

Ocena strategii płynności finansowej (na przykładzie szpitali)

Ewelina Rabiej

Uniwersytet Rzeszowski

e-mail: erabiej@ur.edu.pl

ORCID: [0000-0003-0420-5217](https://orcid.org/0000-0003-0420-5217)

© 2024 Ewelina Rabiej

Praca opublikowana na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-Na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0). Skrócona treść licencji na <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.pl>

Cytuj jako: Rabiej, E. (2024). Ocena strategii płynności finansowej (na przykładzie szpitali). *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 68(4), 30-40.

DOI: [10.15611/pn.2024.4.04](https://doi.org/10.15611/pn.2024.4.04)

JEL: G32, I11

Streszczenie

Cel: Celem artykułu jest identyfikacja strategii płynności finansowej realizowanych przez podmioty lecznicze oraz konsekwencji ich wyboru.

Metodyka: Do identyfikacji strategii płynności finansowej wykorzystano metodę dochód–ryzyko, a konsekwencje wyboru strategii zbadano, analizując wartości wybranych wskaźników finansowych. Badania przeprowadzone zostały na podstawie sprawozdań finansowych za 2022 r. dla 30 podmiotów leczniczych funkcjonujących w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, udzielających świadczeń szpitalnych na terenie województw podkarpackiego i lubelskiego.

Wyniki: W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono zróżnicowane podejście ze wskazaniem na agresywną strategię majątku obrotowego, umiarkowaną lub konserwatywną strategię źródeł finansowania majątku obrotowego i umiarkowaną lub agresywną strategię majątkowo-finansową. Teoretycznie konsekwencją tego powinno być umiarkowane ryzyko i zysk, tymczasem większość szpitali ma niskie wskaźniki płynności finansowej, generuje straty i ma ujemny kapitał własny oraz ujemny kapitał obrotowy netto – wszystkie te czynniki znacznie podnoszą ryzyko finansowe. W przypadku szpitali nie znajduje odzwierciedlenia klasyczne założenie strategii agresywnej – osiągnięcia wyższej rentowności dzięki niższej płynności finansowej, czy też strategii konserwatywnej – zmierzającej do utrzymywania wyższej płynności finansowej kosztem niższej rentowności. Wynika to m.in. ze specyfiki funkcjonowania sektora publicznego, którego podmioty, nie będąc nastawione na maksymalizację zysku, są zarządzane inaczej niż jednostki sektora prywatnego. Uwagę zwracają duże różnice w wartościach poszczególnych mierników działalności, co dowodzi równocześnie zróżnicowanego podejścia do bezpieczeństwa finansowego w badanych szpitalach.

Implikacje i rekomendacje: Wyniki badań wskazują na rozbieżność między teoretycznymi założeniami strategii płynności finansowej a praktyką w podmiotach leczniczych. W większości badanych szpitali wykazano wysokie ryzyko finansowe zagrażające stabilności finansowej, co wskazuje na konieczność

rewizji przyjętych założeń i strategii płynności finansowej z uwzględnieniem specyfiki działalności leczniczej. Wypracowanie mechanizmów podnoszących bezpieczeństwo finansowe podmiotów leczniczych wymaga szerszych badań naukowych z zakresu oceny efektywności podmiotów leczniczych, w tym szczegółowej analizy rozwiązań stosowanych w szpitalach działających na niższym poziomie ryzyka finansowego. W praktyce ich implementacja w podmiotach o słabszej kondycji mogłaby przeciwdziałać zagrożeniu kontynuacji działalności leczniczej, utrzymując lub podnosząc tym samym dostępność, ciągłość i jakość świadczeń zdrowotnych.

Oryginalność/wartość: Badania pokazują, jak teoretyczne założenia realizowanych strategii płynności finansowej przekładają się na rzeczywiste wyniki finansowe w specyficznej grupie badawczej, tj. szpitalach prowadzonych w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – ich płynność finansowa determinowana jest kosztochłonnym profilem działalności oraz ograniczeniami wynikającymi z formy organizacyjno-prawnej.

Słowa kluczowe: płynność finansowa, controlling, szpitale

1. Wstęp

Płynność finansowa, determinując możliwość kontynuacji działalności gospodarczej w długim okresie, jest jedną z kluczowych kategorii finansowych. Definiowana i mierzona jest na wiele sposobów, w różnych ujęciach – statycznym i dynamicznym. W. Skoczylas, odwołując się do W. Perridon i M. Steiner, określa płynność finansową jako pozytywny stan środków płatniczych, zdolność składników aktywów do zamiany na gotówkę, stosunek aktywów obrotowych do zobowiązań krótkoterminowych, lub – w ujęciu dynamicznym – jako zdolność przedsiębiorstwa do terminowego regulowania zobowiązań w każdym momencie (Skoczylas, 2000). Analiza płynności finansowej z punktu widzenia procesu zarządzania powinna generować informacje nie tylko o poziomie płynności, ale również o czynnikach ją determinujących i wpływie podejmowanych działań na realizację misji przedsiębiorstwa i jego wyniki finansowe. Celem artykułu jest identyfikacja strategii płynności finansowej realizowanych przez podmioty lecznicze oraz finansowych konsekwencji ich wyboru. Analiza zmierza do weryfikacji teoretycznych skutków strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko, które w związku z koniecznością kompromisu między dwoma przeciwstawnymi celami prowadzenia działalności gospodarczej, tj. maksymalizacją wartości dla właścicieli i minimalizacją ryzyka utraty płynności finansowej, prowadzą się do utrzymywania niższej płynności finansowej, której towarzyszy wyższa rentowność – strategia agresywna, lub zachowania wyższej płynności kosztem niższej rentowności – strategia konserwatywna.

Do oceny konsekwencji strategii płynności finansowej przyjętych w badanych podmiotach leczniczych wykorzystane zostały wskaźniki płynności finansowej. Ponadto ustalono wartość i rentowność kapitałów własnych, które są ważnym parametrem w ocenie podmiotów leczniczych (Chluska, 2015). Analizę rozszerzono o mierniki kapitału obrotowego netto (KON), tj. kluczowego instrumentu controllingu finansowego. Planowanie i bieżące monitorowanie jego wartości wspomaga utrzymanie równowagi finansowej. KON to pojęcie łączące bieżące sterowanie płynnością i optymalizację struktury finansowania działalności. Definiowany jest w ujęciu majątkowym jako nadwyżka aktywów bieżących nad zobowiązaniami bieżącymi lub w ujęciu kapitałowym – jako kapitał stały zaangażowany w finansowanie bieżącej działalności (Sierpińska i in., 2019, s. 67-123; Sierpińska i Wędzki, 1999, s. 73-75). Poziom bezwzględny kapitał obrotowego netto ma ograniczoną wartość informacyjną, dlatego do analizy wykorzystano również miernik bardziej uniwersalny i użyteczny w analizach porównawczych, tj. udział kapitału obrotowego netto w aktywach ogółem (Kuciński, 2017).

Płynność finansowa podmiotów leczniczych to problematyka coraz częściej podejmowana przez badaczy, jednak wciąż nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o optymalną strategię płynności, która umożliwiłaby bezpieczne kontynuowanie działalności leczniczej. Rozwój przedsiębiorstwa możliwy jest tylko w warunkach stabilności finansowej – płynności finansowej w krótkim okresie i wypłacalności w długim okresie. Bezpieczeństwo finansowe ma szczególne znaczenie w podmiotach leczniczych, dla których celem nadrzędnym nie jest maksymalizacja zysku, a zapewnienie ciągłości

udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Ograniczenie ryzyka finansowego poprzez optymalizację płynności finansowej jest więc jednym z podstawowych celów controllingu finansowego w ochronie zdrowia, zarówno w ujęciu operacyjnym – w odniesieniu do optymalizacji struktury finansowania działalności i bieżącej kontroli przepływów pieniężnych, jak i w ujęciu strategicznym – utrzymanie bezpieczeństwa finansowego poprzez planowanie finansowe, realizację inwestycji i poszukiwanie nowych źródeł finansowania działalności (Kowalska i Misztal, 2020; Nita i in., 2020; Sierpińska i in., 2019). Jest to szczególnie istotna kwestia w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń szpitalnych, które, będąc podmiotami kapitałochłonnymi, funkcjonują w zmiennych warunkach i przy wysokich kosztach stałych, co samo w sobie podnosi ryzyko działalności. Dodatkowo podmioty sektora publicznego, do którego należy większość szpitali, nie są z natury tak efektywne jak podmioty prywatne, co stanowi duże wyzwanie zarządcze (Kosycarz, 2015).

2. Przegląd literatury

Analiza piśmiennictwa pozwala wyodrębnić szereg problemów badawczych podejmowanych w obszarze płynności finansowej, w tym: identyfikację determinant płynności finansowej (Michalski, 2010), pomiar płynności finansowej (Gołaś i in., 2010; Kowalska i Misztal, 2020; Łada, 2020; Niemiec, 2014; Nita i in., 2020; Maślanka i Mazur-Maślanka, 2021; Tokarski i in., 2017), dobór metod i narzędzi wspomagających skuteczne zarządzanie płynnością (Michalski, 2010; Sierpińska i Wędzki, 1999; Wawryszuk-Misztal, 2007; Wędzki, 2002; Zimon, 2021).

Problematyka płynności finansowej podmiotów leczniczych podejmowana jest najczęściej w kontekście ich stabilności finansowej oraz jakości i dostępności świadczonych usług zdrowotnych (Cleverley i Cleverley, 2018; Cwiakła-Małys i Łagowski, 2018; Jaworzyńska, 2021; Lichota i in., 2021; Mazdaki i in., 2019; Puro i in., 2019; Rój i Sobiech, 2006; Sikora-Alicka, 2021; Schuhmann, 2008; Szewieczek, 2021; Upadhyay i Smith, 2020; Young, 2008). Szerokie badania dotyczące płynności finansowej w podmiotach leczniczych oraz czynników ją kształtujących przeprowadzili A. Bem, K. Prędkiewicz, P. Prędkiewicz, R. Siedlecki i P. Ucieklak-Jeż. Potwierdzili m.in., że silną determinantą płynności finansowej jest profil działalności medycznej – lepsze wskaźniki płynności mają placówki zabiegowe niż niezabiegowe (Prędkiewicz i Prędkiewicz, 2013). Wykazali też pozytywny związek pomiędzy wskaźnikiem zadłużenia a płynnością finansową oraz wskaźnikiem rentowności a płynnością finansową oraz brak statystycznej istotności zależności pomiędzy wielkością szpitala a płynnością finansową (Bem i in., 2014a; Bem i in., 2014b), a także stwierdzili istnienie zależności pomiędzy intensywnością opieki, mierzoną rocznym przychodem na łóżko, a płynnością finansową szpitala, wskazując równocześnie na dodatnią zależność tylko do pewnego poziomu, który został oszacowany na ok. 60-70 tys. euro na łóżko – dalszy wzrost dochodu, powyżej tego poziomu, obniża płynność finansową (Bem i in., 2014). Kolejne badania, z 2021 r., wykazały dodatnią zależność pomiędzy rentownością a cyklem konwersji gotówki w szpitalach – wyższa rentowność koreluje z dłuższym cyklem konwersji gotówki (Siedlecki i in., 2021). Badania te potwierdziły na gruncie polskim zależność stwierdzoną wcześniej przez I. Dalciego i H. Ozyapiciego, którzy w 2018 r. wykazali, że wydłużenie cyklu konwersji gotówki podnosi rentowność w szpitalach, chociaż z zastrzeżeniem, że dotyczy to tylko tych szpitali, które mają niską dźwignię finansową (Dalci i Ozyapici, 2018).

Liczne badania, zarówno polskie, jak i zagraniczne, dowodzą pozytywnego związku między płynnością finansową szpitali a dostępnością opieki medycznej, ciągłością i jakością świadczeń zdrowotnych oraz bezpieczeństwem pacjentów (Akinleye i in., 2019; Beauvais i in., 2023; Maślach i in., 2019). Analizy przeprowadzone w amerykańskich szpitalach przez K. Jounghyeon i in. wykazały związek między niższą płynnością finansową a ograniczeniem działalności inwestycyjnej, co w długim okresie również przekłada się na obniżenie jakości opieki (Jounghyeon i in., 2022). É. Krenyácz dowiodła, że szersze wykorzystanie narzędzi controllingu w zarządzaniu szpitalami prowadzi do podniesienia efektywności w skali zarówno mikro – na poziomie szpitali, jak i makro – na poziomie całego systemu (Krenyácz, 2018). Pozytywny związek między wykorzystaniem rachunkowości zarządczej w szpitalach a ich kondycją finansową i jakością opieki zdrowotnej potwierdzili H. Dittmann i B.A. Kuchinke (2016).

X. Hu i in., badając płynność finansową szpitali w okresie pandemii COVID-19, zwrócili uwagę na znaczenie strategicznego podejścia do kształtowania płynności, szczególnie w kryzysowych sytuacjach (Hu i in., 2022). Wyniki szerokiej analizy strategii płynności finansowej i jej wpływu na rentowność w szpitalach opublikował w 2020 r. B. Krzeczewski. Wykazał znaczące różnice w podejściu do zarządzania finansowego w szpitalach, przejawiające się w dużej rozbieżności wartości poszczególnych wskaźników finansowych, oraz brak klasycznej zależności finansowej między wyższą płynnością a niższą rentownością. Wskazał na kluczową rolę dwóch wskaźników płynności finansowej istotnie determinujących rentowność szpitali, tj. wskaźnika płynności bieżącej oraz wskaźnika płynności szybkiej, dla których określił przedziały optymalne – odpowiednio: 1,1-1,4 oraz 1,05-4,2 (Krzeczewski, 2020). Różnią się one znacząco od wartości wymienianych w literaturze (Niemiec, 2014), co może wynikać ze specyfiki sektora. Realizując cele niniejszej pracy, wartości wskaźników finansowych badanych podmiotów porównano z powyższymi kryteriami.

3. Metodologia badań

W badaniach wykorzystano metodę identyfikacji strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko (*risk-return*). Strategia płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko jest wypadkową dwóch przeciwstawnych celów prowadzenia działalności gospodarczej: z jednej strony, maksymalizacji wartości dla właścicieli, a z drugiej, minimalizacji ryzyka utraty płynności finansowej, której przyczyną jest niewystarczający poziom i/lub nieodpowiednia struktura kapitału obrotowego. Definiowane są dwie strategie – konserwatywna i agresywna, przy czym podejście konserwatywne oznacza minimalizację ryzyka utraty płynności finansowej, a podejście agresywne – maksymalizację wartości dla właścicieli. Przyjęta przez przedsiębiorstwo strategia płynności będzie więc zawsze pewnym kompromisem. W strategii agresywnej wyższa rentowność kapitałów własnych skutkuje jednocześnie niższą płynnością, niższym poziomem aktywów obrotowych, wyższym poziomem zobowiązań i kosztami finansowania, a co za tym idzie – zwiększonym ryzykiem finansowym. Majątek w większości finansowany jest z kapitałów obcych, wskutek czego kapitał obrotowy netto przyjmuje wartość ujemną. Strategia konserwatywna, skupiając się na zachowaniu płynności finansowej, maksymalizuje udział kapitałów własnych w finansowaniu majątku, powodując tym samym obniżenie ich rentowności. Niższy jest poziom zobowiązań, koszty finansowania i ryzyko finansowe. Poziom aktywów obrotowych jest wysoki, a kapitał obrotowy netto przyjmuje wartości dodatnie. Realizowaną przez przedsiębiorstwo strategię płynności określa się poprzez analizę wartości wskaźników charakteryzujących trzy strategie cząstkowe, tj. strategię majątku obrotowego, źródeł finansowania majątku obrotowego i strategię majątkowo-finansową. Każda ze strategii cząstkowych może mieć inny charakter. Należy zaznaczyć, że ocena strategii jest względna i w zależności od branży te same wartości wskaźników mogą oznaczać podejście zarówno konserwatywne, jak i agresywne. W praktyce najczęściej spotyka się podejście umiarkowane, będące pewnego rodzaju rozwiązaniem pośrednim między strategią konserwatywną a agresywną. Umiarkowana strategia płynności charakteryzuje się przeciętnym poziomem płynności, rentowności kapitałów własnych i ryzyka finansowego (Brigham i Houston, 2015; Krzeczewski, 2020; Maślanka, 2019; Szemraj i Czajkowska, 2020; Tokarski i in., 2017; Wędzki, 2002; Zimon, 2021).

Identyfikacji strategii realizowanych przez podmioty lecznicze dokonano poprzez analizę porównawczą wartości 14 wskaźników w szpitalach oraz w zestawieniu z benchmarkiem, który zdefiniowano jako średnie arytmetyczne wartości wskaźników obliczonych dla podmiotów objętych badaniami. Następnie w celu zbadania konsekwencji wyboru strategii badaniu poddano wyniki finansowe, wartość i rentowność kapitałów własnych oraz wybrane mierniki płynności, istotne z punktu widzenia monitorowania bieżącej działalności i zarządzania płynnością finansową, tj. statyczne wskaźniki płynności I stopnia (płynność bieżąca), II stopnia (płynność szybka) i III stopnia (płynność natychmiastowa), cykl konwersji gotówki, poziom kapitału obrotowego netto oraz wskaźnik udziału kapitału obrotowego netto w aktywach ogółem. Formuły obliczania wskaźników przyjęto zgodnie z sektorowymi wskaźnikami finansowymi opracowanymi przez komisję raportowania i analiz ekonomicznych Rady Naukowej Stowarzyszenia Księgowych w Polsce (Niemiec i Skoczylas, 2024).

Badania przeprowadzone zostały na podstawie sprawozdań finansowych za 2022 r. Wybór podmiotów do badań miał charakter celowy – wyselekcjonowano 30 podmiotów leczniczych funkcjonujących w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, udzielających świadczeń szpitalnych

w województwach podkarpackim i lubelskim. To specyficzna grupa badawcza, której płynność finansowa jest silnie determinowana kosztochłonnym profilem działalności oraz ograniczeniami wynikającymi z formy organizacyjno-prawnej. Wykaz podmiotów sporządzono na podstawie Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (<https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/>); szpitale oznaczono losowo od SZP1 do SZP30, a sprawozdania finansowe pobrano bezpośrednio z Krajowego Rejestru Sądowego.

Wykaz wskaźników wraz z ich konstrukcją i interpretacją zgodnie z metodą dochód–ryzyko przedstawiony został w tab. 1.

Tabela 1. Wskaźniki strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko

Oznaczenie wskaźnika	Wyszczególnienie	Konstrukcja wskaźnika	Strategia konserwatywna ↔ agresywna	
Wskaźniki strategii majątku obrotowego				
1.1.	Wskaźnik poziomu aktywów operacyjnych	$\frac{\text{wartości niematerialne i prawne} + \text{rzeczowe aktywa trwałe} + \text{długoterminowe rozliczenia międzyokresowe}}{\text{aktywa obrotowe}}$	↓	↑
1.2.	Wskaźnik płynności aktywów obrotowych	$\frac{\text{inwestycje krótkoterminowe}}{\text{aktywa obrotowe}}$	↑	↓
1.3.	Wskaźnik zapasów	$\frac{\text{zapasy}}{\text{aktywa obrotowe}}$	↑	↓
1.4.	Wskaźnik należności	$\frac{\text{krótkoterminowe należności}}{\text{aktywa obrotowe}}$	↓	↑
1.5.	Wskaźnik środków pieniężnych	$\frac{\text{środki pieniężne}}{\text{aktywa obrotowe}}$	↑	↓
1.6.	Wskaźnik papierów wartościowych	$\frac{\text{krótkoterminowe papiery wartościowe}}{\text{aktywa obrotowe}}$	↓	↑
Wskaźniki strategii finansowania majątku obrotowego				
2.1.	Wskaźnik poziomu głównych operacyjnych zobowiązań bieżących	$\frac{\text{zob. z tyt. dostaw i usług} + \text{zob. wekslowe}}{\text{zob. krótkoterminowe}}$	↑	↓
2.2.	Wskaźnik płynności zobowiązań bieżących	$\frac{\text{zob. krótkoterminowe}}{\text{aktywa ogółem}}$	↓	↑
2.3.	Wskaźnik kapitału własnego	$\frac{\text{kapitał własny} + \text{rezerwy na zob.} + \text{rozliczenia międzyokresowe}}{\text{aktywa ogółem}}$	↑	↓
2.4.	Wskaźnik zobowiązań długoterminowych	$\frac{\text{zob. długoterminowe}}{\text{aktywa ogółem}}$	↓	↑
2.5.	Wskaźnik zobowiązań bieżących generujących odsetki	$\frac{\text{kredyty i pożyczki} + \text{zob. z tyt. emisji dłużnych papierów wart.} + \text{zob. z tyt. leasingu finansowego}}{\text{aktywa ogółem}}$ lub $\frac{\text{zob. krótkoterminowe} - \text{zapasy}}{\text{aktywa ogółem}}$, gdy zapasy < zob. bieżące	↓	↑
2.6.	Wskaźnik głównych operacyjnych zobowiązań bieżących	$\frac{\text{zob. z tyt. dostaw i usług} + \text{zob. wekslowe}}{\text{aktywa ogółem}}$	↑	↓
Wskaźniki strategii majątkowo-finansowej				
3.1.	Wskaźnik aktywów obrotowych	$\frac{\text{aktywa obrotowe}}{\text{aktywa ogółem}}$	↑	↓
3.2.	Wskaźnik operacyjnych zobowiązań bieżących ogółem	$\frac{\text{zob. z tyt. dostaw i usług} + \text{zob. wekslowe} + \text{zaliczki otrzymane na dostawy} + \text{zob. z tyt. podatków, ceł, ubezpieczeń społ. i zdr.} + \text{zob. z tyt. wynagrodzeń} + \text{fundusze specjalne} + \text{krótkoterminowe roz. międzyokresowe}}{\text{aktywa ogółem}}$	↓	↑

↑ wyższe wartości, ↓ niższe wartości – wskazują na charakter strategii – agresywny lub konserwatywny

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Wędzki, 2002, s. 121-169).

4. Rezultaty badań

W tabeli 2 zestawiono wartości wskaźników strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko dla 30 badanych szpitali w 2022 r., średnie arytmetyczne wartości wskaźników, a także poziomy minimalne i maksymalne.

Tabela 2. Wskaźniki strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko w badanych szpitalach w 2022 r.

	1.1.	1.2.	1.3.	1.4.	1.5.	1.6.	2.1.	2.2.	2.3.	2.4.	2.5.	2.6.	3.1.	3.2.
SZP1	2,56	0,01	0,13	0,85	0,01	0,00	0,58	0,36	0,43	0,21	0,32	0,21	0,28	0,37
SZP2	3,92	0,10	0,29	0,59	0,10	0,00	0,60	0,26	0,52	0,22	0,20	0,16	0,20	0,31
SZP3	4,58	0,44	0,03	0,51	0,44	0,00	0,23	0,12	0,88	0,00	0,12	0,03	0,18	0,16
SZP4	7,31	0,01	0,12	0,84	0,01	0,00	0,35	0,29	0,15	0,56	0,27	0,10	0,12	0,31
SZP5	3,52	0,03	0,15	0,79	0,03	0,00	0,26	0,26	0,72	0,02	0,22	0,07	0,22	0,26
SZP6	2,42	0,32	0,08	0,59	0,32	0,00	0,39	0,24	0,76	0,00	0,21	0,09	0,29	0,29
SZP7	2,94	0,15	0,17	0,68	0,15	0,00	0,53	0,32	0,62	0,06	0,28	0,17	0,25	0,44
SZP8	3,02	0,29	0,13	0,56	0,29	0,00	0,31	0,40	0,36	0,24	0,36	0,12	0,25	0,44
SZP9	3,90	0,11	0,18	0,66	0,11	0,00	0,20	0,76	-0,13	0,37	0,72	0,15	0,20	0,46
SZP10	2,15	0,02	0,21	0,77	0,02	0,00	0,60	0,59	0,16	0,26	0,52	0,35	0,32	0,54
SZP11	7,47	0,04	0,21	0,69	0,04	0,00	0,39	0,44	-0,45	1,00	0,42	0,17	0,12	0,35
SZP12	2,20	0,01	0,13	0,86	0,01	0,00	0,53	0,43	-3,24	3,81	0,39	0,23	0,31	0,36
SZP13	2,40	0,10	0,19	0,69	0,10	0,00	0,42	0,75	0,20	0,05	0,70	0,31	0,29	0,68
SZP14	5,58	0,22	0,06	0,71	0,22	0,00	0,23	0,13	0,87	0,00	0,12	0,03	0,15	0,16
SZP15	2,99	0,53	0,03	0,44	0,53	0,00	0,07	0,14	0,86	0,00	0,13	0,01	0,25	0,14
SZP16	2,07	0,01	0,08	0,88	0,01	0,00	0,56	0,32	0,64	0,04	0,29	0,18	0,33	0,46
SZP17	1,71	0,34	0,13	0,51	0,34	0,00	0,48	0,23	0,28	0,48	0,18	0,11	0,37	0,27
SZP18	11,39	0,05	0,13	0,81	0,05	0,00	0,74	0,29	0,50	0,21	0,28	0,21	0,08	0,32
SZP19	5,03	0,02	0,16	0,83	0,02	0,00	0,40	0,49	0,04	0,47	0,47	0,20	0,17	0,52
SZP20	2,95	0,04	0,14	0,65	0,04	0,00	0,45	0,45	0,43	0,12	0,42	0,20	0,25	0,42
SZP21	2,92	0,04	0,10	0,84	0,04	0,00	0,26	0,96	-0,43	0,46	0,94	0,25	0,26	0,94
SZP22	6,50	0,14	0,15	0,71	0,14	0,00	0,41	0,24	0,70	0,07	0,22	0,10	0,13	0,24
SZP23	3,73	0,59	0,08	0,31	0,59	0,00	0,42	0,09	0,91	0,00	0,07	0,04	0,20	0,08
SZP24	1,64	0,64	0,03	0,33	0,64	0,00	0,36	0,15	0,85	0,00	0,14	0,05	0,38	0,20
SZP25	2,71	0,47	0,06	0,46	0,47	0,00	0,55	0,70	-0,77	1,07	0,68	0,38	0,27	0,60
SZP26	2,04	0,42	0,16	0,40	0,42	0,00	0,60	0,39	0,37	0,24	0,33	0,23	0,33	0,38
SZP27	5,10	0,04	0,18	0,78	0,04	0,00	0,55	0,22	0,78	0,00	0,19	0,12	0,16	0,29
SZP28	6,30	0,02	0,18	0,80	0,02	0,00	0,76	0,16	0,79	0,05	0,13	0,12	0,14	0,19
SZP29	1,59	0,18	0,20	0,62	0,18	0,00	0,58	0,49	0,27	0,24	0,41	0,28	0,39	0,51
SZP30	2,87	0,79	0,05	0,16	0,79	0,00	0,57	0,10	0,90	0,00	0,09	0,06	0,26	0,11
MIN	1,59	0,01	0,03	0,16	0,01	0,00	0,07	0,09	-3,24	0,00	0,07	0,01	0,08	0,08
ŚREDNIA	3,85	0,21	0,13	0,64	0,21	0,00	0,45	0,36	0,30	0,34	0,33	0,16	0,24	0,36
MAX	11,39	0,79	0,29	0,88	0,79	0,00	0,76	0,96	0,91	3,81	0,94	0,38	0,39	0,94

SZP1 do SZP30 – oznaczenia badanych szpitali; 1.1. do 3.2 – oznaczenia wskaźników zgodnie z tab. 1; wartości mierników charakterystyczne dla strategii agresywnej oznaczone są kolorem ciemniejszym, a konserwatywnej – jaśniejszym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych badanych podmiotów za 2022 r.

Analiza wartości wskaźników strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko w badanych szpitalach wykazała zróżnicowane podejście do kształtowania płynności, jednak w większości przypadków realizowana jest agresywna strategia majątku obrotowego, umiarkowana lub konserwatywna strategia źródeł finansowania majątku obrotowego i umiarkowana lub agresywna strategia majątkowo-finansowa. Teoretycznie konsekwencją tego powinno być umiarkowane ryzyko i zysk. Badania wykazały jednak, że w większości analizowanych szpitali – 20 z 30 – odnotowano stratę netto, a w 18 szpitalach kapitał własny przyjął wartości ujemne, co oznacza, że niepokrywane straty netto to zjawisko narastające. Tylko w 6 z 12 szpitali z dodatnią wartością kapitału własnego wygenerowano zysk, a wskaźnik rentowności kapitału własnego był bardzo zróżnicowany i kształtował się na poziomach: 1%, 3%, 4%, 12%, 34% i 98%. W szpitalu SZP28, w którym wskaźnik rentowności był najwyższy, zanotowano równocześnie niskie wskaźniki płynności i dłuższy od średniego cykl konwersji gotówki (tab. 3).

Wartości wskaźników płynności finansowej obliczonych dla wszystkich badanych szpitali wyniosły odpowiednio: płynność I stopnia – od 0,27 do 2,58, ze średnią 0,93; płynność II stopnia – od 0,20 do 2,47, ze średnią 0,82; płynność III stopnia – od 0 do 2,04, ze średnią 0,31. Zarówno wartości minimalna, jak i średnie wskaźników płynności I i II stopnia znajdują się poniżej dolnego pułapu określonego przez B. Krzeczewskiego jako bezpieczny (płynność I stopnia 1,1; płynność II stopnia 1,05). Cykl konwersji gotówki wyniósł od -51 do 33 dni, ze średnią 8 dni, co wynikało z długości cyklu rotacji należności – od 22 do 57 dni, ze średnią 35 dni, rotacji zapasów – od 2 do 12 dni, ze średnią 7 dni, oraz rotacji zobowiązań – od 4 do 92 dni, ze średnią 34 dni. W teorii przyjmuje się, że najkorzystniejsze są krótkie dodatnie cykle konwersji gotówki, które oznaczają intensywniejsze finansowanie działalności przez dostawców, podczas gdy długie dodatnie cykle wskazują na problemy z upłynnieniem majątku, a ujemne mogą oznaczać wysoki poziom zobowiązań wymagalnych. Spośród 30 badanych szpitali 24 odnotowały zerowe lub dodatnie cykle konwersji gotówki, w tym 8 – poniżej średniej wartości, a 16 – powyżej. Trudno z tej obserwacji wyciągać jednoznaczne wnioski, ponieważ pozostałe wskaźniki finansowe były bardzo zróżnicowane. W 6 szpitalach cykl konwersji gotówki był ujemny, towarzyszył mu wydłużony cykl rotacji zobowiązań i ujemny kapitał obrotowy netto. W skrajnym przypadku – SZP 18 – który zidentyfikowano jako szpital o najbardziej agresywnej strategii aktywów obrotowych, cykl konwersji gotówki wyniósł -51 dni, przy cyklu rotacji zobowiązań 92 dni, ujemnym kapitalem obrotowym netto, bardzo niskich wskaźnikach płynności, ze stratą netto oraz ujemnym kapitałem własnym. Łącznie aż w 22 z 30 szpitali kapitał obrotowy netto miał wartość ujemną, co oznacza wyższe ryzyko finansowe, a wskaźnik udziału kapitału obrotowego netto w aktywach ogółem wahał się w szerokim przedziale od -70% do 23,06%, ze średnią wartością -12,81%, co potwierdza agresywny charakter strategii (tab. 3).

Najbardziej konserwatywny charakter ma strategia płynności finansowej w szpitalu SZP30, co wynika ze wszystkich trzech strategii cząstkowych. Skutkiem konserwatywnego podejścia są wysokie wskaźniki płynności: tj. płynność I stopnia: 2,58, płynność II stopnia: 2,44 i płynność III stopnia: 2,04, są to równocześnie najwyższe wartości w badanej grupie podmiotów leczniczych. Wszystkie cykle rotacji kształtują się poniżej średnich wartości, na poziomach odpowiednio: należności 28 dni, zapasy 4 dni, zobowiązania 22 dni, stąd cykl konwersji gotówki to 10 dni, czyli na poziomie wartości średniej. Kapitał obrotowy netto jest dodatni i wynosi 18,6 mln, a wskaźnik udziału kapitału obrotowego netto w aktywach to 16%. Realizując konserwatywną strategię płynności finansowej, szpital jest również rentowny – zysk netto wynosi 2,4 mln, kapitał własny 19,5 mln, a rentowność kapitału własnego 12% (tab. 3).

Najbardziej agresywną strategię płynności finansowej realizuje z kolei szpital SZP21, co również wynika z analizy wszystkich trzech strategii cząstkowych. Charakter strategii znalazł odzwierciedlenie we wskaźnikach płynności finansowej, które są bardzo niskie i wynoszą odpowiednio: 0,27; 0,23; i 0,01 – są to minimalne wartości w badanej grupie podmiotów. Kapitał obrotowy netto w SZP21 jest ujemny (-50,6 mln), a wskaźnik udziału kapitału obrotowego netto w aktywach jest najbardziej niekorzystny – 71%, cykle rotacji należności i zobowiązań kształtują się powyżej wartości średnich – odpowiednio 38 i 43 dni, a cykl rotacji zapasów – poniżej średniej, tj. 5 dni, co oznacza zerową wartość cyklu konwersji gotówki. Agresywna strategia nie przełożyła się na wyższe wyniki finansowe, szpital jest nierentowny. Strata netto za rok bieżący wynosi 27,5 mln, a niepokryte straty z poprzednich lat wygenerowały ujemną wartość kapitału własnego (-61,8 mln) (tab. 3).

Tabela 3. Wybrane wskaźniki finansowe w badanych szpitalach w 2022 r.

Szpital	Wynik netto	Kapitał własny	Rentowność kapitału własnego	Płynność I stopnia	Płynność II stopnia	Płynność III stopnia	Cykl rotacji należności	Cykl rotacji zapasów	Cykl rotacji zobowiązań	Cykl konwersji gotówki	Kapitał obrotowy netto	Udział KON w aktywach
SZP1	strata	ujemny	-	0,79	0,68	0,01	43	8	40	11	ujemny	-8%
SZP2	zysk	ujemny	-	0,78	0,54	0,08	31	12	51	-8	ujemny	-6%
SZP3	zysk	dodatni	1%	1,44	1,40	0,63	30	2	10	22	dodatni	5%
SZP4	strata	ujemny	-	0,42	0,36	0,00	24	4	23	5	ujemny	-17%
SZP5	strata	dodatni	-10%	0,86	0,71	0,03	37	8	15	30	ujemny	-4%
SZP6	strata	dodatni	-34%	1,23	1,12	0,39	34	5	19	20	dodatni	5%
SZP7	strata	ujemny	-	0,79	0,66	0,12	51	12	43	20	ujemny	-7%
SZP8	strata	ujemny	-	0,63	0,53	0,18	32	8	20	19	ujemny	-15%
SZP9	strata	ujemny	-	0,27	0,21	0,03	35	9	30	14	ujemny	-55%
SZP10	strata	ujemny	-	0,54	0,43	0,01	34	10	51	-6	ujemny	-27%
SZP11	strata	ujemny	-	0,27	0,20	0,01	30	9	51	-12	ujemny	-32%
SZP12	strata	ujemny	-	0,73	0,64	0,01	36	6	25	16	ujemny	-12%
SZP13	strata	ujemny	-	0,39	0,31	0,04	22	6	30	-2	ujemny	-46%
SZP14	strata	dodatni	-48%	1,15	1,06	0,25	34	4	9	28	dodatni	2%
SZP15	zysk	dodatni	34%	1,81	1,75	0,96	31	3	4	30	dodatni	11%
SZP16	strata	dodatni	-64%	1,03	0,92	0,01	57	7	30	33	dodatni	1%
SZP17	zysk	ujemny	-	1,58	1,36	0,54	36	11	23	24	ujemny	-11%
SZP18	strata	ujemny	-	0,28	0,24	0,01	35	6	92	-51	ujemny	-21%
SZP19	strata	ujemny	-	0,34	0,29	0,01	29	6	35	0	ujemny	-33%
SZP20	strata	ujemny	-	0,56	0,38	0,02	27	6	33	0	ujemny	-20%
SZP21	strata	ujemny	-	0,27	0,23	0,01	38	5	43	0	ujemny	-71%
SZP22	strata	dodatni	-18%	0,56	0,48	0,08	26	6	27	6	ujemny	-10%
SZP23	zysk	dodatni	3%	2,28	2,06	1,35	40	9	17	32	dodatni	11%
SZP24	strata	dodatni	-1%	2,56	2,47	1,63	37	3	15	25	dodatni	23%
SZP25	strata	ujemny	-	0,39	0,36	0,18	31	3	83	-49	ujemny	-43%
SZP26	zysk	ujemny	-	0,85	0,70	0,36	36	12	48	0	ujemny	-6%
SZP27	zysk	dodatni	4%	0,73	0,60	0,03	47	12	53	6	ujemny	-6%
SZP28	zysk	dodatni	98%	0,87	0,71	0,01	51	11	48	14	ujemny	-2%
SZP29	zysk	ujemny	-	0,79	0,63	0,14	32	11	37	6	ujemny	-10%
SZP30	zysk	dodatni	12%	2,58	2,44	2,04	28	4	22	9	dodatni	16%

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych badanych podmiotów za 2022 r.

5. Dyskusja i wnioski

Wybór strategii płynności finansowej ma kluczowy wpływ na wyniki finansowe i stabilność podmiotu leczniczego. Zachowanie płynności minimalizuje ryzyko zagrożenia kontynuacji działalności leczniczej oraz umożliwia realizację inwestycji w zasoby (ludzkie i rzeczowe), co z kolei przekłada się na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że w większości szpitali realizowano agresywną strategię majątku obrotowego, umiarkowaną lub konserwatywną strategię źródeł finansowania majątku obrotowego i umiarkowaną lub agresywną strategię majątkowo-finansową. Teoretycznie konsekwencją tego powinno być umiarkowane ryzyko i zysk. Tymczasem w większości podmiotów odnotowano niskie wskaźniki płynności, w 20 szpitalach – stratę netto, w 18 – ujemny kapitał własny (który świadczy o tym, że strata nie jest incydentalna), a tylko w 6 z 12 szpitali z dodatnią wartością kapitału własnego wygenerowano zysk, przy czym wskaźnik rentowności kapitału własnego był bardzo zróżnicowany i kształtował się od 1% do 98%. Badania potwierdziły, że

w przypadku szpitali nie znajduje odzwierciedlenia klasyczne założenie strategii agresywnej – osiągnięcia wyższej rentowności dzięki niższej płynności finansowej, czy też strategii konserwatywnej – zmierzającej do utrzymywania wyższej płynności finansowej kosztem niższej rentowności. Wnioski z analizy są więc zgodne z wynikami badań naukowych cytowanymi w artykule.

W procesie zarządczym informacja o poziomie płynności powinna być wsparta analizą czynników determinujących ją, w tym miernikami sprawności działania. Badania wykazały duże różnice w wartościach poszczególnych wskaźników, co dowodzi zróżnicowanego podejścia do bezpieczeństwa finansowego. Cykl konwersji gotówki wyniósł od -51 do 33 dni, co wynikało z długości cyklu rotacji należności – od 22 do 57 dni, ze średnią 35 dni, rotacji zapasów – od 2 do 12 dni, ze średnią 7 dni, oraz rotacji zobowiązań – od 4 do 92 dni, ze średnią 34 dni. W teorii przyjmuje się, że najkorzystniejsze są krótkie dodatnie cykle konwersji gotówki, co oznacza, że szpitale wykazujące skrajne wartości cykli rotacji należności, zapasów i zobowiązań powinny podjąć działania zmierzające do ich optymalizacji, co wpłynie na poprawę płynności finansowej oraz zwiększy bezpieczeństwo finansowe.

Dobór właściwej strategii płynności finansowej jest szczególnie istotny w szpitalach, które będąc podmiotami kapitałochłonnymi, funkcjonują dodatkowo w zmiennych warunkach i przy wysokich kosztach stałych, co podnosi ryzyko działalności. W Polsce większość szpitali to samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, co ma swoje konsekwencje prawno-finansowe, w tym ograniczenie potencjalnych źródeł przychodów i niespójny mechanizm odpowiedzialności finansowej (Rabiej, 2018). Uwzględniając niski poziom finansowania ochrony zdrowia i często nieadekwatną do kosztów wycenę świadczeń zdrowotnych, należy stwierdzić, że w obliczu rosnącego popytu na świadczenia zdrowotne i presji na podnoszenie ich jakości zbilansowanie przychodów i kosztów oraz zsynchronizowanie wpływów i wydatków jest często problematyczne. Wypracowanie mechanizmów wzmacniających bezpieczeństwo finansowe podmiotów leczniczych, w tym szczegółowa analiza rozwiązań stosowanych w szpitalach działających na niższym poziomie ryzyka finansowego i ich implementacja w podmiotach o słabszej kondycji, mogłoby przeciwdziałać zagrożeniu kontynuacji działalności leczniczej, utrzymując tym samym (lub podnosząc) dostępność, ciągłość i jakość świadczeń zdrowotnych. Chodzi tu o zarówno o kształtowanie struktury, jak i o dobór źródeł finansowania aktywów obrotowych, politykę w zakresie kapitału obrotowego netto oraz wpływ przyjętych rozwiązań sprzyjających rentowności. Konieczność planowania działalności, bieżącego monitorowania wyników, w tym przede wszystkim płynności finansowej, jest więc bezsporna, a kontynuacja badań w obszarze efektywności podmiotów leczniczych wydaje się zasadna i użyteczna.

Bibliografia

- Akinleye, D. D., McNutt, L. -A., Lazariu, V. i McLaughlin, C. C. (2019). Correlation between Hospital Finances and Quality and Safety of Patient Care. *PLoS ONE*, 14(8). e0219124. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219124>
- Beauvais, B., Dolezel, D. i Ramamonjirivelo, Z. (2023). An Exploratory Analysis of the Association between Hospital Quality Measures and Financial Performance. *Healthcare*, 11(2758). <https://doi.org/10.3390/healthcare11202758>
- Bem, A., Prędkiewicz, K., Prędkiewicz, P. i Ucieklak-Jeż, P. (2014a). Determinants of Hospital's Financial Liquidity. *Procedia Economics and Finance*, (12), 27-36. [https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(14\)00317-7](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(14)00317-7)
- Bem, A., Prędkiewicz, K., Prędkiewicz, P. i Ucieklak-Jeż, P. (2014b). *Hospital's Size as the Determinant of Financial Liquidity* (Proceedings of the 11th International Scientific Conference European Financial Systems 2014, 41-48).
- Bem, A., Ucieklak-Jeż, P. i Prędkiewicz, P. (2014). Income per Bed as a Determinant of Hospital's Financial Liquidity. *Problems of Management in the 21st Century*, 9(2), 124-131.
- Brigham, E. i Houston, J. (2015). *Zarządzanie finansami*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Chluska, J. (2015). Informacyjne aspekty funduszu własnego samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, (390), 82-90.
- Cleverley, W. O. i Cleverley, J. O. (2018). *Essentials Of Health Care Finance*. Jones & Bartlett Learning.
- Ćwiąkała-Małys, A. i Łagowski, P. (2018). Zastosowanie modeli dyskryminacyjnych efektywności finansowej w przewidywaniu wypłacalności podmiotów leczniczych województwa dolnośląskiego. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, XIX, 12(1), 189-210.
- Dalci, I. i Ozyapici, H. (2018). Working Capital Management Policy in Health Care: The Effect of Leverage. *Health Policy*, 122, 1266-1272. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.09.012>

- Dittmann, H. i Kuchinke, B. A. (2016). Hospital Competition and Management Accounting: An Empirical Analysis against the Background of the Health Care Reform 2015. *List Forum fur Wirtschafts- und Finanzpolitik*, 42(1), 67-99. <https://doi.org/10.1007/s41025-016-0033-7>
- Gołaś, Z., Bieniasz, A. i Czerwińska-Kayzer, D. (2010). Stopień pokrycia zapotrzebowania na kapitał pracujący kapitałem stałym netto jako miara płynności finansowej. *Zeszyty Teoretyczne Rachunkowości*, 55(111), 59-74.
- Hu, X., Jin, W., Yang, A. i Hu, Z. (2022). Management of Capital Liquidity in Public Hospitals under the Epidemic Situation of COVID-19. *Frontiers in Public Health*, 10(977221). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.977221>
- Jaworzyńska, M. (2021). Financial Liquidity and Profitability of Polish Self-Governing Public Health Care Institutions in 2016-2018. *Przegląd Epidemiologiczny*, 75(2), 277-287. <https://doi.org/10.32394/pe.75.26>
- Jounghyeon, K., McCullough, J. S. I Lee, J. (2022). Do Liquidity Constraints Affect the Investment Decisions of California Hospitals? *Economic Modelling*, (113). <https://doi.org/10.1016/j.econmod.2022.105897>
- Kosycarz, E. (2015). Elementy Nowego Zarządzania Publicznego w systemie ochrony zdrowia w Polsce. *Kwartalnik Kolegium Ekonomiczno-Społecznego Studia i Prace*, 4(3), 205-217. <https://doi.org/10.33119/KKESiP.2015.4.3.14>
- Kowalska, M. i Misztal, A. (2020). *Wpływ bezpieczeństwa finansowego na zrównoważony rozwój przedsiębiorstwa*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Krenyác, É. (2018). Controlling in Hungarian Hospitals: History and Key Issues. *Society and Economy*, 40(4), 605-622. <https://doi.org/10.1556/204.2018.40.4.8>
- Krzeczewski, B. (2020). *Finanse szpitali w Polsce. Strategie płynności*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Kuciński, A. (2017). *Strategie zarządzania kapitałem obrotowym netto w przedsiębiorstwie na przykładzie wybranych spółek notowanych na GPW w Warszawie*. Akademia im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim. Pobrano 10 maja 2024 z <https://open.icm.edu.pl/items/a80ba5de-dbe5-4fd9-8a46-272e75573e45>
- Lichota, W., Rabiej, E. i Pitera, R. (2021). *Analiza finansowa przedsiębiorstw wybranych sektorów ze szczególnym uwzględnieniem zagrożenia upadłością*. CeDeWu.
- Łada, M. (2020). Jak utrzymać płynność finansową. *Rachunkowość*, (11), 3-11.
- Maślach, D., Markiewicz, J., Warelis, A. i Krzyżak, M. (2019). Importance of Financial Liquidity in Hospital Management. *Przegląd Epidemiologiczny*, 73(3), 369-381. <https://doi.org/10.32394/pe.73.30>
- Maślanka, T. (2019). *Płynność finansowa determinantą zdolności kontynuacji działalności przedsiębiorstwa*. CeDeWu.
- Maślanka, T. i Mazur-Maślanka, I. (2021). *Analiza i ocena kondycji finansowej przedsiębiorstwa z wykorzystaniem rachunku przepływów pieniężnych*. CeDeWu.
- Mazdaki, A., Rezapour, A., Khalilabad, T. H., Mohamadkhani, N. (2019). Factors Affecting Financial Indicators in Selected Hospitals Affiliated to Iran University of Medical Sciences Before and After Health System Reform Plan. *Journal of Health Administration*, (22), 40-48.
- Michalski, G. (2010). *Strategiczne zarządzanie płynnością finansową*. CeDeWu.
- Niemiec, A. (2014). Wielkości graniczne statycznych wskaźników płynności finansowej. *Zeszyty Teoretyczne Rachunkowości*, 79(135), 57-69. <https://doi.org/10.5604/16414381.1133204>
- Niemiec, A. i Skoczylas, W. (2024). Wskaźniki finansowe przedsiębiorstw według działów (sektorów) za 2022 r. *Rachunkowość*, (4), 59-85.
- Nita, B., Kaczmarczyk, A. i Oleksyk, P. (2020). *Zagrożenie utraty bezpieczeństwa finansowego przedsiębiorstw*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.
- Prędkiewicz, K. i Prędkiewicz, P. (2013). Płynność finansowa szpitali samorządowych w Polsce – wyniki badań empirycznych. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego – Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, 766(62), 169-179.
- Puro, N., Borkowski, N., Hearld, L., Carroll, N., Byrd, J., Smith, D. i Ghiasi, A. (2019). Financial Distress and Bankruptcy Prediction: A Comparison of Three Financial Distress Prediction Models in Acute Care Hospitals. *Journal of Health Care Finance*, (Fall).
- Rabiej, E. (2018). Jednostka samorządu terytorialnego jako podmiot tworzący SPZOZ – analiza wybranych aspektów prawnych i finansowych. *Optimum. Economic Studies*, 3(93), 159-170. <https://doi.org/10.15290/oes.2018.03.93.13>
- Rój, J. i Sobiech, J. (2006). *Zarządzanie finansami szpitala*. Dom Wydawniczy ABC.
- Schuhmann, Th. M. (2008). Hospital Financial Performance – Trends to Watch. *Healthcare Financial Management*.
- Siedlecki, R., Prędkiewicz, P., Bem, A. i Szpulak, A. (2021). Working Capital Management in Hospitals: Evidence from Poland. *European Research Studies Journal*, XXIV(1), 836-850. <https://doi.org/10.35808/ersj/2099>
- Sierpińska, M., Sierpińska-Sawicz, A. i Węgrzyn, R. (2019). *Controlling finansowy w przedsiębiorstwie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sierpińska, M. i Wędzki, D. (1999). *Zarządzanie płynnością finansową w przedsiębiorstwie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sikora-Alicka, J. E. (2021). *Efektywność działalności polskich szpitali*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Skoczylas, W. (2000). Statyczna i dynamiczna analiza płynności finansowej. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego*, (277/38), 165-176.
- Szemraj, T. i Czajkowska, A. (2020). *Taktyki i strategie zarządzania kapitałem obrotowym w finansowaniu przedsiębiorstw*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

- Szewieczek, A. (2021). Financial Situation and Challenges for Management of SME Hospitals: Evidence from Poland. *Serbian Journal of Management*, 16(1), 231-250. <https://doi.org/10.5937/sjm16-25276>
- Tokarski, A., Tokarski, M. i Mosionek-Schweda, M. (2017). *Pomiar i ocena płynności finansowej podmiotu gospodarczego*. CeDeWu.
- Upadhyay, S. i Smith, D.G. (2020). Cash, Cash Conversion Cycle, Inventory and COVID-19. *Journal of Health Care Finance*, 46(4), 37-44.
- Wawryszuk-Misztal, A. (2007). *Strategie zarządzania kapitałem obrotowym netto w przedsiębiorstwach*. Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej.
- Wędzki, D. (2002). *Strategie płynności finansowej przedsiębiorstwa*. Oficyna Ekonomiczna.
- Young, D. W. (2008). *Management Accounting in Health Care Organization*. Jossey-Bass A Wiley Imprint.
- Zimon, G. (2021). *Zarządzanie kapitałem obrotowym w przedsiębiorstwie*. CeDeWu.

Assessment of Financial Liquidity Strategy (Using the Example of Hospitals)

Abstract

Aim: The aim of this article was to identify the financial liquidity strategies implemented by healthcare entities and the consequences of their choices.

Methodology: The income-risk method was used to identify financial liquidity strategies, while the consequences of the strategy choices were examined through the analysis of selected financial indicators. The research was conducted based on the financial statements for the year 2022 for thirty healthcare entities operating as independent public healthcare institutions providing hospital services in the Podkarpackie and Lublin regions.

Results: The study found a diverse approach, indicating an aggressive working capital strategy, a moderate or conservative strategy for financing working capital, and a moderate or aggressive asset-financing strategy. Theoretically, this should result in moderate risk and return. However, most hospitals have low financial liquidity ratios, generate losses, and have negative equity and negative net working capital – all the factors that significantly increase financial risk. In the case of hospitals, the classical assumption of an aggressive strategy – achieving higher profitability through lower financial liquidity – or a conservative strategy, aiming to maintain higher financial liquidity at the expense of lower profitability, does not hold. This is due, among other things, to the specific nature of the functioning of the public sector, whose entities, not being profit-maximising, are managed differently from private sector units. Attention is drawn to the large differences in the values of individual measures of activity, which at the same time proves the differentiated approach to financial security in the hospitals studied.

Implications and recommendations: The research results revealed a discrepancy between the theoretical assumptions of financial liquidity strategies and the practice in healthcare entities. Most of the studied hospitals exhibited high financial risk threatening financial stability, indicating the need to revise the adopted assumptions and financial liquidity strategies, taking into account the specifics of healthcare activities. Developing mechanisms to improve the financial security of health care entities requires more extensive scientific research in the field of assessing the efficiency of health care entities, including a detailed analysis of solutions applied in hospitals operating at a lower level of financial risk. In practice, their implementation in entities with a weaker condition could counteract the threat to the continuation of curative activity, thus maintaining or improving the availability, continuity and quality of health services.

Originality/value: The research showed how the theoretical assumptions of the implemented financial liquidity strategies translated into actual financial results in a specific research group, i.e. hospitals operating as independent public healthcare institutions. Their financial liquidity is determined by the high-cost nature of their activities and the constraints arising from their organizational and legal form.

Keywords: financial liquidity, controlling, hospitals
