Monografie i Studia Instytutu Spraw Publicznych
Uniwersytetu Jagiellońskiego

Jakość życia a procesy zarządzania rozwojem i funkcjonowaniem organizacji publicznych

Redakcja naukowa
Aleksander Noworól

TOM II

Instytut Spraw Publicznych
Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie
Kraków 2010

Autorzy tomu:
Anna Lubecka, Anna Karwińska, Ewa Glińska, Katarzyna Peter-Bombik, Paweł Hałat, Aleksander Noworól, Henryk Gawroński, Antoni Kożuch, Joanna Jończyk, Krystyna Zimnoch

Recenzenci tomu:
Barbara Kożuch
Grażyna Prawelska-Skrzypek

Redakcja Serii:
Redaktor Naczelny: dr hab. prof. UJ Aleksander Noworól
Sekretarz: dr Wioleta Karna

Rada Naukowa:
prof. dr hab. Barbara Kożuch – przewodnicząca
dr hab. Stefan Bielański
dr hab. prof. UJ Anna Lubecka
prof. dr hab. Grażyna Prawelska-Skrzypek
dr hab. prof. UJ Renata Przygodzka
dr hab. inż. arch. prof. UJ Krzysztof Skalski
prof. dr hab. Kazimierz Z. Sowa
prof. dr hab. Łukasz Sułkowski
dr hab. prof. UJ Andrzej Szopa

© Copyright by Instytut Spraw Publicznych UJ

ISBN: 978-83-931253-3-3 (całość)
978-83-931253-4-0 (t.1)
978-83-931253-5-7 (t.2)

Wydanie elektroniczne:
Instytut Spraw Publicznych UJ
ul. Prof. Łojasiewicza 4, 30-348 Kraków
tel.12 664 55 44, fax 12 644 58 59
e-mail: monografia_isp@uj.edu.pl;
www.isp.uj.edu.pl

Spis treści

TOM I

Słowo wstępne **5**

Anna Lubecka *Multiculturalism and the quality of life* **9**

Anna Karwińska *Miasto przyjazne – idee i działania praktyczne* **31**

Ewa Glińska *Wizerunek miasta wśród jego mieszkańców a subiektywna jakość życia – koncepcja badań* **49**

Katarzyna Peter-Bombik, Paweł Hałat *Środowiskowe i infrastrukturalne uwarunkowania poziomu życia w miastach województwa małopolskiego* **67**

Aleksander Noworól *Narzędzia poprawy jakości życia w miastach na przykładzie Małopolski* **99**

Henryk Gawroński *Lokalizacyjne determinanty jakości życia mieszkańców subregionu Elbląskiego i Żuław Wiślanych w kontekście oczekiwań wobec strategii rozwoju lokalnego* **119**

Antoni Kożuch *Rozwój przedsiębiorczości jako czynnik poprawy jakości życia na poziomie lokalnym* **137**

Joanna Jończyk *Istota i znaczenie relacji zaufania w kształtowaniu kapitału społecznego organizacji* **153**

Krystyna Zimnoch *Niedobór kapitału społecznego barierą rozwoju województwa podlaskiego* **168**

TOM II

Roman Batko, Kinga Marcinek, Grażyna Prawelska-Skrzypek *Ocena jakości życia jako kryterium nagród benchmarkingowych dla urzędów administracji publicznej* **187**

Renata Przygodzka *Usługi publiczne a jakość życia w regionach peryferyjnych* **205**

Grzegorz Chałupczak *Świadczenia publicznej opieki zdrowotnej jako instrument polityki społecznej Republiki Federalnej Niemiec* **223**

Janusz Sasak *Rola elektronicznych usług publicznych w budowie gospodarki opartej na wiedzy* **241**

Barbara Batko *Jakość informacji internetowej jako determinanta poziomu usług e-administracji w Polsce* **259**

Małgorzata Marzec w rozdziale *Zaufanie do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych a gromadzenie oszczędności emerytalnych* **277**

Anna Zachorowska-Mazurkiewicz *Kryzys opieki – jego przyczyny oraz propozycje sposobów przezwyciężania* **295**

Beata Detyna *Ocena jakości procesów w usługach medycznych. Warunki wdrożenia proponowanej metodyki w zakładach opieki zdrowotnej* **311**

Małgorzata Dąbrowska *Konsumpcyjny model życia czy zanik kompetencji kulturalnych? Wskaźniki do badania uczestnictwa w kulturze* **337**

Katarzyna Świerczewska-Pietras *Rewitalizacja Krakowa w aspekcie partycypacji społecznej i zarządzania* **355**

Ocena jakości życia jako kryterium nagród benchmarkingowych dla urzędów administracji publicznej

Roman Batko[*], Kinga Marcinek[**], Grażyna Prawelska-Skrzypek[***]

Wprowadzenie

W artykule podejmujemy zagadnienie wpływu benchmarkingu na jakość życia. Dla organizacji publicznych, które nie uczestniczą wprost w konkurencyjnej grze rynkowej, możliwość porównywania się z innymi, podobnymi organizacjami stanowi źródło inspiracji do doskonalenia polityk rozwoju i jakości świadczonych usług. Jak w praktyce wykorzystywane są metody benchmarkingowe, pokazują dwa studia przypadku, przybliżające specyfikę konkursu *Trzy Korony Małopolski*, który wśród kilku celów, ma również i taki – wprost odwołujący się do jakości życia – „popularyzacja i zwrócenie uwagi na wybrane cechy świadczące o jakość życia w miastach". Poza promocją najlepiej gospodarujących miast pokazuje on mieszkańcom obiektywne dane, dzięki którym mogą zobaczyć, jak w poszczególnych miastach wyglądają wybrane wskaźniki świadczące o jakości życia. Budzi też postawy obywatelskie i skłania do aktywnego wyrażenia swojej opinii na temat gospodarowania w mieście poprzez poparcie jego kandydatury. Celem innego konkursu, *Wzorcowy Urząd Małopolski*, jest nagrodzenie najlepszych rozwiązań oddziałujących na rozwój lokalny oraz funkcjonowanie administracji samorządowej w województwie małopolskim. W 2010 r. w VI edycji konkursu nagrodzone zostały dwa projekty: *System Wspomagania Zarządzania Edukacją w mieście Tarnowie (EduNet)* oraz *Biuletyn Informacji Publicznej Miasta Krakowa przyjazny niepełnosprawnym*. Przykłady nagrodzonych dobrych praktyk są dla innych urzędów inspiracją i wyzwaniem. Z czasem niektóre z nich stają się również standardem.

[*] dr Roman Batko Instytut Spraw Publicznych UJ
[**] mgr Kinga Marcinek Instytut Spraw Publicznych UJ
[***] pro. dr hab. Grażyna Prawelska-Skrzypek Instytut Spraw Publicznych UJ

Benchmarking w organizacjach sektora publicznego

Organizacje sektora publicznego, w tym zwłaszcza samorząd terytorialny, poprzez swoje działania w znaczącym stopniu wpływają na kształtowanie jakości życia w danej jednostce terytorialnej. Kreowanie przez samorząd terytorialny wyższej jakości życia wymaga nie tylko nakładów finansowych i czasowych, ale przede wszystkim otwarcia się na zmiany. Metodą zarządzania, która sprzyja zmianom i wspomaga podnoszenie jakości usług świadczonych przez sektor publiczny, a tym samym jakości życia, jest benchmarking, który można określić jako nieprzerwany proces doskonalenia organizacji. Jego istota polega na uczeniu się od innych, korzystaniu z doświadczeń najlepszych i twórczym adoptowaniu ich rozwiązań. Metoda ta jest nastawiona na ciągłą aktywność organizacji. Nie wystarcza samo porównanie wyników, należy także dokonywać przeglądu praktyk prowadzących do takich wyników [Modzelewski, Opolski, 2004, s. 104]. Benchmarking polega bowiem, jak uważa H.J. Harrington, na zdobyciu wiedzy o najlepszych istniejących rozwiązaniach w danej branży, w celu zaprojektowania na tej podstawie, a następnie wdrożenia własnych, lepszych rozwiązań [Ziębicki, 2007, s. 42]. Działania takie można określić mianem twórczego doskonalenia, kreatywnej adaptacji, w odróżnieniu od prostego kopiowania cudzych rozwiązań.

Specyfika benchmarkingu w organizacjach sektora publicznego

Benchmarking, jako metoda zarządzania i doskonalenia działalności, zaczął przenikać do organizacji publicznych już w latach 80. XX w. Tendencje te dotyczyły organizacji sektora publicznego w USA i w krajach Europy Zachodniej, a analizy benchmarkingowe początkowo objęły służbę zdrowia i infrastrukturę. Inicjatorem pierwszego formalnego i oficjalnego benchmarkingu w sektorze publicznym był Federalny Urząd Skarbowy USA [Bogan, English, 2006, s. 317]. Doświadczenia wdrażania i stosowania benchmarkingu w organizacjach publicznych, które odnaleźć możemy zwłaszcza w krajach rozwiniętych, wskazują, że metoda ta jest nie tylko skuteczna w podnoszeniu efektywności działania tych jednostek, lecz jest wręcz nieodzownym elementem współczesnego funkcjonowania państw, regionów i gmin.

W Wielkiej Brytanii Komisja Rewizyjna (The Audit Commission) od wielu lat prowadzi systematyczne badania i porównania jakości oraz efektywności lokalnych usług publicznych. Przeprowadzone w ramach projektu *Public Sector Benchmarking* badania wskazały, że do 2000 r. około 2/3 brytyjskiego sektora publicznego stosowało wybraną formę

benchmarkingu. Również kraje skandynawskie silnie propagują tę metodę doskonalenia usług. W Szwecji i Norwegii już od lat 90. XX w. działalność publicznej służby zdrowia, oświaty i administracji miejskiej, w mniejszym bądź większym stopniu objęta była analizą benchmarkingową [Triantafillou, 2007]. W benchmarkingu stosowanym przez organizacje publiczne zarówno metodologia, jak i cel oraz zakres metody nie różnią się znacząco w stosunku do organizacji komercyjnych [Ziębicki, 2007, s. 49]. Jednakże metoda ta staje się coraz mniej sformalizowana, stąd w odniesieniu do instytucji publicznych często mówi się o benchmarkingu nieformalnym. Zazwyczaj polega on na przeprowadzaniu dyskusji na temat praktyk stosowanych w innych instytucjach. Nawet nie posiadając formalnych systemów ocen działania, organizacje studiują i analizują najlepsze rozwiązania, pozyskują wiedzę na temat najlepszych praktyk i wykorzystują ją w doskonaleniu własnej działalności [Bogan, English, 2006, s. 315]. Benchmarking w sektorze publicznym, inaczej niż w organizacjach komercyjnych, nie musi przynosić każdej ze stron zrównoważonych korzyści. Współpraca benchmarkingowa ma charakter bardziej wspólnego rozwiązywania problemów i wzajemnego doskonalenia się aniżeli transakcji wymiany informacji.

Benchmarking organizacji publicznych może swym zasięgiem obejmować różne płaszczyzny ich działalności. Benchmarking produktu dotyczy porównań wybranych wskaźników (np. kosztów bądź czasu świadczenia usług) uzyskiwanych przez różne urzędy. Uzyskane wyniki, średnie wartości dla danej grupy urzędów i odchylenia od wartości maksymalnych poddawane są analizom i dyskutowane. Prowadzi to do benchmarkingu procesu, który polega na analizie procesów świadczenia usług w poszczególnych organizacjach publicznych, identyfikacji różnic, dzieleniu się doświadczeniami oraz opracowaniu usprawnień dotychczasowego działania. Kolejny poziom to benchmarking kompetencji, tzw. benchlearning, który ma na celu rozwijanie kompetencji niezbędnych do wdrożenia nowych rozwiązań poprawiających zarządzanie organizacją publiczną. Najszerszą odmianą benchmarkingu jest benchmarking strategiczny, w którym porównaniu poddaje się m.in. uwarunkowania funkcjonowania, otocznie polityczne, priorytety, cele, narzędzia i sposoby służące ich osiąganiu [Kożuch, Prawelska-Skrzypek, 2007, s. 63].

Analiza dotychczasowych, światowych doświadczeń stosowania benchmarkingu w sektorze publicznym uwidacznia, że może on być wdrażany na poziomie struktur publicznych o różnej skali wielkości i zasięgu. Benchmarking może być wykorzystany na poziomie:

- struktur globalnych, jak Unia Europejska – w tym ujęciu jest on narzędziem polityki konkurencyjności UE oraz poprawy efektywności na poziomie całej jej gospodarki [Kuczewska, 2007, s. 47],
- krajów i regionów – głównie w celu wsparcia przy konstruowaniu polityk i strategii, dostarczając porównywalnych danych statystycznych, umożliwiających określenie i ocenę pozycji zajmowanej przez kraj czy region na tle innych. Może również dostarczać bodźców do rozwoju i równania do najlepszych [Podręcznik dobrych praktyk…, 2007, s. 8],
- miast (również powiatów i gmin) – pozwala ustalić pozycję „rynkową" miasta (powiatu, gminy) wobec innych podmiotów pod wieloma względami, np. atrakcyjności inwestycyjnej, mieszkaniowej, turystycznej, komunikacyjnej. Stanowi także inspirację do uczenia się i korzystania z doświadczeń tych, którzy osiągają najlepsze wyniki [Borodako, 2004],
- instytucji, urzędu, organizacji świadczącej usługi publiczne (np. szpital, urząd pracy, dom kultury, biblioteka publiczna) – przyczynia się do identyfikowania najlepszych stosowanych rozwiązań, utrwalania dobrych praktyk, uczenia się jednych instytucji od drugich, w celu zwiększenia efektywności działania danej jednostki oraz lepszej obsługi obywateli [Założenia systemu benchmarkingu…, 2008, s. 39].

Benchmarking na każdym wyróżnionych poziomów przyczynia się do wzrostu efektywności funkcjonowania sektora publicznego, a tym samym wpływa na podniesienie jakości życia mieszkańców. Tak samo na każdym z tych szczebli doskonaleniu mogą podlegać usługi publiczne. Warto jednak zauważyć, że w trzech pierwszych poziomach struktur w większym stopniu odnaleźć można elementy rywalizacji i budowania przewagi konkurencyjnej, podczas gdy przy benchmarkingu urzędu czy instytucji podkreśla się element wspólnego uczenia się i dzielenia dobrymi praktykami.

Przed jednostkami administracji publicznej stoi ogromne wyzwanie rozwoju i usprawniania procesów i procedur, dlatego też wydają się one naturalnym miejscem wdrażania benchmarkingu [Bendell, Boulter, 2000, s. 124]. Omawiana metoda może stwarzać dla organizacji publicznych pewien substytut działania sił rynkowych, zachęcając do modernizacji i ulepszeń oraz pobudzając konkurencję. Wspomaga także znacząco ocenę aktywności sektora publicznego, wskazując punkty odniesienia, czyli benchmarki. Takie działania, symulujące mechanizmy konkurencji rynkowej, wydają się szczególnie ważne dla wydajniejszego funkcjonowania instytucji publicznych, których działalność nie jest

zorientowana na zysk i często nie jest oceniana pod względem efektywności wykorzystania zasobów [Woźnicki, 2008, s. 24]. Dzięki zastosowaniu benchmarkingu jednostka publiczna może zwiększyć swą innowacyjność poprzez adaptację rozwiązań stosowanych w sektorze biznesowym, spojrzeć na swą działalność z innej perspektywy i przekroczyć ograniczenia kulturowe. Widocznym efektem korzystania z benchmarkingu przez sektor publiczny jest podwyższenie jakości świadczonych usług, zwiększenie efektywności wydatkowania środków publicznych, lepsza alokacja środków budżetowych, a także doskonalenie zarządzania jednostkami publicznymi [Woźnicki, 2008, s. 24]. Jak zatem wyraźnie widać, benchmarking może być wykorzystany przez zarządzających samorządami terytorialnymi do budowania wyższej jakości życia w danej jednostce.

Analiza benchmarkingowa miast czy regionów pozwala na zidentyfikowanie pozycji na tle innych, ułatwia organom publicznym definiowanie celów [Borodako, 2004], wskazuje także regiony (miasta) uzyskujące najlepsze wyniki, ale nie po to, by kopiować ich działania, lecz po to, by pomóc zrozumieć porażkę lub sukces różnych metod i podejść wykorzystywanych w zarządzaniu i polityce. Nie każde działanie stanowiące najlepszą praktykę nadaje się do naśladowania w dowolnym regionie. Zawsze jednak warto analizować dobre rozwiązania i wyciągać wnioski dla własnego obszaru, uwzględniając konkretne uwarunkowania. Benchmarkingu nie należy traktować jako narzędzia szeregującego regiony pod względem najlepszych osiąganych wyników, jakkolwiek taka kategoryzacja jest zawsze jedną z pochodnych analizy. Zamiast tego warto go traktować jako cenne źródło informacji, które może wskazywać obszary wymagające działań politycznych, np. analiza porównawcza uświadamia decydentom politycznym nowe wyzwania publiczne, które w procesie tworzenia polityki nie zostały uwzględnione. W przypadku analizy porównawczej miast czy regionów kluczowego znaczenia nabiera kwestia wyboru geograficznej jednostki odniesienia. Benchmarking tylko wówczas okaże się wartościowy dla procesu tworzenia polityki, gdy porównywane jednostki będą faktycznie porównywalne. W praktyce oznacza to poszukiwanie jednostek podobnych np. pod względem: wielkości (mierzonej liczbą ludności), pozycji w krajowej hierarchii administracyjnej, integralności historycznej i kulturowej oraz, w pewnym stopniu, funkcjonalnej (np. model dojazdów do pracy). W Polsce doskonałym polem do wymiany kontaktów i porównania miast z wykorzystaniem benchmarkingu mogą stać się związki miast partnerskich.

Materiał do porównań, zwłaszcza w przypadku miast, często już istnieje i wymaga tylko pewnych modyfikacji. Miasta dysponują wszak merytorycznie przygotowanymi strategiami oraz opracowaniami analitycznymi. Jeśli opracowania te są cyklicznie

uaktualniane i poparte wartościowymi badaniami, to ich zawartość może zostać wykorzystana w pracach benchmarkingowych, co zdecydowanie obniża koszty dokonania porównań [Borodako, 2004]. Samo porównanie wyników działalności jednostek samorządu terytorialnego nie wystarczy, by wprowadzić ulepszenia ich funkcjonowania. Po skonfrontowaniu własnej efektywności z wskaźnikami uzyskiwanymi przez partnerów benchmarkingowych należy przeanalizować praktyki prowadzące do takich wyników. Ważna jest identyfikacja różnic między dotychczasowym działaniem a metodami stosowanymi przez najlepszych w danej dziedzinie. Właściwa analiza benchmarkingowa miasta czy regionu powinna prowadzić do zrozumienia istoty wzorcowego rozwiązania, a następnie skorzystania z tego doświadczenia i zaprojektowania usprawnienia działalności dostosowanego do potrzeb jednostki samorządowej.

Pomimo wielu korzyści jakie niesie ze sobą wykorzystanie benchmarkingu w sektorze publicznym, oraz ogromnej potrzeby wprowadzania nowoczesnych metod zarządzania do zarządzania publicznego, w środowisku funkcjonowania organizacji publicznych wciąż istnieje szereg barier związanych ze stosowaniem tej metody. W literaturze przedmiotu wskazuje się na kilka przyczyn tego stanu rzeczy: ograniczenia finansowe, sceptycyzm, brak jasno sprecyzowanej misji, bariery kulturowe, obawa przed porażką, niski nacisk na inicjatywy związane z poprawą jakości, brak obiektywnych standardów [Bendell, Boulter, 2000, s. 124; Bogan, English, 2006, s. 319–321].

Niedostateczne wykorzystanie metody benchmarkingu w zakresie podnoszenia jakości życia i usprawniania dostarczania usług publicznych dotyczy przede wszystkim sektora publicznego w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, ponieważ w Europie Zachodniej, jak i w USA narzędzie to stosowane jest powszechnie. J. Nemec, B. Merickova i F. Ochrana, którzy analizowali stosowanie benchmarkingu głównie w Czechach i na Słowacji, na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzili, że wykorzystanie tej metody w regionie jest dopiero we wstępnym stadium i jej rzeczywisty wpływ jest ograniczony. Według autorów, w większości krajów Europy Środkowo-Wschodniej wskazać można następujące problemy:

- benchmarking w administracji publicznej nie jest traktowany jako standardowe narzędzie doskonalenia,
- większość działań i analiz benchmarkingowych prowadzonych jest *ad hoc* i nie są one inicjowane przez same zainteresowane jednostki, a narzucane z zewnątrz,
- jakość i dostępność danych do analiz jest ograniczona,
- rezultaty badań benchmarkingowych nie są wykorzystywane w sposób regularny i systematyczny przez organy administracji publicznej [Nemec et. al., 2008].

Zdaniem autorów w porównaniu z krajami rozwiniętymi, gdzie tradycje lokalnej demokracji są silniejsze, największą barierą w efektywnym stosowaniu benchmarkingu w Europie Środkowo-Wschodniej jest wciąż brak poczucia odpowiedzialności władzy publicznej za jej działania.

Przykłady wykorzystania benchmarkingu dla podnoszenia jakości życia

Jak stwierdzono powyżej, doświadczenia w stosowaniu benchmarkingu w sektorze publicznym w Polsce nie są jeszcze ugruntowane, stąd zasadne jest wykorzystywanie doświadczeń innych państw w używaniu tego narzędzia. W dalszej części tego rozdziału omówione zostaną zastosowania benchmarkingu w organizacjach sektora publicznego na Węgrzech i w Norwegii, a także zainspirowana przykładem norweskim inicjatywa polska.

Na Węgrzech przeprowadzono pilotażowy benchmarking publicznych służb zatrudnienia. Analiza porównawcza dotyczyła siedmiu lokalnych urzędów pracy i wykonana została przy pomocy wspólnych zasad oceny CAF (*Common Assessment Framework*). Analizowano istniejące regulacje oraz zarządzanie procesami w urzędach pracy. Benchmarking prowadzono przy użyciu jakościowych i ilościowych wskaźników otrzymywanych z analizy przeprowadzonych badań klientów i pracowników, samooceny, wyników i wskaźników działania. Celem przedsięwzięcia było udoskonalenie procesów w wyniku właściwego zrozumienia potrzeb i oczekiwań klientów, polepszenie zarządzania procesami oraz wzrost zaangażowania wśród kierownictwa i pracowników. Działania te miały przyczynić się do lepszego zaspokajania potrzeb klientów, budowania ich zadowolenia ze świadczonych usług, a w szerszej perspektywie tworzenia wyższej jakości życia. Jednostki, które brały udział w programie, wspomagane były przez zespół projektowy. Do jego zadań należało opracowanie rezultatów badań i wybór wyróżniających się procesów, które następnie prezentowano i dyskutowano na seminariach. Oprócz formalnych seminariów urzędy pracy zawiązały nieformalne sieci, w których toczyły się dyskusje nad metodami zarządzania. Podsumowując ten pilotażowy projekt, zwrócono uwagę, iż dla powodzenia programów benchmarkingowych konieczne jest polityczne wsparcie i zaangażowanie, fundusze oraz zdolność uczenia się jednostki nadrzędnej od lokalnej [*Założenia systemu...*, 2008, s. 34].

Interesującego przykładu zastosowania benchmarkingu w sektorze publicznym dostarczają norweskie doświadczenia. Norweski Związek Władz Lokalnych i Regionalnych przeprowadził pośród tamtejszych jednostek samorządu lokalnego zakrojony na szeroką skalę projekt benchmarkingowy o nazwie *Networks for renewal and efficiency (Municipality*

networks for innovation and efficiency). Według J. Askima, K. Christophersena i A. Johnsena był to największy, systematyczny projekt benchmarkingowy, jaki zrealizowano dotąd w Europie [Askim et al., 2006, s. 1]. Przedsięwzięcie rozpoczęło się w 2001 r. i trwało do 2004 r. W tym czasie uczestniczyło w nim 313 norweskich samorządów, co stanowiło 72% wszystkich samorządów w Norwegii. Projekt miał na celu podniesienie jakości usług miejskich dostarczanych przez samorządy. Złożony był z trzech komponentów: pomiaru, porównania oraz budowy sieci. Pierwszy z nich – pomiar – swe działanie opierał na norweskim systemie statystyki miejskiej o nazwie KOSTRA. Program ten gromadził dane o samorządach lokalnych, ich działalności i wydatkach. Od 2002 r. przekazywanie informacji do tego systemu stało się obowiązkowe dla wszystkich samorządów w Norwegii, co pozwoliło stworzyć szeroką bazę danych zawierającą dostępne wskaźniki finansowe i niefinansowe. Pierwsza składowa projektu *Networks for renewal and efficiency* opierała się na porównaniach i dyskusjach wokół wskaźników pochodzących z KOSTRY. Analizy porównawcze odbywały się w sieciach, w których pracowało od 4 do 8 samorządów. W sumie w czasie trwania całego projektu działało ponad 40 sieci. Prace poszczególnych grup koncentrowały się wokół wybranych, dwóch bądź więcej, obszarów usług publicznych. Najczęściej wybierano tematy związane z edukacją podstawową, opieką nad starszymi, pojawiały się także zagadnienia związane z pomocą społeczną, opieką nad dziećmi, funkcjonowaniem przedszkoli. Samorządy reprezentowane były przez trzy-, czteroosobowe składy, w których musiała znaleźć się osoba zarządzająca analizowaną usługą publiczną oraz odpowiedzialna za pracę jednostki samorządu, a także urzędnik związany z danym typem usług. Na spotkaniach grup dyskutowano o różnicach i podobieństwach w procesach świadczenia wybranych usług. W pierwszym etapie samorządy poddawane były przeróżnym porównaniom opartym na danych pochodzących z systemu. Zestawienia dokonywano w licznych kombinacjach: pomiędzy partnerami sieciowymi, w obrębie własnej działalności samorządu, w oparciu o odpowiednią średnią krajową oraz wyniki maksymalne. Po przejściu tego etapu prace grupy koncentrowały się wokół badania jakości usług. Zastosowano w tym celu specjalnie przygotowane i ustandaryzowane badania ankietowe, osobne dla każdego obszaru usług. Uzyskane wyniki i analizy poddawane były kolejnym dyskusjom w grupach. W końcowej fazie zarządzający dokonywali przeglądu i podsumowania tego, czego nauczyli się w grupie, oraz wybierali konkretny obszar, który miał zostać poddany usprawnieniu. Następnie grupy decydowały o losie dalszej współpracy. Kilka grup uległo rozwiązaniu, ale większość deklarowała dalsze współdziałanie i dzielenie się doświadczeniami [Askim et al., 2006, s. 5–7]. Stosowane w Norwegii podejście benchmarkingowe zorientowane jest na

ciągłe doskonalenie infrastruktury społecznej i technicznej. Rozwinięta infrastruktura i bardziej dostępne usługi tworzą ważną składową jakości życia. Norweskie władze lokalne dążą też do tego, by obywatele otrzymywali usługi o wyższej jakości. Wszystko to sprawia, że wzrasta odczuwany przez mieszkańców poziom dobrostanu.

Inicjatywa norweska stała się inspiracją i wzorem do stworzenia polskich Grup Wymiany Doświadczeń, będących jednym z komponentów projektu *Budowanie potencjału instytucjonalnego samorządów dla lepszego dostarczania usług publicznych* [Potkański, 2008, s. 9]. Działanie Grupy Wymiany Doświadczeń (GWD) oparte było o idee benchmarkingu i benchlearningu. W ramach Grup Wymiany Doświadczeń zgłaszające się do projektu miasta współpracowały ze sobą przez rok, doskonaląc wybrany przez siebie sektor usług publicznych. Miasta, podczas cyklicznych spotkań, wymieniały się doświadczeniami i dobrymi praktykami, mierzyły i porównywały uzyskiwane wyniki (wykorzystywano w tym celu interaktywną bazę danych – System Analiz Samorządowych) oraz opracowywały plan usprawnienia w zakresie realizowania i zarządzania danym obszarem usług. Projekt trwający cztery lata (od 2007 do 2010 r.) był największą tego typu inicjatywą w skali kraju.

Konkursy dla samorządów terytorialnych jako narzędzie benchmarkingowe

Konkursy organizowane dla urzędów administracji publicznej są szczególnym ekwiwalentem gry rynkowej, jaką mogą prowadzić organizacje ukierunkowane na zysk, co z samej swej natury jest niedostępne dla administracji publicznej. Urzędy bardzo mocno zabiegają dzisiaj o atrakcyjny wizerunek, który może zachęcić inwestora, przyciągnąć nowych mieszkańców i turystów. Poniżej przedstawiamy dwa wybrane konkursy, w których organizacje publiczne dokonują samooceny, są oceniane przez panele eksperckie, a także poddają się głosowaniu mieszkańców regionu. Oba przypadki zostały zbadane poprzez analizę dokumentacji i obserwację uczestniczącą.

Plebiscyt *Trzy Korony Małopolski*

Wyrazem postrzegania przez samorząd terytorialny wagi dbałości o jakość życia jest cyklicznie przeprowadzany w Małopolsce plebiscyt pod nazwą Trzy Korony Małopolski. Odbywa się on pod koniec kadencji władz samorządowych. Kończy się zwykle w maju, poprzedzając jesienne wybory samorządowe. Jego trzecia edycja, wyjątkowo – ze względu na dwukrotną powódź w regionie – zakończyła się 29 października 2010 r. Plebiscyt ten ma

charakter konkursu benchmarkingowego. Dzięki swojej formule otwartości i zaangażowaniu wielu środowisk realizuje on skutecznie następujące cele:

- promuje samorządy miast wyróżniające się gospodarnością i przyjaznością dla swoich obywateli,
- szeroko popularyzuje i zwraca uwagę na wybrane cechy świadczące o jakość życia w miastach,
- aktywizuje mieszkańców do wyrażania swojego zadowolenia ze zmian, jakie nastąpiły w mieście podczas mijającej kadencji władz samorządowych.

Organizatorami plebiscytu są Województwo Małopolskie, Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Małopolski, Polskapresse Sp. z o.o. – wydawca dziennika „Polska Gazeta Krakowska", Krakowski Oddział Telewizji Polskiej S.A. oraz Radio Kraków S.A. Plebiscyt polega na wyłonieniu w Małopolsce miast, które w ciągu mijającej kadencji samorządu terytorialnego odnotowały największą poprawę jakości życia. Udział w plebiscycie jest dobrowolny i następuje z chwilą przesłania w określonym czasie wypełnionej przez burmistrzów i prezydentów miast ankiety. Jego bezpośrednim wynikiem jest ocena gospodarności władz samorządowych. Założeniem konkursu jest porównywanie wyników uzyskiwanych przez porównywalne ze sobą miasta – dlatego wyłączono Kraków, który mógłby się porównywać tylko z miastami o podobnej wielkości i randze z innych województw, zaś pozostałe pogrupowane zostały w trzy kategorie wielkościowe, obejmujące miasta liczące:

- poniżej 15 tys. mieszkańców,
- 15–30 tys. mieszkańców,
- powyżej 30 tys. mieszkańców.

Podstawą rankingu, będącego bazą dla wyłonienia zwycięskich miast – najbardziej gospodarnych i przyjaznych swoim obywatelom w każdej kategorii wielkościowej, są trzy rodzaje danych uzyskiwanych dzięki zastosowaniu trzech narzędzi: ankiety plebiscytowej, analizy przedsięwzięć inwestycyjnych i głosowania mieszkańców.

Ankieta plebiscytowa jest narzędziem samooceny, niemniej jednak podane przez miasta informacje są weryfikowane przez organizatorów konkursu. Ankieta pozwala zgromadzić informacje pozwalające skonstruować wskaźniki odzwierciedlające cechy jakości życia, kosztów życia oraz jakości rządzenia.

Jakość życia mierzona jest poprzez zmianę w okresie trwania kadencji wartości następujących wskaźników:

- przyrost/ubytek liczby mieszkańców,

- stopa bezrobocia,
- liczba przestępstw na 1000 mieszkańców,
- procentowy przyrost liczby mieszkańców korzystających z sieci kanalizacyjnej,

- powierzchnia mieszkalna na jednego mieszkańca,
  - wielkość w aktualnym budżecie miasta nakładów na oświatę, kulturę i sport na jednego mieszkańca,
  - średnie wyniki ubiegłorocznych testów po ukończeniu szkoły podstawowej i gimnazjum,
  - liczba węzłów dostępowych do szerokopasmowego internetu na 1000 mieszkańców.

Koszty życia są mierzone poprzez aktualne ceny:

- 1 m^3 ścieków,
- 1 m^3 wody,
- 1 m^3 wywozu śmieci,
- wysokości podatku od nieruchomości dla powierzchni mieszkaniowej.

Jakość rządzenia jest oceniana na podstawie następujących wskaźników:

- średni roczny udział dochodów własnych w budżecie miasta (w okresie kadencji),
- średni roczny udział w budżecie wydatków inwestycyjnych (w okresie kadencji),
- dynamika przyrostu/spadku liczby podmiotów gospodarczych w mieście,
- średni roczny poziom procentowy decyzji administracyjnych uchylonych przez Samorządowe Kolegium Odwoławcze (w okresie kadencji),
- frekwencja wyborcza w ostatnich wyborach samorządowych, parlamentarnych oraz do Parlamentu Europejskiego,
- nakłady na administrację na jednego mieszkańca w roku poprzedzającym plebiscyt,
- wielkość funduszy pozyskanych w okresie mijającej kadencji ze środków Unii Europejskiej na projekty realizowane na terenie miasta na 1000 mieszkańców.

Analiza przedsięwzięć inwestycyjnych dokonywana jest na podstawie dołączonej do ankiety plebiscytowej listy pięciu dowolnie wybranych inicjatyw, zrealizowanych w mieście w czasie ostatniej kadencji, wraz z opisem każdego z tych przedsięwzięć. Dokumentacja jest szczegółowo analizowana i oceniana przez zespół ekspertów, członków Kapituły Konkursu. Ocena aktywności inwestycyjnej stanowi 1/3 syntetycznej, ogólnej oceny miast.

Głosowanie mieszkańców. Wyniki ankiety plebiscytowej zostają upublicznione w postaci zbiorczego zestawienia na łamach *Gazety Krakowskiej* oraz na stronach internetowych organizatorów konkursu wszystkich wskaźników, pogrupowanych w trzy kategorie: jakość życia, koszty życia i jakość rządzenia, dla wszystkich miast – podzielonych na trzy grupy wielkościowe. Przez cały miesiąc, od momentu publikacji, mieszkańcy mogą oddać swój głos na wybrane przez siebie miasto. Kierują się przy tym opublikowanymi danymi dla wszystkich miast oraz własną opinią o jakości życia w mieście, a także jej zmianą – poprawą lub pogorszeniem w okresie kończącej się kadencji. Narzędzia są tak przygotowane, że pojedynczy mieszkaniec może na jednym kuponie wydrukowanym w Gazecie Krakowskiej oddać tylko jeden głos lub zagłosować elektronicznie (z jednego adresu IP można przesłać tylko jeden głos w ciągu 24 godzin). Głosowanie Małopolan jest bardzo ważną częścią procedury, gdyż jakość życia jest *de facto* kategorią subiektywną i nie można jej oceny ograniczyć tylko do wskaźników ilościowych i zobiektywizowanych ocen.

Zintegrowana ocena miast ma trzy równoważne składowe:

- ocena na podstawie wskaźników zmian poszczególnych cech świadczących o jakości i kosztach życia oraz jakości rządzenia w mieście,
- ocena zrealizowanych w czasie kadencji przedsięwzięć, ze względu na ich znaczenie dla poprawy jakości życia w mieście,
- liczba przesłanych głosów poparcia dla każdego miasta[1].

Ocena każdego z powyższych kryteriów stanowi niezależną 1/3 oceny syntetycznej. Na tej podstawie Kapituła Plebiscytu wyłania trzy miasta – laureatów tytułu *Trzy Korony Małopolski* w poszczególnych kategoriach wielkości miast. Każda edycja plebiscytu kończy się uroczystą galą połączoną z wręczeniem nagród i wyróżnień. Warto podkreślić medialny charakter plebiscytu, który stanowi o jego wyjątkowej wartości. Obok promocji najlepiej gospodarujących miast pokazuje on mieszkańcom obiektywne dane pozwalające im zobaczyć, jak różnią się w poszczególnych miastach wybrane wskaźniki świadczące o jakości życia. W każdej edycji plebiscyt staje się podstawą dyskusji i spotyka się z dużym zainteresowaniem mieszkańców. Budzi też postawy obywatelskie i skłania do aktywnego wyrażenia swojej opinii na temat gospodarowania w zamieszkiwanym mieście poprzez poparcie jego kandydatury.

[1] Opracowano na podstawie materiałów wewnętrznych plebiscytu *Trzy Korony Małopolski*.

Konkurs *Wzorcowy Urząd w Małopolsce*

Ideą konkursu *Wzorcowy Urząd w Małopolsce* jest stałe doskonalenie jakości usług świadczonych na rzecz mieszkańców oraz promowanie rozwoju instytucjonalnego administracji samorządowej w województwie małopolskim. Organizatorami Konkursu są Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego oraz FRDL Małopolski Instytut Samorządu Terytorialnego i Administracji w Krakowie, a współorganizatorem – Bank Gospodarstwa Krajowego, Oddział w Krakowie.

Administracja samorządowa zgłasza do konkursu innowacyjne rozwiązania, które wdrożyła w roku poprzedzającym konkurs, a które były ukierunkowane na:

- organizację i zarządzanie lokalnymi usługami publicznymi,
- doskonalenie wewnętrznych systemów organizacji i funkcjonowania urzędu, oddziaływujących na rozwój danej jednostki samorządu terytorialnego,
- racjonalną gospodarkę finansami publicznymi,
- budowę i rozwój społeczeństwa informacyjnego, w tym rozwój e-administracji,
- rozwój lokalny i ponadlokalny,
- promocję wizerunku administracji publicznej,
- rozwój współpracy z otoczeniem, w tym partnerstwo publiczno-prywatne,
- doskonalenie wewnętrznych procedur zapewniających przejrzystość działania i doskonalszą obsługę obywateli.

Procedura realizacji konkursu składa się z kilku etapów i obejmuje:

- złożenie ankiet aplikacyjnych,
- ocenę informacji zawartych w ankietach (I etap konkursu),
- przeprowadzenie audytu w urzędach zakwalifikowanych do finału (II etap konkursu),
- wyłonienie laureatów konkursu,
- przyznanie i wręczenie nagród,
- upowszechnienie wyników konkursu (regulamin konkursu *Trzy Korony Małopolski*, edycja 2010).

W 2010 r. w konkursie wygrały dwa projekty. Pierwszym był **Biuletyn Informacji Publicznej Miasta Krakowa przyjazny niepełnosprawnym** zgłoszony przez Urząd Miasta Krakowa. Celem projektu było realizowanie przedsięwzięć mających na celu polepszenie jakości życia osób niepełnosprawnych oraz wyrównywania szans w uczestnictwie tych osób w życiu społecznym poprzez udostępnianie, docieranie i skuteczne przekazywanie informacji

o sprawach publicznych odnoszących się do samorządu krakowskiego. Grupy docelowe, do których kierowane jest rozwiązanie, to osoby z obniżoną sprawnością sensoryczną: osoby niewidome, niedowidzące, głuche, niedosłyszące, z zaburzeniami percepcji wzrokowej i słuchowej, z obniżoną sprawnością komunikowania się – z utrudnionym kontaktem słownym (zaburzenia mowy), obniżoną sprawnością ruchową oraz osoby dotknięte schorzeniami neurologicznymi, np. epilepsją. Projekt zrealizowano, osiągając szczegółowe cele, takie jak:

- dostosowanie stron WWW Urzędu Miasta Krakowa do wymogów organizacji zajmujących się ustanawianiem standardów tworzenia stron WWW,
- uruchomienie mechanizmów odtwarzania głosowego treści wybranych informacji,
- opracowanie wersji *lite* serwisu www.bip.krakow.pl (specjalnej, uproszczonej graficznie wersji serwisu dedykowanej dla narzędzi odczytujących treść i urządzeń mobilnych typu telefony komórkowe, palmtopy),
- uruchomienie mechanizmów modułu filmowego udostępniającego przetłumaczone na język migowy zasady i zakresy pracy najważniejszych wydziałów urzędu,
- opracowanie samorządowego wirtualnego przewodnika niepełnosprawnych,
- propagowanie działań dla niepełnosprawnych poprzez opracowanie katalogu instytucji przyjaznych niepełnosprawnym na terenie Krakowa,
- prowadzenie szkoleń operatorów platformy BIP Miasta Krakowa.

Drugi nagrodzony projekt to **System Wspomagania Zarządzania Edukacją w mieście Tarnowie (EduNet)** zgłoszony przez Urząd Miasta Tarnowa. System ten jest pionierskim rozwiązaniem z zakresu zarządzania oświatą, które zostało po raz pierwszy w pełni wdrożone w Polsce. Głównym celem tego projektu było szerokie zastosowanie technologii informacji i komunikacji w zarządzaniu edukacją i informacjami na temat edukacji w Tarnowie oraz zwiększenie możliwości publicznego dostępu do Internetu. W wyniku realizacji projektu EduNet stworzone zostało oprogramowanie: System Planowania i Analiz, Portal Edukacyjny, Elektroniczne Środowisko Przepływu Pracy, System Bezpieczeństwa oraz System Automatycznej Weryfikacji Podpisu Elektronicznego. Wdrożenie EduNet pozwoliło poprawić jakość zarządzania edukacją, a dzięki aplikacjom powstałym w ramach EduNet (System Planowania i Analiz, Portal Edukacyjny) wyeliminowano papierowy obieg dokumentów dotyczących wymaganej prawem sprawozdawczości związanej z edukacją.

Po wdrożeniu systemu prowadzony jest elektroniczny nabór do gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych, usprawniono wymianę informacji pomiędzy nauczycielami, uczniami i rodzicami, ułatwiono dostęp do bieżących informacji na temat edukacji w Tarnowie, a

wartością dodaną stało się przeciwdziałanie zjawisku wykluczenia cyfrowego dzięki zapewnieniu powszechnego dostępu do sieci internetowej, jakim jest utworzenie 12 Publicznych Punktów Dostępu do Internetu (materiały wewnętrzne konkursu *Wzorcowy Urząd w Małopolsce*, edycja 2010).

Uczestniczenie przez urzędy w konkursach przynosi im wiele korzyści. Przy okazji odpowiedzi na ankietowe pytania, a także analizując wyniki audytów eksperckich, miasto (region, gmina) doskonali swoje słabsze strony, a poprzez porównanie z najlepszymi kierownictwo urzędu uświadamia sobie potrzebę zmian. Ze względu na stopień szczegółowości wybranych zagadnień konkursy stanowią bardzo ciekawe uzupełnienie wdrożonych systemów zarządzania jakością i są okazją do samooceny. Sukcesy odnoszone przez gminę w konkursach przekładać się mogą na pragmatyczne korzyści dla mieszkańców. Zachęceni przyjaznością gminy inwestorzy lokują swoje przedsiębiorstwa na jej terenie, dając zatrudnienie mieszkańcom, płacąc podatki lokalne i pobudzając rozwój. Nie bez znaczenia jest też duma z bycia obywatelem wyróżnionej gminy i budowanie w ten sposób lokalnej wspólnoty i tożsamości [Batko, 2009].

Zakończenie

Jakość życia utożsamiana jest z subiektywną oceną stopnia zaspokojenia potrzeb. Definiowana jest jako kategoria obejmująca poziom życia oraz poziom satysfakcji z konsumpcji, korzystania ze środowiska, jak również usług świadczonych poprzez infrastrukturę społeczną i komunalną [Bywalec, Rudnicki, 2002, s. 43]. Jednym z elementów budujących jakość życia, obok zadowolenia z życia codziennego i subiektywnej oceny materialnych warunków egzystencji, jest ocena dostępności i funkcjonowania usług [Winiarczyk-Raźniak, 2008, s. 96]. Im szanse i możliwości skorzystania z różnorakich usług publicznych są szersze, tym obywatel będzie postrzegał jakość życia na danym obszarze jako wyższą. Benchmarking usług publicznych, korzystanie ze sprawdzonych wzorców i wcielanie przez samorządy dobrych praktyk realizowanych w innych jednostkach w znacznym stopniu wpływają na poprawę oferty usługowej kierowanej przez sektor publiczny do obywateli. Rozwiązania stosowane przez samorządowych liderów (często wyłonionych w konkursach benchmarkingowych), zaimplementowane następnie przez władze lokalne są oznaką rozwoju i doskonalenia. Pozwalają usprawniać świadczone usługi, podwyższać ich jakość, inspirują do zmian, wprowadzania innowacyjnych rozwiązań, przyczyniają się do większej efektywności

działania organizacji publicznych. Wszystko to przekłada się w bezpośredni sposób na życie społeczności lokalnej i jakość życia poszczególnych mieszkańców.

Bibliografia

1. Batko R., (2009), *Zarządzanie jakością w urzędzie gminy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
2. Bendell T., Boulter L., (2000), *Benchmarking: jak uzyskać przewagę nad konkurencją*, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków.
3. Bogan Ch.E., English M.J., (2006), *Benchmarking jako klucz do najlepszych praktyk: wykorzystuj pomysły najlepszych firm*, Helion, Gliwice.
4. Bywalec Cz., Rudnicki L., (2002), *Konsumpcja*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne Warszawa.
5. Grabowski M. (red.), (2008), *Założenia systemu benchmarkingu wraz z propozycją jego wdrożenia w urzędach pracy w Polsce*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa.
6. Kożuch B., Prawelska-Skrzypek G. (red.), (2007), *Poradnik wdrażania zmian organizacyjnych w PUP*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
7. Kuczewska J., (2007), *Europejska procedura benchmarkingu: programy i działania*, Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości, Warszawa.
8. Opolski K., Modzelewski P., (2004), *Zarządzanie jakością w usługach publicznych*, CeDeWu, Warszawa.
9. Winiarczyk-Raźniak A., (2008), *Wybrane usługi a jakość życia mieszkańców w regionie miejskim Krakowa*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.
10. Woźnicki J. (red.), (2008), *Benchmarking w systemie szkolnictwa wyższego*, Fundacja Rektorów Polskich, Warszawa.
11. Ziębicki B., (2007), *Benchmarking w doskonaleniu organizacji usług użyteczności publicznej*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Kraków.

Bibliografia elektroniczna

1. Askim J. et. al., (2006), *Explaining Organizational Learning from Benchmarking in Networks: Experiences from Norwegian Local Government*, http://soc.kuleuven.be/io/performance/paper/WS3/WS3_Askim_Christophersen_Johnsen.pdf, dostęp: 26.04.2010.
2. Borodako K., (2004), *Benchmarking miast jako wprowadzenie do opracowania działań marketingu terytorialnego*, http://www.swiatmarketingu.pl/index.php?rodzaj=01&id_numer=844523, dostęp: 20.04.2010.
3. Nemec J., Merickova B., Ochrana F. et. al., (2008), *Introducing Benchmarking in the Czech Republic and Slovakia: Processes, Problems and Lessons*, http://web.ebscohost.com/bsi/pdf?vid=15&hid=113&sid=e4b2ee7b-43c7-4395-b15d-74698753de1a%40sessionmgr113, dostęp: 11.05.2010.
4. *Podręcznik dobrych praktyk regionalnych: wskaźniki i benchmarking*, http://www.mwi.pl/dokumenty/tumaczenia-europejskich-publikacji/138-biblioteka-erozwoju.html, dostęp: 17.04.2010.
5. Potkański T., (2008), *System Analiz Samorządowych*, wystąpienie na seminarium *Techniki zarządcze w administracji publicznej* zorganizowanym przez Fundację Rozwoju Lubelszczyzny w Lublinie, http://www.sas.zmp.poznan.pl/informacje/SAS_referat_na_konf_Lublin.pdf, dostęp: 04.06.2010.

6. Triantafillou P., (2007), *Benchmarking in the Public Sector: A Critical Conceptual Framework*, http://web.ebscohost.com/bsi/pdf?vid=12&hid=113&sid=e4b2ee7b-43c7-4395-b15d-74698753de1a%40sessionmgr113, dostęp: 10.05.2010.

Materiały niepublikowane

1. Materiały wewnętrzne plebiscytu *Trzy Korony Małopolski*, edycja 2010.
2. Materiały wewnętrzne konkursu *Wzorcowy Urząd w Małopolsce*, edycja 2010.
3. Regulamin konkursu *Trzy Korony Małopolski*, edycja 2010.
4. Regulamin konkursu *Wzorcowy Urząd w Małopolsce*, edycja 2010.

Streszczenie

W artykule analizujemy wpływ benchmarkingu na podniesienie jakości zarządzania organizacjami publicznymi, a co za tym idzie na podniesienie jakości życia mieszkańców. Podkreślając specyfikę benchmarkingu w organizacjach sektora publicznego, dostrzegamy również fakt, że dzięki jego zastosowaniu jednostka publiczna może zwiększyć swoją innowacyjność poprzez adaptację rozwiązań stosowanych w sektorze biznesowym, spojrzeć na swą działalność z innej perspektywy i przekroczyć ograniczenia kulturowe. Autorzy, dzięki zastosowaniu obserwacji uczestniczącej i analizy dokumentacji, opisali dwa studia przypadków małopolskich konkursów dla samorządów terytorialnych wykorzystywanych jako narzędzie benchmarkingowe – plebiscytu *Trzy Korony Małopolski* i konkursu *Wzorcowy Urząd w Małopolsce*.
Słowa kluczowe: benchmarking, zarządzanie publiczne, administracja publiczna

Evaluation of the quality of life as a criterion for benchmarking awards presented to public administration offices

Summary

In this paper we analyze the impact of benchmarking on improving quality management in public organizations, and the positive effect such improved public organizations exert on their citizens' quality of life. While emphasizing the specificity of benchmarking in public sector organizations we also make note of the fact that through the use of benchmarking, a public entity can, by adapting to its own purposes the solutions applied in the business sector, increase its innovativeness, view its activities from a different perspective, and venture beyond cultural restrictions. The authors, by using participant observation and document analysis, describe two case studies entailing two Lesser Poland competitions for best local government which are used as benchmarking tools: The Three Crowns of Lesser Poland Plebiscite and The Model Office of Lesser Poland Competition.
Keywords: benchmarking, public management, public administration

Usługi publiczne a jakość życia w regionach peryferyjnych

Dr hab. Renata Przygodzka*

Wprowadzenie

Teoria ekonomii oraz dotychczasowe badania wskazują, że rozwój gospodarczy postępuje nierównomiernie w poszczególnych krajach, regionach i mikroregionach. Jako zasadniczą przyczynę tych różnic tradycyjnie postrzegano odległość od ukształtowanych centrów rozwoju gospodarczego. Współcześnie peryferyjność jest rozpatrywana nie tylko z uwzględnieniem czynników przestrzennych i lokalizacyjnych, lecz przede wszystkim z punktu widzenia dystansu organizacyjno-instytucjonalnego. Dystans ten wyraża się m.in. w niskim poziomie jakości życia, który pogłębia problemy regionów peryferyjnych. Należą do nich przede wszystkim: depopulacja, starzenie się społeczeństwa, niski poziom aktywności ekonomicznej i zawodowej społeczności lokalnych przekładający się na niski poziom aktywności sektora rynkowego. W regionach takich najważniejszym pracodawcą i kreatorem rozwoju staje się państwo i sektor publiczny, a usługi dostarczane głównie przez ten sektor (administracyjne, edukacyjne, zdrowotne, kulturalne, infrastrukturalne itp.) mają istotne znaczenie dla kształtowania ogólnych warunków rozwoju społeczno-ekonomicznego, decydujących o jakości życia, przy czym zakres tego oddziaływania jest stosunkowo słabo rozpoznany.

W artykule podjęto próbę wykazania, że o jakości życia w regionach peryferyjnych decydują przede wszystkim usługi publiczne, a zwłaszcza ich struktura, jakość i dostępność dla społeczności lokalnych, zatem skuteczne zarządzanie procesami dostarczania usług publicznych w tych regionach może stać się czynnikiem poprawy jakości życia. Podjęta problematyka ma charakter interdyscyplinarny, lecz przede wszystkim wpisuje się w teorię ekonomii sektora publicznego, teorię zarządzania publicznego oraz teorię zrównoważonego rozwoju. Z punktu widzenia teorii ekonomii sektora publicznego stawia się tutaj pytanie o rolę sektora publicznego w procesach rozwojowych oraz jego znaczenie dla wzrostu jakości i poziomu życia. To z kolei wiąże się z kwestią efektywności i sprawności funkcjonowania sektora publicznego i usług publicznych (problemy te rozważają ekonomia sektora

* Dr hab. Renata Przygodzka, prof. UJ, Instytut Spraw Publicznych UJ

publicznego i teoria zarządzania publicznego). Badania odnoszą się także do teorii dobrobytu społecznego: zawarte jest w nich pytanie o istotę kategorii dobrobytu społecznego, o jego wskaźniki, a także o istotę kategorii „poziom życia" oraz „jakość życia". W kontekście teorii zrównoważonego rozwoju badania na temat jakości życia w regionach peryferyjnych odnoszą się bezpośrednio do zasadniczego celu rozwoju zrównoważonego, którym jest sprawiedliwość wewnątrzpokoleniowa. W obecnej sytuacji gospodarczej na świecie i przy obecnym poziomie zróżnicowania rozwoju regionów można stwierdzić, że współczesna gospodarka rozwija się w oparciu o przeciwstawną zasadę: niesprawiedliwości wewnątrzpokoleniowej. Zarazem realizacja zasady sprawiedliwości wewnątrzpokoleniowej wymaga poprawy sprawności dostarczania usług publicznych: w regionach peryferyjnych siłą rzeczy ilość działających podmiotów gospodarczych jest ograniczona, a zatem warunki życia są gorsze niż w regionach wysoko rozwiniętych. Pobudzanie przedsiębiorczości w tym przypadku często okazuje się nieskuteczne, a usługi publiczne generują podstawowe miejsca pracy oraz decydują o ich podaży.

Za podjęciem powyższych rozważań przemawia wiele przesłanek zarówno natury teoretycznej, jak i empirycznej. Na przykład Unia Europejska w długoterminowych celach badawczych akcentuje problematykę rozwoju zrównoważonego, którego trwałym elementem jest jakość życia. Istotna jest również kwestia funkcjonowania sfery publicznej, w tym poprawy efektywności i racjonalizacji działań podmiotów sektora publicznego świadczących usługi publiczne. Podjęcie rozważań z zakresu proponowanej problematyki ważne jest także w naszym kraju. Wskazują na to założenia raportu *Polska 2030. Wyzwania rozwojowe*, które za kluczowe czynniki rozwoju uznają m.in. efektywną dyfuzję rozwoju w wymiarze regionalnym i społecznym oraz wzmocnienie kapitału społecznego i sprawności państwa. Co ważne również, w przywołanym raporcie podkreśla się potrzebę „przeorientowania sposobu pracy sektora publicznego, by tworzone w Polsce regulacje oraz logika pracy instytucji publicznych sprzyjały a nie przeszkadzały inwestycjom i podnoszeniu produktywności w sektorze prywatnym – władza ustawodawcza, wykonawcza i sądownicza w Polsce muszą zmienić się tak, by deregulacja, podnoszenie efektywności i nastawienie na klienta, jakim jest obywatel i przedsiębiorca, stały się codzienną praktyką" [*Polska 2030…*, 2009]. Podjęte rozważania, poprzez wykazanie, że sektor publiczny odgrywa ważną rolę w zaspokajaniu podstawowych potrzeb społeczności wielu regionów i gmin, a zatem sposób, w jaki realizowane są usługi publiczne, przekłada się na jakość życia tych społeczności, wpisują się w kluczowy obszar strategiczny raportu, jakim jest „Sprawne państwo". Obszar ten obejmuje fundamentalne dla polskiego społeczeństwa i gospodarki kwestie, czyli: efektywność

instytucji publicznych, zarządzanie rozwojem kraju, jakość tworzenia i wdrażania instrumentów regulacyjnych i legislacyjnych, funkcjonowanie wymiaru sprawiedliwości, bezpieczeństwo publiczne, prawa konsumenta, komunikację i dialog, usługi publiczne, pozycję międzynarodową kraju.

Oddziaływanie usług publicznych na jakość życia społeczności regionów peryferyjnych jest z całą pewnością wieloaspektowe, jednak dotychczas problematyka ta nie została w sposób kompleksowy podjęta i zbadana. Oznacza to, że prowadzono wiele badań z zakresu definiowania i mierzenia jakości życia, pomiaru ilości i jakości usług publicznych. Prowadzono także badania nad specyfiką i czynnikami rozwoju regionów peryferyjnych. Badania te jednak nie podejmowały próby odpowiedzi na pytanie, jaka jest rola usług publicznych w kształtowaniu jakości życia w regionach peryferyjnych oraz czy poprawa struktury, jakości i dostępności do usług publicznych może oddziaływać na poprawę jakości życia w regionach peryferyjnych, przede wszystkim podnosząc ich atrakcyjność z punktu widzenia społeczności lokalnych, wpływać na zapewnienie realizacji zasad zrównoważonego rozwoju oraz przeciwdziałać negatywnym zjawiskom charakterystycznym dla regionów peryferyjnych (depopulacja i „wymieranie"). Podjęte rozważania stanowią próbę częściowego wypełnienia luki w tym zakresie.

Realizację celu oparto na kanwie metody dedukcji, której istotą jest poszukiwanie związków przyczynowo-skutkowych. Artykuł ma charakter teoretyczny, a jego podstawę stanowią studia literatury przedmiotu, zarówno krajowej, jak i zagranicznej. Struktura logiczna tekstu wynika z potrzeby zdefiniowania podstawowych dla rozważań kategorii, czyli usług publicznych, jakości życia oraz regionów peryferyjnych, by następnie na tym tle wykazać podstawowe zależności, jakie zachodzą pomiędzy nimi.

Usługi publiczne, ich istota, specyfika oraz oddziaływanie na społeczeństwo, gospodarkę i środowisko

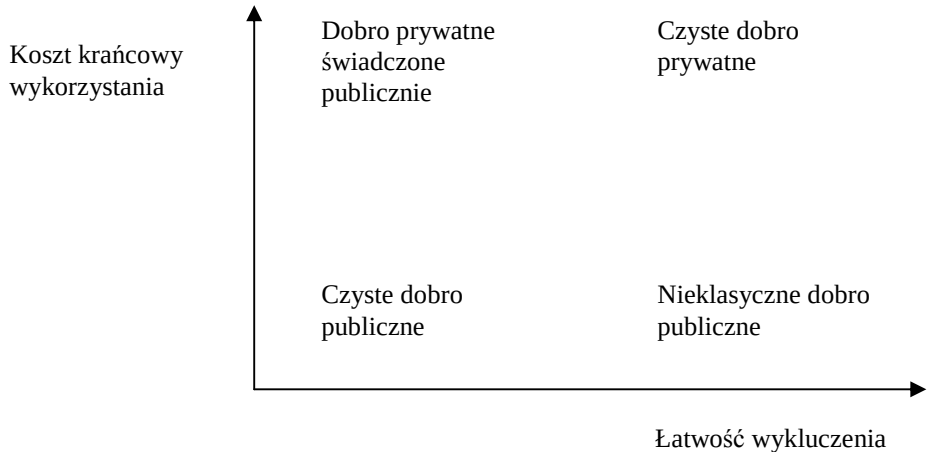
Chociaż sektor usług decyduje o tempie rozwoju współczesnych gospodarek, samo definiowanie tej kategorii ekonomicznej związane jest z licznymi trudnościami. Wynika to ze specyfiki usług, ich różnorodnych form i dziedzin. Podkreśla to definicja encyklopedyczna, zgodnie z którą „usługa – to działalność gospodarcza, która nie polega na wytwarzaniu dóbr materialnych, ale ma charakter świadczeń osób fizycznych i prawnych na rzecz innych osób (…) obejmuje transport, łączność, handel, gospodarkę komunalną, ochronę zdrowia, oświatę, administrację, wymiar sprawiedliwości, instytucje finansowe i ubezpieczeniowe itp."

[*Encyklopedia…*, 2004, t. 8, s. 432]. Szeroki przegląd zagadnień z tym związanych prezentują S. Flejterski i in. [2005, s. 32–36, 41–57]. Podobne problemy dotyczą definiowania usług publicznych. Niektórzy autorzy próby wyjaśnienia pojęcia usług publicznych wywodzą z kategorii usług [Miszczuk i in., 2007, s. 139], jednak wydaje się, że bardziej poprawne jest poszukiwanie odniesienia do teorii dóbr publicznych. Przemawia za tym fakt, że cytowana już definicja usługi wskazuje, iż działalność ta „nie polega na wytwarzaniu dóbr materialnych", podczas gdy powszechnie powoływana definicja usług publicznych podkreśla, że „usługi publiczne obejmują dobra materialne lub niematerialne, których dostarczanie – z przyczyn głównie ekonomicznych – nie może być zagwarantowane w obrocie cywilnoprawnym oraz w odniesieniu do których nie można z założenia wykluczyć kogokolwiek z prawa korzystania z nich" [Kijowski i in., 2004, s. 46]. Podejście to bezpośrednio nawiązuje do cech dobra publicznego.

Teoria dóbr publicznych jest ściśle związana z teorią mikroekonomicznych niesprawności mechanizmu rynkowego [*Encyclopedia of Political…*, 1999, s. 934]. Zgodnie z nią dobra publiczne ze względu na swoje cechy są dobrami konsumowanymi kolektywnie przez społeczności i jako takie wywołują problemy efektywnościowe dla prywatnych rynków [*International Encyclopedia…*, 1997, s. 614]. Do cech tych zalicza się:

1) trudność wyłączenia kogokolwiek z konsumpcji (korzyści z konsumpcji czerpie wiele podmiotów – wspólna konsumpcja, przy czym żaden z nich nie jest na ogół zainteresowany finansowaniem ich dostarczania – problem gapowicza);
2) niski koszt krańcowy włączenia dodatkowych osób do konsumpcji (konsumpcja nie jest przedmiotem rywalizacji – inaczej: ma nierywalizacyjny charakter).

Łącznie cechy te występują w czystych dobrach publicznych, do których tradycyjnie zalicza się obronę narodową czy też ułatwienia w nawigacji. Finansowanie wytwarzania takich dóbr na ogół wymaga zaangażowania państwa (system podatkowy), bowiem rynki prywatne nie byłyby zainteresowane dostarczaniem dóbr, za które nikt nie chciałby płacić.



Rys. 1. Dobra dostarczane przez sektor publiczny
Źródło: [Stiglitz, 2004, s. 157].

Uwzględnienie dwóch cech dóbr publicznych pozwala na wyodrębnienie czterech głównych grup dóbr dostarczanych przez sektor publiczny (rys. 1.). Czyste dobra stanowią współcześnie margines tej aktywności. W praktyce dominują dobra o charakterze mieszanym (*mix-goods*, *merit-goods*), czyli takie, które w pewnym stopniu wykazują jedną z dwóch cech dóbr publicznych. Szczególnym przypadkiem są dobra, których wzrost produkcji, niezbędny do zaspokojenia potrzeb dodatkowych osób, wiąże się z wysokim kosztem krańcowym. Określa się je mianem dóbr prywatnych pochodzących ze źródeł publicznych [Stiglitz, 2004, s. 161]. Do takich dóbr można zaliczyć edukację czy też ochronę zdrowia. Zakres ich publicznego charakteru jest konsekwencją poziomu finansowania ze środków publicznych, a ten z kolei jest efektem umowy społecznej. Nie we wszystkich krajach zakres publicznego finansowania obejmuje wszystkie poziomy edukacji bądź też wszystkie rodzaje usług medycznych. Wręcz przeciwnie – w wielu krajach społeczeństwo aktywnie uczestniczy we współfinansowaniu produkcji tych dóbr i usług. Jak słusznie podkreśla J. Kleer, jest to rezultat wielu okoliczności, związanych z historią, kulturą czy też systemem wartości [Kleer i in., 2005, s. 55]. Zatem interwencja państwa związana z dostarczaniem dóbr i usług publicznych może polegać na [Acocella, 2002, s. 134]:

1) produkcji publicznej, gdy państwo poprzez swoje instytucje podejmuje bezpośrednie działania na rzecz dostarczenia tych dóbr społeczeństwu;
2) produkcji prywatnej połączonej z podatkami i subsydiami mającymi na celu wspieranie niektórych działalności lub zniechęcanie do nich oraz
3) produkcji prywatnej poddanej regulacji państwa.

W Polsce, zgodnie z założeniem, że dostawca usług powinien znajdować się bliżej usługobiorcy, wraz z procesem decentralizacji scedowano na poziom samorządów gminnych rozliczne zadania związane z zaspokajaniem potrzeb obywateli[2]. Jedną z najważniejszych cech usług publicznych pozostaje jednak odpowiedzialność administracji publicznej za organizację ich świadczenia w sposób zapewniający ciągłość i trwałość. Przy czym co ważne, sama odpowiedzialność władz publicznych za dostarczanie usług nie oznacza, że władza ta musi uczestniczyć w tym procesie bezpośrednio. Coraz częściej, w zależności od charakteru usługi publicznej, jej wykonanie przekazuje się innym podmiotom. To szczególne rozdzielenie funkcji organizatora i funkcji wykonawcy tworzy warunki dla uruchomienia konkurencji na rynku usług społecznych lub komunalnych. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera właściwa organizacja systemu świadczenia usług publicznych i zarządzania ich rozwojem.

Usługi publiczne obejmują szeroki wachlarz działań na rzecz społeczeństwa. Zalicza się do nich przede wszystkim:

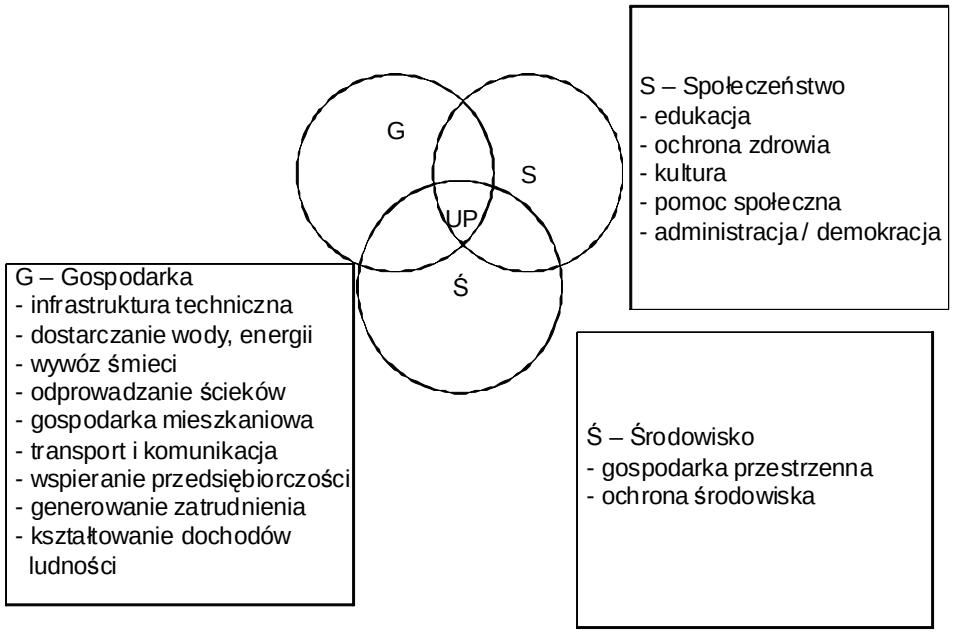
- usługi administracyjne,
- usługi społeczne,
- usługi techniczne (komunalne).

Usługi administracyjne obejmują wszelkie działania związane z wydawaniem decyzji administracyjnych, zezwoleń, koncesji, dokumentów, gromadzeniem i przechowywaniem informacji, baz danych itp. Tego typu usługi realizowane są wyłącznie w urzędach administracji samorządowej, które pełnią rolę zarówno organizatora usług, jak i ich wykonawcy. Standardy realizacji tego rodzaju usług związane są w zasadzie z poziomem kultury obsługi interesantów (klientów) w określonym urzędzie [Kijowski i in., 2004, s. 47]. Usługi społeczne zawierają katalog działań w obszarze ochrony zdrowia, edukacji, oświaty i wychowania, kultury, kultury fizycznej i rekreacji, pomocy i opieki społecznej, mieszkalnictwa czy też bezpieczeństwa publicznego. Wykonywane są zwykle przez samorządowe jednostki organizacyjne lub jednostki posiadające osobowość prawną, dla których organem założycielskim jest samorząd terytorialny. Natomiast usługi techniczne, często określane mianem komunalnych, obejmują usługi z zakresu transportu i infrastruktury, gospodarki wodnej (zaopatrzenia w wodę i kanalizacji), gospodarki odpadami oraz utrzymania porządku i czystości, cmentarnictwa, zaopatrzenia w energię (elektroenergetyka,

[2] Jest to zgodne z tzw. teorematem Oatesa, zgodnie z którym „zdecentralizowane i zróżnicowane dostarczanie dóbr i usług publicznych jest lepsze od jednolitego centralnego ze względu na możliwość uwzględnienia lokalnych potrzeb i preferencji" [Kopczewska, 2008, s. 112].

gazownictwo, ciepłownictwo) oraz zieleni publicznej. Świadczenie tego typu usług może się odbywać przez jednostki podległe samorządowi (zakłady budżetowe, spółki komunalne) lub przez spółki o kapitale mieszanym. Samorząd terytorialny może również zlecać świadczenie usług przedsiębiorstwom prywatnym w drodze umowy, z zastosowaniem przepisów ustawy o zamówieniach publicznych. Jednak należy podkreślić, że odpowiedzialność za świadczenie usług komunalnych o określonym standardzie zawsze spoczywa na danej jednostce samorządu terytorialnego.

Biorąc pod uwagę specyficzne cechy usług publicznych, fakt ich dostarczania głównie na poziomie lokalnym oraz ich szeroki wachlarz, można stwierdzić, że struktura, jakość oraz dostępność usług publicznych należą do najważniejszych czynników kształtowania warunków życia społeczności lokalnych. Jeśli warunki te z kolei uporządkuje się zgodnie z koncepcją zrównoważonego rozwoju uwzględniającą trzy komponenty (społeczeństwo, środowisko i gospodarkę), to można zbudować model, który prezentuje oddziaływanie usług publicznych na te składowe (rys. 2.).



Rys. 2. Oddziaływanie usług publicznych na trzy podsystemy zrównoważonego rozwoju
Źródło: opracowanie własne.

Poprzez kompleksowe dostarczanie usługi publiczne w istotnym stopniu kształtują ogólne uwarunkowania, w jakich dokonują się procesy gospodarcze. Aktywność podmiotów

jest mocno zdeterminowana jakością infrastruktury technicznej, ale także działaniami na rzecz wspierania przedsiębiorczości. Ponieważ usługi te świadczone są przez różne podmioty (jednostki sektora finansów publicznych, spółki komunalne, spółki z udziałem kapitału mieszanego, przedsiębiorstwa prywatne), oznacza to, że generują miejsca pracy oraz kształtują dochody przynajmniej części lokalnej społeczności. Równie ważne jest oddziaływanie usług publicznych na społeczeństwo. Dostęp do edukacji, ochrony zdrowia, kultury, pomocy społecznej, a także usług administracyjnych przekłada się na jakość kapitału ludzkiego oraz poczucie bezpieczeństwa większości mieszkańców. Chęć partycypowania obywateli w sprawowaniu władzy i procesie podejmowania decyzji buduje z kolei postawy obywatelskie i wpływa na jakość kapitału społecznego. Usługi publiczne przekładają się także na jakość środowiska, głównie poprzez szeroko pojęte działania ochronne oraz racjonalne gospodarowanie przestrzenią.

Reasumując, należy podkreślić, że istnieje silny i wielowymiarowy związek pomiędzy usługami publicznymi a zrównoważonym rozwojem społeczności lokalnych.

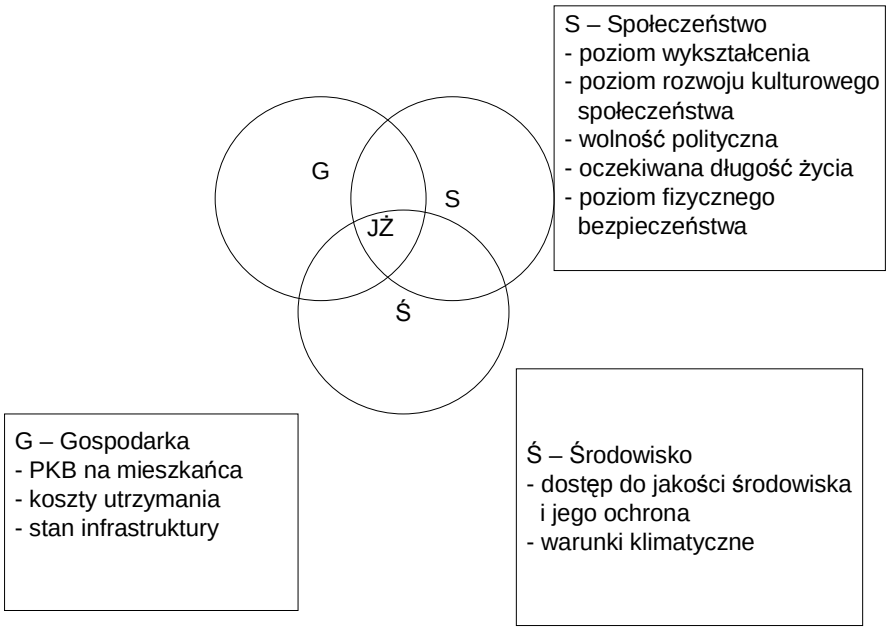
Jakość życia jako kategoria wielowymiarowa

Podobnie jak kategoria usług publicznych, również pojęcie jakości życia napotyka na trudności definicyjne. Po raz pierwszy pojęcie to zostało użyte przez J.K. Galbraitha w 1963 r. w przemówieniu skierowanym do członków American Association for the Advancement of Science [*Encyclopedia of Political…*, 1999, s. 937]. W krótkim czasie zostało przejęte przez ruch społeczny krytykujący zwolenników dynamicznego wzrostu gospodarczego, konsumpcjonizmu oraz postępu technologicznego, a z czasem na stałe weszło do nauk społecznych. Od tego momentu definiowanie i operacjonalizacja jakości życia były podejmowane wielokrotnie przez różne ośrodki naukowe i różnych badaczy.

Według Encyklopedii Powszechnej jakość życia to „stopień zaspokajania potrzeb materialnych i niematerialnych, spełnienie standardów lub realizacja wartości: biologicznych, psychologicznych, społecznych i politycznych, kulturowych, ekonomicznych, ekologicznych jednostek, rodzin i zbiorowości" [*Encyklopedia…*, 2004, t. 4, s. 76]. Pojęcie jakości życia określa wielowymiarowy poziom samorealizacji człowieka. Na ogół uważa się, że jakość życia powinna być traktowana jako relacja między wartościami, stylami życia, potrzebami i warunkami życia. Te kategorie można zobiektywizować za pośrednictwem systemu wskaźników materialnych i niematerialnych [Poskrobko, 2007, s. 13]. W praktyce okazuje się, że możliwe ujęcia tej kategorii są bardzo liczne. Jedną ze szczególnie interesujących jest

propozycja T. Borysa, bowiem uwzględnia on dwie interpretacje jakości życia: jakość życia typu „mieć" (dobrobyt) oraz jakość życia typu „być" (dobrostan), a ponadto wymienia sześć dziedzinowych koncepcji jakości życia (łącznie siedem typologii) [Borys, 2008].

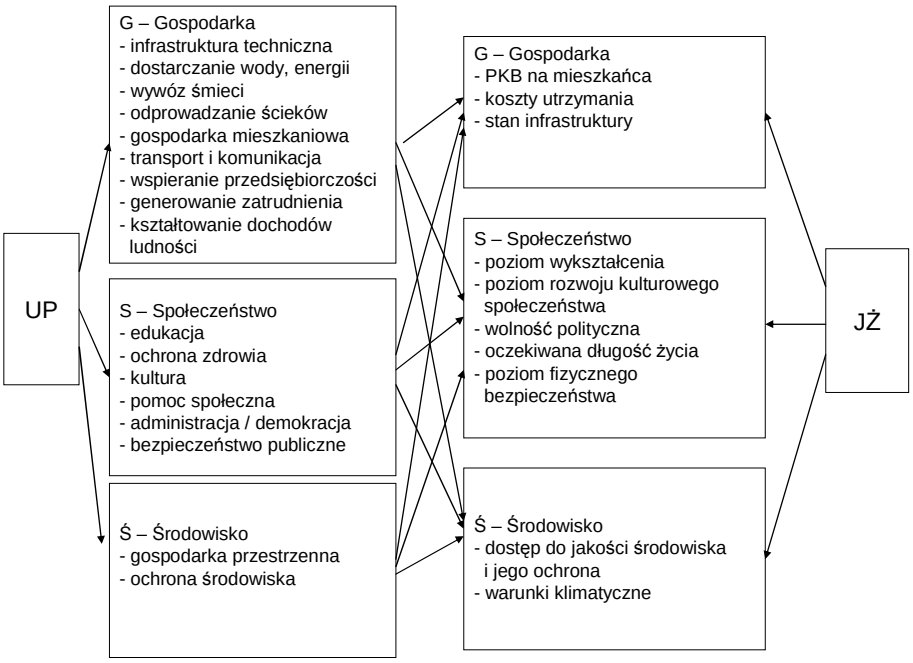
W badaniach nad jakością życia kluczowe znaczenie ma budowanie wskaźników pozwalających opisać kluczowe aspekty tej kategorii. Jednym z najbardziej znanych i stosowanych do tworzenia rankingów państw jest wskaźnik HDI. Uwzględnia on trzy składowe, a mianowicie: długość trwania życia ludzkiego, dostęp do oświaty oraz PKB na głowę mieszkańca. Bardziej złożoną koncepcję jakości życia i jej pomiaru (w postaci wskaźnika QLI) przedstawili w 2005 r. autorzy związani z czasopismem „The Economist". W ich opinii kluczowe dla jakości życia są: sytuacja materialna, zdrowie, życie rodzinne, życie wspólnotowe, klimat i geografia, bezpieczeństwo zatrudnienia, wolność polityczna oraz równość płci. Jak podkreśla D. Kiełczewski, omówiona idea i opracowany na jej podstawie wskaźnik właściwie pomija wpływ środowiska przyrodniczego na jakość życia, sprowadzając go jedynie do kategorii „zdrowie" (tak jak w przypadku HDI) oraz „klimat i geografia" (ale chodzi tylko o strefę klimatyczną, w jakiej się żyje). Tej wady nie ma inny wskaźnik QLI, opracowany przez magazyn „International Living". Zastosowano w nim nieco inną metodologię, uznając, że dla jakości życia kluczowe są: koszty utrzymania, poziom wykształcenia i rozwoju kulturowego społeczeństwa, PKB na mieszkańca, dostęp do jakości środowiska i jego ochrona, wolność polityczna, oczekiwana długość życia, stan infrastruktury, poziom fizycznego bezpieczeństwa (ochrona przed przestępczością), warunki klimatyczne [Kiełczewski, 2009, s. 112]. Jeśli zatem przyjąć, że jakość życia jest wypadkową wymienionych czynników i jednocześnie dokonać ich rozgraniczenia na trzy podstawowe podsystemy zrównoważonego rozwoju, to można uzyskać model zaprezentowany na rys. 3.
Wynika z niego, że jakość życia w podsystemie gospodarki zdeterminowana jest poziomem dochodów, wysokością kosztów utrzymania i stanem infrastruktury. W podsystemie społeczeństwa zależy od poziomu edukacji, kultury, wolności politycznej, długości życia, poziomu bezpieczeństwa publicznego. Natomiast w sferze środowiska to jego jakość oraz warunki klimatyczne przekładają się na jakość życia. Podkreślić należy, że pomiędzy poszczególnymi kategoriami zachodzą sprzężenia zwrotne.



Rys. 3. Jakość życia jako wypadkowa oddziaływania trzech podsystemów
Źródło: opracowanie własne.

Model oddziaływania usług publicznych na jakość życia

Jeśli przyjmie się, że wyznacznikiem rozwoju współczesnych społeczeństw jest koncepcja zrównoważonego rozwoju, której główne cele sprowadzają się do sprawiedliwości wewnątrz- i międzypokoleniowej, oznacza to, że występuje konieczność nie tylko zintegrowanego ujmowania środowiskowych, gospodarczych i społecznych problemów, lecz również postrzegania ich w długookresowej perspektywie [Kiełczewski, 2008, s. 27]. Podejście takie pozwala na zbudowanie modelu oddziaływania usług publicznych na podsystemy zrównoważonego rozwoju, czyli gospodarkę, społeczeństwo i środowisko (rys. 2). Z drugiej strony, jeśli przyjąć, że jakość życia jest wypadkową kategorii ściśle związanych ze sferą gospodarki, społeczeństwa i środowiska (rys. 3), to łącząc oba modele, uzyskuje się model oddziaływania usług publicznych na jakość życia (rys. 4). Wielowymiarowość zarówno usług publicznych, jak i jakości życia sprawia, że powiązań i sprzężeń pomiędzy oboma kategoriami jest bardzo wiele.



Rys. 4. Model oddziaływania usług publicznych na jakość życia
Źródło: opracowanie własne.

Przede wszystkim należy zacząć od tego, że usługi publiczne są ważną częścią gospodarki, bowiem zapewniają miejsca pracy i determinują poziom dochodów w wielu sektorach (administracja, edukacja, ochrona zdrowia, bezpieczeństwo publiczne, usługi transportowe, komunalne itp.). Koszty świadczenia usług (zwłaszcza komunalnych), a zatem ceny, jakie muszą płacić mieszkańcy za dostarczenie wody, energii, utylizację odpadów itp., w istotnym stopniu kształtują koszty utrzymania. Z kolei aktywność w zakresie inwestycji infrastrukturalnych przekłada się na stan infrastruktury, ale także na ochronę środowiska, a ta na długość życia.

Dostęp do usług społecznych jest w powszechnym odczuciu jednym z najważniejszych czynników determinujących poziom jakości życia. Usługi edukacyjne, a zwłaszcza możliwość uzyskania dobrego wykształcenia na każdym etapie rozwoju, zwiększa szanse na podniesienie jakości kapitału intelektualnego. Dostęp do usług z zakresu ochrony zdrowia poprawia kondycję zdrowotną społeczeństwa oraz zwiększa oczekiwaną długość życia. Publiczne instytucje kultury i ich aktywność przyczyniają się do rozwoju kulturowego społeczeństwa, który jest równie ważnym jak edukacja czy ochrona zdrowia czynnikiem jakości życia. Podobne znacznie ma dostęp do pomocy społecznej. Jej zadaniem jest wspieranie rodzin i osób, które z różnych powodów nie są w stanie samodzielnie zapewnić sobie minimalnego standardu życia. Jakość życia tworzy także poczucie bezpieczeństwa

fizycznego. Za jego kształtowaniem stoją odpowiednie służby, a wśród nich policja, wojsko, straż graniczna, straż pożarna, straż miejska, służby kryzysowe itp. Ich sprawne działanie przyczynia się do ograniczania bądź eliminowania zagrożeń wynikających z działalności grup przestępczych, napadów, kradzieży, ale także klęsk żywiołowych itp.

Bardzo ważnym aspektem jakości życia we współczesnych społeczeństwach jest również wolność polityczna. Jest ona ściśle związana z przyjętym w danym społeczeństwie systemem demokracji oraz jej instytucjami, a zwłaszcza administracją publiczną funkcjonującą zarówno na szczeblu centralnym, jak regionalnym i lokalnym. Oddziaływanie administracji na jakość życia jest wieloaspektowe. Z jednej strony bowiem jest ona podmiotem świadczącym usługi z zakresu administracji, z drugiej – jest odpowiedzialna, jak już podkreślono, za ciągłość i trwałość dostarczania pozostałych usług publicznych, a z trzeciej w istotnym stopniu wpływa na kształtowanie ogólnych warunków rozwoju gospodarczego, społecznego i środowiskowego. Ta wieloaspektowość oddziaływania administracji publicznej na wszystkie wymiary jakości życia podkreśla jej znaczenie w ogólnym kontekście, ale również jako organizatora usług publicznych.

Usługi na rzecz ochrony środowiska określają dostęp do jego jakości. I chociaż trudno oczekiwać działań w zakresie kształtowania klimatu, jednak szczególnego znaczenia nabierają wszelkie formy aktywności zmierzające do ochrony zasobów środowiskowych, co można osiągnąć głównie poprzez racjonalną i świadomie kreowaną gospodarkę przestrzenną oraz politykę proekologicznego rozwoju.

Zatem niewątpliwie stwierdzić można, że usługi publiczne w istotnym stopniu wpływają na jakość życia.

Znaczenie usług publicznych w kształtowaniu jakości życia w regionach peryferyjnych

Na ogół obszary peryferyjne kojarzą się z obszarami oddalonymi od jakiegoś centrum. W tym kontekście oddalenie to wynika z położenia geograficznego. Ponieważ często konsekwencją tak rozumianej peryferyjności jest zacofanie ekonomiczne i społeczne, stąd też obszary peryferyjne postrzegane są jako odległe geograficznie i opóźnione w rozwoju społeczno-ekonomicznym[3]. Na charakter tak ujętej peryferyjności wpływają cechy sprawcze, bezpośrednio decydujące o peryferyjności (np. wysokie koszty transportu), cechy zależne, wynikające bezpośrednio z cech sprawczych (np. niski poziom przedsiębiorczości, wysokie

[3] Jest to ujęcie tradycyjne, w którym peryferyjność zdeterminowana jest czynnikami o charakterze przestrzennym i w związku z tym łączy się z koniecznością fizycznego pokonywania odległości.

koszty usług) oraz cechy towarzyszące, które pośrednio wiążą się z cechami sprawczymi (np. dominujący w strukturze gospodarki sektor pierwotny, niski poziom infrastruktury instytucjonalnej) [Olechnicka, 2003, s. 100].

Pojęcie obszaru peryferyjnego powinno być definiowane w ściśle sprecyzowanym kontekście w zależności od punktu odniesienia. Na przykład Polska jest niewątpliwie obszarem peryferyjnym z punktu widzenia Unii Europejskiej, ale z punktu widzenia Polski takim obszarem może być województwo podlaskie. Określenie punktu odniesienia jest niezwykle ważne, bowiem konkretny region może przejawiać cechy peryferyjności w jednej sferze, a równocześnie może stanowić centrum w innej. Na przykład to samo województwo podlaskie, które pod wieloma względami można traktować jako obszar peryferyjny Polski, z punktu widzenia walorów przyrodniczych stanowi swoiste centrum nie tylko Polski, lecz również Europy (obszar Zielonych Płuc Polski).

W badaniu stopnia peryferyjności danego obszaru ważne jest zidentyfikowanie dystansu dzielącego go od innych, potraktowanych jako punkt odniesienia. Uwzględniając powyższe, można mówić o trzech rodzajach dystansu, tzn. geograficznym, organizacyjnym i instytucjonalnym [Olechnicka, 2003, s. 98]. Istotne przekształcenia współczesnej gospodarki, polegające na dynamicznym rozwoju infrastruktury komunikacyjnej i informatycznej, sprawiają, że dystans geograficzny odgrywa coraz mniejszą rolę. Oznacza to, że o peryferyjności decyduje obecnie dystans organizacyjny i instytucjonalny. Ten pierwszy wynika przede wszystkim ze sposobów organizacji produkcji, natomiast drugi – ze stopnia rozwoju instytucji zarówno formalnych, jak i nieformalnych.

Pod pojęciem obszaru peryferyjnego należy więc rozumieć region charakteryzujący się przede wszystkim prostą strukturą gospodarczą, niską jakością kapitału ludzkiego oraz niewykształconą warstwą instytucjonalną.

W poprzednim punkcie stwierdzono, że usługi publiczne oddziałują na wiele najważniejszych aspektów jakości życia. Wydaje się zatem, że wpływ ten jest szczególnie ważny w regionach peryferyjnych. Dzieje się tak dlatego, że są to regiony, których peryferyjność jest wypadkową nie tylko geograficznego oddalenia, lecz przede wszystkim oddalenia pod względem rozwoju społeczno-gospodarczego. Na ogół regiony te charakteryzują się:

- niskim poziomem PKB na głowę mieszkańca;
- archaiczną strukturą gospodarki (dominacja rolnictwa, leśnictwa); brak pozarolniczych miejsc pracy w sektorze prywatnym, głównym pracodawcą jest sektor publiczny dostarczający dobra i usługi publiczne;

- niskim poziomem aktywności ekonomicznej mieszkańców, w tym także przedsiębiorczości – niski poziom dochodów nie stymuluje popytu na zróżnicowane dobra i usługi rynkowe;
- wysoką stopą bezrobocia ukrytego, która jest konsekwencją dominacji sektorów pierwotnych (zwłaszcza rolnictwo przechowujące nadwyżki siły roboczej);
- procesami depopulacji/wyludniania;
- często wysoką jakością środowiska – w efekcie relatywnie niskim udziałem przemysłu i przetwórstwa.

Jednym z największych problemów regionów peryferyjnych jest proces depopulacji. Wynika to z faktu, że jakość życia jest oceniana nie tylko poprzez poziom materialny (dysponowanie dobrami materialnymi, dochodami itp.), ale również przez pryzmat subiektywnych doznań i odczuć. To właśnie niezadowolenie z dotychczasowego życia i warunków, które się nań składają, sprawia, że ludzie poszukują czegoś lepszego, migrując i pogłębiając i tak trudną sytuację regionów peryferyjnych.

Jedyną szansą rozwojową jest odwrócenie tego trendu. Na ogół oznacza to przekształcenie słabych stron w mocne. Dobry stan środowiska czy też archaiczna struktura gospodarki mogą stać się źródłem dochodów pochodzących z turystyki czy też agroturystyki, uzupełnionych produkcją dóbr i usług regionalnych. Nie da się jednak tego zrobić bez uruchomienia aktywności społeczności lokalnej, mającej charakter oddolny bądź też stymulowanej odgórnie, np. przez władze.

Zatem troska władz samorządowych o wszechstronne zaspokajanie potrzeb lokalnych społeczności poprzez dostarczanie szerokiej oferty usług publicznych oznacza:

- stymulowanie przedsiębiorczości (rozbudowa infrastruktury, tworzenie nowych miejsc pracy),
- oddziaływanie na poziom dochodów ludności,
- zapewnienie dostępu do dobrej jakości usług edukacyjnych i zdrowotnych,
- wspieranie inicjatyw kulturowych itp.

Ważnym zadaniem władz lokalnych (administracji samorządowej) powinno być tworzenie warunków dla pozyskiwania kapitału zewnętrznego, na ogół bowiem w regionach peryferyjnych brak kapitału jest jednym z najważniejszych czynników hamujących rozwój. Do tego trzeba jednak zapewnienia dobrej jakości infrastruktury technicznej, a także społecznej, innymi słowy – dobrego dostępu do usług publicznych.

Reasumując, należy podkreślić, że tylko łączne działania zmierzające w kierunku poprawy dostępności do usług publicznych mogą przyspieszyć przekształcenia regionów i

mikroregionów oraz zmniejszać ich dystans rozwojowy. Tym samym mogą przyczynić się do poprawy jakości życia mieszkańców regionów peryferyjnych. Poprawa jakości życia z kolei może docelowo zwiększyć ich aktywność społeczno-zawodową.

Podsumowanie i wnioski końcowe

Kluczowe dla artykułu kategorie, czyli usługi publiczne oraz jakość życia, należą do pojęć złożonych i trudno mierzalnych. Dotychczas podejmowane próby teoretyczno-empirycznego ich ujęcia wzbudzają wiele kontrowersji, ale jednocześnie inspirują dalsze poszukiwania. Z analizy dorobku ekonomii sektora publicznego oraz ekonomii dobrobytu wynika, że badania nad jakością życia należą do fundamentalnych problemów badawczych ekonomii oraz że istnieje luka badawcza w określaniu roli usług publicznych w procesie wzrostu jakości życia.

Przyjęta w artykule definicja jakości życia wynika z istoty zrównoważonego rozwoju, który jest procesem równoważenia rozwoju w następujących aspektach:

1) ekonomicznym: nie pogarsza się funkcjonowanie czynników rozwoju ani nie zmienia się żaden element składowy wektora celów ekonomicznych związanych z procesem rozwoju;
2) środowiskowym: maksymalizowane są korzyści netto z rozwoju gospodarczego przy jednoczesnym zachowaniu wysokiej jakości środowiska;
3) społecznym: zaspokajaniu potrzeb materialnych towarzyszy samorealizacja i satysfakcja z zaspokajania potrzeb niematerialnych, a wysoka jakość życia jest dostępna dla możliwie najszerszego kręgu podmiotów.

Z istoty zrównoważonego rozwoju wynika zatem, że jego celem jest wzrost jakości życia w przyjętym rozumieniu oraz że realizacja tego celu wymaga świadczenia usług publicznych, które z natury rzeczy nie są nastawione wyłącznie na spełnianie komercyjnych (materialnych) celów.

W kontekście teorii zrównoważonego rozwoju badania na temat jakości życia w regionach peryferyjnych odnoszą się bezpośrednio do zasadniczego celu rozwoju zrównoważonego, którym jest sprawiedliwość wewnątrzpokoleniowa. W obecnej sytuacji gospodarczej na świecie i przy obecnym poziomie zróżnicowania rozwoju regionów można stwierdzić, że współczesna gospodarka rozwija się w oparciu o przeciwstawną zasadę – niesprawiedliwości wewnątrzpokoleniowej.

Zarazem realizacja zasady sprawiedliwości wewnątrzpokoleniowej wymaga poprawy sprawności dostarczania dóbr i usług publicznych: w regionach peryferyjnych siłą rzeczy ilość działających podmiotów gospodarczych jest ograniczona, a zatem warunki życia są gorsze niż w regionach wysoko rozwiniętych. Pobudzanie przedsiębiorczości w tym przypadku często okazuje się nieskuteczne, a sektor publiczny staje się podstawowym miejscem pracy oraz źródłem podaży dóbr i usług.

Zatem uznać można, że jeśli najważniejszy problem regionów peryferyjnych tkwi w „niedorozwoju" sektora prywatnego generującego PKB i dobrobyt materialny, to o jakości życia w tych regionach decydują usługi publiczne, a zwłaszcza ich struktura, jakość i dostępność dla społeczności lokalnych.

Bibliografia

1. Acocella N., (2002), *Zasady polityki gospodarczej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
2. Borys T. (red.), (2008), *Zarządzanie środowiskiem – jakość życia – zarządzanie jakością*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.
3. Duda J., Jeżowski A., Misiąg W., Nowak B., Szlachta J., Zaleski J., (2004), *Mierzenie ilości i jakości usług publicznych jako element programu rozwoju instytucjonalnego*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Warszawa.
4. *Encyclopedia of Political Economy*, (1999), O'Hara F.A. (ed.), Vol. 2, Routledge, London, New York.
5. *Encyklopedia powszechna PWN*, (2004), t. 4, Warszawa.
6. *Encyklopedia powszechna PWN*, (2004), t. 8, Warszawa.
7. Flejterski S., Panasiuk A., Perenc J., Rosa G. (red.), (2005), *Współczesna ekonomika usług*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
8. Gyurko J., Tracy J., (1997), *The Structure of Local Public Finance and the Quality of Life*, „Journal of Political Economy" Vol. 99 (4), University of Chicago Press 2006.
9. *International Encyclopedia of Economics*, F.N. Magill (ed.), Vol. 1, Fitzroy Dear born Publishers, London, Chicago.
10. Kiełczewski D., (2008), *Konsumpcja a perspektywy zrównoważonego rozwoju*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
11. Kiełczewski D. (red.), (2009), *Od koncepcji ekorozwoju do ekonomii zrównoważonego rozwoju*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Białymstoku.
12. Kijowski D., Misiąg W., Prutis S., Stec M., Szlachta J., Zaleski J., (2004), *Wprowadzenie do programu rozwoju instytucjonalnego*, IBnGR, Warszawa.
13. Kleer J., Karpiński A., Owsiak S., (2005), *Spór o przyszłość sektora publicznego*, Komitet Prognoz „Polska 2000 plus" przy Prezydium PAN, Warszawa.
14. Kopczewska K., (2008), *Infrastruktura techniczna jako przykład dobra publicznego dostarczanego przez samorząd*, [w:] J. Kleer (red.), *Samorząd lokalny – dobro publiczne*, CeDeWu.pl, Warszawa.
15. Krutilla K., Reuveny R., (2002), *The Quality of Life in the Dynamics of Economic Development*, Cambridge University Press.
16. Miszczuk A., Miszczuk M., Żuk K., (2007), *Gospodarka samorządu terytorialnego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
17. Olechnicka A., (2003), *Szanse regionów peryferyjnych w warunkach współczesnej gospodarki informacyjnej*, praca doktorska, Wydział Ekonomiczny Uniwersytetu w Białymstoku.
18. *Polska 2030. Wyzwania rozwojowe*, (2009), Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa.
19. Poskrobko B. (red.), (2007), *Obszary badań nad trwałym i zrównoważonym rozwojem*, Wydawnictwo Ekonomia i Środowisko, Białystok.
20. Stiglitz J.E., (2004), *Ekonomia sektora publicznego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Streszczenie

Teoria ekonomii oraz dotychczasowe badania wskazują, że rozwój gospodarczy postępuje nierównomiernie w poszczególnych krajach, regionach i mikroregionach. Jako zasadniczą przyczynę tych różnic tradycyjnie postrzegano odległość od ukształtowanych centrów rozwoju gospodarczego. Współcześnie peryferyjność jest rozpatrywana nie tylko z uwzględnieniem czynników przestrzennych i lokalizacyjnych, lecz przede wszystkim z punktu widzenia dystansu organizacyjno-instytucjonalnego. Dystans ten wyraża się m.in. w niskim poziomie jakości życia, który pogłębia problemy regionów peryferyjnych. Należą do nich przede wszystkim: depopulacja, starzenie się społeczeństwa, niski poziom aktywności ekonomicznej i zawodowej społeczności lokalnych przekładający się na niski poziom aktywności sektora rynkowego. W regionach takich najważniejszym pracodawcą i kreatorem rozwoju staje się państwo i sektor publiczny, a usługi dostarczane głównie przez ten sektor (administracyjne, edukacyjne, zdrowotne, kulturalne, infrastrukturalne itp.) mają istotne znaczenie dla kształtowania ogólnych warunków rozwoju społeczno-ekonomicznego, decydujących o jakości życia, przy czym zakres tego oddziaływania jest stosunkowo słabo rozpoznany. W artykule podjęto próbę wykazania, że o jakości życia w regionach peryferyjnych decydują przede wszystkim usługi publiczne, a zwłaszcza ich struktura, jakość i dostępność dla społeczności lokalnych. Zatem skuteczne zarządzanie procesami dostarczania usług publicznych w tych regionach może stać się czynnikiem poprawy jakości życia. Podjęta problematyka ma charakter interdyscyplinarny, lecz przede wszystkim wpisuje się w teorię ekonomii sektora publicznego, teorię zarządzania publicznego oraz teorię zrównoważonego rozwoju.
Słowa kluczowe: usługi publiczne, jakość życia, regiony peryferyjne

Public services and the quality of life in peripheral regions

Summary:

The theory of economics and up-to-date studies indicate that economic development progresses unequally in the individual countries, regions and micro-regions. The primary cause for the aforementioned differences has been traditionally seen in the distance from the developed economic development centers. At present, peripherality is studied not only allowing for the spatial and location factors, but above all from the standpoint of organizational-institutional distance. The said distance is expressed in, inter alia, low quality of life level, which exacerbates the problems of peripheral regions. These include, above all: depopulation, aging of the society, low economical and professional activity level of local societies, translating into a low level of activity of the market sector. In such regions the most important employer and the creator of development is the state and the public sector, and services provided mainly by the aforementioned sector (administrative, education, health, cultural, infrastructural, etc.) are of high significance for the shaping of the general conditions of social-economic development, deciding about the quality of life, and the scope of the said influence is relatively not well-identified. The article is an attempt to show, that the quality of life in peripheral regions is determined mainly by public services, and in particular their structure, quality and availability for local societies. Thus, efficient management of the processes of public services' provision in those regions may become a factor for improvement of the quality of life. The discussed issue is interdisciplinary in nature, however it mostly belongs to the theory of the public sector economics, public management theory as well as sustainable development theory.
Keywords: public services, quality of life, peripheral regions

Świadczenia publicznej opieki zdrowotnej jako instrument polityki społecznej Republiki Federalnej Niemiec

Grzegorz Chałupczak[*]

Wprowadzenie

Początki niemieckiej polityki społecznej w aspekcie ochrony zdrowia sięgają drugiej połowy XVIII w. [Peters, Mengert, 1985, s. 32]. W sposób kompleksowy sferę powszechnego systemu ubezpieczenia chorobowego w Niemczech uregulowała jednak dopiero ustawa o ubezpieczeniu chorobowym robotników, uchwalona 15 czerwca 1883 r. Kontynuację wcielonych wtedy w życie założeń niemieckiej polityki socjalnej stanowiła Ordynacja Ubezpieczeniowa Rzeszy z 1911 r., traktowana w literaturze przedmiotu jako pierwszy wyczerpujący kodeks ubezpieczenia pracowniczego na świecie. Kolejną istotną cezurę czasową w ewolucji niemieckiej polityki socjalnej w obszarze ochrony zdrowia zapoczątkowało wejście w życie w 1989 r. przepisów Piątej Księgi Kodeksu Socjalnego, znanej pod nazwą „Ustawowe Ubezpieczenie Chorobowe".

We wszystkich wskazanych powyżej krokach legislacyjnych niemiecki ustawodawca, realizując w sposób konsekwentny przyjęty na wstępie model powszechnego ubezpieczenia chorobowego, wypełniał założenia niemieckiej polityki społecznej w dziedzinie opieki zdrowotnej, odnoszące się zarówno do podmiotowego, jak i przedmiotowego zakresu tego ubezpieczenia. Jednym z instrumentów niemieckiej polityki społecznej poświęcone są poniższe rozważania, w których podjęta została próba dokonania analizy ewolucji niemieckiej polityki społecznej w zakresie kształtowania katalogu rzeczowych świadczeń publicznej opieki zdrowotnej jako instrumentu służącego poprawie jakości życia społeczeństwa.

Zakres świadczeń opieki zdrowotnej określonych przepisami ustawy z 1883 r.

Na gruncie ustawy o ubezpieczeniu chorobowym robotników z 1883 r.[4] osobom objętym ubezpieczeniem chorobowym przysługiwało w przypadku choroby i powstałej w jej następstwie

[*] dr. Grzegorz Chałupczak, Instytut Zarządzania, Katedra Zarządzania Jakością i Wiedzą, Wydział Ekonomiczny, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

niezdolności do pracy tzw. wsparcie chorobowe (*Krankenunterstützung*). W ramach wsparcia chorobowego ustawa przyznawała ubezpieczonym od początku choroby prawo do bezpłatnej pomocy lekarskiej, lekarstw, jak również okularów, pasów przepuklinowych i innych środków leczniczych. Świadczenia te przysługiwały ubezpieczonym przez maksymalny okres 13 tygodni choroby. W przypadku wystąpienia niezdolności do pracy spowodowanej chorobą świadczenia w naturze uzupełniał zasiłek chorobowy w wysokości 50% miejscowego wynagrodzenia dziennego. Przysługiwał on przez okres 13 tygodni za każdy dzień roboczy, poczynając jednak od trzeciego dnia choroby[5], i wypłacany był z dołu za okresy tygodniowe. Ubezpieczonym przysługiwało również bezpłatne leczenie i utrzymanie w szpitalu. Dodatkowo osobie skierowanej na leczenie szpitalne, która posiadała na utrzymaniu członków rodziny, oprócz bezpłatnego leczenia i wyżywienia przysługiwało także świadczenie pieniężne w wysokości połowy zasiłku chorobowego. Podstawowym celem charakteryzowanego świadczenia pieniężnego było dostarczenie środków utrzymania rodzinie osoby hospitalizowanej. Podkreślić należy, iż jednostki ubezpieczenia chorobowego były jedynie uprawnione, a nie zobowiązane do przyznawania ubezpieczonym leczenia szpitalnego w zastępstwie świadczeń wsparcia chorobowego.

Przedstawiony powyżej minimalny zakres świadczeń, do których udzielania ustawa zobowiązywała miejscowe kasy chorych[6], uzupełniały świadczenia tzw. wsparcia dla położnic, odpowiadające zakresem wsparciu chorobowemu i przysługujące przez okres 3 tygodni po porodzie. Dodatkowym świadczeniem był również zasiłek pogrzebowy przysługujący z tytułu śmierci ubezpieczonego. Jego wysokość określona została na poziomie 20-krotności kwoty miejscowego wynagrodzenia dziennego. W drodze przepisów statutowych ustawa umożliwiała również zmianę zakresu udzielanych świadczeń ubezpieczeniowych, w granicach określonych przepisami ustawy. W tym zakresie dopuszczalna była przede wszystkim możliwość przedłużania okresu udzielania świadczeń wsparcia chorobowego z 13 tygodni do jednego roku. Zasiłek chorobowy mógł być przyznawany w większej wysokości, nieprzekraczającej jednak 3/4 przeciętnego wynagrodzenia dziennego. Obok zasiłku, bezpłatnego leczenia i zaopatrzenia w środki farmaceutyczne ubezpieczeni mogli uzyskać także prawo do środków leczniczych innych niż określone w przepisach ustawy. Osobom hospitalizowanym kasa chorych mogła

[4] Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter – Krankenversicherungsgesetz – KVG vom 15. Juni 1883, Reichsgesetzblatt (RGBl.) S. 73.

[5] Przyznawanie zasiłku chorobowego dopiero od trzeciego dnia choroby miało stanowić instrument przeciwdziałający symulowaniu choroby i wyłudzaniu świadczeń ubezpieczeniowych.

[6] Zasady dotyczące zakresu rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej odnosiły się również do zakładowych, budowlanych oraz cechowych kas chorych. Również kasy bractwa górniczego oraz istniejące tzw. stare kasy przymusowe zobowiązane były dostosować się do zasad określonych w ustawie w terminach odpowiednio do 1 stycznia 1887 r. i 1 stycznia 1885 r. Por. [Töns, Hundert, 1983, s. 54].

również przyznać prawo do zasiłku chorobowego w maksymalnej wysokości 1/8 przeciętnego wynagrodzenia dziennego także w tych przypadkach, kiedy nie mieli na utrzymaniu członków rodziny (zasiłek szpitalny) [Tennstedt, 1976, s. 28]. Przedłużeniu na czas 6 tygodni po porodzie mógł ulec również okres przysługiwania świadczeń wsparcia chorobowego. Kolejna możliwość zwiększenia zakresu udzielanych świadczeń wiązała się z podwyższeniem wysokości zasiłku pogrzebowego do maksymalnie 40-krotności miejscowego wynagrodzenia dziennego [Schlenker, 1994, s. 6]. Rozszerzenie zakresu opieki przysługującej z tytułu ubezpieczenia chorobowego nie mogło jednak odnosić się do innych rodzajów świadczeń, w szczególności udzielanych w ramach wsparcia przysługującego inwalidom, wdowom i sierotom.

W ramach rozszerzania podmiotowego zakresu prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego bezpłatne leczenie, lekarstwa i środki lecznicze mogły przysługiwać nie tylko osobom objętym ubezpieczeniem, ale również członkom rodziny ubezpieczonego, o ile nie podlegali obowiązkowi ubezpieczenia chorobowego na podstawie innego tytułu. Na tych samych zasadach małżonka osoby ubezpieczonej mogła uzyskać świadczenia wsparcia chorobowego przez okres 6 tygodni po porodzie. Ochroną ubezpieczeniową objęte zostały także osoby bezrobotne, które po utracie zatrudnienia, a tym samym tytułu ubezpieczenia, zachowywały prawo do świadczeń obowiązkowych w minimalnej wysokości określonej w ustawie. Świadczenia ubezpieczeniowe przysługiwały tym osobom przez okres pozostawania bez pracy, nie dłużej jednak niż przez 3 tygodnie [Tennstedt, 1976, s. 28].

Świadczenia zdrowotne na gruncie Ordynacji Ubezpieczeniowej Rzeszy z 1911 r.

Ordynacja Ubezpieczeniowa Rzeszy z 1911 r. przejęła wiele rozwiązań wprowadzonych do niemieckiego prawa socjalnego na mocy przepisów ustawy o ubezpieczeniu chorobowym robotników z 1883 r. Powyższa konstatacja odnosi się m.in. do katalogu świadczeń przysługujących osobom objętym ubezpieczeniem chorobowym. Jako kolejną cechę charakteryzującą niemiecką politykę społeczną na początku XX w. wskazać należy postulat upowszechnienia ubezpieczenia chorobowego, czego przejawem było rozszerzenie kręgu podmiotów objętych obowiązkiem ubezpieczenia na osoby zatrudnione w rolnictwie i leśnictwie, służbę domową oraz robotników zatrudnionych na czas określony. Tym samym czynna zawodowo ludność Niemiec znalazła się w zakresie ochrony gwarantowanej przez rozległy systemem powszechnego ubezpieczenia chorobowego [Peters, Mengert, 1985, s. 31].

Ordynacja Ubezpieczeniowa Rzeszy z 1911 r., a w szczególności przepisy zawarte w Drugiej Księdze Ordynacji, określały katalog świadczeń udzielanych przez kasy chorych, do których zaliczały się „pomoc na wypadek choroby", pomoc połogowa, tzw. pośmiertne (zasiłek

pośmiertny) oraz pomoc dla członków rodziny ubezpieczonego. Stanowiły one katalog tzw. świadczeń obowiązkowych kas chorych, które należało odróżnić od świadczeń nadzwyczajnych przyznawanych ubezpieczonym na mocy przepisów statutowych[7]. W ramach wskazanej powyżej pomocy na wypadek choroby ubezpieczonym przysługiwały zarówno świadczenia rzeczowe, jak i pieniężne. Do pierwszej grupy przepisy Ordynacji zaliczały prawo do leczenia, obejmujące swoim zakresem zarówno pomoc lekarską[8], jak również zaopatrzenie w leki, okulary, opaski przepuklinowe i inne środki lecznicze. Charakteryzując drugą grupę świadczeń przysługujących w ramach pomocy na wypadek choroby, wskazać należy na prawo ubezpieczonego do świadczenia pieniężnego w postaci zasiłku chorobowego w wysokości 50% płacy podstawowej, wypłacanego za każdy dzień roboczy. Zasiłek udzielany był od czwartego dnia niezdolności do pracy wywołanej chorobą. Przepisy Ordynacji wprowadzały jednak istotne ograniczenie przedstawionego powyżej zakresu świadczeń przysługujących ubezpieczonym w ramach pomocy na wypadek choroby. Wskazać należy w tym miejscu na maksymalny okres 26 tygodni, po upływnie którego prawo do świadczeń wygasało.

Zamiast leczenia ambulatoryjnego i wypłaty zasiłku chorobowego kasa chorych mogła skierować ubezpieczonego, za jego zgodą, na leczenie szpitalne. W ramach uprawnień przysługujących ubezpieczonemu mieściło się w takim przypadku prawo wyboru szpitala, o ile statut kasy chorych nie przewidywał konieczności poddania się leczeniu szpitalnemu w ściśle określonych placówkach. W razie odmowy poddania się leczeniu szpitalnemu kasa chorych mogła zapewnić ubezpieczonemu pomoc i opiekę w domu, wykonywaną przez pielęgniarzy, pielęgniarki lub tzw. osoby dozorujące. Przepisy statutowe mogły w takim przypadku obniżyć o 1/4 wysokość zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu. Charakteryzując zakres pieniężnych świadczeń ubezpieczeniowych, nie można zapomnieć również o prawie do tzw. zasiłku domowego w wysokości połowy zasiłku chorobowego. Przysługiwał on tym ubezpieczonym, którzy poddani zostali hospitalizacji, mając na utrzymaniu innych członków rodziny.

Poddany analizie zakres obowiązkowych świadczeń ubezpieczenia chorobowego, w kształcie wynikającym z przepisów Ordynacji Ubezpieczeniowej Rzeszy z 1911 r., mógł zostać ograniczony na mocy postanowień zawartych w statusie kasy chorych, wyłącznie w przypadkach ściśle określonych w Ordynacji [Peters, Mengert, 1985, s. 43]. Za przykład może w tym miejscu posłużyć regulacja stwarzająca upoważnienie do ograniczenia w czasie możliwości korzystania przez ubezpieczonego ze świadczeń pomocy na wypadek choroby. Kasa

[7] IV rozporządzenie Prezydenta Rzeszy z dnia 8 grudnia 1931 r. (RGBl. I z 1931 r., s. 699) faktycznie ograniczyło przedmiotowy zakres świadczeń z ubezpieczenia chorobowego jedynie do świadczeń obowiązkowych.

[8] Pomoc lekarska obejmowała wszelkie możliwe działania zmierzające do zdiagnozowanie i wyleczenia choroby.

chorych mogła mianowicie przyznać prawo do tych świadczeń przez okres 13 tygodni (zamiast 26) w sytuacji zajścia tzw. nowego wypadku ubezpieczeniowego spowodowanego tą samą, nieusuniętą przyczyną pierwszej choroby. Choroba musiała jednak wystąpić w ciągu następnych 12 miesięcy po pierwszym zachorowaniu, z tytułu którego ubezpieczony w ciągu 12 miesięcy pobierał już zasiłek chorobowy. Kasa chorych zobowiązana była ponadto zmniejszyć zakres udzielanych ubezpieczonemu świadczeń pieniężnych, jeżeli otrzymywał on równocześnie zasiłek chorobowy z innego tytułu ubezpieczenia[9]. W tym przypadku świadczenie ulegało zmniejszeniu w takim stopniu, aby wysokość zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu nie przekraczała przeciętnej kwoty wynagrodzenia pobieranego przez tego ubezpieczonego przed powstaniem niezdolności do pracy [Schlenker, 1194, s. 11]. Ordynacja przewidywała także możliwość pozbawienia ubezpieczonego prawa do pieniężnych świadczeń ubezpieczeniowych. Mogło to nastąpić na mocy postanowień statutu, w przypadku wyrządzenia szkody w majątku kasy chorych, powstałej w wyniku popełnienia przez ubezpieczonego czynu karalnego, jak również w przypadku przyczynienia się ubezpieczonego do powstania niezdolności do pracy. W pierwszym przypadku statut mógł pozbawić ubezpieczonego prawa do zasiłku przez okres roku od czasu popełnienia przestępstwa, w drugim zaś jedynie na czas niezdolności do pracy, do której powstania się przyczynił.

Poza świadczeniami obowiązkowymi przepisy Ordynacji Ubezpieczeniowej Rzeszy przyznawały ubezpieczonym prawo do świadczeń nadzwyczajnych, których charakter i zakres określać miały przepisy statutowe kas chorych. Mogły one polegać w szczególności na przedłużeniu na okres do jednego roku prawa do świadczeń przysługujących w ramach pomocy na wypadek choroby, a po jego upływie przyznaniu prawa do tzw. opieki nad ozdrowieńcami, realizowanej w specjalnych ośrodkach. Rozszerzenie katalogu świadczeń ubezpieczeniowych przysługujących w ramach leczenia polegać mogło z kolei na przyznaniu ubezpieczonym prawa do innych środków leczniczych niż określone w przepisach Ordynacji. Dla osób kontynuujących ubezpieczenie po ustaniu obowiązku ubezpieczenia przepisy statutowe mogły przewidywać zamiast leczenia prawo do świadczenia pieniężnego w kwocie odpowiadającej co najmniej połowie zasiłku chorobowego. Świadczenie to mogło przysługiwać również w przypadku tymczasowego opuszczenia obwodu kasy lub obwodu urzędu ubezpieczeń. Statut kasy chorych mógł też przyznać ubezpieczonym prawo do środków pomocniczych zapobiegających zniekształceniu i kalectwu, koniecznych do ukończenia leczenia, poprawy lub utrzymania zdolności do pracy. W ramach profilaktyki ogólnej kasa chorych mogła wydawać zarządzenia

[9] W tym przypadku decydującą przesłanką było posiadanie roszczenia prawnego o udzielenie określonych świadczeń w ramach odrębnego tytułu ubezpieczenia chorobowego [*Die Reichsversicherung...*, 1911, s. 44].

profilaktyczne w stosunku do niektórych grup swoich członków, określając w nich charakter i rodzaj świadczeń przysługujących w tym zakresie.

Na podstawie odpowiednich zapisów statutowych kasa chorych mogła wreszcie przyznawać ubezpieczonym prawo do wyższych świadczeń pieniężnych niż wynikające z przepisów Ordynacji. W szczególności odnosiło się to do zasiłku chorobowego, którego wysokość mogła zostać określona na poziomie 75% płacy podstawowej (zamiast 50%), jak również do możliwości przyznania ubezpieczonym prawo do tego zasiłku również za dni ustawowo wolne od pracy. Ordynacja Ubezpieczeniowa Rzeszy stwarzała także upoważnienie do podwyższenia w drodze zmiany statutu wysokości tzw. zasiłku domowego – do kwoty ustawowego zasiłku chorobowego. Z kolei w odniesieniu do ubezpieczonych, którym zasiłek domowy nie przysługiwał, przepisy statutowe mogły przyznać obok leczenia szpitalnego także prawo do zasiłku chorobowego w połowie jego podstawowej wysokości[10].

Kolejnym świadczeniem obowiązkowym określonym przepisami Ordynacji Ubezpieczeniowej Rzeszy z 1911 r. była tzw. pomoc połogowa. Przysługiwała ona ubezpieczonym kobietom, które w ostatnim roku przed połogiem co najmniej przez okres 6 miesięcy były ubezpieczone na wypadek choroby[11]. W ramach świadczeń tzw. pomocy połogowej ubezpieczona miała prawo nie tylko do rzeczowych świadczeń w postaci opieki lekarskiej, ale przysługiwały jej również świadczenia pieniężne w postaci: zasiłku połogowego (inaczej zapomogi połogowej), jednorazowego dodatku[12] oraz zasiłku (zapomogi) dla karmiących matek. Zasiłek połogowy, odpowiadający wysokości zasiłku chorobowego, przysługiwał ubezpieczonej początkowo przez 8, a następnie przez 10 tygodni, z których co najmniej 6 musiało przypadać po porodzie. Z kolei wysokość zasiłku dla karmiących matek ustalona została na poziomie połowy zasiłku chorobowego, z tą jednak różnicą, iż przysługiwał on przez okres 12 tygodni po porodzie. Nadmienić należy, iż w sytuacji pobierania przez ubezpieczoną zasiłku połogowego nie przysługiwał jej zasiłek chorobowy. W przypadku śmierci kobiety podczas porodu lub w czasie korzystania ze świadczeń pomocy połogowej, do końca okresu zasiłkowego przysługujących świadczeń udzielać należało osobie sprawującej opiekę nad dzieckiem.

[10] W ostatnim przypadku chodziło o tzw. zasiłek szpitalny przysługujący ubezpieczonemu skierowanemu na leczenie szpitalne, który nie miał na wytrzymaniu członków rodziny.

[11] Przesłanką uzyskania prawa do świadczeń pomocy połogowej była ciąża i połóg, które nie były równoznaczne z chorobą. Jeżeli jednak w ich wyniku wystąpiła choroba, której skutkiem było powstanie niezdolności do pracy, ubezpieczona uzyskiwała prawo do świadczeń pomocy na wypadek choroby, którym Ordynacja przyznawała pierwszeństwo [*Die Reichsversicherung...*, 1911, s. 45].

[12] Jednorazowy dodatek przeznaczony był na pokrycie zwykłych kosztów porodu i dolegliwości podczas ciąży, głównie kosztów pomocy akuszeryjnej i lekarstw. Zarząd kasy chorych mógł przyznać ubezpieczonym prawo do bezpłatnej pomocy akuszeryjnej i bezpłatnych lekarstw, przy jednoczesnym obniżeniu wysokości dodatku.

W ramach świadczeń nadzwyczajnych statut kasy chorych mógł rozszerzyć okres pobierania zasiłku porodowego do 10 tygodni, zasiłku dla karmiących matek – do 26 tygodni, a za zezwoleniem Wyższego Urzędu Ubezpieczeń podwyższyć także wysokość zasiłków dla położnic ponad kwotę zasiłku chorobowego, maksymalnie jednak do wysokości 3/4 płacy zasadniczej. Kolejny instrument służący zwiększaniu zakresu ochrony ubezpieczeniowej przysługującej kobietom w okresie ciąży stanowiła możliwość przyznania im na okres 6 tygodni prawa do tzw. zapomogi dla ciężarnych, w wysokości zasiłku chorobowego. Kobietom w okresie ciąży i połogu kasa chorych mogła wreszcie na ich wniosek przyznać utrzymanie i opiekę w tzw. zakładzie dla położnic bądź też udzielić pomocy i opieki pielęgniarek, potrącając na ten cel najwyżej 50% zasiłku połogowego. W okresie przebywania w zakładzie zamiast zasiłku połogowego przysługiwał ubezpieczonej zasiłek domowy, jeżeli miała na utrzymaniu innych członków rodziny [Töns, 1983, s. 73].

W katalogu świadczeń przysługujących w ramach niemieckiego ubezpieczenia chorobowego przepisy Ordynacji Ubezpieczeniowej Rzeszy z 1911 r. przewidywały prawo do zasiłku pogrzebowego (tzw. pośmiertnego). Ten jednorazowy zasiłek, w wysokości 20-krotności płacy podstawowej, przysługiwał osobom uprawnionym w przypadku śmierci ubezpieczonego. Kwota zasiłku przeznaczona była przede wszystkim na pokrycie kosztów pogrzebu, zaś pozostałą nadwyżkę przekazywano do rąk osób uprawnionych, za których przepisy Ordynacji uważały małżonka, dzieci, rodziców i rodzeństwo zmarłego, jeżeli w chwili jego śmierci pozostawali z nim we wspólności domowej. W ramach świadczeń nadzwyczajnych statut kasy chorych mógł podwyższyć wysokość pośmiertnego do 40-krotności płacy podstawowej.

Ostatnią kategorię świadczeń obowiązkowych, przysługujących w ramach ubezpieczenia chorobowego na gruncie Ordynacji Ubezpieczeniowej Rzeszy, stanowiły świadczenia tzw. pomocy dla członków rodziny. Przepisy Ordynacji zaliczały do nich przedstawione powyżej świadczenia pomocy połogowej, w niższej jednak wysokości[13]. Świadczenia te przysługiwały uprawnionym członkom rodziny, o ile osoba ubezpieczona w okresie ostatniego roku przed połogiem przez co najmniej 6 miesięcy objęta była ubezpieczeniem chorobowym na mocy przepisów Ordynacji lub była członkiem brackiej kasy chorych. Uprawnionym członkom rodziny w okresie ciąży i połogu kasa chorych mogła na ich wniosek przyznać utrzymanie i opiekę w zakładzie dla położnic bądź udzielić pomocy i opieki pielęgniarek, potrącając na ten cel najwyżej 50% zasiłku połogowego. W okresie przebywania w zakładzie dla położnic ubezpieczonej zamiast zasiłku połogowego przysługiwał zasiłek domowy, jeżeli utrzymywała

[13] Statut kasy chorych mógł podwyższyć kwotę zasiłku połogowego oraz zasiłku dla karmiących matek do połowy wysokości zasiłku chorobowego, jak również przedłużyć okres zasiłkowy odpowiednio do 13 i 26 tygodni.

innych członków rodziny [Schlenker, 1994, s. 11]. Pozostałe świadczenia udzielane w ramach pomocy dla członków rodziny należały do kategorii świadczeń nadzwyczajnych, a więc prawo do nich przysługiwało członkom rodziny ubezpieczonego, o ile statut kasy chorych zawierał odpowiednie postanowienia w tej materii. Przepisy statutowe mogły mianowicie przyznać tym osobom prawo do leczenia oraz zasiłku pogrzebowego (pośmiertnego) w razie śmierci małżonka lub dziecka osoby ubezpieczonej. Wysokość tego zasiłku mogła zostać ustalona na poziomie odpowiednio 2/3 oraz 1/2 wysokości zasiłku pogrzebowego przysługującego w razie śmierci ubezpieczonego.

Przepisy Ordynacji Ubezpieczeniowej Rzeszy z 1911 r. zawierały szczegółowe postanowienia w przedmiocie zakresu świadczeń ubezpieczeniowych przysługujących takim grupom zawodowym, jak: robotnicy rolni, osoby zatrudnione w charakterze służby domowej czy chałupnicy i osoby z nimi współpracujące [Peters, Mengert, 1985, s. 43]. Status ubezpieczeniowy wskazanych osób pozwalał pracodawcy na bardziej elastyczne kształtowanie zakresu przysługującej im ochrony ubezpieczeniowej. Polegało to w szczególności na umożliwieniu pracodawcy zastąpienia rzeczowych świadczeń przysługujących w ramach ubezpieczenia chorobowego tzw. wsparciem gwarantowanym przez pracodawcę, które zakresem przysługujących świadczeń w zasadzie zbliżone było do ochrony przewidzianej w ramach ubezpieczenia we właściwej kasie chorych. Innym instrumentem była możliwość obniżenia wysokości uiszczanej składki ubezpieczeniowej w zamian za pozbawienie ubezpieczonych prawa do zasiłku chorobowego i zastąpienia go świadczeniem pieniężnym wypłacanym przez pracodawcę. Jeżeli jednak pracodawca zobowiązany do zapewnienia pracownikom tzw. wsparcia nie wywiązywał się ze swoich obowiązków w tym zakresie, kasa chorych przyznawała w takim wypadku pracownikom świadczenia statutowe. Podobnie w przypadku niespełnienia przez pracodawcę świadczeń umownych, które zobowiązany był przyznawać w zamian za obniżenie składki ubezpieczeniowej, kasa chorych przejmowała obowiązek wypłaty uprawnionemu zasiłku chorobowego, uzyskując jednocześnie roszczenie regresowe wobec pracodawcy o zwrot poniesionych wydatków.

Przepisy Ordynacji Ubezpieczeniowej Rzeszy z 1911 r. przewidywały możliwość nie tylko ograniczenia, ale również i rozszerzenia zakresu świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących osobom zatrudnionym w rolnictwie [Töns, 1983, s. 73]. Za przykład posłużyć może tzw. rozszerzone leczenie, polegające na przyznaniu osobom ubezpieczonym niezdolnym do pracy, zamiast leczenia i zasiłku chorobowego, prawa do leczenia i utrzymania w szpitalu lub podobnym zakładzie leczniczym, które uzyskiwało charakter świadczenia obowiązkowego.

Świadczenia publicznej opieki zdrowotnej na podstawie SGB V

Po utworzeniu Republiki Federalnej Niemiec w polityce socjalnej tego państwa na plan pierwszy wysunęła się potrzeba ujednolicania stanu prawnego i organizacyjnego w dziedzinie ubezpieczeń społecznych, który to proces rozpoczął rząd Konrada Adenauera. Jednym z pierwszych posunięć w tej dziedzinie było wydanie rozporządzenia z dnia 12 maja 1950 r.[14], które wprowadziło w życie ujednolicone ubezpieczenia społeczne na obszarze wszystkich istniejących wcześniej stref zachodnich. Centralnym punktem tzw. ustawodawstwa restauracyjnego stała się ustawa o samorządzie i zmianach w zakresie ubezpieczeń społecznych, uchwalona w dniu 22 lutego 1951 r.[15] W następnych dekadach podejmowane były w Republice Federalnej Niemiec liczne próby usprawnienia funkcjonowania systemu ubezpieczenia chorobowego oraz zahamowania rosnących wydatków na służbę zdrowia. Podjęte działania nie przynosiły jednak zakładanych rezultatów, co stało się impulsem do podjęcia prac legislacyjnych nad kompleksową reformą ubezpieczenia chorobowego[16]. Prace ukończone zostały w styczniu 1988 r., kiedy to koalicja rządząca pod przewodnictwem kanclerza Helmuta Kohla przedstawiła projekt ustawy o reformie strukturalnej w służbie zdrowia, uchwalony ostatecznie 20 grudnia 1988 r.[17] Nie wprowadzała ona rewolucyjnych zmian w systemie ubezpieczenia chorobowego, ale przyniosła przede wszystkim kodyfikację jego przepisów w postaci Piątej Księgi Kodeksu Socjalnego, znanej pod nazwą „Ustawowe Ubezpieczenie Chorobowe" (SGB V)[18].

W rozdziale trzecim ustawa zawiera obszerne regulacje poświęcone świadczeniom przysługującym w ramach ubezpieczenia chorobowego, przyznając ubezpieczonym prawo zarówno do świadczeń pieniężnych, jak i rzeczowych świadczeń z zakresu ochrony zdrowia. Ustawa przyjmuje jednak inną systematykę, dokonując podziału świadczeń według celów, jakim mają służyć. Z uwagi na to wyróżnione zostały świadczenia służące zapobieganiu chorobom i powikłaniom pochorobowym, ich wczesnemu wykrywaniu, świadczenia

[14] BGBl. I, S. 179.
[15] Gesetz über die Selbstverwaltung und über Änderungen auf dem Gebiet der Sozialversicherung von 22.02.1951, BGBl. I. S. 124. Obecnie obowiązujące przepisy dotyczące samorządu zawarte są w Czwartej Księdze Kodeksu Socjalnego oraz w specjalnych uregulowaniach poświęconych poszczególnym rodzajom ubezpieczeń społecznych.
[16] Begründung des Regirungsentwurfs für das Gesundheits-Reformgesetz (GRG), Bundestegsdrucksache 11/2237/1988, s. 133.
[17] Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG) vom 20.12.1988, BGBl. I, s. 2477.
[18] Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V), Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1988, BGBl. I, s. 2477, (cytowane dalej jako SGB V).

przysługujące w przypadku choroby, jak również świadczenia rehabilitacji osób niepełnosprawnych, określone w Dziewiątej Księdze Kodeksu Socjalnego[19].

Do pierwszej z wymienionych grup zaliczają się świadczenia prewencyjne, profilaktyka stomatologiczna, medyczne świadczenia profilaktyczne, antykoncepcja oraz prawnie dopuszczalne zabiegi przerywania ciąży i sterylizacji. W formie przepisów statutowych kasa chorych zobowiązana jest określić świadczenia prewencyjne służące poprawie ogólnego stanu zdrowia i wyrównaniu różnic socjalnych w ramach dostępu do świadczeń ochrony zdrowia. Kasy chorych powinny ponadto powoływać grupy i organizacje tzw. samodzielnej pomocy, których zadaniem jest prowadzenie działalności prewencyjnej i rehabilitacyjnej wśród ubezpieczonych. Działalność ta odnosić powinna się do chorób określonych w wykazie sporządzonym przez centralne związki kas chorych. Profilaktyka stomatologiczna, przewidziana w przepisach Piątej Księgi Kodeksu Socjalnego, występuje w formie profilaktyki grupowej oraz indywidualnej. W ramach pierwszej z nich kasy chorych zobowiązane są współdziałać z dentystami oraz innymi jednostkami udzielającymi świadczeń stomatologicznych w celu wczesnego rozpoznawania i zapobiegania próchnicy oraz chorób jamy ustnej u ubezpieczonych poniżej 12 roku życia. Akcje profilaktyczne przeprowadzać należy zarówno w przedszkolach, jak i wśród młodzieży szkolnej w wieku do lat 16. Profilaktyka indywidualna odnosi się z kolei do osób pomiędzy 16. a 18. rokiem życia, którym przepis ustawy przyznaje raz na pół roku prawo do bezpłatnych badan kontrolnych, przeprowadzanych w zakresie i na zasadach określonych w wytycznych Wspólnej Komisji Związkowej[20].

W ramach medycznych świadczeń o charakterze profilaktycznym osoby ubezpieczone mają prawo do opieki lekarskiej i zaopatrzenia w leki, środki opatrunkowe, lecznicze i pomocnicze. Świadczenia te mają za zadanie zarówno usuniecie czynników powodujących pogorszenie stanu zdrowia, które w dalszej perspektywie mogłyby wywołać chorobę, jak również ogólne zapobieganie chorobom lub pochorobowemu pogorszeniu stanu zdrowia. Jeżeli okażą się one niewystarczające, kasa chorych może skierować ubezpieczonego na leczenie uzdrowiskowe w celu udzielenia ambulatoryjnych świadczeń profilaktycznych. W charakteryzowanej grupie świadczeń znajduje się również prawo do porady lekarskiej w zakresie antykoncepcji, przeprowadzenia stosownych badań i przepisania środków antykoncepcyjnych. Zaopatrzenie w środki antykoncepcyjne przysługuje ubezpieczonym poniżej 20 roku życia, o ile zostały one zalecone przez lekarza. Przepisy ustawy określające

[19] Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001, BGBl. I, s. 1047.

[20] Wspólna Komisja Związkowa jest organem składającym się z przedstawicieli związkowych zrzeszeń lekarzy „kasowych" (lekarzy ubezpieczenia społecznego), Niemieckiego Stowarzyszenia Szpitali, federalnych związków kas chorych oraz związków kas zastępczych.

katalog świadczeń ubezpieczeniowych przewidują także możliwość poddania się zabiegowi sterylizacji oraz przerywania ciąży, pod warunkiem spełnienia przesłanek określonych w przepisach powszechnie obowiązującego prawa. W przypadku konieczności wykonania tych zabiegów ubezpieczonemu przysługują świadczenia opieki lekarskiej, zaopatrzenie w leki, środki opatrunkowe i pomocnicze, jak również opieka szpitalna, a nawet zasiłek chorobowy w sytuacji wystąpienia niezdolności do pracy.

Kolejna grupa świadczeń o charakterze profilaktycznym ukierunkowana jest na wczesne wykrywanie chorób u osób, które ukończyły 53. rok życia. Przepisy Piątej Księgi Kodeksu Socjalnego przyznają tej grupie osób prawo do badań służących wczesnemu wykrywaniu chorób serca, układu krążenia, nerek, jak również cukrzycy, z których to badań ubezpieczony może skorzystać raz na dwa lata. Dodatkowo kobiety w wieku powyżej 20 lat, a mężczyźni powyżej 24 lat mogą poddać się raz w roku stosownym badaniom służącym wczesnemu wykrywaniu chorób nowotworowych [Tymowska, Włodarczyk, 1992, s. 21–29]. Niemieckie przepisy przyznają ponadto dzieciom, do ukończenia 6. roku życia, prawo do badań lekarskich służących wczesnemu rozpoznaniu chorób mogących zagrażać ich fizycznemu lub psychicznemu rozwojowi. Analogiczne prawo przysługuje także dzieciom w chwili ukończenia przez nie 10. roku życia.

Przechodząc do analizy zakresu świadczeń niemieckiego ubezpieczenia chorobowego, przysługujących w przypadku choroby, szczególną uwagę zwrócić należy z jednej strony na rzeczowe świadczenia określane zbiorczym pojęciem świadczeń leczniczych bądź leczenia, z drugiej zaś na świadczenie pieniężne w postaci zasiłku chorobowego. Na świadczenia lecznicze, przysługujące ubezpieczonym w celu rozpoznania i wyleczenia choroby, składają się: opieka lekarska włącznie z psychoterapią, opieka dentystyczna, świadczenia protetyki dentystycznej, zaopatrzenie w leki, środki opatrunkowe i pomocnicze, zabiegi lecznicze, świadczenia chorobowej opieki i pomocy domowej, leczenie szpitalne, świadczenia rehabilitacji medycznej oraz świadczenia uzupełniające. W ramach leczenia ustawa przewiduje także świadczenia mające na celu leczenie niepłodności, w tym zabiegi sztucznego zapłodnienia. Podkreślić należy jednak, iż koszty związane z leczeniem niepłodności pokrywane są jedynie w 50% przez kasę chorych, w pozostałej zaś części przez samych ubezpieczonych.

Odnosząc się do wspomnianego wcześniej pojęcia opieki lekarskiej, trzeba powiedzieć, że ustawa definiuje pod tym pojęciem wszelkie czynności podjęte przez lekarzy i lekarzy dentystów będące, według zasad aktualnej, naukowej wiedzy medycznej, wystarczającym i celowym środkiem służącym rozpoznawaniu i leczeniu chorób, jak również świadczenia pomocnicze wykonywane przez inne osoby na zlecenie i odpowiedzialność lekarza. Niektóre z

tych świadczeń, w szczególności ambulatoryjne świadczenia opieki lekarskiej, ustawa obejmuje dopłatami na rzecz świadczeniodawców, do których uiszczania zobowiązuje ubezpieczonych powyżej 18. roku życia. W ramach leczenia dentystycznego ubezpieczonym przysługuje prawo korzystania z podstawowych materiałów stomatologicznych, jak również materiałów dodatkowych, których koszty w wysokości 20% należy jednak pokryć z własnych środków. Istnieje jednak możliwość refundacji przez kasę chorych wydatków poniesionych na ten cel przez ubezpieczonego, jeżeli proces leczenia zamknie się w ramach świadczeń przewidzianych w tzw. planie leczenia.

W katalogu świadczeń opieki zdrowotnej, przysługujących ubezpieczonym na mocy przepisów Piątej Księgi Kodeksu Socjalnego, zawarte jest również zaopatrzenie w leki, środki opatrunkowe, lecznicze i pomocnicze realizowane przez apteki. Kasa chorych pokrywa w pełnej wysokości koszty leków i środków opatrunkowych, dla których ustalona została stała cena urzędowa. Koszty pozostałych świadczeń pokrywane są w całości przez kasę chorych po potrąceniu dopłat w wysokości 10% ceny leku, uiszczanych przez ubezpieczonych, jak również rabatów udzielonych na podstawie przepisów szczególnych.

Charakteryzując zakres rzeczowych świadczeń niemieckiego ubezpieczenia chorobowego, nie można zapomnieć o prawie do tzw. dozwolonych zabiegów leczniczych, do których zaliczają się w szczególności masaże, kąpiele uzdrowiskowe oraz gimnastyka lecznicza. Korzystanie z tych świadczeń wiąże się jednak z obowiązkiem partycypowania w kosztach ich udzielania. W tym aspekcie ubezpieczony zobowiązany jest uiszczać dopłatę w wysokości 10% ogółu kosztów, jak również opłatę za każde skierowanie na zabieg. W ramach świadczeń leczniczych kasa chorych zobowiązana jest ponadto przyznawać ubezpieczonym tzw. środki pomocnicze w postaci aparatów słuchowych, protez oraz innych ortopedycznych środków koniecznych do utrzymania rezultatów leczenia lub zapobiegających kalectwu. Szczegółowe zasady analizowana ustawa ustala dla przyznawania okularów, soczewek kontaktowych i innych środków służących poprawie wzroku, uzależniając prawo do tych świadczeń nie tylko od wieku ubezpieczonego, ale także stopnia stwierdzonej wady. Koszty opisanych świadczeń pomocniczych kasa chorych zobowiązana jest pokrywać w pełnej wysokości, jednak w odniesieniu tylko do tych świadczeń, dla których ustalona została stała cena urzędowa. Z kolei koszty pozostałych środków pomocniczych pokrywane są przez kasę do wysokości umownie uzgodnionej przez związki kas chorych i związki świadczeniodawców powszechnego ubezpieczenia chorobowego. Nadwyżka kosztów ponad kwoty uzgodnione obciąża ubezpieczonego.

Kolejnym rodzajem świadczeń przysługującym ubezpieczonemu w ramach leczenia są tzw. świadczenia chorobowej opieki i pomocy domowej oraz socjoterapii, przysługujące przez okres 4 tygodni. W ramach opieki domowej ubezpieczony ma prawo do scharakteryzowanych wcześniej świadczeń leczniczych, zaopatrzenia w leki oraz stałego nadzoru pielęgniarskiego. Podobnie jak w przypadku korzystania z ambulatoryjnych świadczeń opieki lekarskiej, także z realizacją świadczeń opieki domowej na rzecz pełnoletnich ubezpieczonych powiązany jest obowiązek uiszczania dopłat w wysokości 10% ogółu kosztów udzielania tych świadczeń przez pierwszych 28 dni kalendarzowych w roku. Ubezpieczony uiszcza również opłatę za każde zalecenie stwierdzające konieczność przyznania tego rodzaju świadczeń. Chorobowa opieka domowa może zostać uzupełniona świadczeniami tzw. pomocy domowej w przypadku, kiedy osoba ubezpieczona z powodu choroby nie jest w stanie prowadzić gospodarstwa domowego. Dodatkowo ubezpieczeni, którzy z powodu silnego psychicznego schorzenia nie mogą samodzielnie korzystać ze świadczeń lekarskich, maja prawo do tzw. socjoterapii.

Poza scharakteryzowanymi wcześniej świadczeniami ambulatoryjnej opieki zdrowotnej Piąta Księga Kodeksu Socjalnego przyznaje osobom objętym ubezpieczeniem chorobowym prawo do stacjonarnego leczenia w szpitalu. Analizując szczegółowe regulacje w tej materii, stwierdzić należy, iż wskazana ustawa przewiduje możliwość poddania się leczeniu szpitalnemu w pełnym lub częściowym zakresie, jak również umożliwia skorzystanie z udzielanych przez szpitale świadczeń ambulatoryjnych. Skierowanie na leczenie szpitalne może nastąpić, jeżeli przedstawione powyżej ambulatoryjne oraz domowe metody prowadzenia leczenia nie gwarantują możliwości powrotu do zdrowia. W ramach hospitalizacji ubezpieczonemu przysługuje prawo do wszelkich koniecznych świadczeń leczniczych, z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej. Do zakresu tych świadczeń przepisy ustawy zaliczają w szczególności: opiekę lekarską, zaopatrzenie w leki, środki pomocnicze oraz zabiegi lecznicze i wczesno-rehabilitacyjne, jak również utrzymanie i wyżywienie[21]. W przypadku kiedy leczenie szpitalne nie jest wymagane, ubezpieczonemu przysługuje prawo do otrzymania dopłaty na rzecz stacjonarnych lub ambulatoryjnych świadczeń udzielanych przez hospicja. Jako przykład posłużyć może skierowanie ubezpieczonego na leczenie medyczno-paliatywne, które nie może zostać przeprowadzone w ramach leczenia ambulatoryjnego czy domowego. Wysokość dopłat uiszczanych przez ubezpieczonych korzystających z leczenia szpitalnego określają przepisy

[21] Szczegółowe zasady udzielania wskazanych świadczeń, ich katalog oraz zasady odpłatności za ich udzielanie, określane są przez krajowe związki kas chorych, związki kas zastępczych, Morska Kasę Chorych oraz bractwo górnicze, przy udziale krajowych zrzeszeń szpitali i związków lekarzy „kasowych" (lekarzy ubezpieczenia społecznego) w ramach tzw. wykazu świadczeń stacjonarnych.

statutowe. Dopłaty te nie mogą jednak przekraczać w skali miesiąca kwoty stanowiącej 6% przeciętnej emerytury przysługującej z ustawowego ubezpieczenia emerytalnego.

Ostatnią grupę rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej stanowią świadczenia rehabilitacji medycznej oraz świadczenia uzupełniające, udzielane przez specjalne ośrodki rehabilitacyjne w przypadkach, gdy cele leczenia nie mogą zostać osiągnięte przy zastosowaniu świadczeń ambulatoryjnych. Ustawa przewiduje w tych przypadkach możliwość udzielania świadczeń rehabilitacyjnych zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i stacjonarnych, których rodzaje, zakres oraz czas trwania określane są przez kasy chorych, przy uwzględnieniu zasad ustawowych. W ramach rzeczowych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego kasa chorych zobowiązana jest ponadto ponosić koszty transportu sanitarnego niezbędnego w procesie leczenia.

Jak wynika z przeprowadzonych powyżej rozważań, w przypadkach określonych w przepisach Piątej Księgi Kodeksu Socjalnego, ubezpieczeni zobowiązani są partycypować w kosztach powstałych w związku z korzystaniem przez nich z rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej. Łączna wysokość dopłat uiszczanych przez ubezpieczonych w roku kalendarzowym nie może jednak przekroczyć kwoty odpowiadającej 2% przychodów brutto[22]. Dla osób cierpiących na choroby przewlekłe granica ta obniżona zastała do 1% przychodów brutto. W przypadku osiągnięcia ustawowej granicy dopłat kasa chorych zobowiązana jest wystawić ubezpieczonemu stosowne zaświadczenie zwalniające go od obowiązku uiszczania dopłat do końca danego roku kalendarzowego.

Regulacje prawne dotyczące rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej uzupełniają postanowienia Piątej Księgi Kodeksu Socjalnego odnoszące się do pieniężnych świadczeń przysługujących w ramach ustawowego ubezpieczenia chorobowego. Zaliczający się do tej grupy zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który z powodu choroby stał się niezdolny do pracy lub został poddany stacjonarnemu leczeniu szpitalnemu, względnie leczeniu stacjonarnemu w innym ośrodku opiekuńczym lub rehabilitacyjnym. Prawo do zasiłku chorobowego powstaje również w przypadku konieczności sprawowania osobistej opieki nad chorym dzieckiem w wieku do lat 12, dzieckiem niepełnosprawnym lub uzależnionym do pomocy innych osób[23]. Wysokość zasiłku chorobowego ustalona została na poziomie 70% regularnego wynagrodzenia za pracę. Zasiłek przysługuje ubezpieczonemu w odniesieniu do jednej choroby maksymalnie przez okres 78 tygodni w ramach trzyletniego okresu

[22] Pod pojęciem tym ustawa rozumie przychody osiągane przez ubezpieczonego i innych członków jego rodziny zamieszkałych z nim we wspólnym gospodarstwie domowym.

[23] Okres zasiłkowy ograniczony jest w tym przypadku do 10 dni roboczych w roku kalendarzowym na każde dziecko, łącznie nie więcej niż 25 dni roboczych, a w przypadku ubezpieczonych samotnie wychowujących dzieci – maksymalnie do 20 dni roboczych, łącznie nie więcej niż 50 dni.

rozliczeniowego. Wyliczona za ten okres wysokość zasiłku chorobowego nie może jednak przekraczać kwoty stanowiącej 90% wynagrodzenia netto.

Uwagi końcowe

Z chwilą wejścia w życie przepisów ustawy z dnia 15 czerwca 1883 r. o ubezpieczeniu chorobowym robotników wprowadzone zostały po raz pierwszy w historii ustawodawstwa socjalnego określone prawnie formy i zasady systemu ubezpieczeniowej ochrony zdrowia. Rozwiązania prawne przyjęte w ramach ustawy stanowiły realizację założeń niemieckiej polityki społecznej w obszarze ochrony przed ryzykiem choroby, stając się punktem wyjścia dla rozwoju niemieckiego systemu publicznej opieki zdrowotnej, opartego na zasadach solidaryzmu, subsydiarności i samorządności. Ustawa z 1883 r. nie wprowadzała radykalnych zmian w organizacji istniejących już wcześniej kas chorych, co stanowi przejaw niemieckiej koncepcji ewolucyjnego rozwoju instytucji ubezpieczeniowych opartego na doskonaleniu istniejących rozwiązań oraz unikaniu diametralnych zmian systemowych. Prawdziwą nowością było wprowadzenie obowiązku ubezpieczenia dla szerokiego grona robotników zatrudnionych za wynagrodzeniem, który mógł zostać rozszerzony również na inne grupy społeczne. Gwarantowało to z kolei możliwość rozszerzania ochrony ubezpieczeniowej na dalsze kategorie pracowników. Przepisy przewidujące obowiązek objęcia ubezpieczeniem uzupełnione zostały regulacjami stwarzającymi możliwość dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego i kontynuowania ubezpieczenia bez pozostawania w stosunku pracy.

Szczególną wartość przyznać należy instytucjom prawa socjalnego, ujętym w ramach ustawy z 1883 r. o ubezpieczeniu chorobowym robotników, wprowadzającym gwarancje bezpłatnej opieki zdrowotnej przysługującej w przypadku choroby lub połogu oraz ekonomicznego zabezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy. Szczególnie istotne dla dalszego rozwoju niemieckiej polityki społecznej w obszarze ochrony zdrowia było wprowadzenie obowiązkowego katalogu zarówno rzeczowych, jak i pieniężnych świadczeń ubezpieczeniowych. Świadczenia te zapewniały wielostronne wsparcie w przypadku choroby, które obejmowało bezpłatną pomoc lekarską, bezpłatne leki i środki pomocnicze, jak również bezpłatne leczenie i opiekę szpitalną. W ramach świadczeń pieniężnych ubezpieczeni otrzymali prawo do zasiłku chorobowego, pogrzebowego, a także wsparcia popołogowego. Obok świadczeń obowiązkowych kasy chorych mogły w szerokim zakresie przyznawać świadczenia dodatkowe, co przyczyniało się do doskonalenia rozwiązań prawnych z zakresu ubezpieczenia chorobowego, gwarantujących ubezpieczonym coraz to szerszy zakres świadczeń opieki zdrowotnej. Tak ukształtowany katalog świadczeń publicznej opieki zdrowotnej przyczyniał się

do emancypacji robotników, uniezależnienia ich od woli pracodawców. Stwarzał jednocześnie duże pole do działania dla partii politycznych oraz związków zawodowych, które uczestnicząc w konsultacjach społecznych, a następnie w procesie legislacyjnym, zyskiwały poparcie społeczne poprzez urzeczywistnianie idei państwa opiekuńczego.

Kolejny wniosek, który jawi się po dokonaniu analizy przepisów Ordynacji Ubezpieczeniowej Rzeszy z 1911 r., sprowadza się do twierdzenia, iż ustawa ta, stanowiąca pierwszy kodeks ubezpieczenia pracowniczego na świecie, przejęła większość rozwiązań wprowadzonych w życie na mocy przepisów ustawy o ubezpieczeniu chorobowym robotników z 1883 r. Odnosi się to w szczególności do katalogu świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych w ramach ubezpieczenia chorobowego i stanowi kolejny przejaw konsekwentnej realizacji założeń niemieckiej polityki socjalnej, zgodnie z którymi rozwój instytucji ubezpieczeniowych odbywać powinien się w ramach ewolucyjnego procesu opartego na udoskonalaniu sprawdzonych rozwiązań normatywnych i organizacyjnych. Realizacja wskazanych założeń znajduje swoje odzwierciedlenie w przeprowadzonej syntezie przepisów Ordynacji w przedmiocie zakresu rzeczowych i pieniężnych świadczeń ubezpieczeniowych oraz zasad ich finansowania. Z dokonanej analizy wynika ponadto, iż przepisy Ordynacji ujednoliciły zasady dotyczące członkostwa w ubezpieczeniu chorobowym oraz katalogu świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących ubezpieczonym. Tym samym aktywna zawodowo ludność Niemiec znalazła się w zakresie ochrony gwarantowanej przez rozległy systemem powszechnego ubezpieczenia chorobowego, który przybrał charakter ubezpieczenia pracowniczego z szerokim zakresem rzeczowych świadczeń ubezpieczeniowych. Zrealizowano najważniejszy postulat niemieckiej polityki socjalnej tamtego okresu zakładający przyznanie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej członkom rodziny ubezpieczonego, rozszerzając jednocześnie katalog świadczeń zdrowotnych i wydłużając okres ich przysługiwania.

Poddane analizie rozwiązania legislacyjne z zakresu pracowniczego ubezpieczenia chorobowego, ujęte w ramach Drugiej Księgi Ordynacji Ubezpieczeniowej Rzeszy z 1911 r., gwarantowały ubezpieczonym szeroki zakres rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej. Przez cały okres ich obowiązywania w niemieckim porządku prawnym nie uległy one, poza okresem III Rzeszy, znaczącym modyfikacjom odnośnie do podstawowych zasad systemowych. Świadczyło to o ich wysokiej jakości legislacyjnej i możliwości adaptacji do stale zmieniających się realiów społeczno-gospodarczych, które wywierały podstawowy wpływ na kierunki zmian polityki społecznej Niemiec. Podejmowane działania reformatorskie za punkt wyjścia przyjmowały istniejący system ubezpieczenia chorobowego i działającą w jego ramach służbę zdrowia, podejmując starania zmierzające w kierunku usprawnienia ich działalności oraz

rozszerzenia gwarantowanej ochrony ubezpieczeniowej. Powyższe twierdzenia znajdują odzwierciedlenie w analizie założeń niemieckiej polityki społecznej, realizowanej zarówno w okresie międzywojennym, jak również po zakończeniu drugiej wojny światowej. Wydarzenia te odcisnęły swoje piętno nie tylko na życiu społeczno-politycznym ówczesnej Europy, ale postawiły nowe zadania w sferze ubezpieczenia chorobowego. Swoistym programem prawnym i instytucjonalną gwarancją dla działań w tym zakresie stał się artykuł 161 Konstytucji Weimarskiej, który stwierdzał, że w celu zachowania zdrowia i zdolności do pracy, ochrony macierzyństwa i zabezpieczenia na starość państwo powinno stworzyć rozległy system ubezpieczeń społecznych[24].

Postulat ten realizowany jest w Niemczech przez współczesny system opieki zdrowotnej, którego podstawę normatywną stanowią od 1989 r. przepisy Piątej Księgi Kodeksu Socjalnego. Przyjęte na tym polu rozwiązania gwarantują ochronę ogólnonarodową, gdyż zakres podmiotowy ubezpieczenia chorobowego został wydatnie rozszerzony na pozapracownicze grupy społeczeństwa. Wraz z rozszerzaniem podmiotowego zakresu ochrony ubezpieczeniowej nastąpiło znaczne rozbudowanie uprawnień ubezpieczonych, głównie w sferze przysługujących im rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej. Do katalogu świadczeń dodano m.in. tzw. środki wczesnego wykrywania chorób oraz szeroki wachlarz świadczeń z zakresu profilaktyki i rehabilitacji. Rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej pociągnęło za sobą obowiązek partycypowania w kosztach świadczenia usług opieki zdrowotnej w postaci dopłat, które poza dodatkowym źródłem finansowania spełniają także rolę instrumentu budującego współodpowiedzialność ubezpieczonych za aktualny stan ochrony ubezpieczeniowej.

Analizując ewolucję niemieckiej polityki społecznej w zakresie publicznej opieki zdrowotnej, nie można zapomnieć, iż realia społeczno-gospodarcze ulegają stałym przeobrażeniom, co stawia przed polityką społeczną zadanie nieustannego poszukiwania optymalnych rozwiązań, które zapewnią społeczeństwu bezpieczeństwo socjalne. Z powyższego wynika obowiązek stałego monitorowania potrzeb społecznych w tym zakresie, a następnie doboru odpowiednich instrumentów pozwalających na ich należyte zaspokojenie. W odniesieniu do publicznej opieki zdrowotnej w Niemczech jednymi z najistotniejszych instrumentów pomagających realizować wyznaczone cele były przez lata katalog świadczeń służących ochronie zdrowia oraz warunki ich udzielania ubezpieczonym. W tym zakresie powszechne ubezpieczenie chorobowe w Republice Federalnej Niemiec wydaje się być rozwiązaniem wzorcowym. Wskazane osiągnięcia spowodowały jednak negatywne skutki w postaci stale rosnących kosztów utrzymania publicznej służby zdrowia. W połączeniu z niekorzystnymi

[24] Anschütz, Die Verfassung des Deutschen Reiches, Art. 161 der Weimarer Verfassung, RdNr 9.

zmianami demograficznymi, jakie mają miejsce w Niemczech, oraz dynamicznym rozwojem nauk medycznych, finansowanie solidarystycznego systemu służby zdrowia stało się głównym problemem niemieckiej polityki społecznej ostatnich dziesięcioleci i będzie nim zapewne w przyszłości.

Literatura

1. Anschütz G., (2001), *Die Verfassung des Deutschen Reiches, Art. 161 der Weimarer Verfassung*, Bonn.
2. Begründung des Regirungsentwurfs für das Gesundheits-Reformgesetz (GRG), Bundestegsdrucksache 11/2237/1988.
3. *Die Reichsversicherung: Krankenversicherung, Unfallversicherung, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung auf Grund der Reichsversicherungsordnung und des Einführungsgesetzes dargestellt von E. Funke*, (1911), 4. Aufl., Berlin.
4. Peters H., Mengert G., (1985), Geschichtliche Entwicklung der Krankenversicherung, w: Handbuch der Krankenversicherung, Teil II, Band 1, 18. Aufl
5. Schlenker R.-U., (1994), *Geschichte und Reformperspektiven der gesetzlichen Krankenversicherung*, [w:] B. Schulin (Hrsg.), *Handbuch des Sozialversicherungsrechts*, München.
6. Tennstedt F., (1976), *Sozialgeschichte der Sozialversicherung*, [w:] M. Blohmke u.a. (Hrsg.), *Handbuch der Sozialmedizin*, Band 3.
7. Töns H., (1983), *Hundert Jahre gesetzliche Krankenversicherung*.
8. Tymowska K., Włodarczyk C., (1992), *Opieka zdrowotna w krajach Wspólnoty Europejskiej – cechy wspólne i kierunki zmian*, „Antidotum. Zarządzanie w opiece zdrowotnej" nr 10/11.

Streszczenie:

W pracy podjęta została próba dokonania analizy ewolucji niemieckiej polityki społecznej w zakresie kształtowania katalogu rzeczowych świadczeń publicznej opieki zdrowotnej jako instrumentu służącego poprawie jakości życia społeczeństwa. Celem pracy jest dokonanie oceny rozwiązań prawnych obowiązujących w tym aspekcie na gruncie niemieckiego prawa socjalnego. Punkt wyjścia stanowi analiza zakresu świadczeń publicznej opieki zdrowotnej przewidzianych przepisami ustawy o ubezpieczeniu chorobowym robotników z 1883 r. Następnie autor dokonuje oceny uprawnień przysługujących ubezpieczonym w świetle Ordynacji Ubezpieczeniowej Rzeszy z 1911 r. Rozważania koncentrują się zaś na rozwiązaniach wynikających z aktualnie obowiązujących przepisów Kodeksu Socjalnego, w tym przede wszystkim jego Piątej Księgi.
Słowa kluczowe: Polityka społeczna, ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, ochrona zdrowia

Public Health Service as the Instrument of Social Politics in Federal Republic of Germany.

Summary:

In the present study there has been taken an attempt to analyze the evolution of German social politics in the field of forming subject catalogue of social public health services as an instrument which correctly improves the quality of living in society. The aim of the study is evaluation of legal solutions binding in discussed aspect in the field of German social law. The starting point is analysis of the range of public health services which are provided for in the Act of Workers Health Insurance established in 1883 year. Than the author makes an opinion on the rights which are entitled to those who are insured in the light of Insurance Act of the Reich established in 1911 year. Considerations concentrate on solutions which are included in actually binding regulations of Social Code, especially its Fifth Book.
Keywords: social politic, social security, health insurance, health protection

Rola elektronicznych usług publicznych w budowie gospodarki opartej na wiedzy

Janusz Sasak[*]

Wstęp

Transformacja społeczeństwa industrialnego do informacyjnego związana jest z gwałtownym rozwojem technologii przetwarzania informacji. Nowoczesne społeczeństwo charakteryzuje się dużą łatwością generowania informacji w formie elektronicznej. Informacja ta przetwarzana jest za pomocą wysokowydajnych technologii elektronicznych i przesyłana dzięki globalnej sieci komputerowej. Najistotniejszą cechą takiego społeczeństwa jest zacieranie się granic organizacyjnych poprzez wzajemne przenikanie się systemów informatycznych organizacji i tworzenie globalnej przestrzeni informacyjnej. Ważną rolę w tworzeniu społeczeństwa postindustrialnego pełnią organizacje publiczne, a w szczególności jednostki administracji państwowej i samorządowej, których zadaniem jest stymulowanie ewolucji społeczeństwa. Elektroniczne usługi publiczne powinny zaś wyznaczać standardy świadczenia usług drogą elektroniczną i podwyższać popyt na elektroniczną formę świadczenia usług.

Dynamiczny rozwój nauki, techniki, a w szczególności technologii elektronicznego przetwarzania danych daje wiele możliwości rozwoju w zakresie opracowywania i wdrażania nowych produktów oraz kanałów świadczenia usług. Ważną cechą nowoczesnej gospodarki jest też rosnąca konkurencja międzynarodowa wywołana globalizacją. Współczesne organizacje dążą do osiągnięcia dużej elastyczności i efektywności zaangażowanych środków. Strategie rozwojowe organizacji gospodarczych zostały przeorientowane z koncepcji produkcyjnych na marketingowe, duży nacisk kładzie się na sprawność przetwarzania informacji i możliwość elektronicznej wymiany danych, w tym również z organizacjami publicznymi. W warunkach polskich należy zwrócić uwagę na niedostosowanie organizacji publicznych do uczestnictwa w cyfrowej gospodarce. Wywołane jest ono brakiem jednolitych standardów w stosowanych systemach informatycznych oraz koordynacji informatyzacji państwa. Prowadzona dotychczas informatyzacja oparta była na

[*] dr Janusz Sasak, Instytut Spraw Publicznych UJ

rozwiązaniach fragmentarycznych, nieuwzględniających integracji systemów zarówno na poziomie ogólnokrajowym, jak i organizacyjnym. Taki model informatyzacji charakteryzował pierwotne systemy wspierające zarządzanie w sferze gospodarczej i od dwudziestu lat nie jest w niej stosowany. Błędy popełnione przy informatyzacji sfery publicznej przekładają się obecnie na problemy we wdrażaniu elektronicznych usług publicznych. Rozwiązaniem wydaje się być w pierwszej kolejności opracowanie standardów procesów administracji i na ich podstawie zbudowanie nowoczesnych zintegrowanych systemów informatycznych.

Celem opracowania jest określenie warunków świadczenia elektronicznych usług publicznych oraz ich wpływu na kształtowanie gospodarki opartej na wiedzy. W kontekście literatury przedmiotu przeprowadzono analizę możliwości integracji wewnętrznych systemów informatycznych sfery publicznej jako warunku koniecznego świadczenia usług elektronicznych w trybie transakcyjnym.

Gospodarka oparta na wiedzy

Cechą charakterystyczną współczesnego społeczeństwa są powszechnie występujące procesy globalizacji i integracji. Istotne są również zmiany w podejściu do zarządzania. Klasyczne metody i techniki zarządzania są zastępowane przez nowe, uwzględniające specyficzny język, kulturę organizacyjną i elastyczne struktury oparte na komunikacji, nowoczesnych rozwiązaniach informatycznych i informacyjnych.

Powstająca gospodarka określana jest mianem gospodarki opartej na wiedzy, a społeczeństwo ją tworzące nazywane jest społeczeństwem informacyjnym. Czynnikiem warunkującym transformację klasycznych systemów gospodarczych w gospodarkę opartą na wiedzy jest rozwój metod i technik przetwarzania i zarządzania informacjami. Efektywne i szybkie przetwarzanie informacji umożliwia kreowanie wiedzy będącej podstawowym zasobem i źródłem przewagi konkurencyjnej współczesnych organizacji.

W literaturze przedmiotu brak jest jednoznacznej definicji gospodarki opartej na wiedzy. Różnice dotyczą nie tylko definicji proponowanych przez specjalistów różnych dziedzin (socjologia, zarządzanie czy ekonomia), ale nawet w obrębie każdej z dziedzin odnaleźć można definicje uwzględniające różne cechy i czynniki określające jej istotę. Punktem wyjścia do budowy gospodarki opartej na wiedzy jest społeczeństwo informacyjne.

Pojęcie społeczeństwa informacyjnego pojawiło się w Japonii w 1963 r., kiedy antropolog T. Umesao opublikował artykuł o ewolucyjnej teorii społeczeństwa opartego na

przetwarzaniu informacji [Dąbrowska i in., 2009, s. 11]. Zainteresowanie wartością informacji we współczesnej ekonomii datuje się na lata 30. XX w., kiedy to austriacki ekonomista F. von Hayek w publikowanych od 1937 r. materiałach traktował informację jako dobro materialne – towar. Zapoczątkowany w czasie II wojny światowej rozwój badań operacyjnych, programowania liniowego, teorii gier, symulacji i teorii decyzji doprowadził do zmiany podejścia do informacji i jej roli w społeczeństwie.

Pod koniec lat 60. ubiegłego stulecia w Stanach Zjednoczonych i Europie trwały poszukiwania nowej formuły społeczeństwa, które miałoby zastąpić dotychczasową, określaną mianem industrialnej. Zmiany w społeczeństwie wskazywały na kształtowanie się nowego jakościowo społeczeństwa nazywanego postindustrialnym. Jego charakterystyczną cechą były wzrost znaczenia nauki, usług i technologii związanych w rozwojem nauki i techniki. W 1977 r. F. Machlup opublikował dziewięciotomowe studium The Information Economy: Definition and Measurement Marc Uri Porat, w którym zauważył, że gromadzenie i rozpowszechnianie informacji tworzy nową jakość gospodarki i w dużej mierze wpływa na życie społeczne [Sasak, 2009, s. 856].

Prekursorami budowy społeczeństwa informacyjnego byli Japończycy. W 1968 r. japoński teoretyk mediów K. Koyama w rozprawie Introduction to Information Theory zawarł ideę takiego społeczeństwa. Opracowanie to posłużyło JACUDI25 do opracowania w 1971 r. planu wdrażania w Japonii społeczeństwa informacyjnego. Rząd Japonii uznał go za narodowy cel, który powinien zostać osiągnięty do roku 2000. Najistotniejszymi elementami planu uczyniono utworzenie centralnego banku danych, zbudowanie zdalnie sterowanego sytemu medycznego, wdrożenie systemu przekwalifikowania siły roboczej, by główny obszar aktywności mieszkańców wiązał się z przetwarzaniem i wykorzystywaniem informacji. Tak zorganizowane społeczeństwo miało utworzyć gospodarkę opartą na wiedzy.

W Europie idea budowy społeczeństwa informacyjnego zapoczątkowana została przez S. Nory'ego i A. Minca, którzy w 1978 r., opracowując raport na temat tendencji rozwoju systemów społecznych, użyli tego właśnie pojęcia.

W Stanach Zjednoczonych impulsem do budowy postindustrialnego społeczeństwa były w latach 80. ubiegłego stulecia zmiany na rynku usług telekomunikacyjnych, wśród których najważniejsze okazało się wydzielenie i udostępnienie internetu. Upowszechniły się wówczas pojęcia „globalna infrastruktura informacyjna" i „infostrada", które jednoznacznie

[25] Japan Computer Usage Development Institute.

świadczyły o komercyjnym przeznaczeniu nowej technologii komunikacyjnej stanowiącej podstawę budowy nowoczesnego społeczeństwa.

W Europie za oficjalny początek budowy społeczeństwa informacyjnego przyjmuje się opublikowanie przez Komisję Europejską w 1994 r. raportu Europa i globalne społeczeństwo informacyjne opracowanego przez M. Bangemanna. Zawarto w nim perspektywy rozwoju społeczeństwa w państwach Unii Europejskiej. Mianem informacyjnego określono w nim społeczeństwo, które charakteryzuje się przygotowaniem i zdolnością do użytkowania systemów informatycznych, komputeryzacją i wykorzystaniem telekomunikacji do przesyłania i zdalnego przetwarzania informacji. W raporcie poruszono m.in. kwestie zmiany formy pracy i tworzenia nowych miejsc pracy poprzez wykorzystanie nowych technologii. Zwrócono także uwagę na różnice technologiczne pomiędzy Europą, USA a Japonią oraz na konieczność informatyzacji sfery publicznej.

Pierwszą próbę zdefiniowania gospodarki opartej na wiedzy podjęto w połowie lat 90. ubiegłego stulecia w raporcie z badań OECD, w którym jako *knowledge-based economy* określono „gospodarkę bezpośrednio opartą na produkcji, dystrybucji oraz użyciu wiedzy i informacji" [Fazlagić, 2009]. Tak sformułowana definicja wskazuje, że podstawę tej gospodarki stanowi społeczeństwo sprawnie przetwarzające informacje i wiedzę. Ze względu na ilość generowanych informacji i wiedzy musi się ono posługiwać elektronicznymi technologiami wspomagającymi zarządzanie informacjami i wiedzą, co wskazuje, że warunkiem powstania tego typu gospodarki jest odpowiednio rozwinięte społeczeństwo informacyjne.

Inną definicję gospodarki opartej na wiedzy proponuje A.K. Koźmiński, który twierdzi, że jest to gospodarka, w której wiele przedsiębiorstw opiera swoją przewagę konkurencyjną na wiedzy [Koźmiński, 2002, s. 155]. Stwierdzenie to wskazuje na powszechność stosowania metod i technik zarządzania wiedzą w sferze organizacji gospodarczych. Konkurencja zaś polega na opracowywaniu i stosowaniu najskuteczniejszych metod transformacji informacji do wiedzy, co w obecnych warunkach realizowane jest poprzez używanie elektronicznych narzędzi wspomagających zarządzanie wiedzą.

Szczególną rolę państwa w tworzeniu takiej gospodarki podkreśla A. Kukliński, który twierdzi, że innowacje oraz proinnowacyjna polityka państwa są warunkiem powstania gospodarki opartej na wiedzy, a stymulatorem rozwoju jest ludzka wiedza oraz możliwości jej tworzenia. Prowadzi to do wytworzenia się pomiędzy gospodarką a społeczeństwem swoistego sprzężenia zwrotnego [Kukliński, 2003]. Określenie roli państwa jako istotnego czynnika w budowie społeczeństwa informacyjnego w powiązaniu z koniecznością szybkiej

wymiany informacji i wiedzy pomiędzy sektorami gospodarki rodzi konieczność świadczenia usług publicznych drogą elektroniczną.

J. Fazlagić charakteryzuje gospodarkę opartą na wiedzy poprzez siedem cech [Fazlagić, 2009]:

- inwestowanie w badania i rozwój,
- zwiększenie znaczenia współpracy międzynarodowej i eksportu,
- wzrost zatrudnienia w branżach silnie uzależnionych od wiedzy,
- powstawanie przedsiębiorstw, w których dominującym zasobem jest wiedza,
- wysoki udział sektora usług w PKB,
- wzrost znaczenia formalnych i nieformalnych sieci komunikacyjnych,
- ciągły wzrost ilości dostępnej wiedzy.

Zaproponowane powyżej wyznaczniki gospodarki opartej na wiedzy wskazują na konieczność współpracy wszystkich sektorów gospodarki. Stymulatorem współpracy i jednocześnie narzędziem standaryzacji w wymianie informacji i wiedzy pomiędzy sektorami są standardy świadczenia usług elektronicznych. Ze względu na mnogość rozwiązań celowe wydaje się określenie ramowych standardów świadczenia e-usług przez sektor publiczny. Umożliwienie realizacji usług publicznych drogą elektroniczną zaowocować powinno zwiększonym popytem na tego typu usługi w innych sektorach gospodarki, a to z kolei przyśpieszy rozwój społeczeństwa i ewolucje tradycyjnej (industrialnej) gospodarki do gospodarki opartej na wiedzy.

Elektroniczne usługi publiczne

Usługi publiczne w klasycznym ujęciu służą całemu społeczeństwu lub zbiorowości lokalnej. Korzystanie z nich ma charakter zbiorowy i niemożliwe jest wykluczenie kogokolwiek z dostępu do nich (chodzi tu np. o korzystanie ze środowiska naturalnego, dróg, bezpieczeństwo wewnętrzne oraz zewnętrzne). Cechą charakterystyczną usług tego typu jest konieczność ich dostarczania w tej samej ilości wszystkim konsumentom znajdującym się w obszarze oddziaływania jednostki świadczącej takie usługi. Możliwość równej konsumpcji odnosić się musi do wszystkich obywateli, bez względu na to, czy płacą za te dobra, czy nie. Ważnym wyróżnikiem publiczności usług [Kożuch, 2008, s. 32] jest ich służenie interesowi publicznemu poprzez realizację celów wyższych, najważniejszych z punktu widzenia wspólnoty obywateli, odzwierciedlonych w wartościach zharmonizowanych z tymi celami.

Tak więc można stwierdzić, że są to usługi o podstawowym znaczeniu dla funkcjonowania wspólnoty.

Szybki rozwój technologii informatycznych zmienił sposoby i formy komunikacji, wywarł również duży wpływ na sposób i formę świadczenia usług publicznych. Zasadniczą zmianą, którą daje się zaobserwować, jest znaczny wzrost ilości danych przesyłanych cyfrowymi kanałami komunikacyjnymi przy jednoczesnym ograniczeniu transmisji głosowych i klasycznych form kontaktu. Zmiany te są konsekwencją tworzenia się społeczeństwa informacyjnego, w którym szybki i precyzyjny przepływ informacji stanowi kluczowy czynnik rozwoju, a niejednokrotnie przetrwania organizacji. Zmiana z tradycyjnego, analogowego kanału komunikacji na cyfrowy pozwala na szybszy przekaz informacji oraz na automatyzację przetwarzania danych przez elektroniczne systemy informatyczne. Dzięki takim zmianom możliwe staje się skuteczne wsparcie i rozwój kształtującego się społeczeństwa informacyjnego.

Problematykę nowego sposobu świadczenia usług publicznych i budowy społeczeństwa informacyjnego w Polsce po raz pierwszy poruszono w 1991 r. w opracowaniu Polskiego Towarzystwa Informatycznego. W 1994 r. podczas I Kongresu Informatyki Polskiej sformułowano zalecenia dotyczące powszechnego dostępu do infrastruktury teleinformatycznej, elektronicznego wsparcia dla usług publicznych oraz edukowania społeczeństwa w zakresie korzystania z sieci komputerowych jako efektywnego narzędzia komunikacji i świadczenia usług. Zalecenia te doprecyzowano i poszerzono w 1998 r. na II Kongresie Informatyki Polskiej. Jednakże ówczesne władze nie wykazały zainteresowania problematyką i dopiero po przyjęciu w marcu 2000 r. Strategii Lizbońskiej zakładającej jako jeden z głównych celów budowanie społeczeństwa informacyjnego oraz konieczność nadrobienia opóźnień informacyjnych przez państwa kandydujące do UE (w tym Polskę) sejm podjął 14 lipca uchwałę w sprawie budowania podstaw społeczeństwa informacyjnego i zobowiązał rząd do opracowania odpowiedniej polityki. Wzorując się na innych krajach UE, rząd za podstawę budowy społeczeństwa informacyjnego przyjął rozwój technologii ICT (Information and Communication Technologies). Nowoczesne, elektroniczne platformy komunikacyjne miały stać się generatorami rozwoju gospodarczego, społecznego, wspierać zrównoważony rozwój regionów, tworząc nowe miejsca pracy, ułatwiając dostęp do edukacji, kultury i innych dóbr publicznych. Efektywnym wsparciem miały okazać się powszechnie dostępne e-usługi publiczne.

Grupą usług publicznych, którą uznano za najistotniejszą w kreowaniu i stymulowaniu wzrostu społeczeństwa informacyjnego, była e-administracja. Usługi tej grupy miały stać się

czynnikiem ułatwiającym wprowadzenie elektronicznych usług publicznych w innych sektorach gospodarki poprzez wykreowanie popytu na nową formę świadczenia usług. Dodatkowym efektem miało być przyspieszenie i podniesienie transparentności funkcjonowania administracji i wskazanie istotnych korzyści wynikające ze zmiany z klasycznego na elektroniczny sposób świadczenia usług. Niestety pomimo upływu blisko dziesięciolecia od przyjęcia założeń ta grupa usług nie osiągnęła w Polsce zadowalającego poziomu, a nawet zanotowano spadek zainteresowania elektronicznymi usługami publicznymi [Zaremba, 2008, s. 112]. Wyznacznikiem standardów w elektronicznym świadczeniu usług stała się więc nie administracja publiczna, lecz organizacje komercyjne.

Usługi społeczne, których cyfryzację zakładały kolejne plany informatyzacji i budowy społeczeństwa informacyjnego w Polsce, nie osiągnęły również do chwili obecnej zadowalającego poziomu. E-zdrowie funkcjonuje praktycznie tylko na poziomie informacyjnym. Dostępne są jednokierunkowe kanały komunikacyjne pozwalające pobierać informacje o procedurach i świadczonych usługach, bez możliwości ich realizacji i korzystania ze zwrotnego kanału komunikacyjnego.

Usługi w obszarach kultury, oświaty, bezpieczeństwa publicznego i zdrowia są realizowane praktycznie tylko na poziomie informacyjnym. Co prawda powstają pierwsze biblioteki i muzea cyfrowe, można za pomocą internetu uzyskiwać dostęp do katalogów bibliotek tradycyjnych czy strony umożliwiające kontakt ze strażą miejską czy policją, jednakże ciągle brakuje interaktywności w realizacji większości usług. Osoby korzystające w tego typu usług nie mają wpływu na zakres, formę i sposób jej świadczenia.

Publiczne usługi techniczne w zakresie dostępu do sieci teletransmisyjnych pozostawiają również wiele do życzenia. Zakładany w planach bezpłatny dostęp do internetu częściej realizowany jest przez organizacje komercyjne jako forma własnej promocji niż przez jednostki administracji publicznej. Ciągle duża część kraju pozbawiona jest szerokopasmowego dostępu do internetu ze względu na słabo rozwiniętą infrastrukturę. Brakuje też realnej konkurencji pomiędzy dostawcami świadczącymi usługi dostępowe. W większości miejsc, w których dostępny jest szerokopasmowy dostęp do internetu działa tylko i wyłączne jeden operator.

Elektroniczne usługi publiczne są ściśle powiązane z terminem e-Government, oznaczającym elektroniczne rządzenie, czyli nowy elektroniczny sposób świadczenia usług przez administrację publiczną. Często termin ten jest używany w kontekście wykorzystania

technologii komputerowych w celu udostępniania obywatelom dostosowanych do ich potrzeb usług informacyjnych dostępnych przez 24 godziny na dobę i 7 dni w tygodniu.

Krynicka rozumie e-Government jako całokształt działań wykorzystujących technologie informacyjne i telekomunikacyjne na rzecz stworzenia lepszej i skuteczniejszej administracji w dynamicznie zmieniającym się świecie. Prowadzić to powinno do poprawy jakości rządzenia. Elektroniczne usługi administracji publicznej mogą być świadczone na czterech poziomach [por. Haltof]:

1. Informacja online – obejmuje informacje tematycznie sklasyfikowane i udostępniane na żądanie zainteresowanego za pomocą stron WWW.
2. Interakcja jednokierunkowa – umożliwienie pobrania dokumentów i wzorów dokumentów celem wydrukowania i przekazania urzędowi drogą tradycyjną.
3. Interakcja dwukierunkowa – umożliwienie pobrania dokumentów lub udostępnienie formularzy online celem elektronicznego wypełnienia i przesłania do urzędu.
4. Poziom transakcyjny – zastosowanie technologii elektronicznych umożliwiających pełną realizację usługi od momentu złożenia zapotrzebowania aż do wydania decyzji.

Sprawnie działająca administracja publiczna powinna dążyć do realizacji wszystkich usług na poziomie transakcyjnym. Brak w polskich urzędach odpowiednich standardów wymiany informacji i systemów informatycznych, które je realizują, sprawia, że trudne, a niejednokrotnie wręcz niemożliwe jest świadczenie usług na najwyższym poziomie. W pełni na poziomie transakcyjnym świadczone są tylko cztery spośród podstawowych dwudziestu usług publicznych (deklaracje celne, dane statystyczne (udostępnianie), obowiązkowe ubezpieczenia społeczne, pośrednictwo pracy). Pozostałe świadczone są głownie na poziomie informacji online, a nieliczne na poziomie interakcji. Poprawę tego stanu i wprowadzenie usług na poziomie transakcyjnym osiągnąć będzie można dopiero po zmianie systemów informatycznych administracji publicznej na zintegrowane wspólną bazą danych i umożliwiające automatyczną wymianę informacji nie tylko pomiędzy urzędami, ale również z klientami zewnętrznymi.

Koncepcje i warunki świadczenia usług elektronicznych

Koncepcje budowy i rozwoju społeczeństwa informacyjnego wskazują na bardzo istotną rolę elektronicznych usług publicznych. Stąd też plany informatyzacji państwa zakładają wsparcie wdrażania elektronicznych usług publicznych poprzez realizację następujących priorytetów:

- przekształcenie Polski w nowoczesne i przyjazne dla obywateli i podmiotów gospodarczych państwo,
- racjonalizację wydatków administracji publicznej związanych z jej informatyzacją,
- neutralność technologiczną rozwiązań wykorzystywanych w procesie informatyzacji administracji publicznej.

Wprowadzenie w życie koncepcji elektronicznej administracji publicznej wymaga nie tylko zastosowania technologii umożliwiającej za pomocą portalu internetowego świadczenie usług publicznych przez urzędy, ale również przeprogramowania procesów w jednostkach administracji publicznej tak, by funkcjonowały one podobnie jak w modelu znanym ze sfery biznesowej, w którym wyróżnia się front i back office. Fornt office odpowiedzialny jest za komunikację z klientami, przyjmowanie zleceń, udzielenie informacji i dostarczenie zrealizowanych usług, back office zaś odpowiada za sprawną realizację procedur wewnętrznych, automatyczne przetwarzanie wprowadzonych danych i realizację zlecenia w wewnętrznych systemach informatycznych. Dla wdrożenia takiego modelu funkcjonowania konieczne jest zapewnienie interoperacyjności danych i systemów polegającej na zdolności do współpracy (automatyzacji wymiany danych) pomiędzy różnymi systemami nie tylko w ramach danej jednostki administracji publicznej, ale również pomiędzy jednostkami. Taka współpraca systemów informatycznych zagwarantuje integralność danych, dużą szybkość podejmowania decyzji i eliminację błędów.

W światowej literaturze przedmiotu spotyka się dwie główne koncepcje świadczenia usług e-administracji. Pierwsza preferowana jest przez państwa azjatyckie i Stany Zjednoczone. Zakłada ona, że podstawą świadczenia elektronicznych usług jest zapewnienie powszechnego dostępu online do systemów informacyjnych administracji. Klient urzędu może samodzielnie (bez pomocy urzędnika) za pomocą systemu komputerowego zrealizować usługę. Koncepcja ta wymaga odpowiednio dojrzałego technologicznie społeczeństwa oraz jasnych, pozbawionych uznaniowości kryteriów dostępu i zasad świadczenia usług publicznych. Usługi świadczone według tej koncepcji pozwalają na wyższą niż w modelu europejskim redukcję kosztów związanych z wynagrodzeniami urzędników, w większym

stopniu przyczyniają się do wzrostu transparentności sfery publicznej i kształtowania się informacyjnego społeczeństwa obywatelskiego.

W modelu europejskim z kolei nacisk kładzie się na takie zinformatyzowanie administracji, aby stworzyć jej tańszą formę, co w rezultacie ma poprawić funkcjonowanie państwa i obniżyć koszty administracji. W tym modelu niekoniecznym jest zapewnienie samodzielnej realizacji usługi online. Taka forma świadczenia usługi dopuszcza uznaniowość i nie przynosi maksymalnego, możliwego do uzyskania ograniczenia wydatków publicznych na realizację usług. Realizacja usług elektronicznych prowadzona zgodnie z koncepcją europejską charakteryzuje się również dłuższym czasem realizacji związanym z koniecznością autoryzacji usług przez pracowników urzędów.

Głównymi zadaniami stawianymi e-administracji są [The e-Governmental..., 2001]:

- poprawa jakości usług,
- dostosowanie systemu prawnego do zachodzących zmian,
- zapewnienie większego dostępu do informacji publicznych,
- kooperacja pomiędzy różnymi szczeblami administracji,
- zapewnienie udziału społeczeństwa w procesie świadczenie usług publicznych,
- zwiększenie odpowiedzialności organów publicznych za realizowane działania.

Poprawa jakości usług wprowadzana jest poprzez standaryzację i ustalenie jednakowych dla wszystkich wzorców postępowania. Swobodny dostęp społeczeństwa do informacji zawartych w elektronicznych systemach administracji publicznej z jednej strony zwiększa udział obywateli w rządzeniu państwem, a z drugiej istotnie podnosi transparentność działań administracji i sprawiedliwiej rozdziela odpowiedzialność za realizowaną usługę.

Na potrzeby badań D. Grodzka [2007, s. 3] wprowadza cztery stopnie realizacji usług e-administracji. Pierwszy stopień to zapewnienie realizacji roli informacyjnej polegającej na umożliwieniu klientom urzędu zaczerpnięcie informacji o urzędzie i świadczonych przez niego usługach. Drugi stopień to interakcja dwukierunkowa – oprócz informacji klient może pobrać ze strony internetowej gotowe formularze. Trzeci stopień realizacji usług osiągany jest wtedy, gdy portal inernetowy oferuje możliwość pobrania odpowiednich formularzy, wypełnienia ich i odesłania. Brak jest na tym etapie transakcyjności w realizowanej usłudze, to znaczy odesłany drogą elektroniczną dokument po dotarciu do urzędu rozpatrywany jest w sposób tradycyjny. Czwarty poziom gwarantuje pełną transakcyjność realizowanej usługi, pozwala klientowi na zasięgnięcie pełnej informacji i realizację całego procesu świadczenia usługi, łącznie z podpisem elektronicznym dokumentów, uiszczeniem opłaty i odbiorem

decyzji. Z punktu widzenia wspierania gospodarki opartej na wiedzy najkorzystniejsze jest osiągnięcie czwartego poziomu świadczenia elektronicznych usług przez administrację.

A. Dąbrowska i in. [Dąbrowska, Janoś-Kresło, Wódkowski, 2009, s. 48–51] na podstawie przeprowadzonych analiz raportów uznali, że Polskę w latach 2005–2007 cechował bardzo słaby rozwój e-administracji. Na 25 państw UE Polska zajmowała przedostatnie miejsce w dostępności usług i liczbie obywateli z nich korzystających. Na dwadzieścia podstawowych usług zaliczanych do e-Government na czwartym poziomie (transakcyjnym) realizowanych było zaledwie cztery, na trzecim jedna, na pierwszym dwie, pozostałe częściowo na poziomie trzecim. Tak niska ilość usług realizowanych na poziomie transakcyjnym stanowiła czynnik zniechęcający klientów urzędów do korzystania z e-administracji. Na uwagę zasługuje również fakt, że w 2006 r. tylko 6% obywateli załatwiających sprawy w urzędach korzystało z informacji zawartych na ich stronach internetowych [Dąbrowska, 2009, s. 49].

Plan Informatyzacji Państwa na lata 2007–2010 zakładał m.in., że do końca 2010 r. zakończone zostaną wszystkie planowane przedsięwzięcia teleinformatyczne, znowelizowana zostanie ustawa o podpisie elektronicznym, uproszczone będzie prawodawstwo związane z informatyzacją administracji, zakończą się przygotowania infrastruktury urzędów i powszechny będzie tani szerokopasmowy dostęp do internetu. Jednakże okazało się, że osiągnięcie tych celów stało się niemożliwe, nie opracowano również standardów wymiany informacji pomiędzy różnymi systemami (nie wprowadzono integratora), przez co poziom realizacji większości usług e-administracji pozostaje niezmieniony od kilku lat.

Ważną grupę usług publicznych wspierających rozwój społeczeństwa informacyjnego stanowią usługi społeczne. Do usług tej grupy zalicza się: ochronę zdrowia, oświatę i wychowanie, edukację, kulturę, kulturę fizyczną i rekreację, pomoc i opiekę społeczną, mieszkalnictwo oraz bezpieczeństwo publiczne. Każda z wyżej wymienionych grup usług charakteryzuje się własną specyfiką, oczekiwaniami i możliwościami odbiorców. Dlatego też nie można zastosować tych samych narzędzi i metod do ich świadczenia.

Portal Zdrowie UE podaje następującą definicję E-zdrowia: „wszelkie zastosowania technologii teleinformatycznych w zapobieganiu chorobom, diagnostyce, leczeniu, kontroli oraz prowadzeniu zdrowego stylu życia”. Główną rolą narzędzi tego typu jest usprawnianie komunikacji pomiędzy pacjentami a usługodawcami z branży opieki zdrowotnej. Umożliwiają szybkie i sprawne przekazywanie danych pomiędzy poszczególnymi instytucjami, instytucjami a pacjentami, zdalną diagnostykę i monitorowanie stanu pacjenta.

Najbardziej zaawansowane usługi pozwalają nawet na zdalne prowadzenie konsultacji i zabiegów medycznych.

G. Eysenbach wyróżnia w ramach e-zdrowia następujące obszary [Eysenbach, 2001]:

- elektroniczne kartoteki medyczne umożliwiające szybką i łatwą wymianę danych pacjenta pomiędzy różnymi placówkami opieki zdrowotnej,
- telemedycyna – zdalne wykonywanie badań bez konieczności wizyty pacjenta w placówce diagnostycznej,
- medycyna oparta na dowodach naukowych – dostęp do bazy wiedzy opisującej przypadki medyczne i sposoby postępowania podczas leczenia,
- dostęp do informacji medycznej – serwisy informujące zarówno zdrowych, jak i chorych o osiągnięciach z dziedziny medycyny,
- zarządzanie wiedzą w zdrowiu publicznym – dostęp do baz wiedzy, bibliotek i baz naukowych oferowany lekarzom i placówkom ochrony zdrowia,
- narzędzia tworzące wirtualne zespoły opieki zdrowotnej przygotowane do wspólnej opieki nad pacjentami.

Zaproponowana przez Eysenbacha klasyfikacja obszarów e-zdrowa wskazuje na konieczność pełnej cyfryzacji informacji, zarówno dotyczącej świadczonych usług, jak również specjalistycznej wiedzy medycznej. Takie rozwiązanie z jednej strony pozwoli uszczelnić system finansowania służby zdrowia, usprawni zarządzanie w opiece zdrowotnej, a z drugiej znacznie ułatwi proces diagnostyki medycznej poprzez natychmiastowy dostęp do historii chorób pacjenta oraz opisów przypadków medycznych lekarzowi realizującemu procedury medyczne. Ważnym aspektem sfery e-zdrowia jest poszerzenie dostępu od informacji medycznej dla społeczeństwa, które powinno zaowocować wzrostem świadomości prozdrowotnej, a w konsekwencji poprawą stanu zdrowotności obywateli. Telemedycyna pozwoli natomiast oszczędzić koszty związane z utrzymaniem wysokiej klasy specjalistów poprzez możliwość prowadzenia diagnostyki i zabiegów bez fizycznej obecności lekarza w miejscu wykonywania zabiegu.

W Polsce kierunki rozwoju e-zdrowia określono w „Planie informatyzacji państwa na lata 2007–2013". Plan ten zakłada budowę elektronicznej platformy gromadzenia i udostępniania zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych. Platforma ta ma poprawić przejrzystość i obniżyć koszty usług medycznych, zredukować błędy diagnostyki oraz podnieść dostępność usług.

E-edukacja, określana mianem nauczania na odległość, to forma podnoszenia kwalifikacji poprzez samokształcenie za pomocą szeroko rozumianych elektronicznych metod

i technik przekazywania wiedzy. Ta forma nauczania często w literaturze przedmiotu nazywana jest e-learningiem, czyli wykorzystywaniem technologii multimedialnej i internetu do poprawy jakości procesu uczenia się poprzez ułatwienie dostępu do źródeł wiedzy i umożliwienie współpracy na odległość pomiędzy uczącym się a nauczycielem [*The e-learning...*, 2001].

Pierwowzorem współczesnego nauczania na odległość były organizowane w USA w XVIII w. kursy korespondencyjne. W Europie tą metodę nauczania zaczęto stosować dopiero w XIX w. Kolejnymi narzędziami procesu nauczania na odległość były kursy radiowe, telewizyjne, a po upowszechnieniu się urządzeń umożliwiających zapis i odczyt dźwięku i obrazu zdalne nauczanie realizowano za pomocą kaset magnetofonowych, magnetowidowych, a następnie nośników CD i DVD. Cechą tej formy kształcenia był brak możliwości kontaktu ucznia z nauczycielem w czasie rzeczywistym. Dopiero upowszechnienie internetu dało możliwości pełnej komunikacji dwukierunkowej w czasie rzeczywistym pomiędzy nauczycielem a uczniem. Dodatkowo internet umożliwił samodzielne uzupełnianie wiedzy o aspekty nieobjęte programem kursu lub objęte nim w zbyt wąskim zakresie.

W 2006 r. w USA 75% uczelni oferowało zajęcia metoda e-learningu. W Polsce odsetek ten wynosił zaledwie 5%, co w dużej mierze wynikało z braku wsparcia ze strony Ministerstwa Nauki tej formy kształcenia. Dodatkową barierą była również nieufność studentów, nauczycieli akademickich i pracodawców do tej formy nauczania. Traktowano ją jako metodę przekazywania dodatkowej, uzupełniającej wiedzy, a nie podstawową formę prowadzenia zajęć.

Właściwe świadczenie usługi zdalnego nauczania wymaga zmiany dotychczasowej metodyki nauczania z przekazywania i recepcji wiedzy faktograficznej na samodzielne poszukiwanie wiedzy, jej ocenę, przetwarzanie i późniejsze posługiwanie się nią. Zmianie musi ulec rola nauczyciela, który z osoby dostarczającej konkretnych informacji staje się mentorem (przewodnikiem) w samodzielnym zdobywaniu wiedzy.

Dużą uwagę tej formie nauczania poświęca Komisja Europejska, która e-learning postrzega jako jeden z głównych filarów realizowanej strategii budowy i rozwoju społeczeństwa informacyjnego. Szczególną rolę przypisuje się nauczaniu na odległość w procesie określanym mianem uczenia się przez całe życie. Zdaniem ekspertów metoda ta pozwoli na sprawne zdobywanie wiedzy niezbędnej zarówno w rozwoju zawodowym, jak też koniecznej do zmiany dotychczasowej profesji. Przyjmując prognozy mówiące o konieczności zmiany wykonywanego zawodu w cyklu pięcio-, dziesięcioletnim, trzeba uznać,

że metoda ta powinna zagwarantować wyposażenie pracowników w nowe kompetencje potrzebne do realizacji zadań na nowych stanowiskach.

Mianem e-kultury określa się zintegrowany z ICT proces produkcji, dystrybucji, prezentacji, zachowania i ponownego wykorzystania dzieł kultury [Dąbrowska, 2009, s. 86]. Holenderska Rada Kultury wskazała trzy główne obszary e-kultury i zliczyła do nich [Forum ICT to E-culture...]: dygitalizację informacji, innowacje kulturalne i zmianę roli instytucji kultury. Działania te mają za zadanie umożliwić szeroki dostęp do dóbr kultury za pośrednictwem internetu oraz wytworzyć nowe formy aktywności kulturalnej społeczeństwa.

W Polsce najbardziej widocznym przejawem e-kultury są portale i serwisy filmowe dające nie tylko możliwość oglądania i publikowania filmów, ale również zawierające informacje ze świata filmu. Z badań przeprowadzonych w 2007 r. [Dąbrowska, 2009, s. 89] wynika, że jeśli chodzi o korzystanie z tradycyjnych mediów przez internet, największą popularnością cieszą się telewizja i video (75% respondentów), radio (70%), czytanie dzienników (67%), tygodników (37%) i miesięczników (30%).

Ważnym elementem e-kultury są internetowe biblioteki umożliwiające dostęp do dzieł literackich zarówno w formie pisanej, jak również dzięki zastosowaniu syntezatorów mowy w formie dźwiękowej szczególnie cennej dla osób z wadami wzroku. Pewną nowością są pojawiające się w sieci wirtualne muzea oferujące dostęp do eksponatów przez całą dobę.

Zakłada się, że e-kultura powinna podnosić aktywność kulturalną społeczeństwa, dać szerszy dostęp do dóbr kultury wykluczanym do tej pory grupom społecznym. Zwrócić należy jednak uwagę na fakt, że cyfryzacja kultury obniża jakość jej artefaktów i zaciera różnice pomiędzy kulturami, a wytwory różnych twórców upodobniają się do siebie.

Podsumowanie

Kształtujące się społeczeństwo informacyjne wymaga zmiany sposobów przetwarzania informacji z tradycyjnego, opartego na papierowym nośniku, na nowoczesne, wykorzystujące elektroniczny zapis. Zmian w formie udostępnianej informacji oczekuje się zwłaszcza od instytucji publicznych, których głównym zadaniem jest stworzenie możliwości realizacji usług publicznych w całości drogą elektroniczną. Obecnie stan realizacji elektronicznych usług publicznych w Polsce znacznie odbiega od standardów przyjętych w UE. Opracowane i powszechnie stosowane w UE koncepcje świadczenia usług publicznych są realizowane w bardzo wąskim zakresie w warunkach Polskich. Gros usług świadczonych jest tylko i wyłącznie w formie informacyjnej, nie dającej żadnych możliwości pełnej

realizacji usługi. Powszechnie występują znaczne opóźnienia we wdrażaniu programów informatyzacji sfery usług publicznych.

Za główny cel informatyzacji urzędów uważać należy podniesienie jakości świadczenia usług publicznych, zwiększenie ich dostępności i obniżenie kosztów ponoszonych tak po stronie urzędu, jak i klienta. Wypracowanie i wdrożenie standardów świadczenia usług elektronicznych przez administrację publiczną stanowić powinno impuls do rozwoju sfery usług elektronicznych w innych dziedzinach gospodarki. Brak możliwości pozyskiwania informacji publicznych drogą elektroniczną utrudnia kształtowanie się nowoczesnego społeczeństwa i hamuje rozwój gospodarki opartej na wiedzy. Dostęp do e-urzędów przyczynić się powinien do zwiększonej aktywności obywateli w obszarze współrządzenia państwem, czyli kształtowania się nowoczesnego, świadomego społeczeństwa obywatelskiego.

Rozpoczęcie i stałe poszerzanie oferty elektronicznych usług sfery kultury, zdrowia, edukacji jest szczególnie ważne dla mieszkańców oddalonych od instytucji świadczących usługi tego typu. Możliwość uzyskiwania usług drogą elektroniczną zmniejsza dysproporcje pomiędzy dostępnością usług mieszkańców miast i osad oddalonych od centrów kultury, sztuki, nauki czy wreszcie specjalistycznych placówek służby zdrowia. Obniżeniu ulegają również koszty pozyskania usługi ponoszone przez usługobiorcę na dotarcie do punktu świadczenia usług.

Rozwój współczesnych społeczeństw, których główna aktywność skupia się na pozyskiwaniu, przetwarzaniu i wymianie informacji, wymaga elektronicznego dostępu do informacji we wszystkich obszarach aktywności. Dostęp ten jest jednakowo ważny tak w obszarze aktywności zawodowej, jak i w sferze publicznej. Uruchamianie i doskonalenia elektronicznych usług publicznych stanowi impuls wspierający wzrost gospodarczy, tworzy popyt na usługi elektroniczne nie tylko w sferze publicznej, ale i gospodarczej

Bibliografia

1. Dąbrowska A., Janoś-Kresło M., Wódkowski A., (2009), *E-usługi a społeczeństwo informacyjne*, Difin, Warszawa.
2. *Dwa lata Biuletynu Informacji Publicznej*, (2005), „Poradnik Samorządowy" lipiec–sierpień.
3. Grodzka D., (2007), *E-administracja w Polsce*, „Infos" nr 18.
4. Kożuch B. (red.)., (2008), *Zarządzanie usługami publicznymi*, Towarzystwo Naukowe Współczesnego Zarządzania, Kraków.

5. Kożuch A., Kożuch B., (2008), *Istota usług publicznych*, [w:] B. Kożuch (red.), *Zarządzanie usługami publicznymi*, Towarzystwo Naukowe Współczesnego Zarządzania, Kraków.
6. Koźmiński A.K., (2002), *Jak tworzyć gospodarkę opartą na wiedzy?*, [w:] *Strategia rozwoju Polski u progu XXI wieku*, Kancelaria Prezydenta RP i Komitet Prognoz Polska 2000 Plus, PAN, Warszawa.
7. Krzyminiewska G., (2007), *Zespołowe formy prowadzenia działalności społecznej i gospodarczej*, [w:] K. Łęczycki (red.), *Ogólne problemy rozwoju grup producenckich w rolnictwie*, Wydawnictwo AP, Siedlce.
8. Kukliński A., (2003), *O nowym modelu polityki regionalnej*, „Studia Regionalne i Lokalne" nr 4 (14).
9. Oleński J., (2005), *Podstawy metodyczne syntezy informacji publicznej w portalach e-administracji*, Centrum Doradztwa Rolniczego Oddział w Poznaniu, Poznań
10. Sasak J., (2009), *Zarządzanie przepływem informacji jako warunek kreowania wiedzy w organizacji*, [w:] M. Czerska, H. Czubasiewicz (red.), *Społeczne uwarunkowania sukcesu organizacji, Sopot 2009*, Prace i materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego 2/9/, Wydział Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego.
11. *The e-Governmental Handbook in the developing Countries*, (2001), Center for Democracy and Technology.
12. Zaremba W., (2008), *Determinanty popytu na e-usługi publiczne*, [w:] B. Kożuch (red,), *Zarządzanie usługami publicznymi*, Towarzystwo Naukowe Współczesnego Zarządzania, Kraków.

Bibliografia elektroniczna

1. Portal Zrowie UE, http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/e-health/index_pl.htm, dostęp: 15.10.2001.
2. Eysenbach G., (2001), What is e-health, „Journal of Medical internet Research" Vol. 3, www.jmir.org, dostęp: 15.10.2001.
3. Fazlagić J., Gospodarka oparta na wiedzy, http://www.eid.edu.pl/archiwum/ 2009,261/marzec,278/klucz_do_oswiaty,293/gospodarka_oparta_na_wiedzy,2169.html, dostęp: 12.12.2010.
4. Forum ICT to E-culture. Advisory Report on the digitalisation of culture and the implications for cultural policy, Netherlands Council for Culture, www.cultuur.nl/e-culture, dostęp: 15.10.2001.
5. Haltof P., Kulągowski S. i in., Raport: Administracja, publiczna w sieci 2002 – czy rzeczywiście bliżej obywatela?, www.egov.pl, dostęp: 15.10.2004.
6. Krynicka H., Rozwój e-usług w Polsce, http://www.bibliotekacyfrowa.pl/Content/ 34608/008.pdf, dostęp: 14.12.2010.
7. The eLearning Action Plan Designing tommorow's education, COM, 2001 172 final, http://ec.europa.eu/education/archive/elearning/annex_en.pdf, dostęp: 15.10.2001.

Streszczenie

W artykule zaprezentowano znaczenie elektronicznych usług publicznych w procesie kształtowania gospodarki opartej na wiedzy. Określono warunki świadczenia usług drogą elektroniczną. Szczególną uwagę zwrócono na stan wewnętrznych systemów informacyjnych i standardów zarządzania informacją jako czynników kluczowych w procesie świadczenia usług publicznych drogą elektroniczną. W kontekście powstawania społeczeństwa informacyjnego przeanalizowano znaczenie poziomu i standardu świadczenia usług publicznych drogą elektroniczną jako stymulatora rozwoju gospodarki opartej na wiedzy.
Słowa kluczowe: gospodarka oparta na wiedzy, e-usługi publiczne, społeczeństwo informacyjne

The Role Electronic Public Services in creation of Knowledge Economy

Summary

The article presents the significance of e-public services in the process of building an economy based on knowledge. The author defines the conditions for providing e-services. Special emphasis was placed on the state of internal information systems and standards of information management as key factors in the process of providing e-services. The importance of the level and standard of providing e-services has been analysed in the context of creating information society.
Keywords: Knowledge-Based Economy, eGovernment, information society

Jakość informacji internetowej jako determinanta poziomu usług e-administracji w Polsce

Barbara Batko*

Wstęp

Istota państwa zasadza się na świadczeniu usług publicznych na rzecz obywateli, a także samego państwa w celu zaspokajania ich rozlicznych i zmiennych potrzeb. Usługi publiczne przyczyniają się do optymalizacji warunków rozwoju społeczno-gospodarczego, w tym podniesienia jakości życia obywateli. Warunki jakości i stylu życia wyrażają się u obywateli m.in. zadowoleniem z poszczególnych dziedzin i aspektów ich działalności. O jakości życia świadczy także korzystanie z nowoczesnych technologii komunikacyjnych [Czapiński, 2009]. Rozumieć należy przez to stopień operowania nowoczesnymi narzędziami komunikacyjnymi (komputerem, Internetem, telefonem komórkowym) w życiu osobistym i zawodowym, a także możliwość korzystania z usługi, które świadczone są za pomocą tych narzędzi.

Administracja publiczna w Polsce już od dziesięciu lat promuje tworzenie nowoczesnego społeczeństwa informacyjnego, a rola administracji publicznej online to służenie obywatelom „poprzez swoją dostępność, poufność, wiarygodność i jakość" [*e-Polska...*, 2001]. Cele państwa polskiego to pośród wielu: dynamiczny, zrównoważony rozwój kraju i obywateli oraz budowanie zaufania społecznego, w tym: poprawa wiarygodności instytucji publicznych [*Strategiczny...*]. Deklaracje te powtarzają się we wszystkich dokumentach strategicznych. Rząd dąży do zapewnienia pełnego dostępu do e-usług.

O użyteczności usług e-administracji nie decyduje sprawność narzędzi, ale jakość usług. W niniejszym artykule podjęto próbę wyjaśnienia roli jakości treści informacji publikowanych w Internecie przez instytucje sektora publicznego w Polsce. Przyjęto tezę, iż jakość ta zdaje się być podstawową determinantą poziomu usług e-administracji w Polsce.

Jakość informacji decyduje o komunikacji pomiędzy podmiotami i o skuteczności ich działań. Przekaz informacji stanowi jeden z warunków komunikacji. Decyduje o klarowności ról, jakie odgrywają podmioty sektora publicznego i jego otoczenie. Informacja publikowana w portalu instytucji sektora publicznego trafia do odbiorcy e-usługi, który na jej podstawie

* dr Barbara Batko Wyższa Szkoła Ekonomiczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej

buduje określoną wiedzę o otaczającej go rzeczywistości społeczno-gospodarczej. Dzięki posiadanej wiedzy jednostka podejmuje działania w sferze prywatnej i zawodowej. Jakość wiedzy wpływa na jakość podejmowanych decyzji.

Treść informacji już na etapie jej generowania musi być wysokiej jakości, zarówno pod względem merytorycznym, jak i językowym. Odbiorcy usług informacyjnych to osoby o różnym poziomie wykształcenia i wiedzy oraz umiejętnościach informatycznych. Założyć więc należy, iż nie mają wystarczających umiejętności do oceny i weryfikacji jakości treści informacji. Rzetelna informacja jest warunkiem koniecznym budowania rzetelnej wiedzy, w oparciu o którą nastąpi etap podejmowania decyzji. Podejmowanie skutecznych działań ma wymiar subiektywny i zależy wyłącznie od odbiorcy informacji, lecz po stronie nadawcy informacji leży dbałość o jej rzetelność.

Dla potrzeb opracowania wykorzystano wybrane informacje dotyczące społeczeństwa informacyjnego z lat 2005–2010. Nie jest celem niniejszych rozważań zamieszczanie wyników badań, które są dostępne szerzej w raportach, jednakże przywołano je po to, by zaakcentować dużą rolę informacji publikowanych w Internecie przez instytucje sektora publicznego. W omawianym kontekście ważne wydają się być te wskaźniki, które obrazują zwłaszcza interakcję e-administracja – obywatel. Patrząc zaś przez pryzmat deklarowanej przez państwo polskie roli administracji publicznej w rozwoju społeczeństwa informacyjnego, należy uznać, że ważne są wskaźniki dostępności usług administracji publicznej online, w tym rodzaje świadczonych usług, liczba odbiorców usług e-administracji i powody, dla których korzystają z owych usług.

W badaniach własnych korzystano z informacji publikowanych w portalach instytucji sektora publicznego i analizowano jakość treść informacji pod kątem jej użyteczności dla odbiorcy e-usług. Pomiary jakości treści informacji publikowanych w Internecie prowadzono metodą ekspercką, korzystając z dostępu do stron WWW online i przeglądarek internetowych[26]. Zawartość portali była weryfikowana także po wykonaniu analiz. Metoda ekspercka (czy analityczna) jest najbardziej efektywna i miarodajna z punktu widzenia użytkownika, który chce podejść krytycznie do informacji. Polega ona na wieloaspektowym przyjrzeniu się informacji; na zrozumieniu jej cech formalnych i treściowych oraz określeniu, które z nich są najważniejsze w danym momencie i wobec konkretnych potrzeb [Bednarek-Michalska, 2007].

[26] Analizy i wyniki badań zostały opublikowane w odrębnych artykułach.

Badania autorki prowadzone od 2007 r. dowodzą, iż informacje często nie posiadają podstawowych cech jakościowych, nie spełniają więc wymogów użyteczności. Jakość informacji jest zła, przez co są one bezużyteczne, a nawet szkodliwe. W wielu przypadkach winę za to ponosi niefrasobliwy twórca informacji.

E-government w Polsce

Elektroniczna administracja (e-administracja, *e-government*) to wykorzystanie narzędzi i technologii informacyjnych i telekomunikacyjnych ICTs (*Information and Communication Technologies*) w administracji publicznej, w celu poprawienia jakości świadczonych usług kierowanych do obywateli i przedsiębiorców. Istotą e-administracji są przede wszystkim zmiany natury organizacyjnej, procesowej i behawioralnej pracowników organizacji, w celu osiągnięcia pożądanej efektywności świadczenia e-usług. E-administracja umożliwia obywatelom, przedsiębiorcom i organizacjom sprawniejsze działanie przy niższych kosztach ekonomicznych [*ICT*...]. Postęp technologiczny, dzięki nowym technologiom przekazywania informacji, w tym Internetowi, zwiększył i przyspieszył możliwości dostępu do informacji i ich wymiany. Instytucjom administracji publicznej stworzył nowe możliwości komunikowania się wewnątrz organizacji, a także z otoczeniem. Administracja publiczna jest jednym z największych użytkowników IT, ponieważ jest twórcą dużej ilości informacji, które są jej podstawowym zasobem, a ich przetwarzanie i dystrybucja stanowi większość jej działań. Do najważniejszych nowoczesnych technik informatycznych zaliczyć można: programy obsługi baz danych, informatyczne systemy zarządzania (MIS) wspomagające planowanie, zarządzanie zasobami organizacyjnymi, kierowanie oraz kontrolowania działalności organizacji, systemy wspomagające decyzje (DSS), m.in. interaktywne systemy wspomagające kadrę kierowniczą, systemy ekspertowe (ES), których celem jest wspomaganie decydenta w procesie podejmowania decyzji [Pawłowska, 1999].

Korzystanie ze zintegrowanych systemów informatycznych usprawnia przepływ informacji, umożliwia prowadzenie analiz danych oraz efektywniejszą kontrolę procesów dzięki ich monitorowaniu. Techniki informatyczne mogą wspomagać procesy pracy, skracają czas podejmowania decyzji, mogą przyczynić się do współpracy zarówno między jednostkami administracji, jak i między administracją a otoczeniem. Mogą służyć poprawie efektywności i jakości świadczenia pracy, przede wszystkim usług dla obywateli. Teleinformatyka wspomaga procesy komunikacji na linii państwo – obywatel. Administracja, upubliczniając informacje o swym działaniu, może podnieść jakość swych usług, a także

przyczynić się do zwiększania przejrzystości działań, co wpływa na polepszenie zaufania i akceptacji społecznej dla władzy publicznej. To nowoczesne narzędzie umożliwiające współzarządzanie. Tak rozumiany jest *e-government* [*E-government...*, 2001].

Istnieje szereg teoretycznych modeli rozwoju e-administracji, np. modele trójstopniowe – Howard, World Bank; czterostopniowe – Layene i Lee, Chandler i Emmanuel, Gartner, West; pięciostopniowe – United Nations, Hiller i Blanger, Moon's; czy też sześciostopniowe – Asia Pacific, Deloitte and Touche [szerzej: Wescot; Irani, Al-Sebie, Elliman; Karokola, Yngström, 2009 i inne].

Zasadniczo w każdym z tych modeli wskazuje się trzy cele korzystania ze stron WWW sektora publicznego [*Study of the Measurement...*, 2008]:

- poszukiwanie informacji,
- użycie formularzy elektronicznych w celu skorzystania z e-usług (np. otrzymanie certyfikatu, licencji, subsydiów),
- partycypację obywateli w procesie zarządzania (poprzez petycje online, forum dyskusyjne).

Każdy z modeli opisuje początkowy etap rozwoju e-administracji, którym jest etap jednokierunkowej komunikacji z odbiorcą, polegający na prezentacji działań administracji na stronie WWW: skatalogowaniu i publikowaniu informacji, daniu obywatelom dostępu online i pozwoleniu im na zaimportowanie zawartych w portalu tekstów. Informacje publikowane są w sposób statyczny (bez możliwości interakcji ze strony odbiorcy) [Karokola, Yngström, 2009]. Ten prezentacyjny serwis informacyjny dostarcza informacji o polityce państwa, rządzie i jego działaniu, prawie i regulacjach prawnych, odpowiedniej dokumentacji i typach oferowanych usług. Serwisy podają linki do portali stron ministerstw, departamentów i innych działów administracji publicznej. Obywatele mogą w łatwy sposób pozyskać informacje o nowych działaniach rządu lub korzystać z wiadomości archiwalnych [*Measuring...*, 2010].

Pozostałe stopnie zaawansowania e-administracji obejmują dalszy etap komunikacji jednokierunkowej, w którym istnieje możliwość wyszukania informacji przy pomocy wyszukiwarek oraz pobrania oficjalnych formularzy ze strony internetowej urzędu i kolejną fazę interakcji dwukierunkowej, gdzie możliwe jest odesłanie wypełnionych formularzy za pomocą Internetu. Następna faza rozwoju e-usług zakłada etap transakcyjny, dzięki któremu możliwa jest pełna interakcja pomiędzy nadawcą i odbiorcą usługi online – istnieje możliwość uzyskania informacji, pobrania stosownych formularzy oraz odesłania ich po wypełnieniu i (lub) złożeniu podpisu elektronicznego, a także skorzystania z pozostałych e-

usług, jak: płacenie podatków, otrzymanie oficjalnego pozwolenia, zaświadczenia lub innego dokumentu, o który dana jednostka występuje.

Najbardziej zaawansowany jest etap (wertykalnego i horyzontalnego) zintegrowanego działania wszystkich użytkowników Internetu – państwa, obywatela i przedsiębiorcy. Dzięki niemu możliwa jest pełna, zintegrowana dla wszystkich jednostek publicznych, zunifikowana proceduralnie realizacja spraw, niezależnie od miejsca i czasu. Etap obejmuje także personalizację dostosowaną do indywidualnych potrzeb każdego użytkownika – odbiorcy usługi. W niektórych starszych modelach skonstruowanych przed 2007 r. tego etapu nie wyróżniono (np. w modelu Howarda), w innych jest jednym lub dwoma kolejnymi stopniami dojrzałości (*Integration*; *Vertical Integration and Horizontal Integration*; *Transformation, Networked web presence, Interactive democracy witch public outerach and accounability* czy też *Political participation*, *E-demokracy*). To etap politycznej partycypacji obywateli, włączonych do zarządzania państwem – uczestniczących w kreowaniu działań państwa. Stają się oni współgospodarzami serwisów informacyjnych, mogą brać udział w forach dyskusyjnych czy głosować [Karokola, Yngström, 2009].

Z badań wynika, że faza transakcyjna – pełne całkowicie elektroniczne rozpatrywanie spraw (*full electronic case handling*), bez transakcji papierowych, gdzie użytkownik ma dostęp do wszystkich 20 usług wyłącznie online, zaczyna być głównym nurtem zaawansowania *e-government*. Faza personalizacji (*Personalization*, *Targetization*) – proces ukierunkowania na indywidualnego odbiorcę – jest najwyższym stopniem dojrzałości *e-government* [*Method...*, 2010].

Raporty badawcze od 2007 r. opierają się już na skali pięciostopniowej. Piąty stopień dotyczy tylko niektórych z analizowanych usług i oznacza ich spersonalizowanie, tzn. dopasowanie do potrzeb użytkownika. Według Capgemini [*The User...*, 2007], piąty stopień dojrzałości możliwy jest dla sześciu e-usług:

- dla przedsiębiorców: zezwolenia i certyfikaty, wysyłanie danych statystycznych,
- dla obywateli: dostęp do zasobów bibliotek publicznych, otrzymywanie dokumentów tożsamości (paszportów, prawa jazdy), otrzymywanie świadczeń społecznych, podatek od osób fizycznych.

Przy ocenie, czy dana usługa osiągnęła ten stopień zaawansowania, bierze się pod uwagę proaktywność (np. wykorzystanie danych, które już są w bazach, i częściowe wypełnienie formularzy niezbędnych do realizacji danej usługi) oraz automatyczność (automatyczne dostarczanie usługi bez konieczności złożenia wniosku) [*The User...*, 2007].

Kontrolę stopnia realizacji strategii rozwoju społeczeństwa informacyjnego można prowadzić w oparciu o dwa rodzaje wskaźników [Luterek, 2009]:

- proste (odnoszące się do pojedynczej cechy społeczeństwa informacyjnego – np. gospodarstwa domowe z dostępem do Internetu, korzystające z Internetu itp.). Wskaźniki proste jako pierwsze wykorzystywane były do badań nad rozwojem społeczeństwa informacyjnego;
- złożone (odzwierciedlające więcej niż jeden aspekt, tworzone w oparciu o określone formuły – np. Digital Access Index (DAI)).

Od 2001 r. w każdym z badań oblicza się dwa podstawowe wskaźniki pozwalające monitorować rozwój e-administracji. W tym opracowaniu odniesiono się do podaży e-usług – podstawowych wskaźników dostępności i zaawansowania wdrożenia e-usług oraz określenia strony popytowej – potrzeb odbiorców. Nie jest celem niniejszych rozważań zamieszczanie wyników badań, które są dostępne szerzej w raportach, jednakże przywołano je po to, by dowieść wagi e-usług świadczonych przez administrację publiczną w Polsce i zaakcentować dużą rolę informacji publikowanych w Internecie przez instytucje sektora publicznego.

Podaż e-usług

Na poziomie europejskim ocena stanu rozwoju e-administracji odbywa się m.in. na podstawie analizy dostępności i rozwoju podstawowych usług administracji publicznej online, których wyodrębnia się dwadzieścia: dwanaście z nich skierowanych jest do obywateli, a osiem do przedsiębiorców [szerzej: *8 Annex...*, 2006]. W raporcie *Smarter...* [2009] wymienia się cztery grupy usług: usługi generujące dochód dla budżetu państwa (płacenie podatków i składek na ubezpieczenia społeczne, składanie deklaracji celnych); rejestracyjne (rejestracja pojazdów, działalności gospodarczej, akty stanu cywilnego, dane statystyczne); zwrotne (usługi związane ze zdrowiem, świadczenia społeczne, zasoby katalogów bibliotek publicznych, pośrednictwo pracy, zamówienia publiczne, policja – obsługa zgłoszeń); pozwolenia i licencje (zezwolenia na budowę, rejestracja na wyższe uczelnie i wyrobienie dokumentów tożsamości).

Wskaźnik pełnej dostępności (transakcyjnej) usług administracji publicznej online to udział usług administracji w całości świadczonych drogą elektroniczną (od uzyskania informacji, pobrania i odesłania stosownych formularzy, po uiszczenie wymaganych opłat i otrzymanie oficjalnego dokumentu, o który odbiorca usługi się zwraca)[27]. Wskaźnik wynosił:

[27] Polska, jak wiele innych krajów posiada odmienną lub specyficzną listę e-usług i niektóre z nich w badaniach uznane są za nierelewantne, ze względu na specyfikę legislacyjną lub organizacyjną badanych krajów. Nie są wliczane do punktacji. Szerzej: [*Smarter...*, 2009].

- w 2007 r. dla Polski – 25%, dla EU27+28 – 59%,
- w 2009 r. dla Polski – 53%, dla EU27+ – 71% [Smarter..., 2009].

Stopień zaawansowania rozwoju wszystkich dwudziestu usług publicznych (*online sophistication*) w badaniu oznaczał osiągniecie czwartego stopnia zawansowania pełnego dostępu do e-usług i wynosił:

- w 2007 r. dla Polski – 53%, dla EU27+ – 76%,
- w 2009 r. dla Polski – 74%, dla EU27+ – 84% [The User..., 2007].

Usługi zorientowane na użytkownika (personalizacja – piąty stopień zaawansowania e-usług) mają na celu nie tylko zwiększenie wygody dla użytkowników e-usług, ale i podniesienie wiarygodności, przejrzystości, odpowiedzialności i solidności usług świadczonych przez administrację wszystkich szczebli oraz zorientowanie na użytkownika jako warunek włączenia go do procesu eGovernment [*The User*..., 2007].

W siódmej edycji badania było to dziewięć proaktywnych usług: podatek dochodowy, dostęp do zasobów bibliotek publicznych, zasoby danych statystycznych, deklaracje celne, zezwolenia i certyfikaty, świadczenia na dzieci, koszty leczenia, granty dla studentów, wydawanie paszportu i prawa jazdy [*The User*..., 2007].

W 2007 r. piąty stopień wynosił dla Polski – 13%, dla UE – 19% [*The User*..., 2007].

Według raportu *Smarter*... [2009] w pełni zautomatyzowane lub spersonalizowane tzw. moje usługi (*my service*) to: usługi bibliotek publicznych, otrzymywanie dokumentów personalnych i pozwoleń dla biznesu. W tym raporcie wskaźnik był równy:

- w 2007 r. dla Polski – 0%, dla UE27+ – 37%,
- w 2009 r. dla Polski – 13%, dla UE27+ – 50% [Smarter..., 2009].

Raport ten po raz pierwszy zawiera dane na temat dostępności elektronicznych zamówień publicznych (*eProcurement*). Wskaźnik ten wynosi dla Polski – 61%, zaś dla UE27[+] – 56% [*Smarter*..., 2009].

W 2008 r. prawie wszystkie urzędy posiadały stronę BIP (Biuletyn Informacji Publicznej), a niewiele mniej – 94% – miało również własną stronę internetową. 97% urzędów umożliwiało dostęp do informacji, 81% – pobieranie formularza drogą elektroniczną, 23% – odsyłanie wypełnionych formularzy, a 6% – załatwianie całości spraw urzędowych wyłącznie drogą elektroniczną. Najczęściej dostępne były procedury związane z uzyskaniem dokumentów tożsamości (65,3%), rejestracją przedsiębiorstw (58,4%),

[28] EU27[+] – Unia Europejska i kraje kandydackie; EU27 – Unia Europejska.

zamówieniami publicznymi (57,9%), składaniem deklaracji podatkowej przez osoby fizyczne (54,9%) oraz z zameldowaniem (54%) [*Społeczeństwo...*, 2009].

Popyt na e-usługi

Według danych z drugiego kwartału 2010 r. w Polsce 22 451 tys. osób to użytkownicy Internetu. Stanowią oni 58% populacji, a od 2000 r. ich udział wzrósł o 702% [*Europe...*, 2010].

Ogółem w Polsce do kwietnia 2008 r. z usług e-administracji skorzystało 24% obywateli w wieku 16-74.

W sprawach prywatnych – 16% obywateli, w tym:

- 14% wyszukiwało informacji (w UE27 – 26%),
- 10% pobierało urzędowe formularze (w UE27 – 16%),
- 5% wysyłało wypełnione formularze (w UE27 – 12%).

Wśród przedsiębiorców:

- 56% wyszukiwało informacji (w UE27 – 61%),
- 58% pobierało urzędowe formularze (w UE27 – 61%),
- 60% wysyłało wypełnione formularze (w UE27 – 50%) [Społeczeństwo..., 2009].

Należy zwrócić uwagę, że wśród osób korzystających z usług administracji publicznej wciąż jeszcze przeważająca część poszukuje informacji na stronach administracji publicznej.

Potencjalnie zainteresowanie korzystaniem z usług e-administracji jest duże. Z badania z 2008 r. wynika, że tylko 5% internautów nie przewiduje załatwiania spraw urzędowych przez Internet, a następne 5% nie ma jeszcze zdania w tej sprawie [*Społeczeństwo...*, 2009].

W 2009 r. wykorzystanie komputerów i Internetu w życiu deklarowało ok. 57% Polaków[29]. W tej grupie ok. 88% korzysta z wyszukiwarek internetowych w celu przeglądania stron WWW. Ważne jest pytanie, czemu te działania mają służyć – nauce, pracy, komunikacji czy też rozrywce? Duża część użytkowników komputerów i Internetu korzysta z nich w pracy (ok. 40%) i w nauce (ok. 30%) oraz w celu znalezienia informacji (ok. 60%)[30] [Bartkowski, 2009].

[29] W niniejszym opracowaniu, ze względu na ramy artykułu, nie rozpatruje się umiejętności korzystania z komputerów i sposobów wykorzystania z nowych technologii, choć zaobserwować można dziś utrzymujące się zjawisko wykluczenia cyfrowego.
[30] Udziały nie sumują się.

W niniejszych rozważaniach istotny jest sposób korzystania z informacji opublikowanych przez instytucje sektora publicznego. Ważna i stosunkowo duża grupa osób badanych korzystała z informacji ze stron internetowych instytucji publicznych, choć w ciągu czterech lat ich odsetek wzrasta w niewielkim stopniu[31]. Kiedykolwiek korzystało z nich 59% (w 2005 r. – 50%, a w 2007 r. 57%), zaś w ostatnim tygodniu badania – 25% ankietowanych (w 2005 r. – 19%, a w 2007 r. – 25%). Na uwagę zasługuje również to, iż duża grupa badanych pozyskiwała informacje w celach edukacyjnych – 75% i do pracy – 50%. Ta kategoria osób jest także liczniejsza niż w poprzednich latach, ponieważ są to coraz częściej osoby młode, w tym uczące się. Można przypuszczać, że część pobieranych przez nie informacji pochodzi ze stron WWW sektora publicznego.

W badaniu z 2008 r. internauci zostali poproszeni o opinię na temat znaczenia, jakie ma dla nich korzystanie z istniejących lub hipotetycznych możliwości i usług internetowych. W pierwszej dziesiątce najważniejszych udogodnień znalazły się sprawy związane z bezpieczeństwem osobistym, zdrowiem, pozyskiwaniem wiedzy fachowej oraz udział w referendach przez Internet. To ważne dla co najmniej połowy respondentów. Zgodnie z wolą internautów powinno się w Polsce położyć nacisk na nowoczesne systemy ostrzegania o wszelkich zagrożeniach, gdzie jednym z kanałów przekazywania informacji byłby Internet, rozwój e-zdrowia (*e-health*), wysokiej jakości treści w Internecie i elektronicznej demokracji z możliwością głosowania przez Internet [*Społeczeństwo...*, 2009]. Inne badania pilotażowe z 2008 r. prowadzone w Polsce ujawniły, iż informacje i usługi e-administracji oceniane były równie wysoko, jak oczekiwania wobec jakości tych usług. Badani akcentowali, że *e-government* jest efektywniejszy niż tradycyjne kanały komunikacji – pozwala oszczędzić czas – zwłaszcza przedsiębiorcom, wraz z rozwojem e-usług zwiększa się elastyczność i łatwość ich użytkowania, istotną zaletą jest także możliwość ponownego wykorzystania procedur, i co ważne, wraz z tym zwiększa się zaufanie do administracji publicznej [szerzej: *Study on User...*, 2008].

Użyteczność informacji w e-administracji

Informacja (łac. *informatio* – wyobrażenie, pojęcie) ma kilka definicji. Definicja informacji zależna jest od sposobu ujmowania rzeczywistości. Wielu autorów stwierdza, że jej zakres nie jest w pełni definiowalny, ponieważ ma pierwotny i elementarny charakter [Kempisty, 1973]. Wiedza, informacja i dane nie są pojęciami tożsamymi. Informacja to

[31] Coraz więcej osób korzysta z możliwości załatwiania spraw przez Internet (np. pobierania i wypełniania formularzy).

strumień danych, który dociera do odbiorcy, zaś wiedza jest zasobem informacji gromadzonym przez podmiot [Frolicz, 2008]. Informacja jest relacją między dostawcami i odbiorcami, sprzedawcami i konsumentami a ich środowiskami, które tworzą popyt i podaż [Frolicz, 2008]. Informację można zdefiniować jako „własność, charakterystykę lub opis czegoś fizycznego, logicznego, wirtualnego lub konceptualnego, włączając inną informację; może być grupą, działaniem, wyborem bądź relacją pomiędzy dowolnymi z wymienionych elementów" [Larsen, 2001]. Informacja może być przenoszona w czasie i przestrzeni i musi być wyrażona w odpowiedni sposób. Takie wyrażenie informacji można nazwać wiadomością lub komunikatem [Dziuba, 2007].

Spośród wielu definicji na potrzeby niniejszego artykułu przyjęto definicję informacji za B. Stefanowiczem [2004]. Z punktu widzenia infologicznej interpretacji informację należy rozpatrywać od strony treści dostarczanej przez komunikat. Należy więc wyróżnić informację na poziomie datalogicznym – obiektywną niezależną od odbiorcy opisującą obiekt posiadający predykaty, czyli cechy wyróżnionego obiektu, dzięki którym możemy precyzować opis obiektu oraz dokonywać charakterystyk poszczególnych jego stanów. W momencie, gdy odbiorca przetwarza i wykorzystuje informację do własnych celów, staje się ona subiektywna, zależna od odbiorcy – jest to informacja w sensie infologicznym.

Dla odbiorcy informacji – użytkownika najistotniejsza jest praktyczna użyteczność prezentowanych informacji. Szczególną cechą opisująca praktyczną użyteczność informacji jest jej jakość. W tym przypadku bardzo istotna staje się treść informacji i to za nią odpowiedzialny jest nadawca komunikatu. Tutaj to urzędnik administracji publicznej, który powinien być osobą mającą świadomość odpowiedzialności spoczywającej na nim jako twórcy określonych treści. Kryteria jakościowe dla stron internetowych sektora publicznego powinny być odzwierciedleniem potrzeb użytkowników – odbiorców informacji, czyli obywateli.

Informacje jakościowe spełniają pewne uznane kryteria takie jak dokładność, terminowość, stosowność i zrozumiałość. Istota jakości informacji wiąże się ze sposobem, w jaki jest ona postrzegana i wykorzystywana przez klienta. Chociaż cechy absolutne są istotne, to jakość informacji wyznacza sposób, w jaki jest ona postrzegana teraz i w przyszłości. Identyfikacja informacji jakościowych odbywa się w dwóch etapach: pierwszy – zwrócenie uwagi na to, które cechy są ważne, oraz drugi – określający, jak cechy te wpływają na klientów [Miller].

Jakość informacji można określać przy pomocy wielu cech charakteryzujących formę i treść. Spośród kilkudziesięciu wymienianych w literaturze kilka atrybutów wydaje się być

decydujących jako pożądane ze względu na jakość treści, a są to m.in.: aktualność, dokładność, kompletność (wystarczalność), spójność, relewantność, dostępność, przystawalność, odpowiedniość formy, wiarygodność [szerzej m.in.: Miller; Stefanowicz, 2004].

Zarządzanie informacją można rozumieć jako całokształt przedsięwzięć umożliwiających efektywne komunikowanie się w organizacji zapewniające właściwą jakość procesów [Bogdanienko, 2005]. Dynamicznie zmieniające się potrzeby wymuszają konieczność formułowania długofalowej strategii informacyjnej, która jest elementem ogólnej strategii organizacji [Zagała, 2007]. We współczesnym globalnym otoczeniu mamy do czynienia z nowymi potrzebami odbiorców usługi publicznej, którą jest powszechny dostęp do informacji internetowej. Cechy usług to ich zmienność i nietrwałość, a także nierozdzielność. Zmusza to do bieżącego rozpoznania i prognozowania potrzeb informacyjnych w celu ich zaspokojenia poprzez wytworzenie usługi publicznych o wysokiej jakości – użyteczności.

Zarządzanie informacją w sektorze publicznym ma na celu m.in. realizowanie określonych misji społecznych, pozwalających odbiorcy na zaspokojenie ciekawości i uczenie się, poszukiwanie rady lub pomocy często w bardzo sformalizowanych działaniach. Świadczenie usług informacyjnych przez administrację publiczną to jedna z podstawowych jej usług. To początkowy stopień zaawansowania e-administracji – najbardziej podstawowy poziom e-usług. Dziś jest on powszechnie przyjęty i zaakceptowany przez użytkowników. Należy podkreślić, że już od momentu powstania informacji dbałość o jej jakość ma kluczowe znaczenie. Ten moment jest decydujący. Jeśli bowiem na tym etapie nie wypracuje się i nie będzie przestrzegało procedur jakościowych, efekty tego zaniechania pojawią się na wyższych poziomach rozwoju e-administracji. Zarządzanie informacją przez administrację publiczną powinno wyrażać się dbałością o jej wysoką jakość, w tym użyteczność dla odbiorcy, już na etapie jej tworzenia.

Zaufanie społeczeństwa i satysfakcja z korzystania z e-usług są w dużym stopniu oparte na wiarygodności wobec państwa wynikającej z czytelności i przewidywalności zachowań jego organów. Ważną rolę odgrywają tutaj dokładne informacje, które administracja gromadzi i publikuje. Publikowane informacje internetowe powinny być rzetelne i spełniać określone kryteria jakościowe. W przeciwnym wypadku informacja staje się dla odbiorcy – obywatela nieużyteczna. Z wielu badań wynika, iż użyteczność usług informacyjnych jest dla odbiorców ważna, o czym twórcy informacji zdają się często nie pamiętać.

Analiza jakości treści informacji na przykładzie

Egzemplifikacją działań informacyjnych administracji w zakresie pełnionych funkcji jest *casus* strony WWW BIP Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. Badanie jakości treści informacji wybranej strony portalu BIP MSWiA przeprowadzono w dniach 15 i 16 marca oraz 13 września 2010 r. [*Przedmiot działalności*, 2010]. Zamieszczono tu informację o przedmiocie działania MSWiA ustanowionym na podstawie przepisów prawnych. Cytowanie pełnego tekstu przekroczyłoby ramy niniejszego artykułu, lecz poniżej zanalizowano błędy popełnione w sześciu akapitach.

Zapis A. „Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji (Dz. U. z 2006 r., nr 131, poz. 919 z poźn. zm.)".

Zapis pojawia się na stronie WWW trzykrotnie. Podany akt prawny uchylony został przed trzema laty rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji (Dz. U. Nr 216, poz. 1604).

Zapis B. „Wykaz jednostek organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra spraw wewnętrznych i administracji (M.P. z 2002 r., nr 14, poz. 234)".

Cytowany dokument jest od trzech lat nieobowiązujący – data uchylenia to 31 lipca 2007 r. Uchylenie wynika z obwieszczenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 31 lipca 2007 r. w sprawie wykazu jednostek organizacyjnych podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Administracji lub przez niego nadzorowanych (M.P. nr 54, poz. 618). Ten akt także został uchylony obwieszczeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 16 września 2008 r. w sprawie wykazu jednostek organizacyjnych podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Administracji lub przez niego nadzorowanych (M.P. nr 77, poz. 691) – dziś obowiązującym.

Zapis C. „art. 29, pkt 9 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz.U. z 2006 r., nr 159, poz. 1548 z poźn. zm.)".

W jednym zapisie pojawia się jednocześnie kilka błędów:

1. Jest ustawa, lecz o innej metryce: ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. Nr 141, poz. 943). Ta ustawa ogłoszona w 1997 r. ma datę publikacji także z 1997 r. Ustawa z danego roku ma z reguły ten sam rok w metryce (wyjątkiem są akty prawne wydane w grudniu w danym roku kalendarzowym, które mogą być opublikowane w promulgatorze w styczniu lub

lutym następnego roku i właśnie rok ogłoszenia pojawia się w metryce aktu prawnego). Inny, późniejszy rok oznaczać może odrębny akt uchylający lub zmieniający (np. ustawa o zmianie ustawy lub informacja o tekście jednolitym), ale ten będzie miał inny numer i pozycję Dziennika. Bez względu na to, czy mamy do czynienia z tekstem aktu (w postaci takiej jak w dniu ogłoszenia), czy z tekstem ogłoszonym w wydawnictwie (Dzienniku Ustaw lub Monitorze Polskim), czy też z tekstem ujednoliconym z naniesionymi zmianami, akt prawny ma zawsze tę samą metrykę (identyfikator).

2. Nie było i nie ma w prawodawstwie polskim żadnego aktu prawnego o podanej na stronie www metryce. W sytuacji, w której poszukiwany jest konkretny akt i znane jest miejsce jego publikacji, szybkim sposobem znalezienia tego aktu jest szukanie według identyfikatora (metryki). W podanym przykładzie taka sytuacja jest wykluczona. W 2006 r. wydano 1281 dzienników ustaw. Dla poszukującego informacji według adresu publikacyjnego (roku) odnalezienie właściwej ustawy oznaczałoby przeszukanie 1281 dzienników ustaw – bez efektu. Akt prawny z podanym numerem i pozycją dziennika ustaw wydano w 2003 r. Było to obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 września 2003 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działach administracji rządowej (Dz. U. Nr 159, poz. 1548). To akt prawny już nieobowiązujący, uchylony obowiązującym obecnie obwieszczeniem Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 3 kwietnia 2007 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działach administracji rządowej (Dz. U. Nr 65, poz. 437).
3. Nie ma art. 29 pkt 9. Artykuł 29 miał pierwotnie 4 ustępy (w czasie obowiązywania ustawy jeden został uchylony). Na stronie BIP MSWiA pominięto więc ust. 1.
4. W punkcie 9 w art. 29 ust. 1 jest inny zapis niż podano na stronie WWW: „Art. 29. 1. Dział sprawy wewnętrzne obejmuje sprawy: (...) 9) ewidencji ludności, dowodów osobistych i paszportów".
5. Powinno więc być: art. 29 ust. 1 pkt 7: „Art. 29. 1. Dział sprawy wewnętrzne obejmuje sprawy: (...) 7) nadzoru nad ratownictwem górskim i wodnym". W tym punkcie nie ma wykazu jednostek podanych na stronie WWW.

Zapis D. „Poniedziałek, 15 marca 2010, data aktualizacji serwisu: 15.03.2010"
„Wtorek, 16 marca 2010, data aktualizacji serwisu: 16.03.2010" (...)

Data publikacji: dn.14 lipca 2003

Data modyfikacji: dn. 2 listopada 2009 (...)

Statystyka strony: 36076 wizyt".

Mimo że MSWiA podało bieżące daty, nie poczyniło żadnych aktualizacji.

Zapis E. „Poniedziałek, 13 września 2010, data aktualizacji serwisu: 10.09.2010 (...)

Data publikacji: dn. 14 lipca 2003

Data modyfikacji: dn. 2 listopada 2009

Statystyka strony: 38427 wizyt".

Pół roku później, tj. 13 września 2010 r., treść informacji na stronie BIP MSWiA nie zmieniła się, mimo że znów podano błędne informacje o aktualizacji strony.

Podany przykład nie jest odosobniony. Badania prowadzone przez autorkę pozwoliły na odkrycie znacznej ilości błędów w treści zamieszczanych informacji. Badanie pożądanych dla odbiorcy cech informacji publikowanych w Internecie zmusza do zwrócenia uwagi na pilną potrzebę dbałości o wysoką jakość informacji w celu zapewnienia obywatelom usług na odpowiednim poziomie.

Informacje publikowane w Internecie bardzo często nie są ani dostępne, ani wiarygodne, nie mają pożądanych cech jakościowych. Należy podkreślić, że jednoznaczność i komunikatywność informacji jest trudna w ocenie, ponieważ oceny te są subiektywne, klarowność treści komunikatu zależy od poziomu wiedzy ogólnej i umiejętności, posiadanego aparatu pojęciowego, czy też kultury jednostki. Jednak najbardziej jaskrawą właściwością badanych informacji jest ich nieaktualność. Tylko ta cecha dyskwalifikuje już informację jako wartościową. Jak widać w powyższym przykładzie – informacja z powodu braku aktualizacji i nieprawdziwych treści nosi znamiona dezinformacji, czyli celowego wprowadzania odbiorcy w błąd.

Trzeba zaznaczyć wyraźnie, że nie każdy odbiorca jest wyposażony w wiedzę i umiejętności oceny merytorycznej zawartości informacji, tak więc wprowadzanie w błąd jest wysoce prawdopodobne, zwłaszcza u osoby, która poszukuje nowych informacji. W przypadku odbiorcy zaawansowanego, który będzie chciał uaktualnić posiadaną wiedzę, podana informacja będzie również nieprzydatna lub spowoduje konieczność jej weryfikacji (szczegółowe badanie podanych w przykładzie błędnych treści zajmuje od kilku do kilkunastu godzin). Odbiorca zawansowany w takim przypadku straci zaufanie do instytucji publikującej informacje i nie będzie ich więcej poszukiwał, ponieważ takie działanie uzna za bezcelowe. Koszty i czas gromadzenia informacji, które trzeba weryfikować i zastępować informacjami pożądanymi, mogą zdyskwalifikować odbiorcę jako uczestnika rynku.

Wielu informacjom brak takich cech jakościowych, jak dokładność i rzetelność. Nie posiadają atrybutu wystarczalności – fałszywa informacja prowadzić będzie do podejmowania fałszywej decyzji, a w efekcie do zaniechania działania. Informacje nie odpowiadają na potrzeby odbiorcy, a więc są nierelewantne. Nie można w tym przypadku mówić o przybliżeniu się odbiorcy – użytkownika do rozwiązania problemu, z jakim ma do czynienia, gdyż treści nie opisują już obecnej rzeczywistości.

Wnioski

Polska posiada 53-procentowy wskaźnik pełnej dostępności (transakcyjnej) usług administracji publicznej online, czyli udziału usług administracji w całości świadczonych drogą elektroniczną. Stopień zaawansowania rozwoju wszystkich dwudziestu usług publicznych (*online sophistication*) – osiągniecie czwartego stopnia zawansowania pełnego dostępu do e-usług – wynosił w 2009 r. aż 74%. Personalizacja usług, czyli ich zorientowanie na użytkownika, według jednego z badań [*Smarter...*, 2009] możliwe było w 2009 r. w 13%. To duży stopień zaawansowania, zważywszy, że dwa lata wcześniej, tj. w 2007 r., tych usług nie świadczono. Polska posiada także wysoki wskaźnik dostępności do elektronicznych zamówień publicznych (*eProcurement*), który wynosi 61% i jest wyższy niż średnia europejska EU27^{+} – 56%. Wskaźniki te świadczą o relatywnie dużym stopniu rozwoju *e-government* w Polsce.

Jak podkreśla MSWiA w informacji (zamieszczonej przed rokiem bez daty)[32]: „Polska i Łotwa to – według danych opublikowanych **dzisiaj** przez Komisję Europejską – kraje o najszybciej rozwijającej się elektronicznej administracji w latach 2007–2009. (...) Polska jest wymieniana wśród 5 krajów o najlepszym potencjale w zakresie użyteczności informacji dostępnych na stronach i portalach zawierających usługi publiczne. (...) W swoim wystąpieniu w Malmoe minister Drożdż zauważył, że ilekroć mówimy o elektronicznej administracji to tak naprawdę mówimy po prostu o lepszej administracji, bardziej efektywnej, bardziej transparentnej, bardziej otwartej na obywateli i przedsiębiorców" [*Aktualności*][33].

Jakość serwisów internetowych oceniać można pod kątem ich nawigacji, estetyki albo ilości udostępnianych treści czy usług. W przeprowadzonych badaniach dokonano oceny informacji publikowanych w Internecie przez instytucje administracji publicznej jedynie pod kątem treści. Ocena informacji na stronie WWW dotyczyła głównie zakresu tematycznego,

[32] Data pojawia się w wersji tekstowej dla niepełnosprawnych.
[33] W informacji nie podano wszystkich szczegółów badania, pomijając pewne istotne wielkości wskazujące na niskie tempo zaawansowania e-usług w Polsce.

chronologicznego, formalnego oraz zawartości, na którą składają się kompletność, poprawność językowa i edycyjna, obiektywizm treści oraz oryginalność dokumentu, instytucja sprawcza, aktualizacja. Te elementy wystarczają, aby ocenić użyteczność informacji w ujęciu infologicznym.

Prezentowane rozważania pozwalają na podjęcie próby oceny działań polskiej administracji publicznej ze względu na kryteria użyteczności e-usług. Analiza informacji zawartych w wielu publicznych portalach wykazuje ich nieużyteczność. Zbyt duża ilość błędów dyskwalifikuje informacje jako wiarygodne. Budowa *e-government* w Polsce już na etapie pierwszym – tworzenia bazy informacyjnej dla odbiorców e-usług – jest nieefektywna. Mimo zaawansowania rozwoju polskiej e-administracji do stopnia usług transakcyjnych, stopień pierwszy – podstawowy – pozostaje wciąż, mimo ilościowego zaawansowania, na niskim poziomie jakości.

Dbałość o jakość informacji ma kluczowe znaczenie już na etapie jej tworzenia. Skutki nieprzestrzegania procedur jakościowych na tym etapie pojawiają się na wyższych poziomach rozwoju e-administracji. Zarządzanie informacją przez administrację publiczną powinno wyrażać się troską o wysoką jakość treści informacji, ponieważ to stanowi o użyteczności usług informacyjnych i buduje wiarygodność instytucji państwa.

Bibliografia

1. Bogdanienko J., (2005), *Zarys koncepcji, metod i problemów zarządzania*, TNOiK „Dom organizatora", Toruń.
2. Dziuba D.T., (2007), *Metody ekonomiki sektora informacyjnego*, Difin Sp. z o.o., Warszawa.
3. Frolicz S., (2008), *Informacja w biznesie*, PWE, Warszawa.
4. Kempisty M. (red.), (1973), *Mały słownik cybernetyczny*, Wiedza Powszechna, Warszawa.
5. Larsen R.L., (2001), Ching-chih Chen (ed.), *Information Dynamics: An Information Centric Approach to Digital Library Interoperability in Global Digital Library Development in the New Millennium*, Tsinghua University Press.
6. Layne K., Lee J., (2001), *Developing Fully Functional E-government: A Four Stage Model*, „Government Information Quarterly" No. 18.
7. Pawłowska A., (1999), *Administracja publiczna, zagadnienia wstępne*, Norbertinumm, Lublin.
8. Stefanowicz B., (2004), *Informacja*, wyd. 1, SHG, Warszawa.
9. Zagała R., (2007), *Podstawy zarządzania informacja w przedsiębiorstwie*, Akademia Ekonomiczna im. Oskara Langego we Wrocławiu.

Bibliografia elektroniczna

1. *8 Annex: Definitions of the 20 Public Services*, [w:] *Online Availability of Public Services: How Is Europe Progressing?*, (2006), http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/i2010/docs/benchmarking/online_availability_2006.pdf, dostęp: 29.08.2010.
2. Bartkowski D., (2009), *Korzystanie z technologii informacyjno-komunikacyjnych*, [w:] J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa, http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2009.pdf, dostęp: 31.08.2010.
3. Bednarek-Michalska B., (2007), *Ocena jakości informacji elektronicznej. Pułapki sieci*, „Biuletyn EBIB" nr 5 (86), czerwiec, Stowarzyszenie Bibliotekarzy Polskich KWE, Warszawa, http://www.ebib.info/2007/86/a.php?bednarek, dostęp: 29.01.2008.

4. *Measuring e-government*, [w:] *United Nations E-Government Survey 2010*, (2010), United Nations, http://www2.unpan.org/egovkb/global_reports/10report.htm, dostęp: 29.08.2010.
5. Czapiński J., (2009), *Wstęp*, [w:] J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków. Raport, Rada Monitoringu Społecznego*, Warszawa, http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2009.pdf, dostęp: 31.08.2010.
6. Czapiński J., Panek T. (red.), (2009), *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków. Raport, Rada Monitoringu Społecznego*, Warszawa, http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2009.pdf, dostęp: 31.08.2010.
7. *E-government: Analysis Framework and Methodology*, (2001), OECD Public Management Service, Public Management Committee, PUMA(2001) 16/ANN/REV1, http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf?cote=PUMA(2001)16/ANN/REV1&doclanguage=en, dostęp: 3.09.2010.
8. *e-Polska – Plan działań na rzecz rozwoju społeczeństwa informacyjnego w Polsce na lata 2001–2006*, (2001), Ministerstwo Gospodarki, aktualizacja 11.09.2001, Urząd Komitetu Integracji Europejskiej, http://www1.ukie.gov.pl/HLP/files.nsf/0/99094766263E249EC1256E8400314623/$file/ePolska.doc, dostęp: 15.01.2008.
9. *Europe Internet Usage Stats and Population Statistics*, (2010), Miniwatts Marketing Group, http://www.internetworldstats.com/stats4.htm, dostęp: 10.09.2010.
10. *ICT for Government and Public Services*, (b.d.), European Commision. Infoprmation Society, http://ec.europa. eu/information_society/activities/egovernment/index_en.htm dostęp: 1.09.2010.
11. Irani Z., Al-Sebie M., Elliman T., (b.d.), *Transaction Stage of e-Government Systems: Identification of its Location & Importance*, bura.brunel.ac.uk/bitstream/2438/4486/1/250740082c.pdf, dostęp: 22.09.2010.
12. Karokola G., Yngström L., (2009), *Discussing E-Government Maturity Models for Developing World – Security View*, http://icsa.cs.up.ac.za/issa/2009/Proceedings/Full/30_Paper.pdf, dostęp: 25.09.2010.
13. Luterek M., (2009), *Mierzalność społeczeństwa informacyjnego za pomocą wskaźników prostych*, Warszawa, bbc.uw.edu.pl/Content/20/10.pdf, dostęp: 31.04.2010.
14. *Method Paper 2010. Preparing the 9th eGovernment Benchmark Measurement*, (2010), Capgemini, Rand Europe, Idc, Sogeti and DTI, http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/i2010/docs/benchmarking/eGovernment_Benchmarking_Method_paper_2010.pdf, dostęp: 5.08.2010.
15. Miller H., (b.d.), *The multiple dimensions of information quality. Information System Management*, Muhlenberg College's Department of Accounting, Business, and Economics, Allentown, Pennsylvania, http://www.muhlenberg.edu/depts/abe/business/miller/mdiqual.html, dostęp 5.02.2008.
16. MSZiA. Departament Społeczeństwa Informacyjnego, *Aktualności*, http://www.mswia.gov.pl/portal/SZS/497/7982/Polska_i_Lotwa_to__wedlug_danych_opublikowanych_dzisiaj_przez_Komisje_Europejska.html, dostęp: 13.09.2010.
17. *Przedmiot działalności*, (2010), BIP MSWiA, http://bip.mswia.gov.pl/portal/bip/5/32/Przedmiot_dzialalnosci.html, dostęp: 15, 16.03 i 12.09.2010.
18. *Smarter, Faster, Better eGovernment, 8th Bencgmark Measurement*, (2009), Capgemini, Rand Europe, IDC, Sogeti and DTI, http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/i2010/docs/benchmarking/egov_benchmark_2009.pdf, dostęp: 15, 27.08.2010.
19. *Społeczeństwo informacyjne w liczbach*, (2009), Departament Społeczeństwa Informacyjnego MSWiA, http://www.mswia.gov.pl/download.php?s=56&id=10672, dostęp: 7.03.2010.
20. *Strategiczny Plan Rządzenia*, (b.d.), Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, http://www.kprm.gov.pl/templates/admin/userfiles/files/1983_prezentacja_kprm.swf, dostęp: 22.08.2008.
21. *Study of the Measurement of Egovernment User Satisfaction and Impact in EU27*, (2008), European Commission study report – Deloitte Consulting and Indigov – Brussels, http://ec.europa.eu/information_society/activities/egovernment/studies/docs/user_satisfaction_final_report.pdf, dostęp: 1.09.2010.
22. *Study on User Satisfaction and Impact in EU27. European Commission study report*, (2008), Deloitte Consulting and Indigov, Brussels, http://europa-eu-audience.typepad.com/en/2009/02/study-on-user-satisfaction-and-impact-in-eu27-.html, dostęp: 12.08.2010.
23. *The User Challenge. Benchmarking The Supply Of Online Public Services. 7th Measurement*, (2007), Capgemini for European Commission Directorate General for Information Society and Media, http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/i2010/docs/benchmarking/egov_benchmark_2007.pdf, dostęp: 2.08.2010.
24. Wescot C., (b.d.), *E-Government in Asia-Pacyfic Region*, http://www.adb.org/Documents/Papers/E-Government/egov-asiapac.pdf, dostęp: 22.09.2010.

Streszczenie

Celem państwa jest zaspokajanie potrzeb obywateli poprzez świadczenie na ich rzecz usług publicznych. Dzięki informatyzacji podmiotów sektora publicznego, poziom usług świadczonych przez nie online może być coraz wyższy. Administracja publiczna w Polsce dąży do zapewnienia pełnego dostępu do e-usług. W spectrum e-usług publicznych znajduje się publikowanie w Internecie informacji o działaniach państwa oraz obsługa interesantów online. O użyteczności usług e-administracji nie decyduje tylko sprawność narzędzi, ale jakość usług. Jakość informacji internetowej zdaje się być podstawową determinantą poziomu usług e-administracji w Polsce. Zarządzanie informacją internetową to dbałość o jej wysoką jakość, w tym użyteczność dla odbiorcy – obywatela. Informacja powinna być rzetelna i spełniać określone kryteria jakościowe. W przeciwnym wypadku staje się nieużyteczna.

Słowa kluczowe: administracja publiczna, e-administracja, e-usługi, jakość informacji, Internet

Internet information quality as a determinant of the level of e-administration services in Poland

Summary:

The aim of a state is to satisfy its citizens' needs by providing public services on their behalf. IT implementation in the public sector may steadily increase the level of online services. The public administration sector in Poland is striving to ensure full access to e-services. The spectrum of public e-services includes publishing information on the state's activities as well as online handling of matters. The usefulness of e-administration services is not determined by the efficiency of tools, but by the quality of services. The quality of Internet information seems to be a basic factor influencing the level of e-services in Poland. Internet information management involves ensuring the high quality of information, and in consequence its usefulness for a recipient – citizen. Information should be reliable and meet particular quality criteria. Otherwise it becomes useless.

Keywords: public government, e-government, e-services, information quality, Internet

Zaufanie do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych a gromadzenie oszczędności emerytalnych

Małgorzata Marzec[*]

Wprowadzenie

Celem artykułu jest analiza zależności między zaufaniem do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) a postawami Polaków gromadzących zasoby na czas emerytury. ZUS jest instytucją publiczną realizującą zadania państwa w zakresie zabezpieczenia społecznego, w tym zabezpieczenia emerytalnego. Polacy często lekceważą potrzebę indywidualnego oszczędzania na starość, pomimo że system emerytalny gwarantuje wypłatę tylko minimum środków finansowych otrzymywanych na emeryturze. Polski system emerytalny zakłada, iż osoby pracujące powinny samodzielnie zabezpieczyć część kapitału, z którego będą mogły korzystać podczas emerytury.

Celem niniejszego opracowania jest próba ustalenia, czy istnieje zależność między oceną systemu zabezpieczenia społecznego wyrażanego w zaufaniu do ZUS a postępowaniem Polaków z zakresie oszczędzania i gromadzenia kapitałów na czas emerytury.

Artykuł składała się z czterech części. Pierwsza z nich przedstawia znaczenie ZUS w polskim systemie emerytalnym. Kolejna analizuje poziom zaufania do ZUS oraz wskazuje czynniki, które mogą go kształtować. Oprócz zaufania do ZUS przedstawiona została analiza zaufania do Otwartych Funduszy Emerytalnych. Przedmiotem trzeciej części artykułu są postawy Polaków w zakresie oszczędzenia i gromadzenia kapitału na emeryturę. W ostatniej części podjęto próbę ustalenia zależności między zaufaniem do ZUS a wzorami postępowania w zakresie zabezpieczenia funduszy – kapitałów na czas bierności zawodowej.

Znaczenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w systemie emerytalnym

Zabezpieczenie emerytalne stanowi jedną z dominujących części systemu zabezpieczenia społecznego organizowanego przez państwo. System zabezpieczenia emerytalnego ma zapewnić określony poziom bezpieczeństwa finansowego w okresie starości. Większość systemów emerytalnych działających na bazie repartycji prostej, czyli finansowania wydatków na świadczenia emerytalne z bieżącego wpływu składek, odnotowuje kryzys funkcjonowania. Ponadto współcześnie obserwuje się ogólnoświatowy proces starzenia się społeczeństw, wynikający z wydłużania się życia i zmniejszającej się liczby osób

[*] dr Małgorzata Marzec, Instytut Spraw Publicznych UJ

w wieku przedprodukcyjnym. Systemy emerytalne wielu państw zostały już zreformowane lub podlegają reformom. Zgodnie z zaleceniami Banku Światowego w Polsce została przeprowadzona reforma systemu emerytalnego. Ograniczyła ona funkcjonowanie systemu ubezpieczenia emerytalnego działającego na zasadzie solidarności społecznej na rzecz modelu przymusowego indywidualnego oszczędzania na starość. Nowy system emerytalny zakłada, iż osoby aktywne zawodowo będą podejmować przedsięwzięcia inwestycyjno-emerytalne, umożliwiające uzyskanie dodatkowych świadczeń podczas emerytury. Emeryci będą otrzymywać świadczenia emerytalne pochodzące z dwóch źródeł, tj. publicznego (państwowego) – zarządzanego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, prywatnego – reprezentowanego przez Powszechne Towarzystwa Emerytalne (PTE) oraz inne instytucje finansowe (w tym przez towarzystwa funduszy inwestycyjnych, towarzystwa ubezpieczeniowe na życie, banki itp.)

Polski system emerytalny oparty jest na trzyfilarowym modelu. Pierwszy i drugi filar nowego sytemu emerytalnego jest obowiązkowy, natomiast udział w trzecim filarze jest dobrowolny. Pierwszy filar działa za zasadzie repartycji, pozostałe filary systemu funkcjonują na zasadzie gromadzenia kapitału indywidualnie dla każdej osoby. Zasadne z punktu widzenia pracy jest dokonanie krótkiej charakterystyki poszczególnych filarów systemu emerytalnego.

Pierwszy filar jest zarządzany przez ZUS na zasadzie repartycji. Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest publiczną instytucją gromadzącą fundusze pochodzące ze składek emerytalnych, tworzące Fundusz Ubezpieczeń Społecznych (FUS). Świadczenia emerytalne uzyskiwanego z pierwszego filara systemu nie mają być wielkością zryczałtowaną, ale świadczeniem wyliczanym na podstawie składek ewidencjonowanych indywidualnie na emerytalnym koncie dla każdego ubezpieczonego. Państwo gwarantuje wypłaty świadczeń emerytalnych podlegające waloryzacji cenowej do koszyka utrzymania w gospodarstwach emeryckich [Muszalski, 2006, s. 176–179]. W ramach pierwszego filara należy wyróżnić dwie instytucje, tj. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i będący w jego dyspozycji Fundusz Ubezpieczeń Społecznych. Składki emerytalne są przekazywane do podfunduszu emerytalnego w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Z podfunduszu emerytalnego odbywa się bieżąca wypłata świadczeń emerytalnych. Równolegle na indywidualnych kontach ubezpieczonych odnotowywane są i systematyczne waloryzowane kolejne zapisy uprawnień emerytalnych wynikające z zapłaconych składek. Wysokość uprawnień emerytalnych zostanie powiększona o tzw. kapitał początkowy. Wysokość ustalonych uprawnień nie jest dziedziczona [Szumlicz, 2006]. Emerytura z pierwszego filara będzie

wyliczana jako iloraz zgromadzonych uprawnień i liczby miesięcy określających przeciętnie dalsze trwanie życia.

Drugi filar zabezpieczenia emerytalnego działa na zasadzie kapitałowej. W ramach tej części systemu występuje przymus oszczędzania w prywatnym funduszu inwestycyjnym w celu uzyskania renty na dożywocie. Prywatne fundusze inwencyjne działają w postaci Powszechnych Towarzystw Emerytalnych gromadzących składki w postaci aktywów Otwartych Funduszy Emerytalnych. Wszystkie osoby pracujące i otrzymujące wynagrodzenia, urodzone po 1948 r., mają obowiązek przystąpienia do Otwartego Funduszu Emerytalnego. Za składki przekazywane do OFE przyszły emeryt nabywa jednostki rozrachunkowe funduszu, według aktualnej ceny danego funduszu, która jest uzależniona od wartości bieżącej lokat funduszu. Kapitał emerytalny, stanowiący podstawę wypłaty emerytury, zależy od liczby zgromadzonych jednostek rozrachunkowych pomnożonej przez aktualną wartość jednostki danego OFE w momencie przejścia na emeryturę. Kapitał zgromadzony w OFE będzie dziedziczony. Poszczególne PTE działają na rynku konkurencyjnym, w konsekwencji osoby czynne zawodowo mogą dokonywać bieżącej oceny działalności (wyników) OFE i podejmować decyzje o zmianie instytucji zarządzającej ich kapitału emerytalnym gromadzonym w ramach drugiego filara systemu emerytalnego.

Polski system emerytalny, poza obowiązkowymi ubezpieczeniami emerytalnymi z pierwszego i drugiego filara, przewiduje podejmowanie przedsięwzięć inwestycyjnych w ramach trzeciego filara systemu emerytalnego. Trzeci filar systemu emerytalnego zakłada dokonywanie indywidualnych inwestycji emerytalnych. Inwestycje tego typu związane są z udziałem w tworzonych przez zakład pracy Pracowniczych Programów Emerytalnych lub z indywidualnym uczestnictwem w przedsięwzięciach emerytalnych organizowanych przez zakłady ubezpieczeń na życie, towarzystwa funduszy inwestycyjnych lub banki (w programach czy planach, np. takich jak Indywidualne Konta Emerytalne – IKE) [Czapiński, Panek, 2003, s. 137–139]. Trzeci filar ma charakter nieobowiązkowy i podlega prawu prywatnemu. Podejmowanie indywidualnych przedsięwzięć emerytalnych w ramach tego filara może być decyzją indywidualną przyszłego emeryta lub zakładu pracy. Kapitał gromadzony w ramach tego filara jest dziedziczony.

Obowiązkowe składki emerytalne przekazywane do systemu emerytalnego (w ramach pierwszego i drugiego filara) są dzielone na dwie części, tj. część repartycyjną i część kapitałową. Cała składka jest przekazywana do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, który przekazuje część kapitałową do Otwartych Funduszy Emerytalnych. Składka emerytalna

wpłacana do systemu emerytalnego w ramach pierwszego i drugiego filara przekazywana jest przez pracodawcę niejako automatycznie.

Należy jednak zwrócić uwagę, iż świadczenia emerytalne z każdego filara zależą od indywidualnego wkładu. Dlatego należałoby się spodziewać, iż każda osoba aktywna zawodowo będzie zainteresowana gromadzeniem odpowiednie kapitału, z którego będzie mogła korzystać podczas emerytury. W powszechnej świadomości Polaków istnieje niepoprawne przekonanie, że drugi filar systemu emerytalnego będzie rodzajem „doubezpieczenia", czyli podniesienia standardu świadczeń emerytalnych uzyskiwanych z pierwszego filara. Polacy nie mają świadomości, że dwa wyodrębnione segmenty systemu (tzn. pierwszy i drugi filar), w sumie umożliwią otrzymanie świadczeń emerytalnych na poziomie zbliżonym relatywnie do emerytury wypłacanej według dawnych zasad systemu emerytalnego. Indywidualne lub zbiorowe przedsięwzięcia emerytalne realizowane w ramach trzeciego filaru systemu emerytalnego umożliwią rzeczywiste podniesienie świadczeń emerytalnych po zakończeniu pracy zawodowej. Stary system emerytalny nie wymagał od przyszłych emerytów podejmowania dodatkowych działań i decyzji. Uczestniczenie w systemie emerytalnym odbywało się automatycznie. Współczesny system emerytalny zakłada, że osoba czynna zawodowo będzie podejmowała czynny udział w systemie emerytalny. Obecnie przyszli emeryci muszą podejmować decyzje, dokonywać wyborów, wykazywać zainteresowanie oraz kontrolować zbierany kapitał emerytalny. Nowy system emerytalny wymaga dużej inicjatywy przyszłego emeryta. Dotyczy to nie tylko decyzji związanych z drugim filarem (np. wybór lub zmiana Powszechnego Towarzystwa Emerytalnego), które i tak w znacznym stopniu jest wymuszane przez przepisy prawa (np. poprzez losowanie uczestnictwa w PTE). Osoby czynne zawodowo powinny podejmować działania związane z dodatkowym oszczędzaniem, w szczególności powinny rozważać wysokość i formy oszczędzania emerytalnego. Polacy muszą nabyć odpowiednią wiedzę, umiejętności oraz świadomość emerytalną. W praktyce jednak wciąż nie interesują się zasadami funkcjonowania nowego systemu emerytalnego.

Interesujące z punktu widzenia zasad funkcjonowania systemu emerytalnego jest przeanalizowanie zaufania do instytucji, które są podmiotami działającymi w jego ramach. Poziom zaufania do instytucji systemu emerytalnego powinien umożliwić wskazanie czynników kształtujących postawy Polaków wobec tego systemu. Przyszły emeryt ocenia system emerytalny m.in. poprzez ocenę reprezentujących go instytucji. Problem z oceną systemu emerytalnego związany jest z odłożeniem w czasie uzyskania świadczeń emerytalnych. Osoba czynna zawodowo przekazuje środki pieniężne (składki i oszczędności)

do systemu, dokonując wpłat samodzielnie albo poprzez pracodawcę. Właściwa ocena systemu będzie mogła być przeprowadzona dopiero po otrzymywaniu świadczeń emerytalnych, co nastąpi za kilka lat. Dlatego obecnej oceny systemu można dokonać poprzez ocenę instytucji funkcjonujących w jego ramach, do których można zaliczyć ZUS, OFE oraz instytucje gromadzące dodatkowe oszczędności w różnych formach. Współcześnie ZUS zajmuje się przyjmowaniem składek emerytalnych i zarządzaniem funduszem emerytalnym, przekazywaniem składek do Otwartych Funduszy Emerytalnych oraz wypłatą świadczeń emerytalnych. Ze względu na dominującą rolę Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w polskim systemie emerytalnym uzasadnione jest przeanalizowanie poziomu zaufania wobec tej instytucji z punktu widzenia możliwości kształtowania świadomości emerytalnej Polaków.

Zaufanie do systemu emerytalnego jest kluczowym czynnikiem jego powodzenia, zaś podstawą wysokiego poziomu zaufania jest właściwe zarządzanie. W Polsce powinno się zwrócić szczególną uwagę na zarządzanie Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, jako instytucją reprezentującą system emerytalny, utożsamianą z nim przez większość Polaków. Analiza została przeprowadzona na podstawie ogólnodostępnych danych (CBOS, Diagnoza Społeczna) oraz literatury dotyczącej zaufania.

Zaufanie do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Zaufanie do systemu zabezpieczenia emerytalnego, czyli wiara, że w przyszłości zostaną wypłacone świadczenia emerytalne, jest powiązane z zaufaniem do instytucji gromadzących nasze oszczędności emerytalne i nimi zarządzających. W przypadku zaufania do systemu emerytalnego należy odróżnić zaufanie ogólne do systemu emerytalnego od zaufania do instytucji.

Zaufanie do systemu emerytalnego oparte jest na kilku filarach – zaufania do ZUS, OFE oraz innych instytucji gromadzących nasze oszczędności emerytalne np. funduszy inwestycyjnych, banków. Zaufanie do ZUS należy rozpatrywać jako zaufanie do instytucji publicznej. W przypadku zaufania do Otwartych Funduszy Emerytalnych i innych instytucji finansowych należałoby stosować nieco inne kryteria oceny. ZUS jest instytucją publiczną powołaną do realizacji określonych zadań publicznych, natomiast OFE i inne instytucje finansowe są instytucjami prywatnymi działającymi na rynku finansowym i dążącymi do osiągnięcia zysku.

Przedmiotem niniejszej pracy jest głównie analiza zaufania do ZUS – ze względu na dominującą rolę tej instytucji w systemie emerytalnym. Zakład Ubezpieczeń Społecznych

gromadzi składki emerytalne, przekazuje część otrzymanych składek do Otwartych Funduszy Emerytalnych oraz administruje wypłaty świadczeń emerytalnych. Większość Polaków czynnych zawodowo miała kontakt z OFE tylko w momencie wyboru towarzystwa emerytalne przy przystąpieniu do systemu emerytalnego. Ponadto tylko osoby prowadzące działalność gospodarczą dokonują samodzielnego przekazania składek do ZUS, w innych przypadkach obowiązek ten przejmuje pracodawca. ZUS utożsamiany jest z systemem emerytalnym.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest państwową jednostką organizacyjną, zajmującą się gromadzeniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne obywateli oraz dystrybucją świadczeń w wysokości i na zasadach ustalonych w przepisach prawa. Obecnie z usług ZUS korzysta około 24 mln Polaków, co stawia go w czołówce największych instytucji finansowych w Polsce. ZUS jest dysponentem Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, który gromadzi środki na realizację zadań w zakresie zarządzania ryzykami społecznymi, w tym ryzykiem starości. Warto jednak podkreślić, iż ZUS nie prowadzi własnej polityki finansowej i nie może samodzielnie ustalić np. wysokości składek, politykę w tym zakresie kształtuje Parlament w drodze działań ustawodawczych. ZUS jest wykonawcą zadań publicznych w zakresie zarządzania systemem emerytalnym. Należy jednak zwrócić uwagę, iż ZUS poprzez reprezentowanie państwa w zakresie zarządzania systemem emerytalnym może kształtować postawy wobec całego systemu emerytalnego. Interesujące z punktu widzenia celu pracy jest więc dokonanie analizy zaufania wobec tej instytucji.

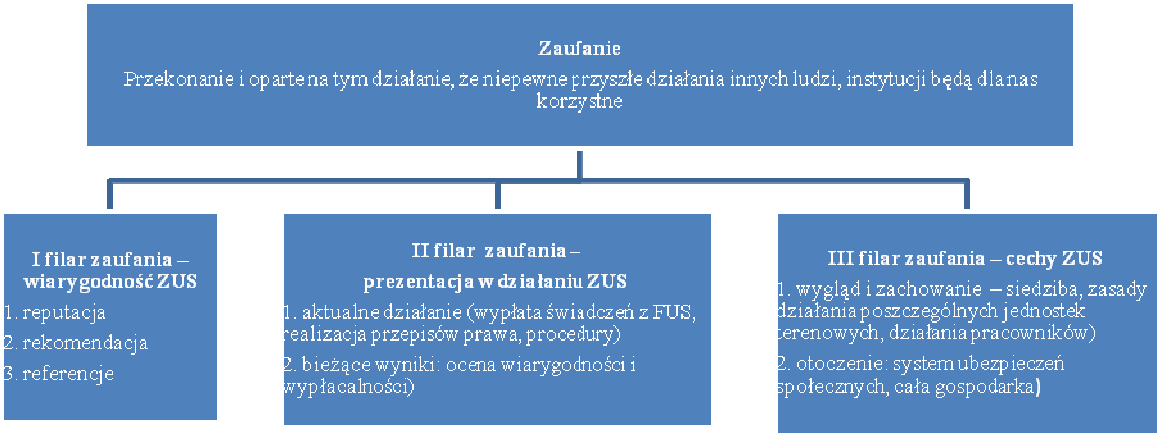
Zaufanie wobec ZUS należy analizować jako zaufanie instytucjonalne, które jest przekonaniem, że funkcjonujące struktury (publiczne, państwowe) zapewnią rzetelne zachowanie poszczególnych członków społeczności oraz uchronią ich przed negatywnymi konsekwencjami [Grudzewski, Hejduk, Sankowska, Wańtuchowicz, 2009].

Zaufanie jest kategorią psychologiczną, którą można opisać jako „okazywanie emocji ludziom, przedmiotom czy instytucjom takim jak firma, rząd czy społeczeństwo. Zaufanie jest wiarą w określone działanie czy własności obiektu obdarzonego zaufaniem. Często nawet oznacza przekonanie jednej ze stron o tym, że motywacją drugiej strony wobec niej jest bycie uczciwym i chcącym dobrze działać. Zaufanie jest zakładem podejmowanym na temat niepewnych, przyszłych działań innych ludzi lub instytucji" [Sztompka, 2007, s. 71]. Zaufaniem obdarowujemy osobę – której wierzymy, że będzie doradzać nam dobrze, myśląc o nas, a nie o sobie" [Sztompka, 2007, s. 71].

Przy analizie zaufania do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych warto przytoczyć definicję zaufania sformułowaną przez P. Sztompkę, w której stwierdza on, iż zaufanie

„stanowi rozwiązanie dla szczególnego rodzaju problemów związanych z ryzykiem" [Sztompka, 2007, s. 80]. Systemy emerytalne realizują zadania w zakresie zarządzania ryzykiem starości, a Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest podmiotem zarządzającym systemem zabezpieczenia społecznego. Dlatego zaufanie wydaje się być jednym z kluczowych czynników, które mogą kształtować system emerytalny w sposób właściwy.

Zaufanie do ZUS można analizować w trzech płaszczyznach (filarach zaufania), tj.: wiarygodności adresatów (czyli ZUS), prezentacji w działaniu oraz cech instytucji – zob. rys. 1.



Rys. 1. Filary zaufania do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Sztompka, 2007].

I filar – wiarygodność ZUS, można ocenić na podstawie: reputacji, rekomendacji oraz referencji. Reputacja to po prostu zapis przeszłych uczynków oraz wynikających z nich cech jednostki. Reputację ZUS będzie można ocenić na podstawie obecnych i wcześniejszych działań, które mogą wskazywać na jego wiarygodność w przyszłości. Rekomendacje to wyrażone opinie na temat wiarygodności i reputacji ZUS; mogą być wydawane przez osoby korzystające ze świadczeń nie tylko emerytalnych, ale i społecznych. Referencje to świadectwa, okoliczności i oznaki symboliczne pozwalające wnioskować pośrednio o wiarygodności ZUS [Sztompka, 2007, s. 151–222].

II filar zaufania do ZUS dotyczy prezentacji w działaniu. Może ona zostać oceniona na podstawie aktualnych czynów i zachowań oraz poprzez ocenę bieżących wyników. Oceny aktualnych czynów i zachowań można dokonać na podstawie oceny świadczeń społecznych wypłacanych przez ZUS w postaci różnego rodzaju zasiłków (w tym emerytalnych, rentowych, zdrowotnych, chorobowych itp.). Przeciętny Polak może ocenić poszczególne działania ZUS albo na podstawie własnych doświadczeń, albo doświadczeń osób z najbliższego otoczenia. Ponadto ubezpieczony może ocenić zasady funkcjonowania ZUS np. poprzez ocenę jakości pracy urzędników, czasu pracy, procedur niezbędnych do załatwienia poszczególnych spraw. Oceny bieżących wyników ZUS można dokonać na

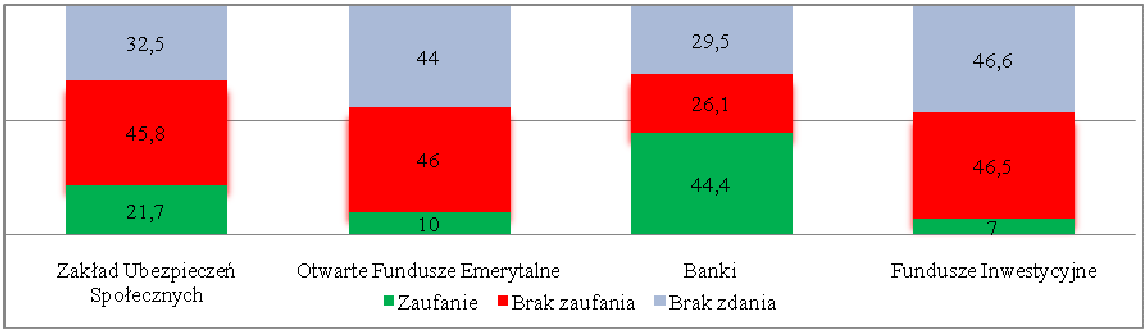
podstawie analizy wiarygodności i wypłacalność towarzystwa ubezpieczeniowego. Wypłacalność, czyli zdolność do regulowania zobowiązań wobec osób mających prawo do otrzymania środków pieniężnych z tytułu realizacji ubezpieczenia społecznego, w tym ubezpieczenia emerytalnego w ramach pierwszego filara systemu emerytalnego, jest gwarantowana przez państwo przepisami prawa. Przeciętny pracownik objęty ubezpieczeniem społecznym zakłada, że system ubezpieczenia społecznego jest wypłacalny. Ocena wiarygodności w sensie ekonomicznym jest dokonywana na podstawie oceny aktualnych czynów i zachowań ZUS.

III filar zaufania do ZUS można opisać na podstawie analizy wizerunku, czyli bezpośrednio obserwowalnych cech i zasad funkcjonowania ZUS oraz jego otoczenia. Bezpośrednio obserwowalne cechy ZUS to m.in.: wygląd siedziby, odnotowywane problemy z funkcjonowaniem FUS, ale również sposób prezentacji – działania pracowników ZUS w zakresie stosowanych procedur i wykonywania przepisów prawa. Analiza zachowań jest tu podobna jak przy II filarze oceny zaufania. Natomiast ocena otoczenia jest związana z analizą całego systemu ubezpieczenia społecznego oraz gospodarki.

Przyszli emeryci mogą ocenić wiarygodność ZUS na podstawie realizacji świadczeń w ramach systemu emerytalnego. Problem polega na tym, że dopiero w tym roku pierwsi emeryci objęci nowym systemem emerytalnym uzyskali świadczenia emerytalne. Osoby czynne zawodowo mogą dokonać oceny systemu emerytalnego tylko na podstawie obecnych działań ZUS w zakresie realizacji innych zadań społecznych niż wypłata emerytur, np. poprzez świadczenia zdrowotne, chorobowe itp. Ocena systemu emerytalnego może odbywać się więc tylko pośrednio. Wydaje się, że stopień zaufania do ZUS może być kryterium oceny zaufania do obowiązkowych filarów systemu emerytalnego.

Interesujące z punktu widzenia niniejszego opracowania są wyniki badania dotyczącego analizy deklarowanego zaufania do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Otwartych Funduszy Emerytalnych. Wyniki takich badań można znaleźć w opracowaniu *Diagnoza Społeczna 2009* [Czapiński, Panek, 2009] w podrozdziale dotyczącym stosunku do instytucji finansowych autorstwa T. Szumlicza. Badania zostały przeprowadzone na reprezentatywnej próbie dorosłych, pracujących Polaków, którzy przekazują lub mogli przekazywać część swojej składki do drugiego filara systemu emerytalnego. Zaufanie do ZUS jest relatywnie wyższe niż zaufanie do Otwartych Funduszy Emerytalnych. W 2009 r. zadeklarowało je 21,7%, a za brakiem zaufania opowiedziało się 45,8%. Zaufanie do OFE deklaruje 10%, a nieufność 46% badanych osób. Należy odnotować, iż zaufanie wobec ZUS i OFE z roku na rok jest mniejsze. W 2007 r. zaufanie do ZUS deklarowało 24,9% przy 15,5%

ufających OFE. Natomiast nieufność wobec tych instytucji wyrażało odpowiednio 39,5% i 29%. W przypadku ZUS odpowiedzi „nie mam zdania na temat zaufania" zaznaczyło 32,5% badanych w 2009 r. (w 2007 r. – 35,7%), w przypadku OFE – 44% w 2009 r. (w 2007 r. – 55,5%) [Czapiński, Panek, 2009, s. 182–184]. Należy zaznaczyć, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych cieszy się stosunkowo wysokim poziom zaufania w porównaniu do Otwartych Funduszy Emerytalnych, jak i innych instytucji finansowych (np. funduszy inwestycyjnych). Polacy generalnie nie obdarzają instytucji finansowych wysokim zaufaniem. Największym zaufaniem cieszą się instytucje, z których najczęściej świadomie korzystamy, czyli banki. W 2009 r. zaufanie wobec banków deklarowało 44,4% respondentów, brak zaufania – 26,1%, a brak zdania – 29,5%. Zestawienie zaufania wobec ZUS, OFE i innych instytucji finansowych zostało przedstawione poniżej. Banki posiadają wysoki poziom zaufania wśród Polaków, ze względu na dawaną przez nie możliwość korzystania z szerokiej oferty produktów finansowych. Środki finansowe, które trafiają do ZUS, często są przekazywane bez udziału osoby ubezpieczonej. Polacy nie muszą w tym zakresie podejmować żadnych decyzji – składki do FUS są przekazywane często przez pracodawcę.



Rys. 2. Deklarowane zaufanie do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Otwartych Funduszy Emerytalnych, Funduszy Inwestycyjnych oraz banków (dane w procentach)

Źródło: [Czapiński, Panek, 2009, s. 182–184].

Warto jednak podkreślić, iż ZUS jest jednym z podmiotów biorących udział w zarządzaniu ryzykiem starości. Reprezentuje państwo w zakresie realizacji społecznego zabezpieczenia emerytalnego. Zarówno pracodawca, jak i pracownik powinni brać udział w zarządzaniu ryzykiem starości. Obecnie funkcjonujący system emerytalny ma charakter publiczno-prywatny. Państwo poprzez ZUS zajmuję się organizacją systemu emerytalnego, ponadto nadzoruje instytucje prywatne, które działają w ramach tego systemu (np. powszechne towarzystwa emerytalne). System emerytalny zakłada również, że przyszli emeryci przejmą inicjatywę i zainwestują w dodatkowe źródła oszczędności. Bardzo niska wydaje się ocena funduszy inwestycyjnych, które mogą gromadzić oszczędności emerytalne.

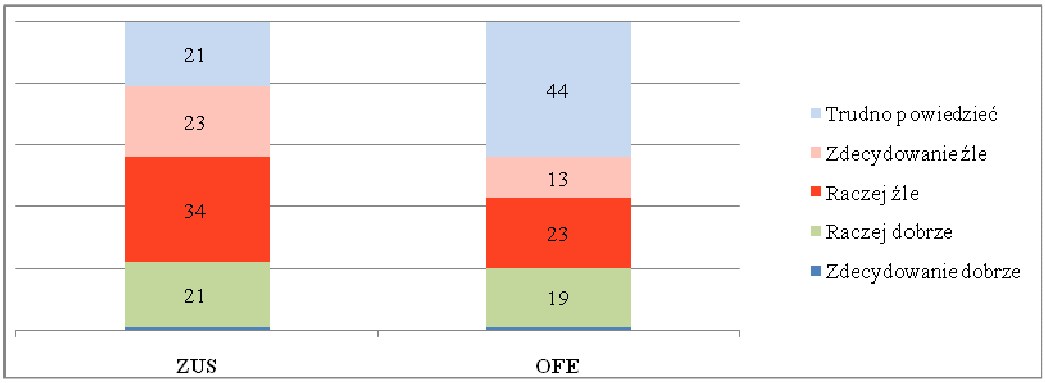
W 2009 r. funduszom inwestycyjnym ufało tylko 7% badanych, brak zaufania deklarowało 46,5%, a brak zdania 46,6% Polaków. Bardzo duży odsetek osób deklarujących brak zdania może wskazywać na brak wiedzy na temat zasad funkcjonowania i produktów oferowanych przez tego typu instytucje. Podobnie wysoki brak zdania na temat zaufania można zauważyć w przypadku Otwartych Funduszy Emerytalnych – 44% badanych.

Wyniki badania dotyczące zaufania należy porównać z ogólną oceną funkcjonowania podmiotów działających w systemie emerytalnym.

Badania przeprowadzone przez CBOS dowodzą, że większość grup społeczno-demograficznych negatywnie ocenia działalność ZUS – 56% badanych ocenia ją raczej źle lub zdecydowanie źle. Niezadowolenie częściej wyrażają osoby z wyższym wykształceniem, mieszkańcy większych miast, przedstawiciele kadry kierowniczej oraz prywatni przedsiębiorcy. Zdecydowanie dobrze lub dobrze ocenia działalność ZUS 22% badanych i dominują tu głównie osoby starsze i bierne zawodowo. Należy również odnotować, że 21% badanych nie ma zdania na temat działalności ZUS [Felisiak, 2010, s. 7–8].

CBOS również zbadało ocenę działalności Otwartych Funduszy Emerytalnych. OFE postrzega negatywnie 36%, pozytywnie – 20% respondentów. Znaczna część Polaków nie potrafi ocenić działalności OFE – 44% ankietowanych [Felisiak, 2010, s. 8–9].

Ponad połowa Polaków źle ocenia działalność ZUS (57%). Niewiele mniej nie ma zaufania do ZUS (45,8%). Analiza zaufania i oceny dzialaności ZUS dostraczają zbliżonych wyników – 22% badanych Zakładowi ufa i dobrze ocenia jego działalność. W przypadku OFE źle ocenia ich dzialność 33%, a 46% nie ma do nich zaufania. Pozytywnie ocenia działalność OFE 20% Polaków, przy 10-procentowym poziomie zaufania do tego typu instytucji. Wydaje się, że rozbieżności między dobrą ocenę i zaufaniem są konsekwencją braku doświadczeń i mniejszych kontaków z pracownikami OFE. Przedstawione wnioski mogą znaleźć potwierdzenie w znacznym odsetku osób, które nie mają zdania na temat zaufania do OFE i oceny działalności OFE – w obydwu przypadkach to 44% badanych.



Rys. 3. Ocena działalności Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Otwartych Funduszy Emerytalnych (dane w procentach)

Źródło: [Badora, 2010].

Niski poziom zaufania do ZUS i OFE pokrywa się z ogólną oceną funkcjonowania systemu emerytalnego. Połowa Polaków źle ocenia funkcjonowanie tego systemu. Zadowolona z funkcjonowania naszego systemu emerytalnego jest jedna czwarta Polaków, a co czwarty Polak nie ma na ten temat zdania [Roguska, 2010, s. 1–2].

Niski poziom zaufania oraz oceny instytucji zarządzających systemem emerytalnym koresponduje z małą wiedzą na temat zasad jego funkcjonowania. Interesujące jest, że 36% Polaków nie w stanie oszacować wysokości swojej emerytury [Badora, 2010]. Z pewnością jest to efekt małej wiedzy na temat zasad ustalania wysokości emerytury, ale i braku umiejętności w prognozowaniu sytuacji majątkowej (dochodowej) w długim okresie czasu. Ponadto 70% respondentów uważa, że przyszła emerytura łącznie z pierwszego i drugiego filara nie będzie wystarczająco wysoka, a połowa badanych osób twierdzi, że przyszła emerytura będzie znacząco niższa od dochodów pochodzących z pracy [Badora, 2010],

Zaufanie do ZUS nie odbiega znacząco od zaufania wobec innych instytucji. Polacy niezmiennie cechują się wysokim poziomem zaufania wobec osób z najbliższego kręgu, zwłaszcza rodziny. W przypadku zaufania w sferze instytucjonalnej można odnotować niski poziom zaufania zarówno do rządu, parlamentu, partii politycznych, władz lokalnych, a także związków zawodowych, telewizji, gazet i Unii Europejskiej. System emerytalny z pewnością bazuje na zaufaniu do instytucji państwa polskiego, które jest stosunkowo niskie. Polacy powinni zwiększać swoje oszczędności na czas emerytury. Jednak podstawową przeszkodą jest tutaj brak wiedzy i doświadczenia w zakresie odkładania kapitału. Polacy ciągle wierzą, iż bazowe filary systemu emerytalnego dostarczą im odpowiednich funduszy po przejściu na emeryturę.

Gromadzenie oszczędności emerytalnych – świadomość emerytalna

Polski system emerytalny wymaga od pracownika wysokiej świadomości emerytalnej. Podejmowanie racjonalnych decyzji w zakresie emerytur wymaga od współczesnych pracowników dużej wiedzy. Osoby czynne zawodowo powinny posiadać wiedzę dotyczącą nie tylko zasad działania systemu emerytalnego, ale również instrumentów finansowych umożliwiających dokonywanie inwestycji emerytalnych. Nowy system emerytalny wymaga dużej odpowiedzialności za środki pieniężne otrzymywane podczas emerytury. W pierwszej kolejności związane jest to ze zmianą sposobu myślenia o zabezpieczeniu emerytalnym. Tylko pracownicy posiadający odpowiednią wiedzę będą mogli podejmować świadome i racjonalne decyzje w zakresie przyszłych świadczeń emerytalnych. Racjonalne decyzje

powinny wpływać na dobór OFE, jak i dodatkowych produktów w ramach trzeciego filara systemu emerytalnego [Olejnik, 2009a, s. 80–88; Olejnik, 2009b]

Polski system emerytalny zakłada, iż środki finansowe otrzymane podczas emerytury z pierwszego filara ubezpieczeń emerytalnych będą zabezpieczały minimum socjalne. Szacunki Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej dowodzą, że środki pieniężne otrzymywane z OFE dla pierwszych emerytów nie będą przekraczać 10–20% przyszłej emerytury. Środki otrzymane z pierwszego i drugiego filara systemu emerytalnego będą stopniowo wzrastały, aby za kilkadziesiąt lat 50% świadczeń emerytalnych mogło być uzyskiwane z OFE i FUS. Niestety obecny system emerytalny zakłada spadek parytetu zabezpieczenia emerytalnego, który w 2030 r. wyniesie niewiele ponad 50%. Dobrowolne oszczędzanie w trzecim filarze powinno być podstawową formą obrony przyszłych beneficjentów systemu emerytalnego przed zbytnim obniżeniem statusu materialnego po przejściu na emeryturę [Maślak, 2010].

Trzeci filar systemu emerytalnego zakłada tworzenie dodatkowych oszczędności emerytalnych albo w formie zorganizowanej (np. Pracownicze Programy Emerytalne, Indywidualne Konta Oszczędnościowe), albo w formie długookresowych, systematycznych oszczędności gromadzonych indywidualnie.

Warto zauważyć, iż ważnymi cechami przedsięwzięć emerytalnych są systematyczność gromadzenia oszczędności podczas aktywności zawodowej oraz wykorzystanie zgromadzonych kapitałów tylko podczas emerytury. Z tego też względu trzeci filar systemu emerytalnego wymaga wsparcia wyraźnymi preferencjami gromadzenia oszczędności (przedsięwzięć emerytalnych). Obecnie praktycznie brak jest zachęt podatkowych (np. zwolnienie z podatków od zysków kapitałowych oszczędności gromadzonych na IKE). Ulgi podatkowe powinny znacząco stymulować stosowanie przedsięwzięć emerytalnych w PPE i IKE. Ponadto wydaje się, że społeczeństwo polskie nie uświadamia sobie konieczności gromadzenia dodatkowych oszczędności na starość przez wszystkie osoby czynne zawodowo. Państwo powinno poprzez instytucje zarządzające systemem emerytalnym (ZUS, OFE, inne instytucje finansowe) prowadzić ciągłą akcję informacyjną dotyczącą form zabezpieczenia emerytalnego.

Ciekawa z punktu widzenia niniejszego opracowania jest opinia Polaków na temat instrumentów i metod gromadzenia oszczędności na czas emerytury. Badania przeprowadzone w maju 2010 r. przez CBOS we współpracy z Izbą Zarządzającą Funduszami i Aktywami pokazują że Polacy nie mają nawyku inwestowania w instrumenty emerytalne. Okazało się, że tylko 13% badanych osób w wieku produkcyjnych deklaruje gromadzenie

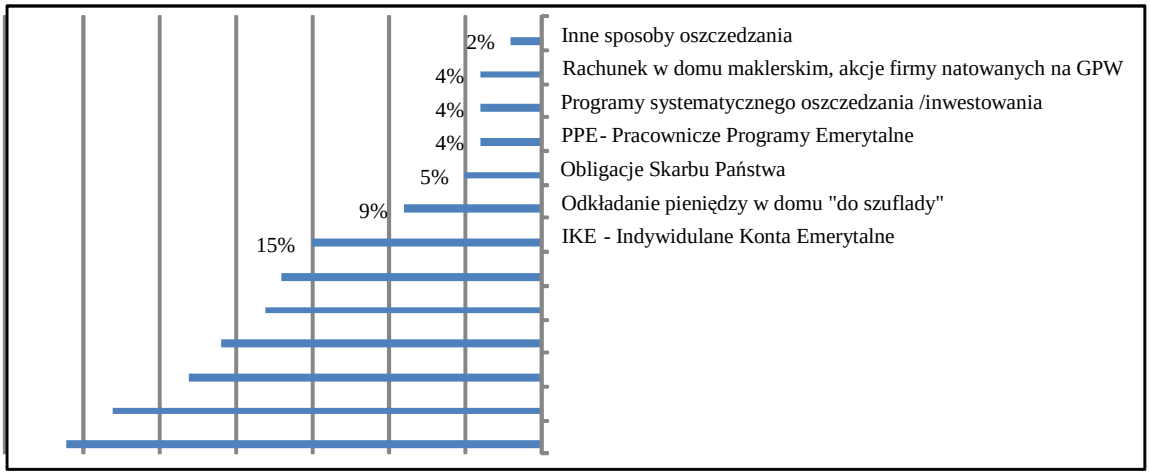
dodatkowych środków finansowych z myślą o emeryturze, 21% zamierza oszczędzać, a 55% respondentów nie oszczędza i nie zamierza tego robić [Maślak, 2010].

Podobne wyniki prezentuje Fundacja Kronenberga, która 2009 r. przeprowadziła badania dotyczące postaw Polaków wobec oszczędzania [*Postawy Polaków…*, 2009]. Z raportu wynika, iż 12% badanych osób rozważa podjęcie działań zwiększających wysokość otrzymywanej emerytury, a 17% co jakiś czas zastanawia się nad tym. Warto również wskazać, że 43% badanych deklaruje brak zainteresowania problemem swojej emerytury (albo nie jest to interesujące, albo nie ma dla nich znaczenia).

Badania wykazały, że skłonność Polaków do dodatkowego oszczędzania z myślą o przyszłej emeryturze jest zależna od sytuacji materialnej. Osoby o dochodzie netto wyższym niż 1500 zł *per capita* mają większą skłonność do dodatkowego oszczędzania z myślą o emeryturze. Ponadto 23% badanych oceniających swoją sytuację materialną jako dobrą odkłada fundusze na czas emerytury, a 29% respondentów planuje to zacząć robić. Głównym powodem braku oszczędności na emeryturę jest, zdaniem Polaków, brak odpowiednich funduszy oraz przekonanie, że mają jeszcze czas na rozpoczęcie oszczędzania (wykres poniżej). Wśród czynników ograniczających dodatkowe gromadzenie funduszy na czas emerytury respondenci wskazywali brak wiedzy na temat skutecznych metod pomnażania oszczędności w dłuższym terminie [Badora, 2010].

Badania CBOS wskazują, że 13% badanych deklarujących dodatkowe oszczędzanie na emeryturę wykorzystuje w tym celu głównie osobiste konto oszczędnościowe w banku (31%). Prawie połowa badanych wykorzystuje tylko jeden instrument do gromadzenia dodatkowych funduszy na czas emerytury. Przy korzystaniu z kilku form oszczędzania dominuje konto osobiste w banku. Do gromadzenia dodatkowych środków na czas emerytury Polacy wykorzystują również: polisy ubezpieczeniowe (28%), fundusze inwestycyjne (23%), lokaty bankowe (21%), konta oszczędnościowe w banku (18%), nieruchomości (17%) oraz indywidualne konta emerytalne (15%) [Badora, 2010, s. 9].

Badanie dostarczyło również informacji na temat najlepszych zdaniem Polaków form oszczędzania. Jedna trzecia nie ma zdania na temat najlepszych form dodatkowego gromadzenia oszczędności na czas bierności zawodowej. Osoby, które potrafiły wskazać najlepsze formy oszczędzania, najczęściej wymieniali zakup nieruchomości, działek, gruntów rolnych (18%), lokaty bankowe (12%), konto oszczędnościowe w banku (11%), konto osobiste w banku (8%). Skuteczne sposoby gromadzenia dodatkowych funduszy na czas emerytury były wskazywane rzadko – tylko 4% badanych wymieniło fundusze inwestycyjne, IKE – 4%, polisy ubezpieczeniowe – 4%, obligacje Skarbu Państwa – 3%.



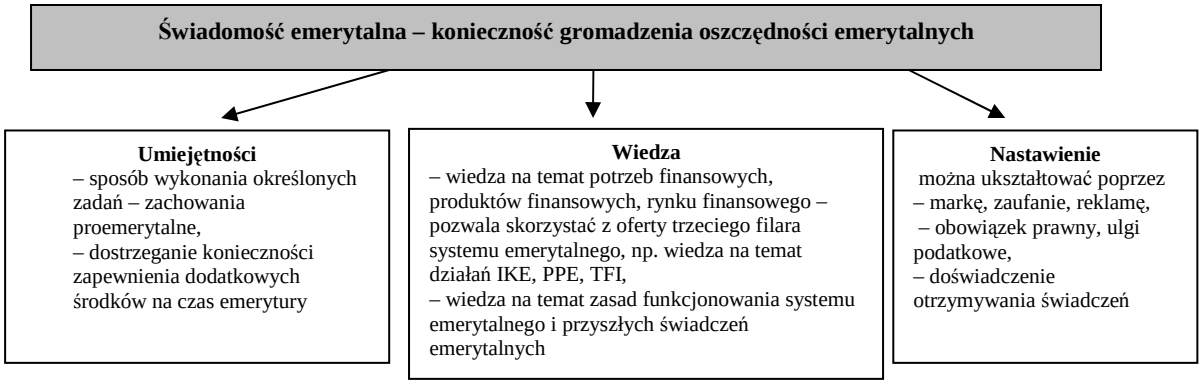
Rys. 4. Metody gromadzenia dodatkowych oszczędności emerytalnych (wśród 13% badanych deklarujących gromadzenie oszczędności emerytalne; dane w procentach
Źródło: [Badora, 2010].

Przedstawione wyniki badań potwierdzają, iż większość Polaków nie gromadzi dodatkowych oszczędności emerytalnych. Ponadto można zauważyć, iż stosowane instrumenty oszczędnościowe należy zaliczyć do gromadzenia oszczędności w pojęciu ogólnym. Dominującym instrumentem gromadzenia oszczędności emerytalnych jest konto bankowe (osobiste konto bankowe, lokata bankowa). Instrumenty, które zakładają gromadzenie oszczędności emerytalnych (m.in. IKE czy PPE – odpowiednio 15 i 4% osób deklaruje uczestnictwo w tych formach oszczędzania) nie są popularne. Wśród sposobów gromadzenia oszczędności mało popularne są instrumenty *stricte* emerytalne.

Postawy Polaków oszczędzających na emeryturę są zbieżne z postawami dotyczącymi oszczędzania w trakcie pracy zawodowej na cele inne niż emerytalne. Znaczna część społeczeństwa polskiego nie ma żadnych oszczędności – 63% badanych osób deklarowało w marcu 2010 r. brak jakichkolwiek środków. Tylko 37% Polaków przyznało się do posiadania oszczędności. Najczęściej oszczędności posiadają ludzie młodzi – do 35. roku życia, rzadziej osoby starsze – 55 lat i więcej [Kowalczyk, 2010]. Ponad połowa społeczeństwa polskiego (66%) twierdzi, że warto oszczędzać, ale tylko 6% robi to regularnie. 58% Polaków wydaje wszystko na bieżące potrzeby, a 21% twierdzi, że nie ma sensu oszczędzać i lepiej wydawać pieniądze na życie [*Postawy Polaków…*, 2009].

Zadziwiające jest, że osoby oszczędzające w większości nie kierują się wiedzą fachową, tylko własną intuicją (57%) oraz wiedzą zdobytą od znajomych i rodziny (20%) [*Postawy Polaków…*, 2009]. Wskazuje to na brak zainteresowania oraz poszukiwania fachowego doradztwa w zakresie oszczędzania i inwestowania. Jest to z pewnością wynik ogólnego braku zaufania do osób nieznanych, potwierdzony dodatkowo faktem, iż Polacy

ufają w kwestiach inwestowania i oszczędzania tylko rodzinie i znajomym (38%), a 39% badanych deklaruje, że nie ufa nikomu. W konsekwencji niskiego poziomu zaufania oraz poszukiwania wiedzy u znajomych i rodziny powodzenie inwestycji oraz oszczędzania zależy według Polaków od ich własnych decyzji – 59%.



Rys. 5. Determinanty świadomości emerytalnej
Źródło: opracowanie własne.

Determinantą rozwoju oszczędności emerytalnych jest posiadanie świadomości emerytalnej, rozumianej jako dostrzeganie konieczności gromadzenia dodatkowych kapitałów na czas bierności zawodowej. Przeprowadzanie przedsięwzięć emerytalnych ma na celu zwiększenie środków pieniężnych pozostających do dyspozycji po przejściu na emeryturę. Świadomość emerytalna może wpływać na podejmowania przedsięwzięć emerytalnych. W konsekwencji czynni zawodowo powinni rozwinąć nawyk gromadzenia oszczędności. Natomiast sam nawyk, według S.R. Covey'a jest wypadkową wiedzy, umiejętności i nastawienia (rys. 5). Umiejętności są rozumiane jako pewien sposób wypełniania zadań związanych z pewnymi zachowaniami w systemie emerytalnym oraz z zapewnieniem dodatkowych oszczędności do wykorzystania podczas emerytury. Wiedza umożliwia skorzystanie z określonych instrumentów umożliwiających gromadzenie kapitału na czas emerytury. Może ona dotyczyć dwóch kwestii, tj. zasad działania systemu emerytalnego oraz poszczególnych form oszczędności emerytalnych. Taka wiedza może być nabyta poprzez informacje przekazane przez agentów (np. PTE, TFI, TU), na podstawie doświadczenia własnego lub od innych osób korzystających z produktów. Może wynikać również ze znajomości potrzeb oszczędzania i sposobu działania rynku finansowego. W końcu nastawienie może być analizowane w kilku płaszczyznach, tj. poprzez zaufanie (wiarę, że ZUS wypłaci odpowiednio wysokie świadczenie emerytalne) albo przepisy prawne (przymus uczestnictwa w przedsięwzięciach emerytalnych, ulgi podatkowe). Warto również wskazać, iż nastawienie może być ukształtowane przez doświadczenie własne lub innych osób, działania reklamowe i promocyjne oraz zaufanie do rynku, do danej instytucji lub produktu.

Polaków charakteryzuje niski poziom świadomości emerytalnej. Przyszły emeryt nie posiada umiejętnościami przeprowadzania przedsięwzięć emerytalnych oraz nie dostrzega konieczności dodatkowego gromadzenia oszczędności. Ma również małą wiedzę na temat zasad funkcjonowania systemu emerytalnego, poszczególnych instrumentów emerytalnych oraz możliwości otrzymania przyszłych świadczeń emerytalnych. Jego nastawienie może zostać ukształtowane m.in. przez: zaufanie, obowiązek prawny, ulgi podatkowe i doświadczenie. Obowiązek prawny i ulgi podatkowe są uzależnione od przepisów, doświadczenia własne i obce mogą być przydatne dopiero za kilka lat. Wydaje się, że to zaufanie może być czynnikiem najskuteczniej oddziaływującym na świadomość emerytalną w najbliższym czasie. Zaufanie do podmiotów zarządzających systemem emerytalnym powinno zbudować świadomość emerytalną. Ze względu na dominujące znaczenie w systemie emerytalnym ZUS – instytucja reprezentująca fundusz emerytalny – powinien dążyć do budowania wysokiego poziomu zaufania.

Wnioski końcowe – zaufanie do ZUS a gromadzenie oszczędności emerytalnych

Zaufanie do systemu emerytalnego jest niezbędną determinantą prawidłowego funkcjonowania systemu emerytalnego. Zaufanie do instytucji zarządzających, tj. ZUS i OFE, będzie sprzyjać podnoszeniu ogólnego zaufania do całego systemu. ZUS jest instytucją dominującą w obecnie funkcjonującym systemie emerytalnym, powinien więc poprzez trzy filary zaufania dążyć do podnoszenia poziomu zaufania wobec całego systemu. Zwiększenie zaufania zwiększy świadomość emerytalną i wiedzę Polaków na temat zasad funkcjonowania systemu emerytalnego. Przyszli emeryci powinni przejąć część odpowiedzialności za swoje świadczenia emerytalne poprzez przeprowadzanie przedsięwzięć emerytalnych. Wydaje się, że próba podniesienia zaufania do ZUS powinna obejmować akcje informacyjne dotyczące zasad funkcjonowania tej instytucji oraz całego systemu emerytalnego. Stałe kampanie informacyjne powinny przedstawiać znaczenie oszczędzania emerytalnego, zasady funkcjonowania systemu emerytalnego, proces inwestycyjny i uzupełnić wiedzę na temat instrumentów oszczędzania emerytalnego. Podobnie stałe informowanie przyszłych emerytów o poziomie zgromadzonego kapitału na czas emerytury oraz o przewidywanej wysokości świadczeń emerytalnych może skutecznie kształtować wiedzę na temat zasad funkcjonowania systemu emerytalnego oraz rozwijać nawyk dokonywania przedsięwzięć emerytalnych.

Przyczyn niskiego poziomu indywidualnych oszczędności emerytalnych należy upatrywać w stosunkowo wysokich emeryturach wypłacanych z systemu obowiązkowego,

braku nawyku oszczędzania oraz niskiej wiedzy na temat instrumentów finansowych i zasad funkcjonowania rynku finansowego. Stosunkowo wysoki, według wiedzy Polaków, poziom świadczenia emerytalnego z obowiązkowego pierwszego i drugiego filara systemu emerytalnego, może skutecznie zniechęcać gospodarstwa domowe do gromadzenia indywidualnych oszczędności.

Państwo jest inicjatorem i regulatorem całego systemu emerytalnego. Dlatego ZUS, jako instytucja wykonujące zadania państwa w zakresie zabezpieczenia emerytalnego, powinien ponosić główny ciężar działalności informacyjnej. Prywatne instytucje emerytalne (PTE, TFI) nie są bezpośrednio zainteresowane w kształtowaniu wiedzy na temat systemu emerytalnego. Ich głównym zadaniem jest osiąganie zysku. Wydaje się, że podniesie zaufania do ZUS powinno skutkować zwiększeniem poziomu zaufania do całego systemu emerytalnego.

Bibliografia

1. Badora B., (2010), *Polacy o dodatkowym oszczędzaniu na emeryturę*, BS/77/2010, CBOS, czerwiec.
2. Felisiak M., (2010), *Opinie o działalności prezydenta, parlamentu, ZUS, OFE i NFZ*, BS/20/2010, CBOS, luty.
3. Grudzewski W.M., Hejduk I., Sankowska A., Wańtuchowicz M., (2009), *Zarządzanie zaufaniem w przedsiębiorstwie. Koncepcja, narzędzia, zastosowania*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Kraków.
4. Kowalczyk K., (2010), *Polacy o swoich długach i oszczędnościach*, BS/50/2010, CBOS kwiecień.
5. Muszalski W., (2006), *Ubezpieczenia społeczne. Podręcznik akademicki*, PWN, Warszawa.
6. Olejnik I. (2009a), *Świadomość emerytalna Polaków a rozwój systemu emerytalnego w Polsce*, [w:] F. Chybalski, I. Staniec (red.), *10 lat reformy emerytalnej w Polsce. Efekty, szanse, perspektywy i zagrożenia*, Monografie Politechniki Łódzkiej.
7. *Postawy Polaków wobec oszczędzania*, (2009), raport Fundacji Kronenberga przy City Handlowy, Pentor, wrzesień.
8. Roguska B., (2010), *Oceny proponowanych zmian w systemie emerytalnym*, BS/41/2010, CBOS, marzec.
9. Sztompka P., (2007), *Zaufanie fundament społeczeństwa*, Znak, Kraków.
10. Szumlicz T., (2006), *Ubezpieczenia społeczne. Teoria dla praktyków*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Warszawa.

Bibliografia elektroniczna

1. Czapiński J., Panek T. (red.), (2003), *Diagnoza społeczna. Raport*, Warszawa, www.diagnozaspoleczna.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2009.pdf, dostęp: 4.09.2010.
2. Maślak J., *Dobrowolne oszczędzanie na cele emerytalne, wybór czy konieczność*, http://www.profuturo.agh.edu.pl/pliki/Referaty_IV_KKMU/NE/MASLAK_JAN.pdf, dostęp: 1.09.2010.
3. Olejnik I., (2009b), *Otwarte fundusze emerytalne w opinii konsumentów*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" nr 4, http://www.piu.org.pl/public/upload/ibrowser/WU/WU4/WU4_09_olejnik.pdf, dostęp: 10.09.2010

Streszczenie:
W opracowaniu postawioną tezę, że istnieje zależność między zaufaniem do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych a wzorami gromadzenia oszczędności. ZUS, jako instytucja zarządzająca systemem emerytalnym, powinien poprzez trzy filary zaufania (wiarygodność, prezentację w działaniu oraz swoje cechy) dążyć do podnoszenia zaufania wobec całego systemu emerytalnego. Zwiększenie zaufania wobec ZUS i systemu emerytalnego powinno zwiększyć świadomość emerytalną i wiedzę Polaków na temat zasad funkcjonowania systemu emerytalnego. Odpowiednio wysoki poziom tej wiedzy może ukształtować nawyk podejmowania przedsięwzięć emerytalnych związanych z wykorzystaniem różnych form gromadzenia oszczędności na starość.
Słowa kluczowe: zaufanie, postawy oszczędzania, gromadzenie oszczędności emerytalnych, Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Confidence to Polish Social Insurance Agency (Zakład Ubezpieczeń Społecznych – ZUS) in relation to pension savings.

Summary:
The subject of this article is analysis of dependences between confidence to Polish Social Insurance Agency and retirement saving patterns. Poles often disregard the need of individual savings for the time of retirement, though the security system pension is only the minimum payment from the national system of the social security. Does the high confidence level to ZUS influence saving patterns? The article consists of four parts. The first part presents ZUS in the Polish pension scheme. The second part describes the confidence level to ZUS. Retirement saving patterns is an object of the third part. Described relations between the confidence in ZUS and pension savings are analyzed in the fourth part.
Keyword: confidence, attitudes of saving, pension savings, Polish Social Insurance Agency

Kryzys opieki – jego przyczyny oraz propozycje sposobów przezwyciężania

Anna Zachorowska-Mazurkiewicz[*]

Wprowadzenie

Opieka jest zjawiskiem powszechnym i dotyczy wszystkich członków społeczeństwa. Każdy człowiek w pewnym momencie swojego życia uzależniony był od opieki świadczonej przez inną osobę, a wiele osób również ją świadczyło. Opieka jest czynnością, która nosi cechy pracy, lecz nie jest tak postrzegana przez społeczeństwo. Praca opiekuńcza w przeważającej mierze wykonywana jest w ramach gospodarstwa domowego (rodziny), najczęściej nieodpłatnie przez jej członków. Jest to czynność silnie nacechowana płciowo, gdyż jej świadczenia oczekuje się przede wszystkim od kobiet wchodzących w skład danego gospodarstwa domowego.

Opieka, świadczona głównie przez kobiety, prezentowana jest jako bliska relacja pomiędzy pojedynczymi ludźmi, pomijane jest za to jej znaczenie dla społeczeństwa jako całości oraz dla rozwoju gospodarki. Większości modeli ekonomicznych pomija aktywność opiekuńczą, co w konsekwencji prowadzi do nieobecności tej sfery w wytycznych polityki gospodarczej. W rezultacie opieka jest niedowartościowana – wartość nieodpłatnej opieki pomijana jest w rachunkach narodowych, pracownicy opieki są nisko wynagradzani, a ich zawód nie jest prestiżowy, zaś osoby świadczące usługi opieki na rzecz członków własnego gospodarstwa domowego traktowane są jako niepracujące (bierne zawodowo). Te zjawiska przekładają się z kolei na kryzys opieki.

Artykuł przedstawia konceptualizację opieki jako pracy oraz prezentuje jej miejsce w teorii ekonomii i w polityce gospodarczej. W artykule przedstawiono dane ilustrujące zaangażowanie w opiekę, co szczególnie dotyczy kobiet, oraz związek opieki i rynku pracy. Następnie omówiono rozwiązania instytucjonalne wpływające na czynności opiekuńcze. Jako że rozwiązania te nie są wystarczające, o czym świadczy kryzys opieki, artykuł zakończą propozycje zmian, które mają na celu poprawę zaistniałej sytuacji.

[*] Anna Zachorowska-Mazurkiewicz , Instytut Ekonomii i Zarządzania

Opieka i jej miejsce w ekonomii – rozważania teoretyczne

Opieka to działanie, które wiąże się z dbaniem o fizyczny, społeczny, psychiczny i emocjonalny rozwój ludzi [Standing, 2001, s. 17]. Opiekę rozumieć można jako pracę i instytucje społeczne, które mają za zadanie podtrzymanie ludzkiego życia [Charkiewicz, Zachorowska-Mazurkiewicz, 2009, s. 7]. Można ją również definiować jako odpłatne lub nieodpłatne udzielanie pomocy innym osobom [Wóycicka, 2009, s. 103]. Usługi opiekuńcze świadczone są w wielu obszarach gospodarki – w indywidualnych gospodarstwach domowych (rodzinach), w organizacjach, w sektorze publicznym i w coraz większym stopniu na rynku. Jednakże Wóycicka [2009, s. 103] pisze, iż opieka jest potrzebą i usługą specyficzną, gdyż zapotrzebowanie na nią może być w dużej mierze zaspokajane przez samo gospodarstwo domowe. Zapewnianie opieki jest zjawiskiem społecznym, ale również ekonomicznym, a traktowanie go jako nieistotnego dla rozważań ekonomicznych jedynie z powodu wykonywania go nieodpłatnie w nieformalnej sferze gospodarki jest coraz trudniejsze. Na poziomie makro opieka stanowi ważny czynnik wpływający na rozwój gospodarczy, jak i barierę tego rozwoju. Wielu ekonomistów zwraca uwagę na fakt, iż nieodpłatne obowiązki opiekuńcze stanowią znaczącą przeszkodę w zwiększaniu zatrudnienia [Kotowska, 2009; Himmelweit, 2000, 2005]. Na poziomie mikro decyzje dotyczące zatrudnienia i opieki są ze sobą ściśle związane. W krótkim okresie decyzje te wpływają tak na rynek pracy, jak i na gospodarkę jako całość, lecz ich długookresowe oddziaływanie na społeczeństwo wydaje się być bardziej istotne. Jakość opieki wpływa bowiem na przyszłe zasoby pracy, które zasilą gospodarkę i zadecydują o jej możliwościach. Nieodpłatna praca opiekuńcza, świadczona najczęściej bezpośrednio na rzecz najbliższych członków rodziny, przyczynia się do socjalizacji oraz wykształcenia zdolności (*capabilities*)[34] rozwoju społeczeństwa, odpowiedzialności za nie oraz norm utrzymujących społeczne zaufanie, dobrą wolę i porządek społeczny [Himmelweit, 2005; Lynch et al., 2009, s. 19]. Oznacza to, iż wiedza na temat opieki jest ważna dla zrozumienia społeczeństwa, ale i gospodarki jako całości [Himmelweit, 2005]. Jednak należy podkreślić, iż powiązanie myślenia ekonomicznego z sytuacjami opiekuńczymi jest wyzwaniem, gdyż opieka różni się od typowej sytuacji wymiany [Jochimsen, 2003, s. 231].

[34] Zdolności według A. Sena [2003, s. 39–40] są układem funkcji odzwierciedlających wolność osoby do prowadzenia określonego typu życia. Funkcje te są niezwykle zróżnicowane i mogą dotyczyć kwestii najbardziej podstawowych, jak odpowiednie wyżywienie, dobre zdrowie czy unikanie przedwczesnej śmierci, poprzez bardziej złożone osiągnięcia, jak bycie szczęśliwym, szacunek do samego siebie czy uczestniczenie w życiu społeczności lokalnej.

Opieka wymaga kompetencji, umiejętności i wiedzy, bez których trudno wykonywać ją dobrze. Zabiera również czas, wymaga wysiłku i wiąże się ze stresem [Lynch et al., 2009], a więc ma koszt alternatywny, gdyż w czasie sprawowania opieki opiekunowie mogliby zaangażować się w inne działania, przykładowo w pracę na formalnym rynku pracy [Himmelweit, 1995]. Wspomniane cechy opisują pracę w tradycyjnym jej rozumieniu, choć w ekonomii oraz statystyce pracę definiuje się najczęściej jako odpłatne działanie związane z rynkiem pracy [Beneria, 1999, s. 288], a więc definicja taka nie obejmuje opieki sprawowanej nieodpłatnie. Nie ma bezpośredniego powodu, dla którego pracę opiekuńczą powinno wykonywać się jedynie nieodpłatnie w ramach gospodarstwa domowego. Opieka może być świadczona przez instytucje publiczne, jak i odpłatnie na rynku. Zwraca się jednak uwagę na specyficzną cechę opieki, mianowicie praca opiekuńcza związana jest z emocjami, co nie jest typową cechą pracy jako takiej [Himmelweit, 1995; Badgett, Folbre, 1999; Folbre, 1995]. Również Lynch i in. [2009] zauważają, iż praca opiekuńcza związana jest z budowaniem relacji – zawiera w sobie wykonywanie zadań fizycznych, ale również budowanie więzi emocjonalnych. Tak długo, jak celem opieki będzie rozwój więzi, nie może ona zostać w pełni przekazana do wykonania osobom trzecim. Wskazuje to na pewne aspekty opieki, których nie można urynkowić. Wóycicka [2009, s. 103] zauważa, iż opieka świadczona przez instytucje zewnętrzne lub osoby spoza rodziny ma charakter komplementarny wobec opieki świadczonej wewnątrz gospodarstwa domowego.

Pomimo opisanych wyżej problemów z klasyfikacją opieki jest ona w coraz większym stopniu rozpoznawana jako istotna kwestia ekonomiczna, jako czynnik przyczyniający się do rozwoju gospodarczego, ale również będący praktyczną barierą gospodarczego wzrostu. Obowiązki sprawowania opieki nad dziećmi i starszymi rodzicami pozostają istotną zmienną wpływającą na stopę aktywności zawodowej i czas pracy [Gardiner, 1997; Lynch et al., 2009, s. 20; Himmelweit, 1995, s. 9 i 2005]. Jak zauważa Himmelweit [2000, s. 2] w większości rozwiniętych gospodarek kobiety obciążone obowiązkami opiekuńczymi stanowią największą grupę potencjalnych pracowników pozostających poza rynkiem pracy. Obowiązki opieki powodują, iż ludzie ją sprawujący są ubożsi, poprzez ograniczenie ich czasu na wykonywanie innych czynności (koszt alternatywny), w szczególności na odpłatną pracę [Himmelweit, 2005, s. 16]. Decyzje dotyczące tego, kto wymaga opieki oraz kto jest odpowiedzialny za zaspokajanie potrzeb opiekuńczych i w jaki sposób potrzeby te są zaspokajane, podejmowane są z kolei pod wpływem panujących norm społecznych [Himmelweit, 2005, s. 18]. Normy te powodują, iż opieka, tak w ramach gospodarstwa domowego, jak i w instytucjach opieki czy na rynku, świadczona jest przez kobiety. Nieodpłatne prace opiekuńcze kobiety często

wykonują dodatkowo po pracy na formalnym rynku pracy. Zjawisko to opisane zostało jako „podwójne obciążenie pracą" [Lynch et al., 2009, s. 19]. Kobiety żyjące w gospodarstwach domowych z mężczyznami wykonują średnio dwa razy więcej nieodpłatnej pracy niż ich partnerzy. Kiedy w gospodarstwie domowym pojawiają się dzieci, różnica ta jeszcze gwałtownie wzrasta na niekorzyść kobiet, a zjawisko to nie jest zależne od zaangażowania kobiet w rynek pracy [Hewitson, 2003, s. 266; Folbre, Nelson, 2000, s. 125; Titkow, Duch-Krzysztofek, Budrowska, 2003]. Normy, które ściśle wiążą bycie kobietą z opieką nad innymi, mają istotne konsekwencje dla nierówności społecznych związanych z płcią tak w ramach gospodarstw domowych, jak i na rynku pracy [Badgett, Folbre, 1999, s. 323].

Należy również pamiętać o tym, iż bez względu na to, kto świadczy opiekę, jest ona droga. Kapitał ludzki, który nabywa opiekun podczas pracy w gospodarstwie domowym, jest trudniejszy do wykorzystania w przyszłości niż ten nabyty przez partnera podczas pracy na formalnym rynku. Rodzic, który poświęca czas i energię na opiekę nad swoimi dziećmi, zazwyczaj doświadcza znacznej redukcji zarobków. Nieodpłatni opiekunowie mogą nawet mieć okres braku jakichkolwiek przychodów, co prowadzi do zależności ekonomicznej, jak również strat w poziomie przyszłych emerytur [England, Folbre, 2001]. Sprawowanie opieki jest nisko wyceniane przez rynek, ale nie jest również cenione przez społeczeństwo. Osoby wykonujące prace opiekuńcze w ramach własnego gospodarstwa domowego określane są jako niepracujące. W wyniku obciążenia opieką indywidualnych gospodarstw domowych prace opiekuńcze są wykonywane nieodpłatnie, a wręcz nie są rozpoznawane jako prace czy wspierane [Daly, 2001; Baker et al., 2009]. Z kolei płatna praca opiekuńcza często wykonywana jest na nieformalnym rynku, jest nisko płatna, nieuregulowana, pozbawiona zabezpieczeń społecznych. Poziom wynagrodzenia opiekunów zatrudnianych na formalnym rynku jest niewielki w porównaniu do innych zawodów, do wykonywania których wymagane są podobne kompetencje, a prace wykonuje się w podobnych warunkach [Nelson, 1999, s. 43; England, Folbre, 2001]. Niektóre cechy opieki pozwalają zrozumieć niskie wynagrodzenie za tego typu pracę. Opiekunowie przyczyniają się bowiem do rozwoju zdolności ludzkich, które są wartościowe nie tylko dla osób opiekę otrzymujących, ale również dla innych, którzy się z nimi kontaktują. Rodzina jest głównym miejscem produkcji kapitału ludzkiego i społecznego. Praca i czas poświęcony na rozwój sieci społecznych i zaufania wpływa na wzrost efektywności ekonomicznej poza rodziną. Dlatego wydaje się zasadne zastosowanie do opieki koncepcji efektów zewnętrznych [Folbre, 2004, s. 15][35]. Zyski z dobrze wykonanej pracy

[35] A.C. Pigou, twórca pojęcia „efekty zewnętrzne", jako przykład podaje pracę kobiet i jej wpływ na dzieci. Tak więc według niego aktywność zawodowa kobiet generuje koszty zewnętrzne [Medema, 2007, s. 439].

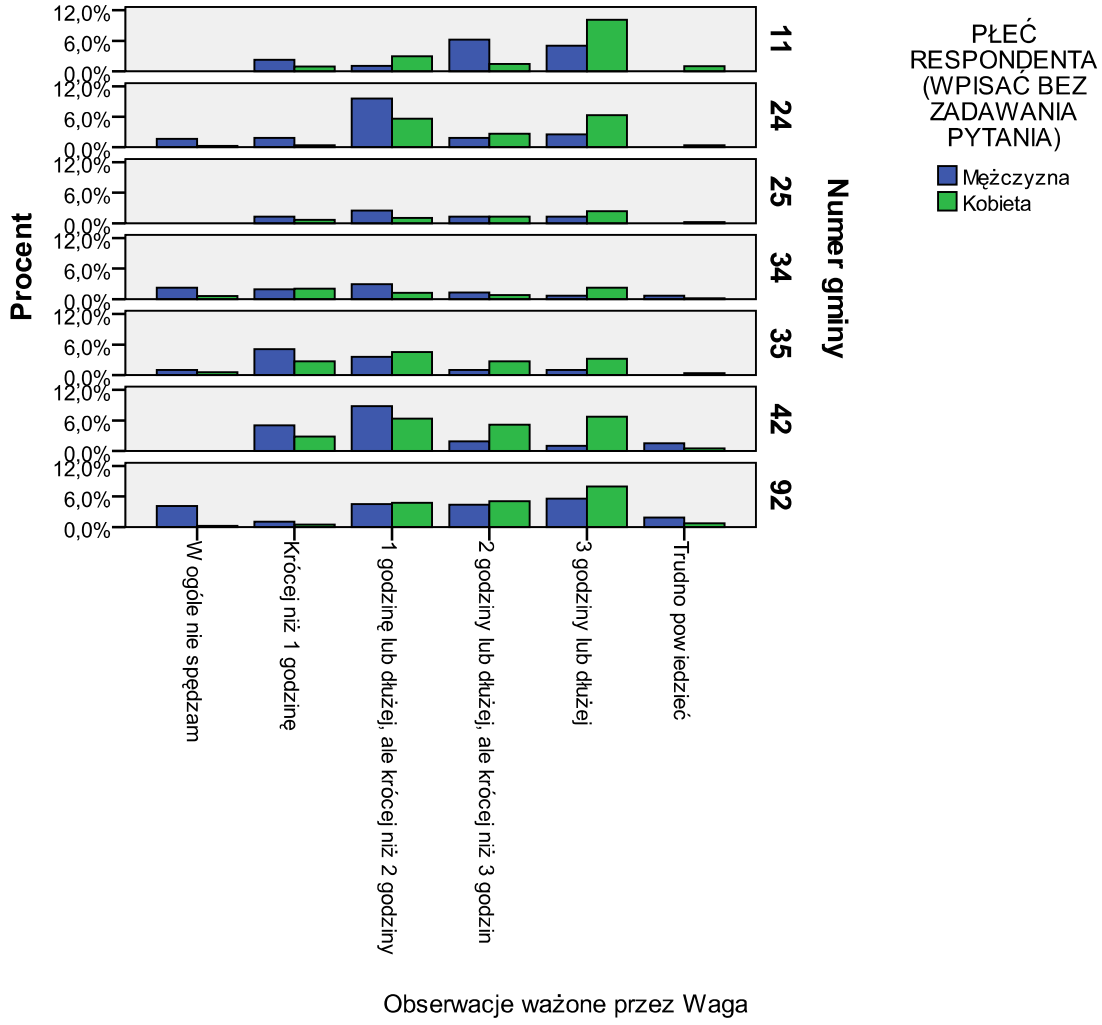
ogarniają swoim zasięgiem liczne grono osób, co według P. England i N. Folbre [2001] ułatwia darmowe wykorzystywanie korzyści płynących z opieki. Innym powodem niskiego wynagradzania opieki jest to, iż osoby, które jej potrzebują, często nie mogą za nią zapłacić. Z usług takich korzystają dzieci, osoby chore oraz starsze, które nie posiadają własnego dochodu lub dochód przez nie otrzymywane jest niski.

M. Jochimsen [2003] pisze, iż świadczenie opieki możliwe jest dzięki trzem czynnikom: motywacji, dzięki której opieka jest inicjowana i kontynuowana, pracy, dzięki której relacja opieki jest świadczona i utrzymywana, oraz zasobom, dzięki którym opieka jest zabezpieczana i podtrzymywana w sensie materialnym i czasowym. Możliwości świadczenia opieki uzależnione są od występowania i połączenia wszystkich trzech składników. Wspólne działanie komponentów determinuje jakość, zakres i typ świadczonej opieki. Nadmierne podkreślanie znaczenia tylko jednego z nich (najczęściej podkreśla się motywację), a pomijanie pozostałych może doprowadzić do nieprawidłowego postrzegania i błędnych wniosków wyciągniętych z analizy samej opieki, jak i znaczenia opieki dla gospodarki i społeczeństwa. Społeczeństwa nie przeznaczają wystarczających środków na sektor opieki, co powoduje niedostatek ostatniego komponentu. Oczywistym powodem tego stanu jest to, że osoby otrzymujące świadczenia opieki są często zbyt młode, zbyt stare, zbyt chore lub zbyt biedne, aby przekuć swoje potrzeby na efektywny popyt na rynku. Dodatkowo te osoby często nie posiadają prawa głosu [Folbre, 2006, s. 186] oraz nie przedstawiają typu *homo oeconomicus*, czyli osób autonomicznych w swoich decyzjach, które dokonują wyboru na podstawie swoich preferencji [Jochimsen, 2003][36]. Jak pisze N. Folbre [1995, s. 84], gospodarka wynagradza ludzi zdecydowanie hojniej za dążenie do zaspokojenia swoich własnych interesów niż za troskę o innych. Lecz z drugiej strony gospodarka rynkowa nie mogłaby istnieć bez wsparcia ekonomii opieki, która koordynuje proces społecznej reprodukcji.

[36] Analiza opieki jest utrudniona, ponieważ wymaga wyjścia poza tradycyjne, neoklasyczne ujęcie podmiotu gospodarczego, jako niezależnego, autonomicznego, posiadającego pełną kontrolę nad swoimi zdolnościami i umiejętnościami, podejmującego niezależne decyzje na temat zaangażowania na rynku. Z punktu widzenia osób zależnych oraz osób zaangażowanych w opiekę świat wygląda inaczej: niezależność, autonomiczność, symetryczna wymiana, wolność wyboru i możliwości wejścia i wyjścia z rynku są raczej okolicznościami wyjątkowymi. Z kolei asymetria, zależność, relacje i powiązania międzyludzkie, odpowiedzialność, obdarowywanie są koncepcjami istotnymi dla analizy sytuacji opiekuńczych. Niezależny podmiot gospodarczy może swobodnie angażować się lub nie w sytuacje wymiany. Z kolei zależność może być rozumiana jako przymus zaangażowania w wymianę bądź bariera tę wymianę uniemożliwiająca. Zależność więc ilustruje powiązania podmiotów zaangażowanych. Pojęcie zależności służy przedstawianiu sytuacji opiekuńczych, w które podmioty angażują się często z przyczyn innych niż maksymalizacja korzyści, często tak opiekun, jak i osoba otrzymująca świadczenie opieki mają ograniczoną kontrolę nad rodzajem i natężeniem tego świadczenia [Jochimsen, 2003].

Opieka w Polsce – diagnoza stanu

Zapotrzebowanie gospodarstw domowych na opiekę świadczoną przez osoby w wieku produkcyjnym jest zjawiskiem powszechnym. Występuje ono częściej niż w co trzecim gospodarstwie domowym [Wóycicka, 2009, s. 104]. W Polsce wyraźnie widać większe obciążenie opieką kobiet , gdyż zaangażowanych jest w nią 36% kobiet i 20% mężczyzn w wieku od 20 do 64 lat. Najbardziej obciążone opieką są relatywnie młode osoby w wieku między 30 a 39 lat dla kobiet i pięć lat starsi mężczyźni. Opieka zajmuje kobietom przeciętnie 36,6 godzin tygodniowo, a mężczyznom 20,6 godzin [Wóycicka, 2009, s. 106].



Rys. 1. Czas poświęcany przez kobiety i mężczyzn na opiekę nad dziećmi

Źródło: opracowanie własne.

Kwestie sprawowania opieki były analizowane w badaniach nad kompetencjami cywilizacyjnymi przeprowadzonymi w 2009 r.[37] Badania przeprowadzono w pięciu gminach, w tym dwóch z podziałem na miasto i wieś. Jak wynika z danych zawartych na rys. 1, opieka jest domeną kobiet. Na wykresie w miejscu nazw gmin podano numery, które odpowiadają – 11 – Gliwice, 24 – Gostyń gmina miejska, 25 – Gostyń gmina wiejska, 34 – Małogoszcz gmina wiejska, 35 – Małogoszcz gmina wiejska, 42 – Manowo oraz 92 – Zgierz.

Z wykresu wynika, iż tak mężczyźni, jak i kobiety angażują się w opiekę nad dziećmi. Niemniej zdecydowanie więcej czasu opiece tej poświęcają kobiety. Największy procent kobiet deklarował przeznaczanie na opiekę nad dziećmi trzech godzin lub dłużej dziennie w większości gmin (wyjątek stanowiła tu jedynie gmina wiejska Małogoszcz, w której największa część kobiet zadeklarowała ponad godzinę). Wśród mężczyzn przeważały odpowiedzi, iż poświęcają więcej niż godzinę, lecz mniej niż dwie godziny (tu wyjątek stanowiły gmina Gliwice – dwie i więcej oraz Zgierz – trzy i więcej). W dużej mierze opieka nad dziećmi dotyczy osób, które są lub mogłyby być aktywne na rynku pracy. Jest to więc dodatkowy czas, który nie może być wykorzystany na odpoczynek, inwestycje we własne kwalifikacje bądź we współpracę z innymi. Jest to więc czynnik ograniczający aktywność zawodową osób zaangażowanych w opiekę, a z prezentowanych danych wynika, iż ograniczenie to w większej mierze dotyczy kobiet niż mężczyzn.

W Polsce utrzymuje się wyraźny podział pracy w gospodarstwie domowym pomiędzy płcie, charakterystyczny dla tradycyjnego modelu rodziny. Po urodzeniu dziecka zajmuje się nim kobieta, często rezygnując z pracy zawodowej. Mężczyzna jest z kolei odpowiedzialny za zabezpieczenie finansowych potrzeb rodziny. Tak więc aktywność zawodowa mężczyzn wzrasta wraz z pojawieniem się małych dzieci w rodzinie, podczas gdy dla kobiet taka sytuacja najczęściej wiąże się z porzuceniem pracy. Tak się dzieje w przypadku 3/5 kobiet z dziećmi do lat 3 i 1/2 kobiet z dziećmi miedzy 4 a 6 rokiem życia. Drugim najczęściej stosowanym modelem podziały pracy w rodzinie jest podwójne obciążenie kobiet, w którym to kobiety pracujące zawodowo są w pełni odpowiedzialne za sprawowanie opieki. W rodzinach, w których Polki decydują się na pracę, pomoc w opiece nad dzieckiem opiera się przede wszystkim na więzach krewniaczych (tab. 1) [Wóycicka, 2009, s. 107]. Wydaje się, że głównym czynnikiem, który wpływa na wybór jednego z dwóch modeli podziału obowiązków związanych z pracą i opieką, jest dostępność rodzinnych zasobów opieki. Aktywność zawodowa kobiet jest zależna od nieformalnej opieki rodzinnej, ze względu na

[37] Wspólny projekt badawczy Uniwersytetów Warszawskiego, Jagiellońskiego i Ostfold University College. W badaniu przeprowadzono ankiety wśród 2472 respondentów z pięciu gmin w Polsce.

niski stopień możliwości skorzystania z opieki zinstytucjonalizowanej [Styrc, 2007, za: Wóycicka, 2009].

Tab. 1. Formy opieki według osób/instytucji dostarczających usługi opiekuńcze (w procentach)

Adresaci opieki	Krewniacze		Nierodzinne, nieformalne	Rynek		Państwo
	Gospodarstwo domowe	Spoza gospodarstwa domowego	Osoby nie-spokrewnione	Odpłatna opieka opiekunki	Prywatna placówka opieki	Żłobki, przedszkola, świetlice, kluby seniora itp.
Dzieci w wieku do lat 14*	62	19	1	2	1	15
Dzieci w wieku do lat 15	60	16	1	2	1	19
Osoby dorosłe wymagające opieki*	83	13	2	1	0	2

*Na podstawie badania przekrojowego *Aktywność zawodowa, edukacyjna i rodzinna*.
Źródło: [Wóycicka, 2009, s. 112].

Gospodarstwa domowe w Polsce rzadziej niż gospodarstwa w innych krajach UE korzystają z niekrewniaczej pomocy zewnętrznej, zarówno w przypadku opieki nad dziećmi, jak i osobami dorosłymi. Łącznie ze wszystkich form niekrewniaczej opieki nad dziećmi korzystało mniej niż 1/5 rodzin z dziećmi poniżej 14. roku życia. W opiece niekrewniaczej dominowały placówki opieki. Jednak odsetek dzieci, które uczęszczają do przedszkoli i żłobków oraz są objęte inną formalną opieką (w tym również formalną opieką domową), jest w Polsce najniższy wśród wszystkich krajów UE, a udział opieki sprawowanej przez płatne opiekunki/opiekunów jest znikomy. Czynniki strukturalne (brak dostępu do opieki sformalizowanej) mają istotny wpływ na kształtowanie się rodzinnego modelu opieki [Wóycicka, 2009].

Polki i Polacy nie korzystają w dużym stopniu z opieki zinstytucjonalizowanej, gdyż jest ona w zasadzie niedostępna dla dzieci do lat 3 i utrudniona dla dzieci nieobjętych obowiązkiem szkolnym. Polska jest krajem o najniższych wskaźnikach zakresu opieki instytucjonalnej nad dziećmi w Unii Europejskiej. Odsetek dzieci do lat 3, które korzystają z opieki instytucjonalnej, jest najniższy i wynosi 2%, podczas gdy zalecenia Strategii Lizbońskiej ustaliły ten wskaźnik na poziomie 33%. Dla dzieci w wieku 3–6 lat wynosi 60%, zaś Strategia Lizbońska określa tę wartość na 90% [Kotowska, Sztanderska, Wóycicka, 2009, s. 241]. Po 1989 r. zamknięto około 1/3 placówek przedszkolnych w miastach i na wsiach. Istnieje zbyt mała liczba miejsc w placówkach edukacji przedszkolnej, a jeszcze mniejsza przedprzedszkolnej, aby matki małych dzieci mogły masowo podjąć pracę. W latach 1990–2005 liczba żłobków zmniejszyła się do 1/4 stanu wyjściowego. Ograniczone dotacje budżetowe dla żłobków i przedszkoli spowodowały likwidację wielu placówek tego typu. W efekcie w 555 gminach, w tym 95% wiejskich, nie ma żadnej placówki opiekuńczej dla dzieci

w wieku do sześciu lat [według danych z 2003 r., Sztanderska, Grotkowska, 2009, s. 80]. Zaprzestanie pracy wskutek niedostępności usług opiekuńczych dla najmłodszych dzieci jest zgodne z dość powszechną normą społeczną, głoszącą konieczność zapewnienia małemu dziecku opieki rodzinnej, najlepiej świadczonej przez kobiety. Zgodne z tą normą jest również przerzucanie obowiązków opiekuńczych (i rezygnacji z pracy zawodowej) na innych członków rodziny – w tym również tych ze starszego pokolenia [Sztanderska, Grotkowska, 2009, s. 78].

W badaniach nad kompetencjami cywilizacyjnymi zadano pytanie dotyczące przyczyn odejścia z pracy. Kobiety jako jedną z częstszych przyczyn odejścia z pracy podają konieczność opieki nad dziećmi, co prawie nie występowało w przypadku mężczyzn. Tab. 2 pokazuje, jaki procent kobiet i mężczyzn odszedł z pracy z powodu konieczności opieki nad dziećmi w poszczególnych gminach.

Tab. 2. Procent kobiet i mężczyzn, którzy odeszli z pracy z powodu konieczności opieki nad dziećmi

Gmina	Kobiety	Mężczyźni
Gliwice miasto	10,3	1,6
Gostyń miasto	12,5	0,0
Gostyń wieś	30,8	0,0
Małogoszcz miasto	23,8	0,0
Małogoszcz wieś	17,9	0,0
Manowo wieś	7,7*	0,0
Zgierz Wieś	12,8*	1,0

* W tych gminach respondentki dodatkowo deklarowały konieczność opieki nad innym członkiem gospodarstwa domowego (1,1% w 42 oraz 0,9% w gminie 92).

Źródło: opracowanie własne.

Kobiety nieaktywne zawodowo w 40,6% przypadków opiekowały się dziećmi, osobami starszymi lub niepełnosprawnymi z własnego gospodarstwa domowego, a w 5,6% przypadków osobami spoza gospodarstwa (mężczyźni odpowiednio w 26,8 i 5,9% przypadków). Wśród biernych zawodowo kobiet między 18. a 64. rokiem życia, które jednocześnie nie kształcą się, 32,4% zajmuje się głównie rodziną i domem. Również badania U. Sztanderskiej i G. Grotkowskiej wykazały, iż duża część z nich uprzednio pracowała, ale przerwała pracę z powodów rodzinnych lub osobistych. Miało to miejsce w przypadku 19,3% biernych zawodowo kobiet, podczas gdy jedynie 2,7% mężczyzn [Sztanderska, Grotkowska, 2009, s. 80].

Tab. 3. Udziały kobiet w wybranych grupach wiekowych w aktywności na rynku pracy (kobiety w określonej grupie = 100)

Grupy wieku (w latach)	Pracujące	W tym:				bezrobotne	Nieaktywne zawodowo
		Na własny rachunek	Na umowę o pracę		Pomagający członkowie rodziny		
			Na czas określony	Na czas nieokreślony			
Bez dzieci							
20-24	24,35	0,43	12,61	9,57	1,74	19,57	56,09
25-29	70,59	2,94	26,47	37,50	3,68	13,97	15,44
30-34	85,29	5,88	17,65	52,94	8,82	5,88	8,82
35-39	64,71	0	14,71	50,00	0	11,76	23,53
Z co najmniej jednym dzieckiem w wieku do 3 lat							
20-24	31,72	7,32	12,20	9,76	2,44	4,88	63,41
25-29	33,33	5,05	8,08	15,15	5,05	11,11	55,56
30-34	41,68	4,17	4,17	29,17	4,17	9,72	48,61
35-39	60,71	7,14	3,57	46,43	3,57	17,86	21,43
Z co najmniej jednym dzieckiem w wieku 3 lata lub więcej							
20-24	24,25	1,52	16,67	6,06	0	30,30	45,45
25-29	42,23	5,56	15,56	18,89	2,22	28,89	28,89
30-34	64,67	12,00	12,67	36,67	3,33	19,33	16,00
35-39	66,47	8,54	7,32	46,34	4,27	13,41	20,12

Źródło: [Sztanderska, Grotkowska, 2009, s. 72].

Sprawowanie opieki wpływa bezpośrednio na aktywność zawodową Polek. Tab. 4 zawiera dane dotyczące różnicy w wysokości podstawowych wskaźników rynku pracy między kobietami a mężczyznami w Polsce w początkowym okresie transformacji (1994 r.) a 2006 r. Różnica pomiędzy stopą zatrudnienia kobiet i mężczyzn w Polsce w ciągu 12 lat zmniejszyła się o 0,3 punktu procentowego. Utrzymuje się również różnica w poziomie aktywności zawodowej. W przypadku tego wskaźnika w innych krajach rozwiniętych gospodarczo obserwowano zmniejszanie różnicy pomiędzy kobietami i mężczyznami. W Polsce nie nastąpiła zmiana w różnicy w stopach bezrobocia pomiędzy płciami, a w innych krajach Europy, USA i Japonii różnice pomiędzy stopą bezrobocia mężczyzn i kobiet raczej są niwelowane [Sztanderska, Grotkowska, 2009, s. 58]. Warto również zaznaczyć, iż stopa zatrudnienia kobiet w Polsce jest niezwykle niska i w 2009 r. wyniosła 52,8, podczas gdy w Unii Europejskiej jest o ponad 6 punktów procentowych wyższa (58,6) [GUS, 2010b; Eurostat, 2010).

Tab. 4. Różnica wysokości podstawowych wskaźników rynku pracy między kobietami i mężczyznami w latach 1994 i 2006 w Polsce

	Różnica w punktach procentowych (kobiety – mężczyźni)	
	1994	2006
Stopa zatrudnienia	-13,0	-12,7
Stopa aktywności zawodowej	-12,9	-13,3
Stopa bezrobocia	3,0	3,0

Źródło: [Sztanderska, Grotkowska, 2009, s. 58].

Obciążenie opieką gospodarstw domowych wpływa na aktywność zawodową kobiet, ale również i na przyrost naturalny Polaków. Według CBOS 19% Polaków nie planuje potomstwa ze względu na sytuację materialną, a 8% z powodu konfliktu między rolami zawodowymi i rodzinnymi [NSZZ, 2010, s. 42, dane za: CBOS, 2006]. 19% Polaków

zetknęło się z przypadkiem odmowy przedłużenia umowy o pracę po powrocie z urlopu macierzyńskiego, 12% z przypadkami zwolnień kobiet z powodu nieobecności związanej z opieką nad dziećmi, 6% z przypadkami zwalniania kobiet w ciąży. Z obydwu zaprezentowanych powodów niezwykle istotne jest zaprojektowanie działań, które regulowałyby sferę opiekuńczą, ułatwiając godzenie aktywności zawodowej i rodzinnej Polek.

Propozycje zmian instytucjonalnych regulujących kwestie opieki

Pojawienie się konieczności sprawowania opieki wiąże się ze zmianą dotychczasowej organizacji czasu. Z jednej strony można ograniczyć aktywność zawodową, a z drugiej czas odpoczynku. Jako że za zwiększenie aktywności zawodowej często płaci się ograniczeniami czasu wolnego, istnieje obawa, że ludzie będą coraz mniej skłonni do podjęcia się obowiązków opiekuńczych właśnie ze względu na coraz mniejsze możliwości czasowe. Jest to już wyraźnie widoczne w przypadku rodzicielstwa. Kobiety starają się zminimalizować obciążenie opiekę, pozostając bezdzietne, co jest trendem widocznym w wielu krajach [Folbre, 2006]. Stopy urodzeń spadły gwałtownie w wielu rozwiniętych krajach, w których rząd przeznacza niewielkie środki na wsparcie macierzyństwa [Himmelweit, 2005, s. 26; United Nations, 2005]. Dzieje się tak również w przypadku Polski, gdzie rzeczywisty przyrost ludności obniżył się z 0,3% w 1989 r. do 0,1% w roku 2009, a przyrost naturalny na 1000 ludności z 4,8 w 1989 r. do 0,9 w 2009 r. [GUS, 2010c].

Jednym z częściej proponowanych rozwiązań kryzysowej sytuacji w sektorze opieki jest urynkowienie tego typu usług. Według Folbre i Nelson [2000, s. 135–138] urynkowienie opieki niesie z sobą określone korzyści. Zmniejsza obciążenie kobiet opieką, a przez to przyczynia się do szerszej i równiejszej dystrybucji jej kosztów, a samo świadczenie opieki może być w niektórych przypadkach wykonywane bardziej efektywnie. Tradycyjna opieka sprawowana w domu najczęściej opiera się na intuicji i doświadczeniu, tymczasem w opiece zinstytucjonalizowanej zatrudnia się specjalistów, nauczycieli przygotowanych do pracy z dziećmi w odpowiednim wieku, pielęgniarki z odpowiednią wiedzą medyczną czy wyszkolonych psychologów. Przekazanie przynajmniej niektórych aspektów opieki osobom, które posiadają specjalistyczne kierunkowe wykształcenie i doświadczenie (a które jednocześnie otrzymują za swoją pracę wynagrodzenie), powinno podnieść jakość opieki. Publiczne zapewnianie usług opieki może również wzmocnić poczucie kontroli nad własnym życiem wśród osób opiekę otrzymujących. Niektóre starsze osoby preferują wyspecjalizowane płatne opiekunki (opiekunów), gdyż wzmacnia to ich poczucie

niezależności. Wreszcie większa uwaga poświęcana kwestiom opieki i podkreślanie znaczenia umiejętności potrzebnych do świadczenia tego rodzaju usług mogą być pomocne w ekonomicznej analizie tego zjawiska, jak i rynku pracy.

Poleganie na rynku w kwestiach zapewniania opieki stwarza jednak pewne zagrożenia. Jednym z nich jest wątpliwość, czy konkurencja doprowadzi do zapewniania opieki wysokiej jakości. Folbre i Nelson [2000] podają przykład Raportu Konsumenckiego, w którym stwierdza się, iż 40% domów opieki w Stanach Zjednoczonych nie spełnia podstawowych standardów zdrowotnych i bezpieczeństwa. Kolejna wątpliwość wynika z faktu, iż opieka stwarza korzyści zewnętrzne, które niekoniecznie będą uchwycone w poszczególnych transakcjach zawieranych na rynku. Wielu ludzi korzysta na kontakcie z dziećmi wychowanymi na odpowiedzialnych, wykwalifikowanych i empatycznych dorosłych, którzy traktują innych z szacunkiem. Korzyści z odpowiedniego wychowania czerpią m.in. pracodawcy zatrudniający odpowiednio przygotowanych pracowników. Niemniej, tak jak i w przypadku innych korzyści zewnętrznych, opieka stwarza pokusę, by korzystać z jej efektów za darmo (zjawisko pasażerów na gapę), a innym pozwolić ponosić wszystkie koszty. Nie można również zakładać, iż opieka nad osobami zależnymi w całości może zostać oddelegowana z gospodarstw domowych do instytucji zewnętrznych, gdyż opiekowanie się innymi leży w naszej naturze i jest wzmacnianie przez kulturę. Lecz jeśli osoby, które szanują i wypełniają normy związane z opieką, będą postrzegane jako przegrane w grze rynkowej (ze względu na ograniczone możliwości uczestnictwa w rynku pracy), można się spodziewać stopniowej erozji podaży nieodpłatnych usług opiekuńczych. Kolejnym zagrożeniem jest to, że rynek zwiększy możliwości wyboru formy opieki głównie warstwom uprzywilejowanym w społeczeństwie, nie zmieniając niczego w przypadku pozostałych członków tego społeczeństwa [Folbre, Nelson, 2000, s. 136–138]. Stanie się tak, jeżeli możliwość skorzystania z opieki związana będzie z wysokimi kosztami. Innym ryzykiem wynikającym z pozostawienia opieki rynkowi jest możliwość, iż świadczeniodawcy opieki, chcąc przyciągnąć nowych konsumentów o niższych dochodach, obniżą standard opieki i wyszkolenie pracowników, aby wykorzystywać tanią siłę roboczą. Społeczeństwo może wyrażać zgodę na takie obniżenie standardów świadczenia opieki i szkoleń pracowników, a nawet zmienić poglądy na to, kto potrzebuje opieki, gdyż są to kwestie definiowane przez normy społeczne, które będą ewoluowały pod naciskiem rosnących kosztów opieki [Himmelweit, 2005, s. 22].

Rola rynku w utrzymywaniu, a czasami wręcz zwiększaniu nierówności związanych z zapewnianiem opieki pomaga wyjaśnić potrzebę działań publicznych w tej dziedzinie.

Pracownicy wąsko wyspecjalizowani w maksymalizacji swoich korzyści i firmy maksymalizujące zyski nie zapewnią opieki tym, którzy nie mogą za nią zapłacić[38]. Poziom wsparcia oferowany przez takich pracowników i przedsiębiorstwa będzie bezpośrednio związany z poziomem wsparcia państwa [England, Folbre, 2001]. Pisząc o zapewnianiu opieki poza rodziną czy przez sektor prywatny lub publiczny, należy pamiętać, iż opieka jest usługą osobistą, która wymaga obecności opiekuna. Polega ona m.in. na rozwijaniu relacji emocjonalnej między opiekunem i osobą, którą się opiekuje. To wyznacza pewne ograniczenia w kwestii ilości osób będących pod opieką jednego opiekuna. To ograniczenie może być różne dla różnych typów relacji opiekuńczych, lecz po przekroczeniu pewnego poziomu krytycznego zwiększanie liczby podopiecznych oznacza redukcję jakości świadczonej usługi [Himmelweit, 2005, s. 5]. W sektorze publicznym niski przyrost produktywności i wiążący się z nim przyrost kosztów może być postrzegany jako przejaw nieefektywności, a nie charakterystyczną cechę opieki. To z kolei może prowadzić do prywatyzacji lub wprowadzenia opłat za świadczenie opieki, aby w ten sposób wykorzystać dyscyplinę rynku do kontroli tej „nieefektywności". Bez nacisku na wzrost wydatków na opiekę oraz wzrost jej jakości standard opieki, jak i wyszkolenie pracowników opieki prawdopodobnie obniżą się [Himmelweit, 2005, s. 10]. Aby sprostać utrzymaniu stałego poziomu opieki, jednocześnie utrzymując wysokie standardy opieki, niezbędne jest przeznaczanie na opiekę stałej ilości czasu pracy (tak odpłatnej, jak i nieodpłatnej). A jeśli standardy te mają wzrosnąć, czas poświęcany opiece również powinien być dłuższy [Himmelweit, 2005, s. 5].

Kwestie opieki wiążą się z trzema obszarami działalności – w ramach gospodarstw domowych, na rynku oraz w sferze publicznej [Gardiner, 1997]. Dopiero działania podejmowane na wszystkich trzech poziomach mogą doprowadzić do przezwyciężenia kryzysu opieki. Ważne jest, aby opieka sprawowana była tak przez kobiety, jak i mężczyzn, gdyż utrzymywanie relacji opieki związane jest z pracą, która daje satysfakcję, ale jest znacznym obciążeniem. Praca opiekuńcza z małymi dziećmi lub starszymi niedomagającymi rodzicami jest często postrzegana jako ciężka. Ze względu na to obciążenie powinna być ona równo podzielona pomiędzy wszystkich członków społeczeństwa, a szczególnie pomiędzy płcie. Również i satysfakcjonujące aspekty opieki powinny być równo rozdzielone [Lynch et al., 2009, s. 38], niemniej uchwalanie prawa, że wszyscy powinni angażować się w

[38] J. Nelson zauważa jednak, iż w rzeczywistości niejako na przekór teorii, sektor prywatny zwraca uwagę na potrzeby związane z opieką i stara się wspomagać swoich pracowników w wypełnianiu tych obowiązków. Niemniej stawia to takie firmy w trudniejszej sytuacji na rynku [2001, za: England, Folbre, 2001, s. 16].

nieodpłatną pracę bądź opiekę niekoniecznie przyczyni się do zwiększenia podaży dobrze świadczonych usług opieki. Związane są z tym i inne zagrożenia. Wprowadzanie nagród, przykładowo w postaci wynagrodzenia za opiekę, bądź ulg podatkowych dla kobiet zaangażowanych w opiekę, które jednocześnie pozostają na rynku pracy, może mieć efekt wzmacniający tradycyjny podział pracy pomiędzy płciami [Folbre, 1995, s. 85–86; Elson 2005, s. 80]. Promocja zaangażowania w opiekę powinna stać się częścią procesu edukacyjnego, powinno się nauczać, dlaczego opieka jest niezbędna dla zabezpieczenia i rozwoju ludzkości [Daly, Standing, 2001; Lynch et al., 2009].

Wnioski

Opieka jest jednym z istotniejszych elementów rozwoju społecznego i gospodarczego. Sprawowanie opieki jest czynnością, którą można definiować jako pracę, lecz jednocześnie jest to relacja emocjonalna polegająca na budowaniu więzi. Opieka jest działaniem zindywidualizowanym, wymagającym dużych nakładów czasu, energii, ale również i środków finansowych. Nakłady te przekładają się na jakość świadczonej opieki, a jakość ta z kolei przekłada się możliwości współpracy przyszłych pokoleń w ramach stosunków społecznych i gospodarczych. Normy społeczne regulujące sferę opieki przyczyniają się do przerzucania obowiązków opieki na kobiety, co z kolei wpływa na ich możliwości uczestnictwa w rynku pracy. Aby kobiety mogły zwiększyć swoją aktywność zawodową, konieczna wydaje się zmiana istniejącego ładu. Obowiązki opieki powinny zostać podzielone pomiędzy płcie, lecz również między gospodarstwa domowe, instytucje publiczne oraz rynek. Zmiana ta powinna być wprowadzana przy pomocy instrumentów polityki społecznej i gospodarczej, poprzez zmianę istniejących regulacji prawnych, a przede wszystkim poprzez edukację.

Bibliografia

1. Badgett M.V.L., Folbre N., (1999), *Assigning Care: Gender Norms and Economic Outcomes*, „International Labour Review" Vol. 138, No. 3.
2. Baker J., Lynch K., Cantillon S., Walsh J., (2009), *Equality: From Theory to Action*, Palgrave MacMillan, Basingstoke.
3. Beneria L. (1999), *The Enduring Debate over Unpaid Labour*, „International Labour Review" Vol. 138, No. 3.
4. CBOS, (2006), *Polityka państwa wobec rodziny oraz dyskryminacja w miejscu pracy kobiet w ciąży i matek małych dzieci*, Warszawa.
5. Charkiewicz E., Zachorowska-Mazurkiewicz A., (2009), *Gender i ekonomia opieki*, Warszawa.
6. Daly M., Standing G., (2001), *Introduction*, [w:] M. Daly (ed.), *Care Work; The quest for security*, ILO, Geneva.

7. Elson D., (2005), *Monitoring Government Budgets for Compliance with CEDAW. A Report to UNIFEM*, Mimeo, January.
8. Folbre N., (1994), *Children as Public Goods*, „The American Economic Review" Vol. 84, No. 2, May.
9. Folbre N., (1995), *„Holding Hands at Midnight": The Paradox of Caring Labour*, „Feminist Economics" No. 1 (1).
10. Folbre N., (2004), *A Theory of the Misallocation of Time*, [w:] N. Folbre, M. Bittman (eds.), *Family Time: The Social Organization of Care*, Routledge, London and New York.
11. Folbre N., (2006), *Measuring Care: Gender, Empowerment, and the Care Economy*, „Journal of Human Development" Vol. 7, No. 2, July.
12. Folbre N., Nelson J.A., (2000), *For Love or Money – or Both?*, „Journal of Economic Perspectives" Vol. 14, No. 4, Fall.
13. Gardiner J., (1997), *Gender, Care, and Economics*, MacMillan, London.
14. GUS, (2010). *Ubóstwo w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej w świetle Europejskiego Badania Dochodów i Warunków Życia – EU – SILC 2008*, materiał na konferencję prasową 28 stycznia 2010 r.
15. Himmelweit S., (1995), *The Discovery of „Unpaid Work": The Social Consequences of the Expansion of „Work"*, „Feminist Economics" Vol. 1, No. 2.
16. Himmelweit S. (ed.), (2000), *Inside the Household; From Labour to Care*, St. Martin's Press LTD, London.
17. Himmelweit S., (2005), *Can We Afford (not) To Care: Prospects and Policy*, „New Working Paper Series Is. 15, July (LSE, Gender Institute).
18. Hewitson G.J., (2003), *Domestic Labour and Gender Identity: Are all Women Carers?*, [w:] D.K. Barker, E. Kuiper (eds.), *Towards a Feminist Philosophy of Economics*, Routledge, London, New York.
19. Jochimsen M.A., (2003), *Integrating Vulnerability: On the Impact of Caring on Economic Theorizing*, [w:] D.K. Barker, E. Kuiper (eds.), *Towards a Feminist Philosophy of Economics*, Routledge, London, New York.
20. Kotowska I.E., Sztanderska U., Wóycicka I., (2009), *Diagnoza kulturowych i strukturalnych uwarunkowań łączenia pracy zawodowej i aktywności rodzinnej przez kobiety w Polsce*, [w:] I.E. Kotowska (red.), *Strukturalne i kulturowe uwarunkowania aktywności zawodowej kobiet w Polsce*, Wydawnictwo naukowe Scholar, Warszawa.
21. Komisja Krajowa NSZZ „Solidarność", (2010), *Praca Polska 2010*, kwiecień.
22. Lynch K., Baker J., Lyons M., (2009), *Affective Equality: Love, Care and Injustice*, Palgrave MacMillan, Basingstoke.
23. Medema S.G., (2007), *The Economic Role of Government in the History of Economic Thought*, [w:] W.J. Samuels, J.E. Biddle, J.B. Davis, *A Companion to the History of Economic Thought*, Blackwell Publishing, Malden, Oxford, Victoria.
24. Nelson J.A., (1999), *Of Markets and Martyrs: Is it OK to Pay Well for Care?*, „Feminist Economics" Vol. 5, No. 3.
25. Nelson J.A., (2001), *The Separative Firm*, referat zaprezentowany na konferencji International Association of Feminist Economists w Olso, Norwegia.
26. Sen A., (2003), *Inequality Reexamined*, Russell Sage Foundation, Clarendon Press, New York, Oxford.
27. Standing G., (2001), *Care Work: Overcoming Insecurity and Neglect*, [w:] M. Daly (ed.), *Care Work; The Quest for Security*, ILO, Geneva.
28. Styrc M., (2007), *Transfery finansowe i opieki w nieformalnych sieciach wsparcia*, [w:] I.E. Kotowska, U. Sztanderska, I. Wóycicka (red.), *Aktywność zawodowa i edukacyjna a obowiązki rodzinne w Polsce w świetle badań empirycznych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
29. Sztanderska U., Grotkowska G., (2009), *Rynek pracy kobiet w Polsce w latach 1992–2007*, [w:] I.E. Kotowska (red.), *Strukturalne i kulturowe uwarunkowania aktywności zawodowej kobiet w Polsce*, Wydawnictwo naukowe Scholar, Warszawa.
30. Titkow A., Duch-Krzysztofek D., Budrowska B., (2003), *Niepłatna praca kobiet – mity, realia, perspektywy*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa.
31. United Nations, (2005), *World Population Prospects: The 2004 Revision; Highlights*, United Nations, New York.
32. Wóycicka I., (2009), *Model opieki w Polsce*, [w:] I.E. Kotowska (red.), *Strukturalne i kulturowe uwarunkowania aktywności zawodowej kobiet w Polsce*, Wydawnictwo naukowe Scholar, Warszawa.

Bibliografia elektroniczna

1. England P., Folbre N., (2001), *Care, Inequality, and Policy*, http://apps.olin.wustl.edu/macarthur/papers/engalndandfolbre-careinequality.pdf, October, dostęp: 1.02.2010.

2. Eurostat, (2010), *Employment Rate by Gender*. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tsiem010&language=en, dostęp: 1.06.2010.
3. GUS, (2010b), *Polska – wskaźniki makroekonomiczne (PKD 2007)*, http://www.stat.gov.pl/gus/wskazniki _makroekon_PLK_HTML.htm, dostęp: 1.09.2010.
4. GUS, (2010c), *Struktura ludności według wieku w latach 1975–2030*, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_646_PKL_HTML.htm, dostęp: 1.09.2010.

Streszczenie:

Opieka jest zjawiskiem powszechnym, które dotyczy wszystkich członków społeczeństwa. Każdy doświadczał kiedyś opieki, a większość również świadczyła opiekę. Opieka jest czynnością, którą można definiować jako pracę, choć często wykonywana jest nieodpłatnie na rzecz gospodarstwa domowego przez jego członków (w przeważającej mierze kobiety). Świadczenie opieki jest niezbędne dla rozwoju społeczeństwa, jak i gospodarki, lecz pomijane jest tak w teoriach (modelach), jak i wytycznych polityki gospodarczej. Wynikiem tego pominięcia jest niedowartościowanie czynności opiekuńczych, co przejawia się tak niskim wynagrodzeniem pracowników świadczących opiekę (lub całkowitym brakiem wynagrodzenia), jak i niskim prestiżem związanym z tego typu pracą, co z kolei przekłada się na kryzys opieki. W artykule przedstawiono przyczyny kryzysu opieki oraz jego przejawy. Zaprezentowano dotychczasowe rozwiązania instytucjonalne wprowadzane w celu przezwyciężenia kryzysu opieki. Omówiono również zmiany, które wydają się być konieczne do przezwyciężenia problemów opieki.
Słowa kluczowe: opieka, nierówności, teoria ekonomii, polityka gospodarczo-społeczna

Abstract: Care is an important source of comfort and support in people's daily lives. Everyone, on different stages of life, cared for or needed to be care for. People would not be able to survive without care. Therefore it is crucial that care starts to be recognized as a significant economic issue. Care is important for the economy, which depends on care services and would not be able not only to develop but even to operate without it. On the other hand economic relations influence the quantity and quality of care provided in society. Care and economy are therefore interconnected. In the paper the relations between care and economy are analyzed from the perspective of economic theory. First the definition of care is provided and compared with the concept of work. Than the analysis turns to economic theory and the place of care in economic policy. Theoretical considerations undertaken in the article are illustrated by data showing the engagement of people, especially women, in caring activities. Paper also provides some policy prescriptions that are, according to the author, crucial for overcoming contemporarily developing care crises.
Keywords: care, inequalities, economic theory, economic policy

Ocena jakości procesów w usługach medycznych. Warunki wdrożenia proponowanej metodyki w zakładach opieki zdrowotnej

Beata Detyna*

Wprowadzenie

Podstawowym celem zarządzających opieką zdrowotną jest pomoc w utrzymaniu i poprawie stanu zdrowia społeczeństwa (pełniona misja). Jednak wobec znacznego ograniczenia środków finansowych na ochronę zdrowia koniecznością staje się racjonalizacja wykorzystania posiadanych zasobów. Ochrona zdrowia widziana z perspektywy pacjenta to dostarczanie usług medycznych zabezpieczających potrzeby zdrowotne społeczeństwa. Z punktu widzenia zakładu opieki zdrowotnej to wytwarzanie i sprzedaż usług płatnikom, którym mogą być: NFZ, instytucje budżetowe, przedsiębiorstwa oraz osoby prywatne [Durlik, 2001, s. 89].

Reforma służby zdrowia zmieniła warunki działania zakładów opieki zdrowotnej. W wyniku transformacji systemu ochrony zdrowia placówki medyczne przekształcone zostały w samodzielne jednostki, których funkcjonowanie determinowane jest rachunkiem ekonomicznym. Szpitale, przychodnie i gabinety prywatne stały się podmiotami gry rynkowej [Gałuszka, Krajewski, 2002, s. 151]. Do słownika medyekonomii na trwałe weszły nowe terminy i pojęcia: efektywność, kontraktowanie usług, rachunek kosztów, zysk, strata, procedura, restrukturyzacja, prywatyzacja itp. Systemowe rozwiązania wpłynęły również na sposób finansowania zakładów opieki zdrowotnej – istota zmian polega na pokrywaniu ponoszonych kosztów uzyskiwanymi przychodami. Placówki medyczne, finansując swoją działalność, zawierają kontrakty z NFZ. Bezpośrednim płatnikiem jest często pacjent.

Na jakość opieki w placówkach ochrony zdrowia wpływa szereg procesów. Znaczenie mają nie tylko technologie medyczne i czynności z zakresu zarządzania zasobami ludzkimi. O jakości świadczeń współdecydują m.in. procesy wyłaniania dostawców, systemy zaopatrzenia zakładu w towary, usługi, media, systemy nadzoru nad sprawnością i bezpieczeństwem aparatury i sprzętu medycznego, pomocniczego, środków transportu, łączności oraz sfery

* Beata Detyna, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu

informatycznej. Na ciągłość opieki i bezpieczeństwo mają wpływ dostawy energii elektrycznej, wody, zabezpieczenia przeciwpożarowe, a także systemy działania w sytuacji katastrof czy konieczność ewakuacji. W coraz większym stopniu uzasadnione stało się łączenie nakładów na wykonywanie usług zdrowotnych ze skutecznością i efektywnością kosztową [Detyna, 2004, s. 23].

Świadome zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej wymaga więc posiadania przez zarządzających informacji medycznych, jak i ekonomicznych. Informacje te, obok zasobów ludzkich, rzeczowych i finansowych, stanowią najważniejszy i najcenniejszy zasób każdej jednostki, który decyduje o powodzeniu w realizacji wytyczonych celów i zadań [Krajewski, Wójtowicz, 2001, s. 118]. Potrzebna jest jednak ich selekcja ukierunkowana na użytkownika. Należy je pozyskiwać, gromadzić, przetwarzać, przekazywać i magazynować, a proces ten powoduje powstawanie kosztów [Balicki, 2003, s. 78].

Współcześnie informacje ekonomiczne należy postrzegać jako [Hass-Symotiuk, 2003, s. 78]:

- dobro wolne,
- zasób,
- produkt,
- czynnik produkcji,
- towar,
- element infrastruktury gospodarki.

Głównym użytkownikiem informacji w zakładzie opieki zdrowotnej jest kadra kierownicza. Steruje ona przebiegiem procesu świadczenia usług w oparciu o informacje pozyskiwane z zewnątrz i wewnątrz jednostki [Nowak, 2003, s. 74–75]. Podstawą oddziaływania są wytyczone cele cząstkowe (budżety), wskaźniki i kryteria oceny oraz bodźce (system wynagrodzeń), a także informacje sytuacyjne (poznawcze) o wykonaniu zadań. Są one przekształcane w decyzje przekazywane podwładnemu w określonym czasie i miejscu do realizacji. W ten sposób zostaje uruchomiony strumień informacji sterujących, służących kierowaniu procesem realizacji świadczeń medycznych [Potocka, 2003, s. 52–53]. Celem informacji jest przekazywanie faktów z różnych odcinków działalności, dotyczących np. zatrudnienia kadr medycznych, zaopatrzenia w leki, sprzęt medyczny, zawartych kontaktów na usługi medyczne, cen tych usług, zakresu i rodzaju realizowanych usług, zdolności produkcyjnych zakładu i ich wykorzystania, organizacji procesu świadczenia usług, poniesionych kosztów itp.

Procesy występujące w placówkach opieki medycznej

Obserwowany w Polsce od początku lat 90. wzrost liczby świadczonych usług w coraz większym stopniu powoduje konieczność zmiany myślenia i zarządzania w placówkach sektora ochrony zdrowia. W związku z reformą systemu opieki zdrowotnej, a także gospodarczymi i społecznymi przemianami strategicznymi głównym celem wielu placówek stało się przetrwanie. Aby osiągnąć ten cel i dostosować się do zmiennych warunków funkcjonowania, konieczne stały się zmiany i przekształcenia [Detyna, 2004, s. 38]. Wzrasta zainteresowanie obniżaniem kosztów, których gwałtowny wzrost spowodowany jest m.in. zwiększającą się kapitałochłonnością technik leczenia. Funkcjonowanie zakładu opieki zdrowotnej, a szczególnie tego o rozbudowanej strukturze organizacyjnej (jak szpital czy klinika), stanowi dla zarządzających poważne wyzwanie. Poszukiwane są narzędzia zarządzania, które mogłoby usprawnić organizację zaopatrzenia, procesów magazynowania, transportu, dystrybucji, a także wpłynąć na modernizację kontaktów z zewnętrznymi klientami [Abt, 2000, s. 281].

Częścią wspólną zakładów opieki zdrowotnej są nie tylko przepisy prawa, ale także występujące w nich przepływy strumieni – ludzi, materiałów oraz informacji [Czaja, 2003, s. 74]. Zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej szpital zapewnia przeciętnemu pacjentowi:

- świadczenia zdrowotne,
- środki farmaceutyczne i materiały medyczne,
- pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.

Usług nie wytwarza się w próżni, lecz w organizacjach różniących się między sobą wielkością, strukturą i kulturą. Wyjaśnienie procesu świadczenia usług wymaga szczegółowego zbadania danej organizacji. Należy przeanalizować jej strukturę, a także odsłonić reprezentowane w niej wartości i przekonania [Mudie, Cottom, 1998, s. 38].

Specyficzne cechy procesów w usługach medycznych

Charakterystyczną cechą zakładów opieki zdrowotnej jest wysoki poziom dywersyfikacji źródeł zaopatrzenia materiałowego i wielkości zapasów. Można stwierdzić, że poziom ten jest funkcją skali świadczonych usług, ze szczególnym uwzględnieniem liczby miejsc obsługi pacjenta oraz wielkości posiadanego zaplecza. Propozycje rozwiązań

dotyczących zarządzania wybranymi procesami w lecznictwie szpitalnym i ambulatoryjnym przedstawia tab. 1.

Tab. 1. Propozycje rozwiązań w wybranych obszarach zarządzania logistycznego w lecznictwie otwartym i zamkniętym

Wybrany obszar podejmowania decyzji	**Lecznictwo otwarte**	**Lecznictwo zamknięte**
Struktura organizacyjna	Brak wydzielonych działów logistyki	Głównie macierzowa struktura organizacyjna
System zaopatrzenia i sterowania poziomem zapasów	Metoda *just-in-time* Średni poziom zapasów nie powinien przekraczać 7 dni	Planowanie popytu na usługi medyczne dotyczy miesiąca do kwartału (w kanałach ciągłych). Zapasy leków winny być odnawiane w terminie od 3 do 7 dni (w kanałach ciągłych). Zapas bezpieczeństwa
Zarządzanie logistyczne	Największe znaczenie ma funkcja operacyjna, ze szczególnym uwzględnieniem terminowości i jakości świadczonych usług medycznych. Traktowane jako program w relacji logistyk – kierownik jednostki. Program aktywizuje i łączy wszystkie obszary firmy.	Funkcje operacyjna i marketingowa zarządzania logistycznego realizowane są równocześnie. Funkcja finansowa służy głównie ustalaniu ceny za usługi medyczne, a także drogą audytu i kontrolingu może pomagać w obliczeniu jednostkowego kosztu usługi medycznej. Menedżerowie logistyki stają się koordynatorami wszystkich czynników mających wpływ na wzrost efektywności.
Łańcuch logistyczny	Wyznaczanie kanałów logistycznych dla przemieszczania leków i aparatury oraz struktur organizacyjnych. Łańcuch krótki i jednorodny. Występują dwa ogniwa łańcucha: źródło dostaw leków i aparatury oraz ogniwo świadczenia usług medycznych.	Konieczność zastosowania metody SRP, tzn. planowania wielkości zaopatrzenia w zasoby rzeczowe i ludzkie (w dużych szpitalach i klinikach) z jednoczesnym sterowaniem poziomem zapasów. Występuje tu dwupoziomowe sterowanie zapasami (magazyn centralny oraz punkty magazynowania na oddziałach). Tworzony jest medyczny system informacji. Długi łańcuch logistyczny. Pierwsze ogniwo – źródła dostaw zasobów charakteryzuje znaczna dywersyfikacja dostaw.
Kanały logistyczne (w ramach łańcucha logistycznego)	Tworzy się kanały logistyczne nieciągłe (dla przemieszczania zasobów rzeczowych i ludzkich), przy zastosowaniu tradycyjnych metod koordynowania procesu zamówień. Kanał o względnie dużej szerokości wyznaczanej przez wszystkie specjalności medyczne.	Kanały o wąskim przekroju dla specjalistycznej wiązki usług. Występują tu tzw. synchroniczne kanały logistyczne, tzn. takie, w których symbioza pomiędzy ogniwem dostaw leków i aparatury a jednostką służby zdrowia powstaje na podstawie nowoczesnych technik informatycznych i środków łączności. Umożliwia to 24-godzinne dostosowanie podaży zasobów do wielkości popytu na usługi medyczne (np. w specjalistycznym lecznictwie operacyjnym). Kanały ciągłe w lecznictwie zachowawczym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Gołembska, 2001, s. 261].

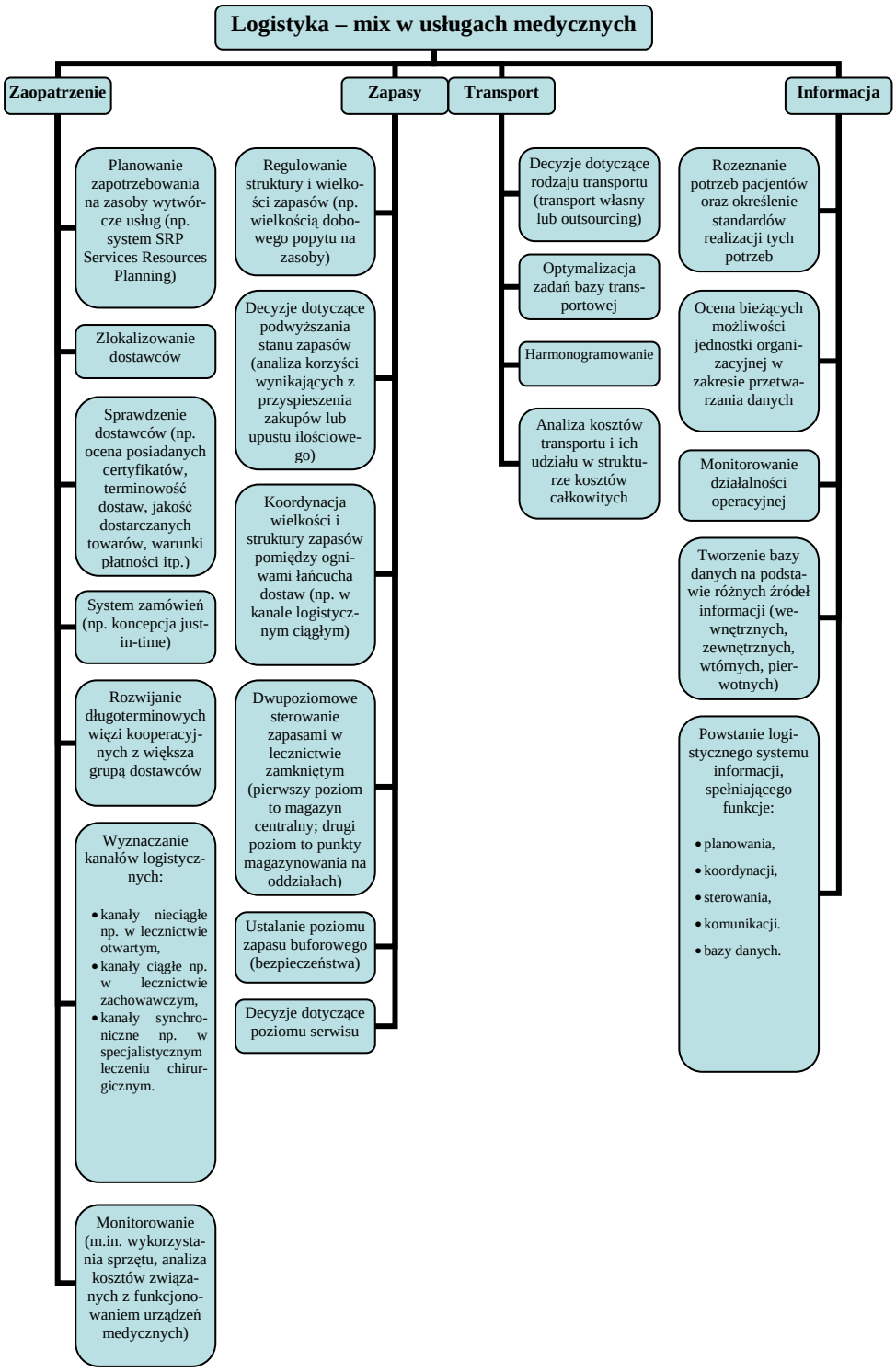
Pomocą w wyborze strategicznych kierunków dla praktyków, którzy chcieliby podjąć prace w zakresie transformacji swojego zakładu, mogą być specyficzne cechy systemów logistycznego występujące w szpitalach wskazane przez S. Abta. Wymienił on takie cechy, jak [Abt, 2000, s. 34]:

- system informatyczny obsługi,
- cykliczność zaopatrzenia,
- zapasy buforowe (rezerwy),
- jakość obsługi
- utylizacja odpadów.

Przykładowe rozwiązania dotyczące wybranych obszarów zarządzania, tj.: zaopatrzenia, zapasów, transportu i informacji wyszczególniono na rys. 1. Sposób zarządzania procesami świadczenia usług medycznych uzależnia się od podziału technologii świadczenia usług w zależności od specyfiki leczenia (np. ambulatoryjnego lub szpitalnego). Konieczne staje się określenie [Gołembska, 1999, s. 259]:

- długości i szerokości kanałów poszczególnych świadczenia usług medycznych,
- zróżnicowania funkcji operacyjnej, marketingowej i finansowej w zarządzaniu tymi usługami,
- zróżnicowania struktur organizacyjnych.

W lecznictwie zamkniętym występują długie łańcuchy logistyczne o wąskim przekroju dla specjalistycznej wiązki usług. W ogniwie źródeł dostaw zasobów istnieje znaczna dywersyfikacja tych dostaw. Istotny staje się wybór najkorzystniejszych dostawców oraz sterowanie poziomem zapasów. Funkcje operacyjną i marketingową zarządzania logistycznego realizuje się równocześnie. W ramach funkcji marketingowej tworzony jest Medyczny System Informacji, którego celem jest gromadzenie i przetwarzanie informacji o wielkości potencjalnego zapotrzebowania na usługi zdrowotne. Bazę informacyjną wykorzystuje się w metodach segmentacji rynku usług medycznych, aby trafiać z ofertą do właściwych grup społecznych. Funkcja finansowa natomiast służy przede wszystkim ustalaniu cen za świadczone usługi, a także szacowaniu kosztów przeciętnych.



Rys. 1. Propozycje rozwiązań w wybranych obszarach zarządzania procesami wewnętrznymi szpitala

Źródło: opracowanie własne.

Charakterystyczne dla przebiegu procesów świadczenia usług medycznych w szpitalach są m.in. następujące cechy:

- różnorodność i specjalistyczny charakter usług,
- skala świadczonych usług,

- uwarunkowania prawne,
- mała świadomość znaczenia procesów wewnętrznych i zewnętrznych dla funkcjonowania całej organizacji,
- zadania związane z realizacją przepływów materiałów, leków czy informacji podzielone między różne komórki organizacyjne – brak jednostek koordynujących i kontrolujących,
- trudności w standaryzacji działań dotyczących zarządzania procesami i w bezpośrednim przenoszeniu metod i technik zarządzania z innych branż,
- zwiększone wymagania względem zachowania bezpieczeństwa realizacji zadań (specjalne warunki świadczenia usług medycznych, np. obowiązek sterylizacji narzędzi, materiałów opatrunkowych, pomieszczeń, specyficzne warunki przechowywania leków, krwi, złożona gospodarka odpadami medycznymi itd.),
- leczenie jako podstawowa funkcja szpitala,
- efektywność ekonomiczna podrzędna w stosunku do wymagań względem bezpieczeństwa pacjentów [Jodejko, Czaja, 2003, s. 152–154],
- podstawowy cel – maksymalizacja budżetu, nie maksymalizacja zysku,
- konieczność modyfikacji sposobu obliczania wielkości zapasów bezpieczeństwa (leków i środków szczególnie ważnych dla zdrowia i życia pacjentów),
- odmienny sposób kontroli towarów w magazynach (eliminowanie zapasów przeterminowanych, szczegółowe przepisy prawne regulujące sposób niszczenia środków chemicznych, np. psychotropowych).

Procesy szpitalne obejmują projektowanie, planowanie i czynności operacyjne, otaczające zakupy, zarządzanie inwentarzem oraz uzupełnianiem dóbr i usług, związanych z zapewnieniem opieki zdrowotnej. Aby zadowolić klienta (pacjenta), potrzebna jest koordynacja i efektywne zarządzanie przepływem towarów i zintegrowanej z nim informacji [Ciesielski, 1999, s. 10].

Integralnym elementem systemu zarządzania procesami jest również transport wewnętrzny, szpitale dysponują bowiem wózkami do przewozu:

- sprzętu medycznego i gospodarczego (z magazynów na oddziały),
- posiłków w termosach (z kuchni centralnej),
- środków farmaceutycznych i materiałów opatrunkowych (z apteki),
- materiałów i narzędzi medycznych (do centralnej sterylizatornii),
- bielizny osobistej i pościelowej (czystej z pralni oraz brudnej do pralni),
- odpadów i nieczystości (wywożonych z oddziałów do spalarni),

Niezbędne są również ambulanse przewozowe (potocznie nazywane karetkami), służące do transportu pacjentów na badania diagnostyczne i inne oddziały, a także do dostarczania zamówionych preparatów krwi. Szpitale wykorzystują w tych celach transport własny oraz obcy [Tundys, 2004, s. 203–204].

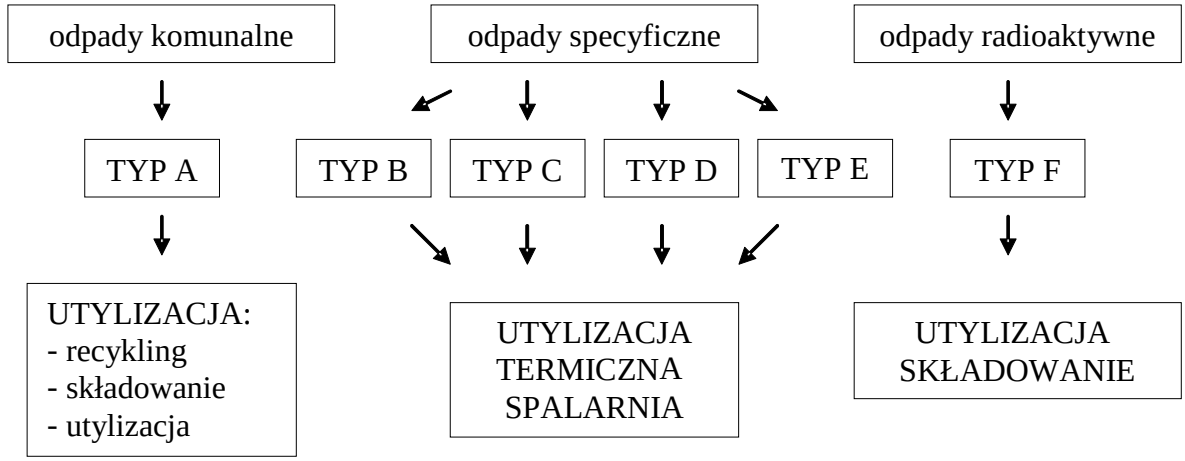
Specyfika procesów szpitalnych wynika również z gospodarki odpadami w tych placówkach [Bendkowski, Wengierek, 2002, s. 20–27]. Według ustawy o odpadach z dnia 27 kwietnia 2001 r. odpadami medycznymi są „odpady powstające w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzenia badań i doświadczeń naukowych w zakresie medycyny". Mogą to być substancje stałe, ciekłe lub gazowe, powstałe w związku z szeroko rozumianą działalnością leczniczą. Odpady powstające w szpitalach można podzielić ze względu na rodzaj ich zagospodarowania. Sześć wyodrębnionych grup przedstawia tab. 2.

Tab. 2. Podział odpadów szpitalnych ze względu na rodzaj zagospodarowania odpadów.

Grupa **Typ**	**Rodzaj odpadów**
Grupa I	**Odpady komunalne**
Typ A	szkło, papier, makulatura, puszki aluminiowe, tworzywa sztuczne, drewno, odpady spożywcze
Grupa II	**Odpady specyficzne**
Typ B	artykuły jednorazowego użytku, strzykawki, skalpele, opatrunki zanieczyszczone wydzielinami, resztki opatrunków gipsowych, ubrania jednorazowe, zanieczyszczone pieluchy
Typ C	odpady z laboratorium epidemiologicznego, odpady z prosektorium, zakażone odpady ze stacji dializ, odpady z oddziału zakaźnego
Typ D	cytostatyki, utrwalacze, wywoływacze, rozpuszczalniki, przeterminowane leki, odczynniki laboratoryjne, odpady rtęci, baterie, zużyte świetlówki, oleje przepracowane, klisze rentgenowskie
Typ E	organy ludzkie, resztki tkanek, łożyska
Grupa III	**Odpady promieniotwórcze**
Typ F	preparaty radioaktywne do badań

Źródło: [Derlatka, Lutek, 2003, s. 70].

Największy udział procentowy mają odpady komunalne (ok. 60%), następnie odpady typu B (ok. 30%), które ze względu na swój charakter (zanieczyszczenie drobnoustrojami) mogą stanowić zagrożenie dla ludzi i środowiska. Pozostałe typy odpadów stanowią ok. 10% (w tym typ C – ok. 3%) wszystkich odpadów. Każda z trzech grup odpadów jest w inny sposób utylizowana, co widać na rys. 2.



Rys. 2. Sposoby utylizacji odpadów szpitalnych
Źródło: [Derlatka, Lutek, 2003, s. 71].

Wciąż niedoceniany jest wpływ decyzji o zakupie konkretnych produktów na zmniejszenie odpadów. Zwracając uwagę na opakowania towarów, można przyczynić się do poważnego ograniczenia ich utylizacji [Derlatka, Lutek, 2003, s. 73–76].

Racjonalizacja rozwiązań stosowanych w zarządzaniu procesami szpitali, jak podkreślają źródła literaturowe, jest potencjalnym sposobem uzyskania oszczędności. Aż około 46% całkowitego budżetu operacyjnego szpitala pochłaniają czynności logistyczne, a około 48% kosztów powstających w łańcuchu dostaw można uniknąć poprzez wdrożenie lepszych praktyk.

Polskie szpitale działają w specyficznych warunkach mikro- i makroekonomicznych. Wpływa to na możliwości dokonania zmian organizacji procesów wewnętrznych i zewnętrznych. Trudna sytuacja ekonomiczna powinna zachęcać zarządzających opieką zdrowotną do optymalizacji wszelkich działań w jednostkach ochrony zdrowia. Cel ten należy przy tym podporządkować zdrowiu i życiu pacjenta (misji szpitala).

Propozycja w zakresie metodyki oceny jakości procesów w usługach medycznych

Jakość, jako złożona kategoria, charakteryzująca się relatywnie dużym stopniem subiektywizmu w ocenie, wymaga zdaniem autorki stosowania metod, pozwalających w jak największym stopniu na skwantyfikowanie analizowanej rzeczywistości zakładu opieki zdrowotnej. Konieczne jest rozpatrywanie jakości świadczonych usług w różnych jej płaszczyznach. Inaczej bowiem może być ona widziana przez podmiot świadczący usługę, a inaczej przez pacjentów, którzy w sposób indywidualny postrzegają ofertę świadczeniodawcy. Ważna więc staje się względna obiektywizacja zjawisk występujących w danym zakładzie opieki zdrowotnej, które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na stopień osiąganej przez pacjenta satysfakcji.

Zdaniem autorki niezwykle pomocne w ocenie jakości usług medycznych i procesów im towarzyszących są metody statystyczne. Dlatego proponowana metodyka opiera się na statystycznej analizie danych, ujętych w sposób ilościowy. Konieczność szukania nowych możliwości wzrostu zdolności konkurencyjnych przez placówki opieki zdrowotnej wymaga identyfikacji aktualnego potencjału tych organizacji, a także wyznaczania na jego podstawie ambitnych celów, szukania nowych wartości i korzyści dla pacjentów oraz samego zakładu. Konieczne stają się systematyczne pomiary i ocena działalności za pomocą szeregu mierników, które powinny być wyłonione w zależności od panujących warunków, przyjętych planów oraz efektów uzyskiwanych przez dany zakład opieki zdrowotnej.

Charakterystyka proponowanej metodyki oceny jakości

Wstępnym założeniem autorki do proponowanej metodyki oceny jakości jest fakt, że nie istnieje jedyna, doskonała metoda tego typu, którą można by było zastosować bezwarunkowo w każdej organizacji. Konieczne jest odrębne podejście, z uwzględnieniem specyfiki danego zakładu opieki zdrowotnej, jego lokalizacji, wielkości, zakresu świadczonych w nim usług, a także nieustannych zmian dokonujących się wewnątrz i na zewnątrz tej placówki.

Autorka proponuje metodykę oceny jakości usług medycznych, która pozwoli na bieżącą analizę tendencji i zjawisk, jakie mają miejsce w organizacji, przy jednoczesnej możliwości porównania ich z wynikami osiągniętymi wcześniej. Dynamiczna i długookresowa analiza wybranych wskaźników kwalitatywnych pozwoli na doskonalenie umiejętności minimalizowania błędów mogących pojawić się w trakcie procesów towarzyszących świadczeniu usług medycznych.

Dynamiczna ocena jakości w zakładach opieki zdrowotnej to zdaniem autorki taka, która:

- polega na ciągłym, systematycznym monitoringu (w przeciwieństwie do wyrywkowych, okazjonalnych kontroli),
- pozwala wykazać zmiany w sposobie realizacji celów organizacji, a także efekty działań,
- umożliwia wykazanie trendów i kierunków występujących w placówce zjawisk, będących wynikiem realizowanych procesów świadczenia usług medycznych,
- charakteryzuje się dostosowywaniem do zmiennych warunków wewnątrz i na zewnątrz organizacji, a tym samym reaguje na potrzeby pacjentów,
- jest oceną „ruchu" i „w ruchu".
- Cele proponowanej metodyki to przede wszystkim:
- maksymalizacja poziomu satysfakcji pacjenta zakładu opieki zdrowotnej,
- osiągnięcie celów w wyznaczonym czasie i ich pozytywna weryfikacja przez klientów wewnętrznych i zewnętrznych,
- identyfikacja i kontrola procesów krytycznych,
- integracja pracowników danego zakładu na rzecz realizowanego wspólnego celu – bezpiecznego i usatysfakcjonowanego pacjenta, a także rozwoju placówki,
- racjonalizacja działań w procesie świadczenia usług medycznych,
- wzbogacanie kultury organizacyjnej,
- poprawa wizerunku placówki,
- uzyskanie korzystnych efektów zarówno w wymiarze wewnętrznym, jak i zewnętrznym.

Oczekiwane efekty wynikające z prawidłowo wdrożonej i przeprowadzonej metodyki przedstawiono w tab. 3.

Tab. 3. Potencjalne efekty prawidłowo wdrożonej i przeprowadzonej metodyki w wymiarze wewnętrznym i zewnętrznym dla zakładu opieki zdrowotnej

Potencjalne korzyści	
Wymiar wewnętrzny	**Wymiar zewnętrzny**
− usprawnienie zarządzania, − zwiększenie świadomości występowania problemów, − usprawnienie procesów w usługach medycznych, − racjonalizacja czasu świadczenia usług medycznych oraz procesów im towarzyszących, − zwiększenie motywacji do uzupełnienia wiedzy, uczenia się, udziału w szkoleniach, − integracja pracowników, − aktywizacja pracowników, − wzbogacenie kultury organizacyjnej, − likwidacja barier miedzy oddziałowych i międzyfunkcyjnych	− wzrost satysfakcji pacjentów, − poprawa wizerunku zakładu opieki zdrowotnej, − zwiększenie konkurencyjności placówki, − wzrost sprzedaży usług medycznych, − poprawa wyniku finansowego

Źródło: opracowanie własne.

Istota proponowanej metodyki zawarta jest w wielu założeniach, które w sposób syntetyczny pozwalają wyodrębnić jej cechy charakterystyczne. Może ona stanowić jedno z narzędzi zarządzania, a nie tylko pomiaru wartości. Proponowane mierniki i ich dynamiczne ujęcie mogą pomóc w realizacji strategii zakładu opieki zdrowotnej, wpływać na zmianę struktury, a także kultury organizacyjnej.

Proponowana w niniejszej pracy metodyka charakteryzuje się tym, że:

1. Jej celem jest skwantyfikowanie działań i ich efektów, tak by możliwa była analiza ilościowa. Trudno bowiem podejmować odpowiedzialne decyzje w oparciu o elementy jedynie opisowe, wynikające z subiektywnej oceny. Zadaniem zarządzających jest więc próba nadawania wymiaru liczbowego nawet w przypadku badań ankietowych, dotyczących poziomu satysfakcji pacjentów.
2. Zakład opieki zdrowotnej powinien wybrać mierniki, które odzwierciedlają czynniki mające decydujący wpływ na postrzeganą przez pacjentów jakość, a tym samym przyczyniają się do uzyskania lepszej pozycji rynkowej i sukcesu organizacji.
3. Przyjęte przez placówkę mierniki i wskaźniki powinny być w pełni zintegrowane zależnościami przyczynowo-skutkowymi ze strategią organizacji.
4. Realizując proponowaną metodykę, zakłada się poszukiwanie związku pomiędzy poprawą jakości świadczonych usług i procesów im towarzyszących a wynikami ekonomicznymi.

5. Liczba mierników i wskaźników ma podrzędne znaczenie (jednak nie powinno być ich zbyt wiele). Ważne, by wynikały one z potrzeby realizacji planu strategicznego i były z nim skorelowane (najczęściej przedsiębiorstwa wskazują 15–25 mierników, które można stale monitorować i które decydują o jego przyszłości).
6. Działania na rzecz jakości powinny mieć wymiar totalny i obejmować wszystkie sfery przedsiębiorstwa (np. według BSC – sfery: klienta, finansowa, procesów wewnętrznych, rozwoju), tak by móc dokonać wszechstronnej, wielopłaszczyznowej oceny działalności zakładu opieki zdrowotnej.
7. Ważne jest przekonanie zarządzających, a następnie wszystkich pracowników, do konieczności uzupełniania stosowanych metod kontroli o procedury oparte na danych ilościowych.
8. Hierarchiczny system planowania i kontroli utrzymujący się jeszcze w wielu placówkach opieki zdrowotnej powinien być stopniowo modyfikowany przez systemy planowania uwzględniające opinie wszystkich zatrudnionych oraz ciągły monitoring wybranych wcześniej zmiennych (wykorzystywanie np. metody grupowego podejmowania decyzji z różnymi jej technikami).
9. Inicjatywy dotyczące procesu udoskonalania jakości świadczenia usług medycznych, w tym stosowanej metodyki, mogą powstawać na wszystkich szczeblach organizacji.
10. Konieczna jest cykliczna weryfikacja przyjętej metodyki, a w razie potrzeby jej dostosowanie do nowych potrzeb organizacji i pacjentów (m.in. aktualizowanie listy stosowanych mierników i wskaźników).
11. W celu zapewnienia wysokiej jakości świadczonych usług medycznych, a także rozwoju placówki opieki zdrowotnej obok kontroli wewnętrznych organizacja powinna zgłaszać chęć poddania się audytom zewnętrznym, np. systemowi nadawania certyfikatów ISO serii 9000 lub akredytacji. Proponowana metodyka z założenia ma być komplementarna z zewnętrznymi systemami kontroli jakości.
12. Kontrole wewnętrzne powinny ewoluować w kierunku stałego monitoringu, tak by móc zapobiegać ewentualnym negatywnym zjawiskom towarzyszącym procesom świadczenia usług medycznych.
13. Metodyka powinna być wdrażana i realizowana etapami. Pracownicy bowiem częściej akceptują zmiany ewolucyjne, a rzadziej są skłonni poprzeć rewolucyjne.
14. Realizacja kolejnych etapów w procesie wdrażania i realizowania metodyki powinna przynosić widoczne skutki, np. likwidację barier międzyoddziałowych, koordynację

działań na rzecz poprawy jakości usług medycznych, większą satysfakcję pacjenta z opieki medycznej.

15. Przed wprowadzeniem wybranej metodyki należy określić jej cele długo-, średnio- i krótkookresowe.
16. Implementacja proponowanej metodyki nie będzie możliwa bez właściwego zaangażowania całego zespołu pracowników (w tym przede wszystkim naczelnego kierownictwa) oraz bez odpowiedniego stopnia poznania i zrozumienia procedury badawczej.
17. Konieczne jest wyznaczenie osób odpowiedzialnych za wprowadzanie i realizację metodyki (koordynatorów, specjalistów, informatyków).
18. Zasada niekończącego się procesu usprawnień powinna koncentrować się przede wszystkim na ciągłym doskonaleniu umiejętności zawodowych pracowników, uzupełnianiu wiedzy, zdobywaniu nowych kompetencji. Dopiero takie usprawnienie mogą przyczynić się do odczuwalnej przez pacjentów poprawy jakości świadczonych usług, a także zadowolenia samych pracowników.

Etapy wdrażania i realizacji można przedstawić następująco:

1. Zapoznanie się z metodyką oceny jakości procesów w usługach medycznych oraz analiza niezbędnych warunków koniecznych do wdrożenia i realizacji (kadra zarządzająca wszystkich szczebli).
2. Podjęcie decyzji o zasadności wprowadzenia metodyki.
3. Wyznaczenie osób odpowiedzialnych za wprowadzenie i realizację.
4. Wyznaczenie celów długo-, średnio- i krótkoterminowych związanych z realizacją metodyki.
5. Zaplanowanie udziału wybranych pracowników w szkoleniach dotyczących metodyki.
6. Stopniowe wdrażanie metodyki.
7. Stałe koordynowanie działań.
8. Cykliczna weryfikacja wprowadzanej metody i jej skuteczności.
9. Ewentualne modyfikowanie działań, listy mierników i wskaźników, częstotliwości pomiarów, gromadzenia, porządkowania i przetwarzania danych.

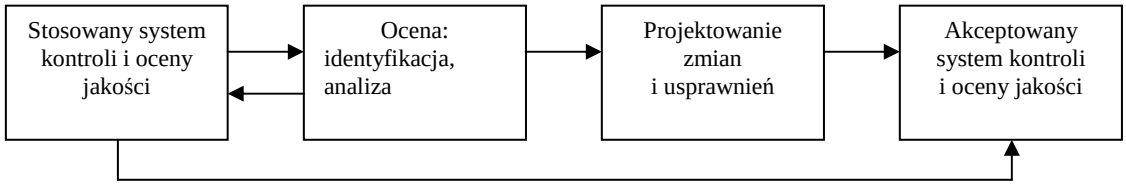
Charakteryzując proponowaną metodykę, należy przede wszystkim skupić się na kolejnych etapach procedury badawczej opartej na metodach statystycznych. Obejmuje ona:

1. Ustalenie obszarów analizy:
   - metody merytoryczne, tj. burza mózgów, metody eksperckie;

- metody konwencjonalne, tj. współczynnik zmienności, współczynnik korelacji liniowej Pearsona, współczynnik korelacji rang Spearmana, analiza wariancji;
- metody wielowymiarowe, tj. analiza skupień, grupowanie metodą k-średnich, analiza czynnikowa, metoda składowych głównych;
- ustalanie listy wskaźników jakościowych (oraz ich norm).

2. Metody standaryzacji zmiennych.
3. Propozycje dotyczące wykorzystania kart kontrolnych.
4. Analizę zdolności procesu.
5. Analizę dynamiki zjawisk.

Proponowana metodyka oceny jakości procesów w usługach medycznych może być traktowana jako uniwersalne podejście do badania i usprawniania systemu zarządzania, zarówno zamkniętych, jak i otwartych zakładów opieki zdrowotnej. Jednak aby możliwe było usprawnienie istniejącego w danej placówce systemu zarządzania i obsługi pacjentów, konieczne jest stałe monitorowanie procesów, które w decydujący sposób wpływają na jakość świadczonych usług. Proces usprawniania systemu oceny jakości w zakładzie opieki zdrowotnej przedstawiono na rys. 3.



Rys. 3. Proces projektowania usprawnień systemu kontroli i oceny jakości w zakładzie opieki zdrowotnej
Źródło: opracowanie własne.

Doskonalenie przez ZOZ procesów towarzyszących świadczeniu usług medycznych jest możliwe m.in. pod warunkiem identyfikacji i analizy stanu istniejącego, wykrycia nieprawidłowości oraz ustalenia poziomu zadowolenia pacjentów z oferowanych usług. Dopiero następnym etapem może być zaprojektowanie i wdrażanie niezbędnych zmian.

Ocena jakości usług świadczonych przez publiczny lub niepubliczny ZOZ musi mieć charakter kompleksowy, co oznacza, że należy badać działalność placówki całościowo, z uwzględnieniem wielu aspektów. Istotne jest przy tym ograniczenie się do obszarów, które z punktu widzenia realizowanej misji i strategii organizacji mają kluczowe znaczenie. Nie jest

bowiem możliwe ciągłe monitorowanie wszystkich obszarów przedsiębiorstwa. Decydują o tym przede wszystkim ograniczenia czasowe, kadrowe, a także finansowe.

Proponowana metodyka charakteryzuje się nie tylko uniwersalnością zastosowania, ale również elastycznością. Badane i oceniane obszary, a w ich ramach różnego rodzaju wskaźniki, mogą podlegać zmianom w zależności od specyfiki organizacji, jej pozycji rynkowej, wytyczonych celów oraz zgłaszanych przez klientów potrzeb.

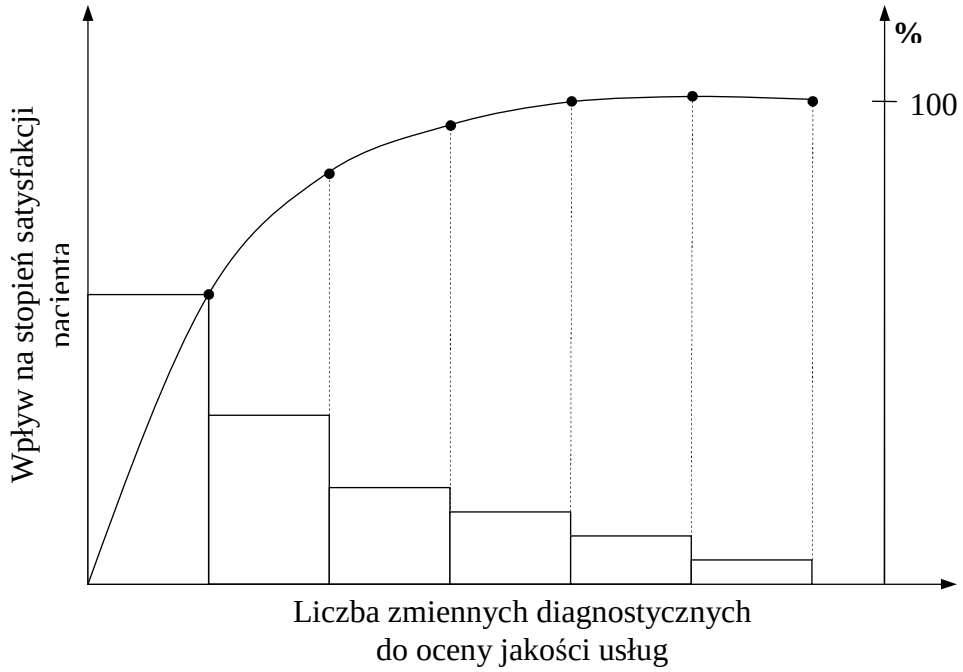
Wskaźniki i wartości zmiennych do ich obliczenia powinny wynikać z celu, jaki stawiają przed sobą zarządzający zakładem opieki zdrowotnej. Jeżeli tym celem jest wypracowanie efektywnej metodyki oceny jakości świadczonych usług medycznych oraz procesów im towarzyszących, konieczne jest skupienie uwagi na czynnikach i zjawiskach, które determinują jakość w danej placówce. Ważne stają się m.in. następujące pytania:

- Co zdaniem pacjentów decyduje o wysokiej jakości usług?
- Jakie elementy procesu świadczenia usług medycznych są akceptowane, a jakie podlegają krytycznej ocenie?
- Za pomocą jakich kryteriów można oceniać poziom rozwoju pracowników?
- Jakie cechy i zachowania cenione są najbardziej wśród pacjentów?
- Za pomocą jakich metod możliwa jest względna obiektywizacja oceny jakości?
- Za pomocą jakich wskaźników oceniać jakość zarządzania finansami zakładu opieki zdrowotnej?
- Jakie wskaźniki w sposób syntetyczny i uproszczony mogą opisać aktualny stan rozwoju placówki oraz perspektywy tego rozwoju, czyli jakie działania przyczyniają się do większego zadowolenia zarówno klientów zewnętrznych, jak i wewnętrznych?
- Jakie etapy w procesie świadczenia usług medycznych determinują wysoką jakość tych usług?

Lista pytań jest długa, a zaprezentowane wyżej dają jedynie pewien zarys problemów, z jakimi należy się zmierzyć w pierwszym etapie wdrażania proponowanej przez autorkę metodologii oceny jakości.

Znaczenie szczególne ma nie tylko dobór kategorii zmiennych i wskaźników podlegających monitoringowi, ale także ich liczba. Można bowiem, inspirując się regułą Pareto, podejrzewać, że tylko nieliczne spośród bardzo długiej listy zmiennych diagnostycznych w decydujący sposób wpływają na odczuwaną przez pacjentów jakość usług oraz procesów im towarzyszących (rys. 4).

Istotą tej metody ma być jej dynamiczny charakter. Wiele propozycji oceny jakości i działalności ZOZ, jakie znajdują się w literaturze, ma charakter statyczny. I choć często są one interesujące, nie dają jednak możliwości stałej obserwacji wartości krytycznych dla jakości usług medycznych.



Rys. 4. Przykład reguły Pareto dotyczący wpływu wartości zmiennych diagnostycznych na poziom odczuwanej satysfakcji przez pacjentów

Źródło: opracowanie własne.

Warunki konieczne do wdrożenia proponowanej metodyki w placówkach opieki medycznej

Największą przeszkodą przy próbach szerokiego wdrożenia systemów zarządzania jakością w placówkach szpitalnych jest położenie nacisku przez tego typu koncepcje na działania zintegrowane, które zwykle rozpatrywane są oddzielnie jako poszczególne funkcje prowadzonej działalności [Skalik, Pawlik-Sobecka, Wasicionek, Choroszy-Król, Bernat, 2007, s. 120]. Często w zakładach opieki zdrowotnej brakuje rozpoznania powiązań między elementami systemu przepływu materiałowego i informacyjnego, a tym samym myślenia w

kategoriach systemowych. Ujęcia wąsko funkcjonalne, związane ze specjalizacją, na dobre weszły do świadomości wielu pracowników sektora usług medycznych.

Trudności w zarządzaniu związane są również z rozproszeniem wpływów i kontroli, a także z nieprecyzyjnie określoną podległością. Sztywna, zbiurokratyzowana struktura często uniemożliwia powstawanie spontanicznych form zespołowych. Problemy występują na płaszczyźnie komunikacji między komórkami organizacyjnymi, gdzie brakuje uzgodnień, koordynacji oraz właściwego informowania, a także pomiędzy placówkami opieki zdrowotnej, które w procesie doskonalenia jakości usług mogłyby wykorzystywać np. metodę benchmarkingu. Wydaje się, że wymiana doświadczeń na temat przepływów usług, informacji czy kapitału pozwoliłaby na uniknięcie przez zarządzających wielu błędów. Wciąż zaniedbuje się związki lojalnościowe między producentami leków, urządzeń medycznych, usługodawcami a klientami i partnerami, tj. dostawcami, bankami, instytucjami doradczymi, pośredniczącymi itp. Tego typu postawy są wynikiem braku w tym sektorze odpowiednio licznej, przygotowanej i zdeterminowanej kadry menedżerów. Od tej kadry uzależniona jest organizacja i sposób zarządzania, wykorzystywane metody i techniki decyzyjne.

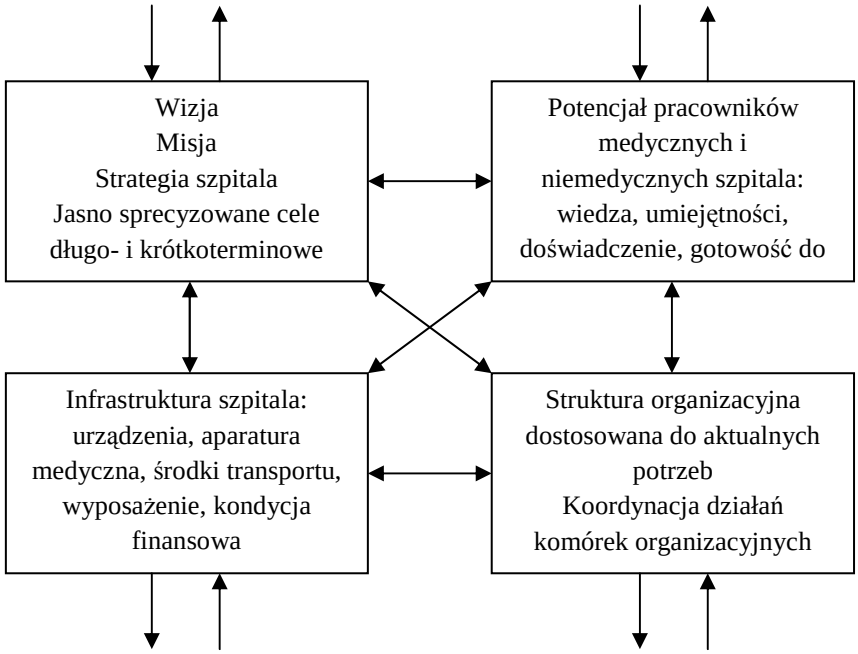
Elementy determinujące działanie podejmowane w szpitalu przedstawiono w czterech podstawowych grupach, zgodnie z ogólnie przyjętą koncepcją organizacji Leavitta (rys. 5). Wszystkie obszary organizacji wzajemnie się przenikają. Nie uda się skutecznie wprowadzić żadnej nowej metody czy techniki zarządzania bez zaangażowania ludzi, którzy wcześniej wnikliwie ją poznali, zrozumieli i widzą potencjalne korzyści jej wprowadzenia. To oni muszą przekonać wszystkich pracowników do nowej koncepcji [Frączkiewicz-Wronka, Austen, Majewska, 2008, s. 45].

Osiągnięcie sukcesu w zakresie wdrażania proponowanej metody dynamicznej oceny jakości usług medycznych oraz procesów towarzyszących ich powstawanie uwarunkowane jest właściwym, przemyślanym i skutecznym programem szkoleń, który objąłby wszystkich zatrudnionych. Istotną kwestią jest także sposób kształtowania wynagrodzeń, który powinien motywować pracowników do wysiłku na rzecz doskonalenia jakości.

Pierwszym krokiem koniecznym przy wdrażaniu nowej metody jest uzgodnienie celów, które powinny być osiągnięte w wyniku jej realizacji. Za określenie zakresu prac wdrożeniowych mogliby odpowiadać liderzy wdrożeń. Niezbędnym warunkiem jest także precyzyjne określenie klientów zewnętrznych i wewnętrznych oraz ich preferencji.

Celem szpitala jest zadowolony z opieki medycznej pacjent. Dla niego świadczona jest usługa, która powstaje dzięki wielu procesom medycznym i niemedycznym. Aby trafnie wybrać mierniki i wskaźniki oceniające jakość świadczeń, konieczna jest identyfikacja

procesów i procedur stosowanych w szpitalu. Kluczem do osiągnięcia wymiernych korzyści z wprowadzonej metody oceny jakości jest powiązanie celów i mierników. Znaczenie priorytetowe mają cele [Skalik, 2001, s. 74], to im należy przyporządkować odpowiednie miary i wskaźniki, których monitorowanie pozwoli na pełniejszą realizację zadań i oczekiwań pacjentów.



Rys. 5. Elementy determinujące działania podejmowane w szpitalu
Źródło: opracowanie własne.

Czynnikiem ułatwiającym wdrożenie proponowanej metody oceny jakości może okazać się dostosowana do aktualnych wymagań rynku oraz zakładanych przez szpital celów struktura organizacyjna. Stopniowa decentralizacja, powołanie liderów wdrożeń oraz komórek doradczych wpłynie na uelastycznienie często sztywnych, przeformalizowanych zachowań.

Wdrożenie i stosowanie metody SPC i innych analiz statystycznych w szpitalu ułatwia nowoczesna technologia informatyczna. Narzędziem do statystycznego sterowania jakością dla pojedynczych inżynierów jakości mogą być programy komputerowe z rodziny STATISTICA dla Jakości, np.:

- STATISTICA Quality Control Charts – program, który umożliwia tworzenie różnorodnych kart kontrolnych i jest dostosowany do monitorowania procesów na bieżąco;

- STATISTICA Coonnectivity Kit – program, który umożliwia łączenie różnych programów z rodziny STATISTICA z urządzeniami pomiarowymi oraz ułatwia pobieranie danych z baz danych;
- STATISTICA Process Analysis – program, który umożliwia analizę zdolności procesu.

Wszystkie te programy dostępne są w polskiej wersji językowej. Ich najważniejsze cechy to:

- duże możliwości analityczne,
- stosunkowo małe wymagania sprzętowe,
- znakomita grafika,
- łatwa wymiana danych z innymi aplikacjami,
- wygodny arkusz danych,
- dokładna dokumentacja,
- szybkość i precyzja obliczeń,
- przejrzyste wyniki analiz,
- zgodność z wymaganiami norm z serii ISO 9000 i QS 9000.

Za pomocą tych programów możliwa jest realizacja wszystkich etapów analizy danych:

- wprowadzenie danych (gromadzenie),
- weryfikacja poprawności danych (porządkowanie),
- właściwa analiza (przetwarzanie),
- przygotowanie raportu (wykorzystanie).

Zestawy programów STATISTICA Quality Control Charts i STATISTICA Coonnectivity Kit mogą służyć do pobierania danych i monitorowania procesów na bieżąco. Wszystkie wykresy i karty kontrolne mogą być automatycznie łączone z danymi i uaktualniane przy każdej zmianie danych.

Jeżeli metody statystyczne mają mieć zastosowanie w całej organizacji, należy zwrócić uwagę na następujące zasady przy wdrażaniu systemu informatycznego:

- tam, gdzie mamy wielu użytkowników (więcej niż trzech) musi istnieć możliwość pracy grupowej i współdzielenia wiedzy,
- wszystkie dane powinny być dostępne z dowolnego komputera,
- dane powinny być przechowywane w bazie danych (w jednym miejscu), ponieważ przechowywanie ich na wielu komputerach uniemożliwia sprawne zarządzanie nimi oraz zapewnienie ich bezpieczeństwa,

- system powinien być centralnie zarządzany.

Efektywne wdrożenie i korzystanie z SPC w całej organizacji umożliwić może np. zintegrowany system SEWSS. Jest to kombinacja procedur analizy danych programu STATISTICA i STATISTICA dla Jakości oraz elastycznych narzędzi dostępu danych, integracji i administrowania systemem. System ten jest dostosowany do potrzeb wszystkich osób zaangażowanych w statystyczne sterowanie jakością: począwszy od tych, którzy wprowadzają dane i monitorują procesy, poprzez liderów czy inżynierów jakości, którym oferuje szeroką gamę procedur analitycznych, skończywszy na zarządzie, któremu zapewnia łatwy dostęp do raportów i innych informacji o stanie procesów. System SEWSS automatycznie powiadamia o rozregulowaniu monitorowanych procesów.

Podstawową zaletą systemu jest zasada, że wszystkie informacje przechowywane są centralnie w hurtowni danych i udostępniane wszystkim zainteresowanym, bez względu na to, z którego komputera aktualnie korzystają. Umożliwia to wspólne korzystanie z raportów, szablonów i wyników analiz. System jest łatwy w obsłudze nawet dla początkujących użytkowników komputerów.

Decyzja dotycząca zakupienia oprogramowania powinna być zawsze poprzedzona wnikliwą analizą potrzeb i celów, jakie mogą być osiągnięte dzięki nowym technologiom. Należy rozważyć koszty i potencjalne korzyści wprowadzenia innowacji, jak również efekty jej braku. Zdaniem autorki korzystne będzie rozpatrywanie tych scenariuszy w dłuższym horyzoncie czasowym. Krótkoterminowe oszczędności nie muszą być korzystne z perspektywy realizowanej strategii szpitala.

Uwagi końcowe

Zarówno praktycy, jak i teoretycy zarządzania podkreślają, że dynamika i złożoność zmian otoczenia wymagają odejścia od klasycznych, schematycznych rozwiązań w zarządzaniu. Zakłady opieki zdrowotnej, chcąc wzmacniać swoją pozycję na rynku usług medycznych, nie mogą funkcjonować w ramach skostniałych struktur organizacyjnych, z silną centralizacją decyzji i bez wyraźnie sprecyzowanych celów strategicznych. Jeżeli wizją zarządzającego placówką opieki zdrowotnej jest doskonały ośrodek, służący zdrowiu i życiu pacjentów, realizujący usługi medyczne w oparciu o najnowszą wiedzę, technologię i aparaturę medyczną, to musi on zrobić wszystko, by ukierunkować aktywność swoją i swoich pracowników na ten cel. Na proces doskonalenia jakości świadczonych usług powinny się

jednak złożyć działania na rzecz poprawy organizacji i mechanizmów funkcjonowania we wszystkich procesach stanowiących swoisty łańcuch wartości.

Skonstruowanie metodyki oceny jakości procesów w usługach medycznych wiązało się z wieloma zadaniami badawczymi, które z przyczyn ograniczonej objętości artykułu nie mogły zostać przedstawione, a obejmowały:

- określenie obszarów funkcjonalnych zakładów opieki zdrowotnej,
- zidentyfikowanie procesów wewnętrznych tych zakładów,
- wyznaczenie kryteriów oceny jakości w odniesieniu do wyróżnionych obszarów funkcjonalnych,
- określenie skal pomiaru wyznaczonych zmiennych,
- opracowanie listy potencjalnych wskaźników do oceny jakości procesów w usługach medycznych, z uwzględnieniem wielowymiarowości tej oceny,
- opracowanie metodyki oceny jakości procesów w usługach medycznych,
- egzemplifikację proponowanej metodyki w postaci m.in. kart kontrolnych, analizy zdolności procesu, analizy indeksowej, wahań okresowych i tempa zmian.

Autorka w trakcie przeprowadzonych badań wykorzystała klasyczne metody analizy statystycznej, takie jak karty kontrolne. Zostały one sporządzone na podstawie danych z wybranych szpitali województwa dolnośląskiego. Na podstawie pozyskanych danych możliwe było przeprowadzenie analizy wskaźników zdolności jakościowej procesów w usługach medycznych. Wybór sposobu oceny jakości procesów, w tym również rodzaju kart kontrolnych, uzależniony jest od posiadanej przez zakład opieki zdrowotnej bazy danych. Nie jest możliwe „klonowanie" metod oceny jakości procesów produkcyjnych bez uwzględnienia specyfiki zakładów opieki zdrowotnej. Zaletą proponowanej metodyki jest fakt, że karty kontrolne można dopasować do warunków panujących w placówkach lecznictwa zamkniętego i otwartego, gdyż wiele procesów występuje w obu rodzajach opieki zdrowotnej.

Przedstawiona propozycja metodyki oceny jakości procesów w usługach medycznych jest próbą wyjścia naprzeciw wymaganiom współczesnych zakładów opieki zdrowotnej. Walorem proponowanej metodyki jest również to, że umożliwia kwantyfikowanie jakości w usługach. Zgodnie z nią wybrane mierniki i wskaźniki do oceny obserwuje się w sposób systematyczny. Daje to zarządzającym możliwość stałego monitorowania procesów uznanych za kluczowe z punktu widzenia ich wpływu na efekty odczuwane przez pacjentów. Proponowana metodyka pozwala na śledzenie trendów i tempa zmian jakości procesów, co daje podstawy do podejmowania względnie szybkich działań korygujących bądź udoskonalających obserwowaną sferę. Jakość w usługach medycznych oceniana jest z kilku

punktów widzenia. Równolegle dokonuje się oceny z perspektywy pacjenta, pracowników, procesów wewnętrznych oraz finansowej. Spojrzenie na jakość jako wartość wielowymiarową zwiększa bowiem szansę na to, że interesy różnych grup aktywnie uczestniczących w życiu zakładu opieki zdrowotnej będą zaspokojone.

Prezentowana metodyka oceny jakości niewątpliwie posiada pewne ograniczenia i wady. Można do nich zaliczyć: arbitralność w doborze kryteriów oceny, brak możliwości weryfikacji informacji czy subiektywizm w doborze miar i wskaźników do badania. Wynikają one m.in. z tego, że jakość jest pojęciem złożonym i wieloaspektowym, przez co trudno mierzalnym.

Proponowana metodyka może spełniać w zakładach opieki zdrowotnej funkcję diagnostyczną, z jednej strony umożliwia bowiem wskazanie nieprawidłowości występujących w procesach, a z drugiej pomaga w wytyczeniu kierunków ich rozwoju.

Zdaniem autorki konieczne jest dalsze poszukiwanie metod i technik ukierunkowanych na poprawę jakości w usługach medycznych. Obszar badawczy ze względu na swoje rozmiary daje ogromne możliwości dla osób zainteresowanych problematyką służby zdrowia. Do potencjalnych zagadnień badawczych można zaliczyć np.:

- analizę współzależności pomiędzy poziomem zadowolenia pacjentów ze świadczonych usług a efektywnością ekonomiczną zakładów opieki zdrowotnej,
- analizę korelacji pomiędzy osiąganymi wynikami oceny jakości w perspektywach: pacjentów, pracowników, procesów wewnętrznych i finansów,
- wykorzystanie metod taksonomicznych (z uwagi na wielowymiarowe ujęcie problematyki jakości) do oceny ewolucyjnej badanej placówki.

Bibliografia

1. Abt S., (2000), *Specyfika logistyki ponad granicami*, [w:] S. Abt (red.), *Logistyka ponad granicami*, Biblioteka Logistyka, Wydawnictwo Instytutu Logistyki i Magazynowania, Poznań.
2. Abt S., (2000), *Wdrażanie systemów logistycznych w Polsce, Materiały Kongresowe – referaty, Polski Kongres Logistyczny Logistics 2000*, Poznań.
3. Balicki W., (2003), *Komputeryzacja szpitala jako inwestycja*, „Menedżer Zdrowia" nr 5.
4. Bendkowski J., Wengierek M., (2002), *Logistyka odpadów, procesy logistyczne w gospodarce odpadami*, t. I, Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice.
5. Ciesielski M., (1999), *Logistyka w strategiach firm*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa–Poznań.
6. Czaja P., (2003), *Uwarunkowania implementacji podejścia logistycznego w zakładach opieki zdrowotnej*, „Systems" Vol. 8, No. 1.
7. Derlatka S., Lutek S., (2003), *Odpady w niemieckich szpitalach*, „Menedżer Zdrowia" nr 5.
8. Detyna B., (2004), *Miejsce logistyki w ekonomice zdrowia. Refleksje społeczno-gospodarcze*, „Zeszyty Naukowe Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości" nr 4, Wałbrzych.
9. Detyna B., (2004), *Możliwości aplikacyjne logistyki w procesie zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, „Zdrowie i Zarządzanie" nr 3–4, t. VI.

10. Durlik M., (2001), *Zintegrowany system zarządzania szpitalem – efekty społeczne i ekonomiczne*, [w:] K. Krajewski, M. Wójtowicz (red.), *Skuteczne zarządzanie placówką medyczną*, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa.
11. Frączkiewicz-Wronka A., Austen A., Majowska M., (2008), *Odpływ profesjonalistów medycznych – postulowane narzędzia jego ograniczenia*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi" nr 2.
12. Gałuszka J., Krajewski K., (2002), *Wsparcie informatyczne zarządzania w zakładach opieki zdrowotnej*, [w:] M. Trocki (red.), *Instrumenty zarządzania zakładem opieki zdrowotnej. Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa.
13. Gołembska E. (red.), (1999), *Kompendium wiedzy o logistyce*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, Poznań.
14. Hass-Symotiuk M., (2003), *Informacje ekonomiczno-finansowe decyzji. Narzędzie zarządzania zakładem*, „Służba Zdrowia" nr 37–40.
15. http : //www.triax.ca/EN.
16. Jodejko A., Czaja P., (2003), *Metodyka badań procesów logistycznych w szpitalach*, „Systems" Vol. 8, No. 1.
17. Krajewski K., Wójtowicz M. (red.), (2001), *Procesy przekształceń w ochronie zdrowia – szanse i zagrożenia. Zarządzanie ochroną zdrowia*, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa.
18. Mudie P., Cottam A., (1998), *Usługi. Zarządzanie i marketing*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
19. Nowak W., (2003), *Systemy informatyczne wspomagające zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej*, „Menedżer Zdrowia nr 3.
20. Potocka E., (2003), *Informatyzacja – kontrola i redukcja kosztów. Droga do wzrostu konkurencyjności szpitala na rynku usług medycznych*, „Menedżer Zdrowia" nr 6.
21. Skalik J., (2001), *Zachowania strategiczne zakładów opieki zdrowotnej w dobie transformacji*, [w:] *Zarządzanie strategiczne. Stan i perspektywy rozwoju*, Prace Naukowe WWSZiP, Wałbrzych.
22. Skalik J., Pawlik-Sobecka L., Wasicionek B., Choroszy-Król I., Bernat M., (2007), *Total Quality Management as a Quality Improvement Model in Health Care – Opportunities and Barriers in the Context of Transformations in Health Care System*, „Advances in Clinical and Experimental Medicine" Vol. 16, No. 2.
23. Tundys B., (2004), *Logistyka w funkcjonowaniu szpitala*, [w:] J. Dembińska-Cyran (red.), *Zarządzanie logistyczne w warunkach polskich*, Difin, Warszawa.
24. Ustawa o odpadach z dnia 27 kwietnia 2001 r., Dz. U. Nr 62, poz. 628.
25. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki medycznej, Dz. U. Nr 91, poz. 408.

Streszczenie

Jakość usług medycznych jest obecnie pojęciem często przywoływanym zarówno przez pacjentów, jak i osoby odpowiedzialne za zapewnienie i doskonalenie procesów towarzyszących świadczeniu tych usług. Znajduje się również w centrum zainteresowania ośrodków monitorujących, w których gestii leży przyznawanie akredytacji czy certyfikatów. Ocena jakości usług medycznych staje się problemem badawczym nie tylko dla środowiska naukowego, ale także przedstawicieli samorządów lokalnych, wojewódzkich czy organów administracji rządowej. Trwają dyskusje dotyczące sposobów oceny jakości, do których chętnie dołącza autorka tego artykułu. Celem publikacji jest przedstawienie propozycji metodyki oceny jakości procesów w usługach medycznych, w zakładach opieki zdrowotnej, a także koniecznych warunków jej wdrożenia. Metodyka ta może stanowić inspirację do tworzenia wewnętrznych systemów doskonalenia jakości w zakładach opieki zdrowotnej.
Słowa kluczowe: metodyka, jakość, proces, jakość procesu, usługa medyczna, jakość procesów w usługach medycznych

Quality Assessment of Processes in Medical Services. Conditions for Implementation of the Proposed Methodology in Healthcare Centeres

Summary

The medical services quality is an often used notion at present both by patients, as well as persons which are responsible for ensuring and improving processes which are accompanying for providing these services. Employees of centres which are monitoring the quality and which accreditation and certificates will admit are also interested in a quality of medical services. The assessment of medical services quality is becoming a research problem not only for the scientific community, but also representatives of local governments, provincial, whether of government administration authorities. Scientific discussions concern ways of the evaluation of the quality to which willingly the author of this article is attaching. Describing the proposal of evaluation methodology of the processes quality in medical services, in healthcare centres, as well as of necessary conditions for its implementing is an aim of the publication. This methodology can constitute the inspiration to create internal systems of improving the quality in healthcare centres.

Keywords: methodology, quality, processes, quality of processes, medical services, quality of processes in medical services

Konsumpcyjny model życia czy zanik kompetencji kulturalnych? Wskaźniki do badania uczestnictwa w kulturze

Małgorzata Dąbrowska*

Wprowadzenie

Ocena uczestnictwa Polaków w życiu artystycznym powinna opierać się na analizie związków pomiędzy poziomem życia a chęcią do ponoszenia wydatków na kulturę, przy uwzględnieniu relacji pomiędzy wykształceniem a kompetencjami kulturowymi. Zainteresowanie sztuką jest bowiem pochodną kapitału społecznego, jakim dysponuje określona wspólnota i nie jest kształtowane wyłącznie przez czynniki materialne, choć mają one niebagatelne znaczenie. Wbrew temu, co mogłoby się wydawać, bariera finansowa utrudnia dostęp do kultury. Dla wielu naszych rodaków bilet do teatru czy na koncert stanowi poważny wydatek, odsuwany ze względu na konieczność sprostania ciągle rosnącym kosztom utrzymania.

Do określenia realnych możliwości finansowych Polaków potrzebne jest nowe spojrzenie – za z pozoru obiektywnymi, kwantyfikowalnymi danymi stosowanymi w ocenie poziomu dochodów kryją się znaczące błędy interpretacyjne.

Sen o potędze. Dane statystyczne na temat zamożności Polaków

W ostatnich latach w Europie spowolnieniu gospodarczemu towarzyszy pogłębiający się kryzys społeczny, rosnące różnice w dochodach i zjawisko nowej biedy, która dotyka także osób zatrudnionych na etacie lub tych, którzy pobierają rentę bądź emeryturę, a nie tylko bezrobotnych czy osób z marginesu. Problem z biegiem czasu narastał i dotknął nie tylko kraje rozwijające się, ale również kraje starej Unii. Wobec niewystarczalności klasycznych ekonomicznych narzędzi w 2008 r. rząd francuski powołał komisję do badania poziomu zamożności w skali państwa i rodziny. Zasadność stosowania chętnie przywoływanych przez rząd danych makroekonomicznych, przede wszystkim PKB oraz PKB *per capita*, była kwestionowana chociażby przez laureatów nagrody Nobla w dziedzinie

* dr Małgorzata Dąbrowska, Instytut Spraw Publicznych Uniwersytet Jagielloński

ekonomii, A. Sena czy J. Stiglitza. Grono wybitnych uczonych, w tym wspomniane wcześniej autorytety, zostało zaproszone do współpracy przy opracowaniu raportu mającego mieć w założeniu charakter diagnozy ekonomicznej i społecznej [Rapport de la commission…]. Zwrócono uwagę na konieczność stosowania PKB netto zamiast brutto, nakazano odejście od mglistego pojęcia „średniego dochodu" na rzecz badania go w ramach określonych kategorii społecznych, podkreślono miejsce gospodarki nieformalnej i aktywności domowej (np. opieka nad dziećmi i osobami starszymi) w dochodzie rodzin i państwa. Wskazano na absurd, który każe interpretować katastrofy jako źródło prosperity, gdyż generują one przepływy pieniężne, zaproponowano wprowadzenie wskaźników zrównoważonego rozwoju, które ujęłyby „zmianę stanu" danego kraju czy regionu pod względem zasobów mierzonych w kategoriach naturalnych czy fizycznych. Analogicznie, udowodniono, że analiza dochodów *per capita* bez uwzględnienia zadłużenia gospodarstw domowych (poważny problem wielu krajów rozwiniętych) nie pozwala na wyrobienie sobie obrazu na temat komfortu i jakości życia.
W ten sposób posunięto się dalej na drodze badania korelacji pomiędzy ekonomią a sferą społeczną, wnosząc wkład do wcześniejszych dokonań Nordhausa i Tobina (Miernik Dobrobytu Ekonomicznego 1972)[39] oraz do pracy ekspertów ONZ (Wskaźnik Rozwoju Społecznego, *Human Development Index* – 1990[40] oraz Wskaźnik Ubóstwa Społecznego – *Human Powerty Index*[41]). We współczesnych badaniach istotną rolę odgrywają także inne wskaźniki takie jak GDI, GEM (odnoszące się do analizy różnic wynagrodzeń pomiędzy mężczyznami i kobietami).

Jak według wymienionych wskaźników plasuje się Polska? O ile poziom PKB sprawia, iż możemy być uznani za 21. gospodarkę świata, PKB *per capita* stawia nas dopiero na 63. miejscu na świecie – w 2009 r. to 17 300 USD podczas gdy w przodującym w rankingu Lichtensteinie dochód na mieszkańca wynosił 118 000 USD rocznie [CIA World Factbook 2009…]. Z kolei zgodnie z danymi Międzynarodowego Funduszu Walutowego pod względem parytetu siły nabywczej znajdujemy się na nieco wyższej 47. pozycji [World Economic…].

[39] Wyróżniono wydatki konsumpcyjne (właściwy MEW), inwestycyjne (oświata zdrowie itd. – dobra materialne i niematerialne, które mogą być wykorzystane w przyszłości), instrumentalne, aby potem wyróżnić korzyści, szacowane w niestandardowy sposób.
[40] Do jego obliczenia bierze się PKB *per capita*, ale z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej (określającego jakość życia), oczekiwaną długość życia, wskaźnik czytania i pisania ze zrozumieniem, poziom edukacji wyrażający się procentem scholaryzacji na wszystkich etapach nauczania.
[41] Uwzględniający czynniki takie jak prawdopodobieństwo śmierci przed 60. rokiem życia, procent funkcjonalnych analfabetów, długotrwałe bezrobocie i procent osób uzyskujących dochody poniżej 50% mediany.

Nie bez powodu oficjalne statystyki posługują się średnią wynagrodzeń, a nie medianą z pominięciem dystrybucji dochodów. Pozornie zarobki rosną (oczywiście w wybranych grupach zawodowych, a w innych są zamrożone lub wręcz obniżane), podczas gdy realnie maleją i gwałtownie spada siła nabywcza. Wzrost PKB i PKB *per capita* stanowi wygodny argument propagandowy, a jednak istotne staje się pytanie nie o to, jaką odnotowujemy ewolucję, ale kiedy wspomniane wielkości będą zbliżone do tych z krajów starej Unii.

Nie sposób przejść obojętnie obok innych danych – wysokie bezrobocie, a zarazem spory procent osób pracujących na dwa etaty (aż 7,3%, co plasuje nas na trzecim miejscu w Europie – 1,2 mln Polaków ma drugi etat) rosnąca grupa tych, którzy żyją poniżej minimalnego poziomu, mimo że pracują (obecnie aż 11% za: *Dlaczego polska praca...*), wielkie rozwarstwienie wynagrodzeń, potęgująca się liczba umów zleceń przedłużanych nielegalnie poza dopuszczalny ustawowo czas (ta forma zatrudnienia dotyczy aż 27% pracujących, podczas gdy unijna średnia to 14% [Winnicki, 2010]), niesłabnąca szara strefa (jej wartość jest szacowana na 29,1% PKB [Sielicka, 2009)]. Drugą stroną medalu jest niska aktywność zawodowa spowodowana przedwczesnymi emeryturami pewnych uprzywilejowanych grup oraz korzystaniem z okresowych zasiłków.

Idylliczna wizja rzeczywistości, którą prezentują media, upada w konfrontacji z rzeczywistością – nie cieszy nas wiadomość o tym, że samochody w Polsce są jednymi z najtańszych w Europie (aż o 8% tańsze od średniej ceny w Unii), skoro na Fiata Pandę Polak musi pracować trzynaście miesięcy, a Niemiec niepełne trzy miesiące; mówią o tym wprost liczby – średnie wynagrodzenie Polaka w 2005 r. wynosiło 550 euro podczas gdy średnie wynagrodzenia Niemca to ok. 3 250 euro [Mikos, 2005]. W porównaniu do innych krajów europejskich również niezbędne wydatki, mierzone w relacji do dochodów, stoją na niespotykanie wysokim poziomie. Ponad połowę pensji przeciętny Polak przeznacza na rachunki i kredyty. Same wydatki związane z utrzymaniem mieszkania pochłaniają blisko 16% dochodu trzyosobowej rodziny (średnia europejska to 9,9%) [Koszty utrzymania domu…, 2010], w dodatku to nominalnie więcej niż w wielu krajach starej Unii, np. w Finlandii, a w dodatku nasze mieszkania są z reguły mniejsze, przeludnione, gorzej wyposażone, położone w dzielnicach pozbawionych odpowiedniej infrastruktury. Paradoksalnie wspomniane wydatki nie uwzględniają obsługi kredytu lub wynajmu, pochłaniającej w polskich warunkach astronomiczne sumy.

Niektóre bardziej szczegółowe dane, np. cen gazu czy energii elektrycznej, w odniesieniu do siły nabywczej wprawiają w osłupienie. Zgodnie z danymi opracowanymi przez Eurostat w jednym i w drugim przypadku plasujemy się w ścisłej unijnej czołówce,

zajmując zaszczytne drugie miejsce pod względem najwyższej ceny tych podstawowych artykułów, liczonych w relacji do dochodów[42] [43], zaraz po Szwecji (odpowiednio opłata za 1 GJ gazu mierzona w jednostkach PPS w Szwecji to 23,82, w Polsce 21,81 podczas gdy średnia unijna to zaledwie 14,67 [Kubik, 2010]

Tak jak przy podaniu PKB pomija się dług publiczny, a przy określaniu tego ostatniego stosuje się sztuczki księgowe, aby przesunąć zobowiązania na następny okres, tak przy ustalaniu PKB *per capita* analitycy „zapominają" o zadłużeniu rodzin.

Tab. 1. Siła nabywcza w euro na mieszkańca (styczeń 2005 r.) uwzględniająca różnice w kosztach utrzymania w poszczególnych krajach.

Lichtenstein	32.203		Czechy	8.265
Luxemburg	22.331		Węgry	7.805
Szwajcaria	19.658		Litwa	7.197
Austria	17.531		**Polska**	**6.949**
Wielka Brytania	16.710		Chorwacja	6.313
Francja	16.706		Słowacja	6.276
Norwegia	16.559		Estonia	5.963
Belgia	16.260		Łotwa	5.632
Niemcy	16.207		Rumunia	4.567
Włochy	16.162		Bułgaria	4.313
Irlandia	16.050		Turcja	4.257
Holandia	14.696		Rosja	3.750
Islandia	14.687		Serbia i Czarnogóra	3.573
Szwecja	13.975		Bośnia i Hercegowina	3.306
Finlandia	13.886		Macedonia	3.163
Dania	13.634		Ukraina	1.815
Cypr	13.176		Białoruś	1.815
Hiszpania	12.997		Albania	1.482
Grecja	12.447		Mołdawia	783
Słowenia	11.614		**Przeciętna EU 25**	**14.255**
Portugalia	11.115		**Przeciętna - Europa**	**9. 894**
Malta	10.158			

Źródło: [Siła nabywcza…, 2005].

Nawet jeśli wąska grupa osób oszczędza i gromadzi spore kwoty, należy mieć na uwadze fakt, że gwałtownie wzrosła liczba osób niezdolnych spłacać zaciągniętych

[42] „W latach 2008–2009 ceny prądu w Polsce wzrosły o 17,9%. (…) Średnia cena prądu w UE to 16,5 euro za 100 kWh, a w Polsce – niecałe 13 euro. Ceny w Polsce należą jednak do najwyższych w Europie, jeśli uwzględni się siłę nabywczą złotego (relatywnie drożej jest tylko na Węgrzech)". Za: [*Polacy płacą…*, 2010].

[43] „W latach 2008–2009 ceny prądu w Polsce wzrosły o 17,9%. (…) Średnia cena prądu w UE to 16,5 euro za 100 kWh, a w Polsce – niecałe 13 euro. Ceny w Polsce należą jednak do najwyższych w Europie, jeśli uwzględni się siłę nabywczą złotego (relatywnie drożej jest tylko na Węgrzech)". Za: [*Polacy płacą…*, 2010].

zobowiązań finansowych (w ostatnim roku odnotowano ich wzrost o 95%, liczba klientów wysokiego ryzyka (opóźnienie płatności o ponad 60 dni) sięgała w 2010 r. 1,72 mln kredytobiorców) [*Prawie dwa miliony…*, 2010]. Realny spadek wynagrodzeń stoi u źródła pogarszającej się sytuacji materialnej Polaków; wystarczy porównać dwie tabele obrazujące siłę nabywczą mieszkańców Europy na podstawie badań przeprowadzonych w 2005 i 2010 r.

Tab. 2. Siła nabywcza w euro na mieszkańca 2010 r.) uwzględniająca różnice w kosztach utrzymania w poszczególnych krajach

Wybrane państwa z rankingu	Silą nabywcza EURO na mieszkańca/rok	Indeks Siły Nabywczej 2010 100 – średnia europejska
Lichtenstein	50 761	433,9
Francja	18 839	161,0
Szwecja	14 561	124,5
W. Brytania	14 240	121,7
Hiszpania	13 115	112,1
Słowacja	6 871	58,7
Polska	4 650	39,7
Mołdawia	1 222	10,4

Źródło: GFK Polonia [*Przeciętny mieszkaniec*, 2010][44]

Dane o rzekomo niskiej inflacji są sfałszowane. Brak stabilności ekonomicznej, ograniczone możliwości uzyskania dodatkowego źródła dochodu, niezwykle niskie świadczenia socjalne warunkują nastroje społeczne i klimat utrudniający regularne uczestnictwo w kulturze. Zgodnie z piramidą Maslowa stan niezaspokojenia podstawowych potrzeb, fizjologicznych i bezpieczeństwa sprawia, iż nie aspirujemy realizacji wyższych pragnień.

Polska w badaniach społecznych. U źródeł wykluczenia kulturalnego

Inne analizy, tym razem przeprowadzone przez OECD i dotyczące kapitału społecznego, nie pozwalają na optymistyczne spojrzenie – braki materialne nie znajdują rekompensaty w postaci wyższej jakości życia społecznego, w tym w poziomie edukacji i dostępu do kultury, które składają się na indeks HDI. Wspomniane wcześniej czynniki pozbawiają przeciętnego Kowalskiego skrzydeł i odciągają go od kontaktu ze sztuką.

[44] „Dane o sile nabywczej GFK wyliczane są dla niemal wszystkich krajów europejskich. Wiemy więc, że przeciętny mieszkaniec Europy dysponuje siłą nabywczą w wysokości 11 699 euro – taką kwotę może przeznaczyć na zakup towarów i usług w ciągu roku. Przeciętny Polak z siłą nabywczą sięgającą 4650 euro (39,7 proc. średniej europejskiej) znajduje się na 29 miejscu w rankingu zamożności europejskich konsumentów" , [*Przeciętny mieszkaniec…*].
Instytut GFK rokrocznie bada potencjał nabywczy konsumentów.

Pod względem HDI do roku 2005 plasowaliśmy się poniżej większości krajów OECD [*Human Development…*; *The Human Development Index…*] i zbliżaliśmy się do krajów dawnego bloku wschodniego i Wspólnoty Niepodległych Państw, w ostatnich latach OECD umieściło nas w grupie krajów o wysokim HDI, przekraczającym średnią w regionie [*Human Development Report…, 2009]*. . Jeszcze bardziej rozwiniętą miarę poziomu dobrobytu stanowi wskaźnik zdrowia społecznego [45], którego wartości są zaskakująco rozbieżne z odnotowanym wzrostem PKB. Subiektywne odczucie jakości życia, jakie mają obywatele krajów europejskich, dowodzi rozminięcia się w jego ocenie z kryteriami o charakterze materialnym (warto wspomnieć o elementach takich jak pogorszenie się stanu środowiska naturalnego, zanikanie terenów rekreacyjnych w miastach, wydłużony czas dojazdu do pracy, czy przyczyny o charakterze socjologicznym – zanik więzi rodzinnych, poczucie braku stabilności ekonomicznej itd.).

Jakość życia, jak wiadomo, jest przez każdego z nas postrzegana w sposób odmienny, nie tylko za pośrednictwem obiektywnych miar. Indywidualne odczucie dobrobytu różni się od uśrednionych danych podawanych przez statystykę. Normy zamożności są ciągle podnoszone – zmiany społeczne sprawiają, iż rosną potrzeby konsumpcyjne. A jednak można zauważyć swego rodzaju zmęczenie ciągłymi stymulacjami ze strony świata dóbr materialnych; wyczuwalne staje się poszukiwanie duchowości i poczucia wspólnoty. Do określenia współczesnego społeczeństwa używa się pojęć takich jak postmodernistyczne, postkonsumpcyjne; kryzys w świecie wartości wydaje się być nawet silniejszy niż kryzys ekonomiczny. Kultura może stanowić istotny czynnik integracji nie tylko w wymiarze artystycznym, ale także społecznym. Temat usług kulturalnych w naturalny sposób wprowadza w szeroki kontekst ekonomiczny i społeczny, warto odwołać się do znanej prawidłowości – biedni wydają więcej na zaspokojenie podstawowych potrzeb, podczas gdy bogaci mogą wydać wolne środki na rozrywkę i kulturę. Postępująca pauperyzacja polskiego społeczeństwa utrwala tradycyjny podział na bywalców instytucji artystycznych i osoby, które dzieli odeń nieprzekraczalna granica. Przy braku zaangażowania państwa we wspieranie kultury należy przypuszczać, że wspomniane rozgraniczenie się utrwali, zwłaszcza że bariera edukacyjna uniemożliwia dostęp do kultury wyższej.

Można odnieść wrażenie, że zakup książek, płyt i biletów na spektakle jest w budżecie rodzinnym umieszczany wśród wydatków, które ze względu na ograniczenia

[45] Wskaźnik analizujący społeczną sytuację różnych grup wiekowych, uzupełniający inne wspomniane wcześniej miary, jak BIP 40 (indeks nierówności i ubóstwa), *National Account of Well Being*.

finansowe muszą być odsuwane na dalszy plan. Analiza przedstawiona w *Diagnozie społecznej 2009* [Czapiński, Panek, 2010] skłania do pesymistycznych wniosków – Polacy ograniczają najpilniejsze wydatki powodowani nie chęcią oszczędzania, ani pędem do konsumpcji w innych dziedzinach, ale zmuszeni smutną koniecznością. Refleksja nad dostępem do usług kulturalnych powinna być odniesiona do poziomu zaspokojenia innych istotnych potrzeb, które wykraczają poza to, co jest niezbędne do przetrwania (w tej kategorii należy umieścić np. wypoczynek, sport, rekreację). Wspomniany dokument podaje zaskakujące liczby, jeśli chodzi np. o tak ważny sektor, jak wydatki na zdrowie. I tak większość Polaków (71,55%) twierdzi, iż ich dostęp do rozmaitego rodzaju usług medycznych nie zmienił się, natomiast spośród tych, którzy odczuli zmianę, ponad 25,13% odbiera ją jako negatywną, zaledwie 3,32% odnotowało poprawę. Wspomniana sytuacja nie dotyczy jak wiadomo tylko emerytów, ale także osób zatrudnionych na etacie. Rośnie liczba osób, których nie stać na wyjazd na wakacje i które nie są w stanie zapewnić letniego wypoczynku nawet swoim dzieciom.

Utrzymanie odpowiedniej jakości życia pozostaje w centrum zainteresowania konsumentów, co jest tym bardziej frustrujące, gdy można odnotować wzrost różnego rodzaju stymulacji związanych z pojawieniem się innowacji technologicznych.

Dane, których dostarcza *Diagnoza społeczna*, wydają się być o wiele bardziej wiarygodne niż te, które podaje GUS. Relacje pomiędzy koniunkturą gospodarczą a wydatkami na kulturę są więcej niż oczywiste, im lepsza sytuacja finansowa rodzin, tym bardziej wzrasta pula środków przeznaczona na edukację i rozrywkę.

Duże grupy ludności doznają wykluczenia kulturalnego nie tylko ze względu na miejsce zamieszkania (ograniczona oferta w małych miejscowościach), ale z powodu bariery finansowej. Rosnące rozwarstwienie społeczne sprawia, iż grupa osób wydających swoje zarobki na kulturę, postrzeganą jako dobro luksusowe, jest coraz węższa, podczas gdy mniej zamożni zaspokajają wyłącznie najbardziej naglące potrzeby. A przecież, w myśl oficjalnych statystyk, wydatki na kulturę ciągle rosną, pojawia się w nich bowiem błąd w szacunkach podobny do tego, który wkradł się w badanie dochodów ludności. Wątpliwości budzi dobór próby i zasadność stosowania uogólnień w kwestiach, w których wypowiedzi respondentów mają charakter *stricte* deklaratywny i nieweryfikowalny. Przeciętny widz teatru, rozpatrywany w skali kraju, to twór o wiele bardziej abstrakcyjny niż przeciętny klient supermarketu. W jaki sposób można określić profil bywalca okolicznościowych wydarzeń artystycznych, skoro przeciętna polska rodzina przeznacza na wizytę w teatrach, kinach, muzeach ok. 3,7% wydatków na kulturę [*Kultura w 2008 roku*[...].

Tab. 3. Deprywacje polskich rodzin - zakupy prasy i wypoczynek dzieci i dorosłych

Procent gospodarstw domowych, w których ich członkowie byli zmuszeni ze względów finansowych zrezygnować w ciągu ostatniego roku z **:**

Grupa społeczno-ekonomiczna	zakupu prasy, (gazet, tygodników, miesięczników)	kolonii, obozu, innych wyjazdów grupowych dzieci	urlopu, wyjazdów dorosłych	wyjazdów rodzinnych (dorośli i dzieci)
Pracownicy	16,26	37,16	43,48	39,25
Rolnicy	17,03	45,95	64,50	55,03
Emeryci	21,76	50,44	52,23	48,20
Renciści	37,34	73,63	71,74	66,21
Pracujący na własny rachunek	12,83	24,78	30,53	24,68
Utrzymujący się z niezarobkowych źródeł	45,18	69,93	69,88	71,60
Bez bezrobotnych	18,66	36,77	45,05	38,52
Z bezrobotnymi	32,98	62,54	71,76	62,00
Bez niepełnosprawnych	17,51	36,56	43,42	37,75
Z niepełnosprawnymi	28,82	55,82	63,90	58,70
Typ gospodarstwa domowego				
Jednorodzinne: małżeństwa bez dzieci	18,04	37,33	40,56	33,78
małżeństwa z 1 dzieckiem	15,88	29,56	42,04	33,68
małżeństwa z 2 dzieci	13,68	32,03	44,59	36,61
małżeństwa z 3 i więcej dzieci	26,29	51,10	62,04	54,29
rodziny niepełne	29,00	56,55	64,04	57,49
Wielorodzinne	20,27	49,48	56,06	51,37
Nierodzinne: jednoosobowe	23,29	17,32	48,54	32,88
wieloosobowe	26,84	86,95	50,84	80,83
Klasa miejscowości zamieszkania				
Miasta powyżej 500 tys.	17,72	34,12		32,18
Miasta 200–500 tys.	20,53	34,84	42,37	36,55
Miasta 100–200 tys.	21,16	37,21	48,44	39,36
Miasta 20–100 tys.	20,28	38,13	48,44	38,25
Miasta poniżej 20 tys.	20,70	41,22	52,26	45,54
Wieś	21,06	46,10	57,46	48,90
Województwa				
Dolnośląskie	20,98	38,59	43,17	39,26
Kujawsko-pomorskie	22,88	38,50	47,35	43,28
Lubelskie	20,66	42,23	49,09	43,04
Lubuskie	21,82	37,55	53,21	52,22
Łódzkie	25,86	49,13	56,27	50,45
Małopolskie	19,09	37,85	48,34	40,11
Mazowieckie	16,23	36,14	42,68	37,30
Opolskie	20,08	36,53	43,68	32,24
Podkarpackie	18,84	54,50	60,14	51,73
Podlaskie	24,14	33,43	50,02	39,13
Pomorskie	21,05	35,57	49,32	44,36
Śląskie	17,36	36,18	45,26	36,45
Świętokrzyskie	33,69	58,25	66,59	60,40
Warmińsko-mazurskie	27,13	48,90	53,99	50,92
Wielkopolskie	15,94	40,45	44,64	36,03
Zachodniopomorskie	21,37	41,20	51,52	47,09
Ogółem	20,30	40,52	48,25	41,93

Źródło: [Czapiński, Panek, 2009, tabl. . J.1.4.2]

Duże grupy ludności doznają wykluczenia kulturalnego nie tylko ze względu na miejsce zamieszkania (ograniczona oferta w małych miejscowościach), ale z powodu bariery finansowej. Rosnące rozwarstwienie społeczne sprawia, iż grupa osób wydających swoje zarobki na kulturę, postrzeganą jako dobro luksusowe, jest coraz węższa, podczas gdy mniej zamożni zaspokajają wyłącznie najbardziej naglące potrzeby. A przecież, w myśl oficjalnych statystyk, wydatki na kulturę ciągle rosną, pojawia się w nich bowiem błąd w szacunkach podobny do tego, który wkradł się w badanie dochodów ludności. Wątpliwości budzi dobór próby i zasadność stosowania uogólnień w kwestiach, w których wypowiedzi respondentów mają charakter *stricte* deklaratywny i nieweryfikowalny. Przeciętny widz teatru, rozpatrywany w skali kraju, to twór o wiele bardziej abstrakcyjny niż przeciętny klient supermarketu. W jaki sposób można określić profil bywalca okolicznościowych wydarzeń artystycznych, skoro przeciętna polska rodzina przeznacza na wizytę w teatrach, kinach, muzeach ok. 3,7% wydatków na kulturę [*Kultura w 2008 roku*...].

Symptomatyczne jest procentowe rozłożenie tych ostatnich, oddające preferencje naszego społeczeństwa. 10,7% to koszty abonamentu radiowo-telewizyjnego, kolejne 24,4% to abonament telewizji kablowych i wreszcie 13,3% jest przeznaczane na zakup odbiorników telewizyjnych [*Kultura w 2008 roku*...]. W sumie 48,4% obejmuje telewizję, której profil sprawia, iż bliższa jest informacji i rozrywce niż kulturze. Gust naszych rodaków przekłada się na formę uczestnictwa – przeciętny Polak spędza przed szklanym ekranem około trzy godziny dziennie.

Podobnie kształtuje się inny ważny wydatek związany z kulturą – zakup książek. Już samo porównanie pomiędzy badaniami Biblioteki Narodowej a wynikami, które uzyskała *Biblioteka analiz* Łukasza Gołębiowskiego daje do myślenia, tak wielka rozbieżność dowodzi nierzetelności. W myśl przytoczonych cyfr sprzedaż książek zdaje się rosnąć, trudno to pogodzić z diagnozowanym spadkiem czytelnictwa, chyba że zgodzić się z hipotezą, iż wąska grupa tradycyjnych miłośników książek czyta coraz więcej, podczas gdy zainteresowanie nią w innych grupach słabnie. Deklarowane wydatki wynikają w ograniczonym stopniu z potrzeb związanych z kulturą wysoką. W 2008 r. tylko 38% Polaków przeczytało przynajmniej jedną książkę drukowaną[46]. A jednak potoczne doświadczenie przeczy tym twierdzeniom – dodatki do gazet i czasopism wzmogły potrzebę kolekcjonowania klasyki i łatwo dostępnych serii wydawniczych. Paradoksalnie, choć wydawałoby się, że nowe formy uczestnictwa w kulturze, w tym Internet, stanowią zagrożenie dla książki, najwięcej jej zakupów dokonuje się

[46] Badania Biblioteki Narodowej i OBOP, za: [*Polacy nie czytają…*, 2009].

przez Internet. Badania BN wykazują jasno, ze preferencje czytelników koncentrowały się wokół łatwej literatury: obyczajowo-romansowej i sensacyjno-kryminalnej , reportaży , fantastyki oraz książki *religijnej*. Sporą część budżetu rodzin pochłaniają książki encyklopedyczno-poradnikowe (14%), a także lektury szkolne i podręczniki. Jeśli uwzględnić książki dla dzieci i młodzieży, okaże się, że na literaturę piękną przypada najmniej wydanych kwot [*Polacy nie czytają książek* ..., 2010].

A jednak brak możliwości zakupu książek może być rekompensowany przez pożyczanie ich z bibliotek, zwłaszcza że wielu badanych deklarowało, iż chętnie kupiłoby książkę, gdyby była dostępna finansowo. Tym bardziej niepokoi fakt likwidacji osiedlowych placówek bibliotecznych i ich wieczne niedofinansowanie, które sprawia, że wiele nowości nie pojawia się w obiegu czytelniczym, a firmy wysyłkowe, które opanowały rynek na prowincji, oferują ograniczony dostęp do bardziej ambitnej literatury.

Analogiczne zjawisko można zaobserwować, gdy przeanalizować lekturę czasopism i gazet. Według Spółki Polskich Badań Czytelnictwa wśród dzienników największym zaufaniem respondentów cieszy się „Gazeta Wyborcza", ale zaraz za nią „Fakt", „Metro" i "Super Express"; „Rzeczpospolita" znalazła się na piątym miejscu. Podobnie ma się rzecz z tygodnikami – pierwszego miejsca, jeśli chodzi o popularność, nie zajmują wiarygodne opiniotwórcze tygodniki społeczno-polityczne, ale gazety z programami telewizyjnymi i poradniki dla pań – „Tele tydzień", „Życie na gorąco", „Tina"; poważniejszy „Newsweek" i „Agora" znalazły się dopiero na czwartej i piątej pozycji.

Przeciętny Polak preferuje podaną przystępnie sensacyjną treść, którą oferują tabloidy; niebagatelnym czynnikiem wpływającym na ich popularność jest to, że są drukowane dużymi literami. W świetle tych danych nie dziwi brak zainteresowania lekturą u dzieci, skoro dorośli preferują banalny przekaz, a ich możliwości zrozumienia i interpretacji tekstu są ograniczone. Nikła jest szansa, aby pokolenie obecnych dzieci czytało chętniej; śledzi ono zachowanie dorosłych, a ponadto Internet i inne nowe formy uczestnictwa w kulturze spychają książkę na dalszy plan.

Zasadniczy problem tkwi jednak gdzie indziej: przeciętny Polak nie czerpie przyjemności z czytania. Szkoła nie uczy rozumienia tekstu, nie pogłębia zdolności do przetwarzania informacji, nie rozwija umiejętności pracy w grupie – uczniowie zdają sobie sprawę z tego, że najbardziej skuteczne i najprostsze jest nauczenie się wiadomości na pamięć. Niskie kompetencje kulturowe ograniczają nie tylko nasze możliwości, jeśli chodzi o literaturę i sztukę – ma to bardzo poważne konsekwencje w życiu codziennym i życiu społecznym – np. z założenia nie czytamy umowy, gdy np. podpisujemy kredyt, zobowiązujemy się do płacenia

abonamentu, nie potrafimy zrozumieć instrukcji obsługi itd., co prowadzi do analfabetyzmu funkcjonalnego.

Tab. 4. Najpopularniejsze tytuły prasowe w Polsce

Dzienniki ogólnopolskie	**Procent respondentów**
Gazeta Wyborcza	14,00%
Fakt	13,92%
Metro (dziennik bezpłatny)	6,47%
Super Express	6,36%
Rzeczpospolita	4,18%
Przegląd Sportowy	3,86%
Dziennik Gazeta Prawna	3,08%
Echo Miasta (dziennik bezpłatny)	2,39%
Gazeta Podatkowa	0,68%
Puls Biznesu	0,33%
Tygodniki	
Tele Tydzień	34,15%
Życie na Gorąco	18,73%
Chwila dla Ciebie	14,76%
Angora	11,47%
Newsweek	9,10%
Gala	8,24%
Auto Świat	7,79%
Polityka	7,23%

Źródło: [Najpopularniejsze tytuły…, 2010]

Warto w tym miejscu posłużyć się słowami S. Lema „Nikt nic nie czyta, a jeśli czyta, to nic nie rozumie, a jeśli nawet rozumie, to nic nie pamięta" [Chełmiak, Radwan, 2003]. Ta tendencja staje się problemem społecznym. Uczestnictwo w kulturze mogłoby pomóc przywrócić wtórnym analfabetom zagubione umiejętności, a całej zbiorowości ułatwić zbudowanie pozytywnych wartości nie tylko poprzez rozwinięcie wrażliwości, ale także zdolności do wyrażania myśli, komunikacji i lepszego poruszania się we współczesnym świecie. Brak umiejętności czytania ze zrozumieniem stwarza niebezpieczeństwo niepełnego funkcjonowania we współczesnym społeczeństwie.. Porównanie Polaków do innych narodów jest dla nas po tym względem więcej niż niekorzystne.

Niestety, zarówno w szkole podstawowej, jak i w gimnazjum nauka przedmiotów artystycznych nie opiera się na autentycznym kontakcie ze sztuką, a przekaz treści ogranicza się do minimum programowego. Trudno mówić o wprowadzeniu do praktyk artystycznych, gdy nauczyciel ma pod opieką liczną klasę; nauka gry na instrumencie i rysunku (najczęściej wybierane przez nauczycieli) nie mogą odbywać się w dużych grupach. W liceum, gdy uczeń jest wydawałoby się najlepiej intelektualnie przygotowany do odbioru sztuki i może kierować

się w artystycznych wyborach własnym gustem, brak w programie lekcji muzyki czy plastyki. Dochodzimy do paradoksalnej sytuacji, w której dostęp do kultury jest z pozoru bardzo szeroki, ale brak edukacji artystycznej stanowi skuteczną barierę stawianą przed sztuką wysoką. Ostatnich dwadzieścia lat przyniosło zaprzeczenie pluralizmu i demokratyzacji w dostępie do sztuki. Dodatkowe zajęcia artystyczne stały się luksusem dla dzieci z rodzin zamożnych, w których zainteresowanie sztuką zostało ponadto wpojone przez wychowanie. Pozbawienie kontaktu ze sztuką i rozrywką w dobrym wydaniu owocuje bowiem całkowitą obojętnością na sprawy artystyczne w wieku dorosłym.

Kultura jako element stylu życia i czynnik kształtujący zrównoważony rozwój w regionie

Pozytywnej roli opiniotwórczej nie tworzą w tej dziedzinie media publiczne, gdyż nie skupiają się one na realizacji zadań misyjnych, konkurując z kanałami prywatnymi o oglądalność. Bez kształtowania gustu nie wyrośnie nowe pokolenie odbiorców kultury; *habitus*, którego znaczenie podkreślał w swoich pracach P. Bourdieu, ma silne społeczne uwarunkowanie i wiąże się ze stylem życia wyższych klas. Ten ostatni trudno byłoby zmierzyć wskaźnikami, gdyż opiera się na szeroko rozumianych przyzwyczajeniach społecznych, wyrażających się poprzez normy i zachowania. Należy zadać sobie pytanie, czy trwały kontakt z kulturą jest postrzegany jako nieodłączny składnik subiektywnie rozumianego dobrobytu i komfortu.

Zależność pomiędzy poziomem dochodów, wykształceniem a uczestnictwem w kulturze nie budzi wątpliwości, jednak udział w wydarzeniach artystycznych nie stanowi w warunkach polskich wzorca do naśladowania nawet wśród tych, którzy aspirują do miana elity. Jak celnie zauważył reżyser M. Zadara podczas Kongresu Kultury Polskiej w Krakowie we wrześniu 2009 r., „naszego premiera i jego ministrów możemy zobaczyć przynajmniej raz w tygodniu na boisku, ale nigdy w teatrze". W Polsce ci, którzy posiadają spore środki finansowe, na ogół stronią od sztuki – wyższy status materialny wyraża się przez zakup nieruchomości, luksusowych samochodów, biżuterii, a nie przez otaczanie się produktami kultury, jeszcze mniej przez wsparcie udzielane artystom i instytucjom za pośrednictwem mecenatu. Nasze tzw. elity tkwią w micie konsumpcji sprzed czterdziestu lat, biernie powielając przeżyte i zdezaktualizowane już wzorce.

Wspomniana grupa społeczna, nawet gdyby wyrażała taką chęć, nie może więc zrównoważyć niskiego udziału państwa w finansowaniu kultury. Dawna klasa średnia i

środowisko artystyczne doznały w ostatnich latach pauperyzacji, a to spośród nich rekrutował się wierny krąg twórców i odbiorców kultury. Młode pokolenie ma świadomość tego, że znajomość kodu kulturowego nie zapewnia sukcesu i nie stanowi wzorca, nie wyznacza stylu życia, nie składa się na prestiż społeczny; dochodzimy do zapaści cywilizacyjnej.

Dla władz kultura stanowi najczęściej element sfery socjalnej, która oczekuje nieuzasadnionego wsparcia, podczas gdy powinna zostać skomercjalizowana, by przywołać w tym kontekście [*Raport o finansowaniu i zarządzaniu instytucjami kultury*, 2009] pod redakcją Jerzego Hausnera; dla samorządów pozycję w budżecie, która ogranicza inne ważne i niezbędne wydatki. Uznaniowość podziału finansów samorządów, brak środków adekwatnych do zadań, obecność innych pilnych potrzeb, które należy spełnić w interesie mieszkańców, sprawiają, iż wspomniany sektor jest plasowany na jednym z ostatnich miejsc, jeśli chodzi o priorytety. A przecież kultura i dostęp do niej stanowią ważny element jakości życia w regionie, atut przy wyborze miejsca zamieszkania. Nie tylko czynniki gospodarcze, ale także społeczne i środowiskowe składają się na poziom życia. Nawet dla osób, które nie korzystają często z oferty w tej dziedzinie, sama świadomość, iż tego rodzaju możliwość istnieje i że jest ona dostępna składa się na wartość dodaną miejsca, w którym przebywają. Renoma aktywnego twórczego ośrodka przyciąga nie tylko mieszkańców, ale także inwestorów, pociągając za sobą wzrost cen nieruchomości – wystarczy spojrzeć na karierę dzielnic artystycznych, by zdać sobie sprawę z rozmiaru tego fenomenu.

W naszym kraju postulaty kulturalne nie są elementem dyskursu politycznego, nie pojawiają się nawet w deklaracjach wyborczych. Świadome władze samorządowe są jednak przekonane o potrzebie prowadzenia polityki kulturalnej i nie bez powodu wpisują ją w strategię rozwoju gminy czy regionu, podejmując działania, które możemy zaklasyfikować jako marketing terytorialny. Szczególnie aktywne na polu działalności artystycznej są wielkie metropolie, które dysponują odpowiednimi środkami, a w dodatku mają lepiej wykształconą i bardziej otwartą publiczność, co stanowi niewątpliwy atut. Niestety, wspomniana perspektywa prowadzi raczej do festywizacji życia kulturalnego niż do tworzenia trwałego zaplecza dla działań i fidelizacji miejscowej publiczności. Jednorazowe eventy, w które zainwestowane są spore kwoty, przynoszą bowiem bardziej wymierny efekt, jeśli chodzi o reklamę i poprawę wizerunku miasta czy regionu.

Aby zapewnić pełny rozwój społeczny i kulturalny, trzeba nie tylko wybudować nowe instytucje (co, zaciskając pasa, można jeszcze zrobić), ale zaplanować ich działalność, stworzyć strategię, co wiąże się z koniecznością zaangażowania wykształconych fachowców, którzy opracowaliby zarówno badania publiczności jak i przygotowali

propozycje programowe, zajęli się animacją (kluczową kwestią jest tutaj utrzymanie kontaktu z publicznością). W dalszym ciągu powinny zostać ustalone procedury kodyfikujące zasady systematycznego tworzenia infrastruktury kulturalnej, mające charakter konkretnych zaleceń (w zależności od wielkości miejscowości i jej charakteru). Jednocześnie muszą zostać opracowane zasady udzielania wsparcia lokalnemu środowisku artystycznemu. Ministerstwo Kultury ma odgrywać funkcję doradczą, jednak konkretne rozwiązania powinny być przygotowane przez naprawdę niezależnych ekspertów, o co w Polsce jest niezwykle trudno, wszelkie gremia są bowiem zwoływane spośród osób należących do tej samej grupy interesu co uniemożliwia ich bezstronność.

Dobrze nakierowane działania stojące na pograniczu sfery artystycznej i społecznej mogą przynieść pogłębienie poczucia więzi ze wspólnotą. Istotny jest ich wymiar społeczny, a nie wyłącznie artystyczny, adresatem działań jest bowiem lokalna społeczność. Od jakości życia publicznego zależy, czy podjęte zostaną tego rodzaju inicjatywy; kultura sprzyja integracji, pozwala rozwinąć kapitał społeczny, podnosi komfort życia w regionie, czyni go atrakcyjnym dla inwestorów, mieszkańców i odwiedzających. Dyskretne, ale autentyczne wsparcie władz lokalnych dla organizacji non-profit, wykluczające klientelizm może przynieść twórcze otwarcie na nowe inicjatywy, nietypowe metody animacji i mediacji.
W kontekście słabego wykształcenia społeczeństwa i jego ubóstwa ograniczającego dostęp do kultury samorządy powinny zaproponować imprezy, które będą kształcić publiczność i przygotowywać do odbioru sztuki, nie dając preferencji żadnej z opcji, umożliwiając pluralizm działań i programowanie w wyniku segmentacji. Pojawiła się trudność w kwalifikacji nowych praktyk spędzania wolnego czasu. Czy niektóre z nich, bliższe rozrywce powinny być traktowane jako forma uczestnictwa w kulturze? Poszerzyła się paleta dyscyplin uznanych za sztukę, obejmując np. komiks, graffiti, graffiti, performance, hop-hop, break-dance, cyrk. Należy sobie zadać pytanie, czy w związku z tym poszerzyła się też grupa odbiorców i jaki jest typ więzi pomiędzy nowymi sztukami a ich publicznością.

Jak wiadomo, poczucie subiektywnie odbieranego komfortu rośnie wraz z dostępem do usług kultury, zwłaszcza gdy są one świadczone nieodpłatnie lub za niską cenę. Wbrew powszechnym opiniom, pomimo tego, że bilety są w znacznej mierze dofinansowane przez państwo lub samorządy, nie są one wcale tak tanie, jak mogłoby się wydawać. Zmniejszenie udziału państwa w finansowaniu kultury pociągnęło za sobą wzrost kosztów imprez, w dodatku znane gwiazdy mają swobodę narzucenia wynagrodzenia, a brak odpowiedniej infrastruktury ogranicza liczbę widzów, co ma oczywiste konsekwencje finansowe. Jak w wypadku innych dóbr, ceny biletów powinny być odnoszone do zarobków 40–85 euro za

koncert Marcusa Millera, muzyka jazzowego o światowej sławie w paryskiej Olimpii [toutelaculture.com, 2010] to odpowiednik wyjścia do przeciętnej restauracji, wydatek niewielki przy wysokiej cenie nabywczej pieniądza. Nominalnie to samo 40 euro za przeciętne przedstawienie w krakowskiej Operze to już o wiele wyższa suma, dla wielu niedostępna, zwłaszcza gdy wziąć pod uwagę możliwość rodzinnego wyjścia. Warto w tym miejscu podać wręcz niemoralną kwotę – ponad 800 zł za koncert Céline Dion na krakowskich Błoniach, co brzmi już jak surrealistyczny żart, to prawie najniższa krajowa pensja netto.

Wiele atrakcji kulturalnych jest tanich tylko z pozoru – bilet na wystawę czasową do muzeum może kosztować w Polsce 15 zł, a wiec ok. 3 euro, zwiedzanie jej trwa jednak najczęściej pół godziny, podczas gdy w krajach starej Europy za 12 euro można przez trzy godziny zwiedzać wystawę, której zapewniono dobrą oprawę, a wspomniana kwota w odniesieniu do zarobków jest porównywalna, podczas gdy w kraju, proporcjonalnie otrzymujemy mniej. Można byłoby przypuszczać, że polska publiczność nie chciałaby tłumnie przybywać na tzw. wielkie wystawy i nie warto ich organizować. A jednak doświadczenie przeczy tej opinii – na wystawę malarstwa impresjonistów w Warszawie czy Poznaniu przychodziły tłumy. Podobne kolejki można było zaobserwować na ciekawych wystawach polskiego malarstwa np. „Polaków portret własny" czy „Koniec wieku". Popularność „Nocy teatrów" lub „Nocy muzeów" mówi sama za siebie. Szkoda, że tego rodzaju wydarzenia popularyzujące sztukę są organizowane tylko raz do roku.

Aby przyciągnąć publiczność, trzeba spełnić odpowiednie warunki – prezentowane obiekty muszą być atrakcyjne, należy też zapewnić odpowiedni oddźwięk w mediach; jeśli tak się nie stanie, na podstawie statystyk frekwencji w muzeach będzie można wysnuć błędne wnioski na temat rzekomego braku zainteresowania publiczności sztuką. W jaki sposób interpretować statystyki na temat frekwencji w muzeach w małych miastach, jeśli nie są tam prezentowane wystawy czasowe, a stała kolekcja składa się z więcej niż ograniczonego wyboru eksponatów? Niska jakość wydarzeń artystycznych, monotonny program instytucji kultury, brak świeżych propozycji, ograniczanych odgórnie, to także cena, którą płaci podatnik, mający świadomość tego, że pieniądze przeznaczane na kulturę nie idą na rozwój i nowe wydarzenia, a na pokrycie kosztów stałych teatrów, muzeów i filharmonii. Nawet bezpłatna impreza masowa generuje bowiem koszty społeczne.

Istotna kwestią, nie analizowaną w żadnych opracowaniach na temat uczestnictwa w kulturze, jest sprawa jakości wydarzeń artystycznych, ich właściwej organizacji. Łatwo jest wysunąć argumentację, że trudna w odbiorze sztuka nie schlebia przeciętnemu gustowi, co

pozwala unikać wszelkich pytań co do jej poziomu; jednak grupa odbiorców kultury elitarnej jest w stanie zdystansować się do spektaklu, wystawy czy koncertu niespełniających podstawowych wymagań. Trzeba pamiętać też o konsekwencjach, rozczarowanie tego rodzaju publiczności jest nie do odrobienia, a przecież jak wiadomo, 90% oferty kulturalnej jest konsumowane przez 10% populacji. W przypadku imprez organizowanych przez miasto czy gminę nie dba się o punktualność, odpowiednią promocję, zapewnienie właściwych warunków odbioru, traktując te elementy jako drugorzędne wobec „objawienia", jakim jest sam spektakl lub koncert. Wynika to w równej mierze z braku profesjonalizmu, co z niepoważnego podejścia do widza, szczególnie wtedy, gdy wydarzenie ma charakter masowy i jest bezpłatne. W kategoriach handlowych strata klienta jest dwukrotnie bardziej kosztowna niż zdobycie nowego potencjalnego odbiorcy. Ta logika nie towarzyszy jednak osobom odpowiedzialnym za organizację imprez, nie są one bowiem rozliczane ani z opłacalności, ani ze społecznych efektów działań. Brak refleksji na temat innowacyjnych form przyciągania nowej publiczności jest w takim samym stopniu naganny jak lekceważenie dawnych bywalców. Instytucje kultury same skazują się na banicję, nie biorą bowiem pod uwagę nie tylko oferty konkurencyjnych organizacji artystycznych, ale innych form spędzania czasu wolnego. Wobec pogłębiającej się pauperyzacji polskiego społeczeństwa i obniżającego się poziomu edukacji władze lokalne powinny ułatwić dostęp do kultury i inicjować działania sprzyjające budowaniu publiczności i ekspresji artystycznej, w tym amatorskie formy sztuki. Prawdziwa demokracja prowadzi do zrównoważonego rozwoju; konieczne jest planowanie strategiczne, a nie tak jak obecnie festiwalowe fajerwerki i pustynia kulturalna, jeśli chodzi o ofertę artystyczno-edukacyjną. Dla dobrego funkcjonowania wspólnoty konieczny jest nie tylko rozwój w wymiarze gospodarczym, ale także środowiskowym i społecznym. Bez spełnienia tych warunków nie jest możliwe stworzenie społeczeństwa obywatelskiego. Mieszkańcy, podmioty gospodarcze i władze lokalne powinni współpracować, aby stworzyć lepszą jakość życia w regionie, kultura stanowi jeden z najważniejszych czynników sprzyjających ich integracji, a jej rozwój jest efektem wyższej świadomości społecznej wszystkich zaangażowanych partnerów, niezbędnym warunkiem zrównoważonego rozwoju.

Bibliografia

Chełmiak W., Radwan Ł., (2003), Czytam więc jestem, „Wprost" nr 16 (1064).
Czapiński J., Panek T. (red.), (2010), Diagnoza Społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków, Vizja Press, Warszawa.
Radkowski S. Kultura w 2008 roku. Wydatki na kulturę, (2009), Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych, Warszawa, Materiał na Konferencję prasową w dniu 28 sierpnia 2009 roku, ulotka

Bibliografia elektroniczna

1. *CIA World factbook*, www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/, dane z 2009 roku, odczyt 10 sierpnia 2010,
2. Czapiński J., Panek T. (red.), (2009), *Diagnoza społeczna 2009*, raportywww.diagnoza.com, http://www.diagnoza.com/pliki/kwestionariusze_instrukcje/kwestionariusze_2009.pdf., odczyt 10 czerwca 2010
3. *Czy Polacy muszą rzeczywiście pracować na kilku etatach?*
4. *Czytelnictwo spada a sprzedaż rośnie, http:/książki.wp.pl/tytul,_Czytelnictwo-spada-a-sprzedaz-rosnie.wid.13574,wiadomość,html?caid=1c5848&ticrsn=5, dostęp: 15 sierpnia 2010*
5. Czytelnictwo *w Polsce a wtórny analfabetyzm*, http://salq.blox.pl/2007/02/Czytelnictwo-w-Polsce-a-wtorny-analfabetyzm.html, dostęp: 10 sierpnia 2010
6. *Dlaczego "polska praca" jest chora? http:/www.solidarnos-por.pl/index/htp*, odczyt z 10 sierpnia 2010
7. *GDP – per capita (PPP) 2009 Country ranking*, (2009), CIA World Factbook 2009, http://www.photius.com/rankings/economy/gdp_per_capita_2009_0.html, dostęp: 10 października 2010.Harribey J. *Qu`est-ce que la richesse? Quel developpement ?*, 2007, http:/harribey.u-bordeaux4.fr, dostęp : 2 sierpnia 2010
8. *Huma*n *Development Report 2005: hdr.undp.org/**reports**/global/**2005**/*, dostęp 30 czerwca 2010
9. Human Development Report, Overcoming barriers, Human mobility and Development, http:/hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2009/, dostęp: 30 czerwca 2010
10. *Koszty utrzymania domu w Polsce najwyższe w Europie*, (2010), e-Gosodarka.pl z 26 sierpnia, http://www.egospodarka.pl/56336,Koszty-utrzymania-domu-w-Polsce-najwyzsze-w-Europie,1,39,1.html, dostęp:. 27 sierpnia 2010
11. Kubik A., (2010), *Gaz dla Polaków niemal najdroższy w całej Unii Europejskiej*, wyborcza.biz z 8 czerwca, http://wyborcza.biz/biznes/1,101562,7990384,Gaz_dla_Polakow_niemal_najdrozszy_w_calej_UE.html, dostęp: 6.08.2010
12. Mikos A., (2005), *Przeciętne wynagrodzenie*, motofakty.pl z 14 marca, http://www.motofakty.pl/artykul/przecietne_wynagrodzenie.html, dostęp:. 10 czerwca 2010
13. *Najpopularniejsze tytuły prasowe w Polsce*, (2010), wirtualnemedia.pl z 16 grudnia 2010, http://www.wirtualnemedia.pl/artykul/najpopularniejsze-tytuly-prasowe-w-polsce_1, dostęp: 20 grudnia 2010
14. *Polacy nie czytają książek*, (2009), RMF24 z 18 marca, http://www.rmf24.pl/kultura/news-polacy-nie-czytaja-ksiazek,nId,150157, dostęp: 20 czerwca 2010
15. Polacy nie czytają książek, www.wiadomosci24.pl/artykul/polacy_nie_czytaja_ksiazek_92097.html
16. *Polacy płacą najwięcej w Europie za gaz i prąd*, (2010), forsal.pl z 28 maja, http://forsal.pl/artykuly/424854,polacy_placa_najwiecej_w_europie_za_gaz_i_prad.html, dostęp: 10.10.2010.
17. *Prawie dwa miliony Polaków ma problem ze spłatą zobowiązań finansowych*, (2010), Gazeta Prawna.pl z 4 marca, http://biznes.gazetaprawna.pl/artykuly/403450,prawie_2_mln_polakow_ma_problemy_ze_splata_zobowiazan_finansowych.html, dostęp: 20.09.2010.
18. *Przeciętny mieszkaniec Polski dysponuje w tym roku potencjałem nabywczym w wysokości 20 583 PLN*, http://www.gfk.pl/public_relations/pressreleases/press_articles/005142/index.pl.html, dostęp: 12.01.2010.
19. *Raport o finansowaniu i zarządzaniu instytucjami kultury*, Jerzy Hausner (red.) , www.kongerskulturypl.title.raport_o_finasowaniu_i_zarzadzaniu_instytucjami_kultury_pid.217.html dostęp: 12 sierpnia 2010
20. *Rapport de la commission sur la mesure des performances economiques et du progres social*, www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/fr/index.htm, odczyt z 12-go września 2010
21. Sielicka B., *Szara strefa w Polsce to 29,1% PKB*, Bankier.pl, www.bankier.pl/wiadomosc/szara-strefa-w-Polsce, dostęp: 1.09.2009.
22. *Siła nabywcza w Europie*, (2005), e-Gosodarka.pl z 7 czerwca, http://www.egospodarka.pl/9207,Sila-nabywcza-w-Europie,1,39,1.html, dostęp: 10.10.2010.
23. www.toutelaculture.com/2050/05/marcus-miller-a-lolympia-le28juin/
24. Winnicki K., *Pracują na etacie, a i tak nie mają z czego żyć*, www.wp.pl, dostęp: 2.06.2010.
25. *World Economic Outlook Database*, 2009 opracowane przez MFW, cytowane za http://polskaliberalna.net/autos/761.html odczyt z 10-go sierpnia 2010
26. *1,2 mln Polaków ma drugi etat*, http:/praca.wp.pl/tile_1,2-mln-Polakow-ma-drugi-etat,wid12869203,wiadomość.htm odczyt z 11-go listopada 2011

Streszczenie: Refleksja nad uczestnictwem w kulturze nieuchronnie prowadzi do badania przyczyn zmniejszenia zainteresowania kulturą wysoką. Czy konkurencja w postaci nowych praktyk artystycznych, dominacja masowych wzorców będąca efektem globalizacji mogą wyjaśnić zjawisko odejścia od tradycyjnych modeli spędzania wolnego czasu? Czy nacisk położony na konsumpcję, związany z ewolucją społeczną, nie odwodzi od kultury? Badania nad poziomem życia, w tym nad edukacją, stanowią klucz do analizy zapaści cywilizacyjnej. Wbrew przekłamanym statystykom, naginanym do politycznych celów, dochody Polaków maleją, chociaż nominalnie rosną. Wydatki na kulturę powinny być analizowane w odniesieniu do innych obciążeń budżetów rodzinnych podlegających daleko idącym ograniczeniom (wypoczynek, sport, rozrywka, a nawet zdrowie).
Słowa kluczowe: uczestnictwo w kulturze, wskaźniki rozwoju ekonomicznego, dobrobyt, rozwój społeczny
Impact of new consumption habits or lack of cultural competencies? Cultural participation indicators
Summary: The reflection on cultural participation should take into account the reason of diminution of interest on high art. The concurrence of new artistic practices, the domination of mass culture, the effect of globalization, the stress put on the consumption only partly explain the distance to the traditional model of spending leisure time. The analysis of the official financial statistics have to be completed by social indicators of well being. Cultural expenses have to be analyzed in the context of diminution of family expenses on sport, distractions and even health.
Key words: cultural participation, economic indicators, indicators of social well being, social development

Rewitalizacja Krakowa w aspekcie partycypacji społecznej i zarządzania

Katarzyna Świerczewska-Pietras*

Geneza procesu rewitalizacji Krakowa

Okres przemian lat 90. XX w. zapoczątkował wiele zmian politycznych, gospodarczych, społecznych oraz przestrzennych, doprowadzając do przeobrażeń lokalnych gospodarek, w tym gospodarki Krakowa. Podstawowym problemem aglomeracji miejsko-przemysłowej [Leszczycki, 1977] stały się przeobrażenia związane z restrukturyzacją lub likwidacją wielu zakładów przemysłowych[47], przyczyniając się do redukcji zatrudnienia oraz degradacji infrastruktury technicznej i budynków. Z uwagi na powszechną recesję obszary Krakowa o większym nasileniu działań przemysłowych ulegały stopniowemu zniszczeniu, a ich znaczenie w strukturze miasta uległo znacznemu osłabieniu. Jednocześnie powstawały nowe podmioty gospodarcze, nastawione na rozwój sektora małych i średnich przedsiębiorstw, którym należało stworzyć alternatywę dla działań w obszarach kryzysowych miasta. Ówczesna misja miasta, zapisana w Miejscowym Planie Ogólnym Zagospodarowania Przestrzennego Miasta Krakowa z 1994 r., miała polegać na „poprawie jakości życia mieszkańców oraz przywróceniu Krakowowi jego rangi jako liczącego się w skali światowej ośrodka kultury, sztuki i nauki, a także nowocześnie pojętego centrum turystyki i życia gospodarczego". Za główną potrzebę ożywienia obszarów zdegradowanych uznano aktywność gospodarczą oraz zmiany w sferze infrastrukturalnej, która miała wpływać na aktywizację przestrzeni miejskiej i jej konkurencyjność. Kraków do rozpoczęcia działań rewitalizacyjnych potrzebował wówczas silnych bodźców w celu dokonania zmian na obszarach kryzysowych miasta, które wpisywałyby się w możliwość tworzenia na ich terenach instrumentów urbanistyki operacyjnej[48] [Ptaszycka-Jackowska, 2000; Ziobrowski,

* Katarzyna Świerczewska-Pietras, Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie Autorka artykułu w latach 2005–2009 była koordynatorem Urzędu Miasta Krakowa (UMK) w procesie przygotowania programów rewitalizacji dla najbardziej zdegradowanych obszarów miasta, w tym w latach 2007–2009 pełniła funkcję kierownika Referatu ds. Rewitalizacji.

47 Poza obszar Krakowa przeniesione zostały Zakłady Mięsne, Zakłady Gumowe „Stomil". Likwidacji uległy Krakowskie Zakłady Sodowe „Solvay" oraz Huta Aluminium w Skawinie. Huta im. T. Sendzimira S.A. (obecnie Arcelor Mittal S.A. Odział w Krakowie) ulegała modernizacji.

48 Dziedzina gospodarki przestrzennej służąca koordynacji skomplikowanych i wielokierunkowych działań, szczególnie w obszarach koncentracji przedsięwzięć publicznych i prywatno-publicznych, dla maksymalizacji efektów przestrzennych, ekonomicznych i społecznych [Ziobrowski, 2006].

2006], kształtującej podstawy dla działań rewitalizacyjnych. Jednak z uwagi na brak uregulowań prawnych w postaci ustawy rewitalizacyjnej, jak również innych instrumentów prawno-finansowych doświadczenia Krakowa w zakresie rewitalizacji do momentu ogłoszenia Narodowego Planu Rozwoju (NPR) oraz Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego na lata 2004–2006 (ZPORR 2004–2006) były związane głównie z tworzeniem propozycji rozwiązań dla obszarów zdegradowanych, które nigdy nie zostały zrealizowane. W związku z powyższym proces rewitalizacji Krakowa można podzielić na dwa etapy.

Etap pierwszy – spontanicznej rewitalizacji (1993-2003), w której plany pobudzenia aktywności ekonomicznej, społecznej i infrastrukturalnej tworzone były na podstawie zachodnich doświadczeń rewitalizacyjnych miast i przy ich współudziale jako zewnętrznych ekspertów. Do głównych projektów rewitalizacyjnych tworzonych w tym okresie można zaliczyć:

1. „Kazimierz-Plan Działań" – opracowany w ramach programu Unii Europejskiej ECOS przy współpracy z Edynburgiem i Berlinem. Plan był pierwszą systemową próbą podejścia do problematyki rewitalizacji krakowskiego Kazimierza. W metodzie sporządzania Planu Działań akcent położono na analizę procesu podejmowania decyzji planistycznych. Założono, że będzie to nieobligatoryjny dokument planistyczny, kojarzący decyzje strategiczne z operacyjnymi oraz przekładający te decyzje na instrumenty ich realizacji. Plan Działań miał identyfikować uczestników procesu rewitalizacji, stwarzać dla niego ramy informacyjne oraz instytucjonalne, a także mobilizować poparcie społeczne dla jego decyzji. Sporządzenie Planu Działań miało na celu przyspieszenie procesu zmian i ochrony dziedzictwa na zdegradowanym obszarze, poprzez remonty infrastruktury, poprawę bezpieczeństwa, uregulowanie stanów prawnych czy integrację mieszkańców. Dokument Kazimierz – Plan Działań nigdy nie został wdrożony jako program rewitalizacyjny. W 2008 r. obszar Kazimierza został włączony do Lokalnego Programu Rewitalizacji Starego Miasta (LPR Starego Miasta).

2. Program rewitalizacji poprzemysłowego obszaru Branic – rewitalizacja poprzemysłowego obszaru Branic miała stanowić pilotażowy program rewitalizacji Krakowa. Granice obszaru zostały określone zgodnie z granicami miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego obejmującego obszar ok. 372 ha, położony na terenie dzielnicy XVIII, we wschodniej części Krakowa, w odległości ok. 6,15 km od centrum Nowej Huty i ok. 13,5 km od centrum Krakowa. Jednocześnie odnowa obszaru miała być przykładem dla dalszych działań rewitalizacyjnych obszaru całej Nowej Huty, obejmującego dzielnice od XIV do

XVIII. Jednak z uwagi na podjętą przez Radę Miasta Krakowa (RMK) uchwałę nr XCII/926/05 w sprawie przystąpienia do opracowania Miejskiego Programu Rewitalizacji Krakowa – Lokalnego Programu Rewitalizacji (MPR-LPR) zaprzestano działań zmierzających do ogłoszenia konkursu na opracowanie założeń programu rewitalizacji dla poprzemysłowego obszaru Branic.

3. Program rewitalizacji „Białych Mórz" – w 2005 r. Instytut Rozwoju Miast opracował LPR terenów poprzemysłowych „Białych Mórz", obejmujący część 31,92 ha. Z uwagi na uchwałę nr XCII/926/05 z dnia 26 października 2005 r. w sprawie przystąpienia do opracowania MPR-LPR przerwano prace nad przyjęciem programu, a obszar Białych Mórz został włączony w kompleksowy MPR-LPR.

Etap drugi – uporządkowanej polityki rewitalizacyjnej. W związku ze skomplikowaną sytuacją miast polskich, wynikającą z nasilających się procesów degradacji struktur miejskich, odpowiedzialne za zarządzanie polskie struktury prawno-planistyczne i administracyjne skłoniły UE do przekazania Polsce najnowocześniejszego narzędzia do kompleksowego planowania rozwoju miast w postaci LPR [Billert, 2006]. Ramy działań programu zostały określone w 2004 r. przez wytyczne unijne w dokumencie ZPORR 2004–2006 [Skalski, 2007]. Jednocześnie określono, iż jednostką realizującą i wdrażającą programy będą samorządy. Gmina Miejska Kraków (GMK) przystąpiła wówczas do opracowania programu rewitalizacji dla poprzemysłowego obszaru Zabłocia, który zatracił swoje znaczenie w strukturze funkcjonalnej miasta z uwagi na likwidację zakładów produkcyjnych i degradację infrastruktury. Mimo przyjęcia w 2006 r. LPR Zabłocia przez RMK oraz jego aktualizacji w 2009 r. zgodnie z wytycznymi nowego okresu programowania 2007–2013 nie przystąpiono do jego wdrażania i nie stworzono instrumentów, które wpływałyby na integrację przestrzeni z lokalną działalnością gospodarczą. Obecnie, mimo podjęcia prywatnych inicjatyw, zmieniających charakter obszaru na edukacyjno-mieszkaniowy, brakuje sprawnych instrumentów zarządzania programem i finansowania projektów promujących aktywność gospodarczą, jak również nie monitoruje się procesu przemian obszaru.

GMK na podstawie uchwały RMK nr XCII/926/05 z dnia 26 października 2005 r. w sprawie przystąpienia do opracowania MPR-LPR rozpoczęła prace nad przygotowaniem kompleksowego programu rewitalizacji dla obszaru całego miasta. W lutym 2006 r. zespół ekspertów z Politechniki Krakowskiej[49] wyłoniony w drodze konkursu opracował założenia

[49] Założenie MPR-LPR opracował zespół ekspertów z Politechniki Krakowskiej w składzie: A.A. Kantarek, M. Gołąb-Korzeniowska, E. Kaczmarska, M. Motak, M. Noworól, A. Tchórzewska.

MPR-LPR, w których wymieniono osiem obszarów[50] do objęcia działaniami rewitalizacyjnymi w pierwszej kolejności. Obszary zostały wybrane na podstawie kryteriów ZPORR 2004–2006. Kolejnym etapem przy opracowaniu kompleksowego dokumentu było rozstrzygniecie w październiku 2006 r. konkursu na koncepcję opracowania docelowego MPR-LPR. Konkurs wygrała niemiecka firma BIG- STÄDTEBAU GmbH. W sierpniu 2007 r. przedstawiła ona roboczą wersję MPR-LPR, jednak w związku z opublikowaniem w tym samym miesiącu przez Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego dokumentu „Metodyka przygotowania i oceny programu rewitalizacji w ramach Małopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007–2013" (Metodyka MPRO) działania związane z pracami nad MPR-LPR musiały ulec zmianie. W Metodyce został bowiem wprowadzony zapis, iż w miastach powyżej 20 tys. mieszkańców należy wyłonić obszary zdegradowane, dla których powinno się opracować oddzielne LPR. W związku z tym MPR-LPR stał się dokumentem stanowiącym bazę wyjściową dla opracowania LPR dla wyłonionych obszarów. Po przeprowadzeniu badań i analiz GMK przystąpiła do opracowania w pierwszej kolejności dwóch LPR dla Starego Miasta i „starej" Nowej Huty, stanowiących podstawę pozyskiwania środków z funduszy strukturalnych z UE w ramach MRPO na lata 2007–2013, Oś Priorytetowa 6, Działanie 6.1, Schemat A.

Rola partycypacji społecznej w aspekcie przygotowania LPR Krakowa

Według B. Domańskiego [2010, s. 25] partycypacja społeczna jest warunkiem pełnego sukcesu rewitalizacji. K. Noworól [2009, s. 93] podkreśla, iż partycypacja publiczna stanowi jedną z zasad i wartości demokracji. Jest podstawą procesu rozwoju lokalnego, jak również wiąże się z wykorzystaniem lokalnych zasobów i potencjału dla rozwoju. Dlatego też mieszkańcy obszarów zdegradowanych powinni być angażowani już na etapie planowania LPR, co przyczyniłoby się do ograniczania konfliktów, jak również do zaangażowania społecznego w proces przemian. „Wyzwania rewitalizacji obejmują potrzebę »oswojenia«

[50] Obszar I: Stare Miasto, Kleparz, Piasek, Nowy Świat, Stradom, Wesoła Zachód, Kazimierz, część Grzegórzek Zachód i Półwsie Zwierzynieckie.
Obszar II: Stare Podgórze, Zabłocie, Mateczny, Bonarka, Kopiec Krakusa, Heltmana, część Grzegórzek Wschód i Grzegórzek Północ, Staw Płaszowski (Płaszów).
Obszar III: Zakrzówek, Dębniki Zachód, Przegorzały Wschód i Przegorzały Południe (Polnych Kwiatów / Ks. Józefa).
Obszar IV: Krowodrza Południe, południowa części Krowodrzy Wschód i Północ, Azory Wschód, północna część Bronowic Małych Wschód, Krowodrza Nowa Wieś (część zachodnia), Nowa Wieś Południe (część zachodnia), Małe Błonie (część północnowschodnia), Czarna Wieś (część zachodnia).
Obszar V: wszystkie jednostki urbanistyczne „starej" Nowej Huty, Na Skarpie (Łąki Nowohuckie), Mogiła (część wschodnia).
Obszar VI: Płaszów (Zalew Bagry), tereny przemysłowe i kolejowe (Zarzecze, Rybitwy, Podgaje).
Obszar VI: Borek Fałęcki Wschód, Łagiewniki (Sanktuarium Bożego Miłosierdzia / Białe Morza).
Obszar VIII: Nowa Huta-Kraków Wschód: Kombinat HTS, Mogiła Wschód (część północnowschodnia, Pleszów-Kujawy (część północna), Branice (część północna).

przestrzeni, uznanie jej przez mieszkańców za swoją oraz budowę poczucia odpowiedzialności za miejsce" [Noworól, Noworól, 2009, s. 72]. Konsultacje społeczne czy warsztaty są częścią procesu planowania otwartego przyjętego jako interaktywna forma przygotowywania programu. Pozwalają na wzmocnienie więzi społecznych i wykreowanie poczucia partnerstwa i współwłasności wobec wypracowanego rozwiązania programowego.

Kontakt z mieszkańcami czy podmiotami bezpośrednio zaangażowanymi w proces przemian obszaru zdegradowanego na podstawie LPR może mieć m.in. charakter [Bukowski, 2008]:

- konsultacji społecznych/otwartych debat – organizowanych na potrzeby zacieśnienia współpracy między samorządem a mieszkańcami i tym samym zwrócenia uwagi na działania rewitalizacyjne. Władze miasta mogą wówczas przedstawiać stan prac nad opracowaniem czy wdrażaniem programu, a mieszkańcy zaproponować rozwiązania np. kwestii spornych;
- współdecydowania – mieszkańcy mogą uczestniczyć w pracach nad programem czy w procesie jego wdrażania jako bezpośredni doradcy, dostarczając wiele cennych uwag. Mogą być również pomysłodawcami projektów, wdrożenie których pozytywnie wpłynie na rozwój obszaru;
- współuczestniczenia – mieszkańcy mogą wpływać na charakter realizacji LPR, np. poprzez organizowanie dni obszaru objętego programem czy dni ulicy znajdującej się w tym obszarze, celem wyeksponowania jej walorów. Jednym z pomysłów przy opracowywaniu LPR „starej" Nowej Huty były dni Alei Róż w postaci Święta Róży.

Na etapie opracowywania programów rewitalizacji UMK kontaktował się z mieszkańcami głównie w ramach pierwszego, określonego powyżej wariantu poprzez konsultacje i otwarte debaty. Pierwsze konsultacje organizowane przez GMK na potrzeby prowadzonych działań rewitalizacyjnych dotyczyły opracowania programu rewitalizacji dla poprzemysłowego obszaru Zabłocia i zostały przeprowadzone we wrześniu w 2005 r. w Krakowskiej Szkole Wyższej im. A.F. Modrzewskiego (obecnie Krakowskiej Akademii im. A.F. Modrzewskiego). W wyniku przeprowadzonych warsztatów powstały 22 projekty, spośród nich wybrano 12 projektów podstawowych i 10 wariantowych. Wśród 12 projektów podstawowych powstało 7 projektów inwestycyjnych i 5 projektów nieinwestycyjnych, tzw. miękkich. Zebrani mieszkańcy uznali, iż Zabłocie powinno rozwijać się w kierunku dzielnicy artystycznej z budową Centrum Sztuki Współczesnej. Wyrazili również nadzieję, że projekty zaproponowane podczas spotkania, jak m.in. projekt przebudowy ul. Lipowej na Aleję

Lipową mającą stanowić główną oś obszaru czy inwentorium, przyczynią się modernizacji obszaru. Mieszkańcy zwrócili również uwagę, iż należy chronić cenne obiekty poprzemysłowe jak np. Fabrykę Schindlera.

Kolejne warsztaty odbyły się w czerwcu 2007 r. w ramach prac nad MPR-LPR w ośmiu wskazanych w programie obszarach. W celu zainteresowania możliwie dużej liczby mieszkańców Wydział Strategii i Rozwoju UMK przeprowadził szeroko zakrojoną akcję informacyjną. Do wszystkich Rad Dzielnic Krakowa wysłano pisma, plakaty i ulotki, z prośbą o wsparcie działań związanych z konsultacjami i rozpropagowanie informacji wśród mieszkańców i zainteresowanych podmiotów. W portalach internetowych umieszczone zostały banery informacyjne (gazeta.pl, Dziennik Polski, Głos Tygodnik Nowohucki, NCK, kazimierz.com, Forum Nowej Huty, Ośrodek Kultury im. Cypriana Kamila Norwida). Informacje o konsultacjach opublikowane zostały również w lokalnej prasie (w „Dzienniku Polskim", „Gazecie Wyborczej", „Głosie Tygodniku Nowohuckim", „Echu Miasta"). W ważnych punktach miasta rozmieszczono 1000 plakatów. W trakcie spotkań rozdano uczestnikom foldery i ulotki przygotowane na potrzeby prowadzonych konsultacji. Celem konsultacji było:

- wstępne zapoznanie z problematyką odnowy miast wszystkich mieszkańców oraz społeczności lokalnych związanych z obszarami przewidzianymi do rewitalizacji,
- przedstawienie i omówienie dotychczas podejmowanych przez UMK działań w zakresie przygotowania programów rewitalizacji,
- przedstawienie koncepcji przygotowywanego docelowego MPR-LPR,
- pozyskanie opinii, stanowisk i pomysłów mających wpływ na sam MPR-LPR oraz na opracowanie katalogu projektów dotyczących rewitalizacji.

Pierwszy dzień konsultacji został poświęcony Zespołowi I z obszarami przyległymi. W spotkaniu uczestniczyło 35 osób. Do głównych sugestii ze strony mieszkańców zaliczono:

- potrzebę szerszego dostępu do informacji na temat problematyki rewitalizacji,
- stworzenie specjalnej strony internetowej poświęconej tylko temu tematowi,
- uruchomienie tzw. Biur Lokalnych w obszarach rewitalizowanych,
- potrzebę większego zaangażowania rad dzielnic, które powinny stać się pośrednikami we wdrażaniu procesów rewitalizacyjnych pomiędzy społecznościami lokalnymi, organizacjami pozarządowymi, UMK i wykonawcami programu rewitalizacji,
- opublikowanie zgłoszonych projektów do programu na stronie internetowej UMK,
- realizację MPR-LPR w możliwie szerokim zakresie,

- obawę, że zalecenia i metody działań sformułowane w programie nie zostaną uwzględnione przy jego wdrażaniu,
- potrzebę – i możliwość – współpracy właścicieli nieruchomości zlokalizowanych np. w kwartale ulic w celu tworzenia wspólnych projektów,
- udzielanie pomocy doradczej ze strony UMK.

Na podstawie powyższych sugestii można stwierdzić, iż mieszkańcy za największy problem uznali brak rozwiniętej sieci współpracy pomiędzy władzami miasta, dzielnicy a samymi zainteresowanymi. Życzyliby sobie w szczególności szerszego dostępu do informacji dotyczących procesu rewitalizacji, w tym stworzenia specjalnego serwisu internetowego oraz Biur Lokalnych, które mogłyby pełnić rolę łącznika między mieszkańcami a władzami, przy jednoczesnym pełnieniu funkcji doradczych.

Drugi dzień konsultacji obejmował mieszkańców Zespołu V, VIII z obszarami przyległymi. Uczestniczyło w nim 65 osób i była to jednocześnie największa liczba mieszkańców, spośród wszystkich obszarów, na których konsultacje zostały przeprowadzone. Do głównych propozycji ze strony mieszkańców zaliczono:

- potrzebę szerszego dostępu do informacji na temat problematyki rewitalizacji,
- nawiązanie ściślejszej współpracy między UMK a działającymi w Nowej Hucie instytucjami i organizacjami pozarządowymi, jak Forum dla Nowej Huty, Partnerstwo Inicjatyw Nowohuckich, Ośrodek Kultury im. Cypriana Kamila Norwida,
- stworzenie strony internetowej poświęconej wyłącznie problematyce rewitalizacji,
- uzupełnienie programu rewitalizacji o „scenariusze" postępowania w przypadku występowania typowych zjawisk kryzysowych w danym obszarze – metody rozwiązywania problemów, podział kompetencji przy wdrażaniu programu itd.,
- włączenie właścicieli jako partnerów UMK przy realizacji polityki mieszkaniowej,
- uzupełnienie MPR-LPR o propozycje narzędzi (w tym tworzonych jako prawo lokalne w ramach obowiązującego ustawodawstwa) zapewniających skuteczne jego wdrażanie,
- potrzebę uwzględnienia w MPR-LPR w możliwie szerokim zakresie postulatów Partnerstwa Inicjatyw Nowohuckich i Forum dla Nowej Huty, które zostały przekazane urzędnikom uczestniczącym w spotkaniu,
- powierzenie zarządzania MPR-LPR (po przyjęciu programu przez RMK) operatorowi wyposażonemu w kompetencje i skuteczne instrumenty (narzędzia wdrażania programu),

- stworzenie platformy współpracy pomiędzy UMK a wspólnotami i spółdzielniami mieszkaniowymi,
- potrzebę ukierunkowania rewitalizacji terenów poprzemysłowych tak, by tworzyć warunki dla realizacji nowych inwestycji, w tym rozwoju sektora MŚP,
- redukcję ruchu kołowego (głównie przelotowego) i zadbanie o odpowiedni wystrój przestrzeni publicznych.

Również podczas drugiego dnia mieszkańcy podkreślili potrzebę szerszego dostępu do informacji oraz nawiązania ściślejszej współpracy pomiędzy instytucjami działającymi w Nowej Hucie a UMK. Wskazali na konieczność redukcji ruchu kołowego głównie na Placu Centralnym, który stał się według nich „zajezdnią tramwajową". Podczas spotkania uczestnicy wskazali również na konieczność powierzenia zarządzania procesem rewitalizacji wyspecjalizowanej jednostce.

Dzień trzeci poświęcony został na przeprowadzenie konsultacji w Zespołach II, VI, VII. W rozmowach uczestniczyło 30 osób. Do najważniejszych sugestii ze strony mieszkańców zaliczono:

- potrzebę szerszego dostępu do informacji na temat problematyki rewitalizacji,
- nawiązanie ściślejszej współpracy między UMK a działającymi w Podgórzu instytucjami i organizacjami pozarządowymi, jak np. Stowarzyszenie Podgórze.PL, a także zaangażowanymi mieszkańcami,
- potrzebę uwzględnienia w MPR-LPR dotychczas opracowanych badań i analiz dotyczących np. układu urbanistycznego starego Podgórza, Krzemionek Podgórskich,
- opracowanie w programie takich rozwiązań „zwrócenia miasta do Wisły", które nie będą polegały wyłącznie na zabudowie bezpośredniego sąsiedztwa rzeki apartamentowcami. Bulwary mają pełnić przede wszystkim funkcje przestrzeni publicznych. Jednocześnie uczestnicy poparli zamiar wzmocnienia powiązań przestrzennych z Kazimierzem (planowana budowa kładki przez Wisłę, która została oddana już do użytku w 2010 r.),
- zdefiniowanie pojęcia „zdegradowane", aby nie było rozumiane jako „nadające się do wyburzenia",
- wskazanie różnic pomiędzy rewaloryzacją, rewitalizacją i zagospodarowaniem,
- poddanie dogłębnej analizie historycznego rozwoju Podgórza, które jest szczególną dzielnicą Krakowa,

- wyodrębnienie w ramach powstającego MPR-LPR „małych" programów, dotyczących np. utrzymania obiektów i zieleni, terenów byłych kamieniołomów jako swoistych rezerwatów przyrody,
- rozwiązanie w programie problemów dotyczących ruchu kołowego,
- stworzenie terenów zielonych – uczestnicy stwierdzili, iż większość terenów zielonych jest zaniedbanych. Podgórze posiada szereg wartościowych parków i cmentarzy, które muszą zostać poddane rewitalizacji. Mieszkańcy wyrazili potrzebę ochrony wartościowych terenów przyrodniczych i kulturowych, jak Krzemionki, kamieniołom LIBAN, czy teren byłego obozu Płaszów w rejonie LPR Zabłocia,
- potrzebę zrewitalizowania większości ulic i placów Podgórza w oparciu o historyczne wzorce,
- włączenie do procesu planistycznego ekologów i przyrodników. Dotyczy to również zagospodarowania Bulwarów Wiślanych i terenów zielonych Zakładu Przyrodniczo-Leczniczego przy Rondzie Matecznego,
- potrzebę uwzględnienia w MPR-LPR problematyki żydowskiego dziedzictwa kulturowego dawnego miasta i byłej dzielnicy Podgórze oraz holocaustu (Obóz Płaszów, getto),
- powiązanie MPR-LPR z miejscowymi planami zagospodarowania przestrzennego,
- zwrócenie uwagi na działania dotyczące kształtowania struktury społecznej mieszkańców Podgórza – przede wszystkim w celu zapobieżenia gentryfikacji.

Uczestnicy ponadto wyrazili nadzieję, że MPR-LPR przyczyni się do wzrostu znaczenia problematyki rewitalizacji, tak aby w przyszłości przy wszystkich działaniach aspekty dziedzictwa kulturowego i ochrony krajobrazu uwzględniane były w większym stopniu. Uczestnicy życzyliby sobie, aby przy wszystkich działaniach tworzone były wartości nie „na dziś", lecz dla przyszłych pokoleń.

Cykl konsultacji społecznych w ramach prac nad MPR-LPR zakończył się spotkaniem w ramach czwartego dnia, zorganizowanym dla Zespołu III i IV. Uczestniczyło w nim ok. 30 osób. Do głównych propozycji zaliczono:

- zwrócenie uwagi na fakt, że zarówno problematyka rewitalizacji, jak i sam LPR wymagają intensywniejszej promocji, m.in. poprzez nawiązanie ściślejszej współpracy między UMK a instytucjami miejskimi i organizacjami pozarządowymi, postulowano akcje informacyjne i publikacje w lokalnych mediach,

- potrzebę wzmocnienia znaczenia MPR-LPR, który zdaniem mieszkańców powinien wywierać wpływ na istniejące już dokumenty, np. na Studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego Miasta Krakowa czy miejscowe plany zagospodarowania przestrzennego,
- potrzebę ochrony charakteru Zakrzówka jako miejsca szczególnego, również ze względu na jakość życia mieszkańców,
- obawę, iż planowane lokalizacje wielkich supermarketów oraz intensywna rozbudowa dróg w zachodniej części miasta spowodują gwałtowne wzmożenie ruchu kołowego,
- uwzględnienie w MPR-LPR materiałów przekazanych przez przedstawicieli Towarzystwa Przyjaciół Fortyfikacji.

Podobnie jak w przypadku pozostałych spotkań mieszkańcy wskazali na potrzebę wzmocnienia współpracy z UMK oraz instytucjami działającymi na obszarze w ramach wdrażania MPR-LPR. Ponadto zdaniem mieszkańców MPR-LPR powinien być traktowany na równi z pozostałymi dokumentami planistycznymi miasta. Wyrazili oni również obawę, iż planowane na tym obszarze inwestycje mogą przyczynić się do wzmożenia ruchu kołowego.

Kolejne otwarte debaty zorganizowane przez UMK w ramach prac nad LPR dla obszaru Starego Miasta i „starej" Nowej Huty odbyły się w 2008 r. Wyłonione zostały wówczas kolejne sugestie i pomysły mieszkańców, do których można zaliczyć m.in. [Świerczewska-Pietras, 2008]:

- potrzebę częstszych spotkań konsultacyjnych, które mogłyby odbywać się na poziomie rad dzielnic z udziałem UMK oraz wykonawcy LPR,
- zaniepokojenie zawężaniem obszarów przeznaczonych do rewitalizacji,
- potrzebę opracowywania miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego dla obszarów przeznaczonych do rewitalizacji,
- konieczność uzupełnienia programów rewitalizacji o inne miejskie narzędzia i mechanizmy, które pozwolą realizować działania rewitalizacyjne, np. zachęcające do inwestowania poprzez ulgi dla małych i średnich przedsiębiorców działających na obszarze objętym LPR,
- potrzebę skuteczniejszego informowania o planowanych otwartych debatach dla mieszkańców, tak aby zainteresowani nie dowiadywali się o spotkaniach „pocztą pantoflową",
- potrzebę opublikowania projektów LPR na miejskiej stronie internetowej poświęconej rewitalizacji. Dodatkowo zasugerowano wcześniejsze publikowanie

dokumentów, w sprawie których odbywają się spotkania, co pomoże uczestnikom lepiej przygotować się merytorycznie do debat,

- potrzebę częstszych spotkań konsultacyjnych, które mogłyby odbywać się na poziomie rad dzielnic z udziałem miasta oraz wykonawcy programów,
- obawę przed koncepcją zakładającą „odwrócenie miasta do rzeki", która może przyczynić się do przyzwolenia na budowę apartamentowców i zajmowanie cennych historycznie obszarów przez funkcje komercyjne,
- włączenie do LPR projektów dotyczących rozwiązań dla Fortu św. Benedykta,
- występowanie konfliktu interesów różnych podmiotów działających w obszarach przeznaczonych do rewitalizacji w przypadku koncepcji modernizacji i przebudowy dla Placu Nowego. Mieszkańcy zaznaczyli, iż nie zgadzają się na zlikwidowanie targowiska i wprowadzenie obiektów gastronomicznych, co zaproponowane zostało w uchwale RMK,
- konieczności poprawy bezpieczeństwa mieszkańców (np. poprzez instalację kamer monitoringowych),
- potrzebę dbania o czystość miasta i tworzenie terenów zielonych w obszarze centralnym miasta,
- konieczność zapobiegania wyludnieniu historycznych obszarów miasta,
- wskazanie osób odpowiedzialnych za kontakt w sprawie rewitalizacji z ramienia UMK,
- apel o rozpatrywanie rewitalizacji z perspektywy komfortu życia mieszkańców Nowej Huty. Szczególnie istotnym aspektem jest bowiem substancja mieszkaniowa, a nie tylko przestrzeń publiczna, której dotyczy większość zaproponowanych projektów,
- konieczność uzupełnienia programów rewitalizacji o inne miejskie narzędzia i mechanizmy, które pozwolą realizować działania rewitalizacyjne dobrze i przez wiele lat, np. zachęcające do inwestowania poprzez ulgi dla małych i średnich przedsiębiorców działających na obszarze objętym LPR,
- uwzględnienie wielowymiarowości projektów wpisanych do LPR, aby nie skupiały się one wyłącznie na „upiększaniu", ponieważ głównym problemem Nowej Huty jest sytuacja gospodarcza.

W 2009 r. przeprowadzone zostały spotkania konsultacyjne dotyczące zmian w przestrzeni Placu Centralnego i Alei Róż oraz osiedli Centrum B i Centrum C[51] na potrzeby planowanego konkursu ideowo-koncepcyjnego w ramach wdrażania projektu pilotażowego LPR „starej" Nowej Huty. Oto najważniejsze wnioski z przeprowadzonych spotkań:

- utrata centralnego charakteru i integrującego obszaru Alei Róż i Placu Centralnego w świadomości mieszkańców,
- niski standard infrastruktury, wynikający z chaosu zagospodarowania funkcjonalnego miejsca, przejawiający się w jakości materiałów stosowanych przy remontach, niestaranności oraz niedbalstwie,
- niska jakość funkcji handlowych – „spożywczaki", „szmateksy",
- brak występowania funkcji społeczno-kulturalnych wysokiej jakości – kawiarnie, salony księgarskie. Mieszkańcy chcieliby, aby swoją placówkę przy Placu Centralnym otworzył ponownie Empik,
- w przestrzeni projektu flagowego mieszkańcy zauważają brak elementów, które stanowiłyby symboliczną orientację dzielnicy, w przeszłości taką rolę odgrywał np. pomnik Lenina oraz klomb z różami, którym swoją nazwę zawdzięcza Aleja Róż,
- zdaniem mieszkańców władze miasta w sposób niewystarczający interesują się tą częścią Krakowa w porównaniu z innymi sub-centrami Krakowa objętymi LPR, jak np. Placem Nowym czy Rynkiem Podgórskim,
- Plac Centralny stał się w świadomości mieszkańców centrum komunikacyjno-tranzytowym o obniżonych walorach estetyczno-funkcjonalnych,
- obszar utracił swoją funkcję na rzecz innych miejsc, jak np. NCK – centrum kulturalne, „nad Zalewem" – letnie centrum rekreacyjne, „Tomex" – centrum handlowe.

Mieszkańcy stwierdzili, że należy nadać funkcję przestrzeni w osi Alei Róż, Placu Centralnego i Łąk Nowohuckich, gdzie Aleja Róż mogłaby pełnić funkcję kameralną, poświęconą imprezom rozrywkowym, wystawom, wypoczynkowi i rekreacji, fragment Łąk Nowohuckich mógłby być wykorzystywany na organizację rodzinnych imprez plenerowych.

Ponadto w 2009 r. UMK prowadził wspólnie z British Council na obszarze pilotażowym LPR „starej" Nowej Huty grę strategiczną pod nawą „Jak zrewitalizować publiczną przestrzeń mieszkaniową w obszarze Centrum B i C w Nowej Hucie" w ramach

[51] Raport został przygotowany na zlecenie Wydziału Strategii i Rozwoju Miasta UMK przez Stowarzyszenie Plan.

projektu CreativeCities[52]. W ramach gry odbywającej się w Centrum Kultury im. C.K. Norwida mieszkańcy zaproponowali utworzenie m.in. inkubatora przedsiębiorczości, który pobudziłby wzrost gospodarczy obszaru oraz przyczyniłby się do wzrostu zatrudnienia. Mieszkańcy zaznaczyli jednocześnie, iż takie firmy powinny być wspierane przez GMK. Ponadto zwrócono uwagę na ruch przy Placu Centralnym, który powinien być zmniejszony. Zaproponowano umieszczenie ekranu na Placu Centralnym, na którym mogłyby pojawiać się informacje o wydarzeniach w Hucie.

W dniach 9 i 10 czerwca 2010 r. odbyła się kolejna edycja gry pod hasłem „Zabłocie dla Wisły – Wisłą dla Zabłocia!". Tematem przewodnim było ożywienie Bulwarów Wiślanych na Zabłociu. Spotkanie odbyło się w Atelier Hothaus na Zabłociu, wzięło w nim udział pięć pięcioosobowych zespołów. W ramach gry zostały zaproponowane następujące projekty:

- „Zabłocki Tygiel" (projekt zwycięski) – zakładający kompleksową rewitalizację Zabłocia. Do najważniejszych działań inwestycyjnych zaliczono m.in. zagospodarowanie obszaru nadbrzeża Wisły przy Akademii Krakowskiej przez utworzenie mariny z przeznaczeniem dla statków pasażerskich i małych jednostek wodnych, zlokalizowanie Akademickiego Centrum Sportów Wodnych oraz zagospodarowanie terenu pod funkcję rekreacyjną (stoliki do gry w szachy, place zabaw, czy muszla koncertowa),
- „Zabłocie – szerokie perspektywy" – postawienie wieży widokowej,
- „Skocz na Bulwary" – celem projektu było stworzenie dla mieszkańców przestrzeni rekreacyjno-wypoczynkowej poprzez utworzenie pod mostem Kotlarskim kompleksu kawiarniano-restauracyjnego,
- „Przystanek Zabłocie" – projekt zakładał powstanie Rynku jako miejsca spotkań mieszkańców, parku rzecznego przy Bulwarach Wiślanych, przystani przy Akademii Krakowskiej oraz parku dla dzieci, jak również dla pozostałych grup społecznych chcących spędzić czas wolny na Zabłociu,
- „Zabłocie Power" – celem projektu była integracja terenów bulwarów z właściwym obszarem Zabłocia.

Instrumenty zarządzania i wdrażania procesów rewitalizacji

[52] Kreatywne Miasta to międzynarodowy projekt, który został stworzony i jest realizowany przez British Council. Projekt ma na celu przedstawianie mieszkańcom, jak ważną rolę w poprawie jakości ich życia odgrywa kreatywność, przedsiębiorczość i innowacyjność.

Na potrzeby sprawnego przeprowadzania działań rewitalizacyjnych, w tym konsultacji z mieszkańcami czy otwartych debat, niezbędne jest stworzenie sprawnego systemu zarządzania i wdrażania LPR. W literaturze przedmiotu spotkać można propozycję H. Fayola, według którego proces zarządzania miastem powinien składać się z [Markowski, 1999, s. 15–16):

Planowania – obejmującego stawienie celów i ich realizacji.

Organizowania – czyli podziału pracy, rozmieszczenia uprawnień decyzyjnych, wyboru sposobu koordynacji wyspecjalizowanych zadań, zapewnienia odpowiednich zbiorów informacji i sposobów ich obiegu oraz pozyskiwania i rozmieszczania zasobów ludzkich, rzeczowych i finansowych.

Decydowania – czyli określania zbiorów informacji niezbędnych w procesie zarządzania oraz sposobów ich pozyskiwania, wyboru sposobu przetwarzania informacji i kryteriów analizy materiału informacyjnego, wyboru kryteriów decyzyjnych i określenia sposobu przygotowania oraz podejmowania decyzji.

Motywowania – formułowania oczekiwań w stosunku do poszczególnych osób i pełnionych przez nie funkcji organizacyjnych, rozpoznawania potrzeb i aspiracji pracowników, wyboru systemów motywacyjnych, wyboru i adaptacji stylu kierowania.

Kontrolowania – dla właściwego procesu zarządzania miastem.

Propozycję Fayola potwierdza również A. Noworól [2009, s. 71–72], który dodatkowo proponuje zastosowanie prospołecznych instrumentów zarządzania w dwóch przekrojach. Pierwszy odnosi się do etapów procesu zarządzania jednostką terytorialną, w którym wyróżnić można:

- instrumenty planowania rozwoju,
- instrumenty dotyczące organizowania procesu rozwoju,
- instrumenty bieżącego zawiadywania rozwojem,
- instrumenty monitoringu i kontroli.

Drugie ujęcie różnicuje narzędzia zarządcze, uwzględniając zróżnicowany poziom zaangażowania interwencji publicznej, tj.:

- działania o charakterze regulacyjnym:
  - sterowanie definiujące ściśle dopuszczalne formy aktywności gospodarczej i społecznej,
  - delimitację graniczną dopuszczającą aktywność w określonych przedziałach wartości,
- działania o charakterze aktywizacyjnym:

- aktywność własną z wykorzystaniem zasobów publicznych,
- animację współpracy międzysektorowej, a w szczególności – koordynację prorozwojowych działań organizacji gospodarczych i społecznych.

Ponadto według K. Noworól [2009, s. 98] można wyróżnić następujące formy partycypacyjnych narzędzi zarządzania publicznego:

- ze względu na podstawę podjęcia działań przez władze publiczne:
  - obligatoryjne – stosowanie ich stanowi konstytucyjny lub ustawowy obowiązek władz publicznych,
  - fakultatywne – stosowanie ich leży w gestii władz publicznych i stanowi uzupełnienie instrumentów obligatoryjnych celem podniesienia jakości zarządzania,
- ze względu na sposób wdrażania i wykorzystywane techniki:
  - tradycyjne – oparte na tradycyjnych instytucjach demokracji bezpośredniej, jak np. referendum, zapewnienie dostępu do informacji publicznej, spotkania i debaty publiczne,
  - innowacyjne – wykorzystujące nowe techniki komunikacji (np. serwisy informacyjne, czaty do kontaktów przedstawicieli władzy z mieszkańcami, debaty internetowe), jak również nowoczesne techniki badawcze stosowane w kontaktach z mieszkańcami.

W związku z powyższym należy również zwrócić uwagę na fakt, iż partycypacyjne narzędzia zarządzania publicznego powinny składać się na kompleksowy system zarządzania procesem rewitalizacji miast, obejmujący również swoim zasięgiem m.in. planowanie, pozyskiwanie środków finansowych czy monitorowanie. Sprawny system zarządzania stanowi niezbędny element wdrażania LPR. Istnieje kilka możliwości zarządzania procesem rewitalizacji:

- gmina samodzielnie realizuje politykę rewitalizacyjną,
- gmina wyłania pełnomocnika ds. rewitalizacji,
- gmina realizuje LPR w porozumieniu z operatorem zewnętrznym,
- gmina w całości powierza realizację LPR zewnętrznemu partnerowi.

Gmina nie powinna realizować samodzielnej polityki rewitalizacyjnej z uwagi na fakt, iż z reguły nie posiada odpowiedniej liczy ekspertów mających doświadczenie we wdrażaniu procesów rewitalizacyjnych. Model drugi zawierający rozwiązanie w przypadku powołania pełnomocnika nie sprawdziłoby się w wielu miastach w Polsce, z powodu podziału

kompetencji i rangi tego stanowiska w strukturach urzędowych. Czwarte rozwiązanie mogłoby spowodować, iż gmina nie miałaby możliwości śledzenia na bieżąco spraw związanych z rewitalizacją i ich kontrolowania. Jednym z lepszych rozwiązań wydaje się propozycja trzecia, która łączy zarówno działania gminy, jak i podmiotu zewnętrznego. Spółka ds. rewitalizacji dostarczałaby gminie potrzebne *know-how* oraz doświadczenie w zarządzaniu i wdrażaniu LPR. Do zadań zewnętrznej jednostki zarządzającej należałoby m.in. według BIG-STÄDTEBAU[53] .

1) przygotowanie działań rewitalizacyjnych w oparciu o opracowany LPR;
2) doradztwo przy opracowaniu i kontynuacji urbanistycznych koncepcji planistycznych, jak również przy przygotowaniu działań leżących w gestii miasta, które służą przeprowadzeniu działań rewitalizacyjnych;
3) przeprowadzenie działań porządkowych i budowlanych w sposób uchwalony przez miasto lub przewidziany w LPR, w tym.:
   a) przygotowanie i przeprowadzenie zakupu działek dla miasta,
   b) przygotowanie i przeprowadzenie publicznych i prywatnych działań w zakresie regulacji gruntu,
   c) rozbiórki i oczyszczenie parceli,
   d) przygotowanie i przeprowadzenie działań uzbrojenia terenu pod inwestycje w obszarze rewitalizowanym (w tym budowa lub przebudowa ulic, placów, dróg, parkingów, te
   e) doradztwo dla prywatnych właścicieli i inwestorów przy budowie nowych obiektów oraz modernizacji i remontach w obszarze rewitalizacji,
   f) doradztwo dla miasta przy wyborze inwestorów i przy opracowaniu kryteriów inwestycji,
   g) opiniowanie dla miasta wniosków o dotacje na działania modernizacji i remonty;
4) organizacja działalności i zarządzanie procesem rewitalizacji, w tym:
   a) wykorzystanie dodatkowych środków inwestycyjnych z innych źródeł publicznych,
   b) pozyskanie prywatnych środków inwestycyjnych,
   c) opracowanie indywidualnego przebiegu prac, dopasowanego do danej sytuacji,
   d) koordynacja działań wszystkich uczestników procesu rewitalizacji, włącznie z mediacją w przypadku ewentualnych konfliktów,

[53] Firma BIG-STÄDTEBAU zajmowała się opracowaniem MPR-LPR, LPR Starego Miasta i „starej" Nowej Huty w Krakowie.

e) pojedyncze uzgodnienia z urzędami i przedstawicielami instytucji publicznych,
f) wdrożenie i controlling efektów procesu rewitalizacji,
g) koncepcje opracowania i aktualizacji programów czasowych i programów działań oraz zestawień kosztów i sposobów finansowania w celu aktualizacji koncepcji rewitalizacji,
h) opracowanie, aktualizacja oraz realizacja programu socjalnego,
i) organizacja przetargów, konkursów,
j) globalne zarządzanie w dziedzinie zawierania umów;

5) stworzenie, nadzór i rozliczanie majątku powierniczego, a w szczególności:
   a) prowadzenie księgowości w trakcie całego procesu rewitalizacji,
   b) założenie kont bankowych i ich nadzór,
   c) prowadzenie i nadzór nad przepływami płatniczymi,
   d) kontrola terminów,
   e) reprezentowanie interesów gminy w procesie rozliczania,
   f) wypełnianie obowiązku udokumentowania zgodnie z obowiązującymi przepisami dotacyjnymi;
6) organizacja, szkolenia i reprezentowanie gminnych gremiów w odniesieniu do szczególnych wymogów rewitalizacji, m.in.:
   a) zorganizowanie Rady ds. Rewitalizacji i Grupy Roboczej ds. Rewitalizacji jak też działalność w tych gremiach,
   b) przewodniczenie grupom roboczym na wyższych szczeblach decyzyjnych,
   c) tworzenie struktur współpracy i sieci wymiany na płaszczyźnie krajowej i międzynarodowej,
   d) reprezentowanie interesów miasta w kwestii rewitalizacji na krajowych i międzynarodowych sympozjach;
7) *public relations*, w tym:
   a) bieżący kontakt z przedstawicielami środków masowego przekazu,
   b) przygotowanie oświadczeń prasowych, sprawozdań i artykułów,
   c) opracowanie ulotek, broszur, publikacji,
   d) stworzenie strony internetowej,
   e) opracowanie i promocja logo,
   f) punkty informacji,
   g) działania związane z partycypacją społeczną.

Model zarządzania oparty na operatorze i jednostce miejskiej popiera również Markowski [2005], według którego efektywna realizacja LPR jest możliwa w przypadku powołania następujących podmiotów:

1. Centrum Zarządzania Obszarem Rewitalizacyjnym – czyli Operatora,
2. Zespołu Nadzorującego proces rewitalizacji złożonego z przedstawicieli władz miasta, ekspertów i mieszkańców rewitalizowanego obszaru,
3. Zespołu Konsultacyjno-Informacyjnego złożonego z przedstawicieli (pracowników) poszczególnych Wydziałów Urzędu Miasta,
4. Komitetu Monitorującego realizację Zintegrowanego Programu Rewitalizacji.

Ponadto do głównych grup ekspertów i specjalistów, którzy powinni uczestniczyć we wdrażaniu programów rewitalizacji, oraz jednostek współpracujących według firmy BIG-STÄDTEBAU zalicza się:

- Kierowników projektu i asystentów – całościowa opieka nad projektami rewitalizacji, pośrednictwo między gminą a instytucjami zewnętrznymi, opracowanie i wdrożenie celów realizacji przy jednoczesnym przestrzeganiu wytycznych finansowych.
- Księgowość – prowadzenie rachunkowości, kont powierniczych,
- Dział ds. finansowania i modernizacji,
- Dział prawny – odpowiedzialność za procedury prawne, szczególnie w zakresie prawa budowlanego, prawa o umowach, prawa funduszowego,
- Dział komputerowy – obsługa sieci komputerowych,
- Działania *public relations* – działania z zakresu reklamy,
- Sekretariat – organizacja i koordynacja, wspieranie nadrzędnych jednostek organizacyjnych,
- Pozostałe, w tym: specjaliści z zakresu opracowywania koncepcji projektu, z dziadziny wspierania gospodarki i pozyskiwania inwestorów, specjaliści ds. polityki personalnej itp.

Zgodnie ze stanem na wrzesień 2010 r. w Krakowie nie została powołana specjalna jednostka zarządzająca programami rewitalizacji. Obecnie w UMK istnieje jedynie Referat ds. Rewitalizacji, który zajmuje się m.in. opracowywaniem kolejnych programów na podstawie podjętych przez RMK uchwał czy organizacją otwartych debat z mieszkańcami obszarów przeznaczonych do rewitalizacji.

Wnioski

Zasadniczo wszystkie spotkania konsultacyjne wykazały, iż dotychczas nie zdołano uświadomić mieszkańcom problematyki rewitalizacji w sposób wystarczająco zrozumiały i wyczerpujący, czego efektem mógł być brak systemu zarządzania procesem rewitalizacji. Przede wszystkim cel i zadania LPR były przez wielu uczestników interpretowane inaczej niż definiują to obowiązujące dokumenty strategiczne – oczekiwano raczej planistycznych koncepcji z konkretnymi rozwiązaniami dla wszystkich przejawów degradacji. W związku z powyższym jednym z istotnych elementów skupiania zainteresowanych i społeczności lokalnych wokół tematyki rewitalizacji byłyby niewątpliwie regularne spotkania informacyjne. Ponadto Rady Dzielnic powinny stać się świadomymi celów rewitalizacji pośrednikami pomiędzy społecznościami lokalnymi, organizacjami pozarządowymi, UMK i wykonawcami programu. Podsumowując, należy stwierdzić, że większość uczestników debaty odniosła się bardzo krytycznie do działań proponowanych w LPR. Kwestionowano potrzebę i skuteczność opracowywania takiego programu, argumentując, że jest to kolejny teoretyczny dokument, nie posiadający mocy prawnej, nie mający szans na realizację, ponadto nie uwzględniający potrzeb mieszkańców, a koncentrujący się na remontach przestrzeni publicznych. Szczegółowe wyjaśnienia dotyczące celów i spodziewanych efektów wypływających z rewitalizacji i modernizacji przestrzeni publicznych nie przekonały mieszkańców o zasadności tych działań. Uczestnicy debaty wyrazili przekonanie, że ich opinia nie ma żadnego wpływu na działania podejmowane przez Miasto, a przeprowadzenie debat społecznych wynikało jedynie z obowiązku nałożonego przez przepisy związane z tworzeniem programów rewitalizacji. Zastrzegli, że opiniowanie listy projektów możliwe będzie dopiero po dokładnym zapoznaniu się z treścią programu po jego zamieszczeniu na stronie internetowej. Postulowano, aby czas pozostający do momentu składania wniosków o współfinansowanie w ramach Działania 6.1, Schemat A MRPO 2007–2013 wykorzystać na tworzenie sieci współpracy, zarówno między poszczególnymi podmiotami działającymi na terenie obszaru rewitalizacji, jak też pomiędzy przedstawicielami owych podmiotów a UMK.

Biorąc pod uwagę system zarządzania procesem rewitalizacji, należy stwierdzić, iż w przypadku Polski jest on jeszcze słabo rozwinięty. Miastem, w którym prace związane z zarządzaniem rewitalizacją są najbardziej zaawansowane, jest Wrocław. Zarządzanie rewitalizacją Wrocławia odbywa się w oparciu o gminę w porozumieniu z operatorem zewnętrznym. W tym celu została utworzona jednostka o nazwie Wrocławska Rewitalizacja, odpowiedzialna za zarządzanie procesem rewitalizacji w mieście. Celem tej firmy jest realizacji zadań własnych Gminy Wrocław poza sferą użyteczności publicznej, służących

realizacji LPR Wrocławia, przyjętego uchwałą Rady Miejskiej Wrocławia nr XLIV/2969/05 (Biuletyn Urzędowy RMW z 16 grudnia 2005 r. Nr 12, poz. 698) z dnia 8 grudnia 2005 r.

Bibliografia

1. Bukowski A., (2008), *Partycypacja społeczna*, Urząd Miasta Krakowa, Kraków.
2. Domański B., (2010), *Rewitalizacja miast polskich – wybrane zagadnienia*, [w:] Z. Ziobrowski, B. Domański (red.), *Rewitalizacja miast polskich jako sposób zachowania dziedzictwa materialnego i duchowego oraz czynnik zrównoważonego rozwoju. Podsumowanie projektu*, Instytut Rozwoju Miast, Kraków.
3. *Kazimierz – Plan Działań*, (1993), projekt opracowany przez miasta: Kraków, Edynburg i Berlin w ramach programu Unii Europejskiej ECOS, Kraków.
4. Leszczycki S., (1977), *Geografia a planowanie przestrzenne i ochrona środowiska*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
5. *Lokalny program rewitalizacji terenów poprzemysłowych „Białych Mórz"*, Urząd Miasta Krakowa.
6. *Lokalny program rewitalizacji terenów poprzemysłowych Branic*, Urząd Miasta Krakowa.
7. *Lokalny Program Rewitalizacji Starego Miasta*, (2008), Urząd Miasta Krakowa.
8. *Lokalny Program Rewitalizacji starej Nowej Huty*, (2008), Urząd Miasta Krakowa.
9. *Lokalny Program Rewitalizacji Zabłocia*, (2008), Urząd Miasta Krakowa.
10. Markowski T., Stawasz D., Sikora A., Turała M., Nowakowska A., (2005), *Zarządzanie, monitorowanie, aktualizacja*, [w:] *Zintegrowany Program Rewitalizacji Obszaru Centralnego Łodzi*, Urząd Miasta Łodzi.
11. Markowski T., (1999), *Zarządzanie rozwojem miast*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
12. *Metodyka przygotowania i oceny programów rewitalizacji w ramach Małopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007–2013*, (2007), Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Kraków.
13. *Miejski Program Rewitalizacji Krakowa*, (2008), Urząd Miasta Krakowa.
14. Noworól A., Noworól K., (2009), *Prospołeczne instrumenty zarządzania na przykładzie procesów rewitalizacji*, „Organizacja i Kierowanie – Organization and Management" nr 3, Komitet Nauk Organizacji i Zarządzania PAN – Szkoła Główna Handlowa.
15. Noworól K., (2009), *Partycypacyjne instrumenty zarządzania publicznego*, [w:] B. Kożuch, P. Kołodziejczak (red.), „Zarządzanie Publiczne", Zeszyty Naukowe Instytutu Spraw Publicznych Uniwersytetu Jagiellońskiego nr 4 (8), Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
16. Ptaszycka-Jackowska D., (2000), *Odnowa miast – zarys problemu*, [w:] *Rewitalizacja, rehabilitacja, restrukturyzacja, Odnowa miast*, Korel, Kraków.
17. Skalski K., (2007), *Programy rewitalizacji w Polsce – bilans, perspektywy, zarządzanie*, [w:] P. Lorens (red.), *Rewitalizacja miast w Polsce, pierwsze doświadczenia*, Urbanista, Warszawa.
18. Świerczewska-Pietras K., (2008), *Miejski Program Rewitalizacji Krakowa – Lokalne Programy Rewitalizacji. Propozycje zarządzania i wdrażania*, [w:] *Modele rewitalizacji i ich zastosowanie w miastach dziedzictwa europejskiego*, PRO-REVITA, Politechnika Łódzka.
19. *Założenia Lokalnego Programu Rewitalizacji Krakowa*, (2006), Urząd Miasta Krakowa.
20. Ziobrowski Z., (2006), *Rewitalizacja obszarów miejskich w nowym okresie programowania 2007–2013, wpływ procesów rewitalizacji na przestrzeń województwa*, Instytut Rozwoju Miast, Kraków.

Bibliografia elektroniczna

1. Billert A., (2006), *Problemy rewitalizacji w Polsce na tle doświadczeń niemieckich*, referat wygłoszony na Międzynarodowej Konferencji w Lubaniu Śląskim – Rewitalizacji Miast, http://www.poznan.pl /mim/public/s8a/pages.html? co=list&id=1025&ch=6187&instance=1017&lang=pl.

Streszczenie:

Partycypacja społeczna jest nieodzowną częścią procesu przygotowania, jak również wdrażania Lokalnych Programów Rewitalizacji (LPR). Mieszkańcy są członkami samorządu terytorialnego i tym samym podmiotami w procesie rozwoju lokalnego. Planowanie zmian obszaru rewitalizowanego powinno zawsze odbywać się przy

współudziale i zaangażowaniu społeczności. Stwarza to możliwość dyskusji na otwartym forum, wymiany poglądów czy przedstawienia projektów, które w znaczny sposób nie tylko ożywią obszar czy wpłyną na poprawę jego estetyki, ale mogą przyczynić się do poprawy bezpieczeństwa lub rozwoju przedsiębiorczości. Władze miasta przy opracowaniu programów rewitalizacji powinny stworzyć mechanizm komunikacji z mieszkańcami na każdym etapie opracowania programu. Warunkiem dobrej dyskusji jest jednak świadomość społeczeństwa o procesie rewitalizacji, o jego znaczeniu i skutkach, jakie za sobą niesie. Należy ponadto zaznaczyć, iż mechanizm partycypacji może sprawnie działać jedynie przy stworzeniu instrumentu zarządzania i wdrażania procesów rewitalizacji. W związku z powyższym celem pracy jest przedstawienie sugestii i propozycji społeczności lokalnych oraz instytucji w procesie przygotowania programów rewitalizacji Krakowa, jak również dążenie do stworzenia sprawnego systemu zarządzania procesem w mieście.
Słowa kluczowe: partycypacja społeczna, rewitalizacja, zarządzanie, Lokalny Program Rewitalizacji

Revitalization of Krakow in terms of public participation and management

Summary:

The public participation is an intrinsic part in the process of preparation, as well as implementation of the Local Revitalization Programmes (LRP). The residents are members of the local government and thus actors in the local development process. The planning of changes in the revitalized area should always be conducted in cooperation and with involvement of the community. This creates an opportunity to discuss in an open forum, share opinions or present projects, which will significantly not only brighten up the area and improve its aesthetics, but they may also contribute to improving the security or the business initiative growth. While developing the revitalization programmes, the city authorities should provide a mechanism of communication with the residents at each stage of the programme development. However, a good discussion is conditioned by the public awareness on the revitalization process, its significance and consequences. It should also be noticed that the participation mechanism can act effectively only together with the creation of an instrument for management and revitalization process implementation. With regard to the above, the objective of this essay is to present suggestions and proposals of the local communities and institutions in the process of preparation of revitalization programmes for Krakow, as well as the aspiration to create an efficient process management system in the city.
Keywords: public participation, revitalization, management, Local Revitalization Programmer