

Współczesne problemy zarządzania opartego na dowodach w sektorze publicznym

Marek Ćwiklicki
Aldona Frączkiewicz-Wronka
Agnieszka Pacut

Współczesne problemy zarządzania opartego na dowodach w sektorze publicznym

Redakcja:

Marek Ćwiklicki
Aldona Frączkiewicz-Wronka
Agnieszka Pacut

Kraków, 2022

Tytuł

Współczesne problemy zarządzania opartego na dowodach w sektorze publicznym

Redakcja:

Marek Ćwiklicki, Aldona Frączkiewicz-Wronka, Agnieszka Pacut

Recenzenci:

Wojciech Fil, Agnieszka Furmańska-Maruszak, Jakub Głowacki, Norbert Laurisz, Magdalena Malecka, Daria Murawska, Michał Piekarski, Aneta Wysokińska-Senkus, Maria Zralek

Projekt okładki:

Joanna Tatarska

Książka odzwierciedla wyłącznie poglądy Autorów.

Na podstawie przedstawionych w publikacji tekstów zostały wygłoszone referaty podczas IV Ogólnopolskiej Konferencji z cyklu „Współczesne Koncepcje Zarządzania Publicznego” pt. Zarządzanie oparte na dowodach, zorganizowanej przez Katedrę Zarządzania Organizacjami Publicznymi z Kolegium Gospodarki i Administracji Publicznej Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Katedrę Zarządzania Publicznego i Nauk Społecznych, Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach we współpracy z Fundacją Gospodarki i Administracji Publicznej w dniach 27-28 października 2021 r. w Krakowie.

Formuła wydawnicza: Open Access, licencja: CC-BY-ND 4.0

ISBN 978-83-89410-73-3

Kraków, 2022

Wydawca:

Małopolska Szkoła Administracji Publicznej
Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie
ul. Rakowicka 16
31-510 Kraków
wydawnictwo@msap.pl

Partner wydawniczy:

Fundacja Gospodarki i Administracji Publicznej
ul. ks. I. J. Skorupki 22
31-519 Kraków
<https://fundacjagap.pl/wydawnictwo>
wydawnictwo@fundacjagap.pl

Spis treści

Wprowadzenie	5
Wojciech Cieśliński, Igor Perechuda, Bartłomiej Barczyński	7
SPOŁECZNA STOPA ZWROTU Z INWESTYCJI JAKO METODA OCENY REZULTATÓW BADAŃ NAUKOWYCH	7
Beata Detyna	24
WYZNACZENIE ILOŚCIOWYCH CELÓW DLA PROCESÓW W ŚWIETLE BADANIA DOJRZAŁOŚCI PROCESOWEJ POLSKICH SZPITALI	24
Beata Drzazga	58
IDENTYFIKACJA WYZWAŃ W ZAKRESIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W EUROPIE	58
Aldona Frączkiewicz-Wronka, Anna Kozak	79
UWARUNKOWANIA EFEKTYWNEJ KOPRODUKCJI USŁUG PROMOCJI ZDROWIA – PERSPEKTYWA RAD SENIORÓW	79
Tomasz Holecki, Maria Węgrzyn	101
KOSZTY SPOŁECZNE W OCHRONIE ZDROWIA. NAMYSŁ NAD POJĘCIEM W KONTEKŚCIE CHOROÓB ONKOLOGICZNYCH.....	101
Paweł Kocoń	111
THE ROLE OF GOVERNANCE IN ENSURING THE MILITARY SECURITY OF THE STATE – FIELDS OF CONFLICT, FIELDS OF COOPERATION	111
Tomasz Podleśny	120
ŚRODKI DOWODOWE DO WYKAZANIA WYDATKÓW BUDŻETOWYCH W FINANSOWANIU ZADAŃ ZLECONYCH SAMORZĄDÓW TERYTORIALNYCH	120

Wprowadzenie

Monografia przedstawia teksty, na podstawie których wygłoszono referaty na IV Ogólnopolskiej Konferencji z cyklu „Współczesne Koncepcje Zarządzania Publicznego” pt. „Zarządzanie oparte na dowodach”. Wybrane do niniejszego tomu publikacje podejmują temat współczesnych problemów zarządzania publicznego w kontekście podejmowania decyzji organizacyjno-zarządczych na dowodach.

Pierwszy rozdział autorstwa W. Cieślińskiego, I. Perechudy i B. Barczyńskiego omawia wykorzystanie metody społecznej stopy zwrotu z inwestycji na potrzeby ewaluacji badań naukowych. Autorzy wyjaśniają w nim wyniki otrzymane z zastosowania tego podejścia do uargumentowania wpływu na otoczenie. Drugi rozdział przygotowany przez B. Detynę ukazuje miejsce celów ilościowych w dojrzałości procesowej jednostek ochrony zdrowia na przykładzie polskich szpitali. Autorka na podstawie badań własnych wskazuje miejsce pomiaru w poszczególnych poziomach dojrzałości. Rozdział kolejny poświęcono wyzwaniom opieki długookresowej ze szczególnym uwzględnieniem osób starszych w Europie. Jego autorka, B. Drzazga, przedstawia te wyzwania na podstawie analizy danych ilościowych ukazujących stan obecny w tym zakresie, ale także i prognozy demograficzne, dające podstawę do określenia zakresu i wagi tematycznej opieki dla polityk publicznych. Perspektywę osób starszych również poruszono w rozdziale czwartym, w którym A. Frączkiewicz-Wronka i A. Kozak demonstrują jak usługi promocji zdrowia mogą być współtworzone na przykładzie Rad Seniorów. Autorki pokazują, że taka instytucja aktywnie współuczestniczy w rozpowszechnieniu informacji o działaniach przyczyniających się do dobrobytu tej konkretnej grupy osób. Aspekt ochrony zdrowia również poruszają T. Holecki i M. Węgrzyn w swym rozdziale dotyczącym kosztów społecznych w kontekście chorób onkologicznych. Przyjęcie perspektywy ekonomiczno-finansowej pozwala na systemowe spojrzenie na działania prewencyjne i lecznicze. W przedostatnim rozdziale P. Kocoń omawia rolę rządu dla bezpieczeństwa państwa, odnosząc ją także do cyberbezpieczeństwa i wojny hybrydowej. Szczególnie w tym ostatnim przypadku działania koordynacyjne wydają się być istotne. W ostatnim rozdziale Tomasz Podleśny przedstawia i analizuje środki dowodowe niezbędne dla smorządu do uzasadnienia kosztów poniesionych przy zatrudnianiu pracowników realizujących zadania zlecone. Zagadnienie to z obszaru metodologii ukazuje sposób gromadzenia dowodów instytucji zwierzchnich.

Zebrane w niniejszej publikacji prace wskazują różne poziomy operowania dowodami na potrzeby realizacji usług publicznych. Wskazuje się w nich różne oblicza danych, których pozyskanie, analiza i wykorzystanie, uwiarygadnia działanie, daje podstawy do podjęcia uzasadnionych interwencji. W rozdziałach wskazano na różne poziomy i obszary wykorzystania dowodów (danych) do oceny ex post efektywności podjętych działań i do wskazywania kierunku nowych. Mamy nadzieję, że wybrane teksty spotkają się z zainteresowaniem studentów, teoretyków i praktyków zarządzania publicznego.

Redaktorzy:

Marek Ćwiklicki
Aldona Frączkiewicz-Wronka
Agnieszka Pacut

SPOŁECZNA STOPA ZWROTU Z INWESTYCJI JAKO METODA OCENY REZULTATÓW BADAŃ NAUKOWYCH

Wojciech Cieśliński

ORCID: 0000-0001-8226-607X
Akademia Wychowania Fizycznego
we Wrocławiu
ul. Paderewskiego 35, 51-612
Wrocław
e-mail:
wojciech.cieslinski@awf.wroc.pl

Igor Perechuda

ORCID: 0000-0003-3120-7250
Wydział Zarządzania i Komunikacji
Społecznej
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
ul. Gołębia 24, 31-007 Kraków
e-mail: igor.perechuda@uj.edu.pl

Bartłomiej Barczyński

4 MEDICINE Rek Sp.k.
Aleje Jerozolimskie 125/127, lok. 601B
02-017 Warszawa, Polska
e-mail: b.barczynski@4medicine.pl

Streszczenie: Badania naukowe jako obszar zarządzania publicznego podlegają ocenie pod kątem ich efektywności i oddziaływania na społeczeństwo. Ocena ta ma najczęściej charakter opisowy lub bibliometryczny. Rzadko stosuje się analizę wpływu badań naukowych, prac badawczych finansowanych ze środków publicznych w ujęciu monetarnym. Celem pracy jest ocena możliwości zastosowania metody społecznego zwrotu z inwestycji w obszarze finansowania badań naukowych. Praca opiera się na analizie przypadków wybranych prac badawczych sfinansowanych na drodze konkursów ze środków publicznych w ramach dyscyplin naukowych nauki o zdrowiu i nauki o kulturze fizycznej. W pracy zidentyfikowano brakujące dane w wybranym systemie naukowych baz danych potrzebne do wprowadzenia społecznej stopy zwrotu z inwestycji w badania naukowe. Dodatkową wartością dodaną pracy jest charakterystyka i ocena funkcjonalności systemów informatycznych wspierających procesy ewaluacji badań naukowych, w tym systemów informatycznych wspomagających zarządzanie oparte na dowodach. We wnioskach w pracy zarekomendowana rozwiązania sprzyjające w przyszłości wdrożeniu przedmiotowego rozwiązania oceny efektów prac badawczych.

Słowa kluczowe: *SROI, badania naukowe, zdrowie.*

1. Wstęp

Celem badania jest ocena możliwości zastosowania metody społecznej stopy zwrotu z inwestycji (ang. *Social Return on Investment, SROI*) w obszarze finansowania badań naukowych. Do weryfikacji wspomnianej metody wykorzystano projekty realizowane w obszarze medycyny, nauk o zdrowiu i kulturze fizycznej. Dodatkowo opisane zostały funkcjonalności systemów informatycznych wspierających procesy ewaluacji badań naukowych, w tym systemy informatyczne wspomagające zarządzanie oparte na dowodach.

Celem poznawczym badania jest próba osadzenia analizy społecznej stopy zwrotu z badań naukowych w teorii zarządzania publicznego w tym zarządzania dowodami. Zarządzanie dowodami w niniejszej pracy skupia się na wybranych dowodach wpływu wyników badań naukowych dotyczących leczenia i rehabilitacji w wybranych chorobach cywilizacyjnych. Wybór przypadku chorób cywilizacyjnych został opisany w niniejszej pracy w oparciu o wyniki grantów badawczych sfinansowanych ze środków publicznych (Narodowego Centrum Nauki oraz Narodowego Centrum Badań i Rozwoju). Finansowanie wspomnianych projektów mieściło się między 1,7 mln zł do 2 mln zł, co wskazuje na projekty wysokobudżetowe o potencjalnie dużym oddziaływaniu społecznym i środowiskowym. Oczekiwany rezultatem badań jest opracowanie założeń poznawczych do analizy wpływu wyników badań naukowych, wykorzystującego metodę społecznej stopy zwrotu z inwestycji. Opracowanie obejmuje przegląd literatury, opis metody badania, prezentację wyników, oraz wnioski w tym rekomendacje do dalszych badań.

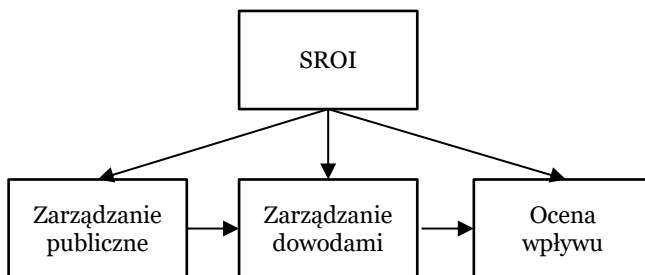
2. Dowody wpływu w zarządzaniu publicznym

Zarządzanie publiczne jest specyficzną formą zarządzania mającą odmienne od sektora komercyjnego cele, warunki działania, kryteria oceny efektywności, jak też społeczne nastawienie kadry kierowniczej (Sudoł 2013). Jego rola jest szczególnie istotna w kontekście uzasadnienia wydatków środków publicznych na różnego rodzaju inwestycje. Każdy środek publicznych pieniędzy powinien wskazywać w jakim czasie i zakresie inwestycje finansowane ze środków publicznych powinny się zwrócić, nie tylko z ekonomicznego, ale również społecznego punktu widzenia. Oznacza to, że niezbędne jest takie zarządzanie publiczne, aby dostarczać dowodów do uzasadnienia wydatkowania środków publicznych. Badania naukowe finansowane ze środków publicznych również powinny podlegać aspektom związanym z dowodami wpływu.

Wychodząc z powyższych założeń można dokonać próby osadzenia sposobu myślenia wyartykułowanego w postaci narzędzia SROI (Perechuda, Cieśliński, Nosek 2017). Autorzy dokonali próby wykorzystania narzędzia SROI do oceny efektywności zarządzania klubami sportowymi funkcjonującymi w formie

stowarzyszeń, a zatem organizacji, które korzystają ze środków publicznych. Rysunek 1 przedstawia ideowy model osadzenia badań nad społecznym zwrotem z inwestycji w publicznym zarządzaniu dowodami wpływu.

Rysunek 1. Model osadzania SROI w publicznym zarządzaniu dowodami

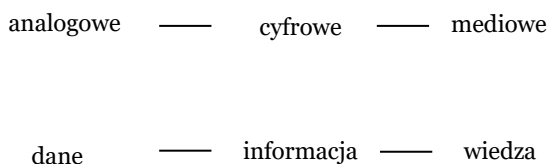


wpływu

Źródło: opracowanie własne.

Powyższy model jest oparty na systemie sprzężeń, gdzie wejściem są reguły i mechanizmy zarządzania publicznego, czyli zarządzania opartego o środki publiczne, transformowane do postaci dowodów wynikających z zarządzania a wyjściem jest ocena wpływu tych dowodów na zarządzanie organizacją publiczną i analizie SROI. Proces osadzania SROI w zarządzaniu publicznym i zarządzaniu dowodami można zdefiniować również w aspekcie cyfrowej gospodarki i gospodarki opartej na wiedzy. A mianowicie zarządzanie publiczne i zarządzanie dowodami to proces, którego wejściem są dane, transformowane do postaci informacji a w konsekwencji do postaci użytecznej wiedzy (wyjście). Na rysunku 2 przedstawiono z perspektywy gospodarki cyfrowej i gospodarki opartej na wiedzy, ideowy model publicznego zarządzania dowodami. Poniższy model opisuje sprzężenia między dowodami wpływu od analogowych przez cyfrowe do mediowych, oraz między dowodami wpływu jako danymi, informacją i wiedzą.

Dowody wpływu



Rysunek 2. Ideowy model procesu publicznego zarządzania dowodami wpływu w gospodarce cyfrowej opartej na wiedzy

Źródło: opracowanie własne.

Dowody mogą mieć formę cyfrową, zapis analogowy i/lub być fizycznymi artefaktami. W gospodarce cyfrowej opartej na wiedzy, najwięcej dowodów znajduje się w przestrzeni cyfrowej i mediowej. Jak można zauważyć, gospodarka cyfrowa oparta na wiedzy, w kontekście zarządzania dowodami wpływu, to proces, którego dowody wpływu należy poszukiwać na wejściu procesu. Generowanie dowodów wpływu zaczyna się zatem od zbierania danych, w którym to działaniu wykorzystuje się narzędzia cyfrowe skanujące cyfrową i mediową przestrzeń organizacyjną w celu pozyskania tych danych. Dataizm (Van Dijck, 2014; Mayer-Schonberger i in. 2014) jak nazywa nową filozofię współczesnej cywilizacji, autor „Homo Deus” Harari (2017), wskazuje, że wszystko co jest elementem współczesnej cywilizacji to są „dane”. To od nich zaczyna się proces ich przetwarzania do postaci informacji (przetwarzanie maszynowe), które z kolei w procesie przetwarzania kognitywnego i heurystycznego generują nową wiedzę (Cieśliński, 2020). A zatem zarządzanie dowodami wpływu to proces przetwarzania danych, informacji i wiedzy niezbędnych do podejmowania decyzji w publicznym zarządzaniu dowodami wpływu.

3. Koszty społeczne

Koszty społeczne można rozumieć jako koszty, które ponosi państwo i/lub samorząd czy wybrana społeczność w celu niwelowania efektów zdarzeń negatywnych takich jak np. choroby cywilizacyjne, zdarzenia nadzwyczajne. Ponieważ środki jakimi dysponuje państwo i samorząd, tj. środki publiczne, należałoby wskazać i uzasadnić, czy ich wydatkowanie przyczynia się do niefinansowych i/lub finansowych korzyści dla społeczeństwa. Brak uzasadnienia społecznego czy ekonomicznego zwrotu z inwestycji stanowi powód do rozważań nad istotnością i potrzebą wydatków. Dlatego tak ważne jest

zbieranie i opracowywanie dowodów związanych z efektami inwestowania w określone przedsięwzięcie.

Przykładem analizy kosztów społecznych jest opracowanie badań naukowych zaprezentowanych w pracy doktorskiej przez Ewę Przysiężną (2021). W pracy tej autorka opisuje badanie przeprowadzone w 2010 r. przez Guillaume'a i jego współpracowników, które wykazało, że koszt bezpośredniej opieki zdrowotnej związane z udarem wynosi 65,5 mld dolarów w Stanach Zjednoczonych. Liczba ta nie uwzględnia strat dla gospodarki wynikających z utraty pracy lub kosztów utraconych szans dla osób, które przeżyły udar oraz ich opiekunów (Guillaume i in., 2010, za: Przysiężna, 2021). Dalej w pracy wskazuje się, że w latach 2015–2035 koszty bezpośrednie opieki zdrowotnej związane z udarem znacznie wzrosną i wyniosą 94,3 miliarda dolarów. Szacunki te wynikają ze wzrostu liczby ludzi w wieku powyżej 80 lat (Benjamin i in., 2019, za: Przysiężna, Wrocław, 2021, s. 10).

W Polsce tylko niewielki odsetek pacjentów po udarze wraca do aktywności zawodowej. Jest to tak nieliczna grupa osób, że brakuje wiarygodnych danych na temat rzeczywistej liczby osób podejmujących pracę. Z danych naukowych wynika iż, ponad 40 % dorosłych w wieku produkcyjnym po udarze nie wraca do pracy (Coole i in., 2013, za: Przysiężna, 2021). Z dostępnych danych wynika, że około 65% osób, które przeszły udar przed 65 rokiem życia rezygnuje z pracy zawodowej, a kolejne 14% modyfikuje godziny swojego zatrudnienia (Kersten i in., 2002). Jednocześnie autorzy podkreślają, że utrata pracy po udarze i idąca w ślad za tym utrata pozycji społecznej, istotnie pogarsza jakość życia i jest silnym czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia depresji poudarowej (Gilworth i in., 2009, za: Przysiężna, 2021).

Powyższe dane pokazują, że udar mózgu jest poważnym problemem społecznym zarówno krajów rozwiniętych, jak i krajów o niższym poziomie uprzemysłowienia oraz niskim dochodzie narodowym. Biorąc pod uwagę zjawisko starzenia się społeczeństwa, a co za tym idzie, szacowany wzrost liczby osób starszych w ciągu najbliższych 10-20 lat oraz oczekiwany wzrost liczby innych schorzeń, które zwiększają ryzyko wystąpienia udaru, (w tym otyłości, cukrzyca, demencji i chorób serca), można racjonalnie przewidywać, że obecne obciążenie społeczne znacznie wzrośnie.

4. Społeczny zwrot z inwestycji

Tematyka pomiaru społecznej wartości dodanej, tworzonej w ramach przedsięwzięć społecznych, to kluczowe zagadnienie wpisujące się w nurt gospodarki społecznej (Sałustowicz, 2007; Perechuda, 2015; Głowacki, 2010). Podstawowe zasady i metody wdrażania przedsięwzięć o charakterze społecznym zostały w dużej mierze przyswojone, zarówno przez instytucje publiczne, jak i organizacje należące do tzw. trzeciego sektora. Wciąż jednak brakuje elementarnej wiedzy na temat metod oceny tego typu przedsięwzięć. Artykuł pt.

„Mierzenie społecznej wartości dodanej” (Głowacki, 2010) podejmuje, po pierwsze, próbę zdefiniowania i klasyfikacji pojęcia społecznej wartości dodanej, a po drugie przedstawia dwie metody oceny wpływu organizacji społecznych na otoczenie: społeczną stopę zwrotu oraz wypracowany mnożnik. Proces wyliczania SROI można sprowadzić do 5 etapów (Głowacki, 2010; Perechuda i in., 2017; Arvidson i in. 2013):

1. Ustalenie zakresu badania i identyfikacja interesariuszy.
2. Mapowanie rezultatów.
3. Ewidencja rezultatów i nadawanie im wartości.
4. Korekta wyników.
5. Obliczenie SROI.
6. Przygotowanie i publikacja raportu z przeprowadzonych badań.

Według dotychczasowej literatury społeczna stopa zwrotu to narzędzie, które umożliwia organizacji wyrażanie w kategoriach finansowych jej społecznej, ekologicznej i ekonomicznej wartości w porównaniu z nakładami inwestycyjnymi jakie zostały poniesione. Narzędzie stara się zmonetaryzować wartości niemonetarne. Narzędzie opiera się na standardowych zasadach księgowości i na technikach ocen inwestycyjnych, takich jak wartość zaktualizowana netto, wewnętrzna stopa zwrotu czy okres zwrotu. SROI pomaga w nadaniu wartości pieniężnej результатам działalności tradycyjnie trudnym do uchwycenia w kategoriach ilościowych (Górniak i Keler, 2007). Termin społeczna stopa zwrotu z inwestycji powstał przez analogię do funkcjonującego w przestrzeni biznesowej pojęcia stopy zwrotu z inwestycji (*Return on Investment*, ROI). Przeznaczając środki finansowe na daną działalność, decydenci potrzebują miary, która umożliwia sprowadzenie do wspólnego mianownika wiele przedsięwzięć pochodzących z różnych dziedzin oraz mających różny horyzont czasu. Kluczowym zagadnieniem jest wartość dodana. Klasycznie w finansach przedsiębiorstw możemy wyróżnić dziewięć grup interesariuszy i przypisać im wniesione wartości oraz oczekiwane korzyści. Analiza interesariuszy jest nam potrzebna w analizie SROI. Natomiast jej kształt i kategorie nakładów i oczekiwanych korzyści musi być dostosowany do zadanego projektu.

Problemem stosowania SROI metody może być właściwa interpretacja źródeł wartości dodanej, która będzie wynikała z braku miarodajnej identyfikacji interesariuszy. W konsekwencji podstawową cechą SROI powinna być bezpośrednia porównywalność, niezależnie od dziedziny czy formy działalności. Z poziomu kalkulacyjnego należy przejść następujące etapy analizy.

Oszacowanie wysokości przepływów finansowych oczekiwanych w przyszłości. Dla SROI będą to niekoniecznie przepływy, a ekonomiczne korzyści wyrażone w formie pieniężnej,

- Zastosowanie właściwej stopy do zdyskontowania tych przyszłych przepływów (korzyści ekonomicznych w przypadku SROI). Zdarzenia

przyszłe są nieznane, co skutkuje tym, że nie można mieć pewności co do realnej wartości przyszłych korzyści ekonomicznych. Pytaniem wymagającym rzetelnej analizy jest określenie nie tylko wartości korzyści ekonomicznych, ale również związanego z ich osiągnięciem poziomu ryzyka.

- Wysokość ryzyka powinna znaleźć swoje odzwierciedlenie w stopie procentowej służącej do dyskontowania przyszłych korzyści (Perechuda i Cater, 2021).
- Stopa dyskontowa jest ważna, ponieważ nikt, kto nie zajmuje się realizacją danego przedsięwzięcia, nie jest w stanie rzetelnie ocenić kosztów i przychodów czyli omawianych korzyści ekonomicznych. Dlatego potrzebne jest znalezienie wspólnego mianownika – właśnie w postaci poziomu ryzyka porażki przy realizacji danego przedsięwzięcia.

Wzór, który jest stosowany do obliczenia wskaźnika SROI jest następujący (Perechuda i in., 2017):

$$SROI = \frac{\text{zdyskontowane przyszłe korzyści}}{\text{wycenione nakłady}}$$

Celem stosowania SROI jest zwiększenie równości społecznej i jakości życia ludzi, a także wspieranie zrównoważonego rozwoju. Metoda spełnia warunek nierynkowych metod wyceny czyli dotyczy sytuacji gdy mamy do czynienia bezpośrednio z celami polityki wybranej instytucji. Metody te są ściśle związane z dwoma wymiarami: społecznym i publicznym. Instytucja podejmująca dane przedsięwzięcie potrzebuje informacji na temat korzyści płynących z podejmowanych działań w celu realizacji jej zadań (Zielińska, 2013). Przykłady zastosowania metody SROI można znaleźć w polskiej literaturze przedmiotu (np. Baran i in., 2016, Grabowska i Wójcik, 2021; Moroń i Klimowicz, 2016). Tabela 1 prezentuje wpływ poprawy aktywności sportowej społeczeństwa na różne wskaźniki społeczne w trzech wariantach. Prezentowane wartości pozwalają oceniać potencjał aktywizacji sportowej społeczeństwa na Świecie.

Tabela 1. Porównanie wyników trzech scenariuszy dla poprawy aktywności sportowej zakładających wzrost o: 10, 50 i 100 % nieaktywnych

	scenariusz +10 pp	scenariusz +50 pp	scenariusz +100 pp.
wskaźniki umieralności	-1,35%	-5,96%	-12,0%
długość życia	0,05%	0,4%	0,20%
wskaźnik zatrudnienia	0,23%	0,61%	1,2%
liczba pracujących	0,24%	1,3%	0,66%
średnia liczba absencji	-2,04%	-6,00%	-12,0%
koszty absencji pracowniczej	-2,03%	-12,0%	-5,97%
poziom umiejętności kognitywnych	0,29%	0,43%	0,9%
liczba otyłych	-0,32%	-2,2%	-1,10%
liczba osób z nadwagą	-0,32%	-1,10%	-2,2%
koszty systemu opieki zdrowotnej	-0,18%	-1,3%	-0,62%
rak jelita grubego	-3,19%	-12,74%	-25,5%
rak piersi	-3,84%	-18,1%	-9,04%
rak trzonu macicy	-2,60%	-9,27%	-18,5%
choroby układu krążenia ogółem	-3,49%	-14,60%	-29,2%
udar	-3,24%	-13,87%	-27,40%
zawał	-3,19%	-12,79%	-25,56%
cukrzyca	-3,71%	-13,95%	-27,92%

Źródło: (Baran i in. 2016).

Warto podkreślić dwie liczby na podstawie tabeli 1. Wprowadzone zmiany mogą skutkować 6 mld zł oszczędności z powodu zmniejszenia absencji pracowniczej oraz prawie 900 mln oszczędności w publicznym systemie opieki zdrowotnej. Stanowią one przybliżenie pieniężnych kosztów nieaktywności fizycznej ponoszonych co roku przez polskie społeczeństwo.

Powyższy przykład wskazuje, że analiza społecznego zwrotu z inwestycji, w tym przypadku inwestycji związanych z aktywnością sportową, pokazuje znaczące oszczędności szeroko rozumianej ochrony zdrowia i rynku pracy wynikających z aktywności sportowej. Poniżej opisano trzy przypadki badań naukowych, które można analizować z perspektywy społecznego zwrotu z inwestycji w badania naukowe. W tym przypadku w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki o kulturze fizycznej.

Wcześniejsze badania zakresie SROI (Perechuda, Cieśliński, Nosek, 2017) podkreślały jakie są korzyści z opracowywanego rozwiązania. Jedno z badań poruszone przez wspomnianych autorów wykazało, że w Wielkiej Brytanii, jeden funt zainwestowany w aktywność ruchową społeczności, zwraca się czterokrotnie. Oznacza to, że badania w zakresie SROI powinny dostarczać wiedzy, jak inwestować środki publiczne aby poprawić jakość życia społeczeństwa. Jednocześnie, badania powinny wskazać, że inwestycje ze środków publicznych mogą i powinny być analizowane w perspektywie zwrotu, uzasadniając ich wydatkowanie. Wykorzystanie SROI w dziedzinie nauk

medycznych i o zdrowiu może być wspomagane przez narzędzie Science Wizard, którego funkcjonalności opisane zostały w niniejszym tekście.

5. Metodologia badania

Metodologia badania oparta jest na literaturze (Baran i in., 2016; Perechuda i in., 2017) w szczególności z obszaru kultury fizycznej, dotyczącej kosztów społecznych niezakaźnych chorób cywilizacyjnych. Proces badawczy opiera się na opisanu i przedstawieniu wybranych projektów badawczych potraktowanych w pracy jako studia przypadków. Studia przypadków zostały wybrane w oparciu o wykorzystanie technologii bazodanowe do archiwizacji, ewaluacji i monitorowania działalności badawczo-naukowej pracowników badawczych w Polsce. Do badań użyto system informatyczny służący analizie wpływu wyników badań naukowych Science Wizard. Jest to zintegrowany ekosystem rozwiązań IT dostarczanych do uczelni i instytutów naukowych jako usługa w modelu subskrypcyjnym. Sciencecloud, w sposób bezpośredni, wspiera realizację priorytetów zapisanych w Programie „Nauka dla Społeczeństwa” w obszarze Doskonałości Naukowej. W skład Sciencecloud wchodzi następujące elementy:

- Analityka naukowa – umożliwia monitorowanie i symulację wypełnienia slotów publikacyjnych przez naukowców z uwzględnieniem optymalnego doboru publikacji w świetle ograniczeń ewaluacji oraz deklaracji pracowników. Algorytmy Analityki biorą też pod uwagę dodatkowe punkty generowane przez m.in. działalność artystyczną, projekty i wpływ na środowisko.
- Ewidencja naukowa – pozwala na gromadzenie i przetwarzanie informacji o dorobku naukowym pracowników uczelni w obrębie wszystkich trzech kryteriów ewaluacyjnych, zgodnie z najnowszymi wytycznymi ministerstwa właściwego ds. badań naukowych.
- Repozytorium naukowe – umożliwia prezentację dorobku naukowego uczelni w oparciu o DSpace 7 lub alternatywnie wykorzystując autorskie rozwiązanie PCG (dla małych i średnich uczelni).
- Ocena pracownicza (moduł w przygotowaniu) – umożliwia definiowanie i obsługę dowolnego procesu wewnętrznej, okresowej analizy pracowników w obszarach nauki, badań i dydaktyki, z wykorzystaniem danych z systemów zewnętrznych i uczelnianych.

Z Sciencecloud korzysta szerokie spektrum podmiotów podlegających ewaluacji naukowej. Są wśród nich duże uniwersytety (Uniwersytet Jagielloński), topowe szkoły niepubliczne (Uniwersytet SWPS), uczelnie artystyczne (Akademia Teatralna im. Zelwerowicza w Warszawie), a także instytuty badawcze (Instytut Badawczy Leśnictwa).

Efektom jest identyfikacja czynników oddziałujących na społeczeństwo przeanalizowanych grantów badawczych. Analiza przypadków prowadzi do wskazania kluczowych modyfikacji opisu referencyjnego modelu analizy

społecznego zwrotu z badań naukowych w obszarze kultury fizycznej. W szczególności zastosowano analizę funkcjonalną w projektowaniu narzędzi cyfrowych do zarządzania dowodami wpływu wyników badań naukowych na rozwój cywilizacyjny społeczeństw, którego bazą poznawczą jest zarządzanie publiczne.

W przypadku finansowania badań naukowych czy prac badawczych ważne najczęściej są dwa efekty: efekt naukowy i efekt praktyczny. Efekt naukowy ma poszerzać wiedzę w pewnym obszarze i można go traktować jako korzyść społeczną. Efekt praktyczny pozwala na wdrożenie określonych rozwiązań wynikających z prac badawczych co oczywiście też służy rozwojowi społecznemu. Do oceny przydatności SROI w zakresie zarządzania dowodami badań naukowych wybrano dwa przypadki. Przypadek pierwszy dotyczy badań związanych z plastycznością mózgu. Przypadek drugi dotyczy badań w zakresie wspierania terapii i rehabilitacji osób po udarach. Dane wykorzystane do opisu i analizy wybranych przypadków pochodzą z wcześniej wspomnianego systemu informatycznego Science Wizard.

6. Prezentacja wyników analizy przypadków

6.1. Przypadek 1. Badania nad plastycznością mózgu

Na Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu były prowadzone badania w szeroko rozumianej problematyce plastyczności mózgu. Plastyczność mózgu oznacza badania wpływu różnych rodzajów aktywności psychofizycznej na mechanizmy neuroplastyczności u osób chorych na choroby neurodegeneracyjne lub po udarze mózgu. Obejmują one między innymi ocenę wpływu treningu interwałowego o wysokiej intensywności, treningu mentalnego czy wirtualnej rzeczywistości na kompensacyjną plastyczność układu nerwowego tych chorych. Opisano w tym przypadku trzy działania: wpływ treningu fizycznego, mentalnego i wirtualnego na plastyczność mózgu w procesach rehabilitacji choroby Parkinsona, po udarach mózgu i barku kończyn górnych.

Prof. dr hab. Jarosław Marusiak, kierownik badań nad wpływem treningu interwałowego na cykloergometrze rowerowym na mechanizmy neuroplastyczności u chorych na chorobę Parkinsona, wskazuje na potrzebę treningu interwałowego na chorobę Parkinsona. Osiągnięcie naukowe dotyczy realizacji dwóch projektów badawczych przedstawionych w tabelach 2 i 3.

Tabela 2. Fiszka projektu I

Tytuł projektu, nazwa konkursu i nr rejestracyjny projektu
„Plastyeczność procesów sterowania ruchem u osób z chorobą Parkinsona na skutek treningu fizycznego” (konkurs „Iuventus Plus”, grant nr IP2011 024770)
Źródło finansowania i okres realizacji
Projekt z MNiSW zrealizowany w latach 2011-2015
Kwota na badania
150 000 PLN
Przyporządkowanie tematyczne
N 404 - Zdrowie Publiczne i Kultura Fizyczna
Wyróżnienia związane z realizacją projektu
2013 – kierownik projektu był laureatem Stypendium Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, przyznawanego młodym wybitnym naukowcom, którzy prowadzą wysokiej jakości badania i cieszą się imponującym dorobkiem naukowym

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Fiszka projektu 2

Tytuł projektu, nazwa konkursu i nr rejestracyjny projektu
„Wpływ treningu interwałowego o wysokiej intensywności na mechanizmy neuroplastyczności i zachowania psychomotoryczne u pacjentów z chorobą Parkinsona: badanie randomizowane z jednorocznym okresem obserwacji” (konkurs „OPUS 13”, grant nr 2017/25/B/NZ7/02795)
Źródło finansowania i okres realizacji
NCN (lata 2018-2022)
Kwota na badania
1 959 900 PLN
Przyporządkowanie tematyczne
Obszar badawczy: NZ - Nauki o Życiu Numer panelu dyscyplin: NZ7 - Nauki o lekach i zdrowie publiczne Pomocnicze określenia identyfikujące: NZ7_3 - Promocja zdrowia, kultura fizyczna, NZ7_7 – Rehabilitacja
Wyróżnienia związane z realizacją projektu
Centrum Inteligentnego Rozwoju nominowało autora projektu do Polskiej Nagrody Inteligentnego Rozwoju 2020 w kategorii „Naukowiec przyszłości” za realizację projektu pn.: „Wpływ treningu interwałowego o wysokiej intensywności na mechanizmy neuroplastyczności i zachowania psychomotoryczne u pacjentów z chorobą Parkinsona: badanie randomizowane z jednorocznym okresem obserwacji”.

Źródło: opracowanie własne, Jarosław Marusiak „„Plastyeczność procesów sterowania ruchem u osób z chorobą Parkinsona na skutek treningu fizycznego” (konkurs „Iuventus Plus”, grant nr IP2011 024770).

Przełożenie praktyczne wyników badań realizowanych w dwóch projektach

Wyniki badań z wcześniej wymienionych grantów odpowiadają na fundamentalne pytania dotyczące neurofizjologicznych mechanizmów pozytywnego wpływu intensywnych ćwiczeniach fizycznych na funkcjonowanie układu nerwowego u pacjentów cierpiących choroby Parkinsona (PD). Te pozytywne efekty intensywnych ćwiczeń fizycznych przekładają się na zmniejszenie stanu zaawansowania tej choroby i poprawę jakości życia pacjentów z PD. Wyniki te stanowią podstawę do wzbogacenia obecnego złotego standardu leczenia chorych o rehabilitację opartą na dowodach naukowych.

Skuteczna rehabilitacja osób z PD niesie także za sobą również korzyści gospodarcze w postaci redukcji kosztów leczenia. Jest to o tyle istotne, że w starzejących się populacjach (do których zaliczyć trzeba społeczeństwa europejskie, a w tym polskie) ekonomiczne obciążenia związane z PD stale rosną. Według European Parkinson's Disease Association, ponad 10 milionów ludzi na świecie cierpi na chorobę Parkinsona, z których 1,2 miliona mieszka w Unii Europejskiej, a około 60 000 w Polsce (Findley 2007). Przewiduje się, że ta liczba podwoi się do 2030 r. Roczne koszty leczenia pacjentów z PD wynoszą 13 mld euro w samej Unii Europejskiej. Przejście od opieki domowej do opieki stacjonarnej w placówce opiekuńczej wiąże się z szacowanym ich wzrostem o 500% (Findley, 2007). Omówione badania naukowe wskazują na istotne możliwości ograniczania kosztów związanych z opieką nad pacjentami z chorobą Parkinsona. Główną zaletą rehabilitacji w oparciu o proponowane w projektach badawczych skuteczne ćwiczenia fizyczne o wysokiej intensywności jest to, że rehabilitacja pacjentów z PD może być prowadzona w domu bez kosztowo oraz bez skutków ubocznych towarzyszących anty-parkinsonowskiej terapii farmakologicznej. Zatem bazując na danych Findley'a (2007) można założyć, że przejście od rehabilitacji stacjonarnej w placówce do opieki domowej mogłoby wpłynąć na pięciokrotne obniżenie tych kosztów leczenia PD w samej Unii Europejskiej, tj. z kwoty 13 mld euro do kwoty 2,6 mld euro, co dawałoby oszczędność w budżecie Unii Europejskiej około 10,4 mld euro. Są to konkretne potencjalne monetarne efekty prowadzonych badań. Bazując na prostej stopie zwrotu uwzględniając tylko i wyłącznie tutaj wymienione efekty można zastosować metodę SROI gdzie korzyści to 10,4 mld EUR a poniesione nakłady to wartość zrealizowanego grantu. Oczywiście takie podejście byłoby daleko idącym uproszczeniem, ponieważ np. nie uwzględnia kosztów wdrożenia i kosztów zmiany leczenia wspomnianej choroby.

Nowoczesny system opieki zdrowotnej obejmuje szeroki wachlarz świadczeń medycznych będących przedmiotem rozważań ekonomistów i polityków, którzy mogą wpływać na decyzje dotyczące form ubezpieczeń i zwrotów wydatków na skuteczne metody rehabilitacji.

Aspekt interdyscyplinarności

Oba projekty prezentują w swej metodologii interdyscyplinarne podejście badawcze konieczne do wieloaspektowego wyjaśnienia mechanizmów plastyczności mózgu u pacjentów z chorobą Parkinsona. W tym multimodalnym podejściu badawczym zaangażowane zostały zespoły badawcze z dyscypliny nauk medycznych, nauk o zdrowiu i nauk o kulturze fizycznej, które pozwoliły uchwycić problem plastyczności mózgu przy zastosowaniu: metod neuroobrazowania (PET, MRI), metod neurofizjologicznych (EEG, EMG), laboratoryjnych metod biochemicznych i genotypicznych, metod biomechanicznych (pomiar siły i sztywności mięśni) i behawioralnych testów klinicznych stosowanych klinicznie w neurologii i psychologii.

Znaczenie społeczne i ekonomiczne wiedzy pozyskanej z badań w ramach realizowanych projektów naukowych

Poznanie mechanizmów pozytywnego wpływu ćwiczeń fizycznych na funkcje motoryczne i poznawcze w chorobie Parkinsona może zwiększyć skuteczność metod rehabilitacji, co bez wątpienia pomoże pacjentom z PD. Nowoczesny system opieki zdrowotnej obejmuje szeroki wachlarz świadczeń medycznych będących przedmiotem rozważań ekonomistów i polityków, którzy mogą wpływać na decyzje dotyczące form ubezpieczeń i zwrotów wydatków na skuteczne metody rehabilitacji.

Oddziaływanie na polski system opieki zdrowotnej

Poza oddziaływaniem na środowisko naukowe i efekt edukacyjny (artykuły i prezentacje na konferencjach naukowych) oraz uświadamianiem społeczeństwa w temacie roli ćwiczeń fizycznych dla zdrowia mózgu (prelekcje i wykłady), kierownik opisanych powyżej dwóch grantów prof. dr hab. Jarosław Marusiak zaangażowany jest również w kreowanie rozwiązań systemowych dla implementacji powyższej wiedzy, pozyskanej z prowadzonych w ramach grantów badań, do modyfikacji refundowanych przez NFZ programów terapeutycznych. W ramach tych działań prof. dr hab. Jarosław Marusiak został zaproszony przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów (KIF) do przygotowania krajowych wytycznych dla fizjoterapii w chorobie Parkinsona.

Równoległe z tymi działaniami prof. dr hab. Jarosław Marusiak został zaproszony jako ekspert do udziału w pracach Parlamentarnego Zespołu ds. choroby Parkinsona, aby przygotować założenia Krajowego Programu Walki z chorobami Neurodegeneracyjnymi. Działając w tym zakresie prof. dr hab. wygłosił prelekcję zatytułowaną „Wyzwanie dla fizjoterapii w chorobie Parkinsona” w Sejmie RP na Posiedzeniu Parlamentarnego Zespołu ds. choroby Parkinsona, które odbyło się dnia 5.07.2019 r. i poświęcone było przygotowaniu szczegółów Krajowego Programu Walki z Chorobami Neurodegeneracyjnymi, w

ramach którego istotną rolę ma mieć wprowadzenie metod fizjoterapii w chorobie Parkinsona opartej na dowodach naukowych (*Evidence Based Physiotherapy in Parkinson's Disease*). Na wystąpieniu tym prof. dr hab. Jarosław Marusiak zaprezentował dowody naukowe na zastosowanie intensywnych ćwiczeń fizycznych w leczeniu choroby Parkinsona, jak również przedstawił Europejskie Wytyczne Fizjoterapii w chorobie Parkinsona, które ujmują systemowo zastosowanie specyficznych ćwiczeń fizycznych w leczeniu choroby Parkinsona. W toku dyskusji na opisywanym posiedzeniu, po prelekcji prof. Jarosław Marusiak zaproponował rozwiązania systemowe dla ujęcia tej formy terapii w koszyku świadczeń refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a dr Zbigniew Wroński, - Wiceprezes Krajowej Izby Fizjoterapii, omówił przeszkody systemowe dla efektywnego wprowadzenia refundacji świadczeń fizjoterapeutycznych opartych na dowodach naukowych, a w tym koncepcji intensywnych ćwiczeń fizycznych w fizjoterapii choroby Parkinsona (Sejm).

6.2. Przypadek 2. Badania nad terapią i rehabilitacją osób po udarach

Tabela 3. Fiszka projektu 3

Tytuł projektu badawczego: VR TierOne - Gra VR wspierająca terapię i rehabilitację osób po udarach
Źródło finansowania Narodowe Centrum Badań i Rozwoju w ramach działania 1.2. Sektorowe programy B+R Programu Operacyjnego Inteligentny Rozwój, umowa nr (POIR.01-02.00-00-0134/16).
Cele badań: <ul style="list-style-type: none"> – opracowanie scenariusza terapii obniżającej poziom lęku, depresji i stresu u osób podlegających rehabilitacji na oddziale neurologicznego (kompetencje potwierdzone Europejskim Certyfikatem Psychoterapeuty) – nawiązanie współpracy międzynarodowej z wiodącym ośrodkiem europejskim prowadzącym badania nad wykorzystaniem wirtualnej terapii w procesie rehabilitacji – współpraca z interdyscyplinarnym zespołem terapeutycznym (kompozytor, muzykoterapeuta, psycholog) w celu opracowania muzyki stanowiącej ścieżkę dźwiękową terapii – nagranie wszystkich komunikatów terapeutycznych – współpraca z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów IT (programiści, programiści 3D, graficy) w celu przygotowania wirtualnego środowiska w którym jest będzie prowadzona terapia – opracowanie schematu badania klinicznego oceniającego skuteczność opracowanej terapii, rejestracja badania klinicznego, nawiązanie współpracy z oddziałami rehabilitacyjnymi prowadzącymi badania, nadzór nad przebiegiem eksperymentu klinicznego, opracowanie bazy danych, archiwizacja wyników, analiza statystyczna, opracowanie artykułów naukowych.

Efekty przypadku drugiego

Udział w projekcie zakończył się 30.5.2020. Poza grantem NCBiR (w ramach statutowej działalności naukowej) przeprowadzono jeszcze trzy inne, niezależne badania kliniczne, które nie były finansowane z projektu NCBiR. Opierały się one na pracy doktorantów i dotyczyły skuteczności VR TierOne w rehabilitacji pulmonologicznej, kardiologicznej i geriatrycznej.

Obecnie VR TierOne pracuje w Szpitalu Specjalistycznym w Głuchołazach, gdzie służy do poprawy stanu psychicznego osób, które przechorowały COVID-19. Zalety stosowanego rozwiązania zostały zauważone przez media ogólnopolskie. Kwota przyznanego przez NCBiR grantu to 1 320 026,18 zł wypłacana w transzach po zatwierdzeniu sprawozdania z kolejnych etapów realizacji grantu. Taką samą kwotę zapewniło ze swojej strony Przedsiębiorstwo Produkcyjno-Usługowe STOLGRAF, które było realizatorem grantu. Łączny budżet to 2 208 489,66 zł. Ponownie w ramach grantu możemy wyróżnić grupy interesu, poniesione nakłady. W tym przypadku, aby zastosować SROI należałoby przejść cały proces identyfikacji i wyceny efektów. W ten sposób można by było poznać szacunkową monetarną wartość korzyści ze zrealizowanych przedsięwzięć.

7. Podsumowanie

Przeanalizowane przypadki na podstawie danych dostarczanych przez platformę do ewaluacji i promocji nauki głównie w sposób opisowy pokazują efekty przeprowadzonych grantów. Mamy informacje o nakładach, ale dosyć lakonicznie w procedurze grantowej podchodzi się do zagadnienia interesariuszy danych badań naukowych czy praktycznych. Rzadko w grantach znajdziemy szczegółowy opis grup interesu, mapę ich oczekiwań i nakładów w przypadku skorzystania z efektów prowadzonych badań naukowych czy praktycznych. Dlatego autorzy niniejszej pracy proponują włączenie metody SROI, zaczynając od analizy interesariuszy, a następnie starając się na pojedynczym przykładzie wykazać monetarne efekty prowadzonych badań. W przyszłości rozwój metody SROI musiałby być poparty bardzo dogłębными i rozłożonymi w czasie badaniami efektów grantów badawczych. Zakłada się, że opracowanie kompleksowego narzędzia w jednej dziedzinie badawczej może zająć kilka lat potrzebnych na faktyczne sprawdzenie efektów badań naukowych. W związku z przeanalizowanymi przypadkami autorzy wypracowali rekomendacje na przyszłość:

- rozpoczęcie zbierania dodatkowych informacji o efektech badań naukowych,
- monitorowanie długoterminowych efektów badań naukowych na wybranych przypadkach,

- połączenie w systemie danych: efektów wraz z wnioskiem o przeprowadzonych badaniami,
- wdrożenie analizy interesariuszy jako obligatoryjnego elementu we wnioskach o finansowanie badań i nauki, nie jako kryterium ewaluacji wniosków, ale jako możliwość budowania długoterminowej bazy danych.

Bibliografia

- Arvidson, M., Lyon, F., McKay, S., & Moro, D. (2013). Valuing the social? The nature and controversies of measuring social return on investment (SROI). *Voluntary Sector Review*, 4(1), 3-18.
- Baran J., Lis M., Magda I., (2016). Ocena korzyści społecznych inwestycji w sport w odniesieniu do ponoszonych kosztów. Raport analityczny. IBS, MSiT.
- Cieśliński W. (2020), Cyfrowa dojrzałość organizacji-założenia poznawcze i metodologiczne, SLZ, Łódź: Politechnika Łódzka.
- Findley, L. J. (2007). The economic impact of Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*, 13, s8-s12.
- Głowacki, J. (2010). Mierzenie społecznej wartości dodanej. *Ekonomia społeczna*, (1), 26-34.
- Górniak J., Keler K. (2007), Wskaźniki w ewaluacji ex-post programów publicznych, [w:] A. Haber Ewaluacja ex-post. Teoria i praktyka badawcza. Warszawa: PARP.
- Grabowska I., Wójcik S. (2021). Oddziaływanie społeczne przedsiębiorstw społecznych w teorii i praktyce. Warszawa: Uniwersytet Warszawski.
- Harrari Y.N. (2017), Homo Deus. A Brief History of Tomorrow, VPRH, United Kongdom.
- Lingane, A., Olsen, S. (2004). Guidelines for Social Return on Investment. *California Management Review*, 46(3), 116–135. <https://doi.org/10.2307/41166224>
- Mayer-Schönberger, V., Cukier, K., & Kamphuis, A. (2014). Lernen mit Big Data. *Die Zukunft der Bildung*, 1
- Perechuda I., (2015), Znaczenie sportu w gospodarce narodowej. W: J. Dobosz (red.), *Wybrane zachowania zdrowotne Polaków w perspektywie sportu powszechnego i zdrowia: analiza problemu* (p. 77-90). Warszawa: Fundacja Rozwoju Kultury Fizycznej.
- Perechuda, I., Čater, T. (2021). Influence of stakeholders' perception on value creation and measurement: the case of football clubs. *Sport, Business and Management*, Vol. 12 No. 1, pp. 54-76. <https://doi.org/10.1108/SBM-03-2021-0035>.
- Perechuda, I., Cieśliński W. Nosek W. (2017). Aktywność sportowo adaptacyjna osób starszych - założenia teoretyczne modelu (SROI) W: Eugeniusz Bolach i Adam Kawczyński (red.). *Adaptacyjna aktywność fizyczna* (s. 92-103), Wrocław: Agencja Usługowo-Handlowa "AGIW".
- Przysiężna, E. (2021). Ocena skuteczności gry terapeutycznej VR Tier One jako metody wspierającej rehabilitację osób po udarze mózgu. Rozprawa doktorska, Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu.
- Sałustowicz, P. (2007). Pojęcie, koncepcje i funkcje ekonomii społecznej. *Ekonomia Społeczna*, 2, 4-17.
- Sejm,
http://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/transmisja.xsp?documentId=ED2317F3C4862096C12584230041C496&symbol=TRANSMISJA_ARCH&info=T (dostęp 15.09.2021)

- Sudoł, S. (2013). Nauki o zarządzaniu a zarządzanie publiczne. *Studia Ekonomiczne*, (169), 199-204.
- Van Dijck, J. (2014). Datafication, dataism and dataveillance: Big Data between scientific paradigm and ideology. *Surveillance & Society*, 12(2), 197-208.
- Zielińska A., (2013), *Gospodarowanie na obszarach przyrodniczo cennych w Polsce w kontekście rozwoju zrównoważonego*. Wrocław: Wydawnictwo UE we Wrocławiu.

SOCIAL RETURN ON INVESTMENT (SROI) AS A METHOD OF EVALUATING THE RESULTS OF SCIENTIFIC RESEARCH

Summary: Scientific research as an area of public management are evaluated in terms of its effectiveness and impact on the society. This assessment is often descriptive or bibliometric. The monetary impact of scientific research is rarely analyzed. The aim of the study is to assess the possibility of applying the social return on investment model in the area of financing scientific research. The work is based on the analysis of selected research projects financed by public funds. The research disciplines selected for analysis are health sciences and physical education. The study identified missing data in a selected scientific database system needed to introduce the social rate of return on investment in research. An additional added value of the work is the characterization and evaluation of the functionality of IT systems supporting the processes of scientific research evaluation, including IT systems supporting evidence-based management. In the conclusions of the work, some solutions were recommended. It would be conducive to the future implementation.

Keywords: *SROI, research, health.*

WYZNACZENIE ILOŚCIOWYCH CELÓW DLA PROCESÓW W ŚWIETLE BADANIA DOJRZAŁOŚCI PROCESOWEJ POLSKICH SZPITALI

Beata Detyna

ORCID 0000-0002-4854-8433
Akademia Nauk Stosowanych Angelusa Silesiusa
ul. Zamkowa 4, 58-300 Wałbrzych
e-mail: bdetyna@ans.edu.pl

Streszczenie: Celem niniejszej publikacji jest przedstawienie wyników badań, dotyczących ilościowych celów wyznaczanych dla realizowanych w szpitalach procesów. badaniu podlegało 14 procesów z podziałem na procesy zarządzania, główne (diagnostyczne i lecznicze) oraz pomocnicze. Wyniki przedstawiono w kontekście pomiaru dojrzałości procesowej szpitali. Badania przeprowadzono w latach 2019-2020 wśród 122 polskich szpitali ogólnych, należących do tzw. sieci szpitali. Prezentację wyników badań poprzedza przegląd literaturowy, gdzie szczególną uwagę skupiono na istocie zarządzania procesowego szpitali, w tym dojrzałości procesowej. W publikacji wskazano procesy najlepiej zarządzane, w tym monitorowane – czyli działania w ich ramach wykazują się najwyższą dojrzałością (ciągłym dążeniem do doskonalenia). Ze względu na fakt, że zdecydowana większość badanych szpitali (95,08%) posiada certyfikat ISO 9001:2015, dwuwymiarowej ocenie poddano realizację siedmiu zasad zarządzania jakością. To pozwoliło na prezentację wyników, dotyczących m.in. zasady podejmowania decyzji opartych na dowodach (w tym rozumienia zależności przyczyny i skutku) w dwóch wymiarach: siły oddziaływania tej zasady na jakość usług medycznych oraz oceny jej realizacji. Zaprezentowane wyniki badań oparte są na autorskim modelu dojrzałości procesowej szpitali. Wyniki przedstawiają aktualne podejście polskich szpitali (12,83% szpitali ogólnych) do wybranych aspektów zarządzania procesowego, a także realizacji zasad zarządzania jakością, w tym zasady podejmowania decyzji opartych na dowodach. Przegląd literaturowy wskazuje na deficyt publikacji dotyczących tej tematyki.

Słowa kluczowe: *szpitale, zarządzanie procesowe, dojrzałość procesowa, model dojrzałości procesowej szpitali, monitorowanie procesów, cele ilościowe.*

1. Wstęp

Niniejszą publikację przygotowano mając na uwadze społeczną ważność poruszanej problematyki, a także zauważalny deficyt publikacji dotyczących zarządzania procesowego w placówkach medycznych. Jej celem jest przedstawienie wyników badań, dotyczących ilościowych celów wyznaczanych

dla realizowanych w szpitalach procesów - badaniu podlegało 14 procesów z podziałem na procesy zarządzania, główne (diagnostyczne i lecznicze) oraz pomocnicze. Wyniki przedstawiono w kontekście pomiaru dojrzałości procesowej szpitali. Autorka w latach 2019-2020 przeprowadziła badania wśród 122 polskich szpitali ogólnych, należących do tzw. sieci szpitali. Grupa respondentów reprezentowała wszystkie poziomy w ramach PSZ: szpitale I, II i III stopnia, onkologiczne, pulmonologiczne, pediatryczne oraz ogólnopolskie, w tym placówki z wszystkich województw. W badaniach uczestniczyły osoby nadzorujące proces doskonalenia systemu zarządzania jakością w szpitalach: dyrektorzy naczelni, zastępcy dyrektorów ds. lecznictwa, pełnomocnicy ds. zarządzania jakością, pielęgniarki naczelne, a także pełnomocnicy ds. zarządzania procesami. Prezentację wyników badań poprzedza przegląd literaturowy, w którym zamieszczone zostały różne sposoby definiowania pojęć tj.: podejście procesowe, zarządzanie procesowe, organizacja procesowa, dojrzałość procesowa, czy dojrzałość organizacji. Autorka chciała w ten sposób podkreślić ich wielowymiarowość. W opracowaniu, w sposób szczególny skupiono się na istocie zarządzania procesowego szpitali, w tym dojrzałości procesowej tych placówek. Na tle znanych z literatury modeli dojrzałości procesowej zaprezentowano wybrane elementy autorskiego modelu MMPM-H. W niniejszej publikacji wskazano procesy, które w badanych szpitalach są najlepiej zarządzane, w tym monitorowane – czyli działania w ich ramach wykazują się najwyższą dojrzałością (ciągłym dążeniem do doskonalenia). Ze względu na fakt, że zdecydowana większość badanych szpitali (95,08%) posiada certyfikat ISO 9001:2015, dwuwymiarowej ocenie poddano realizację siedmiu zasad zarządzania jakością. To pozwoliło na prezentację wyników, dotyczących m.in. zasady podejmowania decyzji opartych na dowodach (w tym rozumienia zależności przyczyny i skutku) w dwóch wymiarach: siły oddziaływania tej zasady na jakość usług medycznych oraz oceny jej realizacji.

2. Przegląd literatury

Szczególne miejsce w każdym systemie opieki zdrowotnej zajmują szpitale. To one tworzą podstawowy system zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwany „siecią szpitali” lub podstawowym systemem zabezpieczenia (PSZ) (Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Istota i znaczenie tego systemu wyraża się przede wszystkim w zapewnieniu powszechnego dostępu do świadczeń w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii, a także nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Zgodnie z wykazem świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych

poziomów PSZ (obowiązującego od 01.10.2017 r do 31.12.2021 r.), w Polsce do sieci szpitali należy 594 placówek, z czego 516 to szpitale publiczne, a 78 niepubliczne. Placówki te zobligowane są do zapewnienia pacjentom pełnej opieki medycznej (w całym cyklu leczenia) i stanowią ok. 62,5% wszystkich funkcjonujących w Polsce stacjonarnych szpitali ogólnych (ogólnodostępnych). Wśród problemów dotyczących polskiego systemu opieki zdrowotnej najczęściej wymieniane są: niedobór kadry medycznej (pielęgniarskiej i lekarskiej), relatywnie wysoki średni wiek pracowników medycznych, niewystarczające środki finansowe na pokrycie kosztów leczenia pacjentów, długi placówek medycznych, a także limity NFZ dotyczące wielu świadczeń.

Według wielu autorów kluczową determinantą efektywności organizacji jest jej dojrzałość (Enkel, Bell, Hogenkamp, 2011; Nowosielski, 2012; Brajer-Marczak, 2015; Christiansson, van Looy, 2017; Cieśliński, Czubasiewicz, Grajewski, Sliż, 2018). Oznacza ona pewien poziom umiejętności (doskonałości) i może być rozpatrywana na wiele sposobów, m.in. jako: dojrzałość zarządcza, procesowa, projektowa, w obszarze technologii, jakości, wiedzy, kultury itp. (Wolniak, 2011; Kucińska-Landwójtowicz Kołosowski, 2012; Skrzypek, 2014a; Cieśliński et al., 2014; Skrzypek, 2019). Istotę i znaczenie dojrzałości jakościowej organizacji przedstawia w swoich badaniach E. Skrzypek, która wykazuje zależności zachodzące pomiędzy dojrzałością jakościową, a efektywnością finansową i ekonomiczną (Skrzypek, 2014b). O dojrzałości organizacji zarządzanej projakościowo pisze również W. Łukasiński (Łukasiński, 2016).

W wyniku analizy polskiego i światowego piśmiennictwa można wnioskować, że dominującym obszarem badawczym w tym zakresie jest dojrzałość organizacyjna, rozpatrywana w kontekście podejścia procesowego (Rosemann, de Bruin, Bruin, 2005; Grajewski, 2007; Rohloff, 2009b; Nowosielski, 2012; Brajer-Marczak, 2014; Tarhan, Turetken, Reijers, 2016; Kalinowski, 2017). Wiąże się to ze wzrostem zainteresowania wielu organizacji (w tym szpitali) wdrażaniem standardów zarządzania jakością, np. normy ISO 9001:2015 (Rogała, 2011; Czerw, Religioni, 2013; Bitkowska, 2013; Ludwiczak, 2017; Dudek-Burlikowska, 2018). W tym kontekście warto podkreślić, że wzrostowi zainteresowania zarządzaniem procesowym jak i jakościowym (w tym monitorowaniem procesów) towarzyszy stały wzrost znaczenia informatyzacji w opiece zdrowotnej (Syrkiewicz-Światała i in., 2017; Carvalho, Rocha, 2018; Lisiecka-Bielanowicz i in., 2019; Urbanowska-Sojkin, Weinert, 2019; Syrkiewicz-Światała, Detyna, Sosada i inni, 2021). Przy tym do czterech podstawowych obszarów wykorzystywania współcześnie technologii informatycznej w usługach medycznych zalicza się:

- prowadzenie dokumentacji elektronicznej, w tym zapisywanie historii choroby w formie elektronicznej, generowanie elektronicznych recept, tworzenie sprawozdań i raportów niezbędnych do rozliczeń z płatnikiem,

- oferowanie usług z zakresu tele-medycyny, obejmujących m.in. realizację zdalnych konsultacji i interpretacji wyników badań, wykorzystywanie systemów wspomagających podejmowanie decyzji,
- kształcenie personelu medycznego, w tym zapewnienie dostępu do baz danych, bibliografii medycznej, wyspecjalizowanych serwisów branżowych i platform e-learningowych,
- wsparcie administracji, w tym elektroniczna rejestracja czasu pracy pracowników, wspomaganie zarządzania personelem, rozliczenia finansowe (Pasternak i in., 2011, s. 140-144; Detyna, 2020).

Jak podkreślają źródła literaturowe racjonalizacja rozwiązań stosowanych w zarządzaniu procesami szpitali jest potencjalnym sposobem nie tylko na poprawę jakości usług medycznych, ale także uzyskania oszczędności – według szacunków ok. 46% całkowitego budżetu operacyjnego szpitali pochłaniają czynności logistyczne, a około 48% kosztów powstających w łańcuchu dostaw można zaoszczędzić poprzez wdrożenie lepszych praktyk (Burgess, Radnor, 2013, 220–235; Cholewa-Wiktor, 2013, s. 39-49). Przy tym, w zależności od celów dokonywanych analiz (monitoringu) szpital powinien znaleźć sposób nie tylko na pomiar jakości zarządzania, czy procesów wewnętrznych, ale także na poznanie percepcji swoich interesariuszy (Urban, 2008, s. 23-27). Dlatego w procesie doskonalenia jakości warto uwzględnić i wykorzystywać możliwości wielu metod i narzędzi, wśród których rekomendowane są m.in.:

- monitorowanie skarg i uwag pacjentów,
- systematyczne badanie jakości usług medycznych, postrzeganej przez pacjentów,
- monitorowanie procesów zachodzących w szpitalu pod kątem jakości,
- metoda „tajemniczego pacjenta” - gdzie ukryty obserwator podaje się za pacjenta danej placówki i dokonuje ocen różnych aspektów świadczonych usług,
- metoda „incydentów krytycznych” - w której np. pacjentom lub członkom rodzin zadawane są otwarte pytania, dzięki którym identyfikowane są krytyczne zdarzenia, jakie miały miejsce w trakcie świadczenia badanych usług,
- metoda Servqual - w której pomiarowi podlega nie tylko jakość usług, ale także oczekiwania pacjentów oraz stopień ważności badanych aspektów
- narzędzia SPC (*Statistical Proces Control*) - wykorzystywane do statystycznej kontroli procesów, w tym wskaźniki tempa zmian i sezonowości, karty kontrolne Shewhart’a, wskaźniki zdolności jakościowej procesów itp.,
- zrównoważona karta wyników BSC (*Balanced Scorecard*),
- karta wyników CSR (*Corporate Social Responsibility*) - której celem jest badanie wszystkich obszarów oddziaływania organizacji na życie gospodarcze i społeczne,

- filozofia Kaizen, jako proces ciągłego doskonalenia organizacji,
- samoocena, jako instrument doskonalenia organizacji, pomiaru osiągniętego sukcesu oraz identyfikacji słabych i wymagających przyszłych usprawnień elementów,
- metody i techniki w ramach wdrożonego systemu zarządzania jakością ISO 9001 (Detyna, Detyna, 2011; Kleniewski, 2012; Kaplan, Norton, 2012; Łańcucki, 2013; Cholewa-Wiktor, 2013; Detyna, Detyna, 2013b; Stefanicka, 2014; Detyna, 2014; Detyna, 2015b; Detyna, Detyna, 2017; Singh, Singh, 2015; Gajdzik, 2015; Dudek-Burlikowska, 2019; Lisiecka-Bielanowicz i in., 2019; Detyna, 2020; Wójcik, 2020),

Ponadto wśród wielu metod i systemów wspierających rozwój organizacji wdrażających koncepcje organizacji zarządzanych procesowo najczęściej wymieniane są: TQM (*Total Quality Management*), ERP (*Enterprise Resource Planning*), CRM (*Customer Relationship Management*), SCM (*Supply Chain Management*), BPR (*Business Process Reengineering*), BPI (*Business Process Improvement*), ABC (*Activity Based Costing*), BSC, TBM (*Time Based Management*), JiT (*Just in Time*), LO (*Learning Organizations*), PERT (*Program Evaluation and Review Technique*), CPM (*Critical Path Method*), koncepcja ciągłego doskonalenia Kaizen, karty Kanban, Benchmarking, czy E-business (Jurczuk, 2006; Hamrol, 2008; Bitkowska 2010; Łańcucki, 2013; Lenik, 2015; Detyna 2015a; Grajewski, 2016). Niestety wdrażanie rozwiązań organizacji procesowej w praktyce ogranicza się często do opracowywania jedynie zbioru zidentyfikowanych procesów i projektowania ich przebiegu. Rzadziej natomiast projektowane są mierniki i wskaźniki procesów, dostosowywana jest do procesowego charakteru organizacji struktura, a także wprowadzane zasady wewnętrznych relacji rynkowych. Istota tzw. „urynkowienia wewnętrznego” organizacji polega na tym, że każdy jej strukturalny element realizuje zasadę świadczenia usług, w celu zapewnienia sprawnego funkcjonowania całej organizacji. Procesy w tym przypadku traktowane są jako łańcuch powiązań odbiorców i dostawców, gdzie dostawca wewnętrzny oceniany jest według takich kryteriów jak zewnętrzny – pod względem jakości, terminowości oraz ceny świadczonych usług (Grajewski, 2016). Jednocześnie, zdaniem P. Grajewskiego uproszczenie organizacji wiąże się z pewnymi zagrożeniami, o których warto pamiętać. Wymienia się wśród nich m.in.: wyodrębnienie zbyt dużej liczby procesów, pozostawienie funkcjonalnego układu organizacji w niezmienionym stanie (zwłaszcza w sferze kompetencji), a także brak systemu pomiaru efektywności procesów (Grajewski, 2016, s. 174). Błędy w implementacji procesowych rozwiązań mogą zatem spowodować odwrotny do zamierzonego skutek, zmniejszając efektywność odejmowanych przez organizację działań.

Podejście procesowe a zarządzanie procesowe

W literaturze odnajdujemy mnogość definicji, które opisują dojrzałość organizacji, dojrzałość procesową, podejście procesowe, organizację procesową, czy zarządzanie procesowe. Liczne publikacje odnoszące się do tych kwestii wskazują na ważność tej problematyki, zarówno z naukowego, jak i praktycznego punktu widzenia. Różnorodne sposoby definiowania pojęć wskazują na ich wyjątkową złożoność i wielowymiarowość.

W podejściu procesowym, według S. Nowosielskiego zaleca się całościowe myślenie o procesach, jako powiązanych ze sobą czynnościach. Każda organizacja jest bowiem zbiorem wzajemnie przeplatających się procesów. Ich identyfikacja pozwala na lepsze zrozumienie tworzenia wartości, a ich usprawnienie i stałe doskonalenie zwiększa efektywności funkcjonowania organizacji i stopień zadowolenia klientów wewnętrznych i zewnętrznych (Nowosielski, 2008). Podejście to opiera się na założeniu, że należy optymalizować działania mając na uwadze procesy, a nie funkcje, ponieważ proces jest naturalną determinantą osiągnięcia wzrostu efektywności współczesnej organizacji (Grajewski, 2016). Według A. Bitkowskiej dotyczy ono całej filozofii działania, która stanowi podstawę do wprowadzenia zarządzania procesowego (Bitkowska, 2012; Bitkowska 2013). Ważne jest, aby widzieć organizację poprzez procesy w niej zachodzące – co pozwoli zrozumieć pracownikom i kierownictwu, że praca w każdej komórce organizacyjnej wpływa na wynik końcowy, przekazywany klientowi, i że tylko świadoma współpraca pozwoli osiągnąć cel (Auksztol, Chomuszko, 2012, s. 41-54). Podejście procesowe od ponad dwudziestu lat jest jednym z najszerzej i najczęściej stosowanych podejść zarówno w praktyce, jak i teorii zarządzania, które występuje m.in. w zarządzaniu strategicznym, operacyjnym, zarządzaniu kadrami, jakością, projektami itd. (Romanowska, Trocki, 2004).

W tym kontekście zarządzanie procesowe to planowanie zmian usprawniających procesy zachodzące w organizacji oraz kontrola stopnia ich realizacji. Oznacza ono kompleksowe, ciągłe i usystematyzowane stosowanie odpowiednich koncepcji, metod i narzędzi oddziaływania na procesy zachodzące w organizacji, tak aby w pełni zrealizować jej cele oraz jak najlepiej zaspokoić potrzeby klientów zewnętrznych i wewnętrznych (Nowosielski, 2008). Według A. Stabryły zarządzanie procesowe oznacza „horyzontalną koordynację realizowanych w organizacji procesów, polegającą na poszukiwaniu lepszych/nowych źródeł konkurencyjności na rynku przez jakościową i ilościową realizację poszczególnych procesów podstawowych i wspomagania, które zostały wyodrębnione w łańcuchu wartości” (Stabryła, 2006). Dla P. Grajewskiego jest ono działaniem polegającym na optymalizacji struktury elementów organizacji ze względu na ich wpływ na kreowanie wartości ostatecznego efektu wyodrębnionych procesów. Jest to dążenie do maksymalnego udziału w tej strukturze elementów dodających wartość i minimalizacji udziału operacji

nieefektywnych. W praktyce oznacza to, takie poszukiwanie struktury organizacyjnej, czyli składowych procesu, która maksymalnie byłaby ukierunkowana na tworzenie wartości dodanej do całego systemu organizacyjnego, a więc i jego poszczególnych części (Grajewski, 2016). Według A. Bitkowskiej zarządzanie procesowe powinno obejmować całą organizację i mieć charakter wielowymiarowy w płaszczyźnie: organizacyjnej, finansowej, społecznej, informatycznej oraz wiedzy. Ponadto zarządzanie to powinno wynikać z założeń i planów strategicznych, gdyż zwiększa możliwość dopasowania się do zmian w otoczeniu (Bitkowska, 2013). Syntetycznie rzecz ujmując za J. Brillmanem, polega ono na dokonywaniu systematycznej oceny efektów procesów, podtrzymywaniu ich funkcjonowania i wprowadzaniu korekt, jeśli osiągnięte rezultaty odbiegają od zakładanej normy (Brillman, 2002).

Mając na uwadze istotę przytaczanych w tym rozdziale pojęć wielu autorów opisuje cechy tzw. organizacji procesowej. Przykładowo E. Skrzypek i M. Hofman charakteryzuje ją jako w pełni skoncentrowaną na poprawie swoich procesów, w której dokonywane są systematyczne zmiany w całym systemie procesów. Przy tym zmiany te powinny zmierzać do optymalizacji wyników, jakie generują poszczególne procesy oraz dana organizacja jako całość (Skrzypek, Hofman, 2010, s. 99-102).

Dojrzałość procesowa

Próby wypracowania modeli dojrzałości procesowej podejmowali już na początku XX wieku prekursorzy zarządzania jakością, m.in. W. A. Shewart, W. E. Deming i P. Crosby. Wówczas to powstały niezwykle inspirujące i współcześnie, coraz częściej wykorzystywane koncepcje tj. cykl PDCA (*Plan-Do-Check-Act*), czy SPC. Nawiązując do nich, pod koniec lat 70-tych P. Crosby przedstawił matrycę dojrzałości organizacyjnej QMMG (*Quality Management Maturity Grid*) i opisał pięć poziomów dojrzałości, przez które przechodzi organizacja: niepewność, budzenie, oświecenie, mądrość i pewność (Crosby, 1979, s. 25-40). Jego pomysł stał się niejako przesłanką do opracowania przez W. S. Humphreya jednego z pierwszych kompleksowych podejść w zakresie oceny dojrzałości procesowej (Humphrey, 1989). Równolegle na zlecenie Departamentu Obrony Narodowej Stanów Zjednoczonych opisany został pierwszy model dojrzałości procesowej - CMM (*Capability Maturity Model*). Model ten opracował Software Engineering Institute (SEI) w 1987 r. (Paulk, 2009, s. 5-14). W kolejnych latach powstały narzędzia tj.: SE-CMM - *System Engineering Capability Maturity Model* (1995), IPD-CMM - *Integrated Product Development Capability Maturity Model* (1995), PCMM - *People Capability Maturity Model* (1995), SA-CMM - *System Acquisition Capability Maturity Mode* (1996). Pod koniec lat 90-tych rozpoczęto prace nad modelem, który pozwalałby na kompleksową ocenę wszystkich obszarów działalności różnych typów organizacji (produkcyjnych i usługowych). W ich wyniku, w 2000

r. powstała pierwsza wersja CMMI - *Capability Maturity Model Integration*, integrująca obszar inżynierii systemów informatycznych i produkcji oprogramowania. Kolejną wersją tego modelu był model, który obejmował również zintegrowany rozwój produktów i procesów IPPG (*Integrated Product and Process Development*) oraz nabywanie oprogramowania SA (*Software Acquisition*) (Chrapko, 2010, s. 2-7). W 2006 roku opublikowano model CMMI for Development v.1.2. (CMMI-DEV), który uwzględnił dalsze sugestie użytkowników, w tym uproszczona została procedura oceny dojrzałości procesowej (Mutafelija, Stromberg, 2008; Röglinger, Pöppelbuß, Becker, 2012). W wyniku przeglądu literaturowego można stwierdzić, że modele dojrzałości stanowią pewnego rodzaju kompendium wiedzy z danej dziedziny oraz przewodnik dla menedżerów, przekładający wiedzę na konkretne działania mające na celu zmienianie i usprawnianie organizacji. Przy tym „opisują one ewolucyjną ścieżkę rozwoju umożliwiającą organizacji przejście od stanu niespójnych, doraźnych działań (...) do działań uporządkowanych, monitorowanych i zarządzanych” (Głuszek, Kacała, 2015). Zbiór komponentów, które są wspólne dla wszystkich odmian modelu CMMI tworzy podstawę modelu CMMI (*CMMI Model Foundation*). Składają się na nią: obszary procesowe, ogólne cele i praktyki, a także wspólny słownik (Chrapko, 2010, s. 2-7). Podejście stopniowe w ocenie dojrzałości procesowej umożliwia doskonalenie procesów w ramach ściśle zdefiniowanej ścieżki rozwoju, którą wyznacza pięć poziomów dojrzałości (*Maturity Levels*) – Tab. 1.

Tabela 1. Poziomy dojrzałości procesowej organizacji według CMMI

Poziomy dojrzałości procesowej	Ogólna charakterystyka ocenianych procesów
Poziom 1 wstępny, początkowy (<i>Initial</i>)	Procesy są nieprzewidywalne i chaotyczne, a terminy realizowanych projektów oraz budżety systematycznie przekraczane. Powodzenie organizacji zależy od indywidualnego wysiłku pracowników. Obserwuje się brak stabilizacji i ciągłe zmiany podczas realizacji projektów. Na tym etapie organizacja znajduje się na początku swojego rozwoju, nabiera doświadczenia i uczy się jak zarządzać swoimi procesami.
Poziom 2 zarządzany (<i>Managed</i>)	W organizacji wdrożono podstawowe procesy związane z zarządzaniem projektami, a ich instytucjonalizacja możliwa jest dzięki realizacji ogólnych celów i praktyk przewidzianych dla tego poziomu. Procesy planowane są i realizowane zgodnie z przyjętą polityką organizacyjną, a do projektów zatrudnia się osoby o odpowiednich kwalifikacjach. Organizacja członkom zespołów projektowych zapewnia wszystkie niezbędne zasoby umożliwiające realizację celów projektowych. Pracownicy uczestniczą w niezbędnych szkoleniach. Procesy i produkty (usługi) objęte są monitorowaniem i kontrolą (zarządzanie konfiguracją), których wyniki analizuje się z wyższym kierownictwem. Organizacja realizuje podstawowe praktyki związane z właściwym zarządzaniem projektami, definiuje punkty, które wyznaczają główne (istotne)

	zdarzenia dla ich realizacji, a projekty prowadzone są zgodnie z przyjętymi wcześniej planami.
Poziom 3 zdefiniowany (<i>Defined</i>)	Organizacja osiągnęła wszystkie cele dla poziomu 2. Na tym etapie procesy są dobrze zdefiniowane i precyzyjnie opisane. W ich strukturze zauważa się takie elementy jak: cel, aktywności, wejścia, wyjścia, kryteria wejściowe, kryteria wyjściowe, role, kontekst procesu (np. hierarchia), procedury. Procesy zarządzane są bardziej proaktywnie, a cała organizacja dużo lepiej niż na poziomie 2. - rozumiane są wzajemne zależności i oddziaływania. Projekty, korzystając z dostępnej bazy Standardowych Procesów Organizacyjnych (SPO), dopasowują je do własnej specyfiki i potrzeb. Na tym etapie organizacja zyskuje poczucie własnej tożsamości.
Poziom 4 zarządzany ilościowo (<i>Quantitatively Managed</i>)	Organizacja osiągnęła wszystkie cele właściwe dla poziomów 2. i 3., a procesy zarządzane są ilościowo - śledzony jest ich przebieg, analizuje się przyczyny zmienności, wykorzystując w tym celu metody SPC (Statistical Process Control). Podstawowa różnica pomiędzy poziomami 3. i 4. polega na przewidywalności przebiegu procesów w organizacji.
Poziom 5 optymalizujący (<i>Optimizing</i>)	Organizacja osiągnęła wszystkie cele właściwe dla poziomów 2., 3. i 4. Procesy są ciągle doskonalone na podstawie metod SPC. Analizuje się przyczyny zmienności procesów i podejmuje odpowiednie działania korygujące. Organizacja koncentruje się na ciągłym doskonaleniu przebiegu procesów i wdraża innowacyjne rozwiązania oraz technologie. Definiowane są mierzalne cele doskonalenia procesów, które na bieżąco podlegają aktualizacji. Zdiagnozowane przyczyny pojawiających się błędów są eliminowane (CMMI® for Development, Version 1.3 CMMI-DEV, V1.3, 2010).

Zródło: (CMMI® for Development, Version 1.3 CMMI-DEV, V1.3, 2010).

Dojrzałość procesowa oznacza, że struktury organizacyjne oparte są na procesach, które są opomiarowane, a współpraca z dostawcami realizowana jest także na poziomie procesów (McCormack, 2009). Zdaniem M. Rohloff dojrzałość ta wyraża się w tym, że procesy są w sposób systematyczny analizowane, optymalizowane i dostosowywane do wymagań rynku. Przy tym wykorzystywane są nowoczesne metody zarządzania np. benchmarking (Rohloff, 2009a). Według P. Grajewskiego jej wyrazem jest dążenie organizacji do zapewnienia sobie zdolności reagowania na wyzwania turbulentnego, wymagającego elastycznych rozwiązań otoczenia. To inaczej mówiąc zdolność organizacji do budowy i usprawniania produktu/usługi (Grajewski, 2016). W. Łukasiński podkreśla, że jest swoistym wyznacznikiem dojrzałości jakościowej organizacji, która oznacza stan zorientowania na pełne i kompleksowe jej kształtowanie, a to umożliwia zaspokojenie potrzeb i oczekiwań interesariuszy (Łukasiński, 2016). W literaturze wskazuje się także na powiązanie dojrzałości procesowej z realizacją celów strategicznych, czy skutecznością zarządzania wiedzą (Brajer-Marczak, 2012; Łukasiński, 2016).

Dojrzałość procesowa szpitali

Przykładami badań dojrzałości procesowej w polskich szpitalach są m.in. badania w zakresie oceny poziomu dojrzałości i rozwoju IT (Jelonek, Chluski, 2014) oraz dotyczące budowy 4-poziomowego modelu dojrzałości rachunku kosztów szpitala (RKS) (Raulinajtys-Grzybek, W. Baran i in., 2019). W 2017 roku ukazały się badania przeprowadzone przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) dotyczące dojrzałości cyfrowej szpitali podległych Ministrowi Zdrowia. Badania te oparto na najbardziej popularnym obecnie w USA i Europie narzędziu EMRAM (*Electronic Medical Record Adoption Model*). Średni poziom dojrzałości dla Polski wyniósł - 2,34, dla Europy - 3,25, a dla USA - 5,21. We wnioskach wskazano, że wyniki dla Polski związane są z relatywnie niewielkimi nakładami na rynek cyfrowej ochrony zdrowia w naszym kraju (<https://csioz.gov.pl/analizy-i-opracowani/>). Wszystkie te badania miały charakter funkcjonalny i obejmowały jeden, wybrany obszar funkcjonowania szpitala. W latach 2019-2020 szerokie badania w zakresie dojrzałości procesowej szpitali prowadziła autorka tej publikacji, co zostało udokumentowane i wydane w postaci monografii naukowej pt. *Dojrzałość procesowa szpitali a jakość usług medycznych* (Detyna, 2020). Badania te odnosiły się zarówno do procesów zarządzania, głównych, jak i pomocniczych. Do wybranych wyników przeprowadzonych badań autorka odniosła się w niniejszym rozdziale.

Znacznie bogatszy od polskiego jest w tym zakresie dorobek międzynarodowy, chociaż i w tym przypadku zdecydowanie dominuje podejście funkcjonalne, gdzie ocenie poddawane są wybrane obszary szpitala. Najczęściej przedmiotem zainteresowania badaczy i praktyków są modele dojrzałości dotyczące:

- szpitalnych systemów informacyjnych (dojrzałości cyfrowej szpitali),
- rozwiązań w zakresie obrazowania cyfrowego i diagnostyki obrazowej,
- archiwizacji danych medycznych w szpitalach,
- oceny IT szpitali w odniesieniu do analizy danych,
- niezawodności opieki zdrowotnej, w tym oceny wyników klinicznych szpitali,
- oceny funkcji zaopatrzenia szpitali, w tym procesów zarządzania zakupami i dostawami,
- procesu opieki zdrowotnej na danym oddziale szpitalnym,
- jakości opieki zdrowotnej,
- organizacji i systemów zarządzania placówką medyczną,
- ciągłości opiekuńczej,
- współpracy szpitalnej (Detyna, 2020, s. 50).

Jedne z pierwszych badań, dotyczących dojrzałości procesowej szpitali zakończyły się (w 2005 roku) opracowaniem przez HIMSS (*Healthcare Information and Management Systems Society*) Modelu Elektronicznej Adaptacji Dokumentacji Medycznej (EMRAM - *Electronic Medical Record Adoption Model*). Jest to ośmiostopniowy (0–7) model do analizy i oceny dojrzałości szpitalnych systemów informacyjnych, czyli oceniania szpitali pod

kątem ich możliwości w zakresie elektronicznej dokumentacji medycznej (EMR). Model ten mierzy przyjęcie i wykorzystanie funkcji EMR w organizacji, która może ocenić swój obecny poziom wdrożenia EMR, a także porównać się z innymi świadczeniodawcami. Przy tym HIMSS Analytics stworzył międzynarodowy model do analizy i oceny dojrzałości ciągłości opiekuńczej (CCMM - *Continuity of Care Maturity Model*). To ośmiostopniowy model (0–7), pozwalający na pomiar zdolności organizacji do zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentami i populacjami. CCMM to system oceny dojrzałości skoordynowania i kontynuacji opieki nad pacjentem, wymiany informacji w ramach łańcucha usług, a także synchronizacji w skali regionu lub kraju. Stworzono także Model DIAM (*Digital Imaging Adoption Maturity*), służący do oceny poziomu dojrzałości rozwiązań w zakresie obrazowania cyfrowego i diagnostyki obrazowej (<https://www.himssanalytics.org/emram>). W 2008 roku opublikowane zostały wyniki prac dotyczące powstania modelu dojrzałości PMM – jako modelu dojrzałości technologii PACS w szpitalach. Jego autorzy R. van de Wetering oraz R. Batenburg uzasadniają znaczenie dojrzałości organizacyjnej i skutecznego wdrożenia systemu PACS (*Physics and Astronomy Classification Scheme*) do archiwizacji danych medycznych w szpitalach. W swojej pracy wykazali, że PMM może pomóc szpitalom w uzyskaniu wglądu w ich (strategiczne) cele wzrostu i dojrzałości w odniesieniu do PACS, EMR i innych systemów informacji zdrowotnej (van de Wetering, Batenburg, 2008). Z kolei T. Mettler z zespołem prowadził badania w obszarze zarządzania zaopatrzeniem szpitala oraz oceny modelu dojrzałości do projektowania. Autorzy opracowali koncepcję społecznej odpowiedzialności szpitala oraz model dojrzałości, który pozwala na wiarygodną ocenę, dotyczącą funkcji zaopatrzenia szpitala. Przydatność zaproponowanego modelu wykazano z użyciem metod analitycznych, empirycznych i teoretycznych (Mettler, 2010). Rok później opublikowano wyniki badań, dotyczących wpływu dojrzałości systemów poprawy jakości szpitali na wyniki kliniczne (Groene, Mora et al., 2011). W tym przypadku, schemat klasyfikacji dojrzałości procesowej opracowano na podstawie wyników ankiety, przeprowadzonej w 389 szpitalach, w ośmiu krajach europejskich. Badania korelacji obejmowały natomiast 43 szpitale hiszpańskie, w tym uniwersyteckie. Autorzy poszukiwali powiązań pomiędzy dojrzałością systemu poprawy jakości szpitali, a szeregiem złożonych miar i wskaźników, tj.: śmiertelność, długość pobytów itp. W wyniku badań wykazano, że posiadanie bardziej rozwiniętego systemu zarządzania jakością oznacza niższy odsetek powikłań szpitalnych. Podkreślono przy tym występowanie licznych przeszkód w jednoznacznej ocenie wpływu systemu zarządzania szpitalem na jego wyniki. Kolejnym przykładem badania dojrzałości procesowej szpitali są badania opublikowane w 2014 roku (Cleven, Winter et al., 2014). Autorzy zaproponowali model dojrzałości zdolności etapowych na podstawie danych ze 129 szpitali w Szwajcarii. Wyróżnili w nim pięć poziomów dojrzałości: zachęcanie do ukierunkowania procesów (1), obsługa

poszczególnych procesów (2), zdefiniowane procesy (3), okazjonalne działania naprawcze (4) oraz poprawa w zamkniętej pętli (5). W kolejnych latach pojawiały się publikacje z wynikami badań, które świadczą o rosnącym wciąż zainteresowaniu badaczy kwestią dojrzałości procesowej w kontekście jej wpływu na efektywność funkcjonowania szpitali. Wśród przykładów można wymienić m.in.:

- badania w zakresie wykorzystania modelu dojrzałości procesu opieki zdrowotnej w ocenie oddziały szpitalnego (Tarhan et al, 2015),
- zaproponowanie narzędzia do oceny dojrzałości w procesach zarządzania zakupami i dostawami – porównując specyfikę szpitali z firmami produkcyjnymi (Tontini, de Carvalho et al., 2016),
- propozycja w zakresie modelu oceny dojrzałości jakości opieki zdrowotnej, opartym na czynnikach jakości (Ramadan, Arafah, 2016),
- propozycja implementacji modelu dojrzałości według BPM w szpitalach holenderskich (Mens et al., 2016),
- badania dotyczące budowy i zastosowania modelu wysokiej niezawodności opieki zdrowotnej HRHCM do oceny wyników szpitalnych (Sullivan et al., 2016),
- badania dotyczące oceny szpitali polowych, które oparto na modelu dojrzałości procesowej (Mallek-Daclin, Daclin, 2017),
- badania w zakresie wykorzystania modeli dojrzałości systemu informacyjnego w ochronie zdrowia (Gomes, Romão, 2018),
- propozycja pomiaru dojrzałości systemów informatycznych szpitali w odniesieniu do analizy danych (Carvalho, Rocha, 2018),
- opracowanie ram oceny dojrzałości infrastruktury szpitala opartej na wynikach (Williams et al., 2019).

Podsumowując przegląd literaturowy należy podkreślić, że ocena poziomu dojrzałości procesowej szpitali wymaga głębokiej analizy zarówno czynników, które determinują funkcjonowanie zarządzania procesowego, jak i specyficznych dla tych organizacji uwarunkowań. Przy tym według autorki dojrzałość procesowa szpitala „to zdolność szpitala do odpowiedzialnego, elastycznego i efektywnego zarządzania procesami, wyrażająca się w osiąganiu coraz lepszych wyników prowadzonej działalności (celów strategicznych, taktycznych i operacyjnych), w tym zaspokajaniu potrzeb i oczekiwań klientów zewnętrznych (pacjentów i pozostałych interesariuszy), a także klientów wewnętrznych (pracowników szpitala). To także zorientowanie szpitala na przyszłość i kompleksowy, stały rozwój (ciągłe doskonalenie), stanowiące swoisty wyznacznik dojrzałości całej organizacji” (Detyna, 2020, s. 85).

3. Metodyka badawcza

Badania empiryczne przeprowadzone przez autorkę obejmowały 122 szpitale (co stanowi 12,83% szpitali ogólnych w Polsce). Do placówek tych skierowano prośbę (on-line) o wypełnienie formularza ankietowego. Wszyscy respondenci należą do sieci szpitali (PSZ). Zdecydowana ich większość to placówki publiczne (91%), a 9% niepubliczne. Prośbę o udział w badaniach skierowano do osób nadzorujących proces doskonalenia systemu zarządzania jakością w szpitalach: dyrektorów naczelnych, zastępców dyrektorów ds. leczenia, pełnomocników ds. zarządzania jakością, pielęgniarek naczelnych, a także pełnomocników ds. zarządzania procesami. Decyzja ta podyktowana była m.in. powszechnym stosowaniem w szpitalach wymagań normy ISO 9001:2015, która obliguje do przestrzegania zasad zarządzania jakością, w tym podejścia procesowego. Wyniki przeprowadzonych przez autorkę badań potwierdziły to – 95,08% uczestniczących w badaniach szpitali posiada certyfikat ISO 9001, a ponad połowa (ok. 54,10%) akredytację. Poddane analizie i ocenie szpitale działają na obszarze całej Polski, we wszystkich województwach. Największą grupę respondentów stanowiły placówki z województw: mazowieckiego (15,56%), dolnośląskiego (11,47%), śląskiego (9,83%), małopolskiego (7,38%) oraz kujawsko-pomorskiego (7,38%). Ich klasyfikację według położenia geograficznego przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Klasyfikacja badanych szpitali według województw

Województwo	Liczba szpitali	Udział %
dolnośląskie	14	11,47
kujawsko-pomorskie	9	7,38
lubelskie	8	6,56
lubuskie	3	2,46
łódzkie	7	5,74%
małopolskie	9	7,38%
mazowieckie	19	15,56%
opolskie	6	4,92%
podkarpackie	4	3,28%
podlaskie	2	1,64%
pomorskie	5	4,10%
śląskie	12	9,83%
świętokrzyskie	4	3,28%
warmińsko-mazurskie	5	4,10%
wielkopolskie	7	5,74%
zachodniopomorskie	8	6,56%
Łącznie	122	100,00%

Źródło: opracowanie własne.

Grupa badanych szpitali reprezentuje także wszystkie poziomy w ramach PSZ: szpitale I, II i III stopnia, onkologiczne, pulmonologiczne, pediatryczne oraz ogólnopolskie. Najliczniejszą grupę w tym kontekście stanowiły szpitale I stopnia (44,26%), a następnie II (20,49%) i III stopnia (18,03%) – łącznie

82,79%. Szpitale ogólnopolskie, pediatryczne, onkologiczne i pulmonologiczne stanowiły łącznie 17,21%. Dominowały szpitale zabiegowe wielospecjalistyczne (74,59%), szpitale niezabiegowe stanowiły 18,85%, a zabiegowe monospecjalistyczne 6,56%.

Badania przeprowadzono z wykorzystaniem autorskiego, wielowymiarowego modelu oceny dojrzałości procesowej (opracowanego w 2019 roku), nazwanego przez autorkę MMPM-H (*Multidimensional Model of Process Maturity Assessment of Hospitals*). Wśród wiodących, inspirujących koncepcji i modeli, które wpłynęły na kształt tej propozycji znalazły się przede wszystkim: CMM, PCMM, PEMM, EFQM, a także PN-EN ISO 9004:2018-16.

Model MMPM-H przewiduje na ścieżce rozwoju szpitala tradycyjnie pięć poziomów: wstępny (1), zarządzany (2), zdefiniowany (3), zarządzany ilościowo (4), oraz optymalizujący (5). Przy tym jest on na tyle uniwersalny, że pozwala na klasyfikację dojrzałości procesowej we wszystkich obszarach (procesach) szpitala z podziałem na procesy: zarządzania, główne i pomocnicze. Kluczowe kryteria oceny dojrzałości procesowej szpitali według MMPM-H podzielone zostały na kilka grup. Należą do nich: cele ogólne szpitali (COS), obszary procesowe szpitali (OPS), szpitalne praktyki ogólne (SPO), kryteria oceny poziomu dojrzałości procesowej rozwoju pracowników szpitala (RPS), a także kryteria oceny poziomu dojrzałości procesowej w odniesieniu do właścicieli procesów (WP). W modelu zaproponowano także pewne elementy uzupełniające, a wśród nich analizę i ocenę:

- czynników wpływających na realizację procesów w szpitalu,
- siedmiu zasad zarządzania jakością,
- procesów szpitalnych w kontekście występujących problemów,
- jakości usług medycznych,
- działań podejmowanych i planowanych przez szpital w celu doskonalenia procesów (Detyna, 2020, s. 177-217).

W niniejszej publikacji wykorzystane zostały wyniki badań, które odnoszą się jedynie do dojrzałości procesowej ocenionej na podstawie COS, OPS i SPO – Tab. 3. Poza tym w rozdziale przedstawiono wyniki badań dotyczące analizy i oceny siedmiu zasad zarządzania jakością, a wśród nich zasady podejmowania decyzji opartych na dowodach. Poszczególne zasady podlegają według MMPM-H dwuwymiarowej ocenie:

- siły oddziaływania na jakość usług medycznych - w skali od 1 do 5, gdzie 1 – to siła oddziaływania najmniejsza, a 5 – siła oddziaływania największa, wyróżniono pięć poziomów siły (*force*): F-1, F-2, F-3, F-4, F-5,
- oceny realizacji - w skali od 1 do 5, gdzie 1 – to ocena najniższa, a 5 – ocena najwyższa, wyróżniono pięć poziomów zdolności (*implementation*): I-1, I-2, I-3, I-4, I-5.

Na podstawie wyników przeprowadzonej ewaluacji możliwe jest opracowanie dla szpitala:

- arkusza oceny siły oddziaływania oraz realizacji poszczególnych zasad zarządzania jakością,
- mapy oraz radaru oddziaływania i poziomu realizacji siedmiu zasad (Rys.7, Rys. 8).

Tabela 3. Kryteria oceny dojrzałości procesowej szpitali według MMPM-H - podział na obszary procesowe, cele ogólne i praktyki ogólne

Obszary procesowe szpitala OPS	Cele ogólne szpitala COS	Szpitalne praktyki ogólne SPO	Poziom dojrzałości				
			1	2	3	4	5
			Wstępny	Zarządzany	Zdefiniowany	Zarządzany ilościowo	Optymalizujący
OPS1: Planowanie	COS1: Zinstytucjonalizowane zarządzane procesów	SPO1: Procesy są planowane					
		SPO2: Zapewniono zasoby					
		SPO3: Przydzielono odpowiedzialności					
		SPO4: Organizowane są szkolenia					
		SPO5: Zidentyfikowano i zaangażowano odpowiednich interesariuszy					
OPS2: Monitoring i kontrola		SPO5: Zidentyfikowano i zaangażowano odpowiednich interesariuszy					
		SPO6: Procesy są monitorowane i kontrolowane					
		SPO7: Przebieg procesów przeglądany jest z kierownictwem					
OPS3: Miary i analizy		SPO6: Procesy są monitorowane i kontrolowane					
OPS4: Zapewnienie jakości procesów		SPO8: Przeprowadzana jest ewaluacja wdrożonych procesów					

i usług medycznych								
OPS5: Szkolenia		SPO4: Organizowane są szkolenia						
OPS6: Koncentracja na procesach	COS2: Zinstytucjonalizowane zdefiniowanych procesów	SPO9: Procesy są zdefiniowane i opisane						
		SPO10: Gromadzone są informacje na temat doskonalenia procesów						
OPS7: Definicja procesów		SPO9: Procesy są zdefiniowane i opisane						
		SPO10: Gromadzone są informacje na temat doskonalenia procesów						
OPS8: Przebieg procesów	COS3: Zinstytucjonalizowane procesów zarządzanych ilościowo	SPO11: Wyznaczono ilościowe cele dla procesów						
OPS9: Ilościowe zarządzanie procesami		SPO11: Wyznaczono ilościowe cele dla procesów						
OPS10: Innowacje organizacyjne i wdrożenia	COS4: Zinstytucjonalizowane procesów optymalizujących	SPO12: Zapewniono ciągłe doskonalenie procesów						
OPS11: Analiza przyczyn i rozwiązań		SPO13: Usuwane są podstawowe przyczyny problemów						

Źródło: opracowanie własne (Detyna, 2020, s. 182).

Z przeprowadzonych przez autorkę badań wynika, że szpitale stosują zwykle podział procesów na trzy podstawowe grupy: procesy zarządzania, procesy główne i pomocnicze. W ich ramach, w modelu wyróżniono łącznie czternaście procesów (wymiarów oceny poziomu dojrzałości procesowej):

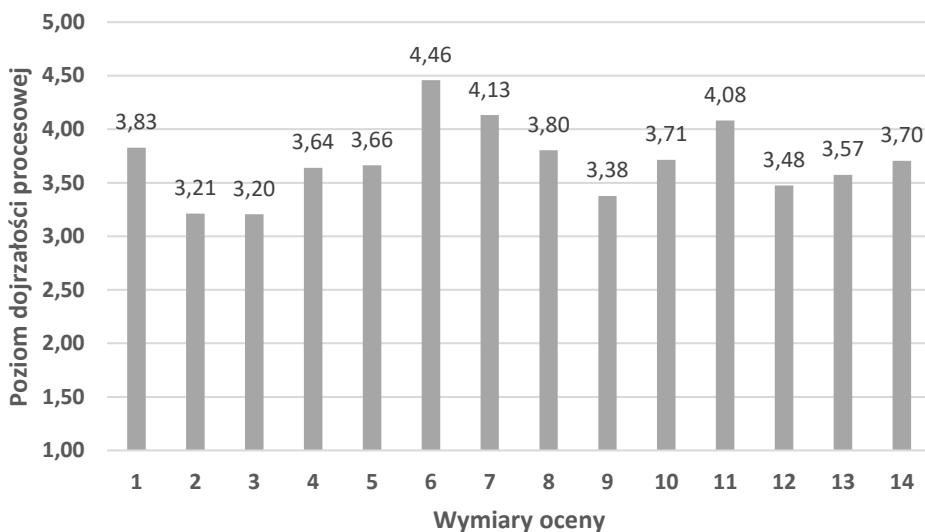
- 1) Procesy zarządzania:
 - doskonalenie SZJ,
 - zarządzanie ogólne,
 - zarządzanie zasobami finansowymi,
- 2) Procesy główne:
 - świadczenie usług medycznych – leczenie,
 - diagnostyka,
- 3) Procesy wspomagające:
 - nadzór nad stanem sanitarno-higienicznym,

- nadzór nad bezpieczeństwem i higieną pracy,
- zarządzanie zasobami ludzkimi,
- zarządzanie infrastrukturą,
- zakupy i zaopatrzenie,
- nadzór nad aparaturą medyczną,
- nadzór nad żywieniem,
- analiza danych,
- nadzór nad udokumentowaną informacją (Detyna, 2020, s. 183).

Realizacja ilościowych celów w procesach szpitalnych – wyniki badań

Analiza i ocena dojrzałości procesowej szpitali objęła trzy podstawowe grupy procesów: procesy zarządzania, procesy główne i pomocnicze, a badania dotyczyły 14 procesów (wymiarów). Wśród ocenianych procesów zarządzania były: doskonalenie SZJ (wymiar 1), zarządzanie ogólne (wymiar 2) oraz zarządzanie zasobami finansowymi (wymiar 3), natomiast w ramach procesów głównych: świadczenie usług medycznych – leczenie (wymiar 4) i diagnostyka (wymiar 5). Do procesów pomocniczych zaliczono: nadzór nad stanem sanitarno-higienicznym (wymiar 6), nadzór nad bezpieczeństwem i higieną pracy (wymiar 7), zarządzanie zasobami ludzkimi (wymiar 8), zarządzanie infrastrukturą (wymiar 9), zakupy i zaopatrzenie (wymiar 10), nadzór nad aparaturą medyczną (wymiar 11), nadzór nad żywieniem (wymiar 12), analizę danych (wymiar 13), a także nadzór nad udokumentowaną informacją (wymiar 14). Poszczególne procesy analizowano i oceniono pod względem ich dojrzałości pytając o poziom realizacji szpitalnych praktyk ogólnych SPO. Realizacja tych praktyk składa się według modelu MMPM-H na realizację celów ogólnych szpitali (COS), w ramach określonych obszarów procesowych (OPS) – Tab. 3. Na podstawie uzyskanych od respondentów odpowiedzi dokonano klasyfikacji badanych szpitali odnośnie poziomu dojrzałości procesowej poszczególnych wymiarów.

W niniejszej publikacji zaprezentowana została jedynie synteza przeprowadzonych badań, w postaci wskazania tych procesów, które są w szpitalach najlepiej monitorowane. Średnie wyniki dojrzałości procesowej w poszczególnych obszarach (wymiarach) zestawiono na Rys. 1 (numery obszarów odpowiadają numerom porządkującym poszczególne wymiary – patrz tekst powyżej).



Rys. 1 Średnia dojrzałość procesowa dla poszczególnych obszarów działalności badanych szpitali

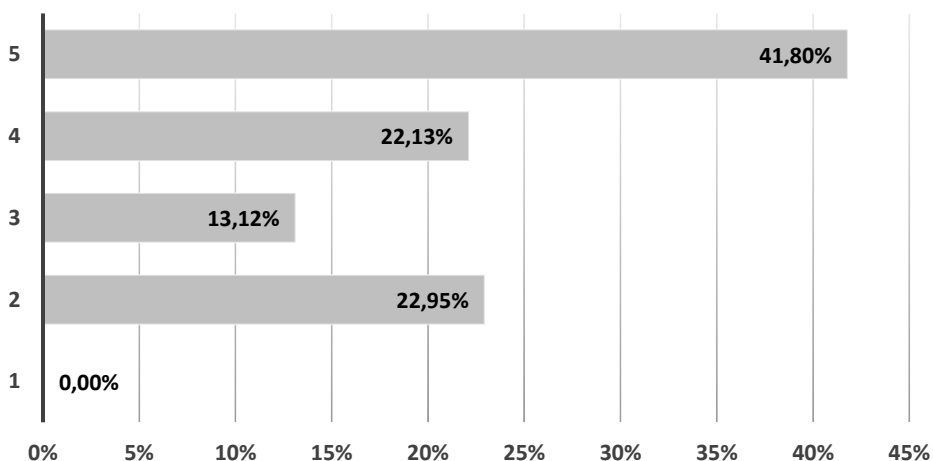
Źródło: opracowanie własne (Detyna, 2020, s. 232)

Porządkując wyniki badań od najwyższej do najniższej ocenionych uzyskano swoisty ranking obszarów szpitalnych, w kontekście dojrzałości procesowej:

- nadzór nad stanem sanitarno-epidemiologicznym (śr. 4,46),
- nadzór nad bezpieczeństwem i higieną pracy (śr. 4,13),
- nadzór nad aparaturą medyczną (śr. 4,08),
- doskonalenie systemu zarządzania jakością (śr. 3,83),
- zarządzanie zasobami ludzkimi (śr. 3,80),
- zakupy i zaopatrzenie (śr. 3,71),
- nadzór nad udokumentowaną informacją (śr. 3,70),
- diagnostyka medyczna (śr. 3,66),
- świadczenie usług medycznych (śr. 3,64),
- analiza danych (śr. 3,57),
- nadzór nad żywieniem (śr. 3,48),
- zarządzanie infrastrukturą (śr. 3,38),
- zarządzanie ogólne (śr. 3,21),
- zarządzanie zasobami finansowymi (śr. 3,20).

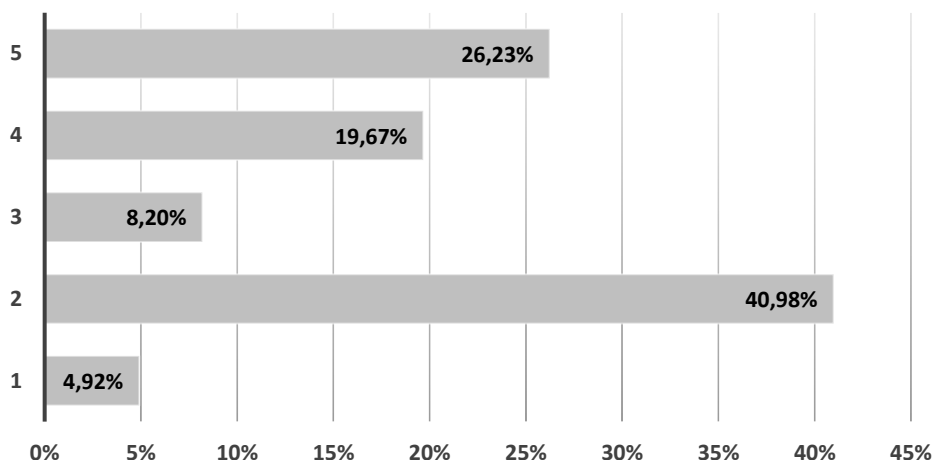
Spośród badanych procesów zarządzania najwyższy poziom dojrzałości odnotowano w obszarze doskonalenia Systemów Zarządzania Jakością (SZJ). W tym przypadku najliczniejszą grupę stanowią szpitale reprezentujące 5. poziom dojrzałości procesowej (41,80%) – Rys. 2. Są to placówki, które stale optymalizują swoje działania w ramach SZJ, w których zapewnione jest ciągłe

doskonalenie procesów, a także usuwanie podstawowych przyczyn problemów – patrz Tab. 3. Relatywnie liczną grupę stanowią szpitale reprezentujące 2. poziom dojrzałości (22,95%), w których to realizowane praktyki ogólne świadczą o zinstytucjonalizowaniu zarządzanych procesów. Procesy nie są w nich jednak odpowiednio zdefiniowane i opisane. Nie gromadzi się w nich także informacji na temat doskonalenia procesów. Podobnie liczną grupę (22,13%) stanowią szpitale, których dojrzałość procesową w tym obszarze oceniono jako poziom 4. - czyli procesy doskonalenia SZJ zarządzane są ilościowo. Placówki te wyznaczają ilościowe cele dla procesów, a tym samym realizują cel ogólny CO3 – czyli zinstytucjonalizowanie procesów zarządzanych ilościowo. Poziom 3. zidentyfikowano wśród 13,12% badanych szpitali. Są to te jednostki, w których procesy doskonalenia SZJ są zdefiniowane i opisane. Gromadzone są w nich także informacje na temat doskonalenia procesów (osiągnięty jest zatem cel CO2 – zinstytucjonalizowanie zdefiniowanych procesów). Przy tym średni wynik dla dojrzałości procesowej doskonalenia SZJ dla 122 szpitali wyniósł 3,83. Porównawczo, średni wynik dla dojrzałości procesowej zarządzania ogólnego wyniósł 3,21, a średnia dojrzałość procesowa zarządzania zasobami finansowymi 3,20 (wyniki bardzo zbliżone). Strukturę badanych szpitali ze względu na poziom dojrzałości procesowej zarządzania ogólnego przedstawiono na Rys. 3.



Rys. 2 Dojrzałość procesowa doskonalenia SZJ w badanych szpitalach

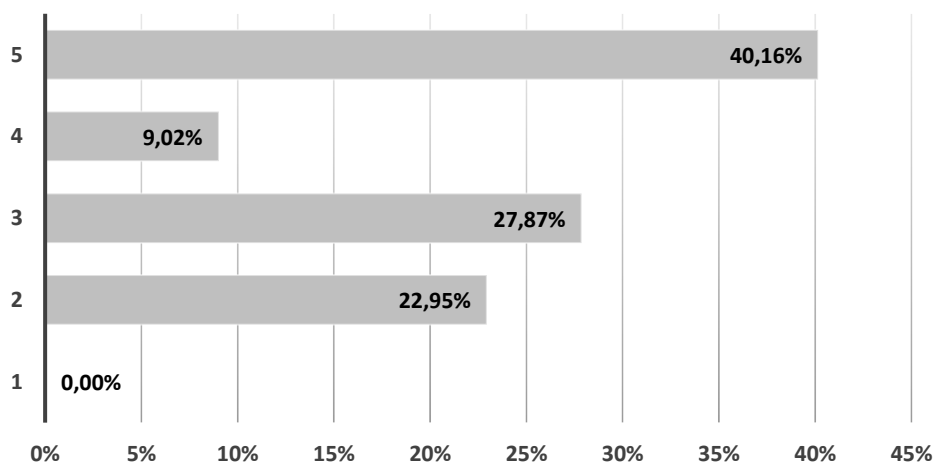
Źródło: opracowanie własne (Detyna, 2020, s. 219).



Rys. 3 Dojrzałość procesowa zarządzania ogólnego w badanych szpitalach

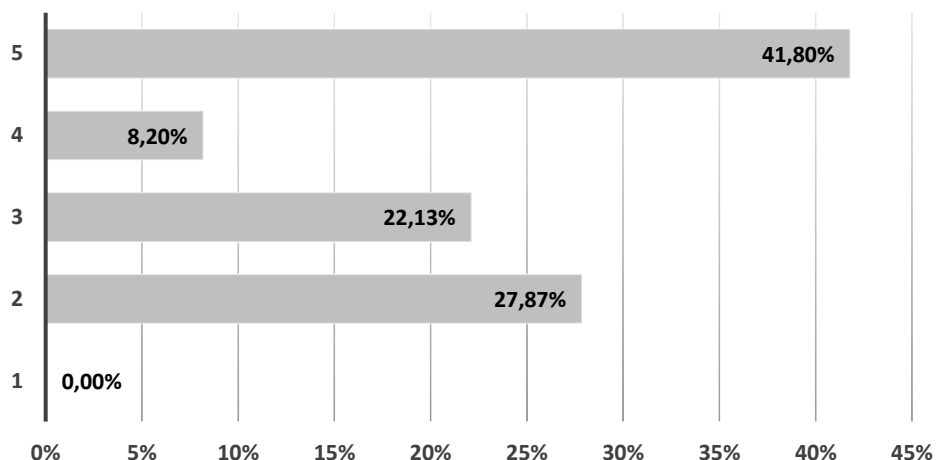
Źródło: opracowanie własne (Detyna, 2020, s. 219)

Z podlegających ocenie procesów głównych (diagnostyki i leczenia) nieznacznie wyżej od dojrzałości procesowej leczenia oceniono dojrzałość procesową diagnostyki medycznej – wyniki przedstawiono na Rys. 4 i Rys. 5.



Rys. 4 Dojrzałość procesowa diagnostyki medycznej w badanych szpitalach

Źródło: opracowanie własne (Detyna, 2020, s. 222).

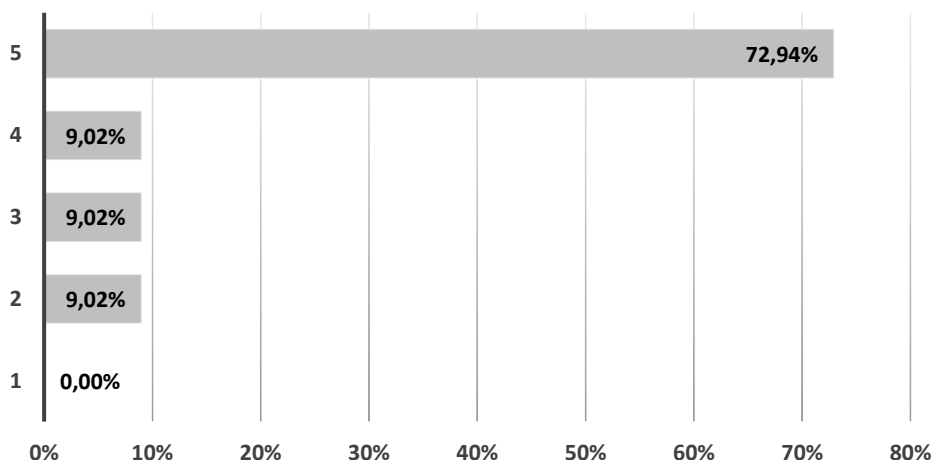


Rys. 5 Dojrzałość procesowa leczenia w badanych szpitalach

Źródło: opracowanie własne (Detyna, 2020, s. 221).

Uśredniając wyniki dla procesów zarządzania i głównych trzeba podkreślić, że średni wynik dojrzałości procesowej odnoszący się do procesów głównych (łącznie diagnostyki i leczenia) jest nieco większy (śr. 3,65) od średniego rezultatu dojrzałości procesowej procesów zarządzania (śr. 3,42).

Podsumowując badanie dojrzałości procesowej dotyczącej procesów pomocniczych należy stwierdzić, że najlepsze osiągnięcia szpitali w tym zakresie dotyczą procesów: nadzoru nad stanem sanitarno-epidemiologicznym (śr. 4,46), nadzoru nad bezpieczeństwem i higieną pracy (śr. 4,13) oraz nadzoru nad aparaturą medyczną (śr. 4,08). Średni wynik dojrzałości procesowej dla dziewięciu wymiarów (procesów pomocniczych) wyniósł 3,81 (dla wszystkich 122 szpitali). Jest to wynik o 0,39 wyższy od średniego rezultatu dla dojrzałości procesowej procesów zarządzania, a także o 0,16 wyższy od średniego rezultatu dla procesów głównych. Strukturę szpitali ze względu na poziom dojrzałości procesowej nadzoru nad stanem sanitarno-epidemiologicznym przedstawiono na Rys. 6. W tym przypadku, prawie 73% badanych placówek zakwalifikowano do najwyższego poziomu dojrzałości procesowej.



Rys. 6 Dojrzałość procesowa nadzoru nad stanem sanitarno-epidemiologicznym w badanych szpitalach

Źródło: opracowanie własne (Detyna, 2020, s. 223).

Najniższe średnie wyniki poziomu dojrzałości odnotowano dla obszarów: zarządzania zasobami finansowymi (śr. 3,20), zarządzania ogólnego (śr. 3,21) oraz zarządzania infrastrukturą(śr. 3,38). Przy tym wszystkie średnie rezultaty przekroczyły wartość 3,00. Zestawienie struktury badanych szpitali według ich dojrzałości procesowej (obejmującej wszystkie wyniki z 14 obszarów) przedstawia Tab. 40. Przykładowo, osiągnięcie przez dany szpital dojrzałości procesowej w kilku obszarach na poziomie 3, w kilku na poziomie 4 i w jednym na poziomie 5, oznacza że dojrzałość procesowa szpitala (jako całości) została oceniona jako poziom 3. Oznacza to, że szpital, który zaklasyfikowano do poziomu 3, w każdym analizowanym i ocenianym wymiarze (procesie) spełnia kryteria odpowiadające co najmniej temu poziomowi.

Udziały procentowe, odpowiadające poszczególnym poziomom dojrzałości procesowej szpitali przedstawia Tab. 4.

Tab. 4 Struktura badanych szpitali według poziomu dojrzałości procesowej (z uwzględnieniem 14 wymiarów)

Poziom dojrzałości	Liczba szpitali	Udział [%]
1	11	9,02
2	12	9,84
3	43	35,25

4	53	43,44
5	3	2,45
Razem	122	100,00

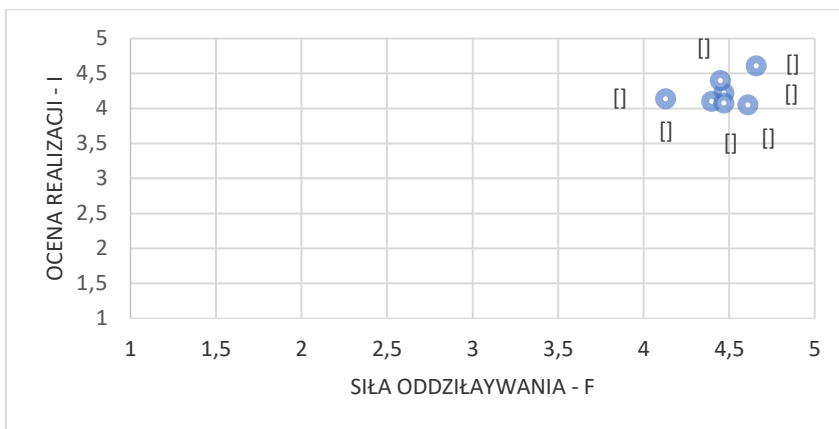
Źródło: opracowanie własne.

Największą grupę (43,44%) stanowią respondenci, którzy dla wszystkich badanych obszarów zrealizowali cel ogólny CO₃ - czyli zinstytucjonalizowali procesy zarządzane ilościowo. Szpitale te wyznaczają ilościowe cele dla poszczególnych procesów i poprzez swoje systematyczne działania zapewniają ciągłe ich doskonalenie. Relatywnie liczną grupę stanowią placówki reprezentujące 3 poziom dojrzałości procesowej (35,25%). Wszystkie oceniane procesy (zarządzania, główne i pomocnicze) są w tym przypadku zdefiniowane i opisane, a szpitale gromadzą niezbędne w doskonaleniu procesów informacje. Zdecydowana większość badanych szpitali (85,08%) posiada wdrożony system zarządzania jakością według normy ISO 9001:2015. Niepokój może budzić fakt, że relatywnie duża część respondentów (18,86%) nie posiada zdefiniowanych i opisanych procesów (w grupach procesów zarządzania, głównych i pomocniczych). Poziom 2 dojrzałości procesowej odnotowano w 9,84% szpitali, a poziom 1 w 9,02%. Przy tym najmniej liczne są placówki, które zrealizowały cel ogólny CO₄ - czyli zinstytucjonalizowały procesy optymalizujące we wszystkich (14) badanych wymiarach – stanowią one jedynie 2,45%. Średnia dojrzałość procesowa badanych 122 szpitali, przy uwzględnieniu wyników uzyskanych z 14 obszarów wyniosła 3,20.

Ocena realizacji zasad zarządzania jakością według ISO

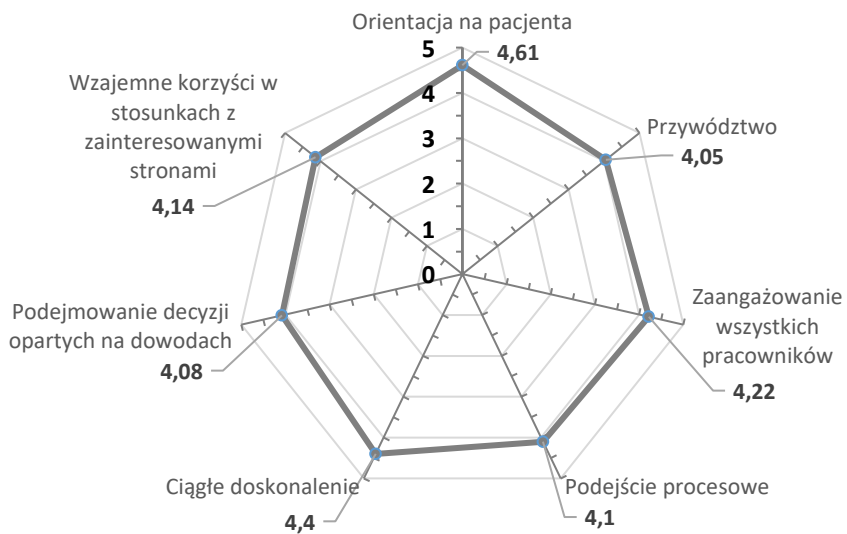
W ramach autorskiego modelu oceny dojrzałości procesowej MMPM-H zaproponowano także (w ramach kryteriów uzupełniających) analizę i ocenę realizacji siedmiu zasad zarządzania jakością. Propozycja ta wynika z faktu, że powszechnie stosowaną w szpitalach normą jest ISO 9001:2015, która opiera się na podejściu procesowym, stanowiącym jedną z tych zasad. Ocenie poddano zasady: orientacji na pacjenta (OP), przywództwa (P); zaangażowania wszystkich pracowników szpitala (ZP), podejścia procesowego (PP), ciągłego doskonalenia (CD), podejmowania decyzji opartych na dowodach (PD) oraz wzajemnych korzyści w stosunkach z zainteresowanymi stronami (IZ). W niniejszym opracowaniu uwaga została skupiona szczególnie na realizacji zasady podejmowania decyzji opartych na dowodach.

Na podstawie opracowanego dla badanych szpitali arkusza oceny siły oddziaływania oraz realizacji poszczególnych zasad zarządzania jakością wykreślona została tzw. mapa oddziaływania i poziomu realizacji zasad zarządzania jakością oraz radar poziomu realizacji tych zasad – Rys. 7 i Rys. 8.



Rys. 7 Mapa oddziaływania i poziomu realizacji zasad zarządzania jakością w badanych szpitalach

Źródło: opracowanie własne (Detyna, 2020, s. 246).



Rys. 8 Radar poziomu realizacji zasad zarządzania jakością w badanych szpitalach

Źródło: opracowanie własne (Detyna, 2020, s. 246).

Jak widzimy na Rys. 7 i Rys. 8 największą siłę oddziaływania na jakość usług medycznych według respondentów mają zasady: orientacji na pacjenta (śr. 4,66), przywództwa (śr. 4,61), zaangażowania wszystkich pracowników szpitala (śr. 4,47), podejmowania decyzji opartych na dowodach (śr. 4,47), ciągłego doskonalenia (śr. 4,45) oraz podejście procesowe (śr. 4,40). Najniższy rezultat (śr. 4,13) odnotowano w przypadku zasady, dotyczącej wzajemnych korzyści w stosunkach z zainteresowanymi stronami. Najwyżej oceniona została realizowana w szpitalach zasada orientacji na pacjenta – śr. 4,61, a na kolejnym miejscu znalazły się zasady: ciągłego doskonalenia (śr. 4,40), zaangażowanie wszystkich pracowników (śr. 4,22), wzajemne korzyści w stosunkach z zainteresowanymi stronami (śr. 4,14) i podejście procesowe (śr. 4,10). Niestety najniższe oceny odnotowano w przypadku realizacji zasady podejmowania decyzji opartych na dowodach (śr. 4,08) oraz przywództwa (w tym motywowania personelu) – 4,05. Pomimo występujących różnic w ocenach były one jednak relatywnie wysokie, gdyż średnie wyniki dla wszystkich zasad zarządzania jakością przekroczyły wartość 4,00.

Interpretując uzyskane wyniki można wskazać te zasady, które według respondentów wymagają większego zaangażowania i pełniejszej realizacji. Wśród nich są przede wszystkim zasady: przywództwa (P), podejmowania decyzji opartych na dowodach (PD), podejścia procesowego (PP), a także zaangażowania wszystkich pracowników szpitala (ZP). W przypadku tych czterech zasad różnice pomiędzy średnimi wynikami dotyczącymi siły oddziaływania i oceny realizacji są największe.

Podsumowując można stwierdzić, że wyższe oceny w przypadku realizacji zasad zarządzania jakością oznaczają w praktyce, wyższy poziom dojrzałości badanych szpitali w zakresie podejmowanych działań doskonalących SZJ (bardziej dojrzały poziom rozwiązań). Zauważalne jest przy tym, że wyniki analizy i oceny tych zasad są spójne z relatywnie wysokim wynikiem oceny dojrzałości procesowej doskonalenia SZJ (średni rezultat dla 122 szpitali wyniósł 3,83).

4. Podsumowanie

W świetle przeglądu literaturowego można wskazać liczne czynniki, które determinują skuteczność wdrażania i funkcjonowania zarządzania procesowego w organizacjach, co przekłada się na osiągnięty przez nie poziom dojrzałości procesowej. Wśród nich najczęściej wymieniane są takie elementy jak:

- świadomość wymagań i oczekiwań klientów zewnętrznych i wewnętrznych,
- kultura organizacyjna, w tym świadomość procesowa wszystkich pracowników,

- świadomi właściciele procesów,
- zaangażowanie ścisłego kierownictwa,
- struktura organizacyjna,
- elastyczność organizacji (w tym realizowanych procesów),
- odpowiednia komunikacja,
- powiązanie celów procesów z celami personalnymi,
- powiązanie celów procesów z celami strategicznymi,
- wysoki poziom innowacyjności w organizacji,
- *follow-up* zgłaszanych akcji naprawczych i usprawniających,
- przyjazna i dostępna dokumentacja procesowa,
- formalna identyfikacja (w tym zdefiniowanie i wizualizacja) procesów,
- stopień skomplikowania procesów,
- wsparcie narzędziowe - wykorzystywane narzędzia (metody, techniki) doskonalenia prowadzonej działalności,
- praca zespołowa,
- rozwój pracowników (system szkoleń itp.),
- standaryzacja i ciągłe doskonalenie procesów,
- pomiar rezultatów procesów, w tym dobór mierników i wskaźników do badania (systematyczna analiza i ocena efektywności i skuteczności procesów),
- funkcje właścicieli procesów,
- system motywacyjny pracowników,
- system zarządzania jakością,
- zarządzanie wiedzą, w tym dotyczącą procesów (Łukasiński, 2012; Bitkowska, 2013; (Dojrzałość procesowa polskich organizacji, 2016, s. 18-23; Wąsowska, 2018).

W szpitalach, do czynników tych trzeba również zaliczyć te, które wynikają z ich specyfiki. Wyraża się ona m.in. złożonością prowadzonej działalności, trudnym do przewidzenia popytem na usługi medyczne, kosztochłonnością, a także wieloma obserwowanymi i zgłaszanymi przez pacjentów i pracowników problemami. Zdaniem autorki, wśród działań doskonalących powinny znaleźć się wysiłki na rzecz stopniowej transformacji zarządzania opartego na podejściu funkcjonalnym w kierunku zarządzania procesowego szpitalami. Jednym ze sposobów takiej transfiguracji może być wykorzystanie koncepcji dojrzałości organizacji, w tym dojrzałości procesowej.

Podsumowując należy podkreślić, że dojrzałość procesowa jest pojęciem wielowymiarowym, odnoszącym się do różnych obszarów działalności (procesów) i opisywanym w różnych płaszczyznach: organizacyjnej, finansowej, społeczno-kulturowej, informatycznej, rozwojowej, innowacyjnej, czy wiedzy. Może być ona oceniana i opisywana za pomocą wielu kryteriów: elastyczności, efektywności, zdolności, jakości, sprawności, doskonałości, umiejętności, skuteczności, adekwatności, racjonalności itp. Porządkując natomiast pojęcia,

które dosyć często przytaczane są zamiennie (jako synonimy) należy wskazać, że podstawą dojrzałej procesowo organizacji jest zarządzanie procesowe, a podstawą zarządzania procesowego jest tzw. podejście procesowe - rozumiane jako swoista filozofia współdziałania i współprzyczyniania się wszystkich pracowników, procesów i elementów systemu jakim jest organizacja do jej wyników (efektów działania).

Niewątpliwie monitorowanie procesów wymaga ich znajomości, co na przykładzie relatywnie często wdrażanego w szpitalach systemu zarządzania jakością według normy ISO 9001:2015 widoczne jest w postaci kart lub map procesów szpitalnych. Same jednak opisy, bez poparcia w odpowiednio zaprojektowanym i realizowanym systemie ilościowej oceny osiągniętych wyników nie może skutkować efektem w postaci ciągłego doskonalenia organizacji (w tym przypadku szpitala). Zdaniem autorki, istota monitorowania procesów szpitalnych sprowadza się do racjonalizacji rozwiązań stosowanych w ramach zarządzania procesami szpitala, co może stać się sposobem na uzyskanie pewnych oszczędności – wykorzystywanych np. na zakup nowoczesnej aparatury diagnostycznej, modernizację oddziałów szpitalnych itp. Przy tym doskonalenie procesów szpitalnych możliwe jest m.in. pod warunkiem identyfikacji i analizy stanu istniejącego, wykrycia nieprawidłowości oraz ustalenia poziomu zadowolenia pacjentów z oferowanych usług. Dopiero następnym etapem powinno być zaprojektowanie i wdrażanie niezbędnych zmian. Zarządzający powinni też podjąć decyzję jakie procesy (uznane za kluczowe z punktu widzenia ich wpływu na efekty odczuwane przez pacjentów) należy stale monitorować (czyli wybrać właściwy zestaw mierników i wskaźników oceniających jakość procesów). Ważne jest także, aby decyzja o zestawie mierników i wskaźników, w tym o częstotliwości dokonywanych pomiarów i ocen była poprzedzona analizą strategiczną szpitala (w tym konsultacjami z wszystkimi grupami interesariuszy (pacjentami, pracownikami, dostawcami, partnerami, instytucjami).

W celu właściwej adaptacji zaproponowanego przez autorkę modelu MMPP-H proponuje się powołanie zespołów wdrożeniowych, w liczbie odpowiadającej zdefiniowanym i opisanym w szpitalu procesom, np. w dokumentacji ISO. Działania tych zespołów powinny skupiać się m.in. na:

- stałym monitorowaniu poziomu dojrzałości procesowej w obszarach (wymiarach) właściwych dla danego zespołu,
- analizie i ocenie kryteriów, według których oceniany jest poziom dojrzałości procesowej (rekomendowanie zmian w tym zakresie),
- analizie i ocenie dynamizmu zarządzania procesami w danym obszarze,
- analizie i ocenie potencjału i praktycznego wykorzystania czynników wpływających na rozwój procesów i całego szpitala (z uwzględnieniem czynników technicznych, systemowych, kulturowych i kompetencyjnych),
- analizie i ocenie na ile realizowane w danym obszarze praktyki są spójne z misją szpitala i celami strategicznymi, w tym jakością usług medycznych,

- wskazywaniu występujących problemów i deficytów, które stanowią destymulanty dojrzałości procesowej danego obszaru, a tym samym całego szpitala,
- proponowaniu działań dynamizujących podejście procesowe, na rzecz rozwoju zarządzania procesowego, w tym koncepcji ciągłego doskonalenia,
- opracowywaniu cyklicznych raportów z ewaluacji dojrzałości procesowej,
- wymianie wiedzy i doświadczeń z pozostałymi zespołami, a także tzw. zespołem ko-ordynującym (odpowiedzialnym za podsumowanie wyników badań wszystkich zespołów) (Detyna, 2020, s. 205).

Systematyczne działania na rzecz ewaluacji dojrzałości procesowej mogą potencjalnie przyczynić się do:

- lepszego poznania potencjału szpitala (posiadanych zasobów),
- lepszego zidentyfikowania obszarów wymagających usprawnienia,
- zdobycia wiedzy na temat możliwości poprawy efektów prowadzonej działalności, w ramach realizowanych procesów,
- podniesienia świadomości wszystkich pracowników na temat ich roli w procesach, a w efekcie osiągniętych przez szpital wyników,
- podniesienia świadomości związku pomiędzy zarządzaniem procesowym, a efektywnością szpitala, w tym jakością świadczonych usług medycznych,
- poprawy komunikacji pomiędzy poszczególnymi stanowiskami i komórkami,
- lepszego zrozumienia istoty zespołowości,
- podniesienia kultury organizacyjnej,
- zwiększenia efektywności wykorzystania posiadanej infrastruktury,
- optymalizacji i usprawnienia procesów realizowanych w poszczególnych obszarach,
- eliminowania nadmiernie ponoszonych kosztów (wynikających np. z marnotrawstwa, błędnie zaplanowanych i realizowanych procesów),
- skuteczniejszego motywowania pracowników do działań korygujących i zapobiegających (doskonalących),
- zwiększenia efektywności pracowników i grup pracowniczych (zespołów),
- systematycznego wdrażania sprawdzonych, dobrych praktyk w zakresie zarządzania procesowego,
- stałego rozwój szpitala w kierunku dojrzałości procesowej.

Jednocześnie autorka chciałaby podkreślić, że wszystkie te korzyści powinny przełożyć się na jakość usług medycznych – co powinno zostać zauważone przede wszystkim przez pacjentów. Misją bowiem każdego szpitala jest działanie na rzecz ich zdrowia i życia.

Bibliografia

- Auksztol J., Chomuszek M (red.). (2012). Modelowanie organizacji procesowej. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bitkowska A. (2010). Zarządzanie procesami w przedsiębiorstwie przyszłości. *Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa*, 12, 34-43.
- Bitkowska A. (2012). Business Process Management orientated towards creation of knowledge in enterprise. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing & Service Industries*, 23, 163-253.
- Bitkowska A. (2013). Zarządzanie procesowe we współczesnych organizacjach. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Brajer-Marczak R. (2012). Efektywność organizacji z perspektywy modelu dojrzałości procesowej. *Journal of Management and Finance*, 10 (1), 516-520.
- Brajer-Marczak R. (2015). Dojrzałość procesowa przedsiębiorstw do doskonalenia procesów z perspektywy zdolności organizacji. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 376, 264-274.
- Burgess N., Radnor Z. (2013). Evaluating Lean in healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26, 220-235.
- Carvalho J. V., Rocha A. (2018). A health data analytics maturity model for hospitals information systems. *International Journal of Information Management*, July, 2-7.
- Cholewa-Wiktor M. (2013). Ocena efektywności zarządzania szpitalem publicznym. *Zarządzanie i Finanse*, 1 (2), 39-49.
- Chrapko M. (2010). CMMI Doskonalenie procesów w organizacji. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Christiansson M., van Looy A. (2017). Business process management forum. W: J. Carmona, G. Engels, A. Kumar (eds.), *Business Process Management Conference Business Process Management Forum*, 297, 10-15.
- Cieśliński W. B., Chomiak-Orsał., Mierzyński, J. (2014). Dojrzałość projektowa i procesowa przedsiębiorstw – aspekty metodologiczne. *Marketing i Rynek*, 5 (CD), 26-32.
- Cleven A. K., Winter R., Wortmann F., Mettler T. (2014). Process management in hospitals: an empirically grounded maturity model. *Business Research*, 7, 191-216.
- CMMI® for Development, version 1.3 CMMI-DEV, V1.3 (2010). CMMI Product Team, Technical Report CMU/SEI-2010-TR-033. Software Engineering Institute. Pittsburgh: Carnegie Mellon University.
- Crosby P. (1979). *Quality is Free*. New York: McGraw-Hill.
- Czerw A., Religioni U. (2013). Wdrażanie systemu zarządzania jakością w budowaniu przewagi konkurencyjnej podmiotów świadczących działalność leczniczą. *Ekonomia i Prawo*, 12, 299-307.
- Detyna B. (2014). Projekt zrównoważonej karty wyników jako narzędzia pomiaru efektywności usług w administracji publicznej. W: P. Borszowski, B. Detyna (red.), *Administracja publiczna – zagadnienia prawne i koncepcje zarządzania*, nr 1, 175-189, Wałbrzych: Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. A. Silesiusa w Wałbrzychu.
- Detyna B. (2015a). Monitorowanie procesów logistycznych szpitala w procesie doskonalenia jakości usług medycznych. *Studia Ekonomiczne Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, 249.

- Detyna B. (2015b). Zarządzanie jakością w logistyce. Koncepcje, metody i narzędzia wspomagające. Ujęcie praktyczne. Wałbrzych: Wydawnictwo Uczelniane Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu.
- Detyna B. (2020). Dojrzałość procesowa szpitala a jakość usług medycznych. Częstochowa: Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej.
- Detyna B., Detyna J. (2011). Jakość usług medycznych. Ocena statystyczna. Podstawy metodyczne. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Detyna B., Detyna J. (2013b). Zastosowanie wskaźników tempa zmian oraz sezonowości w analizie dynamiki procesów logistycznych w usługach medycznych. *Logistyka*, 5, 45-48.
- Detyna B., Detyna J. (2017). Possibility of using control cards in the improvement of medical services quality. *International Journal of Current Advanced Research*. 6 (3), 2564-2570.
- Dojrzałość procesowa polskich organizacji. Podsumowanie III edycji badania dojrzałości procesowej polskich organizacji (2016), 18-23. Pobrano z: <http://domdata.pl/wp-content/uploads/2017/07/Badanie-dojrzalosci-procesowej-2016.pdf> (2021.10.02).
- Dudek-Burlikowska M. (2018). Kompleksowe zarządzanie jakością w nowoczesnej organizacji - wyniki badań. *Problemy Jakości*, 11, 16-22.
- Dudek-Burlikowska M. (2019). Pomiar jakości usług w organizacji zorientowanej na klienta – zastosowanie metody Servqual. *Problemy Jakości*, 10, 15-22.
- Dziekoński K., Jurczuk A. (2006). Rola narzędzi informatycznych w zarządzaniu procesowym. W: W. Kowalczewski, J. Nazarko (red.), *Instrumenty zarządzania współczesnym przedsiębiorstwem*, 75-79. Warszawa: Difin.
- Gajdzik B. (2015). Jakość w karcie wyników CSR. *Problemy Jakości*, 5, 15-21.
- Gawrońska A. (2016). Zarządzanie procesem przepływu produktów leczniczych w szpitalu, Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu
- Głuszek E., Kacała J. (2015). Metodologiczne podstawy projektowania modeli dojrzałości. *Nauki o Zarządzaniu*, 2, 26-42.
- Gomes J., Romão M. (2018). Information system maturity models in healthcare. *Journal of Medical Systems*, 42, 235-249.
- Grajewski P. (2007). Organizacja procesowa. Projektowanie i konfiguracja. Warszawa: PWE.
- Grajewski P. (2016). Organizacja procesowa. Warszawa: PWE.
- Groene O., Mora N., Thompson A., Saez M., Casas M., Suñol R. (2011). Is the maturity of hospitals' quality improvement systems associated with measures of quality and patient safety?. *BMC Health Services Research*, 11, 2-11.
- Hamrol A. (2008). Zarządzanie jakością z przykładami. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Humphrey W. S. (1989). *Managing the Software Process*. Pittsburgh: Carnegie Mellon University.
- Jelonek D., Chluski A. (2014). Ocena dojrzałości technologii informacyjnych w polskich szpitalach. *Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych. Szkoła Główna Handlowa*, 35, 193-206.
- Kalinowski T. B. (2017). Dojrzałość procesowa a wyniki organizacji. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 463, 171-182.

- Kaplan R. S., Norton D. P. (2000). *The strategy focused organization: how Balanced Scorecard companies thrive in the new business environment*. Massachusetts, Boston: Harvard Business School Press.
- Kleniewski A. (2012). Doskonalenie. Kompendium wdrożeniowe. *Problemy Jakości*, 12, 32-34.
- Kucińska-Landwójtowicz A., Kołosowski M. (2012). *Determinanty dojrzałości procesowej organizacji*. Opole: Instytut Innowacyjności Procesów i Produktów, Politechnika Opolska. Pobrano za: http://www.ptzp.org.pl/files/konferencje/kzz/artyk_pdf_2012/p059.pdf (2021.09.26).
- Łańcucki J. (2003). *Podstawy kompleksowego zarządzania jakością TQM*. Poznań: Akademia Ekonomiczna w Poznaniu.
- Lenik P. (2015). Efekty zastosowania karty kontrolnej jako narzędzia zarządzania kontraktem w szpitalu publicznym – studium przypadku. *Studia Ekonomiczne Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, 229, 78-91.
- Lisiecka-Bielanowicz M., Papaj T., Czyż-Gwiazda E. (2019). Wykorzystanie metod i narzędzi zarządzania jakością usług w podmiotach leczniczych. *Analiza przypadków. Problemy Jakości*, 1, 30-39.
- Ludwiczak A. (2017). Pozyskiwanie informacji od klienta w kształtowaniu jakości usług zdrowotnych w ujęciu procesowym. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 463, 204-215.
- Łukasiński W. (2016). *Dojrzałość organizacji zarządzanej projekcyjowo*. Warszawa: PWE.
- Mallek-Daclin S., Daclin N. (2017). Maturity model-driven assessment of field hospitals. *IFAC-PapersOnLine*, 50 (1), 4642-4647.
- McCormack K. et al. (2009). A global investigation of key turning points in business process maturity. *Business Process Management Journal*, 15 (5), 792-814.
- Mens J. F. (2016). *A maturity model for BPM capability assessment in Dutch hospitals*. Utrecht: Utrecht University Faculty of Science.
- Mettler T. (2010). *Upply management im krankenhaus - konstruktion und evaluation eines konfigurierbaren reifegradmodells zur zielgerichteten gestaltung*, Dissertation, 3752, Sierke Verlag, Göttingen. Pobrano za: [https://www1.unisg.ch/www/edis.nsf/SysLkpByIdentifier/3752/\\$FILE/dis3752.pdf](https://www1.unisg.ch/www/edis.nsf/SysLkpByIdentifier/3752/$FILE/dis3752.pdf) (2021.09.25).
- Mutafelija B, Stromberg H. (2008). Capability Maturity Model Integration (CMMI). In: *Process improvement with CMMI® v1.2 and ISO Standards*, 25–63.
- Nowosielski S. (red.), (2008). *Procesy i projekty logistyczne*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.
- Nowosielski S. (2012). Dojrzałość procesowa a wyniki ekonomiczne organizacji. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 264, 354-369.
- Pasternak M., Jarosz M. J., Włoszczak-Szubzda A., Horoch A. (2011). Wybrane zastosowania technologii informatycznej w podstawowej opiece zdrowotnej. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 17, 140-144.
- Paulk M. C. (2009). A history of the Capability Maturity Model for software. *SQP*, 12 (1), 5-14.

- Ramadan N., Arafeh M. (2016). Healthcare quality maturity assessment model based on quality drivers. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, April, 337-350.
- Raulinajtys-Grzybek M., Baran B., Cygańska M., Kludacz-Alessandri, Macuda M. (2019). Model oceny dojrzałości rachunku kosztów w szpitalu - koncepcja i empiryczne wykorzystanie. *Zeszyty Teoretyczne Rachunkowości*, 102, 131-154.
- Rogała P. (2011). Zarządzanie procesami według norm ISO serii 9000. W: S. Nowosielski (red.), *Podjęcie procesowe w organizacjach*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.
- Röglinger M., Pöppelbuß J., Becker J. (2012). Maturity models in business process management. *Business Process Management Journal*, 18, 328-346.
- Rohloff M. (2009a). Case study and maturity model for business process management implementation. *Lecture Notes in Computer Science*, 57 (1), 128-142.
- Rohloff, M. (2009b). Process Management Maturity Assessment. Association for Information Systems. Americas Conference on Information Systems (AMCIS), Pobrano za: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.231.5498&rep=rep1&type=pdf> (2021.09.27).
- Romanowska M., Trocki M. (red.), (2004). *Podjęcie procesowe w zarządzaniu*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.
- Rosemann M., de Bruin T., de Bruin T. (2005). Towards a Business Process Management Maturity Model. ECIS. Proceedings of the Thirteenth European Conference on Information Systems, 1-12. Pobrano za: <https://eprints.qut.edu.au/25194/> (2021.10.02).
- Singh J., Singh H. (2015). Continuous improvement philosophy – literature review and directions. *Benchmarking: An International Journal*, 22, 75-119.
- Skrzypek E. (2014). Dojrzałość jakościowa organizacji w świetle teorii i doświadczeń organizacji. *Marketing i Rynek*, 5 (CD), 579-588.
- Skrzypek E., Hofman M. (2010). *Zarządzanie procesami w przedsiębiorstwie. Identyfikowanie, pomiar, usprawnianie*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Skrzypek E. (2019) Dojrzałość organizacji w świetle teorii. *Problemy Jakości*, 6, 7-12.
- Stabryła A. (2006). *Zarządzanie projektami ekonomicznymi i organizacyjnymi*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Stefanicka A. (2014a). Samoocena jako model doskonalenia przedsiębiorstwa (cz. 1). *Problemy Jakości*, 1, 23-27.
- Stefanicka A. (2014b). Samoocena jako model doskonalenia przedsiębiorstwa (cz. 2). *Problemy Jakości*, 2, 22-26.
- Sullivan J. L., P. E. Rivard, Shin M. H., Rosen A. K. (2016). Applying the High Reliability Health Care Maturity Model to Assess Hospital Performance: A VA Case Study. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 42 (9), 389-399.
- Syrkiewicz-Światała i in., 2017 Korzyści i zagrożenia wynikające z elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) pacjentów w opinii personelu medycznego w wybranych placówkach ochrony zdrowia. *Public Health Forum*, 4, 284-292.
- Syrkiewicz-Światała M., Detyna B., Sosada N., Detyna J., Światała R., Bitkowska A., Szkutnik J. (2021). Mobile applications and eating habits among women and men – Polish experiences. *Biocybernetics and Biomedical Engineering*, 41, 1093-1106.

- Tarhan A, Turetken O., Reijers H. A. (2016). Business process maturity models: A systematic literature review. *Information and Software Technology*, 75, 122–134.
- Tarhan A., Turetken O., van den Biggelaar F. J. H. M. (2015). Assessing healthcare process maturity: challenges of using a Business Process Maturity Model. *ProCare*, May, 1-4.
- Tontini G., de Carvalho L. C., da Costa Schindwein N. F., Tomarevski V. (2016). Maturity model of procurement and supply management in small and medium-size enterprises. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 8, 315-333.
- Urban W. (2008). Ocena metod pomiaru jakości usług. *Problemy Jakości*, 4, 23-27.
- Urbanowska-Sojkin E., Weinert A. (2019). Wykorzystanie systemów IT w informacyjnym wspomaganiu wyborów strategicznych w przedsiębiorstwach działających w różnych sektorach. *Przegląd Organizacji*, 4, 58-67.
- Urbanowska-Sojkin E., Weinert A. (2019). Wykorzystanie systemów IT w informacyjnym wspomaganiu wyborów strategicznych w przedsiębiorstwach działających w różnych sektorach. *Przegląd Organizacji*, 4, 58-67.
- Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. poz. 844.
- van de Wetering R., Batenburg R. (2008). A PACS maturity model: A systematic meta-analytic review on maturation and evolvability of PACS in the hospital enterprise. *International Journal of Medical Informatics*, 78, 127-140.
- Wąsowska A. (2018). Zarządzanie wiedzą w organizacjach pożytku publicznego czynnikiem ich sukcesu. *Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej Zarządzanie*, 31, 282-293.
- Williams P.A., Lovelock B., Cabarrus T., Harvey M. (2019). Improving digital hospital transformation: development of an outcomes-based infrastructure maturity assessment framework. *JMIR Med Inform*, 7, 13-27.
- Wójcik G. P. (2020). Rola informacji strategicznej w tworzeniu wartości. *Problemy Jakości*, 1, 2-6.
- Wolniak R. (2011). Parametryzacja kryteriów oceny poziomu dojrzałości systemu zarządzania jakością. Gliwice: Wydawnictwo Politechniki Śląskiej.
- <http://sieczspitali.mz.gov.pl/> (2021, 10, 02).
- <https://csioz.gov.pl/analizy-i-opracowani/> (2021, 10, 02).
- <https://www.himssanalytics.org/emram> (2021, 10, 02).

SETTING QUANTITATIVE GOALS FOR PROCESSES IN THE LIGHT OF THE TRIAL MATURITY STUDY OF POLISH HOSPITALS

Summary: The publication's purpose is to present the results of research on quantitative goals for processes carried out in hospitals. Fourteen processes were examined, divided into management processes, main (diagnostic and treatment) and auxiliary. The results were presented in the context of measuring hospital process maturity. The research was conducted in the years 2019-2020 among 122 Polish general hospitals, belonging to the so-called "hospital networks". The group of respondents represented all levels within this network: 1st, 2nd and 3rd degree hospitals, oncology, pulmonary, pediatric and national hospitals, including units from all voivodeships. The

research participants included persons supervising the process of improving the quality management system in hospitals: general directors, deputy directors for treatment, quality management proxies, chief nurses, and process management proxies. The process maturity study covered 14 hospital processes divided into the following processes: management, main (diagnostic and treatment) and auxiliary. The presentation of the research results is preceded by a literature review, where special attention was paid to the essence of process management in hospitals, including the process maturity of these institutions. The publication indicates the processes that are best managed in the surveyed hospitals, including the monitored ones - that is, the activities within them show the highest maturity (constant striving for improvement). Due to the fact that the vast majority of the surveyed hospitals (95.08%) are ISO 9001: 2015 certified, the implementation of seven quality management principles was assessed in two dimensions. This made it possible to present the results concerning, inter alia, principles for making evidence-based decisions (including understanding the cause and effect relationship) in two dimensions: the strength of the impact of this principle on the quality of medical services and the assessment of its implementation. The presented research results are based on the proprietary model of hospital process maturity. The results show the current approach of Polish hospitals (12.83% of general hospitals) to selected aspects of process management, as well as the implementation of quality management principles, including the principles of evidence-based decision making. The literature review shows a deficit of publications on this subject..

Keywords: *hospitals, process management, process maturity, hospital process maturity model, process monitoring, quantitative goals.*

IDENTYFIKACJA WYZWAŃ W ZAKRESIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W EUROPIE

Beata Drzazga

Betamed SA

ul. Barbary 21, 40-053 Katowice

e-mail: Beata.annadrzazga@gmail.com

Streszczenie: Zmiany w strukturach demograficznych a szczególnie dynamiczne starzenie się populacji prowadzi do zwiększonego popytu na usługi opiekuńcze. Znalazienie sposobu ich świadczenia w efektywny sposób stało się jednym z wyzwań rozwiniętych państw. W konsekwencji analizy dokumentów europejskich, analiz statystycznych oraz literatury przedmiotu omówiono wybrane uwarunkowania funkcjonowania opieki długoterminowej w krajach Unii Europejskiej. Wybór badanego zagadnienia jest konsekwencją dostrzeżenia, iż w ostatnich latach coraz częściej pojawia się ono jako obszar refleksji praktycznej i teoretycznej w wielu dyscyplinach naukowych, w tym naukach o zarządzaniu oraz naukach o zdrowiu. Te dwie wskazane perspektywy badawcze wzajemnie uzupełniają się bowiem pozwalają spojrzeć na aspekty organizacyjne działalności podmiotów świadczących usługi długoterminowe jako problemu kształtowania warunków życia i zdrowia obywateli, których stan zdrowia i brak możliwości sprawowania opieki przez członków rodziny oznacza konieczność korzystania z usług dostarczanych przez instytucje opiekuńcze. Zauważyć należy także, że zmieniające się struktury społeczne, coraz szersze wprowadzanie rozwiązań sztucznej inteligencji oraz sytuacja po COVID-19 zmienia warunki funkcjonowania opieki długoterminowej stąd refleksja nad kierunkami owych przeobrażeń jest niezbędna dla prawidłowego formułowania praktyk polityk publicznych.

Słowa kluczowe: *starzenie się społeczeństwa, opieka długoterminowa, polityki publiczne, uwarunkowania rozwoju opieki długoterminowej.*

1. Wstęp

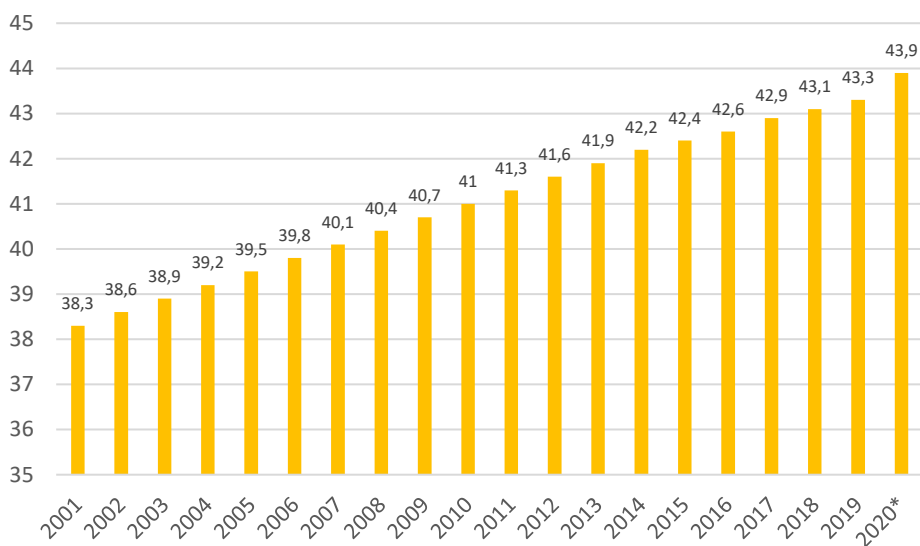
Obserwowany wzrost zainteresowania identyfikowaniem uwarunkowań funkcjonowania podmiotów świadczących opiekę długoterminową jest konsekwencją wpływu dynamicznych przeobrażeń dziejących się w otoczeniu, w którym funkcjonują organizacje świadczące usługi zdrowotne i opiekuńcze. Rosnące potrzeby w zakresie opieki długoterminowej oraz pojawiające się czynniki sprzyjające jej rozwojowi, skłaniają do podejmowania badań nad różnymi aspektami funkcjonowania organizacji, które świadczą tego typu usługi. W niniejszym artykule autor koncentruje się na scharakteryzowaniu wybranych aspektów organizacji i funkcjonowania opieki długoterminowej w krajach Unii Europejskiej, opisanie dotyczących jej inicjatyw podejmowanych przez Komisję Europejską oraz wskazaniu wyzwań, które stoją przed decydentami i

zarządzającymi w sektorze wskazanych usług. Szczególnym obszarem zainteresowań jest ocena zasobów kadrowych i warunków pracy jako przesłanki dla efektywnej realizacji zadań związanych z dostarczaniem usług osobom, których stan zdrowia nie pozwala na samoobsługę.

2. Współczesne wyzwania demograficzne dla opieki długoterminowej

W ostatnich dekadach problemem rozwiniętych państw świata stało się znalezienie sprawiedliwych społecznie i efektywnych ekonomicznie metod dostarczania usług zdrowotnych (Frączkiewicz-Wronka, 2009), w tym szczególnie osobom, które z uwagi na stan zdrowia wymagają świadczeń opieki długoterminowej. W rozwiązaniach funkcjonujących w tym zakresie w krajach Unii Europejskiej wskazuje się na dwa, często współistniejące, podejścia tj. instytucjonalne i pozainstytucjonalne. Rozróżnienie między nimi jest konsekwencją realizowanego modelu polityk publicznych, a dokładnie społecznej i ochrony zdrowia oraz odnosi się do uwarunkowań organizacyjno-prawnych dostarczania usługi. Koncentrując się na drugim kryterium zauważamy, że instytucjonalna opieka długoterminowa jest świadczona przez wykwalifikowany personel zatrudniony w organizacjach dedykowanych osobom, które potrzebują nadzorowania przez profesjonalistów medycznych przez dłuższy czas, niezależnie od tego czy ich potrzeby w zakresie opieki wynikają z fizycznej lub psychicznej słabości, niepełnosprawności czy innych czynników. Może ona być świadczona także w koordynowanej opiece domowej – wtedy świadczenie jest realizowane w domu pacjenta, ale warunkiem realizacji usługi jest posiadanie przez usługodawcę uprawnień do świadczenia opieki medycznej i posiadanie zatrudnienia w instytucji opiekuńczej. Natomiast pozainstytucjonalna opieka długoterminowa jest zazwyczaj świadczona w domu świadczeniobiorcy przez osoby z jego otoczenia – członków rodziny, przyjaciół lub sąsiadów – które nie są formalnie zatrudnione jako profesjonalni opiekunowie medyczni i świadczą swojej usługi dobrowolnie i bez ekwiwalentnie. Najbardziej charakterystyczną cechą opieki pozainstytucjonalnej jest emocjonalny związek między odbiorcami i dostawcami usług oraz brak profilowego, potwierdzonego certyfikatami wykształcenia w zakresie opieki osób ją świadczących (Oliva-Moreno, Trapero-Bertran, Pena-Longobardo, Del Pozo-Rubio, 2017). Rozwój zarówno instytucjonalnej jak i pozainstytucjonalnej opieki długoterminowej wymaga zaprojektowania i implementowania w wewnętrzny porządek prawny i organizacyjny zaakceptowanych i możliwych do przyjęcia rozwiązań – przynajmniej w podstawowym zakresie – przez państwa wspólnoty. Rozwój opieki formalnej tylko uzupełnia, a nie zastępuje opieki nieformalnej, sprawowanej przez członków sieci rodzinnej i sprzyja lepszemu zaspokojeniu potrzeb opiekuńczych.

Jako najważniejszy czynnik mający wpływ na funkcjonowanie podmiotów świadczących opiekę długoterminową należy wskazać przeobrażenia demograficzne i ich konsekwencje dla systemów ochrony zdrowia. Analiza dostępnych danych statystycznych jednoznacznie potwierdza, że wydłużenie się średniej życia w połączeniu z niskim wskaźnikiem urodzeń prowadzi do znacznego wzrostu ilościowego udziału osób starszych w ogólnej strukturze społeczeństw krajów Unii Europejskiej.

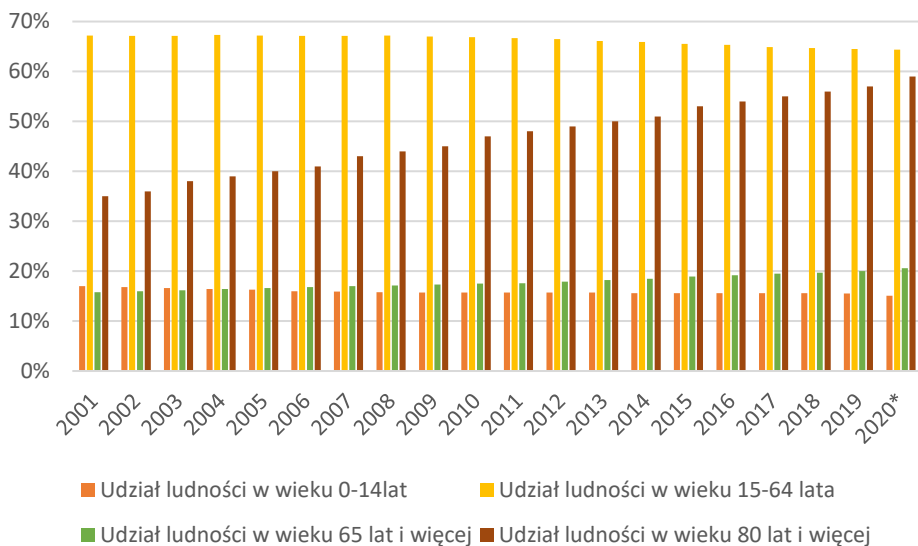


*dane za rok 2020 dla EU 27

Wykres 1. Średnia wiek populacji w UE 28 w latach 2001-2020

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Eurostat, Population structure indicators at national level [demo_pjanind] (Dostęp: 27.08.2021).

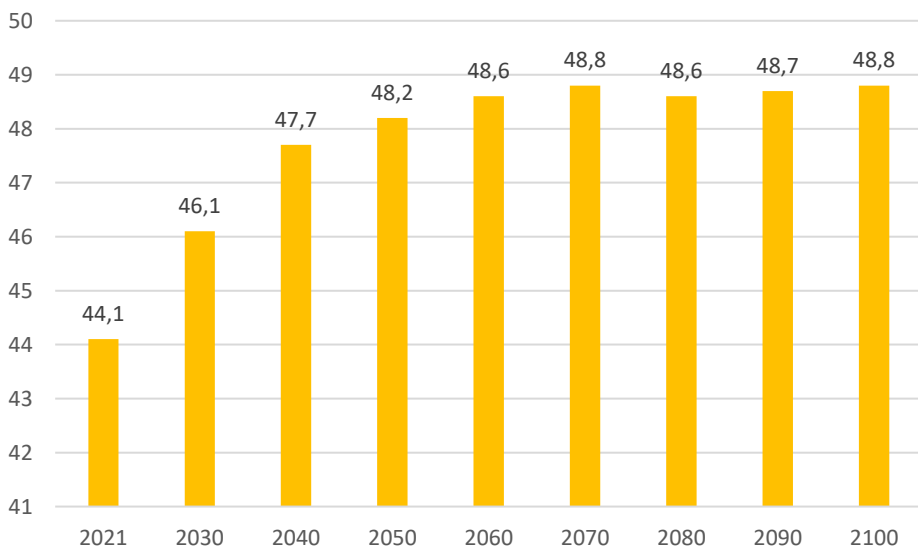
Przewiduje się, że w ciągu najbliższych 30 lat liczba osób w wieku 65 lat lub starszych wzrośnie o 41% - z 92,1 mln w 2020 roku do 130,2 mln w 2050 roku, liczba osób w wieku 80 lat lub starszych wzrośnie o 88% - z 26,6 mln do 49,9 mln a wskaźnik obciążenia demograficznego (stosunek liczby osób w wieku nieprodukcyjnym do liczby osób w wieku produkcyjnym) wzrośnie z 32 do 52 co oznacza skok o ponad 62% (European Commission, 2020).



*dane za rok 2020 dla EU 27

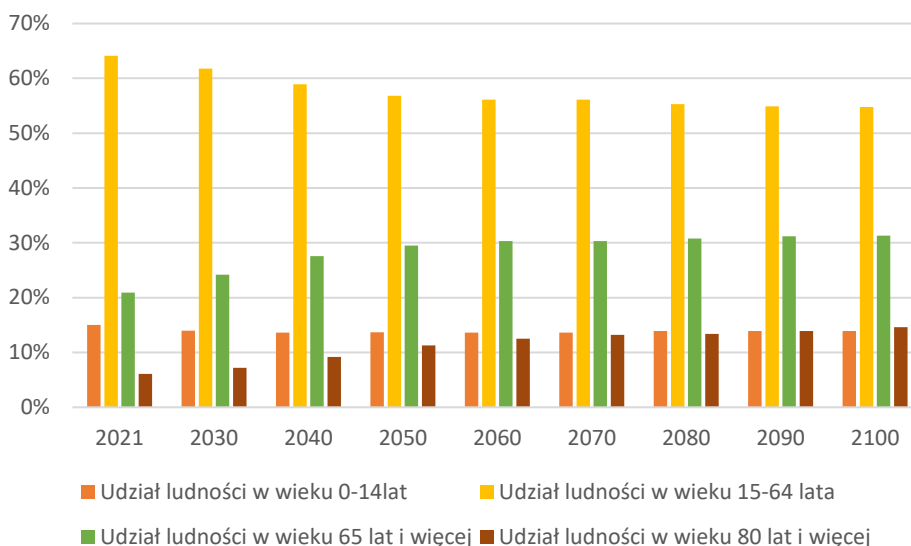
Wykres 2. Struktura wieku ludności w UE 28 w latach 2001-2020

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Eurostat, Population structure indicators at national level [demo_pjanind] (Dostęp: 27.08.2021).



Wykres 3. Prognoza średniej wieku populacji w UE 27 w latach 2021-2100

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Eurostat, Demographic balances and indicators by type of projection [proj_19ndbi] (Dostęp: 27.08.2021).



Wykres 4. Prognoza struktury wieku ludności w UE 27 w latach 2021-2100

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Eurostat, Demographic balances and indicators by type of projection [proj_19ndbi] (Dostęp: 27.08.2021).

Oczywistym jest stwierdzenie, że zapotrzebowanie na opiekę długoterminową wzrasta wraz z wiekiem i jest szczególnie powszechne wśród osób w grupie 65 i więcej lat. We wskazanej grupie wiekowej 47,8% populacji postrzega siebie jako osoby niepełnosprawne i z ograniczeniami w wykonywaniu wielu czynności życia codziennego (Irzyniec, Nowak-Kapusta, Franek, Drzazga, 2016). W kontekście oceny zmian zapotrzebowania na opiekę nad osobami starszymi obok informacji o wydłużaniu się ludzkiego życia równie ważna jest informacja o tym, czy te dodatkowe lata życia spędzają one w dobrym zdrowiu, pozwalającym na samodzielne funkcjonowanie, a na ile lata te naznaczone są bezradnością i niesamodzielnnością (Opieka nad osobami starszymi w Polsce 2022).

Obserwowany wzrost potrzeb w zakresie opieki długoterminowej przyczynia się do poszukiwania rozwiązań, które będą sprzyjały efektywnemu i skutecznemu dostarczaniu tego typu usług potrzebującym. Uznanie wskazanego trendu rozwojowego za ważny i wpływający na warunki osiągnięcia zrównoważonego rozwoju przez państwa europejskie znalazło wyraz w przygotowaniu i ogłoszeniu, wspólnie przez Parlament Europejski, Radę UE i Komisję Europejską w dniu 17 listopada 2017 roku dokumentu powołującego Europejski Filar Praw Społecznych (*European Pillar of Social Rights*). Dokument ten określa kluczowe zasady i prawa dla odnowionego procesu konwergencji w kierunku lepszych warunków pracy i życia obywateli państw członkowskich. Dla interesującej nas problematyki znaczenie ma Zasada 18 powołanego dokumentu w treści, której czytamy, że „każdy ma prawo do

przystępnych cenowo usług opieki długoterminowej dobrej jakości, w szczególności opieki domowej i usług świadczonych na poziomie społeczności lokalnych”. Wskazany zapis *ex lege* oznacza ustanowienie na poziomie Unii Europejskiej prawa do opieki długoterminowej jako dziedziny polityki społecznej, a co za tym idzie otwiera drogę do poszukiwania efektywnych rozwiązań w sferze zarządzania instytucjami zaspokajającymi potrzeby w tym względzie. Szczegółowe działania związane z wdrażaniem Europejskiego Filaru Praw Społecznych, w tym zapowiedź przygotowania w 2022 roku przez Komisję Europejską ram politycznych, które wytyczą kierunki rozwoju tego systemu i zapewnią lepszy dostęp do wysokiej jakości usług dla osób potrzebujących, zostały przedstawione w pakiecie dokumentów operacyjnych w marcu 2021 (European Commission, 2021a).

3. Identyfikacja wyzwań w opiece długoterminowej

Rosnące potrzeby w zakresie finansowego, prawnego i organizacyjnego przygotowania podmiotów systemu ochrony zdrowia, polityki społecznej i zarządzania publicznego do konieczności zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych wynikających z dynamicznych zmian demograficznych wzmagają prace na rzecz poszukiwania rozwiązań tego problemu nie tylko w ramach poszczególnych państw wspólnoty, ale szerzej na poziomie Unii Europejskiej. Dynamiczne zmiany demograficzne i ich konsekwencje dla systemów ochrony zdrowia oraz zabezpieczenia społecznego – dotyczące wszystkie państwa Unii Europejskiej – są od wielu lat przedmiotem licznych analiz prowadzonych zarówno przez teoretyków jak i praktyków, a ich rezultaty przyczyniają się do projektowania nowych sposobów radzenia sobie ze zidentyfikowanymi problemami. Obserwowane od XX wieku wydłużanie się parametru trwania życia i nagły przyrost liczby osób niepełnosprawnych – wskutek wzrostu liczebności tzw. starszych starych kohort wiekowych (80+) (Szarota, 2010) – kieruje uwagę decydentów kształtujących podstawy polityk publicznych ku poszukiwaniu odpowiednich – w relacji do pojawiających się potrzeb – rozwiązań organizacyjnych w zakresie opieki długoterminowej. Szczególne znaczenie ma prawidłowe zidentyfikowanie tzw. luki opiekuńczej. Luka opiekuńcza czyli niezaspokojone potrzeby opiekuńcze definiowana jest jako różnica pomiędzy zidentyfikowanymi potrzebami opiekuńczymi wynikającymi ze stanu zdrowia osoby starszej, stopnia samodzielności, wieku, statusu rodzinnego, statusu ekonomicznego, zasobów kulturowych (indywidualne cechy jednostki) a otrzymywaną pomocą i wsparciem. Lukę opiekuńczą identyfikuje się na dwóch poziomach. Pierwszy poziom (luka opiekuńcza I) to niezaspokojone potrzeby opiekuńcze w ramach sieci rodzinnych i sieci społecznych stanowiących tzw. nieformalne sieci wsparcia dla jednostki. Inaczej mówiąc, określa się ją na podstawie różnicy między potrzebami opiekuńczymi jednostki a ich zaspokojeniem ze strony krewnych i osób niespokrewnionych (sąsiadów,

znajomych, przyjaciół). Luka opiekuńcza I może zostać zniwelowana przez udzielenie formalnej pomocy środowiskowej i instytucjonalnej. Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania osoby starszej, pomoc półinstytucjonalna i instytucjonalna powinny redukować stopień niezaspokojonych potrzeb opiekuńczych. W związku z tym drugi poziom niezaspokojonych potrzeb definiuje się jako lukę opiekuńczą II. Powstaje ona wówczas, gdy otrzymanie pomocy ze strony rodziny i bliskich niespokrewnionych, a także zakup usług opiekuńczych, pomoc udzielana przez organizacje pozarządowe oraz pomoc udzielana przez samorządy i władze centralne są niewystarczające do zaspokojenia potrzeb opiekuńczych jednostki. Z uwagi na zróżnicowanie w państwach unii europejskiej modeli opieki nad osobami starszymi jednym z nowych wyzwań przed którymi stają państwa unijne jest konieczność częściowego ujednoczenia, w skali państw członkowskich, wskaźników obrazujących zakres, dostęp, skalę potrzeb i stosowane rozwiązania wspierające rozwój instytucjonalnej i pozainstytucjonalnej opieki długoterminowej tak aby ujednoczyć sposób identyfikacji luki opiekuńczej

Na skutek pojawiających się wyzwań w ostatnich latach szczególną uwagę decydenci na szczeblu unijnym poświęcają przygotowaniu skutecznych – wobec rosnącej liczby osób, które własnym staraniem nie są w stanie zabezpieczyć sobie obsługi niezbędnej do godnego życia w środowisku zamieszkania – rozwiązań zinstytucjonalizowanych, powoli dążąc do systemowego – w skali państw wspólnoty – uporządkowania ujawnionej kwestii społecznej.

Kluczową rolę w tym procesie – mimo, że kształtowanie polityki w zakresie opieki długoterminowej leży generalnie w kompetencjach państw członkowskich – od 2014 roku pełni przede wszystkim Komisja Europejska, czyli organ wykonawczy odpowiedzialny za bieżącą politykę, nadzorujący prace wszystkich agencji i zarządzający funduszami Unii Europejskiej. Organ ten wykorzystując instrumenty ekonomiczne, świadomościowe, prawne i inne, inicjuje oraz wspiera wdrażanie praktyk pozwalających na skuteczne dostarczanie usług opiekuńczych i o wysokiej jakości osobom, których stan zdrowia nie pozwala na w pełni niezależne życie. We wskazanej dacie na zlecenie Komisji Europejskiej został przygotowany i opublikowany pierwszy kompleksowy raport identyfikujący trzy najważniejsze wyzwania organizacyjne przed którymi stanęły rządy poszczególnych państw czyli (1) szybki i ogromny wzrost potrzeb w zakresie opieki nad osobami zależnymi, (2) brak odpowiedniej liczby wykwalifikowanego personelu skłonnego podjąć pracę w podmiotach świadczących usługi opieki długoterminowej oraz (3) kreowanie możliwości sprzyjających zapewnieniu pożądanej jakości usług w relacji do wskazanego wzrostu oczekiwań i ujawnionych braków na rynku zawodów profesjonalistów medycznych (European Commission and Social Protection Committee (SPC), 2014).

Narastanie wśród politycznych decydentów wiedzy o istnieniu luki między zapotrzebowaniem na opiekę długoterminową a jej podażą, doprowadziło do zaproponowania i faktycznego podjęcia w ostatnich latach szeregu działań sprzyjających implementowaniu skutecznych rozwiązań w zakresie opieki długoterminowej na szczeblu europejskim. Najważniejsze z nich to między innymi:

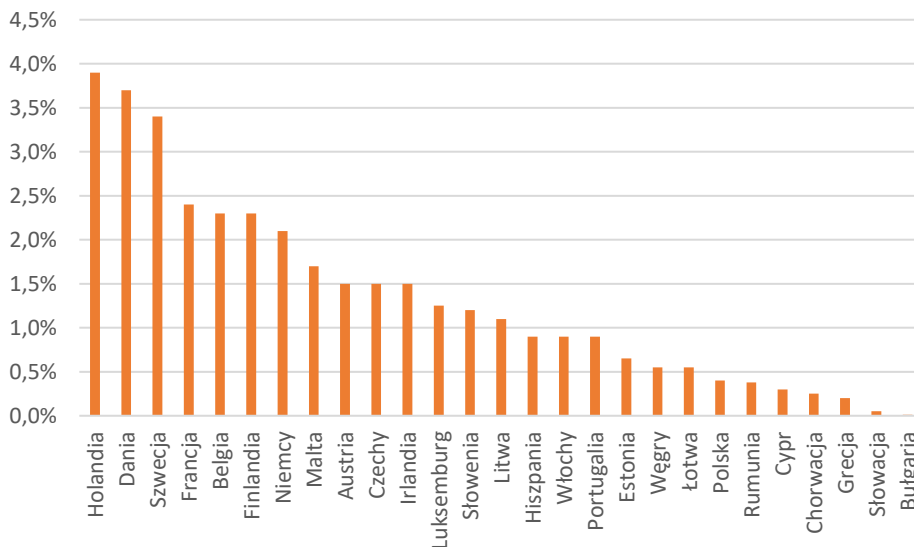
- tworzenie repozytorium wiedzy pozwalającego na lepsze wykorzystanie dostępnych danych w celu monitorowania wpływu niesamodzielności w obsłudze coraz większej liczby osób na społeczeństwo i rynek pracy;
- identyfikacja adekwatności stopnia ochrony socjalnej do konsekwencji ryzyka wystąpienia zjawiska niesamodzielności;
- umocnienie współpracy i kontynuowanie wspólnych prac w zakresie tworzenia i wykorzystywania narzędzi pomiaru poziomu skutecznej ochrony socjalnej w opiece długoterminowej przez Komisję Europejską i OECD;
- wspieranie działań w zakresie wzajemnego uczenia się poprzez promowanie dobrych praktyk w ramach otwartej metody koordynacji;
- zwiększenie wolumenu funduszy UE przeznaczanych głównie w ramach polityki spójności na rozwój i standaryzację opieki długoterminowej;
- wdrażanie strategii zapobiegawczych powstawaniu negatywnych trendów rozwojowych (European Commission, 2014, s. 23).

Jak wskazano powyżej, kształtowanie polityki w zakresie opieki długoterminowej *ex lege* jest domeną państw członkowskich, jednakże zastosowanie otwartej metody koordynacji pozwoliło na uzgodnienie, w ramach Komitetu Ochrony Socjalnej (*Social Protection Committee*), wspólnych celów w zakresie budowanych standardów dostępności, jakości i stabilności opieki zdrowotnej oraz opieki długoterminowej jak również poszukiwanie sposobów efektywnego zarządzania w instytucjach świadczących tego typu usługi. Ponieważ zarządzać można tylko wtedy, kiedy wyznacza się cele, przeznacza na ich realizację zasoby, mobilizuje pracowników do działania i kontroluje względem wskazanych wcześniej celów uzyskane rezultaty, postępując zgodnie ze wskazaną regułą, eksperci Komitetu Ochrony Socjalnej (*Social Protection Committee*) rozpoczęli prace nad przygotowaniem wspólnego dla państw członkowskich katalogu wskaźników oceniających ową dostępność, stabilność i jakość w dotychczas funkcjonujących rozwiązaniach opieki długoterminowej. Podjęte działanie ma na celu stworzenie bazy, która będzie przydatna do oceny stanu bieżącego i wyznaczania kierunków zmian. Wybór wskaźników, następnie gromadzenie adekwatnych danych i ich monitorowanie, ma przyczynić się do przygotowania formuły/narzędzia operacjonalizacji stopnia realizacji zaleceń Komisji Europejskiej oraz umożliwić prawidłowe ukierunkowywanie działań organizatorskich i wprowadzania niezbędnych korekt. Istotne znaczenie dla osiągnięcia wskazanych celów miało przygotowanie rekomendacji w zakresie (a) utrzymania stabilności budżetowej mimo liczbowego zwiększenia się grupy

potencjalnych beneficjentów usług opieki długoterminowej, (b) dostępu do usług opieki długoterminowej, (c) monitorowania sytuacji na tym rynku pracy, głównie kobiet oraz (d) tworzenia rozwiązań wspierających pozycję prawną i ekonomiczną osób nieformalnie świadczących usługi opieki długoterminowej. Nie bez znaczenia dla wydolności i stabilności systemów opieki długoterminowej są konsekwencje migracji ludności między państwami członkowskim. Zgodnie z danymi statystycznymi w państwie członkowskim innym niż państwo pochodzenia w roku 2019 mieszkało 13,3 mln obywateli UE (European Commission, 2020). Obserwowane kierunki migracji uwiadcniają, że przepływy te mogą złagodzić negatywne skutki starzenia się społeczeństw w regionach napływu, jednocześnie pogłębiając już niekorzystne tendencje demograficzne w regionach odpływu, niejednokrotnie stojących w obliczu nie tylko spadku liczby ludności, ale także pogłębiania się niekorzystnych relacji między populacją przedprodukcyjną, produkcyjną i poprodukcyjną. Zjawisko to jest tym bardziej niepokojące, że odpływ dotyczy państw i regionów nie tylko relatywnie słabszych ekonomicznie, ale również z nierozwiniętymi w dostateczny sposób systemami instytucjonalnego wsparcia osób w niekorzystnej sytuacji życiowej oraz o niskim poziomie kapitału społecznego, który w ograniczonym zakresie, ale mógłby (gdyby był na wysokim poziomie) przyczyniać się do aktywizowania pozainstytucjonalnych form świadczenia opieki długoterminowej. Wzmożona mobilność oznacza ponadto, że dzieci często podejmują pracę z dala od miejsca zamieszkania swoich rodziców i w związku z tym nie są w stanie nimi się opiekować, przerzucając ten obowiązek na instytucje publiczne.

Zauważalny we wszystkich państwa unijnych malejący odsetek ludności w wieku produkcyjnym utrudni w następnych latach dodatkowo finansowanie wydatków związanych ze starzeniem się społeczeństwa, w tym wydatków na opiekę długoterminową, zagrażając stabilności obecnych systemów ochrony zdrowia oraz opieki społecznej, zwiększając ryzyko ubóstwa osób wymagających opieki i ich rodzin. Obserwowane zjawisko budzi słuszny niepokój, bowiem prognozuje się, że wydatki publiczne na opiekę długoterminową będą najszybciej rosnącymi w grupie społecznych wydatków publicznych (w porównaniu z wydatkami na opiekę społeczną i emerytury) we wszystkich państwach wspólnoty (European Commission, 2018). Aby sprostać wzrostowi wydatków na opiekę długoterminową w przyszłości, wiele państw członkowskich stanie przed wyzwaniem opracowania stabilnych systemów jej finansowania. Wobec kryzysu spowodowanego pandemią COVID-19 nie będzie to łatwym zadaniem. Obecnie poziom wydatków na opiekę długoterminową w stosunku do PKB jest bardzo zróżnicowany we wszystkich 27 krajach Unii Europejskiej. Zgodnie z danymi z systemu rachunków zdrowia (*System of Health Accounts*) obecnie szacowane całkowite wydatki na opiekę długoterminową jako udział w PKB w 2018 roku wahały się przykładowo od 3,9 % w Holandii, 2,1% w Niemczech, 0,9 % we

Włoszech i Portugalii do 0,01% w Bułgarii. Niestety ograniczoność, niekompletność i często nieporównywalność zbieranych w poszczególnych państwach danych utrudnia przeprowadzenie rzetelnej analizy tego zjawiska.



Wykres 5. Szacowane całkowite wydatki na opiekę długoterminową jako udział w PKB w 2018 roku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Eurostat, Reported long-term care expenditure as % of GDP [hlth_sha11_hchf] (Dostęp: 27.08.2021).

W ostatnim czasie wyzwaniem dla opieki długoterminowej stała się pandemia COVID-19 i jej skutki. Pandemia sprawiła, że opieka długoterminowa stała się jednym z ważniejszych punktów programów politycznych w wielu państwach członkowskich. Systemy opieki długoterminowej zostały nią silnie dotknięte ze względu na dużą podatność ich użytkowników na zakażenie wirusem. W szczególności wysoka śmiertelność w domach opieki wzbudziła poważne obawy co do zdolności systemów opieki długoterminowej do radzenia sobie z kryzysem. Uwypuklił on również konieczność sanacji strukturalnej przed którą stoi wiele systemów opieki długoterminowej. Nie można zatem wykluczyć, że kryzys spowodowany epidemią COVID-19 będzie miał długotrwałe skutki, które doprowadzą do redefiniowania sposobów świadczenia usług opieki długoterminowej, w tym ich struktur organizacyjnych, sposobu zarządzania nimi i finansowania prowadzonej działalności. Pomimo wyraźnych różnic w zakresie podaży i organizacji opieki długoterminowej, a także odpowiadającym im systemach ochrony socjalnej i realnych wydatkach publicznych na ten cel między krajami członkowskimi UE – jak wskazano w najnowszym raporcie na temat

opieki długoterminowej (European Commission, 2021b) – wszystkie państwa wspólnoty stoją przed czterema zasadniczymi wyzwaniem w postaci konieczności zapewnienia dla swoich obywateli:

- przystępnego cenowo i odpowiedniego dostępu do usług opieki długoterminowej dla wszystkich potrzebujących;
- dobrej jakości usług opieki długoterminowej;
- odpowiedniej liczby pracowników zajmujących się opieką długoterminową i przygotowania dla nich dobrych warunków pracy oraz na wspieraniu nieformalnych opiekunów;
- źródeł finansowaniem opieki długoterminowej w czasach rosnącego na nią zapotrzebowania.

Przygotowanie efektywnych rozwiązań dla wskazanych wyzwań wymaga rozpoznania problemów związanych z organizacją i funkcjonowaniem opieki długoterminowej oraz warunków z niej korzystania w poszczególnych krajach wspólnoty i podjęcia decyzji na temat podstaw wyznaczających składowe dla projektowania rozwiązań pozwalających za utrzymanie stabilności finansowej. Niestety realną barierą jest często fragmentaryczność i małą porównywalność danych na temat opieki długoterminowej. Problemem jest także różnica w definiowaniu *per se* opieki długoterminowej i braku jednolitego katalogu okoliczności, których zaistnienie umożliwi obywatelom na korzystanie z tych świadczeń, co przekłada się na ograniczone możliwości budowania porównań międzynarodowych i wprowadzanie ponadnarodowych rozwiązań.

4. Pojęcie i identyfikacja potrzeb w zakresie opieki długoterminowej

Organizacja opieki długoterminowej różni się nie tylko w państwach członkowskich, ale także w ich obrębie. Nie istnieje też przyjęta na szczeblu międzynarodowym i zestandaryzowana definicja tego, co stanowi opiekę długoterminową, a tym samym możliwość wiarygodnej identyfikacji potrzeb w tym zakresie. W wielu państwach członkowskich systemy opieki długoterminowej charakteryzują się – przy braku ścisłej interakcji i transparentnych przepływach finansowych – poziomymi współzależnościami z systemami opieki zdrowotnej i społecznej. W związku z tym stosowane mogą i są różne kryteria dotyczące uprawnień do opieki długoterminowej, oceny potrzeb, zakresu ochrony socjalnej oraz katalogu oferowanych usług i świadczeń.

W większości państw członkowskich opieka długoterminowa nie jest zdefiniowana jako szczegółowa gałąź zabezpieczenia społecznego lub odrębna dziedzina polityki, lecz jest objęta różnymi przepisami w zakresie opieki społecznej i zdrowotnej. Na poziomie europejskim Trybunał Sprawiedliwości uznał, że świadczenia z tytułu opieki długoterminowej są świadczeniami mającymi na celu poprawę zdrowia i jakości życia osób wymagających opieki i jako takie mają uzupełniać świadczenia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego

(Regulation (EC) No 883/2004). Jak wskazano powyżej w wielu państwach członkowskich opieka długoterminowa jest finansowana z różnych źródeł i zorganizowana na różnych poziomach władztwa i struktur instytucjonalnych. Pod względem regulacji, finansowania i świadczenia usług, świadczenie opieki długoterminowej może być ściśle powiązane z polityką w zakresie opieki zdrowotnej, opieki społecznej, mieszkalnictwa i usług wsparcia w zakresie mieszkalnictwa oraz w zakresie polityki wobec osób niepełnosprawnych (lub stanowić ich część). Ten horyzontalny podział może utrudniać koordynację opieki długoterminowej, a nawet świadczenie usług. W niektórych przypadkach kompetencje podmiotów odpowiedzialnych za kreowanie i dostarczanie opieki długoterminowej mogą być również pionowo podzielone pomiędzy krajowy, regionalny i lokalny poziom instytucjonalny, co dodatkowo zwiększa trudność w przygotowaniu racjonalnego, logicznego, koherentnego i efektywnego systemu odpowiadającemu na rzeczywiste i zgłoszone przez obywateli potrzeby (Spasova i in., 2018).

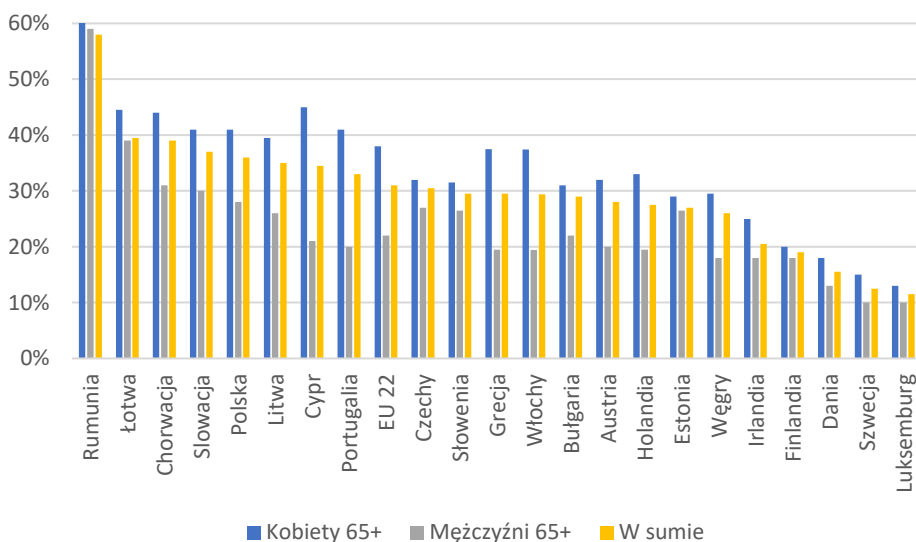
Szukając płaszczyzny do tworzenia wspólnych rozwiązań zaproponowano ujednoczenie definicyjne tej kwestii społecznej i organizacyjnej. Definicja opieki długoterminowej na gruncie Unii Europejskiej została zaproponowana przez Komitet Ochrony Socjalnej w pierwszym kompleksowym raporcie *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society* (2014). W powołanym opracowaniu opiekę długoterminową definiuje się jako „szereg usług i pomocy dla osób, które w wyniku słabości psychicznej i/lub fizycznej i/lub niepełnosprawności przez dłuższy okres czasu wymagają pomocy w codziennych czynnościach życiowych i/lub potrzebują stałej opieki pielęgniarstwa. Codzienne czynności życiowe, przy których potrzebna jest pomoc, mogą być czynnościami związanymi z samoopieką, które dana osoba musi wykonywać codziennie (czynności życia codziennego- ADL, takie jak kąpiel, ubieranie się, jedzenie, wstawanie z łóżka lub krzesła, poruszanie się, korzystanie z toalety oraz kontrolowanie czynności pęcherza i jelit) lub mogą być związane z samodzielnym życiem (podstawowe czynności życia codziennego - IADL, takie jak przygotowywanie posiłków, gospodarowanie pieniędzmi, robienie zakupów spożywczych lub osobistych, wykonywanie lekkich lub ciężkich prac domowych oraz korzystanie z telefonu)” European Commission and Social Protection Committee (SPC), 2014). Mimo tego, że generalnie opieka długoterminowa polega na udzielaniu usług pozwalających człowiekowi na funkcjonowanie w społeczeństwie, należy ją odróżnić – choć oba te pojęcia są ze sobą powiązane – od pojęcia wsparcia społecznego rozumianego jako „formalne (usługi rządowe, firmy prywatne i organizacje pozarządowe) i nieformalne (rodzina i przyjaciele) powiązania lub relacje, oparte na empatii i zaufaniu, szczególnie przydatne w czasach stresu, w których osoba w trudnej sytuacji wchodzi w interakcje, aby znaleźć pomoc poprzez informacje, towarzyszenie lub materiały fizyczne” (Carabott, 2018).

Zaproponowany w dokumencie unijnym – opisowy a nie normatywny – sposób definiowania opieki długoterminowej i co za tym idzie wskazanie *delictu*, w którym odbywa się szacowanie potrzeb w zakresie opieki długoterminowej, utrudnia jego wykorzystywanie w gromadzeniu danych statystycznych, uniemożliwiając tym samym jednoznaczne oszacowanie potencjalnej liczby świadczeniobiorców. Z punktu widzenia kryterium włączania do grupy wymagającej opieki długoterminowej najbardziej przydatne jest wykorzystywanie międzynarodowych skali ADL/IADL.

Podkreślić należy jednak pewną dowolność procesu oceny zapotrzebowania danej osoby na opiekę długoterminową lub usługi czy ocenę zakresu ochrony socjalnej w poszczególnych państwach członkowskich, wynikającą z indywidualizacji i kontekstualizacji katalogu ograniczeń i poziomu trudności w zakresie obsługi własnej i możliwości sprawnego funkcjonowania w środowisku bytowym, zaniku/afazji funkcji poznawczych oraz włączenia innych wskaźników (np. środowisko społeczne, dostępność wsparcia rodzinnego, historia choroby). Można zatem zaryzykować stwierdzenie, że przygotowane z uwzględnieniem kontekstu dane krajowe dotyczące wyników oceny potrzeb nie do końca mogą stanowić jednoznaczną podstawę do oszacowania liczby osób potrzebujących opieki długoterminowej w krajach członkowskich. Pozyskane z wykorzystaniem nieostrych narzędzi pomiarowych dane nie są w pełni porównywalne między państwami członkowskimi ze względu na różne kryteria oceny, a także z powodu nieuwzględniania przypadków specyficznych, acz nierzadko występujących np. osób potrzebujących opieki długoterminowej, które nie ubiegają się o jakiegokolwiek świadczenia na przykład z uwagi na to, że są świadome, że ich dochody lub majątek są zbyt wysokie, aby mogły je otrzymać ze środków publicznych. W tym kontekście należy podkreślić, że ze względu na różne rodzaje i zakres potrzeb w zakresie opieki długoterminowej (zarówno w przypadku opieki zdrowotnej jak i społecznej), nie istnieje w rzeczywistości prawno-organizacyjnej jednolita we wszystkich państwach członkowskich usługa, którą można by było określić jako świadczenie opieki długoterminowej. Poza generalną ramą obserwujemy znaczne zróżnicowanie w zakresie projektowanych i funkcjonujących rozwiązań opieki długoterminowej. Co wydaje się słuszne, bowiem opieka taka powinna być indywidualną, wynikającą z realizowanego modelu polityki społecznej i zamożności państwa odpowiedzią na zróżnicowane potrzeby. Najbardziej wiarygodnymi i w związku z tym wykorzystywanymi przez Komitet Ochrony Socjalnej do szacowania liczby osób potrzebujących świadczeń w zakresie opieki długoterminowej informacjami są te, które pozyskuje się z badań ankietowych realizowanych w każdym kraju UE w ramach European Health Interview Survey (EHIS).

Prowadzony w ramach tego schematu proces gromadzenia danych koncentruje się na ograniczeniach w obsłudze opisanych w ADL i/lub IADL, które są traktowane jako najważniejsze i najbardziej zestandaryzowane, stąd

decyzja Komitetu Ochrony Socjalnej o możliwości ich wykorzystania do operacjonalizacji potrzeb w zakresie opieki długoterminowej. Zgodnie ze zwykłymi warunkami kwalifikowalności w systemach publicznych, które określają minimalny próg potrzeb w zakresie opieki długoterminowej, powszechne jest koncentrowanie się na trudnościach sklasyfikowanych jako „poważne” (w oryginale ankiety EHIS określane jako „severe”). Poniższy wykres obrazuje dostępne w tym zakresie w poszczególnych krajach członkowskich informacje.



Wykres 6. Odsetek osób w wieku 65+ mieszkających w prywatnych gospodarstwach domowych, które mają poważne trudności z opieką osobistą lub czynnościami domowymi

Źródło: European Commission (2021b). Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in ageing society. Joint report prepared by the Social Protection Committee (SPC) and the European Commission (DG EMPL). Vol. I. Luxembourg: Publications Office of the European Union, s. 29.

Średnio w krajach europejskich, które dostarczyły dane zbierane w ramach trzeciej edycji EHIS 30,9 % osób w wieku 65+ wymagało opieki długoterminowej w UE-22 (dane z 2019 roku), przy czym należy podkreślić wyraźne zróżnicowanie potrzeb w zależności od płci. Kobiety oceniają swój stan zdrowia zdecydowanie gorzej niż mężczyźni. W czasie, w którym był przygotowywany raport *Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in ageing society* (European Commission, 2021b) analitycy nie dysponowali danymi z trzeciej edycji EHIS dla takich krajów jak Belgia, Niemcy, Hiszpania, Francja i Malta, stąd wskaźniki charakteryzujące sytuację w tych państwach nie zostały

uwzględnione w zbiorczym zestawianiu (wykres 6), ale analiza danych dostępnych dla drugiej edycji EHIS (2014) wykazały, że odpowiednio 36 %, 24,9 %, 15,2 %, 25,9 % i 34 % całkowitej populacji w wieku 65+ miało co najmniej jedną poważną trudność objętą oceną według skali ADL i/lub IADL.

Analiza przedstawionych danych prowadzi do konstatacji o konieczności myślenia nie tylko o tworzeniu ekonomicznego i organizacyjnego wsparcia dla efektywnego funkcjonowania opieki długoterminowej, ale prowadzi do pytania o to w jaki sposób od strony kształtowania zasobów pracy przygotować ten system na dynamicznie rosnące potrzeby i jednak ograniczone środki publiczne, które mogą na ich realizację być przeznaczone. Tak sformułowane wyzwanie jest trudne do znalezienia satysfakcjonującego rozwiązania, bowiem jak wskazano wcześniej, instytucje opieki długoterminowej nie są postrzegane jako pożądany zatrudniający, a pracy w nich jest zarówno wyczerpująca fizycznie i emocjonalnie jak i słabo opłacana, a wolumen pieniędzy publicznych musi być alokowany z uwzględnieniem potrzeb także innych sektorów np. obronności, ochrony środowiska, bezpieczeństwa wewnętrznego etc.

Zatrudnienie i warunki pracy w opiece długoterminowej

Opieka długoterminowa jest świadczona zarówno przez formalnych jak i nieformalnych – głównie kobiety – opiekunów. Poniżej scharakteryzowano warunki pracy w instytucjonalnym systemie, czyli takim, gdzie świadczenia są realizowane przez wykwalifikowanych opiekunów zatrudnionych w instytucjach działających w sektorze usług. Sektor instytucjonalny opieki długoterminowej jest pracodawcą dla około 6,3 mln osób, co stanowi 3,2% całej siły roboczej UE (Eurofound, 2020). Zasoby pracy w opiece długoterminowej obejmują wielu profesjonalistów zatrudnionych zarówno w bezpośrednim procesie świadczenia usług jak i w strukturach administracyjnych. Poza personelem administracyjnym zatrudnienie w tym sektorze znajduje personel pomocniczy (np. sprzątaczkę, kucharkę), pracownicy opieki społecznej (np. asystenci osób starszych), pracownicy opieki zdrowotnej (np. pielęgniarki ogólne czy geriatryczne) i pozostali opiekunowie zatrudnieni w instytucjach opieki długoterminowej. Pracownicy opieki długoterminowej pełnią swojej rolę we współpracy z innymi profesjonalistami, szczególnie zatrudnionymi w szpitalach, podstawowych i specjalistycznych poradniach zdrowia, instytucjach ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego, pracownikami socjalnymi i opiekunami nieformalnymi. Dominująca obecnie perspektywa deinstytucjonalizacji nakłada na nich również zadania dotyczące współpracy z aktorami organizacyjnymi i liderami w społecznościach lokalnych, w tym także przedstawicielami osób niepełnosprawnych czy starszych (np. Rady Seniorów) (Frączkiewicz-Wronka i Kozak, 2018; Frączkiewicz-Wronka, Kowalska-Bobko, Sagan, Wronka-Pospiech, 2019). Zdecydowana większość całkowitej podaży siły roboczej pracowników formalnej opieki długoterminowej jest zatrudniona

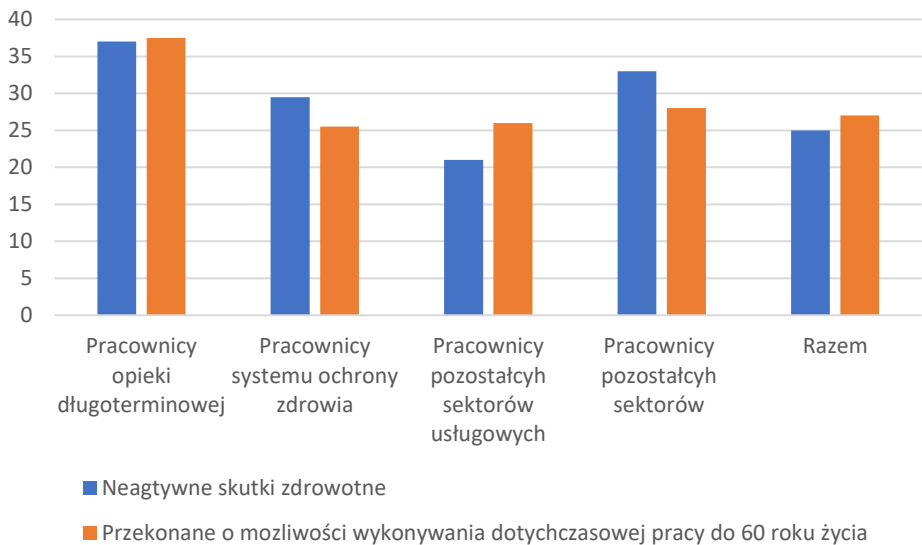
w charakterze pielęgniarek lub osobistych opiekunek odpowiednio w krajach członkowskich 67 % i 33 % (European Commission 2021b, s. 124).

Wskazane środowisko pracy cechuje silna feminizacja (88 % kobiet) i relatywnie wysoka – 45 lat – mediana wieku oraz bardzo niepokojąco wysoki już w 2019 roku – blisko 38 % - udział pracowników w wieku 50 lat lub starszych (European Commission 2021b, s. 63). Z uwagi na rosnące potrzeby według prognoz przygotowanych przez CEDEFOP (*European Centre for the Development of Vocational Training*) w latach 2018-2030 przybędzie w tym systemie 3,2 mln miejsc pracy dla profesjonalistów zatrudnionych w organizacjach ochrony zdrowia i około 3,8 mln dla pracowników opieki osobistej. Jeśli faktycznie tak się stanie, to będzie to dobry sygnał po znacznym w latach 2011-2016 spadku średniej dla krajów członkowskich. We wskazanym okresie liczba pracowników opieki długoterminowej na 100 osób w wieku 65 lat lub starszych spadła z 4,2 % do 3,8 % (OECD, 2020). Prawie wszystkie kraje członkowskie mają trudności z uzyskaniem optymalnej liczby pracowników a szczególnie wykwalifikowanego personelu opiekuńczego (głównie pielęgniarek) (Eurofound, 2020). Różne czynniki mogą się przyczynić do zwiększenia niedoborów kadrowych w przyszłości. Należą do nich zwłaszcza oczekiwany wzrost zapotrzebowania na instytucjonalną opiekę długoterminową ze względu na powiększającą się populację osób starszych, a także bieżące tendencje, takie jak rosnący udział kobiet w rynku pracy skutkujący zmniejszeniem się możliwości zaspokojenia potrzeb opiekuńczych w strukturach rodzinnych oraz większa mobilność osób, szczególnie z biedniejszych krajów członkowskich, która może wpłynąć na dostępność nieformalnych opiekunów. Analizując strukturę geograficznego pochodzenia pracowników opieki długoterminowej zauważamy, że w państwach tzw. starej unii już obecnie około 20% zasobów nie pochodzi z kraju, w którym pracownik świadczy pracę (Eurofound, 2020). Zjawisko to można postrzegać zarówno pozytywnie jak i negatywnie. W powołanym wcześniej raporcie czytamy, że „choć mobilność pracowników jest jednym z kluczowych elementów dorobku prawnego UE i niesie ze sobą wiele możliwości” (np. pomaga złagodzić niedobory w przyjmujących państwach członkowskich), mobilność pracowników opieki długoterminowej może wiązać się z wyzwaniem dla państw członkowskich z których migrują. Po pierwsze, może ona pogłębić niedobory siły roboczej w tych państwach, zwłaszcza że same borykają się lub będą się borykać ze starzeniem się społeczeństwa. Niektóre państwa członkowskie, które eksportują pracowników opieki, wypełniają braki w tym zakresie poprzez samodzielny import siły roboczej, z innych państw UE lub spoza UE. Na przykład, Węgry przyciągają pracowników opieki z zagranicy, głównie z etnicznych społeczności węgierskich w Rumunii, a Polska z Ukrainy. Po drugie, kraje odpływu inwestują w edukację i szkolenie pracowników opieki, ale potem nie mogą korzystać z wytworzonych umiejętności, gdyż absolwenci różnych poziomów kształcenia decydują się na pracę za granicą. Ale wskazać

należy także na to, że wielu migrujących pracowników wysyła przekazy pieniężne do swoich rodzin, które następnie wydają te pieniądze w kraju pochodzenia, a jeśli migranci stają się ekspatami i wracają do swoich krajów pochodzenia do pracy, przywożą ze sobą doświadczenie zdobyte za granicą, które może pomóc wzbogacić lokalne praktyki” (European Commission 2021b, s. 63). Pozostałe czynniki, które mogą zwiększyć niedobory siły roboczej w opiece długoterminowej to głównie już podkreślone wcześniej starzenie się siły roboczej, a w konsekwencji tegoż przechodzenie na emeryturę wielu dotychczasowych pracowników. Nie bez znaczenia jest również konkurencja na rynku pracy ze strony innych sektorów oferujących bardziej atrakcyjne możliwości zatrudnienia i lepsze warunki pracy, tym samym powodując drenaż i tak już płytkiego rynku pracowników opieki długoterminowej.

Większość pracowników wśród pielęgniarek i osobistych opiekunów w instytucjach opieki długoterminowej legitymuje się średnim lub wyższym poziomem wykształcenia, przy czym niektóre zawody są ściśle obwarowane prawnymi regulacjami dostępu, co jest ważne z punktu widzenia dostarczanej jakości opieki, ale utrudnianie dostępu do ich wykonywania osobom, które mają umiejętności nie potwierdzone formalnymi kwalifikacjami. To z kolei ma pośrednio negatywny wpływ na rozwój liczbowy zasobów pracy. Wymagania dotyczące umiejętności i kwalifikacji w opiece długoterminowej stają się coraz bardziej złożone, co z jednej strony może pogłębiać braki kadrowe, ale z drugiej może również przyczyniać się do tego, że praca w sektorze stanie się bardziej atrakcyjna. Jej atrakcyjność może zwiększać także zastosowanie wielu rozwiązań z zakresu technologii informacyjnych i informatycznych (ICT), co w części pozwoli na zastępowanie ludzkiej pracy sztuczną inteligencją. Z pozytywnej strony, teleopieka i wirtualne interwencje zmniejszają czas podróży, są zwykle krótsze niż wizyty na miejscu i mogą być organizowane bardziej elastycznie. Wykorzystanie ICT do przygotowywania dokumentacji może ograniczyć czas poświęcany na prace biurowe, pozwalając opiekunom skupić się na podstawowych zadaniach związanych z opieką nad pacjentem, wpływając zarówno na polepszenie warunków pracy jak i jakość opieki. Technologia i sztuczna inteligencja wykorzystywana do monitorowania pacjentów może zmniejszyć liczbę pracowników potrzebnych podczas nocnych zmian do kontroli funkcji życiowych. Roboty opiekuńcze mogą również przejąć zadania wymagające wysiłku fizycznego, takie jak podnoszenie podopiecznych, a platformy internetowe kojarzące osoby potrzebujące (głównie domowej) opieki długoterminowej z osobami świadczącymi usługi opiekuńcze lepiej będą służyły dopasowaniu podaży i popytu, jeśli oczywiście będą odpowiednio zarządzane i usprzętowane (Mosca, van der Wees, Mot, Wammes, Jeurissen, 2017). Aby w pełni wykorzystać potencjalne korzyści płynące z technologii dla pracowników opieki długoterminowej, konieczne jest jednak inwestowanie w rozwój ich umiejętności cyfrowych (Zigante, 2020).

Dokonana przez pracowników opieki długoterminowej ocena środowiska pracy potwierdza, że są świadomi jej znaczenia, ale także neglizuje brak zadowolenia z warunków pracy. Według danych z badań przeprowadzonych w 2015 roku, 71% pracowników opieki długoterminowej miało poczucie wykonywania użytecznej pracy, ale tylko 22% twierdziło, że są zadowoleni z warunków pracy. Szczególnie negatywnie oceniany był poziom zarobków i społeczne środowisko pracy, w tym narażenie na konsekwencje, wcale nie rzadkich, traumatycznych relacji z pacjentami (co często wynika z ich wielochorobowości, demencji i innych chorób wieku starczego upośledzających społeczne funkcjonowanie) i konsekwencji zdrowotne postrzeganych jako wyjątkowo doskwierające (Eurofound, 2020).



Wykres 7. Praca i zdrowie, UE-27 i Wielka Brytania

Źródło: European Commission (2021b). Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in ageing society. Joint report prepared by the Social Protection Committee (SPC) and the European Commission (DG EMPL). Vol. I. Luxembourg: Publications Office of the European Union, s. 63.

Trudne warunki pracy znajdują odzwierciedlenie w znacznym odsetku pracowników opieki długoterminowej borykających się z problemami zdrowotnymi co potwierdzają zobrazowane na wykresie 7 wyniki badań. Pracownicy sektora opieki długoterminowej postrzegają swoją pracę jako skutkującą zdecydowanie większymi negatywnymi skutkami dla zdrowia niż pracownicy pozostałych sektorów gospodarki, częściej też uważają, że nie będą

mogli wykonywać dotychczasowej pracy do 60 roku życia. Kończąc rozważania dotyczące zatrudnienia i warunków pracy w instytucjonalnej opiece długoterminowej należy zauważyć, że w ostatnich latach wiele krajach członkowskich podejmuje działania, których celem ma być poprawa atrakcyjności tego sektora. Główne dotyczą one wzrostu wynagrodzeń jak i możliwości podnoszenia kwalifikacji dzięki tworzeniu nowych kierunków studiów oraz prowadzeniu szkoleń dla osób, które chcą certyfikować posiadane umiejętności i tym samym uzyskać szanse na zatrudnienie w instytucjach opieki długoterminowej.

6. Podsumowanie

Zaprezentowane rozważania koncentrowały się na scharakteryzowaniu wybranych aspektów opieki długoterminowej traktowanej jako istotnego obszaru działalności państwa. Powołana Zasada 18 Europejskiego Filaru Praw Socjalnych, w której podkreślono prawa każdego obywatela państw członkowskich do przystępnych cenowo usług, w szczególności opieki instytucjonalnej, domowej i na poziomie społeczności lokalnej zobowiązuje decydentów poszczególnych państw do podejmowania aktywnych działań na rzecz redefiniowania polityk publicznych, w tym szczególnie ochrony zdrowia i społecznej aby wskazane w dokumentach Komisji Europejskiej cele były wprowadzane w rzeczywistość organizacyjną. Służyć temu powinny praktyki zarządzania publicznego oraz dostęp do środków pomocowych UE, w tym szczególnie do pieniędzy gromadzonych w zasobach Europejskiego Funduszu Społecznego+ (EFS+) oraz nowego instrumentu ekonomicznego przygotowanego w dobie COVID-19 na rzecz odbudowy gospodarczej i wzmocnienia spójności. Wskazane instrumenty finansowe mają zostać przeznaczone zarówno na inwestycje publiczne jak i reformy mające na celu wzmocnienie odporności na zmiany, w tym także i te które wynikają z obserwowanego znacznego wzrostu zapotrzebowania na opiekę długoterminową.

Bibliografia

- Carabott, J. (2018). Social support of undocumented immigrants in Malta: adaptive transfer of good practices to a challenging context. Unpublished PhD thesis, University of Malta, Faculty for Social Wellbeing.
- Eurofound (2020). Long-term Care Workforce: Employment and working conditions. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://www.eurofound.europa.eu/publications/customised-report/2020/long-term-careworkforce-employment-and-working-conditions> en (Dostęp: 27.08.2021).
- European Commission (2014). Council endorses a report on adequate social protection for long-term care needs in an ageing society. https://ec.europa.eu/eip/ageing/news/council-endorses-report-adequate-socialprotection-long-term-care-needs-ageing-society_en (Dostęp: 27.08.2021).

- European Commission (2018). The 2018 Ageing Report: Economic & budgetary projections for the 28 EU Member States (2016-2070). Institutional Paper 079. Luxembourg: Publications Office of the European Union. https://ec.europa.eu/info/publications/economyfinance/2018-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2016-2070_en (Dostęp: 27.08.2021).
- European Commission (2020). Report on the Impact of Demographic Change. Brussels. https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/demography_report_2020_n.pdf (Dostęp: 27.08.2021).
- European Commission (2021a). The European Pillar of Social Rights Action Plan. Luxembourg: Publications Office of the European Union. https://ec.europa.eu/info/files/european-pillarsocial-rights-action-plan_en (Dostęp: 27.08.2021).
- European Commission (2021b). Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in ageing society. Joint report prepared by the Social Protection Committee (SPC) and the European Commission (DG EMPL). Vol. I. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Commission and Social Protection Committee (SPC) (2014). Adequate Social Protection for Long-term Care Needs in an Ageing Society. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=7724> (Dostęp: 27.08.2021).
- Frączkiewicz-Wronka, A. (2009). Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Frączkiewicz-Wronka, A., Kozak, A. (2018). Identyfikacja czynników sprzyjających powstaniu koprodukcji w kreowaniu usług społecznych w środowisku lokalnym – perspektywa Rad Seniorów. *Polityka Społeczna*, XLV(529), 4, 10-17.
- Frączkiewicz-Wronka, A., Kowalska-Bobko, I., Sagan, M., Wronka-Pospiech, M. (2019). The growing role of seniors councils in health policy-making for oldery people in Poland. *Journal of Health Policy*, 123, 906-911. DOI <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.05.016>
- Irzyniec, T., Nowak-Kapusta, Z., Franek, G., Drzazga B. (2016). Osoby objęte pielęgniarstwą domową opieką długoterminową. *Gerontologia Polska*, 24, 207-213.
- Mosca, I., van der Wees, P.J., Mot, E.S., Wammes, J.J.G. and Jeurissen, P.P.T. (2017). Sustainability of long-term care: puzzling tasks ahead for policy-makers. *International Journal of Health Policy and Management*, 6(4), 195-205.
- OECD (2020). Who Cares? Attracting and retaining care workers for the elderly. OECD Health Policy Studies. Paris” OECD Publishing. <https://www.oecdilibrary.org/docserver/92coef68-en.pdf> (Dostęp: 27.08.2021).
- Oliva-Moreno, J., Trapero-Bertran, M., Peña-Longobardo, L.M., Del Pozo-Rubio, R. (2017). The Valuation of Informal Care in Cost-of-Illness Studies: A Systematic Review. *Pharmacoeconomics*, 35(3), 331-345.
- Opieka nad osobami starszymi w Polsce. Praca zbiorowa pod red. I. Wóycickiej. Fundacja im. S. Batorego Warszawa 2022
- Regulation (EC) No 883/2004 of the European Parliament and of the Council of 29 April 2004 on the coordination of social security systems. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32004R0883> (Dostęp: 27.08.2021).
- Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R., Vanhercke, B. (2018). Challenges in Long-term Care in Europe – A study of national policies. Brussels:

European Social Policy Network (ESPN) and European Commission.
<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8128&furtherPubs=yes>
(Dostęp: 27.08.2021).

Szarota, Z. (2010). *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnym*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie.

Zigante, V. (2020). *The Role of New Technologies in Modernising Long-term Care Systems – A scoping review*. *Social Situation Monitor*.
<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=23362&langId=mt> (Dostęp: 27.08.2021).

IDENTIFICATION OF LONG-TERM CARE CHALLENGES IN EUROPE

Summary: Changes in demographic structures and especially the dynamic ageing of the population lead to an increased demand for care services. Finding ways to provide them efficiently has become one of the challenges for developed countries. On the basis of the analysis of European documents, statistical analyses and the literature on the subject, selected conditions for the functioning of long-term care in EU countries are discussed. The choice of the research issue is a consequence of recognising the fact that in recent years it has increasingly emerged as an area of practical and theoretical reflection in many scientific disciplines, including management and health sciences. These two research perspectives complement each other since they make it possible to look at the organisational aspects of the activity of long-term care providers as a problem in shaping the living and health conditions of citizens who have to use services provided by care institutions due to their health and family members' inability to provide care. It should also be noted that the evolving social structures, the increasing introduction of artificial intelligence solutions and the situation after COVID-19 are changing the conditions of long-term care functioning, hence the reflection on the directions of these transformations is essential to properly formulate public policy practices.

Keywords: *population ageing, long-term care, public policies, conditions for the development of long-term care.*

UWARUNKOWANIA EFEKTYWNEJ KOPRODUKCJI USŁUG PROMOCJI ZDROWIA – PERSPEKTYWA RAD SENIORÓW

Aldona

Frączkiewicz-Wronka

ORCID: 0000-0002-7077-1068
Katedra Zarządzania Publicznego i
Nauk Społecznych
Kolegium Ekonomii
Uniwersytet Ekonomiczny w
Katowicach
ul. 1-go Maja 50, 40-287 Katowice
e-mail: afw@ue.katowice.pl

Anna Kozak

ORCID: 0000-0001-8903-444X
Nauk Społecznych
Kolegium Ekonomii
Uniwersytet Ekonomiczny w
Katowicach
ul. 1-go Maja 50, 40-287 Katowice
e-mail: anna.kozak@edu.uekat.pl

Streszczenie: Zgodnie z tezami zawartymi w artykule Cepiku et al. (2020) możliwość wykorzystania mechanizmów koprodukcji w usługach zdrowotnych i opieki społecznej, zwłaszcza w czasach kryzysu Covid-19, wyraźnie zwiększa pozytywne rezultaty działań w zakresie kształtowania podstaw zdrowia publicznego podejmowanych przez jednostki samorządu terytorialnego. Ponadto, zmiany demograficzne obserwowane w krajach UE wpływają na charakter potrzeb społecznych znacznie zwiększając dotychczasowe oczekiwania w zakresie świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych zgłaszanych szczególnie przez osoby starsze. Zaspokojenie rosnących potrzeb przekłada się na konieczność zwiększenia poziomu finansowania i poszukiwanie nisko kosztowych rozwiązań sprzyjających spędzeniu lat w zdrowiu przez możliwie jak najdłuższy okres. Sprzyja temu między innymi wspieranie działań w zakresie zdrowia publicznego, w tym szczególnie aktywności wpisanych w obszar promocji zdrowia, gdzie zaangażowanie wielu interesariuszy jest niezbędne do osiągnięcia sukcesu. Dla propagowania idei promujących zdrowie szczególnie istotne dla osób starszych może być zaangażowanie Rad Seniorów, które są interesariuszami o kluczowym znaczeniu dla osiągnięcia pozytywnych zmian społecznych. Perspektywa koprodukcji w usługach społecznych tworzy podstawy dla inicjowania współpracy między aktorami organizacyjnymi działającymi w lokalnych społecznościach (takimi jak Rady Seniorów) z organizacjami publicznymi. Opierając się na przeglądzie literatury, analizie dokumentów, obserwacji praktyk i badaniu opinii, niniejszy artykuł rzuca światło na rolę Rad Seniorów w podnoszeniu dobrostanu osób starszych poprzez współtworzenie działań w zakresie promocji zdrowia oraz bada uwarunkowania skutecznej koprodukcji w tym obszarze. Wyniki zrealizowanych badań potwierdziły założenie, że Rady Seniorów są aktywnymi koproducentami usług w obszarze promocji zdrowia. Poprzez współtworzenie działań z zakresu promocji zdrowia członkowie Rad Seniorów uzyskują korzyści osobiste, jednocześnie przyczyniając się do zwiększenia dobrostanu osób starszych oraz współtworząc wartość publiczną. Zidentyfikowane w rezultacie prowadzonych badań warunki skutecznej koprodukcji wskazywane przez członków Rad Seniorów to aktywne zaangażowanie użytkowników,

wzajemne zaufanie, zdolność do koprodukcji, gotowość koproducentów do wniesienia wkładu oraz motywacja użytkowników do koprodukcji..

Słowa kluczowe: *koprodukcja, promocja zdrowia, ekosystem usług, ekosystem w zarządzaniu publicznym.*

1. Wstęp

W zależności od przyjętej w doktrynie ekonomiczno-politycznej, rozwiązania proponowane w celu umacniania zdrowia publicznego idą w kierunku wykorzystania mechanizmów sektora prywatnego (New Public Management) lub stymulowania mechanizmów oddolnych poprzez zachęcanie obywateli i ich przedstawicieli organizacyjnych do udziału w projektowaniu i dostarczaniu usług (Good Governance). W tym drugim modelu zarządzania publicznego – Good Governance – coraz powszechniejszą praktyką staje się koprodukcja rozumiana jako sposób tworzenia wartości publicznej poprzez włączenie świadczeniobiorcy w proces tworzenia i dostarczania usługi (Steijn, Klijn i Edelenbos, 2011). We wszystkich dziedzinach polityki społecznej, w kwestiach tak rozległych jak ubóstwo, bezdomność, nierówności edukacyjne, niesprawiedliwość społeczna, degradacja środowiska i opieka zdrowotna, podstawowe pytanie brzmi: „Jak możemy stworzyć pozytywną zmianę społeczną i zrównoważony wpływ?” (Lumpkin i Bacq, 2019). Osiąganie wpływu społecznego i katalizowanie zmian społecznych to ważne bodźce dla innowatorów społecznych, firm i korporacji zaangażowanych działalność społeczną, a także organizacji non-profit i jednostek samorządu terytorialnego (Chliova i Ringov, 2017; Dacin, Dacin i Matear, 2010; Lumpkin i Bacq, 2019).

Zmiany demograficzne obserwowane w krajach Unii Europejskiej, w tym wydłużanie się życia ludzkiego, na które nakłada się obecny kryzys epidemiologiczny, wpływają na charakter potrzeb społecznych, które mogą i powinny być zaspokajane przez politykę społeczną w sferze publicznej, a w szczególności politykę senioralną (Komisja Europejska, 2019). Główny dokument programowy w Polsce w zakresie polityki publicznej skierowanej do seniorów, jakim są „Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020”, wskazuje pięć najważniejszych obszarów dla dobrostanu seniorów jakimi są: (1) zdrowie i samodzielność, (2) aktywność zawodowa, (3) aktywność edukacyjna, społeczna i kulturalna, (4) srebrna gospodarka oraz (5) relacje międzypokoleniowe (Uchwała Nr 238 Rady Ministrów).

Promocja zdrowia i zapobieganie chorobom stanowią istotę współczesnego zdrowia publicznego, dlatego strategia zdrowego starzenia się podkreśla potrzebę przesunięcia polityki zdrowotnej bardziej w kierunku zdrowia publicznego niż opieki zdrowotnej (leczenia), zakładając, że większa dbałość o zdrowie społeczeństwa pozwoli uniknąć wielu uciążliwych chorób i poprawi jakość życia w procesie biologicznego starzenia się organizmu człowieka. W połowie maja 2020 roku UE przedstawiła dokument wprowadzający nową

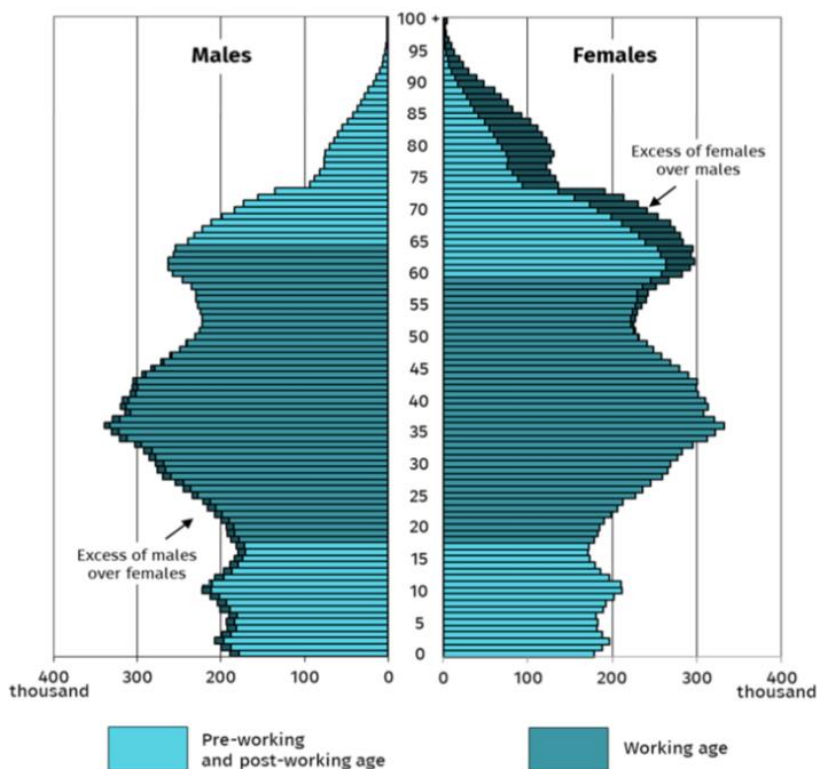
strategię prozdrowotną – EU4Health. EU4Health podkreśla potrzebę uznania zdrowia publicznego za europejskie, globalne dobro publiczne i dostosowania instytucji do jego efektywnego zapewniania na poziomie unijnym, krajowym i lokalnym (Social Europe, 2020). Wskazana logika działania wymaga aktywizowania nowych aktorów w dziedzinie zapewniania i promocji zdrowia publicznego. W Polsce, na poziomie lokalnym takim nowym aktorem organizacyjnym mogą być Rady Seniorów, które *ex lege* mogą aktywnie uczestniczyć w kreowaniu lokalnych polityk publicznych, w tym i w zakresie promocji zdrowia.

2. Rada Seniorów jako podmiot działający w obszarze promocji zdrowia

Pod względem demograficznym Polska jest wciąż stosunkowo młodym krajem europejskim. Porównując strukturę wieku w Polsce i w innych krajach Unii Europejskiej, zauważamy, że proces starzenia się polskiego społeczeństwa jest opóźniony o kilka lat. Jednak wzrost liczby osób starszych, zwłaszcza w tzw. średniej i późniejszej starości, jest dziś w Polsce wyraźnie widoczny (rysunek 1). Według długookresowych prognoz demograficznych liczba ludności Polski będzie się systematycznie zmniejszać, a tempo tego spadku będzie coraz większe (Roszkowska, 2018).

Rosnąca liczba osób starszych ma kluczowe znaczenie dla decydentów politycznych (Komisja Europejska, 2019, s. 50). Ponieważ jednostki mogą brać odpowiedzialność za własne zdrowie poprzez dokonywanie wielu wyborów dotyczących stylu życia, a w szerokim kontekście zdrowie to coś więcej niż tylko brak choroby, państwa powinny tworzyć korzystne warunki (ekonomiczne, prawne i organizacyjne) dla podmiotów podejmujących działania w obszarze promocji zdrowia.

Powołanie nowego aktora organizacyjnego w obszarze władzy samorządowej – Rad Seniorów (RS), jest jedną z odpowiedzi na nowe zadania i wyzwania wynikających z przyspieszonego starzenia się polskiego społeczeństwa. Rolą tego podmiotu jest udział w kreowaniu lokalnych polityk publicznych, w tym w obszarze zdrowia. Rady Seniorów realizują swoje zadania poprzez współpracę z różnymi podmiotami działającymi na rzecz aktywizacji osób starszych, reprezentowanie interesów osób starszych, w tym wobec władz lokalnych, integrowanie seniorów ze społecznością lokalną i zwracanie uwagi na ich potrzeby, współpracę z mediami, w tym działania informacyjne, promowanie pozytywnego wizerunku seniorów i przełamywanie stereotypów.



Rysunek 1. Piramida wieku ludności w Polsce (stan na 31 grudnia 2019)

Źródło: Statistics Poland (2020).

Rady Seniorów w Polsce odgrywają ważną rolę w społecznościach lokalnych i działają w takich obszarach jak: mieszkalnictwo; zapobieganie i ograniczanie marginalizacji seniorów; wspieranie aktywnego stylu życia; sport, rekreacja, wypoczynek, edukacja i kultura; przełamywanie stereotypów na temat osób starszych i starości; profilaktyka i promocja zdrowia (Frączkiewicz-Wronka, Kowalska-Bobko, Sagan i Wronka-Pośpiech, 2019). Wszystkie te działania skierowane są konkretnie do osób starszych, ale głównym tematem są działania związane z kształtowaniem lokalnych działań w zakresie promocji zdrowia skierowanych do osób starszych.

We wszystkich krajach UE za profilaktykę zdrowotną i promocję zdrowia odpowiedzialne są centralne instytucje rządowe, niemniej jednak wdrażanie programów promocji zdrowia odbywa się zazwyczaj przez lokalne gminy i władze regionalne. W wielu krajach europejskich sektor samorządów lokalnych i regionalnych to dwa najbardziej aktywne sektory w promocji zdrowia osób starszych. Ponadto na poziomie regionalnym i lokalnym funkcjonują wydziały polityki społecznej i zdrowotnej bezpośrednio zaangażowane w działania na rzecz promocji zdrowia. Są to na przykład Rady Seniorów w Polsce, Districts we

Włoszech, Community Care Units (CCU) w Portugalii, Community Centers for Senior Citizens, Adult Education Centers oraz Senior Sport Clubs w Niemczech oraz Centre for Older Population Groups lub Thuiszors – domy opieki zorganizowane w ramach sąsiedztwa dla osób starszych w Holandii (Domagała i Kowalska-Bobko, 2017).

Ponieważ jednym z zadań Rady Seniorów w Polsce jest współpraca z władzami lokalnymi w celu skuteczniejszego identyfikowania potrzeb osób starszych oraz wpływania na proces podejmowania decyzji w zakresie planowania i realizacji dedykowanych im usług, sposobem na skuteczne dostarczanie usług w obszarze promocji zdrowia może być koprodukcja. W naszych badaniach przyjęliśmy również następujące założenia: (1) koprodukcja może odegrać pozytywną rolę w zapewnieniu dobrostanu, (2) zdrowie jest jednym z istotnych czynników kształtujących dobrostan w starszym wieku, dlatego tak ważne są działania z zakresu promocji zdrowia, (3) aktorzy zaangażowani w proces koprodukcji decydują o formie realizowanej koprodukcji oraz decydują o podejmowanych działaniach (4) ważne jest określenie czynników, które decydują o pozytywnych rezultatach podejmowanych działań. Tym samym celem naszych badań była identyfikacja uwarunkowań skutecznej koprodukcji usług w obszarze promocji zdrowia przez Rady Seniorów.

3. Koprodukcja w dziedzinie promocji zdrowia jako element wspierający dobrostan

Dobrostan (ang. *wellbeing*) to coś więcej niż tylko dobre samopoczucie. Dobrostan oznacza bycie szczęśliwym, zadowolonym i zdrowym, ale także rozwijanie się jako osoba, bycie spełnionym i wnoszenie wkładu do społeczności, w której się żyje (Shah i Marks, 2004). Indywidualny dobrostan obejmuje: dobrostan krytyczny (ang. *evaluative wellbeing*) (czyli zadowolenie z życia), dobrostan hedoniczny (ang. *hedonic wellbeing*) (poczucie szczęścia, smutku itp.) oraz dobrostan eudemiczny (ang. *eudemonic wellbeing*) (poczucie celu i sensu życia) (Steptoe, Deato i Stone, 2015). Dobrostan psychiczny jest ściśle związany ze zdrowiem (Angner, 2014; Dell Fave i in., 2018; Steptoe, Deato i Stone, 2015). Znajduje to odzwierciedlenie w definicji zaproponowanej przez Światową Organizację Zdrowia, według której zdrowie rozumiane jest jako „nie tylko brak choroby lub niedomagania, ale stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu” (Evans, 2006). Ponadto „zdrowie psychiczne jest definiowane jako stan dobrego samopoczucia, w którym każda osoba realizuje swój potencjał, potrafi radzić sobie z normalnymi stresami życiowymi, może pracować produktywnie i owocnie oraz jest w stanie wnieść wkład w życie swojej społeczności” (World Health Organization).

Wśród seniorów zagadnienie to staje się jeszcze bardziej złożone. Osoby w podeszłym wieku znajdują się w grupie osób najbardziej narażonych na ryzyko pogorszenia dobrostanu emocjonalnego wraz z osobami najuboższymi, niektóre

mniejszościowymi grupami etnicznymi, osobami odizolowanymi, osobami o gorszym zdrowiu fizycznym, a także, co najważniejsze – osobami pozbawione aktywnego życia społecznego lub wspólnotowego (Allen, 2008). Potrzeby osób starszych, jak każdej grupy wiekowej, są złożone i odnoszą się do wielu aspektów życia. Seniorzy są jedną z najbardziej zróżnicowanych grup społecznych, jednocześnie wiele ich potrzeb jest wspólnych i wynika ze zmian (fizycznych i psychicznych) zachodzących w starzejącym się organizmie (Mänty i in., 2018). Wiele osób starszych cieszy się życiem, ale znaczna część zmaga się z izolacją, samotnością, niewielkimi problemami psychicznymi, takimi jak depresja, a nawet poważniejszymi, które mogą prowadzić do samobójstwa.

Institute for Public Policy Research (IPPR) wymienił następujące czynniki, które kształtują dobrostan w starszym wieku: wykluczenie społeczne, nierówności i zdrowie; związki i życie społeczne; wydarzenia i zmiany w życiu, które mogą powodować gorszy dobrostan psychiczny; uczestnictwo w społeczności; ochrona dobrostanu (Allen, 2008). Szczególną uwagę należy zwrócić na kwestię zdrowia, ponieważ osoby starsze znacznie częściej cierpią na choroby przewlekła niż reszta populacji, a zdrowie fizyczne jest jednym z najistotniejszych predyktorów pomyślnego starzenia się i dobrostanu emocjonalnego (Angner, 2014; Dell Fave i in., 2018; Steptoe, Deato i Stone, 2015). Związek między dobrostanem a zdrowiem w starszym wieku jest szczególnie istotny również dlatego, że wyzwania związane ze starzeniem się, stanowią współcześnie kluczowe wyzwanie dla decydentów (Dell Fave i in., 2018) Skuteczna i efektywna realizacja działań w zakresie promocji zdrowia skierowanych do osób starszych jest ściśle związana z zaangażowaniem różnych sektorów gospodarki, włączeniem interesariuszy oraz współpracą międzyinstytucjonalną. W krajach europejskich infrastruktura instytucjonalna promocji zdrowia jest rozproszona i wykazuje znaczne zróżnicowanie. W części z nich jest bardziej uregulowana i umiejscowiona w sektorze opieki zdrowotnej, natomiast w innych wyrosła raczej z inicjatyw oddolnych, zinstytucjonalizowanych w ramach sektora pozarządowego. W latach 80. XX wieku w związku z realizacją celów pierwszej globalnej strategii w obszarze zdrowia – Health for All – wzrosło znaczenie działań podejmowanych przez państwo w celu promocji zdrowia, a wraz ze wzrostem liczby wykształconych profesjonalistów zajmujących się promocją zdrowia i profilaktyką chorób przewlekłych, pojawiły się nowe rodzaje planowanych, wdrażanych i monitorowanych programów zdrowotnych. Określenie, co sprawia, że sektory i instytucje w nich usytuowane są szczególnie aktywne w promocji zdrowia osób starszych, zależy od specyfiki instytucjonalnej danego kraju. Eksperti zaangażowani w projekt Pro Health 65+ na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzili, że instytucje najbardziej zaangażowane w promocję zdrowia osób starszych w 10 analizowanych krajach europejskich działają w ramach sektora

zdrowia na poziomie samorządu terytorialnego (regionalnego i lokalnego) oraz tzw. trzeciego sektora (organizacji pozarządowych) (Sitko i in., 2006).

W The Ottawa Charter for Health Promotion uchwalone przez Światową Organizację Zdrowia czytamy, że „promocja zdrowia działa poprzez konkretne i skuteczne działania społeczności w ustalaniu priorytetów, podejmowaniu decyzji, planowaniu strategii i ich wdrażaniu w celu osiągnięcia lepszego zdrowia. U podstaw tego procesu leży upodmiotowienie społeczności – ich własność i kontrola nad własnymi przedsięwzięciami i losem” (World Health Organization). W świetle wskazanego ujęcia odpowiednim modelem projektowania i realizacji działań w zakresie promocji zdrowia, których efektem będzie wzrost dobrostanu jako wartości publicznej, jest koprodukcja usług.

Usługi różnią się zasadniczo od produktów i w przeciwieństwie do nich są zawsze w pewnym stopniu „koprodukowane” (Batalden i in., 2016). Aby stworzyć wartość, usługodawcy i usługobiorcy muszą ze sobą współpracować. Również opieka zdrowotna, jak zauważają M. Batalden i in. (2016, s. 509), „nie jest produktem wytwarzanym przez system opieki zdrowotnej, ale raczej usługą, która jest współtworzona przez pracowników służby zdrowia we wzajemnych relacjach i z ludźmi poszukującymi pomocy w przywróceniu lub utrzymaniu zdrowia dla siebie i swoich rodzin”.

„Koprodukcja” jest pojęciem parasolowym, ujmującym szeroką gamę działań, które mogą wystąpić w każdej fazie cyklu świadczenia usług publicznych (w tym społecznych) i w których podmioty publiczne (np. jednostki samorządu terytorialnego) oraz obywatele (bądź ich instytucjonalni przedstawiciele) współpracują w celu wytworzenia wartości dla społeczności lokalnej (Nabatchi, Sancino i Sicilia, 2017; Osborne, Radnor i Strokosch, 2016). Na wzrost zainteresowania koprodukcją wpływa potrzeba znalezienia lepszego i tańszego sposobu rozwiązywania problemów społecznych. Nie bez znaczenia jest także wola włączenia obywateli w działania, nie tylko po to aby tworzyli wartość dla swojego otoczenia, ale również po to aby stymulować ich indywidualną aktywność, przeciwdziałając tym samym ich alienacji i zrywania więzi społecznych. Koprodukcja obiecuje takie rozwiązanie poprzez rozwijanie relacji pomiędzy organizacjami publicznymi i podmiotami sektora obywatelskiego oraz uaktywnienie nowych zasobów (takich jak czas, pieniądze, wysiłek, wiedza, doświadczenie), które pochodzą od zaangażowanych uczestników niepublicznych (Bovaird, 2007; Flemig i Osborne, 2019; Pestoff, 2012). Ponieważ zakłada się, że zaangażowanie obywateli jest częścią odpowiedzi na konsekwencje takich narastających problemów jak starzenie się społeczeństwa i nierówności zdrowotne, model koprodukcyjnego świadczenia usług staje się coraz bardziej popularny, zarówno wśród praktyków zarządzających w podmiotach publicznych jak i staje się obszarem pogłębionej refleksji teoretycznej (Brandsen, Trommel i Verschuere 2014; Durose, 2011; Vanleene, Voets i Verschuere 2017).

Na możliwość wykorzystania koprodukcji w obszarze zdrowia wskazują m.in. J. Amery (2014), M. Batalden i in. (2016), C. Butler i T. Greenhalgh (2011), J. Corburn (2007), R. Dunston i in. (2009), B. Hudson (2012), R. Iedema, R. Sorensen, C. Jorm i D. Piper (2008), E. Loeffler, G. Power, T. Bovaird i F. Hine-Hughes (2013), V. Pestoff (2014), N. J. Rantamaki (2017), A. Roberts i in. (2013), C. van Eijk i T. Steen (2016).

B. Ryan (2012) zwrócił uwagę, że zdrowie i inne obszary polityki społecznej były dziedziną, w której aktywne zaangażowanie obywateli w tworzenie polityki i świadczenie usług zaczęło pojawiać się jako pierwsze w latach 80. i 90. XX wieku. Inicjatywy te miały często charakter lokalny, niekiedy związany z działaniami władz samorządowych. Co więcej, systematyczny przegląd literatury dokonany przez W. Voorberga, V. Bekkersa i L. Tummersa (2014). pokazuje, że koprodukcja jest praktyką, którą można zaobserwować w wielu sektorach polityki, ale przede wszystkim w opiece zdrowotnej (30 rekordów ze 122) i edukacji (15 rekordów ze 122). Powołani autorzy twierdzą, że można to wyjaśnić bardziej bezpośrednimi relacjami pomiędzy obywatelami a pracownikami organizacji publicznych w tych obszarach w porównaniu z innymi usługami publicznymi.

Z kolei D. Boyle i M. Harris (2009, s. 3) argumentowali, że koprodukcja jest częścią radykalnej innowacji wymaganej do wyjścia poza ustalone rutyny i sprawi, że świadczenie „usług zdrowotnych, edukacyjnych, policyjnych i innych [...] będzie bardziej skuteczne, wydajne i zrównoważone”. N. J. Rantamaki (2017, s. 262) twierdzi natomiast, że „koprodukcja może oferować jedyną realistyczną nadzieję na przetrwanie usług społecznych i zdrowotnych. Ma również potencjał, aby zademonstrować sposób, w jaki nowe, bardziej zrównoważone społeczeństwo w wymiarze ekonomicznym, społecznym i ekologicznym może być tworzone w praktyce”.

W literaturze wskazuje się na liczne powiązania między koncepcją koprodukcji a tworzeniem wartości publicznej. B. Steijn, E-H. Klijn i J. Edelenbos (2011) zidentyfikowali koprodukcję jako jeden ze sposobów tworzenia wartości poprzez stymulowanie współpracy i zarządzanie tym procesem. Podobnie P. Osborne, Z. Radnor i K. Strokosch (2016) potraktowali koprodukcję jako proces prowadzący do tworzenia wartości dla użytkownika usługi. Wartość ta obejmuje satysfakcję i dobre samopoczucie użytkownika oraz ocenę stopnia, w jakim dana usługa zaspokaja jego potrzeby społeczne, zdrowotne i ekonomiczne. Ponadto P. Osborne, Z. Radnor i K. Strokosch (2016) twierdzą, że tworzenie wartości jest podstawowym procesem projektowania i świadczenia usług społecznych, ponieważ jego wyniki zaspokajają nie tylko bieżące potrzeby indywidualne, społeczne, zdrowotne i ekonomiczne, ale także tworzy rozwiązania, które wpłyną na przyszłą jakość życia w społeczności lokalnej. Koprodukcja jest zatem nierozzerwalnie związana z procesem świadczenia usług społecznych i bezpośrednio wiąże się z tworzeniem wartości (w tym dobrostanu)

zarówno dla usługobiorcy, jak i całego społeczeństwa. Tworzenie wartości publicznej jest jednym z pożądaných efektów koprodukcji, a osiągnięcie tego celu świadczy o jej skuteczności (Bovaird, 2017; Calabro, 2012; Cepiku i Gioradno, 2014; Flemig i Osborne, 2019; Glynos i Speed, 2012; Osborne, Radnor i Strokosch, 2016; Tuurnas, 2015). Wartość publiczna z kolei jest tworzona efektywnie tylko wtedy, gdy organizacje zaangażowane w świadczenie usług współpracują ze sobą (Bozeman, 2007; Frączkiewicz-Wronka i Wronka-Pośpiech, 2018; Moore, 1995). Dlatego przed tworzeniem wartości musi nastąpić koprodukcja, której warunkiem jest udział użytkownika w tworzeniu usługi (Radnor, Osborne, Kinder i Mutton, 2014). Jeśli koprodukcja jest realizowana prawidłowo, wspiera wzrost dobrostanu.

Pojawia się pytanie, kiedy koprodukcja jest realizowana prawidłowo? Co decyduje o skuteczności procesu koprodukcji? Pod jakimi warunkami koprodukcja przyczynia się do tworzenia wartości publicznej? Aby osiągnąć ostateczny cel koprodukcji, jakim jest tworzenie wartości publicznej, musimy zidentyfikować czynniki, które wpływają na skuteczność tego procesu.

4. Metodyka badań

Zaprojektowane badania miały pozwolić na uzyskanie nowej wiedzy na temat aktorów organizacyjnych zaangażowanych we współtworzenie działań promujących zdrowie na poziomie społeczności lokalnych. Skoncentrowano się na działaniach podejmowanych przez Rady Seniorów działające na terenie Polski, szukając odpowiedzi na dwa pytania (1) W jaki sposób Rady Seniorów mogą przyczynić się do zwiększenia dobrostanu osób starszych poprzez współtworzenie działań w zakresie promocji zdrowia? oraz (2) Jakie są warunki skutecznego działania Rad Seniorów w zakresie promocji zdrowia?

W celu pozyskania danych w badaniu zastosowano triangulację metod (łączenie różnych metod badawczych), źródeł danych i badaczy (informacje zbierane przez wielu badaczy). Takie podejście pozwala na uzyskanie szerszego kontekstu badanego zjawiska, zapewnia wyższą jakość badań, a także ogranicza błędy pomiaru wynikające z zastosowania tylko jednej metody (Denzin, 1970; Stańczyk 2013). W badaniach wykorzystano przegląd literatury, analizę dokumentów, obserwację praktyki oraz badania ankietowe.

Pierwszą zastosowaną techniką gromadzenia danych była analiza międzynarodowej literatury naukowej obejmującej zagadnienia związane z uwarunkowaniami skutecznej koprodukcji. Szczególną uwagę zawrócono na publikacje związane ze współpracą międzyorganizacyjną w sektorze publicznym i non-profit oraz zaangażowaniem wielu interesariuszy w tworzenie dobrostanu poprzez działania związane z promocją zdrowia. W celu uzyskania możliwie obiektywnego obrazu koprodukcji i współpracy międzyorganizacyjnej skupiliśmy się na literaturze anglojęzycznej, indeksowanej w powszechnie uznanych bazach danych: Ebsco, Web of Science, Scopus i ProQuest. Kolejną

techniką – zalecaną w procedurze triangulacji – jest analiza dokumentów, w tym uchwał, strategii, raportów, informacji prasowych. Metoda ta została uzupełniona obserwacją bezpośrednią, co zapewniło wysoką jakość i bogactwo zebranych danych. Wiedza uzyskana z powyżej wskazanych źródeł pozwoliła na przygotowania kwestionariusza ankiety, który następnie wykorzystano w przeprowadzonym badaniu ankietowym.

Przygotowany kwestionariusz ankiety składał się z 4 części. Wszystkie pojęcia użyte w kwestionariuszu ankiety zostały szczegółowo wyjaśnione w liście przewodnim dołączonym do materiałów wysłanych do respondentów.

Pierwsza część ankiety dotyczyła identyfikacji obszarów działań w zakresie promocji zdrowia podejmowanych przez Rady Seniorów. W tej części zapytano, czy przez respondentów podejmowane są działania w zakresie promocji zdrowia następujących obszarach: aktywność fizyczna, zdrowe odżywianie, edukacja w cyklu życia, zdrowe mieszkanie, szczepienia, profilaktyka czynników ryzyka, zdrowie seksualne, zdrowie emocjonalne. Dla każdego z wyróżnionych obszarów podano przykłady współpracy pomiędzy Radą Seniorów a społecznością lokalną. Respondenci mieli również możliwość wskazania innych niż wymienione obszarów aktywności oraz przykładów ich realizacji podjętych we współpracy ze społecznością lokalną.

Druga część kwestionariusza miała na celu wskazanie formy koprodukcji, w jakiej działania w zakresie promocji zdrowia są realizowane przez badane Rady Seniorów. Zgodnie z literaturą przedmiotu wyróżniono (1) *współzlecanie*, (2) *współprojektowanie*, (3) *współdostarczanie* i (4) *współocena*. W analizie działań realizowanych w koprodukcji podejmowanej przez Rady Seniorów wykorzystaliśmy w badaniach podejście zaproponowane przez T. Nabatchi, A. Sancino i M. Sicilia (2017), gdzie trzy poziomy i cztery fazy cyklu usług są połączone. Po stronie "co" analizujemy, kto jest zaangażowany w proces po stronie publicznych aktorów oraz jakie rodzaje korzyści są wytwarzane. Zgodnie z zaproponowanym podejściem możemy wyróżnić (1) *koprodukcję indywidualną* – aktorzy publiczni współpracują z jednym aktorem niepublicznym który otrzymuje korzyści osobiste, choć możliwe są również rozproszone korzyści społeczne; (2) *koprodukcję grupową* – aktorzy publiczni współpracują z wieloma aktorami niepublicznymi z określonej kategorii populacji, którzy otrzymują korzyści osobiste z potencjalnymi rozproszonymi korzyściami społecznymi; oraz (3) *koprodukcję zbiorową* – aktorzy publiczni współpracują z kilkoma aktorami niepublicznymi ze społeczności w celu wygenerowania korzyści społecznych, choć uczestnicy procesu mogą również doświadczyć korzyści osobistych. Po stronie "produkcji" analizujemy, kiedy w cyklu usługowym zachodzi koprodukcja i co jest generowane w tym procesie. Wyszczególniliśmy cztery fazy cyklu usługowego: (1) *współzlecanie*, (2) *współprojektowanie*, (3) *współdostarczanie* i (4) *współocena* [18].

Respondenci zostali poproszeni o przestudiowanie przygotowanego w liście przewodnim opisu form koprodukcji, a następnie o odpowiedź na pytanie. Trzecia część kwestionariusza dotyczyła poszukiwania odpowiedzi na pytanie, jakie czynniki decydują o pozytywnych rezultatach podejmowanych w koprodukcji działań. W tej części ankiety respondenci zostali poproszeni o ocenę za pomocą skali: 1 – słaby wpływ, 2 – średni wpływ, 3 – silny wpływ, w jakim stopniu wskazane czynniki przyczyniają się do skuteczności procesu koprodukcji. W treści ankiety wskazano następujące czynniki (w kolejności alfabetycznej): aktywne zaangażowanie profesjonalistów i użytkowników, budowanie kapitału relacyjnego wśród interesariuszy, zdolność profesjonalistów i użytkowników do koprodukcji, jasne komunikowanie wartości przez organizację, znalezienie równowagi między wartością prywatną a cenioną publicznie, wewnętrzna skuteczność, zaangażowanie organizacji trzeciego sektora, kultura organizacyjna i wsparcie, udział obywateli, wzajemność, relacje między użytkownikami i profesjonalistami, poczucie współodpowiedzialności za dostarczenie nowej usługi, kapitał społeczny, struktura instytucji politycznych, odpowiednie sposoby motywowania użytkowników, wzajemne zaufanie, rodzaj usługi, zrozumienie i odpowiedź na potrzeby użytkowników, motywacja użytkowników do współtworzenia, gotowość profesjonalistów i użytkowników do wniesienia wkładu. Lista czynników pozytywnie wpływających na efekty koprodukcji została opracowana z wykorzystaniem wyników badań literaturowych opisanych w publikacji A. Kozak (2019).

Czwarta część ankiety zawierała pytania o nazwę województwa, w którym działają badane Rady Seniorów.

Badanie opinii zostało przeprowadzone wśród Rad Seniorów działających w Polsce w 2020 roku. Dobór próby był celowy – rejestr został pobrany ze strony Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (2019) (tabela 1).

Tabela 1. Proces doboru próby badawczej

Województwo	Liczba gmin, w których działają Rady Seniorów (stan na 31 grudnia 2017 r.)	Liczba gmin, do których wysłano kwestionariusze	Liczba zwróconych kwestionariuszy	Liczba kwestionariuszy odrzuconych z powodu niekompletnych odpowiedzi	Liczba kwestionariuszy zakwalifikowanych do dalszej analizy
Województwo Dolnośląskie	25	25	6	2	4
Województwo Kujawsko-Pomorskie	17	17	3	0	3
Województwo Lubelskie	18	18	5	1	4
Województwo Lubuskie	12	12	5	1	4

Województwo Łódzkie	13	13	6	0	6
Województwo Małopolskie	26	26	8	1	7
Województwo Mazowieckie	41	57	11	3	8
Województwo Świętokrzyskie	11	11	5	1	4
Województwo Pomorskie	14	14	8	1	7
Województwo Podkarpackie	13	13	7	1	6
Województwo Podlaskie	10	10	8	2	6
Województwo Opolskie	17	17	7	1	6
Województwo Zachodniopomorskie	12	12	6	2	4
Województwo Wielkopolskie	20	20	7	2	5
Województwo Warmińsko-Mazurskie	9	9	5	1	4
Województwo Śląskie	32	32	9	2	7
Razem	290	290	106	21	85

Źródło: Opracowanie własne.

W procesie zbierania informacji odpowiedzi udzieliło 106 respondentów. 85 poprawnie wypełnionych (odpowiadających na wszystkie pytania i wypełniających metryczkę) zostało zakwalifikowanych do dalszej analizy. Próba efektywna stanowi zatem 29,31% przygotowanego operatu.

5. Wyniki badań i dyskusja

Pierwsze pytanie w naszym badaniu dotyczyło roli Rad Seniorów w przyczynianiu się do zwiększenia dobrostanu osób starszych poprzez współtworzenie działań w zakresie promocji zdrowia. Z przeprowadzonej analizy wynika, że Rady Seniorów są aktywnymi podmiotami w obszarze usług społecznych oraz profilaktyki i promocji zdrowia z takimi działaniami jak: wspieranie tworzenia lokalnych centrów usług społecznych, zwłaszcza łączących usługi socjalne i zdrowotne; tworzenie warunków dla wspólnych inicjatyw sektora usług społecznych i medycznych; współtworzenie programów promocyjnych dotyczących profilaktyki zdrowotnej seniorów (np. pielęgniarstwa środowiskowe edukujące osoby starsze w ich domach); Konkurs Aktywna Gmina – promowanie inicjatyw aktywizujących mieszkańców; podejmowanie działań promujących zdrowy styl życia; mobilne punkty opieki zdrowotnej – udzielanie świadczeń zdrowotnych i profilaktyki zdrowotnej w miejscu zamieszkania. We wszystkich tych działaniach Rady Seniorów mogą współpracować z samorządem, a współpraca ta może występować w formie koprodukcji usług społecznych.

Przeprowadzone badania potwierdziły, że promocja zdrowia stanowi ważny element działalności Rady Seniorów – są one aktywnymi uczestnikami działań

podjęmowanych w zakresie promocji zdrowia, podejmując współpracę z jednostkami samorządu terytorialnego (tabela 2).

Tabela 2. Działania w zakresie promocji zdrowia koprodukowane przez Rady Seniorów

Działania w zakresie promocji zdrowia	Przykłady współpracy RS z samorządem lokalnym	Faza cyklu usługi			
		Współzlecenie	Współprojektowanie	Współdostarczanie	Współocena
Aktywność fizyczna	Siłownie zewnętrzne	•	•		
	Ćwiczenia sportowe	•	•	•	
Zdrowe odżywianie	Dzień Seniora	•	•		
	Konsultacje	•	•		
	Warsztaty	•	•		•
	Wykłady		•		
Edukacja przez całe życie	Uniwersytet Trzeciego Wieku	•	•		
	Wykłady		•		
	Przygotowanie do okresu starości			•	
	Edukacja społeczeństwa w zakresie starzenia się		•	•	
Zapobieganie czynnikom ryzyka	Konferencje		•	•	•
	Bezpłatne badania		•	•	
	Klub Seniora		•	•	
	Dzień Seniora		•	•	
Zdrowie emocjonalne	Promocja właściwego trybu życia	•	•		
	Grupy wsparcia w związku z zakończeniem aktywności zawodowej	•	•		•
Inne	Mechanizmy pomocy psychologicznej	•	•		•
	Diagnoza sytuacji zdrowotnej społecznej	•			
	Zespoły robocze	•			

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Analiza dokumentów i praktyk pokazuje, że uzgodnienia między Radami Seniorów a samorządem są typem koprodukcji grupowej, gdzie aktor publiczny współpracuje bezpośrednio i jednocześnie z określonym skupiskiem aktorów pozarządowych, którzy mają wspólne interesy lub cechy. W analizowanym przypadku aktorem publicznym jest samorząd lokalny, a klastrem aktorów pozarządowych Rada Seniorów. Ten typ koprodukcji jest skierowany do określonego segmentu populacji – w naszym przypadku osób starszych – ma na celu wytworzenie wartości publicznej dla dobrostanu członków grupy i skutkuje pozytywnymi efektami ubocznymi, które generują korzyści społeczne w postaci traktowania zdrowia jako dobra publicznego. Konkretnie działania w zakresie promocji zdrowia podejmowane w koprodukcji przez Rady Seniorów i samorząd

lokalny najczęściej występują na etapie współprojektowania i współdostarczania usługi. Rady Seniorów są zaangażowane np. w projektowanie dziennego pobytu seniora w domu, działań mających na celu promocję właściwego stylu życia, mechanizmów pomocy psychologicznej, grup wsparcia. Na etapie świadczenia usług, Rady Seniorów są współorganizatorami np. warsztatów, wykładów, konferencji, Klubów Seniora, Dni Seniora. Poprzez zaangażowanie Rad Seniorów w promocję zdrowia, głównym celem polityki senioralnej jest rozwijanie aktywności obywatelskiej, która zwiększa zaangażowanie osób starszych w życie społeczności lokalnych oraz zwiększa rolę seniorów w rozwiązywaniu problemów społecznych. Aktywność ta przyczynia się do wzrostu dobrostanu osób starszych. Ponadto działania z zakresu promocji zdrowia sprzyjają utrzymaniu zdrowia i zapobieganiu chorobom, a tym samym przyczyniają się do poprawy samopoczucia seniorów. Członkowie Rad Seniorów odnoszą osobiste korzyści, które mają wpływ na całe społeczeństwo, w szczególności na osoby starsze, i w ten sposób przyczyniają się do tworzenia wartości publicznej. W ten sposób Rady Seniorów przyczyniają się do zwiększenia dobrostanu osób starszych poprzez współtworzenie działań w zakresie promocji zdrowia.

Drugie pytanie w naszym badaniu dotyczyło warunków skutecznej koprodukcji w zakresie promocji zdrowia. Synteza informacji uzyskanych w efekcie badania ankietowego pozwoliła na zidentyfikowanie następujących determinantów skuteczności koprodukcji: aktywne zaangażowanie użytkowników, wzajemne zaufanie, zdolność użytkowników usług i profesjonalistów do koprodukcji, gotowość koproducentów do wniesienia wkładu oraz motywacja użytkowników do koprodukcji. Wyniki te są zgodne z dotychczasowymi badaniami dotyczącymi koprodukcji.

Po pierwsze, podobnie jak w naszych badaniach, aktywne zaangażowanie użytkowników jest wskazywane jako kluczowe dla udanej koprodukcji przez N. S. Dhirathiti (2018), S. A. Farooqi (2016), J. Fledderus (2015), A. F. Lino i in. (2019), O. Poocharoen i N. Ting (2015), a także P. Thijssen i W. V. van Dooren (2016).

Następnie – ponieważ „koprodukcja ustanawia interaktywną relację pomiędzy obywatelami i dostawcami usług publicznych” (Poocharoen i Ting, 2015, s. 88) i ponieważ współpraca jest warunkiem wstępnym koprodukcji (Fledderus, 2015) – wzajemne zaufanie jest walutą, która przekształca relacje koprodukcyjne w sukces (Bovaird, 2007; Ewert i Evers, 2014; Granier i Kudo, 2016; van Eijk i Steen, 2016; Verschuere, Vanleen, Steen i Brandsen, 2018). Takie same wnioski można wyciągnąć z naszych badań.

Trzecim zidentyfikowanym czynnikiem skuteczności koprodukcji jest zdolność koproducentów do zaangażowania. Zdolność do koprodukcji – która obejmuje umiejętności, zasoby, wiedzę, doświadczenie i kompetencje potrzebne do aktywnego zaangażowania w zadania koprodukcyjne – jest uważana za

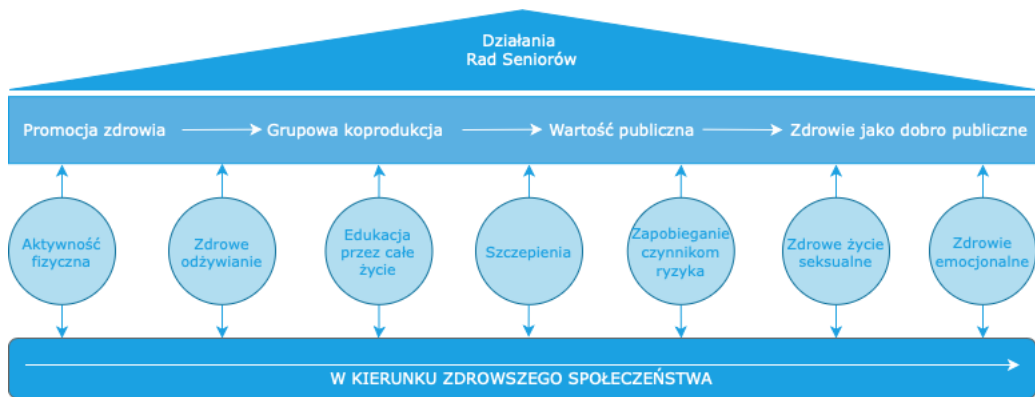
kluczową dla skuteczności koprodukcji również przez D. Cepiku i F. Giordano (2014), J. Fledderus (2015), X. Gao (2017), A. F. Lino et al. (2019), A. Loeffler i T. Bovaird (2016), K. Paskaleva i I. Cooper (2018), M. Sicilia i in. (2019), a także B. Verschuere i in. (2018).

Ponadto, jak pokazują nasze badania, skuteczność koprodukcji zależy od gotowości koproducentów do wniesienia wkładu. Zarówno użytkownicy usług, jak i profesjonaliści muszą być gotowi zainwestować swoje zasoby (czas, pieniądze, wysiłki, doświadczenie itp.) w koprodukcję. Podobne wnioski wypływają z badań J. Alford (2016), S. A. Farooqi (2016), J. Fledderus (2015), S. S. Fleming i S. P. Osborne (2019), A. F. Lino i in. (2019), R. Palumbo (2016), C. van Eijk i T. Steen (2016) oraz B. Verschuere i in. (2018).

Ostatnim zidentyfikowanym warunkiem skuteczności koprodukcji jest motywacja obywateli do koprodukcji. Determinanta ta jest również wskazywana w literaturze jako kluczowa dla skuteczności koprodukcji przez S. A. Farooqi (2016), J. Fledderus (2015), X. Gao (2017), Lember, Brandsen i Tonurist (2019), A. F. Lino i in. (2019), C. van Eijk i T. Steena (2016), a także Verschuere i in. (2018). Jednakże „indywidualne motywacje są konieczne, ale nie wystarczające, dla sukcesu koprodukcji” (Lino i in., 2019, s. 287), a obywatele oprócz motywacji mogą potrzebować odpowiednich informacji o swojej roli w koprodukcji, a także pewnych umiejętności – muszą być zdolni do koprodukcji (Lino i in., 2019; Verschuere i in., 2018). Co więcej, J. Fledderus (2015, s. 554) dowodzi, że „im większe zaufanie obywateli do dostawcy usług i/lub rządu, tym większe prawdopodobieństwo, że będą współpracować”.

6. Podsumowanie

Z naszego badania wynika kilka wniosków. Po pierwsze, promocja zdrowia i zapobieganie chorobom stanowią istotę współczesnego zdrowia publicznego. Skuteczna i efektywna realizacja działań z zakresu promocji zdrowia adresowanych do osób starszych jest ściśle związana z zaangażowaniem różnych sektorów, włączeniem interesariuszy oraz współpracą międzyinstytucjonalną. Postawioną w efekcie prowadzonych rozważań tezę postanowiliśmy przedstawić graficznie proponując syntetyczne ujęcie działań na rzecz promocji zdrowia i miejsca koprodukcji w tym procesie (rysunek 2).



Rysunek 2. Koprodukcja działań promocji zdrowia seniorów jako wartość publiczna

Źródło: Opracowanie własne.

Po drugie, koprodukcja jest pojęciem obejmującym szeroki zakres działań, które mogą wystąpić w każdej fazie cyklu świadczenia usług społecznych i w których aktorzy państwowi (np. jednostki samorządu terytorialnego) oraz uczestnicy obywatele i ich instytucjonalni przedstawiciele współpracują w celu wytworzenia korzyści – wartości publicznej.

Po trzecie, badania pokazują, że porozumienia między Radami Seniorów a samorządem lokalnym są typem koprodukcji grupowej, w której aktor państwowy pracuje bezpośrednio i jednocześnie z określoną grupą aktorów świeckich, którzy mają wspólne interesy lub cechy.

Wreszcie, podstawowym warunkiem wymaganym do sukcesu koprodukcji to aktywne zaangażowanie użytkowników, wzajemne zaufanie, zdolność użytkowników usług i profesjonalistów do współtworzenia, gotowość współtwórców do wniesienia wkładu oraz motywacja użytkowników do współtworzenia co oznacza, że zarówno publiczni jak i pozarządowi partnerzy powinni w swoich działaniach uwzględniać konieczność stałe poszerzania wiedzy i umiejętności o tym jak efektywnie współpracować na rzecz tworzenia wartości publicznej pożądanej w społeczności lokalnej.

Podsumowując nasze rozważania, jesteśmy zdania, że pomimo zwiększonej uwagi, zrozumienie koprodukcji jest ograniczone i nadal musimy się wiele nauczyć o tym, jak i dlaczego koprodukcja działa (lub nie). Dlatego istnieje potrzeba poszerzenia naszej wiedzy i umiejętności w zakresie skutecznego wykorzystania koprodukcji, na co zwracają uwagę również S. Parrado i in. (2013) oraz M. Sicilia i in. (2019).

Artykuł ma pewne ograniczenia, które należy wyraźnie zaznaczyć. Po pierwsze, badania zostały przeprowadzone w kontekście polskim i jego wyniki wskazują na polską specyfikę; po drugie, konieczne są dalsze badania na większą skalę i porównanie wyników z innymi krajami europejskimi.

Opierając się na argumentach, że Rady Seniorów mogą znacząco przyczynić się do dobrostanu osób starszych poprzez koprodukcję działań w zakresie promocji zdrowia, zauważamy, że potrzebne są przyszłe badania, aby empirycznie zbadać rolę takich podmiotów w koprodukcji usług zdrowotnych w szerszym, europejskim kontekście. Ponadto, niniejszy artykuł zaczyna rzucać pewne światło na warunki skuteczności procesu koprodukcji poprzez zbieranie opinii. Przyszłe badania ilościowe są potrzebne, aby zbadać to zagadnienie, a w tym celu konieczne jest znalezienie metod i narzędzi do pomiaru efektywności koprodukcji.

Bibliografia

- Alford, J. (2016). Co-production, interdependence and publicness. Extending public service-dominant logic. *Public Management Review*, 18(5), 673-691. DOI: 10.1080/14719037.2015.1111659
- Allen, J. (2008). *Older People and Wellbeing*. London, UK: The Institute for Public Policy Research (IPPR).
- Amery, J. (2014). *Co-creating in health practice*. London: Radcliffe.
- Angner, E., Ghandhi, J., Williams Purvis, K., Amante, D., & Allison, J. (2014). Daily functioning, health status, and happiness in older adults. *Journal of Happiness Studies*, 14, 1563-1574. DOI: 10.1007/s10902-012-9395-6
- Batalden, M., Batalden, P., Margolis, P., Seid, M., Armstrong, G., Opipari-Arrigan, L., & Hartung H. (2016). Coproduction of healthcare service. *BMJ Quality & Safety*, 25, 509-517. DOI: 10.1136/bmjqs-2015-004315
- Bovaird, T. (2007). Beyond engagement and participation: User and community coproduction of public services. *Public Administration Review*, 67(5), pp. 846-860. DOI: 10.1111/j.1540-6210.2007.00773.x
- Bozeman B. (2007). *Public Values and Public Interest: Counterbalancing Economic Individualism*. Washington, United States: Georgetown University Press.
- Boyle, D., & Harris, M. (2009). *The Challenge of Co-production: How equal partnerships between professionals and the public are crucial to improving public services*. Londyn, UK: NESTA.
- Brandsen, T., Trommel, W., & Verschuere B. (2014). *Manufactured Civil Society: Practices, Principles and Effects*. London, UK: Palgrave.
- Butler, C., & Greenhalgh, T. (2011). What is already known about involving users in service transformation. In: *User involvement in health care*; Greenhalgh, T.; Humphrey, C.; Woodard, F. Eds. Chichester, UK: Wiley-Blackwell, 10-27.
- Calabro A. (2012). *Co-production: An alternative to the partial privatization processes in Italy and Norway*. [w:] *New public governance, the third sector and co-production*. Pestoff, V., Brandsen, T., & Verschuere, B. (red.), Routledge, New York, United States, 317-360.
- Cepiku, D., & Giordano, F. (2014). Co-production in developing countries. Insights from the community health workers experience. *Public Management Review*, 16(3), 317-340. DOI: 10.1080/14719037.2013.822535
- Chliova, M., & Ringov, D. (2017). Scaling impact: Template development and replication at the base of the pyramid. *Academy of Management Perspectives*, 31(1), 44-62. DOI: 10.5465/amp.2015.0010

- Corburn, J. (2007). Community Knowledge in Environmental Health Science: Co-Producing Policy Expertise. *Environmental Science & Policy*, 10(2), 150–161. DOI: 10.1016/j.envsci.2006.09.004
- Dacin, P.A., Dacin, M.T., & Matear, M. (2010). Social entrepreneurship: Why we don't need a new theory and how we move forward from here. *Academy of Management Perspectives*, 24(3), 37–57. DOI: 10.5465/amp.24.3.37
- Dell Fave, A., Bassi, M., Boccaletti, E.S., Roncaglione, C., Bernardelli, G., & Mari, D. (2018). Promoting Well-Being in Old Age: The Psychological Benefits of Two Training Programs of Adapted Physical Activity. *Frontiers in Psychology*, 9. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00828
- Denzin, N. (1970). *The Research Act: Theoretical Introduction to Sociological Methods*. Chicago, United States: Aldine Publishing.
- Dhirathiti, N.S. (2018). Co-production and the provision of lifelong learning policy for elderly people in Thailand. *Public Management Review*, 21(7), 1011-1028. DOI: 10.1080/14719037.2018.1540723
- Domagała, A., & Kowalska-Bobko, I. (2017). Central and territorial governmental institutions involved in health promotion for older people in selected European Union countries. *Epidemiology Biostatistics and Public Health*, 14(2), suppl. 1, e12423-1-e12423-12. DOI: 10.2427/12423
- Dunston, R., Lee, A., Boud, D., Brodie P., & Chiarella M. (2009). Co-production and health system reform – from re-imagining to re-making. *Australian Journal of Public Administration*, 68, 39–52. DOI: 10.1111/j.1467-8500.2008.00608.x
- Durose, C. (2011). Revisiting Lipsky: Front-Line Work in UK Local Governance. *Political Studies*, 59(4), pp. 978–995. DOI: 10.1111/j.1467-9248.2011.00886.x
- Ewert, B., & Evers, A. (2014). An ambiguous concept: On the meanings of co-production for health care users and user organizations? *Voluntas*, 25(2), 425-442. DOI: 10.1136/bmjqs-2015-004315
- Evans T. (2006). *The World Health Report 2006: Working Together for Health*. World Health Organization.
- Farooqi, S.A. (2016). Co-production: what makes co-production works? Evidence from Pakistan. *International Journal of Public Sector Management*, 29(4), 381-395. DOI: 10.1108/IJPSM-10-2015-0190
- Fledderus, J. (2015). Building trust through public service co-production. *International Journal of Public Sector Management*, 28(7), 550-565. DOI: 10.1108/IJPSM-06-2015-0114
- Flemig, S.S., Osborne, S.P. (2019). The Dynamics of Co-Production in the Context of Social Care Personalisation: Testing Theory and Practice in a Scottish Context. *Journal of Social Policy*, 48(4), 671–697. DOI: 10.1017/S0047279418000776
- Frączkiewicz-Wronka, A., Kowalska-Bobko, I., Sagan, M., & Wronka-Pośpiech, M. (2019). The growing role of Seniors Councils in health policy-making for elderly people in Poland. *Journal of Health Policy*, 123, 906-911. DOI: 10.1016/j.healthpol.2019.05.016
- Frączkiewicz-Wronka, A., & Wronka-Pośpiech, M. (2018). How Practices of Managing Partnerships Contributes to the Value Creation – Public–Social Partnership Perspective. *Sustainability*, 10. DOI: 10.3390/su10124816
- Gao, X. (2017). Networked Co-Production of 311 Services: Investigating the Use of Twitter in Five U.S. Cities. *International Journal of Public Administration*, 41(9), 712-724. DOI: 10.1080/01900692.2017.1298126

- Glynos, J., & Speed, E. (2012). Varieties of co- production in public services: time banks in a UK health policy context. *Critical Policy Studies*, 6(4), 402-433. DOI: 10.1080/19460171.2012.730760
- Granier, B., & Kudo, H. (2016). How are citizens involved in smart cities? Analysing citizen participation in Japanese “Smart Communities”. *Information Polity*, 21, 61-76. DOI: 10.3233/IP-150367
- Hudson, B. (2012). Competition or Co-Production? Which Way for Governance in Health and Wellbeing? In *Making Health and Social Care Personal and Local. Moving From Mass Production to Co-Production*; Loeffler E.; Taylor-Goodby D.; Bovaird, T.; Hine-Hughes F.; Wilkes L. Eds. London, UK: London Governance International & Local Government Information Unit.
- Iedema, R., Sorensen, R., Jorm, C., & Piper, D. (2008). Co-producing care. In *Managing clinical processes in health services*; Sorensen, R.; Iedema, R. Eds. Sydney, Australia: Mosby, 105–20.
- Komisja Europejska (2019). *Ageing Europe. Looking at the lives of older people in the EU. 2019 edition*. Eurostat, Statistical Books. Publications Office of the European Union.
- Kozak, A. (2019). The effectiveness of the public services co-production process – results of a systematic literature review. *Economics, Entrepreneurship, Management*, 6(2), 76-88. DOI: 10.23939/eem2019.02.076
- Lino, A.F., Busanelli de Aquino, A.C., Rocha de Azevedo, R., & Martinez Brumatti L. (2019). From rules to collaborative practice: When regulatory mechanisms drive collective co-production. *Public Money & Management*, 39(4), pp. 280-289. DOI: 10.21446/scg_ufrj.v13i2.19763
- Lember, V., Brandsen, T., & Tõnurist, P. (2019). The potential impacts of digital technologies on co-production and co-creation. *Public Management Review*, 21(11), 1665-1686. DOI: 10.1080/14719037.2019.1619807
- Loeffler, E., & Bovaird, T. (2016). User and Community Co-Production of Public Services: What Does the Evidence Tell Us? *International Journal of Public Administration*, 39(13), 1006-1019. DOI: 10.1080/01900692.2016.1250559
- Loeffler, E., Power, G., Bovaird, T., & Hine-Hughes, F. (2013). Eds. *Co-production of health and wellbeing in Scotland*. Birmingham, UK: Governance International.
- Lumpkin, G.T., & Bacq, S. (2019). Civic Wealth Creation: a New View of Stakeholder Engagement and Societal Impact. *Academy of Management Perspective*, 23(4), 383–404. DOI: 10.5465/amp.2017.0060
- Mänty, M., Kouvonen, A., Lallukka, T., Lahti, J., & Lahelma, E. (2018). Changes in physical and mental health functioning during retirement transition: a register-linkage follow-up study. *European Journal of Public Health*, 28, 805-809. DOI: 10.1093/eurpub/cky013
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (2019). Informacja o sytuacji osób starszych za rok 2018. Warszawa: Rada Ministrów.
- Moore, M. (1995). *Creating public value: Strategic management in government*. Cambridge, UK: Harvard University Press.
- Nabatchi, T., Sancino, A., Sicilia, M. (2017). Varieties of Participation in Public Services: The Who, When, and What of Coproduction. *Public Administration Review*, 77(5), 766–776. DOI: 10.1111/puar.12765

- Osborne, S.P., Radnor, Z., Strokosch, K. (2016). Co-production and the co-creation of value in public services: A suitable case for treatment? *Public Management Review*, 18(5), 639–653. DOI: 10.1080/14719037.2015.1111927
- Palumbo, R. (2016). Contextualizing co-production of health care: a systematic literature review. *International Journal of Public Sector Management*, 29(1), 72–90. DOI: 10.1108/IJPSM-07-2015-0125
- Parrado, S., Van Ryzin, G.G., Bovaird, T., & Löffler, E. (2013). Correlates of Co-production: Evidence from a Five-Nation Survey of Citizens. *International Public Management Journal*, 16(1), 85–112. DOI: 10.1080/10967494.2013.796260
- Paskaleva, K., & Cooper, I. (2018). Open innovation and the evaluation of internet-enabled public services in smart cities. *Technovation*, 78, 4–14. DOI: 10.1016/j.technovation.2018.07.003
- Pestoff, V. (2012). Co-production and third sector social services in Europe: Some concepts and evidence. *Voluntas*, 23(4), 1102–1118. DOI: 10.1007/s11266-012-9308-7
- Pestoff, V. (2014). Collective action and the sustainability of co-production. *Public Management Review*, 16(3), 383–401. DOI: 10.1080/14719037.2013.841460
- Poochaoren, O., & Ting, N. (2015). Collaboration Coproduction, Networks – Convergence of Theories. *Public Management Review*, 17(4), 587–614. DOI: 10.1080/14719037.2013.866479
- Radnor, Z., Osborne, S.P., Kinder, T., & Mutton, J. (2014). Operationalizing co-production in public service delivery. The contribution of service blueprinting. *Public Management Review*, 16(3), 402–423. DOI: 10.1080/14719037.2013.848923
- Rantamaki, N.J. (2017). Co-Production in the Context of Finnish Social Services and Health Care: A Challenge and a Possibility for a New Kind of Democracy. *Voluntas*, 28, 248–264. DOI: 10.1007/s11266-016-9785-1
- Roberts, A., Townsend, S., Morris, J., Rushbrooke, E., Greenhill, B., Whitehead, R., Matthews, T., & Golding, L. (2013). Treat Me Right, Treat Me Equal: Using National Policy and Legislation to Create Positive Changes in Local Health Services for People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(1), 14–25. DOI: 10.1111/jar.12009
- Roszkowska, E. (2018). Comprehensive analysis of the process of population ageing in Poland in the years 1950–2016. *Optimum. Economic Studies*, 2(92), 206–226. DOI: 10.15290/oes.2018.02.92.16
- Ryan, B. (2012). Co-production: Option or Obligation? *Australian Journal of Public Administration*, 71(3), 314–324. DOI: 10.1111/j.1467-8500.2012.00780.x
- Shah, H., & Marks, N. (2004). *A well-being manifesto for a flourishing society*. London, UK: The New Economics Foundation.
- Sicilia, M., Sancino, A., Nabatchi, T., & Guarini, E. (2019). Facilitating Coproduction in Public Services: Management Implications from a Systematic Literature Review. *Public Money & Management*, 39(4), 233–240. DOI: 10.1111/puar.12765
- Sitko, S.J., Kowalska-Bobko, I., Mokrzycka, A., Zadbyr-Jamróz, M., Domagała, A., Magnavit, N., Poscia, A., Rogala, M., Szetela, A., & Golinowska, S. (2016). Institutional analysis of health promotion for older people in Europe. Concept and research tool. *BMC Health Services Research*, 16(327), 389–403. DOI: 10.1186/s12913-016-1516-1

- Steijn, B., Klijn, E.H., Edelenbos J. (2011). Public private partnerships: added value by organizational form or management? *Public Administration*, 89, 1235-1252. DOI: 10.1111/j.1467-9299.2010.01877.x
- Steptoe, A., Deato, A., Stone, AA. (2015). Psychological wellbeing, health and ageing. *Lancet*, 640–648. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61489-0
- Social Europe (2020). Dostępny online: www.socialeurope.eu/a-european-public-health-facility (Dostęp: 09.09.2021)
- Stańczyk, S. (2013). Triangulacja – łączenie metod badawczych i urzeczelnianie badań w: *Podstawy metodologii badań w naukach o zarządzaniu*. Czakon, W. Ed. Warsaw, Poland: Oficyna a Wolters Kluwer business.
- Statistics Poland (2020). *Population. Size and structure and vital statistics in Poland by territorial division in 2019. As of 31st December*. Warsaw: Statistics Poland, Demographic Department.
- Steijn, B., Klijn, E.H., & Edelenbos J. (2011). Public private partnerships: added value by organizational form or management? *Public Administration*, 89, 1235-1252. DOI: 10.1111/j.1467-9299.2010.01877.x
- Thijssen, P., & Dooren, W.V. (2016). Who you are/where you live: do neighbourhood characteristics explain co-production? *International Review of Administrative Sciences*, 82(1), 88–109. DOI: 10.4335/15.1.111-132(2017)
- Tuurnas, S. Learning to co-produce? The perspective of public service professionals. *International Journal of Public Sector Management*, 28(7), pp. 583–598. DOI: 10.1108/IJPSM-04-2015-0073
- Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020.
- van Eijk, C., & Steen, T. (2016). Why engage in co-production of public services? Mixing theory and empirical evidence. *International Review of Administrative Sciences*, 82(1), 28–46. DOI: 10.1177/0020852314566007
- Verschuere, B., Vanleen, D., Steen, T., & Brandsen, T. (2018). Democratic co-production: Concepts and determinants In *Co Production and Co-Creation: Engaging Citizens in Public Services*, Brandsen, T., Steen, T., Verschuere, B., Eds.; Routledge Critical Studies in Public Management: New York, USA, 243-251.
- Vanleene, D., Voets J., & Verschuere B. (2017). Co-producing a nicer neighbourhood: why do people participate in local community development projects? *Lex Localis-Journal Of Local Self-Government*, 15(1), pp. 111–132. DOI: 10.1016/0305-750x(96)00023-x
- Voorberg, W., Bekkers, V., & Tummers, L. (2014). A Systematic Review of Co-Creation and Co-Production: Embarking on the social innovation journey. *Public Management Review*, 17(9), 1333–1357. DOI: 10.1080/14719037.2014.930505
- World Health Organization. Dostępny online: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ (Dostęp: 09.09.2021).
- World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986.

DETERMINANTS OF EFFECTIVE CO-PRODUCTION OF HEALTH PROMOTION SERVICES - THE PERSPECTIVE OF SENIORS' COUNCILS

Summary: According to the theses in the article by Cepiku et al. (2020), the possibility of using co-production mechanisms in health and social care services, especially in times of the Covid-19 crisis, clearly increases the positive results of public health basics formation activities undertaken by local government units. In addition, demographic changes observed in EU countries are influencing the nature of social needs significantly increasing existing expectations for health and care services reported especially by the elderly. Meeting the growing needs translates into the need to increase the level of funding and seek low-cost solutions that promote spending years in health for as long as possible. This is fostered, among other things, by supporting public health activities, especially activities embedded in the area of health promotion, where the involvement of many stakeholders is essential for success. For the promotion of health promotion ideas, it may be particularly important for the elderly to involve Senior Citizens' Councils, which are key stakeholders for achieving positive social change. The perspective of co-production in social services lays the groundwork for initiating collaboration between community-based organizational actors (such as Senior Councils) with public organizations. Based on a literature review, document analysis, practice observation and opinion survey, this article sheds light on the role of Senior Citizens' Councils in enhancing the well-being of older people through co-production of health promotion activities, and explores the determinants of effective co-production in this area. The results of the conducted research confirmed the assumption that Senior Councils are active co-producers of services in the area of health promotion. By co-producing health promotion activities, members of Senior Citizens' Councils gain personal benefits, while contributing to the well-being of older people and co-creating public value. The conditions for successful co-production identified by members of Senior Councils as a result of the research were active involvement of users, mutual trust, ability to co-produce, willingness of co-producers to contribute, and motivation of users to co-produce.

Keywords: co-production, health promotion, service ecosystem, ecosystem in public anagement.

KOSZTY SPOŁECZNE W OCHRONIE ZDROWIA. NAMYSŁ NAD POJĘCIEM W KONTEKŚCIE CHORÓB ONKOLOGICZNYCH

Tomasz Holecki

ORCID: 0000-0003-1798-4133
Zakład Ekonomiki i Zarządzania w
Ochronie Zdrowia
Wydział Nauk o Zdrowiu w Bytomiu
Śląski Uniwersytet Medyczny w
Katowicach
ul. Piekarska 18, 41-902 Bytom
e-mail: tholecki@sum.edu.pl

Maria Węgrzyn

ORCID: 0000-0002-5063-9238
Katedra Finansów
Wydział Ekonomii i Finansów
Uniwersytet Ekonomiczny we
Wrocławiu
ul. ul. Komandorska 118/120
53-345 Wrocław
e-mail: maria.wegrzyn@ue.wroc.pl

Streszczenie:

Słowa kluczowe: *koprodukcja, promocja zdrowia, ekosystem usług, ekosystem w zarządzaniu publicznym.*

1. Wstęp

Rosnąca zachorowalność na choroby cywilizacyjne skłania do poszukiwania skutecznych instrumentów pozwalających na odwrócenie negatywnych trendów epidemiologicznych. Ze względu na skalę zjawiska szczególne znaczenie mają te działania, które podejmowane są na rzecz zapobiegania, łagodzenia i przeciwdziałania chorobom onkologicznym, a dodatkowym przyczynkiem inicjatyw są wysokie i często pomijane koszty społeczne. Tym samym racjonalizacja zarządzania w zakresie optymalizacji kosztów chorób cywilizacyjnych staje się wyzwaniem dla całych społeczeństw i wymusza adekwatne działania w ramach polityki ochrony zdrowia. W konsekwencji inicjatywy te sprowadzają się do diagnozowania i stosowania w praktyce nowoczesnych rozwiązań w zakresie łagodzenia skutków oraz przeciwdziałania i zapobiegania powstawania konkretnych grup chorób. Działania te są tym bardziej zasadne, że zdrowie wraz z wykształceniem są kluczowymi elementami tworzącymi kapitał ludzki będący najważniejszym czynnikiem wzrostu gospodarczego współczesnych gospodarek [1]. Nie można zatem bagatelizować wpływu rozwiązań systemowych na poziom zdrowia populacji i rozwój państwa. Potwierdzają to wyniki badań przeprowadzone przez Bank Światowy, które uwiaryściły siłę oddziaływania zdrowia na stopę wzrostu dochodu i jego wielkość [2]. Przykładowo pięcioletnie wydłużenie oczekiwanego czasu życia

prowadzi do zwiększenia rocznego tempa wzrostu PKB o 0,3-0,5% [3]. Hamulcem dla rozwoju gospodarczego są natomiast niepotrzebnie poniesione, zbyt wysokie koszty, identyfikowane jako niewytworzony w konsekwencji choroby lub nieskutecznego leczenia PKB [4]. I ta właśnie grupa kosztów powinna być dobrze zidentyfikowana, a następnie poddana analizie w celu jej minimalizacji lub całkowitej eliminacji. Przedwczesne śmierci, ograniczenie możliwości wykonywania pracy na skutek doznanych uszczerbków na zdrowiu, wpływają bowiem w sposób bezpośredni na podnoszenie wartości tych kosztów. Z tych m.in. powodów onkologia staje się priorytetem realizowanej polityki zdrowotnej w wielu krajach rozwiniętych, co ma skutkować podniesieniem efektywności wykorzystania dostępnych zasobów *sensu largo*.

2. Pojęcie kosztu społecznego

Nie ulega wątpliwości, że koszt społeczny interwencji medycznej lub jej zaniechania powinien być prawidłowo oszacowany, a analiza nie powinna ograniczać się tylko do uwzględniania ich w procesie stosowania określonych technologii medycznych, tj. wielkości nakładów związanych z leczeniem i ewentualnie profilaktyką. W takiej analizie powinny znaleźć swoje miejsce wszystkie obszary, za pośrednictwem których choroba może oddziaływać na poszczególne podmioty ekonomiczne. W rzeczywistości skutki choroby są odczuwane przez wszystkich uczestników życia gospodarczego, wpływając na jednostki, gospodarstwa domowe, przedsiębiorstwa oraz całą gospodarkę. Wobec tego rachunek wydatków wykraczających poza koszty świadczeń cieszy się coraz większym zainteresowaniem nie tylko wśród ekspertów, ale również wśród decydentów odpowiedzialnych za utrzymanie systemów zdrowotnych.

Sam koszt ekonomiczny jest różnie rozumiany w perspektywie podmiotu gospodarującego i w perspektywie społecznej. Oznacza to, że koszty pośrednie należy interpretować jako kategorię utraconych korzyści społecznych, w interpretacji efektów zewnętrznych albo inaczej alternatywnego kosztu społecznego, wyrażonej jako utracona produktywność lub produkcja. Warto również zwrócić uwagę na fakt, że koszty frykcyjne, tj. utraconych korzyści, zwane również kosztami alternatywnymi, szacowane w perspektywie przedsiębiorcy to nie to samo co koszty alternatywne w rachunku ekonomicznym. W rachunku zarządczym nie liczy się utraconego zysku wskutek absencji, niezdolności do pracy, tylko wskutek niewykorzystania innej alternatywy na osiągnięcie zysku.

W ekonomii istnieją trzy podejścia do szacowania kosztów pośrednich, rozumianych jako komponent kosztu społecznego w szerokim ujęciu, w zależności od przyjętej koncepcji teoretycznej: z perspektywy kapitału ludzkiego (*human capital approach*), metodą kosztów frykcyjnych (*friction cost method*) i z uwzględnieniem oceny stanu zdrowia jako gotowości do zapłaty (*willingness-to-pay-method*) [5]. W każdej metodzie pojawia się koszt jednostki czasu i długość okresu obniżonej produktywności. Parametrem wiodącym jest więc okres obniżonej produktywności, która ma swoje szczególne odzwierciedlenie w chorobach przewlekłych. Realizacja działań służących wsparciu osób chorujących przewlekle w prowadzeniu aktywnego i produktywnego życia ma ogromną wartość społeczną i gospodarczą.

Metoda kapitału ludzkiego jako najczęściej stosowana w praktyce jest mocno osadzona w teorii ekonomii. Uwzględnia podejście oparte na kosztach wytworzenia oraz oparte na przychodach. Prekursorem podejścia opartego na kosztach wytworzenia jest F. Engel (1883) [6]. W metodzie tej uwzględnia wszelkie wydatki związane z utrzymaniem i wychowaniem osoby, traktując je jako koszt wytworzenia. Pomimo swojej popularności metoda ta jest często krytykowana, z uwagi na przypisywanie poszczególnym osobom różnej produktywności uzależnionej od wieku i płci, a zatem dyskryminującej, nieuwzględnianie faz cykli koniunkturalnych, czy po prostu przeszacowywanie kosztów wynikających z trwałej niezdolności do pracy lub zgonu. Warto zauważyć, że zastrzeżenia te nie odnoszą się jednak do samej metody lecz do niedoskonałości stosowanych miar utraconej produktywności. Wsparcie metody poprzez uwzględnienie w obliczeniach współczynników aktywności zawodowej czy tablic trwania życia, z powodzeniem ograniczy wskazywane mankamenty. Metoda ta jest wciąż udoskonalana i znajduje rozwinięcie w wielu pracach naukowych, np. L. I. Dublina oraz A. J. Lotki (1997) [7].

Drugą z wymienionych metod odnoszącą się do szacowania kosztów pośrednich to metoda kosztów frykcyjnych. Prezentuje ona perspektywę przedsiębiorcy, gdzie przyjmuje się założenie o niepełnym wykorzystaniu posiadanych zasobów pracy w gospodarce. Kosztem pośrednim nie jest całkowita utrata wartości kapitału z powodu niezdolności do pracy chorego, a jedynie ta część, która nie zostanie odpracowana przez inne osoby lub przez chorego, po powrocie do pełnej sprawności. Założenie to opiera się na częściowym zaniechaniu wykonania zakładanych obowiązków w związku z zaistnieniem krótkotrwałej nieobecności w pracy. Jedynie pilna część obowiązków chorego jest zwykle przenoszona na pozostałych pracowników w całości lub w części, a pozostałe oczekują na jego powrót do pracy. Przyjęcie perspektywy przedsiębiorcy sprawia, że w metodzie kosztów frykcyjnych w sytuacji długotrwałej choroby lub zgonu chorego, koszty pośrednie ponoszone są tylko przez czas konieczny do momentu powrotu przedsiębiorstwa do wyjściowego poziomu produkcji [8].

Ostatnią z istotnych metod służących szacowaniu kosztów pośrednich jest metoda gotowości do zapłaty. Stosuje się ją głównie do wyceny dóbr i usług nieposiadających swojej ceny rynkowej. Strata produkcji wyrażana jest poprzez wartość pieniężną, jaką dana osoba byłaby w stanie zapłacić za obniżenie prawdopodobieństwa wystąpienia choroby lub przedwczesnej śmierci. Szacowanie wartości w tej metodzie opiera się na ujawnionych preferencjach (*revealed preferences*), czyli oszacowaniu wartości ludzkich działań podejmowanych w celu obniżenia ryzyka wystąpienia niepożądanego zdarzenia lub deklarowanych preferencjach (*stated preferences*), uwzględniających odpowiedzi respondentów o dokonywanych wcześniej wyborach. Metoda ta opiera się głównie na badaniach ankietowych lecz z uwagi na trudności w identyfikacji i subiektywnej ocenie, np. ocenie bólu czy utraty czasu wolnego, często uznawana jest za mało wiarygodną.

Zasygnalizowane w zarysie metody służące szacowaniu kosztów utraconej produkcji wymagają przyjęcia jednostki miary produktywności pracy. Z uwagi na wielość podejść i trudności z jednorodnym jej pomiarem, w literaturze

odnajdujemy wiele miar produktywności. Wśród wielu mierników najprostszym jest wskaźnik zasobności społeczeństwa, wyrażany poprzez Produkt Krajowy Brutto (PKB), *de facto* miernik produktywności, oraz rozmaite jego odmiany. Jeśli bowiem zarówno ilość jak i jakość świadczonych usług zdeterminowana jest potencjałem narodowym, to wielkość tego agregatu oraz jego część przeznaczana na ochronę zdrowia wpływa na jakości życia pacjentów oraz potencjalnych pacjentów, którzy świadomi poziomu opieki medycznej i jej dostępności odczuwają spokój lub zaniepokojenie. Wkraczając na grunt normatywnej ekonomii dobrobytu i sporu o sprawiedliwy podział dóbr wiadomo, że jednorodnego wskaźnika przedstawić nie sposób, ale szacunkowo i subiektywnie uczynić to można. Rozwiązaniem może być konstrukcja na wzór Index of the Economic Aspects of Welfare, która ze zbioru informacji o konsumpcji dóbr wywnioskować próbuje poziom zasobności badanej grupy społecznej, sondując m.in.: poziom i proporcje wydatków na cele konsumpcyjne, inwestycyjne, wartość czasu wolnego, wartość pracy w gospodarstwie domowym, wydatki na służbę zdrowia (w różnych okresach obliczeniowych), wydatki edukacyjne, itp.

Możliwymi do wykorzystania są również mierniki stosowane np. przez Organizację Narodów Zjednoczonych, w tym HDI (Human Development Index) oraz HPI (Human Poverty Index) wnioskujące o sytuacji ludności na podstawie PKB *per capita*, rokując przewidywaną długość życia w chwili urodzin czy analizując poziom wykształcenia obywateli. Dodatkowe informacje, które wydają się istotne z punktu widzenia problematyki szacowania kosztów jednostki chorobowej to m.in.: stosunkowo łatwo mierzalne dochody z pracy lub inne świadczenia finansowe, finansowe transfery państwowe, transfery niepubliczne, opłaty nieformalne w służbie zdrowia, stopień rezygnacji z procesów leczenia z powodów finansowych, rezygnacja z wykupu zaordynowanych leków, stopień korzystania z niepublicznej służby zdrowia, odmowa wykonania świadczenia (limity, kolejki itp.), indywidualne dofinansowanie pobytu w szpitalu (dodatkowe badania, leki, posiłki itp.).

Ponieważ stopień zamożności populacji wpływa bezpośrednio na zdolność absorpcji świadczeń medycznych oraz jakość życia diagnozowanej populacji, analizy mogą opierać się również na informacjach o dochodach majątkowych gospodarstw domowych oraz danych o podobnym charakterze. W praktyce do najczęściej wykorzystywanych miar produktywności zarówno w ekonomii jak i farmakoekonomii zaliczyć należy: wynagrodzenie brutto oraz produkt krajowy brutto *per capita*. Każda z tych miar pozwala na wyrażenie wielkości produkcji w jednostkach pieniężnych oraz jest powszechnie akceptowana i zrozumiana. Wobec powyższego informacja o wysokości wydatków na ochronę zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem wybranego obszaru chorobowości jest bardzo potrzebna i wskazuje na konieczne kierunki działań w przyszłości.

Porównań w zakresie wydatków na ochronę zdrowia realizowaną w różnych krajach w literaturze jest wiele. Różnią się one układem grup państw czy przyjętymi do badań wskaźnikami [9]. Niemniej jednak wszystkie one pokazują dużą rozbieżność w wartościach środków finansowych przeznaczanych na zdrowie. Różnice w wartościach środków finansowych przekazywanych przez rządy państw na opiekę onkologiczną są bardzo duże. Nie wynika to z istotnej

różnicy w zachorowaniach w poszczególnych państwach lecz z przyjętych rozwiązań systemowych oraz narodowych możliwości finansowych. Podnoszenie roli profilaktyki, promocji zdrowia i zarządzania chorobą może bowiem w istotny sposób zniwelować niekorzystne oddziaływanie schorzeń przewlekłych na otoczenie, w którym przebywa pacjent i na całą gospodarke. W konsekwencji problem produktywności utraconej na skutek choroby będzie mógł mieć coraz mniejsze znaczenie. Dlatego też bardzo wielu badaczy utożsamia komponenty kosztów społecznych z kosztami pośrednio obejmującymi utraconą produktywność. Przyjmowana metodyka prowadzenia tych badań jest jednak zwykle bardzo różna, a zagadnienie kosztów pośrednich w powyższym rozumieniu jest zwykle tylko elementem uzupełniającym rozważania, które w głównej mierze pokazują analizy rekomendacji finansowych stosowanych w leczeniu konkretnych schorzeń.

3. Systemowe działania instytucji publicznych wobec zagrożenia chorobami nowotworowymi

Według szacunków liczba nowych przypadków nowotworów rocznie na świecie w ciągu najbliższych 20 lat wzrośnie o ponad 63%, z ok. 18 mln w roku 2018 do ponad 29,5 mln w roku 2040. W przypadku mężczyzn będzie to wzrost na poziomie prawie 70%, w przypadku kobiet prawie 57%. Szacuje się, że liczba zgonów w analizowanym okresie wzrośnie o ponad 71% u obu płci, z ok. 9,5 mln w roku 2018 do ponad 16 mln w roku 2040. Śmiertelność w przypadku mężczyzn wzrośnie o ok. 75%, w przypadku kobiet o ok. 68% [10]. Tak prognozowana dynamika zachorowalności oraz zgonów z przyczyn onkologicznych wskazuje bezpośrednio na powstawanie ogromnych strat, zarówno z punktu widzenia liczebności społeczeństw oraz utraconej produktywności, rozumianej jako ograniczenie możliwości wykonywania pracy na skutek doznanych uszczerbków na zdrowiu. Zatem zarówno z punktu widzenia społeczeństwa jak i gospodarki, bezwzględnie należy dążyć do ograniczania strat poprzez podnoszenie skuteczności klinicznej w prowadzonym procesie leczniczym, ale także poprzez minimalizację pozamedycznych kosztów pośrednich powstających w trakcie choroby.

Mając na uwadze rosnące koszty ekonomiczne i społeczne chorób onkologicznych oraz konsekwencje tych chorób, rządy wielu państw podejmują trud wprowadzania zmian w systemach opieki zdrowotnej. Istnieje wiele międzynarodowych doświadczeń dotyczących tworzenia i implementacji planów oraz strategii zwalczania nowotworów. Dokumenty te mają różny charakter i tworzą zbiory działań uwzględniających własne potrzeby i problemy. Poszczególne organizacje międzynarodowe proponują często bardzo odmienne podejścia metodyczne do tworzenia strategii. Z raportu Imperial College w Londynie wynika, że w 2009 r. spośród 27 państw Europy objętych analizą jedynie 16 posiadało strategię lub narodowe plany zwalczania raka [11].

Polityka zdrowotna w Polsce w zakresie onkologii opiera się o Strategię Walki z Rakiem 2015–2024 [12], a przed 2015 r., o Narodową Strategię Walki z Chorobą Nowotworową i stanowi jeden z najistotniejszych przejawów aktywności instytucji państwa, podejmowanej celem zagwarantowania jak najwyższego zakresu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Wśród działań

podmiotów publicznych, których skutki wiążą się ze zdrowiem populacji, wskazać można m.in. identyfikację priorytetów zdrowotnych dla kraju, czy też opracowanie map potrzeb zdrowotnych. W stosownych aktach prawnych [13] wymienia się jako priorytety m.in. zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu: chorób układu sercowo-naczyniowego (w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu), nowotworów złośliwych, przewlekłych chorób układu oddechowego oraz cukrzycy. Wybór tych priorytetów wynika z oceny skali występowania najczęstszych przyczyn chorób i przedwczesnych zgonów z powodu chorób cywilizacyjnych, będących największym obciążeniem dla systemu opieki zdrowotnej oraz zabezpieczenia społecznego. Nowotwory stanowią drugą najczęstszą przyczynę zgonów w Polsce. Za ponad 23% zgonów z przyczyn nowotworowych odpowiada rak złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca, za kolejne 17,3% rak żołądka, okrężnicy, odbytnicy, złącza jelit i odbytu. Zgony z powodu raka piersi stanowią ponad 8% ogółu zgonów z przyczyn nowotworowych [14, 15].

Tak wyznaczone priorytety przełożyły się na intensyfikację działań w kierunku poprawy dostępności do usług leczniczych. W konsekwencji zainicjowano działania dla tzw. szybkiej terapii onkologicznej na realizację której przeznaczono część środków finansowych z ogólnej puli składek na ubezpieczenie zdrowotne [16]. Szybka ścieżka dla pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej została wprowadzona w 2015 roku w ramach pakietu działań mających na celu skrócenie czasu oczekiwania na badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne [11]. W celu identyfikacji pacjenta w systemie opieki zdrowotnej w dniu 1 stycznia 2015 r. wprowadzono w Polsce kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO), której wypełnienie było pierwszym krokiem na ścieżce diagnostyczno-terapeutycznej dotyczącej wszystkich rodzajów nowotworów. Przyjęte procedury zakładały gwarantowane maksymalne czasy oczekiwania: 28 dni od wizyty u lekarza POZ do podstawowej diagnostyki, 21 dni od konsultacji specjalistycznej do pogłębionej diagnostyki oraz 14 dni od interdyscyplinarnego Konsylium [17]. Tak sformułowane zadanie i oczekiwane efekty to przejaw dbałości o poprawę dostępności do świadczeń, które wpisują się w całość polityki zdrowotnej prowadzonej przez państwo. Niestety jednak w praktyce proces rozpoczęty w 2015 r. wciąż jeszcze nie wpłynął na wyraźny spadek czasu oczekiwania na dostęp do wymienionych usług.

Innym przejawem aktywności w zakresie polityki zdrowotnej jest utworzenie map potrzeb zdrowotnych, jako istotnego narzędzia wspierającego procesy decyzyjne [18]. Mapy te, w założeniu, stanowią zaawansowane narzędzie analityczne wspierające decyzje zarządcze w ochronie zdrowia w oparciu o trendy demograficzne i epidemiologiczne, a także istniejącą infrastrukturę oraz prognozowane potrzeby w tym zakresie. Obowiązek opracowywania map zapotrzebowania na świadczenia medyczne w procesie planowania i podziału środków finansowych na ochronę zdrowia przypisany jest do Ministerstwa Zdrowia. W procesie planowania map uznano, iż ocena faktycznego zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej z poszczególnych rodzajów i zakresów doprowadzi do lepszego dostosowania finansowania usług zdrowotnych w stosunku do sytuacji epidemiologicznej i demograficznej na terenie kraju, jak i poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego. W

mapach uwzględniono analizy dotyczące potrzeb zdrowotnych poszczególnych regionów i całego kraju, zebrano dane demograficzne i epidemiologiczne, dane dotyczące realizowanych świadczeń, a także dane o zasobach kadrowych i sprzętowych. Nierówności w dostępie do sprzętu diagnostycznego wykazane w mapach stały się podstawą do podejmowania aktywnych działań na polu polityki zdrowotnej. Wbrew powszechnemu przekonaniu aktywności te nie polegały jedynie na dokupieniu brakującego sprzętu, ale właśnie na dokonaniu weryfikacji zapotrzebowania. Tego typu działania, zainspirowane informacjami zawartymi w mapach potrzeb zdrowotnych, pozwalają na podejmowanie przez decydentów bardziej świadomych decyzji i tym samym na wyższą efektywność w zakresie rzeczywistego wyrównywania różnic rozwojowych.

Ważnym aspektem polityki zdrowotnej państwa są zakupy sprzętu diagnostycznego na potrzeby świadczeń onkologicznych, które w ostatnich latach w Polsce odbywały się głównie w oparciu o środki finansowe pochodzące z Europejskiego Funduszu Społecznego. Kierunki takich działań wpisują się w dokumenty strategiczne UE. Wśród kierunków zasilania finansowego służącego poprawie dostępności do infrastruktury medycznej wymienić należy Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój (POWER), w ramach którego prowadzone są działania wspierające profilaktykę chorób nowotworowych uzupełnione o możliwość zakupu brakującego sprzętu koniecznego do realizacji zadania [19]. Dodatkowo uzupełnienie infrastruktury medycznej następowało w oparciu o Programy Operacyjne Województw na lata 2014–2020 wpisane w odpowiednie osie priorytetowe. Infrastruktura medyczna znalazła także źródło zasilania w Programie Operacyjnym Infrastruktura i Środowisko 2014–2020, gdzie działanie 9.2 Infrastruktura ponadregionalnych podmiotów leczniczych umożliwiła wsparcie oddziałów oraz innych jednostek organizacyjnych szpitali ponadregionalnych, które są ukierunkowane na leczenie chorób nowotworowych). Onkologia jest także wspierana ze środków europejskich innych niż unijne, poprzez Fundusze norweskie i EOG [20]. Są to: program PLO7 „Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych”, a w nim pięć projektów obejmujących: badania, akcje promujące zdrowy styl życia, wyposażenie i modernizacja podmiotów leczniczych oraz program PL13 „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu”, w tym 26 projektów z czego 7 dotyczących profilaktyki nowotworowej (dofinansowanie programów profilaktycznych, działania edukacyjne i promocyjne) [15].

Kolejnymi istotnymi działaniami systemowymi, które powinny wpłynąć na poprawę diagnostyki oraz leczenia, a w konsekwencji ograniczenie kosztów społecznych chorób onkologicznych jest Narodowa Strategia Nowotworów 2020-2030 [21], wspierająca koncepcję Krajowej Sieci Onkologicznej jako sposobu na poprawę organizacji systemu opieki onkologicznej przy jednoczesnym wzmocnieniu inwestycji w profilaktykę pierwotną i wtórną, uwzględniającą różnice terytorialne w zakresie dostępności. Sieć w swoich założeniach powinna standaryzować procedury postępowania nie tylko w zakresie medycznym, ale również organizacyjnym. Obecnie działania te znajdują się jednak na etapie pilotażu, który realizowany jest w czterech regionach kraju i

dotyczą pięciu najczęstszych nowotworów: płuca, jelita grubego, piersi, prostaty i jajnika [22].

4. Podsumowanie

Wzrost zachorowalności na choroby onkologiczne w świecie w ciągu ostatnich kilkunastu lat jest bezsprzeczny. Zjawisko to wpłynęło na konieczność ponoszenia przez rządy państw i całe społeczeństwa coraz wyższych kosztów związanych z ochroną zdrowia, w tym z leczeniem i opieką nad pacjentem. Alternatywą dla braku coraz większego zaangażowania w proces przeciwdziałania rozszerzania się chorób nowotworowych byłby bardzo wyraźny wzrost śmiertelności, wzrost niepełnosprawności, utrata produktywności. A zatem konieczne jest podejmowanie działań służących zahamowaniu negatywnych tendencji. Prace prowadzone są równolegle na polu medycznym, gdzie poszukuje się najskuteczniejszych metod terapii i programów lekowych oraz na polu zarządczym i organizacyjnym, dla którego zasadnicze znaczenie ma prowadzona przez poszczególne państwa polityka zdrowotna oraz wiedza z zakresu ekonomiki zdrowia.

Wobec powyższego widać wyraźnie, że spojrzenie na problem zdrowia i choroby w ujęciu społeczno-ekonomicznym musi ulec przewartościowaniu, tym bardziej, że ekonomiści długo nie interesowali się wartością zdrowia, a badali jedynie w jaki sposób stan zdrowia społeczeństwa wpływa na wzrost gospodarczy i w jaki sposób zdrowe społeczeństwo może się przyczynić do rozwoju gospodarczego poszczególnych krajów. Już samo zachorowanie ogranicza bowiem możliwości wytwórcze poszczególnych jednostek w związku z utraconą produktywnością przy równoczesnym wzroście zapotrzebowania na dodatkową pomoc rozumianą jako dodatkowy koszt społeczny *sensu largo*. W efekcie mamy do czynienia z ponoszeniem nieplanowanych kosztów, których wielkość jest różna w zależności od rodzaju choroby czy stadium jej rozwoju. Choroba oddziałuje również na samą zdolność do wykonywania pracy. Nieobecność w pracy lub obniżona wydajność chorego pracownika wpływają z kolei na obniżenie jakości i ilości wykonanych zadań, co wiąże się wprost z pojęciem utraconej produkcji potencjalnej. Suma takich efektów zaobserwowanych na poziomie wszystkich przedsiębiorstw odzwierciedla koszty ponoszone przez całą gospodarkę. Tym samym wszystkie czynniki obniżające poziom globalnego zdrowia, a w szczególności przyczyny długotrwałego obniżenia zdrowotności populacji, jakimi są np. przewlekłe choroby onkologiczne, uderzają w zdrowie jako jeden z głównych filarów rozwoju państwa.

Uzasadnionym jest zatem stwierdzenie, że wyliczenie kosztów bezpośrednich chorób nowotworowych, w oparciu o rachunki publicznych płatników (MZ, NFZ, JST) jest zadaniem wykonalnym lecz w swym obrazie niepełnym. Natomiast wyliczenie kosztu społecznego jest bardzo trudne z uwagi na ograniczoną dostępność do danych i stosowaną różnorodność klasyfikacyjną. Rachunek kosztów stanowić powinien zatem fundament dla racjonalnej polityki zdrowotnej, chociaż jego poprawne spreparowanie nie jest zadaniem łatwym. Warto jednak spróbować zbliżyć się do prawdy, gdyż pojedyncze, wybrane badania przeprowadzone dla jednostkowych chorób onkologicznych ukazują ogromną skalę problemu.

Bibliografia

- Becker G.S. (1962), Investment in Human Capital, A Theoretical Analysis. *The Journal of Political Economy* 70 (5), 9-49.
- World Bank (1980), World Development Report, Washington,
- World Bank (1993), World Development Report 1993. Investing in health, Oxford University Press: New York.
- Zamora J. (200), Investment in health and economic growth: a perspective from Latin America and the Caribbean 2000, Pan American Health Organization, Division of Health and Human Development, Washington, <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/48142/ACHR-00-08.pdf>.
- Nojszewska E. (red.) (2018). Straty ekonomiczne i koszty leczenia wybranych ośmiu nowotworów w województwie dolnośląskim w latach 2014-2016 - wnioski dla polityki zdrowotnej, Raport Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.
- EY (2013). Metodyka pomiaru kosztów pośrednich w polskim systemie ochrony zdrowia, Raport EY, Program Sprawne Państwo, Warszawa.
- Czajkowski Z. (2012), Kapitał ludzki – pojęcie i miary, Prace i Materiały Instytutu Gospodarki Światowej nr 312.
- Dublin L.I, A.J. Lotka (1977), The Money Value of a Man, Amo Press, New York.
- Jakubczyk M., Wrona W., Macioch T., Golicki D., Niewada M., Hermanowski T. (2010), Koszty pośrednie w ocenie technologii medycznych. *Polski Merkuriusz Lekarski*, XXVIII, 163, 42.
- Jakovljevic, M., Fernandes, P. O., Teixeira, J. P., Rancic, N., Timofeyev, Y., & Reshetnikov, V. (2019). Underlying differences in health spending within the World Health Organisation Europe Region—comparing EU15, EU post-2004, CIS, EU candidate, and CARINFONET countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(17).
- Global Cancer Observatory, International Agency for Research on Cancer [<https://gco.iarc.fr/>].
- The Global Competitiveness Report 2016-2017. World Economic Forum. <https://reports.weforum.org/global-competitiveness-index-2016-2017/>
- PTO (2020), Narodowa Strategia Onkologiczna przyjęta przez rząd. <https://pto.med.pl/narodowa-strategia-onkologiczna-przyjeta-przez-rzad>.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, Dz.U. 2018 poz. 469.
- Holecki T., Węgrzyn M., Frączkiewicz-Wronka A., Sobczyk K., Oncological Diseases and Social Costs Considerations on Undertaken Health Policy Interventions, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020, 17(8), 2837
- Smaga. A., Mikułowska M., Komorowska A., Falkiewicz B. (2014), Rak piersi w Polsce- leczenie to inwestycja, Raport z projektu badawczego, Warszawa: Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego.

- Sagan A., Kowalska-Bobko I., Gałązka-Sobotka M., Holecki T., Maciejczyk A., McKee M., Assessing Recent Efforts to Improve Organization of Cancer Care in Poland: What Does the Evidence Tell Us?, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022, 19, 9369
- Centrum e-Zdrowia (2019), Pacjenci z podejrzeniem choroby nowotworowej, czyli pakiet onkologiczny. <https://pacjent.gov.pl/system-opieki-zdrowotnej/pakiet-onkologiczny>
- MZ (n.d.), Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, Ministerstwo Zdrowia, <http://mpz.mz.gov.pl/>
- MZ (2017), Programy realizowane przez Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/programy-realizowane-przez-ministerstwo-zdrowia>
- Departament Oceny Inwestycji. Ministerstwa Zdrowia (2020), Programy, <http://zdrowie.gov.pl/strona-585-programy.html>
- Ustawa z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej (Dz. U. poz. 969)
- Narodowa Strategia Onkologiczna, Sprawozdanie za rok 2021, Ministerstwo Zdrowia Warszawa, 2022

SOCIAL COSTS IN HEALTH CARE. THINKING ABOUT THE CONCEPT IN THE CONTEXT OF ONCOLOGICAL DISEASES

Summary:

The article discusses the issues of health economics in terms of social costs caused by oncological diseases. Conducts a typological review, linking epidemiological indicators with their socio-economic consequences. Draws attention to the need to optimize activities in the field of systemic organization of management processes from the level of health policy. It also presents an analysis of activities undertaken so far by public institutions. The research objective was to systematize information in the field of health care policy related to the presentation of the path of the current procedure and the actions taken to deal with the economic and organizational aspects of the diagnosis and treatment. The method was a literature review, legal acts and statistical reports. The conclusions are recommendations related to the necessity to conduct research and analyzes based on cost accounting, which should constitute the basis of a rational state policy.

Keywords: *health economics, social costs of oncological diseases, public management, health policy*

THE ROLE OF GOVERNANCE IN ENSURING THE MILITARY SECURITY OF THE STATE – FIELDS OF CONFLICT, FIELDS OF COOPERATION

Paweł Kocóń

University of Economics in Katowice
street 1 Maja 50 40-287 Katowice
e-mail: pawel.kocon@ue.katowice.pl

Streszczenie: The article is devoted to the role played by co-governance of the organization's network in ensuring military security Polish. The way out to the deliberations is to define what governace is, to indicate hybrid warfare as a new challenge to military security and then to show the activities associated in the network of cooperation of various organizations working in the slaughter of military security.

Słowa kluczowe: *governance, security, cybersecurity.*

1. Introduction

Contemporary wars are radically different from the most well-known in Poland Second World War, as a rule, they are asymmetrical military actions, often carried out by forces not appearing under the flag of a specific country. Actions of this type are directed not only at the enemy's armed forces but – above all – at the civilian population, the economy and the image. This means that the challenges facing modern state and local government administration are multidirectional, requiring the involvement of not only services but also various types of commercial and non-commercial organizations. According to Stanisław Dworecki, the military threat is: "such a combination of events in international relations, in which with a high probability there may be a limitation or loss of conditions for undisturbed existence and development of the state, or a violation of the or the loss of its sovereignty and territorial integrity as a result of armed violence against it" (Dworecki, 1994, p. 25).

Armed violence is not limited to the use of firearms. In the arsenal of today's armed organizations there are also techniques of psychological warfare, cibor war or economic conflict. A society resistant to attack is not only a society with armed forces and other well-functioning security organs, but also a society that is comprehensively prepared for various crises. Modern concepts of management and administration emphasize the independence of society, which is to co-govern through various forms of self-organization. On the other hand, the military threat was usually fought by armed forces with a hierarchical

structure and centralized command. This approach was effective when another state was openly confronted with the help of the armed forces. When another country used the armed forces secretly destroying, for example, infrastructure with the help of special forces, the matter was more difficult. When terrorist organizations or gangs fight against another state instead of a state, complementing the use of classic armed force with cyber attacks, propaganda and economic war, the problem arises of responding to actions for which the classical armed forces are not prepared.

Hypotheses will be put forward:

1. By creating a network of inter-organizational cooperation, the state is more resistant to hostile, irregular actions that shock the economic system, IT infrastructure, and social cohesion by blocking the provision of social services.
2. By participating in defense activities, one gains better acceptance of the military's decisions. Armed forces in peacetime are primarily an employer, a client, a tenant, a taxpayer. Therefore, Governance ensures – by creating a cooperation network to improve these types of military activities
3. By participating in defense activities, one gains better acceptance of the military's decisions. Armed forces in peacetime are primarily an employer, a client, a tenant, a taxpayer. Therefore, Governance provides – through the creation of a cooperation network to improve these types of military activities.

2. Governance and hybrid warfare

The concept of governance is closely related to the concept of public good. It is a good that can be consumed by an additional consumer without incurring additional costs. Secondly, individual consumers cannot be excluded from its consumption.

These two characteristics are called non-rivalry and non-excludability (Kleer, 2006, p. 274-275). The defense and sovereignty of the state are among the public goods (ibidem). The defence and sovereignty of the state can also be mentioned here (Banachowicz, 2007, p. 614).

Public governance can be translated into Polish as management by co-government or co-management. Co-governance can be seen at any level of the organisation of power, i.e. at the national, regional and local level. At the national level, this will be a sharing of power and cooperation between regional authorities (Supernat 2008).

As Jerzy Supernat writes:

"Public governance is not administrative or governmental structures, but also the process of managing a complex society with the participation of public and private sector entities, often in the form of a network in which the central place does not have to belong to the public administration body" (Supernat 2008).

However, one cannot help but feel that Governance is being described in the greenhouse conditions of liberal democracy existing in conditions of peace. Insofar as crisis management is occasionally mentioned in publications on security this is rarely described in terms of management.

The aim of the study is to show how pro-defense activities are implemented in cooperation with civil society represented by non-governmental and commercial organizations (companies) in cooperation with government and local government administration. The nature of activities related to security and in particular the military security of the state understood as

"a process involving a variety of actions, a variety of measures aimed at countering external and internal threats that may cause the threat of the use of military force to violate the territory and limit the sovereignty of the state, maintaining the ability to oppose the use of military force. . At the same time, it is a state obtained as a result of organized defense against these threats" (W18 follow: Kitler 2018 s47-8) Security understood in this way is part of national security.

A characteristic feature of military security is monopolization by the State, so civil society can only support such activities, not replace them. The basic framework of defense activities is the Constitution of the Republic of Poland and the Act of 11 March 2022 on the Defense of the Homeland from Journal of Laws 2022.0.655 -

Hybrid warfare is a strategy, or type of war, that combines elements of conventional, irregular, cybernetic and, depending on the definition, other destructive elements (www8).

The Russian military defines a "hybrid war" as a strategic-level effort to shape the governance and geostrategic orientation of a target state in which all actions, up to and including the use of conventional military forces in regional conflicts, are subordinate to an information campaign (Clark 2020)

It is therefore often an undeclared war where it is difficult to identify the enemy, the hostile impact is directed not only at the armed forces but at public institutions and infrastructure. Not only the security apparatus of the state is disintegrating, but society as such.

As Nemeth writes: "The effect of hybrid activities is also to blur the border between people involved in armed struggles and civilians, the ability to use modern technologies in tactical and strategic activities – in the case of the Chechen's, for example, it was about the use of modern telecommunications technologies (m.in mobile phones, satellite phones) in order to increase the effectiveness of command, as well as to conduct propaganda activities" (www2). Such a war is characterized by such elements as:

- high activity of special services – their task is to collect information and build intelligence and sabotage networks implementing activities on the territory of the attacked state,
- offensive actions in cyberspace – carried out by the aggressor's special services or related groups of hackers and hacktivists whose aim is to paralyze

the functioning of the attacked state (its administration, critical infrastructure, etc.),

- multidirectional diplomatic activities – consisting in discrediting the image of the attacked state and building a political lobby in international organizations in order to prevent their reaction or mitigate the economic and political sanctions introduced by them (Skoneczny 2016).

All these activities are often characterized by the relative dispersion and concealment of decision-making centers.

3. Governance and military security of the state – selected examples

It seems that the basic fields of cooperation networks of non-governmental, local government and government organizations as well as commercial ones are the training of broadly understood personnel for defense, cyber warfare and counter-promotions.

When it comes to training personnel for defense, the problem of every professional army is to maintain reserves and proper continuous training, which is expensive and thus quickly depletes the finances of the armed forces in the absence of guarantees that a trained soldier will not go to the commercial sector. Hence, when there is an opportunity to train soldiers or candidates for soldiers.

A huge problem for the professional military is the training of reserves. The number of professional soldiers is limited, in the event of an armed conflict, professional soldiers will quickly “crumble” from the line due to death, wounds, illnesses and equestrian holidays. It is necessary to quickly replenish these losses.

The Way to supplement this was to be the National Reserve Forces, to be the Territorial Defense forces, but such resources may be insufficient. Therefore, it is important to train people in all – not only combat – competences useful to the army.

The most famous for its cooperation with the military is the National Defense League. One of the goals of the organization is “to develop and consolidate in society, especially among young people, desirable interests, habits and skills important from the point of view of the defense capability of the State and useful in preparing society to prevent and possibly combat threats of the peace period. As part of this work, the National Defense League runs shooting and scuba diving and amateur radio sections. (www1, www5, www16). It also offers driving license training of various categories.

The National Defense League conducts shooting competitions for the reserves of the Polish army, which contribute to maintaining and developing the military competences of soldiers.

Trainings for uniformed classes "Dragonada" or beach volleyball tournaments are organized. The National Defense League is important for the

above argument because it was de facto for most of its existence Quango – a "non-governmental" organization – strongly associated with the Ministry of Defense with which it is associated to this day (www3, www13).

The National Defense League is not the only organization related to defense in Poland. The 4moza Foundation deals with training for security, VIP protection and events. What is important in this case, 4moza creates a network of cooperation with the Foundation of Former Police Officers of the Anti-Terrorist Subunits S.P.A.P and Mayday Gdynia – a rescue center (www17).

Another example of this type of network are the activities of a network consisting of the Information Processing Center of the National Research Institute, kozminski University, the National Center for Cyberspace Security and the Demagog Foundation. As part of Cyber24Day, a discussion was held on the resilience of societies to fake news.

Security in cyberspace is to be ensured by the PWCyber program, which groups companies, governmental and non-governmental organizations. These are m.in the Safe Cyberspace Foundation together with the Ministry of Digitization and the Scientific Academic Computer Network – National Research Institute.

As it is written on the pages of the program:

"The agreement covers all areas of the Cybersecurity Cooperation Programme:

1. information area – providing information about incidents and identified cyber threats,
2. educational area – education in the field of safe configuration and operation of devices and services,
3. training area – training of entities of the National Cybersecurity System (in particular public administration) in the field of increasing cybersecurity awareness,
4. area of know-how – exchange of knowledge on the latest tools and solutions designed to increase the level of cybersecurity,
5. area of testing and certification – conducting security tests and preparing for cybersecurity research and certification" (www15).

Another participant in the network, this time with a reach beyond the national one, is the Safe Cyberspace Foundation. As it is written on the foundation's website:

The members of the foundation are part of a consortium organising cooperation between European CERTs as part of the TRUSTED INTRODUCER initiative, which is part of the GENAT TF-CSIRT project. It also cooperates closely with the European Network and Information Security Agency (ENISA). The Foundation is a member of APWG (The Anti-Phishing Working Group) and the Polish forum of response and security teams – ABUSE-FORUM (www10).

The Association "Polish Civic Cyber Defense" is another example of a non-governmental organization cooperating in a network of other entities.

Polish Civic Cyber Defense (hereinafter POC) is an association established in 2015 on the initiative of the Safe Cyberspace Foundation. The main objective of this initiative is to take action to strengthen cybersecurity Polish, including the creation and systematic improvement of a team of cybersecurity experts, ready to use their knowledge and skills in the event of a threat to the cybersecurity of the Republic of Poland, primarily for the needs of state defense (www11).

One of the projects of this organization is to study the resistance to cyber attacks of Polish parliamentarians.

The Association for the Support of National Security publishes a guide on the protection of information in cyberspace on the web. It cooperates not only with the National Security Bureau but also with the National Association for the Protection of Classified Information (www11).

An important actor on the Polish cybersecurity map is the niebezpiecznik.pl company dealing with m.in cybersecurity audits and pentests, and very much everything running a portal under its name with important lectures on cybersecurity.

Not without significance are initiatives of the scientific community, such as, for example, the research program of the WSB Academy aimed at combating fake news (www12).

4. Conclusion

As it is written on the military training vortal:

In Poland, the move away from conscription towards a professional army took place in 2008, contributing to the creation of a niche, which was successfully developed by pro-defense associations and foundations, benefiting from the subsidiary principle guaranteed by the Constitution (www18).

This means the action of both government administration and non-governmental organizations. The latter willingly cooperate with the army using substantive and logistical support themselves, offering free or cheap improvement of military competences by all willing people.

The supportive role of civil society in the field of security means that various entities do not have relevant information on defence, exceptionally those entities that are under counterintelligence protection have it, their ownership transformations are controlled. Counterintelligence also deals with ownership transformations of companies and, if necessary, hinders or thwarts them,

the Russians want to take over Azoty Tarnów. On strange terms - Money.pl

It is necessary to consider whether the decentralized management of public services does not deepen the chaos of war. Are the non-governmental and commercial institutions belonging to the network subject to supervision other than state or non-governmental institutions more susceptible to the destructive actions of the enemy or even to its takeover and escalation of hostile influences?

The centralization of power in the conditions of destruction of the state's infrastructure may turn out to be harmful, because the destruction by the enemy of the central authority of the organs of central authority, public and non-governmental institutions must still meet the needs of the population. Co-governance and social participation thus create a situation in which amorphous social networks flexibly fulfil their social tasks in times of war (www18).

The amorphousness of the network, and flexible co-management, can make it difficult for the enemy to infiltrate and destroy the network that provides public services to cause economic damage. The latter is one of the goals of hybrid warfare (www18)

The functioning of public utility institutions is one of the basic tasks of the state not only in peacetime but also – above all – in time of war. The state must not only pursue military goals, but also provide its citizens with the widest possible access to, for example, medical care, education or water.

Cooperation between non-governmental organizations and the state apparatus translates into specific measurable effects:

- for the participation of pro-defence organisations in the "Anaconda" exercise in June 2016, in which troops from Polish and other NATO member states took part;
- participation in the "Dragon" exercise in September 2017;
- the "Passports for pro-defense organizations" program, initiated in 2017 by the Office for Pro-Defense Affairs of the Ministry of National Defense, which is not only a certification program, i.e. assessing the usefulness of pro-defense organizations for the army, but also a training program, equating the level of training of these components with the level of basic military training expected by the Polish Armed Forces;
- a system of trainings and courses organized by the Ministry of National Defense for pro-defense organization components during the year, in various military units throughout the country;
- the possibility of free transfer of equipment and equipment withdrawn from use by the Polish Armed Forces.

Thanks to this type of activities, non-governmental organizations for security co-create national security, slowly becoming – in accordance with the idea of co-governance – one of its creators.

All this is necessary in the face of a new type of threat, which is hybrid warfare, assuming in addition to the classic military pressure – exerted by firearms – also cyber, propaganda, as well as demographic and economic pressure.

Bibliografia

- Banachowicz, B. (2007). Public Governance – nowe podejście do zarządzania rozwojem lokalnym Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, 614.
- Maison, C. (2020) Russian Hybrid Warfare r Washington, D.C: Institute for the Study of War.
- Dworecki, S. (1994). Zagrożenia bezpieczeństwa państwa, Warszawa: AON.
- Holcombe, R. (1997). Theory of the Theory of Public Goods. Review of Austrian Economics, 1, 1.
- Kitler W (2011). Bezpieczeństwo narodowe RP. Podstawowe kategorie. Uwarunkowania. System, Warszawa Akademia Obrony Narodowej.
- Kleer, J. (2000). Sektor publiczny w Polsce i na świecie. Warszawa: CEDEWU.PL
- Skoneczny, Ł. (2016). Wojna hybrydowa – wyzwanie przyszłości? Wybrane zagadnienia. Przegląd bezpieczeństwa Wewnętrznego, 14.
- Supernat, J. (2008) Administracja publiczna, Governance i Nowe Publiczne Zarządzanie Administracja Teoria Dydaktyka Praktyka nr 1/10
www1. lok-cmas.org.pl (1.10.2021)
- www2. Nemeth, W.J. Future war and Chechnya: A case for hybrid warfare, Monterey, 2002
http://calhoun.nps.edu/bitstream/handle/10945/5865/02Jun_Nemeth.pdf?sequence=1
(2.11.2021)
- www3. XVIII Igrzyska Płazowe w Czernicy za nami! - Liga Obrony Kraju.lok.org.pl (1.11.2021)
- www4. XLVII Centralne Zawody Strzeleckie KŻ LOK 2021 lok.or.pl (1.10.2021)
- www5. SP5KAB - Klub Krótkofalarski Warszawa (archive.org) (1.10.2021)
- www6. Stan bezpieczeństwa stron internetowych posłów RP 2020 Polska Obywatelska Cyberobrona poc.org.pl (1.10.2021)
- www6. Stowarzyszenie Wspierania Bezpieczeństwa Narodowego swbn.pl (1.10.2021)
- www7. <http://www.darkreading.com/risk-management/auditors-find-dod-hasnt-defined-cyber-warfare/d/d-id/1092427?> (6.10.21)
- www8. <http://www.polskieradio.pl/5/3989/Artykul/1413128,Wojna-hybrydowa-nowy-rodzaj-konfliktu> (1.10.2021)
- www9. Informacje o fundacji – Fundacja Bezpieczna Cyberprzestrzeń cybsecurity.org (1.10.2021)
- www10. [Polska Obywatelska Cyberobrona poc.org.pl](http://www.polskaobrona.org.pl) (1.10.2021)
- www11. www.awsb.pl (1.10.2021)
- www12. Letne Zgrupowanie Dragonda -21 - Liga Obrony Kraju lok.org.pl (1.10.2021)
- www13. [Niebezpiecznik.pl](http://niebezpiecznik.pl) (8.10.2021)
- www14. Pierwsza organizacja pozarządowa dołączyła do PWCyber - Cyfryzacja KPRM - Portal Gov.pl www.gov.pl (1.10.2021)
- www15. Sekcja Młodzieżowa LOK – Klub Strzelecki "Dziesiątka" ksdziesiatka.pl (1.10.2021)
- www16. Współpraca – Fundacja 4MOZA (12.10.2021)

www17. Wortal szkolenia ogólnowojskowego | Wortal szkolenia ogólnowojskowego jest platformą zawierającą materiały do szkolenia ogólnowojskowego, zbiorem przepisów prawnych, regulaminów, konspektów i innych materiałów.wordpress.com (1.10.2021)

www18 20140505_bezpieczenstwo_militarne (kul.pl)

THE ROLE OF GOVERNANCE IN ENSURING THE MILITARY SECURITY OF THE STATE – FIELDS OF CONFLICT, FIELDS OF COOPERATION

Abstract: The article is devoted to the role played by co-governance of the organization's network in ensuring military security Polish. The way out to the deliberations is to define what governnace is, to indicate hybrid warfare as a new challenge to military security and then to show the activities associated in the network of cooperation of various organizations working in the slaughter of military security.

Keywords: *governance, security, cybersecurity.*

ŚRODKI DOWODOWE DO WYKAZANIA WYDATKÓW BUDŻETOWYCH W FINANSOWANIU ZADAŃ ZLECONYCH SAMORZĄDÓW TERYTORIALNYCH

Tomasz Podleśny

Wydział Ekonomiczny Zachodniopomorski
Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie
ul. Żołnierska 47, 71-210 Szczecin
e-mail: tomasz.podlesny@gmail.com

Streszczenie: Celem artykułu jest analiza i ocena środków dowodowych zmierzających do wykazania koniecznych kosztów własnych samorządu poniesionych przy zatrudnianiu pracowników realizujących w całości lub częściowo zadania zlecone. Artykuł dokonuje analizy dopuszczalnych składników wynagrodzenia, ich kalkulacji stosownie do przepisów o wynagradzaniu pracowników samorządowych oraz zasad dowodzenia zarówno samej zasadności ponoszenia tych kosztów, jak i ich wysokości, w tym sposobu oceny wskazanego materiału dowodowego przez biegłych sądowych. W artykule dokonano przeglądu literatury przedmiotu oraz wykorzystano metodę studium przypadku. Praca opiera się na analizie dwóch przypadków bazujących na procesie cywilnym a odnoszących się do metodologii kompletowania materiału dowodowego, oceny okoliczności faktycznych na poczet których materiał został zgromadzony oraz oceny tego materiału zarówno przez biegłych sądowych, jak i ostatecznie przez sąd.

Słowa kluczowe: *pracownicy samorządowi, koszty zatrudnienia, dowody, prawo pracy dotacja celowa.*

1. Wstęp

Obowiązek finansowania przez Skarb Państwa zadań zleconych jest skutkiem samego faktu zlecenia określonych czynności z zakresu administracji publicznej. Należy pamiętać, iż w sferze cywilnej, ale i na gruncie prawa publicznego zarówno Skarb Państwa, jak i jednostki samorządu terytorialnego to odrębne osoby prawne, pomimo, iż funkcjonujące w obrębie instytucji prawa publicznego. Przyznanie osobowości prawnej implikuje jednak we wzajemnych relacjach stosunki, które formalnie nie różnią się od stosunków pomiędzy innymi podmiotami obrotu prawnego (osoby fizyczne, spółki prawa handlowego, stowarzyszenia, fundacje etc.). To z kolei oznacza, iż prawidłową ocenę podstaw realizacji zadań zleconych należy rozpatrywać w pierwszej kategorii przez pryzmat definicji prawa cywilnego referujących do kategorii zobowiązań.

Definicja zlecenia zawarta została w art. 734 KC, który wskazuje, iż „*przez umowę zlecenia przyjmujący zlecenie zobowiązuje się do dokonania określonej czynności prawnej dla dającego zlecenie*”. Oczywiście w relacji Skarb Państwa – jednostka samorządu terytorialnego nie dochodzi do zawarcia odrębnej umowy, a źródłem zobowiązania jest bezpośrednio ustawa, niemniej jednak istota zlecenia pozostaje taka sama. Warto również zwrócić uwagę, iż w art. 735 KC ustawodawca wskazał, iż „*jeżeli ani z umowy, ani z okoliczności nie wynika, że przyjmujący zlecenie zobowiązał się wykonać je bez wynagrodzenia, za wykonanie zlecenia należy się wynagrodzenie*”. Zlecenie zadania w drodze ustawowej nie uchyla zobowiązania do rozliczenia powierzonych zadań, a więc do zapłaty stosowego wynagrodzenia. Ustawodawca zobowiązanie to potwierdził w art. 49 ustawy z dnia 10 września 2021 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego – wskazując, iż „*Jednostka samorządu terytorialnego wykonująca zadania zlecone z zakresu administracji rządowej oraz inne zadania zlecone ustawami otrzymuje z budżetu państwa dotacje celowe w wysokości zapewniającej realizację tych zadań*”. Wysokość dotacji powinna być skalkulowana w taki sposób, aby umożliwić pełne i terminowe wykonanie zleconych zadań (Patyra, 2018).

Z zestawienia norm prawa cywilnego i wskazanej ustawy o dochodach jednostek samorządu terytorialnego wynika, iż w zakresie zadań zleconych mamy do czynienia ze zleceniem podobnym do zlecenia cywilnego, za które zleceniodawca zobowiązany jest zapłacić środki finansowe, które pozwolą zlecenie to zrealizować w sposób pełny i terminowy.

2. Dotacja celowa

Wpływ na prawidłowe ustalenie należnej wysokości dotacji ma sam rodzaj dotacji, który ustawodawca przyjął, jako właściwy dla sfinansowania realizacji zadań zleconych. W odniesieniu do zadań zleconych mamy do czynienia z dotacją celową. Jej definicję zawiera art. 127 ustawy z dnia 18 lutego 2021 r. o finansach publicznych. Zgodnie z brzmieniem wskazanej normy dotacje celowe to m. in. środki przeznaczone na finansowanie lub dofinansowanie zadań z zakresu administracji rządowej oraz innych zadań zleconych jednostkom samorządu terytorialnego (Czarny, 2016).

„Dotacje celowe na wskazane powyżej zadania zlecone z zakresu administracji rządowej przekazywane są poszczególnym j.s.t. przez wojewodów. Są to dotacje obligatoryjne, ich przekazanie nie ma charakteru uznaniowego. Państwo zobowiązane jest przekazać jednostkom samorządu terytorialnego dotacje na zadania z zakresu administracji rządowej i inne zadania zlecone jako wypełnienie obowiązku wynikającego z ustaw szczególnych nakazujących samorządom ich realizację” (Czarnecki, 2020).

Definicję dotacji celowej można odczytać poprzez prawidłowe zdefiniowanie pożądanego skutku, który przy środków z dotacji ma być osiągnięty. Osiągnięcie

owego skutku odróżnia dotację celową od dotacji podmiotowych i przedmiotowych, które referują bądź do dopłat do określonego rodzaju wyrobów bądź usług kalkulowanych wg stawek jednostkowych (dotacja przedmiotowa) bądź do dopłat dla określonego podmiotu (dotacja podmiotowa).

Przy dotacji celowej – podstawowe znaczenie ma osiągnięcie stanu zrealizowania określonego zadania – osiągnięcie pożądanego celu. To z kolei przesądza, iż sama okoliczność ile poszczególnych zadań zostało zrealizowanych nie powinno mieć znaczenia dla ustalenia wysokości dotacji.

W zakresie zadań zleconych mamy więc do czynienia z leżącym po stronie jst obowiązkiem wykonania ww. zadań i skorelowany z tym obowiązek organu dotującego do przekazania dotacji celowej umożliwiającej pełne i terminowe ich wykonanie (Szołno-Koguc, 2021).

Powyższe wynika nie tylko z powołanego wyżej art. 49 ustawy o dochodach jst, ale również z art. 8 ustawy o samorządzie gminnym oraz z art. 166 i 167 Konstytucji.

Z zestawienia wskazanych przepisów wynika, iż dotacja celowa, o której mowa w art. 49 ust. 1, jest dotacją o charakterze obligatoryjnym i jedną z niewielu, w stosunku do której ustawodawca wprost sformułował zasadę adekwatności (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 lutego 2015). Oznacza to, że wysokość dotacji powinna być tak wyliczona, według zasad określonych w przepisach ustawy o finansach publicznych obowiązujących w dacie jej przyznania, by przekazane środki zapewniały pełne i terminowe finansowanie wykonania zadań zleconych (Franczak, 2013). Unormowanie to ma swe źródło w art. 167 ust. 1 i 4 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, który wprowadzając konstytucyjną zasadę podziału dochodów publicznych pomiędzy administrację publiczną i samorząd terytorialny, przyznaje jednostkom samorządowym prawo do udziału w tych dochodach odpowiednio do przypadających im zadań i prawo do zmian w ich podziale w wypadku zmian w zakresie zadań i kompetencji. Skoro ustawodawca odstąpił od zasady proporcjonalności wyrażonej w art. 167 Konstytucji i wprowadził w art. 49 ust. 1 u.d.j.s.t. regułę adekwatności, to uprawniony jest wniosek, że w tym zakresie przyjął pełną odpowiedzialność administracji rządowej za finansowanie zadań publicznych należących do jej kompetencji, lecz zleconych ustawami do wykonywania samorządowi. Żaden przepis rangi ustawowej nie nakłada na jednostki samorządowe obowiązku finansowania zadań zleconych z zakresu administracji rządowej z dochodów własnych, jeżeli poziom środków przekazanych w formie dotacji nie jest wystarczający.¹

W przypadku jednak, gdyż środki przekazane na realizację zadań zleconych nie są wystarczające, ustęp 6 art. 49 u.d.j.s.t. przyznaje jednostce samorządu

terytorialnego prawo do wystąpienia o należne świadczenie w wypadku niedotrzymania warunku określonego w ustępie 5, a ten nakłada na administrację rządową obowiązek przekazania dotacji celowej w wysokości zapewniającej realizację zadań zleconych (ust. 1) w sposób pełny i terminowy. Wykładnia wskazanego ustępu 6 prowadzi do wniosku, że stanowi on samodzielną podstawę roszczenia o zapłatę różnicy pomiędzy kwotą rzeczywiście potrzebną do pełnego wykonania zadań zleconych a wysokością przekazanej dotacji. Stanowisko to wspiera treść ustępu 5, który nie stanowi, że dotacja, o której mowa w ust. 1 ma być przekazana w pełni i w terminie, lecz stanowi, że ma być przekazana w taki sposób, by umożliwić pełne i terminowe wykonanie zadań (Jagoda, 2014).

W przypadku przekazania przez Skarb Państwa dotacji w wysokości, która uniemożliwia pełne i terminowe zrealizowanie zadań zleconych, jednostce samorządu przysługuje prawo do domagania się ochrony procesowej przed sądem powszechnym, o czym wprost wskazuje opisany ust. 6 art. 49.

3. Środki dowodowe

Ocena środków dowodowych jakie są niezbędne dla wykazania niedoszacowania dotacji celowej wymaga w pierwszej kolejności wskazania, iż roszczenie opisane w art. 49 nie ma charakteru odszkodowawczego, a więc nie jest konieczne wykazanie bezprawności działania dysponenta dotacji lub powstania szkody po stronie jednostki samorządu terytorialnego (Wyrok Sądu Okręgowego z Łodzi z dnia 15 marca 2017).

Ocenę możliwych do zastosowania środków dowodowych należy zestawić z charakterem roszczenia. Na mocy opisanych powyżej przepisów ustawodawca „zagwarantował” samorządom środki w budżecie państwa, których zabezpieczenie i przekazanie należy do wojewodów. W sytuacji, gdy zagwarantowane ustawowo środki nie zostają przekazane jednostce samorządu w odpowiedniej wysokości, samorząd zobowiązany jest finansować zadania te ze środków własnych. Przepisy obowiązującego prawa nie przewidują bowiem uprawnienia jednostki samorządu terytorialnego do odmowy realizacji zadania publicznego z uwagi na brak zabezpieczenia przez podmiot do tego zobowiązany środków na jego realizację. Nie przewidując instytucji odmowy realizacji zadań zleconych w sytuacji ich nie dofinansowania, ustawodawca jednocześnie przekazał samorządom prawo do domagania się ochrony procesowej zmierzającej do odzyskania środków własnych zaangażowanych w realizację zadań zleconych kosztem zadań własnych. Zasadę tę potwierdza również art. 8 ustawy o samorządzie gminnym.

Z jednej strony więc jednostka samorządu terytorialnego, nie ma możliwości niewykonania zleconych zadań, konsekwencją czego jest konieczność ich realizacji za pomocą środków własnych, z drugiej zaś wojewodowie, jako dysponenti środków pochodzących z budżetu państwa, rokrocznie uchylają się

od przekazywania powodowi dotacji w odpowiedniej wysokości, konsekwencją czego jest konieczność ich realizacji za pomocą środków własnych. Finansowanie ze środków własnych jest konieczne ze względu na obowiązek zapewnienia ciągłości wykonywania zadań publicznych oraz utrzymanie odpowiednich standardów jakościowych tych zadań.

Dodatkowo, jak wskazała Najwyższa Izba Kontroli w swoim raporcie, zaprzestanie wykonywania przez powoda zadań zleconych (np. z zakresu wydawania dowodów osobistych) w sytuacji wyczerpania się środków dotacyjnych na ich finansowanie, mogłoby doprowadzić do istotnej szkody dla interesantów, pozostawiając obywateli pozbawionych przysługujących im ze strony państwa usług, podczas gdy administracja pełni rolę służebną wobec obywatela. Jednocześnie podkreślić należy, że współfinansowanie przez powoda zadań zleconych ze środków własnych ogranicza mu możliwość finansowania zadań własnych – również NIK w powoływanym raporcie zwróciła uwagę na występowanie takiej zależności – środki własne zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa służą bowiem finansowaniu zadań własnych, nie zaś zadań zleconych (NIK, 2017).

4. Proces dowodowy

Istota procesów cywilnych zmierzających do odzyskania przez samorządy środków własnych zaangażowanych w realizację zadań zleconych zmierza do udowodnienia wysokości zaangażowanych środków własnych; *a contrario* Skarb Państwa podejmuje obronę procesową mającą na celu udowodnienie, iż środki przekazane były adekwatne, a po stronie samorządu występuje przerost zatrudnienia lub też, samorząd gospodaruje środkami w sposób nierzetelny a wydatki są realizowane w sposób niegospodarny i niecelowy.

Skoro zatem po stronie samorządu istnieje konieczność wykazania wysokości środków własnych zaangażowanych w realizację zadań zleconych, samorząd staje przed procesowym obowiązkiem udowodnienia poniesienia kosztów na wydatki:

- 1) osobowe (koszty zatrudnienia)
- 2) rzeczowe (koszty utrzymania stanowisk pracy, pomieszczeń, materiałów biurowych etc.).

Przedmiotem dowodzenia jest również wysokość otrzymanej dotacji oraz wysokość sumaryczna wydatków ustalane w oparciu o sprawozdawczość budżetową.

Do koszt osobowych należy zaliczyć ilość etatów niezbędnych do realizacji powierzonych zadań. W praktyce ilość etatów musi być adekwatna do liczby potencjalnych petentów, których obsługuje dana jednostka samorządu terytorialnego. Pracownicy zatrudnieni do realizacji zadań zleconych muszą pokryć określony zakres czynności (sprawy obywatelskie, urząd stanu cywilnego, rejestracja działalności gospodarczej etc.).

W roku procesów cywilnych, które już funkcjonują przed polskimi sądami Skarb Państwa dąży do zobowiązania jednostek samorządu do wykazania ilości konkretnych czynności, które są zaliczane do zadań zleconych. Dla Skarbu Państwa ilość wykonanych czynności jest podstawowym elementem oceny celowości i konieczności wydatkowania dotacji celowej i jednocześnie braku konieczności zaangażowania środków własnych. Taki sposób polemiki procesowej prowadzonej przez Skarb Państwa pomija w całości okoliczność, że na realizację zadań zleconych składa się nie tylko wykonywanie konkretnych, policzalnych czynności, których efektem finalnym jest wydanie dokumentu, decyzji, czy dokonanie czynności materialno-technicznej, ale również wykonywanie innych czynności, których specyfika powoduje, że nie można ich zewidencjonować, a bez których zadanie to nie mogłoby zostać zrealizowane. Ma to istotne znaczenie zwłaszcza po roku 2015, kiedy to Minister Finansów wprowadził nowe zasady ustalania wysokości dotacji celowych w oparciu o ilość zrealizowanych czynności ale tylko takich, które są wprowadzane do odpowiednich systemów informatycznych (np. zameldowanie, czy wydanie dowodu osobistego). Systemy te pomijają w całości te czynności, które należą do szeroko rozumianej obsługi patentów, w tym pozostawiania do dyspozycji patentów w godzinach pracy urzędów. Oznacza to *de facto*, że zaproponowany przez Ministra Finansów sposób rozliczania dotacji przybiera formę dotacji przedmiotowej, jako dopłaty do poszczególnych czynności.

Do czynności nieuwzględnianych przez zaproponowany system rozliczania dotacji należą m.in. czynności kancelaryjne (w tym: skanowanie i kserowanie dokumentów, przyjmowanie i wysyłanie korespondencji, wprowadzanie danych do baz danych, rejestracja spraw w rejestrach, porządkowanie dokumentów, prowadzenie akt sprawy), czynności archiwizacyjne, kontakt z innymi instytucjami i organami (m.in. z policją, sądami), wykonywanie czynności poza siedzibą Urzędu, a przede wszystkim pozostawianie do dyspozycji interesanta w godzinach pracy Urzędu i jego kompleksowa obsługa. Obowiązkiem samorządu, jest bowiem zapewnienie obywatelom możliwości załatwienia swoich spraw w rozsądnym terminie, bez zbędnej zwłoki oraz w sposób zgodny z przepisami prawa, a zatem w sposób właściwy i terminowy.

Mając na względzie powyższe, podkreślić należy, że czynności niemożliwe do zewidencjonowania są integralną częścią procesu wykonywania zadań z zakresu administracji rządowej zleconych samorządom, wskazać należy że gdyby nie fakt przekazywania realizacji tychże zadań z poziomu państwowego na samorządowy, samorządy nie musiałyby ich w ogóle wykonywać. Jednocześnie wskazać należy, że gdyby zadania zlecone były wykonywane przez administrację rządową, to wówczas czynności, o których mowa, byłyby również wykonywane przez jej pracowników, a co za tym idzie, to na administracji rządowej ciążyłby obowiązek ponoszenia wydatków, które nieodłącznie wiążą się z tymi czynnościami. Są to bowiem czynności, których nie sposób uniknąć.

Podstawowym środkiem dowodowym mającym na celu wykazanie wydatkowanie środków własnych na realizację zadań zleconych jest więc wykazanie kosztów zatrudnienia pracowników realizujących zadania zlecone. Materiałem dowodowym w tym zakresie są:

- 1) regulaminy organizacyjne urzędu realizującego zadania zlecone;
- 2) regulaminy pracy;
- 3) regulaminy wynagradzania
- 4) umowy o pracę;
- 5) kartoteki wynagrodzeń
- 6) zakresy czynności poszczególnych pracowników;
- 7) zeznania poszczególnych pracowników weryfikujące zakres czynności;
- 8) zeznania pracodawcy w osobie organu wykonawczego samorządu;
- 9) tabelaryczne zestawienie osób i warunków zatrudnienia
- 10) opinia biegłego.

Powyższe środki dowodowe referują do odpowiedzi na pytanie o sposób, jakość i zasadność osiągnięcia celu, jakim jest zrealizowanie zadań zleconych. Sprzeciwia się temu natomiast próba rozliczenia zadań zleconych jedynie przez pryzmat ilości wykonanych czynności, co byłoby właściwe, co już zostało zasygnalizowane, dla dotacji przedmiotowych a które nie zostały przez ustawodawcę przewidziane jako narzędzie finansowania zadań zleconych. Środki powyższe mają charakter podstawowy, gdyż realizacja zadań zleconych, dokonywana jest poprzez zatrudnionych w tym właśnie celu pracowników Urzędu, którym jednostka samorządu zobowiązana jest płacić w sposób pełny i terminowy wynagrodzenia za pracę wraz z obligatoryjnymi, obowiązującymi w odniesieniu do wszystkich pracowników samorządowych dodatkami oraz wynagrodzeniami rocznymi, a także w sposób pełny i terminowy odprowadzać składki na ubezpieczenia społeczne oraz Fundusz Pracy za tych pracowników. Konieczność zatrudniania pracowników zapewniających wykonywanie zadań zleconych, a co za tym idzie konieczność opłacania ich wynagrodzeń oznacza, że ponoszone przez powoda wydatki z tego tytułu są niezbędne na finansowanie dotowanego zadania. Nie sposób bowiem kwestii realizacji zadań zleconych rozpatrywać w oderwaniu od osoby pracownika wykonującego zadania zlecone i konieczności finansowania przez powoda jego wynagrodzenia wraz ze wszystkim jego pochodnymi. Wysokość tych wynagrodzeń oraz pozostałych związanych z nimi wydatków wynika wprost z zaproponowanych środków dowodowych obejmujących m. in. zestawień wynagrodzeń pracowniczych oraz umów o pracę. Sam proces dowodzenia opiera się na zestawieniu wysokości dotacji oraz wysokości wydatków związanych z zatrudnieniem pracowników realizujących zadania zlecone.

4. Różnice w wynagrodzeniu

Zatrudnienie w jednostkach samorządu terytorialnego opiera się w pewnym zakresie na uznaniu pracodawcy, jednakże granice tego uznania są ściśle reglamentowane przez rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 15 maja 2018 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych. Rozporządzenie to określa minimalne poziomy wynagrodzenia, którymi organ wykonawczy jest związany. Swoboda w kształtowaniu wynagrodzeń dodatkowo jest ograniczana ogólnymi zasadami prawa pracy, takimi, jak np. zakaz dyskryminacji w ustaleniu wysokości wynagrodzenia. Zasada ta sprzeciwia się więc możliwości zatrudnienia pracowników realizujących zadania zlecone na zasadach odrębnych od urzędników realizujących zadania własne. W sytuacji, gdy wynagrodzenie pracowników w danym urzędzie, jest wyższe od minimalnego przewidzianego w ww. rozporządzeniu, Skarb Państwa powinien ponieść koszty zatrudnienia tych pracowników wg. zaproponowanych przez pracodawcę stawek.

Należy również podkreślić, że ani obowiązujące u powoda regulaminy (organizacyjny, pracy, wynagradzania), ani też akty prawa powszechnie obowiązującego nie przewidują kryterium pozwalającego na różnicowanie wynagrodzeń pracowników jednostek samorządu terytorialnego w zależności od rodzaju wykonywanych zadań, a zatem i źródła finansowania tychże wynagrodzeń. Samorząd nie ma zatem możliwości nieskrępowanego kształtowania wysokości wynagrodzeń pracowników realizujących zadania zlecone – muszą one bowiem pozostawać na poziomie zbliżonym do wynagrodzeń pracowników posiadających porównywalne kwalifikacje, a wykonujących w Gminie zadania własne. Inne rozwiązanie prowadziłoby bowiem do nieuprawnionej dyskryminacji płacowej (Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 12 kwietnia 2016; NIK, 2017).

Warto w tym miejscu przytoczyć stanowisko zaprezentowane przez Najwyższą Izbę Kontroli w raporcie odzwierciedlającym wyniki kontroli dotowania zadań zleconych jednostkom samorządu terytorialnego z zakresu administracji rządowej i innych zadań zleconych ustawami, w którym to raporcie na NIK podkreśla, że jednostki samorządu terytorialnego w zakresie finansowania zadań zleconych winny być rozliczane przede wszystkim z tego, czy wszystkim interesantom zapewniono odpowiedni standard usługi publicznej, nie zaś z liczby zrealizowanych usług. W przeciwnym wypadku, dotacja na zadania zlecone, którą ustawodawca ukształtował, jako dotację o charakterze celowym, nabrałaby cech dotacji przedmiotowej. Nie można zaś tracić z pola widzenia faktu, że w obecnym stanie prawnym nie jest przewidziane finansowanie zadań zleconych za pomocą dotacji przedmiotowej (NIK, 2017).

5. Etaty kalkulacyjne przydzielone przez Wojewodę

W celu wykonywania zadań zleconych z zakresu administracji rządowej samorząd zobligowany jest do utworzenia oraz utrzymywania w strukturach

Urzędu odpowiedniej ilości etatów pracowniczych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie poszczególnych komórek organizacyjnych wyznaczonych do realizacji tych zadań. Zadania zlecone są bowiem wykonywane przez powoda poprzez zatrudnionych w tym celu pracowników. Oznacza to, że zatrudnienie ich było konieczne i uzasadnione.

6. Zduńska Wola – studium przypadku

Zduńska Wola jest gminą miejską położonym w województwie łódzkim o liczbie mieszkańców powyżej 40 tys. W strukturze zatrudnienia funkcjonowali pracownicy, z których niektórzy wykonywali wyłącznie czynności z zakresu zadań zleconych, zaś niektórzy w ramach części etatu, a pozostałą część przeznaczali na realizację zadań własnych. W latach 2006–2015, Gmina zatrudniała od 12 do 15 osób, przy czym jedynie 9/12 pracowników realizowało w 100% zadania zlecone, a część pracowników realizowało te same zadania w ramach jednego etatu, ale w różnych miesiącach, np. w 2008 r. funkcję zastępcy kierownika USC pełniły w tym samym roku, ale w poszczególnych miesiącach dwie osoby. Biorąc pod uwagę te dane, wskazać należy, iż Miasto *de facto* realizowało zadania zlecone przy pomocy najwyżej 9/12 etatów.

W piśmie kierowanym do Miasta, w którym przyznano dotację na 1998 r. Wojewoda ustalił, że do wykonywania zadań zleconych Gminie Miasto Zduńska Wola potrzebnych jest 13 etatów kalkulacyjnych, wyliczonych na podstawie ogólnie obowiązujących wytycznych.

Ważnym podkreślenia jest, iż wskazana wyżej liczba etatów kalkulacyjnych była przydzielana przez Wojewodę przez wszystkie lata realizacji zadań zleconych.

Ustalona w 1998 r. liczba etatów kalkulacyjnych nie została zmieniona na podstawie odrębnych dokumentów a jednocześnie na przestrzeni lat od 1998 r. do 2014 r. zwiększył się znacząco zakres czynności wykonywanych przez pracowników Miasta w ramach zadań zleconych, w szczególności w zakresie pracochłonności, zatem kierując się zasadami logiki, liczba etatów kalkulacyjnych winna była się zwiększyć.

Biorąc pod uwagę powyższe dane, jednoznacznie należy wskazać, iż mimo przydzielenia przez Wojewodę 13 etatów kalkulacyjnych, Miasto Zduńska Wola realizowało przedmiotowe zadania w ramach mniejszej liczby etatów z powodu niedoszacowania dotacji, a mimo to i tak otrzymywało dotację celową w wysokości uniemożliwiającej pełne i terminowe wykonywanie zadań zleconych z zakresu administracji rządowej.

Wobec powyższego stwierdzić należy, iż skoro Wojewoda sam wskazał ilość etatów dla Miasta Zduńska Wola, niezbędnych do wykonywania zadań zleconych i zapewniających prawidłowe funkcjonowanie poszczególnych komórek organizacyjnych wyznaczonych do realizacji tych zadań, zatem był obowiązany do przyznania dotacji w wysokości, pozwalającej na zatrudnienie co najmniej 13

etatów; tymczasem kwota niedoszacowania związanego z zatrudnieniem ww. pracowników wyniosła 1.849.000 zł.

Jednocześnie porównując wynagrodzenia pracowników Miasta Zduńska Wola z przeciętnymi wynagrodzeniami w administracji państwowej, czy w administracji samorządu terytorialnego dla województwa łódzkiego nasuwa się wniosek, iż pracownicy w latach 2005 -2014 otrzymywali wynagrodzenia poniżej przeciętnej w samorządzie województwa, zaś w odniesieniu do pracowników zatrudnionych na wyższych stanowiskach, to ich wynagrodzenia oscyływały w granicach przeciętnych miesięcznych wynagrodzeniach.

Oznacza to, iż Miasto przy realizacji zadań z zakresu administracji rządowej kierowało się zasadą gospodarności, oszczędności i celowości. Przede wszystkim wykonywało zadania w ramach mniejszej ilości etatów, niż przyznana przez Wojewodę, przy wynagrodzeniach poniżej przeciętnej w województwie łódzkim. Kwotę tą należy rozpatrywać nie poprzez samą analizę kosztów zatrudnienia ale również poprzez związanie pracodawcy zasadami wynagradzania określonymi zarówno w Regulaminie Wynagradzania, jak stosownych przepisach prawa.

7. Oleśnica – studium przypadku

Gmina Wiejska Oleśnica skupia 12.000 mieszkańców. Podobnie jak w Mieście Zduńska Wola, tak i w Oleśnicy właściwy wojewoda ustalił liczbę etatów kalkulacyjnych na poziomie 3,14 etatu. Można więc przyjąć, iż ilość etatów jest pochodną ilości mieszkańców, co z kolei generuje ilość spraw do obsłużenia. Koszty zatrudnienia w latach 2005 – 2014 utrzymywane były na zbliżonym do zaakceptowanego przez wojewodę poziomie pomiędzy 3 a 4 etatami. Pomimo potwierdzenia przez wojewodę niezbędnego minimum w zatrudnieniu 3,14 etatu – suma niedoszacowania na wynagrodzeniach osobowych wyniosła ponad 1.054.000 zł.

Zapisy budżetowe – sprawozdawczość budżetowa

Jednostki samorządu terytorialnego wykonująca zadania zlecone, w tym zadania zlecone z zakresu administracji rządowej obowiązana jest, w ramach rozliczania się z wykonanych zadań oraz środków finansowych poniesionych na ich realizację, składać wojewodzie sprawozdania Rb-50 oraz Rb-27ZZ. Sprawozdania te sporządza się na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 16 stycznia 2014 r., które zastąpiło rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 13 marca 2001 r. w sprawie sprawozdawczości budżetowej, mając przy tym na względzie wiążące stanowiska Regionalnej Izby Obrachunkowej, która jest państwowym organem nadzoru i kontroli gospodarki finansowej nad gminami na podstawie ustawy z dnia 7 października 1992 r. o Regionalnych Izbach Obrachunkowych.

Sprawozdanie Rb-50 jest sprawozdaniem o dotacjach/wydatkach związanych z wykonywaniem zadań z zakresu administracji rządowej oraz

innych zadań zleconych jednostkom samorządu terytorialnego ustawami. W sprawozdaniu Rb-50 wskazuje się wysokość poniesionych wydatków na realizację zadań zleconych wyłącznie do wysokości otrzymanej na ten cel dotacji. Sprawozdanie Rb-50 wypełnia się zgodnie z instrukcją zawartą w rozporządzeniu Ministra Finansów w sprawie sprawozdawczości budżetowej oraz zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Finansów w sprawie zasad sporządzania sprawozdań Rb-50, które zostały rozesłane do Regionalnych Izb Obrachunkowych oraz opublikowane, jako wiążące, na ich stronach internetowych.

Zgodnie z pkt 1 wytycznych Ministerstwa Finansów generalną zasadą – określoną w ww. rozporządzeniu – jest, by sprawozdania Rb-50 odzwierciedlały operacje dokonane w danym roku budżetowym i by jednostki samorządu terytorialnego nie wykazywały w nich środków własnych zaangażowanych w realizację zadań związanych z wykonywaniem zadań z zakresu administracji rządowej oraz innych zadań zleconych ustawami. W sprawozdaniu Rb-50 o dotacjach powinny więc być wykazane dotacje otrzymane w danym roku budżetowym, zaś w sprawozdaniach o wydatkach powinny być wykazane rzeczywiste wydatki poniesione na realizację zadań w danym roku budżetowym ale wyłącznie z dotacji otrzymanej w danym roku budżetowym (§ 21 instrukcji stanowiącej załącznik nr 2 do ww. rozporządzenia).

W związku z powyższym samorządy nie mają innej możliwości sporządzania informacji opisowych oraz sprawozdań Rb-50 niż w sposób określony we wskazanych wyżej załącznikach oraz pismach i wytycznych, a więc z wyłączeniem środków własnych.

Z kolei sprawozdanie Rb-27 ZZ jest sprawozdaniem z wykonania planu dochodów związanych z realizacją zadań z zakresu administracji rządowej oraz innych zadań zleconych jednostkom samorządu terytorialnego ustawami. Wskazać bowiem należy, że w związku z realizacją przez jednostki samorządu terytorialnego niektórych zadań zleconych z zakresu administracji rządowej, osiągnęte są dochody, które stanowią dochody budżetu państwa. Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 7 ustawy o dochodach jst 5,0 % dochodów uzyskiwanych na rzecz budżetu państwa w związku z realizacją zadań z zakresu administracji rządowej oraz innych zadań zleconych ustawami stanowi dochód własny gminy, a co za tym idzie służy finansowaniu zadań własnych gminy. Pozostała część tych dochodów odprowadzana jest do budżetu Państwa, co odzwierciedlają składane przez samorząd sprawozdania Rb-27 ZZ. Sprawozdanie Rb-28S jest z kolei sprawozdaniem z wykonania planu wydatków budżetowych jst. Przedstawia pełną szczegółowość poniesionych wydatków przez Gminę.

W tym miejscu podkreślić należy, że dochodami jednostek samorządu terytorialnego są dochody własne, subwencja ogólna oraz dotacje celowe. Dochody własne są to więc wszystkie inne dochody jednostki, niż subwencje i dotacje. Są one szczególną kategorią dochodów, stanowią bowiem podstawę

wyposażenia finansowego jednostek samorządu terytorialnego i służą finansowaniu tych zadań samorządu, które są kwalifikowane jako zadania własne. Katalog zadań własnych gminy zawiera art. 7 ustawy o samorządzie gminnym, natomiast wykonywanie zadań zleconych pozostaje poza tym zakresem. Uzyskiwanie zatem przez gminę dochodów w wyniku realizacji zadań zleconych, nie oznacza, że nałożony na nią został obowiązek przeznaczenia uzyskanego przysporzenia na pokrycie wydatków związanych z realizacją tych zadań. Wręcz przeciwnie, uzyskiwane w ten sposób środki stanowią dochód własny gmin, a zatem służą finansowaniu zadań własnych gminy, nie zaś zadań zleconych. Stanowisko to wspiera także art. 49 ust. 1 ustawy o dochodach jst, którego norma w sposób stanowczy określa źródło finansowania zadań zleconych z zakresu administracji rządowej, jako dotację celową w wysokości zapewniającej realizację tych zadań. Zadania zlecone z zakresu administracji rządowej są bowiem objęte dotacjami obligatoryjnymi gwarantowanymi możliwością dochodzenia na drodze sądowej, a ich wysokość gwarantowana jest zasadą adekwatności, o której była mowa wyżej.

Niezależnie od powyższego wskazać należy, że dochody, które przypadają na rachunek własny gminy z tytułu wykonywania zadań zleconych z zakresu administracji rządowej są bardzo niskie.

Wartość roszczeń, jakie formułowane są przez samorządy w związku z finansowaniem zadań zleconych ze środków własnych znajduje odzwierciedlenie w sprawozdawczości budżetowej. Koszty wynagrodzeń przypisane są w dziale 750, rozdziale 75011 i obejmują:

- 1) wynagrodzenia osobowe;
- 2) dodatkowe wynagrodzenia roczne;
- 3) składki na ubezpieczenia społeczne;
- 4) składki na Fundusz Pracy;
- 5) inne².

Dokumentacja wewnętrzna w zakresie sprawozdań finansowych poddawana jest w toku postępowania zasadniczo wyłącznie badaniu przez biegłego sądowego. Prawdłowo sądy uznają, iż badanie sprawozdań wymaga wiedzy specjalistycznej, której sąd może nie posiadać.

Wydatki rzeczowe

Koszty rzeczowe często są pomijane w aspekcie dowodzenia wysokości roszczenia obejmującego dochodzenie środków własnych wydatkowanych na realizację zadań zleconych. Wynika to z faktu, iż obecnie roszczenie objęte jest

² Klasyfikacja wydatków wg wydanego na podstawie art. 39 ust. 4 pkt 1 i ust. 5 ustawy o finansach publicznych Rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych.

10-letnim okresem przedawnienia a to oznacza, iż często sięgnąć należy do dokumentacji zarchiwizowanej lub też dokumentacja ta nie jest już przechowywana. Jednocześnie na przełomie lat objętych możliwym rozszerzeniem samorządy nie dokonywały odpowiedniej alokacji kosztów związanych z realizacją zadań zleconych. Wynika to z trudności, które wynikają z braku wypracowanych praktyk w alokowaniu tych kosztów. Z jednej strony często pracownicy samorządowi realizują w ramach jednego etatu zadania zarówno własne, jak i zlecone. Również podział kosztów wg zajmowanej powierzchni nie jest łatwy, gdyż często w jednym pokoju umiejscowieni są pracownicy realizujący obydwie kategorie zadań. Wydaje się, iż brak w tej materii wytycznych dotyczących prawa samorządu do alokowania minimalnego poziomu kosztów realizacji zadań publicznych poprzez ich wykazanie do dokumentach sprawozdawczych z jednoczesnym uprawnieniem do wykazania rzeczywistych kosztów przewyższających to minimum. Uwagę na problem zwracają również sami biegli sądowi, którzy często badając zasadność poniesienia kosztów osobowych, niejako na marginesie wskazują, iż samorząd nie wykazał dodatkowych kosztów rzeczowych, a które poniósł w związku z realizacją zadań zleconych.

Ciężar dowodzenia – zasady celowości i oszczędności przy wydatkowaniu środków publicznych

Praktyka postępowań sądowych, w których samorządy dochodzą zwrotu środków wydatkowanych na zadania zlecone ścierają się sprzeczne stanowiska w zakresie obowiązków dowodowych. Z jednej strony Skarb Państwa wskazuje, iż to jednostka samorządu ma wykazać, iż poniesienie kosztów było uzasadnione i konieczne, natomiast samorządy próbują przenieść ciężar dowodzenia na Skarb Państwa w taki sposób aby ten wykazał w toku procesu, iż poniesione koszty nie były celowe a nadto wydatkowane w sposób nieoszczędny. Spór ten zasadza się na konieczności rozstrzygnięcia, kto powinien sprostać wymogom art. 6 KC, który wskazuje, iż ciężar dowodzenia spoczywa na tym, kto z określonych faktów wyciąga skutki procesowe.

Samorządy, realizując ciężący na nim obowiązek wynikający z art 6. k.c., wykazują wysokość faktycznie poniesionych, uzasadnionych kosztów realizacji zadań zleconych w latach objętych pozwem, poprzez przedłożenie m. in. umów o pracę, zakresów obowiązków, regulaminów obowiązujące w jednostce powoda oraz faktur VAT. Złożeniu informacji o kosztach pracowniczych najczęściej towarzyszy tabelaryczne zestawienie kosztów a biorąc pod uwagę skomplikowany charakter sprawy, uzupełnieniem materiału jest zazwyczaj wnioski o poddanie sporu po ocenę biegłego.

Biorąc pod uwagę fakt, iż Skarb Państwa kwestionuje zasadność i celowość poniesienia przedmiotowych wydatków, a także poddaje w wątpliwość, aby wydatki były wydatkowane zgodnie z 254 pkt 3 u.f.p., tj. w sposób celowy,

oszczędny, z zachowaniem zasady uzyskiwania najlepszych efektów, to *onus probandi* spoczywa na nim, bowiem to samorząd wywodzi skutki prawne z powyższego faktu.

Nie bez znaczenia w tym kontekście jest również fakt, iż wszelkie dokonywane przez samorząd wydatki podlegają ścisłej kontroli między innymi przez Regionalną Izbę Obrachunkową oraz przez wojewodę.

Powyższe koresponduje bowiem z celem przepisów ustawy o finansach publicznych oraz ustawy o regionalnych izbach obrachunkowych. Zgodnie bowiem z treścią art. 254 pkt 3 ustawy o finansach publicznych „W toku wykonywania budżetu jednostki samorządu terytorialnego (...) dokonywanie wydatków następuje w granicach kwot określonych w planie finansowym, z uwzględnieniem prawidłowo dokonanych przeniesień i zgodnie z planowanym przeznaczeniem, w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasady uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów.” Zgodnie zaś z treścią art. 169 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy dotacje udzielone z budżetu państwa wykorzystane niezgodnie z przeznaczeniem podlegają zwrotowi. Dodatkowo, w zakresie realizacji zadań zleconych Regionalna Izba Obrachunkowa, zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy o regionalnych izbach obrachunkowych dokonuje kontroli gospodarki finansowej jednostek samorządu terytorialnego biorąc pod uwagę kryterium celowości, rzetelności i gospodarności. Tym samym jednostka samorządu terytorialnego już z samego założenia powinna dokonywać wydatków w sposób celowy, oszczędny i efektywny, a prawidłowość ponoszenia przez nią wydatków jest weryfikowana przez powołany do tego organ – Regionalną Izbę Obrachunkową, Wojewodów w stosownych trybach i postępowaniach.

Nie można również zgodzić, iż wojewoda nie ma żadnego wpływu na politykę gospodarczo – finansową poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego w zakresie realizacji zadań zleconych. Zgodnie bowiem z art. 6 ust. 4 pkt 3 i 4 ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o kontroli w administracji rządowej (Dz. U. z dnia 2011 roku, nr 185, poz. 1092) wojewoda kontroluje organy samorządu terytorialnego i podmioty, które otrzymały dotację z części budżetu państwa, której dysponentem jest wojewoda. Z uwagi więc na zacytowane uregulowania trudno zgodzić się z argumentacją, którą często podnosi Skarb Państwa o niezależności Gminy w zakresie polityki organizacyjno – finansowej, dotyczącej realizacji zadań zleconych.

Często w toku postępowania środkiem dowodowym jest oświadczenie w zakresie braku postawienia wobec samorządu zarzutu niegospodarności, braku celowości i oszczędności przy wydatkowaniu środków publicznych.

Wyżej przedstawione stanowisko w kontekście ciężaru dowodzenia ponownie koresponduje z linią orzecniczą Sądu Najwyższego. Warto przytoczyć fragment, w którym SN wskazuje, iż „Sąd Apelacyjny nie zakwestionował w zaskarżonym wyroku słuszności tej tezy, wynikającej z art. 6 k.c. Słusznie uznał natomiast, że powodowa Gmina wywiązała się z obciążającego ją materialnego

ciężaru dowodu w zakresie pozwalającym na uwzględnienie powództwa, przy braku skonkretyzowanych zarzutów strony pozwanej odnoszących się do wyników postępowania dowodowego świadczących o tym, że pomimo, iż powodowa Gmina gospodarowała środkami z dotacji w sposób celowy, oszczędny i gospodarny, dotacja ta nie wystarczyła na realizację zadań zleconych z zakresu administracji rządowej. Sposób wykorzystywania dotacji przez powódkę nie był nigdy kwestionowany przez stronę pozwaną. Gmina Ł. poddawana była co kwartał kontrolom ze strony Urzędu Wojewódzkiego, w trakcie których nigdy nie zarzucono, aby dotacja wydatkowana była sprzecznie z zasadami celowości, oszczędności i gospodarności. Wynagrodzenia dla pracowników wykonujących zadania zlecone nie odbiegały od wynagrodzeń innych pracowników Gminy i były ustalane zgodnie z obowiązującymi w tym względzie przepisami. Również opinia biegłego nie dostarczyła jakichkolwiek podstaw do zakwestionowania działania powódki zgodnie z zasadami wynikającymi z ustawy o finansach publicznych. Jeśli strona pozwana kwestionowała powyższe ustalenia i wyniki postępowania dowodowego, a w szczególności wydajność pracowników powódki, to - jak słusznie wskazał Sąd Apelacyjny - powinna zgłosić konkretne zarzuty i zgłosić dowody na podnoszone przez siebie okoliczności przeciwne. W tym zakresie (twierdzenia przeciwne do twierdzeń powódki) ciężar dowodu istotnie obciążał pozwanego. Należy mieć na uwadze, że niegospodarność, niecelowość, brak oszczędności są okolicznościami negatywnymi, cechami, które, gdyby zostały skutecznie zarzucone powódce, wykluczałyby prawo do uzyskania dodatkowych środków. Skoro z przedstawionego materiału dowodowego (wystarczającego do rozstrzygnięcia sprawy zgodnie z żądaniem pozwu) ani też z zachowania pozwanego w trakcie wydatkowania przez powódkę środków pochodzących z dotacji, takie negatywne cechy nie wynikały, to rolą pozwanego było skonkretyzowanie i udowodnienie właściwych zarzutów. Zarzuty takie ani dowody nie zostały przedstawione. (wyrok SN z dnia 3 lipca 2019 r., sygn. akt II CSK 310/18).

Podsumowanie

Podjęte przez autora badania mają charakter unikatowy. Z uwagi na ograniczony materiał empiryczny i trudności w dostępie do niego, badane zagadnienie niedopasowania wysokości przekazywanych środków z budżetu państwa do rzeczywistych kosztów zadań zleczonych samorządom nie jest przedmiotem szerokich badań naukowych. Stąd prowadzone przez autora badania, w tym proponowany artykuł, mają znamiona oryginalności i wypełniają lukę badawczą. W artykule podjęto próbę odpowiedzi na pytanie, jakie środki dowodowe są adekwatne i istotne dla wykazania rzeczywistych kosztów realizacji zadań zleconych w zakresie kosztów pracodawcy mając na uwadze, iż źródłem finansowania tych zadań powinna być dotacja celowa. Autor dokonuje oceny sposobu realizacji obowiązku ponoszenia kosztów realizacji zadań zleconych

poprzez kalkulację opłat za dokonanie czynności zleconej w oderwaniu od kosztów zatrudnienia, zarówno pod względem oceny prawnej, jak i uwzględniając faktyczny, ekonomiczny i zarządczy ciężar realizacji zadań zleconych.

Bibliografia

- Czarnecki K. (2020), xxxx, [w:] Ustawa o finansach publicznych. Komentarz, wyd. II, red. Z. Ofiarski, Warszawa 2020, art. 127.
- Czarny A. (2016), Założenia i realizacja samodzielności dochodowej wybranych jednostek samorządu terytorialnego, *Folia Pomeranae Universitatis Technologiae Stetinensis Oeconomica*, 329(84)3, 41–52.
- Franczak A. (2013), Prawne gwarancje samodzielności finansowej samorządu terytorialnego a zasada adekwatności dochodów do przydzielonych zadań oczekiwana strukturą i wysokością subwencji ogólnej, *Zeszyty Naukowe Instytutu Administracji AJD w Częstochowie*, 1(7), ss.157-171.
- Patyra, S. (2018), Samorząd terytorialny jako czynnik wzmacniający zasadę dobra wspólnego REPIS, Nr 1.
- Jagoda, J. (2014), Granice samodzielności finansowej jednostek samorządu terytorialnego, FK, nr 1-2, s. 12-20.
- NIK, 2017. Raport Najwyższej Izby Kontroli, znak: KBF.430.002.2017, nr ewid. 26/2017/P/16/009/KBF
- Rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych.
- Szołno-Koguc J. (2021), Samodzielność dochodowa jednostek samorządu terytorialnego – aspekty teoretyczne, *Studia BAS* 1(65), ss.9-20
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 12 kwietnia 2016 roku, sygn. akt I ACa 1827/15, raport NIK).
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 lutego 2015 r., V CSK 295/14
- Wyrok Sądu Okręgowego z Łodzi z dnia 15 marca 2017 r., II C 622/15.

EVIDENCES FOR BUDGET EXPENDITURES IN THE FINANCING OF DELEGATED TASKS OF LOCAL GOVERNMENTS

Summary: The purpose of the article is to analyze and evaluate the means of evidence aimed at proving the necessary costs of the local government's own costs incurred in the employment of employees performing fully or partially commissioned tasks. The article analyzes the permissible components of remuneration, their calculation in accordance with the regulations on the remuneration of local government employees, and the principles of proving both the very reasonableness of incurring these costs and their amount, including the way in which court experts evaluate the indicated evidence. The article reviews the literature on the subject and uses the case study method. The paper is based on the analysis of two cases based on the civil process and relating to the methodology of completing the evidence, the evaluation of the facts for which the evidence was collected, and the evaluation of this evidence both by court experts and ultimately by the court.

Keywords: local government employees, employment costs, evidence, labor law targeted subsidy.

Lista autorów

Bartłomiej Barczyński, Research & Innovation Manager 4 MEDICINE Rek Sp.k.

Wojciech Cieśliński, prof. AWF, dr hab., Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu.

Beata Detyna, prof. uczelni, dr hab., Akademia Nauk Stosowanych Angelusa Silesiusa.

Beata Drzazga, mgr, Prezes, Betamed S.A.

Aldona Frączkiewicz-Wronka, prof. dr hab., Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach.

Tomasz Holecki, dr hab. n. o zdr., prof. nadz. SUM, Zakład Ekonomiki i Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach.

Dorota Jegorow, dr, Katedra Ekonometrii i Statystyki, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II w Lublinie.

Paweł Kocoń, dr, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach.

Anna Kozak, mgr, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach.

Kamil Marczewski, mgr, Mediprintic sp. z o.o., Katedra i Zakład Medycyny Ratunkowej WNMK, Szkoła doktorska Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Igor Perechuda, dr, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie.

Tomasz Podleśny, mgr, Wydział Ekonomiczny, Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie.

Maria Węgrzyn, prof. UE dr hab., Katedra Finansów, Wydział Ekonomii i Finansów, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu.

