Uniwersytet Ekonomiczny
we Wrocławiu

dr hab. Maria Węgrzyn prof. UE
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wydział Ekonomii i Finansów
Katedra Finansów

Wrocław, 30 listopad 2019

RECENZJA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ
„STRATEGIE ZARZĄDZANIA PŁYNNOŚCIĄ FINANSOWĄ SZPITALI W POLSCE"
NAPISANEJ PRZEZ MGR BARTŁOMIEJA KRZECZEWSKIEGO
POD KIERUNKIEM NAUKOWYM
DR HAB. RADOWSŁAWA PASTUSIAKA, PROF. NADZW. UŁ

1. Część ogólna

Recenzji poddana została dysertacja doktorska, licząca łącznie 308 stron wydruku komputerowego, obejmująca: spis treści, wstęp, cztery rozdziały merytoryczne, zakończenie, bibliografię (podzieloną na: literaturę, źródła prasowe i internetowe, raporty i sprawozdania, akty prawne, inne źródła), załączniki, spis tabel, spis wykresów, spis rysunków, spis załączników. Praca zilustrowana jest pokaźną liczbą grafik, obejmującą: 44 tabele, 32 wykresy, 8 rysunków, 2 załączniki, opatrzona jest licznymi przypisami źródłowymi. Bibliografia zawiera bogaty zbiór pozycji piśmiennictwa specjalistycznego, polsko-, i anglojęzycznego oraz materiał netograficzny.

W trakcie przygotowywania recenzji ww. pracy doktorskiej zostały zastosowane następujące kryteria oceny:

- trafność wyboru obszaru i oryginalność problemu badawczego podjętego w rozprawie,
- ocena poprawności i kompletności celów oraz hipotez badawczych; oryginalność tez naukowych, ich sekwencja w strukturze rozprawy,
- stopień zaawansowania zawartej w rozprawie wiedzy teoretycznej z zakresu nauk ekonomicznych i nauk pokrewnych,
- stopień realizacji założonego celu badawczego,
- skala uwag metodycznych i formalnych,
- przydatność praktyczna rozprawy.

2. Część szczegółowa

Wybrany przez Doktoranta obszar badawczy, który obejmuje dociekania w zakresie gospodarki finansowej szpitali w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem płynności finansowej oraz strategii zarządzania płynnością jest bez wątpienia niezwykle trudny i niezmiennie wciąż aktualny. Zarządzanie podmiotami to ciągły proces podejmowania decyzji, których trafność rozstrzyga o skuteczności i ekonomiczności działań. W warunkach dużej zmienności otoczenia, zmienności podstaw prawnych, umiędzynarodawiania procesów działania przygotowanie decyzji wymaga stałego dopływu pełnych i rzetelnych informacji. Odnosi się to zarówno do decyzji strategicznych, a więc tych które określają podstawowe parametry wzajemnych relacji w ramach obszaru działania, jak i decyzji operacyjnych czy taktycznych, mających na celu likwidację niepożądanych odchyleń od założonych parametrów. Problematyka związana z uchwyceniem zależności pomiędzy parametrami wybranymi przez Doktoranta (w szczególności płynności finansowej i rentowności) wpisuje się doskonale w ciągły proces podejmowania decyzji w szpitalach jako podmiotach poddanych badaniom.

Wielość zmian wprowadzanych w systemie opieki zdrowotnej oraz często nieoczekiwane efekty tych zmian powodują potrzebę ciągłego i aktywnego monitorowania procesu zarządzania finansami prowadzonego przez szpitale. Potrzeba stabilności ekonomicznej podmiotów świadczących usługi lecznicze jest bezsprzeczna. Zatem zbadanie zachodzących wewnątrz organizacji zależności sprzyjać powinno ułatwieniu w podejmowaniu decyzji oraz w prowadzeniu działań o charakterze strategicznym. Podjęty więc przez Doktoranta temat *Strategie zarządzania płynnością finansową szpitali w Polsce* uważam za bardzo trafny i oryginalny wobec skromnego dorobku piśmiennictwa w tym zakresie.

Na podstawie uważnej lektury tekstu dysertacji należy stwierdzić, że:

1. Praca mieści się w kręgu problematyki związanej ze strategią zarządzania płynnością finansową szpitali w Polsce .

2. Praca obejmuje zasadniczo cztery obszary:

- prezentację polskiego systemu ochrony zdrowia w latach 2005-2014, zgodnie ze wskazanym we wstępie okresem badawczym pracy;
- identyfikację aktualnej organizacji szpitali w Polsce wraz z jej specyfiką oraz wybranymi problemami w zakresie zarządzania ;

- przedstawienie istoty płynności finansowej wraz z podstawowymi strategiami zarządzania płynnością;
- oraz ustalenie wpływu przyjętej strategii płynności finansowej na rentowność w polskich szpitalach.

3. Oś rozważań, wokół której te cztery zagadnienia się koncentrują, stanowi dążenie do oceny wpływu płynności finansowej na rentowność szpitali w Polsce.

Konstrukcja toku przeprowadzenia dociekań naukowych jest prawidłowa.

4. **Problem badawczy.** Zasadniczo Autor nie sformułował problemu badawczego. Z treści wprowadzenia i całości pracy można jednak domniemywać, że problem badawczy wywodzi się z *trudnej sytuacji finansowej polskiego sektora szpitalnego i narastającego w nim zadłużenia* (zapis Autora na s.7) i odnosi do potrzeby identyfikacji zależności powstałych w obszarze zarzadzania finansami w szpitalach, a w szczególności w obszarze zarządzania płynnością finansową, w celu wzmocnienia podejmowanych przez zarządy szpitali decyzji służących poprawie sytuacji finansowej tych podmiotów.
Rozwiązanie tak sformułowanego problemu (choć przez Doktoranta nie wyartykułowanego wprost) wymagało podjęcia wysiłku badawczego w zakresie:

a/ przygotowania wartościowego podłoża teoretyczno-poznawczego w każdym z obszarów z osobna,

b/ ich kompilacji w spójną i logicznie powiązaną całość teoretyczną,

c/ opracowania zestawu metod badawczych służących analizie zidentyfikowanych problemów i formułowaniu wniosków,

d/ opracowania części praktycznej pracy jaką jest określenie strategii płynności finansowej oraz wpływu płynności finansowej na rentowność polskich szpitali.

5. Na potrzeby rozwiązania problemu badawczego (intencjonalnie przyjętego) Autor sformułował wszystkie **wymagane elementy pracy badawczej**, tj.: cel badawczy, hipotezę badawczą, metody badawcze. Przedstawił także tok postępowania badawczego odzwierciedlony w strukturze treści pracy.

6. **Cel główny pracy** sformułowany jest dość prozaicznie i przyjmuje brzmienie: *ocena stosowanych przez szpitale strategii zarządzania płynnością finansową i ich wpływu na rentowność*. I choć sam Autor kilka linijek wcześniej pisze „określenie strategii płynności finansowej stosowanej przez polskie szpitale pozwoli na analizę różnych zależności" uznać należy, że polskie szpitale realizują różne strategie w tym zakresie a nie jedną. Różnorodność przyjmowanych strategii widoczna jest w prowadzonych badaniach empirycznych stąd dziwi nieco to sformułowanie pokazane w tak ważnej części pracy. Z uwagi na poprawność prowadzonych dociekań zakładam, że jest to tylko niefortunne sformułowanie Autora. Niemniej jednak przyczyniło się ono do refleksji , iż analiza *strategii zarządzania płynnością finansową i ich wpływu na rentowność* powinna być poprzedzona sprawdzeniem czy polskie szpitale w ogóle wyznaczają sobie strategie zarządzania płynnością. Dopiero w kolejnym kroku należałoby badać zależności i powiązania.

Uwzględniając całość rozważań podejmowanych w pracy należy uznać, że istota celu pracy została poprawnie opisana i cel pracy przyjąć.

Doktorant wyznaczył sobie szereg **celów cząstkowych**, wśród których nie znajduję niestety wskazanego powyżej odniesienia (wyznaczanie przez szpitale przemyślanych i ukierunkowanych strategiami działań). Do celów cząstkowych zaliczone są natomiast:

- wskazanie miejsca szpitali w polskim systemie ochrony zdrowia oraz ocena uwarunkowań systemowych, w których funkcjonują,
- ocena specyfiki działalności polskich szpitali w kontekście działalności klasycznego przedsiębiorstwa,
- identyfikacja problemów w zakresie zarządzania finansowego w sektorze polskich szpitali,
- określenie kierunku i siły wpływu płynności finansowej na rentowność wśród polskich szpitali,
- identyfikacja strategii zarządzania płynnością finansową w kontekście uzyskiwanej rentowności,
- identyfikacja czynników finansowych wpływających na rentowność szpitali.

Zasadniczo wymienione cele dobrze wpisują się w przyjętą konwencję pracy i poprawnie wskazują na kolejne etapy postępowania badawczego.

7. Sformułowana przez Doktoranta **hipoteza główna**: *stosowane strategie zarządzania płynnością finansową w sposób istotny różnicują poziom rentowności szpitala* brzmi prawidłowo i poddana została weryfikacji w treści pracy.

Pewne wątpliwości budzą natomiast hipotezy cząstkowe, nawet nie tyle ich sformułowanie, co samo ich postawienie. Do takich zaliczę hipotezę 1, czy w pewnym stopniu hipotezę 6.
H1: Model szpitalnictwa w Polsce wynika z uwarunkowań społeczno-historycznych, co jest oczywiste.

H6: Na rentowność szpitala w sposób istotny wpływa płynność finansowa, co Doktorant sam podkreśla wielokrotnie w pracy w oparciu o dostępną literaturę bez konieczności prowadzenia szczególnych dociekań.

Pozostałe hipotezy w brzmieniu przedstawionym poniżej nie budzą wątpliwości.
H2: Polskie szpitale nie mogą być postrzegane jako typowe przedsiębiorstwa funkcjonujące w realiach rynkowych.

H3: Głównym problemem w zakresie zarządzania finansami szpitali w Polsce jest wysoki poziom zobowiązań krótkoterminowych.

H4: Pomiędzy płynnością finansową i rentownością w szpitalu zachodzi istotna pozytywna zależność.

H5: Najbardziej rentowne szpitale stosują konserwatywne strategie zarządzania płynnością finansową w przeciwieństwie do szpitali najmniej rentownych, stosujących strategie agresywne.

Postawionym hipotezom pracy podporządkowany został jej układ. Poszczególne hipotezy cząstkowe znajdują swoje odzwierciedlenie w rozważaniach podejmowanych w kolejnych rozdziałach analizowanej dysertacji. Zgodnie z wcześniejszymi uwagami stopień weryfikacji hipotez jest albo oczywisty (H1) albo wymagający poprowadzenia wywodów badawczych (H4 i H5). Zapewne dlatego niektóre z hipotez znalazły swoje potwierdzenie wprost w przywoływanych przez Autora raportach i badaniach.

8. Okres badawczy. Przyjęty okres badawczy został poprawnie uzasadniony i obejmuje lata 2005-2014. Niemniej jednak wnioski z badania poprowadzonego w tak odległym okresie nie mogą stanowić dobrej podstawy do podejmowania decyzji obecnie lecz mogą być jedynie wskazówkami. Istotna zmiana w zakresie przepływów finansowych od płatnika do szpitalnych podmiotów leczniczych wprowadzona w okresie późniejszym (koniec 2017r) w zasadniczy sposób wpływa na zmiany w decyzjach podejmowanych przez zarządy szpitali , co powoduje, że dotychczasowe rozważania i wnioski sformułowane w pracy mogą być mało przydatne.

9. Struktura pracy

W strukturze pracy zawarto cztery rozdziały prawidłowo korespondujące z założonymi celami pracy. Odnoszą się one kolejno do opisu funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia wraz z uzasadnieniem wybranego okresu badawczego, do specyfiki i problemów działalności polskich szpitali, do znaczenia i istoty płynności finansowej w zarządzaniu finansami szpitala oraz do części badań własnych czyli do określenia strategii płynności finansowej oraz wpływu płynności finansowej na rentowność polskich szpitali. W ostatniej części struktury (rozdział IV) mamy bardzo liczne podrozdziały i kolejne podziały. Tak duże rozdrobnienie nie wpływa na poprawę czytelności prowadzonego procesu badawczego. Dodać należy również , że niektóre wewnętrzne treści rozdziałów, są zbędne (np. modele finansowania ochrony zdrowia) lub opisują fragmenty nieistotne dla celu i hipotez badawczych pracy .

Pozostałe elementy struktury pracy są prawidłowe, dobrze skonstruowane i nie budzą zastrzeżeń.

10. W recenzowanej dysertacji Autor poprawnie formułuje wiele wniosków umiejętnie łącząc wątki teoretyczne z praktycznymi.
Niemniej jednak w niektórych fragmentach pracy wykazał się swoistymi uproszczeniami badawczymi nie drążąc dociekań w zakresie istotnych elementów ważnych dla rozstrzygnięcia problemu badawczego. W konsekwencji powstało kilka uchybień o różnej wadze.

W początkowej części pracy Doktorant na str. 31-35 dokonuje prezentacji i oceny rozwoju szpitalnych podmiotów leczniczych a wzrost ich liczby ocenia na podstawie wzrostu liczby zawieranych umów w kolejnych latach. Tak przyjęte podstawy do rozważań budzą moje wątpliwości. System zawierania umów

ze świadczeniodawcami koncentruje się zasadniczo nie na rodzajach świadczeń lecz na jego zakresach. Niezwykle rzadko zdarzają się sytuacje gdy płatnik zawiera tylko jedną umowę ze świadczeniodawcą. Zwykle jest ich kilka w różnych rodzajach (leczenie szpitalne, pomoc doraźna, profilaktyczne programy zdrowotne). Dodatkowo szpitale decydują się na poszczególne zakresy (zakresy z leczenia szpitalnego: np. alergologia dziecięca – hospitalizacja, anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci II poziom referencyjny – hospitalizacja, anestezjologia i intensywna terapia II poziom referencyjny – hospitalizacja, chirurgia dziecięca – hospitalizacja, chirurgia naczyniowa – hospitalizacja, itd.) lub z niektórych rezygnują, często z powodu braku możliwości ich wykonania i wówczas podpisywane są nowe umowy. Formułowanie więc wniosków o wzroście liczby szpitali z parametru jakim jest wzrost liczby zawartych umów z płatnikiem jest z pewnością mocno zniekształcone.

Rozważania dotyczące całościowego finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia wydają się nieco niedopracowane. Z jednej bowiem strony znajdujemy bardzo ładny i poprawny opis systemu, a z drugiej strony czytamy w tabeli nr 4 (s.64) w ostatniej kolumnie „Wydatki na ochronę zdrowia jako % PKB" w wartościach wyjątkowo wysokich: od 5,8% w 2005 roku do 6,4 w 2014 r. Nie byłoby w tym nic dziwnego gdyby nie ustawa z 15 lipca 2018 r o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, która mówi, że poprzez odpowiednie działania dopiero w 2024 roku osiągniemy 6% PKB. Wspomniane przeze mnie niedopracowanie dotyczy więc precyzyjnej identyfikacji tych środków- w kolumnie ostatniej zawarto informację o wszystkich środkach wydatkowanych na ochronę zdrowia czy tylko o publicznych, co w zasadniczy sposób zmienia obraz sytuacji.

Wątpliwości budzi także charakterystyka sektora szpitali w Polsce (rozdział 2.2), a w szczególności liczba szpitali. Naukowcy zajmujący się tą problematyką od dawna spierają się nad jednoznaczną definicją szpitala, co ma bezpośrednie przełożenie na ich liczbę. Tak znacznie rosnąca liczba szpitali w Polsce wykazana w tabeli nr 9 (s. 92), wykres nr 6 (s.94) jest zaskoczeniem. Widoczny od kilku już lat trend ukierunkowany jest raczej na zmniejszanie liczby szpitali a nie na ich wzrost. Powstała różnica w wypowiedzi wynika zapewne właśnie z definicji pojęcia szpital, i to nie tylko w odniesieniu do liczby łóżek ale też po uwzględnieniu innych bardzo istotnych elementów, np. posiadanie bądź/nie izby przyjęć. Zaprezentowane dane we wspomnianej tabeli i na wykresie mają więc bardzo słabą wartość poznawczą.

Dobrze, że w tej części pracy Doktorant podjął nieśmiałą próbą dociekań naukowych o przedstawionej kwestii, i choć nie zakończył jej żadnym istotnym wnioskiem uznać należy, że problem w ogóle został dostrzeżony.

Innym uchybieniem, o charakterze już metodologicznym, jest uwzględnianie w próbie badawczej szpitali działających w oparciu o różne formy prawne. W wybranej przez Doktoranta próbie badawczej mamy bowiem do czynienia ze szpitalami działającymi jako SP ZOZ oraz jako spółki prawa handlowego ze 100% udziałem samorządów jako podmiotów publicznych. Wobec tego teoretycznie mamy do czynienia z tożsamymi podmiotami. W praktyce prowadzenia działalności leczniczej tak jednak nie jest. Szpitale działające w formule SP ZOZ nie mogą prowadzić działalności komercyjnej powielającej ich działalność podstawową. Nie mogą zatem pozyskiwać dodatkowych przychodów ze sprzedaży usług komercyjnych związanych np. z diagnostyką, podniesieniem standardu obsługi, poszerzeniem zakresu, itd. Zupełnie odwrotnie jest w szpitalach prowadzonych w formie spółek, gdzie taki zakaz nie obowiązuje. Szpitalne spółki prowadzą swoją działalność w oparciu o środki pozyskane w ramach umów z publicznym płatnikiem ale mają możliwość uzyskania dodatkowych źródeł przychodów. Tak też się dzieje w praktyce, gdzie zarządy spółek czy organy nadzorcze wymagają wręcz od szpitali prowadzenia dodatkowej działalności wychodzącej poza zakres podstawowych umów, bez względu na fakt ich powielania się. Działanie służące dążeniu do wzrostu przychodów jest normalne i zgodne z logiką gospodarowania ale powoduje powstanie nierówności stron w tak dobranej próbie badawczej. Wobec powyższego wnioski, choć są poprawnie sformułowane w oparciu o przeprowadzone badanie nie do końca odzwierciedlają rzeczywistość gospodarczą polskich szpitali .

Niemniej jednak uważam, że oceniana dysertacja jest wartościową pozycją naukową a wszystkie wyżej postawione wątpliwości powinny skłonić Doktoranta do uwzględnienia ich w dalszych badaniach w celu dokładniejszego poznania analizowanych zależności w tym bardzo specyficznym obszarze.

11. Przygotowane podłoże teoretyczno-poznawcze jest wartościowe, dobrze skonstruowane i poprawnie opisane. Autor dobrze przygotował podłoże teoretyczno-poznawcze w zakresie strategii zarządzania płynnością finansową szpitali. Formułowane w dysertacji wnioski są prawidłowe i wynikają z treści pracy.

12. Implikacje dla praktyki. Analizy zaprezentowane w rozprawie ukierunkowane są na uzupełnienie dotychczasowych badań z zakresu płynności finansowej w sektorze szpitalnym, jak również na ukazanie płynności finansowej jako istotnej determinanty kształtującej rentowność szpitala.
Niemniej jednak oceniana praca doktorska, z uwagi na wymiar czasowy i zmienność obowiązującego prawa ma dość słabe walory praktyczne lecz z pewnością służyć może jako ważny zbiór wytycznych w procesie podejmowania decyzji zarządczych . Formułowane wnioski skłaniają więc do analiz w tym zakresie i pokazują bardzo dużą wagę problemu.

13. Podsumowując wszystkie dotychczasowe elementy będące przedmiotem oceny pracy uznać należy, że dysertacja jest przygotowana w sposób prawidłowy, zasób literatury jest odpowiedni i różnorodny. Dobrze przeprowadzono badania empiryczne (z drobnymi uwagami w zakresie doboru próby), a formułowane wnioski wynikają z treści prowadzonych rozważań. W ogólności stwierdzam, że Autorowi udało się w znacznym, jednak nie w pełnym stopniu uchwycić istotę problemu badawczego. W wymiarze praktycznym, biorąc pod uwagę rzeczywiste problemy związane z brakiem możliwości pokrycia potrzeb finansowych w polskich szpitalach wykazanie zależności pomiędzy istotnymi parametrami finansowymi jest szczególnie ważne. Zatem należy raz jeszcze podkreślić, że przygotowana Dysertacja jest ważną i interesującą prezentacją bardzo aktualnej problematyki.

14. Wysoko należy ocenić wysiłek badawczy Doktoranta w zakresie opracowania zestawu danych i informacji zgromadzonych na potrzeby naukowej analizy oraz w zakresie samego badania. Rzetelnie i umiejętnie dokonany przegląd literaturowy pozwolił zarówno na przygotowanie i wykorzystanie odpowiednich metod oceny finansowej, jak i na wyznaczenie strategii płynności finansowej polskich szpitali. Ponadto, obok analizy wskaźnikowej – wykonanej zarówno w ujęciu statycznym, jak i dynamicznym, zostały wykonane analizy w grupach szpitali wyodrębnionych pod względem uzyskiwanej rentowności. W pracy dokonano analizy następujących strategii zarządzania płynnością finansową wśród szpitali: strategii kapitału obrotowego netto oraz strategii płynności finansowej w ujęciu dochód – ryzyko.
Tę część opracowania należy uznać za wkład własny do poznania naukowego w zakresie zagadnień związanych ze strategiami zarządzania płynnością finansową szpitali.

15. Doktorant poprawnie, i z pewną swobodą, posługuje się metodami badawczymi wykorzystanymi w pracy, takimi jak: analiza, synteza, wnioskowanie logiczne, metody statystyczne i ekonometryczne.

16. Język pracy jest poprawny specjalistycznie, styl pisarski przyjazny dla czytelnika. Umiejętnie wykorzystano, i w różnych formach graficznych przedstawiono, bogaty materiał faktograficzny. Niestety niektóre wykresy (np. nr 1, nr 6) są bardzo słabo czytelne z uwagi na niezastosowanie kolorów lub innych wyróżników poszczególnych kategorii na wykresach. Utrudnia to lekturę dysertacji i analizę przedstawionych na wykresach treści. Pozostała część strony redakcyjno-technicznej pracy nie budzi zastrzeżeń.

3. Wniosek końcowy

Na podstawie tekstu przedstawionego w punkcie 2. recenzji stwierdzam, że pomimo pewnych ograniczeń w warstwie merytorycznej rozprawy, mgr Bartłomiej Krzeczewski:

a/ rozwiązał w znacznym stopniu problem badawczy w sposób naukowy,

b/ przedstawił oryginalne jego rozwiązanie, w szczególności poprzez wypracowanie i wykorzystanie wieloczynnikowego modelu ekonometrycznego służącego do badania kierunku oddziaływania wybranych parametrów działania i zaobserwowanych zależności w odniesieniu do szpitali w Polsce.

c/ wykazał się wystarczającym warsztatem naukowo-badawczym.

Praca kwalifikuje się do **dyscypliny finanse w dziedzinie nauk ekonomicznych**.

Stwierdzam, że rozprawa doktorska mgr Bartłomieja Krzeczewskiego spełnia wymogi określone w ustawie o tytule naukowym i stopniach naukowych. Na tej podstawie **wnoszę o przyjęcie pracy i dopuszczenie Doktoranta do jej publicznej obrony.**

dr hab. Maria Węgrzyn prof. UE