

dr Marek Biernacki
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

JAKOŚĆ USŁUG INSTYTUCJI UŻYTECZNOŚCI PUBLICZNEJ (IUP) A DOBROBYT SPOŁECZNY

Streszczenie

W Polsce pomimo ciągłego wzrostu gospodarczego nie wzrasta subiektywne odczucie dobrobytu. Badania CBOS pokazują, że dla Polaków największą wartością jest zdrowie (97%), a także wskazują na fakt, że 75% osób jest niezadowolonych z działalności służby zdrowia. Zatem choćby w tych liczbach można zaobserwować brak optymalizacji dobrobytu społecznego w Polsce. Usługi użyteczności publicznej mają charakter osobisty, więc w bezpośredni sposób wpływają na odczucie dobrostanu. Niewątpliwie jakość tych usług wpływa pozytywnie lub negatywnie na dobrobyt całej populacji. W artykule pokazana jest możliwość oceny instytucji użyteczności publicznej w pięciu wymiarach: (1) profesjonalnym (efektywność); (2) ekonomicznym (wydajność); (3) procesowym (TQM); (4) personalnym (satysfakcja konsumenta) i (5) społecznym (poprawa dobrobytu społecznego).

Słowa kluczowe: instytucje użyteczności publicznej, jakość usług publicznych, dochody ludności

Summary

Subjective judgment of the prosperity in Poland does not become better despite a constant economic growth. CBOS (Centre of Public Opinion Research) researches show that for Polish people (97%) health is the most essential matter and that 75% persons are dissatisfied with the health service activity. Even only these numbers let observe the lack of the public prosperity optimization in Poland. Public utility services are personal, so they affect directly a feeling of the well-being. Undoubtedly, the quality of the services mentioned affects positively or negatively the prosperity of the whole population.

A possibility of a public utilities evaluation in five dimensions has been shown in this paper: (1) in a professional dimension, i.e. efficiency; (2) in an economical dimension, i.e. productivity; (3) in a process-wise dimension, i.e. TQM; (4) in a personal dimension, i.e. consumer satisfaction; and (5) in a social dimension, i.e. public prosperity improvement.

Keywords: public utility services, public service quality, household income

Wstęp

Celem artykułu jest próba odpowiedzi na postawione przez organizatorów konferencji pytanie: czy i w jakiej mierze poziom usług publicznych wpływa na poziom życia, czyli na dobrobyt społeczny? Problem jest wielowymiarowy i skomplikowany, dlatego w artykule będą tylko zaakcentowane pewne istotne punkty, a także podjęta zostanie próba ich opisu i pomiaru. Problem dodatkowo komplikuje to, że niektóre usługi użyteczności publicznej, na przykład edukacja lub służba zdrowia, są procesami wielopoziomowymi (przedszkole, szkoła podstawowa, szkoła średnia, studia wyższe), zatem aby „wyjście” z procesu kształcenia (leczenia) było na odpowiednio satysfakcjonującym poziomie, to po pierwsze wyniki na poszczególnych poziomach muszą być odpowiednio wysokie i po drugie poziomy powinny być spójne względem siebie (np. w edukacji bez marnotrawstwa czasu na powtarzanie kilka razy tego samego materiału).

Ocena instytucji użyteczności publicznej (IUP) – poziomu ich usług będzie przeprowadzona przy podkreśleniu założenia, że proces optymalizacji kosztów i polepszania jakości serwisu zachodzi w sektorze publicznym, który nie wypracowuje zysku dla siebie (*non profit*) i który jest rozpoznawany jako instrument współczesnego systemu zarządzania i interwencji publicznej na polu ekonomicznym i społecznym (socjalnym). Ocena ta powinna mieć wpływ na odkrywanie poziomu jakości usług, a szczególnie na powiększenie ich wydajności i skuteczności, co powinno się przyczynić do powiększenia dobrobytu społecznego.

Aby opisać jakiś mechanizm, trzeba przede wszystkim zwrócić uwagę na to, do czego on służy, jaki jest jego cel. Traktat ustanawiający Unię Europejską wskazuje na następujące cele usług użyteczności publicznej:

- gwarantować prawo dostępu każdego mieszkańca do towarów i usług podstawowych na odpowiednio wysokim poziomie (prawo do edukacji, zdrowia, bezpieczeństwa, zatrudnienia, energii, wody, transportu, komunikacji itp.),
- zapewniać spójność gospodarczą, społeczną i kulturową,
- czuwać nad sprawiedliwością i integracją społeczną, tworzyć więzy solidarności, promować ogólny interes wspólnoty,
- stwarzać warunki do zrównoważonego rozwoju.

Od co najmniej 20 lat w większości krajów obserwuje się znaczący wzrost wydatków na usługi użyteczności publicznej (UUP). Wśród różnych czynników powodujących ten wzrost należy wyróżnić wzrost technologii (np. w medycynie), zmiany demograficzne: powiększenie liczby ludności i wzrost długości życia (w ciągu ostatnich 40 lat długość życia wzrosła o prawie 10 lat), inflację usługową (wzrost wydajności w usługach jest znacznie niższy niż w innych dziedzinach ekonomii), wzrost oczekiwań społeczeństwa spowodowany rozwojem informacji oraz zmianami zachowań i wartości, a także uwarunkowania polityczne (obietnice społeczne w zamian za poparcie w wyborach). Podstawowym jednak powodem zainteresowania IUP wydaje się wymiar ekonomiczny, ponieważ po pierwsze budowa gospodarki opartej na wiedzy domaga się ciągłej inwestycji w kapitał ludzki,

po drugie sprawiedliwa alokacja UUP może zmniejszyć nierównomierność rozkładu dobrobytu, i po trzecie IUP mają duże znaczenie dla rynku pracy, gdyż we współczesnych gospodarkach stanowią znaczącą dziedzinę zatrudnienia. Niestety, ze wzrostem wydatków państwa na te cele (średnio o około 1 punktu procentowego w PKB rocznie – dane OECD) nie idzie w parze wzrost zadowolenia z wyników tych usług i tym samym z punktu widzenia obywatela nie wzrasta dobrobyt społeczny. Stąd potrzeba oceny, kontroli i poprawy jakości tych usług.

W artykule proponuje się pewne rozwiązania szczególnie w odniesieniu do UUP, takich jak: edukacja, opieka medyczna, opieka nad ludźmi starszymi i biednymi dziećmi, bezpieczeństwo i administracja w ich różnorodnych instytucjach (IUP) (szkoły, szpitale, domy opieki, urzędy), miejsc ich aktywnej usługi, które są sponsorowane przez władze regionalne, instytucje i fundacje *non profit*.

I. Pięć wymiarów oceny IUP

Zaproponowana ocena IUP będzie przeprowadzona w pięciu wymiarach:

- I. Wymiar profesjonalny czyli skuteczność rozumiana jako zdolność poprawy dobrostanu przeciętnego konsumenta. Podstawą pomiaru jest wynik, który w dużej mierze zależy od charakterystyki użytkownika (stan zdrowia, wiedzy przed i po procesie usługi).
- II. Wymiar ekonomiczny, czyli wydajność rozumiana jako stosunek wyniku do kosztu. Problemem pomiaru jest różnorodność „wejść” i „wyjść” konsumenta w procesie produkcji usługi.
- III. Wymiar procesowy. Przyjmując, że jakość produktu (usługi) jest funkcją jakości procesu, stąd zwłaszcza dla usług doświadczanych – *experience goods*, których ocena jest możliwa po ich otrzymaniu, TQM (*Total Quality Management*) rozumiane jako działania dotyczące kierowania IUP w aspekcie zabezpieczenia jakości usług (podczas „procesu” usługi).
- IV. Wymiar personalny, czyli satysfakcja konsumenta. Problemem oceny jest różnorodność subiektywnego postrzegania przez konsumenta ze względu na różne wymiary usługi.
- V. Wymiar syntetyczny, czyli społeczny. Poprawa dobrobytu społecznego całej populacji dzięki działalności IUP (optymalizacja). W tym wymiarze zawiera się synteza czterech poprzednich.

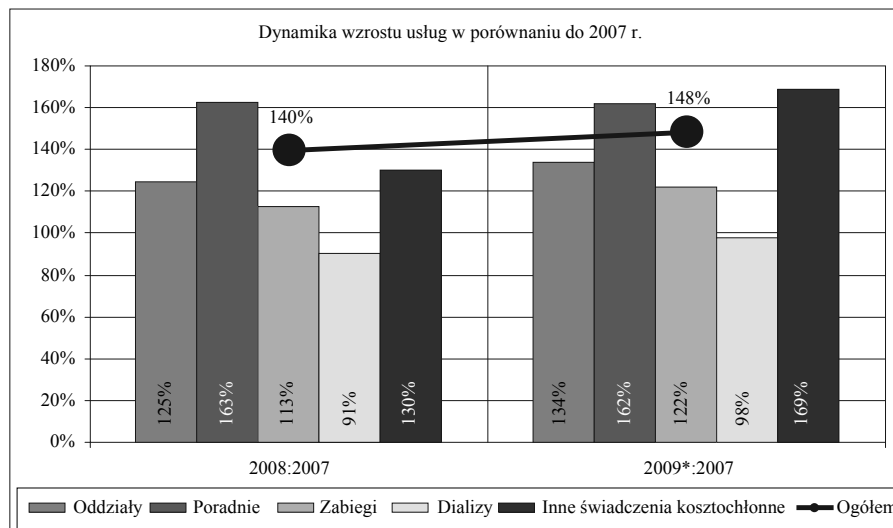
Dobrobyt będzie mierzony w terminach jęgo zmiany – nadwyżki lub straty. Usługi publiczne, takie jak edukacja i służba zdrowia czy opieka społeczna, skierowane do wszystkich obywateli, mogą być skutecznymi instrumentami redukcji nierówności społecznych.

I.1. Wymiar profesjonalny

Różne podmioty zainteresowane działaniami ekonomicznymi rozmaicie definiują **skuteczność** (efektywność). Warunki takich porównań mogą być następujące:

1.1.1. Obiektywne osiągnięcia (jako realizacja zamierzonych celów)

W tym ujęciu skuteczność jest rozumiana jako relacja pomiędzy wynikiem otrzymanym a oczekiwanym, przy czym wynik jest scharakteryzowany pewnymi mierzalnymi wielkościami, takimi jak na przykład liczba usług. Przykładem takiego ujęcia jest wzrost liczby pacjentów w danym szpitalu w badanym okresie (rys. 1).



Rysunek 1. Wzrost liczby leczonych pacjentów

Źródło: badany szpital w Polsce.

1.1.2. Różne alternatywy realizacji działań / ocena *ex post* i związana z tym relatywna skuteczność

Ta sytuacja definiuje nam skuteczność relatywną, kiedy możemy dokonać porównań pomiędzy różnymi działaniami lub instytucjami dotyczącymi tej samej usługi. Tym ujęciem zainteresowani są np. rodzice, którzy chcą znaleźć najlepszą dla swego dziecka szkołę, lub pacjent szukający dobrego szpitala. W procesie edukacji taką koncepcję skuteczności pierwsi zaproponowali Aitkin i Longford w 1986 roku, gdzie ocenę skuteczności kształcenia szkoły uzależnili nie tylko od uzyskanych ocen, ale także od zdolności uczniów: y_{ij} jest średnią oceną w badanym okresie czasu j -tego ucznia w i -tej szkole, x_{ij} jest jego zdolnością (mierzoną np. jego IQ). W modelu porównywanie szkół oparte jest na resztach średnich osiągnięć szkół dla prostego modelu regresji liniowej: $y_{ij} = \alpha + \beta x_{ij} + \varepsilon_{ij}$; $i = 1 \dots k$; $j = 1 \dots n_i$ (n_i jest liczbą uczniów w i -tej szkole, k jest liczbą szkół); wtedy reszty są równe $e_{ij} = y_{ij} - (\alpha + \beta x_{ij})$. Zatem „wynik edukacyjny szkoły” zależy od dopasowanego współczynnika kierunkowego regresji y względem x dla danych ze wszystkich szkół oraz „odległości” danej szkoły od prostej regresji.

1.1.3. Zgodność ze standardem (charakterystyk ilościowych usługi) / ocena *ex ante*

Skuteczność rozumiana jest jako porównanie ze standardem jakości. W tym wypadku można powiedzieć, że skuteczność jest synonimem jakości, i odwrotnie – jeżeli usługa mieści się w normach jakości, to jest skuteczna. W wypadku usług obowiązują normy ISO 9000, definiujące podstawowe kryteria jakości, które obejmują wszystkie aspekty dotyczące firmy (instytucji): projektowanie, konstrukcję, produkcję, dokumentację produkcji, kontrolę produkcji i produktów, marketing.

Procedury uznania i certyfikacji mogą być widziane jako proces benchmarkingu, odkrywający systemy, umiejętności i technologie, które udoskonalają przedsiębiorstwo.

Miara działań skuteczności w jej różnorodności musi być zależna od pewnych podstawowych kryteriów, takich jak wielowymiarowość, obiektywność, czas, spójność względem poziomów (np. programów gimnazjum i liceum czy lekarza rodzinnego, lekarza specjalisty i szpitali), zdolność do poprawy zniekształceń, prostota, korelacja między miernikami przynależącymi do różnych poziomów.

1.2. Wymiar ekonomiczny

W „systemie produkcyjnym” usługi, który zachodzi w IUP (w szkole, szpitalu, zakładzie opieki czy zakładzie karnym) nakłady finansowe w postaci płac personelu (nauczycieli, lekarzy, opiekunów i in.), kosztów wyposażenia technicznego, kosztów działalności eksploatacyjnej i innych kosztów przekształcane są w określone liczby „produktów”: absolwentów, wyleczonych pacjentów, zresocjalizowanych więźniów itd.

Skoncentrujemy się na dwóch aspektach pomiaru wydajności.

Pierwszym będzie propozycja **wyceny kosztu standardowego produktu** (bądź usługi) bazującego na technicznych ograniczeniach funkcji produkcji. Koszt całkowity (C) wyniku usługi zależy od następujących czynników:

- ilości produktu, mierzonej przeważnie liczbą użytkowników (N),
- ceny czynników produkcji (P_i),
- czynników środowiskowych, w których działa dana instytucja, a które są poza jej kontrolą (A),
- czynników nieefektywności (u),
- innych czynników losowych (v),
- charakterystyki personelu (X).

Przykładem takiej funkcji kosztu całkowitego danej IUP może być funkcja typu translogarytmicznego [Jondrow, 1982]:

$$\ln C = \alpha_0 + \beta_N(X) \ln N + \sum_{i=1}^n \alpha_i \ln P_i + \frac{1}{2} \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n \gamma_{ij} \ln P_i \ln P_j + \frac{1}{2} \beta_{NN}(X) \ln(\ln N)^2 + \sum_{i=1}^n \lambda_{iN}(X) \ln P_i \ln N + \delta A + u + v \quad (1)$$

gdzie:

α , β , γ , δ – nieznanne parametry, które szacuje się na podstawie danego zbioru IUP.

Drugim jest **metoda DEA** (*Data Envelopment Analysis* – analiza otoczki danych) [Charnes, Cooper, Rhodes, 1978], która identyfikuje obiekty najbardziej efektywne, produkujące najoszczędniej w danych warunkach. Obiekty łączy się otoczką – powierzchnią i potem mierzy się odległość pozostałych obiektów od tej powierzchni. Ta metoda budzi wiele wątpliwości w ocenie UUP, ponieważ nie bierze pod uwagę różnorodności charakterystyki użytkownika (na wejściu i wyjściu procesu usługi).

$$\max h_{j_0} = \frac{\sum_{r=1}^s u_{rj_0} y_{rj_0}}{\sum_{i=1}^m v_{ij_0} x_{ij_0}} \quad \text{pod warunkiem} \quad \frac{\sum_{r=1}^s u_{rj_0} y_{rj_0}}{\sum_{i=1}^m v_{ij_0} x_{ij_0}} \leq 1; \quad j = 1, \dots, n \quad (2)$$

gdzie:

y_{rj} – r -ta usługa wytwarzana przez j -tą instytucję użyteczności publicznej,

x_{ij} – nakład i wykorzystywany przez j -tą instytucję użyteczności publicznej,

u_{rj} , $v_{ij} \geq 0$ – wagi, które zostają wyznaczone przez rozwiązanie powyższej formuły,

j_0 – szacowana IUP.

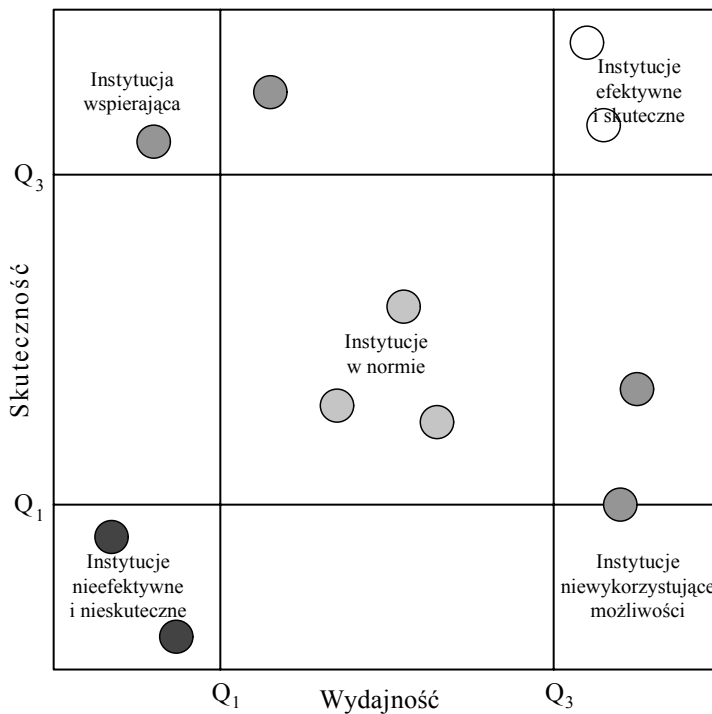
Konieczność miernika syntetycznego IUP wymusza klasyfikację syntetyczną skuteczności zorientowanej na użytkownika, a z drugiej strony porównanie indeksów wydajności da ocenę pomiędzy skutecznością i wydajnością i stąd otrzymamy „porządek” instytucji od najefektywniejszych i najskuteczniejszych do mało efektywnych i bezskutecznych.

1.3. Wymiar procesowy

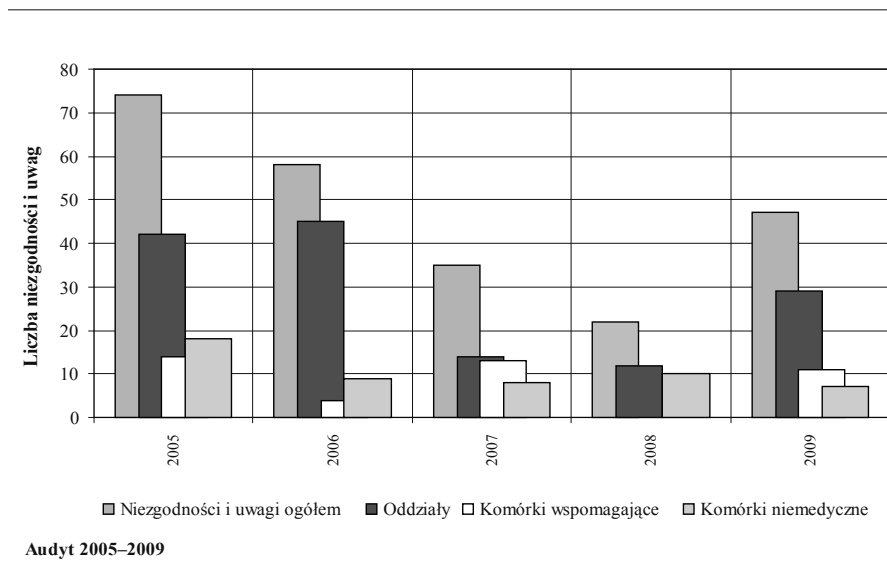
Zgodnie z koncepcją TQM jakość należy rozpatrywać w kategoriach jakości całkowitej, rozumianej jako pozytywny stosunek do jakości, manifestowany na każdym poziomie organizacji. Takie ujęcie oznacza, że menedżerowie i pracownicy dbają o jakość każdego procesu w przedsiębiorstwie (instytucji), ponieważ wszystkie one tworzą wartość, która osiąga w konsekwencji klientów i wszystkie zainteresowane strony. Deming – twórca tej metody – podkreślał, że warunkami koniecznymi efektywnego wdrożenia TQM w instytucji są m.in. następujące postulaty:

- nieustanne, codzienne zaangażowanie kierownictwa najwyższego szczebla w kwestię stałego, ciągłego doskonalenia jakości,
- umiejętność myślenia statystycznego, czyli znajomość pewnych metod i narzędzi statystycznych, połączona ze zdolnością interpretacji uzyskanych wyników,
- identyfikacja problemów dotyczących jakości jest ważna, poszukiwanie zaś ich przyczyn jest jeszcze ważniejsze; „koncentruj się na nieustannym doskonaleniu procesu”.

Przykład zastosowania TQM w szpitalu przedstawiono na rys. 3.



Rysunek 2. Porównanie poziomów wydajności i skuteczności
Źródło: Gori, Vittadini, 1999.



Rysunek 3. Niezgodności i uwagi audytów wewnętrznych
Źródło: badany szpital w Polsce.

1.4. Satysfakcja konsumenta

W 1985 roku Pahrahsurahmun, Berry i Zeithaml opublikowali artykuł, w którym zaproponowali koncepcję pomiaru jakości usług, znaną pod nazwą SERVQUAL. Ich wkład polegał na pomiarze wielkości postrzeganych usług (P) i oczekiwań klienta (E), przy czym kluczem maksymalizacji jakości usługi miało być minimalizowanie różnicy pomiędzy dwoma wielkościami pomiarów ($E - P = \sum_i w_i (P_i - E_i)$), oczekiwań i postrzegania jakości. Twórcy koncepcji oparli się na założeniu, że różnicę tę tworzy pięć luk:

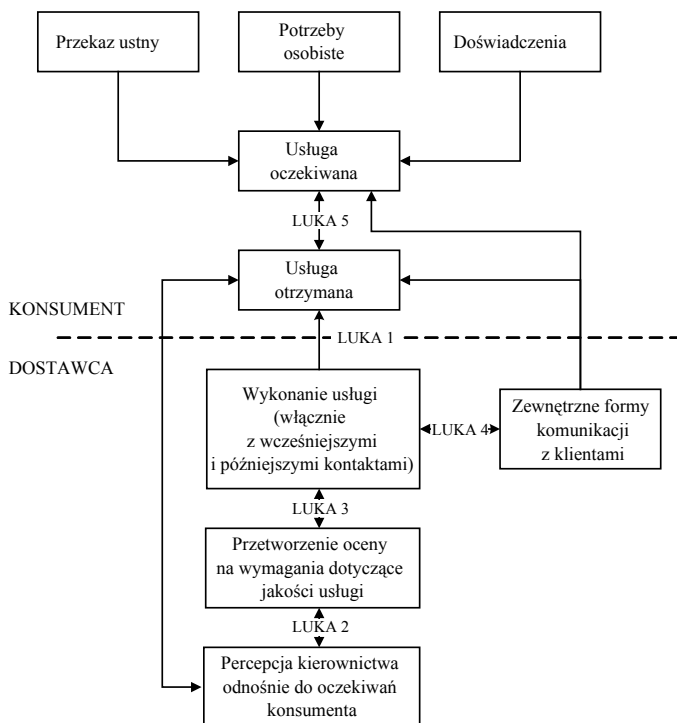
Luka 1: Różnica pomiędzy oczekiwaniami klienta a usługodawcą (czy zarządzający znają oczekiwania klientów?).

Luka 2: Różnica pomiędzy postrzeganiem zarządzających a określonymi standardami usługi.

Luka 3: Różnica pomiędzy standardami jakości usług a usługą aktualnie dostarczoną (czy personel instytucji jest w stanie sprostać standardom?).

Luka 4: Różnica pomiędzy usługą dostarczoną a informacją przekazaną klientowi na temat tej usługi.

Luka 5: Różnica pomiędzy usługą oczekiwaną a otrzymaną (czy konsument właściwie ocenia jakość usługi?).



Rysunek 4. Model servqual jakości usług

Źródło: Parasuraman, Zeithaml, Berry 1985.

1.5. Wymiar społeczny

Ten wymiar działalności instytucji użyteczności publicznej (IUP) będziemy mierzyć przez porównywanie dobrobytu społecznego.

Jednym z podstawowych zadań, które pojawia się w ekonomii dobrobytu, jest maksymalizacja dobrobytu społecznego. Od funkcji dobrobytu wymaga się, aby była funkcją rosnącą po każdej współrzędnej (rosnącą funkcją użyteczności każdej osoby). Zatem alokacja maksymalizująca społeczny dobrobyt musi być alokacją efektywną w rozumieniu Pareta.

W utylitarystycznym poglądu panuje przekonanie, że alternatywą społecznie sprawiedliwą jest ta, która maksymalizuje sumę użyteczności indywidualnych, czyli przyjmuje się, że funkcja dobrobytu społecznego jest zdefiniowana następująco:

$$W(u_1, \dots, u_n) = \sum_{i=1}^n u_i(x_i)$$

gdzie u_i jest funkcją użyteczności, a x_i jest dochodem i -tej osoby lub i -tego gospodarstwa domowego.

Dla potrzeb tego artykułu możemy przyjąć, że x_i jest wektorem opisującym nie tylko dochód, ale także stan „szczęścia”; $u_i(x_i)$ możemy wtedy nazwać dobrostanem. Wówczas, jeżeli x i y są dwoma alokacjami całej społeczności, to stan x jest niegorszy niż stan y , gdy:

$$xRy \Leftrightarrow \sum_{i=1}^n [u_i(x) - u_i(y)] \geq 0.$$

Według Sena maksymalizacja utylitarystycznej funkcji dobrobytu może powiększyć nierówność ekonomiczną, a co za tym idzie, nie jest społecznie sprawiedliwa. Sen podaje następujący przykład: W danej społeczności są dwie osoby A i B, przy czym B jest niepełnosprawna (lub ma na przykład więcej dzieci). Osoba A osiąga dwa razy więcej użyteczności z tego samego dochodu, co osoba B. Maksymalizacja tej funkcji da taki rozkład dochodu, że A dostanie więcej niż B (wtedy powiększy się też nierówność zamożności w całej społeczności).

Przykładem funkcji dobrobytu, które są „czułe na nierówności rozkładu dochodów”, jest skrócona funkcja dobrobytu Sena: $IS = \mu(1 - G)$ oraz funkcja

dobrobytu Kakwaniego $V = \frac{\mu}{1+G}$, gdzie μ jest dochodem przeciętnym, a G jest współczynnikiem Giniego, który mierzy wielkość nierówności rozkładu dochodów w całej populacji. Dla $G \leq 0,5$ poziom dobrobytu w większym stopniu zależy od μ niż od G , a dla $G > 0,5$ odwrotnie, czyli poziom dobrobytu całej populacji zależy bardziej od G niż od μ .

Innym interesującym przykładem funkcji dobrobytu jest funkcja minimaksowa, czyli Rawlowska funkcja dobrobytu społecznego:

$$W(u_1, \dots, u_n) = \min \{u_1, \dots, u_n\}$$

Zgodnie z tą funkcją dobrobytu społeczna użyteczność danej alokacji zależy jedynie od dobrobytu podmiotu będącego w najgorszej sytuacji. Większe oczekiwania ludzi lepiej usytuowanych są sprawiedliwsze, gdy podnoszą poziom oczekiwania najbiedniejszych. To znaczy, że gdy mamy w społeczeństwie uporządkowanych n klas i każda z nich ma swojego reprezentanta, którego opisujemy jego

dochodem x_i , i $x_1 < x_2 < \dots < x_n$, to najpierw maksymalizujemy x_1 , a potem, gdy $x_1 = x_2$, maksymalizujemy x_2 itd.

Miara Rawlsa nastawiona jest na minimalizację nierówności dobrostanów, ale powstaje pytanie, czy ta metoda prowadzi rzeczywiście do maksymalizacji dobrobytu społecznego?

Aby móc porównać dobrobyty populacji czy nawet dobrobyty rodzin (czego domaga się praktyka społeczna), przeważnie porównuje się sumę lub wartość przeciętną dobrobytów indywidualnych, czyli dobrobyty reprezentantów badanych grup społecznych. Żeby móc dokonać takiego sumowania, należy założyć porównywalność użyteczności indywidualnych. To założenie prowadzi jednak do bardzo silnego ograniczenia, które mówi, że każda osoba (gospodarstwo domowe) musi mieć taką samą funkcję użyteczności. Założenie to wynika z **twierdzenia Arrowa o niemożliwości**:

Jeżeli mechanizm decyzji społecznych spełnia następujące warunki:

- (1) przy danym zbiorze spójnych, zwrotnych i przechodnich preferencji indywidualnych mechanizm decyzji społecznych powinien przynosić wynik w postaci preferencji społecznych mających te same własności,
- (2) jeżeli każdy preferuje x względem y , to preferencje społeczne powinny stawiać x przed y ,
- (3) preferencje odnoszące się do x oraz y powinny zależeć jedynie od tego, jak ludzie szeregują x względem y , a nie od tego, jak porządkują inne warianty – to musimy mieć do czynienia z dyktaturą, czyli uporządkowanie społeczne jest uporządkowaniem dokonany przez jedną osobę (przypadkową).

Jednym ze sposobów budowania mierzalnej funkcji dobrobytu całej populacji jest lejdejska metoda określania kardynalnej funkcji użyteczności dochodu. Zaproponowana została ona przez Van Praaga [1971] i polega na znalezieniu relacji pomiędzy dochodem i dobrobytem za pomocą pytań, np.:

„Proszę spróbować wskazać, jakie poziomy dochodu Pana/Pani zdaniem są właściwe dla następujących przypadków. W warunkach mojego (naszego) gospodarstwa ocenilibym dochód netto (po opodatkowaniu) tygodniowy/miesięczny/roczny jako: ...”.

W Polsce takim subiektywnym pomiarem „dobrostanu społeczeństwa” zajmuje się CBOS. Według jego badań hierarchia wartości cenionych przez Polaków w roku 2010 układa się bardzo podobnie jak w roku 2005. Najważniejsze są: zdrowie (97% badanych uważa je za ważne, w tym 85% – za bardzo ważne) oraz szczęście rodzinne (jest ono ważne dla 95% ankietowanych, w tym 83% uznaje je za bardzo ważne).

Jak przez przeciętnego Polaka odbierana jest jakość usług zdrowotnych (czyli tych, które mają dla niego największą użyteczność)?

Według CBOS-u w tym roku ogólne oceny stanu opieki zdrowotnej są nadal złe. Obecnie trzy czwarte Polaków (75%) jest niezadowolonych z tego, jak funkcjonuje w naszym kraju opieka zdrowotna, w tym ponad jedną trzecią (36%) stanowią zdecydowanie niezadowoleni. Jedynie 22% respondentów wyraża zadowolenie pod tym względem, przy czym tylko dwóch na stu (2%) jest bardzo zadowolonych. W porównaniu z sondażem przeprowadzonym w 2009 roku

wzrosło (aż o 12 punktów) niezadowolenie z funkcjonowania opieki zdrowotnej, o tyle samo punktów zmniejszyło się zadowolenie. Wyraża się to głównie w spadku deklaracji „raczej zadowolony(a)” i wzroście wskazań „zdecydowanie niezadowolony(a)”.

Miernikiem obiektywnym, pozwalającym sprawdzić tę subiektywną ocenę, może być na przykład czas oczekiwania na miejsce w szpitalu lub na wizytę u specjalisty. Dla porównania podam czasy oczekiwania w Polsce i w USA (tabele 1 i 2).

Tabela 1

Czas oczekiwania (w dniach) na usługi medyczne w USA w 2000 r.

	Niepilne		Pilne		Niecierpiące zwłoki	
	rzeczywisty	standard	rzeczywisty	standard	rzeczywisty	standard
Q ₁ (25%)	0,6	2,0	1,0	1,0	0,06	0,0
Mediana	4,3	2,0	1,0	1,0	0,75	0,5
Q ₃ (75%)	6,4	6,0	1,5	1,0	1,0	1,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie: B. Bulanowska.

Tabela 2

Maksymalny czas oczekiwania w dniach i liczba łóżek na oddziałach chirurgicznych w Polsce w 2005 r.

	Czas oczekiwania			Liczba łóżek		
	Q ₁ (25%)	Mediana	Q ₃ (75%)	Q ₁ (25%)	Mediana	Q ₃ (75%)
Chirurgia ogólna	5	28	45	53	66	76
Chirurgia dziecięca	14	30	90	34	42	66

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych zebranych przez Newsweek Polska od ordynatorów oddziałów chirurgicznych. Z obserwacji autora wynika, że czasy oczekiwania dla Polski są poważnie zaniżone.

Ponieważ w Polsce funkcjonuje już prywatna służba zdrowia (*for profit*), w której czas oczekiwania jest dużo krótszy, więc pacjenci z bogatszych rodzin mogą sobie pozwolić na leczenie się w niej. W tabeli 3 pokazano, jak wygląda to rozbitcie pacjentów w procentach.

Tabela 3

Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w latach z rozbitciem na publiczne i prywatne

Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych	2002	2003	2004	2005	2009	2010
Niekorzystający z usług zdrowotnych	19%	15%	18%	16%	13%	15%
Korzystający z usług tylko w ramach ubezpieczenia	46%	47%	49%	47%	36%	38%
Korzystający z usług prywatnych i w ramach ubezpieczenia	28%	32%	28%	30%	44%	39%
Korzystający tylko z usług prywatnych	7%	6%	5%	7%	7%	8%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: CBOS.

Przy ocenie różnych wariantów polityki gospodarczej ekonomiści patrzą na kwestię efektywności ekonomicznej, którą można zmierzyć na przykład przez nadwyżkę konsumenta, będącą różnicą pomiędzy kwotą, jaką byłby on gotów zapłacić za dany towar, a kwotą rzeczywiście zapłaconą. Porównując dane z tabeli 3 i ceny za usługi w prywatnej służbie zdrowia, można oszacować miarę nieefektywności publicznej służby zdrowia w Polsce. Następnie oszacować koszty i sprawdzić, która z tych liczb jest większa, aby podjąć ekonomicznie poprawne decyzje. W pomiarze wydajności należy zwrócić szczególną uwagę na negatywną selekcję, tj. odmowy klientom usługi bardziej złożonej (np. pacjenci z chorobami przewlekłymi), aby nie pogorszyć jakości usług (zmieścić się w ograniczonym budżecie instytucji – szpitala, domu opieki czy szkoły). Trzeba zdefiniować jasną formułę płacenia za usługę we wszystkich instytucjach, tak aby postępować w sposób najbardziej korzystny dla danego zlecenia (pacjenta, ucznia, studenta). Zlecenie dla instytucji stoi przed dwoma podstawowymi problemami: obniżenie kosztów i dochodów tej instytucji. Te dwa cele stoją w sprzeczności, bo jeżeli funkcja kosztu instytucji jest postaci $C = C(\beta, e, L)$, gdzie β jest parametrem technologii, e reprezentuje zobowiązania instytucji do redukcji kosztów, L jest pracą, to zobowiązanie wykonania zlecenia prowokuje instytucję do mierzenia straty w terminach pieniężnych wyrażonych przez $\Psi(e)$. Celem ekonomicznym instytucji jest maksymalizacja jej dochodu: $U = t - \Psi(e)$, gdzie t jest przeniesieniem kwoty ze strony zlecenia lub ustalonej regulacji. Z powodu ograniczenia kosztów zlecenia mają ceny (t) stałe, wobec czego trzeba minimalizować straty. Stąd pojawiają się duże kłopoty z powodów różnorodności użytkowników (pacjentów, uczniów).

Poza czynnikami ekonomicznymi funkcjonowanie opieki zdrowotnej ma decydujące znaczenie dla jakości życia społeczeństwa, szczególnie przez istnienie tzw. efektów zewnętrznych, w tym takich, jak: ograniczanie chorób, bólu i cierpienia, likwidacja potencjalnych źródeł zakażeń oraz podniesienie poziomu świadomości prozdrowotnej. Ważnym czynnikiem, ściśle powiązaniem ze zdrowiem, który w znaczącym stopniu wpływa na dobrobyt społeczny, jest wydłużenie przeciętnego trwania życia (jeden z mierników dobrobytu kraju). Jak władze państwowe, odpowiadając na potrzeby społeczeństwa w stosunku do zdrowia, alokują bogactwo narodu, pokazano w tabeli 4.

Tabela 4

Wydatki na służbę zdrowia na obywatela w wybranych krajach (w USD na głowę, % PKB)

Kraj/Rok	1992		1996		2000		2004	
	USD na głowę	% PKB	USD na głowę	% PKB	USD na głowę	% PKB	USD na głowę	% PKB
Republika Czeska	570	5,1	934	6,8	980	6,7	1361	7,3
Niemcy	1934	9,6	2358	10,4	2632	10,3	3043	10,6
Włochy	1550	8,0	1617	7,3	2083	8,1	2467	8,7
Polska	378	6,2	489	6,0	590	5,7	805	6,5
Wielka Brytania	1181	6,9	1466	7,0	1858	7,3	2508	8,1
USA	3180	13,0	3817	13,2	4588	13,3	6102	15,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD

Charakterystyczną cechą UUP jest to, że skierowane są do wszystkich obywateli, bez względu na to, jaki jest ich stan majątkowy. IUP mają charakter państwowy (*non profit*) i prywatny (*for profit*), mając zatem świadomość dużej nierównomierności rozkładu dochodów w Polsce ($G = 0,345$) i obszaru ubóstwa (wskaźnik zagrożenia ubóstwem relatywnym wynosi w Polsce 17%), wydaje się, że trzeba zainwestować w sektor służby zdrowia lub zmienić jego formy opłacenia. Ten sam problem dotyczy przedszkoli, uczelni wyższych, domów opieki społecznej czy domów dziecka.

2. Zakończenie

Można postawić pytanie, czy rzeczywiście Polska jest państwem demokratycznym, które traktuje poważnie potrzeby każdego obywatela przez zapewnienie równych szans rozwoju. Punktem wyjścia demokracji jest naturalna ludzka potrzeba, by współzycie międzyludzkie pomogło w uznaniu każdej osoby, by stosunki społeczne nie uniemożliwiały rozwoju osobowości. Nasz kraj (jeżeli nie stać go na podniesienie kosztów na IUP) powinien dążyć do miksu publiczno-prywatnego w IUP, aby dowartościować każdego obywatela, zwłaszcza dać szansę najbiedniejszym.

Jan Paweł II w *Centesimus annus* napisał:

Ubodzy to ci, którzy pozbawieni są możliwości czerpania korzyści z wolnej gospodarki. Zasada solidarności wymaga, by bogaci i biedni zrozumieli, iż rozwój ekonomiczny dokonywany jest dla wspólnego dobra i we wspólnym interesie. Zatem ubóstwa ubogich nie należy traktować w kategoriach zagrożenia czy brzemienia, ale w kategoriach potencjału i możliwości.

Podane w artykule przykłady pokazały, że IUP w Polsce mają duży wpływ na dobrostan jednostek i tym samym całej społeczności, ale niestety nie zaspokajają podstawowych potrzeb większości obywateli.

Aby podnieść jakość i wydajność, potrzebne są środki finansowe. Aby zatem zoptymalizować działalność IUP, trzeba dowartościować instytucje najefektywniejsze i najskuteczniejsze oraz dopomóc instytucjom nieefektywnym i nieskutecznym (rys. 2).

Większość usług publicznych jest typu *experience goods*. Stąd, aby polepszyć jakość tych dóbr i usług, potrzebna jest współpraca pomiędzy tymi, którzy produkują i rozprawdzają te dobra i usługi, oraz tymi, którzy je otrzymują. W odpowiedzi na wymagania użytkowników (rys. 4), wzrasta dobrobyt społeczny lub maleje niewygoda społeczna (rozdzielanie tych usług często jest w kluczu położenia od centrum, które niekoniecznie powiększa dobrobyt społeczny całej populacji).

Dostawcy UUP – przynajmniej ci z *non profit* – powinni mieć na względzie stan dobrobytu społecznego wszystkich użytkowników, czyli całego społeczeństwa. Ocena usług, która implikuje odpowiednie działania w IUP, nie może zatem pomijać rezultatów tych usług oraz sposobu ich dzielenia.

Literatura

- Biernacki M. (2000), *Problemy pomiaru jakości życia. Elementy metrologii ekonomicznej*, AE, Wrocław, 141–152.
- Biernacki M. (2007), *Problemy pomiaru jakości usług w służbie zdrowia w Polsce* [w:] *Modelowanie i prognozowanie gospodarki narodowej*, Prace Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego.
- Biernacki M. (2009), *Kilka uwag do pomiaru jakości kształcenia*, *Quality of Life, Improvement through Social Cohesion*, Wrocław, 111–123.
- Biernacki M., Ignaszewska K. (2003), *Wzrost gospodarczy a dobrobyt w Polsce*, Wrocławski Biuletyn Gospodarczy, Wrocław.
- Bulanowska B. (2001), *New England Healthplan Employer Data and Information Set*, „Zdrowie i Zarządzanie”, nr 2, 3–4.
- Charnes A., Cooper W., Rhodes E. (1978), *Measuring the Efficiency of Decision Making Units*, „European Journal of Operational Research”, vol. 3, 429–444.
- Gori E., Vittadini G. (1999), *La valutazione dell'efficienza ed efficacia dei servizi alla persona*. Qualità e valutazione nei servizi di pubblica utilità, Etas, Milano.
- Jan Paweł II (1991), *Centesimus Annus*, Wydawnictwo Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej, Wrocław.
- Jondrow J. (1982), *On the Estimation of Technical Inefficiency in the Stochastic Frontier Production Function Model*, „Journal of Econometrics”, 233–238.
- Lazear E. (2001), *Educational Production*, „Quarterly Journal of Economics”, vol. 116, 777–803.
- Newhouse J.P. (1970), *Towards a Theory of Nonprofit Institutions: An Economic Model of Hospitals*, „American Economic Review”, n. 60, 64–74.
- Nizankowski R. (2003), *Jakość świadczeń zdrowotnych i jej ocena*, „Zdrowie i Zarządzanie”, nr 6.
- Parasuraman A., Zeithaml V., Berry L. (1985), *A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research*, „Journal of Marketing Fall”, 41–50.
- Sen A. (1991), *Welfare, Preference and Freedom*, „Journal of Econometrics”, 50.
- Sen A. (1997), *On Economic Inequality*, Clarendon Press, Oxford.
- Stiglitz J. (2004), *Ekonomia sektora publicznego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Suchecka J. (2010), *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna Wolters Kluwer Business, Warszawa.
- Van Praag B.M.S. (1971), *The Welfare Function of Income in Belgium. An Empirical Investigation*, „European Economic Review”, 2.
- Van Praag B., Kapteyn A. (1994), *How Sensible is the Leyden Individual Welfare Function of Income? A Reply*, „European Economic Review”, 38.
- Raporty z badań opinii społecznej przeprowadzone przez Centrum Badania Opinii Społecznej, www.cbos.pl/PL/publikacje/raporty_2010.php [dostęp 7.08.2010].
- Raporty Głównego Urzędu Statystycznego, www.stat.gov.pl [dostęp 7.08.2010].
- Raporty Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, www.oecd.org [dostęp 7.08.2010].