

Dorota Korenik

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Katedra Finansów
e-mail: dorota.korenik@ue.wroc.pl

Podjęcia i metody w badaniu efektywności szpitali samorządowych w Polsce

Kody JEL: I15, H79

Słowa kluczowe: szpitale samorządowe, efektywność ekonomiczna, podejścia badawcze, metody badawcze

Streszczenie. Artykuł wpisuje się w problematykę badania efektywności ekonomicznej szpitali będących własnością publiczną, w szczególności własnością bądź współwłasnością samorządu terytorialnego w Polsce. Przedmiotem badania uczyniono teoretyczne podejścia do rozumienia i koncepcji istoty efektywności ekonomicznej oraz właściwe im ekonomiczne narzędzia analityczne służące uzyskaniu wiedzy na temat efektywności ekonomicznej szpitali i jej determinant dla potrzeb zarządzania nimi. Badanie polega na wyjaśnianiu, w którym ze zbioru przesłanek opisujących: niepewność i podwyższone ryzyko działania szpitali samorządowych w Polsce, warunki i ograniczenia poznawcze każdego z teoretycznych podejść oraz odpowiadających im metod badania efektywności ekonomicznej, na mocy reguł logiki dedukcyjnej, wyprowadzono osąd przydatności poszczególnych podejść i właściwych im metod w realiach polskich.

Wprowadzenie

Efektywność funkcjonowania szpitali, zwana także efektywnością działania, efektywnością ekonomiczną, jest problemem w różnych wymiarach: makro, czyli dla systemów ochrony zdrowia, mezo, czyli dla samorządu terytorialnego w realizacji przypisanych zadań z obszaru ochrony zdrowia, oraz mikro, czyli dla zarządzających szpitalami.

Zarówno poziom efektywności funkcjonowania szpitali samorządowych, tj. szpitali, które stanowią własność lub współwłasność jednostek samorządu terytorialnego, jak i badanie efektywności pod kątem osiągnięcia i polepszenia jej wartości nieujemnych, są problemem przede wszystkim zarządzającego i właściciela. Ustawowy (Ustawa, 2011) wymóg wykazania przez szpital nieujemnego poziomu wskaźnika rentowności przychodowej¹ zwiększa presję ze strony właścicieli samorządowych na efektywne działanie podległych szpitali, które z kolei pozwoli na zachowanie dotychczasowej formy organizacyjno-prawnej szpitala (samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej), a z którą łącone są nadzieje sprawujących władzę samorządową na zachowanie silniejszego wpływu w społeczności lokalnej, jak i nadzieje społeczności lokalnej na zapewnienie powszechnego i nieodpłatnego dostępu do świadczeń szpitalnych. Efektywne działanie to również problem szpitala samorządowego funkcjonującego w formie spółki handlowej, jednakże możliwości jej zapewnienia jest więcej (poszukiwanie efektywności w obszarze podejmowania i zwiększania skali i zakresu usług odpłatnych, nieobjętych limitowanymi kontraktami finansowymi z NFZ).

Dotychczasowe badania efektywności podmiotów szpitalnych, w tym samorządowych, są bardzo skromne i wynikają głównie z bardzo słabo wykształconego systemu statystyki społecznej na potrzeby analiz i ocen efektywności szpitali (Hass-Symotiuk, 2011; Porębski, 2016). Niedostatek wiedzy na temat efektywności i jej determinant w polskich szpitalach samorządowych, a tym samym i sposobów polepszania efektywności, ma też związek ze specyfiką otoczenia, w jakim przychodzi im działać. Szpitale samorządowe działają w otoczeniu niepewnym i wysoce ryzykownym. W badaniach nad efektywnością kontekst niepewności i wysokiego ryzyka działania musi być uwzględniony, bo nie jest on bez znaczenia dla doboru właściwego podejścia badawczego i metod badawczych (ekonomicznych narzędzi analizy efektywności funkcjonowania) służących wykryciu wewnętrznych czynników sprawczych efektywności szpitali oraz istotności tych czynników.

Celem opracowania jest krytyka zastosowalności poszczególnych podejść teoretycznych do badania efektywności oraz adekwatnych metod badania efektywności (i jej wewnętrznych determinant) w przypadku szpitali samorządowych w Polsce. Rozważanie osadzono w mikroekonomicznej perspektywie badawczej, eksponującej potrzebę budowania efektywności ekonomicznej szpitala samorządowego.

1. Niepewność i podwyższone ryzyko działania szpitali samorządowych wynikające z otoczenia zewnętrznego

Struktura podmiotowa i funkcjonalna rynku opieki zdrowotnej w Polsce przedstawia się następująco. Po stronie podaży usług szpitalnych występują:

¹ Tj. wskaźnika w ujęciu procentowym, obliczanego jako iloraz sumy wyniku finansowego netto i amortyzacji do przychodów szpitala.

- szpitale – podmioty prawa prywatnego – spółki handlowe – których właścicielami mogą być zarówno osoby prywatne, jak i osoby publiczne, np. jednostki samorządu terytorialnego,
- szpitale – podmioty prawa publicznego – samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ-y) – których podmiotami tworzącymi są jednostki samorządu terytorialnego (samorząd województwa, powiat, gmina), uniwersytety publiczne (tzw. szpitale kliniczne, szpitale uniwersyteckie), odpowiedni minister.

Każdy szpital, niezależnie od swej formy prawno-organizacyjnej, może ubiegać się o kontrakt na świadczenia szpitalne finansowane ze środków publicznych. Jest to kontrakt z płatnikiem – ubezpieczycielem publicznym, zwany „kontraktem publicznym” bądź „finansowym kontraktem publicznym”. Przy czym szpitale prawa publicznego nie mogą prowadzić leczenia szpitalnego na zasadach komercyjnych, muszą więc zdobyć publiczny kontrakt finansowy. Natomiast szpitale prywatnoprawne świadczą usługi na zasadach komercyjnych, finansowane z budżetów prywatnych, ale też publicznych, jeśli pozyskają kontrakt z płatnikiem – ubezpieczycielem publicznym. Oprócz tego o finansowanie ze środków publicznych mogą ubiegać się także inne podmioty lecznicze, które nie są szpitalami i świadczą inne usługi opieki zdrowotnej. Oznacza to, że o pieniądze publiczne przeznaczone na finansowanie świadczeń w opiece zdrowotnej (stanowiące jedną pulę środków finansowych) mogą konkurować różne podmioty lecznicze, w tym szpitale, bez względu na ich formę organizacyjno-prawną.

Świadczeniobiorcami w szpitalach (i innych podmiotach leczniczych) są zarówno osoby objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, jak i pacjenci pokrywający koszt ze środków prywatnych. Obecnie nie ma rozwiniętego rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, który mógłby pozwolić na osiągnięcie większej kwoty przeznaczonej na świadczenia zdrowotne (w tym dla szpitali) oraz wprowadzenie konkurencyjnego, prywatnego płatnika. W rzeczywistości popyt na świadczenia szpitalne reprezentowany jest przez płatnika – ubezpieczyciela publicznego, czyli podmiot, który kontraktuje świadczenia szpitalne finansowane ze środków publicznych. Dla wykonanych przez szpital świadczeń ponad limit wpisany do kontraktu, wynikających z realnie istniejącego większego popytu, nie ma pewności uzyskania pokrycia finansowego ze środków publicznych. Kwestia tzw. nadwykonań świadczeń zdrowotnych nie jest bowiem uregulowana prawnie, a poza tym limitowanie ilości i wartości świadczeń ma na celu utrzymanie dyscypliny finansowej płatnika publicznego. Nadto w przypadku szpitali publicznoprawnych występuje też podwyższone ryzyko nieotrzymania wsparcia finansowego od właściciela ze względu na jego słabą sytuację budżetową.

Płatnik – ubezpieczyciel publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia funkcjonuje w warunkach monopsonu, w praktyce dąży do zakontraktowania świadczeń zdrowotnych po zaniżonych cenach podczas negocjacji z usługodawcami. Płatnik jednostronnie decyduje w zakresie: długości trwania kontraktu (zwykle od trzech do pięciu lat), wyceny za poszczególne świadczenia zdrowotne, rodzaju i ilości niezbędnego sprzętu medycznego, rodzaju, kwalifikacji i liczby personelu medycznego. Oprócz tego wymagania

stawiane przez płatnika zmieniają się często w ciągu tzw. roku kontraktowego, tj. w roku przed kolejnym konkursem na świadczenia zdrowotne publiczny płatnik na nowo określa i zmienia poszczególne wymagania. W efekcie na rynku opieki szpitalnej, głównie tym finansowanym ze środków publicznych, charakterystyczna jest nadmierna siła przetargowa płatnika – ubezpieczyciela publicznego, wynikająca z jego monopolistycznej pozycji w stosunku do usługobiorców (pacjentów) oraz w stosunku do usługodawców (świadczeniodawców).

Oznacza to, że rynek ochrony zdrowia, w tej jego części, która jest związana z publicznym finansowaniem świadczeń zdrowotnych, szpitalnych, nie jest doskonale konkurencyjny. Nie występuje na nim doskonały dostęp do informacji, a wręcz przeciwnie – brak jest informacji o kryteriach i zasadach dostępu i zawierania publicznych kontraktów finansowych, kryteria i zasady nie są trwałe, podlegają zmianom nawet w trakcie trwania istniejącego kontraktu, kierunki i sposób reformowania systemu ochrony zdrowia podlegają zmianom i nie są przewidywalne, zwłaszcza po dojściu do władzy nowych ugrupowań politycznych, na rynku występują zróżnicowane dobra (różne rodzaje świadczeń zdrowotnych, nie tylko szpitalnych), które mogą być objęte finansowaniem w ramach jednej, wspólnej puli pieniądza publicznego, podmioty lecznicze konkurują między sobą i nie mają wystarczającej siły, aby kontrolować rynek.

W przypadku szpitali, silnie uzależnionych od finansowania pieniądzem publicznym, kluczowymi problemami dla ich rentownego działania są:

- brak możliwości pełnego wykorzystania pozafinansowego potencjału wytwórczego, większego w stosunku do wielkości potrzebnej do wykonania zakontraktowanych i silnie limitowanych przez publicznego płatnika świadczeń szpitalnych,
- niepewność zdobycia publicznego kontraktu finansowego w przyszłości,
- niepewność zasad i kryteriów dostępu do finansowania, ustalanych przez stronę zamawiającą świadczenia zdrowotne (sposób funkcjonowania publicznego systemu finansowania świadczeń zdrowotnych ulega wielokrotnym zmianom i jest słabo przewidywalny),
- przestarzała oraz szybko starzejąca się infrastruktura świadczeń szpitalnych, nie nadążająca za szybko postępującym i kosztownym rozwojem nowoczesnej techniki medycznej.

Stopień uzależnienia szpitali samorządowych, w szczególności SPZOZ-ów, od finansowania poprzez publiczny kontrakt finansowy jest bardzo wysoki, ponad 90%. Obniżenie tak wysokiego stopnia uzależnienia można uzyskać w następstwie komercjalizacji szpitala (przekształcenia publicznej formy prawnej funkcjonowania w prywatną), otwierającej możliwość świadczenia usług komercyjnie, obok tych finansowanych w ramach kontraktu publicznego. Jednakże w odbiorze społeczności lokalnych oraz polityków samorządowych takie rozwiązanie może być postrzegane jako niebezpieczeństwo ograniczenia dostępu do otrzymania powszechnych i nieodpłatnych świadczeń szpitalnych, głównie stąd komercjalizacja nie jest ani popularna, ani powszechna. Jeśli będzie występowała, to głównie w sposób wymuszony słabą kondycją finansową właściciela samorządowego,

który nie będzie w stanie pokrywać strat finansowych podległego szpitala, by w ten sposób spełnić ustawowy wskaźnik rentowności przychodów.

Nie ma perspektywy zmniejszenia niepewności działania i wysokiego ryzyka finansowego, a tym samym zmiany efektywności ekonomicznej szpitali samorządowych. Źródłem utrzymującej się niepewności jest brak wizji racjonalizacji polskiego systemu ochrony zdrowia. W konsekwencji średnio- i długoterminowa perspektywa sektora ochrony zdrowia, która wiąże się z ciągle odsuwaną w czasie poprawą efektywności operacyjnej szpitali publicznych (a w jej ramach różne kierunki zmian, inicjatywy, np. sygnalizowane w ostatnim czasie w resorcie zdrowia tworzenie sieci szpitali i konsolidacji funkcji wsparcia sieci szpitali publicznych), nie daje wiarygodnych przesłanek dla istotnego zmniejszenia tej niepewności.

2. Podejścia teoretyczne do badania efektywności ekonomicznej szpitali samorządowych

W obszarze wiedzy teoretycznej występują dwa różne podejścia do badania efektywności, tj. statyczne i dynamiczne. Wynikają one z odmienności podstaw ideowych dwóch nurtów teorii ekonomii, tj. ekonomii neoklasycznej i heterodoksyjnej ekonomii ewolucyjnej.

Podejście statyczne, właściwe dla ekonomii neoklasycznej, związane z koncepcją optymalności Pareto oraz marginalistyczną koncepcją równowagi ogólnej, oznacza optymalną produkcję i alokację ograniczonych zasobów, ukierunkowując podmiot na osiągnięcie znanej w danym czasie krzywej możliwości produkcyjnych. Istotą efektywności ekonomicznej jest godzenie w najlepszy sposób rzadkości zasobów z nieograniczonymi potrzebami podmiotu. Krótkookresowe, statyczne podejście badawcze obejmuje efektywność techniczną i alokacyjną. W centrum zainteresowania w pierwszej kolejności znajduje się efektywność techniczna (technologiczna), która wiąże się z wykorzystaniem czynników w technologicznie najbardziej wydajny sposób. Ekonomicznym wyrazem efektywności technicznej jest efektywność produkcyjna (nazywana też efektywnością kosztową), czyli efektywność alokacyjna w sferze produkcji. Oznacza ona, że ze wszystkich technicznie efektywnych metod produkcji efektywnie produkcyjnie są tylko te, które minimalizują koszty produkcji. Szpital, który jest efektywny produkcyjnie, jest efektywny technicznie, ale szpital technicznie efektywny nie musi być efektywny produkcyjnie, jeżeli istnieje jakiś inny zestaw czynników produkcji, który można by wykorzystać do wytworzenia takiej samej ilości świadczeń po niższym koszcie. Pełna efektywność alokacyjna (tj. w sferach: produkcji, konsumpcji i struktury produkcji), oznacza, że z danych zasobów został osiągnięty najwyższy możliwy poziom satysfakcji konsumentów (pacjentów). Spośród wszystkich rozwiązań efektywnych produkcyjnie tylko te są efektywne alokacyjnie, które maksymalizują satysfakcję konsumentów-pacjentów. A ponieważ satysfakcja pacjentów pochodzi z konsumpcji świadczeń szpitalnych, to statyczna efektywność ekonomiczna wymaga największego możliwego poziomu produkcji, czyli efektywności technicznej.

Głównym wyzwaniem ekonomicznym jest tu unikanie marnotrawstwa posiadanych zasobów. W krótkiej perspektywie czasu, wyznaczonej przez okres trwania kontraktu finansowego z płatnikiem publicznym, kluczowymi problemami są:

- unikanie marnotrawstwa rzadkiego zasobu, jakim jest pieniądź publiczny w procesie realizacji zakontraktowanych procedur medycznych, oraz
- zdobycie pełnego pokrycia finansowego dla posiadanego zasobu czynników wytwórczych, tj. obejmującego kwotę zapewnioną przez kontrakt publiczny i kwotę nieobjętą tym kontraktem.

W przypadku tego drugiego problemu istnieją dwie przesłanki utrzymywania większego zasobu czynników wytwórczych, niż wynikałoby to z zawartego kontraktu publicznego. Pierwszą przesłanką jest brak pewności, że w przyszłych okresach kontraktowania wymogi stawiane przez płatnika publicznego nie zostaną zaostrzone w taki sposób, że trzeba będzie wykazać się większym niż dotychczas potencjałem wytwórczym, ilościowym i jakościowym. Drugą przesłanką jest oczekiwanie jednostki samorządu terytorialnego jako właściciela szpitala, że potrzeby społeczności lokalnej w zakresie publicznej opieki szpitalnej będą zaspokajane w największym możliwym stopniu, nawet w sytuacji niedostatecznie wysokiego kontraktu finansowego.

Dla tak postawionego problemu rozwiązaniami mogą być:

- a) wykonanie w całości świadczeń na warunkach zakontraktowanych, oraz dodatkowo – tj. w razie występowania zjawiska niedoszacowania kosztów procedur medycznych przez płatnika publicznego (które jest powszechne w przypadku świadczeń szpitalnych, aczkolwiek skala niedoszacowania może być różna pomiędzy różnymi specjalnościami medycznymi) – poszukiwanie wewnętrznych oszczędności kosztów do poziomu, poniżej którego nie jest możliwe zapewnienie minimalnej jakości zakontraktowanych świadczeń w ramach posiadanych technologicznych możliwości produkcyjnych lub ujmując inaczej: poszukiwanie rezerw potencjału redukcji nakładów zużywanych do wytworzenia danej ilości rezultatów – jest to rozwiązanie dotyczące efektywności technicznej w obszarze zakontraktowanych świadczeń szpitalnych;
- b) wewnętrzne oszczędności kosztów utrzymania zasobu tej części czynników wytwórczych, dla której nie ma zapewnionego finansowania ze środków kontraktu publicznego – jest to rozwiązanie ograniczania strat spowodowanych utrzymywaniem większej zdolności produkcyjnej w stosunku do zapotrzebowanej przez ubezpieczyciela – płatnika publicznego; w istocie takie rozwiązanie nie wpisuje się w logikę statycznej efektywności technicznej ani efektywności alokacyjnej; natomiast można je traktować jako częściowe rozwiązanie problemu maksymalizacji satysfakcji konsumentów świadczeń szpitala w sytuacji, gdy ich realne zapotrzebowanie jest większe niż zakontraktowane przez ubezpieczyciela – płatnika publicznego;
- c) znalezienie dodatkowych (poza kontraktem finansowym) źródeł finansowania, w postaci finansowania zewnętrznego przez właścicieli szpitali, w celu

utrzymywania większych zdolności produkcyjnych – takie rozwiązanie oznacza finansowe pokrywanie statycznej nieefektywności ekonomicznej ze środków innych niż wypracowane przez szpital; z perspektywy szpitala jest to rozwiązanie problemu nieefektywności statycznej, usprawiedliwionej potrzebą zapewnienia maksymalnej satysfakcji konsumentów świadczeń szpitalnych);

- d) zwiększenie produkcji (ponad zakontraktowaną wartość i ilość świadczeń), w ramach posiadanych możliwości wytwórczych i skuteczne uzyskanie dla tej dodatkowej produkcji refinansowania od płatnika publicznego – jest to rozwiązanie dotyczące efektywności alokacyjnej w sferze konsumpcji;
- e) zmiana struktury mix-produkcji – poprzez uruchomienie nowej specjalizacji szpitalnej, likwidację / ograniczenie dotychczasowej, inną alokację zasobów pomiędzy specjalizacje – na dającą lepszą rentowność, co ma związek z obowiązującym w danym czasie cennikiem świadczeń szpitalnych stosowanym przez płatnika publicznego – jest to rozwiązanie dotyczące efektywności alokacyjnej w sferze struktury produkcji.

Jednakże rozwiązania te nie dają pewności polepszenia efektywności ekonomicznej, skoro czynnikami niweczącymi statyczną efektywność ekonomiczną są:

- nieprzewidywalność warunków dostępu do kontraktu publicznego w przyszłości, uniemożliwiająca określenie optymalnego zapotrzebowania na czynniki wytwórcze nawet w niedalekiej przyszłości (oznacza to, że dla szpitala powstaje ryzyko struktury ilościowej i jakościowej, niedostosowanej do przyszłych wymogów zakontraktowania świadczeń szpitalnych u płatnika publicznego) oraz
- niepewność uzyskania refinansowania świadczeń wykonanych ponad limit przyznany w kontrakcie, o które szpital może starać się na drodze postępowania sądowego (oznacza to, że dla szpitala powstaje zwiększone ryzyko finansowe),
- rosnące ryzyko niepokrycia straty finansowej szpitala przez jego właściciela, jeśli on sam znajduje się w trudnej sytuacji budżetowej – co jest zjawiskiem coraz bardziej powszechnym (dla szpitala powstaje zwiększone ryzyko finansowe).

To oznacza, że nie są spełnione założenia i warunki dla osiągnięcia statycznej efektywności ekonomicznej, w tym technicznej i alokacyjnej. Po pierwsze, przyjmowane w statycznym podejściu do efektywności ekonomicznej założenie o danych (stałych) zasobach w przypadku szpitali publicznych jest nierealistyczne. Po drugie, efektywność ekonomiczna w sensie Pareto może być zapewniona jedynie w warunkach konkurencji doskonałej, czyli innych, niż występujące w sektorze ochrony zdrowia, tj. w tej jego części, która jest związana z publicznym zasilaniem finansowym. Statyczną efektywność ekonomiczną zaburza NFZ, będąc faktycznym monopolistą w zakresie kontraktowania świadczeń szpitalnych, finansowanych ze środków publicznych. Konkludując, szpitale publiczne działające na rynku monopsonu nie mogą dobrze realizować statycznej efektywności technicznej i alokacyjnej. Nie wyklucza to jednak możliwości osiągnięcia statycznej efektywności ekonomicznej na poziomie nieujemnym, krótkookresowo, a nawet w kolejnych okresach kontraktowania świadczeń szpitalnych (czyli długookresowo).

W świetle innego podejścia, na rynku, na którym nie występuje konkurencja doskonała, możliwe jest osiągnięcie długookresowej efektywności, jeśli jest ona pojmowana jako efektywność dynamiczna. Głównym wyzwaniem nie jest unikanie marnotrawstwa zasobów, lecz ustawiczne odkrywanie i tworzenie nowych celów (de Soto, 2010). Dynamiczny model efektywności ekonomicznej opiera się na założeniach paradygmatu ekonomii ewolucyjnej, tj. uznaniu za typowe i normalne w życiu gospodarczym zjawisk nierównowagi, irracjonalności, przypadku, kryzysu i ewolucji typu biologicznego. Tak jest w życiu gospodarczym szpitali publicznych w Polsce, zmuszonych działać w warunkach wysokiej niepewności i ryzyka. Przyjmuje się, że jest możliwe osiągnięcie równowagi – efektywności ekonomicznej, ale tylko przejściowo, bo jest ona zakłócana różnymi czynnikami zmiennymi. Sukces odnosi podmiot gospodarujący, który jest lepiej przystosowany, a to dzięki wdrażaniu innowacji, takich jak nowe technologie, rynki, systemy organizacyjne, wzory konsumpcji, ramy prawne, instrumenty finansowe (Głapiński, 2012, s. 284–285).

Istnieją dwie determinanty efektywności dynamicznej: innowacyjność i adaptacyjność. Efektywność innowacyjna to zdolność do wprowadzania innowacji, takich jak usprawnienia produkcji, metody ograniczające koszty produkcji poprzez zastosowanie nowych technologii, form organizacji działania, sposobów finansowania. Efektywność adaptacyjna oznacza zdolność stopniowego dostosowywania się do zmian w otoczeniu, a także umiejętność rozpoznawania natury pojawiających się problemów i umiejętność ich właściwego rozwiązania.

W centrum zainteresowania tak zdefiniowanej efektywności ekonomicznej jest efektywność ekonomiczna typu „X” (efektywność „X”). Wiąże się ona ze statyczną efektywnością ekonomiczną w taki sposób, że jest ona statycznym problemem i dynamicznym rozwiązaniem efektywności „X” (Potts, 2007). Ta sama przedsiębiorcza i dobrze zmotywowana siła wprawia w ruch efektywność dynamiczną poprzez tworzenie i odkrywanie nowych możliwości zysku / rentowności ekonomicznej, a jednocześnie dąży do osiągnięcia jak najwyższego stopnia efektywności statycznej, jaki leży w granicach ludzkich możliwości dzięki koordynacji wcześniejszych niedostosowań (de Soto, 2010). W przypadku badania, a także budowania efektywności zgodnej z koncepcją efektywności „X”, chodzi nie tyle o poprawę metod produkcji oraz umiejętności pracowników, co jest typowe dla efektywności statycznej, co raczej o sposób wykorzystania i organizację tych umiejętności, jak i dostępnej technologii (np. położenie większego nacisku na logistykę niż budżetowanie w szpitalu). Podkreślenia wymaga, że postrzeganie statycznej efektywności jako determinanty lub gwaranta osiągnięcia dynamicznej efektywności ekonomicznej jest niewłaściwe. Może okazać się, że dla efektywności dynamicznej niezbędne jest zaniechanie koncentracji działań na poprawie metod produkcji oraz umiejętności pracowników, a tym samym na efektywności statycznej, lecz pozyskanie nowej technologii produkcji bądź pracy, rodzących w krótkim okresie wysoki koszt, ale zapewniających lepsze rezultaty w okresie długim.

Na zasadność podejścia dynamicznego do badania efektywności wskazują m.in. badania Leibensteina, który jako pierwszy stwierdził, że mimo wykorzystania porównywalnych nakładów pracy, kapitału i podobnych technik wytwarzania wielkości wytworzonej produkcji w przedsiębiorstwach różniły się znacznie. To oznacza, że istnieje rodzaj wewnętrznej nieefektywności przedsiębiorstwa, określony nieefektywnością „X” (nie mający charakteru nieefektywności alokacyjnej ani technicznej), który ma swe źródło w motywacjach pracowników i organizacji (Leibeistein, 1966). Takiemu rozumowaniu oponują zwolennicy teorii statycznej efektywności ekonomicznej. Zdaniem Stiglera motywacja nie może odgrywać roli autonomicznej, lecz trzeba ją postrzegać jako element technologii (a więc czynnik efektywności technicznej). Nieodpowiedni poziom w technologii nie jest źródłem jakiegoś nowego rodzaju nieefektywności, lecz świadczy o nieodpowiednim wykorzystaniu posiadanych zasobów, co jest równoznaczne z istnieniem klasycznej nieefektywności alokacyjnej (Stigler, 1976). Leibenstein odpowiedział, że różnice w efekcie końcowym (wielkości produkcji) nie są, jak zakładał Stigler, wynikiem racjonalnego zachowania jednostek uwzględniających koszt pozyskania wiedzy, ale wynikają z różnej chęci jej zdobycia, czyli z aspektu motywacyjnego.

Przyjmując do badania efektywności podejście efektywności „X”, przyjmuje się teorię wyjaśniającą dlaczego idealna efektywność techniczna jest zawsze zniweczona przez ludzi w rzeczywistych organizacjach (Potts, 2007). Jasne jest, że w przypadku szpitali publicznych ważny (ale nie jedyny) czynnik sprawczy niweczający idealną efektywność techniczną tkwi w otoczeniu zewnętrznym szpitali – tj. w niepewnym zasilaniu finansowym szpitala przez stronę publiczną kontraktującą świadczenia szpitalne, jak i przez właściciela szpitala (Krzeczewski, 2014), który może oczekiwać od szpitala utrzymania zbyt dużego poziomu zasobów (tj. większego niż wynikający z kontraktu świadczeń zdrowotnych z płatnikiem publicznym), podczas gdy on sam znajduje się w trudnej sytuacji budżetowej i może mieć problem z ewentualnym pokryciem straty finansowej szpitala. Pozostałe czynniki sprawcze, określające zdolność innowacyjną i zdolność adaptacyjną, tkwią wewnątrz szpitala.

Ostatecznie w kwestii wybrania właściwego podejścia do badania efektywności ekonomicznej szpitali samorządowych w Polsce można stwierdzić, co następuje. Założenia koncepcji statycznej efektywności nie sprawdzają się w realiach szpitali publicznych, w przeciwieństwie do założeń koncepcji efektywności dynamicznej. Ale tak jak podejście neoklasyczne, tak i podejście ewolucyjne nie radzi sobie z problemem destrukcyjnego wpływu niepewnego publicznego kontraktowania świadczeń szpitalnych (procedur medycznych). Niepewne reguły gry z płatnikiem publicznym niweczają wypracowanie podstaw dla (idealnej) efektywności technicznej, która stanowi punkt wyjścia dla efektywności produkcyjnej, a także dla pełnej efektywności alokacyjnej, ponieważ brakuje długoterminowego stabilizatora cenowego różnych świadczeń szpitalnych. Z tego samego powodu niweczona jest dynamiczna efektywność ekonomiczna.

3. Metody badania efektywności ekonomicznej szpitali samorządowych

W podejściu statycznym do badania efektywności szpitali użyteczną klasyfikacją efektywności jest podział na efektywność techniczną i alokacyjną. Transponując obie definicje z pracy Flooda, dotyczącej efektywności w szpitalach (Flood, 2000), można przyjąć, że efektywność alokacyjna „szpitala samorządowego” oznacza rozmieszczenie rzadkich zasobów w celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w rejonie swego działania. Z kolei efektywność techniczna oznacza, że dane dobro, usługa są wytworzone w szpitalu przy wykorzystaniu najmniejszej możliwej ilości zasobów. Efektywność ekonomiczna, zgodnie z Farrellowskim ujęciem statycznej efektywności (efektywności produkcji), jest iloczynem obu efektywności technicznej i alokacyjnej (Farrell, 1957). Ze względu na możliwość odniesienia ekonomicznej efektywności produkcji do kosztów, przychodów i zysku, wyróżnia się efektywność kosztową, przychodową i zysku. Przy czym jej badanie może być zorientowane na czynniki produkcji (szpital dąży do minimalizacji zatrudnienia czynników – niezbędnych z technologicznego punktu widzenia – do wytworzenia danej wielkości produkcji) lub na produkty (szpital dąży do osiągnięcia maksymalnej produkcji z zatrudnienia danych czynników wytwórczych). W efekcie powstaje wiele form efektywności produkcji, których szczegółowe omówienia znalazły się w literaturze, także polskiej – zob. np. Nojszewska (2015), Cholewa-Wiktor (2014), Golinowska (2011, s. 198).

Mierzenie efektywności, w tym jej poszczególnych form, polega na porównaniu rzeczywistego funkcjonowania szpitala z funkcjonowaniem optymalnym, które odpowiada punktom z granicy najlepszych praktyk w polskim szpitalnictwie. Teoretycznie technicznie osiągalna granica możliwości produkcyjnych jest nieznaną i dlatego konieczne są oszacowania empiryczne. Stąd analiza efektywności polega na estymowaniu empirycznej granicy stworzonej przez zaobserwowane funkcjonowanie szpitali. Ustalenie granicy można dokonywać różnymi metodami, deterministycznymi bądź stochastycznymi, w tym parametrycznymi bądź nieparametrycznymi. Jednak, bez względu na wybraną metodę, ich przydatność w szacowaniu efektywności granicznej, na potrzeby budowania przyszłej efektywności w realiach polskich, wydaje się bardzo ograniczona. Przyczyn tego trzeba upatrywać w niepewnej stronie przychodowej szpitali samorządowych (występujące zmiany warunków kontraktu finansowego w trakcie trwania kontraktu, nieznanne zasady i warunki kontraktowe dla przyszłych kontraktów, niepewność uzyskania pokrycia finansowego od płatnika publicznego za zrealizowane nadlimitowe świadczenia szpitalne). Strona kosztowa też nie jest pewna w odniesieniu do poniesionych wydatków związanych z realizacją świadczeń poza limitem kontraktowym – ostatecznie wydatek może przekształcić się w koszt niezajdujący pokrycia finansowego (stratę) i zwiększony o ewentualne koszty postępowania sądowego. Oprócz tego strona kosztowa nie jest pewna w zakresie oszacowania kosztów, jakie są niezbędne do poniesienia, aby zabezpieczyć na następny okres kontraktowy lub utrzymać w trwającym okresie kontraktowym z płatnikiem publicznym dostęp do kontraktu. Przy tym żadna z orientacji, na produkcję czy na

czynniki produkcyjne, nie zmniejsza niepewności dokonanych szacunków konstruowanych granic efektywności, skoro mechanizm cenowy i kontraktowania puli świadczeń w publicznej opiece zdrowotnej jest poważnie zakłócony. To oznacza również, że efektywność ekonomiczna jako efektywność zysku przy orientacji na czynniki oraz produkty jest trudna do przewidzenia (niepewna).

Zewnętrzne otoczenie szpitali samorządowych nie daje pewnych przesłanek dla kształtowania nieujemnej efektywności ekonomicznej w przyszłości (w kolejnych okresach kontraktowych), w tym efektywności technicznej zarówno w orientacji na produkty, jak i na czynniki produkcji, oraz efektywności alokacyjnej, skoro nie można zadać stosunku ceny czynnika do ceny produktu.

Problem efektywności technicznej jest również ważny dla efektywności „X” w podejściu dynamicznym. Opisuje bowiem sytuację, w której szpital jest na tyle elastyczny, że jest w stanie reagować na zmieniające się otoczenie, w sposób zapewniający ciągle zachowanie efektywności technicznej (Flood, 2000). Skoro przesłanki z otoczenia zewnętrznego dla efektywności technicznej nie są pewne, to źródeł generowania w dłuższym czasie przez niektóre szpitale samorządowe nieujemnej efektywności ekonomicznej należałoby upatrywać w zdolności innowacyjnej oraz adaptacyjnej takich szpitali. Z punktu widzenia zarządzających kluczowa dla nich jest wiedza i umiejętność wykorzystania oferowanych przez naukę nowoczesnych metod zarządzania i organizacji zasobów, procesów i pracy, a także poznanie, które z nich najlepiej sprawdzają się w praktyce polskiej i dają największy pozytywny wkład do efektywności ekonomicznej.

Wiedza teoretyczna dostarcza zarządzającym rozwiązań dotyczących nowoczesnych metod i koncepcji zarządzania, np. reengineering, TQM, zrównoważona karta wyników, modele doskonałości biznesowej. Z kolei dla potrzeb poznania, które z nich, w jakim zakresie i w jaki konkretnie sposób wniosły wkład dla zbudowania efektywności funkcjonowania, przydatny jest benchmarking – metoda organizacyjnego uczenia się przez porównywanie własnych rozwiązań i osiągnięć z rezultatami uzyskiwanymi przez najlepszych. Przez zarządzających benchmarking może być stosowany jako metoda samodzielna albo jako pomocnicza technika związana z wdrażaniem innych metod i koncepcji zarządzania.

Z kolei dla badaczy efektywności ekonomicznej szpitali benchmarking może stanowić metodę pozyskania wiedzy na temat zdolności innowacyjnej i adaptacyjnej, tj. źródeł efektywności „X”. Jeśliby skłonić się ku podejściu efektywności dynamicznej, to poszukując wyjaśnienia różnic pomiędzy szpitalami o ujemnej i nieujemnej rentowności ekonomicznej oraz w obrębie każdej z obu grup, należy skoncentrować uwagę na aspekcie motywacyjnym, sposobach wykorzystania oraz organizacji umiejętności pracowników, menedżerów szpitali, dostępnej technologii. Przykładem praktycznego badania w podejściu efektywności „X” z wykorzystaniem metody benchmarkingu jest badanie szpitali samorządowych przeprowadzone w ramach projektu badawczo-wdrożeniowego pt. „Portrety szpitali – mapy możliwości, czyli monitorowanie jakości usług publicznych i benchmarking z zakresu nadzoru nad funkcjonowaniem szpitali, dla których organem

założycielskim jest jednostka samorządu terytorialnego” (*Projekt...*, 2015). Oprócz tego, uznając, że efektywność statyczna jest aspektem (choć nie gwarantem ani determinantą) efektywności dynamicznej „X”, to w polu badania powinna znaleźć się efektywność techniczna wraz z ukierunkowanymi na nią rozwiązaniami. Dla tego obszaru badania efektywności odpowiedni byłby benchmarking wyników, który polega na gromadzeniu „twardych” danych, pokazujących różnice w zakresie osiągniętych wyników w stosunku do innych organizacji; benchmarking wyników wraz z jego zakresami badawczymi jest też prezentowany w literaturze (Ziębicki, 2014; Hass-Symotiuł, 2011). Nie można „z góry” założyć, że stosowane przez szpitale rozwiązania w ramach koncepcji statycznej efektywności tłumaczą różnice pomiędzy grupami oraz zróżnicowanie w obrębie grup szpitali o ujemnej i nieujemnej rentowności. Jednakże badanie efektywności „X” z wykorzystaniem którejkolwiek metody odpowiadającej podejściu efektywności dynamicznej wymaga pracy z wewnątrzzakładowymi zasobami danych, dokumentów, informacji, co może dla badacza zewnętrznego rodzić problem dostępu i zakresu dostępności do tych zasobów i wykonania analiz porównawczych pomiędzy szpitalami.

Podsumowanie

Konkluzje końcowe są następujące. W rozważaniu odpowiedniego dla realiów polskich podejścia do badania lub praktycznego budowania efektywności ekonomicznej szpitali samorządowych, do uwzględnienia jest, że:

1. Efektywność ekonomiczna tych szpitali jest skutecznie niszczone przez czynniki tkwiące w otoczeniu zewnętrznym szpitali (nie leżące w gestii wpływu zarządzających). Nie oznacza to, że nie jest możliwe działanie w sposób rentowny, ale że nie można osiągnąć rentowności pełnej (maksymalnej).
2. W otoczeniu niepewnym i podwyższonego ryzyka działania, w jakim muszą pracować szpitale samorządowe, żadne z zastosowanych podejść do budowania efektywności nie zapewni, że szpital będzie w stanie osiągnąć i utrzymywać efektywność nieujemną. Przy czym podejście statyczne opiera się na takich założeniach, które w żaden sposób nie spełniają się w polskiej rzeczywistości. Natomiast podejście efektywności dynamicznej, jako że wykraczające poza ramy tylko efektywności statycznej i przy tym nie żądające bezwzględnie spełnienia efektywności statycznej, może przesądzić o tym, że uda się wykryć istotne zmienne (elementy) wyjaśniające różnice między szpitalami osiągającymi ujemną i nieujemną rentowność ekonomiczną.
3. Metody wyznaczania granic efektywności przychodowej, kosztowej, zysku, wpisujące się w podejście statyczne do badania efektywności, są bezużyteczne w realiach polskich. Pozostają do wykorzystania przede wszystkim metody badawcze, które zorientowane są na poznanie przede wszystkim zdolności adaptacyjnej i innowacyjnej szpitali samorządowych w Polsce, które mogą tłumaczyć osiąganą

przez niektóre szpitale nieujemną efektywność ekonomiczną. W tym wypadku do rozwiązania pozostaje problem dostępu do zasobów dokumentów i danych znajdujących się w gestii decyzyjnej kierowników szpitali samorządowych.

Bibliografia

- Cholewa-Wiktor, M. (2014). Efektywność w szpitalach publicznych. *Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, 180, 44–54.
- Farrell, M.J. (1957). The Measurement of Productive Efficiency. *The Journal of the Royal Statistical Society, Series A*, 120 (III), 253–281.
- Flood, C.M. (2010). *International health care reform. A legal, economic, and political analysis*. London: Routledge.
- Głapiński, A. (2012). *Meandry historii ekonomii*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.
- Golinowska, S. (red.) (2011). *Zarys Systemu Ochrony Zdrowia. Polska 2012*. Warszawa: NFZ.
- Hass-Symotiuk, M. (red.) (2011). *Koncepcja sprawozdawczości szpitali na potrzeby zintegrowanego systemu oceny dokonań*. Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Huerta de Soto, J. (2010). *Sprawiedliwość a efektywność*. Warszawa: Fijor Publ. Comp.
- Krzeczewski, B. (2014). Wpływ organu założycielskiego na efektywność finansową szpitali w województwie łódzkim. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego*, 802, 1–13.
- Leibenstein, H. (1966). Allocative Efficiency vs. X-Efficiency. *American Economic Review*, 56, 392–415.
- Nojszewska, E. (2015). Ekonomiczna analiza efektywności szpitali. *Myśl Ekonomiczna i Polityczna*, 2, 103–129.
- Porębski, D. (2016). *Pomiar efektywności ekonomicznej szpitala z wykorzystaniem zrównoważonej karty wyników (maszynopis rozprawy doktorskiej)*. Wrocław: Uniwersytet Ekonomiczny.
- Potts, J. (2007). X-efficiency vs. X-efficacy. W: R. Franz (red.), *Renaissance in Behavioral Economics: Essays in honour of Harvey Leibenstein*. New York: Routledge Taylor & Francis Ltd.
- Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Spójności, nr UDA-POKL.05.02.01-00-115/10-00 (2015). Wrocław.
- Stigler, G.J. (1976). The Xistance of X-Efficiency. *American Economic Review*, 1 (66), 213–216.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. nr 112, poz. 654, art. 59.
- Ziębicki, B. (2014). *Efektywność organizacyjna podmiotów sektora publicznego*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie.

APPROACHES AND METHODS IN THE STUDY OF EFFECTIVENESS OF LOCAL GOVERNMENT HOSPITALS IN POLAND

Keywords: local government's hospital, economic effectiveness, research, analytical tools

Summary. The article deals with the issue of the study of the economic effectiveness of hospitals owned or co-owned by local government in Poland. Theoretical approaches to understanding the essence of economic efficiency and the relevant economic analytical tools for gaining knowledge about the economic effectiveness of hospitals are the subject. The aim of this paper is to critique the applicability of various theoretical approaches to effectiveness studies and adequate methods of efficiency analysis in the case of local government hospitals in Poland.

Cytowanie

Korenik, D. (2017). Podejścia i metody w badaniu efektywności szpitali samorządowych w Polsce. *Ekonomiczne Problemy Usług*, 4 (129), 177–190. DOI: 10.18276/epu.2017.129-15.