

**Przemysław Mućko**

Uniwersytet Szczeciński

---

## SYSTEM POMIARU DOKONAŃ SZPITALI W ANGLII

---

**Streszczenie:** W artykule przedstawiono system pomiaru dokonań trustów prowadzących szpitale w Anglii. System, powstały na początku dekady, przypisywał trusty do jednej z czterech kategorii na podstawie oceny podstawowych standardów opieki, stopnia realizacji kluczowych priorytetów i osiągnięcia celów wyznaczonych zrównoważoną kartą wyników. W wyniku stopniowej ewolucji włączono do systemu oceny etap rejestracji jednostki w Komisji ds. Jakości Opieki, dalsze jej elementy dotyczą jakości opieki oraz jakości zarządzania finansami. Cały system ma strukturę wielopoziomową, wykorzystującą bogatą infrastrukturę instytucjonalną brytyjskiego systemu zdrowotnego.

**Słowa kluczowe:** pomiar dokonań, ochrona zdrowia, szpitale, zrównoważona karta wyników

### 1. Wstęp

Konstrukcja systemu pomiaru dokonań jednostek gospodarczych jest trudnym wyzwaniem wobec rachunkowości zarządczej, jednak w odniesieniu do ochrony zdrowia wymaga uwzględnienia istotnej specyfiki tego sektora. Z uwagi na różnorodne niedoskonałości rynku usług zdrowotnych [Stiglitz 2004, s. 369–384] jest to sektor mocno regulowany, a nawet scentralizowany i znacjonalizowany w krajach bardzo liberalnych. Zarządzanie tak zbudowanym sektorem wymaga precyzyjnych i skutecznych narzędzi pomiaru dokonań jednostek różnych szczebli. Celem artykułu jest przedstawienie konstrukcji systemu pomiaru dokonań trustów szpitalnych działających w ramach brytyjskiej Państwowej Służby Zdrowia (*National Health Service*, NHS) oraz analiza jego zmian, z wykorzystaniem koncepcji zrównoważonej karty wyników, od momentu jego powstania do chwili obecnej.

### 2. System ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii

Brytyjski system ochrony zdrowia należy do grupy systemów zaopatrzeniowych<sup>1</sup>. Oznacza to, że zadaniem państwa jest dostarczanie świadczeń zdrowotnych ludno-

---

<sup>1</sup> Por. krótką charakterystykę modelu [Niżnik 2004, s. 65–66].

ści i finansowanie ochrony zdrowia z podatków wnoszonych do budżetu państwa<sup>2</sup>. Państwo jest regulatorem systemu i dysponentem zasobów służących do realizacji świadczeń zdrowotnych, decydującym o organizacji i wielkości zaspokajanych potrzeb zdrowotnych.

Państwowa Służba Zdrowia jest instytucją złożoną, zapewniającą usługi zdrowotne i podległą ministrowi zdrowia. Składa się z wielu jednostek – od zależnych od ministra zdrowia (strategiczne administracje zdrowotne, zarządy powienciczne – trusty) po organizacje o różnym stopniu samodzielności (np. regulujące działalność jednostek systemu, wydające standardy). Jednostki świadczące usługi zdrowotne funkcjonują w formie tzw. trustów, czyli zarządów powiencicznych, zarządzających szpitalami, podstawową opieką zdrowotną (*primary care trusts*, PCT) oraz innymi świadczeniodawcami (np. pogotowiem, trustami zdrowia psychicznego). Na poziomie regionu centralną rolę pełnią strategiczne administracje zdrowotne (*strategic health authorities*, SHA), odpowiedzialne za nadzór oraz planowanie dostępności i jakości świadczeń w swoim regionie. Na poziomie lokalnym najważniejszą jednostką są trusty opieki podstawowej (*primary care trusts*, PCT), odpowiedzialne za zapewnienie ludności na danym obszarze dostępu do świadczeń zdrowotnych. Jednostki te decydują o 80% środków budżetowych NHS, nabywając świadczenia od lekarzy opieki podstawowej, specjalistycznej, szpitali oraz w innych zakresach. Szpitalami zarządzają trusty zwykłe (NHS trusts) lub fundacyjne (NHS *foundation trusts*), które są nową formą organizacyjną, dysponującą większą swobodą w zakresie podejmowania decyzji. Utworzenie ich jest uzależnione od wysokiej efektywności szpitala oraz zaangażowania lokalnej społeczności i pacjentów w zarządzanie szpitalem. Pacjenci mają pełną swobodę wyboru świadczeniodawcy.

Złożoność organizacji NHS jest rezultatem wielu, następujących po sobie reform [Włodarczyk 2003, s. 112–116]. Zmierały one w latach 90. XX w. (w okresie rządów partii konserwatywnej) do wprowadzenia rynku wewnętrznego, czyli stworzenia mechanizmów promujących efektywność zarządzania i naśladujących przy tym działanie rynku. Służył temu podział zadań między płatnika i świadczeniodawców oraz przyznanie większej samodzielności poszczególnym jednostkom systemu (świadczeniodawcom). Nowe władze labourzystowskie zaproponowały pod koniec lat 90. tzw. trzecią drogę, czyli zarządzanie sektorem publicznym metodą różną od rynkowej oraz administrowanie scentralizowane. Wymagało to powołania wielu instytucji regulacyjnych, standaryzujących, wspomagających administrację i zapewniających koordynację oraz współpracę z różnymi grupami interesariuszy<sup>3</sup>. Wymagało również wdrożenia instrumentów pomiaru i zarządzania dokonania, które pozwoliły przekazywać strategiczne cele systemu na poziom operacyjny oraz monitorować ich wykonanie [Smith 2002, s. 105].

<sup>2</sup> W odmianie skandynawskiej obowiązek finansowania świadczeń spoczywa na samorządach.

<sup>3</sup> Np. National Institute of Clinical Excellence odpowiadał za tworzenie standardów medycznych, Commission for Health Improvements nadzorowała ich przestrzeganie, a National Care Standards Commission kontrolowała standardy pracy pielęgniarek oraz w domach opieki.

### 3. System ratingu szpitali w Anglii

Jednym z instrumentów zarządzania dokonania jednostek angielskiego systemu zdrowotnego były tzw. catingi, które sporządzało początkowo Ministerstwo Zdrowia, a później robiła to odrębna komisja<sup>4</sup>. System oceny szpitali składał się początkowo z trzech elementów [Snelling 2003, s. 211]:

- raportu z inspekcji przeprowadzanej przez Komisję Usprawnień Zdrowotnych (*Commission for Health Improvement*, CHI), oceniającego co roku część szpitali (początkowo ok. połowy) pod względem administrowania częścią medyczną jednostki oraz jakości opieki,
- kluczowych priorytetów zarządzania (9), określanych każdego roku na podstawie strategii i polityki zdrowotnej obowiązujących w danym roku,
- osiągnięć mierzonych odmianą zrównoważonej karty wyników, złożonej z 28 mierników w trzech perspektywach.

Inspekcja CHI decydowała o kwalifikacji trustu do dalszej procedury oceny. CHI koncentrowała się na takich obszarach, jak:

- ocena zaangażowania w opiekę zdrowotną pacjentów, lekarzy i innego personelu oraz otoczenia,
- zarządzanie ryzykiem,
- audyt medyczny,
- skuteczność medyczna,
- rekrutacja i zarządzanie,
- wykształcenie i szkolenia,
- wykorzystanie informacji.

Ocena w wymienionych obszarach przeprowadzała komisja na podstawie przedstawionych jej dokumentów, ankiet i własnych obserwacji na miejscu. Każdy z obszarów mógł zostać oceniony w skali od 1 (najgorszy wynik) do 4 (najlepszy wynik). Ocenie tej zarzucano, że była obciążona największą dozą subiektywizmu ze wszystkich elementów oceny [Snelling 2003, s. 219]. Element ten korygowano w dalszych wariantach systemu oceny szpitali.

Kluczowe priorytety zarządzania można podzielić na cztery obszary, łącznie tworzące dziewięć wskaźników:

- 1) warunki pracy personelu, mierzone poziomem realizacji odpowiednich standardów,
- 2) warunki bytowe pacjentów, oceniane przez odrębny zespół, a następnie przez agencję,
- 3) równowaga finansowa – brak planowanego deficytu wymagającego pokrycia z zewnątrz,

---

<sup>4</sup> Nazwy tej agencji zmieniały się w czasie, wraz ze zmianami ich kompetencji. Początkowo była to *Commission for Health Improvement*, a następnie *Commission for Health Audit and Inspection*, *Healthcare Commission*, obecnie zaś *Care Quality Commission*.

- 4) listy oczekujących:
- liczba przypadków przyjętych w danym roku po okresie oczekiwania dłuższym niż 18 miesięcy,
  - liczba oczekujących na koniec roku<sup>5</sup> dłużej niż 15 miesięcy,
  - liczba przyjęć ambulatoryjnych o okresie oczekiwania na przyjęcie powyżej 26 tygodni,
  - liczba pilnych przypadków oczekujących powyżej 12 godzin na przyjęcie na oddziały intensywnej opieki,
  - liczba planowych zabiegów, odwołana w dniu przyjęcia pacjenta,
  - liczba pacjentów przyjętych z podejrzeniem nowotworowym w okresie krótszym niż dwa tygodnie.

**Tabela 1.** Perspektywy oceny i wybrane wskaźniki karty wyników

Perspektywa medyczna	Perspektywa pacjenta	Perspektywa potencjału
Stopień wypełnienia standardów zarządzania ryzykiem medycznym Trzydziestodniowa śmiertelność pacjentów: – przyjętych poza planem (przyjęcia nagłe) – po zabiegach wszczępienia bypassów Nagłe powtórne przyjęcia pacjentów: – leczonych wcześniej – dzieci wcześniej leczonych, – po leczeniu złamania kości udowej – po leczeniu zawału Wypisy do domu pacjentów leczonych po: – złamaniu kości udowej – zawale	Liczba leczonych stacjonarnie pacjentów oczekujących na przyjęcie mniej niż sześć miesięcy Łączna liczba pacjentów stacjonarnych oczekujących na przyjęcie Liczba pacjentów leczonych ambulatoryjnie, którzy czekali na leczenie krócej niż 13 tygodni Łączny czas oczekiwania nagłych przypadków na przyjęcie na oddziałach intensywnej opieki Zabiegi odwołane i nieprzeprowadzone w ciągu miesiąca Czas oczekiwania na operację serca Czas oczekiwania na leczenie nowotworów piersi Liczba opóźnionych wypisów Wyniki ankiet pacjentów w zakresie oceny: – koordynacji opieki – środowiska i obiektu – informacji i edukacji – zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i emocjonalnych – dostępności – szacunku i godności	Jakość danych Satysfakcja pracowników Zgodność z porozumieniem ws. warunków pracy młodych lekarzy Absencja chorobowa Zgodność z wytycznymi ws. poufności danych i ich administracji

Źródło: [Snelling 2003, s. 212; por.: Patel, Chaussalet, Millard 2008, s. 906].

<sup>5</sup> Ocenie podlegały okresy roczne rozpoczynające się 1 kwietnia i kończące 31 marca.

Dla każdego z wymienionych priorytetów określono poziom docelowy. Pozwalało to podzielić trusty na spełniające, niespełniające i znacząco niespełniające kluczowych priorytetów. Proporcja priorytetów spełnionych do niespełnionych była podstawą do dalszej klasyfikacji trustu.

Perspektywy oceny oraz wybrane wskaźniki karty wyników przedstawiono w tabeli 1. Większość mierników dotyczy precyzyjnie wyznaczonych procesów lub rezultatów na poziomie operacyjnym (bieżącej działalności medycznej). Niektóre z mierników są złożone (np. satysfakcja pracowników, zgodność z wytycznymi w różnych obszarach działalności).

Ostateczna ocena miała postać ratingu, przedstawionego w postaci liczby gwiazdek, wzorem oceny przyjętej dla hoteli. Najniższą ocenę (0 „gwiazdek”) przyznawano, jeżeli szpital nie przeszedł pomyślnie inspekcji CHI, albo w sposób znaczący nie zrealizował pewnej liczby kluczowych priorytetów<sup>6</sup>. Ocenę najwyższą (3 „gwiazdki”) przyznawano za uzyskanie pozytywnej oceny CHI oraz na podstawie karty wyników. Jeżeli trust nie przeszedł inspekcji CHI w danym roku, podstawą oceny była wyłącznie karta wyników.

System oceny dokonań szpitali angielskich uznano za złożony [Snelling 2003, s. 214]. Jakkolwiek procedura przyznawania ratingu była znana, poziom jej złożoności utrudniał ostateczną interpretację wyniku oraz możliwość jego wykorzystania przy formułowaniu strategii poprawy ratingu [Patel, Chausaulet, Millard 2008, s. 906]. Ponadto wskazywano, że przyjęte mierniki nie są całkowicie spójne z rządową strategią dla sektora zdrowotnego [Smith 2002, s. 110]. Ostateczna ocena – wyrażona w formie ratingu, a nie wskaźnika ciągłego – mogła zniechęcać zdecydowaną większość jednostek lokujących się w środku skali do podjęcia wysiłku poprawy swojej oceny [Smith 2002, s. 111]. Snelling zauważył, że procedura oceny komisji CHI, kluczowa dla ostatecznej oceny, była nieprzejrzysta i obciążona dużą dozą subiektywizmu [Snelling 2003, s. 219]. Ten sam autor zestawiał wykorzystane w systemie mierniki w dwóch grupach: mierników dotyczących procesów oraz mierników rezultatu. Ponowna ocena, dokonana wyłącznie na podstawie mierników rezultatu różniła się istotnie od faktycznego ratingu trustów [Snelling 2003, s. 220]. Ostatecznie zaniechano w 2005 r. oceny na podstawie ratingu, ale nowe systemy oceny bazowały na wcześniej zbudowanych elementach.

#### 4. Nowy system pomiaru dokonań trustów

Aktualny system pomiaru dokonań uwzględnia częściowo wcześniejszą krytykę. Podstawą do oceny są mierniki rezultatu, a nie procesów lub systemów [Essential... 2009, s. 6]. Elementami systemu są:

1. Rejestracja jednostki w Komisji ds. Jakości Opieki (*Quality Care Commission, CQC*);

<sup>6</sup> Liczba ta zależała od wypełnionych priorytetów – 0 „gwiazdek” przyznawano za spełnienie tylko czterech priorytetów i znaczące niespełnienie jednego.

2. Zestaw mierników jakości opieki podzielonych na trzy grupy:
- standardy podstawowe,
  - „istniejące zobowiązania”, wynikające ze strategii zdrowotnej ustalonej w latach 2003–2006,
  - narodowe priorytety, ustalone w latach 2008–2011;
3. Ocena zarządzania finansami;
4. Inspekcje komisji ds. infekcji (*Healthcare Associated Infections*, HCAI);
5. Wskaźniki dotyczące opieki nad dziećmi.

**Tabela 2.** Obszary oceny i jej oczekiwane rezultaty w procedurze rejestracji trustów

Obszary oceny	Oczekiwane rezultaty
A. Zaangażowanie i informacja	1. szacunek i zaangażowanie świadczeniobiorców 2. zgoda na opiekę i leczenie 3. opłaty
B. Spersonalizowana opieka, leczenie i wsparcie	4. opieka i wsparcie świadczeniobiorców 5. zaspokajanie potrzeb żywieniowych 6. współpraca z innymi świadczeniodawcami
C. Ochrona i bezpieczeństwo	7. zabezpieczenie świadczeniobiorców przed przemocą 8. kontrola czystości i zakażeń 9. zarządzanie lekami 10. bezpieczeństwo i odpowiedniość obiektów 11. bezpieczeństwo, dostępność i odpowiedniość sprzętu
D. Odpowiedniość kadry	12. wymagania od pracowników 13. rekrutacja 14. personel pomocniczy
E. Jakość i zarządzanie	15. deklaracja celów 16. ocena i monitorowanie jakości dostarczanych świadczeń 17. skargi 18. powiadomienia o zgonie świadczeniodawcy 19. zgłoszenia zgonu lub niewyjaśnionej nieobecności osób ubezwłasnowolnionych. 20. powiadomienia o innych incydentach 21. bazy danych
F. Adekwatność zarządzania	22. wymagania wobec świadczeniodawców prowadzonych w formie osób fizycznych lub spółek osobowych 23. wymagania wobec świadczeniodawców prowadzonych w innych formach 24. wymagania wobec kadry zarządzającej 25. wykształcenie kadry zarządzającej 26. sytuacja finansowa 27. zawiadomienia o nieobecności personelu medycznego 28. zawiadomienia o innych zmianach

Źródło: [Essential... 2009, s. 10–11].

Rejestracja jednostek stała się elementem systemu oceny dokonań od 2010 r. Wymaga ona przeprowadzenia samooceny w sześciu obszarach grupujących 28 oczekiwanych rezultatów wynikających wprost z odpowiednich przepisów (tabela 2). Oczekiwane rezultaty opisano dość ogólnie w wytycznych opublikowanych przez CQC [*Essential...* 2009]. Ogólny język tych oczekiwanych rezultatów i wytycznych jest wynikiem mocnego ukierunkowania na trwałe rezultaty opieki i pominięcia wymagań dotyczących systemów i procesów, które zwykle stosuje się w takich sytuacjach. Wybrane przykładowe wytyczne, opisujące pojmowanie oczekiwanych rezultatów przedstawiono w tabeli 3.

**Tabela 3.** Wybrane oczekiwane rezultaty w procedurze rejestracji trustów i ich opis

Oczekiwane rezultaty	Opis
Oplaty	<p>Świadczeniobiorcy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– wiedzą, ile, kiedy i jak zapłacą za świadczenia</li> <li>– wiedzą, jakie świadczenie nabyli za opłatą</li> <li>– rozumieją swoje zobowiązania i odpowiedzialność</li> </ul> <p>Jest to skutkiem działań świadczeniodawcy, który:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– dostarcza przejrzystych informacji o opłatach, umowach i warunkach świadczenia usług odpłatnych w całości lub częściowo</li> </ul>
Skargi	<p>Świadczeniobiorcy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– są pewni, że ich komentarze i skargi zostały wysłuchane i wykorzystane</li> <li>– wiedzą, że nie będą dyskryminowani z powodu złożenia skargi</li> </ul> <p>Jest to skutkiem działań świadczeniodawcy, który:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– posiada odpowiedni system obsługi komentarzy i skarg i dostarcza o nim informacji świadczeniobiorcom</li> <li>– zachęca świadczeniobiorców do składania komentarzy i skarg</li> <li>– dogłębnie analizuje i rozwiązuje, odpowiada lub działa w inny stosowny sposób na komentarze i skargi</li> </ul>
Deklaracja celów	<p>Świadczeniobiorcy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– skorzystają z wiedzy przekazanej do CQC o zakresie świadczonych usług</li> </ul> <p>Jest to skutkiem działań świadczeniodawcy, który:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– posiada aktualną deklarację celów i dostarcza jej kopię do CQC</li> <li>– zawiadamia CQC o każdorazowej zmianie w deklaracji</li> </ul>
Sytuacja finansowa	<p>Świadczeniobiorcy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– mogą być pewni, że świadczeniodawca jest w stanie finansowo sprostać potrzebie dostarczenia bezpiecznych i adekwatnych świadczeń</li> </ul> <p>Jest to skutkiem działań świadczeniodawcy, który:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– posiada odpowiednie zasoby finansowe konieczne do dostarczenia i kontynuowania świadczeń opisanych o odpowiedniej deklaracji</li> </ul>

Źródło: [*Essential...* 2009].

Do oceny jakości opieki służą 44 standardy podstawowe z ośmiu obszarów [*Criteria...* 2008]:

- 1) bezpieczeństwa,
- 2) efektywności medycznej i kosztowej,
- 3) administracji,
- 4) pacjenta,
- 5) dostępna i adekwatna opieka,
- 6) środowisko i udogodnienia,
- 7) zdrowie publiczne.

Do oceny jakości w kontekście istniejących zobowiązań, wynikających ze strategii i polityki zdrowotnej, służyło dziewięć wskaźników, dotyczących zasadniczo list oczekujących oraz dostępności opieki zdrowotnej. Oceny w kontekście narodowych priorytetów dokonywano z wykorzystaniem 13 wskaźników, pozwalających ocenić nierówności w dostępie do opieki oraz czynniki wpływające na zdrowie populacji.

**Tabela 4.** Wybrane zagadnienia z wytycznych oceny zarządzania finansami trustów przez Komisję Audytu

Obszar	Zagadnienie	Ocena
Sprawozdawczość finansowa	terminowość sporządzenia sprawozdań finansowych	2 – jeżeli sprawozdanie finansowe zostało przedstawione do badania zgodnie z terminarzem 4 – jeżeli sprawozdanie finansowe zostało przedstawione do badania przed terminem
	opinia z badania sprawozdania finansowego	2 – jeżeli otrzymano opinię bez zastrzeżeń
Zarządzanie finansami	średnioterminowe planowanie finansowe	2 – jednostka posiada trzyletni plan finansowy, powiązany z celami strategicznymi; plan skonsultowano z kluczowymi interesariuszami, uzgodniono też z planami finansowymi, jest aktualizowany corocznie; plan uwzględnia konieczność poprawy efektywności z uwagi na cięcia budżetowe 3 – średnioterminowa strategia finansowa jest wytyczną w procesie rocznego budżetowania i uwzględnia analizę wrażliwości; strategia została przekazana do wiadomości pracowników i interesariuszy 4 – średnioterminowa strategia służy do modelowania zasobów i przepływów pieniężnych w perspektywie trzech lat
Standing finansowy	cele finansowe	2 – m.in. jeżeli trust osiągnął próg rentowności w bieżącym roku 3 – m.in. jeżeli trust osiągnął próg rentowności w ostatnich dwóch latach 4 – m.in. jeżeli trust osiągnął próg rentowności w ostatnich trzech latach
Kreowanie wartości	komunikacja	2 – trust ma strategię i podejmuje inicjatywy zmierzające do poprawy komunikacji z pacjentami, społecznością lokalną; strategia podlega regularnemu przeglądowi 3 – trust może dowieść, że strategia komunikacji jest efektywna i wykorzystuje różne metody angażowania poszczególnych społeczności i różnorodnych grup w celu zidentyfikowania ich potrzeb 4 – trust potrafi dowieść pozytywnego wpływu strategii komunikacji na realizację celów strategicznych trustu oraz ulepszenia wynikające z zaangażowania poszczególnych społeczności i różnorodnych grup w otoczeniu

Źródło: [Key lines... 2009].



Ocenę zarządzania finansami (wcześniej określaną jako ocenę jakości zarządzania finansami) przeprowadziła niezależna Komisja Audytu w pięciu obszarach [*Auditors'...* 2009]:

1) sprawozdawczości finansowej, obejmującym ocenę prawidłowości systemu rachunkowości i sprawozdawczości finansowej jednostki,

2) zarządzania finansami, obejmującym ocenę planowania i administrowania środkami pieniężnymi,

3) standingu finansowego,

4) kontroli wewnętrznej, czyli oceny na ile system kontroli wewnętrznej pozwala zarządzać istotnym ryzykiem działalności,

5) kreowania wartości (zasady gospodarności, skuteczności i efektywności).

Ocena w każdym z wymienionych obszarów została szczegółowo opisana w wytycznych Komisji Audytu [*Key lines...* 2009]. Każdy obszar podzielono na zagadnienia, które oceniane jednostki mogą realizować w różnym stopniu. Do oceny stosuje się skalę czterostopniową, od 1 (poniżej wymagań minimalnych) do 4 (znacznie powyżej minimalnych wymagań). Wybrane przykładowe zagadnienia i ich wytyczne ich oceny pokazano w tabeli 4.

## 5. Podsumowanie

Aktualny system pomiaru dokonań trustów prowadzących szpitale w Anglii ma wielopoziomą strukturę, wykorzystującą bogatą infrastrukturę instytucjonalną brytyjskiego systemu zdrowotnego. Porzucono prostą modyfikację zrównoważonej karty wyników na rzecz innego pogrupowania większej liczby – podobnych co do istoty – mierników. W znacznie większym zakresie pomiar odbywa się na podstawie listy wymagań lub wytycznych, gromadzonych w formie standardów. Tak złożony system pomiaru oddaje złożoność zagadnienia identyfikacji, pomiaru i oceny dokonań jednostek systemu ochrony zdrowia.

## Literatura

*Auditors' local evaluation for NHS trusts. Guidance for NHS trusts. Audit 2009/10*, Audit Commission, October 2009.

*Criteria for assessing core standards in 2008/09. Acute trusts*, Healthcare Commission, December 2008.

*Essential standards of quality and safety. Guidance about compliance*, Care Quality Commission, December 2009.

*Key lines of enquiry for auditors' local evaluation assessments NHS trusts. NHS Audit 2009/10*, Audit Commission, October 2009.

Niżnik J., *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Kraków 2004.

Patel B., Chausalet T., Millard P., *Balancing the NHS balanced scorecard!*, „European Journal of Operational Research” 2008, vol. 185.

- Smith P.C., *Performance management in British health care: Will it deliver?*, „Health Affairs” 2002, vol. 21, no. 3.
- Snelling I., *Do star ratings really reflect hospital performance?*, „Journal of Health Organization and Management” 2003, vol. 17, no. 3.
- Stiglitz J.E., *Ekonomia sektora publicznego*, PWN, Warszawa 2004.
- Summary of regulations, outcomes and judgement framework. Guidance about compliance*, Care Quality Commission, December 2009.
- Włodarczyk C., *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003.

## PERFORMANCE MEASUREMENT SYSTEM OF HOSPITAL TRUSTS IN ENGLAND

**Summary:** The paper presents and analyses the performance measurement system of hospital trusts in England. The first version of the system, established in the beginning of the 21st century, marked trusts one to four stars on the basis of the core care standards assessment, performance against the key management targets and performance measured in a modified balanced scorecard. The system evolved and incorporated registration phase of the trusts in the Care Quality Commission. The next elements of the system are care quality assessment and financial management quality assessment. The whole system has a multilevel structure employing the rich institutional infrastructure of the British health system.