

MIRELA ROMANOWSKA

Uniwersytet Szczeciński

ANALIZA WSKAŹNIKOWA WYBRANYCH PLACÓWEK MEDYCZNYCH

Streszczenie

W artykule przedstawiono argumenty przemawiające za inwestowaniem w zdrowie poparte m.in. wydłużającą się długością trwania życia. Dają one trwałe podstawy do dalszego rozwoju podmiotów działających na rynku usług medycznych. Pomimo pewnej specyfiki tego rynku, opisanej w artykule w sposób ogólny, są poddawane ocenie tak jak każda jednostka prowadząca działalność gospodarczą.

W części empirycznej dokonano oceny funkcjonowania czterech placówek medycznych za pomocą wybranych i najbardziej typowych mierników analizy wskaźnikowej. Działają one na terenie jednego województwa. Jedna funkcjonuje jako niepubliczny zakład, a trzy jako różne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: analiza, sytuacja finansowa, placówki medyczne

Wprowadzenie

System opieki zdrowotnej w Polsce jest jednym z najbardziej złożonych obszarów, który poddaje się ciągłemu procesowi zmian. Niekorzystna sytuacja finansowa zakładów opieki zdrowotnej nie jest spowodowana wyłącznie błędami w zarządzaniu, a przede wszystkim silnym uzależnieniem od publicznego płatnika za usługi medyczne, prawie 90% budżetów jednostek ochrony zdrowia stanowią wpływy z Narodowego Funduszu Zdrowia. Konsekwencją niedomagania tego systemu jest pojawienie się rynku komercyjnych usług medycznych, który jest obecnie jednym z najbardziej stabilnych i dynamicznie rozwijających

się obszarów działalności gospodarczej. Jego pozycja staje się coraz silniejsza ze względu na coraz większe trudności z dostępem do specjalistów w państwowej służbie zdrowia.

Od lat poszukuje się sposobów reformy służby zdrowia, aby poprawić efektywność funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Dla reformowania służby zdrowia niezwykle ważny jest udział środków prywatnych obok publicznych w finansowaniu świadczeń zdrowotnych.

1. Inwestowanie w zdrowie i specyfika rynku usług medycznych

Dokumenty kształtujące ramy polityki zdrowotnej Unii Europejskiej, tj. Europejska Strategia Zdrowia na lata 2008–2013¹ oraz program UE Zdrowie na rzecz Wzrostu Gospodarczego 2014–2020², wskazują, że zdrowie może stać się korzystną inwestycją, a nie kosztem. Istnieje wiele argumentów przemawiających za inwestowaniem w zdrowie³:

A. Perspektywa zdrowia publicznego

- wysokie nierówności w zdrowiu,
- transgraniczne zagrożenia i potrzeby wynikające ze zdrowia publicznego.

B. Perspektywa ekonomiczna i społeczna

- zdrowie wpływa na produktywność siły roboczej,
- zdrowie wpływa na PKB,
- sektor zdrowia jest jednym z najbardziej innowacyjnych i produktywnych sektorów gospodarczych,
- zdrowie jest inwestycją o wysokiej stopie zwrotu.

¹ *Biała Księga. Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013*, KOM (2007) 630, Bruksela 2007.

² Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustanowienia programu „Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego, trzeciego wieloletniego programu działań UE w dziedzinie zdrowia na lata 2014–2020, KOM (2011) 709, Bruksela 2011, art. 2.

³ I. Rudawska, E. Urbańczyk (red.), *Opieka zdrowotna. Zagadnienia ekonomiczne*, red., Difin, Warszawa 2012, s. 59 oraz M. Suhrcke, M. McKee i in., *The contribution of health to the economy in the European Union*, Health & Consumer Protection Directorate-General European Commission, Luxembourg 2005.

C. Perspektywa terytorialna

- inwestycja w zdrowie wpływa na regionalny rozwój i konkurencyjność m.in. poprzez zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych.

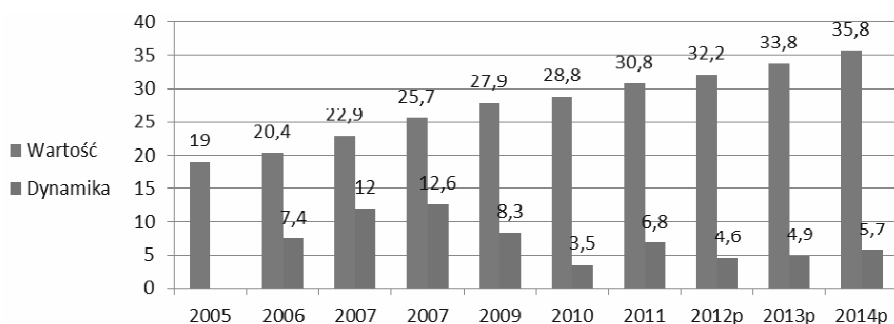
D. Perspektywa przemian strukturalnych

- wskazuje się na wyzwania stojące przed systemami opieki zdrowotnej wynikające m.in. z przemian demograficznych, chorób cywilizacyjnych, stabilności finansów publicznych, potrzeby restrukturyzacji i modernizacji sektora zdrowotnego.

Zaspakajanie potrzeb zdrowotnych poprzez świadczenie usług medycznych ma swoją specyfikę. Specyfika ta powoduje, że świadczenie usług różni się nie tylko od działalności w sferze materialnej, lecz także od innych dziedzin sfery niematerialnej. Do specyficznych cech usług medycznych należą:

- wielość i różnorodność czynników poza działalnością opieki zdrowotnej, wpływających na stan zdrowia;
- trudno mierzalny w kategoriach wartościowych efekt działalności;
- brak możliwości precyzyjnego ustalenia przez odbiorców usług medycznych ich przyszłych, a niekiedy nawet bieżących potrzeb w tym samym obszarze;
- często nakłady i efekty usług występują w odmiennych jednostkach, co uniemożliwia ich porównanie;
- występująca asymetria informacji pomiędzy usługobiorcami a usługodawcami.

Pomimo całej złożoności i specyfiki usług medycznych na rynku ciągle pojawiają się nowe, głównie prywatne placówki medyczne, które widzą możliwość prowadzenia zyskowej działalności na stale rosnącym rynku o słabnącym popycie powodowanym zmianą mody czy gustu potencjalnych klientów. Potwierdzają to wyniki badań m.in. wartości rynku prywatnej opieki zdrowotnej (wykres 1).



Wykres 1. Wartość rynku prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce (mld zł) i dynamika (%) w latach 2005–2014

Źródło: raport *Rynek prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce 2012. Prognozy rozwoju na lata 2012–2014*, PMR, Kraków 2012.

Powyższy stan potwierdza także proces starzenia się populacji, który wynika z rosnącej przeciętnej długości trwania życia. W tabeli 1 zaprezentowano prognozy dla województwa zachodniopomorskiego, ponieważ w dalszej części opracowania badaniu poddano placówki funkcjonujące na jego terenie.

Tabela 1

Prognoza przeciętnej długości trwania życia do 2035 roku

Wyszczególnienie	Mężczyźni			Kobiety		
	2009	2015	2035	2009	2015	2035
Województwo zachodniopomorskie	71,0	72,0	76,7	79,5	79,8	82,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie publikacji *Trwanie życia* oraz *Raportów demograficznych* GUS-u.

Wyraźnie widać, że w kolejnych latach okres życia będzie się wydłużać, a różnica w długości życia kobiet i mężczyzn zmniejszać na korzyść mężczyzn. Podstawową konsekwencją procesu starzenia się społeczeństwa będą zmiany w wolumenie niezbędnych usług zdrowotnych. Stwarza to szansę w miarę bezpiecznego i długofalowego rozwoju podmiotom działającym na rynku usług medycznych.

2. Ocena sytuacji finansowej wybranych placówek medycznych

Analizie poddano wybrane obszary działalności czterech placówek medycznych o zróżnicowanej formie prawnej i właścicielskiej działających na obszarze województwa zachodniopomorskiego. W związku z brakiem możliwości ujawnienia danych finansowych podmiotów nazwy badanych placówek medycznych opisano, stosując akronimy, i tak:

SPSK – Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny,

SPZZOZ – Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej,

SPSP – Samodzielny Publiczny Szpital Powiatowy,

NZOZ – Niepubliczny Zespół Opieki Zdrowotnej.

Do analizy wykorzystano wybrane mierniki należące do czterech podstawowych obszarów analizy wskaźnikowej⁴, tj. płynności finansowej, wspomaganie finansowego (zadłużenia), sprawności działania (wykorzystanie zapasów, okres windykacji należności, rotacja zobowiązań, cykl konwersji gotówki), rentowności (aktywów, sprzedaży, działalności operacyjnej).

Celem było wskazanie, że choć podmioty funkcjonują na jednym rynku, który charakteryzuje się ciągłym rozwojem, ich sytuacja finansowa jest diametralnie odmienna, gdy za kryterium przyjąć formę prawną i organizacyjną. Poza tym porównanie wyników osiągniętych przez placówki medyczne do efektów innych przedsiębiorstw działających na odmiennych rynkach nie jest w pełni poprawne, szczególnie w odniesieniu do zakładów publicznych.

W tabeli 2 zaprezentowano wyniki przeprowadzonej oceny czterech zakładów opieki zdrowotnej w okresie trzech lat, tj. 2008–2010.

Najgorszą wypłacalnością charakteryzowała się SPSP (wykres 2). Wystąpił bardzo znaczny jej wzrost w 2010 roku (10,8) w porównaniu do 2009 roku (2,04). W SPSK i SPZZOZ była ona na porównywalnym poziomie. W niepublicznej placówce medycznej (NZOZ) na skutek zaciągnięcia kredytu na inwestycje była ona dwukrotnie niższa.

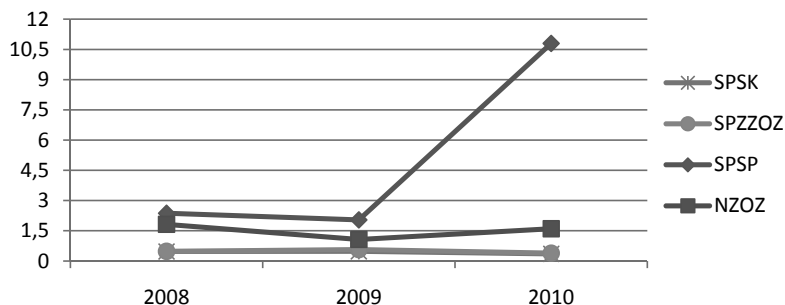
⁴ Większość autorów wymienia te obszar jako typowe. Zob. m.in. M. Sierpińska, T. Jachna, *Ocena przedsiębiorstwa według standardów światowych*, PWE, Warszawa 2004, s. 78; T. Waśniewski, W. Skoczylas, *Teoria i praktyka analizy finansowej w przedsiębiorstwie*, FRR w Polsce, Warszawa 2002, s. 10; W. Gabrusewicz, *Podstawy analizy finansowej*, PWE, Warszawa 2002, s. 21.

Tabela 2

Wybrane wskaźniki analizy finansowej placówek medycznych w latach 2008–2010

Lata	2008					2009					2010				
	SPSK	SPZZOZ	SPSP	NZOZ	NZOZ	SPSK	SPZZOZ	SPSP	NZOZ	NZOZ	SPSK	SPZZOZ	SPSP	NZOZ	NZOZ
Rodzaj wskaźnika (miernika)	0,47	0,48	2,37	1,82	1,07	0,48	0,57	2,0	1,07	0,35	0,39	10,8	1,6	1,6	
Wskaźnik wypłacalności	42,06	46	69,9	63,9	42,04	32	66,5	50,4	43,04	32	91,5	56,4	56,4	56,4	
Wskaźnik globalnego zadłużenia (%)	15	5	5	–	15	6	5	5	17	8	5	10	10	10	
Wskaźnik rotacji zapasów (w dniach)	22	15	23	80	23	15	32	61	20	17	41	50	50	50	
Wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)	45	46	42	110	47	36	42	82	36	25	34	63	63	63	
Wskaźnik rotacji należności (w dniach)	38	36	24	30	39	27	15	26	33	16	–2	23	23	23	
Cykl konwersji gotówki netto (w dniach)	1,53	1,66	0,81	1,33	1,48	1,74	0,6	1,33	2,15	1,44	0,33	1,1	1,1	1,1	
Wskaźnik szybkiej płynności finansowej	1,82	1,75	0,9	1,33	1,77	1,89	0,66	1,33	2,58	1,58	0,38	1,21	1,21	1,21	
Wskaźnik bieżącej płynności finansowej	3,72	19,15	5,5	21,44	1,74	16,36	–9,03	16,72	2,75	0,34	–24,7	18,09	18,09	18,09	
Wskaźnik rentowności aktywów (%)	2,08	10,79	1,52	5,2	0,91	10,04	0,84	8,6	1,39	0,51	–16,8	14,2	14,2	14,2	
Wskaźnik rentowności sprzedaży (%)	1,86	16,99	3,41	11,5	0,79	25,15	–4,84	7,9	1,43	10,81	–15,1	14	14	14	

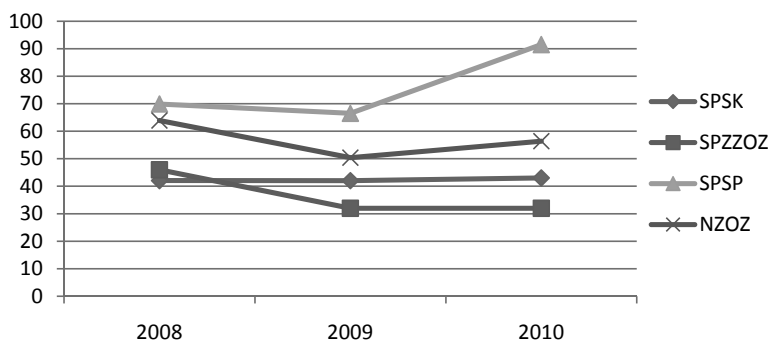
Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych badanych podmiotów.



Wykres 2. Wskaźniki wypłacalności w latach 2008–2010

Źródło: opracowanie własne.

Z racji silnego powiązania ekonomicznego i konstrukcyjnego (budowa wskaźnika) z poprzednim miernikiem poziom globalnego zadłużenia wskazuje, podobnie jak wskaźnik wypłacalności, że dwie pierwsze placówki medyczne mają relatywnie niski poziom zadłużenia, tj. SPSK około 43%, zaś SPZZOZ – 32%. Ponad połowę kapitałów w 2010 roku w NZOZ stanowią kapitały obce (56,4%). Najwyższy poziom zadłużenia w całym okresie poddanym badaniu wystąpił w SPSP w 2010 roku i wynosił 91,5%. Wielkości te zaprezentowano na wykresie 3.

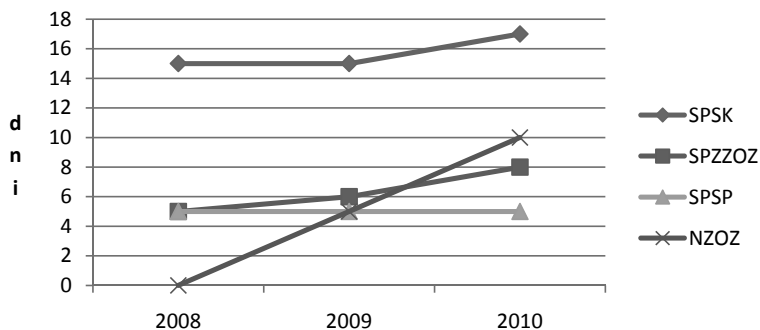


Wykres 3. Poziom globalnego zadłużenia w latach 2008–2010

Źródło: opracowanie własne.

Rotacja zapasów w trakcie badanego okresu w większości placówek nie uległa znacznym wahaniom (wykres 4). Jedynie w NZOZ nastąpił znaczny wzrost

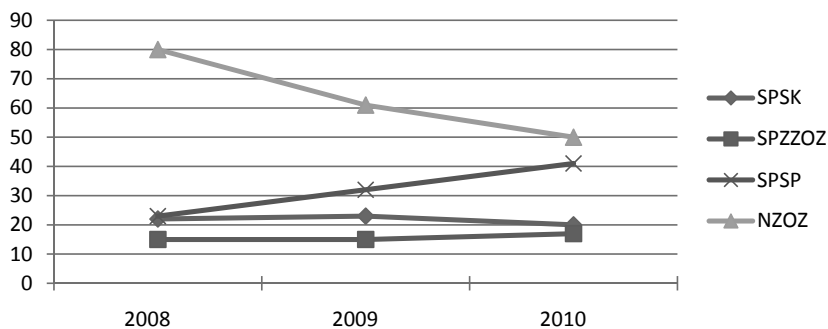
z 5 dni w 2009 roku do 10 dni w 2010 roku, ale i tak jest to okres o 7 dni krótszy, niż w tym samym czasie odnotowano w SPSK (17 dni).



Wykres 4. Rotacja zapasów w latach 2008–2010

Źródło: opracowanie własne.

Najkrótszy okres spłaty zobowiązań zaobserwowano w SPZZOZ – 15 dni w latach 2008–2009 i wzrost do 17 dni w 2010 roku (wykres 5). Najdłuższy okres rotacji w całym badanym okresie wystąpił w NZOZ – 50 dni w 2010 roku, chociaż uległ on znacznemu skróceniu w porównaniu do 2008 (80 dni) i 2009 roku (61 dni).

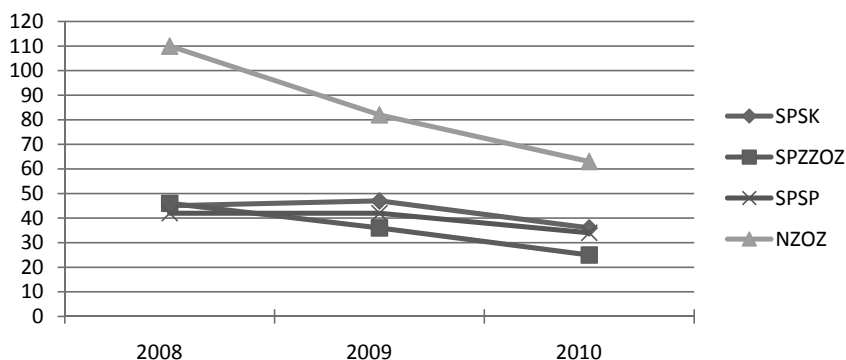


Wykres 5. Okres spłaty zobowiązań w latach 2008–2010 (dni)

Źródło: opracowanie własne.

We wszystkich podmiotach ulega skróceniu okres windykacji należności, co jest symptomem poprawiającej się sytuacji na rynku usług medycznych, mimo że gospodarka w tym czasie tkwi w pogłębiającym się kryzysie. Wartości te zapre-

zentowano na wykresie 6. Najkrótszy czas oczekiwania na należności był w 2010 roku w SPZZOZ – 25 dni. Odpowiednio 46 i 36 dni w 2008 i 2009 roku. Najdłużej na swoje środki oczekiwał NZOZ. W latach 2008–2010 czas ten wynosił kolejno 110, 82 i 63 dni.

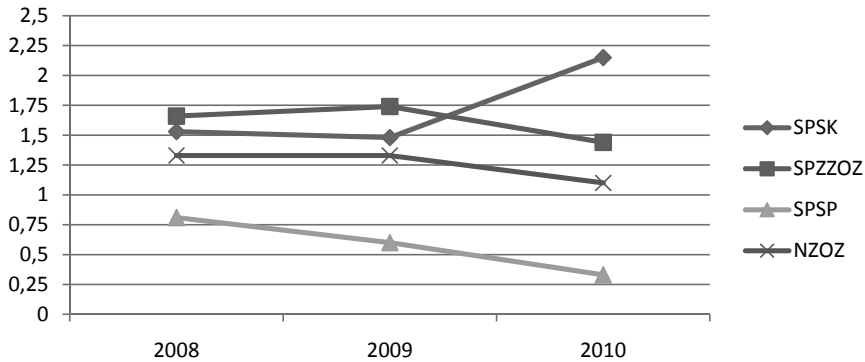


Wykres 6. Okres windykacji należności w latach 2008–2010 (dni)

Źródło: opracowanie własne.

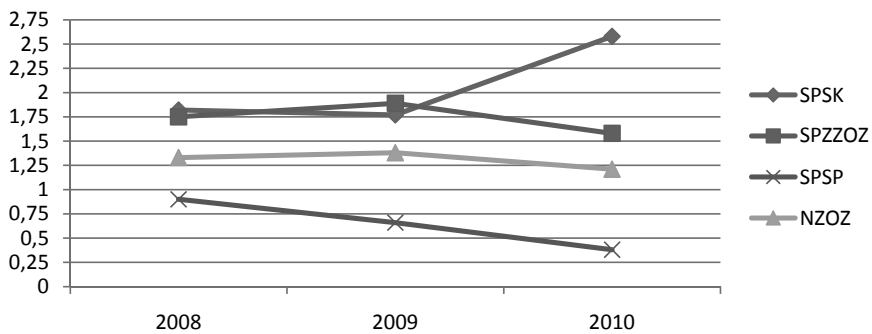
Cykl konwersji gotówki netto, na który wpływają: wykorzystanie zapasów, okres windykacji należności oraz rotacja zobowiązań, wykazuje poprawną tendencję spadkową. Jest on jednak dość długi, gdyż wskazuje na około miesięczny okres oczekiwania na środki zaangażowane w działalność operacyjną. Mylący może być fakt ujemnej wartości w SPSP (–2 dni), który można by odczytać jako pozytywną wartość sugerującą dłuższy okres korzystania z nieoprocentowanego kapitału obcego. Jest to jednak sytuacja całkowicie odmienna. SPSP, co widać także po wszystkich ustalonych miernikach, zmagał się z poważnymi problemami finansowymi, głównie brakiem środków. Widać to wyraźnie w niepokojąco małych i spadających z okresu na okres wartościach wskaźników płynności finansowej.

Jeśli chodzi o płynność finansową zarówno szybką (wykres 7), jak i bieżącą (wykres 8), to wszystkie podmioty – za wyjątkiem wspomnianego SPSP – mają ją na zadawalającym poziomie.



Wykres 7. Szybka płynność finansowa w latach 2008–2010

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 8. Bieżąca płynność finansowa w latach

Źródło: opracowanie własne.

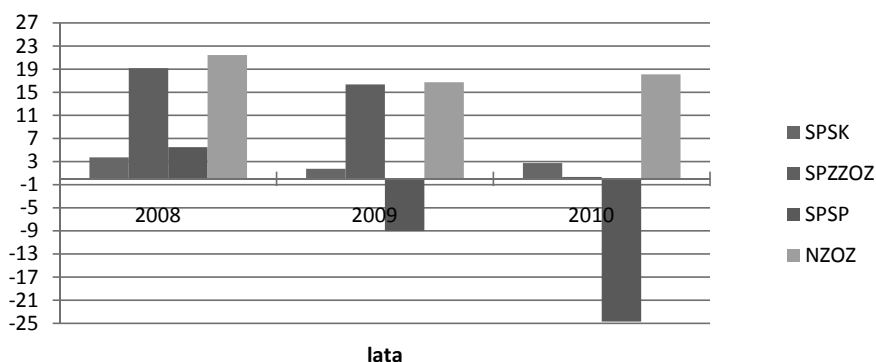
Występują pewne wahania w ich wielkościach, tzn. maleją i rosną na przemian. Analizując tę sferę działalności w oderwaniu od rentowności, można by było stwierdzić, że występująca w 2010 roku w SPSK nadpłynność (2,58 – płynność bieżąca i 2,15 szybka) niekorzystnie wpłynie na rentowność. Jednak nie obserwuje się tutaj niekorzystnego wpływu nadpłynności na spadek efektywności funkcjonowania placówki (wykresy 7 i 8 oraz tabela 2). Z kolei NZOZ, mając w 2010 roku zbyt niską bieżącą płynność finansową (1,21), charakteryzuje się wzrostem rentowności. Oznacza to realizację odważnej i agresywnej strategii działania. Jest to sytuacja charakterystyczna dla podmiotu prywatnego realizującego cel maksymalizacji wartości firmy.

Rentowność, czyli opłacalność prowadzonej przez podmioty działalności, została zbadana przy wykorzystaniu trzech mierników:

- 1) wskaźnika rentowności aktywów,
- 2) wskaźnika rentowności sprzedaży,
- 3) wskaźnika rentowności działalności operacyjnej.

Ich trendy w odniesieniu do każdego z podmiotów zachowują się jednakowo (wykres 9), to znaczy w przypadku:

- SPSK maleje w 2009 roku i wzrasta w 2010 roku w porównaniu do 2009;
- SPZZOZ maleją z roku na rok w sposób bardzo znaczący;
- SPSP maleją, by w roku 2010 wszystkie wskaźniki osiągnęły wartości ujemne;
- NZOZ maleją w 2009 roku w porównaniu do 2008 roku, by w 2010 wzrosnąć w stosunku do 2009 roku.



Wykres 9. Wskaźnik rentowności aktywów w latach 2008–2010 (%)

Źródło: opracowanie własne.

Najwyższe wartości wszystkich wskaźników rentowności osiągnął NZOZ (tabela 2). Różnice w tych wskaźnikach między placówkami są bardzo istotne. Na przykład wskaźnik rentowności aktywów dla NZOZ w 2010 roku wyniósł 18,09%, podczas gdy w najlepszej placówce publicznej (SPSK) w tym samym okresie 2,75%. Jedną z nich (SPSP) osiągnęła stratę i wartość tego wskaźnika zmalała z -9,03% w 2009 roku do aż -24,68% w 2010 roku (wykres 9). Najwyższy spadek rentowności wszystkich obszarów poddanych ocenie wystąpił w SPZZOZ w roku 2010 w porównaniu do 2009 roku. Wskaźnik rentowności

aktywów wyniósł w 2010 roku 0,337%, podczas gdy w 2009 wynosił 16,36%, zaś wskaźnik rentowności sprzedaży w tym samym okresie spadł z 10,04% na 0,51%. Ten okres dla SPZZOZ był wyjątkowo niekorzystny (nietypowy) w całym okresie funkcjonowania, gdyż wielkości tych wskaźników w 2009 były porównywalne do 2008 roku.

Skrajnie niekorzystna sytuacja występująca w SPSP zmusiła placówkę (właściciela) do podjęcia decyzji o restrukturyzacji. Obecnie działa jako spółka z o.o., świadcząc ten sam rodzaj usług medycznych.

Podsumowanie

Wyniki przeprowadzonego badania pozwalają na sformułowanie wniosków zmierzających do stwierdzenia, że niepubliczna placówka medyczna lepiej wykorzystuje potencjał. Na efektywność i sprawność działania podmiotów publicznych mają duży wpływ obowiązujące przepisy w zakresie świadczenia usług medycznych w ramach podpisanych kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ponadto placówki mają problemy z otrzymaniem środków za tzw. nadwykonania, czyli procedury, na które NFZ nie podpisał z nimi kontraktu. Sposobem na poprawę wyników dzięki lepszemu wykorzystaniu potencjału może być przekształcenie nieefektywnej placówki. Taka sytuacja wystąpiła w SPSP, która stała się w roku 2012 spółką z o.o.

Badania przeprowadzone dotychczas w 22 krajach UE wskazują, że straty przypisane do zdrowia jako dobra inwestycyjnego szacowane są na około 1,4% PKB, co w wielkościach bezwzględnych stanowi około 141 mld euro rocznie⁵. Widać więc, jak istotne jest sprawne funkcjonowanie placówek medycznych świadczących usługi na odpowiednim poziomie starzejącemu się społeczeństwu.

Literatura

Biała Księga. Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013, KOM (2007) 630, Bruksela 2007.

Gabrusewicz W., *Podstawy analizy finansowej*, PWE, Warszawa 2002.

⁵ J.P. Mackenbach, W.J. Meerdink, A.E. Kunst, *Economic implications of socio-economic inequities in health in the European Union*, Health & Consumer Protection Directorate-General European Commission, Luxemburg 2007, s. 41.

- Mackenbach J.P., Meerding W.J., Kunst A.E., *Economic implications of socio-economic inequities in health in the European Union*, Health & Consumer Protection Directorate-General European Commission, Luxemburg 2007.
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustanowienia programu „Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego”, KOM (2011) 709, Bruksela 2011.
- Rudawska I. Urbańczyk E., *Opieka zdrowotna. Zagadnienia ekonomiczne*, Difin, Warszawa 2012.
- Rynek prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce 2012. Prognozy rozwoju na lata 2012–2014*, PMR, Kraków 2012.
- Sierpińska M., Jachna T., *Ocena przedsiębiorstwa według standardów światowych*, PWE, Warszawa 2004.
- Suhrcke M., McKee M. i in., *The contribution of health to the economy in the European Union*, Health & Consumer Protection Directorate-General European Commission, Luxembourg 2005.
- Waśniewski T., Skoczylas W., *Teoria i praktyka analizy finansowej w przedsiębiorstwie*, FRR w Polsce, Warszawa 2002.

RATIO ANALYSIS OF SELECTED HEALTH CARE INSTITUTIONS

Summary

The article presents arguments for investing in health which is relevant due to, among other things, increasing life expectancy. These arguments provide a solid basis for further development of institutions operating on the market of medical services. Despite the specificity of this market, referred to in the paper in a very general way, the aforementioned institutions will be subject to assessment just as any other business entity.

The empirical part of the article assesses the functioning of four health care institutions using selected and most typical instruments adopted as part of ratio analysis. The institutions under consideration operate in one and the same voivodship. One is a non-public health care institution, whereas the remaining three are public institutions.

Keywords: analysis, financial situation, health care institutions

Translated by Mirela Romanowska

