

Magdalena JAWORZYŃSKA*

PUBLICZNE CZY NIEPUBLICZNE ZAKŁADY OPIEKI ZDROWOTNEJ – ANALIZA PORÓWNAWCZA

(Streszczenie)

W wyniku transformacji systemu ochrony zdrowia placówki medyczne przekształcone zostały w samodzielne jednostki, których funkcjonowanie oparte jest na rachunku ekonomicznym, czyli stały się podmiotami gry rynkowej.

Publiczna służba zdrowia często przegrywa z prywatną. Lecznice są generalnie źle zarządzane i często zadłużone. Do tego z roku na rok pieniędzy jest w budżecie coraz mniej. Dyrektorzy często stoją przed dylematem: czy leczyć pacjentów i dalej się zadłużać, czy odmawiać leczenia i odsyłać ich do innych placówek.

W ostatnim okresie obserwujemy, że większość publicznych podmiotów ma kłopoty finansowe. Równocześnie bardzo dynamicznie rozwija się sektor niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Celem pracy jest ocena funkcjonowania placówek służby zdrowia poprzez przeprowadzenie analizy porównawczej sytuacji finansowej dwóch zakładów opieki medycznej – jednego podmiotu publicznego i jednego podmiotu niepublicznego. Jest to analiza typu *case-study*, w której wykorzystano sprawozdania finansowe badanych podmiotów.

Słowa kluczowe: prywatna, publiczna opieka zdrowotna; analiza finansowa

Klasyfikacja JEL: I11, I15, I18

1. Wstęp

W ostatnim okresie obserwujemy pogłębiające się kłopoty finansowe publicznych jednostek służby zdrowia. Wynika to między innymi z nieefektywnego w przeszłości systemu finansowania tych jednostek, jak i obecnego skomplikowanego

* Dr, Zakład Finansów Podmiotów Gospodarczych, Wydział Ekonomiczny, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie; e-mail: mjawor@hektor.umcs.lublin.pl

i niespełniającego oczekiwań systemu finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

W wyniku transformacji systemu ochrony zdrowia placówki medyczne przekształcone zostały w samodzielne jednostki, których funkcjonowanie oparte jest na rachunku ekonomicznym, czyli stały się podmiotami gry rynkowej.

Publiczna służba zdrowia często przegrywa z prywatną. Lecznice są generalnie źle zarządzane, bardzo często są zadłużone. Niepokojący jest fakt, że z roku na rok pieniądze w budżecie jest coraz mniej. Dyrektorzy często stoją przed dylematem: czy leczyć pacjentów i dalej się zadłużać, czy odsyłać ich do innych placówek służby zdrowia. Bardzo często obserwujemy takie sytuacje, że pacjent chcąc wykonać poważny zabieg lub tylko skorzystać z porady specjalisty musi na bezpłatną pomoc czekać wiele miesięcy. W takiej sytuacji wielu pacjentów jest zmuszonych do wyboru usług oferowanych przez prywatną służbę zdrowia, ale dodatkowo (oprócz składki do NFZ) płacąc za szybką usługę¹.

Jak wynika z badań przeprowadzonych przez On Board PR, tylko 35,8% Polaków nigdy nie korzystało z płatnej opieki zdrowotnej. Do stałego korzystania na przykład z płatnej wizyty u ginekologa czy stomatologa przyznaje się prawie połowa Polaków. Natomiast zaledwie 2,3% Polaków deklaruje, że korzystało z operacji lub zabiegu prowadzonego w prywatnej klinice lub prywatnym szpitalu².

Według szacunków firmy badawczo-konsultingowej PMR, w roku 2016 wartość rynku prywatnej opieki zdrowotnej przekroczy 40 mld zł³. Do roku 2018 rynek prywatnej opieki zdrowotnej będzie się rozwijał w tempie około 5,7% średnio rocznie. Uważa się, że dynamika będzie wzrastać w kolejnych latach, w związku ze stopniową poprawą ogólnej sytuacji ekonomicznej w Polsce⁴.

W ostatnim okresie obserwujemy, że większość publicznych podmiotów ma kłopoty finansowe. Równocześnie bardzo dynamicznie rozwija się sektor niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Celem pracy jest ocena funkcjonowania placówek zdrowia poprzez przeprowadzenie analizy porównawczej sytuacji finansowej dwóch zakładów opieki me-

¹ *Służba zdrowia: prywatna czy publiczna?*, Gazeta Wyborcza Białystok, nr 32, 9.02.2010 r., s. 4.

² *Jak zdobyć pacjenta?*, Raport On Board PR, <http://www.proto.pl/PR/Pdf/JakZdobycPacjenta.pdf>; stan na: 10.02.2015 r.

³ *PMR: stabilny wzrost na rynku prywatnej opieki zdrowotnej w latach 2014–2018*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/PMR-stabilny-wzrost-na-rynku-prywatnej-opieki-zdrowotnej-w-latach-2014-2018,140419,1.html>; stan na: 5.02.2015 r.

⁴ *PMR optymistycznie o rynku prywatnej opieki zdrowotnej*, <http://www.pb.pl/3654323,24303,pmr-optymistycznie-o-rynku-prywatnej-opieki-zdrowotnej>; stan na: 5.02.2015 r.

dycznej – podmiotu publicznego i podmiotu niepublicznego. Jest to analiza typu *case-study*, w której wykorzystano sprawozdania finansowe badanych podmiotów.

Do realizacji zamierzonego celu wykorzystane zostaną następujące metody badawcze: studia literatury naukowej, studia aktów prawnych, obserwacja i analiza bieżących działań gospodarczych i wydarzeń w zakresie funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, analiza przyczynowo-skutkowa danych statystycznych, badania empiryczne przy wykorzystaniu techniki wywiadu przeprowadzone wśród dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej, analiza sprawozdań finansowych badanych zakładów opieki zdrowotnej, proste metody statystycznej analizy i graficznej prezentacji danych liczbowych.

2. Charakterystyka publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej

Fundamentem polskiego systemu opieki zdrowotnej są zakłady opieki zdrowotnej. Podstawowe unormowania w przedmiocie organizacji i zasad funkcjonowania tych podmiotów opisuje ustawa o działalności leczniczej⁵. Zgodnie z tym aktem prawnym zakład opieki zdrowotnej jest wyodrębnionym organizacyjnie zespołem osób i środków majątkowych utworzonym i utrzymywanym w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia⁶.

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej dzieli zakłady na publiczne i niepubliczne. Według art. 8 ust 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej publicznym zakładem opieki zdrowotnej (dalej: PZOZ) jest zakład utworzony przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę, jednostkę samorządu terytorialnego oraz publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Szczególne miejsce wśród publicznych zakładów opieki zdrowotnej zajmuje samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (dalej: SPZOZ). SPZOZ prowadzi działalność gospodarczą polegającą w szczególności na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, funkcjonuje jako organizacja non profit. Podmiot ten posiada osobowość prawną, samodzielność działania, a jego podstawowym źródłem utrzymania są środki przekazywane przez NFZ w zamian za świadczenia zdrowotne udzielone osobom ubezpieczonym w NFZ-ecie. Zakład może również

⁵ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r., nr 112, poz. 654).

⁶ *Ibidem*, art. 3 ust. 1.

udzielać świadczeń zdrowotnych poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (odpłatnie), ale tylko osobom nieubezpieczonym w NFZ-ecie, zaś od osób ubezpieczonych może pobierać opłaty tylko za świadczenia zdrowotne określone w obowiązujących przepisach jako świadczenia niefinansowane ze środków publicznych (np. operacje zmiany płci, implanty stomatologiczne)⁷.

SPZOZ charakteryzuje się brakiem możliwości upadłości i brakiem odpowiedzialności finansowej dyrektora za długi przekraczające majątek firmy, co często jest przyczyną braku bieżącej motywacji wśród osób zarządzających do racjonalizowania kosztów działania i profilu SPZOZ.

Coraz liczniejszą grupę stanowią w polskim systemie opieki zdrowotnej niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (dalej: NZOZ). Mogą być utworzone przez kościół lub związek wyznaniowy, pracodawcę, zakład ubezpieczeń, fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie, inną krajową albo zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną, spółkę niemającą osobowości prawnej.

NZOZ nie jest samodzielną formą prawną. Nie ma osobowości prawnej i funkcjonuje jako jednostka wyodrębniona w instytucji lub organizacji, która go utworzyła. Zatem to instytucja lub organizacja prowadząca NZOZ odpowiada za jego zobowiązania.

3. Źródła finansowania publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej

Publiczny zakład opieki zdrowotnej może być prowadzony głównie w formie samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej. Sposób uzyskiwania przychodów przez samodzielny zakład opieki zdrowotnej reguluje ustawa. Zakład ten może uzyskiwać środki finansowe⁸:

- z odpłatnej działalności leczniczej;
- z wydzielonej działalności innej niż wymieniona w pkt. 1, jeżeli statut przewiduje prowadzenie takiej działalności;
- z odsetek od lokat;
- z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego;

⁷ M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 70.

⁸ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej..., art. 55.

- na cele i na zasadach określonych w przepisach art. 114–117 Ustawy o działalności leczniczej;
- na realizację innych zadań określonych odrębnymi przepisami;
- na pokrycie ujemnego wyniku finansowego.

Jednocześnie samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może otrzymywać dotacje budżetowe na⁹:

- realizację zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań;
- remonty;
- inne inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego;
- realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) lub innych niż wymienione środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
- cele określone w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych;
- realizację programów wieloletnich;
- pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne.

Dotacje te może przyznać podmiot, który utworzył zakład, a w szczególnych przypadkach także minister właściwy do spraw zdrowia oraz właściwy organ jednostki samorządu terytorialnego¹⁰.

W praktyce jednak podstawowym źródłem finansowania SPZOZ jest kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, stanowiący ok. 95% dochodu zakładu. Marginalne znaczenie (ok. 2%) mają natomiast środki pochodzące bezpośrednio od pacjentów i organów założycielskich¹¹.

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej nie określa tytułów, z których niepubliczny zakład opieki zdrowotnej może czerpać przychody, a tym samym nie ogranicza NZOZ-etów w zakresie pozyskiwania środków finansowych na działalność¹².

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ *Ibidem*, art. 114.

¹¹ **K. Ryć, A. Sobczak** (red.), *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna?*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 88.

¹² **M. Kautsch** (red.), *op. cit.*, s. 90.

Ogólnie można stwierdzić, że NZOZ-ety mogą być finansowane z każdego niesprzecznego z prawem źródła. NZOZ może pozyskiwać środki finansowe¹³:

- od podmiotu tworzącego;
- bezpośrednio od pacjenta za wykonywanie świadczeń zdrowotnych lub usług dodatkowych;
- za udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy z NFZ, pracodawcą, zakładem ubezpieczeń lub innym podmiotem;
- z funduszy unijnych i mechanizmu norweskiego;
- z tytułu innej niż udzielanie świadczeń zdrowotnych działalności zarobkowej.

W praktyce podstawowym źródłem finansowania NZOZ (podobnie jak PZOZ-etu) są środki pochodzące z NFZ-etu (ok. 83%). Ponadto jednostki niepubliczne wykazują większą niż PZOZ-ety aktywność w pozyskiwaniu innych źródeł finansowania (ok. 8% wynoszą opłaty bezpośrednie pacjentów), natomiast rola organu założycielskiego nie jest wiodąca¹⁴.

4. Analiza wskaźnikowa w badanych zakładach opieki zdrowotnej

Do przeprowadzenia analizy wskaźnikowej wybrano dwie placówki medyczne: podmiot publiczny (oznaczony w dalszej części pracy jako PP) oraz podmiot niepubliczny (oznaczony w dalszej części pracy jako NP). Oba podmioty działają w miastach powyżej 60 tys. mieszkańców.

Niepubliczny podmiot rozpoczął swoją działalność statutową z dniem 1 stycznia 2005 roku. Właścicielem spółki jest miasto. Kapitał zakładowy wynosi 13 368 500 PLN. Źródła finansowania podmiotu w 90% pochodzą z kontaktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, zaś 10% to przychody własne spółki.

Publiczny podmiot istnieje na rynku medycznym już od 65 lat. Do leczenia pacjentów przeznaczonych jest 191 łóżek szpitalnych, rozmieszczonych w różnych Oddziałach. Szpital prowadzi działania zmierzające do ciągłego ulepszania jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych. W roku 1999 otrzymał Certyfikat Akredytacyjny Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. W roku 2009 ZOZ otrzymał certyfikat ISO, natomiast w roku 2011 uzyskał

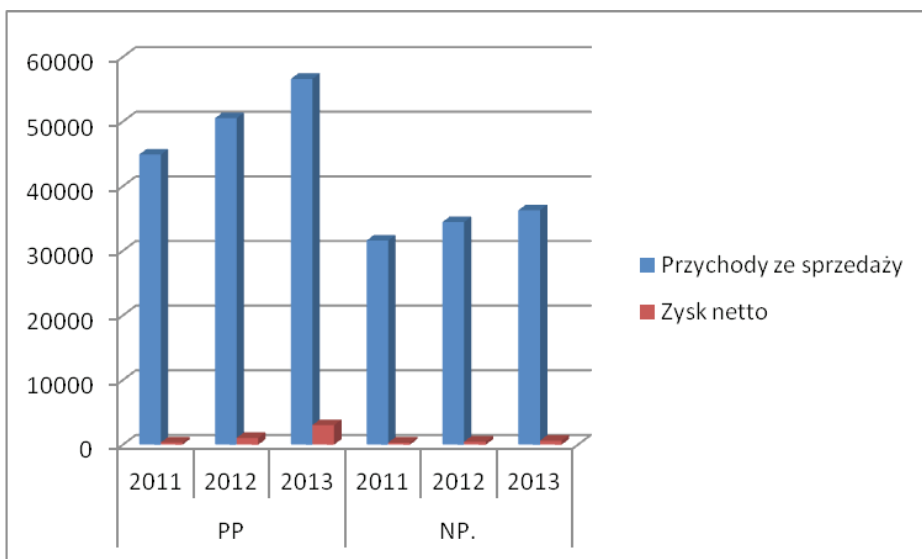
¹³ K. Ryć, A. Sobczak (red.), *op. cit.*, s. 89.

¹⁴ *Ibidem*.

akredytację Ministra Zdrowia, która jest potwierdzeniem spełnienia wysokich standardów w lecznictwie.

Na wykresie 1 przedstawiono przychody ze sprzedaży i zysk netto badanych podmiotów w latach 2011–2013.

WYKRES 1: *Przychody ze sprzedaży i zysk netto badanych podmiotów*



Źródło: oprac. własne na podstawie sprawozdań finansowych podmiotów.

Jak wynika w wykresie 1 w badanym okresie oba podmioty osiągnęły zysk, jednak przychody ze sprzedaży były nieznacznie wyższe w publicznym podmiocie.

Podstawowym źródłem wykorzystywanym do przeprowadzenia analizy wskaźnikowej są coroczne sprawozdania finansowe obu ocenianych podmiotów służby zdrowia. W pierwszej części przeprowadzono analizę wybranych wielkości z bilansów badanych podmiotów. W dalszej części przeprowadzono analizę wskaźnikową w czterech aspektach:

- analizę płynności, gdzie wykorzystano wskaźniki płynności bieżącej, szybkiej i gotówkowej;
- analizę sprawności działania, gdzie przeanalizowano cykl konwersji należności, zapasów, zobowiązań oraz gotówki;

- analizę rentowności – wybrano wskaźniki rentowności netto, wskaźniki rentowności aktywów, wskaźniki rentowności kapitałów własnych;
- analizę zadłużenia wykonaną za pomocą wskaźnika zadłużenia ogółem, wskaźnika wypłacalności i dźwigni finansowej.

Analizę rozpoczęto od porównania zasobów majątkowych oraz ich źródeł finansowania. Zasoby te są w pierwszej kolejności źródłem kosztów, a dopiero w dalszej mogą być źródłem korzyści rozumianych jako zdolność do realizowania określonych świadczeń zdrowotnych, a także zdolność do generowania przychodów.

W tabeli 1 zaprezentowano wybrane wielkości z bilansów badanych podmiotów.

TABELA 1: *Wybrane wielkości z bilansów badanych podmiotów w latach 2011–2013*

	PP			NP		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Wartość aktywów (w tys. PLN)	26 066	27 889	29 821	29 359	30 757	30 676
Udział aktywów trwałych (w %)	76,3	71,0	80,5	55,6	69,3	71,1
Udział aktywów obrotowych (w %)	23,7	29,0	19,5	44,4	30,7	28,9
Udział kapitałów własnych (w %)	58,5	43,0	49,2	61,9	60,5	63,4
Udział kapitałów obcych (w %)	41,5	57,0	50,8	38,1	39,5	36,6

Źródło: oprac. własne na podstawie sprawozdań finansowych podmiotów.

Jak wynika z tabeli 1 w szpitalu publicznym dominuje majątek trwały, którego udział w majątku ogółem w 2013 roku wyniósł 80,5%. Jest to sytuacja zrozumiała, gdyż o sukcesie tego typu jednostek, oprócz kadry medycznej, decyduje liczba łóżek i wyposażenie w nowoczesną aparaturę medyczną. W przypadku udziału majątku trwałego w majątku ogółem podmiotu niepublicznego można zaobserwować tendencję wzrostową w badanym okresie, a w 2013 roku udział ten wynosił 71,1%.

W badanym przedziale czasowym bardziej zadłużoną jednostką był szpital publiczny niż szpital niepubliczny, co zostanie udokumentowane w dalszej części artykułu.

4.1. Wskaźniki płynności

W tabeli 2 zostały zaprezentowane podstawowe wskaźniki płynności w badanych podmiotach.

Wskaźnik płynności bieżącej informuje o możliwości spłaty zobowiązań bieżących w przypadku, gdyby stały się natychmiast wymagalne. Optymalna wartość wskaźnika kształtuje się w granicach 1,5–2,0. Wskaźnik płynności szybkiej umożliwia ocenę zdolności szpitala do terminowego regulowania bieżących zobowiązań. Z punktu widzenia oceny działania szpitala wskaźnik ten jest jednym z najważniejszych. Jego optymalna wartość powinna kształtować się w przedziale 1,0–1,2. Wskaźnik wypłacalności gotówkowej służy do określania wypłacalności firmy w bardzo krótkim okresie. Jako optymalną wartość tego wskaźnika przyjmuje się 0,2.

TABELA 2: *Wskaźniki płynności finansowej w badanych podmiotach w latach 2011–2013*

	PP			NP		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Wskaźnik płynności bieżącej	0,86	1,09	1,27	5,74	4,3	4,05
Wskaźnik płynności szybkiej	0,81	1,05	1,2	5,61	4,17	3,78
Wskaźnik płynności gotówkowej	0,00	0,00	0,01	1,54	0,63	1,1

Źródło: oprac. własne na podstawie sprawozdań finansowych badanych podmiotów.

Na podstawie opracowanych wzorcowych wartości dla tych wskaźników można wnioskować, że w przypadku podmiotu niepublicznego obserwujemy dużą nadpłynność w badanym okresie, co świadczy o nieefektywnym gospodarowaniu majątkiem obrotowym. Jeśli chodzi o publiczny podmiot, to w latach 2011–2012 jego wskaźniki były poniżej dolnej granicy normy, co mogło świadczyć o okresowych problemach z terminowym regulowaniem zobowiązań. Na tej podstawie można stwierdzić, że sytuacja płatnicza szpitala niepublicznego jest lepsza niż szpitala publicznego.

4.2. Wskaźniki sprawności działania

Tabela 3 zawiera podstawowe wskaźniki mierzące sprawność działania badanych podmiotów.

Wskaźnik rotacji należności należy porównywać z wartościami uzyskiwanymi przez inne szpitale. W przypadku szpitali odbiorcą ich usług jest w przeważającej

części ludność, natomiast płatnikiem – przede wszystkim NFZ. Jak wynika z tabeli 3, cykl rotacji należności w szpitalu niepublicznym jest z reguły dwukrotnie dłuższy niż w szpitalu publicznym. Wskaźnik ten ocenia oprócz sytuacji płynnościowej, także jakość współpracy z NFZ. Utrzymujący się przez dłuższy okres wysoki poziom tego wskaźnika zagraża bezpieczeństwu finansowemu szpitala. Sytuacja taka powinna być wyraźnym sygnałem dla płatnika, aby jak najszybciej realizować cykl rozliczeń ze szpitalem. Na uwagę zasługuje fakt, że w badanym okresie w obu podmiotach cykl konwersji należności uległ skróceniu, co, być może, jest symptomem poprawiającej się sytuacji na rynku usług medycznych.

TABELA 3: *Wskaźniki sprawności działania w badanych podmiotach w latach 2011–2013*

	PP			NP		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Cykl konwersji należności (w dniach)	45,7	54,5	35,4	105,8	80,8	57
Cykl konwersji zapasów (w dniach)	2,9	2,3	2,3	3,3	3,0	5,9
Cykl konwersji zobowiązań (w dniach)	57,6	53,12	30,7	23,6	20,2	18,7
Cykl konwersji gotówki (w dniach)	-9,0	3,68	7,0	85,5	63,6	44,2

Źródło: oprac. własne na podstawie sprawozdań finansowych badanych podmiotów.

Jednym z podstawowych wskaźników oceny sytuacji finansowej szpitali jest cykl konwersji zobowiązań bieżących. Dla utrzymania prawidłowych relacji z kontrahentami, wielkość wskaźnika powinna kształtować się na poziomie terminów płatności charakterystycznych dla sektora ochrony zdrowia. Utrzymująca się przez dłuższy okres wartość wskaźnika powyżej 60 dni wskazuje na problemy z regulowaniem zobowiązań, co może zapowiadać konieczność naliczania przez kontrahentów odsetek ustawowych, a w następnej kolejności skierowanie spraw na drogę postępowania sądowego. Jako graniczną przyjmuje się wartość 90 dni. W szpitalu niepublicznym cykl zobowiązań bieżących kształtował się na podobnym niskim poziomie, ok. 20 dni, zaś w szpitalu publicznym cykle ten uległ skróceniu z 57,6 dnia w 2011 roku do 30,7 w 2013 roku. Za modelową uznaje się relację, gdy wskaźnik rotacji zobowiązań z tytułu dostaw i usług równy jest wskaźnikowi rotacji należności. W badanych podmiotach relacja ta nie została zachowana.

Kolejnym ważnym wskaźnikiem jest cykl konwersji zapasów. Pozytywnie powinna być oceniana tendencja zmniejszania długości cyklu obrotu zapasów, gdyż świadczy to o sprawnej gospodarce zapasami. W obu podmiotach cykle konwersji zapasów kształtowały się na niskim poziomie. Należy zauważyć, że w szpitalu niepublicznym cykl w badanym okresie uległ wydłużeniu do 5,9 dnia w 2013 roku, natomiast w szpitalu publicznym w tym samym roku uległ on skróceniu do 2,3 dni.

Cykl konwersji gotówki netto, na który wpływają: wykorzystanie zapasów, okres windykacji należności oraz rotacja zobowiązań, wykazuje poprawną tendencję spadkową w szpitalu niepublicznym, zaś negatywną tendencję wzrostową w szpitalu państwowym. W 2011 roku w szpitalu publicznym cykl konwersji gotówki był ujemny, co świadczy o chwilowych problemach finansowych i ma swoje odzwierciedlenie we wskaźnikach płynności.

4.3. Wskaźniki rentowności

W tabeli 4 zaprezentowano wybrane wskaźniki rentowności badanych podmiotów.

TABELA 4: *Wskaźniki rentowności w badanych podmiotach w latach 2011–2013*

	PP			NP		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Wskaźnik rentowności netto (w %)	0,74	2,04	5,6	1,04	1,38	1,7
Wskaźnik rentowności aktywów (w %)	1,3	3,73	10,18	1,12	1,54	2,01
Wskaźnik rentowności kapitałów własnych (w %)	2,22	8,68	20,68	1,81	2,55	3,17

Źródło: oprac. własne na podstawie sprawozdań finansowych badanych podmiotów.

Rentowność badanych podmiotów została zbadana za pomocą trzech wskaźników: rentowności netto, rentowności aktywów i rentowności kapitałów własnych. Ich trendy w odniesieniu do tych dwóch podmiotów zachowują się jednakowo. Zarówno wskaźniki dla publicznego, jak i niepublicznego podmiotu w badanym okresie wzrosły. Najwyższe wartości wszystkich wskaźników osiągnął publiczny podmiot w 2013 roku.

4.4. Wskaźniki zadłużenia

W tabeli 5 zaprezentowano wybrane wskaźniki zadłużenia badanych podmiotów.

TABELA 5: *Wskaźniki zadłużenia w badanych podmiotach w latach 2011–2013*

	PP			NP.		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Wskaźnik zadłużenia ogółem (w %)	41,52	57,00	50,77	38,09	39,54	36,65
Wskaźnik wypłacalności	71,01	132,54	103,11	61,53	65,39	57,85
Wskaźnik dźwigni finansowej	1,71	2,33	2,03	1,62	1,65	1,58

Źródło: oprac. własne na podstawie sprawozdań finansowych badanych podmiotów.

Z zaprezentowanych danych w tabeli 4 wynika, że bardziej zadłużony jest szpital publiczny niż szpital niepubliczny. Ponad połowę kapitałów w publicznej jednostce w 2013 roku stanowiły kapitały obce. Najwyższy poziom zadłużenia występował w podmiocie publicznym w 2012 roku i wynosił 57%.

5. Zakończenie

Wyciągając wnioski na podstawie przeprowadzonej analizy porównawczej sytuacji finansowej dwóch zakładów opieki medycznej – podmiotu publicznego i podmiotu niepublicznego, należy pamiętać o pewnych ograniczeniach badania. Powyższa analiza dotyczyła tylko dwóch podmiotów ocenianych w ciągu trzech lat. Niemniej wykazano, że szpital publiczny był jednostką bardziej zadłużoną i miał najwyższy wskaźnik zadłużenia oraz był w gorszej sytuacji płatniczej niż oceniana jednostka niepubliczna.

Oprócz tego przy ocenie podmiotu oprócz danych finansowych powinno się brać pod uwagę dane jakościowe. Przy ocenie efektywności funkcjonowania szpitala finansowe kryteria nie są najważniejsze.

Na sprawność działania podmiotów wpływają obowiązujące przepisy, a także relacje i kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wyniki przeprowadzonej analizy pozwalają wnioskować, że szpitale publiczne także mogą być dobrze zarządzane i mogą osiągać dodatnie wyniki finansowe. Istnieją również niepubliczne podmioty, których wyniki nie są zadawalające dla ich właścicieli.

Sektor publiczny, według Paula Dolana i Jana A. Olsena, od dłuższego czasu uważa się za mniej efektywny, gdyż ze względu na nieobecność sił rynkowych,

menedżerowie tego sektora działają w sposób bardziej woluntarystyczny niż menedżerowie sektora prywatnego i mają większą swobodę w realizacji własnych partykularnych celów¹⁵.

Chociaż wiele publicznych podmiotów radzi sobie dzisiaj dużo lepiej niż parę lat temu, to obciąża je nadal to, że są publiczne, czyli „niczyje”, a więc takie, za które nikt osobiście nie ponosi finansowej odpowiedzialności. Podlegają one za to różnym pozamerytorycznym wpływom ze strony lokalnych władz i polityków.

Boris Augurzky i Henrik Schmitz przeprowadzili analizę sytuacji finansowej 1000 szpitali na podstawie sprawozdań finansowych i stwierdzili, że przeciętnie małe szpitale borykają się z kłopotami finansowymi większymi niż duże placówki. Udowodnili również, że małe prywatne szpitale nastawione na zysk osiągają bardzo dobre wyniki finansowe, w przeciwieństwie do małych szpitali publicznych, które ciągle stoją w obliczu poważnych problemów finansowych¹⁶.

Aby SPZOZ-ety były dobrze zarządzane i sprawne ekonomicznie, trzeba je zamienić w normalne przedsiębiorstwa i dać im prawdziwego właściciela. Pierwszym krokiem w tym kierunku powinno być przekształcenie SPZOZ-etów w spółki handlowe i poddanie ich rygorom prawa handlowego.

Istnienie powszechnych obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych powoduje, że większość ubezpieczonych uważa publiczną służbę zdrowia za darmową. To zaś sprawia, że zapotrzebowanie na jej usługi nie zawsze jest uzasadnione stanem zdrowia pacjentów.

Na podstawie dostępnych wyników badań oraz własnych obserwacji można stwierdzić, że podmioty publicznej służby zdrowia są w większości przypadków zarządzane mniej efektywnie, co w konsekwencji prowadzi do dużych kłopotów finansowych, a w sytuacjach skrajnych może być przyczyną ich likwidacji bądź restrukturyzacji.

Bibliografia

Akty prawne:

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r., nr 112, poz. 654).

Opracowania:

Dolan Paul, Olsen Jan Abel, *Dystrybucja usług medycznych*, CeDeWu, Warszawa 2008.

Hass-Symotiuł Maria (red.), *Rachunkowość i sprawozdawczość finansowa zakładów opieki zdrowotnej*, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr Sp. z o.o., Gdańsk 2008.

¹⁵ **P. Dolan, J. Olsen**, *Dystrybucja usług medycznych*, CeDeWu, Warszawa 2008, s. 170

¹⁶ **K. Prędkiwicz, P. Prędkiwicz, M. Węgrzyn**, *Rentowność szpitali samorządowych w Polsce*, Nauki o Finansach 2014/3(20), s. 31

Kautsch Marcin (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.

Prędkiewicz Katarzyna, Prędkiewicz Paweł, Węgrzyn Maria, *Rentowność szpitali samorządowych w Polsce*, *Nauki o Finansach* 2014/3(20), s. 28–43.

Ryć Kazimierz, Sobczak Alicja (red.), *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna?*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.

Służba zdrowia: prywatna czy publiczna?, *Gazeta Wyborcza Białystok* nr 32, 9.02.2010 r., s. 4.

Strony internetowe:

Jak zdobyć pacjenta?, Raport On Board PR, <http://www.proto.pl/PR/Pdf/JakZdobycPacjenta.pdf>; stan na: 10.02.2015 r.

PMR optymistycznie o rynku prywatnej opieki zdrowotnej, <http://www.pb.pl/3654323,24303,pmr-optymistycznie-o-rynku-prywatnej-opieki-zdrowotnej>; stan na: 5.02.2015 r.

PMR: stabilny wzrost na rynku prywatnej opieki zdrowotnej w latach 2014–2018, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/PMR-stabilny-wzrost-na-rynku-prywatnej-opieki-zdrowotnej-w-latach-2014-2018,140419,1.html>; stan na: 5.02.2015 r.

Magdalena JAWORZYŃSKA

PUBLIC OR NONPUBLIC HEALTH CARE ORGANIZATIONS – COMPARATIVE ANALYSIS

(Summary)

As you know, as a result of the transformation of the health system medical centers have been transformed into independent units whose functioning is based on economic calculation, that is, become actors of the market game .

Public health services often losing out to private. Clinics are generally poorly managed, they are often in debt. For this year the money is in the budget less and less. Directors often face a dilemma: refer patients or further into debt.

In the recent period we observe that most public units have financial problems. At the same time develops non-public sector of health care.

The aim of the study is a comparative analysis of the financial situation of 2 medical care institutions – 1 public entity and 1 non-public entity. This is the analysis of the case- study , which uses the financial statements of companies surveyed.

Keywords: private; public health care organizations; financial analysis