

Szpital powiatowy w kryzysie – analiza sytuacji finansowej w 2024 roku

Bernadeta Skóbel
Katarzyna Sekuła

Szpital powiatowy odgrywa istotną rolę w zapewnianiu terytorialnej dostępności do świadczeń zdrowotnych. Zlokalizowane na poziomie powiatów ziemskich oraz miast na prawach powiatu, stanowią pierwszy i często jedyny punkt szpitalnego kontaktu pacjentów mieszkających poza dużymi ośrodkami miejskimi. Ich działalność koncentruje się przede wszystkim na udzielaniu świadczeń w zakresie podstawowych specjalności zabiegowych i zachowawczych,

takich jak chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, ginekologia i położnictwo, pediatria czy ortopedia. Czy zatem – przy rosnących kosztach działalności, utrzymującym się niedofinansowaniu i pogarszających się wskaźnikach rentowności – system ochrony zdrowia w obecnym kształcie jest w stanie zapewnić szpitalom powiatowym stabilne funkcjonowanie, a mieszkańcom mniejszych miejscowości realny dostęp do świadczeń zdrowotnych?



Warto wiedzieć więcej
Analizy samorządowe



ZWIĄZEK
POWIATÓW
POLSKICH

ISSN 2657-8638

Szpital powiatowy pełni funkcję stabilizującą system – przejmując znaczną część przypadków nagłych oraz prowadząc szeroką działalność w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, a także zespołów ratownictwa medycznego. Ich rola wykracza jednak poza samą medycynę – są również istotnym pracodawcą w regionie, a ich funkcjonowanie wpływa na lokalne poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego.

Pomimo znaczącej roli, szpitale powiatowe mierzą się z licznymi wyzwaniami – od chronicznego niedofinansowania i trudności kadrowych, po potrzebę modernizacji infrastruktury. Ich sytuacja organizacyjno-finansowa często odbiega od średniej dla sektora szpitalnictwa w Polsce, co wymaga szczególnej uwagi w kontekście polityki publicznej.

Niniejszy raport powstał w oparciu o dane ze wstępnych sprawozdań finansowych MZ-03 (sprawozdanie o finansach podmiotów wykonujących działalność leczniczą z sektora publicznego), które szpitale publiczne mają obowiązek sporządzić i przekazać w systemie Centrum e-Zdrowia, zgodnie z przepisami dotyczącymi systemu informacji w ochronie zdrowia.

Prezentowane dane dotyczą 219 podmiotów – w tym 170 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz 49 spółek prawa handlowego, dla których organem prowadzącym lub właścicielskim jest powiat bądź miasto na prawach powiatu. Celem raportu jest ukazanie skali problemów, z jakimi mierzą się powiatowe szpitale publiczne oraz wskazanie obszarów wymagających pilnych interwencji systemowych.

Najważniejsze wnioski:

- Szpitale powiatowe uzależnione są od środków NFZ, które stanowią średnio 93% przychodów netto ze sprzedaży. Brak dywersyfikacji źródeł finansowania czyni placówki podatnymi na decyzje płatnika publicznego oraz zmiany w taryfikacji świadczeń.
- Koszty działalności operacyjnej badanych szpitali powiatowych przekroczyły w 2024 roku 29,2 mld zł, z czego największą część stanowiły: wynagrodzenia (40,5%) oraz usługi obce (30,6%). To pokazuje silnie pracochłonny, usługowy charakter funkcjonowania tych placówek i pozostawia niewielki margines na elastyczne zarządzanie budżetem.
- Przychody nie pokrywają kosztów działalności – łączna strata netto badanych podmiotów wyniosła ponad 772 mln zł, a strata ze sprzedaży przekroczyła 1,36 mld zł. Ponad 82% szpitali wykazało stratę na działalności podstawowej.
- Zobowiązania wymagalne występują w aż 127 spośród 219 szpitali, mimo że jednostki sektora finansów publicznych nie powinny generować takich zaległości. Ich obecność to dowód na chroniczne niedofinansowanie systemu.
- Prawie 80% szpitali wykazuje płynność bieżącą poniżej bezpiecznego progu 1,5, a ponad połowa – płynność szybką poniżej 0,5, co oznacza utratę zdolności do regulowania krótkoterminowych zobowiązań.

Szpital powiatowy w Polsce są w zdecydowanej większości finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia – kontrakty z NFZ stanowią główne źródło przychodów osiągając średnio 93% ich przychodów netto ze sprzedaży. Oznacza to, że ich funkcjonowanie niemal w całości uzależnione jest od decyzji płatnika publicznego, w tym od wysokości i struktury zakontraktowanych świadczeń, zasad rozliczania nadwykonań czy zmian w taryfikacji poszczególnych procedur medycznych.

Taka konstrukcja systemu finansowania powoduje, że szpitale mają bardzo ograniczoną elastyczność w zarządzaniu finansami i niemal zerową zdolność do dywersyfikacji przychodów. Jakiegokolwiek opóźnienia w płatnościach, zmniejszenie kontraktu lub wprowadzenie niekorzystnych zmian systemowych mogą szybko prowadzić do pogorszenia ich sytuacji płynnościowej i konieczności zadłużania się.

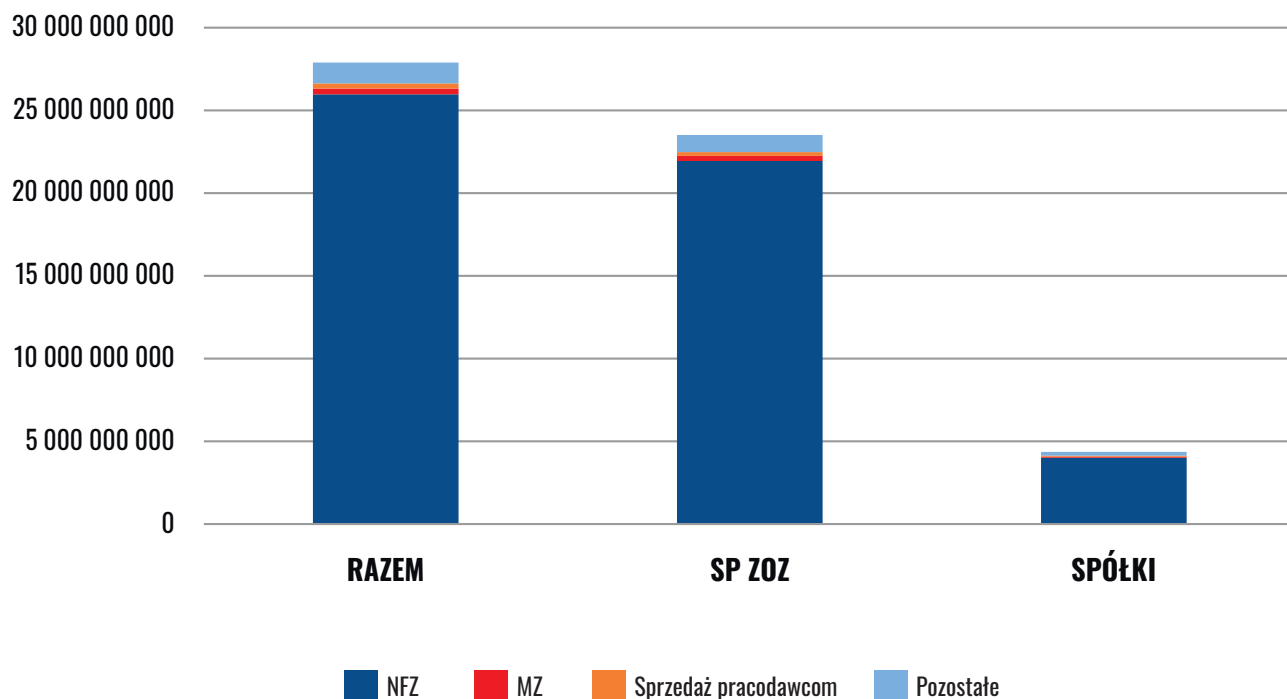
Uzależnienie od NFZ oznacza również, że szpitale nie są w stanie w pełni odpowiedzieć na potrzeby zdrowotne lokalnej społeczności, jeśli nie znajdują one odzwierciedlenia w strukturze zakontraktowanych świadczeń. W praktyce może to prowadzić do ograniczeń w dostępności usług mimo realnych potrzeb pacjentów. Ponadto brak możliwości negocjowania warunków finansowania powoduje, że nawet wzrost kosztów (np. wynagrodzeń czy energii) nie jest automatycznie kompensowany po stronie przychodowej, co z kolei pogłębia deficyty. Rozkład całościowy przychodów wg źródeł kształtuje się podobnie w przypadku szpitali w formie SP ZOZ jak i spółek.

Tabela 1. Przychody netto ze sprzedaży produktów wg źródeł w 2024 roku (zł)

	NFZ	MZ	Sprzedaż pracodawcom	Pozostałe
RAZEM	25 959 203 823	366 516 088	294 923 692	1 256 782 344
SP ZOZ	21 937 230 217	308 935 391	232 219 906	1 023 593 758
SPÓŁKI	4 021 973 606	57 580 697	62 703 786	233 188 586

Rozkład ilościowy zaprezentowano dodatkowo na wykresie nr 1.

Wykres 1. Przychody netto ze sprzedaży produktów wg źródeł w 2024 roku (zł)



W 2024 roku całkowite koszty działalności operacyjnej badanych szpitali powiatowych przekroczyły 29,2 mld zł. Struktura tych wydatków ukazuje stałe, powtarzające się proporcje, dobrze znane z lat ubiegłych – dominującą część kosztów stanowią wynagrodzenia oraz usługi obce. Szczegółowe dane liczbowe przedstawiono w tabeli nr 2.

Tabela 2. Koszty działalności operacyjnej wg źródeł w 2024 roku (w mln zł)

	RAZEM	% udział w całości kosztów
Koszty działalności operacyjnej	29 210	100%
• Amortyzacja	1 099	3,76%
• Zużycie materiałów i energii	4 788	16,39%
• Usługi obce	8 951	30,64%
• Podatki i opłaty	99	0,34%
• Wynagrodzenia	11 831	40,50%
• Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	2 344	8,02%
• Pozostałe koszty rodzajowe	89	0,30%
• Wartość sprzedanych towarów i materiałów	10	0,04%

Największą kategorią kosztową były wynagrodzenia, które pochłonęły ponad 11,8 mld zł, co stanowiło aż 40,5% wszystkich kosztów operacyjnych. Razem z kosztami ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń pracowniczych (2,34 mld zł, czyli 8% kosztów), pokazuje to ogromne obciążenie budżetów szpitali wynikające z kosztów zatrudnienia. Jest to efektem nie tylko dużego udziału pracy ludzkiej w świadczeniu usług medycznych, ale również presji płacowej i rosnących kosztów osobowych w systemie ochrony zdrowia. Duży udział kosztów osobowych odzwierciedla także kluczową rolę kadry medycznej i pomocniczej w funkcjonowaniu szpitali – bez zapewnienia odpowiedniego personelu nie możliwe jest prowadzenie bieżącej działalności ani realizacja kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Drugą co do wielkości kategorią kosztową były usługi obce, które wyniosły prawie 9 mld zł (30,6%). W tej grupie mieszczą się m.in. koszty zewnętrznych usług diagnostycznych, sprzątnia, ochrony, usług informatycznych, usług cateringowych czy usług medycznych realizowanych przez firmy zewnętrzne. Wysoki udział tej kategorii może świadczyć o outsourcingu wielu procesów, co choć może przynosić pewne oszczędności organizacyjne, to jednocześnie podnosi koszty stałe i ogranicza elastyczność finansową placówek.

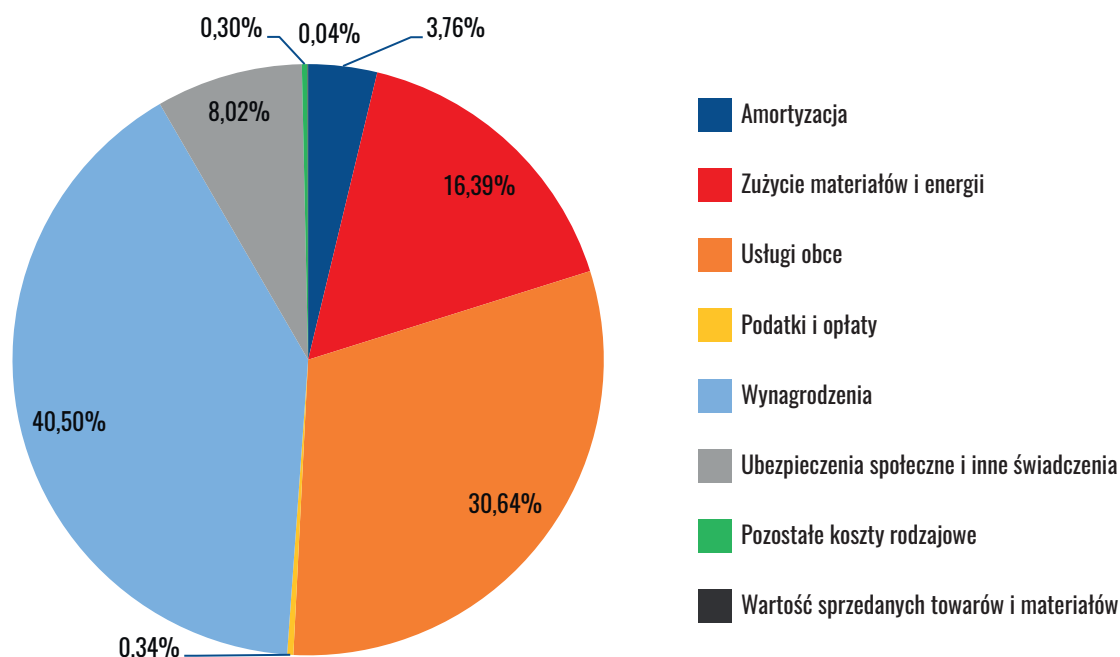
Znaczące były także wydatki na zużycie materiałów i energii – blisko 4,8 mld zł (16,4%), co odzwierciedla rosnące koszty energii oraz zakupu leków, środków opatrunkowych i sprzętu jednorazowego.

Koszty amortyzacji (1,1 mld zł – 3,8%) i pozostałe pozycje miały zdecydowanie mniejszy udział. Podatki i opłaty stanowiły zaledwie 0,34% kosztów, a wartość sprzedanych towarów i materiałów – marginalne 0,04%.

Analiza tych danych pokazuje, że szpitale powiatowe funkcjonują w realiach kosztowo bardzo obciążających, z niewielkim marginesem na elastyczne działania. Wysoki udział kosztów stałych – wynagrodzeń i usług obcych – sprawia, że reagowanie na zmiany finansowania z NFZ jest trudne i ogranicza możliwości szybkiej korekty wydatków.

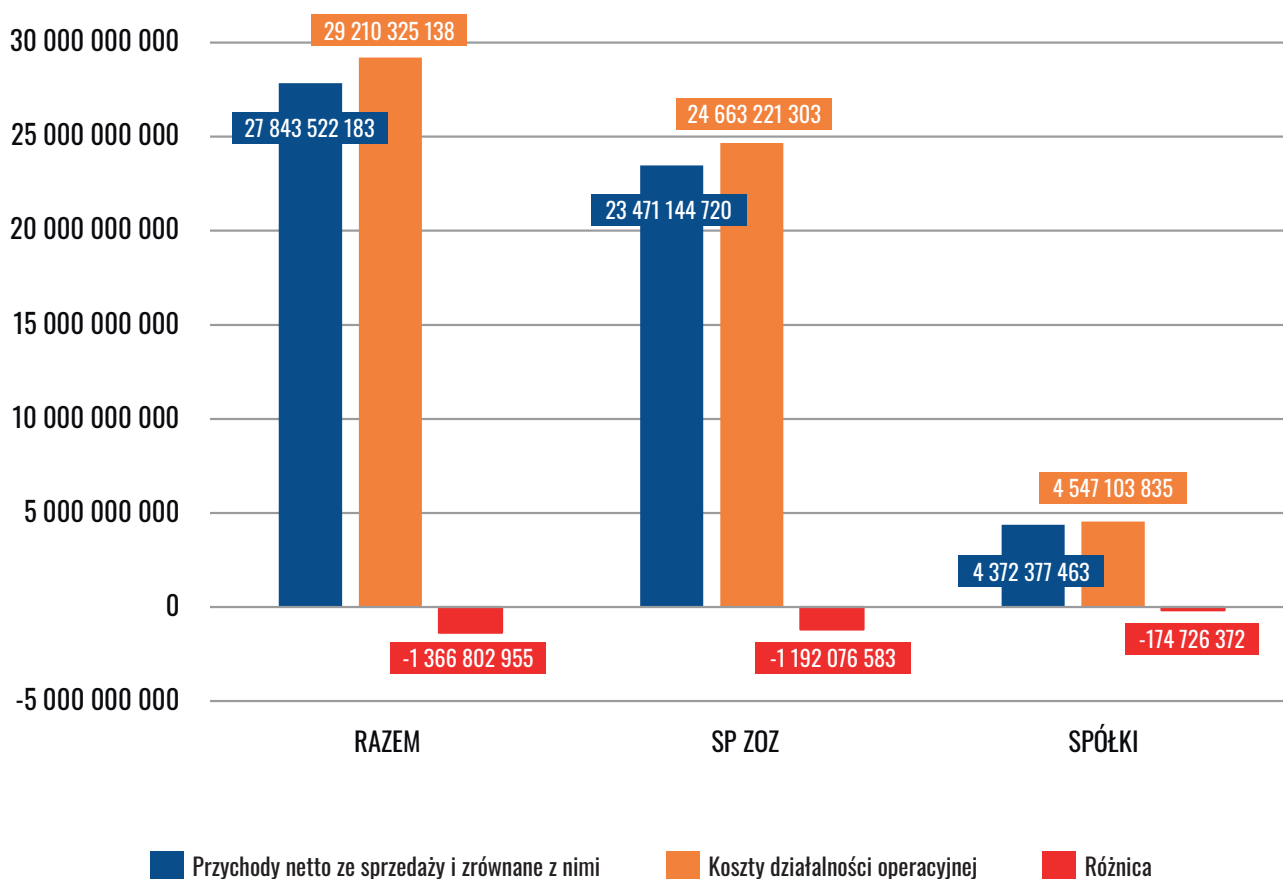
Poniższy wykres kołowy ilustruje procentową strukturę kosztów działalności operacyjnej szpitali powiatowych. Wnioski płynące z analizy struktury kosztów wskazują, że każda zmiana kosztów osobowych lub taryf usług zewnętrznych (np. energii, usług diagnostycznych) może mieć bezpośredni wpływ na stabilność finansową szpitali powiatowych. Tym samym konieczne jest prowadzenie polityki zdrowotnej uwzględniającej te uwarunkowania, w tym m.in. racjonalizację kontraktowania usług przez NFZ czy wsparcie inwestycyjne dla szpitali w zakresie uniezależnienia się od kosztownych usług obcych.

Wykres 2. Struktura kosztów działalności operacyjnej w 2024 roku (w %)



Na wykresie nr 3 przedstawiono porównanie wysokości przychodów netto ze sprzedaży oraz przychodów zrównanych z nimi względem ponoszonych przez badane szpitale kosztów działalności operacyjnej, co pozwala na ocenę stopnia pokrycia kosztów działalności podstawowej.

**Wykres 3. Przychody netto ze sprzedaży i przychody zrównane z nimi
a koszty działalności operacyjnej w 2024 roku (w zł)**

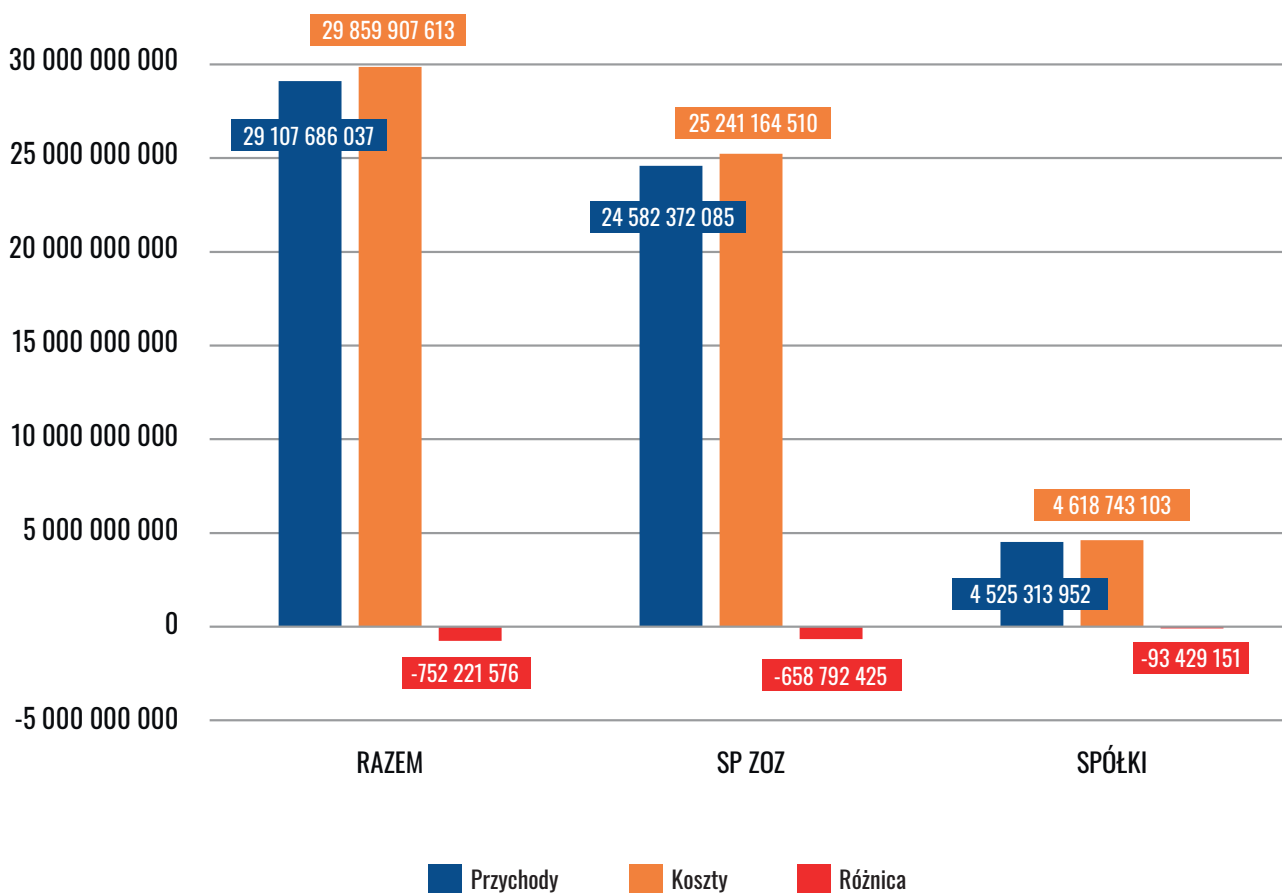


Biorąc pod uwagę zarówno wszystkie koszty, jak i przychody analizowanych podmiotów, widoczna jest istotna luka finansowa – przychody osiągane przez placówki są niewystarczające, by pokryć całkowite koszty ich działalności operacyjnej. Taka struktura finansowa stanowi poważne zagrożenie dla stabilności funkcjonowania szpitali powiatowych i jest odzwierciedleniem chronicznego niedofinansowania sektora.

Niedobór przychodów oznacza, że jednostki nie są w stanie na bieżąco regulować zobowiązań, co prowadzi do pogłębiającego się zadłużenia, w tym także zobowiązań wymagalnych. W dłuższej perspektywie może to oznaczać konieczność ograniczania zakresu świadczonych usług, pogarszania jakości opieki czy nawet ryzyko niewypłacalności niektórych placówek.

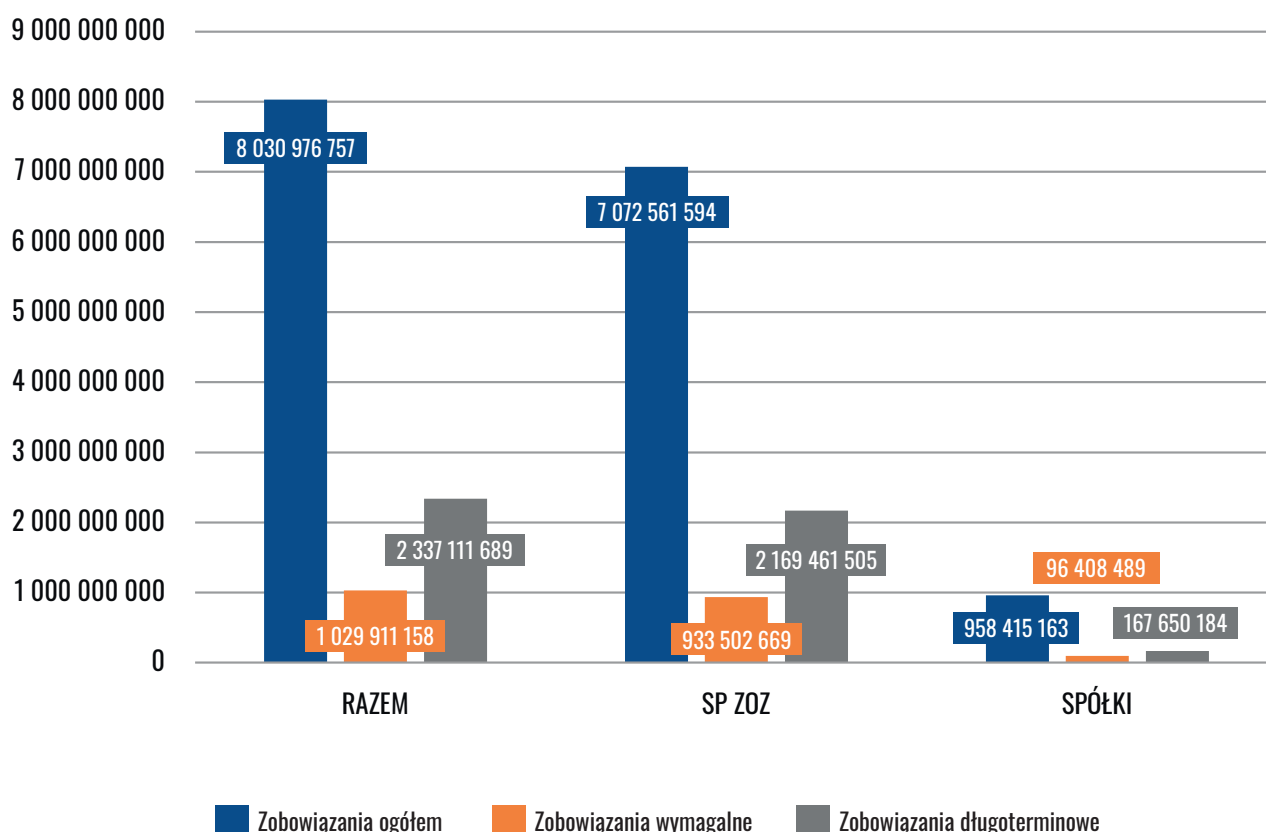
Skalę tego deficytu oraz jego powszechność wśród analizowanych szpitali obrazuje wykres nr 4, który ilustruje relację pomiędzy łącznymi przychodami (w tym ze sprzedaży, operacyjnymi i finansowymi) a ponoszonymi kosztami (działalności operacyjnej, pozostałymi operacyjnymi i finansowymi). Jednoznaczna przewaga kosztów nad przychodami wskazuje na pilną potrzebę systemowych działań naprawczych i wzmocnienia mechanizmów finansowania szpitali powiatowych.

Wykres 4. Przychody (w tym przychody ze sprzedaży, pozostałe przychody operacyjne, przychody finansowe) do kosztów (w tym koszty działalności operacyjnej, pozostałe koszty operacyjne, koszty finansowe) w 2024 roku (w zł)



Poniżej przedstawiono wykres ilustrujący poziom zobowiązań ogółem, zobowiązań wymagalnych oraz zobowiązań długoterminowych w analizowanych szpitalach powiatowych w 2024 roku. Dane te rzucają światło na pogarszającą się kondycję finansową wielu placówek.

Wykres 5. Zobowiązania ogółem, zobowiązania wymagalne oraz zobowiązania długoterminowe w 2024 roku (w zł)



Szczególnie niepokojącym sygnałem jest skala zobowiązań wymagalnych, czyli takich, których termin spłaty już minął. W przypadku podmiotów sektora finansów publicznych – jakimi są szpitale powiatowe – występowanie tego rodzaju zaległości oznacza poważne zachwianie płynnością finansową. Fakt, że aż 127 spośród 219 analizowanych szpitali posiadało zobowiązania wymagalne, dowodzi nie tylko skali problemu, ale także niewydolności obecnego systemu finansowania ochrony zdrowia.

Równie istotnym zagrożeniem są zobowiązania długoterminowe, które w kontekście trudnej sytuacji finansowej sektora mogą być efektem tzw. rolowania zadłużenia. Oznacza to, że szpitale – nie mogąc pokryć bieżących zobowiązań – sięgają po kolejne źródła finansowania, przesuwając termin spłaty w czasie. Takie działania, choć mogą tymczasowo poprawić płynność, w dłuższej perspektywie prowadzą do narastania długu strukturalnego i wzrostu kosztów jego obsługi.

Prezentowany wykres nr 5 pokazuje skalę zadłużenia szpitali oraz pozwala dostrzec powtarzający się wzorec finansowania deficytu operacyjnego kredytem, co w warunkach niskiej rentowności i ograniczonych możliwości generowania nadwyżki finansowej pogłębia systemowy kryzys w szpitalnictwie powiatowym.

Poniższa tabela przedstawia zestawienie strat netto oraz strat ze sprzedaży, osiągniętych przez analizowane szpitale powiatowe w 2024 roku – zarówno w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SP ZOZ), jak i spółek. Dane w sposób jednoznaczny wskazują na strukturalne niedofinansowanie placówek i systemowy charakter problemu.

Tabela 3. Zysk/strata netto oraz zysk/strata ze sprzedaży w 2024 roku (zł)

	Zysk/strata netto	Zysk/strata ze sprzedaży	Zysk/strata netto bez uwzględnienia wyników szpitali, które odnotowały zysk	Zysk/strata ze sprzedaży bez uwzględnienia wyników szpitali, które odnotowały zysk
RAZEM	-772 341 077	-1 366 802 955	-1 078 888 820	-1 531 080 589
SP ZOZ	-664 381 105	-1 192 076 583	-900 658 533	-1 305 308 175
SPÓŁKI	-107 959 972	-174 726 372	-178 230 287	-225 772 414

Całkowita strata netto analizowanych 219 szpitali wyniosła blisko 772,3 mln zł, natomiast łączna strata na sprzedaży przekroczyła 1,36 mld zł. Spośród tej kwoty aż 1,19 mld zł przypadło na SP ZOZ, a ponad 174 mln zł na szpitale funkcjonujące w formie spółek.

Warto zaznaczyć, że kwoty te to wynik łączny, uwzględniający zarówno straty, jak i zyski poszczególnych jednostek. Strata netto liczona jedynie dla szpitali, które nie osiągnęły zysku, wynosi blisko 1,08 mld zł. Z kolei strata ze sprzedaży bez uwzględnienia wyników szpitali z dodatnim wynikiem kształtowała się na poziomie 1,53 mld zł co jeszcze wyraźniej pokazuje skalę problemu.

Tak znaczna skala ujemnych wyników operacyjnych i netto stanowi wyraźny sygnał ostrzegawczy. O ile pojedyncze przypadki straty mogą wynikać z indywidualnych uwarunkowań organizacyjnych czy lokalnych, tak zbiorczy obraz ponad 200 jednostek wskazuje na systemowe niedopasowanie modelu finansowania świadczeń zdrowotnych do rzeczywistych kosztów ich realizacji.

Straty na poziomie podstawowej działalności operacyjnej dowodzą, że większość szpitali nie ma możliwości pokrycia kosztów świadczeń z otrzymywanych środków – przede wszystkim z kontraktów NFZ. Co więcej, wykazana strata netto – pomniejszona o ewentualne dotacje czy inne formy wsparcia – wskazuje, że nawet dodatkowe źródła finansowania nie rekompensują bieżących niedoborów.

W dłuższej perspektywie, przy braku zmian systemowych, tak pogłębiający się deficyt operacyjny grozi nie tylko dalszym zadłużaniem szpitali, ale także ich niewypłacalnością, ograniczeniem dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz utratą ciągłości funkcjonowania części jednostek medycznych.

Wśród analizowanych 219 szpitali powiatowych tylko 39 placówek wykazało zysk ze sprzedaży, co oznacza, że zdecydowana większość jednostek zakończyła rok 2024 ze stratą w tym obszarze. Średni wynik finansowy na sprzedaży – uwzględniający zarówno szpitale z zyskiem, jak i ze stratą – wyniósł -6 241 109,38 zł. Jeszcze wyraźniejszy obraz skali problemu daje średnia strata obliczona wyłącznie dla jednostek, które odnotowały ujemny wynik – w tym przypadku to aż -8 506 003,27 zł.

Zysk z działalności operacyjnej wykazało 85 szpitali, natomiast wynik dodatni na poziomie brutto i netto uzyskało po 81 placówek. Średni wynik z działalności operacyjnej w całej grupie wyniósł -2 130 015,93 zł, wynik brutto -3 434 756,05 zł, a wynik netto -3 526 671,58 zł. Gdy jednak przyjrzymy się jedynie tym szpitalom, które zakończyły rok stratą, wartości te przedstawiają się znacznie bardziej niepokojąco: -6 226 622,51 zł na działalności operacyjnej, -7 790 393,13 zł na poziomie brutto i -7 818 034,93 zł netto.

Dodatkowo, szpitale powiatowe osiągnęły w 2024 roku przychody finansowe w wysokości 56,6 mln zł, natomiast koszty finansowe były ponad sześciokrotnie wyższe i wyniosły 342,3 mln zł, z czego aż 333,1 mln zł stanowiły koszty odsetek. Wysoki poziom kosztów finansowych wskazuje na istotne obciążenie wynikające z obsługi zadłużenia – zarówno krótkoterminowego, jak i długoterminowego. Skala tych wydatków stanowi dodatkowy element pogłębiający nierównowagę finansową i ograniczający zdolność szpitali do prowadzenia stabilnej działalności operacyjnej, w tym utrzymania płynności finansowej.

Sytuację finansową dodatkowo pogarsza skala zadłużenia. Aż 127 szpitali (czyli prawie 60% badanych) posiadało zobowiązania wymagalne, które w jednostkach sektora finansów publicznych nie powinny w ogóle występować. Jest to istotny sygnał wskazujący na poważne problemy z płynnością finansową.

Łączna kwota zobowiązań wymagalnych przekroczyła 1 miliard złotych. Największa część tej sumy przypada na zobowiązania wobec dostawców (kategoria „pozostałe”) – aż 880,2 mln zł. Znaczące są również zaległości wobec ZUS – ponad 72 mln zł oraz dostawców mediów (energia, gaz, woda) – 66,6 mln zł. Szczegółowy podział prezentuje poniższa tabela:

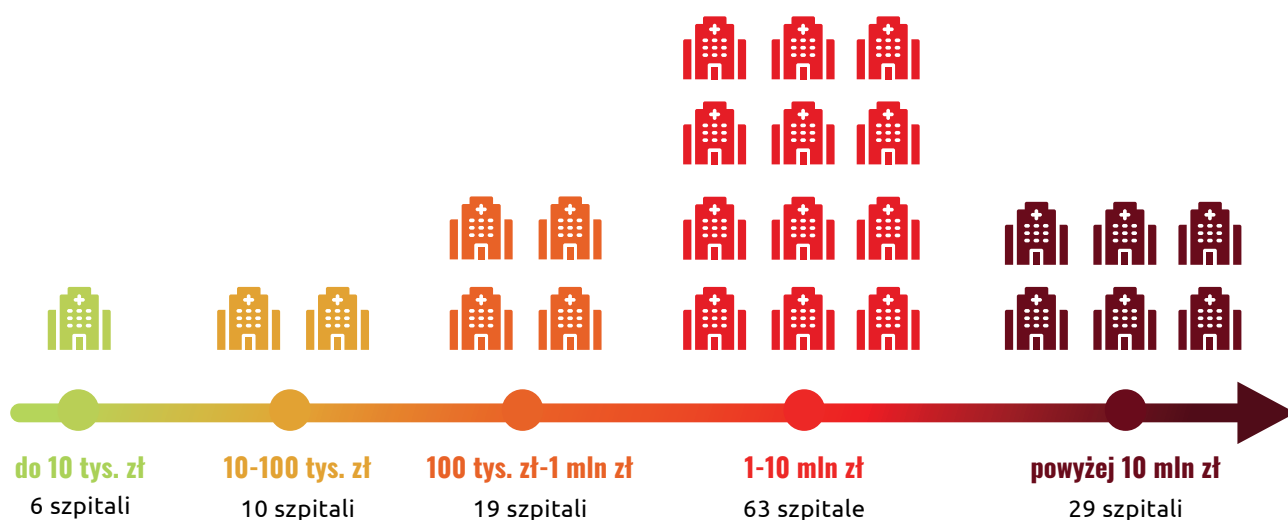
Tabela 4. Zobowiązania wymagalne wg poszczególnych kategorii w 2024 roku (w zł)

ZUS	PFRON	Energia, gaz, woda	Pracownicy	Pozostałe
72 091 720	165 778	66 595 396	10 813 277	880 244 987

Spośród 127 szpitali posiadających zobowiązania wymagalne, ich szczegółowy rozkład prezentuje się następująco:

- 6 szpitali posiadało zobowiązania do 10 tys. zł,
- 10 szpitali – od 10 tys. zł do 100 tys. zł,
- 19 szpitali – od 100 tys. zł do 1 mln zł,
- 63 szpitale – od 1 mln zł do 10 mln zł,
- 29 szpitali – powyżej 10 mln zł.

Infografika 1. Zobowiązania wymagalne w szpitalach powiatowych – liczba placówek w poszczególnych przedziałach



Powyższe dane ukazują głęboki kryzys finansowy w znacznej części powiatowego sektora szpitalnictwa i potwierdzają niewydolność obecnego systemu finansowania ochrony zdrowia.

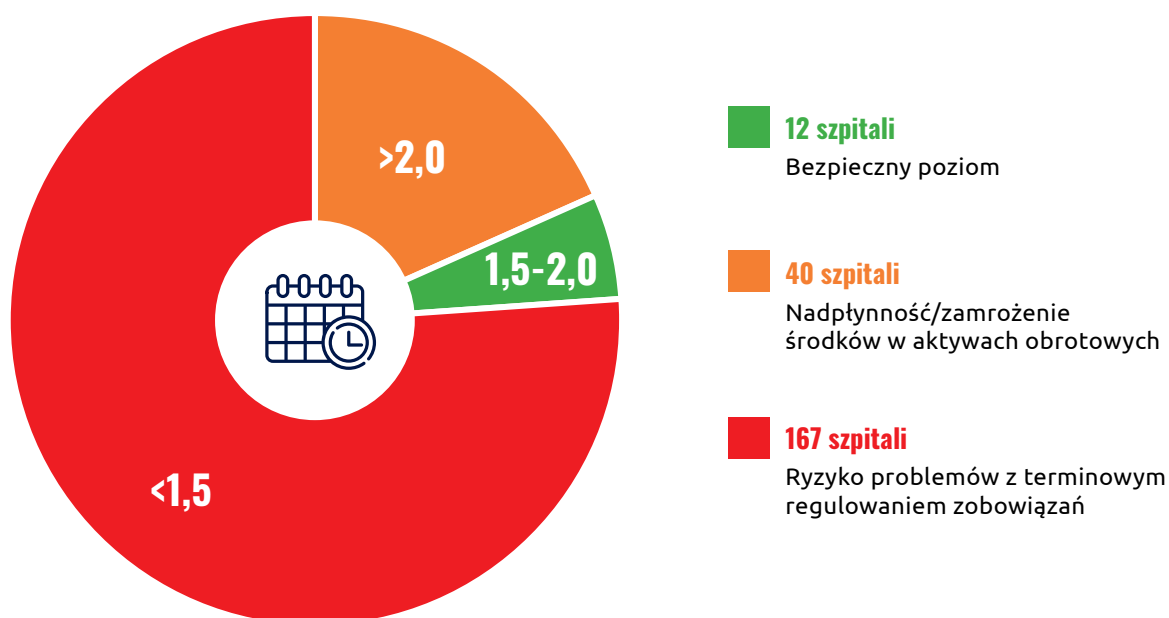
Dane dotyczące wskaźników płynności finansowej oraz zadłużenia kapitałów własnych obrazują skalę problemów finansowych, z jakimi zmagają się szpitale powiatowe.

Płynność bieżąca, czyli zdolność jednostki do regulowania bieżących zobowiązań z bieżących aktywów, uważana jest za zachowaną przy wartości powyżej 1,5.

W analizowanej grupie szpitali:

- aż 167 jednostek miało płynność bieżącą poniżej 1,5, co oznacza ryzyko problemów z terminowym regulowaniem zobowiązań,
- jedynie 12 szpitali mieściło się w bezpiecznym przedziale 1,5–2,0,
- 40 jednostek osiągnęło wynik powyżej 2,0, co może świadczyć o tzw. nadpłynności lub nieefektywnym wykorzystaniu aktywów obrotowych.

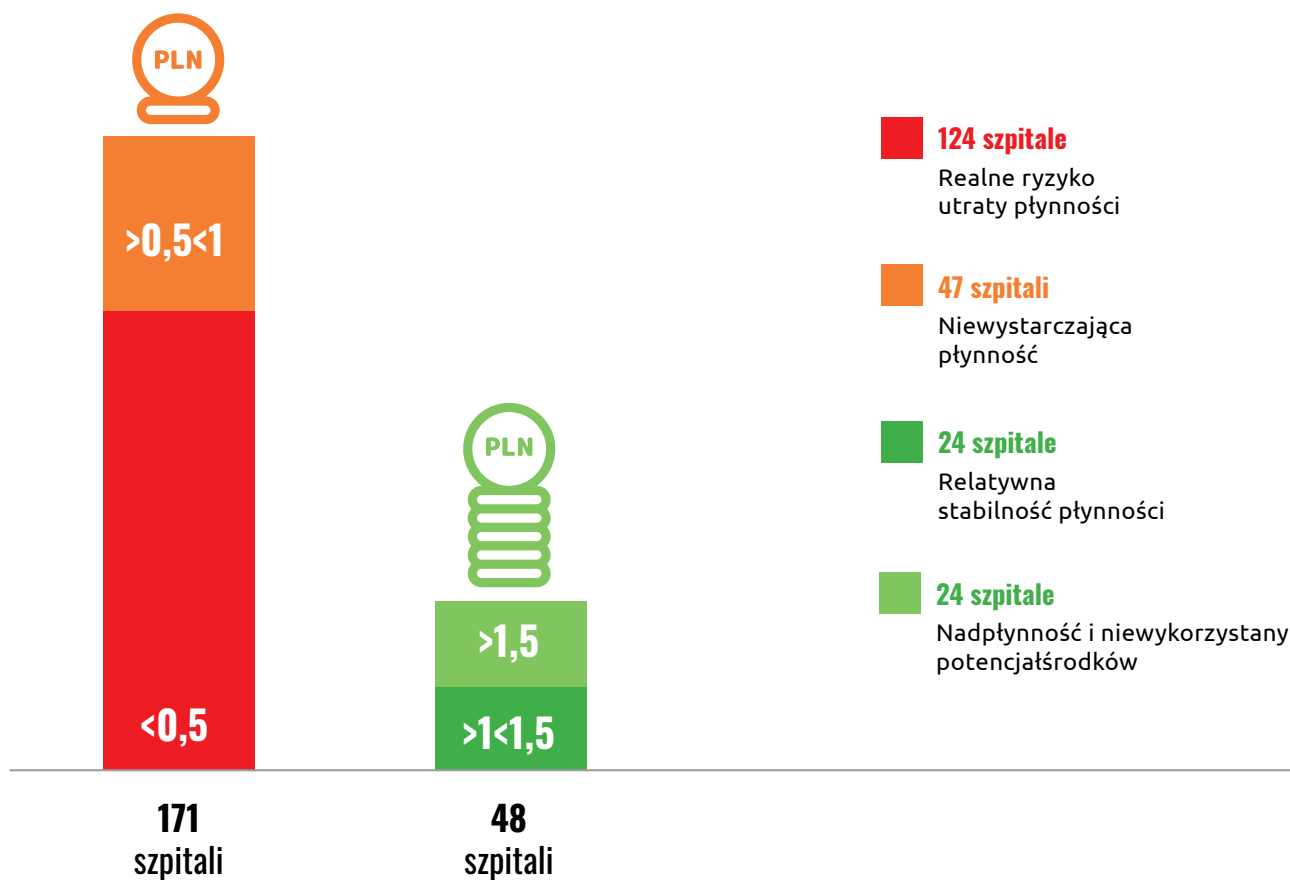
Infografika 2. Płynność bieżąca szpitali powiatowych



Jeszcze bardziej niepokojące są dane dotyczące płynności szybkiej, która mierzy zdolność do natychmiastowej spłaty zobowiązań krótkoterminowych – bez konieczności upłynnienia zapasów:

- 124 szpitale miały wskaźnik poniżej 0,5, co wskazuje na realną utratę płynności finansowej,
- 171 szpitali nie osiągnęło wartości 1, co oznacza, że nie były w stanie w pełni pokryć swoich zobowiązań krótkoterminowych najbardziej płynnymi aktywami,
- tylko 24 placówki wykazywały płynność szybką powyżej 1,5, co sugeruje możliwą nadpłynność i niewykorzystany potencjał środków.

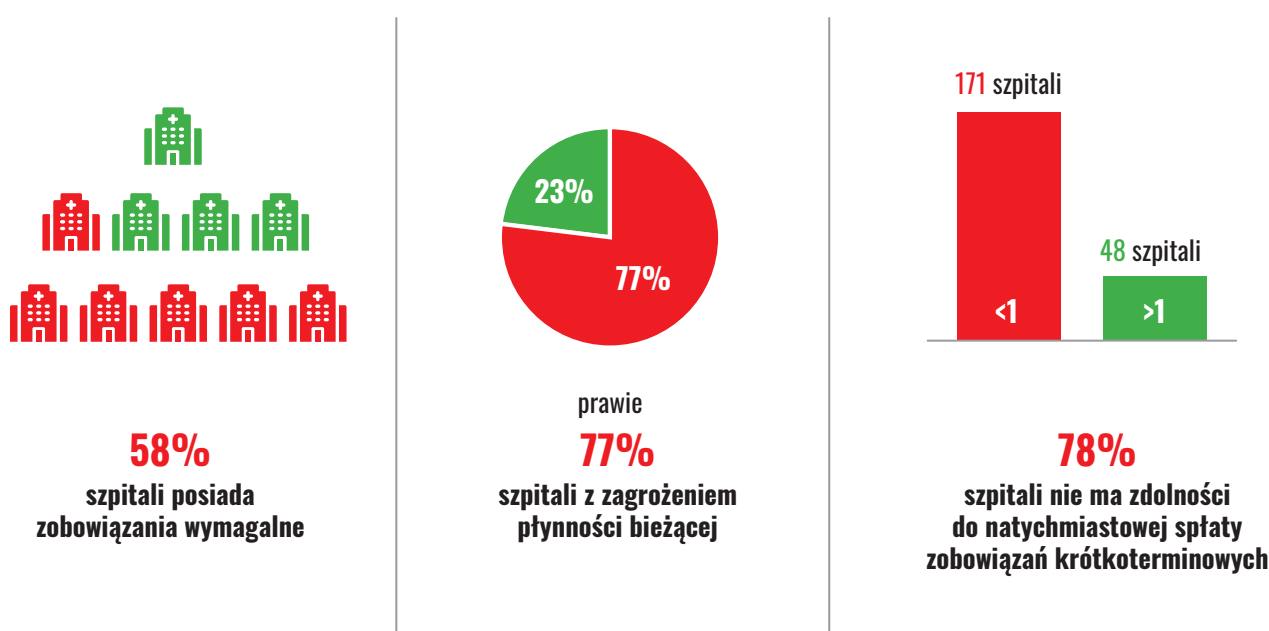
Infografika 3. Płynność szybka – finansowa gotowość szpitali



Jeśli chodzi o wskaźnik zadłużenia kapitałów własnych, który obrazuje relację zobowiązań do kapitałów własnych (im wyższy, tym większe ryzyko finansowe), to:

- 163 szpitale miały wskaźnik poniżej 1, co można uznać za względnie bezpieczny poziom,
- 56 jednostek przekroczyło ten poziom, co oznacza, że ich zadłużenie przewyższa posiadane kapitały własne, a więc działają z ryzykiem utraty wypłacalności w dłuższym okresie.

Infografika 4. Alarmujące dane szpitali powiatowych

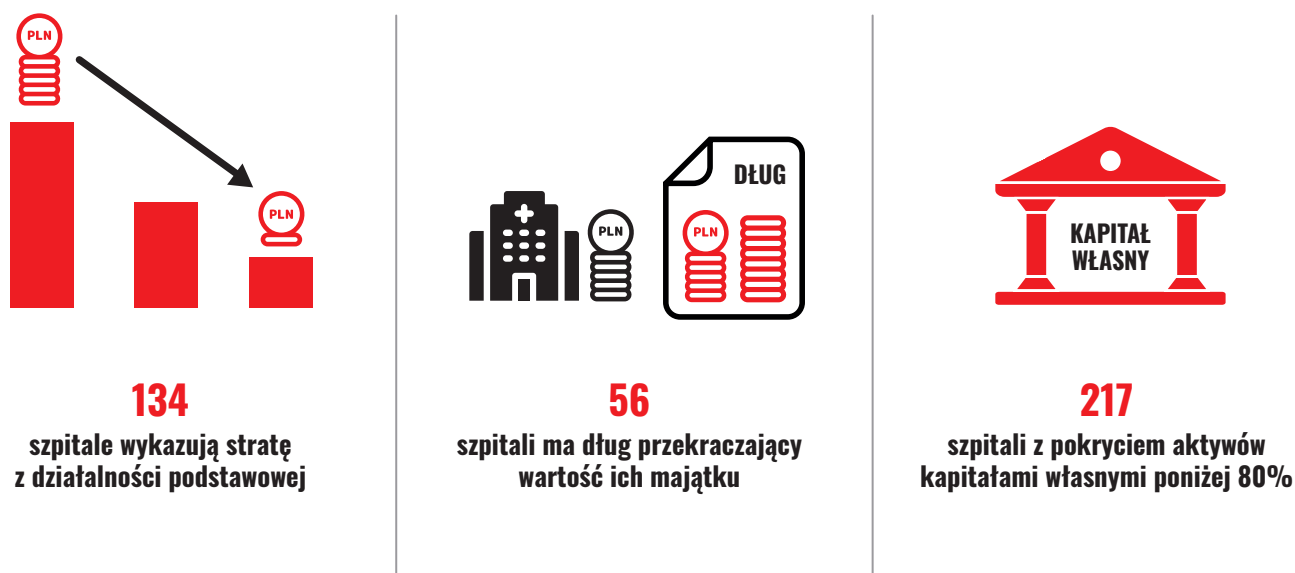


Większość analizowanych szpitali (204 jednostki) utrzymywała udział zobowiązań wymagalnych w relacji do zobowiązań ogółem na poziomie poniżej 25%, co świadczy o względnej stabilności finansowej tych placówek. W 14 szpitalach wskaźnik ten znajdował się w przedziale 25%-50%, co może wskazywać na narastające problemy z wypłacalnością i ryzyko opóźnień w regulowaniu zobowiązań. Tylko jedna jednostka odnotowała udział zobowiązań wymagalnych przekraczający 50%, co oznacza, że ponad połowa jej zobowiązań była przeterminowana.

Wskaźnik rentowności ogólnej pozostaje alarmujący – aż 138 szpitali odnotowało stratę (wartość wskaźnika poniżej zera), podczas gdy tylko jedna placówka przekroczyła próg 25%. Świadczy to o chronicznej nierentowności większości jednostek.

Podobnie wskaźnik rentowności aktywów (ROA) potwierdza nieefektywność operacyjną: 138 szpitali wykazuje wartość ujemną, a jedynie 3 osiągnęły wynik powyżej 20%. Większość pozostałych szpitali utrzymuje się w niskim przedziale tego wskaźnika, poniżej 10%, co oznacza, że generują niewielki zysk względem zaangażowanego majątku.

Infografika 5. Szpitale na krawędzi wypłacalności



Rentowność sprzedaży również znajduje się na niskim poziomie: 134 szpitale wykazały stratę operacyjną z podstawowej działalności. Tylko jedna placówka osiągnęła wskaźnik przekraczający 20%.

Rentowność kapitału własnego (ROE), będąca istotnym miernikiem opłacalności działalności z punktu widzenia właściciela (w tym przypadku – samorządu), także jest niepokojąca – 57 szpitali osiągnęło wartość ujemną, a tylko 45 z 219 szpitali przekroczyło próg 50%.

Wskaźnik ogólnego zadłużenia wskazuje, w jakim stopniu aktywa szpitali finansowane są długiem: w 34 placówkach przekracza wartość 100% (czyli ich zobowiązania przewyższają aktywa), w tym w 8 szpitalach jest wyższy niż 200%, co oznacza krytyczne ryzyko utraty wypłacalności.

Aż 217 z 219 szpitali ma wskaźnik pokrycia aktywów kapitałami własnymi poniżej 80%, co oznacza, że znaczna część ich majątku finansowana jest z zobowiązań. Tylko 2 jednostki mieszczą się w przedziale 80%–120%, a żadna nie osiąga bezpiecznego poziomu powyżej 120%. To świadczy o bardzo słabej kondycji kapitałowej sektora.

34 szpitale (czyli ponad 15%) mają wskaźnik zadłużenia kapitałów własnych przekraczający 200%, co oznacza, że ich zobowiązania dwukrotnie przewyższają wartość posiadanych kapitałów. To bardzo niebezpieczny sygnał dla stabilności finansowej. Kolejne 22 jednostki mają zadłużenie między 100% a 200%, natomiast 163 szpitale utrzymują się poniżej progu 100%.

Wszystkie 219 szpitali wykazuje wskaźnik rentowności działalności operacyjnej poniżej 30%, co oznacza całkowity brak efektywności finansowej tego sektora. Brak choćby jednego szpitala z wyższym wskaźnikiem wskazuje na głęboki, systemowy problem niedofinansowania i niewystarczających przychodów względem kosztów.

Zaprezentowane wskaźniki potwierdzają że znaczna część szpitali powiatowych działa w warunkach trwałej nierentowności i wysokiego zadłużenia. Utrzymujące się wysokie zadłużenie, niski udział kapitałów własnych w finansowaniu działalności oraz brak rentowności operacyjnej jednoznacznie wskazują na potrzebę pilnych działań systemowych – głównie w zakresie zmian modelu finansowania.

Copyright by
Związek Powiatów Polskich



Warto wiedzieć więcej
Analizy samorządowe



ZWIĄZEK
POWIATÓW
POLSKICH

ISSN 2657-8638

Wydawca:
Związek Powiatów Polskich
Pałac Kultury i Nauki (27 piętro, pokój 2704)
00-901 Warszawa, Plac Defilad 1
tel. +48 22 656 63 34
e-mail: biuro@zpp.pl
www.zpp.pl