

**Marek Gajewski**

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

---

## SYSTEM KONTRAKTOWANIA I ROZLICZEŃ Z NARODOWYM FUNDUSZEM ZDROWIA A PŁYNNOŚĆ FINANSOWA PODMIOTÓW LECZNICZYCH

---

**Streszczenie:** W artykule opisane są zasady rozliczeń finansowych pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a podmiotami leczniczymi. Opisany mechanizm dokonywania płatności może być wykorzystany przez kadre zarządzającą podmiotami leczniczymi do efektywniejszego wykorzystania lub dokładniejszego prognozowania stanu środków finansowych. Zaprezentowane tu czynniki wpływające na płynność finansową są również istotne dla podmiotów zewnętrznych dokonujących oceny sprawności działania podmiotów leczniczych.

**Słowa kluczowe:** płynność finansowa, rozliczenia, opieka zdrowia.

### 1. Wstęp

Obecna sytuacja finansowa podmiotów leczniczych jest złożona. Istnieją placówki, które funkcjonują sprawnie, dokonują nowych inwestycji, rozwijają się. Jednocześnie są podmioty, których zadłużenie zwiększa się, a kondycja finansowa ulega pogorszeniu [Dotkuś 2006, s. 155; Durbajło-Morowiec 2009, s. 47]. Organy założycielskie podejmują decyzje o ich likwidacji, sprzedaży, zmianie struktury własności.

Obecnie w dużej części świadczenia zdrowotne udzielane są w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Równocześnie powstaje sektor prywatnych usług medycznych, oferujący system abonamentowy, przy którym pacjenci płacą określoną kwotę miesięcznie i mogą korzystać z określonej grupy świadczeń. Prywatne świadczenia zdrowotne są również oferowane jako dodatek do wynagrodzeń dla pracowników czy określonej grupy klientów. W sektorze komercyjnym otrzymanie świadczenia zdrowotnego uwarunkowane jest wcześniejszą zapłatą. Natomiast w sektorze publicznym płatności za wykonanie świadczeń zdrowotnych dokonywane są po ich realizacji. Z powodu ich dużej ilości i różnorodności niemożliwe jest dokonywanie indywidualnych rozliczeń. Inne jest źródło finansowania. Środki te nie pochodzą bezpośrednio od pacjentów, lecz są to środki budżetowe, dystrybuowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie złożoności systemu rozliczeń za wykonane świadczenia zdrowotne. Pokazanie mechanizmów planowania na poziomie centralnym (jaka maksymalna ilość środków finansowych może być wydatkowana w danym roku). Determinuje to wysokość zawieranych kontraktów na świadczenia zdrowotne, wielkość możliwych do pozyskania środków finansowych na rynku świadczeń zdrowotnych przez poszczególne podmioty lecznicze, ich sytuację ekonomiczną. Zależność tę widać w dużych podmiotach leczniczych, które zawierają kilka kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia w danym roku [Borowiec 2010]. W obecnym systemie trudne jest planowanie inwestycji, zarządzanie płynnością finansową, a możliwe tylko prognozowanie krótkookresowe. Wynika to z tego, że kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia, a w szczególności zasady rozliczeń finansowych, są zwiernane na okresy roczne.

Wnioski przedstawione w niniejszym artykule zostały sformułowane na podstawie obserwacji, analizy dokumentów, aktów prawnych, a także wywiadów z pracownikami podmiotów leczniczych na Dolnym Śląsku. Autor jest pracownikiem samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

W artykule użyte są określenia „podmiot leczniczy”, „świadczenia zdrowotne” zdefiniowane zgodnie z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>1</sup>. Natomiast w części artykułu dotyczącej podstaw prawnych systemu kontraktowania i rozliczeń używane są określenia zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

## **2. Podstawy prawne systemu kontraktowania i rozliczeń za świadczenia zdrowotne**

Podstawową prawną regulującą system kontraktowania i rozliczeń finansowych za wykonane świadczenia medyczne jest Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W ustawie przedstawiony jest sposób tworzenia planów finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia w odniesieniu do funkcjonującego systemu świadczeń zdrowotnych. Przekłada się to na wartość umów zawieranych z podmiotami leczniczymi, a tym samym na wysokości środków finansowych, które podmioty mogą pozyskać od Narodowego Funduszu Zdrowia w danym roku.

Pierwszym etapem opracowywania planu finansowego jest coroczne przygotowanie przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia projektu ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (świadczeń zdrowotnych)<sup>2</sup>. Następnie prezes przekazuje go, nie później niż do 15 kwietnia, do uzgodnienia Naczelnej

---

<sup>1</sup> Zgodnie z art. 221 ustawa weszła w życie z dniem 1 lipca 2011 r.

<sup>2</sup> W celu zachowania konsekwencji stosowania terminologii w treści artykułu w nawiasach podane są określenia, których źródłem jest ustawa o działalności leczniczej.

Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych i innym podmiotom wymienionym w ustawie.

Projekt podlega uzgodnieniu w trybie negocjacji nie później niż do 31 maja. Następnie jest on przekazywany właściwemu ministrowi do spraw zdrowia. Minister w drodze rozporządzenia określa ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (świadczeń zdrowotnych). Należy zwrócić uwagę, że w przypadku nieuzgodnienia projektu w terminie określonym w ustawie minister sam go ustala.

Na podstawie określonych przez ministra ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (świadczeń zdrowotnych) Narodowy Fundusz Zdrowia może przeprowadzić postępowanie konkursowe ofert lub rokowań i następnie zawierać umowy ze świadczeniodawcami (podmiotami leczniczymi). W przytoczonej ustawie w artykułach od 132 do 161a, w dziale VI, szczegółowo przedstawione są zasady, na jakich wyłania się świadczeniodawców usług medycznych (podmiotów leczniczych).

Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych mają być określone:

- 1) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (świadczeń zdrowotnych),
- 2) warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (świadczeń zdrowotnych),
- 3) wykaz podwykonawców oraz wymagania wobec nich inne niż techniczne i sanitarne, określone w odrębnych przepisach,
- 4) zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami (podmiotami leczniczymi),
- 5) kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy (podmiotu leczniczego),
- 6) zasady rozpatrywania kwestii spornych,
- 7) postanowienie o rozwiązywaniu umowy, które może nastąpić po uprzednim, nie krótszym niż 3 miesiące, okresie wypowiedzenia, chyba że strony postanowią inaczej,
- 8) postanowienie o karze umownej w przypadku niezastosowania terminu i trybu określonych w pkt 7.

Należy zwrócić uwagę, że w umowie mają być określone zasady rozliczeń pomiędzy świadczeniodawcą (podmiotem leczniczym) a Narodowym Funduszem Zdrowia. Zatem jeśli ma być właściwie analizowany system rozliczeń za wykonane świadczenia zdrowotne konieczna jest znajomość trybu ustalania projektu ogólnych warunków umów oraz wyłaniania świadczeniodawców (podmiotów leczniczych).

Narodowy Fundusz Zdrowia może zawierać umowy, ustalać okresy finansowania do limitu środków, którymi dysponuje w danym roku. Dlatego kwota środków finansowych obecnych w systemie opieki zdrowotnej w danym roku wyznacza ilość i rodzaj zawartych umów przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze świadczeniodawcami (podmiotami leczniczymi).

Ważnym aspektem jest jawność umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia została zamieszczona informacja o zawartych umowach na rok bieżący i lata poprzednie. Każdy świadczeniodawca usług medycznych (podmiot leczniczy) oraz pacjenci-świadczeniobiorcy, docelowo korzystający z usług medycznych, mogą uzyskać następujące dane o każdej zawartej umowie: maksymalna kwota zobowiązania funduszu, rodzaj, liczba i cena zakupionych świadczeń zdrowotnych oraz maksymalna kwota zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy (podmiotu leczniczego) wynikająca ze wszystkich zawartych umów.

W tabeli 1 przedstawione są informacje o umowach zawartych przez Narodowy Fundusz Zdrowia z wybranymi świadczeniodawcami (podmiotami leczniczymi).

**Tabela 1.** Informacje o umowach zawartych przez Narodowy Fundusz zdrowia dla wybranych podmiotów leczniczych w województwie dolnośląskim w latach 2009-2011

Lp.	Nazwa podmiotu leczniczego	Miasto	Sumaryczna kwota zobowiązań NFZ (w tys. zł)		
			2009 r.	2010 r.	2011 r.
1	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Powiatowe Centrum Zdrowia w Kowarach	Kowary	14 117	13 645	12 676
2	Powiatowe Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze Sp. z o.o. NZOZ Szpital Powiatowy	Kamienna Góra	13 891	13 232	13 249
3	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Mikulicz”	Świebodzice	12 086	12 203	11 840
4	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny MSWiA	Jelenia Góra	7 629	8 406	8 887
5	Akademicki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	Wrocław	151 444	151 091	147 466
6	Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej	Wrocław	10 779	9 815	7 179

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6.03.2011 r. ([www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl)).

W tabeli 1 przedstawione są wielkości maksymalnych kwot zobowiązań Narodowego Funduszu Zdrowia, czyli najwyższe kwoty, które świadczeniodawcy (podmioty lecznicze) mogą otrzymać za wykonane świadczenia zdrowotne w danym roku. Należy zwrócić uwagę, że dane z lat 2010 i 2011 mogą się zmienić. Będzie to następstwem między innymi podpisania aneksów, ugód do umów. Świadczeniodawcy (podmioty lecznicze) mogą porozumieć się w zakresie rozliczeń za świadczenia zdrowotne wykonane ponad ustalony limit. Ponadto kwoty z przedstawionych umów na 2011 rok nie obejmują całego roku. Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowy na okres krótszy niż rok, np. na 6 miesięcy. Po zawarciu kolejnej umowy, na pozostałą część 2011 roku, kwota maksymalnego zobowiązania będzie skorygowana.

Analizując czynniki wpływające na zmienność wartości kontraktów rocznych, należy zwrócić uwagę, że determinują one również wysokość otrzymanych środków finansowych. Zatem nie jest znana z wyprzedzeniem ostateczna kwota, jaką mogą pozyskać świadczeniodawcy usług opieki zdrowotnej (podmioty lecznicze) w ramach kontraktów w danym roku.

Na wskazane czynniki zmiany rocznych kwot kontraktów nakładają się dodatkowe aspekty. Świadczeniodawcy (podmioty lecznicze) mają obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku zagrożenia życia pacjentów. Nie można zaniechać tego nawet, gdy wyczerpane są limity, jest przekroczona ustalona w umowie z Funduszem kwota za świadczenia medyczne. W takiej sytuacji świadczeniodawcy (podmioty lecznicze), po udzieleniu świadczeń zdrowotnych ratujących życie, otrzymują dodatkowe środki finansowe.

Wątpliwości mogą budzić sytuacje, gdy życie pacjentów nie jest bezpośrednio zagrożone, ale odkładanie leczenia w czasie negatywnie odbija się na ich jakości życia, mogą również nastąpić dalsze powikłania chorobowe.

Trudno jest podejmować decyzje w takich okolicznościach. Czy odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego, ponieważ limit kontraktów został wyczerpany w danym roku, czy jednak udzielać świadczeń, a na następnie dążyć do podpisywania porozumienia z Narodowym Funduszem Zdrowia lub dochodzić zapłaty na drodze sądowej?

Jeśli w danym regionie jest jeden podmiot leczniczy, to można przypuszczać, że będą udzielane świadczenia pomimo wyczerpania limitu zakontraktowanych usług. Pacjenci często nie mają innej alternatywy. Chociaż można użyć argumentu, że podmiot leczniczy, będący głównym świadczeniodawcą na danym terenie, może stanowić ceny za swoje usługi na wyższym poziomie. W poszczególnych podmiotach leczniczych mogą być podejmowane różne decyzje dotyczące ilości i zakresu świadczeń zdrowotnych. Zatem można stwierdzić, że na funkcjonowanie świadczeniodawców (podmiotów leczniczych), które odzwierciedlone jest w kształtowaniu się płynności finansowej, będzie miało wpływ również najbliższe otoczenie, w jakim funkcjonuje dany podmiot.

### 3. Weryfikacja przez Narodowy Fundusz Zdrowia poziomu realizacji udzielonych świadczeń zdrowotnych

Otrzymanie środków finansowych przez świadczeniodawcę (podmiot leczniczy) za wykonane świadczenia zdrowotne zawsze poprzedza weryfikacja ich wykonania i akceptacja przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Po zakończeniu tego etapu możliwe jest złożenie dokumentów zobowiązaniowych (faktur, rachunków) przez podmioty lecznicze do zapłaty przez Fundusz. Po upływie okresu rozliczeniowego podmioty lecznicze przesyłają informacje o udzielonych świadczeniach zdrowotnych. Wymiana danych odbywa się elektronicznie. Zasady ich sporządzania i przekazywania regulują komunikaty i zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, które są publikowane na stronie internetowej Funduszu<sup>3</sup>.

Narodowy Fundusz Zdrowia dokonuje weryfikacji otrzymanych danych. Są one również porównywane z bazą danych w Funduszu. Sprawdzane jest, czy osoba udzielająca świadczenia zdrowotnego ma kwalifikacje, uprawnienia do tego i czy została wykazana w odpowiednich rejestrach, np. lekarzy specjalistów. Weryfikacji podlega również to, czy pacjent ma prawo do otrzymania świadczenia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Weryfikowane jest też to, czy ilość wykonanych świadczeń zdrowotnych nie przekracza ustalonego w umowie limitu w części przypadającej na dany okres rozliczeniowy.

Od początku 2011 r. nastąpiła zmiana z dwufazowego na jednofazowy system weryfikacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych dotyczących udzielonych świadczeń zdrowotnych.

W obecnym systemie jednofazowym świadczeniodawca (podmiot leczniczy) przygotowuje dane do rozliczenia, przesyła je do Narodowego Funduszu Zdrowia do weryfikacji, otrzymuje natomiast komunikat o uznanych świadczeniach i kwotach do zapłaty.

Modyfikacja ta została wprowadzona m.in. w celu unifikacji procesu rozliczeń, uproszczenia i skrócenia procesu rozliczenia, jego automatyzacji, poprawy jakości danych w systemach informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia. Obecnie trudno ocenić, czy te założenia zostały spełnione. Okres funkcjonowania nowego

---

<sup>3</sup> Komunikat w sprawie modyfikacji systemów informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia dostosowania komunikatów szczegółowych XML do wymagań wynikających z wprowadzenia od 1 stycznia 2011 r. modelu naliczania świadczeń do zapłaty po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia i związanej z tym likwidacją II fazy rozliczeń. Zarządzenie nr 72/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2010 r. w sprawie określenia szczegółowego komunikatu XML dotyczącego przekazywania w postaci elektronicznej danych zawartych w rachunku i komunikatu XML dotyczącego rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Zarządzenie nr 47/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2010 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy) oraz rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (II fazy). Opublikowane na stronie internetowej [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl).

modelu jest zbyt krótki, by go ocenić i porównać z poprzednim, który wcześniej obowiązywał.

Do sprawnego przeprowadzenia rozliczenia za wykonanie usług medycznych po zakończeniu okresu rozliczeniowego świadczeniodawcy (podmioty lecznicze) powinni dysponować odpowiednim zapleczem technicznym.

Warto zwrócić uwagę na postępującą informatyzację sektora medycznego na Dolnym Śląsku. Przykładem może być realizacja projektu „Dolnośląskie e-Zdrowie” o wartości ponad 29 milionów złotych, w ramach którego utworzono konsorcjum składające się z 19 uczestników – podmiotów leczniczych z Dolnego Śląska. Projekt miał na celu utworzenie elektronicznych rekordów z danymi medycznymi pacjentów. Odnowione zaplecze techniczne pozwoli także na sprawniejsze przygotowywanie danych do rozliczenia przy mniejszych nakładach i przedstawienia ich do autoryzacji Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Więcej informacji o projekcie dostępnych jest na stronie internetowej <http://www.dolnoslaskieezdrowie.pl>.

#### **4. Realizacja zobowiązań Narodowego Funduszu Zdrowia**

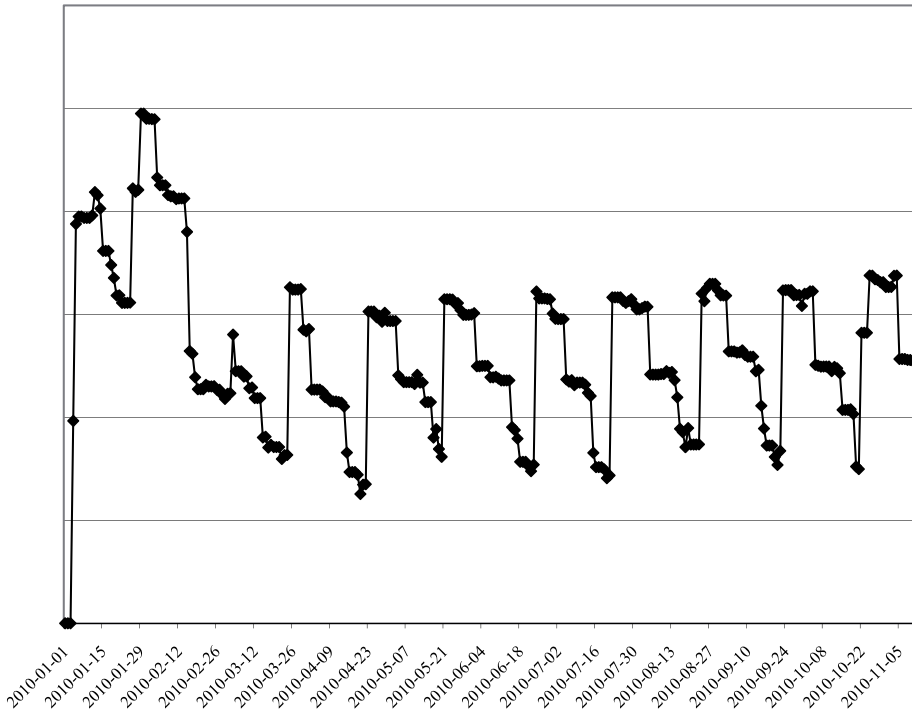
Podmioty lecznicze otrzymują środki finansowe od Narodowego Funduszu Zdrowia po dokonaniu rozliczenia zgodnie z wymogami określonymi przez Fundusz. Gdy są ustalone kwoty, do rozliczenia mogą być przedstawione faktury (rachunki) w wersji papierowej do zapłaty w terminach uzgodnionych w umowie. Często w przypadku danego podmiotu leczniczego Narodowy Fundusz Zdrowia jest głównym, a nawet jedynym nabywcą świadczeń zdrowotnych. Stanowi on również główne źródło środków finansowych. Gdy jest kilku nabywców świadczeń zdrowotnych, to zapisy w ewidencji księgowej powinny umożliwiać dokonania analizy rozliczeń według poszczególnych płatników [Hass-Symotiuł (red.) 2010, s. 421].

Z praktyki wiadomo, że przygotowanie danych do rozliczenia i ich weryfikacja poprzedzająca wystawienie dokumentów zobowiązaniowych zajmuje kilka dni roboczych. Płatność dokonywana jest w okresie ustalonym w umowie – przeważnie w ciągu 14 dni. Zatem ostatecznie środki finansowe są do dyspozycji podmiotów leczniczych w III dekadzie następnego miesiąca po wykonaniu świadczeń zdrowotnych.

Na rysunku 1 przedstawiony jest stan środków finansowych podmiotu leczniczego – samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej – na rachunku bankowym w okresie 9 miesięcy. Dla zachowania poufności danych nie podano nazwy podmiotu. Wartości na osi rzędnych to rzeczywisty stan środków pieniężnych na rachunkach bankowych. Na osi odciętych zaznaczono dni, dla których podano łączne stany środków na rachunkach bankowych wybranego podmiotu.

Na początku roku widoczne są zmiany stanu środków pieniężnych. Wynika to ze zmiany kwot łącznych limitów umów o świadczenia medyczne w wyniku zawieranych ugód i dokonywanych za nie płatności.





**Rys. 1.** Stany środków finansowych na rachunku bankowym wybranego podmiotu leczniczego

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych z podmiotu leczniczego.

Po pierwszym kwartale można zaobserwować występowanie cyklu miesięcznego dotyczącego prawidłowości zmian stanu środków pieniężnych. Płatności są związane z bieżącym udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Widać regularne wzrosty stanu środków pieniężnych, co związane jest z otrzymaniem płatności od Narodowego Funduszu Zdrowia. Spadki stanu środków pieniężnych pokrywają się z realizacją zobowiązań wynikających z płatnością wynagrodzeń oraz zobowiązań podatkowych, składek ZUS. Wynagrodzenia stanowią istotną część kosztów działalności operacyjnej wybranego podmiotu leczniczego, w którym dokonano obserwacji. Na wykresie można precyzyjnie wskazać dni, w których następuje duży spadek środków pieniężnych. Występują one 5 dnia miesiąca oraz 20 dnia miesiąca. Wiąże się to z wypłatą wynagrodzeń pracownikom oraz zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych od wypłaconych wynagrodzeń. W 15. dniu miesiąca spadek stanu środków pieniężnych jest wynikiem zapłaty składek do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

W podmiotach leczniczych koszty wynagrodzeń mają duży udział w kosztach działalności. Wypłata zobowiązań z tego tytułu jest widoczna na rysunku. Dla poszczególnych podmiotów leczniczych można wskazać kolejne grupy kosztów, zwią-



zanych z nimi wydatków i określać ich wpływ na płynność finansową. Mogą to być między innymi zobowiązania bieżące z tytułu: zakupu materiałów medycznych, zleceń wykonania badań medycznych jednostkom zewnętrznym, zaliczek na podatek dochodowy, wpłat podatku od towarów i usług. Można również dokonywać podobnej analizy, uwzględniając ponoszenie wydatków inwestycyjnych, a także rozważyć różne warianty dokonywania realizacji dużych inwestycji, łącznie z utworzeniem osobnego podmiotu powiązanego do jej realizacji, który ma pełne prawo do odliczeń podatku naliczonego od towarów i usług. Ten temat może być przedmiotem dyskusji w oddzielnym artykule.

## 5. Podsumowanie

Na płynność finansową podmiotów leczniczych wpływa specyfika systemu kontraktowania oraz systemu rozliczeń.

Analiza wskaźników płynności finansowej, jak [Ćwiąkała-Małys, Nowak 2009]: płynności bieżącej (aktywa obrotowe/zobowiązania krótkoterminowe), wielkość optymalna 1,2-2; – szybkiej płynności [(gotówka + papiery wartościowe + należności) / zobowiązania], wielkość optymalna ok. 1; – płynności natychmiastowej (środki pieniężne / zobowiązania bieżące), wielkość standardowa 0,1-0,2; a także wskaźniki rotacji należności, zobowiązań, zapasów są niezbędnym elementem analizy danych przedstawionych w sprawozdaniach finansowych, sporządzanych i publikowanych przez podmioty lecznicze. W podanym przykładzie w artykule stany środków pieniężnych na początku / końcu miesiąca są najwyższe. W poszczególnych miesiącach dochodzi do spadku, a następnie wzrostu. Dokonując analizy na podstawie danych na końcu poszczególnych okresów sprawozdawczych, należy zwracać uwagę na zdarzenia, które występują w trakcie okresów sprawozdawczych, pomiędzy dniami, na które są generowane sprawozdania. Osoby zarządzające podmiotami leczniczymi powinny zwracać na to uwagę zarówno przy finansowaniu bieżącej działalności, jak i przy planowaniu inwestycji w przyszłości.

Podmioty z zewnątrz, dokonujące oceny płynności podmiotów leczniczych, nie powinny dokonywać analizy wyłącznie na podstawie danych rocznych czy miesięcznych. Aby mieć prawdziwy i rzetelny obraz, w tym przykładzie dla stanów środków pieniężnych i ich zmian należy dokonywać analizy na poziomie danych tygodniowych, dziennych.

Jeżeli dane o takim stopniu szczegółowości nie będą udostępnione przez podmiot leczniczy, można dokonać wstępnej weryfikacji, czy są problemy z zachowaniem płynności na podstawie innych danych. Może to być terminowość regulowania zobowiązań publicznoprawnych, wysokość zobowiązań wymagalnych na wskazany dzień, np. przed otrzymaniem płatności od Narodowego Funduszu Zdrowia. Innym obszarem kontrolnym może być wysokość zapłaconych odsetek, kar umownych kontrahentom za nieterminowe regulowanie zobowiązań. Jest to zbiór otwarty. Wychwycenie ewentualnych nieciągłości w płynności finansowej może stanowić rezultat analizy innych danych.

Zaleca się zwrócenie uwagi na sprawność wdrażania nowych rozwiązań przez podmioty lecznicze przy zmianie warunków rozliczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Dotyczy to w dużej części aktualizacji systemu informatycznego, poszczególnych jego modułów, tak aby zmiana aplikacji w jak najmniejszym stopniu wpływała na zakłócenie pracy innych modułów [Trocki 2003, s. 171]. W skrajnym przypadku przy wprowadzeniu zmian w dokonywaniu rozliczeń dany podmiot nie dokona terminowo rozliczenia za wykonane świadczenia zdrowotne. Nie otrzyma środków finansowych na regulowanie bieżących zobowiązań, a jego dalsze funkcjonowanie może być zagrożone.

## Literatura

- Borowiec L., *Kontraktowanie usług medycznych jako źródło finansowania służby zdrowia na przykładzie CSK MSWi*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 123, Rachunkowość a Controlling, Wrocław 2010.
- Ćwiakła-Małys A., Nowak W., *Wybrane metody pomiaru efektywności podmiotu gospodarczego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2009.
- Dotkuś W., *Pomiar zadłużenia w publicznych zakładach opieki zdrowotnej województwa dolnośląskiego*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2006.
- Durbajło-Morowiec M., *Wyznaczniki wartości zakładu opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2009.
- Hass-Symotiuk M. (red.), *Rachunkowość. System informacji finansowych Zakładów Opieki Zdrowotnej*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010.
- Trocki M. (red.), *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej, Instrumenty zarządzania zakładami opieki zdrowotnej*, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2003.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, DzU nr 112, poz. 654 ze zm.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU z 2008, nr 164, poz. 1027 z późn. zm.

## Źródło internetowe

[www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl).

## THE INFLUENCE OF NATIONAL HEALTH FUND'S CONTRACTING AND SETTLEMENTS SYSTEM ON FINANCIAL LIQUIDITY OF MEDICAL ESTABLISHMENTS

**Summary:** The paper presents rules of financial settlements between National Health Fund and medical establishments. The described settlements method can be used by medical companies' managers for more effective financial management and better liquidity forecasting. Moreover, factors affecting financial liquidity of medical establishments presented here are useful also for external entities that are supposed to analyze medical establishments' performance.