

## Koncepcja 3-E w ochronie zdrowia

Bernadetta Fijałkowska\*

**Streszczenie:** *Cel* – Głównym celem opracowania jest opisanie kierunków zmian w polskim systemie ochrony zdrowia, które najlepiej ocenić poprzez triadę: gospodarność – skuteczność – efektywność, czyli koncepcję 3-E.

*Metodologia badania* – Artykuł powstał na podstawie analizy literatury przedmiotu.

*Wynik* – Efektem niniejszego opracowania jest opisanie zmian zachodzących w ochronie zdrowia, w tym zarządzanie w sektorze publicznym.

*Oryginalność/wartość* – Podjęty temat opisuje zmiany w polskim systemie ochrony zdrowia, który finansowany jest ze środków publicznych.

**Słowa kluczowe:** system ochrony zdrowia, gospodarność, skuteczność, efektywność

### Wprowadzenie

Lata dziewięćdziesiąte XX wieku to okres burzliwych przemian ustrojowych i urynkwienie gospodarki. Nastąpiło wówczas „odejście od centralnego sterowania życiem społecznym na rzecz przekazania uprawnień niższym organom administracji państwowej i samorządowej. Wymagało to określenia roli państwa w realizowanej polityce społecznej, co przekładało się bezpośrednio na poziom i zakres zabezpieczanych potrzeb, a [...] deklarowana sprawiedliwość, równość szans, solidarność, dobro wspólne powinny znaleźć odzwierciedlenie nie tylko w działaniach władzy, ale również w tworzonym systemie prawa, który jest konsekwencją decyzji o przyłączeniu się do Unii Europejskiej” (Frączkiewicz-Wronka, 2004, s. 10).

Polski system opieki zdrowotnej ma swoisty charakter, łączący cechy zarówno modelu ubezpieczeniowego, jak i usługowego. Przechodził on wiele zmian. Rozpoczęte na początku lat 90. XX wieku prace koncepcyjne nad konstrukcją nowych rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia uwzględniały dysproporcje między potrzebami zgłaszanymi przez pacjentów a możliwościami ich zaspokojenia oraz dążenie do utrzymania bezpłatności świadczeń przy zadowalającym poziomie jakości usług medycznych. Wynikiem tych prac było powstanie kilku programów zmierzających do przekształcenia dotychczasowego systemu. Najtrudniejszą kwestią, a zarazem najważniejszą w całym systemie, jest organizacja oraz finansowanie (Fijałkowska, Maroszek, 2014, s. 423–427). W wyniku przyjętych rozwiązań

---

\* dr Bernadetta Fijałkowska, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego, Wrocław, e-mail: bernadetta.fijałkowska@umwd.pl.

dokonano próby zwiększenia autonomii zakładów opieki medycznej przez nadanie im statusu „samodzielnego” oraz wprowadzono możliwość kształtowania cen na własne usługi dzięki negocjowaniu kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) – płatnikiem. Ugruntowanie tych zmian skutkowało stworzeniem podstaw prawnych do powołania niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej z prawem do ubiegania się o korzystanie ze środków publicznych, których dysponentem jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Zapisy ustawowe uruchomiły dynamiczny proces tworzenia niepublicznych szpitali, przychodni i gabinetów lekarskich

## 1. Zmiany w ochronie zdrowia

Przygotowywane, proponowane czy wprowadzane zmiany w polskim systemie ochrony zdrowia należy postrzegać znacznie szerzej – biorąc pod uwagę procesy unifikującej się Europy. Rozwiązania prawne i instytucjonalne powinny uwzględniać rozwiązania przyjęte w Unii Europejskiej. W doktrynie prawnej Unii Europejskiej wielokrotnie podkreślana jest suwerenność rządów krajów członkowskich w kształtowaniu systemów opieki zdrowotnej, ale jednocześnie wprowadzono w życie wytyczne wpływające na kształt systemów. Są to regulacje wspólnej polityki zdrowotnej UE (Wasilewska, 2003, s. 42–48), np. poprzez przyjęcie traktatu o energii, w którym odrębny rozdział poświęcono bezpieczeństwu i zdrowiu. Przyjęty jednolity akt europejski dał możliwości regulacji ochrony zdrowia. Traktat z Maastricht w art. 3n zachęcał do „działania w celu zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia” i podkreślił w art. 129, że „wymagania w zakresie ochrony zdrowia będą stanowiły nieodłączną część polityki Wspólnoty”. Działania te sprowadzały się do wymiany poglądów, koordynacji polityki i programów zdrowotnych oraz tworzenia raportów pod kątem zdrowia (np. w zakresie rynku wewnętrznego, bezpieczeństwa czy polityki społecznej). Podstawowym kryterium powyższych działań było zapobieganie chorobom o dużym znaczeniu społecznym przez zapewnienie informacji i edukacji zdrowotnej (Węgrzyn, 2006, s. 18). Można zatem stwierdzić, że polityka zdrowotna UE wyraźnie ogranicza się do sfer, które mogą być skoordynowane na poziomie ogólnoeuropejskim, a dotyczyłyby zdrowia społeczeństw i związanych z tym działań systemowych. Skupia się więc na wszystkich działaniach wymagających koordynacji, kompatybilności i komplementarności w obrębie państw. Wyraźnie określając obszary zainteresowania, UE nie dąży do tworzenia jednolitego rynku (Belcher, 2001, s. 55), tak jak to dzieje się np. w sektorze telekomunikacji.

Ochrona zdrowia nie jest odporna na przenikanie wpływów jednolitego rynku, a jej wpływ przejawia się w:

- swobodzie przemieszczania ludzi (pacjenci i specjaliści),
- swobodzie przemieszczania się towarów (sprzęt medyczny i farmaceutyczny),
- swobodzie przemieszczania się świadczeń (usługi i ubezpieczenia),
- swobodzie przemieszczania kapitału (waluty i ceny).

Problemy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia mają związek nie tylko z wprowadzeniem reformy w 1999 roku. Źródłem części z nich są wpływające na sposób alokacji

zasoby finansowe (Getzen, 2000, s. 492) wewnątrz systemu, skutki mechanizmu rynkowego działającego w jego otoczeniu. Jako przykład można podać ceny leków czy usług pozamedycznych<sup>1</sup>. Kolejnym przykładem wprowadzonej reformy jest znaczne ograniczenie przedmiotowości pacjenta czy brak kontroli społecznej biorącego udział w podziale dobra publicznego<sup>2</sup>. Takim dobrem publicznym jest niewątpliwie konstytucyjne prawo każdego obywatela do ochrony zdrowia (Gunning, 2001, s. 76–81). Problemy funkcjonowania reformowanego systemu ochrony zdrowia wynikają także z braku przygotowania warunków pozwalających na urealnienie założeń i możliwości prawnego działania wprowadzanych reform, a także z niepełnej artykulacji celów reformy (Włodarczyk, 2001, s. 238–243). Reforma nie określiła precyzyjnej przestrzeni działania sektorów publicznego i prywatnego. Nie został opracowany i określony koszyk gwarantowanych świadczeń standardowych<sup>3</sup>, w związku z czym nie została wytyczona granica, od której zaczyna swe działanie sektor niepubliczny, udostępniając świadczenia ponadstandardowe. Brak określenia koszyka świadczeń gwarantowanych doprowadził do zmarnowania istniejącego potencjału przyzwolenia społecznego na pogorszenie się warunków funkcjonowania opieki medycznej.

## 2. Rewizja dokonań

Zmiany w zarządzaniu sektorem publicznym zrodziły się w krajach anglojęzycznych, w tym głównie w Anglii, i były nazywane menedżeryzmem lub nowym zarządzaniem publicznym. Nowe zarządzanie publiczne zmierza do oddzielenia decyzji politycznych od decyzji zarządczych, z jednoczesnym ograniczeniem zakresu regulacji prawnych.

Menedżeryzm składa się z pięciu elementów:

- jasnych celów,
- większej roli menedżerów,
- oceny dokonań,
- nagród i kar,
- równej pozycji na rynku dla jednostek sektora publicznego i prywatnego (Nowak, 1998, s. 136).

Jako główne cechy realnego menedżeryzmu można wymienić:

- większy nacisk na zarządzanie niż na politykę,
- precyzyjne określanie zadań i ich ocenę,

<sup>1</sup> Koszty leków i usług pozamedycznych wchodzących do systemu ochrony zdrowia pokrywane są ze środków publicznych, a system nie ma mechanizmów skutecznej obrony przed niedoskonałościami i monopolistycznymi zachowaniami instytucji zewnętrznych, co prowadzi na przykład – z powodu wysokości kosztów leków – do poważnych zaburzeń jego funkcjonowania.

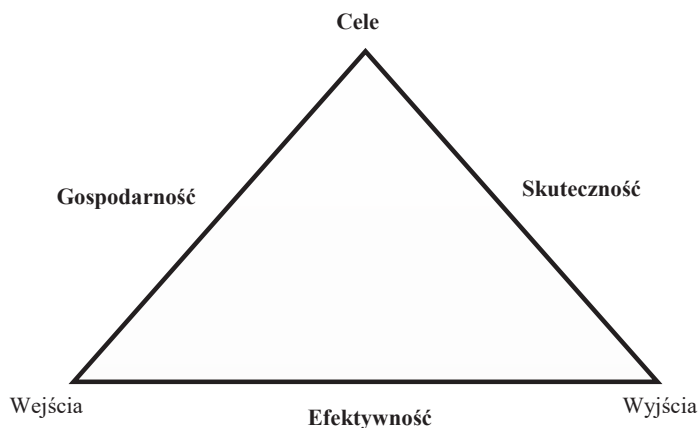
<sup>2</sup> W systemie ochrony zdrowia funkcjonującym przed rokiem 1999 nie istniała instytucja rzecznika praw pacjenta, a dopiero od końca lat osiemdziesiątych rozwijały się i nabrały znaczenia korporacje zawodów medycznych. W zakładach opieki zdrowotnej nie istniały rady społeczne mogące wpłynąć na ich funkcjonowanie.

<sup>3</sup> Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r. (sygn. akt K14/03 Dz.U. nr 5, poz.37) uznał m.in., że „sprzeczne z art. 68 ust. 2 Konstytucji jest nieokreślenie w ustawie świadczeń zdrowotnych, jakie w zamian za opłaconą składkę winni mieć zapewnione ubezpieczeni”.

- delegowanie uprawnień z jednoczesnym systemem sprawozdawczości, monitoringu oraz wyznaczanie mechanizmów odpowiedzialności,
- rozdział funkcji komercyjnych od niekomercyjnych oraz funkcji regulacji i doradztwa od funkcji realizacyjnych,
- preferencje dla własności prywatnej, zlecanie zadań podmiotom zewnętrznym na zasadzie kontraktu,
- implementacja do zarządzania sektorem publicznym, zwłaszcza planowania,
- przewaga motywacji materialnej (pieniężnej) nad niematerialną,
- nacisk na redukcję kosztów i efektywność.

Nowe zarządzanie publiczne wiąże się z jednej strony z prywatyzacją usług publicznych, z drugiej zaś z precyzowaniem celów i pomiarem dokonań, restrukturyzacją usług publicznych i ich komercjalizacją, czyli wprowadzeniem metodyki z sektora prywatnego. W sektorze publicznym zasady konsumeryzmu zderzają się z jego rzeczywistymi uwarunkowaniami. Większość produktów tego sektora powstaje na gruncie przekonania, że służą one dobru publicznemu i ich powstanie leży w interesie społecznym.

W kontekście oceny dokonań w sektorze publicznym powstała i utrwaliła się koncepcja określana jako „wartość dla pieniądza” (*value for money*), zwana rewizją zarządzania. Nazwa angielska jest słabo akceptowalna i na potrzeby polskie używana najczęściej jest nazwa „zasada największego efektu” lub zasada „największej wydajności”. Przyjętym wyrazem tej koncepcji jest „koncepcja trzech E”, czyli 3-E, od słów: *economy*, *efficiency*, *effectiveness*<sup>4</sup>: gospodarność, efektywność, skuteczność (rys. 1).



**Rysunek 1.** „Wartość dla pieniądza” według Wise’a

Źródło: opracowanie własne na podstawie Nowak (1998), s. 148.

<sup>4</sup> Koncepcja 3-E stosowana jest przez niemiecki *Bundesrechnungshof*, czyli tamtejszą Najwyższą Izbę Kontroli.

Koncepcja „wartości dla pieniądza” nie ogranicza się tylko do jednostek sektora publicznego, w którym chodzi głównie o osiągnięcie za pieniądze podatników celu innego niż zysk. Bardzo ważną kwestią jest relacja między wartością dla pieniądza a motywacją, która ma znaczenie zarówno dla wartości dokonań, jak i ich oceny. Takie podejście podziela również M. Fridman wskazując, iż gospodarność, efektywność i skuteczność zależą od tego, czyje pieniądze są wydawane i na czyją korzyść. W swojej teorii M. Fridman wyróżnia następujące przypadki:

- wydawanie własnych pieniędzy na własną korzyść – towarzyszy temu motywacja do skuteczności, gospodarności i efektywności,
- wydawanie pieniędzy na cudzą korzyść – towarzyszy temu motywacja do starania o gospodarność, ale niekoniecznie o skuteczność,
- wydawanie cudzych pieniędzy na własną korzyść – towarzyszy temu motywacja do starania o skuteczność, ale niekoniecznie o gospodarność,
- wydawanie cudzych pieniędzy na cudzą korzyść – bezpośrednio nie towarzyszy temu żadna motywacja osobistej użyteczności do starania o skuteczność, gospodarność i efektywność (Nowak, 1998, s. 149).

Modele zarządzania publicznego wykształciły się w odpowiedzi na wyzwania, jakie przyniosły procesy reformowania zarządzania publicznego. Procesy te zwiększyły nacisk na ekonomiczne aspekty wydatkowania publicznych środków finansowych, na poprawę jakości usług publicznych oraz zapewnienie większej skuteczności działań organizacji publicznych. Reforma zarządzania publicznego zakłada, że wdrożenie nowych koncepcji zarządzania wpłynie na efektywniejszą realizację zadań, jakie wypełnia państwo wobec obywateli (Kožuch, 2004, s. 72).

Nowe zarządzanie publiczne to model rynkowy, w którym uznaje się istnienie niezależnych i równorzędnych podmiotów, takich jak przedsiębiorstwa, niezależne agendy rządowe oraz osoby fizyczne prowadzące działalność na własny rachunek. Stosunki między podmiotami reguluje kontrakt. Efektywne reguły zachowania, które wytrzymały próbę konkurencji i zostały powszechnie uznane za obowiązujące, sprzyjają intensyfikacji i rozszerzeniu wymiany (Czaputowicz, 2005).

Model administrowania publicznego bazujący na zarządzaniu charakteryzuje się:

- orientacją nie na procesy, lecz na wyniki,
- przejściem od tradycyjnej administracji publicznej w kierunku modelu kładącego dużo większy nacisk na personalną odpowiedzialność kierowników,
- stawianiem przed pracownikami jasno określonych celów mierzalnych za pomocą wskaźników modelu 3-E,
- prywatyzacją usług publicznych.

W nowym zarządzaniu publicznym wyróżnia się cztery aspekty zarządzania:

- zarządzanie w sektorze publicznym jako administrowanie,
- zarządzanie w sektorze publicznym jako zarządzanie biznesem,
- zarządzanie w sektorze publicznym jako prowadzenie i wdrażanie polityki,

- zarządzanie w sektorze publicznym jako zarządzanie ludźmi (Opolski, Modzelewski, 2004, s. 37).

**Tabela 1**

Nowe Zarządzanie w Sektorze Publicznym (NPM) w odniesieniu do tradycyjnych form zarządzania w sektorze publicznym

Element wyróżniający	Zarządzanie tradycyjne w sektorze publicznym	Nowe Zarządzanie w Sektorze Publicznym (NPM)
1. Struktura organizacyjna	scentralizowane	podzielone między jednostki zorganizowane wokół poszczególnych usług
2. Relacje między jednostkami administracji oraz wewnątrz ich	nieokreślone, bezterminowe	bazujące na kontraktach
3. Sposób działania	nacisk na etykę rządzenia, bez zmian organizacyjnych	adopcja sposobów zarządzania z sektora prywatnego
4. Sposób finansowania	stały lub rosnący budżet	cięcia w używaniu zasobów
5. Styl zarządzania	ważna rola umiejętności politycznych i znajomości przepisów	przejrzyste zarządzanie
6. Orientacja na wyniki	używanie domniemanych i niejawnych standardów	potrzeba jasno określonych celów
7. Sposób kontroli	kontrolowanie tylko procedur i reguł związanych z wydawaniem pieniędzy	kontrola wyników i rezultatów

Źródło: opracowanie własne na podstawie Opolski, Modzelewski (2004), s. 35.

## Uwagi końcowe

Nowe zarządzanie publiczne to efektywna i odpowiedzialna administracja, oparta na budżetowaniu i zarządzaniu przez wyniki oraz z podejściem rynkowym lub quasi-rynkowym. Poszukiwanie najefektywniejszych rozwiązań wymusza kolejne restrukturyzacje i reorganizacje sektora publicznego (Fijałkowska, Maroszek, 2015, s. 465–466). Kluczowym wyzwaniem jest równowaga między działaniami publicznymi i otwarciem na konkurencję a kontrolą gwarantującą odpowiedzialność za skuteczność działań publicznych, poza kryterium krótkookresowego zysku finansowego. Kierunek reform biegnie od dotychczasowych analiz *ex ante* i kontroli opartej na analizie oraz kontroli *ex post*, do rozwijania wewnętrznej kontroli i wzmacniania etyki zawodowej (Fijałkowska, 2012, s. 253–256).

Kierunek zmian w polskim systemie ochrony zdrowia najlepiej ocenić poprzez triadę: gospodarność – skuteczność – efektywność, czyli koncepcję 3-E. Zrównoważenie triady praktycznie jest nieosiągalne, zawsze znajdują się argumenty uzasadniające nadawanie szczególnego znaczenia jednemu z trzech powyższych elementów. To, jaka sytuacja nastąpi w następnych latach w ochronie zdrowia, zależeć będzie od tego, ile będzie pieniędzy, czyje to będą pieniądze i na czyją korzyść będą wydawane.

## Literatura

- Belcher, P. (2001). *Rola Unii Europejskiej w opiece zdrowotnej*. Warszawa: Ignis.
- Czaputowicz, J. (2005). Zarządzanie w administracji publicznej w dobie globalizacji. *Slużba Cywilna*, 11.
- Fijałkowska, B. (2012). Efektywność, a restrukturyzacja samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. *Zarządzanie i finanse*, 1 (10), 253–261.
- Fijałkowska, B., Maroszek, J. (2014). Kreowanie wyników finansowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej za 2012 r. W: J. Ostaszewski, E. Kosycarz (red), *Rozwój nauki o finansach. Stan obecny i pożądane kierunki jej ewolucji*. Warszawa: SGH.
- Fijałkowska, B., Maroszek, J. (2015). Zadłużenie podmiotów leczniczych – efekt domina. W: J. Ostaszewski (red.), *O nowy ład finansowy w Polsce. Rekomendacje dla animatorów życia gospodarczego*. Warszawa: SGH.
- Frączkiewicz-Wronka, A., Jasłowski, J. (2004). *Samorządowa polityka zdrowotna*. Katowice: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach.
- Getzen, T.E. (2000). *Ekonomia zdrowia. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gunning, J.G. (2001). *Zrozumieć demokrację*. Warszawa: Wyższa Szkoła Bankowości, Finansów i Zarządzania.
- Kożuch, B. (2004). *Zarządzanie publiczne – w teorii i praktyce polskich organizacji*. Warszawa: Wydawnictwo Placet.
- Nowak, W.A. (1998). *Rachunkowość sektora publicznego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Opolski, K., Modzelewski, P. (2004). *Zarządzanie jakością w usługach publicznych*. Warszawa: CeDeWu.
- Paździoch, S., Włodarczyk, C. (2001). *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wasilewska, D. (2003). Polityka zdrowotna Unii Europejskiej a możliwość wykorzystania wspólnotowych programów pomocowych. W: *Ubezpieczenia zdrowotne w Polsce i w Niemczech – perspektywy współpracy*. Materiały konferencyjne. Garbicz: Niemiecko-Polska Akademia Zdrowia.
- Węgrzyn, M., Wasilewski, D. (2006). *Komercjalizacja i prywatyzacja ZOZ. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*. Wrocław: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu.
- Włodarczyk, C. (2003). *Reformy zdrowotne, Uniwersalny kłopot*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

### 3-E CONCEPTION IN HEALTH CARE SYSTEM

**Abstract:** *Purpose* – The main objective of this essay is to describe the direction of changes in the Polish healthcare system, which might be best assessed by a triad: economy – efficiency – effectiveness, i.e. the concept of 3-E. The research for the most effective solutions enforces further restructuring and reorganization of the public health sector. A key challenge of health care sector is the balance between its public activity and opening up to competition, and ability to control its public activities in a way that responsibility for them is ensured.

*Design/methodology/approach* – This article is based on the analysis of literature.

*Findings* – The result of this study is to describe the changes in health care system, including management in the public sector area.

*Originality/value* – Undertaken topic describes the changes in the Polish health care system, which is financed from public funds.

**Keywords:** health care system, economy, efficiency, effectiveness

## Cytowanie

- Fijałkowska, B. (2017). Koncepcja 3-E w ochronie zdrowia. *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, 5 (89/1), 531–537. DOI: 10.18276/frfu.2017.89/1-44.