

Ocena sytuacji ekonomiczno-finansowej kluczowych podmiotów leczniczych województwa dolnośląskiego za lata 2012–2016

Streszczenie

Celem artykułu jest analiza i ocena sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym lub właścicielem jest Samorząd Województwa Dolnośląskiego. Jednostki te odgrywają kluczową rolę w ramach wojewódzkiego systemu ochrony zdrowia, dlatego wiwisekcja ich sytuacji finansowej jest istotną kwestią, także z punktu widzenia pacjentów. W analizie wykorzystano wskaźniki z grupy oceny zyskowności, płynności, efektywności oraz zadłużenia, na podstawie których tworzony jest raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zaobserwowane w badanych podmiotach tendencje powinny stać się przedmiotem zainteresowania z jednej strony kadry zarządzającej, a z drugiej nadzoru właścicielskiego.

Słowa kluczowe

ochrona zdrowia, podmioty lecznicze, analiza finansowa

Wprowadzenie

Województwo dolnośląskie zostało utworzone w wyniku reformy podziału administracyjnego Polski w 1999 r. z połączenia województw jeleniogórskiego, legnickiego, wałbrzyskiego, wrocławskiego, czterech gmin z województwa leszczyńskiego oraz trzech gmin z województwa kaliskiego¹. Zajmuje piąte miejsce pod względem liczby ludności, ze wskaźnikiem gęstości zaludnienia 146 osób na km², oraz siódmą lokatę pod względem powierzchni². Województwo podzielone jest na 30 powiatów, w tym 4 miasta na prawach powiatu, oraz 169 gmin, z czego 36 to gminy miejskie, 54 to gminy miejsko-wiejskie, a 79 to gminy wiejskie. Produkt krajowy brutto województwa dolnośląskiego w 2013 r., w przeliczeniu na jednego mieszkańca, stanowił prawie 112% średniej dla Polski i był to drugi wynik wśród wszystkich województw³. W kontekście systemu opieki zdrowotnej

¹ Zob. ustawa z dnia 24 lipca 1998 r. o wprowadzeniu zasadniczego trójstopniowego podziału terytorialnego państwa (Dz. U. Nr 96, poz. 603 z późn. zm.).

² Zob. Główny Urząd Statystyczny, *Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2014 r.*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2014, s. 17.

³ Zob. Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik statystyczny województw 2015*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2015, s. 608.

należy odnotować zachodzące negatywne zmiany demograficzne. Główny Urząd Statystyczny prognozuje, że grupa osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie w 2050 r. prawie dwukrotnie w porównaniu do 2015 r., z 593 tys. do 936 tys. osób⁴, co z pewnością negatywnie wpłynie na sytuację całego systemu.

Przystępując do analizy i porównania zasobów systemu ochrony zdrowia, warto rozpocząć od czynnika ludzkiego. Poniżej zostały przedstawione najważniejsze dane dotyczące liczby lekarzy, pielęgniarek i położnych (zob. tabela 1). W województwie dolnośląskim, zgodnie z danymi Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, w 2014 r. zarejestrowanych było ponad 11,5 tys. lekarzy, co w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców daje współczynnik równy 39,7. Jest to wartość powyżej średniej dla Polski (36,7), która daje czwarte miejsce wśród reszty województw. Liderem w tym rankingu jest województwo mazowieckie, z wynikiem 47,8. W przypadku liczby pielęgniarek Dolny Śląsk ponownie znajduje się na czwartym miejscu z wynikiem 80,5 – przy czym liderem jest województwo śląskie z wartością 82.

Tabela 1. Personel medyczny w podziale na województwa w 2014 r.

Województwo		Lekarze			Pielęgniarki			Położne		
		liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności		liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności		liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności	
			wskaźnik	miejsce w kraju		wskaźnik	miejsce w kraju		wskaźnik	miejsce w kraju
POLSKA	2013	139 595	36,3	×	279 979	72,7	×	34 826	9,0	×
	2014	141 390	36,7	×	282 472	73,4	×	35 468	9,2	×
Dolnośląskie		11 543	39,7	4	23 409	80,5	4	2 512	8,6	10
Kujawsko-pomorskie		6 291	30,1	11	14 021	67,1	11	1 820	8,7	9
Lubelskie		8 264	38,5	5	16 866	78,5	6	2 246	10,5	3
Lubuskie		2 606	25,5	14-15	6 553	64,2	15	851	8,3	12-13
Łódzkie		11 094	44,3	2	17 451	69,7	10	2 405	9,6	6-7
Małopolskie		12 695	37,7	7	24 334	72,2	9	3 055	9,1	8
Mazowieckie		25 516	47,8	1	40 282	75,5	7	4 476	8,4	11
Opolskie		2 542	25,4	16	7 388	73,8	8	820	8,2	14
Podkarpackie		5 421	25,5	14-15	17 353	81,5	3	2 493	11,7	1
Podlaskie		5 078	42,6	3	9 409	78,9	5	1 298	10,9	2
Pomorskie		8 724	37,9	6	14 561	63,3	16	1 788	7,8	15
Śląskie		17 100	37,3	8	37 606	82	1	4 400	9,6	6-7
Świętokrzyskie		3 677	29,1	12	10 321	81,7	2	1 277	10,1	4

⁴ *Ibidem*, s. 275.

Województwo	Lekarze			Pielęgniarki			Położne		
	liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności		liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności		liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności	
		wskaźnik	miejsce w kraju		wskaźnik	miejsce w kraju		wskaźnik	miejsce w kraju
Warmińsko -mazurskie	3 753	26,0	13	9 526	66,0	12	1 111	7,7	16
Wielkopolskie	10 849	31,2	10	22 352	64,4	13-14	3 488	10,0	5
Zachodniopomorskie	6 237	36,4	9	11 040	64,4	13-14	1 428	8,3	12-13

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2014.

Wskaźnik liczby położnych (8,6) dla województwa dolnośląskiego w 2014 r. znajdował się poniżej średniej dla Polski (9,2) i zapewniał dopiero 10. pozycję wśród wszystkich województw. W tym przypadku liderem było województwo podkarpackie, z wynikiem na poziomie 11,7. Należy odnotować, że we wszystkich przedstawionych przypadkach średnie wskaźniki dla Polski poprawiły się w ciągu roku, co ma pozytywne znaczenie dla funkcjonowania systemu.

W tabeli zaprezentowano wskaźniki dotyczące liczby pacjentów, czasu hospitalizacji oraz wykorzystania zasobów rzeczowych (zob. tabela 2). Województwo dolnośląskie dysponowało prawie 15 tys. łóżek w szpitalach ogólnych w 2014 r., zajmując, podobnie jak w przypadku liczby lekarzy i pielęgniarek, czwarte miejsce wśród wszystkich województw, z wynikiem 50,8 na 10 tys. mieszkańców. Najwyższym wskaźnikiem charakteryzuje się województwo śląskie (55,9), a najniższym pomorskie (40,1), przy czym średnia wartość w 2014 r. dla Polski wynosiła 47,9. Tylko cztery województwa posiadały powyżej 50 łóżek na 10 tys. mieszkańców i były to: dolnośląskie, lubelskie, łódzkie oraz śląskie.

W całej Polsce w 2014 r. z leczenia szpitalnego skorzystało ponad 8 mln 288 tys. osób, tj. mniej o prawie 11,5 tys. niż rok wcześniej, przy czym liczba osobodni wzrosła z niespełna 44 mln 500 tys. (2013 r.) do 45 mln 200 tys. (2014 r.). Do dolnośląskich jednostek lecznictwa stacjonarnego w 2014 r. zgłosiło się prawie 650 tys. osób, co daje wskaźnik 44 pacjentów przypadających na jedno łóżko. Wynik ten pozycjonuje województwo dolnośląskie na 11. miejscu, przy czym liderem w liczbie pacjentów przypadających na jedno łóżko jest Wielkopolska (51,1). Przeciętny pobyt chorego w szpitalu w Polsce w 2014 r. trwał 5,5 dnia i był taki sam dla województwa dolnośląskiego, które zajęło *ex aequo* miejsca od 10. do 12. wraz z kujawsko-pomorskim i podkarpackim. Najkrótszy przeciętny pobyt odnotowano w Wielkopolsce i wynosił on 4,7 dnia, najdłuższy – w województwie śląskim (6,3). Wykorzystanie łóżka w dniach wahało się od 230,4

(kujawsko-pomorskie) do 263 (lubelskie), przy czym średnia dla Polski wynosiła 245,7 (2014 r.). Województwo dolnośląskie znajdowało się nieznacznie poniżej wartości przeciętnej (244,4), zajmując ósmą lokatę wśród wszystkich województw.

Po podsumowaniu dotychczas przedstawionych danych można stwierdzić, że w przypadku personelu medycznego województwo dolnośląskie znajduje się w grupie województw z najwyższymi zasobami, jednak wykorzystanie łóżek szpitalnych jest niezadowolające. Istnieje możliwość podniesienia sprawności działania, zwłaszcza w przypadku zwiększania wykorzystywania łóżek, tj. podniesienia wartości wskaźnika wykorzystywania łóżka w dniach.

Samorząd Województwa Dolnośląskiego jest podmiotem tworzącym lub właścicielem dwunastu⁵ podmiotów leczniczych⁶, prowadzących działalność szpitalną. Wartość zakontraktowanych przez Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia świadczeń zdrowotnych w tych jednostkach w samym tylko 2017 roku wynosiła ponad 1,2 mld zł. Kwota ta stanowiła ponad 41,5% środków przewidzianych na sfinansowanie leczenia szpitalnego w całym województwie dolnośląskim oraz ponad 21% całego budżetu Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ⁷.

Z powyższego wynika, że jednostki podlegające Samorządowi Województwa Dolnośląskiego są bardzo ważną i znaczącą, w sensie wartości zawieranych kontaktów, częścią wojewódzkiego systemu ochrony zdrowia, dlatego należy zakładać, że ich sytuacja finansowa ma pośrednio duży wpływ na stan zdrowia mieszkańców.

Analizę finansową przeprowadzono za lata 2012–2016 dla jednostek⁸, które funkcjonują obecnie. W przypadku kilku jednostek ich zwiększony potencjał wynika z prowadzonej przez samorząd województwa polityki własnościowej mającej na celu łączenie lub też likwidację placówek o najtrudniejszej sytuacji ekonomicznej, przy czym zadania z zakresu ochrony zdrowia przekazywano do realizacji innym placówkom.

⁵ Są to: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu, Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu, Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu, Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Bierackiego w Wałbrzychu, Dolnośląskie Centrum Transplantacji Komórkowych z Krajowym Bankiem Dawców Szpiku we Wrocławiu, Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji sp. z o.o w Kamiennej Górze.

⁶ Wśród tych podmiotów jest jedenaście samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jedna spółka kapitałowa.

⁷ Zgodnie z Planem Finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2017 r. z dnia 8 grudnia 2017 r.

⁸ W analizie nie wzięto pod uwagę Dolnośląskiego Centrum Transplantacji Komórkowych z Krajowym Bankiem Dawców Szpiku ze względu na specyfikę prowadzonej działalności leczniczej.

Tabela 2. Wskaźniki działalności szpitali ogólnych

Województwo	Łóżka			Leczeni w ciągu roku			Przeciętny pobyt chorego				Wykorzystanie łóżka		
	liczba bez-względna	na 10 tys. ludności		ogółem	na 1 łóżko		osobodni w tys.	wskaźnik w dniach	miejsce w kraju	wskaźnik w dniach	miejsce w kraju	wskaźnik w %	
		wskaźnik	miejsce w kraju		wskaźnik	miejsce w kraju							
POLSKA	2013	183 961	47,8	8 299 423	45,1	×	44931,2	5,4	×	245,0	×	67,1	
	2014	184 496	47,9	8 288 043	44,9	×	45249,5	5,5	×	245,7	×	67,3	
Dolnośląskie	14 761	50,8	649 279	44,0	11	5,5	3596,9	5,5	10-12	244,4	8	67,0	
Kujawsko-pomorskie	9 777	46,8	407 376	41,7	14	5,5	2237,9	5,5	10-12	230,4	16	63,1	
Lubelskie	11 169	52,0	478 679	42,9	12	6,1	2920,5	6,1	15	263,0	1	72,1	
Lubuskie	4 370	42,8	203 198	46,5	5	5,2	1050,4	5,2	4-6	238,7	13	65,4	
Łódzkie	13 105	52,3	651 334	49,7	2	5,1	3312,0	5,1	3	249,7	5	68,4	
Małopolskie	14 797	43,9	633 349	42,8	13	6,0	3783,6	6,0	14	256,8	3	70,4	
Mazowieckie	25 375	47,6	1 250 755	49,3	3	5,2	6534,9	5,2	4-6	257,7	2	70,6	
Opolskie	4 497	44,9	187 279	41,6	15	5,8	1090,3	5,8	13	242,5	9	66,4	
Podkarpackie	10 165	47,7	452 731	44,5	10	5,5	2481,2	5,5	10-12	245,2	7	67,2	
Podlaskie	5 726	48,0	258 572	45,2	8	5,4	1394,8	5,4	8-9	246,5	6	67,5	
Pomorskie	9 237	40,1	432 382	46,8	4	5,0	2165,5	5,0	2	236,8	14	64,9	
Śląskie	25 625	55,9	964 419	37,6	16	6,3	6073,5	6,3	16	236,2	15	64,7	
Świętokrzyskie	6 209	49,2	286 403	46,1	6	5,4	1551,8	5,4	8-9	251,1	4	68,8	
Warmińsko-mazurskie	6 307	43,7	290 258	46,0	7	5,2	1503,8	5,2	4-6	239,0	11	65,5	
Wielkopolskie	15 323	44,1	782 623	51,1	1	4,7	3640,0	4,7	1	238,9	12	65,5	
Zachodniopomorskie	8 053	46,9	359 406	44,6	9	5,3	1912,2	5,3	7	239,1	10	65,5	

Źródło: opracowanie na podstawie danych z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2014 oraz Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2015.

Przychody podmiotów leczniczych

W 2017 roku Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ dysponował kwotą 2,89 mld zł na zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach leczenia szpitalnego⁹, z czego na analizowane jednostki przypadała kwota ponad 1,19 mld zł. W badanym okresie wartość wszystkich kontraktów w ramach leczenia szpitalnego wzrosła nominalnie o kwotę ponad 308 mln, tj. o prawie 12% w stosunku do roku 2016, a w przypadku badanych jednostek wzrost procentowy stanowił ponad 15%. Dane te wskazują na pewne uprzywilejowanie szpitali marszałkowskich w stosunku do innych podmiotów leczniczych.

Należy pamiętać, że kontrakty zawierane z Narodowym Funduszem Zdrowia dla badanych jednostek stanowią często główne źródło przychodów. Wynika to przede wszystkim z formy organizacyjno-prawnej, w jakiej działają, mianowicie jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej nie mogą udzielać świadczeń na rzecz komercyjnych pacjentów¹⁰. To ogranicza możliwość zwiększenia przychodów z podstawowej działalności, jednak z drugiej strony w Polsce nie występuje duży popyt na komercyjne usługi szpitalne, z jednej strony ze względu na poziom zamożności społeczeństwa, z drugiej zaś na mały wybór dodatkowych komercyjnych ubezpieczeń medycznych obejmujących świadczenia szpitalne¹¹.

Koszty w podmiotach leczniczych

Analizując sytuację finansową jednostek ochrony zdrowia, zwłaszcza z punktu widzenia kosztów prowadzonej działalności, należy mieć na uwadze kilka istotnych kwestii. Po pierwsze, problemem ogólnopolskim jest zaniechanie właściwej wyceny poszczególnych świadczeń medycznych. Od wielu lat środowisko menedżerów ochrony zdrowia postulowało wyprowadzenie kompetencji w zakresie wyceny świadczeń medycznych z Narodowego Funduszu Zdrowia, ponieważ w interesie instytucji, która zarządza środkami na ubezpieczenie zdrowotne, jest, by wyceny poszczególnych procedur były jak najniższe. Ta sytuacja zmieniła się dopiero z dniem 1 stycznia 2016 r., kiedy uprawnienia w tym zakresie przejęła Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, jednak wyniki jej prac podmioty lecznicze odczują dopiero w przyszłości¹².

⁹ Plan Finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2017 zatwierdzony w dniu 8 grudnia 2017 r.

¹⁰ Stanowisko takie zaprezentowano w opinii Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia z dnia 2 października 2012 roku, sygn. MZ-PR-WL-024-32715-2/GD/12.

¹¹ Por. Raport Polskiej Izby Ubezpieczeń, https://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/110908_PIU_Infarma_Sequence_opracowanie_dodatkowe_ubezpieczenia.pdf [dostęp: 30.07.2018].

¹² Zmiany wprowadzono na podstawie ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 z późn. zm.).

Kolejnym systemowym problemem z punktu widzenia kosztów prowadzonej działalności leczniczej są wynagrodzenia personelu medycznego, zwłaszcza wynagrodzenia lekarzy specjalistów. Przystąpienie do Unii Europejskiej spowodowało erozję medycznych zasobów kadrowych w Polsce. Wynika to z dużych dysproporcji w poziomie wynagradzania personelu medycznego pomiędzy Polską a krajami tzw. starej piętnastki. Z drugiej strony, liczba kształconych kadr medycznych również jest niewystarczająca, co w przyszłości może jeszcze bardziej spotęgować ten problem¹³.

Najwyższa Izba Kontroli wielokrotnie w raportach stwierdzała, że szpitale „pomimo ponoszenia strat, przeznaczały na wynagrodzenia personelu kwoty przekraczające ich możliwości finansowe. Wyniki finansowe szpitali nie mobilizowały na ogół ich kierownictw do optymalizacji zatrudnienia”¹⁴. Jednakże w celu zachowania obiektywizmu należy stwierdzić, że często nie ma możliwości optymalizacji zatrudnienia ze względu na wymogi wynikające z zarządzeń prezesa NFZ, które określają minimalne wskaźniki zatrudnienia w odniesieniu do konkretnych medycznych grup zawodowych. Zdarzają się także sytuacje, kiedy to na etapie kontraktowania świadczeń i składania oferty podmiot wykazuje personel, który jest dodatkowo punktowany, jednak ostateczna wartość umowy okazuje się niższa niż przewidziana w zawiadomieniu o konkursie, np. z powodu podzielenia zamówienia na kilka podmiotów¹⁵.

Kierownicy podmiotów leczniczych stają przed dużym wyzwaniem. W sytuacji, kiedy niemożliwe staje się pozyskanie dodatkowych źródeł finansowania, jedyną możliwością wpływania na wyniki finansowe podmiotu jest cięcie kosztów. Jednak w tej ciągłej walce o jak najniższe koszty nie można zapominać, z jakim typem usług mamy do czynienia i że często za konkretnymi kwotami stoi zdrowie i życie pacjentów.

Analiza płynności finansowej

Zdolność do terminowego wywiązywania się ze swoich zobowiązań wiąże się z wiarygodnością podmiotu jako partnera w transakcjach gospodarczych. Płynność finansowa należy do katalogu najważniejszych celów w zarządzaniu przedsiębiorstwem, a jej posiadanie warunkuje poprawne funkcjonowanie w ramach prowadzonej działalności gospodarczej. Zysk, jako wartość czysto księgową, może być odnotowywany, jednak to nie warunkuje jeszcze zdolności podmiotu do bieżącego pokrywania swoich

¹³ Więcej o problemie: <http://www.nil.org.pl/biuro-prasowe/konferencje-prasowe/lekarzy-jest-za-malo,-a-bedzie-jeszcze-mniej-konferencja-prasowa-w-nil> [dostęp: 28.06.2018].

¹⁴ Zatrudnienie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, NIK, Warszawa 2015, s. 7.

¹⁵ Na tym etapie podmiot leczniczy nie może zmienić warunków zaproponowanych w ofercie, w związku z czym albo godzi się i podpisuje umowę o niższej, niż pierwotnie zakładano, wartości albo nie podpisuje umowy w ogóle.

zobowiązań. W krótkim horyzoncie czasowym rentowna jednostka może mieć problemy z terminowym regulowaniem swoich zobowiązań i odwrotnie – jednostka, która przynosi straty, niekoniecznie musi mieć problemy w relacjach z wierzycielami. Zachowanie płynności finansowej wymaga utrzymania odpowiedniej relacji pomiędzy wpływami i wydatkami, przy jednoczesnym istnieniu rezerw, które pozwolą na podtrzymanie płynności, w przypadku problemów ze skuteczną egzekucją należności¹⁶.

Analizę płynności finansowej badanej grupy podmiotów przeprowadzono na podstawie dwóch wskaźników, tj. wskaźnika bieżącej płynności i wskaźnika szybkiej płynności. Wyniki zaprezentowano w tabeli nr 3.

Generalnie wyniki analizy płynności finansowej poszczególnych jednostek są między sobą mocno zróżnicowane. W niektórych można dopatrywać się nadpłynności, w innych wręcz przeciwnie – wskaźniki mogą wskazywać na problemy z terminowym regulowaniem bieżących zobowiązań. Średnia wartość wskaźnika płynności bieżącej w badanym okresie, dla wszystkich podmiotów, zawierała się w przedziale 0,49–4,44 (dla poszczególnych podmiotów), co potwierdza bardzo duże zróżnicowanie. Bliższa analiza pozwala zaobserwować, że niektóre podmioty, tj. Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu oraz Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu charakteryzują się dużą nadpłynnością w stosunku do pozostałych podmiotów. Jednostką o najwyższej płynności jest DCO, w przypadku którego najniższa zaobserwowana wartość wskaźnika płynności bieżącej to 1,89 w 2016 roku, a najwyższa to 6,11 w roku 2012 – przedstawione wyniki wykazują negatywną tendencję w kształtowaniu się omawianego wskaźnika.

Wśród analizowanych podmiotów sześć pogorszyło swój wskaźnik płynności bieżącej w badanych okresie, a w przypadku pięciu jednostek wartość na koniec 2016 spadła poniżej jedności, co oznacza, że majątek trwały w części jest finansowany przez zobowiązania krótkoterminowe. Najtrudniejszą sytuację, na podstawie zaprezentowanych danych, zidentyfikowano w Szpitalu Specjalistycznym im. A. Falkiewicza we Wrocławiu oraz w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy – średnia wartość wskaźnika w badanym okresie była poniżej kryterium zaproponowanego przez Ministerstwo Zdrowia¹⁷, tj. poniżej wartości 0,6. Taka sytuacja może w przyszłości spowodować trudności w dostawach leków czy innych wyrobów medycznych, wykorzystywanych w prowadzonej działalności. Kierownictwo wskazanych podmiotów powinno dążyć do poprawy sytuacji i to w możliwie jak najkrótszym czasie.

¹⁶ Zob. E. Nowak, *Analiza sprawozdań finansowych*, PWE, Warszawa 2014, s. 221-222.

¹⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 832).

Tabela 3. Wskaźniki płynności finansowej w latach 2012–2016

Wskaźnik Bieżącej Płynności	2012	2013	2014	2015	2016	średnia
Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu	2,35	2,33	2,25	2,02	1,96	2,18
Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu	0,52	0,44	0,57	0,55	0,73	0,56
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	6,11	4,21	5,71	4,26	1,89	4,44
Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Spółka z o.o.	1,89	1,87	2,70	0,30	3,80	2,11
Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu	3,32	3,62	2,51	2,84	3,29	3,12
Specjalistyczny Szpital im. Dra Alfreda Sokolowskiego w Wałbrzychu	1,02	0,72	0,86	0,95	0,76	0,86
Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu we Wrocławiu	0,64	0,42	0,38	0,42	0,83	0,54
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu	3,13	3,96	3,90	3,77	2,67	3,48
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	0,36	0,48	0,37	0,60	0,61	0,49
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	2,16	2,44	2,70	2,40	2,35	2,41
Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej	1,17	1,48	0,86	0,86	0,85	1,04
Wskaźnik Szybkiej Płynności						
Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu	2,26	2,23	2,13	1,85	1,78	2,05
Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu	0,47	0,39	0,53	0,49	0,67	0,51
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	6,02	4,14	5,59	4,14	1,78	4,33
Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Spółka z o.o.	1,67	1,76	2,60	0,25	3,72	2,00
Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu	3,16	3,46	2,41	2,50	3,09	2,92
Specjalistyczny Szpital im. Dra Alfreda Sokolowskiego w Wałbrzychu	0,91	0,61	0,75	0,86	0,65	0,76
Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu we Wrocławiu	0,61	0,40	0,36	0,40	0,79	0,51
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu	2,86	3,67	3,57	3,52	2,40	3,20
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	0,32	0,44	0,33	0,55	0,55	0,44
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	1,94	2,06	2,36	2,12	2,08	2,11
Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej	1,07	1,34	0,78	0,78	0,77	0,95

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych.

Wskaźnik szybkiej płynności nie uwzględnia, w ramach aktywów obrotowych, wartości zapasów oraz krótkoterminowych rozliczeń finansowych. W przypadku badanych podmiotów wartości wskaźnika niewiele różnią się od wartości wskaźnika bieżącej płynności, wynika to przede wszystkim z małej wartości zapasów przetrzymywanych w jednostkach oraz krótkoterminowych rozliczeń międzyokresowych. Wartość wzorcową wskaźnika, przyjmowana w teorii, oscyluje ok. 1¹⁸. Oznacza to, że podmiot jest w stanie spłacić swoje bieżące zobowiązania tylko płynnymi aktywami. W badanej grupie, w przypadku sześciu podmiotów, wartość wskaźnika spadła w 2016 roku w porównaniu do roku 2012. Także pięć podmiotów na koniec 2016 roku odnotowało wskaźnik poniżej jedności.

Analiza zadłużenia

Ocena wypłacalności składa się z jednej strony z analizy płynności finansowej, z drugiej z interpretacji wskaźników zadłużenia. W niniejszej pracy wykorzystano dwa mierniki, tj. wskaźnik wypłacalności (w literaturze częściej znany pod nazwą wskaźnika zadłużenia kapitału własnego) oraz wskaźnik zadłużenia aktywów (patrz tabela 4). Średnie zadłużenie aktywów wszystkich badanych podmiotów leczniczych wyniosło 0,37, przy czym generalna tendencja jest niepokojąca, ponieważ średni wskaźnik wzrósł z 0,38 w 2012 roku do 0,40 na koniec 2016 r. Oznacza to wzrost zadłużenia, jednak poziom ten jest jeszcze poniżej wartości majątku.

Generalnie im większy wskaźnik zadłużenia, tym podmiot staje się mniej wiarygodny dla partnerów zewnętrznych. W przypadku sześciu jednostek współczynnik zadłużenia aktywów wzrósł w badanym okresie, przy czym w żadnym przypadku nie przekroczył wartości posiadanego majątku.

¹⁸ W. Bień, *Ocena efektywności finansowej spółek kapitalowych*, Difin, Warszawa 2005, s. 82.

Tabela 4. Wskaźniki zadłużenia w latach 2012–2016

Wskaźnik Wypłacalności	2012	2013	2014	2015	2016	średnia
Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu	0,48	0,47	0,50	1,94	2,52	1,18
Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu	1,91	17,07	4,64	4,39	3,37	6,27
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	0,18	0,27	0,23	0,26	0,34	0,26
Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Spółka z o.o.	0,29	0,28	0,24	0,29	0,22	0,26
Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu	0,30	0,27	0,42	0,36	0,31	0,33
Specjalistyczny Szpital im. Dra Alfreda Sokolowskiego w Wałbrzychu	1,04	1,43	1,91	2,04	2,68	1,82
Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu	- 18,26	- 4,57	- 3,33	- 3,10	- 3,00	- 6,45
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu	0,15	0,15	0,16	0,17	0,23	0,17
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	3,64	5,64	14,13	24,17	- 15,69	6,38
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	0,18	0,15	0,16	0,16	0,17	0,16
Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej	0,26	0,25	0,45	0,54	0,68	0,44
Wskaźnik Zadłużenia Aktywów						
Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu	0,30	0,30	0,31	0,56	0,65	0,42
Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu	1,07	0,61	0,48	0,46	0,44	0,61
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	0,12	0,19	0,17	0,18	0,22	0,17
Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Spółka z o.o.	0,19	0,18	0,16	0,20	0,16	0,18
Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu	0,21	0,19	0,27	0,21	0,18	0,21
Specjalistyczny Szpital im. Dra Alfreda Sokolowskiego w Wałbrzychu	0,37	0,40	0,44	0,43	0,48	0,42
Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu	0,89	0,85	0,75	0,73	0,76	0,79
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu	0,11	0,11	0,12	0,13	0,18	0,13
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	0,63	0,67	0,74	0,75	0,88	0,73
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	0,13	0,11	0,13	0,13	0,13	0,12
Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej	0,20	0,18	0,28	0,30	0,35	0,26

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych.

Wskaźnik zadłużenia kapitału własnego w przypadku badanych podmiotów jest niestety wartością mało miarodajną ze względu na specyfikę formy organizacyjno-prawnej badanych podmiotów. Kapitał własny często obciążony jest wieloletnimi stratami, co w przypadku np. spółek kapitałowych prowadzioby wprost do ich upadłości, jednak SPZOZ-y są wyłączone z rygoru prawa upadłościowego. Dlatego analizując wartość tego wskaźnika, należy zachować ostrożność w przedstawianych sądach. Najtrudniejszą sytuację, pod względem analizowanego wskaźnika, zidentyfikowano w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy oraz w Szpitalu Specjalistycznym im A. Falkiewicza we Wrocławiu. Pierwszy podmiot na koniec 2016 roku posiadał obciążone kapitały własne aż 15-krotnie, przy czym wskaźnik ogólnego zadłużenia zbliżał się do jedności (0,88 na koniec 2016 r.). Współczynniki dotyczące tego podmiotu kolejny raz wykazują utrwalenie negatywnych tendencji i mogą sugerować, że w niedalekiej przyszłości podmiot ten będzie miał problemy z kontynuacją swojej działalności. W przypadku drugiego obserwowana jest pozytywna tendencja wzrostowa – co nie zmienia faktu, że podmiot w dalszym ciągu wymaga działań restrukturyzacyjnych.

Analiza rentowości

Analiza rentowności albo zyskowności często w przypadku podmiotów leczniczych spotyka się z krytyką. Podnoszony jest zarzut, że w przypadku jednostek systemu ochrony zdrowia nie powinno się patrzeć przez pryzmat zysku. Celem funkcjonowania tych jednostek jest przede wszystkim zaopatrzenie pacjentów, w celu ratowania życia i zdrowia bez względu na koszty – życie i zdrowie jest wartością najwyższą i najcenniejszą. Z drugiej jednak strony wskaźniki zyskowności są pomocne przy benchmarkingu jednostek podobnych, więc i na tej płaszczyźnie ich zastosowanie ma swoje uzasadnienie.

Wskaźniki rentowności to stymulanty, dlatego w literaturze fachowej nie spotkamy wzorcowych postulowanych wartości. Analiza opiera się przede wszystkim na porównywaniu ich wartości w czasie i przestrzeni. Analizę zyskowności przeprowadzono przy wykorzystaniu wskaźników rentowności netto, rentowności działalności operacyjnej oraz zyskowności aktywów. Dane zamieszczono w tabeli nr 5.

Tabela 5. Analiza rentowności w latach 2012–2016

Wskaźnik Zyskowności Aktywów	2012	2013	2014	2015	2016	średnia
Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu	2,08%	0,96%	0,46%	-14,74%	-15,02%	-5,25%
Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu	-0,27%	9,68%	7,59%	0,30%	2,40%	3,94%
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	7,52%	4,55%	1,69%	0,19%	0,61%	2,91%
Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Spółka z o.o.	0,23%	-4,87%	1,81%	1,66%	-4,81%	-1,20%
Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu	9,11%	2,99%	5,39%	3,56%	1,33%	4,48%
Specjalistyczny Szpital im. Dra Alfreda Sokolowskiego w Wałbrzychu	0,84%	-1,52%	-4,03%	0,27%	-4,84%	-1,86%
Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu	3,96%	-16,04%	-21,59%	-16,05%	-11,47%	-12,24%
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu	0,72%	0,80%	0,09%	0,12%	0,05%	0,35%
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	-6,13%	-5,27%	-7,74%	-5,16%	-9,36%	-6,73%
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	6,72%	2,50%	0,47%	-0,59%	-0,95%	1,63%
Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogorskiej	-9,09%	-5,60%	-9,72%	-9,29%	-8,45%	-8,43%
Wskaźnik Zyskowności Działalności Operacyjnej						
Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu	0,85%	0,32%	0,04%	-8,20%	-6,05%	-2,61%
Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu	0,92%	-2,80%	2,76%	-4,67%	-1,34%	-1,02%
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	6,60%	4,31%	0,30%	-1,22%	0,04%	2,01%
Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Spółka z o.o.	-0,14%	-4,89%	1,32%	1,22%	-4,54%	-1,41%
Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu	7,94%	2,45%	4,70%	3,89%	1,40%	4,08%
Specjalistyczny Szpital im. Dra Alfreda Sokolowskiego w Wałbrzychu	1,17%	-2,35%	-1,53%	0,75%	-3,12%	-1,02%
Szpital Specjalistyczny im A. Falkiewicza we Wrocławiu	-2,42%	-5,46%	-14,14%	-12,10%	-7,25%	-8,27%
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu	-0,38%	0,04%	-0,70%	-0,38%	-0,39%	-0,36%
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	-2,72%	-2,25%	-6,30%	-2,43%	-6,53%	-4,05%
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	5,80%	1,37%	-0,54%	-1,33%	-1,86%	0,69%
Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogorskiej	-9,25%	-5,57%	-8,82%	-8,19%	-7,16%	-7,80%

Wskaźnik Zyskowności Netto										
Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu	1,23%	0,58%	0,27%	-7,21%	-4,76%	-1,98%				
Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu	-0,15%	7,19%	6,80%	0,30%	2,22%	3,27%				
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	9,46%	6,46%	2,40%	0,27%	0,86%	3,89%				
Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Spółka z o.o.	0,21%	-4,63%	1,52%	1,41%	-4,21%	-1,14%				
Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu	8,56%	3,13%	5,24%	4,14%	1,59%	4,53%				
Specjalistyczny Szpital im. Dra Alfreda Sokolowskiego w Wałbrzychu	0,60%	-1,22%	-3,32%	0,21%	-3,70%	-1,48%				
Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu	1,65%	-7,62%	-15,88%	-13,37%	-9,10%	-8,86%				
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu	0,97%	1,14%	0,11%	0,14%	0,06%	0,48%				
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	-4,68%	-4,27%	-7,07%	-4,38%	-7,11%	-5,50%				
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	6,46%	2,42%	0,45%	-0,55%	-0,90%	1,58%				
Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej	-9,52%	-5,37%	-9,15%	-8,62%	-7,46%	-8,02%				

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych.

Średni poziom wskaźnika ROA, w badanym okresie, dla poszczególnych podmiotów kształtował się w przedziale od -12,24% do 4,48%, co oznacza, że majątek wykorzystywany w prowadzonej działalności wypracowuje jedynie niewielki zysk¹⁹. Potwierdzeniem wcześniej zaobserwowanych negatywnych zjawisk są wynik tego indeksu dla Szpitala im. Falkiewicza z Wrocławia, który w czterech z pięciu lat zanotował wskaźnik ujemny, poniżej -11%, przy średniej na poziomie -12,24%. Na koniec 2016 roku tylko cztery podmioty odnotowały dodatni wynik – najwyższą rentowność uzyskało Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu – 2,4%.

Drugim miernikiem z zakresu analizy zyskowności jest wskaźnik rentowności działalności operacyjnej. Odpowiada on na pytanie, ile procent ze zrealizowanego przychodu stanowi zysk netto. Średnia wartość indeksu w badanym okresie była ujemna, co oznacza, że prowadzona działalność generalnie nie generuje zysku na poziomie operacyjnym. Jednak kiedy popatrzymy na zarysowaną tendencję dla wartości średniej wskaźnika, widać, że rentowność, w badanym okresie, spadła średnio z 0,76% w 2012 roku do -3,34% w 2016 roku, przy czym największy spadek zanotował Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu (ponad 7,5%). Tylko jeden podmiot spośród badanych utrzymał dodatnią rentowność w całym okresie, jest to Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu – uzyskując również najwyższą wartość średnią wskaźnika zyskowności działalności operacyjnej.

Analiza efektywności

Ministerstwo Zdrowia – w porozumieniu z Ministerstwem Finansów, w ramach grupy wskaźników identyfikujących efektywność, zaproponowało dwa wskaźniki opisujące efektywność podmiotów leczniczych, tj. wskaźnik rotacji należności oraz wskaźnik rotacji zobowiązań. Na wstępie już należy zaznaczyć, że w przypadku działalności szpitalnej wskaźnik rotacji należności z pewnością nie jest miarodajnym indeksem, właściwie opisującym efektywność jednostki. Wynika to z faktu, że w przypadku analizowanych podmiotów zdecydowana większość uzyskiwanych przychodów jest realizowana w ramach kontaktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, który dokonuje rozliczeń w terminie około 45 dni od dnia przedstawienia kompletu dokumentów²⁰.

¹⁹ Por. T. Korol, *Nowe podejście do analizy wskaźnikowej w przedsiębiorstwie*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2013, s. 31.

²⁰ Por. § 27 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 8 września 2015 r. (t. j. z dnia 11 lipca 2016 r. Dz. U. z 2016 r. poz. 1146).

Tabela 6. Analiza efektywności w latach 2012–2016

Wskaźnik Rotacji Należności (W Dniach)	2012	2013	2014	2015	2016	średnia
Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu	43	40	43	49	51	45
Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu	39	38	44	58	53	46
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	32	43	48	45	51	44
Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Spółka z o.o.	34	34	34	31	26	32
Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu	38	42	42	43	38	41
Specjalistyczny Szpital im. Dra Alfreda Sokolowskiego w Wałbrzychu	39	43	46	58	58	49
Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu	36	37	44	48	50	43
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu	33	37	38	44	55	41
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	34	45	53	61	62	51
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	37	44	51	51	50	47
Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej	43	43	43	47	48	45
Wskaźnik Rotacji Zobowiązań (W Dniach)						
Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu	17	16	16	21	21	18
Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu	25	30	31	37	32	31
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	8	9	13	23	28	16
Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Spółka z o.o.	24	28	20	24	25	24
Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu	8	9	10	16	16	12
Specjalistyczny Szpital im. Dra Alfreda Sokolowskiego w Wałbrzychu	28	39	45	47	59	44
Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu	51	72	105	106	60	79
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu	12	13	15	14	27	16
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	82	84	97	98	76	87
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	18	17	17	18	18	18
Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej	32	31	38	53	57	42

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych.

W tabeli nr 6 zaprezentowano wyniki otrzymane przy zastosowaniu wskaźników rotacji należności oraz zobowiązań w dniach. Wyniki pierwszego potwierdzają uwagę, która została poczyniona wcześniej (średnio podmioty otrzymywały należności w ciągu 45 dni), dlatego dalsza analiza zostanie pominięta. W przypadku wartości średniej rotacji zobowiązań (w dniach) wyniki są zdecydowanie bardziej zróżnicowane. Średnie wartości, w badanym okresie, tworzą przedział od 12 do 87 dni. Najdłużej swoje zobowiązania regulują podmioty, które przez wcześniejsze wskaźniki były identyfikowane jako jednostki z trudnościami finansowymi, tj. Szpital Specjalistyczny im A. Falkiewicza we Wrocławiu oraz Szpital Specjalistyczny w Legnicy. Na przeciwległym biegunie znajduje się Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu, który reguluje swoje zobowiązania w bardzo krótkim czasie, średnio w 12 dni.

Pogorsząca się z roku na rok rentowność w niedalekiej przyszłości może przyczynić się do pogorszenia wskaźników płynności finansowej oraz spowodować wzrost zadłużenia. Dlatego właściciel, tj. samorząd województwa dolnośląskiego, powinien uważnie monitorować sytuację finansową swoich podmiotów leczniczych i odpowiednio wcześniej reagować na negatywne sytuacje. Jednak główna odpowiedzialność spoczywa na władzach centralnych – rządzie RP – ponieważ to ich decyzje wprost przekładają się na sytuację finansową takich podmiotów.

Podsumowanie

Podmioty, które poddano analizie, to kardynalne elementy dolnośląskiego systemu ochrony zdrowia, co nie zawsze przekłada się na ich sytuację finansową – jak większości publicznych jednostek z tego sektora. Zaobserwowane negatywne tendencje, w wielu analizowanych grupach wskaźników, wskazują na potrzebę podjęcia skoordynowanych działań naprawczych – restrukturyzacyjnych. Bez zdecydowanych działań ze strony kreatorów systemu, w szczególności bez działań podjętych na szczeblu centralnym (rządowym), należy przypuszczać, że sytuacja finansowa podmiotów leczniczych ulegnie dalszemu pogorszeniu, a to wszystko, w konsekwencji, przełoży się na zdrowie i życie pacjentów.

Bibliografia

Akty prawne

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t. j. Dz. U. z 2016 r., poz. 380).

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2015 r., poz. 618 z późn. zm.).

Literatura

- Bień W., *Ocena efektywności finansowej spółek kapitałowych*, Difin, Warszawa 2005.
- Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik statystyczny województw 2015*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2015.
- Główny Urząd Statystyczny, *Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2014 r.*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2014.
- Korol T., *Nowe podejście do analizy wskaźnikowej w przedsiębiorstwie*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2013.
- Nowak E., *Analiza sprawozdań finansowych*, PWE, Warszawa 2014.

Źródła Internetowe

- Raport Polskiej Izby Ubezpieczeń, https://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/110908_PIU_Infarma_Sequence_opracowanie_dodatkowe_ubezpieczenia.pdf [dostęp: 30.06.2018].
- Materiał prasowy Naczelnej Izby Lekarskiej, <http://www.nil.org.pl/biuro-prasowe/konferencje-prasowe/lekarzy-jest-za-malo,-a-bedzie-jeszcze-mniej-konferencja-prasowa-w-nil> [dostęp: 28.06.2018].
- Informator o umowach zawartych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/> [dostęp 30.06.2018].

Assessment of the economic and financial situation of key medical entities in the Lower Silesia voivodship for the years 2012–2016

Summary

The aim of the article is analysis of financial situation of hospitals which were founded by the Regional Government of Lower Silesia and now are owned by this institution. These analysed units represent a fundamental part of the provincial healthcare system. Understanding of their financial situation is crucial for improving whole healthcare system. The analysis used some indicators: of the assessment of liquidity, of the debt and of the profitability. Tendencies, noted in this paper, should be especially useful for medical management and for owners supervision.

Keywords

healthcare, medical entities, financial analysis