

# OCENA BEZPIECZEŃSTWA FINANSOWEGO SZPITALI W OKRESIE ZMIAN SYSTEMU FINANSOWANIA USŁUG ZDROWOTNYCH NA PRZYKŁADZIE WOJEWÓDZKIEGO SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA W OLSZTYNIE

**Assesment of the financial security of the hospitals in the period of financial changes in the healthcare system – based on the example of the Regional Specialist Hospital in Olsztyn**

**Irena Kierzkowska, Rafał Laszczak**

## STRESZCZENIE

Celem artykułu jest odpowiedź na pytanie, czy wprowadzenie ryczałtowego sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych (tzw. PSZ - ryczałt sieciowy), po wejściu w życie znowelizowanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 kwietnia 2008 roku, poprawiło bezpieczeństwo finansowe szpitala publicznego, czy może stanowi zagrożenie finansowe dla funkcjonowania szpitala? Na przykładzie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie przeanalizowano dwa porównywalne okresy finansowania świadczeń zdrowotnych w systemie jednorodnych grup pacjentów (JGP) z systemem ryczałtowym, pod kątem bezpieczeństwa finansowego szpitala. Porównano okres od 01.01.2017 r. do 01.10.2017 r. z okresem analogicznym od 01.01.2018 r. do 01.10.2018 r. finansowanym z nowymi zasadami (ustawa weszła w życie 01.10.2017 r.) Do realizacji celu badań wybrano trzy powszechnie używane metody oceny bezpieczeństwa finansowego, takie jak: zmodyfikowana postać modelu E.I. Altmana<sup>1</sup>, model E. Mączyńskiej<sup>2</sup> oraz model poznański<sup>3</sup>. W toku badań wykazano, iż poziom bezpieczeństwa finansowego szpitala nieznacznie zmalał w okresie, w którym zmieniono zasady finansowania usług zdrowotnych. Przeprowadzone badania mają charakter studium przypadku i są pierwszymi badaniami w tym zakresie. Uzyskanych wyników nie można uogólniać na inne podmioty lecznicze. Wpływ zmiany systemu finansowania na bezpieczeństwo szpitali, w zależności od ich specyfiki i zakresu działalności powinien być zatem przedmiotem dalszych badań.

## ABSTRACT

The objective of this article is to present the influence of the lump-sum way of accounting for medical services on the financial safety of hospitals after the Act amendment on financing medical services from public fund, passed on 27<sup>th</sup> April 2008, has come into force.

According to the principles of Health Care Department, the introduced changes aimed to guarantee a suitable level, continuity and stability of financing hospitals and therefore improve financial safety of public hospitals.

<sup>1</sup> Altman E.I. 2002. Corporate Distress Prediction Models in a Turbulent Economic and Basel II Environment, 15-16.

<sup>2</sup> Mączyńska E. 1994. Ocena kondycji przedsiębiorstwa. Uproszczone metody, „Życie Gospodarcze”, 38: 42-45.

<sup>3</sup> Hamrol M., Czajka B., Piechocki M. 2004. Upadłość przedsiębiorstwa - model analizy dyskryminacyjnej, „Przegląd Organizacji”, 6:35-39.

On the basis of Regional Specialist Hospital in Olsztyn two comparable periods have been analysed in terms of patient accessibility to medical services, financial safety of the hospital and the rationality of lump-sum management. Two analogical periods from 1st January 2017 to 31st September 2017 and from 1st January 2018 to 31st September 2018 have been compared due to the fact that the Act was passed on 1st October 2017.

For the realisation of the research target three commonly used methods of financial safety assessment such as modified from of model E.I. Altmana, model of Mączyńska and model of poznański. In the hereby work financial safety is explained as the capability of covering current expenses and paying financial liabilities by a hospital, necessary for performing its basic function. The conducted study in one hospital is a case study and is the first research in this field. Obtained results cannot be generalized to other hospitals. The impact of changing the funding system on the financial safety of hospitals depending on their specificity and coverage of activity should therefore be subject of further research.

**Słowa kluczowe:** szpital publiczny, bezpieczeństwo finansowe, nadwykonania, jednorodne grupy pacjentów, ryczałt, sieć szpitali

**Keywords:** public hospital, financial safety, over performance, diagnosis-related group (DRG), lump-sum way (all-round amount), chain of hospitals

## WPROWADZENIE

W świetle ustawy o działalności leczniczej szpitale publiczne<sup>4</sup> mają w Polsce status samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ), posiadają osobowość prawną i są nadzorowane przez organ samorządowy właściwski. Wszystkie istotne dla funkcjonowania szpitala decyzje zarządcze dotyczące struktury organizacyjnej, planów inwestycyjnych, finansowych czy zakupowych muszą być zaopiniowane przez Radę Społeczną<sup>5</sup> szpitala w formie stosownej uchwały. Egzystencjalnym celem szpitali publicznych jest realizacja świadczeń zdrowotnych i zapewnienie opieki medycznej w długoterminowej perspektywie funkcjonowania podmiotu na lokalnym rynku usług medycznych, jako podmiotów publicznego sektora systemu ochrony zdrowia.

Samodzielność szpitali publicznych to odpowiedzialność za wyniki leczenia, satysfakcję pacjentów, ale również za wyniki finansowe, utrzymanie kadr, infrastruktury i planowanie rozwoju.. Szpitale publiczne są istotnymi elementami polskiego systemu ochrony zdrowia<sup>6</sup>, których zadaniem jest utrzymanie zdrowia obywateli poprzez zaopatrzenie ich w stosowne świadczenia zdrowotne. Od sprawnego zarządzania zależy zatem nie tylko prawidłowa działalność poszczególnych szpitali w regionach, ale także efektywność całego systemu zdrowotnego.

Publicznymi szpitalami są podmioty prowadzące działalność leczniczą<sup>7</sup>, czyli działalność polegająca na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, jak również na promocji zdrowia, realizacji zadań dydaktycznych, w tym wdrażaniu nowych technologii medycznych i metod

---

<sup>4</sup> Art.2 pkt 1, Art.4.1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 Nr 112, poz. 654 z późniejszymi zmianami).

<sup>5</sup> Art. 48 pkt 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej op. cit.

<sup>6</sup> Holly R. 2013. Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce, Warszawa: Krajowy instytut Ubezpieczeń, 37.

<sup>7</sup> Art. 3.1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r o działalności leczniczej, op. cit.

leczenia. Szpital publiczny udziela świadczeń zdrowotnych<sup>8</sup> finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom, uprawnionym do tych świadczeń nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością w przypadku pacjentów nieubezpieczonych lub wykonywania procedur nieobjętych kosztykiem świadczeń zdrowotnych, np. z zakresu medycyny estetycznej. Niezwykle ważną kwestią w zarządzaniu szpitalem powinno być dostosowanie działań do posiadanych możliwości, bilansowanie przychodów i kosztów oraz wykrywanie czynników, które mogłyby narazić bezpieczne realizowanie celów statutowych.

## **BEZPIECZEŃSTWO FINANSOWE SZPITALA JAKO WARUNEK SPRAWNOŚCI JEGO FUNKCJONOWANIA**

Nie ma gotowych, sprawdzonych metod zarządzania szpitalami publicznymi, których zastosowanie w praktyce dawałoby gwarancję osiągnięcia równowagi finansowej szpitala. Jeśli uwzględnimy specyfikę usług medycznych, zmienne otoczenie sektora opieki zdrowotnej, postępujące choroby cywilizacyjne, zmiany epidemiologiczne, demograficzne, świadomość społeczną, tempo rozwoju technologii medycznych i pakiet uregulowań formalnoprawnych wpływających na realizację usług medycznych, zidentyfikujemy nie tylko heterogenność otoczenia, ale również jego zmienność i nieprzewidywalność.

Usługi medyczne są określane jako specyficzne, niepowtarzalne, o niematerialnym cha-

rakterze i wielorodzajowe (diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne). Szpitale publiczne można zatem nazwać przedsiębiorstwami usługowymi medycznymi, ponieważ wytwarzają usługi medyczne, podejmują samodzielnie decyzje oraz ponoszą odpowiedzialność za skutki swoich decyzji.

O sprawnym i efektywnym zarządzaniu szpitalem publicznym możemy mówić tylko w warunkach bezpieczeństwa finansowego<sup>9</sup>, kiedy możliwe jest zbilansowanie przychodów i kosztów oraz skutków zrealizowanych zagrożeń występujących w szpitalach publicznych.

Szpitale publiczne w polskim systemie ochrony zdrowia stają często przed problemem godzenia niespójnych celów ochrony zdrowia, z jednej strony cięcia kosztów dla osiągnięcia bezpieczeństwa finansowego szpitala, z drugiej wykonania świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zwiększania dostępności do świadczeń zdrowotnych pacjentom, czy zaspakajania oczekiwań związanych ze wzrostem wynagrodzeń pracowników. Te sytuacje stwarzają konkretne zagrożenia, skupiające uwagę zarządzających na umiejętności dostosowywania się do różnorodnych żądań, oczekiwań, obowiązków oraz stałej reorganizacji istniejących wzajemnych relacji wewnątrz organizacji. Zarządzanie szpitalem w polskim systemie ochrony zdrowia w warunkach nierównowagi popytu i podaży na usługi medyczne, co oznacza większe zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne społeczeństwa w stosunku do ilości zakontraktowanych świadczeń przez oddziały wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, utrzymanie szpitala w całodobowej gotowości,

<sup>8</sup> Art.5 pkt. 40 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2004nr 210 poz.2135). (świadczenie zdrowotne – „działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania”).

<sup>9</sup> Bezpieczeństwo finansowe określane jest jako zdolność przedsiębiorstwa do zachowania możliwości regulowania bieżących zobowiązań oraz wysokiej sprawności działania. Franc-Dąbrowska J. 2006. Bezpieczeństwo finansowe a efektywność zaangażowania kapitałów własnych, Roczniki Nauk Rolniczych. SERIA G. Bezpieczeństwo finansowe oznacza w ogólnej postaci brak zagrożeń w sferze finansów publicznych, finansów przedsiębiorstwa, ubezpieczeń, bankowości czy finansów osobistych gospodarstw domowych. Jajuga K. (red). 2007. Elementy nauki o finansach. Kategorie i instrumenty finansowe, Warszawa: Polskie Wydawnictwo. Ekonomiczne.

podobnie jak zarządzanie profesjonalistami wykonującymi wolne zawody medyczne jest dużym wyzwaniem dla menedżerów szpitali - zwłaszcza szpitali publicznych.

Przedstawiona specyfika szpitali publicznych wespół z towarzyszącą w ostatnich latach dynamiką zmian w systemie ochrony zdrowia stwarzają sprzyjające warunki dla pojawiania się wielu zagrożeń, które nie tylko mogą utrudnić leczenie pacjentów, ale również zachwiać bezpieczeństwem finansowym szpitala, z utratą płynności finansowej włącznie<sup>10</sup>. Bezpieczeństwo finansowe szpitala daje zdolność do pokrywania bieżących wydatków koniecznych dla prowadzenia podstawowej działalności oraz do spłaty zobowiązań finansowych w terminie.

Trudności finansowe szpitali mogą być przyczyną pogorszenia: jakości leczenia, procesu opieki nad pacjentem, warunków pracy i płacy personelu, trudności w rekrutacji wysokokwalifikowanych kadr, problemów z zaopatrzeniem w leki i wyroby medyczne oraz nieterminowe regulowanie zobowiązań z ustawowymi odsetkami.

Zjawiska przyczyniające się do utraty bezpieczeństwa finansowego w szpitalach nazywamy zagrożeniami finansowymi. Termin zagrożenie<sup>11</sup> jest powszechnie używany oraz adresowany do wielu różnorodnych problemów działalności ludzkiej i gospodarczej, zjawisk przyrodniczych, zdrowia, sytuacji politycznych i społecznych itp. Zagrożenie finansowe można definiować jako stan finansów firmy wskazujący na wysokie prawdopodobieństwo pogorszenia, a nawet utraty rentowności lub płynności finansowej, co w dalszej perspektywie może doprowadzić do niewypłacalności i upadłości. Bezpieczeństwo utożsamiane jest najczęściej ze stanem niezagrożenia. Wyższemu poziomowi zagrożenia finansowego odpowiada niższy poziom bezpieczeństwa fi-

nansowego.

W przypadku szpitali publicznych możemy wyróżnić zagrożenia systemowe, czyli takie, które pojawiają się w związku ze zmianami w systemie ochrony zdrowia, w powiązaniu z systemem lub regionalną czy lokalną polityką zdrowia, na które zarządzający menadżerowie nie mają wpływu. Przykładem takiego zagrożenia są, np. regulacje formalno-prawne zmieniające sposób finansowania świadczeń zdrowotnych lub arbitralnie wprowadzające wzrost wynagrodzenia w sektorze ochrony zdrowia, który nie uwzględnia polityki płacowej na poziomie zakładów pracy, różnicuje w sposób niezasadny zawody medyczne, kształtuje postawy roszczeniowe poszczególnych grup zawodowych i wzmocnia pozycje wybranych związków zawodowych.

Kolejnym przykładem zagrożenia finansowego systemowego jest nieadekwatny sposób wyceny i zakupu świadczeń medycznych przez publicznego płatnika, w stosunku do potrzeb w danym regionie, albo obniżenie wyceny na niekorzyść świadczeniodawcy w trakcie realizacji umowy w bieżącym okresie rozliczeniowym

Warto spojrzeć zatem na działania menedżerskie przez pryzmat zagrożeń, szukać sposobów jak należy chronić szpital przed przywołanymi zagrożeniami, jak je analizować i neutralizować wykorzystując posiadane zasoby. Tylko bezpieczeństwo finansowe stwarza warunki do rozwoju szpitala, do pozyskiwania profesjonalnej kadry medycznej i administracyjnej, do szkolenia pracowników, realizacji polityki jakości, inwestowania w specjalistyczny sprzęt, w infrastrukturę, wdrażania nowych technologii medycznych, do bezpiecznego, efektywnego diagnozowania i leczenia pacjentów.

<sup>10</sup> Płynność finansowa - odzwierciedla zdolność jednostki do terminowego regulowania zobowiązań krótkoterminowych. Odnosi się ona zatem do możliwości szybkiej spłaty należności związanych zakupem dóbr i usług, opłacenia kar i mandatów, spłaty zadłużenia, wypłaty wynagrodzeń i wielu innych. <https://econopedia.pl/fp/plynosc-finansowa-ksiegowa-definicja-rodzaje/>. Pobrano 06.02.2019 r.

<sup>11</sup> Karbownik L. 2016. Determinanty zagrożenia finansowego przedsiębiorstw sektora TSL w Polsce, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 18.

## WPLYW RYCZAŁTOWEGO SPOSOBU FINANSOWANIA SZPITALA SIECIOWEGO NA JEGO BEZPIECZEŃSTWO FINANSOWE

Zmiana zasad finansowania szpitali weszła w życie od 01.10.2017r w związku z nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>12</sup>. Ustawa tworząca system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ)<sup>13</sup>, tzw. sieć szpitali wprowadziła nowe rozwiązania, które w założeniach miały usprawnić organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez szpitale oraz przychodnie przyszpitalne, a także poprawić dostępność do leczenia specjalistycznego w szpitalach. Implementacja „sieci szpitali” znacząco zmieniła zasady finansowania świadczeń w ramach leczenia szpitalnego, a częściowo również w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Założeniem ustawodawcy było ustabilizowanie struktury szpitali i ich finansowania oraz lepsza koordynacja świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych, co miało ułatwić zarządzanie szpitalami.

Szpitale spełniające kryteria kwalifikacyjne określone w cytowanej ustawie i rozporządzeniu zostały zakwalifikowane do jednego z sześciu poziomów zabezpieczenia (szpitale I, II i III stopnia oraz szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne, szpitale pediatryczne i szpitale ogólnopolskie)<sup>14</sup>.

W praktyce szpitale co miesiąc otrzymują ryczałt wyliczony zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia<sup>15</sup> o sposobie ustalania ryczałtu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, mają zagwarantowany kontrakt z Narodowym Funduszem

Zdrowia bez konieczności uczestniczenia w konkursach na świadczenia zdrowotne, a umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta jest na okres kwalifikacji szpitala do sieci, czyli do 30 czerwca 2021 roku. Ryczałt jest określany corocznie, przy czym w pierwszym roku podstawą obliczenia były świadczenia sprawozdane i rozliczone przez świadczeniodawców w roku 2015, z uwzględnieniem wycen za okres 2015-2017. Mogą też realizować zakresy świadczeń zdrowotnych pozaryczałtowych rozliczanych odrębnie, na dotychczasowych zasadach, a do realizacji świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zostali obligatoryjnie zobowiązani świadczeniodawcy zakwalifikowani do PSZ z wyłączeniem szpitali klinicznych i ogólnopolskich.

Według założeń Resortu Zdrowia wprowadzone zmiany miały na celu zagwarantować odpowiedni poziom, ciągłość i stabilność finansowania szpitali i tym samym poprawę bezpieczeństwa finansowego szpitali publicznych. Wartość ryczałtu szacowano historycznie na podstawie realizacji świadczeń zdrowotnych w roku 2015. Zmiany systemowe zostały wdrożone bez okresu przygotowawczego, menadżerowie nie byli przygotowani na zmiany, jednakże powinni szukać skutecznych narzędzi zarządczych neutralizujących zagrożenia finansowe, wynikające ze zmian systemowych szczególnie tych, które mogłyby wpłynąć na pogorszenie płynności finansowej, zagrażając bezpieczeństwu finansowemu szpitala. Każda reforma systemowa, związana ze zmianą sposobu finansowania szpitali, wdrażana bez okresu przygotowawczego może być traktowana jako przykład zagrożenia systemowego.

<sup>12</sup> Ustawa z dnia 27 kwietnia 2008r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz. U. z 2016r poz.1793 ze zm.

<sup>13</sup> <http://sieczspitali.mz.gov.pl/>. Dostęp 23.01.2019 r.

<sup>14</sup> <https://www.prawo.pl/zdrowie/ustawa-o-sieci-szpitali>. Dostęp 23.01.2019 r.

<sup>15</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2018 poz. 1587). <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf>. Internetowy system aktów prawnych. Pobrano: 07.02.2019 r.

Czy nowy system ryczałtowego finansowania zapewnia bezpieczeństwo finansowe szpitalom, czy stwarza zagrożenia, jakie są możliwości oddziaływania na te zagrożenia, żeby utrzymać bezpieczeństwo finansowe szpitala tak kluczowe dla jego funkcjonowania??

Celem pracy jest ocena bezpieczeństwa finansowego szpitala publicznego o trzecim poziomie referencyjnym finansowanym tzw. ryczałtem sieciowym i porównanie do analogicznego okresu finansowania jednorodnych grup pacjentów (JGP).

## MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Materiał źródłowy do badań zebrano ze sprawozdań finansowych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie oraz raportów sprawozdawczych z wykonanych usług medycznych. Badaniem objęto okres styczeń – wrzesień 2017 r. oraz styczeń – wrzesień 2018 r.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie jest szpitalem o trzecim poziomie referencyjnym, realizującym również zadania dydaktyczno-badawcze dla Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego. Rocznie przyjmowanych jest ponad 24 tys. osób, Szpitalny Oddział Ratunkowy z Centrum Urazów Wielonarządowych zaopatruje ponad 21 tys. osób. Szpital udostępnia pacjentom 468 łóżek na 25 oddziałach (9 klinicznych), średni czas pobytu pacjenta 5,2 dni, szpital wykonuje ok. 10 tys. zabiegów operacyjnych i ma 15 stanowisk intensywnej terapii. W strukturze szpitala jest Stacja Dializ oraz 23 poradnie specjalistyczne, w których rocznie przyjmowanych jest ponad 100 tysięcy pacjentów. Obroty podmiotu dotyczące przychodów całkowitych wyniosły za 2018 r. ponad 251 mln zł.

W niniejszym artykule wykorzystano trzy modele do oceny bezpieczeństwa finansowego szpitala. Pierwszy model to zmodyfikowana

postać modelu E.I. Altmana<sup>16</sup> -  $Z'$  ( $Z'$ ), który wykorzystywany jest w przedsiębiorstwach nienotowanych na giełdzie. Według autora modelu, jeśli przedsiębiorstwo osiągnęło poziom większy niż 2,9 sytuacja finansowa badanej jednostki jest dobra, wartość poniżej 1,2 oznacza zagrożenie bankructwa. Jeśli wynik mieści się w przedziale 1,2-2,9 nie można jednoznacznie określić stopnia zagrożenia niewypłacalnością. Postać modelu Altmana zaprezentowano za pomocą formuły 1.

$$Z' = 0,717X1 + 0,847X2 + 3,107X3 + 0,420X4 + 0,998X5(1)$$

Kolejnym wykorzystanym modelem oceniającym sytuację finansową przedsiębiorstw jest model E. Mączyńskiej<sup>17</sup>. Opracowana przez autorkę funkcja dyskryminacyjna (EM) klasyfikuje badany podmiot według następujących kryteriów:  $EM < 0$  – zagrożenie upadłością,  $0 < EM < 1$  - przedsiębiorstwo o słabym wyniku, ale niezagrożone upadłością,  $1 < EM < 2$  - przedsiębiorstwo dość dobre,  $EM > 2$  – przedsiębiorstwo bardzo dobre.

Postać modelu Mączyńskiej zaprezentowano za pomocą formuły 2.

$$EM = 1,50X6 + 0,08X7 + 10,0X8 + 5,00X9 + 0,30X10 + 0,10X11(2)$$

Ostatni model za pomocą którego zbadano bezpieczeństwo finansowe Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie to model poznański<sup>18</sup>. W modelu tym – PZ, znalazły się cztery zmienne objaśniające, a wartość graniczną ustalono na poziomie zera.

Postać modelu poznańskiego zaprezentowano za pomocą formuły 3.

$$PZ = -2,368 + 3,562X12 + 1,588X13 + 4,288X14 + 6,719X15(3)$$

<sup>16</sup> E. I. Altman. 2002. Corporate Distress Prediction Models in a Turbulent Economic and Basel II Environment, 15-16.

<sup>17</sup> Mączyńska E. 1994. Ocena kondycji przedsiębiorstwa. Uprozczone metody, „Życie Gospodarcze”, 38: 42-45.

<sup>18</sup> Hamrol M., Czajka B., Piechocki M. 2004. Upadłość przedsiębiorstwa – model analizy dyskryminacyjnej, „Przegląd Organizacji”, 6: 35-39.

**Tabela 1.** Wybrane wielkości finansowe badanego szpitala za okres I-IX 2017r., I-IX 2018 r.

WYSZCZEGÓLNIENIE	styczeń-wrzesień 2017	styczeń-wrzesień 2018
Aktywa razem	198 093 703,19 zł	203 180 069,94 zł
Aktywa trwałe	142 187 193,98 zł	146 307 316,58 zł
Aktywa obrotowe	55 906 509,21 zł	56 872 753,36 zł
Zapasy	7 563 941,71 zł	11 117 506,67 zł
Kapitał własny	76 401 492,91 zł	79 450 232,98 zł
Kapitał pracujący	18 343 203,12 zł	19 826 315,39 zł
Kapitał stały	99 540 288,58 zł	104 157 401,13 zł
Zobowiązania	60 702 101,76 zł	61 753 606,12 zł
Zobowiązania długoterminowe	23 138 795,67 zł	24 707 168,15 zł
Zobowiązania krótkoterminowe	37 563 306,09 zł	37 046 437,97 zł
Zysk	415 442,16 zł	-243 073,43 zł
Wynik ze sprzedaży	1 609 979,41 zł	-5 266 606,84 zł
Przychody ze sprzedaży	168 599 933,19 zł	176 301 167,62 zł
Amortyzacja	9 732 159,63 zł	11 358 345,25 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie w okresie I-IX 2017, I-IX 2018

W tabeli 1 przedstawiono wielkości finansowe szpitala oraz objaśnienie zmiennych wykorzystanych w przedstawionych modelach.

W przedstawionych wielkościach finansowych charakteryzujących badany szpital obserwuje się przede wszystkim pogorszenie wyniku ze sprzedaży z ponad 1,6 mln zł zysku za okres I-IX 2017r. Podmiot zanotował stratę na poziomie ponad 5,2 mln zł za okres I-IX 2018 r. Poza tym nastąpił znaczący wzrost aktywów trwałych z ponad 142 mln zł na koniec wrze-

śnia 2017 r. do ponad 146 mln na koniec września 2018 r. Zauważalnie wzrosły również przychody ze sprzedaży z ponad 168 mln zł za okres I-IX 2017r. do ponad 176 mln zł za okres I-IX 2018 r. przy niewielkim obniżeniu poziomu zobowiązań krótkoterminowych – 37,5 mln na koniec września 2017 r.; 37,0 mln na koniec września 2018r.

W tabeli 2 zdefiniowano poszczególne zmienne, wykorzystywane do oszacowania przedstawionych modeli.

**Tabela 2.** Charakterystyka zmiennych występujących w wykorzystanych modelach.

ZMIENNA	OBJAŚNIENIE
X1	kapitał pracujący/aktywa ogółem
X2	zysk zatrzymany/aktywa ogółem
X3	zysk brutto+odsetki/aktywa ogółem
X4	wartość księgową kapitału własnego/wartość księgową zobowiązań
X5	przychody ze sprzedaży/aktywa ogółem
X6	(zysk brutto+amortyzacja)/zobowiązania ogółem
X7	suma bilansowa/zobowiązania ogółem
X8	wynik brutto/suma bilansowa
X9	wynik brutto/przychody ze sprzedaży
X10	zapasy/przychody ze sprzedaży
X11	przychody ze sprzedaży/suma bilansowa
X12	wynik netto/aktywa ogółem
X13	(majątek obrotowy-zapasy)/zobowiązania krótkoterminowe
X14	kapitał stały/aktywa ogółem
X15	wynik ze sprzedaży/przychody ze sprzedaży

Źródło: Opracowanie własne

## WYNIKI BADAŃ

Przeprowadzone badania pozwoliły dokonać oceny bezpieczeństwa finansowego szpitala w okresach: styczeń – wrzesień 2017 r., uwzględniającym finansowania podmiotu według Jednorodnych Grup Pacjentów oraz w okresie styczeń – wrzesień 2018 r., w którym szpital finansowany był według ryczałtowego sposobu rozliczania świadczeń zdrowotnych.

Ocena sytuacji finansowej szpitala wykorzystując wymienione modele wskazała, że ba-

dany podmiot jest wypłacalny, niezagrożony upadłością o słabym wyniku. Należy jednak wskazać, że zasady finansowania szpitala według znowelizowanej ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych z dn. 27.04.2008 r. nieznacznie obniżyły poziom bezpieczeństwa finansowego szpitala mierzonego przy zastosowaniu wybranych modeli.

W tabeli 3 przedstawiono poziom bezpieczeństwa finansowego oszacowanego za pomocą poszczególnych modeli.



**Tabela 3.** Poziom bezpieczeństwa finansowego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie według wybranych modeli w okresie I-IX 2017 r., I-IX 2018 r.

MODEL	Poziom bezpieczeństwa finansowego	
	styczeń-wrzesień 2017	styczeń-wrzesień 2018
Model E.I. Altmana - Z'	1,47	1,39
Model E. Mączyńskiej - EM	0,64	0,62
Model poznański - PZ	1,90	1,59

Źródło: opracowano na podstawie badań własnych

Poziom bezpieczeństwa finansowego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie mierzony za pomocą poszczególnych modeli nie różnił się znacząco między sobą w badanych okresach. Interpretacja uzyskanych wyników przy zastosowaniu wybranych modeli w dwóch analizowanych okresach jest taka sama. W przypadku zastosowania modelu E.I. Altmana – Z' nie można jednoznacznie określić stopnia zagrożenia niewypłacalnością. Interpretacja wyników uzyskana przy zastosowaniu modelu E. Mączyńskiej – EM – jest taka, że badany szpital charakteryzuje się słabym wynikiem ale nie jest zagrożony upadłością. W przypadku modelu poznańskiego – PZ – można określić badany szpital jako podmiot wypłacalny.

Analizując bezpieczeństwo finansowe szpitala należy również przyjrzeć się poszczególnym pozycjom bilansu oraz rachunku zysków i strat, które mogą istotnie wpływać na oszacowanie wartości bezpieczeństwa finansowego przy pomocy wybranych modeli. Przy analizie tego podmiotu budzi niepokój znaczące pogorszenie wyniku finansowego w badanych okresach – I-IX 2017 zysk 415 442,16 zł, I-IX 2018 strata 243 073,43 zł. Jednak szczególną uwagę zwraca pogorszenie wyniku ze sprzedaży z zysku o wartości 1 609 979,41 zł za okres I-IX 2017 do straty na poziomie 5 266 606,84 zł za okres I-IX 2018. Tak duża różnica wynika ze sposobu ujmowania w sprawozdaniach finansowych wartości wykonania świadczeń medycznych ponad zawartą umowę

(nadwykonania/nadlimity)<sup>19</sup>. W okresie przed zmianą systemu finansowania w szpitalu zgodnie z zasadami rachunkowości ujmowano w przychodach ze sprzedaży pełną wartość wykonanych usług z jednoczesnym tworzeniem odpisu aktualizacyjnego na należności wątpliwe. Za okres I-IX 2017 r. wartość nadlimitów wynosiła aż 14 618 727,64 zł i wykazana była w przychodach ze sprzedaży, jednocześnie utworzono odpis aktualizacyjny na kwotę 4 596 211,50 zł, który zwiększył pozostałe koszty operacyjne; wynik ze sprzedaży nie uwzględniał zatem kosztów związanych z odpisem aktualizacyjnym.

W okresie I-IX 2018 r. zaewidencjonowano do przychodów ze sprzedaży tylko nadlimity wykonane z umów poza ryczałtem. Wartość tych nadlimitów wynosiła 10 356 781,10 zł, nie tworzono odpisów aktualizacyjnych na należności z tytułu wymienionych nadlimitów. Podstawowa zmiana wynikająca z nowego systemu finansowania mająca bezpośredni wpływ na wskaźniki oceniające bezpieczeństwo finansowe szpitali polega na tym, że nie ma podstawy do zaliczania nadlimitów wykonanych w ramach umów ryczałtowych do przychodów ze sprzedaży. Wartość nadlimitów ryczałtowych wykonanych w okresie I-IX 2018 r. wynosiła aż 6 258 759 zł. Poziom wyniku ze sprzedaży z uwzględnieniem wartości nadlimitów wykonanych w zakresie umów ryczałtowych zaprezentowano w tabeli 4.

<sup>19</sup> Świadczeniodawca będący stroną umowy o świadczenie usług medycznych jest związany wskazanymi limitami usług, za wykonanie których uzyska od Narodowego Funduszu Zdrowia wynagrodzenie, wykonanie przez świadczeniodawcę większej ilości usług niż zawartej w umowie nazywamy nadwykonaniami bądź nadlimitami.

**Tabela 4.** Porównanie wyniku ze sprzedaży Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w okresach I-IX 2017 r., I-IX 2018 r.

WYSZCZEGÓLNIENIE	styczeń-wrzesień 2017	styczeń-wrzesień 2018
Przychody ze sprzedaży	168 599 933,19 zł	176 301 167,62 zł
Wartość nadlimitów ujęta w przychodach	14 618 727,64 zł	10 356 781,10 zł
Pozostałe koszty operacyjne - odpis aktualizacyjny dot. nadlimitów	4 596 211,50 zł	0,00 zł
Wartość nadlimitów ryczałtowych nie ujętych w przychodach	0,00 zł	6 258 759,00 zł
Przychody ze sprzedaży według zasad przed zmianą systemu finansowania	168 599 933,19 zł	182 559 926,62 zł
<b>Wynik ze sprzedaży według zasad przed zmianą systemu finansowania</b>	<b>1 609 979,41 zł</b>	<b>992 152,16 zł</b>
<b>Wynik ze sprzedaży po zmianie systemu finansowania</b>	<b>1 609 979,41 zł</b>	<b>-5 266 606,84 zł</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie w okresach I-IX 2017 r., I-IX 2018 r.

## DYSKUSJA I WNIOSKI

Celem przeprowadzonych badań była analiza porównawcza bezpieczeństwa finansowego szpitala w dwóch analogicznych okresach przed i po zmianie systemu finansowania ochrony zdrowia w Polsce na system ryczałtowy. Przedstawione wyniki wskazują, że finansowanie według nowej zasady ryczałtowej nie poprawiło kondycji ekonomicznej podmiotu oraz nie rozwiązało jego podstawowego problemu świadczeń wykonanych ponad zawartą w umowie wartość ryczału, za które szpital nie otrzyma płatności. Wykonywanie świadczeń ponad przyznany limit trwa od wielu lat i było również problemem w poprzednim systemie finansowania jednorodnych grup pacjentów.

Rozwiązaniem tego problemu, który dotyka wiele szpitali publicznych w Polsce, miała być zmiana zasad finansowania. Niestety, w przypadku omawianego w niniejszym artykule szpitala w Olsztynie wartość usług wykonanych w sytuacjach nagłych ponad wartość zakontraktowaną z NFZ utrzymuje się na porównywalnym poziomie, a ich wartość związana z ryczałem

nie jest już rozpatrywana jako wielkość ekonomiczna i prezentowana w sprawozdaniu finansowym w pozycji przychody ze sprzedaży. Należy również wziąć pod uwagę fakt, że jest to dopiero pierwszy pełny okres finansowania według nowych zasad, więc jest szansa, że wskazany problem utrzymujących się nadwykonań powinien być przez płatnika analizowany i uwzględniany w przeliczaniu wartości ryczału na kolejny okres rozliczeniowy. W przeciwnym wypadku szpitale mogą ograniczać dostęp pacjentom w pierwszej kolejności do kosztochłonnych procedur, bądź regulować dostępność do świadczeń systemem kolejkowym, wydłużając czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala. W poprzednim systemie finansowania, można było dochodzić zapłaty za nadwykonania ratujące życie drogą ugód z NFZ, bądź w oczekiwaniu na wyrok sądowy, co wymagało kredytowania przez szpitale wykonanych świadczeń do czasu otrzymania zapłaty. Pacjentów leczonych w trybie planowym, po zrealizowaniu wartości limitu wynikającego z umowy z NFZ, można było przekierować do leczenia specjalistycznego w trybie ambulatoryjnym (AOS),

aktualnie świadczenia AOS są w ryczałcie szpitalnym. Przesuwanie z kolei kontraktu AOS na rzecz świadczeń szpitalnych jest nieekonomiczne i wydłuża czas oczekiwania na specjalistyczne leczenie ambulatoryjne. Obowiązek wykonywania świadczeń w nagłych przypadkach zagrożenia życia i zdrowia ludzkiego, bez względu na uzgodnione z Narodowym Funduszem Zdrowia limity, w warunkach tzw. przymusu ustawowego, wynika z następujących przepisów:

- art. 15 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej: u.dz.l.), zgodnie z którym podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia – przepis ten dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych, czyli przedsiębiorców, SPZOZ, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia i kościoły, w zakresie w jakim wykonują działalność leczniczą;
- art. 30 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (dalej: u.z.l.), który nakłada na lekarzy obowiązek udzielania pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Przepis ten dotyczy lekarzy wykonujących swój zawód zarówno w formie indywidualnej, jak i grupowej praktyki lekarskiej.

W systemie finansowania JGP można było skutecznie domagać się zapłaty wynagrodzenia tylko i wyłącznie za te świadczenia ponadlimitowe, co do których wykonania świadczeniodawca został ustawowo zobowiązany. Czy zatem te same zobowiązania ustawowe mogą i powinny być podstawą zwiększenia ryczału sieciowego – pozostaje kwestią otwartą.

Zgodnie z zasadą kalkulacji kwoty ryczału opublikowanego przez NFZ, zwiększenie średniej wartości hospitalizacji o 3% daje wzrost ryczału

o 1,5%, natomiast zmniejszenie ryczału o 3% daje spadek ryczału o 1,5%, stąd monitorowanie kosztów tak żeby w kolejnych okresach rozliczeniowych stopniowo zyskiwać po 1,5% może być strategią neutralizującą zagrożenie bezpieczeństwa finansowego szpitala.

Istotnym zagrożeniem bezpieczeństwa finansowego mogą być nadwykonania kosztochłonnych procedur z zakresu intensywnej terapii (OIT), metodą neutralizacji tych zagrożeń, może być zwiększenie ilości stanowisk OIT i tym samym wartości ryczału w uzgodnieniu z NFZ.

Zastosowane trzy modele do oceny bezpieczeństwa finansowego szpitala publicznego o trzecim poziomie referencyjnym w nowej formule finansowania szpitali sieciowych, nie potwierdziły jednoznacznie, że bezpieczeństwo finansowe szpitala zostało zagrożone, niemniej wszystkie zagrożenia związane z niewłaściwym szacowaniem i zakontraktowaniem potrzeb zdrowotnych zostały przerzucone z płatnika na świadczeniodawcę.

Z wielu modeli jakimi dysponuje analiza finansowa zostały wybrane trzy, które są powszechnie używane i stosunkowo proste w zastosowaniu do oceny bezpieczeństwa finansowego szpitala publicznego, ponieważ wykorzystują wiarygodne dane ze sprawozdań finansowych oraz raportów sprawozdawczych z wykonanych usług medycznych. W wybranych modelach oceniających bezpieczeństwo finansowe szpitala chodzi nie tylko o wyliczenie wskaźników, ale przede wszystkim o ich prawidłową interpretację w odniesieniu do badanych okresów. Należy jednak pamiętać, że okres funkcjonowania szpitali w nowych warunkach finansowania jest krótki. Przegląd doniesień literaturowych wskazuje, iż przedstawione badania dotyczące oceny poziomu bezpieczeństwa finansowego szpitali w nowych realiach są pierwszymi badaniami w tym zakresie. Chcąc zatem oceniać wpływ ryczałtowego systemu finansowania na bezpieczeństwo finansowe szpitali, należy dalej szczegółowo monitorować parametry tego bezpieczeństwa, uwzględniając przy tym wielkość, specyfikę i zakres działalności szpitali.

## LITRATURA

1. Altman E. I. 2002. Corporate Distress Prediction Models in a Turbulent Economic and Basel II. Environment (NYU Working Paper no. S-CDM).
2. Karbownik L. 2016. Determinanty zagrożenia finansowego przedsiębiorstw sektora TSL w Polsce, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
3. Mączyńska E. 1994. Ocena kondycji przedsiębiorstwa. Uproszczone metody, „Życie Gospodarcze”, no 38.
4. Holly R. 2013. Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce, Warszawa: Krajowy instytut Ubezpieczeń.
5. Klimczak B. 2003. Mikroekonomia, Wrocław: Wydawnictwo AE.
6. Hamrol M., Czajka B., Piechocki M. 2004. Upadłość przedsiębiorstwa - model analizy dyskryminacyjnej, „Przegląd Organizacji”, no. 6.
7. Franc-Dąbrowska J., 2006. Bezpieczeństwo finansowe a efektywność zaangażowania kapitałów własnych, Roczniki Nauk Rolniczych, SERIA G.
8. Jajuga K. (red). 2007. Elementy nauki o finansach. Kategorie i instrumenty finansowe, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

## Akty prawne

1. Ustawa z dnia 27 kwietnia 2008r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016r poz.1793 z późniejszymi zmianami)
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 Nr 112, poz. 654 z późniejszymi zmianami)
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2004nr 210 poz.2135).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2018 poz. 1587)

## Źródła internetowe

1. <http://siecszpitali.mz.gov.pl/>.
2. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf>. Internetowy system aktów prawnych.
3. <https://www.prawo.pl/zdrowie/ustawa-osieci-szpitali>.
4. <https://econopedia.pl/fp/plynnosc-finansowa-ksiegowa-definicja-rodzaje/>.