

Aleksandra Wiercińska*

Specyfika zarządzania finansami szpitala

Wstęp

Zmiany zachodzące w służbie zdrowia w ostatnich latach, w szczególności te, które dotyczą systemu finansowania świadczeń zdrowotnych oraz zwiększenia odpowiedzialności kierownictwa podmiotów leczniczych za osiągnięte wyniki, postawiły przed zarządzającymi placówkami służby zdrowia nowe wyzwania [Kogut, 2009, s. 266]. Szpitale coraz częściej traktowane są jak przedsiębiorstwa, od których wymaga się funkcjonowania na zasadach gospodarki rynkowej, nie uwzględniając przy tym specyfiki rynku usług zdrowotnych. Ponadto wiele podmiotów jest w złej kondycji finansowej, permanentnie generuje straty i nie jest w stanie regulować swoich zobowiązań.

Opisana sytuacja rodzi potrzebę zwrócenia większej uwagi zarządzających na właściwe zarządzanie finansami szpitala, które może przyczynić się do poprawy sytuacji finansowej podmiotu oraz podnieść jego efektywność i rentowność.

Celem artykułu jest przedstawienie specyfiki zarządzania finansami szpitala oraz wskazanie jego kluczowych obszarów. Do jego realizacji wykorzystano następujące metody badawcze: opisową, analizy i krytyki piśmiennictwa oraz dedukcji.

1. Charakterystyka i uwarunkowania działalności szpitali w Polsce

Głównym podmiotem realizującym świadczenia na rynku usług zdrowotnych jest szpital¹. Ustawa z dnia 14 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (nazywana dalej UODL) definiuje szpital jako [ustawa, 2011, art. 2 pkt 9] „przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne”.

* Mgr, Katedra Rachunkowości, Wydział Zarządzania, Uniwersytet Gdański, ul. Armii Krajowej 101, 81-824 Sopot, aleksandra.wiercinska@wp.pl

¹ W literaturze przedmiotu klasyczną definicję szpitala przedstawia R. Jachowicz [1970, s. 23]: „szpital jest to zakład opieki zdrowotnej, charakteryzujący się stałą gotowością do przyjęcia i umieszczenia w nim pacjenta oraz zapewniający mu całodobową, wszechstronną i kwalifikowaną opiekę medyczną polegającą na obserwacji, rozpoznaniu, pielęgnowaniu i leczeniu”.

Według ustawodawcy świadczenia szpitalne to [ustawa, 2011, art. 2 pkt 11] „wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych”. Szpital cechuje się zatem stałą gotowością do udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

Należy zwrócić uwagę, że zgodnie z zapisami UODL szpital może być traktowany jako synonim przedsiębiorstwa, gdyż posiada trzy cechy właściwe dla tego typu podmiotów, czyli wyodrębnienie [Hass-Symon, 2011, s. 15]:

- 1) ekonomiczne (posiada odrębność majątkową, odpłatnie sprzedaje realizowane świadczenia zdrowotne, ponosi ryzyko ekonomiczne, jego rozwój jest zależny od możliwości pokrycia nakładów na powiększenie zasobów trwałych z wypracowanych nadwyżek),
- 2) prawne (może być podmiotem obrotu cywilnego, który posiada prawo do nawiązywania umów i zaciągania zobowiązań),
- 3) techniczno-organizacyjne (szpital tworzy odrębną całość, z własną strukturą organizacyjną, posiada odrębny zarząd pełniący funkcje kierownicze).

Jednak szpital, oprócz wymienionych, posiada dodatkowe cechy odróżniające go od innych przedsiębiorstw funkcjonujących na rynku. Zalicza się do nich [Rój, Sobiech, 2006, s. 57; Getzen, 2000, s. 213–214; Shortell, Kałużny, 2001, s. 26]:

- 1) stałą gotowość do przyjęcia pacjenta i zapewnienia mu wszechstronnej opieki medycznej z zastosowaniem odpowiednich technologii,
- 2) realizację celów społecznych, ekonomicznych i medycznych,
- 3) ukierunkowanie na wykonywanie określonego zestawu świadczeń, ustalonych w statucie,
- 4) zgromadzenie odpowiedniego potencjału ludzkiego, rzeczowego i finansowego, który jest niezbędny do osiągnięcia wyznaczonych celów,
- 5) udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby posiadające kwalifikacje i spełniające określone wymagania,
- 6) funkcjonowanie w strukturze organizacyjnej, która zapewnia realizację wyznaczonych zadań,
- 7) trudności w normowaniu i pomiarze wyników pracy, które są bardziej zróżnicowane i kompleksowe niż w innych podmiotach leczniczych,
- 8) wykonywanie czynności o wysokim stopniu niezależności przy istniejącej potrzebie ich koordynacji między różnymi grupami specjalistów,

- 9) wysoki stopień specjalizacji pracy,
- 10) niską skuteczność kontroli lekarzy pod względem kierowniczym i organizacyjnym,
- 11) utrudnioną koordynację działań, co jest spowodowane występowaniem podwójnego podporządkowania służbowego (klinicznego i administracyjnego),
- 12) brak uzależnienia prowadzenia działalności od korzyści ekonomicznych.

Poza wymienionymi cechami na funkcjonowanie szpitala ma wpływ szereg czynników zewnętrznych (politycznych, prawnych, ekonomicznych², demograficznych³) i wewnętrznych (NFZ, pacjenci, dostawcy towarów i usług, władze samorządowe, konkurencyjne pomioty lecznicze itp.). Jednym z ważniejszych czynników determinującym wyniki szpitala są często zmieniające się przepisy prawne dotyczące m.in. metod i zasad finansowania jego działalności⁴, co powoduje, że zarządzanie takim podmiotem jest dodatkowo utrudnione.

W wyniku wpływu wspomnianych czynników na działalność szpitali, w ostatnich latach doszło do wielu istotnych zmian w polskim szpi-

² Czynniki ekonomiczne opisują stan gospodarki, w jakiej szpitale muszą funkcjonować. Określają siłę nabywczą odbiorców usług, czyli pacjentów. Wskaźniki, które najbardziej wpływają na rynek usług zdrowotnych, to: tempo wzrostu produktu krajowego brutto (PKB), % PKB na ochronę zdrowia, stopa inflacji, wskaźnik zatrudnienia i stopa bezrobocia, wysokość średniej płacy brutto oraz dochody gospodarstw domowych. Mają one istotny wpływ na wielkość składek na ubezpieczenia zdrowotne oraz wysokość dochodów rozporządzalnych gospodarstw domowych i osób indywidualnych. Decydują one o wartości i strukturze kontraktów z NFZ, jak również o wysokości popytu na usługi zdrowotne osób nieobjętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym bądź chcących nabyć usługi w podmiotach niepublicznych [Kautsch, 2010, s. 102–103]. Wielkość środków, jakie mogą zostać przeznaczone na opiekę zdrowotną w Polsce, jest ograniczona i niestety jest znacznie niższa niż w większości krajów OECD. W 2010 r. wydatki na ochronę zdrowia wynosiły w Polsce 7% PKB, zaś w Niemczech 11,5% PKB, we Francji 11,7% PKB, a we Włoszech 9,4% PKB.

³ Czynniki demograficzne obejmują takie kryteria, jak: wiek, płeć, wykształcenie itp. Struktura społeczeństwa według wieku determinuje jego potrzeby na usługi zdrowotne. W ostatnich latach obserwuje się wzrost długości życia oraz starzenie się społeczeństwa. Udział ludności w wieku 60 lat i więcej w strukturze ludności ogółem zwiększył się z 12,8% w 1990 r. do 17,3% w 2011 r. [Nojszewska, 2011, s. 198–201]. Im starsze społeczeństwo, tym większe zagrożenie chorobami i zwiększony popyt na świadczenia zdrowotne. Ma to wpływ na wielkość i zakres działalności podmiotów leczniczych, w tym szpitali.

⁴ Najczęściej występujące metody finansowania podmiotów leczniczych (świadczeniodawców) to: pensje, opłaty za usługę (FFS – *fee for service*), opłaty za przypadek, w tym DGR – *diagnosis related groups*, czyli JGP – Jednorodne Grupy Pacjentów, hospitalizacja, kaptacja, opłata za osobodzień (*per diem*), budżet. Zob.: [Nojszewska, 2011, s. 47–48; Kautsch, 2010, s. 96–97; Rój, Sobiech, 2006, s. 147–160].

talnictwie. Są one zgodne z tendencjami występującymi w krajach rozwiniętych. K. Walshe i J. Smith [2011, s. 183] podkreślają w swoich badaniach następujące zmiany na rynku usług zdrowotnych, które dotyczą także Polski. Są to:

- 1) wzrost liczby świadczeń niewymagających hospitalizacji, które mogą być wykonywane w ramach opieki ambulatoryjnej lub chirurgii jednego dnia,
- 2) minimalizacja czasu pobytu pacjenta w szpitalu, co oznacza redukcję ilości łóżek oraz większy nacisk na opiekę krótkoterminową (pacjenci są wypisywani ze szpitala w coraz krótszym czasie po zabiegu),
- 3) rozdzielenie ostrego dyżuru od świadczeń planowych, w celu zwiększenia efektywności realizacji świadczeń,
- 4) nacisk pacjentów i instytucji na zwiększenie jakości procesu leczenia,
- 5) zwiększenie świadomości, że narzędzia zarządzania procesami, które wykorzystuje się na innych rynkach, można zastosować do kontroli procesu leczenia pacjenta w systemie leczenia krótkotrwałego i mogą one skutkować reorganizacją procesu opieki,
- 6) rezygnacja z wynagrodzenia świadczeniodawców leczenia krótkotrwałego w postaci stałych kontraktów, gdzie poziom finansowania jest nieelastyczny, lecz stabilny, oraz wprowadzenie systemu płatności opartego na rzeczywiście wykonanej pracy, co gwarantuje wzrost motywacji do poprawy produktywności i liczby wykonanych świadczeń, jest bardziej elastyczne, chociaż równocześnie mniej stabilne,
- 7) konsumpcjonizm pacjentów i społeczeństwa, który powoduje większe oczekiwania co do sposobu świadczenia usług,
- 8) rozwój modeli opieki, które wcale bądź w mniejszym zakresie wymagają hospitalizacji, np. opieki domowej, rehabilitacji itp.,
- 9) świadomość, że proces opieki powinien obejmować cały system opieki zdrowotnej, a nie tylko opiekę krótkoterminową, co powoduje powstawanie i rozwój zintegrowanych systemów świadczenia usług zdrowotnych i leczenia schorzeń na niektórych rynkach,
- 10) brak personelu medycznego w niektórych obszarach, skutkujący zmianami sposobu pracy personelu – optymalizacja wykorzystania zasobów ludzkich,
- 11) zwiększenie liczby i zakresu regulacji dotyczących jakości klinicznej, które nakładają odpowiedzialność za jakość świadczonej opieki na świadczeniodawców,

12) rezygnacja z systemu zdrowotnego opartego na planowaniu na rzecz systemu bardziej kształtowanego przez siły rynkowe, konkurencję i popyt.

Potwierdzeniem tych wniosków są zmiany, które nastąpiły w Polsce w latach 2000–2010, a mianowicie [Biuletyny Statystyczne Ministerstwa Zdrowia za lata 2000–2010]:

- 1) spadek liczby łóżek opieki krótkoterminowej o 5,5% (z 191 290 do 181 077),
- 2) skrócenie średniego czasu pobytu w szpitalu o prawie 2,8 dnia (z 8,5 do 5,7),
- 3) wzrost wskaźnika leczonych na 1 łóżko o 34% (z 32,6 do 43,7).

Na koniec należy zauważyć, że szpital funkcjonuje na rynku usług zdrowotnych, który posiada swoją specyfikę i różni się istotnie od pozostałych sektorów gospodarki. Ma to bezpośredni wpływ na zarządzanie podmiotami świadczącymi usługi zdrowotne oraz na osiąganę przez nie wyniki. Rynek usług zdrowotnych charakteryzuje się m.in. brakiem stabilności popytu na opiekę zdrowotną oraz jego losowym charakterem, asymetrią informacji pomiędzy świadczeniodawcą a pacjentem, nieracjonalnością zachowania konsumenta opieki zdrowotnej, jak również silnym zróżnicowaniem poziomu usług zdrowotnych itp. [Rój, Sobiech, 2006, s. 23; Bukowska-Piestrzyńska, 2010, s. 14].

2. Istota zarządzania finansami szpitala

Pogarszająca się sytuacja finansowa szpitali powinna zmotywować dyrektorów do podjęcia kroków mających na celu usprawnienie zarządzania finansami. Niepokojący jest fakt, że od roku 2011 zadłużenie szpitali publicznych wzrosło średnio o 11% – pierwszy raz od 7 lat. W niektórych województwach nastąpił skok zadłużenia nawet o 30–40%. Pod koniec 2012 r. zadłużenie szpitali sięgnęło 10,7 mld zł. Wiele szpitali regularnie przynosi straty, nie jest w stanie regulować swoich zobowiązań i wpada w spiralę zadłużenia. Przyczyn tego stanu rzeczy jest kilka.

Pierwszą z nich jest monopol Narodowego Funduszu Zdrowia, który jako jedyny płatnik kontroluje rynek świadczeń zdrowotnych, równocześnie dokonując wyceny procedur medycznych, z reguły na poziomie nieodzwierciedlającym rzeczywistych kosztów ich wytworzenia.

Po drugie, należy zwrócić uwagę, że koszty utrzymania szpitali drastycznie rosną (nastąpił m.in. wzrost kosztów wynagrodzeń pracowników – w 2012 r. zwiększono stawkę składki na ubezpieczenie rentowe

opłacane przez pracodawcę, odnotować należy wzrost kosztów energii – ogrzewania i ciepłej wody, rosnące ceny leków), natomiast wartość kontraktów z NFZ, które są głównym źródłem dochodów szpitala, zwiększyła się w 2012 r. jedynie o 3%.

Kolejną przyczyną rosnącego zadłużenia jest niewystarczający zakres przekształceń szpitali w spółki, co spowodowane jest m.in. oporem społecznym – utożsamia się bowiem przekształcenia (komercjalizację⁵) szpitali z ich prywatyzacją i odpłatnością za świadczone usługi zdrowotne [Kachniarz, 2008, s. 127].

Pomimo opisanych trudności należy zgodzić się z opinią J. Rój i J. Sobiecha, którzy argumentują [2006, s. 73]: „Chociaż sektor szpitalnictwa charakteryzuje się specyficznymi cechami odróżniającymi go od innych sektorów, to organizacje w obrębie tego samego sektora wymagają spełniania tych samych menedżerskich funkcji i tego samego poziomu profesjonalnego zarządzania jak organizacje w każdej innej dziedzinie działalności”. Poprawa powinna w szczególności dotyczyć zarządzania finansami szpitala, co jest zagadnieniem wieloaspektowym.

W literaturze przedmiotu nie ma pełnej zgodności na temat pojęcia zarządzania finansami. Jest ono definiowane przez wielu autorów, którzy reprezentują różne podejście do celu, zakresu czy funkcji zarządzania finansami. W. Bień [2011, s. 14] twierdzi, że polega ono na: „pozyskiwaniu źródeł finansowania działalności firmy (kapitałów) oraz lokowaniu ich w składnikach majątkowych w sposób pozwalający na realizację strategicznego celu, jakim jest maksymalizowanie korzyści przypadających udziałowcom (właścicielom) firmy, tj. osobom, które ulokowały w niej swoje kapitały w sposób trwały”. M. Nowak [1996, s. 42] rozszerza definicję zarządzania finansami o zarządzanie aktywami (majątkiem) oraz pasywami (kapitałami własnymi i obcymi)⁶. H. Buk [2006, s. IX] podkreśla w nim natomiast rolę planowania i kontroli. J. Szulc [2009, s. 12] zaznacza,

⁵ Komercjalizacja jest to proces polegający na przekształceniu szpitali z formy SPZOZ-ów w spółki prawa handlowego [Horosz, 2011, s. 23–25]. Komercjalizacji nie należy traktować na równi z prywatyzacją, gdyż w przeciwieństwie do prywatyzacji nie oznacza ona zmiany struktury właścicielskiej, lecz jedynie zmianę formy organizacyjno-prawnej szpitala [Szafranski, 2003, s. 230–231].

⁶ Twierdzi on, że zarządzanie finansami to proces: „który polega na podejmowaniu decyzji dotyczących opłacalności i sposobu pozyskania i inwestowania kapitału na podstawie danych finansowych. Zasadniczy trzon zarządzania finansowego sprowadza się do zarządzania aktywami i pasywami (części składowych bilansu) przedsiębiorstwa oraz określania możliwości i opłacalności zaangażowania kapitału w różnego rodzaju przedsięwzięciach” [Nowak, 1996, s. 42].

że zarządzanie finansami polega na: „podejmowaniu decyzji, skąd i w jaki sposób pozyskiwać przychody pieniężne oraz na jakie kierunki przeznaczyć i w jakich formach wydatkować nagromadzone zasoby pieniężne, aby w możliwie najpełniejszy sposób realizować cele danego podmiotu”. Zdaniem tej autorki zarządzanie finansami organizacji obejmuje obszary analizy finansowej, planowania finansowego oraz zarządzania aktywami i pasywami.

W literaturze przedmiotu rzadko można spotkać odrębną definicję dotyczącą zarządzania finansami szpitala. Podają ją J. Rój i J. Sobiech [2006, s. 72], którzy wskazują, iż jest to „proces selekcji, finansowania i zarządzania aktywami (majątkiem) organizacji oraz odpowiedni dobór źródeł finansowania (struktura kapitału)”. Ich zdaniem zarządzanie finansami „dostarcza teorii, koncepcji i narzędzi potrzebnych do podejmowania decyzji inwestycyjnych i decyzji finansowych w szpitalu”. Podkreślają oni również, że bez względu na formę prawną podmiotu, zagadnieniami podstawowymi, którymi menedżerowie szpitala powinni być równie zainteresowani jak menedżerowie innych organizacji, są: przychód, koszt, gotówka, kapitał i zabezpieczenie przetrwania. Według autorki niniejszego opracowania w przytoczonej definicji brakuje odniesienia do specyfiki podmiotu leczniczego, która, jak wykazano wcześniej, znacząco odróżnia szpital od innych podmiotów. Z tego powodu w artykule przyjęto, iż zarządzanie finansami szpitala jest to podejmowanie decyzji dotyczących sposobów pozyskiwania środków pieniężnych oraz określania, w jakiej formie i na jakie cele je wydatkować, aby skutecznie realizować zadania podmiotu leczniczego, uwzględniając przy tym jego specyfikę. Konieczne jest zatem branie pod uwagę czynników wewnętrznych i zewnętrznych, które mają kluczowy wpływ na funkcjonowanie szpitala i oddziałują na jego kondycję finansową.

Szpital jest najbardziej „wymagającym” podmiotem leczniczym w sektorze opieki zdrowotnej, m.in. ze względu na złożoność problematyki finansowej i wielkość zużywanych zasobów. Koszt opieki szpitalnej jest wyższy od innych świadczeń zdrowotnych, stąd istotne jest poszukiwanie sposobów racjonalizacji kosztów funkcjonowania szpitali bez obniżenia poziomu usług, ich zakresu oraz dostępności. Prawidłowe zarządzanie finansami szpitali powinno umożliwić podejmowanie lepszych decyzji przez menedżerów.

Na zarządzanie finansami szpitala wpływają również cele, jakie są przed nim stawiane, do których należą nie tylko funkcje ekonomiczne, ale

również medyczne i społeczne. W sferze ekonomicznej celem szpitala jest pokrycie kosztów działalności z uzyskanych przychodów. Cele finansowe powinny być podporządkowane celom strategicznym, które związane są z najbardziej efektywnym świadczeniem usług zdrowotnych oraz optymalnym wykorzystaniem posiadanych zasobów. Z założenia maksymalizacja nadwyżki finansowej nie jest celem samym w sobie, ale jedynie warunkiem umożliwiającym realizację pozostałych funkcji szpitala: medycznych i społecznych. Działania medyczne dotyczą z reguły dostępności opieki, czyli zagwarantowania pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych pacjentom, zapewnienia odpowiedniej jakości opieki medycznej na możliwie wysokim poziomie itp. Cele społeczne obejmują oczekiwania różnych interesariuszy z dalszego otoczenia szpitala [Hass-Symotiuk, 2011, s. 69–71]. Konieczność realizacji wszystkich celów szpitala wymaga od zarządzających zwrócenia szczególnej uwagi na zarządzanie finansami, gdyż bez środków finansowych cele medyczne i społeczne nie będą mogły zostać osiągnięte.

Chociaż szpitale charakteryzują się specyficznymi cechami odróżniającymi go od innych podmiotów, to wymagają tego samego poziomu profesjonalnego zarządzania jak każde inne przedsiębiorstwo. J. Stępniewski [2005, s. 37] podkreśla, że: „jeśliby wskazać kierunki, w jakich polska organizacja opieki medycznej powinna zmierzać w ciągu kolejnych kilku czy kilkunastu lat, należy na pierwszym miejscu wskazać efektywne i fachowe zarządzanie. Wielu obserwatorów jako cel nadrzędny polityki strategicznej zakładów opieki zdrowotnej dostrzega specjalizację w ściśle określonej dziedzinie medycyny, jednak zdaniem innych autorów „dobry menedżer, dobrze wykształcony i wysoko wykwalifikowany potrafi tak dopasować ofertę świadczeń medycznych, że będzie ona doskonale odpowiadała aktualnym potrzebom rynku (...)”.

Ważnym problemem dla funkcjonowania szpitali jest zapewnienie skuteczności i efektywności zarządzania finansami oraz, co się z tym wiąże, wybór narzędzi umożliwiających osiągnięcie pożądanego efektów. Należy zgodzić się z I. Witczak [2009, s. 147–148], że: „zarządzający szpitalami, aby osiągnąć założone cele ekonomiczne powinni utrzymywać współmierność między przychodami i kosztami. Oznacza to utrzymywanie wiarygodności finansowej i uzyskiwanie zasobów finansowych niezbędnych do świadczenia bieżących i przyszłych usług oraz dostarczania nowoczesnych technologii medycznych. Utrzymanie wiarygodności finansowej wyraża się w zachowaniu płynności finansowej”.

Realizację celów ekonomicznych szpitala zapewnią następujące działania, które wydają się być kluczowe przy podejmowaniu decyzji finansowych, a mianowicie:

- 1) analiza finansowa,
- 2) planowanie finansowe,
- 3) kontrola finansowa.

3. Obszary zarządzania finansami szpitala

Analiza finansowa szpitala jest jednym z ważniejszych aspektów zarządzania finansami tych jednostek. L. Bednarski i T. Waśniewski [1996, s. 33–34] twierdzą, że jest ona jednym z podstawowych narzędzi zarządzania przedsiębiorstwem i ma charakter specjalnej formy kontroli działalności gospodarczej, a w szczególności kontroli wewnętrznej.

Treścią analizy finansowej są wielkości ekonomiczne wyrażone pieniężnie, w tym stan majątkowo-kapitałowy, wyniki finansowe oraz ogólna sytuacja finansowa przedsiębiorstwa [Bednarski, 1998, s. 7]. Analiza sytuacji finansowej powinna umożliwiać ocenę zgodności przebiegu operacji finansowych w stosunku do założeń, a także stanowić punkt wyjścia dla podejmowanych decyzji dotyczących przyszłości szpitala. Dotyczy to zarówno decyzji bieżących, których horyzont czasowy nie przekracza w zasadzie 12 miesięcy, jak również decyzji strategicznych – długoterminowych.

Zdaniem M. Jerzemowskiej [2013, s. 14] analiza finansowa powinna koncentrować się na wstępnej i rozwiniętej analizie bilansu, rachunku zysków i strat, źródłach i kierunkach przychodów i rozchodów, analizie wyniku finansowego i jego determinantów oraz analizie sytuacji finansowej badanej jednostki. Działania te powinny być realizowane w sposób powtarzalny oraz badać relacje wyszczególnionych elementów. Istotną rolę odgrywa badanie płynności finansowej, rentowności, zadłużenia i zdolności do obsługi długu, sprawności gospodarowania zasobami, jak również analizowanie finansowego wymiaru wartości przedsiębiorstwa, efektywności finansowej przedsięwzięć, a także związków przyczynowych wymienionych kategorii [Wrzosek, 2006, s. 11].

W teorii oraz praktyce analiza finansowa obejmuje dwa podstawowe etapy [Buk, 2006, s. 182; Bednarski, 1998, s. 15–16]:

- 1) analizę wstępną (nazywaną czytaniem sprawozdań finansowych),
- 2) analizę szczegółową (wskaźnikową).

W zakresie analizy wstępnej mieści się badanie wartości bezwzględnych i ich zmian, ocena dynamiki pozycji sprawozdań finansowych, ocena struktury wielkości zagregowanych oraz czytanie sprawozdań w układzie pionowym (wskaźniki struktury) [Bednarski, Waśniewski, 1996, s. 252–253 i 257]. Polega ona zatem na badaniu i interpretacji stanu, zmian i struktury kształtowania się poszczególnych wielkości ekonomicznych w dwóch lub więcej okresach.

Analiza szczegółowa pozwala na badanie płynności, rentowności, efektywności oraz poziomu zadłużenia szpitala na podstawie wskaźników finansowych. Wskaźniki finansowe w szczególności przydatne są menedżerom do sprawowania kontroli i podejmowania decyzji finansowych. Sygnalizują zagrożenia, które mogą wystąpić w funkcjonowaniu podmiotu oraz umożliwiają doskonalenie procesu gospodarowania [Martyniuk-Kwiatkowska, 2013, s. 79]. Zdaniem W. Bienia [2011, s. 97] „odpowiednio dobrany zestaw syntetycznych wskaźników, obrazujących wzajemne relacje określonych wielkości ekonomicznych, wynikających ze sprawozdań finansowych, umożliwi stosunkowo łatwą i szybką, cechującą się także dużą trafnością, ocenę, czy kondycja finansowa firmy jest dobra, czy zła, czy występują szanse jej umocnienia w przyszłości, czy nie pojawiają się sygnały zagrażające przyszłej egzystencji przedsiębiorstwa”. Odnosi się to również do zarządzania finansami szpitala, który dzięki analizie wskaźnikowej może dokonać oceny swojej działalności oraz porównywać się z innymi podmiotami. A. Warelis [2011, s. 195] argumentuje, że „szpital gospodarujący środkami publicznymi powinien dolożyć wszelkich starań, aby ich rozdysponowywanie było efektywne. Użyteczność mierników oceny kondycji finansowej szpitala wydaje się zatem bezdyskusyjna. Analiza wskaźnikowa jest efektywną i szybką metodą oceny funkcjonowania i kondycji finansowej szpitala”. Należy jednak zwrócić uwagę, że ocena kondycji finansowej szpitala oparta jedynie na tej metodzie może być ograniczona, gdyż bazuje na danych z przeszłości szpitala. Sposób podejścia do tego narzędzia powinien być zatem odpowiednio wyważony i uzupełniony innymi narzędziami analitycznymi. Analiza wskaźnikowa może posłużyć na przykład do przewidywania warunków działania placówki medycznej w przyszłości (analiza w trybie *ex ante*).

Kolejnym obszarem zarządzania finansami szpitala jest planowanie finansowe. Stanowi ono integralną część zarządzania przedsiębiorstwem

(obok organizowania, motywowania i kontrolowania), a co za tym idzie stanowi również ważny element zarządzania finansami.

W literaturze przedmiotu można spotkać różne definicje planowania finansowego. Zasadniczo wyróżnia się dwa podejścia do tego zagadnienia. Pierwsze, węższe ujęcie, definiuje planowanie finansowe w skali przedsiębiorstwa jako zespół czynności zmierzających do określenia przyszłego, w ramach pewnego horyzontu czasowego, stanu zasobów pieniężnych w przedsiębiorstwie, który umożliwi realizację celów i potrzeb rozwojowych oraz zapewni firmie płynność finansową [Komorowski, 2001, s. 29]. Koncepcja ta koncentruje się na sprawozdawczości finansowej i wynikach finansowych osiągniętych przez podmiot. Natomiast traktując zagadnienie szerzej, planowanie finansowe definiuje się jako projekcję zjawisk ekonomicznych w ujęciu pieniężnym. D. Davis [1993, s. 168] rozumie planowanie finansowe jako plan, który zawiera prognozę i ocenę zdarzeń odnoszących się do przyszłości, i używa go zamiennie z budżetem przedsiębiorstwa⁷. Jednak bez względu na podejście do definicji planowania finansowego, powinno ono ujmować wartości w formie pieniężnej i uwzględniać zmienność wartości w czasie, respektować zasady gospodarki finansowej oraz posługiwać się narzędziami rachunkowości [Komorowski, 2001, s. 34].

Planowanie finansowe szpitala można rozpatrywać w ujęciu podmiotowym, przedmiotowym oraz czasowym i przestrzennym.

Punktem wyjścia dla podmiotowego planowania finansowego jest struktura organizacyjna podmiotu i odpowiednie delegowanie uprawnień. Wyraźną tendencją jest tu przesuwanie decyzji mających wpływ na kondycję finansową szpitala na niższe szczeble zarządzania, których kierownicy są zainteresowani efektywnością finansową podległych im komórek organizacyjnych. Przykładem przenoszenia decyzji na niższe ośrodki jest wzięcie odpowiedzialności za wyniki finansowe konkretnego oddziału przez ordynatora, który podejmując odpowiednie decyzje, może wpływać na finanse swojej jednostki i jest za nie odpowiedzialny.

⁷ Przeciwnicy takiego podejścia podkreślają mało precyzyjne określenie celów szerokiego ujęcia planowania finansowego. Jednak wydaje się, że podejście, które skupia się nie tylko na kondycji finansowej przedsiębiorstwa, planowaniu wyników finansowych, kosztów czy płynności, ale także uwzględnia ocenę otoczenia i czynników zewnętrznych, np. wzrostu gospodarczego, zmiany przepisów prawnych itp., jest bardziej adekwatne jeśli chodzi o zarządzanie finansami szpitala.

Zakres przedmiotowy informuje, jakich wyborów i obszarów planowanie finansowe dotyczy. Jako elementy planowania finansowego można wymienić [Bień, 2011, s. 131]:

- 1) preliminarz obrotów gotówkowych (zwany także kasowym) – służy do sterowania płynnością finansową i obejmuje wpływy i wydatki gotówkowe oraz przewiduje sposoby pokrycia ewentualnych niedoborów i wykorzystania nadwyżek,
- 2) preliminarz zysków i strat, tj. wyników finansowych, który konfrontuje planowane przychody z kosztami oraz określa przewidywane wyniki,
- 3) planowany bilans majątkowy, który zawiera wielkość i strukturę majątku na określony dzień oraz stan źródeł finansowania (kapitałów własnych i obcych).

Ujęcie czasowe planowania finansowego podkreśla znaczenie horyzontu planowania, czyli przedziału czasu, którego ono dotyczy. Plany wieloletnie (długookresowe) związane są z kluczowymi decyzjami, które wyznaczają kierunki rozwoju szpitala, np. z alokacją posiadanych zasobów, finansowaniem projektów inwestycyjnych i wdrożeniowych itp. Plany roczne dotyczą kształtowania równowagi finansowej szpitala z punktu widzenia dostosowania bieżących wyników do strategii długoterminowej. Plany krótkookresowe, np. kwartalne czy miesięczne, związane są z finansowaniem bieżącej działalności szpitala, budżetowaniem kosztów, zarządzaniem płynnością finansową [Brigham, Houston, 2005, s. 305–310; Komorowski, 2001, s. 81].

Planowanie finansowe może być również rozpatrywane w wymiarze przestrzennym. Istotny jest wtedy podział szpitala na konkretne ośrodki odpowiedzialne za generowanie kosztów i osiąganie przychodów oraz ich powiązania między sobą. Takimi ośrodkami w szpitalu mogą być poszczególne oddziały, poradnie specjalistyczne, przychodnie przyszpitalne itp. Przestrzenny układ planowania finansowania ukazuje poziom wyniku uzyskiwanego przez wydzielone jednostki, ale również powinien wskazywać na sposoby rozliczania świadczeń pomiędzy nimi.

Kolejnym elementem zarządzania finansami szpitala jest kontrola finansowa. Kontrola stanowi ostatni etap procesu zarządzania przedsiębiorstwem, który ma na celu sprawdzenie, czy rzeczywiste działania były zgodne z planowanymi. Polega na obserwacji i systematycznym wprowadzaniu korekt do bieżących działań w celu realizacji planów [Griffin, 2002, s. 393]. Etap kontroli służy sprawdzeniu, czy plany są pra-

widłowo skonstruowane, a działania właściwe i wystarczające, by te plany zrealizować, czy raporty z wykonania planów są kompletne i dające odpowiedni poziom informacji zarządczej oraz czy ich ocena jest obiektywna i koncentruje się na istotnych dla przedsiębiorstwa obszarach i problemach [Dillon, 1979, s. 4–5].

Istnieje wiele obszarów w działalności szpitala, które podlegają kontroli, jednak szczególnie ważne jest zapewnienie odpowiedniego poziomu kontroli zasobów finansowych, gdyż oddziałują one na wszystkie inne obszary. Sama kontrola finansowa zapewnia m.in. poziom gotówki niezbędny do pokrycia zobowiązań, ale również zapobiega gromadzeniu nadmiernych środków, które mogą być niewłaściwie wykorzystywane⁸.

Kontrola finansowa w szpitalu ma ogromne znaczenie dla efektywności gospodarowania zasobami, które, jak już wspomniano, na rynku usług zdrowotnych są ograniczone oraz bardzo kosztowne. Głównymi kryteriami kontroli finansowej w szpitalu powinny być [Kurowski, Ruśkowski, Suchacka-Krysiak, 2000, s. 46–50]:

- 1) kryterium gospodarności – ma kluczowe znaczenie, ponieważ pozwala na ocenę przestrzegania przez szpital zasad racjonalnego gospodarowania⁹,
- 2) wielkości planowane – stanowią punkt odniesienia dla realizacji celów szpitala oraz umożliwiają ocenę realności wykonania budżetów/planów,
- 3) zgodność z przepisami prawa (legalność) – pozwala na ocenę stosowania i interpretację przepisów i norm prawnych, które w systemie opieki zdrowotnej ulegają częstym zmianom i modyfikacjom.

Zakończenie

Powiązanie celów medycznych, społecznych i finansowych szpitala ze skutecznym zarządzaniem jest zadaniem trudnym i wymagającym. Należy zauważyć, że rynek usług zdrowotnych oraz sam szpital jako podmiot leczniczy posiada swoją specyfikę. Ma ona bezpośredni wpływ na sposób zarządzania jednostką oraz na osiągnięte przez nią wyniki. Nie

⁸ Siega ona również do pozostałych obszarów działalności podmiotu: „nadmierne zapasy prowadzą do dodatkowych kosztów magazynowych, nieodpowiedni dobór pracowników prowadzi do ponoszenia wydatków związanych ze zwolnieniami i zatrudnieniem innych, a nietrafne prognozy sprzedaży prowadzą do zakłócenia przepływów pieniężnych i do innych skutków finansowych” [Griffin, 1998, s. 587].

⁹ Działalność każdej organizacji powinna cechować celowość, gospodarność, racjonalność, oszczędność i efektywność [Buk, 2006, s. 26].

można więc traktować szpitali tak jak zwykłych przedsiębiorstw i konieczne jest uwzględnienie występujących różnic i ograniczeń.

Minimalizacja kosztów i zadłużenia, a jednocześnie zapewnienie dostępności i wysokiej jakości świadczonych usług zdrowotnych, wymaga zwrócenia szczególnej uwagi na zarządzanie finansami. Szpital powinien je realizować poprzez działania w trzech głównych obszarach: analizy, planowania i kontroli finansowej. Zapewni to optymalne wykorzystanie możliwości zarządzania finansami i wpłynie na zwiększenie efektywności oraz poprawę rentowności szpitala, co przełoży się na jego wyniki finansowe.

Literatura

1. Bednarski L. (1998), *Analiza finansowa w przedsiębiorstwie*, PWE, Warszawa.
2. Bednarski L. Waśniewski T. (red.) (1996), *Analiza finansowa w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, t. 1, Warszawa.
3. Bień W. (2011), *Zarządzanie finansami przedsiębiorstwa*, Difin, Warszawa.
4. *Biuletyny Statystyczne Ministerstwa Zdrowia za lata 2000–2010*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, <http://www.csioz.gov.pl>, dostęp dnia 20.03.2014.
5. Brigham E.F, Houston J.F (2005), *Podstawy zarządzania finansami*, PWE, Warszawa.
6. Buk H. (2006), *Nowoczesne zarządzanie finansami. Planowanie i kontrola*, C.H. Beck, Warszawa.
7. Bukowska-Piastrzyńska A. (2010), *Finansowanie marketingu w ochronie zdrowia*, CeDeWu, Warszawa.
8. Davis D. (1993), *Sztuka zarządzania finansami*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
9. Dillon R.D. (1979), *Zero-base budgeting for health care institutions*, Aspen Systems Corporation, London, England.
10. Getzen T.E. (2000), *Ekonomia zdrowia. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
11. Griffin R. (2002), *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
12. Hass-Symotiuł M. (2011), *System pomiaru i oceny dokonań szpitala*, ABC Wolters Kluwer Business, Warszawa.
13. Horosz P. (2011), *Komercjalizacja szpitali i jej skutki w świetle przepisów polskiego prawa gospodarczego*, ABC Wolters Kluwer Business, Warszawa.

14. Jachowicz R. (1970), *Zarys technologii współczesnego szpitala*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
15. Jerzemowska M. (red), (2013), *Analiza ekonomiczna w przedsiębiorstwie*, PWE, Warszawa.
16. Kachniarz M. (2008), *Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, ABC Wolters Kluwer Business, Warszawa.
17. Kautsch M. (2010), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Wolters Kluwer, Warszawa.
18. Kogut J. (2009), *System informacji kosztowej w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej*, w: *Zasoby i procesy w rachunkowości jednostek gospodarczych*, Kiziukiewicz T. (red.), Difin, Warszawa.
19. Komorowski J. (2001), *Planowanie finansowe w przedsiębiorstwie*, ODDK, Gdańsk.
20. Kurowski L., Ruśkowski E., Suchacka-Krysiak H. (2000), *Kontrola finansowa w sektorze publicznym*, Infor, Warszawa.
21. Martyniuk-Kwiatkowska O. (2013), *Symptomy i zagrożenia efektywności ekonomicznej przedsiębiorstwa*, w: *Rachunkowość przedsiębiorstw w szczególnych sytuacjach*, Martyniuk T. (red.), PWE, Warszawa.
22. Nojszewska E. (2011), *Systemy ochrony zdrowia w Polsce*, Wolters Kluwer Business, Warszawa.
23. Nowak M. (1996), *Dynamiczne modele zarządzania przedsiębiorstwem*, PRET, Warszawa.
24. Rój J., Sobiech J. (2006), *Zarządzanie finansami szpitala*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa.
25. Shortell S.M., Kałużny A.D., *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Vesallius, Kraków.
26. Stępniewski J. (2005), *Zarządzanie szpitalem. Kompendium menedżera*, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich, Wrocław.
27. Szafrąński D. (2003), *Prywatyzacja przedsiębiorstw państwowych*, w: *Prawo gospodarcze. Zagadnienia administracyjnoprawne*, Wierzbowski M., Wyrzykowski M. (red.), LexisNexis, Warszawa.
28. Szulc J. (2009), *Zarządzanie w instytucji non-profit, Problemy i Wyzwania. Materiały konferencyjne*, Katowice.
29. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 217 z późn. zm.
30. Warelis A. (2011), *Użyteczność mierników oceny kondycji finansowej szpitalnictwa*, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” nr 44, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 679, Szczecin.

31. Walshe K., Smith J. (2011), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wolters Kluwer Business, Warszawa.
32. Witczak I. (2009), *Ekonomika szpitala, Uwarunkowania, elementy, zasady*, CeDeWu, Warszawa.
33. Wrzosek S. (2006), *Zarządzanie finansami przedsiębiorstw*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. O. Langego, Wrocław.

Streszczenie

Szpitaly coraz częściej traktowane są jak przedsiębiorstwa, od których wymaga się funkcjonowania na zasadach gospodarki rynkowej, nie uwzględniając przy tym specyfiki ich działalności. Wiele jednostek jest w złej kondycji finansowej, ma kłopoty z płynnością i wypłacalnością. Rodzi to potrzebę zwrócenia większej uwagi zarządzających na właściwe zarządzanie finansami szpitala, które może poprawić kondycję finansową tych podmiotów oraz zwiększyć ich efektywność i rentowność.

Artykuł przedstawia specyfikę zarządzania finansami szpitala, czyli cechy i uwarunkowania, które odróżniają je od zarządzania innymi przedsiębiorstwami. Wskazano również kluczowe obszary, na które powinni zwrócić uwagę zarządzający finansami szpitala, czyli analizę, planowanie i kontrolę finansową.

Słowa kluczowe

usługi zdrowotne, zarządzanie finansami, zarządzanie podmiotem leczniczym

The specificity of hospital's financial management (Summary)

Hospitals are increasingly treated as businesses which operate in accordance with market economy rules, omitting the specifics of the health care. Many entities are in poor condition, having trouble with liquidity and solvency. This raises the need to pay more attention to the proper financial management of the hospital. It can improve their financial condition and increase efficiency and profitability.

The article presents the characteristic features of hospital's financial management that differ them from typical business companies, as well as identifies key areas which directors should consider, such as: analysis, planning and financial control.

Keywords

health care, financial management, hospital management