

Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP w Warszawie została założona w 1993 roku. Jest jedną z najdłużej istniejących niepublicznych uczelni humanistycznych w Polsce. Placówki dydaktyczne są zlokalizowane w siedmiu miastach: Warszawie, Katowicach, Olsztynie, Lublinie, Człuchowie, Szczecinie i Wałbrzychu. Boga ta oferta edukacyjna obejmuje pięć kierunków studiów: pedagogikę, socjologię, politologię, pracę socjalną oraz filologię angielską. Uczelnia posiada uprawnienia do kształcenia na poziomie studiów I stopnia – licencjackich, II stopnia – magisterskich oraz podyplomowych. WSP TWP wykorzystuje w swojej działalności dydaktycznej nowatorskie rozwiązania edukacyjne, takie jak: tutoring i mentoring akademicki, coaching, stosowane w wiodących ośrodkach akademickich na świecie.

Uczelnia rozwija system kształcenia na odległość (e-learning), w ramach którego kształci studentów i słuchaczy z Polski oraz innych krajów. Jako nowoczesna uczelnia wykorzystuje fundusze europejskie, realizując kilkanaście projektów edukacyjnych i badawczych. Aby zapewnić jak najlepszą ofertę edukacyjną, uczelnia prowadzi współpracę międzynarodową i krajową z ośrodkami naukowo-badawczymi, innymi uczelniami, instytucjami kształcenia ustawicznego, organizacjami pozarządowymi oraz środowiskami biznesowymi. Dzięki aktywności Akademickiego Biura Karier prowadzi działania doradcze i aktywizujące absolwentów i studentów w celu zwiększenia ich szans na rynku pracy i w gospodarce opartej na wiedzy.

Seria książek „Nowa polityka społeczna” dotycząca rozwoju usług społecznych (i socjalnych) w Polsce powstała w ramach projektu „Społecznie Odpowiedzialna Uczelnia”, realizowanego przez Wyższą Szkołę Pedagogiczną TWP w Warszawie ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Publikacje poruszają zagadnienia związane z teorią i praktyką usług społecznych realizowanych w ramach systemu zabezpieczenia społecznego, pracy socjalnej i środowiskowej, gospodarki społecznej, społecznie odpowiedzialnego biznesu. Seria prezentuje cztery prace zbiorowe uznanych polskich ekspertów, którzy wnoszą nowe spojrzenie na zagadnienia społeczne.

**Przeobrażenia sfery usług  
w systemie zabezpieczenia  
społecznego w Polsce**

**Mirosław Grewiński,  
Barbara Więckowska**

redakcja  
**Mirosław Grewiński, Barbara Więckowska**

## **Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce**



PRZEOBRAŻENIA SFERY USŁUG  
W SYSTEMIE ZABEZPIECZENIA  
SPOŁECZNEGO W POLSCE



**Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP w Warszawie**

Redakcja

Mirosław Grewiński, Barbara Więckowska

---

**PRZEOBRAŻENIA SFERY USŁUG  
W SYSTEMIE ZABEZPIECZENIA  
SPOŁECZNEGO W POLSCE**

Warszawa 2011

## **Rada Programowa**

prof. dr hab. Julian Auleytner, prof. dr hab. Andrzej Rejzner,  
dr hab. Mirosław Grewiński, dr hab. Ryszard Szarfenberg

## **Recenzenci:**

prof. dr hab. Julian Auleytner  
dr hab. Cezary Żołędowski

## **Projekt okładki**

Sopocka Grupa Marketingowa Sp. z o.o.

© Copyright by Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP w Warszawie,  
Warszawa 2011

ISBN 978-83-61121-47-3



Realizacja wydawnicza: Dom Wydawniczy ELIPSA  
ul. Inflancka 15/198, 00-189 Warszawa  
tel./fax 22 635 03 01, 22 635 17 85  
e-mail: [elipsa@elipsa.pl](mailto:elipsa@elipsa.pl), [www.elipsa.pl](http://www.elipsa.pl)



Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP w Warszawie  
ul. Pandy 13, 02-202 Warszawa  
tel. +48-22 823-66-23, fax: +48-22 823-66-69  
<http://www.wsptwp.eu>

Książka jest przeznaczona do bezpłatnej dystrybucji, powstała w ramach projektu „Społecznie Odpowiedzialna Uczelnia” realizowanego przez Wyższą Szkołę Pedagogiczną TWP w Warszawie, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, Program Operacyjny Kapitał Ludzki, Priorytet IV. Szkolnictwo Wyższe i Nauka, Działanie 4.2. Rozwój kwalifikacji kadr systemu B+R i wzrost świadomości roli nauki w rozwoju gospodarczym.



Publikacja wydrukowana na papierze ekologicznym

# Spis treści

---

Informacja o projekcie .....	7
Noty o autorach .....	13
Wstęp	
<i>Mirosław Grewiński</i> .....	17
Transformacja polityki społecznej w Europie – główne kierunki reorganizacji	
<i>Mirosław Grewiński</i> .....	21
Polityka społeczna i usługi społeczne	
<i>Ryszard Szarfenberg</i> .....	43
Usługi społeczne w sferze zdrowia – w kierunku prywatnego uczestnictwa	
<i>Magdalena Osak</i> .....	74
Usługi społeczne w opiece długoterminowej	
<i>Barbara Więckowska, Elżbieta Szwalkiewicz</i> .....	118
Usługi w pomocy społecznej	
<i>Izabela Rybka, Ewelina Wiszczun</i> .....	158
Usługi w obszarze ubezpieczeń społecznych	
<i>Joanna Owczarek, Joanna Plak</i> .....	213
Usługi w polskim systemie zabezpieczenia społecznego – dalsze kierunki przemian	
<i>Barbara Więckowska</i> .....	261
Zakończenie	
<i>Mirosław Grewiński, Barbara Więckowska</i> .....	271
Bibliografia .....	283

# TRANSFORMATION OF SOCIAL SERVICES IN POLISH SOCIAL SECURITY SYSTEM

Mirosław Grewiński, Barbara Więckowska (ed.)

## Table of Contents

---

Information about the project.....	7
Notes about the authors .....	13
Introduction	
<i>Mirosław Grewiński</i> .....	17
Transformation of social policy in Europe – main directions of reorganisation	
<i>Mirosław Grewiński</i> .....	21
Social policy and social services	
<i>Ryszard Szarfenberg</i> .....	43
Social services in healthcare system – towards privatisation	
<i>Magdalena Osak</i> .....	74
Social services in the long-term care	
<i>Barbara Więckowska, Elżbieta Szwałkiewicz</i> .....	118
Services in social assistance	
<i>Izabela Rybka, Ewelina Wiszczun</i> .....	158
Services in social insurance sector	
<i>Joanna Owczarek, Joanna Plak</i> .....	213
Services in the Polish social security system – further directions of changes	
<i>Barbara Więckowska</i> .....	261
Conclusions	
<i>Mirosław Grewiński, Barbara Więckowska</i> .....	271
Bibliography .....	283



# Informacja o projekcie

---

## **Cel i główne zadania projektu**

Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP w Warszawie realizowała od dnia 1 kwietnia 2009 roku do 30 kwietnia 2011 roku projekt „*Spolecznie Odpowiedzialna Uczelnia*”. Projekt uzyskał dofinansowanie z Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki w ramach Priorytetu IV – Szkolnictwo Wyższe i Nauka, Działanie 4.2. Rozwój kwalifikacji kadr systemu B+R i wzrost świadomości roli nauki w rozwoju gospodarczym.

Głównym celem projektu „*Spolecznie Odpowiedzialna Uczelnia*” było wypracowanie nowatorskiego podejścia do usług społecznych w ramach czterech interdyscyplinarnych grup roboczych skupionych wokół tematów związanych z: wielosektorową polityką społeczną, pedagogiką społeczną, gospodarką społeczną oraz społecznie odpowiedzialnym biznesem. Wyboru tych subdyscyplin dokonano ze względu na wiążące się z nimi duże nadzieje na tworzenie większej integracji i spójności społecznej. Powołane zostały cztery grupy robocze, składające się z naukowców, przedstawicieli sektora publicznego i pozarządowego oraz biznesowego, a także studentów. W ramach każdej z grup toczyła się dyskusja naukowa oraz wymiana poglądów dotycząca perspektyw rozwoju poszczególnych subdyscyplin. Umożliwiło to realizację kolejnego celu jakim była integracja środowisk zajmujących się szeroko rozumianą polityką społeczną w Polsce.

Wspólnym elementem debaty było analizowanie poszczególnych subdyscyplin przez pryzmat usług społecznych. W ramach grup roboczych przeanalizowane zostały takie czynniki determinujące rozwój usług społecznych jak finansowanie, aspekty prawne, produkcja i dostarczanie usług, pluralizm usługodawców, efektywność i skuteczność usług, ich różnorodność, ocena jakości usług.

W wyniku spotkań i dyskusji naukowej, a także studiów i analiz powstały cztery prace naukowe. Jedną z nich jest książka, którą mają Państwo w rękach.



## Pozostałe zadania projektu

Istotnym zadaniem przewidzianym w projekcie „*Spolecznie Odpowiedzialna Uczelnia*” było upowszechnienie myśli zachodnich ekspertów i naukowców z zakresu nauk społecznych poprzez przetłumaczenie jedenastu publikacji książkowych. Były to książki do tej pory nieobecne na rynku w wersji polskiej, a dzięki projektowi zostały upowszechnione wśród środowisk naukowych i decyzyjnych wraz z publikacjami powstałymi w toku prac grup roboczych.

W celu popularyzacji nowej polityki społecznej uruchomiony został interaktywny portal edukacyjny [www.spolecznieodpowiedzialni.pl](http://www.spolecznieodpowiedzialni.pl). Zawiera on bogate treści merytoryczne. Ponadto portal był głównym narzędziem promującym działania projektu „*Spolecznie Odpowiedzialna Uczelnia*”.

Mając na celu upowszechnienie idei społecznej odpowiedzialności wśród studentów i młodych naukowców zorganizowano konkurs składający się z części merytorycznej i fotograficznej. Fotografie były prezentowane podczas mobilnej wystawy, która była prezentowana w sześciu miastach Polski – Człuchowie, Lublinie, Katowicach, Olsztynie, Szczecinie, Warszawie – na wydziałach Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP w Warszawie.

Wszystkie rezultaty i produkty projektu zostały przedstawione podczas trzydniowej, międzynarodowej konferencji naukowej. Wzięli w niej udział uczestnicy grup roboczych, przedstawiciele nauki, biznesu, studenci, a także eksperci zagraniczni.

Projekt był realizowany przez zespół zarządzający w składzie:

Anna Cygan – koordynatorka projektu  
dr hab. Mirosław Grewiński – ekspert ds. polityki społecznej  
Katarzyna Hryćko – specjalistka ds. promocji i PR  
Eliza Potyra – specjalistka ds. finansowych  
Marek Pyz – specjalista ds. organizacji  
Anna Świątek – asystentka koordynatorki projektu

## Information about the project

---

Since 1st April 2009 the Higher School of Pedagogy of the Society of Public Knowledge in Warsaw has been carrying out the *Socially Responsible University* project which will end on 30th April 2011. The project was subsidized from the Human Capital Operational Programme, Priority IV: Higher Education and Science, Measure 4.2: Development of R&D system staff qualifications and improving the awareness of the role of science in economic growth.

The main aim of the *Socially Responsible University* project was developing an innovative approach to social services within four interdisciplinary working groups focused on topics connected with: the new social policy, new social pedagogy, social economy and socially responsible business. These subdisciplines were chosen because of high hopes for better social integration and integrity set in them. Four working groups consisting of scientists, representatives of public, non-governmental and business sectors and university students, were established. Within each group there was a scientific debate going on concerning perspectives for development of particular subdisciplines. It allowed for realizing the next objective, namely, integration of communities concerned with social policy in Poland.

The common element of the debates was analysing particular subdisciplines against social services. The working groups analysed such factors determining social services as financing, legal aspects, production and supply of services, pluralism of service providers, effectiveness of services, diversity, evaluation of service quality.

As a result of the meetings and scientific discourse, studies and analyses, there were four scientific books created. One of them is the book you are reading.

An important task of the *Socially Responsible University* was dissemination of western experts' ideas in the field of social sciences by translating eleven books. These books had been previously unavailable in Polish versions and thanks to the project they were distributed in scientific and governing communities together with publications written in the working groups.

An interactive educational website, [www.spolecznieodpowiedzialni.pl](http://www.spolecznieodpowiedzialni.pl), was launch in order to popularise new social sciences. It contains rich content on the matter. Furthermore, the website was the main tool for promoting the *Socially Responsible University* project.

With the aim of dissemination of the idea of social responsibility among university students and young scientists, a competition was organised, including a part concerned with the merits of the topic and a photography contest. The pictures were presented also at a mobile exhibition, which visited six Polish cities – Czluchów, Lublin, Katowice, Olsztyn, Szczecin, Warsaw – departments of the Higher School of Pedagogy of the Society of Public Knowledge in Warsaw.

All the activities and results of the project were presented during a three-day international scientific conference attended by members of the working groups, representatives from the fields of science and business, university students as well as foreign experts.

**Publikacje książkowe wydane przez Wydawnictwo Wyższej  
Szkoły Pedagogicznej TWP w Warszawie w ramach projektu  
„Społecznie Odpowiedzialna Uczelnia”**

**Seria „Współczesna polityka społeczna”**

1. G. Esping-Andersen, *Społeczne podstawy gospodarki postindustrialnej*, Warszawa 2010, [*Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press, 1999].
2. J. G. Daley, *Postępy w pracy socjalnej*, Warszawa 2010, [*Advances in Social Work: Special Issue on The Futures of Social Work*, Indiana University School of Social Work, 2005].
3. T. Inglot, *Welfare States w Europie Środkowo-Wschodniej w latach 1919–2004*, Warszawa 2010, [*Welfare States in East Central Europe, 1919–2004*, Cambridge University Press, 2008].
4. N. Barr, *Państwo dobrobytu jako skarbonka. Informacja, ryzyko, niepewność a rola państwa*, Warszawa 2010, [*The Welfare State as Piggy Bank: Information, Risk, Uncertainty, and the Role of the State*, Oxford University Press, 2001].
5. A. Henriques, J. Richardson, *TBL czy wszystko się zgadza?*, Warszawa 2010, [*The Triple Bottom Line: Does It All Add Up?: Assessing the Sustainability of Business and CSR*, Earthscan, 2004].
6. A. Brandstaetter, P. Herrmann, C. O’Connell, *Definiowanie usług socjalnych w kontekście europejskim – od ogółu do szczegółu*, Warszawa 2010, [*Defining Social Services In Europe: Between Particular and the General*, Nomos, 2007].
7. J. Mair, J. Robinson, K. Hockerts (red.), *Przedsiębiorczość społeczna*, Warszawa 2010, [*Social Entrepreneurship*, Palgrave Macmillan, 2006].
8. M. Powell (red.), *Zrozumieć wielosektorową gospodarkę dobrobytu*, Warszawa 2010, [*Understanding the Mixed Economy of Welfare*, Policy Press, 2009].
9. M. Chauvière, M. Sassier, B. Bouquet, R. Allard, B. Ribes, *Uwarunkowania polityki rodzinnej w ujęciu historycznym, prawnym i politycznym*, Warszawa 2011, [*Les implicites de la politique familiale Approches historiques, juridiques et politique*, Dunod, 2000].
10. A. Evers, R.G. Heinze (red.), *Niemiecka polityka społeczna: Ekonomizacja i przekraczanie barier*, Warszawa 2011, [*Sozialpolitik: Ökonomisierung und Entgrenzung*, Springer SBM, 2008].
11. Oz Almog, *Wielokulturowy Izrael*, Warszawa 2011.

**Seria „Nowa Polityka Społeczna”**

1. M. Grewiński, B. Więckowska (red.), *Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce*, Warszawa 2011.
2. M. Grewiński, B. Skrzypczak (red.), *Środowiskowe usługi społeczne – nowa perspektywa polityki i pedagogiki społecznej*, Warszawa 2011.
3. M. Grewiński, M. Rymśa (red.), *Polityka aktywizacji w Polsce. Usługi reintegracji w sektorze gospodarki społecznej*, Warszawa 2011.
4. M. Bonikowska, M. Grewiński (red.), *Usługi społeczne odpowiedzialnego biznesu*, Warszawa 2011.

## Noty o Autorach

---

### **dr hab. Mirosław Grewiński**

Polityk społeczny. Zajmuje się wielosektorową polityką społeczną i usługami społecznymi. Autor 140 publikacji naukowych, w tym ponad 20 książek. Pracuje w Wyższej Szkole Pedagogicznej TWP w Warszawie, gdzie jest Pełnomocnikiem Rektora ds. Projektów. Jest doradcą merytorycznym w projekcie „Społecznie Odpowiedzialna Uczelnia”. Pełni też funkcję doradcy Komentanta Głównego OHP. Członek Polskiego Towarzystwa Polityki Społecznej i Polskiego Oddziału Klubu Rzymskiego ([www.mirek.grewinski.pl](http://www.mirek.grewinski.pl)).

### **dr Magdalena Osak**

Adiunkt w Katedrze Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu. Interesują ją zagadnienia związane z konstrukcją systemów zabezpieczenia zdrowotnego i włączaniem w ich struktury ubezpieczenia zdrowotnego jako jednej z metod finansowania świadczeń zdrowotnych. W obszarze zainteresowań znajdują się także kwestie związane z prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi, ze szczególnym uwzględnieniem aspektu produktowego.

### **dr Joanna Owczarek**

Adiunkt w Katedrze Ubezpieczenia Społecznego SGH, a także wykładowca z zakresu ubezpieczeń w innych uczelniach. W latach 2002–2008 ekspert ds. zabezpieczenia emerytalnego w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych, arbiter Sądu Polubownego przy Rzeczniku Ubezpieczonych. Doradca Izby Gospodarczej Towarzystw Emerytalnych (2008–2009), autorka i współautorka publikacji z zakresu ubezpieczeń i systemów emerytalnych.

**dr Joanna Plak**

Absolwentka Uniwersytetu Warszawskiego (WDiNP, IPS). Pracuje w WSP TWP w Warszawie w Katedrze Politologii. Do jej zainteresowań badawczych należy polityka społeczna ze szczególnym uwzględnieniem włoskiej polityki społecznej oraz ubezpieczeń emerytalnych. Autorka książki oraz licznych artykułów poświęconych tym zagadnieniom. Członkini PTPS. W 2010 r. skończyła studia podyplomowe z zakresu Public Relations w badaniach naukowych. Posiada certyfikat trenera akademickiego.

**dr Izabela Rybka**

Pracownik Instytutu Profilaktyki Społecznej i Pracy Socjalnej w Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. Zainteresowania badawcze dotyczą przede wszystkim modernizacji systemu pomocy społecznej i rozwoju pracy socjalnej oraz współpracy jednostek samorządu terytorialnego z organizacjami pozarządowymi w zakresie realizacji celów i zadań polityki społecznej.

**dr hab. Ryszard Szarfenberg**

Adiunkt w Instytucie Polityki Społecznej Uniwersytetu Warszawskiego. Ekspert przy opracowaniu Narodowej Strategii Integracji Społecznej 2004–2010. Przewodniczący Rady Wykonawczej Polskiego Komitetu European Anti-Poverty Network, członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Polityki Społecznej. Autor wielu publikacji z zakresu teorii polityki społecznej i *welfare state*, rozwoju społecznego, ewaluacji, pomocy społecznej, wykluczenia społecznego, europejskiej i międzynarodowej polityki społecznej. Jego książka *Krytyka i afirmacja polityki społecznej* została uznana przez Komitet Nauk o Pracy i Polityce Społecznej Polskiej Akademii Nauk za najlepszą pracę naukową opublikowaną w 2008 r.

**dr Elżbieta Szwalkiewicz**

Jej zainteresowania zawodowe koncentrują się na poprawie losu osób, które z powodu choroby lub urazu są przewlekle chore i niesamodzielne. Jest inicjatorem powstania i prezesem Stowarzyszenia na Rzecz Chorych Długotrwale Unieruchomionych „Niebieski Parasol”, które działa w Olsztynie od 14 lat. Od 2001 roku pełni funkcję konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Jest członkiem Rady ds. Osób Niesamodzielnych, działającej przy Ministrze Zdrowia.



**dr Barbara Więckowska**

Jest adiunktem w Katedrze Ubezpieczenia Społecznego w SGH. Zajmuje się przede wszystkim wykorzystaniem metody ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem choroby. Członek Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego (sekretarz Oddziału Mazowieckiego) oraz Polskiego Towarzystwa Polityki Społecznej. Autorka licznych artykułów (z zakresu zarządzania ryzykiem, publicznych i prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych i pielęgnacyjnych) oraz ekspertyz (dla Banku Światowego, Senatu, Ministerstwa Zdrowia, Polskiego Związku Lekarskiego).

**dr Ewelina Wiszczun**

Jest pracownikiem naukowym Uniwersytetu Śląskiego od 2004 roku. Adiunkt w Zakładzie Polityki Społecznej Instytutu Nauk Politycznych i Dziennikarstwa. Członkini Polskiego Towarzystwa Polityki Społecznej. Autorka licznych publikacji naukowych, analiz i ekspertyz z zakresu problematyki społecznej i europejskiej. Jej zainteresowania naukowe skupiają się wokół polityki spójności UE, gospodarczego i społecznego wymiaru integracji europejskiej. W obszarze polskiej polityki społecznej skupia się na badaniu zagadnień związanych z polityką zatrudnienia i rynku pracy, koncepcji *flexicurity*. Poza pracą dydaktyczną realizuje się w obszarze projektów badawczych i szkoleniowych, współpracując przy tym z wieloma instytucjami w Polsce i Europie.



MIROSŁAW GREWIŃSKI

## Wstęp

---

Oddajemy do rąk Czytelnika książkę poświęconą przeobrażeniom usług społecznych w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce. Praca ta jest jednym z czterech tomów, przygotowanych przez zespół ekspertów pracujących w ramach projektu „Społecznie Odpowiedzialna Uczelnia” realizowanego przez Wyższą Szkołę Pedagogiczną Towarzystwa Wiedzy Powszechnej w Warszawie przy wykorzystaniu środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Projekt umożliwił zawiązanie eksperckiej grupy roboczej „Polityka społeczna”, która zajęła się problematyką usług społecznych w kontekście procesów zmian i reorganizacji *welfare state* w Polsce na tle reform inicjowanych w państwach zachodnich. Eksperci skupili się przede wszystkim na przemianach, które zaobserwować można w czterech obszarach systemu zabezpieczenia społecznego: zdrowiu, opiece długoterminowej, pomocy społecznej i ubezpieczeniach społecznych. Wybór tych obszarów, do analizy naukowej w tej książce, podyktowany był z jednej strony przyjrzeniem się wybranym, najważniejszym obszarom zabezpieczenia społecznego, z drugiej strony logiką całego projektu, w ramach którego pracowały jeszcze trzy inne grupy robocze, skupione na takich zagadnieniach jak: aktywna polityka i gospodarka społeczna, praca socjalna i edukacja środowiskowa oraz społecznie odpowiedzialny biznes. A zatem w tomie tym, aby wyeksponować procesy zmian w czterech wybranych obszarach systemu bezpieczeństwa socjalnego, celowo pominięto inne szczegółowe polityki społeczne, takie jak polityka rynku pracy, edukacyjna, czy mieszkaniowa.

Celem tej publikacji jest skupienie się przede wszystkim na usługach społecznych, które stanowią bardzo ważny segment polityki społecznej, w tym zabezpieczenia społecznego, a które w Polsce nie są w dostateczny sposób przeanalizowane od strony naukowej, szczególnie w kontekście zmian jakie obserwujemy w ostatnich latach.

W wielu opracowaniach zagranicznych analizuje się sferę usług z różnych stron – finansowania, udostępniania i produkcji usług, standaryzacji i jako-

ści, zarządzania i koordynacji. Tymczasem w Polsce mamy niewystarczającą wiedzę w tym względzie i deficyt opracowań *stricto* naukowych poświęconych właśnie usługom społecznym. Warto zaznaczyć, że w literaturze zachodniej, w większości analiz na temat tzw. nowej polityki społecznej, bierze się pod uwagę przede wszystkim produkcję świadczeń i dostarczanie usług społecznych. Być może wynika to stąd, że jak twierdzi J. Alber, [...] *polityka społeczna zmierza w kierunku świadczenia usług społecznych, które nieuchronnie muszą przejąć wiodącą rolę w polityce społecznej. Usługi społeczne stają się coraz ważniejszym składnikiem struktury państwa opiekuńczego i istnieje pilna konieczność przeorientowania badań w tym kierunku*<sup>1</sup>. Coraz większe zainteresowanie badaczy problematyką usług społecznych związane jest z utrwalaniem się współcześnie nowego paradygmatu polityki społecznej, charakteryzującego się kilkoma ważnymi elementami, które można sprowadzić do następujących zagadnień.

W coraz większym stopniu polityka społeczna ma charakter aktywizujący. Przez wiele lat w Europie Zachodniej, a przez ostatnie dwie dekady także w Polsce, dominował model pasywnej i osłonowej polityki społecznej, który oparty był głównie na transferach świadczeń finansowych, ewentualnie rzeczowych. Rozwój usług społecznych nie stanowił priorytetu działań państwa, a społeczeństwo nie miało rozbudzonych potrzeb w tym względzie. Współczesność ulega to jednak zmianie. Coraz więcej obywateli domaga się respektowania praw socjalnych i wyraźniej artykułuje swoje oczekiwania, które mają charakter coraz bardziej zindywidualizowanych i różnorodnych potrzeb. Ponieważ państwo nie jest w stanie sprostać tym coraz większym oczekiwaniom społecznym, koniecznym staje się rozwój pluralizmu i wielosektorowości w oferowaniu usług. Postępuje urynkowienie i uspołecznienie usług społecznych, a nawet ich częściowa prywatyzacja. Zmienia się finansowanie i organizacja usług, tak aby w różnorodnym systemie (*welfare mix*) każdy znalazł coś dla siebie.

Ponadto postępuje decentralizacja polityki społecznej, polegająca na zbliżeniu się instytucji do obywatela. Podmioty samorządowe i obywatelskie coraz częściej muszą odpowiadać przed społecznością lokalną za organizację usług społecznych. Aby sprostać tym wyzwaniom samorządy lokalne coraz częściej szukają sojuszników i różnorodnych pozapublicznych interesariuszy wśród organizacji pozarządowych, instytucji kościelnych, czy też prywatnych usługodawców. Rośnie znaczenie partnerstwa będącego krokiem ku większej integracji usług.

Większego znaczenia w polityce społecznej nabiera współcześnie profesjonalizacja i menedżeryzacja zadań społecznych. Coraz więcej funkcji socjalnych instytucji państwa i innych podmiotów podlega ewaluacji, ocenie

---

<sup>1</sup> J. Alber, *A Framework for the Comparative Study of Social Service*, "Journal of European Social Policy" 5/2, s. 132.

skuteczności i efektywności, a także racjonalności ponoszonych nakładów. Wystandardyzowane usługi społeczne stanowią dobry „materiał” do analizy racjonalności polityki społecznej. Kadry polityki społecznej muszą podnosić stale kwalifikacje aby realizować nowe zadania polityki społecznej.

Zwraca się także uwagę na fakt, że usługi społeczne mają charakter inwestycyjny, rozwojowy, że są powiązane z gospodarką i rynkiem pracy. Przyczyniają się bowiem do rozwoju kapitału ludzkiego i społecznego, często mają charakter wyprzedzający w stosunku do problemów społecznych, mogą być ważnym elementem ekonomizacji polityki społecznej i zatrudnienia.

Miedzy innymi z uwagi na powyżej podane przyczyny, wyszliśmy z założenia w tym projekcie, że warto zająć się usługami społecznymi z punktu widzenia naukowego. Tym bardziej, że zalecenia Komisji Europejskiej formułowane w Białej i Zielonej Księdze nt. Usług Użyteczności Publicznej<sup>2</sup> zachęcają państwa członkowskie UE do rozwoju zindywidualizowanych, powszechnych, łatwo dostępnych usług publicznych, odpowiadających na potrzeby socjalne społeczeństw.

W książce zaprezentowano problematykę usług społecznych w kontekście przemian, dokonujących się na naszych oczach, a które rzadko kiedy potrafimy nazwać i zdefiniować. Czasami też wolimy nie dostrzegać pewnych procesów, szczególnie urynkowania i prywatyzacji usług, co jednak ma miejsce i, jak się przekonamy z treści niektórych rozdziałów, nie jest takie wyjątkowe. Politycy społeczni, podobnie jak społeczeństwo polskie, często wzbraniają się przed uświadomieniem faktu, że usługi społeczne dostarczają także dostawcy niepubliczni. Tymczasem w wielu państwach w Europie i na świecie uspołecznienie czy urynkowanie usług jest tak wysokie, że państwo i sektor publiczny bez niepublicznych producentów, nie mogłoby realizować swoich funkcji i zadań społecznych<sup>3</sup>.

Problemem, który ujawnia się już na wstępie niniejszej pracy jest ukazanie tła przemian *welfare state* i samo zdefiniowanie usług społecznych, które można rozpatrywać w szerokim i w wąskim sensie. Dlatego też w rozdziale pierwszym zaprezentowano w szerszym zakresie problematykę reorganizacji polityki społecznej, obserwowaną na tle doświadczeń państw europejskich w ostatnich trzech dekadach. Scharakteryzowano główne procesy jakie wiązały się z reformą programów społecznych w Europie w kontekście rozwoju usług społecznych. Omówione zostały takie procesy jak: decentralizacja i demonopolizacja polityki społecznej, komercjalizacja i uspołecznienie usług, menedżeryzacja i profesjonalizacja w organizacji usług społecznych.

---

<sup>2</sup> Biała i Zielona Księga nt. Usług Użyteczności Publicznej, Komisja Europejska, Bruksela maj 2003 i 2004.

<sup>3</sup> M. Grewiński, *Wielosektorowa polityka społeczna – o przeobrażeniach państwa opiekuńczego*, Warszawa 2009.

Rozdział drugi autorstwa R. Szarfenberga wprowadza teoretycznie w problematykę usług społecznych. Zostały w nim szczegółowo przeanalizowane zagadnienia definicyjne usług społecznych i zaprezentowano naukowe podejście, jakie przyjął zespół autorów pracy.

Tematem trzeciego rozdziału jest kontrowersyjny temat prywatyzacji i urynkwienia usług społecznych w sferze zdrowia. Magdalena Osak bardzo szczegółowo przeanalizowała ewolucję finansowania i dostarczania usług zdrowotnych w Polsce oraz ukazała przekształcenia własnościowe, jakie towarzyszą zakładom opieki zdrowotnej i szpitalom.

W kolejnym, czwartym rozdziale, Barbara Więckowska i Elżbieta Szwalkiewicz podjęły temat usług świadczonych w ramach opieki długoterminowej w Polsce, wskazując na liczne deficyty i problemy związane z brakiem systemowych rozwiązań w tym zakresie. Na uwagę zasługuje postulat konieczności wyodrębnienia systemu opieki długoterminowej jako podsystemu zabezpieczenia społecznego, niezależnego od systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.

Usługom socjalnym w systemie pomocy społecznej w naszym kraju w rozdziale piątym przyjrzały się Izabela Rybka oraz Ewelina Wiszczun wskazując na tradycyjne usługi opiekuńcze, pielęgnacyjne, sanitarne i specjalistyczne, jak również na nowe formy usług związanych z integracją i aktywizacją społeczno-zawodową.

Przedostatni, szósty rozdział, autorstwa Joanny Owczarek i Joanny Plak, jest eksperymentem intelektualnym, gdyż autorki próbują kwestię ubezpieczeń społecznych powiązać z usługami społecznymi. Charakteryzując mieszany system ubezpieczeń społecznych w Polsce autorki zastanawiają się czy można byłoby traktować ubezpieczenie jako *quasi* usługę społeczną?

W ostatnim rozdziale Barbara Więckowska nakreśla dalsze kierunki przemian sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego a w Zakończeniu tomu jego redaktorzy dokonują całościowego podsumowania.

Wyrażamy nadzieję, że lektura książki będzie inspirująca dla Czytelników i wpłynie na zwiększenie zainteresowania wśród badaczy i działaczy społecznych problematyką usług społecznych na tle przeobrażeń polityki społecznej jakie się dokonują współcześnie. Jest to o tyle istotne, gdyż jak się wydaje problematyka ta ma współcześnie duże szanse rozwoju, biorąc pod uwagę praktyczne doświadczenia państw europejskich i zachodni dorobek naukowy w tym zakresie.

Pragniemy w tym miejscu podziękować recenzentom pracy – Profesorowi Julianowi Auleytnerowi i Profesorowi Cezaremu Żołędowskiemu za cenne uwagi na temat dzieła, które przyczyniły się do wzbogacenia wielu wątków poruszanych w poszczególnych rozdziałach książki.

MIROSŁAW GREWIŃSKI

# Transformacja polityki społecznej w Europie – główne kierunki reorganizacji

---

## 1. WPROWADZENIE

Od zakończenia drugiej wojny światowej aż do końca lat 70. XX wieku praktycznie we wszystkich krajach europejskich dominował system polityki społecznej określany mianem państwa opiekuńczego lub państwa dobrobytu społecznego (*welfare state*). Wprawdzie państwo opiekuńcze rozwijało się w krajach Europy Zachodniej już od XIX wieku<sup>1</sup>, ale swój renesans przeżywało po drugiej wojnie światowej, kiedy powszechnie akceptowana doktryna Keynesa, została dowartościowana przez konkretne działania polityczne władz brytyjskich. Chodzi tu o Raport Społeczny i program socjalny Beveridge’a z roku 1942, od którego symbolicznie datuje się powstanie *welfare state*<sup>2</sup>. Raport Beveridge’a został dodatkowo wzmocniony w Anglii przez bardzo rozpowszechnioną później koncepcję praw obywatelskich T.H. Marshalla, który w 1949 r. w swoim dziele „*Citizenship and Social Class*”<sup>3</sup> stwierdził, że prawa społeczne stały się nieuniknionym produktem kształtowania

---

<sup>1</sup> Przyjęcie od końca lat 70. XIX wieku w Anglii różnorodnych rozwiązań prawnych z obszaru socjalnego np. ustawy o zdrowiu publicznym z 1875 roku, czy obowiązku powszechności kształcenia podstawowego z 1870 roku, ustawy o emerytach z 1908 r., ustawy o radach branżowych z 1909 r., ustawy o narodowym ubezpieczeniu zdrowotnym z 1911 r., ustawy o ubezpieczeniu bezrobotnych z 1911 r. powodowało, że kreowano wówczas solidarystyczny charakter państwa jako protektora godnych warunków życia obywateli. Podobnie było w Niemczech Bismarcka. Polityka bezpieczeństwa socjalnego „żelaznego kanclerza” opierała się głównie na rozwoju szerokiego systemu ubezpieczeń społecznych, wpisanych w ustawy socjalne z lat 1883–1889. Były to m.in. ustawy o: ubezpieczeniu chorobowym z 1883 r., o ubezpieczeniu z tytułu wypadków z 1884 r., o ubezpieczeniach z tytułu inwalidztwa i wieku z 1889 r.

<sup>2</sup> Porównaj: G. Magnuszewska-Otulak, *Raport Beveridge’a – dobry przykład podejścia do kwestii społecznej*, [w:] *Wokół teorii polityki społecznej*, B. Rysz-Kowalczyk, B. Szatur-Jaworska (red.), Warszawa 2003, s. 291 i nast.

<sup>3</sup> T.H. Marshall, *Citizenship and Social Class*, [w:] *Sociology at the Cross Roads*, New York 1964 lub *Class, Citizenship and Social Development*, Chicago 1964.



się systemu kapitalistycznego, w tym również różnorodnych klas społecznych – proletariatu czy burżuazji. Prawa socjalne stawały się prawami obywatelskimi, a nie wybranych grup. Faktycznym urzeczywistnieniem idei praw społecznych była dla Marshalla właśnie koncepcja *welfare state*. Dostępność praw społecznych i zaspokojenie minimalnych potrzeb bytowych obywateli miało prowadzić do realnego wyrównywania poziomów życia, a także do zrównania praw osobistych i politycznych<sup>4</sup>.

Większość państw zachodnich mając w latach 50. i 60. XX wieku „nadwyżkę” dochodów inwestowało, zgodnie z teorią Keynesa, w rozwój państwa opiekuńczego z rozbudowanym systemem bezpieczeństwa socjalnego i prawami socjalnymi dla swoich obywateli. Właściwie każde państwo Europy Zachodniej, biorąc oczywiście pod uwagę różnorodne modele *welfare state*<sup>5</sup>, było państwem opiekuńczym, nie pozostawiającym obywatela w potrzebie bez pomocy. Rosły nakłady na wydatki socjalne, ale co ciekawe, mimo bardzo wysokich nakładów przeznaczanych na systemy zabezpieczenia społecznego, zwiększały się także oczekiwania społeczeństwa względem państwa. Również w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, w tym w Polsce, ze względu na przyjętą doktrynę ustrojową, dominowało państwo i koncepcja paternalizmu<sup>6</sup>.

Koniec lat 70. XX wieku uważany jest za początek kryzysu państwa opiekuńczego i za początek transformacji systemów polityki społecznej. Konieczność wprowadzania zmian w systemach *welfare* wymuszone zostało kilkoma ważnymi zjawiskami. Po pierwsze, wówczas to pojawiły się pierwsze skutki kryzysu naftowego z początków lat 70. Po drugie, masowo wzrastało bezrobocie strukturalne, następowała konieczność wzmacniania konkurencyjności gospodarczej w dobie liberalizacji handlu. Po trzecie, OECD opublikowała kilka krytycznych raportów na temat kosztów państwa opiekuńczego. Po czwarte, wielu ekspertów było zdania, że *welfare state* nie rozwiązało wielu problemów socjalnych (bezrobocie, kryzys rodziny, starzejące się społeczeństwo) oraz nie radzi sobie z nowymi wyzwaniami takimi jak: emancypacja zawodowa kobiet, kwestia bezrobocia strukturalnego, ubóstwo, migracje, kwestia ekologiczna<sup>7</sup>.

W poszczególnych państwach różnie reagowano na kryzys polityki społecznej i z różną dynamiką wprowadzano zmiany. Pojawiły się hasła konieczności

---

<sup>4</sup> Ibidem.

<sup>5</sup> Więcej na ten temat: M. Książkowski, *Modele polityki społecznej*, Warszawa 1999.

<sup>6</sup> M. Książkowski, *Półwiecze polityki społecznej w Polsce. Od quasi monopolu państwa do paternalistyczno-rynkowej hybrydy*, [w:] *60 lat polityki społecznej w Polsce*, A. Rączaszek (red.), Katowice 2006, s. 107 i nast.

<sup>7</sup> Więcej o tym w: M. Grewiński, *Wielosektorowa polityka społeczna – o przeobrażeniach państwa opiekuńczego*, Warszawa 2009.

redukcji roli państwa opiekuńczego (*retrenchment*), restrukturyzacji (*restructuring*) i schyłku (*decline*)<sup>8</sup>. Kryzys państwa opiekuńczego spowodował wprowadzanie reform, które polegały z jednej strony na cięciach w wydatkach społecznych i redukcji świadczeń socjalnych, które były do przyjęcia przez społeczeństwo, a z drugiej strony na poważnej reorganizacji systemowej i instytucjonalnej polityki społecznej. Reorganizacja ta najczęściej dotyczyła następujących elementów: reformy i decentralizacji administracji publicznej, demonopolizacji i dekoncentracji zadań społecznych w kierunku organizacji pozarządowych i komercyjnych; zrzuconiu większej odpowiedzialności na rodzinę i grupy nieformalne. Alternatywnym sposobem prowadzenia polityki społecznej, w stosunku do państwa opiekuńczego, miało być państwo pomocnicze, które wspólnie z podmiotami z innych sektorów dostarcza mieszanych form wsparcia (*welfare mix*)<sup>9</sup>.

Nowym paradygmatem w polityce społecznej stał się rozwój usług społecznych, które miały wypierać świadczenia finansowe, wpisane w redystrybucyjny system tradycyjnego państwa opiekuńczego. Wiele reform w polityce społecznej, a także liczne procesy przy okazji reorganizacji *welfare state* dotyczyły właśnie usług społecznych. Zastanawiano się nad rozwijaniem usług, nad ich lepszą organizacją i zarządzaniem, standaryzacją i zapewnieniem odpowiedniej jakości – tak aby w bardziej zindywidualizowany sposób zaspokajały one różnorodne potrzeby społeczne. Pojawiły się głosy, że o przyszłości nowej polityki społecznej będą decydowały rozwinięte i dostępne dla obywateli usługi społeczne, które będą dostarczane przez różnorodne podmioty w ramach systemu *welfare pluralism*<sup>10</sup>.

Celem artykułu jest ukazanie głównych procesów i tendencji, które pojawiły się przy transformacji systemów polityki społecznej w państwach europejskich w kontekście rozwoju usług społecznych oraz próba ich krótkiego scharakteryzowania. W artykule przyjęto normatywne podejście do zmian instytucji sfery społecznej, dlatego skupiono się na ogólnych procesach i tendencjach, takich jak: 1. Decentralizacja i demonopolizacja polityki społecznej; 2. Komercjalizacja polityki społecznej w aspekcie prywatyzacji i urynkwienia; 3. Uspołecznienie polityki społecznej; 4. Menedżeryzacja usług społecznych.

---

<sup>8</sup> S. Golinowska, *Od państwa opiekuńczego (welfare state) do państwa wspierającego pracę*, [w:] *Praca i polityka społeczna wobec wyzwań integracji*, B. Balcerzak-Paradowska (red.), Warszawa 2003, s. 21.

<sup>9</sup> M. Grewiński, *Wielosektorowa polityka społeczna – o przeobrażeniach państwa opiekuńczego*, Warszawa 2009.

<sup>10</sup> M. Grewiński, A. Karwacki, *Pluralizm i międzysektorowa współpraca w realizacji usług społecznych*, Warszawa 2010.

## 2. DECENTRALIZACJA I DEMONOPOLIZACJA POLITYKI SPOŁECZNEJ

Jedną z najważniejszych zmian jaką wprowadzono do systemów polityki społecznej w ostatnich 30 latach w większości państw europejskich była decentralizacja funkcji socjalnych państwa. Decentralizacja oznacza przeniesienie kompetencji prowadzenia polityki społecznej, w tym usług społecznych, na szczebel terytorialny, bliższy obywatelowi. Proces decentralizacji zdobył przychylność zarówno polityczną, jak i społeczną m.in. ze względu na fakt, że związany był z zasadą subsydiarności, polegającą na oddaniu kompetencji społecznych podmiotom znajdującym się najbliżej obywateli i samych problemów. Jak twierdzi J. Hrynkiewicz...*centralne podejmowanie decyzji przynosić może bowiem negatywne skutki, szczególnie w sferze społecznej, gdyż ogranicza wpływ obywateli i ich wspólnot na kształtowanie procesu decentralizacji władzy publicznej i wynika z zasady pomocniczości oraz zasad ładu społecznego i warunków życia. Nadrzędnym celem powołania samorządu jest budowanie społeczeństwa obywatelskiego, upodmiotowienie społeczeństwa, zapewnienie jednostkom oraz społecznościom lokalnym wpływu na bieg spraw publicznych*<sup>11</sup>.

Ponadto decentralizacja była sposobem na zmniejszenie niewydolności centralnych, publicznych instytucji, które w sposób zbiurokratyzowany, formalny i często bardzo techniczny, realizowały zadania społeczne. Decentralizacja była, i często jest, dla samego państwa wygodniejsza, gdyż odpowiedzialność za realizację polityki społecznej i usług społecznych spada na niższe poziomy, a państwo dzięki różnym zabiegom może utrzymać kontrolę prowadzonej polityki.

Decentralizacja może mieć różnorodne warianty. Może to być decentralizacja fiskalna lub administracyjna. W pierwszym przypadku rząd centralny przekazuje całkowitą odpowiedzialność za finansowanie usług społecznych władzom lokalnym. W drugim natomiast władze lokalne samodzielnie decydują o alokacji środków i zarządzaniu komponentami społecznymi, lecz finansowanie przyjmują od rządu centralnego<sup>12</sup>. W literaturze przedmiotu dzieli się decentralizację również na: – delegację – kiedy centralne organy państwa zostają zlokalizowane w terenie, aby stworzyć lepsze warunki dostępu obywateli do tych instytucji, – dewolucję – środki i zadania zostają przekazane rządowym agencjom (działającym także w terenie) i – dekoncentrację – kiedy

<sup>11</sup> J. Hrynkiewicz, *Państwo, rynek, społeczeństwo obywatelskie*, [w:] *Wokół teorii polityki społecznej*, B. Rysz-Kowalczyk, B. Szatur-Jaworska (red.), Warszawa 2003, s. 254.

<sup>12</sup> S. Golinowska, *Decentralizacja – inny wymiar polityki społecznej*, [w:] *Dekada polskiej polityki społecznej od przełomu do końca wieków*, Warszawa 2000 [za:] *Polityka społeczna – teksty źródłowe*, L. Dziewięcka-Bokun, K. Zamorska (red.), Wrocław 2003, s. 59.

organy władzy terenowej przejmują całkowicie od organów centralnych kompetencje i funkcje socjalne<sup>13</sup>.

Decentralizację wielu funkcji socjalnych przeprowadzono m.in. w Danii, Francji, Niemczech, Włoszech, Holandii, Norwegii, Hiszpanii, Szwecji, Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych. W Niemczech i Holandii proces decentralizacji usług społecznych wzmacniała zasada subsydiarności. Proces decentralizacji we Włoszech zaczął się na dobre wraz z ustawą 833, przyjętą w roku 1978, kiedy odpowiedzialność za opiekę społeczną i zdrowotną spadła na 8000 jednostek administracyjnych, które ustanowiły lokalne oddziały opieki zdrowotnej odpowiedzialne za opiekę zdrowotną i socjalną. Francja, historycznie jeden z najbardziej scentralizowanych krajów, w latach 1981–1982 również wprowadziła zmiany strukturalne, polegające na zwiększeniu niezależności departamentów i rad gminnych. Zmiany w Wielkiej Brytanii były bardziej zróżnicowane – decentralizacja obejmowała sferę polityczną, jednocześnie centralizując inne<sup>14</sup>.

W Hiszpanii od roku 1978 do 1995 przeprowadzono skuteczne reformy decentralizacyjne polegające na przekazaniu uprawnień socjalnych państwa na wspólnoty autonomiczne i gminy. Polityka społeczna w Hiszpanii ma od tego czasu przede wszystkim charakter regionalny. To regiony w Hiszpanii decydują o kształcie prawnym i instytucjonalnym systemu polityki społecznej, o zarządzaniu i koordynacji usługami społecznymi. Mają one znacznie większe uprawnienia aniżeli rząd centralny. Wprawdzie, w literaturze podnosi się, że decentralizacja zatrzymała się w Hiszpanii na poziomie regionów, gdyż gminy w dalszym ciągu nie mają w pełni uprawnień socjalnych, to z punktu widzenia zarządzania i koordynacji usług społecznych system regionalny realizacji polityki społecznej jest w tym kraju odbierany pozytywnie<sup>15</sup>. W Grecji i Portugalii decentralizacja polityki społecznej i służb społecznych była natomiast znacznie słabsza, aniżeli w innych państwach śródziemnomorskich<sup>16</sup>.

<sup>13</sup> S. Golinowska, *Polityka społeczna samorządów terytorialnych. Warunki większej efektywności*, [w:] „Polityka Społeczna” 4/2006, s. 1.

<sup>14</sup> N. Johnson, *The Mixed Economy of Welfare*, Hertfordshire 1999, s. 92–134.

<sup>15</sup> L. Moreno, A. Arriba, *Welfare and Decentralization in Spain*, Florencia: EUI (European Forum, WP 1999/8).

<sup>16</sup> Znikoma decentralizacja publicznej polityki społecznej w Grecji, jak również ograniczona inicjatywa dobrowolnych stowarzyszeń, podkreślają wiodącą rolę rządu centralnego i paraetatyzm ortodoksyjnego Kościoła w kształtowaniu greckiego państwa dobrobytu. Z kolei referendum z 8 listopada 1998 w Portugalii wykazało odrzucenie przez Portugalczyków planu regionalizacji państwa portugalskiego. Pomimo to, należy pamiętać, że wprowadzenie regionów autonomicznych zostało uznane w Portugalii w Konstytucji z 1976 roku, w związku z czym nie można wykluczyć większego stopnia decentralizacji i dekoncentracji w przyszłości.

Pojawiały się także działania zmierzające w przeciwnym kierunku. Na przykład w Danii i Holandii, dwóch wysoce zdecentralizowanych państwach podjęto kilka prób w kierunku recentralizacji. Natomiast ogólny trend w Europie zachodniej, centralnej i wschodniej polegał na szeroko zakrojonej decentralizacji polityki społecznej, w tym usług społecznych.

W Polsce proces decentralizacji funkcji społecznych trwa od początku lat 90. XX w. i dotyczył przekazywania zadań w kierunku samorządowych jednostek terytorialnych. Proces ten nie był jednak pozbawiony konfliktów. Wynikały one w większości przypadków z rozdziewięku między stopniem uprawnień i kompetencji podmiotów samorządowych, a ich możliwościami finansowania<sup>17</sup>. Także podział zadań i kompetencji na poszczególne szczeble samorządu terytorialnego – gminę, powiat i województwo pozostawiał wiele do życzenia i był, w mniejszym lub większym stopniu, przyczyną wielu problemów natury organizacyjnej i wdrożeniowej. Wynikało to z niedostatecznej analizy krytycznej procesów decentralizacyjnych, niewystarczających kwalifikacji i kompetencji menedżerskich kadr samorządu terytorialnego, nie zawsze adekwatnego przyporządkowania poszczególnych polityk do odpowiedniego szczebla samorządu, a także z trudności koordynacji i braku motywacji do samodzielnej kooperacji. Podkreśla się, że w Polsce decentralizacja polityki społecznej nie ma charakteru systemowego, ale raczej reaktywny, odpowiadający na zapotrzebowanie polityczne<sup>18</sup>.

Poprawnie zorganizowana decentralizacja funkcji socjalnych państwa powinna przyczyniać się do większej samoorganizacji społeczności lokalnych, rozwoju samorządności i tworzenia warunków do bardziej harmonijnego rozwoju i większej spójności społeczno-gospodarczej. Sprzyjać powinna także rozwojowi społeczeństwa obywatelskiego i tworzeniu kapitału społecznego, opartego na zaufaniu i zacieśnianiu więzi społecznych. Wzmacnianie poczucia przynależności społeczności lokalnych do wspólnot sprzyjać powinno także większej aktywności obywatelskiej i większej partycypacji w rozwiązywaniu lokalnych problemów<sup>19</sup>.

Niektórzy badacze zagadnień z zakresu polityk publicznych są zdania, że decentralizacja jest konieczna także z innych powodów<sup>20</sup>. W dzisiejszym społeczeństwie informacyjnym, gdzie o skuteczności i efektywności polityki

<sup>17</sup> Zobacz: Z. Gilowska, *Decentralizacja systemu budżetowego jako warunek konieczny zasady subsydiarności*, [w:] *Subsydiarność*, D. Milczarek (red.), Warszawa 1998, s. 173–181.

<sup>18</sup> S. Golinowska, *Polityka społeczna samorządów terytorialnych. Warunki większej efektywności*, op. cit., s. 1–9.

<sup>19</sup> Porównaj z: J. Hryniewicz, *Państwo, rynek, społeczeństwo obywatelskie*, op. cit., s. 256.

<sup>20</sup> D. Osborne, T. Gaebler, *Rządzić inaczej. Jak duch przedsiębiorczości przenika i przekształca administrację publiczną*, Poznań 2005, s. 341–343.

decyduje informacja i szybkość podejmowania decyzji i reagowania na problemy, nie ma czasu na to, aby stosować zbyt scentralizowane systemy władzy. W epoce informatycznej konieczność szybkiego podejmowania decyzji kłóci się z coraz większą zawilnością i nieznajomością środowiska, którego decyzje mają dotyczyć. Instytucje zdecentralizowane mają znaczną przewagę nad scentralizowanymi, ponieważ<sup>21</sup>:

- są bardziej elastyczne, mogą szybciej reagować na zmiany warunków i potrzeby beneficjentów,
- działają bardzo często efektywniej i skuteczniej aniżeli instytucje scentralizowane,
- są o wiele bardziej skłonne do wprowadzania innowacji,
- działają mobilizująco na zatrudnionych w nich ludzi, wyzwalając w nich większą produktywność i skłaniając do większego zaangażowania w rozwiązywanie problemów lokalnych.

Obok decentralizacji, drugim ważnym zabiegiem reorganizacji systemów polityki społecznej jest demonopolizacja publicznych instytucji polityki społecznej i przekazanie realizacji części zadań społecznych organizacjom pozarządowym lub podmiotom prywatnym, którym kontraktuje się realizację konkretnych zadań i usług socjalnych.

Według M. Rymczy, kontraktowanie to...*zlecanie przez administrację rządową i samorządową w ramach umów kontraktowych realizacji usług publicznych podmiotom niepaństwowym*<sup>22</sup>. Z kolei według C. Turbin kontraktowanie traktuje się jako...*instrument, przez który dobra i usługi wymagane przez rządowe departamenty dostarczane są z prywatnego sektora*<sup>23</sup>.

K. Kowalska przyjmuje, że skoro ramy kontraktu decydują o wysokości kosztów towarzyszących wymianie i motywują do określonych zachowań, to należy stwierdzić, że kontraktowanie to...*transakcja o wyraźnej strukturze, w której partnerzy przyjmują na siebie konkretne zobowiązania i określają je mianem kontraktu*. Autorka ta powołuje się także na słowa Furubont i Richter, którzy podają następującą definicję: ...*kontrakt może być rozumiany jako dwustronna transakcja, w której dwie strony zgadzają się co do pewnych swoich zobowiązań. Oprócz porozumienia się stron w sprawach swoich relacji (planowanie relacji), istnienie legalnych zasad (prawne egzekwowanie) jest uznane za charakterystyczną cechę kontraktu*<sup>24</sup>.

<sup>21</sup> Ibidem, s. 343–345.

<sup>22</sup> M. Rymczy, *Kontraktowanie usług społecznych z podmiotami pozarządowymi – decentralizacja czy urynkowienie sfery publicznej?*, [w:] „Rocznik. Pismo o organizacjach pozarządowych w Polsce, O kulturze kontraktu”, BORIS, Warszawa 1998, s. 45.

<sup>23</sup> C. Turbin, *Government Procurement and Contracts*, Longman, Harlow 1989, s. IX.

<sup>24</sup> K. Kowalska, *Kontraktowanie i koszty transakcji w nowej ekonomii instytucjonalnej*, [w:] „Gospodarka Narodowa” nr 7-8, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2005, s. 53.

Kontraktowanie zadań i usług społecznych może być realizowane zarówno przez publiczne pomioty centralne jak i publiczne instytucje samorządowe. W przypadku kontraktacji zadań między zlecającym podmiotem publicznym a przyjmującym zadanie podmiotem niepublicznym (w tym prywatnym) dochodzi do *quasi* rynkowej transakcji. Kontraktowanie stosuje się najczęściej w zakresie świadczenia usług społecznych, chociaż nie jest to jedyna polityka publiczna, gdzie ma miejsce podzlecenie niepublicznym podmiotom realizację zadań.

„Kulturę kontraktu” wprowadzono najwcześniej w Stanach Zjednoczonych, a także w Wielkiej Brytanii podczas konserwatywnych rządów M. Thatcher. Jej rząd propagując opcje rynkowe i pluralistyczne starał się doprowadzić do zmniejszenia roli państwa i jednocześnie zwiększenia efektywności wykonywanych przez niego zadań<sup>25</sup>. Możliwe to było poprzez nowe kroki „żelaznej damy” dążące do prywatyzacji państwa. Wielu badaczy podkreśla, że triumfalny powrót organizacji społecznych na brytyjską scenę w latach osiemnastych XX w. stał się możliwy dzięki m.in. kontraktacji zadań społecznych<sup>26</sup>. Ocena efektywności i skuteczności kontraktowania jest bardzo trudna. Wśród badaczy są zarówno tacy, którzy oceniają pozytywnie zjawisko demonopolizacji usług społecznych m.in. poprzez „kulturę kontraktu”, jak i tacy, którzy ją kwestionują. Pewne jest tylko to, że kontraktowanie rzeczywiście w istotny sposób zmieniło charakter i oblicze instytucji publicznych, a także organizacji *non-profit* oraz sektora prywatnego dostarczającego usługi społeczne. Wszystkie grupy instytucji upodabniają się do firm biznesowych, działających komercyjnie. Zacierają się także różnice między trzema sektorami, które zresztą zaczynają się wzajemnie przenikać i nakładać na siebie<sup>27</sup>.

Przyjmuje się, że rozwój usług społecznych jest możliwy przede wszystkim w systemach polityki społecznej o charakterze zdecentralizowanym i zdemonopolizowanym, gdzie instytucje produkujące i dostarczające usługi są zorganizowane bliżej obywatela, lepiej znają specyfikę lokalną i potrzeby społeczne mieszkańców. Decentralizacja polega na lokalnym rozpoznaniu potrzeb, organizacji instytucjonalnej usług i finansowaniu usług. W przypadku deficytu

---

<sup>25</sup> G.A. Hodge, *Competitive Tendering and Contracting out: Rhetoric or Reality?*, [w:] „Public Productivity & Management Review”, vol. 22, no. 4, June 1999, s. 455.

<sup>26</sup> Więcej zobacz: I. Pieczętka, *Kontraktowanie jako nowa kategoria w polityce społecznej np. Wielkiej Brytanii*, niepublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem J. Auleytnera, WSP TWP, Warszawa 2007.

<sup>27</sup> W całości na podstawie: M. Rymsza, *Kontraktowanie zadań publicznych jako forma współdziałania państwa i organizacji non-profit*, [w:] *Wokół teorii polityki społecznej*, B. Rysz-Kowalczyk, B. Szatur-Jaworska (red.), Warszawa 2003, s. 261–277.



środków państwo może wspierać władze samorządowe i rodziny we współfinansowaniu usług społecznych<sup>28</sup>.

### 3. KOMERCJALIZACJA POLITYKI SPOŁECZNEJ – PRYWATYZACJA CZY URYNKOWIENIE?

Istotną zmianę w systemach *welfare* wprowadziła komercjalizacja polityki społecznej. Polega ona na prywatyzacji i/lub urynkowaniu polityki społecznej<sup>29</sup>. Dokonuje się ona przede wszystkim poprzez „prywatyzację odpowiedzialności” (indywidualizacja odpowiedzialności za siebie i swoich najbliższych oraz adresowanie pomocy do grup najbardziej zagrożonych socjalnie) oraz poprzez dokonywanie przekształceń własnościowych w kierunku prywatnych usługodawców zamiast usługodawców publicznych. Komercjalizacja w znaczeniu urynkawiania polityki społecznej polega natomiast na wprowadzaniu *quasi rynków wewnętrznych* do sektora publicznego i dopuszczenia różnorodnych podmiotów do dostarczania usług społecznych. Powoduje to komercjalizację placówek świadczących usługi społeczne i pojawienie się mechanizmów konkurencji, pomimo, że podmioty te mogą być finansowane ze środków publicznych<sup>30</sup> i same mogą być podmiotami publicznymi.

Prywatyzacja polityki społecznej dokonała się w wielu państwach. Była ona możliwa, gdyż najbardziej odpowiadała „postfordystycznej” organizacji produkcji i konsumpcji. O ile „fordyzm”, charakteryzował się tym, że konsumpcja i produkcja były zorganizowane w sposób masowy, o tyle postfordyści uważają, że czasy potężnej biurokracji, udostępniającej jednolite usługi dla wszystkich już minęły. Jak zauważył P. Hoggett<sup>31</sup> ...*Żyjemy w epoce postbiurokratycznych form udostępniania świadczeń społecznych*. Cechą charakterystyczną jest to, że organizacja usług musi odpowiadać szybkim i elastycznym zmianom potrzeb różnorodnych grup beneficjentów. Prywatyzacja może być zatem jednym ze sposobów osiągania lepszych efektów w tym obszarze.

Jak twierdzi S. Golinowska prywatyzacja sfery społecznej może mieć różne oblicza. Po pierwsze, może ona oznaczać odejście od rozwiązań obli-

---

<sup>28</sup> A. Brandstaetter, P. Herrmann, C. O’Connell (red.), *Definiowanie usług socjalnych w kontekście europejskim; od ogółu do szczegółu*, WSP TWP, Warszawa 2010.

<sup>29</sup> Nawiązuje tutaj do podziału zastosowanego w: M. Drakeford, *Privatisation and Social Policy*, Harlow, Essex 2000, s. 18–19.

<sup>30</sup> E. Leś, *Od filantropii do pomocniczości – studium porównawcze rozwoju i działalności organizacji społecznych*, op. cit., s. 145; S. Golinowska, *Od państwa opiekuńczego (welfare state) do państwa wspierającego pracę...*, op. cit., s. 22–24.

<sup>31</sup> P. Hoggett, *A New Management for the Public Sector?* [w:] „Policy and Politics” 19/1991, s. 247.

gatoryjnych i uniwersalnych dotyczących całej populacji poprzez wyłączenie z polityki społecznej zamożniejszych grup społeczeństwa poprzez odpowiedni *targeting* świadczeń i usług do grup najbardziej poszkodowanych. Po drugie, może polegać na przesunięciu na rynek niektórych funkcji społecznych, które zaspokajają potrzeby o charakterze bardziej luksusowym. Z tych dóbr korzystają grupy zamożniejsze. Po trzecie, może wreszcie oznaczać wprowadzenie do sektora publicznego tzw. rynku wewnętrznego, polegającego na komercjalizacji placówek produkujących usługi społeczne<sup>32</sup>.

Generalnie w literaturze przedmiotu można wyróżnić dwa konkurencyjne modele prywatyzacji. Pierwszy model „Schumpeterowski”<sup>33</sup> charakteryzuje się tym, że podkreśla znaczenie własności prywatnej *per se*. Oznacza to, że przejście własności publicznej w prywatne ręce samoistnie spowoduje wyzwolenie ducha przedsiębiorczości i innowacyjności. W modelu tym struktura rynku ma mniejsze znaczenie – niezależnie od tego czy jest monopolistyczna czy konkurencyjna, własność prywatna powinna generować więcej korzyści niż publiczna. Drugi model, nazywany – konkurencyjnym, jest nieco odmienny i zyskuje w ostatnich latach na znaczeniu. W modelu tym to warunki rynkowe a nie forma własności zyskuje większe znaczenie. Wolne, konkurencyjne rynki zapewniają wydajność i wymuszają świadczenia najwyższej jakości usług, udostępnianych po najniższej cenie. Mechanizm cenowy zapewnia wydajne rozlokowanie zasobów, utrzymując w równowadze popyt i podaż. W modelu tym, w przeciwieństwie do pierwszego modelu, instytucje publiczne mogą działać sprawnie, jeśli zapewni im się konkurencyjność, podobnie jak i przedsiębiorstwa prywatne mogą działać bardzo nieefektywnie w przypadku monopolu.

Ukazanie powyższych dwóch modeli prywatyzacji jest o tyle istotne dla polityki społecznej, że dowodzi, iż prywatyzację i urynkowienie należałoby pojmować jako dwa osobne zjawiska. O ile czysta prywatyzacja jest pozbyciem się przez państwo „balastu” finansowania i produkowania dóbr i usług społecznych, o tyle urynkowienie powoduje, że rząd w dalszym ciągu finansuje dobra i usługi publiczne, ale ich dystrybucję i produkcję pozostawia sektorowi prywatnemu. Jak twierdzą J. Vickers i V. Wright...*nie ma logicznego powiązania prywatyzacji z konkurencyjnością to jednak z całą pewnością niektóre założenia deregulacji wprowadzano równocześnie z prywatyzacją i niektórzy uznali je za zjawiska ściśle powiązane ze sobą*<sup>34</sup>.

<sup>32</sup> S. Golinowska, *Przyszłość państwa opiekuńczego i systemu zabezpieczenia społecznego*, [w:] „Polityka Społeczna”, nr 11–12/2005, s. 5.

<sup>33</sup> Od nazwiska austriackiego ekonomisty Josepha Schumpetera.

<sup>34</sup> J. Vickers, V. Wright, *The Politics of Privatisation in Western Europe*, London 1989. Cytat za: M. Drakeford, *Privatisation and Social Policy*, Cardiff 2000, s. 22.

Wprowadzenie mechanizmu prywatyzacyjnego z końcem lat 80. XX w. w niektórych państwach europejskich (np. w Wielkiej Brytanii) miało wprowadzić konkurencyjność w realizacji programów i usług społecznych i przyczynić się do zwiększenia ich efektywności i skuteczności za konkurencyjną cenę. Podobnie jak to było w przypadku organizacji pozarządowych proces ten oparty był na kulturze kontraktowania usług społecznych. Przykładowo w Wielkiej Brytanii tylko w latach 80. ubiegłego stulecia dwukrotnie wzrosła liczba łóżek szpitalnych zarejestrowanych w prywatnych szpitalach i placówkach opieki, i aż trzykrotnie wzrosła liczba prywatnych domów starości i domów opieki społecznej. Potroili się także liczba miejsc w prywatnych mieszkaniach socjalnych. Pod koniec lat 90. już 52% domów opieki społecznej znajdowało się w Wielkiej Brytanii w prywatnych rękach<sup>35</sup>.

Tendencje ku prywatyzacji i urynkowieniu niektórych usług społecznych można analizować na przykładach wielu państw europejskich<sup>36</sup>. Nasuwające się pytania dotyczące prywatyzacji usług socjalnych dotyczą granic rozpowszechniania tych usług, koncentracji w poszczególnych politykach społecznych oraz możliwości kontroli i monitorowania jakości usług ze strony państwa. Eksperci zajmujący się transformacją polityki społecznej i dopuszczający koncepcje rynkowe do systemów *welfare* nie są zgodni co do tego jak daleko powinny pójść procesy prywatyzacji i urynkowienia polityki społecznej. Można tu wyróżnić grupę radykalnych zwolenników nieograniczonego rozwoju instytucji komercyjnych, jak i skrzydło umiarkowane, doceniające wkład sektora komercyjnego, ale widzące także zagrożenia tego sektora i konieczność wprowadzania odpowiednich limitów oraz ograniczeń.

Dla przykładu N. Johnson analizując doświadczenia brytyjskie w prowadzeniu usług społecznych przez podmioty prywatne (domy pomocy dla osób starszych i prywatne szpitale) twierdzi, że w sektorze tym dochodzi do częstych nadużyć w postaci niskiej jakości usług i braku profesjonalizmu kadry, dlatego tak ważne jest stworzenie odpowiednich mechanizmów monitoringu, kontroli i ewaluacji dla tego sektora<sup>37</sup>. Zwolennicy prywatyzacji z kolei podkreślają, że prywatyzacja przeddefiniuje funkcje socjalne państwa, podejmowane działania i cele, a także reorganizuje stosunki pomiędzy instytucjami

<sup>35</sup> N. Johnson, *Problems for the Mixed Economy of Welfare*, [w:] *The Foundations of the Welfare State – Volume I*, R. Goodin, D. Mitchell (eds.), op. cit., s. 371.

<sup>36</sup> Więcej zobacz: U. Ascoli, C. Ranci (eds.), *Dilemmas of the Welfare Mix – The New Structure of Welfare in an Era of Privatization*, New York 2002, a także: M. Drakeford, *Privatisation and Social Policy*, Cardiff 2000; M. Powell, M. Hewitt, *Welfare State and Welfare Change*, Buckingham 2002; J. Rodger, *From a Welfare State to a Welfare Society*, London 2000; J. Wiśniewski, *Ewolucja szwedzkiego i brytyjskiego modelu polityki społecznej*, Warszawa 2005.

<sup>37</sup> N. Johnson, *Problems for the Mixed Economy of Welfare*, op. cit., s. 371–375.

społecznymi oraz grupami odbiorców pomocy. Według nich najważniejsze korzyści płynące z prywatyzacji usług społecznych są następujące:

- *klienci zamiast odbiorców* – status osób korzystających z usług ma wzrosnąć ze względu na to, że w sektorze prywatnym konsument ma najwyższą władzę, a w sektorze publicznym zostaje on „zdetronizowany” przez subsydia i monopole;
- *nabywcy zamiast dostawców* – w tradycyjnym *welfare state* państwo zajmowało się udostępnianiem świadczeń i dostarczaniem szerokiego zakresu usług, włącznie z ich tworzeniem. W nowym modelu funkcje te zostają rozdzielone. Rząd wskazuje usługi, które mają zostać zapewnione, ale odpowiedzialność za ich udostępnianie przechodzi na różnorodne organizacje prywatne i społeczne. Proces ten nazywany jest elementem „wydrażania” państwa;
- *menedżerowie zamiast administratorów* – prywatyzacja służy wprowadzaniu nowoczesnych metod zarządzania organizacjami społecznymi. Zamiast administrowania wielkimi biurokracjami, gdzie urzędnicy tworzą swoje imperia, menedżerowie na rozdrobnionym rynku są odpowiedzialni za efektywne i skuteczne zarządzanie mniejszymi podmiotami;
- *konkurencja zamiast odgórnej alokacji* – wiele świadczeń społecznych, także te związane z edukacją czy zdrowiem, przestają być traktowane jako dobra inwestycyjne i stają się być dobrami konsumpcyjnymi;
- *regulacja zamiast planowania* – interes publiczny jest zapewniony poprzez aparat skutecznych regulacji. Prywatyzacja przedsiębiorstwa publicznego nie oznacza bowiem zakończenia kontroli nad nim przez sektor publiczny. Prywatyzacja nie jest ucieczką od państwa lecz zmianą trybu interwencji – z regulacji na własność;
- *równość szans zamiast równości wyników* – rynek ma zapewnić równość na starcie, tzn. taki system, gdzie poszczególne osoby uzyskują wyniki dzięki własnym wysiłkom i umiejętnościom, a nie dzięki interwencji państwa.

Należy podkreślić, że w większości państw modernizujących swój system polityki społecznej częściej wprowadzano mechanizmy rynkowe do usług społecznych, aniżeli je *stricte* prywatyzowano. Tam gdzie współzawodnictwo i konkurencja była niemożliwa najczęściej wprowadzano *outsourcing* lub udzielanie licencji. Szczególne znaczenie np. w Wielkiej Brytanii miało pojęcie *quasi rynków*, które rozwinął przede wszystkim J. Le Grand<sup>38</sup>. Odróżniał on rynki

---

<sup>38</sup> Julian Le Grand twierdził, iż wszystkie reformy zapoczątkowane przez Margaret Thatcher miały na celu wprowadzenie pozytywnego procesu, który w literaturze angielskiej nazywany był *quasi-market* czyli *quasi-rynkem*. Termin ten miał wpłynąć znacząco na możliwość dostarczania usług pomocy społecznej. Intencją państwa było zaprzestanie bycia jednocześnie fundatorem i dostarczycielem usług. Zamiast tego państwo brytyjskie „kupowało” usługi od różnych prywatnych, wolontarystycznych czy publicznych dostawców, któ-

w sferze społecznej od warunków panujących na rynkach „gospodarczych”. To co różniło *quasi rynki społeczne* od tych „prawdziwych” gospodarczych to m.in.: motywem działania rynków świadczeń społecznych nie musi być chęć zysku; nabywcy, klienci nie zużywają własnych zasobów; źródłem finansowania pozostają bardzo często środki publiczne; klientami na *quasi rynku* rzadko są jednostki, a częściej ich przedstawiciele np. lokalnych funduszy lub podmiotów dostarczających usługi<sup>39</sup>.

Prywatyzacja usług społecznych jest zagadnieniem wzbudzającym duże emocje, szczególnie wśród tych, którzy politykę społeczną w sposób „fabianistyczny” traktują jako domenę tylko i wyłącznie państwa opiekuńczego. Pojawiają się głosy, że prywatyzacja jest zagrożeniem dostępności do usług wielu odbiorcom oraz że przyczyni się do wprowadzenia odpłatności, przy niskiej jakości usług. Jednakże wydaje się, że trafnie proces ten ocenił jeden z badaczy działań prywatyzacyjnych w polityce społecznej J. Mitchell<sup>40</sup>: *...postrzeganie prywatyzacji jako wycofywania się państwa jest zarówno uproszczone jak i nietrafne. Działania zmierzające do przeniesienia środków lub stymulowania konkurencji zmieniają charakter zaangażowania państwa, ale go nie eliminują*. Tak czy inaczej należy podkreślić, że entuzjazm i krytyka państwowej lub prywatnej formy własności występuje w polityce społecznej cyklicznie – rozczarowanie jedną z nich powoduje, że większe nadzieje zaczyna się pokładać w tej drugiej.

A zatem należy podkreślić, że urynkowienie usług społecznych jest współcześnie standardem, który stosuje się coraz częściej i powszechniej w poszczególnych segmentach polityki społecznej. Proces ten zapewnia konkurencyjność w produkcji usług i prowadzi do lepszej dostępności, a także jakości usług<sup>41</sup>. Bardziej kontrowersyjnym procesem jest prywatyzacja usług, czyli przekazywanie prywatnym właścicielom instytucji usługodawczych. Doświadczenia prywatyzacyjne płynące z różnych państw są zarówno pozytywne jak i negatywne, dlatego należy zachować szczególną uwagę przy ich stosowaniu<sup>42</sup>.

---

rzy ze sobą konkurowali na równych zasadach. Było to możliwe dzięki głoszeniu przez Thatcher wyższości wolnego rynku nad interwencjonizmem państwowym. Więcej zobacz w: J. Le Grand, *Ownership and Social Policy*, The Political Quarterly Publishing, Blackwell Publishers, 1998.

<sup>39</sup> Ibidem.

<sup>40</sup> J. Mitchell, cytat za: M. Drakeford, *Privatisation and Social Policy*, Cardiff 2000, s. 27.

<sup>41</sup> M. Grewiński, *Wielosektorowa polityka społeczna – o przeobrażeniach państwa opiekuńczego*, Warszawa 2009.

<sup>42</sup> M. Grewiński, A. Karwacki, *Pluralizm i międzysektorowa współpraca w realizacji usług społecznych*, Warszawa 2010.

#### 4. USPOŁECZNIE NIE POLITYKI SPOŁECZNEJ – W KIERUNKU PODMIOTÓW TRZECIEGO SEKTORA<sup>43</sup>

Uspołecznienie we współczesnej polityce społecznej można rozumieć jako „uwrażliwienie” społeczeństwa obywatelskiego i sektora pozarządowego na problemy socjalne obywateli i przekazanie trzeciemu sektorowi kompetencji socjalnych w tym zakresie przez państwo i samorząd<sup>44</sup>. Ze względu na fakt, że rola trzeciego sektora w ostatnich dwudziestu latach znacznie wzrasta w większości państw europejskich w systemach polityki społecznej warto monitorować jakie skutki przyniesie model obywatelskiej polityki społecznej, jak niekiedy się go nazywa<sup>45</sup>.

Rozwój organizacji pozarządowych w polityce społecznej można przypisywać teoriom ekonomicznym, socjologicznym i politologicznym, w ramach to których można poszukiwać ram dla istnienia stowarzyszeń *non-profit*. Z ekonomicznego punktu widzenia sens działania organizacji pozarządowych zawiera się w dwóch teoriach – zawodności rynku oraz – w teorii zawodności państwa. Skoro dwa wielkie „mechanizmy” – rynek i państwo zawodzą to należy poszukiwać innych instytucji, które będą w stanie zaspokajać ludzkie potrzeby i dostarczać różnorodne usługi socjalne. Z punktu widzenia socjologicznego dobrowolne instytucje *non-profit* są wyrazem kolektywnego działania dla rozwiązywania konkretnych problemów i są emanacją siły społeczeństwa obywatelskiego, co przekłada się na spójność społeczną i silniejsze więzi społeczne na poziomie lokalnym czy regionalnym. Organizacje pozarządowe mają znaczenie także w teoriach politologicznych, jako, że stanowią one trzon społeczeństwa obywatelskiego i są zarówno zapleczem, weryfikatorem jak i kontrolerem działalności politycznej władz<sup>46</sup>.

Jedną z najważniejszych ekonomicznych koncepcji teoretycznych, wyjaśniającą istnienie organizacji pozarządowych jest koncepcja dóbr publicznych (*public goods theory*) B. Weisbroda<sup>47</sup>. Wyjściowym argumentem jest tutaj to, że mechanizmy rynkowe nie sprzyjają w jednakowym stopniu rozwojowi wszystkich dziedzin gospodarki. Zawodność rynku uwidacznia się bardzo często

<sup>43</sup> M. Grewiński, *Podmioty „trzeciego systemu” – nowy partner sektora publicznego w polityce pomocy i integracji społecznej* – ekspertyza przygotowana na zlecenie MCPS, Warszawa 2009.

<sup>44</sup> Warto w tym miejscu podkreślić, że takiej definicji uspołecznienia nie należy mylić z rozumieniem tego terminu w czasach realnego socjalizmu, gdzie uspołecznienie traktowane było w nieco inny sposób, a mianowicie jako upaństwowienie (nacionalizacja) własności prywatnej.

<sup>45</sup> M. Grewiński, S. Kamiński, *Obywatelska polityka społeczna*, Warszawa 2007.

<sup>46</sup> S. Golinowska, *Teoretyczne podstawy działania organizacji pozarządowych*, [w:] *Polityka społeczna – teksty źródłowe*, L. Dziewięcka-Bokun, K. Zamorska (red.), Wrocław 2003, s. 63–64.

<sup>47</sup> B. Weisbrod, *The Voluntary Nonprofits Sector*, Lexington 1977.



w sferze społecznej, która ze względu na swoją specyfikę (powszechność dóbr i usług) uniemożliwia realizację dóbr publicznych w formie, gwarantującej dostęp do nich wszystkim obywatelom. W sytuacji niewydolności rynku istnieje uzasadniona potrzeba ingerencji państwa, ale bardzo często i rząd nie może w pełni zagwarantować zaspokojenia wszelkich potrzeb zbiorowych. W rezultacie jakaś część potrzeb pozostaje niezaspokojona i w to miejsce wchodzi w sposób naturalny organizacje pozarządowe. Najczęściej odpowiadają one potrzebom społecznym, których nie są w stanie zapewnić ani instytucje państwowe ani rynkowe.

Inną koncepcją ekonomiczną rozwoju organizacji pozarządowych jest koncepcja wiarygodności (*thrust teorie*) oraz wadliwości kontraktu (*contract failure*), w których podkreśla się problem asymetrii informacji wśród osób nabywających dobra i usługi na rynku. Konsumenci nie dysponują taką samą wiedzą dotyczącą jakości i możliwości otrzymania pewnych usług, w związku z tym potrzebne jest wsparcie instytucji społecznych, które postrzegane są jako substytut rynku w dostarczaniu usług. Organizacje postrzegane są jako bardziej wiarygodne w realizowaniu usług, ponieważ nie ciąży nad nimi konieczność zarabiania pieniędzy<sup>48</sup>.

Wśród koncepcji socjologicznych i politologicznych próbujących odpowiedzieć na pytanie dlaczego organizacje pozarządowe odgrywają istotną rolę społeczną, należą koncepcje – państwa opiekuńczego (*welfare state theory*), współzależności sektora publicznego i organizacji trzeciego sektora (*interdependence theory*), ewolucji systemów społecznych poszczególnych państw (*social origins theory*).

Według L. Salamona i H. Anheiera<sup>49</sup>, w piśmiennictwie na temat państwa opiekuńczego dominował przez lata model postrzegania organizacji pozarządowych jako instytucji nie odgrywających większego znaczenia w systemie świadczenia dóbr i usług. W ich opinii współczesna debata i dyskurs naukowy całkowicie ignorował znaczenie organizacji pozarządowych zarówno w wymiarze historycznym jak i w debatach poświęconych rozwojowi społecznemu. Dopiero wyraźny kryzys państwa opiekuńczego spowodował, że organizacje pozarządowe znalazły się ponownie w centrum uwagi środowiska naukowego.

E. Leś przytacza w jednej ze swoich prac argumenty specjalistów na temat rozwoju organizacji pozarządowych<sup>50</sup>. I tak dla W. Seibela rozwój organizacji

<sup>48</sup> E. Leś, *Organizacje społeczne – studium porównawcze*, Warszawa 1998, s. 48–49.

<sup>49</sup> L. Salamon, H. Anheier, *Social Origins of Civil Society – Explaining the Nonprofit Sector Cross Nationally – Working Papers of the Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project*, 1996.

<sup>50</sup> E. Leś, *Organizacje społeczne – studium porównawcze*, op. cit., s. 51.



społecznych jest możliwy, gdyż stanowią one...*instytucjonalne rozwiązanie, które umożliwia współczesnym społeczeństwom o złożonej strukturze radzić sobie z problemami politycznymi i społecznymi, które nie mogą być rozwiązane. Funkcją organizacji społecznych nie jest jednak rozwiązywanie problemów, lecz swoiste przechowywanie kwestii społecznych, które nie mogą być podjęte z różnych powodów przez rząd.* Organizacje pozarządowe są zatem tutaj społeczno-politycznym buforem, który utrzymuje mechanizm społecznej koordynacji systemów.

H. Anheier i D. Maggio z kolei zwracali uwagę na fakt, że delegowanie przez *welfare state* coraz większej ilości usług społecznych prywatnym i społecznym organizacjom w celu utrzymania stabilności, stanowi wyraz kryzysu legitymizacji państwa. Może być jednak i tak, że elity mogą wykorzystywać te organizacje i inne *quasi* publiczne podmioty do realizacji poprzez nie własnych, często partykularnych, interesów.

L. Salamon jako jeden z pierwszych zwrócił z kolei uwagę na to, że wzajemne stosunki sektora państwowego i organizacji społecznych postrzegane są niemal wyłącznie w kategoriach konfrontacji, rywalizacji. Tymczasem między podmiotami publicznymi a społecznymi jest możliwe współdziałanie, partnerstwo oraz ułożenie dobrych relacji. Według niego organizacje pozarządowe często szybciej dysponują wiedzą i umiejętnościami na temat różnorodnych lokalnych problemów i ich rozwiązań, dlatego w interesie państwa leży korzystanie z ich dorobku. Wiele organizacji społecznych dysponuje także odpowiednim przygotowaniem w zakresie wywierania nacisku na polityczne gremia co łączy się z umiejętnością negocjacji i wypracowywania kompromisu. Salamon podkreśla jednak, że podobnie jak państwo i rynek, także organizacje pozarządowe posiadają liczne słabości, z których należy zdawać sobie sprawę. Organizacje pozarządowe mogą odgrywać różnorodne role w zależności od historycznej tradycji systemów politycznych i roli tych organizacji w tych systemach.

Wyróżniając za Salamonem i Anheierem cztery modele organizacji wpisujące się w systemy ustrojowe poszczególnych państw: model liberalny, korporacyjny, statyczny, socjaldemokratyczny – należy wyraźnie zaznaczyć inną rolę organizacji w tych systemach. Model liberalny charakteryzuje się nieznacznym udziałem państwa i dużą rolą organizacji pozarządowych, przy mocno rozwiniętej klasie średniej (Wielka Brytania, USA). Model korporacyjny wyróżnia wysoki udział państwa w finansowaniu świadczeń społecznych i równocześnie wysoki udział organizacji społecznych przy jednoczesnej dużej woli elit w zakresie realizacji wspólnej polityki społecznej i osiąganiu celów społecznych (Niemcy, Austria). W statycznym modelu państwo posiada nadrzędną rolę w wielu dziedzinach polityki społecznej. Organizacje pozarządowe mają swój udział w dostarczaniu usług socjalnych, który jednak się nie

zwiększa (Francja, Polska). Państwo w realizacji polityki społecznej wspierane jest przez elity gospodarcze. Model socjaldemokratyczny to model rozbudowanego państwa opiekuńczego z ograniczoną rolą organizacji społecznych, przy istnieniu sił politycznych wywodzących się z ruchów robotniczych i pracowniczych (kraje skandynawskie)<sup>51</sup>.

Interesującą teorię dotyczącą rozwoju organizacji społecznych przedstawił J. Douglas. Jego koncepcja *kategorycznych ograniczeń* dotyczy niewydolności sektora publicznego i ograniczonych możliwości rządu. Douglas stwierdza, że podmioty publiczne mają znacznie większe ograniczenia inicjowania nowatorskich i innowacyjnych działań w dziedzinie polityki społecznej, aniżeli organizacje pozarządowe, co sprzyja rozwojowi tych drugich. Ponadto organizacje społeczne nie podlegają, jak jest w przypadku rządu, bezpośredniej ocenie i krytyce opinii publicznej (wyborców). Pozwala to im przeprowadzać w sposób znacznie łatwiejszy wiele alternatywnych i niepopularnych działań. Ponadto sektor pozarządowy może zapewniać większą elastyczność i różnorodność oferowanych usług, podczas gdy rząd uzależniony jest tu od woli rozwiązań akceptowanych przez większość lub ogół społeczeństwa. Po trzecie organizacje publiczne są „utopione” w ograniczeniach administracyjno-biurokratycznych, których nie znają organizacje pozarządowe<sup>52</sup>.

Wielu ekspertów i badaczy związanych z sektorem pozarządowym twierdzi, że w realizacji wielu zadań społecznych, w tym usług społecznych, sektor pozarządowy jest niezastąpiony, ze względu na fakt, że szybciej i skuteczniej dociera do odbiorców pomocy, jest bardziej elastyczny, innowacyjny i efektywniejszy finansowo<sup>53</sup>. Ponadto sektorowi pozarządowemu przypisuje się rolę trampoliny do rozwoju społeczeństwa obywatelskiego, zacieśniania więzi społecznych i pogłębiania integracji społecznej. Jest on też ważnym pracodawcą. W niektórych państwach europejskich (np. w Belgii, czy Holandii) w sektorze tym znajduje zatrudnienie od 10% do 14% wszystkich zatrudnionych<sup>54</sup>.

Nie wszyscy zgadzają się jednak z tym, że sektor pozarządowy jest skuteczniejszy od instytucji publicznych w działalności społecznej. Dla przykładu R. Szarfenberg w jednym ze swoich artykułów przestrzega i jednocześnie ironizuje, że tak jak w XIX wieku rynek nie rozwiązał kwestii społecznych, a w XX wieku rozczarowanie przyniosło państwo opiekuńcze, tak w XXI wieku może nas spotkać zawód ze strony organizacji pozarządowych<sup>55</sup>. W lite-

<sup>51</sup> Więcej na temat teorii organizacji społecznych: Ibidem, s. 47–59.

<sup>52</sup> Ibidem, s. 54–55.

<sup>53</sup> *Elementarz III sektora*, Stowarzyszenie Klon-Jawor, Warszawa 2005, s. 15–21.

<sup>54</sup> Dane Klon Jawor, [www.ngo.pl](http://www.ngo.pl), 2010.

<sup>55</sup> R. Szarfenberg, *Słabości trzeciego sektora i partnerstwa publiczno-prywatnego*, [w:] „Trzeci Sektor”, nr 4/2005, s. 118–127.

raturze naukowej można ponadto znaleźć opinie, że trzeci sektor jest zbyt idealizowany, i że często organizacje *non-profit* cechuje w rzeczywistości partykularyzm, uznaniowość, brak profesjonalizmu, niewystarczalność zasobów, luka odpowiedzialności. Partykularyzm polega na tym, że organizacje pozarządowe realizują głównie swoje interesy grupowe, które wcale nie muszą być zgodne z dobrem ogółu. Z kolei paternalizm trzeciego sektora powoduje, że organizacje nie mogą tworzyć prawa, świadczą usługi w sposób uznaniowy. Wiele organizacji nie posiada także odpowiedniego zaplecza, zasobów i kadr co powoduje ich amatorskie podejście do wielu zadań<sup>56</sup>.

Wydaje się jednak, że współcześnie niedocenywanie sektora pozarządowego w realizacji usług społecznych jest poważnym błędem. W wielu państwach, jak chociażby w Niemczech, we Francji, w Wielkiej Brytanii, w Hiszpanii, we Włoszech podmioty trzeciego sektora w wielu szczegółowych usługach, dysponują ponad połową całego rynku. Zrezygnowanie z ich usług mogłoby w sposób bardzo znaczący zachwiać całym systemem *welfare*<sup>57</sup>.

## 5. MENEDŻERYZACJA USŁUG SPOŁECZNYCH

Jednym z elementów transformacji polityki społecznej w wielu państwach stała się menedżeryzacja instytucji publicznych, odpowiedzialnych za realizację zadań socjalnych i usług społecznych. Menedżeryzacja polegała na wprowadzeniu do działań i organizacji publicznych instytucji społecznych mechanizmów sprawdzonych w zarządzaniu organizacjami biznesowymi. Zauważono bowiem, że zwiększające się środki na programy publiczne nie spełniały wymogów skuteczności (osiągania zakładanych rezultatów) i efektywności (poniesionych nakładów). Coraz częściej kwestionowano jakość działań aparatu „rozdętej” administracji publicznej, a instytucje publiczne traktowano w dużym stopniu jako zbiurokratyzowane i zetatyzowane podmioty, w dużym stopniu hamujące rozwój i konserwujące tradycyjne rozwiązania. W literaturze przedmiotu utarł się termin „państwa niezdolnego do rządzenia” (*ungovernability*). Zjawisku temu miały sprzyjać następujące procesy<sup>58</sup>:

- ogólny spadek akceptacji dla przywództwa politycznego,
- wzrost politycznego radykalizmu i populizmu,
- osłabienie pozycji tradycyjnych partii politycznych,

---

<sup>56</sup> Ibidem.

<sup>57</sup> Więcej na ten temat w: M. Grewiński, *Wielosektorowa polityka społeczna – o przeobrażeniach państwa opiekuńczego*, Warszawa 2009.

<sup>58</sup> J. Hausner, *Od idealnej biurokracji do zarządzania publicznego*, [w:] *Studia z zakresu zarządzania publicznego*, J. Hausner i M. Kukielka (red.), Kraków 2002, t. II, s. 54.

- rozwój nowych ruchów społecznych,
- wzrost przestępczości i reprivatyzacja środków bezpieczeństwa,
- kryzys państwa opiekuńczego.

Menedżeryzacja polityki społecznej związana jest z koncepcją *New Public Management*, którą upowszechniono na początku lat 90. XX wieku za sprawą głośnego artykułu Ch. Hood'a – *A Public Management for All Seasons*<sup>59</sup> i niezwykle popularnej książki D. Osborne'a i T. Gaebler'a pt. *Rządzić inaczej – jak duch przedsiębiorczości przenika administrację publiczną*<sup>60</sup>. Autorzy ci przedstawili przeobrażenia sektora publicznego w USA proponując istotne zmiany w kierunku podejścia menedżerskiego. *New Public Management* jest według nich modelem organizacji sektora publicznego opartym na profesjonalnym zarządzaniu i wykorzystywaniu narzędzi sprawdzonych w sektorze prywatnym.

Model nowego zarządzania publicznego jest opisywany w literaturze przedmiotu za pomocą wielu różnorodnych określeń. Bardzo popularnymi terminami, charakteryzującymi nowe podejście w administrowaniu sektorem publicznym, są jeszcze<sup>61</sup>: menedżeryzm, rynkowa administracja publiczna, władze przedsiębiorcze, zarządzanie na zasadach biznesowych, menedżeryzm publiczny.

Zmiany dokonujące się z sektorze publicznym określa się bardzo często mianem „rewolucji menedżerskiej” lub pojawieniem się nowego paradygmatu zarządzania tym sektorem. Niewątpliwie na rozwój nowego podejścia do sektora publicznego przyczyniły się następujące elementy:

- coraz powszechniej akceptowana przez ekonomistów, i nie tylko ich, koncepcja „państwa minimum”, a także rozwój ekonomicznych teorii wyboru publicznego oraz teorii agencji,
- postęp cywilizacyjny i zmiany w sektorze prywatnym, dokonujące się w ramach globalizacji, internacjonalizacji stosunków wymiany oraz coraz większej presji konkurencyjności,
- dynamiczny proces informatyzacji i technologizacji sektora prywatnego, które wymusiły konieczne zmiany w sektorze publicznym,
- zmiany polityczne i ideologiczne polegające na dostosowywaniu się rządzących do woli wyborców i opinii publicznej.

Według cytowanego powyżej Ch. Hood'a filozofia „nowego zarządzania publicznego” bazuje na następujących elementach składowych, które powinny zostać wprowadzone<sup>62</sup>:

<sup>59</sup> Ch. Hood'a, *A Public Management for All Seasons*, [w:] „Public Administration”, nr 69 (1)/1991.

<sup>60</sup> Tytuł oryginału z 1992 roku to: *Reinventing Government*.

<sup>61</sup> M. Zawicki, *New Public Management, Public Governance*, [w:] *Studia z zakresu zarządzania publicznego*, J. Hausner, M. Kukiela (red.), Kraków 2002, t. II, s. 78.

<sup>62</sup> Ch. Hood'a, *A Public Management for All Season*, op. cit., s. 4–5.

- istnieje konieczność wprowadzenia profesjonalnego, menedżerskiego, zarządzania w sektorze publicznym,
- należy jasno określić standardy i mierniki działalności,
- należy nastawić się na dezagregację jednostek sektora publicznego,
- należy wprowadzić konkurencję do sektora publicznego,
- należy w większy sposób wykorzystywać w sektorze publicznym metody i techniki zarządzania stosowane w sektorze prywatnym,
- należy położyć większy nacisk na dyscyplinę i oszczędność wykorzystania zasobów.

Z kolei W. Kickert, bazując na dorobku OECD, wskazuje na kilka podstawowych trendów, będących wspólnym mianownikiem różnych podejść do nowego zarządzania publicznego<sup>63</sup>:

- decentralizacja władzy i zapewnienie elastyczności,
- uzyskiwanie rezultatów, kontrola i odpowiedzialność za wyniki,
- poprawa konkurencji i możliwości dokonywania wyboru,
- dostarczanie usług odpowiadających zapotrzebowaniu,
- doskonalenie i rozwój zasobów ludzkich,
- optymalizowanie technologii informatycznych,
- doskonalenie jakości stosowanych regulacji,
- wzmacnianie funkcji sterującej na centralnym szczeblu władzy.

W nowym zarządzaniu publicznym dużą wagę przywiązuje się do oddzielenia roli klienta (beneficjenta) od dostawcy i kontraktora usług publicznych, a także do rozwoju umów kontraktowania i odpowiedzialności za efekty, skutki rezultatów działań. Podkreśla się także konieczność oddzielenia czynności politycznych od procesów zarządzania i podejmowania decyzji. Wprowadza się elementy rynkowe i *quasi* rynkowe. Dużo większy nacisk kładzie się na procesy decentralizacyjne i wykorzystanie władz samorządowych do prowadzenia sprawnej polityki publicznej (*public policy*).

Generalnie przegląd dorobku naukowego i praktycznych rozwiązań *New Public Management* pozwala na uogólnienie, że koncepcję menedżeryzmu charakteryzuje przede wszystkim zorientowanie na decentralizację sektora publicznego, wprowadzenie instrumentów deregulacyjnych, prywatyzacji i urynkowienia. Dużą rolę odgrywa także „otwarcie” na organizacje społeczne i współpracę międzysektorową (partnerstwo publiczno-prywatne, publiczno-społeczne) oraz wewnątrzsektorową (partnerstwo publiczno-publiczne). Wprowadza się do sektora publicznego także konkurencję, polegającą na kontraktowaniu usług w ramach przetargów publicznych. Władze publiczne

---

<sup>63</sup> W. Kickert, *Public Governance in the Netherlands. An Alternative to Anglo-American Managerialism*, [w:] „Public Administration” 75/1997, Oxford.

stwarzają warunki do rozwoju form zarządzania a nie administrowania sektorem publicznym. W tym celu przekazują swoje uprawnienia obywatelom (uspołecznienie), którzy kontrolują i oceniają sprawność działalności agencji rządowych. Władze tworzą sprawne, przyjazne obywatelowi instytucje, a nie zbiurokratyzowane i sformalizowane podmioty, które koncentrują się na uzasadnianiu własnego funkcjonowania. W koncepcji nowego zarządzania publicznego dużą wagę przywiązuje się do osiąganych rezultatów, kontroli wyników w oparciu o wygenerowane wskaźniki oraz dane pochodzące z metod ewaluacyjnych i z systemów monitoringu i audytu. Podmioty publiczne większą wagę przywiązują do rekrutacji i rozwoju zasobów ludzkich wprowadzając konkursy, zatrudnienie kontaktowe i bardziej elastyczne formy świadczenia pracy<sup>64</sup>.

Menedżeryzacja w kontekście usług społecznych polega także na efektywnym zarządzaniu procesami udostępniania i produkcji usług. Chodzi tu o całościową koordynację systemu usług społecznych, która powinna być profesjonalnie zorganizowana na poziomie regionalnym lub subregionalnym. Różnorodni dostawcy usług powinni być odpowiednio kierowani i kontrolowani przez władze regionalne lub subregionalne (np. powiatowe) i w razie potrzeby usługi powinny być integrowane w celu zapewnienia kompleksowej usługi dla odbiorcy. Niestety w Polsce nie mamy wielu pozytywnych doświadczeń w tym zakresie<sup>65</sup>. Być może jest to spowodowane istniejącymi w dalszym ciągu deficytami w zakresie profesjonalizacji polityki społecznej. Na wielu szczeblach decyzyjnych brakuje wiedzy i umiejętności z zakresu nowoczesnej polityki społecznej, bazującej na rozwiniętych usługach społecznych. Niska świadomość na temat polityki społecznej skutkuje brakiem nowoczesnych strategii lokalnych i wizji rozwoju usług społecznych<sup>66</sup>.

## 6. PODSUMOWANIE

Wszystkie powyżej opisane procesy miały miejsce przy reformowaniu systemów polityki społecznej w państwach europejskich, oczywiście z różną dynamiką w poszczególnych krajach. Mają one ważne konsekwencje dla rozwoju usług społecznych. Największe reformy zostały podjęte w państwach

---

<sup>64</sup> Por.: A. Frąckiewicz-Wronka, *O potrzebie wprowadzenia zasad zarządzania publicznego do organizacji publicznych*, [w:] *Wokół polityki społecznej*, K. Głabicka, M. Grewiński (red.), Warszawa 2008, s. 111 i nast.

<sup>65</sup> M. Grewiński, A. Karwacki, *Pluralizm i międzysektorowa współpraca w realizacji usług społecznych*, Warszawa 2010.

<sup>66</sup> M. Grewiński, A. Karwacki (red.), *Strategie w polityce społecznej*, Warszawa 2009.

o silnych wpływach neoliberalnych (np. w Wielkiej Brytanii), najmniejsze w państwach o długiej tradycji socjaldemokratycznej (np. państwa skandynawskie), gdzie funkcjonujące długo państwo opiekuńcze było zbyt silne, aby można było przeprowadzić znaczące zmiany. Przy czym warto podkreślić, że zarówno w Norwegii jak i w Szwecji, Finlandii oraz Danii przy reformowaniu systemów usług społecznych nie używano w ogóle słów prywatyzacja, urynkowienie czy deregulacja. Terminy te w kulturze państw skandynawskich bardzo źle się kojarzyły i były bardzo często upolityczniane. Z kolei w Wielkiej Brytanii podkreślano i eksponowano te terminy jako nową jakość w zarządzaniu polityką społeczną, w tym usługami społecznymi. W innych krajach europejskich, w zależności od układu sił politycznych i przyzwolenia opinii publicznej, wprowadzono częściowe zmiany dążąc do redukcji lub podtrzymywania dotychczasowego modelu polityki społecznej<sup>67</sup>.

Transformacja polityki społecznej nie jest jednak procesem zakończonym, trwa dalej. Przyszłość pokaże jaki model ukształtuje się także w Polsce, po dwudziestu latach przemian ustrojowych. Czy będzie to model z rozwiniętymi usługami społecznymi, czy też nie przekonamy się pewnie w najbliższej przyszłości.

---

<sup>67</sup> J. Krzyszkowski, *Między państwem opiekuńczym, a opiekuńczym społeczeństwem*, op. cit., s. 36–37.

RYSZARD SZARFENBERG

# Polityka społeczna i usługi społeczne

---

## 1. WPROWADZENIE

W zainteresowaniach polskiej nauki o polityce społecznej zasadnicze miejsce zajmują problematyka pracy i zabezpieczenia społecznego, a tu w szczególności ubezpieczenie społeczne i pomoc społeczna. Obszary te tradycyjnie kojarzone były głównie ze świadczeniami pieniężnymi. Odkąd wszystkie lub duża ich część zaczęła być zaliczana do instrumentów pasywnych i kojarzona głównie z „rybą”, a nie „wędką”, uwaga obserwatorów i analityków przyjaznych polityce społecznej zaczęła koncentrować się na usługach społecznych.

Dodatkowy ku temu impuls dały dyskusje wywołane kontrowersjami wokół pierwotnego projektu dyrektywy usługowej, która miała zdynamizować rynek usług w Unii Europejskiej. Ostatecznie złagodzano jej pierwotne zapisy, ale w międzyczasie powstało wiele dokumentów omawiających problematykę usług społecznych interesu ogólnego (lub pożytku publicznego).

Duch dzisiejszych czasów w retoryce współczesnych rządów i organizacji międzynarodowych, a także licznych ekspertów i akademików to przede wszystkim aktywizacja i edukacja. Aktywne programy rynku pracy oraz rozmaite szkolenia w połączeniu z uelastycznianiem regulacji rynku pracy mają być remedium na współczesne problemy społeczne. Jest to oczywiście zestaw usług o charakterze prozatrudnieniowym.

W artykule próbuję odpowiedzieć na pytania dotyczące pojęcia usług społecznych w kontekście pojęć polityki społecznej, *welfare state*, świadczeń społecznych i usług jako takich. Usługi społeczne mogą być rozumiane szeroko i wąsko, w każdym z tych znaczeń można wyróżnić wiele rodzajów tych usług. Podsumowaniem tej części artykułu są rozważania na temat cech definicyjnych głównego pojęcia.



## 2. POLITYKA SPOŁECZNA, WELFARE STATE I USŁUGI SPOŁECZNE

Tytułowe terminy są ze sobą na tyle ściśle związane, że w definicjach pierwszych czasem pojawia się ten ostatni, w szczególności, gdy mamy do czynienia z wypowiedziami autorów anglosaskich. Zobrazujmy to twierdzenie dwoma dłuższymi cytatami, jednym z dalszej historii i takim, które zawiera względnie współczesną definicję *welfare state*<sup>1</sup>.

- Polityka społeczna ...*oznacza politykę rządów dotyczącą działania mającego bezpośredni wpływ na dobrobyt obywateli przez dostarczanie im usług lub dochodu*<sup>2</sup>.
- W wąskim sensie, *welfare state* może odnosić się do państwowych instrumentów dostarczania usług społecznych (często ograniczonych do ochrony zdrowia, edukacji, mieszkalnictwa, podtrzymania dochodu i osobistych usług społecznych). W szerszym ujęciu *welfare state* uznaje się za (1) szczególny rodzaj państwa, (2) odrębną formę ustroju (polity), (3) specyficzny typ społeczeństwa..., w którym państwo interweniuje w procesy ekonomicznej reprodukcji i dystrybucji w celu realokacji szans życiowych między jednostkami i/lub klasami społecznymi<sup>3</sup>.
- *Welfare state* to dostarczanie usług społecznych przez państwo; strategia rozwoju wzajemnie powiązanych usług świadczonych w razie szerokiej gamy problemów społecznych; ideał, w którym usługi świadczone są w pełnym zakresie i na najlepszym możliwym poziomie<sup>4</sup>.

T.H. Marshall zdefiniował politykę społeczną nawiązując do pojęcia usług, bez dodawania przymiotnika „społecznych”. Można stąd wnioskować, że społeczne będą tylko te usługi, które można będzie bez większych wątpliwości uznać za należące do obszaru polityki społecznej. Odróżnił on przy tym usługi od dochodu i przyjął, że wywierają one bezpośredni wpływ na dobrobyt. Marshall wskazywał, że celami polityki społecznej są *eliminacja ubóstwa, maksymalizacja dobrobytu i osiągnięcie równości*<sup>5</sup>. Może to nam posłużyć do poszukiwania specyficznych dla polityki społecznej usług, które bezpośrednio będą zmniejszały ubóstwo i nierówności. Przykładowo, pomoc społeczna to głównie różne usługi oferowane osobom ubogim, np. praca socjalna traktowana jako

<sup>1</sup> Termin różnie tłumaczony na język polski, np. państwo opiekuńcze, państwo dobrobytu, w artykule będzie używany w oryginale. Przegląd definicji tego pojęcia i dyskusji wokół niego patrz R. Szarfenberg, *Krytyka i afirmacja polityki społecznej*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2008.

<sup>2</sup> T.H. Marshall, *Social Policy*, Hutchinson University Library, Londyn 1967, s. 7.

<sup>3</sup> Ch. Pierson, *Beyond the Welfare State: The New Political Economy of Welfare*, Polity Press, Cambridge 1998, s. 7.

<sup>4</sup> P. Spicker, *Social Policy: Themes and Approaches*, Prentice Hall, Harvester Wheatsheaf, Hemel Hempstead 1995, s. 274.

<sup>5</sup> T.H. Marshall, *Social Policy*, Hutchinson University Library, Londyn 1967, s. 169.

usługa, usługi opiekuńcze w środowisku zamieszkania i w domach pomocy społecznej. Trudniej podać przykłady usług, które zmniejszają nierówności. Częściej w tym kontekście mowa o systemie podatkowo-transferowym (transfery socjalne – różne formy dochodu w postaci świadczeń społecznych czy polityki społecznej), a nie o usługach. Należy jednak pamiętać, że udzielenie osobie ubogiej nieodpłatnej usługi przez instytucję publiczną zwiększa jej dochód do dyspozycji o tyle, ile musiałaby ona wydać na zakup tej usługi na rynku (zakładając, że w ogóle by tę usługę kupiła). W każdym razie w badaniach porównawczych polityki społecznej zaczęto uwzględniać również rolę egalitaryzującą usług, za które ona odpowiada.

Relacje między *welfare state* a polityką społeczną są oczywiście bardzo bliskie, w szczególności gdy weźmiemy pod uwagę wąski sens tego pierwszego pojęcia. O polityce społecznej zaczęto mówić w związku z większym zaangażowaniem państwa w obszarze stosunków pracy najemnej (np. regulacje form wynagrodzenia, czasu pracy, zakaz pracy dzieci itp.) i zabezpieczenia bytu (pod względem dochodu i usług) tych pracowników, którzy z różnych względów czasowo lub trwale przestali być zdolni do pracy. Jeżeli symbolem średniowiecznej polityki społecznej uczynimy miejską pomoc dla ubogich w stylu angielskim, to symbolem XX-wiecznej polityki społecznej są niewątpliwie państwowe ubezpieczenia obejmujące najpierw przede wszystkim pracowników najemnych, a potem wiele innych grup, łącznie z przedsiębiorcami i rolnikami.

W takim ujęciu, słabiej mieszczą się regulacje rynku pracy – czasem łączą się one ze świadczeniami pieniężnymi, do których państwo zobowiązuje pracodawców (np. wynagrodzenie za czas choroby, odprawy dla zwalnianych pracowników). A jak to wygląda w perspektywie usług? Można próbować uznać regulację rynku pracy jako złożoną usługę dla uczestników tego rynku, albo udzielanie urlopów pracownikom jako obowiązkową usługę ze strony pracodawcy. Typowymi usługami społecznymi są jednak usługi zatrudnieniowe, np. pośrednictwo pracy czy ogólniej – aktywizacja zawodowa.

W drugim i trzecim cytacie przedstawionym powyżej, to *welfare state*, czyli państwo dostarcza usług społecznych, do których obaj autorzy zaliczyli zabezpieczenie społeczne i podtrzymanie dochodu, zdrowie, edukację, mieszkalnictwo oraz pracę socjalną i osobiste usługi społeczne. Zabezpieczenie społeczne oznacza system świadczeń społecznych, do których prawo uzyskuje się najczęściej poprzez ubezpieczenie społeczne (obowiązkowe opłacanie składki do wspólnego funduszu), pomoc społeczną (dochody niższe niż oficjalna granica ubóstwa) i zaopatrzenie społeczne (szczególna sytuacja dająca uprawnienie do świadczeń pieniężnych bez warunku opłacania składki i niskiego dochodu). Te trzy podsystemy zabezpieczenia społecznego kojarzą się na ogół

z tym, co jest ich głównym produktem, czyli emeryturami, rentami, zasiłkami, dodatkami – są to pieniężne świadczenia społeczne, nazywane przez ekonomistów transferami socjalnymi.

Najbardziej z usługami jako takimi kojarzą się oczywiście zdrowie (usługi medyczne, lecznicze, zdrowotne, opieki zdrowotnej, ochrony zdrowia) i edukacja (usługi szkoleniowe, edukacyjne, oświatowe, wychowawcze, szkolne, przedszkolne). Zbiór możliwych usług z obszaru zdrowia może się nam bardzo powiększyć, jeżeli weźmiemy jeszcze pod uwagę zdrowie publiczne, czyli te wszystkie usługi, które mają zapewniać zdrowe, czyste i bezpieczne środowisko życia. Podobnie z edukacją, gdy włączymy do niej również opiekę i wychowanie nad dziećmi jako funkcje różnych instytucji oświatowych.

Praca socjalna to złożone pojęcie, o którym będzie mowa dalej. W kontekście prawnym w Polsce, o pracy socjalnej traktuje głównie ustawa o pomocy społecznej, uznano ją tam za świadczenie niepieniężne. Osobiste usługi społeczne bywają rozumiane jako pojęcie szersze od pracy socjalnej i obejmujące również opiekę społeczną, np. usługi opiekuńcze zapewniane przez państwo poza systemem opieki zdrowotnej, w środowisku zamieszkania czy w domach pomocy społecznej.

Najmniej z usługami może się kojarzyć mieszkalnictwo, ze względu na to, że mieszkanie jest specyficznym dobrem trwałego użytku. Pamiętajmy jednak, że wynajem za niższy czynsz mieszkania komunalnego (należącego do gminy) osobom ubogim to jak najbardziej usługa o charakterze społecznym. Można też szukać usług społecznych wśród bardzo różnych usług mieszkaniowych, np. architektonicznych, budowlanych, remontowych, pomocy domowej, ubezpieczeniowych (majątkowych), ochroniarskich, wynajmu, handlowych, finansowych (kredyty hipoteczne). Przykładowo państwo reguluje cały obszar mieszkalnictwa narzucając normy bezpieczeństwa, może być to interpretowane jako usługa chroniąca bezpieczeństwo użytkowników mieszkań. Drugi przykład dotyczy kredytów hipotecznych oraz rozwiązań, które sprawiają, że są one bardziej dostępne dla mniej zamożnej części populacji.

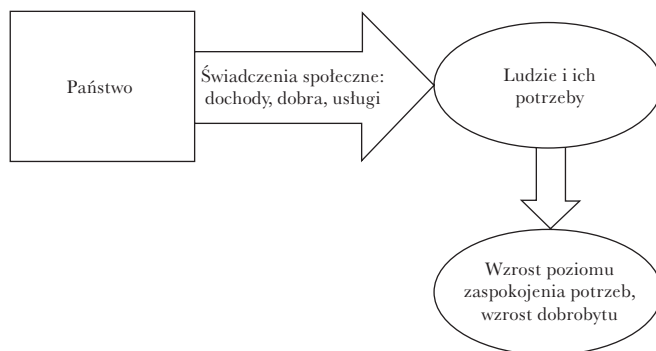
Dochody, dobra i usługi dostarczane przez państwo nazywane są świadczeniami społecznymi. W Leksykonie Polityki Społecznej (LPS) zdefiniowano je następująco: *Wszelkie środki pieniężne, dobra materialne i usługi, które służą zaspokajaniu indywidualnych potrzeb jednostek i rodzin; uzyskiwane bezekwiwalentnie, czyli niebędące bezpośrednim wynagrodzeniem za pracę; finansowane ze środków publicznych; gromadzenie i wydatkowanie środków na ten cel... odbywa się z udziałem instytucji państwa lub pod ich nadzorem*<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> B. Rysz-Kowalczyk (red.), *Leksykon polityki społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2001, s. 207.

W LPS znalazło się hasło „usługi społeczne” z odsyłaczem do hasła „świadczenia społeczne”. Podobnie, jak Marshall, odróżniono w ich definicji środki pieniężne i dobra materialne od usług, w związku z tym można wyróżnić trzy rodzaje świadczeń społecznych – środki pieniężne, dobra materialne, usługi. Wszystkie one muszą spełniać cechy definicyjne świadczenia społecznego jako takiego, ale w definicji nie podano informacji, co odróżnia usługi będące świadczeniami społecznymi od pozostałych rodzajów świadczeń. Pamiętajmy też, że dla Spickera usługami społecznymi było też zabezpieczenie społeczne, którego produktem są głównie świadczenia w formie środków pieniężnych. Oba podejścia zostaną pokazane na schematach 1 i 2.

### Schemat 1. Usługi społeczne jako rodzaj świadczeń społecznych



Źródło: opracowanie własne.

### Schemat 2. Usługi społeczne jako podsystemy polityki społecznej

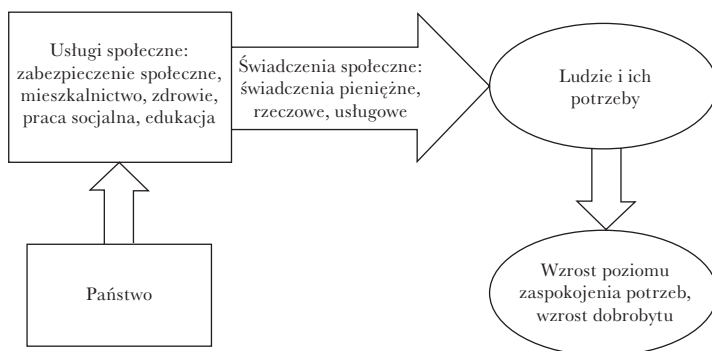


Źródło: opracowanie własne.

Na schemacie 2 przedstawiono uproszczony obraz polityki społecznej państwa z uwzględnieniem koncepcji usług społecznych Spickera. Możemy

w związku z tym zapytać, jak ma się taka koncepcja usług społecznych do pojęcia świadczeń społecznych z LPS? Można tę relację ująć tak, że produktem usług społecznych są świadczenia społeczne, np. produktem usługi społecznej nazywanej zabezpieczeniem społecznym jest m.in. pieniężne świadczenie społeczne nazywane emeryturą, produktem usługi społecznej zdrowie jest usługą lekarza polegająca na leczeniu, a produktem usługi społecznej nazywanej pracą socjalną jest m.in. usługa polegająca na pomocy w zdobyciu środków do życia. Oba ujęcia zostaną ujęte razem na kolejnym schemacie.

**Schemat 3. Usługi społeczne jako podsystemy polityki społecznej i świadczenia społeczne w formie usług**



Źródło: opracowanie własne.

Schemat 3 przedstawia próbę pogodzenia ze sobą pojęć usług społecznych i świadczeń społecznych przytoczonych wyżej. Państwo organizuje system usług społecznych (przez organizację można rozumieć co najmniej uregulowanie w ustawie podstaw organizacyjnych i zawodowych danej usługi), dostarczających ludziom świadczeń społecznych (w tym w formie usług), które zaspokajają ich potrzeby i w ten sposób przyczyniają się do zwiększenia ich dobrobytu. Mylące może być nazywanie usługami społecznymi zarówno podsystemów polityki społecznej, jak i tego, co jest ich produktem, w szczególności gdy pracę socjalną zaliczymy jednocześnie do podsystemów i świadczeń.

Z powyższych krótkich rozważań wynika, że pojęcia polityki społecznej, *welfare state*, świadczeń społecznych i usług społecznych są blisko ze sobą powiązane. W przypadku usług społecznych mamy do czynienia z bardzo dużym i zróżnicowanym zbiorem. Jego granice zostają wyznaczone dość arbitralnie (autorzy anglosascy po prostu wymieniają przykłady takich usług) i zależą one od tego, jak rozumieć będziemy politykę społeczną, w szczegól-

ności państwową czy publiczną. Gdy ta niezbyt solidna, spajająca rama zostanie usunięta nasz zbiór rozpadnie się na wiele mniejszych, ale za to bardziej spójnych, skoncentrowanych wokół usługi wiodącej czy paradygmatycznej, z których najbardziej wyrazistymi wydają się ubezpieczenie, leczenie, nauczanie, wychowanie czy opieka.

Ujmowanie usług społecznych z perspektywy polityki społecznej nie daje nam zasadniczych odpowiedzi na temat tego, czym usługi społeczne są i czym różnią się od innych rodzajów usług. Dlatego poniżej rozważane będą definicje usług jako takich oraz usług społecznych niezależnie od koncepcji polityki społecznej. Na tym tle zostanie pokazana specyfika znaczenia pojęcia usług społecznych w różnych ujęciach.

### 3. CECHY DEFINICYJNE USŁUG

W zrozumieniu tego, z czym mamy do czynienia może nam pomóc prosta konstatacja, że usługi społeczne należą do szerszej kategorii usług jako takich. Muszą więc podzielać z innymi usługami pewne wspólne cechy, a przy tym mieć specyficzne właściwości, które odróżnią je od usług, których nie uznamy za społeczne<sup>7</sup>.

Spójrzmy najpierw na kilka typowych definicji usług jako takich sformułowanych przez przedstawicieli różnych nauk.

**Tabela 1. Definicje usług**

Definicja	Źródło
„Działalność służąca do zaspokajania potrzeb ludzkich, która nie znajduje żadnego ucieleśnienia w nowych dobrach materialnych”	<i>Mała encyklopedia ekonomiczna</i> , PWE, Warszawa 1962, s. 764.
„Wszelkie czynności związane bezpośrednio lub pośrednio (np. przy podziale produktów) z zaspokajaniem potrzeb ludzkich, ale nie służące bezpośrednio do wytwarzania przedmiotów nazywamy usługami”	Oskar Lange, <i>Ekonomia polityczna</i> , tom 1, Warszawa 1959, s. 15.

<sup>7</sup> Gdyby przyjąć, że atrybut społeczności jest stopniowalny, mielibyśmy możliwość mówienia o usługach mniej lub bardziej społecznych. Dodatkową trudność w polskiej literaturze stanowi odróżnianie tego, co społeczne od tego, co socjalne. Nie tylko więc należałoby linię demarkacji wyznaczyć między usługami społecznymi i niespołecznymi, ale także między społecznymi i socjalnymi. Dominującym rozwiązaniem jest uznanie, że usługi socjalne to część usług społecznych, pozostają więc usługi społeczne nie będące jednak socjalnymi.

Tabela 1. (cd.)

Definicja	Źródło
„Ilekcioć mowa o usługcie ma się na myśli zwykle jedno z trojga: bądź usługę jako czynność pomocniczą dla kogoś innego niż sam jej sprawca, bądź usługę jako działanie czyniące zadość czyjejś potrzebie bezpośrednio, bądź usługę jako jakąś akcję mniej lub bardziej przelotną w przeciwieństwie do jakichś trwalszych uporczywych wysiłków”	Tadeusz Kotarbiński, <i>Zagadnienie produktyjności usług</i> , Prakseologia nr 33, 1969, s. 7.
„Usługa to każda czynność lub korzyść, która może być udzielona przez kogoś komuś innemu i jest niematerialna oraz nie ma żadnych skutków w postaci własności czegokolwiek. Jej produkcja może być lub nie być powiązana z fizycznym produktem”	Philip Kotler, za: B. Hollins, S. Shinkins, <i>Managing Service Operations: Design and Implementation</i> , SAGE publications, Thousand Oaks 2006, s. 8.
„Usługi to luźno zdefiniowana grupa działań gospodarczych wymagających dużego zaangażowania siły roboczej i dotyczących finansów, sprzedaży, dystrybucji (transport, handel, handel hurtowy) oraz przedsięwzięć i zawodów związanych z różnymi formami opieki osobistej”	Gordon Marshall (red.), <i>Słownik socjologii i nauk społecznych</i> , Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005, s. 411.

Źródło: opracowanie własne.

W definicjach zamieszczonych w tabeli podkreślony został niematerialny charakter usług: nie znajdują ucieleśnienia w dobrach, nie służą bezpośrednio do wytwarzania dóbr, są niematerialne, nie można ich posiadać. Wiemy też, że podobnie jak dobra, usługi pośrednio lub bezpośrednio zaspokajają potrzeby ludzi.

Prawdę mówiąc z tych definicji niewiele się dowiadujemy o istocie usług poza wskazaniem czym one nie są – nie są materialne, nie służą wytwarzaniu dóbr materialnych. Wiemy tyle, że jest to coś niematerialnego i pożytecznego, co wymaga dużego nakładu pracy i bardziej się wiąże z pewnymi obszarami gospodarki.

Zestaw cech usługi jako takiej oraz ich konsekwencji ekonomicznych został przedstawiony w kolejnej tabeli.

Wśród cech definicyjnych usług, poza wcześniej już wymienianą niematerialnością oraz niemożnością nabycia ich na własność, mamy kolejne propozycje cech definicyjnych: jednoczesność świadczenia i konsumpcji, niejednorodność i nietrwałość. W tabeli nie ujęto bardzo istotnej konsekwencji usług, a mianowicie tego, że trudno jest zmniejszyć ich pracochłonność. Skoro usługa zawsze wymaga obecności udzielającego jej człowieka i obecności tego, komu jest udzielana i polega na czynnościach zaspokajających potrzeby, to nie można jej zastąpić maszynami, komputerami itd. Przykładowo, trudno

jest zastąpić fryzjerów czy lekarzy automatami fryzjerskimi lub lekarskimi, które by ludzi strzygły lub leczyły. Część usług „udzielanych rzeczom” daje się automatyzować, np. usługa polegająca na praniu ubrań – pralki, usługa polegająca na myciu naczyń – zmywarki. Automatyzacja pracy produkcyjnej czy wytwórczej, której wytworem są rzeczy materialne, może być w większym stopniu poddawana automatyzacji (np. roboty przemysłowe). Z tego wynikają ograniczenia w zwiększaniu wydajności usług, bez obniżania ich jakości, np. czy zgodzilibyśmy się na taśmowe fryzjerstwo, lecznictwo czy nauczanie?<sup>8</sup>

**Tabela 2. Cechy definicyjne usług i ich konsekwencje ekonomiczne**

Cechy usług	Implikacje dla przedsiębiorstwa usługowego i konsumentów
Niematerialność	<ul style="list-style-type: none"> <li>– usługi nie mogą być ocenione przez potencjalnego nabywcę za pomocą zmysłów</li> <li>– usługi nie mogą być pokazywane i przechowywane</li> </ul>
Jednoczesność procesu świadczenia i konsumpcji	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ograniczony czas dostępności usługi dla nabywcy</li> <li>– ograniczone możliwości zwiększania skali świadczenia usług</li> <li>– praca personelu wpływa na wyniki procesu świadczenia usługi</li> <li>– brak możliwości zachowania tajemnicy produkcji, a tym samym brak ochrony patentowej</li> </ul>
Niejednolitość usług	<ul style="list-style-type: none"> <li>– niemożność oferowania standardowych produktów usługowych, ze względu na to, że ostateczne cechy usługi kształtowane są przez personel firmy usługowej, samego usługobiorcę oraz współusługobiorców</li> <li>– utrudnienia w wyliczaniu kosztów świadczenia poszczególnych usług, a co za tym idzie – utrudnienia w prowadzeniu racjonalnej polityki cenowej</li> </ul>
Nietrwałość usług	<ul style="list-style-type: none"> <li>– niemożność składowania usług, a zatem również ich wytwarzania na zapas</li> <li>– wielkość konsumpcji ograniczona jest aktualną wielkością potencjału ludzkiego i rzeczowego zaangażowanego w świadczenie danej usługi</li> </ul>
Brak możliwości nabycia usług na własność	<ul style="list-style-type: none"> <li>– świadczone na czyjaś rzecz usługi nie mogą być przedmiotem wtórnego obrotu</li> </ul>

Źródło: Flejterski i in. (red.), *Współczesna ekonomika usług*, PWN, Warszawa 2005, s. 43.

Wątpliwości budzą konsekwencje pierwszej z cech, z pewnością można pokazywać usługi; jeden sposób to nagranie ich obrazu, np. jak ktoś jest

<sup>8</sup> O procesach, które jednak mogą prowadzić do takich konsekwencji pisał G. Ritzer, *Makdonaldyzacja społeczeństwa*, MUZA, Warszawa 2009.



myty, jak odbywa się zabieg, jak ktoś uczy innych. Jeżeli można pokazywać zarejestrowane usługi, to mogą być też oceniane za pomocą zmysłów przez potencjalnych nabywców. Inny sposób pokazywania usługi polegać może na jej demonstracji przed publicznością na żywo.

Druga refleksja dotyczy ubezpieczeń, w szczególności wobec warunku jednoczesnego procesu świadczenia i konsumpcji. Na pierwszy rzut oka między nabywcami usługi leczniczej, edukacyjnej czy ochrony osobistej a nabywcą polisy ubezpieczeniowej, czy osobą ubezpieczoną obowiązkowo, jest chyba dość zasadnicza różnica. W pierwszych trzech przypadkach wymagana jest bezpośrednia obecność obsługującego, w przypadku ubezpieczenia osobowego nic takiego raczej nie występuje (jest się ubezpieczonym, a nie ciągle ubezpieczanym przez konkretnego człowieka w naszym otoczeniu). Można jednak uznać, że usługa ubezpieczenia daje bezpieczeństwo (pewność, że szkoda zostanie zrekompensowana) cały czas w trakcie trwania umowy, więc mamy jednak do czynienia z jednoczesnością świadczenia usługi ubezpieczeniowej i konsumpcji w postaci poczucia bycia zabezpieczonym.

O ile niematerialność i jednoczesność produkcji i konsumpcji wydają się być niezależnymi cechami, to niejednolitość, nietrwałość i brak możliwości nabycia na własność można uznać za kolejne konsekwencje niematerialności i równoczesności nabycia i zużycia.

**Tabela 3. Wymiary definiowania usług**

Wymiar definiowania usług	Opis
Materialność	większość usług ma charakter niematerialny, nie można ich dotknąć, np. porady prawnej czy wycieczki, chociaż można zobaczyć ich skutki
Przenośność	większość usług nie może być przenoszona z miejsca na miejsce i w związku z tym nie może być eksportowana
Przechowalność	jako niematerialne usługi nie mogą być magazynowane
Kontakt konsumenta	w przypadku dóbr materialnych nie mamy kontaktu z procesem ich produkcji, w przypadku usług produkcja i konsumpcja są jednoczesne, więc taki kontakt występuje, daje to możliwość pełniejszej oceny jakości usługi
Jakość	w przypadku dóbr materialnych łatwiej ją zmierzyć i potraktować ilościowo, ocena jakości usług jest głównie jakościowa

Źródło: B. Hollins, S. Shinkins, *Managing Service Operations: Design and Implementation*, SAGE Publications, Thousand Oaks 2006, s. 8.

Większość wątków powtarza się lub jest podobna do tych, na które zwrócono uwagę w tabeli 2. Nowe jest uwzględnienie jakości usług – z jednej strony łatwiej jest ocenić ją konsumentowi (a przynajmniej te cechy usług, które są mu bezpośrednio zmysłowo dostępne), z drugiej – jest ona trudno mierzalna w kategoriach ilościowych. Utrudnienia w standaryzacji usług, podkreślane wyżej, ograniczają też możliwość kontrolowania jakości usług oraz wpływania na nią za pomocą świadomie tworzonych zbiorów wymogów dotyczących jakości (standardy). Nie jest to jednak niemożliwe i w coraz większym stopniu się to praktykuje<sup>9</sup>.

Pośród niezliczonych rodzajów pracy możemy, w zależności od jej wytworu, wyróżnić taką, która daje konkretny produkt materialny i taką, której przypisać go nie można, co nie znaczy, że jest bezproduktywna. W przytoczonych powyżej ujęciach ekonomicznych to właśnie z tym drugim rodzajem pracy łączy się pojęcie usługi. Jest to ta praca, która daje coś, co jest komuś przydatne, a co jednak nie materializuje się jako nowy przedmiot<sup>10</sup>.

Oddaje tą różnicę zestawienie pracy, której produktem jest chleb, książka, samochód, stół, komputer, program komputerowy czy dom, z pracą polegającą na karmieniu i myciu, masowaniu ludzi, strzyżeniu i modelowaniu fryzur, udzieleniu im porad, podwożeniu ich, uczeniu, opiece, ochranianiu przed innymi, wykonywaniu zabiegów leczniczych, sprzątanu u kogoś, podawaniu komuś posiłków, naprawianiu zepsutych rzeczy, inwestowaniu czy przechowywaniu pieniędzy itp. Produktem tej drugiej grupy prac są w pewnym sensie mniej lub bardziej odmienieni ludzie (umyci, wymasowani, ostrzyżeni, poinformowani, nauczeni, ochronieni, przetransportowani, wyleczeni) lub rzeczy będące ich własnością (posprzątane mieszkanie, zakupiony posiłek przygotowany i podany do stołu, dobrze działająca rzecz, która przedtem była zepsuta lub nie całkiem sprawna, zainwestowane i przechowane pieniądze itd.).

Jako, że przyjęliśmy wyżej, że usługi społeczne są rodzajem usług, musimy przyjrzeć się ogólniejszym podejściom do klasyfikacji usług, czyli podziałów ich na rodzaje.

---

<sup>9</sup> R. Szarfenberg, *Standaryzacja usług społecznych*, ekspertyza dla projektu 1.18, zadanie 2, Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej, WRZOS, Warszawa 2010.

<sup>10</sup> Można zastanawiać się nad materialnymi konsekwencjami usług, np. usługa fryzjera polega m.in. na obcinaniu włosów. Ma ona oczywiście materialne konsekwencje w postaci obciętych włosów i nowej fryzury. Intuicyjnie jednak różnica między nową fryzurą (nowym stanem kogoś, kto już był) a nowym telewizorem (nową rzeczą) wydaje się być istotna. Naprawianie telewizora czy jego odkurzenie jest usługą, gdyż zmienia stan czegoś co już zostało wytworzone i co już istnieje.

#### 4. KLASYFIKACJE USŁUG A USŁUGI SPOŁECZNE

Usługi zorientowane na bezpośrednie zapewnianie dobrostanu<sup>11</sup> podzielić można na usługi polegające na obsłudze ludzi (zabiegi dotyczące ciała, emocji, umysłu), zwierząt (hodowanych, ale też pracujących, jak i domowych czy dzikich, m.in. ochrona zwierząt) oraz związane raczej z zapewnianiem dobrego stanu i właściwego funkcjonowania przedmiotom (szeroko rozumianym, tj. włącznie z symbolicznymi, np. pieniądze, oraz całymi systemami urządzeń, np. sieciami komputerowymi, sieciami energetycznymi), które już zostały wytworzone. Można dodać do tego całą gamę usług związanych z obsługą większych zbiorowości ludzkich, jak i przyrodniczych – usługi mające na celu dobrostan całych mniejszych lub większych społeczności (narodów, ludów, społeczności miejskich, wiejskich i jeszcze mniejszych) oraz usługi dla ekosystemów, np. polegające na ich ochronie.

Przyjrzyjmy się teraz niektórym klasyfikacjom usług, które można spotkać w literaturze. Pierwsza z nich zestawia razem dwa kryteria podziału usług na rodzaje – obecność elementów niematerialnych i obiekt, na który skierowana jest usługa.

**Tabela 4. Klasyfikacja usług w dwóch wymiarach**

Charakter czynności usługowych	Obiekty czynności usługowych	
	Ludzie	Przedmioty
Elementy materialne	Usługi skierowane na ludzkie ciała: – opieka zdrowotna – rehabilitacja – kosmetyczne – fryzjerstwo – transport pasażerski	Usługi skierowane na rzeczy: – transport towarowy – usługi ochroniarskie – usługi porządkowe – pranie chemiczne
Elementy niematerialne	Usługi skierowane na ludzkie umysły: – edukacyjne – informacyjne – kulturalne (świadczane przez kina, teatry, muzea)	Usługi skierowane na dobra niematerialne: – bankowe – prawne – ubezpieczeniowe

Źródło: Ch. H. Lovelock, [za:] S. Flejterski i in. (red.), *Współczesna ekonomika usług*, PWN, Warszawa 2005, s. 52<sup>12</sup>.

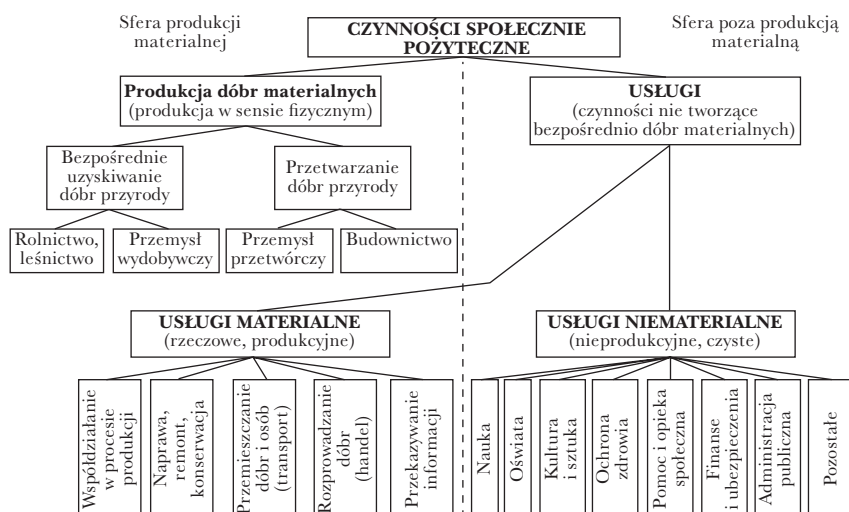
<sup>11</sup> Odróżnienie rzeczy od dobrostanu, który za ich pomocą osiągamy zaspokajając nasze potrzeby i pragnienia wydaje się oczywiste. Różnica w tym kontekście polega na stanie przed zaspokojeniem potrzeby na coś i po jej zaspokojeniu tym czymś. Przytoczone wyżej definicje usługi operowały pojęciem zaspokajania potrzeb lub dostarczania korzyści.

<sup>12</sup> W artykule Christophera H. Lovelocka – *Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights* (Journal of Marketing, tom 47, nr 3, 1983) jest też interesujące podsumowanie wielu

W szczególności interesujące są te usługi, które skierowane są bezpośrednio do ludzi, polegające na ich obsłudze. Poza ciałem (system organów, tkanek) i umysłem (pamięć, wiedza), mamy też emocje, więc można próbować wyodrębnić jeszcze usługi skierowane na ten aspekt. Część usług nie bardzo da się zaszufladkować w taki sposób, np. opieka psychiatryczna jest częścią opieki zdrowotnej, ale raczej związana jest z usługami skierowanymi na umysł i emocje, a nie na ciała (choroby umysłowe a choroby somatyczne i ich wzajemne związki). Na razie nie ma bezpośrednich wskazówek, gdzie znajdują się usługi społeczne. Wiemy jednak z pierwszego punktu, że uznaje się za nie między innymi opiekę zdrowotną i edukację, więc wchodziłyby w grę usługi skierowane na ludzkie ciała i umysły. Jeżeli za usługę społeczną uznamy też ubezpieczenia społeczne, to pojawia się problem, gdzie je włączyć w tej klasyfikacji, czy tam, gdzie obiektem czynności usługowych są emocje (poczucie bezpieczeństwa), czy też tam, gdzie obiektem są dobra niematerialne? Osobiste usługi społeczne w postaci pracy socjalnej czy opieki społecznej nie pojawiają się w ogóle. Opieka na pewno silnie związana jest z usługami dla ciała, z kolei wychowanie czy praca socjalna mogą być bardziej nastawione na usługi dla umysłu i ewentualnie emocji (motywowanie do rozwoju, do działania).

Duża część gospodarki opiera się na usługach. Zobaczmy to w bardziej rozbudowanej klasyfikacji usług (schemat 4).

**Schemat 4. Klasyfikacja usług w kontekście gospodarki**



Źródło: M. Ryłke, [za:] K. Dobrzański, *Zatrudnienie w usługach społecznych*, Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 1992, s. 46 (z modyfikacjami w klasyfikacji usług niematerialnych).

zastanych koncepcji klasyfikacyjnych usług oraz kilka dodatkowych propozycji, poza przytoczoną. Kategoria usług społecznych nie pojawia się tam bezpośrednio.

W oryginale autor w jednym bloku umieścił ochronę zdrowia, opiekę społeczną i kulturę fizyczną. Zamiast administracji publicznej była administracja państwowa i ochrona porządku publicznego. Wprowadzone zmiany rozdzielają ochronę zdrowia od opieki społecznej, do której została też dodana pomoc (w rozszerzającej interpretacji obejmuje też pomoc dla bezrobotnych, ale nie pomoc dla chorych czy pomoc dla pozbawionych wiedzy które obejmowane są przez usługi ochrony zdrowia oraz z zakresu oświaty)<sup>13</sup>. Na schemacie nie uwzględniono ubezpieczeń społecznych. Można próbować je włączyć do działu finanse i ubezpieczenia, jako jeden z rodzajów ubezpieczeń.

Przynajmniej część z wyróżnionych rodzajów to zbiorcza nazwa wielu rozmaitych usług szczegółowych i składowych, np. ochrona zdrowia może oznaczać usługi obejmujące duży zestaw różnorodnych czynności związanych z leczeniem i pomocniczych wobec niego, ale również z zakresu zdrowia publicznego (usługi dla higieny środowiska, np. oczyszczanie ścieków, ograniczanie emisji spalin itp.). Wiele usług zachodzi na siebie, np. oświata zdrowotna. Schemat bardzo upraszcza rzeczywistość i pokazuje ją statycznie.

Trzeba pamiętać, że usługi niematerialne mają bardzo duże znaczenie dla produkcji dóbr materialnych (nauka a techniki wytwarzania, oświata a kwalifikacje wytwórców, ochrona zdrowia, kultura i sztuka a etos, wydajność i zdolność do pracy) i odwrotnie (budownictwo a infrastruktura usług niematerialnych, produkcja rozmaitych dóbr materialnych, które umożliwiają i wspomagają usługi niematerialne, np. sprzęt, rozmaite pomoce dydaktyczne, medyczne, naukowe itd.). Ponadto usługi materialne spełniają liczne funkcje w kontekście usług niematerialnych, np. transport medyczny, przekazywanie informacji o usługach niematerialnych, handel tymi usługami, zarządzanie nimi itd.

Na powyższym schemacie również nie pojawiły się usługi społeczne, ani też socjalne, więc gdzie one są? Rozważmy teraz podejścia autorów, którzy bezpośrednio w swoich klasyfikacjach uwzględnili usługi społeczne. Typowe podejście do tego zagadnienia w kontekście polityki społecznej przedstawił Gosta Esping-Andersen za Tomem Elfringiem. Usługi społeczne przedstawione zostały jako jeden z rodzajów usług, poza tym wymienił on usługi produkcyjne, dystrybucyjne i osobiste<sup>14</sup>. Do społecznych zaliczył usługi edukacyjne, zdrowotne oraz związane z opieką (*care-giving activities*). Dla tych ostatnich podał dwa przykłady – opiekę nad dziećmi oraz usługi polegające na pomocy w domu (*home help services*). Sam Elfring zdefiniował w tej klasyfikacji usługi

<sup>13</sup> Nie chodzi tu o potoczne rozumienie opieki społecznej utożsamianej z pomocą społeczną, ale o te usługi, które mają opiekuńczy charakter.

<sup>14</sup> G. Esping-Andersen, *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press, Oxford 1999, s. 104–107.

społeczne stwierdzając: ...*różnią się od pozostałych tym, że mają nierynkowy charakter. Są one głównie udzielane przez państwo, ale też przez organizacje działające nie dla zysku, prywatne firmy i profesje. W tych ostatnich przypadkach zwykle są subsydiowane przez państwo. Podsektor usług społecznych składa się z czterech kategorii: właściwych dla państwa (usługi cywilne i wojskowe), usług zdrowotnych, usług edukacyjnych oraz różnorodnych [innych] usług społecznych*<sup>15</sup>.

Dalej Elfring wiąże ostatnią kategorię „innych usług” z *welfare services*, co można przetłumaczyć jako usługi socjalne lub opiekuńcze. W podejściu tym mamy wskazane trzy cechy kandydujące do definicyjnych – nierynkowy charakter, udzielanie przez państwo, a jeżeli nie przez państwo, to za pieniądze publiczne. Wśród tak określonych usług społecznych znalazły się jednak również te stricte państwowe (np. usługi sądownicze czy wojskowe), o których już nie wspomniał Esping-Andersen. Nie ma w tych rozważaniach mowy o ubezpieczeniu społecznym, zapewne traktowanym jako dział usług ubezpieczeniowych lub kojarzonym nie z usługami, ale z mechanizmem wynagrodzenie – składka – świadczenie (pieniężne).

Drugie podejście do odróżnienia usług społecznych od innych usług zaprezentuję za Barbarą Szatur-Jaworską<sup>16</sup>. Wymieniła ona następujące cechy definicyjne usług społecznych, przyjmując najpierw, że jest to forma świadczeń:

1. Są czynnościami podejmowanymi w celu bezpośredniego zaspokojenia ludzkich potrzeb i nie polegają na wytwarzaniu dóbr materialnych.
2. Służą zaspokajaniu indywidualnych potrzeb jednostek i rodzin, choć ich jakość i dostępność mają wpływ na funkcjonowanie szerszych zbiorowości i grup społecznych.
3. Mogą być finansowane, organizowane i dostarczane zarówno przez instytucje publiczne, jak i niepubliczne (prywatne).
4. Uzyskiwane są bezekwiwalentnie, częściowo odpłatnie lub w pełni odpłatnie.

Autorka tego podejścia podzieliła usługi społeczne na publiczne i niepubliczne ze względu na źródło finansowania. Zawartość informacyjna cechy pierwszej oraz trzeciej i czwartej jest minimalna dla celów odróżnienia usług społecznych od innych usług. Pierwsza odnosi się do usług w ogóle (choćby wyłącza usługi polegające na działaniach pośrednio przyczyniających się do zaspokajania potrzeb, np. usługi regulacyjne państwa świadczone rynkom), a dwie ostatnie nie dostarczają cech wyróżniających. Cecha druga w części

<sup>15</sup> T. Elfring, *New Evidence on the Expansion of Service Employment in Advanced Economies*, Review of Income and Wealth, seria 35, nr 45, 1989, s. 412.

<sup>16</sup> B. Szatur-Jaworska, *Służba społeczna, służby społeczne, usługi społeczne – zagadnienia terminologiczne*, prezentacja.

pokrywa się z pierwszą. Pozostaje tylko „wpływ na funkcjonowanie szerszych zbiorowości i grup społecznych” jako ewentualny wyróżnik usług społecznych. Ten wpływ podkreślał również Maksymilian Pohorille, przytaczając klasyfikację Oskara Langego usług dla ludności (obsługa nabywcy; obsługa osoby – m.in. leczenie; obsługa osobowości, m.in. edukacja), który wskazywał, że leczenie i oświata ze względu na ich „ważne efekty zewnętrzne” dla gospodarki powinny być wydzielone jako osobna grupa<sup>17</sup>. Efekty zewnętrzne, w tym przypadku to pozytywne skutki uboczne, np. ludzie zdrowi i wykształceni mogą być bardziej wydajnymi pracownikami. Warto pamiętać, że pozytywne skutki uboczne udzielania usług społecznych mogą się odnosić również do innych sfer niż gospodarka, np. bardziej wykształceni ludzie mogą być też lepszymi obywatelami, lepszymi rodzicami itd. W przytoczonym ujęciu usługi społeczne traktowane są jako forma świadczeń, a więc trudno byłoby zaliczyć do usług społecznych zabezpieczenie społeczne (patrz rozwiązanie zaproponowane w drugim punkcie artykułu).

Trzecie podejście do odróżnienia usług społecznych od innych usług zostało wypracowane w ramach projektu Qu/A/Si II (*Project investigating quality and accessibility of sustainable social services for social inclusion*). W jego ramach zdefiniowano osobiste usługi pożytku publicznego (*general interest*) zorientowane na osobę<sup>18</sup>:

1. Udzielane są po to, aby zwiększyć dobrostan jednostek.
2. Zorientowane są na osobę i w interesie ogólnym.
3. Oparte są na socjalnych prawach człowieka.
4. Przyczyniają się do spójności społecznej i szerszych więzi społecznych.
5. Stwarzają możliwości jednostkom i upodmiotowiają je.

Można mieć wątpliwość, czy usługi jako takie nie mają na celu zaspokajania potrzeb, a więc zwiększania dobrostanu (wtedy nie wyróżnia to usług społecznych). Orientacja na osobę, a nie na obsługę produkcji, bytów kolektywnych czy bytów nieludzkich wyróżnia nie tylko usługi społeczne (np. fryzjerstwo jest typową usługą skierowaną na osobę). Z kolei interes ogólny oraz przyczynianie się do spójności społecznej i szerszych więzi nieco przypomina „wpływ na funkcjonowanie szerszych zbiorowości i grup społecznych” oraz na „ważne efekty zewnętrzne”. Cecha ostatnia jest silnie powiązana z usamodzielnianiem i uzyskiwaniem autonomii przez ludzi, którym udzielne są usługi społeczne (stąd, aby opieka była usługą społeczną musiałaby mieć aspekt upodmiotowiający, opieka ubezwłasnowolniająca byłaby mało spo-

<sup>17</sup> M. Pohorille, *Model konsumpcji w ustroju socjalistycznym*, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1971, s. 258.

<sup>18</sup> Informacje o projekcie z definicją usług społecznych: < <http://www.eurodiaconia.org/projects/quasi/Files/QuasiII.html> >.



teczna w tym kontekście). Uznanie za cechę definicyjną oparcia na społecznych prawach człowieka sprawia, że usługi, do których nie mamy prawa w świetle szczególnej grupy praw człowieka (np. określonych w Zrewidowanej Europejskiej Karcie Społecznej) należałoby uznać za niespołeczne lub mało społeczne. Podejście to ma bardziej normatywny charakter, czyli wskazuje głównie na pozytywne cele lub konsekwencje udzielania usług, a nie na to, czym się one różnią od innych usług niezależnie od swoich celów i konsekwencji.

Warto jeszcze przytoczyć argumenty, które mają przemawiać za wyodrębnieniem usług społecznych: 1) potrzeby zaspokajane przez nie są też kreowane dzięki nim (obowiązkowa konsumpcja), a to sprawia, że nie działa mechanizm rynkowy; 2) poprzez nie realizowane są podstawowe zasady polityki społecznej państwa; 3) odgrywają istotne znaczenie w procesie reprodukcji ilościowej i jakościowej zasobów pracy oraz zmniejszają negatywne skutki produkcji; 4) mają duże znaczenie dla kształtu i struktury konsumpcji<sup>19</sup>.

Tym razem zwrócono uwagę na następujące cechy usług społecznych: obowiązkowość i dlatego nierynkowy charakter, ważne efekty zewnętrzne (skutki uboczne): 1) dla produkcji: reprodukcja zasobów pracy, ograniczanie negatywnych skutków produkcji; 2) dla konsumpcji: wpływ na jej wielkość i strukturę.

Pewien porządek do rozważać może wnieść odróżnienie usług społecznych w szerszym i węższym znaczeniu.

**Tabela 5. Szerokie i wąskie znaczenie pojęcia usług społecznych**

Rodzaj ujęcia	Opis
Szerokie	„wszystkie działania i administracje, które zajmują się społecznymi potrzebami obywateli, czyli transfery pieniężne, usługi opieki zdrowotnej, edukacja, osobiste usługi społeczne, usługi opiekuńcze, usługi mieszkaniowe, usługi zatrudnieniowe i wyspecjalizowane usługi dla różnych grup docelowych (dzieci, nadużywający substancji psychoaktywnych, ludzie z problemami psychospołecznymi etc.)”
Wąskie	„opisują świadczenia w naturze ( <i>in kind</i> ) w przeciwieństwie do świadczeń pieniężnych i zasadniczo odnoszą się do opieki nad dziećmi, osobami starszymi i niepełnosprawnymi oraz do wyspecjalizowanych usług związanych z profesją pracy socjalnej”

Źródło definicji: T. Fitzpatrick i in. (red.), *International Encyclopedia of Social Policy*, Routledge, London, New York 2006, s. 1300.

<sup>19</sup> S. Golinowska, K. Tymowska, *Kierunki reformy gospodarczej w sferze usług społecznych*, [w:] *Usługi społeczne*, A. Łukaszewicz (red.), PWE, Warszawa 1984, s. 24–25.



Istotne, że w ujęciu szerszym powiązano usługi społeczne z potrzebami społecznymi, które były uznawane za bardzo istotny wyróżnik polityki społecznej. Aby jednak wykorzystać konstruktywnie to powiązanie trzeba dysponować w miarę przekonującą koncepcją potrzeb społecznych. Do usług, które odnoszą się do tych potrzeb zaliczono też takie, których produktem są świadczenia pieniężne, a także usługi zatrudnieniowe (np. pośrednictwo pracy). W ujęciu wąskim powtarza się obecne w polskiej literaturze odróżnianie usług od innych form świadczeń społecznych, z silnym powiązaniem świadczeń usługowych z pracą socjalną i opieką (społeczną).

Jeżeli powiązemy potrzeby społeczne z ryzykami socjalnymi, np. ryzyka socjalne to typowe sytuacje uniemożliwiające samodzielne utrzymanie się z własnej pracy, stąd każda taka sytuacja związana jest z typową potrzebą udzielenia pomocy, czyli potrzebą społeczną. Przykładowo, jednym z ryzyk socjalnych jest starość, a więc ludziom starym potrzebna jest pomoc w utrzymaniu. Jeżeli uznamy to rozumowanie za przekonujące można stworzyć klasyfikację usług społecznych według listy ryzyk socjalnych.

**Tabela 6. Klasyfikacja usług społecznych według typologii ryzyk socjalnych**

Ryzyko	Usługi
Choroba	Ubezpieczenie chorobowe; pomoc społeczna dla osób chorych; opieka zdrowotna; zdrowie publiczne; bezpieczeństwo i higiena; opieka; pielęgnacja...
Niepełnosprawność	Ubezpieczenie rentowe; pomoc społeczna dla osób niepełnosprawnych; rehabilitacja lecznicza, zawodowa, społeczna, pedagogiczna, psychologiczna; opieka; pielęgnacja...
Starość	Ubezpieczenie emerytalne; pomoc społeczna dla osób starszych; pomoc w codziennym funkcjonowaniu; opieka; pielęgnacja...
Śmierć członka rodziny	Ubezpieczenie rentowe; pomoc społeczna dla sierot; sprawienie pogrzebu; pomoc psychologiczna w żałobie...
Rodzina, dzieci	Edukacja; poradnictwo i terapia małżeńska i rodzinna; rodzicielstwo zastępcze; opieka zastępcza rodzinna lub instytucjonalna; wychowanie; pielęgnacja...
Bezrobocie	Ubezpieczenie od bezrobocia; pomoc społeczna dla bezrobotnych; pośrednictwo pracy; poradnictwo zawodowe; edukacja; szkolenia...
Mieszkalnictwo	Pomoc społeczna dla osób bezdomnych; zapewnienie schronienia dla bezdomnych; doradztwo w sprawach mieszkaniowych...
Wykluczenie społeczne i pozostałe	Pomoc społeczna; praca socjalna; resocjalizacja społeczna...

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli pominięte zostały świadczenia pieniężne (np. ryzyko starości – świadczenie pieniężne: emerytura, zasiłek stały), ale nie systemy, których głównym celem jest podtrzymanie dochodu, a więc ich produktem są przede wszystkim świadczenia pieniężne. Jeżeli na ubezpieczenie społeczne patrzymy jak na usługę, czyli nie tyle ważny jest produkt co usługa, która daje w rezultacie zabezpieczenie i poczucie bezpieczeństwa, to tym samym usługą będzie też pomoc społeczna. Jej produktem są też m.in. świadczenia pieniężne, ale ona sama jest pewnego rodzaju usługą udzielaną ubogim (patrz dalej).

Pozostając przy koncepcji różnych rodzajów świadczeń społecznych, które są produktem działania systemów usług społecznych (ubezpieczenia społecznego, pomocy społecznej itd.), można rozważać między innymi problem, który rodzaj świadczeń powinien być preferowany i w jakich sytuacjach. Czy świadczenia pieniężne, z którymi ludzie mogą zrobić co chcą, czy w naturze, gdy swoboda dysponowania tym, co zostało przyznane jest mniejsza. Odróżniając formę rzeczową od usług, zapewne najmniej swobody świadczeniobiorcy pozostawiają właśnie te drugie, gdyż nie można zrobić z nimi tego, co można za pomocą pieniędzy, ani też tego, co można zrobić z rzeczami. Pod względem swobody dysponowania pieniędzem pozostawiają jej więcej niż rzeczy, a rzeczy – więcej niż usługi, których nie można oddzielić od usługodawcy.

## 5. USŁUGI SPOŁECZNE W UJĘCIU WĄSKIM

Doprecyzowanie ujęcia wąskiego usług społecznych możemy rozważyć na podstawie ich definicji z jednego ze słowników pracy socjalnej: *Działalność pracowników socjalnych i innych polegająca na promowaniu zdrowia i dobrostanu ludzi, na pomaganiu ludziom, aby stali się bardziej samowystarczalni; na zapobieganiu uzależnieniu od pomocy (dependency); wzmacnianiu więzi rodzinnych; przywracaniu jednostek, rodzin, grup i społeczności do pomyślnego funkcjonowania społecznego*<sup>20</sup>.

Istotnym kontekstem w tym przypadku jest pojęcie pracy socjalnej<sup>21</sup>. Jest to ujęcie normatywne, gdyż wylicza cele, które mają charakteryzować te usługi. Dobrostan możemy wyłączyć jako cechę definiującą usługi jako takie (działania zaspokajające potrzeby nie będące produkcją czy wytwórczością). Z kolei promowanie zdrowia wskazywałoby raczej na usługi zdrowotne, niemniej odrębne od usług typowo medycznych czy leczniczych. Pozostają cele kandydujące do specyficznych dla tego rodzaju usług i polegające na

<sup>20</sup> R.L. Barker, *The Social Work Dictionary*, NASW Press, Washington D.C. 1995, s. 453.

<sup>21</sup> Więcej na ten temat patrz: T. Kaźmierczak, *Usługi społeczne. Przegląd problematyki*, ekspertyza wykonana dla WRZOS, Warszawa 2006.

1) usamodzielnianiu od pomocy innych (samowystarczalność, niezależność);  
2) wzmacnianiu więzi rodzinnych; oraz 3) przywracaniu do pomyślnego funkcjonowania społecznego.

W szczególności wymieniono tam następujące przykłady tego rodzaju usług:

- pomaganie ludziom w zdobywaniu środków finansowych na zaspokojenie potrzeb,
- ocenianie zdolności ludzi do opieki nad dziećmi lub innymi podopiecznymi,
- poradnictwo i psychoterapia,
- skierowania i kierowanie [do programów czy usług],
- mediacja,
- rzecznictwo celów społecznych,
- informowanie organizacji o ich obowiązkach wobec jednostek,
- ułatwianie udzielania opieki zdrowotnej,
- łączenie klientów z zasobami.

Jeżeli usługi społeczne są charakterystyczne dla pracy socjalnej, to rozumiana ona jest tu szeroko – w przykładach jest psychoterapia (można ją zaliczyć do usług z zakresu zdrowia psychicznego), rzecznictwo celów społecznych (charakterystyczne dla działalności ruchów społecznych, partii politycznych).

Warto zwrócić uwagę na „pomaganie w zdobywaniu środków na zaspokojenie potrzeb”. Daje to możliwość ujęcia jako usług społecznych zarówno typowych usług zatrudnieniowych (np. pośrednictwo pracy), jak i typowej pomocy społecznej, której symbolem są świadczenia pieniężne dla ubogich. W pierwszym przypadku pomagamy znaleźć zatrudnienie, które pozwala ludziom zdobywać środki na zaspokojenie potrzeb. Jednocześnie osiągamy cel polegający na uniezależnieniu od pomocy. W drugim, pomagamy poprzez udzielanie świadczeń pieniężnych (zawsze pod pewnymi warunkami), za które ludzie zdobywają (nabywają) to, co zaspokaja ich potrzeby. Nie są to oczywiście wszystkie możliwe sposoby pomagania tego rodzaju, np. pomoc w uzyskaniu orzeczenia o niezdolności do pracy daje szansę na otrzymanie renty, czyli względnie stałego źródła utrzymania. W przypadku świadczeń pieniężnych poziom uniezależnienia od pomagających jest większy, gdyż pieniądze można wydawać jak się chce.

Drugi wart odnotowania rodzaj usług, na które rzadko się zwraca uwagę, to usługi polegające na skierowaniu do innych usług. Rozważmy dwa przykłady. W uproszczeniu, aby dostać się do lekarza specjalisty i skorzystać bezpłatnie z jego usług, czy zrobić badania diagnostyczne, musimy mieć skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu (z pewnymi wyjątkami). Drugi

przykład dotyczy instrumentów aktywnej integracji określonych w dokumentacji implementacyjnej priorytetu VII PO KL oraz projektów systemowych. Wśród wielu takich instrumentów większość poprzedzono słowem „skierowanie”, np. skierowanie do zajęć w Centrum Integracji Społecznej, skierowanie do pracy w istniejącej spółdzielni socjalnej, skierowanie i sfinansowanie zajęć szkolnych związanych z uzupełnieniem wykształcenia, skierowanie i sfinansowanie programu korekcyjno-edukacyjnego dla osób stosujących przemoc w rodzinie<sup>22</sup>.

Bardziej rozbudowaną klasyfikację osobistych usług społecznych, czyli usług w wąskim znaczeniu, zaproponował w latach 70. XX w. Alfred J. Kahn. Do głównych funkcji tych usług, czyli, czemu mają one służyć, Kahn zaliczył:

1. Wzmocnienie i naprawa funkcjonowania rodziny i jednostki pod względem ról rozwojowych.
2. Zapewnienie nowych instytucji dla socjalizacji, rozwoju i pomocy, ról, które kiedyś były zapewniane przez małą lub rozszerzoną rodzinę, sąsiadów czy sieć pokrewieństwa.
3. Rozwój instytucjonalnych form dla nowych jednostek, rodzin i grup aktywności w złożonym miejskim środowisku.

Za podstawę podziału usług społecznych na rodzaje przyjął on ich funkcje w stosunku do: 1) socjalizacji i rozwoju; 2) terapii, pomocy, rehabilitacji i ochrony socjalnej; 3) dostępu, informacji i porad (poniżej tabela 7 z przykładowymi usługami, jakie zaliczył on do poszczególnych kategorii).

Interesujące jest w tej klasyfikacji wyróżnienie usług społecznych, które mają ułatwiać dostęp do innych usług społecznych. Wydaje się to szczególnie uzasadnione w kontekście pracy socjalnej, ale dla zwykłych usług komercyjnych jest to równie ważne – marketing usług to przede wszystkim różne sposoby upowszechniania informacji o nich. Część działalności komercyjnych podmiotów świadczących usługi polega na ułatwianiu dostępu do tych usług, od tego bowiem zależy poziom sprzedaży.

Kahn jednocześnie podkreślał, że możliwe są też inne podziały usług społecznych na rodzaje: 1) skierowane na jednostkę, grupę lub instytucję; 2) mające na celu kontrolę i nadzór, zmianę lub stabilizację dewiantów; 3) konkretna pomoc w postaci żywności, mieszkania itp. oraz pomoc zorientowana na relacje międzyludzkie.

---

<sup>22</sup> *Zasady przygotowania, realizacji i rozliczania projektów systemowych Ośrodków Pomocy Społecznej, Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie oraz Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007–2013, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, pierwotna wersja 2007 r.*

**Tabela 7. Klasyfikacja osobistych usług społecznych**

<b>Socjalizacja i rozwój</b>	<b>Terapia, pomoc, rehabilitacja i ochrona socjalna</b>	<b>Dostęp, informacja, porady</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– opieka dzienna lub programy związane z rozwojem dzieci,</li> <li>– centra i hostele dla młodzieży,</li> <li>– kolonie i obozy letnie,</li> <li>– planowanie rodziny,</li> <li>– programy zapewniania posiłków w szkołach i kościołach,</li> <li>– centra dla seniorów,</li> <li>– dostawa do domu ciepłych posiłków,</li> <li>– grupy wsparcia rodziców,</li> <li>– programy wakacji dla rodziny.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– usługi terapii rodzinnej,</li> <li>– programy mające na celu dobro dzieci, szczególnie opieka zastępcza, adopcja, ochrona dzieci,</li> <li>– usługi probacyjne dla nieletnich,</li> <li>– terapia grupowa,</li> <li>– odwiedziny u osób niepełnosprawnych i starszych,</li> <li>– obozy terapeutyczne,</li> <li>– instytucje dla nieletnich w konflikcie z prawem i innych dzieci, które wymagają nadzoru,</li> <li>– programy pomocy dla migrantów i imigrantów,</li> <li>– szkolna praca socjalna dla dzieci mających kłopoty,</li> <li>– praca socjalna w lecznictwie,</li> <li>– programy poradnicze dla dzieci,</li> <li>– usługi ochrony dla seniorów.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– upowszechnianie i dostarczanie informacji, np. centra informacyjne,</li> <li>– poradnictwo,</li> <li>– skierowania,</li> <li>– przyjmowanie i rozpatrywanie skarg, instytucja ombudsmana,</li> <li>– rzecznictwo w poszczególnych przypadkach i dla całych grup społecznych,</li> <li>– pomoc prawna,</li> <li>– edukacja w zakresie przysługujących praw,</li> <li>– ułatwianie uczestnictwa i programy upodmiotowienia poprzez samoorganizację, pomoc wzajemną.</li> </ul>

Źródło: Alfred J. Kahn, *Social Policy and Social Services*, Random House, New York 1979, s. 26–31.

Jeżeli już mowa o usługach społecznych w kontekście pracy socjalnej, zobaczymy jakie świadczenia niepieniężne przewiduje polska ustawa o pomocy społecznej z 2004 r.:

- 1) praca socjalna,
- 2) bilet kredytowany,
- 3) składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- 4) składki na ubezpieczenia społeczne,
- 5) pomoc rzeczowa, w tym na ekonomiczne usamodzielnienie,

- 6) sprawienie pogrzebu,
- 7) poradnictwo specjalistyczne,
- 8) interwencja kryzysowa,
- 9) schronienie,
- 10) posiłek,
- 11) niezbędne ubranie,
- 12) usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, w ośrodkach wsparcia oraz w rodzinnych domach pomocy,
- 13) specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania oraz w ośrodkach wsparcia,
- 14) mieszkanie chronione,
- 15) pobyt i usługi w domu pomocy społecznej,
- 16) opieka i wychowanie w rodzinie zastępczej i w placówce opiekuńczo-wychowawczej,
- 17) pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych, w tym w mieszkaniu chronionym, pomoc w uzyskaniu zatrudnienia, pomoc na zagospodarowanie – w formie rzeczowej dla osób usamodzielnianych,
- 18) szkolenia, poradnictwo rodzinne i terapia rodzinna prowadzone przez ośrodki adopcyjno-opiekuńcze.

W porównaniu z zestawieniem Kahna jest to zbiór mniej liczny. Można do niego dodać jeszcze zatrudnienie socjalne regulowane inną ustawą, ale wyraźnie kierowane do odbiorców pomocy społecznej (w szczególności z usługami wiąże się zajęcia reintegracji społecznej i zawodowej)<sup>23</sup>. W zestawieniu ustawowym wielowymiarowe usługi (np. praca socjalna) znalazły się obok bardziej rzeczowych świadczeń, np. posiłek czy niezbędne ubranie.

Nieporozumienie bierze się z kilku powodów. Po pierwsze praca socjalna może być rozumiana jako pojęcie zbiorcze, które oznacza wszystkie wymienione usługi o charakterze pomocowym. Przykładowo definicja *praca socjalna to działalność zawodowa polegająca na pomaganiu ludziom, którzy tego potrzebują* obejmuje najróżniejsze formy pomocy udzielanej przez profesjonalne służby zatrudnione w sektorze publicznym lub niepublicznym. Po drugie, praca socjalna może być rozumiana jako odrębna usługa polegająca na przykład na koordynowaniu całego systemu usług społecznych w wąskim rozumieniu oraz informowaniu i kierowaniu do nich w zależności od rozpoznania danego przypadku. Po trzecie, pomieszano tu usługi z tym co jest ich produktem, np. posiłek jest wynikiem działania zestawu usług polegających na zakupieniu półproduktów,

---

<sup>23</sup> Możemy zastanawiać się, czy zatrudnienie socjalne lub ogólniej zatrudnienie subsydiowane, jako takie jest usługą społeczną. A jeżeli nią jest, kto jej udziela i komu?

przygotowaniu posiłku i jego podaniu, a wszystko to w kontekście instytucjonalnym (jadalnia) lub środowiskowym (zapewnienie posiłków osobom przebywającym w domu). Przykładowo, można napisać, że świadczeniem niepieniężnym jest trumna i miejsce na cmentarzu, albo, że jest nim sprawienie pogrzebu, czyli zestaw usług pogrzebowych.

W konkluzji można stwierdzić, że szeroko rozumiane usługi społeczne obejmują również usługi zdrowotne i edukacyjne, a wąsko rozumiane tylko osobiste usługi społeczne, czyli przede wszystkim pomoc i opiekę społeczną. Można przyjąć konwencję, że nazwa usługi społeczne dotyczy szerokiego rozumienia tego pojęcia, a usługi społeczne wąsko rozumiane będziemy nazywać usługami socjalnymi.

## 6. DEFINICJA SYNTETYCZNA USŁUG SPOŁECZNYCH

Najwyższy czas zebrać wszystkie wyżej wskazywane cechy definicyjne szeroko i wąsko rozumianych usług społecznych i poddać je refleksji.

Pierwsze przybliżenie cech definicyjnych wraz z konsekwencjami dla oznaczanego przez nie obszaru zostało ukazane w tabeli 8.

**Tabela 8. Konsekwencje definicji usług społecznych**

Cecha definicyjna usług społecznych	Opis
Polegają na bezpośrednim zajmowaniu się ludźmi	Wykluczamy w ten sposób obsługę lub usługi dla przedmiotów, zwierząt, ekosystemów. Pozostaje wątpliwość dotycząca usług dla jednostek i usług dla mniejszych lub większych grup (np. usługi dla rodzin, dla społeczności wiejskich, dla całych ludów i narodów)
Udzielane są nieodpłatnie dla obsługiwanych, albo odpłatność nie pokrywa pełnych kosztów usługi (współpłacenie)	Wykluczamy w ten sposób wszystkie usługi, które udzielane są za pełną odpłatnością, w których finansowaniu nie uczestniczy społeczeństwo
Udzielane są przez ludzi spoza najbliższego kręgu więzi uczuciowych	Wykluczamy w ten sposób wszystkie usługi, których udzielają nam najbliżsi w ramach więzi uczuciowych i zobowiązań moralnych
Finansowane są ze środków zebranych dobrowolnie i/lub obowiązkowo od innych niż sami usługujący	Wykluczamy sytuacje indywidualnej dobroczynności – udzielanie usług obcym całkowicie na własny koszt

**Tabela 8. (cd.)**

<b>Cecha definicyjna usług społecznych</b>	<b>Opis</b>
Udzielają ich profesjonaliści	Wykluczamy usługi udzielane przez amatorów, chociaż w pewnych sytuacjach odróżnienie ich od profesjonalistów może być trudne
Mają charakter pomocy, wspomagania obsługiwanych w funkcjonowaniu	Wykluczamy w ten sposób te usługi, które mogłyby być bez problemów zastąpione samoobsługą

Źródło: opracowanie własne.

Bardziej syntetyczne podejście z uwzględnieniem definicji funkcjonalnych pokazane zostało w tabeli 9.

**Tabela 9. Lista cech definicyjnych usług społecznych**

<b>Cechy usług społecznych bez związku z ich celami czy konsekwencjami</b>	<b>Cele, funkcje, konsekwencje usług społecznych</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zorientowane bezpośrednio na osobę, a nie na przedmioty, urządzenia, grupy czy zbiorowości.</li> <li>2. Nierynkowy charakter.</li> <li>3. Obowiązkowe w konsumpcji.</li> <li>4. Udzielane przez państwo.</li> <li>5. Subsydiowane ze środków publicznych.</li> <li>6. Udzielane są bezechwytalnie.</li> <li>7. Oparte są na prawach socjalnych.</li> <li>8. Udzielane są przez profesjonalistów.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zwiększają dobrobyt lub dobrostan jednostki.</li> <li>2. Mają duży wpływ na gospodarkę poprzez związek z reprodukcją zasobów pracy oraz wielkością i strukturą konsumpcji.</li> <li>3. Usamodzielniają, upodmiotowiają, poszerzają możliwości.</li> <li>4. Przywracają do pomyślnego funkcjonowania społecznego.</li> <li>5. Zaspokajają potrzeby społeczne.</li> <li>6. Zabezpieczają przed konsekwencjami ryzyk socjalnych.</li> <li>7. Łagodzą nierówności i wyrównują szanse życiowe.</li> <li>8. Kształtują zachowania ekonomiczne, rodzinne i obywatelskie.</li> <li>9. Wzmacniają więzi społeczne.</li> <li>10. Wzmacniają więzi rodzinne.</li> </ol>

Źródło: opracowanie własne.

Zbierając różne podejścia do definiowania usług społecznych jako specyficznych usług lub definiowania świadczeń społecznych, których rodzajem są usługi społeczne, czyli bez cech definicyjnych usług jako takich, otrzymujemy



definicję syntetyczną. W tabeli oddzielono cechy nienormatywne od normatywnych (pozytywne cele, funkcje, konsekwencje usług społecznych wymieniane w definicjach).

Każda z wymienionych cech wyklucza mniejszą lub większą część usług i zmusza do potraktowania ich jako niespołecznych (przykłady w tabeli 8). Skomentujmy niektóre z nich. Atrybut nierynkowości może oznaczać, że usługi społeczne nie są przedmiotem wolnego handlu, ewentualnie nie podlegają prawom popytu i podaży. Jako że większość współczesnych rynków usług podlega regulacji można by uznać, że wszystkie mają nierynkowy charakter. Na pierwszy rzut oka takie podejście jednak trudno utrzymać, gdyż między rynkiem nawet bardzo regulowanym a brakiem rynku w ogóle jest zasadnicza różnica. Z tym ostatnim mamy do czynienia w usługach społecznych z zakresu sektora publicznego, np. państwo jest właścicielem szpitali i szkół, w których bezpłatnie udziela się usług zdrowotnych i edukacyjnych wszystkim obywatelom z określonych kategorii, tj. chorym i w wieku obowiązku szkolnego. Jak ma działać tu rynek skoro konsument nic nie płaci, czyli nie ma strony popytowej dla rynkowego mechanizmu wyznaczenia cen?

Zwróćmy jednak uwagę na to, że w publicznych usługach społecznych wprowadzano tzw. rynki wewnętrzne lub *quasi-rynki*. Mechanizm popytu i podaży oraz konkurencji zostaje odtworzony po rozdzieleniu publicznego płatnika i publicznego usługodawcy oraz ustanowieniu zasady konkurencji o pozyskiwanie pieniędzy publicznych. Popyt reprezentuje publiczny płatnik a podaż publiczni usługodawcy. Po stronie popytu nie ma konkurencji, chyba, że ustanowi się wielu publicznych płatników, po stronie podaży już jest, gdyż publiczne podmioty muszą konkurować o ograniczone środki publiczne. Czy tak zorganizowane usługi publiczne mają nierynkowy charakter? Znajdują się one pomiędzy biegunem w pełni rynkowych usług oraz biegunem całkowicie centralnego planowania, wyłączającego wszystkie elementy mechanizmu rynkowego. Jeżeli będziemy żądać od usług społecznych w pełni nierynkowego charakteru, to kosztem tego będzie wyłączanie coraz większego obszaru usług poza usługi społeczne.

Obowiązkowość konsumpcji występuje głównie w usługach edukacyjnych oraz w ubezpieczeniach społecznych. Nie występuje zaś w usługach zdrowotnych (poza wyjątkami związanymi z groźniejszymi chorobami zakaźnymi, czy ratowaniem życia płodów wbrew woli matek, albo ratowania życia samobójców) i w osobistych usługach społecznych (nie ma przymusu korzystania z usług pomocy społecznej). Nie jest to cecha uniwersalna, więc należy ją usunąć z zestawu definicyjnego. Jeżeli tego nie zrobimy wiele usług uznawanych dotąd za społeczne znajdzie się poza naszą uwagę.

Do bardziej kontrowersyjnych obecnie cech (w tabeli) należy zapewne udzielanie usług przez państwo (włączając w to samorząd terytorialny) i zatrudnionych przez sektor publiczny profesjonalistów. Wyklucza to bowiem, aby usługami społecznymi były usługi świadczone przez organizacje inne niż państwowe i przez amatorów (np. w grupach samopomocowych, w rodzinie). W koncepcji wielosektorowej czy obywatelskiej polityki społecznej<sup>24</sup>, usługi udzielane przez podmioty z tego obszaru są też uznawane za społeczne. Żeby je włączyć trzeba usunąć kryterium państwowości w udzielaniu usług, co prowadzi do odróżnienia usług społecznych udzielanych przez profesjonalistów zatrudnionych przez organizacje należące do państwa (publiczne usługi społeczne) oraz usług społecznych udzielanych przez profesjonalistów zatrudnionych w organizacjach niepaństwowych (niepubliczne usługi społeczne).

Odrzucenie cechy udzielania usług przez państwo nie prowadzi automatycznie do jego zupełnego usunięcia z pola widzenia, co widzimy w kolejnych kryteriach, czyli subsydiowaniu przez państwo, bezekwiwaletnym udzielaniu usług (inaczej: bezpośrednio nieodpłatnie dla korzystającego z usługi) oraz oparciu na prawach społecznych i socjalnych. Nieodpłatność dla usługobiorcy oznacza, że koszt usługi pokrywa ktoś inny – trzecia strona w stosunku do udzielającego usługi oraz korzystającego z niej. Trzecią stroną może być płatnik publiczny, czyli usługodawca opłacany ze środków publicznych. Może być nim też płatnik niepubliczny, np. fundacja dobroczynna. Żądanie od usług społecznych zarówno bezekwiwaletności, jak i subsydiowania publicznego sprawia, że rola państwa nadal ma charakter definicyjny. Sama bezpłatność o tym nie przesądza, przy czym może być ona zbyt wymagająca, biorąc pod uwagę możliwość, iż w przypadku wielu usług społecznych lub usług im towarzyszących wprowadza się oficjalnie odpłatność, np. *Ustawa może dopuścić świadczenie niektórych usług edukacyjnych przez publiczne szkoły wyższe za odpłatnością* (art. 70, pkt. 2 Konstytucji). Gdyby przyjąć, że usługa musi być całkowicie bezpłatna dla korzystającego, to odpłatne usługi publicznego szkolnictwa wyższego należałoby uznać za niespołeczne.

Całkowite lub częściowe subsydiowanie publiczne wydaje się być oczywiste i konieczne jeżeli ustawodawca nadał obywatelom prawa do pewnych usług, a w przypadku niektórych z nich są one nie tylko przedmiotem uprawnienia, ale też obowiązkiem (gdy korzystanie z nich jest obowiązkowe). Mamy więc prawo do edukacji i obowiązek szkolny, prawo do zabezpieczenia społecznego i obowiązek ubezpieczenia społecznego. Samo ustanowienie takich praw i obowiązków byłoby zapewne całkowitą fikcją, gdyby nie towarzyszyły im

---

<sup>24</sup> M. Grewiński, *Wielosektorowa polityka społeczna. O przeobrażeniach państwa opiekuńczego*, WSP TWP, Warszawa 2009.

instytucje publiczne finansowane ze środków publicznych. Załóżmy, że każdy ma prawo do edukacji podstawowej i średniej i obowiązek ukończenia szkół, które ich dostarczają i działa tu całkowicie wolny rynek usług edukacyjnych. Część obywateli mogłaby nie chcieć posyłać dzieci do szkoły z różnych powodów, z kolei tych, którzy by tego chcieli, może nie być na to stać. Bez określenia, co się składa na edukację podstawową i średnią oraz jaki ma być jej poziom, zapewne zróżnicowanie treści i jakości usług edukacyjnych między szkołami prywatnymi dającymi te same dyplomy byłoby bardzo duże. Z tego przykładu wynika, że określenie praw i obowiązków obywateli w kontekście usług pociąga za sobą konieczność dalszej regulacji, powoływania instytucji publicznych oraz ich publicznego finansowania. Na tej podstawie można próbować ustalić ogólniejsze kryterium definicyjne usług społecznych powiązane z państwem i nierynkowym charakterem – są to te usługi, które są przedmiotem uprawnień i obowiązków obywatelskich, a tym samym są w większym stopniu niż inne regulowane przez państwo, czyli, w których swoboda usługodawców i usługobiorców jest bardziej ograniczona w porównaniu z innymi rodzajami usług.

Profesjonalizm można rozumieć różnie, upraszczając chodzi o działalność wymagającą specjalistycznej wiedzy i umiejętności potwierdzonych oficjalnie (dyplomami szkolnymi, certyfikatami zawodowymi) oraz prowadzoną za wynagrodzeniem. Wyklucza to jednak z definicji usługi świadczone przez amatorów, rozumianych jako osoby nie spełniające jednego lub obu warunków, np. bez certyfikatów zawodowych oraz świadczących usługi bez wynagrodzenia (wolontariat). Mamy więc usługi społeczne udzielane przez profesjonalistów w ramach indywidualnej praktyki czy zatrudnienia publicznego lub niepublicznego oraz usługi niespołeczne – identyczne jeżeli chodzi o ich treść – gdy udzielane są przez nieprofesjonalistów. Zwolnienie z tego warunku sprawi, że odrzucimy oba kryteria definicyjne, czyli udzielanie przez państwo oraz udzielanie przez profesjonalistów.

Pozostałe cechy definicyjne zebrane w tabeli 9 mają charakter normatywny, czyli nie tyle dotyczą tego, czym usługi społeczne są z definicji, ale tego, jakie powinny mieć one wpływ na wartości cenione przez ludzi. Niektóre z tych cech mają taki charakter w mniejszym stopniu, np. stwierdzenie, że usługi społeczne to takie usługi, które mają duży wpływ na produkcję, reprodukcję kapitału ludzkiego czy konsumpcję nie ma charakteru normatywnego, ale empiryczny. Żeby stwierdzić, które usługi są społeczne, należałoby najpierw badać wpływ poszczególnych usług na te obszary, wyróżnić wśród nich te o wpływie większym i mniejszym, po czym stwierdzić, że te o wpływie większym są społeczne.

Stosowanie cech normatywnych w definicji jest kontrowersyjne. Załóżmy, że definiujemy usługę X jako społeczną w ten sposób: „usługa X jest społeczna, jeżeli trwale poprawia samopoczucie ludzi”. Może to oznaczać, że usługa X jest społeczna, jeżeli udzielający jej lub obserwatorzy twierdzą, że poprawia trwale samopoczucie ludzi, albo gdy empirycznie stwierdzono, że rzeczywiście taki jest jej wpływ. Oczywiście wiele różnych usług może poprawiać samopoczucie ludzi, więc takie podejście wyznacza potencjalnie bardzo duże zbiory. Jeżeli będziemy wymagali trwałego i jednoczesnego pozytywnego wpływu na warunki życia i stosunki międzyludzkie, to ten obszar może się istotnie zmniejszyć.

Część ekonomistów, badaczy społecznych i komentatorów twierdzi jednak, że publiczne usługi społeczne mają negatywny wpływ na średni poziom zamożności obywateli i nie tylko. Inaczej mówiąc, twierdzą, że usługi przez jednych uznawane za społeczne w normatywnym sensie, powinny być uznane za niespołeczne. Przykładowo, Leszek Balcerowicz twierdził, że polityka socjalna jest antyspołeczna, gdyż ma wysoce niepożądany wpływ na gospodarkę i moralność<sup>25</sup>. Feministki krytykowały usługi społeczne za podtrzymywanie patriarchalnych stosunków władzy, a działacze antyrasistowscy za jawny lub ukryty rasizm (np. segregacja rasowa w publicznym szkolnictwie, mieszkalnictwie). Podobnie za antyspołeczne mogą zostać uznane usługi z nazwy społeczne, ale mające konsekwencje sprzeczne z innymi ideałami. W kontekście cech wyliczonych w tabeli 9 chodzi o takie usługi, których wpływ jest sprzeczny z normatywną wizją, np. zamiast łagodzić nierówności utrwalają je, zamiast wyzwać zniewalają itp.

W świetle powyższych refleksji, które z cech usług powinniśmy uznać za definicyjne dla usług społecznych? Należy sobie zdawać sprawę z tego, że im więcej cech definicyjnych odrzucimy, tym więcej usług będzie trzeba uznać za społeczne. Odrzucmy najpierw wszystkie kryteria normatywne, jako najbardziej wątpliwe<sup>26</sup>. Co pozostaje? Po pierwsze, orientacja na osobę – usługi społeczne to usługi polegające na bezpośrednim obsłudze osób (ich ciał, umysłów i emocji), czyli odrzucamy możliwość aby usługami społecznymi było obsługiwanie całych grup społecznych (meta-usługą społeczną można nazwać usługę polegającą na organizowaniu i zarządzaniu ludźmi udzielającymi usług społecznych).

Po drugie, usługi jako przedmiot prawa i obowiązków obywatelskich, co wiąże się z relatywnie większą regulacją państwową. Reasumując – usługi

<sup>25</sup> „...w wielu krajach mamy do czynienia z wynaturzeniami tego, co nazywa się polityką socjalną. Bo co to za polityka, nazywana socjalną, która produkuje bezrobocie? Ona jest przecież antyspołeczna”, L. Balcerowicz, *Rzekomi obrońcy ludu*, wywiad, Życie z 19.01.2002.

<sup>26</sup> W wielu ujęciach to jednak one wydają się być decydujące o istocie usług społecznych.

społeczne to usługi polegające na bezpośrednim obsłudze osób i jednocześnie uznane za podstawowe prawa i/lub obowiązki obywateli, a tym samym w większym stopniu regulowane przez państwo w porównaniu z innymi usługami tego rodzaju. Regulacja przejawia się między innymi w udziale sektora publicznego, np. publiczna opieka zdrowotna, publiczne szkolnictwo, publiczne pośrednictwo pracy, publiczne ubezpieczenia czy publiczna pomoc i opieka. Z tego zestawu być może wypadnie mieszkalnictwo, którego segment publiczny (komunalny) szybko się kurczy, przynajmniej w niektórych krajach, ze względu na politykę prywatyzacji, niemniej poziom regulacji jest tu duży, udział wydatków publicznych na programy mieszkaniowe, które mają ułatwić dostęp do kredytu hipotecznego i własnego mieszkania też może być relatywnie duży.

Czy to wystarczy, aby zamknąć zakres tego pojęcia bez wykluczenia jakiegś szczególnie istotnej grupy usług tradycyjnie zaliczanych do społecznych oraz włączenia usług, na ogół za takie nie uznawanych?

## 7. PODSUMOWANIE

Refleksja nad polityką społeczną przez długi czas była zdominowana przez zagadnienia związane ze świadczeniami pieniężnymi i zabezpieczeniem dochodu na wypadek ryzyk socjalnych. Świadczenia pieniężne to obecnie główny produkt systemu zabezpieczenia społecznego, w którym zasadniczą rolę odgrywają ubezpieczenia społeczne. Postawienie problemu usług społecznych w tym kontekście od razu kieruje uwagę również na inne działy polityki publicznej i sektora publicznego.

Tradycyjnie największy obszar zajmują tu usługi edukacyjne i zdrowotne. One same są wewnętrznie zróżnicowane, a wokół nich powstały odrębne, złożone i wszechstronnie rozwinięte systemy instytucjonalne z własnymi instytucjami, zawodami, kształceniem, tradycjami, dyscyplinami akademickimi i literaturą. W teorii polityki społecznej czasem zastanawiano się na ile te obszary wchodzą w jej zakres, w szczególności dotyczyło to edukacji i polityki edukacyjnej.

Trzeci obszar usług, który w XX wieku pozostawał w silniejszym związku z polityką społeczną to usługi z zakresu pracy socjalnej. Wraz ze wzrostem problemów długotrwałego bezrobocia, ubóstwa i w związku z tym wykluczenia społecznego, a także zmian wzorów życia rodzinnego zwiększa się też rola pomocy społecznej. Jest tak zarówno w kontekście świadczeń pieniężnych (minimalny dochód gwarantowany), jak i świadczeń w formie usług.

Jednym z ważnych instrumentów racjonalizacji systemu usług społecznych oraz osiągania wartości istotnych dla społeczeństwa jest standaryzacja usług. Ona sama jednak nie wystarcza – nawet przyjęcie przez państwo doskonałych dokumentów standaryzacyjnych nie przekłada się automatycznie na praktykę stosunków usługowych. Jeżeli bilans konsekwencji odbiegania od standardów jest pozytywny, to może nie jest to powód do narzekań. Problem w tym, że uwaga publiczna zwykle skupia się na rażących naruszeniach tego, co wydaje się być standardami najbardziej podstawowymi.

MAGDALENA OSAK

## Usługi społeczne w sferze zdrowia – w kierunku prywatnego uczestnictwa

---

### 1. WPROWADZENIE

Włączanie ochrony zdrowia do sfery usług społecznych nie budzi wątpliwości. Dowodzi tego ugruntowane w literaturze przedmiotu definiowanie „usług społecznych” poprzez odwoływanie do umownie ustalonego zbioru dziedzin, które stanowią zaakceptowany przez badaczy „zestaw usług społecznych”<sup>1</sup>. Kategoryzacja ta ma jednak charakter bardzo ogólny. Posługiwanie się nią nie pozwala na jednoznaczne zakreślenie granic przedmiotowych usług społecznych w sferze zdrowia. To zaś jest warunkiem koniecznym analizowania (weryfikowania), czy zidentyfikowane kierunki reorganizacji polityki społecznej w ogólności<sup>2</sup> dają się zaobserwować także w systemie zdrowotnym. Jak słusznie zauważa Emilia Denek *enumeratywne definiowanie badanych zjawisk można traktować tylko jako pewne przybliżenie do pojęcia „usługi społeczne”, szczególnie gdy zdajemy sobie sprawę, że każda z wymienionych grup usług nie jest zbiorem jednorodnym, lecz bardzo złożonym zarówno pod względem podmiotowym, jak i przedmiotowym*<sup>3</sup>.

W raporcie Międzynarodowej Organizacji Zdrowia (WHO) czytamy, że dokładne zdefiniowanie systemu zdrowotnego, określenie jego części składowych, jak również wskazanie jego jednoznacznych granic (początku i końca) może być trudne. Na system ten, według WHO, składają się *wszelkie aktywności, których podstawowym (zasadniczym) celem jest promowanie, przywracanie*

---

<sup>1</sup> Por. E. Denek, *Rola samorządu terytorialnego w świadczeniu usług społecznych*, [w:] E. Denek (red.), *Usługi społeczne w gospodarce samorządu terytorialnego*, AE Poznań, Poznań 2003, s. 8; M. Janoś-Kresło, *Usługi społeczne w procesie przemian systemowych w Polsce*, SGH, Monografie i Opracowania nr 512, Warszawa 2002, s. 18.

<sup>2</sup> Patrz rozdz. Mirosława Grewińskiego.

<sup>3</sup> E. Denek, op. cit., s. 8.

lub utrzymanie zdrowia<sup>4</sup>. Tym samym ważna staje się świadomość czynników wpływających na stan zdrowia człowieka. To działania w stosunku do nich są drogą urzeczywistniania „aktywności”, o których mowa w definicji WHO. W obliczu wielości tych czynników<sup>5</sup> złożoność przedmiotowa i podmiotowa działań w sferze zdrowia jest raczej bezdyskusyjna. Mnogość i różnorodność możliwych obszarów analizy usług społecznych w kontekście oddziaływania na dobrostan „zdrowie” legła u podstaw ograniczenia zakresu przedmiotowego opracowania do usług społecznych w opiece zdrowotnej. Uzasadnieniem dla takiego posunięcia są opisowe (w odróżnieniu od enumeratywnych) kryteria wyróżniania usług społecznych ze zbioru wszelkich usług. Chodzi tutaj przede wszystkim o przywoływane w piśmiennictwie „oddziaływanie człowieka (zespołu ludzi) na innego człowieka, odnoszące się do zdolności umysłowych i/lub fizycznych człowieka” i związane z tym adresowanie działań do indywidualnego (a nie masowego, nieoznaczonego) odbiorcy<sup>6</sup>. Działania usługowe w kontekście innych aniżeli opieka zdrowotna czynników determinujących stan zdrowia, bardzo często przyjmują postać nie bezpośredniego oddziaływania na człowieka, ale oddziaływania pośredniego (via stan środowiska, zasoby mieszkaniowe, bezpieczeństwo żywności, etc.).

Zawężenie pola analizy do opieki zdrowotnej nie w pełni rozwiązuje jednak kwestię niejednorodności rodzajowej i podmiotowej świadczeń dostarczanych przez instytucje opieki zdrowotnej. Rozstrzygnięcia wymaga zatem kwestia, czy wszystko co jest przedmiotem świadczenia opieki zdrowotnej odpowiada usługom społecznej.

## 2. ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ JAKO USŁUGA SPOŁECZNA

Instytucje opieki zdrowotnej są dostarczycielami świadczeń zdrowotnych. Termin „świadczenie zdrowotne” posiada swoją definicję prawną. W Ustawie o zakładach opieki zdrowotnej (dalej ustawa o ZOZ) za takie świadczenie uznano działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, w szczególności

<sup>4</sup> *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, WHO 2000, s. 5.

<sup>5</sup> Zob. G. Dahlgren, M. Whitehead, *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Background Document to WHO – Strategy Paper for Europe, 1991, Institute for Futures Studies, reprinted 2007, dostępne [http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20080109\\$110739\\$fil\\$mZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf](http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20080109$110739$fil$mZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf) (dostępne na 2010.08.20).

<sup>6</sup> Zob. E. Denek, op. cit., s. 9; M. Jaońś-Kresło, op. cit., s. 17.



związane z: 1) badaniem i poradą lekarską, 2) leczeniem, 3) badaniem i terapią psychologiczną, 4) rehabilitacją leczniczą, 5) opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem, 6) opieką nad zdrowym dzieckiem, 7) badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną, 8) pielęgnacją chorych, 9) pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi, 10) opieką paliatywno-hospicyjną, 11) orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia, 12) zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne, 13) czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji, 14) czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze<sup>7</sup>.

Za kryterium nazywania przyjęto zatem zamierzony skutek (cel) podejmowanych działań. Pozostanie tylko na poziomie tego celu, którym jest zachowanie, ratowanie, przywracanie i poprawa zdrowia, musiałoby skutkować „powrotem do punktu wyjścia”, pod którym rozumiem tutaj cytowaną wcześniej definicję systemu zdrowotnego WHO. Świadczenie zdrowotne musiałoby być tożsame z jakimikolwiek działaniami podejmowanymi wobec wymienionych determinant stanu zdrowia, pod warunkiem zgodności celu.

Istotnym w definicji prawnej świadczenia zdrowotnego wydaje się zatem sformułowanie „oraz inne działania medyczne”. To właśnie ono wskazuje, że te podejmowane w określonym celu działania, w przypadku świadczenia zdrowotnego mają zawsze charakter działania medycznego. W konsekwencji, w ścisłym tego słowa znaczeniu, działanie medyczne może być wykonywane przez podmioty do tego uprawnione – profesjonalistów medycznych. Współgra to z jedną z cech definicyjnych wyodrębniania usług społecznych, o czym w dalszej części. Ograniczenie podmiotowe prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych ujęto także w ramy prawne<sup>8</sup>.

Użycie w treści przepisu słów „w szczególności” powoduje, że katalog wymienionych w ustawie o ZOZ sfer udzielania świadczeń zdrowotnych jest katalogiem otwartym. Niepełność tego zbioru, jego postrzeganie, łągodzi jednak stosowana przez ustawodawcę zasada konstruowania przepisów zawierających katalogi niezamknięte, w których po „w szczególności” wymienia się elementy podstawowe, typowe, najczęściej występujące, pozostawia-

---

<sup>7</sup> Art. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz. U. z 2007 roku, nr 14, poz. 89 z późn. zm.). W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2008 roku, nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), przywoływanej dalej jako „ustawa o świadczeniach”, porzeczano tylko na definicji poprzez odwołanie do działania i jego celu (rezygnując z enumeratywnego wyliczenia) – por. art. 5 pkt 40. Podobne rozwiązanie zastosowano w projektowanej aktualnie ustawie o działalności leczniczej – por. art. 2 pkt 9 projektu ustawy o działalności leczniczej opatrzonego datą 13.10.2010.

<sup>8</sup> Zob. art. 2 w związku z art. 4 i 10 ust. 1 ustawy o ZOZ.

jąc otwarte pole jedynie dla niedających się stypizować, przewidzieć albo uwzględnić z powodu znacznej liczby<sup>9</sup>.

Definicja legalna potwierdza rodzajowe zróżnicowanie świadczeń zdrowotnych. Do kategorii tej zalicza się świadczenia o charakterze diagnostycznym, leczniczym, rehabilitacyjnym, pielęgnacyjnym, opiekuńczym, profilaktycznym, a także poradę lekarską<sup>10</sup>. Tak opisane działanie(a) medyczne ma(ją) charakter usługowy. Nie sposób jednak pominąć faktu, że w rzeczywistości nie da się objąć wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej mianem usług. Usługom tym towarzyszą bowiem dobra rzeczowe, przede wszystkim leki, produkty ortopedyczne i środki pomocnicze. Podkreśla to także ustawodawca uznając za świadczenie opieki zdrowotnej, obok „czystego” świadczenia zdrowotnego, właśnie świadczenie zdrowotne rzeczowe oraz świadczenie towarzyszące<sup>11</sup>. Pod tym ostatnim kryje się zakwaterowanie i wyżywienie (a więc ponownie wymiar rzeczowy) w zakładzie opieki zdrowotnej (całodobowej lub całodziennej) oraz usługi transportu sanitarnego. Czy zatem można w prosty sposób przyjąć, że ta część świadczeń opieki zdrowotnej, która nie ma charakteru usługowego, a rzeczowy nie będzie stanowiła usługi społecznej, gdyż usługą społeczną nie może być coś co nie jest w pierwszej kolejności usługą? Literalna wykładnia wydaje się tutaj daleko posuniętą drobiazgowością. Przyjmując argumentację Jana Sobiecha, który stwierdza, że *wszelkie usługi nazywane niematerialnymi, do których zalicza się opieka zdrowotna nie występują na ogół w „czystej” postaci lecz są najczęściej świadczone wraz z pewnymi dobrami (...), bez których nie można byłoby z tych usług korzystać*<sup>12</sup> uznano, że zasadne (z punktu widzenia niniejszego opracowania) jest rozpatrywanie świadczeń opieki zdrowotnej, jako pewnej kategorii ogólnej, bez jej podziału na część usługową i rzeczową. Usługa medyczna jest bowiem zawsze zasadniczą składową świadczenia opieki zdrowotnej, również wtedy, gdy „dołączony” do niej zostaje element rzeczowy<sup>13</sup>. Można tutaj doszukiwać się pewnej analogii do rozgra-

<sup>9</sup> Por. uzasadnienie do wyroku Sądu Najwyższego z 20.10.2006, sygn. IV CSK 125/06, [za:] LEX nr 357585.

<sup>10</sup> Por. także art. 27 ust. 2 ustawy o ZOZ. O tym zróżnicowaniu rodzajowym warto pamiętać, chociażby w kontekście stosowanego terminu „koszty leczenia”, pod którym powinno się rozumieć koszty wszelkich świadczeń zdrowotnych, a nie tylko ściśle koszty świadczeń o charakterze leczniczym.

<sup>11</sup> Art. 5 pkt 34, 37, 38 „ustawy o świadczeniach”.

<sup>12</sup> J. Sobiech, *Warunki wyboru ekonomiczno-finansowych mechanizmów kierowania opieką zdrowotną*, Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Zeszyty Naukowe, Seria II, zeszyt 109, Poznań 1990, s. 10 (przypis 7).

<sup>13</sup> Por. I. Rudawska, *Opieka zdrowotna – aspekty rynkowe i marketingowe*, PWN, Warszawa 2007, s. 14.

niczania usługi od materialnego narzędzia jej świadczenia<sup>14</sup> (nośnika usługi społecznej<sup>15</sup>), choć odnosi się ono w pierwszej kolejności przede wszystkim do infrastruktury (zasobów rzeczowych) niezbędnych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Tym samym uprawnione jest także utożsamianie z usługą (społeczną) opieki zdrowotnej jako takiej (ujęcie makro), w odróżnieniu od niewyartykułowanego, ale zakładanego dotąd ujęcia mikro, tj. poszukującego usług społecznych wśród świadczeń składowych opieki zdrowotnej. W konsekwencji uprawnione jest nazywanie reprezentantów podaży opieki zdrowotnej usługodawcami, choć ustawodawca zarezerwował dla ich oznaczenia nazwę „świadczeniodawca”<sup>16</sup>, a konsumentów ich usług – usługobiorcami. Biorąc pod uwagę powyższe, w niniejszym opracowaniu pary pojęć: „świadczeniodawca” i „usługodawca” oraz „świadczeniobiorca” i „usługobiorca”, jak również „świadczenie zdrowotne” i „usługa opieki zdrowotnej/usługa zdrowotna” rozumiane są jako swoje równoważniki (synonimy). Konwencja ta, choć jest pewnym uproszczeniem, szczególnie na płaszczyźnie świadczeniodawca – usługodawca<sup>17</sup>, daje się obronić, ze względu na dominację strumienia usługowego w świadczeniach opieki zdrowotnej, ale przede wszystkim w obliczu zaaprobowanego postrzegania opieki zdrowotnej jako takiej (bez artykułowania rodzajowej różnorodności jej świadczeń) jako usługi społecznej.

Dotychczasowe rozważania miały na celu wykazanie usługowego charakteru świadczeń opieki zdrowotnej. Jest to bowiem warunek *sine qua non* uzasadniania kolejnej kategoryzacji tych świadczeń, a mianowicie zaliczania ich do zbioru usług społecznych. Oczywistym jest bowiem, że usługi społeczne stanowią podzbiór szerszej kategorii jaką są usługi jako takie. W tym celu cechy usług społecznych, zidentyfikowane i scharakteryzowane w rozdziale autorstwa R. Szarfenberga, zostaną skonfrontowane z rzeczywistością świadczeń opieki zdrowotnej. Efektem tego „zderzenia” jest wskazanie obszarów problemowych, niepoddających się jednoznacznemu zaszeregowaniu ze względu na określoną cechę usług społecznych. Poglądowo reprezentuje to tabela 1.

<sup>14</sup> Por. Wikipedia, hasło: usługa, <http://pl.wikipedia.org/wiki/Us%C5%82uga> (kwiecień 2010).

<sup>15</sup> M. Janoś-Kresło, op. cit., s. 29.

<sup>16</sup> Zob. art. 5 pkt 41 „ustawy o świadczeniach” w powiązaniu z regulacjami „ustawy o ZOZ”.

<sup>17</sup> Wynika to z faktu, że ostatecznym usługodawcą jest zawsze przedstawiciel profesji medycznej. Tym samym „świadczeniodawcę” można także traktować jako szerszą od usługodawcy kategorię pojęciową, odpowiadającą pewnej organizacji (instytucji) powołanej do udzielania usług opieki zdrowotnej poprzez profesjonalistów medycznych. W takim podejściu usługodawcy stanowią zasób ludzki (kadrowy) świadczeniodawcy.

**Tabela 1. Cechy usług społecznych a świadczenia opieki zdrowotnej – obszary problemowe jednoznacznej kategoryzacji**

<b>Cecha definicyjna usług społecznych (wg R. Szarfenberga)*</b>	<b>Problemy jednoznacznej kategoryzacji</b>
Bezpośrednie zajmowanie się ludźmi	– świadczenia zindywidualizowane (potrzeby jednostkowe) a zbiorowe potrzeby zdrowotne – leki, środki pomocnicze i ortopedyczne
Udzielane nieodpłatnie lub częściowo odpłatnie	– katalog świadczeń gwarantowanych – cenniki usług prywatnych świadczeniodawców – szczepienia spoza kalendarza szczepień obowiązkowych – pozytywny katalog świadczeń w stomatologii
Udzielane przez osoby spoza najbliższego kręgu więzi	– „przyuczenie” członków rodziny do udzielania świadczeń – zaangażowanie w proces świadczenia – rodziny lekarskie
Finansowanie ze środków „zewnętrznych”	– bezpośrednie ponoszenie kosztów leczenia przez pacjenta w momencie korzystania (ang. <i>out-of-pocket</i> )
Udzielane przez profesjonalistów	– wolontariat – samoleczenie
Wspomaganie obsługiwanych w funkcjonowaniu	– orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia jako rodzaj świadczenia zdrowotnego

\* Por. rozważania (szczególnie tabela 8) w rozdziale R. Szarfenberga.

Źródło: opracowanie własne.

Bezpośrednie zajmowanie się ludźmi zakłada po pierwsze perspektywę czynnościową (zajmować się – coś robić), po drugie, także jako konsekwencja pierwszego założenia, interakcję (relację) pomiędzy usługodawcą a usługobiorcą. Reguły te są spełnione w odniesieniu do indywidualnych, dostosowywanych medycznie do danego pacjenta (konsumenta), usług zdrowotnych. Do tej części świadczeń pasuje określenie ich jako „świadczonych na zlecenie”<sup>18</sup>, gdzie zleceniodawcą – chociażby w minimalnym zakresie inicjującym „pierwszy kontakt” z usługodawcą – jest pacjent. Profesjonaliści medyczni uczestniczą jednak także w realizacji zadań z zakresu szeroko pojętego zdrowia publicznego, będącego, obok indywidualnej opieki zdrowotnej, dopełnieniem

<sup>18</sup> I. Rudawska, op. cit., s. 14.

systemu ochrony zdrowia<sup>19</sup>. Chodzi zatem o współudział instytucji opieki zdrowotnej w zaspokajaniu części tzw. zbiorowych potrzeb zdrowotnych. Jerzy Leowski mówi w takiej sytuacji o „nieklinicznych działaniach służby zdrowia”, których przykładem może być nadzór epidemiologiczny, szczepienia ochronne, nadzór nad żywnością, czy wreszcie promocja zdrowia<sup>20</sup>. W tym przypadku niekiedy trudno o bezpośredni kontakt dostawcy i odbiorcy usługi, co dotyczy chociażby kampanii informacyjnych. Poniekąd jednak także przy tych usługach konsumowanych zbiorowo a realizowanych przez jednostki opieki zdrowotnej, w przeważającej mierze dojdzie do spotkania świadczeniodawcy z konkretnym konsumentem świadczenia. Konsumpcja zbiorowa oznaczać zaś będzie tutaj nie tyle równoczesne dostarczanie określonego rodzaju świadczeń wszystkim członkom społeczeństwa (czy też wybranych grup społecznych), lecz uznanie zbiorowej potrzeby zdrowotnej jako podstawy zapraszania/zachęcania lub przymuszania do skorzystania z tych świadczeń. Inicjatorem konsumpcji takiej usługi będzie państwo. Dobrym przykładem jest medycyna pracy, badania przesiewowe, czy obowiązkowe szczepienia ochronne. O dostarczaniu tych usług zdrowotnych decydują najczęściej inne racje, aniżeli indywidualnie wyrażone potrzeby zdrowotne.

Nieodpłatność usług społecznych, jako kolejną cechę definicyjną tej kategorii usług, złagodzano dopuszczając ich częściową odpłatność. Jest to niezmiernie ważne w przypadku usług opieki zdrowotnej. Brak takiej liberalizacji warunku znacząco ograniczyłby zbiór usług społecznych w opiece zdrowotnej. Co więcej, wydaje się, że ów brak poddałby w wątpliwość zasadność mówienia o komercjalizacji usług społecznych, pod czym rozumie się właśnie wzrost prywatnej odpłatności za usługi społeczne<sup>21</sup>. Pojawienie się odpłatności oznaczałoby automatycznie wykluczenie danej usługi ze zbioru usług społecznych. Te same zastrzeżenia dotyczą także finansowania usług społecznych ze środków „zewnętrznych”. Warunek ten częstokroć nie byłby spełniony w przypadku opłacania kosztów opieki zdrowotnej przez samego pacjenta w momencie korzystania ze świadczenia (tzw. płatność z kieszeni, ang. *out-of-pocket*). Pomijając przypadki refundacji takich kosztów (np. przez prywatnego ubezpieczyciela czy ośrodki pomocy społecznej) pacjenci pono-

<sup>19</sup> Zob. J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, CeDeWu, Warszawa 2004, s. 72.

<sup>20</sup> Ibidem, s. 17; zob. także s. 88–90. Dobra i usługi konsumowane indywidualnie odróżnia się od dóbr i usług konsumowanych zbiorowo m.in. w wymiarze funkcjonalnym (obok źródeł finansowania i dostawców świadczeń) Międzynarodowej Klasyfikacji dla Rachunków Zdrowia (ang. *International Classification for Health Accounts – ICHA*), stworzonej przez OECD na potrzeby systemu rachunków zdrowia – zob. D. Kawiorska, *Narodowe Rachunki Zdrowia*, Zakamycze, Kraków 2004, s. 67–71.

<sup>21</sup> Por. M. Janoś-Kresło, op. cit., s. 6.

sza je najczęściej ze swoich dochodów netto. Szerzej współodpowiedzialność finansowa beneficjentów opieki zdrowotnej będzie przedmiotem rozważań w dalszej części rozdziału. Urzeczywistnia ona bowiem jeden z procesów przeobrażeń zachodzących w opiece zdrowotnej jako usłudze społecznej.

Następnym wyróżnikiem usług społecznych, ze spektrum wszelkich usług, ma być ich udzielanie przez osoby spoza kręgu najbliższych więzi. W takim przypadku powinno nastąpić oddzielenie świadczenia usługi społecznej od wzajemnej pomocy opartej na więziach rodzinnych, przyjacielskich. Kwestia ta wiąże się bezpośrednio z inną cechą konieczną usług społecznych, wymienioną przez R. Szarfenberga, mianowicie z wymogiem profesjonalizacji świadczenia. Zawęży ona dodatkowo krąg usługodawców usług społecznych. Ma nim być już nie tylko ktoś, kogo nie wiążą bliskie relacje z usługobiorcą, ale kto dostarcza przedmiotowych usług zawodowo, w ramach wykonywanej profesji, czy prowadzonej w danej dziedzinie działalności. Takie restrykcyjne podejście do usług społecznych nie współbrzmi z nowoczesnymi tendencjami realizacji zadań społecznych, do których zaliczyć można współprodukcję i udział odbiorców w świadczeniu usług społecznych<sup>22</sup>. Profesjonalizacja świadczenia znacząco ogranicza pole zaangażowania samych użytkowników w proces świadczenia.

W opiece zdrowotnej dostarczanie świadczeń przez profesjonalistę wykonującego zawód medyczny jest konieczne z uwagi na zagrożenie jakie niesłoby ze sobą powierzenie zdrowia człowieka w ręce osób bez udokumentowanego przygotowania zawodowego. Nawet tutaj nie wyklucza to jednak świadomego włączania pacjentów w proces współprodukcji usługi zdrowotnej. Zaangażowanie pacjenta w proces leczenia jest właściwie prostą konsekwencją usługowego charakteru świadczenia zdrowotnego. W pewnym minimalnym zakresie (np. informacja o objawach, historii chorobowej) można mówić nawet o swoistym przymusie uczestnictwa, niejako z pominięciem świadomości konsumenta co do pełnionej roli w procesie usługowym. Z kolei bardziej świadome współdziałanie pacjenta z lekarzem może wpływać na powodzenie procesu leczenia. Przestrzeganie zaleceń lekarskich, ich wprowadzanie w czyn jest już domeną pacjenta, a jego zachowania w tym zakresie są niejako przedłużeniem udzielonej usługi, a częstokroć warunkiem jej „zadziałania”.

Na oznaczenie przeobrażeń zachodzących wśród konsumentów usług, którzy z biernych odbiorców usług wytwarzanych dla nich przez kogoś innego stają się aktywnymi uczestnikami procesu wytwórczego ukuto nawet neo-

---

<sup>22</sup> Szeroko, głównie w odniesieniu do usług opieki nad dziećmi V. Pestoff, *Demokratyczne rządzenie: współprodukcja, trzeci sektor i udział obywateli w świadczeniu usług społecznych*, (tłum. J. Tilbury), „Zarządzanie Publiczne” 2007, nr 2, s. 81–96.

logizm – „prosumpcja”<sup>23</sup>. Powstał on właśnie przez połączenie dwóch słów: producent i konsument (*producer* i *consumer*). W „prawdziwej” prosumpcji chodzi o zacieranie granic między producentem a konsumentem, o „zwiększanie zaangażowania konsumenta w spełnianie zadań poprzednio wykonywanych dla niego przez kogoś innego”<sup>24</sup>. W sferze zdrowia doszukamy się adekwatnego przykładu – jest nim samoleczenie. Wydaje się jednak, że upowszechnienie partycypacji pacjenta w procesie leczenia na miarę prosumpcji jest, ze względów przywoływanych wyżej, nie tylko niemożliwe, ale nawet niepożądane.

Samoleczeniem jest świadczenie usługi zdrowotnej dla samego siebie, najczęściej równoległe z wykorzystaniem leków bezrecepturowych (tzw. OTC), niekiedy także w porozumieniu z innymi osobami<sup>25</sup> posiadającymi doświadczenie w samoleczeniu. Samoleczenie nie poddaje się prostej konstatacji, w kontekście włączania go, bądź nie do sfery usług społecznych. Rolę samoleczenia dla systemu ochrony zdrowia oraz działań na rzecz promowania i umacniania tej postawy podkreśla się w dokumentach instytucji międzynarodowych, m.in. Parlamentu Europejskiego i Międzynarodowej Organizacji Zdrowia (WHO)<sup>26</sup>.

W raporcie poświęconym systemom zdrowotnym WHO wskazuje, że brak profesjonalnych kwalifikacji medycznych nie jest jednoznaczny z wykluczeniem osoby udzielającej usługę o charakterze świadczenia zdrowotnego z kręgu świadczeniodawców, a sami usługobiorcy mogą pełnić także rolę dostawcy usługi<sup>27</sup>. Dobrym przykładem będzie tutaj właśnie samoleczenie, czy zaangażowanie osób bliskich chorego w czynności o charakterze opiekuńczym i „nadzorującym” leczenie (np. pomoc w ćwiczeniach rehabilitacyjnych, przestrzeganie ordynowanych leków), czy w końcu „przyuczenie się” i wykonywanie niektórych czynności o charakterze medycznym (np. podawanie domięśniowych iniekcji). Ze względu na uwarunkowania prawne usługi te nie będą świadczeniami opieki zdrowotnej<sup>28</sup> w znaczeniu opieki zinstytucjonalizowanej. Niemniej jednak trudno pomijać ten „nieprofesjonalny kanał

---

<sup>23</sup> Do literatury popularnonaukowej trafił on za sprawą amerykańskiego futurologa Alvina Tofflera – zob. A. Toffler, *Trzecia fala*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1997 (wydanie amerykańskie ukazało się w 1980 roku).

<sup>24</sup> Ibidem, s. 415.

<sup>25</sup> Co może rodzić również zagrożenie, szczególnie w warunkach utrudnionej dostępności do lekarzy, przejawiające się w rezygnacji z oczekiwania na poradę profesjonalisty na rzecz korzystania z porad zdrowotnych znajomych.

<sup>26</sup> Zob. T. Korkosz, *Samoleczenie*, „Gazeta Lekarska” nr 5, 2009.

<sup>27</sup> *The World Health Report 2000...*, op. cit., s. 51.

<sup>28</sup> Kwalifikacje i uprawnienia wytwórcy świadczeń zdrowotnych odnoszą się także do świadczenia w ramach wolontariatu.



świadczenia” usług, które przejawiają charakter usług zdrowotnych. Takie przeobrażenia po stronie jednoczesnych biorców i dostawców usług można oceniać także w kategoriach przemian zachodzących w sferze usług społecznych. Postulować można zatem, aby cechom podmiotu świadczącego, jak i więziom w jakich pozostaje on z usługobiorcą, nie nadawać miana warunku brzegowego wyróżniania sfery usług społecznych. Argumentem przemawiającym za takim rozwiązaniem jest także sytuacja praktyczna, kiedy usługi zdrowotne na rzecz chorego są świadczone przez osobę z kręgu najbliższych więzi, z tej prostej przyczyny, że wykonuje ona jednocześnie profesję medyczną. Nadrzędna dla zakresu usług społecznych jako takich powinna być zatem funkcjonalność i użyteczność z punktu widzenia realizacji celów ponadjednostkowych, a nie osoba świadczeniodawcy. W historii usług społecznych dokonała się najpierw „profesjonalizacja sposobu świadczenia” z jego przesunięciem do sfery publicznej<sup>29</sup>, zaś sytuacje wzmiankowane powyżej mogą świadczyć o dziejącym się procesie odwrotnym.

### 3. PRZEOBRAŻENIA W OPIECE ZDROWOTNEJ – DOŚWIADCZENIA POLSKIE

Usługi opieki zdrowotnej traktuje się jako dobro społeczne<sup>30</sup>, to znaczy takie, które ze względu na cechy fizyczne może być dobrem prywatnym, ale ze względu na cele polityki społecznej (w tym wypadku zdrowotnej) zostało uznane za dobro publiczne, tj. niepodlegające „czyste” alokacji rynkowej<sup>31</sup>.

Przesłanki poznawcze wskazujące na zawodność alokacji rynkowej w opiece zdrowotnej<sup>32</sup> przemawiają za niepełnym u rynkowieniem tej sfery. Tym niemniej reformy systemów opieki zdrowotnej na świecie przyniosły znaczny wzrost znaczenia mechanizmów rynkowych w tych systemach. „Zawodność rynku jako podstawowego regulatora systemu opieki zdrowotnej nie oznacza,

<sup>29</sup> V. Pestoff, op. cit., s. 82.

<sup>30</sup> U innych autorów pojawiają się takie terminy jak: dobro „quasi-publiczne” czy „dobra zespołowe” – I. Rudawska, op. cit., s. 33 i powołana tam literatura. J.E. Stiglitz używa określenia „dobra prywatne pochodzące ze źródeł publicznych” – J.E. Stiglitz, *Ekonomia sektora publicznego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 161.

<sup>31</sup> S. Owsiak, *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 27.

<sup>32</sup> Szerzej K.J. Arrow, *Lecznictwo z punktu widzenia niepewności i ekonomii dobrobytu*, [w:] *Eseje z teorii ryzyka*, PWN, Warszawa 1979, s. 181–213; N. Barr, *Ekonomika polityki społecznej*, tłum. M. Żukowski, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 1993, s. 320–339; J.E. Stiglitz, op. cit., s. 370–384; A.R. Dietrich, *Szczególne cechy opieki zdrowotnej i ich konsekwencje dla alokacji*, „Problemy Polityki Społecznej” nr 4, 2002, s. 63–81.



że wiele elementów tego systemu nie powinno być regulowanych mechanizmami rynkowymi<sup>33</sup>, czego egzemplifikacją jest chociażby idea konkurencji regulowanej<sup>34</sup>. Zapoczątkowane w latach osiemdziesiątych XX wieku, na fali ekonomii neoliberalnej, zwrócenie się w systemach zdrowotnych krajów rozwiniętych w kierunku rozwiązań rynkowych spowodowało m.in.<sup>35</sup>:

- oddzielenie funkcji nabywcy świadczeń zdrowotnych, powierzonej instytucjonalnie wyodrębnionemu płatnikowi, od funkcji dostawcy tych świadczeń, a w konsekwencji implementacji mechanizmu kontraktowania i tworzeniu tzw. rynku wewnętrznego,
- wyodrębnienie funkcji menedżerskich w opiece zdrowotnej (zgodnie z ideą menedżeryzmu) i powierzenie menedżerom odpowiedzialności za budżetowanie, za tworzenie zasobów kadrowych i materialnych, czy też za organizację procesu świadczenia,
- zreformowanie systemu budżetowania i kreowanie bodźców (narzędzi) finansowych mających na celu poprawę wydajności/wyników (*performance*) jednostek dostarczających świadczeń, a w konsekwencji wyników całego systemu (np. wprowadzanie finansowania w oparciu o jednorodne grupy pacjentów, czy współpłatności ze strony pacjentów).

Implementacja rozwiązań rynkowych w celu podnoszenia wydajności systemów opieki zdrowotnej, jest nadal kontynuowana<sup>36</sup>, a opieka zdrowotna pozostaje obszarem, w którym pożądanym jest współlistnienie państwa i rynku. Zgodnie z tym co stwierdzono w rozdziale autorstwa Mirosława Grewińskiego, o koegzystencji tej mówi się jako o urynkowaniu opieki zdrowotnej<sup>37</sup>.

W przypadku przeobrażeń w sferze społecznej często trudno przeprowadzić sztywną linię demarkacyjną oddzielającą jeden proces od drugiego. Niekiedy zachodzą one równolegle, innym razem określone zmiany wywołują ewolucyjnie kolejne zmiany czy też pewne wyróżnione procesy mogą być elementem składowym szerzej rozumianych tendencji. Nie inaczej jest w przypadku przemian w opiece zdrowotnej. Utrudnia to zatem w jakimś zakresie empiryczną weryfikację teoretycznie zakreślonych tendencji. Tym

---

<sup>33</sup> *Stanowisko RSSG nt.: Poszukiwania i propozycje naprawy systemu ochrony zdrowia*, S. Golinowska (opr.), [w:] *System ochrony zdrowia. Kontrowersje i dylematy*, Raport Rady Strategii Społeczno-Gospodarczej, nr 37, Warszawa 2004, s. 16.

<sup>34</sup> Szerzej na ten temat zob. B. Więckowska, *Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, Ernst&Young Polska, Warszawa 2010, s. 41–51.

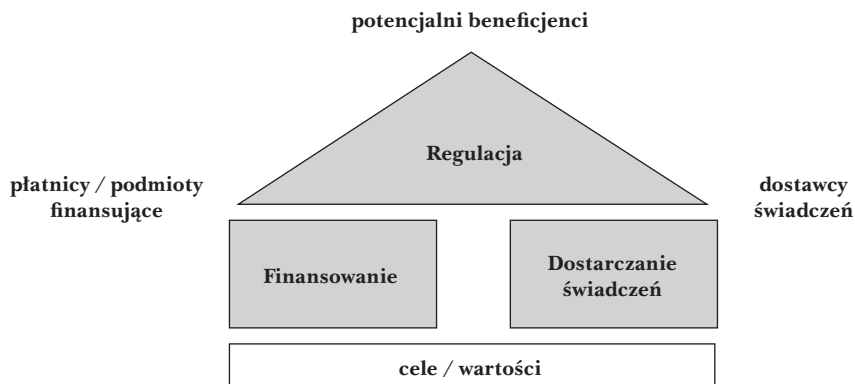
<sup>35</sup> R. Gould, *Health and Health Care In Post-industrial Society*, [w:] *The Welfare State in Post-Industrial Society. A Global Perspective*, J. Powell, J. Hendricks (ed.), Springer 2009, s. 126–127.

<sup>36</sup> Choć kraje rozwinięte zaczęły odchodzić pod koniec lat 90. ubiegłego stulecia od systemów zdrowotnych implementujących idee neoliberalizmu na rzecz socjalnej demokracji – Ibidem, s. 127.

<sup>37</sup> Szerzej np. I. Rudawska, *op. cit.*, s. 43–45.

niemniej wszystkie one wpisują się w, zapoczątkowane w krajach europejskich przed około trzydziestu laty, reformowanie systemu opieki zdrowotnej w kierunku współlistnienia sektora publicznego i prywatnego (*public-private mix*), a więc rezygnacji państwa z postrzegania opieki zdrowotnej jako domeny jedynie swojego zaangażowania<sup>38</sup>. Biorąc pod uwagę powyższe, celem niniejszego opracowania jest weryfikacja tezy o malejącym zaangażowaniu państwa (aktorów publicznych) w wypełnianie wyróżnionych funkcji systemu opieki zdrowotnej na rzecz wzrostu uczestnictwa prywatnego, obejmowanego tutaj zbiorczym terminem „prywatyzacja”. Wieloaspektowość i trudność jednoznacznej konceptualizacji prywatyzacji opieki zdrowotnej powoduje, że w analizach przyjmuje się rozwiązania pragmatyczne, zakładające badanie zmian, które można by objąć mianem prywatyzacji zrelatywizowanej do danego wymiaru analizy. I tak w przypadku opieki zdrowotnej przeobrażenia prywatyzacyjne analizować można z perspektywy: 1) finansowania opieki zdrowotnej, 2) wytwarzania świadczeń zdrowotnych, 3) zarządzania w opiece zdrowotnej oraz 4) inwestycji w tym sektorze gospodarki. Wpisują się one w zaproponowaną w literaturze koncepcję wymiarów analizy systemu opieki zdrowotnej (rys. 1) i stanowią podstawę opisu w niniejszym opracowaniu.

**Rysunek 1. System opieki zdrowotnej – wymiary (aspekty) analizy**



Źródło: H. Rothgang et al, *The Changing Public-Private Mix in OECD Health-Care Systems*, [w:] M. Seeleib-Kaiser (ed.), *Welfare State Transformations. Comparative Perspectives*, Palgrave Macmillan, 2008, s. 133.

Zastosowane w opracowaniu podejście sprowadzające analizowane przeobrażenia do procesu prywatyzacji może niekiedy wywoływać kontrowersje i sprzeciw czytelników. Konsekwentnie w ślad rozważań autorstwa Mirosława

<sup>38</sup> Por. H. Maarse, *The Privatization of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis*, „Journal of Health Politics, Policy and Law” 2006 (vol. 31), nr 5, s. 981–982.

Grewińskiego<sup>39</sup> należałoby odróżniać prywatyzację od urynkowania opieki zdrowotnej. Zadanie to wydaje się jednak prostsze na poziomie opisu conceptualnego procesów, aniżeli na poziomie ich empirycznej obserwacji. Nie jest możliwa pełna prywatyzacja opieki zdrowotnej, w znaczeniu, o którym pisze M. Grewiński, tj. „pozbycie się przez państwo „balastu” finansowania i produkowania dóbr i usług społecznych”<sup>40</sup>. Z drugiej strony w realiach polskich będących przedmiotem badania, da się wykazać obszary usług zdrowotnych, w których państwo z siebie ten ciężar zrzuciło (np. katalog świadczeń w stomatologii), co powinno mieścić się w pojęciu prywatyzacji zakreślonym przez M. Grewińskiego. Z kolei np. dopuszczenie sektora prywatnego jako producenta usług zdrowotnych odpowiadałoby pojęciu urynkowania. Znowu szersze spojrzenie na różnorodność właścicielską niepublicznych usługodawców i pojawienie się wśród nich instytucji niedochodowych powinno kierować myśli w stronę uspołecznienia. Wspominane już przenikanie i współwystępowanie różnych procesów przeobrażeń zdecydowało o przyjęciu podejścia uproszczonego (zbiorczego), co – w nadziei autorki – może także ułatwić koncentrację na obserwacji zmieniającej się roli państwa w sferze usług społecznych, jako pewnej kategorii uogólniającej poszczególne, zrekonstruowane w niniejszej publikacji, procesy przeobrażeń w polityce społecznej.

### 3.1. Przeobrażenia w sferze finansowania opieki zdrowotnej

Na finansowanie opieki zdrowotnej składa się: 1) pozyskiwanie środków, 2) ich repartycja (o ile umożliwia to mechanizm pozyskiwania) i 3) alokacja funduszy<sup>41</sup>. Pozyskiwanie funduszy analizować można w trzech aspektach, tj. poprzez<sup>42</sup>:

- źródła pozyskiwania środków finansowych, co wiąże się z pytaniem od kogo pochodzą pieniądze wydatkowane na świadczenia zdrowotne?
- mechanizmy (sposoby) pozyskiwania pieniędzy (np. podatki, ubezpieczenia, datki charytatywne),
- płatników dystrybuujących środki do usługodawców opieki zdrowotnej.

---

<sup>39</sup> Rozdział 1 w tym tomie.

<sup>40</sup> Nawet w amerykańskim systemie zdrowotnym, postrzeganym jako najbardziej prywatny system opieki zdrowotnej na świecie, finansowanie opieki zdrowotnej ze środków publicznych sięga 50% wolumenu wydatków.

<sup>41</sup> E. Mossialos, A. Dixon, *Funding Health Care: An Introduction*, [w:] E. Mossialos (ed.) et al., *Funding Health Care: Options for Europe*, Open University Press, World Health Organization 2002, s. 3–7.

<sup>42</sup> *Health at a Glance 2009. OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris 2009, s. 170.

Dostępne (pozyskane) środki są następnie alokowane, co dokonuje się poprzez nabywanie usług zdrowotnych u świadczeniodawców. Tym samym szerokie podejście do problematyki finansowania systemu zdrowotnego oscyluje wokół trzech pytań: „kto płaci za usługi i dobra opieki zdrowotnej (płatnik/źródła finansowania), komu się płaci (wytwórcom) i jaką funkcję w strukturze systemu opieki zdrowotnej spełniają usługi i dobra, za które płacimy”<sup>43</sup>.

W kontekście opisu przeobrażeń w finansowaniu usług opieki zdrowotnej istotne jest przede wszystkim przyjrzenie się relacji wydatków publicznych i wydatków prywatnych w łącznych wydatkach na zdrowie. Za początek okresu analitycznego przyjęto w niniejszym opracowaniu rok 1990 (zapoczątkowanie tzw. Trzeciej Rzeczypospolitej), zaś górna graniczna data wyznaczana jest przez dostępność najbardziej aktualnych danych.

Zgodnie z nomenklaturą OECD<sup>44</sup>, stosowaną przy gromadzeniu danych ilościowych publikowanych w ramach corocznej – wykorzystywanej w niniejszym opracowaniu – bazy danych *OECD Health Data*, na publiczne wydatki na zdrowie składają się wydatki z funduszy publicznych, tj. ponoszone przez rząd centralny i władze lokalne (regionalne) oraz przez fundusze zabezpieczenia społecznego. Kategoria łącznych publicznych wydatków na zdrowie uwzględnia także wydatki o charakterze inwestycyjnym, generowane przez wyżej wskazanych płatników, jak również publiczne transfery pieniężne do sektora prywatnego, służące finansowaniu inwestycji infrastrukturalnych i wyposażenia<sup>45</sup>. Z kolei do wydatków prywatnych zaliczane są bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych na zdrowie (tzw. „wydatki z kieszeni pacjenta” – *out-of-pocket*), wydatki na prywatne ubezpieczenia zdrowotne, jak również wydatki pochodzące z funduszy charytatywnych oraz ponoszone przez pracodawców w związku z bezpośrednim nabywaniem przez nich usług zdrowotnych na rzecz swoich pracowników. Należy dodać, że na wydatki „z kieszeni pacjenta” składają się różne formy szerokorozumianego

---

<sup>43</sup> *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II*, wersja 3, Warszawa, sierpień 2008, s. 8.

<sup>44</sup> Zob. definicje poszczególnych kategorii wydatków dostępne na: <http://www.ecosante.org/index2.php?base=OCDE&langh=ENG&langs=ENG&sessionid=6a105aa33a58f0b485c6a6db5803336e&source=13> (na dzień 2010.08.30).

<sup>45</sup> Należy dodać, że wydatki inwestycyjne są jedynym elementem tzw. funkcji powiązanych z ochroną zdrowia, które uwzględnia się w kategorii „łączne wydatki na zdrowie” (ang. *total expenditure on health*) – ibidem. Zob. także A. Baran, *Narodowy rachunek zdrowia. Wydatki na ochronę zdrowia 1999, 2004, 2005 i 2006*, [w:] K. Ryć, Z. Skrzypczak (red.), *Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2008, s. 63. Odpowiada to przyjętemu na początku zakresowi przedmiotowemu opracowania, zgodnie z którym analizie podlega opieka zdrowotna (a nie szerokorozumiana ochrona zdrowia) jako usługa społeczna.

współpłacenia<sup>46</sup>, pełna odpłatność za świadczenia, jak również wydatki nieformalne<sup>47</sup>. Poza tą kategorią pozostają zaś obligatoryjne (narzucone przez obowiązujące prawo) podatki czy składki, z których następnie finansowane są wszystkie lub jedynie wybrane usługi opieki zdrowotnej, gdyż wielkość ta odzwierciedlona jest już w wydatkach publicznych.

W całym analizowanym okresie łączne wydatki na zdrowie w Polsce rosły. Tendencja wzrostowa dotyczyła zarówno wydatków publicznych, jak i wydatków prywatnych, co prezentuje wykres 1. W 2007 roku łączne wydatki na zdrowie w Polsce wyniosły nieco ponad 75,5 mld zł, z czego ok. 22 mld zł odpowiadało wydatkom prywatnym (zob. tabela 2). Oznacza to, że wydatki prywatne stanowiły w komentowanym roku 29,1% wszystkich wydatków na zdrowie.

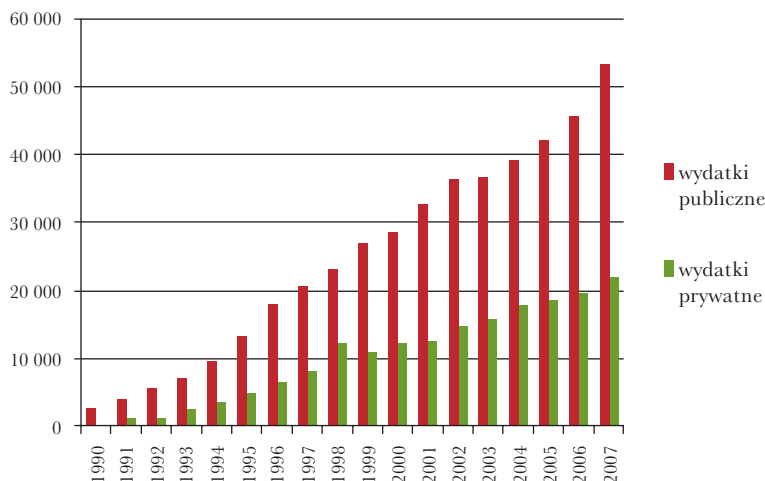
Porównując wielkości nominalne wydatków na zdrowie w 2007 roku z rokiem bazowym (1990) odnotowaliśmy ponad 89-krotny wzrost wydatków prywatnych i prawie 20-krotny wzrost wydatków publicznych (tabela 2). Wzrosty obu kategorii wydatków nie będą już tak diametralnie różne, gdy indeksy dynamiki zostaną wyznaczone dla roku 1991, tak aby pominąć wartości odstające dla wydatków prywatnych. Po takiej korekcie można mówić o 17-krotnym<sup>48</sup> wzroście wydatków prywatnych, przy jednoczesnym 13-krotnym wzroście wydatków publicznych.

---

<sup>46</sup> Użyto tutaj zbiorczego terminu „współpłacenie” dla oznaczenia wszelkich form obciążenia podmiotu uprawnionego do korzystania ze świadczeń finansowanych przez płatnika trzeciej strony częścią kosztu tego świadczenia. W terminologii anglojęzycznej ten zbiorczy termin określany jest jako *cost-sharing*, czyli „uczestnictwo w koszcie”, na które składa się: 1) płatność przez pacjenta stałej, określonej kwoty, przyjętej dla określonego rodzaju świadczenia zdrowotnego (i to tutaj pojawia się angielski odpowiednik polskiego słowa współpłacenie – *co-payment*), 2) płatność przez pacjenta kwoty stanowiącej ustalony (stały) procentowy udział w koszcie świadczenia (ang. *co-insurance*) – odpowiada pojęciu „udziału własnego w szkodziu” stosowanemu w terminologii ubezpieczeń, 3) płatność przez pacjenta określonej kwoty, która musi zostać przez niego wydatkowana, aby uzyskać on prawo do finansowania świadczeń przez płatnika trzeciej strony. W tym kontekście pojawia się angielskie słowo *deductibles* tłumaczone w ubezpieczeniach, jako franszyza redukcyjna, co oznacza kwotę zawsze umniejszającą płatność ubezpieczyciela (tutaj zobowiązanego do finansowania pacjentowi świadczeń zdrowotnych). Tym samym takie oznaczenie udziału w koszcie niczym nie różniłoby się od instrumentu opisanego w punkcie 1). W omawianym przypadku chodzi jednak nie o potrącanie stałej kwoty przy każdym konsumowanym świadczeniu zdrowotnym, ale o zagregowaną franszyzę redukcyjną – kwotę łącznych wydatków obciążających ubezpieczonego pacjenta, które są wyłączone w okresie ubezpieczenia z pokrycia ubezpieczeniowego i które muszą zostać poniesione w pierwszej kolejności przez pacjenta, aby dalsze wydatki mógł on finansować z ubezpieczenia. Jest to rozwiązanie analogiczne do ubezpieczenia na pierwsze ryzyko, z tymże „pierwsze ryzyko” obciąża tutaj ubezpieczonego, a nie ubezpieczyciela.

<sup>47</sup> E. Mossialos, A. Dixon, op. cit., s. 22–24.

<sup>48</sup> Jeżeli nie zaznaczono inaczej, wszelkie charakterystyki tendencji odpowiadają obliczeniom własnym na podstawie danych *OECD Health Data 2009* (edycja listopadowa).

**Wykres 1. Publiczne i prywatne wydatki na zdrowie w Polsce w latach 1990–2007 (mln zł)**

Źródło: opracowanie własne na podstawie *OECD Health Data 2009* (edycja listopadowa).

Największy, skokowy wzrost finansowania opieki zdrowotnej ze środków prywatnych odnotowano właśnie w latach 1990–1991. W 1991 roku wydatki prywatne na zdrowie były o ponad 420% wyższe niż w roku poprzednim, podczas gdy wydatki publiczne w analogicznym okresie wzrosły jedynie o 48%. W konsekwencji ukształtowała się nowa, diametralnie różna w stosunku do roku bazowego, struktura łącznych wydatków na zdrowie w podziale na prywatne i publiczne źródła finansowania. To właśnie wtedy udział wydatków prywatnych w całkowitych wydatkach na zdrowie wzrósł z 8,3% do 24,4%. Tak spektakularne zmiany prywatyzacyjne w finansowaniu opieki zdrowotnej we wskazanym okresie można tłumaczyć zmianami systemowymi, jakie zapoczątkowano w naszym kraju w 1989 roku oraz niskim nominalnym wolumenem wydatków w „punkcie startowym”.

Pominięcie w badaniu danych z roku 1990 powoduje, że skala prywatyzacji finansowania, mierzona wzrostem udziału środków prywatnych w łącznych wydatkach na zdrowie, pomiędzy 1991 a 2007 rokiem nie wygląda już tak „imponująco”. W tym okresie zarejestrowano bowiem wzrost udziału finansowania prywatnego o 4,7 punktu procentowego. Co więcej należy odnotować, że w badanym okresie można wyodrębnić taki podokres, w którym zaobserwować można spadek udziału finansowania ze środków prywatnych. Jego początek przypada na 1998 rok, kiedy to udział finansowania prywatnego osiągnął najwyższy poziom i wynosił 34,6%. Począwszy od 1999 roku, czyli de facto od wejścia w życie ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszech-

Tabela 2. Charakterystyki wydatków nominalnych na zdrowie w Polsce w latach 1990–2007

Lata	Wydatki publiczne [w mln zł]	Wydatki prywatne [w mln zł]	Łącznie [w mln zł]	Udział środków prywatnych [w %]	Dynamika wydatków prywatnych [rok poprzedni = 100]	Dynamika wydatków publicznych [rok 1990 = 100]	Dynamika środków publicznych [rok poprzedni = 100]	Dynamika środków publicznych [rok 1990 = 100]
1990	2710	246	2956	8,3	–	100,00	–	100,00
1991	4019	1294	5313	24,4	526,02	526,02	148,30	148,30
1992	5821	1803	7624	23,6	139,34	732,93	144,84	214,80
1993	7308	2601	9909	26,2	144,26	1057,32	125,55	269,67
1994	9787	3662	13449	27,2	140,79	1488,62	133,92	361,14
1995	13460	5006	18466	27,1	136,70	2034,96	137,53	496,68
1996	18218	6606	24824	26,6	131,96	2685,37	135,35	672,25
1997	20787	8101	28888	28,0	122,63	3293,09	114,10	767,05
1998	23204	12285	35489	34,6	151,65	4993,90	111,63	856,24
1999	27153	11021	38174	28,9	89,71	4480,08	117,02	1001,96
2000	28781	12317	41098	30,0	111,76	5006,91	106,00	1062,03
2001	32840	12835	45675	28,1	104,21	5217,48	114,10	1211,81
2002	36460	14777	51237	28,8	115,13	6006,91	111,02	1345,39
2003	36797	15815	52612	30,1	107,02	6428,86	100,92	1357,82
2004	39336	17992	57328	31,4	113,77	7313,82	106,90	1451,51
2005	42341	18699	61040	30,6	103,93	7601,22	107,64	1562,40
2006	45945	19706	65651	30,0	105,39	8010,57	108,51	1695,39
2007	53544	22027	75571	29,1	111,78	8954,07	116,54	1975,79

Źródło: dane za *OECD Health Data 2009* (edycja listopadowa) i obliczenia własne na podstawie tych danych.

nym ubezpieczeniu zdrowotnym i odejścia od finansowania budżetowego na rzecz finansowania ubezpieczeniowego<sup>49</sup>, udział środków prywatnych w wydatkach na zdrowie oscyluje stale pomiędzy ok. 29% a 30%. Zatem również w naszym kraju potwierdza się, zaobserwowany w krajach OECD, przebieg trendów prywatyzacji finansowania opieki zdrowotnej. Mianowicie, w większości państw OECD wzrost znaczenia finansowania prywatnego był zauważalny w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych poprzedniego stulecia, zaś z początkiem nowego millenium przeobrażenia prywatyzacyjne zaczęły wygasać<sup>50</sup>. Trzeba mieć także na uwadze, że skala redukcji udziału finansowania publicznego w „złotym okresie prywatyzacji” różniła się nie tylko dla poszczególnych krajów, ale także dla grup systemów<sup>51</sup>. Zmianę w strukturze publiczno-prywatnego finansowania opieki zdrowotnej na przestrzeni lat 1990–2007 dla większości krajów OECD prezentuje wykres 2. Kraje uwzględnione na wykresie uszeregowano według udziału środków publicznych w łącznych wydatkach na zdrowie, jaki odnotowano w tych krajach w 1990 roku, od krajów o najwyższym do krajów o najniższym poziomie tej zmiennej.

Jak wynika z wykresu 2, Polska wraz z innymi krajami postsocjalistycznymi znajduje się w czołówce krajów o najwyższym stopniu zredukowania udziału źródeł publicznych w finansowaniu usług opieki zdrowotnej. Wytlumaczeniem tak silnych tendencji prywatyzacyjnych w tych krajach jest ich przeszłość systemowa, tj. funkcjonowanie państwowej opieki zdrowotnej opartej na tzw. modelu Siemiaszki, w którym to ideologicznie rzecz ujmując zakładano pełne finansowanie publiczne. Przodownictwo Słowacji wynika zaś z wprowadzenia w tym kraju w 2004 roku powszechnego współpłacenia pacjentów za świadczenia zdrowotne<sup>52</sup>.

---

<sup>49</sup> A de facto ubezpieczeniowo-budżetowego. Odrębnym problemem jest, czy system w Polsce ma rzeczywiście charakter ubezpieczeniowy, czy raczej zaopatrzeniowy „opakowany w ubezpieczenie”. Z punktu widzenia charakteru wydatków nie ma to znaczenia, gdyż zarówno finansowanie poprzez społeczne ubezpieczenie zdrowotne, jak i finansowanie budżetowe poprzez podatki podpada pod kategorię finansowania ze środków publicznych.

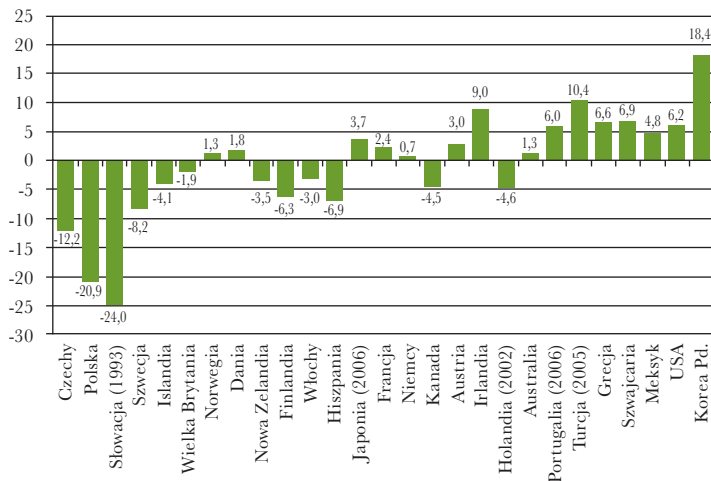
<sup>50</sup> H. Rothgang et al, *The Changing Public-Private Mix in OECD Health-Care Systems*, [w:] M. Seeleib-Kaiser, Palgrave Macmillan (ed.), *Welfare State Transformations. Comparative Perspectives*, 2008, s. 135–136.

<sup>51</sup> Por. np. S. Grimmeisen, H. Rothgang, *The Changing Role of the State In Europe's Health Care Systems*, Paper Prepared for the Second Annual ESPAnet Conference, University of Oxford, September 2004, s. 10–12.

<sup>52</sup> *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II*, op. cit., s. 152.



**Wykres 2. Zmiana udziału finansowania publicznego w łącznych wydatkach na zdrowie na przestrzeni lat 1990\*–2007 (liczba punktów %)**



\* Dla Słowacji (1993).

Źródło: opracowanie własne na podstawie *OECD Health Data 2009* (edycja listopadowa).

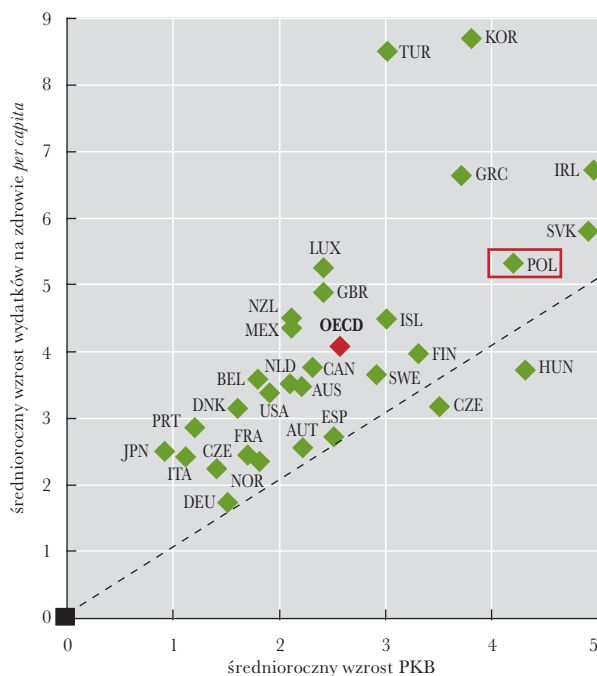
Na podstawie zaprezentowanych na wykresie 2 wartości względnych można wysnuć wniosek, że w Polsce dokonała się rewolucja prywatyzacyjna w finansowaniu opieki zdrowotnej. Uwzględniając jednak wartości bezwzględne wydatków (por. tab. 2), okazuje się, że w całym badanym okresie następował rokroczny wzrost wydatków publicznych oraz wydatków prywatnych w stosunku do roku poprzedniego. Wyjątkiem był jedynie rok 1999, w którym to wydatki prywatne ukształtowały się na poziomie ok. 89% wydatków prywatnych roku poprzedzającego. Porównanie łańcuchowych indeksów dynamiki obu kategorii funduszy nie wskazuje na żadną dominującą tendencję. Innymi słowy żaden z rodzajów wydatków nie wykazywał stale wyższej dynamiki od drugiego.

W latach 1990–2007 wydatki prywatne w każdym następnym roku stanowiły przeciętnie 130,26% wydatków prywatnych roku poprzedniego. W analogicznym okresie wartość ta dla wydatków publicznych wynosiła 119,18%<sup>53</sup>. Pomijając w analizie, z przyczyn wskazanych wcześniej rok 1990, otrzymujemy średniookresowy indeks wzrostu na poziomie 119,38 dla wydatków prywatnych i 117,57 dla wydatków publicznych. Jeszcze mniejsze różnice w średnim tempie wzrostu obu kategorii wydatków można zaobserwować dla lat 1999–2007. W okresie tym wydatki prywatne rosły przeciętnie z roku na rok o 9,04%, podczas gdy wydatki publiczne w tempie 8,86% rocznie. Należy

<sup>53</sup> Obliczenia własne na podstawie danych z tabeli 2.

pamiętać, że przywoływane powyżej indeksy wyznaczone zostały dla wartości nominalnych, podanych w cenach bieżących. W celu urealnienia wydatków w czasie, twórcy bazy danych *OECD Health Data* skorygowali dane nominalne w oparciu o indeks cen z 2000 roku. Wyliczone w oparciu o te dane średniorokowe indeksy wzrostu wyniosły w latach 1990–2007 odpowiednio 104,07 dla wydatków publicznych i 113,75 dla wydatków prywatnych. O wydatkach na zdrowie liczonych w cenach stałych z 2000 roku możemy zatem powiedzieć, że rosły, przy czym ich część prywatna rosła szybciej niż publiczna. Tym niemniej skracanie czasookresu analizy poprzez podnoszenie jej dolnego progu potwierdza wzmiankowane wyżej „wyciszanie” procesów prywatyzacyjnych. Dla porównania w latach 1997–2007 wydatki prywatne (liczone według cen z 2000 roku) rosły przeciętnie w tempie 6,05% rocznie, a wydatki publiczne o 5,51% rocznie. Obie wielkości odnotowywały wyższe wzrosty, aniżeli średnioroczny wzrost PKB w Polsce wyznaczony dla lat 1997–2007 (por. wykres 3). Tym samym na wyższy od wzrostu PKB średnioroczny wzrost wydatków na zdrowie w przeliczeniu na jednego mieszkańca „pracuje” w Polsce wzrost obu kategorii źródeł finansowania.

**Wykres 3. Średnioroczny realny wzrost wydatków na zdrowie *per capita* oraz PKB w krajach OECD w latach 1997–2007 (%)**



Źródło: *Health at a Glance 2009. OECD Indicators*, OECD 2009, s. 161.

Heinz Rothgang i inni piszą<sup>54</sup>, że w obliczu przeobrażeń prywatyzacyjnych w finansowaniu opieki zdrowotnej należy mówić jedynie o relatywnym<sup>55</sup> wycofywaniu się państwa (poprzez publiczne źródła finansowania) z finansowania opieki zdrowotnej, a tym samym relatywnej prywatyzacji tego finansowania<sup>56</sup>. Relatywizację tę badacze tłumaczą faktem, że prywatyzacji finansowania towarzyszy rosnący udział wydatków na zdrowie w relacji do PKB, i to nie tylko w odniesieniu do wydatków prywatnych, ale właśnie także wydatków publicznych. Ponadto publiczne finansowanie opieki zdrowotnej zyskuje na znaczeniu w przypadku krajów, w których zasadnicze znaczenie odgrywały przede wszystkim źródła prywatne, co obrazuje zamieszczony wcześniej wykres nr 2. Ten ostatni wniosek można odwrócić i stwierdzić analogicznie, że finansowanie prywatne zyskało na znaczeniu w krajach, w których w dacie początkowej prowadzonej analizy pierwszoplanową rolę odgrywały publiczne źródła finansowania.

Relatywizacja prywatyzacji finansowania doznaje dla realiów polskich pewnego ograniczenia. Choć na przestrzeni analizowanych lat nastąpił w Polsce wzrost udziału wydatków publicznych w PKB, to był on znikomy i wyniósł 0,2 punktu procentowego (z 4,4% w 1990 roku do 4,6% w 2007 roku), podczas gdy w tym czasie udział wydatków prywatnych na zdrowie w PKB wzrósł z 0,4% do 1,9%. Należy też mieć na względzie, że Polska plasuje się wśród krajów OECD w grupie państw o wyższym niż przeciętne zaangażowaniu środków prywatnych w finansowanie systemu zdrowotnego. Średnio dla krajów OECD udział środków prywatnych wynosił w 2007 roku 27%<sup>57</sup>, przy 29,1% w Polsce<sup>58</sup>. Co więcej średnia dla krajów OECD pozostaje na niezmiennym poziomie od 1990 roku<sup>59</sup>. Nie popełniając błędu można zatem skonstatować, że wzrost prywatnego finansowania stanowi w Polsce na pewno źródło dopływu dodat-

<sup>54</sup> H. Rothgang et al, op. cit., s. 135–136. Wnioski badaczy wynikają z analizy finansowania w 23 krajach OECD (w tym USA, Japonii, Niemiec, Wielkiej Brytanii, Szwajcarii, Holandii) za lata 1970–2004.

<sup>55</sup> Tzn. przejawiającym się w spadku udziału środków publicznych w całym wolumenie środków wydatkowanych na zdrowie.

<sup>56</sup> Z kolei percepcję beneficjentów o istnieniu silnej tendencji prywatyzacyjnej w finansowaniu opieki zdrowotnej określa się mianem „iluzji prywatyzacyjnej”. Jest ona wynikiem rosnących wydatków prywatnych w opiece ambulatoryjnej. Usługi ambulatoryjne są zaś konsumowane znacznie częściej niż usługi szpitalne, które pochłaniają znaczące środki publiczne – H. Maarse, op. cit., s. 994.

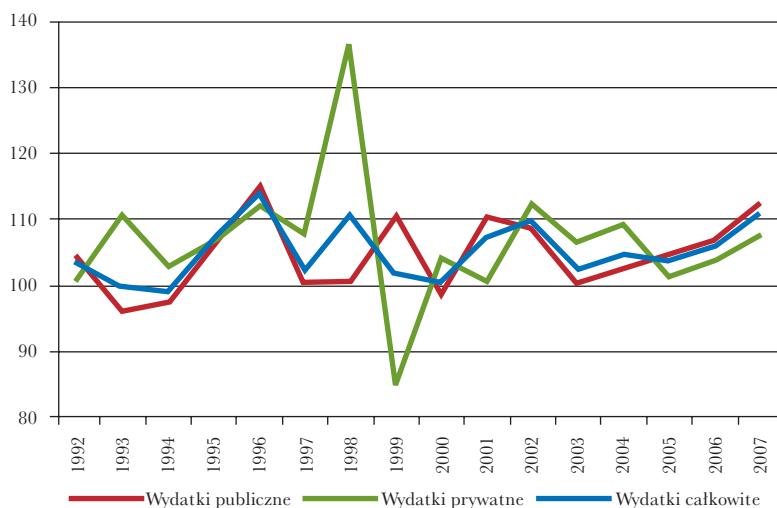
<sup>57</sup> *Health at a Glance 2009*, op. cit., s. 170–171.

<sup>58</sup> Wśród krajów członkowskich UE można wskazać kraje, w których udział finansowania prywatnego przekracza nawet 40% łącznych wydatków na zdrowie. Są to Bułgaria, Grecja, Cypr i Łotwa – P. Mladovsky et al, *Health In European Union. Trends and Analysis*, Observatory Studies Series No 19, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2009, s. 124.

<sup>59</sup> *Health at a Glance 2009*, op. cit., s. 170–171.

kowych środków do opieki zdrowotnej. Z drugiej jednak strony nie można zaobserwować w naszym kraju odciążania finansów publicznych poprzez zastępowanie części wydatkowanych środków publicznych funduszami prywatnymi<sup>60</sup>. Owszem w badanym okresie (1991–2007) można wskazać lata, w których dynamika łącznych wydatków na zdrowie (prywatnych i publicznych) była niższa niż dynamika wydatków prywatnych, co potwierdzałoby tezę o zastępowaniu środków publicznych funduszami prywatnymi, ale okresy te nie były dłuższe niż 3 lata i dodatkowo zaraz po nich następował znowu dwu-, trzyletni okres, w którym to z kolei dynamika wydatków łącznych przewyższała dynamikę wydatków prywatnych. Tendencje te zobrazowano na wykresie 4.

**Wykres 4. Dynamika publicznych, prywatnych i całkowitych wydatków na zdrowie w Polsce w latach 1991–2007 wyrażonych w cenach stałych z 2000 roku (rok poprzedni = 100)**



Źródło: opracowanie własne na podstawie *OECD Health Data 2009* (edycja listopadowa).

Przejsście z ogólnej kategorii wydatków na zdrowie na poziom funkcji realizowanych w opiece zdrowotnej oraz rodzaj usługodawców ujawnia zróżnicowanie w proporcji wydatków publicznych i prywatnych. I tak w 2007 roku wydatki na indywidualną opiekę zdrowotną w 30,2% były finansowane przez płatników prywatnych, podczas gdy w odniesieniu do profilaktyki i zadań zdro-

<sup>60</sup> O takim zastępowaniu przeczytać można np. w raporcie dla Parlamentu Kanadyjskiego – C.M. Flood, M. Stabile, C.H. Tuohy, *The Structure, Dynamics and Impact of the Public/Private Mix of Financing on Health Care Systems*, April 2001, s. 20–21 dostępne na: <http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-e/soci-e/rep-e/volume3ver2-e.pdf> (2006-04-18).

wia publicznego realizowanych przez placówki opieki zdrowotnej strumień środków prywatnych stanowił 26,8% łącznych wydatków odpowiadających tej funkcji<sup>61</sup>. Natomiast w podziale na kategorie usługodawców, do których trafiają pieniądze, środki prywatne mają niewielki udział w wydatkach na szpitale (3,6%), ale już w zakresie opieki ambulatoryjnej odpowiadają za 32,7% wydatków. Wyodrębnienie w lecznictwie ambulatoryjnym podsektorów, pozwala stwierdzić, że wydatki prywatne dominują w stosunku do praktyk stomatologicznych (84,1%), a bardzo znaczącą rolę odgrywają w środkach pozyskiwanych przez ośrodki diagnostyczne (41,7%)<sup>62</sup>. Za wysoki ogólny stopień prywatyzacji finansowania opieki zdrowotnej w Polsce odpowiada jednak sprywatyzowanie wydatków na leki (62,5%)<sup>63</sup> w powiązaniu z wysokim udziałem tej kategorii wydatków w ogólnych wydatkach na zdrowie analizowanych w podziale funkcjonalnym. Wydatki na leki stanowią bowiem w Polsce, po wydatkach na usługi szpitalne, drugą pod względem wielkości generowanych środków kategorię wydatków.

Przy finansowaniu prywatnym dominują wydatki bezpośrednie z kieszeni pacjenta. Średnio dla krajów OECD stanowią one 18 z 27 punktów procentowych łącznych wydatków prywatnych. Wydatki na prywatne ubezpieczenia zdrowotne odpowiadają natomiast średnio ok. 6% wydatków na zdrowie. Pozostałe 3% wydatków prywatnych w łącznych wydatkach na zdrowie dla krajów OECD stanowią inne wydatki prywatne (wydatki pracodawców w ramach tzw. zakładowej służby zdrowia)<sup>64</sup>.

Również w Polsce największy strumień wydatków prywatnych pochodził z opłat bezpośrednich. Ich udział w wydatkach prywatnych jest jednak dużo wyższy niż przeciętnie w krajach OECD. Wydatki „z kieszeni” odpowiadają 24,3 punktu procentowego z łącznych wydatków prywatnych<sup>65</sup>. Z kolei przy relatywnie wysokim finansowaniu prywatnym marginalną rolę w naszym kraju odgrywają prywatne ubezpieczenia zdrowotne<sup>66</sup>, stanowiące jedynie 0,5 punktu procentowego z wydatków prywatnych. Taką sytuację można by opisać

---

<sup>61</sup> *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 roku*, GUS, Warszawa 2009, s. 189 (tabl. 57). Dane zestawione jako Narodowy Rachunek Zdrowia.

<sup>62</sup> *Ibidem*, s. 194 (tabl. 59). Należy pamiętać, że przytaczane dane obrazują relatywne znaczenie środków prywatnych dla poszczególnych kategorii dostawców, co nie obrazuje nominalnego wolumenu wydatkowanych środków.

<sup>63</sup> *Ibidem*, s. 189 (tabl. 57).

<sup>64</sup> Dane (także w następnym akapicie) za *OECD Health Data 2009* (edycja listopadowa).

<sup>65</sup> Dla przypomnienia wynosiły one dla analizowanego roku 2007 29,1% wydatków łącznych.

<sup>66</sup> Dane te uwzględniają jedynie wydatki na składki ubezpieczeniowe, a nie na abonamenty medyczne. Choć funkcjonalnie zarówno ubezpieczenia, jak i abonamenty medyczne spełniają taką samą rolę, to formalno-prawnie są to odrębne instytucje społeczne, podlegające różnym reżimom prawnym.

w kategoriach braku sprawiedliwości w finansowaniu systemu zdrowotnego. Terminem tym WHO obejmuje m.in. narażenie gospodarstw domowych na ponoszenie nieoczekiwanych (nieprzewidzianych) kosztów świadczeń zdrowotnych, które muszą zostać pokryte bezpośrednimi wydatkami z kieszeni pacjenta w momencie korzystania, zamiast zostać sfinansowane metodami opartymi na mechanizmach przedpłat<sup>67</sup>. Ten katégoryczny osąd polskiej sytuacji łagodzi nieco fakt, że znaczna część wydatków prywatnych na zdrowie pochodząca od przedsiębiorstw to wydatki na abonamenty medyczne. Są one, podobnie jak ubezpieczenia, oparte na przedpłatach.

Skala prywatnego finansowania, na co trzeba zwrócić uwagę, może być w Polsce niedoszacowana. Jest to wynikiem jakości źródeł informacji o tej grupie wydatków. Dotyczy to zwłaszcza wydatków przedsiębiorstw na cele zdrowotne, które są ustalane wyłącznie na podstawie szacunków eksperckich<sup>68</sup>. Analitycy systemu opieki zdrowotnej wskazują także, że brakuje kompletnych informacji finansowych o działalności służby medycyny pracy oraz o wydatkach na opiekę zdrowotną z instytucji quasi ubezpieczeniowych<sup>69</sup>. Trudne do oszacowania są ponadto rzeczywiste rozmiary szarej strefy, funkcjonującej w oparciu o opłaty nieformalne uiszczane przez pacjentów personelowi publicznych placówek medycznych w celu uzyskania dostępu do reglamentowanych (limitem, kolejką oczekujących) usług zdrowotnych. Poglądy na temat skali tego procederu są różnicowane. Uznani badacze podkreślają, że horrendalne rozmiary opłat nieformalnych (w tym rzeczywistych dowodów wdzięczności) znajdują swoje źródło przede wszystkim w opiniach obiegowych, niepotwierdzonych wynikami badań empirycznych<sup>70</sup>.

Rozszerzania zakresu prywatnego finansowania opieki zdrowotnej upatruje się także w rozwoju dobroczynności<sup>71</sup>. Organizacje społeczne w opiece zdrowotnej w Polsce odgrywały ważną rolę w okresie dwudziestolecia między-

<sup>67</sup> *The World Health Report 2000...*, op. cit., s. 35–36.

<sup>68</sup> *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II*, op. cit., s. 145.

<sup>69</sup> *Ibidem*, s. 145.

<sup>70</sup> K. Tymowska, *Opieka zdrowotna: korzystanie, finansowanie, bariery dostępu i opinie społeczne*, [w:] (red.) J. Czapiński, T. Panek, *Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2005, s. 93. Wnioski te należy jednak opatrzyć komentarzem o drażliwości tematu opłat nieformalnych dla badanych respondentów, a tym samym koniecznej ostrożności przy interpretacji uzyskanych wyników.

<sup>71</sup> *Strategia zmian w systemie opieki zdrowotnej. Szansa przezwyciężenia kryzysu*, Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia, Warszawa 2004, s. 103; J. Sobiech, *Składka na ubezpieczenie zdrowotne i bezpośrednie opłaty za usługi w systemie „monokasy”*, [w:] S. Owsiak (red.), *Nauki finansowe wobec współczesnych problemów gospodarki polskiej. Tom I Finanse publiczne*, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków 2004, s. 455.

wojennego<sup>72</sup>. Po II wojnie światowej, ze względów ideologicznych, nastąpiła oczywiście ich systematyczna likwidacja. Odrodzenie zinstytucjonalizowanego sektora *non profit* przyniosły zmiany ustrojowe. Zaczęto powoływać stowarzyszenia i fundacje, również takie, których obszar działania związany jest z opieką zdrowotną. Niemniej jednak poziom środków na opiekę zdrowotną pozyskiwanych ze źródeł dobroczynnych jest w Polsce bardzo niski. W 2005 roku w ramach badań z cyklu „Diagnoza Społeczna” po raz pierwszy zapytano respondentów o opłacanie kosztów opieki zdrowotnej przez kogoś spoza gospodarstwa domowego, w tym o osoby indywidualne i instytucje dobroczynne. Wówczas tylko 2,5% gospodarstw domowych wskazało na pokrywanie kosztów leczenia przez osoby indywidualne, a jedynie 0,5% przez instytucje dobroczynne<sup>73</sup>. Wśród respondentów indywidualnych finansowanie dobroczynne było jeszcze niższe. Dla ogółu badanych wartości te kształtowały się odpowiednio na poziomie 0,9% i 0,3%<sup>74</sup>. W ostatniej edycji raportu nie zagregowano nawet danych o wykorzystaniu dobroczynnego finansowania opieki zdrowotnej, choć kwestionariusz ankiety zawiera pytanie dotyczące tej kwestii<sup>75</sup>. Nikłego zaangażowania organizacji charytatywnych dowodzą także dane statystyczne prezentowane w raportach GUS. Z Narodowego Rachunku Zdrowia za 2007 rok odczytujemy, że instytucje niekomercyjne pełniły rolę płatnika w przypadku 1% wydatków bieżących na zdrowie, wydając na ten cel 701 mln zł<sup>76</sup>. Tym samym podtrzymać można wniosek autorów *Diagnozy Społecznej*, że „nic nie wskazuje na to, aby w Polsce rosło znaczenie instytucji dobroczynnych jako źródła finansowania opieki zdrowotnej”<sup>77</sup>.

Na całokształt mieszanego, publiczno-prywatnego finansowania opieki zdrowotnej wpływ mają nie tylko wydatki bezpośrednie na opiekę zdrowotną, ale także wydatki pośrednie. Rzeczywista struktura zaangażowania środków publicznych i prywatnych może odbiegać od proporcji wynikających

---

<sup>72</sup> E. Leś, *Dzieje organizacji społecznych w Polsce i w krajach zachodnich: od rewolucji przemysłowej do wybuchu II wojny światowej*, [w:] *Działalność dobroczynna w Europie i Ameryce. Tradycje i współczesność*, Centrum Informacji dla Organizacji Pozarządowych BORDO, s. 29 dostępne na <http://biblioteka.ngo.pl/x/170663> (2006-04-07).

<sup>73</sup> K. Tymowska, *Opieka zdrowotna: korzystanie...*, op. cit., s. 84.

<sup>74</sup> K. Tymowska, *Zachowania w sytuacji choroby i opinie o opiece zdrowotnej*, [w:] *Diagnoza społeczna 2005...*, op. cit., s. 146 (tabela 5.5.1.).

<sup>75</sup> Por. J. Czapiński, *Opieka zdrowotna: korzystanie, finansowanie i opinie społeczne*, [w:] J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2009, s. 107–114 w związku z s. 370.

<sup>76</sup> *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 roku*, op. cit., s. 188 (tabl. 56) i 190 (tabl. 57).

<sup>77</sup> K. Tymowska, *Opieka zdrowotna: korzystanie, finansowanie i opinie społeczne*, [w:] J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna 2007. Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2007, s. 94.



z analizy wydatków na zdrowie prezentowanych w Narodowych Rachunkach Zdrowia. Znaczącą rolę będą odgrywały tutaj chociażby bodźce finansowe<sup>78</sup> – najczęściej wkomponowane w system podatkowy państwa – skłaniające do wykorzystania prywatnych źródeł finansowania opieki zdrowotnej. Impuls do prywatnego finansowania pochodzący od państwa, wywołuje konsekwencje dla finansów publicznych państwa, np. poprzez obniżenie wpływów podatkowych. Fakt ten stanowi przejaw subsydiowania wydatków prywatnych ze środków publicznych, co nie jest odnotowywane w wydatkach bezpośrednich.

Rodzime rozwiązania podatkowe nie przewidują aktualnie powszechnych przywilejów podatkowych, które w znaczący sposób zwiększałyby faktyczny rozmiar zaangażowania funduszy publicznych w finansowanie opieki zdrowotnej. Tylko częściowo z finansowaniem opieki zdrowotnej związana jest „ulga rehabilitacyjna”<sup>79</sup>, odliczenie darowizny na rzecz organizacji pożytku publicznego, czy prawo do przekazania 1% należnego podatku dochodowego na rzecz tych organizacji<sup>80</sup>. Obecnie nie obowiązuje powszechna ulga podatkowa dla osób opłacających leczenie ze środków indywidualnych<sup>81</sup>. Państwo nie stosuje także żadnych zachęt finansowych uatrakcyjniających zakup polisy prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego przez osoby indywidualne. Niemniej jednak pomysły w tym zakresie są co jakiś czas sygnalizowane przez kolejne ekipy rządzące – zarówno w odniesieniu do jednego, jak i drugiego sposobu prywatnego finansowania świadczeń zdrowotnych. Obecnie największe wsparcie państwa wobec funduszy prywatnych na świadczenia

---

<sup>78</sup> Niekiedy bodziec przybiera postać sankcji za odwlekanie w czasie finansowania ze źródeł prywatnych. Np. w Australii państwo finansuje 30% rabat w składce dla osób indywidualnych nabywających prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Równolegle nakłada się „kary finansowe” (w postaci dodatkowego obciążenia opłatą na publiczny system zabezpieczenia zdrowotnego) na osoby o wysokich dochodach, które nie nabyły prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych pokrywających koszty leczenia szpitalnego. Natomiast w ubezpieczeniach dożywotnich zakłady ubezpieczeń są zobowiązane do podwyższania składki o 2% za każdy rok zwłoki ubezpieczonego w przystąpieniu do ubezpieczenia, po ukończeniu przez niego 30. roku życia, zob. M. Hilless, J. Healy, *Health Care Systems in Transition: Australia*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2001, s. 36–37; E. Dodd, *The Australian Health System – Private Health Insurance 2006*, [w:] B. Samoliński (red.), *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – DUZ 2006*, Wydział Nauki o Zdrowiu, Akademia Medyczna w Warszawie, Warszawa 2006, s. 48.

<sup>79</sup> Art. 26 ust. 1 pkt. 6 w związku z art. 26 ust. 7a ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U z 2010 r., nr 51, poz. 307), powoływana dalej jako „ustawa o PIT”.

<sup>80</sup> Art. 26 ust. 1 pkt. 9 w związku z art. 26 ust. 6e oraz art. 45c „ustawy o PIT”.

<sup>81</sup> Ulga podatkowa z tytułu ponoszenia wydatków na świadczenia zdrowotne nabywana w niepublicznych placówkach opieki zdrowotnej obowiązywała w Polsce do 31 grudnia 2000 roku – art. 27a ust. 1 pkt 3d „ustawy o PIT” uchylony poprzez art. 1 pkt 28a ustawy z dnia 9 listopada 2000 roku o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. nr 104, poz. 1104).



zdrowotne wiąże się zatem z prawem pracodawców do zaliczania w koszty uzyskania przychodu wydatków poniesionych na zakup usług opieki zdrowotnej dla pracowników oraz składek na zakup prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych na rzecz pracowników<sup>82</sup>. Atrakcyjność tego bodźca na pewno maleje w obliczu faktu, że wydatki pracodawcy wobec konkretnego pracownika należy traktować jako niepieniężny dochód tego pracownika podlegający opodatkowaniu<sup>83</sup>.

Wśród nieeksponowanych *explicite* źródeł finansowania usług zdrowotnych wymienia się zadłużenie sektora zdrowotnego<sup>84</sup>. Utrzymywanie, co więcej narastanie, zobowiązań sektora zdrowotnego (w przeważającej mierze publicznych szpitali<sup>85</sup>) powoduje, że bieżące wytwarzanie usług zdrowotnych jest finansowane przez dodatkowy strumień pieniędzy prywatnych. Jest tak, gdyż usługodawcy zadłużają się przede wszystkim u dostawców środków produkcji (w tym u swoich pracowników), bądź zaciągają kredyty na pokrycie kosztów działalności<sup>86</sup>. Sytuacja ulega odwróceniu, gdy dochodzi do likwidacji nierentownej placówki. Przeważająca część zadłużenia generowana jest przez publiczne szpitale. W następstwie postępującego procesu przekształceń własnościowych tej części sektora zdrowotnego, wykazać można dodatkowe źródło finansowania opieki zdrowotnej. Tym razem są to środki publiczne, odpowiadające wielkości długu przejętego po likwidowanym ZOZ przez organ założycielski, czyli najczęściej jednostkę samorządu terytorialnego, wspieraną ewentualnie dotacjami celowymi ze strony rządu, czyli nadal pieniędzmi publicznymi<sup>87</sup>. Według danych Ministerstwa Zdrowia za lata 1999–2009 łączna kwota zadłużenia przejętego przez jednostki samorządu terytorialnego na dzień zakończenia działalności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wyniosła 585 mln zł (tj. 6,2% zadłużenia ogółem SPZOZ wg stanu

---

<sup>82</sup> Por. art. 16 ust. 1 pkt 59 ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2000 r., nr 54, poz. 654 z późn. zm.), powoływanej jako „ustawa o CIT” oraz art. 23 ust. 1 pkt 57 ustawy o PIT.

<sup>83</sup> Rozbieżności interpretacyjne w tej sprawie rozstrzygnął ostatecznie Naczelny Sąd Administracyjny w uchwale 7 sędziów z dnia 24.05.2010 r. (sygn. II FPS 1/10).

<sup>84</sup> Por. Ch. Sowada, *Prywatne finansowanie świadczeń zdrowotnych i finansowanie prywatnych świadczeniodawców ze środków publicznych w Polsce w latach 1999–2003*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2006, nr 2, s. 86–87.

<sup>85</sup> Por. np. ranking najbardziej zadłużonych szpitali – M. Markłowska-Dzierżak, *Worki bez dna*, „Menedżer Zdrowia” nr 4, 2010, s. 12–18.

<sup>86</sup> Ch. Sowada, op. cit., s. 87.

<sup>87</sup> Por. instrumenty wsparcia finansowego dla restrukturyzowanych szpitali publicznych oferowane w ramach programu rządowego *Ratujemy polskie szpitale*, <http://www.ratujemyshpitale.pl/s.php?id=3001> (dostępne na dzień 2010.08.25), tzw. plan B, będący odpowiedzią rządu na zaawetowanie przez ówczesnego Prezydenta Lecha Kaczyńskiego ustawy dopuszczającej bezpośrednio i obowiązkowe przekształcenia SPZOZ w spółki prawa handlowego.

na dzień 31.12.2009 r.) oraz 57 mln zł należności<sup>88</sup>. Dane te są jedynie fragmentaryczne, gdyż nie dotyczą wszystkich (409) przekształconych placówek, a jedynie 168 podmiotów objętych analizą finansową, od których uzyskano pełne dane ankietowe. Stąd warto nadmienić, że dług SPZOZ oscyluje wokół 10 mld zł, z czego zobowiązania wymagalne odpowiadają kwocie prawie 2,5 mld zł<sup>89</sup>.

### 3.2. Przeobrażenia w sferze dostarczania świadczeń opieki zdrowotnej

Prywatyzacja w sferze usług społecznych (a więc i w opiece zdrowotnej) oprócz wymiaru finansowego ma także wymiar wytwórczy (producencki) związany z formą własności producenta usługi<sup>90</sup>. Nie chodzi tutaj jednak jedynie o przeobrażenia prywatyzacyjne w ścisłym tego słowa znaczeniu, czyli o przekazywanie majątku państwowego w ręce prywatnych właścicieli, choć i ten rodzaj prywatyzacji można odnotować w historii transformującego się systemu zdrowotnego w Polsce. Prywatyzacja świadczeniodawców, w szerokim tego słowa znaczeniu, odnosi się do otwarcia opieki zdrowotnej na podmioty prywatne (lub jeszcze szerzej podmioty niepubliczne<sup>91</sup>) i zezwolenia na

---

<sup>88</sup> *Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2009*, Ministerstwo Zdrowia, Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, Warszawa 2010, s. 10.

<sup>89</sup> *Zadłużenie szpitali: niepokoją zobowiązania wymagalne*, Portal rynek zdrowia.pl z 4.08.2010.

<sup>90</sup> Por. M. Janoś-Kresło, op. cit., s. 53; szerzej K. Tymowska, *Sektor prywatny w systemie opieki zdrowotnej*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 1999, s. 11–15.

<sup>91</sup> W tym fragmencie opracowania używa się terminu „prywatyzacja” wobec zwiększania się roli niepublicznego sektora usługodawców opieki zdrowotnej. Po raz kolejny zastosowana semantyka wiąże się z pewnymi uproszczeniami. Własność prywatna oznacza tutaj własność niepodlegającą państwu ani żadnej instytucji publicznej, co odpowiada pojęciu sektora prywatnego stosowanemu w statystyce publicznej prowadzonej przez GUS (zob. [http://www.stat.gov.pl/gus/definicje\\_PLK\\_HTML.htm?id=POJ-164.htm](http://www.stat.gov.pl/gus/definicje_PLK_HTML.htm?id=POJ-164.htm)). W tym ujęciu „niepubliczny” równa się „prywatny”, co jednak należy odróżniać od podmiotu komercyjnego. Część usługodawców prywatnych reprezentuje bowiem organizacje typu *non-profit*. Wśród organów tworzących niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej są przecież jednostki kościelne i związki wyznaniowe (notabene w ich przypadku można niekiedy mówić o reprivatyzacji, kiedy niepubliczny usługodawca tworzony jest na bazie odzyskanego, a kiedyś odebranego przez państwo, majątku tych podmiotów), spółdzielnie czy fundacje i stowarzyszenia (zob. rejestr zakładów opieki zdrowotnej dostępny na <http://www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/>). Brak statystyk publicznych agregowanych na poziomie różnych rodzajów organów tworzących niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (wymieniony rejestr ZOZ nie spełnia funkcji „bogatego” źródła danych statystycznych) przesądził o analizie na poziomie ogólnym, tj. usługodawców niepublicznych. Przyjęte w opracowaniu kwalifikowanie całej zbiorowości usługodawców niepublicznych jako

pełnienie przez nich roli dostawców świadczeń zdrowotnych<sup>92</sup>. W ten sposób następuje prywatyzacja zadań publicznych w sferze opieki zdrowotnej i ich *outsourcing* poza sferę publiczną, przy utrzymaniu odpowiedzialności politycznej państwa<sup>93</sup>.

Prywatyzacja postrzegana w aspekcie zaangażowania sektora prywatnego w realizację zadań opieki zdrowotnej nie pokrywa się zakresowo z prywatyzacją w aspekcie finansowym. Innymi słowy nie jest tak, że usługi dostarczane przez niepubliczne (w tym prywatne) placówki medyczne muszą być finansowane ze środków prywatnych. Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej mogą być i są, obok podmiotów publicznych, dostawcami świadczeń zdrowotnych opłacanych z funduszy publicznych. Składową prywatyzacji produkcji jest bowiem „prywatyzacja środków publicznych”, jak Christoph Sowada nazywa finansowanie działań wytwórczych sektora prywatnego ze środków publicznych<sup>94</sup>. Placówki niepubliczne nie muszą i najczęściej nie uzyskują swoich przychodów jedynie od płatnika publicznego, lecz uzupełniają je poprzez dostarczanie części swoich usług w pełni na zasadach komercyjnych. Co więcej, wielu usługodawców (głównie praktyki lekarskie) opiera swoją działalność w pełni na finansowaniu prywatnym. Usługodawcy ci nie udzielają świadczeń zdrowotnych kontraktowanych (a więc i opłacanych) przez publicznego płatnika (NFZ, budżet państwa lub jednostki samorządu terytorialnego). Rozróżnienie usługodawców niepublicznych na tych pozostających „w” i tych „poza” systemem finansowania publicznego ma zasadnicze znaczenie z punktu widzenia polityki informacyjnej państwa prowadzonej wobec pacjentów. Beneficjenci systemu zabezpieczenia zdrowotnego niesłusznie utożsamiają procesy prywatyzacyjne w opiece zdrowotnej z prywatną (co więcej indywidualną w momencie korzystania) odpłatnością za otrzymane świadczenia zdrowotne. Budzi to wśród naszych obywateli niepotrzebny strach i obawy o możliwości finansowe nabycia świadczeń zdrowotnych. Z drugiej strony taki stan dezinformacji utrudnia uzyskanie szerokiej akceptacji społecznej dla programów reformatorskich, proponowanych przez różne gremia, w tym

---

usługodawców prywatnych znajduje także oparcie w literaturze światowej (zob. np. J. Kornai, K. Eggleston, *Solidarność w procesie transformacji. Reforma służby zdrowia w Europie Wschodniej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego w Warszawie, Warszawa 2002, s. 250).

<sup>92</sup> Ten aspekt przemian prywatyzacyjnych Stanisława Golinowska obejmuje mianem „podażowego rozwoju sektora prywatnego” oraz „prywatnej produkcji świadczeń zdrowotnych” – S. Golinowska, *Pożądane kierunki zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce. Między racjonowaniem i racjonalizacją*, CASE, Warszawa 2004, s. 47.

<sup>93</sup> I. Rudawska, op. cit., s. 92. Por. M. Janoś-Kresło, op. cit., s. 40–41.

<sup>94</sup> Zob. Ch. Sowada, op. cit., s. 84.

kolejne ekipy rządowe, bazujących na dalszym urynkawianiu opieki zdrowotnej poprzez delegowanie zadań publicznych na podmioty niepubliczne<sup>95</sup>.

Ekspansywny<sup>96</sup> rozwój sektora prywatnego w opiece zdrowotnej rozpoczął się wraz z transformacją systemową Polski. Stał się on możliwy za sprawą przyjęcia ustawy o działalności gospodarczej<sup>97</sup>. Wraz z jej uchwaleniem nastąpiło pierwsze otwarcie sektora opieki zdrowotnej na niepublicznych usługodawców. Na mocy jej zapisów możliwe stało się tworzenie prywatnych praktyk lekarskich i stomatologicznych, niemniej jednak usługi świadczone przez gabinety prywatne podlegały pełnej odpłatności ze strony pacjenta<sup>98</sup>. Fundamentalne znaczenie dla rozwoju sektora prywatnego w opiece zdrowotnej miało uchwalenie „ustawy o ZOZ”. Dopiero bowiem na mocy tej ustawy przestano wiązać uprawnienie do finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych z publiczną formą własności świadczeniodawcy<sup>99</sup>. W konsekwencji dopuszczono zawieranie umów pomiędzy dysponentem środków publicznych a prywatnymi placówkami medycznymi, na mocy których te ostatnie stawały się wykonawcami zadań publicznych. Tym samym zapoczątkowano właśnie proces prywatyzacji zadań publicznych w opiece zdrowotnej.

Zmieniającą się rolę państwa w sferze wytwarzania usług zdrowotnych daje się zobrazować poprzez odniesienie do zmian w liczbie świadczeniodawców niepublicznych, udziału tych podmiotów w ogólnej liczbie udzielonych świadczeń zdrowotnych, ich zasobów (np. liczba łóżek), udziału w wartości kontraktów zawieranych przez publicznego płatnika czy odsetka wydatków na opiekę zdrowotną, który trafił do prywatnych dostawców świadczeń zdrowotnych. Prezentację wartości liczbowych warto poczynić w układzie rodzajowym świadczeń opieki zdrowotnej, przynajmniej w rozróżnieniu na opiekę ambulatoryjną, opiekę stacjonarną oraz stomatologiczną. Pozwoli to na uchwycenie różnic w zakresie prywatyzacji odmiennych dziedzin podaży świadczeń

---

<sup>95</sup> Zob. np. propozycję Polskiej Izby Ubezpieczeń w zakresie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych – *Budowanie systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Propozycja rozwiązań*, Warszawa, luty 2008, czy zakomunikowany przez Minister Zdrowia – Ewę Kopacz pilotażowy projekt wprowadzenia konkurencyjnych wobec NFZ dysponentów środków publicznych w województwie dolnośląskim i pomorskim – *Warszawa: będzie jednak konkurencja dla NFZ*, portal rynek zdrowia.pl z dnia 20.10.2010.

<sup>96</sup> W czasach PRL także działały prywatne gabinety i spółdzielnie lekarskie, nazywane wówczas uspołecznioną służbą zdrowia, które według dzisiejszych kryteriów byłyby instytucjami prywatnymi typu *non profit* – S. Golinowska, op. cit., s. 48.

<sup>97</sup> Ustawa z dnia 23 grudnia 1988 roku o działalności gospodarczej (Dz. U. nr 41, poz. 324). W pierwszym artykule stanowiła ona, że podejmowanie i prowadzenie działalności gospodarczej jest wolne i dozwolone każdemu na równych prawach, z zastrzeżeniem warunków określonych przepisami prawa.

<sup>98</sup> K. Tymowska, *Sektor prywatny...*, op. cit., s. 8.

<sup>99</sup> Ibidem, s. 8.

zdrowotnych. Ponadto dodatkowy podział całego sektora prywatnego na część dostawców komercyjnych (*for-profit*) i niekomercyjnych (*non-profit*) stworzyłby przestrzeń do analizowania zjawiska uspołecznienia opieki zdrowotnej. Empiryczne zastosowanie wszystkich zaproponowanych wskaźników nie jest jednak w pełni możliwe. Powodem są braki w ogólnodostępnych statystykach, a także bardzo skomplikowana „architektura” strony podaźowej w opiece zdrowotnej, o czym poniżej, której pełna (szczegółowa) analiza nie znajduje uzasadnienia z punktu widzenia celów niniejszej publikacji.

Po stronie świadczeniodawców w opiece zdrowotnej działa cała gama podmiotów zróżnicowanych pod względem prawno-administracyjnym. Ogólne kategorie organizacyjne świadczeniodawców to: zakład opieki zdrowotnej (ZOZ)<sup>100</sup>, indywidualna bądź grupowa praktyka lekarska (w tym stomatologiczna), pielęgniarska i położnych<sup>101</sup>. Kategoria zakładu opieki zdrowotnej podlega dalszemu uszczegółowieniu. I tak rolę zakładu opieki zdrowotnej pełni m.in.: szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, sanatorium, prewentorium, hospicjum stacjonarne, przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia, ambulatorium, pogotowie ratunkowe, medyczne laboratorium diagnostyczne, pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji, zakład rehabilitacji leczniczej, żłobek, stacja sanitarno-epidemiologiczna, jednostka organizacyjna publicznej służby krwi. Sytuację komplikuje dodatkowo fakt, że ZOZ może być odrębną jednostką organizacyjną, częścią innej jednostki organizacyjnej lub jednostką organizacyjną podległą innej jednostce organizacyjnej. Dodatkowo katalog ZOZ-ów jest katalogiem otwartym, co jest następstwem wprowadzenia w ustawie zapisu stanowiącego, że ZOZ-em jest każdy inny zakład spełniający warunki określone w ustawie<sup>102</sup>. Z perspektywy legalnej wszystkie wymienione podmioty udzielają świadczeń zdrowotnych. Powoduje to, że szczegółowe badania analityczne strony podaźowej sektora zdrowotnego znacznie się komplikują. Z tego też względu zdecydowano o empirycznej weryfikacji tezy o prywatyzacji podaży świadczeń zdrowotnych tylko w oparciu o zasadniczy trzon tej podaży, który stanowią placówki medyczne, konwencjonalnie obejmowane mianem medycyny naprawczej. Uzasadnieniem dla pominięcia w niniejszych rozważaniach placówek świadczących usługi opieki długoterminowej jest także całościowa kon-

<sup>100</sup> Warto nadmienić, że w projekcie ustawy o działalności leczniczej (projekt datowany na 13.10.2010) zrezygnowano z zakładu opieki zdrowotnej, jako dominującej formy organizacyjnej dla udzielania świadczeń zdrowotnych.

<sup>101</sup> Por. art. 4 ustawy o ZOZ. W „ustawie o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych” pojawia się dodatkowo państwowa jednostka budżetowa tworzona w ramach struktur tzw. resortowej służby zdrowia (np. MON, MSWiA) oraz podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne.

<sup>102</sup> Art. 2 ust. 1 pkt 12 ustawy o ZOZ.

cepcja niniejszej pracy, w której opiece długoterminowej poświęcono odrębny rozdział rozważań.

Skala obecności prywatnych usługodawców w opiece zdrowotnej powiększała się z roku na rok. Zakres tych przeobrażeń jest zróżnicowany w ramach poszczególnych dziedzin opieki zdrowotnej. Uogólniając można stwierdzić, że ekspansja sektora prywatnego nastąpiła zarówno w opiece ambulatoryjnej, jak i opiece stacjonarnej. Jednak przewaga liczebna usługodawców prywatnych nad podmiotami publicznymi dotyczy tylko opieki ambulatoryjnej.

Proces prywatyzacji własności dostawców świadczeń w opiece ambulatoryjnej należy analizować dwufazowo, tj. oddzielając ZOZ-y od praktyk lekarskich (por. wyk. 5 i tabela 3) i dopiero w następnej kolejności podejmować próby uogólnień. Jest to następstwem sposobu i przekrojowości danych gromadzonych przez GUS w odniesieniu do podmiotów pełniących rolę świadczeniodawców w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. Praktyki prywatne reprezentują zawsze własność prywatną, ZOZ natomiast może być podmiotem publicznym lub niepublicznym. Aspekt własnościowy w statystykach „gusowskich” odgrywa – przynajmniej tak się wydaje – drugorzędną rolę. Zasadnicze znaczenie dla kwalifikacji do zbioru jednostek obserwacji statystycznych ma bowiem fakt kontraktowania przez placówkę świadczeń finansowanych z funduszy publicznych<sup>103</sup>. Poza nawiasem pogłębionych analiz znajdują się prywatne praktyki lekarskie (indywidualne i grupowe, w tym stomatologiczne), które udzielają świadczeń wyłącznie na zasadzie płatności przez płatnika niepublicznego. A to właśnie wraz z powoływaniem tego typu prywatnych gabinetów, na co już wskazywano, rozpoczęły się dynamiczne przeobrażenia struktury własnościowej usługodawców medycznych. O poczynionej uwadze należy pamiętać analizując zmiany liczby świadczeniodawców działających w opiece ambulatoryjnej.

Od 2001 roku w opiece niestacjonarnej świadczonej poprzez ZOZ dominują liczebnie podmioty niepubliczne (zob. wykres 5). Sytuacja kształtuje się jeszcze bardziej na korzyść podmiotów niepublicznych, gdy do analizy włączymy praktyki prywatne. Wtedy okazuje się, że pod względem liczby świadczeniodawców własność prywatna dominowała w opiece ambulatoryjnej dużo wcześniej. Fakt ten można odnotować już dla roku 1993<sup>104</sup>. Liczbę

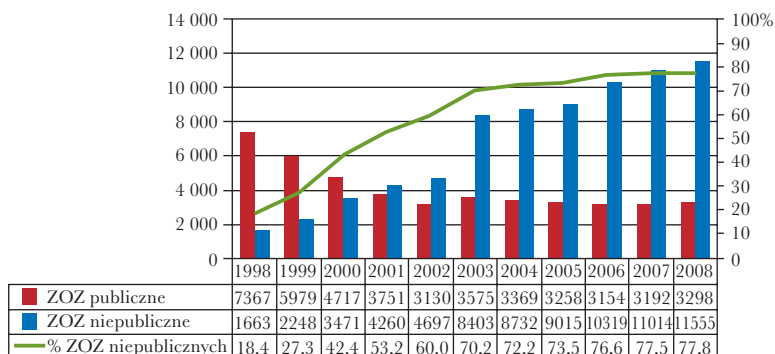
---

<sup>103</sup> Kontrakt ten może przebiegać albo na płaszczyźnie praktyka lekarska – NFZ (a wcześniej kasa chorych), albo praktyka lekarska – zakład opieki zdrowotnej, który wcześniej podpisał umowę z NFZ (a wcześniej kasą chorych) na dostarczanie świadczeń zdrowotnych opłacanych ze środków publicznych. W tym drugim przypadku praktyka lekarska pełni wobec ZOZ rolę podwykonawcy.

<sup>104</sup> Dopiero od tego roku GUS zaczął podawać statystyki dotyczące praktyk lekarskich finansowanych wyłącznie ze środków niepublicznych (prywatna praktyka lekarska we własnych

praktyk lekarskich w rozbiu na praktyki działające w ramach finansowania publicznego i pozostające wyłącznie w sferze finansowania niepublicznego w powiązaniu z ich udziałem w łącznej liczbie porad udzielonych w opiece ambulatoryjnej zawiera tabela 3.

**Wykres 5. Struktura liczbowa publicznych i niepublicznych ZOZ w opiece ambulatoryjnej w Polsce w latach 1998–2008**



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS publikowanych w kolejnych edycjach Rocznika Statystycznego Rzeczypospolitej Polskiej za lata 1998–2008 i obliczeń własnych.

**Tabela. 3. Działalność praktyk lekarskich i stomatologicznych w Polsce w latach 1993–2008**

	Praktyki lekarskie i stomatologiczne (środki publiczne)		Praktyki lekarskie i stomatologiczne (tylko środki niepubliczne)	
	Liczba	udział w ogólnej liczbie porad ambulatoryjnych	Liczba	udział w ogólnej liczbie porad ambulatoryjnych
1993	x	x	36000	
1994	x	x	39700	
1995	x	x	41000	4,9%
1998	770	3,2%	68800	9,2%
1999	2509	3,7%	61600	10,4%
2000	5080	6,6%	41000	7,5%
2001	6419	8,6%	40700	7,8%
2002	7004	8,3%	29300	7,3%
2003	7847	8,7%	27800	7,3%

gabinetach) – *Podstawowe dane z zakresu służby zdrowia i pomocy społecznej w 1993 roku*, GUS, Warszawa 1994, s. 4, 8 i 10.



**Tabela. 3. (cd.)**

	<b>Praktyki lekarskie i stomatologiczne (środki publiczne)</b>		<b>Praktyki lekarskie i stomatologiczne (tylko środki niepubliczne)</b>	
	Liczba	udział w ogólnej liczbie porad ambulatoryjnych	Liczba	udział w ogólnej liczbie porad ambulatoryjnych
2004	7975	8,3%	26900	8,3%
2005	7587	8,0%	32500	8,6%
2006	8162	7,7%	32700	9,9%
2007	7610	6,8%	38300	12,3%
2008	6502	6,6%	43300	14,1%

Źródło: jak przy wykresie 5 oraz *Podstawowe dane z zakresu służby zdrowia i pomocy społecznej za lata 1993–1995*.

Analiza struktury własnościowej wszystkich świadczeniodawców (łącznie w formie ZOZ i praktyk lekarskich), którzy uzyskiwali jakiekolwiek przychody od płatnika publicznego prowadzi nas do wniosku, że począwszy od 2000 roku podmioty niepubliczne stanowią większą część zbiorowości świadczeniodawców opłacanych z funduszy publicznych. Na przestrzeni lat 1998–2008 udział tych podmiotów w ogólnej liczbie świadczeniodawców ambulatoryjnych kontraktujących usługi z płatnikiem publicznym wzrósł z 24,8% do 84,6%<sup>105</sup>. W analogicznym okresie nastąpił także wzrost znaczenia tych podmiotów mierzony ich udziałem w wolumenie porad ambulatoryjnych udzielonych w ramach publicznych kontraktów. O ile w 1998 roku odpowiadały one za dostarczenie prawie co dziesiątej porady ambulatoryjnej opłacanej ze środków publicznych, to w 2008 roku było to już prawie 7 na 10 takich porad<sup>106</sup>.

Za tak wysoki poziom sprywatyzowania podaży opieki ambulatoryjnej odpowiada sprywatyzowanie usług podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). W specjalistycznej opiece ambulatoryjnej poziom sprywatyzowania jest niższy. W 2008 rok specjalistyczne porady lekarskie opłacone z funduszy publicznych a dostarczone przez usługodawców niepublicznych (ZOZ i praktyki lekarskie) stanowiły 57,1% wszystkich tego typu porad, zaś lekarskie porady opieki podstawowej odpowiednio 74,1%<sup>107</sup> (zob. wyk. 6). Udział świadczeniodawców niepublicznych w wolumenie porad kontraktowanych publicznie wykazywał tendencję wzrostową w całym badanym okresie dla obu typów świadczeń

<sup>105</sup> Obliczenia własne na podstawie danych GUS publikowanych w kolejnych edycjach *Rocznika Statystycznego Rzeczypospolitej Polskiej* za lata 1998–2008.

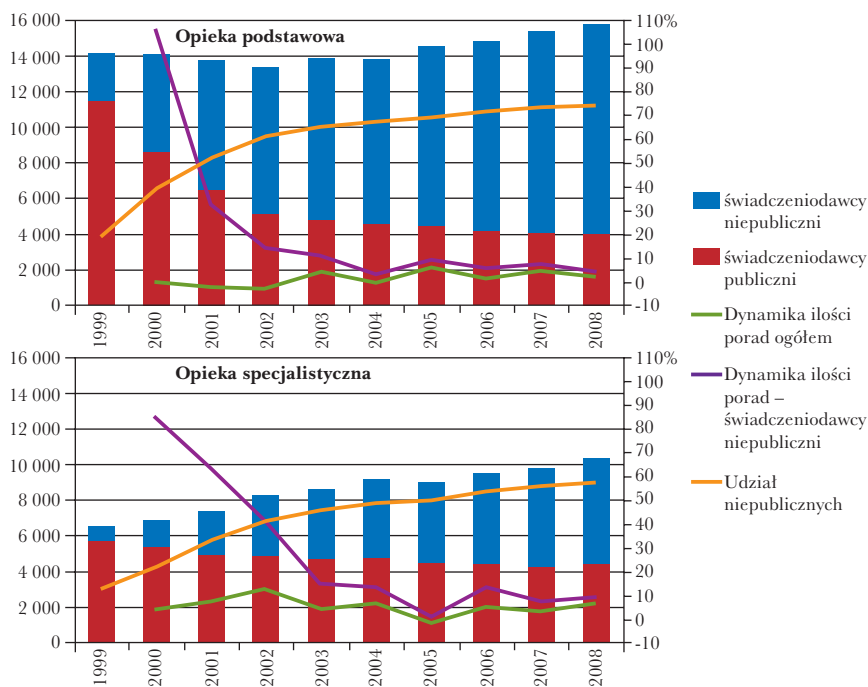
<sup>106</sup> Ibidem.

<sup>107</sup> W rzeczywistości udział ten mógł być nieco niższy, co jest następstwem metodologii gromadzenia danych przez GUS, o czym informuje kolejny przypis.



opieki ambulatoryjnej, choć oczywiście tempo tego wzrostu uległo „wyhamowaniu”. Aktualnie procesy prywatyzacyjne zachodzą nieco szybciej w opiece specjalistycznej. Dynamika liczby porad udzielanych przez usługodawców niepublicznych przewyższała w 2008 roku dynamikę porad specjalistycznych ogółem o prawie trzy punkty procentowe, podczas gdy w tym samym roku dla porad lekarskich POZ różnica ta na korzyść świadczeniodawców niepublicznych wynosiła tylko jeden punkt procentowy.

**Wykres 6. Porady lekarskie<sup>108</sup> (w tys.) w podstawowej i specjalistycznej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w latach 1999–2008**



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS publikowanych w kolejnych edycjach Rocznika Statystycznego Rzeczypospolitej Polskiej za lata 1998–2008 i obliczeń własnych.

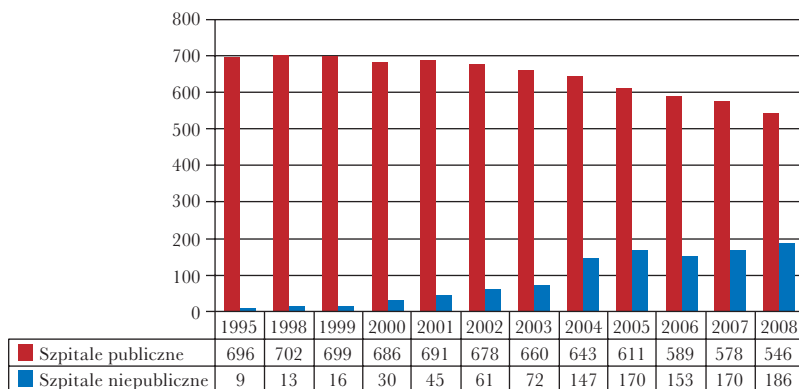
Rzetelność badawcza wymaga, aby prezentując procesy prywatyzacyjne w odniesieniu do usługodawców opieki ambulatoryjnej, wspomnieć, że niekiedy była ona właściwie jedynie prywatyzacyjną iluzją. Wynikała ona z faktu,

<sup>108</sup> Porady lekarskie nie obejmują w tym przypadku porad stomatologicznych. Stomatologia jest najbardziej sprywatyzowaną częścią opieki ambulatoryjnej finansowanej ze środków publicznych. Zgodnie z uwagami metodologicznymi do statystyk GUS kategoria udzielone porady (a więc także porady lekarskie) od 2000 roku obejmuje także porady finansowane przez pacjentów (środki niepubliczne), a udzielane przez świadczeniodawców niepublicznych kontraktujących także z płatnikiem publicznym.

że wiele z niepublicznych zakładów tworzona była w oparciu o użytkowanie majątku publicznego (niekiedy nieodpłatne), a ich rejestracja podyktowana była przede wszystkim chęcią zrealizowania korzyści fiskalnych przewidzianych prawem dla osób prowadzących działalność gospodarczą na własny rachunek oraz skorzystania z dodatkowych funduszy rządowych zarezerwowanych w ramach rezerwy budżetowej<sup>109</sup>.

W sektorze opieki stacjonarnej (ograniczonej tutaj w uproszczeniu do szpitali ogólnych<sup>110</sup>) dominującą rolę odgrywa sektor publiczny, choć dokonujące się zmiany restrukturyzacyjne powodują, że liczba placówek publicznych „topnieje” (zob. wykres 7). Transformacja własnościowa w szpitalnictwie, ze względu na zdecydowanie większe wymagania kapitałowe związane z inwestycjami w tej sferze, stanowi ważny wyznacznik wzrostu znaczenia sektora niepublicznego w opiece zdrowotnej<sup>111</sup>.

**Wykres 7. Liczba szpitali publicznych i niepublicznych w Polsce w latach 1995–2008**



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS publikowanych w kolejnych edycjach Rocznika Statystycznego Rzeczypospolitej Polskiej za lata 1995–2008.

W 2008 roku funkcjonowały 732 szpitale ogólne, w tym 186 szpitali niepublicznych. Te ostatnie stanowiły nieco ponad 25% szpitali ogólnych prowadzonych w Polsce, przy czym zaobserwować można znaczące zróżnicowanie

<sup>109</sup> Szerzej zob. K. Tymowska, *Sektor prywatny...*, op. cit., s. 44, 48 i powołana tam literatura.

<sup>110</sup> Szpitale ogólne to tylko jeden z rodzajów ZOZ-ów operujących w opiece stacjonarnej. Kategoria ta nie obejmuje ponadto szpitali (także ogólnych) pozostających w gestii uprawnionych resortów administracji państwowej, szpitali psychiatrycznych i szpitali uzdrowiskowych.

<sup>111</sup> M. Kautsch, *Potencjał publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce – wybrane elementy*, [w:] *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Koncepcje, regulacje, zarządzanie*, K. Ryć, A. Sobczak (red.), Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 121.

terytorialne rozmieszczenia szpitali publicznych i niepublicznych<sup>112</sup>. Na przestrzeni lat 1995–2008 liczba szpitali niepublicznych wzrosła o 177 placówek. W analogicznym okresie liczba szpitali publicznych zmniejszyła się o 150 placówek. Część zlikwidowanych szpitali zasilila kategorię szpitali niepublicznych. W 2000 roku zapoczątkowano bowiem procesy przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (w tym szpitali publicznych) w spółki prawa handlowego i spółki cywilne tworzone najczęściej przez jednostki samorządu terytorialnego (lub z ich udziałem)<sup>113</sup>, które pełniły funkcję organu założycielskiego dla przekształcanych ZOZ. „Nowe” szpitale są w świetle przepisów ustawy o ZOZ kwalifikowane jako szpitale niepubliczne<sup>114</sup>. W praktyce o niepublicznych szpitalach powstałych na drodze przekształcenia szpitala publicznego mówi się jako o niepublicznych szpitalach samorządowych. Dane agregowane przez GUS nie odnotowują odrębnie tej kategorii podmiotów. Z informacji publikowanych przez Ministerstwo Zdrowia wynika, że do końca 2009 roku procesowi przekształceń poddano 92 szpitale publiczne<sup>115</sup>.

Dostępne dane wskazują, że znaczenie usługodawców prywatnych w opiece stacjonarnej rośnie nie tylko pod względem liczby placówek, ale także przez pryzmat liczby łóżek czy liczby osób leczonych w tego typu placówkach. Niemniej jednak wzrost udziału ilości placówek niepublicznych w zbiorze szpitali ogólnych przewyższa znacząco wzrost ich znaczenia mierzony udziałem w zasobach (tutaj liczbie łóżek) i udziałem w ogólnej liczbie osób leczonych stacjonarnie. Wynika to m.in. z faktu, że powstające szpitale niepubliczne są generalnie szpitalami znacznie mniejszymi pod względem oddziałów, a tym samym i zasobów od funkcjonujących jednostek publicznych. W 2008 roku szpital publiczny dysponował statystycznie ok. 311 łózkami, podczas gdy średnia dla szpitala niepublicznego wynosiła nieco ponad 72 łóżka<sup>116</sup>.

---

<sup>112</sup> Najniższe procentowe udziały szpitali niepublicznych wśród ogółu szpitali zlokalizowanych w danym województwie odnotowano w mazowieckim (14,8%), podkarpackim (15,6%) i lubelskim (16,2%). Najwyższy zaś udział tego typu szpitali zaobserwowano w województwach: kujawsko-pomorskim (44,4%), małopolskim (39,3%) i dolnośląskim (38,3%), por. *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 roku*, op. cit., s. 82.

<sup>113</sup> W 16 przypadkach przekształceń szpitali samorząd terytorialny miał zerowy udział w kapitale zakładowym nowopowstałej spółki. Sytuacja taka dominowała natomiast w przypadku przekształceń zakładów leczenia ambulatoryjnego – *Informacja o przekształceniach własnościowych...*, op. cit., s. 7.

<sup>114</sup> M. Kautsch, op. cit., s. 120.

<sup>115</sup> *Informacja o przekształceniach własnościowych...*, op. cit., s. 2.

<sup>116</sup> W 2008 roku nastąpiła zmiana metody liczenia łóżek w szpitalach. Zaczęto do niej wliczać także miejsca dla dzieci i noworodków (w tym inkubatory) – *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 roku*, op. cit., s. 24. Pominięcie tych miejsc powoduje, że średnia liczba

Udział osób leczonych w szpitalach niepublicznych w stosunku do ogółu leczonych stacjonarnie był w całym badanym okresie proporcjonalny do udziału łóżek szpitalnych, którymi dysponują szpitale niepubliczne w ogólnej liczbie łóżek szpitalnych. Z kolei wskaźnik przeciętnego wykorzystania łóżek w szpitalach niepublicznych wyznaczony dla 2008 roku wyniósł 224,6 dni w stosunku do 259, 3 dni w szpitalach publicznych<sup>117</sup>. Zatem zarówno szpitale niepubliczne, jak i szpitale publiczne nie wykorzystują w pełni swoich możliwości zasobowych udzielania świadczeń.

Potencjał usługodawców niepublicznych w opiece zdrowotnej rośnie (por. wykres 8). W przyszłości tendencja ta zapewne będzie się utrzymywała. Inwestycje w prywatne szpitalnictwo zapowiadają chociażby kolejne niepubliczne placówki medyczne działające w ramach tzw. abonamentów medycznych. Na istnienie pola do zagospodarowania przez inwestorów prywatnych wskazują także porównania międzynarodowe. W Polsce w 2008 roku 7,3%<sup>118</sup> wszystkich łóżek szpitalnych stanowiły łóżka prywatne. Wielkość ta kształtuje się na poziomie dużo niższym niż średnia dla krajów UE. We Wspólnocie co 5 łóżko znajduje się w szpitalu prywatnym, choć oczywiście udział sektora prywatnego mierzony odsetkiem łóżek jest znacznie zróżnicowany dla poszczególnych państw<sup>119</sup>.

Wydaje się, że przewidywanie dominacji prywatnej (czy szerzej niepublicznej) własności w opiece stacjonarnej (ogólnej) w Polsce – i to zarówno pod względem podażowym, jak i finansowym – jest obecnie nieuzasadnione. Wynika to m.in. z dużo mniejszej bazy infrastrukturalnej i zróżnicowania liczebnego w zakresie rodzajów oddziałów szpitalnych, jakimi dysponują szpitale prywatne. Przykładowo w 2008 roku oddziały w szpitalach niepublicznych stanowiły 12% wszystkich oddziałów szpitalnych (w szpitalach ogólnych). Znacząco wyższy aniżeli przeciętny odsetek oddziałów szpitalnych przypadających na szpitale niepubliczne odnotowano jedynie wśród oddziałów okulistycznych (prawie 22%), chirurgii ogólnej (prawie co piąty oddział jest

---

łóżek w szpitalu publicznym dla 2008 roku spada do 290. W statystykach GUS nie podano liczby łóżek w szpitalach niepublicznych, wyznaczonej według starej metody.

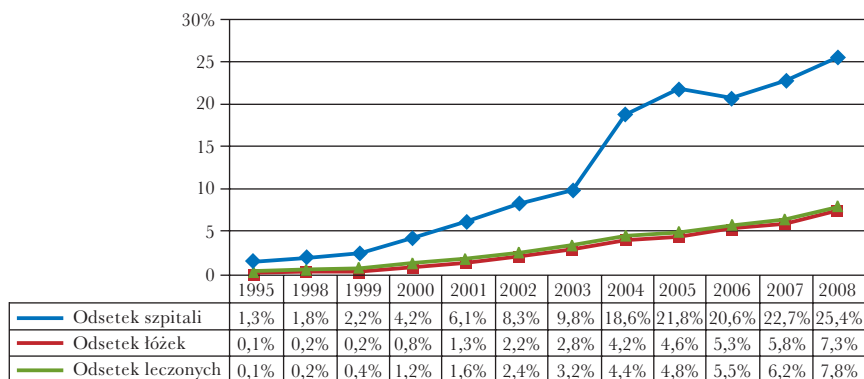
<sup>117</sup> Obliczenia własne na podstawie danych GUS – *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 roku*, op. cit., s. 32, 154–155.

<sup>118</sup> Por. wcześniejszy przypis o zmianie metodologii liczenia liczby łóżek.

<sup>119</sup> W 2007 roku średnia dla UE wynosiła dokładnie 20,71% – *Comparative Key Figures, Total and Private Inpatient Hospital Beds*, HOPE – European Hospital and Healthcare Federation, [www.hope.be/03activities/1\\_2-facts\\_and\\_figures-key\\_figures.html](http://www.hope.be/03activities/1_2-facts_and_figures-key_figures.html) (dostępne na 2010.08.20). Por. także *Hospitals in the 27 Member States of The European Union*, Dexia Editions, January 2009, s. 74–75. Do państw, w których udział łóżek prywatnych nie przekracza 10% należą także Wielka Brytania, Irlandia, państwa skandynawskie oraz państwa członkowskie, które weszły do Unii w 2004 roku (poza Czechami – 28,7% i Cyprzem – 50%).

niepubliczny), ginekologiczno-położniczych (nieco ponad 17%) i oddziałów urologicznych (prawie 16%)<sup>120</sup>. Potwierdza to, że sektor niepubliczny nie jest w stanie obsłużyć nie tylko bardziej skomplikowanych przypadków medycznych (np. brak jest oddziałów transplantologicznych), ale także „masowego pacjenta”. Jak słusznie zauważa Stanisława Golinowska *szpitale prywatne nie tworzą tej samej możliwości doświadczeń medycznych, co publiczne i to daje szpitalom publicznym przewagę umiejętności i pewności interwencji medycznych*<sup>121</sup>. Sytuacja ta rodzi także określone zagrożenia (tzw. spijanie śmietanki, przerzucanie kosztów z sektora prywatnego do publicznego), co nie stanowi jednak przedmiotu niniejszych rozważań.

**Wykres 8. Znaczenie szpitali niepublicznych w opiece stacjonarnej w Polsce w latach 1995–2008**



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS publikowanych w kolejnych edycjach Rocznika Statystycznego Rzeczypospolitej Polskiej za lata 1995–2008.

Prywatyzacji producentów usług zdrowotnych towarzyszy także „prywatyzacja środków publicznych”. Rosnący poziom prywatyzacji środków publicznych częściowo potwierdzają analizy dokonane w niniejszym opracowaniu poprzez wzrost udziału lecznictwa niepublicznego w liczbie udzielonych porad czy liczbie hospitalizowanych. Niehomogeniczność kosztów różnych świadczeń zdrowotnych powoduje, że przyrosty w produkcji świadczeń nie oznaczają wprost proporcjonalnych zmian struktury alokacji środków publicznych pomiędzy producentów publicznych i prywatnych. W sposób bezpośredni tezę o postępującej prywatyzacji środków publicznych należałoby udowod-

<sup>120</sup> Obliczenia własne na podstawie *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 roku*, op. cit., s. 154–155. Wcześniej publikacje tej serii nie uwzględniają podziału oddziałów szpitali ogólnych na publiczne i niepubliczne, stąd nie zaprezentowano dynamiki zmian.

<sup>121</sup> S. Golinowska, op. cit., s. 48.

niać w oparciu o dane traktujące o wartości środków przeznaczanych przez głównego płatnika publicznego (NFZ) na kontrakty z dostawcami z sektora niepublicznego. Niestety informacje takie nie są agregowane na poziomie centrali NFZ. W sprawozdaniu rocznym z działalności narodowego płatnika ujmowane są informacje o liczbie i wartości zawartych umów w przekroju na poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych, z pominięciem statusu właścicielskiego świadczeniodawcy. Aplikacja internetowa NFZ „Informator o umowach”, gwarantująca spełnienie ustawowego obowiązku jawności umów<sup>122</sup>, także nie umożliwia generowania zbiorczych informacji na temat struktury kontraktów. Tym samym wiarygodna ocena poziomu sprywatyzowania środków publicznych w opiece zdrowotnej odnosi się do lat 1999–2003. Wtedy to na potrzeby raportu eksperckiego „Zielona Księga I” wojewódzkie oddziały NFZ wygenerowały stosowane zestawienia<sup>123</sup>. Dokonana wówczas analiza potwierdziła tezę o rosnącym udziale świadczeniodawców prywatnych w wartości publicznych kontraktów. Przeciętny udział kontraktów zawartych z placówkami niepublicznymi w wartości wszystkich kontraktów NFZ w 2003 roku przekroczył 20%<sup>124</sup>. „Zielona Księga II” opublikowana w 2008 roku nie zawiera już informacji wprost o zmianach struktury kontraktowania. O postępującej partycypacji świadczeniodawców niepublicznych w wartości umów zawartych przez oddziały NFZ wnioskować można jedynie pośrednio na podstawie wzrostu udziału tej grupy świadczeniodawców w całkowitych kosztach świadczeniodawców. Na przestrzeni 1999–2007 wzrósł on z 6,8% do 26,2%<sup>125</sup>.

Obecność prywatnej własności w opiece zdrowotnej jest charakterystyczna także dla aptek. Ich działalność nie polega na bezpośrednim udzielaniu świadczeń zdrowotnych w rozumieniu ustawy o ZOZ<sup>126</sup>, lecz niewątpliwie uzupełniają one sieć dostawców dóbr rzeczowych w systemie zdrowotnym. Ten segment branży medycznej jest sprywatyzowany w zasadzie „od zawsze”. W 1990 roku udział aptek prywatnych w łącznej liczbie aptek nie przekraczał 45%. Wtedy na 3957 wszystkich aptek „tylko” 1737 należało do prywatnych właścicieli. Poziom sprywatyzowania aptek przekroczył 90% już w 1995 roku. W 2008 działało 10527 aptek prywatnych, wspólnie z 101 aptekami

<sup>122</sup> Zob. art. 135 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

<sup>123</sup> Ch. Sowada, op. cit., s. 88.

<sup>124</sup> *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga*, Warszawa, grudzień 2004, s. 72. Jeden z ekspertów uczestniczących w przygotowaniu raportu, podaje dokładniejsze dane. I tak w 1999 roku udział świadczeniodawców niepublicznych w wartości kontraktów wynosił 8,7%, a w 2003 roku już 21,4% – Ch. Sowada, op. cit., s. 89.

<sup>125</sup> *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II*, op. cit., s. 75.

<sup>126</sup> M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, wyd. 2., Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 48.

publicznymi. Tym samym ponad 99% wszystkich aptek reprezentuje własność prywatną<sup>127</sup>.

### 3.3. Pozostałe aspekty przeobrażeń prywatyzacyjnych

Rozszerzanie zaangażowania sektora prywatnego po stronie usługodawców opieki zdrowotnej to nie tylko wzrost liczby prywatnych placówek zdrowotnych i ich zasobów. Dość nowym rozwiązaniem zakładającym współistnienie, a przede wszystkim współpracę, pomiędzy sektorem prywatnym a sektorem publicznym jest partnerstwo publiczno-prywatne (PPP). Jego implementacja w obszarze opieki zdrowotnej jest przejawem prywatyzacji w wymiarze zarządzania i inwestowania w tym sektorze gospodarki<sup>128</sup>. Często jest ono utożsamiane ze sposobem realizacji inwestycji infrastrukturalnych w różnych usługach społecznych (w tym w opiece zdrowotnej, czy szerzej ochronie zdrowia). Wielość form PPP powoduje, że nie sprowadza się ono tylko do pozyskania inwestora, który wybuduje nową placówkę medyczną, czy zmodernizuje istniejącą. Ten sposób kooperacji zakłada „wspólne dostarczanie projektu lub usługi, wykonywanych tradycyjnie przez podmiot publiczny”<sup>129</sup>, wspólną (nie znaczy równą) odpowiedzialność za finalizację przedsięwzięcia. Tę ostatnią można rozumieć jako wspólne ponoszenie ryzyka projektowego, a w efekcie obustronne zainteresowanie realizacją umowy partnerskiej, bardzo często wieloletniej. Jednoznaczne przeprowadzenie linii demarkacyjnej pomiędzy PPP, a innymi formami koegzystencji sektora publicznego i prywatnego nie jest jednak proste i jednoznaczne. Stąd pojęcie PPP występuje czasami łącznie z pojęciem współpracy publiczno-prywatnej – PPC (ang. *public-private collaboration*)<sup>130</sup>. W takim przypadku, zakorzeniony w polskich publicznych placówkach opieki zdrowotnej, „prosty” *outsourcing* głównie usług pomocniczych, ale także i usług medycznych do sfery prywatnej stanowi również przykład PPP. Wydaje się jednak, że PPP oznaczać powinno bardziej kompleksową i długookresową formę współpracy obu sektorów (w praktyce gospodarczej konkretnych partnerów projektu). W polskim stanie prawnym potwierdzeniem tego stanowiska są także zapisy ustawy o partnerstwie pub-

<sup>127</sup> Dane przytaczane w całym akapicie – *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2001 i 2009*, GUS i obliczenia własne.

<sup>128</sup> Na podstawie H. Maarse, op. cit., s. 1000–1003.

<sup>129</sup> A. Wąsowska, *Sektor prywatny w publicznym systemie ochrony zdrowia na przykładzie hiszpańskiego modelu Alzira*, [w:] K. Ryć, A. Sobczak, op. cit., s. 31.

<sup>130</sup> Por. I.A. Nikolic, H. Maikisch, *Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector*, World Bank, Health Nutrition and Population Discussion Paper, October 2006, s. 2.



liczno-prywatnym<sup>131</sup>. Z art. 2 pkt. 4 tejże regulacji wynika *expressis verbis*, że świadczenie podmiotu prywatnego musi być połączone z utrzymaniem lub zarządzaniem składnikiem majątkowym, który jest wykorzystywany do realizacji przedsięwzięcia publiczno-prywatnego lub jest z nim związany. Z kolei art. 7. ust. 1 stanowi, że przez umowę o PPP partner prywatny zobowiązuje się do realizacji przedsięwzięcia za wynagrodzeniem oraz poniesienia w całości albo w części wydatków na jego realizację lub poniesienia ich przez osobę trzecią, a podmiot publiczny zobowiązuje się do współdziałania w osiągnięciu celu przedsięwzięcia, w szczególności poprzez wniesienie wkładu własnego.

Największe zainteresowanie wykorzystaniem formuły współpracy publiczno-prywatnej odnotowano dotąd w odniesieniu do sportu i rekreacji. Na 34 projekty inwestycji publiczno-prywatnych ogłoszonych<sup>132</sup> w 2009 roku, w oparciu o nową ustawę o PPP, jak również ustawę o koncesji<sup>133</sup>, 13 dotyczyło właśnie tej sfery<sup>134</sup>. W przypadku ochrony zdrowia były to 4 inicjatywy<sup>135</sup>. Wartość projektów była zróżnicowana. W stosunku do interesującego nas sektora gospodarki zawierała się w przedziale 1,5–140 mln zł<sup>136</sup>. Dla porównania w pierwszej połowie 2010 roku, na 34 przedsięwzięcia 3 ogłoszono w ochronie zdrowia, lecz tym razem przewidywana wartość projektu nie przekraczała 4,5 mln zł i należała do najniższych w całej puli ogłoszeń<sup>137</sup>. Podane wielkości na pewno nie są oszałamiające. Poglądowo warto odnotować, że w latach 1994–2007 na całym świecie zrealizowano prawie 1200 umów PPP opiewających na kwotę niemal 290 miliardów EURO, z czego 10% przypadało na ochronę zdrowia<sup>138</sup>. Trzeba jednak pamiętać, że PPP w Polsce dopiero zaczyna być obecne w świadomości decydentów publicznych poszukujących dróg realizacji przedsięwzięć komunalnych. Dodatkowo doświadczenia innych państw

<sup>131</sup> Ustawa z 19 grudnia 2008 roku o partnerstwie publiczno-prywatnym (Dz. U. z 2009, nr 19, poz. 100). Pierwszą (uchyloną przywołanym aktem prawnym) ustawę o PPP uchwalono w Polsce w 2005 roku.

<sup>132</sup> Nie oznacza realizowanych.

<sup>133</sup> Ustawa z dnia 9 stycznia 2009 r. o koncesji na roboty budowlane lub usługi (Dz. U. nr 19, poz. 101).

<sup>134</sup> Wszystkie dane dotyczące projektów PPP w Polsce [za:] *Rynek PPP w Polsce 2009*, Investment Support, Warszawa, styczeń 2010, s. 35, dostępne na: <http://www.inves.pl/pobierz/RynekPPPwPolsce2009.pdf> (dostępne na 2010.08.20).

<sup>135</sup> Ze względu na unieważnianie niektórych postępowań, a następnie ich ponowne ogłaszanie liczba ogłoszeń przewyższa liczbę projektów. Na łączną liczbę 41 ogłoszeń 6 przypadało na ochronę zdrowia.

<sup>136</sup> *Rynek PPP w Polsce...*, op. cit., s. 13.

<sup>137</sup> *Rynek PPP w Polsce I połowa 2010*, Investment Support, Warszawa, sierpień 2010, s. 10, 14, dostępne na: <http://www.inves.pl/RaportPPPwPolsceIpolowa2010.pdf> (2010.08.20).

<sup>138</sup> Na podstawie danych Dealogic ProjectWare i PricewaterhouseCoopers – podano za: *PPP na świecie*, Centrum Partnerstwa Publiczno-Prywatnego, <http://www.centrum-ppp.pl/na-swiecie,1> (dostępne na 2010.08.20).



wskazują, że formuła PPP wdrazana jest w pierwszej kolejności w prostszych i mniej wrażliwych społecznie i politycznie (w kontekście programów wyborczych) obszarach sfery publicznej (np. projekty infrastruktury drogowej)<sup>139</sup>.

#### 4. PODSUMOWANIE

Transformacja opieki zdrowotnej w Polsce jest faktem niezaprzeczalnym. Właściwie należałoby powiedzieć, że na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat ta sfera usług społecznych, podobnie jak i inne, została zrewolucjonizowana. Rewolucja miała miejsce najpierw za sprawą całościowych przemian polityczno-ustrojowych. W efekcie nastąpiło otwarcie opieki zdrowotnej na sektor prywatny, zarówno w sferze finansowania, jak i podaży świadczeń zdrowotnych. Następnie podjęto prace nad reformą systemu zabezpieczenia zdrowotnego, która umocniła proces urynkawiania opieki zdrowotnej. Wdrożono mechanizmy tzw. rynku wewnętrznego. Hasłem przewodnim reformy z 1999 roku było „pójście pieniędzy za pacjentem”. Prawo pacjenta do wyboru świadczeniodawcy miało być narzędziem efektywniejszej alokacji środków i siłą sprawczą uruchomienia mechanizmów konkurencji o pacjenta. Nie udało się tego w pełni osiągnąć, co już u progu reformy przewidywali eksperci sektora zdrowotnego<sup>140</sup>. Nie sposób tutaj wymieniać szczegółowo wszystkiego co pozostało w sferze zamierzeń i/lub niepowodzeń i tego co udało się osiągnąć. Szeroko omawiane w niniejszej publikacji kierunki przeobrażeń polityki społecznej dają się zaobserwować także w systemie zdrowotnym w Polsce. Procesy te przebiegają równolegle, przenikają się wzajemnie, jedne stanowią przyczynę uruchomienia kolejnych działań, etc. Jednak nie zawsze są one zakorzenione w polityce zdrowotnej (*health policy*), której definicyjnym atrybutem jest uporządkowane i „intencjonalne wywoływanie określonych zdarzeń”<sup>141</sup>. Co gorsza fakt ich występowania jest wykorzystywany instrumentalnie w związku z uprawianiem polityki (*politics*) w znaczeniu pozyskiwania i/lub utrzymania władzy. W polskich realiach dotyczy to na pewno prywatyzacji w opiece zdrowotnej. W *mass mediach* nie usłyszymy często o decentralizacji czy demonopolizacji instytucji publicznych w systemie zdrowotnym. Menedżeryzacja i uspołecznienie także nie stanowią atrakcyjnego tematu dla publicystów. Prywatyzacja zaś wywołuje wielkie emocje w społeczeństwie, zwłaszcza obawy, strach, a w odpowiedzi na nie sprzeciw wobec tego procesu.

<sup>139</sup> K. Wąsowski, *Doświadczenia w zakresie zastosowania partnerstwa publiczno-prywatnego w sektorze ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii*, [w:] K. Ryć, A. Sobczak, op. cit., s. 48.

<sup>140</sup> K. Tymowska, *Sektor prywatny...*, op. cit., s. 9.

<sup>141</sup> W.C. Włodarczyk, *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 44.

Wśród polityków – szczególnie w oficjalnym dyskursie – jest traktowana jak odium. „Żonglowanie” pojęciem ma miejsce jak gdyby nie istniała rzeczywistość opieki zdrowotnej, w której – jak próbowano wykazać – sektor prywatny i prywatne uczestnictwo zadomowiły się na dobre. Przynajmniej częściowym wytłumaczeniem takiego stanu rzeczy może być utrwalony w opiece zdrowotnej ideał (przekonanie moralne), zgodnie z którym każdemu pacjentowi należy zapewnić wysokiej jakości wszechstronne (wszelkie znane) świadczenia medyczne<sup>142</sup>, wzmacniany błędną interpretacją podmiotowego prawa do ochrony zdrowia, wynikającego z Konstytucji.

Nie ulega wątpliwości, że analizując przeobrażenia w opiece zdrowotnej w kontekście zmieniającej się roli państwa w jej dostarczaniu, finansowaniu, wytwarzaniu i regulacji nie można stracić z oczu owego konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia i świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zarysowane w tekście przemiany w opiece zdrowotnej nie są w żadnym razie sprzeczne z normą konstytucyjną wyrażoną w art. 68 Konstytucji RP. Co więcej sama Konstytucja przyjmując w art. 20 społeczną gospodarkę rynkową opartą na wolności działalności gospodarczej, własności prywatnej oraz solidarności, dialogu i współpracy partnerów społecznych jako podstawę ustroju gospodarczego Rzeczypospolitej Polskiej zakłada niejako wykonywanie części zadań publicznych przez podmioty spoza sektora publicznego. Nie mniej jednak, w obliczu norm Konstytucji, nie ma możliwości, aby państwo przekazało pełnię zadań publicznych ze sfery ochrony zdrowia i stanowiącej jej element opieki zdrowotnej poza sektor publiczny. Z drugiej strony warto propagować ten nurt myślenia, który konstytucyjnego „prawa do ochrony zdrowia” nie postrzega tylko w kategorii jednostronnego prawa do bezpłatnego korzystania z usług opieki zdrowotnej, ale postrzega je w szerszym kontekście „obowiązków obywatelskich”<sup>143</sup> i w konsekwencji także społecznej (w tym indywidualnej) odpowiedzialności za zdrowie. Wpisuje się to w postulowane kierunki transformacji usług społecznych (w tym w ochronie zdrowia). Powinna ona zmierzać do rozszerzania zakresu i możliwości decyzyjnych jednostek (beneficjentów usług społecznych) w sferze usług społecznych (zasada suwerenności jednostki), przy jednoczesnym ewoluowaniu roli państwa w kierunku regulatora systemu, jego nadzorcy, a także ostatecznego gwaranta „pomocy/zabezpieczenia ostatniej instancji” dla tych, którzy nie są w stanie zaspokoić nawet swoich podstawowych potrzeb (tj. dla najbardziej potrzebujących, a nie przedstawicieli klasy średniej)<sup>144</sup>.

<sup>142</sup> Zob. szerzej P. Łuków, *Racjonowanie świadczeń a obowiązek troski o dobro pacjenta*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 2 (vol. 6), s. 17–29.

<sup>143</sup> Za tę cenną uwagę dziękuję recenzentowi książki – prof. Julianowi Auleytnerowi.

<sup>144</sup> Zob. J. Kornai, K. Eggleston, op. cit., s. 19–24 i 34.

BARBARA WIĘCKOWSKA, ELŻBIETA SZWAŁKIEWICZ

## Usługi społeczne w opiece długoterminowej

---

### 1. WPROWADZENIE

W Europie, w tym w Polsce, obserwowany jest proces starzenia się ludności<sup>1</sup>, który przyczynia się do zmian w spojrzeniu na definiowanie ryzyk społecznych. Coraz częściej, do klasycznego katalogu ryzyk społecznych<sup>2</sup> dodawane jest ryzyko niedołęstwa (starczego) bądź ryzyko niesamodzielności. Jako niedołęstwo (ang. *infirmity*) określany jest taki stan organizmu człowieka, kiedy to traci on zdolność do samodzielnego wykonywania czynności potrzebnych w codziennym życiu tj. niezbędna stają się pomoc osób trzecich. Do czynności tych zalicza się najczęściej: mycie się, ubieranie, załatwianie potrzeb fizjologicznych, poruszanie się, samokontrola, odżywianie. Wymienione powyżej czynności określane są wspólnym mianem – codziennych czynności (ang. *activities of daily living* – *ADL*). Oprócz zadań związanych z „samoobsługą” wyróżniane są również instrumentalne codzienne czynności (ang. *instrumental activities of daily living* – *IADL*), czyli działania, których wykonywanie jest konieczne do dalszego pozostawania w środowisku domowym tj.: pisanie, czytanie, chodzenie po schodach, sprząatanie, przygotowywanie posił-

---

<sup>1</sup> Jako proces starzenia się ludności (starość demograficzna) definiowane są zmiany struktury wieku ludności polegające na wzroście liczby i udziału osób w wieku uznanym za starszy, spowodowane określonymi zmianami płodności i umieralności. Zatem chodzi tutaj przede wszystkim o wzrost odsetka osób w wieku starszym w społeczeństwie, nie zaś o zwiększanie się (bezwzględnej) liczby osób w wieku starszym. Ten wzrost odsetka osób starszych może być wywołany dwojako, albo wzrostem liczby osób w wieku starszym tzw. starzenie się od szczytu (ang. *aging from the apex*), bądź też spadkiem liczby osób w niższych grupach wiekowych tzw. starzenie się od podstawy (ang. *aging from the base*), (więcej: E. Rosset, *Proces starzenia się ludności*, Polskie Wydawnictwa Gospodarcze, Warszawa 1959, s. 18).

<sup>2</sup> Do klasycznego katalogu ryzyk społecznych, powstałego na bazie Zalecenia Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczącego powszechnego zagwarantowania środków egzystencji uchwalonego na konferencji odbytej w 1944 roku w Filadelfii, zaliczane są: choroba, macierzyństwo, inwalidztwo, starość, śmierć żywiciela, bezrobocie, nagłe wydatki, wypadki przy pracy; więcej patrz: T. Szumlicz, *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*, Branta, Bydgoszcz-Warszawa 2005, s. 80. i nast.

ków, samodzielne wychodzenie z domu, korzystanie ze środków transportu, posługiwanie się pieniędzmi, telefonem, przyjmowanie leków. Taka czynnościowa definicja niedołęstwa jest równoważna z przyjęciem miary wieku i starości jednostki jaką jest wiek czynnościowy<sup>3</sup>. Zawężeniem pojęciowym jest wprowadzenie określenia niedołęstwo starcze (*old-age infirmity*) czy starcza niewydolność życiowa, która dotyczy osób o zaawansowanym wieku metrykalnym, najczęściej po 64 roku życia (tj. w wieku 65 lat i więcej). Wspomniane uprzednio przemiany demograficzne wpływają przede wszystkim na wzrost tej kategorii osób niedołężnych oraz wymuszają zmiany w systemie zabezpieczenia społecznego<sup>4</sup>.

Wystąpienie niedołęstwa (starczego) wywołuje potrzebę opieki długoterminowej<sup>5</sup>. Pod pojęciem opieki długoterminowej kryje się szeroki zakres wsparcia – od zwykłych posiłków i mieszkania w domach z wyżywieniem i opieką, do skomplikowanych i trudnych zabiegów takich jak żywienie pozajelitowe, leczenie ran przewlekłych, dożylne podawanie leków lub obserwacja i rehabilitacja usprawniająca w specjalistycznych oddziałach<sup>6</sup>. Niekiedy zamiast terminu „opieka długoterminowa” używany jest termin „świadczenia opiekuńcze”, zaś opieka długoterminowa jest zarezerwowana dla opieki instytucjonalnej<sup>7</sup>. Standardowy poziom tej opieki jest zapewniany w ramach (systemu) zabezpieczenia opieki długoterminowej (*long-term care*), zabezpieczenia pielęgnacyjnego (*Pflegeversicherung*).

W większości krajów bazowe zabezpieczenie opieki długoterminowej jest realizowane najczęściej na styku dwóch podsystemów: systemu zabezpieczenia zdrowotnego oraz systemu pomocy społecznej. Jednakże coraz częściej kraje, przede wszystkim w celu rozdzielenia środków finansowych w systemie ochrony zdrowia przeznaczonych na opiekę doraźną oraz opiekę długoterminową, decydują się na wyodrębnienie, w ramach systemu zabezpieczenia społecznego, podsystemu zabezpieczenia opieki długoterminowej<sup>8</sup>. System ten może być finansowany z dominacją zasady ubezpieczeniowej bądź zaopa-

<sup>3</sup> Więcej na temat różnych definicji wieku patrz: B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2000, s. 34 i nast.

<sup>4</sup> Więcej na temat czynników determinujących niedołęstwo starcze patrz: B. Więckowska, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2008.

<sup>5</sup> Terminu tego jako tłumaczenia „*long-term care*” używamy za E. Getzen, *Ekonomika zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000 s. 302.

<sup>6</sup> E. Getzen, *Ekonomika zdrowia*, op. cit., s. 36.

<sup>7</sup> *Ku godnej aktywnej starości. Raport o rozwoju społecznym Polska 1999*, S. Golinowska (red.), UNDP, Warszawa 1999, s. 65.

<sup>8</sup> To zabezpieczenie może być kierowane do wszystkich osób niedołężnych, bądź jedynie do pewnej podgrupy tychże osób – niedołężnych osób starszych.

trzeniowej<sup>9</sup>. Dlatego też nie jest zawsze poprawne używanie tutaj, co niestety jest bardzo częstą praktyką, terminu publiczne (powszechne) ubezpieczenie pielęgnacyjne. Autorki tego tekstu, pisząc o wyodrębnionym systemie opieki długoterminowej, mają na myśli zabezpieczenie pielęgnacyjne, zaś dopiero gdy jest ono definiowane za pomocą metody ubezpieczenia można mówić o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym. Błąd ten często prowadzi do nieporozumień co do: 1) definiowania źródła finansowania systemu i 2) definiowania warunków zdobywania uprawnień do świadczeń. System ubezpieczeniowy jest finansowany ze składek (opłacanych przez ubezpieczających, którzy niekoniecznie są równocześnie ubezpieczonymi<sup>10</sup>), zaś prawo do świadczenia następuje na mocy członkostwa we wspólnocie ryzyka tj. faktu bycia ubezpieczonym, za którego została opłacona składka. Z tego względu, w klasycznym systemie ubezpieczeniowym, nie jest możliwe finansowanie świadczeń małżonkom oraz innym członkom rodziny na zasadzie tzw. „współubezpieczenia”<sup>11</sup>. Z kolei w zaopatrzeniowym systemie zabezpieczenia opieki długoterminowej finansowanie świadczeń następuje z podatków (ogólnych bądź celowych), zaś prawo do świadczeń w udzielanych ramach tego systemu mają wszyscy obywatele<sup>12</sup>.

Również i w Polsce od kilku lat w środowisku medycznym oraz służb społecznych toczy się dyskusja o konieczności i możliwości poprawy współpracy branż medycznych z szeroko rozumianą pomocą społeczną. Współpraca i koordynacja przy realizacji usług społecznych jest warunkiem efektywnego wykorzystania infrastruktury oraz środków finansowych przeznaczanych na bezpieczeństwo zdrowotne i socjalne osób, które są niedołączne (niesamodzielne) w związku z urazem, chorobą lub wiekiem<sup>13</sup>.

Zgodnie z prognozami demograficznymi, w Polsce liczba osób w wieku 85 lat i więcej osiągnie pół miliona w 2010 r., zaś w 2030 r. – prawie osiemset tysięcy. W tym okresie ponad pięciokrotnie wzrośnie także liczba stu-

---

<sup>9</sup> Na temat różnych metod finansowania systemu zabezpieczenia społecznego patrz: T. Szumlicz, *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*, Branta, Bydgoszcz-Warszawa 2005, s. 80. i nast.

<sup>10</sup> Dobrym przykładem tutaj może być finansowanie składek niektórym grupom ubezpieczonych, najczęściej dzieciom bądź osobom ubogim, ze środków pochodzących z budżetu państwa.

<sup>11</sup> Oczywiście w systemach ubezpieczeniowych występuje współubezpieczenie w przypadku, gdy poza ubezpieczonym objęte ochroną są inne osoby pozostające w gospodarstwie domowym. Jednakże za osoby te jest opłacana dodatkowa składka. W systemie ubezpieczenia społecznego termin współubezpieczenie zmienił swoje znaczenie.

<sup>12</sup> W ramach krajów Unii Europejskiej uprawnienie obywatelskie zostało rozszerzone na grupę rezydentów danego kraju.

<sup>13</sup> Raport: *Problem zdrowia publicznego w kontekście starzenia się populacji Polski*, WHO Projekt on Ageing and Health – Warszawa 2005.

latków i przekroczy ona 9 tysięcy osób. Populacja w wieku 65 lat i więcej, która obecnie liczy niewiele ponad 4 miliony (11,2% ogółu ludności), zgodnie z przyjętymi szacunkami w roku 2030 będzie liczyć ok. 8 milionów (22,6% ogółu ludności)<sup>14</sup>. Właśnie ta grupa wiekowa w znacznie większym stopniu niż pozostałe grupy wiekowe korzysta z usług opieki zdrowotnej i pomocy społecznej<sup>15</sup>.

Wyniki badań statystycznych GUS nie stanowią bezpośredniego źródła informacji o liczbie osób niesamodzielnych, wymagających profesjonalnych usług społecznych, ale dają wyobrażenie o społecznej skali tego zjawiska. Problem z oszacowaniem liczby potencjalnych świadczeniobiorców w systemie opieki długoterminowej w Polsce (innymi słowy popytu na świadczenia) polega na tym, iż prowadzone badania w populacji osób w starszym wieku (65 lat i więcej) oparte o system ADL są znikome, zaś dla populacji osób w wieku 80 lat i więcej nie były prowadzone w ogóle. Populacja osób w wieku 80 lat i więcej jest szczególnie istotna, zakłada się bowiem, że to właśnie te osoby są w szczególności beneficjentami systemu.

Badania populacyjne sprawności w zakresie ADL były prowadzone przez prof. J. Piotrowskiego w latach 70. ubiegłego wieku. Od tamtej pory, zgodnie z wiedzą autorek, zostały przeprowadzone (zakończone)<sup>16</sup> tylko jedno badanie dotyczące omawianej problematyki – „Polska starość” realizowane przez Polskie Towarzystwo Gerontologiczne. Wyniki tych badań, przeprowadzonych w 1999 roku pod kierunkiem prof. B. Synaka, prezentowane są w tabeli 1. Są one potwierdzeniem tezy, iż ryzyko niedołęstwa zwiększa się wraz z wiekiem – jedynie około 48% osób w wieku 80 lat i więcej jest w stanie samodzielnie wykonywać wszystkie codzienne czynności, zaś prawie 20% osób w tej grupie wiekowej nie jest w stanie wykonać 4 i więcej czynności. Zakładając, iż struktura osób niesamodzielnych nie ulegnie zmianie, można sporządzić prognozy liczby osób, które będą potrzebowały opieki długoterminowej w przyszłości.

<sup>14</sup> L. Bolesławski, *Prognoza demograficzna na lata 2003–2030*, GUS, Warszawa 2004.

<sup>15</sup> Jak wynika z badań statystycznych, ponad 1/3 dorosłych Polaków (13,9 mln osób) deklaruje występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych, trwających co najmniej 6 miesięcy, przy czym częstość występowania chorób przewlekłych rośnie wraz z wiekiem. I tak w grupie wiekowej 60-latków blisko 73% choruje na co najmniej jedną chorobę przewlekłą a w grupie osób powyżej 70 roku życia ponad 84% (więcej: G. Marciniak, *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku*, GUS, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2006).

<sup>16</sup> Swego rodzaju „rewolucję” w zasobach informacyjnych stanowią będą wyniki badania PolSenior, które, zgodnie z oczekiwaniami, powinny być dostępne w 2011 r.

**Tabela 1. Struktura osób starszych względem niedołęstwa oraz wieku w 1999 r.**

	65–69 lat	70–74 lata	75–79 lat	80 lat i więcej
osoby wykonujące wszystkie czynności	89,77%	82,45%	73,39%	48,09%
osoby nie wykonujące 1 czynności	5,11%	9,40%	8,87%	14,75%
osoby nie wykonujące 2 czynności	2,56%	2,19%	5,65%	7,65%
osoby nie wykonujące 3 czynności	0,28%	2,19%	4,84%	9,29%
osoby nie wykonujące 4 czynności	0,00%	1,25%	2,42%	8,74%
osoby nie wykonujące 5 czynności	1,42%	0,63%	1,21%	6,56%
osoby nie wykonujące żadnej czynności	0,85%	1,88%	3,63%	4,92%

Źródło: dane źródłowe z badania otrzymane od prof. B. Bień.

Założenia o stabilności struktury osób niedołężnych względem wieku niestety okazują się być zawodne. Potwierdzeniem tego mogą być wyniki przeprowadzonego w 2004 r. badania stanu zdrowia ludności, zawierającego m.in. pytania o niepełnosprawność biologiczną, w tym o: samoocenę stanu zdrowia oraz niepełnosprawność biologiczną<sup>17</sup>. Korzystając z wyniku tego badania, jako sposób wyodrębnienia zbiorowości osób wymagających opieki, przyjęto kilka zmiennych z badania stanu zdrowia ludności. Są to pytania o: zdolność widzenia, słyszenia i poruszania się bez urządzeń pomocniczych, sprawność dłoni, możliwość noszenia cięższych zakupów, o samodzielność w jedzeniu, kładzeniu się i wstawaniu z łóżka, ubieraniu i rozbieraniu, korzystaniu z toalety i myciu całego ciała. Przyjęto założenie, że już jedna negatywna odpowiedź – czy to spowodowana dysfunkcją określonego narządu czy też niemożnością wykonywania podstawowych czynności życiowych – powoduje zaliczenie do kategorii „wymagających opieki innych osób”. Badaniem objęto 20 tysięcy mieszkań z 43 tysiącami mieszkańców, w tym 35 248 osób powyżej 15 lat i 7743 dzieci. Z uzyskanych wyników badań, uogólnionych następnie na populację mieszkańców kraju, wynika, że populacja osób „wymagających opieki osób trzecich” liczyła 4153 500 osób. Z tej zbiorowości: 1 529 400 osób (36,8%) miało problemy spowodowane dysfunkcją określonego narządu i jednocześnie z samoobsługą, 968 700 osób (23,3%) miało problemy wyłącznie z samoobsługą, a 1 655 300 osób (39,9%) wyłącznie z funkcjonowaniem określonego narządu. Osoby w wieku 60 lat i więcej stanowiły 62,4% tej populacji.

<sup>17</sup> A. Baran, *Osoby wymagające opieki w życiu codziennym w świetle wyników badania stanu zdrowia ludności 2004 roku*, Informacja na potrzeby MZ, Warszawa 2006.



Najliczniejszą grupę osób w zbiorowości „wymagających opieki osób trzecich” tworzyły osoby w wieku 70 lat i więcej.

O społecznej skali zapotrzebowania na usługi społeczne, szczególnie w zakresie kompensacji utraconej sprawności świadczy fakt, że co dziesiąta osoba mająca 60 lat i więcej nie może przeczytać gazety bez okularów (szkieł korekcyjnych), w tym 2,1% z tego powodu, że nie posiada odpowiednich okularów, a ponad 3% nie może tego wykonać w związku z chorobą oczu. Kłopoty ze słuchem ma co piąta osoba powyżej 70 roku życia. Jednakże aparatu słuchowego używa 1,7% dorosłych. Głównie są to osoby w wieku 60 lat i więcej. Około 4% osób nie może przejść 500 m (w tym co czwarta osoba powyżej 70 roku życia), w tym 2,7% może poruszać się tylko przy pomocy sprzętu wspomagającego (laski, kule, balkoniki). Co dwunasta osoba powyżej 60 lat i co czwarta powyżej 70 lat w Polsce ma kłopot z samodzielnym wejściem na 1 piętro i zejściem ze schodów. Blisko 7% dorosłych osób deklaruje niemożność gryzienia i żucia twardego pokarmu (np. jabłko), w tym połowa z powodu braku odpowiedniej protezy zębowej. Zgodnie, z uogólnionymi na populację dorosłych, wynikami badań, ponad 2 miliony osób dorosłych w Polsce nie może przenieść torby z zakupami o wadze 5 kg na odległość 10 m. Ponad 700 tysięcy osób nie jest w stanie samodzielnie umyć się od stóp do głowy, a ponad 350 tysięcy nie ubierze się i nie rozbierze się samodzielnie. Prawie 250 tysięcy osób musi mieć pomoc by samodzielnie wstać i położyć się do łóżka, a ponad 100 tysięcy osób nie zje samodzielnie posiłku i musi być karmiona. Ponad 200 tysięcy osób nie może samodzielnie korzystać z toalety, a ponad 300 tysięcy nie odkręci kurka od gazu czy kranu<sup>18</sup>.

Dla próby oceny stopnia popytu na opiekę długoterminową w Polsce można wykorzystać również wyniki badania – Diagnoza społeczna – przeprowadzanego przez Polskie Towarzystwo Statystyczne w 2005 roku. Na pytanie nr 26: „Czy w ostatnich miesiącach problemy ze zdrowiem utrudniały Panu wykonywanie codziennych zajęć lub branie udziału w innych zajęciach” aż 35,86% respondentów w wieku 65 lat i więcej odpowiedziało, że „często”, 51,97% respondentów, że „zdarzyło się”, zaś jedynie 12,17%, że „nigdy”. Wyniki te są zarówno obrazem odczuwanej niesamodzielności, nie zaś efektem badania medycznego. Jednakże nie należy lekceważyć tych wyników, szczególnie dla odpowiedzi „często”, bowiem jak w każdym systemie transferu ryzyka (czy zaopatrzeniowym czy ubezpieczeniowym), przy określaniu wysokości niezbędnych środków dla sfinansowania świadczeń dla osób nie-

---

<sup>18</sup> G. Marciniak, *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku*, GUS, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2006.



samodzielnych niezbędne jest oszacowanie antyselekcji ryzyka tj. zgłaszania się do ubezpieczenia osób, u których realizacja ryzyka jest wyższa niż średnia w populacji. W przypadku ubezpieczeń obowiązkowych, publicznych, ryzyko antyselekcji jest znacznie ograniczone. Nie należy jednak uważać, że jest ono wyeliminowane tj. osoby zupełnie inaczej zachowują się w przypadku gdy jest to jedynie wywiad kwestionariuszowy (tj. starszemu mężczyźnie trudno przyznać się młodej ankieterce, że nie jest on w stanie spożyć posiłku czy załatwić się), a inaczej gdy w grę wchodzi wypłata świadczenia (istnieje ryzyko wyłudzeń).

Przedstawione powyżej wyniki badań, niezależnie od przyjętej metodologii badania zjawiska niesamodzielności, wskazują, że problemy związane z osobami niedołącznymi, a w szczególności pozyskiwaniem źródeł finansowania świadczeń dla nich dedykowanych, będą w Polsce w ciągu nadchodzących lat coraz większe.

Celem niniejszego rozdziału jest przedstawienie opieki długoterminowej jako wyodrębniającej się w systemie zabezpieczenia społecznego nowej, zyskującej coraz większe znaczenie, grupy usług społecznych. W pierwszej jego części zdefiniowana zostanie opieka długoterminowa oraz jej charakterystyki jako usługi społecznej. Następnie przedstawiony zostanie, rozproszony w polskim systemie zabezpieczenia społecznego, system świadczeń dedykowanych osobom niedołącznym (niesamodzielny). Ostatnia część niniejszego rozdziału dotyczyć będzie przemian w zakresie opieki długoterminowej w Polsce, polegających przede wszystkim na obraniu kierunku ku stopniowemu stworzeniu odrębnego sektora świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych oraz dokładnemu określeniu zakresu obowiązków po stronie państwa oraz po stronie (rodzinnego) gospodarstwa domowego.

## **2. OPIEKA DŁUGOTERMINOWA JAKO USŁUGA SPOŁECZNA**

Przed podjęciem analizy spełnienia przez opiekę długoterminową cech definicyjnych usług społecznych określonych w rozdziale autorstwa R. Szarfenberga, dokonane zostanie dookreślenie definicyjne zbioru świadczeń określanych wspólnym mianem „opieka długoterminowa”. Za prezentowanymi w rozdziale 2 niniejszej książki poglądami Alfreda J. Kahn’a opiekę długoterminową można zaliczyć do kategorii usług określonych jako „terapia, pomoc, rehabilitacja, ochrona socjalna”. Natomiast przy przyjęciu innych kryteriów, jak podział potrzeb, można powiedzieć, że opieka długoterminowa odnosi się do zaspokajania codziennych potrzeb życiowych (biologicznych) osób z ogra-

niczoną zdolnością do samoopieki. Gdyby kryterium podziału był klasyczny podział ryzyk, to usługi opieki długoterminowej mogłyby być zaliczone jako te, wynikające z ryzyka choroby, niepełnosprawności oraz, w przypadku niedołęstwa starczego, ryzyka starości. Lecz, jak już wspomniano we wstępie, coraz częściej dąży się do wyodrębnienia ryzyka niedołęstwa (starczego) w katalogu ryzyk społecznych.

Jeszcze do niedawna ryzyko niedołęstwa starczego postrzegane było jako element ryzyka starości. Jednakże obecnie coraz częściej postulowane jest wyróżnianie ryzyka niedołęstwa starczego w katalogu ryzyk społecznych jako odrębnego ryzyka<sup>19</sup>. Jeżeli przyjąć, że ryzyko starości składa się z dwóch faz – oszczędzania i optymalizacji konsumpcji tych oszczędności po przejściu w stan spoczynku zawodowego<sup>20</sup>, to ryzyko niedołęstwa starczego pojawia się w drugiej fazie ryzyka starości. Ale czy należy je utożsamiać z ryzykiem starości, a tym samym finansować jego skutki z funduszu przeznaczonego na finansowanie ryzyka starości (funduszu emerytalnego)?

System zabezpieczenia emerytalnego ma na celu zapewnienie określonego standardu życia po przejściu w stan spoczynku zawodowego. Nie chodzi tutaj o niezmieniony standard, ale o jak najmniejszy jego spadek w stosunku do standardu osiąganego w okresie aktywności zawodowej (wygładzanie funkcji konsumpcji w czasie)<sup>21</sup>. Jednakże, w związku z postępującym wzrostem ryzyka niedołęstwa starczego i popytu na instytucjonalną opiekę długoterminową, oczekiwane wydatki na zabezpieczenie opieki długoterminowej z puli indywidualnych środków emerytalnych będą coraz wyższe. Innymi słowy będzie wzrastało znaczenie wydatków na opiekę długoterminową w „emerytalnym” koszyku dóbr. I właśnie ten wysoki udział wydatków oraz ich nieprzewidywalność stanowią pierwszą przesłankę do wyodrębnienia ryzyka niedołęstwa starczego jako ryzyka towarzyszącego ryzyku starości.

Drugim czynnikiem decydującym o odróżnieniu ryzyka starości i ryzyka niedołęstwa starczego są same definicje tych ryzyk. Starość zdefiniowana jako liczba przeżytych lat (wiek chronologiczny, metrykalny, kalendarzowy)

---

<sup>19</sup> T. Szumlicz, *O systemie zabezpieczenia społecznego – podobnie i inaczej*, [w:] J. Auleytner, *O roztropną politykę społeczną*, Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, Warszawa 2002, s. 123; B. Więckowska, *Demograficzne oraz socjologiczne determinanty popytu na formalną opiekę długoterminową dla niedołężnych osób starszych*, [w:] *Inwestycje finansowe i ubezpieczenia – tendencje światowe a polski rynek*, W. Ronka-Chmielowiec, K. Jajuga (red.), Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2004, Tom II, s. 355.

<sup>20</sup> T. Szumlicz, *Emerytura dla kobiety – otoczenie kontra system*, [w:] *Między transformacją a integracją. Polityka społeczna wobec problemów współczesności*, P. Błędowski (red.), Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2004, s. 160.

<sup>21</sup> B. Więckowska, *Zarządzanie ryzykiem niedołęstwa starczego – determinanty tworzenia rozwiązań w systemie zabezpieczenia społecznego*, Wiadomości Ubezpieczeniowe nr 11-12, 2004, s. 21.

pomija stan zdrowia osoby, jej sprawność ruchową oraz zaawansowanie biologicznych procesów starzenia się organizmu człowieka. Dlatego też, obok wieku chronologicznego, w literaturze wyróżnia się między innymi wiek czynnościowy (psychologiczny, sprawnościowy) uwzględniający stopień utraty sprawności. Starość, zdefiniowana w ramach systemu emerytalnego, jest rozpatrywana jako wynik starości metrykalnej (minimalny wiek emerytalny) i starości społecznej czy ekonomicznej (zmiana ról społecznych, zaprzestanie pracy zawodowej), natomiast niedołęstwo starcze jest wynikiem nałożenia się starości metrykalnej (minimalny wiek emerytalny) i starości czynnościowej (niemożność wykonywania codziennych czynności)<sup>22</sup>.

Podobne rozumowanie należy przeprowadzić w rozróżnieniu ryzyka niedołęstwa i ryzyka choroby<sup>23</sup>, aczkolwiek granice tutaj są mniej ostre, szczególnie w przypadku niedołęstwa z dookreśleniem starcze. Przeciętne starzenie zawsze zawiera mniejszy lub większy komponent patologii (czynnik chorobowy). Co więcej, ogrom zmian inwolucyjnych w organizmie człowieka w wieku starczym sprawia, że granica pomiędzy patologią a fizjologią jest bardzo często nieostra, zaś jakikolwiek stan stresu, nierównowagi, może doprowadzić do nasilenia objawów chorobowych. To z kolei implikuje, że niedołęstwo starcze wywołane chorobą występuje częściej i równocześnie bywa cięższe, a tym samym jest postrzegane jako stan patologiczny, chorobowy. Jednakże, ze względu na to, że niedołęstwu starczemu nie zawsze towarzyszy jednostka chorobowa (nie musi ono wynikać z patologii, choć to ma miejsce znacznie rzadziej), zaś realizacja ryzyka niedołęstwa skutkuje potrzebą opieki długoterminowej, w pierwszej kolejności świadczeń opiekuńczych a nie świadczeń medycznych, nie należy utożsamiać tego ryzyka z ryzykiem choroby.

Najtrudniej jest chyba przeprowadzić granicę pomiędzy ryzykiem niedołęstwa (niesamodzielnności) oraz ryzykiem inwalidztwa. Słowo „inwalida” pochodzi z języka łacińskiego: *validus* – silny, *in* – bez, pozbawiony. Zatem jako inwalida określana jest osoba, u której „występują wady lub defekty fizyczne lub umysłowe o charakterze trwałym”<sup>24</sup>. Z tego powodu inwalidztwo biologiczne może być uznawane jako równoznaczne ze słowem „choroba” czy „kalectwo”<sup>25</sup>. Wady te mogą, lecz nie muszą, prowadzić do niezbędności

<sup>22</sup> Ibidem, s. 21–22.

<sup>23</sup> Oczywiście w znaczeniu potrzeby pokrycia kosztów świadczeń zdrowotnych, a nie krótkookresowej niezdolności do pracy.

<sup>24</sup> J.K. Zabłocki, *Wprowadzenie do rewalidacji*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1996, s. 12.

<sup>25</sup> J. Indulski, J. Leowski, *Podstawy Medycyny Społecznej*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1971, s. 606.

pomocy osób trzecich. Z drugiej strony można stwierdzić, iż każda osoba niepełnosprawna posiada pewne defekty fizyczne lub umysłowe o charakterze stałym co oznacza, że jest inwalidą. Zatem pojęcie niepełnosprawności zawiera się w pojęciu inwalidztwa.

Biorąc powyższe pod uwagę można stwierdzić, iż ryzyko niepełnosprawności (starczego) i wynikająca z niego potrzeba opieki długoterminowej stanowią kategorię odrębną, lecz równocześnie wynikową – powstałą z pewnej kompilacji ryzyk wchodzących już w skład klasycznego katalogu ryzyk. Przyjmując taki tok rozumowania oraz ustalenia analiz przeprowadzonych w pozostałych częściach niniejszej książki w zakresie obszarów: zdrowia, pomocy społecznej oraz pracowniczego, bazowego ubezpieczenia społecznego, w których udowadnia się, iż obszary te stanowią element szerszej definiowanych usług społecznych, to, korzystając z relacji przechodniości, można udowodnić, że również i opieka długoterminowa (dokładniej zestaw świadczeń opiekuńczych występujących w wymienianych podsystemach zabezpieczenia społecznego) stanowi usługę społeczną. Równocześnie, podobnie jak w przypadku innych usług, istnieją pewne problemy ze spełnieniem przez świadczenia z zakresu opieki długoterminowej cech definicyjnych usług społecznych zaprezentowanych w rozdziale 2. Do najważniejszych z nich zaliczyć można:

- możliwość występowania świadczeń pieniężnych (tj. restytucji pieniężnej) oraz świadczeń o charakterze rzeczowym uzupełniających usługi opiekuńcze (przyjmujące formę bądź to refundacji zakupu sprzętu, nieodpłatnego użyczenia czy też zakupu ze środków pomocy społecznej np. materace przeciwoleżynowe refundowane ze środków NFZ) – niespełnienie warunku bezpośredniego zajmowania się ludźmi,
- istnienie sektora świadczeń opiekuńczych działających suplementarnie bądź komplementarnie w stosunku do systemu bazowego (np. prywatne domy opieki) – niespełnienie warunku nieodpłatności bądź tylko częściowej odpłatności,
- opiekę nieformalną, która stanowi istotną część wszystkich świadczeń, a która świadczona jest często bez wsparcia instytucji oraz możliwości „przyuczenia”, przez najbliższych członków rodziny – niespełnienie warunku udzielania przez osoby spoza najbliższego kręgu więzi oraz niespełnienie warunku udzielania przez profesjonalistów,
- świadczenia opieki długoterminowej nie są finansowane jedynie zewnętrznie – przykładem może być tutaj zasada współpłacenia funkcjonująca w zakładach opiekuńczych bądź w domach pomocy społecznej – niespełnienie warunku finansowania ze środków „zewnętrznych”.

### 3. BAZOWY SYSTEM ZABEZPIECZENIA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE

#### 3.1. Informacje ogólne

Jak już wspomniano we wstępie w Polsce nie istnieje wyodrębniony system opieki długoterminowej. Świadczenia związane z opieką długoterminową są rozproszone w ramach różnych podsystemów systemu zabezpieczenia społecznego: systemu ochrony zdrowia, systemu „ubezpieczeń” społecznych oraz systemu pomocy społecznej (patrz: tabela 2). Zatem istnieje różne finansowanie tych świadczeń, co implikuje różnice w uprawnieniach do ich otrzymywania<sup>26</sup>. Równocześnie, różnice w finansowaniu występują także w formie świadczenia tj. w systemie występują ubezpieczeniowe oraz zaopatrzeniowe świadczenia pieniężne i świadczenia rzeczowe (patrz: tabela 3). W następnych podrozdziałach niniejszego opracowania zostaną omówione poszczególne świadczenia z zakresu opieki długoterminowej ze szczególnym uwzględnieniem kryteriów ich przyznawania oraz ich wysokości. Wychodząc z zawężającej definicji usług społecznych jako określonej grupy świadczeń opis rozpoczyna świadczenia o charakterze usługowym (patrz: rozdział 2). W następnym kroku opis zostanie rozszerzony o świadczenia pieniężne, które będą zaliczone do kategorii opieki długoterminowej przy przyjęciu rozszerzającej definicji usług społecznych.

**Tabela 2. Struktura świadczeń związanych z opieką długoterminową w polskim systemie zabezpieczenia społecznego**

System ochrony zdrowia	System „ubezpieczeń” społecznych			System pomocy społecznej
„Ubezpieczenie zdrowotne”	Pracownicze ubezpieczenia społeczne	Ubezpieczenie społeczne rolników	Zabezpieczenie społeczne finansowane z budżetu państwa	
Świadczenia związane z opieką długoterminową				

Źródło: opracowanie własne.

<sup>26</sup> O problemach występujących na styku systemów w niewyodrębnionych systemach zabezpieczenia opieki długoterminowej patrz: B. Więckowska, *Problemy finansowania systemu opieki długoterminowej w przypadku systemów niewyodrębnionych* (w druku).

**Tabela 3. Rodzaje świadczeń w opiece długoterminowej w ramach polskiego systemu zabezpieczenia społecznego**

Świadczenia pieniężne		Świadczenia rzeczowe	
System „ubezpieczeń” społecznych („ubezpieczenie”)	System pomocy społecznej (budżet)	System ochrony zdrowia („ubezpieczenie”)	System pomocy społecznej (budżet)

Źródło: opracowanie własne.

## 3.2. Rodzaje świadczeń i usług

### 3.2.1. Świadczenia rzeczowe

#### *System „ubezpieczenia” zdrowotnego*

W Ustawie z 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.), nie potraktowano opieki długoterminowej jako specyficznego działu poświęconego pielęgnacji i opiece, a zawarto jedynie w art. 35b ogólny zapis w brzmieniu: *Świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala lub innego zakładu opieki zdrowotnej przeznaczonego dla osób potrzebujących całodobowych lub całodziennych świadczeń opieki zdrowotnej, oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych, zapewnia się bezpłatnie leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia.*

Do 30 sierpnia 2009 roku cechy tych świadczeń oraz rodzaje instytucji je świadczących określone były w corocznych zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określających „Warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju: opieka długoterminowa”<sup>27</sup>.

Od 31 sierpnia 2009 roku wprowadzono istotne zmiany w systemie ochrony zdrowia w Polsce – zakres świadczeń gwarantowanych w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych jest określany przez Ministra Zdro-

<sup>27</sup> Ostatnie z nich to Zarządzenie Nr 84/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, zmienione zarządzeniem Nr 93/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2009 r. oraz Zarządzeniem Nr 25/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 czerwca 2010 r.

wia w rozporządzeniach, odrębnych dla każdego rodzaju świadczeń<sup>28</sup>. Także świadczenia opieki paliatywno-hospicyjnej, które były dotąd przez NFZ ujmowane łącznie z opieką długoterminową<sup>29</sup> zostały opisane w odrębnym rozporządzeniu, co skutkowało wyłączeniem tego typu świadczeń z sektora opieki długoterminowej<sup>30</sup>.

Na bazie wyżej wspomnianego rozporządzenia NFZ kontraktuje następujące zakresy świadczeń w rodzaju opieka długoterminowa:

- w oddziale dla przewlekłe chorych,
- w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym (ZPO), w ZPO dla dzieci i młodzieży,
- w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym (ZOL), w ZOL dla dzieci i młodzieży,
- w ZOL dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,
- w ZOL dla dzieci wentylowanych mechanicznie,
- w opiece domowej nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie,
- w opiece domowej nad dziećmi wentylowanymi mechanicznie,
- w ZOL dla pacjentów w stanie wegetatywnym,
- w pielęgniarstwie opiece środowiskowej, tzw. pielęgniarstwa zadaniowego, do końca 2009,
- w pielęgniarstwie opiece długoterminowej<sup>31</sup>.

Zakład opiekuńczy jest z założenia krótkoterminową formą udzielania usług opieki długoterminowej (bez zmiany miejsca zameldowania) mającym na celu usprawnienie osoby po przebytej hospitalizacji i przygotowanie jej do powrotu do środowiska domowego. W Polsce istnieją dwa typy zakładów

---

<sup>28</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. Nr 140 poz. 1147 z 2009 r. z późn. zm.).

<sup>29</sup> Łączne ujmowanie, przez NFZ, obu rodzajów świadczeń zostało zapisane w Art. 15 ust. 2 pkt. 13 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135), w brzmieniu: „świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w tym opiekę paliatywno-hospicyjną”. Niemniej nie można było łączyć tych świadczeń w ramach jednego zakładu, bądź jednej umowy na świadczenia. Późniejsza zmiana do Ustawy (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) wydzieliła (w art. 15) opiekę paliatywno-hospicyjną w odrębnym pkt 13a.

<sup>30</sup> Jednakże opieka hospicyjna jest zazwyczaj traktowana jako element opieki długoterminowej (patrz: Day (06.03.2010), Medicare (06.03.2010)). Świadczenia udzielane w ramach opieki hospicyjnej obejmują: uśmierzanie bólu, świadczenie usług medycznych oraz opiekuńczych, pomoc członkom rodziny w sprawowaniu opieki, pomoc emocjonalna oraz duchowa członkom rodziny w procesie umierania, dostarczenie niezbędnych leków, środków opatrunkowych oraz pomocy medycznych, zorganizowanie dodatkowych świadczeń (w miarę potrzeb) – włączywszy opiekę wychnieniową, terapię mowy oraz terapię fizyczną, opiekę zamkniętą, zorganizowanie pochówku w imieniu rodziny bądź przyjaciół.

<sup>31</sup> Obecnie w Ministerstwie Zdrowia trwają prace ukierunkowane na poszerzenie zakresu świadczeń o pielęgniarstwą psychiatryczną opiekę długoterminową.



o różnych misjach z przeszłości: zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO), w których kładziono większy nacisk na opiekę osobistą oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL), w których kładziono większy nacisk na medyczną opiekę pielęgniarstwa. Obecnie cele jak i zadania ZPO oraz ZOL uległy zrównaniu, do tego stopnia, że nie obserwuje się żadnych istotnych różnic pomiędzy tymi placówkami. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej dla ZPO oraz ZOL stosowana jest jedna nazwa – zakład opiekuńczy. Z tego też powodu dalsze analizy będą obejmowały obie te instytucje łącznie.

Jak już wspomniano celem zakładu opiekuńczego jest objęcie całodobową opieką i leczeniem osób, które przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, nie wymagają już dalszej hospitalizacji, jednak ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym wymagają stałego nadzoru lekarskiego, profesjonalnej pielęgnacji, rehabilitacji oraz świadczeń opiekuńczych. Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził ograniczenie w dostępności do świadczeń z zakresu opieki długoterminowej, ustalając, że finansowani ze środków publicznych będą jedynie ci pacjenci (przewlekłe choroby, unieruchomieni z powodu urazu lub choroby), którzy w ocenie skali *Barthel* określającej sprawność do samoobsługi, uzyskali od 0 do 40 punktów. W przypadku, gdy pacjent w ocenie sprawności osiągnie więcej niż 40 punktów, nie będzie przyjęty do zakładu opiekuńczego (jeżeli będzie to wynik pierwszej oceny) bądź od następnego miesiąca jego pobyt w zakładzie nie będzie finansowany ze środków NFZ (jeżeli to będzie wynik kolejnych ocen)<sup>32</sup>.

Skala *Barthel* jest narzędziem do oceny sprawności funkcjonalnej człowieka w zakresie 10 podstawowych funkcji życiowych, w skali od w pełni niesamodzielnego (0 pkt), częściowo niesamodzielnego (5 pkt) oraz samodzielnego (10 lub 15 pkt)<sup>33</sup>, w tym: spożywanie posiłków, przemieszczanie się na wózku inwalidzkim lub do łóżka i z łóżka, utrzymanie higieny osobistej, przemieszczanie się do/z toalety, samodzielne mycie się, chodzenie, wchodze-

<sup>32</sup> W takim przypadku zakład opiekuńczy ma poważny dylemat – pobyt pacjenta nie będzie finansowany ze środków publicznych, lecz równocześnie nie jest on na tyle samodzielny aby sprawnie funkcjonować w środowisku domowym, zaś, zgodnie z obowiązującym prawem, zakład opiekuńczy posiadający kontrakt z NFZ nie może pobierać opłat za świadczenia pielęgnacyjne od swoich pacjentów (w przeciwieństwie do zakładów nie posiadających kontraktu z NFZ).

<sup>33</sup> F.I. Mahoney, D.W. Barthel, *Functional Evaluation: The Barthel Index*, Md State Med J. 1965;14:61-65; D.O. Wiebiers, W.L. Feigin, R.D. Brown, *Udar mózgu*, Medipage, Warszawa 2008 (wyd. I polskie).



nie i schodzenie ze schodów, ubieranie i rozbieranie się, kontrola zwieraczy odbytu, kontrola zwieraczy pęcherza moczowego. Za aktywność, przy której pacjent potrzebuje minimalnej pomocy lub nadzoru nie przyznaje się maksymalnej liczby punktów. Zaś za korzystny wynik uważa się gdy pacjent osiąga 75–100 pkt. Z tego powodu powszechne wątpliwości budzi wprowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia kryterium kwalifikacyjne do opieki stacjonarnej i domowej – sprawność w samopiełęgnacji do 40 punktów w Skali *Barthel*<sup>34</sup>. Oznacza to ograniczenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej dla osób przewlekle chorych i niesamodzielnych, których sprawność mieści się w przedziale 40 do 75 punktów. Są to osoby obiektywnie potrzebujące stałej pomocy innych osób. Skala *Barthel* w wielu krajach Europy Zachodniej stosowana jest do określania poziomu zapotrzebowania na opiekę osób trzecich, co ma pośredni wpływ na ustalanie poziomu finansowania, nie zaś samego faktu uprawnienia do opieki. W innych krajach przy ustalaniu zapotrzebowania na opiekę długoterminową, obok stanu zdrowia, bierze się pod uwagę wymiar czasowy niezbędnej indywidualnej opieki na dobę. W Niemczech do opieki długoterminowej kwalifikuje się osoby wymagające co najmniej 90 minut opieki na dobę, w tym co najmniej 2/3 tego czasu ma być przeznaczone na podstawową pielęgnację (tj. utrzymanie higieny ciała, pomoc w przemieszczaniu i pomoc w przyjmowaniu posiłków)<sup>35</sup>. Pacjenci do 40 punktów w skali *Barthel* z reguły wymagają średnio 240 minut opieki indywidualnej<sup>36</sup>. Należy również podkreślić, iż skala *Barthel* jest zupełnie nieprzydatna przy ocenie zapotrzebowania na opiekę długoterminową osób z zaburzeniami psychicznymi, czy z ranami przewlekłymi (np. odleżyny, owrzodzenia). Osoby te często przekraczają 40 punktów w Skali *Barthel*, ale bezwzględnie, z powodu stanu zdrowia, wymagają świadczeń z zakresu opieki długoterminowej.

Ponieważ w Polsce system opieki długoterminowej jest dopiero w fazie tworzenia i nie ma na niego wystarczających środków, NFZ ograniczył dostępność do świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych, kwalifikując do opieki tylko osoby w najcięższych stanach. Według urzędników Narodowego Funduszu Zdrowia każde przekroczenie 40 punktów musi skutkować uzyskaniem zgody

---

<sup>34</sup> Okresowo, w 2007 roku, NFZ wprowadził niewielką zmianę w kryteriach kwalifikacyjnych i zastosował inną skalę do oceny poziomu niesamodzielności. Ponieważ zwiększyła się liczba osób kwalifikujących się do opieki długoterminowej, w 2008 roku NFZ wrócił do poprzednich zasad.

<sup>35</sup> Więcej na temat ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech patrz: B. Więckowska, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2008.

<sup>36</sup> Nachtigäller C., Fischer E., *Kodeks Socjalny (SGB) – Księga XI – Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne* z dnia 26.05.1994; stopnie opieki pielęgnacyjnej, katalog świadczeń, zasady kwalifikowania do opieki; Federalny Dziennik Ustaw I. Poz. 1014 z późn. zm.; <http://www.wrzos.org.pl/> Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych – WRZOS.

płatnika na dalszy pobyt w zakładzie opiekuńczym lub wypisaniem pacjenta do domu, co eliminuje możliwość rehabilitacji usprawniającej i osiągnięcie sprawności funkcjonalnej na poziomie 75 punktów w Skali Barthel.

Pielęgniarską opieką długoterminową nie mogą być objęci pacjenci w ostrej fazie choroby psychicznej, co jest zrozumiałe, i terminalnej fazie choroby nowotworowej, co z kolei nie znajduje żadnego uzasadnienia merytorycznego. Szczególnie, że opieka paliatywno-hospicyjna jest dostępna tylko w większych miastach<sup>37</sup>.

Narodowy Fundusz Zdrowia nie pokrywa pełnych kosztów pobytu w zakładzie opiekuńczym. Ze środków publicznych pokrywane są jedynie koszty procedur medycznych oraz świadczeń opiekuńczych (w 2010 r. dzienna stawka wynosi 71 zł/dzień). Natomiast koszty wyżywienia i zakwaterowanie pokrywane są bezpośrednio przez pacjenta (art. 34a Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991). Wysokość miesięcznej opłaty jest stała, niezależna od ponoszonych kosztów i wynosi 250% minimalnej emerytury. Równocześnie ustawodawca wprowadził maksymalną opłatę uzależniając ją od możliwości płatniczych pacjenta tj. opłata nie może przekroczyć wartości 70% jego miesięcznego dochodu. Zdefiniowanie opłaty w taki sposób sprawia, że zakłady opiekuńcze, aby móc pobierać wyższe opłaty, szukają pacjentów z dochodami wyższymi niż 2,5 minimalnej emerytury.

Pielęgniarska opieka długoterminowa w domu świadczona jest osobom przewlekle chorym i niepełnosprawnym, w każdym wieku i z każdą jednostką chorobową, których zdolność do samoopieki, oceniana według Skali *Barthel*, nie przekracza 40 punktów. Kryteria kwalifikacyjne są takie same jak do opieki stacjonarnej w zakładzie opiekuńczym. Jej celem jest zapewnienie systematycznej, profesjonalnej opieki osobom przewlekle i obłożnie chorym w środowisku domowym. Do zadań pielęgniarskiej opieki długoterminowej (świadczonej w domu) należy (Art. 9, pkt. 1,2 Rozporządzenia): pielęgnacja, leczenie, rehabilitacja, pomoc w rozwiązywaniu problemów biologicznych, psychicznych, społecznych, pomoc choremu w samodzielnym funkcjonowaniu w środowisku domowym, wspieranie rodzin w czasie trwania choroby, edukacja zdrowotna osób objętych opieką, członków ich rodzin oraz bezpośrednich opiekunów<sup>38</sup>. Liczba pacjentów objętych opieką przez pielęgniarkę opieki

<sup>37</sup> Projekt zmian, do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. Nr 140 poz. 1147 z 2009 r. z późn. zm.), uwzględnia możliwość objęcia opieką w ramach opieki długoterminowej, także pacjentów z chorobą nowotworową.

<sup>38</sup> Opieka ta jest realizowana w dni powszednie, tj. od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 20.00 oraz w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy poprzez udzielanie świadczeń w medycznie uzasadnionych przypadkach.

długoterminowej nie powinna przekraczać miesięcznie 6 obłożnie chorych osób. Czas opieki powinien trwać nie krócej niż 1,5 godziny dziennie, średnio przez 4 dni w tygodniu (daje to wymiar czasu pracy średnio 169 godzin miesięcznie).

Pielęgniarka opieki długoterminowej współpracuje z: lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzami poradni specjalistycznych, pielęgniarką środowiskową, pracownikiem socjalnym, opiekunką społeczną oraz innymi osobami związanymi z realizowaną opieką. Nie może ona jednocześnie pełnić funkcji pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) (środowiskowej czy rodzinnej). Wymagane kwalifikacje pielęgniarki opieki długoterminowej to co najmniej 1 rok stażu pracy w lecznictwie zamkniętym i wykształcenie wyższe pielęgniarskie, ewentualnie średnie medyczne oraz specjalizacja lub kurs kwalifikacyjny w jednej z następujących dziedzin pielęgniarstwa: środowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, zachowawczego, geriatrycznego<sup>39</sup>.

W 2008 roku, NFZ wprowadził zmiany dotyczące opieki długoterminowej – tym razem do podstawowej opieki zdrowotnej. Pielęgniarka POZ mogła wybrać nową formę finansowania jej usług, zamiast dotychczasowego tzw. *per capita*, gdzie poziom finansowania zależy od liczby pacjentów wpisanych na jej listę (średnio 3000 osób), finansowanie tzw. zadaniowe. W tej formule realizacji usług, pielęgniarka obejmowała opieką co najmniej 8 pacjentów potrzebujących systematycznej opieki, na takich samych zasadach jak w pielęgniarskiej opiece długoterminowej, ale finansowanie było oparte na innej jednostce rozliczeniowej, nie na osobodniu lecz na liczbie i rodzaju wykonanych u pacjenta zadań pielęgnacyjnych<sup>40</sup> i pielęgniarskich. Finansowanie w trybie zadaniowym nie zwalniało pielęgniarki z wykonywania zadań przewidzianych dla POZ na rzecz pacjentów wpisanych na jej listę a wymagających świadczeń incydentalnych, zleconych przez lekarza. Ten zakres aktywności zawodowej pielęgniarki nie był odrębnie finansowany. NFZ wprowadził limit – comiesięczne sprawozdanie z wykonanych usług (zgodnie z wykazem NFZ<sup>41</sup>), zawierającym punktację i wycenę, nie mogło przekroczyć miesięcznie 5.000 zł.

<sup>39</sup> Od 2008 roku NFZ uznaje tylko wskazane przez siebie specjalizacje i kursy kwalifikacyjne. Jest to postrzegane jako kolejny krok NFZ zmierzający do ograniczenia dostępności do usług, polegający na nieuznawaniu kwalifikacji i odmowy kontraktowania świadczeń. Działania takie są niezgodnym z prawem ograniczeniem pielęgniarskich uprawnień zawodowych.

<sup>40</sup> Do zadań pielęgniarki wpisano także usługi pielęgnacyjne takie jak mycie, karmienie, golenie itp., które dotąd były wykonywane przez opiekunki społeczne bądź przez rodzinę.

<sup>41</sup> Wpisanie prostych czynności pielęgnacyjnych do katalogu usług wykonywanych przez pielęgniarki, od których jednocześnie wymaga się wyższego wykształcenia i dodatkowo podwyższonych kwalifikacji zawodowych, w kontekście braku pielęgniarek oraz środków na sfi-

Wiele pielęgniarek środowiskowych pracuje w formule praktyk lekarzy rodzinnych, którzy decydują o zakresie ich zadań pracowniczych. Często pełnią one jednocześnie rolę pielęgniarki, pielęgniarki zabiegowej i pielęgniarki środowiskowej (średnio około 3 tys. osób wpisanych na listę). W sytuacji gdy pielęgniarka taka zdecydowałaby się na przyjęcie pod swoją opiekę 8 osób obłożnie chorych do codziennej opieki i zrezygnowania z finansowania *per capita* pozornie zarabiałaby więcej, ale narzucony umową zakres zadań byłby wykonalny tylko dla pielęgniarek, które dotąd nie pracowały w podstawowej opiece zdrowotnej i nie miały rozbudowanych list pacjentów. Dotyczy to głównie pielęgniarek, które pracowały w domach pomocy społecznej i w związku z dokonywaną tam restrukturyzacją świadczeń<sup>42</sup> decydowały się na zmianę miejsca i formy zatrudnienia. Finansowanie pielęgniarskiej opieki środowiskowej w formie zadaniowej, w związku z brakiem odpowiednich środków w budżecie NFZ, było ograniczane limitami, a w połowie 2009 roku NFZ zaprzestał finansowania świadczeń z zakresu pielęgniarstwa zadaniowego w POZ. Sytuacja ta najbardziej dotknęła chorych mieszkańców DPS i pielęgniarki, które w konsekwencji zmian systemowych, poniosły wysiłek, który nie przyniósł spodziewanych efektów finansowych i zawodowych. Uwagę zwraca także zjawisko utrzymujących się długich kolejek oczekujących na świadczenia pielęgniarskiej opieki długoterminowej (mimo zaostrożonych kryteriów kwalifikacyjnych – tylko do 40 pkt. w Skali *Barthel*), co w połączeniu z prognozowanym spadkiem liczby wykwalifikowanych pielęgniarek (przeciętny wiek pielęgniarki w Polsce w 2008 roku wynosił 44,6 lata)<sup>43</sup>, spowoduje, że ta forma opieki będzie coraz trudniejsza do uzyskania. Z analiz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wynika, iż uprawnienia emerytalne w roku 2010 uzyska ok. 19 tysięcy pielęgniarek, do roku 2020 wiek 60 lat osiągnie ponad 95,5 tysiąca pielęgniarek, zaś w 2030 roku prawie 190 tysięcy<sup>44</sup>. Wartości te jednoznacznie wskazują iż bez działań promocyjnych, uatrakcyjnających

---

nansowanie ich pracy, spotkało się z ostrą krytyką środowiska zawodowego pielęgniarek oraz konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych.

<sup>42</sup> W związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz.U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), gwarantującą świadczenia zdrowotne wszystkim obywatelom, uznano, że nie ma podstawy prawnej do pokrywania przez domy pomocy społecznej kosztów gwarantowanych świadczeń zdrowotnych udzielanych na terenie DPS ich mieszkańcom, m.in. przez pielęgniarki będące pracownikami DPS. Mieszkańcy DPS zostali objęci zewnętrzną środowiskową opieką pielęgniarską oraz pielęgniarską opieką długoterminową.

<sup>43</sup> Obliczenia własne na podstawie danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych <http://www.izbapiel.org.pl/index.php?id=187>

<sup>44</sup> Informacje otrzymane od p. Elżbiety Buczkowskiej – prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

zawód pielęgniarstwa, nie będzie w przyszłości możliwości organizacji świadczeń opiekuńczych.

Zaniedbania pielęgnacyjne wywołują wiele poważnych problemów zdrowotnych i są przyczyną generowania kosztów w systemie ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Ponieważ przyjęte kryteria kwalifikacyjne do opieki długoterminowej ograniczają opiekę tylko do osób, które nie przekroczyły 40 pkt. w Skali *Barthel*, zaś z doświadczeń wynika, że osoby te potrzebują średnio 180 minut indywidualnej opieki na dobę, przy wyliczaniu norm zatrudnienia należy przyjąć 0,5 etatu na pacjenta<sup>45</sup>. Wynika stąd, że w stacjonarnej opiece długoterminowej powinno być zatrudnionych około 9 000 pielęgniarek (w zakładach opiekuńczych obecnie jest ok. 4500 łóżek). Tak więc deficyt w zatrudnieniu wynosi około 4 500 pielęgniarek (!).

W celu rozwiązania tego problemu we wrześniu 2007 roku wprowadzono w Polsce nowy zawód – opiekun medyczny<sup>46</sup>. Wprowadzenie na rynek pracy osób z wykształceniem w kierunku opiekuna medycznego mogłoby w znacznej mierze zmniejszyć wyliczony powyżej deficyt w zatrudnieniu – ponad 75% czynności wchodzi w zakres tzw. pielęgnacji podstawowej, zatem opiekun medyczny mógłby w tym zakresie odciążyć pielęgniarkę. Jednakże, aby spopularyzować opiekę domową oraz ułatwić dostęp do niej, niezbędne są inwestycje związane z rozwojem kształcenia opiekunów i stworzeniem stabilnych źródeł finansowania ich pracy. Równocześnie nadal niezbędne będą wykwalifikowane pielęgniarki, które powinny zlecać i nadzorować usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze wykonywane przez opiekunów.

Zatem, podsumowując można stwierdzić, iż najpoważniejsze problemy opieki długoterminowej finansowanej przez sektor ochrony zdrowia to:

- chaos pojęciowy – brak definicji opieki długoterminowej oraz podstawowych pojęć takich jak: świadczenie pielęgnacyjne, świadczenie opiekuńcze, świadczenie pielęgniarstwa, itp.<sup>47</sup>,
- brak usystematyzowanej terminologii dotyczącej następstw chorób i urazów oraz obowiązkowej sprawozdawczości, co skutkuje brakiem rozpoznania rzeczywistego zapotrzebowania na opiekę długoterminową

---

<sup>45</sup> Ibidem.

<sup>46</sup> Opiekun medyczny – osoba, która ukończyła 2-letnią zasadniczą szkołę zawodową publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej lub 1-roczną szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny, posiadająca kwalifikacje do wykonywania czynności w zakresie podstawowej pielęgnacji chorych i osób niesamodzielnych.

<sup>47</sup> Obecnie w Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad projektem rozporządzenia w sprawie standardów pielęgnowania w opiece długoterminowej, w którym definiuje się podstawowe pojęcia z zakresu opieki długoterminowej.

i uniemożliwia prowadzenie sensownej długofalowej polityki społecznej w tym obszarze<sup>48</sup>,

- brak koncepcji standaryzacji i kryteriów oceny jakości,
- narastający brak pielęgniarek i znacznie niższy poziom płac niż w szpitalach,
- drastyczne kryterium kwalifikacyjne (brak danych na temat rzeczywistej liczby osób potrzebujących stałej systematycznej opieki pielęgniarstwa, które nie zostały zakwalifikowane do opieki długoterminowej z powodu zastosowanego kryterium kwalifikacyjnego) i brak danych na temat kosztów jakie ponosi społeczeństwo w związku ograniczeniem dostępności do opieki długoterminowej,
- znaczne niedoszacowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia stawki za tzw. osobodzień opieki, średnio 60% w opiece stacjonarnej i 30% w opiece domowej<sup>49</sup>,
- nieadekwatna do rzeczywistych kosztów odpłatność pacjentów za pobyt oraz brak prawnego uregulowania dotyczącego podmiotów, które powinny współfinansować pozostałe koszty.

### ***Usługi opiekuńcze w systemie pomocy społecznej***

W ramach systemu pomocy społecznej usługi opiekuńcze są realizowane w trzech formach:

- domowej (otwartej): usługi opiekuńcze oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze realizowane w domu podopiecznego,
- półotwartej: dzienne domy pomocy,
- stacjonarnej (zamkniętej): rodzinne domy pomocy, domy pomocy społecznej, środowiskowe domy wsparcia.

Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze przysługują osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności wymaga pomocy innych osób. Mogą być one przyznane także osobie w rodzinie, która wymaga pomocy innych osób, w sytuacji gdy rodzina, a także wspólnie zamieszkujący małżonek, wstępni i zstępni nie są w stanie takiej pomocy zapewnić. Świadczenia opieki długoterminowej finansowane ze środków systemu pomocy społecznej przyznawane są na mocy decyzji administracyj-

---

<sup>48</sup> Obecnie trwają prace przygotowawcze do wdrożenia opracowanej przez WHO Skali Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), która może być skutecznym narzędziem w rozwiązywaniu podniesionych problemów.

<sup>49</sup> Na podstawie danych przesyłanych przez świadczeniodawców w opiece długoterminowej do konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych.

nej, na podstawie wywiadu środowiskowego sporządzonego przez pracownika socjalnego w domu podopiecznego.

Usługi opiekuńcze obejmują: zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych (sprzątanie, pranie, zakupy, sporządzanie posiłków), opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację, zapewnianie kontaktów z otoczeniem. Usługi te są realizowane jako zadanie własne gminy i są finansowane z budżetu gminy.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze są usługami dostosowanymi do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, które są świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Do końca września 2005 r. specjalistyczne usługi opiekuńcze były realizowane na podstawie rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 grudnia 1996 r. w sprawie rodzajów specjalistycznych usług opiekuńczych oraz kwalifikacji osób świadczących takie usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi, zasad i trybu ustalania i pobierania opłat za te usługi, jak również warunków częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat (Dz. U. z 1997 r. Nr 2, poz. 12), które zostało wydane na podstawie ustawy z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej.

Obowiązujące od dnia 1 października 2005 r. nowe rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. Nr 189, poz. 1598) wydane zostało na podstawie nowej ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Według przepisów tego rozporządzenia podniesione zostały wymagania kwalifikacyjne w stosunku do osób świadczących usługi specjalistyczne, poszerzono katalog jednostek, w których osoba świadcząca specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi może odbyć staż pracy.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze, z wyjątkiem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, są zadaniem własnym gminy. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi są zadaniem zleconym gminie, finansowanym z budżetu państwa. Do objęcia usługami opiekuńczymi i specjalistycznymi usługami opiekuńczymi kwalifikuje dyrektor ośrodka pomocy społecznej, w formie decyzji administracyjnej, ustalając ich zakres, okres i miejsce świadczenia. Wysokość opłat za usługi opiekuńcze, realizowane w ramach systemu opieki społecznej, uzależniona jest od posiadanych dochodów podopiecznego. Szczegółowe zasady przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz szczegółowe zasady częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat jak również trybu ich pobierania określa, w drodze uchwały, Rada Gminy.

Organizowanie wsparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi odbywa się we współpracy z zakładami psychiatrycznej opieki zdrowot-



nej, stosownie do art. 8 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 11, poz. 535 z późn. zm.). Dostępność do tych usług w Polsce oraz ich jakość jest niska. Jest to wynik bardzo ograniczonego, w stosunku do potrzeb i kosztów, budżetu, jaki lokalne samorządy przeznaczają na ten cel. Podniesienie wymagań kwalifikacyjnych w stosunku do osób świadczących specjalistyczne usługi opiekuńcze bez wprowadzenia okresu przejściowego spowodowało zagrożenie realizacji tych usług i protesty ze strony podmiotów i osób świadczących dotychczas te usługi. Nadal nie ma żadnej różnicy, w tym jakościowej, między usługami podstawowymi i specjalistycznymi.

Usługi opiekuńcze świadczone są w miejscu zamieszkania, ale realizowane mogą być również w formule półotwartej (dziennej). Do podstawowych dziennych form pomocy instytucjonalnej dla osób niedołączonych zalicza się: środowiskowy dom samopomocy, dzienny dom pomocy społecznej, klub samopomocy<sup>50</sup>. Tworzenie i finansowanie ośrodków wsparcia jest zadaniem własnym gminy lub powiatu. Mogą być one przeznaczone dla różnej kategorii osób, w tym dzieci, w zależności od potrzeb występujących na danym terenie.

Rodziny dom pomocy stanowi specjalną formę usług opiekuńczych i bytowych świadczonych przez osobę w jej miejscu zamieszkania dla nie mniej niż 3 i nie więcej niż 8 osób wymagających wsparcia w tej formie. Na koniec 2009 roku funkcjonowało w Polsce tylko 9 takich domów dla 52 osób ogółem.

Osoby wymagające całodobowej opieki ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność mają prawo do pobytu w domu pomocy społecznej. Jest to placówka całodobowego stałego pobytu zapewniająca usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu. Domy pomocy społecznej, w tym prowadzone na podstawie przepisów o działalności gospodarczej, muszą posiadać zezwolenie wojewody. Aby uzyskać zezwolenie wojewody na prowadzenie domu pomocy społecznej, musi on spełniać wymagane standardy (Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. Nr 217 poz. 1837).

Zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej prowadzenie i rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym oraz umieszczanie w nich skierowanych osób jest zadaniem własnym powiatu (w tym gmin na prawach powiatu) dofinansowywanym z budżetu państwa. Gminy także mogą prowadzić domy pomocy społecznej o zasięgu gminnym. Domy pomocy społecznej o zasięgu regionalnym i specjalistyczne mogą być prowadzone przez

---

<sup>50</sup> Przy ośrodkach wsparcia mogą być prowadzone całodobowe miejsca okresowego pobytu.



samorząd wojewódzki. Jednostki samorządu terytorialnego mogą zlecać prowadzenie domów pomocy społecznej, udzielając dotacji na finansowanie lub dofinansowanie realizacji zleconego zadania, w tym domy:

- dla osób w podeszłym wieku,
- dla osób przewlekle somatycznie chorych,
- dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- dla osób niepełnosprawnych fizycznie,
- dla osób przewlekle psychicznie chorych,
- dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.

W znowelizowanej Ustawie o pomocy społecznej z 2004 r., zostały zawarte regulacje prawne dotyczące także prywatnych placówek pełniących funkcje opiekuńcze w stosunku do osób starych, przewlekle chorych – w zakresie konieczności rejestracji i standardów świadczonych usług. Chodzi tutaj o placówki prowadzone przez osoby fizyczne i prawne, jako działalność gospodarczą. Istotna różnica polega również na tym, że osoby przebywają w nich na podstawie umowy z podmiotem, który prowadzi placówkę, a nie na podstawie decyzji administracyjnej wydanej przez odpowiedni organ (tak jak w przypadku domów pomocy społecznej). Wymóg posiadania zezwolenia na działalność gospodarczą w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku wynika z troski ustawodawcy o poziom usług świadczonych przez te placówki i konieczność ochrony praw osób w nich przebywających. Osoby starsze, chore, niepełnosprawne nie zawsze są w stanie dokonać obiektywnej oceny warunków jakie są im oferowane przez prywatne placówki. Mogą być też narażone na złe traktowanie, a rodziny, niejednokrotnie mieszkające w znacznej odległości nie mają regularnego kontaktu pozwalającego na realną ocenę sytuacji. Zezwolenie ww. placówkom wydaje w drodze decyzji administracyjnej wojewoda (właściwy ze względu na położenie placówki). Ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tj. Dz. U. nr 175, poz. 1362 ze zm.) daje również wojewodzie uprawnienie do kontrolowania omawianych placówek w zakresie standardów usług socjalno-bytowych<sup>51</sup> i przestrzegania praw osób w nich przebywających. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej

---

<sup>51</sup> Do 2007 roku domy pomocy społecznej były zobowiązane zapewnić ustawowo ustalony standard. Standardem objęte są usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające, a w domach dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie – również potrzeby edukacyjne. Standard zróżnicowany jest w zależności od typu domu, obejmuje także zatrudnienie odpowiedniej ilości pracowników socjalnych, zapewnienie kontaktu z psychologiem, a domach dla osób przewlekle psychicznie chorych również z psychiatrą oraz odpowiedni wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego. Przy ustalaniu wskaźników zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego wspomniany standard umożliwia uwzględnianie wolontariuszy, stażystów, praktykantów oraz osób odbywających służbę zastępczą, pracujących

nie posiada danych nt. placówek prowadzonych na podstawie zezwolenia na działalność gospodarczą. W 2008 roku w województwie mazowieckim przeprowadzono kontrolę prywatnych domów opieki. Około 160 domów działało bez rejestracji i nie spełniało wymaganych standardów<sup>52</sup>.

Według nowych przepisów decyzję o skierowaniu do domu pomocy społecznej i decyzję ustalającą opłatę za dom pomocy społecznej wydaje organ gminy właściwej dla tej osoby w dniu jej kierowania. Natomiast decyzję o umieszczeniu w domu pomocy społecznej wydaje organ gminy prowadzącej dom pomocy społecznej lub starosta powiatu prowadzącego dom pomocy społecznej. W przypadku regionalnych domów, decyzję wydaje marszałek województwa, oprócz regionalnych domów finansowanych z dochodów własnych samorządu województwa. W tym wypadku decyzję o skierowaniu wydaje organ gminy, a decyzję o umieszczeniu i opłacie za pobyt – marszałek województwa.

Jednocześnie w stosunku do domów prowadzonych przez osoby fizyczne, Kościół Katolicki, inne kościoły, związki wyznaniowe, organizacje społeczne, fundacje, stowarzyszenia, i inne osoby prawne (jeżeli nie są prowadzone na zlecenie jednostek samorządu terytorialnego) nie mają zastosowania przepisy dotyczące zasad kierowania i umieszczania osób w domu pomocy społecznej, ustalania średniego miesięcznego kosztu utrzymania w domu, zasad odpłatności za pobyt w domu, zasad zwalniania z odpłatności. Kwestie te mogą być określone przez takie domy w sposób dowolny. Podmioty prowadzące takie domy mogą świadczyć swoje usługi na podstawie umów cywilnoprawnych z dowolnie określonymi osobami. Również zakres świadczonych usług przez taki dom pomocy społecznej może wynikać bezpośrednio z zawartej umowy. Ustawa zezwala gminie na kierowanie osób do takich domów pomocy społecznej, jednak tylko pod warunkiem braku wolnych miejsc w domach prowadzonych bezpośrednio przez gminę, powiat lub przez podmioty niepubliczne na ich zlecenie.

Od początku 2004 roku, w związku z wejściem w życie nowych przepisów o sposobie kierowania i finansowania domów pomocy społecznej, znacznie zmniejszyły się kolejki osób oczekujących na miejsce w ponadgminnych domach pomocy społecznej, a w niektórych z nich okresowo są nawet wolne miejsca. Zasady te, mówią, iż zobowiązani do wnoszenia opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej są w kolejności:

---

bezpośrednio z mieszkańcami (nie więcej jak 30% ogólnej liczby zatrudnionych w zespole terapeutyczno-opiekuńczym).

<sup>52</sup> Informacje przedstawione przez prof. J. Hryniewicz na spotkaniu grupy roboczej ds. opracowania projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, którego członkami były również Autorki niniejszego tekstu. Więcej o tym także M. Grewiński, *Wielosektorowa polityka społeczna – o przeobrażeniach państwa opiekuńczego*, Warszawa 2009.

- 1) mieszkaniac domu (do wysokości 70% swojego dochodu),
- 2) małżonek, zstępni przed wstępnymi,
- 3) gmina, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej – w wysokości różnicy między średnim kosztem utrzymania w domu pomocy społecznej a opłatami wnoszonymi przez osoby, o których mowa w pkt. 1 i 2.

Ponieważ gminy zostały zobligowane do pokrycia kosztów pobytu, wzbraniają się one przed kierowaniem osób wymagających wsparcia do domów pomocy społecznej, tłumacząc się brakiem środków finansowych na to zadanie. Powszechnie wykorzystywana jest prawna możliwość administracyjnego kierowania do publicznych ZOL lub ZPO, gdyż tam na skutek luk prawnych, gmina nie jest obowiązana pokrywać kosztów pobytu. Dlatego też na zwolnione miejsca w domach pomocy społecznej (dotyczyło to głównie domów pomocy społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych, ale było zróżnicowane w zależności od rejonu kraju) nie ma takiego zapotrzebowania jak wcześniej.

Nowe zasady ponoszenia opłat z tytułu pobytu w domu pomocy społecznej uwzględniają zatem sytuację materialną osób i rodzin, ale nie zwalniają ich z odpowiedzialności za swoich niepełnosprawnych członków. Przy ustalaniu odpłatności brana jest pod uwagę rzeczywista sytuacja materialna rodziny, w taki sposób, aby obciążona opłatą, sama nie znalazła się w sytuacji wymagającej wsparcia pieniężnego z pomocy społecznej. W przypadku, gdy rodzina z jakiegoś powodu nie wpłaci opłaty ustalonej w drodze porozumienia, gmina wnosi ją zastępczo, a potem może wszcząć postępowanie w sprawie zwrotu tych środków. Przeniesienie częściowej opłaty na gminy, miało na celu m.in. wyzwolenie w nich inicjatywy rozwijania usług środowiskowych dla swoich mieszkańców, z czego wcześniej gminy często rezygnowały, przenosząc obciążenia na powiaty prowadzące domy pomocy społecznej. Ustawodawca umożliwił również radzie gminy określenie, w drodze uchwały, dla mieszkańców domów, ich małżonków i krewnych korzystniejszych warunków ustalania opłat za pobyt w domu pomocy społecznej o zasięgu gminnym, częściowego lub całkowitego zwolnienia z tych opłat oraz zwrotu należności za okres nieobecności osoby w domu. W razie braku takiej uchwały stosuje się zasady określone w ustawie.

### 3.2.2. Świadczenia pieniężne

#### *System „ubezpieczeń” społecznych*

Z systemu „ubezpieczeń” społecznych wypłacane są jedynie świadczenia pieniężne. Na system „ubezpieczeń” społecznych składają się 3 odrębne podsystemy: system ubezpieczeń pracowniczych (zarządzany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych – ZUS), system ubezpieczeń rolniczych (zarzą-

dzany przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego – KRUS) oraz system zabezpieczenia społecznego finansowany z budżetu (odrębne systemy organizowane m.in. służb mundurowych czy prokuratorów).

Z tych wszystkich podsystemów wypłacane jest tylko jedno świadczenie związane z opieką długoterminową – dodatek pielęgnacyjny. Podobnie jak w przypadku innych świadczeń o charakterze dodatków, prawo do niego przysługuje – po spełnieniu dodatkowych warunków – jedynie wówczas, gdy ubezpieczony posiada prawo do świadczenia głównego, którym może być:

- 1) emerytura,
- 2) renta z tytułu niezdolności do pracy,
- 3) renta rodzinna.

Aby uzyskać prawo do dodatku pielęgnacyjnego należy spełnić następujące warunki:

- 1) orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy (tj. niemożność wykonywania jakiejkolwiek pracy) oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji<sup>53</sup>, bądź
- 2) ukończyć co najmniej 75 lat.

Wszyscy świadczeniobiorcy świadczeń z systemu pracowniczego ubezpieczenia społecznego (emerytury bądź którejś z rent) w wieku 75 lat i więcej otrzymują dodatek pielęgnacyjny automatycznie. Celem świadczenia jest umożliwienie zakupu świadczeń pielęgnacyjnych w opiece domowej. Nie jest to literalnie stwierdzone w prawie, lecz wniosek ten można wysnuć na podstawie zasady, która mówi, że prawo do dodatku ulega zawieszeniu osobom przebywającym w domu pomocy społecznej, w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, wyłączwszy okresy, gdy osoba nie przebywała w placówce przez co najmniej dwa tygodnie w miesiącu. W rezultacie dodatek pielęgnacyjny może być jedynie przeznaczony na nieformalną opiekę domową bądź opiekę półotwartą.

Wysokość świadczenia jest stała, niezależnie od tego z którego podsystemu „ubezpieczeń” społecznych jest wypłacana. Jej aktualna wysokość jest ogłaszana przez Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Monitorze Polskim. W okresie 2003–2010 był on bliski 13% średniego świadczenia z ubezpieczenia społecznego, zaś jego wartość nominalna wzrosła o 27,8% (z poziomu 141,7 zł w roku 2003 do 181,1 zł w roku 2010).

Biorąc pod uwagę wysokość świadczenia, a przede wszystkim zakres świadczeń jaki jest w stanie za nie miesięcznie opłacić dana osoba, oraz fakt przy-

---

<sup>53</sup> Kryterium to jest weryfikowane przez lekarza orzecznika ZUS (w przypadku pracowniczych ubezpieczeń) bądź przez lekarza orzecznika KRUS (w przypadku ubezpieczeń rolnych).

znawania go wszystkim emerytom i rencistom, którzy osiągnęli wiek 75 lat i więcej, można domniemywać, iż świadczenie to ma raczej charakter instrumentu walki z ubóstwem osób starszych i traktowane jest jako „dodatek emerytalny”, nie zaś instrument zabezpieczający potrzeby opiekuńcze osób starszych.

### ***System pomocy społecznej***

W ramach systemu pomocy społecznej świadczeniami pieniężnymi związanymi z opieką długoterminową w Polsce jest zasiłek pielęgnacyjny oraz świadczenie pielęgnacyjne. Przepisy ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. Nr 228, poz. 2255 z późn. zm.) zaliczają je do świadczeń opiekuńczych.

Zasiłek pielęgnacyjny jest wypłacany osobom, niezależnie do wysokości dochodów, spełniającym następujące warunki:

- 1) niepełnosprawnemu dziecku do 16 roku życia wymagającemu opieki osoby trzeciej,
- 2) osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16 roku życia legitymującej się orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, jeżeli niepełnosprawność powstała przed ukończeniem 21 roku życia,
- 3) osobie legitymującej się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- 4) osobie, która ukończyła 75 lat.

Zatem, biorąc pod uwagę oba świadczenia pieniężne (dodatek oraz zasiłek) można stwierdzić, iż wszyscy obywatele w wieku 75 lat i więcej uprawnieni są do pieniężnego świadczenia w opiece długoterminowej<sup>54</sup> co sprawia, że wydatki związane z tymi świadczeniami są bardzo wrażliwe na zmiany demograficzne związane ze starzeniem się ludności<sup>55</sup>.

Wysokość zasiłku pielęgnacyjnego była zazwyczaj taka sama jak wysokość dodatku pielęgnacyjnego, lecz od roku 2006 zasiłki pielęgnacyjne nie były waloryzowane. Od tego roku do roku 2010 wysokość świadczenia wynosiła 153 zł. Następna waloryzacja świadczeń (do poziomu dodatku pielęgnacyjnego z 2009 r. – 173,1 zł) była planowana w dniu 1 marca 2010 roku (lecz do dnia złożenia niniejszego tekstu nie została ona przeprowadzona). Ponadto planuje się, że świadczenie to będzie waloryzowane raz na 3 lata.

<sup>54</sup> W przypadku równoczesnego uprawnienia do obu świadczeń wypłacane jest tylko jedno z nich – dodatek pielęgnacyjny.

<sup>55</sup> Wydatki na świadczenia pieniężne w opiece długoterminowej z tytułu wieku z poziomu 0,3 proc. PKB dzisiaj wzrosną do ponad 1,4 proc. PKB w 2060 r. Więcej patrz J. Koettl, B. Więckowska, *Polska: Kto będzie świadczyć oraz finansować opiekę nad osobami starszymi w przyszłości? Pogląd bionna analiza obecnych oraz przyszłych wydatków publicznych na opiekę długoterminową*, Raport Banku Światowego, Warszawa, sierpień 2010.

Świadczenie pielęgnacyjne (obecnie, tj. w 2010 r. wynosi 520 zł) z tytułu rezygnacji z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej przysługuje:

- 1) matce albo ojcu, lub
- 2) innym osobom, na których zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. Nr 9, poz. 59, z późn. zm.) ciąży obowiązek alimentacyjny,
- 3) opiekunowi faktycznemu dziecka (tj. osobie faktycznie opiekującej się dzieckiem, która wystąpiła z wnioskiem do sądu rodzinnego o przysposobienie dziecka)

– jeżeli nie podejmują lub rezygnują z zatrudnienia bądź innej pracy zarobkowej w celu sprawowania opieki nad osobą legitymującą się orzeczeniem o niepełnosprawności, łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji, albo osobą legitymującą się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Świadczenie pielęgnacyjne nie przysługuje, jeżeli:

- 1) osoba sprawująca opiekę ma ustalone prawo do emerytury, renty, renty socjalnej, zasiłku stałego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego;
- 2) osoba wymagająca opieki:
  - a) pozostaje w związku małżeńskim;
  - b) została umieszczona w rodzinie zastępczej, z wyjątkiem rodziny zastępczej spokrewnionej z dzieckiem, na której ciąży obowiązek alimentacyjny, albo, w związku z koniecznością kształcenia, rewali-dacji lub rehabilitacji w placówce zapewniającej całodobową opiekę, w tym w specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym i korzysta w niej z całodobowej opieki przez więcej niż 5 dni w tygodniu, z wyjątkiem zakładów opieki zdrowotnej;
- 3) osoba w rodzinie ma ustalone prawo do wcześniejszej emerytury na to dziecko;
- 4) osoba w rodzinie ma ustalone prawo do dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego albo do świadczenia pielęgnacyjnego na to lub na inne dziecko w rodzinie;
- 5) na osobę wymagającą opieki członek rodziny jest uprawniony za granicą do świadczenia na pokrycie wydatków związanych z opieką, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej.

Osobie innej niż spokrewniona w pierwszym stopniu, na której ciąży obowiązek alimentacyjny, świadczenie pielęgnacyjne przysługuje, pod warunkiem, że nie ma osoby spokrewnionej w pierwszym stopniu albo gdy osoba ta nie jest w stanie sprawować opieki nad osobą niepełnosprawną.

Od 1 stycznia 2010 r. obowiązują nowe przepisy istotnie zmieniające problematykę świadczeń pielęgnacyjnych. Jedną z najważniejszych zmian, wprowadzonych ustawą z 19 listopada 2009 r. o zmianie niektórych ustaw związanych z realizacją wydatków budżetowych (Dz. U. z 2009 r. Nr 219, poz. 1706), jest likwidacja kryterium dochodowego, gwarantującego prawo do świadczenia pielęgnacyjnego. Obecnie prawo do świadczenia pielęgnacyjnego będzie ustalane niezależnie od dochodów rodziny. Zniesienie kryterium dochodowego dla świadczeń pielęgnacyjnych sprawia, iż zmienia ono swoje przeznaczenie – zamiast stanowić wsparcie finansowe dla osób najmniej zamożnym, być elementem systemu pomocy społecznej, w przypadku kumulacji ryzyk (ubóstwo oraz niesamodzielność członka rodziny) staje się świadczeniem wychodzącym ponad minimalne standardy bezpieczeństwa socjalnego – świadczeniem pieniężnym dedykowanym opiekunom osoby niepełnosprawnej. Należałoby jednakże zadać sobie tutaj pytanie: „po co bogatym 500 zł?”<sup>56</sup>.

Nadal świadczenia pielęgnacyjnego nie mogą otrzymać osoby pozostające w związku małżeńskim, co jest sprzeczne z ideą tego świadczenia. Jednakże Trybunał Konstytucyjny 1 czerwca 2010 roku przedstawił Sejmowi uwagi o niezbędnych zmianach do ustawy o świadczeniach rodzinnych, w tym wprowadzenie do ustawy o świadczeniach rodzinnych zmiany, że pozostawanie osoby wymagającej opieki w związku małżeńskim nie stanowi przeszkody do otrzymania świadczenia pielęgnacyjnego w sytuacji, gdy małżonek tej osoby jest również niepełnosprawny, a opiekunem obojga jest ich dziecko tj. córka lub syn.

#### **4. PRZEMIANY W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE W KONTEKŚCIE PRZEOBRAŻEŃ POLITYKI SPOŁECZNEJ**

W obszarze opieki długoterminowej obserwowane są niemal wszystkie, z opisanych w rozdziale 1 autorstwa Mirosława Grewińskiego, zmiany w sferze polityki społecznej. Jednakże występują one jedynie w zakresie świadczeń rzeczowych i usług w naturze. W przypadku świadczeń pieniężnych tenden-

---

<sup>56</sup> Być może lepsze wyniki osiągnięto by poprzez zwiększenie wysokości świadczenia (przy założeniu takiej samej puli wydatków jak przy zniesionym kryterium dochodowym).



cja jest wręcz odwrotna. Zniesienie kryterium dochodowego dla świadczeń opiekuńczych oraz utrzymywanie uprawnień do dodatku/zasiłku pielęgnacyjnego dla wszystkich osób powyżej 75 roku życia jest wręcz zaprzeczeniem idei odejścia od rozwiązań masowych i wyłączenia z nich osób najzamożniejszych.

W ramach usług opiekuńczych zauważa się decentralizację zarówno fiskalną, jak i administracyjną. Decentralizacja fiskalna przejawia się w przekazywaniu odpowiedzialności gminom za finansowanie opieki długoterminowej w domach pomocy społecznej. Jak już wspomniano reakcją na takie rozwiązanie jest zaprzestanie kierowania ubogich osób niesamodzielnych<sup>57</sup> do domów pomocy społecznej kosztem zwiększenia obciążeń zakładom opiekuńczym. Decentralizacja administracyjna jest natomiast obserwowana w obszarze świadczeń opieki długoterminowej finansowanych w ramach systemu ochrony zdrowia. Narodowy Fundusz Zdrowia przydziela środki oddziałom regionalnym, które następnie samodzielnie decydują o ich alokacji w ramach kontraktów z poszczególnymi zakładami opiekuńczymi<sup>58</sup>.

Drugim ważnym zjawiskiem wpływającym na reorganizację opieki długoterminowej w Polsce jest demonopolizacja. Przejawia się ona w przekazywaniu realizacji części zadań społecznych organizacjom pozarządowym lub podmiotom prywatnym. Podobnie jak w przypadku decentralizacji, zjawisko to można zaobserwować jedynie dla świadczeń rzeczowych i usług w naturze, świadczenia pieniężne nadal pozostają w domenie centralnej polityki i finansowania ze strony państwa. Od roku 2004 (zmiana sposobu finansowania) liczba instytucji w sektorze pomocy społecznej stale rośnie, lecz sama liczba domów pomocy społecznej pozostaje niemalże stała – na poziomie ok. 820 (tabela 2). Również i struktura domów względem własności jest stała – około 74% domów podlega organom publicznym, pozostałe zaś są domami niepublicznymi. Większość niepublicznych DPS prowadzona jest przez instytucje kościelne oraz organizacje pozarządowe działające na zlecenie samorządu terytorialnego, który wypłaca dotacje na prowadzenie domów i ich działalność<sup>59</sup>. Należy tutaj zauważyć, że dane prezentowane poniżej są danymi „oficjalnymi”, nieuwzględniającymi instytucji oferujących opiekę nad osobami niedołącznymi, które są niewpisane do rejestru i znajdują się poza nadzorem

<sup>57</sup> Pamiętajmy, że gmina jest ostatnim podmiotem finansującym świadczenia tj. pokrywa koszty pobytu w DPS dopiero wówczas gdy mieszkaniec oraz rodzina jest finansowo niewydolna.

<sup>58</sup> Szerzej o przemianach w sferze ochrony zdrowia patrz Rozdział 3, autorstwa M. Osak.

<sup>59</sup> M. Grewiński, *Wielosektorowa polityka społeczna. O przeobrażeniach państwa opiekuńczego*, WSPTWP, Warszawa 2009, s. 272.

instytucjonalnym. Są to instytucje prowadzone pod szyldem pensjonatu, hostelu, agroturystyki itd.<sup>60</sup>.

**Tabela 4. Infrastruktura pomocy społecznej w Polsce (2004–2008)**

		Łącznie (publiczne i niepubliczne)	Publiczne		Niepubliczne	
			liczba	w %	liczba	w %
Instytucje						
Łącznie	2004	1 154	711	61,6%	443	38,4%
	2005	1 196	686	57,4%	510	42,6%
	2006	1 255	693	55,2%	562	44,8%
	2007	1 313	706	53,8%	607	46,2%
	2008	1 334	703	52,7%	631	47,3%
Domy pomocy społecznej	2004	831	628	75,6%	203	24,4%
	2005	823	611	74,2%	212	25,8%
	2006	821	610	74,3%	211	25,7%
	2007	821	606	73,8%	215	26,2%
	2008	827	605	73,2%	222	26,8%
Inne*	2004	323	83	25,7%	240	74,3%
	2005	373	75	20,1%	298	79,9%
	2006	434	83	19,1%	351	80,9%
	2007	492	100	20,3%	392	79,7%
	2008	507	98	19,3%	409	80,7%
Miejsca						
Łącznie	2004	96 090	71 474	74,4%	24 616	25,6%
	2005	97 515	70 911	72,7%	26 604	27,3%
	2006	99 130	70 114	70,7%	29 016	29,3%
	2007	101 101	70 024	69,3%	31 077	30,7%
	2008	100 832	69 371	68,8%	31 461	31,2%

<sup>60</sup> W województwie mazowieckim w roku 2006 służby wojewody posiadały zarejestrowaną jedynie jedną piątą placówek całodobowej opieki. Przyczyną tego jest fakt niespełniania standardów, które jednak dla placówek całodobowej opieki są znacznie niższe niż dla domów pomocy społecznej. Więcej: M. Grewiński, R. Szarfenbeg, *Sytuacja służb pomocy społecznej na przykładzie województwa mazowieckiego – raport z badań*, [w:] *Aktywizacja, partnerstwo, partycypacja – o odpowiedzialnej polityce społecznej*, M. Grewiński, J. Tyrowicz (red.), Warszawa 2007, s. 37–39.

Tabela 4. (cd.)

		Łącznie (publiczne i niepubliczne)	Publiczne		Niepubliczne	
			liczba	w %	liczba	w %
Domy pomocy społecznej	2004	81 559	68 586	84,1%	12 973	15,9%
	2005	81 246	67 851	83,5%	13 396	16,5%
	2006	80 404	67 028	83,4%	13 376	16,6%
	2007	79 890	66 396	83,1%	13 494	16,9%
	2008	79 752	65 897	82,6%	13 885	17,4%
Inne*	2004	14 531	2 888	19,9%	11 643	80,1%
	2005	16 269	3 060	18,8%	13 209	81,2%
	2006	18 726	3 086	16,5%	15 640	83,5%
	2007	21 211	3 628	17,1%	17 583	82,9%
	2008	21 080	3 474	16,5%	17 606	83,5%
<b>Mieszkańcy</b>						
Łącznie	2004	93 930	70 740	75,3%	23 190	24,7%
	2005	93 372	69 197	74,1%	24 175	25,9%
	2006	94 418	68 579	72,6%	25 839	27,4%
	2007	96 696	68 491	70,8%	28 205	29,2%
	2008	98 416	68 497	69,6%	29 919	30,4%
Domy pomocy społecznej	2004	80 362	67 643	84,2%	12 719	15,8%
	2005	78 887	66 114	83,8%	12 773	16,2%
	2006	78 672	65 849	83,7%	12 823	16,3%
	2007	78 407	65 352	83,3%	13 055	16,7%
	2008	78 871	65 335	82,8%	13 536	17,2%
Inne*	2004	13 568	3 097	22,8%	10 471	77,2%
	2005	14 485	3 083	21,3%	11 402	78,7%
	2006	15 746	2 730	17,3%	13 016	82,7%
	2007	18 289	3 139	17,2%	15 150	82,8%
	2008	19 545	3 162	16,2%	16 383	83,8%

\* Obejmują m.in. schroniska dla bezdomnych, domy dla kobiet w ciąży.

Źródło: obliczenia własne na podstawie: *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia*, GUS, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009.

Mimo, iż liczba domów pomocy społecznej jest raczej niezmienna, to w tym samym okresie zmniejszyła się liczba miejsc w domach, co przełożyło się na zmniejszenie przeciętnej wielkości domu – w roku 2004 dom pomocy społecznej liczył przeciętnie 99 miejsc, zaś w roku 2008 było to już 97 miejsc. Co więcej, porównując strukturę mieszkańców domów publicznych vs. niepublicznych można stwierdzić, iż są one znacznie mniejsze – stanowią ok. 27% wszystkich domów lecz obejmują równocześnie jedynie 17% wszystkich mieszkańców.

W znacznie większym tempie następuje demonopolizacja w sferze opieki długoterminowej świadczonej przez sektor ochrony zdrowia. W Polsce w 2010 roku funkcjonowały 353 niepubliczne zakłady opiekuńcze (zaś jedynie 205 publicznych). Stanowiło to 63% wszystkich zakładów<sup>61</sup>. Proces demonopolizacji w sferze świadczeń opiekuńczych udzielanych przez zakłady opiekuńcze jest szybszy w porównaniu do analogicznych instytucji sektora pomocy społecznej. Przyczyną tego jest fakt uzależnienia podpisania kontraktu z NFZ od formalnej rejestracji zakładu a tym samym, od spełnienia szeregu wymogów nakładanych na instytucje sektora ochrony zdrowia. Ponieważ płatnik publiczny jest monopolistą w wydatkowaniu środków w bazowym systemie ochrony zdrowia, posiadanie z nim kontraktu na świadczenie usług jest warunkiem koniecznym dla stabilności finansowej zakładu opiekuńczego.

Na podstawie powyższych danych oraz analiz przeprowadzonych w poprzednim podrozdziale można również ocenić stopień komercjalizacji opieki długoterminowej w Polsce. Jak stwierdzono w rozdziale 1 na komercjalizację składa się prywatyzacja oraz urynkowienie. Zmiany w sposobie finansowania pobytu w domach pomocy społecznej – zobligowanie mieszkańca oraz rodziny do pokrywania kosztów, z uwzględnieniem jednakże ich sytuacji materialnej oraz obowiązek współfinansowania pobytu w zakładzie opiekuńczym przez pacjenta wskazują na dokonującą się prywatyzację odpowiedzialności. Rodzina jest prawnie odpowiedzialna za opiekę nad osobami niedołącznymi, lecz równocześnie można stwierdzić, iż w swoich działaniach bardzo często jest ona pozostawiona sama sobie<sup>62</sup>.

Prywatyzacja własności w sferze opieki długoterminowej finansowanej w ramach „oficjalnych struktur” pomocy społecznej dokonywana jest niezmiennie powoli. Przyczyną tego, jak już stwierdzono, jest ucieczka świadczeniodawców do szarej strefy będącej poza kontrolą władz lokalnych<sup>63</sup>. Z drugiej

<sup>61</sup> Raport CSIOZ: Liczba placówek ochrony zdrowia wg rodzaju jednostki na dzień 2010-09-13 w kraju, [www.rejestrzoz.gov.pl](http://www.rejestrzoz.gov.pl).

<sup>62</sup> E. Mikulec, *Matkę oddam na wakacje*, Gazeta Wyborcza, środa 15 sierpnia 2009 r.

<sup>63</sup> Obserwowane jest również zjawisko polegające na tym, że domy (domy pomocy społecznej oraz domy opieki) zamknięte z powodu nie spełniania określonych warunków (standar-

strony istnieją ogromne problemy kadrowe w kontroli tych ośrodków, które posiadają zezwolenie wojewody na prowadzenie działalności<sup>64</sup>. Jednakże nawet wizja kary<sup>65</sup> jaka może zostać nałożona na placówkę przez wojewodę nie jest czynnikiem hamującym działania niepożądane. Właściciele placówek, często, mimo że wiedzą o konieczności rejestracji i wymierzonej już karze, w dalszym ciągu nie rejestrują placówek ponieważ kwota kary w stosunku do potencjalnego zysku z działalności postrzegana jest jako niewielka<sup>66</sup>.

Z drugiej strony liczba niepublicznych placówek opiekuńczych finansowanych w ramach systemu ochrony zdrowia jest znacznie wyższa niż liczba placówek publicznych. Jest to skutek braku zgody społecznej na restrukturyzację szpitali powiatowych i przekształcenie ich w zakłady opieki długoterminowej. Również władze samorządów powiatowych i gminnych nie traktują tworzenia infrastruktury opieki długoterminowej jako priorytetowej. Jednak najpoważniejszym „hamulcem” jest rzeczywisty brak środków na inwestycje oraz finansowanie działalności i niemożność sprostania wysokim wymagom lokalowym, kadrowym oraz „szpitalnemu” zakresowi działania, co skutecznie uniemożliwia tworzenie publicznych placówek opiekuńczych poza infrastrukturą szpitala.

W jeszcze mniejszym stopniu w zabezpieczeniu opieki długoterminowej w Polsce można zaobserwować proces urynkwiania. W przeciwieństwie do wyżej opisanych przemian prowadzenie elementów rynkowych jest jednakże znacznie większe dla świadczeń opieki długoterminowej udzielanej poprzez sektor pomocy społecznej. Istnieje tutaj znacznie większa swoboda kształtowania cen tj. mimo iż gmina nabywa miejsca w DPS z pozycji publicznego monopolisty, ośrodki te mogą oferować swoje usługi również świadczenio-

---

dów), są ponownie otwierane przez tę samą osobę, ale pod inną nazwą i niekiedy pod innym adresem. M. Topolewska, *Wojewodowie karzą prywatne domy opieki działające bez zezwolenia*, Dziennik Gazeta Prawna, 26 maja 2010.

<sup>64</sup> M. Hodak, *Domy opieki społecznej poza kontrolą*, Polska Dziennik Łódzki, 20 grudnia 2007.

<sup>65</sup> Zgodnie z Art. 130 Ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tj. Dz. U. nr 175, poz. 1362 ze zm.):

2. *Kto bez zezwolenia prowadzi placówkę zapewniającą całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, w której przebywa:*

1) *nie więcej niż 10 osób – podlega karze pieniężnej w wysokości 10 000 zł;*

2) *więcej niż 10 osób – podlega karze pieniężnej w wysokości 20 000 zł.*

3. *W przypadku prowadzenia bez zezwolenia przez jeden podmiot więcej niż jednej placówki, o której mowa w ust. 2, karę wymierza się osobno za każdą z placówek.*

4. *Kto po uprawnieniu się decyzji o nałożeniu kary pieniężnej za prowadzenie bez zezwolenia wojewody placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku nie zaprzestął jej prowadzenia, podlega karze pieniężnej w wysokości 40 000 zł.*

<sup>66</sup> M. Topolewska, *Prywatne domy opieki będą pod większą kontrolą*, Dziennik Gazeta Prawna, 11 stycznia 2010.

biorcom prywatnym (którymi w przyszłości mają się stać również zakłady ubezpieczeń).

W przypadku świadczeń opieki długoterminowej finansowanej przez sektor ochrony zdrowia zakres negocjacji cenowych jest znacznie bardziej ograniczony. Narodowy Fundusz Zdrowia nabywa świadczenia w trybie konkursu ofert bądź rokowań (Art. 149 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.))<sup>67</sup>. W obu przypadkach Fundusz ma prawo negocjować cenę za punkt w danej grupie świadczeń. W praktyce Fundusz wykorzystuje pozycję monopolisty dyktując zarówno cenę za punkt, jak i wielkość kontraktu. Zatem, mimo iż po stronie świadczeniodawcy formalnie istnieje swoboda zawierania umów, brak kontraktu z NFZ, z niemalże jedynym płatnikiem trzeciej strony<sup>68</sup>, istotnie osłabia pozycję świadczeniodawcy na rynku świadczeń zdrowotnych.

Bardzo ważną rolę w świadczeniu opieki długoterminowej, w szczególności opieki paliatywno-hospicyjnej, odgrywają organizacje pozarządowe, z których największe znaczenie w sferze opieki długoterminowej posiada Kościół. Uspołecznienie opieki długoterminowej wiąże się z pewnego rodzaju brakiem zaufania wobec świadczeniodawcy działającego *for-profit* wynikającego z asymetrii informacji pomiędzy świadczeniodawcą i świadczeniobiorcą. Rola instytucji trzeciego sektora mogłaby być jeszcze większa gdyby instytucje te objęły swoim działaniem, niezwykle istotną, opiekę wytnieniową<sup>69</sup>.

## **5. ZNACZENIE PRZEMIAN W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ DLA POLITYKI SPOŁECZNEJ W POLSCE**

Obserwowane przemiany w opiece długoterminowej w Polsce występujące równolegle z przerzucaniem odpowiedzialności pomiędzy sektorami oraz, co

---

<sup>67</sup> Wyjątek stanowią umowy zawierane ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej lub wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi (Art. 159 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)).

<sup>68</sup> Pamiętajmy, że możliwości finansowe osoby niesamodzielnej oraz jej rodziny są w znacznej mierze ograniczone.

<sup>69</sup> Okresowe (najczęściej maksymalnie 4 tyg. w roku) zastępstwo opiekuna nieformalnego przez opiekuna formalnego. Celem świadczenia jest możliwość odpoczynku opiekuna nieformalnego oraz ułatwienie godzenia opieki z życiem osobistym.

chyba najważniejsze, z przemianami socjo-demograficznymi<sup>70</sup>, polegającymi na pogłębianiu się procesów starzenia się ludności, zmniejszania wielkości rodziny, zwiększaniu obciążeń kobiet, prowadzą do stałego wzrostu wydatków publicznych na świadczenia opieki długoterminowej, które zgodnie z prognozami, z poziomu 1% PKB dzisiaj wzrosną do ponad 2,5% PKB w roku 2060. Natomiast w ujęciu realnym, wydatki publiczne wzrosną do 21,5 miliarda w roku 2020, do 35.5 miliarda w roku 2030 oraz 71 miliardów w roku 2060<sup>71</sup>.

Z tego względu, wzorując się na innych krajach, w Polsce podjęto działania na rzecz wyodrębnienia systemu zabezpieczenia opieki długoterminowej. Powołany w roku 2007 przez Ministra Zbigniewa Religę<sup>72</sup> zespół ds. opracowania projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym zaproponował, czerpiąc z doświadczeń niemieckich, użycie metody ubezpieczeniowej w publicznej części systemu. Podstawowe zasady, jakim miałyby podlegać wprowadzany system to:

- obowiązkowość i powszechność,
- solidaryzm społeczny,
- samorządność,
- prawo wolnego wyboru świadczeniodawcy przez ubezpieczonego,
- zapewnienie równego dostępu do świadczeń,
- gospodarność i celowość działania,
- prymat rehabilitacji nad świadczeniami pielęgnacyjnymi,
- prymat opieki domowej nad stacjonarną,
- obowiązek udziału w programach profilaktycznych oraz aktywnego udziału w leczeniu i rehabilitacji w celu zapobiegania niesamodzielności,
- 12-miesięczny okres karencji.

Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne miałyby być wprowadzone jako niezależny filar „ubezpieczeń” społecznych obok ubezpieczenia chorobowego, rentowego, wypadkowego, emerytalnego, zdrowotnego. Składka za ubezpieczenie pielęgnacyjne miała wpływać, za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, do nowopowstałego Funduszu Ubezpieczenia Pielęgnacyjnego (FUP). Struktura Funduszu miała, podobnie jak w systemie niemieckim,

---

<sup>70</sup> Więcej patrz: B. Więckowska, *Demograficzne oraz socjologiczne determinanty popytu na formalną opiekę długoterminową dla niepełnych osób starszych*, [w:] W. Ronka-Chmielowiec, K. Jajuga (red.), *Inwestycje finansowe i ubezpieczenia – tendencje światowe a polski rynek*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2004, Tom II.

<sup>71</sup> J. Koettl, B. Więckowska, *Polska: Kto będzie świadczyć oraz finansować opiekę nad osobami starszymi w przyszłości? Pogłębiona analiza obecnych oraz przyszłych wydatków publicznych na opiekę długoterminową*, Raport Banku Światowego, Warszawa, sierpień 2010.

<sup>72</sup> Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 lutego 2007 r. w sprawie powołania zespołu do spraw opracowania projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym (Dz. Urz. mz. 07.03.07).



bazować na strukturze oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia, dzięki czemu ograniczone zostałyby koszty administracyjne działania systemu. Ponadto zakładało się, że obowiązek uczestniczenia w systemie pielęgnacyjnym będzie dotyczył wszystkich osób powyżej 18 roku życia, zatem również emerytów i rencistów. Taka konstrukcja pozwoliłaby na osiągnięcie stabilności finansowej systemu wobec procesu starzenia się społeczeństwa polskiego.

W projekcie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym nie był używany termin osoba niedołączna, lecz osoba niesamodzielna, który oznaczał osobę, która, na skutek trwającego nie mniej niż 6 miesięcy okresowego lub trwałego upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby, urazu lub wieku dla zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, wymaga pielęgnacji lub opieki (pomocy) innych osób.

Prawo do świadczeń z ubezpieczenia społecznego na wypadek niesprawności przysługiwałoby wszystkim ubezpieczonym niezależnie do wieku i dochodu, pod warunkiem, że został im przyznany co najmniej I stopień niesamodzielności (znaczna niesamodzielność). Generalnie planowano wyróżnianie 3 stopni niesamodzielności uprawniających do otrzymania świadczenia: niesamodzielność częściowa (I stopień), niesamodzielność całkowita (II stopień), niesamodzielność znaczna (III stopień). Osoby, które otrzymałyby orzeczenie o niesamodzielności umiarkowanej nie miałyby prawa do świadczeń z ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

Ponadto w konstrukcji ubezpieczenia przewidywany był roczny okres karencji – ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia po upływie roku opłacania składek. Równocześnie zakłada się stosowanie franszyzy czasowej (minimalny okres przebywania w stanie niesamodzielności) wynoszącej 6 miesięcy. Wysokość świadczeń pielęgnacyjnych zależeć miała od stopnia niesamodzielności przypisanego danej osobie. W ubezpieczeniu przewidziane były świadczenia zarówno rzeczowe, jak i pieniężne takie jak:

- usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze w miejscu zamieszkania,
- usługi pielęgnacyjne w domach opieki,
- zasiłek pielęgnacyjny (na organizowanie pomocy we własnym zakresie),
- opieka wytchnieniowa (zastępstwo opiekuna w sprawowaniu opieki domowej),
- składki na ubezpieczenia społeczne dla opiekunów nieprofesjonalnych,
- szkolenia z zakresu pielęgnacji podstawowej dla opiekunów nieprofesjonalnych,
- usługi wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego i wspomagającego pielęgnowanie,
- pielęgnacja całodobowa krótkoterminowa,
- pielęgnacja całodobowa w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej,
- pielęgnacja i opieka półstacjonarna (dzienna lub nocna).

Zgodnie z założeniami projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym to ubezpieczony podejmowałby decyzję o wyborze rodzaju świadczeń, w konsultacji ze specjalistą z Funduszu Ubezpieczenia Pielęgnacyjnego (stopień I, stopień II). W przypadku orzeczenia stopnia III wybór świadczenia pieniężnego nie byłby możliwy.

Wysokość świadczeń pielęgnacyjnych rzeczowych ograniczona byłaby nie tylko potrzebami ubezpieczonego w zakresie opieki, jak również nałożony byłby odgórny miesięczny limit wartości refinansowanych świadczeń. Po przekroczeniu tego limitu ubezpieczony pokrywałby koszt świadczeń pielęgnacyjnych w całości. System nie przewidywałby natomiast współpłacenia dla świadczeń otrzymywanych w ramach miesięcznego limitu.

Wraz ze śmiercią Ministra Religi prace Zespołu zostały wstrzymane, lecz pomysł stworzenia nowego systemu został przejęty przez Komisję Rodziny i Polityki Społecznej Senatu, a dokładnie przez grupę roboczą ds. przygotowania ustawy o ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielności przy klubie senatorów Platformy Obywatelskiej, kierowaną przez senatora Mieczysława Augustyna<sup>73</sup>. W wyniku prac tej grupy powstała Zielona Księga opieki długoterminowej w Polsce<sup>74</sup>. Zgodnie z jej rekomendacjami wprowadzenie wyodrębnionego systemu opieki długoterminowej w Polsce przebiegałoby w dwóch etapach<sup>75</sup>:

- I. Lata 2011/2012–2020 – przygotowanie i wdrożenie zmian w oparciu o ustawę o pomocy osobom niesamodzielnym – nowa ustawa scaliłaby wszystkie przyznawane dotychczas, w ramach systemu zabezpieczenia społecznego, świadczenia osobom niedołącznym. Prawo do nich bazowałoby jednakże na kryterium niesamodzielności (3 stopnie zaproponowane pierwotnie przez zespół Ministra Religi).
- II. Lata po 2020 roku – wprowadzenie ubezpieczenia opiekuńczego, którego ogólne założenia zbliżone są do propozycji zaproponowanych pierwotnie przez zespół Ministra Religi, z tą zasadniczą różnicą, iż źródłem finansowania systemu, obok składki ubezpieczeniowej, ma być dotacja budżetowa.

---

<sup>73</sup> W nazwie grupy występuje błąd metodologiczny. Nie można ubezpieczyć się od ryzyka, ubezpieczenie jest mechanizmem transferu negatywnych skutków finansowych realizacji określonego zdarzenia, lecz nie zabezpiecza podmiotu przed jego wystąpieniem. Z tego względu grupa powinna być nazwana: grupa robocza ds. przygotowania ustawy o ubezpieczeniu na wypadek (ryzyka) niesamodzielności bądź grupa robocza ds. przygotowania ustawy o ubezpieczeniu niesamodzielności.

<sup>74</sup> *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, M. Augustyn (red.), Warszawa 2010.

<sup>75</sup> Ibidem, s. 166–185.

Jak widać, prace nad nową koncepcją opieki długoterminowej w Polsce trwają od 2007 roku, zaś dyskusja wokół nowego systemu jest jeszcze „starsza”. Jednakże bez dokładnej analizy ekonomicznej proponowanych rozwiązań oraz, co ważniejsze, bez poparcia społeczeństwa, które wynika przecież w znacznej mierze ze świadomości istniejącego problemu oraz konsensusu co do sposobu jego rozwiązania, jakiegokolwiek zmiany w zabezpieczeniu opieki długoterminowej w Polsce nie są możliwe.

## 6. PODSUMOWANIE

W polskim systemie zabezpieczenia społecznego nie istnieje wyodrębniony system opieki długoterminowej. Świadczenia pieniężne oraz usługi rzeczowe pochodzą z różnych podsystemów zabezpieczenia społecznego, co sprawia, iż odpowiedzialność za ich dostarczanie oraz jakość jest rozmyta. Dodatkowo, wraz z postępującym procesem starzenia się ludności oraz zmianami we wzorcu rodziny rośnie popyt na formalną opiekę długoterminową. Przekłada się to na gwałtowny wzrost obecnych oraz prognozowanych wydatków publicznych na świadczenia opiekuńcze. Kluczowe tutaj są przede wszystkim wydatki na świadczenia pieniężne dla osób w wieku 75 lat i więcej.

Aby zapobiec lawinowemu wzrostowi wydatków niezbędne jest podjęcie działań mających na celu wprowadzenie wyodrębnionego podsystemu zabezpieczenia społecznego dedykowanego opiece długoterminowej, w którym głównym kryterium uprawniającym do świadczenia byłaby potrzeba świadczeń opiekuńczych od osób trzecich. Wprowadzenie wyodrębnionego systemu opieki długoterminowej umożliwi bardziej efektywne wykorzystanie środków przeznaczonych na świadczenia opiekuńcze tj. wyeliminowane zostanie obserwowane obecne „spychanie” odpowiedzialności za organizowanie, finansowanie oraz dostarczanie świadczeń pomiędzy sektorami – przykładem takich działań jest opisane w poprzednim podrozdziale kierowanie przez gminy pacjentów do zakładów opiekuńczych (zamiast do domów pomocy społecznej). Równocześnie implementacja jednolitych kryteriów uprawnienia do świadczenia sprawi, iż te same osoby będą miały prawo do świadczeń rzeczowych jak i pieniężnych. Jednoczesne uprawnienie do obu typów świadczeń oraz konieczność wyboru jednego z nich powinna doprowadzić do powstania pewnych oszczędności, które w przyszłości mogłyby zostać przeznaczone na pokrycie świadczeń dla rosnącej liczby osób niedoświadczonych. Nie można jednak oczekiwać, że przy obecnym poziomie finansowania świadczeń w opiece długoterminowej uzyska się odpowiedni standard bezpieczeństwa socjalnego bez dodatkowych nakładów finansowych. Brak możliwości finansowania świadczeń

opiekuńczych za pomocą mechanizmu repartycyjnego<sup>76</sup> sprawia, iż koniecznym staje się pozyskanie dodatkowych środków, które mogą przyjąć formę składki, podatku ogólnego czy celowego.

Podsumowując zatem przeprowadzone rozważania należy stwierdzić, iż problem opieki długoterminowej stanie się w Polsce w niedługim czasie istotną kwestią społeczną, o której rozwiązaniu rząd powinien pomyśleć już dziś, tj. jak kształtować przyszły system aby zapewnić zarówno określony standard usług, jak również stabilne ich finansowanie przy zachowaniu zasad solidaryzmu społecznego.

---

<sup>76</sup> Więcej patrz: J. Koettl, B. Więckowska, *Polska: Kto będzie świadczyć...*, op. cit.

IZABELA RYBKA, EWELINA WISZCZUN

## Usługi w pomocy społecznej

---

### 1. WPROWADZENIE

Celem artykułu jest przeanalizowanie procesów urynkwienia i uspołecznienia usług socjalnych w polskim systemie pomocy społecznej, który na początku lat 90. XX w. został gruntownie przebudowany. Pomoc społeczna z modelu medycznego, ulokowanego w ramach scentralizowanych struktur państwowej służby zdrowia i adresowanego przede wszystkim do ubogich osób niepełnosprawnych, starszych lub uzależnionych, została przekształcona w odrębny dział systemu zabezpieczenia społecznego, przyporządkowany Ministerstwu Pracy i Polityki Społecznej<sup>1</sup>.

Podstawowym zadaniem nowego systemu pomocy społecznej było łagodzenie skutków reform gospodarczych (wolny rynek zamiast centralnej gospodarki państwowej), któremu towarzyszyło wycofywanie się państwa z pozycji jedyne go wytwórcy i dostarczyciela usług społecznych. Budowany od podstaw system pomocy społecznej przede wszystkim miał pełnić funkcję osłonową, czyli chronić te gospodarstwa domowe, które gwałtownie zubożały z powodu bezrobocia. Spodziewano się również wzrostu kosztów utrzymania na skutek urynkwienia cen żywności i utrzymania mieszkania (czynsz, energia elektryczna) oraz komercjalizacji usług społecznych uprzednio otrzymywanych bezpłatnie (zwłaszcza wzrostu wydatków na ochronę zdrowia)<sup>2</sup>.

Reforma pomocy społecznej była pierwszym etapem modernizacji całego systemu zabezpieczenia społecznego, tj. procesu reform dostosowujących go do nowych warunków ustrojowych i gospodarczych. Wyzwanie, przed którym stanęły, oprócz Polski, także inne kraje Europy Środkowo-Wschodniej, zbiegło

---

<sup>1</sup> S. Golinowska, *System pomocy społecznej. Główne problemy zmian i reform*, [w:] *Pomoc społeczna. Od klientelizmu do partycypacji*, E. Leś (red.), Warszawa 2002/2003.

<sup>2</sup> L. Beskid, *Analiza skali, dynamiki i społecznego rozkładu procesów pauperyzacji i marginalizacji*, IPiSS, Sfera społeczna w latach 1990–1994, 1995, Centralny Urząd Planowania, Warszawa 1999.

się z demontażem państwa opiekuńczego w krajach, w których demokracja i gospodarka rynkowa rozwijały się w sposób ciągły. Należy podkreślić, że odchodzenie od formuły państwa opiekuńczego (*welfare state*) i szukanie alternatywnych rozwiązań w sferze zabezpieczenia społecznego, wynika nie tylko z deficytu finansów publicznych, ale również ze zmian demograficznych i społecznych, m.in. takich, jak kryzys rodziny, niska liczba urodzeń, wydłużająca się średnia długość życia ludzkiego. Poza tym, po kilkudziesięciu latach funkcjonowania państwa dobrobytu, część obywateli nadal przejawia skłonność do zwalniania się z osobistej odpowiedzialności za kształtowanie warunków życia i do przenoszenia jej na instytucje publiczne. Towarzyszy temu niski poziom aktywności i samoorganizacji społecznej oraz brak sieci wsparcia rodzinnego i społecznego.

Nowy ład instytucjonalny w pomocy społecznej tworzył się wraz z decentralizacją administracji publicznej. Po wprowadzeniu podstawowej jednostki samorządu terytorialnego, tj. gminy (1990 rok) oraz kolejnych jego szczebli, czyli powiatu i województwa (1999 rok), zdecydowana większość zadań pomocy społecznej została przekazana do kompetencji administracji samorządowej. Z kolei administracja rządowa – zgodnie z zasadą subsydiarności – zachowała odpowiedzialność za finansowanie i określanie sposobu realizacji niektórych zadań wykonywanych na rzecz członków lokalnej wspólnoty samorządowej (tzw. zadania zlecone). Decentralizacji struktur administracyjnych nie towarzyszyła jednak decentralizacja finansów publicznych, co spowodowało, że proces ten miał charakter pozorny.

Ustawodawca, zobowiązując organy administracji samorządowej i rządowej do organizowania pomocy społecznej, wskazał jednocześnie, że mają one współpracować w tym zakresie z *organizacjami społecznymi, związkami wyznaniowymi, stowarzyszeniami o charakterze charytatywnym, fundacjami oraz osobami fizycznymi*<sup>3</sup>. Przepis dotyczący współpracy podmiotów publicznych z niepublicznymi został umieszczony w pierwszym artykule ustawy, w przepisach ogólnych, co nadaje mu wysoką rangę i jednoznacznie wskazuje podmioty uczestniczące w organizowaniu pomocy społecznej.

Warto podkreślić, że przepisy prawa obowiązujące w pierwszej połowie lat 90. XX w., mówiły jedynie o współpracy organów administracji publicznej z niekomercyjnymi podmiotami prywatnymi, czyli z organizacjami zorientowanymi na realizację celów społecznych, które prowadziły działalność pomocową lub charytatywną. Dopiero w 1996 roku ustawodawca włączył, do kręgu podmiotów współpracujących z administracją publiczną, pracodawców oraz

---

<sup>3</sup> Ustawa z 29 listopada 1990 roku o pomocy społecznej, Dz. U. z 1990 roku nr 87, poz. 506, art. 1 ust. 2.

osoby prawne, czyli kategorie w których mieszczą się podmioty gospodarcze, z definicji nastawione na osiągnięcie zysku<sup>4</sup>. Jednocześnie ustawodawca wyeksponował rolę Kościoła Katolickiego i innych kościołów w organizowaniu pomocy społecznej, co znajdowało odzwierciedlenie w stanie faktycznym (duże zaangażowanie organizacji kościelnych, głównie Caritas Polska).

W ramach drugiego etapu reformy administracji publicznej dokonano również decentralizacji systemu opieki zastępczej. Zadania organizacyjne i koordynacyjne w tym zakresie, uprzednio należące do resortu edukacji, zostały przeniesione do resortu właściwego w sprawach zabezpieczenia społecznego i włączone do kompetencji Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie<sup>5</sup>. Wszystkie placówki opiekuńczo-wychowawcze, zarówno wsparcia dziennego, jak i całodobowe, oraz rodzinne formy wsparcia, zwłaszcza rodziny zastępcze, znalazły się w systemie pomocy społecznej, co znacznie zwiększyło liczbę jej klientów.

Równolegle do procesu decentralizacji funkcji społecznych państwa dokonywał się proces demonopolizacji w sferze socjalnej. Administracja publiczna, zachowując odpowiedzialność za dostarczanie usług pomocy społecznej, nie jest już jedynym podmiotem, który je wykonuje. W ostatnich 20 latach (tj. ostatnia dekada XX wieku i pierwsza dekada XXI wieku) rośnie liczba i różnorodność niefinansowych usług pomocy społecznej, które są realizowane przez podmioty niepubliczne: podmioty komercyjne (prywatne, zorientowane na zysk) oraz organizacje pozarządowe (*non-profit*).

W ostatnich latach, w nowych koncepcjach polityki społecznej będących alternatywą dla tradycyjnego państwa opiekuńczego, zwłaszcza w koncepcji wielosektorowej polityki społecznej<sup>6</sup> i aktywnej polityki społecznej<sup>7</sup>, wyznacza się organizacjom pozarządowym i podmiotom komercyjnym znacznie większą rolę niż tylko dostarczycieli usług. Zakłada się, że udział tych podmiotów w planowaniu i zarządzaniu pomocą społeczną będzie się zwiększał. Na kształtowanie się tej współpracy wpływa wiele czynników. Kolejne rozwiązania przyjmowane w polskim prawie sprzyjają tej współpracy, lecz to, czy i w jaki sposób będą wykorzystywane w praktyce, zależy przede wszystkim od

---

<sup>4</sup> *Pomoc społeczną organizują organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując w tym zakresie z organizacjami społecznymi, Kościołem Katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi, fundacjami, stowarzyszeniami, pracodawcami oraz osobami fizycznymi i prawnymi*, Ustawa z dnia 14 czerwca 1996 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu, Dz. U. z 1996 r., nr 100, poz. 459 (art. 1. pkt. 1).

<sup>5</sup> M. Rymśza, *Wprowadzenie*, [w:] J. Hryniewicz, Odrzuceni. Analiza procesu umieszczania dzieci w placówkach opieki, ISP, Warszawa 2006, s. 7.

<sup>6</sup> M. Grewiński, *Wielosektorowa polityka społeczna. O przeobrażeniach państwa opiekuńczego*, TWP WSP, Warszawa 2009.

<sup>7</sup> T. Kaźmierczak, M. Rymśza (red.), *W stronę aktywnej polityki społecznej*, ISP, Warszawa 2004.



polityki podmiotów publicznych i niepublicznych oraz postaw osób reprezentujących te podmioty.

Artykuł składa się z trzech części. Pierwsza z nich zawiera analizę świadczeń pomocy społecznej w odniesieniu do cech definiujących pojęcie „usługa społeczna”. Dwie kolejne części są poświęcone odpowiednio – procesowi uspołecznienia i urynkowienia pomocy społecznej. Udział organizacji pozarządowych jest analizowany zarówno na poziomie organizowania systemu (zapewniania usług społecznych klientom pomocy społecznej) oraz wykonywania tych usług na zlecenie administracji publicznej. Z kolei procesy urynkowienia pomocy społecznej zostały przedstawione w odniesieniu do działań ukierunkowanych na aktywizację społeczno-zawodową, gdyż w tym właśnie obszarze są one najbardziej intensywne i widoczne. Integralną, z zarazem jedną z najstarszych części pomocy społecznej, są świadczenia opiekuńcze na rzecz osób, które – ze względu na wiek i/lub stan zdrowia – nie są w stanie funkcjonować samodzielnie. Jednakże proces urynkowienia dokonujący się w tym obszarze usług społecznych, a zwłaszcza usługi opiekuńcze w placówkach całodobowych, zostały wyłączone z zakresu niniejszego opracowania i jako odrębne zagadnienie zostały omówione w rozdziale poświęconym opiece długoterminowej<sup>8</sup>.

## **2. ŚWIADCZENIA POMOCY SPOŁECZNEJ JAKO USŁUGA SPOŁECZNA**

Świadczenia pomocy społecznej – jeśli abstrahujemy od formy, w jakiej są udzielane (świadczenia finansowe, rzeczowe i usługowe), a skoncentrujemy się na ich typowych, wspólnych cechach – mogą być definiowane jako usługa społeczna. Co więcej, analizowanie świadczeń pomocy społecznej w kategoriach usług społecznych, pozwala na podkreślenie tego, co najlepiej charakteryzuje istotę tychże świadczeń. W związku z tym należy rozpocząć od przypomnienia cech gatunkowych systemu pomocy społecznej, a następnie przeanalizować je w odniesieniu do cech konstytutywnych usług społecznych.

Pomoc społeczna zazwyczaj jest definiowana jako element systemu zabezpieczenia społecznego, czyli całokształtu rozwiązań prawnych, instytucjonalnych, ludzkich i finansowych, organizowanych przez państwo dla realizacji celów polityki społecznej. Posiada zestaw cech, które konstytuują jej charakter i odróżniają od dwóch pozostałych komponentów systemu zabezpieczenia społecznego, tj. ubezpieczeń społecznych i zaopatrzenia społecznego, wobec

---

<sup>8</sup> Patrz: Rozdział 4 niniejszego opracowania.

których – w ramach europejskiego modelu *welfare state* – pełni rolę uzupełniającą<sup>9</sup>.

Specyfika pomocy społecznej polega przede wszystkim na tym, że jest ona adresowana do osób i rodzin, które znajdują się w trudnej sytuacji życiowej i nie potrafią jej przezwyciężyć samodzielnie, tj. w oparciu o faktycznie posiadane zasoby, uprawnienia i możliwości. Dochody tych osób są niższe od kwoty, która została uznana za niezbędną do zaspokojenia podstawowych potrzeb egzystencjalnych. Z reguły niewystarczający dochód jest tylko jedną z okoliczności, które powodują, że beneficjenci pomocy społecznej nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w podstawowych rolach społecznych. Zazwyczaj osoby potrzebujące wsparcia borykają się z problemami, które z jednej strony są skutkiem zdarzeń zewnętrznych, niezależnych od nich (np. restrukturyzacja rynku pracy, klęska żywiołowa), z drugiej zaś wynikają z indywidualnych cech danej osoby, czyli zależą od jej stanu zdrowia (niepełnosprawność, choroba alkoholowa), wieku, sytuacji rodzinnej, sieci wsparcia społecznego, itp.

Osoba starająca się o skorzystanie z usług pomocy społecznej nawiązuje bezpośredni, osobisty kontakt z pracownikiem socjalnym; nie wystarczy, żeby złożyła odpowiednie dokumenty, jak ma to miejsce przy udzielaniu świadczeń ubezpieczeniowych lub zaopatrzeniowych. Pracownik socjalny wedle swojej najlepszej wiedzy i doświadczenia zawodowego dokonuje diagnozy potrzeb i zasobów faktycznie posiadanych przez klienta, i na tej podstawie określa, czy w danej sytuacji pomoc jest niezbędna. Pracownik socjalny działa na postawie przepisów prawa i zgodnie ze standardami etyki zawodowej – w tak zdefiniowanych ramach, jako profesjonalista od pomagania, posiada pewien zakres swobody decydowania o tym, czy podjąć interwencję socjalną oraz jaki rodzaj świadczenia zaproponować klientowi. Na tym właśnie polega uznaniowość świadczeń w zakresie usług pomocy społecznej, która odróżnia je od świadczeń ubezpieczeniowych i zaopatrzeniowych udzielanych po spełnieniu ogólnych przesłanek ustawowych (*ex lege*).

Elastyczność działań pracownika socjalnego w formułowaniu oferty pomocy dla konkretnej osoby oraz zasada zindywidualizowanego podejścia do beneficjenta to cechy typowe dla pomocy społecznej – dzięki temu może ona pełnić rolę uzupełniającą wobec powszechnych świadczeń ubezpieczeniowych i zaopatrzeniowych, przyznawanych z reguły w postaci świadczenia finansowego, przysługującego bez względu na faktyczną sytuację materialną beneficjenta w wysokości obliczanej wedle ogólnego algorytmu. Jeśli pomoc społeczna ma skutecznie wspierać osoby, którym świadczenia powszechne, tj.

---

<sup>9</sup> W. Koczur, *Pomoc społeczna jako zadanie samorządu terytorialnego*, [w:] *Zarządzanie publiczne w lokalnej polityce społecznej*, A. Frąckiewicz-Wronka (red.), WSP TWP, Warszawa 2007.

ubezpieczeniowe i zaopatrzeniowe, nie zapewniły bezpieczeństwa socjalnego, to musi posiadać szeroki wachlarz różnorodnych usług – tak, aby pracownik socjalny mógł wybrać rodzaj i wielkość świadczenia adekwatnie do sytuacji życiowej konkretnej osoby lub rodziny.

A zatem, świadczenia pomocy społecznej charakteryzują się tym, że są:

- *selektywne*: adresowane do osób ubogich i marginalizowanych społecznie,
- *uznaniowe*: przyznawane wówczas, gdy pracownik socjalny na podstawie przeprowadzonej osobiście oceny potrzeb i zasobów klienta uzna, że faktycznie nie jest on w stanie samodzielnie przezwyciężyć swojej trudnej sytuacji życiowej,
- *zindywidualizowane*: adekwatne do potrzeb i możliwości beneficjenta pod względem rodzaju, wielkości, czasu udzielania, itp.,
- *różnorodne*: udzielane w różnych formach (świadczenia finansowe, pomoc rzeczowa, usługi pomocy społecznej, praca socjalna) – zarówno w środowisku miejsca zamieszkania, jak i w placówkach (środowiskowych i całodobowych).

Przechodząc do odpowiedzi na zasadnicze pytanie o to, czy zdefiniowane powyżej świadczenia pomocy społecznej można zakwalifikować jako usługę społeczną, należy rozważyć cechy definicyjne usług społecznych. Syntetyczna definicja usług społecznych została przedstawiona przez R. Szarfenberga w rozdziale pt. Polityka społeczna i usługi społeczne. Autor dzieli cechy usług społecznych na normatywne i nienormatywne. Cechy normatywne mają drugorzędne znaczenie dla formułowania definicji, bowiem odwołują się do celów, funkcji i konsekwencji świadczenia usług społecznych. W związku z tym decydujące znaczenie mają nienormatywne cechy usług społecznych i na nich skupimy się w pierwszej kolejności. Usługi społeczne charakteryzują się tym, że:

- *polegają na bezpośrednim obsłudze osób* (ich ciał, umysłów, emocji),
- *państwo jest głównym podmiotem odpowiedzialnym za organizowanie systemu usług*,
- *beneficjent otrzymuje usługę nieodpłatnie* (ew. częściowo odpłatnie),
- *usługi są świadczone przez profesjonalistów* (z wyłączeniem rodziny i osób bliskich).

Usługi społeczne definiuje się przede wszystkim w odniesieniu do beneficjenta, którym ma być osoba, a nie przedmioty lub grupy społeczne. Usługi społeczne polegają na bezpośrednim zajmowaniu się osobami – jest to kryterium, które spełniają również świadczenia pomocy społecznej. Różnica między nimi polega jedynie na tym, że świadczenia pomocy społecznej – z racji tego, że mają charakter selektywny – są kierowane tylko do części adresatów usług społecznych, a mianowicie do tych osób, które są ubogie lub marginalizowane społecznie i zarazem bezradne wobec problemów, jakich

doświadczają. W literaturze przedmiotu podkreśla się również, że w usługach społecznych kluczową rolę odgrywa osobista relacja pomiędzy świadczącym usługi a beneficjentem<sup>10</sup>. Tak samo jest w pomocy społecznej – bliski, oparty na zaufaniu kontakt między pracownikiem socjalnym a jego klientem to podstawowy warunek prowadzenia pracy socjalnej.

Osoby, które nie potrafią rozwiązać swoich problemów w oparciu o własne zasoby, zazwyczaj otrzymują pomoc społeczną w postaci różnego rodzaju świadczeń. W teorii i praktyce pomocy społecznej występuje tradycyjny trójpodział świadczeń na świadczenia pieniężne (zasiłki), świadczenia rzeczowe (np. sprzęt AGD, odzież, żywność, artykuły szkolne, etc.) oraz świadczenia w formie usług (np. usługi opiekuńcze, specjalistyczne opiekuńcze, pielęgnacyjne, specjalistyczne usługi psychologiczne, rodzinne, prawne, etc.). Optymalnym rozwiązaniem – zarówno ze względu na cel świadczeń pomocowych, jak też skuteczność interwencji socjalnej – jest dostarczanie zestawu różnych świadczeń i usług, które powinny stanowić spójną całość.

Można również opisywać świadczenia pomocy społecznej w innych kategoriach niż umowny podział na trzy wyżej wymienione rodzaje – np. odróżniając działania od ich rezultatów. Wówczas zapewnienie posiłków można zakwalifikować jako usługę *cateringową*, tj. szereg działań zmierzających do przygotowania i dostarczenia posiłku albo jako świadczenie rzeczowe, tj. posiłek jako produkt finalny całej sekwencji czynności poczynawszy od zakupu produktów do ich przetworzenia w pełnowartościowy posiłek. Zazwyczaj świadczenie rzeczowe jest elementem usługi, np. łóżko w noclegowni jest oferowane osobom bezdomnym wraz z obowiązkową kąpielą i pod warunkiem, że ten, kto chce skorzystać z noclegowni jest trzeźwy. Z kolei mieszkanie chronione to warunek zewnętrzny świadczenia usługi polegającej na uczeniu klienta samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego. Łączne traktowanie świadczeń usługowych i rzeczowych koresponduje z dualnym podziałem świadczeń na świadczenia pieniężne i tzw. świadczenia w naturze (*in kind*), nazywane również osobistymi usługami społecznymi<sup>11</sup>. Osobiste usługi społeczne z reguły są związane ze wykonywaniem pracy socjalnej i można je nazywać usługami socjalnymi, czyli świadczeniami o charakterze usługowym dostarczanyymi w ramach pomocy społecznej.

Ostatecznie dobór określonego rodzaju świadczeń pomocy społecznej pozostaje w gestii pracownika socjalnego, którego zawód polega na dostarczaniu osobom odpowiedniej ochrony socjalnej lub wsparcia aktywizująco-

<sup>10</sup> B. Munday, op. cit.

<sup>11</sup> B. Munday, op. cit.; *International Encyclopedia of Social Policy*, Fitzpatrick i in. (red.), Routledge, London, New York 2006, s. 1300 (za R. Szarfenberg).

integrującego. Jego zadaniem jest zaproponowanie klientowi takich form świadczeń, jakie w danym przypadku są odpowiednie do zdiagnozowanych potrzeb, problemów i możliwości osoby potrzebującej wsparcia. Najważniejsze jest, aby całokształt różnych świadczeń pomocowych, dostarczanych przez pracowników socjalnych lub na zlecenie pracownika socjalnego przez jego współpracowników (np. opiekunkę środowiskową, psychologa), stanowił spójną ofertę wsparcia, odpowiadającą na rzeczywiste potrzeby klienta.

W tym kontekście warto doprecyzować, czym jest praca socjalna, w szczególności, czy można ją uznać za wyspecjalizowaną usługę socjalną? Definicja pracy socjalnej sformułowana przez Jerzego Szmagałskiego, daje odpowiedź twierdzącą. Jego zdaniem praca socjalna jest pomocą dla niewydolnych ekonomicznie, społecznie lub fizycznie osób, która „mieści się w szerszym zakresie środków bezpośredniej, zindywidualizowanej pomocy społecznej, określonych ogólnie jako usługi społeczne”<sup>12</sup>. Biorąc pod uwagę podmiot uprawniony do świadczenia pracy socjalnej można uznać, że jest to szczególnego rodzaju osobista usługa społeczna, która polega na współpracy profesjonalisty od pomagania zwanego pracownikiem socjalnym z beneficjentem wykazującym bezradność życiową. Należy dodać, że praca socjalna to działalność zawodowa – zatem podobnie jak usługi społeczne charakteryzuje się tym, że jest świadczona przez profesjonalistów.

Bywa, że usługi pomocy społecznej są udzielane przez wolontariuszy. Zaangażowanie wolontariuszy w proces wspierania osób potrzebujących pomocy nie pozostaje w sprzeczności z zasadą, wedle której usługi społeczne są świadczone przez profesjonalistów. Należy bowiem pamiętać, że wolontariusze muszą być odpowiednio przygotowani (przeszkoleni) do udzielania określonych świadczeń, że wykonują oni tylko niektóre rodzaje świadczeń (proste, które nie wymagają wysokich kwalifikacji zawodowych) i pracują pod nadzorem pracownika socjalnego. Poza pracownikami socjalnymi i wolontariuszami, udzielaniem świadczeń pomocowych zajmują się również inni profesjonalści, np. opiekę nad dzieckiem w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu socjalizacyjnego (tj. w domu dziecka) sprawuje pedagog, wsparcia w zakresie wyboru optymalnego dla danej osoby zawodu udziela doradca zawodowy. Natomiast pomoc udzielana przez osoby należące do kręgu więzi uczuciowych i zobowiązań moralnych, czyli przez członków rodziny, znajomych i przyjaciół lub sąsiadów nie jest usługą społeczną, aczkolwiek jest elementem nieformalnej sieci wsparcia społecznego, która przyczynia się do zwiększenia skuteczności działań prowadzonych przez profesjonalistów.

---

<sup>12</sup> J. Szmagałski [w:] *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, D. Lalak, T. Pilch (red.), Warszawa 1999, s. 202.

Należy podkreślić, że o posiadaniu uprawnień do świadczenia pomocy społecznej decydują kompetencje zawodowe, a nie miejsce zatrudnienia. System pomocy społecznej jest organizowany przez państwo we współpracy z trzecim sektorem i podmiotami komercyjnymi, a zatem pracownik socjalny może być zatrudniony i dostarczać usług pomocy społecznej w instytucjach należących do każdego z tych sektorów. W szczególności dotyczy to wykonywania pracy socjalnej, która jest definiowana również jako „profesja wspierająca zmianę społeczną, rozwiązywanie problemów powstających w relacjach międzyludzkich oraz wzmacnianie (*empowerment*) i wyzwalamie ludzi dla wzbogacenia ich dobrostanu”<sup>13</sup>.

O ile świadczeniodawcami pomocy społecznej mogą być podmioty należące do dowolnego sektora, to w kwestii organizowania pomocy społecznej nadrzędną rolę odgrywa państwo, czyli parlament, który uchwała ustawowe akty prawne oraz administracja publiczna, rządowa i samorządowa, powołana do realizacji obowiązujących rozwiązań prawnych i zabezpieczenia środków finansowych w budżecie państwa i w budżetach komunalnych na świadczenia pomocowe. Państwo posiada instrumenty prawne, za pomocą których kreuje określony ład instytucjonalny w pomocy społecznej, w szczególności określa zasady i formy współpracy z sektorem pozarządowym i komercyjnym.

Towarzyszy temu dywersyfikacja mechanizmów i źródeł finansowania pomocy społecznej. Środki publiczne są przekazywane do podmiotów niepublicznych w postaci dotacji. Z kolei środki prywatne mogą być przekazywane dobrowolnie przez osoby fizyczne lub prawne (np. jako darowizny lub w ramach społecznej odpowiedzialności biznesu) na zapewnienie ochrony socjalnej, stypendia socjalne dla dzieci z rodzin ubogich, na aktywizację społeczno-zawodową i inne cele społeczne. Do administracji publicznej są wprowadzane mechanizmy rynkowe w postaci tzw. rynków wewnętrznych. Powstają trójstronne partnerstwa, w których łączą się nie tylko zasoby ludzkie, ale też finansowe (*crossfinacing*).

Poza tym – w trosce o podniesienie efektywności świadczeń pomocowych oraz w celu zmotywowania klientów pomocy społecznej do racjonalnego korzystania z otrzymywanego wsparcia (oraz przeciwdziałania zjawisku nadużywania świadczeń) – w przypadku niektórych rodzajów świadczeń wprowadza się elementy odpłatności za usługi pomocowe (np. za usługi opiekuńcze, pielęgnacyjne). Nie zmienia to faktu, że nadal zdecydowana większość świadczeń pomocowych jest bezekwiwalentna, czyli beneficjent nie płaci za usługę, a cena świadczenia nie stanowi bariery dostępu.

---

<sup>13</sup> Definicja pracy socjalnej przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Międzynarodowej Federacji Pracowników Socjalnych, Montreal, Kanada, lipiec 2000, „Praca Socjalna” nr 3/2006, s. 22.

Nawiązując do syntetycznej definicji usług społecznych przedstawionej przez R. Szarfenberga w rozdziale pt. *Polityka społeczna i usługi społeczne*, proponujemy, aby pomoc społeczną uznać za usługę społeczną, która polega na udzielaniu osobom ochrony socjalnej lub wsparcia integrująco-aktywizującego, co jest możliwe dzięki zaangażowaniu władz publicznych w organizowanie tej usługi, w szczególności tworzenie stosownych regulacji prawnych i zapewnianie środków finansowych.

### **3. USPOŁECZNIE NIE SYSTEMU POMOCY SPOŁECZNEJ – WZROST ROLI TRZECIEGO SEKTORA W PLANOWANIU I DOSTARCZANIU USŁUG SOCJALNYCH**

#### **3.1. Trzeci sektor w pomocy społecznej**

Aktywny udział fundacji, stowarzyszeń oraz nieformalnych grup społecznych i wolontariuszy jest silnie zakorzeniony w tradycji pomocy społecznej. Wynika to z genezy pomocy społecznej, która wywodzi się z dobroczynności prywatnej i przechodząc kolejne fazy rozwojowe: dobroczynność publiczną oraz opiekę społeczną, ukształtowała się jako pomoc społeczna organizowana przez państwo w odpowiedzi na prawa obywatelskie<sup>14</sup>. Jednocześnie istotny zakres zaangażowania organizacji społecznych w realizację świadczeń pomocy społecznej jest jej gatunkową cechą, która odróżnia pomoc społeczną od pozostałych obszarów zabezpieczenia społecznego<sup>15</sup>.

Zasady i formy współdziałania administracji publicznej z organizacjami *non-profit* zależą od modelu polityki społecznej realizowanego w danym państwie. W krajach, które konsekwentnie realizują zasadę subsydiarności, organizacje społeczne mają pierwszeństwo przed innymi podmiotami w dostępie do publicznych środków finansowych przeznaczonych na pomoc społeczną. Natomiast w krajach o orientacji liberalnej organizacje pozarządowe są zazwyczaj traktowane na równi z podmiotami komercyjnymi – konkurują z nimi o finanse publiczne na świadczenie usług społecznych<sup>16</sup>.

W Polsce reformowanie systemu zabezpieczenia społecznego nie zostało poprzedzone debatami publicznymi na temat przyszłego modelu polityki społecznej i systemu zabezpieczenia społecznego. Z kolei przebudowa sfery

---

<sup>14</sup> H. Szurgacz, *Wstęp do prawa pomocy społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1993.

<sup>15</sup> P. Kurowski, *Pomoc społeczna w krajach OECD i w Polsce*, *Polityka Społeczna* nr 7, 1998.

<sup>16</sup> E. Leś, *Od filantropii do pomocniczości. Studium porównawcze rozwoju i działalności organizacji społecznych*, Instytut Polityki Społecznej, UW, Warszawa 2000.



socjalnej rozpoczęła się od systemu pomocy społecznej (czyli elementu pełniącego rolę uzupełniającą w systemie zabezpieczenia społecznego), natomiast reformowanie ubezpieczeń społecznych i świadczeń zaopatrzeniowych (w ramach systemu ochrony zdrowia), czyli filarów systemu zabezpieczenia społecznego, przypada dopiero na drugą połowę lat 90. XX w. Przebieg procesów urynkwienia i uspołecznienia systemu zabezpieczenia społecznego nie jest skutkiem realizacji przyjętego a priori modelu polityki społecznej, ale wypadkową działań poszczególnych rządów<sup>17</sup>. Teza o braku spójnej, długofalowej polityki odnośnie tej części zabezpieczenia społecznego, który stanowi pomoc społeczna, będzie weryfikowana w dalszej części opracowania w oparciu o wnioski z analizy przepisów prawnych regulujących współpracę administracji publicznej z organizacjami pozarządowymi prowadzącymi działalność statutową w obszarze pomocy społecznej.

Jaki jest stan wiedzy o organizacjach pozarządowych, które prowadzą działalność statutową w obszarze pomocy społecznej i zajmują się świadczeniem usług socjalnych, czyli o tzw. organizacjach społecznych? Porównując te organizacje pod względem zasobów ludzkich i finansowych oraz czasu i skali działania można wyróżnić dwa zasadnicze typy: lokalne organizacje założone z inicjatywy oddolnej po 1989 roku i organizacje sieciowe, które funkcjonowały na długo przed rokiem 1989. Organizacje sieciowe mają liczne jednostki organizacyjne zlokalizowane na terenie całego kraju (np. koła, oddziały regionalne i lokalne, itp.) i w znacznej mierze były finansowane przez państwo. Wypełniały lukę w ofercie podmiotów państwowych świadcząc usługi polegające na opiekowaniu się osobami chorymi w domu i prowadzeniu gospodarstwa domowego (stąd czasami nazywa się je *QUANGO*, czyli *quasi-ngo*)<sup>18</sup>. Należą do nich przede wszystkim takie organizacje, jak: Polski Komitet Pomocy Społecznej (PKPS), Polski Czerwony Krzyż (PCK), Towarzystwo Przyjaciół Dzieci (TPD) i wywodzące się z niego Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym (PSOUU), Polski Związek Głuchych (PZG) i Polski Związek Niewidomych (PZN), Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów (PZERI), Związek Kombatanów i Byłych Więźniów RP (ZKiBW RP) oraz katolicka organizacja charytatywna Caritas, której reaktywowała swoją działalność w Polsce w latach 80. XX wieku.

Organizacje sieciowe posiadają silną pozycję, co – zdaniem pracowników mazowieckich PCPR – wynika z tego, że dysponują dużym zapleczem administracyjnym i osobowym. Dzięki wieloletniej pracy w terenie mają dużą wiedzę

<sup>17</sup> M. Rymśza, *Urynkwienie państwa czy uspołecznienie rynku?*, Warszawa 1998.

<sup>18</sup> P. Błędowski, *Rola administracji publicznej w funkcjonowaniu pomocy społecznej*, [w:] *Polska bieda. Kryteria. Ocena. Przeciwdziałanie*, S. Golinowska (red.), IPiSS, Warszawa 1996, s. 378.

na temat lokalnych potrzeb społecznych; są dobrze znane władzy lokalnej oraz pracownikom i beneficjentom pomocy społecznej. Współpraca PCPR z organizacjami sieciowymi wynika z „zasiedzenia” i zwykłej wygody, a niekiedy także z nieufności wobec małych, mniej znanych organizacji<sup>19</sup>.

Wiele istotnych informacji na temat funkcjonowania organizacji pozarządowych zawiera raport z badania „Kondycja sektora organizacji pozarządowych w Polsce 2008”, które zostało zrealizowane w I kwartale 2008 roku na losowej, reprezentatywnej próbie 1714 organizacji pozarządowych (bezpośredni wywiad ankietowy)<sup>20</sup>. Badanie to obejmowało tylko stowarzyszenia i fundacje. Gdyby przedmiotem badania były również tzw. organizacje kościelne; które działały na podstawie przepisów o stosunku państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, to odsetek podmiotów społecznych działających w pomocy społecznej zapewne byłby wyższy (choćby z powodu działalności organizacji kościelnej Caritas).

W Polsce w 2008 roku co dziesiąta organizacja pozarządowa (11,2%) jako najważniejsze pole swojej działalności wskazała kategorię „usługi socjalne, pomoc społeczna” (tabela 1). Natomiast organizacje, które wymieniają usługi socjalne i pomoc społeczną jako jedno z pól swojej działalności, stanowią ponad jedną piątą (22,4%) wszystkich organizacji aktywnych w polskim trzecim sektorze. Należy bowiem pamiętać, że połowa organizacji pozarządowych prowadzi działalność na więcej niż jednym polu. Działalność w sferze pomocy społecznej i usług socjalnych często jest łączona z aktywnością w takich obszarach jak ochrona zdrowia, edukacja i (nieco rzadziej) sport i rekreacja. Co trzecia organizacja, która przede wszystkim zajmuje się pomocą społeczną, wśród podstawowych pól swoich działań wymienia również ochronę zdrowia (i odwrotnie)<sup>21</sup>.

W badaniach przeprowadzonych 4 lata wcześniej, tj. w 2004 roku, wartości te kształtowały się na podobnym poziomie – tj. 10%, co stanowiło ok. 4,5 tysiąca organizacji. Kolejne 15% organizacji deklarowało, że jest to istotny, choć nie najistotniejszy obszar ich działalności<sup>22</sup>. Porównując wyniki z 2004

---

<sup>19</sup> J. Wygnański, J. Dąbrowska, E. Piegat, *Aktywność socjalnych organizacji pozarządowych w województwie mazowieckim oraz ich relacje z administracją publiczną*, Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warszawa 2001.

<sup>20</sup> M. Gumkowska, J. Herbst, P. Radecki, *Podstawowe fakty o organizacjach pozarządowych*, Raport z badania 2008, wyd. Stowarzyszenie Klon/Jawor, 2008, s. 25.

<sup>21</sup> Ibidem, s. 29–30.

<sup>22</sup> J. Herbst, *Raport z badania. Kondycja sektora organizacji pozarządowych w Polsce 2004. Wewnętrzne różnicowanie sektora – branża pomoc społeczna, usługi socjalne*, Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warszawa, 2005, s. 28.

i 2008 roku należy stwierdzić, że odsetek organizacji socjalnych w polskim sektorze pozarządowym jest stabilny.

**Tabela 1. Pola działań organizacji pozarządowych w latach 2004, 2006 i 2008**

Pola działań	Procent wskazań na jedno, najważniejsze pole działań			Procent wskazań na wszystkie pola działań 2008
	2004	2006	2008	
Sport, turystyka, rekreacja, hobby	38,6	39,2	38,3	50,0
Edukacja i wychowanie	10,3	10,3	12,8	36,8
Kultura i sztuka	11,6	12,8	12,7	24,1
<b>Usługi socjalne, pomoc społeczna</b>	<b>10,0</b>	<b>9,9</b>	<b>11,2</b>	<b>22,4</b>
Ochrona zdrowia	8,2	8,0	7,7	18,7
Rozwój lokalny w wymiarze społecznym i materialnym	6,5	5,9	3,9	11,4
Rynek pracy, zatrudnienie, aktywizacja zawodowa	–	2,3	2,2	10,9

Źródło: M. Gumkowska, J. Herbst, P. Radecki, 2008, *Podstawowe fakty o organizacjach pozarządowych*, Raport z badania 2008, wyd. Stowarzyszenie Klon/Jawor, s. 25.

Dalszy etap analizy aktywności organizacji pozarządowych działających w obszarze „usługi socjalne, pomoc społeczna” (tzw. organizacji socjalnych) dotyczy kategorii osób, do których są adresowane świadczenia (tabela 2). W latach 2004–2008 nie zaszły znaczące zmiany w rozkładzie zaangażowania organizacji socjalnych na rzecz różnych grup beneficjentów. Największy odsetek organizacji socjalnych zajmuje się pomaganiem rodzinom dysfunkcyjnym i osobom niepełnosprawnym (lub chorym). Istotne różnice pojawiły się natomiast w odniesieniu do pozostałych beneficjentów pomocy społecznej: osób ubogich, starszych, uzależnionych, bezdomnych oraz w zakresie organizowania opieki zastępczej. W tych obszarach zaangażowanie organizacji socjalnych spadło o 7–10%.

**Tabela 2. Szczegółowe pola działań organizacji socjalnych w latach 2004 i 2008**

<b>Szczegółowe pola działań organizacji działających w obszarze „usługi socjalne, pomoc społeczna”</b>	<b>2004</b>	<b>2008</b>
Pomoc rodzinom niewydolnym wychowawczo i materialnie, wielodzietnym, interwencje dot. przemocy w rodzinie	45	46
Pomoc osobom niepełnosprawnym lub chorym	46	42
Pomoc osobom skrajnie ubogim	42	34
Pomoc osobom uzależnionym lub ich bliskim, profilaktyka uzależnień	30	23
Prowadzenie lub wspieranie domów dziecka i rodzin zastępczych; usługi adopcyjne, pomoc sierotom, inne usługi socjalne dla dzieci i młodzieży	30	22
Pomoc osobom starszym	32	22
Dystrybucja darów rzeczowych, żywności (w tym Banki Żywności), wsparcia finansowego (pożyczki, zasiłki)	25	22
Pomoc osobom bezdomnym, w tym prowadzenie schronisk	20	10
Pomoc ofiarom klęsk żywiołowych (w tym ratownictwo pożarnicze, górskie, wodne)	10	10
Pomoc uchodźcom	2	4
Inne działania w zakresie usług socjalnych i pomocy społecznej	b.d.	22

Źródło: opracowanie własne na podstawie: J. Herbst, *Raport z badania – kondycja sektora organizacji pozarządowych w Polsce 2004*. Wewnętrzne zróżnicowanie sektora – branża pomoc społeczna, usługi socjalne, Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warszawa 2005, s. 28 i M. Gumkowska, J. Herbst, P. Radecki, *Podstawowe fakty o organizacjach pozarządowych*, Raport z badania 2008, wyd. Stowarzyszenie Klon/Jawor, s. 29.

Możliwe jest również oszacowanie liczby beneficjentów socjalnych organizacji pozarządowych (tabela 3). W 2008 roku połowa organizacji, które udzielały świadczeń pomocy społecznej osobom niepełnosprawnym lub chorym oszacowała liczbę swoich beneficjentów na nie mniej niż 60 osób. Zdecydowana większość tychże organizacji (tj.  $\frac{3}{4}$ ) dostarczała usługi dla niemniej niż 20 beneficjentów, co czwarta organizacja (25%) – dla ponad 150 osób. Również większość (75%) tych organizacji socjalnych, które pomagają osobom skrajnie ubogim albo osobom uzależnionym i ich bliskim albo też osobom starszym szacuje liczbę swoich beneficjentów na nie mniej niż 20 osób. Z kolei wartości procentowe określające zaangażowanie organizacji pozarządowych w poszczególne pola działań odnoszą się do całego sektora (a nie tylko do liczby organizacji socjalnych, jak w tabeli 2).

**Tabela 3. Liczba odbiorców działań organizacji działających w obszarze „usługi socjalne, pomoc społeczna”  
(w podziale na szczegółowe pola działalności)**

Szczegółowe pola działań organizacji działających w obszarze „usługi socjalne, pomoc społeczna”	% organi- zacji dzia- łających na danym polu	organizacje, które udzieliły odpowiedzi na pytanie o liczbę beneficjentów		(x) organizacji miało w 2007 roku nie więcej niż ... Beneficjentów		
		Liczba	%	x = 25%	x = 50%	x = 75%
Pomoc rodzinom niewydolnym wychowawczo i materialnie, wielodzietnym; interwencje w przypadku przemocy w rodzinie	10,6	143	65,7	13	60	160
Pomoc osobom niepełnosprawnym lub chorym	9,7	148	66,3	20	60	150
Pomoc osobom skrajnie ubogim	7,8	122	68,0	20	50	159
Pomoc osobom uzależnionym lub ich bliskim, profilaktyka uzależnień	5,3	59	49,0	20	50	100
Prowadzenie lub wspieranie domów dziecka, rodzin zastępczych, usługi adopcyjne, pomoc sierotom, inne usługi socjalne dla dzieci i młodzieży	5,0	70	66,0	27	98	300
Pomoc osobom starszym	5,0	79	71,1	20	68	147
Dystrybucja darów rzeczowych, żywności (w tym Banki Żywności), wsparcia finansowego (pożyczki, zasiłki)	5,0	60	54,0	49	100	500
Pomoc osobom bezdomnym, w tym prowadzenie schronisk	2,1	32	58,6	10	50	100
Inne działania w zakresie usług socjalnych i pomocy społecznej	5,1	55	52,0	21	75	150

Źródło: M. Gumkowska, J. Herbst, P. Radecki, *Podstawowe fakty o organizacjach pozarządowych*, Raport z badania 2008, wyd. Klon/Jawor, 2008, s. 37–38.

Na tle całego trzeciego sektora organizacje działające w obszarze pomocy społecznej i usług socjalnych wyróżniają się pod względem zasobów ludzkich. Po pierwsze, częściej korzystają z wolontariuszy. W 2004 roku większość organizacji socjalnych (tj. 65%) współpracowała z wolontariuszami, podczas gdy w skali całego sektora tylko 45% organizacji. Również poziom zatrudnienia był wyższy w organizacjach socjalnych; około 40% tychże organizacji posiada płatnych pracowników (w sektorze odpowiednio 33%, czyli tylko co trzecia organizacja)<sup>23</sup>.

Organizacje socjalne, pod pewnymi względami, mają również lepszą kondycję finansową. Z reguły mają wyższe przychody i korzystają z większej liczby źródeł finansowania niż inne typy organizacji. W porównaniu do ogółu organizacji pozarządowych, większa część organizacji socjalnych korzysta z darowizn osób prywatnych (55% organizacji socjalnych) oraz z darowizn od firm i instytucji (50%). Poza tym organizacje socjalne częściej niż inne organizacje pozarządowe korzystają z takich źródeł finansowania, jak darowizny od osób prywatnych (o 15%) i administracja rządowa (również o 15%). Natomiast odsetek organizacji socjalnych, które korzystają ze środków samorządu terytorialnego jest porównywalny z resztą organizacji i wynosi 50%.

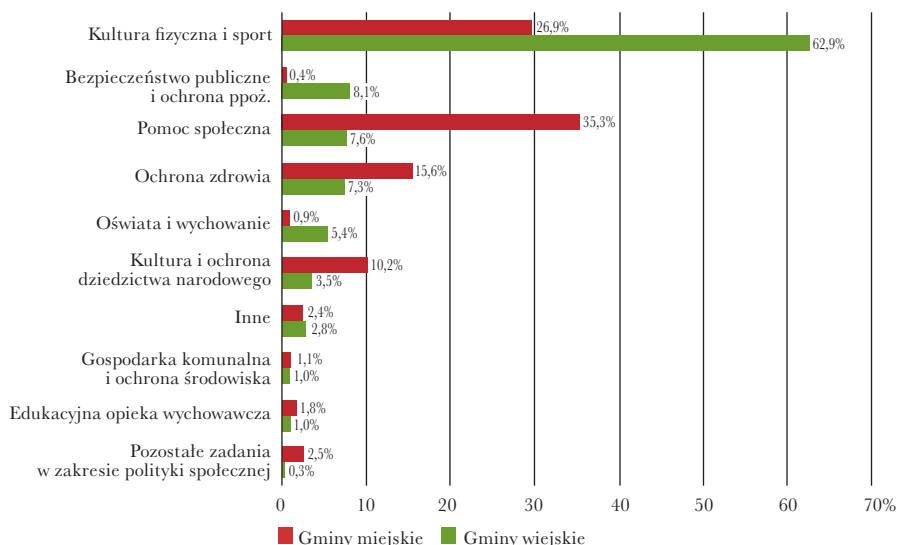
Gminy – ale tylko miejskie – największy odsetek (35,3%) swoich wszystkich wydatków na organizacje pozarządowe, przeznaczają na te organizacje prowadzące działalność w zakresie pomocy społecznej<sup>24</sup>. Zupełnie inaczej sytuacja wygląda w gminach wiejskich. Tam większość środków publicznych przeznaczonych na finansowanie działalności organizacji pozarządowych trafia do tych, które zajmują się kulturą fizyczną i sportem (62,9%). Natomiast organizacje działające w pomocy społecznej otrzymują jedynie 7,6% całego budżetu gmin wiejskich przekazywanych organizacjom. Z wykresu 1 wynika, że gminy wiejskie przekazują organizacjom socjalnym prawie pięciokrotnie mniejszy odsetek swoich środków wydatkowanych na organizacje pozarządowe niż gminy miejskie. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest mała liczba organizacji pozarządowych na terenach wiejskich (istotnie mniejsza niż w gminach miejskich), natomiast skutkiem – spowolnienie procesu uspołecznienia usług pomocy społecznej adresowanych i świadczonych na rzecz ludności wiejskiej, która w związku z tym może liczyć jedynie na usługi dostarczane przez publiczne jednostki organizacyjne pomocy społecznej.

---

<sup>23</sup> Ibidem.

<sup>24</sup> M. Gumkowska, J. Herbst, P. Radecki, *Podstawowe fakty o organizacjach pozarządowych*, op. cit., s. 102.

**Wykres 1. Wydatki gmin miejskich i wiejskich na organizacje pozarządowe w podziale na obszary działania w 2007 roku**



Źródło: M. Gumkowska, J. Herbst, P. Radecki, *Podstawowe fakty o organizacjach pozarządowych*, Raport z badania 2008, wyd. Stowarzyszenie Klon/Jawor, 2008, s. 102.

Zasadniczo organizacje socjalne prowadzą działalność na terenie miast – mniej więcej co trzecia organizacja (36,5%) funkcjonuje w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców. Najwięcej organizacji (43%) świadczy pomoc w miastach wojewódzkich i w Warszawie. Tylko co piąta organizacja (20%) funkcjonuje na terenach wiejskich lub w małych miastach, w których liczba mieszkańców nie przekracza 10 tysięcy<sup>25</sup>. Uspołecznienie pomocy społecznej dokonuje się przede wszystkim w dużych miastach.

Należy jednak zauważyć, że w kolejnych latach – już po przeprowadzeniu niniejszych badań i analiz (od 2007 roku) – był realizowany Poakcesyjny Program Wspierania Obszarów Wiejskich (PPWOW)<sup>26</sup>. Dzięki temu programowi ok. 500 gmin wiejskich lub miejsko-wiejskich znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji społeczno-ekonomicznej (czyli co piąta gmina w Polsce), otrzymało szansę na uspołecznienie procesu planowania i realizowania usług pomocy społecznej. PPWOW gwarantował bowiem wsparcie merytoryczne, tj. konsultanta regionalnego oraz eksperta, który moderował współpracę

<sup>25</sup> *Elementarz III sektora*, A. Gałazka (red.), Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warszawa 2005, s. 75–76.

<sup>26</sup> Więcej informacji nt. PPWOW – vide: strony internetowe Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej: <http://www.ppwow.gov.pl/>



przedstawicieli władz gminy i społeczności lokalnej nad projektem gminnej strategii rozwiązywania problemów społecznych oraz wsparcie finansowe na wdrożenie projektów społecznych przygotowanych wspólnie przez administrację samorządową i trzeci sektor. Udział przedstawicieli społeczności lokalnej w podejmowaniu decyzji o wydatkowaniu środków publicznych na zaspokajanie potrzeb społecznych mieszkańców terenów wiejskich jest również warunkiem korzystania z Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich. Warunkiem koniecznym ubiegania się o środki finansowe w ramach tego Programu jest posiadanie Lokalnej Strategii Rozwoju przygotowanej przez Lokalną Grupę Działania, która skupia przedstawicieli samorządu terytorialnego, organizacji pozarządowych a nawet sektora gospodarczego. Kwestia różnic w procesie uspołeczniania usług pomocy społecznych, w miastach i na wsiach, powinna być przedmiotem dalszych badań i analiz, jako że ten czynnik wydaje się mieć istotne znaczenie dla samego przebiegu procesu oraz jego rezultatów.

### **3.2. Prawne regulacje współpracy administracji publicznej z organizacjami pozarządowymi oraz ich funkcjonowanie w praktyce**

Prawo jest podstawowym instrumentem państwa w zakresie kształtowania modelu pomocy społecznej oraz współpracy w tym zakresie z podmiotami niepublicznymi. Jakość rozwiązań legislacyjnych, ich spójność z funkcjonującymi w praktyce normami społecznymi, sposób, w jaki są interpretowane przez interesariuszy oraz postawy tychże interesariuszy – to czynniki, które w praktyce decydują o rozwoju współpracy.

Podstawowy akt prawny regulujący funkcjonowanie pomocy społecznej, tj. Ustawa o pomocy społecznej, wskazuje szeroki krąg podmiotów zaangażowanych w proces planowania i dostarczania tej usługi, a wśród nich wymienia m.in. podmioty trzeciego sektora. Współpraca administracji rządowej i samorządowej z organizacjami pozarządowymi, jak również z kościołami i związkami wyznaniowymi, osobami prawnymi i fizycznymi oraz z pracodawcami, jest normą prawną wyartykułowaną w pierwszych artykułach Ustawy o pomocy społecznej z 29 listopada 1990 roku (Dz. U. z 1990 r. nr 87). Zapis ten został przeniesiony do tzw. nowej ustawy z dn. 12 marca 2004 roku, uchwalonej w przededniu wejścia do Unii Europejskiej (Dz. U. z 2004, nr 64, poz. 593)<sup>27</sup> – w wersji uzupełnionej o zasadę partnerstwa, na której współ-

---

<sup>27</sup> *Pomoc społeczną organizują organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując w tym zakresie z organizacjami społecznymi, Kościołem Katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi,*

praca powinna się opierać. Warto też nadmienić, że ustawa o pomocy społecznej z 1990 roku była pierwszym, a zarazem jednym z nielicznych aktów prawnych, w których *expressis verbis* została wyartykułowana kwestia współpracy sektora publicznego z pozarządowym.

W ostatnim dziesięcioleciu (2000–2010) zaszły istotne zmiany w przepisach prawnych odnoszących się do zasad i form współpracy publicznych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej z trzecim sektorem. Prace nad ustawą regulującą te kwestie trwały od połowy lat 90. ubiegłego wieku. Z powodu przedłużających się prac nad regulacjami ustawowymi, minister pracy i polityki społecznej wydał rozporządzenie z dnia 30 czerwca 2000 roku w sprawie szczegółowych zasad i form współdziałania administracji publicznej z innymi podmiotami oraz wzory ofert, umów oraz sprawozdań z realizacji zadań pomocy społecznej<sup>28</sup>. Rozporządzenie zawierało definicję podstawowych zasad współpracy, czyli rozwiązania o charakterze ustrojowym, dla których właściwym miejscem w strukturze aktów prawnych jest akt ustawowy, a nie wykonawczy (zgodnie z Konstytucją RP, art. 92, treść regulacji zawartych w rozporządzeniu powinna bezwzględnie ograniczyć się do zakresu delegacji zawartych w odpowiedniej ustawie)<sup>29</sup>. Choć było to rozwiązanie ułomne i w swych założeniach tymczasowe, to jednak w praktyce podmioty pomocy społecznej już od 2000 roku znały treść zasad współpracy.

Ustawa z dnia 24 kwietnia o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (UDPP)<sup>30</sup> – obok zasad współpracy administracji publicznej z organizacjami pozarządowymi wprowadziła również regulacje dotyczące form współpracy. Istotne znaczenie ma to, że nadała tym rozwiązaniom charakter obligatoryjny oraz, że wyeksponowała pozafinansowe formy współpracy. Konsekwentne stosowanie całego systemu pozafinansowych form współpracy, które umożliwiają obywatelom – bezpośrednio lub poprzez organizacje pozarządowe – wywieranie systematycznego wpływu na podejmowanie decyzji publicznych, stanowi istotę dialogu obywatelskiego. Zlecenie reali-

---

*fundacjami, stowarzyszeniami, pracodawcami oraz osobami fizycznymi i prawnymi.* (Ustawa o pomocy społecznej z dnia 29 listopada 1990, Dz. U. z 1998 nr 64, poz. 414; art. 1 ust. 2) oraz *Pomoc społeczną organizują organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując w tym zakresie, na zasadzie partnerstwa, z organizacjami społecznymi i pozarządowymi, Kościołem Katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi oraz osobami fizycznymi i prawnymi.* (Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004, Dz. U. z 2009 roku nr 175 poz. 1362).

<sup>28</sup> Dz. U. z 2000 r., Nr 55, poz. 662.

<sup>29</sup> M. Arczewska, *O kroku milowym, którego nie było. Ustawa o działalności pożytku publicznego a opodatkowanie, finansowanie i współpraca trzeciego sektora z administracją publiczną w Polsce*, [w:] *Współpraca sektora obywatelskiego z administracją publiczną*, M. Rymśa (red.), wyd. ISP, Warszawa 2004, s. 160–161.

<sup>30</sup> Dz. U. z 2003 r. Nr 96, poz. 873 z późn. zm.

zacji zadań publicznych organizacjom pozarządowym oraz rozwój dialogu obywatelskiego to dwie zasadnicze i równie ważne kwestie, które decydują o procesie uspołecznienia państwa, w szczególności o uspołecznieniu pomocy społecznej<sup>31</sup>.

Celem przedstawionej poniżej analizy prawnych i praktycznych aspektów współpracy sektora publicznego z pozarządowym jest wskazanie czynników sprzyjających oraz utrudniających organizacjom pozarządowym współpracę z administracją publiczną w zakresie zapewniania (dostarczania) i wytwarzania (produkowania) usług pomocy społecznej. Podstawą do formułowania wniosków o rzeczywistym kształcie procesu uspołeczniania pomocy społecznej są dwie edycje badań jakościowych, przeprowadzonych przez Instytut Spraw Publicznych w roku 2004 (I edycja) i 2007 (II edycja) według tej samej metodologii. Badania zostały przeprowadzone w paradygmacie *action research*; w każdej edycji przeprowadzono 16 wywiadów zbiorowych (we wszystkich województwach) w grupach heterogenicznych, tj. łączących w trakcie jednej dyskusji przedstawicieli organizacji pozarządowych i rządowej administracji, w tym przedstawicieli publicznych instytucji pomocy społecznej oraz społecznych organizacji pozarządowych. Wnioski z badań terenowych odnoszą się w szczególności do współpracy z zakresie pomocy społecznej i są ilustrowane wieloma przykładami dotyczącymi świadczenia usług na rzecz rodzin dysfunkcyjnych (i dzieci wychowujących się w tych rodzinach) oraz rodzinnych form opieki zastępczej, osób niepełnosprawnych, bezdomnych oraz innych beneficjentów pomocy społecznej<sup>32</sup>.

### **3.2.1. Formy pozafinansowej współpracy administracji publicznej z organizacjami pozarządowymi**

Ustawa o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (UDPP) przewiduje dwie podstawowe formy współpracy administracji publicznej z organizacjami pozarządowymi: finansowe oraz niefinansowe. Do tych ostatnich zalicza:

- wzajemne informowanie się o kierunkach prowadzonych działań,
- konsultowanie projektów aktów normatywnych,

---

<sup>31</sup> M. Rymsza, *O polityce państwa wobec trzeciego sektora i instytucjonalizacji dialogu obywatelskiego*, [w:] *Organizacje pozarządowe, dialog obywatelski, polityka państwa*, M. Rymsza (red.), ISP, Warszawa 2007, s. 6.

<sup>32</sup> M. Rymsza, G. Makowski, M. Dudkiewicz (red.), *Prawo a trzeci sektor. Prawo i instytucje w działaniu*, ISP, Warszawa 2007 (raport z I edycji badań) i G. Makowski (red.), *U progu zmian. Pięć lat ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*, wyd. ISP, Warszawa 2008 (raport z II edycji badań).

- tworzenie wspólnych zespołów o charakterze doradczym i inicjatywnym,
- umowę o wykonanie inicjatywy lokalnej,
- umowę partnerstwa określoną w Ustawie o prowadzeniu polityki rozwoju<sup>33</sup>.

Należy podkreślić, że katalog form współpracy nie jest katalogiem zamkniętym, czyli zawiera tylko przykładowe, szczególnie rekomendowane formy współpracy i nie wyklucza innych.

Podstawową kwestią we współpracy jest sprawna komunikacja pomiędzy partnerami. Ustawodawca zaleca wzajemne informowanie się o kierunkach prowadzonych działań. Biorąc pod uwagę treść wzajemnych kontaktów okazuje się, że dotyczą one przede wszystkim konkursów na zlecenie zadań publicznych organizacjom pozarządowym i te kwestie dominują nad współpracą niefinansową<sup>34</sup>. Natomiast w kontekście demonopolizacji i uspołecznienia sfery socjalnej szczególnie ważne jest to, żeby w praktyce nie zawężyć współpracy do kwestii finansowania produkcji usług pomocy społecznej, ale prowadzić ją również w zakresie tworzenia aktów prawnych oraz dokumentów strategicznych.

Ustawodawca obliuguje administrację publiczną do przeprowadzania konsultacji społecznych przygotowywanych aktów normatywnych, np. gminnej strategii rozwiązywania problemów społecznych, powiatowego programu działań na rzecz osób niepełnosprawnych, które po przyjęciu przez radę gminy (lub powiatu) stają się źródłem prawa lokalnego. Cele i zadania pomocy społecznej zapisane w dokumentach samorządowych kształtują ofertę usług socjalnych na kolejne lata i są podstawą do ogłaszania przez władze publiczne konkursów na realizację konkretnych świadczeń przez organizacje pozarządowe.

Należy podkreślić, że konsultacje społeczne polegają na upublicznieniu projektu, zebraniu i przeanalizowaniu uwag zgłoszonych przez obywateli i organizacje pozarządowe oraz poinformowaniu opinii publicznej, które z uwag zostały przyjęte, a które nie i dlaczego. Niestety, w praktyce władze publiczne zazwyczaj poprzestają na udostępnieniu projektu aktu prawnego, natomiast nie wchodzą w dialog obywatelski z podmiotami, które wzięły udział w konsultacjach społecznych; w szczególności nie publikują zebranych uwag i swojego stanowiska wobec głosów obywateli i organizacji pozarządowych.

<sup>33</sup> Ustawa z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2009 r. Nr 84, poz. 712 i Nr157, poz. 1241).

<sup>34</sup> K. Hernik, *Finansowe i pozafinansowe formy współpracy*, [w:] Makowski G. (red.), *U progu zmian. Pięć lat ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*, wyd. ISP, Warszawa 2008.

Kolejną wymienioną w UDPP formą współpracy, która sprzyja uspołecznianiu procesu organizowania usług socjalnych, jest tworzenie wspólnych zespołów o charakterze doradczym i inicjatywnym. Zaangażowanie organizacji pozarządowej na tym etapie organizowania lokalnej pomocy społecznej może mieć ogromny wpływ na rodzaj usług dostarczanych mieszkańcom gminy lub powiatu w kolejnych latach. Pomimo, że ogólny obraz współpracy w zakresie konsultowania się oraz tworzenia zespołów jest dość pozytywny, to jednak organizacje podają przykłady prowadzenia konsultacji „*pro forma*”: organizacje zgłosiły uwagi, ale zabrakło merytorycznej dyskusji i w efekcie konsultacje nie spełniły swojej funkcji<sup>35</sup>.

Nowelizacja UDPP, która weszła w życie 12 marca 2010 roku<sup>36</sup>, wprowadziła dwie zupełnie nowe formy współpracy pozafinansowej. Pierwszą z nich jest umowa o wykonanie inicjatywy lokalnej. Pozwala ona osobom zamieszkującym na terenie danej jednostki samorządu terytorialnego (przynajmniej dwie osoby fizyczne) złożyć wniosek do organów tej jednostki o realizację zadania publicznego – bezpośrednio lub za pośrednictwem organizacji pozarządowych. Takie rozwiązanie służy dostosowywaniu oferty usług pomocy społecznej do oddolnie zdiagnozowanych potrzeb społecznych; organ, który ocenia wnioski o realizację zadania publicznego w ramach inicjatywy lokalnej musi wziąć pod uwagę celowość realizacji tej inicjatywy z punktu widzenia potrzeb społeczności lokalnej.

Warunkiem koniecznym podpisania umowy o wykonanie inicjatywy lokalnej jest wkład społeczny, czyli zaangażowanie mieszkańców, który może mieć charakter świadczenia pieniężnego lub rzeczowego, polegającego np. na pracy wolontarystycznej. W ramach umowy o wykonanie inicjatywy lokalnej nie dochodzi do przepływu środków finansowych między stronami – tzn. jednostka samorządu terytorialnego nie przekazuje pieniędzy wnioskodawcy, ale bezpośrednio ze swojego budżetu finansuje wykonanie inicjatywy lokalnej. Mieszkańcy mogą jedynie (na podstawie umowy użyczenia) otrzymać od jednostki samorządu terytorialnego, na czas trwania umowy, rzeczy konieczne do wykonania inicjatywy lokalnej<sup>37</sup>.

Druga nowa forma współpracy wprowadzona na mocy nowelizacji UDPP to umowa partnerstwa określona w Ustawie z dnia 6 grudnia 2006 o prowa-

<sup>35</sup> Ibidem, s. 126.

<sup>36</sup> Ustawa z dnia 22 stycznia 2010 roku o zmianie Ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2010 Nr 28 poz. 146).

<sup>37</sup> A. Sienicka, *Nowelizacja ustawy o działalności pożytku publicznego*, Biuletyn 1/2010, FISE, 2010, [http://www.ekonomiaspoleczna.pl/files/ekonomiaspoleczna.pl/public/polecamy/BCR\\_ORG.PL\\_biuletyn\\_1\\_2010\\_A4H.pdf](http://www.ekonomiaspoleczna.pl/files/ekonomiaspoleczna.pl/public/polecamy/BCR_ORG.PL_biuletyn_1_2010_A4H.pdf)

dzeniu polityki rozwoju<sup>38</sup>. Jest ona zawierana w przypadku realizacji zadań partnerskich między samorządem a organizacją pozarządową – obecnie głównie w obszarze wspólnych projektów finansowanych ze środków Unii Europejskiej.

### **3.2.2. Formy finansowej współpracy administracji publicznej z organizacjami pozarządowymi**

Współpraca finansowa polega na zlecaniu realizacji zadań publicznych organizacjom pozarządowym przez administrację publiczną. UDPP przewiduje dwa tryby zlecania zadań publicznych: 1) powierzanie wykonywania zadań publicznych, wraz z udzieleniem dotacji na finansowanie ich realizacji oraz 2) wspieranie wykonywania zadań publicznych, wraz z udzieleniem dotacji na dofinansowanie ich realizacji. Zasadnicze różnice pomiędzy dwoma przewidzianymi w UDPP trybami współpracy finansowej zostały przedstawione w tabeli nr 4.

W praktyce współpraca finansowa została zdominowana przez tryb wspierania. Zdaniem przedstawicieli samorządu terytorialnego jest to bardziej sprawiedliwa forma współpracy finansowej, ponieważ wymaga realnego, tj. finansowego, zaangażowania obu stron. Tryb powierzania zadań kłóci się z samorządową wizją współpracy, a poza tym przedstawiciele samorządu terytorialnego twierdzą, że nie mają odpowiednich środków finansowych na pokrywanie całości kosztów wykonania usługi społecznej przez organizację pozarządową. Często jednak rzeczywistym powodem jest obawa, że powierzanie zadań zmniejszy liczbę miejsc pracy w instytucjach publicznych. Niechęć do stosowania trybu powierzania wynika również z lęku pracowników samorządu terytorialnego. Postrzeganie organizacji pozarządowych jako konkurencji, która zabierze im miejsca pracy, było sygnalizowane – zwłaszcza przez przedstawicieli powiatowych centrów pomocy rodzinie oraz ośrodków pomocy społecznej – już w 2004 roku<sup>39</sup>. Postawa strony samorządowej stanowiła duże utrudnienie w budowaniu wzajemnych relacji i współpracy<sup>40</sup>.

<sup>38</sup> Dz. U. 2009 Nr 84 poz. 712 i Nr 157 poz. 1241.

<sup>39</sup> Chodzi zarówno o przebieg i rezultaty prac nad ustawą o pomocy społecznej (M. Arzczevska, 2005), jak również o wyniki badań zrealizowanych przez Instytut Spraw Publicznych w 2004 (*Prawo a trzeci sektor. Prawo i instytucje w działaniu*, M. Rymusza, G. Makowski, M. Dudkiewicz (red.), ISP, Warszawa 2007).

<sup>40</sup> M. Niewiadomska-Guentzel, *Ogólny obraz współpracy międzysektorowej*, [w:] *U progu zmian. Pięć lat ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*, G. Makowski (red.), wyd. ISP, Warszawa 2008, s. 68.

**Tabela 4. Analiza porównawcza dwóch form współpracy finansowej administracji publicznej z organizacjami pozarządowymi**

	<b>Powierzenie</b>	<b>Wspieranie</b>
Kto jest inicjatorem współpracy?	samorząd decyduje, jaki rodzaj usługi chce zakupić – i zamawia danego rodzaju usługę	organizacja z własnej inicjatywy zgłasza projekt – ubiega się o wsparcie samorządu
Kto może korzystać z określonej formy współpracy niefinansowej?	dotyczy nie tylko organizacji pozarządowych – w procedurze przetargowej uczestniczą zarówno oferenci ze sektora publicznego, komercyjnego i pozarządowego	dotyczy tylko organizacji pozarządowych
Jaką część kosztów realizacji zadania stanowi dotacja administracji publicznej?	100% obowiązuje zasada ekwiwalentności: przekazane środki finansowe mają charakter zapłaty za wykonane zadanie	mniej niż 100% dofinansowanie części kosztów realizacji projektu
Jaki rodzaj działań jest właściwy dla danej formy współpracy?	działania ciągłe, np. prowadzenie dziennego ośrodka wsparcia dla osób starszych, niepełnosprawnych	działania akcyjne, nowatorskie, np. Dzień Seniora, paraolimpiada dla osób niepełnosprawnych

Źródło: opracowanie własne.

Kolejną poważną przeszkodą jest brak zaufania do organizacji – co wynika zarówno z braku tradycji współpracy i ogólnie niskiego poziomu zaufania w Polsce, jak również z braku profesjonalizmu niektórych organizacji pozarządowych, które np. nieprawidłowo rozliczają dotacje, przekraczają terminy składania sprawozdań, zawyżają koszty realizacji zadań przejmowanych w całości. W efekcie zazwyczaj jest stosowany tryb wspierania, nawet wówczas, gdy ze względu na rodzaj i charakter usługi optymalnym rozwiązaniem byłoby powierzenie realizacji danego zadania, np. całoroczna, kompleksowa opieka nad osobami starszymi i niedołącznymi<sup>41</sup>.

O ile na mocy UDPP zlecenie zadań jest obligatoryjne, o tyle uchwalona rok później (tj. w 2004 roku) tzw. nowa Ustawa o pomocy społecznej zachowała odrębny, fakultatywny tryb zlecenia podmiotom niepublicznym zadań

<sup>41</sup> G. Makowski, *Wnioski i rekomendacje*, [w:] *U progu zmian. Pięć lat ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*, G. Makowski (red.), wyd. ISP, Warszawa 2008, s. 40.



publicznych z zakresu pomocy społecznej<sup>42</sup>. Przyjęcie rozwiązania, które było odstępstwem od zasad ogólnych, określonych w UDPP, nastąpiło pod wpływem działań silnego lobby pracowników socjalnych, chroniących interes swojej grupy zawodowej. W środowisku pracowników socjalnych istniały silne obawy, że organizacje pozarządowe zajmujące się dostarczaniem usług socjalnych mogą wygrać w konkurencji z publicznymi jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, a tym samym stanowić zagrożenie dla ich miejsc pracy.

W związku z nakładaniem się obszarów wpływu UDPP oraz ustawy o pomocy społecznej, organizacje spotykały się z różnymi interpretacjami przepisów prawnych przez administrację publiczną. Brak klarowności i niepewność sytuacji prawnej stanowiły duże utrudnienie dla rozwoju współpracy międzysektorowej<sup>43</sup>. Dopiero po sześciu latach, na mocy Ustawy z dnia 22 stycznia 2010 roku o zmianie ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie oraz niektórych innych ustaw<sup>44</sup>, nastąpiło ujednolicenie trybu zlecania zadań publicznych organizacjom pozarządowym działającym w obszarze pomocy społecznej: nie jest to już fakultatywny obowiązek władz publicznych, lecz obligatoryjny.

Warto również zwrócić uwagę na to, że nowelizacja UDPP ze stycznia 2010 roku wprowadziła również zapis, który umożliwia jednostkom samorządu terytorialnego udzielanie pożyczek, gwarancji, poręczeń organizacjom pozarządowym oraz podmiotom uprawnionym do prowadzenia działalności pożytku publicznego, na realizację zadań w sferze pożytku publicznego, na zasadach określonych w odrębnych przepisach. Rozwiązanie to zostało wprowadzone przede wszystkim w celu rozwiania istniejących wątpliwości interpretacyjnych dotyczących możliwości udzielania przez samorząd organizacjom pozarządowym pożyczek, gwarancji, poręczeń<sup>45</sup>.

---

<sup>42</sup> M. Arczewska, *Nie tylko jedna ustawa. Prawo o organizacjach pozarządowych*, wyd. ISP, Warszawa 2005, s. 61–62.

<sup>43</sup> M. Niewiadomska-Guentzel, *Ogólny obraz współpracy międzysektorowej*, [w:] *U progu zmian. Pięć lat ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*, G. Makowski (red.), wyd. ISP, Warszawa 2008, s. 71–72.

<sup>44</sup> Dz. U. 2010 Nr 28 poz. 146; do art. 25 ustawy o pomocy społecznej został dodany ustęp 5 w brzmieniu: „do zlecania zadań, których mowa w ust. 1 (art. 5 ustawy o pomocy społecznej) stosuje się przepisy ustawy z 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

<sup>45</sup> A. Sienicka, *Nowelizacja ustawy o działalności pożytku publicznego*, Biuletyn 1/2010, FISE, 2010, [http://www.ekonomiaspoleczna.pl/files/ekonomiaspoleczna.pl/public/polecamy/BCR\\_ORG.PL\\_biuletyn\\_1\\_2010\\_A4H.pdf](http://www.ekonomiaspoleczna.pl/files/ekonomiaspoleczna.pl/public/polecamy/BCR_ORG.PL_biuletyn_1_2010_A4H.pdf)

### 3.2.3. Zasady współpracy administracji publicznej z organizacjami pozarządowymi

Zgodnie z UDPP współpraca powinna odbywać się na zasadach: pomocniczości, suwerenności stron, partnerstwa, efektywności, uczciwej konkurencji i jawności (art. 5 ust. 2 UDPP). Zasadniczą rolę odgrywa zasada pomocniczości, która legła u podstaw procesu decentralizacji struktur i zadań pomocy społecznej rozpoczętego w 1990 roku wraz z uchwaleniem ustawy, z 8 marca tego roku, o samorządzie terytorialnym<sup>46</sup>. Operacjonalizacja zasady pomocniczości prowadzi do upodmiotowienia i usamodzielnienia struktur niższego szczebla (decentralizacja) oraz zwiększenia udziału społeczności lokalnych w kształtowaniu warunków i jakości życia (partycypacja społeczna). Jak wskazują kilkadziesięcioletnie doświadczenia krajów zachodnioeuropejskich, przenoszenie zadań pomocy społecznej do kompetencji samorządu lokalnego przyczynia się do bardziej trafnego rozpoznawania potrzeb społecznych, skuteczniejszego rozwiązywania problemów społecznych oraz bardziej celowego i gospodarnego wykorzystywania środków publicznych<sup>47</sup>. Zasada subsydiarności, stosowana w powiązaniu z zasadą partnerstwa, sprzyja również zwiększaniu roli organizacji społecznych w zakresie planowania i realizacji zadań publicznych.

Kluczowe znaczenie dla tworzenia ładu społecznego oraz budowania układu kompetencyjnego administracji samorządowej mają dwie zasadnicze, komplementarne strategie wynikające z zasady subsydiarności<sup>48</sup>. Jedna z nich mówi, że władza publiczna nie powinna przeszkadzać obywatelom w podejmowaniu własnych inicjatyw (ujęcie negatywne zasady subsydiarności). Z kolei wedle drugiej strategii, zwanej pomocą do samopomocy, władza publiczna powinna wspierać działania prowadzone przez osoby i grupy społeczne, bo uczestniczenie w przedsięwzięciach, które ich dotyczą jest ich naturalnym prawem, czyli nie wymaga przyzwolenia ze strony jakiegokolwiek władzy (pozytywne ujęcie zasady subsydiarności).

Respektowanie zasady subsydiarności sprawia wiele trudności obu stronom, przede wszystkim dlatego, że nie znają i nie rozumieją jej znaczenia; interpretują ją w sposób bezrefleksyjny i powierzchowny. Najczęściej zasada pomocniczości jest sprowadzana do pomagania organizacjom pozarządowym w realizacji projektów (począwszy od udzielania wskazówek, jak pisać wniosków a skończywszy na jego rozliczeniu). Podobnie jak w badaniach z 2004

<sup>46</sup> Dz. U. z 1990 r. Nr 16, poz. 95.

<sup>47</sup> T. Eardley, J. Bradshaw, J. Ditch, I. Gough, P. Whiteford, *Social Assistance in OECD Countries*, Series: DSS OECD Research Report 46 (Department of Social Security, Organisation for Economic Co-operation and Development), London 1996.

<sup>48</sup> Ch. Millon-Delson, *Zasada pomocniczości*, Wyd. Znak, Kraków 1995.

roku, wyobrażenie o realizacji tej zasady w dużym stopniu jest utożsamiane ze wsparciem finansowym, konkursami oraz udzielaniem organizacjom pomocy merytorycznej i technicznej (np. użyczenie sali konferencyjnej na spotkania)<sup>49</sup>. Nadal powraca wątek wspierania przez organizacje pozarządowe nieudolnie funkcjonujących podmiotów publicznych, czyli wyręczenia państwa, które nie może sobie poradzić z realizacją niektórych zadań. Wyrażnie widać to w kontekście zbyt częstego zlecania organizacjom zadań w trybie wspierania, mimo że ze względu na specyfikę udzielanych usług należałoby zastosować tryb powierzania. Praktyka stosowania UDPP świadczy o odwróceniu zasady pomocniczości oraz instrumentalnym traktowaniu organizacji pozarządowych<sup>50</sup>.

Kolejna zasada – suwerenności stron – oznacza odrębność zorganizowanych wspólnot obywateli oraz uznanie ich prawa do samodzielnego definiowania i rozwiązywania problemów; także tych, które należą do sfery zadań publicznych<sup>51</sup>. W praktyce organizacje pozarządowe i administracja samorządowa kładą nacisk na nieco inne aspekty realizacji tej zasady. Organizacje pozarządowe rozumieją swoją suwerenność jako niezależność od władz publicznych i innych podmiotów, samodzielność finansową, autonomię w podejmowaniu decyzji oraz nienarzucanie im przez administrację sposobów realizacji zadań. Z kolei dla administracji publicznej suwerenność odnosi się przede wszystkim do równości szans oraz respektowania niezależności i podmiotowości organizacji pozarządowych, choć jednocześnie sobie przypisuje wyłączne prawo do decydowania o priorytetach i realizowanych zadaniach. Administracja uznaje zatem suwerenność stron za gwarancję tego, że nikt poza nią nie będzie miał ostatecznego wpływu na wybór zadań, jakie mają być realizowane. Takie podejście stanowczo nie sprzyja realizacji kolejnej zasady – zasady partnerstwa<sup>52</sup>.

Zgodnie z intencją ustawodawcy zasada partnerstwa polega na wspólnym uczestnictwie administracji i organizacji pozarządowych w identyfikowaniu i definiowaniu problemów, których rozwiązywanie stanowi przedmiot zadań publicznych, a także na wspólnym wypracowywaniu sposobów wykonywania tychże zadań<sup>53</sup>. Omawiając tę zasadę, przedstawiciele organizacji pozarządowych i administracji byli zgodni, że wyraża się ona w życzliwości, wspólnym realizowaniu zadań przy poszanowaniu zdania jednej i drugiej strony

<sup>49</sup> P. Sobiesiak, *Ustawowe zasady współpracy w praktyce*, [w:] *U progu zmian. Pięć lat ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*, G. Makowski (red.), wyd. ISP, Warszawa 2008, s. 86–88.

<sup>50</sup> K. Hernik, *Finansowe i pozafinansowe formy współpracy*, [w:] *U progu zmian. Pięć lat ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*, op. cit., s. 142–143.

<sup>51</sup> H. Izdebski, *Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Komentarz, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej*, Warszawa 2003.

<sup>52</sup> P. Sobiesiak, *Ustawowe zasady współpracy w praktyce*, op. cit., s. 90–91.

<sup>53</sup> H. Izdebski, *Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Komentarz*, op. cit.

(współdziałanie), opracowywaniu metod rozwiązywania problemów (współdecydowanie) i wspólnym ich rozwiązywaniu, tworzeniu partnerstw lokalnych i publiczno-prywatnych, otwartości i dialogu, wzajemnym wspieraniu się, sygnalizowaniu swoich potrzeb<sup>54</sup>.

Natomiast w praktyce organizacje pozarządowe najczęściej nie są traktowane jako partner, ale jako zleceniobiorca zadań publicznych (podwykonawca) – upowszechniło się bowiem błędne przekonanie, że zasadniczą funkcją organizacji pozarządowych jest uzupełnianie luk w ofercie świadczeń i usług dostarczanych przez instytucje publiczne. Jednocześnie zakres współpracy jest zawężany od sfery zadań publicznych, co przeczy idei społeczeństwa obywatelskiego, które z założenia poprzez swoje instytucje (organizacje pozarządowe) ma proponować dodatkowe działania i alternatywne sposoby zaspokajania potrzeb społecznych, wychodzących poza sferę zadań publicznych definiowaną przez państwo.

Zasada efektywności polega na takim sposobie wykorzystania środków publicznych, żeby koszt realizacji zadań był optymalny w stosunku do jakości tych zadań i prowadził do osiągnięcia zamierzonych rezultatów. Stosowanie tej zasady sprzyja racjonalnemu gospodarowaniu środkami finansowymi, choć niełatwo jest mierzyć tę efektywność ze względu na trudności w doborze odpowiednich wskaźników. Z kolei dokonywanie pomiaru efektywności udzielania usług pomocy społecznej jest bardzo istotne; przede wszystkim dla instytucji, które ze środków publicznych finansują działania realizowane przez organizacje pozarządowe. W żadnym wypadku zasada efektywności nie może być pojmowana jako realizacja zadań po jak najniższych kosztach, co niestety zdarza się w praktyce.

Z kolei zasada uczciwej konkurencji, która jest uniwersalną zasadą prawa cywilnego i handlowego – kojarzyła się przede wszystkim z równością w dostępie do informacji i do środków finansowych, z jawnością oraz z wysoką jakością realizowanych zadań. Z wypowiedzi respondentów wynika, że ta zasada jest rzeczywiście respektowana; sprzyjają temu mechanizmy konkursowe. Jednocześnie respondenci sygnalizowali, że rywalizacja o zdobycie środków może prowadzić do pojawienia się nacisków na komisje konkursowe i prowadzić do łamania zasady uczciwej konkurencji. W związku z tym zwracali uwagę na to, jak bardzo istotny jest skład i liczebność komisji konkursowych: nie powinno dochodzić do sytuacji, kiedy w komisji zasiada *de facto* jedna osoba i ona podejmuje decyzje<sup>55</sup>.

<sup>54</sup> P. Sobiesiak, *Ustawowe zasady współpracy w praktyce*, op. cit., s. 92–94.

<sup>55</sup> Ibidem, s. 98–99.

Ostatnia zasada wymieniona przez ustawodawcę – zasada jawności – oznacza udostępnianie informacji o zamiarach, celach i środkach przeznaczonych na realizację zadań publicznych oraz o kosztach realizacji zadań już prowadzonych przez jednostki podległe organom administracji publicznej lub nadzorowane przez te organy, wraz z informacją o sposobie obliczania tych kosztów, tak aby możliwe było ich porównanie z kosztami realizacji analogicznych zadań przez inne instytucje i osoby<sup>56</sup>. Przestrzeganie tej zasady również nie sprawia trudności żadnej ze stron.

Aby dopełnić obrazu współpracy między administracją publiczną a trzecim sektorem, należy zwrócić uwagę na kwestie zgłaszane przez przedstawicieli organizacji socjalnych. Poważną przeszkodą włączenia się organizacji pozarządowych w świadczenie usług pomocy społecznej jest krótkowzroczna perspektywa samorządów, które funkcjonując w systemie kadencyjnym oraz w oparciu o roczne budżety, nie planują współpracy w kategoriach ciągłości zadania i z zasady nie podpisują umów wieloletnich.

Podsumowując rozważania dotyczące stanu współpracy i uspołecznienia procesu świadczenia usług socjalnych, trzeba stwierdzić, że w ciągu trzech lat (2004–2007) nastąpiły pozytywne zmiany w odbiorze wzajemnych relacji. Oceny obydwu stron są bardziej zbieżne niż w I edycji badań, kiedy przedstawiciele administracji publicznej oceniali współpracę w superlatywach, zaś strona pozarządowa bardzo często wypowiadała się negatywnie. Obecnie stanowiska stron są bardziej spójne, a ich wypowiedzi bardziej zrównoważone<sup>57</sup>.

Podstawowe wnioski z badań jakościowych prowadzonych przez Instytut Spraw Publicznych pokrywają się z wynikami badań ankietowych przeprowadzonych w 2006 roku wśród kierowników i dyrektorów OPS i PCPR przez Instytut Rozwoju Służb Społecznych<sup>58</sup>. Zdecydowana większość OPS (77%, N = 128) i wszystkie PCPR (100%, N = 28) deklarują współpracę z organizacjami pozarządowymi. Oznacza to jednak, że prawie ¼ badanych OPS (tj. 23%) nie współpracuje z organizacjami pozarządowymi.

Potwierdza się, że współpraca pomiędzy organizacjami a publicznymi jednostkami pomocy społecznej przybiera różnorodne formy, zwłaszcza takie jak wymiana informacji, udział w ciałach kolegialnych o charakterze opiniodawczo-doradczym. Najczęściej wskazywana forma współpracy, czyli „wspólne organizowanie akcji i imprez okolicznościowych” jest niestety działaniem

<sup>56</sup> H. Izdebski, *Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Komentarz*, op. cit.

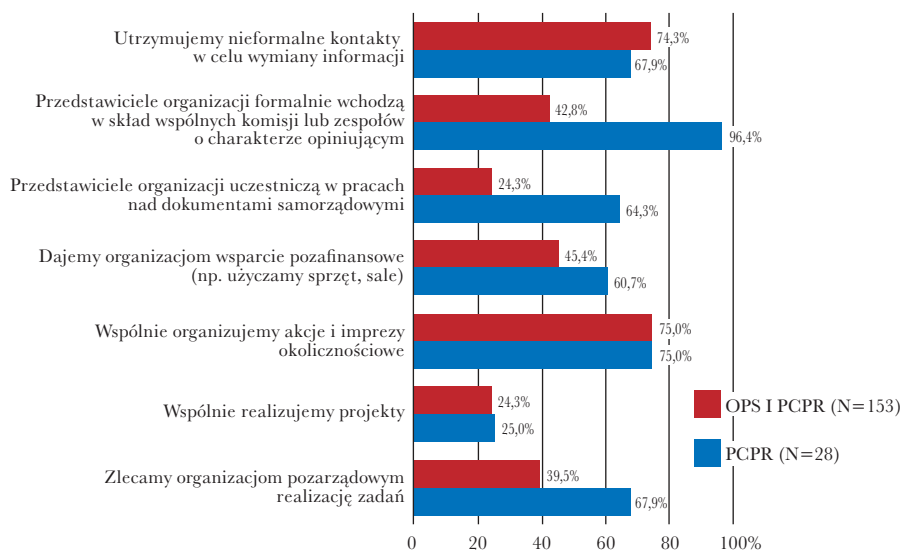
<sup>57</sup> M. Niewiadomska-Guentzel, *Ogólny obraz współpracy międzysektorowej*, op. cit., s. 61–62.

<sup>58</sup> Ilościowe badanie ogólnopolskie na próbie warstwowej skonstruowanej przez dobór losowy; zrealizowane metodą ankiety wysyłkowej adresowanej do kierowników/dyrektorów OPS i PCPR.

krótkotrwałym i okazjonalnym. Z kolei dla uspołecznienia pomocy społecznej konieczne jest prowadzenia trwałej, strategicznej współpracy, polegającej na świadczeniu usług socjalnych (działanie ciągłe), wspólnym realizowaniu projektów lub dopuszczeniem organizacji do współdecydowania o kształcie dokumentów samorządowych, na przykład takich jak strategia rozwiązywania problemów społecznych (choć być może jest to traktowane jako zagrożenie dla suwerenności administracji publicznej).

Na wykresie 2 widać wyraźnie, że powiatowe centra pomocy rodzinie wyróżniają się na tle lokalnej publicznej pomocy społecznej. Wysoki poziom zaangażowania we współpracę z organizacjami pozarządowymi z pewnością ukształtował się pod wpływem rozwiązań prawnych obligujących starostę do powołania powiatowej społecznej rady ds. osób niepełnosprawnych jako organów opiniodawczo-doradczych<sup>59</sup> (co tłumaczyłoby, że 96% posiada kolegialne zespoły, w których zasiadają przedstawiciele organizacji pozarządowych) oraz opracowania zgodnych z powiatową strategią rozwiązywania problemów społecznych, powiatowych programów działań na rzecz osób niepełnosprawnych (64% PCPR)<sup>60</sup>.

## Wykres 2. Formy współpracy z organizacjami pozarządowymi



Źródło: opracowanie własne.

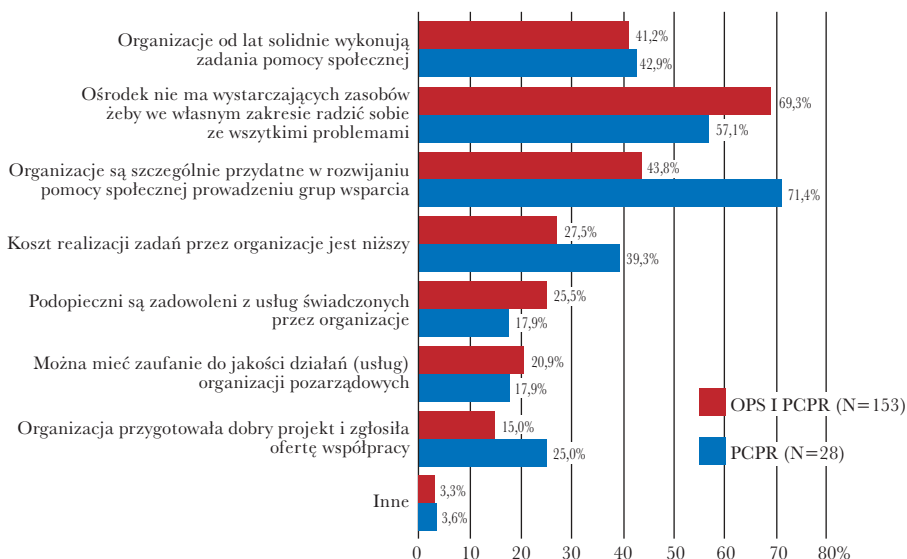
<sup>59</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia o rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych, Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92, art. 44b ust. 1.

<sup>60</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia o rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych, Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92, art. 35a ust. 1.

Z kolei rozkład odpowiedzi udzielonych przez kierowników lub dyrektorów OPS i PCPR na pytanie o to, dlaczego współpracują z organizacjami pozarządowymi pokazuje przede wszystkim, że zdecydowana większość instytucji publicznych prowadzi współpracę niejako z konieczności – ich własne zasoby są bowiem niewystarczające do tego, aby zrealizować spoczywające na nich zadania. Jest to najczęściej wskazywany powód współpracy, z czego można wnioskować, że OPS traktują organizacje pozarządowe instrumentalnie, a nie jako partnera. Oznacza to, że prawie  $\frac{3}{4}$  jednostek publicznych (OPS i PCPR łącznie – 71,4%, tabela 3) nie rozumie lub nie respektuje treści konstytucyjnej zasady subsydiarności i nie wie, że to sektor publiczny jest zobowiązany do tego, aby wspierać przejawy samoorganizacji społecznej (a nie odwrotnie).

Natomiast najniższy odsetek respondentów podpisał się pod stwierdzeniem, że podjął współpracę z inicjatywy organizacji, która zgłosiła do PCPR projekt, który został dobrze oceniony przez PCPR. To wskazanie w pełni koresponduje z dominującą tendencją do traktowania organizacji pozarządowych jako wykonawcę usługi, a nie jako partnera, który ma kompetencje do identyfikowania i skutecznego zaspokajania potrzeb społecznych. Warto też zauważyć, że istotny odsetek OPS i PCPR pracuje z organizacjami, które zna i ceni od lat (ciekawe, czy są to lokalne organizacje pozarządowe czy lokalne oddziały organizacji sieciowych).

**Wykres 3. Powody, dla których OPS i PCPR współpracują z organizacjami pozarządowymi**



Źródło: opracowanie własne.



Hipoteza o paternalistycznym stosunku administracji publicznej do organizacji socjalnych, zwłaszcza o niechęci ośrodków pomocy społecznej do dzielenia się zadaniami i środkami publicznymi oraz o przekazywaniu do realizacji jedynie tych usług socjalnych, których ośrodki pomocy społecznej nie są w stanie dostarczać (np. z braku kompetencji, infrastruktury) jest obecna w literaturze przedmiotu<sup>61</sup>.

Jednym z czynników, który przyczynia się do tego, że pomoc społeczna nie prowadzi partnerskiej współpracy z organizacjami pozarządowymi jest powszechna praktyka funkcjonowania pracowników socjalnych w systemie wiązania klienta z zasobami. Pracownicy socjalni przede wszystkim koncentrują się na pośredniczeniu pomiędzy klientami a zasobami pomocy społecznej, zwłaszcza takimi zasobami jak świadczenia pieniężne przyznawane w oparciu o analizę sytuacji materialnej. Przy tak definiowanym zestawie ról zawodowych pracowników socjalnych, organizacje pozarządowe są postrzegane jako jeden z dostępnych zasobów, a nie jako partner. Dopiero podjęcie przez pracowników socjalnych ról interwencyjnych, czyli prowadzenie metodycznej pracy socjalnej nad zmianą postaw i sytuacji osób potrzebujących wsparcia w bezpośredniej relacji z tymi osobami, może zmienić charakter relacji pomiędzy publicznymi jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej a organizacjami pozarządowymi. To jednak wymaga modernizacji systemu pomocy społecznej, czyli zmian systemowych<sup>62</sup>.

Najnowsze badania ilościowe pt. „Pomoc społeczna a międzysektorowa współpraca i partnerstwo w systemie pomocy społecznej w Polsce”, przeprowadzone w latach 2007-2008 przez M. Grewińskiego i A. Karwackiego, potwierdzają, że ośrodki pomocy społecznej są i – zdaniem pracowników OPS – powinny być – dominującym podmiotem w zakresie świadczenia pomocy społecznej na terenie gminy<sup>63</sup>. Udział organizacji pozarządowych i organizacji kościelnych w dostarczaniu usług pomocy społecznej jest szacowany w skali kraju zaledwie na kilka procent, choć należy podkreślić, że istnieją tu duże zróżnicowania regionalne. Jednocześnie pracownicy OPS-ów wyrazili opinię, że w przyszłości organizacje pozarządowe i kościelne powinny w znacznie większym stopniu zaangażować się w realizację zadań pomocy społecznej

<sup>61</sup> A. Juros, *Znaczenie przedsiębiorczości społecznej w organizowaniu społeczności lokalnych: nowe drogi świadczenia usług społecznych*, [w:] *Współczesne wyzwania i metody pracy socjalnej*, W. Szymczak (red.), Lublin 2009, s. 143.

<sup>62</sup> T. Kaźmierczak, *Czy praca socjalna w Polsce jest nowoczesna?*, [w:] *Współczesne wyzwania i metody pracy socjalnej*, W. Szymczak (red.), Lublin 2009, s. 96.

<sup>63</sup> M. Grewiński, A. Karwacki, *Pluralizm i międzysektorowa współpraca w realizacji usług społecznych*, Warszawa 2010; badania zostały przeprowadzone na ogólnopolskiej próbie wszystkich ośrodków pomocy społecznej i wszystkich powiatowych centrów pomocy rodzinie w Polsce metodą ankietową (technika ankiety pocztowej). Zwrot ankiet: OPS-y – 32,2%, PCPR-y – 44,5%.

**Wykres 4. Realizacja zadań w zakresie pomocy społecznej przez organizacje pozarządowe i organizacje kościelne w latach 2007/2008 oraz w przyszłości – w opinii pracowników Ośrodków Pomocy Społecznej**



Źródło: M. Grewiński, A. Karwacki, *Pluralizm i międzysektorowa współpraca w realizacji usług społecznych*, Warszawa 2010, tabela 10 i 12, s. 108–109 i 121–122.

(wykres 4). Jedną kwestią jest określenie skali, w jakiej organizacje pozarządowe i kościelne powinny się włączyć w świadczenie usług społecznych, drugą zaś, niemniej istotną, są zasady, w oparciu o które miałyby kształtować się relacje między publicznymi a społecznymi dostawcami usług pomocy społecznej. Badania nie udzielają odpowiedzi na pytanie, czy postulowany przez OPS-y duży udział organizacji pozarządowych i społecznych wynika z ich świadomości, że OPS-y nie mają odpowiednich zasobów (kadrowych, infrastrukturalnych, finansowych), czy też jest propozycją podzielenia się

rolami w taki sposób, że OPS-y będą zajmowały się wypłatą świadczeń, natomiast praca socjalna i inne usługi będą dostarczane przez organizacje pozarządowe i kościelne.

Warto podkreślić, że praca socjalna jest domeną organizacji pozarządowych. W tym właśnie sektorze pojawiają się nowe, innowacyjne, bardziej skuteczne i adekwatne do potrzeb praktyki modele i metody pracy socjalnej<sup>64</sup>. Należy podkreślić, że takie rozwiązania jak asystent rodziny, czy takie modele pracy jak *streetworking* wywodzą się z organizacji pozarządowych.

#### **4. URYNKOWIENIE SYSTEMU POMOCY SPOŁECZNEJ – AKTYWIZACJA SPOŁECZNO-ZAWODOWA W OPARCIU O MECHANIZMY RYNKOWE**

System pomocy społecznej w Polsce jest niewątpliwie wynikiem dotychczasowych reform polityki społecznej, które są tłem dokonujących się zmian państwa opiekuńczego. W systemie pomocy społecznej coraz bardziej dostrzegalna jest realizacja usług społecznych. Proces zachodzących zmian w polityce społecznej obejmuje realizację koncepcji „aktywnej polityki społecznej”, tym samym proponuje promowanie kształtu „nowej umowy społecznej”.

Polityka aktywizacji to w praktyce działania, które dążą do konfiguracji w zakresie obecności podmiotów: sektorów publicznego, prywatnego i obywatelskiego w obrębie produkcji bądź dystrybucji dóbr i usług społecznych. W zależności od przyjętego modelu zarządzania w danym kraju oraz rodzajów usług społecznych możemy mówić o przyjętym charakterze procesu wdrażania założeń aktywnej polityki społecznej. W pomocy społecznej polityka aktywizacji oznacza proces stopniowej zmiany funkcji programów socjalnych z zabezpieczenia dochodów – w postaci bezpieczeństwa socjalnego, na aktywizowanie osób korzystających z tego systemu. Skuteczność udzielanego wsparcia zależy od dostosowania form pomocy do ich potrzeb i możliwości.

Realizacja pomocy społecznej powinna skupiać się na działaniach indywidualnych, adresowanych do konkretnych osób w bardzo zróżnicowanej formie, które wymagają odmiennego podejścia zarówno w wymiarze organizacyjnym, jak i instrumentalnym. W systemie pomocy społecznej usługi powinny być zogniskowane wokół następujących działań<sup>65</sup>:

<sup>64</sup> T. Kaźmierczak, *Czy praca socjalna w Polsce jest nowoczesna?*, op. cit., s. 100.

<sup>65</sup> A. Jarosz, *Indywidualizacja działań w pracy z klientem pomocy społecznej na przykładzie MOPS w Sopocie jako przykład regionalizacji Strategii Lizbońskiej*, [w:] *Jak realizować Strategię Lizbońską w regionach*, IBnGR, Warszawa 2007, s. 46.

- działań doraźnych – *ad hoc*, polegających na uzupełnieniu i łagodzeniu bieżących problemów a tym samym zaspokajaniu podstawowych potrzeb,
- działań perspektywicznych – polegających na stwarzaniu szans i możliwości na przyszłość, polegających na aktywnej integracji opartej na zindywidualizowanym działaniu.

Aktywizacja spełnia rolę nowego sposobu zarządzania opartego na realizacji opracowanych strategii i działań integracyjnych.

Istotnym tłem w zakresie zachodzących zmian jest fakt, iż klasyfikacji na sektor publiczny, rynkowy i obywatelski towarzyszy wzajemne przenikanie się poszczególnych sektorów. Szczególnie istotna jest rola sektora publicznego podlegająca zmianom w zakresie dostarczania usług społecznych, polegających na zachowaniu funkcji kontrolnej. Istotnym czynnikiem jest również to, iż w tworzeniu obecnej polityki społecznej, z jednej strony nie ma przyzwolenia na wzrost obciążeń podatkowych, z drugiej – nie ma poparcia społecznego dla ograniczenia funkcji socjalnych państwa. Sektor pomocy społecznej opiera się na publicznym finansowaniu, w którym celem jest poszukiwanie tańszego i/lub efektywniejszego sposobu dostarczenia koniecznych usług.

Priorytety wskazywane w Agendzie Aktywnej Polityki Społecznej, skupiają się wokół inwestycji w rodzinę i dzieci, redukcję ubóstwa i wykluczenia społecznego, poprzez stworzenie możliwości powrotu na rynek pracy oraz mobilizację wszystkich grup do uszczelniania systemu ochrony socjalnej z podkreśleniem odpowiedzialności za siebie i innych w tym zakresie<sup>66</sup>. Priorytety te stanowią cel działalności podmiotów różnych sektorów, wskazując jednocześnie potrzebę zaistnienia sieci powiązań różnych działań, które mają pozwalać osiągać powyższe cele<sup>67</sup>.

W analizie procesów związanych z aktywizacją społeczno-zawodową w oparciu o mechanizmy rynkowe w systemie pomocy społecznej, ze względu na zróżnicowany charakter usług świadczonych przez sektor publiczny i różne jego funkcje w tym systemie, należy przeprowadzić analizę składowych tych usług, dokonując również analizy pod kątem mechanizmów urynkowienia danej usługi oraz możliwości form w jakiej będzie realizowana w przyszłości. Istotna jest realizacja poszczególnych usług w sektorze pomocy społecznej przez określony sektor, bądź modyfikacja usługi realizowanej przez sektor publiczny do realizowanej przez sektor prywatny. Należy zwrócić również uwagę, uwzględniając jednocześnie podział usług społecznych w pomocy społecznej na mniejsze komponenty, w zakresie poszczególnych usług. Niezbędny

<sup>66</sup> *Agenda The Active Social Policy*, źródło [www.oecd.org/](http://www.oecd.org/)

<sup>67</sup> A. Karwacki, *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej w świetle badań*, Ekspertyza ISP, Toruń 2009, s. 10.

jest system nadzoru ze strony państwa nad realizacją danej usługi społecznej oraz standaryzacja zasad finansowania danej usługi przez państwo.

Analiza procesów zachodzących w Polsce w systemie pomocy społecznej wskazuje, że w ciągu ostatnich lat podjęta została próba stworzenia systemu zakładającego zwiększenie aktywizacji osób korzystających z tego systemu. Zgodnie ze współczesnym podejściem w pomocy społecznej przyjmujemy, że aktywizacja społeczna i zawodowa jest najbardziej pożądanym wynikiem oddziaływania na osoby korzystające z pomocy społecznej.

Weryfikacja założeń aktywnej polityki społecznej (dalej: APS) w praktyce koncentruje się na sposobie realizacji celów i metodach realizacji tej polityki oraz możliwościach wprowadzania do praktyki instytucjonalnej w Polsce rozwiązań wdrażanych w UE. Celem APS jest weryfikacja w praktyce idei APS przekładając ją na konkretne rezultaty. Częściową weryfikacją tej polityki może być odpowiedź na pytanie o skuteczność absorpcji środków EFS, gdyż te środki finansowe przeznaczone są w całości wyłącznie na działania aktywizujące, również w pomocy społecznej. Ważny obszar stanowią niezbędne kierunki (formy) i potrzeby aktywizacji, niewątpliwie wielkie nadzieje wiąże się w ramach polityki aktywizacji z funkcjonowaniem podmiotów wokół gospodarki społecznej i usługami przez nie świadczonymi. Usługi wykonywane przez te podmioty łączą przyjmowane w naszym kraju definicje celów i postulowanych środków w ramach polityki aktywizacji.

Analizując usługi społeczne w kontekście mechanizmów urynkowienia należy pamiętać, że dotyczą one aktywizacji społecznej i zawodowej osób długotrwale marginalizowanych społecznie, zaś urynkowienie dotyczy różnych etapów realizacji tych usług. Proces urynkowienia usług społecznych w tym obszarze pomocy społecznej polega na tym, iż administracja publiczna finansuje usługi społeczne, ale ich dystrybucję i produkcję pozostawia sektorowi rynkowemu lub obywatelskiemu.

#### **4.1. Aktywna integracja w kontekście realizacji projektów systemowych w sektorze pomocy społecznej**

Paradygmat APS w realizacji działań związanych z pomocą społeczną implementowano w postaci aktywnej integracji. Rozwiązaniem istoty proponowanych działań w pomocy społecznej nie powinny być działania skupiające się wokół polityki pasywnej. Podstawowym celem działań powinna być integracja, czyli działanie na rzecz pełnego uczestnictwa osób i rodzin, co obejmuje zarówno osiągnięcie właściwego dochodu, zatrudnienie, jak również dostęp do dóbr i usług. Definiując aktywną integrację, należy ją rozu-

mieć jako system działań obejmujący całokształt instrumentów mających na celu wykorzystanie potencjału jakim dysponuje dana osoba, czyli aktywne podejście proponujące szereg wielorakich działań, nie skupiające się wyłącznie na obszarze zatrudnienia. Aktywna integracja zakłada pełną aktywność człowieka w tym procesie, tą aktywność określa się mianem uczestnictwa i upodmiotowienia<sup>68</sup>.

Polityka w zakresie aktywnej integracji powinna zapewniać spójność z następującymi celami: 1) wsparciem urzeczywistnienia praw podstawowych 2) promowaniem równości płci i równych szans 3) reakcją na złożoność różnych elementów niekorzystnych oraz szczególnej sytuacji i potrzeb różnych grup podatnych na zagrożenia 4) poprawę spójności terytorialnej biorąc pod uwagę sytuację lokalną i regionalną 5) spójność społeczną.

Skuteczność zintegrowanego podejścia wymaga zacieśnienia współpracy między służbami publicznymi, władzami lokalnymi, regionalnymi, krajowymi oraz władzami UE, uwzględniając ich szczególne role, kompetencje i priorytety. Ponadto uczestnicy procesu aktywnej integracji, łącznie z dotkniętymi ubóstwem i wykluczeniem społecznym, partnerzy społeczni, organizacje pozarządowe i instytucje realizujące usługi powinni aktywnie uczestniczyć w rozwoju, realizacji i ocenie strategii aktywnej integracji<sup>69</sup>.

Usługi społeczne w zakresie dostępnych instrumentów aktywnej integracji mają na celu przywrócenie możliwości lub zdolności zatrudnienia oraz integracji społecznej osób korzystających ze świadczeń pomocy społecznej. W przypadku integracji społecznej i aktywnej integracji zawodowej wprowadzono działania z zakresu gospodarki społecznej. Działania te zgodnie ze swoją rolą zapewniają kompleksowe działania – „przez system działań socjalno-edukacyjnych, leczniczo-rehabilitacyjnych i pomocy w zatrudnieniu przywraca się osobom nieaktywnym zawodowo i wykluczonym społecznie poczucie uczestnictwa społecznego i uświadamia posiadanie i potrzebę wykorzystywania obywatelskich uprawnień oraz przygotowania do podjęcia odpowiedzialności indywidualnej”<sup>70</sup>.

W podejmowanych działaniach na pierwszym miejscu powinny znaleźć się te formy wsparcia, które zwiększają aktywność otrzymujących ją beneficjentów, odpowiadają na rzeczywiste problemy i elastycznie reagują na

<sup>68</sup> Definicja pracy socjalnej przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Międzynarodowej Federacji Pracowników Socjalnych, Montreal, Kanada lipiec 2000, „Praca Socjalna” nr 3/2006 s. 22.

<sup>69</sup> *W sprawie zalecenia Komisji dotyczącego aktywnej integracji osób wykluczonych z rynku pracy*, Komunikat Komisji Europejskiej, SEC (2008)2589, s. 7.

<sup>70</sup> E. Leś, *Gospodarka społeczna podstawowe pojęcia i zakres działalności*, Warszawa 2006, [www.mpips.gov.pl](http://www.mpips.gov.pl) s:1

określoną sytuację, w której znalazła się konkretna osoba. Nowe podejście do polityki społecznej powinno być zogniskowane na efektywne wydobywanie potencjału poszczególnych osób i grup pomimo deficytów czy dysfunkcji jakie posiadają. Instrumenty polityki społecznej powinny być nastawione przede wszystkim na likwidację, bądź minimalizację przyczyn wykluczenia, co wiąże się z koniecznością zwiększania nakładów na rozwój aktywnych instrumentów polityki społecznej. Podejście to zostało przeniesione do działań finansowanych z EFS w systemie realizacji działań pomocy społecznej wdrażanych za pomocą Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, w którym zaproponowano cztery grupy instrumentów o charakterze aktywizacyjnym. Celem jest przywrócenie zdolności lub możliwości zatrudnienia, uzyskanie wsparcia dochodowego oraz wyeliminowanie przeszkód napotykanych przez osoby i rodziny w procesie dostępu do praw i usług społecznych, a przez to wspierających powrót do zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej<sup>71</sup>. Pracownik socjalny ma możliwość konstrukcji usługi opartej na łączeniu działań ułatwiających dostęp do pomocy.

W zakresie usług aktywizacji zawodowej celem jest reintegracja zawodowa, polegająca na „zwiększeniu szans w znalezieniu zatrudnienia (...), wyrównywaniu deficytów wynikających z braku dostępu do określonych dóbr i usług, braku posiadanych kwalifikacji czy też innych czynników powodujących ograniczenie szans określonych grup społecznych na równoprawny z większością społeczeństwa udział w życiu rodzinnym, społecznym i zawodowym”<sup>72</sup>. Instrumentami aktywizacji zawodowej jest możliwość skierowania do uczestnictwa w zajęciach Centrum Integracji Społecznej lub skierowanie do uczestnictwa w zajęciach Klubu Integracji Społecznej.

Celem powinny być wszystkie działania mające poprawić docelowo zdolność do zatrudnienia, czemu służą instrumenty o charakterze edukacyjnym obejmujące uzupełnienie wykształcenia ogólnego na poziomie podstawowym, gimnazjalnym lub średnim oraz zajęcia w ramach kształcenia ustawicznego, mające na celu uzyskanie zawodu lub przygotowania zawodowego.

Innym rodzajem aktywizacji są usługi o charakterze zdrowotnym polegające na badaniach profilaktycznych lub specjalistycznych w związku z możliwością podjęcia zatrudnienia, terapią psychologiczną lub psychospołeczną dla rodzin lub osób, programami przeciwdziałającymi uzależnieniom oraz zespoły ćwiczeń fizycznych usprawniających osoby niepełnosprawne.

---

<sup>71</sup> Dokument programowy *Zasady przygotowania, realizacji i rozliczania projektów systemowych Ośrodków Pomocy Społecznej, Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie oraz Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w ramach PO KL*, [www.funduszeuropejskie.gov.pl](http://www.funduszeuropejskie.gov.pl)

<sup>72</sup> Ibidem.



Jak wynika z analiz, najczęściej stosowanymi przez jednostki pomocy społecznej instrumentami są usługi aktywizacji społecznej i należą do nich: uczestnictwo w ośrodkach dziennego wsparcia, świetlicach i klubach, uczestnictwo w środowiskowych domach samopomocy lub rodzinnych domach pomocy, o których mowa w przepisach pomocy społecznej, usługi wspierające takie jak: tłumacz osoby głuchoniemej, przewodnik osoby niewidomej, asystent personalny osoby niepełnosprawnej, świadczenia w ramach wolontariatu oraz uczestnictwo w grupach i klubach samopomocowych.

Określono zatem w dokumentach programowych bardzo bogaty zestaw działań do zastosowania w postaci projektów. Dokładna analiza możliwych do realizacji projektów sugeruje w dużej mierze uzupełnienie deficytu nakładów własnych na działania ustawowe pomocy społecznej w zakresie projektów systemowych. Warto zastanowić się nad tym, jak dzięki środkom z EFS poszerzać możliwość działań w tym zakresie. Projekty systemowe mogą być realizowane jako działania w zakresie aktywnej integracji realizowane przez pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej (dalej: OPS) lub powiatowego centrum pomocy rodzinie (dalej: PCPR). W tym przypadku pracownik socjalny przygotowuje projekt kontraktu socjalnego oraz projektu aktywności lokalnej, który akceptowany jest przez kierownika OPS lub PCPR. Projekt systemowy może być również zlecany przez OPS lub PCPR podmiotom zewnętrznym na zasadach określonych w przepisach o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie<sup>73</sup>.

Pewne przesłanki w zakresie mechanizmów urynkowania pomocy społecznej, stworzono przy okazji realizacji projektu w zakresie aktywnej integracji realizowanej w partnerstwie lokalnym, stanowiącym pisemne porozumienie partnerów publicznych, społecznych i prywatnych realizujących projekt określony w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

Kolejnym narzędziem jest wsparcie integracji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych. Program integracji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych adresowany jest do osób nie w pełni sprawnych, którego celem jest wsparcie osób w podejmowaniu aktywizacji zawodowej i integracji ich ze środowiskiem społecznym. Wykorzystanie tego narzędzia w niewielkim stopniu może być spowodowane brakiem osób pełniących obowiązki doradców ds. osób niepełnosprawnych, którzy realizowaliby ten program.

A zatem, zostały określone kryteria, narzędzia, metody realizacji w zakresie aktywnej integracji, jednak praktyczna realizacja instrumentów pod postacią projektów oraz efekty, skuteczność, efektywność, trwałość rezultatów i oddziaływanie będą zależały od rozstrzygnięć dotyczących kolejnego okresu

---

<sup>73</sup> Ibidem.

programowania polityki spójności 2014–2020. Jeżeli zabraknie kontynuacji tego typu działań w przyszłości, to skutkiem będzie brak kontynuacji zmiany w obszarze pomocy społecznej.

## 4.2. Instytucje – WZT, ZAZ, ZPCh w procesie urynkowienia pomocy społecznej

W wyniku wzrostu znaczenia konkurencji w realizacji usług społecznych oraz wzrostu roli sektora rynkowego i pozarządowego w świadczeniu tego typu usług, w obszarze oddziaływania europejskiej polityki społecznej rozpoczął się proces rekonstrukcji polityki społecznej. Współczesna polityka społeczna jest kształtowana przez takie procesy, jak: decentralizacja struktur administracji publicznej, którym powinna towarzyszyć decentralizacja finansów publicznych, wycofywanie się państwa z dotychczasowych zobowiązań socjalnych oraz wprowadzanie mechanizmów rynkowych do sfery socjalnej – również w zakresie realizacji usług społecznych i wspieranego zatrudnienia, które rozwija się w różnych formach prawnych przedsiębiorczości społecznej<sup>74</sup>.

Diagnostując zachodzące procesy w polityce społecznej, słusznie wskazuje się na komercjalizację polityki społecznej, polegającą na prywatyzacji i/lub urynkowaniu polityki społecznej. M. Grewiński w rozdziale 1 opisując proces komercjalizacji wskazuje na następujące jej cechy: 1) „prywatyzacja odpowiedzialności” – indywidualizacja odpowiedzialności za siebie i swoich najbliższych 2) dokonywanie przekształceń własnościowych w kierunku prywatnych wykonawców usług, zamiast publicznych<sup>75</sup>. Pisząc o komercjalizacji w kontekście urynkowienia, M. Grewiński wskazuje na jej znaczenie szczególnie we: 1) wprowadzaniu *quasi* rynków wewnętrznych do sektora publicznego 2) dopuszczenia różnorodnych podmiotów w zakresie dostarczania usług społecznych. Wskazuje również na następujące aspekty tych procesów: „powoduje to pojawienie się mechanizmów konkurencji, a zatem podmioty mogą być finansowane ze środków publicznych oraz same mogą być podmiotami publicznymi<sup>76</sup>. Proces urynkowienia na tym etapie realizacji usług społecznej, jaką jest aktywizacja społeczna i aktywizacja zawodowa, polegająca rów-

---

<sup>74</sup> A. Karwacki, *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej w świetle badań*, Ekspertyza ISP, Toruń 2009, s. 10, [w:] D. Osborne, T. Gaebler, *Reinventing Government. How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*, London, New York, Penguin 1993.

<sup>75</sup> Artykuł wprowadzający w tym tomie: M. Grewiński, *Transformacja polityki społecznej w Europie – główne kierunki reorganizacji*.

<sup>76</sup> Ibidem.

niez na reintegracji i rehabilitacji zawodowej, jest dostrzegalny w wymiarze instytucjonalnym oraz finansowym.

Istnieje w ustawodawstwie uporządkowana konstrukcja oferty w postaci zatrudnienia socjalnego, adresowanego do osób, którzy *podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych*<sup>77</sup>. Zatem na podstawie ustawodawstwa polskiego dotyczącego integracji społecznej i aktywnej integracji zawodowej, można przypuszczać, iż intencją ustawodawcy w zakresie pomocy społecznej i polityki zatrudnienia było stworzenie systemu, który w zależności od potrzeb w stosunku do danej osoby związanej z aktywizacją społeczną i zawodową byłby kierowany do danej instytucji. Analiza w zakresie ustawodawstwa wskazuje, że instytucje wymienione poniżej są traktowane jako jeden z elementów polityki zmierzającej do ograniczenia zjawiska marginalizacji i wykluczenia społecznego. Instytucje te różnią się między sobą, stosując odmienne sposoby integracji w odniesieniu do problemów długotrwałego bezrobocia i braku aktywności zawodowej określonych osób.

Warsztaty Terapii Zajęciowej (dalej: WTZ) sprzyjają przede wszystkim integracji społecznej. Jest to forma mająca na celu zarówno prowadzenie rehabilitacji społecznej i zawodowej. Wyznacznikiem skuteczności prowadzonej terapii jest integracja społeczna i zawodowa. Na podstawie zapisów ustawodawstwa dotyczącego aktywizacji zawodowej i społecznej, można przypuszczać, iż intencją ustawodawcy w zakresie pomocy społecznej i zatrudnienia było, aby Zakład Aktywności Zawodowej (dalej: ZAZ) pełnił rolę „pomostu” pomiędzy warsztatem terapii zajęciowej a chronionym lub otwartym rynkiem pracy. Status Zakładu Pracy Chronionej (dalej: ZPCh) jest przewidziany dla placówki zatrudniającej osoby niepełnosprawne, zwiększającej aktywność zawodową osób niepełnosprawnych, która spełnia wymogi określone w ustawie z 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Proces urynkowania w przypadku WTZ jest dostrzegalny zarówno w sposobie finansowania usług społecznych, w niewielkiej części finansowanie następuje ze środków własnych jako element „prywatyzacji odpowiedzialności”, jak również związany jest ze sposobem w jaki dana osoba powinna zostać włączona do funkcjonowania w społeczeństwie. Ponadto w zakresie dostarczania usługi jaką jest integracja społeczna i reintegracja zawodowa istnieje w pewnym sensie *quasi* rynek wewnętrzny i dopuszczenie na nim do funkcjonowania różnych

---

<sup>77</sup> Rada Ministrów. Dokument Implementacyjny Krajowego Programu Reform na lata 2005–2008 na rzecz realizacji Strategii Lizbońskiej, przyjęty przez Komitet Rady Ministrów 3 sierpnia 2006 roku, Warszawa, s. 5.

form prawnych w przypadku WTZ, z częściowym finansowaniem ze środków publicznych. Opuszczanie WTZ i rozpoczynanie pracy na otwartym bądź chronionym rynku pracy jest najbardziej pożądanym, docelowym efektem aktywizacji. Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wskazuje na to, że *rehabilitacja zawodowa ma na celu ułatwienie osobie niepełnosprawnej uzyskanie i utrzymanie odpowiedniego zatrudnienia i awansu zawodowego przez umożliwienie jej, korzystania z poradnictwa zawodowego, szkolenia zawodowego oraz pośrednictwa pracy, (...) ma na celu umożliwienie osobom niepełnosprawnym uczestnictwa w życiu społecznym*<sup>78</sup>.

Najczęstszym podmiotem jaki konstituuje WTZ są organizacje pozarządowe i samorząd, rzadziej organizacje wyznaniowe oraz zakłady pracy chronionej. Możliwa jest więc różna forma prawna funkcjonowania WTZ: publiczna, pozarządowa oraz prywatna, gdy prowadzi go zakład pracy chronionej, który może należeć do sektora prywatnego.

Podmiotami, dzięki którym jest tworzony kolejny etap aktywizacji społecznej i zawodowej jest działalność ZAZ. Status jaki posiada ZAZ jest instrumentem prawnym dostępnym wyłącznie dla instytucji oraz organizacji wymienionych w ustawie, których statutowym zadaniem jest rehabilitacja społeczna i zawodowa osób niepełnosprawnych<sup>79</sup>. Najwięcej ZAZ utworzonych zostało przez stowarzyszenia oraz samorządy powiatowe i gminne. Organizatorem zakładu aktywności zawodowej może być powiat, gmina, fundacja, stowarzyszenie lub inna organizacja społeczna, której statutowym zadaniem jest rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych. Sposób finansowania jest następujący, ZAZ nie jest jednostką samodzielnie finansowaną, lecz ze środków PFRON, podmiot, który prowadzi ZAZ jest zwolniony z niektórych podatków i opłat lokalnych. Zakłady Aktywności Zawodowej są podmiotami *non profit* co oznacza, że dochód z działalności wytwórczej bądź usługowej nie może być bezpośrednio przeznaczany na finansowanie zakładu, jest on przekazywany na Zakładowy Fundusz Aktywności. Analiza działalności ZAZ wskazuje, że 72% produkcji i usług zakładów aktywności było kierowanych na rynek lokalny, sprzedaż na rynek regionalny (województwo) stanowiła nieco ponad 19%, a na rynek ogólnokrajowy – 12,3%. Zakłady aktywności zawodowej podejmują współpracę z instytucjami i organizacjami lokalnymi: 90% ZAZ współpracowało z instytucjami samorządu (m.in. GOPS, PCPR) w zakresie wsparcia finansowego rehabilitacji leczniczej oraz niezbędnego sprzętu. Według klasyfikacji PKD ZAZ najczęściej zajmowały się działalnością z za-

<sup>78</sup> Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r., Dz. U. z 1997 r. Nr 123, poz. 776.

<sup>79</sup> Raport z badania zrealizowanego przez – TNS OBOP DLA PFRON – ZAZ W 2009 r., [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), s. 4.

kresu pomocy społecznej oraz pozostałej opieki wychowawczej i społecznej, prowadziły działalność poligraficzną, usługi pralnicze i czyszczenia wyrobów włókienniczych, działalność usługową z zakresu zagospodarowania terenów zielonych oraz cateringu<sup>80</sup>. Według dostępnych danych najczęściej określane trudności związane z utworzeniem i funkcjonowaniem ZAZ dotyczą obszarów związanych z finansowaniem, obowiązującym ustawodawstwem oraz funkcjonowaniem określonych instytucji<sup>81</sup>. W obszarze związanym z finansowaniem instytucji, jest to ustawowe zmniejszanie udziału dofinansowania ze środków PFRON kosztów działalności ZAZ, bez sprecyzowania zasad jaki podmiot oraz w jaki sposób może dofinansować pozostałą część. Ponadto ograniczenie swobody inwestycji, brak możliwości prawnych doposażenia w niezbędny sprzęt działu obsługowo-rehabilitacyjnego, brak możliwości zakupu środków trwałych, wyposażenia przez ZAZ wypracowanych pieniędzy lub z dotacji, co uniemożliwia np. zmianę profilu działalności, to główne problemy finansowe. Ponadto problemem jest także brak możliwości dofinansowania działalności i rozwoju zakładu ze środków Zakładowego Funduszu Aktywności Zawodowej, również zbyt małe środki finansowe m.in. z PFRON uniemożliwiające np. zatrudnienie wysoko wykwalifikowanej kadry oraz zakaz wykorzystania bazy rehabilitacyjnej oraz transportowej w celu świadczenia usług dla społeczności lokalnej w celach zarobkowych. W obszarze związanym z obowiązującym ustawodawstwem są to niedoprecyzowane przepisy prawne i brak spójnej interpretacji tych przepisów oraz ich niedostosowanie do działania ZAZ jako przedsiębiorstwa np. brak osobowości prawnej, istnienie przepisów blokujących rozwój zakładu oraz jego przebranżowienie, ograniczenia dotyczące zatrudnienia osób niepełnosprawnych: sztywny współczynnik zatrudnienia, zatrudniać można tylko osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności a w razie utraty orzeczenia istnieje konieczność rozwiązania umowy o pracę, występują trudności w uzyskaniu odpowiedniego wpisu w orzeczeniu Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności, oraz istnieje niedosyt zachęt ekonomicznych do współpracy z ZAZ. W obszarze związanym z systemem instytucjonalnym najczęstszym problemem jest brak zaangażowania ze strony samorządu, brak standardów dotyczących funkcjonowania ZAZ, trudności w nawiązywaniu współpracy z pracodawcami otwartego rynku pracy, jak i brak wypracowanych metod współpracy z nimi, niechęć potencjalnego pracodawcy z powodu nadmiernej biurokracji oraz pozbawienie pracowników niepełnosprawnych pomocy finansowej w postaci zasiłków stałych.

---

<sup>80</sup> Ibidem, s. 23.

<sup>81</sup> Ibidem, s. 25.

Należy zatem wzmocnić działania w zakresie finansowym i instytucjonalnym dotyczącym uzyskania stałych zleceń dla ZAZ od podmiotów gospodarczych z obszaru funkcjonowania ZAZ, zlecenia zadań przez samorząd lokalny, poszerzenia działalności o nowy profil produkcji i usług.

Kolejnym podmiotem wskazującym na obecność mechanizmów rynkowych w realizacji aktywizacji społecznej i zawodowej jest zakład pracy chronionej. Status ZPCH uprawnia przedsiębiorstwo do korzystania z ulg podatkowych oraz zwolnień z opłat związanych z kierowaniem przedsiębiorstwem. Działalność gospodarcza musi być prowadzona minimum 12 miesięcy, pracodawca musi przynajmniej przez 6 miesięcy utrzymywać wymagany wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Przekazane zakładowemu funduszowi wpłaty, odpowiadające środkom uzyskanym ze zwolnienia, nie stanowią kosztów podatkowych w momencie ich przekazania, stają się kosztem podatkowym dopiero w momencie faktycznego wydatkowania środków z funduszu na określone cele. Zakłady pracy chronionej otrzymują dodatkowe fundusze, np. na pokrycie kosztów rehabilitacji zawodowej, społecznej czy leczniczej, indywidualne programy rehabilitacji osób niepełnosprawnych, usprawnienie i oprzyrządowanie stanowisk pracy, zakup sprzętu i wyposażenia. Część wynagrodzenia, równą składce pracownika na ubezpieczenie emerytalne i chorobowe, finansuje Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, natomiast koszty osobowe pracodawcy, odpowiadające należnej składce na ubezpieczenie emerytalne i rentowe, opłaca budżet państwa, zaś część równą należnej składce na ubezpieczenie wypadkowe – PFRON.

Celem zaprezentowanego tu systemu aktywizacji społecznej i zawodowej była analiza kierunku zmian (procesów) w sferze instytucjonalnej polityki społecznej. Próba przedstawienia usług aktywizujących w systemie pomocy społecznej służyła opisowi procesów związanych z urynkowaniem. Proces urynkowania – rozdziela nabywców od dostawców usług społecznych, zaangażowanie w świadczenia usług społecznych podmiotów publicznych jest równie pożądane jak i u prywatnych, typu *non-profit* oraz ukierunkowanych na dochód. Widoczny jest również w tego rodzaju usługach społecznych proces kontraktowania, uwzględniający instrument umowy jako regulacji stosunków między: pomiotami państwowymi, nabywcami oraz oferentami usług<sup>82</sup>.

---

<sup>82</sup> R. van Berkel, V. Borghi, *New Modes of Governance in Activation Policies*, „International Journal of Sociology and Social Policy” 2007, vol. 27, Nr 7/8, s. 277–286.

### **4.3. Rola KIS-ów, CIS-ów, spółdzielni socjalnych w tworzeniu gospodarki społecznej<sup>83</sup>**

Kluby Integracji Społecznej, Centra Integracji Społecznej oraz spółdzielnie socjalne łączą w sobie szereg przedstawionych wcześniej idei aktywnej polityki społecznej (APS). Jednym z elementów aktywnej polityki społecznej jest tworzenie podstaw gospodarki społecznej, polegającej na różnych formach prowadzenia działalności gospodarczej, której głównym celem działania nie jest komercyjny zysk, lecz tworzenie miejsc pracy dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym i marginalizacją zawodową. Podmiotami, które mogą tworzyć przykłady przedsięwzięć gospodarki społecznej są organizacje pożytku publicznego działające na rzecz tworzenia miejsc pracy, centra i kluby integracji społecznej, spółdzielnie socjalne. Szczególnie istotna jest weryfikacja praktyki funkcjonowania centrów i klubów integracji społecznej wobec realizacji głównych założeń (celów) tychże instytucji na rzecz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym bądź wykluczonych. Usługi jakie wykonują KIS-y i CIS-y należy analizować poprzez funkcje jakie pełnią: społeczno-wychowawcze (reintegracja, resocjalizacja), ochronne (gwarancja odpowiednich warunków pracy i życia), ekonomiczne (działalność produkcyjna, handlowa, usługowa), edukacyjne (reorientacja zawodowa, doskonalenie zawodowe). Podstawowym celem prowadzenia KIS-ów jest świadczenie takich usług, które wpisują się w pojęcie reintegracji społecznej i zawodowej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Usługi te powinny być realizowane poprzez kompleksowe działania zmierzające do zapewnienia pomocy osobom zagrożonym wykluczeniem społecznym. Zakres usług świadczonych przez KIS to usługi w zakresie działań społecznych polegające na udzieleniu porad osobom uzależnionym o dostępnych rozwiązaniach w leczeniu uzależnień oraz udzieleniu pomocy w przygotowaniu dokumentacji związanej ze skierowaniem do właściwych zakładów leczenia. Usługi realizowane w zakresie działań edukacyjnych i aktywizujących zawodowo polegają na organizowaniu kursów, szkoleń i zajęć z nauki języków obcych, organizowaniu kursów, szkoleń i zajęć z autoprezentacji, organizowanie kursów przygotowania zawodowego w zakresie podstawowym oraz organizowanie z CIS wstępnego przygotowania do zajęć tam prowadzonych<sup>84</sup>.

Źródła finansowania działalności KIS-ów zależą od podmiotu prowadzącego KIS. Jeżeli organem założycielskim jest samorząd terytorialny, gdzie

<sup>83</sup> Więcej o tym w: M. Grewiński, M. Rymsha (red.), *Polityka aktywizacji w Polsce. Usługi reintegracji w sektorze gospodarki społecznej*, Warszawa 2011 (III tom serii Nowa Polityka Społeczna).

<sup>84</sup> Ustawa o zatrudnieniu socjalnym z dnia 13 czerwca 2003 r., Dz. U. z 2003 Nr 122, poz. 1143.



preliminarz finansowania Klubu powinien zostać ujęty w planie finansowym prowadzącej jednostki organizacyjnej, to na tej podstawie zostaje uchwalony plan finansowy przez organ stanowiący jednostki samorządu terytorialnego w budżecie gminy. W przypadku kiedy jest to organizacja pozarządowa, gdzie dofinansowanie lub finansowanie działalności Klubu ze środków publicznych samorządu lokalnego zapisane jest w Lokalnym Programie Pomocy Społecznej na realizację programu przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu, dofinansowanie pochodzi z samorządu województwa – Programu Przeciwdziałania Wykluczeniu Społecznemu.

Zgodnie z brzmieniem ustawy o zatrudnieniu socjalnym, Centra Integracji Społecznej (dalej: CIS) to instytucje realizujące zadania państwa z zakresu reintegracji społecznej i zawodowej, w szczególności z zakresu działalności edukacyjnej dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym<sup>85</sup>. CIS to jednostka organizacyjna realizująca reintegrację zawodową i społeczną poprzez prowadzenie dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, programów edukacyjnych obejmujących umiejętności zawodowe, przekwalifikowanie lub podwyższanie kwalifikacji zawodowych.

W formie prawnej CIS może zostać utworzony przez samorząd – wójta, burmistrza, prezydenta miasta oraz organizację pozarządową. Sposób finansowania CIS jest następujący; koszty związane z utworzeniem CIS-ów mogą zostać sfinansowane przez samorząd województwa, który może przyznać organizacji tworzącej CIS dotację na działalność przez okres pierwszych trzech miesięcy. Późniejsza działalność CIS-ów może być finansowana z dotacji pochodzącej z dochodów własnych gminy, środków finansowych z EFS oraz ze środków uzyskanych z działalności wytwórczej, handlowej lub usługowej prowadzonej przez CIS. Ustawodawca tworząc podstawy dla funkcjonowania CIS-ów w systemie usług społecznych, koncentruje się głównie na mechanizmach integrujących osoby wykluczone w specjalnie tworzonej dla nich miejscu i pomija rolę CIS-ów w odniesieniu do własnych absolwentów. Należy pamiętać, że aktywizacja osób długotrwale bezrobotnych jest procesem złożonym. Zabrakło w obowiązującym ustawodawstwie mechanizmów nastawionych na pomoc absolwentom CIS-ów po okresie 12 miesięcy, z możliwością przedłużenia jej o 6 miesięcy. Sposobem, który mógłby wspomóc aktywizację zawodową i społeczną może być wprowadzenie w ustawodawstwie mechanizmów dotyczących możliwości tworzenia przez CIS spółdzielni socjalnych dla własnych absolwentów lub wsparcia działalności tych spółdzielni. Rolą CIS-ów byłoby prowadzenie spółdzielni socjalnej, jako własnej działalności gospodarczej, zatrudnianie w niej ludzi opuszczających CIS z myślą o ich

---

<sup>85</sup> Ibidem.

powrocie na wolny rynek. Założeniem dla powstających spółdzielni byłyby kontynuacja procesu aktywizacji zawodowej i społecznej. W systemie aktywizacji zawodowej tej grupy osób należy stworzyć ciągłość aktywizacji danej osoby w momencie skierowania danej osoby do CIS, jak i również po okresie uczestnictwa aktywizacja zawodowa powinna zostać zachowana aż do czasu powrotu na rynek pracy. Problemem w funkcjonowaniu CIS-ów wydaje się być mechanizm dotyczący zatrudnienia uczestnika CIS. Pracodawca, który decyduje się na zatrudnienie uczestnika CIS może podpisać ze starostą umowę, na mocy której w zamian za zobowiązanie się do zatrudnienia danej osoby przez okres nie krótszy niż 18 miesięcy, otrzymuje prawo do refundacji części wynagrodzenia wypłaconego tej osobie podczas 12 pierwszych miesięcy. Przedsiębiorca może mieć problemy z wywiązaniem się z takiego zobowiązania, próbując ubiegać się o dofinansowanie na stanowisko na którym ma ta osoba pracować. Wnosząc, instrument jakim jest zatrudnienie wspierane w obowiązującym ustawodawstwie nie został doprecyzowany, nie ma jednoznacznych przepisów mówiących o tym co ma zrobić pracodawca, żeby zatrudnić uczestnika CIS. Zatrudnienie uczestnika CIS jest możliwe na wniosek kierownika CIS, pracownika socjalnego lub samego uczestnika, który składa wniosek do PUP i na podstawie wniosku pracownik PUP może skierować taki wniosek do pracodawcy. Niezrozumiała jest obecnie w ustawodawstwie wyłączna możliwość korzystania z zatrudnienia wspieranego przez pracodawców, u których w powiecie istnieje CIS. Dyskusja dotycząca zmian statusu organizacyjnego KIS i CIS, wynikająca z niesatysfakcjonującej formuły prowadzenia KIS-ów i CIS-ów skłania do zmian formuły prowadzenia tych instytucji. Praktyka, jak i zawarte w tekście przykłady pokazują, iż przedstawiony w tekście układ organizacyjny instytucji, w szczególności założonych dla niej celów nie gwarantuje oczekiwanych rezultatów. W świetle obowiązujących przepisów prawa nie istnieje dobra formuła prowadzenia KIS-ów i CIS-ów. W toczącej się dyskusji pojawia się argument odciążenia samorządów od realizacji zadania związanego z reintegracją społeczną i zawodową osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Wśród najbardziej popularnych propozycji zmian instytucjonalnych jest formuła zlecania usługi, więc możliwy byłby dalszy proces urynkowania lub uspołecznienia KIS-ów i CIS-ów, obecnie funkcjonujących w ramach gospodarstw pomocniczych należących do JST szczebla gminnego. Jednym z pomysłów jest znowelizowana formuła partnerstwa publiczno-prywatnego, która miałaby na przykładzie CIS-u stworzyć precedensowe rozwiązania przecierające szlaki dla tych koniecznych zmian. Innym rozwiązaniem może być przedsiębiorstwo społeczne typu A – w pierwszym rzędzie nakierowane na integrację społeczną, funkcjonujące jako spółdzielnia socjalna osób prawnych. Spółdzielnia taka budowałaby swój

potencjał ekonomiczny na środkach zgromadzonych zgodnie z zasadą „montażu finansowego” – dofinansowanie ze środków publicznych wraz z dodatkowym elementem własnej działalności. Istotne jest dopuszczenie możliwości ich przekształcenia, nie zaś likwidacji, z zachowaniem działań tych instytucji<sup>86</sup>. Aktywna integracja zawodowa jak i rehabilitacja zawodowa wymaga tworzenia środowiska pracy, natomiast kluczem do integracji społecznej jest stworzenie zróżnicowanej infrastruktury zatrudnienia. W Polsce dostępnych jest kilka form zatrudnienia osób korzystających z systemu pomocy społecznej, w zależności od sytuacji w jakiej się znajduje, jednak każda z tych form zatrudnienia posiada różne możliwości i potencjał.

Podstawą do tworzenia gospodarki społecznej jest współpraca pomiędzy instytucjami pomocy społecznej i rynku pracy. Warto wskazać, że współpraca pomiędzy instytucjami rynku pracy a instytucjami pomocy społecznej i integracji społecznej w zasadzie zaczyna się i kończy na poziomie lokalnym czyli gminnych ośrodków pomocy społecznej i powiatowych centrów pomocy rodzinie oraz powiatowych urzędów pracy. W realizowanych badaniach dotyczących kwestii współpracy OPS i CIS-ów w zakresie zlecania i realizacji zamówień publicznych wynika, iż CIS-y nie są preferencyjnie traktowane w postępowaniach dotyczących zlecania i realizacji zamówień publicznych. Pojawiają się wątpliwości czy CIS w kształcie obecnym nie stanowi konkurencji dla ośrodków pomocy społecznej, szczególnie na obszarach małych miast. Ustawodawca, tworząc podstawy prawne, działając w dobrej wierze, doprowadził do sytuacji krzyżowania się kompetencji instytucji rynku pracy i pomocy społecznej, w wyniku czego sytuacja CIS-ów stała się niejasna poprzez przejęcie niektórych zadań pomocy społecznej.

W Polsce przedsiębiorstwo społeczne – w formie organizacji pozarządowej, spółdzielni socjalnej czy spółki z o.o jest wciąż nowością, ale powoli zyskuje coraz większe zainteresowanie i wsparcie ze strony państwa. Przedsiębiorstwo społeczne jest częścią gospodarki rynkowej, ale specyficzną, bowiem uczestniczy w gospodarce rynkowej, według specyficznych reguł, co różni je od przedsiębiorstwa prywatnego. Obowiązujące w Polsce regulacje prawne dopuszczają tworzenie i funkcjonowanie organizacji, które mają cechy przedsiębiorstwa społecznego, jednakże niewielka liczba faktycznie działających organizacji tego rodzaju wskazuje, że regulacje te nie są korzystne i nie tworzą sprzyjających warunków rozwoju przedsiębiorczości społecznej. Brakuje regulacji, aby stworzyć podstawę prawną prowadzenia opłacalnej działalności gospodarczej o celach społecznych, poprzez rynkową sprzedaż określonych usług

---

<sup>86</sup> Projekt EFS ROPS w Krakowie, źródło <http://www.wortales.rops.krakow.pl>

jak i towarów<sup>87</sup>. Jedyną formą przedsiębiorstwa społecznego, która została unormowana prawnie w odrębnym akcie prawnym jest spółdzielnia socjalna. Spółdzielnia prowadzi działalność gospodarczą na zasadach rachunku ekonomicznego i odpowiada za swoje zobowiązania całym majątkiem, członkowie spółdzielni nie odpowiadają natomiast za jej zobowiązania wobec wierzycieli, a jedynie uczestniczą w pokrywaniu strat spółdzielni do wysokości zadeklarowanych udziałów. Na sposób funkcjonowania spółdzielni socjalnych wpływa duże ryzyko działalności związane ze składem członkowskim jak i brakiem mechanizmów wspomagających, funkcjonowanie w zakresie podwyższania jakości usług, działania adaptacyjne, dostęp do środków na inwestycje. Istotnym wsparciem dla funkcjonowania spółdzielni socjalnych jest: jednorazowa dotacja na podjęcie działalności gospodarczej, zwolnienie podatkowe oraz zatrudnienie wspierane. Wśród rekomendacji na uwagę zasługuje szczególnie „rekomendacja menedżerska”, dotycząca spółdzielni socjalnych. Zdaniem E. Leś i M. Ołdak potrzebne byłoby wprowadzenie do struktur decyzyjnych spółdzielni socjalnych (zarządu) profesjonalnych menedżerów, których wyngrodzenie pochodziłoby ze środków zewnętrznych, na przykład ze środków Funduszu Pracy. W tym celu należałoby stworzyć odpowiedni mechanizm prawny, który umożliwiłby takie rozwiązania. Zdecydowana większość członków założycieli spółdzielni socjalnych nie posiada odpowiednich kwalifikacji ani doświadczenia w zarządzaniu przedsiębiorstwem. Brak takich uregulowań już obecnie prowadzi do poważnych problemów gospodarczych i prawnych w spółdzielniach socjalnych, co może w niedalekiej przyszłości skutkować falą likwidacji i upadłości tych podmiotów, a ich członków skazywać na ponowną marginalizację społeczną<sup>88</sup>. Problemów w działalności przedsiębiorstw społecznych w obowiązującym systemie prawnym jest wiele, identyfikując najistotniejsze, które mają znaczenie w realizacji analizowanej usługi społecznej, szczególnie w procesie urynkowienia, określone zostały pewne sfery działań przedsiębiorstw społecznych wymagających zmian prawnych. Budując sektor gospodarki społecznej należy rozpocząć od wprowadzenia nowych elastycznych form zatrudnienia dla osób, które z różnych przyczyn szczególnie zdrowotnych, nie mogą podjąć stałego zatrudnienia na podstawie umowy o pracę. Należy zwrócić uwagę na szersze wsparcie dla osób tworzących spółdzielnie socjalne polegające na powierzeniu istniejącym instytucjom np. CIS roli inkubatora spółdzielni socjalnej, podwyższeniu procenta pracowników nie należących do grup osób zagrożonych wykluczeniem. Ponadto warto udostęp-

<sup>87</sup> H. Izdebski, J. Hausner, *Założenia projektu ustawy o przedsiębiorczości społecznej*, projekt roboczy [www.isp.org.pl](http://www.isp.org.pl), s. 2.

<sup>88</sup> E. Leś, M. Ołdak, *Kondycja i perspektywy rozwoju podmiotów gospodarki społecznej w Polsce. Konkluzje i rekomendacje* (maszynopis).

nić formułę zatrudnienia wspieranego pracodawcom prywatnym, zainteresowanym zatrudnieniem osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, które nie są absolwentami CIS-u (jest to szczególnie ważny problem w powiatach, w których nie ma CIS-u). Należałoby obniżyć kapitał założycielski dla spółek kapitałowych tworzonych w celu realizacji celów społecznych oraz zapewnić utrzymanie możliwości uzyskiwania przez nie statusu pożytku publicznego. Warto byłoby wprowadzić klauzulę społeczną dla przedsiębiorstw społecznych w prawie zamówień publicznych. Uporządkowany zostać powinien system pomocy publicznej, tak aby stał się on bardziej czytelny i zrozumiały dla jego użytkowników oraz powinno uwzględnić się w nim – w miarę istniejących możliwości prawnych – specyfikę przedsiębiorstw społecznych.

Wybiegając w przyszłość, omawiając proces urynkowienia, obiecującą wydaje się być koncepcja nowej formy prowadzenia działalności gospodarczej, oferująca nowatorskie spojrzenie na zatrudnienie osób wykluczonych społecznie, jaką jest firma społeczna. Forma prawna jeszcze nie funkcjonująca w polskiej praktyce gospodarczej, przygotowana została jako koncepcja funkcjonowania firmy społecznej w obywatelskim projekcie „Kłos”<sup>89</sup>. Rozważając potrzebę powołania firm społecznych należy przyrzeć się proponowanym rozwiązaniom prawnym. Zgodnie z przyjętym modelem firma społeczna byłaby przedsiębiorstwem posiadającym osobowość prawną, prowadzącym działalność gospodarczą i realizującym cele społeczne<sup>90</sup>. Zasadnicze źródło utrzymania firmy społecznej będzie stanowił dochód z prowadzonej przez nią działalności gospodarczej, cała nadwyżka bilansowa przeznaczona byłaby na działalność firmy i podlegałaby podziałowi na fundusz osobowy, fundusz inwestycyjny oraz fundusz zasobowy. Utworzenie firmy społecznej poprzedzałoby postępowanie przygotowawcze mające na celu zbadanie i ocenę potrzeby oraz warunków utworzenia firmy, nadanie statusu firmie przez marszałka województwa w drodze decyzji administracyjnej, na wniosek organu założycielskiego. W ramach postępowania przygotowawczego organ założycielski mógłby wystąpić z wnioskiem o dotację na zlecenie przygotowania i opracowania dokumentów dotyczących założenia firmy społecznej. W projekcie zapisano możliwość stałego dofinansowania do prowadzonej działalności. Przyznawane byłoby ze specjalnie utworzonego funduszu dla firm społecznych pozostających w dyspozycji ministra właściwego dla spraw polityki społecznej i przez niego rozdysponowanego dla poszczególnych samorządów województw. Oczekiwanym rozwiązaniem byłoby zapewnienie wsparcia finansowego firm

<sup>89</sup> Projekt ustawy o firmie społecznej, wypracowanym w ramach koalicji łamania oporów społecznych KŁOS, [http://www.ekonomiaspoleczna.pl/files/ekonomiaspoleczna.pl/public/gk/panele/zalozenia\\_do\\_ustawy\\_o\\_firmie\\_spolecznej.pdf](http://www.ekonomiaspoleczna.pl/files/ekonomiaspoleczna.pl/public/gk/panele/zalozenia_do_ustawy_o_firmie_spolecznej.pdf)

<sup>90</sup> Ibidem.

społecznych, ze względu na niemożność udźwignięcia kosztów związanych z inwestycjami oraz zapewnienie profesjonalnego wsparcia dla firm społecznych, tak na etapie ich zakładania jak i dalszej działalności, między innymi poprzez szkolenia menagerów i monitorowanie działalności.

Kolejnym, obiecującym rozwiązaniem, mającym związek z tworzeniem gospodarki społecznej jest koncepcja Społecznej Odpowiedzialności Biznesu<sup>91</sup>. W ostatnich latach jesteśmy świadkami nowego sposobu myślenia o prowadzeniu działalności gospodarczej, przyjęto bowiem założenie, że gospodarka nie jest odrębną formą działalności oderwaną od społeczeństwa, stanowi ona integralną jego część, a tym samym jest ona z nią ściśle związana. W praktyce model ten zakłada, że działalność przedsiębiorstw ma na celu nie tylko zbudowanie struktur organizacyjnych i osiąganie przez nich zysku, ale również dbałość o jakość środowiska naturalnego oraz czynniki społeczne, tym samym wyraźnie daje się zauważyć związki modelu CSR z koncepcją *flexicurity* i zrównoważonego rozwoju. Koncepcja ta posiada wiele płaszczyzn definicyjnych, można wyróżnić kilka obszarów społecznej odpowiedzialności przedsiębiorstwa: ekonomiczny, społeczny, ekologiczny, etyczny, prawny, filantropijny. Wdrażając więc koncepcję CSR możemy ją zatem podejmować w różnych formach i zakresach działalności przedsiębiorstwa: w zakresie działalności gospodarczej, w zakresie przedsięwzięć komercyjnych wspierających sukces ekonomiczny, w zakresie inicjatyw społecznych na rzecz społeczności lokalnej, w zakresie działalności filantropijnej<sup>92</sup>.

Na potrzeby tego artykułu zasadne wydaje się eksponowanie elementów związanych z obszarem zaangażowania społecznego, poprzez następujące działania<sup>93</sup>:

- dotacje dla społeczności,
- zaangażowanie pracowników,
- przedsiębiorczość i zdolność do zatrudnienia.

Możliwe są różne poziomy zaangażowania społecznego: podstawowy polegający na partnerstwie publiczno-prywatnym, komercyjnych działań w środowisku społecznym np. sponsoring, inwestycje na rzecz społeczności lokalnej oraz filantropia, do której zalicza się wszelkiego rodzaju sponsoring. Koncepcja CSR zyskała zarówno swoich zwolenników jak i przeciwników, celem tej koncepcji jest znalezienie konsensusu pomiędzy sferą ekonomiczną a społeczną działalnością przedsiębiorstwa, tak aby bycie odpowiedzialnym społecznie stało się ekonomicznie opłacalne. Zauważalnym problemem jest brak

<sup>91</sup> Więcej o tym: M. Grewiński, M. Bonikowska (red.), *Usługi społeczne odpowiedzialnego biznesu*, Warszawa 2011 (IV tom serii Nowa Polityka Społeczna).

<sup>92</sup> J. Adamczyk, *Społeczna odpowiedzialność przedsiębiorstw*, PWE, Warszawa 2009, s. 128.

<sup>93</sup> Ibidem.

systemu narzędzi służących wdrażaniu CSR oraz brak współpracy międzysektorowej. Wdrożenie CSR a tym samym wykorzystanie założeń tej koncepcji na gruncie całej polityki społecznej, będzie uzależnione od działań dotyczących uznania standardów odpowiedzialnego biznesu za ważny, obok wyników ekonomicznych, składnik oceny działalności gospodarczej w procesie prywatyzacji oraz realizacji zamówień publicznych, promowania i upowszechniania zachowań odpowiedzialnych w biznesie, wprowadzenia kodeksów postępowania i programów CSR zgodnych z europejskimi i światowymi standardami, wprowadzenia okresowych audytów CSR, analizy społecznego kontekstu w procesie inwestycji, restrukturyzacji i planowania strategicznego jak i korzystania z najlepszych wzorców zaangażowania społecznego poprzez partnerstwo.

## **5. PODSUMOWANIE**

Podsumowując analizę procesów uspołeczniania i urynkawiania usług społecznych należy zdiagnozować możliwe konsekwencje dla państwa, które – zgodnie ze stanem prawnym i faktycznym – jest głównym organizatorem systemu pomocy społecznej. Istotne konsekwencje dla państwa pojawią się w obszarach związanych ze zmniejszeniem jego kompetencji jako głównego dostarczyciela usług społecznych – zmieni się rola państwa w pomocy społecznej i szerzej – w systemie zabezpieczenia społecznego. Proces ten jest ściśle powiązany ze zwiększeniem kompetencji samorządów terytorialnych jako zleceniodawców i wykonawców usług społecznych. Istnieje duże prawdopodobieństwo dalszego wzrostu znaczenia sektora prywatnego, jak i obywatelskiego w świadczeniu usług społecznych przy wykorzystaniu środków publicznych, co spowoduje rozwój wielości form i szerokiego zakresu usług oraz ich dostawców. Najbardziej prawdopodobny scenariusz przewiduje dalszy wzrost znaczenia mechanizmu konkurencji w organizacji usług społecznych. Komercjalizacja usług będzie różnicować dostęp do usług społecznych, co może – choć nie musi – powodować dalszy wzrost rozwarstwienia społecznego. Opisywane procesy zapewne doprowadzą do tego, że usługi społeczne będą postrzegane nie tylko jako świadczenia zaspokajania potrzeb ludzkich, ale jako inwestycje w budowę kapitału ludzkiego i społecznego.

Dokonujące się procesy prywatyzacji i urynkowania w zakresie usług społecznych – z punktu widzenia świadczeniobiorców – zapewne przyczynią się do dalszej indywidualizacji usług społecznych. Prawdopodobne wydaje się zwiększenie ilości usług płatnych przy jednoczesnym zmniejszeniu się ilości usług finansowanych ze środków publicznych. Niewątpliwie do wzrostu



skuteczności i efektywności działań pomocy społecznej oraz polityki zatrudnienia przyczynia się sektor gospodarki społecznej, zatrudnienia socjalnego i zatrudnienia subsydiowanego. Możliwy jest wzrost działań aktywizujących, nie tylko pojedynczych osób korzystających z systemu, ale także całych społeczności lokalnych. We wprowadzaniu zmian w systemie pomocy społecznej szczególną uwagę należy zwrócić na tworzenie standardów usług społecznych oraz kontrolę i nadzór ze strony państwa lub instytucji publicznych. Brak tych rozwiązań – zwłaszcza w powiązaniu z brakiem profesjonalnych zasobów kadrowych – może doprowadzić do spadku jakości usług społecznych.

W polskiej polityce społecznej wskazuje się na realizację aktywnej polityki społecznej jako kierunku reformowania systemów wsparcia oraz pożądaných instrumentów aktywnej polityki społecznej. M. Rymśa oraz T. Kazimierczak wskazują w naszym kraju na proces *przedefiniowania celu interwencji państwa na rynku pracy: z prób ograniczenia poziomu bezrobocia i łagodzenia jego negatywnych skutków w kierunku podejmowania działań na rzecz podniesienia poziomu zatrudnienia*<sup>94</sup>. Realnym efektem jest budowa gospodarki społecznej, wielu udanych inicjatyw, realizowanych z korzyścią dla osób wykazujących problemy w realizacji usług społecznych. Aktywna polityka społeczna w postaci praktycznych wytycznych daje szansę na stopniową reorganizację podmiotów instytucjonalnych, powoływanych do wspierania grup defaworyzowanych w systemie społecznym. Odpowiedzią na skuteczność aktywnej polityki społecznej jest odpowiedź na pytanie dotyczące tego czy podmioty gospodarki społecznej gwarantują świadczenie usług adekwatnych do potrzeb i zgodnych z istotą standardów usług społecznych przez nie oferowanych?

Koncepcja aktywnej polityki społecznej opiera się na założeniu, że istotną rolę w realizowaniu celów polityki społecznej będą odgrywały organizacje pozarządowe. Udział trzeciego sektora sprzyja zachowaniu równowagi między działaniami na rzecz aktywizacji zawodowej i działaniami na rzecz reintegracji społecznej klientów pomocy społecznej oraz budowaniu kapitału społecznego (sieci wsparcia społecznego w środowisku lokalnym), który odgrywa istotną rolę zarówno w profilaktyce społecznej, jak i w zwiększeniu skuteczności działań naprawczych. Organizacje pozarządowe mogą być sprzymierzeńcem pracowników socjalnych np. w zakresie prowadzenia animacji lokalnej, czyli mobilizowania mieszkańców do samoorganizacji i podejmowania inicjatyw oddolnych oraz budowania sieci bezpośrednich relacji. Organizacje trzeciego sektora są koniecznym podmiotem sieci współpracy międzyinstytucjonalnej, która z kolei stanowi fundament rzeczywistego part-

---

<sup>94</sup> T. Kazimierczak, M. Rymśa, *Aktywna polityka społeczna. Stan obecny i szanse upowszechniania koncepcji. Analizy i Opinie*, nr 48, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2005, s. 3.

nerstwa lokalnego, zaś trójsektorowe partnerstwo jest podstawowym rozwiązaniem warunkującym rozwój gospodarki społecznej.

Jednocześnie organizacje pozarządowe, dzięki temu, że są autonomiczne wobec administracji publicznej, przyczyniają się do wzmocnienia roli pomocy społecznej w prowadzeniu rzecznictwa interesów defaworyzowanych osób i grup społecznych. Zatem zasadnicza rekomendacja w tym obszarze to *uspołecznienie* pomocy społecznej rozumiane jako promowanie i realizowanie polityki otwarcia systemu pomocy społecznej na oddolne inicjatywy obywatelskie oraz organizacje pozarządowe. Służy temu operacjonalizacja i wdrażanie zasady subsydiarności, która mówi, że obowiązkiem administracji publicznej, wynikającym z przyjętych rozwiązań ustrojowych, jest wspieranie rozwoju oddolnych inicjatyw społecznych oraz organizacji pozarządowych.

Następna rekomendacja dotyczy upowszechniania pozafinansowych form współpracy, czyli zwiększenia udziału trzeciego sektora w organizowaniu pomocy społecznej, tworzeniu strategii i programów działań oraz zaangażowania w ich realizację. Obecnie organizacje pozarządowe sporadycznie uczestniczą w planowaniu działań; zazwyczaj są jedynie dopuszczane do wykonywania niektórych zadań (na zlecenie administracji publicznej). Należy zatem korzystać z różnorodnych form współpracy pozafinansowej, przykładowo tych wymienionych w ustawie o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie: dwustronna wymiana informacji, w szczególności informowanie się o planach działania i harmonizowanie kierunków działań, konsultowanie z organizacjami pozarządowymi strategii działań i projektów aktów normatywnych, włączanie przedstawicieli organizacji pozarządowych w skład zespołów o charakterze doradczym i inicjatywnym.

Z punktu widzenia sprawnego wdrażania obowiązujących norm prawnych potrzebne są reguły postępowania (czyli procedury współpracy), które określają podział zadań, zakres odpowiedzialności poszczególnych instytucji, sposób podejmowania i/lub konsultowania decyzji, przepływu informacji, etc. – zgodnie z zasadami subsydiarności, partnerstwa, suwerenności stron, jawności, uczciwej konkurencji.

W szczególności organizacje społeczne powinny wspólnie z samorządem terytorialnym oraz instytucjami publicznymi wypracować właściwy dla danej gminy (powiatu) model współpracy z trzecim sektorem w zakresie planowania, wdrażania i monitorowania realizacji programów pomocy społecznej oraz zapisać te ustalenia w gminnym (powiatowym) programie współpracy z organizacjami pozarządowymi, do uchwalenia którego samorząd terytorialny jest zobowiązany na mocy ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Po stronie pracowników socjalnych leży ustawowe zobowiązanie do wspierania rozwoju pomocy dla samopomocy, pobudzania społecznej aktyw-

ności, mobilizowania społeczności lokalnej, inspirowania działań samopomocowych. Wspieranie oddolnych inicjatyw społecznych, które służą umacnianiu więzi społecznych i budowaniu kapitału społecznego, powinno odbywać się zarówno w ramach pracy socjalnej, jak i za pomocą instrumentów finansowych. W ramach współpracy finansowej zaleca się udzielanie dotacji wspierających rozwój grup samopomocowych oraz innych inicjatyw społecznych, które są praktyczną szkołą samoorganizacji, zaradności, odpowiedzialności i przedsiębiorczości – instrumenty finansowe nie powinny być bowiem wykorzystywane wyłącznie do zlecania zadań publicznych.

Natomiast w zakresie przekazywania zadań publicznych do realizacji organizacjom pozarządowym postuluje się rozszerzenie katalogu zlecanych zadań/usług, w szczególności umieszczenie w nim pracy socjalnej, co będzie możliwe po dokonaniu standaryzacji tego rodzaju usług. Odnosnie sposobu zlecania zadań publicznych organizacjom pozarządowym, postuluje się stosowanie trybu konkursowego i zwiększenie wagi innych kryteriów wyboru ofert składanych przez te organizacje – chodzi bowiem o to, żeby cena usługi nie była dominującym kryterium. Usługi społeczne nie są bowiem zlecane po to, aby zmniejszyć koszty realizacji świadczeń lub wyręczyć instytucje publiczne, które w oparciu o własne zasoby nie mogą poradzić sobie z wykonywaniem przypisanych im zadań. Przekazywanie zadań publicznych organizacjom pozarządowym jest rozwiązaniem, które ma służyć podniesieniu skuteczności działań systemu i zwiększeniu zadowolenia klientów pomocy społecznej, a dokonuje się to m.in. dzięki zdywersyfikowaniu i rozszerzeniu oferty usług, podniesieniu ich jakości, wykształceniu się mechanizmów kontroli społecznej, zwiększeniu udziału czynnika społecznego w postaci wolontariuszy. Jedną z bardziej odważnych rekomendacji dotyczących uspołecznienia systemu pomocy społecznej jest pomysł, aby starannie wybrane organizacje pozarządowe, monitorowane i nadzorowane przez dysponenta finansów publicznych, zdobyły uprawnienia do dystrybuowania świadczeń finansowych takich jak zasiłki czy dotacje. Takie rozwiązanie diametralnie zmieniałoby sytuację w pomocy społecznej – spowodowałoby, że przynależność jednostki organizacyjnej pomocy społecznej do danego sektora (publicznego, pozarządowego, komercyjnego) byłaby kwestią wtórną; natomiast zasadnicze znaczenie miałyby skuteczność i efektywność usług społecznych służących wspieraniu i rozwojowi osób oraz społeczności lokalnych, ich zgodność z celami i wartościami pracy socjalnej.

JOANNA OWCZAREK, JOANNA PLAK

# Usługi w obszarze ubezpieczeń społecznych

---

## 1. UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE JAKO USŁUGI SPOŁECZNE

### 1.1. Ubezpieczenia społeczne jako część zabezpieczenia społecznego

Ubezpieczenia społeczne są częścią zabezpieczenia społecznego, do którego należą ponadto m.in. pomoc społeczna i system ochrony zdrowia. Celem zabezpieczenia społecznego jest uchronienie obywateli przed niezawinionym niedostatkiem (kompensata utraconych dochodów) oraz przed niemożnością zaspokojenia ich podstawowych potrzeb (zagwarantowanie zaspokojenia podstawowych potrzeb na co najmniej minimalnym poziomie). Cel ten jest realizowany z reguły przez państwo/instytucje publiczne. Celem zabezpieczenia społecznego jest zagwarantowanie jednostkom poczucia bezpieczeństwa (finansowego) w razie ziszczenia ryzyka społecznego.

W ramach działalności państwa w obszarze zapewniania bezpieczeństwa socjalnego Międzynarodowa Organizacja Pracy wyróżnia obecnie cztery formy osłony socjalnej<sup>1</sup>:

- *zabezpieczenie społeczne (social security)*, które w tradycyjnej europejskiej terminologii odpowiada ubezpieczeniu społecznemu,
- *powszechnie świadczenia socjalne (universal social benefits)*, czyli zaopatrzenie społeczne,
- *pomoc społeczną (social assistance)*,
- *systemy świadczeń w sferze prywatnej (private benefit systems)* związane z zatrudnieniem, oferowane przez pracodawcę lub organizowane indywidualnie przez jednostkę.

---

<sup>1</sup> W. Muszalski, *Ubezpieczenie społeczne. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 16–17.

Zdaniem W. Szuberta, na będące domeną państwa zabezpieczenie społeczne składa się całość systemów ubezpieczeniowych, a także rehabilitacja inwalidów oraz pomoc społeczna i świadczenia socjalne udzielane na terenie zakładów pracy<sup>2</sup>. Natomiast A. Rajkiewicz pojęcie zabezpieczenia społecznego definiuje jako *system świadczeń, do których obywatele mają prawo lub z których mają możliwość korzystania w wypadkach i na warunkach określonych odpowiednimi przepisami*<sup>3</sup>.

Zabezpieczenie społeczne może dostarczać świadczenia pieniężne (np. emerytury, zasiłki, renty) lub świadczenia w naturze (np. niepieniężne usługi świadczone w obszarze pomocy społecznej).

Może być ono realizowane za pomocą trzech technik: opiekuńczej, zaopatrzeniowej i ubezpieczeniowej<sup>4</sup>.

Świadczenia udzielane na podstawie techniki opiekuńczej mają charakter fakultatywny. Są one przyznawane po uprzednim zbadaniu warunków życiowych jednostki wnioskującej o pomoc. Świadczenia są finansowane z funduszy publicznych, na poziomie lokalnym oraz centralnym. Wysokość świadczeń jest ustalana indywidualnie, stosownie do potrzeb jednostki<sup>5</sup>. W technice opiekuńczej, jednostka dostaje świadczenie, gdyż znajduje się w sytuacji wymagającej uzyskania wsparcia. Do świadczeń, udzielanych na podstawie techniki opiekuńczej, możemy zaliczyć takie świadczenia, jak np.: zasiłki rodzinne, świadczenie z funduszu alimentacyjnego, zasiłki celowe (np. na zakup leków, węgla do ogrzewania domu).

---

<sup>2</sup> W. Szubert, *Przedmiot, geneza i zakres socjalistycznej polityki społecznej*, [w:] *Polityka społeczna*, A. Rajkiewicz (red.), Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1979, s. 48.

<sup>3</sup> A. Rajkiewicz, *Zabezpieczenie społeczne, ubezpieczenia i uzupełniające świadczenia socjalne*, [w:] *Polityka społeczna*, A. Rajkiewicz (red.), Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1979, s. 432–433.

<sup>4</sup> Jako pierwszy w Polsce wyróżnienia trzech technik zabezpieczenia społecznego dokonał J. Piotrowski. Zob. szerzej J. Piotrowski, *Zabezpieczenie społeczne. Problematyka i metody*, Książka i Wiedza, Warszawa 1966, s. 160–223. J. Muszalski wskazuje, że wymienione trzy techniki administracyjno-finansowe są odbiciem klasyfikacji niemieckiej: ubezpieczenia (niem. *Versicherung*), zaopatrzenia (niem. *Versorgung*), pomocy społecznej (niem. *Sozialhilfe*). W. Muszalski, op. cit., s. 19.

<sup>5</sup> M. Książkowski, G. Magnuszewska-Otulak, R. Gierszewska, *Zabezpieczenie społeczne*, [w:] *Polityka społeczna*, A. Rajkiewicz, J. Supińska, M. Książkowski (red.), Katowice 1998, s. 250.

**Tabela 1. Techniki administracyjno-finansowe zabezpieczenia społecznego**

Elementy różnicujące	Opieka (pomoc)	Zaopatrzenie	Ubezpieczenie
Administracja	zdecentralizowana: gminy	scentralizowana: administracja państwowa	zdecentralizowana: zakłady publiczne
Finansowanie	budżet gminy, pomocniczo budżet państwa: podatki	budżet centralny państwa: podatki	zdecentralizowane: fundusze składkowe
Uprawnieni	całość ludności	całość ludności lub określone grupy	pracownicy i zawodowo aktywni
Świadczenia	indywidualne: zależne od potrzeb, uznaniowe	typowe: zależne od potrzeb, zryczałtowane, roszczeniowe	typowe: zależne od wkładu (składki), proporcjonalne, roszczeniowe

Źródło: opracowanie własne na podstawie W. Muszański, *Ubezpieczenie społeczne. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 20, tabela 1.1.

Świadczenia, udzielane na podstawie techniki zaopatrzeniowej, mają charakter roszczeniowy. Prawo do ich uzyskania nie jest związane z opłacaniem składek, a wynika z woli ustawodawcy. Świadczenia są finansowane z funduszy publicznych/budżetowych (podatki). Ich wysokość i warunki przyznawania są określone ustawowo na podstawie obiektywnych kryteriów. Świadczenia (z reguły) przysługują wszystkim jednostkom – obywatelom danego kraju, należącym do określonej grupy (np. ludzie starzy). Ich wysokość jest (najczęściej) jednakowa w ramach tej grupy i umożliwia jej członkom zaspokojenie potrzeb na poziomie minimalnym. Nabycie prawa do świadczenia następuje w momencie spełnienia warunków przewidzianych w ustawie<sup>6</sup>. W technice zaopatrzeniowej jednostka otrzymuje świadczenia, gdyż płaci podatki. Omawiana technika jest realizowana m.in. w Wielkiej Brytanii.

Świadczenia, udzielane na podstawie techniki ubezpieczeniowej, mają charakter roszczeniowy. Aby nabyć do nich uprawnienia, należy na podstawie opłaconych składek, być członkiem wspólnoty ryzyka. Z powstałego w ten sposób funduszu pokrywane są wydatki na świadczenia. Wysokość świadczeń i warunki ich przyznawania są określone ustawowo, w sposób zobiektywizowany. Nabycie prawa do świadczenia następuje w momencie spełnienia warunków przewidzianych w ustawie. Instytucja, która dysponuje funduszem ubezpieczeniowym określa zaistnienie przesłanek ubezpieczeniowych i wy-

<sup>6</sup> Ibidem, s. 249–250.

daje decyzję o przyznaniu lub odmowie przyznania świadczenia<sup>7</sup>. W technice ubezpieczeniowej jednostka otrzymuje świadczenia, gdyż opłaca składki. Do świadczeń przyznawanych zgodnie z tą techniką, możemy zaliczyć takie świadczenia, jak: świadczenie emerytalne, zasiłek chorobowy, rentę z tytułu niezdolności do pracy.

W niniejszym rozdziale skupimy się na ubezpieczeniach społecznych – części zabezpieczenia społecznego, finansowanego metodą ubezpieczeniową i oferującego świadczenia pieniężne w razie wystąpienia ryzyk społecznych. Do ubezpieczeń społecznych, zgodnie z ustawodawstwem polskim, zaliczamy ubezpieczenia: emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe.

## 1.2. Ubezpieczenia gospodarcze a ubezpieczenia społeczne

Samo pojęcie ubezpieczenia jest definiowane w literaturze w rozmaity sposób. Jedną z bardziej popularnych definicji, wskazujących na gospodarczy charakter ubezpieczenia, brzmi: *ubezpieczeniem nazywamy urządzenie gospodarcze zapewniające pokrycie przyszłych potrzeb majątkowych, wywołanych u poszczególnych jednostek przez zdarzenia losowe odznaczające się pewną prawidłowością, w drodze rozłożenia ciężaru tego pokrycia na wiele jednostek, którym zagrażają te same zdarzenia losowe*<sup>8</sup>.

Inną definicją, wskazującą na gospodarczo-społeczny (ubezpieczenie jako „urządzenie społeczno-gospodarcze”) charakter ubezpieczenia jest definicja powstała w oparciu o rozważania J. Hanschkego: *ubezpieczenie z natury swej ma charakter urządzenia społecznego, bowiem jego istota polega na zrzeszaniu, łączeniu różnych podmiotów gospodarujących w celu rozłożenia (repartycji) finansowych skutków ryzyka, a więc ubezpieczyciel jest faktycznie jedynie organizatorem tego zrzeszenia, tej wspólnoty*<sup>9</sup>.

Jako przykład definicji wskazującej na społeczny charakter ubezpieczenia, może posłużyć definicja ubezpieczenia społecznego według W. Muszalskiego: *Ubezpieczenie społeczne można określić jako rodzaj przymusowego wzajemnego ubezpieczenia osobowego. Podstawowe jego cechy to: cel społeczny i przymus. Nie jest ono z istoty swej obliczone na zysk lecz na realizację celu społecznego, jakim jest zapewnienie niezbędnych świadczeń w przypadku, gdy człowiek nie jest w stanie zapewnić sobie, nie ze swojej winy, środków utrzymania. Na zasadzie solidarności społecznej ubezpieczenie to z reguły*

<sup>7</sup> Ibidem, s. 249.

<sup>8</sup> J. Łazowski, *Wstęp do nauki o ubezpieczeniach*, s. 13 i 14.

<sup>9</sup> J. Handschke, *Pojęcie, treść i zasady polityki ubezpieczeniowej – rozważania nie tylko metodologiczne*, [w:] *Studia ubezpieczeniowe*, T. Sangowski (red.), Poznań 1998, s. 67.



przewiduje pewną redystrybucję środków od silniejszych do słabszych grup społeczeństwa<sup>10</sup>. Ubezpieczenie jest prowadzone przez odrębne instytucje publiczne pod nadzorem państwa lub bezpośrednio przez wyspecjalizowany organ administracji państwowej. Uprawnienie z ubezpieczenia społecznego ma zawsze charakter roszczeniowy...<sup>11</sup>. Ubezpieczenie społeczne od innych ubezpieczeń przymusowych i wzajemnych różni się swym celem społecznym, charakterem osobowym i związaną z tym odrębnością organizacyjną<sup>12</sup>.

Definiując ubezpieczenie musimy podkreślić jego wzajemny charakter. Jedną ze stron jest ubezpieczający (opłaca składkę, w ustalonej wysokości, w zamian za objęcie go ochroną ubezpieczeniową na wypadek wystąpienia określonego ryzyka; np. gospodarstwo domowe, przedsiębiorstwo, państwo) drugą – ubezpieczyciel (wypłaca świadczenie w ustalonej wysokości, w razie ziszczenia ryzyka przewidzianego w umowie ubezpieczeniowej; np. zakład ubezpieczeń)<sup>13</sup>. Jest to cecha wspólna zarówno dla ubezpieczeń gospodarczych, jak i społecznych.

**Tabela 2. Ubezpieczenia gospodarcze a ubezpieczenia społeczne**

Kryterium	Ubezpieczenia gospodarcze	Ubezpieczenia społeczne
Kogo dotyczy ryzyko ubezpieczeniowe	przedsiębiorstwo	gospodarstwo domowe
Strony zaangażowane/uczestnicy	pracodawca, zakład ubezpieczeń	pracodawca, instytucja publiczna, pracownik
Rodzaj ubezpieczenia	majątkowe i osobowe	majątkowe i osobowe
Charakter uczestnictwa	dobrowolne	obligatoryjne/dobrowolne
Charakter działalności	komercyjna (dla zysku)	<i>non-profit/for-profit</i>
Podmiot zarządzający	instytucje prywatne	instytucje publiczne lub prywatne
Redystrybucja	nie występuje	występuje
Powiązanie z pracą	nie występuje /słabe	występuje
Zasady (m.in. nabycia uprawnień do świadczeń)	określone w umowie zawartej z towarzystwem ubezpieczeniowym	określone ustawowo

Źródło: opracowanie własne na podstawie T. Szumlicz, *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*, Warszawa 2005.

<sup>10</sup> W. Muszalski, op. cit., s. 12.

<sup>11</sup> Ibidem, s. 12.

<sup>12</sup> Ibidem, s. 12.

<sup>13</sup> T. Szumlicz, *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*, Warszawa 2005, s. 104.

### 1.3. Usługi społeczne a ubezpieczenia społeczne

Przywołując, za Ryszardem Szarfenbergiem, definicje zawarte w *International Encyclopedia of Social Policy*, możemy zdefiniować usługi społeczne (w znaczeniu szerokim) jako: *Wszystkie działania i administracje, które zajmują się społecznymi potrzebami obywateli, czyli transfery pieniężne, usługi opieki zdrowotnej, edukacja, osobiste usługi społeczne, usługi opiekuńcze, usługi mieszkaniowe, usługi zatrudnieniowe i wyspecjalizowane usługi dla różnych grup docelowych (...)*<sup>14</sup>. W przytoczonej definicji określono, jakie usługi zaliczamy do usług społecznych.

W *Social Work Dictionary* usługi społeczne są zdefiniowane jako *działalność pracowników socjalnych i innych polegająca na promowaniu zdrowia i dobrostanu ludzi, na pomaganiu ludziom, aby stali się bardziej samowystarczalni, na zapobieganiu uzależnieniu od pomocy, wzmacnianiu więzi rodzinnych, przywracaniu jednostek, rodzin, grup i społeczności do pomyślnego funkcjonowania społecznego*<sup>15</sup>. W przytoczonej definicji wskazano, kto świadczy usługi społeczne oraz jaki jest ich cel.

Ryszard Szarfenberg wskazał na takie cechy usług społecznych, jak: bezpośrednie zajmowanie się ludźmi, nieodpłatność lub odpłatność niepokrywająca pełnych kosztów obsługi (współpłacenie); udzielanie przez ludzi spoza najbliższego kręgu więzi uczuciowych; finansowanie ze środków zebranych dobrowolnie i/lub obowiązkowo od innych niż sami usługujący, udzielanie przez profesjonalistów, pomoc/wspomaganie obsługiwanych w funkcjonowaniu<sup>16</sup>.

**Tabela 3. Ubezpieczenia społeczne a usługi społeczne**

Kryterium	Usługi społeczne	Ubezpieczenia społeczne
Czym/kim się zajmują	– bezpośrednie zajmowanie się ludźmi, – zajmowanie się społecznymi potrzebami obywateli	– pośrednie zajmowanie się ludźmi, – zajmowanie się potrzebą bezpieczeństwa ekonomicznego ludzi (zapewnienie poczucia bezpieczeństwa ekonomicznego ludziom)
Kto dostarcza usługę	– ludzie spoza najbliższego kręgu więzi uczuciowych, – profesjonaliści	– ludzie spoza najbliższego kręgu więzi uczuciowych, – profesjonaliści

<sup>14</sup> R. Szarfenberg, *Polityka społeczna i usługi społeczne*, wersja stworzona na potrzeby projektu SOU, s. 8. Porównaj też 2 rozdział tego tomu.

<sup>15</sup> Ibidem.

<sup>16</sup> Ibidem, s. 7–8.

Tabela 3. (cd.)

Kryterium	Usługi społeczne	Ubezpieczenia społeczne
Źródła finansowania	– ze środków zebranych dobrowolnie i/lub obowiązkowo od innych niż sami usługujący	– ze środków zebranych obowiązkowo od innych niż sami usługujący (obowiązkowe składki)
Odpłatność usługi	– nieodpłatne lub współpłacenie (odpłatność niepokrywająca pełnych kosztów obsługi)	– odpłatne
Cel	– pomoc/wspomaganie obsługiwanych, w funkcjonowaniu, – pomaganie ludziom aby stali się bardziej samowystarczalni, – przywracanie jednostek, rodzin, grup i społeczności do pomyślnego funkcjonowania społecznego	– zapewnienie ludziom bezpieczeństwa finansowego w razie wystąpienia ryzyk społecznych, – zapewnienie ludziom ciągłości finansowania (m.in. kompensata utraconych dochodów), – (pośrednia) ochrona przed marginalizacją i wykluczeniem społecznym osób, które doświadczyły ryzyka socjalnego
Rodzaj usług/zakres przedmiotowy	– usługi opiekuńcze, usługi opieki zdrowotnej, edukacja, osobiste usługi społeczne, usługi opiekuńcze, usługi mieszkaniowe, usługi zatrudnieniowe, – wyspecjalizowane usługi dla różnych grup docelowych ( <i>International Encyclopedia of Social Policy</i> )	– ubezpieczenia: emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe
Materialność usługi	– niematerialne	– niematerialne, jeśli uznamy że przedmiotem usługi jest uzyskanie ochrony ubezpieczeniowej
Udział państwa	– usługi są świadczone przez państwo, ale można dopuścić udział podmiotów prywatnych	– udział państwa w zakresie: wprowadzenia przymusu ubezpieczeniowego, nadzoru nad instytucjami świadczącymi usługi, gwarancji wypłacalności świadczeń, tworzenia zachęt fiskalnych

Źródło: opracowanie własne.

Analizując cechy ubezpieczeń jako usług należy zastanowić się, w jakim zakresie możemy stwierdzić, że ubezpieczenie społeczne jest usługą społeczną? Ubezpieczenia społeczne polegają na oferowaniu ochrony ubezpieczeniowej w zamian za opłaconą składkę. Można się jednak bardzo często spotkać z poglądem, zwłaszcza wśród osób nie zajmujących się ubezpieczeniami, iż ubezpieczenia to transfery pieniężne. Warto jednak zauważyć, iż wypłata świadczenia w formie pieniężnej nie występuje w przypadku każdej ubezpieczonej osoby, gdyż jej warunkiem jest wystąpienie wypadku ubezpieczeniowego. Istotą usług ubezpieczeniowych jest świadczenie ochrony na wypadek wystąpienia ryzyka, a w przypadku ubezpieczeń społecznych ochroną objęte jest gospodarstwo domowe. Ubezpieczenia są zatem usługą o specyficznym charakterze polegają na zajmowaniu się ludźmi. Jeżeli uznamy, że usługi społeczne polegają na bezpośrednim zajmowaniu się ludźmi, to trudno będzie zaliczyć do nich ubezpieczenia społeczne. Bezpośrednie zajmowanie się ludźmi oznacza świadczenie usług dla ich ciała, psychiki (np. usługi opiekuńcze dla osób starszych; psychoterapia dla osób z problemami emocjonalnymi). Ubezpieczenia społeczne oddziałują co prawda na poczucie bezpieczeństwa jednostki (bezpieczeństwo finansowe), czyli można teoretycznie zaryzykować stwierdzenie, że w pewnym sensie są usługami świadczonymi dla psychiki ludzkiej. Jednak wydaje się, że to zbyt daleko idące uproszczenie.

Zgodne z cechami wyodrębnionymi przez Szarfenberga, usługi społeczne udzielane są nieodpłatnie dla obsługiwanych albo odpłatność nie pokrywa pełnych kosztów usługi (współpłacenie). Wymieniona cecha nie pozwala zaliczyć ubezpieczeń społecznych do usług społecznych. Warto jednak zauważyć, że wszystkie usługi państwa, w tym ubezpieczenia społeczne, są zawsze finansowane przez obywateli. Finansowanie tych usług odbywa się bowiem z wykorzystaniem finansów publicznych. Czasami finansowanie to przybiera formę podatków (technika zaopatrzeniowa w zabezpieczeniu społecznym), innym razem – składek (technika ubezpieczeniowa w zabezpieczeniu społecznym). Można się zatem zastanowić, czy usługa społeczna na pewno jest lub powinna być bezpłatna? W takim przypadku zakres usług społecznych z uwagi na spełnienie omawianego warunku uległby znacznym zmianom.

Odnosząc się do wymogu świadczenia usług społecznych przez ludzi spoza najbliższego kręgu więzi uczuciowych, można stwierdzić iż ubezpieczenia społeczne spełniają ten warunek. Zgodnie z przytoczonymi w tekście definicjami, system ubezpieczeń społecznych jest organizowany i często także zarządzany przez instytucje publiczne. Zatem zgodnie z tym kryterium ubezpieczenie społeczne możemy zaliczyć do usług społecznych. Instytucje publiczne pozostają bez wątpienia poza najbliższym kręgiem uczuciowym.

Instytucje oferujące usługi w formie ubezpieczeń społecznych mają charakter profesjonalny. Usługi są świadczone przez określone instytucje publiczne, w przypadku niektórych produktów także przez instytucje prywatne (np. ubezpieczenie na życie z funduszem kapitałowym w III filarze ubezpieczeń emerytalnych). Bez względu na formę zarządzania i wielość podmiotów świadczących usługi społeczne, świadczeniodawcy mają zawsze charakter kwalifikowany. Kryterium profesjonalizmu podmiotów świadczących usługi jest zatem spełnione.

Podstawowym celem ubezpieczeń społecznych jest zapewnienie ochrony na wypadek wystąpienia określonych ryzyk społecznych. Świadczenia mają charakter pieniężny i służą kompensowaniu straty spowodowanej realizacją określonego ryzyka. Ubezpieczenia społeczne mają zatem na celu przywrócenie jednostek, rodzin, grup i społeczności do pomyślnego funkcjonowania społecznego. Jeśli np. założymy, że osoba która stała się niepełnosprawna, nie jest w stanie zapewnić sobie środków do utrzymania, to przyznanie jej renty jest równoznaczne z umożliwieniem takiej osobie funkcjonowania w społeczeństwie. Na ile jest ono pomyślne, stanowi to temat do innych rozważań.

Ubezpieczenia społeczne zaspokajają elementarną potrzebę bezpieczeństwa, zarówno w odniesieniu do jednostki jak i całego społeczeństwa, precyzyjniej – jest to potrzeba bezpieczeństwa finansowego. Jednostka, która opłaca składki z tytułu ubezpieczenia społecznego może mieć pewność, że w razie wystąpienia w jej życiu zdarzenia zaliczanego do ryzyk socjalnych, nie zostanie pozbawiona środków do życia. Wypłata świadczenia jest gwarantowana przez państwo.

Obowiązkowe ubezpieczenia społeczne mają charakter publiczny. Są dostarczane przez instytucje publiczne (Zakład Ubezpieczeń Społecznych zarządzający Funduszem Ubezpieczeń Społecznych) lub proces ich dostarczania jest nadzorowany przez instytucje publiczne (ubezpieczenie emerytalne, otwarte fundusze emerytalne). W związku z tym, że publiczne ubezpieczenia społeczne nie dostarczają jednostkom świadczeń na poziomie pozwalającym na utrzymanie dotychczasowego standardu życia, pojawia się więcej miejsca na inicjatywy indywidualne jednostek, tzw. doubezpieczenie społeczne (proces dobrze zauważalny w przypadku ubezpieczeń emerytalnych). Doubezpieczenie społeczne to *komplementarne wobec bazowego systemu zabezpieczenia społecznego, objęte konkretnymi preferencjami, rozwiązanie społeczne, stymulujące przede wszystkim (rodzinne) gospodarstwa domowe do podniesienia standardu bezpieczeństwa socjalnego ich członkom dzięki dodatkowej ochronie ubezpieczeniowej*<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Szerzej na ten temat zob. T. Szumlicz, *Przyczynek do teorii doubezpieczenia społecznego*, [w:] *Społeczne aspekty ubezpieczenia*, T. Szumlicz (red.), Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2005, s. 198.

Ubezpieczenia społeczne kojarzą się przede wszystkim ze świadczeniami o charakterze pieniężnym, ale prawdą jest, iż posiadają one inne nie mniej ważne cechy. Osoby ubezpieczające się wykupują za swoją składkę ochronę ubezpieczeniową mającą charakter niematerialny i przyrzeczeniowy. Zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do skompensowania strat w sytuacji wystąpienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem. Przystąpienie do ubezpieczenia lub objęcie nim powoduje zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa i dostarcza zabezpieczenia finansowe na wypadek wystąpienia ryzyka społecznego (także aspekt niematerialny). Inne rozumowanie (powiązanie ubezpieczenia wyłącznie ze świadczeniem pieniężnym) doprowadziłoby do wniosku, iż usługa ubezpieczeniowa wystąpi tylko w przypadku wystąpienia ryzyka społecznego. Tak jednak nie jest – ochrona ubezpieczeniowa wystąpi od momentu objęcia ubezpieczeniem, przystąpienia do systemu ubezpieczeń społecznych<sup>18</sup>, a nie jedynie warunkowo w sytuacji realizacji niepożądanego zdarzenia życiowego.

Reasumując, z uwagi na pieniężny charakter świadczeń ubezpieczeniowych, ubezpieczenia często nie są zaliczane do usług. Podejście takie nie wydaje się jednak słuszne. Ograniczenie ubezpieczeń jedynie do transferów pieniężnych nie uwzględnia specyfiki usługi ubezpieczeniowej, która w każdym przypadku polega na świadczeniu ochrony ubezpieczeniowej a nie na bezwarunkowej wypłacie świadczenia w zamian za opłaconą składkę. W konsekwencji, ubezpieczenia społeczne możemy zaliczyć do usług społecznych, podkreślając, iż ze względu na jego specyficzne cechy, w wielu obszarach napotkamy na rozbieżności i odstępstwa od ogólnej wąskiej definicji tych usług.

#### **1.4. Struktura i charakterystyka systemu ubezpieczeń społecznych**

System ubezpieczeń społecznych obejmuje systemy organizowane, nadzorowane lub wspierane przez państwo, które zapewniają obywatelom ochronę na wypadek realizacji ryzyk społecznych. Do ryzyk społecznych<sup>19</sup>, zgodnie

---

<sup>18</sup> Warto zauważyć, że ochrona ubezpieczeniowa występuje faktycznie od pierwszego dnia objęcia ubezpieczeniem, choć w przypadku niektórych ryzyk i grup ubezpieczonych stosuje się tzw., okresy wyczekiwania – tj. okresy podlegania ubezpieczeniu bez prawa do świadczeń. Dobrym przykładem jest ubezpieczenie chorobowe.

<sup>19</sup> Najczęściej jednak ryzyko społeczne jest utożsamiane z zagrożeniem powodującym niekorzystne sytuacje społeczne, które powinny zostać objęte zabezpieczeniem systemowym, uwzględniając pewien poziom bezpieczeństwa socjalnego (społecznego). T. Szumlicz, *Modele polityki społecznej*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 1994, s. 122. Szersza definicja ryzyka

z zaleceniami i konwencjami Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP)<sup>20</sup>, należą ryzyka:

- wypadku przy pracy i choroby zawodowej,
- choroby,
- macierzyństwa,
- podeszłego wieku,
- inwalidztwa,
- śmierci żywiciela,
- bezrobocia,
- nadzwyczajnych wydatków.

Ochrona przed wymienionym ryzykami może być przez państwo oferowana przy wykorzystaniu metody ubezpieczeniowej, zaopatrzeniowej lub opiekuńczej. Świadczenia mogą mieć charakter pieniężny lub rzeczowy.

Systemy ubezpieczeniowe charakteryzują się przeważającym udziałem metody ubezpieczeniowej w finansowaniu świadczeń, co przejawia się obowiązkiem wnoszenia składek przez uczestników systemu, które są wydatkowane na wypłatę świadczeń. Świadczenia z systemu ubezpieczeniowego mają charakter pieniężny, oferując ochronę dochodu na wypadek wystąpienia ryzyk społecznych. Systemy ubezpieczeń społecznych wykorzystują również, choć w zdecydowanie mniejszym zakresie, metodę zaopatrzeniową (finansowania podatkowe). Pomocniczy charakter finansowania podatkowego jest związany z gwarancjami stabilności finansowej systemów publicznych. J. Piotrowski wskazuje, że dla dobrego funkcjonowania, system zabezpieczenia społecznego nie powinien opierać się wyłącznie na jednej z metod<sup>21</sup>. W literaturze można ponadto spotkać pogląd, iż wyróżnienie wymienionych trzech metod staje się niewystarczające, gdy obok nich występują jeszcze inne formy niedające się

---

społecznego może obejmować zagrożenie zdarzeniem, którego zaistnienie spowoduje stratę w zasobach gospodarstwa domowego. T. Szumlicz, *Ubezpieczenie...*, op. cit., s. 45.

<sup>20</sup> Zalecenie MOP nr 43 z 1933 roku dotyczące głównych zasad ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy, podeszłego wieku i śmierci żywiciela (*Recommendation No. 43 Concerning the General Principles of Invalidity, Old-Age and Widows' and Orphans' Insurance*) oraz Zalecenie MOP nr 67 z 12 maja 1944 roku dotyczące ryzyk społecznych (*Recommendation No. 67 „Income Security Recommendation”*) i Konwencja MOP nr 102 z 1952 roku dotycząca świadczeń z systemu zabezpieczenia społecznego (*Convention No. 102 „Social Security (Minimum Standards) Convention”*). Por. J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2006, s. 13–20.

<sup>21</sup> J. Piotrowski, op. cit., s. 29. Potwierdza to historia zabezpieczenia społecznego, w której można w uproszczeniu wyodrębnić fazy: 1) opieki społecznej opartej na działalności charytatywnej i filantropijnej (kraje europejskie do I wojny światowej), 2) ubezpieczenia społecznego (okres międzywojenny) oraz 3) zabezpieczenia społecznego wykorzystującego w różnym zakresie wszystkie wymienione metody (czas po II wojnie światowej).



przysłużyć do żadnej z nich<sup>22</sup>. W zabezpieczeniu społecznym dominuje dziś głównie metoda ubezpieczeniowa wspierana przez metodę zaopatrzeniową. Ze względu na wprowadzanie elementów finansowania kapitałowego, część systemów zabezpieczenia społecznego w fazie gromadzenia środków charakteryzuje się tzw. metodą oszczędnościową<sup>23</sup> (kapitałową), polegającą na gromadzeniu środków a następnie wykorzystaniu tak zgromadzonego kapitału na zakup świadczeń. Taką formą charakteryzują się zwłaszcza kapitałowe elementy systemów emerytalnych.

System ubezpieczeń społecznych to system zabezpieczenia społecznego, w którym wiodącą rolę odgrywa ubezpieczenie jako metoda zarządzania ryzykiem społecznym. Podkreślić należy wiodącą rolę finansowania składkowego, gdyż publiczne systemy ubezpieczeń społecznych nie są zwykle finansowane wyłącznie ze składek, np. z uwagi na gwarancje państwa i finansowanie z podatków ewentualnych dopłat do świadczeń minimalnych lub dopłat na pokrycie deficytu funduszu ubezpieczeniowego.

Ubezpieczenie instytucjonalnie opiera się na wspólnocie ryzyka i utworzeniu funduszu ubezpieczeniowego z wnoszonych składek a następnie wydatkowaniu środków z funduszu na świadczenia dla osób, w przypadku których wystąpiły zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową. Racjonalność użycia tej metody jest w dużej mierze uzależniona od rodzaju i wielkości ryzyka, które podlega ubezpieczeniu. Ubezpieczenie funkcjonuje w oparciu o tzw. zasady ubezpieczeniowe<sup>24</sup>: zasadę realności (pewności), powszechności oraz pełności ochrony. Stopień konsekwencji w ich stosowaniu determinuje charakter ubezpieczenia i jest w dużej mierze uzależniony od jego celu. W przypadku

---

<sup>22</sup> Po drugiej wojnie światowej, kraje ówczesnego bloku socjalistycznego przyjęły ubezpieczeniowy model zabezpieczenia społecznego, który zawierał wiele elementów zaopatrzeniowych. Model ten jest określany jako odrębny socjalistyczny system ubezpieczenia społecznego, którego cechami charakterystycznymi są: 1) objęcie ubezpieczeniem wszystkich pracowników, bez wyjątku, i innych grup pracujących, 2) ograniczenie pobierania składek od pracowników lub przeniesienie tego ciężaru w pełni na pracodawcę, 3) podatkowy charakter składek opłacane przez zakład pracy, 4) finansowanie świadczeń z budżetu, 5) traktowanie systemu ubezpieczeń jako narzędzia kształtowania dochodów ubezpieczonych, 6) spłaszczenie świadczeń, 7) wyższe świadczenia dla ciężko pracujących grup (grup uprzywilejowanych), 8) ograniczenie pobierania rent z kilku tytułów, 9) wprowadzenie grup inwalidztwa, 10) scentralizowana administracja, 11) społeczna służba zdrowia. Niektóre z wymienionych cech modelowego socjalistycznego systemu ubezpieczeń społecznych funkcjonuje nadal w systemach emerytalnych krajów Europy Środkowej i Wschodniej, pomimo radykalnych reform w tym zakresie. W Polsce np. nadal nie odebrano niektórym grupom zawodowym przywilejów emerytalnych przyznanych w okresie powojennym (górnicy, odrębne systemy zabezpieczenia emerytalnego dla sędziów, prokuratorów, służb mundurowych i rolników).

<sup>23</sup> Zob. szerzej W. Muszalski, op. cit., s. 21–25.

<sup>24</sup> J. Handschke, *Funkcje i zasady ubezpieczeń gospodarczych*, [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze*, T. Sangowski (red.), Poltext, Warszawa 1998, s. 79.

systemu ubezpieczeń społecznych gwarantem realności ochrony ubezpieczeniowej jest państwo będące organizatorem i nadzorcą, a najczęściej również dostarczycielem usług społecznych. Dzięki przymusowi ubezpieczenia<sup>25</sup> osiągnięta jest powszechność, która powoduje, że ubezpieczenie może być tańsze z porównaniu z ubezpieczeniem dobrowolnym, gdyż ryzyko rozkłada się na całą populację<sup>26</sup>. Zasada powszechności ochrony ubezpieczeniowej wymaga, by ubezpieczeniem społecznym objęte były wszystkie jednostki narażone na ryzyko społeczne, a przymus ubezpieczenia wynika z faktu, że nie wszyscy są odpowiednio przezorni<sup>27</sup>. Zasada pełności odnosi się do zakresu pokrycia straty przez świadczenie. W systemie ubezpieczeń społecznych relacja świadczenia do otrzymywanej wcześniej płacy nosi miano stopy zastąpienia (ang. *replacement rate*) i jest ważnym wskaźnikiem adekwatności świadczeń. *Ochrona ubezpieczeniowa powinna umożliwiać (...) taki finansowy poziom pokrycia strat losowych, jaki wynika z (...) indywidualnej potrzeby oraz na jaki pozwalają w danych warunkach istotne względy polityki gospodarczej i społecznej państwa*<sup>28</sup>. Stopa życiowa i związane z nią „podstawowe potrzeby” ubezpieczonych mogą być wyrażone w obiektywnych miarach tylko w stosunku do aktualnej stopy życiowej pracowników lub społeczeństwa w ogóle<sup>29</sup>.

Wysokość świadczeń z systemu ubezpieczeń społecznych jest uzależniona od wysokości wcześniej uzyskiwanych zarobków (ang. *earnings-related benefits*) lub ustalona w jednakowej kwocie dla wszystkich ubezpieczonych (ang. *flat-rate benefits*). Zasada proporcjonalnego wymiaru świadczeń wywodzi się z tradycji ubezpieczenia: ten, kto miał wyższe zarobki, płacił wyższe składki i ponosił większą stratę w przypadku niemożności zarobkowania. Zasada ta służy wyrównaniu straty w odpowiednim stosunku i pomocy w zachowaniu uprzedniego poziomu życia. Natomiast oferowanie świadczeń w równej wysokości dla wszystkich wiąże się z zasadą zaopatrzenia i wymiarem świadczeń według podstawowych potrzeb ustalonych jako jednolite minimum egzystencji<sup>30</sup>. W przypadku systemów ubezpieczeń społecznych nie mają w pełni

<sup>25</sup> Kwestię konieczności stosowania przymusu w ubezpieczeniach społecznych i systemie emerytalnym poruszają również m.in. K. Krzeczowski, *Idee przewodnie ubezpieczeń społecznych*, Instytut Spraw Społecznych, Warszawa 1936, s. 10; T. Szumlicz, *Ubezpieczenie...*, op. cit., s. 244; J. Handschke, op. cit., s. 94–95.

<sup>26</sup> W. Muszalski, op. cit., s. 12.

<sup>27</sup> Ubezpieczenie emerytalne powinno być dostępne dla każdej jednostki nim zainteresowanej, z uwzględnieniem potrzeb tej osoby i realnie zagrażających jej ryzyk. Natomiast obowiązek ubezpieczenia (skutkujący powszechnością) powinien być wprowadzany wówczas, gdy pewne rodzaje ryzyk mają charakter społeczny poprzez powszechne odczuwanie ich negatywnych skutków. J. Handschke, op. cit., s. 93–95.

<sup>28</sup> Ibidem, s. 90.

<sup>29</sup> J. Piotrowski, op. cit., s. 319.

<sup>30</sup> Ibidem, s. 200–201.

zastosowania ubezpieczeniowe zasady równowartości oraz proporcjonalności składek i świadczeń<sup>31</sup>. Odstępstwa od nich spowodowane są stosowaniem zasady solidaryzmu i sprawiedliwości społecznej<sup>32</sup>.

Ubezpieczeniowe systemy zabezpieczenia społecznego charakteryzują się wyższym niż rozwiązania zaopatrzeniowe poziomem ekwiwalentności<sup>33</sup>, przy czym wyższą ekwiwalentność wykazują systemy o zdefiniowanej składce (ang. *defined contribution, DC*) a niższą – systemy o zdefiniowanym świadczeniu (ang. *defined benefits, DB*)<sup>34</sup>. Bazując na definicji M. Żukowskiego, w systemie ze zdefiniowanym świadczeniem wysokość świadczenia jest określona z góry – albo w postaci kwoty, albo w relacji do wcześniejszych lub przeciętnych zarobków i okresu ubezpieczenia (składka jest funkcją wysokości świadczenia). Formuła ta wymusza dostosowanie wysokości składek do spodziewanych wypłat (w systemach repartycyjnych) lub osiągania odpowiednich, w stosunku do spodziewanych wypłat świadczeń, wyników inwestycyjnych (w systemach kapitałowych). W systemie ze zdefiniowaną składką wysokość świadczenia zależy

---

<sup>31</sup> A. Kufel-Siemńska, *Podział ubezpieczeń*, [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze*, T. Sangowski (red.), Poltext, Warszawa 1998, s. 144–147. Z zasady równowartości składek i świadczeń wynika, że ciężar składki powinien być odpowiedni do wnoszonego ryzyka natomiast zasada proporcjonalności wskazuje, iż *ponoszony ciężar musi pozostawać w prostym stosunku do oczekiwanego pokrycia przyszłej potrzeby*. Zob. szerzej J. Łazowski, op. cit., s. 17.

<sup>32</sup> W. Muszalski twierdzi, że zasada solidarności społecznej powoduje redystrybucję środków od silniejszych do słabszych grup społeczeństwa. W. Muszalski, op. cit., s. 12. Pogląd o redystrybucji środków od silniejszych do słabszych jest dyskusyjny. Systemy ubezpieczeń społecznych traktują często bowiem w uprzywilejowany sposób wybrane grupy zawodowe (np. górników, sędziów, żołnierzy), które niekoniecznie są najsłabsze czy najbiedniejsze. J. Jończyk uważa, że ubezpieczeniem (zabezpieczeniem) społecznym jest właśnie solidarne finansowanie kosztu zabezpieczenia społecznego podkreślając, że solidarność odnosi się do finansowania indywidualnych wkładów, natomiast zasada sprawiedliwości stosowana jest w kontekście podziału świadczeń. J. Jończyk, op. cit., s. 39–40.

<sup>33</sup> Ekwiwalentność rozumiana jako wprost proporcjonalna zależność między wcześniej płaconymi składkami a otrzymywanymi później świadczeniami. T. Szumlicz, *Ubezpieczenie...*, op. cit., s. 248.

<sup>34</sup> T. Szumlicz twierdzi, iż wyższą ekwiwalentnością odznaczają się zwykle systemy kapitałowe, a niższą – systemy repartycyjne; T. Szumlicz, *Ubezpieczenie...*, op. cit., s. 248. Rozróżnienie na systemy o zdefiniowanej składce i zdefiniowanym świadczeniu jest zwykle stosowane dla opisu formuł obliczania świadczeń emerytalnych jednak można je wykorzystywać również dla potrzeb charakterystyki systemów ubezpieczeń społecznych, obejmujących szerszy katalog ryzyk i świadczeń. System o zdefiniowanym świadczeniu charakteryzuje się odrębnymi warunkami wyznaczania świadczeń i składek, które z finansowego punktu widzenia nie zawsze automatycznie się kompensują (zrównują). W konsekwencji musi zawsze istnieć instytucja gwaranta, który pokrywa ewentualne deficyty i absorbuje nadwyżki powstałe w tym planie. Podmiot ten bierze na siebie również ewentualne ryzyko inwestycyjne i ryzyko demograficzne. Natomiast system o zdefiniowanej składce wiąże świadczenia i składki w taki sposób, aby zachowana była równowaga finansowa pomiędzy wymienionymi elementami. S. Valdes-Prieto, *Risks in Pensions and Annuities: Efficient Designs*, The World Bank, luty 1998, s. 6–7.

od wielkości funduszu zgromadzonego przez indywidualną osobę w momencie rozpoczęcia pobierania świadczenia (świadczenie jest funkcją składki)<sup>35</sup>. Biorąc pod uwagę powyższe definicje należy zauważyć, że większość formuł świadczeń w systemach ubezpieczeń społecznych ma charakter zdefiniowanego świadczenia. Rozwiązania o zdefiniowanej składce występują natomiast tam, gdzie moment rozpoczęcia pobierania świadczenia jest poprzedzony odpowiednio długim okresem gromadzenia oszczędności i uprawnień z tytułu ubezpieczeń społecznych, np. w ubezpieczeniu emerytalnym.

System ubezpieczeń społecznych w Polsce oferuje ochronę przed ryzykami choroby, macierzyństwa, trwałej niezdolności do pracy, śmierci żywiciela, wypadku przy pracy i choroby zawodowej oraz starości. Każde z wymienionych ryzyk społecznych związane jest z wyodrębnioną częścią systemu ubezpieczeń społecznych. Ryzyko choroby i macierzyństwa objęte jest ubezpieczeniem chorobowym (ubezpieczeniem w razie choroby i macierzyństwa), ryzyko inwalidztwa i śmierci żywiciela – ubezpieczeniami rentowymi, a ryzyko starości – ubezpieczeniem emerytalnym. Ryzyko choroby, inwalidztwa i śmierci żywiciela spowodowanych wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową objęte jest ubezpieczeniem wypadkowym. Składka na poszczególne ubezpieczenia społeczne jest finansowana ze środków własnych pracodawcy i/lub pracownika, a jej poborem zajmuje się Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) będący państwową jednostką organizacyjną<sup>36</sup>. Zarządzanie systemem ubezpieczeń społecznych, w tym wypłata świadczeń, jest domeną ZUS, jedynie w przypadku kapitałowej części systemu emerytalnego zadania te powierzono instytucjom prywatnym, chociaż środki emerytalne gromadzone w tej części mają nadal charakter publiczny. Przyporządkowanie poszczególnych ryzyk do wyodrębnionych części systemu ubezpieczeń społecznych, podmiotów nimi zarządzających i wysokości obowiązkowej składki przedstawia tabela 4.

<sup>35</sup> M. Żukowski, *Reformy emerytalne w Europie*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2006, s. 7.

<sup>36</sup> G. Szpor, *Struktura systemu ubezpieczeń społecznych*, [w:] Z. Kluszczyńska, W. Koczur, K. Rubel, G. Szpor, T. Szumlicz, *System ubezpieczeń społecznych. Zagadnienia podstawowe*, LexisNexis, Warszawa 2006, s. 45.

**Tabela 4. Architektura systemu ubezpieczeń społecznych w Polsce**

Ryzyko	Część systemu	Wysokość składki i podmiot finansujący	Sposób zarządzania	Podmiot zarządzający
Choroby	ubezpieczenie chorobowe	2,45% pracownik	publiczne	Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Macierzyństwa				
Inwalidztwa	ubezpieczenia rentowe	6% pracownik i pracodawca	publiczne	Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Śmierci żywiciela				
Wypadku przy pracy lub choroby zawodowej	ubezpieczenie wypadkowe	0,4–8,12% pracodawca	publiczne	Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Starości	ubezpieczenie emerytalne	19,52% pracownik i pracodawca	publiczne/ prywatne	I filar: Zakład Ubezpieczeń Społecznych, II filar: powszechne towarzystwa emerytalne, zakłady emerytalne, III filar: banki, towarzystwa funduszy inwestycyjnych, towarzystwa ubezpieczeń na życie, pracownicze towarzystwa emerytalne, domy maklerskie

Źródło: opracowanie własne.

Przedstawiona architektura funkcjonalna odnosi się do systemu ubezpieczeń pozarolniczych (systemu pracowniczego), który obejmuje zdecydowaną większość społeczeństwa. Poza systemem pracowniczym istnieje również odrębny system ubezpieczenia społecznego dla rolników zarządzany przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) oraz zaopatrzeniowe systemy dla wybranych grup zawodowych (m.in. wojska, policji i pracowników więziennictwa) finansowane z podatków. Rozważania przedstawione w dalszej części dotyczą, o ile nie zaznaczono inaczej, systemu pracowniczego i nie odnoszą się do systemów funkcjonujących dla służb mundurowych z uwagi na ich nieubezpieczeniowy charakter.

Ubezpieczenie w razie choroby i macierzyństwa dostarcza ubezpieczonym środki utrzymania na wypadek czasowej niezdolności do pracy spowodowanej:

- niezdolnością do pracy z powodu choroby (sytuacja powstania tej niezdolności z tzw. ogólnego stanu zdrowia oraz niezdolność w wyniku wypadku w drodze do/z pracy),
- sytuację zrównaną z niezdolnością do pracy z powodu choroby obejmującą:
  - niemożność wykonywania pracy z powodu choroby zakaźnej (w wyniku decyzji właściwego organu lub uprawnionego podmiotu wydanej na podstawie przepisów o zwalczaniu chorób zakaźnych albo zwalczaniu gruźlicy),
  - niemożność wykonywania pracy z powodu przebywania w stacjonarnym zakładzie leczenia odwykowego lub stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej w celu leczenia uzależnienia od środków alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych,
- zmniejszoną sprawnością do pracy,
- przerwą w pracy w związku z ciążą i urodzeniem dziecka,
- koniecznością opieki nad dzieckiem lub innym chorym członkiem rodziny<sup>37</sup>.

Z ubezpieczenia chorobowego wypłacane są następujące świadczenia pieniężne: zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek wyrównawczy, zasiłek opiekuńczy, zasiłek macierzyński<sup>38</sup>. Źródłem finansowania świadczeń jest fundusz chorobowy będący jedną z części Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, tworzony ze składek chorobowych opłacanych przez ubezpieczonych. Zestawienie świadczeń z ubezpieczenia chorobowego oraz ich wysokości prezentuje tabela 5.

---

<sup>37</sup> Z. Kluszczyńska, *Świadczenia pieniężne w razie choroby i macierzyństwa*, [w:] Z. Kluszczyńska, W. Koczur, K. Rubel, G. Szpor, T. Szumlich, *System ubezpieczeń społecznych. Zagadnienia podstawowe*, LexisNexis, Warszawa 2006, s. 80.

<sup>38</sup> Art. 2 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, Dz. U. nr 60, poz. 636 z późn. zm.

**Tabela 5. Świadczenia przysługujące z ubezpieczenia chorobowego**

Rodzaj świadczenia	Tytuł	Wysokość
Zasiłek chorobowy	niezdolność do pracy z tytułu choroby, w tym choroby zakaźnej	80% podstawy wymiaru
	niezdolność do pracy w okresie ciąży lub z tytułu wypadku w drodze do/z pracy	100% podstawy wymiaru
	pobyt w szpitalu z powodu choroby	70% podstawy wymiaru
Świadczenie rehabilitacyjne	niezdolność do pracy z powodu choroby (po wyczerpaniu okresu pobierania zasiłku chorobowego i przy rokowaniu odzyskania zdolności do pracy)	75% podstawy wymiaru
Zasiłek wyrównawczy	zmniejszona sprawność do pracy w okresie rehabilitacji zawodowej	różnica pomiędzy aktualnym wynagrodzeniem a wynagrodzeniem sprzed choroby
Zasiłek opiekuńczy	opieka nad dzieckiem lub innym chorym członkiem rodziny	80% podstawy wymiaru
Zasiłek macierzyński	przerwa w pracy w związku z ciążą i urodzeniem dziecka oraz opieki nad nim	100% podstawy wymiaru

Źródło: opracowanie własne.

Ubezpieczenie rentowe zapewnia ubezpieczonym ochronę na wypadek wystąpienia całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy<sup>39</sup>. Świadczenia pieniężne są wypłacane z funduszu rentowego tworzonego ze składek rentowych finansowanych przez ubezpieczonych i pracodawców i obejmują: rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy, rentę szkoleniową, rentę rodzinną oraz dodatek pielęgnacyjny i dodatek dla sierot zupełnych. Z funduszu rentowego są ponadto wypłacane zasiłki pogrzebowe. Zestawienie świadczeń wraz z informacją o ich wysokości zawiera tabela 6.

<sup>39</sup> O trwałej i czasowej, całkowitej i częściowej niezdolności do pracy oraz o niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz o celowości przekwalifikowania ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym systemie orzekają lekarze orzecznicy ZUS i komisje lekarskie ZUS.



**Tabela 6. Świadczenia przysługujące z ubezpieczeń rentowych**

Rodzaj świadczenia	Tytuł	Wysokość
Renta z tytułu niezdolności do pracy	całkowita niezdolność do pracy	uzależniona od wysokości osiągniętych zarobków (podstawy wymiaru renty), liczby lat składkowych i nieskładkowych, nie więcej niż osiągnięte wcześniej wynagrodzenie i nie mniej niż minimalna renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy
	częściowa niezdolność do pracy	75% renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, nie mniej niż minimalna renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy
Renta szkoleniowa	niezdolność do pracy i orzeczenie o celowości przekwalifikowania zawodowego	75% podstawy wymiaru renty
Renta rodzinna	śmierć ubezpieczonego, który miał prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy bądź emerytury, a uprawnieni spełniają określone warunki	85%–95% świadczenia, które przysługiwało zmarłemu ubezpieczonemu. W sytuacji kilku uprawnionych tak obliczona renta podlega podziałowi na równe części
Zasiłek pogrzebowy	śmierć ubezpieczonego (zasiłek przysługuje osobie, która pokryła koszty pogrzebu)	200% przeciętnego wynagrodzenia, kwota ogłaszana przez Prezesa ZUS
Dodatek pielęgnacyjny	całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji lub ukończone 75 lat	kwota ogłaszana przez Prezesa ZUS
Dodatek do renty rodzinnej dla sierot zupełnych	śmierć ubezpieczonego skutkująca stanem zupełnego osierocenia dzieci	kwota ogłaszana przez Prezesa ZUS

Źródło: opracowanie własne.

Ubezpieczenie wypadkowe zapewnia ubezpieczonym środki utrzymania w sytuacjach wystąpienia niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem

przy pracy lub chorobą zawodową. Za wypadek przy pracy uznawane jest zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, pozostające w związku z pracą<sup>40</sup> i powodujące uraz lub śmierć<sup>41</sup>. Za chorobę zawodową uważa się choroby objęte wykazem chorób zawodowych, które zostały spowodowane działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy<sup>42</sup>. Z ubezpieczenia wypadkowego przysługują następujące świadczenia: zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek wyrównawczy, jednorazowe odszkodowanie, renta z tytułu niezdolności do pracy, renta szkoleniowa, renta rodzinna, dodatek do renty rodzinnej dla sieroty zupełnej, dodatek pielęgnacyjny oraz pokrycie kosztów leczenia z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne<sup>43</sup>. Wypłata świadczeń jest finansowana z funduszu wypadkowego tworzonego ze składek opłacanych przez pracodawcę. Informacje o tytule uprawniającym do wymienionych świadczeń oraz ich wysokości zawiera tabela 7.

**Tabela 7. Świadczenia przysługujące z ubezpieczenia wypadkowego**

Rodzaj świadczenia	Tytuł	Wysokość
Zasiłek chorobowy	czasowa niezdolność do pracy spowodowana wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową	100% podstawy wymiaru
Świadczenie rehabilitacyjne	niezdolność do pracy spowodowana wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową (po wyczerpaniu okresu pobierania zasiłku chorobowego i przy rokowaniu odzyskania zdolności do pracy)	100% podstawy wymiaru

<sup>40</sup> Związek z pracą oznacza wystąpienie wypadku: 1) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych; 2) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia; 3) w czasie pozostawiania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy.

<sup>41</sup> Art. 3 ust. 1 ustawy z 20 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, Dz. U. nr 199, poz. 1673 z późn. zm.

<sup>42</sup> K. Rubel, *Pojęcie wypadku przy pracy i choroby zawodowej*, [w:] Kluszczyńska, W. Koczur, K. Rubel, G. Szpor, T. Szumlicz, *System ubezpieczeń społecznych. Zagadnienia podstawowe*, LexisNexis, Warszawa 2006, s. 111.

<sup>43</sup> Art. 6 ustawy z 20 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

Tabela 7. (cd.)

Rodzaj świadczenia	Tytuł	Wysokość
Zasiłek wyrównawczy	stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu pracownika spowodowany wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową skutkujący niższym wynagrodzeniem w okresie rehabilitacji zawodowej	różnica pomiędzy aktualnym wynagrodzeniem a wynagrodzeniem sprzed wypadku lub choroby
Jednorazowe odszkodowanie	śmierć lub stały/ długotrwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową	20% przeciętnego wynagrodzenia za każdy procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, dodatkowo 3,5-krotność przeciętnego wynagrodzenia w przypadku całkowitej niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji. W razie śmierci ubezpieczonego: 18-krotność przeciętnego wynagrodzenia, gdy uprawnionymi są małżonek lub dziecko, 9-krotność przeciętnego wynagrodzenia, gdy uprawniony jest inny członek rodziny. Jeżeli uprawnione są co najmniej dwie osoby, odszkodowanie ulega zwiększeniu o 3,5-krotność przeciętnego wynagrodzenia na drugiego i każdego kolejnego uprawnionego
Renta z tytułu niezdolności do pracy	całkowita niezdolność do pracy spowodowana wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową	uzależniona od wysokości osiąganych zarobków (podstawy wymiaru renty), liczby lat składkowych i nieskładkowych, nie więcej niż osiągnięte wcześniej wynagrodzenie i nie mniej niż 80% podstawy wymiaru oraz nie mniej niż minimalna renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy

**Tabela 7. (cd.)**

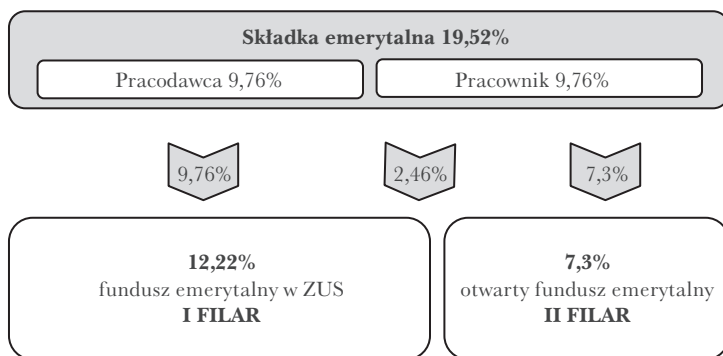
<b>Rodzaj świadczenia</b>	<b>Tytuł</b>	<b>Wysokość</b>
Renta z tytułu niezdolności do pracy (cd.)	częściowa niezdolność do pracy spowodowana wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową	75% renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, nie mniej niż 60% podstawy wymiaru i nie mniej niż minimalna renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy
Renta szkoleniowa	orzeczenie o celowości przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie spowodowaną wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową	100% podstawy wymiaru
Renta rodzinna	śmierć ubezpieczonego lub rencisty uprawnionego do renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowana wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową	85%–95% świadczenia, które przysługiwało zmarłemu ubezpieczonemu. W sytuacji kilku uprawnionych tak obliczona renta podlega podziałowi na równe części
Dodatek do renty rodzinnej dla sieroty zupełnej	śmierć ubezpieczonego skutkująca stanem zupełnego osierocenia dzieci	kwota ogłaszana przez Prezesa ZUS
Dodatek pielęgnacyjny	całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji lub ukończone 75 lat	kwota ogłaszana przez Prezesa ZUS
Pokrycie kosztów leczenia z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne w zakresie określonym ustawą	koszty poniesione w konsekwencji wypadku przy pracy, jeśli ubezpieczony został skierowany na leczenie/ szczepienia przez lekarza orzecznika na wniosek lekarza prowadzącego i koszty te nie są refundowane na podstawie odrębnych przepisów	poniesione koszty leczenia/ szczepień. Pokrycie udziału własnego ubezpieczonego w zakupie przedmiotów ortopedycznych

Źródło: opracowanie własne.

Ubezpieczenie emerytalne zapewnia dożywotnie świadczenia po osiągnięciu wieku emerytalnego i zakończeniu aktywności zawodowej w zamian za opłacanie składki emerytalnej. System ubezpieczeń emerytalnych został istotnie zreformowany w 1999 roku i składa się obecnie z trzech części zwanych filarami, z których dwie pierwsze (tzw. filar I i filar II) stanowią system obowiązkowy (bazowy) a trzecia (filar III) jest elementem dobrowolnym, umożliwiającym zgromadzenie dodatkowych oszczędności emerytalnych. Część obowiązkowa składa się z elementu repartycyjnego zarządzanego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, w którym świadczenia są finansowane z bieżących składek wpływających do funduszu emerytalnego, oraz z elementu kapitałowego – otwartych funduszy emerytalnych i zarządzających nimi powszechnych towarzystw emerytalnych oraz zakładów emerytalnych, w którym składki są inwestowane i pomnażane a następnie wykorzystywane na wypłatę świadczeń po przejściu ubezpieczonego na emeryturę. Filar III ma charakter kapitałowy i jest zarządzany przez prywatne instytucje finansowe – może mieć charakter grupowy (pracownicze programy emerytalne, PPE) lub indywidualny (indywidualne konta emerytalne, IKE).

Obowiązkowa składka emerytalna jest dzielona pomiędzy część kapitałową i repartycyjną<sup>44</sup>, według relacji przedstawionej na poniższym schemacie, i jest finansowana w równych częściach przez pracownika i pracodawcę.

#### Schemat 1. Składka emerytalna w polskim bazowym systemie emerytalnym



Źródło: opracowanie własne.

<sup>44</sup> Obowiązkowy podział składki funkcjonuje dla wszystkich ubezpieczonych urodzonych po 1968 roku. W momencie wprowadzania reformy emerytalnej osoby urodzone w latach 1949–1968 mogły wybrać, czy chcą dzielić składkę pomiędzy dwie części i zgromadzić środki w otwartym funduszu emerytalnym czy też przekazywać składkę wyłącznie do części repartycyjnej zarządzanej przez ZUS (I filar). Osoby urodzone przed 1949 rokiem nie uczestniczą w opisywanym, nowym obowiązkowym systemie emerytalnym – dla nich świadczenia obliczane są na podstawie „starej” formuły emerytalnej.

Świadczenie z obu części obowiązkowych (I i II filar) ma zapewnić podstawowy standard życia na emeryturze. Obie części oparte są na indywidualnych kontach (konto w ZUS i rachunek w OFE) i funkcjonują w myśl zasady zdefiniowanej składki: o wysokości emerytury decyduje wysokość kapitału lub uprawnień zgromadzonych na kontach. Rozpoczęcie pobierania emerytury z pierwszego i drugiego filara następuje jednocześnie. Ubezpieczony będzie otrzymywał świadczenie emerytalne w formie jednego łącznego przelewu przekazywanego przez ZUS, obejmującego emeryturę z części repartycyjnej i emeryturę kapitałową<sup>45</sup>. W obowiązkowej części kapitałowej (II filar) występuje dziedziczenie kapitału emerytalnego zgromadzonego na rachunku w otwartym funduszu emerytalnym w sytuacji śmierci członka funduszu. Wówczas środki są przekazywane uprawnionym osobom w formie wypłaty lub wypłaty transferowej<sup>46</sup>. Katalog świadczeń występujących z ramach publicznego systemu ubezpieczeń emerytalnych prezentuje tabela 8.

**Tabela 8. Świadczenia przysługujące z ubezpieczenia emerytalnego**

Rodzaj świadczenia	Tytuł	Wysokość
Wypłata środków zgromadzonych na rachunku w OFE	śmierć członka OFE przed rozpoczęciem pobierania dożywotniej emerytury kapitałowej	wartość środków zgromadzonych na rachunku w OFE (wykorzystanie środków może nastąpić w formie wypłaty lub wypłaty transferowej)
Indywidualna emerytura dożywotnia (I filar)	osiągnięcie wieku emerytalnego (60 lat kobiety, 65 lat mężczyźni)	zależna od wielkości zgromadzonych uprawnień emerytalnych (stanu konta) oraz przeciętnego dalszego trwania życia (wieku przejścia na emeryturę)

<sup>45</sup> W celu przekazania łącznej emerytury z systemu bazowego (I i II filara), ZUS otrzymuje wcześniej z powszechnego towarzystwa emerytalnego lub zakładu emerytalnego środki na wypłatę emerytury kapitałowej. Art. 30 *ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o emeryturach kapitałowych* (Dz. U. nr 228, poz. 1507).

<sup>46</sup> Wypłata transferowa oznacza przekazanie środków z jednego rachunku w otwartym funduszu emerytalnym na inny rachunek w tym samym lub innym otwartym funduszu emerytalnym. W razie śmierci członka OFE, który pozostawała w związku małżeńskim i był objęty małżeńską wspólnością majątkową, połowa zgromadzonych środków jest przekazywana w formie wypłaty transferowej na rachunek współmałżonka zmarłego ubezpieczonego. Art. 131 *ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych*, Dz. U. nr 139, poz. 934 z późn. zm.

Tabela 8. (cd.)

Rodzaj świadczenia	Tytuł	Wysokość
Okresowa emerytura kapitałowa (II filar)	osiągnięcie wieku 60 lat (wypłacana tylko do osiągnięcia 65 lat)	zależna od wielkości kapitału emerytalnego zgromadzonego w otwartym funduszu emerytalnym (stanu rachunku) oraz przeciętnego dalszego trwania życia (wieku przejścia na emeryturę)
Dożywotnia emerytura kapitałowa (II filar)	osiągnięcie wieku 65 lat	zależna od wielkości kapitału emerytalnego zgromadzonego w otwartym funduszu emerytalnym (stanu rachunku) oraz przeciętnego dalszego trwania życia (wieku w momencie rozpoczęcia jej pobierania)
Wypłata gwarantowana	śmierć ubezpieczonego pobierającego dożywotnią emeryturę kapitałową w ciągu trzech lat od rozpoczęcia jej pobierania	wypłacie podlega proporcjonalna część środków przekazanych do zakładu emerytalnego, wysokość zależy od długości okresu pobierania dożywotniej emerytury kapitałowej przez emeryta

Źródło: opracowanie własne.

W nowym systemie emerytalnym funkcjonują dopłaty do emerytury minimalnej dla osób posiadających wymagany staż ubezpieczeniowy:

- 20 lat dla kobiet,
- 25 lat dla mężczyzn.

Jeśli emerytura przysługująca z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych łącznie z emeryturą kapitałową są dla tych ubezpieczonych niższe od kwoty emerytury minimalnej, ZUS podwyższa świadczenie z części repartycyjnej (I filara), aby ich suma osiągnęła wymienioną kwotę. Podwyższenie podlega refundacji z budżetu państwa<sup>47</sup>.

<sup>47</sup> Art. 87 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z FUS.



## **2. PRYWATYZACJA W OBSZARZE UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH**

### **2.1. Finansowanie systemu zabezpieczenia społecznego**

Prywatyzacja ubezpieczeń społecznych w obszarze finansowania oznacza, że są one w części (lub całości) finansowane ze środków prywatnych, tym samym za ich finansowanie współodpowiadają instytucje prywatne lub same zainteresowane jednostki.

Z punktu widzenia finansowania w obowiązkowym systemie nie ma prywatyzacji, gdyż składki, które wpływają do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, bez względu na to do którego z funduszy zostaną przekazane, są zaliczane do sfery finansów publicznych.

Prywatne finansowanie w ubezpieczeniach społecznych ma miejsce jedynie w zakresie doubezpieczenia (składki nie są obowiązkowe i są opłacane z dochodów ubezpieczonych). W niniejszym podrozdziale zostaną przeanalizowane udziały środków prywatnych w finansowaniu poszczególnych ubezpieczeń społecznych oraz zmiany tych udziałów w czasie.

#### **2.1.1. Ubezpieczenia emerytalne**

System ubezpieczeń emerytalnych jest w dużej części sprywatyzowany. Część repartycyjna, obejmująca fundusz emerytalny w ramach FUS jest elementem publicznym, zarówno pod względem finansowania, jak i zarządzania. Druga część bazowego systemu emerytalnego – otwarte fundusze emerytalne i zakłady emerytalne, bazuje na środkach publicznych, zarządzanych jednak prywatnie. Trzeci dobrowolny filar, dostarczający emerytur z indywidualnych kont emerytalnych oraz z pracowniczych programów emerytalnych jest natomiast prywatny, zarówno pod względem finansowania, jak i zarządzania. W poniższym podrozdziale zostaną zaprezentowane najważniejsze informacje statystyczne na temat finansowania prywatnych części systemu emerytalnego.

Do otwartych funduszy emerytalnych (OFE) przekazywana jest część składki na ubezpieczenie emerytalne (7,3% podstawy wymiaru). Środki są inwestowane na rynku finansowym przez prywatne instytucje. Emerytura z OFE jest wypłacana jednocześnie z emeryturą z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, jako jedno świadczenie. W tabelach poniżej zostaną zaprezentowane najważniejsze informacje z zakresu działalności finansowej OFE: wartość aktywów, stopa zwrotu od początku działalności, wartość jednostki rozrachunkowej.

**Tabela 9. Wartość aktywów OFE w latach 2001–2008**

Rok (stan na koniec roku, tj. 31 grudnia)	Wartość aktywów netto (w tys. zł)
2001	19.408.543
2002	31.564.649
2003	44.833.089
2004	62.626.944
2005	86.078.777
2006	116.563.260
2007	140.030.893
2008	138.261.447

Źródło: www.knf.gov.pl

**Tabela 10. Stopa zwrotu OFE w latach 2001–2008**

Rok (koniec września danego roku)	Stopa zwrotu (nominalna, realna) w %
2001	5.7 2.0
2002	15.3 14.4
2003	10.9 9.1
2004	14.2 9.4
2005	15.0 14.2
2006	16.4 14.8
2007	6.2 2.1
2008	-14.2 -16.9

Źródło: www.knf.gov.pl

Stopa zwrotu OFE, w latach 2001–2008, ulegała wahaniom. Najmniejszą wartość (ujemną) osiągnęła w 2008 roku. Spowodowane to było kryzysem na rynkach finansowych na świecie i także w Polsce. Najwyższą stopę zwrotu OFE osiągnęły w 2006 roku, co świadczyło o udanej polityce finansowej tych instytucji.

**Tabela 11. Wartość jednostki rozrachunkowej<sup>48</sup> OFE w latach 2001–2008**

<b>Rok (stan na koniec roku, tj. 31 grudnia)</b>	<b>Średnia wartość jednostki rozrachunkowej (w zł)</b>
2001	12,85
2002	14,95
2003	16,68
2004	18,65
2005	21,46
2006	24,88
2007	28,83
2008	26,07

Źródło: www.knf.gov.pl

Średnia wartość jednostki rozrachunkowej OFE systematycznie rośnie (z wyjątkiem 2008 roku, kiedy rynki finansowe walczyły z kryzysem). Jest to pozytywna informacja dla członków OFE, gdyż im większa wartość jednostki rozrachunkowej, tym większą otrzymają emeryturę z kapitałowej części systemu ubezpieczeń emerytalnych.

**Tabela 12. Wartość średniej składki przekazanej do OFE**

<b>Rok (stan na koniec roku, tj. 31 grudnia)</b>	<b>Średnia składka (w zł)</b>
2001	115
2002	94
2003	82
2004	84
2005	90
2006	99
2007	103
2008	127

Źródło: www.knf.gov.pl

<sup>48</sup> Wartość jednostki rozrachunkowej każdego OFE w pierwszym dniu jego funkcjonowania była równa 10 zł.

Również wartość przeciętnej składki wpłacanej do OFE ulegała wahanom w przedziale czasowym 2001–2008. Największą wartość osiągnęła w 2008 roku (mimo kryzysu), najmniejszą w 2003 roku. Na wysokość składki wpływ ma wysokość wynagrodzenia. Stąd można wnioskować, że wysoka wartość przeciętnej składki może oznaczać, że do ubezpieczenia przystąpiło dużo osób z wysokimi wynagrodzeniami lub wynagrodzenia członków OFE uległy podwyższeniu lub/i z ubezpieczenia wystąpiły osoby wpłacające stosunkowo małe składki (bo np. skorzystały z prawa wystąpienia z OFE, w celu uzyskania wcześniejszej emerytury).

W ramach bazowego systemu emerytalnego prywatne podmioty zarządzają coraz większymi aktywami emerytalnymi. Prognozuje się, że pomimo przekazywania do OFE jedynie 3/5 składki emerytalnej, drugi filar będzie dodatkowo dostarczał ok. 50% łącznej emerytury z części bazowej. Kapitały emerytalne gromadzone w OFE są środkami publicznymi, gdyż pochodzą z obowiązkowej składki. Jednak wprowadzenie prywatnych podmiotów do części bazowej (publicznej) systemu emerytalnego świadczy o częściowej prywatyzacji tego obszaru (partnerstwo publiczno-prywatne).

Dodatkowa część systemu emerytalnego obejmuje indywidualne konta emerytalne oraz pracownicze programy emerytalne. Indywidualne konta emerytalne (IKE) mają charakter prywatny. Są finansowane z dobrowolnych wpłat wnoszonych przez osoby zainteresowane gromadzeniem oszczędności. Maksymalne wpłaty na IKE nie mogą przekroczyć 3-krotności prognozowanego, przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce w danym roku. Wartość maksymalna wpłat jest corocznie ogłaszana przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego (GUS). Wysokość składek jest określana w umowie zawartej z konkretną instytucją prowadzącą IKE. Jak wynika z tabeli 13, z roku na rok maleje średnia wielkość składek wpłacanych na IKE.

Najwyższe (średnie) składki płacą osoby posiadające IKE w podmiotach prowadzących działalność maklerską, najniższe – osoby posiadające IKE w zakładach ubezpieczeń na życie. Niepokojącym zjawiskiem jest fakt, iż jedynie około 1/3 kont jest aktywna, tzn. dokonywane są na nie wpłaty. Pozostałe konta, pomimo upływu krótkiego okresu od momentu ich założenia, są w posiadaniu biernych uczestników, którzy zaprzestali wpłacania dodatkowych oszczędności emerytalnych.

**Tabela 13. Najważniejsze informacje na temat finansowania IKE**

Rok	Aktywa IKE (w mln zł)	Średnia wysokość składki (domy maklerskie) (w zł)	Średnia wysokość składki (towarzystwa funduszy inwestycyjnych) (w zł)	Średnia wysokość składki (zakłady ubezpieczeń na życie) (w zł)	Średnia wysokość składki (banki) (w zł)	Konta aktywne – na które dokonywane są wpłaty (%)
2008	1.613,789	2846	1795	1352	1953	35,9 (z 853. 832 kont)
2007	1.864,5	3102	2327	1386	1214	39,8 (z 915.492 kont)
2006	1.298,0	3211	2708	1226	1649	–
2005	–	3349	2758	1205	1521	–

Źródło: www.mpips.gov.pl

Pracownicze programy emerytalne podobnie jak IKE mają charakter prywatny. Są finansowane ze składek opłacanych przez pracodawcę (składka podstawowa w wysokości do 7% wynagrodzenia pracownika) oraz pracownika (składka dodatkowa, fakultatywna, w wysokości zadeklarowanej, maksymalnie do 4,5-krotności przeciętnego, prognozowanego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce w danym roku). Wysokość składki podstawowej może być określona procentowo lub kwotowo. Pracownicze programy emerytalne nie są popularną formą gromadzenia oszczędności na starość, głównie z uwagi na fakt, iż inicjatywa ich utworzenia należy do pracodawcy.

**Tabela 14. Wielkość aktywów PPE (w zł) w latach 2005–2008**

Rok (stan na 31.12) /aktywa (w zależności od formy programu)	Grupowe ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym	Wnoszenie składek pracowników przez pracodawcę do funduszu inwestycyjnego	Pracowniczy fundusz emerytalny
2005	428.370.255,61	665.368.462,26	601.975.628,71
2006	803.840.178,59	1.132.554.330,87	856.677.909,99
2007	1.202.930.176,05	1.554.002.287,89	1.049.503.001,91
2008	999.683.841,32	1.572.698,20	1.035.745.265,32

Źródło: www.knf.gov.pl

**Tabela 15. Wysokość składek odprowadzonych w ramach PPE (w zł) w latach 2000–2006, wartość skumulowana**

<b>Rok (stan na 31.12) / wysokość składek (w zależności od formy programu)</b>	<b>Grupowe ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym</b>	<b>Wnoszenie składek pracowników przez pracodawcę do funduszu inwestycyjnego</b>	<b>Pracowniczy fundusz emerytalny</b>
2000	419.852,72	1.391.936,80	2.764.696,00
2001	5.860.524,51	54.428.117,26	14.987.859,13
2002	16.214.760,39	128.510.337,59	132.986.355,59
2003	29.866.802,97	213.168.990,95	230.418.612,86
2004	55.512.677,98	337.882.609,46	358.744.993,58
2005	167.851.857,86	512.864.221,52	501.498.918,60
2006	394.324.390,97	805.848.347,27	675.083.336,81

Źródło: www.knf.gov.pl

**Tabela 16. Wysokość składki podstawowej i dodatkowej wnoszonej do PPE w latach 2005–2008**

<b>Rok (od 01.01 do 31.12) /wysokość składki (w zależności od formy programu)</b>	<b>Grupowe ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (składka podstawowa, składka dodatkowa)</b>	<b>Wnoszenie składek pracowników przez pracodawcę do funduszu inwestycyjnego (składka podstawowa, składka dodatkowa)</b>	<b>Pracowniczy fundusz emerytalny (składka podstawowa, składka dodatkowa)</b>
2005	110.212.614,84 2.043.263,76	167.828.157,99 7.316.675,48	119.754.864,38 6.466.715,53
2006	220.784.363,55 5.688.169,56	282.822.065,18 5.688.169,56	166.764.800,36 6.819.617,85
2007	246.168.057,61 5.581.695,75	311.258.467,83 10.726.082,85	166.814.994,34 7.021.993,62
2008	245.218.463,68 5.726.490,88	384.209.620,69 13.121.415,44	176.583.826,62 7.105.081,46

Źródło: www.knf.gov.pl.

Jak wynika z powyższych tabel, najwięcej składek jest przekazywanych do funduszy inwestycyjnych, najmniej – do instytucji oferujących grupowe ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym.

### 2.1.2. Ubezpieczenie rentowe

Ubezpieczenie rentowe jest finansowane ze składki na ubezpieczenie rentowe wynoszącej 6% podstawy wymiaru, z czego 4,5% płaci z własnych środków pracodawca a 1,5% potrącanie jest z wynagrodzenia pracownika. Całość składki przekazywana jest do funduszu rentowego w ramach FUS. Wyższy poziom ochrony na wypadek ryzyka śmierci żywiciela i niezdolności do pracy ubezpieczeni mogą sobie zapewnić przez zakup dodatkowych produktów ubezpieczeniowych dostępnych na komercyjnym rynku ubezpieczeniowym oferowanych przez prywatne zakłady ubezpieczeń na życie. Do oferty „doubezpieczenia” rentowego można zaliczyć produkty ubezpieczenia na życie, ubezpieczenia niezdolności do pracy i ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków. Można zatem stwierdzić, że obszar ubezpieczeń społecznych, w części dodatkowej i uzupełniającej system obowiązkowy jest sprywatyzowany.

**Tabela 17. Wysokość składki przypisanej brutto z umów ubezpieczenia na życie w latach 2001–2009 (dział I)**

Rok	Wysokość składki (w tys. zł)
2001	4.599.549
2002	4.691.105
2003	5.302.189
2004	6.149.801
2005	6.911.195
2006	8.105.615
2007	9.855.906
2008	28.376.777
2009	19.218.772

Źródło: [www.knf.gov.pl](http://www.knf.gov.pl)



**Tabela 18. Wysokość składki przypisanej brutto z umów ubezpieczenia posagowego w latach 2001–2009 (dział I)**

Rok	Wysokość składki (w tys. zł)
2001	98.830
2002	142.572
2003	147.527
2004	146.087
2005	150.531
2006	146.222
2007	137.668
2008	131.594
2009	125.870

Źródło: [www.knf.gov.pl](http://www.knf.gov.pl)**Tabela 19. Wysokość składki przypisanej brutto z umów ubezpieczenia wypadkowego i chorobowego, będącego uzupełnieniem ubezpieczeń na życie w latach 2001–2009 (dział I)**

Rok	Wysokość składki (w tys. zł)
2001	1.556.833
2002	1.750.373
2003	2.013.386
2004	2.280.487
2005	2.516.231
2006	3.047.086
2007	3.459.780
2008	4.078.814
2009	4.341.928

Źródło: [www.knf.gov.pl](http://www.knf.gov.pl)

### 2.1.3. Ubezpieczenie chorobowe

Ubezpieczenie chorobowe jest finansowane ze składki na ubezpieczenie chorobowe. Wysokość składki to 2,45% podstawy wymiaru. Składka jest potrącana z wynagrodzenia pracownika. W ubezpieczeniach chorobowych jest miejsce na prywatyzację. Przykładami produktów komercyjnych w ramach ubezpieczenia chorobowego mogą być: ubezpieczenie leczenia szpitalnego, niezdolności do pracy na skutek choroby.

**Tabela 20. Wysokość składki na ubezpieczenia chorobowe w latach 2001–2009 (dział II)**

Rok	Wysokość składki (w tys. zł)
2001	131.855
2002	59.838
2003	63.664
2004	144.047
2005	148.688
2006	168.312
2007	197.064
2008	294.049
2009	276.027

Źródło: [www.knf.gov.pl](http://www.knf.gov.pl)

#### 2.1.4. Ubezpieczenie wypadkowe

Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe jest uzależniona od sektora w jakim jest zatrudniona dana osoba. Składkę finansuje z własnych środków i opłaca pracodawca. W ubezpieczeniach wypadkowych jest miejsce na prywatyzację. Przykładowymi produktami komercyjnymi w ramach ubezpieczenia wypadkowego są: grupowe ubezpieczenia na życie z opcjami dodatkowymi (bez części inwestycyjnej/oszczędnościowej).

**Tabela 21. Wysokość składki na ubezpieczenia wypadkowe w latach 2001–2009 (dział II)**

Rok	Wysokość składki (w tys. zł)
2001	572.912
2002	254.255
2003	266.239
2004	673.689
2005	739.738
2006	814.928
2007	957.739
2008	1.231.841
2009	1.212.188

Źródło: [www.knf.gov.pl](http://www.knf.gov.pl)

### 2.1.5. Ubezpieczenie społeczne rolników

W przypadku ubezpieczenia społecznego rolników (ubezpieczenie emerytalno-rentowe oraz wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie) jest dużo miejsca na prywatyzację, gdyż obecnie funkcjonujący system jest niewydolny. Mimo wielu propozycji zreformowania systemu, faktem jest, że ubezpieczenia rolnicze są dotowane w dużej mierze przez państwo.

**Tabela 22. Wysokość dopłat z budżetu państwa do poszczególnych funduszy w ramach KRUS (w tys. zł) w latach 2002–2009**

Rok/wysokość dotacji w zależności od funduszu	Fundusz Emerytalno- Rentowy	Fundusz Prewencji i Rehabilitacji
2002	15 389 955 (z 16 406 047 przychodów)	27.000 (z 30.658)
2003	15 013 899 (z 16 024 219)	29.300 (z 33.740)
2004	15 129 962 (z 16 306 929)	29 100 (z 34 972)
2005	14 250 000 (z 15 365 851)	2 500 (z 28 286)
2006	14 932 671 (z 16 135 469)	4 000 (z 25 532)
2007	14 377 228 (z 15 578 396)	4 500 (z 28 000)
2008	14 998 903 (z 16 259 915)	5 000 (z 32 724)
2009	15 805 431	5 500

Źródło: [www.krus.gov.pl](http://www.krus.gov.pl)

Udział składki w finansowaniu świadczeń jest niski. W KRUS funkcjonuje fundusz celowy: Fundusz Emerytalno-Rentowy, który co roku otrzymuje potężną dotację ze środków publicznych. Oprócz tego funduszu, w KRUS istnieje także dwa fundusze celowe z dużym udziałem państwa w finansowaniu: Fundusz Prewencji i Rehabilitacji oraz Fundusz Administracyjny; jak również pozabudżetowy Fundusz Składowy Ubezpieczenia Społecznego Rolników, który jest tworzony z odrębnych składek ubezpieczonych rolników. Finansuje on świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego, chorobowego i macierzyńskiego; ponadto finansuje Fundusz Prewencji i Rehabilitacji w wysokości do

5% planowanych wydatków funduszu oraz Fundusz Administracyjny w wysokości do 9% planowanych wydatków funduszu<sup>49</sup>.

**Tabela 23. Wydatki na emerytury i renty dla rolników w okresie 2004–2007**

<b>Rok</b>	<b>Wydatki na emerytury i renty (finansowane z Funduszu Emerytalno-Rentowego) w tys. zł</b>	<b>Wydatki na emerytury i renty (finansowane z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych) w tys. zł</b>
2004 (ostatni kwartał)	3 303 015,1	496 356,1
2005 (ostatni kwartał)	3 343 878,9	483 945,1
2006 (ostatni kwartał)	3 438 461,8	505 277,8
2007 (ostatni kwartał)	3 272 164,8	453 526,5

Źródło: [www.krus.gov.pl](http://www.krus.gov.pl)

Wydatki na emerytury i renty finansowane z FER są większe niż analogiczne wydatki pokrywane z FUS.

**Tabela 24. Wysokość przeciętnego, miesięcznego świadczenia (w zł) w okresie 2004–2007**

<b>Rok</b>	<b>Emerytury i renty finansowane z Funduszu Emerytalno-Rentowego</b>	<b>Emerytury i renty finansowane z FUS</b>	<b>Renty strukturalne finansowane z budżetu państwa</b>
2004 (ostatni kwartał)	653,79	656,44	843,92
2005 (ostatni kwartał)	660,44	675,49	843,66
2006 (ostatni kwartał)	704,70	743,08	913,42
2007 (ostatni kwartał)	694,09	789,92	895,11

Źródło: [www.krus.gov.pl](http://www.krus.gov.pl)

Jednocześnie wysokość świadczeń finansowanych z budżetu państwa jest wyższa niż wysokość pozostałych świadczeń.

<sup>49</sup> [www.krus.gov.pl](http://www.krus.gov.pl)

**Tabela 25. Wymiar składek na ubezpieczenia społeczne rolników (w zł)**

Wysokość składek w IV kwartale	Ubezpieczenia emerytalno-rentowe	Ubezpieczenia wypadkowe, chorobowe, macierzyńskie
1995	73,0	42
1996	96,7	42
1997	112,4	51
1998	124,5	54
1999	135,3	54
2000	141,2	54
2001	159,1	54
2002	159,9	54
2003	165,8	54
2004	168,8	60
2005	168,8	72
2006	179,0	72
2007	179,0	72
2008	191,0	78
2009	–	90

Źródło: [www.krus.gov.pl](http://www.krus.gov.pl)

Reasumując, w ubezpieczeniach społecznych jest sporo miejsca na prywatyzację. Część obszarów już została urynkowiona (system emerytalny, powołanie do życia OFE oraz utworzenie części dodatkowej – III filar), część czeka na prywatyzację (ubezpieczenia społeczne rolników). Rynek uzupełnia lukę w zabezpieczeniu społecznym, oferując jednostkom możliwość doubezpieczenia poprzez zakup produktów ochronnych dostępnych na komercyjnym rynku ubezpieczeń.

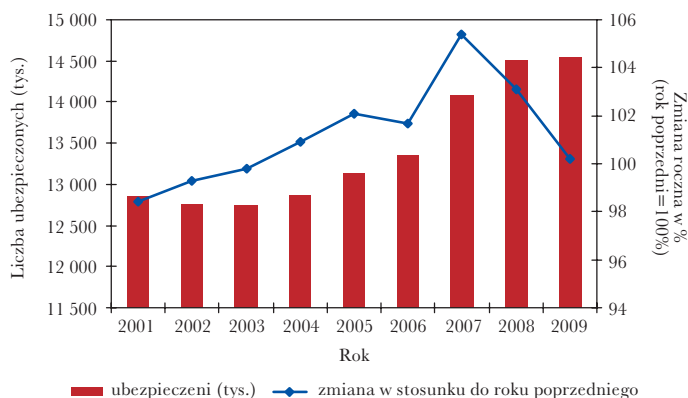
Wszystkie ubezpieczenia są finansowane w przeważającej części ze składek. Wyjątkiem od tej zasady jest system ubezpieczeń rolniczych, w którym dotacja ze strony państwa znacznie przewyższa wartość opłacanych składek. Ten system wymaga jak najszybszej i kompleksowej reformy.

## 2.2. Prywatyzacja podmiotów dostarczających ubezpieczenia społeczne

System ubezpieczeń społecznych jest organizowany i nadzorowany przez państwo. Zarządzanie niemal całym systemem obowiązkowych ubezpieczeń społecznych zostało powierzone instytucji państwowej, Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych. Jedynie kapitałowa część bazowego systemu emerytalnego, pomimo publicznego charakteru funduszy gromadzonych z obowiązkowej składki, jest zarządzana prywatnie przez powszechne towarzystwa emerytalne (PTE), a w fazie wypłaty świadczeń – przez zakłady emerytalne. Dodatkowe ubezpieczenia społeczne są w całości oferowane i zarządzane przez podmioty prywatne. Należy jednak podkreślić, że uzupełniająca część zabezpieczenia społecznego wspierana zachętami podatkowymi ze strony państwa została utworzona jedynie w części emerytalnej. Dla instytucji działających w ramach tzw. trzeciego filara emerytalnego, pracowniczych programów emerytalnych i indywidualnych kont emerytalnych, przygotowano odrębne normy dotyczące zasad tworzenia i zarządzania dodatkowymi funduszami emerytalnymi oraz określono katalog podmiotów mogących oferować dodatkowe plany emerytalne, zarówno w formie indywidualnej jak i grupowej.

Obowiązkowy system ubezpieczeń społecznych obejmuje ponad 14 milionów ubezpieczonych (wykres 1) i wpływa do niego w ciągu roku ponad 107,4 mld składek<sup>50</sup>.

**Wykres 1. Liczba ubezpieczonych objętych systemem ubezpieczeń społecznych zarządzanym przez ZUS w latach 2001–2009**

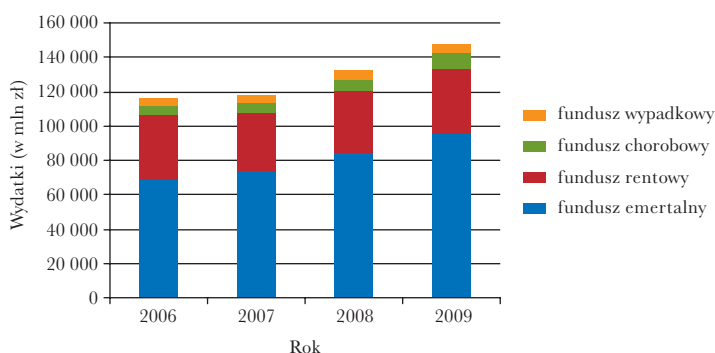


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

<sup>50</sup> W roku 2009 r. wpływy do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych z tytułu składek wyniosły 86,54 mld zł a składki przekazane do otwartych funduszy emerytalnych 20,86 mld zł. Dane publikowane na [www.zus.pl](http://www.zus.pl)

Zakład Ubezpieczeń Społecznych zarządzający publicznym ubezpieczeniem chorobowym, wypadkowym, ubezpieczeniami rentowymi oraz reparacyjną częścią systemu ubezpieczeń emerytalnych (tzw. I filarem) wypłaca rocznie świadczenia pieniężne o łącznej wartości 147,9 mld zł<sup>51</sup>, przy czym największą pozycją z wydatkach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych zarządzanego przez ZUS są emerytury (95,3 mld zł w 2009 r.). Drugą, pod względem wielkości wypłat, pozycję zajmują świadczenia z funduszu rentowego (37,8 mld zł w 2009 r.) a na kolejnych miejscach plasują się wydatki z funduszy chorobowego i wypadkowego (wykres 2).

**Wykres 2. Wydatki Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w latach 2006–2009**



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Kapitałowa część systemu ubezpieczeń emerytalnych obejmująca otwarte fundusze emerytalne (OFE) zarządzana jest przez prywatne powszechne towarzystwa emerytalne (PTE), które rozpoczęły funkcjonowanie w 1999 roku od momentu wejścia w życie reformy emerytalnej. Towarzystwa są organami OFE a do ich podstawowych zadań należy utworzenie funduszu, zarządzanie nim i reprezentowanie w stosunkach z osobami trzecimi<sup>52</sup>. Zasady uczestnictwa w kapitałowej części systemu emerytalnego są jednakowe dla wszystkich ubezpieczonych – określa ją ustawa z dnia 28 sierpnia 1997 roku o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych. Każde PTE może zarządzać jednym OFE<sup>53</sup> i każdy ubezpieczony może być członkiem tylko jednego OFE.

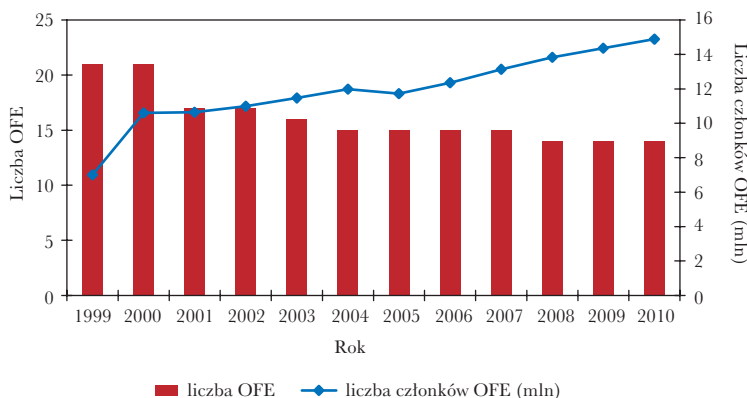
<sup>51</sup> Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych w 2009 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2010, s. 10.

<sup>52</sup> Art. 3 ust. 2 ustawy z 28 sierpnia 1997 roku o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych, Dz. U. nr 139, poz. 934 ze zm.

<sup>53</sup> Planowane zmiany w funkcjonowaniu kapitałowej części systemu emerytalnego obejmują wprowadzenie multifunduszy emerytalnych o różnym poziomie ryzyka inwestycyjnego zarządzanych przez to samo PTE. M. Góra, A. Chłoń-Domińczak, W. Otto, D. Stańko, M. Szy-

PTE działające w formie spółki akcyjnej mogą konkurować między sobą jedynie wynikami inwestycyjnymi oraz wysokością pobieranych opłat<sup>54</sup>, których maksymalne stawki określone są ustawowo. Liczba PTE funkcjonujących na rynku zmniejszała się na skutek łączenia towarzystw i przejęcia zarządzania otwartymi funduszami emerytalnymi (wykres 3).

**Wykres 3. Liczba OFE i członków OFE w latach 1999–2010**



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych KNF, ZUS.

W roku wprowadzenia reformy emerytalnej w kapitałowej części obowiązkowego systemu emerytalnego funkcjonowało 21 OFE zarządzanych przez 21 PTE. Na skutek połączeń i przejęć w trakcie 10 lat rynek OFE uległ konsolidacji a liczba działających funduszy zmniejszyła się do 14. Warto zauważyć, że po 1999 roku nie rozpoczął działalności żaden nowy otwarty fundusz emerytalny, co świadczyć może o dużych barierach wejścia na rynek już w fazie jego funkcjonowania. Uczestnictwo w kapitałowej części systemu emerytalnego jest obowiązkowe dla wszystkich osób urodzonych po 1968 roku. W konsekwencji, liczba członków OFE systematycznie wzrasta i wynosiła na koniec października 2010 r. 14,9 mld osób.

Otwarte fundusze emerytalne zarządzają kapitałami emerytalnymi i wypłacają okresowe emerytury kapitałowe do momentu osiągnięcia przez członka OFE wieku 65 lat<sup>55</sup>. Po osiągnięciu przez ubezpieczonego 65 lat,

mański, *Bezpieczeństwo dzięki różnorodności. Poprawa efektywności funkcjonowania otwartych funduszy emerytalnych. Propozycje zmian*, Warszawa 2010.

<sup>54</sup> PTE pobierają opłatę od składki oraz opłatę za zarządzanie, której część jest zależna od wyników inwestycyjnych. Rozdział 14 ustawy o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych.

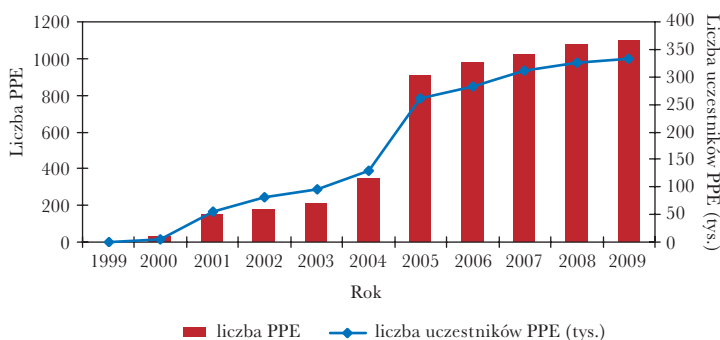
<sup>55</sup> Wpłata świadczeń z nowego systemu emerytalnego rozpoczęła się w 2009 r. W tym roku emeryturę okresową pobierało 218 osób a przeciętna wysokość emerytury okresowej



nabywa on prawo do dożywotniej emerytury kapitałowej, bez względu na fakt, czy pobierał wcześniej emeryturę okresową. Dożywotnia emerytura kapitałowa jest ustalana na wniosek ubezpieczonego po dokonaniu przez niego wyboru oferty dożywotniej emerytury kapitałowej. Dożywotnie emerytury kapitałowe będą oferowały zakłady emerytalne, które powinny powstać w najbliższych latach, aby móc wypłacać dożywotnie emerytury kapitałowe od 2014 roku<sup>56</sup>.

Uzupełniająca część systemu emerytalnego, choć objęta nadzorem państwa, ma charakter prywatny. W tej części rynku emerytalnego funkcjonują podmioty oferujące pracownicze programy emerytalne i indywidualne konta emerytalne. Pracownicze programy emerytalne (PPE) powstały w 1999 roku jako dodatkowe grupowe pracownicze zabezpieczenie emerytalne mające zapewnić utrzymanie standardu życia po przejściu na emeryturę. PPE mogą być oferowane w formie grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, umowy o wnoszenie składek pracowników do funduszu inwestycyjnego, funduszu emerytalnego oraz w formie zarządzania zagranicznego<sup>57</sup>. Środki zgromadzone w ramach PPE są zwolnione z podatku od dochodów kapitałowych, pod warunkiem skorzystania z nich dopiero po ukończeniu 60 lat lub wcześniejszym przejściu na emeryturę. W ciągu 11 lat powstało 1099 PPE obejmujących 333,5 tys. ubezpieczonych (wykres 4).

**Wykres 4. Liczba PPE**



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych KNF.

wypłacanej z OFE wynosiła 92,40 zł, co było spowodowane krótkim okresem uczestnictwa w części kapitałowej (okresu składowania) i niską wartością zgromadzonego kapitału emerytalnego. *Biuletyn roczny. Rynek OFE 2009*, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa 2010.

<sup>56</sup> Pomimo upływu ponad 10 lat od momentu wprowadzenia reformy emerytalnej nadal nie ma regulacji prawnych dotyczących funkcjonowania instytucji finansowych oferujących wypłatę dożywotnich świadczeń ze środków zgromadzonych OFE.

<sup>57</sup> Art. 6 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o pracowniczych programach emerytalnych, Dz. Nr 116, poz. 1207, ze zm.

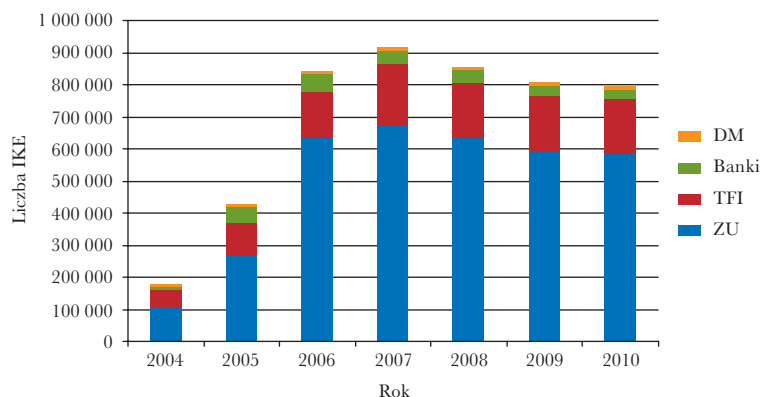
Liczba PPE wyraźnie wzrosła po 2004 roku, kiedy wprowadzono nowe przepisy<sup>58</sup> regulujące działalność tej części systemu emerytalnego. Wymuszono przekształcenie grupowych ubezpieczeń na życie w pracownicze programy emerytalne i złączono zasady organizacji i funkcjonowania PPE. Spośród ponad tysiąca programów funkcjonujących na koniec 2009 r. najwięcej PPE (802) prowadzonych jest w formie grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym i zarządzanych przez zakłady ubezpieczeń na życie. 267 programów zarządzanych jest przez towarzystwa funduszy inwestycyjnych a 30 przez pracownicze towarzystwa emerytalne.

Indywidualne konta emerytalne (IKE) wprowadzone zostały w 2004 r. jako odpowiedź na słaby rozwój grupowego dodatkowego zabezpieczenia emerytalnego. Z założenia miały objąć kilka milionów obywateli pozbawionych możliwości uczestnictwa w programach pracowniczych. IKE mogą być oferowane przez zakłady ubezpieczeń na życie, towarzystwa funduszy inwestycyjnych, banki i podmioty prowadzące działalność maklerską odpowiednio w formie umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, funduszu inwestycyjnego, rachunku bankowego i rachunku papierów wartościowych. Środki gromadzone na IKE są zwolnione z podatku od dochodów kapitałowych, pod warunkiem dokonania wypłaty dopiero po osiągnięciu 60 lat lub wcześniejszym przejściu na emeryturę. Rozwój rynku IKE pod względem liczby założonych kont emerytalnych pozwala stwierdzić, iż indywidualne dodatkowe zabezpieczenie emerytalne nie nabrało cech powszechności i nie objęło swym zasięgiem zakładanej liczby obywateli (wykres 5).

Liczba funkcjonujących kont emerytalnych nie przekroczyła dotąd jednego miliona. Po trendzie wzrostowym odnotowanym w latach 2004–2007 zauważyć można kurczenie się rynku IKE – od 2008 roku liczba funkcjonujących kont wykazuje tendencję spadkową. Najwięcej IKE prowadzonych jest przez zakłady ubezpieczeń na życie (585 tys. według stanu na połowę 2010 roku) następnie towarzystwa funduszy inwestycyjnych (269 tys.), kolejne miejsca zajmują konta prowadzone w bankach (30 tys.) i instytucjach zajmujących się działalnością maklerską (13 tys.). Tylko część instytucji finansowych uprawnionych do oferowania IKE korzysta z takiej możliwości (wykres 6).

---

<sup>58</sup> Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 roku o pracowniczych programach emerytalnych, Dz. Nr 116, poz. 1207.

**Wykres 5. Liczba IKE według rodzajów instytucji finansowych oferujących konta w latach 2004–2010**

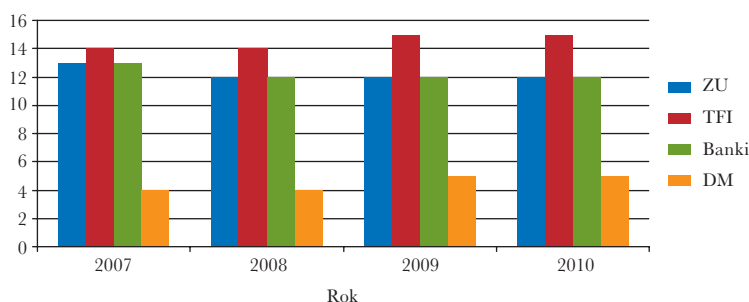
DM – instytucje prowadzące działalność maklerską

TFI – Towarzystwa funduszy inwestycyjnych

ZU – Zakłady ubezpieczeń na życie

Uwaga: Dla 2010 r. stan na 30.06.2010 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych KNF.

**Wykres 6. Liczba podmiotów oferujących IKE**

DM – instytucje prowadzące działalność maklerską

TFI – Towarzystwa funduszy inwestycyjnych

ZU – Zakłady ubezpieczeń na życie

Uwaga: Dla 2010 r. stan na 30.06.2010 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych KNF.

Według stanu na połowę 2010 r. IKE oferowało jedynie 12 zakładów ubezpieczeń na życie (na 30 zakładów ubezpieczeń funkcjonujących na rynku), 15 na 48 towarzystw funduszy inwestycyjnych, 8 banków komercyjnych (na 49 banków komercyjnych działających na rynku), 1 bank spółdzielczy oraz banki spółdzielcze zrzeszone w 3 bankach zrzeszających i 5 podmiotów pro-

wadzących działalność maklerską (na 46 domów maklerskich działających na rynku i 13 banków prowadzących działalność maklerską).

### 3. EFEKTY URYNKOWIENIA SYSTEMU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

#### 3.1. Konsekwencje prywatyzacji ubezpieczeń społecznych z punktu widzenia państwa

Reforma systemu emerytalnego i wprowadzenie prywatnego zarządzania publicznymi środkami emerytalnymi oraz stworzenie prywatnego dodatkowego zabezpieczenia emerytalnego spowodowały dywersyfikację ryzyka, na które narażona jest ta część systemu zabezpieczenia społecznego. Mieszane, repartycyjno-kapitałowe finansowanie obowiązkowego systemu emerytalnego oraz zastosowanie formuły zdefiniowanej składki ograniczają ryzyko niewydolności finansowej systemu w przyszłości. Stopień narażenia systemów repartycyjnego i kapitałowego na poszczególne ryzyka przedstawia poniższa tabela.

**Tabela 26. Wrażliwość systemów emerytalnych na główne ryzyka**

Ryzyko	System repartycyjny	System kapitałowy
Dekoniunktura gospodarcza	XX	XX
Kryzys finansowy	X	XXX
Niska stopa zwrotu	X	XXX
Manipulacje polityczne	XXX	X
Bezrobocie	XXX	X
Zmiany demograficzne	XXX	XX
Inflacja	XX	XXX

Objaśnienia: X – mało wrażliwy, XX – średnio wrażliwy, XXX – bardzo wrażliwy

Źródło: opracowanie własne. Por. R. Holzmann, *The World Bank Approach to Pension Reform*, World Bank 1999, s. 10.

Wprowadzenie systemu kapitałowego prowadzi do wzrostu stabilnego, długoterminowego kapitału w gospodarce wskutek rosnących składek, które są na bieżąco inwestowane<sup>59</sup>. Systemy kapitałowe są systemami aktuarialnie

<sup>59</sup> C. Serrano twierdzi, że ze względu na przejrzystość i ekwiwalentność, system kapitałowy zachęca pracujących do wyjścia z szarej strefy i ujawnienia źródeł swoich dochodów. Zob.

zbilansowanymi<sup>60</sup>, a ich wprowadzenie powoduje ograniczenie zobowiązań systemowych nieznajdujących pokrycia w aktywach finansowych, bez względu czy są one jawne (*explicit*), czy też ukryte (*implicit*)<sup>61</sup>.

System kapitałowy jest mniej wrażliwy na manipulację polityczną i bezrobocie. W przeciwieństwie do rozwiązania repartycyjnego, jest jednak szczególnie podatny na kryzysy finansowe, niską stopę zwrotu na rynku kapitałowym i inflację<sup>62</sup>. Aby zmniejszyć poziom ekspozycji systemu na powyższe ryzyka wprowadzono odpowiednie regulacje prawne (dotyczące m.in. zasad dywersyfikacji portfela) i powołano instytucję nadzorczą kontrolującą ich przestrzeganie. Stworzenie rynku wielu otwartych funduszy emerytalnych zarządzanych prywatnie przez powszechne towarzystwa wymusiło ponadto stworzenie mechanizmów gwarantujących bezpieczeństwo tego sektora. Niezbędne było wprowadzenie mechanizmu minimalnej wymaganej stopy zwrotu oraz funduszy rezerwowych będących źródłem pokrycia ewentualnego deficytu w otwartych funduszach emerytalnych, przy czym ostatecznym gwarantem wypłacalności OFE jest budżet państwa. Obecnie funkcjonujące rozwiązania w zakresie polityki inwestycyjnej i wymaganej zyskowności OFE nie pobudzają konkurencji pomiędzy PTE. W tym zakresie niezbędne są istotne zmiany, aby przy zachowaniu maksymalnego poziomu bezpieczeństwa środków osiągać ich wyższą zyskowność. Omawiając wprowadzenie kapitałowej części systemu emerytalnego nie sposób także pominąć znacznych kosztów okresu przejściowego, które wynikają z przekazywania części składki emerytalnej do OFE, pomimo jednoczesnego wypłacania świadczeń emerytom, którzy nabyli uprawnienia wyłącznie w „starym” repartycyjnym systemie

---

C. Serrano, *Social Security Reform, Income Distribution, Fiscal Policy, and Capital Accumulation*, World Bank, 1999, s. 1. Przejrzystość i ekwiwalentność systemu emerytalnego zależy jednak w głównej mierze od zastosowanej formuły emerytalnej. Fakt, iż systemy kapitałowe funkcjonują zwykle w oparciu o formułę zdefiniowanej składki nie oznacza, że wszystkie rozwiązania kapitałowe są przejrzyste i ekwiwalentne.

<sup>60</sup> J.E. Stiglitz twierdzi, że sformułowanie „kapitałowy” niezbyt prawidłowo określa charakterystykę takich systemów. J.E. Stiglitz, op. cit., s. 427. M. Góra zamiast określenia „kapitałowy” używa sformułowania „finansowy”. Zob. M. Góra, *System emerytalny*, PWE, Warszawa 2003, s. 17.

<sup>61</sup> J. Geanakoplos, O.S. Mitchell, S.P. Zeldes, *Social Security Money's Worth*, Working Paper 6722, National Bureau of Economic Research, Cambridge 1998, s. 13.

<sup>62</sup> System kapitałowy o zdefiniowanej składce nie jest nigdy zupełnie wolny od ryzyka demograficznego, gdyż w momencie osiągnięcia wieku emerytalnego zakłada on sprzedaż portfela aktywów emerytalnych przez osoby wychodzące z rynku pracy, który musi zostać odkupiony przez następne pokolenie oszczędzające na rynku kapitałowym na cele emerytalne. Jeśli kolejne pokolenia pracujących będą mniej liczne, zmniejszeniu ulegnie popyt na te aktywa, powodując spadek ich cen w momencie sprzedaży, w konsekwencji osiągnięcie niższej stopy zwrotu. Zob. szerzej: M. Góra, op. cit.

emerytalnym. Powstały w ten sposób deficyt w funduszu emerytalnym zarządzanym przez ZUS musi być pokrywany z dotacji z budżetu państwa.

### **3.2. Konsekwencje prywatyzacji ubezpieczeń społecznych dla świadczeniobiorców**

Wprowadzenie zasady zdefiniowanej składki i ściśle uzależnienie wysokości emerytury od wysokości wpłaconych do systemu składek, ma docelowo spowodować wzrost zainteresowania obywateli zasadami obliczania świadczeń, wzrost ich świadomości emerytalnej i indywidualnej przeczorności w zakresie zabezpieczenia na starość. Uzależnienie wysokości emerytury od zgromadzonego kapitału i wieku przejścia na emeryturę ma wpływać na ujawnianie dochodów oraz przedłużanie aktywności zawodowej.

Nowy system emerytalny jest z założenia przejrzysty, sprawiedliwy i stosuje jednakowe zasady w odniesieniu do wszystkich jego uczestników. Wielość podmiotów funkcjonujących w części kapitałowej umożliwia dokonywanie przez ubezpieczonych wyboru otwartego funduszu emerytalnego i instytucji nim zarządzającej. Dzięki wprowadzeniu kont osób ubezpieczonych w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i rachunków uczestników w OFE, dokonano indywidualizacji systemu, dzięki której ubezpieczeni są informowani o stanie zgromadzonych uprawnień i kapitału emerytalnego. Podmioty zarządzające obowiązkową częścią systemu przekazują ubezpieczonym raz w roku informację o stanie kont i rachunków, wzbudzając w ten sposób zainteresowanie systemem emerytalnym i wpływając na wzrost świadomości emerytalnej jego uczestników.

Zreformowane obowiązkowe ubezpieczenie emerytalne oferuje zdecydowanie niższe stopy zastąpienia wyrażające się relacją emerytury do uzyskiwanego wcześniej wynagrodzenia istotnie zmieniając rolę państwa w zabezpieczeniu emerytalnym. Część odpowiedzialności za dostarczenie adekwatnego dochodu emerytalnego została przeniesiona na ubezpieczonych. Obowiązkowa, bazowa część systemu będzie zapewniać świadczenie na poziomie nie pozwalającym na utrzymanie standardu życia po przejściu na emeryturę. Większy nacisk położony został na kreowanie indywidualnej przeczorności obywateli i zachęcanie do gromadzenia dodatkowych środków emerytalnych, w tym objętych zachętami podatkowymi ze strony państwa (IKE i PPE).

#### 4. PODSUMOWANIE

Ubezpieczenia społeczne odgrywają istotną rolę zabezpieczając obywateli na wypadek wystąpienia ryzyka choroby, macierzyństwa, niezdolności do pracy, śmierci żywiciela, wypadku przy pracy i chorób zawodowych oraz na wypadek starości. System ubezpieczeń społecznych organizowany i, w przeważającej części, także zarządzany przez państwo zaspokaja potrzebę bezpieczeństwa finansowego oraz zapewnia wypłatę świadczeń pieniężnych w sytuacji wystąpienia wymienionych zdarzeń w życiu osób ubezpieczonych. Ubezpieczenia społeczne są specyficzną usługą polegającą na świadczeniu ochrony ubezpieczeniowej; mają charakter wzajemny. Ochrona finansowana jest ze środków publicznych przybierających formę obowiązkowych składek. Świadczenia z ubezpieczeń społecznych mają zawsze charakter osobisty i są należne wskazanej osobie uprawnionej. Standaryzacja usług jest osiągnięta przez wprowadzanie jednakowych zasad uczestnictwa w systemie dla wszystkich ubezpieczonych oraz jednolitych wymogów obowiązujących świadczeniodawców, jeśli w systemie dopuszczono funkcjonowanie wielu podmiotów, także prywatnych. Ubezpieczenia społeczne są często niesłusznie utożsamiane jedynie ze świadczeniami pieniężnymi wypłacanymi przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Takie traktowanie tych usług stoi w sprzeczności z podstawową charakterystyką ubezpieczenia społecznego jako mechanizmu zapewniającego ochronę ubezpieczeniową na wypadek zdarzenia powodującego stratę w posiadanych lub spodziewanych zasobach gospodarstwa domowego<sup>63</sup>.

Prywatyzacja w sferze ubezpieczeń społecznych napotyka na istotne ograniczenia, głównie z uwagi na fakt, iż ostatecznym gwarantem wypłacalności obowiązkowych systemów zabezpieczenia społecznego pozostaje zawsze budżet państwa. Umożliwienie podmiotom prywatnym świadczenia usług społecznych finansowanych ze środków publicznych powoduje konieczność odgórnej regulacji rynku, powołania urzędu nadzoru i wprowadzenia mechanizmów chroniących usługobiorców i gwarantujących bezpieczeństwo finansowe systemu. W Polsce obowiązkowy system ubezpieczeń społecznych zarządzany jest publicznie, z wyjątkiem kapitałowej części systemu emerytalnego. Głównym administratorem i nadzorcą ubezpieczeń rentowych, chorobowego, wypadkowego i repartycyjnej części ubezpieczenia emerytalnego jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych. W części zarządzanej prywatnie – w kapitałowym bazowym systemie emerytalnym – usługi w zakresie gromadzenia i inwestowania środków emerytalnych przekazywanych do otwartych funduszy

---

<sup>63</sup> Na podstawie definicji ryzyka sformułowanej przez Szkołę Ubezpieczenia Społecznego T. Szumlicza; T. Szumlicz, *Ubezpieczenie...*, op. cit., s. 75.

emerytalnych powierzone zostały powszechnym towarzystwom emerytalnym. Wprowadzenie prywatnego zarządzania w systemie emerytalnym było ściśle związane ze zmianą formuły emerytalnej oraz metody finansowania. Z uwagi na krótki okres funkcjonowania nowego systemu emerytalnego, który ma z założenia długoterminowy charakter, trudno jeszcze dokonać pełnej oceny jego funkcjonowania. Wprowadzenie wielości podmiotów na rynku emerytalnym umożliwiło ubezpieczonym dokonywanie wyborów instytucji zarządzającej ich środkami emerytalnymi. Indywidualizacja systemu i wprowadzenie odrębnych rachunków emerytalnych wpłynie na pewno na wzrost świadomości emerytalnej uczestników, choć świadomość ta będzie się rodzić w obliczu niskich świadczeń będących konsekwencją wprowadzenia formuły zdefiniowanej składki, zarówno w części repartycyjnej jak i kapitałowej. Zarządzany prywatnie kapitałowy system emerytalny może przyczynić się do wypłaty wyższych, w porównaniu z systemem czysto repartycyjnym, świadczeń emerytalnych, jeśli wprowadzone zostaną zmiany pobudzające konkurencję pomiędzy towarzystwami emerytalnymi. Planowane zmiany powinny zapewnić osiągnięcie przez OFE wyższych stóp zwrotu i obniżanie opłat pobieranych przez PTE. Na powyższe efekty, trzeba jednak jeszcze poczekać.



BARBARA WIĘCKOWSKA

## Usługi w polskim systemie zabezpieczenia społecznego – dalsze kierunki przemian

---

Niniejszy rozdział podejmuje próbę określenia dalszego rozwoju usług społecznych w czterech sferach zabezpieczenia społecznego: opiece zdrowotnej, opiece długoterminowej, pomocy społecznej oraz ubezpieczeniach społecznych. Jego celem jest wskazanie dalszych kierunków zmian w organizowaniu, finansowaniu oraz dostarczaniu usług społecznych, które często nienazwane przez polską politykę społeczną, zostały zidentyfikowane w poprzednich rozdziałach.

Rozpoczynając analizę należy stwierdzić, iż w Polsce we wszystkich czterech obszarach można zaobserwować przynajmniej kilka przemian dostrzeganych w sferze polityki społecznej w innych krajach. Należą do nich przede wszystkim prywatyzacja finansowania oraz prywatyzacja własności, urynkowienie oraz uspołecznienie.

Pojawienie się środków prywatnych w systemie, tj. współpłacenia za dostarczaną usługę jest wyrazem prywatyzacji finansowania. W przypadku systemu opieki długoterminowej współpłacenie za pobyt w zakładzie opiekuńczym, jak również w domu pomocy społecznej oraz usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, jest wpisane w normy prawne<sup>1</sup>. Mechanizm ten jest jednak daleki od klasycznego udziału własnego w szkodziu (współpłacenia), funkcjonującego w ramach systemu ubezpieczeniowego<sup>2</sup>. Albowiem wysokość kosztów ponoszonych przez świadczeniobiorców nie jest ustalana jako procent całościowego kosztu świadczenia (wyjątkiem mogą tutaj być świadcze-

---

<sup>1</sup> Regulują to następujące zapisy: – Art. 34a. par. 1 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r.; Art. 50 par. 6 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jednolity z dnia 2 października 2009 r. (Dz. U. Nr 175, poz. 1362)); Art. 61. Par. 1 Pkt. 1 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jednolity z dnia 2 października 2009 r. (Dz. U. Nr 175, poz. 1362)).

<sup>2</sup> Więcej na temat udziału własnego patrz np.: E. Kowalewski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Branta, Bydgoszcz–Toruń 2006, s. 220.

nia pielęgnacyjne w opiece otwartej, finansowane w ramach systemu pomocy społecznej), lecz jest wartością nieskorelowaną z rzeczywistymi kosztami – w przypadku świadczeń opieki długoterminowej organizowanych w ramach systemu ochrony zdrowia opłata stanowi procent dochodu świadczeniobiorcy, w przypadku świadczeń opieki długoterminowej organizowanych w ramach systemu pomocy społecznej jest to urzędowo ustalony<sup>3</sup> średniomiesięczny koszt utrzymania mieszkańca. Ponieważ dopłaty do świadczeń są istotnie zaniżone<sup>4</sup> wydaje się, iż dalsza prywatyzacja finansowania w systemie opieki długoterminowej będzie szła w kierunku urealniania, niezależnie od innych zmian w tej sferze usług społecznych, udziału świadczeniobiorców w pokryciu kosztów opieki długoterminowej (można by rzec, iż chodzi tutaj o umocnienie procesu urynkawiania).

Natomiast współpłacenie w sferze opieki zdrowotnej pojawia się jedynie na mocy zapisów prawa dotyczących pokrycia części kosztów niektórych leków (wprowadzenie mechanizmu refundacji). Nie występuje tutaj mechanizm współpłacenia za świadczenia zdrowotne, ani w opiece otwartej ani w opiece zamkniętej. Próby wprowadzenia w Polsce bezpośredniego udziału pacjentów w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej nie powiodły się – przeważał argument iż koszty poboru dopłat przekroczą ich łączną wartość. Wydaje się, iż w dyskusji nie podnoszono w dostatecznym stopniu korzyści w postaci racjonalizacji korzystania ze świadczeń.

Jednakże wprowadzenie prawnego nakazu nabywania usług społecznych przy wykorzystaniu środków prywatnych (częściowe lub całkowite finansowanie) wydaje się być jedynie kwestią czasu. Zapowiadane od dłuższego czasu przez Ministerstwo Zdrowia zmiany w finansowaniu świadczeń zdrowotnych<sup>5</sup>, jakkolwiek krytykowane<sup>6</sup>, zaczynają nabierać kierunku konkretnych prac legislacyjnych. Działania te nie są sprzeczne z tendencjami występującymi w innych krajach europejskich, w których finansowanie ze środków prywatnych części świadczenia zdrowotnego jest powszechnie panującą zasadną

---

<sup>3</sup> Szczegóły: Art. 6 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jednolity z dnia 2 października 2009 r. (Dz. U. Nr 175, poz. 1362).

<sup>4</sup> Patrz: Rozdział 4.

<sup>5</sup> Wystąpienie Ministra Jakuba Szulca na konferencji „Miejsce i rola prywatnych płatników w systemie ochrony zdrowia” organizowanej przez Polską Izbę Ubezpieczeń w dniu 20.10.2010. Więcej nt. wprowadzenia prywatnych ubezpieczeń patrz: *Informacja dla Sejmu RP o sytuacji w ochronie zdrowia*, Biuro Sejmu, Druk nr 622, Warszawa, maj 2006; *Informacja Rządu na temat obecnej sytuacji ochrony zdrowia w Polsce*, Biuro Sejmu, Druk nr 176, Warszawa, styczeń 2008; J. Janik, *Menedżerowie o założeniach ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych: teraz czekamy na konkrety*, Portal Rynek Zdrowia z dnia 20 maja 2009.

<sup>6</sup> Na temat krytyki projektu ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych patrz: B. Więckowska, *Uwagi do projektu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych*, „Realia”, nr 4, 2008.

– na 32 kraje wymienione w bazie MISSOC (Mutual Information System on Social Protection) tylko w 7 nie stosowane jest współpłacenie za świadczenia zdrowotne (tabela 1).

**Tabela 1. Udział świadczeniobiorców w finansowaniu świadczeń zdrowotnych w wybranych krajach Europy**

	Porady	Leczenie szpitalne
Czechy	–	opłata 60 koron (€ 2.28) za dzień opieki
Dania	Grupa 1*: - Grupa 2: koszty, które przekraczają sumę opłacaną lekarzom z Grupy 1	–
Niemcy	10 € za pierwszą wizytę u każdego lekarza w danym kwartale (bez wizyt kontrolnych), masaże, fizjoterapia, basen – 10% kosztów i 10 € za skierowanie	10 € za każdy dzień pobytu w szpitalu (pokój 2-osobowy), max 28 dni
Francja	25–35% kosztów porady lekarskiej, 20–30% konsultacji w szpitalach, 15–25% kosztów leczenia szpitalnego, 1 € za każdą interwencję medyczną (max. 50 € rocznie)	15–25% partycypacji w kosztach oraz 14 € (10 € na oddziale psychiatrycznym) za każdy dzień pobytu
Włochy	max. 36 € za każdą wizytę u specjalisty albo badanie,	–
Cypr	5,17 € za każdą wizytę oraz 50% kosztów badań laboratoryjnych	5,17 €, 8,62 €, 17 € za określony standard pokoi
Luksemburg	20% taryfy za każdą pierwszą wizytę (w ciągu 28 dni) oraz 5% taryfy za każdą następną	11,45 € za każdy dzień pobytu max. 30 dni
Węgry	– brak skierowania od lekarza pierwszego kontaktu, – nieprzewidziane, dodatkowe koszty, – dodatkowe świadczenia np. lepsze warunki lokalowe, jedzenie, – koszty zakwaterowania, opieki pielęgniarskiej, posiłków	– brak skierowania, – nieprzewidziane, dodatkowe koszty, – dodatkowe świadczenia np. lepsze warunki lokalowe, jedzenie, – koszty zakwaterowania, opieki pielęgniarskiej, posiłków

**Tabela 1. (cd.)**

	<b>Porady</b>	<b>Leczenie szpitalne</b>
Holandia	każda osoba dorosła (18+) posiada franszyzę redukcyjną** w wysokości 165 euro (w 2010) na rok (z wyłączeniem opieki lekarza pierwszego kontaktu i opieki w okresie ciąży i macierzyństwa). Holendrzy mogą uzyskać zniżkę, jeżeli dobrowolnie zgodzą się wybrać wyższą franszyzę redukcyjną (do 665 euro na rok)	(tak jak w poradach)
Norwegia	udział w kosztach do 193 € rocznie; 15 € za każdą wizytę u lekarza pierwszego kontaktu, 30 € – lekarza specjalisty	–
Austria	3,63 € każdy certyfikat świadczeń (na kwartał), 20% kosztów porad psychoterapeuty lub psychologa	16,11 € za dzień pobytu 10% kosztów za współubezpieczonego
Portugalia	współpłacenie uzależnione jest od formy świadczenia: wizyta w domu, nieplanowana, wizyta szpitalna, wizyta w centrum zdrowia	–
Szwajcaria	194 € rocznie (wkład), 10% kosztów przekraczających wkład max 453 € rocznie	6,48 € za dzień
Słowenia	5–75% kosztów wizyt	do 25% kosztów
Finlandia	11 € za pierwsze 3 wizyty w roku lub 22 € rocznie, 15 € za wizytę w nocy lub w weekend	26 € dziennie 72 € chirurgia jednego dnia
Szwecja	11 € – 17 € za wizytę, 22 € – 23 € za wizytę u specjalisty 22 € – 23 € za wizytę nieplanowaną	8,91 € dziennie

\* Każdy obywatel wybiera (raz do roku) przynależność do jednej z grup: Grupa 1 – dostęp do świadczeń za pośrednictwem kontraktowych lekarzy pierwszego kontaktu (*gate keeper*), Grupa 2 – dostęp do świadczeń bez pośrednictwa lekarzy pierwszego kontaktu (wolny wybór).

\*\* Jest to inna forma (niż udział własny) współpłacenia za świadczenia zdrowotne wskazana przez M. Osak w Rozdziale 3.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MISSOC.

Pytanie jakie się tutaj pojawia, to: czy wprowadzenie współfinansowania świadczeń przyczyni się do wzrostu środków w systemie ochrony zdrowia? Udział środków prywatnych w finansowaniu systemu ochrony zdrowia w 2007 roku wynosił 29,1% i był o 2,1 punktu procentowego wyższy niż średnia dla krajów OECD<sup>7</sup>. Równocześnie przeciętny Polak wydaje więcej na świadcze-

<sup>7</sup> Patrz: Rozdział 3.

nia zdrowotne niż przeciętny Francuz (współfinansowanie świadczeń zdrowotnych we Francji jest najwyższe w Unii Europejskiej). Udział wydatków prywatnych na zdrowie *per capita* (pomniejszony o wydatki na leki) w wynagrodzeniu przeciętnym brutto w Polsce wynosi 1,63% i jest o 0,2 punktu procentowego wyższy niż we Francji<sup>8</sup>. Zatem, biorąc powyższe pod uwagę, można stwierdzić, iż pole dla zwiększania udziału finansowania prywatnego w sferze ochrony zdrowia, dalszej prywatyzacji finansowania, bez znacznego wzrostu poziomu wynagrodzeń, jest niezmiernie małe.

Prywatne finansowanie może przyjmować również cechę wyłączności finansowania. Przykładem na to jest system ubezpieczeń społecznych, gdzie składka finansowana jest przede wszystkim ze środków prywatnych (pracownika lub/i pracodawcy)<sup>9</sup>. W przypadku tego podsystemu zabezpieczenia społecznego można powiedzieć, iż obserwuje się nie tyle prywatyzację finansowania lecz „prywatyzację świadomości”. Ubezpieczeni, poprzez zmiany dokonywane w szczególności w systemie emerytalnym (np. dzięki corocznej informacji o stanie rachunku w otwartym funduszu emerytalnym oraz wysokości składek przekazanych do ZUS), są stymulowani do aktywnego uczestniczenia w procesie gromadzenia środków na okres starości<sup>10</sup>. Jednakże, biorąc pod uwagę bardzo niską partycypację Polaków w rozwiązaniach trzeciofilaryowych<sup>11</sup> można stwierdzić, iż proces „prywatyzacji świadomości” w Polsce jest dopiero w początkowej fazie.

Wyłączność finansowania zaczyna również powoli występować w systemie ochrony zdrowia (część zabiegów stomatologicznych, operacje plastyczne czy, podejmowane ostatnio przez media, zapłodnienie *in vitro*). Obserwowane

---

<sup>8</sup> Szczegółowe badanie patrz: B. Więckowska, M. Osak, *Potencjał prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako źródła finansowania opieki zdrowotnej w Polsce*, [w:] *Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI w.*, W. Ronka-Chmielowiec (red.), Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, w druku.

<sup>9</sup> Przykładem finansowania składki ze środków publicznych jest kredytowanie składek osobom przebywającym na urloпах wychowawczych. Równocześnie, biorąc pod uwagę wysokość dopłat z budżetu państwa do świadczeń emerytalnych, można z łatwością podważyć tezę o wyłączności finansowania prywatnego w systemie emerytalnym.

<sup>10</sup> Dodatkowy stymulator (niestety negatywny) pojawi się wraz z pierwszymi wypłatami świadczeń emerytalnych. Informacja o bardzo niskich stopach zastąpienia (ok. 40–50% wynagrodzenia) zmusi ubezpieczonych do pojęcia dodatkowych działań zabezpieczających na okres starości. Więcej na temat stóp zastąpienia w nowym systemie emerytalnym patrz: B. Więckowska, J. Bijak, *Wpływ zmiany systemowej na wysokość świadczeń emerytalnych w Polsce*, „Problemy Polityki Społecznej” nr 12, 2010.

<sup>11</sup> W Polsce w roku 2008 istniało ok. 1,6 miliona kont emerytalnych w ramach IKE oraz 0,3 miliona uczestników PPE, co jest jedynie niewielkim ułamkiem 14,5 milionów osób zgłoszonych do ubezpieczenia w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (więcej patrz: Rozdział 6).

obecnie próby<sup>12</sup> urealnienia koszyka świadczeń zdrowotnych sprawiają, iż będzie zwiększała się liczba świadczeń nie należąca do zbioru „świadczenia finansowane ze środków publicznych”. Znaczny wzrost środków prywatnych w systemie zabezpieczenia społecznego jest również wynikiem reakcji społeczeństwa na ograniczoność finansowania publicznego (kolejki do świadczeń) jak również na dostępność informacji o kolejkach<sup>13</sup>. Propozycje rządu wprowadzenia ulg podatkowych obejmujących składkę na prywatne ubezpieczenie zdrowotne wydają się być pierwszym krokiem do stopniowego urealniania koszyka świadczeń zdrowotnych. Jednakże, aby takie działania były możliwe do przeprowadzenia, niezbędne są zmiany w zapisach prawnych tj. dedefiniowanie ubezpieczenia zdrowotnego jak również umożliwienie (faktyczne a nie jedynie prawne) zawierania kontraktów przez prywatne zakłady ubezpieczeń z publicznymi ZOZ-ami.

Prywatyzacja po stronie finansowania w systemie pomocy społecznej – ze względu na jej cel: gwarancję minimalnego poziomu bezpieczeństwa społecznego – jest dokonywana w najmniejszym stopniu. Przyjmuje ona przede wszystkim formę finansowania świadczeń ze środków prywatnych pochodzących od innych osób (lub instytucji) niż osoba korzystająca. Gwałtowny rozwój trzeciego sektora sprawia, iż coraz częściej stanowią one wsparcie samorządów lokalnych w wykonywaniu działań z zakresu usług społecznych. Równocześnie nadal istnieje znaczna grupa osób, które nadal obarczają państwo odpowiedzialnością za kreowanie standardu życia. I wydaje się, że niezależnie od wyników polityki aktywizacyjnej, taka sytuacja nadal będzie miała miejsce, co sprawia, iż dalsza (głębsza) prywatyzacja finansowania nie jest tutaj możliwa<sup>14</sup> – osoby korzystające ze świadczeń należą do najuboższej warstwy społeczeństwa.

Podsumowując analizę obserwowanych przemian w udziale prywatnych źródeł finansowania usług społecznych w sferze opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, pomocy społecznej oraz ubezpieczeń społecznych w Polsce można stwierdzić, iż zwiększanie środków prywatnych w finansowaniu usług społecznych nie doprowadzi raczej do całkowitego wyparcia finansowania

---

<sup>12</sup> Patrz: Projekt ustawy o komplementarnych i suplementarnych ubezpieczeniach zdrowotnych.

<sup>13</sup> Zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) świadczeniodawcy są zobligowani do przynajmniej comiesięcznego informowania o długości kolejki oczekujących na świadczenia – mimo iż NFZ prezentuje stan na np. 31 lipca 2010r. to dane niektórych świadczeniodawców mogą pochodzić na przykład z kwietnia 2010.

<sup>14</sup> Oczywiście, wraz ze wzrostem „mody” na przekazywanie darowizn, można zakładać, że ilość środków prywatnych w systemie pomocy społecznej ulegnie znacznemu zwiększeniu, lecz nie dokona się tutaj żadna inna forma prywatyzacji finansowania.

wania publicznego. Państwo nadal będzie pełniło rolę tzw. siatki bezpieczeństwa (tj. *safety net*), więc nawet najdalej posunięta prywatyzacja finansowania nie wyprze państwa z roli gwaranta świadczeń minimalnych (np. emerytura minimalna) czy też gwaranta świadczeń osobom najuboższym (np. finansowanie pobytu w domu pomocy społecznej).

Analizując procesy prywatyzacyjne usług społecznych w Polsce wydaje się, że znacznie większe pole zmian w zakresie prywatyzacji znajduje się w prywatyzacji własności. Wprowadzenie prywatnej produkcji świadczeń sprawia, iż państwo staje się jedynie animatorem strony podażowej (koncesjonowanie, dbałość o standardy, wprowadzanie zachęt), zaś ryzyka finansowe przerzucone są na sektor prywatny. Prywatyzacja „produkcji” w największym stopniu dokonała się w systemie emerytalnym. Żadne z otwartych funduszy emerytalnych, pracowniczych programów emerytalnych jak i indywidualnych kont emerytalnych nie jest zarządzane przez instytucję z sektora publicznego. Jednakże przemiany w systemie emerytalnym nadal nie są skończone – obecnie istnieje tylko jedna, publiczna, instytucja wypłacająca świadczenia emerytalne (ZUS). Do chwili przygotowywania niniejszego rozdziału prace nad projektem ustawy o funduszach dożywotnich emerytur kapitałowych nie zostały jeszcze zakończone. Zatem nie wiadomo czy dalsza prywatyzacja produkcji w systemie emerytalnym będzie miała miejsce – jeżeli zostanie wprowadzone, negocjowane obecnie<sup>15</sup>, obniżenie składki emerytalnej, prywatyzacja własności w fazie wypłat środków emerytalnych będzie raczej ekonomicznie bezzasadna tj. zgromadzony kapitał oraz wynikające z niego wysokości świadczeń będą na tyle niskie, że nie powstanie pole konkurencji dla potencjalnych zakładów ubezpieczeń emerytalnych.

Równocześnie, należy wziąć pod uwagę, iż w nowopowstałym systemie emerytalnym istnieje znaczne ryzyko dopłat (ze środków publicznych) do emerytur minimalnych. Zgodnie z obliczeniami przeprowadzonymi przez B. Więckowską oraz J. Owczarek<sup>16</sup> dopłaty do emerytur obejmą wszystkie 60-letnie kobiety, które, niezależnie od stażu pracy, będą otrzymywały wynagrodzenie niższe niż 48% wynagrodzenia przeciętnego oraz wszystkich 65-letnich mężczyzn, którzy, niezależnie od stażu pracy, będą otrzymywali wynagrodzenie niższe niż 33% wynagrodzenia przeciętnego. Natomiast przy najkrótszym dopuszczalnym stażu pracy graniczną wartością wynagrodzenia dla kobiet jest 114% przeciętnego wynagrodzenia, zaś dla mężczyzn 71%

---

<sup>15</sup> PAP, *Obniżenie składki do OFE obniży koszty systemu emerytalnego* – J. Fedak, Minister PiPS, 2 czerwca 2010.

<sup>16</sup> Patrz: B. Więckowska, J. Owczarek, *Ryzyko dopłaty do emerytury minimalnej w nowym systemie emerytalnym w Polsce*, [w:] *Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI w.*, J. Lisowski (red.), Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, w druku.



przeciętnego wynagrodzenia. Zderzając powyższe informacje z danymi ZUS wskazującymi na to, że prawie 45% osób otrzymujących świadczenia emerytalne w 2009 roku posiadała podstawę wymiaru poniżej 100% przeciętnego wynagrodzenia<sup>17</sup>, dopłaty do emerytur minimalnych mogą nabrać cech powszechności<sup>18</sup>.

Na podstawie powyższych rozważań dotyczących bazowego systemu emerytalnego można stwierdzić, iż w systemie tym można w najbliższym czasie prognozować raczej proces odwracania od prywatyzacji produkcji tj. nacjonalizacji programu emerytalnego wzorem innych krajów<sup>19</sup>, co może doprowadzić do znacznej niestabilności finansowej systemu emerytalnego. Równocześnie, jak już zostało to stwierdzone, autorka spodziewa się wzrostu znaczenia prywatnych form zabezpieczenia w okresie starości (IKE, PPE).

Prywatyzacja własności obserwowana jest w Polsce również w systemie ochrony zdrowia, zarówno w sferze świadczeniodawców opieki doraźnej jak i długoterminowej. Z danych tych wynika, iż otwarta opieka zdrowotna jest niemalże w pełni sprywatyzowana, zaś dalsze przemiany własnościowe dotyczyć mogą opieki zamkniętej<sup>20</sup>. Na pytanie czy będziemy obserwować wzrost udziału prywatnych szpitali w Polsce należy odpowiedzieć twierdząco. Umożliwienie przekształcania szpitali publicznych w spółki prawa handlowego i spółki cywilne daje możliwość lepszego zarządzania finansami szpitala, zaś w przypadku znacznego udziału pracowniczego obserwowana jest zmiana nastawienia w zarządzaniu placówką tj. pracownicy biorą faktyczny udział w zarządzaniu, zmienia się ich status (z pracownika najemnego na współwłaściciela), łatwiej jest wprowadzić mechanizmy bezpośredniego wynagradzania za wydajność pracy, co zwiększa aktywizację i kreatywność pracowników<sup>21</sup>.

---

<sup>17</sup> Należy pamiętać, że podstawa wymiaru określana jest na bazie 10 „najlepszych” lat pracy z ostatnich 20 lat. Zatem w nowym systemie, gdzie cały okres składkowania jest brany pod uwagę, można spodziewać się znacznie większej liczby osób, u których podstawa wymiaru składki będzie niższa niż przeciętne wynagrodzenie.

<sup>18</sup> Obliczenia własne na podst.: *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych w 2009 r.*, Departament Statystyki, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2009, s. 33.

<sup>19</sup> Działania takie podjęto ostatnimi czasy na Węgrzech (PAP, Na Węgrzech reforma systemu emerytalnego, 14.12.2010), Estonii (System emerytalny upada, [http://www.se.pl/wydarzenia/swiat/system-emerytalny-upada\\_122271.html](http://www.se.pl/wydarzenia/swiat/system-emerytalny-upada_122271.html)), Argentynie oraz Słowacji.

<sup>20</sup> Więcej patrz: Rozdział 3.

<sup>21</sup> Przykładem takiego działania mogą być: 1. Szpital Kielecki spółka komunalna: Sprzedaż udziałów lub wydzierżawienie majątku spółce pracowniczej (79 udziałowców lekarze i pielęgniarki) zarejestrowanej w 2006 r.; 2. Szpital im. Michałowskiego w Katowicach: Sprzedaż będącego w likwidacji szpitala (termin 22 marca 2008) w drodze przetargu spółce pracowniczej (lekarze urodowcy) za kwotę 12 mln zł oraz deklaracje zainwestowania w najbliższych latach 3,8 mln zł (J. Gryglewicz, *Akcjonariat pracowniczy w spółkach – zakładach opieki zdrowotnej*, materiały konferencyjne, Warszawa 19 marca 2008 r.).



W obszarze pomocy społecznej proces prywatyzacji własności dokonywany jest w znacznym stopniu – istnieje ustawowe zalecenie współpracy instytucji publicznych we współpracy z trzecim sektorem i podmiotami komercyjnymi. Aczkolwiek, jak pokazano w rozdziale autorstwa I. Rybki oraz E. Wiszczun, prywatyzacja „wytwarzania” usług społecznych w sferze pomocy społecznej nie jest dobrze ugruntowana w praktyce, co sprawia, że zaczyna tracić na rzecz instytucji charytatywnych (zatem jest to przede wszystkim uspołecznienie polityki społecznej). Jak twierdzą autorki rozdziału „trójsektorowe partnerstwo jest podstawowym rozwiązaniem warunkującym rozwój gospodarki społecznej”. Zatem to czego można spodziewać się w zakresie usług społecznych dostarczanych przez sferę pomocy społecznej to dalszy wzrost znaczenia mechanizmu konkurencji, który przełoży się nie tylko na optymalizację cen usług, lecz również na różnorodność ich zakresu oraz form. Być może konkurencja, która ma miejsce przede wszystkim w dużych miastach przeniesie się również na obszary wiejskie, co z kolei doprowadzi do lepszego zaspokojenia potrzeb jej mieszkańców w zakresie minimalnego poziomu bezpieczeństwa socjalnego.

Jak już wspomniano przy opisie prywatyzacji finansowania, wraz z wprowadzaniem prywatyzacji, szczególnie prywatyzacji własności, wprowadzane powinny być mechanizmy rynkowe (urynkawianie usług społecznych). Jednakże nie jest to obecnie obserwowane w żadnym z badanych podsystemów zabezpieczenia społecznego. W systemie ochrony zdrowia NFZ nabywa świadczenia w trybie konkursu ofert bądź rokowań<sup>22</sup>. W obu przypadkach Fundusz ma prawo negocjować cenę za punkt w danej grupie świadczeń. W praktyce Fundusz, w zabezpieczeniu świadczeń na danym terytorium, wykorzystuje pozycję monopolisty dyktując zarówno cenę za punkt, jak i wielkość kontraktu<sup>23</sup>. Zatem, mimo iż po stronie świadczeniodawcy formalnie istnieje swoboda zawierania umów, brak kontraktu z NFZ, jako największym płatnikiem trzeciej strony, istotnie ogranicza działanie mechanizmów rynkowych w tej sferze.

Podobne obserwacje poczyniono też w sferze opieki długoterminowej. W przypadku świadczeń opieki długoterminowej organizowanych w ramach systemu ochrony zdrowia proces kontraktowania świadczeń wygląda tak samo

<sup>22</sup> Wyjątek stanowią umowy zawierane ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej lub wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi (Art. 159 Ustosoz). Art. 149 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

<sup>23</sup> B. Więckowska, *Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, badanie wykonane w ramach programu „Sprawne państwo” organizowanego przez Ernst & Young, Warszawa 2010.

jak w przypadku opieki doraźnej tj. NFZ decyduje o wysokości dziennych stawek za pacjenta. Natomiast w przypadku świadczeń opieki długoterminowej organizowanych w ramach systemu pomocy społecznej sposób ustalania ceny za pobyt mieszkańca na mocy prawa nie podlega negocjacji – jest to średniomiesięczny koszt utrzymania mieszkańca<sup>24</sup>.

Również w systemie ubezpieczeń społecznych mechanizm rynkowy jest niezmiernie ograniczony. Wysokość przekazywanej składki oraz limity opłat od składki jak i za zarządzanie są określone ustawowo<sup>25</sup>. Zatem możliwości konkurencji oraz walki cenowej są niewielkie. Urynkowienie systemu emerytalnego z pewnością się nie pogłębi wraz z dokończeniem procesu reformacyjnego. Biorąc pod uwagę proponowane zapisy prawne, tj. konieczność stosowania „GUSowskich” (przekrojowych) tablic trwania życia czy maksymalną techniczną stopą zwrotu na poziomie 1%, nie można stwierdzić, iż przyszłe zakłady ubezpieczeń emerytalnych (jeżeli nawet zostaną one stworzone) będą miały pole do konkurencji w zakresie stawek świadczeń emerytalnych.

Przedstawione powyżej prognozowane przemiany w systemie zabezpieczenia społecznego, a w szczególności w zakresie zabezpieczenia zdrowotnego, opieki długoterminowej, pomocy społecznej oraz ubezpieczeń społecznych wskazują, iż dostrzegane obecnie procesy prywatyzacji (finansowania oraz własności), urynkowienia oraz uspołecznienia będą się pogłębiać. Państwo wycofując się z roli podmiotu finansującego oraz dostarczającego usługi społeczne, aby móc realizować położone nań zadania, budowania ładu społecznego oraz dbałości o prawidłowy rozwój gospodarki społecznej, musi zwiększyć swoje funkcje kreujące, zarządcze oraz kontrolne. Innymi słowy musi stać się sprawnym animatorem ładu instytucjonalnego.

---

<sup>24</sup> Szczegóły: Art. 6 Ustawy z dnia z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jednolity z dnia z dnia 2 października 2009 r. (Dz. U. Nr 175, poz. 1362).

<sup>25</sup> Szczegóły patrz: Ustawa z dnia 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych (Dz. U. z 2004 r. Nr 159 poz. 1667 ze zm.).

MIROSŁAW GREWIŃSKI, BARBARA WIĘCKOWSKA

## Zakończenie

---

W sferze polityki społecznej i w systemie zabezpieczenia społecznego pojęcie usług społecznych istnieje od dawna. Jednakże wraz z następującymi współcześnie przemianami społeczno-demograficznymi i instytucjonalnymi usługi zaczynają nabierać coraz większego znaczenia. Obserwowane w wielu krajach na świecie zmiany w finansowaniu, dostarczaniu i organizacji usług społecznych są coraz częściej obecne także w Polsce. Państwo przekazuje stopniowo rolę dostawcy usług społecznych niepublicznym dostawcom, a samo pozostawia sobie tylko te funkcje socjalne, które dotyczą programowania, nadzoru, kontroli i ewentualnie współfinansowania usług społecznych. Rolą państwa jest tworzenie zachęt do partycypacji instytucji niepublicznych w realizacji zadań społecznych, kreowanie solidnych ram prawnych funkcjonowania polityki społecznej (w tym systemu zapobiegania społecznego), a także stymulowanie rozwoju usług. Jednocześnie, na co warto zwrócić uwagę, coraz częściej usługi społeczne są zastępowane celowymi świadczeniami pieniężnymi. Chodzi tutaj o późniejszą weryfikację zasadności wydatkowania środków bądź też, przy mniejszym reżimie, przyznawanie uprawnień do świadczeń na bazie podwyższonych kryteriów, sprawiając, iż świadczeniobiorca, ze względu na swoje potrzeby, otrzymane środki przeznaczy na zakup usług społecznych. Państwo stymuluje więc rozwój usług, ale nie bezpośrednio, lecz poprzez wybory dokonywane przez odbiorców świadczeń.

Stopniowe oddawanie produkcji i dostarczania usług społecznych podmiotom niepublicznym (społecznym i prywatnym) oraz wprowadzanie elementów rynkowych (*quasi* rynki) sprawia, iż wymuszana jest z jednej strony zwiększona dbałość o jakość tych usług (po stronie ich dostawcy), zaś z drugiej strony zwiększone zaangażowanie przy zakupie tych usług doprowadza do zwiększenia efektywności w wydatkowaniu środków<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Szczególnie istotne jest to w przypadku celowych świadczeń pieniężnych, gdzie wydatkowanie środków publicznych będzie traktowane przez usługobiorcę jako wydatkowanie środków prywatnych.

Jak wynika z treści rozdziałów zamieszczonych w tym tomie prywatyzacja finansowania usług społecznych, mimo, iż jest ona obecnie nasiloną – występuje cyklicznie w mniejszym lub większym stopniu we wszystkich z badanych obszarów – należy jednak przypuszczać, że w następnych latach będzie nadal zwiększała swoje znaczenie w Polsce. Jest to związane z jednej strony z deficytem finansów publicznych i kryzysem gospodarczym, ale również z realizacją liberalno-pragmatycznego programu politycznego aktualnych rządów. Nie należy spodziewać się raczej odwrótu od przyjętego dotychczasowego kierunku i powrotu do paternalizmu państwa i gospodarki centralnie planowanej.

Finansowanie większości usług społecznych na bazie bieżących świadczeń<sup>2</sup> sprawia, iż wielkość przeznaczonych środków finansowych jest bardzo czuła na zmiany na rynku pracy. Nakładając na to, obserwowane obecnie, starzenie się ludności Polski oraz niską dynamikę wzrostu przeciętnego wynagrodzenia można stwierdzić, iż bez wprowadzenia mechanizmów finansowania kapitałowego (co można osiągnąć dzięki dodatkowym oszczędnościom bądź ubezpieczeniom długoterminowym) istnieje realne zagrożenie dla pozyskania odpowiednich środków finansowych niezbędnych do utrzymania wolumenu usług społecznych. Dlatego też aktualnie przykładą się duże znaczenie do funkcjonowania instytucji trzeciego sektora oraz budowania zachęt fiskalnych do przekazywania środków na cele społeczne.

Podsumowując rozważania, które zostały podjęte na łamach tej książki można stwierdzić, iż usługi społeczne ulegają stałemu przeobrażeniu, a ich potencjał wynika z przyjętego modelu prowadzonej polityki społecznej czy systemu zabezpieczenia społecznego. Wszystkie procesy przemian jakie dotyczyły takiego a nie innego rozwoju usług społecznych obserwowane w krajach Europy Zachodniej mają aktualnie miejsce również w Polsce. Należy tylko zaznaczyć, że konieczność asekuracji materialnej gospodarstw domowych w okresie dwóch pierwszych dekad od transformacji ustrojowej przy ograniczonych możliwościach finansowych dodatkowo spowodował, że stan usług społecznych w Polsce znacznie odbiega od standardów jakie funkcjonują w tradycyjnych *welfare states*. Tym niemniej większość procesów jest podobna, różni ją tylko skala i różnorodność usług oferowanych w Polsce i na zachodzie Europy.

Należy podkreślić, że prywatyzacja usług, zarówno w zakresie finansowania jak i własności, występuje we wszystkich z analizowanych obszarach np:

---

<sup>2</sup> Model bieżącego finansowania świadczeń opiera się na założeniu, że składki płacone przez ubezpieczonych w danym roku są wykorzystywane do finansowania świadczeń w tym samym okresie (więcej: J. Wassem, *Ramy analizy skutków przepisu dopuszczającego opcję wyjścia z systemu publicznego ubezpieczenia zdrowotnego*, Projekt Banku Światowego, 2000, s. 4).

prywatne ubezpieczenia zdrowotne oraz prywatne zakłady opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia; współfinansowanie świadczeń oraz prywatne zakłady opiekuńczo-lecznicze czy prywatne domy pomocy społecznej w opiece długoterminowej; komercyjne usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne w pomocy społecznej; rozwiązania trzeciofilarowe oraz otwarte fundusze emerytalne w ubezpieczeniach społecznych.

Państwo i instytucje publiczne dopuszczają prywatnych usługodawców oraz organizacje *non-profit* do świadczenia usług społecznych, gdyż sami nie są w stanie rozwiązać skutecznie istniejących problemów socjalnych i odpowiedzieć na coraz bardziej zindywidualizowane potrzeby socjalne obywateli. Dlatego też rozkłada się współodpowiedzialność za dostarczanie usług na różne podmioty, aby klient miał wybór kto powinien jemu dostarczać usługę. Prowadzi to do coraz silniejszej demonopolizacji i dekoncentracji usług i wymaga coraz lepszej koordynacji i zarządzania przez instytucje publiczne. Przy czym „monopol” państwowy ze szczebla centralnego coraz częściej delegowany jest na niższe szczeble – do samorządu terytorialnego. Proces decentralizacji postępuje w znaczeniu delegowania zadań do jednostek samorządu terytorialnego, współfinansowania usług przez samych zainteresowanych (np. pobieranie opłat od mieszkańców domów pomocy społecznej) jak również często ma charakter administracyjny (np. zarządzanie budżetem w ramach oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia) i fiskalny (ulgi podatkowe).

Procesy przeobrażeń systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce możemy zaobserwować jak w soczewce w systemie ochrony zdrowia. Tutaj można dostrzec dynamiczne zmiany. Najpierw bowiem dokonano decentralizacji systemu poprzez wprowadzenie kas chorych, a następnie nastąpiła recentralizacja systemu w postaci powołania Narodowego Funduszu Zdrowia. Dało to początek do kontraktowania świadczeń, czyli wprowadzenia mechanizmów rynkowych zarówno wobec jednostek prywatnych jak i jednostek publicznych. Jednakże samo stworzenie ram dla funkcjonowania *quasi-ryнку* w systemie ochrony zdrowia bez odpowiedniej informacji dla pacjenta nie jest rozwiązaniem dobrym samym w sobie. Okazuje się bowiem, że nowy system generuje szereg problemów i nieefektywności. Brak zarządzania instytucjami zdrowia i usługami społecznymi, deficyty koordynacji świadczeń, bałagan informacyjny i dziurawy system, przez który przepływają spore środki finansowe, powoduje, że w dużej części jest on nadal niesprawny i kosztowny. Nie jest też do końca zorientowany na pacjenta. Brak jasno zdefiniowanych wskaźników jakości, brak wiedzy o „ścieżce leczenia”, brak kompleksowego widzenia zdrowia pacjenta, prowadzi do wielu ludzkich tragedii. Aktualnie przeobrażenia w systemie zdrowia idą w kierunku przekształceń publicznych zakładów zdrowotnych w podmioty niepubliczne. Decyduje się na taki krok

coraz więcej samorządów regionalnych i lokalnych. Ma to spowodować lepsze zarządzanie finansami i usługami przekształconych placówek, a także większe i bardziej indywidualne zorientowanie na pacjenta i jego prawa.

Osobnym problemem jest kwestia opieki długoterminowej. Jak wiadomo zarówno w Polsce jak i w całej Europie, postępuje starzenie się ludności i następuje wzrost chorób cywilizacyjnych, co skutkuje wzmacnianiem presji na redefiniowanie usług społecznych gwarantowanych w ramach systemu zabezpieczenia społecznego w kierunku wyodrębnienia z systemu ochrony zdrowia oraz systemu pomocy społecznej nowego podsystemu – opieki długoterminowej – obejmującego ryzyko niedołęstwa starczego (niesamodzielności). Do funkcjonującego obecnie katalogu usług społecznych dołączane są nowe, odpowiadające pojawiającym się potrzebom oraz będące następstwem postępu technologicznego. Opieka długoterminowa w Polsce jest rozłożona w dalszym ciągu na dwa segmenty systemu zabezpieczenia społecznego – na zdrowie i na pomoc społeczną. Brak spójnej i skoordynowanej polityki opieki długoterminowej powoduje liczne problemy i konsekwencje. Przykładem takich problemów jest choćby kwestia odpłatności za korzystanie z usług w ramach zakładów opiekuńczo-leczniczych i domów pomocy społecznej. O ile te pierwsze są dla osób korzystających z nich całkowicie darmowe (płaci Narodowy Fundusz Zdrowia), o tyle te drugie wymagają znacznego partycypowania finansowego przez klienta, jego rodzinę a często także gminę (mieszane finansowanie). Nie trudno się domyślać jakie skutki ma to w dokonywaniu indywidualnych wyborów samych beneficjentów i jakie przeciążenia i wypaczenia systemowe to rodzi.

Usługi w pomocy społecznej można podzielić na te tradycyjne dotyczące opieki, pielęgnacji i ratownictwa społecznego jak również nowe usługi związane z aktywną integracją i reintegracją społeczno-zawodową, także w zakresie podmiotów gospodarki społecznej. Szczególnie te drugie są teraz bardzo na czasie, a to ze względu na ich finansowanie w ramach projektów systemowych Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Unia Europejska poprzez Europejski Fundusz Społeczny finansuje ich rozwój nie żałując na ten cel znacznych środków finansowych. Jednakże jak wynika z treści zawartych w tej książce, jak i z innych opracowań badawczych<sup>3</sup>, w systemie pomocy i integracji społecznej jest jeszcze bardzo dużo do zrobienia w kontekście stworzenia nowoczesnego systemu pomocy i wsparcia społecznego. Wydaje się, że deficyt usług socjalnych jest wynikiem wielu zapóźnień i braku rzeczywistych reform tego systemu od wielu lat. Z pewnością istnieje w Polsce problem nierozbu-

---

<sup>3</sup> Np. M. Grewiński, A. Karwacki, *Pluralizm i międzysektorowa współpraca w realizacji usług społecznych*, Warszawa 2010.

dzonych potrzeb społecznych i niskiej świadomości społeczeństwa polskiego na temat tego, jakie usługi mogą funkcjonować w systemie pomocy. Ale to przede wszystkim słabość instytucjonalna i kadrowa ośrodków pomocy społecznej czy powiatowych centrów pomocy rodzinie jest wielkim wyzwaniem na najbliższą przyszłość.

Głównymi problemami pomocy społecznej w kontekście rozwoju usług socjalnych jest deficyt pracy socjalnej i środowiskowej, brak pracy z rodziną naturalną, zbiurokratyzowane procedury i sprawozdawczość – hamujące orientację na klienta, prymat świadczenia finansowego i rzeczowego nad usługami aktywizacyjnymi i integracyjnymi, niechęć do nowości i partnerskich rozwiązań skutkujących wspólnymi projektami i większą integracją usług. Ponadto brakuje profesjonalnego zarządzania i koordynacji usług z poziomu regionalnego i powiatowego co wynika z niskiej profesjonalizacji zawodowej i dobieraniu kadr z klucza politycznego. Urzędy marszałkowskie, mając możliwości prawne i finansowe, w gruncie rzeczy nie potrafią programować i zarządzać regionalną polityką społeczną a większość regionalnych ośrodków polityki społecznej jest po prostu słaba. Wynika to po części z przyjętego ponad 20 lat temu rozwiązania, że system prawny, instytucjonalny i usługodawczy ma być identyczny dla całego kraju, co zwalnia poniekąd samorządy regionalne i lokalne z wysiłku pluralizowania i różnicowania rozwiązań instytucjonalnych i prawnych pod rzeczywiste potrzeby społeczne. Strategie regionalne i lokalne nie mają odniesień do rzeczywistości społecznej, a są tylko traktowane jako kolejna procedura biurokracji<sup>4</sup>.

Ubezpieczenia społeczne, które jak zaprezentowano w tej książce odgrywają istotną rolę w zabezpieczeniu społecznym obywateli – na wypadek wystąpienia ryzyka choroby, macierzyństwa, niezdolności do pracy, śmierci żywiciela, wypadku przy pracy i chorób zawodowych oraz na wypadek starości – nie stanowią usługi *sensu stricte*, ale można je uznać za specyficzne *quasi usługi*, polegające na świadczeniu ochrony ubezpieczeniowej, mające charakter wzajemny. Ubezpieczenia społeczne są często niesłusznie utożsamiane jedynie ze świadczeniami pieniężnymi wypłacanymi przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Jak podkreślały w swoim rozdziale J. Owczarek i J. Plak proces prywatyzacji w sferze ubezpieczeń społecznych napotyka na istotne ograniczenia, głównie z uwagi na fakt, iż ostatecznym gwarantem wypłacalności obowiązkowych systemów zabezpieczenia społecznego pozostaje zawsze budżet państwa. Jednakże wprowadzenie wielości i różnorodności podmiotów na rynku emerytalnym umożliwiło ubezpieczonym dokonywanie wyborów instytucji zarządzającej ich środkami emerytalnymi. Indywidualizacja

---

<sup>4</sup> M. Grewiński, A. Karwacki (red.), *Strategie w polityce społecznej*, Warszawa 2009.



systemu i wprowadzenie odrębnych rachunków emerytalnych może wpłynąć na wzrost świadomości emerytalnej uczestników. Zarządzany prywatnie kapitałowy system emerytalny może przyczynić się do wypłaty wyższych, w porównaniu z systemem czysto repartycyjnym, świadczeń emerytalnych, jeśli wprowadzone zostaną zmiany pobudzające konkurencję pomiędzy towarzystwami emerytalnymi. Ostatnie propozycje rządu dotyczące zerwania umowy społecznej z Polakami i przekazania środków (i wyższych składek) zamiast do OFE to do ZUS rodzą jednak bardzo duże wątpliwości. Rozmontowanie systemu, budowanego przez ostatnią dekadę, dla osiągnięcia celów politycznych, rodzi sprzeciw wielu środowisk naukowych i eksperckich.

Podsumowując, należy podkreślić, że w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce mamy do czynienia z licznymi przeobrażeniami w kontekście udostępniania i produkcji usług społecznych. Postępuje zarówno urynkowanie jak i prywatyzacja oraz uspołecznienie usług. Z punktu widzenia praktyki społecznej potrzebny jest jednak większy nacisk na zróżnicowanie i zindywidualizowanie usług, wprowadzanie nowych, sprawdzonych w innych państwach rozwiązań, lepszego zarządzania i koordynacji usług. Deficyt usług w wielu obszarach próbuje być kompensowany świadczeniami finansowymi, ale nie jest to jak się wydaje perspektywa rozwojowa.

Z punktu widzenia nauki o polityce społecznej potrzeba jest większej liczby badań dotyczących różnorodnych kontekstów usług społecznych<sup>5</sup> – instytucji, infrastruktury, finansowania, jakości usług, satysfakcji beneficjentów, a także procesów – prywatyzacji, urynkowania czy uspołecznienia usług. Dotychczas ciągle niewiele prac poświęconych jest temu segmentowi polityki społecznej, który stanowi nową orientację, a ujawnia się w postaci sieci usług dostępnych w środowiskach lokalnych. Sieć ta będzie w przyszłości sposobem na rozwiązywanie większości lokalnych problemów socjalnych i będzie stanowić o jakości nowej polityki społecznej.

---

<sup>5</sup> Więcej na ten temat: M. Grewiński, *Wielosektorowa polityka społeczna – o przeobrażeniach państwa opiekuńczego*, Warszawa 2009.



## Conclusions

---

The term „social services” has existed in the sphere of social policy and social security system for some time now. And with the current socio-demographic and institutional changes, they are becoming more and more important. Changes in financing, delivery and organization of social services observed in many countries are more often noticed also in Poland. The state is gradually transferring the role of delivery of social services onto non-public suppliers, leaving for itself only the functions regarding programming, supervision, control and co-financing of social services. The state’s role is nowadays defined as encouraging non-public institutions to participate in realization of social tasks, creating a solid legal framework for functioning of social policy (including social security system) and facilitating the development of services. At the same time, what is worth noticing, more and more often social services are replaced with cash benefits. The aim is the later verification of justification of expenses or, less rigorously, granting rights to benefits based on increased criteria, thus the beneficiary, given his needs, for sure will spent on social services the cash benefit received. That is why the state **does not stimulate directly but through choices made by** beneficiaries.

The gradual transfer of production and delivery of social services onto non-public entities (social and private) and the introduction of market elements (quasi markets) imposes greater care about the quality of those services (on the supplier side). On the other hand, increased involvement of beneficiary in purchasing the social services leads to increase in expenditures efficiency in the case of cash benefits.<sup>1</sup>

As results from the chapters of this volume, privatisation of financing social services, although currently intensified, takes place periodically, to a greater or lesser extent, in all the analysed sectors. It should be also

---

<sup>1</sup> It is especially important in case of cash benefits, where spending public money will be regarded by the beneficiary as spending private funds.

assumed that during next years it will gain increased significance in Poland. It results not only from the deficit in public funds and the economic crisis but also from realisation of liberal-pragmatic political programme of the present government. Abandoning the current direction and returning to state paternalism and centrally planned economy should rather not be expected.

Financing of the majority of social services based on the pay-as-you go model<sup>2</sup> creates a situation in which the amount of money assigned to the benefits is vulnerable to changes of the labour market. Taking into consideration the aging process of Polish population and low level of dynamics of the average salary increase, it can be stated that without an introduction of capital financing mechanisms (which may be achieved by additional savings or long-term insurances) there is a real risk for collecting funds insufficient to maintain the volume of social services. Therefore, a great significance is attributed to functioning of third sector institutions and creating fiscal incentives for allocating funds for social goals.

Summarising the analysis presented in this book, one can conclude that social services are undergoing constant change and their potential follows from the adopted model of social policy or social security system. All the transformation processes concerning this direction of development of social services observed in Western European States are currently taking place in Poland. It must be mentioned that limited funds dedicated for households' social security in two first decades since the transformation of the political system, led to the situation in which condition of social services in Poland is significantly different from the standards of traditional welfare states. However, most of the processes are similar, with the difference in scope of diversity of offered services.

It must be emphasised that privatisation of services, both in financing and in the ownership side, is present in all the analysed areas. e.g.: private health insurance and private hospitals in healthcare system; co-financing of benefits and private nursing homes or private social welfare homes in long-term care; commercial care services and specialized care services in social welfare system; open pension funds in old-age pension system.

The state and public institutions allow the private providers and non-profit organisations to provide social services because they are unable themselves to solve all the existing social problems and satisfy more and more individualised needs of the citizens. Therefore, the responsibility of

---

<sup>2</sup> The pay-as-you go financing model is based on the assumption that contributions paid by people with insurance in a given year are used to finance benefits in the same period (more: J. Wassem, *Ramy analizy skutków przepisu dopuszczającego opcję wyjścia z systemu publicznego ubezpieczenia zdrowotnego*, Projekt Banku Światowego, 2000, s. 4).

providing services is distributed between various subjects, so that clients may decide who shall provide services for them. It leads to more and more prominent demonopolisation and decentralisation of services and requires better coordination and management by public institutions. The “monopoly” of the state is more and more often transferred to the lower tiers – to the local government. The process of decentralisation progresses in the form of task transferring to the local government units, and the co-financing of services by the beneficiaries themselves (e.g. payments made by residents of nursing homes) and is frequently of the administrative (e.g. budget management by the departments of the National Health Fund «NFZ») or fiscal nature (e.g. tax deductions).

The processes of transformation in the Polish social security system are to be observed in the context of the healthcare system in a condensed form. One can notice some dynamic changes there. First, the system was decentralised by the introduction of healthcare funds, then the system was recentralised due to the formation of the National Health Fund. This has started services contracting; that is, market mechanisms have been introduced in both private and public entities. However, the sole creation of framework for a quasi-market in the healthcare system, without appropriate information for patients, is not a good solution in itself. The new system seems to generate series of problems and to be ineffective. Inefficient management of healthcare institutions and social services, deficits in benefits coordination, information mess and leaky system with considerable amounts of money flowing through it, all contribute to the fact that, to a large extent, the system is still malfunctioning and costly. It is also not entirely patient oriented. Lack of clearly defined quality indicators, lack of knowledge “the path of treatment”, lack of complex view of patients’ health lead to many human tragedies. Current transformations in the healthcare system leads towards conversion of public hospitals into non-public ones. More and more local governments decide to carry out this process. The aim is to improve managing of finances and services in the converted institutions and make them more patient oriented with regard to patient’s rights.

A separate problem is the issue of long-term care. As commonly known, both in Poland and the rest of Europe, the aging process is increasing and civilisation diseases are developing. As a consequence, the pressure for redefining social services, guaranteed within the social security system, is rising and aims at separating a new subsystem from the healthcare and social care systems – the long-term care one – which would pertain to the risk of old age frailty (dependency). The currently operating catalogue of social services is supplemented with new ones that apply to the newly emerging

needs or result from technological development. Long-term care services in Poland are still split between two social security systems - healthcare and social assistance. Lack of coherent and coordinated long-term care policy causes numerous problems and consequences. The issue of charges for services provided in nursing homes and social welfare homes is a good example of such a problem. Whereas the former are entirely free, the latter require significant inhabitants' participation in financing, their families and often the commune (co-financing). It is easy to imagine the effects it has on beneficiaries themselves and what overloads and distortions it creates.

Services in social assistance system can be divided into the traditional ones related to personal care, nursing and social emergency aid, as well as new services connected with active socio-occupational integration and reintegration, also within the social economy entities. The latter is especially very trendy due to the financing from system projects of Human Capital Operational Programme. The European Union via European Social Fund finances their development granting a lot of subsidies. As follows from the contents of this book and other research publications<sup>3</sup>, however, still a lot is to be done in the social integration system in terms of modern welfare system creation. It seems that the deficit of social services results from many delays and lack of real systems' reforms for many years. Certainly, there is a problem of not awakened social needs and low level of awareness of the Polish society on types of services which may be provided in social assistance. But mainly the institutional and management weakness of social welfare centres and Poviats Family Support Centres is a great challenge for the upcoming future.

The main problems of social assistance system, in the context of social services development, are: the deficit of social and community work, lack of work with natural family, bureaucratic procedures and reporting, which hinder focusing on the client, the priority of cash benefits and benefits in kind over the activating and integrative services, reluctance to novelties and partner solutions resulting in joint projects and greater services integration. Moreover, there is a lack of professional management and service coordination from regional and poviats level which is caused by weak professionalizing and management selection on political basis. Although Marshall Offices have legal and financial possibilities, they fail to programme and manage social policy on regional level and most regional welfare centres are simply miserable. This results partly from the solution accepted 20 years ago which

---

<sup>3</sup> Np. M. Grewiński, A. Karwacki, *Pluralizm i międzysektorowa współpraca w realizacji usług społecznych*, Warsaw 2010.

assumed that legal, institutional and service system ought to be identical in the whole country, which in a way liberated local and regional governments from differentiating and pluralizing institutional and legal solutions according to the real social problems. Regional and local strategies have no bearing on social reality, and are treated merely as another bureaucratic procedure<sup>4</sup>.

Social insurance, which, as has been presented in this book, plays an important role in citizens' social security, in the case of illness, maternity, inability to work, breadwinner's death, accidents at work, occupational illnesses and old-age, are not social services in the pure sense but can be treated as specific *quasi services* depending on the provision of insurance protection of a mutual nature. Social insurance is often unjustifiably identified only with cash benefits provided for by the Social Insurance Institution (ZUS). As has been stressed by J. Owczarek and J. Plak in their chapter, the process of privatisation in the sphere of social insurance faces considerable limitations mainly due to the fact that the ultimate warrant of the obligatory social security system's solvency is always the budget. The introduction of multiplicity and variety of institutions into the old-age pension market enabled the insured to choose the one to manage their pension funds. The system individualization and introducing separate old-age pension account can cause the growth of participants' awareness. The privately managed capital pension system may contribute to higher pension benefits, as compared to the purely distributional pension system, provided that changes to activate competition between general pension societies are made. The latest governmental proposals on breaking the social agreement with Poles and transferring the funds (and increased premiums) to the Social Insurance Institution (ZUS) instead of the Pension Fund (OFE) raise a lot of doubts. Dismantling the system, which has been built for the last decade, in order to achieve political goals, has raised objections among many scientific and expert circles.

To sum up, it needs to be highlighted that in a social protection system in Poland we have numerous changes in terms of making social services available and productive. Economisation, privatisation and socialisation of services is taking place. From social practice's point of view, greater focus on diversification and individualisation of services, introducing new solutions implemented in other countries, better management and service coordination is needed. Service deficit in many areas is attempted to be compensated by cash benefits, though it seems not to be a developmental perspective.

---

<sup>4</sup> M. Grewiński, A. Karwacki (ed.), *Strategie w polityce społecznej*, Warsaw 2009.

From social policy science's point of view, more research concerning various contexts of social services<sup>5</sup>, institutions, infrastructure, financing, service quality, beneficiary satisfaction and processes, i.e. privatisation, economisation and service socialisation is needed. Still few works are involved in this sector of social policy, which constitutes a new orientation and is revealed through net of services available in local environments. This net will be a way of solving most local social problems and will stand for new social policy quality in the future.

---

<sup>5</sup> More on this topic: M. Grewiński, *Wielosektorowa polityka społeczna – o przeobrażeniach państwa opiekuńczego*, Warsaw 2009.

# Bibliografia

---

- Adamczyk J., *Spoleczna odpowiedzialność przedsiębiorstw*, PWE, Warszawa 2009.
- Alber J., *A Framework for the Comparative Study of Social Service*, "Journal of European Social Policy" 5/2.
- Arczewska M., *O kroku milowym, którego nie było, Ustawa o działalności pożytku publicznego a opodatkowanie, finansowanie i współpraca trzeciego sektora z administracją publiczną w Polsce*, [w:] *Współpraca sektora obywatelskiego z administracją publiczną*, M. Rymśza (red.), ISP, 2004.
- Arczewska M., *Nie tylko jedna ustawa. Prawo o organizacjach pozarządowych*, ISP, Warszawa 2005.
- Arrow K.J., *Lecznictwo z punktu widzenia niepewności i ekonomii dobrobytu*, [w:] *Eseje z teorii ryzyka*, PWN, Warszawa 1979.
- Ascoli U., Ranci C. (eds.), *Dilemmas of the Welfare Mix – The New Structure of Welfare in an Era of Privatization*, New York 2002.
- Augustyn M. (red.), *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, Warszawa 2010.
- Baran A., *Osoby wymagające opieki w życiu codziennym w świetle wyników badania stanu zdrowia ludności 2004 roku*, Informacja na potrzeby MZ, Warszawa 2006.
- Baran A., *Narodowy rachunek zdrowia. Wydatki na ochronę zdrowia 1999, 2004, 2005 i 2006*, [w:] *Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*, K. Ryć, Z. Skrzypczak (red.), Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2008.
- Barker R.L., *The Social Work Dictionary*, NASW Press, Washington D.C. 1995.
- Barr N., *Ekonomika polityki społecznej*, tłum. M. Żukowski, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 1993.
- Beskid L., *Analiza skali, dynamiki i społecznego rozkładu procesów pauperyzacji i marginalizacji*, IPiSS, Sfera społeczna w latach 1990–1994, 1995, Centralny Urząd Planowania, Warszawa 1999.
- Berkel R. van, Borghi V., *New Modes of Governance in Activation Policies*, „International Journal of Sociology and Social Policy” 2007, vol. 27, Nr 7/8.
- Biała i Zielona Księga nt. *Usług Użyteczności Publicznej*, Komisja Europejska, Bruksela maj 2003 i 2004.
- Bijak J., *Wpływ zmiany systemowej na wysokość świadczeń emerytalnych w Polsce*, „Problemy Polityki Społecznej” nr 12, 2010.
- Błędowski P., *Rola administracji publicznej w funkcjonowaniu pomocy społecznej*, [w:] *Polska bieda. Kryteria. Ocena. Przeciwdziałanie*, S. Golinowska (red.), IPiSS, Warszawa 1996.
- Bolesławski L., *Prognoza demograficzna na lata 2003–2030*, GUS, Warszawa 2004.

- Budowanie systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Propozycja rozwiązań*, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa, luty 2008.
- Comparative Key Figures, Total and Private Inpatient Hospital Beds*, HOPE – European Hospital and Healthcare Federation, [www.hope.be/03activities/1\\_2-facts\\_and\\_figures-key\\_figures.html](http://www.hope.be/03activities/1_2-facts_and_figures-key_figures.html) (dostępne na 2010.08.20).
- Czapiński J., *Opieka zdrowotna: korzystanie, finansowanie i opinie społeczne*, [w:] *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*, J. Czapiński, T. Panek (red.), Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2009.
- Dahlgren G., Whitehead M., *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Background Document to WHO – Strategy paper for Europe, 1991, Institute for Futures Studies, reprinted 2007, dostępne [http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20080109\\$110739\\$fil\\$mZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf](http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20080109$110739$fil$mZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf) (dostępne na 2010.08.20).
- Denek E., *Rola samorządu terytorialnego w świadczeniu usług społecznych*, [w:] *Usługi społeczne w gospodarce samorządu terytorialnego*, E. Denek (red.), AE Poznań, Poznań 2003.
- Dercz M., Rek T., *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, wyd. 2., Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*, J. Czapiński, T. Panek (red.), Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2005.
- Dietrich A.R., *Szczególne cechy opieki zdrowotnej i ich konsekwencje dla alokacji*, „Problemy Polityki Społecznej” 2002, nr 4.
- Dodd E., *The Australian Health System – Private Health Insurance 2006*, [w:] *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – DUZ 2006*, B. Samoliński (red.), Wydział Nauki o Zdrowiu, Akademia Medyczna w Warszawie, Warszawa 2006.
- Drakeford M., *Privatisation and Social Policy*, Harlow, Essex 2000.
- Eardley T., Bradshaw J., Ditch J., Gough I., Whiteford P., *Social Assistance in OECD Countries*. Series: DSS OECD Research Report 46 (Department of Social Security, Organisation for Economic Co-operation and Development), London 1996.
- Elfring T., *New Evidence on the Expansion of Service Employment in Advanced Economies*, Review of Income and Wealth, seria 35, nr 45, 1989.
- Esping-Andersen G., *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press, Oxford 1999.
- Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga*, Warszawa, grudzień 2004.
- Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II*, wersja 3, Warszawa, sierpień 2008.
- Flood C.M., Stabilne M., Tuohy C.H., *The Structure, Dynamics and Impact of the Public/Private Mix of Financing on Health Care Systems*, April 2001, s. 20–21 dostępne na: <http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-e/soci-e/rep-e/volume-3ver2-e.pdf> (2006-04-18).
- Frąckiewicz-Wronka A., *O potrzebie wprowadzenia zasad zarządzania publicznego do organizacji publicznych*, [w:] *Wokół polityki społecznej*, K. Głąbicka, M. Grewiński (red.), Warszawa 2008.
- Gałązka A. (red.), *Elementarz III sektora*, Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warszawa 2005.
- Geanakoplos J., Mitchell O.S., Zeldes S.P., *Social Security Money's Worth*, Working Paper 6722, National Bureau of Economic Research, Cambridge 1998.
- Golinowska S. (red.), *Ku godnej aktywnej starości. Raport o rozwoju społecznym Polska 1999*, UNDP, Warszawa 1999.



- Golinowska S., *System pomocy społecznej. Główne problemy zmian i reform*, [w:] *Pomoc społeczna. Od klientelizmu do partycypacji*, E. Leś (red.), Warszawa 2002/2003.
- Golinowska S., *Decentralizacja – inny wymiar polityki społecznej*, [w:] *Dekada polskiej polityki społecznej od przełomu do końca wieków*, Warszawa 2000 [za:] *Polityka społeczna – teksty źródłowe*, L. Dziewięcka-Bokun, K. Zamorska (red.), Wrocław 2003.
- Golinowska S., *Od państwa opiekuńczego (welfare state) do państwa wspierającego pracę*, [w:] *Praca i polityka społeczna wobec wyzwań integracji*, B. Balcerzak-Paradowska (red.), Warszawa 2003.
- Golinowska S., *Teoretyczne podstawy działania organizacji pozarządowych*, [w:] *Polityka społeczna – teksty źródłowe*, L. Dziewięcka-Bokun, K. Zamorska (red.), Wrocław 2003.
- Golinowska S., *Pożądanee kierunki zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce. Między racjonalizowaniem i racjonalizacją*, CASE, Warszawa 2004.
- Golinowska S., *Przyszłość państwa opiekuńczego i systemu zabezpieczenia społecznego*, [w:] „Polityka Społeczna”, nr 11–12/2005.
- Golinowska S., *Polityka społeczna samorządów terytorialnych. Warunki większej efektywności*, [w:] „Polityka Społeczna” 4/2006.
- Golinowska S., Tymowska K., *Kierunki reformy gospodarczej w sferze usług społecznych*, [w:] *Usługi społeczne*, A. Łukaszewicz (red.), PWE, Warszawa 1984.
- Gould R., *Health and Health Care In Post-industrial Society*, [w:] *The Welfare State in Post-Industrial Society. A Global Perspective*, J. Powell, J. Hendricks (ed.), Springer 2009.
- Góra M., *System emerytalny*, PWE, Warszawa 2003.
- Góra M., Chłoń-Domińczak A., Otto W., Stańko D., Szymański M., *Bezpieczeństwo dzięki różnorodności. Poprawa efektywności funkcjonowania otwartych funduszy emerytalnych. Propozycje zmian*, Warszawa 2010.
- Grewiński M., *Podmioty „trzeciego systemu” – nowy partner sektora publicznego w polityce pomocy i integracji społecznej* – ekspertyza przygotowana na zlecenie MCPS, Warszawa 2009.
- Grewiński M., *Wielosektorowa polityka społeczna. O przeobrażeniach państwa opiekuńczego*, WSP TWP, Warszawa 2009.
- Grewiński M., Kamiński S., *Obywatelska polityka społeczna*, Warszawa 2007.
- Grewiński M., Karwacki A. (red.), *Strategie w polityce społecznej*, Warszawa 2009.
- Grewiński M., Karwacki A., *Pluralizm i międzysektorowa współpraca w realizacji usług społecznych*, Warszawa 2010.
- Grewiński M., Szarfenbeg R., *Sytuacja służb pomocy społecznej na przykładzie województwa mazowieckiego – raport z badań*, [w:] *Aktywizacja, partnerstwo, partycypacja – o odpowiedzialnej polityce społecznej*, M. Grewiński, J. Tyrowicz (red.), Warszawa 2007.
- Grimmeisen S., Rothgang H., *The Changing Role of the State In Europe's Health Care Systems*, Paper Prepared for the Second Annual ESPAnet Conference, University of Oxford, September 2004.
- Gryglewicz J., *Akcyonariat pracowniczy w spółkach – zakładach opieki zdrowotnej*, materiały konferencyjne, Warszawa 19 marca 2008 r.
- Gumkowska M., Herbst J., Radecki P., *Podstawowe fakty o organizacjach pozarządowych*, Raport z badania 2008, Stowarzyszenie Klon/Jawor, 2008.
- Handschke J., *Pojęcie, treść i zasady polityki ubezpieczeniowej – rozważania nie tylko metodologiczne*, [w:] *Studia ubezpieczeniowe*, T. Sangowski (red.), Poznań 1998.
- Hausner J., *Od idealnej biurokracji do zarządzania publicznego*, [w:] *Studia z zakresu zarządzania publicznego*, J. Hausner i M. Kukielka (red.), Kraków 2002.

- Health at a Glance 2009. OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris 2009.
- Herbst J., *Raport z badania. Kondycja sektora organizacji pozarządowych w Polsce 2004. Wewnętrzne zróżnicowanie sektora – branża pomoc społeczna, usługi socjalne*, Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warszawa, 2005.
- Hernik K., *Finansowe i pozafinansowe formy współpracy*, [w:] *U progu zmian. Pięć lat ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*, G. Makowski (red.), ISP, Warszawa 2008.
- Hillless M., Healy J., *Health Care Systems in Transition: Australia*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2001.
- Hodge G.A., *Competitive Tendering and Contracting out: Rhetoric or Reality?*, [w:] „Public Productivity & Management Review”, vol. 22, no. 4, June 1999.
- Hoggett P., *A New Management for the Public Sector?* [w:] „Policy and Politics” 19/1991.
- Hollins B., Shinkins S., *Managing Service Operations: Design and Implementation*, SAGE Publications, Thousand Oaks 2006.
- Hood’a Ch., *A Public Management for All Seasons*, [w:] „Public Administration”, nr 69 (1)/1991.
- Hospitals in the 27 Member States of The European Union*, Dexia Editions, January 2009.
- Hryniewicz J., *Państwo, rynek, społeczeństwo obywatelskie*, [w:] *Wokół teorii polityki społecznej*, B. Rysz-Kowalczyk, B. Szatur-Jaworska (red.), Warszawa 2003.
- Hryniewicz J., *Odrzuceni. Analiza procesu umieszczania dzieci w placówkach opieki*, ISP, Warszawa 2006.
- Indulski J., Leowski J., *Podstawy Medycyny Społecznej*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1971.
- Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2009*, Ministerstwo Zdrowia, Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, Warszawa 2010.
- Izdebski H., *Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Komentarz*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2003.
- Izdebski H., Hausner J., *Założenia projektu ustawy o przedsiębiorczości społecznej*, projekt roboczy [www.isp.org.pl](http://www.isp.org.pl)
- Janoś-Kresło M., *Usługi społeczne w procesie przemian systemowych w Polsce*, SGH, Monografie i Opracowania nr 512, Warszawa 2002.
- Jarosław A., *Indywidualizacja działań w pracy z klientem pomocy społecznej na przykładzie MOPS w Sopocie jako przykład regionalizacji Strategii Lizbońskiej*, [w:] *Jak realizować Strategię Lizbońską w regionach*, IBnGR, Warszawa 2007.
- Johnson N., *The Mixed Economy of Welfare*, Hertfordshire 1999.
- Juros A., *Znaczenie przedsiębiorczości społecznej w organizowaniu społeczności lokalnych: nowe drogi świadczenia usług społecznych*, [w:] *Współczesne wyzwania i metody pracy socjalnej*, W. Szymczak (red.), Lublin 2009.
- Karwacki A., *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej w świetle badań*, Ekspertyza ISP, Toruń 2009.
- Kautsch M., *Potencjał publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce – wybrane elementy*, [w:] *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Koncepcje, regulacje, zarządzanie*, K. Ryć, A. Sobczak (red.), Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Kawiorska D., *Narodowe Rachunki Zdrowia*, Zakamycze, Kraków 2004.
- Kazimierzczak T., Rymśa M., *Aktywna polityka społeczna. Stan obecny i szanse upowszechniania koncepcji. Analizy i Opinie*, nr 48, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2005.

- Kaźmierczak T., Rymśa M., *W stronę aktywnej polityki społecznej*, ISP, Warszawa 2004.
- Kaźmierczak T., *Usługi społeczne. Przegląd problematyki*, ekspertyza wykonana dla WRZOS, Warszawa 2006.
- Kaźmierczak T., *Czy praca socjalna w Polsce jest nowoczesna?*, [w:] *Współczesne wyzwania i metody pracy socjalnej*, W. Szymczak (red.), Lublin 2009.
- Kickert W., *Public Governance in the Netherlands. An Alternative to Anglo-American Managerialism*, [w:] „Public Administration” 75/1997, Oxford.
- Koczur W., *Pomoc społeczna jako zadanie samorządu terytorialnego*, [w:] *Zarządzanie publiczne w lokalnej polityce społecznej*, A. Frąckiewicz-Wronka (red.), Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP, Warszawa 2007.
- Koettl J., Więckowska B., *Polska: Kto będzie świadczyć oraz finansować opiekę nad osobami starszymi w przyszłości? Poglębiona analiza obecnych oraz przyszłych wydatków publicznych na opiekę długoterminową*, Raport Banku Światowego, Warszawa, sierpień 2010.
- Korkosz T., *Samoleczenie*, „Gazeta Lekarska” nr 5, 2009.
- Kornai J., Eggleston K., *Solidarność w procesie transformacji. Reforma służby zdrowia w Europie Wschodniej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego w Warszawie, Warszawa 2002.
- Kowalewski E., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Branta, Bydgoszcz–Toruń 2006.
- Kowalska K., *Kontraktowanie i koszty transakcji w nowej ekonomii instytucjonalnej*, [w:] „Gospodarka Narodowa” nr 7-8, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2005.
- Krzczkowski K., *Idee przewodnie ubezpieczeń społecznych*, Instytut Spraw Społecznych, Warszawa 1936.
- Książkowski M., *Modele polityki społecznej*, Warszawa 1999.
- Książkowski M., *Półwiecze polityki społecznej w Polsce. Od quasi monopolu państwa do paternalistyczno-rynkowej hybrydy*, [w:] *60 lat polityki społecznej w Polsce*, A. Rączaszek (red.), Katowice 2006.
- Kufel-Siemńska A., *Podział ubezpieczeń*, [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze*, T. Sangowski (red.), Poltext, Warszawa 1998.
- Kurowski P., *Pomoc społeczna w krajach OECD i w Polsce*, „Polityka Społeczna” nr 7, 1998.
- Le Grand J., *Ownership and Social Policy*, The Political Quarterly Publishing, Blackwell Publishers, 1998.
- Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, CeDeWu, Warszawa 2004.
- Leś E., *Organizacje społeczne – studium porównawcze*, Warszawa 1998.
- Leś E., *Dzieje organizacji społecznych w Polsce i w krajach zachodnich: od rewolucji przemysłowej do wybuchu II wojny światowej*, [w:] *Działalność dobroczynna w Europie i Ameryce. Tradycje i współczesność*, Centrum Informacji dla Organizacji Pozarządowych BORDO, s. 29 dostępne na <http://biblioteka.ngo.pl/x/170663> (2006-04-07).
- Leś E., *Gospodarka społeczna podstawowe pojęcia i zakres działalności*, Warszawa 2006.
- Leś E., *Od filantropii do pomocniczości. Studium porównawcze rozwoju i działalności organizacji społecznych*, Instytut Polityki Społecznej, UW, Warszawa 2000.
- Leś E., Ołdak M., *Kondycja i perspektywy rozwoju podmiotów gospodarki społecznej w Polsce. Konkluzje i rekomendacje* (maszynopis).
- Lovelock H., *Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights*, Journal of Marketing, tom 47, nr 3, 1983.

- Łuków P., *Racjonowanie świadczeń a obowiązek troski o dobro pacjenta*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 2.
- Maarse H., *The Privatization of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis*, „Journal of Health Politics, Policy and Law” 2006 (vol. 31), nr 5.
- Magnuszewska-Otulak G., *Raport Beveridge’a – dobry przykład podejścia do kwestii społecznej*, [w:] *Wokół teorii polityki społecznej*, B. Rysz-Kowalczyk, B. Szatur-Jaworska (red.), Warszawa 2003.
- Mahoney F.I., Barthel D.W., *Functional Evaluation: The Barthel Index*, Md State Med J. 1965.
- Makowski G. (red.), *U progu zmian. Pięć lat ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*, wyd. ISP, Warszawa 2008 (raport z II edycji badań).
- Marciniak G., *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku*, GUS, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2006.
- Markłowska-Dzierżak M., *Worki bez dna*, „Menedżer Zdrowia” 2010, nr 4.
- Marshall T.H., *Citizenship and Social Class*, w: *Sociology at the Cross Roads*, New York 1964 lub *Class, Citizenship and Social Development*, Chicago 1964.
- Marshall T.H., *Social Policy*, Hutchinson University Library, Londyn 1967.
- Millon-Delson Ch., *Zasada pomocniczości*, Znak, Kraków 1995.
- Mladovsky P. et al., *Health In European Union. Trends and Analysis*, Observatory Studies Series No 19, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2009.
- Moreno L., Arriba A., *Welfare and Decentralization in Spain*, Florencia: EUI (European Forum, WP 1999/8).
- Mossialos E., Dixon A., *Funding Health Care: an Introduction*, [w:] *Funding Health Care: Options for Europe*, E. Mossialos (ed.) et al., Open University Press, World Health Organization 2002.
- Munday B., Raport przedstawiony na Europejskiej Konferencji o Integracji Usług Socjalnych Rady Europy i Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej RP (14–15 czerwca 2007 r.).
- Muszalski W., *Ubezpieczenie społeczne. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Nikolic I.A., Maikisch H., *Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector*, World Bank, Health Nutrition and Population Discussion Paper, October 2006.
- OECD Health Data 2009* (edycja listopadowa).
- Osborne D., Gaebler T., *Rządzić inaczej. Jak duch przedsiębiorczości przenika i przekształca administrację publiczną*, Poznań 2005.
- Owsiak S., *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
- Pestoff V., *Demokratyczne rządy: współprodukcja, trzeci sektor i udział obywateli w świadczeniu usług społecznych*, tłum. J. Tilbury, „Zarządzanie Publiczne” 2007, nr 2.
- Pieczętka I., *Kontraktowanie jako nowa kategoria w polityce społecznej np. Wielkiej Brytanii*, niepublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem J. Auleytnera, WSP TWP, Warszawa 2007.
- Pierson Ch., *Beyond the Welfare State: The New Political Economy of Welfare*, Polity Press, Cambridge 1998.
- Piotrowski J., *Zabezpieczenie społeczne. Problematyka i metody*, Książka i Wiedza, Warszawa 1966.

- Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 roku*, GUS, Warszawa 2009.
- Podstawowe dane z zakresu służby zdrowia i pomocy społecznej za lata 1993–1995*, GUS, Warszawa.
- Pohorille M., *Model konsumpcji w ustroju socjalistycznym*, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1971.
- Powell M., Hewitt M., *Welfare State and Welfare Change*, Buckingham 2002.
- PPP na świecie*, Centrum Partnerstwa Publiczno-Prywatnego, <http://www.centrum-ppp.pl/na-swiecie,1> (dostępne na 2010.08.20).
- Problem zdrowia publicznego w kontekście starzenia się populacji Polski*, raport, WHO Projekt on Ageing and Health – Warszawa 2005.
- Projekt ustawy o działalności leczniczej opatrzony datą 13.10.2010.
- Rajkiewicz A. (red.), *Polityka społeczna*, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1979.
- Ratujemy polskie szpitale*, <http://www.ratujemyszpitale.pl/s.php?id=3001> (dostępne na dzień 2010.08.25).
- Ritzer G., *Makdonaldyzacja społeczeństwa*, MUZA, Warszawa 2009.
- Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*, kolejne edycje za lata 1998–2008, GUS, Warszawa.
- Rodger J., *From a Welfare State to a Welfare Society*, London 2000.
- Rosset E., *Proces starzenia się ludności*, Polskie Wydawnictwa Gospodarcze, Warszawa 1959.
- Rothgang H. et al, *The Changing Public-Private Mix in OECD Health-Care Systems*, [w:] *Welfare State Transformations. Comparative Perspectives*, M. Seeleib-Kaiser (ed.), Palgrave Macmillan, 2008.
- Rudawska I., *Opieka zdrowotna – aspekty rynkowe i marketingowe*, PWN, Warszawa 2007.
- Ryć K., Sobczak A. (red.), *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Koncepcje, regulacje, zarządzanie*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Rymsza M., *Kontraktowanie usług społecznych z podmiotami pozarządowymi – decentralizacja czy urynkwienie sfery publicznej?*, [w:] „Rocznik. Pismo o organizacjach pozarządowych w Polsce, O kulturze kontraktu”, BORIS, Warszawa 1998.
- Rymsza M., *Urynkwienie państwa czy uspołecznienie rynku?*, Warszawa 1998.
- Rymsza M., *Kontraktowanie zadań publicznych jako forma współdziałania państwa i organizacji non-profit*, [w:] *Wokół teorii polityki społecznej*, B. Rysz-Kowalczyk, B. Szatur-Jaworska (red.), Warszawa 2003.
- Rymsza M., *Wprowadzenie*, [w:] J. Hrynkiewicz, *Odrzuceni. Analiza procesu umieszczania dzieci w placówkach opieki*, ISP, Warszawa 2006.
- Rymsza M., *O polityce państwa wobec trzeciego sektora i instytucjonalizacji dialogu obywatelskiego*, [w:] *Organizacje pozarządowe, dialog obywatelski, polityka państwa*, M. Rymsza (red.), ISP, Warszawa 2007.
- Rymsza M., Makowski G., Dudkiewicz M. (red.), *Prawo a trzeci sektor. Prawo i instytucje w działaniu*, ISP, Warszawa 2007 (raport z I edycji badań).
- Rysz-Kowalczyk B. (red.), *Leksykon polityki społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2001.
- Rynek PPP w Polsce 2009*, Investment Support, Warszawa, styczeń 2010, dostępne na: <http://www.inves.pl/pobierz/RynekPPPwPolsce2009.pdf> (2010.08.20).
- Rynek PPP w Polsce I połowa 2010*, Investment Support, Warszawa, sierpień 2010, dostępne na: <http://www.inves.pl/RaportPPPwPolsceIpolowa2010.pdf> (2010.08.20).



- Salamon L., Anheier H., *Social Origins of Civil Society – Explaining the Nonprofit Sector Cross Nationally* – Working Papers of the Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project, 1996.
- Serrano C., *Social Security Reform, Income Distribution, Fiscal Policy, and Capital Accumulation*, World Bank, 1999.
- Sienicka A., *Nowelizacja ustawy o działalności pożytku publicznego*, Biuletyn 1/2010, FISE, 2010.
- Sobiech J., *Składka na ubezpieczenie zdrowotne i bezpośrednie opłaty za usługi w systemie „monokasy”*, [w:] *Nauki finansowe wobec współczesnych problemów gospodarki polskiej. Tom I Finanse publiczne*, S. Owsiak (red.), Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków 2004.
- Sobiech J., *Warunki wyboru ekonomiczno-finansowych mechanizmów kierowania opieką zdrowotną*, Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Zeszyty Naukowe, Seria II, zeszyt 109, Poznań 1990.
- Sobiesiak P., *Ustawowe zasady współpracy w praktyce*, [w:] *U progu zmian. Pięć lat ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*, G. Makowski (red.), ISP, Warszawa 2008.
- Sowada Ch., *Prywatne finansowanie świadczeń zdrowotnych i finansowanie prywatnych świadczeniodawców ze środków publicznych w Polsce w latach 1999–2003*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2006, nr 2.
- Spicker P., *Social Policy: Themes and Approaches*, Prentice Hall, Harvester Wheatsheaf, Hemel Hempstead 1995.
- Stanowisko RSSG nt.: „Poszukiwania i propozycje naprawy systemu ochrony zdrowia”*, S. Golińska (opr.), [w:] *System ochrony zdrowia. Kontrowersje i dylematy*, Raport Rady Strategii Społeczno-Gospodarczej, nr 37, Warszawa 2004.
- Stiglitz J.E., *Ekonomia sektora publicznego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
- Strategia zmian w systemie opieki zdrowotnej. Szansa przezwyciężenia kryzysu*, Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia, Warszawa 2004.
- Szarfenberg R., *Słabości trzeciego sektora i partnerstwa publiczno-prywatnego*, [w:] „Trzeci Sektor”, nr 4/2005.
- Szarfenberg R., *Krytyka i afirmacja polityki społecznej*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2008.
- Szatur-Jaworska B., *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2000.
- Szmagalski J., [w:] *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, D. Lalak, T. Pilch (red.), Warszawa 1999.
- Szpor G., *Struktura systemu ubezpieczeń społecznych*, [w:] Z. Kluszczyńska, W. Koczur, K. Rubel, G. Szpor, T. Szumlicz, *System ubezpieczeń społecznych. Zagadnienia podstawowe*, LexisNexis, Warszawa 2006.
- Szumlicz T., *Modele polityki społecznej*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 1994.
- Szumlicz T., *O systemie zabezpieczenia społecznego – podobnie i inaczej*, [w:] J. Auleytner, *O roztropną politykę społeczną*, Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, Warszawa 2002.
- Szumlicz T., *Emerytura dla kobiety – otoczenie kontra system*, [w:] *Między transformacją a integracją. Polityka społeczna wobec problemów współczesności*, P. Błędowski (red.), Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2004.

- Szumlicz T., *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*, Branta, Bydgoszcz-Warszawa 2005.
- Szurgacz H., *Wstęp do prawa pomocy społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1993.
- The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, WHO 2000.
- Toffler A., *Trzecia fala*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1997.
- Turbin C., *Government Procurement and Contracts*, Longman, Harlow 1989.
- Tymowska K., *Opieka zdrowotna: korzystanie, finansowanie i opinie społeczne*, [w:] *Diagnoza społeczna 2007. Warunki i jakość życia Polaków*, J. Czapiński, T. Panek (red.), Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2007.
- Tymowska K., *Sektor prywatny w systemie opieki zdrowotnej*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 1999.
- Uchwała Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 24.05.2010r. (sygn. II FPS 1/10).
- Ustawa z dnia 23 grudnia 1988 roku o działalności gospodarczej (Dz. U. nr 41, poz. 324).
- Ustawa z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2010 r., nr 51, poz. 307).
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz. U. z 2007 roku, nr 14, poz. 89 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2000 r., nr 54, poz. 654 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 9 listopada 2000 roku o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. nr 104, poz. 1104).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2008 roku, nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).
- Ustawa z 19 grudnia 2008 roku o partnerstwie publiczno-prywatnym (Dz. U. z 2009, nr 19, poz. 100).
- Ustawa z dnia 9 stycznia 2009 r. o koncesji na roboty budowlane lub usługi (Dz. U. nr 19, poz. 101).
- Warszawa: będzie jednak konkurencja dla NFZ, portal rynek zdrowia.pl z dnia 20.10.2010.
- Wassem J., *Ramy analizy skutków przepisu dopuszczającego opcję wyjścia z systemu publicznego ubezpieczenia zdrowotnego*, Projekt Banku Światowego, 2000.
- Weisbrod B., *The Voluntary Nonprofits Sector*, Lexington 1977.
- Wiebiers D.O., Feigin W.L., Brown R.D., *Udar mózgu*, Medipage, Warszawa 2008 (wyd. I polskie).
- Więckowska B., *Demograficzne oraz socjologiczne determinanty popytu na formalną opiekę długoterminową dla niedołączonych osób starszych*, [w:] *Inwestycje finansowe i ubezpieczenia – tendencje światowe a polski rynek*, W. Ronka-Chmielowiec, K. Jajuga (red.), Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2004.
- Więckowska B., *Zarządzanie ryzykiem niedołęstwa starczego – determinanty tworzenia rozwiązań w systemie zabezpieczenia społecznego*, Wiadomości Ubezpieczeniowe nr 11-12, 2004.
- Więckowska B., *Ubezpieczenie pielęgnacyjne*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2008.

- Więckowska B., *Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, Ernst&Young Polska, Warszawa 2010.
- Więckowska B., Osak M., *Potencjał prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako źródła finansowania opieki zdrowotnej w Polsce*, [w:] *Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI w.*, W. Ronka-Chmielowiec (red.), Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, w druku.
- Więckowska B., Owczarek J., *Ryzyko dopłaty do emerytury minimalnej w nowym systemie emerytalnym w Polsce*, [w:] *Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI w.*, J. Lisowski (red.), Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, w druku.
- Wiśniewski J., *Ewolucja szwedzkiego i brytyjskiego modelu polityki społecznej*, Warszawa 2005.
- Włodarczyk W.C., *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Wygnański J., Dąbrowska J., Piegat E., *Aktywność socjalnych organizacji pozarządowych w województwie mazowieckim oraz ich relacje z administracją publiczną*, Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warszawa 2001.
- Wyrok Sądu Najwyższego z 20.10.2006, sygn. IV CSK 125/06, za: LEX nr 357585.
- Vickers J., Wright V., *The Politics of Privatisation in Western Europe*, London 1989.
- Zabłocki J.K., *Wprowadzenie do rewalidacji*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1996.
- Zadłużenie szpitali: niepokoją zobowiązania wymagalne*, Portal rynek zdrowia.pl z 4.08.2010.
- Zasady przygotowania, realizacji i rozliczania projektów systemowych Ośrodków Pomocy Społecznej, Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie oraz Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007–2013*, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, pierwotna wersja 2007 r.
- Zawicki M., *New Public Management, Public Governance*, [w:] *Studia z zakresu zarządzania publicznego*, J. Hausner, M. Kukielka (red.), Kraków 2002.
- Żukowski M., *Reformy emerytalne w Europie*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2006.



**Oferta publikacji książkowych z zakresu polityki społecznej  
Wydawnictwa Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP w Warszawie**

1. Auleytner J., *Polityka społeczna w Polsce i na świecie*, Warszawa 2011.
2. Auleytner J., *Polityka społeczna: Teoria i organizacja*, Warszawa 2000.
3. Auleytner J., Głąbicka K., *Polityka społeczna pomiędzy opiekuńczością a pomocniczością*, Warszawa 2000.
4. Auleytner J., *Edukacja bez granic*, Warszawa 2001.
5. Auleytner J., Głąbicka K., *Polskie kwestie socjalne na przełomie wieków*, Warszawa 2001.
6. Auleytner J., *Polityka społeczna czyli ujarzmianie chaosu socjalnego*, Warszawa 2002.
7. Auleytner J., *Polska polityka społeczna: Ciągłość i zmiany*, Warszawa 2004.
8. Auleytner J., *Polska polityka społeczna: Kreowanie ład społeczny*, Warszawa 2005.
9. Auleytner J., *Polish Social Policy: The Forging of a Social Order*, Warszawa 2006.
10. Bąkiewicz M., Grewiński M. (red.), *Praca socjalna w środowisku lokalnym*, Warszawa 2009.
11. Bąkiewicz M., Grewiński M. (red.), *System lokalnej pomocy społecznej*, Warszawa 2010.
12. Bąkiewicz M., Omen M. (red.), *Rynek pracy otwarty dla wszystkich. Praktyczny poradnik dla studentów i absolwentów*, Warszawa 2010.
13. Bonikowska M., Grewiński M. (red.), *Usługi społeczne odpowiedzialnego biznesu*, Warszawa 2011.
14. Frączkiewicz-Wronka A. (red.), *Zarządzanie publiczne w lokalnej polityce społecznej*, Warszawa 2007.
15. Gębska M., *Polityka edukacyjna Banku Światowego*, Warszawa 2007.
16. Głąbicka K. (red.), *Kształcenie ustawiczne w regionie zagrożonym wysokim bezrobociem*, Warszawa 2001.
17. Głąbicka K., *Polityka społeczna w Unii Europejskiej: Aspekty aksjologiczne i empiryczne*, Warszawa 2001.
18. Głąbicka K., *Wybrane elementy rynku pracy*, Warszawa 2001.
19. Głąbicka K., *Europejska przestrzeń socjalna: zarys problematyki*, Warszawa 2002.
20. Głąbicka K., *Rynek pracy w jednoczącej się Europie: Wybrane zagadnienia do studiowania*, Warszawa 2005.
21. Głąbicka K., Podobas I. (red.), *Ustawodawstwo socjalne: Stan prawny na dzień 30 czerwca 2003 r.*, Warszawa 2003.
22. Głąbicka K., Grewiński M., *Europejska polityka regionalna*, Warszawa 2003.
23. Głąbicka K., Grewiński M., *Polityka spójności społeczno-gospodarczej Unii Europejskiej*, Warszawa 2005.
24. Głąbicka K., Grewiński M. (red.), *Wokół polityki społecznej: Księga Jubileuszowa dedykowana Profesorowi Julianowi Auleytnerowi*, Warszawa 2008.
25. Grewiński M., *Europejski Fundusz Społeczny jako instrument integracji socjalnej Unii Europejskiej*, Warszawa 2001.
26. Grewiński M. (red.), *Przygotowanie Polski do absorpcji funduszy strukturalnych Unii Europejskiej*, Warszawa 2003.
27. Grewiński M. (red.), *Europejski Fundusz Społeczny i Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego – od teorii do praktyki*, Warszawa 2006.

28. Grewiński M. (red.), *Droga do spójności. Polityka regionalna i fundusze strukturalne UE*, Warszawa 2006.
29. Grewiński M., Kamiński S., *Obywatelska polityka społeczna*, Warszawa 2007.
30. Grewiński M., Karwacki A., *Pluralizm i międzysektorowa współpraca w realizacji usług społecznych*, Warszawa 2010.
31. Grewiński M., *Wielosektorowa polityka społeczna: o przeobrażeniach państwa opiekuńczego*, Warszawa 2009.
32. Grewiński M., Rymśa M. (red.), *Polityka aktywizacji w Polsce. Usługi reintegracji w sektorze gospodarki społecznej*, Warszawa 2011.
33. Grewiński M., Skrzypczak B. (red.), *Środowiskowe usługi społeczne – nowa perspektywa polityki i pedagogiki społecznej*, Warszawa 2011.
34. Grewiński M., Więckowska B. (red.), *Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce*, Warszawa 2011.
35. Mysłek W., *Jan Paweł II wobec kwestii społecznej*, Warszawa 2008.
36. Nowak J. (red.), *Meandry wykluczenia społecznego*, Warszawa 2008.
37. Rejzner A. (red.), *Agresja w szkole: spojrzenie wieloaspektowe*, Warszawa 2004.
38. Rejzner A. (red.), *Przemoc i agresja w szkole: próby rozwiązania problemu*, Warszawa 2008.