



Artur Paździor, Wiesław Janik

# Zarządzanie finansowe w szpitalu

M  
O  
N  
O  
G  
R  
A  
F  
I  
E

# Zarządzanie finansowe w szpitalu

# Monografie – Politechnika Lubelska

## Rada Naukowa Wydawnictwa Politechniki Lubelskiej

**Przewodnicząca:**  
Agnieszka RZEPKA

**Dyrektor CIN-T:**  
Katarzyna WEINPER

### Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej:

Magdalena CHOŁOJCZYK  
Jarosław GAJDA  
Anna KOŁTUNOWSKA  
Katarzyna PEŁKA-SMĘTEK

### Przedstawiciele Dyscyplin Naukowych Politechniki Lubelskiej:

Marzenna DUDZIŃSKA  
Małgorzata FRANUS  
Arkadiusz GOLA  
Paweł KARCZMAREK  
Beata KOWALSKA  
Anna KUCZMASZEWSKA  
Jarosław LATAŁSKI  
Tomasz LIPECKI  
Zbigniew ŁAGODOWSKI  
Joanna PAWŁAT  
Lucjan PAWŁOWSKI  
Natalia PRZESMYCKA  
Magdalena RZEMIENIAK  
Mariusz ŚNIADKOWSKI

### Przedstawiciele honorowi:

Zhihong CAO, Chiny  
Miroslav GEJDOŠ, Słowacja  
Karol HENSEL, Słowacja  
Hrvoje KOZMAR, Chorwacja  
Frantisek KRCMA, Czechy  
Sergio Lujan MORA, Hiszpania  
Dilbar MUKHAMEDOVA, Uzbekistan  
Sirgii PAWŁOW, Ukraina  
Natalia SAVINA, Ukraina  
Natia SHENGELIA, Gruzja  
Daniele ZULLI, Włochy

Artur Paździor, Wiesław Janik

# Zarządzanie finansowe w szpitalu



POLITECHNIKA  
LUBELSKA  
WYDAWNICTWO

Lublin 2022

Recenzenci:

prof. dr hab. Jacek Grzywacz, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

dr hab. Tomasz Wiśniewski, prof. uczelni, Uniwersytet Szczeciński

Publikacja wydana za zgodą Rektora Politechniki Lubelskiej

© Copyright by Politechnika Lubelska 2022

ISBN: 978-83-7947-542-1

Wydawca: Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej

[www.wpl.pollub.pl](http://www.wpl.pollub.pl)

ul. Nadbystrzycka 36C, 20-618 Lublin

tel. (81) 538-46-59

Druk: Drukarnia Akapit Sp. z o. o.

[www.drukarniaakapit.pl](http://www.drukarniaakapit.pl)

---

Elektroniczna wersja książki dostępna w Bibliotece Cyfrowej PL [www.bc.pollub.pl](http://www.bc.pollub.pl)

Książka udostępniona jest na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa – na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0)

Nakład: 50 egz.

# Spis treści

<b>Streszczenie.....</b>	<b>7</b>
<b>Wstęp.....</b>	<b>9</b>
<b>1. Zadania i klasyfikacja podmiotów leczniczych .....</b>	<b>11</b>
1.1. Przedmiot działalności leczniczej.....	11
1.2. Rodzaje usług leczniczych.....	15
1.3. Formy organizacyjno-prawne podmiotów leczniczych .....	17
1.4. Konkurencja w usługach leczniczych.....	25
1.5. Ryzyko w działalności leczniczej .....	28
<b>2. Źródła i modele finansowania działalności leczniczej.....</b>	<b>31</b>
2.1. Modele finansowania ochrony zdrowia.....	31
2.2. Mechanizm płacenia za usługi zdrowotne.....	38
2.3. Sprawiedliwość w ocenie ekonomicznej działalności leczniczej.....	43
<b>3. Koszty działalności leczniczej.....</b>	<b>45</b>
3.1. Koszty i straty w działalności leczniczej.....	45
3.2. Klasyfikacja kosztów działalności leczniczej .....	49
3.3. Metody rachunku kosztów usług leczniczych.....	52
3.4. Próg rentowności w działalności leczniczej.....	58
3.5. Zarządzanie kosztami w podmiotach leczniczych .....	62
<b>4. Ocena efektywności podmiotów leczniczych.....</b>	<b>65</b>
4.1. Istota, rodzaje i czynniki efektywności .....	65
4.2. Zasady oceny efektywności działalności leczniczej.....	69
4.3. Sprawozdawczość jako źródło informacji finansowej.....	73
4.4. Ocena ryzyka finansowego.....	79
4.5. Ocena płynności finansowej .....	85
4.6. Ocena aktywności podmiotu leczniczego .....	88
4.7. Ocena rentowności podmiotów leczniczych.....	91
<b>5. Efektywność inwestycji w działalności leczniczej.....</b>	<b>97</b>
5.1. Pojęcie i rodzaje inwestycji w działalności leczniczej .....	97
5.2. Metody oceny efektywności inwestycji w działalności leczniczej .....	99
5.2.1. System oceny wniosków inwestycyjnych IOWISZ.....	99
5.2.2. Ekonomiczne metody oceny efektywności inwestycji .....	101
<b>6. Controlling finansowy jako narzędzie zarządzania podmiotami leczniczymi .....</b>	<b>109</b>
5.4. Kontrola realizacji zadań budżetowych.....	120
6.1. Istota i zadania controllingu finansowego .....	109
6.2. Ośrodki odpowiedzialności w podmiotach leczniczych .....	111
6.3. Budżetowa metoda wyznaczania zadań dla ośrodków odpowiedzialności.....	117
6.5. Ocena efektywności ośrodków odpowiedzialności w szpitalu – case study.....	123
<b>Zakończenie.....</b>	<b>129</b>
<b>Literatura .....</b>	<b>131</b>



## Streszczenie

Monografia dotyczy problematyki sprawności funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w kontekście zarządzania finansami podmiotów leczniczych. Celem rozważań w niej zawartych jest analiza aktualnych uwarunkowań funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce, adaptacja metod oceny sytuacji finansowej przedsiębiorstw na potrzeby oceny podmiotów leczniczych, a także identyfikacja istniejących oraz opracowanie nowych mierników organizacyjno-ekonomicznych w oparciu, o które możliwa będzie obiektywna ocena sytuacji ekonomiczno-finansowej poszczególnych centrów odpowiedzialności w podmiotach ochrony zdrowia. Z przeprowadzonych rozważań wynika, że sprawne zarządzanie podmiotami leczniczymi wymaga od menedżerów stałej koordynacji działań w wielu obszarach: medycznym, organizacyjnym, technicznym oraz finansowym, a także kształtowania właściwych relacji z interesariuszami wewnętrznymi i zewnętrznymi, w tym przede wszystkim z podmiotem tworzącym, NFZ, instytucjami finansowymi oraz firmami farmaceutycznymi.

Książka adresowana jest głównie do relatywnie szerokiego grona odbiorców związanych zawodowo z systemem opieki zdrowotnej, którzy są zainteresowani pogłębieniem wiedzy na temat oceny sytuacji finansowej oraz czynników efektywności szpitali.

**Słowa kluczowe:** system opieki zdrowotnej, podmioty lecznicze, zarządzanie finansami szpitali, efektywność inwestycji, controlling





## Wstęp

Sprawne funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej jest kluczowe dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Mimo, że większość szpitali w Polsce ma charakter podmiotów publicznych działających na zasadach *non profit*, to powinny one w swojej działalności kierować się podstawowymi zasadami efektywności ekonomicznej. Jednym z podstawowych czynników efektywności jest m.in. właściwe zarządzanie składnikami kapitału obrotowego, optymalizacja struktury źródeł finansowania i zarządzanie inwestycjami.

Celem monografii jest analiza aktualnych uwarunkowań funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce, adaptacja metod oceny sytuacji finansowej przedsiębiorstw na potrzeby oceny podmiotów leczniczych, a także identyfikacja istniejących oraz opracowanie nowych mierników organizacyjno-ekonomicznych, w oparciu o które możliwa będzie obiektywna ocena sytuacji ekonomiczno-finansowej poszczególnych centrów odpowiedzialności w podmiotach ochrony zdrowia.

Książka została podzielona na sześć rozdziałów. W rozdziale pierwszym opisano zadania i dokonano klasyfikacji podmiotów leczniczych. Uwagę zwrócono m.in. na specyfikę usług medycznych, formy organizacyjno-prawne, konkurencję i ryzyko w działalności leczniczej. W rozdziale drugim scharakteryzowano źródła i opisano model finansowania systemu ochrony zdrowia, z uwzględnieniem mechanizmu płacenia za usługi medyczne. Rozdział trzeci koncentruje się wokół nurtującej każdego menedżera problematyki kosztów. Dokonano w nim m.in. klasyfikacji oraz opisano metody rachunku kosztów, próg rentowności oraz zarządzanie kosztami w podmiotach leczniczych. W rozdziale czwartym zaprezentowano istotę, rodzaj i czynniki efektywności oraz metody oceny sytuacji finansowej podmiotów leczniczych. Znane i powszechnie stosowane w praktyce przedsiębiorstw wskaźniki dostosowano do specyfiki funkcjonowania szpitali, co pozwoliło adaptować ich tzw. wzorcowe poziomy do potrzeb oceny podmiotów leczniczych. W rozdziale szóstym scharakteryzowano istotę i zadania controllingu finansowego oraz opisano funkcjonowanie i sposoby wyodrębniania ośrodków odpowiedzialności w podmiotach systemu ochrony zdrowia. W ostatniej części tego rozdziału przedstawiono analizę case study jednego z większych publicznych szpitali w Polsce wschodniej. Zaprezentowano w niej szeroki wachlarz mierników, które mogą być wykorzystane do oceny ekonomiczno-finansowej oraz organizacyjno-medycznej oddziałów oraz klinik szpitali.

Książka adresowana jest głównie do słuchaczy studiów podyplomowych z obszaru zarządzania ochroną zdrowia oraz menedżerów podmiotów leczniczych, a także przedstawicieli podmiotów tworzących, dla których rzetelna wiedza na temat funkcjonowania, właściwej oceny kondycji finansowej i analizy efektywności inwestycji, a także zasad i miar wykorzystywanych do oceny centrów odpowiedzialności szpitali jest traktowana priorytetowo w procesie zarządzania i oceny efektów ekonomicznych w podmiotach leczniczych.



# 1. Zadania i klasyfikacja podmiotów leczniczych

## 1.1. Przedmiot działalności leczniczej

Podstawowym zadaniem podmiotów leczniczych jest realizacja określonych świadczeń zdrowotnych, przez które rozumie się działania mające na celu zachowanie, ratowanie, poprawianie lub przywracanie zdrowia oraz inne działania medyczne związane z procesem leczenia lub wynikające z odrębnych przepisów regulujących zasady realizacji świadczeń medycznych<sup>1</sup>. Do świadczeń tych zalicza się:

- świadczenia szpitalne, które polegają na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, realizowane w systemie całodobowym (lub w okresie krótszym niż 24 godz.) lub ambulatoryjnym,
- świadczenia stacjonarne i całodobowe, niezaliczane do świadczeń szpitalnych, tj. usługi opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne itp., wykonywane przez inne jednostki organizacyjne niż szpitale,
- działalność edukacyjną (kształcenie lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia),
- działalność badawczą łączoną z działalnością edukacyjną, promocją zdrowia, wdrażaniem nowych technologii medycznych, metod leczenia itp.

Wszystkie te usługi mają na celu przywrócenie lub znaczną poprawę stanu zdrowia pacjentów. Zdrowie uważane jest za dobro fundamentalne. Dlatego, w jego przypadku, wymiar materialny ma mniejsze znaczenie niż w przypadku innych typowych dóbr. Nie może być przedmiotem wymiany, gdyż w dużym stopniu zależy od cech biologicznych człowieka. To w znaczącym stopniu wpływa na popyt na usługi lecznicze oraz oczekiwania społeczne<sup>2</sup>.

Usługi medyczne należą do tzw. dóbr konesera, które charakteryzują się wysoką jakością elastycznością popytu oraz niską elastycznością cenową<sup>3</sup>. Jakość usług zdrowotnych nie jest jednoznacznie zdefiniowana. Najogólniej można ją zdefiniować jako „... stopień spełnienia oczekiwań klientów. Usługa ma odpowiednią jakość, jeśli jej realizacja spełnia lub przekracza oczekiwania nabywców”<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Por.: Art. 2.1, pkt. 10 Ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r., poz. 618). Szerszym pojęciem jest świadczenie opieki zdrowotnej. Obejmuje ono, oprócz usług leczniczej (świadczenia zdrowotnego), leki i materiały zużywane w procesie leczenia oraz zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie leczniczym, transport sanitarny (art. 5 pkt. 34 i 37-38 wymienionej wyżej ustawy).

<sup>2</sup> Por.: S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *Ekonomia w ochronie zdrowia*, wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 20.

<sup>3</sup> Por.: J. Hołub, *Aplikacja strategii marketingowych w placówkach służby zdrowia w Polsce*, w: B. Nogalski, J.M. Rybicki (red), *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, wyd. Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2002, s. 143.

<sup>4</sup> V.A. Zeithal, A. Peresuraman, L.L. Berry, *Balancing Consumer Perceptions and Expectations*, wyd. The Free Press, New York 1990, s. 16.

Uwzględniając poziom tych oczekiwań A. Jurek i I. Sokołowska rozróżniają ich cztery poziomy<sup>5</sup>: idealny, pożądany, zasłużony i minimalny. Usługa idealna jest dostarczana pacjentowi na najwyższym możliwym poziomie. Usługa pożądana odpowiada standardowi najbardziej oczekiwanemu przez pacjentów. Poziom jakości usługi zasłużonej odpowiada jej cenie, zaś standard usługi minimalnej odpowiada poziomowi określonymu w obowiązujących przepisach prawnych.

Trzeba jednak podkreślić, że ocena poziomu jakości usług zdrowotnych jest dość trudna do zdefiniowania, co jest rezultatem następujących okoliczności<sup>6</sup>:

- w sytuacji, gdy nie dochodzi do pełnego wyleczenia nie można jednoznacznie stwierdzić, czy wynika to z niezastosowania adekwatnych w tym przypadku metod leczenia, czy też ze względu na stopień zaawansowania choroby,
- ograniczona wiedza medyczna pacjenta nie pozwala na ocenienie jakości technicznej świadczonej usługi,
- dużej swobody lekarzy w wyborze środków i metod leczenia,
- ograniczone możliwości weryfikacji sposobu leczenia z uwagi na obowiązującą zasadę tajemnicy zawodowej lekarzy.

Pacjenci (klienci podmiotów leczniczych) są skłonni zapłacić nawet wysoką cenę (niejednokrotnie nieproporcjonalnie wyższą w porównaniu z jej jakością) za świadczenie, które daje szansę na spełnienie ich oczekiwań. Nie oznacza to jednak braku reakcji popytu na wzrost cen usług zdrowotnych. Reakcja ta jest jednak znacznie mniejsza niż w przypadku dóbr materialnych lub wielu innych dóbr niematerialnych. Nawet ludzie o bardzo niskich dochodach, w sytuacjach szczególnego zagrożenia zdrowia lub życia, poszukują różnych możliwości zdobycia niezbędnych środków finansowych, aby skorzystać z koniecznej choć bardzo drogiej usługi medycznej<sup>7</sup>.

Istotną rolę w działalności leczniczej, podobnie jak w każdej innej działalności, spełnia informacja. Informacja jest niezbędnym składnikiem procesu decyzyjnego. Dotyczy to zarówno lekarza, który na podstawie dostępnych mu informacji musi ocenić stan zdrowia pacjenta oraz dokonać wyboru określonej procedury medycznej, jak i pacjenta, który w oparciu o informację uzyskaną od lekarza musi podjąć decyzję o poddaniu się zalecanej procedurze medycznej lub też z niej zrezygnować. Nadrzędnym celem usług medycznych jest znalezienie takiej procedury, która pozwoli na uzyskanie maksymalnej satysfakcji zdrowotnej.

---

<sup>5</sup> Por.: A. Jurek, I. Sokołowska, Pomiar i doskonalenie jakości procesów usługowych, metody oceny procesu usługowego, cyt. za: M. Wiśniewska, E. Koniecznińska, Metody oceny jakości usług medycznych, w: R. Walkowiak, R. Lewandowski (red), Zarządzanie w ochronie zdrowia. Finanse i zasoby ludzkie, wyd. Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, Olsztyn 2011, s. 109.

<sup>6</sup> Por.: R.A. Lewandowski, Zarządzanie przez wartość w organizacjach ochrony zdrowia, „Współczesne zarządzanie” 2010, nr 2, s. 122.

<sup>7</sup> Świadczą o tym liczne zbiórki pieniężne na pokrycie kosztów drogiej usługi zdrowotnych dla osób niezamożnych.

Efektywny proces świadczenia usług zdrowotnych wymaga racjonalnego przepływu informacji, zarówno między podmiotami uczestniczącymi w procesie realizacji usługi jak i między lekarzem prowadzącym a pacjentem. O ile lekarz dysponuje odpowiednią wiedzą fachową oraz mniejszym lub większym doświadczeniem praktycznym, o tyle pacjent najczęściej zdany jest w całości na opinię lekarza. W praktyce mogą być użyteczne tylko te informacje, „które są aktywnie przetwarzane w umyśle zarówno pacjenta, jak i lekarza poprzez proces refleksji, łączenia lub uczenia się”<sup>8</sup>. Aby pacjent stał się świadomym i zaangażowanym partnerem, powinien<sup>9</sup>:

- uzyskać dokładne informacje o stanie swojego zdrowia i zrozumieć istotę choroby i związane z nią zagrożenia,
- uzyskać informacje o proponowanej metodzie (procedurze) leczenia oraz związanych z nią potencjalnych korzyściach, niepewnościach i zagrożeniach.
- ocenić jak jego wartości odnoszą się do przewidywanych korzyści i szkód,
- mieć możliwość uczestniczenia w procesie decyzyjnym na różnych etapach procesu leczniczego.

Oprócz kompleksowej, wyczerpującej informacji niemałe znaczenie ma atmosfera w jakiej realizowane są usługi medyczne. Podczas realizacji procedur medycznych nawiązywane są określone więzi między wykonawcą a pacjentem, które w dużej mierze rzutują na decyzje pacjentów. To sprawia, że jeżeli pacjent ma takie same procedury, o takim samym poziomie jakości, lecz możliwe do przeprowadzenia u różnych wykonawców, wybierze tego kogo lubi. Podobnie zachowuje się również wtedy, kiedy możliwości wyboru są zróżnicowane (np. zróżnicowana jakość, cena itp.). Również wtedy pacjenci nabywają usługę u tych, których darzą większym zaufaniem<sup>10</sup>.

Ta sytuacja sprawia, że istnieje możliwość nadmiernego (sztucznego) kształtowania popytu na te usługi. Wynika to z asymetrii informacyjnej, jaka występuje między pacjentem a lekarzem. Zazwyczaj pacjent jest osobą mniej poinformowaną, zarówno o istocie swojej choroby, jak i o zalecanej procedurze. W związku z tym mogą być proponowane usługi niekoniecznie uzasadnione jego stanem zdrowia. W praktyce jest wiele takich przypadków<sup>11</sup>. Ich przyczyna nierządkiem ma podłoże ekonomiczne. Lekarze oceniają stan zdrowia pacjentów, aplikują im leki,

---

<sup>8</sup> B. Bober, *Rola informacji w procesie świadczenia usługi szpitalnej – redukcja ryzyka decyzyjnego*, w: R. Lewandowski, R. Walkowiak (red), *Współczesne wyzwania strukturalne i menadżerskie w ochronie zdrowia. Problemy zarządzania*, wyd. Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, Olsztyn 2011, s. 13.

<sup>9</sup> Por.: S. Sheridan, R. Harris, S. Woolf, *Shared Decision Making About Screening and Chemoprevention*, „American Journal of Preventive Medicine” 2004, vol. 26, nr 1, s. 56–66.

<sup>10</sup> Por.: J.M. Fijor, *Metody zdobywania klientów, czyli jak osiągnąć sukces w sprzedaży*, Wydawnictwo Publishing, Chicago-Warszawa 2001, s. 34–35.

<sup>11</sup> Por.: J.C. Goodman, G.L. Musgrave, D.M. Herrik, *Jak uzdrowić służbę zdrowia? Raport o światowych systemach opieki zdrowotnej*, wyd. Fijor Publishing, Warszawa 2008, s. 157–158.

kierują na dalsze badania diagnostyczne, decydują o formie leczenia (szpitalne, ambulatoryjne itp.). Pacjent jest całkowicie zależny od lekarza. Relacja między konsumentem usług zdrowotnych a świadczeniodawcą jest więc zupełnie inna niż na pozostałych rynkach. Na relacje te dodatkowo wpływa trzecia strona, która jest płatnikiem (ubezpieczyciel)<sup>12</sup>.

Zapotrzebowanie na usługi medyczne charakteryzuje się niepewnością, w przeciwieństwie do większości innych potrzeb, które są przewidywalne. Nigdy nie wiadomo, kiedy konkretna osoba zachoruje i jaka będzie jej reakcja na stosowane procedury medyczne. Działalności medycznej towarzyszy więc ryzyko dotyczące zarówno zachorowalności, jak i skuteczności procesu leczniczego. Ta ostatnia zależy nie tylko od rodzaju choroby i stosowanej procedury, lecz również od indywidualnych reakcji organizmu pacjenta. Dlatego znalezienie optymalnego procesu leczenia zależy nie tylko od wiedzy i doświadczenia personelu medycznego, lecz również od dostępnych metod diagnostycznych i leczniczych. Często wiąże się to ze znaczącym wzrostem kosztów.

Usługi medyczne rozpatrywane są w dwóch aspektach: indywidualnym i społecznym. Zdrowie, którego ochrona lub poprawa jest przedmiotem usług medycznych jest ważnym dobrem nie tylko konkretnego człowieka, ale też ma istotne znaczenie dla społeczeństwa. Jest ona pod szczególną kontrolą państw, niezależnie od systemów politycznych, jakie w nich obowiązują. Wynika to w szczególności z dwóch okoliczności. Ochrona zdrowia ma nie tylko określoną wartość humanitarną, lecz również konkretny wymiar makroekonomiczny<sup>13</sup>. Zdrowie ma istotny wpływ na dobrobyt społeczny. Ochrona zdrowia postrzegana jest obecnie jako istotna część standardu cywilizacyjnego. Jest ona specyficznym rodzajem działalności, który wymaga szczególnego podejścia do pacjentów (klientów), jej organizacji i analizy otoczenia konkurencyjnego<sup>14</sup>. Uznaje się, że systemy ochrony zdrowia powinny zapewniać powszechny dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych. Wydatki na zdrowie i jego ochronę powinny być traktowane jako inwestycje, a nie obciążenie budżetowe<sup>15</sup>.

Pacjent stawiany jest w centrum tego systemu, który ma reagować na jego indywidualne potrzeby. Niesprawne systemy obciążają rządy danych krajów, które są obwiniane za skutki źle funkcjonujących podmiotów leczniczych<sup>16</sup>. W państwach UE jest ona jednym z elementów polityki społecznej. Po drugie, rozwój technologii

---

<sup>12</sup> Por.: S. Morris, N. Delfin, D. Parkin, *Ekonomia w ochronie zdrowia*, wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 28.

<sup>13</sup> Por.: J.J. Fedorowski, R. Niżankowski (red), *Ekonomika medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, s. 5.

<sup>14</sup> Por.: J. Stępniewski, *Strategia, finanse i koszty szpitala*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008, s. 46.

<sup>15</sup> Por.: W.C. Włodarczyk, I. Kowalska, A. Mokrzycka, *Szkice polityki zdrowotnej Unii Europejskiej*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 91.

<sup>16</sup> Tamże, s. 87–89.

medycznych zwiększa skuteczność procesów leczniczych, lecz równocześnie wiąże się z wysokimi nakładami finansowymi. Większości pacjentów nie stać na ich pokrycie. W tej sytuacji konieczne jest zaangażowanie środków publicznych. W poszczególnych krajach zakres tego zaangażowania jest zróżnicowany.

Ten szczególny charakter usług medycznych, gdzie najważniejszy jest efekt terapeutyczny bez względu na koszty jest jedną, jak się wydaje, z przyczyn z jednej strony niskiej elastyczności cenowej, z drugiej zaś rosnących kosztów nowych leków i technologii medycznych. Ciągła presja na poprawę wyników leczenia powoduje sytuację, w której tworzenie nowych procedur medycznych jest wyżej oceniane niż opracowywanie metod racjonalizacji (obniżania) kosztów<sup>17</sup>. Dotowanie usług medycznych wpływa na wzrost popytu na te świadczenia zdrowotne. Ograniczoność środków finansowych (prywatnych i publicznych) sprawia, że podaż usług zdrowotnych nie nadąża za zapotrzebowaniem na nie. Pacjenci postrzegają je jako świadczenia darmowe i dlatego są skłonni korzystać z nich nawet wtedy, kiedy ich stan zdrowia tego nie uzasadnia. W tej sytuacji powstaje konieczność regulowania popytu poprzez system administrowania tymi usługami (np. poprzez system kolejek). Prowadzi to niejednokrotnie do zjawisk patologicznych, takich jak omijanie kolejek przez osoby lepiej sytuowane, często kosztem osób potrzebujących szybkiej interwencji medycznej. Rezultatem jest zazwyczaj nieoptymalne wykorzystanie posiadanych zasobów medycznych. Część tych zasobów jest marnotrawiona, m.in. poprzez nadmierne biurokratyczne obciążenie lekarzy, niepełne wykorzystanie nowoczesnej, drogiej aparatury diagnostycznej itp.

Administrowanie podażą usług medycznych nie tworzy dostatecznie silnych bodźców do ekonomizacji działalności medycznej. Brakuje zbiektywizowanego systemu cen, co uniemożliwia zrównoważenie popytu i podaży. To, kto skorzysta z usługi medycznej w dużej mierze zależy od czynników pozacenowych.

## 1.2. Rodzaje usług leczniczych

Przez działalność leczniczą rozumie się udzielanie świadczeń zdrowotnych, promocję zdrowia oraz prace dydaktyczne i badawcze związane z wdrażaniem nowych technologii medycznych i metod leczenia. Świadczenia zdrowotne są działaniami służącymi zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia<sup>18</sup>.

Rodzajami działalności leczniczej są stacjonarne i całonocne świadczenia lecznicze realizowane przez szpitale lub inne jednostki niż szpitale oraz świadczenia

---

<sup>17</sup> Por.: J. Stępniewski, *Strategia, finanse i koszty szpitala*, wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008, s. 78.

<sup>18</sup> Art. 2, pkt. 10 Ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 160 z dnia 19.01.2018).



ambulatoryjne. Leczenie szpitalne polega na kompleksowym diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnowaniu i rehabilitacji. Jest świadczeniem realizowanym przez całą dobę. Charakterystyczną cechą jest to, że nie mogą być one zrealizowane w innej formie<sup>19</sup>.

Do świadczeń szpitalnych nie zalicza się długoterminowych i realizowanych całodobowo usług opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, rehabilitacyjnych, związanych z leczeniem uzależnień i psychiatryczną opieką zdrowotną, które nie wymagają hospitalizacji. Nie należą do nich również usługi lecznictwa uzdrowiskowego, które są świadczone całodobowo lub całodziennie w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach. Wymienione świadczenia są realizowane w zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach rehabilitacji leczniczej i hospicjach. Natomiast świadczenia o charakterze opiekuńczym i pielęgnacyjnym mogą być realizowane w warunkach domowych<sup>20</sup>.

Usługi ambulatoryjne dotyczą świadczeń podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, w tym badań diagnostycznych oraz rehabilitacji leczniczej udzielanych w stałym, odpowiednio urządzonej pomieszczeniu lub w pojeździe do tego przeznaczonym, ewentualnie w miejscu pobytu pacjenta. Nie wymagają one trybu stacjonarnego i całodobowego<sup>21</sup>. Są udzielane w ambulatoriach, takich jak: przychodnie, poradnie, ośrodki zdrowia, lecznice lub ambulatoriach z izbą chorych oraz zakładach badań diagnostycznych i laboratoriach medycznych<sup>22</sup>.

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej z dnia 15.04.2011 r. działalność lecznicza może być prowadzona przez podmioty lecznicze lub w formie praktyk zawodowych (lekarskich i pielęgniarских). Podmiotem leczniczym jest podmiot uprawniony do świadczenia usług zdrowotnych. Do podmiotów leczniczych zalicza się<sup>23</sup>:

- przedsiębiorców funkcjonujących w oparciu o ustawę o swobodzie działalności gospodarczej (obecnie „prawo przedsiębiorców”),
- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- jednostki budżetowe uprawnione do świadczeń zdrowotnych,
- instytuty badawcze posiadające ww. uprawnienia,
- fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia.

---

<sup>19</sup> Tamże, art. 2, pkt 11.

<sup>20</sup> Tamże, art. 12.

<sup>21</sup> Tamże, art. 10 i 11.

<sup>22</sup> Tamże, art. 12.

<sup>23</sup> Por.: Art. 4 i 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (<http://prawo.lego.pl/prawo/ustawa-z-dnia-15-kwietnia-2011-r-o-...>).

- osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej i do innych kościołów i związków wyznaniowych,
- jednostki wojskowe w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Wśród podmiotów leczniczych, w ustawie wymieniono przedsiębiorców i jednostki, nie będące przedsiębiorcami. W ustawie o swobodzie działalności gospodarczej przedsiębiorcę zdefiniowano jako „osobę fizyczną, osobę prawną i jednostkę organizacyjną niebędącą osobą prawną, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną – wykonującą we własnym zakresie działalność gospodarczą. Za przedsiębiorców uznaje się także wspólników spółki cywilnej w zakresie wykonywanej przez nich działalności gospodarczej”<sup>24</sup>. „Działalnością gospodarczą jest zarobkowa działalność wytwórcza, budowlana, handlowa, usługowa oraz poszukiwanie, rozpoznawanie i wydobywanie kopalin ze złóż, a także działalność zawodowa, wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły”<sup>25</sup>. W powyższym wykazie nie podano działalności leczniczej. Jej charakter ma jednak formę usługi. Dlatego P. Horosz zauważa, że działalność lecznicza jest działalnością regulowaną w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, co wynika z art. 16 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej<sup>26</sup>. Zgodnie z przytoczonym artykułem do działalności leczniczej, bez względu na formę prawną jednostki, która ją realizuje, stosuje się przepisy dotyczące działalności regulowanej w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej.

### 1.3. Formy organizacyjno-prawne podmiotów leczniczych

Podmioty lecznicze stanowią podstawową grupę jednostek organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Innymi grupami są: organy rządowe (np. Ministerstwo Zdrowia), jednostki samorządu terytorialnego, będące organami założycielskimi podmiotów leczniczych, ubezpieczyciele (głównie Narodowy Fundusz Zdrowia) oraz samorządy pracowników medycznych. Wymienione grupy podmiotów związane są z organizacją, finansowaniem i świadczeniem usług zdrowotnych. Kolejna (najliczniejsza) grupa podmiotów to świadczeniobiorcy, na rzecz których działają wymienione wyżej podmioty.

Podmioty lecznicze, niezależnie od formy własności, funkcjonują na zasadach samofinansowania. Posiadają takie same cechy jak przedsiębiorstwa. Charakteryzuje je odrębność ekonomiczna, organizacyjna, techniczna i prawna.

<sup>24</sup> Art. 4. Ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. 2015, poz. 584).

<sup>25</sup> Tamże, art. 2.

<sup>26</sup> Por.: P. Horosz, A. Grzesiak-Horosz, K. Skowron, *Skomercjalizowane szpitale w obrocie gospodarczym*, wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 28.

Dysponują własnym majątkiem, same planują swoje zadania, zaciągają zobowiązania, sprzedają swoje usługi, sporządzają sprawozdania finansowe i ustalają wynik finansowy, samodzielnie kształtują swoją strukturę organizacyjną, poziom specjalizacji w zakresie świadczonych usług dostosowując do niego zarówno zatrudnienie, jak i wyposażenie techniczne.

Podmioty lecznicze mogą być własnością Skarbu Państwa, jednostek samorządu terytorialnego (własnością publiczną) lub prywatną (osób fizycznych lub prywatnych osób prawnych).

Podmioty publiczne mogą mieć formę spółki kapitałowej lub jednostki budżetowej<sup>27</sup>.

Charakterystyczną cechą spółek kapitałowych jest to, że relacje między współwłaścicielami oparte są na powiązaniach kapitałowych. Wniesienie określonego kapitału jest bezwzględny warunkiem współuczestnictwa w takiej spółce. Prawa i obowiązki właścicieli zależą od wysokości wniesionego kapitału. Z tego tytułu mają oni m.in. prawo do udziału w zyskach spółki. Do spółek kapitałowych zalicza się spółki akcyjne i spółki z ograniczoną odpowiedzialnością (spółki z o.o.). Funkcjonowanie spółek kapitałowych reguluje Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks Spółek Handlowych.

Spółka akcyjna może być zawiązana przez jedną lub więcej osób fizycznych lub prawnych (z wyjątkiem jednoosobowej spółki z o.o.)<sup>28</sup>. Cel powołania spółki może być dowolny, lecz zgodny z obowiązującym prawem. Jeżeli spółka chce prowadzić działalność gospodarczą, to cel jej powołania musi mieć charakter zarobkowy.

Minimalna wartość kapitału podstawowego niezbędnego do założenia spółki akcyjnej wynosi 100 tys. zł. Jest on podzielony na  $n$  akcji o równej wartości nominalnej. Akcje są papierami wartościowymi, które mogą być przedmiotem obrotu giełdowego i pozagiełdowego. Na rynku pierwotnym akcje mogą być sprzedawane po cenie emisyjnej nie niższej od ich wartości nominalnej<sup>29</sup>. Nadwyżka ceny emisyjnej nad ich wartością nominalną nazywa się agio. Wartość nominalna wyemitowanych akcji tworzy kapitał zakładowy (podstawowy, akcyjny), zaś ewentualna nadwyżka agio nad kosztami emisji akcji zasila kapitał zapasowy, który w spółkach akcyjnych jest pozycją obligatoryjną.

Akcje mogą być obejmowane za wkład niepieniężny, nazywany aportem lub za wkład pieniężny. Przedmiotem aportu może być dowolny składnik majątkowy z wyjątkiem pieniędzy. Jego wartość wymaga oceny przez biegłego rzeczoznawcę. Przed objęciem akcji akcjonariusz musi wnieść pełną równowartość aportu. Przy obejmowaniu akcji za wkład pieniężny wpłaty mogą być wnoszone ratami. Z tytułu wniesionego kapitału akcjonariusze mają prawo do udziału w zysku netto (zysku po opodatkowaniu podatkiem dochodowym). Udział ten nazywa się dywidendą,

<sup>27</sup> Art. 16 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2015 r. o działalności..., op. cit.

<sup>28</sup> Art. 301 Ustawy z dnia 15 września 2000 r. Kodeks Spółek Handlowych.

<sup>29</sup> Nie dotyczy to rynku wtórnego, np. obrotu giełdowego, gdzie działa prawo podaży i popytu.

której wysokość może być proporcjonalna do liczby akcji lub nieproporcjonalna. Nieproporcjonalność może wynikać m.in. z faktu wyemitowania przez spółkę akcji uprzywilejowanych i zwykłych.

Podstawowymi organami w spółkach akcyjnych są: walne zgromadzenie akcjonariuszy, rada nadzorcza i zarząd, który może być jedno lub wieloosobowy. Do zadań zarządu należy prowadzenie spraw spółki (podejmowanie decyzji operacyjnych i strategicznych) oraz reprezentowanie spółki w otoczeniu. Do zadań rady nadzorczej należy sprawowanie kontroli nad działalnością spółki. Rada posiada więc uprawnienia do badania wszystkich dokumentów spółki, żądania od zarządu i pracowników odpowiednich raportów, oceny sprawozdań finansowych i wniosków dotyczących podziału zysków lub pokrycia straty. Walne zgromadzenie akcjonariuszy jest organem właścicielskim. Podejmuje ono uchwały w najważniejszych sprawach spółki, takich jak: nabycie lub zbycie nieruchomości, emisja obligacji, sprzedaż lub dzierżawa przedsiębiorstwa. Ponadto: zatwierdza sprawozdania finansowe, sprawozdania z działalności zarządu, wnioski dotyczące podziału zysku, powołuje i odwołuje członków rady nadzorczej oraz zarządu.

Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, podobnie jak spółka akcyjna, może być założona przez jedną lub wiele osób fizycznych i prawnych. Cel jej działalności może mieć różny charakter, pod warunkiem zgodności z obowiązującym prawem. W przypadku prowadzenia przez spółkę działalności gospodarczej, jej cel ma charakter zarobkowy.

Powołanie spółki wymaga wniesienia kapitału w wysokości nie niższej niż 5 tys. zł., który dzieli się na udziały. Minimalna wartość jednego udziału nie może być niższa od 50 zł. Udziały nie są papierami wartościowymi, dlatego nie mogą być przedmiotem obrotu giełdowego. Mogą być natomiast sprzedawane i kupowane poza obrotem giełdowym. Umowa spółki może przewidywać pewne ograniczenia w tym obrocie (np. może być wymagana zgoda zarządu na sprzedaż udziałów konkretnemu nabywcy). Na poczet udziałów mogą być wniesione aktywa niepieniężne (aport) lub pieniądze. Bez względu na formę wkładu kapitałowego musi być on wniesiony w całości przed objęciem udziałów. Nie można wносить go ratami.

Wartość nominalna udziałów tworzy kapitał zakładowy (podstawowy, udziałowy) spółki z o.o. W tego typu spółce nie ma bezwzględnego obowiązku tworzenia kapitału zapasowego. Kapitał taki może być tworzony, jeżeli przewiduje to umowa spółki. Z tytułu wniesionych udziałów wspólnicy mają prawo do partycypacji w zyskach netto spółki. Wysokość wypłacanej dywidendy jest zazwyczaj proporcjonalna do wartości nominalnej objętych udziałów. Jednakże odnośnie udziałów uprzywilejowanych kwota dywidendy może być wyższa (jednak nie więcej niż o 50%) niż w przypadku udziałów pozostałych<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> Art. 196 Ustawy z dnia 15 września 2000 r. Kodeks Spółek Handlowych.

Najważniejszym organem spółki jest zgromadzenie wspólników. Jego kompetencje wynikają z prawa własności i są podobne do kompetencji walnego zgromadzenia akcjonariuszy. Do kierowania sprawami spółki powoływany jest zarząd jedno lub wieloosobowy, w zależności od zapisów w umowie spółki. W małych spółkach z o.o. (o kapitale niższym niż 500 tys. zł i liczbie członków nie wyższej niż 25) nie jest konieczne powoływanie rady nadzorczej lub komisji rewizyjnej. Większe spółki przynajmniej jeden z tych organów muszą powołać.

Między wymienionymi spółkami występują istotne różnice, które mają wpływ na ryzyko prowadzonej przez nie działalności. Jest ono wyższe w przypadku spółek z o.o. Wynika to ze znaczącej różnicy w poziomie kapitału podstawowego, jeżeli jego wielkość jest równa lub nieznacznie się różni od wymaganej ustawowo minimalnej wartości. Ryzyko to rośnie, jeżeli w spółce z o.o. nie jest tworzony kapitał zapasowy (w przypadku tych spółek nie jest on pozycją obligatoryjną). Ponadto należy zauważyć, że w przypadku wnoszenia aportu do spółek z o.o. nie ma obowiązku wyceny jego wartości przez biegłych rzeczoznawców.

W celu prowadzenia działalności zarobkowej spółka kapitałowa powołuje przedsiębiorstwo. Staje się ono podmiotem mającym prawo do dysponowania kapitałem spółki. Bezpośrednim właścicielem przedsiębiorstwa jest spółka, a nie jej akcjonariusze (udziałowcy). Ci są natomiast bezpośrednimi właścicielami spółki. Występuje tu zjawisko wielostopniowej własności, która jest konsekwencją oddzielenia własności od zarządzania. Przedsiębiorstwo prowadzi działalność gospodarczą na własny rachunek. Dążąc do realizacji celów wyznaczonych przez bezpośrednich właścicieli dysponują posiadanymi aktywami, wspomagają się kapitałami obcymi, pokrywają koszty przychodami ze sprzedaży własnych produktów i usług.

Drugą grupę stanowią podmioty lecznicze nie będące przedsiębiorcami. Należą do nich funkcjonujące jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej lub jednostki budżetowe. Ustrój takich podmiotów leczniczych oraz zasady ich funkcjonowania nieuregulowane w ustawie określone są w statucie jednostki, który nadaje organ założycielski<sup>31</sup>.

Są one tworzone przez ministra lub centralne organy administracji państwowej, wojewodów lub jednostki samorządu terytorialnego, państwowe uczelnie medyczne lub państwowe uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w zakresie działalności leczniczej. Posiadają one osobowość prawną. Prowadzą swoją działalność na zasadzie samofinansowania. W odpowiednie aktywa wyposaża je organ założycielski. Zarządy tych podmiotów mają jednak ograniczone prawo do dysponowania majątkiem trwałym. Mają natomiast prawo do wspomagania finansowania się kapitałami obcymi.

---

<sup>31</sup> Art. 42 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej... op. cit.

Podstawowym źródłem ich przychodów jest sprzedaż usług medycznych dla NFZ realizowana na podstawie kontraktów lub bezpośrednio dla pacjentów nieubezpieczonych w NFZ. Z przychodów tych pokrywane są bieżące koszty funkcjonowania zakładów i regulowane są ich zobowiązania. Ewentualna nadwyżka pozostaje do dyspozycji zakładu. Jednocześnie, strata (ujemny wynik finansowy) nie jest podstawą do jego upadłości, jeżeli dalsze funkcjonowanie zakładu jest uzasadnione celami i zadaniami, do realizacji których został powołany. Jeżeli takiego uzasadnienia nie ma, zakład może być zlikwidowany<sup>32</sup>.

Podmioty te realizują zadania państwa w zakresie opieki zdrowotnej obywateli. Do bezpośredniego nadzoru organy założycielskie powołują rady społeczne. Zakres ich kompetencji dotyczy w szczególności wnioskowania i opiniowania najważniejszych spraw związanych z funkcjonowaniem podmiotu leczniczego, takich jak: zbycie aktywów, zakup lub darowizna nowej aparatury medycznej, rozwój nowych kierunków działalności leczniczej, przekształcenie lub likwidacja podmiotu, plany finansowe i sprawozdanie z jego wykonania, w tym inwestycji, podziału zysku, obsadzania najważniejszych stanowisk kierowniczych itp.

Podmioty lecznicze funkcjonujące jako jednostki budżetowe mogą być tworzone, łączone lub likwidowane przez ministrów, kierowników urzędów centralnych, wojewodów i jednostki samorządu terytorialnego. Nie posiadają one osobowości prawnej. Prowadzą gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie o finansach publicznych<sup>33</sup>. Jej podstawę stanowi plan dochodów i wydatków, nazywany planem finansowym jednostki budżetowej<sup>34</sup>. Pokrywają swoje wydatki bezpośrednio z budżetu, a pozyskiwane dochody odprowadzają na rachunek dochodów państwa lub do budżetu jednostki samorządu terytorialnego.

Kolejną grupę stanowią podmioty prowadzące praktyki lekarskie i pielęgniarskie, które mogą mieć formę: indywidualnej działalności gospodarczej prowadzonej przez osobę fizyczną, spółki cywilnej, spółki jawnej lub spółki partnerskiej. Niezależnie od formy organizacyjno-prawnej praktyki te muszą być wpisane do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Osoba fizyczna (lekarz, pielęgniarka) może prowadzić działalność leczniczą jako przedsiębiorca. Zasady funkcjonowania takich podmiotów regulowane są zarówno przez ustawę o działalności leczniczej, jak i przez ustawę o swobodzie działalności gospodarczej. Działalność może być podjęta po jej zarejestrowaniu<sup>35</sup>. Jej podjęcie nie wymaga żadnych deklaracji o zaangażowaniu kapitałowym. Nie ma rozgraniczenia między majątkiem osobistym podmiotu a majątkiem prywatnym. Podmiot ponosi nieograniczoną odpowiedzialność za zobowiązania podejmowane w związku z prowadzoną działalnością leczniczą.

---

<sup>32</sup> Art.59, pkt 4 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej... op. cit.

<sup>33</sup> Art. 86, pkt 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej... op. cit.

<sup>34</sup> Art. 11, pkt 3 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. 2009, Nr 157, poz. 1240).

<sup>35</sup> Art. 103 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej... op. cit.

Do prowadzenia działalności leczniczej lekarze, pielęgniarki lub lekarze i pielęgniarki mogą utworzyć spółkę cywilną. Jej funkcjonowanie reguluje *Kodeks cywilny*<sup>36</sup>. Spółka działa na zasadzie wzajemnego zaufania wspólników oraz ścisłego ich współdziałania. Jej skład osobowy jest niezmienny. Zmiana tego składu wymaga zawarcia nowej umowy. Spółka taka nie posiada osobowości prawnej. Podmiotem praw i obowiązków w spółce cywilnej jest każdy wspólnik. Każdy ze wspólników może reprezentować spółkę na zewnątrz, chyba że umowa spółki lub odrębna uchwała wspólników stanowi inaczej.

Wkłady poszczególnych wspólników mogą być zróżnicowane. Określa je umowa spółki. Udziały w tych spółkach nie mogą być przenoszone na inne osoby. Trzeba jednak podkreślić, że powołanie spółki cywilnej nie wymaga deklaracji o angażowanych kapitałach. Majątek spółki jest majątkiem wspólnym jej członków. Dopóki spółka istnieje, żaden ze wspólników nie może domagać się podziału tego majątku. Odpowiedzialność wspólników za zobowiązania spółki jest solidarna i nieograniczona. Każdy ze wspólników odpowiada za całość zobowiązań nie tylko częścią majątku wspólnego, lecz również majątkiem osobistym. Każdy ze wspólników ma prawo do równego udziału w zyskach spółki, jak i równego uczestnictwa w pokryciu strat, niezależnie od wysokości wniesionego wkładu, jeżeli umowa spółki nie stanowi inaczej.

Do prowadzenia działalności leczniczej powołać można również spółkę jawną. Zasady jej funkcjonowania określono w *Kodeksie Spółek Handlowych*<sup>37</sup>. Jest ona umownym zrzeszeniem dwóch lub większej liczby osób, których celem jest wspólne prowadzenie działalności gospodarczej. Liczba wspólników w takich spółkach nie jest zazwyczaj duża. Ogranicza się do osób mających do siebie wzajemne zaufanie. Wynika to głównie z faktu, że wspólnicy tej spółki odpowiadają za jej zobowiązania w sposób nieograniczony i solidarny (tak jak w spółce cywilnej).

Spółka jawna działa pod firmą, którą tworzy się od nazwisk wszystkich wspólników lub jednego z nich z zaznaczeniem, że jest to spółka jawna (sp.j.). Każdy wspólnik może reprezentować spółkę, o ile umowa nie stanowi inaczej. Nie można powierzać prowadzenia spraw spółki osobom trzecim z wyłączeniem wspólników. W razie wystąpienia jednego ze wspólników spółka może funkcjonować nadal, jeżeli umowa spółki tak stanowi lub jeżeli pozostali wspólnicy tak postanowią.

Powołanie spółki jawnej nie wymaga deklaracji o wkładzie kapitałowym. Jest to bowiem spółka osobowa nieoparta na więziach kapitałowych. Jednakże, dla prowadzenia działalności leczniczej potrzebny jest pewien wkład kapitałowy. Mogą go wnieść wszyscy wspólnicy lub tylko niektórzy. Ich wkład może być zróżnicowany zarówno co do formy (wkład pieniężny lub niepieniężny), jak i wysokości. Jeżeli umowa nie stanowi inaczej, uważa się, że wkłady wspólników są równe. Wspólnicy

---

<sup>36</sup> Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964m r, Kodeks cywilny (Dz. U. 1964, Nr 16, poz. 93).

<sup>37</sup> Art. 22–85 Ustawy z dnia 15 września 2000 r. Kodeks Spółek Handlowych.

mają prawo żądać corocznie wypłacenia odsetek w wysokości 5% od wniesionego udziału kapitałowego, nawet wówczas, gdy spółka poniesie stratę. Każdy wspólnik ma prawo do równego udziału w zyskach, jak i w pokryciu strat, bez względu na rodzaj i wartość wkładu.

Spółka partnerska jest spółką osobową<sup>38</sup>, tworzoną przez wspólników (partnerów) w celu wykonywania wolnego zawodu w ramach organizacji funkcjonującej pod własną firmą. Wspólnikami tej spółki mogą być tylko osoby fizyczne z uprawnieniami do wykonywania określonego zawodu. Partnerzy mogą reprezentować więcej niż jeden zawód. W przypadku działalności leczniczej powinny to być zawody medyczne.

Spółka partnerska funkcjonuje pod własną firmą. Tworzona jest ona od nazwiska co najmniej jednego wspólnika z dodatkiem „i partner” lub „i partnerzy” albo „spółka partnerska (sp.p.).

W ramach spółki partnerskiej każdy wspólnik prowadzi działalność na własne ryzyko i na własną odpowiedzialność. Partner nie ponosi odpowiedzialności za zobowiązania spółki powstałe w związku z wykonywaniem wolnego zawodu przez pozostałych wspólników, jak również za zobowiązania spowodowane przez osoby zatrudnione przez spółkę na podstawie umowy o pracę lub inny stosunek pracy. Umowa spółki może jednak przewidywać, że jeden lub większa liczba partnerów godzi się na ponoszenie takiej odpowiedzialności. Każdy partner ma prawo do samodzielnego reprezentowania spółki, chyba że umowa stanowi inaczej.

Spółka komandytowa, podobnie jak spółka jawna i partnerska, jest spółką osobową. Jej funkcjonowanie regulują przepisy *Kodeksu Spółek Handlowych*<sup>39</sup>. Prowadzona jest pod własną firmą, która powinna zawierać nazwisko jednego lub kilku komplementariuszy oraz dodatek „spółka komandytowa” (sp.k.).

Wspólnicy spółki komandytowej dzielą się na dwie grupy: komplementariuszy i komandytariuszy. Komplementariusze to ci wspólnicy, którzy odpowiadają w sposób nieograniczony za zobowiązania spółki. Odpowiedzialność komandytariuszy jest ograniczona do wysokości wniesionego wkładu kapitałowego (wniesionej sumy komandytowej). Kiedy jednak nazwisko (nazwa) komandytariusza było umieszczone w nazwie (firmie) spółki, wówczas jego odpowiedzialność wobec osób trzecich jest nieograniczona. W spółce takiej musi występować co najmniej jeden komplementariusz i komandytariusz. Wspólnikami mogą być nie tylko osoby fizyczne, lecz również osoby prawne. Spółkę reprezentują na zewnątrz komplementariusze. Komandytariusze mogą reprezentować spółkę jedynie jako pełnomocnicy. Prawa wspólników w zakresie udziału w korzyściach ekonomicznych są takie same jak w spółce jawnej.

---

<sup>38</sup> Tamże, art. 86–101.

<sup>39</sup> Tamże, art. 102–124.



Spółki komandytowe powoływane są zazwyczaj do prowadzenia działalności w większym rozmiarze pod wspólną firmą. Podział wspólników na dwie grupy umożliwia zgromadzenie większych zasobów kapitałowych. Równocześnie, ryzyko gospodarcze związane z prowadzoną działalnością rozkłada się na większą liczbę osób.

Spółka komandytowo-akcyjna należy do spółek osobowych<sup>40</sup>. Wspólnikami mogą być zarówno osoby fizyczne, jak i prawne. Wspólnicy spółki dzielą się na dwie grupy: komplementariuszy i akcjonariuszy. Komplementariusze odpowiadają nieograniczenie za zobowiązania spółki, podczas gdy odpowiedzialność akcjonariuszy jest ograniczona do wysokości wniesionego kapitału. W odróżnieniu od innych spółek osobowych jej utworzenie wymaga zgromadzenia kapitału w wysokości nie niższej niż 50 000 zł. Kapitał ten powinni wnieść akcjonariusze. Wspólnicy uczestniczą w zyskach spółki proporcjonalnie do wniesionego przez nich wkładu kapitałowego, chyba że statut spółki stanowi inaczej.

Spółka funkcjonuje pod firmą, która powinna zawierać nazwiska jednego lub kilku komplementariuszy z dodatkowym oznaczeniem „spółka komandytowo-akcyjna” (S.K.A.). Gdyby nazwisko (nazwa) akcjonariusza była umieszczona w nazwie spółki, wówczas ponosiłby on nieograniczoną odpowiedzialność wobec osób trzecich, podobnie jak komplementariusze.

Spółkę komandytowo-akcyjną reprezentują komplementariusze. Akcjonariusz może reprezentować spółkę jedynie jako pełnomocnik. Jeżeli liczba akcjonariuszy jest niższa od dwudziestu pięciu, to akcjonariusze mogą powołać pełnomocnika do nadzorowania spółki. Przy większej liczbie akcjonariuszy rada nadzorcza jest organem obligatoryjnym. Nie mogą w niej uczestniczyć komplementariusze i pracownicy spółki. Uprawnienia rady nadzorczej dotyczą opiniowania i wnioskowania w najważniejszych sprawach spółki. Z kolei uchwały WZA (Walne Zgromadzenie Akcjonariuszy) dotyczące najważniejszych spraw spółki wymagają zgody wszystkich komplementariuszy.

Spółki osobowe wydają się być dość korzystną formą organizacyjno-prawną dla praktyki lekarskiej i pielęgniarstwa. Pozwalają one na zachowanie bardzo dużej niezależności wspólnikom. Równocześnie pozwalają na szybsze zgromadzenie niezbędnego kapitału na zakup drogiej, wysokiej jakości aparatury medycznej. Ponadto, wspólne prowadzenie działalności umożliwia obniżenie kosztów bieżących (np. wykorzystania powierzchni użytkowej i aparatury, rejestracji pacjentów itp.).

---

<sup>40</sup> Tamże, art. 125.

## 1.4. Konkurencja w usługach leczniczych

Rozwój prywatnego rynku usług leczniczych wiąże się ze wzrostem konkurencji między podmiotami leczniczymi, która oznacza rywalizację o pacjenta. Podmioty te „rywalizują między sobą w dążeniach do analogicznych celów, co oznacza, że podejmowane działania przez jednych dla osiągnięcia określonych celów, utrudniają (a nawet niekiedy uniemożliwiają) osiągnięcie takich samych celów przez innych”<sup>41</sup>. Tak rozumiana konkurencja oznacza, że wzrost korzyści jednych następuje kosztem innych podmiotów. Taką sytuację nazywa się konkurencją o sumie zerowej.

Teoretycznie konkurencja powinna doprowadzić do takiej alokacji zasobów, by potrzeby społeczeństwa w zakresie ochrony zdrowia były zaspokojone w optymalny sposób. Tak byłoby, gdyby rynek ochrony zdrowia był rynkiem doskonałym lub zbliżonym do niego. Tymczasem rynków doskonałych nie ma, a rynek usług leczniczych jest mniej doskonały niż szereg innych rynków branżowych. Wynika to z faktu dużej asymetrii informacyjnej między klientami (pacjentami) a świadczeniodawcami (lekarzami). Gdyby ten rynek był doskonale konkurencyjny, nie tylko wszystkie podmioty na nim funkcjonujące (w tym pacjenci) miałyby pełną informację, lecz również nie występowałyby żadne bariery wejścia na ten rynek jakichkolwiek usługodawców<sup>42</sup>. Tymczasem rynek usług medycznych, oprócz asymetrii informacji, charakteryzuje się tym, że<sup>43</sup>:

- odbiorcy usług medycznych wchodzi na ten rynek bez wyraźnych preferencji i nie poszukują najbardziej efektywnego dostawcy,
- bezpośredni dostawcy usług medycznych na ogół nie są zainteresowani maksymalizacją efektów ekonomicznych (zysku),
- wykonawcy usług zdrowotnych (w szczególności personel medyczny) mogą w pewnym stopniu kreować poziom i strukturę zapotrzebowania zgodnie z własnymi preferencjami.

Ponadto, należy zauważyć, że możliwości wejścia na rynek nowych podmiotów w krótkim okresie są ograniczone. Wynika to, z jednej strony z kompetencji jakie musi posiadać kadra medyczna (długi okres kształcenia i nabywania doświadczeń), z drugiej zaś z konieczności zaangażowania dużego kapitału (dotyczy to w szczególności szpitali). W rezultacie powstawać mogą lokalne lub ponadlokalne monopole niekorzystnie wpływające na poziom cen usług medycznych. Dlatego rynek usług medycznych ma charakter quasi-ryнку (ryнку wysoce niedoskonałego<sup>44</sup>).

---

<sup>41</sup> M.J. Stankiewicz, *Konkurencyjność przedsiębiorstwa. Budowanie konkurencyjności przedsiębiorstwa w warunkach globalizacji*, wyd. Dom Organizatora, Toruń 2002, s. 18.

<sup>42</sup> Por.: A. Krawczyk-Sołtys, *Zarządzanie wiedzą w szpitalach publicznych*, wyd. Uniwersytet Opolski, Opole 2013, s. 168.

<sup>43</sup> Por.: J. Lesniowska, *Specyfika rynku usług medycznych* w: H. Kirschner (red), *Ekonomiczno-medyczne problemy ochrony zdrowia*, Zeszyty Naukowe Uczelnia Warszawskiej im. M. Skłodowskiej Curie, Warszawa 2008, nr 25, s. 53.

<sup>44</sup> Por.: J.E. Stieglitz, *Ekonomia sektora publicznego*, wyd. PWN, Warszawa 2013, s. 369.

Konkurencja jest zjawiskiem pozytywnym, dopóki jej rezultatem jest wzrost jakości świadczonych usług oraz racjonalizacja ich kosztów. Problem z usługami zdrowotnymi jest o tyle trudny, że jak już podkreślono wcześniej, zdrowie jest szczególnym dobrem. Oprócz efektywności konieczne jest uwzględnienie tzw. sprawiedliwości. Nie może być tak, że osoby o niskich dochodach są zupełnie pozbawione możliwości korzystania z tych usług. W tym przypadku konieczne jest przywołanie zasady solidarności społecznej. To sprawia, że konkurencja w ochronie zdrowia ma inny charakter.

Warunkiem efektywnego funkcjonowania rynków prywatnych jest dobrze poinformowany klient, który może dokonywać świadomego wyboru między produktami i usługami różnych podmiotów gospodarczych kierując się ich jakością i ceną. W przypadku pacjentów (klientów podmiotów leczniczych) warunek ten jest trudny do spełnienia, dlatego relacje między prywatnym rynkiem usług medycznym a publicznym zaangażowaniem w ochronę zdrowia jest jednym z najważniejszych problemów ekonomii zdrowia<sup>45</sup>.

Konkurencja o sumie zerowej oznaczałaby, że wygrana lekarza i pacjenta może powodować stratę dla szpitala (np. zastosowanie drogiej procedury medycznej). M. Porter i O. Teisbergg uważają, że w sektorze usług medycznych konkurencja powinna być oparta na wartościach (konkurencja o sumie niezerowej) i proponują osiem jej zasad, którymi są<sup>46</sup>:

- koncentracja na wartości dla pacjenta, a nie na redukowaniu kosztów,
- konkurowanie o uzyskane rezultaty,
- skupianie konkurencji na sferze medycznej z uwzględnieniem pełnego cyklu opieki nad pacjentem,
- jakość powinna być mniej kosztowna,
- świadczeniodawcy powinni być oceniani w oparciu o rezultaty medyczne,
- zasięg konkurencji powinien być regionalny i krajowy, a nie lokalny,
- rezultaty powinny być upowszechniane,
- rezultaty tworzące wartość dodaną powinny być wynagradzane.

Wg autorów wartość jest ilorazem jakości i kosztów, przy czym parametry te powinny być mierzone z perspektywy pacjenta i społeczeństwa. Może być ona powiększana poprzez wzrost jakości przy dotychczasowych kosztach lub poprzez obniżanie kosztów bez pogorszenia jakości. Zatem konkurencja w ochronie zdrowia powinna być oparta na wartości dla pacjenta, która mierzona jest relacją jakości usługi do poniesionych kosztów jej wytworzenia<sup>47</sup>. O jakości usług

---

<sup>45</sup> Por.: S. Morris, N. Delfin, D. Parkin, *Ekonomia...* op. cit., s. 31.

<sup>46</sup> Por.: M.E. Porter, E.O. Teisberg, *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*, Bostan 2006, Cyt za: L.E. Swayne, W.J. Duncan, P.M. Ginter, *Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia*, wyd. LEX a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 410.

<sup>47</sup> L.E. Swayne, W.J. Duncan, P.M. Ginter, *Zarządzanie strategiczne...* op. cit., s. 410–411.

zdrowotnych świadczą<sup>48</sup>: jakość struktury (kompetencje personelu, baza lokalowa i sprzętowa), jakość stosowanych procedur oraz jakość wyniku (uzyskany poziom poprawy zdrowia).

Koncentracja na wartości (rezultatach) w całym cyklu opieki nad pacjentem, a nie na zastosowanych procedurach medycznych, owocować może obniżeniem całkowitych kosztów procesu leczenia oraz kosztów społecznych (np. związanych z niezdolnością pacjenta do pracy i świadczeniami społecznymi). Efekty te mogą być wzmacniane poprzez system wynagradzania powiązany z rezultatami medycznymi. Z kolei upowszechnianie wiedzy o tych rezultatach oznacza lepszy przepływ informacji między świadczeniodawcami, dzielenie się wiedzą między personelem medycznym oraz ułatwia pacjentom dokonywanie wyboru świadczeniodawcy.

Konkurencja jest podstawowym czynnikiem wzrostu efektywności. Dzięki niej, nieproduktywne podmioty gospodarcze upadają. Tam, gdzie konkurencja jest ograniczana powstają zjawiska społecznie niepożądane, takie jak np. spadek jakości usług, nieuzasadniony wzrost cen, spadek tempa wdrażania nowych technologii medycznych, nowych leków czy rozwiązań organizacyjnych.

Nietypowy charakter usług medycznych wpływa na specyficzny charakter tego rynku. Istotnym źródłem przewagi konkurencyjnej w ochronie zdrowia są zasoby niematerialne i prawne (głównie wiedza i umiejętności personelu medycznego), które są trudne do naśladowania. Dzięki nim podmioty lecznicze mogą osiągać trwałą przewagę konkurencyjną. Dobra reputacja i polecenie zaufanego lekarza to dwa istotne wskaźniki jakości usług zdrowotnych<sup>49</sup>. Dlatego, w odróżnieniu od rynku zdecydowanej większości produktów, cena usługi leczniczej ma mniejsze znaczenie w walce konkurencyjnej. Mając do wyboru różnych świadczeniodawców, pacjent w większym stopniu kierował się będzie opinią, jaką się cieszą w środowisku niż ceną. Niska cena, szczególnie w przypadku prywatnej praktyki lekarskiej, może być nawet dyskwalifikująca, gdyż w rozumieniu potencjalnego pacjenta może wskazywać na niską jakość usługi.

Cena, jako narzędzie konkurencji, może mieć większe znaczenie w przypadku zawierania kontraktów z ubezpieczycielami (w Polsce z NFZ). Jednak w przypadku jednego płatnika (monopson) cena bywa na ogół narzucana przez ubezpieczyciela. W Polsce dotyczy to przede wszystkim publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Jest to częstą przyczyną ich nieefektywności. Nieefektywność publicznych podmiotów leczniczych jest również często rezultatem nadmiernej biurokracji i ingerencji administracji (państwowej i samorządowej) w zarządzanie nimi<sup>50</sup>. Nie bez

---

<sup>48</sup> Por.: M.D. Głowacka, J. Galicki, E. Mojs, *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2009, s. 230.

<sup>49</sup> Por.: L.E. Swayne, W.J. Duncan, P.M. Ginter, *Zarządzanie...* op. cit., s. 183.

<sup>50</sup> Por.: S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *Ekonomia w ochronie zdrowia*, wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 173.

znaczenia jest także to, że funkcjonują one na zasadzie *non profit*. Wpływa to na ogół negatywnie na poszukiwanie źródeł obniżania kosztów.

Dodatkowym czynnikiem ograniczającym konkurencję na rynku usług medycznych może być lokalizacja podmiotów leczniczych. Dotyczy to przede wszystkim rynków lokalnych. Na tych rynkach może funkcjonować tylko jeden podmiot, na którego usługi skazani są mieszkańcy. Ograniczenia konkurencji mogą wynikać również z rejonizacji usług.

Dlatego też w funkcjonowanie tego rynku, niezależnie od formy własności podmiotów leczniczych, ingerują współczesne państwa. Zakres i sposób tej interwencji jest dość zróżnicowany w poszczególnych krajach. Nie zawsze ta interwencja jest jednakowo skuteczna. Może być przyczyną marnotrawienia rzadkich zasobów. Różne modele rynku ochrony zdrowia i związane z nimi zakres ingerencji państwa w funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej nie pozwalają na jednoznaczną ocenę ich efektywności.

Niska efektywność publicznej opieki zdrowia sprzyja rozwojowi prywatnych usług medycznych. Ogólna słabość publicznej służby zdrowia w Polsce sprawia, że dynamicznie rozwija się rynek usług prywatnych. W drugiej dekadzie XXI w. wydatki na prywatne usługi zdrowotne w Polsce rosną w tempie 8% rocznie. Jest to o 2% szybciej niż w całej Europie Środkowo-Wschodniej. W roku 2016 rynek tych usług w Polsce szacowany był na ok. 5 mld zł<sup>51</sup>. Świadczy to o rosnącej konkurencyjności sektora prywatnego. Dzieje się tak nie tyle ze względu na rezultaty medyczne tego sektora, lecz przede wszystkim ze względów organizacyjnych. W sektorze prywatnym szybciej następuje proces informatyzacji, co usprawnia obsługę pacjenta (łatwiej można dostać się do specjalisty, szybciej można przeprowadzić badania diagnostyczne i rozpocząć proces leczenia itp.). Proces ten w sektorze publicznym następuje bardzo wolno. Wiele zakładów opieki zdrowotnej nie ma profesjonalnych systemów informatycznych wspomagających zarządzanie i monitorowanie zdrowia pacjentów<sup>52</sup>. Sytuacja ta powinna być impulsem do szybszych zmian w publicznym sektorze ochrony zdrowia.

## 1.5. Ryzyko w działalności leczniczej

Każda działalność gospodarcza jest obarczona określonym ryzykiem, które definiuje się jako „sytuację, w której przyszłych zdarzeń nie można przewidzieć z całkowitą pewnością, znany jest natomiast rozkład prawdopodobieństwa

---

<sup>51</sup> Por.: K. Kucharczyk, *Polacy przekonują się do telemedycyny*, „Ekonomia i rynek” dod. do Rzeczpospolitej z dnia 22.09.2016 r.

<sup>52</sup> Tamże

przyszłych zdarzeń”<sup>53</sup>. Ryzyko takie dotyczy również działalności leczniczej. Jest ono jednak określone przez nieco inne czynniki. Są one związane zarówno z częstotliwością i skalą zachorowań jak i ze skutecznością leczenia<sup>54</sup>. W przypadku działalności typowo produkcyjnej popyt jest przewidywalny, podczas, gdy w przypadku działalności leczniczej występuje duża niepewność co do przyszłych chorób i skali zachorowań. Równocześnie, reakcja pacjentów na stosowane procedury medyczne jest zróżnicowana i niekiedy zaskakująca.

Istotnym źródłem ryzyka jest zakres i jakość informacji posiadanych przez decydentów oraz umiejętność jej wykorzystania. W przypadku usług leczniczych proces decyzyjny jest często złożony i wielowątkowy<sup>55</sup>. Rezultat końcowy zależy bowiem od trafności diagnozy oraz wyboru właściwej procedury medycznej. Te z kolei zależą od zastosowanych technik diagnostycznych oraz właściwego zastosowania dostępnych zasobów (p. leków). Zatem nie tylko wiedza i doświadczenie lekarza mają wpływ na wynik procesu leczenia, lecz wiele innych czynników związanych z procesem diagnozowania i leczenia. Dodatkowym czynnikiem, który nie występuje w przypadku większości dóbr, jest reakcja organizmu pacjenta na stosowane procedury. Przy tym samym schorzeniu skutki leczenia przy zastosowaniu takich samych procedur mogą być istotnie różne.

Znaczącymi czynnikami ryzyka działalności leczniczej są rozwiązania natury prawnej i finansowej. Te pierwsze określają warunki materialne i organizacyjne wykonywania usług zdrowotnych, jak również zakres odpowiedzialności karnej i materialnej za niepożądane skutki zastosowanych procedur medycznych. Istotne znaczenie mają zachowania mentalne, które mają określony wpływ na ocenę prawną stosowanych procedur medycznych<sup>56</sup>.

Prawo określa również warunki materialne i sanitarne, w jakich można udzielać świadczeń zdrowotnych. Determinują one nakłady finansowe, jakie trzeba ponieść, by te warunki stworzyć. Trzeba je ponieść nie mając pewności, czy da się je odzyskać poprzez nadwyżkę finansową osiąganą w procesie leczniczym.

Ryzyko działalności medycznej podzielić można co najmniej na dwie grupy: ryzyko operacyjne i ryzyko finansowe. Ryzyko operacyjne związane jest z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej. Jego poziom zależy z jednej strony od zmian zachodzących w otoczeniu na rzecz, którego działa dana jednostka organizacyjna, z drugiej zaś od wewnętrznych warunków funkcjonowania (poziomu wyposażenia w aparaturę medyczną, kwalifikacji kadry medycznej, organizacji pracy i procesów leczniczych, stopnia spełnienia norm sanitarnych itp.).

---

<sup>53</sup> J. Czekał, Z. Dresler, *Podstawy zarządzania finansami firm*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 35.

<sup>54</sup> Por.: S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *Ekonomia w ochronie...* op. cit., s. 27.

<sup>55</sup> Por.: B. Bober, *Rola informacji...* op. cit., s.12.

<sup>56</sup> Por.: B. Bober, *Efektywność – moralne dylematy w procesie świadczenia usługi szpitalnej*, w: R. Lewandowski, R. Walkowiak (red), *Zarządzanie w ochronie zdrowia*, wyd. Olsztyńskiej Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania, Olsztyn 2011, s. 151.

Ryzyko finansowe związane jest ze strukturą źródeł finansowania podmiotów leczniczych. Jego poziom zależy od poziomu zadłużenia, stóp procentowych, warunków korzystania z kredytów i pożyczek, warunków rozliczenia z dostawcami oraz NFZ (płatnikiem za zakontraktowane i wykonane świadczenia zdrowotne). Ryzyko to rośnie wraz ze wzrostem zadłużenia, stóp procentowych, skracania terminów płatności faktur od dostawców i wydłużania terminów rozliczeń z NFZ. Wraz ze wzrostem ryzyka rośnie zagrożenie dla wypłacalności podmiotu leczniczego. W podmiotach prywatnych powstaje zagrożenie dla kontynuowania jego działalności. W podmiotach publicznych (samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej i jednostkach budżetowych) takie zagrożenie jest znacznie mniejsze. Podmioty te nie podlegają przepisom prawa upadłościowego. Wyjątkiem są podmioty skomercjalizowane, czyli przekształcone w jednoosobowe spółki Skarbu Państwa lub samorządu terytorialnego. Wraz z przekształceniem w spółkę prawa handlowego podmioty te nabywają zdolność upadłościową i mogą być postawione w stan likwidacji<sup>57</sup>.

Te dwa rodzaje ryzyka są ze sobą ściśle powiązane. Wzrost ryzyka operacyjnego wiąże się zazwyczaj ze spadkiem sprzedaży, który przekłada się na spadek płynności finansowej i wzrost trudności z finansowaniem bieżących wydatków. Z kolei wzrost ryzyka finansowego spowodowanego np. rosnącym zadłużeniem może ograniczać wydatki inwestycyjne na nowoczesną aparaturę konieczną do wzrostu jakości świadczeń zdrowotnych, wprowadzania nowych procedur medycznych czy rozszerzania zakresu oferowanych usług medycznych. Skutkiem takiej sytuacji jest wzrost ryzyka operacyjnego.

---

<sup>57</sup> Por.: P. Horosz, A. Grzesiok-Horosz, K. Skowron, *Skomercjalizowane szpitale w obrocie gospodarczym*, wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 31–32.

## 2. Źródła i modele finansowania działalności leczniczej

### 2.1. Modele finansowania ochrony zdrowia

We współczesnym świecie finansowanie systemu ochrony zdrowia jest dość zróżnicowane. Wynika to z roli tego systemu zarówno w życiu jednostek, jak i życiu społecznym. Dlatego do jego finansowania, oprócz środków prywatnych, wykorzystywane są środki publiczne.

Różny stopień zaangażowania środków prywatnych i publicznych w finansowanie ochrony zdrowia pozwala wyodrębnić różne modele jej finansowania. T. Sumlicz, koncentrując się na zasadzie dobrowolności w finansowaniu świadczeń zdrowotnych, wyodrębnia 4 podstawowe modele, a mianowicie: model budżetowy dobrowolny, model ubezpieczenia dobrowolnego z kontraktowaniem świadczeń, model ubezpieczenia dobrowolnego z refundowaniem świadczeń, model bezpośredniego zakupu świadczeń przez konsumenta<sup>58</sup>. I. Jędrzejczyk, uwzględniając zasadzę obligatoryjności, wyróżnia model budżetowy scentralizowany, model budżetowy zdekoncentrowany oraz model ubezpieczenia obowiązkowego z refundacją wydatków<sup>59</sup>. Natomiast M. Mazur systemy finansowania ochrony zdrowia dzieli na ubezpieczeniowe (ubezpieczenia obligatoryjne i dobrowolne) i pozaubezpieczeniowe (np. budżet, bezpośrednia odpłatność pacjentów)<sup>60</sup>.

Uwzględniając obie zasady wyróżnić można 5 typów (modeli) finansowania ochrony zdrowia, a mianowicie: bezpośrednia odpłatność świadczeniobiorców, prywatne ubezpieczenia zdrowotne, społeczne ubezpieczenia zdrowotne, finansowanie z podatków ogólnych (model budżetowy), modele (finansowanie) mieszane (równoczesne zaangażowanie środków prywatnych i publicznych – różny stopień współfinansowania usług przez pacjentów). Trzeba jednak podkreślić, że badania prowadzone w różnych krajach wykazały, że przy finansowaniu ochrony zdrowia z podatków ogólnych i ubezpieczeń społecznych niesprawiedliwość pozioma jest mniejsza niż w przypadku ubezpieczeń prywatnych i bezpośrednich opłat pacjentów<sup>61</sup>.

W modelu bezpośredniej odpłatności konsumpcja jakiegokolwiek usługi medycznej wiąże się z koniecznością uiszczenia przez pacjenta stosownej opłaty (zapłaty określonej ceny). Pacjent udający się do poradni, szpitala itp., podobnie jak w dowolnym sklepie, musi dokonać bezpośredniego wydatku.

---

<sup>58</sup> Por.: T. Sumlicz, *Podmiotowość w zarządzaniu zmianą*, Deskartes, Warszawa 2007, s. 55–56.

<sup>59</sup> Por.: I. Jędrzejczyk, *Modele organizacji i finansowania ochrony zdrowia*, w: M. Podstawka (red), *Finanse*, PWN, Warszawa 2010, s. 431.

<sup>60</sup> Por.: M. Mazur, *Finansowanie systemu ochrony zdrowia*, w: J. Ostaszewski (red), *Finanse*, Difin, Warszawa 2013, s. 320–341.

<sup>61</sup> S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *Ekonomia...*, op. cit., s. 224.



Bezpośrednia odpłatność za korzystanie z usług zdrowotnych opiera się na założeniu, że zdrowie jest indywidualną potrzebą człowieka, podobnie jak jedzenie, odzież czy inne potrzeby o charakterze konsumpcyjnym. Zwolennicy takiego rozwiązania uważają, że „porada medyczna czy leczenie są takim samym towarem jak samochód, ciuchy, czy wczasy zagraniczne”<sup>62</sup>. Wskazują również, że nie ma silnego związku między dostępnością do usług zdrowotnych a długością życia<sup>63</sup>. To raczej tryb życia (nikotynizm, alkoholizm, narkomania itp.) negatywnie wpływa na długowieczność.

W Polsce zakres bezpośredniej odpłatności za usługi medyczne jest dość wysoki. Poziom wydatków w Polsce na świadczenia zdrowotne jest bardzo wysoki i stanowi ok. 37% ogółu wydatków na ochronę zdrowia. Wg danych statystycznych wydatki na ochronę zdrowia w roku 2014 wyniosły 147,3 mld zł, z tego 53,95 mld zł stanowiły bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych<sup>64</sup>. Część z nich ma charakter nieoficjalny (szara strefa). Ich udział w ostatnich latach systematycznie rósł. Szacuje się, że wzrosły one od 2010 roku o ok. 16,6%<sup>65</sup>.

Takie podejście abstrahuje od społecznego aspektu zdrowia poszczególnych obywateli. Tymczasem zdrowie to nie tylko indywidualna potrzeba konkretnego człowieka, lecz również ma ono konkretny wymiar ekonomiczny. Jest bowiem warunkiem dobrobytu i wydajnego działania ludzi. Istnieje więc określony związek między stanem zdrowia społeczeństwa i nakładami na jego ochronę a wzrostem i rozwojem gospodarczym<sup>66</sup>. Wynika to z tzw. efektów zewnętrznych, tj. np. skutków absencji chorobowej pracowników (absenteizmu) lub prezenteizmu, który obniża wydajność pracy nawet o 60%<sup>67</sup>. Szacuje się, że skutki ekonomiczne związane z chorobami wieńcowymi mogą być równe nawet 1% PKB.

Nie bez znaczenia jest aspekt humanitarny, znajdujący odzwierciedlenie w zasadzie sprawiedliwości i solidarności ze słabszymi. Zgodnie z tym poglądem nazywanym egalitaryzmem ukierunkowanym, dostępność do usług zdrowotnych obywateli nie powinna zależeć tylko od ich dochodu<sup>68</sup>. Zdrowie jest zbyt cennym dobrem, by było przedmiotem zainteresowania jedynie pojedynczego obywatela. Dlatego dostęp do opieki zdrowotnej traktowany jest bardziej jako prawo niż

---

<sup>62</sup> J.M. Fijor, *Przedmowa do pracy: J.C. Goodman, G.L. Musgrawe, D.M. Hericj, Jak uzdrowić służbę zdrowia? Raport o światowych systemach opieki zdrowotnej*, wyd. Fijor Publishing, Chicago-Warszawa 2008, s. III.

<sup>63</sup> Por.: J.E. Stieglitz, *Ekonomia...* op. cit., s. 384.

<sup>64</sup> Por.: J. Czapiński, T. Panek, *Diagnoza społeczna 2015* (red), Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa, listopad 2015.

<sup>65</sup> Tamże, s. 122.

<sup>66</sup> W.C. Włodarczyk, I. Kowalska, A. Mokrzycka, *Szkice...* op. cit., s. 91.

<sup>67</sup> Por.: *Uzdrowić system i pracownika*, „Ekonomia & Rynek”, dodatek do „Rzeczpospolitej” z dnia 4.10.2016

<sup>68</sup> Por.: J.E. Stieglitz, *Ekonomia...* op. cit., s. 384.

jako dobro, które może być sprzedawane i kupowane na zasadach rynkowych<sup>69</sup>. Tymczasem brak zdolności płatniczej uniemożliwia korzystanie z opieki zdrowotnej lub ogranicza dostęp osobom o niskich dochodach do wielu świadczeń zdrowotnych. Rosnące koszty i ceny usług zdrowotnych prowadzą do sytuacji, w której coraz większa grupa może być wykluczona z systemu opieki zdrowotnej. Z badań nad sytuacją finansową gospodarstw domowych wynika, że w 2014 r. ok. 29% gospodarstw rezygnowała m.in. z zakupu niektórych leków, 24% z protez zębowych, a 22% z leczenia zębów<sup>70</sup>.

Ograniczoność środków osobistych, jakie mogą przeznaczyć obywatele na usługi zdrowotne legła u podstaw rozwoju rynku ubezpieczeń zdrowotnych. Celem tych ubezpieczeń jest ograniczenie ryzyka związanego z potrzebą korzystania ze świadczeń medycznych. Ryzyko to związane jest z różnymi okolicznościami powodującymi konieczność korzystania z usług medycznych. Należą do nich takie zjawiska, jak: złe samopoczucie, choroba, uszkodzenie ciała, utrata sprawności fizycznej lub psychicznej. Od stopnia zagrożenia lub utraty zdrowia zależy koszt świadczenia zdrowotnego. Niejednokrotnie jest on tak wysoki, że dotknięta chorobą osoba nie jest w stanie go sfinansować. Problem ten pozwala rozwiązać system ubezpieczeń zdrowotnych.

Ubezpieczenie jest rodzajem umowy prawa cywilnego<sup>71</sup>, na podstawie której ubezpieczony w zamian za regularnie płacone składki uzyskuje możliwość pokrycia przyszłych wydatków zdrowotnych. Umożliwia ono „rozłożenie ciężaru pokrycia negatywnych skutków materialnych zdarzeń losowych dotyczących pojedynczy podmiot na wiele jednostek, którym te same zdarzenia losowe zagrażają”<sup>72</sup>. Ubezpieczenie jest rozwiązaniem, w ramach którego następuje łączenie ryzyka ubezpieczonych podmiotów<sup>73</sup>. Przedsiębiorstwa (instytucje) ubezpieczeniowe gromadzą środki finansowe pochodzące z regularnie opłacanych składek ubezpieczeniowych. Ze zgromadzonych środków ubezpieczyciel pokrywa wydatki (należności) za świadczenia medyczne na rzecz ubezpieczonego.

System ubezpieczeń zdrowotnych obejmuje trzy zasadnicze elementy: finansowanie usług medycznych ze składek osób ubezpieczonych, zróżnicowanie składek w zależności od poziomu ryzyka zachorowalności ubezpieczonego, świadomość

---

<sup>69</sup> Por.: M. Dobska, K. Rogozińska (red), *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, wyd. PWN, Warszawa 2008, s. 148.

<sup>70</sup> Por. J. Czapiński, T. Panek, *Diagnoza społeczna 2015...* op. cit., s. 119.

<sup>71</sup> Por.: W. Miszański, *Ubezpieczenie społeczne*, PWN, Warszawa 2004, s. 11.

<sup>72</sup> D. Wasilewski, *Model ubezpieczeniowy w polskim systemie zabezpieczenia zdrowotnego w kontekście rozwoju produktów ubezpieczeniowych*, w: M. Węgrzyn, D. Wasilewski, *Komercjalizacja i prywatyzacja ZOZ. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesów*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2006, s. 237.

<sup>73</sup> Por.: A. Śliwiński, *Ryzyko ubezpieczeniowe, taryfy – budowa i optymalizacja*, Poltext, Warszawa 2002, s. 36.

wspólnoty ryzyka<sup>74</sup>. Ubezpieczenie umożliwia pacjentowi korzystanie ze świadczeń medycznych niezależnie od ich kosztów i jego zdolności płatniczej.

Polisa ubezpieczeniowa może obejmować różne zakresy (przyczyny) ryzyka zdrowotnego. Od zakresu ryzyka uwzględnionego w umowie ubezpieczeniowej zależy cena polisy (wysokość składki ubezpieczeniowej). Składki te mogą być wnoszone osobiście przez ubezpieczonych, przez pracodawców lub inne instytucje. Dlatego rozróżnia się ubezpieczenia społeczne i prywatne.

Spółeczne ubezpieczenia zdrowotne opierają się na zasadzie solidarności. W Polsce należą do nich ubezpieczenie chorobowe i ubezpieczenie wypadkowe. Zgodnie z ustawą o systemie ubezpieczeń społecznych obligatoryjnemu ubezpieczeniu chorobowemu podlegają pracownicy, rolnicy, osoby prowadzące działalność pozarolniczą, osoby wykonujące pracę nakładczą, członkowie organizacji rolniczych (rolniczych spółdzielni produkcyjnych, kółek rolniczych itp.), inne osoby (objęte ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym) mogą przystąpić do niego na zasadzie dobrowolności<sup>75</sup>. Obligatoryjnemu ubezpieczeniu wypadkowemu podlegają osoby objęte ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym, z wyjątkiem bezrobotnych, wykonujących pracę poza siedzibą zleceniodawcy (na podstawie umowy zlecenia).

Środki finansowe, którymi dysponują fundusze ubezpieczeniowe mogą pochodzić ze składek wnoszonych przez pracodawców, pracowników (osoby ubezpieczone) i ewentualnie państwo lub/i samorządy. Zdecydowana większość środków finansowych pochodzi ze składek ubezpieczeniowych (obligatoryjnych i dobrowolnych). W roku 2014 wynosiły one 66,6 mld zł i stanowiły 99% ogółem przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia. W roku 2015 przychody z tego tytułu wzrosły o ponad 3 mld zł do poziomu 69,8 mld zł i stanowiły 99,2% ogółu przychodów Funduszu<sup>76</sup>. W Polsce środkami tymi dysponuje NFZ, finansując świadczenia zdrowotne oraz refundację leków<sup>77</sup>. W 2014 r. – z kwoty 65,8 mld zł poniesionych kosztów – 84,6% stanowiły koszty związane z wydatkami na świadczenia zdrowotne, 11,5% na refundację leków, 2,8% na ratownictwo medyczne. W 2015 r. struktura tych kosztów kształtowała się następująco: koszty świadczeń zdrowotnych stanowiły 84,9%, refundacja leków 11,4%, zaś koszty ratownictwa medycznego 2,6% ogółu kosztów operacyjnych Funduszu<sup>78</sup>.

Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem środków publicznych przeznaczonych na finansowanie usług zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych

<sup>74</sup> Por.: D. Wasilewski, Model ubezpieczeniowy... op. cit., 236.

<sup>75</sup> Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2009 r, nr 205, poz. 1585; nr 218, poz. 1690).

<sup>76</sup> Por.: Łączne sprawozdania finansowe NFZ za 2015 rok sporządzone w dniu 24 marca 2016 r. w Warszawie.

<sup>77</sup> Art. 37, p. 2 Ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2003 r., Nr 45, poz. 391).

<sup>78</sup> Obliczenia własne na podstawie danych z Łącznego sprawozdania finansowego NFZ za 2015 r.

pacjentów. W tym celu Fundusz zawiera odpowiednie kontrakty ze świadczeniodawcami (podmiotami leczniczymi). Fundusz nie może prowadzić działalności gospodarczej. Oznacza to, że nie może być również właścicielem podmiotów leczniczych.

System społecznych ubezpieczeń zdrowotnych zakłada, że zarówno bogaci, jak i biedni będą mieli jednakowy dostęp do świadczeń zdrowotnych. Tymczasem doświadczenia wielu krajów wskazują na wiele wad takiego rozwiązania. Należą do nich m.in.<sup>79</sup>:

- a) racjonowanie usług (system kolejkowy), którego skutkiem jest oczekiwanie na usługę (niekiedy kilkumiesięczne lub nawet dłuższe niż rok). Skutkiem takiej sytuacji jest wzrost ryzyka odmowy świadczenia osobom potrzebującym natychmiastowej interwencji medycznej.
- b) tworzenie warunków do korupcji. Wbrew założeniom, osoby o wyższych dochodach mogą szybciej uzyskać niezbędne świadczenie dzięki nieformalnym opłatom.
- c) powstaje skłonność do nadmiernego wydatkowania środków finansowych na usługi względnie tanie i ograniczanie wydatków na specjalistyczne, drogie technologie medyczne, co utrudnia dostęp do niezbędnych świadczeń zdrowotnych osobom z poważnymi schorzeniami.

Ubezpieczenia prywatne w swojej istocie podobne są do ubezpieczeń społecznych, z tym tylko, że w całości mają charakter dobrowolny. Osoby objęte takim ubezpieczeniem wykupują osobiście (lub w ich imieniu pracodawcy) polisy ubezpieczeniowe. Cena polisy (składka ubezpieczeniowa) zależy od poziomu ryzyka, jakim jest obciążona ubezpieczana osoba. Ubezpieczenia te mogą mieć charakter substytucyjny, komplementarny lub dodatkowy<sup>80</sup>. Ubezpieczenia substytucyjne dotyczą osób, które nie korzystają z ubezpieczenia społecznego. Ubezpieczenie prywatne stanowi więc dla tej osoby jedyną formę zabezpieczenia zdrowotnego. Ubezpieczenia komplementarne mają charakter uzupełniający w stosunku do innych form finansowania usług medycznych. Objęte nim zostają te obszary świadczeń medycznych, które np. nie są objęte ubezpieczeniem obowiązkowym. Ubezpieczenia dodatkowe dotyczą zazwyczaj możliwości wyboru świadczeniodawcy i poprawienia dostępu do usług zdrowotnych.

W Polsce zakres ubezpieczeń prywatnych nie jest prawnie uregulowany. Nie ma przepisów, które określałyby zasady funkcjonowania tego segmentu ubezpieczeniowego, jak również zasady współpracy prywatnych ubezpieczeń z systemem państwowej opieki zdrowotnej. W dużej mierze są to ubezpieczenia komplementarne i dodatkowe wykupowane przez przedsiębiorstwa jako forma dodatkowego wynagrodzenia, w szczególności dla kadry menedżerskiej. Ubezpieczenia te

---

<sup>79</sup> Por.: J.C. Goodman, G.L. Musgrave, D.M. Herrik, *Jak uzdrowić...* op. cit., s. 39.

<sup>80</sup> Por.: S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *Ekonomia...*, op. cit., s. 205.

mogą być kupowane w formie polis ubezpieczeniowych oferowanych przez firmy ubezpieczeniowe lub w formie abonamentu oferowanego przez prywatne kliniki. Obecnie z tego typu ubezpieczeń korzysta kilkaset tysięcy osób<sup>81</sup>. Coraz popularniejsze stają się polisy ubezpieczeniowe, gdyż dają one większe możliwości wyboru świadczeniodawcy przez ubezpieczonego pacjenta.

W modelach ubezpieczeniowych, niezależnie od tego czy mają one charakter dobrowolny czy obligatoryjny, występują zazwyczaj dwa problemy wpływające na ich efektywność. Pierwszym jest konflikt między ubezpieczycielami a świadczeniodawcami i świadczeniobiorcami. Dotyczy on wysokości roszczeń z tytułu zrealizowanych usług. Jego podłożem jest możliwość zawyżenia liczby świadczeń oraz ich kosztów (pokusa nadużycia). Ubezpieczyciele, dążąc do ograniczenia tego zjawiska, wprowadzają różne ograniczenia, które wywołują sprzeciw strony przeciwnej (lekarzy i pacjentów). Ograniczenia takie nie zawsze są uzasadnione, zwłaszcza w przypadku niektórych pacjentów.

Drugim problemem jest wysokość stawki ubezpieczeniowej. Kalkulacja tej stawki może być oparta na ryzyku osoby ubezpieczonej (stan zdrowia, wiek itp.) lub na metodzie nazwanej ratingiem regionu (stawki zróżnicowane regionalnie, a nie indywidualnie). W tej metodzie wszyscy mieszkańcy danego terenu płacą taką samą stawkę, niezależnie od ryzyka indywidualnego. Zwolennicy metody podkreślają, że umożliwia ona korzystanie z ubezpieczenia osobom o wysokim ryzyku i niskich dochodach. Przy tym rozwiązaniu ubezpieczeni o niskim indywidualnym ryzyku płacą niewspółmiernie wyższe składki.

Finansowanie świadczeń medycznych ze środków budżetowych to finansowanie z budżetu państwa lub budżetów samorządowych. Ich źródłem są podatki, które mogą mieć charakter ogólny lub celowy. Obywatele mają prawo do świadczeń zdrowotnych niezależnie od indywidualnego ryzyka zdrowotnego, jak również niezależnie od wysokości dochodów osobistych. System ochrony zdrowia ma charakter publiczny. Podmioty lecznicze finansowane są bezpośrednio ze środków budżetowych. Ich właścicielem najczęściej jest państwo lub samorządy. Finansowanie to może być w różnym zakresie powiązane bezpośrednio z liczbą i jakością świadczonych usług. Powszechność modelu budżetowego nie sprzyja racjonalizacji świadczeń zdrowotnych. Z jednej strony zapotrzebowanie na usługi zdrowotne rośnie szybciej niż możliwości ich finansowania, z drugiej strony brak jest bodźców do racjonalizacji kosztów usług medycznych. Jest to w dużej mierze rezultatem zaniku konkurencji między świadczeniodawcami. Rodzą się zjawiska patologiczne. Ograniczona podaż usług zdrowotnych prowadzi do sytuacji, w której pacjenci konkurują między sobą o dostępność do świadczeń medycznych. Tworzą się kolejki oczekujących na realizację określonych usług zdrowotnych. Powstają pokusy do nieformalnych płatności w celu ominięcia kolejki.

---

<sup>81</sup> Por.: *Raport prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych 2010*, Efekt Motyla, Kraków 2010.

Niedoskonałość modeli czystych sprawia, że w praktyce dominują modele mieszane, w których w różnym zakresie ochrona zdrowia finansowana jest z różnych źródeł. Uwzględniając rodzaj zaangażowanych źródeł oraz ich udział w finansowaniu usług medycznych wyodrębnić można wiele mieszanych odmian modeli finansowania ochrony zdrowia. Jednym z ważnych źródeł w tych modelach jest współpłacenie pacjentów za otrzymane świadczenia. Dotyczy to również modeli ubezpieczeniowych i budżetowych. Głównym celem takiego rozwiązania jest racjonalizacja zapotrzebowania na usługi zdrowotne i ograniczenie ryzyka nadużycia.

Z uwagi na fakt, że usługi zdrowotne, w odróżnieniu od wielu innych produktów, charakteryzują się nieograniczonym potencjalnym popytem, racjonalizacja tego popytu jest możliwa tylko poprzez bezpośredni udział pacjentów w przynajmniej częściowym pokrywaniu kosztów świadczeń medycznych. W przeciwnym wypadku usługa traktowana jest jako dobro darmowe. Ubezpieczenie zdrowotne przyczynia się do *pokusy nadużycia (hazardu moralnego)*. Dotyczy to w równej mierze świadczeniobiorców, jak i świadczeniodawców. Brak bezpośredniej odpłatności (choćby częściowej) zachęca do korzystania z nich nawet w przypadkach nie w pełni uzasadnionych względami medycznymi. Podkreślić również trzeba, że w warunkach asymetrii informacji (niska wiedza pacjentów o istocie schorzenia i dostępnych technologiach medycznych) popyt może być częściowo również sztucznie kreowany przez lekarzy. Wprowadzenie zasady współpłacenia za usługi medyczne uświadamia pacjentom, że świadczenie zdrowotne jest dobrem posiadającym określony koszt i cenę i trzeba na nie zarezerwować część środków z budżetu domowego. Tym samym jego konsumpcję należy zracjonalizować, rezygnując np. z wizyt nieuzasadnionych bezpośrednio stanem zdrowia.

Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku konsumpcji leków. Dotowanie zakupu leków lub ich pełne finansowanie przez ubezpieczyciela zwiększa zapotrzebowanie na nie i jest przyczyną wysokiego poziomu cen. Doświadczenia wielu krajów wskazują, że sytuacja taka obniża motywacje pacjentów do poszukiwania leków o niższych cenach i zazwyczaj zwiększa ich marnotrawstwo.

Współpłacenie w praktyce funkcjonuje zazwyczaj jako skomplikowany system złożony z wielu wzajemnie ze sobą powiązanych instrumentów<sup>82</sup>. Polegać może na określonej (ułamkowej w stosunku do kosztów usługi) dopłacie do każdego rodzaju usługi medycznej lub też na pełnej odpłatności za niektóre rodzaje świadczeń zdrowotnych. Przykładem pierwszego rozwiązania może być częściowa odpłatność za wizytę lekarską lub leki. W drugim przypadku pewne usługi i leki są w pełni finansowane przez pacjentów, a inne w całości finansowane są ze środków ubezpieczeniowych lub budżetowych. Przykładem takiego rozwiązania może być

---

<sup>82</sup> Por.: R. Pajewska-Kwaśny, *Współpłacenie za usługi zdrowotne na przykładach zagranicznych*, w: E. Najszewska (red), *Racjonalizacja kosztów w ochronie zdrowia*, wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 105.

mieszane finansowanie usługi szpitalnej, gdzie koszty opieki lekarskiej i pielęgniarskiej finansuje ubezpieczyciel lub budżet, zaś pacjent pokrywa koszty hotelowe. Na marginesie takiego rozwiązania można zauważyć, że każdy z pacjentów przebywając w domu ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Nie ma żadnych powodów, dla których koszty pobytu w szpitalu miałby ponosić ubezpieczyciel. Wprowadzenie odpłatności za szpitalne usługi hotelowe mogłoby zmniejszyć nie tylko koszty funkcjonowania szpitali, lecz również zrationalizować okresy pobytu pacjentów. Wydłużaniem tych pobytów przestaliby być zainteresowani pacjenci (nie powodowałoby to spadku kosztów ich utrzymania), jak i szpitale (odpłatność za procedury medyczne byłaby oderwana od długości okresu pobytu pacjenta w szpitalu). Powstałyby dodatkowe bodźce do wzrostu usług świadczonych w systemie ambulatoryjnym. Trzeba nadmienić, że ustawa o lecznictwie nie zawiera żadnych zapisów odnośnie źródeł finansowania pobytu pacjentów w szpitalu, co zdaniem Rzecznika Praw Obywatelskich umożliwia szpitalom pobieranie stosownych opłat.

Współpłacenie nie jest rozwiązaniem idealnym. Istnieje niebezpieczeństwo ograniczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych osobom najuboższym. Dostępność ta zależeć będzie od zdolności do współpłacenia, a nie od faktycznej potrzeby (dotyczy to zarówno procesu leczenia, jak i badań profilaktycznych). Dlatego, aby takie rozwiązania nie ograniczyły świadczeń koniecznych osobom pozostającym w trudnej sytuacji finansowej, wprowadza się różnego rodzaju zabezpieczenia w formie ulg i zwolnień z opłat lub okresowego (np. rocznego) limitu opłat, jaki może być pobrany od jednego pacjenta. W wielu przypadkach wysokość odpłatności uzależnia się od wieku pacjenta, stanu jego zdrowia lub wieku<sup>83</sup>. Komplikuje to system finansowania opieki zdrowotnej i obniża jego skuteczność i efektywność<sup>84</sup>.

Z powyższej charakterystyki systemów finansowania opieki zdrowotnej wynika, że stworzenie możliwie przejrzystego systemu finansowania zakładów opieki zdrowotnej nie jest łatwe. Tymczasem, niezbędne jest stworzenie odpowiedniego systemu bodźców motywujących do wzrostu efektywności nie tylko leczniczej, lecz również ekonomicznej.

## 2.2. Mechanizm płacenia za usługi zdrowotne

Czynniki wpływające na efektywność systemu ochrony zdrowia są bardziej złożone niż w przypadku wielu innych rodzajów działalności człowieka. Wynika to m.in. z dużego zróżnicowania klientów tego sektora gospodarki i ich oczekiwań

---

<sup>83</sup> Tamże, s. 105.

<sup>84</sup> Por.: I. Magda, K. Szczygielski, *Współpłacenie za usługi medyczne w Polsce: możliwości wprowadzenia i potencjalne skutki*, w: E. Najszewska (red), *Racjonalizacja kosztów...* op. cit., s. 111–112.

oraz rodzajów świadczonych usług (medycyna ratunkowa, opieka długoterminowa, kardiologia, onkologia itp.). Klientami systemu są lekarze i pacjenci oraz ich rodziny, płatnicy instytucjonalni<sup>85</sup>.

Niemalże znaczenie ma również mechanizm płacenia za te usługi. Rozumie się przez to sposób rozliczenia płatnika ze świadczeniodawcą. Rozliczenie to może być oparte na zasadach budżetowych, kapitaacyjnych lub zależne od zakresu zrealizowanych świadczeń (np. liczby dni pobytu pacjentów w szpitalu, rodzaju i liczby zrealizowanych procedur medycznych, liczby przyjętych pacjentów itp.)<sup>86</sup>.

Rozwiązanie oparte na zasadach budżetowych jest dość proste. Środki finansowe przyznawane są w formie dotacji na podstawie budżetu (wydatków) z okresu poprzedniego. Wysokość przydzielonych środków nie zależy od ilości i jakości zrealizowanych usług medycznych. Tym samym sytuacja finansowa podmiotów leczniczych nie zależy od jakości ich pracy oraz wykorzystania posiadanych zasobów. System ten stwarza wysokie poczucie bezpieczeństwa dla personelu medycznego. Zarządzanie takimi podmiotami nie jest związane z ryzykiem upadłości z powodu złej sytuacji finansowej. Kierownictwo takich podmiotów realizuje funkcje administracyjne, a nie zarządcze.

Zarząd i pracownicy nie mają jakiegokolwiek motywacji do wzrostu efektywności pracy. Nie widzą bowiem związku między ich wysiłkiem, a ich osobistą sytuacją finansową. Dlatego występują takie zjawiska, jak: długie okresy leczenia nawet niezbyt skomplikowanych schorzeń, niska jakość opieki pielęgniarskiej, brak racjonalizacji kosztów stosowanych procedur medycznych, oczekiwanie dodatkowych gratyfikacji od pacjentów itp. Przeważają pasywne zachowania personelu. Brakuje bodźców do realizacji ponadstandardowych usług zdrowotnych, do wprowadzania nowoczesnych procedur medycznych. Mimo to, koszty tego rozwiązania są niewspółmiernie wysokie, w dużej mierze z powodu dużego marnotrawstwa zasobów materialnych i personalnych. Jest to również rezultatem braku konkurencji między podmiotami leczniczymi.

Opłata kapitacyjna jest stałą (najczęściej miesięczną) opłatą ubezpieczycieli za zakontraktowany zakres usług zdrowotnych na rzecz potencjalnych pacjentów. Opłaty te wnoszone są do podmiotów leczniczych, z którymi firma ubezpieczeniowa zawarła umowę o zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych swoich klientów. W tym rozwiązaniu ryzyko związane z kosztami realizowanych usług ponosi podmiot leczniczy. Dlatego dostawcy świadczeń zdrowotnych istotną uwagę kierują na koszty realizowanych usług, dążąc do ich racjonalizacji. Niekiedy przybiera to formy drastyczne przejawiające się np. w ograniczaniu badań diagnostycznych,

---

<sup>85</sup> Por.: L.E. Swayne, W.J. Duncan, P.M. Ginter, *Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia*, wyd. LEX a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 407.

<sup>86</sup> Por.: M. Kautsch, J. Klich, *Zagraniczne systemy finansowania i organizacji świadczeń zdrowotnych*, cyt. za. J. Stępień, *Strategie, finanse i koszty szpitala*, wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008, s. 108–110.



ograniczaniu zbyt kosztownych procedur itp. Podmioty lecznicze konkurują między sobą o kontrakty z płatnikiem, starając się przedstawić jak najkorzystniejsze oferty cenowe. Skuteczne funkcjonowanie systemu wymaga bieżącego gromadzenia danych epidemiologicznych, niezbędnych do określenia rodzaju i liczby usług medycznych niezbędnych do zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych pacjentów. System ten stosowany jest w praktyce zazwyczaj w odniesieniu do podstawowej opieki zdrowotnej i usług ambulatoryjnych.

Podobny sposób finansowania usług leczniczych wprowadzono w Polsce w 2017 r, i można nazwać go ryczałtowym systemem zabezpieczenia szpitalnego<sup>87</sup>. Głównym założeniem reformy jest odstąpienie od finansowania pojedynczych procedur na rzecz ryczałtu dla szpitali obejmującego całość opieki. Ryczałtowe wynagrodzenie jest oparte na poprzednich okresach rozliczeniowych. Dodatkowo, powstanie sieć szpitali podzielona na sześć poziomów zabezpieczenia, do których będą przyporządkowane konkretne placówki. Każdy podmiot leczniczy znajdujący się w sieci podpisuje z NFZ umowę na określony zakres usług szpitalnych, za które otrzyma określoną kwotę ryczałtu płatną niezależnie od liczby zrealizowanych świadczeń. Wysokość ryczałtu systemu zabezpieczenia ustala się za okres rozliczeniowy określony w umowie, nie dłuższy niż rok kalendarzowy.

Przy ustalaniu wysokości ryczałtu dla danego świadczeniodawcy uwzględnia się:

- 1) wysokość środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, określoną w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2) dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych za poprzedni okres rozliczeniowy finansowanych w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia w zakresie:
  - a) liczby i rodzaju udzielonych świadczeń.
  - b) cen udzielonych świadczeń.
  - c) parametrów jakościowych związanych z procesem udzielania tych świadczeń.
- 3) parametry dotyczące relacji liczby świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę w poprzednich okresach rozliczeniowych, odpowiadające wzrostowi lub spadkowi liczby tych świadczeń.

Innym rozwiązaniem jest płacenie w zależności od liczby zrealizowanych usług medycznych. Miarą zrealizowanych usług może być liczba dni hospitalizacji, liczba i rodzaj zrealizowanych procedur, liczba leczonych jednostek chorobowych lub liczba leczonych pacjentów. Z każdą z tych miar związane są określone zalety i wady. Najmniej efektywną jest liczba dni pobytu pacjenta w szpitalu. Zachęca ona bowiem do wydłużania czasu pobytu pacjentów. Wynika to z faktu, że szpital na ogół największe koszty ponosi w pierwszych dniach pobytu pacjentów, kiedy

---

<sup>87</sup> Ustawa z dnia 23 marca 2017 r o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r, poz. 844).

trzeba zdiagnozować stan zdrowia pacjenta. Po diagnozie szpital ponosi koszty materiałowe leczenia (leki, sprzęt jednorazowy itp.) oraz koszty hotelowe. W wielu przypadkach są one znacząco niższe od kosztów diagnostycznych. Dlatego przedłużanie pobytu powoduje szybszy przyrost wpływów niż kosztów, co powoduje wzrost opłacalności leczenia danego pacjenta.

Płatność za liczbę zrealizowanych procedur motywuje podmioty lecznicze do ich wzrostu na rzecz poszczególnych pacjentów. Uwaga świadczeniodawców kierowana jest w szczególności na procedury droższe. Zdarza się, że niektóre zrealizowane procedury nie są konieczne dla poprawy stanu zdrowia pacjenta lub jego zdiagnozowania. Rozwiązanie to ułatwia dostęp pacjentów do różnorodnych procedur, wywołując motywację do poprawy jakości usług zdrowotnych. Jest korzystne z punktu widzenia podmiotów leczniczych i pacjentów. Z punktu widzenia płatnika powoduje konieczność rozbudowy kosztów monitorowania.

Odpłatność za pacjenta oznacza, że przychody podmiotów leczniczych zależą od liczby obsłużonych pacjentów. Im więcej pacjentów skorzysta z usług danego podmiotu tym wyższe będą jego przychody. Pacjenci mają więc łatwy dostęp do świadczeń zdrowotnych. Podmioty lecznicze (w szczególności szpitale) przyjmują pacjentów nawet w sytuacji, kiedy mogliby być leczeni ambulatoryjnie. Im mniej kosztownych zabiegów potrzebuje pacjent, tym jest bardziej pożądanym. Mniej oczekiwani są pacjenci wymagający bardziej kosztownych procedur.

Odpłatność za leczenie jednostek chorobowych oparta jest na jednorodnych grupach pacjentów (JGP). Płatnik kontraktuje u świadczeniodawcy odpowiednią liczbę leczonych jednostek chorobowych (przypadków chorobowych). Są one odpowiednio opisane, co pozwala na odpowiednie powiązanie odpłatności z kosztami leczenia. W tym rozwiązaniu występuje silna motywacja do racjonalizacji kosztów leczenia i powiązania ich ze stanem zdrowotnym pacjenta. Pacjenci otrzymują tylko takie świadczenia, które są niezbędne do ich powrotu do zdrowia. Odpłatność zależy od stopnia skomplikowania leczenia konkretnych przypadków chorobowych. Wdrożenie i utrzymywanie takiego systemu jest dość kosztowne.

Istotny wpływ na efektywność jakiegokolwiek działania ma konkurencja. Powszechnie uważa się, że dzięki niej poprawia się jakość oraz następuje racjonalizacja kosztów i cen. Podmioty nie spełniające określonych standardów ekonomicznych i finansowych wypadają z rynku. Jednakże w przypadku ochrony zdrowia tradycyjnie rozumiany mechanizm konkurencji jest mało skuteczny. Zdaniem M. Portera oraz O. Teisberga w ochronie zdrowia mechanizm konkurencji powinien być oparty nie na kosztach i cenach, lecz na wartościach rozumianych jako iloraz jakości i kosztów. Wobec powyższego wartość może być powiększana bądź to poprzez obniżenie kosztów przy niezmiennym poziomie jakości lub poprzez wzrost jakości przy niezmiennych kosztach. Wartość powinna być oceniana

z punktu widzenia pacjenta lub społeczeństwa. Wymienieni autorzy proponują osiem zasad konkurencji w ochronie zdrowia, a mianowicie<sup>88</sup>:

- a) koncentrowanie się na wartości dla pacjenta, a nie na redukowaniu kosztów,
- b) konkurowanie w oparciu o uzyskane rezultaty,
- c) skupianiu konkurencji na sferze medycznej z uwzględnieniem pełnego cyklu opieki nad pacjentem,
- d) jakość powinna być mniej, a nie bardziej kosztowna,
- e) świadczeniodawcy powinni być oceniani w oparciu o sferę medyczną ich działalności,
- f) zasięg konkurencji powinien być regionalny i krajowy, a nie lokalny,
- g) rezultaty powinny być szeroko udostępniane,
- h) innowacje tworzące wartość dodaną powinny być wynagradzane.

W systemach, w których bezpośrednim płatnikiem jest instytucja, często pacjenci traktowani są jako petenci. Sytuacja finansowa podmiotów leczniczych jest uzależniona nie tyle od pacjentów, ile od płatnika, który arbitralnie ustala cenę usług i zawiera kontrakt na określone usługi. Zarządy placówek medycznych, podobnie jak pacjenci, występują w roli petentów. Sytuacja taka sprzyja marnotrawstwu zasobów, którymi dysponują zakłady opieki zdrowotnej, nie zachęca do poprawy jakości usług i dbania o pacjentów. W całym łańcuchu tworzenia wartości usługi medycznej samopoczucie pacjenta i jego ocena mają najmniejsze znaczenie. Ważniejsze są procedury, często natury administracyjnej a nie medycznej (np. system kolejkowy).

Upodmiotowienie pacjentów wydaje się być jednym z podstawowych warunków poprawy szeroko rozumianej efektywności systemu ochrony zdrowia w Polsce. W tym celu należy stworzyć koszyk usług, które finansowane będą w całości lub w części w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. W ramach tego koszyka pacjent miałby prawo wyboru świadczeniodawcy. Cennik usług zależałby od wykonawcy. Pacjenci, dokonując wyboru, kierowaliby się oczekiwaną jakością usługi oraz ceną. W przypadku, kiedy cena jest wyższa od kwoty akceptowalnej przez ubezpieczyciela pacjent poszukuje innej placówki lub wnosi dopłatę z własnych środków lub dobrowolnego, dodatkowego ubezpieczenia.

Dodatkowe, dobrowolne ubezpieczenia powinny mieć charakter komplementarny, czyli dotyczyć świadczeń spoza koszyka usług gwarantowanych. Takie rozwiązanie, z jednej strony zwiększyłoby zakres bezpieczeństwa zdrowotnego osób zawierających takie ubezpieczenia, z drugiej zaś zwiększałoby efektywność zasobów finansowych, jakie społeczeństwo faktycznie przeznacza na ochronę zdrowia. Efektem dodatkowym byłby wzrost dostępu do nowoczesnych technologii, niefinansowanych w ramach ubezpieczeń obowiązkowych (obecnie w Polsce przez NFZ), lepsze wykorzystanie środków przeznaczanych przez społeczeństwo

---

<sup>88</sup> Cyt. za: L.E. Swayne, W.J. Duncan, P.M. Ginter, *Zarządzanie strategiczne...* op. cit., s. 410.

na prywatny zakup usług zdrowotnych, wreszcie wzrost dostępności do świadczeń gwarantowanych. Kolejnym, dodatkowym skutkiem mogłyby być wzrost społecznej odpowiedzialności za zdrowie, co mogłyby się przełożyć na zwiększenie roli profilaktyki zdrowotnej w ochronie zdrowia (zmiana sposobu żywienia, badania przesiewowe itp.). Wymienione efekty mogłyby być osiągnięte bez konieczności podnoszenia paropodatku, jakim jest stawka obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego lub innych podatków w przypadku finansowania części świadczeń bezpośrednio z budżetu centralnego lub budżetów samorządowych.

### 2.3. Sprawiedliwość w ocenie ekonomicznej działalności leczniczej

Sprawiedliwość w zabezpieczeniu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa jest jednym z istotnych kryteriów oceny efektywności w ochronie zdrowia. Podobnie, jak w przypadku efektywności ekonomicznej, problemem jest ograniczoność zasobów dostępnych przy realizacji usług medycznych. Z uwagi na to, że istota sprawiedliwości związana jest z etyką bardzo trudno znaleźć obiektywne miary, za pomocą których można byłoby tę sprawiedliwość zmierzyć.

Znaczenie usług zdrowotnych dla pojedynczego obywatela, jak i dla społeczeństwa sprawia, że w finansowaniu działalności leczniczej nie można pominąć zasad sprawiedliwości. Sprawiedliwość jest ważnym celem politycznym współczesnych państw, chociaż jest różnie interpretowana w zależności od kultury poszczególnych społeczeństw, ich zamożności i przekonań.

W literaturze przedmiotu przez sprawiedliwość rozumie się dostosowanie płatności na rzecz ochrony zdrowia do dochodów obywateli. Rozróżnia się sprawiedliwość poziomą i pionową. Pierwsza oznacza, że osoby o jednakowych cechach (takich samych dochodach, takim samym stanie zdrowia) mają taki sam dostęp do usług medycznych. Sprawiedliwość pionowa związana jest z różnym traktowaniem osób o różnych cechach (np. osoby o różnych dochodach w różnym stopniu uczestniczą w ponoszeniu kosztów leczenia)<sup>89</sup>.

Ocena sprawiedliwości w finansowaniu ochrony zdrowia dzieli się na pozytywną i normatywną. Ocena pozytywna dotyczy dystrybucji usług medycznych i wykorzystania potencjału usługowego jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia. Chodzi o ocenę, w jakim stopniu system finansowania ochrony zdrowia zapewnia dostępność poszczególnych obywateli do usług zdrowotnych, czy ludzie o takich samych dochodach płacą tyle samo na ochronę zdrowia oraz czy pacjenci o takich samych potrzebach korzystają z usług medycznych w tym samym zakresie<sup>90</sup>. W ocenie normatywnej określa się czynniki determinujące poziom

---

<sup>89</sup> Por.: S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *Ekonomia...*, op. cit., s. 215.

<sup>90</sup> Tamże, s. 216.

sprawiedliwości, wskazując które równości zwiększają poziom sprawiedliwości, a które nierówności ten poziom obniżają.

Do oceny poziomu sprawiedliwości pionowej w finansowaniu ochrony zdrowia wykorzystuje się miernik progresywności Kakwaniego. Wyraża on stopień rozbieżności między zróżnicowaniem obciążeń wydatków obywateli na rzecz ochrony zdrowia a zróżnicowaniem w poziomie dochodów. Miernik Kakwaniego ( $K$ ) jest różnicą między współczynnikiem koncentracji opłat ( $w_o$ ) i współczynnikiem koncentracji dochodów ( $w_d$ ) ( $K = w_o - w_d$ )<sup>91</sup>. Dodatnia wartość miernika informuje o progresywnym systemie finansowania, czyli o więcej niż proporcjonalnym obciążeniu wyższych dochodów na rzecz ochrony zdrowia. Przy wartości równej 0 obciążenie jest proporcjonalne, tzn. udział opłat we wszystkich grupach dochodowych jest taki sam. Wartość ujemna świadczy o relatywnie wyższym obciążeniu dochodów niższych.

W przypadku, kiedy osoby o takich samych dochodach ponoszą zróżnicowane opłaty na ochronę zdrowia, występuje zjawisko niesprawiedliwości poziomej. Może ono wynikać z różnych przyczyn, a mianowicie z różnych systemów społecznego ubezpieczenia zdrowotnego, zróżnicowania składki ubezpieczeniowej w zależności od wykonywanego zawodu, a nie osiąganego dochodu, z dodatkowego ubezpieczenia (np. stawka ubezpieczenia dodatkowego zależeć może od aktualnego stanu zdrowia i związanego z nim ryzyka).

---

<sup>91</sup> Por. Kakwani N., *Measurement of tax progressivity: an international comparison*, Econ J, 1977, s. 71–80.

### 3. Koszty działalności leczniczej

#### 3.1. Koszty i straty w działalności leczniczej

Sytuacja finansowa podmiotów leczniczych zależy nie tylko od wpływów za zrealizowane usługi zdrowotne, lecz w równej mierze od ponoszonych kosztów. Dlatego w zakres zarządzania finansami podmiotów gospodarczych wchodzi zagadnienia związane z generowaniem kosztów. Skuteczne zarządzanie kosztami wymaga znajomości ich istoty. Inne jest rozumienie kosztów w sprawozdawczości finansowej, a inne w ekonomii. Koszty są niewątpliwie rezultatem zużycia zasobów (materialnych, pracy i finansowych) związanych ze świadczeniem usług zdrowotnych. Sam fakt zużycia zasobu nie oznacza jeszcze, że było one uzasadnione. Dlatego zasadne jest pytanie o racjonalność zużywanych zasobów.

Tymczasem zużycie jakiegokolwiek zasobu powinno być jednoznacznie powiązane z realizowanymi zadaniami rzeczowymi (ich rozmiarem, poziomem jakości, zadowoleniem świadczeniobiorcy). Mimo, że bez zużycia określonych zasobów żadne zadanie nie może być zrealizowane, to nie każde zużycie można uznać za słuszne w świetle kryteriów efektywności ekonomicznej. Zużycie, którego bezpośrednio bądź pośrednio nie można powiązać z realizowanymi zadaniami jest zbędne. Stanowi prostą rezerwę efektywnościową. Dlatego należy w sposób wyraźny rozróżniać zużycie konieczne (ekonomicznie uzasadnione) i zużycie niepotrzebne (stratę). Niejednokrotnie zużyte zasoby nie są adekwatne do zrealizowanych zadań w zakresie ochrony zdrowia i są rezultatem nieracjonalnej gospodarki podmiotu leczniczego.

Koszt jest obiektywną kategorią ekonomiczną ściśle związaną z działalnością merytoryczną jednostki organizacyjnej. Jak słusznie zauważa M. Dobija, „ekonomiczne pojęcie kosztu wiąże się z ekonomicznym pojęciem wartości, a więc ze zużyciem uzasadnionym i niezbędnym”<sup>92</sup>. Koszt świadczonych usług zdrowotnych można określić zatem, jako ekonomicznie uzasadnione zużycie zasobów rzeczowych i zasobów pracy (budynków, budowli, aparatury medycznej, środków transportowych, leków, środków opatrunkowych, sprzętu, usług obcych, czasu pracy personelu medycznego, pomocniczego, itp.) w określonym przedziale czasowym wyrażone w pieniądzu, to znaczy zużycie konieczne do uzyskania określonego rezultatu leczniczego (poprawa zdrowia konkretnych pacjentów lub społeczeństwa). Jest to zużycie zgodne z procedurami charakterystycznymi dla danego procesu leczniczego, pod warunkiem, że procedura została właściwie dobrana (jest skuteczna klinicznie)<sup>93</sup>. Zużycie niezgodne z procedurą lub będące

<sup>92</sup> M. Dobija, *Rachunkowość zarządcza i controlling*, wyd. PWN, Warszawa 2005, s.108

<sup>93</sup> Por.: E. Nojszewska, *Zróżnicowanie metod liczenia kosztów leczenia a racjonalizacja funkcjonowania ochrony zdrowia*, w: E. Nojszewska (red), *Racjonalizacja kosztów...* op. cit., s. 25.

skutkiem niewłaściwego jej doboru nie ma uzasadnienia ekonomicznego i jest stratą, czyli zużyciem zbędnym. Świadczy o marnotrawieniu zasobów.

Straty mogą powstawać na skutek dwojakiego rodzaju przyczyn. Mogą to być przyczyny losowe (np. zniszczenie zasobów na skutek pożaru, powodzi, kradzieży dla której nie wykryto sprawcy, itp.) lub też może wynikać z przyczyn subiektywnych (np. nieprzestrzeżenie obowiązujących procedur medycznych, niska jakość realizowanych usług, brak kontroli kosztów, nieracjonalne struktury administracyjne generujące wysokie koszty zarządzania jednostkami ochrony zdrowia, złe zarządzanie majątkiem obrotowym powodujące wysokie koszty zamrożenia kapitału, zła organizacja pracy powodująca niepełne wykorzystanie czasu pracy oraz posiadanego wyposażenia<sup>94</sup>. Podobny charakter mają wydatki związane z utrzymywaniem nadmiernego potencjału usługowego w stosunku do możliwości jego wykorzystania (np. nadmierne zatrudnienie pracowników, ubezpieczenie nadmiernego majątku rzeczowego, podatek od niepotrzebnej nieruchomości). Utrzymywanie niewykorzystanych zasobów jest źródłem kosztów utraconych możliwości (zbędnych), nieznajdujących pokrycia w realizowanych przychodach. W każdym z wymienionych przypadków (z wyjątkiem zjawisk losowych) mamy do czynienia z marnotrawstwem<sup>95</sup>. Wyrażne rozgraniczenie straty losowej i marnotrawstwa ma istotne znaczenie dla określenia wielkości rezerw efektywnościowych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia.

Koszty realizacji usług zdrowotnych nie są tożsame z kosztami jednostek ochrony zdrowia. Współczesne podmioty lecznicze generują wiele innych kosztów związanych z samym faktem świadczenia usług, niezależnie od tego czym się zajmują. Wiąże się to z koniecznością ponoszenia różnorodnych wydatków koniecznych do tego, aby mogły one realizować swoje cele (np. wydatki na utrzymanie zarządu, opłaty administracyjne, rejestracyjne, koncesyjne, opłaty środowiskowe, wydatki związane z procesem zarządzania szpitalami, poradniami, itp.). Tę grupę kosztów w rachunkowości nazywa się kosztami ogólnego zarządu. P.F. Drucker pisał o dwóch grupach kosztów ogólnych: produktywnych – przyczyniających się do powstawania nowych wartości (np. płace wykwalifikowanego personelu i kompetentnych menedżerów) i nieproduktywnych (pasożytniczych), które niczego nie dodają, a wręcz obniżają produktywność<sup>96</sup> (np. koszty utrzymywania stanowisk z powodów pozamerytorycznych).

---

<sup>94</sup> I. Mazur, P. Karniej, J. Stępniewski, *Propozycja zmian w organizacji rachunku kosztów na potrzeby zarządzania szpitalami*, w: E. Nojszewska (red), *Racjonalizacja kosztów...* op. cit., s. 134.

<sup>95</sup> Autorzy zajmujący się rachunkowością nazywają je kosztami bezużytecznymi. Wydaje się jednak, że nazwa „marnotrawstwo” lepiej oddaje istotę ekonomiczną omawianego zjawiska. Ma ona bowiem zabarwienie pejoratywne. Ponadto jednoznacznie wskazuje na konieczność jego wyeliminowania.

<sup>96</sup> Por.: P. F. Drucker, *Praktyka zarządzania*, MT Biznes sp. z o.o., Warszawa 2005, s. 59

W zarządzaniu podmiotami gospodarczymi, w tym również jednostkami ochrony zdrowia, istotnego znaczenia nabierają niezrealizowane korzyści na skutek nieoptymalnego wykorzystania posiadanych zasobów. Chodzi tu o różnicę między korzyściami możliwymi do osiągnięcia przy najkorzystniejszym z możliwych wariantów zastosowania zasobów, a korzyściami rzeczywiście osiągniętymi<sup>97</sup>. Niezrealizowane korzyści często związane są z lekceważeniem różnego rodzaju okazji i szans, których umiejętne wykorzystanie mogłoby przysporzyć podmiotowi leczniczemu dodatkowych dochodów. Nie znajdują one odzwierciedlenia w księgach rachunkowych, mają jednak istotne znaczenie w rachunku decyzyjnym i ocenie efektywności działalności jednostki organizacyjnej oraz możliwości jej rozwoju.

Marnotrawstwo i niezrealizowane korzyści razem można nazwać kosztami niegospodarności<sup>98</sup>. Powstają one na skutek wadliwej organizacji (np. złej organizacji pracy personelu medycznego, złej organizacji zarządzania podmiotem leczniczym) oraz nadmiernego lub niewłaściwego użycia zasobów (nadmiar łóżek szpitalnych, nadmiar powierzchni użytkowej, itp.).

Sytuacja ekonomiczna i finansowa poszczególnych podmiotów leczniczych zależy nie tylko od oszczędnego zużycia zasobów (zgodnego z realizowanymi procedurami medycznymi) i kosztów nie związanych bezpośrednio ze świadczonymi usługami, lecz również od tego na jakie rodzaje usług te zasoby zostały wykorzystane (jaka jest struktura świadczonych usług, jak ukształtowano strukturę źródeł finansowania zakładu opieki zdrowotnej) oraz czy wykorzystanie posiadanych zasobów jest pełne. Nie ulega bowiem wątpliwości, że przy tych samych zasobach można osiągnąć różną efektywność w zależności od struktury zrealizowanych usług, od sposobów finansowania działalności podmiotu leczniczego. Od racjonalnego ukształtowania wielkości i struktury zasobów, optymalnego ich zużywania oraz umiejętnego wykorzystywania szans i okazji zależy wynik finansowy jednostki. Marnotrawienie zasobów oraz niewykorzystywanie szans obniża efektywność funkcjonowania podmiotów leczniczych, a w przypadku jednostek komercyjnych grozi upadłością.

Całość kosztów, w sensie ekonomicznym związanych z funkcjonowaniem jednostki ochrony zdrowia, podzielić można na koszty świadczenia usług zdrowotnych i koszty prowadzenia zakładów opieki zdrowotnej (szpitali, klinik, poradni, itp.). W jednostkach dobrze zarządzanych marnotrawstwo jest zjawiskiem

---

<sup>97</sup> Niezrealizowanych korzyści nie należy mylić z kosztami utraconych możliwości lub kosztami utraconych korzyści (*opportunity cost*). Koszty utraconych możliwości są pojęciem szerszym od niezrealizowanych korzyści. Obejmują bowiem całość korzyści związanych z odrzuconym wariantem zastosowania zasobów, a nie tylko niezrealizowaną różnicę.

<sup>98</sup> Takiego sformułowania użył M. Walczak analizując możliwości identyfikacji skutków niegospodarności (Por.: M. Walczak, *Możliwości wykrywania niegospodarności w podmiotach zorientowanych na zysk*, w: *Zeszyty Teoretyczne Rady Naukowej Stowarzyszenia Księgowych w Polsce*, Warszawa 1997, Z.42, s.117.



przypadkowym lub w ogóle nie występuje. Równocześnie optymalizowany jest zarówno stan zasobów, jak i jego wykorzystanie. Zarząd jednostki systematycznie analizuje otoczenie i zachodzące w nim zmiany, na które odpowiednio reaguje, przystosowując potencjał usługowy do przyszłych możliwości oraz wykorzystując doraźne okazje i szanse. Odwrotnie jest w jednostkach źle zarządzanych.

W świetle powyższych uwag łatwo zauważyć, że koszty wykazywane w sprawozdawczości finansowej często nie odzwierciedlają niezbędnego zużycia związanego ze świadczonymi usługami. Dzieje się tak z następujących powodów.

- 1) W księgach rachunkowych rejestruje się zużycie poparte odpowiednimi dokumentami. Poprawnie wystawiony dokument stanowi wiarygodny dowód księgowy. W księgowości nie rozróżnia się zużycia uzasadnionego od nieuzasadnionego. Prawidłowy dokument stanowi podstawę do zarejestrowania kosztu. W wyniku prowadzonej okresowo inwentaryzacji stwierdzić można jedynie niedobór zasobów, który często spowodowany jest przyczynami losowymi i który zalicza się do strat nadzwyczajnych. Podział zużycia na uzasadnione i nieuzasadnione musi nastąpić poza księgowością.
- 2) Zasady prowadzenia ksiąg rachunkowych przewidują tworzenie rezerw kosztowych na poczet przyszłych przewidywanych lub prawdopodobnych strat i zobowiązań. Rezerwy te nie mają nic wspólnego z rzeczywistym zużyciem zasobów jednostki. Stanowią jedynie pewną formę zabezpieczenia przed ryzykiem. Zniekształcają jednak księgowy obraz zużycia.
- 3) O efektywności wykorzystania zasobów świadczy nie tylko ich zużycie. Liczy się również to, czego nie osiągnięto na skutek złego lub niepełnego wykorzystania zasobów. W księgach rachunkowych nie można rejestrować zdarzeń, które w rzeczywistości nie zaistniały, lecz były możliwe.

Rachunek kosztów sporządzany przez służby finansowo-księgowe charakteryzuje podejście historyczne i sprawozdawcze<sup>99</sup>, podczas gdy w procesie zarządzania konieczne jest podejście prognostyczne uwzględniające przyszłe skutki obecnie podejmowanych decyzji. Turbulentne otoczenie, w jakim funkcjonują współczesne organizacje, w tym zakłady opieki zdrowotnej, zwiększa ryzyko niepowodzenia (powstawania niepożądanych skutków). Informacje o kosztach, niezbędne przy podejmowaniu decyzji powinny charakteryzować się odpowiednim stopniem szczegółowości, umożliwiać negocjacje cenowe z NFZ<sup>100</sup> oraz ocenę skutków finansowych wraz ze zmianą rozmiarów świadczonych usług. Takich informacji nie zapewnia rachunkowość finansowa. Informacje te mogą być pozyskiwane tylko w ramach równoległego systemu informacyjnego, jakim jest rachunkowość zarządcza. Jest to system nieobjęty standaryzacją, a przez to może być dostosowany do potrzeb konkretnego podmiotu.

<sup>99</sup> Por.: S. Sojak, *Rachunkowość zarządcza*, wyd. Dom Organizatora, Toruń 2003, s. 18.

<sup>100</sup> Por m. in. J. Stępniewski, *Strategia, finanse i koszty szpitala*, wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008, s. 178.

Rachunek kosztów usług medycznych powinien umożliwić skuteczną kontrolę kosztów, dostosowanie wielkości i struktury zasobów do aktualnego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne i poprawę ich jakości<sup>101</sup>. Chodzi przede wszystkim o lepsze wykorzystanie czasu pracy personelu medycznego, skrócenie okresów diagnozowania i hospitalizowania pacjentów, rozszerzenie zakresu świadczeń ambulatoryjnych itp.<sup>102</sup> Dzięki temu można uzyskać obniżenie kosztów jednostkowych oraz poprawę jakości usług medycznych.

### 3.2. Klasyfikacja kosztów działalności leczniczej

Na potrzeby zarządzania (planowania, ewidencji, kontroli) i sprawozdawczości koszty grupuje się przede wszystkim według kryterium rodzajowego, przedmiotowego (czyli według sposobu odnoszenia kosztów do wytwarzanych usług) i podmiotowego (wg miejsc powstawania kosztów).

Według kryterium rodzajowego koszty dzieli się na:

- a) materiałowe, do których zalicza się różnego rodzaju materiały wykorzystywane zarówno bezpośrednio w procesie leczenia (leki, środki opatrunkowe, sprzęt jednorazowy itp.), jak również w związku z funkcjonowaniem zakładu leczniczego (zużycie wody, energii, gazu, środków czystości, materiałów biurowych, itp.);
- b) osobowe obejmujące wszelkiego rodzaju wypłaty brutto za pracę wykonywaną przez pracowników stale lub okresowo (dorywczo zatrudnionych), łącznie z nagrodami z Zakładowego Funduszu Nagród oraz wartość świadczeń na rzecz pracowników, do których zalicza się: ubezpieczenia, odpisy na ZFN, i inne świadczenia (np. koszty szkoleń, posiłki regeneracyjne, ekwiwalent za odzież, itp.);
- c) usługi obce, nabywane na zewnątrz (np. badania diagnostyczne, usługi konsultacyjne, usługi remontowe, transportowe, usługi informatyczne czy doradcze, itp.);
- d) podatki i opłaty (np. opłaty administracyjne, ubezpieczenia majątkowe, składki na rzecz stowarzyszeń, podatek od nieruchomości);
- e) amortyzację, która jest kosztem zużycia środków trwałych (budynków, obiektów inżynierskich, aparatury medycznej, środków transportowych itp.);
- f) pozostałe koszty (np. podróże służbowe, ryczałty za używanie samochodów prywatnych dla celów służbowych, czynsze dzierżawne, itp.).

---

<sup>101</sup> Por.: A. Anders, T. Łącki, *Zasobowy rachunek kosztów w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej*, „Controlling i Rachunkowość Zarządcza” 2011, nr 7, s. 11.

<sup>102</sup> Por.: A. Paździor, M. Paździor, *Pomiar efektywności działalności podmiotów leczniczych. Wybrane aspekty*, w: *Efektywność – rozważania nad istotą i pomiarem*. Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 481, Wrocław 2017, s. 59.

Wymienione wyżej koszty można ująć w trzech podgrupach:

- a) koszty materialne, do których zalicza się koszty materiałowe, energię, koszty usług obcych, usług transportowych i remontowych oraz koszty amortyzacji (koszty zużycia środków trwałych),
- b) koszty osobowe obejmujące wszelkiego rodzaju wypłaty brutto za pracę wykonywaną przez pracowników zatrudnionych stale i dorywczo, łącznie z obligatoryjnymi narzutami na płace oraz wartość świadczeń w naturze lub ekwiwalencie,
- c) koszty pozostałe, takie jak: podatek od nieruchomości, koszty usług bankowych, opłaty skarbowe, notarialne, ubezpieczenia majątkowe, koszty delegacji, reklamy, koszty reprezentacyjne, czynsze, koszty szkolenia pracowników, odprawy emerytalne, zasiłki na zagospodarowanie, koszty usług w zakresie ochrony zdrowia. itp.

Uwzględniając sposób powiązania danych kosztów ze świadczonymi usługami, wyodrębnia się koszty bezpośrednie i koszty pośrednie. Koszty bezpośrednie to takie, które na podstawie bezpośredniego pomiaru lub dokumentów źródłowych, można jednoznacznie przypisać do konkretnego ośrodka powstawania kosztów (OPK)<sup>103</sup> lub konkretnej procedury medycznej (np. zużycie leków, zużycie czasu pracy lekarza, pielęgniarki itp. przy leczeniu konkretnego pacjenta) oraz pozostałe koszty bezpośrednie przypisane do OPK na podstawie rozdzielnika kosztów wspólnych (np. koszty analiz lekarskich).

Koszty bezpośrednie z kolei dzieli się na koszty:

- a) materiałów bezpośrednich, czyli te, które są jednoznacznie związane z realizacją danej usługi leczniczej (np. leki przy leczeniu pacjenta, odczynniki chemiczne przy analizach lekarskich, środki kontrastowe przy tomografii komputerowej itp.),
- b) robocizny bezpośredniej obejmujące wynagrodzenia brutto łącznie z narzutami personelu medycznego bezpośrednio zaangażowanego przy świadczeniu usług leczniczych; wysokość tych kosztów ustalana jest w oparciu o liczbę przepracowanych godzin i stawkę godzinową przypadającą na jedną roboczogodzinę,
- c) inne koszty pośrednie, takie jak np. koszty usług obcych itp.

Koszty pośrednie związane są z funkcjonowaniem danego podmiotu leczniczego lub ośrodka powstawania kosztów (OPK)<sup>104</sup>, które nie mogą być w oparciu o dokumenty źródłowe odniesione do poszczególnych usług świadczonych przez zakład leczniczy. Do kosztów tych należą m.in. koszty amortyzacji powierzchni

---

<sup>103</sup> Por.: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardów rachunku kosztów u świadczeniodawców (Dz. U. R. P. z dnia 19 listopada 2010 r., poz. 2045).

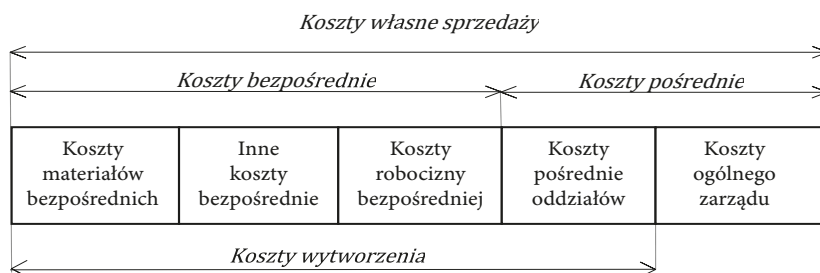
<sup>104</sup> Ośrodkiem powstawania kosztów (OPK) jest jednostka, komórka organizacyjna, ich zespół wyodrębniony lub wyodrębniony zakres świadczeń dla potrzeb ewidencji kosztów (Tamże, paragraf 2, pkt 13).

użytkowej, koszty oświetlenia, koszty ogrzewania, koszty wynagrodzenia pracowników administracji, koszty remontów, koszty usług pralniczych, zużycia mediów itp. Koszty te dzielą się na dwie podgrupy: koszty pośrednie OPK i koszty zarządzania podmiotem leczniczym. Koszty pośrednie OPK powstają w oddziałach szpitalnych i jednostkach pomocniczych (np. pracowniach diagnostycznych, laboratoriach itp.). Związane są one z ich funkcjonowaniem. Z uwagi na ich charakter nie można ich jednoznacznie przypisać, na podstawie dokumentów źródłowych, do żadnej z wytwarzanych tam usług. Podzielić je można na koszty:

- a) pośrednie – wygenerowane przez ośrodek (koszty kierowania ośrodkiem, koszty amortyzacji pomieszczeń i wyposażenia oddziałowego, koszty oświetlenia, ogrzewania, podatek od nieruchomości oddziałowej, koszty ubezpieczenia mienia oddziałowego, koszty utrzymania czystości na oddziale, itp.),
- b) koszty pośrednie działalności podstawowej i pomocniczej innych ośrodków, z których usług dany ośrodek korzystał (np. koszty konserwacji wyposażenia, usług pralniczych, remontów itp.).

Koszty zarządzania podmiotem leczniczym (koszty ogólnego zarządu) stanowią tę część kosztów pośrednich, której nie można przypisać do konkretnego oddziału szpitalnego lub jednostki pomocniczej. Związane są one z funkcjonowaniem całego zakładu leczniczego. Składają się na nie koszty amortyzacji pomieszczeń biurowych i wyposażenia biurowego, wynagrodzenia brutto łącznie ze świadczeniami na rzecz zarządu zakładu oraz pracowników szeroko rozumianej administracji, koszty ochrony mienia, podatek od nieruchomości biurowej, koszty ubezpieczenia mienia biurowego, koszty oświetlenia, ogrzewania, zużycia materiałów biurowych, opłaty administracyjne, skarbowe, pocztowo-telekomunikacyjne, prowizje bankowe, koszty ewentualnych czynszów za dzierżawę pomieszczeń biurowych, itp.,

Koszty bezpośrednie powiększone o koszty pośrednie ośrodków nazywają się kosztami wytworzenia. Koszty wytworzenia procedury medycznej są zatem sumą kosztów bezpośrednich danej procedury i kosztem pośrednim ośrodka przypadającym na jedną procedurę. Suma kosztów wytworzenia OPK oraz kosztów zarządu stanowi koszty własne sprzedaży (por. rys. 3.1).



Rys. 3.1. Podział kosztów działalności operacyjnej

Źródło: Opracowanie własne.

Według rodzajów prowadzonej działalności koszty dzieli się na:

- a) koszty działalności podstawowej (operacyjnej), które obejmują koszty podstawowej działalności leczniczej, koszty pomocniczej działalności leczniczej (laboratoriów, pracowni diagnostycznych itp.), koszty niemedyycznej działalności pomocniczej (koszty działalności remontowej, hotelowej, itp.) oraz koszty zarządu związane z organizacją i kierowaniem zakładem leczniczym jako całością;
- b) koszty działalności inwestycyjnej o charakterze finansowym (np. obrót papierami wartościowymi) i rzeczowym (np. budowa obiektów pod wynajem);
- c) koszty działalności finansowej obejmujące odsetki i prowizje bankowe z tytułu zaciągniętych przez zakład kredytów i pożyczek, wyemitowanych obligacji, dyskonto bankowe, ujemne różnice kursowe, odsetki za zwłokę itp..
- d) koszty działalności socjalnej finansowanej z wyodrębnionych na ten cel funduszy specjalnych.

Uwzględniając kryterium sfer działalności wyodrębnia się:

- a) koszty zakupu związane z nabywanymi zasobami – kosztów tych nie tworzą ceny nabywanych czynników produkcji, lecz wydatki związane z dostarczaniem zakupionych zasobów do nabywcy (np. koszty transportu zakupionych materiałów), koszty te powstają na etapie zabezpieczania procesu leczniczego, inaczej można je nazwać kosztami zaopatrzenia;
- b) koszty wytworzenia usług powstające w procesie diagnozowania i leczenia pacjentów – ich wysokość zależy od liczby pacjentów oraz kosztów zużytych zasobów (ceny leków, sprzętu jednorazowego, rodzaju i liczby badań diagnostycznych itp.);
- c) koszty zarządzania związane z prowadzeniem podmiotu leczniczego.

Grupowanie kosztów według rodzajów umożliwia podział kosztów według miejsc powstawania, który jest niezbędnym warunkiem przeniesienia części odpowiedzialności za poziom generowanych kosztów na niższe szczeble zarządzania. Ewidencja kosztów według miejsc ich powstawania stwarza podstawę do podziału zakładu na ośrodki odpowiedzialności. Ośrodkiem odpowiedzialności może być oddział lub inna wewnętrzna jednostka organizacyjna realizująca określone zadania (diagnostyczne, lecznicze, gospodarcze lub administracyjne), na czele której stoi kierownik wpływający poprzez swoje decyzje na poziom kosztów.

### **3.3. Metody rachunku kosztów usług leczniczych**

Przez kalkulację kosztów rozumie się zespół czynności obliczeniowych, których celem jest ustalenie jednostkowego kosztu wytworzenia procedury medycznej, ze wskazaniem wysokości poszczególnych elementów według układu przedmiotowego (kalkulacyjnego) kosztów. Przez procedurę medyczną rozumie

się „postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych”<sup>105</sup>. Rachunek kosztów powinien dostarczać niezbędnej informacji o kosztach leczenia (pacjenta, jednostki chorobowej itp.), niezależnie od tego czy usługa jest realizowana w ramach kontraktu z NFZ, czy finansowana przez innego ubezpieczyciela czy też sprzedawana bezpośrednio pacjentowi.

Jednym z najważniejszych warunków uzyskania wiarygodnych wyników kalkulacji jest właściwe określenie końcowego obiektu kalkulacji oraz jednostki jego miary. Obiekt kalkulacji powinien być w miarę możliwości jednoznacznie określony i dać się wyrazić liczbowo. Jest to zadanie dość trudne ze względu na złożoność świadczeń medycznych oraz zasobów koniecznych do ich zrealizowania<sup>106</sup>.

Usługi medyczne w porównaniu z innymi rodzajami usług materialnych charakteryzują się dużą różnorodnością, ograniczonymi możliwościami ich standaryzacji (leczenie tej samej jednostki chorobowej u różnych pacjentów może wymagać zastosowania nieco innych procedur medycznych), ograniczoną porównywalnością itp. Zróznicowany charakter usług zdrowotnych (diagnostyka, leczenie, pielęgnacja, rehabilitacja itp.) sprawia, że przedmiotem kalkulacji może być<sup>107</sup>:

- a) osobodzień opieki medycznej na oddziale,
- b) osobodzień pobytowy (hotelowy),
- c) procedury medyczne według typów realizowanych w każdym ośrodku kosztów,
- d) procedury farmakologiczne (leki przypisane pacjentowi),
- e) porada,
- f) pacjent, kategoria pacjentów,
- g) jednostka chorobowa.

Podstawą kalkulacji kosztów jednostkowych procedur medycznych są koszty ich wytworzenia, przez które rozumie się koszty działalności podstawowej

---

<sup>105</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004, poz. 2135, art. 5, pkt 42). Bardziej syntetyczną definicję procedury medycznej podają I. Kulis, M. Kulis i W. Styło, określając ją, jako, „...takie elementarne świadczenie zdrowotne, które jest nośnikiem kosztów w ośrodku je wykonującym, a równocześnie jest świadczeniem powtarzalnym i możliwym do samodzielnego wyodrębnienia.” (I. Kulis, M. Kulis, W. Styło, *Rachunek kosztów w zakładach opieki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalis”, Kraków 1999, s.78)

<sup>106</sup> Por.: P. Mućko, *Potrzeby informacyjne i zbiory informacji Narodowego Funduszu Zdrowia*, w: M. Hass-Symotiuk (red), *Koncepcja sprawozdawczości szpitali na potrzeby zintegrowanego systemu oceny dokonań*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2010, s. 135.

<sup>107</sup> M. Hass-Symotiuk, *Rachunkowość i sprawozdawczość finansowa zakładów opieki zdrowotnej*, wyd. oddk, Gdańsk 2009, s. 474.

i pomocniczej podmiotu leczniczego<sup>108</sup>. Stanowią one sumę kosztów bezpośrednich procedury oraz kosztów pośrednich ośrodków, w których dane świadczenie było realizowane.

Wyróżnia się dwie podstawowe grupy metod kalkulacji kosztów, a mianowicie metody kalkulacji podziałowej i metody kalkulacji doliczeniowej. W ramach poszczególnych grup stosuje się różne ich odmiany, w zależności od zróżnicowania procedur, charakteru procesów leczniczych oraz organizacji tych procesów.

W zależności od celu i systemu rachunku kosztów kalkulacją może być objęta całość kosztów lub tylko ich część. Przy księgowej wycenie usług kalkulacją obejmuje się tylko koszty wytworzenia. Dla potrzeb kontroli kosztów lub też ustalania wysokości ceny usługi kalkulacją obejmuje się całość kosztów.

W ramach kalkulacji podziałowej kosztów rozróżnia się.

- a) kalkulację podziałową prostą,
- b) kalkulację podziałową ze współczynnikami,

Kalkulacja podziałowa prosta polega na podzieleniu całości kosztów wytworzenia lub poszczególnych ich grup przez liczbę jednostek kalkulacyjnych, co można wyrazić następującą formułą:

$$k_{j,p} = \frac{\text{Koszty}}{Q} = \sum_{i=1}^n \frac{K_i}{Q}$$

gdzie:

- $k_{j,p}$  – jednostkowy koszt usługi,
- $Q$  – liczba jednostek kalkulacyjnych (np. liczba pacjentów, liczba procedur medycznych, liczba dni pobytu pacjentów na oddziale szpitalnym itp.),
- $K_i$  – wyodrębniony składnik kosztów (np. wartość zużytych leków, środków opatrunkowych itp.).

Przy znacznym zróżnicowaniu realizowanych świadczeń stosować można metodę podziałową ze współczynnikami. Polega ona na różnicowaniu kosztów jednostkowych w zależności od cech, którymi się różnią poszczególne procedury. Cechy te stanowią podstawę do ustalenia tzw. współczynników, w oparciu o które dokonuje się przeliczenia jednostek naturalnych świadczenia na jednostki kalkulacyjne (*LJK*). Cechami tymi mogą być: rodzaj i liczba badań diagnostycznych, zużyte leki, pracochłonność zastosowanej procedury itp. Na ogół dla różnych pozycji kosztowych wykorzystuje się inne cechy dla określenia wartości współczynników

---

<sup>108</sup> Por.: M. Hass-Symotiuk (red), *Rachunkowość i plan kont z komentarzem dla zakładów opieki zdrowotnej*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2006, s. 177.

przeliczeniowych. Ważne jest bowiem, aby wybrane cechy możliwie najwierniej odzwierciedlały udział poszczególnych usług w kosztach ich wytworzenia.

Proces kalkulacji metodą podziałową ze współczynnikami składa się z następujących etapów.

- 1) W etapie pierwszym dokonuje się wyboru wspólnej cechy dla kalkulowanych procedur, w oparciu o którą określa się wartość współczynników przeliczeniowych ( $w_p$ ).
- 2) W etapie drugim ustala się liczbę jednostek kalkulacyjnych mnożąc liczbę jednostek naturalnych poszczególnych procedur przez wartość odpowiedniego współczynnika przeliczeniowego, co można wyrazić formułą:

$$LJK = \sum_{i=1}^n q_i \cdot w_{pi}$$

gdzie:

$q_i$  – liczba jednostek kalkulacyjnych danej usługi,

$w_{pi}$  – wartość współczynnika przeliczeniowego dla danej usługi.

- 3) W etapie trzecim określa się koszt jednej jednostki kalkulacyjnej ( $KJK$ ) poprzez podzielenie kwoty danej pozycji kosztów przez sumę jednostek kalkulacyjnych dla wszystkich usług.

$$KJK = \frac{K_i}{LJK}$$

gdzie:

$K_i$  – kwota rozliczanej pozycji kosztów

- 4) W etapie czwartym oblicza się koszt jednostkowy poszczególnych ( $k_{ji}$ ) procedur poprzez pomnożenie kosztu przypadającego na jednostkę kalkulacyjną przez wartość współczynnika przeliczeniowego.

$$k_{ji} = KJK \cdot w_{pi}$$

Kalkulacja doliczeniowa polega na:

- 1) Rejestracji kosztów bezpośrednich (na podstawie dokumentów źródłowych) według przedmiotów kalkulacji (rodzaju świadczonych procedur).
- 2) Rozliczaniu kosztów pośrednich OPK na poszczególne procedury medyczne (lub inne jednostki kalkulacyjne) proporcjonalnie do ich kluczy podziałowych. Kluczem podziałowym jest wielkość wyrażona ilościowo lub wartościowo służąca jako podstawa rozliczenia kosztów OPK, przy uwzględnieniu zależności



przyczynowo-skutkowych<sup>109</sup>. Jest to zazwyczaj odpowiednia grupa kosztów lub inna wielkość ekonomiczna (np. liczba pacjentów, liczba osobodni pobytu pacjenta w szpitalu itp.), w stosunku do której rozlicza się koszty pośrednie. Do podziału kosztów pośrednich wykorzystuje się współczynniki narzutu kosztów pośrednich, których wysokość określa się według formuły:

$$NKOPK = \frac{KOPK}{KPKOPK}$$

gdzie:

*NKOPK* – wartość współczynnika narzutu kosztów OPK.

*KPKOPK* – wartość klucza podziałowego kosztów OPK,

*KOPK* – kwota kosztów OPK.

Wartość tych współczynników informuje o tym, ile złotych z danej grupy kosztów pośrednich przypada na jednostkę klucza podziałowego. Kwota kosztów OPK przypadająca na konkretny przedmiot kalkulacji ustalana jest według wzoru:

$$KOPK = KPKOPK \cdot NKOPK$$

gdzie:

*KOPK<sub>i</sub>* – kwota kosztów pośrednich OSP przypadająca na daną procedurę,

*KPKOPK<sub>i</sub>* – wartość klucza podziałowego dla danej procedury.

Suma jednostkowych kosztów bezpośrednich oraz kosztów pośrednich OPK przypadających na daną procedurę podzielonych przez liczbę procedur stanowi koszt wytworzenia jednej procedury medycznej. Zgodnie z obowiązującymi zasadami sporządzania rachunku zysków i strat, kosztów zarządzania podmiotami leczniczymi nie rozlicza się na procedury medyczne. Jednakże, w przypadku komercyjnej działalności medycznej, dla potrzeb ustalenia ceny do kosztów wytworzenia procedur dolicza się również pewną część kosztów zarządzania, ustalając koszt całkowity jednostkowy. Koszty te doliczane są przy wykorzystaniu odpowiednich kluczy podziałowych, którymi mogą być np. koszty bezpośrednie lub koszty wytworzenia procedur. Procedura rozliczeniowa jest taka sama, jak w przypadku kosztów pośrednich. Najpierw ustala się wartość współczynnika narzutu kosztów zarządzania wg następującego wzoru:

$$NKOZ = \frac{KOZ}{KPKOZ}$$

gdzie:

*NKOZ* – wartość współczynnika narzutu kosztów zarządzania,

*KPKOZ* – wartość klucza podziałowego kosztów zarządzania.

---

<sup>109</sup> Por.: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardów rachunku kosztów... op. cit., art. 1, pkt 6.

Kwota kosztów zarządzania przypadająca na konkretny przedmiot kalkulacji (procedurę medyczną, pacjenta itp.) określana jest następująco:

$$KOZ_i = KPKOZ_i \cdot NKOZ$$

gdzie:

$KOZ_i$  – kwota kosztów zarządzania przypadająca na dany przedmiot kalkulacji,

$KPKOZ_i$  – wartość klucza podziałowego,

$KOZ$  – kwota kosztów zarządzania.

Koszt całkowity jednostki świadczenia zdrowotnego (np. procedury medycznej) jest sumą jednostkowego kosztu wytworzenia i kosztów zarządzania przypadających na daną grupę procedur podzielonych przez ich liczbę.

W przypadku, gdy proces wytwarzania danej usługi składa się z kilku następujących po sobie procedur (np. badanie i diagnozowanie pacjenta na izbie przyjęć, a następnie leczenie na oddziale) stosuje się metodę kalkulacji wielostopniowej (fazowej, procesowej). Istotą tej metody jest to, że każda faza procesu diagnozowania i leczenia traktowana jest jako oddzielny etap kalkulacji. W każdym etapie kalkulowany jest koszt wytworzenia zrealizowanych procedur. Koszty poszczególnych procedur wyceniane są wg kosztów ich wytworzenia. Na koniec procesu leczniczego dolicza się dopiero koszty zarządzania. Rozliczanie kosztów poszczególnych procedur odbywa się przy wykorzystaniu odpowiedniej metody kalkulacyjnej, którą może być zarówno kalkulacja podziałowa prosta, podziałowa ze współczynnikami, czy też kalkulacja doliczeniowa.

Bardziej użyteczną informację, zarówno dla potrzeb planowania i kontroli kosztów jak i negocjowania cen z NFZ, może być informacja o kosztach opieki nad pacjentem (kosztach wytworzenia bez kosztów materiałów bezpośrednich) w ciągu jednego dnia pobytu na oddziale.

Wykorzystując wyżej omówione metody kalkulacji kosztów usług zdrowotnych, koszt leczenia jednego pacjenta można określać wg jednego z trzech wariantów.

W wariantcie I koszt ten jest sumą kosztów leków podanych pacjentowi, uśrednionych kosztów jednostkowych obejmujących koszty bezpośrednie oddziału, na którym leczony był pacjent oraz kosztów pośrednich doliczonych w formie narzutu.

W wariantcie II koszt leczenia jednego pacjenta określany jest bardziej dokładnie. Jest on sumą kosztów leków podanych pacjentowi na oddziale, kosztów hotelowych i wyżywienia, które zależą od liczby dni pobytu pacjenta na oddziale, kosztów opieki medycznej na oddziale, których wysokość zależy również od liczby dni pobytu pacjenta na oddziale, kosztów procedur medycznych zrealizowanych na rzecz pacjenta poza oddziałem oraz kosztów zarządu szpitalem doliczonych w formie narzutu.

W wariantcie III szczegółowemu rozliczeniu podlegają jedynie koszty leków najdroższych. Przypisywane są one konkretnym pacjentom. Pozostałe koszty

rozliczane są w taki sam sposób, jak w wariantcie I. Ten wariant opiera się na założeniu, że ok. 20% – 30% zużywanych leków stanowi średnio ok. 80% kosztów wszystkich leków na oddziałach szpitalnych<sup>110</sup>.

### 3.4. Próg rentowności w działalności leczniczej

Dla potrzeb kontroli kosztów, a w szczególności procesu podejmowania decyzji operacyjnych, rozliczenie kosztów zgodnie z wymogami ustawy o rachunkowości jest niewystarczające. Dotyczy to m.in. negocjacji cenowych z płatnikiem. Pomocny w tym zakresie jest rachunek kosztów zmiennych.

W rachunku tym całość kosztów dzieli się na dwie grupy: koszty zmienne i koszty stałe. Istotnym kryterium klasyfikacyjnym kosztów jest ich reakcja na zmianę skali działalności leczniczej. Obserwując koszty w krótkim okresie czasu zauważa się, że pewna ich część wyraźnie reaguje na zmianę wielkości usług, pozostała zaś część nie reaguje lub też w niewielkim stopniu się zmienia pod wpływem zmiany liczby realizowanych usług. Znajomość reakcji kosztów na zmianę rozmiarów działalności ma bardzo duże znaczenie dla efektywnego zarządzania działalnością podmiotu leczniczego. Pozwala bowiem na podejmowanie racjonalnych decyzji co do stopnia wykorzystania posiadanego potencjału usługowego i kontrolę kosztów prowadzonej działalności.

Kosztami zmiennymi nazywa się tę grupę kosztów, która w krótkich przedziałach czasowych zmienia się, w miarę jak zmieniają się rozmiary usług. Przy większej produkcji koszty te są wyższe, przy niższej skali działalności koszty te są niższe. Reakcja kosztów zmiennych na zmianę liczby usług może być różna, tzn. koszty te mogą zmieniać się szybciej, w takim samym tempie lub wolniej. Do takich kosztów należą niewątpliwie leki, jednorazowy sprzęt medyczny, środki pomocnicze (np. opatrunki, nici chirurgiczne itp.), znaczna część usług obcych (transportowe, remontowe, serwisowe, pralnicze, cateringowe), usługi medyczne (np. analizy lekarskie, badania rentgenowskie itp.).

Kosztami stałymi nazywa się tę grupę kosztów, której wysokość pod wpływem zmiany liczby usług nie zmienia się lub też ulega mało znaczącym zmianom. Do tych kosztów zalicza się większość kosztów oddziałowych i ogólnozakładowych. Są to przede wszystkim: podatki i opłaty, amortyzacja, wynagrodzenia wynikające z umów o pracę, koszty ubezpieczeń i innych świadczeń na rzecz pracowników.

Brak reakcji lub słaba reakcja kosztów stałych na stopień wykorzystania potencjału usługowego powoduje, że koszty te przypadające na jednostkę usługi są tym

---

<sup>110</sup> Por.: M. Cygańska, *Kalkulacja kosztów leczenia pacjenta – wybrane problemy*, w: *Sterowanie dokonaniem w zakładach opieki zdrowotnej*, Zeszyty Naukowe nr 679, *Finanse, rynki finansowe, ubezpieczenia*, nr 44, s. 23.

niższe im pełniejsze jest wykorzystanie możliwości usługowych. Oznacza to, że koszty świadczonych usług przez podmiot leczniczy są tym niższe im większy jest stopień wykorzystania jego potencjału usługowego. Koszt jednostkowy całkowity usługi obejmuje bowiem koszt zmienny jednostkowy, który nie zależy od liczby zrealizowanych usług i odpowiednią część kosztów stałych, która jest tym niższa, im więcej usług zostanie wytworzonych w ramach danego potencjału.

Dla wyników ekonomicznych podmiotu leczniczego nie jest obojętne, w jakim stopniu wykorzystywane są zdolności usługowe. W procesie gospodarowania chodzi o to, aby stworzyć taki potencjał, który będzie mógł być w pełni wykorzystany. Dzięki temu rachunkowi można zaplanować wielkość i strukturę świadczeń medycznych zapewniających podmiotowi leczniczemu, co najmniej, pełne pokrycie generowanych kosztów<sup>111</sup>.

W rachunku kosztów zmiennych rozliczeniu na usługi podlegają jedynie koszty zmienne. Kosztów stałych nie dzieli się na usługi. Koszty zmienne są kosztami produktu, zaś koszty stałe kosztami okresu. Rachunek ten opiera się na założeniu, że w krótkich przedziałach czasowych podmiot leczniczy nie ma wpływu na poziom kosztów stałych. Koszty te (stałe) uwzględniane są dopiero w rachunku zysków i strat, gdzie traktowane są jako element podziału marży brutto, nazywanej inaczej marżą na pokrycie.

Model rachunku kosztów zmiennych zobrazować można byłoby schematem zawartym w tabeli 3.1.

Tabela 3.1. Schemat rachunku kosztów zmiennych

Lp.	Wyszczególnienie	Ogółem	Usługa A	Usługa B	Usługa C
1.	Przychody ze sprzedaży netto ( $P_{sn}$ )	X	X	X	X
2.	Koszty zmienne ( $k_z$ )	X	X	X	X
3.	Marża brutto (na pokrycie) (1-2)	X	X	X	X
4.	Koszty stałe	X			
5.	Wynik na sprzedaży (3-4)	X			

Źródło: Opracowanie własne

W rachunku tym powstaje dodatkowa kategoria ekonomiczna nazywana marżą brutto (marżą na pokrycie). Jest ona nadwyżką przychodów ze sprzedaży nad kosztami zmiennymi (różnicą między przychodami ze sprzedaży netto a kosztami zmiennymi). Stanowi więc sumę kosztów stałych i wyniku finansowego na sprzedaży produktów i usług. Przychód ze sprzedaży stanowi zatem sumę kosztów zmiennych sprzedanych produktów i usług oraz marży brutto. Sytuację tę ilustrują poniższe zależności.

<sup>111</sup> Por.: K. Perechuda, M. Kowalewski, *Zarządzanie komercyjną firmą medyczną*, wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008, s. 127.

$$P_{sn} = k_z + k_s + WF_s$$

Przenosząc koszty zmienne na lewą stronę równania otrzymujemy:

$$P_{sn} - k_z = k_s + WF_s = MB$$

zatem:

$$P_{sn} = k_z + MB$$

Jeżeli równanie to podzielimy stronami przez  $P_{sn}$ , to otrzymamy:

$$1 = \frac{k_z}{P_{sn}} + \frac{MB}{P_{sn}}$$

Relacja kosztów zmiennych do przychodów ze sprzedaży netto nazywa się stopą (współczynnikiem) kosztów zmiennych i informuje o tym, jaką część przychodów ze sprzedaży przeznaczają się na pokrycie kosztów zmiennych. Relacja marży brutto do przychodów ze sprzedaży nazywa się stopą (współczynnikiem) marży brutto. Informuje ona o udziale kwoty marży brutto w przychodach ze sprzedaży. Marża brutto oraz stopa marży brutto są wykorzystywane do oceny opłacalności usług.

W przypadku pojedynczych produktów i usług oceny ich opłacalności dokonuje się w oparciu o jednostkową marżę brutto ( $MB_j$ ), która jest różnicą między ceną ( $c$ ) a jednostkowym kosztem zmiennym ( $k_{zj}$ ). Dzieliąc stronami równanie na przychody ze sprzedaży netto danego rodzaju usług przez ich wielkość ( $Q$ ) otrzymujemy:

$$c = k_{zj} + MB_j$$

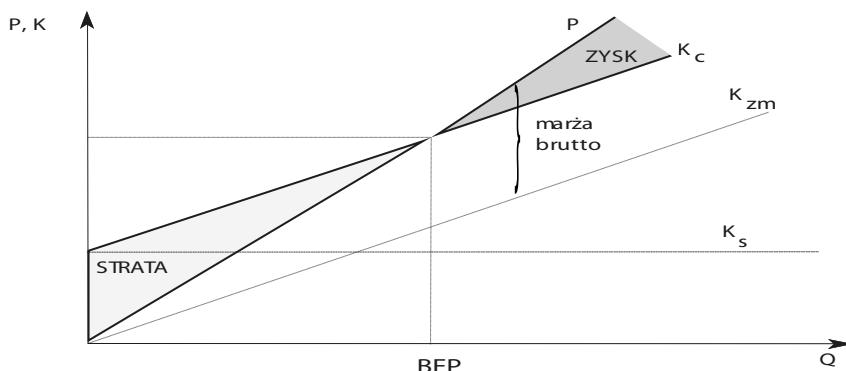
Dzieliąc z kolei powyższe równanie przez cenę ( $c$ ) otrzymujemy:

$$1 = \frac{k_{zj}}{c} + \frac{MB_j}{c}$$

Relacja jednostkowego kosztu zmiennego do ceny nazywa się stopą (współczynnikiem) kosztu zmiennego i informuje o tym, jaką część ceny przeznaczają się na pokrycie tego kosztu. Z kolei relacja jednostkowej marży brutto do ceny informuje o jej udziale w cenie konkretnej usługi. Wykorzystywana jest ona do oceny opłacalności konkretnych usług oraz budowy ich rankingu według kryterium opłacalności. Ponadto, rachunek ten umożliwia podejmowanie bardziej racjonalnych decyzji w warunkach niepełnego wykorzystania potencjału usługowego.

Informacje o kosztach zmiennych i stałych oraz stopach marży brutto pozwalają na wyznaczenie progów rentowności. Mogą być one wyznaczone dla całego podmiotu leczniczego, dla poszczególnych wewnętrznych jednostek organizacyjnych (np. oddziałów szpitalnych), jak również dla poszczególnych usług lub grup usług

medycznych. Określa on wielkość sprzedaży (liczby usług, przychodów ze sprzedaży tych usług), która powinna być zrealizowana, aby nie poniesiono straty. Przy sprzedaży równej progowi rentowności nie ma ani zysku (nadwyżki przychodów ze sprzedaży netto nad kosztami) ani straty (nadwyżki kosztów nad przychodami ze sprzedaży netto). Sytuację tę zilustrowano na rys. 3.2.



Rys. 3.2. Próg rentowności

Legenda:  $P$  – przychody ze sprzedaży netto,  $K$  – koszty,  $Q$  – wielkość sprzedaży,  $K_c$  – koszty całkowite,  $K_{zm}$  – koszty zmienne,  $K_s$  – koszty stałe.

Źródło: Opracowanie własne.

Wielkość tej sprzedaży, nazywana również krytycznym poziomem sprzedaży ( $BEP$ ), zależy od:

- cen świadczonych usług – przy wyższych cenach łatwiej osiągnąć zerowy wynik finansowy.
- struktury świadczonych usług i ich opłacalności – przy większym udziale usług o wysokiej jednostkowej marży brutto można zrealizować mniej usług dla osiągnięcia zerowego wyniku finansowego.
- poziomu kosztów stałych – przy wyższych kosztach stałych w celu uniknięcia straty konieczna jest sprzedaż większej liczby usług.
- poziomu jednostkowych kosztów zmiennych – niższe koszty zmienne oznaczają wyższą opłacalność usług, tym samym umożliwiając sfinansowanie kosztów stałych przy niższej sprzedaży.

Krytyczny poziom przychodów ze sprzedaży netto obliczyć można według wzoru:

$$BEP = \frac{K_{st}}{1 - s_{kz}}$$

gdzie:

$BEP$  – krytyczny poziom przychodów ze sprzedaży netto podmiotu leczniczego,  
 $K_{st}$  – koszty stałe podmiotu leczniczego,

$s_{kz}$  – średnia stopa kosztów zmiennych usług świadczonych przez podmiot leczniczy, określona przez relację jednostkowych kosztów zmiennych do ceny usług.

Krytyczny poziom przychodów ze sprzedaży netto dla konkretnej, wewnętrznej jednostki organizacyjnej podmiotu leczniczego (np. dla oddziału, traktu operacyjnego, laboratorium itp.) można określić wg formuły.

$$BEP_i = \frac{K_{sti} + u_i \cdot K_{sto}}{1 - s_{kzi}}$$

gdzie:

- $BEP_i$  – krytyczny (minimalny) poziom przychodów, niezbędny do zrealizowania przez daną wewnętrzną jednostkę organizacyjną,
- $K_{sti}$  – koszty stałe danej jednostki organizacyjnej,
- $u_i$  – udział danej jednostki wewnętrznej w pokryciu kosztów stałych ogólnozakładowych,
- $K_{sto}$  – koszty stałe ogólnozakładowe,
- $s_{kzi}$  – średnia stopa kosztów zmiennych usług realizowanych w danej jednostce organizacyjnej.

W tym celu trzeba dokładnie zidentyfikować koszty stałe tych jednostek oraz ustalić udział danej jednostki w pokryciu stałych kosztów związanych z zarządzaniem podmiotem leczniczym jako całością. Wielkość przychodów, jaką powinny zapewnić poszczególne jednostki zewnętrzne (np. oddziały szpitalne), aby cały podmiot leczniczy (np. szpital) nie poniósł straty.

Znajomość krytycznego poziomu przychodów ze sprzedaży netto ułatwia bieżące zarządzanie podmiotami leczniczymi. Sytuacja finansowa tych zakładów poprawia się wraz ze spadkiem progu rentowności. Obniżanie krytycznego poziomu sprzedaży wymaga systematycznej kontroli kosztów, eliminowania kosztów bezużytecznych, obniżania kosztów stałych, doskonalenia procedur medycznych, poprawy organizacji pracy, dzięki czemu można skrócić okres diagnozowania i, być może, okres hospitalizacji pacjentów itp. Taka kontrola musi być prowadzona nie tylko na poziomie całego podmiotu leczniczego, lecz również w odniesieniu do poszczególnych, wewnętrznych jednostek organizacyjnych (podstawowej i pomocniczej działalności medycznej).

### 3.5. Zarządzanie kosztami w podmiotach leczniczych

Koniecznym wydaje się wypracowanie właściwych wskaźników oceny pracy (dokonań) jednostek organizacyjnych w ochronie zdrowia. Brak takich wskaźników uniemożliwia bieżące monitorowanie sytuacji medycznej i finansowej

zakładów opieki zdrowotnej, oceny sprawności ich działania i jakości zarządzania. Wskaźniki te nie mogą ograniczać się tylko do parametrów finansowych. Powinny być wsparte wskaźnikami o charakterze jakościowym i pozwolić na ocenę celowości zużywanych zasobów oraz efektywności ich wykorzystania. W tym celu porównuje się oczekiwane lub uzyskane rezultaty z kosztami. Takie porównanie wymaga doboru właściwych miar obu zjawisk. W przypadku ochrony zdrowia jest to zadanie wyjątkowo trudne. Wynika to głównie z braku w pełni obiektywnych miar rezultatów opieki zdrowotnej<sup>112</sup>.

Ocena taka jest niezbędna, aby z jednej strony przygotować odpowiednie strategie rozwoju jednostki, z drugiej zaś na bieżąco kontrolować bieżącą sytuację finansową. Sytuacja finansowa podmiotów leczniczych zależy nie tylko od bieżących wydatków związanych z realizowanymi usługami zdrowotnymi, lecz również od stopnia wykorzystania posiadanego potencjału usługowego. Im niższy jest poziom wykorzystania posiadanych zasobów, tym wyższe są koszty świadczonych usług oraz niższe przychody ze sprzedaży. Malejące przychody wpływają niekorzystnie na sytuację finansową podmiotów leczniczych, a tym samym stają się przyczyną nieefektywności<sup>113</sup>. Dzieje się tak dlatego, że koszty utrzymania zasobów wymagają systematycznych wydatków (mają charakter kosztów stałych), podczas gdy wpływy zależą od stopnia ich wykorzystania.

Koszty stałe zależą od wielkości zasobów, a nie poziomu ich wykorzystania. Dlatego koszty te nazywa się inaczej kosztami gotowości (koszty utrzymania potencjału usługowego w gotowości do wykorzystania) lub kosztami okresu. Jeżeli część potencjału nie jest wykorzystana to powstają koszty nieużyteczne, nazywane inaczej kosztami pustymi, czyli takimi, które nie przyczyniają się do powstawania przychodów. Im więcej jest kosztów pustych, tym trudniej jest zapewnić samofinansowanie.

Zarządzanie posiadanymi zasobami wymaga oceny dostosowania ich poziomu i struktury do zapotrzebowania na świadczone usługi. W wielu przypadkach konieczna może być ich restrukturyzacja. Chodzi o stworzenie warunków do tego, aby mogły być one wykorzystywane w optymalny sposób. Tylko w takich warunkach można zrationalizować koszty. Dlatego do zarządzania kosztami w podmiotach leczniczych wykorzystywać można nowe metody rachunku kosztów. Umożliwiają one szczegółową wycenę kosztów realizowanych procedur. Dla każdej procedury można ustalić standard kosztowy<sup>114</sup>. Jego podstawą powinny

---

<sup>112</sup> Por.: S. Folland, A.C. Goodman, M. Stano, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 161–163.

<sup>113</sup> Por.: J. Podgórska, K. Opolski, *Efektywność podmiotów leczniczych jako determinanta rozwoju systemu ochrony zdrowia*, w: M. Miszczuk, M. Sosińska-Wit, *Otoczenie a wartość biznesu*, wyd. P.L. Lublin 2017, s. 99.

<sup>114</sup> J. Chluska, *Model rachunku kosztów standardowych świadczeń zdrowotnych szpitala*, wyd. P.Cz., Częstochowa 2008, s. 43.



być nie koszty historyczne, lecz zużycie wynikające z technologii obowiązującej przy danej procedurze.

Standaryzacja kosztów usług zdrowotnych umożliwia ocenę potencjału wykonawczego tkwiącego w posiadanych zasobach i stopnia jego wykorzystania. Na tej podstawie można podejmować decyzje o kierunku zmian w posiadanych zasobach, ich organizacji i zasadach funkcjonowania jednostek realizujących usługi zdrowotne.

Zarządzanie kosztami powinno być powiązane z wprowadzeniem odpowiedzialności za wygenerowane koszty. Jest możliwe wtedy, kiedy wprowadzi się planowanie kosztów w podziale na wewnętrzne jednostki organizacyjne, bieżącą obserwacją i analizę dynamiki i struktury rzeczywistych kosztów, ocenę przyczyn rozbieżności między kosztami rzeczywistymi i planowanymi oraz identyfikację i eliminowanie kosztów zbędnych<sup>115</sup>. Odpowiedzialność ma być zlokalizowana na tym szczeblu, gdzie podejmowane są decyzje o zużyciu zasobów.

Współczesne podmioty lecznicze stają się coraz bardziej złożonymi organizacjami. Zarządzanie nimi wymaga dużej wiedzy nie tylko o procesach medycznych, lecz również o rynkowych i finansowych. Dynamika tych procesów jest bardzo duża, co niewątpliwie prowadzi do wzrostu ryzyka związanego z prowadzoną działalnością. Chcąc uniknąć lub zminimalizować niepożądane skutki zachodzących zmian konieczna jest w miarę szybka reakcja ze strony menedżerów. Reakcja ta może polegać na zmianie dotychczasowej strategii zakładu (i wtedy należy ona do kompetencji zarządu) lub też na korekcie bieżących zadań i sposobów ich realizacji. W tym ostatnim przypadku może być ona szybsza i skuteczniejsza, jeżeli uprawnienia decyzyjne o charakterze operacyjnym będą zlokalizowane na możliwie najniższych szczeblach struktury organizacyjnej. Wtedy decyzje nie wymagają bezpośredniej akceptacji zarządu, przez co skraca się czas niezbędny do ich podjęcia.

---

<sup>115</sup> J. Galicki, *Polityka finansowa zakładu opieki zdrowotnej*, w: M.D. Głowacka (red), *Profesjonalizm w ochronie zdrowia*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania w Poznaniu, Swarzędz 2005, s. 24–25.

## 4. Ocena efektywności podmiotów leczniczych

### 4.1. Istota, rodzaje i czynniki efektywności

W literaturze przedmiotu wielokrotnie podejmowano próbę zdefiniowania pojęcia efektywności. Szerokie spektrum ujęć tego terminu zwraca uwagę na jego wielowymiarowość. Określenie „efektywność” jest bardzo często wykorzystywane do charakteryzowania działalności podmiotów gospodarczych. Najczęściej odnosi się ono do racjonalnego gospodarowania.

W Encyklopedii zarządzania można odnaleźć definicję, wskazującą, iż „efektywność jest rezultatem podejmowanych działań opisanym jako relacja uzyskanych efektów do poniesionych kosztów”<sup>116</sup>. W encyklopedii tej zostały również zawarte informacje o tym, że jest to miara skuteczności oraz sprawności. Efektywność została ukazana także, jako miara pozwalająca na określenie poziomu osiągnięcia wyznaczonych celów<sup>117</sup>.

Również, wielu autorów przedstawiło definicje efektywności, zwracając uwagę na różnorodność jej aspekty. E. Skrzypek definiuje efektywność jako „zdolność do realizacji strategii przedsiębiorstwa i osiągnięcia celów”<sup>118</sup>. Zwraca również uwagę na określenia, które służą wyjaśnieniu omawianego pojęcia. Są to m.in..

- a) skuteczność, sprawność, pozytywne wyniki,
- b) podstawa do wzrostu konkurencyjności podmiotu gospodarczego,
- c) konieczność,
- d) wydajność, funkcjonalność,
- e) narzędzie, służące do pomiaru skuteczności przedsiębiorstwa.

Przedstawienie definicji w tak szerokim ujęciu pozwala dostrzec wiele perspektyw, dla których może być rozpatrywana efektywność. Jednocześnie, ta interpretacja omawianego pojęcia ukazuje większość określeń, z którymi jest utożsamiany omawiany termin. W. Gasperski zrównuje efektywność z działaniem gospodarczym, które jest wykonywane sprawnie (efektywnie), a więc skutecznie oraz ekonomicznie. Natomiast R. Winkler wskazuje, iż efektywność może być rozumiana jako rezultat, który zasługuje na pozytywną ocenę. Przedstawia ona także kryteria dodatkowej oceny, które powinny być spełnione, aby móc mówić o efektywności, tj.:

- a) uzyskany wynik powinien być zbliżony do zaplanowanego, a więc założony cel będzie osiągnięty;

---

<sup>116</sup> <https://mfiles.pl/pl/index.php/Efektywno%C5%9B%C4%87>, (dostęp na dzień: 16.04.2021).

<sup>117</sup> Tamże.

<sup>118</sup> A. Pyszka, *Istota efektywności. Definicje i wymiary*, [w:] Zeszyty naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Nr 230, 2015, s. 13.

- b) wynik powinien być uzyskany w stosunkowo krótkim okresie czasu, płynnie, a także przy najmniejszym wysiłku;
- c) relacja wartości/ilości uzyskanego wyniku do wartości/ilości poniesionych nakładów, będzie zasadna i opłacalna<sup>119</sup>.

P.A. Samuelson oraz W.D. Nordhaus w definicji omawianego terminu zwracają uwagę na to, iż efektywność determinuje nie tylko wykorzystanie odpowiednich dóbr, będących przedmiotem produkcji, ale również racjonalnej alokacji wśród odbiorców, w celu maksymalizacji satysfakcji<sup>120</sup>.

Występowanie wielu synonimów terminu „efektywność” powoduje problemy z jego zdefiniowaniem. Również w literaturze anglojęzycznej występują pojęcia, takie jak *effectiveness*, *efficiency* i *performance*, które są bliskoznaczne z terminem efektywność. *Effectiveness* definiowana jest jako siła, umożliwiająca osiągnięcie oczekiwanego rezultatu. Natomiast *efficiency* określana jest jako zdolność do wytwarzania bez marnotrawstwa, ale również jako zdolność do osiągania pożądanych rezultatów<sup>121</sup>. W definicjach przytoczonych przez R. Poskarta, efektywność określana jest jako stosunek otrzymywanych wyników do poniesionych nakładów, niezbędnych do osiągnięcia zamierzonych celów<sup>122</sup>.

W literaturze przedmiotu, oprócz definicji, można odnaleźć także różne kategorie efektywności. A. Jaki wskazuje na następujące jej wymiary<sup>123</sup>:

- a) efektywność ekonomiczna – związana z dążeniem do maksymalizowania nadwyżki pomiędzy uzyskanymi efektami a poniesionymi nakładami,
- b) efektywność rzeczowa – wynika z realizacji misji przedsiębiorstwa,
- c) efektywność techniczno-produkcyjna – związana z optymalizacją wykorzystywania zasobów produkcyjnych,
- d) efektywność jakości – oparta na realizowaniu paradygmatu jakości w zarządzaniu,
- e) efektywność środowiska – wynikająca z paradygmatu nauk o zarządzaniu środowiskiem,
- f) efektywność społeczna – oparta na realizowaniu koncepcji społecznej odpowiedzialności biznesu,
- g) efektywność behawioralna – wynika ze zwiększenia nacisku na realizowanie interesów ludzi w przedsiębiorstwie,

---

<sup>119</sup> R. Winkler, *Efektywność – próba konceptualizacji pojęcia*, [w:] Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie Nr 820, 2010, s.105–106.

<sup>120</sup> P.A. Samuelson, W.D. Nordhaus, *Ekonomia*, REBIS, Poznań 2012, s. 161.

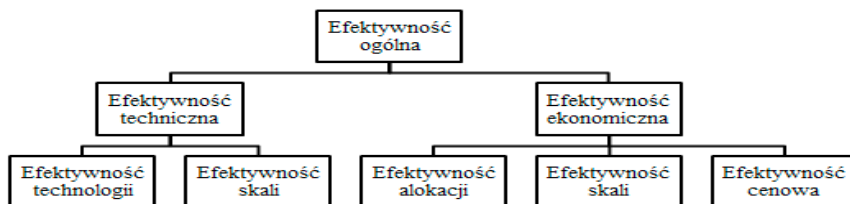
<sup>121</sup> M. Wilson, K. Wnuk, J. Silvander, T. Gorschek, *A Literature Review on the Effectiveness and Efficiency of Business Modeling*, [w:] e-Informatica Software Engineering Journal, Volume 12, Issue 1, 2018, s. 267.

<sup>122</sup> R. Poskart, *A definition of the concept of economic effectiveness*, [w:] Central and Eastern European Journal of Management and Economics, Volume 2, No. 3, 2014, s. 180.

<sup>123</sup> A. Jaki, *Mechanizmy procesu zarządzania wartością przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2012, s. 128.

h) efektywność etyczno-kulturowa – związana z tworzeniem oraz promowaniem zasad kultury i etyki w ramach otoczenia przedsiębiorstwa.

Ponadto, wyróżnia się również m.in. efektywność organizacyjną. Opisywana jest ona jako zdolność organizacji do przystosowywania się do zmian, jakie zachodzą w otoczeniu, a także do produktywnego wykorzystywania zasobów jednostki do realizacji określonych celów. W ramach tej kategorii efektywności wyszczególnia się efektywność gospodarowania, a także efektywność pozaekonomiczną<sup>124</sup>. Ze względu na czynniki kształtujące efektywność można wyodrębnić efektywność ekonomiczną, jak i efektywność techniczną. W ramach prowadzonej działalności konieczny jest wybór technologii produkcji, sposobu świadczenia usługi. Zgodnie z efektywnością techniczną, podejmowane są decyzje o takim rodzaju stosowanej technologii, aby wykorzystać maksymalne zdolności produkcyjne jednostki. Natomiast biorąc pod uwagę efektywność ekonomiczną, wybierana jest metoda produkcji o minimalnych kosztach wytworzenia. Na efektywność techniczną składają się efektywność technologii i efektywność skali. Natomiast w ramach efektywności ekonomicznej wyróżnia się efektywność: alokacji, cenową oraz skali. Na rys. 4.1. przedstawione zostały omówione kategorie efektywności ogólnej ze względu na czynniki ją kształtujące.



Rys.4.1. Kategorie efektywności ogólnej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: E. Szymańska *Efektywność przedsiębiorstw – definiowanie i pomiar*, [w:] Roczniki Nauk Rolniczych, Seria G, T. 97, z. 2, 2010, s. 157.

W ramach efektywności odnoszącej się do podmiotów gospodarczych, którymi są również podmioty lecznicze, wyodrębnia się jej dwa podstawowe wymiary – strategiczny oraz operacyjny. W sensie strategicznym, efektywność oznacza działanie w sposób odmienny w porównaniu do jednostek z tej samej branży. Natomiast w wymiarze operacyjnym, działania są lepiej realizowane, przy zastosowaniu tych samych czynników, które wykorzystują konkurenci<sup>125</sup>.

<sup>124</sup> E. Szymańska, *Efektywność przedsiębiorstw – definiowanie i pomiar*, [w:] Roczniki Nauk Rolniczych, Seria G, T.97, Z.2, 2010, s. 156.

<sup>125</sup> A. Rutkowska, *Teoretyczne aspekty efektywności – pojęcie i metody pomiaru*, [w:] Zarządzanie i Finanse R.11, nr 1 cz. 4, 2013, s. 442.

W publikacjach naukowych można odnaleźć również inne podziały efektywności. G. Kozuń-Cieślak wyróżnia efektywność statyczną oraz dynamiczną. Jest to podział, wynikający z rozróżnienia horyzontu czasowego. Ujęcie statyczne (krótkookresowe) odnosi się do optymalizacji produkcji oraz dystrybucji zasobów. Jej celem jest dążenie do uzyskania krzywej możliwości produkcyjnych. Natomiast w przypadku efektywności dynamicznej (długookresowej), dąży się do przesunięcia tej krzywej w prawo, a także nieustannego poszukiwania i tworzenia dotychczas nieistniejących celów i zasobów przedsiębiorstwa<sup>126</sup>.

Istnieje wiele czynników wpływających na efektywność organizacji. W. Sasanya wskazuje na następujące determinanty efektywności<sup>127</sup>:

- a) czynniki wewnętrzne: struktura organizacyjna, kapitał finansowy przedsiębiorstwa, kapitał ludzki, kultura organizacyjna;
- b) czynniki zewnętrzne: system dystrybucji, konkurencja, wizerunek rynkowy, innowacyjność.

Inne podejście do czynników kształtujących efektywność zaproponowali G. Rummler i A. Brache. Odnieśli oni efektywność organizacyjną do trzech poziomów, tj.: organizacji, procesu i stanowiska pracy. Wyróżnione przez nich czynniki wpływające na efektywność zostały zestawione w tabeli 4.1.

Tabela 4.1 Czynniki kształtujące efektywność na różnych poziomach przedsiębiorstwa

Poziom	Czynniki wpływające na efektywność
Organizacji	Strategia, cele ogólnozakładowe wraz z metodami pomiaru, struktura organizacyjna, sposób wykorzystania zasobów
Procesu	Opracowywanie nowych produktów (innowacyjność), procesy: zaopatrzenia, produkcji, sprzedaży, dystrybucji, fakturowania oraz ściągania należności
Stanowiska pracy	Sposoby rekturowania i awansowania pracowników, zakres obowiązków, standardy pracy, system motywowania i rekrutowania, system informacyjny

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: E. Szymańska, *Efektywność przedsiębiorstw – definiowanie i pomiar*, [w:] Roczniki Nauk Rolniczych, Seria G, T. 97, Z. 2., 2010, s. 156.

<sup>126</sup> G. Kozuń-Cieślak, *Efektywność – rozważania nad istotą i typologią*, [w:] Kwartalnik Kolegium Ekonomiczno-Społecznego Studia i Prace nr 4, Szkoła Główna Handlowa, 2013, s. 17–18.

<sup>127</sup> <https://www.taskbeat.pl/2013/01/czynniki-efektywnosci-przedsiębiorstwa/> (dostęp na dzień: 03.05.2021r.).

## 4.2. Zasady oceny efektywności działalności leczniczej

Działalność lecznicza, podobnie jak każdy inny rodzaj działalności, powinna charakteryzować się określonym poziomem efektywności. Poziom efektywności odzwierciedla stopień realizacji celów podmiotów leczniczych<sup>128</sup>. Chodzi o to, by zasoby, którymi dysponuje podmiot zostały wykorzystane w taki sposób, by zapewnić w najwyższym możliwym stopniu osiągnięcie wyznaczonych zadań. Efektywność w ochronie zdrowia ma charakter wieloaspektowy. Może być rozpatrywana w aspekcie społecznym, ekologicznym, ekonomicznym itp.<sup>129</sup>

Efektywność społeczna dotyczy oceny zaspokojenia oczekiwań społecznych w zakresie ochrony zdrowia. Chodzi w niej o wzrost ogólnego poziomu zdrowia społeczeństwa (np. wydłużenie średniej długości życia, poprawę jego jakości), dostępności do świadczeń zdrowotnych, wzrostu jakości usług medycznych itp. Zdrowie jest najważniejszym dobrem dla każdego człowieka. Ma również istotne znaczenie dla społeczeństwa. Ochrona zdrowia ma określoną wartość humanitarną, ma konkretny wymiar makroekonomiczny<sup>130</sup> i wpływa na dobrobyt społeczny. Ochrona zdrowia postrzegana jest obecnie jako istotna część standardu cywilizacyjnego. Jest ona specyficznym rodzajem działalności, który wymaga szczególnego podejścia do pacjentów (klientów), jej organizacji i analizy otoczenia konkurencyjnego<sup>131</sup>. Uznaje się, że systemy ochrony zdrowia powinny zapewniać powszechny dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych<sup>132</sup>.

Efektywność ekologiczna związana jest z wpływem podmiotów leczniczych na otoczenie i środowisko naturalne. Znajduje ona odzwierciedlenie w zachowaniu właściwych proporcji między działalnością podmiotów funkcjonujących w sektorze ochrony zdrowia (np. firm farmaceutycznych, szpitali itp.), zachowaniem ludzi (pacjentów, lekarzy itp.) a środowiskiem przyrodniczym.

Efektywność ekonomiczna może być oceniana w przekroju makroekonomicznym lub w odniesieniu do poszczególnych podmiotów leczniczych (mikroekonomicznym)<sup>133</sup>. W przekroju makroekonomicznym efektywność dotyczy całego

---

<sup>128</sup> Por.: E. Skrzypek, *Jakość i efektywność*, Wydawnictwo UMCS, Lublin, 2000, s. 190.

<sup>129</sup> Por.: I. Rudawska, *Efektywność zakładów opieki zdrowotnej – wybrane wyniki badań*, w: R. Lewandowski, *Współczesne wyzwania strukturalne i menedżerskie w ochronie zdrowia*, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn 2008, s. 187–188.

<sup>130</sup> Por.: J.J. Fedorowski, R. Niżankowski (red), *Ekonomika medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, s. 5

<sup>131</sup> Por.: J. Stępniewski, *Strategia, finanse i koszty szpitala*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008, s. 46.

<sup>132</sup> R.A. Lewandowski, *Zarządzanie przez wartość w organizacjach ochrony zdrowia*, „Współczesne zarządzanie” 2010, nr 2, s. 122.

<sup>133</sup> Por.: I. Rudawska, *Opieka zdrowotna, aspekty rynkowe i marketingowe*, PWN, Warszawa 2007, s. 25.

sektora opieki zdrowotnej jako części gospodarki narodowej<sup>134</sup>. Jej poziom zależy od sposobów wykorzystania dostępnych zasobów sektora w danym okresie. Duży wpływ na to wykorzystanie mają decyzje związane z polityką zdrowotną państwa. W tej ocenie efektywności analizie poddaje się społeczne korzyści i koszty związane z działaniami regulacyjnymi państwa.

Efektywność mikroekonomiczna związana jest z działalnością pojedynczych podmiotów leczniczych, świadczących określone usługi na rzecz konkretnych pacjentów. Może być więc rozpatrywana z punktu widzenia pacjentów lub z punktu widzenia podmiotu leczniczego. Przyjmując punkt widzenia pacjentów jako miarę efektów przyjmuje się korzyści zdrowotne (długość życia i jakość życia). Efektywność tę nazywa się efektywnością alokacyjną<sup>135</sup>, konsumpcyjną lub kosztową i rynkową<sup>136</sup>.

W zarządzaniu placówkami ochrony zdrowia wyodrębnić można wiele rodzajów efektywności. Do najczęściej spotykanych należą: efektywność techniczna, alokacyjna i finansowa<sup>137</sup>.

Efektywność techniczna w systemie opieki zdrowotnej wskazuje na zdolność podmiotu do generowania zamierzonych rezultatów, z uwzględnieniem wykorzystanych zasobów<sup>138</sup>. Uwzględnia ona stopień, w jakim jednostka jest w stanie zmaksymalizować swoją produkcję przy użyciu określonej ilości zasobów wejściowych.

Drugi rodzaj efektywności – alokacyjna, uwzględnia natomiast problem wdrożenia odpowiedniej kombinacji produktów (lub nakładów), która maksymalizuje dobrobyt zgodnie z preferencjami społecznymi<sup>139</sup>. Jednym z kluczowych elementów branych pod uwagę w ocenie efektywności alokacyjnej jest dostępność usług medycznych, którą można rozpatrywać w ujęciu krajowym i regionalnym. Mogłoby się wydawać, że w systemie jednego płatnika kontekst regionalny ma drugorzędne znaczenie. Analizy przeprowadzone dowodzą jednak, że dostępność do usług zdrowotnych w różnych częściach Polski jest zróżnicowana.

W ramach efektywności finansowej wyodrębnić można z kolei efektywność kosztową, dochodową oraz wg kryterium zysku<sup>140</sup>. W wymienionych rodzajach efektywności można także wydzielić podkategorie efektywności. I tak, w przypadku

---

<sup>134</sup> Por.: I. Rudawska, *Efektywność zakładów opieki...*, op. cit., s. 187.

<sup>135</sup> Por.: S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *Ekonomia...*, op. cit., s. 287.

<sup>136</sup> Por.: A. Ravald, CH. Gronroos, *The value concept and relationship marketing*, „European Journal of Marketing” 1996, vol 30, nr 2, s. 27. Cyt. za I. Rudawska, *Efektywność zakładów opieki...*, op. cit., s. 187.

<sup>137</sup> Por. M. Cholewa-Wiktor, *Efektywność w szpitalach publicznych*, „Studia Ekonomiczne”, UE w Katowicach, nr 180, Katowice 2014, s. 46–47.

<sup>138</sup> Tamże, s. 9.

<sup>139</sup> Tamże, s. 10.

<sup>140</sup> J. Kujawska, *Koncepcja pomiaru efektywności podmiotu leczniczego*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, Nr 442, Wrocław 2016, s. 233.

efektywności kosztowej, można oceniać efektywność z perspektywy różnych klasyfikacji i różnych grup kosztowych. Dotyczy to np. kosztów materiałowych, osobowych, produkcji, logistyki i dystrybucji, marketingu itp. Zdaniem A. Kister, efektywność finansowa w szpitalu publicznym może być utożsamiana z oceną finansową organizacji przy użyciu tradycyjnych miar księgowych, rynkowych i pieniężnych<sup>141</sup>. To, jaką miarę zastosuje się, zależy od wielu czynników: oczekiwań organu tworzącego i dyrekcji (zarządu), realizowanych celów, wiedzy i kompetencji ekonomicznych kierowników oddziałów i klinik, możliwości absorpcji wiedzy przez personel niemedyyczny itp. Niemniej, bezsprzeczny jest fakt, iż szpitale są jednymi z najważniejszych jednostek funkcjonujących w ramach systemu ochrony zdrowia w Polsce. Stąd, badanie i analizowanie ich kondycji finansowej, a także sposobu wykorzystywania posiadanych przez nie zasobów jest kluczowe z punktu widzenia analizy czynników, ich przetrwania oraz możliwości rozwojowych<sup>142</sup>. Przy ocenie efektywności ekonomicznej szpitali publicznych należy mieć na uwadze, że autonomia decyzyjna ich organów kierowniczych jest ograniczona, zaś ich działalności nie powinno się utożsamiać z funkcjonowaniem na wolnym, nieskrępowanym legislacyjnie rynku<sup>143</sup>. W wielu przypadkach zadłużenie jest poręczone i niekiedy regulowane przez organy tworzące. Ponadto, płatnik (NFZ) nie wynagradza ani skuteczności leczenia, ani jakości usług<sup>144</sup>. Stąd dbanie o te kategorie efektywności, a co za tym idzie, także o zdrowie obywateli, w przypadku wielu jednostek chorobowych, jest nieuzasadnione ekonomicznie.

Podstawowym zadaniem publicznych podmiotów leczniczych nie jest generowanie zysku (choć ustawa regulująca ich funkcjonowanie dopuszcza generowanie przez nie nadwyżek finansowych<sup>145</sup>), lecz realizacja określonych świadczeń zdrowotnych, przez które rozumie się działania mające na celu zachowanie, ratowanie, poprawianie lub przywracanie zdrowia. Zapotrzebowanie na usługi medyczne charakteryzuje się niepewnością, w przeciwieństwie do większości innych potrzeb, które są przewidywalne. Nigdy nie wiadomo, kiedy konkretna osoba zachoruje i jaka będzie jej reakcja na stosowane procedury medyczne.

---

<sup>141</sup> A. Kister, *Efficiency of Public Hospitals – Considerations of the Essence and Research Problems*, ANNALES UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA LUBLIN – POLONIA VOL. LII, 6 SECTIO H, Lublin 2018, s. 52.

<sup>142</sup> P. Łagowski, *Ocena efektywności świadczenia usług medycznych przez jednostki szpitalne z uwzględnieniem formy organizacyjno-prawnej podmiotu*, „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów” Zeszyt Naukowy 167, SGH, Warszawa 2018, s. 108.

<sup>143</sup> Por. A. Kopiński, D. Porębski, *Kluczowe mierniki efektywności dla szpitala w perspektywie finansów zrównoważonej karty wyników*, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” nr 4/2016 (82), cz. 2, s. 761.

<sup>144</sup> K. Markowska, *Efektywność usługowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, rozprawa doktorska, UE we Wrocławiu, Wrocław-Jelenia Góra 2012, s. 312.

<sup>145</sup> M. Hass-Symotiuł (red.), *Koncepcja sprawozdawczości szpitali na potrzeby zintegrowanego systemu oceny dokonań*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2011, s. 22.



Zdrowie ma istotny wpływ na dobrobyt społeczny. Ochrona zdrowia postrzegana jest obecnie jako istotna część standardu cywilizacyjnego. Jest ona specyficznym rodzajem działalności, który wymaga szczególnego podejścia do pacjentów (klientów) i jej organizacji<sup>146</sup>. Uznaje się, że systemy ochrony zdrowia powinny zapewniać powszechny dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych. Wydatki na zdrowie i jego ochronę powinny być traktowane jako inwestycje, a nie obciążenie budżetowe<sup>147</sup>.

Wymienione wyżej okoliczności sprawiają, że działalność lecznicza znacząco się różni od działalności typowo gospodarczej. Nie wynika z tego, że podmioty lecznicze w swojej działalności mogą ignorować zasady racjonalnego gospodarowania. Funkcjonują one w warunkach ograniczonego zasilania finansowego i powinny tak dysponować dostępnymi środkami, aby w maksymalnym stopniu zaspokoić zapotrzebowanie na usługi zdrowotne.

Z punktu widzenia podmiotu leczniczego, badanie efektywności związane jest z oceną ekonomiczną procedur medycznych, sprawności procesu leczenia pacjentów, efektywności wykorzystania zasobów, którymi dysponuje zakład opieki zdrowotnej, wyników finansowych itp. Od jednostek organizacyjnych zajmujących się świadczeniami medycznymi oczekuje się takiej ich realizacji, aby, co najmniej w przypadku publicznych podmiotów leczniczych, wygenerowane przez nie koszty mogły być pokryte przychodami otrzymanymi z tytułu wykonanych usług zdrowotnych. Podmioty te podlegają zasadom racjonalnego działania, podobnie jak inne organizacje zajmujące się działalnością gospodarczą. Wynika to z faktu ograniczonego zasobów, jakie może przeznaczyć dana społeczność na ochronę zdrowia.

W tej sytuacji zasady oceny ekonomicznej działalności leczniczej są podobne, jak w przypadku innych jednostek gospodarczych. Wynika to z faktu, że jednostki organizacyjne funkcjonujące w sektorze ochrony zdrowia, wcześniej lub później, muszą sprostać rynkowym mechanizmom dostarczania dóbr publicznych<sup>148</sup>. Mimo, że w sektorze tym konkurencja jest bardzo ograniczona (niedoskonała informacja, różnorodność usług utrudniająca porównanie jakości i ceny itp.<sup>149</sup>) to podmioty lecznicze nie mogą jej lekceważyć. Tym samym, w większym niż dotychczas zakresie muszą dbać o powiązania z dostawcami, pacjentami oraz z konkurentami<sup>150</sup>.

---

<sup>146</sup> Por: J. Stepniński, *Strategia, finanse i koszty szpitala*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008, s. 46.

<sup>147</sup> Por: W.C. Włodarczyk, I. Kowalska, A. Mokrzycka, *Szkice polityki zdrowotnej Unii Europejskiej*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 91.

<sup>148</sup> D. Rozpędowska-Matraszek, *Nowe zarządzanie kapitałem ludzkim w specjalistycznej opiece zdrowotnej*, w: A. Depta, *Zarządzanie zdrowiem a problemy społeczeństwa obywatelskiego*, Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej, Łódź 2014, s. 49.

<sup>149</sup> J.E. Stieglitz, *Ekonomia sektora ... op. cit.*, s. 371.

<sup>150</sup> Por: J. Podgórska, K. Opolski, *Efektywność podmiotów leczniczych jako determinanta rozwoju systemu ochrony zdrowia*, w: M. Mischuk, M. Sosińska-Wit, *Otoczenie a wartość biznesu*, Politechnika Lubelska, Lublin 2017, s. 95.

Efektywność, zarówno całych systemów opieki zdrowotnej jak i poszczególnych podmiotów leczniczych, można oceniać z wykorzystaniem różnych miar, technik i modeli.

Z przeprowadzonej na potrzeby Komisji Europejskiej oceny efektywności systemów opieki zdrowotnej poszczególnych państw wchodzących w skład UE, opracowanej z wykorzystaniem szerokiego wachlarza mierników wyniku, że kraje Europy Środowej, w tym: Polska, Czechy, Słowacja, Węgry oraz Litwa, Łotwa i Estonia, odznaczają się najniższymi wynikami efektywności<sup>151</sup>. Jedno z ostatnich miejsc w rankingu efektywności powinno skłaniać do zastanowienia się nad zmianami w systemie edukacji medycznej, sposobie finansowania podmiotów leczniczych, zasadach wynagradzania pracowników medycznych, organizacji pracy w szpitalach oraz innych aspektach, które mogłyby przyczynić się do zwiększenia efektywności systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Poprawa efektywności w skali kraju nie jest jednak możliwa bez koncentracji uwagi na skali mikro, tj. kwestiach operacyjnych związanych z poprawą kondycji finansowej podmiotów leczniczych. Weryfikacja aktualnego i docelowego ratingu finansowego tego typu placówek nie jest możliwa bez zapoznania się ze specyfiką oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej, uwzględniającej m.in. właściwą analizę sprawozdań finansowych, stanowiących podstawowe źródło informacji o standingu finansowym podmiotu.

### 4.3. Sprawozdawczość jako źródło informacji finansowej

Sprawozdanie finansowe podmiotu leczniczego jest końcowym rezultatem rachunkowości finansowej. Powstaje w wyniku odpowiedniego przetworzenia informacji powstałych poprzez ewidencję danych związanych ze skutkami operacji gospodarczych związanych z funkcjonowaniem jednostki organizacyjnej. Informacje w nim zawarte wykorzystywane są przez ich adresatów m.in. do oceny efektywności prowadzonej działalności gospodarczej oraz identyfikacji ewentualnych zagrożeń dla dalszego bytu jednostki gospodarującej. Ponadto<sup>152</sup>:

- a) ułatwiają dokonanie kontroli składników majątku i działalności gospodarczej,
- b) pomagają ocenić stopień realizacji przedsięwzięć oraz wskazać przyczyny odchyłeń od założonych zadań gospodarczych,
- c) tworzą podstawę porównawczych analiz zakładów,
- d) pomagają sporządzić plany i budżety,

---

<sup>151</sup> Por: J. Medeiros, Ch. Schwierz, *Efficiency estimates of health care systems*, "European Economy", Economic Papers 549, June 2015, s. 24.

<sup>152</sup> Por: K. Sawicki, Sprawozdawczość finansowa i audyt zewnętrzny w zakładzie opieki zdrowotnej, w: M. Hass-Symotiuk, Rachunkowość i plan kont ... op. cit., s. 203.

- e) ułatwiają podejmowanie decyzji zmierzających do zapobieżenia wystąpieniu w przyszłości zdarzeń niekorzystnych, a jednocześnie sprzyjają działaniom stymulującym postęp i rozwój.

Sprawozdanie finansowe sporządzane jest obligatoryjnie na ostatni dzień roku obrachunkowego. Obejmuje ono bilans, rachunek zysków i strat oraz informację dodatkową<sup>153</sup>. Oznacza to, że sprawozdanie takie można zestawiać na dowolny dzień roku obrotowego. Przygotowanie sprawozdania obligatoryjnego poprzedzone jest inwentaryzacją składników majątkowych i rozrachunków. Sprawozdanie nieobligatoryjne nie wymaga inwentaryzacji.

Dla zwiększenia wiarygodności informacji zawartych w sprawozdaniu finansowym, podlega ono badaniu przez biegłych rewidentów. Takiemu badaniu podlegają sprawozdania sporządzane przez wszystkie podmioty gospodarujące, które spełniają co najmniej dwa z trzech warunków<sup>154</sup>:

- a) zatrudniają co najmniej 50 osób,
- b) suma bilansowa wynosi co najmniej 2 500 000 euro,
- c) osiągają roczne przychody ze sprzedaży i obrotu papierami wartościowymi w wysokości co najmniej 5 000 000 euro.

Podlegają mu również sprawozdania podmiotów zajmujących się działalnością bankową, ubezpieczeniową i obrotem papierami wartościowymi. We wszystkich tych podmiotach sprawozdanie zawiera dodatkowo sprawozdanie ze zmian w kapitałach własnych oraz rachunek przepływów pieniężnych.

Bilans przedsiębiorstwa jest wartościowym zestawieniem składników majątkowych (aktywów) będących własnością podmiotu leczniczego oraz źródeł ich finansowania (kapitałów lub inaczej pasywów). Składniki aktywów mogą być nabyte odpłatnie (zakupione), wytworzone we własnym zakresie lub otrzymane w formie darowizny. Warunkiem ich ujęcia w bilansie jest prawdopodobieństwo, że przyczynią się w przyszłości do korzyści ekonomicznych<sup>155</sup>.

Aktywa podzielone są na cztery grupy: aktywa trwałe, aktywa obrotowe oraz należne wpłaty na kapitał podstawowy i udziały/akcje własne. Podział na cztery części obowiązuje od 23.07.2015 r.<sup>156</sup> Przed 2015 r. obowiązywał podział na dwie grupy: aktywa trwałe i obrotowe, czyli taki, jaki można spotkać niemal na całym świecie. Pozycje kolejne, tj. należne wpłaty na kapitał podstawowy oraz udziały/akcje własne występują sporadycznie. W związku z tym, na potrzeby analizy finansowej można przyjmując stosowany w całym cywilizowanym świecie podział

---

<sup>153</sup> Ustawa o rachunkowości, art. 45, ust. 2.

<sup>154</sup> Ustawa o rachunkowości, art. 64, ust. 1.

<sup>155</sup> Por: I. Olchowicz, A. Tłaczała, *Sprawozdawczość finansowa według krajowych i międzynarodowych standardów*, Difin, Warszawa 2015, s. 45.

<sup>156</sup> Por. USTAWA z dnia 23 lipca 2015 r. o zmianie ustawy o rachunkowości oraz niektórych innych ustaw (<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20150001333/O/D20151333.pdf>) – dostęp z 29.07.2022 r.

na aktywa trwałe i obrotowe. Kryterium takiego podziału stanowi przewidywany okres użytkowania składników majątkowych. Według MSR nr 1 do aktywów obrotowych zalicza się te składniki, które spełniają jedno z czterech warunków<sup>157</sup>:

- a) podmiot oczekuje, że dany składnik aktywów zużyje lub sprzeda w ciągu zwykłego cyklu operacyjnego,
- b) posiada dany składnik z przeznaczeniem do obrotu,
- c) jednostka oczekuje, że składnik aktywów zostanie zrealizowany w ciągu 12 miesięcy od zakończenia okresu sprawozdawczego,
- d) składnik ma postać środków pieniężnych lub ich ekwiwalentów, jeżeli nie przewiduje się w najbliższym roku ograniczenia w zakresie jego wymiany.

Przez cykl operacyjny rozumie się okres, jaki upływa od momentu nabycia danego aktywów do momentu jego realizacji w formie pieniężnej lub ekwiwalentu pieniężnego<sup>158</sup>. Dlatego do aktywów obrotowych zalicza się zapasy (materiałów, produktów, towarów), należności bieżące oraz krótkoterminowe inwestycje (środki pieniężne i ich ekwiwalenty). Składniki niespełniające powyższych warunków zaliczane są do aktywów trwałych, które mogą mieć postać materialną (środki trwałe), niematerialną (wartości niematerialne i prawne) lub finansową (akcje i udziały w obcych spółkach, długoterminowe papiery wartościowe, długoterminowe pożyczki, depozyty).

Kapitały finansujące aktywa (pasywa) dzieli się na kapitały własne i obce. Kryterium podziału stanowi źródło ich pochodzenia. Kapitały własne wniesione są przez właścicieli i ewentualnie powiększone o wygospodarowany zysk, jeżeli zgodnie z decyzją właścicieli został on zatrzymany w jednostce, która go wygenerowała. Charakterystyczną cechą tych kapitałów jest to, że zostały one wniesione do przedsiębiorstwa bezterminowo i dlatego stanowią stabilne źródło finansowania majątku.

Kapitały obce mają charakter doraźny. Są one używane podmiotowi leczniczemu na ściśle określony czas, po upływie którego powinny być bezwzględnie zwrócone. Obowiązek tego zwrotu może być dłuższy lub krótszy od 12 miesięcy. W pierwszym przypadku kapitały te nazywane zobowiązaniami mają charakter długoterminowy. Są to zazwyczaj kredyty, pożyczki lub zobowiązania z tytułu wyemitowanych obligacji korporacyjnych. W drugim przypadku zobowiązania mają charakter krótkoterminowy. Termin ich zwrotu jest krótszy od 12 miesięcy, licząc od dnia, na który został sporządzony bilans. Składają się na nie zobowiązania wobec dostawców, zobowiązania z tytułu podatków, składek ubezpieczeniowych itp., jak również pożyczki, kredyty i inne zobowiązania, które powinny być uregulowane przed upływem roku.

---

<sup>157</sup> Por: *Międzynarodowe Standardy Sprawozdawczości Finansowej (MSSF)*, t. I., wyd. SKwP, Warszawa 2004, s. 721.

<sup>158</sup> I. Olchowicz, A. Tłaczała, *Sprawozdawczość finansowa ...* op. cit., s. 75.

Drugą, istotną cechą kapitałów obcych jest cena, jaką muszą zapłacić podmioty lecznicze, które z nich korzystają (nazywane powszechnie odsetkami). Tylko pewna część zobowiązań krótkoterminowych (zazwyczaj większość zobowiązania wobec dostawców, zobowiązania podatkowe itp.) ma charakter bezpłatny, jeżeli są uregulowane w umownych lub urzędowych terminach.

Kapitały obce, ze względu na ich doraźny charakter oraz ich cenę, związane są z dodatkowym ryzykiem, nazywanym ryzykiem finansowym. Ryzyko to rośnie, w miarę jak zwiększa się udział kapitałów obcych w finansowaniu jednostek gospodarujących.

Finansowym rezultatem prowadzonej działalności jest wynik finansowy, będący różnicą między przychodami podmiotu a poniesionymi kosztami w okresie sprawozdawczym. Wynik ten ustalany jest w rachunku zysków i strat. Rachunek ten może być zestawiany w jednej z dwóch wersji – porównawczej lub kalkulacyjnej. Rachunek ten podzielony jest na dwie części – działalność operacyjną i finansową. Działalność operacyjna dzieli się na działalność podstawową oraz pozostałą. Podstawowa działalność operacyjna podmiotów leczniczych związana jest świadczeniem i sprzedażą szeroko pojętych usług zdrowotnych. Do ich świadczenia został powołany podmiot leczniczy. Są one podstawowym źródłem jego przychodów. Pozostała działalność operacyjna nie ma charakteru systematycznego, a ma uboczny. Dlatego wynik z tej działalności, aczkolwiek wpływa na wynik końcowy (netto), nie może być traktowany na równi z wynikiem na sprzedaży usług medycznych. Działalność finansowa związana jest przede wszystkim z pozyskiwaniem zewnętrznych źródeł finansowania (kredytów, pożyczek itp.) oraz ich obsługą w formie płatności umówionych odsetek.

Wymienione wersje rachunku zysków i strat różnią się sposobem ujęcia kosztów z podstawowej działalności operacyjnej. W wersji porównawczej wykazuje się całość kosztów działalności operacyjnej wg pozycji rodzajowych. W celu ustalenia wyniku finansowego, koszty te korygowane są o zmianę stanu produktów (niezakończonych i gotowych) i koszty wytworzenia produktów (usług) na własne potrzeby podmiotu leczniczego. W wersji kalkulacyjnej wykazuje się koszty wytworzenia sprzedanych produktów i usług (które nie zawierają kosztów niesprzedanych produktów gotowych oraz produktów niezakończonych) oraz koszty ogólnego zarządu i koszty sprzedaży. Pozostała część rachunku zysków i strat w obu wersjach jest taka sama.

Wobec powyższego, w porównawczej wersji rachunku wykazuje się następujące kategorie wyniku finansowego, a mianowicie:

- a) zysk lub strata ze sprzedaży, która jest różnicą między przychodami ze sprzedaży netto produktów, towarów i materiałów a kosztami działalności operacyjnej poniesionymi w okresie sprawozdawczym skorygowanymi o zmianę stanu zapasów produktów i koszt wytworzenia świadczeń na własne potrzeby jednostki,

- b) zysk lub strata z działalności operacyjnej, będąca rezultatem powiększenia wyniku ze sprzedaży o pozostałe przychody operacyjne i pomniejszenia o pozostałe koszty operacyjne,
- c) zysk lub strata brutto, którą ustala się poprzez dodanie do wyniku operacyjnego przychodów finansowych oraz odjęcie kosztów finansowych,
- d) zysk lub strata netto, która powstaje poprzez odjęcie od wyniku brutto podatku dochodowego i ewentualnie innych obciążeń finansowych pomniejszających ten wynik.

W wersji kalkulacyjnej występuje jedna, dodatkowa kategoria wyniku finansowego nazywana zyskiem lub stratą brutto ze sprzedaży. Powstaje ona poprzez odjęcie od przychodów ze sprzedaży netto kosztów sprzedanych produktów, towarów i materiałów. Jest więc nadwyżką przychodów ze sprzedaży nad kosztami wytworzenia sprzedanych produktów i usług. Z tej nadwyżki należy pokryć jeszcze koszty ogólnego zarządu i koszty sprzedaży. Po tej korekcie otrzymuje się wynik na sprzedaży, równy wielkością z takim samym wynikiem otrzymywanym w wersji porównawczej rachunku zysków i strat. Pozostałe kategorie wyniku finansowego w obu wersjach są takie same.

Kolejnym elementem sprawozdania finansowego jest rachunek przepływów pieniężnych. W odróżnieniu od rachunku zysków i strat, ta część sprawozdania zawiera informację o źródłach zasilania finansowego (pieniężnego) podmiotu i kierunkach ich wykorzystania. Ten element sprawozdania ułatwia ocenę gospodarki pieniężnej oraz zdolności podmiotów do regulowania swoich zobowiązań. Sama informacja o wyniku finansowym jest niewystarczająca do wyjaśnienia ewentualnych trudności płatniczych jednostki gospodarczej. Wynika to z faktu, że:

- a) przychody ze sprzedaży nie są równoznaczne z wpływami pieniężnymi, którymi mogą być:
  - Wpływy z tytułu sprzedaży usług (produktów), z tym tylko, że zapłata za zrealizowane usługi może występować z pewnym opóźnieniem czasowym. Część opłat za usługi wykonane w danym okresie sprawozdawczym może wpływać w okresie następnym. To sprawia, że mimo dodatniego wyniku finansowego podmiot gospodarczy może nie mieć wystarczających środków pieniężnych by terminowo dokonywać obligatoryjnych płatności.
  - Źródłem zasobów pieniężnych mogą być również wpływy z tytułu emisji akcji, obligacji, kredytów itp. Dlatego też, podmioty lecznicze mogą dysponować w danym okresie wystarczającym zasobem środków pieniężnych, mimo wykazywanej straty księgowej.
- b) Koszty wykazywane w rachunku zysków i strat nie są równoznaczne z wydatkami. Koszt jest finansowym wyrazem zużytych zasobów, za które zapłata mogła być uiszczona w poprzednich okresach lub też nastąpi w okresie następnym. Dotyczy to w równej mierze środków trwałych, jak i innych zasobów

materialnych i ludzkich. Relacje między kosztami i wydatkami można określić następująco.

- Powstawanie kosztów i wydatków ma miejsce często w różnych momentach czasowych. Zasoby zużyte w danym okresie mogły być opłacone w okresach poprzednich. Taka sytuacja ma miejsce chociażby w przypadku środków trwałych.
- Wycena kosztów opiera się z reguły na dokonanych lub koniecznych do poniesienia wydatkach.
- Niektóre wydatki nie są związane z kosztami (np. zakupiony materiał może ulec zepsuciu i stać się stratą).

Rachunek przepływów pieniężnych podzielony jest na trzy części: przepływy z działalności operacyjnej, przepływy z działalności inwestycyjnej i przepływy z działalności finansowej. Przepływy dodatnie oznaczają nadwyżkę wpływów nad wydatkami w danym okresie z danego rodzaju działalności. Przepływy ujemne świadczą o wyższych wydatkach niż wpływach. Przepływy pieniężne netto, które są sumą sald przepływów z poszczególnych rodzajów działalności informują o zmianie stanu środków pieniężnych w podmiocie w analizowanym okresie sprawozdawczym.

Dodatnie przepływy z działalności operacyjnej świadczą zazwyczaj o dobrej gospodarce finansowej. Osiągają je te podmioty, które racjonalizują swoje koszty oraz unikają nadmiernego zamrożenia kapitału w majątku obrotowym. Nadwyżki te mogą być wykorzystane do finansowania inwestycji, spłaty kredytów i pożyczek oraz wypłaty dywidend lub nagród z zysku. Ujemna wartość tych przepływów, najczęściej, jest skutkiem deficytowej działalności gospodarczej (nadwyżki kosztów nad przychodami) oraz złego zarządzania majątkiem obrotowym. Taka sytuacja w dłuższym okresie może stać się przyczyną upadłości podmiotów gospodarczych.

Dodatnie przepływy z działalności inwestycyjnej powstają wówczas, kiedy wpływy z wyprzedaży majątku trwałego przewyższają wydatki inwestycyjne (budowę i zakup składników aktywów trwałych). Może mieć ona miejsce, w szczególności, w przypadku działań racjonalizujących majątek trwały (wyprzedaż zbędnych składników) w celu dostosowania go do możliwości sprzedaży. Taka sytuacja może mieć miejsce również w okresie likwidacji jednostki gospodarczej. Ujemne przepływy są rezultatem wydatków inwestycyjnych związanych z rozwojem podmiotów leczniczych (wzrost potencjału usługowego, unowocześnienie wyposażenia diagnostycznego itp.).

Dodatnie przepływy z działalności finansowej wskazują na ogół na znaczący dopływ środków pieniężnych z otoczenia firmy (kredytów, pożyczek, emisji akcji lub obligacji). Przedsiębiorstwo wspomaga się środkami zewnętrznymi wówczas, kiedy przedsiębiorstwu nie wystarcza środków własnych na finansowanie inwestycji lub, gdy dostępne tanie kredyty i pożyczki umożliwiają uzyskanie dodatkowych korzyści finansowych (efektu dźwigni finansowej). Ujemna wartość

tych przepływów występuje zazwyczaj w przypadku wysokich spłat wcześniej zaciągniętych kredytów i pożyczek oraz wysokich kosztów ich obsługi.

Informacja dodatkowa obejmuje wprowadzenie do sprawozdania finansowego oraz dane uszczegóławiające informacje zawarte głównie w bilansie i w rachunku zysków i strat. Dotyczą one w szczególności:

- a) zakresu zmian w wartościach niematerialnych i prawnych,
- b) struktury czasowej i rodzajowej zobowiązań,
- c) wykaz zobowiązań zabezpieczonych na majątku i zobowiązań warunkowych,
- d) strukturę rodzajową i terytorialną przychodów ze sprzedaży,
- e) strukturę zatrudnienia, poziom i strukturę wynagrodzeń,
- f) proponowany podział zysku lub straty do pokrycia itp.

Dzięki tym informacjom można bardzo dokładnie przeanalizować różne aspekty funkcjonowania podmiotów leczniczych. Ma to szczególne znaczenie w przypadku, kiedy podmiot charakteryzuje się słabą kondycją finansową.

#### 4.4. Ocena ryzyka finansowego

Na podstawie danych sprawozdawczych dokonuje się oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów leczniczych. Jednym z aspektów tej oceny jest analiza ryzyka finansowego, dokonywana na podstawie struktury kapitału i struktury majątkowo-kapitałowej. Informacje wykorzystywane w tej analizie pochodzą z bilansu podmiotu leczniczego.

Ryzyko finansowe podmiotów leczniczych związane jest głównie z ich zadłużeniem. Jego poziom ocenia się w oparciu o następującą formułę:

$$WZO = \frac{Ko}{Aog}$$

gdzie:

*WZO* – wskaźnik zadłużenia ogółem,

*Ko* – kapitały obce (zobowiązania i rezerwy na zobowiązania),

*Aog* – aktywa ogółem.

Rosnący poziom zadłużenia może być rezultatem świadomej polityki finansowej podmiotu lub też świadczyć o jego kłopotach finansowych. Dlatego informacja zawarta w tym wskaźniku sama w sobie ma ograniczoną wartość poznawczą. Nie ma on jednoznacznych wartości wzorcowych. Wprawdzie niekiedy można spotkać stwierdzenie, że dopuszczalna wartość tego wskaźnika nie powinna przekraczać



60-70%<sup>159</sup>, trzeba jednak zauważyć, że sama wartość wskaźnika nie informuje o zdolności podmiotu do obsługi długu. Dwie jednostki gospodarcze o tym samym poziomie zadłużenia mogą różnić się możliwościami w zakresie generowania zysku i gotówki niezbędnej do spłaty odsetek i rat kapitałowych długu. Zdolność podmiotu do obsługi długu zależy bowiem w dużej mierze od rodzaju prowadzonej działalności (branży), jej opłacalności oraz warunków, na jakich korzysta on z kapitałów obcych. Znając jedynie poziom zadłużenia, możemy tylko stwierdzić, że w miarę jego wzrostu rośnie ryzyko finansowe.

Kolejnym wskaźnikiem wykorzystywanym przy ocenie zadłużenia jest wskaźnik zadłużenia długoterminowego:

$$WZdt = \frac{Kodt}{Aog}$$

gdzie:

*WZdt* – wskaźnik zadłużenia długoterminowego,

*Kodt* – kapitały obce (zadłużenie) długoterminowe.

Zadłużenie długoterminowe wykorzystywane jest zazwyczaj do finansowania przedsięwzięć inwestycyjnych. Cechą tej części pasywów jest to, że kapitały te finansują składniki majątkowe przez okres powyżej jednego roku. Dlatego tę część zadłużenia traktuje się jako stabilne źródła finansowania. Nie oznacza to jednak, że najkorzystniej byłoby wówczas, gdyby wartość wskaźnika zadłużenia długoterminowego nie odbiegała znacząco od wskaźnika zadłużenia ogółem. Wynika to z faktu, że część majątku (przede wszystkim majątku obrotowego) finansowana jest krótkoterminowymi zobowiązaniami, najczęściej o charakterze nieodsetkowym, zmniejszając w ten sposób koszt kapitału. Dlatego, wskaźnik zadłużenia długoterminowego pozwala jedynie na uściślenie informacji o zadłużeniu podmiotu, nie umożliwiając jednak pełnej jego oceny.

Innym wskaźnikiem struktury kapitału (zadłużenia) jest wskaźnik zadłużenia kapitału własnego:

$$D / Kw = \frac{Ko}{Kw}$$

gdzie:

*D/Kw* – wskaźnik zadłużenia kapitału własnego (relacja dług – kapitał własny),

*Kw* – kapitał własny.

Wyższa wartość wskaźnika jest równoznaczna z wyższym ryzykiem finansowym. Kapitały własne stanowią pewne zabezpieczenie dla wierzycieli spółki. Wysoka wartość tego wskaźnika jest sygnałem dla wierzycieli o wysokim ryzyku, co

---

<sup>159</sup> Por. M. Sierpińska, T. Jachna, *Ocena przedsiębiorstwa według standardów światowych*, PWN, Warszawa 1993, s. 89.

na ogół jest równoznaczne z ograniczeniem dostępności podmiotów do kolejnych kredytów. Wiele instytucji finansowych (banków) wyznacza dla klientów górną granicę zadłużenia długoterminowego na poziomie nie przewyższającym wartości kapitałów własnych. Oznacza to, że banki dobrze oceniają strukturę kapitałów w tych podmiotach, w których wartość omawianego wskaźnika nie przewyższa 1.

Jak wspomniano wcześniej, wskaźniki poziomu zadłużenia nie pozwalają na ocenę zdolności podmiotów gospodarczych do jego obsługi. Zadłużenie wiąże się bowiem z koniecznością zapłaty określonej ceny długu (odsetek) oraz zwrotu kapitałów w umówionym terminie. Źródłem pokrycia odsetek jest zysk ze sprzedaży, zaś źródłem spłaty pożyczonych kapitałów jest zysk po opodatkowaniu i amortyzacja.

Jednym ze wskaźników wykorzystywanym przy ocenie zdolności do obsługi zadłużenia jest wskaźnik pokrycia odsetek zyskiem. Określa się go według formuły.

$$WPOZ = \frac{Zs}{o}$$

gdzie:

$WPOZ$  – wskaźnik pokrycia odsetek zyskiem,

$Zs$  – zysk ze sprzedaży,

$o$  – odsetki i prowizje od kredytów i pożyczek.

Możliwości obsługi zadłużenia rosną w miarę wzrostu wartości wskaźnika. Przy wartości niższej od 1 zysk ze sprzedaży nie wystarcza na sfinansowanie odsetek. Zadłużenie staje się przyczyną strat. Przy wartości wskaźnika równej 1 lub niewiele wyższej istnieje zagrożenie stratą, w przypadku, gdy pojawią się niekorzystne zjawiska, np. spadek sprzedaży, spadek cen sprzedaży, wzrost cen zaopatrzeniowych itp. Dlatego banki dla swoich klientów określają minimalne poziomy tego wskaźnika. Są one na ogół zróżnicowane w poszczególnych bankach, jak i w odniesieniu do poszczególnych klientów.

Wskaźnik pokrycia odsetek zyskiem nie uwzględnia wszystkich wydatków związanych z zadłużeniem. Istotne znacznie ma wysokość rat kapitałowych. Nie stanowią one kosztów uzyskania przychodów, ale narażają przedsiębiorstwo na utratę płynności finansowej, gdyż zwiększają zapotrzebowanie na środki pieniężne. Dlatego ocenę zdolności przedsiębiorstwa do obsługi długu uzupełnia się o wskaźnik pokrycia obsługi długu:

$$WPOD = \frac{Zs}{(R + o)}$$

gdzie:

$WPOD$  – wskaźnik pokrycia obsługi długu,

$R$  – raty kapitałowe.

Wartość wskaźnika na poziomie 1 oznacza, że zysk netto w pełni pokrywa raty kapitałowe i odsetki. Wartość niższa od 1 świadczy o niewystarczającym poziomie zysku netto do sfinansowania w danym okresie koniecznej spłaty kapitałów obcych i związanych z nimi kosztów. W takim przypadku spółka musi zaangażować dodatkowe środki pochodzące z amortyzacji. Amortyzacja w okresie naliczania, jest kosztem bezwydatkowym. Stanowi nieopodatkowaną część przychodów i może być wykorzystywana do finansowania wydatków bieżących. Dlatego, pełniejszy obraz zdolności spółki do obsługi długu otrzymuje się przy uwzględnieniu w powyższym wskaźniku oprócz zysku również amortyzacji.

$$WPOD' = \frac{Zs + A}{(R + o)}$$

gdzie:

$A$  – amortyzacja.

Tak skonstruowany wskaźnik uważany jest za najlepszą miarę zdolności podmiotu do obsługi zadłużenia. Za optymalną jego wartość przyjmuje się poziom 1,5<sup>160</sup>. Przedsiębiorstwa, dla których wskaźnik przyjmuje wartości niższe, narażone są na wystąpienie napięć płatniczych (trudności z terminową realizacją zobowiązań z tytułu obsługi długu).

Trzeba jednak podkreślić, że możliwości płatnicze zależą nie tylko od wartości  $WPOD'$ , lecz również od struktury majątku obrotowego oraz harmonogramu spływu należności i płatności związanych ze zobowiązaniami. Okazuje się, że w wielu przypadkach, mimo wysokiego udziału zadłużenia, zdolność płatnicza podmiotu jest zachowana dzięki odpowiednim relacjom między aktywami obrotowymi i kapitałami zmiennymi.

Poziom ryzyka finansowego może być szacowany również na podstawie analizy struktury majątkowo-kapitałowej. Do najczęściej spotykanych wskaźników, służących do określania poziomu bezpieczeństwa finansowego przedsiębiorstwa należą wskaźniki:

1. złotej reguły bilansowej,
2. złotej reguły finansowej,
3. sfinansowania majątku obrotowego kapitałem pracującym,
4. sfinansowania majątku obrotowego kapitałami zmiennymi,
5. ogólnej sytuacji finansowej.

Wskaźnik złotej reguły bilansowej jest określany według formuły:

$$WZRB = \frac{\text{Kapitał własny}}{\text{Aktywa trwałe}}$$

---

<sup>160</sup> Por. W. Dębski, *Teoretyczne i praktyczne aspekty zarządzania finansami przedsiębiorstwa*, PWN, Warszawa 2005, s. 85

Złota reguła bilansowa zachowana jest wówczas, kiedy całość aktywów trwałych finansowana jest kapitałem własnym, tzn. kiedy WZRF jest co najmniej równy 1. Według konserwatywnych założeń, dotyczących kształtowania struktury majątkowo-kapitałowej, spełnienie tej reguły jest podstawową wysoką poziomą bezpieczeństwa finansowego podmiotów gospodarczych. Warto jednak zwrócić uwagę, że finansowanie majątku trwałego wyłącznie środkami własnymi, może wskazywać na awersję zarządu do podejmowania jakichkolwiek działań inwestycyjnych. Owszem, w praktyce można spotkać jednostki, które są w stanie sfinansować całość niezbędnych nakładów ze środków własnych. Jednak są to zazwyczaj podmioty działające w warunkach monopolu bądź oligopolu.

W warunkach wysokiej konkurencji sytuacja taka jest występuje rzadko, zwłaszcza w przypadku małych i średnich podmiotów. Tam zazwyczaj, prędzej czy później, pojawia się dylemat związany z wykorzystaniem kapitałów obcych do sfinansowania koniecznych inwestycji w majątek trwały. Rozstrzygnięcie tego dylematu wymaga zwrócenia uwagi na konieczność zachowania właściwych relacji między ekonomicznym okresem użyteczności aktywów a długością okresu kredytowania inwestycji. O tym czy relacje te są ukształtowane poprawnie informuje wskaźnik złotej reguły finansowej. Wyraża on relacje między kapitałami stałymi (sumą kapitałów własnych i długoterminowych zobowiązań) a aktywami trwałymi i określany jest następującą formułą:

$$WZRF = \frac{\text{Kapitały stałe}}{\text{Aktywa trwałe}}$$

Złota reguła finansowa zachowana jest wtedy, kiedy całość aktywów trwałych finansowana jest kapitałami stałymi. Wskaźnik złotej reguły finansowej będzie wówczas przyjmował wartość przynajmniej równą 1. W warunkach współczesnej gospodarki zachowanie złotej reguły finansowej jest ważniejsze od złotej reguły bilansowej. Chcąc zachować tę ostatnią, wiele podmiotów musiałoby opóźnić realizację inwestycji, zabiegając najpierw o zgromadzenie niezbędnych środków własnych, bądź to w drodze zatrzymania zysku netto, bądź też dodatkowej emisji akcji (udziałów). Mogłoby to wpłynąć negatywnie na ich konkurencyjność i pozycję rynkową. Dlatego polityka finansowa podmiotów gospodarczych powinna być oparta na dążeniu do zachowania złotej reguły finansowej, a nie złotej reguły bilansowej. W przypadku podmiotów leczniczych zachowanie nawet złotej reguły finansowej jest rzadkim zjawiskiem. Dzieje się tak dlatego, że wiele szpitali odznacza się ujemną wartością kapitału własnego. W związku z tym, wiele szpitali nie jest w stanie sfinansować aktywów trwałych stabilnymi źródłami – ujemna wartość księgowa uniemożliwia, bądź wyraźnie ogranicza, możliwość pozyskania źródeł zewnętrznych na korzystnych warunkach. Tego typu podmioty mają także problemy z bezpiecznym (tj. przynajmniej częściowo kapitałem pracującym) finansowaniem majątku obrotowego.

Wskaźnik sfinansowania majątku obrotowego kapitałem pracującym informuje o tym, w jakim stopniu majątek obrotowy sfinansowany jest stabilnymi kapitałami. Określa się go według formuły.

$$WSKP = \frac{\text{Kapitał pracujący}}{\text{Aktywa obrotowe}}$$

Nieujemna wartość wskaźnika informuje o zachowaniu poprawnych relacji między strukturą majątku a strukturą kapitałów. Minimalna wartość tego wskaźnika nie powinna być w zasadzie niższa od 0. Wartość niższa może wskazywać na wkroczenie przedsiębiorstwa na niebezpieczną ścieżkę rozwoju, która wyraża się w zaangażowaniu krótkoterminowych kapitałów obcych do finansowania inwestycji. W takiej sytuacji złamana jest złota reguła finansowa i zostaje zagrożona płynność finansowa, która może być łatwo utracona w przypadku, gdyby bank odmówił udzielenia kolejnych kredytów krótkoterminowych. W miarę wzrostu wartości omawianego wskaźnika (powyżej 0) wzrasta poziom bezpieczeństwa finansowego spółki. Nie oznacza to jednak, że każdy podmiot powinien mieć dodatni kapitał pracujący (nadwyżkę kapitałów stałych nad majątkiem trwałym). W praktyce gospodarczej zdarzają się firmy, które całość aktywów obrotowych finansują kapitałami zmiennymi i nie mają problemów z terminowym regulowaniem zobowiązań. Istotne znaczenie ma tutaj rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej, relacje z dostawcami i odbiorcami itp.

W większości przedsiębiorstw (poza szpitalami, gdzie do finansowania aktywów obrotowych wykorzystywane są w większości lub całości kapitały zmienne) majątek obrotowy finansowany jest po części kapitałami stałymi, a po części kapitałami zmiennymi. Dlatego, uzupełnieniem wskaźnika sfinansowania majątku obrotowego kapitałem pracującym jest wskaźnik sfinansowania aktywów obrotowych kapitałami zmiennymi (WSCZ). Wartość tego wskaźnika określa się według formuły.

$$WSKZ = \frac{\text{Kapitały zmienne}}{\text{Aktywa obrotowe}}$$

Wskaźnik ten bezpośrednio koresponduje ze wskaźnikiem złotej reguły finansowej. Im wyższa jest nadwyżka kapitałów stałych nad wartością aktywów trwałych, tym mniej kapitału zmiennego zaangażowanego jest w finansowanie majątku obrotowego.

Podsumowaniem analizy struktury majątkowo-kapitałowej jest wskaźnik ogólnej sytuacji finansowej. Jest on ilorazem poprzednich dwóch wskaźników.

$$WOSF = \frac{WZRF}{WSKZ}$$

Oceniając tę strukturę z punktu widzenia ryzyka finansowego zauważa się, że minimalny poziom bezpieczeństwa finansowego podmiotu jest zachowany, jeżeli wskaźnik ten przyjmuje wartości nie niższe od 1 (100%). W miarę wzrostu wartości WOSF wzrasta bezpieczeństwo finansowe jednostki gospodarczej. Przy wartości niższej od 1 rośnie prawdopodobieństwo kłopotów płatniczych. Nie jest również zachowana złota reguła finansowa. Sytuacja taka wprawdzie nie oznacza utraty płynności finansowej, świadczy jednak o stosowaniu przez podmiot niebezpiecznej strategii finansowej.

#### 4.5. Ocena płynności finansowej

Płynność finansowa definiowana jest jako zdolność podmiotu gospodarującego do terminowego regulowania zobowiązań krótkoterminowych. Oceny płynności finansowej najczęściej dokonuje się za pomocą wskaźników statycznych, ustalanych na podstawie danych bilansowych. Do tej grupy zalicza się wskaźniki: bieżącej, szybkiej i błyskawicznej płynności.

Wskaźnik bieżącej płynności określa się według formuły:

$$CR = \frac{AO}{ZB_{kt}}$$

gdzie:

$CR$  – wskaźnik bieżącej płynności (*Current Ratio*),

$AO$  – aktywa obrotowe,

$ZB_{kt}$  – zobowiązania krótkoterminowe.

Zgodnie z tradycyjnym podejściem do zarządzania kapitałem obrotowym, przyjmuje się, że zdolność do terminowego regulowania zobowiązań jest zachowana, jeżeli wartość wskaźnika jest co najmniej równa 1 (100%). Z uwagi na to, iż część aktywów obrotowych mogą stanowić składniki majątkowe o ograniczonym stopniu płynności, na ogół zakłada się, że w celu zachowania płynności finansowej minimalna wartość tego wskaźnika powinna kształtować się na poziomie od 1,2 do 1,5<sup>161</sup> w zależności od rodzaju działalności.

Rodzaj działalności gospodarczej w dużym stopniu determinuje strukturę majątku obrotowego. W skład majątku obrotowego podmiotów zajmujących się handlem hurtowym (np. hurtownie produktów farmaceutycznych) wchodzi na ogół zapasy leków, należności od odbiorców i środki pieniężne, przy czym dominującą pozycję mogą mieć zapasy leków. W podmiotach zajmujących się handlem

---

<sup>161</sup> Warto zauważyć, że w przypadku niższej wartości wskaźnika może zostać zachowana płynność finansowa, jeżeli terminarz spłaty zobowiązań i terminarz spływu należności będą ze sobą odpowiednio skoordynowane.

detalicznym (apteki), w strukturze majątku obrotowego większy udział mają należności (z tytułu sprzedaży leków refundowanych przez NFZ) i środki pieniężne. W podmiotach świadczących usługi lecznicze, w aktywach obrotowych dominującą pozycję mają należności od ubezpieczycieli (głównie NFZ). Najmniej płynnym aktywem obrotowym są zapasy, dlatego te podmioty, w których ich poziom jest wysoki powinny wykazywać wyższą wartość wskaźnika płynności bieżącej.

W dobrze zarządzanych szpitalach wartość wskaźnika bieżącej płynności powinna oscylować wokół 1,2. Wartości w okolicach 1, tj. np. od 0,8 do 1,2 wskazują na korzystne, aczkolwiek niedoskonałe podejście do zarządzania płynnością finansową. Szpitale, w których wskaźnik ten osiąga poziom poniżej 0,8 można uznać za borykające się z terminowym regulowaniem zadłużenia.

Wskaźnik bieżącej płynności znacząco przekraczający poziom 1,5 (150%), często świadczy o nadmiernym zaangażowaniu kapitału w majątku obrotowym. Taka sytuacja prowadzi do nadmiernego zamrożenia kapitału, które niekorzystnie wpływa na wyniki ekonomiczne podmiotu. W oparciu o wieloletnie doświadczenia przyjmuje się, że wartość wskaźnika bieżącej płynności nie powinna przekraczać poziomu 2–2,5<sup>162</sup>.

W celu zbadania, czy podmiot byłby w stanie uregulować zobowiązania w przypadku ich szybkiej wymagalności, konieczne jest oszacowanie wskaźnika szybkiej płynności. Podstawowym założeniem przy jego tworzeniu jest uwzględnienie wyłącznie tych składników majątku obrotowego, które charakteryzują się wysokim stopniem płynności. Wartość tego wskaźnika liczy się według formuły:

$$QR = \frac{AO_p}{ZB_{kt}}$$

gdzie:

QR – wskaźnik szybkiej płynności (*Quick Ratio*),  
AO<sub>p</sub> – aktywa obrotowe o wysokim stopniu płynności.

Przy wyliczaniu wskaźnika QR, najczęściej wykorzystywanego w praktyce do oceny szybkiej płynności, w liczniku uwzględnia się inwestycje krótkoterminowe oraz należności:

$$QR = \frac{I_{kt} + N_{kt}}{ZB_{kt}}$$

gdzie:

I<sub>kt</sub> – inwestycje krótkoterminowe,  
N<sub>kt</sub> – należności krótkoterminowe.

---

<sup>162</sup> Trzeba jednak podkreślić, że może się zdarzyć, że nawet przy wysokiej wartości wskaźnika spółka może mieć kłopoty płatnicze, jeżeli znaczącą część majątku obrotowego stanowiłyby trudno zbywalne zapasy lub trudno ściągalne należności.

Przy kalkulacji tego wskaźnika pomija się zapasy przyjmując założenie, że są to aktywa obrotowe o niskim stopniu płynności. Trzeba jednak zauważyć, że w przypadku wielu podmiotów szybkie upłynnienie zapasów (zużycie, sprzedaż) może nie stanowić żadnego problemu. W takiej sytuacji wartość tego wskaźnika byłaby zaniżona.

Ostatnim wskaźnikiem płynności jest wskaźnik płynności błyskawicznej (*IR*), zwany wskaźnikiem natychmiastowej wypłacalności czy też wskaźnikiem płynności gotówkowej. Przy jego kalkulacji w liczniku uwzględnia się najbardziej płynne aktywa, czyli środki pieniężne i krótkoterminowe papiery wartościowe:

$$IR = \frac{I_{kt}}{ZB_{kt}}$$

gdzie:

*IR* – wskaźnik błyskawicznej (natychmiastowej) płynności (*Immediate Ratio*),

Wskaźnik płynności gotówkowej powinien przyjmować wartości od 0,1 do 0,2<sup>163</sup>. Należy jednak zwrócić uwagę, że zobowiązania krótkoterminowe zazwyczaj charakteryzują się różnymi terminami płatności. Dlatego, dla potrzeb zarządzania strukturą zadłużenia, przy wyliczaniu tego wskaźnika powinno uwzględniać się wyłącznie tę część zobowiązań, która ma charakter natychmiast wymagalny. Gdyby tak oszacowany wskaźnik płynności gotówkowej wynosił 1 (100%), oznaczałoby to zdolność przedsiębiorstwa do pokrycia całości zobowiązań natychmiast wymagalnych z najbardziej płynnych aktywów.

Należy również podkreślić, że jeżeli podmiot prowadzi bieżący monitoring rozliczeń z kontrahentami, przy wyliczaniu wskaźników szybkiej płynności należy uwzględnić wyłącznie tę część należności, która ma charakter łatwo ściągalny i tylko tych, których cykl rotacji jest stosunkowo krótki. Pozwala to na uwiarygodnienie możliwości szybkiego uregulowania zobowiązań w procesie ewentualnego upłynnienia wierzytelności. Wskaźnik płynności obejmujący wszystkie płynne aktywa obrotowe powinien przyjmować wartości zbliżone lub przekraczające poziom 1 (100%).

Wymienione wskaźniki należą do grupy tzw. statycznych wskaźników oceny płynności finansowej. Są one oparte na danych bilansowych, które odzwierciedlają stan majątku obrotowego na ściśle określony moment. Szacując wartości wyżej omówionych wskaźników, nie uwzględnia się strumieni pieniężnych generowanych przez przedsiębiorstwo, dzięki którym spłata zadłużenia staje się możliwa.

---

<sup>163</sup> Por. W. Dębski, *Teoretyczne...op. cit.*, s. 81



W celu pełniejszej oceny płynności finansowej wykorzystuje się tzw. dynamiczne wskaźniki płynności finansowej, które oparte są na przepływach pieniężnych. Wskaźniki te dzieli się na dwie grupy: wskaźniki wydajności gotówkowej i wskaźniki wystarczalności gotówkowej. Wskaźniki te oparte są na strumieniach pieniężnych wygenerowanych z działalności podstawowej (*cash flow netto z działalności operacyjnej*).

Wskaźniki wydajności gotówkowej są relacją przepływów z działalności operacyjnej ( $CF_{DO}$ ) w badanym okresie do przychodów ze sprzedaży netto lub do zysku netto lub do średniej wartości aktywów w tym samym okresie. Informują one o tym, ile środków pieniężnych uzyskano z jednej złotówki przychodów, zysków lub aktywów. Im wyższa jest wartość wymienionych wskaźników, tym lepiej może być oceniona gospodarka finansowa ocenianego podmiotu. Spadająca wartość tych wskaźników może świadczyć o wzroście zagrożenia dla płynności finansowej jednostki gospodarczej.

Wskaźniki wystarczalności gotówkowej są relacją przepływów z działalności operacyjnej w badanym okresie do zobowiązań, do zobowiązań krótkoterminowych, wydatków inwestycyjnych (przyrost aktywów) lub kwoty obsługi zobowiązań kredytowych (sumy rat kredytowych i należnych odsetek od kredytów i pożyczek) dotyczących tego samego okresu. Informują one o zdolności podmiotu do pokrycia wydatków danego okresu wygospodarowanymi samodzielnie środkami pieniężnymi. Wysoka wartość wskaźników świadczy o wysokiej zdolności jednostki gospodarczej do pokrywania bieżących wydatków wpływami z tytułu prowadzonej działalności, a tym samym o dobrej kondycji finansowej.

#### 4.6. Ocena aktywności podmiotu leczniczego

Analiza aktywności gospodarczej, inaczej zwana analizą produktywności lub obrotowości, sprowadza się do określenia, w jaki sposób wykorzystywane są poszczególne składniki majątkowe przedsiębiorstwa. Dzięki analizie aktywności gospodarczej można również uzyskać informację na temat sposobu organizacji gospodarki zapasami oraz siły przetargowej spółki w relacjach z kontrahentami. Na ogół, ocena aktywności sprowadza się do wyliczenia i właściwego zinterpretowania dwóch grup wskaźników:

- 1) obrotowości.
- 2) rotacji (cykli rotacyjnych).

Wskaźniki obrotowości liczone są zazwyczaj jako relacja wartości sprzedaży (ew. kosztów) do średniego stanu składnika bilansowego. Wysokie wartości wskaźników obrotowości świadczą o intensywnym wykorzystaniu posiadanych zasobów. W miarę wzrostu wartości wskaźników obrotowości spada zapotrzebowanie na kapitał. Tę samą wielkość sprzedaży można uzyskać przy mniejszym zaangażowaniu kapitałów.

Do najczęściej stosowanych wskaźników z tej grupy zalicza się wskaźniki obrotowości aktywów ogółem, aktywów trwałych, zapasów, należności i zobowiązań.

Wskaźnik obrotowości aktywów ogółem można określić następująco:

$$O_{A_o} = \frac{P_{sn}}{Ao_{sr}}$$

gdzie:

$P_{sn}$  – przychody netto ze sprzedaży<sup>164</sup>,  
 $Ao_{sr}$  – średni stan aktywów ogółem.

Uznaje się, że majątek spółki jest wykorzystywany właściwie, jeżeli wskaźnik ten osiąga wartość powyżej jedności. Jednakże warto zauważyć, że otrzymanych wartości wskaźników obrotowości nie można oceniać jedynie na podstawie wyników jednego okresu. Analiza aktywności wymaga uwzględnienia zmian, jakie zachodziły w kilku ostatnich okresach sprawozdawczych. Ponadto, ocena poziomu aktywności gospodarczej spółki wymaga uwzględniania wartości tych wskaźników w spółkach prowadzących podobną działalność gospodarczą oraz wartości średniobranżowych.

Szczegółowa analiza aktywności gospodarczej spółki wymaga obrotowości kapitału finansującego poszczególne wskaźniki majątkowe. Dlatego, oprócz wskaźników produktywności aktywów ogółem analizuje się produktywność aktywów trwałych, obrotowych, zapasów itp.:

$$O_{AT} = \frac{P_{sn}}{AT_{sr}}$$

gdzie:

$AT_{sr}$  – średni stan aktywów trwałych, obrotowych lub innych składników majątkowych.

Wartość tych wskaźników jest zróżnicowana ze względu na charakter prowadzonej działalności. Ocena wartości tych wskaźników wymaga uwzględnienia ich dynamiki. Ich wzrost w stosunku do poprzednich okresów świadczy o poprawie wykorzystania posiadanych zasobów majątkowych.

W praktyce, bardziej szczegółową analizę aktywności gospodarczej przeprowadza się w odniesieniu do majątku obrotowego. Dla każdego elementu tego majątku oblicza się odrębny wskaźnik posługując się poprzednim wzorem z tą różnicą, że w mianowniku uwzględnia się za każdym razem średnią wartość innego składnika majątku obrotowego.

---

<sup>164</sup> W przypadku, gdy udział pozostałych przychodów operacyjnych i/oraz przychodów finansowych w przychodach ogółem jest wyraźny, przy kalkulacji wskaźników obrotowości można uwzględnić całość osiągniętych przez spółkę przychodów.

Szybkość krążenia kapitałów zależy od okresu zamrożenia ich w określonej postaci majątku. O długości tego okresu informują wskaźniki cykli rotacyjnych aktywów obrotowych. Określa się je jako relację liczby dni w okresie (kwartale, roku) do wskaźnika obrotowości.

Do najczęściej uwzględnianych w analizach wskaźników rotacji należy cykl rotacji zapasów, należności i zobowiązań. Można je obliczyć w dwojaki sposób:

$$R_{MO} = \frac{T}{O_{MO}} \quad \text{lub} \quad \frac{MO_{sr} \cdot T}{P}$$

gdzie:

- $R_{MO}$  – cykl rotacji danego składnika majątku obrotowego w dniach,
- $O_{MO}$  – wskaźnik obrotowości danego składnika majątku obrotowego,
- $T$  – liczba dni w okresie,
- $MO_{sr}$  – średni stan danego składnika majątku obrotowego,
- $P$  – przychody ze sprzedaży netto.

Krótkie cykle rotacyjne zapasów świadczą o intensywnej gospodarce tą częścią majątku obrotowego. Są one zazwyczaj rezultatem niskiego poziomu zapasów, częstego ich odnawiania, krótkich okresów oczekiwania na zapłatę za wykonane usługi. Taka sytuacja sprzyja minimalizacji kosztów zarządzania majątkiem obrotowym.

Podmioty lecznicze zazwyczaj korzystają z odroczonego terminu płatności za nabywane na bieżąco składniki majątkowe (leki, środki higieny, sprzęt jednorazowego użytku itp.), korzystając z kredytu kupieckiego udzielanego im przez dostawców.

Długi cykl rotacyjny zobowiązań może oznaczać problemy podmiotów leczniczych z terminowym wywiązywaniem się z podejmowanych zobowiązań. Dlatego, analizując cykle rotacyjne zobowiązań, zwraca się uwagę na to, czy w pasywach spółki nie występują zobowiązania przeterminowane.

Przy analizowaniu cykli rotacyjnych niezwykle ważne wydaje się porównanie cyklu rotacyjnego należności i zobowiązań. Dzięki temu możliwe staje się określenie, w jakim stopniu spółka jest kredytodawcą, a w jakim kredytobiorcą.

Suma długości cykli rotacyjnych zapasów i należności określana jest mianem cyklu operacyjnego. Cykl ten obejmuje okres, jaki upływa od momentu zakupu materiałów i/lub towarów do momentu odzyskania pieniędzy za sprzedane produkty i/lub towary. Cykl ten jest zatem równy średniemu okresowi zamrożenia kapitału w majątku obrotowym.

Część tego okresu pokrywa się z okresem korzystania przez spółkę z kredytu kupieckiego dostawców. Dlatego, oprócz cykli operacyjnych istotne znacznie dla zarządzania majątkiem obrotowym ma cykl konwersji gotówki. Jest on równy

liczbie dni jakie upływają od momentu dokonania przez spółkę zapłaty za materiały i/lub towary do momentu odzyskania pieniędzy za sprzedane produkty, usługi. Cykl ten jest zatem krótszy od cyklu operacyjnego o okres oczekiwania dostawców na zapłatę za dostarczone do podmiotu leczniczego towary i materiały. Cykl konwersji gotówki jest różnicą między długością cyklu operacyjnego a cyklem rotacji zobowiązań bieżących. Cykl konwersji gotówki określa okres, podczas którego działalność spółki musi być sfinansowana kapitałami własnymi lub kredytami (pożyczkami). Cykl konwersji gotówki może przyjmować wartości ujemne, co jest charakterystyczne dla podmiotów o szczególnie długim okresie korzystania z kredytu kupieckiego i wysokim udziale sprzedaży gotówkowej (np. spółki handlu detalicznego).

#### 4.7. Ocena rentowności podmiotów leczniczych

Podstawą oceny rentowności działalności gospodarczej jest wynik finansowy, który może być dodatni (zysk), ujemny (strata) lub zerowy. Ten ostatni poziom (zerowy wynik finansowy) w przypadku publicznych podmiotów leczniczych jest traktowany na równi z wynikiem dodatnim. Podmioty te należą do grupy jednostek użyteczności publicznej funkcjonujących na zasadach *non profit*. Ich zadaniem jest realizacja świadczeń zdrowotnych bezwynikowo. Oznacza to, że od tych podmiotów oczekuje się, aby koszty zrealizowanych usług nie były wyższe od przychodów z tytułu ich sprzedaży dla NFZ lub innych ubezpieczycieli.

Wynik finansowy (wszystkie jego kategorie) stanowi podstawę oceny rentowności jednostki gospodarującej. Przedmiotem oceny podmiotu leczniczego mogą być świadczone usługi (ich sprzedaż), posiadane zasoby oraz kapitały (fundusze) własne.

Wskaźniki rentowności sprzedaży usług można szacować przy wykorzystaniu dowolnej kategorii wyniku finansowego. Wskaźniki rentowności (marże zysku) obrotu są relacją odpowiedniej kategorii wyniku finansowego do przychodów ze sprzedaży. Informują one o tym, ile groszy zysku określonej kategorii uzyskano, w danym okresie sprawozdawczym, z jednego złotego przychodów.

$$MZ = \frac{Z}{P_{sn}}$$

gdzie:

$Z$  – zysk (brutto ze sprzedaży, ze sprzedaży, z działalności operacyjnej, brutto lub netto),

$P_{sn}$  – przychody ze sprzedaży netto.

Oplącalność sprzedaży usług wzrasta wraz ze wzrostem wartości wskaźnika. W przypadku, gdy do oceny rentowności obrotu wykorzystujemy wynik finansowy na działalności operacyjnej, przychody ze sprzedaży powiększa się o przychody z pozostałej działalności operacyjnej.

Wskaźniki rentowności obrotu oparte na wyniku brutto lub netto informują o oplącalności całej działalności jaką prowadził podmiot w okresie sprawozdawczym. W praktyce mogą wystąpić sytuacje, kiedy przy dodatnim wyniku na sprzedaży będzie ujemny wynik brutto. Mogą być one rezultatem wysokich kosztów obsługi kapitałów obcych lub też, na przykład, sprzedaży aktywów poniżej ich wartości księgowej. Mogą zdarzyć się również sytuacje odmiennie. Przy stracie na sprzedaży podmiot może osiągnąć wysoki dodatni wynik na działalności operacyjnej lub wynik brutto i netto. Takie sytuacje wymagają zbadania przyczyn powstałych rozbieżności. Pozostała działalność operacyjna, jak również działalność finansowa w podmiotach leczniczych, mają charakter uzupełniający. Zdarzenia, które przyczyniają się do powstania przychodów i kosztów tych działalności często występują okazjonalnie. Dlatego dla oceny rentowności najważniejsze znaczenie ma rentowność sprzedaży. Jest bowiem informacją o oplącalności działalności podstawowej podmiotu, do prowadzenia której został on powołany i dzięki której trwa i się rozwija.

Wynik finansowy jest podstawą oceny efektywności kapitałów zaangażowanych w finansowanie działalności podmiotów gospodarujących. Wskaźniki tej oplącalności (rentowności) często nazywa się stopą zwrotu z kapitału. Do oceny wysokości tej stopy wykorzystuje się na ogół trzy wskaźniki [rentowność kapitałów własnych (*ROE*), rentowność kapitałów ogółem (*ROA*) oraz efekt dźwigni finansowej (*EDF*)].

Stopę zwrotu z kapitałów własnych określa się według formuły.

$$ROE = \frac{Zn}{Kw_{\text{sr}}}$$

gdzie:

*Zn* – zysk netto

*Kw<sub>sr</sub>* – średni stan kapitału własnego.

Wysoka wartość *ROE* świadczy o wysokiej stopie zwrotu z zaangażowanego kapitału właścicielskiego. Należy jednak zwrócić uwagę, że przy interpretacji tego wskaźnika konieczne jest uwzględnienie wysokości oczekiwanej stopy zwrotu z kapitału własnego. W przypadku publicznych podmiotów leczniczych oczekiwana stopa zwrotu z tych kapitałów kształtuje się na poziomie nie niższym od zera.

Większość jednostek gospodarczych, nie tylko podmiotów leczniczych, wspomagają się kapitałami obcymi. Kapitały obce o charakterze odsetkowym, pomimo konieczności systematycznej ich spłaty mogą korzystnie oddziaływać

na rentowność kapitału własnego. Taka sytuacja ma miejsce w przypadku, gdy możliwe korzyści z tytułu zaangażowania kapitałów obcych przewyższą koszty ich obsługi (odsetki). Odsetki, przez to, że zaliczane są do kosztów uzyskania przychodów, zmniejszają podstawę opodatkowania podatkiem dochodowym. Tworzą one w ten sposób tzw. tarczę (osłonę) podatkową, która sprawia, że wydatki z tytułu płatności podatkowych są niższe o stopę podatku dochodowego. Dlatego, przy szacowaniu stopy zwrotu z aktywów ogółem (kapitałów ogółem) uwzględnia się skutki tarczy podatkowej. Wskaźnik rentowności kapitału ogółem wylicza się korygując zysk netto o odsetki od kredytów i pożyczek oraz przeterminowanych zobowiązań, pomniejszone o stawkę podatku dochodowego.

$$ROA = \frac{Zn + o \times (1 - T)}{Ao_{sr}}$$

gdzie:

- $o$  – odsetki od kredytów i pożyczek oraz przeterminowanych zobowiązań,
- $T$  – stopa podatku dochodowego,
- $Ao_{sr}$  – średni stan aktywów (kapitału) ogółem.

Porównanie wartości wskaźników ROE i ROA pozwala na ocenę opłacalności zadłużenia każdego podmiotu. Informuje o tym efekt dźwigni finansowej, który jest różnicą między ROE i ROA.

$$EDF = ROE - ROA$$

Effekt dźwigni finansowej informuje, o ile punktów procentowych zmieniła się rentowność kapitału własnego na skutek zaangażowania kapitałów obcych. Dodatni efekt dźwigni finansowej świadczy o korzystnym wpływie zadłużenia na rentowność kapitałów własnych i informuje o tym, o ile punktów procentowych wzrosła rentowność kapitałów własnych na skutek zadłużenia. Ujemny efekt jest natomiast charakterystyczny dla spółek, które nie potrafią efektywnie wykorzystywać zewnętrznych źródeł finansowania działalności. Takie podmioty powinny ograniczać zadłużenie lub też poszukiwać korzystniejszych sposobów zaangażowania kapitałów, którymi dysponują.

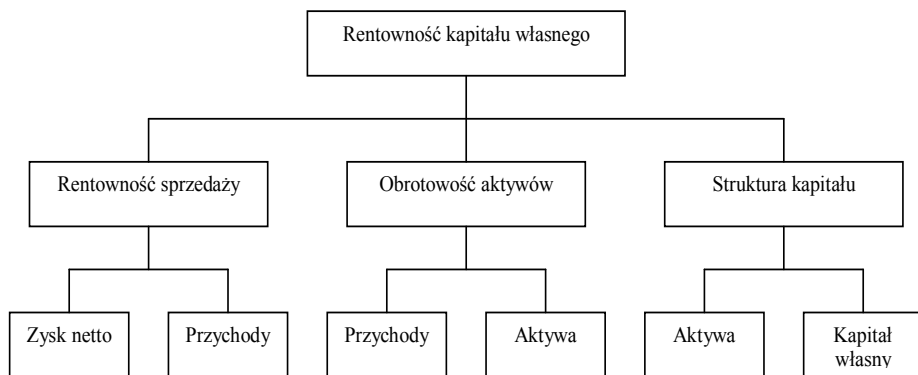
Effekt dźwigni finansowej jest wyjątkowo użytecznym miernikiem, ponieważ umożliwia relatywnie szybką i nieskomplikowaną analizę opłacalności wykorzystania kapitałów obcych. Jest to o tyle istotne, że mimo systematycznego upowszechniania wiedzy z zakresu źródeł finansowania, wielu menedżerów w dalszym ciągu postrzega kapitały obce jako wyłącznie czynnik ryzyka nie uświadamiając sobie potencjału, jaki wypływa z właściwego ich wykorzystania w organizacji. Obawa ta może także być efektem zbyt małej wiedzy na temat możliwości dywersyfikacji struktury kapitałów dłużnych, a co za tym idzie, także dywersyfikacji

ryzyka finansowego. Jak zauważa J. Grzywacz, „znaczna część różnorodnych teorii inspirowanych wynikami badań empirycznych potwierdza, że dobór przez przedsiębiorstwo źródeł finansowania ma kluczowe wręcz znaczenie dla jego rozwoju, z jednoczesnym zachowaniem bezpieczeństwa finansowego<sup>165</sup>.

Powszechnie kapitały obce odsetkowe utożsamia się z inwestycyjnymi i obrotowymi kredytami bankowymi, które są głównymi źródłami finansowania przedsiębiorstw w Polsce. Warto jednak zwrócić uwagę na rosnącą rolę dłużnych papierów korporacyjnych, a w szczególności obligacji, których znaczenie, dzięki m.in. rozwojowi rynku Catalyst, na przestrzeni ostatnich lat wyraźnie wzrosło<sup>166</sup>.

Upowszechnianie różnorodnych form finansowania dłużnego i hybrydowego oraz nowe, niekonwencjonalne metody pozyskiwania kapitału własnego przez podmioty gospodarcze (np. private equity, anioły biznesu, crowdfunding itd.) pozwala przypuszczać, że w warunkach rosnących stóp procentowych szpitale będą zmuszone do reorientacji kapitałowej z kredytów bankowych na inne, mniej uzależnione od stawki WIBOR źródła finansowania, które pozwolą zmniejszyć deficytowość prowadzonej działalności, a w perspektywie kilku lat umożliwią osiągnięcie dodatniej stopy zwrotu z zaangażowanego kapitału.

Rentowność kapitałów własnych nie zależy jednak wyłącznie od struktury kapitału. Jest ona w ujęciu bezpośrednim wypadkową 3 czynników: rentowności sprzedaży, szybkości krążenia kapitałów oraz poziomu zadłużenia i ceny długu (struktury kapitałów). Ich wpływ na stopę zwrotu z kapitałów własnych zilustrowano przy pomocy modelu Du Pointa (rys. 4.2).



Rys. 4.2. Piramida Du Pointa

Źródło: opracowanie własne

<sup>165</sup> J. Grzywacz, *Źródła i struktura kapitału w przedsiębiorstwie – iluzja a rzeczywistość*, NE, Tom 33/2021, s. 6.

<sup>166</sup> J. Grzywacz, K. Gemra, *Obligacje jako instrument finansowania przedsiębiorstw – stan obecny, i perspektywy rozwoju*, s. 131: [https://ssl-kolegia.sgh.waw.pl/pl/KZiF/struktura/IF/konferencje/Documents/J\\_Grzywacz\\_K\\_Gemra.pdf](https://ssl-kolegia.sgh.waw.pl/pl/KZiF/struktura/IF/konferencje/Documents/J_Grzywacz_K_Gemra.pdf) (dostęp z 15.07.2022 r.).

Zależność między wymienionymi wyżej czynnikami a rentownością kapitałów własnych można opisać wzorem.

$$ROE = RO_{Zn} \cdot O_{Ao} \cdot SC = \frac{Zn}{Po} \cdot \frac{Po}{Ao_{sr}} \cdot \frac{Ao_{sr}}{Kwł_{sr}}$$

Oznaczając wartość wskaźników dla okresu bieżącego indeksem „1”, a dla poprzedniego (porównywalnego) indeksem „0”, wpływ zmiany poszczególnych czynników na zmianę *ROE*, można oszacować w następujący sposób<sup>167</sup>:

- 1) Wpływ zmiany rentowności sprzedaży:

$$ROE_I = DRO_{Zn} \times O_{Ao0} \times SC_0$$

- 2) Wpływ zmiany obrotowości kapitału.

$$ROE_{II} = RO_{Zn1} \times DO_{Ao} \times SC_0$$

- 3) Wpływ zmiany struktury kapitału.

$$ROE_{III} = RO_{Zn1} \times O_{Ao1} \times DSC$$

Suma *ROE<sub>I</sub>*, *ROE<sub>II</sub>* i *ROE<sub>III</sub>* powinna być równa różnicy między rentownością kapitału własnego osiągniętą w roku bieżącym i bazowym.

$$ROE_I + ROE_{II} + ROE_{III} = ROE_1 - ROE_0 = \Delta ROE$$

Analiza czynników wpływających bezpośrednio na wartość *ROE* pozwala na ocenę, stosowanych przez podmiot metod wzrostu rentowności kapitału własnego oraz ustalenie przyczyn ewentualnego spadku stopy zwrotu z tego kapitału. Dla przykładu, zmniejszenie rentowności sprzedaży nie zawsze powoduje spadek *ROE*. Niekorzystny efekt obniżenia rentowności sprzedaży może być bowiem zrekomensowany wzrostem wielkości sprzedaży produktów po obniżonych cenach. Model Du Pointa jest użytecznym narzędziem analitycznym, służącym nie tylko do oceny bieżącej działalności, lecz również może być wykorzystany do budowy prognoz finansowych<sup>168</sup>.

Z modelu funkcjonowania publicznych podmiotów leczniczych wynika, że:

- a) Właściciele (państwo, samorządy) nie oczekują zysku z realizacji usług zdrowotnych. W tej sytuacji zadłużenie tych podmiotów może być przyczyną wystąpienia straty netto lub jej zwiększenia. Podmiot, który nie chciałby ponieść straty powinien unikać zadłużenia lub też jego poziom dostosowywać do możliwości wygenerowania zysku na sprzedaży usług zdrowotnych.

<sup>167</sup> Por. W. Janik, *Zarządzanie...* op. cit., s. 97.

<sup>168</sup> M. Krajewski, *Zarządzanie finansowe w przedsiębiorstwach*, ODDK, Gdańsk 2006, s. 95.



- b) Finansowanie działalności leczniczej tych podmiotów kapitałami obcymi powinno być ograniczane do niezbędnego minimum, tj. do nieoprocentowanych zobowiązań krótkoterminowych.
- c) W zarządzaniu tymi podmiotami istotnymi czynnikami efektywności ich funkcjonowania jest rentowność świadczonych usług medycznych oraz stopień wykorzystania posiadanego potencjału usługowego, od którego zależy szybkość krążenia kapitału finansującego działalność podmiotu.

## 5. Efektywność inwestycji w działalności leczniczej

### 5.1. Pojęcie i rodzaje inwestycji w działalności leczniczej

Inwestycje można zdefiniować jako nakłady z odroczonym w czasie efektem. W literaturze przedmiotu inwestycje definiowane są w różny sposób. Dość często stosowane określenia inwestycji zdeterminowane są przez cel i sposób inwestowania. Generalnie można wyróżnić dwa podstawowe ujęcia inwestycji.

- a) finansowe (monetarne), gdzie inwestycje rozpatrywane są z punktu widzenia ruchu pieniądza,
- b) rzeczowe, gdzie inwestycje postrzega się jako lokowanie środków finansowych w aktywach rzeczowych służących prowadzeniu działalności gospodarczej.

Zgodnie z pierwszym podejściem inwestycje definiowane są jako „wszelkie działania firmy, które związane są z bieżącymi wydatkami pieniężnymi na zwiększenie w przyszłości potencjału firmy i zapewniające w późniejszym czasie większe dochody lub relatywnie mniejsze wydatki na realizację jej celów działania”<sup>169</sup>. W tym podejściu mieści się również określenie inwestycji jako zamiany „bieżącego dochodu na dochód przyszły przy oczekiwaniu, że w przyszłości osiągnięty dochód będzie większy od wyłożonego pierwotnie..

Inwestycje dotyczyć więc mogą:

- a) nabycia różnych składników aktywów (np. zakupu aparatury diagnostycznej, budowy lub modernizacji powierzchni użytkowej itp.) stosownie do kierunków rozwoju podmiotów leczniczych,
- b) transferu różnych środków do innych podmiotów poprzez zakup emitowanych przez nie papierów wartościowych (akcji, obligacji), tworzenie lokat bankowych itp.

K. Znanińska rozróżnia:

- a) inwestycje rzeczowe, polegające na rozbudowie albo budowie nowych obiektów (budynków, obiektów inżynierskich), zakupie aparatury diagnostycznej itp.;
- b) inwestycje finansowe, inaczej kapitałowe, w postaci udziału w spółkach emisyjnych i nieemisyjnych, zakupu obligacji bądź deponowania czasowo wolnych środków w bankach w postaci lokat terminowych;
- c) inwestycje niematerialne, w których kapitał pieniężny przekształcany jest na wartości majątkowe na czas nieokreślony. Będą to inwestycje w zakresie badań (np. badania podstawowe), prace marketingowe podejmowane w dziedzinie rozwoju lub reklamy, których wyniki trudno ocenić”<sup>170</sup>.

---

<sup>169</sup> K. Dziworska, *Inwestycje przedsiębiorstw*. Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego. Gdańsk 1993.

<sup>170</sup> K. Znanińska, *Zarządzanie finansami przedsiębiorstw*. Wyd. Stowarzyszenia Księgowych w Polsce. Warszawa 1997, s. 57.

Z punktu widzenia celów realizowanych przedsięwzięć inwestycyjnych o charakterze rzeczowym podzielić je można na:

- 1) Inwestycje odtworzeniowe, których zadaniem jest wymiana dotychczas eksploatowanych środków trwałych (maszyn, urządzeń technicznych, budynków, budowli, środków transportowych itp.) na obiekty nowe. Przyczyną tych inwestycji jest na ogół proces utraty przez nie wartości użytkowej. Ich dalsza eksploatacja powoduje na ogół wysokie koszty zapewnienia gotowości produkcyjnej (koszty remontów), trudności z utrzymaniem wysokich parametrów użytkowych wytwarzanych produktów, wysokie koszty materiałowe lub robocizny (niska wydajność).
- 2) Inwestycje modernizacyjne, których celem jest unowocześnienie wyposażenia technicznego w celu stworzenia korzystnych warunków do obniżenia kosztów wytwarzania, stosowania nowoczesnych technologii lub odnowienia produkcji (np. wprowadzenia nowych wyrobów). Niejednokrotnie, motywem podejmowania inwestycji modernizacyjnych jest poprawa warunków pracy (wzrost bezpieczeństwa pracy), zadośćuczynienie wymaganiom ekologicznym, czy też poprawa warunków socjalnych. Często inwestycje modernizacyjne łączone są z inwestycjami odtworzeniowymi.
- 3) Inwestycje rozwojowe, mające na celu powiększenie potencjału gospodarczego przedsiębiorstwa poprzez zwiększenie zdolności produkcyjnych, rozwój sieci handlowej, zróżnicowanie kanałów dystrybucji itp. Inwestycje rozwojowe mogą mieć na celu również wywołanie (pobudzenie) dotychczas nieznanymi potrzeb.
- 4) Inwestycje strategiczne, motywowane głównie ochroną lub umocnieniem pozycji rynkowej. Mogą one mieć charakter defensywny (np. ochrona przed konkurencją lub niekorzystnymi warunkami narzucanymi przez dostawców) lub ofensywny (rozwój filii, fuzja z dotychczasowymi konkurentami, rozwój kooperacji itp.).

Przyczyny realizacji inwestycji rzeczowych są oczywiste. Majątek rzeczowy (środki trwałe) ulega stopniowemu zużyciu fizycznemu i starzeniu ekonomicznemu. Rozwój medycyny oraz konkurencja zmuszają podmioty lecznicze do ciągłego doskonalenia aparatury procesów leczniczych i diagnostycznych oraz obniżania kosztów prowadzonej działalności. Pacjenci oczekują coraz bardziej skutecznych metod diagnostycznych i leczniczych. Wzrost udziału w rynku często wymaga uruchomienia nowych kanałów dystrybucji. Ciągłe zaostrzane przepisy w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów i ochrony środowiska zmuszają podmioty lecznicze do wymiany aparatury, do wzrostu bezpieczeństwa pracy personelu medycznego itp.

Inwestycje związane są z wydatkowaniem przez jednostki organizacyjne funkcjonujące w ochronie zdrowia określonych środków pieniężnych. Mogą to być środki własne, których źródła omówiono w rozdziale poprzednim lub środki

pożyczone (obce). Niezależnie od źródeł pochodzenia środków finansowych pełną odpowiedzialność materialną związaną ze skutkami inwestycji ponosi inwestor (osoba fizyczna lub prawna realizująca inwestycję). Odpowiedzialność ta polega na możliwości utraty, przez inwestora, wydatkowanych środków niezależnie od źródła ich pochodzenia (środki pożyczone muszą być zwrócone w umówionym terminie w pełnej wysokości razem z umówionymi odsetkami, niezależnie od rezultatów procesu inwestycyjnego). Potencjalna strata, jaką może ponieść inwestor z tytułu nietrafnej decyzji inwestycyjnej mobilizuje do starannego przygotowania inwestycji, do dobrego rozpoznania nie tylko technicznych warunków realizacji i eksploatacji inwestycji, ale w szczególności przyszłych warunków działania (rozpoznanie rynku) oraz poprawnego przeprowadzenia rachunku ekonomicznej efektywności inwestycji. Jest to tym ważniejsze, że między momentem wydatkowania środków na realizację inwestycji a momentem ich odzyskania upływa pewien okres czasu, często dość długi. Niejednokrotnie odzyskiwanie wydatkowanych pieniędzy na inwestycje trwa latami. Decyzje inwestycyjne tym różnią się właśnie od wielu innych decyzji podejmowanych codziennie w podmiotach leczniczych, że ich skutki mają charakter długotrwały. Źle przygotowana decyzja może stać się przyczyną nie tylko utraty związanych z nią nakładów finansowych, lecz doprowadzić do upadłości inwestującej jednostki. Im wyższe nakłady są konieczne, aby zrealizować daną inwestycję, tym więcej czasu trzeba przeznaczyć na rozpoznanie przyszłych warunków działania. Z kolei lepsze rozpoznanie zwiększa prawdopodobieństwo osiągnięcia zamierzonych efektów.

## **5.2. Metody oceny efektywności inwestycji w działalności leczniczej**

### **5.2.1. System oceny wniosków inwestycyjnych IOWISZ**

Z dniem 30 sierpnia 2016 r. weszła w życie ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>171</sup>, w której wprowadzono m.in. nowy Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ). Główną przesłanką jego implementacji było zrationalizowanie wydawania środków publicznych oraz uporządkowanie inwestycji w ochronie zdrowia. „Zgodnie z wprowadzonym instrumentem, opinie o celowości inwestycji w województwie wydawane są wyłącznie na podstawie konkretnych informacji przedstawionych we wniosku o wydanie opinii, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, map potrzeb zdrowotnych, opinii dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego

---

<sup>171</sup> Por. Ustawa z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, (Dz.U. z 2016 r. poz. 1355, z 2018 r. poz. 1128).

Narodowego Funduszu Zdrowia – w przypadku, gdy organem wydającym opinię jest wojewoda, opinii prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia – w przypadku, gdy organem wydającym opinię jest minister właściwy do spraw zdrowia, a także informacji przedstawionych w innych złożonych wcześniej wnioskach oraz wydanych opiniach, w zakresie, w jakim uwzględniają one realizację map potrzeb zdrowotnych oraz priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej<sup>172</sup>.

Zgodnie z art. 95d tej ustawy wnioskodawcy występują do wojewody albo ministra właściwego do spraw zdrowia o wydanie opinii o celowości inwestycji polegającej na utworzeniu na obszarze danego województwa nowego podmiotu leczniczego, nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, a także innej niż wymienione inwestycje dotyczące wykonywania działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, których wartość kosztorysowa przekracza 2 mln zł<sup>173</sup>.

Szczegółowe informacje dotyczące teleinformatycznego systemu oceny inwestycji IOWISZ zawarte zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 września 2016 r. oraz, po zmianach, z dnia 1 lutego 2021 r.<sup>174</sup> Rozporządzenie to określa<sup>175</sup>:

- 1) wzór wniosku zawierającego formularz IOWISZ wraz ze wskazaniem kryteriów oceny inwestycji, przypisaniem im wagi oraz określeniem skali punktów możliwych do uzyskania w zakresie poszczególnych kryteriów;
- 2) sposób wyliczania całkowitego wyniku punktowego w zakresie dokonywania oceny celowości;
- 3) minimalną liczbę punktów wymaganą do uzyskania pozytywnej opinii.

Z dniem 1 stycznia 2021 r. wprowadzono m.in. zasadę, z której wynika, że w przypadku inwestycji o wartości kosztorysowej przekraczającej 50 mln zł opinię o celowości inwestycji wydaje wyłącznie minister zdrowia – niezależnie od podległości podmiotu składającego wniosek. Zrezygnowano także z dodatkowych opłat za każdą z dziedzin medycyny ujętą we wniosku. Wnioski podlegają obecnie jednej stałej opłacie wynoszącej 4 tys. zł. Uproszczono także nieco konstrukcję wniosków. W świetle zmian, szpitale mogą także zawierać z NFZ umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z wykorzystaniem wyłącznie tych inwestycji, na które otrzymały opinię pozytywną. W przypadku uzyskania opinii negatywnej, o ponowną umowę z NFZ mogą się ubiegać dopiero po 5 latach<sup>176</sup>.

---

<sup>172</sup> <https://www.prawo.pl/zdrowie/weszla-w-zycie-ustawa-wprowadzajaca-system-iowisz,262886.html> (dostęp z dnia 20.09.2022 r.).

<sup>173</sup> Ustawa z dnia 21 lipca 2016 r. ...op. cit. art. 95d.

<sup>174</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2016 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.).

<sup>175</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2016 ...op. cit., § 1.

<sup>176</sup> <https://www.termedia.pl/mz/Zwiazane-rece-przez-IOWISZ,41573.html> (dostęp z 20.09.2022 r.).

Poza wieloma pozytywnymi opiniami, w stosunku do systemu IOWISZ wysuwane są także słowa krytyki. Do najczęściej spotykanych należą m.in.<sup>177</sup>:

- brak ekonomicznych kryteriów oceny opłacalności inwestycji,
- dopuszczenie uznaniowości w ocenie inwestycji,
- subiektywizm oceniających decydentów,
- niedoskonałości mapy potrzeb zdrowotnych.

Zdaniem S. Susmarskiego, ostatnie z wymienionych wad można byłoby zniwelować stosując właściwie opracowaną analizę interesariuszy, wskazującą siłę i kierunek ich oddziaływania oraz wyposażoną w wiedzę dotyczącą strategii komunikacji. Analiza ta pozwalałaby, jego zdaniem, „na ocenę ich wpływu na realizację projektów inwestycyjnych w dziedzinie ochrony zdrowia poprzez dokonanie ich klasyfikacji ze względu na ich siłę i kierunek oddziaływania”<sup>178</sup>. Innym, znacznie ważniejszym postulatem jest konieczność uwzględnienia szczegółowej analizy ekonomicznej inwestycji.

### 5.2.2. Ekonomiczne metody oceny efektywności inwestycji

Wpływy i wydatki związane z realizacją i eksploatacją przedsięwzięć inwestycyjnych rozłożone są w czasie w zależności od cyklu projektu inwestycyjnego<sup>179</sup>. Cykl ten zaczyna się na ogół wydatkami inwestycyjnymi, a kończy wydatkami i wpływami z tytułu likwidacji przedsięwzięcia. Można go podzielić na trzy etapy: etap realizacji inwestycji, etap użytkowania (eksploatacji) inwestycji oraz etap likwidacji inwestycji. W etapie pierwszym przeważają wydatki nad ewentualnymi wpływami, w etapie drugim sytuacja zazwyczaj jest odwrotna (wpływy przewyższają wydatki), w szczególności po pełnym opanowaniu zdolności produkcyjnych (usługowych) następuje przewaga wpływów nad bieżącymi wydatkami, zaś w etapie trzecim relacja między wpływami i wydatkami zależy przede wszystkim od kosztów likwidacji przedsięwzięcia. W przypadku wysokich kosztów likwidacji, wydatki często są wyższe od wpływów ze sprzedaży pozostałych składników majątku trwałego oraz wartości kapitału obrotowego zaangażowanego w okresie eksploatacji inwestycji. Przy relatywnie niskich kosztach likwidacji wpływy mogą być wyższe od wydatków.

Rachunek efektywności inwestycji polega na odpowiednim zestawieniu wpływów i wydatków oraz poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie, czy istnieje szansa na to, aby suma strumieni pieniężnych w całym okresie realizacji i eksploatacji inwestycji była co najmniej nieujemna.

---

<sup>177</sup> Por. S. Susmarski, *Analiza interesariuszy jako narzędzie wspomagające podejmowanie decyzji w systemie IOWISZ*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, nr 485, 2017, s. 460.

<sup>178</sup> Tamże s. 457.

<sup>179</sup> Por. A. Manikowski, Z. Tarapata, *Ocena projektów gospodarczych. Modele i metody*. Wyd. Difin, Warszawa 2001, s. 22.

Metody oceny efektywności przedsięwzięć inwestycyjnych podzielić można na proste i dyskontowe. Do grupy pierwszej (metod prostych) zalicza się:

- 1) okres zwrotu,
- 2) prostą stopę zwrotu.

Przez okres zwrotu rozumie się czas niezbędny do odzyskania początkowych nakładów inwestycyjnych z nadwyżek finansowych brutto. Nadwyżki te obejmują zysk netto (zysk po opodatkowaniu podatkiem dochodowym), amortyzację i odsetki od kredytów inwestycyjnych (jeżeli jednym ze źródeł finansowania inwestycji są kredyty bankowe). Okres zwrotu mierzy się liczbą lat, po upływie których inwestor odzyska poniesione nakłady inwestycyjne. Okres ten będzie tym krótszy, im przy danym poziomie nakładów, wyższe będą roczne nadwyżki finansowe, zwłaszcza w początkowym okresie eksploatacji przedsięwzięcia. Długość okresu zwrotu wyznaczał będzie ten kolejny rok obliczeniowy, w którym nastąpi zrównanie sumy rocznych nadwyżek finansowych (skumulowanej nadwyżki finansowej) z wartością poniesionych nakładów inwestycyjnych. W przypadku równomiernego rozłożenia nadwyżki brutto, okres zwrotu obliczyć można wg formuły:

$$O = \frac{I}{N_{br}}$$

gdzie:

$I$  – początkowe nakłady inwestycyjne.

$N_{br}$  – średnioroczne nadwyżki finansowe brutto,

$O$  – okres zwrotu nakładów inwestycyjnych.

Jeżeli natomiast rozkład nadwyżki nie jest równomierny, to okres zwrotu ustala się następująco:

$$O = n + \frac{USP}{USP + DSP} \cdot 12$$

gdzie:

$n$  – liczba lat, w których występują ujemne i zerowe skumulowane strumienie pieniężne,

$USP$  – wartość bezwzględna ostatnich ujemnych skumulowanych strumieni pieniężnych.

$DSP$  – wartość pierwszych dodatnich skumulowanych strumieni pieniężnych.

Omówiona metoda weryfikacji projektów inwestycyjnych jest bardzo prosta i powszechnie zrozumiała. Wskazuje na wyższe ryzyko inwestycyjne projektów o długim okresie zwrotu oraz sprzyja zachowaniu płynności finansowej. Równocześnie jednak, nie uwzględnia zmiany wartości pieniądza w czasie, przez co uniemożliwia ocenę realnej efektywności. Nie uwzględnia w ocenie strumieni pieniężnych występujących po okresie zwrotu. Mimo swojej prostoty, metoda ta nie

dostarcza wiarygodnych informacji o efektywności inwestycji, dlatego w praktyce gospodarczej, zwłaszcza przy ocenie inwestycji w ochronie zdrowia, konieczne jest jej uzupełnienie o inne miary i wskaźniki.

Prosta stopa zwrotu stanowi relację rocznego zysku do kapitału finansującego początkowy nakład inwestycyjny, niezależnie od tego, skąd pochodzi kapitał finansujący przedsięwzięcie. Wskaźnik prostej stopy zwrotu liczy się według formuły:

$$Z_{Co} = \frac{z_n + O \cdot (1 - d)}{C_o}$$

gdzie:

$C_o$  – prosta stopa zwrotu kapitału ogółem (własnego i obcego),

$z_n$  – zysk netto (zysk po opodatkowaniu podatkiem dochodowym),

$C_{og}$  – kapitał ogółem (własny i obcy),

$d$  – stopa podatku dochodowego.

Formuła ta opiera się na efektach (zyskach) charakterystycznych dla normalnego roku eksploatacji przedsięwzięcia, tj. roku zakładającego pełne wykorzystanie możliwości produkcyjnych i sprzedaży. W przypadku trudności z wyborem takiego roku (jest to częsty przypadek), obliczenia można oprzeć na przeciętnych efektach.

Przeciętna stopa zwrotu informuje o tym, jaka część wyłożonego kapitału zwrócona zostanie średnio w roku przez zysk netto lub też, ile jednostek pieniężnych zysku netto może spodziewać się inwestor średnio w roku od jednej jednostki pieniężnej zaangażowanego kapitału. Efektywność jest tym wyższa, im wyższy jest wskaźnik stopy zwrotu. Pełna ocena efektywności jest możliwa jedynie poprzez porównanie obliczonej stopy zwrotu ze stopą graniczną. Jako efektywne mogą być traktowane tylko te warianty, dla których stopa zwrotu jest co najmniej równa granicznej stopie zwrotu. Warunek ten można zapisać następująco:

$$Z_c \geq Z_g$$

gdzie:

$Z_g$  – graniczna stopa zwrotu.

Pełna ocena efektywności przedsięwzięć inwestycyjnych wymaga zastosowania metod dyskontowych, które uwzględniają zmiany wartości pieniądza w czasie. Wśród tych metod najwyższą użytecznością charakteryzuje się zaktualizowana wartość netto projektu (NPV). Jest ona sumą zdyskontowanych różnic między wpływami i wydatkami pieniężnymi z całego okresu realizacji i eksploatacji przedsięwzięcia inwestycyjnego, przy określonym poziomie średnioważonego kosztu kapitału finansującego dany projekt. Odzwierciedla ona korzyści netto, jakie może przynieść inwestorowi realizacja projektu. Korzyści te wyrażają się w nadwyżkach przychodów nad kosztami inwestycyjnymi i operacyjnymi, skorygowanymi



o zmiany w kapitale pracującym. Z uwagi na fakt, iż przychody i wydatki otrzymywane są i ponoszone w różnych momentach czasowych, zachodzi konieczność sprowadzenia ich do porównywalności przy pomocy techniki dyskonta. Przychody i wydatki dyskontuje się na moment rozpoczęcia fazy operacyjnej (moment zero). Zaktualizowaną wartość netto oblicza się według wzoru:

$$NPV = \sum_{i=0}^n CF_i \cdot a_i - N_0$$

gdzie:

$CF_i$  – strumień pieniężny netto w  $i$ -tym roku realizacji, eksploatacji i likwidacji przedsięwzięcia:

$$CF = Zopn + A - WI - ZZKO$$

gdzie:

$Zopn$  – zysk operacyjny netto (zysk operacyjny po korekcie o podatek dochodowy),

$A$  – amortyzacja,

$WI$  – wydatki inwestycyjne.

$ZZKO$  – zmiana zapotrzebowania na kapitał obrotowy,  $a_i$  – współczynnik dyskonta dla  $i$ -tego roku obliczeniowego:

$$a_i = \frac{1}{(1+r)^i}$$

gdzie:

$r$  – stopa dyskonta,

$i$  – kolejne okresy obliczeniowe 0, 1, 2, ..., n.

Stopa dyskonta, która odzwierciedla koszt alternatywnego zastosowania kapitału przy takim samym ryzyku finansowym, zależy od ogólnego poziomu stopy procentowej oraz ryzyka związanego z zastosowaniem kapitału w konkretnej działalności gospodarczej. Najprostszą alternatywą dla kapitału inwestora jest lokata bankowa lub obligacje Skarbu Państwa. Angażując kapitał w działalność gospodarczą inwestor ponosi ryzyko jego utraty, dlatego oczekuje wyższego wynagrodzenia z tytułu wyłożonego kapitału w porównaniu z oprocentowaniem np. depozytów bankowych. Innymi słowy właściciel kapitału oczekuje premii za wyższe ryzyko.

Przedsięwzięcie jest opłacalne, jeżeli  $NPV \geq 0$ . Oznacza to, że suma zdyskontowanych różnic między przychodami i wydatkami związanymi z danym przedsięwzięciem powinna być co najmniej równa nominalnej wysokości nakładów inwestycyjnych. Przedsięwzięcie jest tym bardziej efektywne, im  $NPV$  jest wyższe od zera. Jeżeli  $NPV$  jest równe 0, wówczas inwestor może oczekiwać takiej stopy zwrotu, jaką założono w przyjętej w średnioważonym koszcie kapitału.

W przypadku *NPV* większego od zera inwestor może oczekiwać korzyści odpowiednio wyższych. *NPV* niższe od zera nie oznacza, że przedsięwzięcie będzie generowało stratę. Projekt inwestycyjny jest odrzucany dlatego, że możliwa stopa zwrotu jest niższa od poziomu oczekiwanego przez inwestora. Przyjęcie takiego projektu wpłynęłoby niekorzystnie na wartość dla właścicieli<sup>180</sup>.

W obecnej sytuacji, związanej z pandemią COVID-19 i wojną w Ukrainie oraz konsekwencjami tych wydarzeń w postaci nieprzewidywalności skali zachorowań i związanych z tym ograniczeń działalności wielu oddziałów szpitali, w warunkach wysokiej inflacji i rosnących poziomów stóp procentowych oraz malejącej zdolności kredytowej, miernik *NPV* może być niewystarczający do rzetelnej oceny wartości dodanej generowanej przez inwestycję. T. Wiśniewski proponuje, aby w takich niepewnych uwarunkowaniach wykorzystać kategorię uwzględniającą możliwości reakcji kierownictwa/dyrekcji na zmiany w otoczeniu, czyli tzw. rozszerzoną wartość *NPV* (*ENPV*). Wartość ta jest większa od statycznej wartości *NPV* o premię opcyjną, która opiera się na możliwości elastycznego działania dyrekcji w sytuacjach niepewnych<sup>181</sup>.

Drugim kryterium oceny efektywności inwestycji, należącym do grupy metod zdyskontowanych, jest wewnętrzna stopa zwrotu (*IRR*). Umożliwia ona porównywanie projektów inwestycyjnych charakteryzujących się zróżnicowaną stopą korzyści oraz porównywanie oczekiwanej stopy zwrotu z kosztem zainwestowanego kapitału<sup>182</sup>. Jej wysokość oblicza się według wzoru:

$$IRR = i_1 + \frac{PV(i_2 - i_1)}{PV + NV}$$

gdzie:

*PV* – wartość dodatnia *NPV* dla niższej stopy dyskontowej  $i_1$ ,  
*NV* – wartość ujemna *NPV* dla wyższej stopy dyskontowej  $i_2$ .

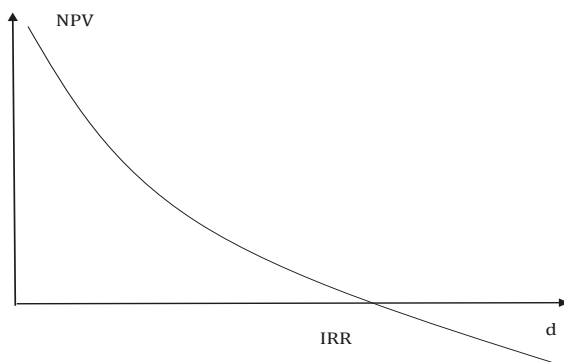
Różnica między  $i_1$  a  $i_2$  nie powinna być wyższa od 2 punktów procentowych. Wartość *IRR* ustala się więc metodą kolejnych przybliżeń. Określa ona taką stopą procentową, przy której *NPV* osiąga wartość zerową (por. rys. 5.1).

---

<sup>180</sup> Zwracają na to uwagę liczni autorzy, w tym E. Maćkowiak, *Ekonomiczna wartość dodana*, wyd. PWE, Warszawa 2009, s. 37.

<sup>181</sup> T. Wiśniewski, *Inwestycje kapitałowe w niepewnym otoczeniu*, „Przegląd Organizacji”, Nr 11 (766), 2003, s. 29.

<sup>182</sup> Por: W. Szczęsny (red), *Finanse firmy. Jak zarządzać kapitałem*, wyd. C. H. Beck, Warszawa 2003, s. 121.



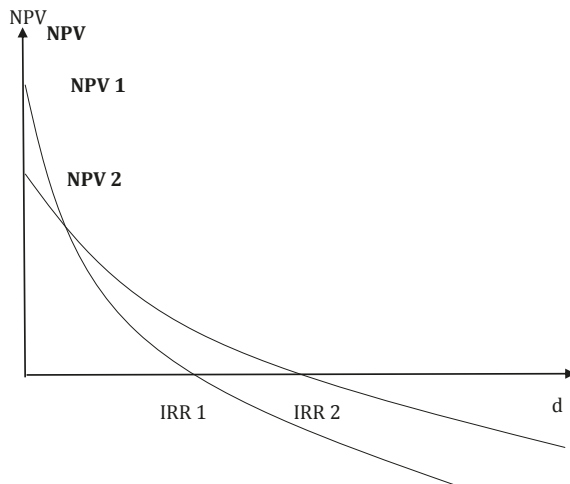
Rys. 5.1. Graficzna ilustracja wewnętrznej stopy zwrotu

Projekt nie może być zaakceptowany, jeżeli *IRR* jest niższa od skalkulowanej stopy dyskonta „*d*”. Stopa dyskontowa wyraża bowiem oczekiwaną przez inwestora stopę zwrotu od zaangażowanego przez niego kapitału. Niższa stopa oznaczałaby bowiem zmniejszenie lub pozbawienie przedsiębiorcy premii za ryzyko inwestycyjne.

Wewnętrzna stopa zwrotu nie jest najlepszym kryterium oceny efektywności inwestycji, mimo, że jest preferowana przez większość kadry kierowniczej. Preferencje wynikają z dużej czytelności (jasności) informacji, którą zawiera wewnętrzna stopa zwrotu. Bardziej przemawia do wyobraźni stwierdzenie, że dana inwestycja daje możliwość osiągnięcia 20% stopy rentowności (stopy zwrotu z zainwestowanego kapitału) niż fakt, że zaktualizowana wartość netto danego projektu wynosi np. 20 000 zł. Tym niemniej, nie można lekceważyć słabości *IRR* jako wskaźnika oceny efektywności inwestycji. Do tych słabości należą<sup>183</sup>:

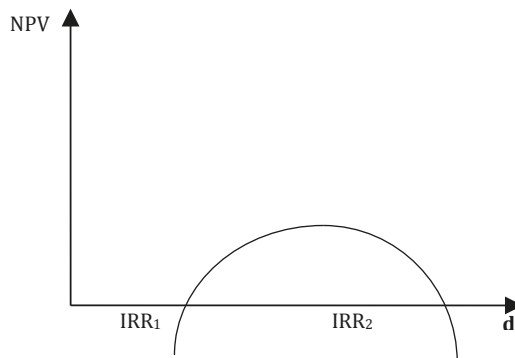
- a) Możliwość powstania konfliktów między *NPV* i *IRR* (por. rys. 5.2). Taka sytuacja ma zazwyczaj miejsce, kiedy rozpatrywane warianty inwestycyjne różnią się rozmiarami i czasowym zróżnicowaniem wpływów i wydatków. Wartość strumieni pieniężnych związanych z analizowaną inwestycją zależy od stopy rentowności, po której inwestuje się powstające nadwyżki pieniężne. *IRR* opiera się na założeniu, że nadwyżki te będą reinwestowane według stopy rentowności równej wysokości *IRR*, zaś w metodzie *NPV* zakłada się powtórne zaangażowanie powstających nadwyżek pieniężnych według stopy równej średniemu kosztowi kapitału (przyjętej stopie dyskontowej). Wobec tego, metoda *NPV* jest bliższa sytuacji realnej i dlatego w przypadku, gdy występują różne wskazania według *IRR* i *NPV* należy wybrać ten wariant, dla którego *NPV* jest wyższe (należy dać pierwszeństwo *NPV* przed *IRR*).

<sup>183</sup> Por.: E. F. Brigham, *Podstawy zarządzania finansami*. PWE. Warszawa 1996. T. 2, ss. 71–75.



Rys. 5.2. Ilustracja konfliktu między NPV a IRR

- b) Możliwość wielokrotnego wystąpienia *IRR* (por. rys. 5.3). Jest to możliwe przy projektach nietypowych, zwłaszcza tych, które charakteryzują się wysoką ujemną wartością końcową (np. niektóre projekty w przemyśle wydobywczym, energetyce atomowej, itp.). W takich sytuacjach, nie daje możliwości podjęcia właściwej decyzji.



Rys. 5.3. Przykład wielokrotnej wewnętrznej stopy zwrotu

Z jednej strony zalety *IRR*, z drugiej zaś jej słabości stały się przyczyną modyfikacji konstrukcji wewnętrznej stopy zwrotu. Powstała zmodyfikowana wewnętrzna stopa zwrotu (*MIRR*), którą oparta jest na założeniu, że powstające nadwyżki pieniężne są reinwestowane według stopy korzyści równej średniemu kosztowi kapitału. *MIRR* liczy się według wzoru:

$$MIRR = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n CIF \cdot (1+k)^{i-1}}{\sum_{i=0}^n COF \cdot (1+k)^{-i}}}$$

gdzie:

- $CIF_i$  – dodatnie strumienie pieniężne w i-tym okresie obliczeniowym,
- $COF_i$  – ujemne strumienie pieniężne w i-tym okresie obliczeniowym,
- $k$  – średni koszt kapitału,
- $i$  – okresy obliczeniowe,
- $n$  – liczba okresów obliczeniowych.

Projekt jest opłacalny, jeżeli  $MIRR \geq d$ . Główną zaletą wskaźnika  $MIRR$  jest to, iż jego konstrukcja oparta jest na bardziej realnym założeniu odnośnie reinwestowania powstających nadwyżek gotówkowych. Zakłada się mianowicie, że poziom efektywności reinwestycji będzie równy średnioważonemu kosztowi kapitału zaangażowanemu w finansowanie rozpatrywanego przedsięwzięcia inwestycyjnego.

Kolejnym wskaźnikiem efektywności inwestycji opartym na zdyskontowanych strumieniach pieniężnych jest wskaźnik rentowności inwestycji ( $PI$ ), nazywany też wskaźnikiem zysków do nakładów<sup>184</sup>. Wskaźnik ten oblicza się według wzoru:

$$PI = \frac{\sum_{i=1}^n CF_i \cdot a_i}{N_0}$$

gdzie:

- $N_0$  – początkowe nakłady inwestycyjne.

Posługując się tym wskaźnikiem, inwestycję uważa się za opłacalną, jeżeli jest spełniony warunek.

$$PI \geq 1$$

Wartość wskaźnika równa 1 oznacza, że inwestor może oczekiwać stopy zwrotu równej średnioważonemu kosztowi kapitału. Wartość wyższa od 1 informuje o możliwej do uzyskania wyższej stopie zwrotu. Jeżeli  $PI \geq 1$  to różnica  $PI - 1$  wyraża dodatkową korzyść, jakiej może oczekiwać inwestor z jednej zainwestowanej złotówki.

Wskaźnik rentowności inwestycji jest bardziej zrozumiały niż wartość  $NPV$  (szczególnie dla osób mało obeznanymi z techniką liczenia tych wskaźników). Może być bardzo użyteczny przy wyborze wariantów inwestycyjnych w warunkach ograniczonych zasobów kapitałowych. Jednakże w sytuacji wzajemnie wykluczających się projektów wyboru dokonuje się na podstawie wartości  $NPV$  a nie  $PI$ .

---

<sup>184</sup> Por.: S. A. Ross, R. W. Westerfield, B. D. Jordan, *Finanse przedsiębiorstw*. Dom wydawniczy ABC. Warszawa 1999, s. 298.

## 6. Controlling finansowy jako narzędzie zarządzania podmiotami leczniczymi

### 6.1. Istota i zadania controllingu finansowego

Zarządzanie współczesnymi podmiotami leczniczymi jest zadaniem coraz trudniejszym. Wpływa na to wiele czynników, wśród których jednymi z ważniejszych są rosnące oczekiwania pacjentów w zakresie jakości i skuteczności świadczeń medycznych oraz wymagania w zakresie samofinansowania działalności leczniczej. W tej sytuacji rośnie znaczenie kultury organizacyjnej, struktury organizacyjnej, wydajnej organizacji procesów leczniczych oraz wzrostu odpowiedzialności menedżerów liniowych (ordynatorów) nie tylko za efekty zdrowotne, lecz również za rezultaty finansowe świadczenia usług medycznych.

Realizacja zadań stawianych przed zakładami opieki zdrowotnej wymaga szybkiej reakcji na pojawiające się zapotrzebowanie na usługi zdrowotne. Jej rezultatem są nie tylko określone efekty lecznicze, lecz także odpowiednie konsekwencje finansowe. Nie powinno być tak, że te dwa rodzaje odpowiedzialności są zlokalizowane w innych miejscach struktury organizacyjnej. Prowadzi to do wielu niesprawności, w tym najczęściej do niskiej efektywności finansowej (relatywnie wysokich kosztów funkcjonowania większości publicznych podmiotów leczniczych).

Rozwiązaniem umożliwiającym decentralizację decyzji połączoną z odpowiedzialnością za skutki medyczne i finansowe jest controlling. Jest on metodą zarządzania podmiotami leczniczymi ukierunkowaną na poprawę ich skuteczności i efektywności finansowej. Pozwala na bieżące śledzenie realizacji zadań rzeczowych i finansowych wyznaczonym poszczególnym komórkom (ośrodkom odpowiedzialności) i informowanie ich o pojawiających się zagrożeniach w osiągnięciu założonych celów. To z kolei umożliwia odpowiednią reakcję osób odpowiedzialnych, polegającą na podejmowaniu odpowiednich działań korygujących zapobiegających powstawaniu negatywnych skutków.

Monitorowanie bieżącej sytuacji ośrodków odpowiedzialności ma charakter kontroli sterującej, przez którą rozumie się regulację „... działań organizacji, która sprawia, że jakiś założony element wyniku organizacji pozostaje w możliwych do przyjęcia granicach. Bez tej regulacji organizacja nie byłaby w stanie ocenić osiągniętych wyników z punktu widzenia stopnia osiągnięcia przyjętych celów<sup>185</sup>. Funkcjonuje ona na zasadzie sprzężenia zwrotnego<sup>186</sup>. System monitorowania ma pomóc osobom odpowiedzialnym (menedżerom) w kierowaniu podległymi jednostkami organizacyjnymi.

---

<sup>185</sup> R.W. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*, wyd. PWN, Warszawa 2004, ss. 654, 655

<sup>186</sup> Por.: H. Bieniok (red), *Metody sprawnego zarządzania*, wyd. Placet, Warszawa 2004, s. 271.

Zdaniem M. Dobiji, „controlling jest raczej traktowany jako podsystem zarządzania działający w celu optymalnej realizacji zadań, przy czym ustanawianie tych zadań jest jego immanentną częścią. Ważny element controllingu stanowi prognozowanie sytuacji w celu utrzymania kontroli nad przebiegiem działań”<sup>187</sup>.

W systemie controllingu istotnym problemem jest wyznaczenie (zaplanowanie) odpowiednich zadań dla poszczególnych ośrodków odpowiedzialności. Powinny one, z jednej strony, mobilizować do coraz lepszego (pełniejszego) wykorzystania posiadanych zasobów, z drugiej zaś uwzględniać uwarunkowania (wewnętrzne i zewnętrzne), w jakich ośrodek funkcjonuje. Innymi słowy – powinny to być zadania realne, możliwe do osiągnięcia w danym czasie. W procesie ustalania tych zadań powinny uczestniczyć zarówno osoby odpowiedzialne (menedżerowie), jak i controllerzy<sup>188</sup>. Uczestnictwo wykonawców w procesie planowania dla nich zadań umożliwia lepszą koordynację celów i działań całego podmiotu leczniczego. System controllingu można uznać za narzędzie wyboru celów i zadań podmiotów gospodarujących oraz pomocy w ich realizacji<sup>189</sup>.

Controlling opiera się na założeniu, że celem zarządzania są przyszłe rezultaty, a nie przeszłe wyniki. „Dlatego podmioty gospodarcze stosujące controlling aktywnie, w sposób automatyczny ukierunkowują swoją działalność na przyszłość, poszukując właściwej drogi, którą należy podążać, i ją rozpoznać”<sup>190</sup>.

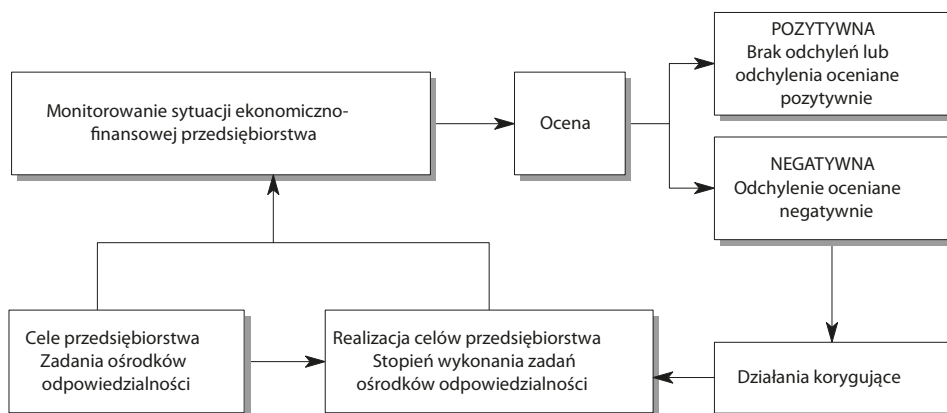
Controlling w podmiotach leczniczych pełni funkcję systemu wczesnego ostrzegania przed zagrożeniami lub informowania o pojawiających się szansach. Funkcjonuje na zasadzie sprzężenia zwrotnego, które ma charakter wyprzedzający. Polega na stałej obserwacji przebiegu procesów leczniczych oraz otoczenia i generowaniu informacji umożliwiającej poprawę jakości decyzji podejmowanych przez osoby odpowiedzialne (ordynatorów, kierowników pracowni, laboratoriów itp.). Dostarczana im informacja nie tylko identyfikuje zagrożenia i szanse, lecz również wskazuje okoliczności, które są ich przyczyną. Dzięki tym informacjom można korygować nie tylko bieżące działania, lecz również weryfikować wcześniejsze prognozy i oparte na nich strategie rozwoju podmiotów leczniczych. Jest to szczególnie istotne w warunkach ciągłych zmian wprowadzanych w zasadach funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce oraz systematycznego doskonalenia procedur leczniczych, stosowanych terapii i leków. Innowacyjność i efektywność to istotne warunki trwania i rozwoju współczesnych podmiotów, w tym również leczniczych. Ideę procesu monitorowania (kontrolowania) bieżącej realizacji zadań podmiotów zilustrowano na rys. 6.1.

<sup>187</sup> M. Dobija, *Rachunkowość zarządcza i controlling*, wyd. PWN, Warszawa 2005, s. 61.

<sup>188</sup> Por.: K.G. Świdorska (red), *Controlling kosztów i rachunkowość zarządcza*, wyd. Difin, Warszawa 2010, s. 24.

<sup>189</sup> Por.: M. Sierpińska (red), *Controlling funkcjonalny w przedsiębiorstwie*, wyd. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2004, s. 12.

<sup>190</sup> W. Naruć, *Rola controllingu w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, „Controlling i rachunkowość zarządcza” 2012, nr 3.



Rys. 6.1. Monitoring w systemie controllingu

Istotną rolę w monitoringu pełni obserwacja. Jej przedmiotem są procesy zachodzące wewnątrz podmiotów leczniczych i w ich otoczeniu. Systematyczne śledzenie osiągniętych wyników i ustalanie przyczyn zachodzących zmian dostarcza niezbędnej informacji potrzebnej do racjonalizacji decyzji bieżących. Umożliwia również lepsze zrozumienie zmian zachodzących w otoczeniu i sformułowanie odpowiednich strategii rozwoju. Obserwacja przebiegu zaplanowanych działań pozwala na zmianę sposobów funkcjonowania organizacji i ich wewnętrznych jednostek, na bieżące korygowanie celów i zadań oraz przenoszenie ograniczonych zasobów do takich zastosowań, które wcześniej nie zostały uwzględnione, a które stwarzają możliwości osiągnięcia wyższych korzyści od wcześniej zaplanowanych.

Rozwiązania stosowane w systemie controllingu mogą mobilizować kierowników ośrodków odpowiedzialności do wyzwania rezerw efektywnościowych (np. lepszego wykorzystania czasu pracy kadry medycznej), do szybszego wprowadzania innowacji (innowacyjnych terapii, nowych procedur medycznych). Będzie to możliwe wówczas, gdy system motywacyjny pracowników będzie powiązany z efektami pracy ośrodka. Brak takiego powiązania może uczynić system controllingu mało skutecznym.

## 6.2. Ośrodki odpowiedzialności w podmiotach leczniczych

Wprowadzenie controllingu, a także jego adekwatne zastosowanie w podmiocie leczniczym wymaga przeniesienia pewnych zadań i części odpowiedzialności na różne szczeble zarządzania struktury organizacyjnej. Taka decentralizacja zarządzania wymusza wyodrębnienie tzw. ośrodków (centrów) odpowiedzialności. Ośrodki odpowiedzialności definiowane są jako względnie wyodrębnione



obszary działalności jednostki, które mają własną specyfikę, a także pozostają pod jednoosobowym kierownictwem<sup>191</sup>. Zazwyczaj składają się one z jednej lub kilku komórek organizacyjnych, które charakteryzują się identycznym lub wzajemnie powiązanim zakresem zadań. W celu wyodrębnienia ośrodków odpowiedzialności wyróżnia się następujące kryteria<sup>192</sup>:

- a) organizacyjne – ośrodki odpowiedzialności tworzone są w ramach jednostek organizacyjnych, określonych w strukturze organizacyjnej podmiotów leczniczych;
- b) przestrzenne – ośrodki odpowiedzialności wydzielane są na podstawie położenia geograficznego lub usytuowania na terenie jednostki.
- c) procesowe – ośrodki odpowiedzialności wyodrębnione w związku z rodzajem procesów leczniczych;
- d) funkcjonalne – ośrodki odpowiedzialności wyróżnione według funkcji, jakie pełnią w podmiocie leczniczym;
- e) zadaniowe – ośrodki odpowiedzialności tworzone w oparciu o realizację określonych zadań, projektów czy zleceń.
- f) produktowe – ośrodki odpowiedzialności wydzielone w ramach określonych usług leczniczych;
- g) dystrybucyjne – ośrodki odpowiedzialności wyodrębnione na podstawie systemów płatności za usługi lecznicze.

Ponadto, wyróżnia się także kryterium komplementarności oraz autonomiczności. W ramach kryterium komplementarności wyróżnia się ośrodki odpowiedzialności według ich możliwości pomiaru kosztów i/lub przychodów. Natomiast w przypadku kryterium autonomiczności wyodrębnia się centra odpowiedzialności zgodnie z możliwościami zharmonizowania obszaru uprawnień decyzyjnych i podjęcia odpowiedzialności<sup>193</sup>.

M. Foremna-Pilarska przedstawia inne podejście do rozróżnienia kryteriów wyodrębniania centrów odpowiedzialności w przedsiębiorstwie, które zostały przedstawione w tabeli 6.1.

---

<sup>191</sup> Por. W. Janik, M. Paździor, *Rachunkowość zarządcza...*, op. cit. s. 143.

<sup>192</sup> M. Nowak, *Controlling w działalności marketingowej*, [w:] E. Nowak (red.), *Controlling w działalności przedsiębiorstwa*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2010, s. 118–119.

<sup>193</sup> Por. W. Janik, M. Paździor, *Rachunkowość zarządcza...*, op. cit. s. 143–144.

Tabela 6.1 Kryteria wyróżniania centrów odpowiedzialności

Lp.	Kryterium		Charakterystyka
1	Formalne		Opisuje zespół warunków, które należy spełnić, aby komórka mogła istnieć, jako centrum odpowiedzialności
2	Merytoryczne		Opisuje warunki ekonomiczne, po których spełnieniu można podjąć decyzję o wyborze rodzaju i obszaru samodzielności centrum odpowiedzialności
3	Efektywności	Zasobów	Nakierowuje proces wyszczególniania centrów na wykorzystanie zasobów
		Rynku	Nakierowuje proces wyszczególniania centrów na zagospodarowanie potencjału rynku dostaw i zbytu
		Procesu	Nakierowuje proces wyszczególniania centrów na organizację procesu wytwórczego w przedsiębiorstwie

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: M. Foremna-Pilarska, *Centra kosztów – organizacja struktury i procesów w controllingu*, [w:] Zeszyty Naukowe Wydziału Nauk Ekonomicznych Politechniki Koszalińskiej nr 17 (2013), s. 121.

Do podstawowych rodzajów ośrodków odpowiedzialności w podmiotach zalicza się centra<sup>194</sup>:

- kosztowe,
- przychodowe,
- zysków (rentowności),
- inwestycyjne.

Ośrodki odpowiedzialności za koszty tworzone są w ramach komórek organizacyjnych, którym nie można jednoznacznie przypisać określonych przychodów (np. służby konserwacyjno-remontowe). Odpowiedzialność kierowników tych ośrodków skupia się wokół realizacji zadań rzeczowych oraz ponoszonych kosztów. Oczekuje się od nich wykonywania określonych zadań po kosztach, które są niższe lub równe od ich zaplanowanego poziomu. Zatem istotą tworzenia centrów kosztowych jest ponoszenie odpowiedzialności za wygenerowane koszty w ramach wyodrębnionego ośrodka. Natomiast podstawowym celem finansowym ośrodków odpowiedzialności kosztowej jest utrzymanie zaplanowanego poziomu kosztów lub jego zmniejszenie<sup>195</sup>.

W podmiotach, w których jednym z ważniejszych aspektów funkcjonowania jest wzrost lub utrzymanie dotychczasowego poziomu usług (udziału w rynku), tworzone są ośrodki odpowiedzialności za przychody. Zazwyczaj ośrodki te tworzone są w oparciu o działy sprzedaży oraz marketingu. Kierownicy centrów przychodowych skupiają się na wielkości obrotów uzyskiwanych przez ich ośrodki. Natomiast w mniejszym stopniu przywiązują wagę do kosztów wynikających z prowadzonej przez ich jednostki działalności. Mają oni również wpływ na kształtowanie struktury asortymentowej sprzedaży. Ponadto, kierownicy tych

<sup>194</sup> Por. Tamże., s. 144–145.

<sup>195</sup> Por. W. Janik, M. Paździor, *Controlling finansowy...*, op. cit., s. 39.

ośrodków posiadają często uprawnienia pozwalające na regulację cen sprzedaży poprzez stosowanie opustów w celu pozyskania większej liczby klientów. Zatem ideą centrów przychodowych jest dążenie do pozyskania odpowiednio dużej liczby klientów (pacjentów) lub określonych przychodów. Jednakże koncentracja, tylko i wyłącznie, na sprzedaży (w wyrażeniu ilościowym lub wartościowym), bez względu na ponoszone koszty, może doprowadzić do znaczącego spadku efektywności ekonomicznej<sup>196</sup>.

Kolejnym rodzajem centrów odpowiedzialności są ośrodki odpowiedzialne za zyski. Kierownicy tych centrów są odpowiedzialni za kształtowanie wyniku finansowego, a zatem mają wpływ na wielkość świadczonych usług oraz ponoszonych kosztów. Menedżerowie mogą mieć określony wpływ na strukturę świadczonych usług. Ponadto, mają wpływ na wielkość ponoszonych kosztów, wynikających z realizacji procesu leczniczego. Samodzielność kierowników centrów rentowności dotyczy działalności operacyjnej, natomiast nie obejmuje ona działalności inwestycyjnej.

Centra inwestycyjne najczęściej stanowią samodzielne jednostki gospodarcze, które posiadają odrębność ekonomiczną oraz prawną. Są to zazwyczaj przedsiębiorstwa, będące częścią holdingów. Ideą tego rodzaju ośrodków jest generowanie dodatnich wyników przez posiadany majątek. Kierownicy centrów inwestycyjnych są odpowiedzialni za generowanie nadwyżki ekonomicznej, ale także relację uzyskanego zysku do zainwestowanego kapitału. W ośrodkach odpowiedzialnych za inwestycje menedżerowie posiadają uprawnienia decyzyjne w zakresie działalności inwestycyjnej, która dotyczy np. zakupu aktywów operacyjnych, otwarcia się na nowe rynki zbytu. Ponadto, sprawują oni kontrolę nad osiąganymi przychodami ze sprzedaży i ponoszonymi kosztami<sup>197</sup>.

W tabeli 6.2 zestawiony został zakres odpowiedzialności w ramach poszczególnych centrów odpowiedzialności.

Tabela 6.2 Obszar odpowiedzialności ośrodków odpowiedzialności

	Ośrodki kosztów	Ośrodki przychodów	Ośrodki rentowności	Ośrodki inwestycji
Przychody ze sprzedaży		X	X	X
Koszty działalności operacyjnej	X		X	X
Aktywa operacyjne				X

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: M. Pielaszek, *Zrównoważona karta dokonań i jej wykorzystanie w procesie zarządzania strategicznego w podmiotach leczniczych*, [w:] G.K. Świdarska, M. Pielaszek, *Rachunkowość zarządcza w podmiotach leczniczych*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2015, s. 188.

<sup>196</sup> Por. W. Janik, M. Paździor, *Rachunkowość zarządcza...*, op. cit., s. 144.

<sup>197</sup> Por. Tamże, s. 145.

W przedsiębiorstwie, w przypadku ośrodków odpowiedzialności za koszty, przychody czy wyniki, tworzone mogą być subcentra kosztowe. Natomiast w ramach ośrodków inwestycyjnych wyróżnić można subcentra przychodów i rentowności. Zatem w jednym przedsiębiorstwie może występować kilka poziomów centrów odpowiedzialności. W związku z tym, w ramach podmiotu gospodarczego może być wyodrębnionych wiele ośrodków odpowiedzialności. Ich liczba zależy od takich czynników, jak<sup>198</sup>:

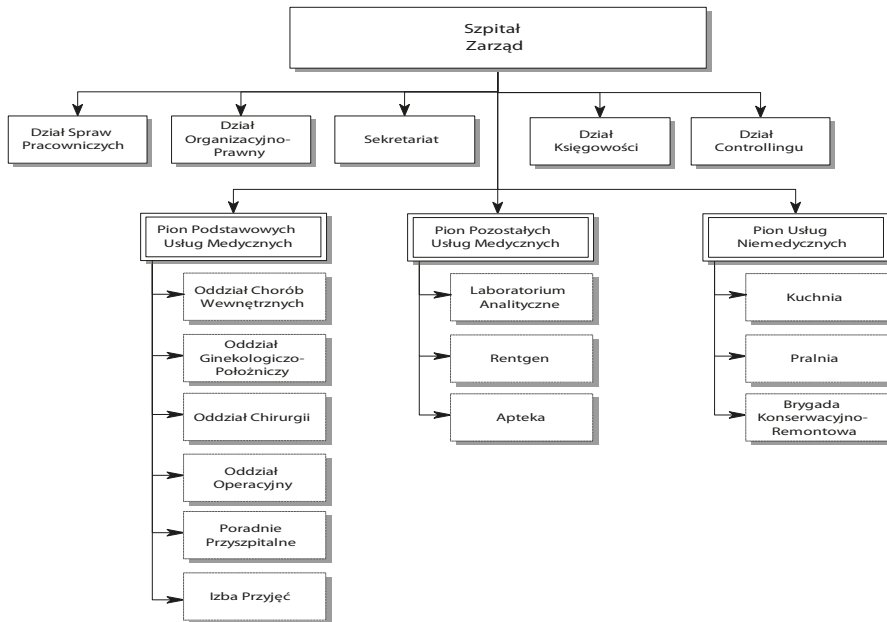
- a) przedmiotu oraz zakresu prowadzonej działalności leczniczej przez dany podmiot,
- b) formy organizacyjno-prawnej podmiotu,
- c) struktury organizacyjnej,
- d) wieloaspektowości procesów leczniczych.
- e) rodzaju realizowanych zadań z zakresu usług medycznych,
- f) różnorodności płatników,
- g) sposobności określenia zasięgu uprawnień oraz odpowiedzialności.

Ponadto, do czynników wpływających na liczbę centrów odpowiedzialności zalicza się także wielkość podmiotu leczniczego. Im podmiot większy, im większa decentralizacja w nim występuje, tym większa będzie liczba centrów i ich poziomów. Z wielopoziomowości ośrodków odpowiedzialności wynika ich hierarchiczna struktura, w ramach której wraz ze wzrostem poziomu hierarchii organizacyjnej, następuje zwiększenie zakresu uprawnień, a także odpowiedzialności kierowników tych ośrodków.

Przykładowy podział szpitala i zespołu poradni na ośrodki odpowiedzialności zaprezentowano na rys. 6.2 i 6.3.

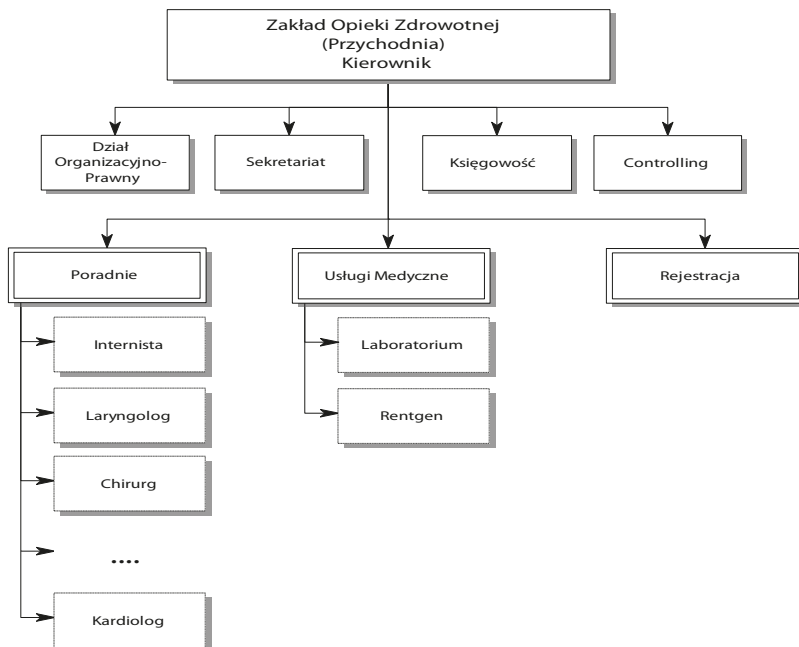
---

<sup>198</sup> J. Świerk, *Rola ośrodków odpowiedzialności w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H, Oeconomia 38, 2004, s. 291.



Rys. 6.2. Przykładowy podział szpitala na ośrodki odpowiedzialności

Źródło: Opracowanie własne.



Rys. 6.3. Przykładowy podział zakładu opieki zdrowotnej na ośrodki odpowiedzialności

Źródło: Opracowanie własne

### 6.3. Budżetowa metoda wyznaczania zadań dla ośrodków odpowiedzialności

Syntetycznym wyrazem efektów pracy poszczególnych ośrodków odpowiedzialności jest ich wkład w wynik finansowy całego podmiotu leczniczego. Wkład ten zostaje zaplanowany poprzez określenie zadań ośrodków i związanego z nimi budżetu. Budżet jest krótkoterminowym, wzajemnie skoordynowanym planem finansowym działalności ośrodków odpowiedzialności, zawierającym zestawienie przewidywanych kosztów lub przychodów i kosztów (w zależności od rodzaju ośrodka odpowiedzialności). Wykonanie przydzielonych ośrodkom zadań i związanych z nimi budżetów jest warunkiem osiągnięcia przez podmiot leczniczy założonych celów. Budżet jest narzędziem koordynacji działalności poszczególnych ośrodków odpowiedzialności, zapewniającym zgodność ich celów z celami podmiotu jako całości. Brak takiej koordynacji uniemożliwiłby realizację celu organizacji<sup>199</sup>.

Zadania finansowe określone w budżecie powinny być realne. W przeciwnym razie – budżetowanie nie ma sensu. Powinny one mobilizować do wykonania zadań rzeczowych w terminie i na odpowiednim poziomie jakościowym oraz mobilizować do racjonalnego gospodarowania przydzielonymi zasobami (rzeczowymi i finansowymi). W budżecie ośrodków szczegółowo powinny być zaplanowane:

- 1) Przychody (chodzi o ośrodki przychodowe i wynikowe) z podziałem na przychody z tytułu sprzedaży zewnętrznej (z tytułu zrealizowanych usług medycznych) opłacanych przez NFZ i przez innych płatników (np. przez pacjentów) oraz sprzedaż wewnętrzną (wartość usług zrealizowanych na rzecz innych ośrodków danego podmiotu leczniczego);
- 2) Koszty – powinny być podzielone na jednorodne pozycje rodzajowe z podziałem na koszty własne ośrodka i koszty usług zrealizowanych na rzecz ośrodka przez inne ośrodki funkcjonujące w danym podmiocie. Koszty ośrodka należy podzielić na zmienne i stałe. Przy planowaniu kosztów zmiennych należy uwzględnić zaktualizowane normy (np. środków opatrunkowych, sprzętu jednorazowego, leków itp.) oraz wartość usług wewnętrznych (koszty złożone), która jest iloczynem liczby planowanych usług nabywanych w innych ośrodkach podmiotu (badania rentgenowskie, analizy laboratoryjne itp.). W przypadku planowanych kosztów stałych należy uwzględnić warunki techniczne i organizacyjne danego ośrodka.
- 3) Koszty ogólnego zarządu. Nie należy obciążać nimi ośrodków odpowiedzialności. Koszty te w małym stopniu związane są z pracą oddziałów medycznych i usługowych. Ich podział między poszczególne ośrodki odpowiedzialności możliwy jest dzięki zastosowaniu umownych kluczy podziałowych. Nie ma w zasadzie dobrych kluczy podziałowych dla tych kosztów. Dlatego też rozliczenie tych kosztów na ośrodki

<sup>199</sup> Por.: J. A. F. Stoner, C. Wankel, *Kierowanie...* op. cit., s. 272

usługowe zaciemnia na ogół rzeczywisty obraz efektywności pracy tych komórek. Koszty te i tak muszą być pokryte z ogólnej nadwyżki ekonomicznej wygospodarowanej przez poszczególne ośrodki odpowiedzialności. Z punktu widzenia końcowego celu podmiotu leczniczego nie ma znaczenia w jakim stopniu poszczególne ośrodki odpowiedzialności będą partycypowały w pokryciu tych kosztów.

Podstawowym finansowym kryterium oceny ośrodków kosztowych jest różnica (odchylenie) kosztów rzeczywistych ( $Kr$ ) i kosztów określonych w budżecie ( $Kb$ ). Warunek pozytywnej oceny można wyrazić formułą.

$$Kr - Kb \leq 0$$

Od ośrodków kosztowych oczekuje się nieprzekraczania zadanych budżetów kosztowych, przy pełnym wykonaniu przydzielonych zadań rzeczowych. Pozytywnie ocenia się spadek kosztów, jeżeli przydzielone zadania zostaną w pełni wykonane. Oceny można dokonywać w odniesieniu do poszczególnych pozycji kosztowych lub całości kosztów ośrodka. W przypadku niewykonania zadań, rzeczywiste koszty ( $Kr$ ) mogą być zwiększone o tzw. koszty utraconych możliwości. Przykładowy wzór budżetu kosztowego i oceny jego wykonania zawiera tabela 6.3.

Tabela 6.3. Uproszczony wzór budżetu kosztowego i oceny jego wykonania

Lp.	Wyszczególnienie	Budżet	Wykonanie	Odchylenie
1.	Koszty materiałów			
2.	Koszty energii			
3.	Koszty wynagrodzeń brutto			
4.	Koszty świadczeń na rzecz pracowników			
5.	Koszty usług obcych			
6.	Koszty amortyzacji			
7.	Podatki kosztowe			
8.	Pozostałe koszty			
9.	Koszty utraconych możliwości			
10.	Koszty razem			

Źródło: Opracowanie własne

W przypadku ośrodków odpowiedzialnych za wynik finansowy zasady budżetowania kosztów są takie same. Ośrodkom tym należy przypisać odpowiedzialność za całość przychodów i kosztów przez nie wygenerowanych. Oznacza to, że ośrodki te powinny być obciążane również kosztami związanymi z korzystaniem z usług innych ośrodków wewnątrz zakładu opieki zdrowotnej. Np. kierownik oddziału szpitalnego (ordynator) nie może być odpowiedzialny tylko za koszty zużytych

leków, środków opatrunkowych i sprzętu medycznego. To on (lub jego współpracownicy) decyduje o liczbie i rodzaju badań diagnostycznych, okresie pobytu pacjenta w szpitalu i związanych z tym kosztach żywienia i zakwaterowania. Istnieje więc potrzeba przypisywania do poszczególnych ośrodków wynikowych wszystkich kosztów prostych i złożonych, które powstały na skutek decyzji podjętych w danym ośrodku.

Dodatkowo należy opracować budżet przychodów, zapasów oraz wyniku finansowego. W przypadku tworzenia tych budżetów konieczne jest również oparcie się na danych szczegółowych o asortymencie usług medycznych, planowanej ich liczbie, poziomie odpłatności NFZ (cenach), ewentualnie kierunkach sprzedaży zewnętrznej oraz zakresie sprzedaży wewnętrznej. W zadaniach finansowych tych ośrodków należy uwzględnić konieczność wygospodarowania przez nie określonej dodatniej nadwyżki nad kosztami własnymi, która będzie źródłem pokrycia kosztów ogólnego zarządu.

Wobec powyższego, przynajmniej część ośrodków wynikowych musi wygospodarować odpowiednio wyższą marżę brutto, by podmiot leczniczy nie poniósł straty. Wysokość przychodów dla takich ośrodków określać można następująco:

$$P_{od} = \frac{K_{so} + u \cdot K_{oz}}{smb_o}$$

gdzie:

$P_{od}$  – przychody centrum (ośrodka) wynikowego o dodatniej marży brutto,

$K_{oz}$  – koszty ogólnego zarządu zakładu opieki zdrowotnej,

$u$  – procentowy udział danego ośrodka w planowanym pokryciu kosztów ogólnego zarządu.

Udział poszczególnych ośrodków wynikowych w pokryciu kosztów ogólnego zarządu powinien być proporcjonalny do ich potencjału usługowego i zdolności do generowania marży brutto.

Przychody całego podmiotu leczniczego są sumą przychodów ze sprzedaży zewnętrznej wszystkich ośrodków odpowiedzialności lub sumą przychodów wszystkich ośrodków pomniejszoną o obroty wewnętrzne. Koszty zakładu są sumą kosztów wygenerowanych przez poszczególne ośrodki pomniejszoną o obroty wewnętrzne (wartość świadczeń wzajemnych poszczególnych ośrodków wewnątrz zakładu opieki zdrowotnej).



Tab. 6.4. Schemat wielostopniowego rachunku zysków i strat dla szpitala przy wykorzystaniu rachunku kosztów zmiennych

Lp.	Wyszczególnienie	Ośrodek zadaniowy A	Ośrodek zadaniowy B	Ośrodek usługowy X	Ośrodek usługowy Y
1.	Przychody ze sprzedaży	$P_{SA}$	$P_{SB}$	$P_{SX}$	$P_{SY}$
2.	Koszty zmienne	$K_{ZA}$	$K_{ZB}$	$K_{ZX}$	$K_{ZY}$
3.	<b>Marża brutto I-go stopnia (1-2)</b>	<b><math>MB_{IA}</math></b>	<b><math>MB_{IB}</math></b>	<b><math>MB_{IX}</math></b>	<b><math>MB_{IY}</math></b>
4.	Koszty stałe ośrodka	$K_{SA}$	$K_{SB}$	$K_{SX}$	$K_{SY}$
5.	<b>Marża brutto II-go stopnia (3-4)</b>	<b><math>MB_{IIA}</math></b>	<b><math>MB_{IIB}</math></b>	<b><math>MB_{IIX}</math></b>	<b><math>MB_{IIY}</math></b>
		$MB_{II} = MB_{IIA} + MB_{IIB} + MB_{IIX} + MB_{IIY}$			
6.	Koszty stałe szpitala	$K_S$			
7.	<b>Wynik finansowy szpitala (5-6)</b>	<b><math>Z = MB_{II} - K_S</math></b>			

Źródło: Opracowanie własne

Budżet wyniku finansowego ośrodka odpowiedzialności jest elementem wielo-  
poziomowego rachunku zysków i strat podmiotu leczniczego. W budżecie wyniku  
finansowego, podobnie jak w przypadku budżetu kosztowego, nie przewiduje  
się kosztów utraconych możliwości (kosztów nadmiernego zamrożenia kapitału  
obrotowego). Takie koszty mogą pojawić się przy ocenie wykonania budżetu, jeżeli  
nastąpi przekroczenie normatywów majątku obrotowego, za który odpowiedzialny  
jest dany ośrodek.

#### 5.4. Kontrola realizacji zadań budżetowych

Podstawą oceny wykonania zadań finansowych ośrodków odpowiedzialności  
(kosztowych i wynikowych) jest porównanie rzeczywistego poziomu wykonania  
z poziomem zadaniem. Przykładowe wzory arkuszy oceny tych ośrodków poka-  
zано w tabelach 6.5. i 6.6. .

Tabela 6.5. Wzór arkusza oceny finansowej ośrodka wynikowego

Lp.	Wyszczególnienie	Budżet	Wykonanie	Odchylenie
1.	Przychody netto			
2.	Koszty zmienne ośrodka			
3.	Marża brutto I stopnia (1-2)			
4.	Koszty stałe ośrodka			
5.	Marża brutto II stopnia (3-4)			

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 6.6. Wzór arkusza oceny finansowej ośrodka kosztowego

Lp.	Wyszczególnienie	Budżet	Wykonanie	Odchylenie
1.	Koszty zmienne zewnętrzne			
2.	Koszty usług wewnętrznych			
3.	Koszty zmienne razem (1+2)			
4.	Koszty stałe ośrodka			
5.	Koszty razem (3+4)			

Źródło: Opracowanie własne

Zarówno przychody, jak i koszty (stałe i zmienne) poszczególnych ośrodków mogą być wykazywane według pozycji rodzajowych. Stopień szczegółowości prezentacji budżetów poszczególnych ośrodków zależy od celu analizy, jej zakresu oraz szczebla organizacyjnego ośrodka. Zarządowi przedsiębiorstwa należy przedstawiać zestawienia bardziej syntetyczne, natomiast kierownikom ośrodków potrzebne są analizy bardziej szczegółowe.

Istotne znaczenie dla procesów kontroli wyników finansowych i kosztów ma system ewidencji przychodów i kosztów. Przychody muszą być ewidencjonowane w podziale na sprzedaż zewnętrzną i wewnętrzną oraz według ośrodków odpowiedzialności. Koszty muszą być rejestrowane nie tylko według miejsc ich powstawania, lecz musi istnieć techniczna możliwość bieżącej ich obserwacji. Informacje o poniesionych kosztach muszą być dostępne praktycznie każdego dnia, a nie tylko po zakończeniu okresu sprawozdawczego. Wtedy nie można już przeciwdziałać nadmiernemu powstawaniu kosztów. Bezpośredni dostęp do bieżącej informacji o kosztach powinni mieć kierownicy ośrodków odpowiedzialności. Tylko wtedy mogą tymi kosztami sterować. System ewidencji księgowej powinien być automatycznie powiązany z systemem kontroli kosztów. Oznacza to konieczność przystosowania systemu informatycznego przedsiębiorstwa dla potrzeb kontroli kosztów (controllingu).

Do oceny efektywności ośrodków inwestycyjnych wykorzystuje się inne metody. Wynika to ze specyfiki tych ośrodków. Ich odrębność ekonomiczna sprawia, iż funkcjonują one jako oddzielne przedsiębiorstwa, posiadające własny majątek i kapitał, jednakże niemające osobowości prawnej. Mimo posiadanej odrębności, działania ośrodków decyzyjnych powinny być zgodne ze strategią całego szpitala. Ocena efektywności centrum inwestycyjnego może być oparta zarówno na wskaźnikach rentowności kapitałów (p. 4.7), jak i miernikach kreacji wartości. Jednym z popularniejszych mierników tej grupy jest ekonomiczna wartość dodana (*EVA – Economic Value Added*) oparta na koncepcji zysku ekonomicznego (rezydualnego). Miernik ten jest wyrażany za pomocą formuły<sup>200</sup>:

<sup>200</sup> Por. W. Janik, M. Paździor, *Rachunkowość zarządcza...*, op. cit., s. 153.

$$EVA = Z_o \cdot (1 - T) - WACC \cdot C_{og},$$

gdzie:

$EVA$  – wskaźnik ekonomicznej wartości dodanej,

$Z_o$  – zysk z działalności operacyjnej ośrodka,

$C_{og}$  – kapitał ogółem.,

$WACC$  – średnioważony koszt kapitału, czyli koszt poszczególnych źródeł wazony ich udziałem w rynkowej strukturze kapitału<sup>201</sup>.

Dodatnie wartości tego miernika wskazują na wygospodarowanie przez dany ośrodek wyższej wartości niż była oczekiwana przez właścicieli. Natomiast ujemne wartości miernika wskazują na brak osiągnięcia planowanego poziomu efektywności.

Innym miernikiem kreacji wartości, który może być z powodzeniem stosowany w ocenie efektywności inwestycyjnej ośrodków odpowiedzialności, jest wartość dodana dla akcjonariuszy ( $SVA$  – *Shareholder Value Addend*). W mierniku tym uwzględniane jest założenie, że zmiany wartości całego podmiotu lub jego wyodrębnionej części są zawsze rezultatem decyzji strategicznych. Podstawę szacowania wartości tego miernika stanowią prognozowane wolne strumienie pieniężne ( $FCF$  – *Free Cash Flows*). W prognozie tych strumieni uwzględnia się przewidywane przychody i koszty operacyjne bez amortyzacji, zmiany w kapitale obrotowym, wydatki inwestycyjne i zmiany w poziomie zadłużenia długoterminowego. Jeżeli suma wpływów jest wyższa niż suma wydatków, wówczas powstaje nadwyżka środków płatniczych, określana jako dodatnie wolne strumienie pieniężne. Wartość dodaną dla akcjonariuszy można wyliczyć według wzoru:

$$SVA = \frac{\Delta NOPAT}{WACC} - \left( \frac{\Delta I}{(1 + WACC)^{i-1}} \right)$$

gdzie.

$\Delta NOPAT$  – zmiana (przyrost) zysku operacyjnego netto (po opodatkowaniu),

$WACC$  – średni wazony koszt kapitału,

$\Delta I$  – dodatkowe inwestycje w majątek trwały i obrotowy.

Ta kategoria wartości uznawana jest za jedną z najskuteczniejszych metod szacowania zmian wartości całych podmiotów oraz poszczególnych ośrodków odpowiedzialności. Co prawda, pewne elementy wpływające na poziom tego miernika, jak np. koszt kapitału, mają charakter egzogeniczny. Niemniej, zagregowany koszt kapitału organizacji jest przecież wypadkową wykorzystania źródeł finansowania

---

<sup>201</sup> Por. T. Wiśniewski, *Korekta oceny efektywności inwestycji metodą przepływów kapitałowych*, Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania 1, 2008, s. 96–98.

na potrzeby konkretnych ośrodków. Ta analogia pozwala zatem na stwierdzenie, że szpitale oraz inne podmioty z prywatnego sektora ochrony zdrowia powinny monitorować zmiany wartości nie tylko w ujęciu zagregowanym, ale i cząstkowym i za to oceniać kierowników oddziałów lub klinik.

Oprócz omówionych wskaźników, wykorzystywanych do oceny efektywności centów inwestycyjnych, podobnie jak w przypadku pozostałych ośrodków, stosuje się także mierniki uzupełniające o charakterze techniczno-organizacyjnym, informujące bardziej szczegółowo o realizacji zadań rzeczowych. Należą do nich takie mierniki, jak: średnia liczba łóżek na jednego lekarza, średnia liczba łóżek na jedną pielęgniarkę, liczba łóżek efektywnych, średni czas pobytu pacjenta na oddziale itp.

## **6.5. Ocena efektywności ośrodków odpowiedzialności w szpitalu – case study**

Do oceny efektywności funkcjonowania ośrodków odpowiedzialności (głównie oddziałów), poza wymienionymi we wcześniejszych częściach monografii oraz tzw. typowymi wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi stosowanymi także w ocenie sytuacji finansowej podmiotów (patrz podrozdział 6.3), można z powodzeniem stosować także inne metody, które utożsamiane są zazwyczaj z innymi aspektami funkcjonowania organizacji. Można je określić mianem metod niekonwencjonalnych. Do grona tych metod zaliczyć można m.in. metody analizy strategicznej przedsiębiorstwa. Łączna liczba narzędzi mających zastosowanie w ramach analizy strategicznej szacowana jest na 200 pozycji<sup>202</sup>.

W ocenie sytuacji ekonomiczno-finansowej oraz organizacyjno-medycznej poszczególnych ośrodków odpowiedzialności powinno stosować się mix narzędzi i wskaźników, dostosowanych do specyfiki ich funkcjonowania. Istotne jest także, aby badania te były poprzedzone analizą zmian poszczególnych pozycji rachunku zysków i strat oddziałów. Analiza ta pozwala na wychwycenie nieprawidłowych zależności pomiędzy zmianą wartości przychodów a zmianą konkretnych pozycji kosztów przyporządkowanych poszczególnych centrom. Przykład takiej analizy, zrealizowany dla jednego z publicznych szpitali w Polsce, zaprezentowano w tabeli 6.7.

Z przeprowadzonej analizy dynamiki wynika, że największa liczba (5) niekorzystnych zmian kosztów w relacji do przychodów dotyczyła zużycia leków i środków opatrunkowych, zużycia sprzętu medycznego oraz zakupu procedur medycznych, a także usług obcych (4). Najmniejszą niekorzystną liczbę zmian zaobserwowano w odniesieniu do zużycia energii oraz kosztów wynagrodzeń i ubezpieczeń społecznych.

---

<sup>202</sup> J. Niemczyk, R. Trzaska, *Analiza strategiczna przedsiębiorstwa w układzie podejść do strategii*, „Przegląd Organizacji”, Nr 12(971), 2020, s. 4.

Tabela 6.7. Analiza rocznych zmian wybranych pozycji rachunku zysków i strat oddziałów szpitala X

Zmiana /Oddziały	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ilość
Przychodów	8,7%	-19,6%	12,1%	-9,4%	22,7%	13,0%	20,1%	12,5%	16,3%	
Zużycia materiałów	27,3%	-40,9%	43,3%	20,6%	29,9%	13,9%	27,6%	4,8%	9,6%	3
Zużycia leków i środków opatr.	25,6%	-43,3%	69,4%	20,8%	41,8%	9,1%	34,1%	16,0%	9,9%	5
Zużycia sprzętu medycznego	47,8%	-7,1%	21,1%	-12,2%	36,8%	15,9%	82,8%	28,8%	27,9%	5
Zużycia energii	12,6%	10,8%	9,1%	17,6%	12,1%	7,4%	15,7%	14,2%	9,1%	1
Usług obcych	21,6%	-17,2%	33,2%	11,8%	45,4%	-0,4%	27,8%	8,8%	23,3%	4
Zakupu procedur medycznych	85,5%	-18,9%	119,2%	38,6%	40,3%	2,0%	42,7%	-76,4%	7,7%	5
Wynagrodzeń i ubez. społ.	8,8%	-33,4%	-15,7%	11,7%	25,7%	10,5%	14,5%	-5,1%	1,5%	1
<b>Ilość</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	

Legenda: kolorem czerwonym zaznaczono te pozycje kosztowe, których wzrost był nieadekwatny do wzrostu przychodów ze sprzedaży.

Źródło: opracowanie własne.

Po przeprowadzeniu analizy dynamiki najważniejszych kategorii rachunku wyników, można przystąpić do docelowej analizy wskaźników efektywności organizacyjnej oddziałów. Najczęściej wykorzystywane i najbardziej przydatne wskaźniki tej grupy zamieszczono w tabeli 6.8.

Na podstawie przeprowadzonej oceny efektywności organizacyjnej szpitala można stwierdzić, że spośród 9 przeanalizowanych oddziałów największy problem z obciążeniem ma oddział 9 i 2, natomiast przerost personelu widoczny jest w przypadku oddziału 8 i 5, a częściowo także 9. W oparciu o oszacowane wskaźniki, rekomendowane działania dla oddziałów: 2, 5 i 9, polegały na ograniczeniu liczby łóżek. Rekomendowane działania, przy uwzględnieniu tzw. norm pielęgniarskich, przyczyniły się do zmniejszenia liczby etatów tej grupy personelu, a w konsekwencji do ograniczenia kosztów wynagrodzeń i ubezpieczeń społecznych. Dzięki temu, że cięcia dotyczyły wymiaru a nie stricte liczby etatów, działania te odbyły się bez konieczności realizacji zwolnień pracowników. Dzięki analizie liczby pacjentów na pracownika (por. oddział 8) możliwe było także przemieszczenie wewnętrzne pracowników medycznych, co przyczyniło się do lepszego wykorzystania personelu w kolejnych latach.

Tabela 6.8. Wybrane wskaźniki efektywności organizacyjnej oddziałów szpitala X

Wskaźniki efektywności organizacyjnej	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Średnie obłożenie (%)	87,10	41,06	107,54	88,71	82,99	96,05	88,64	90,89	32,00
Zużycie materiałów na pacjenta (tys. zł)	0,30	0,44	0,27	0,72	3,30	0,29	0,88	0,36	0,83
Liczba pacjentów na pracownika	44,90	80,20	106,09	44,69	36,20	52,14	43,71	11,22	42,53
Liczba pacjentów na lekarza	196,42	320,20	488,00	204,29	221,47	216,00	255,70	77,40	236,48
Liczba pacjentów na pielęgniarkę	336,71	116,73	152,50	84,12	78,44	189,00	88,17	29,77	61,58
Efektywna liczba łóżek	47,90	9,85	29,04	27,50	48,13	22,09	40,77	29,08	22,91
Liczba łóżek do likwidacji	7,10	14,15	-2,04	3,50	9,87	0,91	5,23	2,92	9,09
Odsetek łóżek do likwidacji	12,90%	58,94%	-7,54%	11,29%	17,01%	3,95%	11,36%	9,11%	28,41%

Legenda: kolorem czerwonym zaznaczono te pozycje kosztowe, których poziom znacząco odbiegał od średniej dla benchmarku; kolorem niebieskim zaznaczono rekomendowane działania naprawcze ad hoc.

Źródło: opracowanie własne.

W eliminowaniu słabych stron w obszarze operacyjnym i realizacji działań naprawczych o charakterze krótkookresowym, konieczne jest zwrócenie uwagi także na elementy analizy strategicznej, pozwalającej na ukierunkowanie poszczególnych centrów odpowiedzialności (oddziałów lub klinik) na wzrost efektywności ekonomiczno-finansowej i organizacyjno-medycznej w perspektywie kilku najbliższych lat. Popularnym i skutecznym narzędziem umożliwiającym tego typu antycypację jest macierz BCG. W przypadku szpitali nie odnosi się ona zazwyczaj do identyfikacji produktowej/usługowej, ale do efektywności poszczególnych oddziałów lub klinik. Przykład zastosowania tej macierzy dla jednego z polskich szpitali przedstawiono w tabeli 6.9.

Tabela 6.9. Wybrane wskaźniki efektywności organizacyjnej oddziałów szpitala X

Miernik\ Oddział	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dynamika przychodów	8,7%	-19,6%	12,1%	-9,4%	22,7%	13,0%	20,1%	12,5%	16,3%
Udział w przychodach	4,1%	2,0%	2,2%	3,8%	21,1%	2,2%	7,1%	1,2%	2,9%
Rentowność sprzedaży	-26,6%	27,4%	3,8%	-13,0%	8,2%	-24,1%	13,1%	-57,8%	-2,7%
Pozycja:									
- obecna	znak zapytania	znak zapytania	gwiazda	znak zapytania	dojna krowa	znak zapytania	dojna krowa	pies	znak zapytania
- docelowa	znak zapytania	gwiazda	dojna krowa	znak zapytania	dojna krowa	znak zapytania	dojna krowa		Gwiazda

Legenda: poszczególne kolory odnoszą się do konkretnych oznaczeń w ramach macierzy BCG.

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.10. Analiza marż oddziałów szpitala X

Marże/Lata	Oddziały								
Marża II	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Rok 3									
Rok 2									
Rok 1									
Marża III	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Rok 3									
Rok 2									
Rok 1									
Marża IV	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Rok 3									
Rok 2									
Rok 1									

Legenda: kolorem czerwonym i zielonym zaznaczono odpowiednio: ujemne oraz dodatnie poziomy marż.

Źródło: opracowanie własne.

Z danych zwartych w tabeli 6.9 wynika, że do skategoryzowania poszczególnych oddziałów w ramach oznaczeń adekwatnych dla macierzy BCG wykorzystano dynamikę przychodów za kilka okresów sprawozdawczych, średni udział w przychodach w analizowanym okresie oraz wskaźnik rentowności sprzedaży. Umożliwiło to nadanie ratingu/kryterium poszczególnym oddziałom w ujęciu

obecnym oraz nakreślenie prawdopodobnej pozycji docelowej w tym zakresie dla konkretnych centrów odpowiedzialności. Uzupełniając zaprezentowane badania o analizę marż (por. tabela 6.10) można stwierdzić, że jedynym nierentownym i nierokującym rychłej poprawy pozycji finansowej jest oddział 9, który w terminologii BCG został określony mianem psa lub kuli u nogi. Chłodna kalkulacja ekonomiczna każe tego typu jednostki organizacyjne jak najszybciej zamknąć. Pamiętać jednak należy, że na niekorzystny wynik finansowy może mieć wpływ niesprawiedliwa wycena procedur przez NFZ. Istotne jest także to, że podmioty lecznicze realizują przede wszystkim cele społeczne i nie mogą abstrahować od potrzeb w zakresie leczenia związanych z regionalnymi mapami potrzeb zdrowotnych. Należy jednak tak nimi zarządzać, aby zakres ich deficytowości był możliwie najmniejszy, a poprzez wykorzystanie różnych stref wpływów nieustannie powodować, by wyceny procedur medycznych były dostosowane do aktualnych uwarunkowań w zakresie ich kosztochłonności.





## Zakończenie

Obecnie trudno sobie wyobrazić funkcjonowanie podmiotu leczniczego, w szczególności szpitala, bez zastępcy dyrektora ds. ekonomicznych, działu finansowo-księgowego, ekonomicznego, lub wyspecjalizowanego działu inwestycji, analiz i controllingu. Przenikanie się obszaru medycznego z ekonomiczno-finansowym sprawia, że dyrekcja lub zarządy tego typu podmiotów muszą posiadać wiedzę na temat wielu aspektów zarządzania, w tym zarządzania finansowego. Niniejsza monografia wychodzi naprzeciw tym oczekiwaniom. Stanowi ona kompendium wiedzy na temat szeroko pojętych czynników efektywności w odniesieniu do całego podmiotu, jak i do poszczególnych jego części, zwanych centrami odpowiedzialności. Pokazano w niej, w jaki sposób oceniać i zarządzać źródłami finansowania, ryzykiem i płynnością finansową, sprawnością działania i rentownością, składnikami kapitału obrotowego, projektami inwestycyjnymi oraz jakimi kryteriami kierować się w obiektywnej ocenie ośrodków odpowiedzialności.

Cel monografii, jakim była analiza aktualnych uwarunkowań funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce, adaptacja metod oceny sytuacji finansowej przedsiębiorstw na potrzeby oceny podmiotów leczniczych, a także identyfikacja istniejących oraz opracowanie nowych mierników organizacyjno-ekonomicznych w oparciu, o które możliwa będzie obiektywna ocena sytuacji ekonomiczno-finansowej poszczególnych centrów odpowiedzialności w podmiotach ochrony zdrowia, został zrealizowany z wykorzystaniem studiów literaturowych, analizy sprawozdań finansowych oraz analizy *case study* jednego z większych publicznych szpitali w Polsce Wschodniej.

Z przeprowadzonych rozważań wynika, że sprawne zarządzanie podmiotami leczniczymi wymaga od menedżerów stałej koordynacji działań w wielu obszarach: medycznym, organizacyjnym, technicznym oraz finansowym. Nie bez znaczenia jest także kształtowanie właściwych relacji z interesariuszami wewnętrznymi i zewnętrznymi, w tym przede wszystkim z podmiotem tworzącym, NFZ, instytucjami finansowymi oraz firmami farmaceutycznymi. Dużą rolę odgrywają także relacje z personelem medycznym, który w obecnych uwarunkowaniach może powodować nieustanne presje płacowe, przyczyniając się do powstania deficytowości prowadzonej działalności. Z uwagi na konflikt w Ukrainie i związane z nim zawirowania na rynku cen surowców energetycznych, niemałe znaczenie ma także zarządzanie efektywnością energetyczną. Szpitale, które przystosowały się odpowiednio do tych wymagań poprzez np. termomodernizację, w mniejszym stopniu odczują skutki tych niekorzystnych zdarzeń. Nie bez znaczenia w tym zmiennym otoczeniu jest także wypracowanie modeli zarządzania, które w wielu placówkach zostały opracowane i przetestowane w związku z pandemią COVID-19.

Biorąc pod uwagę mnogość zjawisk związanych z funkcjonowaniem podmiotów leczniczych, autorzy zdają sobie sprawę z tego, że nie wszystkie zagadnienia mogły zostać ujęte w niniejszej monografii. Mimo to, są zdania, że właściwa analiza czynników efektywności w obszarze zarządzania finansowego szpitali wskazana w opracowaniu pomoże usystematyzować wiedzę w ujęciu teoretycznym oraz usprawnić procesy menedżerskie w praktyce funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce.

## Literatura

1. Anders A., Łącki T., *Zasobowy rachunek kosztów w Niepublicznym zakładzie Opieki Zdrowotnej*, „Controlling i Rachunkowość Zarządcza” 2011, nr 7.
2. Bieniok H. (red), *Metody sprawnego zarządzania*, wyd. Placet, Warszawa 2004.
3. Bober B., *Efektywność – moralne dylematy w procesie świadczenia usługi szpitalnej*, w: R. Lewandowski, R. Walkowiak (red), *Zarządzanie w ochronie zdrowia*, wyd. Olsztyńskiej Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania, Olsztyn 2011.
4. Bober B., *Rola informacji w procesie świadczenia usługi szpitalnej – redukcja ryzyka decyzyjnego*, w: Lewandowski R., Walkowiak R. (red), *Współczesne wyzwania strukturalne i menadżerskie w ochronie zdrowia. Problemy zarządzania*, wyd. Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, Olsztyn 2011.
5. Brigham E.F., *Podstawy zarządzania finansami*. PWE. Warszawa 1996. T. 2.
6. Chałastrą M., *Jak dostosować rachunek kosztów rzeczywistych do wymogów budżetowania w szpitalu*, „Controlling i rachunkowość zarządcza” 2013, nr 12.
7. Chluska J., *Model rachunku kosztów standardowych świadczeń zdrowotnych szpitala*, wyd. P.Cz., Częstochowa 2008.
8. Cholewa-Wiktor M., *Efektywność w szpitalach publicznych*, „Studia Ekonomiczne”, UE w Katowicach, nr 180, Katowice 2014.
9. Cygańska M., *Kalkulacja kosztów leczenia pacjenta – wybrane problemy*, w: *Sterowanie dokonaniem w zakładach opieki zdrowotnej*, Zeszyty Naukowe nr 679, *Finanse, rynki finansowe, ubezpieczenia*, nr 44.
10. Czapiński J., Panek T., *Diagnoza społeczna 2015* (red), Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa, listopad 2015.
11. Czekaj J., Dresler Z., *Podstawy zarządzania finansami firm*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
12. Dobska M., Rogozińska K. (red), *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, wyd. PWN, Warszawa 2008.
13. Dobija M., *Rachunkowość zarządcza i controlling*, wyd. PWN, Warszawa 2005.
14. Dziworska K., *Inwestycje przedsiębiorstw*. Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego. Gdańsk 1993.
15. Fedorowski J.J., Niżankowski R. (red), *Ekonomika medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
16. Fijor J.M., *Metody zdobywania klientów, czyli jak osiągnąć sukces w sprzedaży*, Wydawnictwo Publishing, Chicago-Warszawa 2001.
17. Gabrusewicz W., Kamela-Sowińska A., Poetschke H., *Rachunkowość zarządcza*, wyd. PWE, Warszawa 1998.

18. Galicki J., *Polityka finansowa zakładu opieki zdrowotnej*, w: Głowacka M.D. (red), *Profesjonalizm w ochronie zdrowia*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania w Poznaniu, Swarzędz 2005.
19. Getzen, *Ekonomika zdrowia*. PWN, Warszawa 2000.
20. Folland S., Goodman A.C., Stano M., *Ekonomia zdrowia I opieki zdrowotnej*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
21. Galicki J., *Polityka finansowa zakładu opieki zdrowotnej*, w: M.D. Głowacka (red), *Profesjonalizm w ochronie zdrowia*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania w Poznaniu, Swarzędz 2005.
22. Głowacka M.D., Galicki J., Mojs E., *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2009.
23. Goodman J.C., Musgrave G.L., Herrik D.M., *Jak uzdrowić służbę zdrowia? Raport o światowych systemach opieki zdrowotnej*, wyd. Fijor Publishing, Warszawa 2008.
24. Griffin R.W., *Podstawy zarządzania organizacjami*, wyd. PWN, Warszawa 2004.
25. Grzywacz J., *Źródła i struktura kapitału w przedsiębiorstwie – iluzja a rzeczywistość*, NE, Tom 33/2021.
26. Grzywacz J., K. Gemra, *Obligacje jako instrument finansowania przedsiębiorstw – stan obecny, i perspektywy rozwoju*, s. 131: [https://ssl-kolegia.sgh.waw.pl/pl/KZiF/struktura/IF/konferencje/Documents/J\\_Grzywacz\\_K\\_Gemra.pdf](https://ssl-kolegia.sgh.waw.pl/pl/KZiF/struktura/IF/konferencje/Documents/J_Grzywacz_K_Gemra.pdf) (dostęp z 15.07.2022 r.).
27. Hass-Symotiuk M. (red), *Rachunkowość i plan kont z komentarzem dla zakładów opieki zdrowotnej*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2006.
28. Hass-Symotiuk M., *Rachunkowość i sprawozdawczość finansowa zakładów opieki zdrowotnej*, wyd. oddk, Gdańsk 2009.
29. Horosz P., Grzesiak-Horosz A., Skowron K., *Skomercjalizowane szpitale w obrocie gospodarczym*, wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.
30. <https://mfiles.pl/pl/index.php/Efektywno%C5%9B%C4%87>, (dostęp na dzień: 16.04.2021)
31. <https://www.taskbeat.pl/2013/01/czynniki-efektywnosci-przedsiębiorstwa/> (dostęp z 03.05.2021r.)
32. <https://www.termedia.pl/mz/Zwiazane-rece-przez-IOWISZ,41573.html> (dostęp z 20.09.2022 r.).
33. A. Jaki, *Mechanizmy procesu zarządzania wartością przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2012.
34. Janik W., Paździor A., *Zarządzanie finansowe w przedsiębiorstwie*, Politechnika Lubelska, Lublin 2011.
35. Janik W., Paździor M., *Controlling finansowy jako narzędzie zarządzania przedsiębiorstwami*, P.L., Lublin 2015.
36. Janik W., Paździor M., *Rachunkowość zarządcza i controlling*, P.L., Lublin 2012.

37. Jędrzejczyk I., *Modele organizacji i finansowania ochrony zdrowia*, w: Podstawka M. (red), *Finanse*, PWN, Warszawa 2010.
38. Kachniarz M., *Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej*, wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008.
39. Kakwani N., *Measurement of tax progressivity: an international comparison*, *Econ J*, 1977, s. 71–80.
40. Kautsch M., Klich J., *Zagraniczne systemy finansowania i organizacji świadczeń zdrowotnych*, cyt. za. Stępień J., *Strategie, finanse i koszty szpitala*, wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008.
41. Kister A., *Efficiency of Public Hospitals – Considerations of the Essence and Research Problems*, ANNALES UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA LUBLIN – POLONIA VOL. LII, 6 SECTIO H, Lublin 2018.
42. Kopiński A., Porębski D., *Kluczowe mierniki efektywności dla szpitala w perspektywie finansów zrównoważonej karty wyników*, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” nr 4/2016 (82), cz. 2.
43. Kozuń-Cieślak G., *Efektywność – rozważania nad istotą i typologią*, „Kwartalnik Kolegium Ekonomiczno-Społecznego” *Studia i Prace* nr 4, Szkoła Główna Handlowa, 2013.
44. Krajewski M., *Zarządzanie finansowa w przedsiębiorstwach*, ODDK, Gdańsk 2006.
45. Krawczyk-Sołtys A., *Zarządzanie wiedzą w szpitalach publicznych*, wyd. Uniwersytet Opolski, Opole 2013.
46. Król T., *Lean. Droga do minimalizmu*, wyd. Hellion, Gliwice 2020.
47. Kucharczyk K., *Polacy przekonują się do telemedycyny*, „Ekonomia i rynek” dod. do Rzeczpospolitej z dnia 22.09.2016.
48. Kujawska J., *Koncepcja pomiaru efektywności podmiotu leczniczego*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, Nr 442, Wrocław 2016.
49. Lewandowski R.A., *Zarządzanie przez wartość w organizacjach ochrony zdrowia*, „Współczesne zarządzanie” 2010, nr 2.
50. Lesniowska J., *Specyfika rynku usług medycznych* w: H. Kirschner (red), *Ekonomiczno-medyczne problemy ochrony zdrowia*, Zeszyty Naukowe Uczelnie Warszawskiej im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2008, nr 25.
51. Łagowski P., *Ocena efektywności świadczenia usług medycznych przez jednostki szpitalne z uwzględnieniem formy organizacyjno-prawnej podmiotu*, „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów” Zeszyt Naukowy 167, SGH, Warszawa 2018.
52. Lasa U., Kautsch M., *Efekty wdrożenia planu strategicznego w pionie pielęgniarstwie Zespołu Opieki Zdrowotnej w Suchoj Beskidzkiej – studium przypadku*, w: Lewandowski R., Walkowiak R., Kautsch M. (red), *Współczesne wyzwania menadżerskiej w ochronie zdrowia*, wyd. Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, Olsztyn 2009.

53. Maćkowiak E., *Ekonomiczna wartość dodana*, wyd. PWE, Warszawa 2009.
54. Magda I., Szczygielski K., *Współpłacenie za usługi medyczne w Polsce: możliwości wprowadzenia i potencjalne skutki*, w: E. Najszewska (red), *Racjonalizacja kosztów w ochronie zdrowia*, wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.
55. Manikowski A., Tarapata Z., *Ocena projektów gospodarczych. Modele i metody*. Wyd. Difin, Warszawa 2001.
56. Markowska K., *Efektywność usługowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, rozprawa doktorska, UE we Wrocławiu, Wrocław-Jelenia Góra 2012.
57. Mazur M., *Finansowanie systemu ochrony zdrowia*, w: J. Ostaszewski (red), *Finanse*, Difin, Warszawa 2013.
58. Medeiros J., Schwierz Ch., *Efficiency estimates of health care systems*, "European Economy", Economic Papers 549, June 2015.
59. *Międzynarodowe Standardy Sprawozdawczości Finansowej (MSSF)*, t. I., wyd. SKwP, Warszawa 2004.
60. Miszalski W., *Ubezpieczenie społeczne*, PWN, Warszawa 2004.
61. Morris S., Devlin N., Parkin D., *Ekonomia w ochronie zdrowia*, wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.
62. P. Mućko, *Potrzeby informacyjne i zbiory informacji Narodowego Funduszu Zdrowia*, w: M. Hass-Symotiuk (red), *Koncepcja sprawozdawczości szpitali na potrzeby zintegrowanego systemu oceny dokonań*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2010.
63. W. Naruć, *Rola controllingu w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, „Controlling i rachunkowość zarządcza” 2012, nr 3.
64. Niemczyk J., Trzaska R., *Analiza strategiczna przedsiębiorstwa w układzie podejść do strategii*, „Przegląd Organizacji”, Nr 12(971), 2020.
65. Nogalski B., Rybicki J.M. (red), *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, wyd. Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2002 .
66. Nowak E., *Zaawansowana rachunkowość zarządcza*, PWE, Warszawa 2017.
67. Nowak M., *Controlling w działalności marketingowej*, [w:] E. Nowak (red.), *Controlling w działalności przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa 2010.
68. Ogórek S., *Nowe zasady tworzenia odpowiedzialności za gospodarkę finansową w oddziałach szpitalnych*, w: „Antidotum” 1996.
69. Olchowicz I., Tłaczała A., *Sprawozdawczość finansowa według krajowych i międzynarodowych standardów*, Difin, Warszawa 2015.
70. Ostrowska M., *Finansjalizacja w ochronie zdrowia*, CeDeWu, Warszawa 2016.
71. Pajewska-Kwaśny R., *Współpłacenie za usługi zdrowotne na przykładach zagranicznych*, w: Najszewska E. (red), *Racjonalizacja kosztów w ochronie zdrowia*, wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.

72. Paździor A., Paździor M., *Pomiar efektywności działalności podmiotów leczniczych. Wybrane aspekty*, w: *Efektywność – rozważania nad istotą i pomiarem*. Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 481, Wrocław 2017.
73. Perechuda K., Kowalewski M., *Zarządzanie komercyjną firmą medyczną*, wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008.
74. Podgórska J., Opolski K., *Efektywność podmiotów leczniczych jako determinanta rozwoju systemu ochrony zdrowia*, w: Miszczuk M., Sosińska-Wit M., *Otoczenie a wartość biznesu*, Politechnika Lubelska, Lublin 2017.
75. Poskart R., *A definition of the concept of economic effectiveness*, [w:] Central and Eastern European Journal of Management and Economics, Volume 2, No. 3, 2014.
76. A. Pyszka, *Istota efektywności. Definicje i wymiary*, [w:] Zeszyty naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Nr 230, 2015.
77. *Raport prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych 2010*, Efekt Motyla, Kraków 2010.
78. Ross S.A., R. Westerfield W., Jordan B. D., *Finanse przedsiębiorstw*. Dom wydawniczy ABC. Warszawa 1999.
79. Rozpędowska-Matraszek D., *Nowe zarządzanie kapitałem ludzkim w specjalistycznej opiece zdrowotnej*, w: Depta A., *Zarządzanie zdrowiem a problemy społeczeństwa obywatelskiego*, Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej, Łódź 2014.
80. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardów rachunku kosztów u świadczeniodawców* (Dz. U. R. P. z dnia 19 listopada 2010 r.
81. Rudawska I., *Efektywność zakładów opieki zdrowotnej – wybrane wyniki badań*, w: Lewandowski R., *Współczesne wyzwania strukturalne i menedżerskie w ochronie zdrowia*, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn 2008.
82. Rudawska I., *Opieka zdrowotna, aspekty rynkowe i marketingowe*, PWN, Warszawa 2007.
83. Rutkowska A., *Teoretyczne aspekty efektywności – pojęcie i metody pomiaru*, „Zarządzanie i Finanse” R.11, nr 1 cz. 4, 2013.
84. Samuelson P.A., Nordhaus W.D., *Ekonomia*, REBIS, Poznań 2012.
85. Sawicki K., *Sprawozdawczość finansowa i audyt zewnętrzny w zakładzie opieki zdrowotnej*, w: M. Hass-Symotiuk, *Rachunkowość i plan kont z komentarzem dla zakładów opieki zdrowotnej*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2006.
86. Szczyński W. (red), *Finanse firmy. Jak zarządzać kapitałem*, wyd. C. H. Beck, Warszawa 2003.
87. Sheridan S., Harris R., Woolf S., *Shared Decision Making About Screening and Chemoprevention*, “American Journal of Preventive Medicine” 2004, vol. 26, nr 1.
88. Sierpińska M., (red), *Controlling funkcyjny w przedsiębiorstwie*, wyd. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2004.



89. Skrzypek E., *Jakość i efektywność*, Wydawnictwo UMCS, Lublin, 2000.
90. Sobkowski M., Opala T., *Efektywność pracy i jakość opieki medycznej w zakładzie opieki zdrowotnej*, w: M.D. Głowacka, J. Galicki, E. Mojs (red), *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, wyd. ABC Wolters Kluwer, Warszawa .
91. Stankiewicz M.J., *Konkurencyjność przedsiębiorstwa. Budowanie konkurencyjności przedsiębiorstwa w warunkach globalizacji*, wyd. Dom Organizatora, Toruń 2002.
92. Stępniewski J., *Strategia, finanse i koszty szpitala*, wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008.
93. Stiglitz J.E., *Ekonomia sektora publicznego*, wyd. PWN, Warszawa 2013.
94. Stoner J. A. F., Wankel C., *Kierowanie*, wyd. PWE, Warszawa 1992.
95. Swayne L.E., Duncan W.J., Ginter P.M., *Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia*, wyd. LEX a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.
96. Suchecka J., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wyd. Wolters kluwer, Warszawa 2016.
97. Szczęsny W., *Przesłanki decyzji finansowych w przedsiębiorstwie*, Difin, Warszawa 2019.
98. Susmarski S., *Analiza interesariuszy jako narzędzie wspomagające podejmowanie decyzji w systemie IOWISZ*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, nr 485, 2017.
99. Szumlicz T., *Podmiotowość w zarządzaniu zmianą*, Deskartes, Warszawa 2007.
100. Szymańska E., *Efektywność przedsiębiorstw – definiowanie i pomiar*, [w:] *Roczniki Nauk Rolniczych, Seria G, T.97, Z.2*, 2010.
101. Śliwiński A., *Ryzyko ubezpieczeniowe, taryfy – budowa i optymalizacja*, Poltext, Warszawa 2002.
102. Świerk J., *Rola ośrodków odpowiedzialności w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H, Oeconomia* 38, 2004.
103. Świdarska K. G., (red), *Controlling kosztów i rachunkowość zarządcza*, wyd. Difin, Warszawa 2010.
104. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. *Kodeks cywilny* (Dz. U. 1964, Nr 16, poz. 93).
105. Ustawa z dnia 15 września 2000 r. *Kodeks Spółek Handlowych*.
106. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. *o finansach publicznych* (Dz. U. 2009, Nr 157, poz. 1240).
107. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. *o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia* (Dz. U. z 2003 r., Nr 45, poz. 391).
108. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. *o systemie ubezpieczeń społecznych* (Dz. U. z 2009 r, nr 205, poz. 1585; nr 218, poz. 1690).
109. Ustawa z dnia 15.04.2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. z 2015 r., poz. 618)
110. Ustawa o rachunkowości z dnia 29 września 1994 z późn. zmianami (Dz.U. 2021.O.217).

111. Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. 2015, poz. 584).
112. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004) .
113. *Uzdrowić system i pracownika*, „Ekonomia & Rynek”, dodatek do „Rzeczpospolitej” z dnia 4.10.2016.
114. Wasilewski D., *Model ubezpieczeniowy w polskim systemie zabezpieczenia zdrowotnego w kontekście rozwoju produktów ubezpieczeniowych*, w: Węgrzyn, M. Wasilewski D., *Komercjalizacja i prywatyzacja ZOZ. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesów*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2006.
115. M. Wilson, K. Wnuk, J. Silvander, T. Gorschek, *A Literature Review on the Effectiveness and Efficiency of Business Modeling*, [w:] e-Informatica Software Engineering Journal, Volume 12, Issue 1, 2018 .
116. Winkler R., *Efektywność – próba konceptualizacji pojęcia*, [w:] Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie Nr 820, 2010.
117. Wiśniewska M., Koniecznyńska, E. *Metody oceny jakości usług medycznych*, w: Walkowiak R., Lewandowski R.(red), *Zarządzanie w ochronie zdrowia. Finanse i zasoby ludzkie*, wyd. Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, Olsztyn 2011.
118. Wiśniewski T., *Inwestycje kapitałowe w niepewnym otoczeniu*, „Przegląd Organizacji”, Nr 11 (766), 2003.
119. Wiśniewski T., *Korekta oceny efektywności inwestycji metodą przepływów kapitałowych*, Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania 1, 2008.
120. Włodarczyk W.C., Kowalska I., Mokrzycka A., *Szkice z polityki zdrowotnej Unii Europejskiej*, wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.
121. Vollmuth H. W., *Controlling*, wyd. Placet, Warszawa 1993.
122. *Zarządzenie MZiOS z dnia 15 czerwca 1992 roku w sprawie szczegółowych zasad ewidencji dochodów i kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, par.1, pkt.2 (Monitor Polski, nr 19, poz. 143).
123. Zeithal V.A., Peresuraman A., Berry L.L., *Balancing Consumer Perceptions and Expectations*, wyd. The Free Press, New York 1990.
124. Znaniecka K., *Zarządzanie finansami przedsiębiorstw*. Wyd. Stowarzyszenia Księgowych w Polsce. Warszawa 1997.

