana jest wysokość wydatków na ochronę zdrowia, czego wyrazem jest od wielu lat wysoki poziom ich zadłużenia. W literaturze i praktyce gospodarczej istnieje zgodny pogląd, iż potrzeby zdrowotne świadczeniobiorców są większe niż możliwości ich finansowania, zarówno ze źródeł publicznych, jak i prywatnych nie tylko w Polsce, ale i innych krajach³⁵.

Bibliografia

- Czekaj J., Dresler Z., *Podstawy zarządzania finansami firmy*, Difin, Warszawa 1997.
- Davis D., *Sztuka zarządzania finansami*, PWN, Warszawa 1993.
- Dyktus J., Gaertner M., Malik B., *Sprawozdawczość i analiza finansowa*, Difin, Warszawa 2017.
- Gołębiowski G., Tłaczała A., *Analiza finansowa teorii i w praktyce*, Difin, Warszawa 2009.
- Grzeškiewicz W., *Czy samorządowe samodzielne zakłady opieki zdrowotnej są w stanie ograniczyć przyrost zadłużenia?* *Finanse Komunalne*, 9/2013.
- Grzeškiewicz W., *Finanse samorządowych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2009–2011*, *Finanse Komunalne*, 3/2013.
- Krajowa Rada Regionalnych Izb Obrachunkowych, *Sprawozdanie z działalności izb obrachunkowych i wykonania budżetu przez jednostki samorządu terytorialnego w 2017 roku*, Warszawa 2018 www.rio.gov.pl.
- Kreczmańska-Gigol K., *Pojęcie płynności strukturalnej, płynności potencjału i zdolności płatniczej*, [red.] Kreczmańska-Gigol, *Płynność finansowa przedsiębiorstwa*, Difin, Warszawa 2015.
- Książek P., Włach R., Rzemyska C., Jaroszyński, Pękalski T., Zdrojewski J., Zygo M., *Analiza wskaźnikowa – instrument efektywnego zarządzania*, *Zdrowie Publiczne* 2010; 120 (2).
- Lachmirowicz M., *Rachunek przepływów pieniężnych w praktyce*, CeDeWe, Warszawa 2018.
- Nojszewska E., *Czy zdrowie w Polsce potrzebuje strategii?*, *Biuletyn Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego*, 4/79, wrzesień 2017.
- Raport CASE, *Projekt reformy ochrony zdrowia w Polsce*, cz. II: Zarys reformy, Warszawa 2005.
- Rejestr zakładów opieki z zdrowotnej, www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno – finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej zawiera wykaz wskaźników, sposób ich obliczania i punktowe oceny dla określenia prawidłowo wartości wprowadzono ocenę wskaźnikową szpitali (Dz. U., poz. 832).
- Sierpińska M., Jachna T., *Ocena przedsiębiorstwa według standardów światowych*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1997.
- Sierpińska M., Jachna T., *Ocena przedsiębiorstwa według standardów światowych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
- Sierpińska M., Jachna T., *Ocena przedsiębiorstwa według standardów światowych*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2005.
- Skowronek-Milczarek A., Leszczyński Z., *Analiza działalności i rozwoju przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa 2008.
- Stępień K., Kasperowicz-Stępień A., *Analiza finansowa jako narzędzie wykorzystywane do badania sytuacji finansowej jednostki*, *Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Krakowie*, Kraków 2007, 750.
- Strużycki M., *Zarządzanie małym i średnim przedsiębiorstwem*, Warszawa 2002.
- Szczepański J., Szyszko L. (red.), *Finanse przedsiębiorstwa*, Warszawa 2007.

³⁵ A. Warelis, E. A. Warelis, *Health insurance as source of financing the health care system in Poland*, *Studies and Business Synthesis*, Vilnius University Publishing House, Vilnius 2015, s. 447–458.

- Ustawa z 29.09.1994 r. o rachunkowości (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 395 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 160 z późn. zm.).
- Warelis A., Warelis E. A., *Health insurance as source of financing the health care system in Poland*, Studies and Business Synthesis, Vilnius University Publishing House, Vilnius 2015.

Financial situation of local-government independent public healthcare facilities after joining the network

Summary

The paper theoretically discusses the basic components of a financial statement, namely, a balance sheet, profit and loss account and cash flow statement. Moreover, it elaborates on indicators that are important for evaluating the economic and financial situation of hospitals. The analytical part of the paper focuses on an analysis of sales income and operating costs of local-government independent public healthcare facilities in 2013–2017. The data presented show that the units are in a difficult financial situation. What is needed to improve it is providing financial assistance to some of the local-government independent public healthcare facilities.

Keywords

balance sheet, profit and loss account, cash flow statement, assessment of the economic and financial situation of local-government hospitals