

KATARZYNA PRĘDKIEWICZ

PAWEŁ PRĘDKIEWICZ

PLYNNOŚĆ FINANSOWA SZPITALI SAMORZĄDOWYCH W POLSCE – WYNIKI BADAŃ EMPIRYCZNYCH

Słowa kluczowe: płynność finansowa, szpitale publiczne, rentowność, zadłużenie

Keywords: financial liquidity, public hospitals, profitability, debts

Klasyfikacja JEL: I12, L25, G30

Wprowadzenie

Kondycja finansowa szpitali stanowi przedmiot zainteresowania nie tylko właścicieli (organów tworzących), ale także polityków, mediów, naukowców. Przede wszystkim jednak ma wpływ na możliwość realizacji podstawowej funkcji ratowania zdrowia i życia, do której został powołany szpital. Z liczby około 730 szpitali, które funkcjonują w Polsce, prawie siedemset wciąż należy do państwa oraz jednostek samorządu terytorialnego, z tego aż połowa do powiatów¹. Osiemdziesiąt procent państwowych i samorządowych placówek szpitalnych działa wciąż jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ)², których kondycja finansowa cyklicznie się pogarsza. Dlatego tak ważne jest badanie warunków sytuacji finansowej placówek medycznych. Należy przede wszystkim poszukiwać odpowiedzi na pytanie, czy gorsza kondycja finansowa szpitali ma swoje źródła w otoczeniu zewnętrznym (np. wynika z niedoszacowania wyceny procedur medycznych, zbyt niskich kontraktów), czy też z wyniku niegospodarności kadry zarządczej (np. niekontrolowania kosztów, nieumiejętności zwiększania przychodów i uzależnienia się od kontraktów z NFZ, niekontrolowanego zadłużania się). Z drugiej strony, badania takie powinny wyłonić liderów, których dobry przykład może posłużyć innym jednostkom do korekty własnych działań.

¹ Ministerstwo Zdrowia, *Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2010*, www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/przekształcenia_marzec2011.pdf (20.11.2012).

² J. Krzemiński: *Szpitale się łączą, inaczej nie przetrwają*, <http://m.obserwatorfinansowy.pl/forma/analizy/szpitale-sie-lacza-inaczej-nie-przetrwaja/> (25.02.2013).

Obszar zarządzania płynnością finansową w placówkach medycznych wydaje się być szczególnie newralgiczny. Często z mediów docierają informacje o tym, że kolejny szpital ma problemy z bieżącym regulowaniem swoich zobowiązań³ i oczekuje wsparcia ze strony podmiotu tworzącego.

W prawidłowej ocenie sytuacji finansowej szpitali niezmiernie ważne jest wyznaczenie optymalnych wskaźników finansowych, takich, które uwzględniałyby specyfikę publicznych placówek medycznych. Próba budowy zestawu właściwych mierników finansowych i wykorzystania ich do oceny szpitali pojawiła się w 2005 roku w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali, włączonych do sieci szpitali przekazanych do uzgodnień zewnętrznych 7 marca 2007 roku (rozporządzenie nie weszło jednak w życie). Sytuacją finansową i wyznaczaniem mierników finansowych zajmował się także zespół A. Sobczak, D. Czechowska, M. Dmowski⁴ (na podstawie danych za 2006 r.). Dostępne są także fragmentaryczne opracowania prezentujące m.in. wskaźniki finansowe w wybranych województwach (np. *Lecznictwo Stacjonarne w Małopolsce 2011 r.*)⁵. Z raportów tych wynika, że nie można poprzestać na ustaleniu wartości przeciętnych wskaźników finansowych dla całej populacji szpitali, ale należy uwzględnić także inne cechy, np. rodzaj placówki. Pokazują one także, że brak zgodności co do tego, w jaki sposób oceniać uzyskane wskaźniki.

Cel badań i metodyka

Celem artykułu jest zaprezentowanie wyników badań w zakresie kształtowania się wskaźników płynności finansowej w szpitalach, dla których organem założycielskim jest JST w latach 2009–2011. Postawiono hipotezę badawczą, iż cechy szpitala mogą mieć wpływ na kształtowanie się płynności finansowej, zatem celem artykułu jest także próba zweryfikowania i oceny znaczenia tych cech dla kształtowania się mierników płynności finansowej.

Wskaźniki wykorzystane w analizie to tradycyjne, statyczne wskaźniki płynności finansowej: bieżącej, szybkiej i natychmiastowej⁶. Opublikowane do tej pory raporty w zakresie oceny sytuacji finansowej szpitali bazują wyłącznie na dwóch pierwszych wskaźni-

³ Np. Centrum Zdrowia Dziecka: *Problemy Centrum Zdrowia Dziecka. Złe gospodarowanie*, http://warszawa.gazeta.pl/warszawa/1,34889,12461219,Problemy_Centrum_Zdrowia_Dziecka___Zle_gospodarowanie_.html; *CZD bez pieniędzy. Komornik zachowuje się złośliwie*, http://warszawa.gazeta.pl/warszawa/1,34862,13075747,CZD_bez_pieniedzy___Komornik_zachowuje_sie_zlosliwie_.html (25.02.2013).

⁴ A. Sobczak, D. Czechowska, M. Dmowski: *Sytuacja finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – analiza wskaźnikowa*, www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=1.

⁵ www.malopolskie.pl/Zdrowie/Raporty/ (25.02.2013).

⁶ Wskaźnik płynności bieżącej = aktywa obrotowe / zobowiązania bieżące; wskaźnik płynności szybkiej = (aktywa obrotowe – zapasy) / zobowiązania bieżące; wskaźnik płynności natychmiastowej = inwestycje krótkoterminowe / zobowiązania bieżące.

kach statycznych. Równoległe w badaniach wyznaczano także wskaźnik zadłużenia⁷ i rentowności⁸.

Dane finansowe wykorzystane w artykule zostały pozyskane w ramach projektu badawczo-rozwojowego „Portrety Szpitali – mapy możliwości, czyli monitorowanie jakości usług publicznych i benchmarking zakresu nadzoru nad funkcjonowaniem szpitali, dla których organem założycielskim jest JST”⁹. Informacje finansowe, na podstawie których można było wyznaczyć wskaźniki finansowe przedstawiło 81 szpitali. Część sprawozdań finansowych była jednak niepełna i należało je odrzucić na etapie badań statystycznych. Ostatecznie badaniu poddano 67 szpitali. Analizy przedstawione w niniejszym artykule są dodatkowymi badaniami, które nie zostały zrealizowane w ramach projektu.

W celu zweryfikowania hipotezy zbadano, czy wskaźniki płynności wyliczone dla poszczególnych grup szpitali (klasyfikacja według wybranych cech) różnią się statystycznie istotnie. Wnioskowanie zostało przeprowadzone z wykorzystaniem testu t-Studenta.

Wyniki badań

Kształtowanie się wskaźników płynności finansowej w próbie

W tabeli 1 zawarto podstawowe statystyki opisowe dotyczące wskaźników płynności w latach 2009–2011, tj. zaobserwowaną w próbie badawczej wartość minimalną, maksymalną, średnią arytmetyczną, odchylenie standardowe, średnią arytmetyczną wyznaczoną po odrzuceniu obserwacji ekstremalnych (10%), a także współczynnik zmienności¹⁰.

Zauważono, że średnia wartość wskaźnika płynności bieżącej oscylowała wokół wartości 1,7–1,8, a po odrzuceniu ekstremów 1,4–1,6. Minimalna zaobserwowana wartość to 0,10, a maksymalna 11,65. Dosyć wysokie odchylenie standardowe, porównywalne z wartością przeciętną świadczy o dużej zmienności poziomu wskaźnika płynności bieżącej w próbie badawczej.

⁷ Wskaźnik zadłużenia = (zobowiązania długo- i krótkoterminowe) / pasywa razem.

⁸ Wskaźnik rentowności operacyjnej = zysk operacyjny / przychody ze sprzedaży.

⁹ Założeniem projektu jest obiektywne badanie efektywności funkcjonowania szpitali, z elementami benchmarkingu w zakresie wszystkich aspektów działalności. Finanse szpitali są jednym z trzynastu obszarów objętych badaniem, obok m.in.: zarządzania zasobami ludzkimi, infrastrukturą, farmakoekonomiką itd. Projekt składa się z dwóch części: badania pilotażowego i badania właściwego. Badanie pilotażowe rozpoczęło się w na przełomie czerwca i lipca 2012 roku. Do udziału zaproszonych zostało 221 szpitali z 7 województw: podlaskiego, warmińsko-mazurskiego, mazowieckiego, dolnośląskiego, opolskiego, świętokrzyskiego i lubelskiego. Na zaproszenie odpowiedziały 184 szpitale. Pełne badanie – polegające na wypełnieniu ankiet zamieszczonych na platformie IT oraz formularza dotyczącego finansów i ekonomiki szpitala – zrealizowało 101 szpitali, natomiast kompletne informacje finansowe, na podstawie których można było wyznaczyć wskaźniki finansowe, przedstawiło 81 szpitali. Projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

¹⁰ Odchylenie standardowe / średnia arytmetyczna.

Tabela 1

Wskaźniki płynności bieżącej, szybkiej i natychmiastowej w latach 2009–2011
w całej próbie badawczej

Wyszczególnienie	Rok		
	2009	2010	2011
	Wskaźnik płynności bieżącej		
Min	0,13	0,10	0,10
Max	9,53	9,90	11,65
Średnia arytmetyczna	1,80	1,69	1,72
Odchylenie standardowe	1,74	1,76	2,09
Średnia arytmetyczna po odrzuceniu ekstremów (90% populacji)	1,57	1,43	1,40
Współczynnik zmienności	0,97	1,04	1,22
	Wskaźnik płynności szybkiej		
Min	0,12	0,09	0,09
Max	9,27	8,64	11,42
Średnia arytmetyczna	1,66	1,55	1,57
Odchylenie standardowe	1,64	1,64	1,98
Średnia arytmetyczna po odrzuceniu wielkości skrajnych (90% populacji)	1,44	1,30	1,27
Współczynnik zmienności	0,99	1,06	1,26
	Wskaźnik płynności natychmiastowej		
Min	0,01	0,00	0,00
Max	6,77	6,33	9,77
Średnia arytmetyczna	0,82	0,69	0,73
Odchylenie standardowe	1,18	1,06	1,53
Średnia arytmetyczna po odrzuceniu wielkości skrajnych (90% populacji)	0,65	0,52	0,47
Współczynnik zmienności	1,44	1,54	2,08

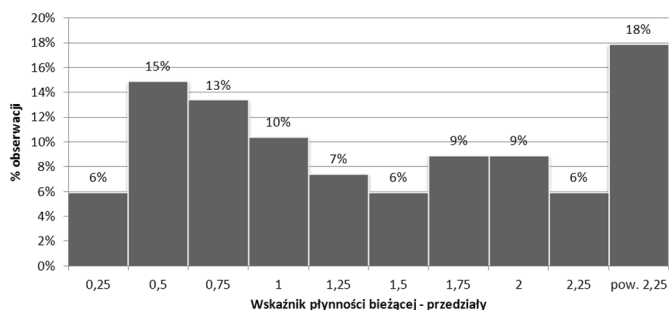
Źródło: opracowanie własne.

Wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje bardzo zbliżone wartości do wskaźnika płynności bieżącej. Wynika to ze stosunkowo niskiego poziomu zapasów w placówkach medycznych. Są to głównie leki, materiały opatrunkowe, które mają relatywnie niski udział w aktywach razem (rzędu 2–3%). Zatem wartości średnie kształtowały się w granicach 1,57–1,66, a po odrzuceniu ekstremów 1,27–1,44. Minimalna zaobserwowana wartość wskaźnika płynności szybkiej wynosi 0,09, a maksymalna to 11,42. Podobnie dosyć wysokie odchylenie standardowe, porównywalne z wartością przeciętną świadczy o dużej zmienności poziomu tego wskaźnika w próbie badawczej.

Ostatni wskaźnik – płynności natychmiastowej – podlega znacznym wahaniom wśród poszczególnych szpitali. Poziom inwestycji krótkoterminowych nie ma stabilnej wielkości w podmiotach gospodarczych, w szczególności może zmieniać się na koniec okresu spra-

wzrostawczego, dlatego też wartość informacyjna tego wskaźnika jest dużo niższa niż pozostałych. Średnia arytmetyczna ukształtowała się na dosyć wysokim poziomie 0,69–0,82, a po odrzuceniu wartości ekstremalnych 0,47–0,65, co oznacza, że średnio placówki medyczne dysponowały inwestycjami krótkoterminowymi, którymi mogły uregulować od 47 do 65% swoich zobowiązań bieżących w latach 2009–2011. Należy uznać, że to bardzo wysoki poziom. W stosunku do wskaźnika płynności natychmiastowej bardzo ostrożnie podaje się jakiegokolwiek wartości normatywne, ze względu na wspomnianą jego dużą zmienność. Niektórzy podają, że powinien on oscylować wokół granicy 10–20%¹¹. Minimalną zaobserwowaną wartością było 0, natomiast maksymalną 9,77, co oznaczało, że jeden z analizowanych szpitali posiadał niemal 10-krotnie większy zasób inwestycji krótkoterminowych niż zobowiązań bieżących.

Jednak przedstawione dane w powyższej tabeli są uśrednione. Bardziej szczegółowych informacji dostarcza histogram, który pozwolił wyznaczyć odsetek placówek medycznych charakteryzujących się ponadprzeciętnymi wskaźnikami płynności finansowej, jak i tych o niskich wskaźnikach.



Rysunek 1. Wskaźnik płynności bieżącej w 2011 roku

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z wykresu (rys. 1) w 2011 roku w 12 szpitalach, co stanowi 18% badanej populacji, zaobserwowano wskaźnik płynności bieżącej powyżej wartości 2,25. Drugim co do liczebności przedziałem był zakres od 0,25 do 0,5 – 10 szpitali, tj. 15% obserwacji, następnie 0,5–0,75 (13% szpitali). Część placówek medycznych charakteryzuje się więc bardzo wysokimi wskaźnikami płynności bieżącej, powyżej wartości 2,25, a z drugiej strony obserwujemy sporą grupę, dla której wskaźniki są znacznie poniżej zalecanych wartości. Łącznie poniżej progu 1,25 znalazło się aż 52% szpitali. Bardzo podobnie struktura ukształtowała się również w 2010 i 2009 roku. Do przedziału, w którym została wyznaczona

¹¹ T. Waśniewski, W. Skoczylas: *Teoria i praktyka analizy finansowej w przedsiębiorstwie*, FRR w Polsce, Warszawa 2004, s. 440.

na średnia arytmetyczna (1,72), należało tylko 9% jednostek populacji. Jak zatem widać, próba badawcza jest dosyć zróżnicowana.

Wskaźniki finansowe w zależności od zdiagnozowanej nadpłynności

W toku dalszych badań i na podstawie powyżej opisanych obserwacji dokonano podziału szpitali na dwie grupy – takiej, w której zdiagnozowano nadpłynność finansową oraz pozostałą. Kryterium podziału był wskaźnik płynności bieżącej osiągający wartość powyżej 2 (dla 2011 r.). Do grupy jednostek o wskaźniku płynności bieżącej poniżej wartości 2 zostało zakwalifikowanych 49 podmiotów, co stanowiło 75% próby. Natomiast pozostałe 16 jednostek, co stanowi 25% próby, do grupy charakteryzującej się nadpłynnością. W tej grupie przeciętny wskaźnik płynności bieżącej wynosił 4,16, płynności szybkiej 3,87, a natychmiastowej 2,33, co oznacza, że inwestycje krótkoterminowe ponad dwukrotnie przewyższały zobowiązania bieżące (tab. 2). Co istotne, grupa ze zdiagnozowaną nadpłynnością charakteryzowała się również wysokim udziałem inwestycji krótkoterminowych w aktywach obrotowych, sięgających 49%, podczas gdy w pozostałych spółkach udział ten został określony na poziomie 20% (tab. 2), jak i wysokim udziałem inwestycji krótkoterminowych w sumie aktywów na poziomie 17% , w pozostałych spółkach było to 5%. Potwierdza to dodatkowo, że utrzymywany przez 1/4 populacji badanych szpitali poziom środków pieniężnych był zbyt wysoki w stosunku do posiadanych zobowiązań. Zwrócić należy uwagę, że szpitale, w których zdiagnozowano nadpłynność finansową, charakteryzowały się też dużo niższym poziomem zadłużenia – przeciętnie wynosiło ono 12%, podczas gdy w pozostałych jednostkach 56%, jak i występowaniem rentowności, aczkolwiek dosyć niskiej, na poziomie 1%. W pozostałej grupie szpitali występowała deficytowość rzędu 7%.

Tabela 2

Wskaźniki płynności, zadłużenie, rentowność, udział inwestycji krótkoterminowych w aktywach obrotowych, udział inwestycji krótkoterminowych w aktywach – średnia arytmetyczna, rok 2011 w zależności od zdiagnozowanej nadpłynności

Grupy szpitali	Płynność bieżąca	Płynność szybka	Płynność natychmiastowa	Zadłużenie (%)	Rentowność (%)	IK/AO* (%)
Wskaźnik płynności bieżącej < 2	0,94	0,84	0,22	56	-7	20
Nadpłynność finansowa	4,16	3,87	2,33	12	1	49

* IK / AO – inwestycje krótkoterminowe / aktywa obrotowe × 100%.

Źródło: opracowanie własne.

Różnice pomiędzy grupami są istotne statystycznie w przypadku wskaźników płynności oraz udziału inwestycji krótkoterminowych w aktywach obrotowych (jest to natu-

ralna konsekwencja podziału szpitali) przy p-wartości testu poniżej 1%. Podobny poziom istotności występuje przy wskaźniku rentowności. Różnica w zadłużeniu jednostek jest mniej wyraźna i dla poziomu istotności 5% nie można odrzucić hipotezy zerowej o braku różnic pomiędzy grupami (p-wartość ok. 10%).

Wskaźniki płynności w zależności od rodzaju placówki medycznej

W celu weryfikacji hipotezy o wpływie różnych cech szpitala na płynność finansową, dokonano podziału szpitali ze względu na rodzaj placówki medycznej na zabiegowe i niezabiegowe¹². Szpitale niezabiegowe charakteryzowały się niższymi wskaźnikami płynności bieżącej, szybkiej i natychmiastowej, a także znacznie wyższym zadłużeniem (tab. 3). Średnia arytmetyczna wskaźnika płynności bieżącej wynosi w szpitalach niezabiegowych w 2011 roku 1,38, podczas gdy w zabiegowych 1,82, natomiast wskaźnik płynności natychmiastowej jest niemal dwukrotnie wyższy w szpitalach zabiegowych i wynosi 0,81, co oznacza, że szpitale te były w stanie uregulować przeciętnie 81% swoich zobowiązań. Ogólnie zatem szpitale zabiegowe charakteryzowały się lepszą sytuacją jeżeli chodzi o płynność finansową i zadłużenie.

Tabela 3

Wskaźniki płynności, zadłużenie, rentowność – średnia arytmetyczna, rok 2011 w zależności od rodzaju szpitala (zabiegowy, niezabiegowy)

Cecha	Płynność bieżąca	Płynność szybka	Płynność natychmiastowa	Zadłużenie (%)
Szpitale niezabiegowe	1,38	1,22	0,44	66
Szpitale zabiegowe	1,82	1,67	0,81	39

Źródło: opracowanie własne.

Pomimo widocznych różnic w poziomach wskaźników płynności, duże wahania w wysokości wskaźników w obrębie grup nie pozwalają na przyjęcie hipotezy o istotnych statystycznie różnicach w płynności i zadłużeniu przy poziomie istotności 5%.

Wskaźniki płynności w zależności od wielkości placówki medycznej

Następnie dokonano podziału szpitali i analizy płynności finansowej w zależności od wielkości szpitala mierzonej liczbą łóżek. Szpitale zostały podzielone na 5 grup (grupa 1 – liczba łóżek od 0 do 220, grupa 2 – od 221 do 400, grupa 3 – od 401 do 580, grupa 4 – od 581 do 800, grupa 5 – powyżej 800).

¹² Autorzy mają świadomość, że podział jest uproszczony, jednak ograniczeniem była mała próba badawcza, która uniemożliwiała bardziej szczegółowy podział ze względu na np. przeważającą specjalizację czy funkcję szpitala.

Najwyższymi wskaźnikami płynności finansowej charakteryzowała się druga grupa szpitali (tab. 4). Są to placówki stosunkowo małe o liczbie łóżek od 221 do 400. Grupa ta miała również dosyć niski wskaźnik zadłużenia – przeciętne na poziomie 27%. Drugą w kolejności dobrze ocenianą grupą są bardzo duże szpitale, powyżej 800 łóżek. Najgorzej natomiast wypadły szpitale należące do grupy 4, o liczbie łóżek od 581 do 800 – wskaźniki płynności są najniższe i stosunkowo wysoki jest wskaźnik zadłużenia, wynoszący 57%.

Tabela 4

Wskaźniki płynności, zadłużenie, rentowność – średnia arytmetyczna,
rok 2011 w zależności od wielkości szpitala

Grupa szpitali	Płynność bieżąca	Płynność szybka	Płynność natychmiastowa	Zadłużenie (%)	Rentowność (%)
1 – mikro	1,71	1,55	0,71	56	-5
2 – małe	2,16	2,01	1,02	27	-5
3 – średnie	1,49	1,32	0,59	47	-4
4 – duże	1,07	0,96	0,36	57	-5
5 – wielkie	1,91	1,77	0,74	21	-2

Źródło: opracowanie własne.

Wskaźniki płynności w zależności od rentowności

Postanowiono także zbadać kształtowanie się płynności finansowej w zależności od zyskowności placówek medycznych. Szpitale zostały podzielone na dwie grupy (rentowne, nierentowne) według wskaźnika rentowności obliczanego jako stosunek zysku operacyjnego do przychodów ze sprzedaży. Do grupy szpitali rentownych zaliczono 18 podmiotów z przeciętną rentownością 2%, a nierentownych 47 o przeciętnej deficytowości 7%. Jak wynika z tabeli 5, podmioty rentowne charakteryzowały się zdecydowanie wyższym średnim wskaźnikiem płynności bieżącej, szybkiej i natychmiastowej od podmiotów nierentownych. I tak, w 2011 roku w grupie szpitali rentownych wskaźnik płynności bieżącej wynosił 3,5, podczas gdy w grupie nierentownych 1,06. Podobnie płynność bieżąca to 0,94 w grupie nierentownych i 3,26 w rentownych, a płynność natychmiastowa wynosi 0,29 w placówkach nierentownych i 1,91 w rentownych. Zatem wskaźniki płynności finansowej w grupie szpitali nierentownych były bardziej zbliżone do znanych z literatury norm dla tych wskaźników (1,2 dla wskaźnika płynności bieżącej i 1 dla płynności szybkiej), a w rentownych można mówić o nadpłynności finansowej. Zwrócić należy uwagę, że istotnie różni się średni poziom zadłużenia i w grupie szpitali nierentownych wynosi 55%, a rentownych 19%.

Tabela 5

Wskaźniki płynności, zadłużenie, rentowność – średnia arytmetyczna,
rok 2011 w zależności od rentowności szpitala

Cecha grupy	Płynność bieżąca	Płynność szybka	Płynność natychmiastowa	Zadłużenie (%)	Rentowność (%)
Nierentowne	1,06	0,94	0,29	55	-7
Rentowne	3,50	3,26	1,91	19	2

Źródło: opracowanie własne.

Różnice pomiędzy grupami są istotne statystycznie w przypadku wskaźnika rentowności (jest to naturalna konsekwencja metody podziału szpitali) oraz płynności przy p-wartości testu poniżej 1%. Różnica w zadłużeniu jednostek jest mniej wyraźna i dla poziomu istotności 5% nie można odrzucić hipotezy zerowej o braku różnic pomiędzy grupami (p-wartość ok. 10%).

Podsumowanie

Wydawać by się mogło, że skoro często docierają do opinii publicznej informacje o problemach finansowych szpitali, wskaźniki płynności powinny kształtować się znacznie poniżej przyjętych w literaturze przedmiotu norm. Jak wynika z analizy powyższych danych, sytuacja jest bardziej złożona. Wyniki te potwierdzają również wcześniejsze spostrzeżenia autorów. W trakcie analizy finansowej poszczególnych szpitali zaobserwowano, że pewna grupa charakteryzuje się bardzo wysokimi wskaźnikami płynności finansowej i jednocześnie wysokim udziałem inwestycji krótkoterminowych w aktywach obrotowych, co można interpretować jako nadpłynność, a zatem sytuację, w której placówka medyczna utrzymuje zbyt wysoki poziom środków pieniężnych w stosunku do swoich zobowiązań. Wynik ten był zaskoczeniem w świetle ogólnie przyjętych stereotypów w zakresie płynności finansowej placówek medycznych. Sytuację taką należy ocenić jednak negatywnie. Bardzo wysokie wskaźniki płynności informują o niewłaściwym zarządzaniu przepływami pieniężnymi. Środki pieniężne są uważane za aktywo niepracujące (*nonearning assets*)¹³. Często przetrzymywane są na rachunkach bankowych przynoszących relatywnie niskie korzyści w stosunku do tych, jakie można by osiągnąć inwestując np. w aktywa trwałe (m.in. sprzęt medyczny). Jedną z podstawowych zasad finansów (zasada dywidendy) mówi, że w sytuacji, gdy przedsiębiorstwo nie może znaleźć inwestycji spełniających warunku minimalnej akceptowalnej stopy zwrotu, to powinno zwrócić właścicielom wszelkie generowane nadwyżki gotówki¹⁴. W stosunku do tych placówek wydaje się, że nie mają one

¹³ E. Brigham, L. Gapenski: *Zarządzanie finansami*, t. II, PWE, Warszawa 2000, s. 154.

¹⁴ A. Damodaran: *Finanse korporacyjne. Teoria i praktyka*, Helion, Gliwice 2007, s. 39.

koncepcji, jak zagospodarować nadwyżkę środków pieniężnych, jednak nie zwracają ich właścicielom (JST), gdyż podmioty te nie oczekują takiego działania.

Z drugiej strony zaobserwowano sporą grupę placówek medycznych, w których wskaźniki płynności finansowej kształtowały się na niskim poziomie. Są to te placówki, które borykają się z bieżącym regulowaniem zobowiązań i oczekują w sytuacji dużych problemów na pomoc ze strony podmiotu tworzącego.

Przeprowadzone badania potwierdziły, że na kształtowanie się płynności finansowej wpływ ma rodzaj placówki (zabiegowe, niezabiegowe), a także wielkość placówki. Lepiej radzą sobie w zakresie płynności finansowej szpitale zabiegowe, wielkie (powyżej 800 łóżek) oraz małe (od 221 do 400 łóżek). Zdecydowanie do utrzymania płynności finansowej na wysokim poziomie przyczynia się wypracowanie zysku na poziomie operacyjnym.

Wysokie wskaźniki płynności finansowej w Ł badanych szpitali mogły mieć swoje przyczyny między innymi w przewartościowaniu procedur medycznych. Ponadto, utrzymywanie wysokiego poziomu inwestycji krótkoterminowych jest wygodne, zmniejsza troskę o konieczność zarządzania przepływami pieniężnymi. Z drugiej strony, kadra menedżerska nie jest rozliczana za wyniki finansowe, a nadpłynność często uzyskiwana jest kosztem niższego zysku netto. Szpitale nie wypłacają też dywidend, dlatego te, które osiągnęły zysk i są rentowne, akumulują środki pieniężne w czasie i ich poziom staje się zbyt wysoki w stosunku do zaciągniętych zobowiązań.

Z kolei, jeżeli chodzi o grupę szpitali o niskich wskaźnikach płynności finansowej, to najczęściej są to szpitale nierentowne, ze stratą na poziomie operacyjnym i wysokim poziomem zadłużenia. Ze względu na status organu tworzącego i realizowane funkcje, mogą liczyć na częściowe oddłużanie. Świadomość takiej możliwości i brak odpowiedzialności za wzrastające długi szpitala i kłopoty z bieżącym regulowaniem zobowiązań z pewnością nie skłania kadry zarządczej do należytej troski o utrzymanie płynności finansowej. Ponadto, publiczne szpitale, pomimo złej kondycji finansowej, mogą liczyć na finansowanie inwestycji przez jednostki tworzące.

Z pewnością przyczyną złej sytuacji finansowej części szpitali są również uwarunkowania zewnętrzne, np. konkurencja i walka o kontrakty NFZ ze strony prywatnych placówek świadczących usługi szpitalne (poniżej 50 łóżek) czy wzrost kontraktów NFZ wolniejszy od wzrostu kosztów.

Badania przedstawione w artykule są wstępem do szerszych badań na temat uwarunkowań kondycji finansowej szpitali, a ich kontynuacja będzie prezentowana w kolejnych publikacjach.

Literatura

Brigham E., Gapenski L.: *Zarządzanie finansami*, t. II, PWE, Warszawa 2000.

CZD bez pieniędzy. Komornik zachowuje się złośliwie, warszawa.gazeta.pl.

Damodaran A.: *Finanse korporacyjne. Teoria i praktyka*, Helion, Gliwice 2007.

- Krzemiński J.: *Szpitalę się łączą, inaczej nie przetrwają*, <http://m.obserwatorfinansowy.pl>.
- Ministerstwo Zdrowia: *Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2010*.
- Problemy Centrum Zdrowia Dziecka. Złe gospodarowanie*, warszawa.gazeta.pl.
- Sobczak A., Czechowska D., Dmowski M.: *Sytuacja finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – analiza wskaźnikowa (raport)*.
- Urząd Marszałkowski Woj. Małopolskiego: *Lecznictwo Stacjonarne w Małopolsce 2011 r.*
- Wańsiewski T., Skoczylas W.: *Teoria i praktyka analizy finansowej w przedsiębiorstwie*, FRR w Polsce, Warszawa 2004.

*dr Katarzyna Prędkiewicz
mgr Paweł Prędkiewicz
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Katedra Zarządzania Finansami Przedsiębiorstwa
Katedra Finansów*

Streszczenie

W artykule dokonano analizy płynności finansowej 67 szpitali w latach 2009–2011, dla których organem założycielskim jest jednostka samorządu terytorialnego. W 1/4 populacji badanych szpitali zaobserwowano zbyt wysoki poziom środków pieniężnych w stosunku do posiadanych zobowiązań. Przeprowadzone badania potwierdziły, że na kształtowanie się płynności finansowej wpływ ma rodzaj placówki (zabiegowe, niezabiegowe), a także wielkość placówki. Wyższe wskaźniki płynności finansowej osiągają szpitale zabiegowe, wielkie (powyżej 800 łóżek) oraz małe (od 221 do 400 łóżek). Do utrzymania płynności finansowej na wysokim poziomie przyczynia się wypracowanie zysku na poziomie operacyjnym.

FINANCIAL LIQUIDITY OF PUBLIC HOSPITALS IN POLAND – EMPIRICAL RESULTS

Summary

This paper analyzes the financial liquidity of 67 hospitals in years 2009–2011, which founders are local government units. In a quarter of the examined hospitals very high levels of cash, in relation to their financial obligations, were observed. The study confirmed that the level of financial liquidity is affected by hospital type (treatment, non-treatment) and its size. Higher liquidity ratios are achieved by treatment hospitals, large (over 800 beds) and small (from 221 to 400 beds). Making operational profit contributes to maintaining liquidity at a high level.

