

Barbara Iwankiewicz-Rak

Usługi społeczne : kryteria wyboru miejsca i formy konsumpcji

Ekonomiczne Problemy Usług nr 95, 25-35

2012

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

BARBARA IWANKIEWICZ-RAK

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

USŁUGI SPOŁECZNE – KRYTERIA WYBORU MIEJSCA I FORMY KONSUMPCJI

Wprowadzenie

Usługi społeczne należą do dziedzin spożycia, których konsumpcja warunkuje rozwój społeczno-gospodarczy przez oddziaływanie na poziom oświaty, kultury i zdrowia społeczeństwa i które – z racji pełnionych funkcji, sposobu organizowania i finansowania – leżą w polu zainteresowań polityki gospodarczej i społecznej rządów. Współcześnie w krajach o rozwiniętej gospodarce rynkowej usługi te są świadczone przez publiczne i prywatne podmioty oraz finansowane zarówno z dochodów osobistych obywateli, jak i z funduszy publicznych. Tworzy to warunki swobody wyborów konsumenckich co do podmiotu świadczenia oraz sposobu odpłatności. W Polsce łatwość tych wyborów jest jednak ograniczona ze względu na złą sytuację ekonomiczną obywateli oraz niską jakość usług oferowanych przez podmioty publiczne. Celem artykułu jest przedstawienie w świetle wyników badań bezpośrednich opinii Polaków dotyczących różnic w sposobie oferowania usług przez podmioty prywatne i publiczne na przykładzie usług ochrony zdrowia. Wskazane przez respondentów cechy tych usług stanowią także kryteria wyboru podmiotu medycznego jako miejsca korzystania z nich.

1. Usługi społeczne – jako dobra publiczne

W literaturze usługi społeczne określa się jako „społecznie użyteczne czynności skierowane bezpośrednio na człowieka (jego *soma* lub *psyche*), których efekt ma charakter niematerialny”¹. Zalicza się do nich usługi w zakresie: oświaty, ochrony zdrowia, opieki społecznej, kultury i sztuki, turystyki i wypoczynku oraz kultury fizycznej i sportu. Ich konsumpcja zaspokaja indywidualne potrzeby ludzkie i jest niezbędna do funkcjonowania życia społecznego i gospodarczego, a zewnętrzne efekty bliższego i dalszego rzędu stanowią nagromadzone wartości niematerialne zwane kapitałem. To sprawia, że usługi te kwalifikuje się jako dobra publiczne, które są nabywane lub wytwarzane i wykorzystywane przez duże grupy ludności lub rządy, i mają właściwości generowania efektów zewnętrznych ich konsumpcji. Oznacza to, że ich spożycie pełni funkcje użyteczności dla dwóch lub więcej osób; stanowią źródło korzyści dla wszystkich członków społeczności². Cechy dóbr publicznych są przyczyną ingerencji rządów w proces ich świadczenia i oferowania na zasadach zróżnicowanej odpłatności.

Potrzeba ingerencji państwa w proces organizowania usług społecznych wynika z ujawniającej się niesprawności rynku w relacji do dóbr i usług publicznych oferowanych nieodpłatnie. Wobec dóbr rynkowych (odpłatnych) wielkość popytu wyraża i charakteryzuje rynek, natomiast poziom zapotrzebowania w stosunku do dóbr świadczonych bezpłatnie lub częściowo odpłatnie nie jest możliwy do określenia. Społeczeństwo przejawia bowiem tendencję do zwiększania zapotrzebowania na dobra, za które nie musi płacić³.

Rynek nie jest także sprawnym regulatorem proporcji pomiędzy korzystnymi i negatywnymi efektami zewnętrznymi konsumpcji zbiorowej, gdyż one nie poddają się działaniu praw rynkowych. Mechanizm rynkowy nie ma zdolności do regulowania takich proporcji w gospodarce, może bowiem sprzyjać wytwarzaniu w nadmiarze niektórych dóbr atrakcyjnych ekonomicznie, a ogra-

¹ C. Bywalec, *Ekonomiczne i aspekty konsumpcji usług społecznych*, w: *Problemy teorii wymiany*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 1993, s. 6.

² P.A. Samuelson, A. Scott, *Economics*, McGraw Hill Reyerion Ltd, Toronto 1980, s. 120.

³ Jako *free riders* określa się w literaturze tych konsumentów, którzy korzystają z dóbr zbiorowych (w nadmiarze), nie płacąc za nie.

niczać produkcję tych, które nie przynoszą zysku, pomimo że są korzystne dla społeczeństwa.

Usługi społeczne jako dobra publiczne mogą być świadczone na rynku lub z jego pominięciem, ponieważ nie ma różnic technologicznych uniemożliwiających ich świadczenie przez sektor publiczny lub prywatny *non profit* czy komercyjny. Współcześnie nie jest łatwo określić, „ile prywatnego, a ile publicznego powinno być w gospodarce”. Jest to przedmiot dociekań teoretycznych od ponad dwóch wieków⁴.

Obecnym rozwiązaniem tego dylematu jest powstanie i rozwój społecznej gospodarki rynkowej, co wynika z konieczności zapewnienia obywatelom bezpieczeństwa socjalnego. Efektem tego jest ograniczanie ingerencji państwa w gospodarkę i rozwój procesów prywatyzacyjnych. W krajach europejskich procesy prywatyzacyjne w gospodarkach rozpoczęły się w latach 80. XX wieku. W Polsce i innych krajach Europy Środkowej i Wschodniej początek prywatyzacji i ograniczenie finansowania usług społecznych z funduszy publicznych nastąpiły po roku 1998⁵. Przyczyną prywatyzacji była krytyczna ocena efektów gospodarczych sektora państwowego, deficyt budżetowy i potrzeba zwiększenia wpływów do budżetu państwa. Jej skutkiem było ograniczenie zakresu przedmiotowego sektora publicznego, założono bowiem, że nie ma dóbr i usług, które może świadczyć wyłącznie sektor prywatny, publiczny czy społeczny⁶.

Proces prywatyzacji objął jednak tylko te usługi, które były atrakcyjne dla sektora rynkowego i dawały szansę na zyski. Okazało się, że pełna prywatyzacja podmiotów usług społecznych jest niemożliwa ze względów politycznych i społecznych. Obecnie rządy powierzają prowadzenie działalności publicznej (świadczenie usług społecznych) podmiotom prywatnym *non profit* lub komercyjnym i przez fakt jej finansowania wpływają na kierunek jej rozwoju. Rozwój działalności grantodawczej rządów (także Unii Europejskiej) wynika z potrzeby zwiększenia efektywności wykorzystywania funduszy publicznych. Okazuje się

⁴ Dwieście pięćdziesiąt lat temu D. Hume zaobserwował, że są dobra niezyskowe dla pojedynczych osób, ale przynoszące korzyści całemu społeczeństwu, i ich konsumpcja powinna odbywać się zbiorowo, zob. *The New Palgrave. Dictionary of Economy*, The Macmillian Press, Londyn 1991, s. 106.

⁵ Zob. B. Iwankiewicz-Rak, *Marketing w organizacjach pozarządowych – obszary zastosowań*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2011, s. 12.

⁶ J.E. Stiglitz, *Ekonomia sektora publicznego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 4 i nast.

bowiem, że racjonalność wykorzystania środków finansowych w organizacjach prywatnych jest wyższa niż publicznych. W efekcie jakość i poziom oferowanych dóbr i usług przez podmioty sektora publicznego nie satysfakcjonują nabywców⁷.

Znalezienie w gospodarce właściwej drogi i proporcji służących rozwojowi społecznemu przy ograniczeniach ekonomicznych i finansowych jest aktualnym i ważkim problemem w Polsce, gdzie po okresie transformacji systemowej intensywnie tworzy się sektor prywatny, a publiczny ustępuje mu miejsca. Widać to szczególnie na przykładzie usług ochrony zdrowia, których dotychczasowe reformy nie przynoszą oczekiwanych przez społeczeństwo rezultatów.

2. Cechy usług ochrony zdrowia publicznych i prywatnych

Obecnie w Polsce, podobnie jak w innych krajach o gospodarce rynkowej, usługi ochrony zdrowia są świadczone przez podmioty prywatne oraz publiczne i to zarówno w formie odpłatnej przez pacjenta, jak i nieodpłatnej, tj. finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Reforma sektora ochrony zdrowia w Polsce, zmieniając system odpłatności i dostępności do usług medycznych, wywołała potrzebę usamodzielnienia się publicznych placówek medycznych, zmiany sposobu zarządzania oraz zabiegania o klienta – pacjenta. Widać to szczególnie w zachowaniach publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które naśladują prywatne placówki medyczne w dążeniu do podnoszenia jakości i profesjonalizacji procesu usługowego.

Cechą wyborów konsumenckich na współczesnym rynku usług medycznych jest ciągłe porównywanie jakości i cen usług świadczonych odpłatnie z tymi, które są bezpłatne lub częściowo odpłatne. Jest to także jeden z regulatorów poziomu cen, jakości i popytu na usługi ochrony zdrowia.

Przeprowadzone przez GUS badania⁸ wykazały, że Polacy korzystają głównie z porad lekarza pierwszego kontaktu i rodzinnego w poradniach lekar-

⁷ Zob. E. Ostrom, G. Davis, *Non profit Organizations as Alternatives and Components in a Mixed Economy*, w: D.C. Hammack, D.R. Young, *Nonprofit Organizations in a market Economy*, Jossey-Bass Publ., San Francisco 1993, s. 2 i nast.

⁸ E. Malesa, N. Koehne, *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2010 r.*, GUS Departament Badań Społecznych i Warunków Życia. Badanie przeprowadzono na reprezentatywnej próbie 4658 gospodarstw domowych liczących 13236 osób, www.stat.gov.pl/, 6.4.2012.

skich podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), które prawie w całości są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Spośród osób korzystających z usług w sektorze prywatnym ponad 29% zrealizowało je w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Blisko 12% badanych nie skorzystało z porad lekarza w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, pomimo istnienia takiej potrzeby. Główne przyczyny takiego stanu zaprezentowano w tabeli 1.

Tabela 1

Przyczyny braku korzystania z usług ochrony zdrowia w sytuacji takiej potrzeby

Lp.	Przyczyny niekorzystania z porad	Liczba wskazań (%)
1	oczekiwanie na ustąpienie objawów	33
2	długi czas oczekiwania na termin wizyty	23
3	brak czasu	17
4	brak pieniędzy	9
5	strach	6
6	niedostosowany czas przyjęć	4
7	trudność z dojazdem	3
8	brak lekarza danej specjalności	2
9	brak znajomości dobrego lekarza	1
10	inne	3

Źródło: opracowanie własne na podstawie E. Malesa, N. Koehne, *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2010 r.*, GUS Departament Badań Społecznych i Warunków Życia. Badanie przeprowadzono na reprezentatywnej próbie 4658 gospodarstw domowych liczących 13236 osób, www.stat.gov.pl, 6.4.2012.

Z danych przedstawionych w tabeli 1 wynika, że jedna trzecia Polaków wstrzymuje się przed skorzystaniem z porady lekarskiej, czekając na ustąpienie objawów. Ten brak aktywności w zakresie troski o własne zdrowie może wynikać ze wskazanych przyczyn, takich jak długi czas oczekiwania na termin wizyty, brak czasu, pieniędzy, strach, niedostosowany czas przyjęć. Wymienione powody mają głównie charakter organizacyjny oraz techniczny i wskazują na brak uwzględniania preferencji pacjentów w organizowaniu procesu świadczenia usług. Potwierdzają to wyniki badań realizowanych w ramach kampanii

„Zdrowy szpital”⁹, na podstawie których ustalono oczekiwane cechy usługi szpitalnej (tab. 2).

Tabela 2

Oczekiwane cechy opieki szpitalnej (ranking wg ważności)

Lp.	Cechy usług	Częstość wskazań (%)
1	Krótki czas oczekiwania na wizytę, zabieg	57
2	Jakość obsługi pacjenta	44
3	Bezpłatność usługi szpitalnej	43
4	Wysoka jakość usług szpitalnych	41
5	Dostępność szerokiego wachlarza usług szpitalnych	35
6	Wysoka jakość wyposażenia medycznego	19
7	Dobra organizacja pracy w szpitalu	15
8	Trudno powiedzieć	1

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Placówki medyczne – oczekujemy szybkości, a nie jakości. Badanie w ramach kampanii „Zdrowy szpital”, publikacja z 19 marca 2012 r.*, www.serwisy.gazetaprawna.pl, 6.04.2012.

Z przedstawionych danych wynika, że dla pacjentów opieki szpitalnej liczy się głównie krótki czas oczekiwania na wizytę czy zabieg oraz jakość obsługi pacjenta. Na trzecim miejscu uplasowała się cecha dotycząca bezpłatności tych usług. Można więc przypuszczać, że najważniejsze w doskonaleniu organizacji usług jest zapewnienie dostępności i jakości obsługi pacjenta. Trzeba jednak pamiętać, że wyrażający tę opinię pacjenci mają świadomość korzystania z usług medycznych finansowanych przez NFZ, co osłabia ich percepcję dotyczącą problemów odpłatności za pobyt w szpitalu i procedury medyczne. Z przedstawionych w tabeli 2 danych wynika także, że w odczuciu Polaków mniej ważne cechy jakości usług szpitalnych to: dostępność szerokiego wachlarza usług szpitalnych, wysoka jakość wyposażenia medycznego i dobra organizacja pracy w szpitalu. Należy zaznaczyć, że zaprezentowane preferencje Polaków odnośnie do pilności realizacji oczekiwanych cech usług układają się w logiczną kolejność. Najpierw respondenci chcą być szybko przyjęci do szpitala i mieć gwarancję jakości obsługi, natomiast w odniesieniu do pozostałych

⁹ *Placówki medyczne – oczekujemy szybkości, a nie jakości. Badanie w ramach kampanii „Zdrowy szpital”, publikacja z 19 marca 2012 r.*, www.serwisy.gazetaprawna.pl, 6.04.2012.

cech nie mają już tak osobistego stosunku, gdyż one wywodzą się z ogólnej organizacji pracy szpitala.

Potwierdzają to wyniki badań przeprowadzonych przez CBOS w 2012 roku pt. *Polacy lepiej oceniają prywatną opiekę zdrowotną*¹⁰ (tab. 3), z których wynika, że główne cechy charakteryzujące placówki publiczne i prywatne ochrony zdrowia wskazane przez respondentów dotyczą bezpośredniej obsługi pacjentów.

Tabela 3

Walory prywatnej i publicznej ochrony zdrowia w opinii Polaków

Ochrona zdrowia – liczba wskazań (%)			
podmioty prywatne		podmioty publiczne	
Duży komfort	77	Nieduża odległość do placówek ochrony zdrowia	61
Szybkie terminy	75	Kompetencje lekarzy	52
Nowoczesna aparatura medyczna	74		
Uprzejmość personelu	73		
Zaangażowanie lekarzy	72		
Dogodne godziny przyjęć	72		
Sprawna obsługa	72		

Źródło: opracowanie własne na podstawie *CBOS: Polacy lepiej oceniają prywatną opiekę zdrowotną*, „Puls Biznesu” PAP, www.pb.pl/2591348,30297,cbos-polacy-lepiej-oceniaja-prywatna-opieke-zdrowotna, 6.04.2012.

Placówki prywatne mają przewagę nad publicznymi, gdyż są komfortowe, oferują wykonanie usług w szybkim terminie, są wyposażone w nowoczesną aparaturę, a personel jest uprzejmy i zaangażowany, ponadto świadczą usługi sprawnie i w dogodnych godzinach. W prezentowanym badaniu cechy te nie zostały wskazane w charakterystyce placówek publicznych, zamiast nich respondenci jako walory wyróżniające wskazali: lepszą lokalizację, tj. niedużą odległość do tych placówek od miejsca zamieszkania, oraz kompetencje lekarzy. Można więc przyjąć, że te dwie cechy mogą mieć kluczowe znaczenie w kształtowaniu przewagi konkurencyjnej placówek publicznych, ponieważ

¹⁰ *CBOS: Polacy lepiej oceniają prywatną opiekę zdrowotną*, „Puls Biznesu” PAP, www.pb.pl/2591348,30297,cbos-polacy-lepiej-oceniaja-prywatna-opieke-zdrowotna, 6.04.2012.

w prezentowanym zestawieniu nie zostały one wyróżnione jako właściwe dla placówek prywatnych.

Uwaga ta jest o tyle ważna, że w badaniu respondenci wskazali, iż gdyby mogli sobie pozwolić na opłacanie wszystkich potrzebnych świadczeń z funduszy prywatnych, to nie zdecydowaliby się w pełni zrezygnować z korzystania z usług finansowanych przez NFZ. Wśród respondentów 28% zadeklarowało, że leczyłoby się tylko prywatnie, a 23% korzystałoby wyłącznie ze świadczeń finansowanych przez NFZ. Argumenty, które wskazywali ankietowani wybierający prywatne usługi zdrowotne, przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4

Przyczyny korzystania z prywatnych placówek ochrony zdrowia w Polsce w 2012 roku

Lp.	Argumenty przemawiające za korzystaniem z usług prywatnych placówek ochrony zdrowia	Częstość wskazań (%)
1	Krótszy czas oczekiwania na wizytę u lekarza ogólnego	66
2	Krótszy czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty	78
3	Krótszy czas oczekiwania na wizytę w pracowni diagnostycznej	74
4	Dogodniejsze godziny przyjęć	22
5	Większe kompetencje personelu, w tym lekarzy	22
6	Większa dbałość o pacjenta	22
7	Brak finansowania wizyt przez NFZ	20
8	Możliwość załatwienia podczas jednej wizyty diagnostyki i leczenia	18
9	Krótsze kolejki i mniejsze opóźnienia	16
10	Komfort dzięki zapewnieniu intymności i schludności gabinetów	15
11	Nowocześniejsza aparatura medyczna	14
12	Życzliwy personel i miła atmosfera	10
13	Dogodna lokalizacja placówki	5

Źródło: opracowanie własne na podstawie CBOS: *Polacy...*

Dane zawarte w tabeli 4 stanowią potwierdzenie tych cech usług zdrowotnych, których oczekują pacjenci. Należy je traktować jako wyraz preferencji wyboru miejsca i formy świadczenia usług zdrowotnych. Ich zestaw może także stanowić wzorzec kierunku doskonalenia oferowania usług i to zarówno przez podmioty świadczące te usługi w sposób odpłatny, jak i finansowany przez NFZ.

Przedstawione wyniki badań bezpośrednich wskazują ponadto, że Polacy łączą wysoką jakość z odpłatnością za usługi (tab. 5).

Zaprezentowane w tabeli 5 preferencje Polaków dotyczące akceptacji odpłatności za usługi ochrony zdrowia wskazują, że współcześnie usługi medyczne oferowane nieodpłatnie nie zaspokajają w sposób dostateczny oczekiwań pacjentów. Wypowiedzi respondentów wskazują, że 60% z nich jest gotowych finansować korzystanie z usług specjalistycznych, aby mieć do nich szybszy dostęp. Polacy mają jednak obawy przed wprowadzeniem odpłatności za korzystanie z usług ochrony zdrowia (tab. 6).

Tabela 5

Akceptacja odpłatności za usługi ochrony zdrowia przez Polaków w 2008 roku (%)

Obszary odpłatności	Częstość wskazań (%)
Szybki dostęp do specjalisty	60
Szybki dostęp do zabiegów i operacji	56
Szybkie badania medyczne	52
Specjalistyczna usługa medyczna	41
Szybki dostęp do lekarza pierwszego kontaktu	33
Za nic nie chcę płacić	19
Nie wiem	3

Źródło: M. Miśkiewicz, *Polacy chcą płacić za lepsze leczenie*, Money.pl, Wrocław, czerwiec 2008, s. 5.

Tabela 6

Opinia Polaków o odpłatności za usługi ochrony zdrowia – częstość wskazań (%)

Wyszczególnienie	Rok	
	2008	2010
Odpłatność tak i chętnie opłacał(a)bym część kosztów, aby mieć dostęp do lepszych usług medycznych	14	16
Odpłatność tak, to ogólnie dobry pomysł, ale nie byłoby mnie stać na dodatkowe opłaty	27	22
Odpłatność nie, to jest zły pomysł	59	59
Trudno powiedzieć	–	3

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Gotowość do zmian w służbie zdrowia. Komunikat z badań*, CBOS, BS/27/2010 Warszawa, marzec 2010, s. 4, www.prawapacjenta.eu/index.php?pId=2254, 6.04.2012.

Wypowiedzi respondentów zawarte w tabelach 5 i 6 dowodzą, że występuje potrzeba współlistnienia zróżnicowanych pod względem odpłatności ofert usługowych (komercyjnych i nieodpłatnych) przy jednakowym zachowaniu dbałości o jakość usług, niezależnie od stopnia odpłatności za nie.

Podsumowanie

Zaprezentowane wyniki badań bezpośrednich wskazują, że opinia Polaków o funkcjonowaniu usług zdrowotnych nie jest pozytywna, przy czym działania publicznej służby zdrowia zostały gorzej ocenione. Ma to wpływ na dokonywane przez pacjentów wybory miejsca świadczenia usług, w których dominuje czynnik ekonomiczny związany z odpłatnością. Sytuuje to placówki prywatne jako oferujące wyższą jakość. Taka sytuacja dyskryminuje pacjentów, których nie stać na zapłacenie za korzystanie z nich. Z tego powodu podmioty lecznicze niezależnie od formy własności i źródeł finansowania powinny zadbać o wzrost jakości świadczonych usług przede wszystkim w tych obszarach, które nie wymagają dodatkowych nakładów finansowych, a znajdują się w polu obserwacji pacjentów.

Ważne jest więc – zarówno dla podmiotów świadczących usługi ochrony zdrowia, jak i dla administracji terytorialnej i rządowej – zapewnienia oczekiwanego przez społeczeństwo poziomu zaspokojenia potrzeb społecznych. Główne działania powinny być skierowane na identyfikowanie kryteriów oceny, którymi posługują się pacjenci. To one winny wyznaczać kierunek doskonalenia ich obsługi.

SOCIAL SERVICES. THE CRITERIA FOR SELECTING THE PLACE AND FORM OF CONSUMPTION

Summary

In Poland, social services are provided by both private and public organizations and may be paid or for free. This is the result of government social policy which aims to guarantee citizens the ability to use those services. An example of a social services that are a public good are those provided by health care. Those services are provided by both private and public organizations nowadays. They are funded by The National Health

Fund and the personal income of the population. Presented findings of the research indicate that the better quality services are provided by private organizations than the public ones. As a result, they are unreachable for people with financial difficulties. This results in an unequal access to health services in Poland. The survey results present the preferences of Poles for expected characteristics of health services quality. They also identify the preferences of people concerning setting charges for usage of these services.

Translated by Barbara Iwankiewicz-Rak