

Izabela Rydlewska-Liszkowska*

**POJĘCIE EFEKTYWNOŚCI I ISTOTA JEJ POMIARU
W SFERZE USŁUG ZDROWOTNYCH**

Sfera usług społecznych, w tym opieka zdrowotna, podobnie jak inne dziedziny ludzkich działań wymaga wszechstronnej oceny, która powinna być dokonywana na różnych płaszczyznach jej funkcjonowania. Potrzeba oceny wynika z faktu, że każde społeczeństwo dysponuje ograniczoną ilością zasobów przeznaczonych na dany cel, które mogą być wykorzystywane w różny sposób. Wybór wariantu działania powinien być poprzedzony wnikliwą analizą nakładów i ewentualnych efektów wynikających z określonego użycia pozostającej w dyspozycji ilości środków finansowych. Zdarza się wielokrotnie, że istnieje kilka alternatywnych możliwości osiągnięcia założonego celu. Dlatego też zadaniem wspomnianej oceny jest wskazanie najbardziej korzystnego rozwiązania z punktu widzenia zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa przy możliwie najniższych kosztach. Można tego dokonać na podstawie rozmaitych kryteriów. Jednym z nich jest efektywność ekonomiczna podejmowanych działań¹.

Głównym celem pomiaru ekonomicznej efektywności w sferze usług zdrowotnych jest wskazanie spośród kilku różnych możliwości osiągnięcia danego celu tej, która wymaga najniższych nakładów, przy zachowaniu maksymalnego stopnia skuteczności leczenia.

Istota zdrowia i opieki zdrowotnej jako podstawy oddziaływań ekonomicznych powoduje jednak konieczność modyfikacji kryteriów

* Dr, Instytut Medycyny Pracy w Łodzi.

¹ Principles and Methods for Evaluation Hospital Performance [Maszynopis powielony z polsko-kanadyjskiego seminarium], Kraków 1987.

ekonomicznych - elementami medycznymi. Rozważania w tym zakresie wymagają więc pełnego zrozumienia i uwzględnienia specyfiki funkcjonowania tej sfery usług.

W piśmiennictwie zwraca się uwagę na kilka cech charakterystycznych opieki zdrowotnej wynikających z istoty zdrowia ludzkiego:

1) celem funkcjonowania instytucji usługowych w sferze opieki zdrowotnej nie jest zysk,

2) cena nie jest jedynym środkiem regulującym równowagę między popytem i podażą usług zdrowotnych,

3) usługi zdrowotne mają charakter personalny, są skierowane bezpośrednio na organizm człowieka,

4) konsumenci nie mają możliwości wyboru między usługami zdrowotnymi a innymi dobrami i usługami, ze względu na brak dóbr i usług substytucyjnych w stosunku do opieki zdrowotnej.

Ze względu na istotę zdrowia ludzkiego opieka zdrowotna w odróżnieniu od innych dziedzin, nie przynosi bezpośrednich efektów ekonomicznych. Jej celem jest poprawa stanu zdrowia, która może być mierzona np. dodatkową liczbą uzyskanych lat życia w zdrowiu, liczbą uratowanych istnień ludzkich, liczbą unikniętych zachorowań na daną jednostkę chorobową.

Generalnie można stwierdzić, że w literaturze anglojęzycznej przyjmuje się efektywność ekonomiczną jako funkcję osiąganego "efektu zdrowotnego" w wyniku podejmowania określonych alternatywnych działań i poniesionych na nie nakładów². W formułowanych definicjach bardzo często pod pojęciem efektu rozumie się stopień realizacji danego celu zdrowotnego, a więc pewną określoną wielkość w relacji do założonego celu, a nie wielkość bezwzględną stanowiącą z założenia końcowy efekt przedsięwzięcia. Należy pamiętać o tym, że ocena ekonomicznej efektywności podejmowanych działań w opiece zdrowotnej nie daje wyczerpującej odpowiedzi na pytanie: który wariant leczniczy jest korzystniejszy? Wynika to z co najmniej dwóch przyczyn. Po pierwsze, ocena ekonomiczna opiera się na istniejących technikach obliczeniowych, które nie uwzględniają w dostatecznym stopniu wielkości niemierzalnych, takich jak ból, cierpienie ludzkie. Dlatego też ocena ta może stanowić jedynie

² H. S i n t o n e n, An Approach to Economic Evaluation of Actions for Health, Helsinki 1982.

element komplementarny w stosunku do fachowej oceny medycznej, skuteczności metod profilaktycznych i diagnostyczno-leczniczych. Po drugie, efektywność ekonomiczna nie może stanowić jedyne kryterium wyboru określonego wariantu. Nie wolno także zapominać o innym kryterium, jakie stanowi równość w dostępie do opieki zdrowotnej (równość geograficzna, podmiotowa, w zależności od przejawianych potrzeb zdrowotnych). Powszechnie wiadomo, że istnieją różnice w dostępności do usług zdrowotnych. Część tych różnic ma swoje uwarunkowania historyczne, część polityczne lub inne. W praktyce może to oznaczać, że pewna grupa pacjentów odczuwa dotkliwie problem niesprawiedliwości społecznej. Równość "w zdrowiu" jest tym, do czego powinien dążyć każdy system opieki zdrowotnej.

Formuła obliczania efektywności może być dwójaka: za pomocą relacji osiągniętych wyników do poniesionych nakładów (kosztów) albo jako różnica wymienionych wielkości. Uzależnione jest to w głównej mierze od doboru techniki prowadzenia analiz ekonomicznych³. Najbardziej popularnymi, zaakceptowanymi powszechnie w ewaluacyjnych badaniach ekonomicznych są następujące rodzaje analiz:

1. Analiza kosztów: jest to pomiar ponoszonych kosztów, związanych z określoną procedurą medyczną lub formą udzielania świadczeń; stosuje się ją w ograniczonym zakresie, gdyż pomija ona pomiar efektów profilaktyczno-leczniczych oraz szacunek ewentualnych korzyści.

2. Analiza typu koszt-korzyść: posługuje się kosztami i efektami wyrażanymi w jednostkach pieniężnych, związanymi z alternatywnymi sposobami rozwiązania tego samego problemu; wartościowanie w jednostkach pieniężnych efektów zdrowotnych nie zawsze pozwala na ich całkowitą kwantyfikację ze względu na ich często niemierzalny charakter, co powoduje wielokrotnie niekompletność analizy.

3. Analiza typu koszt-efekt: porównuje koszty i efekty co najmniej dwóch sposobów osiągnięcia postawionego celu, przedstawiając zamierzone rezultaty w jednostkach naturalnych; udziela odpowiedzi na pytanie, jak przy najniższym koszcie osiągnąć zamierzony cel lub w przypadku posiadania określonej kwoty środków pie-

³ M. F. Drummond, G. M. O'Neely, *Economic Appraisal in Health Care*, HERU 06, 1981.

niężnych, jak najlepiej dokonać alokacji posiadanych zasobów, aby uzyskać maksymalne efekty.

4. Analiza typu koszt-użyteczność: pozwala na porównania między różnymi metodami leczenia poszczególnych jednostek chorobowych; kryterium oceny oparte jest na pomiarze liczby dodanych lat życia w zdrowiu, za pomocą których można zrelatywizować wartość jednego istnienia ludzkiego z innym na tle ponoszonych kosztów; procedura oceniająca łączy więc elementy ekonomiczne (finansowe) z ilościowymi i jakościowymi zmianami stanu zdrowia.

Bardziej uproszczone podejście do tego zagadnienia reprezentuje polskie piśmiennictwo. Przyjmuje się tu bowiem, iż badanie i określenie efektywności ekonomicznej jest zbliżone do prowadzenia ograniczonego rachunku ekonomicznego. Uważa się, iż formuła efektywności oparta na kryteriach ekonomicznych jest rachunkiem ekonomicznym. Przyjmuje się, że jest on zespołem metod i środków umożliwiających podjęcie najlepszej, tj. optymalnej decyzji spośród wielu możliwych wariantów rozwiązań. Jest on przede wszystkim narzędziem realizacji zasady racjonalnego gospodarowania i składają się na niego następujące elementy:

1) warunki działania stanowiące zespół danych w postaci wartościowej i naturalnej, których zestawienia w różne warianty dają możliwość uzyskania wielu alternatywnych rozwiązań;

2) warunki organizacyjne, które pozwalają na wyeliminowanie doboru tych wariantów postępowania, których realizacja - przy istniejących ograniczeniach - jest nierealna;

3) funkcja celu, nazywana inaczej kryterium, służąca określeniu najlepszego rozwiązania alternatywnego.

Zbliżone w swej istocie stanowisko zostało zaprezentowane w jednej z prac K. Leowskiego. Uznaje on, iż analiza efektywności nakładów stanowi swoistego rodzaju formę rachunku ekonomicznego. Autor pod pojęciem efektywności rozumie kombinację relacji nakładów i efektów oraz wybór najbardziej korzystnego wariantu. Niezbędne jest tu posługiwanie się rachunkiem ekonomicznym, który stanowi narzędzie podejmowania decyzji⁴.

⁴ K. L e o w s k i, Ocena efektywności nakładów w ochronie zdrowia i opiece medycznej. Zakres definicji, techniki, analizy, "Zdrowie Publiczne" 1978, nr 11.

Niezwykle interesującym podejściem do sprawy efektywności gospodarowania jest pogląd K. Szwemberga, który przyjmuje, iż do określenia efektywności niezbędne jest zestawienie nakładów i efektów, a pomiar jej utożsamia z prowadzeniem 3 typów rachunku ekonomicznego⁵:

- 1) rachunek produktywności wyników, przy założeniu, iż są one wielkościami danymi w procesie wytwarzania usług; za kryterium efektywnego działania przyjmuje się tutaj osiąganie najwyższych ilościowo efektów, np. liczby udzielonych usług zdrowotnych przy danych, z góry określonych nakładach;
- 2) rachunek kosztochłonności procesu wytwarzania usług zdrowotnych przy przyjęciu określonych wyników działalności; wielkościami ulegającymi zmianom są w tym przypadku nakłady (ponoszone koszty), których osiągnięty poziom stanowi kryterium efektywności;
- 3) analiza typu koszt-efekt (cost-effectiveness), przy założeniu niezmienności kosztów albo efektów zdrowotnych.

Odmienna od pozostałych wydaje się trzecia formuła rachunku, która - jak można sądzić - nawiązuje do rozważań o efektywności w piśmiennictwie światowym, wprowadzając element efektu zdrowotnego.

Przedstawione wybrane stanowiska polskich autorów są zgodne co do określenia efektywności poprzez ocenę relacji zachodzących między nakładami i efektami realizacji danego celu.

Specyficzne podejście do zagadnienia określenia i badania efektywności w sferze usług zdrowotnych reprezentuje M. Nieduszyński. Autor przyjmuje tezę, iż do badania efektywności wystarcza w zasadzie analiza kosztów, a zwłaszcza kosztów jednostkowych powiązanych z osiąganymi rezultatami. Niedostatek takiego podejścia polega na pominięciu istoty działalności opieki zdrowotnej. W związku z tym Autor wprowadził funkcję produkcji umożliwiającą, jego zdaniem, określenie racjonalności funkcjonowania placówek, biorąc przy tym pod uwagę liczbę osób korzystających ze świadczeń, warunki organizacyjne, administracyjno-gospodarcze, kadrowe, finansowe, stopień wykorzystania aparatury specjalistycznej.

Pomiar efektywności sprowadza się do obliczenia relacji nakładów do efektów (w przypadku cytowanej pracy mierzonych liczbą cho-

⁵ K. S z w e m b e r g, Aktualne problemy ekonomiczne ochrony zdrowia, "Zdrowie Publiczne" 1978, nr 11.

rych statystycznych). Według Autora może on pozwolić na porównanie ze sobą działalności placówek o różnych profilach działalności. Ustalenie w tym przypadku kosztu leczenia 1 chorego statystycznego oparte byłoby na podziale specjalności chorobowych na kilka grup i obliczeniu średniego kosztu leczenia 1 chorego w każdej z wyodrębnionych grup. Określenie kosztu jednostkowego w danej grupie nastąpiłoby drogą sumowania kosztów zmiennych lub jedynie kosztów leczenia wszystkich szpitali w każdej placówce oddzielnie oraz podzielenie go przez liczbę hospitalizowanych w każdej z grup. Podobne rodzaje mierników proponowane są dla innych typów placówek opieki zdrowotnej⁶.

Stanowisko przedstawione powyżej wzbudziło szereg dyskusji, które uznały je za dalece kontrowersyjne. Zastrzeżeniom poddano przede wszystkim miernik "1 chory statystyczny", który nie oddawał specyfiki leczonych przypadków, stanowiąc agregat liczby chorych leczonych na rozmaite dolegliwości. Niemniej jednak M. Nieduszyński zwrócił uwagę na istotny dla dalszych rozważań, pozaekonomiczny aspekt efektywności funkcjonowania placówek medycznych. W praktyce oznacza to, że kryterium ekonomiczne nie może i nie powinno stanowić jedynej podstawy preferowania danego sposobu działania. Ocena musi być kompleksowa, uwzględniać różne czynniki i punkty widzenia ze względu na fakt, że poniesione koszty stanowią jednocześnie utraconą korzyść, która mogłaby być uzyskana w wyniku zastosowania innego, niż przyjęty wariant postępowania⁷.

Chodzi tu o fakt, że obok kryteriów ekonomicznych powinny być także rozważane kryteria merytoryczne i społeczne. Są one równie ważnym elementem oceny. Należy zwrócić uwagę, że "efektywność społeczna może doprowadzić do uzasadnionego względami polityki społecznej państwa socjalistycznego zmniejszenia efektywności ekonomicznej..."⁸ K. Piotrowska-Marczak poddaje analizie to zagadnie-

⁶ M. N i e d u s z y ń s k i, Określenie mierników działalności niektórych urządzeń ochrony zdrowia. Praca Zakładu Budżetu Państwa. Instytut Finansów, Warszawa 1977.

⁷ M. F. D r u m m o n d, Principles of Economic Appraisal in Health Care, Oxford Medical Publications, Oxford 1984.

⁸ J. C h e c h l i ń s k i, Finanse w procesie zaspokojenia potrzeb niematerialnych - problemy - metody, [w:] Problemy finansowania działalności niematerialnej, red. J. C h e c h l i ń s k i i K. S z y m a ń s k a - P i o t r o w s k a, PWE, Warszawa 1979.

nie stwierdzając, że efektywność społeczna ma charakter raczej jakościowy niż ilościowy⁹.

Powyższa prezentacja rozważań teoretycznych i stanowisk w zakresie rozwiązań empirycznych miała na celu wskazanie pewnych wątków badań metod pomiaru efektywności usług społecznych. Choć w naszym kraju problematyka ta jest podejmowana coraz częściej, to ciągle nie wypracowano pełnej, wieloaspektowej metodyki badawczej, choć jeden z postulatów reformy gospodarczej, która objęła także sferę usług społecznych, w tym - usług zdrowotnych, brzmi: konieczne jest stworzenie mechanizmu zwiększającego efektywność funkcjonowania instytucji usług społecznych przez stymulowanie stosowania tańszych, alternatywnych rozwiązań, tańszych, ale o równej skuteczności postępowania. Możliwość tego rodzaju oddziaływań - poza dostępnością alternatywnych form postępowania - wymaga znacznego podniesienia poziomu skuteczności ekonomicznych następstw podejmowanych decyzji¹⁰.

Przyjmując stwierdzenie, iż efektywność sprowadza się do zestawienia nakładów i uzyskiwanych rezultatów (efektów) i pomijając różnice w interpretacji obu stron relacji występujące w piśmiennictwie państw socjalistycznych i kapitalistycznych¹¹, należy stwierdzić, że nie jest sprawą łatwą określenie i klasyfikacja nakładów i efektów działań w sferze usług społecznych w warunkach polskiej rzeczywistości. Realizacja takiego zamierzenia w odniesieniu do sfery usług społecznych przy aktualnym stanie wiedzy teoretycznej i stopniu zaawansowania badań empirycznych w naszym kraju jest wątpliwa.

Należy bowiem pamiętać, że ocena efektywności funkcjonowania placówek świadczących usługi niematerialne społeczeństwu jest wieloaspektowym zagadnieniem. Wypracowane w krajach Europy Zachodniej, zwłaszcza w Wielkiej Brytanii, metody jej pomiaru wymagają adaptacji do polskich realiów. Warunkiem tego jest ścisła współpraca fachowych pracowników danej dziedziny usług społecznych z ekonomicznymi.

⁹ K. Piotrowska-Marczak, Problemy finansowania ochrony zdrowia, "Polityka Społeczna" 1986, nr 2.

¹⁰ K. Tymowska, C. Włodarczyk, Reforma w ochronie zdrowia i opiece społecznej, [w:] Usługi społeczne, red. A. Łukasiewicz, PWE, Warszawa 1984.

¹¹ D. R. Drummond, Principles of Economic Appraisal...

stami, a więc stworzenie interdyscyplinarnych zespołów badawczych oraz przygotowanie rzetelnej bazy informacyjnej, dostosowanej do wymogów badawczych. Pewnym wyjściem naprzeciw realizacji obecnych potrzeb w tym zakresie są propozycje zawarte w projekcie reformy. Przyjmuje się, że wstępnym krokiem w tworzeniu metodyki oceny efektywności powinien być rachunek kosztów, który odpowie na pytanie: jakie koszty ponoszone są na opiekę zdrowotną? Proponuje się 3 warianty rachunku kosztów¹².

Pierwszy z nich to rachunek pełnych kosztów działalności. Globalny (pełny) koszt jest rozumiany jako suma wszystkich kosztów bezpośrednich. Warunkiem pomiaru pełnych kosztów działalności jest określenie: przedmiotu odniesienia kosztów, miejsc powstawania kosztów, kosztów bezpośrednich i pośrednich itp.

Drugim wariantem rachunku kosztów jest rachunek posługujący się pojęciem kosztów stałych i zmiennych. W jego rezultacie możliwe jest określenie kosztów i ich reakcji na różne warunki funkcjonowania placówek i zakresy działalności. Podstawowym założeniem tego rodzaju postępowania jest to, iż poszczególne rodzaje czy grupy kosztów reagują w odmienny sposób na zmianę profilu i zakresu działalności.

Trzecia z kolei forma liczenia kosztów opiera się na dezagregacji kosztów według miejsca ich powstawania, za które przyjmuje się komórki organizacyjne danej placówki. Ten rodzaj rachunku stwarza podstawę zarządzania poszczególnymi jednostkami organizacyjnymi, a także pomaga uświadomić przedstawicieli poszczególnych z nich, jaki jest obraz gospodarowania zasobami. Pełni on więc rolę informacyjną.

Przedstawione wyżej warianty prowadzenia pomiaru kosztów nie mogą funkcjonować odrębnie. Dopiero połączenie ich jako elementów komplementarnych, składających się na jedną całość, stwarza możliwość uzyskania szczegółowych danych o kształtowaniu się kosztów jako elementu niezbędnego do pomiaru efektywności.

Ponadto wydaje się, iż ważnym przedsięwzięciem byłoby rozpoznanie warunków i możliwości prowadzenia pomiaru pełnych kosztów funkcjonowania i wyników działalności¹³. Uwagę należałoby przy

¹² Principles and Methods...

¹³ I. Rydlewska-Liszkowska, Rachunek kosztów bieżących jako metoda racjonalizacji gospodarki finansowej pod-

tym skupić tak na uwarunkowaniach wewnętrznych, jak i zewnętrznych. Jest to tym bardziej istotne, że zawartość informacji o kosztach znajdujących się w podstawowych arkuszach sprawozdawczo-ewidencyjnych jest niezadowalająca i niewystarczająca w kontekście badania i pomiaru pełnych kosztów funkcjonowania i uzyskanych rezultatów działalności.

Przedstawione w tekście przykłady rozwiązań w zakresie określenia efektywności sfery usług społecznych należy traktować jako niezbędny przejściowy etap postępowania badawczego na rzecz wypracowania metod proefektywnego działania.

Pewne ich elementy są nadal aktualne i stanowią punkt wyjścia do dalszych przemyśleń. Próba pomiaru efektywności ekonomicznej wymaga jednak nie tylko podbudowy teoretycznej, ale także znajomości uwarunkowań, w tym ograniczeń postępowania badawczego.

Wychodząc z takiego założenia należałoby wysiłki badawcze skierować na wypracowanie praktycznych sposobów pomiaru efektywności oraz stworzenie dogodnych warunków do takiego działania. Stanowi to bowiem podstawę wprowadzania do praktyki wypracowanych rozwiązań teoretycznych i ich weryfikacji.

Izabela Rydlewska-Liszkowska

CONCEPT OF EFFICIENCY AND ESSENCE OF ITS MEASUREMENT
IN THE SPHERE OF HEALTH SERVICES

The concept of efficiency is usually associated with its interpretation binding in the sphere of material production, because it is most often identified with the economic aspects, while its measurement itself is limited to keeping an economic calculus. It should be underlined, however, that this approach is too simplified especially when speaking about efficiency in the sphere of social services.

The specific character of activities in the sphere of health services causes that their efficiency aspect becomes ambiguous, which is confirmed by examples to be found in the literature of the subject. This also gives rise to its controversial character.

stawowej opieki zdrowotnej w Polsce. [Maszynopis powielony pracy doktorskiej dostępny w bibliotece Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi], Łódź 1989.

With all this in mind, an attempt was made to compare various stances on this subject quoting examples from the Polish and foreign literature. At the same time, there is pointed out complexity of the problems discussed being due among others to the multi-aspect character of the efficiency concept. For example, the literature of the subject makes a distinction between social efficiency and efficiency of particular spheres of services (efficiency of medical services, education, etc.).

A separate problem is the measurement of efficiency. The methods adopted in this field in West European countries cannot be directly borrowed for the measuring of efficiency in Poland, because they make reference to variables, which cannot be found in a restricted economic calculus used in relation to the sphere of social services in Poland.

Hence it becomes necessary to work out methods of measuring efficiency, which would make allowances for specific aspects of the functioning of social services centres in Poland. This also calls for taking into account practical possibilities of such measurement. The present experience in this field points that both methodical difficulties and information barriers appear already at the level of basic units.

Thus, it would seem that the working out of theoretical solutions should be accompanied by creating practical possibilities for evaluating efficiency taking into account the internal differentiation of this sphere of services.