

Ekonomika podmiotów leczniczych w świetle obowiązujących uregulowań prawnych

Economics of medical entities in the light of existing legislative regulations

ALEKSANDRA CZERW, URSZULA RELIGIONI

Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Podstawowym celem menedżerów ochrony zdrowia jest zapewnienie efektywnego funkcjonowania podmiotów leczniczych. Efektywność odgrywa szczególnie ważną rolę w przypadku rynku usług zdrowotnych. Możliwość placówek ochrony zdrowia są bowiem zawsze limitowane – niemożliwe jest wykonywanie dużej ilości świadczeń (głównie ze względów finansowych). Z drugiej strony – potrzeby pacjentów są nieograniczone.

Celem artykułu jest charakterystyka zasad prowadzenia gospodarki finansowej przez podmioty lecznicze wynikająca z obowiązujących przepisów prawa, m.in. Ustawy o działalności leczniczej. Autorzy szczegółowo omówili zasady płatności za świadczenia zdrowotne, zaprezentowali także metody rachunku kosztów stosowane w placówkach medycznych. Ponadto w artykule zaprezentowano sposoby oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów leczniczych w oparciu o analizę wskaźnikową, rekomendowaną przez Ministerstwo Zdrowia.

Słowa kluczowe: podmiot leczniczy, finanse podmiotów leczniczych, gospodarka finansowa szpital

The primary objective of health care managers is to ensure an effective functioning of medical entities. Efficiency is a particularly important issue in the market of health services. In fact, the resources of health centres are always limited – it is impossible to provide a large amount of medical services (mainly for financial reasons). On the other hand – patients' needs are unlimited.

The aim of this article is to characterise the rules of financial management in medical entities conducted in the light of existing law regulations, including the Act on Therapeutic Activity. The authors discuss in detail the principle of payment for health services, the cost assessment methods used in medical facilities are also presented. In addition, the ways of assessing the economic and financial situation of medical entities based on the ratio analysis, recommended by the Ministry of Health, are presented.

Key words: medical entity, finance of medical entities, financial management of hospitals

© Probl Hig Epidemiol 2012, 93(3): 471-477

www.phie.pl

Nadesłano: 16.05.2012

Zakwalifikowano do druku: 24.07.2012

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Mgr Urszula Religioni
Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego WUM
ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa
tel. 668 258 547, u.sobolewska@wp.pl

Wstęp

Ekonomika jest nauką o zależnościach występujących pomiędzy czynnikami niezbędnymi do wytwarzania dóbr i usług oraz o zasadach organizacji pracy i zarządzania [1]. Odgrywa ona szczególnie ważną rolę w przypadku usług świadczonych przez podmioty lecznicze. Możliwości placówek ochrony zdrowia są bowiem zawsze limitowane – niemożliwe jest wykonywanie dużej ilości świadczeń (głównie ze względów finansowych). Z drugiej strony – potrzeby pacjentów są nieograniczone. Oczekują oni nie tylko wieloprofilowych badań, najnowszych preparatów leczniczych, ale również wykorzystania w procesie diagnozy i leczenia nowoczesnych technologii.

Podstawowym celem menedżerów ochrony zdrowia jest więc zapewnienie efektywnego funkcjo-

nowania podmiotów leczniczych. Choć odpowiedzialność za zdrowie ponoszą przede wszystkim sami pacjenci, to jednak kierownicy placówek medycznych współpracujący z wykwalifikowanym personelem, poprzez właściwe kierowanie placówką, są w stanie w dużej mierze usprawnić system świadczeń zdrowotnych. Znalezienie najbardziej efektywnych sposobów modelowania systemów organizacyjnych oraz sposobów zarządzania zarówno procesami organizacji, zasobami ludzkimi, jak i finansami są głównym zadaniem zarządzania oraz ekonomiki organizacji.

Gospodarka finansowa podmiotów leczniczych

Obowiązujące przepisy prawne określają szczególnie jedynie zasady gospodarki finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Jednostki te prowadzą gospodarkę finansową na zasadach określonych w Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Ustawa o działalności leczniczej wskazuje, iż samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej gospodaruje we własnym zakresie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, a także majątkiem własnym (otrzymanym lub zakupionym). Zbycie aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, oddanie go w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie może nastąpić wyłącznie na zasadach określonych przez podmiot, który utworzył zakład.

Podstawą gospodarki samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest plan finansowy ustalany przez kierownika [2]. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe:

1. z odpłatnej działalności leczniczej (umowy dotyczące odpłatnych świadczeń zdrowotnych mogą być również zawierane przez zakłady ubezpieczeń, działające na podstawie Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej);
2. z wydzielonej działalności gospodarczej, jeżeli statut przewiduje wykonywanie takiej działalności;
3. z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego;
4. na realizację innych zadań określonych odrębnymi przepisami;
5. na pokrycie ujemnego wyniku finansowego.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów ujemny wynik finansowy, koszty prowadzonej działalności oraz reguluje swoje zobowiązania. Ustawa o działalności leczniczej wskazuje, iż podmiot tworzący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego, pokryć ujemny wynik finansowy za rok obrotowy tego zakładu. W przypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego, podmiot tworzący w terminie 12 miesięcy powinien wydać rozporządzenie, zarządzenie albo uchwałę o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, co stanowi podstawę do wykreślenia zakładu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz z Krajowego Rejestru Sądowego (z dniem zakończenia likwidacji). Okres od dnia otwarcia likwidacji do dnia jej zakończenia nie może być dłuższy niż 12 miesięcy [3]. Po likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jego zobowiązania i należności stają się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa, uczelni medycznej, albo właściwej jednostki samorządu terytorialnego.

Przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową następuje po ustaleniu przez podmiot tworzący wskaźnika zadłużenia zakładu. Wskaźnik zadłużenia ustala się jako relację sumy zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych, pomniejszonych o inwestycje krótkoterminowe samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do sumy jego przychodów. W pierwszej kolejności przejęciu podlegają zobowiązania wymagalne najdawniej, obejmujące kwotę główną wraz z odsetkami.

Przekształcenie może polegać na połączeniu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w jedną spółkę, zarówno gdy mają one ten sam, jak i różne podmioty tworzące, będące jednostkami samorządu terytorialnego. Organem dokonującym przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową jest:

- minister właściwy do spraw Skarbu Państwa – w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest minister, centralny organ administracji rządowej albo wojewoda;
- organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego – w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego;
- rektor – w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest publiczna uczelnia medyczna albo publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych;
- dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest to centrum [4].

Organ dokonujący przekształcenia, zobowiązany jest do sporządzenia aktu przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę. Niezwłocznie po sporządzeniu aktu przekształcenia zarząd spółki powinien złożyć wniosek o wpisanie spółki do rejestru przedsiębiorców, a następnie – do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Dniem przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę jest dzień wpisania tej spółki do rejestru przedsiębiorców. Z dniem przekształcenia następuje wykreślenie z urzędu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z Krajowego Rejestru Sądowego.

Jeżeli przepisy Ustawy nie stanowią inaczej, z dniem przekształcenia spółka kapitałowa wstępuje we wszystkie prawa i obowiązki, których podmiotem

był samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, a pracownicy przekształcanego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stają się, z mocy prawa, pracownikami nowopowstałej spółki.

W Ustawie o działalności leczniczej odnaleźć można także zapis odnoszący się do gospodarki finansowej podmiotów leczniczych prowadzonych w formie jednostek budżetowych. Zgodnie z ustawą, jednostka budżetowa prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych. Podmiot leczniczy w formie jednostki budżetowej ma obowiązek gospodarować przydzielonym mieniem oraz środkami finansowymi, kierując się efektywnością ich wykorzystania.

Ustawa o działalności leczniczej wskazuje, iż każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne na:

- realizację zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań,
- remonty,
- pozostałe inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego,
- realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (*European Free Trade Association – EFTA*), lub innych niż wymienione środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach,
- cele określone w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych,
- realizację programów wieloletnich,
- pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne.

Dotacja na remonty oraz pozostałe inwestycje, w tym zakup sprzętu medycznego, przyznana może być przez Ministra Zdrowia lub innego ministra, centralny organ administracji rządowej lub wojewodę. Środki finansowe na realizację pozostałych zadań podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą uzyskać na podstawie umowy zawartej ze Skarbem Państwa (reprezentowanym przez ministra, wojewodę lub centralny organ administracji rządowej), jednostką samorządu terytorialnego, uczelnią medyczną lub innym podmiotem uprawnionym do finansowania tych zadań na podstawie odrębnych przepisów.

Dodatkowo, podmiot tworzący, który na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej, przekształcił samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową, może, w okresie do

dnia 31 grudnia 2013 r. ubiegać się o dotację celową z budżetu państwa.

Zasady płatności za świadczenia zdrowotne

Udzielanie świadczeń zdrowotnych może być finansowane ze środków publicznych pozostających w dyspozycji Ministra Zdrowia, organu, który utworzył podmiot leczniczy oraz jednostki samorządu terytorialnego lub innych podmiotów uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów, np. Narodowego Funduszu Zdrowia [5].

Zasady i tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych określa Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która zastąpiła ustawę z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (uznaną przez Trybunał Konstytucyjny za niezgodną z Konstytucją RP).

Zasady odpłatności za usługi medyczne różnią się w zależności od rodzaju podmiotu leczniczego. Inne metody stosowane są w lecznictwie otwartym, inne w szpitalach.

W lecznictwie otwartym, szczególnie w przypadku instytucji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, ważne jest, aby z jednej strony zapewnić pacjentom dostęp do usług o wysokiej jakości, z drugiej zaś – ograniczać popyt na usługi zdrowotne nieuzasadnione potrzebami zdrowotnymi mieszkańców. Istniejąca w opiece zdrowotnej asymetria informacji, czyli nierówność posiadanej przez lekarza i pacjenta wiedzy medycznej, koniecznej do podjęcia decyzji o konkretnej metodzie leczenia, sprowadza lekarza do roli pośrednika, kształtującego popyt na określone świadczenia zdrowotne i produkty medyczne.

Istnieje kilka metod finansowania podstawowej opieki zdrowotnej:

- opłata kapitałowa (za osobę, *per capita*) – wynagrodzenie stałe, zależne od ilości osób zapisanych na liście lekarza podstawowej opieki zdrowotnej; zazwyczaj jednak odpłatność za pacjentów wymagających szczególnej opieki medycznej (ze względu na wiek, współistnienie kilku jednostek chorobowych) jest większa; płatnikiem w tym wypadku jest zazwyczaj firma ubezpieczeniowa; metoda ta jest często łączona z bezpośrednimi dopłatami pacjentów;
- według ilości zrealizowanych usług zdrowotnych (za usługę, *fee for service*) – wynagrodzenie zmienne, zależne od liczby wykonanych świadczeń;
- według przypadków (za przypadek, *per case*) – płatność za leczenie określonych jednostek chorobowych, uwzględniając przebieg choroby, możliwe komplikacje medyczne, koszty leczenia, koszty zużytych leków i wyrobów medycznych;

- wynagrodzenie stałe (*fixed salary*) – stała pensja, niezależna od liczby pacjentów ani liczby wykonanych świadczeń;
- bezpośrednie opłaty pacjentów.

Zalety i wady zaprezentowanych powyżej metod finansowania przedstawia tabela I.

Tabela I. Zalety i wady poszczególnych metod finansowania lecznictwa otwartego
Table I. Advantages and disadvantages of selected methods of financing medical services

Metoda	Zalety	Wady
Opłata kapitacyjna	<ul style="list-style-type: none"> – łatwość, prostota – stały dopływ środków pieniężnych do podmiotu leczniczego – brak motywacji lekarzy do pobudzania nadkonsumpcji świadczeń 	<ul style="list-style-type: none"> – możliwość poniesienia nadmiernych kosztów przez placówki medyczne lub odrzucanie pacjentów wysokiego ryzyka – niebezpieczeństwo ograniczenia zakresu świadczonych usług
Opłata za usługę	<ul style="list-style-type: none"> – prostota stosowania – lekarze chętnie wykonują różne świadczenia, zlecają dodatkowe badania 	<ul style="list-style-type: none"> – kreowanie popytu na usługi zdrowotne, co zwiększa koszty leczenia pacjentów
Opłata za przypadek	<ul style="list-style-type: none"> – ograniczanie kosztów opieki zdrowotnej poprzez tworzenie opłat standardowych 	<ul style="list-style-type: none"> – trudność stosowania metody oraz ustalania stawek za daną jednostkę chorobową
Wynagrodzenie stałe	<ul style="list-style-type: none"> – brak niebezpieczeństwa wzrostu kosztów opieki zdrowotnej 	<ul style="list-style-type: none"> – niewielka motywacja lekarzy do pracy, co może skutkować pogorszeniem opieki nad pacjentem

Źródło: opracowanie własne.

Odnosnie placówek lecznictwa zamkniętego, stosuje się dwie podstawowe metody finansowania: retrospektywną i prospektywną. Metoda retrospektywna polega na zwrocie kosztów poniesionych przez podmiot leczniczy w określonej jednostce czasu. Przy zastosowaniu metody retrospektywnej placówki nie są jednak zainteresowane obniżaniem kosztów leczenia pacjentów, ponieważ każda wydatkowana kwota jest im zwracana. Dodatkowo, chęć pozyskania jak największej liczby pacjentów sprawia, że podmioty lecznicze chętnie realizują dużą liczbę skomplikowanych i drogich świadczeń.

Metoda prospektywna polega na finansowaniu podmiotu leczniczego na podstawie ustalonych cen. Podobnie jak w przypadku lecznictwa otwartego, możliwa do zastosowania jest metoda opłaty za ilość pacjentów na poszczególnych oddziałach szpitalnych, opłata za ilość wykonanych procedur medycznych, jak również opłata za liczbę osobodni na poszczególnych oddziałach lub opłata za leczone przypadki (głównie z zastosowaniem systemu Grup Zróżnicowanych Diagnostycznie – DRG – *Diagnostic Related Group*).

W przypadku opłaty za ilość pacjentów hospitalizowanych na poszczególnych oddziałach podmioty lecznicze przyjmują tendencję do nieuzasadnionego

skracania pobytu pacjentów i nierzadko – ponownego ich przyjmowania. Szpitale mogą także ograniczać liczbę świadczonych usług, wykonując zwykle najmniej kosztowne świadczenia. Jednak biorąc pod uwagę fakt, iż koszty leczenia pacjenta są najwyższe w pierwszych dniach jego pobytu w szpitalu, z drugiej zaś strony – możliwość wystąpienia negatywnych skutków zdrowotnych w związku ze skracaniem pobytu w placówce medycznej, ogólne koszty opieki nad pacjentem dla systemu ochrony zdrowia mogą okazać się dużo wyższe.

Opłata za ilość wykonanych procedur medycznych wykazuje dużą skłonność do nadwykonalności świadczeń, powtarzania badań diagnostycznych czy nieuzasadnionego świadczenia usług specjalistycznych. Dodatkowo, w celu wykonania jak największej ilości usług, podmioty lecznicze mogą bez uzasadnienia medycznego przedłużać pobyt pacjentów.

Ryzyko bezzasadnego przetrzymywania pacjentów w podmiotach leczniczych istnieje również w sytuacji finansowania placówek na podstawie ilości osobodni, bowiem koszty leczenia pacjenta są najwyższe w pierwszych dniach opieki medycznej. Warto zaznaczyć, iż koszt jednego dnia pobytu podmiocie leczniczym udzielającym stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, składa się z trzech części:

1. kosztów ogólnych – ponoszonych przez podmiot leczniczy niezależnie od sytuacji, czy dane łóżko jest wykorzystywane, czy też nie; koszty te są więc identyczne w każdym dniu pobytu pacjenta (są to m.in. koszty utrzymania i ogrzewania budynku, koszty wynagrodzeń personelu, koszty administracyjne),
2. kosztów hotelowych – ponoszonych w sytuacji gdy pacjent przebywa w podmiocie leczniczym, które utrzymują się zwykle na jednakowym poziomie w przypadku określonego pacjenta (np. koszty żywienia, prania),
3. kosztów leczenia – koszty te zależą od jednostki chorobowej; są najwyższe w pierwszych dniach pobytu pacjenta, gdy wykonywane są liczne badania diagnostyczne czy zabiegi operacyjne, a w kolejnych dniach wykazują tendencję spadkową.

Za jedną z najdoskonalszych metod finansowania podmiotów leczniczych uznawany jest system opłat oparty na grupach zróżnicowanych diagnostycznie (DRG). Metoda ta klasyfikuje pacjentów na poszczególne kategorie diagnostyczne, a następnie przypisuje do nich określone metody leczenia, indywidualne cechy pacjenta oraz możliwość pojawienia się różnego rodzaju powikłań. Dla każdej grupy DRG istnieją jednolite procedury postępowania, a także określone są przeciętne koszty leczenia danej jednostki należącej do systemu.

Koszty w podmiotach leczniczych

Uzyskiwanie przychodów przez podmiot leczniczy wymaga poniesienia różnego rodzaju kosztów, gdyż w związku z prowadzoną działalnością zużywa on środki trwałe, surowce, materiały oraz wykorzystuje pracę ludzką. Zużycie rzeczowych składników aktywów i pracy ludzkiej oraz korzystanie z usług obcych wyrażone w pieniądzu, a także inne nakłady związane z prowadzeniem działalności gospodarczej są to koszty własne podmiotu leczniczego.

Koszty ponosi każda jednostka w związku ze swoją normalną działalnością. Jeżeli jednak zmniejszenie aktywów nastąpi bez związku z zamierzoną normalną działalnością (np. szkody związane ze zdarzeniami losowymi i koszty z naprawianiem szkody) to są to koszty nadzwyczajne, niezaliczane do własnych [6].

Ewidencja kosztów w podmiotach leczniczych obejmuje wszystkie koszty ponoszone przez podmiot, z uwzględnieniem rodzajów oraz ośrodków powstawania kosztów. Ośrodkami kosztów w podmiotach leczniczych mogą być zarówno miejsca powstawania kosztów (konkretne jednostki organizacyjne), jak i określony zakres działalności placówki.

Ośrodki kosztów dzielą się na:

- ośrodki kosztów działalności podstawowej – związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
- ośrodki kosztów działalności pomocniczej – związane z wykonywaniem działalności wspomagającej udzielanie świadczeń zdrowotnych,
- ośrodki kosztów zarządu – związane z zarządzaniem podmiotem leczniczym.

Biorąc pod uwagę rodzaje kosztów ponoszonych przez podmiot leczniczy, wyodrębnić można:

- zużycie materiałów (w tym zużycie leków, żywności, sprzętu jednorazowego użytku, odczynników chemicznych, materiałów diagnostycznych i paliwa),
- zużycie energii (w tym energii elektrycznej i energii cieplnej),
- usługi obce (remontowe, transportowe, medyczne i inne),
- podatki i opłaty,
- wynagrodzenia (wynagrodzenia wynikające z umowy o pracę, umów zlecenia oraz umów o dzieło),
- świadczenia ponoszone na rzecz pracowników (składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, fundusz pracy, odpisy na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych),
- amortyzację,
- pozostałe koszty (ponoszone na podróże służbowe, ubezpieczenia OC, ubezpieczenia majątkowe, itp.).

Koszty ponoszone przez podmioty lecznicze podzielić można również na koszty bezpośrednie oraz

koszty pośrednie. Kosztami bezpośrednimi, powstałymi w ośrodkach kosztów działalności podstawowej lub ośrodkach kosztów działalności pomocniczej są m.in. koszty materiałów użytych bezpośrednio do wykonania określonego świadczenia medycznego (głównie leków, odczynników i sprzętu medycznego) oraz koszty wynagrodzeń personelu. Kosztami pośrednimi są natomiast pozostałe koszty, które nie zostały zaliczone w podmiocie leczniczym do kosztów bezpośrednich.

Ocena sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu leczniczego

W celu oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej placówek medycznych, Ministerstwo Zdrowia zaleca wykorzystanie analizy wskaźnikowej. Jednolity system weryfikacji kondycji podmiotów leczniczych proponowany przez Ministerstwo Zdrowia zapewnia bowiem nie tylko jasne kryteria oceny, ale pozwala na obiektywne porównania sytuacji ekonomiczno-finansowej pomiędzy poszczególnymi podmiotami leczniczymi.

Analiza wskaźnikowa obejmuje cztery zasadnicze obszary:

1. Zyskowność – służy do oceny efektywności działania szpitala;
2. Płynność – mierzy zdolność szpitala do wywiązywania się z krótkoterminowych zobowiązań;
3. Efektywność – informuje w jakich cyklach szpital spłaca zobowiązania, odnawia zapasy oraz otrzymuje należności z tytułu wykonania świadczeń;
4. Zadłużenie – informuje o zadłużeniu szpitala, jego strukturze oraz o zdolności szpitala do obsługi tego zadłużenia.

Ocena sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu leczniczego polega na zastosowaniu następujących wskaźników:

1. Zyskowności:
 - a) wskaźnika zyskowności netto – udział wyniku netto jednostki w przychodach ogółem, świadczący o efektywności działania szpitala (optymalny poziom wskaźnika: powyżej 5%);
 - b) wskaźnika zyskowności działalności operacyjnej – udział wyniku z działalności operacyjnej w przychodach, świadczący o efektywności działania (optymalny poziom wskaźnika: powyżej 6%);
 - c) wskaźnika produktywności aktywów ROI – udział wyniku operacyjnego jednostki w aktywach ogółem, informujący o efektywności gospodarowania powierzonymi środkami oraz o zdolności szpitala do opłacenia odsetek od wykorzystywanego kapitału obcego (optymalny poziom wskaźnika: 3-6%).
2. Płynności:
 - a) wskaźnika bieżącej płynności – stosunek bieżących aktywów do posiadanych przez szpital

zobowiązań krótkoterminowych; wskaźnik informuje o możliwości spłaty zobowiązań bieżących; (optymalny poziom wskaźnika: 1,2-1,7); jego wysoka wartość oznacza nadpłynność, czyli nieefektywne gospodarowanie posiadanymi środkami: nadmierne zapasy, powstanie należności przeterminowanych lub niewykorzystane środki finansowe gromadzone na rachunkach bankowych; niska wartość wskaźnika płynności wskazuje na brak zdolności do regulowania bieżących zobowiązań;

b) wskaźnika szybkiej płynności – stosunek aktywów obrotowych pomniejszonych o wartość zapasów do zobowiązań krótkoterminowych; wskaźnik umożliwia ocenę zdolności szpitala do terminowego regulowania bieżących zobowiązań; optymalna wartość wskaźnika powinna kształtować się w przedziale 1,0-1,2; wartość wskaźnika niższa niż 0,9 informuje o zagrożeniu zdolności szpitala do terminowego regulowania bieżących zobowiązań.

3. Efektywności:

a) wskaźnika rotacji należności – wskaźnik określa, w ciągu ilu dni następuje wpływ należności z tytułu wykonania świadczeń zdrowotnych oraz informuje o tym, w jakim stopniu szpital kredytuje płatnika lub inne podmioty; optymalna wartość wskaźnika: poniżej 45 dni;

b) wskaźnika rotacji zobowiązań z tytułu dostaw i usług – wskaźnik informuje w jakim cyklu szpital realizuje swoje zobowiązania wobec kontrahentów oraz jak zmienia się jego sytuacja płatnicza; jest to stosunek zobowiązań z tytułu dostaw i usług do przychodów ze sprzedaży, którego optymalna wartość wynosi 31-60 dni; utrzymująca się przez dłuższy okres wartość wskaźnika powyżej 60 dni wskazuje na problemy z regulowaniem zobowiązań, co może zapowiadać konieczność naliczania przez kontrahentów odsetek ustawowych, a w następnej kolejności skierowanie spraw na drogę postępowania sądowego; za modelową relację uznaje się przypadek, w którym wskaźnik rotacji zobowiązań z tytułu dostaw i usług równy jest wskaźnikowi rotacji należności.

c) wskaźnika rotacji zapasów – wskaźnik określa w jakim cyklu szpital odnawia swoje zapasy w celu realizacji świadczeń zdrowotnych; jest to stosunek wartości zapasów do przychodów ze sprzedaży wyrażony w dniach, a jego optymalna wartość wynosi poniżej 15 dni; im niższa wartość wskaźnika, tym efektywniejsza gospodarka zapasami.

4. Zadłużenia:

a) wskaźnika ogólnego zadłużenia – wskaźnik informuje o stopniu finansowania aktywów kapitałami obcymi; jego optymalna wartość wynosi poniżej

30%; zbyt wysoka wartość wskaźnika podważa wiarygodność szpitala, natomiast zbyt niska może świadczyć o braku umiejętności w wykorzystaniu zewnętrznych źródeł finansowania jednostki dla zwiększenia efektywności jej działania;

b) wskaźnika wypłacalności – wskaźnik ukazuje stosunek zobowiązań bez rezerw na zobowiązania do kapitału własnego, a zatem ukazuje ile razy zobowiązania przekraczają kapitał własny; optymalna wartość wskaźnika wynosi od 0,01 do 0,5; wartość wskaźnika powyżej 4,00 wskazuje na możliwość utraty zdolności do regulowania zobowiązań; jednocześnie bardzo niska wartość wskaźnika może oznaczać brak efektywnego wykorzystania finansowania zewnętrznego;

c) wskaźnika obsługi długu – wskaźnik informuje o zdolności regulowania zobowiązań długoterminowych i jest uznawany za istotny wykładnik wiarygodności kredytowej jednostki; optymalny poziom tego wskaźnika to 1,3; malejąca w czasie wartość wskaźnika obsługi długu może oznaczać nieefektywne zarządzanie, niską zyskowność, zbyt duże przedsięwzięcia inwestycyjne lub rozwojowe, co stwarza podwyższone ryzyko związane z obsługą zadłużenia;

d) wskaźnika finansowania majątku trwałego – wskaźnik w sposób pośredni informuje o źródłach finansowania majątku trwałego; najbardziej pożądana wartość wskaźnika to 1,00; wielkość taka gwarantuje stabilność finansowania niepiętnych aktywów; sytuacja, w której aktywa trwałe są finansowane zobowiązaniami krótkoterminowymi (wartość wskaźnika mniejsza od 1,00) jest bardzo niekorzystna, bowiem jeśli roszczenia wierzycieli wiarygodności krótkoterminowych przyjmą postać zajęć komorniczych, w zdecydowany sposób utrudni to funkcjonowanie podmiotów leczniczych, a w skrajnych przypadkach wręcz uniemożliwi wykonywanie świadczeń, gdyż placówki zostaną pozbawione aktywów trwałych (urządzeń, aparatury), niezbędnych do ich realizacji.

Zaprezentowane powyżej wskaźniki oblicza się na podstawie sprawozdań finansowych podmiotów leczniczych, takich jak: bilans, rachunek zysków i strat oraz rachunek przepływów pieniężnych.

Wykorzystanie analiz ekonomicznych w zarządzaniu podmiotami leczniczymi

Potrzeb zdrowotnych jest znacznie więcej niż możliwości ich zaspokojenia, dlatego każdy decydent staje przed koniecznością wyboru pomiędzy alternatywnymi możliwościami wykorzystania ograniczonych zasobów. Każdy wybór (lekarza czy menedżera) wiąże się więc z określonym kosztem alternatywnym. Naj-

ogólniej ujmując, koszt alternatywny jest to wartość najcenniejszej niewykorzystanej alternatywy. Oznacza to, że przy równych kosztach zasobów możliwe są nierówne korzyści uzyskiwane z ich alternatywnych zastosowań [7].

Przy podejmowaniu decyzji związanych z alternatywnymi możliwościami leczenia, organizacją dostarczania opieki medycznej czy wyborem farmakoterapii, istotne znaczenie mają różnego rodzaju analizy ekonomiczne, których przeprowadzenie polega na zsumowaniu wszystkich kosztów alternatywnych interwencji medycznych, zsumowaniu wszystkich wyników tych interwencji, a następnie określeniu relacji pomiędzy dwiema ocenianymi metodami.

Najczęściej stosowanymi analizami ekonomicznymi w ochronie zdrowia są:

- analiza kosztów i korzyści (*Cost-benefit analysis* – CBA) – porównująca koszty programów z ich efektami, przy czym obie wielkości wyrażone są w jednostkach pieniężnych; wybierana jest interwencja osiągająca najwyższe korzyści netto;
- analiza efektywności kosztów (*Cost-effectiveness analysis* – CEA) – polegająca na porównaniu kosztów związanych z określonym sposobem leczenia z wynikami zdrowotnymi pacjentów (np. zyskanymi latami życia, ilością jednostek obniżonego ciśnienia krwi);
- analiza użyteczności kosztów (*Cost-utility analysis* – CUA) – mająca na celu porównanie kosztów danej interwencji medycznej z efektami klinicznymi, przedstawianymi w specjalnych jednostkach (np.

QALY – *Quality-Adjusted Life Year* – lata życia skorygowane o jakość);

- analiza minimalizacji kosztów (*Cost-minimization analysis* – CMA) – porównująca koszty kilku metod postępowania identycznych pod względem klinicznym; podejmuje się decyzję o zastosowaniu interwencji o najniższych kosztach;
- analiza decyzyjna (*Decision analysis*) – stosowana gdy ważne są tylko efekty porównywanych interwencji, koszty nie są brane pod uwagę; podejmuje się decyzję o zastosowaniu interwencji charakteryzującej się najlepszymi wynikami (np. w leczeniu HIV).

Podsumowanie

Obecnie, w dobie permanentnych zmian otoczenia, zarządzanie organizacją powinno zarówno kreować postawy odpowiedzialności, jak i skłonności do podejmowania ryzyka. Wybierając metody zarządzania w podmiotach leczniczych nie należy jednak zapominać, iż podmiot leczniczy nie jest typową organizacją i nie można go traktować na równi z pozostałymi przedsiębiorstwami. Specyfika działalności, jaką jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, szczegółowe uregulowania prawne dotyczące wymogów funkcjonowania placówek służby zdrowia czy zatrudnianych w nich pracowników oraz specyficzne metody finansowania organizacji ochrony zdrowia, stwarzają konieczność stosowania takich narzędzi zarządzania, które jako cel nadrzędny uznawać będą dobro pacjenta.

Piśmiennictwo / References

1. Dębski D. *Ekonomika i organizacja przedsiębiorstw*. Cz. 1. WSiP, Warszawa 2006: 8.
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Dz.U. 2011 nr 112, poz. 654, art. 54.
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Dz.U. 2011 nr 112, poz. 654, art. 60.
4. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Dz.U. 2011 nr 112, poz. 654, art. 75.
5. Huk-Augustynowicz A, Widarska A. *Podstawy prawa dla diagnostów laboratoryjnych*. Oinpharma, Warszawa 2009: 55.
6. Dębski D. *Ekonomika i organizacja przedsiębiorstw*. Cz. 1. WSiP, Warszawa 2006: 64.
7. Kissimova-Skarbek K. *Analizy ekonomiczne w opiece zdrowotnej*. [w:] *Zdrowie publiczne*. Tom 1. Czupryna A, Poździejch S, Ryś A, Włodarczyk WC (red). Vesalius, Kraków 2000: 336.