

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 353

Usługi 2014

**Sektor usług – uwarunkowania
i tendencje rozwoju**

Redaktorzy naukowi

Ryszard Kłeczek

Anetta Pukas



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2014

Redaktor Wydawnictwa: Elżbieta Kozuchowska

Redaktor techniczny: Barbara Łopusiewicz

Korektor: Justyna Mroczkowska

Łamanie: Beata Mazur

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:

www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,

w Dolnośląskiej Bibliotece Cyfrowej www.dbc.wroc.pl,

The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,

a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon

http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się
na stronie internetowej Wydawnictwa

www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2014

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-438-7

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk i oprawa:

EXPOL, P. Rybiński, J. Dąbek, sp.j.

ul. Brzeska 4, 87-800 Włocławek

Spis treści

Wstęp	9
-------------	---

Część 1. Pojęcia i modele w marketingu usług

Katarzyna Dziewanowska: Wpływ działań z zakresu marketingu doświadczeń na postrzeganie usługi edukacyjnej	13
Jolanta Mazur, Piotr Zaborek: Czy usługodawcy stosują logikę usługową w marketingu?	22
Marcin Pięglowski: Notyfikacje dotyczące poważnych zagrożeń i pozostałe notyfikacje w systemie RAPEX	32
Magdalena Rzemieniak: Budowanie tożsamości oferty usługowej w oparciu o wartości niematerialne	44
Robert Skikiewicz: Determinanty popytu na usługi bankowe na przykładzie kredytów konsumpcyjnych i mieszkaniowych w latach 2004–2013	54

Część 2. Działalność usługowa jako dziedzina zastosowań zasad i kategorii marketingu

Dorota Bednarska-Olejniczak: Marketing wewnętrzny w przedsiębiorstwie usługowym	69
Monika Boguszewicz-Kreft: Efekt kraju pochodzenia w usługach	79
Ema Halavach, Mirosław Zalech: Zmiany w zachowaniach klientów usług turystycznych jako szansa a ryzyko dla biur turystycznych	90
Martyna Kostrzewa, Grzegorz Zieliński: Specyfika procesów logistycznych w działalności usługowej	101
Anna Lemańska-Majdzik, Piotr Tomski: Konkurencyjność przedsiębiorstwa usługowego. Identyfikacja działań przedsiębiorstw obsługujących rynek nieruchomości	110
Agnieszka Nowak: Kooperacja i rywalizacja na rynku usług turystycznych w Polsce	121
Anetta Pukas: Wykorzystanie crowdsourcingu w sferze usług – możliwości i ograniczenia	132
Małgorzata Skiert, Krystyna Buchta: Jakość kształcenia na kierunku turystyka i rekreacja w świetle oczekiwań rynku turystycznego	145

Ewelina Sokołowska, Maciej Schulz: Metody ustalania cen produktów na rynku usług w Polsce	155
Iwona Wilk: Uwarunkowania wyboru ekoagroturystyki jako formy wypoczynku	165
Grzegorz Zieliński, Piotr Grudowski, Małgorzata Szymańska-Bralkowska: Oczekiwania interesariuszy usług edukacyjnych w ujęciu relacyjnym	175

Część 3. E-usługi i innowacje w usługach

Małgorzata Budzanowska-Drzewiecka, Aneta Lipińska: Motywy wykorzystania aplikacji mobilnych w procesie nabywania dóbr wśród młodych konsumentów	187
Joanna Katarzyna Kowalska: Rola internetowych technologii informacyjnych w kreowaniu relacji podmiotów leczniczych z pacjentami na rynku usług zdrowotnych na terenie Dolnego Śląska	197
Robert Nowacki: Innowacyjność usług w okresie spowolnienia gospodarczego	208
Aleksandra Radziszewska: Determinanty jakości e-usług na przykładzie bankowości elektronicznej	219
Grażyna Węgrzyn: Zróżnicowanie innowacji w sektorze usług w krajach Unii Europejskiej	229
Robert Wolny: Rozwój rynku e-usług w Polsce	240

Część 4. Usługi publiczne

Anna Brdulak: Strategie rozwoju jednostek samorządów terytorialnych w kontekście świadczonych usług	253
Danuta Kunecka: Usługi pielęgniarские w Polsce – uwarunkowania i tendencja zmian	263
Danuta Kunecka, Dorota Rogalska: Zmiany na rynku usług zdrowotnych a kształcenie na kierunkach medycznych	272
Dominika Mierzwa: Ocena zarządzania finansami organizacji (na przykładzie zakładu opieki zdrowotnej)	282
Dariusz Skorupka, Jacek Korona: Gospodarka wodno-ściekowa w aglomeracji kieleckiej – ewolucja koncepcji	292

Summaries

Part 1. Concepts and models in service marketing

Katarzyna Dziewanowska: Influence of experiential marketing activities on the perception of educational services.....	21
Jolanta Mazur, Piotr Zaborek: Is Service Logic practiced by service companies?	31
Marcin Piękowski: Serious risk notifications and other notifications in the RAPEX system	43
Magdalena Rzemieniak: Building an identity of service offer based on intangible assets	53
Robert Skikiewicz: Determinants of demand for banking services – the case of consumer and housing loans in the years 2004-2013	65

Part 2. Service activities as an application field of principles and categories of marketing

Dorota Bednarska-Olejniczak: Internal marketing in a service enterprise ...	78
Monika Boguszewicz-Kreft: Country-of-origin effect in services	89
Ema Halavach, Mirosław Zalech: Changes in the behavior of customers of tourist services as an opportunity and risk for travel companies.....	100
Martyna Kostrzewa, Grzegorz Zieliński: Specificity of logistic processes in service activities.....	109
Anna Lemańska-Majdzik, Piotr Tomski: Competitiveness of a service company. Identification of activities of enterprises providing services on the real estate market	120
Agnieszka Nowak: Cooperation and competition on the market of tourist services in Poland	131
Anetta Pukas: The use of crowdsourcing in services sector – possibilities and limitations	144
Małgorzata Skiert, Krystyna Buchta: The quality of education at tourism and recreation university studies in the perspective of tourist market expectations	154
Ewelina Sokółowska, Maciej Schulz: Methods of prices setting of products on the market of services in Poland.....	164
Iwona Wilk: Ecoagritourism as a form of recreation selection determinants...	174
Grzegorz Zieliński, Piotr Grudowski, Małgorzata Szymańska-Bralkowska: Expectations of educational services stakeholders in terms of relations of one with another	183

Part 3. E-services and innovations in services

Małgorzata Budzanowska-Drzewiecka, Aneta Lipińska: Reasons for using mobile applications in the process of acquiring goods among young consumers	196
Joanna Kowalska: The role of information technology in creating relation between health care providers and patients on the area of Lower Silesia Health Care services market	207
Robert Nowacki: Services innovativeness in the period of economic slowdown	218
Aleksandra Radziszewska: E-service quality determinants on the example of e-banking services	228
Grażyna Węgrzyn: Diversification of innovation in the services sector of the European Union countries	239
Robert Wolny: The development of e-services market in Poland.....	250

Part 4. Public services

Anna Brdulak: Strategies for the development of local government units in the context of provided services	262
Danuta Kunecka: Nursing services in Poland – conditions and trend of changes	271
Danuta Kunecka, Dorota Rogalska: Changes on the health market, and education on medical courses	281
Dominika Mierzwa: The assessment of organization finance management exemplified by health care institution.....	291
Dariusz Skorupka, Jacek Korona: Water–sewage management in the agglomeration of Kielce – the evolution of concept.....	300

Dominika Mierzwa

Wyższa Szkoła Oficerska Wojsk Lądowych im. Generała Tadeusza Kościuszki we Wrocławiu

OCENA ZARZĄDZANIA FINANSAMI ORGANIZACJI (NA PRZYKŁADZIE ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ)

Streszczenie: Problemy z finansowaniem opieki zdrowotnej obserwowane są praktycznie na całym świecie. Polskie placówki sektora zdrowia stają przed trudnym wyzwaniem zapewnienia wysokiej jakości usług przy jednoczesnym kontrolowaniu ich kosztów. Współczesne realia gospodarcze wymagają od menedżerów nie tylko dużej wiedzy specjalistycznej, ale przede wszystkim wiedzy z zakresu nauk ekonomicznych i zarządzania. Celem artykułu jest ocena ekonomiczna zarządzania finansami przez wybrany zakład opieki zdrowotnej oraz analiza podjętych przez niego działań. Autorka wyjaśnia trudności w zarządzaniu tego typu placówkami i proponuje konkretne warianty rozwiązań.

Słowa kluczowe: zarządzanie finansami, zakład opieki zdrowotnej, służba zdrowia.

DOI: 10.15611/pn.2014.353.26

1. Wstęp

System ochrony zdrowia jest istotnym, ale bardzo trudnym elementem polityki każdego państwa. Sposób jego finansowania jest bezpośrednio związany ze stosowanym modelem systemu zdrowotnego w danym kraju i jest jednym z podstawowych problemów ekonomiczno-społecznych. Publiczne zakłady opieki zdrowotnej należą do głównych uczestników sektora zdrowia w Polsce i mają podstawowe znaczenie dla jego funkcjonowania. W jednostkach tych wykorzystuje się budżetowanie do określania przyszłych kosztów i przychodów oraz planowania strategicznych działań. Zarządzanie publicznym zakładem opieki zdrowotnej nie jest zadaniem prostym. Głównym problemem, z jakim spotyka się kadra kierownicza, jest obowiązek świadczenia usług (wynikający z kontraktu z NFZ) niezależnie od jego opłacalności. Kierownictwo musi zatem podejmować trudne decyzje dotyczące ograniczania kosztów świadczenia usług przy jednoczesnej wysokiej jakości ich wykonania.

W artykule autorka przedstawia i analizuje obecną sytuację ekonomiczno-financeową wybranego publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz określa wpływ działań kadry kierowniczej na funkcjonowanie tej placówki. Ważnym aspektem stają się

także uwarunkowania prawne, do których muszą dostosować się polskie organizacje. Celem artykułu jest więc ocena przebiegu zarządzania procesami gospodarczymi oraz jego wpływu na rozwój i kształtowanie przyszłości zakładów opieki zdrowotnej. Ponadto autorka wyjaśnia trudności w zarządzaniu tego typu placówkami i proponuje konkretne warianty rozwiązań.

2. Materiał i metodyka badań

Badaniami objęto Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej (SPZZOZ) położony w województwie podkarpackim. Analizowana organizacja charakteryzuje się długoletnią tradycją i jest jedną z najstarszych placówek w południowo-wschodniej Polsce.

Podstawowym źródłem informacji o sytuacji ekonomicznej analizowanego zakładu były sprawozdania roczne za lata 2007–2011. Wykorzystano również zestawienia zbiorcze, sprawozdawczość okresową i dokumenty pierwotne. Wszystkie dane pochodziły ze źródeł sprawdzonych i zatwierdzonych przez badaną placówkę. Użytkano również – istotne dla poruszanej problematyki – opracowania zewnętrzne, dane statystyczne oraz wszelkie publikacje dotyczące funkcjonowania sektora zdrowia.

W celu dokładnej analizy ekonomiczno-finansowej wykorzystano metodę wskaźnikową, obliczając grupę wskaźników rentowności, płynności i efektywności. Wyniki badań opracowano w formie tabelarycznej.

Ze względu na poufność danych uzyskanych od placówki zdrowia została zachowana jej anonimowość.

3. Zasady finansowania publicznych placówek zdrowia

Po transformacji systemowej i reorganizacji systemu politycznego Polska stanęła przed koniecznością reformy w zakresie ochrony zdrowia. Jej założeniem było wprowadzenie systemu ubezpieczeniowego opartego na modyfikacji koncepcji Bismarcka i uchwalenie Ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w 1997 r.¹ Ideą reformy było przejście z budżetowego systemu opieki zdrowotnej na system mieszany (budżetowo-ubezpieczeniowy). W związku z przyjętą ustawą z dnia 1 stycznia 1999 r. powstało 16 kas wojewódzkich i jedna kasa branżowa (kasa dla służb mundurowych). Środki finansowe były gromadzone głównie ze składek ubezpieczeniowych, odliczanych od podatku dochodowego od osób fizycznych. Pierwotnie miała ona wynosić 10% podstawy wymiaru, jednak wskutek licznych poprawek ustawy składka została zmniejszona do 7,5%.

W dniu 1 kwietnia 2003 r. weszła w życie nowa ustawa, powołująca centralnego publicznego płatnika, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Zmiany polegały na

¹ Ustawa z dn. 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (DzU 1997, nr 28, poz. 153) weszła w życie 1 stycznia 1999 r.

zlikwidowaniu kas chorych i utworzeniu 16 oddziałów wojewódzkich NFZ z siedzibą w Warszawie. W związku z licznymi postulatami Trybunału Konstytucyjnego dnia 27 sierpnia 2004 r. wprowadzono kolejną reformę opieki zdrowotnej i uchwalono nową ustawę².

Finansowanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ), będących szczególną formą organizacyjną publicznego zakładu opieki zdrowotnej, realizowane jest z trzech podstawowych źródeł, tj.: publicznego ubezpieczyciela (NFZ)³, Ministerstwa Zdrowia, środków prywatnych w formie bezpośrednich płatności⁴. Szczegółowy zakres budżetowania określa ustawa o zakładach opieki zdrowotnej⁵. Zgodnie z ustawą SPZOZ może uzyskiwać środki finansowe:

- z odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie umowy,
- z wydzielonej działalności gospodarczej innej niż ww., jeżeli statut zakładu przewiduje prowadzenie takiej działalności,
- z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego,
- na realizację programów zdrowotnych w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne,
- na realizację innych zadań określonych odrębnymi przepisami.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może otrzymywać także dotacje budżetowe od organu założycielskiego m.in. na: realizację zadań w zakresie zapobiegania chorobom i urazom, promocję zdrowia, pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne, remonty lub inwestycje (w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego)⁶. Wartość majątku SPZOZ określa fundusz założycielski i fundusz zakładu. Pierwszy z nich stanowi wartość wydzielonej zakładowi części mienia państwowego lub mienia publicznej uczelni medycznej albo publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych. Fundusz zakładu stanowi wartość majątku zakładu po odliczeniu funduszu założycielskiego, który zwiększają: dotacje na inwestycje i zakup wysokospecjalistycznego sprzętu i aparatury, dotacje z budżetów jednostek samorządu terytorialnego na cele rozwojowe zakładu oraz dary mające charakter majątku trwałego lub przeznaczone na cele rozwojowe.

² Ustawa z dn. 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (DzU 2004, nr 210, poz. 2135).

³ NFZ dostarcza 88–95% środków finansowych do SPZOZ.

⁴ E. Malinowska-Misiąg, W. Misiąg, M. Tomalak, *Centralne finansowanie ochrony zdrowia i edukacji w Polsce. Analiza regionalna*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2008, s. 75.

⁵ Ustawa z dn. 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU nr 91, poz. 408).

⁶ M. Paszkowska, *Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych jako źródło finansowania zakładu opieki zdrowotnej*, Finansowy Kwartalnik Internetowy „e-Finanse” 2010, vol. 6, nr 3.

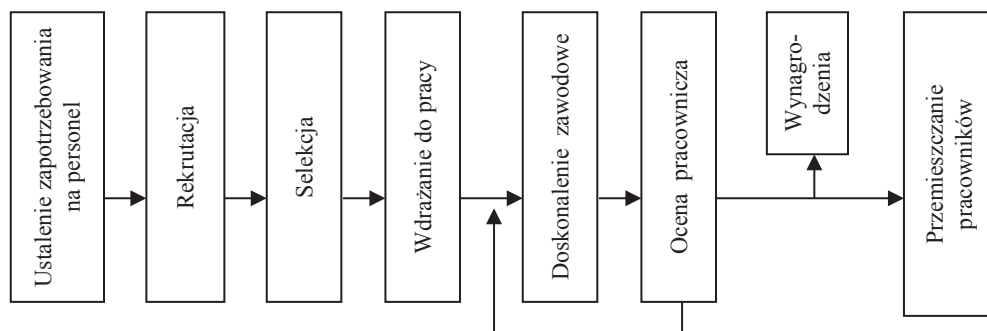
4. Struktura organizacyjna i zarządzanie personelem

Struktura organizacyjna w analizowanym Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej (SPZZOZ) opiera się na zasadzie jedności kierowania. Charakteryzuje się ona centralizacją władzy na czele z dyrektorem zakładu i wyraźną linią podporządkowania. Zgodnie z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz statutem SPZZOZ podejmuje on samodzielne decyzje dotyczące funkcjonowania zakładu oraz reprezentuje go w otoczeniu zewnętrznym organizacji. W skład kadry zarządzającej wchodzi również zastępca dyrektora ds. opieki zdrowotnej oraz główny księgowy. Zastępca odpowiada przed dyrektorem za prawidłowe i terminowe wykonywanie zadań przez poszczególne komórki organizacyjne oraz za skutki prawne będące wynikiem podejmowanych decyzji. Główny księgowy natomiast jest odpowiedzialny za organizację, koordynację i kontrolę pracy działu ekonomiczno-finansowego oraz za przygotowanie aktów wewnętrznych wydawanych przez dyrektora, dotyczących kwestii finansowych. Kadre zarządzającą wspiera pielęgniarka koordynująca oraz kierownicy poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych. Rolą pielęgniarki koordynującej (podlegającej bezpośrednio dyrektorowi) jest planowanie, organizowanie, koordynowanie i nadzorowanie opieki pielęgniarskiej na terenie zakładu. Ma ona także głos doradczy w określaniu liczby pracowników niezbędnych do realizacji zadań w poszczególnych komórkach organizacyjnych. Ważnym elementem w strukturze organizacyjnej SPZZOZ jest również tzw. Rada Społeczna, która jest organem inicjującym i opiniotwórczym powiatu, w którym znajduje się placówka.

W nowoczesnym zarządzaniu samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej coraz bardziej istotny staje się proces zarządzania potencjałem społecznym, czyli kapitałem ludzkim. Wymagany potencjał kadrowy jest uzależniony nie tylko od rodzaju organizacji, lecz także od skali, przedmiotu i terytorialnego zasięgu jej działalności. Zakres merytoryczny funkcji personalnej określa się przez wyodrębnienie pewnych działań realizowanych w procesie zarządzania ludźmi, będącymi jej elementami rodzajowymi (patrz rys. 1).

Przedstawione etapy procesu zarządzania personelem – począwszy od ustalenia zapotrzebowania na personel, aż do zwolnienia i odejścia, czyli przemieszczania pracowników – są ułożone logicznie z uwzględnieniem kolejności ich realizacji w organizacji. Miernikiem skuteczności zarządzania zasobami ludzkimi jest to, w jakim stopniu proces kadrowy wpływa na efektywność działania poszczególnych pracowników i całej organizacji.

W strukturze organizacyjnej SPZZOZ wyróżnić należy Dział Personalno-Administracyjny, którego prace nadzoruje kierownik podległy bezpośrednio dyrektorowi placówki. Do głównych zadań tego działu należy m.in.: ustalenie stanu i struktury zatrudnienia z ustaleniem wymagań kwalifikacyjnych na poszczególnych stanowiskach pracy, ocena aktualnego potencjału kadrowego i potrzeb personalnych, projektowanie i wdrażanie systemu: rekrutacji, selekcji i doboru kadr, projektowanie



Rys. 1. Proces zarządzania personelem w organizacji

Źródło: M. Gableta, *Potencjał pracy przedsiębiorstwa*, Wyd. Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2006, s. 64.

systemów premiowania i rekrutacji oraz planowanie karier. Podstawową barierą przy zatrudnianiu pracowników są wymagania prawne dotyczące konkretnych zawodów medycznych oraz sformalizowane zasady obowiązujące przy doborze kadry kierowniczej⁷. Dobór personelu w SPZZOZ opiera się głównie na rekrutacji wewnętrznej, a na stanowiska kierownicze w drodze konkursu lub mianowania przez dyrektora placówki. Proces szkolenia i doskonalenia zawodowego personelu medycznego jest bardzo ważnym elementem na rynku zdrowia. Podnoszenie kwalifikacji pracowników ma bezpośredni wpływ zarówno na poziom świadczonych usług, jak i liczbę wykonywanych zabiegów. Przepisy prawne⁸ dokładnie określają wymogi i zakres szkoleń oraz ostateczne terminy dopełniania obowiązku doskonalenia zawodowego.

Duża odpowiedzialność społeczna SPZZOZ wobec pacjentów sprawia, że placówka korzysta z licznych programów podnoszenia kwalifikacji dla lekarzy i pielęgniarek oraz kładzie nacisk na kształtowanie odpowiednich postaw pracowników, dających możliwość wykorzystania ich potencjału na danym stanowisku pracy.

5. Ocena kondycji ekonomiczno-finansowej wybranej organizacji

Analiza finansowa przedsiębiorstwa stanowi element składowy analizy ekonomicznej rozumianej jako dyscyplina naukowa zajmująca się wyszukiwaniem i mierzeniem związków zachodzących pomiędzy określonymi zjawiskami w podmiotach gospodarczych. Na podstawie danych zgromadzonych w ewidencji księgowej oraz

⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Zdrowotnej z dnia 19 sierpnia 1998 r.

⁸ Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (DzU 2011, nr 113, poz. 658); Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełniania obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów.

obserwacji otoczenia rynkowego kadra zarządzająca może przygotować decyzje dotyczące przyszłościowych celów i działań organizacji.

Wskaźniki finansowe wykorzystywane do oceny sytuacji przedsiębiorstwa mogą być klasyfikowane na wiele sposobów i w dużej mierze zależą od prowadzącego badanie. Najczęściej ujmuje się je w grupach o zbliżonej treści ekonomicznej i prezentuje w zestawach wykorzystywanych do oceny poszczególnych dziedzin działalności firmy. W literaturze przedmiotu autorzy⁹ zwykle dokonują klasyfikacji wskaźników służących do analizy sytuacji ekonomicznej podmiotu na:

- wskaźniki rentowności (zyskowności),
- wskaźniki płynności,
- wskaźniki sprawności działania (efektywności, aktywności),
- wskaźniki zadłużenia (zarządzania długiem).

Dzięki ujednoczeniu formuł uzyskane wartości mogą być jednoznacznie interpretowane i porównywane do określonego punktu odniesienia, stanowiącego podstawę oceny działalności finansowej organizacji.

Analiza sytuacji finansowej badanego publicznego zakładu opieki zdrowotnej ma na celu przygotowanie informacji pozwalających na kompleksową i wszechstronną ocenę funkcjonowania organizacji i jej efektywności. Obliczone wskaźniki wskażą niezbędne usprawnienia sposobu zarządzania placówką, a także pozwolą zastanowić się nad słusznością prowadzonej w niej polityki. Ponadto przeprowadzona analiza została porównana ze średnią wartością uzyskaną przez inne krajowe zakłady opieki zdrowotnej w latach 2007–2011, tak by jeszcze dokładniej przedstawić obraz sytuacji ekonomiczno-finansowej badanej organizacji (patrz tab. 1).

Na podstawie obliczonych wskaźników można zauważyć, że rok 2008 był wyjątkowo korzystny dla analizowanej placówki zdrowia. Osiągnięte wysokie wskaźniki rentowności (powyżej 4% i 5%) i płynności (większe od jedności) zdecydowanie przewyższały średnią uzyskaną przez inne krajowe publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Spadek tych wartości w kolejnych latach, zwłaszcza wskaźnika ROI (z 5,45 pkt proc. w 2008 r. do -3,26 pkt proc. w 2009 r. i do -2,35 pkt proc. w 2010 r.), świadczy o pogarszającej się efektywności gospodarowania i wykorzystania majątku trwałego oraz obrotowego. Poprawa rentowności i płynności organizacji nastąpiła dopiero w ostatnim roku analizy (2011). Jednakże mimo uzyskanych w latach 2010–2011 zdecydowanie niższych wartości przez badaną placówkę przewyższały one średnią krajową innych zakładów zdrowia.

Warto także zwrócić uwagę na grupę wskaźników efektywności, które informują o częstotliwości obrotu należnościami i zapasami, a także o okresie regulacji zobowiązań krótkoterminowych. Krótszy cykl inkasa należności uzyskany przez analizowaną placówkę w porównaniu ze średnią wartością krajowych zakładów

⁹ B. Pomykalska, M. Wypych (red.), *Finanse przedsiębiorstwa z elementami zarządzania i analizy*, Wyd. Absolwent, Łódź 1999, s. 202; J. Czekaj, Z. Dresler, *Zarządzanie finansami przedsiębiorstw. Podstawy teorii*, PWN, Warszawa 2005, s. 210–211; M. Walczak, *Analiza finansowa w zarządzaniu współczesnym przedsiębiorstwem*, Difin, Warszawa 2007, s. 346–350.

Tabela 1. Wybrane wskaźniki ekonomiczno-finansowe w latach 2007–2011

Lp.	Wyszczególnienie	Lata					Średnia SPZOZ w Polsce
		2007	2008	2009	2010	2011	
		Z*	Z	Z	Z	Z	
1.	Wskaźnik rentowności						
1.1.	Zyskowność netto (%)	0,25	4,42	-2,85	-2,84	-0,5	-2,61
1.2.	Zyskowność z działalności operacyjnej (%)	0,54	4,59	-2,78	-2,58	0,48	-2,69
1.3.	Wskaźnik produktywności aktywów ROI (%)	0,59	5,45	-3,26	-2,35	0,36	-2,92
2.	Wskaźniki płynności						
2.1.	Wskaźnik bieżącej płynności	0,96	1,19	0,76	0,46	0,61	0,72
2.2.	Wskaźnik podwyższonej płynności	0,91	1,13	0,70	0,44	0,57	0,66
3.	Wskaźniki efektywności						
3.1.	Wskaźnik rotacji należności (w dniach)	50	54	44	47	49	55
3.2.	Wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)	17	17	32	83	43	68
3.3.	Wskaźnik rotacji zapasów (w dniach)	4	3	4	2	4	8
4.	Wskaźniki zadłużenia						
4.1.	Wskaźnik zadłużenia ogółem (%)	32,56	29,13	32,40	43,98	53,26	57,17
4.2.	Wskaźnik wypłacalności	0,48	0,41	0,48	0,78	1,03	1,25
4.3.	Wskaźnik obsługi długu	0,49	1,24	0,23	0,44	0,33	1,04

*Z – analizowany Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

WZORY:

Wskaźniki rentowności: Wskaźnik zyskowności netto = (wynik finansowy netto/przychody ogółem) × 100%;

Wskaźnik zyskowności z działalności operacyjnej = [wynik z działalności operacyjnej/(przychody netto ze sprzedaży + pozostałe przychody operacyjne)] × 100%; Wskaźnik produktywności aktywów ROI = (wynik z działalności operacyjnej/aktywa) × 100%.

Wskaźniki płynności: Wskaźnik bieżącej płynności (*current ratio*) = aktywa bieżące/pasywa bieżące; Wskaźnik podwyższonej płynności (*quick ratio*) = (aktywa bieżące – zapasy – rozliczenia międzyokresowe czynne)/pasywa bieżące.

Wskaźniki efektywności: Wskaźnik rotacji należności (w dniach) = (należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług × 365 dni)/sprzedaż netto; Wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach) = (zobowiązania krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług × 365 dni)/sprzedaż netto; Wskaźnik rotacji zapasów (w dniach) = (zapasy × 365 dni)/sprzedaż netto.

Wskaźniki zadłużenia: Wskaźnik ogólnego zadłużenia (w %) = zobowiązania i rezerwy na zobowiązania/aktywa ogółem; Wskaźnik wypłacalności = (zobowiązania + fundusze specjalne + rozliczenia międzyokresowe)/kapitał własny; Wskaźnik obsługi długu = (zysk netto + amortyzacja + odsetki)/(suma rat kapitałowych w roku + odsetki).

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych SPZZOZ.

(55 dni) może oznaczać pewne nieprawidłowości w ściąganiu należności przez organizację albo być skutkiem przyjętej polityki sprzedaży. Należy jednak podkreślić pewną niedoskonałość omawianej miary, gdzie przyjmuje się całą wartość sprzedaży, a nie tylko tę część, która jest realizowana na zasadach kredytowych. Pozostałe wskaźniki efektywności – rotacji zobowiązań i zapasów – uzyskane przez SPZZOZ

zdecydowanie odbiegają od wartości średniej krajowej. Najlepszą sytuację w spłacie swoich zobowiązań miał zakład w latach 2007 i 2008, w których cykl wynosił 17 dni. Uzyskana wartość świadczy o prowadzeniu skutecznej polityki finansowej i wpływa również pozytywnie na rentowność organizacji, ponadto jest ona zdecydowanie niższa od średniej krajowej, która wyniosła 68 dni. W 2010 r. sytuacja pogorszyła się – placówka wydłużyła okres spłaty aż do 88 dni, natomiast poprawiła cykl zapasów o 2 dni w porównaniu z rokiem ubiegłym. Można zatem stwierdzić, że analizowany podmiot nie posiada większych problemów związanych z zaleganiem zapasów.

Analiza stopnia zadłużenia pozwala ocenić politykę finansową organizacji w kwestii struktury kapitału i zakresu korzystania z dźwigni finansowej, dlatego też szczególną uwagę zwrócono na grupę wskaźników: zadłużenia ogółem, wypłacalności i obsługi długu¹⁰. Pierwszy z nich w badanym okresie znajdował się na poziomie akceptowalnym przez instytucje finansowe, które za wartość graniczną przyjmują 80%. Ponadto poziom tego wskaźnika był niższy od średniej krajowej, co oznacza, że analizowana organizacja nie przyczyniła się znacząco do poziomu zadłużenia zakładów opieki w Polsce. Przeprowadzona analiza wskaźnika wypłacalności dla SPZZOZ wskazuje, że rok 2011 (wzrost o 0,25 pkt w porównaniu z 2010 r.) był okresem wyjątkowo korzystnym, charakteryzującym się wysoką zdolnością w regulowaniu zobowiązań i większą wypłacalnością niż średnia osiągnięta przez inne placówki w kraju. Wskaźnik obsługi długu jest kolejnym wykładnikiem wiarygodności kredytowej przedsiębiorstw, a pożądane wartości oscylują w przedziale 1,21–1,50. Warto zwrócić uwagę, że tylko w 2008 r. analizowana placówka uzyskała wartość indeksu na zadowalającym poziomie (1,24), natomiast w kolejnych latach wartość ta była zdecydowanie niższa (poniżej 0,45). Wiarygodność kredytowa badanej organizacji pogorszyła się znacząco po roku 2008 i była zdecydowanie niższa niż średnia krajowa (0,78).

6. Podsumowanie i wnioski

Współczesna sytuacja rynkowa publicznych zakładów opieki zdrowotnej wymaga od organizacji dostosowywania się do wielu regulacji prawnych i szczegółowych przepisów dotyczących sektora zdrowia. Szybkie i przemyślane decyzje kadry kierowniczej mogą przyczynić się do skutecznego zniesienia zewnętrznych i wewnętrznych barier oraz umożliwić efektywniejsze wykorzystanie posiadanych zasobów.

Analiza finansowa przeprowadzona za pomocą badań empirycznych i własnych obserwacji pozwoliła na wysunięcie następujących wniosków:

1. Podstawowym problemem publicznej placówki zdrowia jest zbyt wysoki udział kosztów obcych w jej działalności. Koszty te przyczyniają się do spadku wartości wskaźników rentowności i płynności finansowej organizacji (zwłaszcza po

¹⁰ L. Bednarski, *Analiza finansowa w przedsiębiorstwie*, PWE, Warszawa 2007, s. 115.

2008 r.). Sytuacja ta może być spowodowana nieodpowiednimi kontraktami zawartymi z firmami zewnętrznymi lub nieumiejętnym nadzorowaniem przez badaną placówkę świadczonych usług.

2. Skuteczne zarządzanie finansami organizacji nie może odbywać się bez odpowiedniego planu budżetowego. Brak utrzymania dyscypliny budżetowej w zakładzie opieki zdrowotnej powoduje negatywny wpływ na jakość i liczbę wykonywanych zabiegów. Celowe zawyżanie kosztów świadczonych usług może zatem wynikać z niedostatecznej wiedzy kadry kierowniczej z zakresu skutecznego zarządzania placówką zdrowia.

3. Nieodpowiednia struktura zatrudnienia personelu w SPZZOZ powoduje wzrost kosztów wynagrodzeń i wpływa negatywnie na efektywność organizacji. Liczba etatów powinna być dopasowana do wielkości danej jednostki oraz liczby wykonywanych usług. W polskim systemie do tej pory nie opracowano ogólnych standardów świadczeń zdrowotnych i leżą one w gestii zarządu. Dlatego też ważne jest, by umiejętnie umiał on określać optymalną strukturę zatrudnienia i dokładnie analizował efektywność pracy swoich podwładnych.

Literatura

- Bednarski L., *Analiza finansowa w przedsiębiorstwie*, PWE, Warszawa 2007.
- Czekaj J., Dresler Z., *Zarządzanie finansami przedsiębiorstw. Podstawy teorii*, PWN, Warszawa 2005.
- Gableta M., *Potencjał pracy przedsiębiorstwa*, Wyd. Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2006.
- Malinowska-Misiąg E., Misiąg W., Tomalak M., *Centralne finansowanie ochrony zdrowia i edukacji w Polsce. Analiza regionalna*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2008.
- Paszkowska M., *Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych jako źródło finansowania zakładu opieki zdrowotnej*, Finansowy Kwartalnik Internetowy „e-Finanse” 2010, vol. 6, nr 3.
- Pomykańska B., Wypych M. (red.), *Finanse przedsiębiorstwa z elementami zarządzania i analizy*, Wyd. Absolwent, Łódź 1999.
- Walczak M., *Analiza finansowa w zarządzaniu współczesnym przedsiębiorstwem*, Difin, Warszawa 2007.

Akty prawne

- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU nr 91, poz. 408).
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (DzU 1997, nr 28, poz. 153).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (DzU 2004, nr 210, poz. 2135).
- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (DzU 2011, nr 113, poz. 658).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Zdrowotnej z dnia 19 sierpnia 1998 r.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystry.

THE ASSESSMENT OF ORGANIZATION FINANCE MANAGEMENT EXEMPLIFIED BY HEALTH CARE INSTITUTION

Summary: Problems with financing health care have recently been observed all over the world. Polish institutions of health care have faced a difficult challenge regarding the assurance of high quality services and, at the same time, controlling their costs. Modern economic reality requires from the managers not only high expertise, but, first of all, knowledge in the field of economy and management sciences. The aim of the article is economic assessment of finance management by selected health care institution, as well as the analysis of its undertaken activities. The author explains difficulties in the management of this type of institutions and suggests specific variants of solution.

Keywords: finance management, health care institution, health care.