

## ARTYKUŁY

---

Małgorzata Manuszak\*, Danuta Kowalczyk\*\*, Krzysztof Borowski\*\*\*

### OCENA SYTUACJI FINANSOWEJ SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH PODMIOTÓW LECZNICZYCH W POLSCE

---

---

#### Wprowadzenie

Znamienną cechą charakterystyczną dla większości polskich szpitali jest ich zła kondycja finansowa, która wynika z nierównowagi pomiędzy wydatkami szpitali a uzyskiwanymi przez nie przychodami. Rezultatem takiego stanu rzeczy jest ciągły wzrost zadłużenia tych placówek. Natomiast niekontrolowane narastanie długu bez właściwego zarządzania nim może doprowadzić nawet do utraty płynności finansowej szpitali<sup>1</sup>. Niedobór finansowania sektora ochrony zdrowia był znaczącym problemem od zawsze i niestety jest nim również obecnie. Podjęte w przeszłości, w trakcie kolejnych reform systemu zdrowia, próby oddłużania takich placówek niestety nie przyniosły oczekiwanego rezultatu. Zatem jedynie zwiększanie poziomu finansowania, zgodnie z oczekiwaniami zarządzających jednostkami publicznej ochrony zdrowia, nie rozwiąże problemów ogólnej sytuacji publicznych podmiotów leczniczych. Zdecydowanie potrzebny jest wzrost efektywności gospodarowania środkami przeznaczanymi na ochronę zdrowia i właściwa identyfikacja kluczowych obszarów tych podmiotów, które wymagają inwestycji i rozwoju w perspektywie średnio- i długookresowej, a także wypracowanie sposobu zrównoważenia stale rosnących oczekiwań pacjentów w okolicznościach rosnącej podaży, coraz bardziej zaawansowanych technologii medycznych w odniesieniu do możliwości płatnika. Równie istotnym jest wdrożenie mechanizmów, które zapewniłyby precyzyjne planowanie na poziomie danej jednostki, dokonywanie pomiaru efektów kli-

---

\* Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.

\*\* Wojskowy Instytut Medyczny.

\*\*\* Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.

<sup>1</sup> *Sytuacja finansowa szpitali publicznych w Polsce*, file:///C:/Users/Lenovo/OneDrive/Pulpit/Publiczne%20podmioty%20lecnicze-%20sytuacja%20finansowa.%20Dane.%20Literatura.Badania.%20Artykuł/Sytuacja%20finansowa%20szpitali%20w%20Polsce.pdf (dostęp: 01.05.2020).

nicznych i ekonomicznych, a następnie wynagradzanie najlepszych podmiotów np. dodatkowym finansowaniem. Nie mniej istotne jest wypracowanie odpowiednich mechanizmów, które skłaniałyby podmioty, osiągające gorsze wyniki do podejmowania czynności naprawczych, czyli proefektywnościowych działań pod nadzorem odpowiednich organów<sup>2</sup>.

W niniejszym artykule zostały przedstawione badania danych finansowych dotyczące Samodzielnych Publicznych Podmiotów Leczniczych pochodzących z danych ankietowych i sprawozdań finansowych, w zakresie wskaźników ekonomiczno - finansowych z szesnastu województw. Dane dotyczą lat 2010 - 2018 i zostały przekazane do Ministerstwa Zdrowia za pośrednictwem Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia administrowanego przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Uzyskane dane zostały wprowadzone do sporządzonego arkusza dla każdego województwa (16-arkuszy). Następnie przy pomocy programu Excel zostały przeprowadzone odpowiednie analizy z wykonaniem stosownych wykresów.

Temat pracy dotyczy ciągle nie w pełni rozwiązanego problemu finansowania i efektywnego gospodarowania środkami finansowymi Samodzielnych Publicznych Podmiotów Leczniczych w Polsce. Zważywszy na fakt, iż generalnie SPPL jako instytucje finansowane są ze środków publicznych, ten obszar powinien podlegać szczególnej uwadze i nadzorowi ze strony ich organów założycielskich, a nawet wydaje się być całkiem uzasadnione, że winna to być możliwie najwyższa uwaga i możliwie najbardziej staranny nadzór. Doniosłość tematu opracowania podkreśla obszar badań jakim jest sektor publicznej ochrony zdrowia i działalność SPPL, mająca na celu zdrowie i życie wszystkich obywateli Polski.

Celem niniejszego opracowania jest dokonanie ogólnej oceny sytuacji finansowej publicznych podmiotów lecznictwa zamkniętego. Autorzy w tym artykule podejmują także próbę oceny potrzeby systematycznej interpretacji wartości wskaźników finansowych tego typu placówek, w odniesieniu do sprawności zarządczej menedżerów jako kadry kierowniczej najwyższego szczebla, w obszarze ochrony zdrowia odpowiedzialnej za zarządzanie.

---

<sup>2</sup> *Trendy w Polskiej ochronie zdrowia 2017*, file:///C:/Users/Lenovo/OneDrive/Pulpit/ Ochrona%20zdrowia.%20Organizacje.%20Zarządzanie.%20System.%20Finansowanie/Trendy-w%20polskiej-ochronie-zdrowia-2017-pwc-%20system%20ochr.%20zdr.%20w%20Polsce.pdf (dostęp:01.05.2020).

## 1. Specyfika funkcjonowania publicznych podmiotów leczniczych

Samodzielne publiczne podmioty lecznicze posiadają siedzibę, statut nadany przez podmiot tworzący, a także określone cele i programy. Są jednostkami budżetowymi tworzonymi przez ministra, centralny organ administracji rządowej, wojewodę, jednostkę samorządu terytorialnego, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej stanowi jeden z podmiotów leczniczych. Ponadto podmiot należący do SP ZOZ w art. 2 ust. 1 pkt 4 w związku z art. 4 ust. 1 pkt 2 i 3 u.d.l. jest wskazany jako podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą<sup>3</sup>. Zgodnie z art. 68 ust. 1-4 Konstytucji RP z 1997 r. każdy obywatel, niezależnie od sytuacji materialnej ma prawo do ochrony zdrowia, czyli równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych<sup>4</sup>. Publiczne podmioty lecznicze, a przede wszystkim szpitale stanowią najliczniejszą grupę instytucji wśród organizacji ochrony zdrowia.

Specyfika funkcjonowania publicznych podmiotów leczniczych polega głównie na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, jednak może ona również polegać na promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym również wdrażaniem nowych technologii medycznych, a także metod leczenia<sup>5</sup>. Odpowiedzialność za zarządzanie samodzielnym zakładem ponosi kierownik/dyrektor/menedżer. A specyfika zarządzania obejmuje: efektywność, gdy udzielanie świadczenia przynoszą pozytywne efekty dla populacji i jednostki; dostępność, gdy świadczenie usług odbywa się bez niepotrzebnej zwłoki, a także niezależnie od pojawiających się ograniczeń związanych ze statusem finansowym czy wiekiem; adekwatność, czyli dostosowanie proponowanych świadczeń do oczekiwań pacjentów; skuteczność tzn. udzielanie świadczeń następuje w oparciu o aktualną wiedzę i jak najnowsze doniesienia naukowe; wydajność, gdy dostępne zasoby finansowe, rzeczowe i ludzkie wykorzystywane są w jak najlepszy i w miarę możliwości najbardziej racjonalny sposób, a także równość poprzez zapewnienie równego dostępu do usług dla całej populacji, niezależnie od statusu kulturowego, społecznego, rasowego charakteru czy też innych cech osobowości usługobiorców.

Najważniejszym zasobem każdego podmiotu leczniczego są zasoby ludzkie, czyli personel medyczny jak i niemedyczny. Jednak zasoby organizacji ochrony zdrowia to nie tylko ludzie, ale również infrastruktura i technologie.

<sup>3</sup> D. Brzezińska-Grabarczyk, M. Narolski i in., *Prawo o działalności leczniczej w praktyce*, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2012, s. 21.

<sup>4</sup> B. Sygit, D. Wąsik, *Prawo ochrony zdrowia*, Diffin S.A., Warszawa 2016, s. 15-16.

<sup>5</sup> por. art. 3 ust. 1-2 u.d.l.

Dlatego efektywne funkcjonowanie takiej instytucji polega na pozyskaniu wszystkich właściwych zasobów i właściwym ich wykorzystaniu.

## **2. Finansowanie publicznych podmiotów leczniczych w Polsce**

SP ZOZ to jednostki budżetowe prowadzące działalność w zakresie finansów, których gospodarowanie odbywa się w oparciu o ustawę z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych.

Od wielu lat przebiega aktywny proces działań mających na celu reorganizację publicznej ochrony zdrowia. Takim działaniem była próba wprowadzenia sieci szpitali w Polsce, która została podjęta w 1998 roku, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 roku w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych (Dz.U. 1998 Nr 164, poz. 1193), zgodnie z którym wprowadzono trzy stopnie referencyjności szpitali. Zmiana systemu finansowania ochrony zdrowia, która nastąpiła w 1999 r., wprowadzając kontraktowanie usług na świadczenia zdrowotne, była realizacją planu „pieniądz idzie za pacjentem”, w którym przepływ środków pieniężnych uregulowany został odpowiednimi umowami prawnymi i trybem zawierania i rozwiązywania umów o usługi zdrowotne<sup>6</sup>. Co prawda Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w sierpniu 1993 r. określił ogólne warunki, ale nasuwa się pytanie: czy proces realizacji kontraktowania i przekazywania środków przez NFZ był przygotowany i funkcjonował właściwie? Dnia 15 kwietnia 2005 r. Sejm wprowadził w życie ustawę, która miała na celu wsparcie restrukturyzacji piętujących się zobowiązań publicznych zakładów opieki zdrowotnej ze środków publicznych<sup>7</sup>. Niestety ustawa ta nie przyniosła spodziewanych efektów. Umorzono ponad 1 mld zł długów, jednak w miejsce umorzonych zobowiązań powstawały nowe, większe<sup>8</sup>. W 2008 roku rozpoczęto prace nad koszykiem usług gwarantowanych, obejmujących całokształt opieki zdrowotnej w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, mając na celu poprawę systemu finansowania. Jednak zasadniczą wadą powstałego koszyka świadczeń jest brak realnej wyceny realizowanych przez publiczne podmioty lecznicze świadczeń medycznych. W tym samym roku sposób rozliczania się szpitali za udzielone świadczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia,

---

<sup>6</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 sierpnia 1993 r. w sprawie ogólnych warunków, trybu zawierania i rozwiązywania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz trybu ustalania i rozliczania należności za te świadczenia, Dz.U. nr 76, poz. 363.

<sup>7</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Dz.U. nr 78, poz. 684 z późn. zm.

<sup>8</sup> B. Wrona, *Działalność regulacyjna państwa w sferze finansowania ochrony zdrowia*, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Zeszyty Naukowe nr 11, Kraków 2011, s. 385.

opierającym się na katalogu świadczeń medycznych, przekierowano na system JGP, czyli jednorodnych grup pacjentów, na podstawie ogólnie ustalonych kosztów. Kierunkiem działań przyszłości jest ustalenie luki w funkcjonowaniu z zasady dobrego rozwiązania finansowania działalności szpitalnej i opracowanie rzeczywistych kosztów realizacji poszczególnych procedur medycznych z okresową koniecznością ich aktualizacji. Wynika to z obaw dotyczących budowy i wyceny procedur<sup>9</sup>. Kolejnym działaniem w kierunku tworzenia sieci szpitali było ustalenie mapy potrzeb zdrowotnych, określonych w dziale IV ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o świadczeniach zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych. Wspomniane mapy zostały przygotowane na poziomie centralnym, regionalnym i wojewódzkim na okres pięciu lat z koniecznością monitorowania i możliwością aktualizowania. Ustawodawca wprowadzając takie zmiany miał na celu zwiększenie dostępu do świadczeń medycznych, a także skoordynowanie opieki medycznej od diagnozy po rehabilitację oraz włącznie i zapewnić właściwe finansowanie świadczeń szpitalnych. Ustawa wprowadziła także sześć poziomów podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej: I, II, III stopnia, szpitali onkologicznych i pulmonologicznych, szpitali pediatrycznych i ogólnopolskich. Klasyfikacja ta została przeprowadzona przez dyrektorów wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia na okres czterech lat<sup>10</sup>, na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 roku, w sprawie ustalenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej<sup>11</sup>. Jednak ustawa nie zawiera informacji w zakresie możliwości rezygnacji podmiotu z obecności w sieci szpitali czy wykreślenia ze względu na zaistniałe, niekorzystne działania, np. niską jakość świadczeń zdrowotnych. Zakwalifikowanie szpitali (516 szpitali publicznych) gwarantuje finansowanie ryczałtowe, bez konieczności startowania w konkursach. Jednak taka forma płatności ryczałtowej budzi szereg wątpliwości w zakresie racjonalności i efektywności ekonomicznej, odmiennych niż w modelu rynkowego kontraktowania świadczeń. Chociaż przejście z systemu podmiotowego, jakim jest finansowanie budżetowe, do przedmiotowego (za zrealizowane usługi),

<sup>9</sup> B. Wrona, *Działalność regulacyjna państwa...*, op. cit., s. 392.

<sup>10</sup> M. Mikos, M. Urbaniak, *Dostępność świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w Polsce a funkcjonowanie sieci szpitali*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 15 (3), Poznań 2017, s. 197–206.

<sup>11</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 roku w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, [www.legislacja.gov.pl](http://www.legislacja.gov.pl) (dostęp: 10.10.2017).

niesie z sobą ryzyko wzrostu „średniego czasu hospitalizacji”, a także obniżenia wskaźnika „przelotowości łóżek szpitalnych”<sup>12</sup> może warto byłoby jednak rozważyć taki model z wprowadzeniem pewnych udoskonaleń.

Jak wynika z audytu jednego ze szpitali publicznych, wynik finansowy ośrodków medycznych szpitala razem, systematycznie ulegał pogarszaniu. O ile w latach 2008-2009 był on dodatni, to od 2010 r. ujemny (strata). Również innowacyjność tego SP ZOZ była znacznie ograniczona, a szpital nie był w stanie pokryć zobowiązań krótkoterminowych, które stały się głównymi zobowiązaniami szpitala (2011 rok) i stanowią 66% zobowiązań ogółem<sup>13</sup>.

Wydatki bieżące na ochronę zdrowia razem to 107,45 mld zł (2014 r.), 114,5 mld zł (2015 r.), 121,1 mld zł (2016 r.). Wydatki te w 2016 r. wyniosły 121,1 mld zł i były wyższe niż w 2015 r. o około 6,6 mld zł. W odniesieniu do świadczeniodawców (klasyfikacja HP), w roku 2016 największy strumień środków został przekazany do szpitali - 34,9% kwoty wydatków bieżących na ochronę zdrowia w porównaniu do 35,6 % w 2015 r. Środki te zostały skierowane przede wszystkim do szpitali ogólnych i stanowiły 31,6% wszystkich wydatków (w 2015 r. 32,1%). Według struktury wydatków publicznych na ochronę zdrowia, w 2017 r. koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez NFZ wyniosły 76 290 mln zł i stanowiły więcej o 7,6% niż w poprzednim roku. Środki te przeznaczone były głównie na lecnicstwo szpitalne (50,7%). Wskaźniki charakteryzujące wydatki publiczne na opiekę zdrowotną w 2017 r., na poszczególnych poziomach administracji rządowej i samorządowej, zdecydowanie wzrosły. Natomiast w zakresie budżetów powiatów, w niektórych obszarach wydatki na ochronę zdrowia zmalały o 10,2%, udział tych wydatków w budżecie powiatów zmniejszył się o 0,7 p. proc., co stanowiło o 105,5 mln. zł mniej w porównaniu z ub. rokiem. Z kolei struktura jednostek administracyjnych, jako płatników ochrony zdrowia, ze względu na wielkość poniesionych wydatków uległa nieznacznej zmianie, tzn. 73,4% stanowiły wydatki budżetu państwa (w 2016 r. 71,3%), miast na prawach powiatu 8,2% (w 2016 r. 8,4%), powiatów 7,1% (w 2016 r. 9,0%), i województw 6,6% (w zeszłym roku 6,3%), natomiast gmin nieco poniżej 5% wydatków na ochronę zdrowia poniesionych przez budżet państwa i jednostki samorządu terytorialnego. W roku 2017 wydatki z budżetu państwa na ochronę zdrowia wyniosły 9 598,4 mln i stanowiły 2,6% łącznych wydatków z budżetu. Z kolei samorządy terytorialne przeznaczyły ze swoich budżetów na ten cel

<sup>12</sup> M. Mikos, M. Urbaniak, *Dostępność świadczeń...*, op. cit., s. 203.

<sup>13</sup> P. Magdziarz, *Raport z audytu Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Mogilnie wraz z elementami strategii rozwoju*, Formedis, Poznań 2011, s. 45- 96.

3 478,5 mln zł (łącznie ze środkami otrzymanymi z budżetu państwa), co stanowiło 1,5% ogółu wydatków samorządów terytorialnych (w roku poprzednim 1,6%). W skali kraju samorzady terytorialne wydały na ochronę zdrowia przeciętnie 90,5 zł w przeliczeniu na jednego mieszkańca (w 2016 roku 86,4 zł). Kwoty te różniły się znacznie w przypadku poszczególnych województw. Najwyższe wydatki na osobę w 2017 r. odnotowano w województwie mazowieckim (144,4 zł) i województwie podkarpackim (115,5 zł), najmniej natomiast wydano w województwach: opolskim (52,6 zł) i lubelskim (52,8 zł). Diagnostykę w zakresie rozpoznawania potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy, powiatu i województwa, zgodnie z ustawami o samorządach: gminnym<sup>14</sup>, powiatowym<sup>15</sup> i wojewódzkim<sup>16</sup>, realizują jednostki samorządu terytorialnego (JST). Do analiz wykorzystując m.in. informacje (w tym wskaźniki) opracowywane m.in. przez Główny Urząd Statystyczny oraz Ministerstwo Zdrowia<sup>17</sup>.

Ponieważ publiczne podmioty lecznicze finansowane są ze środków publicznych, stanowiąc tym samym majątek sektora finansów publicznych, zatem istotnym jest, by były one efektywnie, a także prawidłowo wydatkowane. Zgodnie z art.53a ustawy z dn.15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej w terminie do dnia 31 maja każdego roku kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej sporządza i przekazuje podmiotowi tworzącemu raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Raport ten jest przygotowywany na podstawie sprawozdania finansowego za poprzedni rok obrotowy i zawiera w szczególności analizę sytuacji ekonomiczno-finansowej za poprzedni rok obrotowy, prognozę sytuacji ekonomiczno-finansowej na kolejne trzy lata obrotowe wraz z opisem przyjętych założeń oraz informację o istotnych zdarzeniach, mających wpływ na sytuację ekonomiczno-finansową samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Wskazanej analizie, a także prognozy dokonuje się na podstawie wskaźników ekonomiczno-finansowych. Podmiot tworzący SP ZOZ dokonuje oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie przedstawionego raportu<sup>18</sup>. Z kolei celem badania sprawozdań finansowych publicznych podmiotów leczniczych jest m.in. wery-

<sup>14</sup> Dz.U. 1990 nr 16 poz. 95.

<sup>15</sup> Dz.U. 1998 nr 91 poz. 578.

<sup>16</sup> Dz.U. 1998 nr 91 poz. 576.

<sup>17</sup> *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, file:///C:/Users/Lenovo/OneDrive/Pulpit/Ochrona%20zdrowia.%20Organizacja.%20Zarządzanie.%20System.%20Finansowanie/Zdrowie%20i%20ochrona%20zdrowia%20w%202017.pdf s.113-136, (dostęp:01.05.2020r.).

<sup>18</sup> <https://www.lexlege.pl/ustawa-o-dzialalnosci-leczniczej/art-53a/>, (dostęp: 03.05.2020).

fikacja możliwości dalszej działalności, przeprowadzenie oceny kondycji finansowej, a także podejmowanie właściwych decyzji finansowych. Badanie sprawozdań finansowych przeprowadzane przez biegłego rewidenta, np. w obszarze wartości zobowiązań danego podmiotu, a także stanu zagrożenia kontynuacji jego działalności oraz właściwe monitorowanie sytuacji finansowej podmiotu leczniczego, pozwala na uchwycenie ryzyka utraty płynności finansowej lub wdrożenie działań mających na celu uniknięcie utraty płynności finansowej. Doświadczenia badania sprawozdań finansowych SP ZOZ pozwalają na wnioski, iż umożliwiają one identyfikację problemów funkcjonowania tych podmiotów w obszarze operacyjnym i finansowym, usunięcie nieprawidłowości i nadużyć, ułatwiają ewentualne wprowadzenie zmian w przepisach prawa, które regulują funkcjonowanie samodzielnych publicznych podmiotów leczniczych<sup>19</sup>. Następcze działania, w tym naprawcze, potwierdzają celowość wykonywania wspomnianych analiz i raportów, podczas gdy brak odpowiednich kroków organów założycielskich tych podmiotów poddaje w wątpliwość celowość wyżej wymienionych analiz i raportów.

### 3. Metodyka badań

Celem przeprowadzonych badań było ustalenie czy sytuacja finansowa Samodzielnych Publicznych Podmiotów Leczniczych w Polsce na przestrzeni lat 2010-2018 uległa zmianie w kierunku efektywnego zarządzania i gospodarowania środkami finansowymi. By osiągnąć zamierzony cel główny sformułowano szczegółowe cele: zbadanie dynamiki zobowiązań ogółem, dynamiki zobowiązań wymagalnych, wartości zobowiązań wymagalnych dla wszystkich SP ZOZ w podziale na województwa na przestrzeni lat od 2010 r. do 2018 r. Kolejne istotne cele badawcze to: zbadanie zobowiązań ogółem, zobowiązań wymagalnych, dynamiki zobowiązań wymagalnych dla SP ZOZ w podziale na województwa w latach 2015-2018, a także zobrazowanie wyniku finansowego brutto, wskaźnika płynności bieżącej, wskaźnika szybkiej płynności dla SPZOZ w podziale na województwa w latach 2016-2018.

Do analizy wykorzystano dane dotyczące wszystkich **1 216** Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Polsce z szesnastu województw, a także 43 szpitale z trzech województw (mazowieckie, zachodniopomorskie i podkarpackie), co stanowiło 3,5% wcześniejszej grupy badawczej. Pierwsza część badań obejmowała wszystkie SP ZOZ w Polsce. Do drugiej części badań zastosowano celowy dobór próby badawczej, przygotowując arkusze

<sup>19</sup> J. Chluska, *Cele i zadania badania sprawozdań finansowych podmiotów leczniczych*, „Studia Oeconomica Posnaniensia” vol.2, no 5, Częstochowa 2014, s. 7-18.



z danymi dla każdego województwa (16 arkuszy), które zawierały dane od 8 do 16 podmiotów leczniczych w zakresie zobowiązań krótko i długoterminowych, zobowiązań wymagalnych, wskaźnika płynności bieżącej, wskaźnika płynności szybkiej i wyniku finansowego brutto. Do analizy szczegółowej zakwalifikowano podmioty z trzech województw o różnym stopniu rozwoju gospodarczego oraz strukturze społeczno-gospodarczej. Sposób interpretacji wspomnianych wskaźników:

- wartość zobowiązań wymagalnych (zobowiązania, którym upłynął termin płatności, a które nie zostały przedawnione, lub umorzone);
- wynik finansowy brutto, który jest różnicą między przychodami ogółem a łącznymi kosztami podmiotu, jest najbardziej ogólną miarą jego sytuacji finansowej. W badaniu wyróżniono dwa przedziały wartości: ujemny (wartość poniżej 0) oraz nieujemny (wartość 0 lub dodatnia). Dodatni wynik finansowy jest nazywany zyskiem, zaś ujemny stratą;
- wskaźnik płynności bieżącej CR, (Current Ratio) wskaźnik płynności III stopnia. Wskaźnik informuje o tym ile razy bieżące aktywa pokrywają zobowiązania bieżące. Wskaźnik ten informuje o potencjalnej zdolności podmiotu do spłaty bieżących zobowiązań za pomocą krótkoterminowych aktywów. Bezpieczny poziom wskaźnika powinien zawierać się w przedziale 1,2 - 2. Niższa wartość wskaźnika może oznaczać trudności płatnicze, a wyższa nie musi oznaczać zdolności do spłaty zobowiązań bieżących, lecz może świadczyć o trudnościach w wyegzekwowaniu należności czy nadmiarze zapasów (aktywa/zobowiązana krótkoterminowe) – informuje o możliwości spłaty zobowiązań, gdyby stały się wymagalne;
- wskaźnik płynności szybkiej (Quick Ratio). Wskaźnik ten informuje jakie są możliwości spłacenia bieżących zobowiązań najbardziej płynnymi aktywami, czyli ile razy aktywa bieżące o dużym stopniu płynności pokrywają zobowiązania bieżące. Bezpieczny poziom wskaźnika powinien zawierać się w przedziale 1 - 1,2. Niższa wartość wskaźnika oznacza zagrożenie dla szybkiego regulowania bieżących zobowiązań, a wyższa świadczy o możliwości pokrycia wymagalnych zobowiązań, ale także trudności w wyegzekwowaniu należności.

Dane finansowe dotyczące Samodzielnych Publicznych Podmiotów Leczniczych pochodzą z danych ankietowych i sprawozdań finansowych w zakresie wskaźników ekonomiczno - finansowych z szesnastu województw. Dane dotyczą lat 2010 - 2018 i zostały przekazane do Ministerstwa Zdrowia za pośrednictwem Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia administrowanego przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Ostateczny termin,

w którym możliwe było przekazanie danych za 2018 rok upłynął w dniu 2 września 2019 roku.

Analizę danych na potrzebę artykułu przeprowadzono w ramach własnych opracowań z wykorzystaniem programu Microsoft Excel.

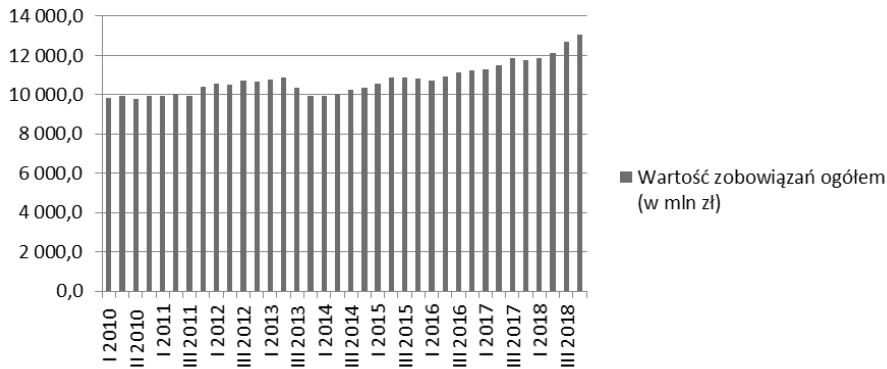
#### 4. Wyniki badań oceny sytuacji finansowej SPZOZ

##### Dynamika zobowiązań ogółem Samodzielnych Publicznych Podmiotów Lecznicych

Dokonując analizy zobowiązań ogółem w SPPL na przestrzeni lat od 2010 r. do 2018r., obserwujemy tendencję wzrostową wartości zobowiązań. Najniższy ich poziom odnotowany został w III kwartale 2010 roku i wyniósł 9 774,8 mln zł. oraz w IV kwartale 2013 roku – 9 922,1 mln zł, a także I kwartale 2014 roku – 9 933,1 mln zł. Poza tymi okresami następował stopniowy wzrost zobowiązań z nielicznymi okresami niewielkich okresów spadkowych, aby w IV kwartale 2018 roku osiągnąć wartość 13 069,9 mln zł.

Przedział czasowy od II kwartału 2016 roku do IV kwartału 2018 roku to ciągły wzrost ich wartości, w którym nie następowały już tendencje spadkowe w wartości zobowiązań (wykres 1).

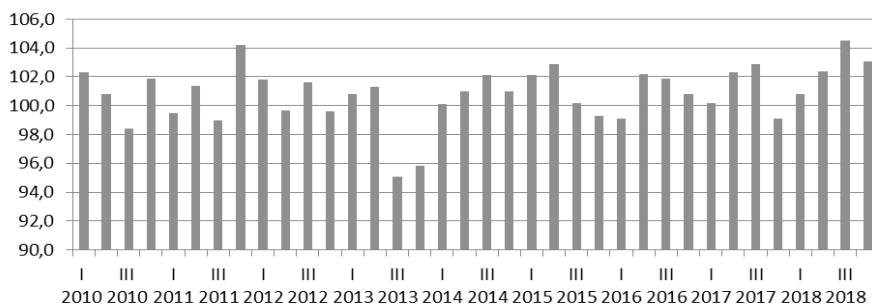
Wykres 1. Wartość zobowiązań ogółem dla SPZOZ w latach 2010-2018



Źródło: opracowanie własne.

Analiza dynamiki zobowiązań ogółem SPPL w badanym okresie, wskazuje na najmniejszą średnią wartość tego wskaźnika na poziomie 98,25% w 2013 roku, największą natomiast w 2018 roku na poziomie 102,7%. Wskaźniki dynamiki zobowiązań wszystkich SPPL w latach 2010 – 2018 mieściły się w przedziale [95,1%; 104,2%]. Zarówno analiza wartości zobowiązań, jak i ocena ich dynamiki dowodzi, że od 2016 roku obserwujemy tendencję wzrostową zarówno wartości, jak i dynamiki zobowiązań (wykres 2).

Wykres 2. Dynamika zobowiązań ogółem dla SPZOZ w latach 2010-2018

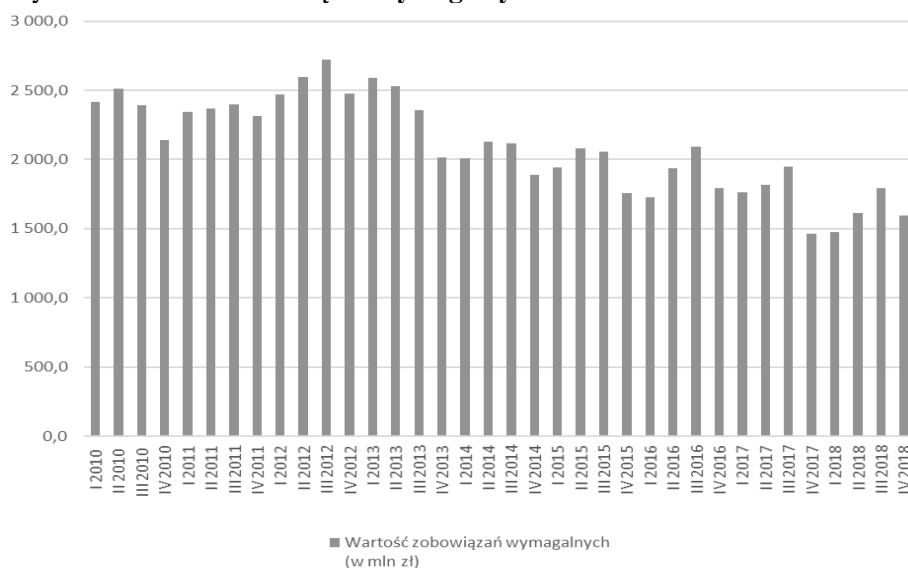


Źródło: opracowanie własne.

### Dynamika zobowiązań wymagalnych Samodzielnych Publicznych Podmiotów Leczniczych

Wysokość zobowiązań wymagalnych w SPPL wykazuje tendencję spadkową z upływem czasu. Najwyższe wartości zobowiązań wymagalnych wystąpiły w III kwartale 2012 roku, osiągając wartość 2 722,5 mln zł przy dynamice 104,9%, natomiast najniższe w IV kwartale 2017 roku wynosząc 1 464,6 mln zł przy dynamice 75,3%. Od IV kwartału 2017 roku obserwujemy spadek wartości zobowiązań wymagalnych przy nieznacznym ich wzroście w III kwartale 2018 roku ( wykres 3 ).

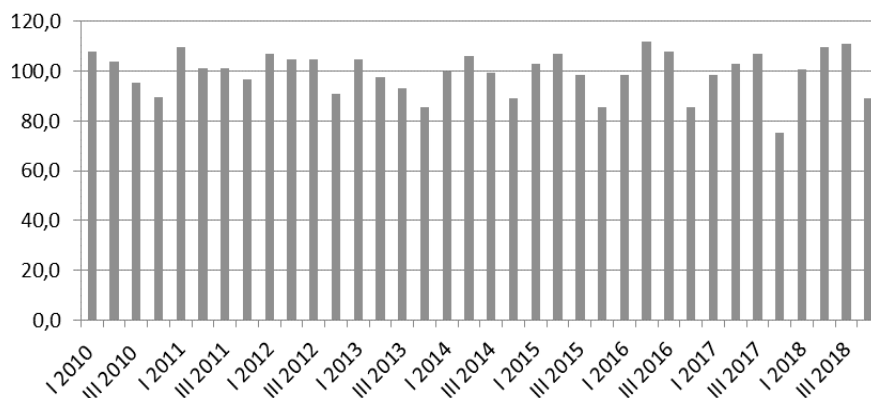
Wykres 3. Wartość zobowiązań wymagalnych dla SPZOZ w latach 2010-2018



Źródło: opracowanie własne.

Dynamika zobowiązań wymagalnych w latach 2010-2018 kształtowała się w przedziale od 85,4% do 112,1%. Najniższą średnią wartość wskaźnika odnotowano w 2013 roku - 95,23%, natomiast najwyższą - 102,58% w 2018 roku (wykres 4).

**Wykres 4. Dynamika zobowiązań wymagalnych dla SPZOZ w latach 2010-2018**



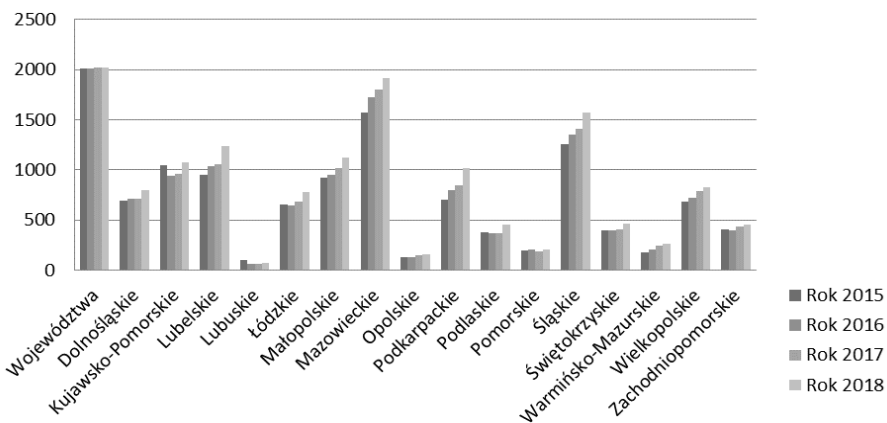
Źródło: opracowanie własne.

#### **Zobowiązania ogółem Samodzielnych Publicznych Podmiotów Leczniczych według województw**

Obserwujemy niepokojącą tendencję ciągłego wzrostu zobowiązań ogółem w publicznych podmiotach leczniczych. Ogólna dynamika wzrostu zobowiązań w latach od 2015 r. - 2017 r. utrzymywała się na poziomie 104,0%. W ostatnim badanym okresie nastąpił znaczący ich wzrost do poziomu 111,2% dla lat 2018 / 2017. Ogólna wartość zobowiązań osiągnęła 13 069,9 mln zł, czyli wzrost o 2 257,3 mln zł w stosunku do roku 2015 ( wykres 5).

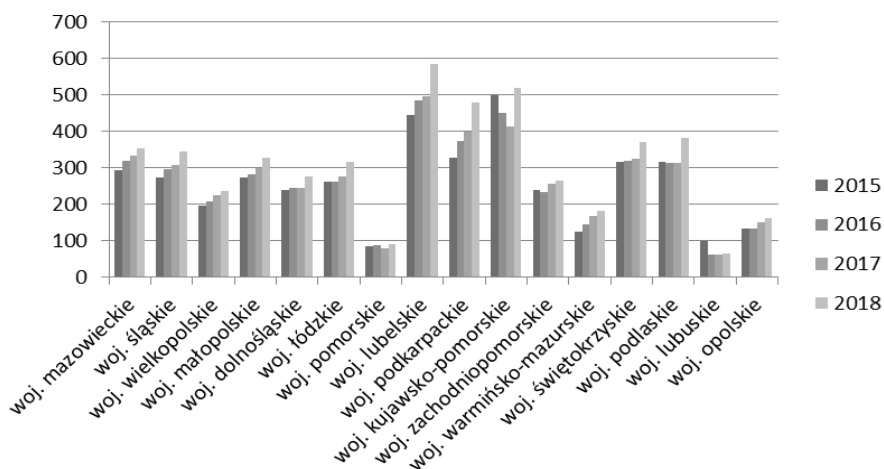
Wzrasta również zadłużenie publicznych podmiotów leczniczych w przeliczeniu na 1 mieszkańca województwa. W analizowanym okresie, tylko w województwie lubuskim, nastąpił spadek zadłużenia w przeliczeniu na jednego mieszkańca, z 100,49 zł w 2015 r. do 66,63 zł. w 2018 r. Największy wzrost analizowanego zadłużenia odnotowano w województwach: warmińsko-mazurskim - 147,03%, podkarpackim - 145,25%, lubelskim - 131,89%. Najmniejszy w województwach: kujawsko-pomorskim - 103,72%, pomorskim - 104,05%, zachodniopomorskim - 111,85% (wykres 6).

Wykres 5. Zobowiązania ogółem dla SPZOZ w podziale na województwa w latach 2015-2018



Źródło: opracowanie własne.

Wykres 6. Zadłużenie dla SPZOZ w przeliczeniu na 1 mieszkańca województwa w latach 2015-2018



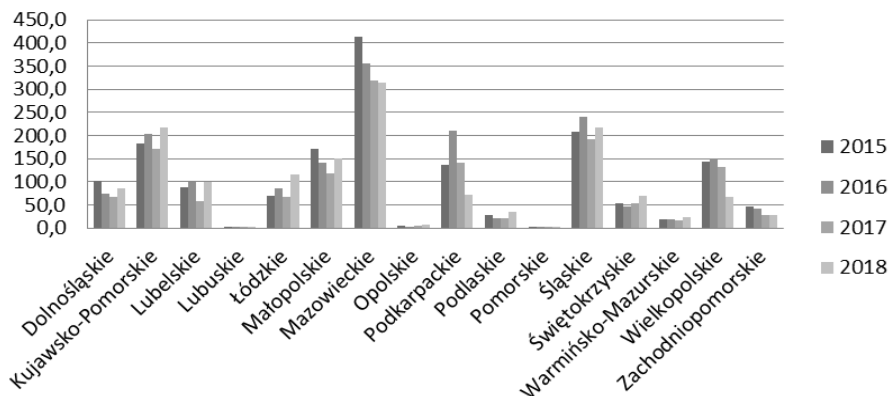
Źródło: opracowanie własne.

### Zobowiązania wymagalne ogółem Samodzielnych Publicznych Podmiotów Lecznicych według województw

Dokonując analizy zobowiązań wymagalnych w ogólnej wartości dla wszystkich publicznych podmiotów leczniczych w latach od 2015 r. do 2018 r., zauważamy pozytywną tendencję spadkową ich wielkości z poziomu 1 673,8 mln zł

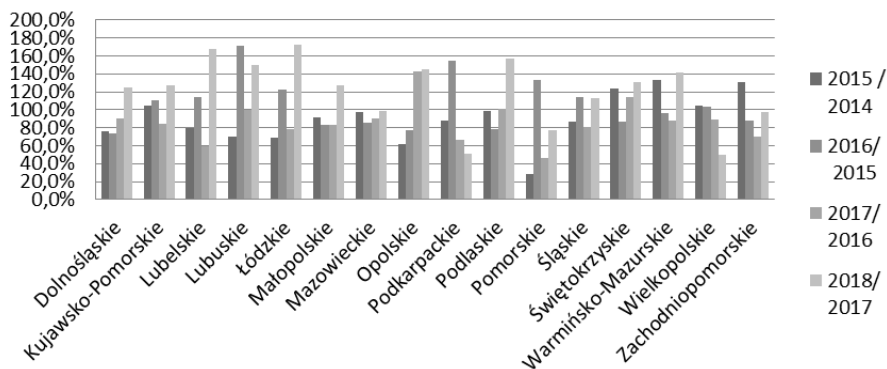
w roku 2015 do poziomu 1 507,5 mln zł w roku 2018, co oznacza spadek o 166,3 mln zł (analiza dla okresów brzegowych). Niepokoi jednak wzrost analizowanych zobowiązań w ostatnim badanym okresie, czyli w 2018 roku. Nastąpił bowiem ich wzrost o 131 mln zł w stosunku do 2017 roku (wykres 7).

**Wykres 7. Zobowiązania wymagalne dla SPZOZ w podziale na województwa w latach 2015-2018**



Źródło: opracowanie własne.

**Wykres 8. Dynamika zobowiązań wymagalnych dla SPZOZ w podziale na województwa w latach 2015-2018**



Źródło: opracowanie własne.

Największy średni wzrost wartości wskaźnika zobowiązań wymagalnych w latach 2015-2018 nastąpił w następujących województwach: lubuskim - 122,85%, warmińsko-mazurskim - 115,03%, świętokrzyskim - 113,93%. Naj-

niższe średnie wartości wskaźnika odnotowano w województwie pomorskim - 71,35%, województwie wielkopolskim - 86,65% i województwie podkarpackim 90,10% (wykres 8).

### **5. Ocena sytuacji finansowej wybranych publicznych podmiotów leczniczych**

Według stanu na dzień 31 marca 2020 r. w Polsce funkcjonowało **1 216** Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej.

Analiza 43 Samodzielnych Publicznych Podmiotów Leczniczych w trzech wybranych województwach, w przedziale czasowym lat 2015-2018, przeprowadzona została na podstawie zobowiązań krótko i długoterminowych, zobowiązań wymagalnych, wskaźnika płynności bieżącej, wskaźnika płynności szybkiej i wyniku finansowego brutto.

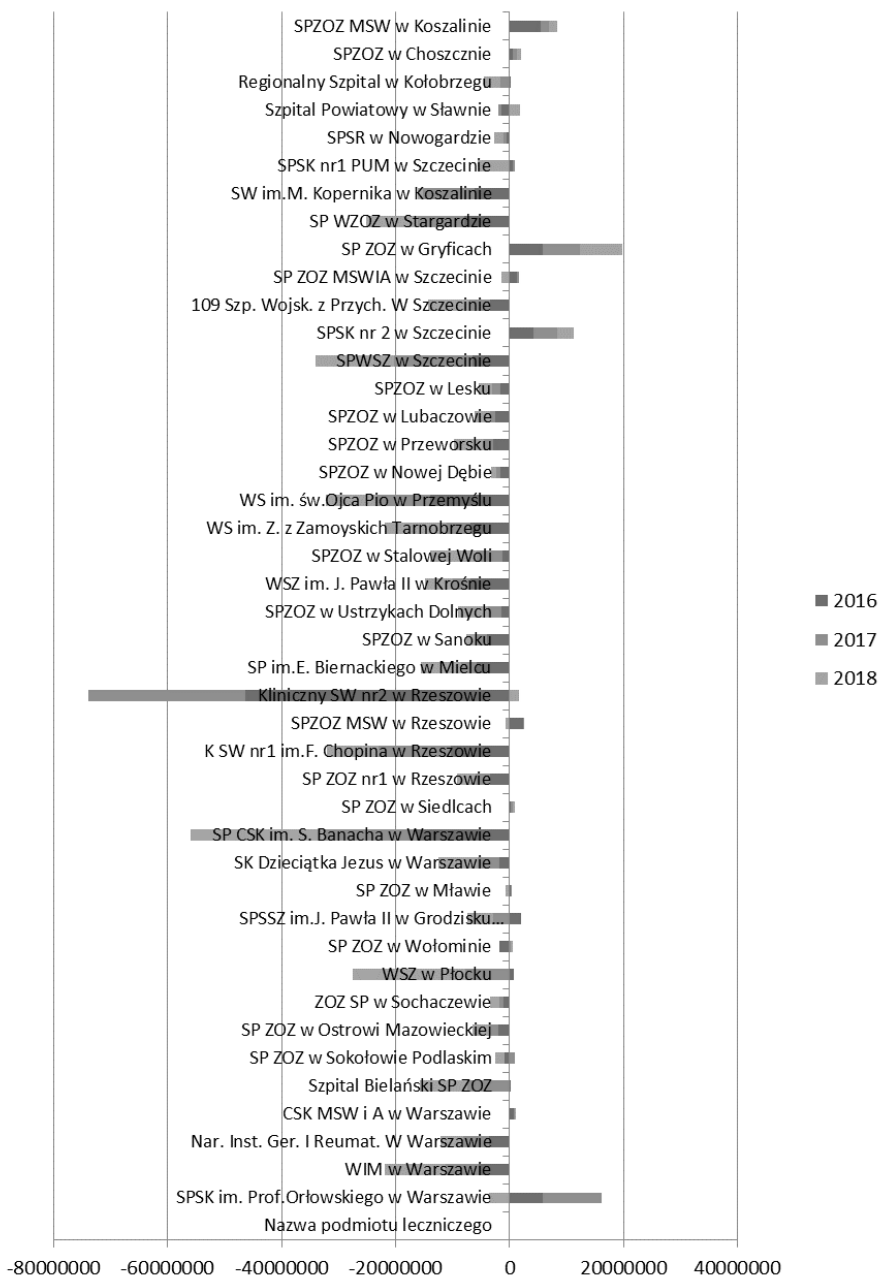
W województwie podkarpackim, na chwilę obecną funkcjonuje 77 SPPL. Na 15 analizowanych Samodzielnych Publicznych Podmiotów Leczniczych (19,5%) 12 uzyskało ocenę zdecydowanie negatywną, 2 ocenę pozytywną, natomiast 1 ocenę prognozującą pozytywny kierunek, czyli poprawę wskaźników oraz wynik ujemny z tendencją spadkową.

W województwie mazowieckim, na chwilę obecną funkcjonuje 176 SPPL. Na 15 analizowanych Samodzielnych Podmiotów Leczniczych (8,5%) 11 uzyskało ocenę zdecydowanie negatywną, 2 ocenę pozytywną, natomiast 2 ocenę prognozującą bezpieczną sytuację z niewielkim pogorszeniem lub utrzymującym się ujemnym wynikiem finansowym, ale brakiem zobowiązań wymagalnych i bezpiecznym wskaźnikiem płynności.

W województwie zachodniopomorskim, na chwilę obecną funkcjonuje 45 SPPL. Na 13 analizowanych Samodzielnych Publicznych Podmiotów Leczniczych (28,9%) 7 uzyskało ocenę zdecydowanie negatywną, 3 ocenę pozytywną, natomiast 3 ze względu na dane budżące duże wątpliwości nie uzyskały oceny w wyniku przeprowadzonej analizy.

Analiza wyniku finansowego brutto w Publicznych Podmiotach Leczniczych dla województw: mazowieckiego, podkarpackiego oraz zachodniopomorskiego wskazuje na bardzo złą sytuację ekonomiczną. W analizowanym przedziale czasowym tylko 6 spośród 43 analizowanych Podmiotów wykazywało dodatni wynik finansowy (wykres 9).

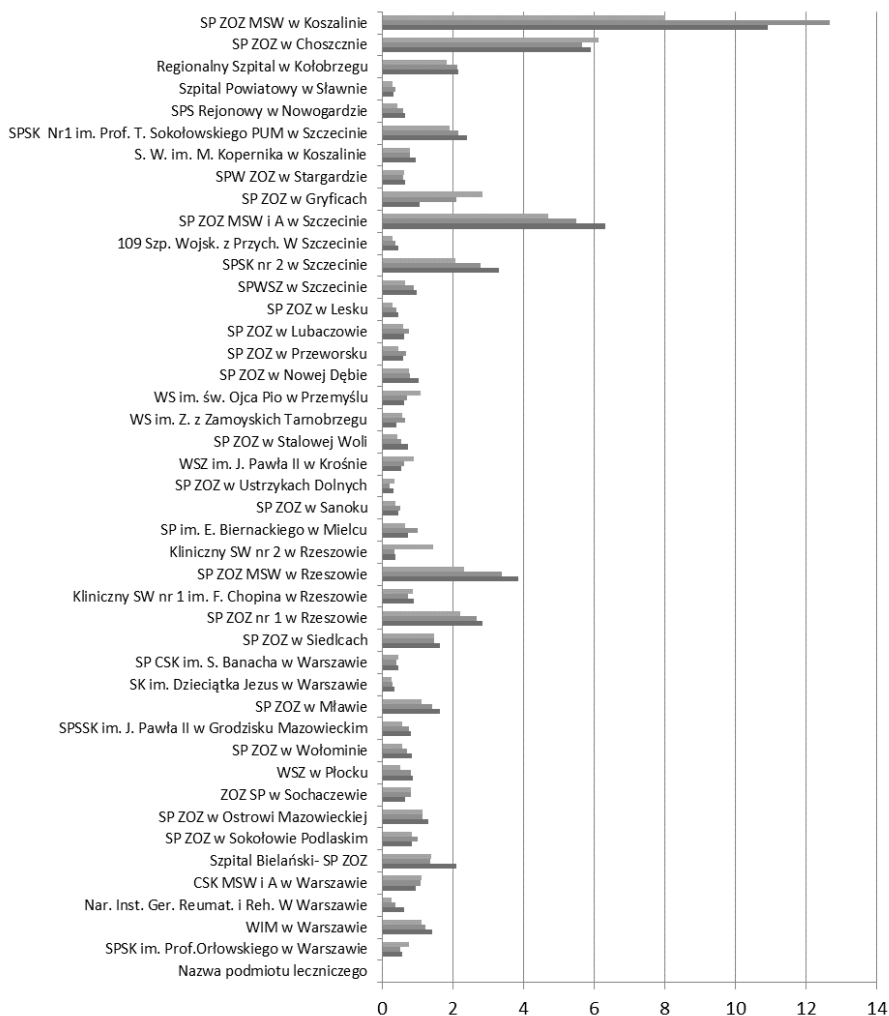
Wykres 9. Wynik finansowy brutto dla SPZOZ w podziale na województwa (zł) w latach 2016-2018



Źródło: opracowanie własne.



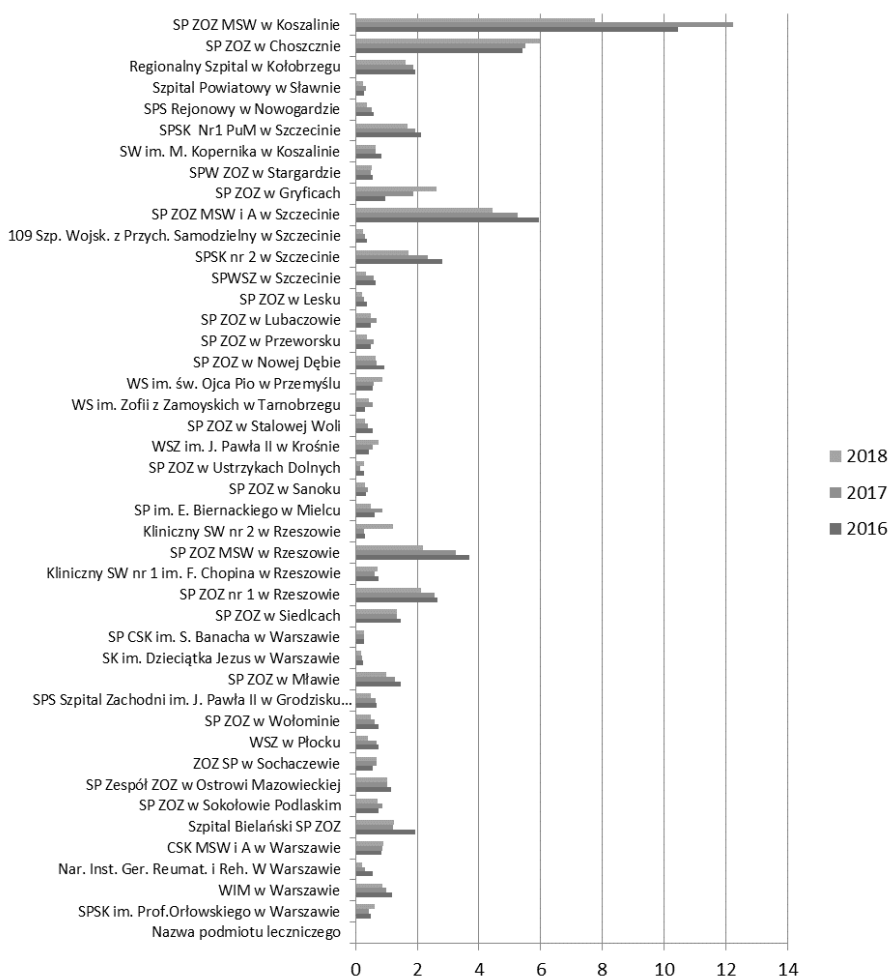
Wykres 10. Wskaźnik płynności bieżącej dla SPZOZ w podziale na województwa w latach 2016-2018



Źródło: opracowanie własne.

Przedstawiony wykres wskazuje na problemy finansowe większości analizowanych Podmiotów Leczniczych. Zaledwie dla kilku z nich przyjmuje on oczekiwaną wartość w przedziale od 1,2 do 2,0. W pozostałych przypadkach jego poziom wskazuje na problemy z utrzymaniem płynności finansowej (poniżej 1) lub też problemy z nadmierną płynnością - wysoka wartość wskaźnika, (wykres 10).

Wykres 11. Wskaźnik szybkiej płynności dla SPZOZ w podziale na województwa w latach 2016-2018



Źródło: opracowanie własne.

Analiza wskaźnika szybkiej płynności potwierdza problemy większości SP ZOZ z terminowym regulowaniem zobowiązań. Tylko w kilku przypadkach wskaźnik ten jest satysfakcjonujący w przedziale od 1,0 do 1,2. Natomiast dla większości podmiotów wykazuje problemy z natychmiastową spłatą zobowiązań (wskaźnik poniżej 1,0). Dla części Podmiotów Leczniczych zbyt wysoka jego wartość świadczy o nieprodukcyjnym akumulowaniu środków pieniężnych. Jest to zjawiskiem negatywnym, świadczącym o złym zarządzaniu (wykres 11).

## 6. Wnioski

Dla Polski i wielu państw, niezależnie od posiadanych zasobów, efektywny system finansowania ochrony zdrowia stanowi jeden z głównych problemów społeczno-ekonomicznych<sup>20</sup>.

W literaturze przedmiotu sytuacja finansowa szpitali uniwersyteckich w roku 2014 była bardzo zróżnicowana. Do badanej próby należały zarówno jednostki charakteryzujące się bardzo dobrą sytuacją finansową, jak również znaczna ilość szpitali, których trudna sytuacja w zakresie płynności finansowej i poziomu zadłużenia sugerowała zagrożenie dla dalszego funkcjonowania. Tak duże zróżnicowanie może sygnalizować wpływ dodatkowych czynników na sytuację finansową poszczególnych jednostek, np. stopień efektywności metod zarządzania placówką. Przeprowadzone w 2014 roku badania pokazały, iż lepszą sytuacją finansową charakteryzowały się szpitale funkcjonujące w postaci sp. z o.o. Jednak zarówno w przypadku spółek z o.o., jak i SP ZOZ-ów wystąpiła deficytowość, na co wskazały ujemne wskaźniki rentowności. Zatem prawdopodobnie forma organizacyjno-prawna szpitala nie jest czynnikiem, który decyduje o wzroście kondycji finansowej szpitali. Dlatego określenie wpływu innych czynników, które warunkują poprawę wyniku finansowego, a także opracowanie skutecznego nadzoru i działań naprawczych w tym zakresie może stanowić przedmiot dalszych badań<sup>21</sup>.

Na chwilę obecną wiodącym celem zmian w zakresie polityki finansowej szpitali publicznych powinno być uzyskanie płynności finansowej oraz zdolności kredytowej poprzez zwiększanie przychodów i wprowadzanie nowych, dodatkowych źródeł finansowania. Działalność publicznych podmiotów leczniczych wykazuje wyniki deficytowe i nic nie wskazuje, by ta sytuacja mogła się wkrótce zmienić w uzyskiwanie nadwyżki finansowej, mogącej umożliwić przeprowadzenie realizacji potrzebnych inwestycji np. w zakresie prac modernizacyjnych, zakupu potrzebnych urządzeń i sprzętu, jak również działań innowacyjnych.

Jednym z najpoważniejszych problemów systemu od czasów reformy z 1999 r. jest zadłużenie wielospecjalistycznych publicznych szpitali. Ich długi stanowią 90% długów wszystkich ZOZ-ów. W związku z faktem, iż w funkcjonowaniu szpitali wykazano wiele nieprawidłowości, oczywistym staje się

<sup>20</sup> M. Kluczyńska, J. Grzywacz, *System finansowania publicznej opieki zdrowotnej w Polsce w świetle doświadczeń niemieckich*, Zeszyty Naukowe PWSZ w Płocku Nauki Ekonomiczne, t. XXII, Płock 2015, s.121.

<sup>21</sup> M. Cygańska, *Wykorzystanie analizy finansowej do oceny rentowności szpitali – wybrane problemy*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 388 „Teoria rachunkowości, sprawozdawczość i analiza finansowa”, Wrocław 2015, s. 363-

zastosowanie działań mających na celu zwiększenie efektywności tych organizacji. Pilnym okazuje się być również wprowadzenie elementów sektora menedżerskiego<sup>22</sup>.

Doświadczenia wielu krajów w działaniach dotyczących systemu ochrony zdrowia pokazują, iż znacznie bardziej efektywne ekonomicznie jest nakierowanie na stronę niepopytową (strona popytowa - nakierowana bezpośrednio na pacjenta np. przez obciążanie go współpłaceniem za uzyskane świadczenia medyczne). Bardziej słuszne jest nakierowanie na stronę podażową, czyli twórców świadczeń, poprzez właściwe kontraktowanie, wprowadzenie zasad wynagradzania świadczeniodawców, które uwzględniają efektywność i wydajność<sup>23</sup>. Zatem implikowałyby to również modyfikację sieci szpitali.

### Podsumowanie

Odbiorcami informacji finansowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej mogą być zarówno potencjalni inwestorzy, jak i organy założycielskie, również płatnicy, banki, wierzyciele, kontrahenci, instytucje rządowe, fiskus, jak również kierownictwo, rady społeczne, także rady nadzorcze i pracownicy podmiotu leczniczego. Użytkownicy zewnętrzni, na podstawie sprawozdań finansowych, mogą badać zasoby majątkowe, a także źródła ich finansowania, ponoszone koszty, uzyskiwane przychody, osiągnięte rezultaty działalności (wyniki finansowe), jak również źródła wpływów środków pieniężnych oraz kierunki ich wykorzystania. Dzięki takim danym pracownicy mogą również przeprowadzać ocenę działalności danego podmiotu, a także rozliczać jego kierownictwo z uzyskanych dokonań i efektywnego wykorzystania zasobów majątkowych organizacji publicznej, które pozostają w jego dyspozycji. Z kolei kierownictwu takie informacje mogą ułatwić między innymi: monitorowanie i kontrolę prowadzonej działalności oraz ocenę możliwości jej kontynuacji, a także planowanie przyszłych działań<sup>24</sup>.

Bardziej skuteczne rozwiązania, niż obecnie obowiązująca ustawa, która wprowadza finansowanie budżetowe, zawierał projekt ustawy o sieci szpitali z 2007 roku. Proponowano w nim monitorowanie sytuacji finansowej szpitali

<sup>22</sup> I. Bączek, *Szpitalny dług*, Med. info., 2006, 2, s. 5, [za:] M. Kolwicz, *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii europejskiej*, Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, Szczecin 2010, 56, 3, s.138.

<sup>23</sup> C. Włodarczyk, *Reformy zdrowotne – uniwersalny kłopot*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003, s. 159, [za:] M. Jaworzyńska, *Analiza porównawcza systemu finansowania opieki zdrowotnej w Polsce z wybranymi krajami*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H, Oeconomia” 46/1, Lublin 2012, s. 209-216.

<sup>24</sup> M. Hass-Symotiuik i inni, *Sprawozdawczość podmiotów prowadzących działalność leczniczą*, Woltres Kluwer, Warszawa 2016.

w sieci na podstawie analizy oceny ich sytuacji ekonomiczno-finansowej, przy zastosowaniu analizy wskaźnikowej. Wykorzystane miały być wskaźniki: zyskowności – celem oceny efektywności działania szpitala, płynności – celem pomiaru zdolność szpitala do wywiązywania się z krótkoterminowych zobowiązań, efektywności – informującej, w jakich cyklach szpital spłaca zobowiązania, odnawia zapasy oraz otrzymuje należności z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, zadłużenia – informującego o zadłużeniu szpitala, jego strukturze oraz o zdolności szpitala do obsługi tego zadłużenia<sup>25</sup>.

W obecnie obowiązujących przepisach istnieją ustalone przez Ministra właściwego do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, określone parametry oceny finansowej publicznych szpitali, w postaci Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 roku w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, a także zapewnienie przejrzystości i jednolitości analizy sytuacji tych jednostek, oraz porównywalności stosowanych wskaźników. Jednak pojawienie się niekorzystnych parametrów oceny nie powoduje konsekwencji następczych dla takich podmiotów leczniczych<sup>26</sup>. Tak więc należy podkreślić, że nadal aktualne i nierealizowane pozostaje monitorowanie i ocena szpitali w zakresie jakości świadczonych usług, gospodarowania środkami finansowymi przekazywanymi przez płatnika, czyli problem powiązania efektów zarządzania publicznym podmiotem leczniczym z właściwymi dla tych efektów decyzjami zarządczymi.

Przeprowadzone dla niniejszego artykułu badania i analizy wskazują na potrzebę ustalenia i wykorzystania odpowiednich wskaźników, celem skutecznego nadzoru i działań organów założycielskich nad publiczną ochroną zdrowia. Tymi wskaźnikami mogą być wskaźniki: produktywności aktywów, zyskowności operacyjnej, bieżącej płynności, szybkiej płynności, ogólnego zadłużenia, wypłacalności, finansowania majątku trwałego oraz zyskowności netto. Powyższe wskaźniki zostały określone przez projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali włączonych do sieci.

Należy podkreślić, iż różnice w zakresie efektywności finansowej Samodzielnych Publicznych Podmiotów Leczniczych potwierdzają różnice w zakresie zarządzania podległymi szpitalami przez organy założycielskie, jak również kadre zarządzającą najwyższego szczebla tych podmiotów.

<sup>25</sup> Projekt rozporządzenia w sprawie monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali włączonych do sieci szpitali. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2007.

<sup>26</sup> Mikos M., Urbaniak M., *Dostępność świadczeń...*, op. cit., s. 203.

**Bibliografia**

- Bączek I., *Szpitalny dług*, Med. info., 2006, 2, s. 5.
- Brzezińska-Grabarczyk D., Narolski M., i in., *Prawo o działalności leczniczej w praktyce*, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2012.
- Chluska J., *Cele i zadania badania sprawozdań finansowych podmiotów leczniczych*, „Studia Oeconomica Posnaniensia” vol.2, no 5, Częstochowa 2014.
- Cygańska M., *Wykorzystanie analizy finansowej do oceny rentowności szpitali – wybrane problemy*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 388 „Teoria rachunkowości, sprawozdawczość i analiza finansowa”, Wrocław 2015.
- Hass-Symotiuik M. i inni, *Sprawozdawczość podmiotów prowadzących działalność leczniczą*, Wolters Kluwer, Warszawa 2016.
- <https://www.lexlege.pl/ustawa-o-dzialalnosci-leczniczej/art-53a/>, (dostęp: 03.05.2020).
- Kluczyńska M., Grzywacz J., *System finansowania publicznej opieki zdrowotnej w Polsce w świetle doświadczeń niemieckich*, Zeszyty Naukowe PWSZ w Płocku Nauki Ekonomiczne, t. XXII, Płock 2015.
- Magdziarz P., *Raport z audytu Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Mogilnie wraz z elementami strategii rozwoju*, Formedis, Poznań 2011.
- Mikos M., Urbaniak M., *Dostępność świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w Polsce a funkcjonowanie sieci szpitali*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 15 (3), Poznań 2017.
- Projekt rozporządzenia w sprawie monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali włączonych do sieci szpitali. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2007.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 sierpnia 1993 r. w sprawie ogólnych warunków, trybu zawierania i rozwiązywania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz trybu ustalania i rozliczania należności za te świadczenia, Dz.U. nr 76, poz. 363.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 roku w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, [www.legislacja.gov.pl](http://www.legislacja.gov.pl) (dostęp: 10.10.2017).
- Sygit B., Wąsik D., *Prawo ochrony zdrowia*, Diffin S.A., Warszawa 2016.
- Sytuacja finansowa szpitali publicznych w Polsce*, file:///C:/Users/Lenovo/OneDrive/Pulpit/Publiczne%20podmioty%20lecznicze-%20sytuacja%20finansowa.%20Dane.%20Literatura.Badania.%20Artykuł/Sytuacja%20finansowa%20szpitali%20w%20Polsce,.pdf (dostęp: 01.05.2020).
- Trendy w Polskiej ochronie zdrowia 2017*, file:///C:/Users/Lenovo/OneDrive/Pulpit/Ochrona%20zdrowia.%20Organizacje.%20Zarządzanie.%20System.%20Finansowanie/Trendy-w%20polskiej-ochronie-zdrowia-2017-pwc-%20system%20ochr.%20zdr.%20w%20Polsce.pdf (dostęp:01.05.2020).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Dz.U. nr 78, poz. 684 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym, Dz.U. 1990 nr 16 poz. 95.
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998r. o samorządzie województwa , Dz.U. 1998 nr 91 poz. 576.
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, Dz.U. 1998 nr 91 poz. 578.
- Włodarczyk C., *Reformy zdrowotne - uniwersalny kłopot*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003, s. 159.
- Wrona B. *Działalność regulacyjna państwa w sferze finansowania ochrony zdrowia*, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Zeszyty Naukowe nr 11, Kraków 2011.
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, file:///C:/Users/Lenovo/OneDrive/Pulpit/Ochrona%20zdrowia.%20Organizacje.%20Zarządzanie.%20System.%20Finansowanie/Zdrowie%20i%20ochrona%20zdrowia%20w%202017.pdf (dostęp:01.05.2020r.).

## OCENA SYTUACJI FINANSOWEJ SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH PODMIOTÓW LECZNICZYCH W POLSCE

### *Streszczenie*

Artykuł prezentuje i podkreśla aktualność problemu trudnej sytuacji finansowej Samodzielnych Publicznych Podmiotów Leczniczych, stanowiących filar ochrony zdrowia w Polsce. W artykule omówiono specyfikę funkcjonowania, a także zasadę systemu finansowania tych podmiotów. Dokonano prezentacji grupy badawczej, a także przedstawiono wyniki badań w zakresie oceny sytuacji finansowej SP ZOZ w aspekcie ogólnokrajowym, jak i dla każdego z szesnastu województw w Polsce. Analiza dotyczy: dynamiki zobowiązań ogółem Samodzielnych Publicznych Podmiotów Leczniczych, dynamiki zobowiązań wymagalnych Samodzielnych Publicznych Podmiotów Leczniczych, zobowiązań ogółem Samodzielnych Publicznych Podmiotów Leczniczych według województw, zobowiązań wymagalnych ogółem Samodzielnych Publicznych Podmiotów Leczniczych według województw. Podjęto także próbę oceny sytuacji finansowej wybranych publicznych podmiotów leczniczych. Artykuł sygnalizuje problem badawczy w obszarze analizy wskaźników ekonomicznych oraz ich wykorzystania w procesie monitoringu i dla odpowiednich działań zarządczych w sektorze publicznej ochrony zdrowia. Wyniki badań pokazują, iż obecnie wiodącym celem zmian w zakresie polityki finansowej szpitali publicznych powinno być uzyskanie płynności finansowej, oraz zdolności kredytowej poprzez zwiększanie przychodów i wprowadzanie nowych, dodatkowych źródeł finansowania. Ponieważ działalność publicznych podmiotów leczniczych wykazuje wyniki deficytowe i nic nie wskazuje by ta sytuacja mogła się wkrótce zmienić w uzyskiwanie nadwyżki finansowej, mogącej umożliwić przeprowadzenie realizacji potrzebnych inwestycji, jak również działań innowacyjnych, istotną kwestią staje się proces ustalenia i wykorzystania odpowiednich wskaźników, celem skutecznego nadzoru i działań organów założycielskich nad publiczną ochroną zdrowia.

## ASSESSMENT OF THE FINANCIAL SITUATION OF INDEPENDENT PUBLIC MEDICAL ENTITIES IN POLAND

### *Summary*

The article presents and emphasises the topicality of the problem of the difficult financial situation of Independent Public Medical Entities, which are the pillar of health care in Poland. The article discusses the specificity of functioning, as well as the principle of the financing system of these entities. The research group was presented and the results of the research were given on the assessment of the financial situation of medical entities in the national aspect and for each of the sixteen voivodeships in Poland. The analysis concerns: the dynamics of the total liabilities of Independent Public Health Entities, the dynamics of the due liabilities of Independent Public Healthcare Entities, the total liabilities of Independent Public Health Entities by voivodeships, and finally the due liabilities of Independent Public Health Entities by voivodeships. The attempt was also made to assess the financial situation of selected public medical entities. The article indicates a research problem in the area of the analysis of economic indicators and their use in the monitoring process and for appropriate management activities in the public health care sector. The research results show that the main, present goal of changes in the financial policy of public hospitals should be to obtain financial liquidity and creditworthiness by increasing revenues and introducing new, additional sources of financing. Since the activity of public healthcare entities shows deficit results and there is no indication that this situation could soon turn into a financial surplus, which could enable the implementation of necessary investments as well as innovative activities, the process of establishing and using appropriate indicators (for effective supervision and activities of the founding bodies over public health care) becomes an important issue.

