



## Danuta Milaszewicz

Uniwersytet Szczeciński  
Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania  
Katedra Makroekonomii  
dmilasz@wneiz.pl

# EFEKTYWNOŚĆ SPOŁECZNA WYBRANYCH DÓBR PUBLICZNYCH W POLSCE – UJĘCIE REGIONALNE

**Streszczenie:** Efektywność realizowanych zadań publicznych, w wyniku których powstają dobra publiczne, powinna być oceniana także w ujęciu społecznym. W artykule podjęto próbę określenia i pomiaru społecznej efektywności wybranych dóbr publicznych oraz ukazania jej zróżnicowania w polskich regionach (NUTS 2). Ustalenie poziomu efektywności społecznej analizowanych dóbr publicznych (edukacji i opieki zdrowotnej) wymaga uwzględnienia ponoszonych na nie wydatków oraz ujęcia niestandardowych, nieilościowych efektów, do których zaliczono bezstronność, jakość i brak korupcji w procesie ich dostarczania. Uzyskane wyniki wskazują na duże zróżnicowanie efektywności społecznej wybranych dóbr publicznych w polskich regionach.

**Słowa kluczowe:** efekty społeczne, jakość sprawowanej władzy, polskie regiony.

## Wprowadzenie

Problem efektywności jest głównym wątkiem rozważań prowadzonych w ekonomii, która od czasów L.Ch. Robbinsa [1932] definiowana jest jako nauka badająca zachowania człowieka, wynikające ze związku między celami i ograniczonymi środkami mogącymi mieć alternatywne zastosowania. Takie zdefiniowanie ekonomii oznacza, że efektywność, jako wynik racjonalnego działania jednostek gospodarujących, ma miejsce wówczas, gdy w ramach dokonanej alokacji ograniczonych środków (zasobów) następuje minimalizacja nakładów (kosztów) poniesionych na uzyskiwanie danych (określonych) efektów lub też ponoszone nakłady (koszty) przynoszą maksymalne efekty. W ujęciu prakseologicznym efektywność podejmowanych działań może być zatem oparta na zasa-

dzie wydajności (maksymalizacji efektów) lub zasadzie oszczędności (minimalizacji nakładów, kosztów) [Kotarbiński, 1982, s. 125]. Ustalenie poziomu efektywności wymaga zatem porównania uzyskanych efektów z poniesionymi na ich otrzymanie nakładami (kosztami) [Modzelewski, 2009, s. 33]. Łatwo tego dokonać, jeżeli nakłady i efekty mają jednakowy wymiar, są jednorodne lub możliwe jest ich wyrażenie we wspólnej jednostce, np. w ujęciu wartościowo-pieniężnym. Trudności mnożą się wówczas, gdy efekty i/lub nakłady są bardzo zróżnicowane pod względem ilościowym i/lub jakościowym oraz nie można ich wyrazić we wspólnej jednostce. Tak właśnie dzieje się w przypadku oceny efektywności sektora publicznego. O ile nakłady na funkcjonowanie tego sektora wyrażone są w jednostkach pieniężnych, o tyle efekty jego funkcjonowania, charakteryzujące dobra publiczne, powstające w wyniku realizacji zadań publicznych, mogą być ujmowane w wymiarze ilościowym (pieniężnym i niepieniężnym) lub jakościowym, ekonomicznym lub społecznym. Całościowa ocena efektywności zapewnianych dóbr publicznych powinna zatem obejmować możliwie najszerszej różne wymiary efektów sektora publicznego, chociaż w praktyce skupia się głównie na efektach dających się wyrazić ilościowo lub wartościowo.

Dobra publiczne dostępne dla członków danego społeczeństwa powstają w wyniku realizacji zadań publicznych, definiowanych jako „przejęte przez państwo zaspokajanie zbiorowych i indywidualnych potrzeb człowieka, wynikających ze współżycia ludzi w społecznościach” [Fundowicz, 2009, s. 154]. Realizacja zadań publicznych odbywa się w efekcie działań zbioru jednostek sektora publicznego. Pewne zadania przypisane są jednostkom centralnym (rządowym), a inne jednostkom niższego szczebla władzy publicznej (samorządowym). Samorząd terytorialny jest systemem sprawowania władzy za pomocą odpowiednich struktur instytucjonalnych, w znaczeniu szczególnej formy zarządzania [Dębski, 2014, s. 171], a jego jednostki powinny być nastawione na identyfikowanie lokalnego i regionalnego punktu widzenia [Kisiel, 2015, s. 13]. Podstawowym ich celem jest stworzenie jak najlepszych warunków dla rozwoju danej społeczności poprzez zapewnianie odpowiedniej (ilościowo i jakościowo) podaży różnych dóbr publicznych.

Celem artykułu jest próba dokonania oceny społecznej efektywności wybranych dóbr publicznych (edukacji i ochrony zdrowia), których zapewnienie przypisane zostało ustawowo władzom samorządowym. Przeprowadzona analiza oparta została na:

- przekrojowych danych pochodzących z GUS, opisujących regionalną (na poziomie NUTS 2) strukturę wydatków publicznych związanych z realizacją wybranych zadań publicznych,

- jakościowych danych opracowanych przez Instytut Jakości Rządu Uniwersytetu w Göteborgu (*Institute The Quality of Government – IQoG*), wyrażających bezstronność, jakość i brak korupcji, stanowiących o sprawowanej władzy w regionie, a wyrażających społeczne efekty procesu tworzenia wybranych dóbr publicznych.

Aby ukazać społeczną efektywność publicznej edukacji i ochrony zdrowia, zaproponowano dwa wskaźniki ustalone dla każdego z badanych województw.

## 1. Efektywność społeczna

Efektywność jest pojęciem złożonym, różnie definiowanym, posiadającym wiele synonimów, a jego niejednoznaczność wynika także z możliwości rozpatrywania różnych kategorii efektywności. Wieloaspektowość tego pojęcia oznacza możliwość stosowania wielu kryteriów i wymiarów oceny efektywności. Dlatego nauki społeczne nie dysponują pojedynczą, powszechną miarą efektywności, którą można byłoby zastosować w każdym przypadku. Stanowi to wystarczający powód koniecznego skonkretyzowania tego pojęcia, wynikającego z uwarunkowań i celu wprowadzanych rozwiązań. Wymaga zatem dodatkowego komentarza, tak jak i w przypadku podjętej tu próby określenia oraz analizy efektywności społecznej (wybranych) dóbr publicznych, powstających jako wynik zadań realizowanych i finansowanych przez jednostki samorządowe.

Na efektywność zadań publicznych realizowanych przez JST trudno patrzeć jedynie przez pryzmat ekonomii. Władze samorządowe angażują się w rozwiązywanie szeregu problemów i stają przed trudnymi wyborami na poziomie wartości – z natury rzeczy nieobiektywnych, podyktowanych trudno poddającymi się racjonalizacji kryteriami moralno-etycznymi [Rościszewska, 2015, s. 21]. Oznacza to, że nie tylko trudno dokonywać pomiaru efektów realizowanych przez nie zadań, ale także, że o zaplanowanych i uzyskiwanych efektach niekoniecznie musi przesądzać kryterium efektywności ekonomicznej, przy czym idące za tymi wyborami decyzje finansowe mają już charakter mierzalny.

Na efektywność zadań JTS patrzeć można z punktu widzenia wspólnie obowiązujących paradygmatów zarządzania publicznego, a do jej oceny stosować różne kryteria. W modelu *New Public Managment*, a szczególnie w następnym etapie jego rozwoju – *New Public Governance* – ocenie podlegają efekty działań publicznych „(...) początkowo mierzone przede wszystkim poprzez odwołanie do obiektywnych danych o wykonywaniu usług, później także (i w coraz większym stopniu) poprzez odwołanie do danych o oddziaływaniu tych usług na

sytuację ich odbiorców i do ich opinii (satisfakcji z usług)” [Bartoszewicz i in., 2014, s. 28].

Oznacza to, że w metodologii badań efektywności podmiotów publicznych nastąpiło przeniesienie akcentów w kierunku analiz, dotyczących społecznego odbioru dóbr publicznych i wpływu tych dóbr na społeczny dobrostan. Dane na ten temat pozyskiwane są w dedykowanych badaniach, będących swoistego rodzaju „termometrem”, służącym do pomiaru ukrytych zmiennych jakościowych. W ten sposób członkowie społeczności przestają być traktowani jako bierni konsumenci dóbr publicznych, a stają się partnerami samorządu w procesie identyfikowania potrzeb, ich wartościowania, planowania działań, ich monitoringu i ewaluacji [Bartoszewicz i in., 2014, s. 29-30].

Ocena efektywności zadań publicznych powinna być zatem dokonywana przez różne podmioty, a wśród nich bardzo ważne jest społeczeństwo. Szczególnie istotne jest to w przypadku ocen JTS, których celem działania jest zaspokojenie potrzeb społeczności lokalnej i budowanie lokalnej wspólnoty. Wspólnota ta ocenia efektywność działań publicznych, zwracając uwagę także na to, aby żadna grupa czy jednostka społeczna nie miała lepszej sytuacji w dostępie do dóbr publicznych kosztem innych grup czy jednostek. Ocena funkcjonowania jednostek publicznych powinna opierać się zatem na dodatkowej wartości wspólnej, jaką jest sprawiedliwość społeczna (*social equity*) [Frederickson, 2010, s. XV]. Zatem spełnienie przez te jednostki wymogu efektywności ekonomicznej czy technologicznej nie może być traktowane jako jednoczesne zapewnienie efektywności społecznej [Miłaszewicz, 2014]. Jednostki samorządowe powinny wykonywać zadania publiczne nie tylko sprawnie i oszczędnie, ale także etycznie, czyli uczciwie, zgodnie z prawem oraz kierować się zasadą równego traktowania odbiorców dóbr publicznych.

Społeczna efektywność powinna być zatem zorientowana nie tyle na strukturę rodzajową i ilość dostarczanych dóbr publicznych, co głównie na rozwój uczestników życia społeczno-gospodarczego oraz doskonalenie relacji między nimi, stanowiąc podstawę rozwoju UE [Mroziwski, 2014]. Realizacja efektywności społecznej oznacza, że samorząd przejął aktywną rolę w kreowaniu wartości wspólnej (publicznej), a sprawowana przezeń władza charakteryzuje się wysoką jakością, bezstronnością i sprawiedliwością społeczną.

## **2. Edukacja oraz ochrona zdrowia jako dobra publiczne w Polsce**

Główna część zadań publicznych realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego (JST) to ich zadania własne. Wykonują je w swoim imieniu, na własną odpowiedzialność, w ogólnie pojętym interesie lokalnym, finansując ich

realizację [Kołaczkowski i Ratajczak, 2010, s. 23]. Przedmiotowy wykaz zadań przypisanych poszczególnym szczeblom samorządu terytorialnego zawierają ustawy ustrojowe<sup>1</sup>. Zawarty w tych ustawach ogólnikowy wykaz zadań wskazuje na ich znaczne wzajemne podobieństwo. Obowiązuje jednak zasada, że gmina wykonuje zadania o charakterze lokalnym, powiat zadania o charakterze ponadgminnym, a województwo zadania o charakterze regionalnym.

Do wskazanych w ustawach ustrojowych zadań gmin i powiatów, wśród licznych obszarów zadań o charakterze społecznym, należą zadania z zakresu promocji i ochrony zdrowia oraz edukacji publicznej [Ustawa o samorządzie gminnym, art. 7; Ustawa o samorządzie powiatowym, art. 4]. Pewne zadania z tego zakresu realizują także, na mocy różnych ustaw, samorzady wojewódzkie, które odpowiadają za utrzymanie i rozbudowę infrastruktury społecznej, a także za podnoszenie poziomu wykształcenia obywateli [Ustawa o samorządzie województw, art. 11, 14].

W myśl zapisu art. 70 Konstytucji RP oświata powinna służyć obywatelowi, który ma konstytucyjne prawo (i obowiązek do 18. roku życia) do nauki – to jedno z praw obywatelskich. Nauka w szkołach publicznych jest nieodpłatna dla polskich obywateli, ale mają oni (oraz ich rodzice) wolność wyboru między nauką w szkole publicznej i niepublicznej. Uczący się mogą także korzystać z indywidualnej pomocy finansowej i organizacyjnej.

Ustawy ustrojowe określają, że JTS są podstawowymi podmiotami odpowiadającymi za kształcenie, wychowanie i opiekę w szkołach publicznych [Kurzydziejewska-Chmiel, 2013, s. 15]. Zobowiązane są one do zapewnienia swoim mieszkańcom jak najlepszego poziomu usług edukacyjnych, a podejmowane przez nie działania w zakresie oświaty powinny prowadzić do czynienia z niej zadania publicznego, będącego dobrem wspólnym o charakterze powszechnym i równym [Raszewska-Skałecka, 2014, s. 266]. Przyjęte rozwiązania prawne określają zatem kluczową rolę samorządów w zapewnianiu publicznej edukacji, przypisując również tym jednostkom odpowiedzialność za jakość świadczonych usług w tym obszarze oraz ich dostępność.

Zdrowie rozumiane jako stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu [www 1] to jedna z podstawowych wartości indywidualnych człowieka, zapewniająca jego istnienie i ciągły rozwój [Tuszyńska-Bogucka

---

<sup>1</sup> Są to trzy ustawy: Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. 1990, nr 16, poz. 95, tekst jedn., Dz.U. 2016, poz. 446); Ustawa z dnia 5 czerwca 1998(a) r. o samorządzie powiatowym (Dz.U. 1998, nr 91, poz. 578, tekst jedn. Dz.U. 2015, poz. 1445); Ustawa z dnia 5 czerwca 1998(b) r. o samorządzie województw (Dz.U. 1998, nr 91, poz. 576, tekst jedn. Dz.U. 2016, poz. 486).

i Bogucka, 2005]. To także stanowiąca dobro publiczne podstawowa wartość społeczna, wpływająca na rozwój społeczno-gospodarczy [Karpowicz, 2011], gdyż zdrowie stanowi ważny element zasobu kapitału ludzkiego, współcześnie uważanego za jeden z najważniejszych czynników wzrostu i rozwoju.

Zapewnienie obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Konstytucja RP (art. 68 ust. 2) określa jako obowiązek władz publicznych. Zadania publiczne w tym zakresie realizowane są przez różne jednostki tej władzy publicznej, w tym także przez JST<sup>2</sup>, które stały się gwarantem zdrowia jako dobra publicznego [Wąsiewicz i Masiakowski, 2001, s. 215]. Realizacja zadań związanych z promocją i ochroną zdrowia czyni z JST organizatora systemu ochrony zdrowia, właściciela jednostek ochrony zdrowia oraz realizatora zadań z zakresu zdrowia publicznego [Rapkiewicz, 2012, s. 48]. Obowiązujące regulacje w zakresie promocji i ochrony zdrowia określają nie tylko zadania JST i ich role, ale stwarzają także tym jednostkom szeroki zakres swobody w tworzeniu polityki w tej dziedzinie. Polityka ta wynikać powinna z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych członków danej wspólnoty terytorialnej [Lach, 2011], lecz również możliwości jej realizacji uwarunkowanych posiadanymi środkami finansowymi.

### **3. Społeczne efekty i koszty publicznej edukacji oraz opieki zdrowotnej w polskich regionach**

Do oceny społecznych efektów zapewnianych przez JST dwóch dóbr publicznych – oświaty i opieki zdrowotnej – wykorzystano przedstawione przez Instytut Jakości Rządu Uniwersytetu w Göteborgu wyniki badań jakości sprawowanej władzy (*quality of government* – QoG) w europejskich regionach. Przeprowadzone przez instytut wywiady ankietowe miały na celu poznanie poglądów i doświadczeń przeciętnych obywateli związanych z odbiorem wybranych usług publicznych (pod względem jakości, bezstronności, równego traktowania oraz występowania zjawiska korupcji) oraz oceną procesów wyborów politycznych i bezstronności mediów. W badaniach tych wykorzystano definicję zaproponowaną przez B. Rothsteina i J. Teorella, którzy wskazują, że na QoG składają się praworządność, jakość służby cywilnej oraz skuteczność agencji publicznych odpowiedzialnych za wdrażanie polityki publicznej [Rothstein i Tannenberg, 2015, s. 51]. Na poziomie regionalnym za reprezentatywne obsza-

---

<sup>2</sup> Zadania przypisane w tym zakresie różnym JST wymienia także ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

ry zadań publicznych przyjęto edukację, opiekę zdrowotną oraz egzekwowanie prawa<sup>3</sup>, uznano bowiem, że zarządzanie tymi dobrami publicznymi i ich finansowanie spoczywa z reguły na władzach lokalnych [Charron, Dijkstra i Lapuente, 2014]. Przeprowadzonymi w 2013 r. badaniami objęto 236 regionów z 28 krajów Unii Europejskiej i dwóch państw akcesyjnych Turcji i Serbii oraz 6 regionów Ukrainy. Odpowiedzi na pytania ankiety<sup>4</sup> posłużyły instytutowi do stworzenia 16 wskaźników cząstkowych, wykorzystanych do obliczenia zagregowanego Europejskiego Wskaźnika Jakości Rządu (EQI) [Charron, Dijkstra i Lapuente, 2015]. Wartość EQI obliczona dla każdego z badanych regionów posłużyła do stworzenia ich rankingu według zajmowanego w nim miejsca. Polskie regiony (NUTS 2) uplasowały się w tym rankingu na dalekich pozycjach, a zajmowane przez nie miejsca przedstawiono w tab. 1. Najwyżej w tym rankingu uplasowało się województwo kujawsko-pomorskie, zajmując 131. miejsce, co oznacza, że znajduje się ono (i wszystkie pozostałe polskie województwa) w tej połowie badanych regionów, których oceny jakości sprawowanej władzy są niższe niż wartość środkowa dla wszystkich badanych regionów. Najdalszą pozycję (187. miejsce w rankingu) spośród polskich regionów zajęło województwo dolnośląskie.

Z 16 wskaźników cząstkowych EQI na potrzeby artykułu wykorzystano tylko 8, dzieląc je na dwie grupy charakteryzujące jakość sprawowanej władzy w procesie dostarczania:

- publicznej edukacji (cztery wskaźniki: jakość edukacji publicznej (JEP), bezstronność w edukacji publicznej (BEP), równe traktowanie w edukacji publicznej (REP), postrzeganie korupcji w publicznej edukacji (KEP)),
- publicznej opieki zdrowotnej (cztery wskaźniki: jakość publicznej opieki zdrowotnej (JOZ), bezstronność w publicznej opiece zdrowotnej (BOZ), równe traktowanie w publicznej opiece zdrowotnej (ROZ), postrzeganie korupcji w publicznej opiece zdrowotnej (KOZ)).

<sup>3</sup> W Polsce większość zadań związanych z egzekwowaniem prawa, bezpieczeństwem i zapewnieniem porządku publicznego finansowana jest bezpośrednio z budżetu centralnego. Z tego powodu ten obszar oceny jakości sprawowanej władzy (QoG) w polskich regionach został wyłączony z analizy efektywności społecznej.

<sup>4</sup> Udzielone odpowiedzi zmierzone zostały głównie metodą Likerta, pozwalającą na ocenę nastawienia i przekonań respondentów, a w pytaniach zastosowano ilościową skalę porządkową z 10- i 4-stopniową skalą odpowiedzi. Tylko w jednym z pytań zastosowano dychotomiczną skalę nominalną (tak/nie). Uzyskane wyniki odpowiedzi zagregowano i poddano standaryzacji. Powstałe w ten sposób wskaźniki cząstkowe przyjęły poziom od +3 do -3. Szerszy opis metodyki badań znajduje się w: [Charron, Dijkstra i Lapuente, 2014].

**Tabela 1.** Ocena społecznych efekty realizacji zadań publicznych

Województwo	Miejsce	A. Edukacja				B. Opieka zdrowotna			
		JEP	BEP	REP	KEP	JOZ	BOZ	ROZ	KOZ
Dolnośląskie	187	-0,380	-0,306	-0,108	1,119	-2,018	-1,073	-1,350	-0,557
Kujawsko-Pomorskie	133	-0,201	0,308	0,820	1,559	-1,403	-0,666	-0,668	0,126
Lubelskie	175	-0,312	-0,500	-0,013	0,908	-1,440	-0,904	-1,041	-0,551
Lubuskie	164	-0,481	-0,216	0,110	1,118	-1,630	-0,772	-0,888	-0,127
Łódzkie	147	-0,350	0,162	0,026	0,818	-1,980	-0,852	-1,114	-0,567
Małopolskie	156	0,174	0,018	0,192	0,821	-1,826	-0,762	-1,208	-0,507
Mazowieckie	180	-0,540	-0,111	-0,238	0,791	-2,145	-0,396	-1,080	-0,206
Opolskie	131	-0,386	-0,126	-0,029	1,223	-1,238	-0,621	-0,350	0,261
Podkarpackie	178	-0,309	-0,708	-0,307	1,061	-1,277	-1,189	-1,058	-0,617
Podlaskie	143	-0,369	-0,036	0,310	0,945	-1,657	-0,370	-0,736	-0,241
Pomorskie	145	0,205	0,123	-0,069	1,315	-1,939	-0,493	-1,166	0,141
Śląskie	186	-0,130	0,103	-0,022	0,933	-1,998	-1,215	-1,479	-0,629
Świętokrzyskie	169	-0,615	-0,186	-0,184	0,797	-1,715	-1,124	-1,007	-0,635
Warmińsko-Mazurskie	151	-0,419	-0,046	-0,334	1,203	-1,725	-0,786	-1,229	0,275
Wielkopolskie	161	-0,157	-0,482	0,081	0,933	-1,473	-0,851	-0,995	-0,324
Zachodniopomorskie	155	-0,541	-0,226	-0,303	0,975	-1,599	-0,527	-1,090	0,284
<b>Średnia</b>	-	<b>-0,301</b>	<b>-0,139</b>	<b>-0,004</b>	<b>1,032</b>	<b>-1,691</b>	<b>-0,788</b>	<b>-1,029</b>	<b>-0,242</b>

Źródło: Na podstawie EQI data; [www 2].

Wartości 8 cząstkowych wskaźników dla polskich województw przedstawiono w tab. 1. Wskaźniki te potraktowano jako dokonaną przez obywateli ocenę społecznych efektów realizacji zadań JST, z zakresu edukacji i ochrony zdrowotnej, otrzymywanych przez społeczność lokalną.

W przypadku społecznych efektów w zakresie edukacji publicznej (część A tab. 1):

- najwyższe i dodatnie wartości przyjął wskaźnik KEP, a więcej województw (9) otrzymało pod tym względem niższe oceny niż przeciętna dla wszystkich regionów,
- bardzo nisko została oceniona jakość edukacji publicznej i aż 10 polskich regionów ma wartość JEP niższą niż średnia w Polsce,
- nieco wyżej lokalne społeczności oceniają bezstronność, a 9 województw ma wartość BEP większą niż średnia,
- w przypadku równego traktowania 10 województw charakteryzuje się niższą niż średnia wartością REP.



Analiza poziomów czterech wskaźników charakteryzujących publiczną ochronę zdrowia (część B tab. 1) wskazuje, że:

- najniżej została oceniona jej jakość, a uzyskana wartość wskaźnika JOZ w porównaniu z jego przeciętnym poziomem w Polsce dzieli województwa na dwie równe połowy,
- najwyższe wartości, chociaż ujemne dla 12 województw, przyjmuje wskaźnik KOZ, którego wartość jest w 9 regionach większa niż średnia dla Polski,
- wskaźnik BOZ dla wszystkich województw przyjmuje wartości ujemne, a w przypadku 7 z nich społeczność lokalna oceniła bezstronność gorzej, niż wynosi średnia dla Polski,
- nieco gorzej (z wyjątkiem 3 województw) oceniono równość traktowania, a wartości wskaźnika ROZ dla 9 województw jest mniejsza niż przeciętna krajowa.

Podkreślić jednak należy, że wszystkie analizowane społeczne efekty publicznej ochrony zdrowia zostały ocenione generalnie gorzej niż publicznej edukacji.

Źródłem finansowania edukacji publicznej są w Polsce przede wszystkim dochody własne JST oraz subwencja oświatowa. Finansowanie zadań oświatowych jest jedną z głównych pozycji w budżetach jednostek samorządu terytorialnego. W 2013 r. dzięki dofinansowaniu przekazanemu z budżetu państwa w formie części oświatowej subwencji ogólnej z budżetów JST sfinansowano 98,5% łącznych wydatków publicznych przeznaczonych w Polsce na edukację (oświatę i wychowanie). Wydatki na ten cel w wysokości 56 338,5 mln zł stanowiły 30,6% ogółu wydatków samorządów terytorialnych [GUS, 2014a, s. 58]. Podział łącznej kwoty wydatków poniesionych przez JST na edukację, według typów jednostek samorządowych i regionów, przedstawiono w części A tab. 2.

**Tabela 2.** Wydatki dokonane w 2013 roku przez JST na edukację i opiekę zdrowotną

Wyszczególnienie	A. Edukacja					B. Opieka zdrowotna				
	w mln zł	G	Mpp	P	W	w mln zł	G	Mpp	P	W
		struktura					struktura			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Dolnośląskie	4 057,9	51,5	31,3	14,0	3,2	273,0	24,6	15,5	38,5	21,4
Kujawsko-Pomorskie	3 055,2	48,3	37,3	12,5	2,0	182,5	12,6	34,5	45,1	7,8
Lubelskie	3 214,7	57,7	28,2	12,6	1,5	193,9	11,0	15,8	37,2	36,0
Lubuskie	1 429,5	58,0	26,6	14,2	1,2	178,7	9,4	5,8	22,2	62,6
Łódzkie	3 440,8	53,4	31,0	14,2	1,5	230,9	18,8	23,3	42,4	15,5
Małopolskie	5 009,1	57,1	28,8	12,5	1,5	260,7	17,8	26,3	37,1	18,7
Mazowieckie	8 232,0	47,6	40,6	10,2	1,5	712,0	9,0	44,9	26,7	19,5
Opolskie	1 477,1	67,1	14,0	17,4	1,5	68,3	24,3	12,4	39,6	23,8
Podkarpackie	3 306,8	62,0	18,5	16,7	2,8	199,5	13,1	10,5	50,9	25,5
Podlaskie	1 754,5	46,6	41,9	10,2	1,2	138,0	9,7	10,5	36,7	43,2

cd. tabeli 2

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>
Pomorskie	3 493,3	51,0	35,6	12,5	0,9	236,5	13,3	19,9	28,5	38,3
Śląskie	6 538,0	34,9	55,7	7,3	2,1	489,7	9,6	54,9	13,1	22,3
Świętokrzyskie	1 745,5	63,8	16,7	18,1	1,3	127,4	14,8	12,8	42,9	29,6
Warmińsko- -Mazurskie	2 122,5	58,2	22,2	18,4	1,2	130,8	15,0	18,8	59,7	6,5
Wielkopolskie	5 129,0	60,7	24,1	14,3	0,9	248,0	20,3	14,6	47,0	18,2
Zachodnio- pomorskie	2 332,8	54,4	30,7	14,1	0,8	184,4	19,5	17,9	45,4	17,3
<b>Średnia</b>	<b>3 521,2</b>	<b>54,5</b>	<b>30,2</b>	<b>13,7</b>	<b>1,6</b>	<b>240,9</b>	<b>15,2</b>	<b>21,1</b>	<b>38,3</b>	<b>25,4</b>

G – gminy

Mpp – miasta na prawach powiatu

P – powiaty

W – województwa

Źródło: Na podstawie: GUS [2015, s. 665].

Źródłem finansowania publicznej opieki zdrowotnej są w Polsce przede wszystkim wydatki ponoszone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, które w 2013 r. stanowiły 84% całości wydatków na ten cel. Źródłem finansowania zadań związanych z ochroną zdrowotną był także budżet państwa (10% całości wydatków) oraz budżety jednostek samorządu terytorialnego (6% całkowitych wydatków). W 2013 r. JST przeznaczyły ze swoich budżetów na ochronę zdrowia 3854,4 mln zł (łącznie ze środkami otrzymanymi z budżetu państwa), co stanowiło 2,1% ogółu ich wydatków [GUS, 2014b, s. 138]. Podział łącznej kwoty wydatków poniesionych przez JST na opiekę zdrowotną, według typów jednostek samorządowych i regionów, przedstawiono w części B tab. 2.

Analiza wydatków JST poniesionych na edukację wskazuje, że:

- jedynie pięć województw wydało ze swoich budżetów więcej niż wynosiły w Polsce przeciętne wydatki jednego samorządu terytorialnego na realizację zadań publicznych związanych z tym obszarem (dolnośląskie, małopolskie, mazowieckie, śląskie, wielkopolskie)<sup>5</sup>,
- największą część wydatków przeznaczonych na ten cel poniosły gminy, następnie miasta na prawach powiatu, powiaty, a najmniejszą samorządy wojewódzkie,
- w strukturze tej dostrzega się dwa wyjątki: województwo śląskie, w którym wydatki miast na prawach powiatu stanowią większą część całkowitych wydatków na publiczną edukację niż wydatki gmin oraz województwo święto-

<sup>5</sup> Dokonując analizy wydatków ponoszonych na dwa rozpatrywane dobra publiczne, pamiętać trzeba, że bezwzględny poziom tych wydatków zależy także od liczby mieszkańców danego regionu, a pięć wymienionych tu województw jest jednocześnie regionami o największej liczbie mieszkańców.

krzyskie, w którym udział wydatków powiatów na ten cel jest większy niż miast na prawach powiatów<sup>6</sup>.

Analiza wielkości i struktury samorządowych wydatków ponoszonych na opiekę zdrowotną wskazuje, że:

- jedynie pięć województw wydało ze swoich budżetów więcej niż wynosiły w Polsce przeciętne wydatki samorządu terytorialnego na realizację zadań publicznych związanych z tym obszarem i są to te same województwa, co w przypadku wydatków na edukację,
- największą część wydatków przeznaczonych na ten cel poniosły przeciętnie samorządy powiatowe, wojewódzkie, miast na prawach powiatu, a najmniejszą – gminne,
- w tej strukturze przeciętnych regionalnych wydatków na ten cel dostrzegane są jednak wyjątki: w regionie lubuskim, podlaskim i śląskim największą część całkowitych wydatków związanych z publiczną opieką zdrowotną poniosły samorządy wojewódzkie, w mazowieckim miasta na prawach powiatu, a w podkarpackim samorządy gminne.

#### 4. Społeczna efektywność analizowanych dóbr publicznych

W przeprowadzonej analizie uwzględniono po cztery społeczne efekty charakteryzujące publiczną edukację oraz publiczną opiekę zdrowotną. Ustalenie społecznej efektywności każdego z tych dóbr publicznych dostarczanych przez JST wymagało agregacji tych efektów oraz porównania otrzymanej w ten sposób miary dokonań samorządów terytorialnych z poziomem wydatków, ponoszonych przez te jednostki na realizację zadań publicznych w każdym z tych obszarów. Ze względu na to, że wydatki na zadania publiczne w dziedzinie edukacji i opieki zdrowotnej uzależnione są od liczby mieszkańców każdego regionu oraz w celu wyeliminowania wpływu tej zmiennej na uzyskane wyniki, w obliczeniach wskaźników efektywności dla każdego z analizowanych obszarów zadań publicznych, w każdym regionie przyjęto poziom wydatków ponoszonych przez każde województwo w przeliczeniu na tysiąc mieszkańców.

Społeczną efektywność publicznej edukacji oraz opieki zdrowotnej ustalono zgodnie z zaproponowanymi poniżej dwoma wzorami:

---

<sup>6</sup> Wynika to najprawdopodobniej ze specyfiki tych dwóch regionów. W województwie śląskim jest 19 miast na prawach powiatu gęsto zaludnionych, a w Świętokrzyskim jest tylko jedno miasto na prawach powiatu.

$$ESEP_i = \frac{JEP_i + BEP_i + REP_i + KEP_i}{WEP_i}$$

gdzie:

$ESEP_i$  – wskaźnik społecznej efektywności publicznej edukacji w  $i$ -ym województwie,

$WEP_i$  – samorządowe wydatki na publiczną edukację (w mln zł) na tys. mieszkańców  $i$ -tego województwa,

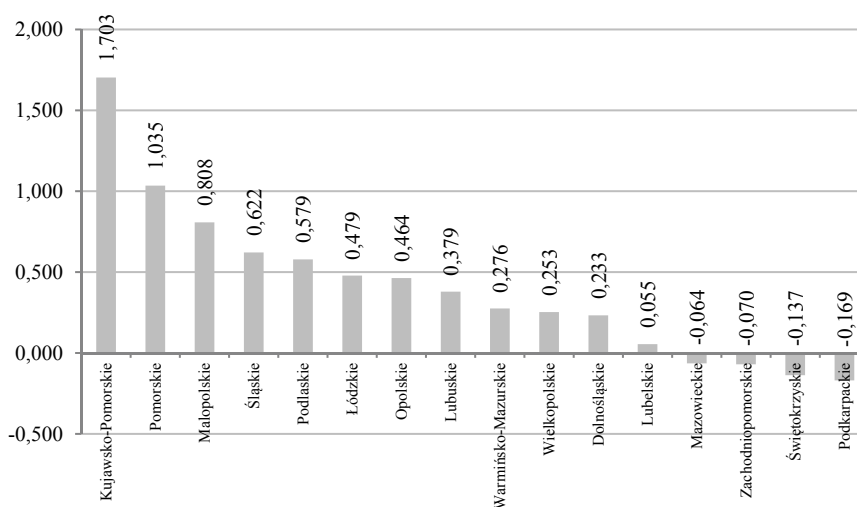
$i = 1, \dots, 16$  – kolejne województwa, pozostałe oznaczenia jak wyżej.

$$ESOZ_i = \frac{JOZ_i + BOZ_i + ROZ_i + KOZ_i}{WOZ_i}$$

gdzie:

$ESOZ_i$  – wskaźnik społecznej efektywności publicznej opieki zdrowotnej w  $i$ -ym województwie,

$WOZ_i$  – wydatki samorządowe na publiczną opiekę zdrowotną (w mln zł) na tys. mieszkańców  $i$ -tego województwa, pozostałe oznaczenia jak wyżej.

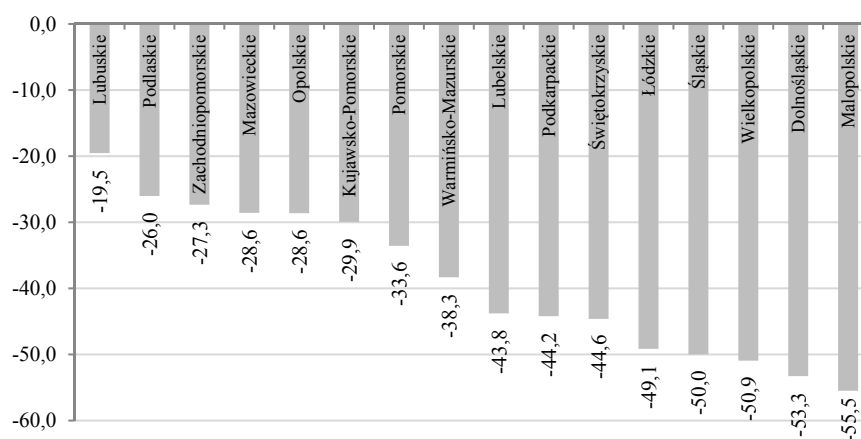


**Rys. 1.** Wskaźnik społecznej efektywności edukacji publicznej w polskich regionach

Źródło: Na podstawie własnych obliczeń.

Uzyskane wyniki obliczeń wskaźnika ESEP dla wszystkich polskich województw pozwoliły na stworzenie rankingu tych regionów pod względem poziomu efektywności społecznej edukacji publicznej. Uzyskane wyniki obliczeń,

uporządkowane od największej do najmniejszej wartości ESEP, przedstawiono na rys. 1. Najwyższą społeczną efektywnością edukacji publicznej charakteryzowało się w 2013 r. województwo kujawsko-pomorskie, a cztery z analizowanych regionów, uzyskując ujemne sumaryczne społeczne efekty w tej dziedzinie, mają ujemną wartość wskaźnika efektywności. W porównaniu z województwem zajmującym ostatnie miejsce w rankingu na jednostkę ponoszonych wydatków na edukację publiczną społeczeństwo województwa kujawsko-pomorskiego uzyskało przeszło jedenaście razy wyższe efekty społeczne niż społeczeństwo województwa podkarpackiego. Wskazuje to na silne międzyregionalne zróżnicowanie efektywności społecznej w tej dziedzinie. Średni poziom ESEP dla wszystkich regionów wynosi 0,4, co oznacza, że w dziewięciu polskich regionach społeczna efektywność edukacji publicznej była w 2013 r. niższa niż przeciętna dla Polski.



**Rys. 2.** Wskaźnik społecznej efektywności publicznej opieki zdrowotnej w polskich regionach

Źródło: Na podstawie własnych obliczeń.

Zdecydowanie niższe wartości uzyskały wskaźniki efektywności społecznej publicznej opieki zdrowotnej. Ze względu na fakt, że suma ocen dokonanych przez społeczności regionalne rozpatrywanych efektów opieki zdrowotnej przyjęła dla każdego województwa ujemną wartość (licznik wzoru na  $ESOZ_i$ ), dla wszystkich polskich województw wskaźniki społecznej efektywności tego dobra publicznego także mają wartości ujemne, oznaczające raczej nieefektywność społeczną realizowanych w tym obszarze zadań publicznych. Biorąc to pod uwagę, na rys. 2 przedstawiono ranking polskich regionów, uporządkowując go od największej do najmniejszej wartości ESOZ. Najwyższe miejsce w tym ran-

kingu zajęło województwo lubuskie, a na ostatnim miejscu znalazło się województwo małopolskie. Różnica wartości wskaźników między nimi nie jest jednak tak duża, jak w przypadku ESEP. Społeczna (nie)efektywność opieki zdrowotnej w Małopolsce jest prawie trzykrotnie niższa niż w regionie lubuskim. Średni poziom ESOZ dla wszystkich regionów wynosi -39,0, co oznacza, że w ośmiu polskich regionach społeczna (nie)efektywność opieki zdrowotnej była w 2013 r. wyższa niż przeciętna dla Polski, a drugą połowę województw charakteryzuje niższa od średniej społeczna (nie)efektywność tego dobra publicznego.

### **Podsumowanie**

Efektywność działań podejmowanych przez sektor publiczny może być różnie rozumiana i definiowana. Jest ona ważnym elementem naukowych rozważań i publicznych dyskusji. Stanowi także ważne zagadnienie z ekonomicznego oraz społecznego punktu widzenia, ponieważ efektywność funkcjonowania jednostek tego sektora w znacznym stopniu decyduje o rozwoju społeczno-gospodarczym. Jej ocena powinna opierać się jednak na efektach rozważanych z różnych punktów widzenia. Ważne są nie tylko dokonania jednostek sektora publicznego oceniane przez ich menedżerów lub zewnętrzne organy kontrolne, a tym samym ekonomiczna efektywność wydatkowanych na nie środków publicznych, lecz także inne efekty, oceniane przez społeczeństwo, którego jednostki, jako odbiorcy dóbr publicznych, nie mogą być traktowane jedynie jako klienci. Takie jakościowe, a zarazem subiektywne oceny dokonywane przez społeczeństwo powinny stanowić, obok ocen ilościowych, podstawę do określania efektywności działań sektora publicznego i zapewnianych przez niego dóbr publicznych.

Pomimo tego, że społeczne efekty zadań publicznych są trudne do uchwycenia, nie można rezygnować z brania ich pod uwagę przy określaniu efektywności podejmowanych działań w tym sektorze. Odbiorcy dóbr publicznych powinni współuczestniczyć nie tylko w ocenianiu dostarczanych dóbr publicznych, ale też w ustalaniu kierunków i celów działania jednostek publicznych. Ma to szczególne znaczenie dla wspólnot terytorialnych, w których w znacznym stopniu zależy od tego poziom ich życia. Opinie obywateli i dokonane przez nich jakościowe oceny powinny być brane także pod uwagę przy ustalaniu i wprowadzaniu koniecznych zmian w procesie wydatkowania środków publicznych przez jednostki samorządów terytorialnych. Dzięki takim działaniom możliwe będzie zwiększenie transparentności, odpowiedzialności, ograniczenie nepotyzmu i korupcji oraz zapewnienie sprawiedliwego dostępu do tworzonych dóbr

publicznych. Niewykluczone również będzie zwiększenie współpracy obywateli i jednostek samorządowych w ramach współzarządzania regionem. Współpraca taka opiera się na wysokim zaufaniu uogólnionym oraz do instytucji publicznych, stanowiących ważny element kapitału społecznego.

W artykule wskazano możliwość stosowania danych jakościowych w ocenie efektów i społecznej efektywności realizacji zadań publicznych w zapewnieniu dwóch dóbr – edukacji oraz opieki zdrowotnej. Podkreślić jednak należy, że podjęta w artykule próba oceny społecznej efektywności wybranych dóbr publicznych, zapewnianych przez samorząd terytorialny, nie pretenduje do miana właściwej, jedynie słusznej metody do zastosowania w tym względzie. Jest głosem polemicznym w dyskusji nad możliwościami i procesem takiej oceny. Wskazuje także, że w ocenie społecznej, rola samorządów terytorialnych, związana z zapewnieniem obywatelom sprawiedliwego dostępu do edukacji i świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wypełniana jest przez polskie samorzady bardzo różnie, stanowiąc niejednakowe podstawy do budowania kapitału społecznego i współpracy w dążeniu do zwiększenia poziomu życia w regionach. Dyskusja nad przyczynami takiego stanu rzeczy i porównanie uzyskanych tu wyników z wynikami podobnych badań w tym obszarze, a także połączenie w ocenie danych ilościowych z jakościowymi, może stanowić przedmiot rozważań kolejnych opracowań.

## Literatura

- Bartoszewicz A., Herbst J., Ostrowski L., Starzyk K., Wygnański J.J. (2014), *Od diagnozy do strategii. Partycypacyjne planowanie usług publicznych w samorządach lokalnych*, Urząd m.st. Warszawy, Pracownia Badań i Innowacji Społecznych „Stocznia”, Warszawa, [http://miasta-polskie.pl/zwiazekmp/portal/web/uploads/pub/pages/page\\_154/text\\_images/od\\_diagnozy\\_do\\_strategii.pdf](http://miasta-polskie.pl/zwiazekmp/portal/web/uploads/pub/pages/page_154/text_images/od_diagnozy_do_strategii.pdf) (dostęp: 12.11.2016).
- Charron N., Dijkstra L., Lapuente V. (2014), *Regional Governance Matters: Quality of Government within European Union Member States*, “Regional Studies”, Vol. 48, No. 1, s. 69-90.
- Charron N., Dijkstra L., Lapuente V. (2015), *Mapping the Regional Divide in Europe: A Measure for Assessing Quality of Government in 206 European Regions*, “Social Indicators Research”, No. 122(2), s. 315-346.
- Dębski S. (2014), *Kształtowanie się samorządu terytorialnego: przeszłość i teraźniejszość*, Polskie Towarzystwo Nauk Politycznych, Grudziądz, [http://www.home.umk.pl/~ptnp/do\\_pobrania/PUBLIKACJE/Kształtowanie\\_samorządu\\_terytorialnego.pdf](http://www.home.umk.pl/~ptnp/do_pobrania/PUBLIKACJE/Kształtowanie_samorządu_terytorialnego.pdf) (dostęp: 10.11.2016).

- Frederickson H.G. (2010), *Social Equity and Public Administration: Origins, Developments, and Applications*, N.M. Sharpe, Armonk – New York, [https://books.google.pl/books?id=d0Q7sfY8IHgC&ots=GmDoalQErj&dq=equity+in+efficiency+public+administration&pg=PR4&redir\\_esc=y#v=onepage&q=equity%20in%20efficiency%20public%20administration&f=false](https://books.google.pl/books?id=d0Q7sfY8IHgC&ots=GmDoalQErj&dq=equity+in+efficiency+public+administration&pg=PR4&redir_esc=y#v=onepage&q=equity%20in%20efficiency%20public%20administration&f=false) (dostęp: 9.11.2016).
- Fundowicz S. (2009), *Dynamiczne rozumienie zadania publicznego* [w:] J. Supernat (red.), *Między tradycją a przeszłością w nauce prawa administracyjnego. Księga jubileuszowa dedykowana profesorowi Janowi Bociowi*, „Acta Universitatis Wratislaviensis”, No. 3168, s. 154-166.
- GUS (2014a), *Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2013/2014*, GUS, Warszawa.
- GUS (2014b), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.*, Warszawa.
- GUS (2015), *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2015*, Warszawa.
- Karporowicz V. (2011), *Zdrowie jako kategoria społeczno-ekonomiczna*, „Gospodarka Narodowa”, nr 7-8(239-240), s. 71-87.
- Kisiel W. (2015), *Prawo o ustroju samorządu terytorialnego: założenia gruntownej reformy* [w:] P. Kopyciński (red.), *Funkcjonowanie jednostek samorządu terytorialnego w Polsce*, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Małopolska Szkoła Administracji Publicznej, Kraków, s. 13-26.
- Kończakowski B., Ratajczak M. (2010), *Gospodarka finansowa samorządu terytorialnego w Polsce*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Kotarbiński T. (1982), *Traktat o dobrej robocie*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław.
- Kurzyna-Chmiel D. (2013), *Oświata jako zadanie publiczne*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Lach D.E. (2011), *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Miłaszewicz D. (2014), *Problemy społecznej efektywności sektora publicznego*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach”, nr 180, s. 163-173.
- Modzelewski P. (2009), *System zarządzania jakością a skuteczność i efektywność administracji samorządowej*, CeDeWu.pl, Warszawa.
- Mroziewski M. (2014), *Społeczna efektywność jako podstawa rozwoju Unii Europejskiej*, „Pragmata tes Oikonomias”, z. VIII, s. 221-238.
- Rapkiewicz M. (2012), *Zadania związane z ochroną zdrowia w jednostkach samorządu terytorialnego – wyzwania i dylematy* [w:] M. Rapkiewicz (red.), *Efektywność, planowanie, rozwój – jednostki samorządu terytorialnego wobec kluczowych wyzwań strukturalnych*, Instytut Sobieskiego, Warszawa, s. 47-54.
- Raszewska-Skałecka R. (2014), *Niepewność sytuacji prawnej jednostki w związku z powszechnym i równym dostępem do edukacji na tle ustawy o systemie oświaty (wybrane zagadnienia)* [w:] A. Błaś (red.), *Niepewność sytuacji prawnej jednostki w prawie administracyjnym*, Wolters Kluwer, Warszawa, s. 266-274.



- Robbins L.Ch. (1932), *An Essay on the Nature and Significance of Economic Science*, Macmillan, London, [https://mises.org/system/tdf/Essay%20on%20the%20Nature%20and%20Significance%20of%20Economic%20Science\\_2.pdf?file=1&type=document](https://mises.org/system/tdf/Essay%20on%20the%20Nature%20and%20Significance%20of%20Economic%20Science_2.pdf?file=1&type=document) (dostęp: 28.10.2016).
- Rothstein B., Tannenber M. (2015), *Making Development Work: The Quality of Government Approach*, "EBA Report", No. 7.
- Rościszewska E. (2015), *Ocena efektywności realizacji usług*, FISE Fundacja Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa.
- Tuszyńska-Bogucka V., Bogucka J. (2005), *Zdrowie w hierarchii wartości*, „Annales UMCS”, t. LX, suppl. XVI, nr 584, s. 91-94.
- Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. 1990, nr 16, poz. 95, tekst jednolity, Dz.U. 2016, poz. 446).
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998(a) r. o samorządzie powiatowym (Dz.U. 1998, nr 91, poz. 578, tekst jednolity, Dz.U. 2015, poz. 1445).
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998(b) r. o samorządzie województw (Dz.U. 1998, nr 91, poz. 576, tekst jednolity, Dz.U. 2016, poz. 486).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135, tekst jednolity, Dz.U. 2015, nr 581).
- Wąsiewicz E.P., Masiakowski A. (2001), *Rola samorządu terytorialnego w kreowaniu polityki zdrowotnej*, „Zdrowie Publiczne”, t. 4, nr 111, s. 215-218.
- [www 1] WHO Definition, <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (dostęp: 10.11.2016).
- [www 2] <https://nicholascharron.wordpress.com/european-quality-of-government-index-eqi/> (dostęp: 10.10.2016).

#### SOCIAL EFFICIENCY OF SELECTED PUBLIC GOODS IN POLAND – REGIONAL APPROACH

**Summary:** The efficiency of carried out public tasks, leading to formation of public goods, should be judged also social one. In this article an attempt was made to state and measure the social efficiency of selected public goods and to show their diversity in the Polish regions (NUTS 2). Determining the efficiency level of the analyzed social public goods (education and healthcare) requires its expenditure and non-standard, not quantitative outcomes, which includes impartiality, quality and absence of corruption in the process of delivering the goods. The obtained results indicate great diversity of social efficiency of selected public goods in the Polish regions.

**Keywords:** civil effects, quality of government, polish regions.