

NA ŁAMACH CZASOPISM

Bank Światowy: dwa roczniki wskaźników rozwoju świata: 1999; 2000

Pełna nazwa Banku Światowego brzmi: Międzynarodowy Bank Odbudowy i Rozwoju (International Bank of Reconstruction and Development – IBRD). Jest to międzynarodowa instytucja finansowa, stowarzyszona z Organizacją Narodów Zjednoczonych, założona w 1945 r., przy której afiliowane jest Międzynarodowe Stowarzyszenie Rozwoju (International Development Association – IDE). W późniejszych latach dla obydwu tych instytucji przyjęto nazwę „Grupy Banku Światowego”, w skład której weszły również: Międzynarodowa Korporacja Finansowa (International Finance Corporation – IFC), utworzona w 1960 r. i Powszechna Agencja Gwarancji Inwestycyjnych (Multilateral Investment Guarantee Agency – MIGA), założona w 1988 r. Kapitał zakładowy Banku – wniesiony przez 155 państw członkowskich – wynosił 10 mld dolarów amerykańskich. Liczby te zwiększają się w miarę przyjmowania nowych członków ONZ i zgłaszania przez nich udziału w Banku.

Bank kieruje się zasadą udzielania pożyczek wyłącznie na cele rozwojowe. Pożyczki te mają przede wszystkim wspierać wzrost gospodarczy bardziej zaawansowanych gospodarczo i społecznie krajów rozwijających się. Bank Światowy finansuje udzielane przez siebie pożyczki głównie z kapitałów pozyskanych na światowym rynku pieniężnym. Udzielaniem pożyczek słabiej zaawansowanym krajom rozwijającym się zajmuje się IDE. Do początkowych lat 60. Bank kierował się przekonaniem, że wzrost gospodarczy i wolny rynek rozwiążą wszelkie problemy współczesnego świata, łącznie z problemami społecznymi. Za swoje priorytetowe zadanie uważał finansowanie inwestowania w infrastrukturę gospodarczą, szczególnie w budowę dróg, telekomunikację, porty i energetykę. Orientacja ta ulegała stopniowo zmianie. Pierwszym tego sygnałem był ogłoszony w 1962 r. dokument ONZ w sprawie Dekady Rozwoju Narodów Zjednoczonych, którego celem było sformułowanie propozycji działań w kierunku szybkiego i wszechstronnego rozwoju świata. Stwierdzono w nim, że reformy społeczne i strategie gospodarcze są dwiema stronami tej samej monety – jednej strategii rozwoju. Niedostateczne wyniki pierwszej Dekady Rozwoju stały się przyczyną wyraźnego wysunięcia przez ONZ celów społecznych na czoło strategii rozwoju. Odpowiednio, szczególnie od początku lat 80.

w polityce inwestycyjnej Banku Światowego zachodziły znaczne zmiany. W centrum jego strategii rozwoju znalazły się inwestycje, które miały się przyczynić bezpośrednio do wzrostu dobrobytu mas ubogich mieszkańców krajów rozwijających się przez włączanie ich jako czynnych partnerów do procesu rozwoju. Bank inwestuje w poprawę systemów edukacji, w rozwijanie możliwości gospodarczego zaangażowania kobiet, w umocnienie procesu planowania rodziny, w polepszenie stanu zdrowia ludności i w rozwijanie prywatnego sektora gospodarki (World Bank 1991, s. 3–4).

Pomimo pewnego postępu mierzonego wielkością konsumpcji na mieszkańca globu i niektórymi wskaźnikami społecznymi (jak np. przeciętna spodziewana długość życia, czy wskaźnik umieralności niemowląt), w latach 80. w wielu krajach wzrosło ubóstwo. Ogólną liczbę ubogich na świecie określano na ponad miliard osób, a więc około jednej trzeciej ówczesnej ludności świata. Stało się to przyczyną uchwalenia w 1991 r. przez Bank Światowy wieloletniego strategicznego planu zmniejszenia ubóstwa. Strategia ta, która miała zapewnić, że ludzie ubodzy będą korzystali ze wzrostu gospodarczego i że do wzrostu tego będą się sami przyczyniali zakładała, że kierunkiem wszystkich programów podejmowanych w przyszłości przez Bank będzie zwalczanie ubóstwa (tamże, s. 11).

W związku z tym doroczne raporty Banku o rozwoju świata zajęły się szczególnie sprawą ochrony środowiska (1990), strategiami rozwoju społeczno-ekonomicznego (1991), problemem ubóstwa w skali światowej i sprawą ochrony zdrowia (1992), polityką w tej dziedzinie i jej związku z rozwojem gospodarczym (1993). Znalazło to wyraz w opublikowanych przez Bank odpowiednich, obszernych opracowaniach nazywanych do 1996 r. „Raportami o rozwoju świata”, a od 1998 r. „Wskaźnikami rozwoju świata”, które w dalszym ciągu będę nazywał „Raportami”. W publikacjach tych nieco uwagi poświęcono komentowaniu zjawisk gospodarczych i społecznych zachodzących w świecie i w niektórych jego regionach. Coraz to większy nacisk kładziono na prezentację coraz to obszerniejszych i dokładniejszych danych statystycznych, dotyczących wszystkich krajów członkowskich Banku.

Kolejne raporty zajmowały się: sprawą infrastruktury potrzebnej dla przyspieszenia rozwoju (1994); problemami pracy i ludzi pracujących w integrującym się świecie (1995); sprawą przechodzenia niektórych krajów z systemu gospodarki centralnie kierowanej do gospodarki rynkowej, m.in. zauważono, że w niektórych krajach przechodzących transformację ustroju gospodarczego obniżył się na krótko poziom życia ludności, a w innych dobrobyt ludności zwiększył się „dramatycznie” (1996) [co piszącemu te słowa wydaje się twierdzeniem wydanym zbyt pośpiesznie]; rolę i efektywnością działalności instytucji państwa w zmieniającym się świecie (1997).

Rocznik 1998 „Wskaźników rozwoju świata” wyróżnia się objęciem głównymi danymi statystycznymi okresu trzydziestoletniego od 1965 do 1995 r. Pozwoliło to dostrzec wyraźny postęp w krajach rozwijających się. Pomimo wzrostu ogólnej liczby ludności świata z 2,9 mld osób żyjących w 1970 r. do 4,8 mld w 1996 r., ogólny poziom życia – mierzony wysokością przeciętnego dochodu na mieszkańca – w krajach rozwijających się podnosił się średnio o 1,4% rocznie; umieralność dzieci spadła ze 104 na 1000 żywo urodzonych do 59; liczba analfabetów wśród ludności dorosłej – z 54% do 30%, zwiększyła

się produkcja żywności i wskaźnik skolaryzacji na szczeblu podstawowym. Zakres ubóstwa w krajach rozwijających się utrzymywał się jednak na poziomie jednej trzeciej ogólnej liczby ludności.

Na całość raportu z 1999 pt. *World Development, Indicators* składają się – obejmujące wszystkie kraje członkowskie – 62 tablice statystyczne, 47 tablic ilustrujące sytuację w wybranych aspektach, krajach lub regionach, 8 wplecionych w tekst komentarzy i 55 wykresów. Całość materiału podzielona jest na działy: 1. Przegląd sytuacji świata (*World View*); 2. Ludność (*Population*); 3. Środowisko (*Environment*); 4. Gospodarka (*Economy*); 5. Państwa i rynki (*States and Markets*); i 6. Globalizacja (*Global Links*).

Dla polskiego polityka społecznego szczególną wartość ma dział pierwszy dający ogólny przegląd rozwoju świata, a w nim określenie celów rozwoju w skali międzynarodowej, dane o rozmiarach gospodarki, informacje o postępie w procesie rozwoju, o różnicach w położeniu kobiet, o perspektywicznych tendencjach w zakresie rozwoju gospodarczego oraz o przewidywanych zmianach strukturalnych. Znajdujemy tu także m.in. dane o współczynniku Gini¹, a inaczej o rozwarstwieniu dochodowym społeczeństw w krajach objętych statystyką, w tym krajów dokonujących transformacji gospodarczej, i szacunkowe dane o stanie ubóstwa w tych krajach.

W dziale drugim, w którym przedstawiono dane o ludności znajdujemy informacje o liczbie ludności w krajach członkowskich Banku z wyodrębnieniem liczby osób, które przekroczyły 65. rok życia; o rocznym wskaźniku przyrostu ludności; porównanie dynamiki przyrostu ludności w latach 1980–1997 z przewidywaną stopą przyrostu ludności w latach 1997–2010; wielkość i strukturę siły roboczej, wielkość zatrudnienia w poszczególnych działach gospodarki, bezrobocie (ta tablica zawiera olbrzymie luki z braku informacji od wielu krajów); płace i wydajność pracy; ubóstwo według międzynarodowej i krajowych linii ubóstwa, rozwarstwienie dochodowe ludności, mierzone współczynnikiem Gini i metodą dystansową; wydatki poszczególnych państw na edukację, wskaźniki skolaryzacji na wszystkich szczeblach szkolnictwa i rezultaty kształcenia łącznie z liczbą analfabetów wśród ludności w wieku 15–24 lata; sprawy ochrony zdrowia, wydatki na ten cel (w % PNB), liczbę łóżek szpitalnych i lekarzy, dostęp do usług zdrowotnych, sprawy macierzyństwa, czynniki ryzyka utraty zdrowia, AIDS, wskaźniki umieralności.

W obszernym dziale trzecim poświęconym sprawom środowiska naturalnego człowieka na szczególną uwagę zasługują dane dotyczące procesu urbanizacji w skali świata. Podano tu liczbę ludności zamieszkującej w miastach w liczbach bezwzględnych i w stosunku do ogólnej liczby ludności poszczególnych krajów oraz liczbę ludności żyjącej w aglo-

¹ *Gini coefficient* – narzędzie, za którego pomocą mierzy się stopień, w jakim rzeczywisty podział dochodu lub wydatków konsumpcyjnych pomiędzy jednostki lub gospodarstwa domowe, a także większe grupy społeczne i całe społeczeństwa odbiega od podziału całkowicie równego. Poziom zerowy tego wskaźnika oznacza, że wszyscy członkowie danej społeczności uczestniczą w podziale dochodu na zasadzie pełnej równości, poziom stu punktów oznacza, że jedna osoba otrzymuje całość dochodu (pomniejszonego o środki potrzebne na utrzymanie się przy życiu na niezbędnym poziomie pozostałych członków społeczeństwa). Wysoki poziom współczynnika Gini oznacza, że istnieje znaczna różnica pomiędzy dochodami bogatych i biednych, a jego wzrastanie – że różnica ta ulega pogłębieniu.

meracjach miejskich liczących powyżej miliona mieszkańców. Podano też odsetek ludności miejskiej mającej dostęp do urządzeń sanitarnych. Opublikowane w tym dziale dane dotyczą roku 1980 oraz 1995, co pozwala na określenie zaszłych pod tym względem zmian.

Również w pozostałych, obszerniejszych niż omówione wyżej, działach „Raportu” można znaleźć dane – wprawdzie pośrednio – przydatne do wyrobienia sobie opinii co do poziomu życia ludności. I tak w dziale czwartym – gospodarka – zwłaszcza z danych o wzroście i strukturze konsumpcji można wysnuć pewne wnioski dotyczące zamożności poszczególnych społeczeństw. W dziale piątym, traktującym o państwach i rynkach, w tablicy zatytułowanej „wiek informacji” znajdują się informacje o liczbie posiadanych przez ludność poszczególnych krajów aparatów radiowych, telewizorów, telefonów sieciowych i komórkowych, faksów, komputerów i połączeń internetowych, co pozwala w pewnym stopniu uzupełnić sobie obraz poziomu rozwoju danego kraju i zamieszkującej go ludności.

Struktura „Raportu” wydanego w 2000 roku nie odbiega od wyżej zarysowanej struktury „Raportu” z 1999 r. Nastąpiły jednak oczywiste zmiany w danych statystycznych. Raport 1999 zamyka zamieszczone w nim tablice danymi za 1996 r., a niekiedy za 1997 r., podczas gdy „Raport” 2000 przedstawia dane za 1997 r. i częściowo za 1998 r. W wielu tablicach obydwu raportów dane te przedstawiane są na tle 1975 lub 1980 roku, a w „Raporcie” z 2000 r. niektóre na tle rocznych danych średnich za okres 1965–1998. Omawiane Raporty różnią się rozłożeniem akcentów, szczególnie w dziale pierwszym, będącym w istocie głębokim wprowadzeniem w problematykę obydwu tomów.

„Raport” z 1999 r. stwierdza na wstępie, że nie udało się osiągnąć takiego postępu, który byłby potrzebny, aby, jak zakładano w 1998 r., w ciągu najbliższych dwudziestu lat zmniejszyć o połowę rozmiary ubóstwa na świecie, o dwie trzecie umieralność dzieci, i objąć nauczaniem w szkole całą populację dzieci i młodzieży („Report 1999”, *Foreword*). Założenia te zbudowano na podstawie osiągnięcia w latach 1991–1997 wzrostu gospodarczego świata przeciętnie o 2,3% rocznie, a w samym 1997 r. aż o 3,2%. Tymczasem w roku 1998 wskaźnik wzrostu gospodarczego świata, głównie z powodu głębokiego kryzysu gospodarczego na obszarze Azji Południowej i Japonii, spadł do poziomu 1,9% z prognozą dalszego spadku w latach następnych. Oprócz spadku wartości produktu światowego brutto na materialną sytuację ludności świata wpływa wzrost rozwarstwienia dochodowego ludności, szczególnie widoczny w krajach dotkniętych załamaniem gospodarczym, a także w krajach przechodzących od gospodarki centralnie kierowanej do wolnorynkowej. W tej ostatniej grupie liczba osób ubogich wzrosła pomiędzy okresem lat 1987–88, a okresem 1993–1995 dziesięciokrotnie, w tym w Polsce z 2,1 do 5,3 mln, w krajach bałtyckich ze 100 tys. do 2,3 mln, w Rosji z 2,2 mln do 66,1 mln, na Ukrainie z jednego miliona do 32,7 mln, w Rumunii z 1,3 mln do 8,9 mln. Tylko w Czechach i na Węgrzech zjawisko ubóstwa miało charakter śladowy, od zera do 200 tys. osób. Przykład Polski dowodzi, że zwiększanie się rozwarstwienia dochodowego może powodować wzrost liczby ubogich pomimo osiągania znacznego wzrostu dochodu narodowego.

Wielkie luki w danych dotyczących postępu oświaty pozwalają jedynie stwierdzić, że osiągnięcie pełnej skolaryzacji na szczeblu podstawowym wymagać będzie jeszcze wielu lat, skoro niektóre kraje Afryki notują dla 1996 roku wskaźnik ten na poziomie od 29% (Etiopia) przez 32% (Erytrea) i 34% (Mali) do 45% (Mozambik). Wyraźny postęp natomiast notuje się we wskaźniku umieralności niemowląt do pierwszego roku życia. Zmniejszył się on w skali świata z 98 na 1000 żywo urodzonych dzieci w 1970 r. do 56 w 1997 r.

Główny akcent „Raportu” z 2000 r. położony został na problem ubóstwa. Za punkt wyjścia przyjęto materialne zróżnicowanie ludności świata. Jedna szóstą ludności produkuje 78% ogółu dóbr i usług i spożywa tyleż globalnego światowego dochodu, co przekłada się na średnią 70 dolarów na osobę dziennie. Równocześnie na trzy piąte ludności świata żyjącej w 61 najbiedniejszych krajach przypada 6% globalnego światowego dochodu, tj. mniej niż 2 dolary dziennie na osobę. Mierząc ubóstwo nie tylko w wyrazie pieniężnym, w krajach gospodarczo rozwiniętych 7 dzieci na tysiąc żywo urodzonych umiera przed ukończeniem 5. roku życia, gdy tymczasem w krajach ubogich – 90. Tablica 2.7 („Raport 2000”, s. 62–64) poświęcona informacji o rozmiarach ubóstwa jest, niestety, niekompletna. Na 152 kraje wymienione w tej tablicy tylko dla 103 krajów podano odpowiednie informacje o odsetku ludności żyjącej poniżej międzynarodowej linii ubóstwa (jeden dolar lub dwa dolary na osobę dziennie). Pośrednio można wyrobić sobie opinię o rozmiarach ubóstwa z danych zawartych w tablicy 2.8 (tamże, s. 66–68). Przedstawia ona w 111 krajach podział dochodu pomiędzy pięć równych części społeczeństwa, od osiągających najwyższe dochody do części osiągającej najniższe dochody.

Pewną uwagę, choć nie tak wielką jak w „Raporcie” UNDP o rozwoju społecznym krajów przechodzących proces transformacji ustrojowej i gospodarczej, wydanym w 1998 r. (UNDP 1998), poświęcono w „Raporcie” Banku Światowego z 1999 r. krajom europejskim przechodzącym od gospodarki centralnie kierowanej do wolnorynkowej. Chciałbym tu zwrócić uwagę na proces szybko pogłębiającego się rozwarstwienia dochodowego ludności tych krajów. Zjawisko bogacenia się bogatych i ubożenia biednych notowane jest we wszystkich krajach o gospodarce rynkowej. W krajach transformujących swoją gospodarkę proces ten, niezauważalny do końcowych lat 80., przybrał gwałtownie na sile od chwili przechodzenia do gospodarki wolnorynkowej. Wskazuje na to wielkość współczynnika Gini. W 1989 r. na obszarze krajów, które rozpoczynały proces transformacji około 14 mln osób żyło poniżej linii 1 dolara na osobę dziennie. Liczba ta urosła do 147 mln w połowie lat 90. W 1989 r. wielkość współczynnika Gini wynosiła we wszystkich tych krajach 23 do 26 punktów. W osiem lat później wskaźnik ten podniósł się we wszystkich tych krajach (oprócz Białorusi i Słowacji) do około 30–32 punktów. W Rosji osiągnął on poziom 48,7 (o 8 punktów więcej niż w Stanach Zjednoczonych), a na Ukrainie 38,5 punkta. Główną przyczyną wzrostu współczynnika Gini był gwałtowny spadek wysokości dochodu narodowego brutto, a ponadto wzrost rozwarstwienia dochodowego ludności. W krajach, które powróciły do stopniowego wzrostu wielkości tego dochodu miejsce poprzedniej tendencji egalitarystycznej zajęła tendencja do różnicowania wysokości dochodów według różnie rozumianej zasady „według zasług”.

Z szacunkowych danych Banku Światowego wynika, że liczba ludności świata żyjącej w skrajnym ubóstwie, czyli za 1 dolara na osobę dziennie, wynosiła w 1990 r. około 1,3 miliarda osób i utrzymywała się z niewielkim odchyleniem na tym samym poziomie przez całą ubiegłą dekadę (1,2 miliarda osób w 1998 r.). Przy szybkim wzroście liczby ludności oznacza to spadek wskaźnika skrajnego ubóstwa z 29% do 24% ogólnej liczby ludności świata. Największy postęp w tym względzie wykazują kraje Azji Wschodniej. Wzrasta zróżnicowanie dochodowe pomiędzy krajami rozwijającymi się a rozwiniętymi. („Raport 2000”, s. 3).

Dane statystyczne przedstawione w „Raporcie 2000” pozwoliły autorom rozważyć szanse osiągnięcia w 2015 roku „celów międzynarodowego rozwoju” wyznaczonych przez wspólną konferencję OECD, ONZ i Banku Światowego, odbytą w Paryżu w 1998 r. Osiągnięcie redukcji ubóstwa o połowę w stosunku do 1995 r. zależy od tempa i jakości wzrostu gospodarczego. Przy niskim tempie wzrostu i równoczesnym zwiększaniu się nierówności w zakresie podziału światowego dochodu – tak jak następowało to w poprzedniej dekadzie – nie będzie to możliwe. W takich warunkach liczba osób ubogich nie zmieniłaby się w najbliższej dekadzie i pozostałaby na poziomie ponad miliarda osób żyjących za mniej niż jednego dolara dziennie. Liczba ta może zmniejszyć się o 300 mln pod warunkiem, że prowadzona będzie polityka popierająca stabilność gospodarki i zwiększająca wolumen środków przeznaczanych na zwalczanie ubóstwa. Wymaga to dokonania istotnej zmiany dotychczasowej polityki.

Wyznaczone na wspomnianej konferencji w Paryżu cel zmniejszenia do 2015 r. o dwie trzecie (w stosunku do 1990 r.) wskaźnika umieralności niemowląt i o trzy czwarte – wskaźnika umieralności matek w rezultacie porodu, nie wydaje się możliwy do osiągnięcia. Problem umieralności dzieci i matek zdradza silną korelację ze wskaźnikiem przyrostu naturalnego ludności, który kształtuje się najwyżej w krajach ubogich i skrajnie ubogich. Przewiduje się, że w przedziale do 2014 r., kiedy ludność świata osiągnie 7 mld, ponad 30% przyrostu przypadnie na Azję Południową, 24% na Afrykę Subsaharyjską, a zaledwie 3% (30 mln) na kraje wysoko rozwinięte. Kraje rozwinięte dysponują środkami, przy pomocy których mogą zapewnić swojej ludności wysoki standard sanitarny. Ale w dobrobycie żyje zaledwie około 5% ludności świata.

Coroczne Raporty Banku Światowego uzupełniają w sposób istotny dane zawarte w „Human Development Report” – Raporcie o rozwoju społecznym – publikowanym przez Program Rozwoju Narodów Zjednoczonych (United Nations Development Programme), także w cyklu rocznym. Porównanie niektórych danych dotyczących tych samych zjawisk i tego samego okresu, zawartych w recenzowanych dwóch publikacjach potwierdza słuszność zastrzeżeń, wyrażonych we wstępach do omawianych raportów Banku co do dokładności prezentowanych w nich danych.

Tadeusz Kowalak

Wyższa Szkoła Ekonomiczna w Białymstoku

Źródła

Anioł Włodzimierz (1981), *Pomoc społeczna w działalności ONZ*, „Sprawy Międzynarodowe”, nr 5, s. 85–100.

Regional Bureau for Europe & CIS, United Nations Development Programme (1998), *Human Development Under Transition. Summaries of the 1997 National Human Development Reports for Europe and the CIS*, New York, s. 241.

World Bank (1991), *The World Bank Annual Report 1991*, The World Bank, Washington D.C., s. 238 (cyt. „Report 1991”).

World Bank (1993), *World Development Report 1993. Investing in Health. World Development Indicators*, Published for the World Bank, Oxford University Press, s. 329 (cyt. „Report 1993”).

World Bank (1994), *World Development Report 1994. Infrastructure for Development. World Development Indicators*, Published for the World Bank, Oxford University Press, s. 254 (cyt. „Report 1994”).

World Bank (1995), *World Development Report 1995. Workers in an Integrating World. World Development Indicators*, Published for the World Bank, Oxford University Press, s. 251 (cyt. „Report 1995”).

World Bank (1996), *From Plan to Market. World Development Report 1996*, Published for the World Bank, Oxford University Press, s. 241 (cyt. „Report 1996”).

World Bank (1997), *World Development Report 1997. The State in a Changing World. Selected World Development Indicators*, Published for the World Bank, Oxford University Press, s. 265 (cyt. „Report 1997”).

World Bank Atlas (1998), *World Bank Atlas. From the World Development Indicators*, International Bank for Reconstruction and Development, Washington D.C., s. 63.

The World Bank (1999), *1999 World Development Indicators*, Development Data Center, The World Bank, Washington D.C., s. 399 (cyt. „Report 1999”).

The World Bank (2000), *World Development Indicators*, Development Data Center, The World Bank, Washington D.C., s. 389 (cyt. „Report 2000”).

Przegląd literatury dotyczącej polityki społecznej w Unii Europejskiej

Działalność socjalna w Unii Europejskiej stanowi przedmiot zainteresowania nauki o polityce społecznej od początku lat 90. XX w. Istotną cezurą było wydanie Karty Podstawowych Praw Socjalnych Pracobiorców w krajach Wspólnoty Europejskiej w 1989 r. oraz przyjęcie traktatu z Maastricht w 1992 r., do którego został dołączony protokół i umowa o polityce społecznej.

Publikacje nt. polityki społecznej w UE są wydawane głównie przez autorów niemieckich i angielskich. Dotyczą one najczęściej historii myśli socjalnej w Europie, genezy powstania Wspólnot Europejskich, integracji Unii Europejskiej i kwestii jej rozszerzenia, ustawodawstwa UE (w tym socjalnego, np. prawa pracy, równouprawnienia kobiet i mężczyzn, zabezpieczenia społecznego), szczegółowego opisu kwestii socjalnej w UE (np. ekokwestia, kształcenie zawodowe, edukacja, bezrobocie, migracje i swobodny przepływ ludności wewnątrz WE). Część prac jest poświęcona wydatkom państwowym na cele społeczne oraz realizowanym modelom polityki społecznej.

Wśród angielskich pozycji na uwagę zasługuje książka pod redakcją M. Mullarda i S. Lee *Polityk polityki społecznej w Europie*¹. Zawiera ona opis aktualnej sytuacji społecznej w zintegrowanej Europie z krytyczną prezentacją problematyki bezrobocia oraz tezą o załamaniu się wydatków publicznych na cele społeczne. Jeden rozdział poświęcony jest przeobrażającemu się europejskiemu państwu dobrobytu i znaczeniu obywatelstwa Unii dla europejskiej integracji socjalnej. Praca ta zawiera również opis realizowanej polityki społecznej w 5 państwach WE:

– **Wielkiej Brytanii** od czasów Keynesa i Beveridge'a, poprzez monetaryzm, rządy konserwatywne po rządy Partii Pracy i załamaniu się liberalnego modelu polityki społecznej na rzecz reform społecznych,

– **Niemczech**, ukazując rozwój socjalnej gospodarki rynkowej po II wojnie światowej, przeprowadzanie reform socjalnych, realizację zasady subsydiarności i współczesne problemy społeczne,

¹ M. Mullard, S. Lee (red.), *The Politics of Social Policy in Europe*, Cheltenham 1997.

– **Danii** od początku lat 50., rozwój usług socjalnych i systemu zabezpieczenia społecznego po współczesne ujęcie realizacji polityki społecznej,

– **Szwecji**, opisując model państwa dobrobytu od początku lat 60., aż po jego kryzys w latach 90. i trzy prognozy jego przyszłości.

Na przykładzie **Francji** ukazano współczesną ekskluzję społeczną, obejmującą grupy imigrantów, bezrobotnych, bezdomnych, narkomanów, chorych na AIDS, mniejszości narodowych, np. Cyganów. W zakończeniu tej pracy autorzy piszą o zagrożeniach polityki społecznej wynikających z degradacji środowiska, co wiąże się z potrzebą rozwiązania kwestii ochrony środowiska.

Inna praca, poświęcona europejskiej polityce społecznej², autorstwa S. Leibfrieda i P. Piersona, traktuje o poszerzaniu socjalnego wymiaru Europy, o stosunkach przemysłowych, o roli funduszy strukturalnych, a także o głównych problemach społecznych, do których zaliczono równouprawnienie kobiet i mężczyzn, politykę rolną, kwestię migracji i swobodnego przepływu osób oraz problematykę integracji imigrantów w WE.

Autorzy porównali politykę społeczną Europy do realizowanej w Ameryce Północnej – Kanadzie i USA, gdzie odchodzi się od liberalnego modelu, przyznając liczne prawa socjalne swoim obywatelom. Państwa te przeprowadzają w latach 90. liczne reformy socjalne na rzecz ludzi starych, niepełnosprawnych, wykluczonych z rynku pracy, dzieci i młodzieży. Pracę kończy refleksja nt. perspektyw integracji socjalnej w UE, jej dynamiki i rozwoju polityki społecznej od czasów J. Delorsa oraz roli ekonomii w europejskiej polityce społecznej.

Książka L. Hantrais³ jest swoistym przewodnikiem po obszarze polityki społecznej UE. Autorka opisuje początki tej działalności w EWG, a następnie przedstawia jej ewolucję oraz omawia wybrane problemy socjalne Unii: edukację i kształcenie zawodowe, warunki pracy i życia obywateli Unii, politykę rodzinną, równouprawnienie kobiet, politykę wobec osób starszych i niepełnosprawnych, swobodny przepływ osób oraz ekskluzję socjalną.

Z uwagi na fakt, iż proces integracji europejskiej nabiera wciąż nowego znaczenia i poszerza się wciąż o nowe dziedziny życia i obszary geograficzne, w krajach Unii Europejskiej organizuje się często konferencje i seminaria, poświęcone kwestiom eurointegracji. Pomimo że proces eurointegracji rozpoczął się od współpracy gospodarczej, to jego końcowym etapem ma stać się utworzenie unii socjalnej. Szczególnie od połowy lat 90. dużo się na te tematy dyskutuje i poświęca temu wiele uwagi zarówno w kręgach politycznych, jak i naukowych. W organizowanych spotkaniach biorą udział zarówno przedstawiciele instytucji rządowych, instytucji Unii Europejskiej, jak i środowisk akademickich. Innym przykładem mogą być „szczyty” szefów państw i rządów (np. Amsterdam, Luksemburg) coraz częściej poświęcane polityce socjalnej i zatrudnienia.

² S. Leibfried, P. Pierson, *European Social Policy between Fragmentation and Integration*, Washington 1995.

³ L. Hantrais, *Social Policy in the European Union*, London 1995, zobacz także recenzję J. Auleytnera, „Polityka Społeczna”, nr 4/1998, s. 31.

Nieustająco trwa debata nad ekonomiczno-socjalną strukturą wciąż rozszerzającej się Unii Europejskiej. Wyrazem tych spotkań są publikowane materiały pokonferencyjne. Przykładem takiego zbioru są zebrane i opublikowane materiały z konferencji, która odbyła się latem 1996 r. w Akademii Politycznej w Tutzing⁴. Dyskutowano rozwój państwa socjalnego w Europie i polityki społecznej w Unii Europejskiej. Praca składa się z czterech części, w których omówiono: europejskie państwo socjalne a zmiany strukturalne w gospodarce światowej, rozwój społeczno-polityczny w poszczególnych państwach członkowskich a proces integracji europejskiej, socjalny wymiar w szerszym znaczeniu oraz rolę aktorów instytucjonalnych w socjopolitycznym działaniu UE.

Część tej pracy bardziej kompleksowo traktuje o modelu opiekuńczym w poszczególnych państwach członkowskich. W pracy usystematyzowano ustawodawstwo socjalne od Traktatu Rzymskiego po Traktat z Maastricht (wraz z protokołem i umową o polityce społecznej) oraz przedstawiono zróżnicowanie warunków socjalnych w poszczególnych państwach członkowskich UE. Autorzy prowadzili również dyskurs nt. zadań, jakie stoją przed Unią Europejską oraz kierunków i możliwości dalszego rozwoju europejskiej polityki społecznej.

O europejskiej polityce społecznej traktuje inna książka autorów niemieckich – W. Schmähla i H. Rische⁵. Składa się ona z 13 rozdziałów, w których przedstawiono cały obszar aktywności socjalnej Unii. Omówiono kwestię zatrudnienia, infrastrukturę społeczną, podmioty europejskiej polityki społecznej, dialog socjalny, europejskie fundusze strukturalne, ubezpieczenia społeczne, ochronę zdrowia, prywatne ubezpieczenia na życie, prawo pracy, inwestycje w kapitał ludzki, zastanawiano się nad wprowadzeniem aktywnej polityki rynku pracy i swobodnym przepływem siły roboczej w ramach „15” oraz możliwościami zatrudniania pracowników z innych krajów.

Innym sposobem prezentacji jest monografia polityki społecznej danego kraju Wspólnoty Europejskiej⁶, w której jednak można znaleźć odniesienia do spraw społecznych na szczeblu unijnym i powtarzający się opis historii, teraźniejszości i przyszłości polityki społecznej w Unii Europejskiej.

W pozycjach dotyczących globalnej polityki społecznej znaleźć można również odniesienia do Unii Europejskiej. Książka B. Deacona⁷ rozpatruje współczesne kwestie społeczne w sposób poszerzony o trendy o zasięgu ogólnosiwiatowym. Zmienia się bowiem skala i zasięg występowania problemów społecznych, od podejścia lokalnego, poprzez narodowe, aż po wymiar kontynentalny i globalny. Centralną tezą tej pracy jest stwierdzenie, że kierunek realizowanych narodowych polityk społecznych uzależniony został od stopnia i charakteru ekonomicznej koncentracji oraz od aktualnej działalności organizacji

⁴ Pod redakcją H.W. Plätzera, *Sozialstaatliche Entwicklungen in Europa und die Sozialpolitik der Europäischen Union*. Szerzej na ten temat „Studia Europejskie” nr 2(10)/1999.

⁵W. Schmähla, H. Rische (red.), *Europäische Sozialpolitik*, Baden-Baden 1997 – zob. omówienie „Studia Europejskie” nr 1 (9)/1999, s. 265.

⁶Np. P. Alcock, *Social Policy in Britain: Themes and Issues*, Hampshire 1996.

⁷Np. B. Deacon, M. Hulse, P. Stubbs, *Global Social Policy: International Organisations and the Future of Welfare*, London 1997. Omówienie tej pozycji zob. „Polityka Społeczna” nr 5–6/1999, s. 32.

międzynarodowych w obszarze socjalnym. Autorzy tej pracy podkreślają kreującą rolę Organizacji Narodów Zjednoczonych, Banku Światowego, Międzynarodowej Organizacji Pracy oraz Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD). Ich zdaniem, wszystkie one mają wpływ na międzynarodową redystrybucję dóbr socjalnych, tworzenie międzynarodowych, powszechnych regulacji socjalnych, które powinny obowiązywać wszystkie państwa i narody, na globalny charakter świadczenia usług socjalnych oraz osób z nich korzystających.

Niektóre wydane na Zachodzie książki mają charakter węższych podejść do problematyki socjalnej i dotyczą np. tylko kwestii edukacji, migracji, bhp lub równouprawnienia kobiet i mężczyzn. Zdarza się również, być może ze względów rynkowych, że tytuł książki dotyczy obszaru europejskiej polityki społecznej, ale jego treść marginalnie traktuje ten obszar, skupiając się na problemach światowych lub amerykańskich⁸.

Oprócz nielicznych wciąż publikacji książkowych traktujących o polityce społecznej UE, tematyce tej poświęcone są czasopisma i periodyki wydawane coraz liczniej w ostatnich latach bezpośrednio przez Komisję Europejską lub podmioty pozarządowe działające przy WE.

Przez Komisję Europejską wydawane są liczne publikacje (magazyny, biuletyny, czasopisma) min. dotyczące kwestii socjalnych i programów socjalnych w UE. Znaleźć można materiały informacyjne dot. zdrowia, zwalczania różnych chorób, problematyki rynku pracy, równych praw przysługujących wszystkim obywatelom Unii (swoboda osiedlania się i wyboru zatrudnienia wewnątrz Unii), inicjatyw wspólnotowych na rzecz społeczeństwa. Programowy charakter mają dokumenty wspólnotowe np. Zielone i Białe Księgi, które w obszarze polityki społecznej są wyrazem woli współdziałania i integracji.

Niezależnie od publikacji i materiałów informacyjnych duże znaczenie poznawcze mają dane statystyczne. Przez Biuro Statystyczne Wspólnoty Europejskiej – EUROSTAT – wydawane są liczne publikacje poświęcone społecznym wskaźnikom statystycznym w 16 następujących obszarach: ludność, zatrudnienie, rynek pracy i warunki pracy, zdrowie, edukacja, dochody i zasoby finansowe, zawód, otoczenie pracy, mieszkanie, komunikacja, czas wolny, stosunki społeczne, bezpieczeństwo, zasoby polityczne, mobilność społeczna, marginalizacja społeczna i ubóstwo ludności⁹.

Od marca 1990 r. przez Dyрекcję Generalną nr V w Komisji Europejskiej, w ramach programu MISSOC, będącego wspólnotowym systemem informacyjnym o ochronie socjalnej, wydawana jest co roku publikacja na temat systemów ochrony socjalnej w państwach członkowskich Unii Europejskiej. Dostarcza ona szczegółowych informacji o aktualnej sytuacji socjalnej w UE, organizacji i finansowania ochrony socjalnej, a także porównawczych zestawień i opisów dotyczących ochrony zdrowia, zasiłków chorobowych, macierzyńskich, kombatanckich, rodzinnych, dla bezrobotnych, sytuacji osób niepełnosprawnych, starych, wypadków przy pracy i chorób zawodowych, gwarantowanych zasił-

⁸ Np. S. Leibfried, P. Picrson, *European Social Policy...*, op. cit.

⁹ Za: J. Supińska, *Uwarunkowania i kryteria oceny skuteczności polityki społecznej*, w: *Dekada polskiej polityki społecznej. Od przelomu do końca wieku*, pr. zbiorowa, Warszawa 2000, s. 273.

ków socjalnych, ochrony socjalnej osób pracujących na własny rachunek (rolników, rzemieślników, handlowców).

Wydawane przez organizacje pozarządowe liczne periodyki poświęcone są różnym aspektom integracji europejskiej m.in.:

– **historii**¹⁰. Artykuły w periodykach są poświęcone przekrojowym kwestiom WE – od legislacji, poprzez sprawy społeczne i pracownicze po opis np. rozwoju polityki bezpieczeństwa socjalnego w Europie. Szereg artykułów dotyczy bezpośrednio wspólnotowych kwestii społecznych. Inne czasopisma o tym profilu poruszają problematykę rozwoju Europy od okresu średniowiecza po czasy współczesne, przypominając problemy społeczne, zachodzące procesy migracyjne i edukacyjne, rozwój praw socjalnych w Europie, problemy ludzi młodych wkraczających w dorosłe życie zawodowe i rodzinne, a także współczesne zmiany zachodzące w Europie Środkowo-Wschodniej.

– **prawu**¹¹. W artykułach znajdujemy przegląd prawa i komentarze do ustawodawstwa MOP, Rady Europy i Unii Europejskiej z punktu widzenia wspólnotowego ładu społecznego. Periodyki te opisują również przypadki łamania prawa i procedurę sądową temu poświęconą wraz z wydaną decyzją i uzasadnieniem sądu (Europejski Trybunał Sprawiedliwości i Europejski Trybunał Praw Człowieka).

– **edukacji**¹². Zamieszczane materiały dotyczą zazwyczaj opisów problemów szkolnictwa wyższego, planowania (m.in. reformy szkolnictwa, mobilności pracowników naukowych), edukacji dorosłych w Unii Europejskiej, edukacji dzieci niepełnosprawnych.

– **niepełnosprawności**¹³. Periodyki opisują historię i metody pracy z niepełnosprawnymi uczniami, studentami lub też pracownikami oraz podmioty powołane do pracy z niepełnosprawnymi. Artykuły dotyczą również teorii i praktyki edukacji osób niepełnosprawnych.

– **rynkowi pracy**¹⁴. Periodyki zawierają przegląd sytuacji na europejskich rynkach pracy. Poruszane są w nich kwestie równego traktowania kobiet i mężczyzn na rynku pracy, wynagrodzenia wg płci, promocji zatrudnienia absolwentów; znaleźć można opisy problemów związanych z bezrobociem (również wg płci, wieku, wykształcenia).

¹⁰ Np. kwartalnik „The European Union Review” wydawany przez European Community Studies Association, w Wielkiej Brytanii Cambridge Uniwersytet wydaje periodyk trzy razy do roku pt. „Contemporary European History”. Historii Europy poświęcony jest również kwartalnik „European History”, wydawany przez wydawnictwo Sage.

¹¹ Np. „European Human Rights”, wydawany przez Centrum Praw Człowieka Uniwersytetu w Essex oraz „European Public Law i Legal Issues of European Integration”, ukazujący się dwa razy do roku. Jest to przegląd prawa europejskiego wydawany przez Instytut Europejski Uniwersytetu Amsterdamskiego. Europejskiemu prawu poświęcone są również „The Columbia Journal of European Law”, „The Cambridge Law Journal”, „European Journal of International Law” wydawany w Oxfordzie.

¹² Np. „Higher Education Policy”, kwartalnik Międzynarodowego Stowarzyszenia Uniwersytetów (IAU), „Higher Education. The Journal of Special Education” jest kwartalnikiem wydawanym w Austin (USA), „LlinE – Lifelong Learning in Europe”.

¹³ Np. „Journal of Learning Disabilities” lub „Learning Disabilities”.

¹⁴ Np. kwartalnik „Labour, Employment Observatory”.

– *socjologii*¹⁵. Czasopisma opisują kwestie równości we współczesnych społeczeństwach, problemy zatrudnienia, opisują przypadki socjalnej ekskluzji (np. Cyganów w Grecji), wzajemne stosunki różnych społeczeństw względem siebie.

– *demografii*¹⁶. Periodyki traktują o trendach demograficznych i rozwoju socjoekonomicznym w kontekście międzynarodowym, w tym europejskim. W artykułach znaleźć można teksty prognostyczne, dotyczące rozwoju polityki demograficznej do 2020 r.

– *migracjom*¹⁷. Teksty zawierają materiały nt. uchodźców i azylantów w państwach członkowskich UE, opisują działalność wspólnot mniejszościowych na danym obszarze, kwestie traktowania mniejszości narodowych w poszczególnych państwach oraz diasporę.

– *statystyce*¹⁸. Czasopisma prezentują dane liczbowe dotyczące demografii, rynku pracy, ochrony socjalnej, edukacji, zdrowia, warunków pracy i życia obywateli Unii.

– *europejskiej polityce społecznej*¹⁹. Periodyki zawierają opisy bieżących przemian polityczno-ekonomicznych, krytykę modeli realizowanej polityki społecznej w poszczególnych państwach europejskich, analizy decyzji podejmowanych w sferze socjalnej między szczeblem krajowym i ponadnarodowym w ramach Wspólnoty Europejskiej. Czytelnik dowie się o obowiązujących standardach socjalnych i sposobach ich wdrażania, o programach socjalnych ogłaszanych przez Komisję Europejską. Ciekawe są prezentacje poszczególnych problemów społecznych zarówno w kontekście wybranego państwa, jak i o charakterze porównawczym występującym w skali wspólnotowej.

Wyżej omówione pozycje są najczęściej niedostępne na rynku polskim z uwagi na małe zainteresowanie tą problematyką, niewiedzę o ich istnieniu lub zbyt wysoką cenę ich zakupu dla bibliotek i indywidualnych czytelników.

W Polsce pierwsze artykuły dotyczące polityki społecznej w zintegrowanej Europie ukazały się w 1984 r. W miesięczniku „Polityka Społeczna”²⁰ ukazał się artykuł M. Książkowskiego pt. *Polityka Społeczna EWG*. W tym samym roku i pod tym samym tytułem ukazał się również tekst H. Strzezińskiej w pracy zbiorowej poświęconej polityce społecznej w rozwiniętych krajach kapitalistycznych²¹. W 1987 r. został opublikowany w miesięczniku „Polityka Społeczna”²² artykuł A. Świątkowskiego nt. współczesnej za-

¹⁵ Np. „International Review of Sociology” – najstarsze czasopismo socjologiczne wydawane od 1893 r. na Uniwersytecie w Rzymie „La Sapienza” lub „International Sociology” Międzynarodowego Stowarzyszenia Socjologów (ISA).

¹⁶ Np. „Population and Development Review”.

¹⁷ Np. „Immigrants and Minorities”, wydawany na Uniwersytecie w Sheffield (Wielka Brytania).

¹⁸ Np. „Statistics in Society”.

¹⁹ „Journal of European Social Policy” i inne kwartalniki wydawnictwa Sage: „Critical Social Policy – a Journal of Theory and Practice in Social Welfare” lub „International Social Security Review”; „European Journal of Social Theory” etc.

²⁰ „Polityka Społeczna” nr 4/1984, s. 21–24.

²¹ H. Strzezińska, *Polityka społeczna Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej*, w: K. Podoski (red.), *Polityka społeczna w rozwiniętych krajach kapitalistycznych*, Warszawa 1984.

²² „Polityka Społeczna” nr 4/1987, s. 25–28.

chodnioeuropejskiej polityki społecznej, zaś w 1989 r. W. Anioł wydał pozycję *Międzynarodowa polityka społeczna*²³, w której syntetycznie przedstawił dorobek EWG w dziedzinie polityki społecznej.

Szersze zainteresowanie problematyką integracji europejskiej datuje się od początku lat 90., kiedy to dotarło do powszechnej wyobraźni, że przyszłe członkostwo Polski we Wspólnocie Europejskiej staje się realne na mocy podpisanego 16 grudnia 1991 r. Układu Europejskiego o stowarzyszeniu Polski ze Wspólnotami Europejskimi oraz ich państwami członkowskimi. Układ wszedł w życie 1 lutego 1994 r., a 8 kwietnia 1994 r. Polska złożyła oficjalny wniosek o członkostwo w Unii Europejskiej. Przed podpisaniem przez Polskę Układu Europejskiego problematyka EWG i integracji Europy Zachodniej należała do spraw międzynarodowych i historii powszechnej współczesnej Europy.

W latach 90. wiedza o procesach integracyjnych, również w kontekście przyszłego członkostwa Polski, stanowi przedmiot zainteresowania wielu dyscyplin naukowych. Część prac autorów zagranicznych, dotyczących tego zagadnienia zostało przetłumaczonych na język polski (np. Habermas²⁴, Coudenhove-Calergi²⁵, Dahrendorf²⁶, Evans²⁷).

W języku polskim znane są również dokumenty, wydawane przez instytucje WE, np. Karta Podstawowych Praw Socjalnych Pracobiorców, Białe Księgi, Traktaty założycielskie trzech Wspólnot, akty wtórne obowiązujące na obszarze WE i ich interpretacja.

Pierwsza pozycja książkowa nt. europejskiej polityki społecznej została wydana w 1991 r.²⁸ Praca ta zawiera opis polityki społecznej w EWG w latach 1957–87.

Dotychczas wydawane publikacje dotyczą głównie częściowych wątków, związanych z przyszłą integracją Polski w strukturach WE. Najczęściej są publikowane krótkie artykuły w czasopismach przez autorów, którzy jednorazowo zajęli się tą tematyką lub zajmują się jedną wybraną kwestią z tej złożonej i obszernej dyscypliny naukowej. Przykładem mogą być teksty o zabezpieczeniu społecznym²⁹, ochronie zdrowia³⁰, prawie pracy³¹, funduszach strukturalnych³², rynku pracy³³. Już na początku lat 90. W. Anioł opublikował

²³ W. Anioł, *Międzynarodowa polityka społeczna*, Warszawa 1989.

²⁴ J. Habermas, *Obywatelstwo a tożsamość narodowa*, Warszawa 1995.

²⁵ R. Coudenhove-Calergi, *Europa-mocarstwo światowe*, „Kurs” nr 12/1985.

²⁶ R. Dahrendorf, *Rozważania nad rewolucją w Europie*, Warszawa 1991.

²⁷ A. Evans, *Prawo integracji europejskiej*, Warszawa 1996.

²⁸ J. Michalak, M. Żukowski, *Integracja a polityka społeczna*, Poznań 1991.

²⁹ Np. G. Uścińska, *Zabezpieczenie społeczne w Unii Europejskiej i w Polsce*, w: *Społeczne skutki integracji Polski z Unią Europejską*, pod red. K. Głąbickiej, Warszawa 1999 oraz „Polityka Społeczna” nr 4/1999.

³⁰ Np. A. Frączkiewicz-Wronka, *Reforma systemu opieki zdrowotnej w perspektywie integracji z Unią Europejską*, Katowice 1998.

³¹ Np. L. Florek, *Prawo Wspólnot Europejskich w zakresie zatrudnienia i stosunków pracy*, Warszawa 1993 oraz R. Blanpain, M. Matey, *Europejskie prawo pracy w polskiej perspektywie*, Warszawa 1993.

³² Np. M. Grewiński, *Europejski Fundusz Socjalny i jego implikacje dla Polski*, w: K. Głąbicka (red.), *Społeczne skutki integracji Polski...*, op. cit.

³³ Np. K. Głąbicka, *Rynek pracy w Unii Europejskiej*, Warszawa 1998 lub Z. Wiśniewski, *Kierunki i skutki deregulacji rynku pracy w krajach Unii Europejskiej*, Toruń 1999.

w „Polityce Społecznej” artykuły o formowaniu się europejskiej przestrzeni społecznej³⁴ oraz o barierach europejskiej polityki społecznej³⁵.

Książka *Europejski fin de siècle* W. Anioła³⁶ koncentruje się na szerszych zmianach politycznych, jakim podlegały w latach 90. główne instytucje europejskie, w tym m.in. Unia Europejska. Została tu przedstawiona ewolucja Wspólnot Europejskich, czynniki sprzyjające integracji europejskiej, rola Komisji Europejskiej, a także bariery w koordynowaniu i harmonizowaniu europejskiej polityki społecznej. Autor poruszył również kwestię dostosowania polskiego prawa wewnętrznego i praktyki administracyjnej do standardów europejskich oraz ich implikacje dla Polski.

Z pozycji książkowych wydanych w Polsce na uwagę zasługuje również trzynomowa monografia pod red. A. Świątkowskiego³⁷, w której dokonano przeglądu europejskiego ustawodawstwa w dwóch dziedzinach: prawie pracy oraz prawie ubezpieczeń społecznych. Książka ta, otwierając nową dziedzinę wiedzy prawniczej, wprowadza czytelnika w złożoność stosowania europejskiego prawa socjalnego.

Jednym z tych zagadnień zajmuje się również L. Florek³⁸ piszący nt. europejskiego prawa pracy, *nota bene* bardzo obszernego działu w UE.

W 1998 r. ukazała się monografia *Polityka społeczna Wspólnot Europejskich*³⁹, która była próbą całościowego ujęcia tego tematu. Książka ta ukazywała rozwój europejskiej polityki społecznej od początku powstania Wspólnot Europejskich po koniec lat 90. XX wieku, koncentrując się na problemach, które mają związek z socjalnym wymiarem UE. Podjęty temat został zaprezentowany w dwóch częściach. Pierwsza część przedstawiała ogólny zarys i historię kształtowania się polityki społecznej we Wspólnotach Europejskich. W drugiej części omówiono liczne i szczegółowe kwestie socjalne, regulowane na szczeblu unijnym. Punktem wyjścia do prezentacji poszczególnych kwestii społecznych w tej pracy była „Karta Podstawowych Praw Socjalnych Pracobiorców w krajach Wspólnoty Europejskiej” z 1989 r. Prezentacja europejskiej polityki społecznej miała za zadanie uświadomienie szerszych zadań, jakie stoją nadal przed polskimi negocjatorami podczas dostosowywania krajowego ustawodawstwa do unijnego. W powyższej pracy nie zajmowano się teoretycznymi aspektami integracji.

Owoce konferencji, zorganizowanej przez WSP TWP w 1999 r. nt. społecznych skutków integracji Polski z Unią Europejską, była publikacja⁴⁰, która zawierała referaty dotyczące wybranych kwestii społecznych w UE i ich implikacji dla Polski. Zostały w niej zaprezentowane między innymi problemy rynku pracy, edukacji, migracji, ludzi starych, zabezpieczenia społecznego.

³⁴ „Polityka Społeczna” nr 7/1991, s. 1–4.

³⁵ „Polityka Społeczna” nr 8/1992, s. 1–5.

³⁶ W. Anioł, *Europejski fin de siècle*, Warszawa 1996.

³⁷ A. Świątkowski, *Europejskie prawo socjalne*, t. I–III, Warszawa 1998–2000.

³⁸ Np. L. Florek (red.), *Europejskie prawo pracy i ubezpieczeń społecznych*, Warszawa 1996.

³⁹ K. Głąbicka, *Polityka społeczna Wspólnot Europejskich*, Warszawa 1998.

⁴⁰ K. Głąbicka (red.), *Społeczne skutki integracji Polski z UE*, Warszawa 1999.

Książkę⁴¹ o podobnym tytule wydał również zespół ekonomistów, który zajął się ekonomicznym aspektem integracji Polski ze strukturami UE. W pracy, w pośrednim związku z polityką społeczną, poruszono rolę europejskich funduszy strukturalnych dla rozwoju regionalnego Polski.

Na początku 2001 r. ukazała się kompleksowa praca poświęcona polityce społecznej w Unii Europejskiej⁴², która opisuje genezę i rozwój idei i wartości socjalnych od starożytności po koniec XXw. Poza prezentacją modeli i organizacji polityki społecznej w zintegrowanej Europie, książka ta opisuje wybrane kwestie socjalne na obszarze Unii Europejskiej m.in. bezrobocie, edukację, równouprawnienie kobiet i mężczyzn, zdrowie, patologie społeczne.

Należy oczekiwać, że w nowym stuleciu będzie przybywać pozycji dotyczących problematyki społecznej w integrującej się Europie.

Katarzyna Głębicka

Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP w Warszawie

⁴¹ *Skutki integracji z Unią Europejską dla Polski*, praca zbiorowa, Warszawa 1999.

⁴² K. Głębicka, *Polityka społeczna w Unii Europejskiej, aspekty aksjologiczne i empiryczne*, Warszawa 2001.

Reformowanie sektora ochrony zdrowia na forum międzynarodowym: numer specjalny „Health Affairs”

„Health Affairs”, dwumiesięcznik wydawany przez Project HOPE (Health Opportunities for People Everywhere, obecny także w Polsce) od grudnia 1981 roku, to interdyscyplinarne pismo poświęcone systemom zdrowotnym oraz problemom polityki zdrowotnej zarówno lokalnej, amerykańskiej, jak i międzynarodowej. Dotychczas ukazało się 90 numerów, z których każdy opatrzony jest podtytułem informującym, jakie zagadnienie stanowi jego główny motyw; są wśród nich na przykład: Rola rządu w zdrowiu (zima 1992), Przemoc a zdrowie publiczne (zima 1993), Wydatki na zdrowie (zima 1994), Zdrowie psychiczne w epoce „zintegrowanej opieki zarządzanej” (*managed care*) [jesień 1995], Rola konsumenta (zima 1996), Przyszłość ubezpieczeń zdrowotnych (listopad/grudzień 1999). Stosunkowo często używanym hasłem jest „reforma” – w odniesieniu tak do reformowania systemu amerykańskiego, a więc kolebki „Health Affairs”, jak i do działań reformatorskich podejmowanych w innych krajach: Stanowe modele reform zdrowotnych (lato 1993), Plan Clintona: za i przeciw (wiosna I 1994), Reforma ochrony zdrowia: przeszłość i przyszłość (wiosna 1995), Międzynarodowa reforma ochrony zdrowia (maj/czerwiec 1999).

W każdym numerze wyróżniono kilka części: pierwsza poświęcona jest tematowi przewodniemu – reformowanie systemów opieki zdrowotnej było takim tematem np. w numerze jesień 1991, w którym pisano o systemach zdrowotnych, strategiach reform, trendach w Europie (także wschodniej), Japonii, Kanadzie. Tego rodzaju tomy są o tyle niecodzienne w przypadku „Health Affairs”, że jednak większość opracowań w kolejnych numerach dotyczy „własnego podwórka” czyli Stanów Zjednoczonych.

„Health Affairs” z maja/czerwca 1999, tom 18 nr 3, zatytułowany jest „Międzynarodowa reforma ochrony zdrowia”. Na jego łamach, w pierwszej części, przedstawiono analizy systemów: Kanady, Wielkiej Brytanii, Australii, Japonii, Niemiec, Stanów Zjednoczonych; większość tych analiz została zaprezentowana na sympozjum w październiku 1998 roku w Waszyngtonie. Jak zauważył John K. Iglehart w nocie od wydawcy, w ostat-

niej dekadzie zmalało zainteresowanie studiami porównawczymi systemów opieki zdrowotnej, choć większość krajów rozwiniętych staje naprzeciw podobnych problemów – kosztów czy jakości świadczeń zdrowotnych. Tym konkretnym numerem „Health Affairs” wydawca pragnął więc wzmocnić dążenia do wspólnego poszukiwania rozwiązań problemów, bez względu na szczegółowe konfiguracje systemów występujących w poszczególnych krajach; jest to zresztą dążenie zbieżne z działalnością edukacyjną Project HOPE podejmowaną w różnych miejscach świata, a zatem w różnych systemach. Od tego momentu planowano poświęcenie jednego numeru w każdym roku właśnie problemom międzynarodowym, omawianym na dorocznym sympozjum organizowanym wspólnie z Commonwealth Fund (rok później, w maju/czerwcu 2000, ukazał się numer „Lessons from Abroad”).

Kanada

Autorem 18-stronicowego omówienia systemu kanadyjskiego jest David Naylor, profesor Univeristy of Toronto, wieloletni badacz kanadyjskich rozwiązań zdrowotnych. Naylor przybliży podstawy systemu, następnie naświetla bieżące problemy, przy czym jego celem nie jest zagłębianie się w szczegóły polityki zdrowotnej, a raczej dostarczenie aktualnego opisu czytelnikom – głównie ze Stanów Zjednoczonych.

System kanadyjski, jak kilka jeszcze innych systemów federacyjnych, opiera się na swoistej równowadze między jednolitością zapewnianą przez rozwiązania federalne a pewnym pluralizmem wynikającym z autonomii administracji poszczególnych prowincji (10 prowincji i 2 terytoria północne). System przez lata był powszechnie akceptowany przez obywateli, jednak konieczne ograniczenia finansowe spowodowały spadek zaufania Kanadyjczyków: to rząd federalny finansował organizację świadczeń w prowincjach (bezpośrednie dotacje, podatki, opłaty wyrównawcze), więc gdy w latach 90-tych doprowadził do powstania deficytu, cięcia musiały dotyczyć także wydatków na zdrowie, edukację, świadczenia socjalne. W roku 1998 budżet federalny został wyrównany, co umożliwiło zapowiedzenie końca cięć i wzrost publicznych wydatków na zdrowie.

Problemy finansowe lat 90. spowodowały, iż 9 prowincji i 1 terytorium zaczęły dążyć do regionalizacji zarządzania opieką zdrowotną – wyjątkiem pozostała największa prowincja, Ontario (z ponad 1/3 ludności Kanady). Regionalizacja zakłada pewną kombinację decentralizacji i centralizacji, nie wszędzie proces przebiegał jednakowo. Jednak niewątpliwą korzyścią wynikającą z regionalizacji jest poprawa integracji usług w trakcie opieki. Lata 90. to także okres zmian sektora szpitalnego – charakteryzującego się tendencjami zmniejszania liczby przyjęć, skracania pobytu, niepełnym wykorzystywaniem łóżek – związane zarówno z ograniczeniami finansowymi, jak i z nowymi technologiami i nowym zarządzaniem – i to pomimo wzrostu liczby ludności i starzenia się społeczeństwa. Powołana przez rząd w 1996 roku komisja restrukturyzacyjna wyznaczyła 139 szpitali do zamknięcia lub połączenia. Jednak tego rodzaju proces, jakkolwiek mające na celu poprawę sytuacji ekonomicznej i racjonalizację systemu, nie mogły być dobrze przyjęte przez społeczeństwo.

W roku 1998, jako efekt politycznych sporów o wykorzystanie nadwyżki budżetowej, zaproponowano dwa programy dla sektora ochrony zdrowia: „Pharmacare” oraz „Home care”. Program „Pharmacare” ukierunkowany był na bardziej sprawiedliwe opłacanie wydatków na leki przy zapewnieniu lepszego dostępu do niektórych (przedłużających życie) i miał nawet przynieść pewne oszczędności w wydatkach na leki. Jednak program ten nie miał faktycznie większego znaczenia. Znacznie większym poparciem cieszył się natomiast program „Home care”, choć rola opieki domowej w poszczególnych prowincjach była różna. Rząd federalny przywiązywał również duże znaczenie do projektów badawczych i wykazywał znaczne zainteresowanie inwestowaniem w badania i systemy informacyjne oraz gromadzeniem danych na temat stanu zdrowia i rozwiązań systemowych w poszczególnych prowincjach. Kontynuowane jest dążenie do integrowania świadczeń, do tworzenia sieci instytucji zapewniających ciągłość świadczeń dla określonej populacji – integracja świadczeń będzie miała prawdopodobnie większe znaczenie dla poprawy jakości niż dla ograniczania kosztów.

W latach 90. zanotowano spadek poziomu zadowolenia Kanadyjczyków z ich własnego systemu – jeszcze w roku 1991 6% mieszkańców oceniało system jako bardzo dobry, w 1996 tylko 40, natomiast w 1998 aż 46% stwierdziło, iż wprowadzane zmiany pogorszą jakość opieki. W badaniach podkreślano, iż Kanadyjczycy utożsamiają wysoką jakość świadczeń z dostępem do trwałego systemu szpitalnego. Zachwiania systemu ochrony zdrowia spowodowały, że w Kanadzie rozgorzała na nowo dyskusja na temat wprowadzenia dwóch poziomów świadczeń: powszechnego, obejmującego świadczenia podstawowe, oraz wyższego – dla ubezpieczających się dobrowolnie lub dla osób za nie płacących. Przeprowadzone w ostatnich latach badania opinii publicznej wykazują tu jednak zróżnicowane wyniki.

System kanadyjski, finansowany ze środków publicznych, jest dumą Kanadyjczyków, pozostaje też jedną z niewielu cech pozwalających odróżnić ten kraj od jego południowego sąsiada. Zaletą kanadyjskiego „Medicare” jest z pewnością zniesienie barier finansowych w dostępie do świadczeń dla najuboższych. Jednak w wypowiedziach obywateli i niektórych polityków widać tęsknotę za systemem bardziej stabilnym. Dzisiejsi niedoszli reformatorzy systemu wydają się być nieco spętani kryzysem finansowym lat ubiegłych, rozbieżnościami między władzami federalnymi a prowincjami, także między różnymi grupami interesów czy wzrastającym różnicowaniem systemu w ramach autonomii i regionalizmu. Do problemów, z którymi w najbliższych latach stopniowo będą się musiały zmierzyć władze odpowiedzialne za zdrowie, Naylor zalicza m.in. poprawę integracji świadczeń, wprowadzenie mieszanych mechanizmów wynagradzania lekarzy, ze szczególnym uwzględnieniem opieki podstawowej, wzmocnienie obszaru opieki domowej przy jednoczesnym lepszym zarządzaniu tym sektorem, inwestycje w system informacyjny, działania pro jakościowe.

Wielka Brytania

Julian Le Grand z London School of Economics zatytułował swoje rozważania na temat brytyjskiego systemu (NHS) „Rywalizacja, współpraca czy nadzór? Opowieści z Brytyjskiej Narodowej Służby Zdrowia”. Le Grand przypomina eksperyment społeczny, ja-

kim było wprowadzenie tzw. rynku wewnętrznego – eksperyment od samych początków kontrowersyjny z uwagi na założenie w nim istnienia konkurujących ze sobą o środki państwowe podmiotów; eksperyment, z którego rząd brytyjski zaczął się w końcu lat 90. wycofywać. Rozważania te są w pewnym sensie uzupełnieniem historii i interpretacji eksperymentu i jego częściowego upadku dokonanej również na łamach „Health Affairs” w roku 1998 (numer lipiec/sierpień) przez Rudolfa Kleina. Jednak Le Grand koncentruje się na efektywności systemu i na naukach płynących z niego dla potencjalnych naśladowców.

Rynek wewnętrzny zakładał rozdzielenie dwu istotnych funkcji: płatnika i dostawcy świadczeń, przy czym, podobnie jak przed jego wprowadzeniem, płatnicy mieli być finansowani z budżetu państwa – z podatków. Świadczeniodawcy mieli konkurować o możliwość otrzymania środków od płatników poprzez zawierane z nimi umowy. Płatnikami stały się lokalne władze zdrowotne (*local health authority*) oraz lekarze rodzinni dysponujący budżetem. Po drugiej stronie byli świadczeniodawcy teoretycznie niezależni, w rzeczywistości podporządkowani centralnym zarządzeniom dotyczącym ustalania cen oraz inwestycji, jak również nie mający prawa swobodnego dysponowania ewentualnymi nadwyżkami. Podkreślano, iż oto amerykański styl współzawodnictwa zastąpił styl sowiecki – nakazowy. Jednak od początku było oczywiste, że nie można mówić o znacznym podobieństwie do systemu amerykańskiego – finansowanie wszak pozostało budżetowe, a pacjenci nie zawsze mieli swobodę wyboru płatnika: nie można było zmienić „przynależności” do władz lokalnych, stąd nieznaczna była konkurencja między organizatorami świadczeń.

Autor próbuje dokonać podsumowania, co dało wprowadzenie rynku wewnętrznego z punktu widzenia efektywności, równości, odpowiedzialności. Problemem staje się jednak brak danych, wynikający głównie z braku badań (rząd konserwatystów nie kwapił się do finansowania badań podejrzewając, iż miałyby one za cel zatrzymanie reform), także z braku środków na badania, których w związku z tym podejmowano niewiele. Zauważalne również były wszelako pewne oznaki poprawy jakości świadczeń w przypadku lekarzy-dysponentów budżetu – np. krótszy czas oczekiwania na przyjęcie. Lekarze-dyspenci byli oszczędniejsi przy przepisywaniu leków, jak również w większym stopniu zdolni do generowania nadwyżek niż władze lokalne. Jednocześnie jednak wzrosły koszty administracyjne systemu – z 8% w latach 1991–1992 do 11% w okresie 1995–1996, a to z uwagi na konieczność obsługi kontraktów i związane z tym liczenie kosztów, gromadzenie informacji. Jeśli chodzi o równy dostęp do świadczeń, obawiano się początkowo zjawiska dobierania sobie „lepszycy” pacjentów, jednak go nie zaobserwowano – być może dlatego, iż w przypadku lekarzy dysponujących budżetem nie istniało „niebezpieczeństwo” opłacania przez nich najdroższych świadczeń.

Dla Le Grand najbardziej uderzającym wnioskiem z oceny eksperymentu jest konstatacja, jak niewielkie zmiany można było w jego wyniku zaobserwować i zmierzyć – po części dlatego, iż tak naprawdę nigdy prawdziwego quasi-ryнку nie wprowadzono: w starciu między rynkową konkurencją a centralnym nadzorem zwyciężył nadzór. Generalnie, Autor przyjmuje za R. Kleinem, iż rezultat okazał się mniej katastroficzny, niż przewidywali oponenci, i mniej radykalny, niż się spodziewali zwolennicy; zwraca rów-

niez uwagę na pewne niepoddające się pomiarom przemiany kulturowe zachodzące w kręgu świadczeniodawców i organizatorów opieki. Przyczyny braku wyraźnego wpływu reform na sektor zdrowotny upatrywane są w braku silnych bodźców do podejmowania pewnych działań przy jednoczesnych zbyt silnych ograniczeniach z innej strony, takich jak brak faktycznej niezależności podmiotów. Dodatkowym czynnikiem mogła się tu stać swoista cecha sektora usług zdrowotnych, w którym zachowania rynkowe, walka za wszelką cenę o utrzymanie firmy, a nawet doprowadzenie do upadku konkurencji, musiałyby przeważać nad silnym poczuciem służby publicznej, misji, a także wzajemnego zaufania.

Z brytyjskiego eksperymentu rynku wewnętrznego Le Grand wyciąga wnioski dla innych systemów. Praktyki lekarzy rodzinnych dysponujących budżetem nie powinny obejmować zbyt dużej liczby podopiecznych. Konieczne są większe niż to zaproponowano w Wielkiej Brytanii bodźce skłaniające do wprowadzania w życie nowych zachowań. Należy także zdawać sobie sprawę z istnienia splotu zachowań rynkowych oraz tych wynikających z poczucia służby, a w związku z tym odpowiednio skonstruować system motywacji. Taką konstrukcją było zezwolenie lekarzom rodzinnym dysponującym budżetem na przeznaczenie nadwyżek na inwestycje we własne przychodnie. Było to atrakcyjne zarówno dla poczucia służby pacjentowi, przez podniesienie poziomu świadczeń, jak i dla uczestnika rynku nastawionego na zysk – przez podniesienie wartości własnej firmy.

W Białej Księdze z grudnia 1997 roku rząd zaproponował odejście od idei rynku wewnętrznego. Zmiany miały polegać m.in. na: (1) położeniu większego nacisku na współpracę niż na konkurencję między organizatorem a dostarczycielem świadczeń; (2) utworzeniu grup opieki podstawowej (od 30 tys. do 250 tys. ludności), mających prawo zagospodarowywania nadwyżek, prawo to miały mieć także trusty; (3) włączeniu lekarzy-dysponentów do grup opieki podstawowej, natomiast lokalne władze zdrowotne miały zachować pozycję organizatora świadczeń jedynie dla pewnych świadczeń wysokospecjalistycznych. W rzeczywistości, choć deklaracje słowne wskazywały na coś innego, zdecydowano się więc pozostawić istotne elementy wcześniejszej idei rynku wewnętrznego, takie jak rozdział funkcji czy współzawodnictwo. Rynku, który wszak nigdy nie zaistniał w czystej postaci, prawdopodobnie dlatego, iż zdrowie jest dobrem zbyt wrażliwym, by można było je poddać wyłącznie prawom rynku.

Japonia

Japoński system opieki zdrowotnej został omówiony przez Naoki Ikegami z Keio University School of Medicine w Tokyo i Johna Creightona Campbella z University of Michigan, wyjaśniających specyfikę systemu, opartego na założeniach niemieckiego modelu ubezpieczeniowego, ale wykazującego cechy odmienne niż obserwowane u innych naśladowców drogi Bismarcka, a nawet pewne „zagnatowanie” – cechą systemu jest stosunkowo niski koszt funkcjonowania przy zachowaniu równego dostępu do świadczeń. Jednakowoż dzisiejsza Japonia stanęła w obliczu zmian znanych z innych krajów: wzrastającej świadomości konsumentów, gwałtownie starzejącego się społeczeństwa,

wzrastających kosztów. Także więc w Japonii podjęto dyskusję nad propozycjami reform.

Autorzy rozpoczynają od krótkiego scharakteryzowania systemu japońskiego i jego podstawowych założeń, takich jak powszechne ubezpieczenie, mieszane finansowanie (ubezpieczenia oraz podatki lokalne i centralne), swobodny wybór świadczeniodawcy, a także od przybliżenia czynników wpływających na stosunkowo niskie koszty opieki, takich jak niższa niż w innych krajach wysoko rozwiniętych przestępczość, liczba samobójstw, rozwodów, narkomanii czy urodzeń wśród nastolatków; w grę wchodzi również wyższy poziom życia oraz swoiste kulturowe przywiązanie do metod tradycyjnych, stawianych częstokroć wyżej niż nowoczesne procedury inwazyjne, preferencje pacjentów dla opieki ambulatoryjnej. Specyficznym elementem społeczeństwa jest na przykład przywiązanie do sprawowania opieki nad starszymi przez synów. Boddźcem dla stosowania metod tańszych jest również ich większa opłacalność, podczas gdy procedury najdroższe są często wycenione poniżej kosztów – w razie konieczności są one oczywiście stosowane, co wynika z poczucia odpowiedzialności oraz konkurowania o prestiż lekarzy decydujących o ich przyznaniu bądź odmówieniu ich zastosowania. Stosunkowo powolny, w porównaniu z innymi krajami, był również wzrost wydatków na zdrowie: ceny świadczeń zdrowotnych rosły wolniej niż stopień inflacji, stosowano również bodźce finansowe ograniczające ilość procedur, które w danym momencie mogłyby spowodować znaczny wzrost wydatków, pomimo rozwoju technologii. Autorzy omawiają następnie proces kształtowania cen usług medycznych oraz leków, a więc podmioty weń zaangażowane (oficjalnie i faktycznie) oraz poszczególne etapy procesu. Generalną zasadą jest takie ich kształtowanie, by sprzyjało z jednej strony kontroli ograniczaniu wydatków, z drugiej – wpływało na zachowania świadczeniodawców. Brane są również pod uwagę okoliczności mające wpływ na równowagę systemu – przykładowo w latach niskiej liczby urodzeń podwyższano stawki pediatrów.

Uporządkowany system japoński funkcjonował bez większych zmian do początku lat 90., kiedy to stanął w obliczu poważnych wyzwań: wzrostu świadomości społeczeństwa (prawa pacjenta), starzejącej się populacji (program ubezpieczeniowy dla osób starszych) oraz wzrostu kosztów – wzrostu, którego nie udało się uniknąć nawet pomimo restrykcyjnej polityki kształtowania cen, a to za sprawą ogólnej recesji. Skutkiem była zapowiedź poważnych zmian w systemie, ogłoszona w roku 1997. Zmiany miały polegać na:

- podwyższeniu składek,
- utworzeniu odrębnego ubezpieczenia dla ludzi starszych, finansowanego przede wszystkim z podatków, ale także z opłat wnoszonych w większym stopniu przez tę właśnie grupę,
- wprowadzeniu opłat DRG w szpitalach,
- ustaleniu nowych zasad płacenia za leki (wzrost wydatków na leki był spowodowany m.in. tym, iż sprzedawane były pacjentom bezpośrednio przez lekarzy i szpitale).

Zmiany, planowane na rok 2000, nie zostały jednak wdrożone w terminie – na przeszkodzie stanął z jednej strony opór części polityków, z drugiej – trudności w realizacji oraz wątpliwości co do rzeczywistych skutków reform. Także w opinii Autorów artyku-

tu, program zmian, nie dość, że trudny do przeprowadzenia, nie gwarantowałby osiągnięcia skutków zamierzonych ani uniknięcia tych niepożądanych i nieoczekiwanych. System działał od ponad dwudziestu lat i bez gwałtownego wzrostu kosztów nie ma – zdaniem Autorów – potrzeby naprawiania go, choć pewnym zagrożeniem jest w istocie kryzys gospodarczy. Pewne zmiany winny zostać jednak wprowadzone w systemie opieki geriatrycznej. Ponadto, pilnych reform, nie uwzględnionych w propozycjach z roku 1997, wymagają dwa składniki systemu: po pierwsze, wysokość składek, w kierunku zmniejszenia istniejących w tym obszarze dużych nierówności; po drugie, kwestie jakości świadczeń szpitalnych i bodźców zmierzających do jej podnoszenia. Jednak system jako całość winien pozostać w dotychczasowym kształcie, gdyż sprawdzony, co daje lepszą gwarancję jego sprawnego funkcjonowania niż zapewnienia teoretyków konstruujących nowe – teoretycznie lepsze – rozwiązania.

Niemcy

„Konkurencja w kajdanach. Reformy rynkowe w niemieckim systemie opieki zdrowotnej” – tak Lawrence D. Brown z Columbia University’s School of Public Health i Volker E. Amelung z Univeristy of Economics and Political Sciences w Hamburgu zatytułowali opracowanie poświęcone planom reformowania systemu niemieckiego. Pojawienie się konieczności zreformowania systemu miało w tym kraju związek m.in. z procesem jednoczenia się dotychczas odrębnych struktur Niemiec Wschodnich i Zachodnich. Zmianami roku 1993 wprowadzono do niemieckiego systemu ideę konkurencji – w artykule opisano polityczne podłoże zmian, cechy systemu (z licznymi odniesieniami do rozwiązań amerykańskich) oraz podjęto próbę odpowiedzi na pytanie, jak, przynajmniej w opinii Autorów, idea ta się sprawdziła i jak jest postrzegana po sześciu latach. Jednak, jako że oceny często podlegają dyskusjom, także ocena dokonana przez Browna i Amelunga została opatrzona polemicznym komentarzem Uwe Reinhardta z Princeton. Polemika dotyczy w szczególności charakteryzowanych przez Browna i Amelunga pojęć *managed care* i *managed competition* oraz ich obecności w systemie niemieckim i, porównawczo, amerykańskim. Od strony formalnej, tekst Brwona i Amelunga budzi pewne zdziwieniem brakiem kompletu przypisów, czy choćby nazwisk autorów niektórych cytowanych wypowiedzi (pada np. ogólne określenie „jak zanotował jeden z obserwatorów”).

Australia

Jane Hall z University of Sydney opisuje ewolucję australijskiego systemu opieki zdrowotnej, systemu, który od czasu wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w 1984 roku opierał się poważnym zmianom, dając pierwszeństwo serii stopniowych działań usprawniających. Także ta autorka dokonuje porównań z realiami i rozwiązaniami Stanów Zjednoczonych, wykazując podobieństwa (stany, silnie zorganizowane środowisko medyczne, mocny sektor prywatny) i różnice (powszechny dostęp do opieki, utrzymywanie w ryzach wydatków na zdrowie). W pierwszej części opracowania odnaj-

dujemy charakterystykę systemu i jego podstawowych założeń, z konieczności podanych w mocno skompresowanej formie (wśród nich, m.in. zasada powszechnego dostępu do koniecznych świadczeń bez względu na możliwości finansowe, współistnienie ubezpieczeń prywatnych i programu „Medicare”). Część druga poświęcona została sektorowi prywatnemu – omówione zostały takie zagadnienia, jak udział wydatków prywatnych w wydatkach na zdrowie, prywatne szpitale, wreszcie prywatne ubezpieczenie zdrowotne. Tu także znalazły miejsce porównania sytuacji pacjentów objętych różnymi ubezpieczeniami – publicznymi i prywatnymi. Debata nad wadami i zaletami jednych i drugich trwała w Australii 40 lat, w ostatnich latach rozgorzała na nowo za sprawą głosów domagających się wzmocnienia ubezpieczeń prywatnych. Wsparciu dla tego właśnie sektora Autorka poświęca kolejny fragment opracowania, w szczególności omawiając zmiany z roku 1995 mające stworzyć dla świadczeniodawców zachętę do zwracania uwagi na jakość i cenę usług i pozwolić na pokrycie przez ubezpieczenie pełnych kosztów pobytu w szpitalu oraz te z roku 1996, wprowadzające kolejne bodźce finansowe dla rozwoju prywatnych ubezpieczeń, których przyszłość w Australii nie jest pewna. Podstawowy problem ubezpieczeń prywatnych polega na nie do końca określonej ich roli, jaka mają pełnić w finansowaniu opieki zdrowotnej – według jednych ubezpieczenie prywatne to dodatek do systemu powszechnego, na który mogą sobie pozwolić osoby mogące i chcące zań zapłacić, można więc wprowadzić w nim metody w pełni rynkowe bez nadmiernego zwracania uwagi na problem równości; dla innych – ubezpieczenie prywatne to sposób na odciążenie finansów publicznych (w sytuacji ciągłych nacisków na ich ograniczanie) i pozyskanie dodatkowych środków, gdy system publiczny okazuje się niewystarczający. Sektor farmaceutyczny został opisany jako pole ograniczania kosztów opieki. Wśród działań mających regulować wydatki na leki w Australii zaproponowano: podejście ekonomiczne i zastosowanie analizy koszt-efekt w odniesieniu do wprowadzanych leków, współpłacenie (które wpłynęło w pewnym stopniu także na popyt), stosowanie leków generycznych i tańszych leków równoważnych (dopłaty za zakup leku droższego).

Autorka zwraca uwagę na fakt, iż sama skoncentrowała się na problemach finansowych australijskiego systemu, jednak nie znaczy to, iż był to jedyny temat dyskusji i jedyny obszar zainteresowania decydentów: równoległe podejmowano działania w zakresie powszechności szczepień, opanowania zagrożeń związanych z HIV czy ograniczenia liczby palących, jak również w zakresie poprawy jakości czy dostępności świadczeń. Bo wprawdzie równość w dostępie do świadczeń jest zapewniona przez powszechny system „Medicare”, jednak równość ta nie oznacza takiej samej łatwości dostępu i takich samych kosztów tych samych usług dla różnych pacjentów.

Badania porównawcze

Wspomniane opisy zmian i systemów w poszczególnych krajach są dziełem różnych osób, każda z nich w swym opracowaniu prezentowała różne podejście do obszernej problematyki reformowania i zwracała uwagę na różne aspekty – choć można odnaleźć także ich wspólne cechy, zarówno w płaszczyźnie doboru poruszanych zagadnień, jak

i w płaszczyźnie podejmowanych w danym kraju rozwiązań. W dalszej części numeru zamieszczono serie artykułów porównawczych. W pierwszym z nich Carolyn Hughes Tuohy z University of Toronto w interesujący sposób zestawia zmiany zachodzące w ostatnich latach w USA, Wielkiej Brytanii i Kanadzie, zmiany kształtowane przez odmienne w każdym z systemów relacje między poszczególnymi aktorami systemu, w szczególności relacje między państwem a przedstawicielami zawodów medycznych, mające podłoże w historycznych początkach rozwoju sektora ochrony zdrowia w każdym z państw. Kolejną próbę porównania podejmuje na łamach „Health Affairs” Karen Davis z Commonwealth Fund, przedstawiając wspólne problemy i „alternatywne strategie” Australii, Wielkiej Brytanii, Kanady, Nowej Zelandii i USA – krajów, w których, jak w wielu innych, zaobserwowano w latach 90. zjawiska wzrostu wydatków na zdrowie i wyzwania w dziedzinie informacji i jakości.

Na koniec wspomnieć należy, iż także wśród kolejnych prac zamieszczonych w omawianym numerze, nie stanowiących dorobku sympozjum, kolejni autorzy podjęli problematykę reform ochrony zdrowia – w różnych kontekstach, różnych krajach, różnych zestawieniach. Jednak skromne możliwości objętościowe niniejszego tekstu nie pozwalają na przybliżenie wszystkich – zainteresowanych odesłać więc wypada do źródeł – do „Health Affairs” tom 18 nr 3 oraz do kolejnych numerów tego wydawnictwa.

Anna Szetela
Instytut Zdrowia Publicznego
Wydział Ochrony Zdrowia UJ

Jeunes: L'Âge des indépendences. „Economie et Statistique” 2000, nr 7/8 (337–338).

„Economie et Statistique” to cenione francuskie czasopismo naukowe, wydawane przez INSEE (odpowiednik naszego GUS-u, ze znacznie bardziej rozbudowaną sekcją badawczą). Jego specyfiką jest częsta edycja zeszytów tematycznych. Wydany w zeszłym roku numer podwójny 7/8 poświęcony został problematyce usamodzielniania się ekonomicznego, zawodowego i mieszkaniowego francuskiej młodzieży¹. Ponieważ przedstawione opublikowanych w omawianym numerze artykułach tendencje zdają się występować i w naszym kraju, co więcej, również i ich przyczyny są zapewne podobne, pozwalam sobie na przedstawienie zawartości tej interesującej publikacji.

Większość zamieszczonych w omawianym numerze „Economie et Statistique” artykułów bazuje na przeprowadzonej przez INSEE ankiecie *Jeunes et carrières* z roku 1997², badającej dotychczasowe najważniejsze wydarzenia życiowe osób w wieku 19–29 lat. Ogółem badaniem objęto prawie 21 tys. osób urodzonych pomiędzy 1952 i 1978, przy czym w wieku 19–29 lat było prawie 9 tys. badanych.

Szczególne zainteresowanie procesem usamodzielniania się młodzieży nie jest przypadkiem. Obecnie bowiem moment rozpoczynania dorosłego życia wskutek tak przemian na rynku pracy, jak i przekształceń form i norm rodzinnych nie odbywa się w ściśle określonym okresie życia, jak to było dawniej. Autorzy wstępu do tomu – M.-A. Estrade i Ph. Zamora – stwierdzają bowiem, iż transformacja tak rynku pracy, jak i rodziny wstrząsnęły dotychczasowym systemem zabezpieczenia socjalnego, stwarzając trudno rozwiązywalne problemy oraz jednocześnie tworząc popyt na nowe metody badawcze zagadnienia.

Zazwyczaj poprzez proces usamodzielniania się rozumie się sekwencję zdarzeń prowadzących od ukończenia nauki poprzez rozpoczęcie stałej pracy do znalezienia samo-

¹ Pod wieloma względami należy uznać go za kontynuację numeru 4/5 (304–305) z roku 1997 poświęconego drogom życiowym młodzieży, w szczególności zaś dystansowi i współzależności poszczególnych generacji w rodzinie.

² Była to ankieta komplementarna w stosunku do ankiety *Emploi*, badającej problematykę zachowań jednostek na rynku pracy.

dzielnego mieszkania i zamieszkania w nim z partnerem. Doświadczenia dzisiejszej Francji wskazują, iż przedstawiony wyżej porządek nie strukturyzuje już procesu usamodzielniania się. Wbrew oczekiwaniom to nie tyle moment rozpoczynania powyższego procesu się opóźnia, ile wydłuża się sam okres przejścia od jednego stanu do drugiego. Zawarte w omawianym numerze „Economie et Statistique” artykuły poświęcone są analizom przyczyn i przesłanek warunkujących zakłócenia przejść z jednego stanu do drugiego.

Według badań O. Gallanda mediana wieku odejścia od rodziców i sformowania pierwszego związku nie zmieniła się pomiędzy 1992 a 1997 rokiem, natomiast pierwsze samodzielne mieszkanie i niezależność finansowa przychodzą obecnie później. Tym samym również wiek, w którym płaci się za zajmowane mieszkanie, podnosi się. W efekcie pomiędzy 1992 a 1997 dwukrotnie podniósł się odsetek młodych ludzi mieszkających poza domem rodziców, którzy korzystają z pomocy finansowej rodziców w opłacaniu zajmowanego *locum*. Wynikało to przede wszystkim z wydłużania się okresu pobierania nauki – studiujący są bowiem najczęściej wspomagani przez rodzinę.

Mężczyźni charakteryzują się bardziej zróżnicowanym wzorcem usamodzielniania się niż kobiety, co zapewne wynika z mocniejszego powiązania innych karier i zdarzeń z rozpoczęciem kariery zawodowej. W przypadku kobiet bowiem samodzielność oznacza zdecydowanie częściej sformowanie związku z samodzielnym finansowo partnerem (ułatwieniem jest w tym przypadku prawidłowość, iż mężczyźni są z reguły nieco starsi od swych partnerek).

W efekcie zarówno przemian na rynku pracy, jak i wymuszonego tym poniekąd wydłużania się okresu pobierania nauki, pomiędzy osobami urodzonymi na początku lat pięćdziesiątych a tymi urodzonymi pod koniec lat sześćdziesiątych dostęp do 3 atrybutów samodzielności (stała praca, samodzielne, opłacane przez siebie mieszkanie, sformowany związek) przed 22. rokiem życia zmniejszył się z 25% do 8% (przy czym w najniższym stopniu ów spadek wystąpiła wśród najmniej wykształconych).

D. Courgeau w swym artykule analizuje długookresową ewolucję wieku opuszczania domu rodzinnego. Autor wykorzystał stosowaną przez siebie od lat analizę historii zdarzeń, wyodrębniając dzięki temu wpływ przynależności do danej generacji (efekt generacji), wpływ koniunktury ekonomicznej (efekt okresu) oraz wpływ czynników indywidualnych i środowiska rodzinnego.

Analiza danych (w tym również badania z roku 1981, w którym respondentami były osoby urodzone pomiędzy 1911 a 1935) wskazuje, iż choć takie wydarzenia, jak kryzys gospodarczy lat 30. czy II wojna światowa, podnosiły wiek opuszczania domu rodziców, wpływ ich był krótkotrwały. Z kolei, widoczna we Francji od połowy lat 70. recesja ekonomiczna najprawdopodobniej zmodyfikowała na stałe wzorzec usamodzielniania się, podnosząc wiek na stałe. Co więcej, zawirowania na rynku pracy sprawiają, iż podstawową przesłanką opuszczania rodzinnego domu jest sformowanie związku (przede wszystkim kohabitacyjnego), nie zaś przyczyny zawodowe, jak dawniej. Jednocześnie potwierdzona została wspomniana wcześniej wyższa podatność mężczyzn na czynniki koniunkturalne przy podejmowaniu decyzji o usamodzielnieniu się.

Z nieco innych pozycji badała proces usamodzielniania się C. Villeneuve-Gokalp. Wyróżniła bowiem kilka różnych rodzajów samodzielności mieszkaniowej – począwszy od zamieszkiwania z rodzicami „na niepełny etat”, przez zamieszkiwanie w lokum opłaconym całkowicie bądź częściowo przez rodziców, aż do posiadania pełnej niezależności finansowej.

Najbardziej, zdaniem C. Villeneuve-Gokalp, zaskakuje fakt, iż pomimo postępującej homogenizacji typowych karier edukacyjnych mężczyzn i kobiet, wzrosła pomiędzy rokiem 1992 a 1997 od 1,3 do dwóch lat różnica między medianą wieku osiągnięcia niezależności finansowej przez przedstawicieli obu płci. Wiek opuszczania domu rodziców wzrósł wśród mężczyzn o pół roku, a wśród kobiet o 0,2 roku, natomiast wiek dochodzenia do niezależności finansowej odpowiednio o 1,7 i 1,4.

Względna stabilność wieku opuszczania rodzinnego gniazda wyjaśnić można jedynie szybkim rozwojem pomocy rodziców, w efekcie czego coraz większa część mieszkających samodzielnie dzieci nie jest jednocześnie niezależna finansowo. Pomiędzy 1992 a 1997 rokiem odsetek wspomaganych dzieci wzrósł znacząco – o ponad połowę wśród kobiet, zaś dwukrotnie wśród mężczyzn. Współczesny młody Francuz korzystający z pomocy finansowej rodziców w opłacaniu zajmowanego mieszkania otrzymuje ją przez trzy lata, Francuzka zaś przez dwa lata.

Intrygujące jest spostrzeżenie, iż ci, którzy korzystają z pomocy mieszkaniowej rodziców, jednocześnie później osiągają niezależność finansową. Po części związane jest to z pobieraniem nauki; rodzice są bardziej skłonni do wspomagania dzieci kontynuujących naukę.

Czynnikiem sprzyjającym zwiększeniu się zaangażowania rodziców w pomoc mieszkaniową swemu potomstwu było przyznanie we Francji od roku 1991 dodatków mieszkaniowych dla osób uczących się. Tym samym znaczna część młodzieży nie potrzebuje już pomocy finansowej niezbędnej do pokrycia całości kosztów wynajęcia mieszkania, lecz jedynie część.

Obserwuje się również wzrost odsetka mieszkających u rodziców „na niepełny etat”, tj. osób, które deklarują, iż głównie mieszkają w domu rodziców, lecz oprócz tego u swych przyjaciół, innych członków rodziny czy mniej lub bardziej stałych partnerów.

Kwestia związków pomiędzy rozpoczęciem kariery zawodowej a usamodzielnieniem się mieszkaniowym stanowi kluczowy problem artykułu B. Dortmont i S. Dufour-Kippen. Obie autorki próbują uzyskać odpowiedzi na pytania: czy wydłużony pobyt u rodziców poprawia start w pracy zawodowej, czy też zniechęca do podejmowania wysiłków w poszukiwaniu stałego etatu. Materiałem źródłowym było badanie telefoniczne przeprowadzone na 2,5 tys. osób, które w roku 1989 ukończyły szkołę i nie osiągnęły wykształcenia powyżej średniego zawodowego.

W przypadku kobiet widoczna jest wyższa wrażliwość na przyczynę opuszczania domu rodzicielskiego – jest nią przede wszystkim formowanie związku. Wśród mężczyzn zróżnicowanie ważności przyczyn jest znacznie mniejsze, zaś ważniejszą rolę niż związek odgrywają czynniki ekonomiczne – rozpoczęcie pracy zawodowej. Mężczyźni łatwiej rozpoczynają karierę zawodową, odznaczają się wyższym prawdopodobieństwem otrzy-

mania pracy, jak i pracy stałej. Dziewczęta częściej kończą szkoły nakierowane na naukę zawodu ze sfery usług, co z kolei zmniejsza szansę na otrzymanie stałego etatu. Okazuje się, iż praktyka, zwłaszcza w przypadku zawodów przemysłowych, częściej wykonywanych przez mężczyzn, posiada decydujące znaczenie dla otrzymania pracy. Jednocześnie wyższy zwrot z nakładów edukacyjnymi, mierzony w kategoriach szybszego wzrostu prawdopodobieństwa znalezienia pracy, występuje wśród kobiet.

Chcąc ocenić wpływ kariery zawodowej na uzyskanie samodzielności mieszkaniowej należy uprzednio podkreślić, iż interakcje pomiędzy dwiema powyższymi kategoriami mogą być dwojakie. Każda z nich traktowana być może jako zmienna wyjaśniająca zachowanie drugiej. Ekonometryczny model wykładniczy dwuczynnikowy przygotowany przez autorki, wskazuje na pozytywny, aczkolwiek słaby związek pomiędzy decyzją o usamodzielnieniu się mieszkaniowym a rozpoczęciem kariery zawodowej. Związek ten jest znacząco silniejszy wśród mężczyzn niż kobiet.

Mężczyźni mają łatwiejszy dostęp do lokali pozyskiwanych na warunkach rynkowych (tj. przez nich opłacanych), podczas gdy kobiety do mieszkań na warunkach nierynkowych (np. opłacanie przez rodziców czy przez partnera).

Charakterystyczne jest, iż spośród zmiennych demograficznych i quasi-demograficznych obok wieku badanej osoby jedynie aktywność zawodowa matki posiadała wpływ na decyzję o opuszczeniu domu rodziców. Intrygujące jest również to, iż o ile niepracująca matka, zwiększając niematerialne korzyści odnoszone ze wspólnego zamieszkiwania z nią, opóźnia decyzje o odejściu z rodzinnego gniazda synów, o tyle jednocześnie przyspiesza odejście córki. Bycie jedynakiem bardzo przybliża zachowania córek i synów odnośnie do decyzji o chwili opuszczania domu rodziców na stałe.

Jako ciekawostkę za autorkami przywołajmy, iż ok. 8–10% młodych Francuzów w wieku 20–24 lata, którzy żyją w związku, mieszka wraz z rodzicami jednego z partnerów. Wskazuje to, iż również w państwach znacznie zamożniejszych od naszego występuje wspólne zamieszkiwanie rodzin z różnych pokoleń.

Pozostałe artykuły mają jedynie pośredni związek z głównym tematem omawianego numeru „Economie et Statistique”. W pierwszym z nich F. Audier omawia zjawisko „dziedziczenia” miejsca pracy w sektorze publicznym we Francji. Okazuje się bowiem, iż fakt posiadania rodzica, a tym bardziej obojga rodziców, pracującego w sektorze publicznym znacznie wzmacnia prawdopodobieństwo, iż dana jednostka sama również będzie pracownikiem państwowym. Owo przekazywanie statusu dokonuje się w znacznym stopniu za pośrednictwem zwiększonych inwestycji w kapitał ludzki swego potomstwa przez pracowników sektora publicznego. Pracownicy ci są osobami o wyższym poziomie wykształcenia niż zatrudnieni w sektorze prywatnym, jednocześnie okazują większą dbałość o wykształcenie swego potomstwa. Z kolei we Francji lat 90. wyraźnie widoczny jest wzrost znaczenia w ramach sektora publicznego pracujących w sferze badań i edukacji kosztem zatrudnionych przy wykonywaniu funkcji *stricto* administracyjnych. W efekcie nowozatrudnieni przez państwowe instytucje są osobami wysoko wykwalifikowanymi, co zwiększa szansę, iż będą nimi dzieci rodziców więcej inwestujących w wiedzę swego potomstwa, czyli dotychczasowych pracowników sektora publicznego. Nie jest to jednakże je-

dyny, bądź nawet dominujący czynnik podwyższający szansę pracy w sektorze publicznym. Wykorzystany model regresji logistycznej wskazuje bowiem, iż fakt posiadania przynajmniej jednego rodzica zatrudnionego przez państwo posiada znacznie większy wpływ na reprodukcję statusu niż poziom wykształcenia. Zważywszy, iż większość stanowisk w sektorze publicznym we Francji obsadzanych jest poprzez przeprowadzenie konkursu (co uniemożliwia, a na pewno ogranicza, wszelkie formy nepotyzmu), wyjaśnieniem może być dokonująca się w rodzinach pracowników sektora publicznego transmisja postaw, wzmacniających wśród młodych ludzi przekonanie, iż państwo jest dobrym pracodawcą.

Na marginesie zauważmy, że reprodukcja statusu w większym stopniu dotyczy mężczyzn, aczkolwiek autorka opracowania nie pokusiła się o próbę wyjaśnienia przyczyn tej interesującej prawidłowości.

Kolejny artykuł pióra D. Meurs i S. Ponthieux dotyczy przejawu dyskryminacji kobiet na rynku pracy, jakim jest różnica w wysokości płacy uzyskiwanej przez osoby pracujące obojga płci. Autorki podkreślają, iż każda analiza zagadnienia musi brać pod uwagę występowanie trzech trudności mierzenia nierówności systemów wynagradzania: 1) brak znajomości całej kariery zawodowej (w przypadku kobiet, które częściej doznają przerw w pracy, oznacza to najczęściej przeszacowanie doświadczenia zawodowego); 2) brak informacji o związanej z wykonywaniem danego zawodu gotowości do elastycznego podchodzenia do czasu pracy, co z kolei prowadzi do przewartościowania wagi danych o wynagrodzeniu za godzinę (problem ten jest ważny zważywszy na występowanie „męskich” i „żeńskich” zawodów); 3) niepełne informacje o pracy w niepełnym wymiarze czasowym.

Odnosnie do pierwszej trudności – badane pracujące kobiety doświadczały trochę częściej bezrobocia i zdecydowanie częściej przechodziły w stan dezaktywacji zawodowej³. Okazuje się jednocześnie, że każdy rok pracy zawodowej w wyższym stopniu podnosi płacę mężczyzn niż kobiet.

Jeśli idzie o drugą kwestię, kobiety wybierają zawody wymagające mniej gotowości do pracy w nadgodzinach. W takich bowiem kategoriach wyjaśniać należy fakt, iż nawet wśród osób wykonujących ten sam zawód istnieje nadreprezentacja mężczyzn wśród osób o wyższej pozycji i statusie zawodowym.

Z kolei trzeci czynnik sprawia, iż o ile ogółem mężczyźni we Francji zarabiają średnio o ok. 26% więcej niż kobiety, to gdy przyjrzymy się jedynie pracującym w pełnym wymiarze czasu owa różnica zmniejsza się do 12%. A zatem zdecydowana większość różnicy poziomu wynagrodzeń pracowników obu płci wynika z odmiennego czasu pracy (średnio mężczyźni pracują tygodniowo o ok. 5 godz. dłużej).

Ogółem prawie 85% różnicy pomiędzy płacami kobiet i mężczyzn wyjaśnić można przez krótszy tygodniowy czas pracy kobiet i przez charakterystyki indywidualne (do-

³ Intrygujące są pod tym względem odpowiedzi pracujących respondentów w wieku 45 lat i więcej: o ile różnica dotycząca doświadczenia w przeszłości bezrobocia była nieznaczną (mężczyźni 44%, kobiety 48%), o tyle ta dotycząca występowania okresów dezaktywacji zawodowej była wręcz ogromna (odpowiednio 3% i 22%).

tychczasowa kariera zawodowa, zawód itp.). Obie przyczyny wyjaśniają po ok. 40–45% różnicy. A zatem 15% nie jest wyjaśniane racjonalnymi przesłankami i może zostać przypisane dyskryminacji kobiet na rynku pracy. Jeżeli ograniczyć się do pracujących w pełnym wymiarze czasu, część niewyjaśniana odpowiada jednakże aż za 48% różnicy (jedynie za 8% odpowiadają różnice czasu pracy).

A zatem, o ile różnice odnoszące się do populacji pracujących kobiet i mężczyzn w większości można racjonalnie wyjaśnić, o tyle różnice w bardziej homogenicznych subpopulacjach wynikają w połowie z praktyk dyskryminacyjnych. Dyskryminacja związana jest jednakże również z nierównymi szansami rozpoczęcia kariery zawodowej, czego znaczącym powodem jest wychowywanie przez kobiety potomstwa – czynnik o decydującym znaczeniu dla decyzji o aktywizacji zawodowej.

Porównanie efektywności dwóch form kształcenia zawodowego, liceum zawodowego oraz szkoły zawodowej połączonej z odbywaniem praktyki (umowa o przyuczeniu do zawodu), stanowi temat artykułu pióra V. Simonnet i V. Ulrich. We Francji władze poszczególnych departamentów określają najbardziej dostosowaną do lokalnych warunków strukturę szkolnictwa zawodowego. Stąd też widoczne jest znaczne zróżnicowanie odsetków osób korzystających z wymienionych powyżej form nauki zawodu.

Niemniej jednak wszędzie widoczna jest prawidłowość, iż osoby, które przeszły przez przyuczenie do zawodu łatwiej znajdują pracę, jak i częściej jest to praca na pełny etat. Dzieje się tak głównie ze względu na fakt, iż automatycznie pozyskują one kwalifikacje wymagane przez konkretnych pracodawców, a tym samym wyeliminowana zostaje konieczność dodatkowego szkolenia. Badania zamieszczone w omawianym artykule wskazują, iż – niezależnie od poziomu wykształcenia – przejście przez staż zawodowy wzmacnia szansę znalezienia pracy przez młodzież.

Poziom wykształcenia zawodowego, choć jak z powyższych uwag wynika, nie determinuje prawdopodobieństwa otrzymania pracy, odgrywa jednakże znaczną rolę, jeśli idzie o określenie poziomu otrzymywanego wynagrodzenia. Porównując bowiem zarobki absolwentów poszczególnych typów szkół, widoczna jest dodatnia korelacja pomiędzy poziomem wykształcenia a płacą.

Ostatni tekst dotyczy czynników warunkujących podejmowanie decyzji o rozpoczęciu pracy na własny rachunek, jak i sukces w prowadzeniu działalności gospodarczej. M.-A. Estrade i N. Missègue stwierdzają, iż od końca II wojny światowej liczba pracujących we Francji na własny rachunek poza rolnictwem zmniejszyła się. Dopiero od początku lat 80. następuje tendencja odwrotna, przy czym liczba rzemieślników spada dalej, wzrasta zaś liczba osób wykonujących zawody wolne, jak i świadczących niektóre usługi (handel, rekreacja, doradztwo).

Podstawowymi czynnikami wspomagającymi utrzymanie się na rynku osób pracujących na własny rachunek są czynniki, które pozwalają na zarządzanie ryzykiem związanym z prowadzeniem działalności gospodarczej. Wyróżniono ich dwa rodzaje: czynniki ułatwiające zarządzanie ryzykiem *ex post* i *ex ante*. W skład pierwszej grupy wchodzi możliwość mobilizowania zasobów całej rodziny w chwilach trudności finansowych oraz wielkość firmy. Do drugiej grupy zaliczono posiadane kwalifikacje i doświadczenie zawodowe oraz zaangażowanie w sieci społeczne – rodzinną i profesjonalną.

Dane, na podstawie których oceniano ważność poszczególnych czynników, pochodzą z ankiet *Formation et Qualification Professionnelle* (1993) i *Actifs Financiers* (1992) oraz *Systemu informacji o nowych przedsiębiorstwach*.

W 1994 roku firmy założone przez osoby po raz pierwszy podejmujące pracę na własny rachunek stanowiły jedynie 3% wszystkich przedsiębiorstw prywatnych. Osoby je zakładające miały średnio 30 lat, zaś 85% z nich posiadało wcześniejsze doświadczenia zawodowe jako pracownicy najemni (wcześniej zatrudnieni pracowali przeciętnie 13 lat).

Podstawową przyczyną, dla której rozpoczęcie własnej działalności gospodarczej było odwlekane do czwartej dekady życia, była konieczność zgromadzenia niezbędnego kapitału początkowego. Jego znaczna część pochodziła z pożyczek bankowych (od 94% w przypadku aptekarzy do 39% wśród handlowców i 29% wśród rzemieślników – różnice te w znacznym stopniu wynikały z odmiennej częstości korzystania z pożyczek). Skądinąd ci, którzy nie korzystają z kredytu bankowego, to przede wszystkim osoby o niskim poziomie kwalifikacji, wykonujący najprostsze – a zatem wymagające najniższych nakładów inwestycyjnych – usługi.

Poszczególne grupy zawodowe różnią się również znacznie proporcją i strukturą osób ze względu na okres niezbędny do pozyskania wymaganych w danej pracy kwalifikacji (nauka w systemie szkolnym, termin, staż praktykancki itp.). Najwyższy poziom kwalifikacji spotyka się w zawodach wolnych, najniższy w handlu. Z poziomem kwalifikacji i trudnością wejścia do danego zawodu (regulacje prawne określające szczegółowe warunki rozpoczęcia wykonywania danego zawodu) pozytywnie związane jest prawdopodobieństwo „przeżycia” przez firmę okresu pierwszych pięciu lat. Im większe wymagania związane z podjęciem pracy w danym zawodzie, tym większy odsetek firm, które działają na rynku po upływie pierwszej pięciolatki (od 69% wśród zawodów wolnych do 35% w handlu).

Możliwość akumulacji kapitału finansowego i doświadczeń profesjonalnych (*know-how*) w trakcie kariery zawodowej sprawiają, że łatwiej utrzymują się ci wcześniej zatrudnieni jako pracownicy najemni.

Jako ciekawostkę zaznaczmy, iż na obszarach, gdzie istnieją większe skupiska osób prowadzących zbliżoną działalność gospodarczą (a zatem tam, gdzie istnieje większa konkurencja) występuje jednocześnie większa szansa „przeżycia” przez firmę pierwszych lat. Związane jest to zapewne z odmiennym profilem firm na regionach o dużej i małej konkurencji. W przypadku tych pierwszych (tj. przede wszystkim firm turystycznych i z tzw. nowych branż) większe są korzyści z konkurencji; wspomaga ona często, zatrudniając jako podwykonawców, łatwiej jest również o pozyskanie nowej, niezbędnej do utrzymania się na rynku wiedzy.

Podobnie jak miało to miejsce w omawianym wcześniej przypadku pracowników sektora publicznego, również i wśród pracujących na własny rachunek mamy do czynienia z reprodukcją statusu, tj. z nadreprezentacją jednostek, których rodzic(e) pracował(li) jako samozatrudnieni poza rolnictwem. Wpływ na taką sytuację zapewne bardziej ma pomoc finansowa rodziny oraz dziedziczenie warsztatów pracy i klienteli (dlatego najwyższy odsetek reprodukcji widoczny jest u rzemieślników) niż czynniki świadomościowe – chęć naśladowania drogi zawodowej rodziców.

Badanie dróg dochodzenia przez współczesną młodzież do samodzielności finansowej i mieszkaniowej jest, jak widzimy z omawianych artykułów, możliwe na wiele – mniej lub bardziej bezpośrednich – sposobów. Prace zamieszczone w prezentowanym numerze „Economie et Statistique” wskazują jednakże jednoznacznie, iż dzisiejsza młodzież wskutek niekorzystnej sytuacji na rynku pracy ma coraz większe problemy z osiągnięciem samodzielności materialnej. W coraz większym stopniu korzysta z pomocy finansowej rodziców, naśladując jednocześnie ich – udane swoim zdaniem – strategie zachowań na rynku pracy. Towarzyszy temu wzrastające zróżnicowanie wzorców karier rodzinnych i zawodowych, gdyż oprócz jednostek wiernie naśladujących zachowania rodziców (np. wczesne zakończenie nauki i podjęcie pracy) znaczną grupę stanowią młodzi zmuszeni do naśladownictwa „adaptywnego” (np. kontynuacja nauki). Przypuszczać można, iż wraz z powolnym upodobnianiem się – zgodnie z teorią konwergencji – polskiej gospodarki do gospodarek krajów wysoko rozwiniętych, zaś stylu życia Polaków do wzorców rządzących zachowaniami obywateli krajów zachodnioeuropejskich, powyższe uwagi w coraz większym stopniu stosować się będą również do sytuacji w naszej Ojczyźnie.

Kończąc wypada jedynie zażyczyć sobie, aby splot szczęśliwych zdarzeń umożliwił wkrótce znalezienie równie obszernego materiału do napisania recenzji pracy dotyczącej usamodzielniania się młodzieży w Polsce.

Piotr Szukalski
Zakład Demografii
Uniwersytetu Łódzkiego

