

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%) oraz że 75% osób jest niezadowolonych z działalności służby zdrowia. Zatem tylko 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, czyli efektywności; 2) ekonomicznym, czyli wydajności; 3) procesowym, czyli TQM; 4) personalnym, czyli satysfakcją konsumenta, 5) społecznym, czyli poprawa dobrobytu społecznego.

Słowa kluczowe: jakość usług, instytucja użyteczności publicznej, dobrobyt społeczny.

1. Wstęp

Celem artykułu jest próba odpowiedzi na 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 problemy oraz podjęta zostanie próba ich opisu i pomiaru. Problem dodatkowo komplikuje fakt, że niektóre usługi użyteczności publicznej, np. 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 w poszczególnych poziomach muszą być odpowiednio zaawansowane, a po drugie poziomy powinny być spójne (np. w edukacji bez marnotrawstwa czasu na powtórzenie kilka razy tego samego materiału).

Ocena instytucji użyteczności publicznej (IUP) – poziomu ich usług, będzie przeprowadzona przy podkreśleniu założenia, że proces optymalizacji kosztów i polepszenia jakości serwisu jest 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 skutkować powiększeniem 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 cele usług użyteczności publicznej, a mianowicie powinny one:

- 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 znaczny 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 systemach gospodarczych stanowią istotną dziedzinę zatrudnienia. Niestety, ze wzrostem wydatków państwa na te cele (średnio o ok. 1 punkt procentowy 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 w szczególnym 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 sponzorowane przez władze regionalne, instytucje i fundacje *non profit*.

2. Pięć wymiarów oceny IUP

Zaproponowana ocena IUP będzie przeprowadzona w pięciu wymiarach, takich jak:

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 procesem 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, zwłaszcza dla usług doświadczanych – *experience goods*, których ocena jest możliwa po ich otrzymaniu, TQM (*Total Quality Management*) rozumiane jest 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 jego 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.

2.1. Wymiar profesjonalny

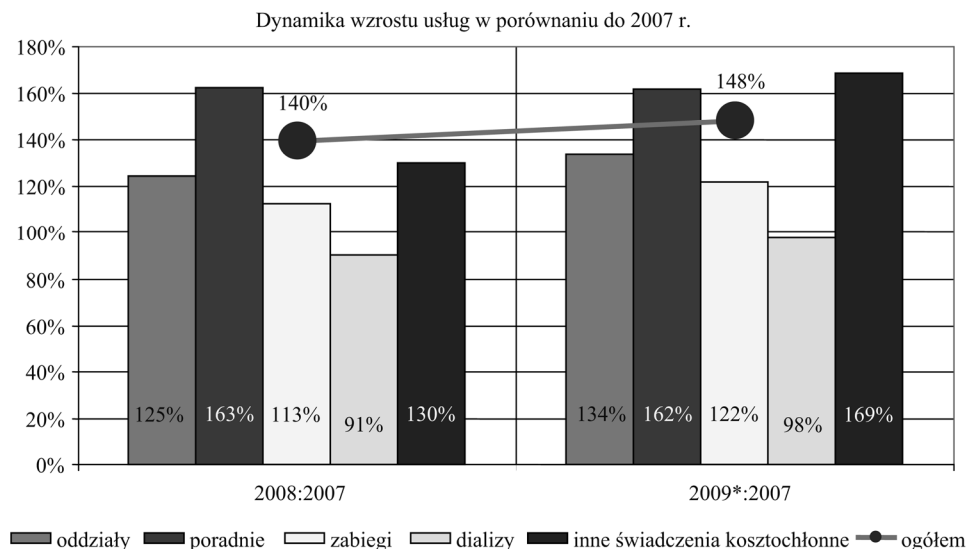
Różne podmioty zainteresowane działaniami ekonomicznymi rozmaicie definiują **skuteczność** (efektywność). Warunki takich porównań mogą być następujące:

- **Obiektywne osiągnięcia** (jako realizacja zamierzonych celów)

W tym podejściu skuteczność jest rozumiana jako relacja pomiędzy wynikiem otrzymanym a oczekiwanym, przy czym wynik jest scharakteryzowany pewnymi mierzalnymi wielkościami, takimi jak np. liczba usług. Przykładem takiego podejścia jest wzrost liczby pacjentów w danym szpitalu w badanym okresie: rys. 1.

- **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 podejściem zainteresowani są np. rodzice, którzy chcą znaleźć najlepszą dla swego dziecka szkołę, lub pacjent szukający dobrego szpitala. W procesie edukacji taką koncepcję skuteczności w 1986 r. pierwsi zaproponowali Aitkin i Longford, ocenę skuteczności kształcenia szkoły uzależniając nie tylko od uzyskanych ocen, ale także od zdolności uczniów. y_{ij} jest średnią oceną w badanym okresie j -tego ucznia w i -tej szkole, x_{ij} jest jego zdolnością (mierzona np. jego IQ). W modelu porównywania 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.



Rys. 1. Wzrost liczby leczonych pacjentów

Źródło: badany szpital w Polsce.

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

Skuteczność rozumiana jest jako porównanie ze standardem jakości. W tym przypadku można powiedzieć, że skuteczność jest synonimem jakości, i odwrotnie – jeżeli usługa mieści się w normach jakości, to jest skuteczna. W przypadku usług obowiązują normy ISO 9000, które definiują podstawowe kryteria jakości obejmujące 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, który odkrywa systemy, umiejętności i technologie udoskonalające przedsięwzięcie.

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.

2.2. Wymiar ekonomiczny

W „systemie produkcyjnym” usługi, który zachodzi w IUP (szkole, szpitalu, zakładzie opieki czy zakładzie karnym), nakłady finansowe w postaci płac personelu (nauczycieli, lekarzy, opiekunów itp.), 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** czy usługi bazującego na technicznych ograniczeniach funkcji produkcji. Koszt całkowity (C) wyniku usługi zależy od następujących czynników:

- ilości produktu, mierzonego 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]:

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

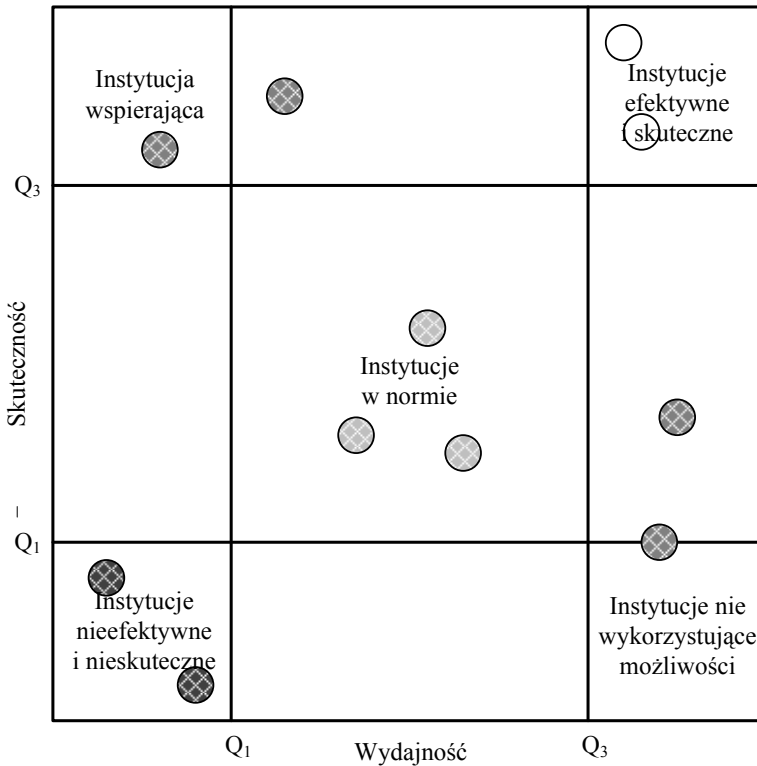
gdzie: $\alpha, \beta, \gamma, \delta$ – nieznanne parametry, które szacuje się na podstawie danego zbioru IUP.

Drugim – jest **metoda DEA** (*Data Envelopment Analysis* – analiza otoczki danych) [Charnes, Cooper, Rhodes 1978], która identyfikuje obiekty najbardziej efektywne, produkujące najoszczędniej w danych warunkach. Te 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).

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

- 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.



Rys. 2. Porównanie poziomów wydajności i skuteczności

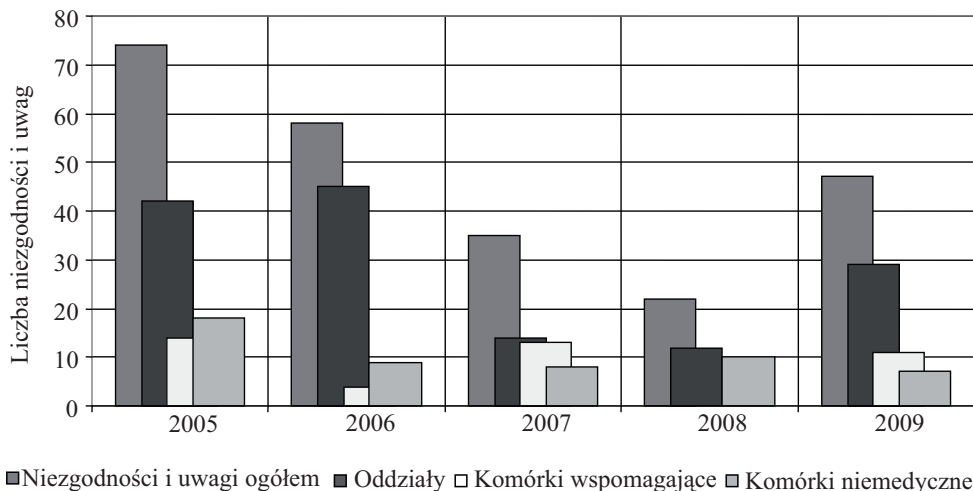
Źródło: za [Gori, Vittadini 1999].

2.3. 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 podejście oznacza, że menedżerowie i pracownicy dbają o jakość każdego procesu w przedsiębiorstwie (instytucji), ponieważ wszystkie one tworzą wartość, która dosięga 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.



Audit 2005-2009

Rys. 3. Niezgodności i uwagi auditów wewnętrznych

Źródło: badany szpital w Polsce.

2.4. Satysfakcja konsumenta

W 1985 r. A. Pahrahsurahmun, L. Berry i V. 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 dwiema wielkościami pomiarów ($E - P = \sum_i w_i (P_i - E_i)$), oczekiwaną i postrzeganą jakością. Twórcy koncepcji oparli się na założeniu, że różnicę tę tworzy pięć luk:

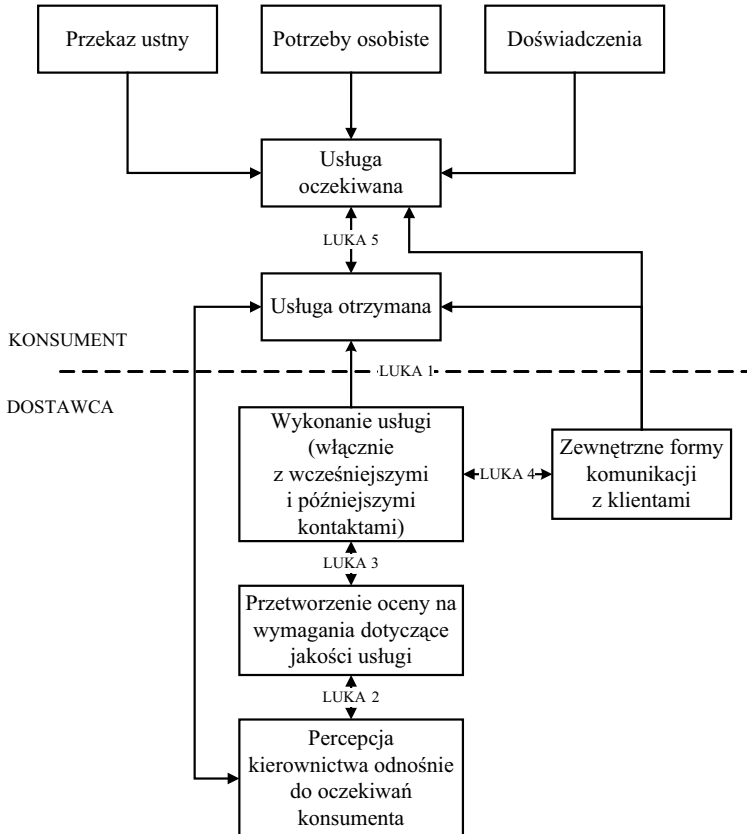
Luka 1: Różnica pomiędzy oczekiwaniami klienta a usługodawcą (czy zarządzający znają oczekiwania klientów?).

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?).



Rys. 4. Model *servqual* jakości usług

Źródło: [Parasuraman, Zeithaml, Berry 1985].

2.5. Wymiar społeczny

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

Jednym z podstawowych zadań, który 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 utylitaryzmie panuje pogląd, 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 nazywać dobrostanem. Wtedy jeżeli x i y są dwiema alokacjami całej społeczności, to stan x jest nie gorszy 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 np. 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 , 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 Rawlsonowska 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 oczekiwań 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 jednak dokonać takiego sumowania, należy założyć porównywalność użyteczności indywidualnych. To założenie jednak prowadzi do bardzo silnego ograniczenia, które mówi, że każda osoba (gospodarstwo domowe) musi mieć taką samą funkcję użyteczności. Założenie to wynika z **twierdzenie 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 stawić 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:

„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 układała się bardzo podobnie jak w roku 2005. Najważniejsze były: zdrowie (97% badanych uważało je za ważne, w tym 85% – za bardzo ważne) oraz szczęście rodzinne (było ono ważne dla 95% ankietowanych, w tym 83% uznało je za bardzo ważne).

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

Według CBOS-u, ogólne oceny stanu opieki zdrowotnej w roku 2010 były nadal złe. Trzy czwarte Polaków (75%) było niezadowolonych z tego, jak funkcjonuje w naszym kraju opieka zdrowotna, w tym ponad jedną trzecią (36%) stanowili zdecydowanie niezadowoleni. Jedynie 22% respondentów wyraziło zadowolenie w tym względzie, przy czym tylko dwóch na stu (2%) było bardzo zadowolonych. W porównaniu z sondażem przeprowadzonym w 2009 r. 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 np. czas oczekiwania na miejsce w szpitalu lub na wizytę u specjalisty. Dla porównania podam czasy oczekiwania w Polsce i w USA (tab. 1 i 2).

Tabela 1. Czas oczekiwania (w dniach) na usługi medyczne w USA w roku 2000

	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: za [Bulanowska 2001].

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.

Tabela 3. Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w latach z rozbiem na publiczne i prywatne (w %)

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: CBOS.

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

Przy ocenie różnych wariantów polityki gospodarczej ekonomiści patrzą na kwestię efektywności ekonomicznej, którą można zmierzyć np. przez nadwyżkę konsumenta, która jest różnicą pomiędzy kwotą, jaką byłby on gotów zapłacić za dany towar, a kwotą rzeczywiście zapłaconą. Porównując dane z tab. 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 w taki sposób, 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 powiązanim ze zdrowiem, który w znacznym 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, pokazuje tab. 4.

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*), zatem mając świadomość dużej nierównomierności rozkładu dochodów w Polsce ($G = 0,345$) i obszaru ubóstwa (wskaźnik zagrożenia ubóstwem relatywnym wynosi w Polsce 17%), należy stwierdzić, że

Tabela 4. Wydatki na służbę zdrowia na obywatela w wybranych krajach (w dol. na głowę, % PKB)

Kraj / Rok	1992		1996		2000		2004	
	dol. na głowę	% PKB	dol. na głowę	% PKB	dol. na głowę	% PKB	dol. 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: OECD.

trzeba zainwestować w sektor służby zdrowia lub zmienić jego formy opłacenia. Ten sam problem dotyczy przedszkoli, uczelni wyższych, domów opieki społecznej czy domów dziecka.

3. 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 współżycie międzyludzkie pomogło w uznaniu każdej osoby, by „stosunki społeczne” nie przeszkadzały osobowości w jej rozwoju. Jeżeli naszego kraju nie stać na podniesienie kosztów na IUP, to powinien dążyć do mieszanki publiczno-prywatnej w IUP, aby dowartościować każdego obywatela, a zwłaszcza dać szansę najbiedniejszym.

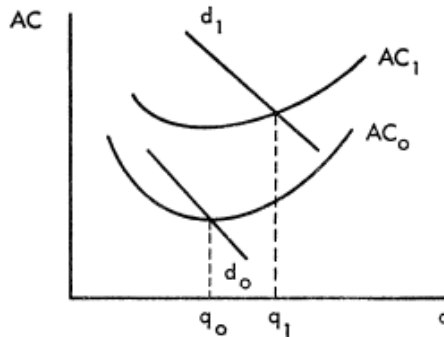
Jan Paweł II w *Centesimus Annus* napisał: „Ubodzy to ci, którzy pozbawieni są możliwości czerpania korzyści z wolnej gospodarki. Zasada solidarności wymaga, by bogaci i biedni zrozumieli, iż rozwój ekonomiczny dokonywany jest dla wspólnego dobra i we wspólnym interesie. Zatem ubóstwa ubogich nie należy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

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

Z rysunku 5 wynika, że aby podnieść jakość i wydajność, potrzebne są środki finansowe. Zatem aby zoptymalizować działalność IUP, trzeba dowartościować instytucje najefektywniejsze i najskuteczniejsze i 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 rozprowadzają te dobra i usługi, oraz tymi, którzy je otrzymują. W odpowiedzi na wymagania użytkowników wzrasta dobrobyt społeczny lub maleje niewygoda spo-

łeczna (rozdzielanie tych usług często jest w kluczu położenia od centrum, które niekoniecznie powiększa dobrobyt społeczny całej populacji).



AC_i – koszty średnie usługi przy i -tym poziomie jakości,
 q_i – liczba (np. osobodni w szpitalu) przy i -tym poziomie jakości,
 d_i – popyt na usługi przy i -tym poziomie jakości.

Rys. 5. Koszty średnie dla różnych jakości usług

Źródło: [Newhous 1970].

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

Literatura

- Biernacki M. (2000), *Problemy pomiaru jakości życia. Elementy metrologii ekonomicznej*, AE, Wrocław.
- Biernacki M. (2007), *Problemy pomiaru jakości usług w służbie zdrowia w Polsce*, [w:] *Modelowanie i prognozowanie gospodarki narodowej*, Prace Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Biernacki M. (2009), *Kilka uwag do pomiaru jakości kształcenia*, Quality of Life Improvement through Social Cohesion, Wrocław.
- Biernacki M., Ignaszewska K. (2003), *Wzrost gospodarczy a dobrobyt w Polsce*, Wrocławski Biuletyn Gospodarczy.
- Bulanowska B. (2001), *New England healthplan employer data and information set*, „Zdrowie i Zarządzanie”, tom III, nr 2.
- Charnes A., Cooper W., Rhodes E. (1978), *Measuring the efficiency of decision making units*, „European Journal of Operational Research”, vol. 2(4).
- Gori E., Vittadini G. (1999), *La valutazione dell'efficienza ed efficacia dei servizi alla persona*, Qualita e valutazione nei servizi di pubblica utilita, 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”, vol. 19.
- Lazear E. (2001), *Educational production*, „Quarterly Journal of Economics”, vol. 116.
- Nizankowski R. (2003), *Jakość świadczeń zdrowotnych i jej ocean*, „Zdrowie i Zarządzanie” nr 6.
- Newhouse J.P. (1970), *Towards a theory of nonprofit institutions: an economic model of hospitals*. American Economic Review, no 60.
- Parasuraman A., Zeithaml V., Berry L. (1985), *A conceptual model of service quality and its implications for future research*, „Journal of Marketing Fall”, vol. 49.
- Sen A. (1991), *Welfare, preference and freedom*, „Journal of Econometrics”, nr 50.
- Sen A. (1997), *On Economic Inequality*, Clarendon Press, Oxford.
- Stiglitz J. (2004), *Ekonomia sektora publicznego*, PWN, Warszawa.
- Suchocka J. (2010), *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna Wolters Kluwer Business, Warszawa.
- Van Praag B., Kapteyn A. (1994), *How sensible is the Leyden individual welfare function of income? A reply*, „European Economic Review”, nr 38.
- Raporty z badań opinii społecznej przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej, www.cbos.pl/PL/publikacje/raporty_2010.php.
- Raporty Głównego Urzędu Statystycznego, www.stat.gov.pl.
- Raporty Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, www.oecd.org.

QUALITY OF SERVICE OF PUBLIC UTILITY INSTITUTIONS VS. PUBLIC PROSPERITY (SOCIAL WELFARE)

Summary: The feeling of prosperity does not rise in Poland despite a constant economic growth. The research of CBOS (Centre of Public Opinion Research) shows that the most important value for Polish is health (97%) and that 75% of people are dissatisfied with the activity of health service. Owing to the data presented above we can observe the lack of the public prosperity optimization in Poland. Public utility services have a personal character, so they directly affect a feeling of well-being. Undoubtedly, the quality of the services positively or negatively affects the prosperity of the whole population. The paper presents a possibility of evaluation of public utility institution in five dimensions: 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, 5) in a social dimension, i.e. public prosperity improvement.

Key words: quality of services, institutions of public utility, social welfare.