

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 410

**Zarządzanie ryzykiem
w opiece zdrowotnej.
Nadzór i kontrola zarządcza**

Redaktorzy naukowci
Maria Węgrzyn
Dariusz Wasilewski



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2015

Redakcja wydawnicza: Aleksandra Śliwka
Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz
Korekta: Marcin Orszulak
Łamanie: Małgorzata Czupryńska
Projekt okładki: Beata Dębska

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania
znajdują się na stronach internetowych
www.pracnaukowe.ue.wroc.pl
www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Publikacja udostępniona na licencji Creative Commons
Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska
(CC BY-NC-ND 3.0 PL)



© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2015

ISSN 1899-3192
e-ISSN 2392-0041

ISBN 978-83-7695-556-8

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Zamówienia na opublikowane prace należy składać na adres:
Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
ul. Komandorska 118/120, 53-345 Wrocław
tel./fax 71 36 80 602; e-mail:econbook@ue.wroc.pl
www.ksiegarnia.ue.wroc.pl

Spis treści

Wstęp.....	9
------------	---

Część 1. Ryzyko systemowe

Katarzyna Dudek, Krzysztof Dudek: Organizacyjny błąd medyczny jako czynnik oceny ryzyka funkcjonowania ośrodków opieki zdrowotnej.....	13
Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Aleksandra Harat: Planowanie i realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych w świetle czynników ryzyka zachorowań	24
Piotr Karniej, Iwona Mazur: Wykluczenie w zakresie zdrowia jako efekt ryzyka systemowego związanego z ograniczeniem dostępności do wybranych świadczeń zdrowotnych	34
Iga Rudawska: Europa seniorów, czyli ryzyko systemowe związane ze starzeniem się populacji	48
Małgorzata Winter: Ewidencja działalności podmiotu leczniczego a ryzyko przeoczenia nieprawidłowości w wydatkowaniu środków publicznych....	58

Część 2. Ryzyko finansowe

Dorota Korenik: Benchmarking w ograniczaniu ryzyka w podmiotach leczniczych	69
Justyna Kujawska: Ryzyko w pozyskiwaniu kontraktów leczniczych	84
Aleksandra Szewieczek: Mierniki dokonań w działalności podmiotów leczniczych ze szczególnym uwzględnieniem kontroli zarządczej.....	93
Maria Węgrzyn: Wpływ algorytmu podziału środków finansowych na możliwość realizacji zadań wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia.....	111

Część 3. Ryzyko personalne

Żaneta Skinder, Dorota Jachimowicz-Gawel: Proces przeprowadzania zmian organizacyjnych w podmiotach leczniczych a problemy w kierowaniu personelem	135
Piotr Tworek, Lidia Kwiecińska-Bożek: Menedżer ryzyka jako funkcja wspomagająca zarządzanie podmiotem leczniczym świadczącym usługi szpitalne	149

Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Małgorzata Krajewska, Katarzyna Krawczykowska, Alicja Langer: Metodyka badania satysfakcji pacjentów.....	170
Dorota Jachimowicz-Gawel, Krzysztof Leksowski, Joanna Bajerska: Analiza oczekiwań pacjentów w wybranych aspektach oceny jakości usług zdrowotnych (infrastruktura zewnętrzna, niezawodność, wymiar materialny, warunki bytowe)	180

Summaries

Part 1. Systemic risk

Katarzyna Dudek, Krzysztof Dudek: Organizing malpractice as a factor of the risk assessment of health care centres functioning.....	13
Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Aleksandra Harat: Planning and implementation of preventive health programs in view of the health risk factors	24
Piotr Karniej, Iwona Mazur: Exclusion in terms of health as a result of systemic risk connected with limiting the availability to chosen health care services	34
Iga Rudawska: Seniors' Europe, or systemic risk posed by the ageing of the population	48
Małgorzata Winter: Accounting of a healthcare unit vs. the risk of overlooking of irregularities in public money spending	58

Part 2. Financial risk

Dorota Korenik: Benchmarking in reducing risk in medical entities	69
Justyna Kujawska: The risk of obtaining medical contracts	84
Aleksandra Szewieczek: Performance indicators in health care entities with particular emphasis on management control	93
Maria Węgrzyn: The influence of financial resources sorting algorithm on the task-fulfillment capability of the National Health Fund's voivodeship divisions.....	111

Part 3. Personal risk

Żaneta Skinder, Dorota Jachimowicz-Gawel: Process of organizational changes execution in medical entities vs. problems of staff management .	135
Piotr Tworek, Lidia Kwiecińska-Bożek: Risk manager as a function supporting hospital management	149

Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Małgorzata Krajewska, Katarzyna Krawczykowska, Alicja Langer: Methodology of patients satisfaction survey	170
Dorota Jachimowicz-Gawel, Krzysztof Leksowski, Joanna Bajerska: Analysis of patients' expectations in chosen aspects of health services quality assessment (outdoor infrastructure, reliability, material dimension, living conditions)	180

Aleksandra Szewieczek

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach
e-mail: aleksandra.szewieczek@ue.katowice.pl

**MIERNIKI DOKONAŃ
W DZIAŁALNOŚCI PODMIOTÓW LECZNICZYCH
ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM
KONTROLI ZARZĄDCZEJ**

**PERFORMANCE INDICATORS
IN HEALTH CARE ENTITIES WITH PARTICULAR
EMPHASIS ON MANAGEMENT CONTROL**

DOI: 10.15611/pn.2015.410.08

JEL Classification: I19

Streszczenie: Celem artykułu jest przedstawienie zasad konstrukcji mierników dokonań i ich podstawowych atrybutów dla zarządzania podmiotem leczniczym, w tym głównie w ramach systemu kontroli zarządczej w jednostkach sektora finansów publicznych. Obok zdefiniowania pojęcia mierników i wskazania różnych kryteriów ich klasyfikacji z perspektywy specyfiki działalności w ochronie zdrowia, przedstawiono przykładowe mierniki stosowane w ramach kontroli zarządczej w publicznych podmiotach leczniczych. Mierniki te zidentyfikowano w dwóch grupach – z perspektywy kontroli zarządczej jako systemu pomiaru i oceny dokonań oraz na potrzeby oceny jakości konstrukcji wewnętrznej tego systemu. Wskazano również problemy i ograniczenia w budowie i wykorzystaniu mierników do zarządzania podmiotem leczniczym. W artykule zastosowano metodę badań literaturowych, analizę opisową w powiązaniu z metodą obserwacji i metodą dedukcji.

Słowa kluczowe: podmioty lecznicze, mierniki dokonań, kontrola zarządcza.

Summary: The aim of the article is to present the design rules of performance indicators and their basic attribute for the management of health care organization, mainly for their use in management control in public sector entities. Apart from defining the concept of indicator and showing various criteria of its classification in health care sector, some examples of indicators used in management control in public health care organizations are presented. In this area, two ranges of indicators usage are shown: for management control as a system of measurement and performance evaluation and for the quality assessment of internal structure of that system. The article also describes problems and limitations in construction and the use of indicators for the public health care organization management. The paper uses the method of literature research, descriptive analysis connected with the method of deduction.

Keywords: health care organizations, performance indicators, management control.

1. Wstęp

Zarządzanie podmiotami leczniczymi w Polsce przechodzi w ostatnich dziesięcioleciach głębokie przeobrażenia. Zachodzą istotne zmiany strukturalne w organizacji ochrony zdrowia, zmianie ulegają również reguły funkcjonowania podmiotów leczniczych, w tym głównie w zakresie samodzielności w działaniu, gospodarowaniu i podziale wyników finansowych, a także ubieganiu się o finansowanie świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych. Zmiany te, a także stan infrastruktury podmiotów leczniczych i konieczność wdrażania nowoczesnych technologii wymusiły na kadrze zarządzającej intensyfikację działań mających na celu poprawę efektywności gospodarowania tymi podmiotami, w tym przez wprowadzanie dotąd niestosowanych w podmiotach leczniczych metod i narzędzi zarządzania. Dodatkowo podjęto systemowe działania zmierzające do przeobrażenia charakteru zarządzania podmiotami leczniczymi będącymi jednostkami sektora finansów publicznych poprzez wprowadzenie kontroli zarządczej, stanowiącej narzędzie *New Public Management*¹. Zmiany w obszarze zarządzania podmiotami leczniczymi znajdują odzwierciedlenie w postaci stosowania różnorodnych systemów pomiaru i oceny dokonań.

Konstrukcja systemów pomiaru i oceny dokonań oparta jest głównie na wyznaczaniu celów i zadań do realizacji oraz monitorowaniu stopnia ich wypełnienia. Obserwacja ta prowadzona jest z wykorzystaniem mierników dokonań. W podmiotach leczniczych, zarówno publicznych, jak i niepublicznych, zastosowanie znajdują różnorodne mierniki. Ze względu na specyfikę działalności podmiotów leczniczych mogą one przybierać odmienną postać w stosunku do mierników pomiaru dokonań stosowanych w innych jednostkach gospodarczych. Implikuje to główny cel prowadzonych dalej rozważań, za który przyjęto dokonanie systematyki mierników dokonań w podmiotach leczniczych według różnych kryteriów oraz wskazanie podstawowych aspektów ich wykorzystania w tych jednostkach, ze szczególnym uwzględnieniem kontroli zarządczej. Zastosowano metody studiów literaturowych oraz analizę opisową, w powiązaniu z wykorzystaniem metod obserwacji i dedukcji.

¹ Koncepcja *New Public Management* została zapoczątkowana przez premier Wielkiej Brytanii Margaret Thatcher, która rozpoczęła zmiany restrukturyzacyjne w sektorze publicznym w latach 80. ubiegłego wieku. Koncepcja ta oznacza wprowadzanie zmian w funkcjonowaniu sektora publicznego, skupienie się na osiągnięciu rezultatów przez wyznaczanie i realizowanie celów, wprowadzenie profesjonalnego zarządzania opartego na zasadach stosowanych w sektorze prywatnym, pomiar dokonań jednostek wraz z wyznaczaniem czynników sukcesu, decentralizację jednostek publicznych, wprowadzanie zasad konkurencji pozwalającej na obniżenie kosztów i poprawę standardów jakości usług publicznych, skupienie uwagi na skuteczności, efektywności i wydajności w wykorzystaniu zasobów. Por. [Fatemi, Behmanesh 2012, s. 42-45].

2. Ogólna charakterystyka mierników

Wśród funkcji zarządzania wymienia się: organizowanie, planowanie, motywowanie (przewodzenie) i kontrolę [Stoner, Wankel 2001, s. 28, 613]. Realizowanie tych funkcji wiąże się z wytyczaniem pożądanego stanu rzeczy oraz weryfikacją stopnia jego osiągnięcia. Niezbędne zatem staje się wyznaczanie celów do osiągnięcia i zadań służących realizacji celów oraz dokonywanie bieżącego pomiaru stopnia ich wypełnienia, połączonego z oceną dokonań.

Cel to „*to, do czego się dąży, co się chce osiągnąć*” [Sobol (red.) 2003, s. 78]; dokonanie może być rozumiane jako zrealizowanie zamierzonego celu, osiągnięcie sukcesu czy też uzyskanie innych efektów. Stopień realizacji może być różny, w tym także poprzez subiektywny odbiór dokonującego oceny (bezpośredni wykonawca, osoba kontrolująca lub nadzorująca). Dokonanie wyraża zatem skutek, efekt, wynik, rezultat pewnej działalności czy też wystąpienia zjawiska itp. [Kludacz 2011, s. 64]. W przeważającej części przedsiębiorstw jako główny cel wyznacza się poprawę lub maksymalizację wyników finansowych. Również w podmiotach leczniczych często cel ten przyjmuje dominującą pozycję, jednakże jednostki te należy rozpatrywać w kategorii podmiotów szczególnie użytecznych społecznie, w których jako główne cele wskazywane powinny być raczej dokonania o charakterze niematerialnym, związane z pacjentem, np. poprawa jakości procesu leczenia, zwiększenie satysfakcji pacjenta czy też zwiększenie dostępności usług leczniczych².

Narzędziem pozwalającym monitorować i oceniać stopień osiągnięcia celu, poziom zrealizowania zadania czy wypełnienia innych obowiązków i dokonań jest miernik. Miernik to miara, wskaźnik wykorzystywany do wskazania wielkości lub innego stanu określonej rzeczy lub innego zjawiska, może być zatem określany jako „*wartość służąca za podstawę oceny jakiegoś zjawiska, kryterium*” [Sobol (red.), 2003, s. 455].

Mierniki mogą stanowić narzędzie umożliwiające programowanie i ewaluację programów, gdyż umożliwiają pomiar stanu przed wdrożeniem i po wdrożeniu działań, opis/prezentację celów operacyjnych do osiągnięcia, a przede wszystkim stanowią narzędzie pomiaru uzyskanych efektów działań i tym samym umożliwiają rozliczenie zrealizowanych działań przez odpowiedzialne komórki organizacyjne i osoby wspomagając realizację motywacyjnej funkcji zarządzania [Mazurek, Kneidler 2010, s. 83]. W formule konstrukcji zbioru mierników należy mieć na uwadze ich całościowy, kompleksowy charakter, pozwalający na wzajemne uzupełnianie się. Jako podstawowe atrybuty mierników wskazuje się to, że:

- służyć ocenie stopnia realizacji celów, zadań, działań, powinny być z nimi silnie związane,
- powinny być łatwo mierzalne oraz odnosić się do tego, na co zarządzający miernikiem ma wpływ,

² Szerzej o formułowaniu celów piszą: M. Kludacz [2011, s. 64-74] oraz J. Michalak [2008, s. 17].

- są dostosowane do specyfiki działalności jednostki,
- zrozumiałe,
- obiektywne,
- łatwe do ustalania (dostęp do źródła danych) oraz monitorowania,
- okresowo sprawozdawane i oceniane, a także weryfikowane pod względem wartości i przydatności w zmiennych warunkach działania,
- występujące w różnej postaci, raczej o charakterze trwałym,
- określane na poziomie bieżącym oraz docelowym, pożądanym do osiągnięcia,
- monitorowane z ustaloną częstotliwością pomiaru.

Innym opisem atrybutów mierników jest metodologia SMART, opracowana przez zespół pod kierownictwem prof. Atkinsona [Mazurek, Knedler 2010, s. 85-86].

Mierniki dokonań pełnią 3 podstawowe funkcje [Franceschini, Galetto, Maisano 2007, s. 10-11]:

- kontrolną – pozwalają na weryfikację stopnia wykorzystania kontrolowanych zasobów,
- informacyjną – komunikują rezultaty działań zarówno użytkownikom wewnętrznym (pracownikom), jak i zewnętrznym (inwestorzy),
- ulepszącą – wskazują obszary wymagające poprawy, luki między oczekiwaniami a rezultatami działania.

Miernik może zostać przypisany bądź do wyznaczonego celu, bądź też do poszczególnych zadań wskazanych dla realizacji celu. Ponadto dla każdego celu, jak również dla każdego zadania możliwe jest wyznaczenie więcej niż jednego miernika. W takim przypadku wzrasta liczebność mierników i stopień obciążenia pracą związaną z ich monitorowaniem, ale jednocześnie generowana jest bardziej szczegółowa informacja o stopniu realizacji w różnych zakresach. W przypadku, gdy wskazywane jest kilka mierników dla pomiaru tego samego dokonania, to z wyjątkiem sytuacji, gdy przyjmują one charakter substytucyjny lub uzupełniający, konieczne jest wskazanie ich wag w określaniu całościowego stopnia realizacji celu, tak by po ich zsumowaniu otrzymano wynik jedności (lub jej wielokrotności).

W literaturze przedmiotu występują różne klasyfikacje mierników dokonań. Zatem konieczne jest nie tylko wskazanie możliwych sposobów powiązania miernika z celem lub zadaniem i związanych z tym implikacji w jego pomiarze i raportowaniu, ale również dokonanie pewnej systematyki różnych rodzajów mierników dla ich całościowej, kompleksowej prezentacji i efektywnego wykorzystywania w zarządzaniu podmiotem leczniczym.

Szczegółowe kryteria klasyfikacji mierników spotykane w literaturze zostały zbiorczo i kompleksowo zaprezentowane w tab. 1. Prezentowane w literaturze różne rodzaje mierników zostały dodatkowo poszerzone o konkretne przykłady, mogące znaleźć zastosowanie w praktyce działania podmiotów leczniczych. Prezentacja taka jest szczególnie istotna, częstym bowiem problemem w określaniu mierników jest ich nieprecyzyjne zdefiniowanie, niezwiązanie z obszarem pomiaru lub też wskazanie jako miernika przedmiotu jego pomiaru, a nie oczekiwanych efektów, skutków

działania. Dodać należy, że błędne zdefiniowanie miernika przekłada się na dalsze etapy monitoringu realizacji celów, albo bowiem nie umożliwia takiej weryfikacji, albo też obrazuje błędne dane.

Tabela 1. Kryteria klasyfikacji mierników dokonań i ich charakterystyka wraz z przykładami

Postać mierników	Charakterystyka	Przykłady
1	2	3
Kryterium etapu pomiaru		
Mierniki nakładów/wkładu (<i>input measures</i>)	Opisują ilość/wartość zasobów (zarówno finansowych, jak i rzeczowych) zaangażowanych i wykorzystanych do realizacji celów, zadań itp.	Ilość wydatkowanych środków pieniężnych Liczba zatrudnionych pracowników (np. liczba lekarzy, pielęgniarek, rejestratorek) Liczba m ² powierzchni zaangażowanej w realizację zadania (np. liczba m ² poradni, w której będą wykonywane badania przesiewowe) Liczba roboczogodzin pracy poświęconej na realizację zadania
Mierniki produktu (wyniku) (<i>output measures</i>)	Prezentują bezpośrednie efekty podjętych działań, opisują dobra i inne skutki uzyskane/zrealizowane wskutek osiągnięcia celu, podjęcia działania i innych czynności.	Liczba wyposażonych placówek Liczba km zmodernizowanych/wybudowanych dróg Liczba powstałych obiektów budowlanych Liczba/wartość zakupionego wyposażenia (medycznego, niemedycznego) Liczba uruchomionych kursów/edycji studiów Liczba wyposażonych oddziałów szpitalnych Liczba pozyskanych dotacji
Mierniki rezultatu (<i>outcome measures</i>)	Opisują efekty uzyskane głównie w wyniku zrealizowania mierników produktu. Stanowią odzwierciedlenie bezpośrednich skutków działania i dobrze opisują skuteczność działań. Mogą mierzyć jakość lub zysk osiągnięte w wyniku działania	Liczba wykonanych badań diagnostycznych Skrócenie średniego czasu hospitalizacji Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia (kolejki) Liczba przeszkolonych osób Liczba przebadanych pacjentów Oszczędność (zmniejszenie) kosztów działalności Zwiększenie przychodów wskutek zawarcia nowych kontraktów z NFZ
Mierniki oddziaływania (wpływów)	Stanowią uzupełnienie wskaźników rezultatu, obrazując inne efekty, zazwyczaj niepowiązane bezpośrednio z osiaganiem celu. Mierzą stopień realizacji celów strategicznych. Mogą dotyczyć bezpośrednich beneficjentów, jaki również	Zwiększenie stopnia rozpoznawalności placówki Zapewnienie szerszej dostępności do świadczeń zdrowotnych na lokalnym rynku Zmniejszenie stopnia zachorowań na grype w grupach ryzyka Zwiększenie stopnia utożsamiania się lokalnej społeczności z placówką

Tabela 1, cd.

1	2	3
	dalszego otoczenia. Mogą mierzyć to, co podjęte działania i uzyskane rezultaty pozwoliły osiągnąć, lecz mogą też odnosić się do wartości, które tylko w części są skutkiem realizacji celu. Zazwyczaj obrazują skutki długoterminowe	Wzrost pozytywnych komentarzy na temat placówki (np. w sieci Internet) Uzyskanie nagród w konkursach społecznych i innych podobnych
Kryterium rodzaju prezentowanych wyników (rezultatów)		
Mierniki skuteczności	Mierzą bezpośrednio stopień osiągnięcia celów	Stopień zaawansowania prac inwestycyjnych Liczba osób objętych nowym programem profilaktycznym Zwiększenie możliwego zasięgu terytorialnego w zakresie leczenia domowego
Mierniki efektywności	Obrazują relacje lub różnice między nakładami a rozmiarami wykonywanych zadań i ich wynikami (efektami). Porównują stan po realizacji zadania ze stanem wcześniejszym	Spadek zachorowalności w wybranych grupach ryzyka Zmniejszenie liczby zakażeń wewnątrzszpitalnych Zwiększenie liczby osób hospitalizowanych na oddziale Zmniejszenie o 10% przeciętnego czasu oczekiwania na świadczenie Zwiększenie powierzchni udzielania świadczeń zdrowotnych
Kryterium jednostki miary		
Mierniki finansowe	Wyrażone w wartościach pieniężnych, generowanych głównie przez system rachunkowości podmiotu leczniczego. Mogą występować jako mierniki względne i bezwzględne.	Wartość wyniku finansowego Wartość poniesionych kosztów (różnych) Wartość uzyskanych przychodów Wartość zrealizowanych inwestycji Wartość nieponiesionych (zaoszczędzonych) kosztów Wartość wydatków na szkolenia personelu
Mierniki niefinansowe	Wyrażone w wartościach niepieniężnych, w tym w jednostkach naturalnych oraz innych wartościach umownych	Liczba uznanych skarg pacjentów Czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne Stopień satysfakcji pacjentów (np. w skali oceny – ujęcie relatywne) Stopień obłożenia łóżek szpitalnych Liczba udzielanych porad Liczba przyjętych pacjentów Przeciętny czas hospitalizacji Liczba wykorzystanej mocy cieplnej

1	2	3
Kryterium stopnia zróżnicowania (dyspersji)		
Mierniki absolutne (bezwzględne)	Stanowią liczbę stanu danego zjawiska (w jednostkach naturalnych, umownych, wartościowych) wyrażoną w wartościach bezwzględnych. Wykorzystywane np. w analizie dynamiki oraz przy benchmarkingu podmiotów leczniczych	Wartość szczegółowych i ogólnych pozycji bilansu, rachunku zysków i strat i innych elementów sprawozdania finansowego Liczba pacjentów Liczba osobodni Liczba/wartość uruchomionego sprzętu/ wyposażenia
Mierniki względne	Stanowią liczbę wyrażającą relatywną skalę obserwowanego zjawiska (stosunek dwóch lub większej liczby czynników ekonomicznych). Często wyrażone w procentach. Wykorzystywane w analizach sektorowych i benchmarkingu podmiotów	Wskaźniki finansowe (w tym wskaźniki rentowności) Zmniejszenie stopnia obłożenia łóżek Koszty szkoleń/pracownika Koszty żywienia/pacjenta Koszty badań diagnostycznych (lub ich zmiana)/pacjenta
Kryterium horyzontu czasowego		
Mierniki wynikowe (historyczne)	Wskazują rezultaty działań przeszłych	Wartość poniesionych kosztów Liczba przyjętych pacjentów Liczba błędnych pomiarów laboratoryjnych (w stosunku do bieżących wyników)
Mierniki prowadzące (prognostyczne)	Wskazują rezultaty działań przyszłych, wyniki możliwe do osiągnięcia w przyszłości	Pozyskanie nowych dostawców materiałów medycznych Zwiększenie stopnia zakupów w trybie ustawy PZP Zwiększenie stopnia wykorzystania bloku operacyjnego
Kryterium zakresu stosowania		
Mierniki subiektywne (specyficzne)	Stanowią odzwierciedlenie wskaźników unikatowych dla danej jednostki gospodarczej, wynikające z jej strategii	Przeciętny czas trwania czynności przygotowawczych do zabiegu operacyjnego Zwiększenie stopnia zasięgu terytorialnego placówki w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych Liczba stanowisk komputerowych na oddziałach szpitalnych
Mierniki obiektywne (standardowe)	Prezentują zazwyczaj miary wynikowe, precyzyjne do ustalenia, znane powszechnie	Wskaźniki finansowe oparte na danych sprawozdawczości finansowej Przeciętny czas oczekiwania pacjenta Przeciętny czas hospitalizacji

Tabela 1, cd.

1	2	3
Kryterium koncentracji/źródeł danych		
Mierniki wewnętrzne	Ustalane na podstawie danych pochodzących z wewnątrz jednostki gospodarczej	Wysokość przychodów ze sprzedaży nowych usług Poziom satysfakcji pracowników Przeciętny czas hospitalizacji
Mierniki zewnętrzne	Ustalane na podstawie danych zewnętrznych, spoza jednostki gospodarczej	Udział w rynku Poziom satysfakcji pacjentów Liczba pacjentów spoza województwa
Kryterium czasookresu pomiaru		
Mierniki krótkoterminowe	Odzwierciedlają natychmiastowy skutek działań bieżących; możliwe do ustalenia w krótkim okresie	Przychody uzyskane z nowo zawartych kontraktów Zmniejszenie wartości kosztów dostaw żywności Zmniejszenie stopnia zużycia materiałów biurowych
Mierniki długoterminowe	Odzwierciedlają długofalowy skutek działań bieżących i rozwojowych, możliwe do obserwacji w długim okresie	Zmniejszenie stopnia rotacji pracowników Zmniejszenie rocznych kosztów napraw serwisowych i przeglądów sprzętu medycznego Udział w rynku Poziom satysfakcji pacjentów
Kryterium stopnia złożoności		
Mierniki proste	Odzwierciedlają bezpośrednią relację badanego zjawiska	Powierzchnia zmodernizowanych pomieszczeń administracyjnych Liczba nowo zakupionych komputerów Poziom wdrożenia systemu informatycznego w zakresie elektronicznej dokumentacji pacjenta
Mierniki złożone	Składają się co najmniej z dwóch mierników prostych	Miernik postrzegania jednostki na lokalnym rynku oparty np. na: stopniu korzystania z usług placówki, wynikach badań ankietowych, analizie artykułów w prasie lokalnej Miernik satysfakcji pacjentów oparty na: analizie skarg, wynikach badań ankietowych

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Mazurek, Knedler 2010, s. 84-85; Nita 2012, s. 51-53; Kowalak 2014, s. 186; Chodurski 2013, s. 50-51; Mućko 2011, s. 108].

Zbiór mierników dokonań wykorzystywany w podmiotach leczniczych jest otwarty, zróżnicowany i zależny od głównego celu i zakresu wykonywanych pomiarów. W przypadku pomiaru skoncentrowanego na typowej działalności operacyjnej

jednostki mierniki mają zazwyczaj atrybut charakteryzujący pewną część działalności leczniczej. Mogą to być mierniki związane z personelem medycznym, sprzętem medycznym, produktami leczniczymi, przebiegiem procesu leczenia pacjenta. Dodatkowym czynnikiem różnicującym będzie w tym przypadku charakter prowadzonej działalności leczniczej (stacjonarna, ambulatoryjna) oraz realizowane specjalności medyczne. Natomiast w obszarze tzw. części szarej, administracyjnej mierniki pomiaru zazwyczaj przyjmują postać typowych również dla innych branż, w tym np. określonych zasobów ludzkich, zasobów infrastrukturalnych czy też wydatków.

Proces wyznaczania mierników jest szczególnie istotny, to one bowiem świadczą o stopniu wypełnienia postawionych zadań i celów, stanowiąc narzędzie oceny działań nie tylko całej jednostki, ale przede wszystkim wybranych pracowników funkcyjnych (kierownictwo niższego szczebla, podległy personel). Są więc szczególnie podatne i wrażliwe z perspektywy manipulacji i obiektywnej oceny.

Konstrukcja i charakter mierników mogą generować problemy w postaci [Freeman 2010, s. 386-388]:

- braku precyzji i możliwości wieloznacznego interpretowania,
- problemu z dostępnością danych do ich ustalenia (tendencja wykorzystywania dostępnych danych, niekoniecznie przydatnych i użytecznych z perspektywy realizacji celów),
- podatności procesu gromadzenia danych na manipulacje, zwłaszcza gdy są powiązane z systemem kar i nagród,
- rzetelności pomiaru i współzależności,
- odnoszenia się do czynników niekontrolowanych przez ocenianych,
- problemu z istotnością danych w przypadku małej liczby przypadków (mała precyzja wyników i błędna interpretacja).

Mierniki w podmiotach leczniczych wykorzystywane są w różnych, z perspektywy organizacyjnej i funkcjonalnej, systemach pomiaru i oceny dokonań, w tym w szczególności w zakresie:

- kontroli zarządczej w podmiotach leczniczych będących jednostkami sektora finansów publicznych,
- realizacji projektów inwestycyjnych i innych projektów finansowanych ze środków zewnętrznych (np. dotacji, środków międzynarodowych),
- współczesnych/nowoczesnych systemów pomiaru i oceny dokonań stosowanych powszechnie w sektorze prywatnym (w tym w zakresie budżetowania).

3. Mierniki realizacji celów i zadań w kontroli zarządczej

Kontrola zarządcza wprowadzona została do sektora finansów publicznych w Polsce w roku 2010 [Ustawa z 29 sierpnia 2009]. W ramach kontroli zarządczej wykonywanych jest wiele działań, wśród których za jedno z istotniejszych uznaje się wyznaczanie celów i zadań do realizacji. Potwierdza to treść standardów kontroli zarządczej, która wśród 5 głównych jej płaszczyzn wskazuje m.in. obszar celów

i zarządzania ryzykiem. Wskazane tu zostało, że cele i zadania jednostki należy określać co najmniej w rocznej perspektywie, a ich wykonanie monitorować za pomocą wyznaczonych mierników. Wyznacza to zatem wyraźny obszar zastosowania mierników dokonań w publicznych podmiotach leczniczych.

Mierniki pozwalają nie tylko na końcową ocenę stopnia realizacji celów i zadań, ale również na bieżący monitoring prowadzonych działań. Zastosowanie mierników stopnia realizacji celów i zadań występuje w każdym systemie kontroli zarządczej, a ich liczebność i rodzaj zależne są głównie od wewnętrznych potrzeb i możliwości informacyjnych publicznego podmiotu leczniczego oraz od ewentualnych wytycznych i wskazówek organu założycielskiego.

Mimo że kontrola zarządcza w sektorze publicznym podlega określonemu sformalizowaniu, formalizacja ta nie ma bezpośredniego wpływu na zasady i metodykę wyznaczania mierników dokonań. Przedstawione powyżej atrybuty i rodzaje mierników dotyczą zarówno jednostek o publicznej, jak i niepublicznej strukturze własności. Jednocześnie mając na względzie wskazane specyficzne uwarunkowania działania sektora publicznego, można zaobserwować występujące w niektórych jednostkach publicznych ograniczenia w swobodzie wskazywania celów i mierników ich realizacji. Znane są przypadki „narzucania” przez organ założycielski celów podległym podmiotom leczniczym (np. konieczność wyboru jednego z listy trzech), co z kolei w pewnym stopniu determinuje również swobodę we wskazywaniu mierników stopnia ich realizacji. W takim przypadku należałoby zastanowić się również nad sensem stosowania w sektorze publicznym kontroli zarządczej, która zatracą w tym przypadku swą przewodnią ideę i przyjmuje charakter kolejnego obowiązku biurokratycznego.

Celem zapewnienia przez mierniki jednoznaczności oceny wypełnienia zadań i realizacji celów ustawodawca zalecił, by mierniki w ramach kontroli zarządczej [Komunikat z 6 grudnia 2012]:

- umożliwiały rzetelne i obiektywne określenie stopnia realizacji celu, nie powinny przyjmować wartości logicznych (TAK/NIE), opisowych czy bazujących na subiektywnej ocenie,
- odnosiły się do rezultatu, jaki ma być osiągnięty,
- mierzyły to, na co jednostka ma wpływ,
- były odporne na manipulacje,
- bazowały na wiarygodnych i dostępnych danych.

Jak wskazuje T. Strąk [2012, s. 197-198], dobór wskaźników dokonań w jednostkach publicznych winien opierać się na płaszczyznach adekwatności do przyjętego zadania. Obejmują one obszar:

- przedmiotowy – związany z rodzajem realizowanego zadania, determinującym możliwość doboru określonego miernika,
- zarządczy – wyrażony w powiązaniu miernika z przyjętymi celami strategicznymi i operacyjnymi,

- podmiotowy – determinowany przez rodzaj jednostki/komórki w procesie realizacji zadania (np. podmiot leczniczy jako jednostka wykonawcza zadań z zakresu ochrony zdrowia),
- organizacyjny – wskazujący miejsce i odpowiedzialność jednostki w procesie realizacji zadania publicznego,
- czasowy – czasookres prezentacji informacji o dokonaniach determinuje dobór miernika pomiaru,
- systemowy – determinowany przez główny cel przyjętego systemu pomiaru dokonań,
- techniczny – związany z właściwą metodyką konstrukcji mierników pomiaru.

Wyznaczanie mierników w publicznych podmiotach leczniczych na potrzeby kontroli zarządczej jest w dużej mierze swobodne. Potwierdziły to prowadzone przez autorkę badania systemu kontroli zarządczej w kilku takich jednostkach. Przykładowe mierniki zostały zamieszczone w tab. 2. Dodać jednak należy, że dane zaprezentowane w tabeli zostały przez autorkę w znacznej części zmodyfikowane, bowiem przeprowadzone badania ujawniły dysfunkcjonalność wielu przyjętych mierników. Badane mierniki były błędnie opisane, trudne do weryfikacji (np. dla zadania podnoszenia kwalifikacji zawodowych jako miernik wskazano udział pracowników w szkoleniach; takie określenie jest nieprecyzyjne w ewentualnym pomiarze), ale również poprzez brak wyraźnego powiązania z celami i zadaniami.

Tabela 2. Przykładowe mierniki wykorzystywane na potrzeby kontroli zarządczej w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej

Cel/zadanie	Miernik		
	Nazwa	Wartość bieżąca	Wartość docelowa
1	2	3	4
Cyfryzacja oddziału szpitalnego	Liczba nowo zakupionych komputerów wraz z oprzyrządowaniem	0	10
Uszczelnienie systemu wyjść pacjentów poza teren oddziału	Liczba zainstalowanych monitorów dotykowych	0	2
Poprawa warunków pobytu pacjentów na oddziale	Wzrost satysfakcji pacjentów z pobytu na oddziale (ankiety satysfakcji)	Średnia ocena warunków pobytu – 3 w skali 10	Średnia ocena warunków pobytu – 6 w skali 10
Potwierdzenie jakości świadczonych usług poprzez uzyskanie akredytacji CMJ	Certyfikat akredytacyjny CMJ	0	1
Podnoszenie kwalifikacji średniego personelu medycznego	Roczny koszt szkoleń/pracownika średniego personelu medycznego	50 PLN	100 PLN

Tabela 2, cd.

1	2	3	4
Usprawnienie pracy laboratorium	Zakup nowego sumatora hematologicznego	0	1
Skrócenie czasu oczekiwania na diagnostykę zewnętrzną	Średni czas oczekiwania pacjenta na oddziale na badanie/konsultację zewnętrzną	2 dni	1 dzień (doba)
Utworzenie nowej grupy terapeutycznej dla osób uzależnionych behawioralnie	Opracowanie programu terapii/liczba uczestników programu	0/0	1/12
Zagospodarowanie terenu szpitala dla potrzeb realizacji kompleksowej rehabilitacji ruchowej	Liczba m ² powierzchni zagospodarowanej poprzez wykonanie ścieżek zdrowia, miejsc parkingowych oraz miejsc innej rekreacji ruchowej	0	1 000
Wprowadzenie systemu elektronicznej dokumentacji medycznej	Wdrożony do pełnego stosowania nowy system informatyczny (szt.)	0	1
Zmniejszenie zadłużenia wymagalnego	Udział procentowy zadłużenia wymagalnego w całości zadłużenia szpitala	80%	60%
Pozyskanie zewnętrznego bezzwrotnego źródła finansowania działań inwestycyjnych	Liczba podpisanych nowych umów o dotacje/środki unijne	0	2
Zwiększenie finansowania ze środków NFZ	Liczba nowo pozyskanych kontraktów na finansowanie świadczeń szpitalnych (oddział rehabilitacji neurologicznej)	0	1
Poprawa wyniku finansowego (zbilansowanie przychodów i kosztów szpitala)	Wartość rocznego wyniku finansowego netto skorygowanego o amortyzację	-200 000 zł	+10 000 zł
Podniesienie standardu użytkowania budynku głównego szpitala	Wykonanie zadania w zakresie termomodernizacji budynku (protokół zdawczo-odbiorczy zadania)	0	1
Skompletowanie i oddanie do archiwum wojewódzkiego akt pracowniczych archiwalnych	Liczba skompletowanych i oddanych teczek pracowniczych	10	60

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych źródłowych badanych podmiotów leczniczych.

Rozpatrując funkcjonowanie systemu kontroli zarządczej, można również rozróżnić mierniki pozwalające na ocenę kontroli zarządczej, wykorzystywaną kolejno do składania przez kierownika jednostki sektora finansów publicznych oświadczenia o stanie kontroli zarządczej. Dla ich skutecznego wdrożenia, ale również z perspektywy oceny systemu kontroli zarządczej, wskazane jest ich pogrupowanie, analogiczne do wydzielenia standardów kontroli zarządczej i ich szczegółowych zakresów (tab. 3). Pozwala to na pełną i adekwatną do zakresów samoocenę kontroli zarządczej w jednostce.

Tabela 3. Przykładowe mierniki wykorzystywane do oceny systemu kontroli zarządczej

Obszar kontroli zarządczej	Miernik
1	2
Środowisko wewnętrzne	
Przestrzeganie wartości etycznych	Opracowanie kodeksu etyki i jego przyjęcie przez wszystkich pracowników Liczba szkoleń z zakresu walki z korupcją Liczba zgłaszanych nadużyć/przykładów nieetycznego zachowania
Kompetencje zawodowe	Stopień wypełniania planu szkoleń Wyniki okresowej oceny pracowników Stopień sformalizowania procesów rekrutacyjnych
Struktura organizacyjna	Stopień i termin dostosowania regulaminu organizacyjnego do obowiązującego prawa Stopień dopasowania schematu organizacyjnego do bieżącej funkcjonalności jednostki Określenie zadań komórek organizacyjnych w formie pisemnej Wskazywanie obowiązków i uprawnień oraz odpowiedzialności pracowników w formie pisemnej
Delegowanie uprawnień	Liczba wydanych upoważnień i pełnomocnictw (rejestr) Stopień delegowania uprawnień na niższe szczeble zarządzania (zakresy obowiązków i uprawnień pracowników) Pisemne potwierdzenie przyjęcia uprawnień
Cele i zarządzanie ryzykiem	
Misja	Sformułowanie misji w formie pisemnej (dokumentacja) Znajomość misji przez pracowników jednostki
Określanie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji	Określenie celów strategicznych i operacyjnych w ustalonych interwałach czasowych Stopień wypełniania zarządzeń w zakresie ustalania i monitoringu realizacji celów Stopień realizacji wskazanych celów i zadań Wskazywanie osób odpowiedzialnych oraz zasobów niezbędnych dla realizacji celów i zadań
Identyfikacja ryzyka	Stopień wypełniania zarządzeń w zakresie identyfikacji ryzyka Wskazanie ryzyka dla każdego celu Wskazanie poziomu ryzyka akceptowalnego Funkcjonowanie i aktualizacja rejestru ryzyka

Tabela 3, cd.

1	2
Analiza ryzyka	Analiza rodzaju zidentyfikowanego ryzyka (określanie prawdopodobieństwa i siły wpływu na realizację zadania) Ocena jakości analizy ryzyka kierowników komórek organizacyjnych dokonana przez zespół ds. analizy ryzyka Ocena raportów rocznych z zarządzania ryzykiem
Reakcja na ryzyko	Wskazanie mechanizmów reakcji na ryzyko i stopień ich realizacji Wskazywanie i wypełnianie działań zmniejszających ryzyko do poziomu akceptowalnego
Mechanizmy kontroli	
Dokumentowanie systemu kontroli zarządczej	Stopień sformalizowania systemu kontroli zarządczej Aktualizacja procedur systemu kontroli zarządczej Prowadzenie rejestru procedur kontroli zarządczej i jego aktualizacja Dostępność do regulacji kontroli zarządczej dla zainteresowanych osób
Nadzór	Mechanizm przekazywania podwładnym ich obowiązków i odpowiedzialności Analiza dostępności przełożonych dla podwładnych Częstotliwość spotkań wewnątrz komórek organizacyjnych
Ciągłość działalności	Wdrożenie zarządzenia postępowania w sytuacjach kryzysowych i innych nadzwyczajnych okolicznościach Istnienie mechanizmów zapewniania alternatywnego źródła energii elektrycznej i ciepłej Mechanizm zapewniania zastępstw pracowników (np. wskazanie w karcie stanowiskowej) Analiza planu urlopów
Ochrona zasobów	Stopień zabezpieczenia dostępu do akt pracowniczych Zabezpieczenie dostępu do pomieszczenia kasy, magazynu apteki i innych magazynów głównych Mechanizmy kontroli obrotów i stanu apteczek oddziałowych i innych magazynków podręcznych Analiza form przypisania pracownikom odpowiedzialności materialnej za użytkowane zasoby Funkcjonalność i awaryjność systemów ochrony, monitoringu itp.
Szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych	Mechanizm zatwierdzania operacji finansowych i zaciągania zobowiązań (np. zatwierdzanie przez kierownika lub osobę upoważnioną przed ich dokonaniem/zaciągnięciem) System akceptacji przelewów bankowych i wypłat gotówkowych Funkcjonowanie rejestru umów, zleceń, zamówień Parafowanie każdej umowy przez radcę prawnego Dostęp do pełnej dokumentacji zamówień publicznych
Szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych	Stopień zabezpieczenia dostępu do zbiorów informatycznych Sformalizowanie i bieżące wykonywanie kopii zapasowych w systemie informatycznym Monitoring wejść do systemów informatycznych Kontrola zmian w oprogramowaniu systemowym Kontrola nieuprawnionego dostępu do zasobów informatycznych

1	2
Informacja i komunikacja	
Bieżąca informacja	Dostęp do baz danych i innych źródeł wiedzy zewnętrznej Dostępność czasopism branżowych Częstotliwość spotkań wewnętrznych w komórce organizacyjnej Wyniki oceny okresowej pracowników
Komunikacja wewnętrzna	Wdrożenie i funkcjonowanie systemu intranet Postanowienia instrukcji kancelaryjnej w sprawie obiegu dokumentów i przekazywania informacji Ocena komunikacji między pracownikami, między komórkami, między przełożonym a pracownikami Znajomość przez pracowników celów ogólnych i szczegółowych dla komórki organizacyjnej
Komunikacja zewnętrzna	Wyznaczenie komórki/pełnomocnika ds. skarg i wniosków Ocena systemu rozpatrywania skarg i wniosków Ocena systemu komunikacji z podmiotami zewnętrznymi (np. strona internetowa, rzecznik itp.)
Monitorowanie systemu kontroli zarządczej	
Monitorowanie systemu kontroli zarządczej	Narady, spotkania kadry zarządzającej w sprawie funkcjonowania systemu kontroli zarządczej Analiza liczby, spójności i jakości ustalonych celów ogólnych i szczegółowych
Samoocena	Wdrożenie samooceny w jednostce i jej udokumentowanie Obszar i termin przeprowadzenia samooceny (wszyscy/wybrani pracownicy) Zbiorcze wyniki samooceny
Audyt wewnętrzny	Liczba przeprowadzonych kontroli wewnętrznych Stopień wdrożenia zaleceń pokontrolnych Wyniki audytu wewnętrznego systemu kontroli zarządczej
Uzyskanie zapewnienia o stanie kontroli zarządczej	Wdrożenie systemu wewnętrznych oświadczeń o stanie kontroli zarządczej w kierowanych komórkach organizacyjnych Wskazanie dokumentacji będącej podstawą sporządzenia oświadczenia

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Bela 2011, s. 12-79].

Wykorzystanie powyższych mierników nie jest powszechne w procesie samooceny SPZOZ-ów. Jako zaletę ich stosowania należy wskazać znaczne ograniczenie subiektywności dokonywanej samooceny, opartej w tym przypadku na wyraźnie zdefiniowanych na poziomie jednostki miarach. Trudno jest jednoznacznie ocenić przydatność wskazanych mierników, ich określenie bowiem jest swobodne. Zakłada się jednak, że nad procesem ich opracowywania i monitoringu czuwa osoba lub zespół odpowiedzialny za nadzór nad kontrolą zarządczą, a także audytor wewnętrzny w jednostce. Można więc sądzić, że ich konstrukcja oparta jest na profesjonalizmie. W takim też przypadku nie stanowią one samoistnego celu ewidencyjnego, lecz wspierają funkcjonalność kontroli zarządczej.

Dodać również należy, że mierniki mają często charakter opisowy, a ponadto mogą podlegać uszczegółowieniu czy rozbudowaniu celem dostosowania do możliwości i potrzeb jednostki. Stosowanie mierników oceny systemu kontroli zarządczej może stanowić narzędzie uzupełniające wyniki samooceny kontroli zarządczej w jednostce lub też narzędzie zastępujące przeprowadzanie samooceny (np. w niewielkich jednostkach).

4. Podsumowanie

System ochrony zdrowia charakteryzuje obecnie silna presja na poprawę jakości procesów leczniczych, zwiększanie zakresu i rodzaju świadczonych usług i redukcję kosztów, dodatkowo wzmocniana przez rosnącą konkurencję. Czynniki te wymuszają wprowadzanie systemów pomiaru dokonań, w ramach których następuje pomiar, monitoring i raportowanie osiągnięć, wspomagających utrzymanie oraz rozwój pozycji rynkowej podmiotów leczniczych. Systemy te są kształtowane przez uwarunkowania występujące w ochronie zdrowia, w tym na przykład przez procesy integracyjne w opiece zdrowotnej, wzrost istotności niefinansowych miar prezentacji dokonań, a także czynniki zewnętrzne [Curtright, Stolp-Smith, Edell 2000, s. 59], na przykład w postaci przeobrażania procesów zarządzania jednostkami sektora publicznego.

Z perspektywy istoty mierników i ich przydatności w zarządzaniu podmiotem leczniczym należy podkreślić przewagę funkcjonalności mierników niefinansowych, pozwalających na skupienie uwagi na perspektywie pacjenta i realizowanych procesach operacyjnych związanych ze świadczeniem usług zdrowotnych [Curtright, Stolp-Smith, Edell 2000; Stewart, Lockamy 2001]. Z kolei w obszarze pomiarów długoterminowych rośnie przydatność mierników oddziaływania, dotyczących często również wyższego stopnia agregacji celów (cała jednostka, podmioty podległe organowi założycielskiemu, spółki tworzące grupę kapitałową). W perspektywie krótkoterminowej wskazane jest posługiwanie się miernikami produktu i rezultatu. Mierniki nakładów wydają się adekwatne w monitoringu zarówno długookresowym, jak i operacyjnym. Ponadto w ramach kontroli zarządczej w publicznych podmiotach leczniczych należy wyraźnie rozróżnić dwie kategorie mierników: pierwsza stosowana z perspektywy traktowania tego systemu jako systemu pomiaru i oceny dokonań oraz druga kategoria mierników, stosowana do oceny konstrukcji i funkcjonalności tego systemu. Podkreślić należy, że kontrola zarządcza, w tym określane w jej ramach cele, zadania, mierniki, stanowi system wspomagający zarządzanie jednostką. Tymczasem funkcja ta nadal nie znajduje szerokiego zastosowania [Strąk 2013, s. 181], skupiając się na wykorzystaniu kontroli zarządczej jako systemu nadzoru nad działalnością podległych jednostek.

Należy wskazać podstawowe uwagi w zakresie stosowania mierników pomiaru dokonań w podmiotach leczniczych:

- konieczność ich powiązania z ustalonymi celami i zadaniami,

- możliwość ich kwantyfikacji,
- możliwość oddziaływania na ich wartość przez osoby/komórki odpowiedzialne za realizację celu/zadania, lecz równocześnie niezależność w zakresie manipulacji danymi,
- dostęp do danych źródłowych pozwalających na ustalenie wartości miernika,
- silne osadzenie w działalności medycznej, mierniki często dotyczą procesów medycznych,
- słaba adaptacja zbioru przyjętych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej mierników dla potrzeb zarządczych, silna presja na priorytetowe ich wykorzystanie w realizacji funkcji kontrolnej.

Konstrukcja mierników jest silnie determinowana przez przyjęte cele i zadania, które mają one mierzyć. Elementy te winny być tak określone, by stopień ich realizacji był możliwy do badania (zmierzenia) przez różne mierniki. Ważne jest świadome i rozważne formułowanie celów, zadań i mierników, tak by możliwe było obiektywne dokonywanie pomiaru. Podkreślić należy, że w procedurze identyfikacji mierników i skuteczności ich badania nie jest istotne wyłącznie ich formułowanie, ale duża waga winna być przykładana już na etapie określania tych elementów, które za pomocą mierników będą badane i oceniane. Obszar ten, uwzględniając jego charakter motywacyjny i kontrolny, podatny jest bowiem na manipulacje. Równie ważne jest świadome i rozważne formułowanie celów, zadań i mierników, tak by możliwe było obiektywne dokonywanie pomiaru.

Literatura

- Bela A., 2011, *Mierniki oceny systemu kontroli zarządczej w Polsce*, Polski Instytut Kontroli Wewnętrznej, Warszawa.
- Chodurski A., 2013, *Kontrola zarządcza w jednostkach sektora finansów publicznych*, Poradnik Rachunkowości Budżetowej nr 4/2013, Infor, Warszawa.
- Curtright J.W., Stolp-Smith S.C., Edell E.S., 2000, *Strategic performance management: development of a performance measurement system at the mayo clinic*, Journal of Healthcare Management, Jan/ Feb, 45,1.
- Fatemi M., Behmanesh M.R., 2012, *New public management approach and accountability*, International Journal of Management, Economics and Social Sciences, vol. 1(2).
- Franceschini F., Galetto M., Maisano D., 2007, *Management by Measurement. Designing Key Indicators and Performance Measurement Systems*, Springer, Berlin.
- Freeman T., 2010, *Pomiar wyników i wdrażanie ulepszeń*, [w:] Walshe K., Smith J. (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wolters Kluwer Polska sp. z o.o., Warszawa.
- Kłudacz M., 2011, *Specyfika systemu pomiaru i oceny dokonań szpitali*, [w:] Hass-Symotiuik M. (red.), *System pomiaru i oceny dokonań szpitala*, Wolters Kluwer sp. z o.o., Warszawa.
- Komunikat nr 6 Ministra Finansów z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie szczegółowych wytycznych dla sektora finansów publicznych w zakresie planowania i zarządzania ryzykiem, Dz.U. MF, poz. 56.
- Kowalak R., 2014, *Mierniki dokonań w sprawozdawczości zarządczej*, [w:] Lelusz H. (red.), *Metodyczne aspekty badań w rachunkowości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Olsztyn.

- Mazurek A., Knedler K., 2010, *Kontrola zarządcza – ujęcie praktyczne*, Handicap, Warszawa.
- Michalak J., 2008, *Pomiar dokonań: od wyniku finansowego do Balanced Scorecard*, Difin, Warszawa.
- Mućko P., 2011, *Rachunkowość jako podstawa systemu oceny dokonań szpitali* [w:] Hass-Symotiuk M. (red.), *System pomiaru i oceny dokonań szpitala*, Wolters Kluwer sp. z o.o., Warszawa.
- Nita B., 2012, *Raportowanie wewnętrzne w przedsiębiorstwie*, [w:] Nowak E. (red.), *Pomiar i raportowanie dokonań przedsiębiorstwa*, CeDeWu sp. z o.o., Warszawa.
- Sobol E. (red.), 2003, *Nowy słownik języka polskiego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Stewart L.J., Lockamy A., III, 2001, *Improving competitiveness through performance measurement systems*, *Healthcare Financial Management*, Dec., 55, 12.
- Stoner J.A.F., Wankel C., 2001, *Kierowanie*, PWE, Warszawa.
- Strąk T., 2012, *Modele dokonań jednostek sektora finansów publicznych*, Difin, Warszawa.
- Ustawa z dnia 29 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, Dz.U. 157, poz. 1240 ze zmianami.