

Katarzyna Prędkiewicz*

Paweł Prędkiewicz**

Zarządzanie kapitałem obrotowym szpitali samorządowych w Polsce

Wstęp

Spośród około 730 szpitali, które funkcjonują w Polsce, prawie 700 wciąż należy do państwa oraz jednostek samorządu terytorialnego, z tego aż połowa do powiatów [Ministerstwo Zdrowia, 2011], a ich kondycja finansowa cyklicznie się pogarsza. Sytuacja finansowa szpitali stanowi przedmiot zainteresowania nie tylko właścicieli (organów tworzących) – przede wszystkim ma wpływ na możliwość realizacji podstawowej funkcji: ratowania zdrowia i życia, do której został powołany szpital [Kachniarz, 2008, s. 92]. Obszar zarządzania płynnością finansową (kapitałem obrotowym) w placówkach medycznych wydaje się szczególnie newralgiczny. Często z mediów docierają informacje o tym, że kolejny szpital ma problemy z bieżącym regulowaniem swoich zobowiązań i oczekuje wsparcia ze strony podmiotu tworzącego.

W prawidłowej ocenie finansów szpitali istotne jest wyznaczenie wartości optymalnych wskaźników finansowych uwzględniających specyfikę publicznych placówek medycznych. Próba budowy zestawu właściwych mierników finansowych i wykorzystania ich do oceny szpitali pojawiła się w 2005 r. w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali, włączonych do sieci szpitali przekazanych do uzgodnień zewnętrznych 7 marca 2007 r. (rozporządzenie nie weszło jednak w życie). Sytuacją finansową i wyznaczaniem mierników finansowych zajmował się także zespół: Sobczak, Czechowska, Dmowski na podstawie danych za rok 2006 [Sobczak i inni, 2008]. Dostępne są także fragmentaryczne opracowania

* Dr, Katedra Zarządzania Finansami Przedsiębiorstwa, Wydział Inżynieryjno-Ekonomiczny, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, katarzyna.predkiewicz@ue.wroc.pl, ul. Komandorska 118/120, 53-345 Wrocław

** Mgr, Katedra Finansów, Wydział Nauk Ekonomicznych, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, pawel.predkiewicz@ue.wroc.pl

prezentujące m.in. wskaźniki finansowe w wybranych województwach [Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, 2012]. Z raportów tych wynika, że nie można poprzestać na ustaleniu wartości przeciętnych wskaźników finansowych dla całej populacji szpitali, ale należy uwzględnić także inne cechy, np. rodzaj placówki. Pokazują one także, że brakuje zgodności co do tego, w jaki sposób oceniać uzyskane wskaźniki.

1. Cel badań i metodologia

Celem artykułu jest zaprezentowanie wyników badań w zakresie zarządzania kapitałem obrotowym tj. zapasami, należnościami i zobowiązaniami bieżącymi w szpitalach, dla których organem założycielskim jest JST w latach 2009-2011¹.

W analizie wykorzystano wskaźniki rotacji zobowiązań², zapasów³, należności⁴ wyznaczone w dniach na podstawie wartości rocznych⁵. Wykorzystano również wyniki ankiet przeprowadzonych w szpitalach publicznych w zakresie prowadzonej polityki zarządzania kapitałem obrotowym.

Postawiono hipotezę badawczą, że narzędzia w zakresie zarządzania kapitałem obrotowym stosują jednostki o bardzo złej i przeciętnej sytuacji, a ponadto wiele placówek medycznych deklaruje stosowanie narzędzi w zakresie zarządzania składnikami kapitału obrotowego, nie mają one jednak wpływu na kształtowanie się wskaźników cyklu. Sformułowano również hipotezę pomocniczą, że istotny wpływ na wskaźniki rotacji mogą mieć różne cechy szpitala (np. wielkość, rodzaj lub osiągnięta rentowność).

Dane finansowe wykorzystane w artykule zostały pozyskane w ramach projektu badawczo-rozwojowego „Portrety Szpitali – mapy moż-

¹ Artykuł jest kontynuacją wcześniejszych badań, których wyniki zostały opisane na XIV Międzynarodowej Konferencji „Zarządzanie finansami” [Prędkiewicz, Prędkiewicz, 2013, s. 169-179]. Przedstawiono tam analizę płynności finansowej w szpitalach w zależności od cech szpitali.

² Rotacja zobowiązań = (zobowiązania krótkoterminowe/koszty operacyjne bez amortyzacji) x 365.

³ Rotacja zapasów = (zapasy/zużycie materiałów i energii) x 365.

⁴ Rotacja należności = (należności/przychody ze sprzedaży) x 365.

⁵ We wzorach na rotacje wykorzystuje się zazwyczaj przeciętne wielkości składników bilansowych, jednak ze względu na ograniczone dane bilansowe będące do dyspozycji autorów, obejmujące trzy lata, postanowiono wyznaczyć wskaźniki na podstawie danych rocznych co pozwoliło na przeprowadzenie analizy zmiany wartości wskaźników w czasie.

liwości, czyli monitorowanie jakości usług publicznych i benchmarking zakresu nadzoru nad funkcjonowaniem szpitali, dla których organem założycielskim jest JST". Informacje finansowe, na podstawie których można było wyznaczyć wskaźniki finansowe, przedstawiło 81 szpitali. Część sprawozdań finansowych była jednak niepełna i należało je odrzucić na etapie badań statystycznych. Ostatecznie badaniu poddano 67 szpitali. Analizy przedstawione w niniejszym artykule są dodatkowymi badaniami, które nie zostały zrealizowane w ramach projektu.

W celu zweryfikowania hipotezy zbadano, czy wskaźniki rotacji wyliczone w zależności od udzielonej odpowiedzi na pytania ankietowe w zakresie zarządzania kapitałem obrotowym, a także dla poszczególnych grup szpitali (klasyfikacja według wybranych cech) różnią się statystycznie istotnie. Wnioskowanie zostało przeprowadzone z wykorzystaniem testu *t*-Studenta i ANOVA [Aczel, 2006, s. 396].

2. Wyniki badań

2.1. Kształtowanie się rotacji zapasów, należności i zobowiązań w próbie badawczej

W tabelicy 1 zawarto podstawowe statystyki opisowe dotyczące wskaźników charakteryzujących zarządzanie kapitałem obrotowym: rotacji należności, zapasów i zobowiązań wyznaczonych w dniach w latach 2009-2011.

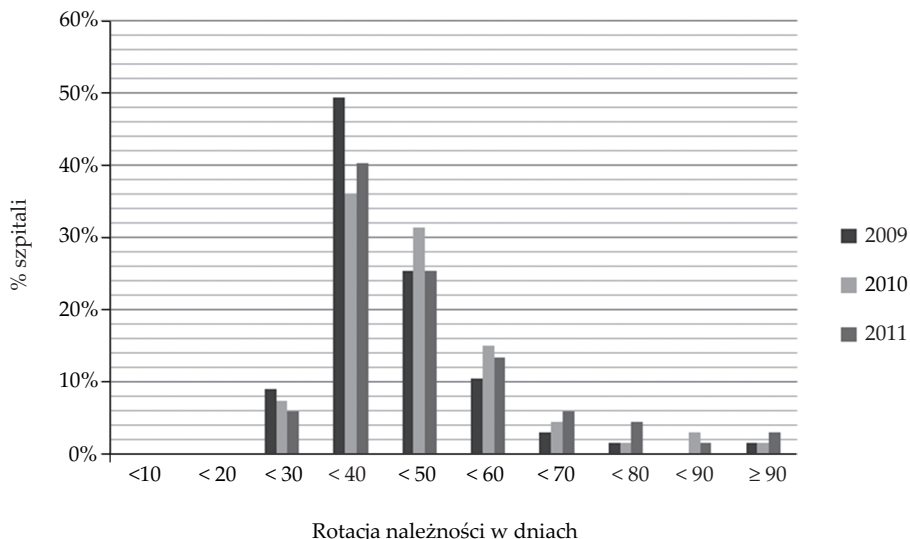
Należności szpitali były regulowane średnio po 42-47 dniach, a po odrzuceniu 10% ekstremalnych obserwacji po 40-44 dniach. Minimalna zaobserwowana wartość to 26 dni, co oznacza, że w próbie nie było szpitala, który uzyskiwałby wpływy ze sprzedaży w okresie znacznie krótszym niż miesiąc, natomiast maksymalny cykl wynosił 129 dni, czyli ponad 4 miesiące. W analizowanych latach średni oraz maksymalny cykl rotacji należności w dniach wydłuża się (średnia o ok. 5 dni), co oznacza, że szpitale coraz dłużej oczekują na wpływ środków pieniężnych w związku ze zrealizowaną wcześniej sprzedażą (są to głównie należności z NFZ). Jak wynika z rysunku 1, niemal połowa szpitali w 2009 r., a w 2011 r. nieco mniej, bo 40% — ściągała należności po 30-40 dniach. Natomiast 1/3 podmiotów po około 40-50 dniach.

Tablica 1. Wartości wskaźników rotacji w dniach w próbie badawczej w latach 2009-2011

	2009	2010	2011
Statystyki	Rotacja należności		
Min.	28,06	27,90	25,50
Maks.	97,43	125,21	128,98
Średnia	41,30	45,04	46,17
Odchylenie standardowe	11,82	15,80	18,35
Średnia 90%	40,10	43,25	44,11
Statystyki	Rotacja zapasów		
Min.	4,21	5,07	6,80
Maks.	97,25	70,26	93,07
Średnia	27,54	27,57	30,92
Odchylenie standardowe	14,80	13,84	16,17
Średnia 90%	26,56	26,95	29,74
Statystyki	Rotacja zobowiązań bieżących		
Min.	14,63	16,75	16,58
Maks.	337,34	342,82	395,39
Średnia	73,31	78,49	84,90
Odchylenie standardowe	55,18	58,90	71,48
Średnia 90%	66,73	70,44	74,98

Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 1. Odsetek szpitali w zależności od długości cyklu rotacji należności w dniach (cała próba badawcza)

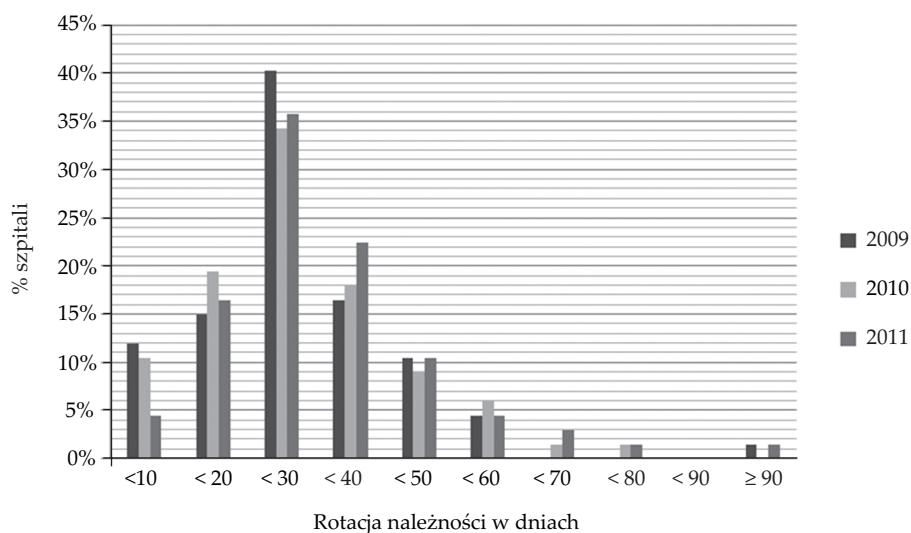


Źródło: Opracowanie własne.

Zapasy, które stanowią zasoby majątkowe utrzymywane w celu zachowania możliwości bieżącego świadczenia usług, są relatywnie niewielkie w badanych placówkach medycznych. Stanowią je głównie leki, materiały opatrunkowe, których udział w aktywach razem wynosi przeciętnie 2-3%. Średni okres utrzymywania zapasów w szpitalach to 30 dni. Najkrótszy zaobserwowany cykl wynosi 4,21 dnia, a najdłuższy 97 dni, co oznacza, że jeden ze szpitali utrzymywał zapasy przez ponad 3 miesiące.

Jak wynika z rysunku 2, około 1/3 populacji szpitali charakteryzuje się cyklem rotacji zapasów w przedziale 20-30 dni. Natomiast po 15% placówek medycznych należy do przedziału 10-20 dni oraz 30-40 dni. Bardzo krótki cykl tj. do 10 dni zaobserwowano w 2011 r. tylko w 4% populacji, a we wcześniejszych latach było to nieco więcej – 10%.

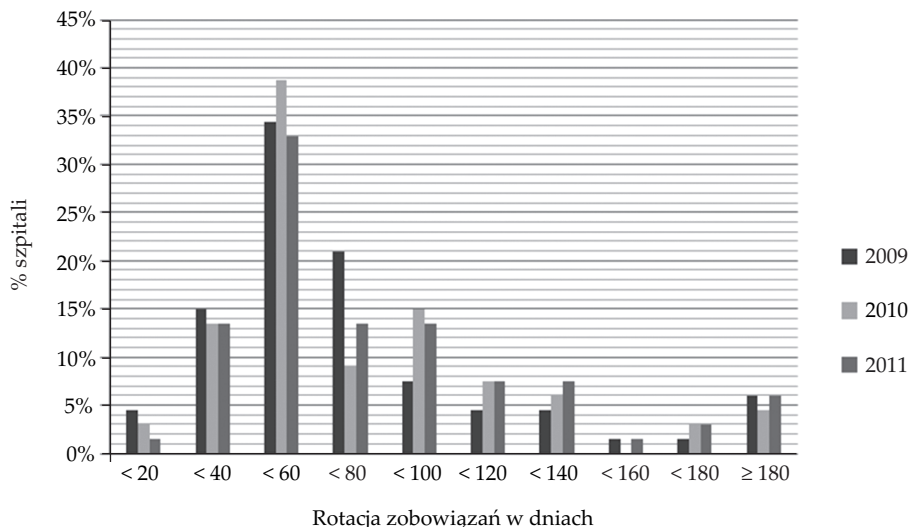
Rysunek 2. Odsetek szpitali w zależności od długości cyklu rotacji zapasów w dniach (cała próba badawcza)



Źródło: Opracowanie własne.

Rotacja zobowiązań bieżących jest wskaźnikiem uzupełniającym badanie płynności finansowej i obrazuje, po jakim czasie średnio podmiot reguluje swoje zobowiązania. W analizowanych szpitalach średni cykl płatności zobowiązań oscylował wokół wartości 73-85 dni, a po odrzuceniu 10% obserwacji ekstremalnych wynosi nieco mniej – 66-75 dni. Ulega on w analizowanym okresie wydłużeniu o około 8 dni, co również świad-

Rysunek 3. Odsetek szpitali w zależności od długości cyklu rotacji zobowiązań w dniach (cała próba badacza)



Źródło: Opracowanie własne.

czy o stopniowym pogarszaniu się kondycji finansowej badanych szpitali. Minimalny czas regulowania zobowiązań to 15 dni, a maksymalny 396 dni, co jest równoznaczne z tym, że jeden ze szpitali reguluje swoje zobowiązania po okresie znacznie przekraczającym rok. Jak wynika z rysunku 3 największy odsetek szpitali (ok. 33-39%) charakteryzował się cyklem rotacji zobowiązań w przedziale 40-60 dni. Struktura w trzech analizowanych latach 2009-2011 była bardzo podobna.

2.2. Polityka zarządzania kapitałem obrotowym na podstawie badań ankietowych

Kadra menadżerska badanych szpitali została zapytana o stosowanie prostych narzędzi w zakresie monitorowania stanu zapasów, należności i zobowiązań. Zdecydowana większość szpitali prowadziła analizę rotacji składników kapitału obrotowego. Obserwację rotacji należności prowadziło 93% placówek medycznych, podobnie jak zobowiązań (94%). W zakresie rotacji zapasów częściej prowadzona była analiza w ujęciu wartościowym (70%) niż ilościowym (52%)⁶.

⁶ W zakresie rotacji zapasów można było wybrać dwie odpowiedzi tj. prowadzenie rotacji w ujęciu ilościowym i/lub wartościowym. Co najmniej jedną metodę stosuje 85% szpitali.

Wyniki ankiety oraz uzyskane dane finansowe pozwoliły na zbadanie zależności pomiędzy prowadzoną polityką w zakresie kapitału obrotowego a uzyskanymi przez szpitale wskaźnikami rotacji.

Deklaracja w zakresie analizy należności nie wpływa statystycznie istotnie na kształtowanie się wskaźnika rotacji należności (tablica 2). W próbie badawczej zaobserwowano nawet, że szpitale, które nie analizują rotacji należności, osiągnęły krótszy o kilka dni okres (8-4 dni w analizowanym okresie). Do obserwacji jednak należy podchodzić z dużą ostrożnością, ze względu na to, że tylko 5 szpitali zadeklarowało brak działań w zakresie monitoringu rotacji należności.

Tablica 2. Rotacja należności w dniach — średnia arytmetyczna w zależności od udzielonej odpowiedzi na pytanie „Czy w szpitalu prowadzona jest analiza rotacji należności?” w latach 2009-2011

Odpowiedź	2011 r.	2010 r.	2009 r.
Nie	39	40	38
Tak	47	45	42

Źródło: Opracowanie własne.

Na długość tego cyklu nie miało wpływu również stosowanie przez szpitale analizy rotacji zapasów w ujęciach ilościowym i wartościowym (tablica 3).

Tablica 3. Rotacja zapasów w dniach — średnia arytmetyczna w zależności od udzielonej odpowiedzi na pytanie „Czy prowadzona jest analiza rotacji w ujęciu wartościowym?” w latach 2009-2011

Odpowiedź	2011 r.	2010 r.	2009 r.
Nie	29	27	27
Tak	32	28	28

Źródło: Opracowanie własne.

Wyraźną różnicę w przeciętnym okresie cyklu zobowiązań w grupie szpitali monitorujących i niemonitorujących okres płacenia zobowiązań widać jedynie w przypadku analizy rotacji zobowiązań. Co ciekawe, w grupie, która nie prowadzi analizy rotacji zobowiązań, cykl jest wyraźnie krótszy — 12-17 dni. Jak wykazała dalsza analiza, są to szpitale zabiegowe, a zatem charakteryzujące się lepszą sytuacją w zakresie płynności finansowej, co tłumaczy mniejszą troskę o obserwację przeciętnego okre-

su regulowania zadłużenia. Różnica pomiędzy grupami nie jest jednak statystycznie istotna.

Tablica 4. Rotacja zobowiązań w dniach – średnia arytmetyczna w zależności od udzielone odpowiedzi na pytanie „Czy w szpitalu prowadzona jest analiza rotacji zobowiązań?” w latach 2009-2011

Odpowiedź	2011	2010	2009
Nie	64	62	68
Tak	79	74	86

Źródło: Opracowanie własne.

W związku z tym, że stosowane prostych narzędzi w zakresie zarządzania kapitałem obrotowym nie miało istotnego wpływu na długość cykli zapasów, należności i zobowiązań, przystąpiono do weryfikacji hipotezy pomocniczej o wpływie innych cech placówek medycznych na wskaźniki rotacji.

2.3. Cykle w zależności od cech szpitali

2.3.1. Rodzaj placówki medycznej

W pierwszej kolejności dokonano podziału szpitali ze względu na rodzaj placówki medycznej na zabiegowe i niezabiegowe⁷. Jak wynika z wcześniejszych badań autorów, szpitale zabiegowe charakteryzowały się lepszą sytuacją, jeżeli chodzi o płynność finansową i zadłużenie. Wskaźnik rotacji należności jest natomiast niższy w szpitalach niezabiegowych, zatem krócej oczekują one przeciętnie na wpływ środków pieniężnych (tablica 5), różnica nie jest jednak duża. Szpitale niezabiegowe dłużej o przeciętnie 5 dni w stosunku do zabiegowych regulują swoje zobowiązania, co potwierdza ich nieco gorszą płynność finansową. Różnica w zakresie kształtowania się wskaźnika rotacji należności i zobowiązań jest jednak nieistotna statystycznie.

Odmienne ukształtowała się natomiast sytuacja w zakresie wskaźnika rotacji zapasów (tablica 5). W szpitalach zabiegowych jest on wyraźnie krótszy niż w szpitalach niezabiegowych (41 dni) i przeciętnie wynosi 28 dni. Test wykazał, że różnica jest istotna statystycznie przy alfa = 5% (p-wartość < 1%). Rodzaj szpitala (zabiegowy, niezabiegowy) ma zatem wyłącznie wpływ na kształtowanie się długości cyklu zapasów.

⁷ Autorzy mają świadomość, że podział jest uproszczony, jednak ograniczeniem była mała próba badawcza, która uniemożliwiała bardziej szczegółowy podział ze względu na np. przeważającą specjalizację czy funkcję szpitala.

Tablica 5. Wskaźniki rotacji, średnia arytmetyczna, rok 2011 w zależności od rodzaju szpitala (zabiegowy, niezabiegowy)

Cecha	Rotacja należności	Rotacja zapasów	Rotacja zobowiązań
Szpitale niezabiegowe	42	41	89
Szpitale zabiegowe	47	28	84

Źródło: Opracowanie własne.

2.3.2. Rentowność

W kolejnym etapie badań dokonano analizy kształtowania się wskaźników rotacji w zależności od zyskowności placówek medycznych. Szpitale zostały podzielone na dwie grupy – rentowne, nierentowne – według wskaźnika rentowności obliczanego jako stosunek zysku operacyjnego do przychodów ze sprzedaży. Do grupy szpitali rentownych zaliczono 18 podmiotów z przeciętną rentownością 2%, a nierentownych 47 o przeciętnej deficytowości 7%. Jak wynika z tablicy 6, podmioty rentowne charakteryzowały się zdecydowanie niższym wskaźnikiem rotacji zobowiązań – 48 dni, podczas gdy w szpitalach nierentownych cykl ten był niemal dwukrotnie wyższy i wynosił 98 dni. Test wykazał, że różnica pomiędzy grupą szpitali rentownych i nierentownych w zakresie rotacji zobowiązań jest statystycznie istotna przy $\alpha = 5\%$ (p -wartość $\approx 1\%$). Z kolei rotacja zapasów była bardzo zbliżona w obu grupach, co potwierdził również test istotności (brak różnicy w poziomie średnich) i wynosiła około 31 dni. Okres ściągania należności nieco się różni i w placówkach nierentownych jest o około 14 dni krótszy niż w rentownych. Placówki rentowne ze względu na swoją znacznie lepszą sytuację w zakresie płynności finansowej są zatem mniej restrykcyjne w ściąganiu swoich należności niż placówki nierentowne.

Tablica 6. Wskaźniki rotacji w dniach – średnia arytmetyczna, rok 2011 w zależności od rentowności (zabiegowy, niezabiegowy)

Cecha grupy	Rotacja należności w dniach	Rotacja zapasów w dniach	Rotacja zobowiązań w dniach
Nierentowne	45	31	98
Rentowne	50	30	48

Źródło: Opracowanie własne.

2.3.3. Wielkość placówki medycznej

Następnie dokonano podziału szpitali i analizy płynności finansowej w zależności od wielkości szpitala mierzonej liczbą łóżek⁸. Szpitale zostały podzielone na 5 grup (grupa 1 – liczba łóżek od 0 do 220, grupa 2 – od 221 do 400, grupa 3 – od 401 do 580, grupa 4 – od 581 do 800, grupa 5 – powyżej 800).

Wcześniejsze badania prowadzone przez autorów pozwoliły sformułować wniosek, że wyższe wskaźniki płynności finansowej osiągają szpitale wielkie (powyżej 800 łóżek) oraz małe (221-400 łóżek). Analiza wskaźnika rotacji zobowiązań w pewnym zakresie potwierdza spostrzeżenia w tym zakresie (tablica 7). Najkrótszy okres regulowania zobowiązań również występuje w szpitalach małych (71 dni) oraz wielkich (65 dni). W najgorszej sytuacji znajdują się natomiast szpitale duże (od 581 łóżek do 800), regulujące zobowiązania po 102 dniach, a w których także zaobserwowano najniższe wskaźniki płynności finansowej we wcześniejszych badaniach. Testy (ANOVA) nie wykazały jednak, że różnice w kształtowaniu się średnich pomiędzy grupami szpitali są statystycznie istotne.

Okres ściągania należności jest stosunkowo długi w szpitalach wielkich (powyżej 800 łóżek) i wynosi 60 dni, co wynika również z ich wspomnianej wyższej płynności finansowej i mniejszej troski o szybkie odzyskanie środków pieniężnych zamrożonych w należnościach. Różnica nie jest jednak statystycznie istotna. Z kolei przeciętny okres utrzymywania zapasów niewiele się różni w zależności od wielkości szpitala, co również potwierdzają testy statystyczne. Najkrótszą rotację zapasów zaobserwowano w szpitalach małych – 27 dni, a najdłuższą w szpitalach średnich – 40 dni.

Tablica 7. Wskaźniki rotacji w dniach, średnia arytmetyczna, rok 2011 w zależności od wielkości szpitala

Grupa szpitali	Rotacja należności	Rotacja zapasów	Rotacja zobowiązań
1 – mikro	41	31	93
2 – małe	47	27	71
3 – średnie	51	40	82
4 – duże	50	27	102
5 – wielkie	60	34	65

Źródło: Opracowanie własne.

⁸ W literaturze przedmiotu można znaleźć nurt badań poświęcony analizie wpływu wielkości szpitala na jego efektywność np. [Ozan, Luke, 1993, s. 719-739; Possnet, 1999, s. 1063-1065; Wang i inni, 2006].

Zakończenie

W świetle przeprowadzonych badań hipoteza o stosowaniu przez szpitale o złej i przeciętnej kondycji finansowej narzędzi w zakresie zarządzania kapitałem obrotowym nie była możliwa do zweryfikowania na podstawie analizy próby badawczej, że względu na to, że większość placówek deklaruje stosowanie tych narzędzi. Potwierdziło się natomiast przypuszczenie o braku związku prowadzonego monitoringu składników kapitału obrotowego i przeciętnych długości cykli zapasów, należności i zobowiązań.

Wyniki dalszych badań wykazały, że rodzaj placówki medycznej ma wpływ jedynie na długość cyklu zapasów w dniach, natomiast bez znaczenia pozostaje na wskaźników rotacji należności oraz zobowiązań. Z kolei na długość cyklu rotacji zobowiązań statystycznie istotny wpływ ma rentowność osiągnięta przez szpital. W podmiotach rentownych wskaźnik był niemal dwukrotnie krótszy niż w nierentownych. Natomiast wielkość szpitali mierzona liczbą łóżek pozostaje bez istotnego związku z długością wskaźników rotacji, chociaż pewną różnicę można zaobserwować w zakresie rotacji zobowiązań – najdłuższym cyklem charakteryzowały się szpitale duże (liczba łóżek 581-800), w których we wcześniejszych badaniach zdiagnozowano najniższą płynność finansową.

Analiza wskaźników rotacji ukazuje również stopniowo pogarszającą się sytuację finansową szpitali. W 2011 r. w stosunku do 2009 szpitale dłużej oczekują na odzyskanie środków pieniężnych zamrożonych w należnościach, a także po dłuższym czasie regulują swoje zobowiązania.

Literatura

1. Aczel D.A. (2006), *Statystyka w zarządzaniu. Pełny wykład*, PWN, Warszawa.
2. Kachniarz M. (2008), *Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, ABC Wolters Kluwer, Warszawa.
3. Ministerstwo Zdrowia, *Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999-2010*.
4. Ozcan Y.A., Luke R.D. (1993), *A national study of the efficiency of hospitals in urban markets*, „Health Services Research”, vol. 27, no. 6.

5. Posnett J. (1999), *Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care*, „British Medical Journal”, vol. 319.
6. Prędkiewicz K., Prędkiewicz P. (2013), *Płynność finansowa szpitali samorządowych w Polsce – wyniki badań empirycznych*, [w:] *Finanse, rynki finansowe, ubezpieczenia nr 62*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2013, nr 766.
7. Sobczak A., Czechowska D., Dmowski M. (2008), *Sytuacja finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – analiza wskaźnikowa*, (nadzór); <http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=1>, dostęp dnia 15.02.2013.
8. Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (2012), *Lecznictwo Stacjonarne w Małopolsce 2011 r.*, <http://www.malopolskie.pl/Zdrowie/Raporty/>, dostęp dnia 25.02.2013.
9. Wang J., Zhao Z., Mahmood A. (2006), *Relative efficiency, scale effect, and scope effect of public hospitals: evidence from Australia*, IZA Discussion Paper nr 2520.

Streszczenie

W artykule zaprezentowano wyniki badań w zakresie zarządzania kapitałem obrotowym w 67 szpitalach, dla których organem założycielskim jest JST w latach 2009-2011. Wyznaczono wskaźniki rotacji należności, zapasów i zobowiązań, a także dokonano analizy stosowanych narzędzi w zakresie zarządzania składnikami kapitału obrotowego oraz ich wpływu na kształtowanie się wyznaczonych wskaźników cyklu. Nie stwierdzono jednak, żeby w długości cykli wystąpiła istotna statystycznie różnica pomiędzy jednostkami, które stosują proste narzędzia w zakresie polityki zarządzania kapitałem obrotowym, a tymi, które tego nie robią. Następnie przeprowadzono analizę wpływu cech szpitali (rodzaj, wielkość, rentowność) na kształtowanie się cyklu zapasów, należności i zobowiązań na podstawie statystycznych testów istotności. Rodzaj placówki medycznej ma wpływ jedynie na długość cyklu zapasów w dniach, nie oddziałuje zaś na wskaźniki rotacji należności oraz zobowiązań. Z kolei na długość cyklu rotacji zobowiązań ma statystycznie istotny wpływ rentowność osiągnięta przez szpital.

Słowa kluczowe

szpitale publiczne, kapitał obrotowy, płynność finansowa

Working capital management of local government hospitals in Poland (Summary)

This paper presents the results of research on working capital management in 67 public hospitals in years 2009-2011. There was appointed receivables turnover ratios, stock rotation and accounts payable ratio, as well as an analysis of the tools used in the management of working capital components and their impact on the designated cycle indicators was made. There was not found, however, that the length of the cycles differs statistically significant between individuals who use simple tools in the areas of working capital management, and those that do not. Then was applied an analysis of the impact of hospital characteristics (type, size, profitability) on the length of the inventory cycle, receivables and liabilities on the basis of statistical significance test. Type of medical center affects only the length of the inventory cycle in days, but is irrelevant to the rotation rates of receivables and liabilities. On the other hand the hospital's profitability has statistically significant impact on the length of the liabilities rotation ratio.

Keywords

public hospital, working capital, financial liquidity

