

Marta Cholewa-Wiktor

Politechnika Lubelska

EFEKTYWNOŚĆ W SZPITALACH PUBLICZNYCH

Wprowadzenie

Przekształcenia polityczne w Polsce spowodowały także zmiany w sposobie funkcjonowania i oceny systemu opieki zdrowotnej. Obecnie niewystarczające jest samo osiąganie wyznaczonych celów polityki zdrowotnej, ważny jest także sposób ich osiągania. Świadomość ograniczonych zasobów, zwłaszcza finansowych, powoduje, iż coraz większego znaczenia nabiera efektywność podejmowanych działań. Menedżerowie szpitali muszą zatem realizować powierzoną im działalność zgodnie z zasadami racjonalności, które są podstawą funkcjonowania w gospodarce rynkowej. Jednakże poza wynikami ekonomicznymi, które są głównym miernikiem efektywności w biznesie, w jednostce służby zdrowia konieczna jest także realizacja powierzonych jej celów społecznych (dotyczących najwyższej wartości jaką jest życie i zdrowie człowieka).

Celem artykułu jest przedstawienie pojęcia efektywności oraz jego wielowymiarowości w opiece zdrowotnej. Zaprezentowano wybrane metody oraz wskaźniki oceny efektywności zarządzania publicznym zakładem opieki zdrowotnej.

1. Pojęcie efektywności w opiece zdrowotnej

W literaturze przedmiotu istnieje wiele definicji efektywności. Najczęściej pojęcie to związane jest z oceną działalności podmiotu bądź jego części składowej i stanowi relację „[...] efektów i nakładów ujmowaną albo na zasadzie różnicy, albo ilorazu”¹. Tak sformułowana definicja efektywności bezpośrednio odnosi się do zasady racjonalnego gospodarowania, wyrażonej w obszarach:

¹ *Podstawy nauki o przedsiębiorstwie*. Red. J. Lichtarski. Akademia Ekonomiczna im. Oskara Langego, Wrocław 2005, s. 93.

- wydajnościowym – oznaczającym maksymalizację efektów,
- oszczędnościowym – oznaczającym minimalizację nakładów².

Z kolei P. Drucker twierdził, że na efektywność pracy kierownika składa się jego sprawność (robienie rzeczy w sposób właściwy) i skuteczność (robienie rzeczy właściwych)³. Definicja ta jest zbieżna z twierdzeniem H. Emmersona, który zauważył, że „[...] efektywność to robienie właściwych rzeczy we właściwy sposób”⁴. Omawiając pojęcie efektywności warto także zwrócić uwagę na jej wielowymiarowy charakter. Według M. Holstein-Beck pojęcie efektywności podlega ciągłej ewolucji i obejmuje takie aspekty jak techniczno-ekonomiczny, biurokratyczno-organizacyjny czy osobowościowy i behawioralny⁵. Na podstawie prac naukowych dotyczących efektywności autorka wyróżniła następujące kategorie pojęciowe:

- sprawność (według T. Kotarbińskiego),
- wydajność (według H. Emersona),
- kompetencyjność (w ujęciu M. Webera),
- funkcjonalność (w ujęciu R. Beckharda),
- komunikatywność (w ujęciu D. Lawlessa),
- moralność (w ujęciu K. Obuchowskiego i B.K. Scanlana)⁶.

Teorię wieloaspektowości efektywności rozwija także M. Bielski, który twierdzi, że wielowymiarowość pojęcia oznacza także możliwość stosowania wielu kryteriów oceny mających charakter ilościowy oraz jakościowy⁷. Autor jest twórcą modelu oceny efektywności, w którym wyróżnia następujące wymiary: rzeczowy, ekonomiczny, systemowy, „polityczny” (związany z relacją z otoczeniem), polityczny (obejmujący panujący w danym kraju ład społeczno-polityczny), kulturowy i behawioralny⁸.

Efektywność opieki medycznej definiuje amerykańskie Narodowe Forum Jakości (*National Quality Forum*) jako „[...] miarę kosztów składających się na opiekę lub nakłady wykorzystane do uzyskania określonego jej poziomu”⁹. Powyższą definicję rozwijają Palmer i Torgerson z Uniwersytetu w York, według

² R. Matwiejczuk: *Efektywność – próba interpretacji*. „Przegląd Organizacji” 2000, nr 11, s. 27.

³ R. Niestroj: *Zarządzanie przedsiębiorstwem XXI wieku*. Akademia Ekonomiczna, Kraków 2002, s. 127.

⁴ K. Dubas: *Problematyka efektywności w ochronie zdrowia- znaczenie i metody pomiaru*. „Problemy Zarządzania” 2011, Vol. 9, nr 3, s. 104.

⁵ Ibid., s. 103.

⁶ E. Marcinkowska: *Outsourcing w zarządzaniu szpitalem publicznym*. Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010, s. 75.

⁷ *Podstawy nauki...*, op. cit., s. 94.

⁸ Ibid.

⁹ J. Suchecka, K. Owczarek: *Mierniki efektywności usług zdrowotnych w amerykańskim systemie opieki zdrowotnej*. „Problemy Zarządzania” 2011, Vol. 9, nr 3, s. 79.

których efektywność opieki medycznej to: „[...] relacja pomiędzy nakładami (koszty w postaci pracy, kapitału i sprzętu) albo do wyników pośrednich (liczba wyleczonych, czas oczekiwania na zabieg itp.), albo do wyników końcowych (liczba pacjentów uratowanych od śmierci, przedłużonych lat życia, czasu wolnego od objawów choroby itp.)¹⁰.

Omówiona wielowymiarowość pojęcia efektywności przekłada się także na wielorakość kategorii tego terminu i jego oceny w służbie zdrowia. Efektywność w tym przypadku rozpatrywać można ze względu na trzy obszary widzenia:

- podmiotu oceniającego, którym może być: społeczeństwo, dostawcy usługi, pośrednicy oraz odbiorcy usług medycznych,
- produktu, czyli pojedynczej usługi, pakietów usług w ramach jednego podmiotu (np. szpitala) lub pakietów usług pokrewnych świadczonych przez kilka podmiotów,
- nakładów: fizycznych (np. praca personelu medycznego) oraz finansowych (np. koszty leków, płace, opłaty)¹¹.

W tym przypadku efektywność rozpatrywana jest zależnie od podmiotu oceniającego (inne kryteria stosują dostawcy, a inne pacjenci), przy czym społeczeństwo traktuje efektywność opieki medycznej jako całość, zwracając uwagę na to, aby żadna grupa nie miała lepszej sytuacji kosztem innej.

2. Kategorie efektywności w ochronie zdrowia

Z istnieniem licznych perspektyw oceny efektywności związane jest różnicowanie wielu wymiarów tego pojęcia. Do podstawowych kategorii efektywności w ochronie zdrowia można zaliczyć efektywność: alokacyjną (zwaną także efektywnością Pareta) i techniczną¹². Efektywność alokacyjna odnosi się do „[...] oceny efektów, ich rozkładu w strukturze przestrzennej i społecznej w relacji do ponoszonych nakładów”¹³. Założeniem tej kategorii efektywności jest twierdzenie o ograniczonych zasobach, które należy rozdysponować tak, aby przyniosły jak najlepsze wyniki zdrowotne całemu społeczeństwu. W efekcie efektywność alokacyjna zależy od decyzji podmiotów odpowiedzialnych za rozmieszczenie środków w systemie zdrowotnym. W Polsce do podmiotów tych można zaliczyć: płatników, kontraktujących świadczenia zdrowotne, instytucje

¹⁰ Ibid., s. 80.

¹¹ Ibid.

¹² *Zarys Systemu Ochrony Zdrowia. Polska 2012*. Red. S. Golinowska. NFZ, Warszawa 2012, s. 198.

¹³ Ibid.

realizujące te świadczenia oraz organizacje regulujące¹⁴. Przyjmuje się, że osiągnięcie efektywności alokacyjnej następuje w momencie, gdy „[...] sytuacja danej jednostki nie może być polepszona bez pogorszenia sytuacji innej jednostki”¹⁵. W ten sposób dąży się do maksymalizacji korzyści zdrowotnych dla całej populacji (mierzonych takimi wskaźnikami, jak np. przeciętna długość życia, przeciętne trwanie życia w zdrowiu), a nie dla wybranej grupy społecznej. Celem tej kategorii efektywności jest uzyskanie odpowiedzi na pytania dotyczące sposobu rozmieszczenia posiadanych zasobów, a więc np. jakie typy świadczeń zdrowotnych, jednostek chorobowych, pacjentów czy podmiotów powinny być finansowane?

Efektywność techniczna oznacza „[...] wytworzenie określonej liczby usług przy możliwie najmniejszym nakładzie, lub wytworzenie jak największej liczby usług przy określonym nakładzie”¹⁶. Odnosi się zatem najczęściej do weryfikacji efektywności działania poszczególnych podmiotów zdrowotnych, do oceny, w jaki sposób dana jednostka gospodaruje posiadanymi zasobami (personalem, sprzętem technicznym, infrastrukturą, materiałami i narzędziami, środkami finansowymi itp.). Ten rodzaj efektywności mierzony jest za pomocą wielu wskaźników, wśród których najbardziej powszechne są:

- oceniające stopień wykorzystania posiadanych zasobów, np. wykorzystanie łóżek szpitalnych, średni czas pobytu pacjenta na oddziałach szpitalnych,
- określające wielkość posiadanych zasobów na pacjenta(ów), czy świadczenie, np. liczba lekarzy i pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców, liczba łóżek szpitalnych, posiadane technologie.

Oczywiście, aby móc prawidłowo określić efektywność techniczną za pomocą wskaźników, konieczne jest dokonanie porównania z wzorcem lub innymi jednostkami (np. na zasadzie benchmarkingu)¹⁷. Wynika to z faktu, iż dbałość o uzyskanie jak najlepszych wskaźników nie może odbywać się kosztem pogorszenia jakości usługi, np. nie można skracać czasu pobytu pacjenta na oddziale szpitalnym poniżej czasu koniecznego do prawidłowej hospitalizacji. Przykładowe wskaźniki pozwalające ocenić efektywność techniczną za 2010 rok dla Polski oraz wybranych krajów przedstawiono w tabeli 1.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ K. Dubas: Op. cit., s. 110.

¹⁶ Ibid., s. 108.

¹⁷ *Zarys Systemu...*, op. cit., s. 199.

Tabela 1

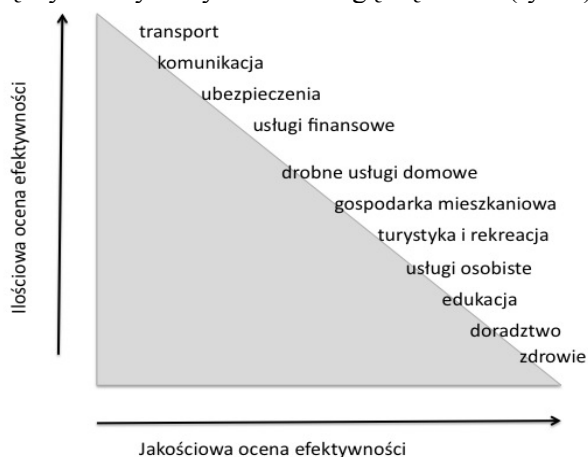
Przykładowe wskaźniki oceny efektywności dla wybranych krajów w 2010 roku

Wskaźnik	Kraj						
	Polska	Niemcy	Anglia	USA	Irlandia	Francja	Hiszpania
Lekarze/dentyści na 1000 mieszkańców	2,2	3,7	2,7	2,4	3,1	3,3	3,8
Pielęgniarki na 1000 mieszkańców	5,3	11,3	9,6	11	13,1	8,5	4,9
Łóżka szpitalne na 1000 mieszkańców	6,6	8,3	3,0	3,1	3,1	6,4	3,2
Łóżka „ostre” na 1000 mieszkańców	4,4	5,7	2,4	2,6	2,3	3,5	2,5
Technologie medyczne (liczba urządzeń na 1 mln mieszkańców):	4,7	10,3	5,9	31,6	12,5	7,0	10,7
– rezonans magnetyczny	14,3	17,7	8,2	34,3	15,6	11,8	15,0
– tomograf							
Średni czas pobytu w szpitalu (w dniach)	6,0	9,5	7,7	4,9	6,1	5,7	6,8

Źródło: OECD Health Data 2012. www.oecd.org/ststistics (20.06.2013).

3. Pomiar efektywności w zakładach opieki zdrowotnej

W podmiotach ochrony zdrowia, podobnie jak w innych organizacjach, do pomiaru efektywności stosowanych jest wiele różnych mierników. Podstawowa klasyfikacja dzieli je na dwie kategorie parametrów: ilościowe i jakościowe. Zazwyczaj do oceny efektywności jednostki z parametrów tych korzysta się w sposób komplementarny. Jednakże w zależności od rodzaju prowadzonej działalności proporcje pomiędzy ich wykorzystaniem mogą się różnić (rys. 1).



Rys. 1. Zależność pomiędzy rodzajami usług a ilościową i jakościową oceną efektywności według J.M. Rathmella

Źródło: B. Ziębicki: *Uwarunkowania oceny efektywności świadczenia usług użyteczności publicznej*. Zeszyty Naukowe. Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Bochnia 2007, nr 6, s. 155.

Ze względu na specyfikę usług świadczonych przez zakłady opieki zdrowotnej do oceny ich efektywności konieczne jest posługiwanie się opisem pozwalającym na wartościowanie badanego zjawiska (ocena jakościowa). Wynika to z faktu, iż stosowanie wyłącznie podstawowych miar ilościowych nie uwzględnia zróżnicowania w jakości czy też skuteczności interwencji medycznych¹⁸. Niemniej jednak w organizacjach służby zdrowia do analizy efektywności często stosuje się wskaźniki ilościowe, które są dość łatwe do zdobycia i w przejrzysty sposób umożliwiają porównywanie poszczególnych podmiotów.

Tradycyjnym wymiarem oceny efektywności jednostek gospodarczych jest rachunek ekonomiczny. Do oceny działalności placówek służby zdrowia zaproponowano następujące wskaźniki finansowe:

- zyskowności (zyskowności netto, zyskowności działalności operacyjnej, produktywności ROI),
- płynności (bieżącej i szybkiej płynności),
- efektywności (rotacji należności, rotacji zobowiązań, rotacji zapasów),
- zadłużenia (ogólnego zadłużenia, obsługi długu, wypłacalności, finansowania majątku trwałego)¹⁹.

Zaproponowana analiza finansowa może stanowić wyłącznie jeden z elementów całościowej analizy efektywności szpitala. Wynika to z dwóch powodów: mierniki finansowe mają charakter wyłącznie wynikowy i odnoszą się do przeszłości (nie uwzględniając przy tym specyfiki działalności czy pojawiających się zmian w otoczeniu)²⁰. Korzystając zatem z analizy ekonomicznej konieczne jest jej uzupełnienie o dodatkowe wskaźniki. Ministerstwo Zdrowia proponuje trzy grupy czynników: strukturalne, rezultatów i procesów²¹. Pierwsza grupa wskaźników dotyczy organizacji podmiotu leczniczego oraz jego możliwości materialnych, jakości budynków, a także zaplecza technicznego i kadrowego. Wskaźniki rezultatów dotyczą natomiast uzyskanych efektów leczniczych, które przekładają się na jakość oferowanych świadczeń, np. średni czas hospitalizacji, zachorowalność, śmiertelność. Ostatnia grupa wyróżnionych wskaźników dotyczy realizowanych przez zakład opieki zdrowotnej procesów, w których ocenie podlega sam przebieg procesu leczenia obejmujący relację pomiędzy pacjentem a personelem szpitala, np. liczba powtórnych hospitalizacji, ilość zakażeń wewnątrzszpitalnych.

¹⁸ R. Jacobs, P.C. Smith, A. Street: *Mierzenie efektywności w ochronie zdrowia*. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, s. 40.

¹⁹ *Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali włączonych do sieci szpitali z 2007 roku*. www.mz.gov.pl (22.08.2013).

²⁰ *Podstawy nauki...*, op. cit., s. 95.

²¹ *Sieć szpitali a polityka jakości w opiece zdrowotnej*. www.mz.gov.pl (24.08.2013).

Ocenę efektywności uwzględniającą jej wielowymiarowy charakter można przeprowadzić uwzględniając następujące obszary:

- wymiar techniczno-ekonomiczny (ocena relacji pomiędzy nakładami, a efektami),
- wymiar prakseologiczny (ocena stopnia spełnienia przez podmiot założonych celów),
- wymiar behawioralny (ocena stopnia zaspokojenia potrzeb pracowników),
- wymiar instytucjonalny (oznacza poziom ogólnego odbioru organizacji przez społeczeństwo),
- wymiar systemowy (ocena zdolności zakładu do rozwoju i przetrwania)²².

Autor powyższego modelu podaje także wiele kryteriów i mierników oceny opisujących poszczególne wymiary, które dzieli w zależności od stopnia szczególności (ogólne oraz główne kryteria i mierniki dla organizacji użyteczności publicznej oraz specyficzne kryteria i mierniki dla danego rodzaju usługi użyteczności publicznej). Wybrane kryteria i mierniki zostały przedstawione w tabeli 2.

Tabela 2

Przykładowe kryteria i mierniki oceny efektywności w organizacji użyteczności publicznej

Wymiar	Kryteria i mierniki oceny efektywności	
	Ogólne	Główne
1	2	3
Techniczno- -ekonomiczny	Rentowność usług	Zyskowność, koszty świadczeń, koszty działalności pomocniczej, poziom finansowania ze środków publicznych, wysokość zadłużenia
	Wielkość świadczeń	Ilość świadczeń danej usługi, dostępność danej usługi
	Produktywność/wydajność	Wydajność pracy, produktywność plac, wyposażenia technicznego i środków trwałych
	Zaplecze techniczne	Wartość wyposażenia, poziom wyposażenia, wartość inwestycji w wyposażenie
Prakseologiczny	Realizacja założonych celów	Dostępność usług, komplementarność usług
	Poziom świadczenia usług	Jakość świadczeń, stopień profesjonalizmu, stopień dostosowania usług do potrzeb klienta
Behawioralny	Poziom motywacji	Fluktuacja, absencja, poziom bezpieczeństwa, zakres samodzielności decyzji pracowniczych
	Klimat organizacyjny	Stopień integracji, liczba konfliktów, zgodność postaw z kulturą organizacyjną

²² B. Ziębicki: *Uwarunkowania oceny efektywności świadczenia usług użyteczności publicznej*. Zeszyty Naukowe. Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Bochnia 2007, nr 6, s. 159.

cd. tabeli 2

1	2	3
Instytucjonalny	Społeczny odbiór	Stabilność organizacji, poziom zaufania społecznego do usługodawcy, ciągłość pracy
	Wsparcie z zewnątrz	Wielkość subwencji, pozycja monopolistyczna, zależność od organów władzy
Systemowy	Rozwój organizacyjny	Wydatki na badania i rozwój, wartość inwestycji, liczba rozwijających się pracowników
	Sprawność systemu zarządzania	Stosowanie nowoczesnych technik zarządzania, posiadanie certyfikatów np. zarządzania jakością

Źródło: B. Ziębicki: *Uwarunkowania oceny efektywności świadczenia usług użyteczności publicznej*. Zeszyty Naukowe. Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Bochnia 2007, nr 6, s. 161-163.

W tabeli 2 przedstawiono ogólne i główne kryteria oceny efektywności dla organizacji publicznej. Warto jednak dodać, że kryteria te mogą być wyrażone za pomocą specjalistycznych wskaźników w zależności od rodzaju ocenianej organizacji. Przykładowo, dla szpitala miarą jakości świadczonych usług może być: ilość zakażeń wewnątrzszpitalnych, liczba zgonów, średni okres pobytu w szpitalu itp.

Ze względu na szczególną rolę pełnioną przez szpital publiczny, jaką jest zaspokojenie potrzeb zdrowotnych ludności, do oceny efektywności jego działania konieczne jest także uwzględnienie oczekiwań jego interesariuszy. Koncepcja *stakeholders* odnosi się do realizacji celów społecznych i oznacza stopień zadowolenia poszczególnych grup interesariuszy z działań placówki (może być on wyrażony za pomocą parametrów jakościowych i ilościowych). Najważniejsze grupy interesariuszy szpitala to: pacjenci, organy założycielskie, płatnicy, organy administracji publicznej, pracownicy i związki zawodowe, dostawcy, usługodawcy media, instytucje finansowe oraz społeczność lokalna²³. Oczywiście niemożliwa jest sytuacja osiągnięcia przez wszystkie grupy interesu wysokiego poziomu satysfakcji, ze względu na fakt, iż oczekiwania niektórych grup są sprzeczne. Konieczne jest zatem wyznaczenie przez badaną jednostkę grup, których opinia jest szczególnie istotna dla szpitala. Pozwoli to na kompleksowe ujęcie oceny – uwzględniające zarówno pierwiastek ekonomiczny, jak i społeczny.

²³ M. Hass-Symotiuk: *System pomiaru i oceny dokonań szpitala*. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 188.

4. Przykład

Ocenie efektywności zarządzania poddano jeden ze szpitali specjalistycznych w województwie lubelskim. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych w systemie hospitalizacji, stacjonarnej pomocy doraźnej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W strukturze placówki wyróżnić można 19 oddziałów (wraz z własnym oddziałem SOR) oraz Zespół Poradni Specjalistycznych. W 2011 roku szpital dysponował ponad 600 łózkami, przy czym wskaźnik ich przelotowości wynosił prawie 43.

Ocena efektywności dotyczyła dwóch płaszczyzn: ekonomicznej oraz społecznej. W pierwszej kolejności dokonano oceny wskaźników finansowych, zaczynając od wyniku finansowego placówki (w opisywanym przykładzie zakład osiągnął zysk na poziomie przekraczającym 900 tys. zł). Dodatkowo wyliczono inne wskaźniki, tj. poziom zadłużenia ogółem (0,99) oraz bieżącej płynności finansowej (1,24). Następnie dokonano oceny stopnia realizacji celów społecznych wyrażonego w zadowoleniu poszczególnych grup interesariuszy, przede wszystkim tych kluczowych dla placówki (byli nimi pacjenci, pracownicy oraz NFZ). Zadowolenie pacjentów badane jest przez placówkę za pomocą: ankiety dotyczącej satysfakcji pacjenta w zakresie przestrzegania praw pacjenta (analiza raz w roku) oraz skarg i wniosków wyrażonych w Karcie Rejestracji Zdarzeń Niepożądanych (analiza dwa razy w roku). Ponadto, dodatkowym atutem placówki była w 2011 roku wysoka jakość świadczonych usług. Wyrażała się ona poprzez: uzyskanie przez placówkę akredytacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia na kolejne 3 lata działalności, posiadanie Zintegrowanego Systemu Zarządzania (ISO 9001:2008, ISO 14001:2004, ISO 27001:2005 oraz PN-N-18001:2004) oraz zajęcia wysokiego miejsca w rankingu szpitali według „Rzeczpospolitej” i CMJ. Warto także wspomnieć, że szpital uczestniczy w projekcie PATH, w którym analizie poddano następujące obszary: efektywność kliniczną, efektywność ekonomiczną, kadry i bezpieczeństwo pracowników, bezpieczeństwo opieki, zarządzanie z uwzględnieniem potrzeb otoczenia oraz orientację na pacjenta. Każdy z obszarów oceniany jest za pomocą odpowiednich wskaźników, np. dla wymiaru kadry i bezpieczeństwo pracowników są to: wydatki na szkolenia, absencja, nadgodziny, ekspozycja zawodowa, rozpowszechnienie palenia tytoniu. Ponadto, szpital bierze udział w programie „Rodzić po ludzku” oraz posiada tytuł „Szpital Przyjazny Dziecku”. Podsumowując, realizacja celów społecznych w przedstawionej placówce wypadła znacznie lepiej niż realizacja celów ekonomicznych. Warto jednak zaznaczyć, iż przedstawione wskaźniki finansowe w 2011 roku poprawiły się w stosunku do lat ubiegłych (pozytywna perspektywa).

Podsumowanie

Problematyka efektywności w ochronie zdrowia jest tematem szczególnie ważnym w dzisiejszych debatach dotyczących uzdrowienia polskiego systemu opieki zdrowotnej. Ciągły niedobór środków potrzebnych na finansowanie systemu zmusza do szczególnej troski o efektywność działań podmiotów leczniczych. Jednakże dokonując oceny efektywności szpitala publicznego należy pamiętać o jego specyficznej roli społecznej dotyczącej najcenniejszego dobra jakim jest zdrowie i życie człowieka. Z tego względu konieczne jest dwoiste spojrzenie na działalność takiej placówki, na które składają się zarówno wyniki ekonomiczne, jak i społeczne. Niezbędne jest zatem uwzględnienie wielowymiarowości efektywności, dokonując analizy w wielu płaszczyznach działalności z perspektywy różnych uczestników systemu.

Bibliografia

- Dubas K.: *Problematyka efektywności w ochronie zdrowia – znaczenie i metody pomiaru*. „Problemy Zarządzania” 2011, Vol. 9, nr 3.
- Hass-Symotiuk M.: *System pomiaru i oceny dokonań szpitala*. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
- Jacobs R., Smith P.C., Street A.: *Mierzenie efektywności w ochronie zdrowia*. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013.
- Marcinkowska E.: *Outsourcing w zarządzaniu szpitalem publicznym*. Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.
- Matwiejczuk R.: *Efektywność – próba interpretacji*. „Przegląd Organizacji” 2000, nr 11.
- Niestrój R.: *Zarządzanie przedsiębiorstwem XXI wieku*. Akademia Ekonomiczna, Kraków 2002.
- OECD Health Data 2012. www.oecd.org/ststistics.
- Podstawy nauki o przedsiębiorstwie*. Red. J. Lichtarski. Akademia Ekonomiczna im. Oskara Langego, Wrocław 2005.
- Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali włączonych do sieci szpitali z 2007 roku*. www.mz.gov.pl
- Sieć szpitali a polityka jakości w opiece zdrowotnej*. www.mz.gov.pl
- Suhecka J., Owczarek K.: *Mierniki efektywności usług zdrowotnych w amerykańskim systemie opieki zdrowotnej*. „Problemy Zarządzania” 2011, Vol. 9, nr 3.

Zarys Systemu Ochrony Zdrowia. Polska 2012. Red. S. Golinowska. NFZ, Warszawa 2012.

Ziębicki B.: *Uwarunkowania oceny efektywności świadczenia usług użyteczności publicznej.* Zeszyty Naukowe. Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Bochnia 2007, nr 6.

EFFICIENCY IN THE PUBLIC HOSPITAL

Summary

The aim of this article is to present the main issues of assessing the effectiveness of hospital management. Basing on the literature review, selected definitions and categories of efficiency in health care were presented. The criteria and measures assessing the effectiveness of health care organization based on the idea of its multidimensionality were discussed.