DOI: 10.18276/SIP.2018.53/3-04

Mirela Romanowska*

Instytut Ekonomii
Uniwersytet Szczeciński

Joanna Kowalik**

Instytut Ekonomii
Uniwersytet Szczeciński

WPŁYW PRYWATYZACJI NA EFEKTYWNOŚĆ PODMIOTU LECZNICZEGO

Streszczenie

Celem artykułu jest ocena podmiotu leczniczego przy wykorzystaniu metod ilościowych na przykładzie publicznego szpitala powiatowego. Wskazano na przekształcenia w sektorze ochrony zdrowia, których celem było dostosowanie funkcjonowania podmiotów leczniczych do zmieniających się warunków rynkowych przy jednoczesnym zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentom poprzez dostarczenie im najwyższej jakości usług na zadowalającym poziomie przy optymalnym wykorzystaniu posiadanego potencjału. Za pomocą wskaźników ilościowych autorzy dokonali oceny efektywności technicznej badanego podmiotu leczniczego. Dane źródłowe, które zostały wykorzystane do obliczeń wskaźników efektywności, pochodziły ze statystyki medycznej badanego szpitala.

Słowa kluczowe: podmiot leczniczy, prywatyzacja, efektywność

* Adres e-mail: mirelaj@wneiz.pl.

** Adres e-mail: joannakowalik02@gmail.com.

Wprowadzenie

Sukces państwa nie zależy wyłącznie od wskaźników ekonomicznych, które kształtują się na właściwym poziomie, ale również od dobra społecznego. Polega ono między innymi na zapewnieniu populacji możliwości korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej, do której zaliczane są bezpłatne świadczenia zdrowotne w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). System ochrony zdrowia od lat ulega przeobrażeniom, aby zapewniać lepszy dostęp do świadczeń medycznych oraz zmiany prawne i strukturalne w placówkach. Jednym z rozwiązań systemowych była prywatyzacja, odnosząca się do zmian samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SP ZOZ-y) w niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (NZOZ-y).

1. Prywatyzacja

System ochrony zdrowia ulega ciągłym przeobrażeniom w celu dopasowania się do zmieniającego otoczenia społeczno-gospodarczego. Takimi procesami dostosowawczymi są prywatyzacja oraz komercjalizacja. Na mocy polskiego prawa gospodarczego pojęcia te zostały zdefiniowane w Ustawie z 1996 roku o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych (Ustawa, 1996). Według zapisów powyższej ustawy komercjalizacja polega na „przekształceniu przedsiębiorstwa państwowego w spółkę”, bez zmiany struktury właścicielskiej. Pomimo tego, że zapisy ustawy dotyczą podmiotów państwowych, powszechnie przyjęło się, iż komercjalizacja jest procesem przekształcenia podmiotu publicznego w spółkę prawa handlowego z zachowaniem dotychczasowej struktury właścicielskiej (Dubas, Sze-tela, 2013, s. 39). Ustawodawca w odniesieniu do prywatyzacji wyróżnił jej dwie formy: prywatyzację bezpośrednią (czyli sprzedaż przedsiębiorstwa państwowego) oraz pośrednią (zbywanie należących do Skarbu Państwa udziałów czy akcji w spółkach). W stosunku do zachodzących przemian własnościowych w systemie ochrony zdrowia prywatyzacja definiowana jest jako:

1. Działania dążące do powiększania udziału niepublicznych instytucji zdrowotnych wśród świadczeniodawców zapewniających opiekę zdrowotną, co może być realizowane poprzez tworzenie instytucji stanowiących własność prywatną, które wchodzi na rynek.

2. Sprywatyzowanie podmiotów, które na nim funkcjonowały (Tymowska, 2000).

Jest to proces przekazywania majątku państwowego podmiotom prywatnym, który może odbywać się poprzez sprzedaż lub transfer majątku państwowego.

Widoczne oraz pogłębiające się zadłużenie i ograniczone środki na finansowanie potrzeb zdrowotnych wymusiły podejmowanie prób reformowania systemu ochrony zdrowia. Stworzenie w warunkach gospodarki wolnorynkowej efektywnego systemu, który zadowoli w prawidłowym zakresie potrzeby zdrowotne społeczeństwa, to zadanie bardzo trudne (Rabiega-Przyłęcka, 2013). Dlatego też bardzo istotnym elementem stało się wprowadzanie rozwiązań, które mają umożliwić podmiotom leczniczym zredukowanie ich zadłużenia, a następnie efektywne funkcjonowanie w warunkach ograniczonej puli środków finansowych. Uzasadniając wybór tematu, należy zwrócić uwagę na reformy ochrony zdrowia, które dotyczą przemian własnościowych.

Tabela 1. Reformy w sektorze ochrony zdrowia

Lata	Ustawa	Charakterystyka
1991–1998	Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej	Pierwsze zmiany nie były radykalne i zostały wprowadzone w latach 1991– 1998 (Ustawa, 1991). Uwaga skoncentrowała się na problematyce dotyczącej decentralizacji opieki zdrowotnej, przyzwoleniu na tzw. prywatyzację założycielską przychodni i specjalistycznych praktyk lekarskich. W tym okresie największą zmianą było przyznanie państwowym szpitalom odpowiedzialności oraz samodzielności za zarządzanie własnym budżetem
1999	Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym	W dniu 1 stycznia 1999 r. weszła w życie Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Ustawa, 1997), która była bardzo ważnym elementem („kamieniem milowym”), ponieważ rozpoczęła proces transformacji i reform w systemie opieki zdrowotnej. Zmiany były zauważalne przede wszystkim w budżetowaniu systemu opieki zdrowotnej, który został zastąpiony systemem ubezpieczeniowym. Polegał on na obowiązkowym ubezpieczeniu zdrowotnym, finansowanym ze składek zdrowotnych. W ten sposób zlikwidowano scentralizowany system oparty na finansowaniu z budżetu państwa (Mądrala, 2014)

Lata	Ustawa	Charakterystyka
2003	Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia	Następnym bardzo ważnym etapem w reformowaniu służby zdrowia było wejście w życie Ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Ustawa, 2003), która zastąpiła poprzedni akt prawny o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Decydującym elementem zmiany powyższej ustawy jest zastąpienie Kas Chorych Narodowym Funduszem Zdrowia, jak również wprowadzenie scentralizowanego systemu zarządzania środkami finansowymi, które były gromadzone w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (Wielicka, 2014)

Źródło: opracowanie własne.

Badany samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (SP ZOZ) został przekształcony w niepubliczny zakład opieki zdrowotnej (NZOZ), zmieniając formę prawną podmiotu na spółkę prawa handlowego, a dokładnie spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością. Szpitalowi będącemu spółką z o. o. zależy na bardzo dobrym wizerunku jednostki oraz dbaniu o potrzeby pacjentów.

2. Mierniki efektywności

Ocena efektywności związana jest z koniecznością wyodrębnienia jej wymiarów. W ochronie zdrowia do podstawowych kategorii efektywności zalicza się efektywność techniczną oraz alokacyjną (Golinowska, 2012, s. 198). Efektywność techniczna to wytworzenie określonej liczby usług przy jak najmniejszym nakładzie bądź też wytworzenie największej liczby usług przy określonym nakładzie (Golinowska, 2012, s. 108). Wykorzystywana jest w większości przypadków do weryfikacji efektywności działania poszczególnych podmiotów zdrowotnych, ich oceny i sposobu, w jaki dana instytucja dysponuje posiadanymi zasobami. Zalicza się do nich: środki finansowe, materiały, sprzęt techniczny, personel. Efektywność techniczna mierzona jest za pomocą wskaźników. Do najbardziej powszechnych należą (Cholewa-Wiktor, 2014, s. 47):

- wielkość posiadanych zasobów na pacjenta, np. liczba lekarzy i pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców, liczba łóżek szpitalnych znajdujących się na stanie czy posiadane technologie,
- mierniki oceniające stopień użytkowania posiadanych zasobów, np. wykorzystanie łóżek szpitalnych, średni czas pobytu pacjenta na oddziałach szpitalnych.

Z kolei efektywność alokacyjna odnosi się do oceny efektów oraz ich rozkładu w strukturze przestrzennej i społecznej w relacji do ponoszonych nakładów (Golinowska, 2012, s. 198). Założeniem tejże efektywności jest twierdzenie ściśle związane z ograniczeniem zasobów, które należy rozdzielić w taki sposób, by przynosiły korzyści zdrowotne dla całego społeczeństwa. Zależna jest więc ona od decyzji podmiotów, które są odpowiedzialne za rozlokowanie środków w systemie zdrowotnym. Do takich podmiotów w Polsce można zaliczyć: płatników, kontraktujących świadczenia zdrowotne, instytucje, które realizują te świadczenia, oraz organizacje regulujące (Golinowska, 2012, s. 199). Osiągnięcie efektywności alokacyjnej jest zauważalne w momencie, kiedy sytuacja danej jednostki nie może być polepszona bez pogorszenia sytuacji innej jednostki (Cholewa-Wiktor, 2014, s. 48). W taki sposób dochodzi do maksymalizacji korzyści zdrowotnych dla społeczeństwa, a nie tylko dla wybranej grupy obywateli. W innych organizacjach, podobnie jak w podmiotach ochrony zdrowia, do pomiaru efektywności można zastosować wiele różnorodnych wskaźników. Do podstawowej klasyfikacji należą dwie kategorie parametrów: ilościowe i jakościowe (Cholewa-Wiktor, 2014, s. 48). Do oceny efektywności świadczonych usług przez zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ), ze względu na ich specyfikę wymagane jest posługiwanie się opisem, który pozwoli na wartościowanie analizowanego zjawiska (ocena jakościowa). Do analizy efektywności w służbie zdrowia stosuje się więc wskaźniki ilościowe, ponieważ są one dość łatwe do ustalenia i umożliwiają dokonanie porównania poszczególnych podmiotów w jednoznaczny sposób (Golinowska, 2012, s. 199). W literaturze przedmiotu do oceny działalności placówek medycznych można odnaleźć następujące wskaźniki (Jacobs, Smith, Street, 2013, s. 40):

- zadłużenie (wyplącalność, obsługa długu, finansowanie majątku trwałego, ogólne zadłużenie),
- efektywność (rotacja: zapasów, należności, zobowiązań),
- płynność (bieżąca i szybka),
- zyskowość (zyskowość netto, działalności operacyjnej, produktywności).

Przedstawiona analiza finansowa jest tylko jedną z elementów całościowej analizy efektywności szpitala, to wynika z dwóch powodów. Po pierwsze mierniki finansowe mają charakter tylko wynikowy, po drugie odnoszą się do przeszłości – nie biorą pod uwagę specyfiki działalności ani zmian zachodzących w otoczeniu (Lichtarski, 2005, s. 95). Taka sytuacja wymaga, aby analizę finansową poszerzyć

i skorzystać z analizy ekonomicznej, która ułatwia badanie i dostarcza dodatkowych mierników oceny.

Ministerstwo Zdrowia proponuje trzy grupy czynników: strukturalne, rezultatów oraz procesów. Pierwsza z nich odnosi się do organizacji samego podmiotu leczniczego i związanych z nim możliwości materialnych, do których można zaliczyć jakość budynków. Druga grupa czynników dotyczy uzyskanych efektów leczniczych, co przekłada się na jakość oferowanych usług. Zalicza się do niej śmiertelność, zachorowalność oraz średni czas hospitalizacji. Trzecia grupa jest związana z realizacją przez zakłady opieki zdrowotnej procesów, gdzie ocenie podlega sam przebieg leczenia, obejmując przy tym relację między personelem szpitalnym a pacjentem. Jako przykład można podać liczbę powtórnych hospitalizacji. Uwzględniając poniższe obszary, da się przeprowadzić ocenę efektywności z uwzględnieniem jej złożonego charakteru w kilku wymiarach (Ziębicki, 2007, s. 159):

- techniczno-ekonomicznym (ocena relacji między nakładami a efektami),
- prakseologicznym (ocena spełnienia stopnia założonych celów przez podmiot),
- behawioralnym (ocena stopnia zaspokojenia pracowników),
- instytucjonalnym (poziom ogólnego odbioru organizacji przez społeczeństwo),
- systemowym (ocena zdolności jednostki do przetrwania oraz rozwoju).

Ze względu na wyjątkową rolę, jaką jest zaspokojenie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa przez publiczne szpitale, do oceny efektywności jego funkcjonowania konieczne jest również uwzględnienie oczekiwań interesariuszy. Do najważniejszych grup podmiotów, które mogą wpływać na działania szpitali, zalicza się: płatników, organy założycielskie, pacjentów, pracowników, jak również związki zawodowe, organy administracji publicznej, społeczność lokalną, dostawców, usługodawców, media oraz instytucje finansowe (Hass-Symotiuk, 2011, s. 188).

3. Ocena publicznego szpitala powiatowego – wyniki badań

Dokonując oceny efektów, jakie przyniósł proces przekształceń w analizowanym podmiocie, skupiono się na porównaniu wielkości charakteryzujących go przed zmianami własnościowymi i zaraz po nich. Analizę przeprowadzono przy wykorzystaniu mierników efektywności technicznej.

W analizowanej placówce liczba łóżek, którą dysponowały wszystkie oddziały, nie uległa zmianie na skutek dokonującego się procesu prywatyzacji (por. tabe-

la 1). Największą liczbą łóżek spośród 110 dysponował zakład opiekuńczo-leczniczy (ZOL) – 40 (36,4%). Oddział chirurgii i chorób wewnętrznych posiadał taką samą liczbę 20 łóżek, co stanowiło 18,2% ogółu, a ginekologii i położnictwa 30 łóżek (27,3%). Łącznie na wszystkich oddziałach w pierwszym okresie po przekształceniach leczono 4626 pacjentów, tj. o 616 więcej w porównaniu do okresu wcześniejszego (dynamika wzrostu 115,34%). Wszystkie cztery oddziały odnotowały większą liczbę leczonych. Największy wzrost, bo o 30,69%, miał miejsce na oddziale ginekologii i położnictwa oraz na oddziale chorób wewnętrznych 15%.

Tabela 2. Liczba leczonych i łóżek na oddziałach szpitala

Oddział	Liczba leczonych		Dynamika zmian (%)	Liczba łóżek
	SP ZOZ	NZOZ		
chirurgii	1255	1328	105,82	20
chorób wewnętrznych	900	1035	115	30
ginekologii i położnictwa	1284	1678	130,69	20
zakład opiekuńczo-leczniczy	571	584	102,28	40
RAZEM	4010	4626	115,34	110

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów SP ZOZ.

Porównując wartość usług medycznych wykonanych w obu okresach, należy stwierdzić, że po przekształceniach wzrosła ona ogółem na oddziałach o 932 934,19 zł, tj. o 17,62%. (por. tabela 3). Najwyższy wzrost wystąpił na oddziale chirurgii (o 33%). Spośród czterech oddziałów jedynie na oddziale chorób wewnętrznych odnotowano spadek o 91 206 zł, czyli 5,8%.

Tabela 3. Wartość wykonanych usług (w zł)

Oddział	SP ZOZ	NZOZ	Dynamika zmian (%)
chirurgii	1 305 636	1 736 472	133
chorób wewnętrznych	1 573 836	1 482 630	94,2
ginekologii i położnictwa	1 640 772	2 085 660	127,11
zakład opiekuńczo-leczniczy	774 236,45	922 652,64	119,17
Razem	5 294 480,45	6 227 414,64	117,62

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów SP ZOZ.

Znając liczbę pacjentów i wartość wykonanych usług, ustalono średnią kwotę przypadającą na jednego leczzonego pacjenta (por. tabela 4). Na dwóch oddziałach, tzn. chirurgii i ZOL-u, wzrosła ona odpowiednio o 25,77% (o 268 zł) i 16,52% (o 224 zł). Na oddziale chorób wewnętrznych oraz ginekologii i położnictwa zmalała kolejno o 18,08% (o 316,22 zł) i 2,74% (o 35 zł).

Tabela 4. Średnia kwota przypadająca na leczzonego pacjenta (w zł)

Oddział	SP ZOZ	NZOZ	Dynamika zmian (%)
chirurgii	1 040	1308	125,77
chorób wewnętrznych	1748,71	1432,49	81,92
ginekologii i położnictwa	1278	1243	97,26
zakład opiekuńczo-leczniczy	1356	1580	116,52

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów SP ZOZ.

Liczba osobodni leczenia, którą poddano ocenie na poszczególnych oddziałach, stanowi sumę liczby dni pobytu wszystkich chorych na poszczególnych oddziałach w okresie sprawozdawczym, z tym że dzień przyjęcia i wypisu liczy się jako jeden dzień pobytu. Z danych zawartych w tabeli 5 wynika, że łączna liczba osobodni leczenia wzrosła o 390, tj. o 1,37%. Większa liczba osobodni wystąpiła na oddziale chirurgii o 209 (wzrost o 5,36%) oraz ginekologii i położnictwa o 135 (wzrost o 3,34%), na oddziale zaś chorób wewnętrznych i ZOL-u zmalała odpowiednio o 194 i 148 osobodni, co stanowi kolejno spadek o 8,24% i 1,03%.

Tabela 5. Liczba osobodni leczenia

Oddział	SP ZOZ	NZOZ	Dynamika zmian (%)
chirurgii	3899	4108	105,36
chorób wewnętrznych	6140	6334	91,76
ginekologii i położnictwa	4043	4178	103,34
zakład opiekuńczo-leczniczy	14 311	14 163	98,97
Razem	28 393	28 783	101,37

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów SP ZOZ.

Jedną z miar jakości usług medycznych, czyli efektywność leczenia, jest średni okres pobytu chorego na oddziale. Z zestawienia zawartego w tabeli 6 wynika, że jedynie na oddziale chirurgii średni okres pobytu chorego nie zmienił się. Na

pozostałych trzech oddziałach uległ on skróceniu: na oddziale ginekologii i położnictwa o 20,95% (0,66 dnia), chorób wewnętrznych 20,24% (1,38 dnia) oraz ZOL-u o 3,24% (0,81 dnia). Pozwala to stwierdzić, że po okresie prywatyzacji jakość usług świadczonych przez NZOZ uległa poprawie w stosunku do tych świadczonych przez SP ZOZ.

Tabela 6. Średni okres pobytu chorego w dniach

Oddział	SP ZOZ	NZOZ	Dynamika zmian (%)
chirurgii	3	3	100
chorób wewnętrznych	6,82	5,44	79,76
ginekologii i położnictwa	3,15	2,49	79,05
zakład opiekuńczo-leczniczy	25,06	24,25	96,76

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów SP ZOZ.

W celu oceny wykorzystania posiadanych przez SP ZOZ, a po prywatyzacji NZOZ, zasobów analizie poddano kolejny miernik efektywności technicznej, jakim jest średnie wykorzystanie łóżek (por. tabela 7).

Tabela 7. Średnie wykorzystanie łóżek (w %)

Oddział	SP ZOZ	NZOZ	Dynamika zmian (%)
chirurgii	53,48	56,37	105,4
chorób wewnętrznych	56,05	51,48	91,84
ginekologii i położnictwa	55,5	57,32	103,28
zakład opiekuńczo-leczniczy	98,06	97,04	98,96

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów SP ZOZ.

Na ZOL-u występuje najwyższe wykorzystanie łóżek, bo ponad 97%, przy czym po prywatyzacji nieznacznie zmalało (z 98,06 do 97,04%). Na pozostałych oddziałach występuje ponad 50-procentowe wykorzystanie tego zasobu. Oddziały chirurgii, ginekologii i położnictwa w okresie po prywatyzacji lepiej wykorzystwały posiadane łóżka. Pierwszy z nich o 5,4%, drugi – o 3,28%. Największy spadek analizowanej wielkości, o 4,57 punkty procentowe (dynamika 91,84%), wystąpił na oddziale chorób wewnętrznych.

Podsumowując wyniki powyższej oceny, należy stwierdzić, że przeprowadzony proces prywatyzacji zmieniający SP ZOZ w NZOZ korzystnie wpłynął na efektywność szpitala, dowodząc słuszności dokonywanych zmian.

Podsumowanie

Przeprowadzona za pomocą metod ilościowych ocena efektów przekształceń podmiotu leczniczego pozwala stwierdzić, że analizowany podmiot zapewnia lepsze bezpieczeństwo pacjentom, co potwierdzają zwiększona wartość wykonywanych usług oraz wzrost średniej kwoty przypadającej na pacjenta przy tej samej liczbie łóżek dostępnych na wszystkich oddziałach. Ocena efektywności technicznej badanego szpitala powiatowego pozwoliła na udowodnienie, że przekształcenia podmiotów leczniczych, jakie miały miejsce w Polsce, były i w dalszym ciągu są uzasadnionym ekonomicznie i społecznie posunięciem, przynoszącym korzyści wszystkim interesariuszom.

Bibliografia

- Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia (2015). Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia. Pobrane z: https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/biuletyn_statystyczny_2015_565ef70078079.pdf (10.06.2018).
- Cholewa-Wiktor, M. (2014). Efektywność w szpitalach publicznych. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, 180, cz. 2, 44–54.
- Dubas K., Szetela P. (2013). Procesy komercjalizacji i prywatyzacji w obszarze stacjonarnej opieki zdrowotnej w Polsce – skala i znaczenie zjawiska. *Przegląd Organizacji*, 12, 39–46.
- Golinowska, S. (2012). *Zarys Systemu Ochrony Zdrowia. Polska 2012*. Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia.
- Hass-Symotiuk, M. (2011). System pomiaru i oceny dokonań szpitala. Warszawa: ABC Wolters Kluwer.
- Jacobs, R., Smith, P.C., Street, A. (2013). Mierzenie efektywności w ochronie zdrowia. Warszawa: Wolters Kluwer business.
- Lichtarski, J. (red.) (2005). Podstawy nauki o przedsiębiorstwie. Wrocław: Akademia Ekonomiczna im. Oskara Langego.

- Ustawa (1991). Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej. Dz.U. 1991, Nr 91 poz. 408 z późn. zm., uchylona w dn. 1 lipca 2011 r.
- Ustawa (1996). Ustawa z dnia 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych. Dz.U. 1996, Nr 118 poz. 561 z późn. zm.
- Ustawa (1997). Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Dz.U. 1997, Nr 28 poz. 153 z późn. zm.
- Ustawa (2003). Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Dz.U. 2003, Nr 45 poz. 391.
- Ziębicki, B. (2007). Uwarunkowania oceny efektywności świadczenia usług użyteczności publicznej. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomicznej, 6.

THE INFLUENCE OF PRIVATIZATION ON THE EFFECTIVENESS OF THE HEALTHCARE ENTITY

Abstract

The aim of the article was to assess a healthcare entity using quantitative methods on the example of the public hospital in Poland and to point out the changes in the healthcare sector. These changes were introduced to adjust healthcare entities to the ever-changing market conditions while ensuring patient safety by providing them with the highest quality services at an optimum level using full potential. The Authors evaluated the technical effectiveness of the studied healthcare entity with the aid of quantitative indicators. The source data used to calculate the effectiveness indicators were gathered from the medical statistics of the analyzed hospital.

Translated by Mirela Romanowska

Keywords: healthcare entity, privatization, efficiency

Kody JEL: I18, I15, C00