

# WZORCOWE PRAKTYKI KONTRAKTOWANIA I MONITOROWANIA USŁUG SPOŁECZNYCH NA RZECZ OSÓB STARSZYCH

Angelika Wodecka-Hyjek

Stanisław Mazur

Kraków 2013



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Autorzy:

*dr hab. Stanisław Mazur*

*dr Angelika Wodecka-Hyjek*

Konsultacja:

*dr hab. Marek Ćwiklicki*

Opracowanie przygotowano w ramach projektu „PI NAWIKUS – innowacyjna metoda monitoringu kontraktowanych usług społecznych”, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (nr umowy UDA-POKL.05.04.02-00-E05/11-00).

Wydawca:

Fundacja Gospodarki i Administracji Publicznej

ul. Rakowicka 10B/10, 31-511 Kraków

[www.fundacja.e-gap.pl](http://www.fundacja.e-gap.pl)

## Spis treści

<b>WPROWADZENIE .....</b>	<b>6</b>
<b>CZĘŚĆ PIERWSZA – UJĘCIE KONTEKSTOWE</b>	
I. Rozwiązania i specyfika Niemiec.....	9
1. Zarys ogólny struktury i zadań samorządu terytorialnego.....	9
2. Geneza i rozwój kontraktowania usług społecznych w Niemczech .....	11
3. Praktyka organizacji samopomocowych w Niemczech.....	13
4. Bibliografia .....	17
II. Rozwiązania i specyfika Szwecji .....	18
1. Zarys ogólny struktury i zadań samorządu terytorialnego.....	18
2. Geneza i rozwój kontraktowania usług społecznych w Szwecji.....	20
3. System Edel-Reform [Ädelreform].....	21
4. Bibliografia .....	26
III. Rozwiązania i specyfika Wielkiej Brytanii .....	28
1. Zarys ogólny struktury i zadań samorządu terytorialnego.....	28
2. Geneza i rozwój kontraktowania usług społecznych w Wielkiej Brytanii .....	29
3. System Best Value .....	31
4. Bibliografia .....	35
IV. Rozwiązania i specyfika Polska	38
1. Wstęp.....	38
2. Geneza i rozwój kontraktowania usług publicznych (w tym społecznych) w Polsce	40
3. Outsourcing usług publicznych w Polsce .....	41
4. Współpraca z organizacjami pozarządowymi.....	43
5. Partnerstwo publiczno-prywatne.....	44
6. Partnerstwo publiczno-publiczne .....	46
7. Bibliografia .....	47

## CZĘŚĆ DRUGA – UJĘCIE ANALITYCZNE

I. Badanie ograniczeń dostępu do środowiskowych form opieki nad seniorami mieszkającymi w gospodarstwach domowych .....	50
1. Przyczyny stosowania praktyki.....	50
2. Sekwencja rozwoju praktyki .....	50
3. Charakterystyka kontekstu prawno-instytucjonalnego stosowanej praktyki .....	51
4. Zasoby niezbędne do wdrożenia praktyki.....	51
5. Identyfikacja atutów i ograniczeń praktyki.....	52
6. Ewaluacja praktyki (korzyści – koszty) .....	52
7. Ogólne zalecenia przy replikacji.....	53
8. Kryteria doboru praktyk.....	53
9. Jak zastosować praktykę w polskich warunkach? .....	54
10. Bibliografia: .....	56
II. Dostęp do serwisu internetowego dla osób starszych .....	57
1. Przyczyny stosowania praktyki.....	57
2. Sekwencja rozwoju praktyki .....	58
3. Charakterystyka kontekstu prawno-instytucjonalnego stosowanej praktyki .....	58
4. Zasoby niezbędne do wdrożenia praktyki.....	59
5. Identyfikacja atutów i ograniczeń praktyki.....	59
6. Ewaluacja stosowanej praktyki (korzyści – koszty) .....	60
7. Ogólne zalecenia przy replikacji.....	61
8. Kryteria doboru praktyki.....	61
9. Jak zastosować praktykę w polskich warunkach? .....	62
10. Bibliografia: .....	65
III. Świadczenie opieki w domu na przykładzie Holandii .....	66
1. Przyczyny stosowania praktyki.....	66
2. Sekwencja rozwoju praktyki .....	66
3. Charakterystyka kontekstu prawno-instytucjonalnego stosowanej praktyki .....	67
4. Zasoby niezbędne do wdrożenia praktyki.....	67
5. Identyfikacja atutów i ograniczeń praktyki.....	68
6. Ewaluacja praktyki (korzyści – koszty) .....	68
7. Ogólne zalecenia przy replikacji.....	69
8. Kryteria doboru praktyki.....	69

9. Jak zastosować praktykę w polskich warunkach? .....	70
Aneks 2: Buurtzorg Nederland.....	71
Aneks 3: Humanitas Rotterdam .....	72
Aneks 4: Herbergier .....	72
10. Bibliografia: .....	73
IV. W stronę benchmarkingu w opiece stacjonarnej dla starszych osób .....	74
1. Przyczyny stosowania praktyki.....	74
2. Sekwencja rozwoju praktyki .....	74
3. Charakterystyka kontekstu prawno-instytucjonalnego stosowanej praktyki .....	75
4. Zasoby niezbędne do wdrożenia praktyki.....	76
5. Identyfikacja atutów i ograniczeń praktyki.....	76
6. Ewaluacja stosowanej praktyki (korzyści – koszty) .....	77
7. Ogólne zalecenia przy replikacji.....	77
8. Kryteria doboru praktyki.....	78
9. Bibliografia: .....	79
Aneks 1. Wskaźniki .....	79

# WPROWADZENIE

Prezentowane opracowanie stanowi rezultat analiz literaturowych, jak również rozwiązań praktycznych w zakresie kontraktowania usług na rzecz osób starszych. Problematyka starzenia się społeczeństwa jest procesem artykułowanym w wielu krajach świata, niezależnie od stopnia zaawansowania gospodarczego. Jednocześnie, począwszy od końca lat 70. XX wieku w rezultacie krytyki i kryzysu państwa opiekuńczego (ang. *welfare state*), w Europie Zachodniej, jak również od niedawna w Polsce, specjaliści z zakresu polityki społecznej poszukują modelu, który byłby wzorcowym rozwiązaniem wielu dotkliwych kwestii społecznych. W tym względzie zagraniczna literatura akcentuje próby reformowania samej polityki społecznej jako jednej z wielu instrumentów polityki państwa, podejmując próbę konceptualizacji całościowego systemu dostarczania usług, odpowiadających na różnorodne potrzeby obywateli. W tym względzie autorzy anglosascy popularyzują podejście *welfare pluralism/welfare mix* (podejście wielosektorowe i mieszane w polityce społecznej), podkreślając, iż nie tylko państwo czy sektor publiczny przyczynia się do dobrobytu społecznego, ale także sektor organizacji pozarządowych, sektor prywatny jak również sektor nieformalny reprezentowany przez np. rodzinę, grupy sąsiedzkie, czy przyjacielskie [Grewiński 2007]. Niniejszy raport, w odpowiedzi na zaakcentowane problemy, charakteryzuje kontekst kontraktowania usług społecznych w krajach Europy Zachodniej jak również stanowi specyfikację wybranych rozwiązań praktycznych zorientowanych na rozwój i doskonalenie poziomu usług społecznych świadczonych na rzecz osób starszych.

Kontekst doboru praktyk stanowił cel projektu NAWIKUS, zdefiniowany jako zwiększenie poziomu i wzrost efektywności kontraktowania organizacjom pozarządowym usług społecznych w ramach opieki nad osobami starszymi.

Przywoływane dobre praktyki powinny mieć charakter dwojakiego rodzaju. Z jednej strony powinny one przedstawiać ogólny kontekst kontraktowania usług społecznych w krajach postrzeganych w tym względzie jako wzorcowe. Za takowe uznano Niemcy, Szwecję i Wielką Brytanię. Ponadto przywołane zostały podstawowe reguły i mechanizmy kontraktowania usług społecznych w Polsce. Z drugiej zaś strony zaprezentowane zostały analityczne opisy dobrych praktyk, których rozwiązania można replikować do polskiego porządku prawnego i organizacyjnego.

Podstawą dla doboru praktyk był przyjęty w opracowaniu zestaw kryteriów, do których zaliczono między innymi:

- dobre rezultaty - zidentyfikowane w badaniach jakościowych, wyrażone uznaniem klientów lub potwierdzone przez wyniki badań naukowych,
- praktyczną użyteczność służącą podnoszeniu jakości życia,
- rejestrację – efekt innowacji został zmierzony lub jest monitorowany przez co daje się porównywać i można wskazywać zachodzące zmiany,
- uczestnictwo klientów we wzajemnym świadczeniu usług – element aktywizującej samopomocy,
- pilotaż zakończony powodzeniem,
- metoda wypracowana w ramach praktyki może być wdrożona w innych organizacjach, projekt został opisany i może być wzorem dla innych organizacji,
- innowacje – w ramach praktyki wypracowano innowacyjne rozwiązania cechujące się wysokim poziomem użyteczności.

Raport składa się z dwóch części. W pierwszej ujęto kontekstową charakterystykę ogólnych aspektów funkcjonowania systemu realizacji usług publicznych przez jednostki samorządu terytorialnego w analizowanych krajach europejskich ze szczególnym uwypukleniem kontekstu ewolucji w zakresie ich kontraktowania oraz zorientowaniem na rozwiązania dotyczące usług społecznych dla osób starszych. W tym względzie, jako rozwiązania ogólne korespondujące z podejściem wielosektorowym świadczenia usług w Niemczech zaprezentowano praktykę funkcjonowania ruchów samopomocowych, w Wielkiej Brytanii za rozwiązanie wzorcowe uznano Best Value, natomiast w Szwecji zaprezentowano system Ädelreform. Wskazane rozwiązania wzorcowe zaprezentowano w aspekcie ich wykorzystania, jako narzędzia umożliwiające wypracowanie praktycznych instrumentów dla reorganizacji opieki dla osób starszych.

Drugą część raportu stanowi prezentacja analitycznych opisów dobrych praktyk, których postulaty i rozwiązania można aplikować w warunkach polskich. W tym względzie, w kontekście replikacyjnym na uznanie zasługuje "Projekt poprawy dostępu do usług opiekuńczych dla osób starszych żyjących w gospodarstwie domowym" (*Improving Access to Community-Based Services For Older People Living at Home*), sfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach programu PROGRESS, służącemu poszukiwaniu sposobów na likwidację barier dla starszych osób w zakresie dostępu do usług publicznych. W opisywanym projekcie, na przykładzie usługi poradnictwa, przetestowano w dwóch rejonach każdego z trzech krajów uczestniczących (tj. w Austrii, Polsce i na Litwie) różne strategie dostępu osób

starszych i ich rodzin do usług opiekuńczych. Kolejną praktyką o charakterze wzorcowym jest projekt zainicjowany w Wielkiej Brytanii, polegający na utworzeniu serwisu „Find Me Good Care”, <http://www.findmegoodcare.co.uk/>, którego celem jest zapobieganie wykluczeniu i podtrzymywaniu aktywności i relacji społecznych w konsekwencji braku niezbędnej opieki ze strony rodziny czy znajomych. Następnym rozwiązaniem szczegółowo opisanym w raporcie jest praktyka świadczenia opieki w domu na przykładzie Holandii. W tym względzie za szczególnie istotne uznano zaprezentowanie struktury i szczegółowych wskaźników pomiarów działania każdej organizacji opiekuńczej, działającej w Holandii na podstawie dostępnej w Internecie tzw. „Karty Jakości”, opisującej opinie użytkowników o usługach dla nich świadczonych. Należy zaznaczyć, iż „Karty Jakości” dają potencjalnym klientom ogólny pogląd o działalności wszystkich holenderskich organizacji opiekuńczych. Jako ostatnią praktykę zaprezentowano projekt partnerski krajów europejskich takich jak: Niemcy, Holandia i Wielka Brytania, którego celem była konceptualizacja badań i doświadczeń krajów partnerskich w zakresie pomiarów jakości życia i jakości opieki mieszkańców domów opieki i ich pracowników oraz osób bliskich seniorom zamieszkującym w domach opieki. Wybrane wskaźniki zostały poddane walidacji w czasie tzw. warsztatu walidacyjnego z menedżerami i personelem domów dla osób starszych oraz z 34 praktykami, reprezentującymi 25 domów opieki w Austrii, Niemczech i Luksemburgu.

Niniejszy raport opracowany został w konsekwencji realizacji pierwszego zadania w ramach projektu NAWIKUS (Innowacyjna metoda monitoringu kontraktowanych usług społecznych), którego przedmiotem jest kontraktowanie organizacjom pozarządowym przez jednostki samorządu terytorialnego usług społecznych w ramach opieki nad osobami starszymi. Głównym celem projektu jest zwiększenie poziomu i wzrost efektywności kontraktowania powyższych usług. Zadania realizowane w projekcie przyczynią się do wypracowania metody umożliwiającej kompleksowe monitorowanie efektywności ekonomicznej i społecznej oraz jakości zakontraktowanej usługi. Metoda ta zostanie przygotowana na podstawie badań, a następnie będzie udoskonalona zgodnie z wnioskami wynikającymi z zaplanowanej w ramach projektu fazy testowania. Projekt realizowany jest w ramach POKL (Priorytet V, Poddziałanie 5.4.2 Rozwój dialogu obywatelskiego) przez Fundację Gospodarki i Administracji Publicznej przy współdziałaniu partnerskim Gminy Miasta Kraków.



# CZEŚĆ PIERWSZA – UJĘCIE KONTEKSTOWE

## I. Rozwiązania i specyfika Niemiec

### 1. Zarys ogólny struktury i zadań samorządu terytorialnego

Państwo niemieckie od początku swojego istnienia stanowiło federację, z której nigdy w przeciwieństwie do narodów sąsiadujących nie udało się stworzyć scentralizowanego narodowego państwa. Administracja niemiecka kształtowała się od wieku XVIII w ramach poszczególnych państw, z których największe znaczenie już wówczas osiągnęły Prusy i Austria. Poszczególne rozwiązania były zróżnicowane, ale mimo to można było odnaleźć pewne cechy wspólne dla prawie wszystkich krajów niemieckich. Cechy te przetrwały podział Niemiec jak i ich późniejsze zjednoczenie w wieku XX.

Reformy niemieckie XVIII i pierwszej połowy XIX w. polegały w szczególności na zorganizowaniu racjonalnego systemu administracji centralnej i terytorialnej, na ukształtowaniu stałego, zawodowego korpusu urzędników państwowych oraz na stopniowym wprowadzaniu samorządu terytorialnego. Odnośnie do administracji terytorialnej tradycją niemiecką było liczenie się z historycznymi podziałami, nawiązującymi do dawnej odrębności państwowej poszczególnych jednostek. Współcześnie tradycja ta doprowadziła do przyjęcia rozwiązań federalistycznych. Podział „krajów” niemieckich na gminy i powiaty okazał się, co do zasady, trwały i funkcjonuje do dnia dzisiejszego [*Administracja państwowa i samorząd terytorialny w wybranych krajach 1996, s. 181*].

Zasadniczy kształt systemu niemieckich organów administracji publicznej określony został w konstytucji zwanej Ustawą Zasadniczą, której postanowienia wyrażają zasadę federalizmu i dotyczą całego narodu niemieckiego zjednoczonego ponownie 3 października 1990 r. Według postanowień konstytucji niemieckiej status państwa ma nie tylko federacja, ale mają go wszystkie z 16 landów. W niektórych dziedzinach sprawują one władzę samodzielnie, wykorzystując do tego własne ustawodawstwo, organa wykonawcze i sądowe. Zgodnie z podziałem zadań państwowych i kompetencji na federację i kraje związkowe gros obowiązków w zakresie ustawodawstwa przypada na federację, podczas gdy landy odpowiedzialne są przede wszystkim za administrację.

Władzę wykonawczą w państwie sprawuje rząd federalny, kanclerz federalny oraz prezydent federalny. Orzecznictwo sądowe na poziomie konstytucyjnym leży w gestii Federalnego Trybunału Konstytucyjnego.

Organami ustawodawczymi są Bundestag i Bundesrat. Posłowie do niemieckiego Bundestagu wybierani są w powszechnych, bezpośrednich, wolnych i równych wyborach. Bundesrat jest organem przedstawicielskim 16 landów (krajów związkowych), współuczestniczy w procesie ustawodawczym i w administrowaniu federacji. Struktura administracyjna państwa składa się z czterech poziomów [Dolnicki 1999, s. 200]:

- federacji,
- krajów federalnych,
- powiatów i miast wyłączonych z powiatów,
- gmin i mniejszych związków gmin.

Szczegółowe rozwiązania na poziomie powiatów i gmin są zróżnicowane w poszczególnych krajach federalnych. Konstytucje i ordynacje gminne poszczególnych krajów federalnych przyznają gminom osobowość prawną tak, aby mogły wykonywać swoje zadania na własny rachunek i odpowiedzialność.

Gmina opiera autonomię terytorialną, administracyjną i organizacyjną na [Korczak 1999, s. 274]:

- swobodzie organizacji gminy zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- prawie stanowienia przepisów prawa miejscowego, zwłaszcza: budżetu,
- podatków lokalnych, cmentarnictwa, ochrony przeciwpożarowej;
- autonomii w zakresie stosunków pracy z urzędnikami samorządowymi;
- własnych źródeł finansowania działalności;
- swobodzie w planowaniu przestrzennym.

Zadania gmin wynikają z odpowiednich ustaw krajów związkowych, a zakres i podział zadań wynika z historycznych uwarunkowań obecnego kształtu samorządu terytorialnego, czyli z dualistycznego modelu administracji lokalnej. Zadania gmin można podzielić na [ibidem, s. 287]:

- zleczone przez państwo i własne;
- obowiązkowe lub dobrowolne.

Do zadań własnych o charakterze obowiązkowym samorządu należą: opieka socjalna, opieka nad młodzieżą, szkolnictwo podstawowe, budowa i utrzymanie dróg, wodociągi i kanalizacja, ochrona przeciwpożarowa i cmentarnictwo. Natomiast zadania własne o charakterze dobrowolnym to: utrzymanie domów spokojnej starości, domów dziecka, szpitali, bibliotek, innych obiektów użyteczności publicznej, oraz zagospodarowanie i utrzymanie terenów sportowych i rekreacyjnych. Do zadań powierzonych przez administrację państwową

należą: sprawy meldunkowe, paszportowe, akta stanu cywilnego, obrona cywilna, nadzór nad opieką zdrowotną, nadzór budowlany i inspekcja przemysłowa.

Wszystkie te zadania bardzo często wykonywane są przez gminy, ale zdarza się, że część z nich realizowana jest przez organy szczebla wyższego lub poprzez organy związku gmin.

Podstawowym źródłem finansowania dochodów gminy są środki finansowe pochodzące z podatków i opłat lokalnych, gmina posiada też pełną swobodę w gospodarowaniu nimi. Państwo niemieckie ma zapisany w konstytucji charakter socjalny, czyli dążenie do wyrównywania poziomu życia wszystkich obywateli. Zgodnie z prawem, wszystkie gminy mają swój udział w podatkach pobieranych na ich terenie, ale aby uniknąć zbyt dużego zróżnicowania dochodów stosuje się system wyrównawczy. Dodatkowym źródłem finansowania gmin są subwencje celowe państwa na inwestycje gminne szczególnych rodzajów. Gminy są samowystarczalne finansowo tylko w teorii, gdyż nowe zadania gmin zwiększają ich wydatki, a źródła finansowania pozostają bez zmian. Prowadzi to do zadłużania się gmin i wzrostu presji na reformę systemu podatków lokalnych [ibidem s. 289-290].

## **2. Geneza i rozwój kontraktowania usług społecznych w Niemczech**

Podobnie jak w innych krajach europejskich problematyka doskonalenia poziomu świadczenia usług publicznych jest w Niemczech niezmiernie aktualnym tematem.

Do końca lat 80. XX w. tradycyjny model dostarczania usług socjalnych wydawał się odporny na koncepcję New Public Management (NPM). Jednakże jeszcze przed 1990 r. niemiecki samorząd lokalny przyjął własny wariant nowego zarządzania publicznego - *New Steering Management* – sterowane zarządzanie publiczne. Cechą specyficzną niemieckiej odmiany nowego zarządzania publicznego jest zorientowanie na modernizację wewnętrznej struktury administracyjnej (zmiany w strukturze organizacyjnej, zarządzanie finansowe i mechanizmy kontroli wewnętrznej) z jednoczesną marginalizacją potrzeb obywatela jako konsumenta usług publicznych. Podstawą decyzji o kontraktowaniu usług publicznych jest kalkulacja ekonomiczna. Inicjatorem wyłonienia się nowego trendu w administracji publicznej w Niemczech była realna trudność w centralnym zarządzaniu jednostkami lokalnymi, jak również narastające restrykcje budżetowe zaakcentowane przez lokalnych decydentów, którzy to pod koniec lat 80. XX stulecia powołali stowarzyszenie *Kommunale Gemeinschaftsstelle (KGSt)*, którego celem stało się podjęcie działań reformatorskich zainspirowanych założeniami koncepcji New Public Management. W 1991 r. KGSt

opublikowało po raz pierwszy rekomendację dotyczącą nowej doktryny modernizacji samorządu lokalnego zatytułowaną „*Neues Steuerungsmodell*”. W języku angielskim powszechnie zaczęto posługiwać się nazwą *New Steering Model* [Reichard 2003, s. 349]. Podwaliną praktyczną opracowanej doktryny stały się doświadczenia holenderskiego miasta Tilburg, które to na początku lat 80. XX stulecia wdrożyło szereg reform wywodzących się z koncepcji zarządzania prywatnymi korporacjami (w literaturze przedmiotu wspomina się również o „Modelu Tilburga” [Schedler, Propeller 2003; Reichard 2003]). KGSt w założeniach koncepcji *New Steering Model* wyartykułowało następujące kwestie:

- podejście produktowe (wskazując, że wszystkie rezultaty/wyniki samorządów, jak również świadczone usługi publiczne mają znamiona produktu),
- zintegrowanie odpowiedzialności za świadczone usługi publiczne i zasoby otrzymane na ich realizację w sposób zdecentralizowany (jednostki semi-autonomiczne i centra odpowiedzialności, odpowiedzialność za wyniki),
- wynikowe zorientowanie budżetu - szczegółowe i regularne monitorowanie procesu wdrażania (controlling),
- elastyczne struktury organizacyjne i praktyki budżetowania,
- porównywalność i transparentność oparta na wskaźnikach działania.

W realizacji zadań jednostek terytorialnych dopuszcza się również wykorzystanie usługodawców zewnętrznych, jednakże decyzja o outsourcingu musi zostać poparta analizą potwierdzającą większą efektywność dostawcy zewnętrznego np. poprzez benchmarking. Z biegiem czasu model ten adoptowano do aktualnych uwarunkowań prawnych, politycznych i kulturowych Niemiec, jak również zaakcentowano kontekst zorientowania na potrzeby klienta poprzez: narzędzia doskonalenia jakości (badania społeczne opinii klientów), wykorzystanie systemów doskonalenia kompetencji kadry urzędniczej, wprowadzenie partnerstwa publiczno-prywatnego, prywatnych dostawców usług jak również wdrażania nowoczesnych technologii informatycznych [Reichard 2003].

Zdaniem H. Wollmanna [2004] głównym powodem tego początkowego dystansu i braku otwartości był prawdopodobnie fakt, iż kluczowe koncepcje NPM, takie jak outsourcing i urynkowanie dostarczania usług socjalnych, już od dłuższego czasu realizowano w praktyce niemieckich gmin w związku z rolą, jaką w ich zapewnianiu tradycyjnie odgrywały w przeszłości organizacje niepubliczne i non-profit. Podstawą ich funkcjonowania w dostarczaniu usług społecznych w Niemczech jest zapisana w *Ustawie Zasadniczej* zasada pomocniczości, która w niemieckim systemie prawnym gwarantuje pierwszeństwo organizacji pozarządowych przed administracją publiczną w świadczeniu

usług społecznych, przy równoczesnym nałożeniu na stronę publiczną ogólnego obowiązku finansowego wspierania organizacji w wykonywaniu tych zadań. Stosowanie zasady subsydiarności ma zasadnicze znaczenie nie tylko dla rozwoju trzeciego sektora i gospodarki społecznej. Owocuje ono w praktyce również możliwością wyboru przez obywateli takiego modelu świadczenia usług społecznych jaki związany jest z ich systemem wartości (np. możliwość wyboru między placówką katolicką, ewangelicką i neutralną światopoglądowo). Poza klasycznymi obszarami socjalnymi (jak praca z niepełnosprawnymi, praca z seniorami, pomoc dla dzieci i młodzieży, pomoc dla rodzin, praca z uzależnionymi, pomoc osobom bezdomnym, profilaktyka i łagodzenie skutków wykluczenia społecznego), organizacje trzeciego sektora obejmują swoją działalnością również wychowanie przedszkolne, szkolnictwo społeczne, kształcenie i doksztalcanie dzieci, młodzieży i dorosłych, przedsięwzięcia społeczno-kulturalne, pracę z emigrantami, a także prowadzenie stacjonarnych placówek służby zdrowia [Balon 2012, s. 6].

Współcześnie jednak toczy się dyskurs dotyczący „europejskich” aspektów rozwoju niemieckiej gospodarki socjalnej, w którym na pierwszy plan wysuwają się dwa wątki: kwestia całkowitego lub częściowego wyłączenia usług społecznych spod działania europejskiego prawa dotyczącego swobody konkurencji (a zatem kwestia utrzymania pozycji służebnych organizacji pozarządowych jako zarazem wykonawcy usług i odbiorcy dotacji/beneficjenta ulg podatkowych) oraz kwestia „importu usług społecznych” z innych krajów Unii Europejskiej, zwłaszcza z nowych państw członkowskich UE [ibidem, s. 17]. Bezpośrednią przyczyną dyskusji stało się ujawnienie w latach 90. XX wieku oligopolistycznych cech stosowanego systemu. Uznano wówczas za konieczne wprowadzenie strategii zwiększania konkurencyjności i różnorodności w dostarczaniu usług przez innych, również prywatnych dostawców [Wollmann 2004, s. 654].

### **3. Praktyka organizacji samopomocowych w Niemczech**

W odniesieniu do problematyki realizacji usług społecznych, których beneficjentami są również osoby starsze, za wzorcowe rozwiązanie można przyjąć rozpowszechniony w Niemczech szeroki kontekst działań wspierania tej grupy odbiorców określanych, jako pomoc dla samopomocy (*Hilfe zur Selbsthilfe*).

Inicjatywy samopomocy, czyli wzajemna pomoc, obecne są w życiu społeczności ludzkich od zawsze. Współcześnie pojęcie samopomocy, używane w pracy socjalnej i praktyce służb pomocy społecznej, jak również w organizacjach pozarządowych występuje w

dwóch znaczeniach. Pierwsze znaczenie używane jest głównie w odniesieniu do terapii uzależnień i pracy socjalnej, gdzie dotyczy zachowań służących [Szmagański 2003, s. 8]:

- wzajemnemu udzielaniu informacji, jak można radzić sobie z określonymi trudnościami,
- wywoływaniu u partnerów poczucia, że nie są osamotnieni w swych trudnościach i mogą liczyć na wzajemne wsparcie,
- wzajemnemu wspieraniu się materialnemu, jeżeli zachodzi taka konieczność.

Drugie znaczenie samopomocy odnosi się do wszelkiej działalności ludzi, która zastępuje lub uzupełnia działania organów władzy i powoływanych przez władze instytucji mających zaspokoić potrzeby społeczne. Taka formuła samopomocy ukierunkowana jest na działania, których celem jest dobro wspólne. W tym rozumieniu samopomoc jest przeciwstawieniem bezsilności wobec losu, sił przyrody oraz autorytarnej władzy. Samopomoc również kojarzona jest z działalnością organizacji pozarządowych.

Współczesny kształt ruchu samopomocowego w Niemczech powstał w rezultacie rozwoju społeczno-politycznego państwa zainicjowanego w latach 70. XX wieku. Przyczyną odrodzenia tej inicjatywy było zanegowanie profesjonalnej kurateli i opieki. Aktualne zadania ruchów samopomocowych wspierane są przez szereg instytucji nazywanych punktami kontaktowymi grup samopomocowych. Przyczyną powstania punktów kontaktowych grup samopomocowych było przeświadczenie, że większość z nich nie jest w stanie powstać sama, niezależnie od tego, czy chodzi o członków, założycieli grupy, czy o wspieranie jej normalnej działalności.

Punkty kontaktowe grup samopomocowych rozwijały się z biegiem lat jako niewielkie instytucje, które pracowały nad konkretnymi problemami i kierowały swoją ofertą do tych, którzy poszukiwali rad i pomocy. Podejmowały się zadań, które nigdzie indziej w ten sposób nie były realizowane.

Na przestrzeni ostatnich lat sieć społecznych punktów kontaktowych znacznie się zagęściła i to zarówno w starych, jak i w nowych landach. W maju 1996 roku funkcjonowało 270 instytucji, które działały przy NAKOS (Krajowym Punkcie Informacji i Kontaktu ds. Tworzenia i Wsparcia Grup Samopomocowych) w Berlinie, jako lokalne instytucje wspierające ruch samopomocowy. Nie wszystkie z nich są punktami kontaktowymi w wąskim znaczeniu, działającymi jako samodzielne instytucje, zapewniając pomoc personalną, lokalową czy wyposażeniową. Niektóre z tych punktów są stowarzyszone z organizacjami zawodowymi czy różnymi innymi instytucjami, np. przy urzędach związanych ze służbą zdrowia, ośrodkach pomocy społecznej, szpitalach, itp. W poszczególnych przypadkach różnią się zakresem wsparcia i kręgiem adresatów, ale wszystkie zajmują się informowaniem

o nowych grupach samopomocowych w regionie i pośredniczeniem w nawiązywaniu wzajemnych kontaktów.

W celu rozwinięcia ruchu samopomocowego również w nowych landach niemieckich w 1991 roku nowo powstałe Ministerstwo ds. Rodziny i Seniorów przyjęło pięcioletni program modelowy „Zapewnienie społecznej samopomocy w nowych landach”, w ramach którego w 17 miejscach umożliwiono utworzenie punktów kontaktowych, które miały towarzyszyć przy zakładaniu i rozwoju grup samopomocowych. Rozwój grup samopomocowych w coraz większej liczbie landów często wspierany jest przez same jednostki administracyjne (w reformie służby zdrowia z 1989 r. regulującej kwestie ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego określono zasady prewencji i opieki zdrowotnej, a jednym z ich obszarów była działalność grup samopomocowych) [Balke 2003, s. 57-59].

Praktyczna implikacja zasadności funkcjonowania punktów kontaktowych samopomocy uzasadniona jest tym, iż punkty te są „przekrojowymi organizacjami” mającymi na celu rozpowszechnianie i wspieranie w szerokim znaczeniu idei samopomocy. Każdy obywatel potrzebujący wsparcia lub pomocy może zwrócić się do takiego punktu, z każdym pytaniem dotyczącym działania konkretnej grupy samopomocowej.

Oferta punktów kontaktowych grup samopomocowych dotyczy następujących kwestii [ibidem, s. 59]:

- informowania i wyjaśniania idei samopomocy,
- nawiązywania kontaktu z grupami samopomocowymi,
- wspierania i tworzenie grup samopomocowych oraz organizowania ich działalności,
- doradzania co do sposobu pracy grupy,
- koordynowania wymiany informacji i współpracy pomiędzy grupami i tworzenia sieci,
- informowania o możliwości finansowego zasilania,
- udzielaniem rad profesjonalnym instytucjom pomocowym działającym w mieście lub regionie,
- wspierania upubliczniania działań grup samopomocowych,
- sprawowania funkcji pośrednika pomiędzy grupami samopomocowymi a profesjonalnym systemem zabezpieczeń, specjalistami, dziennikarzami i partnerami w zrzeczeniach i administracji.

Zakres działalności tworzonych grup samopomocowych dla zabezpieczenia potrzeb osób starszych jest bardzo szeroki. Z reguły obejmuje on takie dziedziny jak [Dziubińska-Michalewicz 1997]:

- pomoc w sprawowaniu opieki nad osobami obłożnie chorymi,

- odwiedzanie i pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego osób nie mogących opuszczać mieszkania,
- wymianę doświadczeń i wzajemną pomoc osób dotkniętych podobną chorobą lub przechodzących rehabilitację,
- zagospodarowanie wolnego czasu i organizowanie kół zainteresowań.

Do realizacji zadań z zakresu pomocy społecznej zobowiązane są powiaty, miasta wydzielone oraz kraje związkowe (landy), które z kolei przekazują część swoich uprawnień gminom. Do zadań krajów związkowych należy głównie formułowanie długookresowych celów polityki wobec osób starszych, organizowanie szkoleń dla pracowników służb społecznych i administracji komunalnej oraz systemu wymiany doświadczeń między gminami. Z kolei związki gmin i powiaty sprawują zarząd nad niektórymi domami dla osób starszych oraz koordynują działalność pomocy środowiskowej. Najliczniejszą grupę podmiotów oferujących pomoc dla starszej generacji stanowią organizacje pozarządowe, z których do najważniejszych należą:

- Organizacja Dobroczynna na rzecz Robotników "*Arbeiterwohlfahrt*",
- Organizacja Charytatywna Kościoła ewangelickiego "*Das Diakonische Werk*",
- Niemieckie Towarzystwo Caritas "*Deutscher Caritasverband*",
- Niemieckie Parytetowe Towarzystwo Charytatywne "*Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband*",
- Niemiecki Czerwony Krzyż "*Deutsches Rotes Kreuz*".

Wskazane organizacje zazwyczaj posiadają sieć lokalnych przedstawicielstw, zajmujących się udzielaniem pomocy w skali gminy lub parafii. Przedstawicielstwa te posiadają znaczną samodzielność w zakresie wyboru metod działania, co przy dobrej współpracy z lokalną administracją umożliwia ściśle dostosowanie oferowanych świadczeń do rzeczywistych potrzeb danej społeczności. We wszystkich instytucjach działających na rzecz osób starszych znajdują się z reguły reprezentanci tej społeczności. Na szczeblu gminy lub miasta, a także dzielnic i osiedli, rolę taką spełnia Rada Seniorów (*Seniorenbeirat*). Jest to ustawowy organ doradczy opiniujący wszelkie decyzje dotyczące starszego pokolenia, szczególnie w zakresie działalności instytucji pomocy, ale także wpływających na warunki bytu osób starszych, np. zniżek w podatkach lokalnych z tytułu wieku, zakresu oferty kulturalno-rekreacyjnej, przebiegu linii komunikacyjnych. Podobną rolę pełnią „Komisje do spraw starszej ludności” funkcjonujące w organizacjach partii politycznych, które są reprezentowane w radach miast lub gmin. Istnieje również partia ("*Graue Panther*") broniąca interesów osób starszych jako pełnowartościowych członków społeczeństwa.



#### 4. Bibliografia

1. *Administracja państwowa i samorząd terytorialny w wybranych krajach*, red. L. Wojtasiewicz, „Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej w Poznaniu”, Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 1996, nr 84,
2. Dolnicki B., *Samorząd terytorialny, zagadnienia ustrojowe*, Zakamycze, Kraków 1999,
3. Korczak J., *W Niemczech*, [w:] J. Jeżewski (red.), *Samorząd terytorialny i administracja w wybranych krajach*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1999,
4. Reichard Ch., *Local public management reforms in Germany*, „Public Administration”, 2003, Vol. 81, No 2,
5. Scheller K., Proeller I., *The New Public Management. A perspective from Mainland Europe* [w:] *New Public Management. Current Trends and Future Prospects*, red. K. McLaughlin, S.P. Osborne, E. Ferlie, London: Routledge, 2003,
6. Szmagałski J., *Fundamenty samopomocy* [w:] *Od pomocy do samopomocy*, pod red. P. Jordana, Centrum Wspierania Aktywności Lokalnej CAL, Warszawa 2003,
7. Balke K., *O rozwoju grup samopomocowych w Niemczech* [w:] *Od pomocy do samopomocy*, red. P. Jordan, Centrum Wspierania Aktywności Lokalnej CAL, Warszawa 2003,
8. Wollmann H., 2004, „*Local government reforms in Great Britain, Sweden, Germany and France: Between multi-function and single-purpose organisations*”, *Local Government Studies*” 2004, t. 30, nr 4.

#### Netografia:

1. Balon K., *Gospodarka społeczna w Niemczech – wybrane aspekty*, Publikacja opracowana w ramach projektu „TORO – w poszukiwaniu skutecznych metod wsparcia instytucji ekonomii społecznej, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Warszawa 2012, <http://ngo.um.warszawa.pl>, [09.02.2013],
2. Dziubińska-Michalewicz M., *Formy opieki nad osobami starszymi w wybranych krajach europejskich (Szwecji, Niemczech, Wielkiej Brytanii)*, Informacja nr 561, 1997, <http://biurose.sejm.gov.pl/>.

## II. Rozwiązania i specyfika Szwecji

### 1. Zarys ogólny struktury i zadań samorządu terytorialnego

Szwecja uznawana za modelowe państwo dobrobytu (ang. *welfare state*) również podjęła szereg działań zmierzających do likwidacji dominującej roli państwa w dostarczaniu usług publicznych, chociaż wprowadzane zmiany miały charakter częściowy i w znacznej mierze dążyły do redukcji lub podtrzymania państwa opiekuńczego. Cechą charakterystyczną reformowania polityki społecznej państwa skandynawskich było podejście kompromisowe i poszukiwanie konsensusu [Grewiński 2009, s. 152-154].

Współcześnie Szwecja postrzegana jest jako zdecentralizowane państwo unitarne, w którym samorząd lokalny ma do odegrania kluczową rolę. Ponadto, jest to demokracja parlamentarna, regulowana na trzech poziomach: krajowym – reprezentowanym przez rząd i organy państwowe oraz terytorialnym na poziomie województw (okręgów) (*landsting*) i gmin (*kommun*) [Tilly Beukenholdt-ter Mors, Roelant Noppe 2000, s. 40]. Podstawowym aktem prawnym regulującym funkcjonowanie samorządu terytorialnego w Szwecji jest konstytucja z 1974 r. W Konstytucji zapisano prawo do podejmowania decyzji w gminach i w okręgach przez wybieralne organa oraz prawo do pobierania podatków na realizację zadań własnych. Bardziej szczegółowo sprawy związane z samorządem lokalnym reguluje „Ustawa o Samorządzie Lokalnym” z 1992 r., której ostatnia nowelizacja pochodzi z 2003 r. Podstawą struktury państwa są zapisy §7 „Aktu o formie rządu”, w którym wspomina się o unitarnej formie państwa przy dwustopniowym podziale terytorium na okręgi (województwa) i gminy [Wollmann 2004, s. 265; Kardas, Kucharska 2011, s. 101].

Szwedzki samorząd terytorialny stanowi silną strukturę instytucjonalną na poziomie lokalnym – reprezentowanym przez gminy, i regionalnym – na poziomie województwa [Bryntse, Greve 2002]. Zakres zadań i odpowiedzialności za realizację usług publicznych w poszczególnych dziedzinach, uzależnioną od poziomu przedstawia rysunek 1.

<p><b>Rząd i organy państwowe</b> <b>Bezpośrednia administracja państwowa</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Polityka zagraniczna</li> <li>● Obrona</li> <li>● Bezpieczeństwo i porządek publiczny (policja, prokuratura, sądownictwo, ściągalność podatków)</li> <li>● Transport i komunikacja (koleje, transport lotniczy, telekomunikacja usługi pocztowe)</li> <li>● Przedsiębiorstwa państwowe (np. LKAB – przedsiębiorstwo wydobywcze, SSAB – przetwórstwo surowców do produkcji stali)</li> <li>● Polityka ekonomiczna</li> <li>● Szkolnictwo wyższe</li> <li>● Polityka rynku pracy</li> <li>● Drog</li> <li>● Energia</li> <li>● Ubezpieczenia społeczne i płatności transferowe (emerytury, dodatki na dzieci, zasiłki chorobowe i dla bezrobotnych)</li> <li>● Geodezja</li> </ul>
<p><b>Poziom regionalny – okręgi (województwa)</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Opieka zdrowotna (ośrodki zdrowia, szpitale)</li> <li>● Publiczna opieka stomatologiczna</li> <li>● Wsparcie i usługi dla osób niepełnosprawnych</li> <li>● Edukacja i działalność kulturowa</li> <li>● Uniwersytety ludowe</li> <li>● Edukacja dorosłych</li> <li>● Opieka społeczna (doradztwo rodzinne)</li> <li>● Szkolnictwo specjalistyczne (pielęgniarstwo)</li> <li>● Sztuka</li> <li>● Handel i przemysł</li> <li>● Komunikacja lokalna i regionalna</li> <li>● Rehabilitacja</li> <li>● Uczestnictwo w regionalnym planowaniu ochrony zdrowia wraz z administracją lokalną</li> </ul>
<p><b>Poziom lokalny -gminy</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Opieka społeczna (np. osoby starsze, upośledzone, wymagające specjalne opieki i pomocy)</li> <li>● Szkolnictwo podstawowe</li> <li>● Prowadzenie działalności przedszkolnej</li> <li>● Ochrona zdrowia i środowiska naturalnego</li> <li>● Utrzymywanie i prowadzenie placówek kulturalnych</li> <li>● Budownictwo</li> <li>● Sport i rekreacja</li> <li>● Usługi komunalne</li> <li>● Lokalna i regionalna komunikacja (np. autobusy, metro, porty)</li> <li>● Pogotowie, straż pożarna, obrona cywilna</li> </ul>

**Rys. 1. Specyfikacja usług publicznych ze względu na poziom odpowiedzialności w Szwecji**

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Tilly Beukenholdt-ter Mors, Roelant Noppe 2000, s. 42]

W administracji publicznej Szwecji obowiązuje zasada decentralizacji, co oznacza, że zarówno odpowiedzialność za realizację zadań, jak i podejmowanie decyzji w tym zakresie powinno być zlokalizowane tak blisko ludzi, których one dotyczą, jak to tylko jest możliwe. Zakres zadań przewidzianych do realizacji przez gminy zapisany został w ustawodawstwie dotyczącym odpowiednich dziedzin życia. Sprawy zadań samorządu regulują [*Local government in Sweden*, Ministry of Finance, Sweden 2005 cyt.za: Kardas, Kucharska 2011, s. 104-105].

- ustawa o świadczeniach socjalnych (2001:453),
- ustawa o usługach medycznych (1982:763),
- ustawa o ochronie zdrowia i środowiska (1998:808),
- edukacji na szczeblu podstawowym (1985:1100).

Szczegółowe regulacje w tych zakresach ustalają wskazane w ustawach instytucje państwowe. Do zadań o charakterze obowiązkowym samorządu należą: świadczenia społeczne dla osób w podeszłym wieku i niepełnosprawnych, utrzymanie przedszkoli i szkół podstawowych, planowanie przestrzenne i budownictwo, ochrona zdrowia i środowiska, zbiórka i gospodarka odpadami, wodociągi i kanalizacja, służby ratownicze, obrona cywilna, biblioteki, budownictwo mieszkaniowe. Do zadań o charakterze dobrowolnym należą: rekreacja i wypoczynek, służby techniczne, dostawa energii, utrzymanie ulic. Zadaniem o charakterze obowiązkowym wspólnym samorządu gminnego i okręgowego jest lokalny i regionalny transport publiczny.

Drugim obowiązkowym szczeblem organizacji samorządowej w Szwecji jest okręg (*landstingskommuner*), w literaturze nazywany także województwem czy hrabstwem. Jego organizacja jest bardzo podobna do organizacji gminy. Do zadań obowiązkowych samorządu okręgowego należą przede wszystkim opieka zdrowotna i opieka dentystyczna dla osób do lat 20, natomiast wśród zadań dobrowolnych istotne są kultura, edukacja i turystyka [tamże, s. 107].

## **2. Geneza i rozwój kontraktowania usług społecznych w Szwecji**

Pragmatyczna implikacja idei NPM w krajach anglosaskich, jak również i w Szwecji wyrażona została praktycznym zastosowaniem innowacyjnych narzędzi zarządzania w realizacji usług publicznych, wśród których niewątpliwie znaczącą rolę odgrywa outsourcing, kontraktowanie czy podejmowanie współpracy z sektorem organizacji pozarządowych. Historia kontraktowania usług publicznych i debaty na temat efektywności sektora publicznego zainicjowane zostały w Szwecji na początku lat 80. XX wieku.

Pierwszą inicjatywą podjętą w celu zreformowania administracji publicznej i jednocześnie wzmacniająca istotnie wielozadaniowy profil samorządu lokalnego, w latach 80. XX wieku, było przekazanie ze szczebla państwowego do gmin dalszych zadań w zakresie realizacji usług socjalnych i edukacji. Wydarzenie to stanowiło zwrot samorządu szwedzkiego w kierunku profesjonalizacji działań zgodnych z ideą menedżeryzmu. Następnym wydarzeniem zainicjowanym przez konserwatywny rząd narodowy, który w 1991 r. odebrał na trzy lata władzę socjaldemokratom, była ustawa o samorządzie lokalnym z 1991 r. znacznie rozszerzająca prawa rad gminnych do samodzielnego ustalania struktury instytucjonalnej i organizacji władz lokalnych, w tym organizacji dostarczania usług społecznych. Nowe ustawodawstwo zezwoliło radom miejskim na przeniesienie lub „zakontraktowanie” zadań samorządu lokalnego do „będących własnością samorządu lokalnego korporacji, spółek handlowych, inkorporowanych stowarzyszeń, organizacji non-profit, fundacji lub osób prywatnych” [rozd. 3 ustawy o samorządzie lokalnym z 1991 r. cyt.za: Rajca 2009, s. 80-81]. Natomiast decydującym argumentem o podjęciu zmian organizacyjnych okazał się kryzys budżetowy w latach 90., który również swym zasięgiem objął quasi-monopol szwedzkiego sektora gminnego na dostarczanie usług społecznych. Od tego momentu, gminy zaczęły stosować dwa sposoby dostarczania usług publicznych. Pierwszy związany był z wykorzystaniem outsourcingu poprzez zawieranie kontraktów z organizacjami zarówno prywatnymi (komercyjnymi), jak i organizacjami non-profit (organizacje non-profit zajmują się w szczególności opieką przedszkolną, opieką nad osobami starszymi, oświatą, usługami dla osób niepełnosprawnych, pomocą dla imigrantów) – w szczególności zakres realizowanych usług z wykorzystaniem tej metody dotyczył opieki nad osobami starszymi. Koncepcja „rozdzielenia ról nabywcy od dostawcy” znalazła zastosowanie przede wszystkim w usługach zdrowia publicznego dostarczanych przez hrabstwa.

Drugi sposób natomiast związany był z wykorzystaniem „voucherów” stanowiących ekwiwalent wydatków ponoszonych na daną usługę. Przykładowym obszarem była polityka rządu obligująca gminy do oferowania rodzicom „voucherów edukacyjnych”, gdyby zechcieli posłać swoje dzieci do niegminnej (niepublicznej), tzw. niezależnej szkoły [Wollmann 2004, s. 649–650].

### **3. System Edel-Reform [Ädelreform]**

Szwecja w powszechnej świadomości uznawana jest za państwo opiekuńcze z wyjątkowo rozbudowanym i hojnym systemem świadczeń społecznych. Jednakże kryzys gospodarczy i rosnące koszty systemu ochrony zdrowia wynikające zarówno z rozwoju

technologii medycznych, jak i starzenia się społeczeństwa spowodowały, iż z początkiem lat 90. XX stulecia, wbrew ideologii socjaldemokratów, zainicjowano działania mające na celu zreformowanie systemu świadczeń społecznych. Już w 1982 r. przyjęto *Ustawę o zdrowiu i opiece zdrowotnej*, która przenosiła uprawnienia do decydowania o kształcie opieki zdrowotnej na poziom lokalny, dzięki czemu proces decyzyjny stał się bardziej elastyczny względem zmian zachodzących w systemie, a w 1992 r. wprowadzono reformę ÄDEL, przenoszącą odpowiedzialność związaną z zapewnieniem opieki długoterminowej dla wymagających jej pacjentów, jak również osób w podeszłym wieku z hrabstw na rzecz samorządu gminnego [Moks 2010, s. 156]. Od tego momentu gminy, również na mocy *Ustawy o samorządzie lokalnym*, borykając się z coraz większym deficytem budżetowym, otrzymały prawo do zlecania usług opieki dla osób starszych zewnętrznym podmiotom komercyjnym i organizacjom non-profit.

Szwedzki system opieki obejmuje wszystkich obywateli, niezależnie od dochodów, ubezpieczenia lub innych okoliczności, zapewniając kompleksowe usługi medyczne i socjalne. Osoby starsze w Szwecji mają możliwość korzystania z dwóch rodzajów pomocy:

- domowej, świadczonej w miejscu zamieszkania,
- instytucjonalnej, odbywającej się w domach opiekuńczych, domach pielęgnacyjnych, instytucjach geriatrycznych oraz szpitalach pobytu długookresowego.

Ze względu na stale wzrastający koszt opieki instytucjonalnej, stopniowo zaczęto odchodzić od świadczeń realizowanych w dużych placówkach na rzecz mniejszych jednostek oraz akcentowania opieki domowej, którą postrzegano jako tańszą i bardziej efektywną w porównaniu z utrzymywaniem wyspecjalizowanych placówek. Należy dodać, iż w modelu szwedzkim istotną rolę w opiece nad osobami starszymi, poza opieką zinstytucjonalizowaną, odgrywa również opieka domowa świadczona przez członków rodziny. Współcześnie władze komunalne mogą poniekąd zatrudnić krewnych sprawujących opiekę nad osobą starszą wypłacając wynagrodzenie za pełnioną opiekę w wysokości płacy opiekuna formalnego [Durda 2010, s. 82]. Podstawowym źródłem finansowania świadczeń są podatki, których wysokość ustalana jest na poziomie lokalnym, czego konsekwencją jest zróżnicowanie w poszczególnych gminach. Rząd uczestniczy w wyrównywaniu dochodów poprzez przyznawanie subsydiów. Drugim podstawowym źródłem finansowania świadczeń są środki pochodzące z systemu ubezpieczeń społecznych, zarządzanego przez Szwedzki Urząd Ubezpieczenia Społecznego, w którym udział obywateli jest obowiązkowy [Moks 2010, s. 157].

Wśród istotnych motywów prywatyzacji szwedzkiej opieki nad osobami starszymi badacze przedmiotu wymieniają: redukcję kosztów, możliwość pozyskania nowej wiedzy od zróżnicowanych usługodawców, chęć zdobycia większej kontroli nad zasobami, poprawę jakości usług, zwiększenie poziomu zadowolenia użytkowników, poszukiwanie nowych systemów motywowania pracowników [Stolt, Winblad 2009, s. 905].

Problematyka efektywności funkcjonowania reformy na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat, a przede wszystkim monitorowania poziomu jakości, jest przedmiotem analizy wielu badaczy. W Szwecji, jednostką odpowiedzialną za tworzenie kryteriów jakości i zapewnienie ich stosowania w praktyce jest miejski zarząd opieki społecznej. Jednakże procedura gwarantowania usług odpowiedniej jakości nie jest jednolita w całym kraju ze względu na kryteria jakości różne w poszczególnych gminach. Podobną opinię wyrażają R. Stolt, P. Blomqvist i U. Winblad [2011] twierdząc, iż problematyczne jest zdefiniowanie i operacjonalizacja wskaźników jakości w tym obszarze. Jednakże wspomniani badacze proponują wykorzystanie opisanej w literaturze przez A. Donbedian'a [1983] koncepcji pomiaru poziomu jakości usług opiekuńczych w przekroju infrastruktura-proces-rezultat. Wymiar infrastruktury poziomu jakości odnosi się do aspektów praktycznych opieki i najczęściej mierzony jest wskaźnikami takimi jak: liczba pracowników w przeliczeniu na pacjenta, stan używanego wyposażenia, liczba budynków, oraz poziom wykształcenia pracowników. Wskaźniki procesów opisują poszczególne elementy realizowanej opieki, wśród których najczęściej wyróżniane, to: przestrzeganie zasad i wytycznych, udział w planowaniu opieki, procedura przyjmowania leków. Wskaźniki rezultatu natomiast odnoszą się do wyników prowadzonej opieki i mogą być wyrażane ilościowo w danym okresie czasu (np. poziom śmiertelności wśród podopiecznych, zachorowalność, odleżyny), jak również dotyczą one badania poziomu satysfakcji pacjenta, które często ma charakter subiektywny.

Komplementarne badanie wskazanych obszarów umożliwia wieloaspektową ocenę poziomu jakości opieki świadczonej na rzecz osób starszych. Przykładowe wskaźniki w układzie infrastruktura-proces-rezultat zawiera tabela 1.

**Tabela 1. Przykładowe wskaźniki pomiaru poziomu jakości opieki**

Wskaźniki pomiaru jakości					
Infrastrukturalne		Procesowe		Rezultatu	
Definicja	Miara	Definicja	Miara	Definicja	Miara
Zatrudnienie	Liczba pracowników ogółem przypadająca na liczbę podopiecznych ogółem	Partycypacja (współdział)	Procent podopiecznych uczestniczących w formułowaniu planów opieki	Wyniki	Mierzone np. zyskiem netto na przestrzeni ostatnich lat
Podstawowe kompetencje	Procent opiekunów posiadających specjalistyczne przygotowanie na poziomie szkoły średniej.	Sposób żywienia	Procent dostawców (podmiotów komercyjnych) oferujących podopiecznym więcej niż dwie propozycje zestawów posiłków w ciągu dnia	Koszty	Mierzone poziomem kosztów ponoszonych na przestrzeni kilku ostatnich lat.
Dodatkowe kompetencje	Procent opiekunów posiadających specjalistyczne przygotowanie na poziomie uniwersyteckim.				
Zarządzanie	Liczba pracowników podlegających bezpośrednio menedżerowi pierwszego kontaktu.	Opieka nocna	Procent dostawców oferujących opiekę nocną 11 godzinną lub w mniejszym wymiarze	Koszty	

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Stolt, Blomqvist, Winblad 2011, s. 563]

Pomimo wprowadzenia mechanizmów rynkowych nadal usługi świadczone na rzecz osób starszych są regulowane na poziomie gminy. Szwedzkie gminy, jako głównego wykonawcę świadczeń na rzecz osób starszych preferują organizacje komercyjne (ok. 90%), natomiast udział organizacji non-profit jest niewielki. Wprowadzenie prywatnych agencji na rynek usług opiekuńczych dla osób starszych miało spowodować obniżenie kosztów ich świadczenia co udało się zrealizować, jednakże różne opinie odnoszą się do poziomu jakości świadczonej opieki. Naukowcy prowadzący badania empiryczne w tym zakresie (Sobis 2012, s. 11) informowali o występujących odchyleniach w pielęgnacji osób starszych. Zgłaszane odchylenia wymagają systematycznego monitorowania i dokumentacji u wszystkich świadczeniodawców, zarówno publicznych jak i prywatnych. Personel w domach opieki jest zobowiązany do opisywania: poziomu jakości opieki, oceny osiągnięć i podejmowania działań mających na celu poprawę jakości zgodnie z przepisami.



Jak wynika z przeprowadzonych badań pojęcie „dobrej jakości” wydaje się być bardzo delikatną kwestią, gdyż jak wykazano pracownicy domów opieki rzadko odnotowują odchylenia, uzasadniając te zaniechania nadmierną czasochłonnością sporządzania raportu.

Jednakże stwierdzono, na podstawie subiektywnych opinii podopiecznych, że np. osobista pielęgniarka powinna posiadać kwalifikacje dostosowane do potrzeb seniorów np., emocjonalnych, społecznych; powinna też wykazać się teoretycznymi i praktycznymi umiejętnościami tworzenia dobrych relacji z osobami starszymi i zdobywać ich zaufanie. Ponadto, ciągłość opieki okazała się bardzo ważne dla osób starszych, ponieważ przyczynia się ona do tworzenia relacji pomiędzy świadczeniodawcą i użytkownikiem opieki. W tym kontekście stwierdzono też, że istnieją poważne trudności w rekrutacji odpowiedniego personelu do opieki nad osobami starszymi, dysponującego nie tylko wymaganymi umiejętnościami, ale też specyficznymi kompetencjami zapewniającymi komfort opieki dla seniorów. W tej kwestii zaakcentowano zagrożenie ze strony prywatnych świadczeniodawców, którzy sugerując się kryterium oszczędności zatrudniają personel bez kwalifikacji i odpowiedniego przygotowania. Aby zapobiec negatywnym aspektom opieki, gminy mają dowolność w zakresie doboru wykonawcy na podstawie *Ustawy o zamówieniach publicznych* regulującej kwestie doboru najkorzystniejszej oferty dostosowanej do specyfiki danej gminy. Szczegóły współpracy pomiędzy dostawcami i odbiorcami zawarte są w umowach dotyczących wzajemnej współpracy.

Utrzymujący się trend prywatyzacji gminnej opieki dla osób starszych w Szwecji jest wyrazem paradygmatu New Public Management zorientowanego na decentralizację, prywatyzację i konkurencję w aspekcie realizowanych usług publicznych. Szwedzki model Ädelreform stanowi niewątpliwą korzyść i impuls w podejmowaniu reform w innych obszarach zdominowanych przez monopol państwowy. Omawiane reformy w szwedzkim systemie usług na rzecz osób starszych niewątpliwie wpłynęły też na poprawę jego efektywności, wyrażoną dostosowaniem pakietu zobowiązań do dysponowanego budżetu. Jednakże kontekst doświadczeń oprócz niewątpliwych aspektów pozytywnych przeprowadzonej reformy akcentuje również zagrożenia wprowadzanych zmian.

Powołując opinię badaczy można wskazać wyraźne determinanty prywatyzacji usług dla seniorów. Pierwszą, stanowiącą najistotniejsze tło, wydaje się upolitycznienie decyzji wyraźnie widoczne w gminach zarządzanych przez partie prawicowe, mające tendencje do rozwiązań konkurencyjnych, niezależnie od sytuacji gospodarczej. Drugim czynnikiem warunkującym jest lokalna specyfika gminy i położenie geograficzne. Prywatne alternatywy rozwiązań początkowo dominowały w miastach i większych gminach, a następnie

rozprzestrzeniały się w mniejszych miejscowościach. Również tendencja do wprowadzenia prywatyzacji wzrastała w sytuacji zaobserwowanych pozytywnych efektów w gminach sąsiadujących [Stolt, Winblad 2009, s. 910-911].

Ponadto, specyficzną cechą modelu szwedzkiego okazała się tendencja łączenia małych firm oferujących usługi opiekuńcze dla seniorów w większe koncerny, które dzięki zintegrowaniu specyficznych kompetencji wykorzystują swoją przewagę na rynku w stosunku do gminnych dostawców opieki.

Badania empiryczne przeprowadzone w Szwecji potwierdzają też fakt, że władze działają aktywnie na rzecz poprawy jakości usług opiekuńczych dla osób starszych, ale świadczeniodawcy (zarówno sektor prywatny, jak i publiczny) prawie w ogóle nie zgłaszają incydentów nieprawidłowości w domach opieki. Sytuacja taka sprawia wrażenie wątpliwego poziomu gwarantowanej jakości. Podobne rozczarowania budzi kontekst poziomu kompetencji personelu opiekuńczego [Sobis 2012, s. 14]. Z ekonomicznego punktu widzenia, w Szwecji, usługi opiekuńcze prowadzone w domu seniora są najtańszym rozwiązaniem dla gmin w porównaniu do kosztów ponoszonych na zorganizowane domy opieki, czego wyrazem jest wzrost popularyzowania tej formy wśród decydentów. Jednakże praktyczna implikacja tego rozwiązania może stanowić zagrożenie dla osób starszych słabo wykształconych, niezaradnych, którzy w konsekwencji mogą zostać wykluczeni z systemu [Szebehely, Trydegard 2012, s. 308].

#### **4. Bibliografia**

1. Golinowska S., *Przyszłość państwa opiekuńczego i systemu zabezpieczenia społecznego*, „Polityka Społeczna”, 2005. Nr 11-12,
2. Grewiński M., *Od państwa opiekuńczego do wielosektorowości w kształtowaniu dobrobytu społecznego – zmieniający się kontekst polityki społecznej w Polsce* [w:] *Polityka społeczna w życiu społeczno-gospodarczym kraju*, pod red. A. Rączaszek i W. Koczur, Katowice 2007,
3. Grewiński M., *Wielosektorowa polityka społeczna*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, Warszawa 2009,
4. Kardas M., Kucharska C., *Analiza porównawcza modeli samorządu terytorialnego Niemiec, Wielkiej Brytanii i Szwecji*, COLLOQUIUM Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych, Rocznik III, 2011,
5. *Local government in Sweden*, Ministry of Finance, Sweden 2005,

6. March J.G., Olsen J.P., *Instytucje-organizacyjne podstawy polityki*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2005,
7. Moks M., *Szwedzki system ochrony zdrowia – wybrane kierunki jego reformowania*, „Oeconomia Copernicana”, 2010, nr 1,
8. Rajca L., *Koncepcja New Public Management a reformy samorządu terytorialnego wybranych państw Europy zachodniej*, „Studia Regionalne i Lokalne”, 2009, nr 2(36),
9. Stolt R., Winblad U., *Mechanisms behind privatization: A case study of private growth in Swedish elderly care*, „Social Science&Medicine”, 2009, nr 68,
10. Stolt R., Blomqvist P., Winblad U., *Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care*, „Social Science&Medicine”, 2011, nr 72,
11. Szebehely M., Trydegard G.B., *Home care for older people in Sweden: a Universal model in transition*, „Health and Social Care in Community”, 2012, nr 20(3),
12. Tilly Beukenholdt-ter Mors, Roelant Noppe, *Sweden: deepening democracies [w:] Citizen and City developments in fifteen local democracies in Europe*, pod red. H. Daemen, L. Schaap, Eburon, Rotterdam, 2000,
13. Wollmann H., 2004, „*Local government reforms in Great Britain, Sweden, Germany and France: Between multi-function and single-purpose organisations*”, *Local Government Studies*” 2004, t. 30, nr 4.

#### Netografia:

1. Bryntse K., Greve C., *Competitive contracting for public services: a comparison of Policies and implementation in Denmark and Sweden*, „International Public Management Review”, 2002, Volume 3, Issue 1, Electronic Journal: <http://www.ipmr.net>, [09.02.2013],
2. Durda M., *Organizacja opieki nad osobami z demencją w Polsce na tle krajów rozwiniętych i rozwijających się*, „Gerontologia Polska”, 2010, tom 18, nr 2, [www.gp.viamedica.pl](http://www.gp.viamedica.pl), [09.02.2013],
3. Sobis I., *The comparison of empirical studies on the effects of reforms in elderly care in Sweden and Poland*, Paper for: XXI NORKOM 2012, 22-24 November 2012, Oslo, [www.uio.no/forskning/tverrfak/demokrati/aktuelt/arrangementer/konferanser/2012/papers/iwona-sobis.pdf](http://www.uio.no/forskning/tverrfak/demokrati/aktuelt/arrangementer/konferanser/2012/papers/iwona-sobis.pdf), [09.02.2013].

#### Akty prawne:

Local Government Act 1992 (LGA1992)

### III. Rozwiązania i specyfika Wielkiej Brytanii

#### 1. Zarys ogólny struktury i zadań samorządu terytorialnego

W odniesieniu do administracji publicznej w Wielkiej Brytanii literatura przedmiotu wspomina o modelu angielskim, a nie brytyjskim. Rozróżnienie to ma swoje korzenie historyczne sięgające początku wieku XVIII, kiedy to zaczął obowiązywać jednolity aparat polityczny (monarcha, parlament, gabinet) Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii, ale administracja, tak centralna, jak i terytorialna zorganizowana była odrębnie dla Anglii i dla Szkocji. Odrębność systemu prawnego i sądowego oraz pewna odrębność administracji terytorialnej Szkocji występuje do czasów obecnych, a szczególnego znaczenia nabrała po roku 1999 kiedy to miała miejsce tzw. dewolucja, czyli przekazanie Szkocji (a także Walii) części dotychczasowych uprawnień władzy centralnej, w tym części uprawnień ustawodawczych [Izdebski, Kulesza 2004, s. 32].

Zjednoczone Królestwo jest konstytucyjną monarchią dziedziczną, jednakże monarchowie wycofali się z bezpośredniego udziału w życiu politycznym już w XVIII w. Władza ustawodawcza w Wielkiej Brytanii należy do dwuizbowego parlamentu, w skład którego wchodzi Izba Gmin i Izba Lordów. O jego specyfice przesądza fakt, że Izba Lordów nie jest wybieralna, lecz składa się z tzw. parów dziedzicznych i dożywotnich (mianowanych przez Królową na wniosek premiera). Natomiast system wyborczy do Izby Gmin oparty jest na ordynacji większościowej [Administracja publiczna 2003, s. 63].

Bardzo charakterystycznym elementem ustawodawstwa Zjednoczonego Królestwa jest brak konstytucji. W Wielkiej Brytanii istnieje niepisana konstytucja materialna, oparta na konwenansach i precedensach. Zgodnie z nią najważniejszym organem władzy państwowej jest parlament, w swojej działalności suwerenny, nieograniczony w żaden sposób władzą wykonawczą i sądowniczą. Parlament czyli Izba Lordów pełni rolę sądu konstytucyjnego, a ponadto sprawuje całkowity nadzór i kontrolę nad egzekutywą – premierem i poszczególnymi ministrami, będącymi zawsze reprezentantami jednej z jego izb [tamże, s. 63].

Oprócz administracji państwowej w Wielkiej Brytanii istnieje rozbudowany system administracji samorządowej. Samorząd angielski stanowi naturalną instytucję polityczną, nie tylko administracyjną, swoisty odpowiednik idei parlamentaryzmu na szczeblu lokalnym, działający bez równoległego występowania przedstawicieli rządu w terenie. Cechą angielskiego samorządu jest paradoksalna zasada „niecentralizacji”, polegająca na ustawowym określaniu zadań samorządu w sposób enumeratywny (tj. przez wyliczanie), a nie na zasadzie domniemania jego zadań, co pozwala uznać go bardziej za istotną instytucję

społeczeństwa obywatelskiego, niż za część składową aparatu państwowego [Izdebski, Kulesza 2004, s. 36]. Ustrój organów władzy lokalnej reguluje *Ustawa o zarządzie lokalnym (Local Government Act – LGA)* z 2000 r. W większości kraju dominuje dwuszczeblowy samorząd lokalny, sprowadzający się do funkcjonowania hrabstw i dystryktów. Występują też samodzielne dystrykty (*unitary authorities*) a w wielkich miastach dystrykty metropolitarne [Kardas, Kucharska 2011, s. 110]. We wszystkich jednostkach podziału terytorialnego występują organy administracji lokalnej. Prawo organów do zajmowania się zarządem lokalnym wynika z wybieralności przez społeczność lokalną w wyborach. Ponadto w Wielkiej Brytanii w stosunkach wewnętrznych nie występuje pojęcie państwa, co sprawia, iż nie ma instytucji czy organu szczebla wyższego, który mógłby zajmować się zarządem lokalnym. Wszystkie organy administracji lokalnej mają osobowość prawną, co umożliwia im podejmowanie decyzji w zakresie spraw powierzonych im w ustawach. Swoimi kompetencjami obejmują określoną część terytorium państwa, a kontrolowane są przez przedstawicieli wyborców. Koszty funkcjonowania pokrywają z podatków lokalnych [Wollmann 2008, cyt.za: Kardas, Kucharska 2011, s. 110]. Hrabstwa odpowiedzialne są za planowanie przestrzenne, transport publiczny, szkolnictwo, policję i straż pożarną oraz świadczenia społeczne, dystrykty wypełniają natomiast funkcje o charakterze typowo lokalnym, takie jak: ochrona środowiska, opieka zdrowotna, mieszkalnictwo, planowanie i gospodarka odpadami, pobór podatków lokalnych [*Administracja publiczna* 2003, s. 67]. Współcześnie angielski samorząd terytorialny teoretycznie jest niezależny od rządu, jednakże w sytuacji wzrastającej zależności finansowej spowodowanej niewystarczalnością jego własnych dochodów, władza centralna może wymuszać pożądane zachowania administracji lokalnej, zwłaszcza że parlament ma pełną swobodę w zakresie uregulowań związanych z samorządem [Supernat 1999, s. 23].

## **2. Geneza i rozwój kontraktowania usług społecznych w Wielkiej Brytanii**

Zasadnicze programy reform sektora publicznego w Wielkiej Brytanii rozpoczęły się we wczesnych latach 80. XX stulecia w okresie rządów Margaret Thatcher. Ich szeroki zakres i radykalny charakter spowodowane były długookresową dekonjunkturą gospodarczą i poważnymi problemami budżetowymi kraju. Celem reform było ograniczenie roli i rozmiarów państwa dobrobytu oraz zmiana zasad i mechanizmów działania sektora publicznego. Na przestrzeni ostatnich lat w Wielkiej Brytanii zainicjowano szereg programów

modernizowania sektora publicznego, takich jak [ Modzelewski, Opolski 2004, Gaster, Squires 2003]:

- wprowadzenie „kultury kontraktowej” w zakresie dostarczania usług publicznych, zwanej systemem CCT (ang. *Compulsory - Competitive – Tendering*), której założeniem było zobowiązanie samorządów lokalnych do zawierania umów z sektorem prywatnym w zakresie realizowania usług publicznych,
- lansowanie koncepcji „empowermentu” („upodmiotowienia”), w myśl której Rząd Konserwatystów forsował maksymalne włączenie sektora prywatnego w proces dostarczania usług publicznych, warunkując tę kwestię filozofią „lepiej i taniej”. W rezultacie wprowadzonych zmian odchudzono sektor publiczny i zredukowano koszty jego funkcjonowania, jednakże całkowicie pominięto kwestię jakości dostarczanych usług publicznych,
- opublikowanie „Karty Obywatelskiej” zgodnie z założeniami, której usługi publiczne miały być rozwijane i doskonalone na podstawie czterech kryteriów: standardów, jakości, wyboru i wartości. Założono też, że poprawa świadczenia usług publicznych następować będzie poprzez przenoszenie do sektora publicznego zasad działania sektora prywatnego takich jak: prywatyzacja, konkurencyjność, kontraktowanie usług, pomiary efektywności działania oraz procedury zadośćuczynienia dla obywateli, którzy ponieśli szkody w wyniku błędów popełnionych przez urzędników publicznych,
- ustanowienie Komisji Audytorskiej (*The Audit Commission*), której głównym zadaniem było sprawdzanie i raportowanie, czy samorzady lokalne działają zgodnie z zasadami: oszczędności, produktywności, efektywności. Celem powołania komisji było wprowadzenie koncepcji *Value for Money* (VFM), czyli uzyskiwania odpowiednich efektów z wydawanych pieniędzy za pomocą wachlarza wskaźników (*performance indicators*), dzięki którym można dokonywać porównań w przekroju czasowym i terytorialnym. Obecnie Komisja Audytorska wykorzystuje wskaźniki jako narzędzie: demonstrowania osiągniętych celów, identyfikowania słabszych obszarów, wskazywania pracownikom ich zakresu obowiązków. W tabelach wskaźników wybrane statystyki pokazują jak osiągnęte są wyniki w poszczególnych rodzajach usług publicznych. Komisja Audytorska dokonuje inspekcji w samorządach lokalnych, ale przede wszystkim stara się o wymianę doświadczeń i koordynację działań poszczególnych samorządów. Większość publikowanych tabel zawiera niezbędne minimum celów, bez dokładnej charakterystyki wzorca jak usługi powinny wyglądać. W celu propagowania zaleceń zawartych w tabeli wskaźników ustanawia się specjalne konkursy dla instytucji

publicznych. Obecnie tabele funkcjonują bardziej, jako tradycyjne schematy akredytacji niż narzędzia konkurencji, jednakże nadal stanowią one ważną część procesu oceny i uzyskiwania informacji zwrotnej.

### 3. System Best Value

Na bazie wcześniejszych doświadczeń, sięgając po rozwiązania już istniejące, wypracowano koncepcję *Best Value* (Najlepsza Wartość). Współcześnie koncepcja ta jest jednym z najistotniejszych działań doskonalących, mających na celu poprawę poziomu świadczenia usług na poziomie lokalnym. Za datę powstania koncepcji Best Value należy przyjąć czerwiec 1997 r. W tym miesiącu brytyjski rząd opublikował 12 wstępnych założeń (tabela 1) dotyczących nowego sposobu realizacji usług publicznych (*Modernising local...* 1998, s. 9) mającego zastąpić tzw. obowiązkowe przetargi konkurencyjne (ang. *Compulsory Competitive Tendering* – CCT). W 1999 r. ta propozycja została umieszczona w centrum agendy modernizacyjnej rządu przez T. Blaira (*Modernising government*, 1999). W rozdziale czwartym, dotyczącym jakości usług publicznych, zdefiniowano Best Value jako system dostarczania usług o wysokiej jakości oparty na lokalnie określonych celach, pomiarze efektywności oraz niezależnej kontroli i audycie w celu osiągnięcia ciągłego doskonalenia. Współcześnie koncepcja ta jest jednym z najistotniejszych działań doskonalących, mających na celu poprawę poziomu świadczenia usług na poziomie lokalnym. System ten głęboko zakorzeniony w paradygmacie nowego zarządzania publicznego jest również wyrazem zaakcentowania koncepcji *Value for Money*, której podwaliny wywodzą się z klasycznej, opracowanej przez L.D. Miles'a, koncepcji analizy wartości. *Best Value* wiąże się z tworzeniem regulacji prawnych określających standardy usług oraz definiujących zakres i tryb sprawozdawczości (w wymiarze ilościowym i finansowym) związanych z ich świadczeniem. Działanie takie pozwala na dokonywanie porównań i oceny efektywności gospodarowania środkami publicznymi przez władze lokalne. Do programu nowej polityki włączono poprzednie programy takie jak np. tabele wskaźników. Ponadto do ustanawiania standardów oraz podejmowania działań kontrolnych włączani są użytkownicy usług (społeczności lokalne), co wyraźnie akcentuje podobieństwo do analizy wartości, w której jednym z podstawowych założeń jest praca grupowa i twórcze rozwiązywanie problemów [Wodecka-Hyjek 2011].

Proponowana zmiana polityki stała się obowiązkowa od 1 kwietnia 2000 r. i dotyczyła wszystkich usług dostarczanych przez samorząd lokalny w Anglii i Walii, a w Szkocji i Irlandii Północnej na zasadzie dobrowolności (McAdam i Walker 2003; Bovaird i Halachmi

2001). W Szkocji Best Value wprowadzono jako obowiązek samorządów lokalnych w 2003 r. (*The Local Government...* 2004). Głównym celem zmiany polityki była poprawa funkcjonowania administracji, ale jednocześnie z zachowaniem elastyczności realizacji na szczeblu lokalnym (Martin 2000, s. 214). Władze samorządowe musiały uwzględniać krajowe miary, ale mogły je dobierać w zależności od charakteru usług. W pierwszym roku opracowano 224 wskaźniki efektywności Best Value (*Best Value Performance Indicators* (BVPI)). Ten zbiór ulegał corocznej modyfikacji. Na przykład w 2005 r. zredukowano wskaźniki do 94 (*Best Value Performance Indicators* 2005). W kwietniu 2008 zastąpiono je zbiorem wskaźników narodowych (ang. *National Indicator Set*). Stosowanie ujednoliconych miar pozwala na dokonywanie porównań i ocenę efektywności gospodarowania środkami publicznymi przez władze lokalne. Przyczynia się w ten sposób do wzrostu znaczenia stosowania metody benchmarkingu wykorzystującego dane zawarte w raportach Best Value (Ogden i Wilson 2000). Organem kontrolnym była Komisja Audytu (*Audit Commision*), przeprowadzająca rewizję wyników działalności samorządu na podstawie BVPI. Obecnie Best Value w warstwie pomiaru zastąpił zbiór narodowych wskaźników stosowany w okresie od kwietnia 2008 r. do marca 2011 w ramach tzw. lokalnych obszarów porozumień (*Local Area Agreements*). Przesłanką wycofania była chęć zmniejszenia biurokracji w urzędach, które skarżyły się na czasochłonność przygotowania raportów (*Councils' red tape...* 2010). Ich miejsce zajęła lista pojedynczych danych (*single data list*) zawierająca wszystkie informacje, jakie samorzady muszą przygotowywać do rządu. Pomimo tego, iż opracowanie zestawienia wyników działalności zgodnie z BVI nie jest obligatoryjne, to jednak niektóre angielskie urzędy stosują Best Value, jako system audytu. W 2011 r. ogłoszono nowe wytyczne Best Value, w których obowiązek zmieniono na powinność dążenia do ciągłego doskonalenia [Ćwiklicki, Wodecka-Hyjek 2012].

W realizacji Best Value można wyróżnić kilka etapów, które tworzą zwarty tok postępowania (tzw. ramę metodyczną). W dokumentacji przygotowanej przez rząd brytyjski podstawowe kroki w metodzie to:

1. Ustalenie przez władze lokalne całościowej wizji działania, w tym sposobów pomiaru i oczekiwań społeczności lokalnej.
2. Uzgodnienie programu podstawowych przeglądów działania z założeniem, że w pierwszej kolejności należy wziąć pod uwagę najgorzej oceniane obszary działania, a cykl przeglądu powinien wynosić cztery lub pięć lat.
3. Realizacja podstawowych przeglądów działania z uwzględnieniem modelu 4C.



4. Ustalenie celów poprawy działania wraz z jasnym opisem sposobów osiągnięcia poprawy oraz publikacja lokalnych planów działania (ang. *Local Performance Plans*).
5. Niezależny audyt spójności przeglądu usług i celów oraz potwierdzenie monitorowania danych.
6. Odwołanie się do Sekretarza Stanu w przypadku poważnych niepowodzeń z opcją interwencji (*Modernising Local...* 1998, s. 10).

Ocena dostarczonych usług publicznych (krok trzeci) dokonywana jest przez pryzmat modelu 4C, na który składa się:

- wyzwanie (ang. *challenge*),
- porównanie (ang. *compare*),
- konsultacja (ang. *consult*)
- konkurowanie (ang. *competition*) [ibidem, s. 17-20].

Pierwsze C – *challenge* – oznacza zbadanie zasadności realizacji danej usługi, jak i sposobu jej dostarczania. Sugeruje się, że dotychczasowy sposób świadczenia usług może być bardziej odzwierciedleniem zwyczajów i stereotypów społeczności lokalnych, niż odpowiedzią na istotne i aktualne potrzeby obywateli. Z tego powodu postuluje się bieżące monitorowanie oczekiwań społecznych oraz wprowadzanie zmian w zakresie sposobów świadczenia usług publicznych.

Drugie C – *compare* – dotyczy zapewnienia możliwości porównania w przekroju różnych usług za pomocą mierników z uwzględnieniem zarówno użytkowników, jak i dostawców usług. Narzędziem porównywania wskaźników w porozumieniu z Komisją Audytorską powinien być prawidłowo realizowany proces benchmarkingu, a samorządy mają obowiązek ciągłego doskonalenia w celu poprawy wyników funkcjonowania. Wśród mierników powinny znaleźć się również te o wymiarze krajowym, ponieważ pozwalają dokonywać porównań działań władz lokalnych.

Trzecie C – *consult* – oznacza przeprowadzenie konsultacji ze społecznością lokalną, w tym z podatnikami, odbiorcami usług i przedstawicielami lokalnego biznesu. W myśl założeń systemu Best Value rząd nie sprecyzował formuły konsultacji ze społecznością lokalną, pozostawiając dowolność samorządom. Jednakże obliuguje się władze lokalne do przeprowadzenia regularnych uzgodnień w celu poznania opinii społeczności na wszystkich etapach procesu dostarczania usługi, aby zagwarantować najwyższą jakość zgodną z oczekiwaniami odbiorców. Wyjaśnieniem konieczności przeprowadzania konsultacji jest spostrzeżenie, iż współuczestnictwo we wprowadzeniu zmian i współdecydowanie o tym,

daje lepsze wyniki. W uaktualnionych wytycznych Best Value w 2011 r. jeszcze bardziej podkreślono znaczenie tego elementu.

Czwarte C – *competition* – odnosi się do stosowania w miarę możliwości zasad konkurencyjności przy wyborze realizatora usługi. Nie jest wymagana prywatyzacja świadczenia usług, ani nie jest określony sposób ich realizacji. W tym kryterium oceny upatruje się istotne odejście od CCT. Powodem dołączenia tego wymiaru do oceny jest zwrócenie uwagi na alternatywne i efektywniejsze być może sposoby działania niż te oferowane przez administrację. Z tego powodu zaleca się tworzenie partnerstw publiczno-prywatnych. W dokumentacji rządowej podkreśla się, że władze muszą posiadać jednoznaczne sposoby wykazania, że koszt danej usługi jest odpowiedni do ustalonego standardu. W tym znaczeniu należy spodziewać się, że mechanizm wolnorynkowy skłoni do podjęcia działań zwiększających wartość dla obywateli [Ćwiklicki, Wodecka-Hyjek 2012].

Przykładowy opis wskaźnika w systemie Best Value, dotyczący opieki domowej dla osób starszych, zawiera tabela 2.

**Tabela 2. Przykładowy opis wskaźnika w Best Value**

<b>BV 54 – Liczba osób starszych wymagających opieki domowej przypadająca na 1000 mieszkańców w wieku 65 lat i powyżej</b>			
Rok wprowadzenia	2000/01	Pozytywna wartość	
Cel	Ukazanie liczby osób otrzymujących opiekę zarówno na niskim jak i na wysokim poziomie		
Definicja	Rozliczeniu podlegają pakiety opieki środowiskowej realizowane przez samorządy. Usługi powinny być uwzględnione tylko wówczas, jeśli są one częścią planu opieki, który jest przedmiotem oceny i zarządzania przez Radę.		
Klasyfikacja Komisji Audytu	Akceptuje/Nie akceptuje		
Formuła/przykład wyliczenia	Aby wyliczyć liczbę osób wymagających opieki domowej należy w liczniku umieścić liczbę osób w wieku 65 lat i powyżej, którym udzielono pomocy (dane z urzędu statycznego umieszczone w kolumnach o numerach (...)), a następnie podzielić przez łączną liczbę mieszkańców w wieku 65 lat i powyżej.		
Okres pomiaru	Bieżący rok fiskalny	Źródło danych	Urząd statystyczny
Jednostka pomiaru	Liczba na 1000 mieszkańców Wiek 65 lat i powyżej	Liczba miejsc po przecinku	2
Dalsze wytyczne	Nie dotyczy.		
Wartość docelowa	Ustalona lokalnie.		
Zakres stosowania	Samorządy.		

Źródło: opracowanie własne na podstawie (*Best Value Performance...* 2007, s. 94-95).

Zainicjowany w Wielkiej Brytanii system doskonalenia jakości usług publicznych i poprawy efektywności funkcjonowania sektora publicznego oparty na analizie wskaźnikowej, niewątpliwie przyczynił się do wyeksponowania kontekstu wdrażania New Public Management w samorządzie lokalnym. Jego wyrazem było przede wszystkim zwrócenie uwagi na: udział społeczeństwa w podejmowaniu decyzji, decentralizację polityki lokalnej, wprowadzenie innowacyjnych rozwiązań w realizacji usług publicznych oraz wykorzystanie metod zarządzania sprawdzonych w sektorze prywatnym (np. outsourcing, benchmarking, reengineering czy TQM) [Ćwiklicki, Wodecka-Hyjek 2012]. Próba oceny możliwości wdrożenia podobnej metody do Best Value w polskich warunkach może zdaniem P. Modzelewskiego i K. Opolskiego (2009, s. 72) być ciekawą inspiracją, która akcentuje konieczność dążenia do poprawy jakości usług publicznych przy jednoczesnym dbaniu o ograniczanie wydatków w samorządach lokalnych. Współcześnie w Wielkiej Brytanii następuje przeorientowanie w kierunku sieciowego zarządzania wspólnotą (*local governance*), którego celem jest nie tyle osiągnięcie określonego poziomu efektywności, ile wartości publicznej (*public value*), definiowanej jako uzyskanie preferowanych wyników poprzez wykorzystanie zasobów publicznych w sposób najbardziej efektywny. Wybór sektora lub organizacji dostarczających usługę ma charakter pragmatyczny, wymagający złożonego układu relacji z wyższym szczeblem rządu, lokalnymi organizacjami i przedsiębiorcami [Stoker 2003, s. 9-27].

#### 4. Bibliografia

1. *Administracja publiczna*, pod red. J. Hausnera, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003,
2. *Best Value Performance Indicators Guidance 2007/08*, Audit Commission, December 2007.
3. *Best Value Performance Indicators: 2005/06*, Office of the Deputy Prime Minister, London, February 2005.
4. *Best Value Statutory Guidance*, Department for Communities and Local Government, London, September 2011.
5. Bovaird T., Halachmi A. (2001), "Performance Measurement and Best Value: an international perspective", *International Journal of Business Performance Management*, 3(2),

6. Ćwiklicki M., Wodecka-Hyjek A., *Best Value – angielska metoda doskonalenia usług publicznych*, opracowanie przygotowane w ramach badań statutowych Katedry Metod Organizacji i Zarządzania Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie pt. „Metody doskonalenia systemu zarządzania w instytucjach sektora publicznego”, symbol pracy nr 8/KMOiZ/1/2012/S/008. Kierownik tematu: prof. UEK dr hab. Janusz Czekaj,
7. Gaster L., Squires A., *Providing quality in the public sector. A practical approach to improving public services*, Open University Press, United Kingdom 2003,
8. Izdebski H., Kulesza M., *Administracja publiczna. Zagadnienia ogólne*, LIBER, Warszawa 2004,
9. Kardas M., Kucharska C., *Analiza porównawcza modeli samorządu terytorialnego Niemiec, Wielkiej Brytanii i Szwecji*, COLLOQUIUM Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych, Rocznik III, 2011,
10. McAdam R., Walker T., *An Inquiry Into Balanced Scorecards Within Best Value Implementation In UK Local Government*, “Public Administration”, 2003, Vol. 81 No. 4.
11. *Modernising local government. Improving local services through best value*, Department of the Environment, Transport and the Regions, London, 1998,
12. Modzelewski P., Opolski K., *Zarządzanie jakością w usługach publicznych*, Wydawnictwa Fachowe CeDeWu., Warszawa 2004,
13. Modzelewski P., Opolski K., *Zarządzanie jakością w usługach publicznych*, Wyd. II, Warszawa: Wydawnictwa Fachowe CeDeWu, Warszawa 2009,
14. Supernat J., *W Anglii [w:] Samorząd terytorialny i administracja w wybranych krajach*, pod red. J. Jeżewskiego, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1999,
15. Ogden S., Wilson P., *Bridging The Quality Gaps. Implementing benchmarking to deliver Best Value*, “Public Management”, 2000, Vol. 2 Issue 4,
16. *Rozwój instytucjonalny. Poradnik dla samorządów terytorialnych*, pod red. S. Mazura, Małopolska Szkoła Administracji Publicznej Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2004,
17. Wodecka-Hyjek A., *Koncepcja Best Value w perspektywie analizy wartości [w:] Rozwój koncepcji i metod zarządzania*, pod red J. Czekaja i M. Lisińskiego, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2011,
18. Wollmann H., *Comparing Local Government Reforms in England, Sweden, France and Germany*, Wüstenrot Stiftung, Berlin 2008,

Akty prawne:

*Ustawa o zarządzie lokalnym (Local Government Act – LGA) z 2000 r.*

## IV. Rozwiązania i specyfika Polska

### 1. Wstęp

Aktualny system administracji terytorialnej w Polsce ukształtowany został w ostatnim dziesięcioleciu XX stulecia w wyniku reform związanych z transformacją ustrojową państwa. Pierwszy etap zasadniczego procesu zmian nastąpił w 1990 r., wraz z uchwaleniem trzech ustaw: *O zmianie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, *O samorządzie terytorialnym oraz Ordynacji wyborczej do rad gmin*. W ramach tego etapu reformy zainicjowano proces decentralizacji przekazując gminom szereg zadań dotyczących realizacji usług publicznych na poziomie lokalnym.

W etapie drugim w 1999 r. nadano kształt współczesnej administracji na mocy ustaw o: samorządzie powiatowym, samorządzie województwa, administracji rządowej w województwie oraz o wprowadzeniu zasadniczego trójstopniowego podziału terytorialnego państwa [*Samorząd terytorialny w Polsce 2002*, s. 17-18]. Jednostkami samorządu terytorialnego są: gmina, powiat i województwo, które to organy w ramach realizacji narzuconych zadań, zajmują się dostarczaniem usług publicznych w różnym zakresie. Szczegółowy zakres zadań realizowanych na poziomie gminy, powiatu i województwa zawiera tabela 3.

Gminy realizują wiele zadań, które oznaczają dostarczanie usług mieszkańcom gminy. W tym celu mają prawo prowadzenia działalności gospodarczej w zakresie użyteczności publicznej, zakładając przedsiębiorstwa. Zadania o charakterze niekomercyjnym gminy organizują powołując samorządowe jednostki organizacyjne: jednostki i zakłady budżetowe. Zgodnie z ustawą o gospodarce komunalnej zadania z zakresu użyteczności publicznej lub innych form działalności gospodarczej, gminy wykonują również poprzez powoływanie podmiotów prawa handlowego.

Analiza zakresu zadań publicznych powiatu prowadzi do wniosku, że funkcje powiatu mają charakter uzupełniający i wyrównawczy w stosunku do gminy. Powiat, powstaje nie po to, aby konkurować z gminą w wykonywaniu zadań publicznych, a tym bardziej, aby przejąć określone zadania gmin, ale po to, aby wspólnie z gminą stworzyć system realizacji całokształtu zadań publicznych o charakterze lokalnym w strukturach samorządowych [Niewiadomski 2000, s. 30].

Powiat wykonuje zadania publiczne o charakterze ponadgminnym, a posiadając większy potencjał gospodarczy, finansowy i społeczny niż gmina, jest w stanie samodzielnie podjąć zadaniom o wyższym stopniu skomplikowania czy specjalizacji.

**Tabela 3. Zadania samorządu terytorialnego w Polsce**

Zadania samorządu terytorialnego w Polsce		
Gmina	Powiat	Województwo
<ul style="list-style-type: none"> <li>– gospodarka nieruchomościami,</li> <li>– ochrona środowiska i przyrody oraz gospodarka wodna,</li> <li>– gminne drogi, ulice, mosty oraz organizacja ruchu drogowego,</li> <li>– wodociągi i kanalizacja,</li> <li>– zaopatrzenie w energię elektryczną i ciepłą oraz gaz,</li> <li>– lokalny transport zbiorowy,</li> <li>– ochrona zdrowia (profilaktyka zdrowotna, lecznictwo otwarte),</li> <li>– pomoc społeczna, w tym ośrodki i zakłady opiekuńcze,</li> <li>– gminne budownictwo mieszkaniowe,</li> <li>– edukacja publiczn (przedszkola, szkoły podstawowe i gimnazja),</li> <li>– kultury, w tym biblioteki gminne i inne placówki upowszechniania kultury,</li> <li>– kultura fizyczna i turystyka,</li> <li>– porządek publiczny i bezpieczeństwo, ochrona przeciwpożarowa,</li> <li>– utrzymania gminnych obiektów i urządzeń użyteczności publicznej oraz obiektów administracyjnych,</li> <li>– polityka prorodzinna,</li> <li>– wspieranie i upowszechnianie idei samorządowej,</li> <li>– promocja gminy,</li> <li>– współpraca z organizacjami pozarządowymi,</li> <li>– współpraca ze społecznościami lokalnymi i regionalnymi innych państw.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– edukacja publiczna (szkoły średnie),</li> <li>– promocja i ochrona zdrowia (lecznictwo zamknięte),</li> <li>– pomoc społeczna,</li> <li>– polityka prorodzinna,</li> <li>– wspieranie osób niepełnosprawnych,</li> <li>– transport zbiorowy i drogi publiczne,</li> <li>– kultura i ochrona dóbr kultury,</li> <li>– kultura fizyczna i turystyka,</li> <li>– geodezja i kartografia,</li> <li>– gospodarka nieruchomościami,</li> <li>– administracja architektoniczno – budowlana,</li> <li>– gospodarka wodna,</li> <li>– ochrona środowiska i przyrody,</li> <li>– rolnictwo, leśnictwo i rybactwo śródlądowe,</li> <li>– porządek publiczny i bezpieczeństwo obywateli,</li> <li>– ochrona przeciwpowodziowa i zapobieganie innym nadzwyczajnym zagrożeniom życia i zdrowia ludzi oraz środowiska,</li> <li>– przeciwdziałanie bezrobociu oraz aktywizacja lokalnego rynku pracy,</li> <li>– ochrona praw konsumenta,</li> <li>– utrzymanie powiatowych obiektów i urządzeń użyteczności publicznej oraz obiektów administracyjnych,</li> <li>– obronność,</li> <li>– promocja powiatu,</li> <li>– współpraca z organizacjami pozarządowymi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– edukacja publiczna, w tym szkolnictwo wyższe,</li> <li>– promocja i ochrona zdrowia,</li> <li>– kultura i ochrona jej dóbr,</li> <li>– pomoc społeczna,</li> <li>– polityka prorodzinna,</li> <li>– modernizacja terenów wiejskich,</li> <li>– zagospodarowanie przestrzenne,</li> <li>– ochrona środowiska,</li> <li>– gospodarka wodna, w tym ochrona przeciwpowodziowa, a w szczególności wyposażenie i utrzymanie wojewódzkich magazynów przeciwpowodziowych,</li> <li>– transport zbiorowy i drogi publiczne,</li> <li>– kultura fizyczna i turystyka,</li> <li>– ochrona praw konsumentów,</li> <li>– obronność,</li> <li>– bezpieczeństwo publiczne.</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Ustawa o samorządzie gminnym, Dz. U. Nr 13 z 1996 r., poz. 74; Samorząd terytorialny. Ustrój i gospodarka 2001, s. 62; Bukowski, Jędrzejewski, Rączka 2003, s. 81-83]

W celu realizacji powierzonych zadań, powiat może tworzyć jednostki organizacyjne, a także zawierać umowy z innymi podmiotami. Może też realizować te zadania bezpośrednio, podejmując w tym celu stosowną działalność gospodarczą. Należy jednak podkreślić, że działalność ta może być podejmowana wyłącznie w zakresie zadań o charakterze użyteczności publicznej. Tym samym ustawodawca zakazuje powiatowi – wzorem gminy –

prowadzenia działalności gospodarczej wykraczającej poza zadania użyteczności publicznej, tj. zakazuje działalności komercyjnej nastawionej wyłącznie na zysk. Dochodami powiatu będą tak jak w przypadku gmin, przede wszystkim udziały w podatkach stanowiących dochód budżetu państwa – w wysokości określonej w ustawie – oraz subwencje i dotacje celowe z budżetu państwa [Niewiadomski 2000, s. 32].

Z ustawy o samorządzie województwa [Bukowski, Jędrzejewski, Rączka 2003, s. 81-83] wynika, że województwo, jako jednostka samorządu terytorialnego, wykonuje zadania publiczne nienaruszające samodzielności powiatu i gminy. Utworzenie województw w nowym kształcie, ustrojowym i terytorialnym ma charakter regionalizacji państwa w celu dostosowania jego struktur do ogólnoeuropejskich trendów rozwojowych. Region stanowi podstawę, na której opiera się Unia Europejska. Celem województwa jest kreowanie rozwoju regionu oraz wykonywanie usług publicznych o charakterze i zasięgu regionalnym. Województwo realizuje założony cel za pośrednictwem strategii rozwoju województwa oraz wieloletnich programów wojewódzkich. Zasadniczą funkcją samorządu wojewódzkiego jest zajmowanie się problemami rozwoju gospodarczego i społecznego regionu. Samorządy szczebla wojewódzkiego stały się najważniejszymi adresatami środków pomocy strukturalnej z Unii Europejskiej, których celem jest wspomaganie procesów wyrównywania poziomu regionów w krajach Unii [Administracja publiczna 2003, s. 200].

## **2. Geneza i rozwój kontraktowania usług publicznych (w tym społecznych<sup>1</sup>) w Polsce**

Aktualne rozwiązania prawne w Polsce pozostawiają gminom i powiatom szerokie spektrum możliwości powierzania w drodze umów realizacji usług publicznych podmiotom prywatnym oraz organizacjom pozarządowym. Jak zauważył M. Zawicki ustawa o samorządzie gminnym umożliwia gminom zawieranie umów z innymi podmiotami, w tym z organizacjami pozarządowymi, w celu wykonywania zadań. Podobne regulacje zawiera ustawa o samorządzie powiatowym, która to określa współpracę z organizacjami pozarządowymi jako zadania powiatu, a także zezwala powiatom na zawieranie umów z innymi podmiotami w celu wykonywania zadań powiatu. Prawno-finansowe aspekty umów tego rodzaju reguluje ustawa o finansach publicznych oraz ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Ponadto istotną dla kontraktowania usług publicznych jest

---

<sup>1</sup> Próbę wyodrębnienia i specyfikacji katalogu usług społecznych podjął R. Szarfenberg w opracowaniu pt. *Standaryzacja usług społecznych* w ramach projektu „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, <http://www.wrzos.org.pl>, [09.02.2013].



ustawa – prawo zamówień publicznych oraz ustawa o partnerstwie publiczno-prywatnym [Zawicki 2011, s. 123-124]. W konsekwencji w realizacji zadań publicznych jednostki samorządu terytorialnego mogą wykorzystać: outsourcing, jako praktykę wykorzystania potencjału podmiotów prywatnych, współpracę z organizacjami pozarządowymi, jak również partnerstwo publiczno-prywatne oraz kontraktowanie wewnątrzsektorowe (partnerstwo publiczno-publiczne).

### **3. Outsourcing usług publicznych w Polsce**

Powszechna presja na racjonalizację wydatków publicznych spowodowała konieczność zainteresowania władz publicznych nowoczesnymi metodami zarządzania wykorzystywanymi w sektorze komercyjnym. Po raz pierwszy w literaturze model rynkowy świadczenia usług publicznych opisali D. Osborne i T. Gaebler. W modelu tym bezpośrednimi wykonawcami usług są nie tylko jednostki publiczne, ale również zewnętrzne podmioty gospodarcze (tzw. operatorzy), którzy podejmują się realizacji usługi określonej przez regulatora, czyli władzę publiczną. Podstawę działania operatora stanowi natomiast umowa określająca wzajemne obowiązki i prawa stron. Organy publiczne mają swobodę wyboru między różnymi producentami i formami świadczenia usług w oparciu o obowiązujące procedury przetargowe [Osbourne, Gaebler 1995 s. 50, 62].

Outsourcing w sektorze publicznym ma swoją wyraźną specyfikę, różną od outsourcingu w sektorach zorientowanych na prowadzenie komercyjnej działalności gospodarczej. Podstawą strategii i konkretnych decyzji outsourcingowych w sektorach komercyjnych są kryteria ekonomiczne, podczas gdy w jednostkach administracji publicznej należy uwzględnić specyficzne uwarunkowania stosowne dla tego obszaru, wśród których najistotniejsze to: publiczny charakter usług, odpowiedzialność administracji publicznej, zakres działalności uwarunkowany przez prawo, wrażliwość społeczna usług publicznych.

Ze względu na zakres realizowanych zadań nadanych mocą aktów prawnych sektor publiczny zorientowany jest na świadczenie usług publicznych. Granice outsourcingu w administracji publicznej wyznaczone są przez charakter odpowiedzialności i związane z tym dopuszczalne ryzyko. Odpowiedzialność jednostki administracji jest niezbywalna, określana przez prawo. Żaden organ administracji publicznej nie ma uprawnień do rozszerzania zakresu swoich zadań lub rezygnacji z ich wykonywania. W zależności od możliwości finansowych, organizacyjnych i technicznych, a także od wewnętrznych priorytetów, jednostka administracji musi w mniejszym lub większym zakresie realizować powierzone zadania. Outsourcing może więc wpływać na sposób i zakres zadań realizowanych przez

administrację, jednakże w warunkach niestabilności i procesu przemieszczania zadań między organami administracji publicznej realizowanie umów outsourcingowych staje się niepewne i ryzykowne [Oleński 2004].

Również wrażliwość społeczna jest cechą szczególnie istotną w trakcie oceny outsourcingu, ponieważ wynika ona z bezpośredniego przełożenia efektu świadczonej usługi na mieszkańca, będącego klientem końcowym prowadzonej działalności. Decyzje władz publicznych, odnośnie do przekazania realizacji danej usługi na zewnątrz, powinny być podejmowane bardzo ostrożnie z oszacowaniem skutków nieprawidłowego wykonania lub niewykonania usługi dla obywateli. Podejmując decyzję o wyłączeniu danego obszaru należy pamiętać, że kryterium redukcji kosztów jest jednym z wielu elementów, które należy rozpatrzyć. W przypadku sektora publicznego decyzja o outsourcingu powinna zostać poparta innymi argumentami, niekoniecznie mierzalnymi w sposób ilościowy, gdyż proces świadczenia usług publicznych ma szeroki oddźwięk społeczny. Należy podkreślić, iż w tym obszarze czynniki jakościowe są tak istotne, że wyniki kalkulacji finansowej mogą mieć jedynie charakter uzupełniający. Do najistotniejszych czynników o charakterze jakościowym, decydujących o outsourcingu w tym obszarze można zaliczyć: poziom jakości usług, rozwój rynku usług w danym obszarze, uwarunkowania prawne i związane z tym ryzyko, wspieranie przedsiębiorczości lokalnej, mobilność pracowników, zapobieganie korupcji, wzrost znaczenia zaufania i rozwój kultury w organizacji [Wodecka-Hyjek 2007, s. 31].

W konsekwencji aplikacja outsourcingu w obszarze administracji samorządowej wymaga uprzednio rozwiązania następujących problemów [ibidem, s. 34]:

- zidentyfikowania oczekiwań społecznych pod kątem możliwości przekazania zadań publicznych (społeczna waga zadania),
- określenia postulowanego stopnia kontroli jednostki administracji nad realizacją zadania,
- doskonalenia oczekiwanej funkcjonalności urzędu w celu wyeliminowania nieprawidłowości w postaci nadużyć wynikających ze skupienia „w jednym ręku” kompetencji podmiotu jednocześnie finansującego, realizującego i kontrolującego zadanie,
- rozpoznania uwarunkowań prawnych funkcjonowania urzędów,
- kwestii oceny społecznej efektów outsourcingu, która często ma charakter oceny jakościowej.

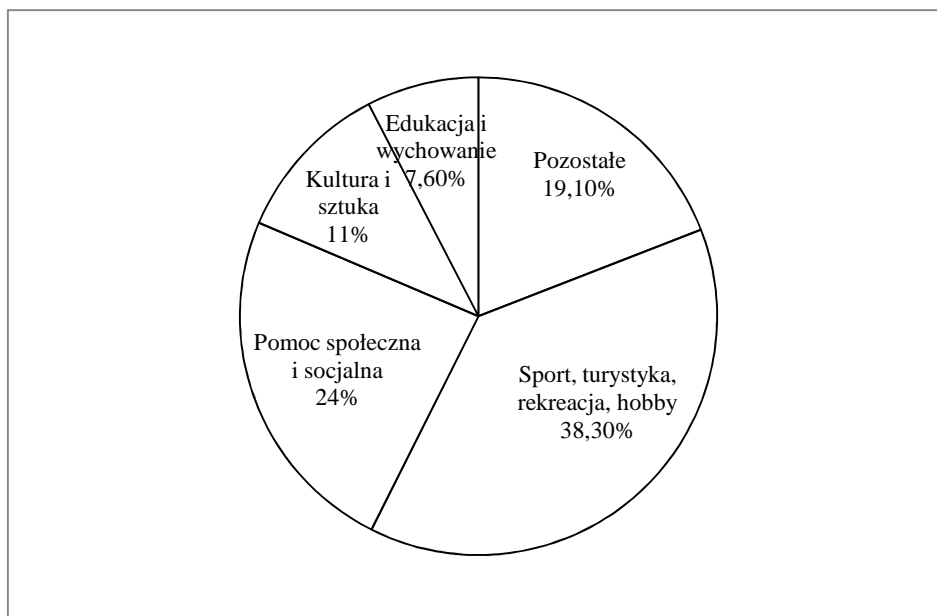
#### 4. Współpraca z organizacjami pozarządowymi

W rynkowym modelu świadczenia usług publicznych istotną rolę odgrywają również organizacje trzeciego sektora. Podstawowym zagadnieniem z punktu widzenia statusu prawnego organizacji pozarządowych jest uregulowanie kwestii zasad i form współpracy organów administracji publicznej z organizacjami pozarządowymi. Na podstawie doświadczeń rozwiniętych państw demokratycznych, w szczególności państw członkowskich Unii Europejskiej i OECD, można stwierdzić, iż za podstawowe zasady współpracy organów administracji publicznej z organizacjami pozarządowymi należy uznać [ Izdebski, Kulesza 2004, s. 320]:

- partnerstwo – organizacje pozarządowe mają prawo do współprecyzowania zadań publicznych i współdefiniowania sposobu ich wykonywania,
- efektywność – władze publiczne wspierają rozwój organizacji pozarządowych mogących wiele zadań publicznych wykonywać efektywniej w kategoriach nie tylko społecznych, ale także ekonomicznych (np. dzięki instytucji wolontariatu),
- jawność – udostępnianie partnerom oraz opinii publicznej podstawowych danych o zamiarach, celach i efektach współpracy oraz o jej kosztach, przy wymaganiu od współpracujących organizacji pozarządowych pełnej przejrzystości finansowej.

Stopniowe wycofywanie się państwa ze znacznej części przyjętych zobowiązań, np.: opieki zdrowotnej i społecznej, rezygnacja podmiotów komercyjnych z pełnienia funkcji socjalnych wobec pracowników i spełniania świadczeń na rzecz lokalnej społeczności spowodowały lukę w zaspokojeniu ważnych społecznie potrzeb [Stanisz 2003, s. 189]. Te nowe warunki prawno-ekonomiczne spowodowały, że organizacje pozarządowe wypełniając wspomnianą lukę stały się ważnym podmiotem świadczącym usługi publiczne.

W Polsce sektor organizacji pozarządowych jest już bardzo różnorodny i podejmuje działania prawie we wszystkich dziedzinach życia: od pomocy społecznej przez kulturę, edukację, rozwój lokalny, ekologię, problemy mniejszości, prawa człowieka, aż po rozwój przedsiębiorczości. Na podstawie raportu [*Sfery działalności organizacji...* 2010] Głównego Urzędu Statystycznego na koniec 2008 r. najwięcej zadań realizowanych przez sektor non-profit w Polsce dotyczyło obszaru związanego ze sportem, turystyką i rekreacją, następnie z pomocą społeczną, sztuką i kulturą oraz edukacją i wychowaniem (rys. 1).



**Rys 2. Sektor non-profit według najważniejszej dziedziny działalności w 2008 r.**

Źródło: *Sfery działalności organizacji pożytku publicznego w Polsce*, Urząd Statystyczny w Krakowie, Kraków 2010, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl)

Wzajemne relacje pomiędzy sektorem publicznym a organizacjami pozarządowymi realizowane są w dwóch postaciach: w formie grantów polegających na dofinansowaniu działań organizacji pozarządowych lub stricte dotyczą one zlecenia działań, czyli kontraktu, w którym sektor publiczny całkowicie finansuje zadanie powierzone organizacji.

Kontraktowanie usług formalnie spełnia warunki ich „sprzedaży” i może powodować swego rodzaju izomorfizm organizacji pozarządowych determinowany koniecznością dopasowania się do oczekiwań administracji [Wygnański 2008, s. 24].

## 5. Partnerstwo publiczno-prywatne

Rosnąca tendencja do przekazywania wykonawstwa coraz bardziej skomplikowanych zadań publicznych podmiotom prywatnym związana jest z urynkowaniem wielu gałęzi usług publicznych (tzw. liberalizacją rynków) oraz wyeksponowaniem ekonomicznej i społecznej efektywności ich świadczenia. Proces ten stanowi konsekwencję nowoczesnego sposobu zarządzania, tzw. podejścia menedżerskiego w administracji publicznej, zorientowanego na analizę kosztów i korzyści, zarządzanie ryzykiem oraz zorientowanie na doskonalenie poziomu jakości usług i potrzeby klienta [Kulesza, Bitner, Kozłowska 2006, s. 9-11]. Pojęcie „partnerstwo publiczno-prywatne (PPP)” wywodzi się ze Stanów Zjednoczonych, gdzie początkowo było stosowane na określenie wspólnego finansowania przez sektor publiczny i prywatny programów edukacyjnych, a w latach 50. XX wieku również podobnego

finansowania instalacji komunalnych. Współcześnie w Europie pionierem w przedsięwzięciach typu publiczno-prywatnego jest Wielka Brytania. Znaczący udział w realizacji tego typu inwestycji mają również: Hiszpania, Grecja, Francja oraz Niemcy [Jacyszyn, Klinowski 2006, s. 9]. Do najistotniejszych celów rozwoju współpracy w ramach PPP zalicza się: zwiększenie zdolności wytwórczych oraz konkurencyjności gospodarki, zapewnienie dostępności usług publicznych, zagwarantowanie rozwoju ekonomicznego i podniesienie standardu życia społeczeństwa [*Co czeka partnerstwo ...2011*].

Instytucja partnerstwa publiczno-prywatnego jako forma realizacji zadań publicznych w Polsce uregulowana została po raz pierwszy *Ustawą o partnerstwie publiczno-prywatnym* w lipcu 2005, którą znowelizowano w grudniu 2008 r. Partnerstwo publiczno-prywatne nie ma w doktrynie prawa jednolitej definicji. Szerokie rozumienie partnerstwa publiczno-prywatnego oznacza, iż za partnerstwo uznać należy każdego rodzaju współpracę sektora publicznego i prywatnego, który ma na celu realizację szeroko pojętego dobra publicznego, lub też współpracę partnerską przy realizacji stosunkowo dużych projektów, które mają na celu wykonywanie zadań użyteczności publicznej. Współpraca ta ujmowana jest w różnorodne formy strukturalne i prawne, jak i konfiguracje w zależności od zaawansowania zintegrowanego podejścia do projektu, jak również w zależności od specyfiki danego zadania i rodzaju zadań, które mają być zakontraktowane. Zgodnie z definicją zaproponowaną przez Komisję Europejską, partnerstwem publiczno-prywatnym są wszelkie formy kooperacji pomiędzy władzami publicznymi a światem biznesu, których celem jest zapewnienie środków finansowych, budowy, odbudowy, zarządzania albo utrzymania infrastruktury bądź dostarczenie usług [Kania, Marquardt 2010, s. 11].

W ostatnich dziesięcioleciach finansowanie prywatne w formie partnerstwa publiczno-prywatnego upowszechniło się, jako sposób tworzenia i utrzymywania infrastruktury publicznej w takich sektorach, jak transport (drogi, mosty, tunele, linie kolejowe, porty, lotniska), infrastruktura społeczna (szpitale, szkoły, więzienia, mieszkania komunalne), usługi komunalne (wodociągi, kanalizacja, gospodarka odpadami), budynki administracji publicznej i inne lokale, wyspecjalizowane usługi (sieci komunikacyjne, wyposażenie armii) [Yescombe 2008, s. 19].

Współcześnie, w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego, wyodrębnione zostały wielorakie formy współpracy, takie jak: kontrakty na wykonawstwo, kontrakty na świadczenie usług, kontrakty menedżerskie oraz umowy leasingowe i koncesje [Brzozowska 2006, s. 24-29]. Wyróżnione formy udziału sektora prywatnego w realizacji zadań

publicznych związane są z czasowym lub nieokreślonym pod względem czasu włączeniem kapitału prywatnego lub wykorzystaniem mienia publicznego.

## **6. Partnerstwo publiczno-publiczne**

Szczególną formą kontraktowania usług publicznych jest również zawieranie umów z innymi jednostkami administracji publicznej, nazywane kontraktowaniem wewnątrz sektora publicznego. Gminy i powiaty korzystają z prawnych możliwości realizacji zadań publicznych w kooperacji z innymi jednostkami administracji publicznej. Najczęściej praktykowanymi formami tej współpracy są [Zawicki 2011, s. 125]:

- związki gmin,
- porozumienia (międzygminne, między powiatem a gminą, między gminą lub powiatem a samorządem województwa).

Najbardziej powszechną formą stała się realizacja zadań publicznych w związkach gmin najczęściej odniesionych do: gospodarki komunalnej, komunikacji zbiorowej, a także turystyki, sportu, rekreacji i kultury. Realizacja zadań drogą porozumień międzygminnych jest również częstą praktyką polskich gmin i dotyczy zadań takich jak: gospodarka odpadami, utylizacja odpadów, utrzymanie porządku i czystości, zaopatrzenie w wodę. Przedmiotem porozumień zawieranych między gminą a powiatem bywa modernizacja i utrzymanie dróg powiatowych, organizacja imprez kulturalnych, geodezja i kartografia czy gospodarka odpadami. Natomiast porozumienia gmin i powiatów z samorządem województwa dotyczą: modernizacji i utrzymania dróg wojewódzkich, finansowania dodatkowych przewozów kolejowych oraz dostępu do informacji publicznej [ibidem, s. 125].

Wraz z urynkowaniem realizacji zadań samorządu terytorialnego stale rozważany pozostaje kontekst pomiaru poziomu jakości realizowanych usług publicznych, tworzenia stosownych standardów oraz opracowania systemów monitorowania. Wśród projektów realizowanych w Polsce w tym zakresie wymienić należy następujące:

- Program Rozwoju Instytucjonalnego (PRI) – realizowany w latach 2001-2004 przez krajowe i zagraniczne organizacje naukowe i doradcze, pod kierownictwem Małopolskiej Szkoły Administracji Publicznej Akademii Ekonomicznej w Krakowie oraz Canadian Urban Institute. Projekt ten stanowił część rządowego Programu Aktywizacji Obszarów Wiejskich (PAOW).
- projekt *„Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej”* realizowany przez WRZOS,

- Territorial Quality Standards opracowane w ramach projektu „*Territorial Quality Standards In Social Services of General Interests*” (2008-2010), w których uwzględnia się jakość w odniesieniu do interesariuszy, w ramach którego ma zostać opracowana w partycypacyjny sposób karta kryteriów jakości usług opiekuńczych, w którym uczestniczy miasto Gdynia,
- *European Quality In Social Services (EQUASS)* ukierunkowany na użytkownika końcowego.

Międzynarodowe podejścia w ocenie efektywności i jakości odnoszą się zarówno do tradycyjnych ujęć wywodzących się z TQM, takich jak: normy ISO 9000, CAF, AA 1000 itp., jak również do rozwiązań dedykowanych usługom społecznym. Krajowe próby doskonalenia jakości usług społecznych przedstawia R. Szarfenberg [*Różne wymiary skuteczności...2011*].

## 7. Bibliografia

1. Bukowski T., Jędrzejewski T., Rączka P., *Ustrój samorządu terytorialnego*, Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2003,
2. Brzozowska K., *Partnerstwo publiczno-prywatne. Przestanki, możliwości, bariery*, Publishing Fachowe CeDeWu, Warsaw 2006,
3. Common Quality Framework for Social Services of General Interest, EC, Brussels, 21 June 2010,
4. Izdebski H., Kulesza M., *Administracja publiczna, Zagadnienia ogólne*, Liber, Warszawa 2004,
5. Jacyszyn J., Kalinowski T., *Komentarz do ustawy o partnerstwie publiczno-prywatnym*, Lexis Nexis, Warsaw 2006,
6. Kania M., Marquardt P., *Partnerstwo publiczno-prywatne. Komentarz do ustawy*, Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2010,
7. Katalog narzędzi rozwoju instytucjonalnego w samorządzie lokalnym, red. M. Zawicki, MSAP UEK, Kraków 2011,
8. Krajowy Raport Badawczy. Pomoc i integracja społeczna wobec wybranych grup – diagnoza standaryzacji i modeli instytucji, red. R. Szarfenberg, Wrzos, Warszawa 2011.
9. Kulesza M., Bitner M., Kozłowska A., *Ustawa o partnerstwie publiczno-prywatnym. Komentarz*, Dom Wydawniczy ABC, Warsaw 2006,
10. Osborne D., Gaebler T., *Rządzić inaczej. Jak duch przedsiębiorczości przenika i przekształca administrację publiczną*. Media Rodzina, Poznań 1995,

11. *Różne wymiary skuteczności w pomocy społecznej*, red. A. Hryniecka, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2011,
12. *Samorząd terytorialny w Polsce*, pod red. J.P. Tarny, Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis, Warszawa 2002,
13. Stanisław B., 2003, *Organizacje non-profit w procesie wyrównywania nierówności społecznych*, [w:] *Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy*, red. M.G. Woźniak, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów 2003,
14. *Territorial Quality Standards in Social Services of General Interest (TQS in SSGI)*, REVES, 2010,
15. Wodecka-Hyjek A., *Metodyka outsourcingu w urzędach administracji samorządowej*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie”, no. 811, Cracow University of Economics, Cracow 2007,
16. Wygnański J.J., *Ekonomizacja organizacji pozarządowych. Możliwość czy konieczność*, Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warszawa 2008,
17. Yescombe E.R., *Partnerstwo publiczno-prywatne. Zasady wdrażania i finansowania*. Oficyna Wydawnicza Wolters Kluwer, Cracow 2008.

#### Netografia:

18. *Co czeka partnerstwo publiczno-prywatne w Polsce*, Raport Firmy Deloitte, 24.03.2011, [www.egospodarka.pl](http://www.egospodarka.pl), [20.05.2012].
19. Oleński J., *Outsourcing w e-administracji*, II Forum Informatyki w Administracji, 20-21 kwietnia, Łańsk-Warsaw 2004, [www.e-administracja.org.pl/baza\\_wiedzy/index.php](http://www.e-administracja.org.pl/baza_wiedzy/index.php), s. 57 [26.05.2012].

#### Akty prawne:

1. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. *O samorządzie terytorialnym*, Dz. U. Nr 14 z 1990r., poz. 95,
2. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. *O samorządzie gminnym*, Dz. U. Nr 13 z 1996 r., poz. 74 z późniejszymi zmianami,
3. Ustawa z dnia 10 czerwca 1994 r. *O zamówieniach publicznych*, Dz. U. Nr 76 z 1994 r., poz. 344 z późniejszymi zmianami,
4. Ustawa o gospodarce komunalnej z 20 grudnia 1996 r., Dz. U. 1997, nr 9, poz.43.
5. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. *O samorządzie województwa*, Dz. U. Nr 91 z 1998 r., poz. 576 z późniejszymi zmianami,



6. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. *O samorządzie powiatowym*, Dz. U. Nr 91 z 1998 r., poz. 578 z późniejszymi zmianami,
7. Ustawa o partnerstwo publiczno - prywatnym z dnia 28 lipca 2005 r. (Dz. U. Nr 169 pozycji 1420) i Ustawa o partnerstwie publiczno - prywatnym z dnia 19 grudnia 2008 r. (Dz. U. nr 1 do pozycji 100),
8. Ustawa o działalności pożytku publicznego i wolontariacie z dnia 24 kwietnia 2003 r. (Dz. U. 96 Nr pozycji 873 z późniejszymi zmianami).

## **CZEŚĆ DRUGA – UJĘCIE ANALITYCZNE**

### **I. Badanie ograniczeń dostępu do środowiskowych form opieki nad seniorami mieszkającymi w gospodarstwach domowych**

#### **1. Przyczyny stosowania praktyki**

Prezentowany projekt lokuje się w nurcie poszukiwań efektywnych sposobów świadczenia środowiskowych form opieki seniorom mieszkającym w gospodarstwach domowych. Projekt odpowiada na problem ograniczenia lub braku dostępu do pomocy i opieki nad starszymi osobami, które są jej pozbawione lub korzystają z niej w ograniczonym zakresie. Przyczyn takiego stanu jest wiele. Jedną z nich jest brak wiedzy o możliwościach skorzystania z pomocy. Inną przyczyną jest negatywne postrzeganie faktu korzystania z takich usług przez inne osoby. Dlatego też odpowiedzią na przedstawiany problem stał się projekt testujący możliwości ułatwienia korzystania z takiej pomocy poprzez wypracowanie strategii dostępu starszych osób i ich rodzin do pomocy publicznej na przykładzie usług opiekuńczych.

Strategia taka została przetestowana w Austrii, na Litwie i w Polsce z wykorzystaniem poradnictwa dla osób potrzebujących opieki i wsparcia. W opisywanym projekcie, na przykładzie usługi poradnictwa, przetestowano w dwóch rejonach każdego z trzech krajów uczestniczących (tj. w Austrii, Polsce i na Litwie) różne strategie dostępu osób starszych i ich rodzin do usług opiekuńczych. Strategie te obejmowały wykorzystanie doradców z sektora opieki zdrowotnej i pomocy społecznej (np. lekarzy i pracowników socjalnych), pośredników z innych dziedzin (np. organizacji zrzeszających seniorów, stowarzyszeń kulturalnych czy parafii). W strategiach tych istotne miejsce zajmowały same działania oparte na współpracy pomiędzy tymi sektorami. W badaniu dostępu do usług wzięło udział 539 osób, a 77% spośród nich (475 osób) skorzystało z usługi poradnictwa.

#### **2. Sekwencja rozwoju praktyki**

Projekt poprawy dostępu do usług opiekuńczych dla osób starszych żyjących w gospodarstwie domowym (*Improving Access to Community-Based Services For older People Living at Home*) został sfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach programu PROGRESS, służącemu poszukiwaniu sposobów i likwidacji barier dla starszych osób, w zakresie dostępu do usług publicznych. Program PROGRESS w szczególności miał na celu wzmocnienie doradztwa dla starszych osób, które potrzebują go najbardziej. Partnerstwo w

projekcie stworzyli czterej europejscy partnerzy – z Austrii, Litwy, Polski i Zjednoczonego Królestwa. Podmioty tworzące partnerstwo reprezentowały instytucje akademickie i organizacje społeczne/pozarządowe.

Projekt składał się z trzech faz:

- pierwsza faza koncentrowała się na przygotowaniach, w tym badaniach istniejących rozwiązań w tym zakresie;
- druga faza koncentrowała się na testowaniu różnych metod wsparcia służących poprawie dostępu-do usług;
- trzecia faza została poświęcona prezentacji rezultatów i stworzeniu planu dla wykorzystania obserwacji, wynikających z realizacji projektu, w praktyce polityki społecznej w wymienionych krajach oraz w skali europejskiej.

W trakcie projektu jego rezultaty zostały zaprezentowane na szczeblach krajowych i europejskim na kilku konferencjach i seminariach oraz poprzez rekomendacje przekazane władzom publicznym i innym interesariuszom.

### **3. Charakterystyka kontekstu prawno-instytucjonalnego stosowanej praktyki**

Projekt mający na celu poprawę dostępu do usług opiekuńczych dla osób starszych żyjących w gospodarstwie domowym koordynowany był przez Austriacki Czerwony Krzyż (ACK). ACK realizuje z sukcesem wiele projektów międzynarodowych pozyskując na nie fundusze krajowe, europejskie i wykorzystując inne międzynarodowe źródła finansowania. Istotną rolę w przygotowaniu projektu odegrał Instytut Badawczy Austriackiego Czerwonego Krzyża, współpracujący często z ACK w przygotowaniu tego rodzaju projektów.

W realizacji przedsięwzięcia uczestniczyli partnerzy brytyjscy (Uniwersytet Kent), litewscy (Uniwersytet Vytautasa Magnusa oraz Koweńskie Centrum Usług Społecznych) oraz polscy (Uniwersytet Jagielloński oraz Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie). Łącznie w projekcie uczestniczyło siedmiu partnerów z wymienionych wyżej krajów.

Projekt został sfinansowany ze środków programu PROGRESS oraz Austriackiego Ministerstwa Pracy, Spraw Socjalnych i Opieki Konsumenckiej.

### **4. Zasoby niezbędne do wdrożenia praktyki**

Mocną stroną projektu była jego koordynacja przez Austriacki Czerwony Krzyż, który posiada duże doświadczenie w realizacji projektów współpracy międzynarodowej. Istotnym uzupełnieniem dla tego projektu był funkcjonujący pod auspicjami ACK Instytut Badawczy, który wspiera działalność misyjną tej organizacji poprzez prowadzenia badań i analiz.

Dofinansowanie realizacji projektu ze środków europejskich wynosiło 313 065 euro, a dodatkowo realizacja przedsięwzięcia została wsparta ze środków budżetowych Austrii. Dysponując takim budżetem można było przeprowadzić rzetelne i reprezentatywne badania oraz zająć się jednocześnie promocją dobrych praktyk i sformułowaniem rekomendacji wobec władzy publicznej w krajach uczestniczących w projekcie. Specyfika organizacji systemu pomocy społecznej w tych państwach była na tyle zróżnicowana, że wnioski z badań można uznać za utylitarne w wymiarze międzynarodowym w różnych systemach opieki społecznej.

## **5. Identyfikacja atutów i ograniczeń praktyki**

Realizowany projekt objął swoim zasięgiem osoby starsze, które z różnych przyczyn nie korzystają z dostępnej i przysługującej im opieki środowiskowej. Zrozumienie przyczyn, dla których nie korzystają oni z tej pomocy nie było łatwym zadaniem i wymagało przeprowadzenia szeregu eksperymentów społecznych. Identyfikacja barier wejścia do czynnego korzystania z udostępnianej przez władzę publiczną gamy usług jest kluczowym i niezbędnym warunkiem do znalezienia skutecznej recepty na przeciwdziałanie „zamknięciu się” samotnie ze swoimi problemami we własnym domu.

W warunkach polskich eksperyment przeprowadzono w Krakowie w kilku wybranych dzielnicach. W tym kontekście warte rozważenia byłoby objęcie badaniem w przyszłości gmin wiejskich i miejsko-wiejskich, gdyż realia społeczne mniejszych środowisk mogą diametralnie różnić się od tych, jakie zostały zaobserwowane w Krakowie.

## **6. Ewaluacja praktyki (korzyści – koszty)**

Ewaluacja kosztów przedstawianej praktyki jest łatwa z uwagi na publiczny dostęp do informacji dotyczącej funduszy wydatkowanych na politykę społeczną przez władze samorządowe i państwowe.

Niewątpliwie mocną stroną prezentowanych badań jest ich przekrojowość oraz szeroki zakres rekomendacji i sugestii. Przy założeniu dostępności środków finansowych na samą realizację podobnych strategii dostępu warto przedstawianą praktykę upowszechnić, jako dobry wzorzec działań doradczych, wspierających korzystanie z usług publicznych przez osoby mające trudność z dotarciem do informacji o możliwych formach pomocy.

## **7. Ogólne zalecenia przy replikacji**

Replikacja dla zastosowania przedstawianych badań w szerszej skali wiązałaby się z jednej strony z zaangażowaniem instytucji opieki społecznej, z drugiej z zapewnieniem finansowania takich dodatkowych działań.

Kolejne kroki powiązane z adaptacją przedstawianego rozwiązania w warunkach polskich przedstawiono na przykładzie doświadczeń z realizacji projektu w Krakowie:

„W dzielnicach centralnych Krakowa (1, 2, 3) informacje o poradnictwie rozpowszechniano poprzez osoby spoza sektora pomocy społecznej i opieki zdrowotnej, zaś na terenach peryferyjnych (dzielnica 7 i 18), bazując na współpracy pomiędzy usługodawcą a innymi organizacjami i instytucjami działającymi w środowisku lokalnym. Osoby te miały za zadanie przekazać seniorom w swoim otoczeniu informację o możliwości skorzystania z poradnictwa i zachęcić ich do spotkania z pracownikiem socjalnym”.

W okresie od kwietnia do września 2011 roku, w ramach eksperymentu społecznego w Krakowie, sprawdzone i ocenione zostały dwie strategie:

1. wykorzystanie osób spoza sektora pomocy społecznej i opieki zdrowotnej, jako pośredników docierających do seniorów i ich opiekunów z informacją na temat możliwości skorzystania z poradnictwa;
2. rozwijanie współpracy pomiędzy usługodawcą oraz innymi organizacjami i instytucjami działającymi w środowisku lokalnym.
3. Oba wdrożone działania, polegające na realizacji strategii dostępu, miały zbliżoną skuteczność (odpowiednio 81% i 80% informowanych seniorów skorzystało z poradnictwa).

W ramach eksperymentu społecznego informację nt. usługi poradnictwa otrzymały 252 osoby starsze z terenu miasta, a 202 z nich skorzystały z poradnictwa. Tym samym zrealizowano wyznaczony w projekcie cel (tj. objęcie poradnictwem 200 osób w Polsce). Wyniki projektu stanowiły podstawę rekomendacji, opracowanych w wersji elektronicznej oraz opublikowanych w formie drukowanej” [źródło: *Sprawozdanie Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej CM UJ ze zrealizowanych międzynarodowych projektów*, druk powielony].

## **8. Kryteria doboru praktyk**

Przeprowadzone w skali międzynarodowej badania mają swoje implikacje dla sytuacji osób starszych w Polsce. O tym, że takie projekty badawcze są potrzebne, świadczy brak wystarczających badań w tym zakresie. Za J. Hryniewicz [źródło: *Los starca zależy od*

kontekstu społecznego [w] *O sytuacji ludzi starszych*, Warszawa 2012] można stwierdzić: „Próba sporządzenia diagnozy sytuacji osób niepełnosprawnych, starych i niesamodzielnych (niezdolnych do samodzielnej egzystencji) wykazała, że nader wiele obszarów życia osób w zaawansowanym wieku, których dotyczą założenia polityki ludnościowej, nie ma pogłębionych i systematycznych badań.”

Dotyczy to także i w dużym stopniu ograniczeń dostępu do usług publicznych i społecznych dla osób starszych. Problem ten będzie się nasilał wraz z dynamicznie rosnącą liczbą osób starszych w społeczeństwie. Pozyskanie sojuszników w tych staraniach w środowiskach lokalnych i w grupie osób cieszących się zaufaniem wśród seniorów ułatwiłoby przełamanie barier w dostępie do środowiskowych usług opiekuńczych oraz mogłoby stać się inspiracją dla innych usług publicznych. Szczegóły badań zostały przedstawione w poniżej podanych publikacjach opartych na wynikach zebranych podczas realizacji projektu:

- Brzyska M., Tobiasz-Adamczyk B.: *Dostępność usług środowiskowych dla osób starszych*, „Polityka Społeczna” 2012; 4: 14-19.
- Stypuła A., Brzyska M., Tobiasz-Adamczyk B.: *Postrzeganie usług kierowanych do osób starszych w Polsce przez świadczeniobiorców i świadczeniodawców*, „Polityka Społeczna” 2011; 9: 12-17.

## **9. Jak zastosować praktykę w polskich warunkach?**

Zagraniczna praktyka częściowo już została wykorzystana w Polsce poprzez udział polskich partnerów w realizowanych działaniach oraz zbadaniu polskich realiów jako punktu odniesienia dla oceny sytuacji w Austrii, na Litwie oraz w Zjednoczonym Królestwie.

W replikacji badań w warunkach polskich i ich ewentualnym powtórzeniu/rozszerzeniu, istotnym elementem jest rozważenie źródeł finansowania z programów redystrybucji środków publicznych. Takimi źródłami mogą być fundusze Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, Narodowego Centrum Nauki oraz Fundacji Nauki Polskiej. Wdrożenie zaleceń wynikających z badań może być finansowane ponadto ze środków krajowych funduszy publicznych, takich jak Program Aktywizacji Osób Starszych czy pieniędzy dostępnych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

### Uwarunkowania kulturowe

Oczekiwanie i przekonanie, że opiekę „na starość” zapewni rodzina – w sytuacji wielkich zmian demograficznych – w coraz większym stopniu jest weryfikowane przez konieczność wsparcia wysiłków rodziny pomocą instytucji publicznych. W sytuacji, gdy

rodzina nie może wywiązać się z tych zadań, pojawia się problem fałszywie rozumianego wstydu z korzystania z pomocy instytucji publicznych.

Zrozumienie praw i obowiązków wynikających z pomocy jest trudne i wymaga biegłości w poruszaniu się w zasadach złożonego systemu pomocy, tworzonego przez różne podmioty w zależności od miejsca zamieszkania. W warunkach polskich brak zaufania do instytucji publicznych przyczynia się do niewiary w obiektywne i uczciwe procedowanie pomocy, jak również w dobrą jakość i dostępność pomocy. W efekcie wiele osób starszych i ich rodzin rezygnuje z prób ubiegania się o przysługującą im pomoc. Eksperyment społeczny przeprowadzony w projekcie wykazał, że działania takie mają wysoką skuteczność, o ile towarzyszy im namysł i troska o zrozumienie potrzeb informacyjnych i opiekuńczych osób starszych.

#### Uwarunkowania ekonomiczne

W warunkach polskich jednym z problemów jest brak aktywnego docierania do potencjalnych beneficjentów usług społecznych (w tym opiekuńczych) przez instytucje publiczne. Byłoby błędem traktowanie braku korzystania przez osoby starsze z pomocy finansowanej ze środków publicznych w kategoriach oszczędności. Zaprzestanie pracy zarobkowej przez członków rodziny po to, by podjąć się opieki nad osobą starszą, obniża dochody gospodarstwa domowego w sytuacji, gdy właśnie te wydatki istotnie wzrastają. Rosną też wydatki w przypadku organizacji usług opiekuńczych na własną rękę oraz koszty pomocy w utrzymaniu gospodarstwa domowego. Pomoc osobom starszym generuje rynek pracy, usług i towarów związanych z opieką nad osobami starszymi, niepełnosprawnymi i niesamodzielnymi. W Polsce jest to rynek funkcjonujący w dużej mierze w strefie nieformalnych usług. Rosnący „dziki rynek” usług opiekuńczych ma wszystkie cechy rynku „ułomnego”, gdyż potencjalny klient (podopieczny) narażony jest na szereg niebezpieczeństw, nadużyć, zaś nieformalny charakter relacji ogranicza szanse na dochodzenie praw przez osobę starszą, która jest z powodu ułomności częściej w tym wieku bardziej narażona na oszustwa i nadużycia. Nakłada to na sektor publiczny ważne zadanie kontroli i nadzoru nad funkcjonowaniem rynku usług, który z powodu jego nieformalnego charakteru słabo poddaje się jakiegokolwiek kontroli. Dlatego też zwiększenie i ułatwienie dostępu do usług publicznych, w tym usług społecznych, dla osób starszych ma duże znaczenie rynkowe i niweluje niektóre problemy społeczne.

## 10. Bibliografia:

1. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=632&langId=en>
2. Hryniewicz J., *Los starca zależy od kontekstu społecznego* [w] *O sytuacji ludzi starszych*, Warszawa 2012
3. Brzyska M., Tobiasz-Adamczyk B.: *Dostępność usług środowiskowych dla osób starszych*, „Polityka Społeczna” 2012; 4: 14-19.
4. Stypuła A., Brzyska M., Tobiasz-Adamczyk B.: *Postrzeganie usług kierowanych do osób starszych w Polsce przez świadczeniobiorców i świadczeniodawców*, „Polityka Społeczna” 2011; 9: 12-17.



## II. Dostęp do serwisu internetowego dla osób starszych

### 1. Przyczyny stosowania praktyki

Zjawisko starzenia się społeczeństw Europy powiązane z erozją dotychczas stosowanych form opieki nad osobami starszymi stawia przed władzą publiczną i społecznościami lokalnymi wyzwanie identyfikacji skali problemu oraz zaproponowania metod jego rozwiązania. Sprawny system opieki nad osobami starszymi powinien gwarantować odpowiednią jakość usług, powinien być łatwo dostępny i jednocześnie subsydiowany (lub całkowicie finansowany) ze środków publicznych, tak aby stopień zamożności nie determinował dostępności i przestrzegania standardów jakościowych usług opiekuńczych. W obliczu słabnięcia więzi społecznych opartych na znajomości, relacjach sąsiedzkich czy rodzinnych, nadanie usługom opiekuńczym ram prawno-instytucjonalnych staje się koniecznością, a różne formy regulacji muszą uwzględniać przeniesienie ciężaru podjęcia opieki na stale podnoszącą swoje kwalifikacje grupę pracowników.

Problemami związanymi z kryzysem więzi społecznych jest jednak brak zaufanych, sprawdzonych i gotowych do prac opiekuńczych wykwalifikowanych pracowników, mogących zapewnić starszym i potrzebującym pomocy odpowiednie wsparcie. Potrzeba taka jest niezwykle pilna szczególnie w tych społeczeństwach, w których relacje rodzinne są coraz słabsze.

W Wielkiej Brytanii koncentracja młodych ludzi na wykonywaniu obowiązków zawodowych powoduje, iż poświęcają oni coraz mniej czasu rodzicom czy dziadkom i ich problemom. Tym samym poszerza się skala zjawiska nie zaspokajania potrzeb osoby starszej w zakresie typowych czynności pielęgnacyjnych i bytowych oraz realizacji potrzeb takich jak np. kontakt z najbliższymi. W momencie zakończenia kariery zawodowej osoby starsze często istotnie ograniczają grupę osób znajomych. Ich sytuacja powoduje, że w ograniczonym stopniu mają szansę nawiązania nowych znajomości i relacji. W związku z tym brak możliwości lub chęci poświęcenia wolnego czasu na pozostawanie aktywnym i podtrzymywania relacji społecznych w konsekwencji może skutkować brakiem niezbędnej opieki ze strony rodziny czy znajomych.

Sposobem wyjścia z tego problemu stało się stworzenie serwisu „*Find Me Good Care*”, [<http://www.findmegoodcare.co.uk>], który informuje, wspiera i doradza w decyzjach dotyczących opieki nad osobami starszymi w Anglii.

## **2. Sekwencja rozwoju praktyki**

Stworzony serwis adresowany do seniorów potrzebujących pomocy o różnorodnym charakterze powstał w wyniku współpracy zarówno organizacji, jak i specjalistów, zaangażowanych w tworzenie i dostarczanie usług dla starszych osób oraz odbiorców usług i przedstawicieli władz publicznych. Partnerami w realizowanym portalu stały się także organizacje charytatywne oraz zrzeszające osoby niepełnosprawne. Punktem wyjścia w opracowaniu i uruchomieniu usług było stworzenie specjalnej grupy doradczej, która pomogła zrozumieć, jakie potrzeby informacyjne mają osoby poszukujące pomocy. Innym ważnym aspektem funkcjonalności portalu stało się zapewnienie, że udostępnienie i wyeksponowanie informacji ważnych z punktu widzenia dostawców usług będzie zachęcać do dzielenia się informacją między wszystkimi użytkownikami serwisu.

Serwis ulega rozwojowi i przekształceniom, które mają zapewnić, by korzystanie z niego było proste, a zarazem intuicyjne oraz by dostarczane informacje były wiarygodne i pozwalały na wyciąganie wniosków, co do charakteru podejmowanych decyzji. Stąd też istnieje możliwość dokonywania porównań różnych opcji form i zakresu pomocy (pomoc w domu, stała pomoc opiekuńcza w domu opieki itd.), przekierowania do stron organizacji partnerskich oraz bazy uwarunkowań prawnych ważnych dla sytuacji osób starszych. Pomoc w zapewnieniu opieki nad starszą osobą obejmuje także dostarczenie informacji o różnego rodzaju dostępnym wsparciu ze środków publicznych. Dlatego też serwis zbiera i udostępnia informacje o dostępnej pomocy, w szczególności-oferowanej przez najbliższe władze lokalne.

## **3. Charakterystyka kontekstu prawno-instytucjonalnego stosowanej praktyki**

Przedstawiana w tej praktyce usługa realizowana jest, jako przedsięwzięcie organizacji pozarządowej. Jest to Instytut na Rzecz Doskonałości Opieki Społecznej (IDOS) z siedzibą w Wielkiej Brytanii. Organizacja ta została utworzona w roku 2001. IDOS specjalizuje się w identyfikacji dobrych praktyk stosowanych w opiece społecznej i tworzeniu praktycznych narzędzi i wskazówek do wsparcia osób, które dostarczają i korzystają z usług opiekuńczych oraz zdrowotnych. Wiele z takich osób obecnie wybiera formy komercyjnej opieki i płaci za dostarczane im usług z własnych oszczędności lub korzysta ze środków opieki społecznej. Osoby te potrzebują wiarygodnej informacji i porady o możliwościach skorzystania z usług oraz przysługujących im w związku z tym prawach. Dlatego IDOS stworzył „*Find Me Good Care*”.

#### **4. Zasoby niezbędne do wdrożenia praktyki**

Podstawowy serwis „*Find Me Good Care*” został uruchomiony przez IDOS ze środków własnych, ale obecnie system ten jest utrzymywany dzięki subskrypcjom oraz pomocy partnerów. Z tych środków utrzymany jest zarówno serwis, prowadzona jest weryfikacja informacji, jak i promocja samego serwisu. Subskrypcja jest formą opłacenia przez dostawcy dodatkowych informacji o dostarczanych przez nich usługach. Przykładowy cennik za tę usługę zależy od warunków przedstawionych poniżej:

- samodzielnie zatrudniony pracownika—£50 + VAT,
- mały dostawca usług (między 2-5 pełnoetatowych pracowników) - £250 + VAT na lokalizację,
- dostawcy od 1-9 lokalizacji - £400 + VAT na lokalizację,
- dostawcy od 10-29 lokalizacji - £360 + VAT na lokalizację.

#### **5. Identyfikacja atutów i ograniczeń praktyki**

„*Find Me Good Care*” dostarcza informacji i porad dotyczących m.in.

- starszych osób, w tym wymagających opieki długoterminowej i paliatywnej;
- niepełnosprawnych;
- osób z problemami ze zdrowiem psychicznym;
- osób z trudnościami w nauce;
- osób nadużywających substancji psychoaktywnych i z problemem alkoholowym;
- opiekunów, którzy opiekują się rodzinami;
- pracowników opieki społecznej i służby zdrowia (adwokatów, pracowników socjalnych, opiekunów środowiskowych) świadczących usługi na rzecz klientów.

Ten szeroki zakres dostarczanej informacji wykracza poza potrzeby osób starszych, a dotyczy wszystkich wymagających opieki. Mocną stroną portalu jest zarówno możliwość skorzystania z pomocy w sytuacji nagłej potrzeby, jak też długoterminowego planowania pomocy przez osobę lub dla osoby w podeszłym wieku.

Zaletą serwisu jest przekrojowe przedstawienie dostępnej oferty pomocy, także w ujęciu geograficznym. Dzięki temu łatwiej zlokalizować dostępne usługi „w sąsiedztwie” zamieszkania seniora. Jedną z opcji może być przeniesienie seniora do miejsca, gdzie taka niezbędna pomoc jest łatwiej dostępna. Oferowane opcje obejmują mieszkanie w domu opieki, kupno lub wynajem domu wraz z dostępną pomocą lub dzielenie się domem z innymi potrzebującymi pomocy.

Niewątpliwą zaletą funkcjonalności serwisu jest przedstawianie informacji o usługach, które są rejestrowane w tzw. komisji jakości opieki (Care Quality Commission (CQC)). Ogranicza to wykaz tylko do rejestrowanych i weryfikowanych domów opieki, co chroni potencjalnego klienta przed kłopotami, jakie mogą go spotkać, gdyby trafił do nie sprawdzanego przez CQC domu opieki.

Zarówno za mocną, jak i za słabą stronę serwisu może być uznane ograniczenie zakresu usług świadczonych na rzecz osób potrzebujących. Serwis nie informuje o takich usługach np. jak towarzyszenie osobom starszym, usługi ogrodnicze i fryzjerstwo, które nie muszą być zarejestrowane w CQC. Serwis deklaruje aktualnie chęć zbudowania rejestru takich usług.

Istotnym ograniczeniem serwisu jest ograniczenie jego zasięgu do Anglii. Oznacza to, że Szkocja i Walia nie są objęte programem, co różnicuje dostęp do tej usługi mieszkańców w obrębie jednego państwa. Warte rozważenia byłoby rozszerzenie wymiaru międzynarodowego usług dla osób starszych. Mogłoby się bowiem okazać, że jedną z dostępnych opcji jest wyjazd z Wielkiej Brytanii do któregoś z domów opieki, który znajduje się w korzystniejszych dla osób starszych warunkach klimatycznych lub oferuje usługi w porównywalnym standardzie za niższą cenę, ze względu na niższe koszty funkcjonowania w innych państwach.

## **6. Ewaluacja stosowanej praktyki (korzyści – koszty)**

Ewaluacja przedstawianej praktyki nie jest łatwa z wielu powodów. Niewątpliwie mocną stroną prezentowanego serwisu jest zintegrowanie w jednym miejscu informacji o opiece, jej rodzajach, dostępności oraz formach jej finansowania. Zaletą jest także jego prostota i przejrzysty układ treści. Użytkownik nie powinien mieć problemów zarówno z dostępem do informacji, znalezieniem przydatnych treści, jak i pogłębionym poszukiwaniem źródeł informacji, podstaw prawnych oraz wiadomości o partnerach serwisu. Podstawą dla tego zestawienia jest dostępność standardów, co ułatwia promowanie w serwisie instytucji przestrzegających norm i standardów wymaganych w Zjednoczonym Królestwie przy świadczeniu tego rodzaju usług.

Perspektywicznie serwis może rozwinąć się do pełniejszego przedstawienia poszerzonych treści-w tym także innego rodzaju usług i produktów dedykowanych potrzebom osób starszych. Wówczas-użyteczność takiego serwisu i wartość dla korzystających będzie niewątpliwie większa. Serwis taki stanie się adresem, pod którym osoby starsze i ich bliscy będą mogli znaleźć całościową informację potrzebną do planowania i korzystania z usług im przysługujących i dla nich dostępnych.

## **7. Ogólne zalecenia przy replikacji**

Utworzenie podobnego serwisu w Polsce prawdopodobnie wiązałaby się z koniecznością powołania nowego podmiotu ekonomii społecznej, który realizowałby to zadanie, jako hybrydę działalności gospodarczej i społecznej.

Kolejne kroki potrzebne do adaptacji przedstawianego rozwiązania w warunkach polskich wiązałyby się z:

1. Dogłębną analizą rozwiązania brytyjskiego, łącznie z analizą funkcjonalności, powiązań i kontaktów, jakością i zakresem zebranych i udostępnianych informacji, otoczeniem prawnym, pozwalającym na udostępnianie określonych informacji.
2. Analizą wykonalności rozwiązania w Polsce, łącznie z określeniem źródeł i poziomu finansowania niezbędnego do uruchomienia takiego serwisu oraz potencjalnych partnerów.
3. Pozyskaniem partnerów komercyjnych, publicznych i społecznych, jako instytucji wspierających zbieranie informacji oraz ułatwiających dostęp osobom starszym do serwisu.
4. Pilotażem serwisu w niewielkiej skali (miasta, regionu) oraz przetestowaniem zadowolenia użytkowników.
5. Analizą wyników pilotażu, poprawą wyników oraz uruchomieniem serwisu w skali całego kraju z ograniczoną liczbą funkcjonalności.
6. Stopniowym rozszerzeniem liczby funkcjonalności w zależności od skali generowanego zainteresowania.
7. Wykorzystaniem doświadczeń brytyjskich i polskich do opracowania nowych usług informacyjnych i doradczych, łącznie z oceną jakości usług przez użytkowników.

## **8. Kryteria doboru praktyki**

Bardzo istotnym czynnikiem demograficznym, który decyduje o przyszłej przydatności takiego serwisu w Polsce, jest wydłużanie się długości życia mieszkańców Polski i związana z tym zmieniająca się struktura wiekowa społeczeństwa. Według prognozy GUS, przeciętne trwanie życia w dalszym ciągu będzie się wydłużać do 76,3 lat w 2015 roku. Dotyczy to zarówno kobiet, jak i mężczyzn. W 2035 roku wartości te będą większe od obecnie notowanych o 6 lat dla mężczyzn i 3 lata dla kobiet [*Prognoza ludności Polski na lata 2008-2035*, GUS, 2008 r.]

Zarówno wzrost przeciętnej długości życia, jak i wzrost liczby osób w podeszłym wieku, oddziałują na powiększanie się bazy potencjalnych odbiorców oferowanych usług

doradczych i informacyjnych. Proces systematycznego starzenia się społeczeństwa, który można zaobserwować w Zjednoczonym Królestwie i w społeczeństwie polskim, tworzy sprzyjające warunki dla działalności podobnego serwisu w Polsce.

Starzenie się społeczeństwa powoduje wzrost liczby osób, które chorować będą na takie choroby wieku podeszłego, jak choroba Alzheimera, Parkinsona czy Picka. Dolegliwości typowe dla tego okresu życia wymagają zdecydowanie bardziej specjalistycznej opieki medycznej i pielęgnacyjnej niż tylko opieka domowa. Ludzie starsi mają wielką i na ogół niezaspokojoną potrzebę bycia z kimś. W sytuacji zmiany w sposobie funkcjonowania społeczeństwa i kryzysu wielopokoleniowej rodziny jest to wyzwanie dla formalnej i nieformalnej opieki. Osoby starsze często nie potrafią znaleźć się w nowej sytuacji. Przechodząc na emeryturę wielu ludzi traci kontakt ze znajomymi, stąd też ogranicza się w naturalny sposób krąg znajomych i przyjaciół, który może pomóc w poszukiwaniu informacji o dostępnej pomocy. W polskim kontekście oznacza to perspektywiczny wzrost zapotrzebowania na usługi informacyjne, przedstawiające wiarygodną informację na temat zakresu świadczeń, przedstawioną w przystępny sposób. Można stwierdzić, że serwis internetowy, gwarantujący dostęp do wyselekcjonowanej pod kątem potrzeb seniorów informacji (pełnej i wiarygodnej) mógłby także odegrać dużą rolę w promocji nowoczesnych formy opieki nad osobami starszymi, stając się jego ważnym elementem. Nie ma do tej pory w jednym miejscu w sieci Internetowej (w polskiej wersji językowej) zebranych, uporządkowanych i udostępnionych aktualnych informacji o dostępnej opiece, jej rodzajach, zakresie dostępności oraz formach jej finansowania ze środków publicznych.

## **9. Jak zastosować praktykę w polskich warunkach?**

Świadczenie usług informacyjnych i doradczych związanych z wyborem usług opiekuńczych, rehabilitacyjnych i zdrowotnych w warunkach polskich związane jest z koniecznością adaptacji tych usług do polskich aktów prawnych, formalnych, kulturowych i ekonomicznych.

Uwarunkowania prawne i formalne w naszym kraju są dość dynamicznie zmienne, dlatego każda aktualizacja przepisów prawa będzie niosła konieczność szybkiej aktualizacji udostępnionego w serwisie zakresu wiedzy. Szczególnie istotnymi gałęziami prawa, których zmiana wywoływać będzie silny wpływ na ewentualną działalność (i w związku z tym będą musiały być weryfikowane w serwisie) są to:

- prawo pomocy społecznej,

- prawo ochrony zdrowia i organizacji służby ochrony zdrowia (w tym finansowania usług zdrowotnych),
- prywatne prawo gospodarcze,
- prawo podatkowe,
- prawo pracy,
- prawo ubezpieczeń społecznych.

Niewątpliwie znaczna część tych dziedzin prawa charakteryzuje się dużą zmiennością regulacji. Szczególny wpływ na ewentualne przeniesienie funkcjonowania serwisu do Polski będzie miała trudność z nowelizacjami tak fundamentalnych dla osób starszych przepisów, jak prawo pomocy społecznej i szeroko rozumianego zabezpieczenia społecznego oraz prawo ochrony zdrowia i służby ochrony zdrowia, których normy są ściśle uzależnione od regulacji unijnych i dokonywanych w tym zakresie zmian przez Parlament Europejski lub Komisję Europejską. Można stwierdzić, że pozyskanie i udostępnianie informacji będzie musiało mieć obwarowanie w jasno przedstawionym zakresie odpowiedzialności, wynikającym z konsekwencji udostępniania takiej informacji. Co do zasady można zakładać konieczność informowania tylko o usługach rejestrowanych i zgodnych z polskim prawem.

W odniesieniu do usług z zakresu rehabilitacji i pielęgnacji osób niepełnosprawnych w formie zakładu opieki zdrowotnej oznacza to, że tego typu placówka może rozpocząć działalność po uzyskaniu wpisu do rejestru prowadzonego przez wojewodę właściwego według lokalizacji zakładu opieki zdrowotnej. Dotyczy to także wykonywania działalności w zakresie zapewnienia całodobowej opieki nad osobami niepełnosprawnymi, przewlekle chorymi lub osobami w podeszłym wieku, które wymaga uzyskania uprzedniego zezwolenia wydawanego przez wojewodę właściwego ze względu na miejsce wykonywania działalności.

Sprostanie tym wymaganiom stanowi istotne wyzwanie. Część domów opieki w Polsce funkcjonuje nadal w szarej strefie, nie spełniają rygorystycznych norm i nie są ujęte w żadnym rejestrze. Z uwagi na niedostatek usług w tym zakresie wspomniane placówki przynoszą zyski właścicielom, ale często oferują skandaliczne warunki osobom starszym.

#### Uwarunkowania kulturowe

Poważnym ograniczeniem zastosowania praktyki brytyjskiej w Polsce jest niesformalizowany sposób pracy na rzecz osób starszych i obłożnie chorych. W związku z tym zarówno po stronie potencjalnie zamawiającego świadczenie usług (administracja), jak i korzystającego z opieki, próba dotarcia do rzetelnego wykonawcy usługi może być

utrudniona w wyniku funkcjonowania podmiotów lub osób fizycznych na rynku usług opiekuńczych bez formalizacji, w „szarej strefie”.

Można optymistycznie zakładać, że „szara strefa” w tym zakresie będzie się zmniejszać. Spowodowane może to być coraz szerszym systemem kontroli skarbowej oraz koniecznością dokonania rejestracji w przypadku starania się o refundację usług (lub ich części) z środków publicznych. Niemniej zwiększanie się rynku legalnych usług w tym zakresie jest uzależnione od odpowiednich zachęt prawnych i edukacyjnych, zarówno po stronie klientów, jak i dostawców pomocy. Wydaje się także, że nie wszystkie funkcjonalności serwisu, w tym np. wsparcie dla obcokrajowców czy mniejszości seksualnych, mogłyby spotkać się z ciepłym przyjęciem przez użytkowników.

### Uwarunkowania ekonomiczne

W warunkach polskich na rynku istnieje widoczny niedobór podaży usług dla osób ze specjalnymi potrzebami, przejawiający się głównie długim okresem oczekiwania na zabiegi rehabilitacyjne czy miejsce w placówkach pomocy społecznej.

Przeniesienie doświadczeń „*Find Me Good Care*” może stanowić odpowiedź na tego typu zapotrzebowanie, dotyczące kompleksowej informacji na temat wolnych miejsc, kolejek oczekujących w domach opieki społecznej itd... Niemniej ze względu na wąski zakres świadczonych usług informacyjnych, może to mieć istotny wpływ na utrzymanie serwisu osiąganego dzięki płatnym subskrypcjom. Można wyobrazić sobie poszerzenie kręgu potencjalnych partnerów zaangażowanych w przeniesienie na grunt polski usług poprzez – w szczególności – konstruowanie, w porozumieniu z zainteresowanymi instytucjami (np. finansowymi, ubezpieczeniowymi, itd.), oferty dla potencjalnych klientów w starszym wieku.

Przykład brytyjski pokazuje, że postęp technologiczny i przemiany kulturowe, niosące za sobą skutki negatywne w postaci rozluźnienia się więzi międzyludzkich, dają nam narzędzia, które przy rozsądnym wykorzystaniu mogą w pewnym stopniu niwelować negatywne zmiany w zachowaniach społecznych.

Takim narzędziem jest Internet, będący tanim w eksploatacji i właściwie nieograniczonym źródłem wiedzy, w tym także wiedzy potrzebnej osobom starszym, pozbawionym kontaktu ze środowiskiem. Ideałem byłoby połączenie funkcji udostępniania informacji użytecznych dla seniorów oczekujących pomocy w zapewnieniu warunków bytowych i opieki zdrowotnej z uruchomieniem platformy wzmacniającej więzi międzyludzkie i zachęcającej do większej aktywności społecznej.



## **10. Bibliografia:**

1. <http://www.findmegoodcare.co.uk>,
2. *Prognoza ludności Polski na lata 2008-2035*, GUS, 2008 r.

### **III. Świadczenie opieki w domu na przykładzie Holandii**

#### **1. Przyczyny stosowania praktyki**

Wsparcie dla osób starszych, mieszkających w domach, jest wyzwaniem dla wyboru formy i sposobu organizacji pomocy, przez co stwarza potencjalnie wiele problemów. Jednym z nich, który zidentyfikowano w Holandii, jest taka organizacja pomocy, która prowadzi do bezosobowego traktowania, a w konsekwencji może stać się problemem zarówno dla świadczących pomoc, jak i dla objętych pomocą. By zapobiec tej depersonalizacji systemu pomocy osobom starszym stworzono system wsparcia dla doskonalenia usług. Zamierzonym efektem mają być zmiany w organizacji dostarczania usług oraz podnoszenie ich jakości.

Rezultatem pomiarów działania każdej organizacji opiekuńczej, działającej w Holandii, jest dostępna w Internecie tzw. „Karta Jakości”, opisująca opinie użytkowników o usługach dla nich świadczonych. „Karty Jakości” dają potencjalnym klientom ogólny pogląd o działalności wszystkich holenderskich organizacji opiekuńczych. Na podstawie kart możliwa jest identyfikacja dobrych praktyk, które mogą stanowić wzór dla innych podmiotów, świadczących usługi w skali całego kraju. Przykładem takiego wzoru praktyki jest np. *Buurtzorg Netherlands*, ale także inne dobre praktyki, które zostały opisane w aneksach do niniejszej analizy

#### **2. Sekwencja rozwoju praktyki**

W 1996 roku zainteresowanie i presja ze strony opinii publicznej przyczyniły się do przyjęcia nowych regulacji prawnych dotyczących spełnienia wymogów jakościowych przez instytucje świadczące pomoc społeczną. Stało się to punktem wyjścia do stworzenia i wdrożenia narodowych ram jakości w opiece. Celem określenia jakości było standaryzowanie pomiaru jakości wszystkich organizacji opiekuńczych.

Przyczyny tworzenia ram dla pomiaru jakości pomocy można sprowadzić do trzech zasadniczych powodów:

- organizacja może wykorzystać wyniki dla wewnętrznej oceny,
- wskaźniki dostarczają informacji klientom,
- inspekcja służby zdrowia może zidentyfikować i określić miejsca potencjalnych zagrożeń i ryzyka.

W celu stworzenia wspólnych ram jakości usług w opiece, dziewięć organizacji o zasięgu krajowym wypracowało dokument, którego celem był opis usługi odpowiedzialnej opieki domowej. W przygotowanie praktyk zaangażowane były organizacje opieki i instytucje

ubezpieczeniowe, zaś praca koordynowana była przez Ministerstwo Opieki Społecznej, Zdrowia i Sportu.

Wypracowane i przyjęte wskaźniki są wystarczające, efektywne, wygodne, bezpieczne w stosowaniu i zorientowane na klienta oraz dostosowane do rzeczywistych potrzeb klientów.

Na podstawie tej wspólnej wizji, określającej jak powinna wyglądać odpowiedzialna pomoc, przeprowadzono stosowny pilotaż w 2006 roku. Pilotaż ów zmierzał do rozwoju i upowszechniania stosowania standardów do mierzenia pomocy dostarczanej w domach. W tym pilotażu przetestowano ogółem 120 organizacji, a w ich rezultacie przeprowadzono następne badania kwestionariuszowe do autooceny/autopomiaru. Dla usług opiekuńczych świadczonych w domu opracowano specjalny kwestionariusz. Ramy (parametry) jakości dla pomocy zostały wdrożone w usługach opiekuńczych (pielęgniarskich, pielęgnacyjnych i w opiece domowej) od 2007 roku.

### **3. Charakterystyka kontekstu prawno-instytucjonalnego stosowanej praktyki**

Przedstawiana praktyka jest elementem holenderskiego systemu prawnego. W jego ramach na organizacje świadczące pomoc nałożono nowy obowiązek dokonywania oceny jakości świadczonych usług. Przestrzeganie standardów świadczonych usług jest stałym zobowiązaniem każdej organizacji, świadczącej usługi opiekuńcze. Co dwa lata muszą one dokonywać oceny swojej pracy z zastosowaniem ram oceny jakości przez swoich klientów.

Organizacje służące pomocą mniej niż 50 osobom zobowiązane zostały do badania opinii wszystkich podopiecznych na temat dostępności i jakości usług. Istotne jest, że tylko klienci, którzy podlegali opiece przez więcej niż 30 dni, muszą odpowiedzieć na pytania zawarte w kwestionariuszu. Klienci, którzy otrzymali opiekę tylko w miejscu swojego zamieszkania nie są uwzględniani w badaniach. W pierwszym okresie, do końca 2009 roku, każda organizacja dokonała pomiarów jakości świadczonych przez siebie usług. Doświadczenia tego pomiaru przyczyniły się do stworzenia i wdrożenia nowych wskaźników, zaprezentowanych szerzej w aneksie nr 2 i 3.

### **4. Zasoby niezbędne do wdrożenia praktyki**

Wdrożenie tej praktyki wymaga znaczących zasobów, w szczególności jeśli myśleć o jej systemowym wprowadzeniu. Konieczne jest wypracowanie operacyjnej koncepcji systemu adekwatnej do specyfiki danego kraju. W oparciu o nią przygotować należałoby odpowiednią metodą pomiaru usług opiekuńczych i zadbać o wysokim poziom informatyzacji. W dalszej kolejności, jako niezbędne jawi się opracowanie i przyjęcie stosownej legislacji. Niezbędne

jest także wykreowanie instytucji, która realizowałaby zadania związane z monitorowaniem działań tego systemu i dokonywała ewaluacji jego efektów. Reasumując, zasoby konieczne dla wdrożenia tej praktyki są znaczące. Z pewnością jednak, kierując się potencjalnymi korzyściami, warto je podjąć.

## **5. Identyfikacja atutów i ograniczeń praktyki**

Przedstawiana praktyka jest ambitną próbą uregulowania pomiaru jakości usług finansowanych ze środków publicznych. Nie jest to jedyny sposób na pomiar jakości w organizacji. Organizacje mogą także używać metod pomiaru takich jak np. HKZ, ISO, Perspekty i innych.

Sama „Karta Jakości” (aneks nr 1) w syntetyczny sposób dostarcza informacji zarówno o organizacji, jak i o samej usłudze. Poszczególne elementy oceny są sparametryzowane i przedstawiane w formie oceny numerycznej. Wątpliwość budzi możliwość porównania jakości usług świadczonych w różnych środowiskach i miejscach. Inną wątpliwością, jaka wiąże się z samooceną, jest sposób dokonywania oceny. Z uwagi na realizację tej oceny przez samą organizację, wysoce prawdopodobne jest, że nacisk położony zostanie na osiągnięcie jak najlepszych rezultatów oceny, niż doszukiwanie się słabych punktów w świadczonych usługach. Dlatego też sensowna wydaje się zmiana logiki pomiaru z wewnętrznego audytu na zewnętrzny pomiar, wynagradzany organizacji np. wyższym poziomem finansowania usług certyfikowanych.

## **6. Ewaluacja praktyki (korzyści – koszty)**

Korzyści wynikające ze stosowania mechanizmu, wspierającego doskonalenie jakości w ramach ogólnokrajowego systemu, są trudne do przecenienia. Można stwierdzić, że powstało użyteczne narzędzie, będące zarówno elementem systemu doskonalenia jakości, jak też samooceny organizacji, niosącej pomoc, co w konsekwencji prowadzi do samoregulacji sektora. Ostatnim, choć nie najmniej ważnym elementem systemu, jest zwiększenie transparentności w realizowanych usługach opiekuńczych. Dzięki niej opinia publiczna jest poinformowana o działaniach finansowanych ze środków publicznych.

Pewną wątpliwość, co do stosowania praktyki budzi wysoki wskaźnik ocen „dobrych” i „bardzo dobrych” w ogólnej ocenie organizacji. Inną słabością jest możliwość dokonywania pomiaru opinii klientów w warunkach ograniczeń, wynikających ze stanu zdrowia (przykład w aneksie nr 4).

Niewątpliwym kosztem wdrożenia praktyki są dodatkowe obciążenia administracyjne, wynikające z przeprowadzanych badań jakości i ich udostępnienia opinii publicznej oraz obciążenie wizerunku instytucji negatywną oceną użytkowników.

## **7. Ogólne zalecenia przy replikacji**

Replikacja systemu w innym kraju wymagałaby zbudowania konsensusu wśród kluczowych interesariuszy tego procesu; administracji publicznej, instytucji i organizacji świadczących pomoc oraz innych interesariuszy, takich jak media, instytucje ubezpieczeń społecznych itd. Bez tego próba zwiększenia nadzoru nad dostarczaniem usług zostanie odebrana tylko, jako dodatkowe obciążenie administracyjne, bez rzeczywistego oddziaływania na jakość usług.

Punktem wyjścia dla upowszechnienia takiego systemu mogłaby być próba pilotażowego wdrożenia w skali lokalnej lub regionalnej. Doświadczenia takiego pilotażu mogłyby przełożyć się na stworzenie załączków systemu adaptowalnego dla lokalnych potrzeb i ich możliwości.

## **8. Kryteria doboru praktyki**

Przedstawiana praktyka jest zarówno bardzo potrzebna, jak i zalecana do zastosowania w polskiej rzeczywistości, ale jednocześnie jest trudna do prawidłowego wdrożenia w warunkach naszego kraju. W sformalizowanym do granic rozsądku systemie, podstawą do rozliczeń pracowników socjalnych jest szczegółowa sprawozdawczość. Jej dalsza rozbudowa o elementy okresowej oceny przez podopiecznych prawdopodobnie będzie w jeszcze większym stopniu traktowana, jako szykana i obciążenie administracyjne, niż rzeczywista pomoc połączona z doskonaleniem świadczonych usług. Innym niebezpieczeństwem jest automatyczne przeniesienie na grunt polski niektórych elementów systemu – np. samej oceny, bez zrozumienia szerszego kontekstu społecznego, w którym transparentność usług publicznych jest jednym z istotnych elementów życia społecznego takiego kraju jak Holandia.

Polskie doświadczenia z okresu wielu dziesiątków lat realizacji działań pozornych lub mających znaczenie tylko dla samej sprawozdawczości, stanowią poważne obciążenie dla prób narzucenia nowych obostrzeń administracyjnych, bez jasnego wyjaśnienia i konsensualnego podejścia głównych interesariuszy do kwestii wdrożenia nowego systemu.

W doborze praktyk przydatne może okazać się zastosowanie kryteriów wypracowanych przez holenderskie organizacje i instytucje do identyfikacji „dobrych praktyk”—w pomocy świadczonej osobom starszym w miejscu zamieszkania.

## 9. Jak zastosować praktykę w polskich warunkach?

W aspekcie przeniesienia na grunt polski doświadczeń holenderskich wydaje się zasadne wyjście poza wdrożone w Holandii „Karty Jakości” i przedstawienie możliwości adoptowania doświadczeń holenderskich do naszego kraju. Dla tych praktyk istotne są dwie kategorie:

- najlepsze praktyki organizacji, które są znane z wysokiej jakości w opiece domowej,
- najlepsze praktyki nowych projektów, których celem jest doskonalenie różnych aspektów pomocy domowej.

### Uwarunkowania kulturowe

W warunkach holenderskich system opieki nad osobami starszymi w domu zmienił się w ciągu ostatnich lat. System małych, działających lokalnie organizacji, z reguły na zasadzie non-profit, zmienił się wraz z pojawieniem się zorientowanych na efekt skali organizacji regionalnych, zintegrowanych i nastawionych konkurencyjnie do działań w tym zakresie. Wraz z pojawieniem się systemu konkurencji w dostępie do środków, podobny proces może nastąpić w Polsce. Podjęcie działań opiekuńczych przez duże organizacje ułatwia unifikację usług, zgodnie ze standardami, które określi zleceniodawca, czyli administracja publiczna. Unifikacja i standaryzacja jest, bowiem trudniejsza w sektorze zdominowanym przez małe, często niesprawne instytucjonalnie, organizacje.

### Uwarunkowania ekonomiczne

Wdrożenie przedstawianego systemu nie jest kosztowne z punktu widzenia regulatora. Większość kosztów jest ponoszona przez realizatorów usług. Można argumentować, że koszty pomiaru w warunkach polskich musiałyby być ponoszone przez organizację kontraktującą usługi, czyli najczęściej władzę publiczną. Nieuchronnie w tych warunkach pojawiłby się nacisk na optymalizację kosztów i wykonanie pomiaru przez tych samych pracowników, którzy dostarczają usługę. W efekcie wiarygodność pomiaru i obiektywizm stałyby pod znakiem zapytania. Jednocześnie oparcie się na pomiarze przez podmiot zewnętrzny rodzi pytania o dodatkowe koszty i obciążenie dla budżetu organizacji płacącej za otrzymywane wyniki pomiaru.

Wartym rozważenia byłoby stworzenie i subsydiowanie przez pewien czas nieodpłatnych lub nawet wynagradzanych finansowo organizacji wyspecjalizowanych w przeprowadzaniu audytów organizacji. Ze względów społecznych byłoby to ze wszystkich miar wskazane.

## Aneks 1: Przykład Karty Jakości

Opieka domowa w Amsterdamie. Organizacja opieki domowej w Amsterdamie			
Ogólny wynik			
<i>Organizacji</i> ogółem	7,4	<i>Opieka</i> ogółem	8,6
Doświadczenie w organizacji opieki domowej		Doświadczenie opiekuna	
Planowanie i dostarczanie	8,0	Doświadczenie	8,7
Dostępność telefoniczna	7,6	Kontakt z klientem	9,2
Informacja	7,2	Zorientowanie na klienta	8,1
Plan opieki, spotkania	6,6	Komunikacja	8,0
Elastyczność	8,6	Wsparcie	8,0
Zorientowanie na bezpieczeństwo	6,0	Zorientowanie na wsparcie krewnych i przyjaciół	7,2
Niezawodność	7,9	Niezawodność pracowników	9,0

Źródło: *Home Care for Older People, Good Practices and Education in Six European Countries Equip Project* 2007-2009

## Aneks 2: Buurtzorg Nederland

Buurtzorg Nederland zostało uruchomione w 2006 r., jako odpowiedź na rozwój dużych, zbudowanych na wzór firm organizacji, które traktowały osoby starsze bezosobowo i w biurokratyczny sposób. Nowatorstwo praktyki polega na spersonalizowaniu opieki jako specjalistycznego produktu lub usługi, który może być podzielony na mniejsze, wydzielone aktywności. Czas dostarczenia tej usługi jest dokładnie wyspecyfikowany, więc opiekun może odwiedzić więcej klientów w trakcie dnia.

Koncepcja Buurtzorg Nederland opiera się na współpracy sąsiedzkiej/społecznej, w której autonomiczne zespoły wysoce wyspecjalizowanych pracowników, takich jak wykształcone pielęgniarki i opiekunki/opiekunowie, prowadzą pomoc wspólnie z lekarzami rodzinnymi. Zespoły Buurtzorg Nederland składają się z grup liczących od 10 do 15 osób. Swoją pracę organizują z wykorzystaniem intranetu, a więc są w stanie w łatwy sposób koordynować swoje kalendarze i zakres działania w oparciu o analizę rzeczywistych potrzeb osób, którymi się opiekują. Buurtzorg Nederland, przy zachowaniu przewagi związanej z elastycznością, mają przewagę w postaci niższych kosztów świadczenia usług. Organizacja nie posiada rozbudowanego biura zarządzającego pracownikami, bo to w dużym stopniu sami pracownicy układają swój czas. Co więcej, pracownicy czują się dobrze z tym, że większość czasu spędzają z klientami, zaś sami kliencie są zadowoleni, gdyż pracownicy mają czas dla nich, a relacje są w pełni spersonalizowane.

Sukces Buurtzorg Nederland spowodował, że prezentowany model został rozwinięty i zastosowany w skali całego kraju. Ponad 50 zespołów, które zostały stworzone i oparte na przedstawionym powyżej modelu, świadczy o niewątpliwym potencjale replikacyjnym zarówno podejścia, jak i konkretnej realizacji usług opiekuńczych.

### **Aneks 3: Humanitas Rotterdam**

Humanitas Rotterdam jest przykładem średniej skali organizacji obsługującej 350 klientów. Opieka dostarczana przez Humanitas Rotterdam jest dostosowana do potrzeb klientów i świadczona jest w formie krótkookresowej lub długookresowej pomocy. Jeśli zachodzi taka potrzeba, jest ona świadczona przez siedem dni w tygodniu, dzień i noc/całodobowo. Wszystkie formy opieki są możliwe – pomoc w utrzymaniu domu, opieka, usługi pielęgniarstwa, wyspecjalizowana opieka, opieka w ciągu dnia. Organizacja ciągle próbuje udoskonalać swoje usługi, także poprzez automonitoring dostarczanych usług.

Cechą, która zadecydowała o tym, że organizacja została zidentyfikowana, jako „dobra praktyka” jest stworzenie w każdej dzielnicy niezależnego biura. Pracownicy takiego biura są znani osobiście i ma to pozytywne przełożenie na wykonywaną pracę. W 2007 roku wśród klientów Humanitas Rotterdam został wykonany niezależny pomiar satysfakcji klientów. Organizacja dostała ocenę 7,8 w skali 0-10. Szczególnie wysoko został oceniony profesjonalizm opiekunów. Obszarem do poprawy była zgłoszona potrzeba, by z podopiecznym kontaktowała się tylko jedna osoba, z którą będzie ustalane, kto i w jakich godzinach przyjdzie do podopiecznego.

### **Aneks 4: Herbergier**

Herbergier jest przykładem dobrej praktyki w opiece nad osobami chorymi na demencję. Opiekun takich osób jest nazwany Herbergier. Realizacja tego zamierzenia jest realizowana w formule działalności franczyzowej. Każdy dom opieki nad osobami chorymi na demencję jest wsparty dwoma przedsiębiorcami – opiekunami, którzy także mieszkają we wspólnocie. Oni opiekują się osobami chorymi na demencję przez 24 godziny na dobę i przez 7 dni w tygodniu. Klienci opłacają koszty zakwaterowania i wyżywienia. Opieka jest finansowana ze środków własnych (wspieranych ze środków publicznych). W idei i założeniu tej metody, podopiecznym mają być stworzone takie warunki, jakie panują w domu. Zakłada się, że każdy klient ma swój własny pokój w miłym otoczeniu, z własnymi meblami i z zapewnieniem całodobowego wsparcia i pomocy.



O tym, że przedstawiany model jest przykładem dobrej praktyki, decyduje specjalizacja Herbergier. Brak wystarczających wyspecjalizowanych form pomocy dla osób z demencją oraz przewidywany wzrost liczby przypadków, wynikających ze starzenia się społeczeństwa decyduje o konieczności stworzenia nowych form opieki. Ponieważ przedstawiany przez Herbergier model jest replikowalny, może stać się punktem odniesienia dla budowy sieci podobnych inicjatyw na zasadzie franczyzy lub specjalnej licencji.

#### **10. Bibliografia:**

*Home Care for Older People, Good Practices and Education in Six European Countries*  
Equip Project 2007-2009.

## **IV. W stronę benchmarkingu w opiece stacjonarnej dla starszych osób**

### **1. Przyczyny stosowania praktyki**

Świadczenie opieki nad starszymi osobami w domach opieki jest poddane presji oczekiwanego ciągłego doskonalenia usług. Podstawą artykulacji tych oczekiwań są przyjmowane i uświadamiane odbiorcom usług standardy opieki. W przeszłości standardy jakości w opiece stacjonarnej były wyznaczane przez specjalistów i koncentrowały się na takich kwestiach, jak kwalifikacje personelu i dane techniczne obiektu, w którym usługi były świadczone. W wielu krajach UE zarówno prawodawcy, jak i dostawcy usług wypracowali i doprowadzili do wdrożenia nowszych systemów zarządzania jakością i metod oceny, pomiaru i ciągłej poprawy poziomu świadczenia długoterminowej opieki, często okazując podobne podejście i zrozumienie problemu.

Celami przedstawianego tutaj projektu było:

- stworzenie międzynarodowych ram dla standardów, wliczając w to analizę konceptualną jakości życia i jakości opieki oraz wyznaczenie zorientowanych na rezultaty wskaźników do zdefiniowania, pomiaru i oceny jakości w opiece stacjonarnej, w oparciu o wymianę doświadczeń dotyczących interpretacji wskaźników opartych na rezultatach w wybranych państwach członkowskich.
- wdrożenie i walidacja ramowych standardów na dwa sposoby – poprzez budowę konsensusu oraz wdrożenie do istniejących i przyjętych parametrów do pomiaru zarządzania jakością dla opieki stacjonarnej dla seniorów.
- stworzenie przewodnika dla kluczowych interesariuszy (zarządu, pracowników, mieszkańców, krewnych i prawodawców), dającego wskazówki jak stosować walidowane ramowe wskaźniki jakości w celu ich benchmarkowania i poprawy jakości.
- zdiagnozowanie i opisanie krótkich wytycznych, dotyczących korzyści i szans dla stosowania zarządzania zorientowanego na rezultaty.
- upowszechnienie rezultatów projektu i ich dalszego wdrożenia.

### **2. Sekwencja rozwoju praktyki**

Projekt rozpoczął się od analizy konceptualnej jakości życia i jakości opieki, której towarzyszyło zebranie doświadczeń z istniejącymi ramami jakości w opiece stacjonarnej dla osób starszych. Jako szczególne punkty odniesienia w tym projekcie uwzględniono:

- doświadczenia z Nadrenii – Westfalii;

- holenderskie ramy jakości – praca dla odpowiedzialnej opieki;
- standardy domów opieki określone przez brytyjski Departament Zdrowia.

Po zapoznaniu się z przedstawianymi źródłami i praktykami w wymienionych krajach, będącym bazą do odniesień, konsorcjum projektowe powiązało istniejące wskaźniki, biorąc pod uwagę różne perspektywy, włączając użytkownika, mieszkańca, członków rodziny, personelu, zarządu i innych partnerów występujących w szerszym kontekście społecznym i politycznym.

Wybrane wskaźniki zostały poddane walidacji w czasie tzw. warsztatu walidacyjnego z menadżerami i personelem domów dla starszych osób oraz z 34 praktykami, reprezentującymi 25 domów opieki w Austrii, Niemczech i Luksemburgu.

Trzecia faza projektu polegała na ewaluacji, podczas której rezultaty walidacji były analizowane przy ujęciu różnic w badanych zjawiskach między rozwiązaniami stosowanymi w krajach, z których pochodzili uczestnicy projektu. Dokonywano tego poprzez metodę delficką oraz w wymienionych wcześniej warsztatach walidacyjnych. W tej fazie intensywnie do prac zostali włączeni zewnętrzni interesariusze. Wynikiem pracy był podręcznik zatytułowany *Mierząc postęp: wskaźniki dla domów opieki społecznej*, do nieodpłatnego ściągnięcia [http://www.euro.centre.org/detail.php?xml\\_id=1396](http://www.euro.centre.org/detail.php?xml_id=1396)

### **3. Charakterystyka kontekstu prawno-instytucjonalnego stosowanej praktyki**

Przedstawiany projekt został zrealizowany przez europejskie konsorcjum w ramach programu Progress oraz dzięki wsparciu Dyrekcji Generalnej ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Równych Praw. Koordynację projektu powierzono Europejskiemu Centrum Opieki Społecznej, Polityki i Badań (Austria), a partnerzy pochodzili z następujących państw:

- Niemcy (Instytut Gerontologii Uniwersytetu Technicznego w Dortmundzie),
- Ministerstwo Zdrowia, Równości, Opieki i Starzenia się Nadrenii Północnej – Westfalii,
- Służba Medyczna Centralnego Federalnego Stowarzyszenia Ubezpieczeń Zdrowotnych (Kas Chorych)
- MDS Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen – MDS),
- Holandia (Vilans),
- Anglia (City University London).

Ważny był udział w projekcie podmiotu międzynarodowego, jakim było partnerstwo – sieć E-Qalin Ltd, - reprezentująca partnerów z Austrii, Niemiec, Włoch, Luksemburga i Słowenii.

#### **4. Zasoby niezbędne do wdrożenia praktyki**

Innowacyjnym aspektem przedstawianego projektu jest skoncentrowanie się na jakości życia mieszkańców domów opieki i ich pracowników oraz osób bliskich seniorom zamieszkującym w domach opieki. Spośród badanych wskaźników 45 z 94 jest klasyfikowanych w tym obszarze. Co ciekawe, tylko kilka z wyselekcjonowanych wskaźników jakości życia, wybranych z dotychczasowych wskaźników, koncentruje się na jakości opieki. Oparte na dowodach wskaźniki poziomu życia, pochodzą z badań opartych na opiniach mieszkańców, ich bliskich oraz pracowników tych placówek na temat ważności tychże wskaźników do określenia jakości życia w domach opieki. Takie wskaźniki można odnaleźć w innych systemach oceny, jak np. „Senses Framework” oraz „My Home Life”.

Wysiłki podejmowane w celu uzyskania możliwie szerokiego zakresu opinii beneficjentów usług napotykały szereg problemów metodologicznych. Na przykład, jakość życia sama w sobie jest trudna do zmierzenia. Często mylona jest z jakością samej opieki i jakością usługi.

Innym wyzwaniem jest uwzględnienie przy pomiarach jakościowych, szeregu aspektów obiektywizmu i subiektywności, indywidualnego i kolektywnego dokonywania oceny. Te czynniki mają wpływ na rezultaty badań. Przykładową trudnością napotkaną np. w Niemczech jest to, że 70% mieszkańców domów opieki ma demencję i rzadko można z nimi przeprowadzić wywiady, których wyniki nadawałyby się do zobiektywizowanego ujęcia [[http://www.euro.centre.org/detail.php?xml\\_id=1396](http://www.euro.centre.org/detail.php?xml_id=1396)].

Innym elementem, na który zwrócono uwagę, jest dobór osób przeprowadzających wywiady. Warto zadbać o to, aby badający nie był sam w grupie osób zainteresowanych uzyskaniem oczekiwanych przez siebie wyników badań, np. badającym nie powinien być nikt z personelu domu opieki. Mogą to natomiast być wolontariusze lub pracownicy innego domu opieki.

#### **5. Identyfikacja atutów i ograniczeń praktyki**

Przedstawiany projekt był w dużym stopniu dofinansowany ze środków Programu Progress w ramach VP/2008/004 - w kwocie 302 218,50 euro dofinansowanie wynosiło 79% kosztów.

Niewątpliwą zaletą zaproponowanego sposobu pomiaru jakości usług, jest nowatorstwo w traktowaniu samej usługi i pomiaru tych czynników, które są ważne z punktu widzenia osoby starszej i jej bliskich. Wielu specjalistów oraz praktyków pracujących z osobami starszymi odbiera jednak pomiar wskaźników i generalnie—sam pomiar jakości, jako

oderwanie od ich „prawdziwej” pracy. Świadczący usługi często, jako istotny element jakości ich pracy rozumieją raczej utrzymanie osobistych relacji z klientami niż przestrzeganie biurokratycznych procedur.

Jednocześnie jednak trzeba wziąć pod uwagę, że systematyczne wykorzystanie indeksów jakości do pomiaru efektów pracy może wpłynąć na ograniczenie potencjalnych efektów wypalenia zawodowego.

Podsumowując, wykorzystanie wskaźników jakości nie jest panaceum na rozwiązanie problemów instytucji, jest jedynie narzędziem do diagnozowania obszarów potencjalnie problemowych, które wymagają przeglądów i wyjaśnienia.

## **6. Ewaluacja stosowanej praktyki (korzyści – koszty)**

Replikacja dla utworzenia i wdrożenia podobnego jak opisane w tym badaniu zestawu benchmarków wymagałaby prawdopodobnie głębokiego namysłu i rozstrzygnięcia, do jakich celów w ogóle mają one służyć. Byłoby dobrze, gdyby decyzja o podjęciu tego rodzaju starań wynikała bardziej z wewnętrznej potrzeby jednostki, niż zewnętrznej presji. Także dobrze byłoby, gdyby indeks został dostosowany do lokalnych realiów. Dotyczy to w szczególności realiów zarządzania placówką opiekuńczą, która zależy od lokalnych uwarunkowań instytucjonalnych, społecznych i prawnych. Przedstawione poniżej propozycje mają charakter sugestii, co do replikacji w innym kontekście kulturowym i prawnym.

Wybór kluczowych wskaźników do pomiaru skuteczności replikacji powinien być oparty na informacjach i danych, które są dostępne i dostarczają także materiału do porównań w skali jednej instytucji, ale też w skali lokalnej, regionalnej lub całego kraju, a nawet w wymiarze ponadnarodowym.

## **7. Ogólne zalecenia przy replikacji**

Bardzo istotnym czynnikiem, który decyduje o przydatności wypracowanych narzędzi jest konieczność doskonalenia wskaźników decydujących, o ocenie jakości usług opiekuńczych w polskich placówkach, co buduje sprzyjające warunki dla stworzenia i adaptacji do polskich wzorów przedstawianych tutaj benchmarków. Ocena funkcjonowania placówki nie należy do łatwych zadań i w tym kontekście próba przeglądu istniejących praktyk i ich zastosowanie ma głęboki sens. Domy opieki charakteryzują się tym, że, podopieczni i opiekunowie pracują i mieszkają razem często przez 24 godziny na dobę, przez 7 dni w tygodniu i 365 dni w roku. Dzięki benchmarkingowi dla prowadzonych działań można znaleźć zewnętrzną miarę, pozwalającą na ciągłe doskonalenie świadczonych usług

oraz – co nie jest zawsze dostrzegane – wychodzenie naprzeciw potrzebom i oczekiwaniom różnych interesariuszy.

## **8. Kryteria doboru praktyki**

W Polsce osoby w podeszłym wieku mają do wyboru kilka typów placówek opiekuńczych:

- domy pomocy społecznej (DPS),
- zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze,
- placówki zapewniające całodobową opiekę osobom w podeszłym wieku, niepełnosprawnym lub przewlekle chorym (tzw. domy spokojnej starości, domy troskliwej opieki, domy seniora itd.).

Wszystkie one mogą stosować bez problemów i bez dużego wysiłku część wskaźników, takich jak np. obszar V, ujmujący kontekst liczby godzin przepracowanych przez wolontariuszy rocznie i w przeliczeniu na jednego podopiecznego. O wyborze odpowiedniego rodzaju placówki decyduje przede wszystkim stan zdrowia pensjonariusza oraz sytuacja finansowa jego i/lub jego rodziny.

### Uwarunkowania kulturowe

Ograniczeniem kulturowym stosowania przedstawionej praktyki w Polsce jest brak tradycji stosowania benchmarkingu w sektorze publicznym, a w związku z tym duże prawdopodobieństwo traktowania analiz benchmarkingowych, jako ukrytej formy kontroli lub nadzoru administracyjnego. Wiąże się z tym brak oczekiwań, co do mierzenia rezultatów, jako elementu nadzoru nad usługami publicznymi. Przejście z podejścia procesowego na to związane z pomiarem rezultatów może przyczynić się do takiego stanu rzeczy. Jednak wydaje się, że wskaźnik, który może obrazować ten stan rzeczy, musiałby być bardziej dostosowany do polskiego kontekstu kulturowego (wskaźnik 82 procent pracowników, którzy zgadzają się z opinią, że misją domu opieki jest dostarczanie wysokiej jakości usług).

### Uwarunkowania ekonomiczne

W warunkach polskich nie istnieją bodźce rynkowe, które wymuszałyby doskonalenie usług społecznych, w szczególności usług świadczonych w modelu płatnika trzeciej strony. Przykładem wskaźnika, który ilustruje te dylematy, jest koszt opieki nad chorym, przypadający na jednego pracownika bezpośrednio zaangażowanego w świadczenie pomocy, czy liczba dni chorobowych pracowników.

Istnieje kilka możliwości rozwoju optymalizacji wskaźników. Z jednej strony może to być próba odgórnych regulacji administracyjnych, np. ze strony władz lokalnych, zmuszających instytucje opieki do systematycznego benchmarkingu, z drugiej można wyobrazić sobie oddolne porozumienie, które pozwala na doskonalenie usług opiekuńczych i opiekuńczo – pielęgnacyjnych.

## 9. Bibliografia:

1. *Mierząc postęp: wskaźniki dla domów opieki społecznej*, [http://www.euro.centre.org/detail.php?xml\\_id=1396](http://www.euro.centre.org/detail.php?xml_id=1396),

### Aneks 1. Wskaźniki

Opracowany na podstawie *“Quality management by result-oriented indicators: Towards benchmarking in residential care for older people”* zestaw wskaźników ilustrujących jakość opieki koncentruje się na pięciu obszarach, takich jak:

- jakość opieki – w oparciu o ocenę mieszkańców, pracowników 1 – 24
- jakość życia – w oparciu o ocenę mieszkańców, rodziny, przyjaciół, pracowników 25-70
- przywództwo i zarządzanie, pracownicy 71-87
- zarządzanie finansowe – zarząd, fundatorzy 88-91
- kontekst – fundatorzy, legislacja, dostawcy, opinia publiczna 92-94

#### Obszar pierwszy - Jakość opieki

**Wskaźnik nr 1:** % mieszkańców, którzy cierpią na odleżyny, które rozpoczęły się w domu opieki

**Wskaźnik nr 2:** % mieszkańców, którzy cierpią na odparzenia

**Wskaźnik nr 3:** % mieszkańców, dla których zostały raportowane błędy w przyjmowaniu leków

**Wskaźnik nr 4:** % mieszkańców, którzy mieli badania specjalistyczne (okulisty, stomatologa, pedikiurzysty, laryngologa)

**Wskaźnik nr 5:** % mieszkańców, którzy doświadczyli relatywnie utraty wagi w ostatnim miesiącu, która była niezamierzona i na którą nie było zgody w planie leczenia.

**Wskaźnik nr 6:** % mieszkańców, którzy wskazują na odwodnienie

**Wskaźnik nr 7:** % mieszkańców, którzy upadli w ciągu ostatnich 30 dni

**Wskaźnik nr 8:** % mieszkańców, którzy zachowywali się wyzywająco wobec personelu lub innych mieszkańców

**Wskaźnik nr 9:** % mieszkańców, wobec których użyto środków przymusu fizycznego w ostatnich 7 dniach

- Wskaźnik nr 10:** % mieszkańców, którzy nie byli w stanie powstrzymać oddawania moczu przynajmniej jeden raz w tygodniu
- Wskaźnik nr 11:** % mieszkańców z długotrwałym cewnikiem wstawionym dłużej niż 14 dni temu
- Wskaźnik 12:** % mieszkańców cierpiących na ból w ostatnich 30 dniach
- Wskaźnik 13:** % mieszkańców, którzy używają leków antypsychotycznych
- Wskaźnik 14 :** % mieszkańców cierpiących na demencję, używających neuroleptyków
- Wskaźnik 15:** % mieszkańców używających antydepresantów
- Wskaźnik 16:** % mieszkańców zdiagnozowanych przynajmniej jeden raz z symptomami depresji
- Wskaźnik 17:** % mieszkańców z deficytem w ustach i uzębieniu
- Wskaźnik 18:** % mieszkańców zdiagnozowanych z potrzebami opieki z uwagi na choroby geronto - psychiatryczne
- Wskaźnik 19:** % mieszkańców, którzy są zadowoleni z poziomu opieki
- Wskaźnik 20:** % mieszkańców cierpiących na zakrzepy
- Wskaźnik 21:** % mieszkańców cierpiących na przykurcze
- Wskaźnik 22:** % mieszkańców obłożnie chorych
- Wskaźnik 22:** % mieszkańców obłożnie chorych
- Wskaźnik 23:** % mieszkańców trwale intubowanych
- Wskaźnik 24:** % mieszkańców ocenionych, jako zdolnych do jedzenia niezależnego i/lub relatywnych ryzyk

### **Obszar drugi – Jakość życia**

- Wskaźnik 25:** % mieszkańców, którzy czują się emocjonalnie wsparci w radzeniu sobie z poczuciem utraty
- Wskaźnik 26:** % członków rodziny/przyjaciół, którzy czują się emocjonalnie wzmocnieni
- Wskaźnik 27:** % mieszkańców obłożnie chorych
- Wskaźnik 28:** % mieszkańców, którzy czują, że pracownicy w ich oddziale znają ich historię życia
- Wskaźnik 29:** % członków rodziny, przyjaciół, którzy czują, że pracownicy wiedzą, kim oni są
- Wskaźnik 30:** % pracowników, którzy czują, że ich osobiste umiejętności i zdolności są uznane przez kolegów
- Wskaźnik 31:** % członków rodziny/przyjaciół, którzy czują się ciepło witani w domu opieki
- Wskaźnik 32:** % mieszkańców, członków rodziny i pracowników, którzy czują, że ich dom opieki jest częścią lokalnej wspólnoty
- Wskaźnik 33:** % decyzji podejmowanych przez kierownictwo domu opieki w oparciu o decyzję rady mieszkańców
- Wskaźnik 34:** % mieszkańców, którzy czują, że ich prawa są uznawane/respektowane i działania są podejmowane w oparciu o nie
- Wskaźnik 35:** % członków rodziny/przyjaciół, którzy czują się włączeni w podejmowanie decyzji o opiece nad mieszkańcami
- Wskaźnik 36:** % pracowników, którzy czują, że mogą podjąć świadomie ryzyko w opiece nad mieszkańcami



- Wskaźnik 37:** % mieszkańców, którzy czują, że ich zdrowie jest wspierane, by optymalizować ich jakość życia
- Wskaźnik 38:** % krewnych/przyjaciół, którzy czują, że mieszkańcy mają wystarczający dostęp do usług opieki zdrowotnej
- Wskaźnik 39:** % pracowników, którzy czują, że ich własne zdrowie (zdrowie fizyczne i samopoczucie) jest wartością w pracy
- Wskaźnik 40:** % mieszkańców, którzy czują, że mogą porozmawiać o śmierci i umieraniu z pracownikami, kiedy sobie tego życzą
- Wskaźnik 41:** % krewnych/przyjaciół, którzy omawiali z pracownikami plany opieki dotyczące końca życia dla swoich najbliższych
- Wskaźnik 42:** % pracowników, którzy czują się emocjonalnie wsparci, kiedy umierają mieszkańcy
- Wskaźnik 43:** % mieszkańców, którzy czują, że nie ma wystarczającej liczby pracowników do zaspokojenia ich potrzeb
- Wskaźnik 44:** % mieszkańców, którzy czują, że ich pracownicy ich domu opieki są kompetentni, by opiekować się mieszkańcami
- Wskaźnik 45:** % pracowników, którzy czują, że ich potrzeby szkoleniowe są zaspokojone, by mogli fachowo opiekować się mieszkańcami
- Wskaźnik 46:** % mieszkańców, którzy czują, że w ich domu opieki jest dobra atmosfera
- Wskaźnik 47:** % krewnych /przyjaciół, którzy czują, że ich sugestie dotyczące usprawnień są życzliwie przyjmowane
- Wskaźnik 48:** % mieszkańców, którzy czują się, ochronieni i bezpieczni w swoim domu opieki
- Wskaźnik 49:** % mieszkańców, którzy czują, że pracownicy są wobec nich przyjaźni
- Wskaźnik 50:** % mieszkańców, którzy czują, że mogą przyjmować gości kiedykolwiek chcą
- Wskaźnik 51:** % mieszkańców, którzy czują, że pracownicy zachęcają ich do samopomocy
- Wskaźnik 52:** % mieszkańców, którzy czują, że pracownicy dają im czas do samodzielnego wykonywania różnych czynności
- Wskaźnik 53:** % mieszkańców, którzy czują, że pracownicy szanują ich osobiste rzeczy
- Wskaźnik 54:** % pracowników, którzy czują, że rodziny mieszkańców ufają im
- Wskaźnik 55:** % krewnych/przyjaciół, którzy czują, że pracownicy reagują szybko, kiedy ich bliscy proszą o pomoc
- Wskaźnik 56:** % krewnych/przyjaciół, którzy czują, że mieszkańcy wyglądają na szczęśliwych w domu opieki
- Wskaźnik 57:** % krewnych/przyjaciół, którzy uważają, że w domu ładnie pachnie
- Wskaźnik 58:** % krewnych/przyjaciół, którzy uważają, że są włączeni w podejmowanie decyzji o opiece nad ich bliskimi
- Wskaźnik 59:** % krewnych/przyjaciół, którzy czują, że pracownicy doceniają ich wkład w opiekę nad ich bliskimi
- Wskaźnik 60:** % krewnych/przyjaciół, którzy czują, że są na bieżąco informowani o zmianach mających wpływ na ich bliskich
- Wskaźnik 61:** liczba wspólnych inicjatyw, które angażują pozytywnie mieszkańców, krewnych i pracowników z zewnętrzną wspólnotą w ostatnim roku
- Wskaźnik 62:** % mieszkańców ochotniczo uczestniczących w zorganizowanych socjalnych działaniach w trakcie wybranego okresu

- Wskaźnik 63:** % mieszkańców, którzy czują, że ich prywatność jest wystarczająco ochroniana
- Wskaźnik 64:** % krewnych, z którymi przeprowadzono, co najmniej dwa spotkania w celu przeglądu opieki, której poddany był podopieczny w ostatnim roku
- Wskaźnik 65:** % mieszkańców (i ich krewnych) z przypisanym kluczowym pracownikiem
- Wskaźnik 66:** % mieszkańców, którzy otrzymali profesjonalną opiekę w końcowym okresie życia w ostatnim roku
- Wskaźnik 67:** % mieszkańców, których potrzeby i preferencje kulturalne zostały zaspokojone
- Wskaźnik 68:** % mieszkańców, którzy mają uaktualniony plan opieki na koniec życia, który jest zgodny z ich preferencjami
- Wskaźnik 69:** % mieszkańców, którzy są zadowoleni z jakości i smaku jedzenia
- Wskaźnik 70:** % mieszkańców, którzy czują, że mają wystarczającą kontrolę nad swoim codziennym życiem

### **Obszar trzeci – Przywództwo i Zarządzanie**

- Wskaźnik 71:** % skarg interesariuszy, które były prawidłowo zaadresowane w ramach systemu zarządzania skargami
- Wskaźnik 72:** Procent mieszkańców, którzy mają zdefiniowane plany opieki, które są regularnie uaktualniane i oceniane, zawierające specyficzne zapisy odpowiadające ich indywidualnym potrzebom
- Wskaźnik 73:** Ocena członków rodziny/bliskich przyjaciół/rzeczników w zakresie ich zadowolenia z jakości opieki
- Wskaźnik 74:** Przeciętny % pracy po godzinach (wliczając w to niepłatne godziny)
- Wskaźnik 75:** Przeciętny % czasu pracy utracony z powodu choroby pracowników
- Wskaźnik 76:** Przeciętny bezpośrednie zasoby finansowe dostępne na szkolenia wspierające promocję zdrowia, spotkania i infrastrukturę w przeliczeniu na jednego pracownika
- Wskaźnik 77:** % pracowników, którzy odbyli zaawansowane szkolenie z zakresu opieki nad pacjentami z demencją i zaburzeniami świadomości
- Wskaźnik 78:** Przeciętna liczba formalnego szkolenia na jednego pracownika na grupę zawodową
- Wskaźnik 79:** % pracowników, którzy zgadzają się ze stwierdzeniem, że wysoki standard przenosin i traktowania (pracowników – przyp. autora) jest praktykowany w ich domu opieki
- Wskaźnik 80:** % pracowników, którzy zgadzają się ze stwierdzeniem, że koledzy pracują z nimi, jako częścią zespołu
- Wskaźnik 81:** % pracowników, którzy zgadzają się ze stwierdzeniem, że w ich domu opieki dokumentacja jest aktualna
- Wskaźnik 82:** % pracowników, którzy zgadzają się ze stwierdzeniem, że celem ich placówki jest dostarczanie opieki o wysokich standardach
- Wskaźnik 83:** % pracowników, którzy zgadzają się ze stwierdzeniem, że wszyscy pracownicy na wszystkich szczeblach są równo oceniani w swoich rolach
- Wskaźnik 84:** % mieszkańców/krewnych/przyjaciół, którzy zgadzają się ze stwierdzeniem, że została im dostarczona odpowiednia informacja przy przyjęciu do domu
- Wskaźnik 85:** % pracowników, którzy zgadzają się ze stwierdzeniem, że decyzje w ich domu opieki są podejmowane raczej w oparciu o jakość pracy, niż tylko o zasoby finansowe
- Wskaźnik 86:** Procent czasu nieobecności w czasie pracy (choroba, wakacje, inne) i czasu spędzonego na innych aktywnościach (spotkania, szkolenia), jako część ogólnego czasu pracy

**Wskaźnik 87:** Procent pracowników w podziale na grupy wiekowe (grupy zawodowe)

#### **Obszar czwarty – Wyniki ekonomiczne**

**Wskaźnik 88:** Ogólny koszt niezbędny na opiekę w placówce w przeliczeniu na rok na jednego mieszkańca

**Wskaźnik 89:** Koszt pracownika w przeliczeniu na dni opieki (w tym wskaźniku liczy się wszystkie koszty osobowe – przyp. autora)

**Wskaźnik 90:** Przeciętny czas dla bezpośredniej opieki w przeliczeniu na dni na jednego mieszkańca

**Wskaźnik 91:** Wskaźnik poziomu zajętości (domu opieki – przyp. autora)

#### **Obszar piąty – Wskaźniki kontekstowe**

**Wskaźnik 92:** % przeciętnej liczby godzin dostarczonych przez wolontariuszy w domu opieki rocznie oraz w przeliczeniu na jednego mieszkańca (w tym wskaźniku istotne jest pokazanie, ile godzin opieki otrzymał mieszkaniec domu w wyniku niepłatnego wsparcia wolontariuszy)

**Wskaźnik 93:** Przeciętna długość zatrudnienia pracowników w domu opieki w określonym dniu w roku np. 31 grudnia

**Wskaźnik 94:** Przeciętna liczba dni potrzebnych do zapewnienia miejsca pracy z tym samym poziomem kwalifikacji