

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ I ZARZĄDZANIE
ISSN 1733-2486

TOM XIV, ZESZYT 8, cz. 1

<http://piz.san.edu.pl>

DYLEMATY ROZWOJU PRZEDSIĘBIORCZOŚCI W ASPEKCIE REGIONALNYM

Redakcja

Andrzej Jackiewicz, Łukasz Sułkowski

Łódź 2013

Koszt wydania Zeszytu 8, cz. 1
został sfinansowany ze środków Społecznej Akademii Nauk
oraz Miasta Brodnicy, Starostwa Brodnickiego, przedstawicieli brodnickiego
biznesu: W. Wojenkowskiego i M. Hildebrandta.

Zeszyt recenzowany

Redaktor: Andrzej Jackiewicz, Łukasz Sułkowski

Komputerowy skład tekstu, redakcja i korekta techniczna: Jadwiga Poczyczyńska

Projekt okładki: Marcin Szadkowski

© **Copyright:** Społeczna Akademia Nauk

ISSN 1733-2486

Wydawnictwo

Społecznej Akademii Nauk:

e-mail: **wydawnictwo@spoleczna.pl**

tel. 42 632 50 23, 42 632 50 26 w. 339

Wersja papierowa wydania jest wersją podstawową

Druk i oprawa: Mazowieckie Centrum Poligrafii, ul. Duża 1, 05-270 Marki
biuro@c-p.com.pl, tel. 0 509 137 077

Spis treści

Wstęp	5
Aleksy Banasiak , <i>Rola samorządu terytorialnego w stymulowaniu lokalnej przedsiębiorczości</i>	9
Piotr Boiński , Adam Lewicki , <i>Specyfika rynku pracy Powiatu Brodnica</i>	23
Nataliya Chukhray , <i>Rozwój przedsiębiorczości w Ukrainie - główne problemy oraz perspektywy</i>	45
Agnieszka Czajkowska , <i>Dofinansowanie bezrobotnych – potencjalnych przedsiębiorców</i>	61
Małgorzata Domańska , <i>Uwarunkowania efektywnej gospodarki finansowej w jednostce samorządu terytorialnego</i>	75
Jędrzej Dzikowski , <i>Dochodzenie roszczeń za granicą</i>	91
Aneta Ejsmont , <i>Finansowe aspekty kooperacji międzynarodowej pionowej jako podstawowego czynnika rozwoju internacjonalizacji sektora MSP w Polsce (na przykładzie firmy CSY S.A. z Itawy)</i>	105
Iwona Gawryś , <i>Przeżywalność i bariery funkcjonowania nowo powstałych przedsiębiorstw w okresie spowolnienia gospodarczego</i>	119
Małgorzata M. Hybka , <i>Kontrolowana spółka zagraniczna jako środek zapobiegania unikaniu opodatkowania</i>	133
Małgorzata Jabłońska , Radosław Pastusiak , <i>Polityka proinwestycyjna w województwie łódzkim</i>	147
Andrzej Jackiewicz , <i>Wpływ zmian w podatku od towarów i usług i podatku dochodowym od osób prawnych na rozliczenia podatkowe i płynność finansową firm</i>	163
Danuta Janczewska , <i>Zarządzanie marketingowo-logistyczne a proces umiędzynarodowienia działalności przedsiębiorstw - MSP ujęcie regionalne</i>	183
Magdalena Jasiniak , <i>Atrakcyjność inwestycyjna regionu łódzkiego jako miejsca lokalizacji inwestycji zagranicznych</i>	197
Barbara Kamińska , <i>Koncepcja klastra jako sposób na poprawę konkurencyjności małych i średnich firm</i>	213
Bogna Kaźmierska-Józwiak , <i>Trendy w zakresie aktywności na rynku fuzji i przejęć przedsiębiorstw</i>	227
Wojciech Kozłowski , <i>Funkcjonowanie małych i średnich przedsiębiorstw w gospodarce regionu brodnickiego</i>	241
Yewgenyi Krykavskyyi , <i>From the practice of Special Economic Zones to clusters</i> ...	255

Bartłomiej Krzczewski , <i>Jednostka samorządu terytorialnego jako organ prowadzący szpital - porównanie i ocena sytuacji finansowej szpitali powiatowych i wojewódzkich w regionie łódzkim</i>	271
Maria Leszkiewicz , <i>Wpływ zarządzania finansami w SPZOZ na wynik i płynność finansową</i>	285
Igor Novakivskii , <i>Kształtowanie regionalnej sieci informacyjnej dla wsparcia strukturalnych form biznesu</i>	301
Małgorzata Olszewska , <i>Formy wsparcia w obszarze ubezpieczeń społecznych dla osób rozpoczynających działalność gospodarczą a aktywność zawodowa w powiecie brodnickim</i>	315
Roman Patora , <i>Strategie konkurencyjności w szkołach wyższych niepublicznych – studium przypadku</i>	331
Jarosław Radacz , <i>Instrumenty wspierania przedsiębiorczości na przykładzie miasta Brodnicy</i>	345
Monika Sobczyk , <i>Mikroprzedsiębiorczość w Polsce na tle spowolnienia gospodarczego</i>	365
Hanna Szeląg , <i>Wpływ zmian prawa podatkowego i interpretacji przepisów podatkowych na działalność małych i średnich podmiotów gospodarczych</i>	387
Łukasz Sułkowski , <i>Typologies of organisational culture – one-dimentional view</i>	407
Paweł Sydor , <i>Między Dworkinem a Zizkiem – paradygmat racjonalności gospodarczej na przykładzie przestępstwa działania na szkodę przedsiębiorstwa poprzez nadużycie zaufania (art. 296 kodeksu karnego) - w ujęciu dyskursu prawnokarnego i dogmatycznoprawnego</i>	423
Joanna Trębska , <i>Struktura wydatków i przychodów kapitałowych przedsiębiorstw w Polsce na tle Unii Europejskiej</i>	437
Paweł Trippner , <i>Wpływ spowolnienia gospodarczego na poziom dochodów podatkowych oraz samodzielność dochodową na przykładzie miasta Brodnica</i>	453
Zofia Warzyńska-Bartczak , Franciszek M. Warzyński , <i>System etyczny człowieka a przedsiębiorczość</i>	469
Anna Wierzbicka , <i>Wpływ kryzysu na sytuację finansową mikro, małych i średnich przedsiębiorstw w regionie łódzkim</i>	481
Wojciech Wojenkowski , Marcin Drumiński , <i>Czynniki determinujące kondycje inwestycyjną przedsiębiorstw – sektor MSP</i>	497
Mirosław Wypych , <i>Przedsiębiorczość w Polsce w warunkach spowolnienia gospodarczego</i>	511
O Brodnicy.....	527

Bartłomiej Krzeczewski
Uniwersytet Łódzki

Jednostka samorządu terytorialnego jako organ prowadzący szpital – porównanie i ocena sytuacji finansowej szpitali powiatowych i wojewódzkich w regionie łódzkim¹

The unit of local government as the authority conducting the hospital - comparison and evaluation of financial situation of district and provincial hospitals in the region of Lodz

Abstract: The main aim of this article is to compare and evaluate financial situation of district and provincial hospitals in the region of Lodz. It is done according to the factors showing financial effectiveness of the hospitals. The article was based on the assumption that there had been significant differences between financial effectiveness of district and provincial hospitals. It turned out that the financial situation of provincial hospitals is much better than district ones.

Key words: the hospital's economy, health care financing, the founding body, ratio analysis.

1. Wstęp

Sektor opieki zdrowotnej został związany w szczególny sposób z jednostkami samorządu terytorialnego (JST) w 1999 roku wskutek wprowadzonej w owym czasie reformy systemowej. Reforma ta obej-

¹ Badania współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Poddziałania 8.2.1 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, w związku z realizacją Projektu „Doktoranci – Regionalna Inwestycja w Młodych naukowców społeczno-humanistycznych – Akronim D-RIM SH”.

mowała cztery niezwykle ważne obszary społeczne tj. system emerytalny, edukacyjny, administracyjny oraz ochrony zdrowia.

W ramach reformy administracyjnej wprowadzony został trójstopniowy podział terytorialny na gminy, powiaty i województwa. Większa decentralizacja w ramach administracji publicznej miała przyczynić się do poprawy efektywności gospodarowania środkami publicznymi i tym samym poprawy w zakresie realizacji publicznych potrzeb mieszkańców danych społeczności lokalnych [Misterec 2008, s. 9–10]. Każdej z jednostek został przyporządkowany odpowiedni zakres odpowiedzialności za zadania z zakresu opieki zdrowotnej mieszkańców.

JST przejęły odpowiedzialność za funkcjonowanie opieki zdrowotnej na poziomie lokalnym i regionalnym pełniąc funkcje właścicielskie w stosunku do szpitali powiatowych i wojewódzkich, jak również wielu placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [Jaworzyńska 2010, s. 12].

Tematyka niniejszego opracowania skupia się właśnie na funkcjonowaniu szpitali powiatowych i wojewódzkich. Celem artykułu jest porównanie i ocena sytuacji finansowej szpitali powiatowych i wojewódzkich w regionie łódzkim. Dla realizacji celu zostaną wykorzystane elementy analizy finansowej.

Publikacja bazuje na hipotezie badawczej, iż organ założycielski stanowi czynnik powodujący występowanie poważnych różnic w zakresie efektywności finansowej pomiędzy szpitalami. Pozytywnie zweryfikowana hipoteza otworzy pole do dalszej dyskusji związanej z określeniem przyczyn potencjalnych różnic.

2. Obowiązki i zadania JST w zakresie ochrony zdrowia

Jednostki samorządu terytorialnego mają znaczny wpływ na poprawne funkcjonowanie całego systemu ochrony zdrowia w Polsce. Do głównych funkcji samorządów terytorialnych należy m. in. organizowanie systemu opieki zdrowotnej na poziomie lokalnym, czy finansowanie programów zdrowotnych oraz świadczeń dla osób nieubezpieczonych [Jaworzyńska 2010, s. 15].

Jak wspomniano wcześniej każda z jednostek samorządu terytorialnego jest odpowiedzialna za określony obszar ochrony zdrowia i polityki pro-

zdrowotnej. Gminy zobowiązane są m. in. do pewnych działań w zakresie takich obszarów, jak zwalczanie chorób zakaźnych, wychowania w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi, zapobiegania narkomanii, czy ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. W zakresie zadań powiatu można wymienić działania związane m. in. z umieszczaniem chorych na gruźlicę w zakładach do tego przeznaczonych, ochroną zdrowia psychicznego, rehabilitacją zawodową, czy zatrudnianiem osób niepełnosprawnych. Województwa nie mogą natomiast naruszać samodzielności powiatów i gmin. Stanowią one organy założycielskie ośrodków medycyny pracy, kolumn transportu sanitarnego, czy też wysokospecjalistycznych szpitali wojewódzkich. Ponadto wszystkie JST wskutek opisywanej reformy stały się organami założycielskimi dla większości publicznych zakładów opieki zdrowotnej [Karski 2005, s. 39–41].

JST nabyły prawa w zakresie tworzenia, likwidacji, nadawania statutu finansowania inwestycji, nadzoru oraz przekształceń infrastrukturalnych podległych im zakładów opieki zdrowotnej. Na samorządach terytorialnych spoczywa również odpowiedzialność za gospodarkę finansową samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Ponadto samorzady są odpowiedzialne w ramach podległych im zakładów opieki zdrowotnej za nawiązywanie stosunku pracy z ich kierownikami, sprawowanie nadzoru nad ich funkcjonowaniem, czy też delegowanie przedstawiciela do rady społecznej [Depta 2011, s. 58; Jaworzyńska 2010, s. 12, 21]. Tworzenie zakładów opieki zdrowotnej przez JST, podobnie jak i przez organy administracji rządowej ma zagwarantować, że jednostki te będą realizowały cele, dla których zostały powołane. Szpitale publiczne mogły być założone przez JST w dwojaki sposób. Po pierwsze przez przejście z mocy prawa wskutek wprowadzonej w 1999 r. reformy, a po drugie przez utworzenie z własnej inicjatywy [Witczak 2009, s. 43].

Jednostki samorządu terytorialnego spotykają się z różnymi problemami w zakresie prowadzenia podległych im placówek szpitalnych. Pewien problem stanowi niedookreślona precyzyjnie rola JST w systemie ochrony zdrowia. Wydaje się, iż zadania i obowiązki nakreślone są w nazbyt ogólny sposób. Ponadto trzeba podkreślić, iż wraz z wprowadzoną reformą nie zadbano o zapewnienie JST odpowiednich środków finansowych, jako organom założycielskim zakładów opieki zdrowotnej.

Należy również zaznaczyć, iż nie dookreślono regulacji w zakresie stosunków własnościowych pomiędzy JST a zakładami opieki zdrowotnej, co oznacza, iż samorzady mają ponosić konsekwencje finansowe działań, na które właściwie nie mają wpływu. Problem stanowi także fakt, iż JST nie mają praktycznie żadnego wpływu na wyłanianie członków rady Narodowego Funduszu Zdrowia pełniącego funkcję narodowego płatnika – inaczej, niż to miało miejsce w przypadku działalności kas chorych (pełniących funkcję narodowego płatnika do 2003 roku). Wtedy to samorząd województwa miał wpływ na wybór członków do rady. Sytuacja taka może oznaczać powrót do scentralizowanego modelu wydatkowania środków na ochronę zdrowia i tym samym krok wstecz w zakresie działalności społeczeństwa obywatelskiego i samorządności [Karski 2005, s. 62–64].

Każdy szpital – niezależnie od formy własności – działający w gospodarce rynkowej może być traktowany, jako przedsiębiorstwo. Jest to związane z faktem, iż zarówno szpitalom publicznym (SPZOZ), jak i niepublicznym (NZOZ) mogą być przypisane takie cechy jak: wolność pod względem ekonomicznym, dążenie w swych decyzjach do racjonalnych wyborów, dążenie do osiągania indywidualnych decyzji, ponoszenie odpowiedzialności ekonomicznej za skutki swoich decyzji [Witczak 2009, s. 11]. Oznacza to, iż gospodarka finansowa szpitali może być oceniana przez podobny pryzmat, jak działalność finansowa innych przedsiębiorstw.

Należy jednak pamiętać o tym, iż szpitale stanowią szczególny typ przedsiębiorstwa i nie mogą być w pełni traktowane, jako typowi uczestnicy rynku. Po pierwsze ma to związek z tym, iż płatnik będący nabywcą świadczeń zdrowotnych (Narodowy Fundusz Zdrowia) ma możliwość narzucenia określonych warunków zawieranej ze szpitalem umowy. Ponadto należy pamiętać, iż szpitale podlegają swym organom założycielskim. Uwzględniając powyższe czynniki można stwierdzić, iż pomimo tego, że szpitale mogą być postrzegane, jako samodzielnie gospodarujące jednostki nie mogą być jednak uznane za w pełni autonomicznych graczy rynkowych [Sobczak 2009, s. 268–276].

Każdy publiczny szpital jest prowadzony w formie samodzielnego zakładu, a koszty swojej działalności i zobowiązań oraz ujemny wynik finansowy pokrywa z osiąganych przychodów. Za główne źródło przychodów traktuje się umowy zawierane przez szpitale z Narodowym

Funduszem Zdrowia. W momencie kiedy szpital nie jest w stanie pokryć ujemnego wyniku finansowego odpowiedzialność za jego zobowiązania spoczywa na organie założycielskim [Witczak 2009, s. 43], czyli np. na jednostce samorządu terytorialnego.

W związku z licznymi problemami związanymi z funkcjonowaniem jednostek szpitalnych niezbędne wydaje się wypracowanie odpowiednich miar mających na celu ocenę ich sytuacji. W niniejszym opracowaniu nacisk został położony na wskaźniki pozwalające ocenić sytuację finansową szpitali. Istotnym wydaje się również ocena sytuacji szpitali w zależności od określonego organu założycielskiego.

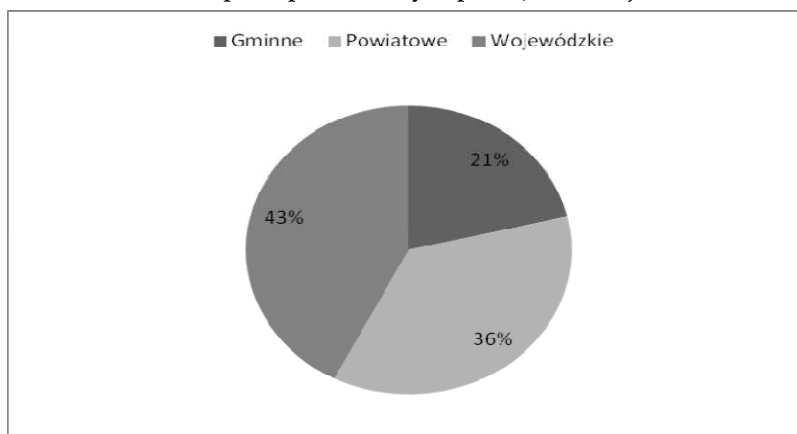
3. Metodologia badania

Przeprowadzone badanie miało na celu ocenę sytuacji finansowej szpitali powiatowych i wojewódzkich. Przez ten pryzmat można dokonać również oceny zarządzania przez władze powiatu i województwa podległymi im jednostkami szpitalnymi.

Analizie zostały poddane szpitale powiatowe i wojewódzkie z regionu łódzkiego. Dane, na podstawie których przeprowadzono analizę, pochodziły z bazy danych Amadeus dostarczającej informacji ekonomicznych dotyczących wielu prywatnych i publicznych firm działających na terenie Europy. Analiza została dokonana w ujęciu dynamicznym, a jej okres obejmuje lata 2006–2010. W sumie przeanalizowano sytuację 8 szpitali powiatowych i 10 wojewódzkich z regionu łódzkiego, co w ocenie autora stanowi próbę, która umożliwia wnioskowanie. Łącznie w województwie łódzkim funkcjonuje 7 szpitali gminnych, 12 szpitali powiatowych oraz 14 szpitali wojewódzkich [Zdrowie Łódzkie, 2013]. Struktura szpitali prowadzonych przez JST została przedstawiona poniżej (rys. 1).

Niniejsze opracowanie skupia się na porównaniu sytuacji finansowej szpitali powiatowych i wojewódzkich, w związku z czym w dalszych rozważaniach pominięte zostaną szpitale, których organem założycielskim jest gmina. Ponadto szpitale, które zostały wykluczone z próby w ramach jednostek powiatowych to: Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Pajęcznie, Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęczycy, Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgierzu oraz Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej w Piotrkowie Trybunalskim.

Rysunek 1. Struktura szpitali prowadzonych przez JST w województwie łódzkim



Źródło: Opracowanie własne na podstawie [Zdrowie Łódzkie, 2013].

W ramach szpitali wojewódzkich nieobjętych badaniem znalazły się: Samodzielny Publiczny Rehabilitacyjno-Leczniczy Zakład Opieki Zdrowotnej dla Dzieci w Rafałówce, Specjalistyczny Rehabilitacyjny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokolnikach, Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Warcie oraz Wojewódzkie Centrum Ortopedii i Rehabilitacji Narządu Ruchu im. dr Z. Radlińskiego w Łodzi. Szpitale te nie zostały ujęte w badaniu z powodu braków danych lub zbyt krótkich szeregów czasowych dostępnych w ramach wykorzystywanej bazy.

Celem odniesienia uzyskanych wyników do kontekstu historycznego, dobór wskaźników mających zobrazować sytuację finansową badanych szpitali został dokonany w oparciu o wcześniejsze badanie przeprowadzone w latach 2007–2008 przez zespół złożony z: Sobczak A., Czechowskiej D., Dmowskiego M. pt. „Sytuacja finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – analiza wskaźnikowa”. Raport ten został przygotowany na zlecenie Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia i stanowił pierwszą próbę prezentacji i oceny sytuacji finansowej SP ZOZów. W próbie na podstawie, której sporządzono raport, znalazło się przeszło tysiąc pięćset szpitali. Analizy zostały dokonane w kilku wymiarach, a prezentowane wskaźniki zostały ujęte w sposób zagregowany. Szpitale podzielono ze względu na organ

założycielski, województwo oraz funkcję opieki zdrowotnej, jaką spełniały [Sobczak, Czechowska, Dmowski 2007–2008, s. 1–5, 28].

W niniejszym opracowaniu zostały wykorzystane tzw. wskaźniki efektywności finansowej. Można wyróżnić pośród nich następujące wskaźniki: zyskowności operacyjnej, produktywności aktywów, bieżącej płynności, szybkiej płynności, ogólnego zadłużenia, wypłacalności, finansowania majątku trwałego oraz zyskowności netto. Wskaźniki te zostały określone przez projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno – finansowej szpitali, włączonych do sieci szpitali, przekazanym do uzgodnień zewnętrznych 7 marca 2007 r. [Szerzej: Sobczak, Czechowska, Dmowski 2007–2008, s. 5–10]. Warto również dodać, iż za wykorzystaniem tychże wskaźników przemawia również fakt, iż większość z nich jest przywoływana również w innych publikacjach poświęconych m. in. ocenie sytuacji finansowej podmiotów działających na rynku ochrony zdrowia [Chwierut i in. 2000, s. 91–101]. Ponadto część z nich jest również aktualnie wykorzystywana w raportach przygotowywanych przez wojewódzkie centra zdrowia publicznego – także przez Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi [Olczyk 2012].

Należy zaznaczyć, iż w przypadku wykonywanej analizy zdarzały się sporadyczne braki w dostępnych danych niezbędnych do obliczenia niektórych wskaźników, poprzez co wartość danego wskaźnika dla określonego szpitala nie została uwzględniona w wartości zagregowanej. Takie sytuacje miały jednak charakter incydentalny, w związku z czym, zdaniem autora, nie powinny mieć znaczącego wpływu na wnioski dokonane w opracowaniu.

4. Analiza i ocena efektywności finansowej szpitali z regionu łódzkiego

Poniżej przedstawiono wyniki uzyskane z przeprowadzonego badania. Widać wyraźnie, iż w przypadku bardzo wielu wskaźników sytuacja finansowa zarówno w przypadku jednostek szpitalnych, za które są odpowiedzialne władze powiatu, jak i województwa nie wydaje się stabilna (tab. 1). Poniżej znajduje się szczegółowa analiza sytuacji w tym zakresie.

Tabela 1. Wskaźniki efektywności finansowej szpitali z regionu łódzkiego w zależności od organu założycielskiego

Organ prowadzący/Rok	2006	2007	2008	2009	2010
Wskaźnik zyskowności netto					
Powiat	-2,06%	6,59%	6,29%	4,60%	-1,31%
Województwo	0,95%	5,54%	3,04%	2,50%	-3,27%
Wskaźnik zyskowności operacyjnej					
Powiat	0,42%	2,95%	4,85%	2,50%	1,23%
Województwo	2,53%	1,65%	1,74%	0,08%	-2,70%
Wskaźnik produktywności aktywów					
Powiat	-3,10%	9,25%	13,93%	7,02%	1,29%
Województwo	3,65%	3,39%	2,79%	0,67%	-4,10%
Wskaźnik bieżącej płynności					
Powiat	0,43	0,67	0,71	0,73	0,78
Województwo	0,84	0,93	1,10	1,13	0,96
Wskaźnik szybkiej płynności					
Powiat	0,40	0,62	0,67	0,68	0,72
Województwo	0,77	0,85	1,01	1,03	0,89
Wskaźnik ogólnego zadłużenia					
Powiat	2,47	2,05	2,15	2,14	2,22
Województwo	1,06	0,93	0,82	0,61	0,62
Wskaźnik wypłacalności					
Powiat	0,22	-0,73	-1,37	-3,04	2,71
Województwo	-11,80	6,43	-10,52	2,25	1,36
Wskaźnik finansowania majątku trwałego					
Powiat	-1,73	0,38	-0,05	-0,40	-0,73
Województwo	1,76	1,41	1,31	0,92	0,93

Źródło: Opracowanie własne na podstawie bazy danych Amadeus.

Wskaźnik zyskowności netto ma za zadanie zobrazować efektywność finansową całości działalności szpitala. Wskazuje on na relację zysku netto do przychodów ogółem. Przyjmuje się, że im wyższa wartość tego wskaźnika tym lepsza sytuacja finansowa danej jednostki. Analizując wartości wskaźników szpitali z regionu łódzkiego można zauważyć, iż zarówno w przypadku szpitali powiatowych, jak i wojewódzkich przyjmują one bardzo niskie wartości. Brak jest również wyraźnej tendencji wzrostowej w przypadku tego wskaźnika, co powinno zostać ocenione negatywnie.

W przypadku wskaźnika zyskowności operacyjnej widać, iż w analizowanej próbie wartości zarówno w przypadku szpitali powiatowych, jak i wojewódzkich są stosunkowo niskie. Pożądane jest, aby wartości tego wskaźnika kształtowały się na jak najwyższym poziomie. Niskie wartości wskaźnika świadczą o niskiej zyskowności placówek powiatowych, jak i wojewódzkich w regionie łódzkim. W przypadku placówek wojewódzkich wskaźnik ten w 2010 roku osiągnął nawet wartość ujemną, co może być ocenione jako zjawisko negatywne.

Wskaźnik produktywności aktywów pozwala na ocenę racjonalności gospodarowania majątkiem jednostki. Inaczej mówiąc określa zdolność zaangażowanych aktywów do wypracowania zysku operacyjnego. Tutaj, podobnie jak w przypadku poprzedniego wskaźnika, pożądane jest uzyskiwanie jak najwyższych wartości. Niestety i w tym przypadku wartości te wydają się kształtować na stosunkowo niskim poziomie – niezależnie od tego, czy mowa o szpitalach powiatowych, czy wojewódzkich – a niekiedy nawet osiągają wartości ujemne.

Wskaźnik bieżącej płynności określa zdolność do spłacenia krótkoterminowych zobowiązań z majątku obrotowego. Niskie wartości wskazują na brak lub niewielką zdolność spłaty bieżących zobowiązań. Przyjmuje się, iż w przypadku szpitali optymalne wielkości wskaźnika oscylują w przedziale 1,2–1,7, natomiast wyższe wartości wskazują na nieefektywne gospodarowanie majątkiem obrotowym [Sobczak, Czechowska, Dmowski 2007–2008, s. 5–10]. Na podstawie przeprowadzonej analizy widać, iż bliższe optymalnych wielkości są wartości uzyskiwane przez szpitale wojewódzkie. W przypadku szpitali powiatowych w analizowanym okresie jest zauważalny pozytywny trend wzrostowy w kierunku pożądanych wielkości. Pozytywnym jest również fakt, iż wartości wskaźników w całym analizowanym okresie w przypadku obu organów założycielskich kształtują się powyżej wartości 0,6 uznawanej za próg wskazujący na brak lub niski poziom płynności finansowej (wyjątek stanowi tu sytuacja szpitali powiatowych w 2006 roku).

Wskaźnik szybkiej płynności informuje natomiast o zdolności do szybkiego uregulowania zobowiązań krótkoterminowych. Optymalne wartości dla szpitali kształtują się na poziomie 0,9–1,3, natomiast wartości poniżej 0,9 wskazują na zagrożenie dla szybkiego regulowania bieżących zobowiązań

[Sobczak, Czechowska, Dmowski 2007–2008, s. 5–10]. Bliżej optymalnych wielkości kształtują się wartości wskaźników dla szpitali wojewódzkich. W przypadku szpitali powiatowych w całym analizowanym okresie wartości kształtują się poniżej progu 0,9. Należy jednak zaznaczyć, iż zauważalna jest tu pozytywna tendencja wzrostowa w kierunku pożądaných wartości.

Wskaźnik ogólnego zadłużenia obrazuje stopień pokrycia majątku kapitałami obcymi. Niskie wartości tego wskaźnika mogą świadczyć o niewielkim stopniu wykorzystania zewnętrznych źródeł finansowania, podczas gdy zbyt wysokie wartości mogą wskazywać na niską wiarygodność finansową szpitala. Przyjmuje się, iż akceptowane są wartości wskaźnika do poziomu 0,8 [Sobczak, Czechowska, Dmowski 2007–2008, s. 5–10]. Tutaj również znacznie lepiej przedstawia się sytuacja szpitali marszałkowskich. W analizowanym okresie zauważalna jest również pozytywna tendencja spadkowa od poziomu 1,06 w 2006 roku do poziomów bliskich 0,6 w latach 2009 i 2010. Niestety szpitale powiatowe z wartościami wskaźnika w całym analizowanym okresie powyżej 2 charakteryzuje niska wiarygodność finansowa.

Wskaźnik wypłacalności informuje, w jakim stopniu kapitał własny pokrywa zobowiązania. Przyjmuje się, iż optymalne wartości wskaźnika w zakresie oceny działalności szpitali przyjmują wartości z przedziału 0,01–0,5. Negatywnie ocenia się natomiast wartości poniżej 0 oraz powyżej 4 [Sobczak, Czechowska, Dmowski 2007–2008, s. 5–10]. W tym zakresie ani szpitale prowadzone przez starostwa powiatowe, ani szpitale marszałkowskie nie wykazują pozytywnych tendencji. Co więcej, w przypadku szpitali wojewódzkich jest widoczny bardzo duży zakres wahań, co należy ocenić zdecydowanie negatywnie. Wartości wskaźników mogą sugerować znaczne problemy z wypłacalnością w przypadku szpitali z regionu łódzkiego.

Kolejny ze wskaźników, czyli wskaźnik finansowania majątku trwałego obrazuje, w jakim stopniu aktywa trwałe są finansowane kapitałem własnym oraz zobowiązaniami długoterminowymi. Za wielkość optymalną przyjmuje się tu 1, co gwarantuje stabilności finansową, gdyż majątek trwały w pełni jest finansowany kapitałami własnymi oraz zobowiązaniami długoterminowymi szpitala. Należy jednak zaznaczyć, iż korzystne jest również, gdy wskaźnik ten przyjmuje wartości powyżej 1 z tendencją wzrostową [Sobczak, Czechowska, Dmowski 2007–2008,

s. 5–10]. Analizując sytuację szpitali z regionu łódzkiego widać wyraźnie, iż nie jest ona korzystna zwłaszcza w przypadku szpitali powiatowych, gdzie w analizowanym okresie wartości wskaźnika przyjmują często wartości ujemne. Dość korzystnie przedstawia się natomiast na tym tle sytuacja szpitali marszałkowskich, gdzie wartości wskaźnika w analizowanym okresie oscylują w okolicach jedności lub są wyższe od tego poziomu; widoczna jest jednak tendencja spadkowa wartości tego wskaźnika.

Tabela 2. Wskaźniki efektywności finansowej polskich szpitali w zależności od organu założycielskiego w 2006 r.

Wskaźnik	Organ założycielski	
	Powiat	Województwo
Zyskowności netto	-2,44%	-2,94%
Zyskowności operacyjnej	-2,17%	-3,44%
Produktywności aktywów	-2,71%	-3,23%
Bieżącej płynności	0,60	0,80
Szybkiej płynności	0,56	0,74
Ogólnego zadłużenia	0,72	0,47
Wypłacalności	2,41	0,84
Finansowania majątku trwałego	0,67	0,84

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [Sobczak, Czechowska, Dmowski 2007–2008, Załączniki: tabela 1].

Warto w tym miejscu odwołać się również do rezultatów uzyskanych we wspomnianym już badaniu pt. „Sytuacja finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – analiza wskaźnikowa”. Pozwoli to na przedstawienie, jak kształtowały się wskaźniki szpitali powiatowych i marszałkowskich z województwa łódzkiego na tle ogólnej sytuacji w Polsce. Powyżej zostały zaprezentowane wskaźniki dla polskich szpitali w zależności od organu założycielskiego w roku 2006.

Porównując dane uzyskane w wyniku przeprowadzonych analiz z danymi zaprezentowanymi w raporcie pt. „Sytuacja finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – analiza wskaźnikowa” widać wyraźnie, iż w zakresie osiągniętej zyskowności netto sytuacja szpitali powiatowych z regionu łódzkiego w 2006 roku była nieznacznie lepsza od średnich wartości wskaźnika uzyskiwanych przez

szpitale w Polsce. Jednak wartości te w obu przypadkach były wartościami ujemnymi, co należy ocenić negatywnie. Znacznie lepiej przedstawiała się sytuacja łódzkich szpitali wojewódzkich, dla których wartość wskaźnika wnosząca 0,95% była znacząco wyższa od średniej wartości uzyskanej przez szpitale w skali makro.

W przypadku wskaźnika zyskowności operacyjnej widać, iż w 2006 roku łódzkie szpitale – pomimo niskich dodatnich wartości wskaźnika – i tak wypadają znacznie lepiej na tle pozostałych szpitali w Polsce, gdzie wartości zarówno dla jednostek powiatowych, jak i wojewódzkich ukształtowały się poniżej zera. Znacząco lepsza sytuacja zauważalna jest w przypadku szpitali wojewódzkich z regionu łódzkiego, gdzie wartość wskaźnika wyniosła 2,53%.

Oceniając wartości wskaźnika produktywności aktywów widać, iż sytuacja szpitali powiatowych z województwa łódzkiego w 2006 r. była gorsza, aniżeli sytuacja szpitali powiatowych w skali makro. Wręcz przeciwnie było natomiast w przypadku szpitali wojewódzkich z regionu, które to na tle polskich szpitali wojewódzkich osiągały znacząco lepsze wartości.

W zakresie oceny bieżącej płynności można zaobserwować, iż sytuacja szpitali w ujęciu makro ze względu na stosunkowo niskie wartości wskaźników nie przedstawia się zadowalająco. Sytuacja szpitali powiatowych w regionie łódzkim przedstawia się gorzej, aniżeli średnia, natomiast szpitale wojewódzkich nieco lepiej.

W przypadku oceny wskaźnika szybkiej płynności należy podkreślić, iż jego wartości dla polskich szpitali powiatowych, jak i wojewódzkich ukształtowały się na bardzo niskich poziomach odbiegających od optymalnego przedziału 0,9–1,3. W tym przypadku niestety szpitale z regionu łódzkiego osiągnęły jeszcze niższe wartości – powiatowe 0,40, a wojewódzkie 0,77.

Oceniając poziom ogólnego zadłużenia należy zauważyć, iż szpitale z województwa łódzkiego w 2006 r. pozostawały znacznie bardziej zadłużone na tle ogólnej sytuacji panującej w Polsce. Sytuacja przedstawiała się bardzo źle zwłaszcza w przypadku szpitali powiatowych, dla których wskaźnik był kilkukrotnie wyższy zarówno od wartości średniej, jak i akceptowalnej (0,8). Nieco lepiej w tym zakresie przedstawiała się sytuacja szpitali marszałkowskich z regionu łódzkiego.

W zakresie oceny wskaźnika wypłacalności na szczególną uwagę zasługuje bardzo zła sytuacja szpitali wojewódzkich z regionu łódzkiego, gdzie w 2006 roku wartość wskaźnika była znacząco niższa zarówno od średniej uzyskanej dla polskich szpitali, jak i ogólnie przyjętych norm.

W przypadku wskaźnika finansowania majątku trwałego sytuacja szpitali powiatowych z regionu łódzkiego przedstawiała się niekorzystnie na tle ogólnej sytuacji polskiego szpitalnictwa. Bardzo dobrze przedstawia się natomiast sytuacja szpitali wojewódzkich z regionu łódzkiego.

5. Zakończenie

Podsumowując dotychczasowe rozważania można stwierdzić, iż jednostki samorządu terytorialnego mają do spełnienia bardzo odpowiedzialną i niełatwą funkcję w zakresie ochrony zdrowia obywateli. Wraz z wejściem w życie kompleksowej reformy systemu opieki zdrowotnej w 1999 r. JST zostały przekazane funkcje właścicielskie w stosunku do jednostek szpitalnych. Przeprowadzone analizy wskazują na to, iż sytuacja finansowa polskiego szpitalnictwa nie jest zbyt dobra. Wiele spośród analizowanych wskaźników efektywności finansowej w przypadku polskich szpitali przyjmuje znacząco negatywne wartości w stosunku do przyjętych norm. Na tym tle sytuacja łódzkich szpitali, w przypadku wielu wskaźników, przedstawia się nieco lepiej, aniżeli sytuacja pozostałych polskich szpitali.

Warto również zauważyć, iż w regionie łódzkim sytuacja szpitali wojewódzkich, w przypadku większości analizowanych wskaźników, przedstawia się znacząco lepiej, aniżeli sytuacja szpitali powiatowych. Pewien problem dla szpitali marszałkowskich z województwa łódzkiego mogą stanowić przede wszystkim problemy z wypłacalnością, gdyż w analizowanym okresie widoczne są znaczące wahania wskaźnika wypłacalności. Należy jednak podkreślić, iż w latach 2009–2010 widoczna jest poprawa sytuacji w tej materii.

Znaczące różnice w zakresie oceny efektywności finansowej potwierdzają różnice w zakresie zarządzania podległymi szpitalami przez organy założycielskie. Oznacza to, iż organ prowadzący może być rzeczywiście traktowany, jako czynnik wpływający na efektywność finansową szpitala. W artykule zostało wykazane, iż w regionie łódzkim w stosunku do szpitali powiatowych lepiej zarządzane są szpitale wojewódzkie.

Należy jednak pamiętać o pewnych ograniczeniach przeprowadzonego badania. Zostały tu wykorzystane – w przypadku obu analizowanych grup – średnie wartości wskaźników. Podejście takie może nie uwzględniać znaczących różnic (np. w rozmiarach szpitali, zakresie prowadzonej działalności, itp.) występujących nie tylko pomiędzy porównywanymi grupami, ale także wewnątrz nich.

Przeprowadzone badania wymagają dalszych analiz, które pozwoliłyby na określenie statystycznej istotności otrzymanych wyników. Ponadto należałoby zastanowić się nad przyczynami występowania różnic w zakresie efektywności finansowej pomiędzy szpitalami powiatowymi i wojewódzkimi. Być może wynikają one z zakresu oferowanych usług medycznych lub warunków kontraktowania świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia, co może w bezpośredni sposób wpływać na zróżnicowaną strukturę przychodów i kosztów tychże szpitali. Artykuł otwiera pole do dalszej dyskusji nad możliwymi przyczynami osiągnięcia zróżnicowanej efektywności finansowej w zależności od organu założycielskiego.

Bibliografia

- Chwierut, S., Kulis M., Styło W., Wójcik D. (2000), *Elementy zarządzania finansowego w ochronie zdrowia*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków.
- Depta A. (2011), *Transformacja współczesnych systemów zdrowotnych w wybranych krajach*, w: Suhecka J. (red.), *Finansowanie ochrony zdrowia – wybrane zagadnienia*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Jaworzyńska M. (2010), *Planowanie finansowe w zakładach opieki zdrowotnej*, CeDeWu, Warszawa.
- Karski J.B., (2005), *Polityka zdrowotna samorządu terytorialnego a członkostwo Polski w Unii Europejskiej*, CeDeWu, Warszawa.
- Misterec W. (2008), *Zewnętrzne źródła finansowania działalności inwestycyjnej jednostek samorządu terytorialnego*, Difin, Warszawa.
- Olczyk H. (2012), *Sytuacja finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej województwa łódzkiego*, Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego, Łódź.
- Sobczak (2009), *Efektywność gospodarowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – analiza wybranych wskaźników finansowych*, „Postępy Nauk Medycznych”, nr 4, ss. 268-276.
- Sobczak, Czechowska, Dmowski (2007–2008), *Sytuacja finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – analiza wskaźnikowa* [online], Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, <http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=1> dostęp: 12.01.2013.
- Witczak I., (2009), *Ekonomika szpitala – uwarunkowania, elementy, zasady*, CeDeWu, Warszawa.
- Zdrowie Łódzkie – Regionalny Serwis Informacyjny, (2013), <http://www.zdrowie.lodzkie.pl/>, dostęp: 20.01.2013.