

Beata ZALESKA\*

## **ROLA WSKAŹNIKÓW FINANSOWYCH W ANALIZIE I PROGNOZIE SYTUACJI EKONOMICZNO-FINANSOWEJ SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ**

*Zarys treści:* Celem opracowania jest próba oceny przydatności standardowych wskaźników analizy finansowej, które zostały opublikowane w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Jest to pierwsza regulacja prawna, która normuje sposób oceny sytuacji ekonomicznej poprzez wybrane wskaźniki zyskowności, płynności, efektywności i zadłużenia podmiotów działających w sektorze opieki zdrowotnej. W pracy dokonano prezentacji wskaźników z rozporządzenia wraz z ich krótką interpretacją. Metody badawcze wykorzystane w pracy to analiza literatury przedmiotu z zakresu rachunkowości, analizy finansowej, finansów i analiza porównań.  
*Słowa kluczowe:* szpital, rentowność, płynność, efektywność, zadłużenie.

### **Wstęp**

W roku 2017 samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej doczekały się regulacji prawnej, która przedstawia standardowe wskaźniki finansowe do oceny i prognozy ich sytuacji ekonomiczno-finansowej. Od lat w literaturze przedmiotu można było spotkać opinie, z których wynikało, że stworzenie standardowych wskaźników finansowych dla podmiotów leczniczych jest potrzebne i oczekiwane przez osoby, które zajmują się problematyką ich działalności. Wskazywano, że specyfika działalności medycznej powoduje brak możliwości porównywania podmiotów branży medycznej z jednostkami działającymi w innych branżach, a porównywane powinny być między sobą podmioty lecznicze podobnej wielkości i specjalizacji. Przedstawione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2017 roku wskaźniki finansowe zostały,

---

\* Zakład Rachunkowości, Wydział Nauk Ekonomicznych, Politechnika Koszalińska

jak to podkreślono w uzasadnieniu do projektu rozporządzenia, opracowane według teorii i zasad analizy wskaźnikowej w odniesieniu do specyfiki działalności pomiotów leczniczych<sup>1</sup>. Dla każdego wskaźnika opracowano wzorcowe wartości, którym z kolei przyporządkowano punkty. Suma otrzymanych punktów pozwoli określić miejsce podmiotu leczniczego wobec innych dla których wskaźniki zostaną policzone.

Wskaźniki są skierowane do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, ale nie ma przeszkód aby stosowały je podmioty lecznicze, które działają w innej formie organizacyjno-prawnej. Tym bardziej, że od pierwszego października obowiązuje w Polsce tak zwana sieć szpitali inaczej system PSZ (system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej)<sup>2</sup>. Należą tutaj szpitale publiczne jak i te, które działają w formie spółek z ograniczoną odpowiedzialnością.

Szpitale, które znalazły się w tzw. sieci szpitali finansowane są na podstawie budżetu (ryczałtu) przyznawanego na dany rok na wszystkie świadczenia zdrowotne. Niektóre świadczenia zdrowotne mają być opłacane dalej przy pomocy systemu Jednorodnych Grup Pacjentów, który polega na rozliczaniu finansowym podmiotu medycznego na podstawie faktycznie zrealizowanych świadczeń zdrowotnych na koniec okresu rozliczeniowego. Ocena podmiotów leczniczych na podstawie proponowanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2017 roku wskaźników pozwoli na stworzenie rankingu szpitali działających w sieci szpitali. Umożliwi to też zastosowanie benchmarkingu dla podmiotów leczniczych i ewentualne wczesne reagowanie na niepokojące sygnały w przypadku pogarszających się wartości wskaźników finansowych.

Celem opracowania jest próba oceny przydatności wskaźników finansowych do oceny sytuacji finansowej podmiotów leczniczych opublikowanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2017 roku i ich krótka interpretacja. Można przyjąć tezę, że przydatność rozwiązania zawartego w rozporządzeniu można będzie stwierdzić po pewnym okresie stosowania wskaźników finansowych w praktyce szpitali.

---

<sup>1</sup> Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali włączonych do sieci szpitali, <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m1&ms=813&ml=pl&mi=813&mx=0&mt=&my=937&ma=07986>, (01.08.2017).

<sup>2</sup> Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, DZ. U. z 2017 r., poz. 1163.

## Wskaźniki zyskowności

Pierwszą proponowaną przez Ministra Zdrowia grupą wskaźników do oceny sytuacji finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej są wskaźniki zyskowności inaczej rentowności (tabela 1).

**Tabela 1.** Wskaźniki zyskowności

| Nazwa wskaźnika                   | Wzór  |
|-----------------------------------|---|
| Wskaźnik zyskowności netto        | $(\text{Wynik netto} \times 100\%) / (\text{przychody netto ze sprzedaży produktów} + \text{przechody netto ze sprzedaży towarów i materiałów} + \text{pozostałe przychody operacyjne} + \text{przychody finansowe})$ |
| Wskaźnik działalności operacyjnej | $(\text{Wynik z działalności operacyjnej} \times 100\%) / (\text{przychody netto ze sprzedaży produktów} + \text{przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów} + \text{pozostałe przychody operacyjne})$         |
| Wskaźnik zyskowności aktywów      | $(\text{Wynik netto} \times 100\%) / \text{średni stan aktywów}$  |

**Źródło:** Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Dz. U. z 2017 r., Nr 0, poz. 832.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2017 roku ograniczono badanie rentowności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej do badania rentowności sprzedaży i rentowności majątku. Pominięto badanie rentowności kapitału. Wzory zaprezentowanych wskaźników zgodne są z ogólnie przyjętymi wzorami prezentowanymi np. przez Stowarzyszenie Księgowych w Polsce na jego stronie internetowej. Należy pamiętać, że niektóre prezentowane we wzorach kategorie ekonomiczne są specyficzne i charakterystyczne tylko dla podmiotów leczniczych. Przykładowo przychody ze sprzedaży produktów to przychody ze sprzedaży wykonanych świadczeń zdrowotnych. Odbiorcami świadczeń zdrowotnych mogą być zarówno indywidualni pacjenci, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia, zakłady pracy, jednostki samorządu terytorialnego jak i inne podmioty lecznicze. Przychody ze sprzedaży produktów ustala się więc jako iloczyn liczby zrealizowanych świadczeń zdrowotnych i cen ich nabycia lub kosztów wytworzenia<sup>3</sup>.

Oprócz świadczeń zdrowotnych podmioty lecznicze sprzedają inne produkty, do których zalicza się między innymi zatrudnianie rezydentów,

<sup>3</sup> M. Hass-Symotiuik, H. Jakimowicz, *Przychody i koszty działalności ZOZ*, (w:) *Rachunkowość i sprawozdawczość finansowa zakładów opieki zdrowotnej*, M. Hass-Symotiuik (red.), ODDK, Gdańsk 2008, s. 536.

prowadzenie staży podyplomowych, realizację badań klinicznych, prowadzenie zajęć dydaktycznych<sup>4</sup>. Przychody ze sprzedaży towarów i materiałów obejmują przychody ze sprzedaży specyficznej grupy majątkowej charakterystycznej dla podmiotów leczniczych. W podmiotach leczniczych materiały stanowią przede wszystkim sprzęt jednorazowego użytku np. strzykawki, leki, materiały opatrunkowe i te materiały, które są przeznaczone do badań. Do towarów natomiast zalicza się przeznaczone do sprzedaży leki i posiłki. Pozostałe przychody operacyjne i przychody finansowe nie różnią się zasadniczo od pozostałych przychodów operacyjnych i przychodów finansowych otrzymywanych przez inne podmioty gospodarcze, które nie zajmują się działalnością medyczną. Do pozostałych przychodów operacyjnych<sup>5</sup> zalicza się np. otrzymane dotacje, darowizny, odszkodowania, kary, rozwiązane rezerwy, przedawnione i umorzone zobowiązania, przychody sprzedaży środków trwałych, wartości niematerialnych i prawnych i środków trwałych w budowie. Do przychodów finansowych zalicza się między innymi odsetki od środków zgromadzonych na rachunkach bankowych, dodatnie różnice kursowe, sprzedaż inwestycji itp.

Warto dodać, że głównym źródłem informacji do sporządzenia analizy zyskowności jest podstawowy element sprawozdania finansowego, którym jest rachunek zysków i strat. Zaprezentowane są w nim koszty i przychody działalności podstawowej operacyjnej, pozostałej działalności operacyjnej, działalności finansowej, wyniki finansowe na każdym z poziomów działalności podmiotu leczniczego, a także wynik finansowy brutto i netto, który może być zyskiem lub stratą.

Wskaźniki zyskowności sprzedaży informują o tym jaką część zrealizowanej sprzedaży stanowi zysk czyli jaka wielkość zysku jest zawarta w każdej złotówce ze sprzedaży<sup>6</sup>. Wskaźniki zyskowności majątku wskazują na efektywność wykorzystania majątku w procesie działalności medycznej. Im wyższa wartość wskaźników tym rentowność sprzedaży i wykorzystania majątku są większe. Świadczy to o zdolności do generowania zysku, który jest nadwyżką między osiąganymi przychodami a ponoszonymi kosztami. Tendencja wzrostowa w dłuższym okresie czasu wskaźników zyskowności może świadczyć o prawidłowym gospodarowaniu posiadanymi zasobami.

---

<sup>4</sup> A. Szewieczek, *Elementy rachunkowości w podmiocie leczniczym*, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2011, s. 79.

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, tj. Dz. U. z 2016 r., Nr 0, poz. 1047 ze zm.

<sup>6</sup> T. Kiziukiewicz, *Zasady interpretacji sprawozdania finansowego zakładu opieki zdrowotnej*, (w:) *Rachunkowość i plan kont z komentarzem dla zakładów opieki zdrowotnej*, M. Hass-Symotiuk (red.), Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2006, s. 247.

W rozporządzeniu podano przedziały wartości jakie mogą osiągać obliczone w podmiotach leczniczych wskaźniki zyskowności. Do każdego przedziału wartości przyporządkowano punkty. Im większa wartość wskaźnika tym większa wartość przyporządkowanego punktu.

Wydaje się, że ocena rentowności podmiotów leczniczych może być dokonana tylko i wyłącznie wtedy, gdy porówna się między sobą jednostki o podobnej wielkości i specjalizacji. Trudno jest porównywać podmioty działające w opiece zdrowotnej z jednostkami działającymi w innych branżach. Wynika to ze specyficznej pozycji podmiotów leczniczych w gospodarce. Realizują one bowiem nie tylko cele ekonomiczne, ale i społeczne, dlatego w większości nie działają dla zysku. Celem ekonomicznym samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest przede wszystkim zrównoważenie kosztów i przychodów. Poza tym podmioty lecznicze otrzymują środki pieniężne na realizowanie działalności przede wszystkim od publicznego płatnika (NFZ)<sup>7</sup>, który ma ograniczone możliwości finansowe. Ze względu na postęp medyczny i konieczność wykonywania coraz bardziej kosztochłonnych świadczeń zdrowotnych, starzenie się społeczeństwa, które wymaga długookresowej opieki medycznej, podmioty lecznicze raczej długotrwale nie generują zysku. Wydaje się więc, że dla pojedynczego podmiotu leczniczego najbardziej przydatne jest śledzenie zmian wartości wskaźników zyskowności w czasie, pod warunkiem, że podmiot realizuje świadczenia zdrowotne w podobnych warunkach prowadzenia działalności medycznej w całym okresie czasu, który jest badany.

Wydaje się, że pominięcie w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2017 roku wskaźnika zyskowności kapitału własnego uniemożliwi zbadanie relacji pomiędzy nim a wskaźnikami zyskowności sprzedaży i zyskowności majątku. W literaturze przedmiotu można spotkać się z poglądem, że zachowanie relacji, zgodnie z którą: wskaźnik rentowności kapitału własnego ma większą wartość od wskaźnika rentowności aktywów, a ten z kolei ma większą wartość od wskaźnika rentowności sprzedaży informuje o tym, że jednostka, dla której wyznaczono wartości wskaźników funkcjonuje prawidłowo<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Od roku 2017 finansowanie działalności podmiotów leczniczych ma ulec zmianie dotyczy to przede wszystkim szpitali. Oprócz kontraktów zawieranych z NFZ na świadczenie niektórych świadczeń zdrowotnych szpitale z sieci szpitali będą otrzymywały środki finansowe z góry w ramach tak zwanego ryczałtu. System ten jednak ma działać dopiero od października 2017 roku dlatego autorka opracowania nie może się odnieść do jego skuteczności i uwzględnia sposób finansowania podmiotów leczniczych, który był realizowany do października 2017 roku.

<sup>8</sup> Por. M. Zaleska, *Ocena ekonomiczno-finansowa przedsiębiorstwa przez analityka bankowego*, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2005.

Z analizy literatury przedmiotu wynika, że autorzy badań dotyczących rentowności szpitali koncentrowali się na obliczeniu takich wskaźników jak:

- wskaźniki rentowności sprzedaży, wskaźnik rentowności majątku (aktywów), wskaźnik rentowności kapitałów własnych, wskaźnik zyskowności brutto<sup>9</sup>,
- wskaźnik rentowności netto, wskaźnik rentowności działalności operacyjnej<sup>10</sup>,
- wskaźnik rentowności ze sprzedaży, wskaźnik rentowności z działalności operacyjnej, wskaźnik rentowności z działalności gospodarczej, wskaźnik rentowności netto<sup>11</sup>.

Wydaje się, że w rozporządzeniu Ministra Zdrowia wskazano tylko podstawowe wskaźniki rentowności, które dadzą jedynie ogólny obraz efektywności działania szpitali. Warto dodać, że trudno jest porównywać wskaźniki rentowności między szpitalami publicznymi i niepublicznymi. Związane to jest z innymi warunkami działania tych podmiotów leczniczych. Szpitale niepubliczne mają możliwość wykonywania świadczeń medycznych na zasadach komercyjnych, co jest mocno ograniczone w szpitalach publicznych. Szpitale niepubliczne wykorzystują efektywnie posiadany majątek, co w przypadku szpitali publicznych było do tej pory mocno ograniczone ze względu na brak możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych poza limitem ustalnym w kontrakcie z NFZ. W tym aspekcie duże wątpliwości budzi umieszczenie w rozporządzeniu wskaźnika rentowności aktywów.

## Wskaźniki płynności i efektywności

Następną grupą wskaźników opublikowanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2017 roku są wskaźniki płynności. Na ich podstawie można dowiedzieć się jaką zdolność ma podmiot leczniczy do terminowego wywiązywania się ze zobowiązań krótkoterminowych. Informacje finansowe potrzebne do obliczenia wskaźników płynności zawiera podstawowy element rocznego sprawozdania finansowego, którym jest bilans. Prezentuje on z jednej

---

<sup>9</sup> Por. A. Warelis, *Użyteczność mierników oceny kondycji finansowej szpitalnictwa*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego”, Nr 679, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia”, nr 44, 2011, s. 183-193.

<sup>10</sup> Por. B. Krzeczewski, *Wpływ organu założycielskiego na efektywność finansową szpitali w województwie łódzkim*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego”, nr 802, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia”, Nr 65, 2014, s. 1-13.

<sup>11</sup> Por. M. Cygańska, *Wykorzystanie analizy finansowej do oceny rentowności szpitali – wybrane problemy*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, Nr 388, 2015, s. 363-372.

strony uszeregowane według stopnia rosnącej płynności aktywa czyli majątek trwały, majątek obrotowy, należne wpłaty na kapitał (fundusz podstawowy) i udziały (akcje) własne podmiotu leczniczego. Z drugiej strony prezentuje informacje na temat pasywów czyli kapitałów własnych i obcych (inaczej zobowiązań i rezerw na zobowiązania). Pasywa uszeregowane są według stopnia wymagalności inaczej zwrotności (inwestorom, organom założycielskim, pożyczkodawcom) od najpóźniej wymagalnych do najszybciej wymagalnych. Tabela 2 prezentuje wskaźniki płynności zaprezentowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z roku 2017.

**Tabela 2.** Wskaźniki płynności

| Nazwa wskaźnika             | Wzór  |
|-----------------------------|---|
| Wskaźnik bieżącej płynności | $\frac{\text{(Aktywa obrotowe – należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy – krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe czynne)}}{\text{(zobowiązania krótkoterminowe – zobowiązania z tytułu dostaw i usług o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy + rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe)}}$          |
| Wskaźnik szybkiej płynności | $\frac{\text{(Aktywa obrotowe – należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy – krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe czynne – zapasy)}}{\text{(zobowiązania krótkoterminowe – zobowiązania z tytułu dostaw i usług o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy + rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe)}}$ |

**Źródło:** Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Dz. U. z 2017 r., Nr 0, poz. 832.

Wskaźnik bieżącej płynności wskazuje jaki jest stopień pokrycia zobowiązań krótkoterminowych inwestycjami krótkoterminowymi, należnościami krótkoterminowymi i zapasami. W literaturze przedmiotu wskazuje się jego optymalną wartość na poziomie około 1,2-2,0. Wynika z tego, że aktywa obrotowe powinny być wyższe od zobowiązań krótkoterminowych. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2017 roku największą liczbę punktów (dwanaście) przyporządkowano wartości wskaźnika powyżej 1,5 do 3,0. Wynika z tego, że wartość powyżej 3,0 nie jest wartością pożądaną i może świadczyć o nieefektywnym gospodarowaniu aktywami obrotowymi (zbyt duże zapasy materiałowe, nieinwestowanie wolnych środków pieniężnych). Zero punktów przyznano wartości wskaźnika poniżej 0,6. Spadek wartości wskaźnika bieżącej płynności w dłuższym okresie czasu świadczy o

możliwości utraty płynności czyli utraty zdolności do wywiązywania się ze zobowiązań krótkoterminowych. To powoduje wzrost odsetek od przeterminowanych zobowiązań i w efekcie doprowadza do wzrostu zobowiązań wymagalnych.

Wskaźnik szybkiej płynności informuje o tym jaka jest zdolność jednostki do spłaty zobowiązań krótkoterminowych środkami pieniężnymi, papierami wartościowymi przeznaczonymi do obrotu i należnościami krótkoterminowymi. Za bezpieczny poziom tego wskaźnika uznaje się wartość co najmniej jeden<sup>12</sup>. Jego niższa wartość może świadczyć o trudnościach płatniczych i problemach w zaciąganiu krótkoterminowych pożyczek. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2017 roku największą liczbę punktów (dwanaście) przyznano wartości wskaźnika powyżej 2,5, a zero wartości wskaźnika poniżej 0,5.

Zachowanie płynności finansowej pozwala podmiotom leczniczym na wywiązywanie się ze zobowiązań krótkoterminowych takich jak wynagrodzenia dla pracowników, obowiązkowe obciążenia wynagrodzeń (ZUS, podatek dochodowy od osób fizycznych), opłaty związane z utrzymaniem jednostki (prąd, gaz, remonty, utrzymanie czystości, usługi świadczone przez inne podmioty lecznicze). Zachowanie płynność finansowej warunkuje prowadzenie działalności leczniczej w niezmiennym zakresie.

Przy analizowaniu wskaźników płynności warto zwrócić uwagę na specyficzne warunki działania podmiotów leczniczych. Po pierwsze zbyt niskie wartości wskaźników płynności mogą świadczyć o niedoszacowaniu procedur medycznych przez płatnika, który ustala na nie ceny, przez co podmiot leczniczy otrzymuje mniej środków pieniężnych od płatnika, a ponosi większe koszty na realizowanie świadczeń zdrowotnych. Po drugie taki poziom wskaźników może wynikać pośrednio z przyzwyczajenia szczególnie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej do sytuacji, gdzie państwo lub organ założycielski pomagają w ich oddłużaniu. Przekazują w ramach zorganizowanych akcji środki pieniężne podmiotom leczniczym na pokrycie długów, co powoduje u osób zarządzających ignorowanie terminowego regulowania zobowiązań bieżących. Nadpłynność natomiast może wynikać z nieinwestowania wolnych środków pieniężnych ze względu na brak rozliczania osób zarządzających podmiotami leczniczymi za takie działanie. W tym przypadku dominuje pogląd, szczególnie w odniesieniu do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, że nie są one powołane do generowania zysku czy inwestowania tylko do realizowania misji związanej ze skutecznym i na jak najwyższym poziomie leczeniem pacjentów.

---

<sup>12</sup> S. Chwierut, M. Kulis, W. Styło, D. Wójcik, *Elementy zarządzania finansowego w ochronie zdrowia*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2000, s. 89.



Uzupełnieniem wskaźników płynności są podane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2017 roku wskaźniki efektywności (tabela 3).

**Tabela 3.** Wskaźniki efektywności

| Nazwa wskaźnika                      | Wzór  |
|--------------------------------------|---|
| Wskaźnik rotacji należności w dniach | $(\text{średni stan należności z tytułu dostaw i usług} \times \text{liczba dni w okresie (365)}) / (\text{przychody netto ze sprzedaży produktów} + \text{przychody netto ze sprzedaży towarów I materiałów})$ |
| Wskaźnik rotacji zobowiązań w dniach | $(\text{średni stan zobowiązań z tytułu dostaw i usług} \times \text{liczba dni w okresie (365)}) / (\text{przychody netto ze sprzedaży produktów} + \text{przychody netto ze sprzedaży towarów I materiałów})$ |

**Źródło:** Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Dz. U. z 2017 r., Nr 0, poz. 832.

Wskaźniki efektywności określają długość w dniach cyklu oczekiwania podmiotu leczniczego na wpływ należności za świadczone usługi i czas w dniach jaki jest potrzebny do spłacenia zobowiązań bieżących dostawcom. Wzrost wartości jednego i drugiego wskaźnika jest sytuacją niekorzystną. W przypadku należności świadczy o problemach z ich ściągalnością, a w przypadku zobowiązań o problemach z ich uregulowaniem.

W przypadku wskaźnika rotacji należności w literaturze przedmiotu podaje się jego optymalną wartość w przedziale od 37 do 52 dni<sup>13</sup>. Inne źródła podają, że optymalny poziom tego wskaźnika wynosi 30 dni, a niebezpieczny przekracza 90 dni<sup>14</sup>. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z roku 2017 najwięcej punktów (trzy) przyporządkowano do okresu otrzymania należności poniżej 45 dni, a zero punktów przyznano okresowi wpływu należności powyżej 90 dni. Problemy z regulowaniem należności przez odbiorców wiążą się nierozdzielnie z problemami ze spłaceniem zobowiązań wobec dostawców, co wynika z braku środków finansowych. W przypadku wskaźnika rotacji zobowiązań najwięcej punktów (siedem) przyznano okresowi spłaty zobowiązań do 60 dni, a zero punktów do okresu spłaty powyżej 90 dni. Wskaźnik spłaty zobowiązań powinien kształtować się mniej więcej na poziomie liczby dni jaką wyznaczają terminy spłaty zobowiązań określone w umowach z dostawcami. Jak już wcześniej wspomniano nieterminowe regulowanie zobowiązań generuje koszty odsetek i tym samym powiększa wartość zobowiązania wobec konkretnego

<sup>13</sup> Por. W. Gabrusiewicz, *Analiza finansowa przedsiębiorstwa. Teoria i zastosowanie*. PWE, Warszawa 2014.

<sup>14</sup> S. Chwierut, M. Kulis, W. Styło, D. Wójcik, op. cit., s. 96.

dostawcy. Warto dodać, że źródłami informacji finansowych potrzebnych do obliczenia wskaźników płynności i wskaźników efektywności są bilans i rachunek zysków i strat czyli dwa podstawowe elementy rocznego sprawozdania finansowego. W literaturze przedmiotu można spotkać opublikowane badania płynności szpitali, w których wykorzystano wskaźniki bieżącej płynności, płynności szybkiej, płynności natychmiastowej<sup>15</sup>. Do najczęściej wykorzystywanych wskaźników efektywności szpitali należą wskaźniki: rotacji zapsów w dniach, rotacji należności w dniach, rotacji zobowiązań bieżących w dniach, rotacji zobowiązań wobec dostawców<sup>16</sup>.

Wydaje się, że wybór wskaźników płynności i efektywności w rozporządzeniu został mocno ograniczony. Szczególnie dotyczy to wskaźników rotacji. Brakuje wskaźnika rotacji zapasów, dzięki któremu można określić szybkość obrotu lekami, sprzętem jednorazowego użytku, co jest niezwykle ważne z punktu widzenia utrzymania ciągłości opieki medycznej nad pacjentem.

## Wskaźniki zadłużenia

Ostatnią grupą wskaźników prezentowaną w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2017 roku są wskaźniki zadłużenia (tabela 4).

Wskaźnik zadłużenia aktywów informuje o tym jaki jest stopień pokrycia majątku zobowiązaniami krótko i długoterminowymi czyli kapitałami obcymi. Im wyższy wskaźnik tym zadłużenie podmiotu leczniczego jest większe i spada jego wiarygodność finansowa. Im mniejszy wskaźnik zadłużenia aktywów tym zadłużenie podmiotu leczniczego jest mniejsze, co świadczy o większej niezależności finansowej podmiotu i zwiększa jego wiarygodność finansową np. w przypadku, gdy osoby zarządzające podmiotem leczniczym starają się o pożyczkę czy o kredyt bankowy. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z roku 2017 największą liczbę punktów (dziesięć) przyporządkowano do wartości wskaźnika zadłużenia aktywów poniżej 40% natomiast wartości wskaźnika zadłużenia powyżej 80% przyznano zero punktów.

---

<sup>15</sup> Por. K. Prędkiewicz, P. Prędkiewicz, *Płynność finansowa szpitali samorządowych w Polsce – wyniki badań empirycznych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego”, nr 766, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia”, Nr 62, 2013, s. 169-179; W. Janik, *Sytuacja finansowa wybranych szpitali w warunkach kryzysu systemu opieki zdrowotnej w Polsce*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, Tom XIII, Nr 4, 2012, s. 27-44; K. Dubas-Jakobczyk, *Ocena sytuacji finansowej szpitali uniwersyteckich na podstawie sprawozdań finansowych za rok 2014*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej”, Seria „Organizacja i Zarządzanie”, z. 100, 2017, s. 99-108.

<sup>16</sup> Por. W. Janik, op. cit.

**Tabela 4.** Wskaźniki zadłużenia

| Nazwa wskaźnika             | Wzór  |
|-----------------------------|---|
| Wskaźnik zadłużenia aktywów | $\frac{((\text{zobowiązania długoterminowe} + \text{zobowiązania krótkoterminowe} + \text{rezerwy na zobowiązania}) \times 100 \%)}{\text{Aktywa razem}}$ |
| Wskaźnik wypłacalności      | $\frac{(\text{zobowiązania długoterminowe} + \text{zobowiązania krótkoterminowe} + \text{rezerwy na zobowiązania})}{\text{Fundusz własny}}$               |

**Źródło:** Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Dz. U. z 2017 r., Nr 0, poz. 832.

Wskaźnik wypłacalności informuje o tym jaka wartość zobowiązań długo i krótkoterminowych, czyli kapitałów obcych, przypada na jednostkę kapitału własnego. Wartość równa 100% i powyżej świadczy o niekorzystnym zjawisku polegającym na braku pełnego pokrycia kapitału obcego kapitałem własnym. To z kolei zwiększa ryzyko utraty zdolności do spłacania zobowiązań. Zwiększa się ryzyko finansowania działalności podmiotu leczniczego, co w przypadku starania się o kredyt bankowy czy pożyczkę może powiększać koszty ich pozyskania bądź wręcz uniemożliwić ich uzyskanie.

Od lat sytuacja polskich podmiotów leczniczych w zakresie zadłużenia nie jest zadawalająca. Szczególnie dotyczy to szpitali działających w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W literaturze przedmiotu można spotkać się z wieloma opracowaniami dotyczącymi zwiększającego się zadłużenia podmiotów leczniczych, w których podaje się jego przyczyny. Najczęściej można je podzielić na zewnętrzne – związane z warunkami funkcjonowania podmiotów leczniczych w zakresie organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, finansowania ich działalności, niespójnych regulacji prawnych odnoszących się do podmiotów leczniczych i wewnętrzne – związane z procesem zarządzania podmiotem leczniczym. Wśród przyczyn zewnętrznych dominują małe nakłady przeznaczane przez państwo na opiekę zdrowotną, niedoszacowanie wycenianych przez płatnika procesur medycznych w odniesieniu do kosztów, które na ich wykonanie musi ponieść podmiot leczniczy, limity nakładane przez płatnika (NFZ) na świadczenia zdrowotne (płatnik płaci tylko za zakontraktowane świadczenia zdrowotne mimo, że podmiot mógłby udzielić ich więcej, nie są więc w pełni pokryte koszty utrzymania np. aparatury medycznej), niejasne zasady rozliczeń z NFZ za świadczenia ponadlimitowe, udzielane pacjentom w warunkach

zagrożenia zdrowia i życia czyli nagłych sytuacjach<sup>17</sup>. Do przyczyn wewnętrznych zalicza się najczęściej nieefektywne zarządzanie podmiotem leczniczym.

Do najczęściej wykorzystywanych wskaźników zadłużenia szpitali w opublikowanych w literaturze przedmiotu badaniach należą wskaźniki: ogólnego zadłużenia, zadłużenia długoterminowego, zadłużenia kapitału własnego, udziału zobowiązań długoterminowych w zobowiązaniach ogółem, poziomu zadłużenia rzeczowych aktywów trwałych<sup>18</sup>. W rozporządzeniu zaproponowano dwa wskaźniki zadłużenia aktywów i wypłacalności, co może być związane z tym, że rzadko źródłem finansowania szpitali, szczególnie publicznych, są kredyty bankowe. Wynika to z braku zdolności kredytowej, co uniemożliwia uzyskanie kredytu bankowego przez szpital. Badanie relacji pomiędzy kapitałem własnym a kapitałem obcym szczególnie tym oprocentowanym jest więc trudne w odniesieniu do szpitali publicznych.

## Zakończenie

Przedstawione w opracowaniu rozporządzenie Ministra Zdrowia w *sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej* po raz pierwszy normuje sposób oceny podmiotów leczniczych, przy wykorzystaniu narzędzi analizy finansowej. Jest to rozwiązanie oczekiwane od dawna przez osoby zajmujące się problematyką funkcjonowania podmiotów leczniczych. Można mieć nadzieję, że ułatwi ono porównanie podmiotów leczniczych, które działają w podobnych warunkach, wykonują podobne usługi i są podobnej wielkości. Wskaźniki zaprezentowane w rozporządzeniu mogą okazać się pomocne w ocenie podmiotów leczniczych dokonywanej przez organy założycielskie, płatnika, inwestorów, banki i innych zainteresowanych, którzy są związani z podmiotami leczniczymi. Trudno jednoznacznie ocenić zaproponowane rozwiązanie. Dopiero praktyczne stosowania mierników działalności szpitali z rozporządzenia pozwoli dojść do wniosku czy wybrane wskaźniki są wystarczające do oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów leczniczych i czy ich wartości wzorcowe

---

<sup>17</sup>Por. D. Wasilewski, *Sieć szpitali – nowe rozwiązania i stare problemy, zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu*, Fundacja Republikańska, Warszawa 2017, s. 4, 25-35, <http://fundacjarepublikanska.org/2017/05/siec-szpitali-raport/> (12.06.2017).

<sup>18</sup> Por. B. Krzeczewski, *Zadłużenie łódzkich szpitali publicznych a bezpieczeństwo ich funkcjonowania – wybrane przykłady*, „Acta Universitatis Lodziensis, Folia Oeconomica”, Nr 284, 2013, s. 93-107.

nie powinny ulec modyfikacji. Należy pamiętać o tym, że proponowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2017 roku wskaźniki finansowe w celu kompleksowej oceny podmiotów leczniczych powinny być stosowane razem ze wskaźnikami jakościowymi oceniającymi efektywność świadczonych usług zdrowotnych dla pacjentów.

## Bibliografia

1. Chwierut S., Kulis M., Styło W., Wójcik D., *Elementy zarządzania finansowego w ochronie zdrowia*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2000.
2. Cygańska M., *Wykorzystanie analizy finansowej do oceny rentowności szpitali – wybrane problemy*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, Nr 388, 2015.
3. Dubas-Jakobczyk K., *Ocena sytuacji finansowej szpitali uniwersyteckich na podstawie sprawozdań finansowych za rok 2014*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej”, Seria „Organizacja i Zarządzanie”, z. 100, 2017.
4. Gabrusewicz W., *Analiza finansowa przedsiębiorstwa. Teoria i zastosowanie*. PWE, Warszawa 2014.
5. Hass-Symotiuk M., Jakimowicz H., *Przychody i koszty działalności ZOZ*, (w:) *Rachunkowość i sprawozdawczość finansowa zakładów opieki zdrowotnej*, M. Hass-Symotiuk (red.), ODDK, Gdańsk 2008.
6. Janik W., *Sytuacja finansowa wybranych szpitali w warunkach kryzysu systemu opieki zdrowotnej w Polsce*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, Tom XIII, Nr 4, 2012.
7. Kiziukiewicz T., *Zasady interpretacji sprawozdania finansowego zakładu opieki zdrowotnej*, (w:) *Rachunkowość i plan kont z komentarzem dla zakładów opieki zdrowotnej*, M. Hass-Symotiuk (red.), Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2006.
8. Krzeczewski B., *Wpływ organu założycielskiego na efektywność finansową szpitali w województwie łódzkim*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego”, Nr 802, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia”, nr 65, 2014.
9. Krzeczewski B., *Zadłużenie łódzkich szpitali publicznych a bezpieczeństwo ich funkcjonowania – wybrane przykłady*, „Acta Universitatis Lodzensis, Folia Oeconomica”, Nr 284, Łódź 2013.
10. Prędkiewicz K., Prędkiewicz P., *Płynność finansowa szpitali samorządowych w Polsce – wyniki badań empirycznych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego”, nr 766, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia”, Nr 62, 2013.

11. *Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali włączonych do sieci szpitali*, <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m1&ms=813&ml=pl&mi=813&mx=0&mt=&my=937&ma=07986>, (01.08.2017).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Dz.U., 2017, Nr 0, poz. 832.
13. Szewieczek A., *Elementy rachunkowości w podmiocie leczniczym*, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2011.
14. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, tj. Dz. U. z 2016 r., nr 0, poz. 1047 ze zm.
15. Wasilewski D., *Sieć szpitali – nowe rozwiązania i stare problemy, zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu*, Fundacja Republikańska, Warszawa 2017, s. 4, 25-35, <http://fundacjarepublikanska.org/2017/05/siec-szpitali-raport/>, (12.06.2017).
16. Warelis A., *Użyteczność mierników oceny kondycji finansowej szpitalnictwa*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, nr 679, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” nr 44, 2011.
17. Zaleska M., *Ocena ekonomiczno-finansowa przedsiębiorstwa przez analityka bankowego*, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2005.

## **THE ROLE OF FINANCIAL RATIOS IN ANALYSIS AND FORECAST OF ECONOMIC AND FINANCIAL SITUATION OF THE INDEPENDENT PUBLIC HEALTHCARE CENTERS**

An aim of this work is to present the standard indicators of financial analysis, which were published in the Regulation of Minister of Health on economic and financial ratios that are needed to draw up the analysis and forecast of the economic and financial situation of independent public healthcare centers. This is the first regulation, which regulates the evaluation of economic situation through selected indicators of profitability, liquidity, efficiency, and debt of entities operating in the healthcare sector. In the work was conducted presentation of indicators from regulation along with their brief interpretation for healthcare entities. Research methods used in the work are analysis of subject literature on accounting, financial analysis, finances and comparison analysis.

Key words: hospital, profitability, liquidity, efficiency, debt.