

Artur Paździor

Politechnika Lubelska
e-mail: a.pazdzior@pollub.pl

Maria Paździor

Katolicki Uniwersytet Lubelski
e-mail: maria.pazdzior@kul.pl

POMIAR EFEKTYWNOŚCI DZIAŁALNOŚCI PODMIOTÓW LECZNICZYCH. WYBRANE ASPEKTY

MEASUREMENT OF ASSESSING OF EFFECTIVENESS OF HEALTH CARE UNITS. CHOSEN ASPECTS

DOI: 10.15611/pn.2017.481.04
JEL Classification: G30, M21

Streszczenie: Samodzielne podmioty lecznicze są powołane do realizacji usług medycznych. Są to usługi o szczególnym znaczeniu, gdyż zdrowie jest dobrem fundamentalnym. W ocenie usług medycznych liczy się nie tylko efektywność, lecz również sprawiedliwość w ich dystrybucji i finansowaniu. Z tych powodów działalność medyczna, w odróżnieniu od wielu innych rodzajów działalności ludzkiej, silniej uzależniona jest od decyzji politycznych. Współczesne państwa ingerują w organizację i finansowanie systemu ochrony zdrowia. Sytuacja ta znacząco wpływa na efektywność funkcjonowania jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia. Wobec powyższego w opracowaniu, na podstawie studiów literaturowych, starano się odpowiedzieć na pytanie, na ile w ocenie efektywności zarządzania podmiotami leczniczymi mogą być wykorzystane znane i powszechnie stosowane miary finansowe.

Słowa kluczowe: podmioty lecznicze, usługi zdrowotne, efektywność, koszty usług medycznych, mierniki oceny.

Summary: Medical entities are set up to provide medical services. These services have special importance because health is a fundamental good. In the evaluation of medical services counts not only efficiency but also fairness in their distribution and financing. For these reasons, medical activity, unlike many other human activities, is more strongly dependent on political decisions. Contemporary states interfere in the organization and financing of health system. This situation significantly affects the effectiveness of the functioning of health care units. Therefore, the study, based on literature, attempts to answer the question of how well known and commonly used financial measures can be used in estimating the economic efficiency of managing medical entities.

Keywords: health care units, health services, efficiency, costs of medical services, evaluation measures.

1. Wstęp

Usługi zdrowotne są dobrem ekonomicznym. Zapotrzebowanie na nie, w przeciwieństwie do wielu innych dóbr ekonomicznych, jest nieograniczone. Ograniczone są natomiast zasoby (materialne, ludzkie i finansowe), które mogą być przeznaczone na ich zaspokojenie. Dotychczas nigdzie na świecie nie zdołano zaspokoić wszystkich oczekiwań wobec ochrony zdrowia, niezależnie od wielkości nakładów finansowych przeznaczanych na ten cel [Morris, Devlin, Parkin 2012, s. 15]. Dlatego skuteczne zarządzanie podmiotami leczniczymi wymaga dokonywania pomiaru ich efektywności. Efektywność działalności gospodarczej jest pojęciem wynikowym [Osbert-Pociecha 2005, s. 92]. Jak zauważa E. Skrzypek, jest ona wskaźnikiem przekształcenia nakładów w wyniki [Skrzypek 2000, s. 205].

Miarą efektywności jakiegokolwiek działalności są jej rezultaty. W zależności od jej rodzaju przejawiają się one w różny sposób, np. w ilości i jakości produktów (usług), wyniku finansowym, satysfakcji klientów (pacjentów) itp. Efekty pracy każdego podmiotu gospodarczego, niezależnie od rodzaju prowadzonej działalności, materializują się w procesie sprzedaży.

Dlatego do mierzenia wyników pracy wykorzystuje się różne kategorie ekonomiczne, wśród których istotne znaczenie mają takie jak: wartość dodana, wartość sprzedaży (przychody ze sprzedaży netto) i wynik finansowy. Za użytecznością wymienionych miar przemawia fakt, że łatwo je zidentyfikować na podstawie sprawozdawczości finansowej przedsiębiorstw. Należą one do grupy obiektywnych metod oceny wyników pracy [Griffin 2004, s. 459].

W zakładach opieki zdrowotnej badanie efektywności może dotyczyć efektywności realizacji procedur medycznych, sprawności organizacyjnej w procesie leczenia pacjentów, efektywności wykorzystania posiadanych zasobów, wyników finansowych uzyskiwanych w procesie funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej.

Oceny efektywności dokonuje się poprzez porównanie wyników pracy z jej nakładami. Porównanie może mieć formę różnicową (efekty pomniejszone o nakłady) lub ilorazową (efekty podzielone przez nakłady). Warunkiem oceny tak rozumianej efektywności jest wymierność nakładów i wyników.

Celem opracowania jest ocena możliwości wykorzystania znanych miar finansowych do oceny efektywności pracy podmiotów leczniczych. W artykule postawiono następującą hipotezę badawczą: mimo realizacji odmiennych celów strategicznych podmiotów leczniczych (szpitali) w porównaniu z podmiotami komercyjnymi, w ocenie efektywności ich funkcjonowania istnieje konieczność stosowania mierników typowych dla jednostek komercyjnych, uzupełnionych o wskaźniki efektywności organizacyjnej i medycznej.

2. Przedmiot działalności leczniczej

Podstawowym zadaniem podmiotów leczniczych jest realizacja określonych świadczeń zdrowotnych, przez które rozumie się działania mające na celu zachowanie, ratowanie, poprawianie lub przywracanie zdrowia oraz inne działania medyczne związane z procesem leczenia lub wynikające z odrębnych przepisów regulujących zasady realizacji świadczeń medycznych [Ustawa z 15 kwietnia 2011]. Do świadczeń tych zalicza się:

- świadczenia szpitalne, które polegają na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, realizowane w systemie całodobowym (lub w okresie krótszym niż 24 godz.) lub ambulatoryjnym,
- świadczenia stacjonarne i całodobowe, niezaliczane do świadczeń szpitalnych, tj. usługi opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne itp., wykonywane przez inne jednostki organizacyjne niż szpitale,
- działalność edukacyjną (kształcenie lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia),
- działalność badawczą łączoną z działalnością edukacyjną, promocją zdrowia, wdrażaniem nowych technologii medycznych, metod leczenia itp.

Zdrowie uważane jest za dobro fundamentalne. Dlatego w jego przypadku wymiar materialny ma mniejsze znaczenie niż w przypadku innych, typowych dóbr. Nie może być przedmiotem wymiany, gdyż w dużym stopniu zależy od cech biologicznych człowieka. To w znaczącym stopniu wpływa na popyt na usługi lecznicze oraz oczekiwania społeczne [Morris, Devlin, Parkin 2012, s. 20].

Usługi medyczne należą do tzw. dóbr konesera, które charakteryzują się wysoką jakością elastycznością popytu oraz niską elastycznością cenową [Hołub 2002, s. 43]. Pacjenci (klienci podmiotów leczniczych) są skłonni zapłacić nawet wysoką ceną (niejednokrotnie nieproporcjonalnie wyższą w porównaniu z jej jakością) za świadczenie, które daje szansę na spełnienie ich oczekiwań. Nie oznacza to wszakże braku reakcji popytu na wzrost cen usług zdrowotnych. Reakcja ta jest jednak znacznie mniejsza niż w przypadku dóbr materialnych czy wielu innych dóbr niematerialnych. Nawet ludzie o bardzo niskich dochodach w sytuacjach szczególnego zagrożenia zdrowia lub życia poszukują różnych możliwości zdobycia niezbędnych środków finansowych, by skorzystać z koniecznej, choć bardzo drogiej usługi medycznej¹.

Nadrzędnym celem usług medycznych jest znalezienie takiej procedury, która pozwoli na uzyskanie maksymalnej satysfakcji zdrowotnej. Szczególny charakter usług medycznych, gdzie najważniejszy jest efekt terapeutyczny bez względu na koszty, jest – jak się wydaje – jedną z przyczyn, z jednej strony, niskiej elastyczności cenowej, z drugiej zaś rosnących kosztów nowych leków i technologii medycznych. Ciągła presja na poprawę wyników leczenia powoduje sytuację, w której tworzenie

¹ Świadczą o tym liczne zbiórki pieniężne na pokrycie kosztów drogiej usługi zdrowotnych dla osób biednych.

nowych procedur medycznych jest wyżej oceniane niż opracowywanie metod racjonalizacji (obniżania) kosztów [Stępniewski 2008, s. 78].

Efektywny proces świadczenia usług zdrowotnych wymaga racjonalnego przepływu informacji zarówno między podmiotami uczestniczącymi w procesie realizacji usługi, jak i między lekarzem prowadzącym a pacjentem. O ile lekarz dysponuje odpowiednią wiedzą fachową oraz mniejszym lub większym doświadczeniem praktycznym, o tyle pacjent najczęściej zdany jest w całości na opinię lekarza.

Oprócz kompleksowej, wyczerpującej informacji niemałe znaczenie ma atmosfera, w jakiej realizowane są usługi medyczne. Podczas realizacji procedur medycznej nawiązywane są określone więzi między wykonawcą a pacjentem, które w dużej mierze rzutują na decyzje pacjentów. To sprawia, że jeżeli pacjent ma takie same procedury, o takim samym poziomie jakości, lecz u różnych wykonawców, wybierze tego, kogo lubi lub polubi. Podobnie zachowuje się również wtedy, kiedy możliwości wyboru są zróżnicowane (np. zróżnicowana jakość, cena itp.). Wtedy również pacjenci nabywają usługę u tych, których lubią lub polubią [Fijor 2001, s. 34–35].

Ta sytuacja sprawia, że istnieje możliwość nadmiernego (sztucznego) kształtowania popytu na te usługi. Wynika to asymetrii informacyjnej, jaka występuje między pacjentem a lekarzem. Zazwyczaj pacjent jest osobą mniej poinformowaną zarówno o istocie swojej choroby, jak i o zalecanej procedurze. W związku z tym mogą być proponowane usługi niekoniecznie uzasadnione jego stanem zdrowia. W praktyce takich przypadków jest dużo [Goodman, Musgrave, Herrik 2008, s. 157–158]. Ich przyczyna nierzadko ma podłoże ekonomiczne. Lekarze oceniają stan zdrowia pacjentów, aplikują im leki, kierują na dalsze badania diagnostyczne, decydują o formie leczenia (szpitalne, ambulatoryjne itp.). Pacjent jest całkowicie zależny od lekarza. Relacja między konsumentem usług zdrowotnych a świadczeniodawcą jest więc zupełnie inna niż na pozostałych rynkach. Na relacje te dodatkowo wpływa trzecia strona, która jest płatnikiem (ubezpieczyciel) [Morris, Devlin, Parkin 2012, s. 28].

Asymetria informacji ma również wpływ na konkurencyjność i efektywność funkcjonowania podmiotów leczniczych. Podmioty nienastawione na zysk są mniej zainteresowane obniżaniem kosztów i poprawą efektywności swojej działalności. Tym samym wykazują mniejsze zainteresowanie konkurencją o pacjenta. Gdyby pacjenci mogli bez trudu ocenić jakość świadczonych im usług, wówczas podmioty lecznicze, zarówno nastawione na zysk, jak i te, które nie są zainteresowane jego maksymalizacją, miałyby silniejszą motywację do podnoszenia efektywności [Stiglitz 2004, s. 372].

Usługi medyczne rozpatrywane są w dwóch aspektach: indywidualnym i społecznym. Zdrowie, którego ochrona lub poprawa jest przedmiotem usług medycznych, nie tylko jest ważnym dobrem konkretnego człowieka, lecz ma istotne znaczenie dla społeczeństwa. Ochrona zdrowia jest pod szczególną kontrolą państw, niezależnie od systemów politycznych, jakie w nich obowiązują. Wynika to w szczególności z dwóch okoliczności. Po pierwsze, ochrona zdrowia ma nie tylko określoną wartość humanitarną, lecz również konkretny wymiar makroekonomiczny [Fedorowski, Niżankowski (red.) 2002, s. 5]. Zdrowie ma istotny wpływ na dobrobyt społeczny.

Ochrona zdrowia postrzegana jest obecnie jako istotna część standardu cywilizacyjnego. Uznaje się, że systemy ochrony zdrowia powinny zapewniać powszechny dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych. Pacjent stawiany jest w centrum tego systemu, który ma reagować na jego indywidualne potrzeby. Niesprawne systemy obciążają rządy danych krajów, które są obwiniane za skutki źle funkcjonujących podmiotów leczniczych [Włodarczyk, Kowalska, Mokrzycka 2012, s. 87–89]. W państwach UE jest ona jednym z elementów ich polityki społecznej. Po drugie, rozwój technologii medycznych zwiększa skuteczność procesów leczniczych, lecz równocześnie wiąże się z wysokimi nakładami finansowymi. Większości pacjentów nie stać na ich pokrycie. W tej sytuacji konieczne jest zaangażowanie środków publicznych. W poszczególnych krajach zakres tego zaangażowania jest od wielu lat zróżnicowany [Peacock i in. 2001, s. 24; Medeiros, Schwierz 2014, s. 30].

Dotowanie usług medycznych wpływa na wzrost popytu na te świadczenia zdrowotne. Ograniczoność środków finansowych (prywatnych i publicznych) sprawia, że podaż usług zdrowotnych nie nadąża za zapotrzebowaniem na nie. Pacjenci postrzegają je jako świadczenia darmowe i dlatego są skłonni korzystać z nich nawet wtedy, kiedy ich stan zdrowia tego nie uzasadnia. W tej sytuacji powstaje konieczność regulowania popytu poprzez system administrowania tymi usługami (np. poprzez system kolejek). Prowadzi to niejednokrotnie do zjawisk patologicznych, tj. omijania kolejek przez osoby lepiej sytuowane, często kosztem osób potrzebujących szybkiej interwencji medycznej. Rezultatem jest zazwyczaj nieoptymalne wykorzystanie posiadanych zasobów medycznych. Część tych zasobów jest marnotrawiona, m.in. poprzez nadmierne biurokratyczne obciążenie lekarzy, niepełne wykorzystanie nowoczesnej, drogiej aparatury diagnostycznej itp. Administrowanie podażą usług medycznych nie tworzy dostatecznie silnych bodźców do ekonomizacji działalności medycznej.

3. Koszty jako kryterium oceny efektywności ekonomicznej podmiotów leczniczych

Efektywność funkcjonowania podmiotów leczniczych w dużej mierze zależy od wysokości generowanych kosztów. Są one pochodną posiadanych zasobów i poziomu ich wykorzystania. Koszty te w dużej mierze mają charakter kosztów stałych. Duży udział w nich mają koszty zatrudnienia. Koszty stałe zależą od posiadanych rzeczowych aktywów trwałych (gruntów, powierzchni użytkowej, wyposażenia w aparaturę medyczną, środków transportowych), liczby i struktury zatrudnionych oraz cen bieżących związanych z utrzymaniem posiadanych zasobów. Są pochodną wielkości zasobów, a nie poziomu ich wykorzystania. Dlatego koszty te nazywa się inaczej kosztami gotowości (kosztami utrzymania potencjału usługowego w gotowości do wykorzystania) lub kosztami okresu. Jeżeli część potencjału nie jest wykorzystana, to powstają wówczas koszty nieużyteczne, nazywane inaczej kosztami pustymi,

czyli takimi, które nie przyczyniają się do powstawania przychodów. Im więcej jest kosztów pustych, tym trudniej jest zapewnić samofinansowanie.

Dlatego stopień wykorzystania posiadanego potencjału usługowego w jednostkach ochrony zdrowia ma duży wpływ na efektywność ekonomiczną. W miarę jak spada liczba świadczonych usług, rosną średnie ich koszty oraz spadają przychody ze sprzedaży. Dzieje się tak dlatego, że koszty stałe związane są z posiadanymi, a nie z wykorzystanymi zasobami. Koszty utrzymania zasobów wymagają systematycznych wydatków, podczas gdy wpływy zależą od wielkości sprzedaży (w przypadku publicznych zakładów opieki zdrowotnej od liczby usług opłaconych przez NFZ).

Zarządzanie posiadanymi zasobami wymaga oceny dostosowania ich poziomu i struktury do zapotrzebowania na świadczone usługi. W wielu przypadkach konieczna może być ich restrukturyzacja. Chodzi o stworzenie warunków do tego, by mogły być one wykorzystywane w optymalny sposób. Tylko w takich warunkach można zrationalizować koszty. Do zarządzania kosztami w zakładach opieki zdrowotnej trzeba wykorzystywać nowe metody rachunku kosztów, które umożliwiają szczegółową wycenę kosztów realizowanych procedur.

Konieczna jest zatem systematyczna kontrola kosztów, obniżanie kosztów stałych, stopniowe ograniczanie (aż do całkowitego wyeliminowania) kosztów bezużytecznych, poprawa organizacji pracy. Chodzi przede wszystkim o lepsze wykorzystanie czasu personelu medycznego, skrócenie okresu diagnozowania i hospitalizacji pacjentów itp. Szczegółnej analizie powinny podlegać koszty w miejscach ich powstawania, czyli w oddziałach, pracowniach diagnostycznych, laboratoriach analitycznych itp.

Konieczne jest wypracowanie właściwych mierników oceny pracy jednostek organizacyjnych w ochronie zdrowia. Ich brak utrudnia bieżące monitorowanie sytuacji medycznej i finansowej zakładów opieki zdrowotnej, ocenę sprawności ich działania i jakość zarządzania. Ocena taka jest niezbędna do opracowania strategii rozwoju podmiotu leczniczego oraz do bieżącej, systematycznej kontroli sytuacji finansowej i rynkowej. Koszty stanowią podstawę tzw. cząstkowej oceny efektywności. Wykorzystywana jest ona wtedy, kiedy korzyści są trudno mierzalne. Przykładem takiej oceny mogą być koszty realizacji określonej procedury medycznej. Rezultat zastosowania procedury nie jest pewny (np. pacjent nie musi odzyskać zdrowia). Takie kryteria stosowane są często w decyzjach alokacyjnych (np. wykorzystuje je NFZ przy zawieraniu kontraktów z podmiotami leczniczymi).

W zakładach opieki zdrowotnej mierniki kosztowe mogą być wykorzystywane do oceny efektywności pracy tych wewnętrznych jednostek organizacyjnych, którym trudno byłoby przypisać jakiegokolwiek przychody (np. komórki administracji szpitalnej, brygady konserwacyjno-remontowej). Nie powinien to być jednak miernik powszechnie stosowany, zwłaszcza w odniesieniu do jednostek świadczących bezpośrednio usługi medyczne. Usługi te są źródłem przychodów podmiotów leczniczych, dlatego ważne są nie tylko koszty, lecz również liczba i jakość sprzedanych usług.

Racjonalne decyzje wymagają wiarygodnej oceny relacji między oczekiwanymi efektami a kosztami ich uzyskania. Świadczeniodawcy zmuszeni są do poszukiwania

optymalnej relacji między ceną a jakością usługi. Koncentracja uwagi jedynie na procedurach i kosztach ich realizacji nie sprzyja jakości świadczeń, często prowadzi jednak do obniżenia wartości dla pacjentów. Wybór procedur tańszych może prowadzić tylko do pozornej oszczędności. W rzeczywistości bowiem może pogarszać się relacja między poniesionymi kosztami a uzyskanym poziomem jakości usługi i rezultatem zdrowotnym. Dlatego mierniki finansowe (kosztowe) powinny być uzupełniane miernikami o charakterze jakościowym. Tylko wtedy można ocenić celowość zużywanych zasobów oraz efektywności ich wykorzystania.

4. Wynik finansowy jako miernik efektywności pracy podmiotów leczniczych

Jednostki ochrony zdrowia, w szczególności SPZOZ-y, realizują nie tylko cele ekonomiczne, ale i społeczne. Oznacza to konieczność hierarchizacji i synchronizacji mierników księgowych i ekonomicznych. Ponadto specyficzny sposób finansowania sprawia, że efektywność ekonomiczna podmiotów leczniczych nie jest jedynie pochodną działań menedżerskich dyrekcji, ale i uwarunkowań legislacyjnych. Istnieje obecnie wiele procedur zarówno przecenianych, jak i niedoszacowanych przez NFZ. To powoduje, że bez względu na zastosowane metody i techniki zarządzania, opłacalność funkcjonowania wielu oddziałów szpitalnych jest głównie wypadkową stosowanej przez płatnika wyceny świadczeń.

W kontekście poszukiwania zespołu mierników efektywności ekonomicznej całego szpitala oraz poszczególnych jego oddziałów problematyczne wydaje się zatem podejście oparte wyłącznie na miernikach wykorzystywanych w innych, typowo komercyjnych przedsiębiorstwach. Nie oznacza to jednak abstrahowania od dobrze znanych mierników, do których zaliczyć można m.in. marżę brutto, wykorzystywaną jako kryterium opłacalności w rachunku kosztów zmiennych oraz stanowiącą podstawę do konstruowania wielopoziomowego rachunku zysków [Janik, Zbroja 2008, s. 200–201]. Jest ona nadwyżką przychodów ze sprzedaży nad kosztami zmiennymi (różnicą między przychodami ze sprzedaży netto a kosztami zmiennymi). Stanowi więc sumę kosztów stałych i wyniku finansowego na sprzedaży produktów i usług. Przychód ze sprzedaży stanowi zatem sumę kosztów zmiennych sprzedanych produktów i usług oraz marży brutto.

Marżę brutto można z powodzeniem stosować do ekonomicznej oceny funkcjonowania poszczególnych oddziałów jako centrów przychodowych. Biorąc jednak pod uwagę złożoność elementów składających się na wartość ośrodka w ramach szpitala, miernik ten należy uzupełniać o wskaźniki organizacyjne. Do najczęściej stosowanych zalicza się m.in.: średnie obłożenie, liczbę dni pobytu na oddziale w porównaniu ze średnią z takich samych oddziałów w innych szpitalach (benchmark), wartość materiałów przypadającą na pacjenta w relacji do benchmarku itp. Można także zastosować wskaźniki dynamiki, jak np.: przyrost kosztów bezpośrednich w relacji do przyrostu przychodów, zmiana przychodów w stosunku do

zmiany wynagrodzeń, zmiana liczby pacjentów w stosunku do zmiany liczby lekarzy i pielęgniarek itp. W ocenie tej nie sposób także pominąć wskaźników społecznych, do których zaliczyć można chociażby wskaźnik satysfakcji pacjentów i ich rodzin oraz mierniki zadowolenia z wykonywanej pracy zarówno białego personelu, jak i kadry administracyjnej.

Ocena całego szpitala także wymaga ukierunkowania na efektywność zagregowaną. Poza wymienionymi elementami, które umożliwiają analizę indukcyjną jednostki, efektywność szpitala jako całości można oceniać z wykorzystaniem wskaźników bazujących na księgowym wyniku finansowym. W podmiotach o konwencjonalnej, tj. umiarkowanej, bądź konserwatywnej strukturze kapitału kluczowa jest zazwyczaj analiza oparta na zysku operacyjnym, czyli wyniku przed odsetkami i opodatkowaniem. W jednostkach o wysokim i bardzo wysokim udziale zadłużenia rentowność operacyjna jest w dużej części lub całości konsumowana przez odsetki od kapitałów obcych zaewidencjonowane w kosztach finansowych. Z tego względu analizę efektywności takich podmiotów należy przeprowadzać z wykorzystaniem wszystkich kategorii wynikowych uwzględnionych w rachunku zysków i strat, zaś ocenę działalności operacyjnej korygować o koszt kapitału, czyli oszacować dochód rezydualny (ekonomiczną wartość dodaną).

Przedstawiona konstrukcja oceny funkcjonowania szpitala oraz poszczególnych oddziałów wydaje się być potwierdzeniem tezy B. Bobera o potrzebie wielowymiarowego ujęcia efektywności, podyktowanej m.in.: istnieniem wielu interesariuszy, spośród których wielu posiada dominującą siłę oddziaływania (NFZ); niepostrzeganiem zysku jako miernika oceny kondycji finansowej i podejmowaniem decyzji na podstawie analizy interesów politycznych, a nie ekonomiczno-społecznych; niewielką podatnością pacjenta na bodźce ekonomiczne itp. [Bober 2011, s. 160].

5. Zakończenie

Mierniki ceny efektywności działalności podmiotów leczniczych budzą w teorii i w praktyce wiele wątpliwości. Dotyczy to w szczególności podmiotów publicznych, których nadrzędnym celem nie jest generowanie zysku. Wieloletnie doświadczenia związane z funkcjonowaniem tych podmiotów w Polsce wskazują, że brak kryteriów finansowych w ocenie ich pracy owocuje niskim poziomem efektywności ekonomicznej i społecznej. Świadczy o tym wysoki poziom ich zadłużenia. Kilkakrotne oddłużanie tych podmiotów (w ostatnich 25 latach) nie doprowadziło do wyraźnej poprawy ich sytuacji finansowej. Również przekształcenie wielu z nich w spółki prawa handlowego dało połowiczne rezultaty.

Szczególny charakter usług medycznych sprawia, że przy ich ocenie ważna jest nie tylko efektywność ekonomiczna, lecz również sprawiedliwość dystrybucji. To sprawia, że na system organizacji i finansowania usług medycznych duży wpływ mają decyzje polityczne. Daleko idąca ingerencja państwa na rynku usług medycznych prowadzi najczęściej do nadmiernej biurokracji, zaniku bodźców rynkowych

oraz utrudnia skuteczny pomiar wyników w publicznym sektorze ochrony zdrowia [Morris, Devlin, Parkin 2012, s. 173].

Pomimo wielu trudności w zakresie doboru adekwatnych mierników efektywności działalności podmiotów leczniczych zaniechanie takiej oceny byłoby nieuzasadnione. Ograniczoność zasobów, którymi dysponują zakłady opieki zdrowotnej, powinna je skłaniać do racjonalnego ich wykorzystania. Rezultatem zagospodarowania posiadanych zasobów są wyniki finansowe, znajdujące odzwierciedlenie w przychodach i kosztach jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia, niezależnie od formy własności i zasad finansowania. Dlatego powszechnie stosowane w działalności gospodarczej finansowe kryteria oceny mogą być wykorzystane również w ocenie efektywności zarządzania podmiotami leczniczymi. Uwzględniając jednak charakter ich działalności, należałoby w tej ocenie szerzej wykorzystywać benchmark i uzupełniać mierniki finansowe miarami dotyczącymi organizacji i skutków medycznych.

Literatura

- Bober B., 2011, *Efektywność – moralne dylematy w procesie świadczenia usługi szpitalnej*, [w:] *Zarządzanie w ochronie zdrowia. Problemy wybrane*, red. R. Lewandowski, R. Walkowiak, Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania im. prof. T. Kotarbińskiego, Olsztyn.
- Fedorowski J.J., Niżankowski R. (red.), 2002, *Ekonomika medycyny*, PZWL, Warszawa.
- Fijor J.M., 2001, *Metody zdobywania klientów, czyli jak osiągnąć sukces w sprzedaży*, Wydawnictwo Publishing, Chicago–Warszawa.
- Goodman J.C., Musgrave G.L., Herrik D.M., 2008, *Jak uzdrowić służbę zdrowia? Raport o światowych systemach opieki zdrowotnej*, Fijor Publishing, Warszawa.
- Griffin R.W., 2004, *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa.
- Hołub J., 2002, *Aplikacja strategii marketingowych w placówkach służby zdrowia w Polsce*, [w:] *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, red. B. Nogalski, J.M. Rybicki, Dom Organizatora TNOiK, Toruń.
- Janik W., Zbroja A., 2008, *Controlling operacyjny w zarządzaniu zakładami opieki zdrowotnej*, [w:] *Współczesne wyzwania strukturalne i menedżerskie w ochronie zdrowia*, red. R. Lewandowski, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn.
- Medeiros J., Schwierz Ch., 2014, *Efficiency estimates of health care systems*, European Economy, Economic Papers 549, European Commission, June.
- Morris S., Devlin N., Parkin D., 2012, *Ekonomia w ochronie zdrowia*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Osbert-Pociecha G., 2005, *Efektywność i konkurencyjność jako cechy konstytutywne przedsiębiorstwa*, [w:] *Podstawy nauki o przedsiębiorstwie*, red. J. Lichtarski, Akademia Ekonomiczna im. O. Langego we Wrocławiu, Wrocław.
- Peacock S., Chan Ch., Mangolini M., Johansen D., 2001, *Techniques for Measuring Efficiency in Health Services*, Productivity Commission, Staff Working Paper, July.
- Skrzypek E., 2000, *Jakość i efektywność*, UMCS, Lublin.
- Stępniewski J., 2008, *Strategia, finanse i koszty szpitala*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Stiglitz J.E., 2004, *Ekonomia sektora publicznego*, PWN, Warszawa.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2015, poz. 618.
- Włodarczyk W.C., Kowalska I., Mokrzycka A., 2012, *Szkice z polityki zdrowotnej Unii Europejskiej*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa.