

POLITYKA SPOŁECZNA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY
PRACY
I SPRAWOM
SOCJALNYM.
UKAZUJE SIĘ
OD 1974 ROKU.
PISMO
PUNKTOWANE

„STARE” I „NOWE” RYZYKA SOCJALNE

- CZY RYZYKA SPOŁECZNE ULEGAJĄ ZMIANIE?
(STARE I NOWE RYZYKA)
- MIĘDZYNARODOWA ORGANIZACJA PRACY
WOBEC WYZWAŃ W ZAKRESIE ZABEZPIECZENIA
SPOŁECZNEGO
- STARE INSTYTUCJE W ZMIENIAJĄCEJ SIĘ
RZECZYWISTOŚCI – RENTA RODZINNA
- ORGANIZACJA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ
I ZDROWOTNEJ – PROBLEM WSZYSTKICH
KRAJÓW
- CZY KRAJE NORDYCKIE ZNALAZŁY RECEPTĘ
NA ZABEZPIECZENIE SPOŁECZNE?

ROCZNIK XL
(476)
(477)

NR 11-12

WARSZAWA

LISTOPAD-GRUDZIEŃ 2013

SPIS TREŚCI

OD REDAKTOREK NUMERU – Gertruda Uścińska, Zofia Czepulis-Rutkowska	1
TEORIA	
RYZIKO JAKO PRZESŁANKA OCHRONY W SYSTEMIE ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO – Gertruda Uścińska	3
NOWE RYZYKA SOCJALNE – Zofia Czepulis-Rutkowska	9
PODSTAWOWE GWARANCJE ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO – PRAKTYKA, KONCEPCJA, STANDARD I GLOBALNA POLITYKA SPOŁECZNA – Krzysztof Hagemejer	15
DOŚWIADCZENIA KRAJOWE	
UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE W BUŁGARII – SUKCES CZY PROBLEM? – Krassimira Sredkova	21
RENTA RODZINNA W SYSTEMIE UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH – Aleksandra Wiktorow	25
OPIEKA NAD OSOBAMI STARSZYMI NA WĘGRZECH – Dóra Lajkó	32
CZY FINLANDIA PORADZIŁA JUŻ SOBIE Z NOWYMI RYZYKAMI SPOŁECZNYMI? – Laura Kalliomaa-Puha	38
NOWOŚCI WYDAWNICZE IPISS	
WYNIKI XV EDYCJI KONKURSU IPISS NA NAJLEPSZE PRACE MAGISTERSKIE I DOKTORSKIE W DZIEDZINIE PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ	
DIARIUSZ POLITYKI SPOŁECZNEJ	

Spisy treści oraz streszczenia artykułów są zamieszczane na stronie internetowej:
<http://politykaspoleczna.ipiss.com.pl>

CONTENTS

FROM THE EDITORS – Gertruda Uścińska, Zofia Czepulis-Rutkowska	1
THEORY	
SOCIAL RISK AS A PREREQUISITE FOR PROTECTION IN SOCIAL SECURITY SCHEME – Gertruda Uścińska	3
NEW SOCIAL RISK – Zofia Czepulis-Rutkowska	9
SOCIAL PROTECTION FLOOR – PRACTICE, CONCEPT, STANDARD AND GLOBAL SOCIAL POLICY – Krzysztof Hagemejer	15
NATIONAL EXPERIENCES	
HEALTH INSURANCE IN BULGARIA – AN ACHIEVEMENT OR A DIFFICULTY? – Krassimira Sredkova	21
SURVIVOR'S BENEFIT IN THE SOCIAL SECURITY SYSTEM – Aleksandra Wiktorow	25
ELDERLY CARE IN HUNGARY – Dóra Lajkó	32
HAVE FINLAND ALREADY TACKLED THE NEW SOCIAL RISKS? – Laura Kalliomaa-Puha	38
NEW BOOKS PUBLISHED BY THE INSTITUTE OF LABOUR AND SOCIAL STUDIES	
RESULTS XVTH COMPETITION FOR THE BEST M.D. THESES AND PH.D. DISSERTATIONS IN THE FIELD OF LABOUR MARKET ISSUES AND SOCIAL POLICY	
DIARY OF SOCIAL POLICY	

Content List and Abstracts are easy to find at the following web page:
<http://politykaspoleczna.ipiss.com.pl>

Oddajemy naszym Czytelnikom szczególny numer naszego pisma: szczególny w tej mierze, w jakiej dotyczy on nie tylko bieżących problemów polityki społecznej, lecz także wyzwań, przed którymi będzie ona musiała stanąć w nieodległej przyszłości. Co więcej, wyzwania te stają się tym ważniejsze, że z jednej strony są one konsekwencją procesów europejskiej integracji (niezależnie od tego, w jaki sposób są wyznaczane jej ramy instytucjonalno-prawne). Z drugiej strony warto może zastanowić się nad tym, czy idea ryzyka wbudowanego w tradycyjną koncepcję systemów zabezpieczenia społecznego ciągle jeszcze zachowuje swoją aktualność w świecie, w którym kalkulowane ryzyko coraz częściej jest zastępowane przez obezwładniającą niepewność, zaś przyszłość, to nie przyszłość „społeczeństwa ryzyka” – jak przed ćwierćwieczem pisał Ulrich Beck – lecz przyszłość „społeczeństwa niepewności”, o którym wiele powiedzieć jeszcze nie umiemy.

Redakcja

Od redaktorek numeru

Systemy ochrony socjalnej, a w szczególności zabezpieczenia społecznego, w związku z zmieniającymi się potrzebami społecznymi i możliwościami ekonomicznymi ich zaspokajania ulegają ciągłym przeobrażeniom. Problemy, z którymi muszą się zmierzyć te systemy, dotyczą pogodzenia wzrostu popytu na świadczenia społeczne z jednej strony oraz zmniejszających się możliwości ich finansowania z drugiej strony.

Pojęcie zabezpieczenia społecznego dla analiz prowadzonych w tym numerze „Polityki Społecznej” rozumiane jest w ujęciu konwencji nr 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczącej minimalnych norm w dziedzinie zabezpieczenia społecznego, uchwalonej w Genewie dnia 28 czerwca 1952 r. Na jej podstawie przyjęto koncepcję systemu zabezpieczenia społecznego, zorganizowanego wokół katalogu rodzaju ryzyka socjalnego (choroba, macierzyństwo, obciążenia rodzinne, inwalidztwo, starość, śmierć żywiciela rodziny, wypadek przy pracy, choroba zawodowa, bezrobocie) oraz przewidzianych w razie ich zajścia świadczeń. Zasady nabycia prawa do tych świadczeń są ustalone w poszczególnych rozdziałach, układających się w działy zabezpieczenia społecznego. Każdy z tych działów ustala zakres ochrony prawnej przewidzianej dla skutków zajścia określonego ryzyka socjalnego¹.

Konwencja nr 102 jest aktem prawnym służącym rozwojowi ustawodawstwa zabezpieczenia społecznego, rozumianego jako całokształt norm prawnych ustalających zasady, organizację, finansowanie oraz zakresy podmiotowy i przedmiotowy systemu zabezpieczenia społecznego. Promuje również rozwój prawa do zabezpieczenia społecznego, jako przynależnego każdej osobie objętej systemem. Prawo to zalicza się do kategorii społecznych praw człowieka². Trzeba z całą mocą docenić pozytywny wpływ tej konwencji na oba te wymiary³.

Jednak należy również odpowiedzieć na pytanie badawcze, czy normy ustalone w konwencji nr 102 mogą nadal stanowić podstawę dla dalszego rozwoju systemów zabezpieczenia społecznego, które muszą być dostosowane do zmieniających się warunków społecznych, ekonomicznych i prawnych ich funkcjonowania?⁴.

Problem, na który należy zwrócić uwagę, to fakt, że nie rozszerzono dotychczasowego katalogu rodzaju ryzyka socjalnego, ustalonego w prawie międzynarodowym, czyli w konwencji nr 102. Natomiast w porządkach prawnych krajowych państw UE wprowadzono świadczenia niedające się bezpośrednio powiązać z tymi ryzykami. Przykładowo, świadczenia udzielane osobom w celu zapewnienia im długoterminowej opieki przyznawane są w ramach różnych dziedzin czy gałęzi systemu zabezpieczenia społecznego; często w ramach świadczeń, które odpowiadają konkretnym ryzykom społecznym pośrednio stanowiącym o potrzebie otrzymywania opieki długoterminowej. Starość, niepełnosprawność, śmierć żywiciela, wypadki przy pracy i choroby zawodowe, opieka rodzinna, choroba stanowią ryzyka, które mogą w systemach krajowych zawierać także mniej lub bardziej wyraźnie zaznaczony komponent opieki długoterminowej. Uwaga ta odnosi się także do pomocy społecznej. Zresztą w niemieckiej doktrynie prawnej pojawiła się koncepcja tzw. wtórnego ryzyka socjalnego, która jest rozumiana w ten sposób, że pojawienie się danego ryzyka wywołuje potrzebę zaspokojenia skutków kolejnego ryzyka⁵. Koncepcja ta daje się odnieść do opieki długoterminowej i ryzyka niesamodzielności. To ryzyko pozostaje bowiem w związku z innymi ryzykami, jak choroba, inwalidztwo, wypadek przy pracy i choroby zawodowe, wiek emerytalny, obciążenia rodzinne, a w szczególności świadczenia rodzinne. Problem ten nazwano także potrzebą pracy nad koncepcją tzw. nowych ryzyk socjalnych.

Dyskusje o nowych ryzykach socjalnych toczą się w państwach UE od kilkunastu lat. Problem tzw. starych i nowych ryzyk socjalnych dotyczy również państw po transformacji ustrojowej, takich jak Polska.

Modyfikacja zakresu i rodzaju ryzyk socjalnych i rozszerzenie przedmiotu ochrony prawnej skutków ich zajęcia stanowią istotne wyzwanie dla polityki społecznej. Nowe ryzyka, np. niesamodzielność, wymagają – w zależności od kraju – działań o różnym charakterze organizacyjnym i prawnym. Polegać one mogą na powołaniu nowych instytucji, korzystaniu z istniejących już rozwiązań instytucjonalnych lub z rynku prywatnych usług. O tej kwestii mówi artykuł autorki Dóry Lajkó.

Z kolei dostosowanie instytucji odpowiadających na „stare” ryzyko, jak utrata żywiciela rodziny (renty rodzinnej) stwarza wiele problemów związanych z jednej strony ze zmieniającymi się warunkami społeczno-ekonomicznymi, z drugiej zaś z potrzebą dostosowania do innych, nowych warunków społecznych. W przypadku renty rodzinnej chodzi między innymi o dostosowanie do głębokich zmian instytucjonalnych w zakresie systemu emerytalnego. Problemy te są przedstawione w tekście Aleksandry Wiktorow.

Chcemy niniejszym numerem „Polityki Społecznej” rozpocząć debatę na temat starych i nowych ryzyk socjalnych. Uważamy, że koncepcja ryzyk socjalnych i ich przeobrażeń stwarza interesującą perspektywę badawczą, pozwalającą na lepsze zrozumienie i wyjaśnienie zachodzących zmian w strukturze i funkcjonowaniu instytucji społecznych, a zwłaszcza systemów zabezpieczenia społecznego. Wydaje się, że taka dyskusja będzie przydatna w debatach nad polską polityką społeczną.

Testy składające się na ten numer „Polityki Społecznej” podzielone są na dwie części: koncepcyjną i opisową. W pierwszej części zamieszczamy dwa teksty o „starych” oraz „nowych” ryzykach socjalnych. Do tekstów o charakterze bardziej ogólnym należy również zaliczyć artykuł na temat rekomendacji Międzynarodowej Organizacji Pracy na temat minimalnego progu zabezpieczenia. Uwarunkowania nowego zalecenia nr 202 MOP z 2012 r. odzwierciedlają proces zmian zabezpieczenia społecznego nie tylko w krajach rozwiniętych, ale w całym świecie. Dotyczą one działań na poziomie krajowym, mających na celu zabezpieczenie przed ubóstwem niezależnie od poziomu dochodu narodowego i stanu rozwoju rynku pracy. Píše o tym Krzysztof Hagemeyer.

W drugiej części znajdują się artykuły analizujące wybrane tzw. nowe i stare ryzyka socjalne i odpowiadające im instytucjonalne rozwiązania. Zawarto w niej opis tendencji w tym zakresie w niektórych krajach UE. Tekst o zabezpieczeniu zdrowotnym, podobnie jak tekst o rencie rodzinnej, dotyczy starych ryzyk socjalnych. O ile jednak ryzyko zdrowotne (choroba) jest nadal traktowane jako trwałe ryzyko socjalne (o czym pisze Krassimira Sredkova), o tyle ryzyko utraty żywiciela nabiera innego charakteru w zmieniającej się rzeczywistości społecznej. Można wręcz postawić pytanie, czy w nowych realiach społeczno-politycznych renta rodzinna nadal powinna być zachowana w dotychczasowym kształcie prawnym.

Do nowych ryzyk socjalnych zalicza się opiekę długoterminową i o niej traktuje tekst Dóry Lajkó. Z kolei tekst o przeobrażeniach instytucji zabezpieczenia społecznego w Finlandii jest szczególnie interesujący, ponieważ ten kraj właśnie przez wczesne uwzględnienie tzw. nowych ryzyk socjalnych w swoich rozwiązaniach instytucjonalnych służył (obok innych krajów skandynawskich) przykładem dobrej polityki społecznej, odpowiadającej na zmieniające się wyzwania. Autorka tego tekstu Laura Kallioma-Puha pokazuje, że w kraju tym następują dalsze zmiany i powstają koncepcje „nowych nowych ryzyk”.

Mamy nadzieję, że zawarte w tym numerze „Polityki Społecznej” analizy przyczynią się do rozszerzenia i pogłębienia debaty nad ważnymi zagadnieniami katalogu rodzaju ryzyk socjalnych oraz zakresu ochrony w systemach zabezpieczenia społecznego, czy szerzej polityki społecznej w Polsce.

GERTRUDA UŚCIŃSKA
ZOFIA CZEPULIS-RUTKOWSKA
Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

¹ Zagadnienia te zostały szczegółowo przedstawione w G. Uścińska, *Świadczenia z zabezpieczenia społecznego w regulacjach międzynarodowych i polskich. Studium porównawcze*, Warszawa 2005, s. 19 i n. oraz teże *Europejskie standardy zabezpieczenia społecznego a współczesne rozwiązania polskie*, Warszawa 2005, s. 68 i n.

² A.M. Świątkowski, *Karta Praw Społecznych Rady Europy*, Warszawa 2006, s. 1 i n.

³ F. Pennings, *Social Security*, s. 5 i n., www.transpennings.org [dostęp 28.04.2013]; M. Korola, F. Pennings, *The Legal Character of International Social Security Standards*, „European Journal of Social Security” 2008, Vol. 10, No. 2, s. 131 i n.

⁴ Zresztą takie problemy badawcze są podejmowane w literaturze przedmiotu – zob. T. Dijkhoff, *International Social Security Standards in the European Union. The Cases of the Czech Republic and Estonia*, Cambridge 2011.

⁵ Więcej na temat wtórnego ryzyka socjalnego w prawie niemieckim zob. R. Kreikebohm, *Zur Systematik der Erfassung sekundärer Sozialleistungsfälle im deutschen Sozialrecht*, „Neue Zeitschrift für Sozialrecht” 1999, s. 318–322. Autor podaje, że problem tzw. drugiego ryzyka (*secondary risks*) jest przedstawiany w literaturze jako skomplikowanie ochrony do tzw. pierwszych ryzyk (*primary social risks*). Przykładowo, kiedy osoba bezrobotna jest chora albo osoba chora staje się niepełnosprawna lub uprawniona do emerytury jest chora. Podobnie będzie przy LTC; tutaj ochrona odnosi się do osób chorych, dotkniętych inwalidztwem, ofiar wypadków przy pracy i innych ryzyk społecznych.

RYZIKO JAKO PRZESŁANKA OCHRONY W SYSTEMIE ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

Gertruda Uścińska

Instytut Polityki Społecznej UW
Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

WPROWADZENIE

Celem artykułu jest przedstawienie współczesnych badań nad pojęciem i zakresem ryzyka społecznego (socjalnego) w systemach zabezpieczenia społecznego. Prezentuje się w nim, jakie rodzaje tych ryzyk ustalono w literaturze przedmiotu oraz w obowiązujących regulacjach prawnych.

W opracowaniu dokonuje się analizy dotyczącej rodzajów ryzyk społecznych, ustalonych w aktach międzynarodowych i europejskich z tego zakresu oraz omawia zakres ochrony prawnej skutków ich zajścia. Odpowiada się również na pytanie badawcze dotyczące kierunków zmian, które dokonują się w tym zakresie, a które są pożądane.

POJĘCIE RYZYKA SPOŁECZNEGO (SOCJALNEGO) W LITERATURZE PRZEDMIOTU

Pojęcie ryzyka oraz innych sytuacji podlegających ochronie związane jest z aspektem przedmiotowym systemu zabezpieczenia społecznego (Szubert 1987: 57).

Ryzyko to na ogół niebezpieczeństwo wystąpienia zdarzenia: przyszłego, niepewnego, niezależnego od woli człowieka i dlań niekorzystnego (przynoszącego stratę; Jończyk 2001: 13)¹. Podobne definicje występują w piśmiennictwie zagranicznym².

WYODRĘBNIONE RODZAJE RYZYKA

Jeżeli chodzi o literaturę przedmiotu, to J. Jończyk wyróżnia *de lege lata* dziewięć rodzajów ryzyka socjalnego jako przedmiot ochrony prawnej³, a mianowicie:

- 1) dożycie wieku emerytalnego⁴,
- 2) trwała lub okresowa niezdolność do pracy⁵,
- 3) śmierć żywiciela⁶,
- 4) niezdolność lub niemożność świadczenia pracy (prowadzenia działalności)⁷,
- 5) wypadek przy pracy lub choroba zawodowa; jest to zdarzenie mające ustawową kwalifikację wypadku przy pracy lub choroby zawodowej,
- 6) niezdrowie⁸,
- 7) bezrobocie⁹,
- 8) niedostatek dochodu w rodzinie¹⁰,
- 9) trudne sytuacje życiowe; ryzyko to jest specyficzne i wymaga odrębnej formy ochrony, którą zapewnia instytucja pomocy społecznej¹¹.

Według K. Kolasińskiego (1999: 10) prawo do zabezpieczenia społecznego w polskiej Konstytucji (art. 67 ust. 1) jest ograniczone do klasycznego ryzyka ubezpieczeniowego – niezdolności do pracy spowodowanej chorobą lub inwalidztwem oraz osiągnięciem wieku emerytalnego. Poza jego zasięgiem pozostaje w zasadzie pomoc społeczna adresowana do wszyst-

kich, którzy – bez względu na przyczynę niedostatku – wymagają pomocy z zewnątrz (Kolasiński 1997: 115; Szurgacz 1992: 31). Konstytucja obejmuje także ryzyko bezrobocia (art. 67 ust. 2), ale ograniczając prawo do zabezpieczenia społecznego w przypadku pozostawania bez pracy nie z własnej woli i nieposiadania środków utrzymania¹². Z art. 71 Konstytucji autor wywodzi prawo do zabezpieczenia społecznego w razie ryzyka utraty żywiciela rodziny oraz obciążeń rodzinnych.

Według T. Szumlicza klasyczny katalog ryzyka społecznego nie ulega zmianie, chociaż zabezpieczeniu przed negatywnymi skutkami poszczególnych zdarzeń można nadawać większe lub mniejsze znaczenie, gdyż zmianie ulega społeczny wymiar danych zagrożeń społecznych. Autor proponuje, aby w zmodyfikowanym katalogu umieścić takie rodzaje ryzyka społecznego, jak: choroba, macierzyństwo, inwalidztwo, wypadek przy pracy, bezrobocie, śmierć żywiciela, starość, niedołężność, nagły brak, nagły wydatek i niedostatek. Ryzyko niedołężności autor wyodrębnia ze względu na coraz bardziej istotne zagrożenie wynikające z wydłużania się życia po osiągnięciu umownego wieku starości. Ryzyko nagłego braku – według autora – jest odróżniane od np. ryzyka niedostatku i traktowane jako zagrożenie niezaspokojenia potrzeb materialnych na poziomie ustalonego minimum społecznego, uwzględniane w polityce społecznej w formie działań interwencyjnych (Szumlicz 1994: 62)¹³.

Jak zauważa A. Świątkowski, pojęcie ryzyka socjalnego jest używane w systemach prawa ubezpieczeń społecznych państw członkowskich Unii Europejskiej. *Zakres tego pojęcia jest uzależniony od przyjętego w prawie ubezpieczeń społecznych przekonania władz legislacyjnych, jakiego typu świadczenia długotrwałe (emerytury, stałe renty inwalidzkie), okresowe (zasiłki chorobowe, macierzyńskie, opiekuńcze, dla bezrobotnych itp.), niektóre renty inwalidzkie, jednorazowe (świadczenia z tytułu urodzenia dziecka lub zgonu członka rodziny) są gwarantowane osobom, które znalazły się w sytuacji życiowej uprawniającej do domagania się wsparcia ze strony instytucji ubezpieczeniowej*¹⁴.

W ramach podsumowania tego zagadnienia można uznać, że w zakresie badań naukowych nad niektórymi rodzajami ryzyka społecznego uczyniono znaczny postęp. Niektóre tradycyjne podejścia ich ujmowania i analizy wymagają weryfikacji. Przykładowo, czy jest uzasadnione łączne traktowanie ryzyka choroby i macierzyństwa ze względu na fakt, że w obu tych przypadkach powstaje prawo do zasiłków rekompensujących utracony dochód z pracy¹⁵.

Wydaje się uzasadnione oddzielne traktowanie choroby i macierzyństwa. Zresztą tak jest w ustawodawstwach wielu krajów UE oraz w prawie unijnym.

Należy także zwrócić uwagę, że obciążenia rodzinne wymagają ujęcia nie w aspekcie ryzyka społecznego, ale potrzeby wsparcia (materialnego i pozamaterialnego) rodziny w związku z jej zadaniami społecznymi.

Badanie ryzyka bezrobocia powinno obejmować nie tylko bezrobotnego jako osobę zdolną i gotową do podjęcia pracy, którą straciła wbrew swej woli, ale jako szerszą koncepcję uwzględniającą brak dochodów z powodu braku pracy osób zdolnych i gotowych do jej podjęcia. Ten brak dochodów z pracy wynika z trudnej sytuacji na rynku pracy.

Dokonany przegląd rodzajów ryzyka społecznego i innych zdarzeń charakteryzuje zakres przedmiotowy systemów zabezpieczenia społecznego, funkcjonujących w Europie. Jednak systemy te ze względu na potrzeby społeczne ulegają dość istotnym zmianom. Powstaje więc pytanie, czy wyodrębniony katalog rodzaju ryzyka jest adekwatny do tych zmian. Trzeba dodać, że w literaturze prawniczej (niemieckiej) powstało wiele nowych koncepcji odnoszących się do ryzyk socjalnych, w tym problemu tzw. drugiego ryzyka socjalnego, które także powinny być brane pod uwagę przy ocenie prawa krajowego oraz UE. Problemem tzw. drugiego ryzyka socjalnego (*secondary risk*) w literaturze jest przedstawiany jako „skomplikowanie” ochrony do tzw. pierwszych ryzyk (*primary social risk*). Przykładowo, kiedy osoba bezrobotna jest chora albo osoba chora staje się niepełnosprawna lub uprawniona do emerytury jest chora. Podobnie będzie w przypadku opieki długoterminowej (*Long-term care* – LTC), która odnosi się do osób chorych, uznanych za inwalidów czy dotkniętych innymi ryzykami socjalnymi (Kreikebohm 1999: 318–322).

RYZYKO SPOŁECZNE W AKTACH MIĘDZYNARODOWYCH I EUROPEJSKICH

Istnieje potrzeba ustalenia, jak w regulacjach międzynarodowych i europejskich uregulowana jest sprawa rodzajów ryzyka społecznego, a ściślej, jaki jest ich katalog i czego one dotyczą.

Podstawowym aktem ustalającym taki katalog jest zalecenie nr 67 dotyczące zabezpieczenia dochodu z 1944 r.¹⁶, w którym wymieniono:

1) chorobę – to utrata zarobków spowodowana nieobecnością w pracy z powodu choroby lub wypadku – stwierdzonych medycznie – wymagającą leczenia lub nadzoru medycznego;

2) macierzyństwo – utrata zarobków z powodu nieobecności w pracy w ustalonych okresach przed i po porodzie;

3) inwalidztwo – niezdolność do podjęcia jakiegokolwiek przynoszącej istotne dochody pracy z powodu przewlekłego stanu wywołanego chorobą lub obrażeniami albo z powodu utraty części ciała bądź naruszenia jakiejś funkcji organizmu;

4) podeszły wiek – osiągnięcie określonego wieku, w którym osoby stają się zazwyczaj niezdolne do efektywnego wykonywania pracy; zwiększona jest zapadalność na choroby oraz inwalidztwo, występuje większe prawdopodobieństwo dotknięcia bezrobociem;

5) śmierć żywiciela rodziny – utrata źródła utrzymania przez osoby, które pozostawały na utrzymaniu osoby zmarłej;

6) bezrobocie – utrata zarobków spowodowana bezrobociem osoby ubezpieczonej, dotychczas zatrudnionej, zdolnej do podjęcia pracy w określonym zawodzie, poszukującej odpowiedniego zatrudnienia;

7) wydatki nadzwyczajne (zwiększone potrzeby) – ponoszone w wypadku choroby, macierzyństwa, inwalidztwa i śmierci, jeżeli nie są pokrywane w inny sposób¹⁷;

8) obrażenia (kalectwo i choroby) wynikające z zatrudnienia – urazowe uszkodzenie ciała lub choroba związana z wykonywaniem pracy, pod warunkiem że obrażenie nie było skutkiem poważnego i celowego wykroczenia ofiary, pociągającego za sobą częściową lub stałą niezdolność do pracy bądź śmierć¹⁸.

W konwencji nr 102 dotyczącej minimalnych norm zabezpieczenia społecznego z 1952 r. przyjęto koncepcję ryzyka, które związane jest z konkretnym świadczeniem, a w konsekwencji zakresem przedmiotowym systemu zabezpieczenia społecznego. Na tej podstawie można ustalić, że konwencja ta obejmuje ryzyko:

1) choroby (świadczenia zdrowotne, w tym medyczne – część II, zasilki chorobowe – część III) – ryzyko to ma złożony charakter, niejednorodny; przysługują świadczenia zdrowotne i pieniężne związane z utratą zarobku z powodu choroby;

2) bezrobocia (świadczenia w czasie bezrobocia – część IV) – utrata zarobków z powodu niemożności otrzymania odpowiedniego zatrudnienia przez osobę (chronioną) zdolną do pracy i mogącą ją podjąć;

3) starości (świadczenia na starość – część V) – zapewnienie środków do życia po osiągnięciu ustalonego wieku, który nie powinien być wyższy niż 65 lat; wyższy wiek 67 lat jest możliwy w określonych warunkach społecznych;

4) wypadku przy pracy i choroby zawodowej (świadczenia w razie wypadków przy pracy i chorób zawodowych – część VI) – ryzyko złożone, szeroko i precyzyjnie określone (szeroki katalog świadczeń);

5) konieczności utrzymania dzieci (świadczenia rodzinne – część VII) – wsparcie materialne i rzeczowe rodzin wychowujących dzieci;

6) macierzyństwa (świadczenia macierzyńskie – część VIII) – wsparcie materialne i świadczenia zdrowotne w związku z utratą zarobku w okresie ciąży, porodu, połogu i potrzeby opieki zdrowotnej w tych okresach;

7) inwalidztwa (świadczenia w razie inwalidztwa – część IV) – niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek działalności zawodowej w ustalonym stopniu, jeżeli można przypuszczać, że będzie trwała, w związku z czym następuje utrata zarobków;

8) śmierci żywiciela rodziny (świadczenia w razie śmierci żywiciela rodziny – część IX) – utrata przez wdowę lub dzieci środków utrzymania z powodu śmierci żywiciela rodziny¹⁹.

Do konwencji nr 102 nie przyjęto żadnego zalecenia, uznając za ponadczasowe znaczenie zasad określonych w zaleceniu nr 67.

W późniejszych aktach Międzynarodowej Organizacji Pracy nie wprowadzono nowych rodzajów ryzyka społecznego, ale rozszerzeniu uległ zakres ochrony w razie ich wystąpienia²⁰. Przykładowo, w konwencji nr 157 dotyczącej ustanowienia międzynarodowego systemu zachowania praw w zakresie zabezpieczenia społecznego pracowników migrujących, zawarto zasady zachowania praw osób będących w trakcie ich nabywania i praw nabytych we wszystkich działach zabezpieczenia społecznego objętych konwencją nr 102. Bliżej określono, że ma ona także zastosowanie do świadczeń rehabilitacyjnych, przewidzianych przez ustawodawstwo dotyczące jednego lub więcej działów zabezpieczenia spo-

tecznego. Jej postanowienia obejmują także wszystkie ogólne i specjalne systemy zabezpieczenia społecznego – zarówno składkowe, jak i bezskładkowe, a także systemy nakładające w drodze ustaw na pracodawców obowiązki w zakresie jednego z działów zabezpieczenia społecznego, określonego w konwencji nr 102.

To doprecyzowanie zawarte w konwencji nr 157 jest podyktowane potrzebą uwzględnienia zmian, które dokonują się w krajowych systemach zabezpieczenia społecznego, i jest obrazem rozwoju różnicowania krajowych rozwiązań. Uwaga ta dotyczy także aktów Rady Europy.

Komitet Niezależnych Ekspertów w przypadku tych aktów, a zwłaszcza przy ocenie stosowania art. 12 Europejskiej karty społecznej bierze pod uwagę świadczenia składkowe i nieskładkowe, a także mieszane, należne w razie zajścia: choroby, inwalidztwa, macierzyństwa, obciążenia rodzinnego, bezrobocia, starości, śmierci, wdowieństwa, wypadku przy pracy i choroby zawodowej (Samuel 2002: 300 i n.).

Europejski kodeks zabezpieczenia społecznego z 1964 r. Rady Europy wyodrębnia te same rodzaje ryzyka, które występują w konwencji nr 102: chorobę, bezrobocie, starość, wypadki przy pracy i choroby zawodowe, odpowiedzialność za utrzymanie dzieci, macierzyństwo, inwalidztwo, śmierć żywiciela rodziny (Uścińska 2005: 71 i n.). Podobnie jest w Zrewidowanym europejskim kodeksie zabezpieczenia społecznego z 1990 r., w którym jednak następuje istotne rozszerzenie koncepcji ochrony skutków wystąpienia ryzyka i innych sytuacji objętych ochroną (Uścińska 2005).

Dotychczasowe regulacje – rozporządzenie nr 1408/71

We wspólnotowych przepisach wyróżnia się następujące podejście do tego zagadnienia²¹. W dotychczas obowiązującym rozporządzeniu nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie zakres przedmiotowy jest podobny do ustalonego w konwencji nr 102. Obejmuje świadczenia uregulowane w ustawodawstwach państw członkowskich wymienione w art. 4 ust. 1 tego rozporządzenia²². Nie dokonuje się w nim wprost enumeracji rodzajów ryzyka. Można tego dokonać na podstawie nazwy i rodzaju świadczenia ustalonego w art. 4 ust. 1 oraz analizy orzeczeń Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości. Są to: choroba i macierzyństwo, inwalidztwo, starość, śmierć żywiciela, wypadki przy pracy i choroby zawodowe, bezrobocie, obciążenia rodzinne.

Rozporządzenie nr 1408/71 w rozdziale 1 pt. „Choroba i macierzyństwo” zawiera zasady koordynacji świadczeń zdrowotnych, a także świadczeń pieniężnych z tytułu choroby i macierzyństwa. Jednakże nie zawiera ogólnej definicji tych świadczeń. Ustawodawstwa krajowe dotyczące świadczeń w razie choroby i macierzyństwa muszą uwzględniać wspomniane rozporządzenie, a ściślej konstytutywne elementy wymienionych świadczeń.

Jeżeli chodzi o inwalidztwo, to nie jest ono zdefiniowane w prawie wspólnotowym. To ostatnie zawiera wiele norm kolizyjnych, ustalających zasady stosowania ustawodawstwa krajowego. Należy dodać, że koordynacja systemów związanych z realizacją ryzyka inwalidztwa jest skomplikowana. Wynika to z faktu, że w państwach członkowskich występują systemy typu

A, w których wysokość świadczeń inwalidzkich jest niezależna od długości okresów ubezpieczenia, i systemy typu B, według których wysokość tych świadczeń jest powiązana z długością okresów ubezpieczenia (Uścińska 2013).

Ryzyko starości również nie zostało zdefiniowane w przepisach wspólnotowych. Tym samym zakres świadczeń przysługujących z tego tytułu ustala ustawodawstwo krajowe. Według linii orzeczniczej Trybunału jest ono związane z osiągnięciem ustalonego wieku emerytalnego²³.

Niejednokrotnie jest tak, że dane świadczenie według ustawodawstwa krajowego jest powiązane z określonym ryzykiem, a Trybunał na podstawie oceny jego charakteru prawnego, celu i funkcji dokonuje innego zakwalifikowania²⁴ albo też uznaje się, że świadczenie kwalifikowane jako pieniężne zostaje uznane za świadczenie w naturze²⁵. Przykładowo, świadczenia przedemerytalne były wyłączone z koordynacji. Trybunał uznał, że świadczenia te nie mieszczą się w zakresie przedmiotowym art. 4 ust. 1 rozporządzenia nr 1408/71 i nie odnoszą się do żadnego z rodzajów ryzyka wyliczonych w tym artykule²⁶.

Jeżeli chodzi o wypadki przy pracy i choroby zawodowe, to także regulacje unijne nie zawierają ich definicji. Ryzyko to jest objęte ochroną w większości państw w ramach systemów ubezpieczenia społecznego, lecz między nimi występują dość istotne różnice. Z tego też powodu podejmuje się wiele działań mających na celu zbliżenie krajowych ustawodawstw z tego zakresu (Świątkowski 2000: 521).

W przypadku śmierci przewidziany jest zasiłek pogrzebowy. Jest to świadczenie pieniężne jednorazowe, przeznaczone na pokrycie kosztów pochówku osób objętych zakresem podmiotowym rozporządzenia nr 1408/71. Pojęcie „zasiłek pogrzebowy” jest ustalone przez ustawodawstwo krajowe, które określa także warunki nabycia prawa do tego świadczenia i zakres osób, którym ono przysługuje²⁷. Trudno jest jednoznacznie ustalić rodzaj ryzyka, jakie wstępuje w omawianym przypadku. Wydaje się, że uzasadnione jest zaliczanie go do wydatków nadzwyczajnych.

W przypadku bezrobocia występuje ryzyko utraty zarobków z powodu braku pracy. Ochrona przysługująca w takiej sytuacji jest zróżnicowana w ustawodawstwach krajowych (Świątkowski 2000: 459). Regulacje unijne zapewniają zachowanie praw nabytych (zasada transferu zasiłku do trzech miesięcy, gdy bezrobotny udaje się do innego państwa w celu poszukiwania pracy). Jeżeli ustawodawstwo krajowe uzależnia nabycie, zachowanie lub odzyskanie prawa do świadczeń w razie bezrobocia od okresów zatrudnienia lub ubezpieczenia, to okresy zatrudnienia lub ubezpieczenia w innym państwie muszą być wzięte także pod uwagę w koniecznym zakresie na zasadach ustalonych w rozporządzeniu nr 1408/71.

Obciążenia rodzinne zostały uwzględnione w szczególnym stopniu w rozporządzeniu nr 1408/71. Należy zauważyć, że zawarte w art. 1 lit. u (i) określenie „świadczenia rodzinne” oznacza wszelkie świadczenia rzeczowe lub pieniężne wyrównujące koszty utrzymania rodziny²⁸. Stanowi to podstawę dla Trybunału do uznania danego świadczenia za rodzinne, pomimo innego kwalifikowania go przez ustawodawstwo krajowe²⁹. Z kolei według art. 1 lit. u (ii) określenie „zasiłki rodzinne” oznacza okresowe świadczenia pieniężne przyznane wyłącznie w zależności od liczby oraz wieku członków rodziny. W związku z tym można wnioskować

wać, że świadczenia rodzinne obejmują zasiłki rodzinne, ale także i inne świadczenia. Rozróżnienie takie wynika również z regulacji krajowych dotyczących tych świadczeń i zostało dokonane w celu ich koordynacji.

Nowe regulacje – rozporządzenie nr 883/2004

W dniu 29 kwietnia 2004 r. zostało uchwalone rozporządzenie nr 883/2004 (Parlamentu Europejskiego i Rady) w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Od 1 maja 2010 r. zastąpiło ono obowiązujące rozporządzenie nr 1408/71. W preambule do nowego rozporządzenia podkreśla się, że rozporządzenie nr 1408/71 uległo wielokrotnym zmianom z jednej strony z powodu orzeczeń Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, z drugiej zaś rozwoju i zmian ustawodawstw krajowych. Obecne zasady koordynacji wspólnotowej są złożone i niezmiernie rozbudowane; ponieważ mają one na celu ułatwić swobodny przepływ osób, uznano za niezbędne zastąpienie ich, a zarazem uproszczenie i dostosowanie do rzeczywistości.

W rozporządzeniu nr 883/2004 nie dokonuje się wprowadzenia enumeracji rodzajów ryzyka, lecz ich wyodrębnienia można dokonać na podstawie nazw i rodzajów świadczeń ustalonych w art. 3 ust. 1³⁰. W porównaniu z obowiązującym rozporządzeniem należy zwrócić uwagę na następujące modyfikacje.

W wyniku orzecznictwa ETS świadczenia związane z opieką długoterminową (*Long-term care – LTC*) są kwalifikowane jako związane z ryzykiem choroby wobec braku odrębnego ryzyka zdania się na pomoc innych (pielęgnacja), określanego także jako ryzyko niesamodzielności (orzeczenie C-212/06, C-208/07 *Gliszczinski*). Opieka długoterminowa zostaje zatem objęta koordynacją przez zakwalifikowanie świadczeń pieniężnych z tytułu opieki długoterminowej jako świadczeń z tytułu choroby (art. 34 rozporządzenia nr 883/2004), a także świadczeń rzeczowych (art. 34 oraz art. 1 lit. va).

Wyodrębniono ryzyko choroby i macierzyństwa, w stosunku do którego rozszerzono przedmiot ochrony prawnej na ojców. Ze świadczeń związanych z macierzyństwem w państwach członkowskich UE może obecnie korzystać zarówno matka, jak i ojciec. Chodzi o świadczenia macierzyńskie sensu stricto, przyznawane w okresie pierwszych miesięcy życia noworodka (nie o świadczenia wychowawcze – rodzicielskie – udzielane w późniejszym okresie życia dziecka). Podobne uprawnienia dla ojca występują w wielu krajach europejskich.

Należy dodać, że nie oznacza to ustanowienia nowego rodzaju ryzyka (ojcostwo), ale raczej włączenie do przedmiotu ochrony prawnej sytuacji zrównanej z macierzyństwem i przyznanie ojcu świadczeń, które się upodabniają do świadczeń macierzyńskich sensu stricto. Istotne uporządkowanie nastąpiło także w zakresie świadczeń rodzinnych. Dotyczące ich regulacje zawarto w jednym rozdziale (rozdział 8 pt. „Świadczenia rodzinne”) z zaniechaniem dotychczasowego zróżnicowania na świadczenia na rzecz dzieci osób aktywnych zawodowo i na rzecz dzieci pozostających na utrzymaniu emerytów lub rencistów oraz dla sierot. Pojęcie świadczeń rodzinnych (*family benefits, prestations familiales*), ustalone w art. 1 lit. z rozporządzenia nr 883/2004, obejmuje wszelkie świadczenia rzeczowe lub pieniężne przeznaczone na pokrycie kosztów utrzymania rodziny, z wyłączeniem alimentów oraz spe-

cialnych zasiłków z tytułu urodzenia dziecka lub adopcji, wymienionych w załączniku I do rozporządzenia.

Nowym podejściem jest włączenie w zakres przedmiotowy omawianego rozporządzenia świadczeń przedemerytalnych (art. 3 ust. 1 lit. i). Dotychczas nie były one objęte koordynacją systemów zabezpieczenia społecznego. Wynika to z nieumieszczenia takich świadczeń w zakresie przedmiotowym rozporządzenia nr 1408/71 (art. 4 ust. 1) i orzecznictwa Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości. Trybunał w orzeczeniach wydanych w związku z tymi świadczeniami podkreślał w szczególności, iż są one wyłączone z koordynacji głównie z tego powodu, że nie odnoszą się do żadnego z rodzajów ryzyka wymienionych (wliczonych) w art. 4 ust. 1 tego rozporządzenia. Niektóre państwa członkowskie uważały jednak, że świadczenia te powinny być objęte zasadą transferu, czyli przekazywania ich za granicę w związku z wyjazdem uprawnionego do innego państwa.

Gdyby odpowiedzieć na pytanie, z jakim ryzykiem mamy do czynienia w przypadku tego świadczenia, to należy przyrzeć się celowi, jakiemu ma ono służyć. Według rozporządzenia nr 883/2004 świadczenia przedemerytalne (art. 1 lit. x; *pre-retirement benefits, prestations de préretraite*) to wszystkie świadczenia pieniężne i inne niż świadczenia na wypadek bezrobocia i z tytułu wcześniejszego przejścia na emeryturę, przyznawane – począwszy od określonego wieku – pracownikowi, który ograniczył, zaprzestał lub zawiesił swoją pracę zawodową do czasu, kiedy będzie mu przysługiwała emerytura właściwa lub wcześniejsza. Korzystanie ze świadczenia przedemerytalnego nie będzie zależało od warunku podlegania służbom zatrudnienia właściwego państwa członkowskiego.

W rozporządzeniu nr 883/2004 wyraźnie rozróżnia się uprawnienia do świadczeń z tytułu bezrobocia oraz na starość. Świadczenie przedemerytalne nie jest zaliczane do żadnego z nich. W związku z takim podejściem można przyjąć, że jest ono związane z ryzykiem ograniczenia lub zaprzestania aktywności zawodowej w wieku przedemerytalnym. Świadczenie to pozostaje także w związku z sytuacją na rynku pracy³¹.

Z przeprowadzonych ustaleń wynika, że w regulacjach wspólnotowych zachodzą pewne modyfikacje w ustalonym dotychczas katalogu rodzajów ryzyka społecznego. Następuje jednak istotne rozszerzenie ochrony na inne sytuacje związane z macierzyństwem. Uwzględnia się także tendencje istniejące w krajowych ustawodawstwach. Ta ostatnia uwaga dotyczy świadczeń przedemerytalnych i wyodrębnionego ryzyka ograniczenia lub zaprzestania aktywności zawodowej w wieku przedemerytalnym, chociaż takie świadczenie nie występuje powszechnie w państwach europejskich. Na uwagę zasługuje także podział dotychczasowego niejednorodnego ryzyka choroby, macierzyństwa oraz daleko idące rozszerzenie przedmiotu ochrony prawnej w razie macierzyństwa.

PODSUMOWANIE

W przepisach unijnych o koordynacji katalog rodzaju ryzyka socjalnego odnosi się do dziewięciu tradycyjnych ryzyk socjalnych w sposób bezpośredni (art. 3 ust. 1 rozporządzenia nr 883/2004: choroba, macierzyństwo, inwalidztwo, starość, śmierć żywiciela, wypadek przy pracy, choroba zawodowa, śmierć, bezrobocie,

obowiązki rodzinne). Natomiast w odniesieniu do ryzyka niesamodzielności daje się go ustalić *implicite* poprzez świadczenia chorobowe, gwarantujące ochronę (opieka długoterminowa) w razie jego zajścia.

Czy w przyszłości ten katalog rodzajów ryzyka socjalnego zostanie rozszerzony, będzie wynikać z polityki UE w zakresie skutecznego realizowania prawa do zabezpieczenia społecznego obywateli UE korzystających z prawa do przemieszczania się. Zmiany, które dokonują się w krajowych systemach, w tym uwzględnianie ryzyka niesamodzielności oraz rozwój różnych form opieki długoterminowej mogą wpłynąć na rozszerzenie tego katalogu w prawie unijnym (Uścińska 2013: 162).

Trzeba także dodać, że w ustawodawstwach krajowych państw unijnych występuje szereg świadczeń niedających się powiązać z przyjętym *de lege lata* katalogiem ryzyka socjalnego, a uznawanych jako wchodzących do systemów zabezpieczenia społecznego. Oznacza to, że ten katalog nie jest pełny. Jednak należy także postawić pytanie, czy i w jakim zakresie niektóre świadczenia nie powinny być w sposób bezpośredni powiązane z ustalonym rodzajem ryzyka socjalnego?

¹ Autor używa określenia „ryzyko socjalne”, podając, że w prawie zabezpieczenia społecznego posługujemy się pojęciem ryzyka socjalnego.

² W języku łacińskim: *periculum* – ryzyko, niebezpieczeństwo, ryzyko straty; M. Kuryłowicz, *Słownik terminów, zwrotów i sentencji prawniczych łacińskich oraz pochodzenia łacińskiego*, Kraków 2002, s. 70. Według *New Webster's Dictionary and Thesaurus of the English Language* (s. 859): *risk* – ryzyko oznacza prawdopodobieństwo wystąpienia niebezpiecznego zdarzenia, w wyniku którego ponoszona jest strata, podlegająca pokryciu przez polisę ubezpieczeniową albo w innej ustalonej formie. Zob. bliżej (Uścińska 2005: 62).

³ W ocenie autora taka lista rodzajów socjalnego ryzyka nie różni się od klasycznego ujęcia tego zagadnienia w konwencji nr 102, a także innych wyższych standardach aktów organizacji międzynarodowych. W tych ostatnich uregulowaniach nie uwzględnia się na ogół ryzyka trudnych sytuacji życiowych (i pomocy społecznej), traktuje się oddzielnie chorobę i macierzyństwo (Jończyk 2001: 14 i n.). Wcześniejsze koncepcje na temat ryzyka ubezpieczeniowego autor przedstawia w (Jończyk 1993: 34).

⁴ Zaprzestanie zatrudnienia (działalności) ze względu na wiek oznacza brak dochodu z pracy, a także dochodu odłożonego, bo jego kalkulacja opiera się na założeniu, że okres starości zostanie objęty jakąś formą zabezpieczenia społecznego.

⁵ Jest to pojęcie normatywne zaczerpnięte z ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Jest to ryzyko niezdolności do pracy, zwane także ryzykiem inwalidztwa. Dotyczy utraty środków utrzymania (z tytułu zatrudnienia lub innej podobnej aktywności) przed osiągnięciem wieku emerytalnego. Autor podaje, że dawniej określano je jako inwalidztwo; to zastrzeżenie może dotyczyć tylko polskich przepisów, bo w wielu obowiązujących przepisach europejskich i krajowych używa się pojęcia „inwalidztwo”. Zob. (Uścińska w druku).

⁶ Gdy dochody z zatrudnienia (lub innej działalności) albo emerytura lub renta z tytułu niezdolności do pracy są głównym źródłem utrzymania rodziny, która pozostaje bez środków do życia; chodzi o osoby, wobec których żywiciel z tytułu prawnego (wyjątkowo także z tytułu społecznego, obyczajowego i moralnego) ma zobowiązanie o charakterze alimentacyjnym. Autor podaje, że żywiciel to kategoria prawna, wyrażająca stosunki prawne (i moralne) o charakterze alimentacyjnym, a nie kategoria życiowa osoby dostarczającej faktycznie środków utrzymania. Żywiciel ma potrzebę bezpieczeństwa socjalnego, która może być

zaspokojona za pomocą kategorii ryzyka śmierci żywiciela i związanej z nią ochrony prawnej, mającej postać ubezpieczenia rentowego i renty rodzinnej.

⁷ Ryzyko socjalne wyodrębnione na podstawie ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa dotyczy okresu trwania zatrudnienia (prowadzenia innej działalności), ma charakter przejściowy, czasowy; ryzyko to obejmuje również chorobę i macierzyństwo oraz inne jeszcze przyczyny. W odróżnieniu od ryzyka trwałej lub okresowej niezdolności do pracy, które dotyczy stanu zaprzestania zatrudnienia lub innej działalności. Odosobnienie z powodu choroby zakaźnej, konieczność osobistej opieki nad dzieckiem lub członkiem rodziny. Zdaniem autora jest to ryzyko niejednorodne, którego ochrona wynika z „ubezpieczenia chorobowego”, które korzysta także z ochrony w prawie pracy. W polskiej tradycji prawnej świadczenia z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa traktuje się łącznie, ale odpowiadające im ryzyko ma złożony, niejednorodny charakter, a świadczenia także są różne.

⁸ Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie to nie tylko brak choroby, lecz także pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. Według J. Jończyka słowo „niezdrowie” nie występuje w języku potocznym ani też w języku prawnym, ale znane jest i akceptowane przez normę językową występującą w *Słowniku języka polskiego*. Jest to dosłownie ryzyko niezdrowia człowieka, wymagające specyficznej ochrony, którą oferuje *de lege lata* instytucja powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Autor pisze, że jest to termin „poręczny”, bo z jednej strony wyłącza skojarzenia świadczeń zdrowotnych z tytułu dawnego ubezpieczenia chorobowego, a z drugiej nawiązuje do definicji zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia.

⁹ Autor nie precyzuje bliżej tego ryzyka; podaje, że jest ono względne i wymagające analizy w różnych aspektach (jako zagadnienie społeczne mające wymiar indywidualny w kontekście ryzyka socjalnego i prawa zabezpieczenia społecznego).

¹⁰ Ryzyko to jest względne, autor odnosi je do wielkości rodziny prowadzącej wspólnie gospodarstwo, liczby osób zarobkujących i przyczyniających się do jej utrzymania oraz wysokości łącznego dochodu.

¹¹ Zdaniem autora włączenie do tej listy ryzyka trudnych sytuacji życiowych, jako przedmiotu ochrony w prawie zabezpieczenia społecznego, jest konieczne z dwóch zwłaszcza powodów: ze względu na „pokrewieństwo” z ryzykiem bezrobocia i ryzykiem niedostatku dochodu w rodzinie oraz z uwagi na istotne przemiany formy prawnej ochrony, w której coraz większe znaczenie mają uprawnienia o charakterze roszczeniowym. Dowodem tego jest ewolucja świadczeń hybrydowych (nietypowych) w prawie Unii Europejskiej, zawierających elementy ubezpieczeń i pomocy. Przedstawiona przez autora lista rodzajów ryzyka socjalnego wyznacza zakres przedmiotu prawa zabezpieczenia społecznego.

¹² Prawo do zabezpieczenia społecznego w przypadku niezdolności do pracy spowodowanej chorobą lub inwalidztwem oraz osiągnięcia wieku emerytalnego jest niezależne od posiadania innych środków utrzymania. Tak (Kolasiński 1999: 10).

¹³ Autor pisze, że ryzyko niedostatku wprowadza pod wpływem lektury książki J. Jończyka z 2001 r., a ściślej rozważań dotyczących „ryzyka niedostatku dochodu w rodzinie” i „ryzyka trudnych sytuacji życiowych”. Jednakże ryzyko niedostatku nie traktuje jako sumy tych dwóch zjawisk, ale jako szczególnie przesłankę zastosowania zabezpieczenia społecznego w sytuacji skumulowanych skutków (strat), wynikających z innego ryzyka. Na ten temat również Szumlicz (2005: 80).

¹⁴ Według A. Świątkowskiego *świadczenia z ubezpieczenia społecznego przysługują w razie niezdolności do pracy wywołanej: wiekiem, chorobą, zwiększeniem obciążenia dla budżetu rodziny z powodu śmierci żywiciela rodziny lub urodzenia dziecka, a więc pomniejszenia bądź powiększe-*

nia się rodziny ubezpieczonego, niemożnością uzyskania zatrudnienia. W pojęciu ryzyka określanego zbiorczym terminem „niezdolność do pracy wskutek choroby” mieszczą się również świadczenia macierzyńskie i opiekuńcze oraz renty inwalidzkie (Świątkowski 1998:60 i n.).

- ¹⁵ Nawet jeżeli są regulowane w jednym akcie prawnym i mają wspólne zasady dotyczące warunków nabycia, zasad wymiaru i inne.
- ¹⁶ Zalecenie nr 67 jest podstawą dalszych rozwiązań przyjętych w wielu krajach europejskich, a także aktach międzynarodowych; zob. (Uścińska 2005: 69 i n.).
- ¹⁷ Zalecenie ustala szczegółowo, jaki zakres świadczeń powinien przysługiwać w związku ze zwiększonymi potrzebami; jest on następujący:
- 1) w okresie hospitalizacji matki mającej na utrzymaniu dzieci, jeśli jest ona ubezpieczona lub jest żoną ubezpieczonego i nie otrzymuje żadnego świadczenia zamiast zarobków, należy zapewnić niezbędną pomoc domową lub wypłacić świadczenie umożliwiające wynajęcie takiej pomocy;
 - 2) w związku z urodzeniem dziecka kobietom ubezpieczonym oraz żonom ubezpieczonych powinna zostać wypłacona jednorazowa suma na pokrycie kosztów wyprawki i podobnych wydatków;
 - 3) osobom wymagającym stałej opieki, pobierającym świadczenie inwalidzkie lub emerytalne, powinien być wypłacany specjalny dodatek;
 - 4) w związku ze śmiercią osoby ubezpieczonej bądź śmiercią żony czy męża osoby ubezpieczonej albo dziecka pozostającego na utrzymaniu należy wypłacić jednorazową sumę na pokrycie kosztów pogrzebu.
- ¹⁸ Zalecenie nr 67 ustala także: 1) zakres ochrony, który powinien obejmować wypadki w drodze do pracy i z pracy, a także choroby zawodowe, 2) wykaz chorób zawodowych, 3) katalog świadczeń, który obejmuje świadczenia pieniężne, w tym odszkodowanie, a także świadczenia rzeczowe. To ryzyko jest w późniejszych aktach europejskich nazwane wypadkiem przy pracy i chorobą zawodową.
- ¹⁹ Ochrona skutków zajęcia poszczególnych ryzyk daje się więc ująć w następujące działy zabezpieczenia społecznego, które są objęte konwencją nr 102: opieka lekarska, zasiłki chorobowe, świadczenia macierzyńskie, świadczenia na wypadek inwalidztwa, świadczenia emerytalne, świadczenia w razie śmierci żywiciela, świadczenia w razie wypadków przy pracy i chorób zawodowych, świadczenia na wypadek bezrobocia, świadczenia rodzinne.
- ²⁰ W przypadku: 1) starości, inwalidztwa i śmierci żywiciela – nastąpiło to w konwencji nr 128 dotyczącej świadczeń w razie inwalidztwa, na starość i w razie śmierci żywiciela rodziny z 1967 r.; 2) choroby – w konwencji nr 130 dotyczącej opieki lekarskiej (świadczeń zdrowotnych) i zasiłków chorobowych z 1969 r.; 3) bezrobocia – w konwencji nr 168 dotyczącej popierania zatrudnienia i ochrony przed bezrobociem z 1988 r.; 4) wypadków przy pracy i chorób zawodowych – w konwencji nr 121 dotyczącej świadczeń w razie wypadków przy pracy i chorób zawodowych z 1964 r.; 5) macierzyństwa – w konwencji nr 183 dotyczącej ochrony macierzyństwa z 2000 r.
- ²¹ Z orzeczeń Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości wynika, że cechy szczególne świadczeń stanowią podstawowe kryterium rozróżnienia między świadczeniami objętymi i nieobjętymi zakresem przedmiotowym. Zob. orzeczenia: C-249/83 *Hoeckx*, C-85/99 *Offermans*, C-69/79 *Jordens-Vosters*, C-70/80 *Vigier*, C-122/84 *Scrivner*, C-78/91 *Hughes* (Uścińska, Kazenas, red. 2002; Spiegel 2005).
- ²² Użyte jest sformułowanie: *Rozporządzenie nr 1408/71 stosuje się do wszystkich ustawodawstw odnoszących się do działów zabezpieczenia społecznego, które dotyczą: świadczeń w razie choroby i macierzyństwa, świadczeń z tytułu inwalidztwa, łącznie ze świadczeniami służącymi zachowaniu albo zwiększeniu zdolności do zarabkowania, emerytur, świadczeń dla osób pozostających przy życiu, świadczeń z tytułu wypadku przy pracy i choroby zawo-*

owej, świadczeń z tytułu śmierci, zasiłków dla bezrobotnych, świadczeń rodzinnych.

- ²³ Granica tego wieku jest określana przez ustawodawstwo krajowe (orzeczenie C-244/97 *Lustig*).
- ²⁴ Na przykład w orzeczeniach C-206/94 *Paletta II*, C-69/79 *Jordens-Vosters*, C-160/96 *Molenaar*. Zob. (Uścińska, Kazenas red. 2002).
- ²⁵ Na przykład orzeczenie: C-132/96 *Stinco, Panfilo*, w którym Trybunał uznał, że z pojęcia „świadczenia emerytalne” nie można wyłączyć dodatku przyznanego w celu wyrównania emerytury do ustawowego minimum, chociaż w ustawodawstwie krajowym kwalifikowano ten dodatek jako świadczenie bezskładkowe niepodlegające transferowi.
- ²⁶ Takie stanowisko Trybunału zawierają orzeczenia C-57/90, C-198/90 i C-253/90 *Komisja przeciwko Holandii, Francji i Belgii*, a także orzeczenie C-171/82 *Valentini*. Chociaż już inne podejście zajęł Trybunał w orzeczeniu C-160/96 *Molenaar* w sprawie uznania danego świadczenia za dotyczące rozporządzenia nr 1408/71. Zob. (Uścińska, Kazenas red. 2002).
- ²⁷ Zasiłek pogrzebowy jest powszechnie regulowany przez ustawodawstwa krajowe dotyczące zabezpieczenia społecznego, albo w związku z działem „choroba i macierzyństwo” albo „emerytury i renty”. Zob. (MISSOC 2012).
- ²⁸ Zgodnie z ustawodawstwem określonym w art. 4 ust. 1 lit. h, z wyłączeniem specjalnych zasiłków porodowych lub z tytułu przysposobienia, określonych w załączniku II.
- ²⁹ Na przykład orzeczenie C-245/94, C-312/94 *Hoever Zachov*. Trybunał uznał, że rozróżnienie między świadczeniami wyłączonymi z zakresu stosowania rozporządzenia nr 1408/71 i świadczeniami, które wchodzą do tego zakresu, opiera się na elementach konstytutywnych każdego świadczenia, szczególnie na jego celu i warunkach przyznania, a nie na fakcie, czy dane świadczenie zakwalifikowane jest (lub nie) jako świadczenie z ubezpieczenia społecznego przez ustawodawstwo krajowe danego państwa.
- ³⁰ Dokonuje się tego ustalenia na podstawie art. 3 ust. 1, zgodnie z którym rozporządzenie stosuje się do wszystkich ustawodawstw odnoszących się do zabezpieczenia społecznego obejmującego: świadczenia z tytułu choroby (choroba); świadczenia z tytułu macierzyństwa, zrównane świadczenia ojcowskie (w języku angielskim – *maternity and equivalent paternity benefits*, a w języku francuskim – *les prestations de maternité et de paternité assimilées*) (macierzyństwo); świadczenia z tytułu inwalidztwa (inwalidztwo); świadczenia emerytalne (starość); świadczenia dla osób pozostających przy życiu (śmierć żywiciela); świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i choroby zawodowej (wypadki przy pracy i choroby zawodowe); zasiłki pogrzebowe (śmierć); świadczenia w razie bezrobocia (bezrobocie); świadczenia przedemerytalne (ograniczenie lub zaprzestanie aktywności zawodowej w wieku przedemerytalnym); świadczenia rodzinne (obciążenia rodzinne).
- ³¹ W analizowanych aktach Międzynarodowej Organizacji Pracy i Rady Europy nie wyróżnia się takiego ryzyka, ale przewiduje się rozwiązania uwzględniające sytuację osób bezrobotnych w wieku przedemerytalnym. Do podstawowych należy wydłużenie okresu wypłaty zasiłków z tytułu bezrobocia.

LITERATURA

- Golinowska S., Książkowski M., Jończyk J., Rajkiewicz A., Szubert W. (1993), *O nowy model polityki społecznej w Polsce*, „Studia i Materiały”, z. 1, Warszawa.
- Jończyk J. (1993), *Nowy ład socjalny*, w: S. Golinowska, M. Książkowski, J. Jończyk, A. Rajkiewicz, W. Szubert, *O nowy model polityki społecznej*, „Studia i Materiały”, z. 1, IPiSS, Warszawa.
- Jończyk J. (2001), *Prawo zabezpieczenia społecznego. Ubezpieczenia społeczne i zdrowotne. Bezrobocie i pomoc społeczna*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków.

- Kolasiński K. (1995), *Konstytucyjne prawo do zabezpieczenia społecznego a nowy system ubezpieczeń społecznych*, „Państwo i Prawo” nr 5.
- Kolasiński K. (1997), *Prawo pracy i ubezpieczeń społecznych*, Toruń.
- Kreikebohm R. (1999), *Zur Systematik der Erfassung sekundärer Sozialleistungsfälle im deutschen Sozialrecht*, „Neue Zeitschrift für Sozialrecht”.
- MISSOC 2012, *Social protection in the Member States of the European Union of the European Economic Area and in Switzerland. Situation on 1 May 2004, Mutual information system on social protection*, European Commission.
- Uścińska G., Kazenas B., red. (2002), *Orzeczenia Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości w dziedzinie zabezpieczenia społecznego*, wersja szeroka i wersja skrócona, MPiPS, Warszawa.
- Samuel L. (2002), *Droits sociaux fondamentaux, Jurisprudence de la Charte sociale européenne*, 2^e édition, Editions du Conseil de l'Europe, Council of Europe Publishing.
- Spiegel B. (2005), *EuGH und nationale Instanzen: EG-rechtliche Entscheidungen mit Relevanz für den Bereich der sozialen Sicherheit*, Wien.
- Szubert W. (1987), *Ubezpieczenie społeczne. Zarys systemu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Szumlicz T. (1994), *Modele polityki społecznej*, „Monografie i Opracowania”, SGH, Warszawa.
- Szumlicz T. (2005), *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Warszawa.
- Szurgacz H. (1992), *Wstęp do prawa pomocy społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Świątkowski A. (1998, 1999, 2000), *Europejskie prawo socjalne*, t. I, II i III, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa.
- Uścińska G. (2005), *Europejskie standardy zabezpieczenia społecznego a współczesne rozwiązania polskie*, IPISS, Warszawa.
- Uścińska G. (2005), *Świadczenia z zabezpieczenia społecznego w regulacjach międzynarodowych i polskich. Studium porównawcze*, Warszawa.
- Uścińska G. (2013), *Zabezpieczenie społeczne osób korzystających z prawa do przemieszczania się w Unii Europejskiej*, Lex Wolters Kluwer, Warszawa.
- Uścińska G. (w druku), *Świadczenia inwalidzkie – standardy międzynarodowe*, PSUS 2013, referat na konferencji 19–20 Chorzów.

SUMMARY

This article presents recent research on the concept and scope of the risk of social (welfare) in social security systems. It is agreed that these types of risks found in the literature and in the existing regulations. It entails an analysis of the types of social risks set out in international and European instruments in this field. Defines the scope of legal consequences of their occurrence. Answers the question whether the directory is an exhaustive list. Finally, the author answers the research question concerning the directions of the changes that are taking place in this area, and which are desirable.

NOWE RYZYKA SOCJALNE

WPROWADZENIE

Celem niniejszego tekstu jest przedstawienie koncepcji tzw. nowych ryzyk socjalnych – uwarunkowań jej powstania i zastosowania w analizie oraz tworzeniu polityki społecznej na szczeblu krajowym i międzynarodowym (na przykładzie Unii Europejskiej). Koncepcja ta – szeroko stosowana przez badaczy zachodnich – jest prawie nieobecna w polskiej debacie o polityce społecznej¹. Wydaje się, że korzystne dla tej debaty i podejmowanych rozwiązań jest wykorzystanie perspektywy nowych ryzyk socjalnych. Pozwala ona na zrozumienie zmian dokonujących się w krajach rozwiniętych, w których nowe ryzyka socjalne są ważnym punktem odniesienia dla dyskusji i polityki, a także w krajach postsocjalistycznych, które przyjęły system gospodarki rynkowej.

Koncepcja nowych ryzyk socjalnych służy, ogólnie rzecz biorąc, wskazaniu trudnych sytuacji – głównie, ale nie tylko – materialnych, które pojawiły się w efekcie zmian postindustrialnych. Jest przeciwstawiana koncepcji starych ryzyk socjalnych. Tak zwane stare ryzyka socjalne wiązane są z wcześniejszym, industrialnym okresem rozwoju ekonomiczno-społecznego. Były one dobrze zdefiniowane w polityce społecznej, podobnie jak instytucje, które zapewniały ochronę w przypadku realizacji takich ryzyk.

W gospodarkach centralnie planowanych społeczeństwo funkcjonowało rzecz jasna inaczej niż w kra-

jach rozwiniętego kapitalizmu, co nie znaczy, że było wolne od ryzyk socjalnych. Miały one jednak inny charakter. Inaczej też działały instytucje socjalne w pełni kontrolowane przez władze państwowe. Nowe ryzyka socjalne mają więc w tych państwach dodatkowy wymiar, związany z szybkim przejściem od systemu gospodarki centralnie planowanej do gospodarki rynkowej.

W tekście pokrótce odnoszę się do koncepcji starych ryzyk socjalnych (szerzej na ten temat w artykule Gertrudy Uścińskiej) w powojennym państwie dobrobytu. Omawiam elementy zmiany ekonomicznej i społecznej w krajach gospodarki rynkowej od połowy lat 70. XX wieku, która postawiła nowe wyzwania wobec polityki społecznej. Przedstawiam koncepcję nowych ryzyk socjalnych i jej związek ze zmianami (podjętymi i postulowanymi) w polityce społecznej. Podaję też przykłady „nowych” ryzyk socjalnych i związanych z nimi instytucjonalnych rozwiązań w Polsce. W ostatnim punkcie mówię o strategii *Europa 2020* z perspektywy koncepcji nowych ryzyk socjalnych.

Artykuł nie wyczerpuje, rzecz jasna, podjętego tematu. Moją intencją jest jedynie wprowadzenie do dyskusji na podjęty temat.

RYZYKA SOCJALNE W PAŃSTWIE DOBROBYTU

Instytucje socjalne w krajach gospodarki rynkowej zaczęły się kształtować na szerszą skalę w końcu XIX i na początku XX wieku. Nie określano ich jeszcze wów-

czas jako instytucji państwa dobrobytu. Dopiero po II wojnie światowej rozwinęły się znacząco (w krajach gospodarki rynkowej) w dobie postępującej industrializacji – poszerzały się ich zakresy podmiotowy i przedmiotowy oraz wzrastała wysokość świadczeń.

Nicholas Barr (Barr 2011) wskazuje następujące źródła dobrobytu: praca zarobkowa, środki prywatne, państwo i ubezpieczenia prywatne. O ile podstawowym źródłem dobrobytu społeczeństwa było przede wszystkim wynagrodzenie za pracę, zresztą relatywnie wysokie w okresie powojennym, o tyle państwo zapewniało ochronę na wypadek jego utraty lub ograniczenia. Własne środki prywatne lub prywatne ubezpieczenia odgrywały mniejszą rolę w zapewnianiu dobrobytu. Ponieważ państwo w coraz większym zakresie i na coraz wyższym poziomie podejmowało odpowiedzialność za dobrobyt obywateli, zaczęto stosować termin „państwo dobrobytu” dla podkreślenia faktu, że zapewnia i zabezpiecza ono dobrobyt społeczeństwa.

W latach 50., 60. i 70. ubiegłego stulecia warunki rozwoju państw opiekuńczych kształtowały cztery, bardzo korzystne czynniki (Taylor-Gooby 2004).

1. Stały wzrost ekonomiczny dzięki produkcji w dużych zakładach przemysłowych umożliwiał wypłatę odpowiednio wysokich „rodzinnych” wynagrodzeń dla znaczącej części populacji. Płaca zatrudnionego, również robotnika, wystarczała na utrzymanie rodziny z dziećmi.

2. Stabilna struktura rodzinna, która umożliwiała opiekę nad dziećmi oraz niesamodzielnymi osobami starszymi. Rodzina pełniła funkcje opiekuńcze, które realizowała pozostająca w domu, niepracująca zarobkowo żona. Nie było potrzeby (na szerszą skalę) zapewniania usług opiekuńczych przez instytucje państwa. Trwałość instytucji rodziny była wzmacniana przez to, że płaca męża pozwalała na jej utrzymanie; kobieta nie musiała więc pracować, ale też – nie mając wystarczających środków własnych – była ekonomicznie zależna od męża.

3. Rządy były w stanie zarządzać gospodarkami przez neokeynsofską politykę ekonomiczną i dzięki niej utrzymywały niski poziom bezrobocia i wysoki poziom wynagrodzeń.

4. Systemy polityczne, w ramach których koalicja klasy pracującej i klasy średniej mogły efektywnie egzekwować od rządu organizację świadczeń i usług. Dużą rolę w nacisku na organizację hojnych systemów zabezpieczenia społecznego odgrywały silne związki zawodowe.

Wymienione wyżej czynniki spowodowały podział odpowiednich pól działania pomiędzy sferami prywatną i publiczną. Polityka społeczna dostosowana była do przeważającego modelu produkcji i życia społecznego (w ramach stabilnych rodzin). Podstawową instytucją państwa opiekuńczego stało się zabezpieczenie społeczne, które zostało zorganizowane wokół tzw. ryzyk socjalnych – wystąpienia trudnych dla pracowników i ich rodzin sytuacji materialnych, wynikających z przerwy w pracy zarobkowej na krótszy lub dłuższy czas. O tych tradycyjnych, „starych” ryzykach socjalnych mówi artykuł Gertrudy Uścińskiej zamieszczony w tym numerze.

Instytucje polityki społecznej miały wspomagać pracowników i ich rodziny w razie sytuacji przerwania strumienia dochodów (emerytura, inwalidztwo, bezro-

bocie) oraz niedopasowania dochodu do możliwości w cyklu życia (zasiłki rodzinne) albo tam, gdzie opłata za świadczenia była za wysoka – w przypadku edukacji i ochrony zdrowia. Opieka nad małoletnimi dziećmi lub osobami starszymi była organizowana w ramach rodziny.

OKRES POSTINDUSTRIALNY – ZMIANA EKONOMICZNO-SPOŁECZNA

Połowa lat 70. ubiegłego stulecia stała się punktem zwrotnym w rozwoju gospodarczym państw kapitalistycznych. Po kryzysie naftowym ujawniły się tendencje, wzajemnie na siebie wpływających, zmian ekonomicznych i społecznych.

1. Zmianie uległa struktura gospodarki; zmniejszył się udział produkcji przemysłowej, a wzrósł udział sektora usług.

2. Spadło tempo wzrostu wydajności pracy; w usługach jest ono niższe niż w przemyśle. W rezultacie tego spadku zmniejszyła się dynamika wzrostu płac.

3. W konsekwencji zmian w strukturze gospodarki spadło zatrudnienie w przemyśle, a wzrosło w usługach. Spadła stopa zatrudnienia mężczyzn, a znacznie wzrosła stopa zatrudnienia kobiet. Zmniejszyło się zapotrzebowanie na nisko kwalifikowaną siłę roboczą i obniżyły się wynagrodzenia tej kategorii osób.

4. W związku z szybko zmieniającą się strukturą popytu, między innymi pod wpływem globalizacji, konieczne stało się ciągle dostosowywanie kwalifikacji zawodowych do zmieniających się wymogów rynku pracy. Wykształcenie „wyjściowe”, np. kwalifikacje do pracy w przemyśle, nie pozwalały już na podtrzymanie zatrudnienia w jednym miejscu w cyklu całego życia.

5. Nastąpiły zmiany w strukturze i funkcjach rodziny. Kobiety masowo weszły na rynek pracy zarówno ze względów ekonomicznych, jak i rosnących aspiracji własnych (Streek 2009). Rodzina przestała być trwałą i stabilną instytucją. Wzrasta liczba rozwodów i spada liczba zawieranych związków małżeńskich. Obniża się dzietność.

Wymienione wyżej zmiany spowodowały, że z jednej strony wzrósł nacisk na wykorzystanie funkcjonujących instytucji zabezpieczenia społecznego, z drugiej zaś pojawiły się nowe, nieznane lub występujące wcześniej w niewielkim natężeniu trudne sytuacje, z których skutkami członkowie społeczeństwa nie potrafili sobie poradzić bez wsparcia państwa. W pierwszym przypadku chodziło o wzrost liczby bezrobotnych i wzrost kwoty wypłacanych im zasiłków. Wykorzystywano emerytury (różne formy wcześniejszych emerytur) oraz renty inwalidzkie do wcześniejszego odchodzenia z rynku pracy. „Stare” instytucje stawały się zbyt kosztowne. Jeśli chodzi o nowe, trudne sytuacje, to brakowało w ofercie polityki społecznej odpowiednich instytucji, pozwalających na dostosowanie kwalifikacji do zmieniającego się rynku pracy, a także na opiekę nad dziećmi, jeśli matka podejmowała zatrudnienie.

Na kryzys państwa opiekuńczego wskazywali reprezentanci różnych opcji politycznych i ideologicznych. O ile zwolennicy podejścia neoliberalnego eksponowali nadmierne koszty państwa opiekuńczego i konieczność ich ograniczenia w celu stymulacji wzrostu gospodarczego, o tyle osoby nastawione lewicowo uważały, że w nowej sytuacji stosowane metody

w polityce społecznej powinny zostać zmodyfikowane, a środki inaczej ulokowane.

Od lat podkreśla się potrzebę restrukturyzacji polityki społecznej. Debatą na temat restrukturyzacji toczy się w dużej mierze wokół zagadnienia starych i nowych ryzyk społecznych i przeciwstawiania sobie tych koncepcji (Huber, Stephens 2004).

Huber i Stephens zwracają uwagę, że jakkolwiek podział na stare i nowe ryzyka jest potrzebny dla zrozumienia zachodzących zjawisk, to dodają także, że nie należy lekceważyć starych ryzyk. To, że pojawiły się nowe ryzyka nie oznacza, że stare przestały być aktualne. Niektóre nawet, jak trudności materialne, w okresie starości nabrały intensywności (Huber, Stephens 2004).

KONCEPCJA NOWYCH RYZYK SOCJALNYCH

Koncepcja nowych ryzyk społecznych odnosi się – jak już wspomniano – do trudnych sytuacji, które pojawiły się, przynajmniej na szerszą skalę, w okresie poindustrialnym. Definicje nowych ryzyk społecznych są w literaturze zróżnicowane. Wąskie ujęcie mówi o ubóstwie wśród osób w wieku produkcyjnym, szersze – obejmuje więcej różnych ryzyk, np. związanych z prywatyzacją (Eugster 2010). Szersze podejście prezentuje również autorka tekstu o rozwiązaniach społecznych w Finlandii – Laura Kalliomaa-Puha.

Można wskazać trzy kategorie, w których mieszczą się nowe ryzyka.

1. Zachowanie równowagi między płatną pracą a opieką nad dziećmi i osobami starszymi w rodzinie.

A. Ryzyko dotyczy trudności wejścia na rynek pracy, a później utrzymania się na nim kobiet, które podejmują płatne zatrudnienie ze względu na konieczność ekonomiczną, a także własne aspiracje do równoprawnego uczestnictwa w życiu społecznym i gospodarczym.

B. Trudność utrzymania i pełnego rozwoju w pracy osób, które mają w rodzinie osoby niesamodzielne wymagające stałej opieki osób trzecich. Ponieważ niesamodzielność jest silnie skorelowana z wiekiem, ta trudność dotyczy przede wszystkim osób, często powyżej 50. roku życia, opiekujących się starymi rodzicami. Osoby te mają ze względu na swój wiek, niezależnie od sytuacji rodzinnej, problemy pozostania w zatrudnieniu; zwolnienia i ciężar opieki nad członkiem rodziny często pogłębia tę trudność.

2. Brak kwalifikacji do zdobycia odpowiednio płatnej i stałej pracy w szczególności tam, gdzie kontrakty zatrudnienia stają się bardziej elastyczne.

A. Ryzyko dotyczy podjęcia pracy w szczególności przez osoby o niskich kwalifikacjach. Rozwój gospodarczy doprowadził bowiem do spadku popytu na pracę niskokwalifikowaną.

B. Ryzyko potrzeby zmiany kwalifikacji w trakcie kariery zawodowej i przerw w pracy, a przez to przerw w uzyskiwaniu dochodów.

3. Utrata odpowiedniej wysokości świadczeń w związku z koniecznością dostosowania ich do możliwości finansowania.

A. To ryzyko dotyczy wielu kategorii osób, które były lub byłyby dobrze zabezpieczone materialnie w dobie industrialnej. Na przykład osoby przechodzące na emeryturę obecnie otrzymują świadczenia o znacznie niższej wartości, niż oczekiwana.

B. Świadczenia długoterminowe, jak emerytury i renty, są modyfikowane (na ogół obniżane) również podczas ich wypłaty.

Istotną charakterystyką nowych ryzyk społecznych jest to, że mogą się one zrealizować na różnych etapach życia i mogą wystąpić w bardziej nieoczekiwanym momencie niż stare ryzyka, podczas gdy stare ryzyka były „wbudowane” w cykl życia ludzkiego; dotyczyły choroby, okresu bezrobocia lub przejścia na emeryturę. Stare ryzyka dotyczyły większość społeczeństwa; w przypadku bezrobocia czy osiągnięcia wieku emerytalnego miały grupowy charakter. Nowe ryzyka często dotyczą jednostek.

Nowe ryzyka odnoszą się do większości przedstawicieli społeczeństwa. O ile jednak dla jego znacznej części są to sytuacje dotkliwe, to jednak na ogół przejściowe, choć dla niektórych grup wiążą się ze szczególnym zagrożeniem. Na to zagrożenie zwraca uwagę m.in. tekst *The Social Stratification of Social Risks* (Pintelon i in. 2011) podkreślający, że wbrew twierdzeniom o „demokratyzacji” ryzyk społecznych są one nadal związane z przynależnością do niższych klas społecznych. Stąd szczególnego znaczenia nabiera nie nowe, ale obecnie coraz bardziej znaczące ryzyko ubóstwa.

KONSEKWENCJE DLA POLITYKI SPOŁECZNEJ

W analizach i debacie nad wyzwaniem związanym z pojawieniem się nowych ryzyk społecznych paradygmat polityki społecznej z wykorzystaniem kategorii starych ryzyk społecznych, określane jako kompensacyjny, jest przeciwstawiany paradygmatowi określanemu jako inwestycyjny.

Mauritzio Ferrera (Ferrera 2013) wymienia następujące cechy paradygmatu kompensacyjnego:

– nacisk na ochronę socjalną (kompensację utraconych dochodów),

– świadczenia przyznawane *ex-post* w przypadku tradycyjnych ryzyk i potrzeb,

– znaczącą rolę pasywnych transferów w czasie pozostawania poza zatrudnieniem (emerytury, bezrobocie, niezdolność do pracy, choroba, macierzyństwo, osoby na utrzymaniu),

– rezydualną sieć pomocy w przypadku ubóstwa; ubóstwo traktowane jako ryzyko nieznaczące i marginalne wobec powszechnych systemów zabezpieczenia społecznego,

– podmiotem polityki społecznej jest gospodarstwo domowe, na które składały się osoby pełniące przypisane im funkcje; w przypadku kobiet były to funkcje opiekuńcze,

– edukacja i szkolenia znajdowały się poza zabezpieczeniem społecznym. Uzyskane na początku kariery zawodowej wykształcenie pozwalało na stabilną kontynuację kariery zawodowej; osoby o niskich kwalifikacjach znajdowały zatrudnienie w przemyśle.

W ramach związanego z okresem industrialnym systemu fordowskiego – masowej produkcji przemysłowej – wyróżniano różne modele zabezpieczenia społecznego. Powszechnie nawiązuje się do podziału na systemy mające początek w tradycji bismarckowskiej lub w tradycji beveridge'owskiej. Szeroko znany jest podział stworzony przez Gostę Esping-Andersena na trzy typy: socjaldemokratyczny, chrześcijańsko-demokratyczny i liberalny (rezydualny). Wielu badaczy

dostrzega potrzebę wydzielenia czwartego typu – południowo-europejskiego ze względu na jego istotne, wyróżniające od innych elementów typu chrześcijańsko-demokratycznego, cechy.

Mauritzio Ferrera (Ferrera 2013) wyróżnia pięć modeli.

1. Europy kontynentalnej. Reprezentują go Niemcy i Francja. Charakterystyczne cechy to systemy ubezpieczeń społecznych wzorowane na systemie bismarckowskim, duży udział transferów w przeciwieństwie do usług, rodzinny model głównego żywiciela rodziny. Istotny podział na *outsiderów* oraz *insiderów* rynku pracy.

2. Europy południowej. Do tej grupy zalicza się Hiszpanię, Włochy i Grecję. Charakteryzują go systemy ubezpieczenia społecznego, a w ochronie zdrowia – systemy powszechne. Istotne są transfery finansowe w przeciwieństwie do usług. Punktem odniesienia jest model głównego żywiciela rodziny, ale również wysoki stopień „rodzinności” – familializacji. Sieć bezpieczeństwa socjalnego jest słaba lub nieistniejąca, co skutkuje wysokim zakresem i poziomem ubóstwa.

3. Europy anglosaskiej. Obejmuje Wielką Brytanię i Irlandię. Charakteryzuje go system *beveridge’owski* i niski stopień uniwersalizmu. Istotne znaczenie odgrywa zabezpieczenie związane z zatrudnieniem oraz świadczenia zależne od dochodu.

4. Europy nordyckiej. Obejmuje Szwecję i Finlandię. Charakteryzuje je silny uniwersalizm i znaczny udział usług w świadczeniach socjalnych. Model społeczny to model dwóch zarabiających osób, wysoka stopa zatrudnienia kobiet, równość płci. Istnieją dobrze zorganizowane sieci zabezpieczenia społecznego. Skutkuje to niskim poziomem ubóstwa i wysoką integracją społeczną.

5. Europy środkowo-wschodniej. Charakteryzują go modele hybrydowe, powstałe po przejściu od modeli kolektywistycznych do nowych systemów w gospodarce kapitalistycznej. Występują systemy ubezpieczenia społecznego, rezydualne sieci zabezpieczenia społecznego, niski stopień rozwoju usług oraz wysoki poziom ubóstwa i wykluczenia społecznego.

Nowy model polityki społecznej, określanej jako model inwestycji społecznych, według Ferrery powinien zawierać następujące elementy:

- nacisk na promocję, wspieranie i umożliwianie aktywności,
- wczesną prewencję ryzyk i potrzeb,
- znaczącą rolę usług socjalnych usprawniających i umożliwiających utrzymanie się lub powrót do aktywnego życia, przede wszystkim pracy zawodowej,
- duże sieci zabezpieczenia przeciw ubóstwu i aktywizację osób ubogich,
- nastawienie na poszczególne osoby w ramach gospodarstwa domowego w modelu partnerstwa w rodzinie (dwoje zarabiających i dwoje opiekunów),
- wsparcie równowagi praca-życie rodzinne,
- szeroko rozumianą edukację obejmującą szkolenie, szkolenia i kształcenie ustawiczne jako integralną część zabezpieczenia społecznego,
- wsparcie dla socjalnych innowacji, m.in. poszukiwanie nowych rozwiązań, np. z wykorzystaniem technologii informatycznych.

Huber i Stephens podkreślają, że w kontekście zestawienia starych i nowych ryzyk socjalnych podział państw według modeli miał istotne znaczenie z punktu widzenia ochrony w przypadku nowych ryzyk socjal-

nych. Posługując się typologią Gosty Esping-Andersena wskazują, że najlepiej stary system zabezpieczenia społecznego obrazują rozwiązania instytucjonalne modelu chrześcijańsko-demokratycznego. Z kolei model skandynawski przyjął rozwiązania instytucjonalne odpowiadające na wyzwania nowych ryzyk socjalnych już wiele lat temu (Huber, Stephens 2004).

Państwa skandynawskie od wczesnych lat po II wojnie światowej organizowały system szkoleń i przeszkoleń zawodowych, rozwinęły system usług socjalnych, w szczególności w zakresie opieki nad dziećmi i osobami starszymi, które wsparły udział kobiet na rynku pracy. Jednocześnie zachowały system uniwersalnych świadczeń zapobiegających ubóstwu w przypadku starych ryzyk socjalnych, jak choroba, starość czy bezrobocie.

Jak jednak pokazuje Laura Kalliomaa-Puha w swoim tekście zamieszczonym w tym numerze, również państwa skandynawskie nie są wolne od problemów związanych z wyzwaniami koniecznych zmian w ramach państwa dobrobytu i nie dysponują idealnym rozwiązaniem problemów nowych ryzyk socjalnych.

Odrębną, interesującą kwestią jest to, czy stare rozwiązanie modelowe determinują podjęcie wyzwania nowych ryzyk socjalnych. Innymi słowy, czy słuszną jest koncepcja instytucjonalna *path dependency* – uzależnienia od ścieżki do wyjaśniania rozwoju instytucji socjalnych. Morel (Morel 2003) w tekście o instytucjach opieki długoterminowej pokazuje, że dwa państwa modelu chrześcijańsko-demokratycznego (kontynentalnego w ujęciu Ferrery) zastosowały odmienne rozwiązania instytucjonalne w odpowiedzi na ryzyko niesamodzielności, a więc w tym przypadku koncepcja *path dependency* nie znalazła potwierdzenia.

NOWE RYZYKA SOCJALNE W PAŃSTWIE TRANSFORMACJI USTROJOWEJ – PRZYKŁAD POLSKI

Polityka społeczna w państwach socjalistycznych Europy Środkowo-Wschodniej stanowiła integralną część centralnie zarządzanego przez państwo systemu ekonomiczno-społecznego. Zasadnicze różnice między zasadami funkcjonowania gospodarki rynkowej – wolnością gospodarczą i obywatelską a gospodarką socjalistyczną pozbawioną prawie całkowicie tych swobód powodują, że trudno jest porównywać poszczególne modele państwa opiekuńczego krajów kapitalistycznych z modelem polityki społecznej państw socjalistycznych.

Znaczenie ryzyka socjalnego nie pasowało bowiem do systemu socjalistycznego. Związki zawodowe, które znacząco przyczyniły się do powstania instytucji socjalnych odpowiadających na tzw. stare ryzyka w krajach kapitalistycznych, nie funkcjonowały w krajach zachodnich na tych samych, co tam, zasadach. W Polsce stanowiły rodzaj „pasa transmisyjnego” między władzą polityczną a społeczeństwem.

Po transformacji ustrojowej państwa socjalistyczne, szczególnie w warunkach integracji europejskiej, stanęły wobec wyzwań nowych ryzyk socjalnych. Budowanie i modyfikację instytucji socjalnych można by porównać do „wskakiwania do pędzącego pociągu”; państwa transformacji ustrojowej zmuszone były równoległe budować instytucje odpowiadające gospodarce rynkowej i zmieniać je w odpowiedzi na potrzebę zmian. Innymi słowy, w pierwszej kolejności budowano albo dostosowywano instytucje socjalne do

starych ryzyk socjalnych występujących w państwach gospodarki rynkowej, a następnie starano się je dostosować do wyzwań związanych z nowymi ryzykami socjalnymi.

Przykładem takich zmian była reforma emerytalna przeprowadzona w Polsce w 1999 r. We wczesnych latach 90. XX wieku przeprowadzono kilka zmian w formule i metodzie indeksowania świadczeń emerytalnych w polskim systemie emerytalnym, które spowodowały, że świadczenia emerytalne stały się relatywnie wysokie. Wysokość świadczenia odpowiadała wymogom na wypadek realizacji „starego” ryzyka socjalnego, jakim jest utrata pracy z powodu zaawansowanego wieku przez głównego żywiciela rodziny. Stopa zastąpienia płacy przez emeryturę na poziomie 76% gwarantowała materialne zabezpieczenie emeryta i współmałżonka.

Bardzo szybko zaczęto podkreślać, że tak hojny system będzie trudny do utrzymania w sytuacji starzenia się ludności, a także konieczności przystosowania systemu polityki społecznej do zmieniającej się gospodarki rynkowej. Jednym z argumentów przeciwko hojności systemu emerytalnego było wskazywanie potrzeby dofinansowania innych sfer polityki społecznej, jak np. edukacji. Ponadto wskazywano na możliwość wykorzystania systemu emerytalnego w budowaniu instytucji gospodarki rynkowej (Czepulis-Rutkowska 2011).

W pojawiających się zaraz po reformach lat 90. XX wieku nowych projektach reformatorskich znalazły się elementy, które z dużym prawdopodobieństwem prowadziły do obniżenia świadczeń emerytalnych lub skrócenia okresu ich pobierania, a przez to również do ograniczenia kwoty wydatków emerytalnych.

W późniejszych latach zaczęto otwarcie mówić o tym, że świadczenia w zreformowanym systemie będą niższe i dla zagwarantowania odpowiedniego poziomu życia na emeryturze konieczne będą dodatkowe środki zapewniane indywidualnie.

Zmiana systemu emerytalnego w Polsce może być traktowana jako realizacja jednego z ryzyk socjalnych wymienianych przez Taylora-Gooby, a mianowicie znaczącej obniżki świadczeń w stosunku do oczekiwań.

Ryzyko niesamodzielnosci, wymieniane również jako jedno z nowych ryzyk socjalnych, jest dostrzeżone w debacie o polityce społecznej od wielu lat. Wyrazem tego jest między innymi praca zespołów roboczych do spraw wprowadzenia ustawy regulującej odpowiednie rozwiązania instytucjonalne (*Opieka...* 2010). Mimo zaawansowania prac, trudno na obecnym etapie ocenić prawdopodobieństwo wdrożenia odpowiednich regulacji.

STRATEGIA EUROPA 2020 A NOWE RYZYKA SOCJALNE

Strategia lizbońska w swoich postulatach dotyczących polityki społecznej odnotowywała nowe wyzwania stojące przed państwem opiekuńczym, nawiązywała też w znacznym stopniu do tzw. starych ryzyk socjalnych. Zastosowana metoda wpływania na krakowe polityki społeczne – otwarta metoda koordynacji – wykorzystywała tradycyjny podział instytucjonalny w ramach polityk społeczno-gospodarczych i społecznych. Wcześniej uregulowano kwestie rynku pracy w ramach strategii zatrudnienia, która stała się wzorem dla otwartej metody koordynacji, zastosowanej potem w stosunku do polityki wobec ubóstwa i integracji spo-

teczej, zabezpieczenia osób starszych, systemów ochrony zdrowia i opieki długoterminowej.

W otwartej metodzie koordynacji zabezpieczenia osób starszych znajdują się zapisy odwołujące się (podjęte w pierwszej kolejności) do starych ryzyk socjalnych. Mowa jest o zabezpieczeniu materialnym emeryta i członków jego rodziny. Postulowana wysokość świadczenia ma zarówno zapobiegać ubóstwu, jak też zapewniać kontynuację wcześniejszego poziomu życia. Świadczenie emerytalne miałoby więc zabezpieczać byt materialny modelowej rodziny głównego żywiciela rodziny, w przypadku realizacji ryzyka przerwania dochodów z pracy z powodu starości.

Jednocześnie w otwartej metodzie koordynacji wskazuje się na modernizację rynków pracy i stylu życia oraz konieczność dostosowania instytucji emerytalnych do zmian ekonomiczno-społecznych. Zapis ten można traktować jako rozpoznanie na szczeblu unijnym nowych wyzwań, związanych z nowymi ryzykami społecznymi. Są one jednak mniej eksponowane i wymienione na ostatnim miejscu.

Strategia unijna *Europa 2020* jest programem, który ma umocnić funkcjonowanie społecznej gospodarki rynkowej. Wydatki i instytucje socjalne traktowane są jako inwestycje, które powinny przyczynić się do wzrostu gospodarczego. Wśród podstawowych celów społecznych wymienionych w strategii jest – wzajemnie powiązane – zapewnienie zatrudnienia oraz zapobieganie ubóstwu.

Strategia odpowiada na wyzwanie nowego ryzyka społecznego związanego z brakiem czy niedostatkiem odpowiedniego wykształcenia lub trudności w dostosowaniu się do zmieniających się wymagań kwalifikacyjnych. Można wręcz powiedzieć, że wśród ryzyk społecznych strategia skupia się właśnie na ryzyku bezrobocia z powodu niedostosowania kwalifikacji do zmieniających się stale wymagań rynku pracy. Wśród „flagowych” inicjatyw w strategii zaproponowano „Program dla nowych kwalifikacji i miejsc pracy”, którego celem jest *modernizacja rynków pracy, aby zwiększyć aktywność zawodową oraz dostosować popyt i podaż siły roboczej przez rozwój kwalifikacji w okresie całego życia, a także ruchliwość terytorialną* (European Commission 2010).

Drugą flagową inicjatywą społeczną jest „europejska platforma przeciwko ubóstwu”, która ma *zapewnić spójność społeczną i terytorialną tak, żeby korzyści z wzrostu i zatrudnienia były dzielone pomiędzy członków społeczeństwa i żeby obywatele doświadczający ubóstwa i wykluczenia społecznego mogli żyć w godności oraz żeby mogli aktywnie uczestniczyć w życiu społeczeństwa* (European Commission 2010).

Zapobieganie ubóstwu zyskuje priorytet w rozwiązaniach instytucjonalnych dotyczących zabezpieczenia społecznego. Wynika to z wielu przyczyn. O ile nie ma wątpliwości, że koncepcja nowych ryzyk społecznych stwarza pomocną, w wyjaśnianiu problematyki społecznej, perspektywę badawczą, to nie ma w literaturze przedmiotu ich jednoznacznej definicji². Brakuje też odpowiednio silnych interesariuszy, takich jak związki zawodowe w dobie industrializacji, którzy chcieliby nowe ryzyka socjalne precyzyjnie zidentyfikować, a następnie doprowadzić do powstania instytucji socjalnych poświęconych ich zapobieganiu³.

Sieć zapobiegania ubóstwu nie może być już rozwiązaniem rezydualnym, jak w industrialnym modelu zabezpieczenia społecznego, ale przeciwnie – staje

się podstawowym elementem zabezpieczenia społecznego.

Ryzyko ubóstwa „spina” inne, nowe ryzyka społeczne w tym sensie, że jest ich istotnym skutkiem. Państwa gospodarki rynkowej, starając się zmodyfikować – łatwiej lub trudniej w zależności od modelu zabezpieczenia społecznego – system polityki społecznej i uwzględniając nowe ryzyka społeczne, wobec ich dynamiki i zróżnicowania dążą do zagwarantowania jak najszerzej ochrony nawet na niewysokim poziomie. Takie podejście w elementach dotyczących spraw społecznych wyraża strategia *Europa 2020*.

PODSUMOWANIE

Zmiany społeczno-ekonomiczne w państwach gospodarki rynkowej wywołały potrzebę przystosowania do nich polityki społecznej w taki sposób, aby minimalizować występowanie nowych ryzyk społecznych lub niwelować ich niekorzystne dla obywateli skutki.

Wcześniejsza polityka społeczna, opierająca się przede wszystkim na zabezpieczeniu społecznym zorganizowanym wokół starych ryzyk społecznych, musiała zacząć uwzględniać również tzw. nowe ryzyka społeczne, które pojawiły się, podczas gdy stare ryzyka nie zniknęły.

Przed polityką społeczną stoi więc wyzwanie realokacji środków i zmiany stosowanych metod tak, aby chronić jak największą część społeczeństwa przed niekorzystnymi skutkami zmiany społeczno-ekonomicznej – starymi i nowymi ryzykami.

Kierunek postulowanych zmian, wynikających z nowych ryzyk społecznych, dotyczy przejścia od działania kompensacyjnego do prewencji i aktywacji w przypadku większości trudnych sytuacji życiowych i materialnych. Chodzi o to, żeby przede wszystkim nie dopuścić do trudnej sytuacji materialnej albo maksymalnie skrócić czas jej trwania. Gros zalecanych (np. przez Unię) działań dotyczy aktywizacji na rynku pracy. Postuluje się aktywizację osób niepełnosprawnych, starszych oraz niewykwalifikowanych. Ogromne znaczenie przypisywane jest w tym kontekście kształceniu, szkoleniom i przeszkoleniom.

Wyzwania dla polityki społecznej w państwach postsocjalistycznych, takich jak Polska, są szczególnie trudne ze względu na ograniczenia finansowe i dodatkowe związane z postępującą stale transformacją, problemy organizacyjne i instytucjonalne. Tym bardziej wskazane wydaje się zastosowanie koncepcji nowych ryzyk społecznych dla całościowego podejścia do tych wyzwań.

¹ Badacze i politycy nie powołują się na koncepcję nowych ryzyk społecznych. Wiele prac i projektów zmian legislacyjnych dotyczy jednak tego, co w zachodniej literaturze określa się jako nowe ryzyka: trudność łączenia pracy z życiem rodzinnym, ubóstwo osób pracujących, problem zapewnienia opieki długoterminowej.

² Wydaje się, że nowe ryzyka społeczne są trudniejsze do opisanego i skodyfikowania, niż stare ryzyka społeczne, w związku z tym trudniej przygotować spójny i pełny system zabezpieczenia na wypadek ich realizacji.

³ Problematyka rozproszenia interesariuszy instytucji zabezpieczających przed realizacją nowych ryzyk społecznych jest podejmowana w literaturze przedmiotu; w artykule została ona tylko zaznaczona. Mogą być nimi osoby wymagające świadczeń, jak np. dorosłe osoby niesamodzielne lub ich rodziny, które świadczą usługi opiekuńcze w rodzinie. Problem polega na tym, że nie jest zidentyfikowana grupa interesariuszy różnych instytucji. Innej grupy może dotyczyć trudność w sprawowaniu opieki nad niesamodzielnym dorosłym, a innej ubóstwo związane z samodzielnym rodzicielstwem. Zaznaczone tu zagadnienie wymaga odrębnej analizy.

LITERATURA

- Barr N. (2011), *Economics of the Welfare State*, University Press, Oxford.
- Cerami A. (2006), *The Reform Challenges to the Central and Eastern European Welfare Regime*, referat wygłoszony na konferencji pt. „Transformation of Social Policy in Europe: Patterns, Issues and Challenges for the EU-25 and Candidate Countries”, 13–15 kwietnia w Ankarze, Turcja.
- Czepulis-Rutkowska Z. (2011), *National Report on Poland*, w: K. Hirose (red.), *Pension Reform in Central and Eastern Europe: in times of crisis, austerity and beyond*, ILO, Genewa.
- Eugster B. (2010), *Can old theories explain new social risks? An empirical analysis of 17 OECD countries*, paper presented at the Joint NordWel/REASSESS Summer School 2010: State, Society and Citizen, 15–20 August, Odense, Denmark.
- European Commission (2010), *Europe 2020. A strategy for smart, sustainable and inclusive growth*, Bruksela.
- Ferrera M. (2013), *From Protection to Investment?*, New Frontiers for the European Social Model(s), presentation prepared for the 6th EU-India Joint Seminar on Employment and Social Policy, Brussels.
- Huber E., Stephens J.D. (2004), *Combating Old and New Social Risks*, referat przygotowany na 14. konferencję Europeistów, 11–13 marca, Palmer House Hilton.
- Morel N. (2003), *Providing coverage against new social risks in Bismarckian welfare states: the case of long term care*, a paper prepared for the ESPAnet inaugural conference: Changing European Societies – the Role for Social Policy, Danish National Institute of Social Research, 13–15 November, Copenhagen.
- Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje* (2010), opracowanie przygotowane przez grupę roboczą ds. przygotowania ustawy o ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielności przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej, Warszawa.
- Pintelon et al. (2011), *The Social Stratification of Social Risks*, CSB working paper, No 11/04.
- Streeck W. (2009), *Flexible Employment, Flexible Families and the Socialization of Reproduction*, MPIFG Working Paper.
- Taylor-Gooby P. (2005), *Welfare Reform and the Management of Societal Change*, final report of the EU research project HPSE-CT2001-00078.

SUMMARY

This article is an introduction to the concept of the „new social risks”. Whereas this concept is well known in the Western countries debate it is almost absent in discussions on social policy in transition countries like Poland. „New social risks” were identified after the so called welfare state crisis following economic crisis of the mid 70-ties. While the old social risks did not diminish the new ones emerged. The developments that led to this emergence are presented in the article as well as the new paradigm of social policy that address the new social risks. Some examples of social policy in the context of new social risks are also shown.

PODSTAWOWE GWARANCJE ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO – PRAKTYKA, KONCEPCJA, STANDARD I GLOBALNA POLITYKA SPOŁECZNA

Krzysztof Hagemejer

Departament Zabezpieczenia Społecznego MOP
Genewa

WSTĘP

W dniu 14 czerwca 2012 r. Międzynarodowa Konferencja Pracy przyjęła jednogłośnie nowe zalecenie dotyczące krajowych podstawowych gwarancji zabezpieczenia społecznego¹ – *national floors of social protection* (ILO 2012a). Tak więc dokładnie sześćdziesiąt lat po przyjęciu konwencji MOP nr 102 dotyczącej minimalnych norm zabezpieczenia społecznego nowy instrument uzupełnia międzynarodowy kodeks obowiązujących w tym zakresie standardów.

Międzynarodowe standardy w zakresie pracy i polityki społecznej ustalane są zawsze jako rezultat identyfikacji pewnego problemu społecznego obecnego w skali globalnej. Międzynarodowa Organizacja Pracy dokonuje następnie przeglądu istniejących rozwiązań prawnych, praktyki i doświadczeń w rozwiązywaniu tego problemu w krajach członkowskich, a następnie rozważa, czy i w jaki sposób istniejące rozwiązania można skodyfikować w formie konwencji lub zalecenia (ILO 2009a). Tak też było w przypadku nowego zalecenia przyjętego w 2012 r.

W JAKIM STOPNIU DOTYCHCZAS ISTNIEJĄCE NORMY MOP W ZAKRESIE ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO ZOSTAŁY WPROWADZONE W ŻYCIE W SKALI GLOBALNEJ?

Po kilkudziesięciu latach obowiązywania międzynarodowych standardów zabezpieczenia społecznego dostęp do pełnego systemu zabezpieczenia społecznego ma nie więcej niż 20% ludności świata. Podczas gdy w Europie i w wielu nieeuropejskich krajach rozwiniętych gospodarczo większość mieszkańców jest objętych różnorodnymi formami ubezpieczeń społecznych i kraje te przeznaczają przeciętnie blisko jedną piątą produktu krajowego brutto na różne formy zabezpieczenia społecznego, w krajach rozwijających się, zwłaszcza tych o niskim poziomie dochodów, często tylko mniejszość ludności jest objęta programami zabezpieczenia społecznego i to w zakresie często ograniczonym tylko do zabezpieczenia na starość i w razie wypadku przy pracy. Wydatki na te cele stanowią zaś niekiedy tylko kilka procent produktu krajowego brutto (większość tych środków przeznaczana jest na finansowanie publicznej opieki zdrowotnej, a nie na pieniądze świadczenia społeczne).

DLACZEGO WPROWADZANIE W ŻYCIE ISTNIEJĄCYCH STANDARDÓW OGRANICZYŁO SIĘ W ZNACZNYM STOPNIU DO KRAJÓW ROZWIŃIĘTYCH?

Ograniczone możliwości ubezpieczeń społecznych

Większość istniejących na świecie programów zabezpieczenia społecznego to programy ubezpieczeń społecznych, w których uzyskanie uprawnień

do świadczeń wymaga regularnego opłacania składek. Ubezpieczeniami społecznymi na ogół objęci są zatem głównie ci, którzy są pracownikami najemnymi z formalną umową o pracę i regularnie wypłacanym wynagrodzeniem, a także ci, których działalność gospodarcza jest rejestrowana, a dochody mogą być monitorowane. Jednak pracownicy najemni to jedynie 47% wszystkich zatrudnionych w świecie: blisko 85% w krajach rozwiniętych, lecz tylko 20% w Afryce czy Azji Południowej. W dodatku wielu z nich pracuje w sektorze nieformalnym (por. szerszą dyskusję tego problemu np. w Hagemejer 2010).

Niedorozwój form zabezpieczenia społecznego finansowanych z podatków i wszelkich form pomocy społecznej

Przez dziesięciolecia w większości krajów rozwijających się tworzone programy zabezpieczenia społecznego miały wyłącznie charakter składkowy i obejmowały jedynie pracowników najemnych. Choć kraje te, tworząc te programy, w znacznym stopniu kierowały się istniejącymi konwencjami i zaleceniami MOP, dominowała „ubezpieczeniowa” interpretacja tych standardów. Zalecenie nr 67 (1944) dotyczące bezpieczeństwa dochodowego wskazuje, że „zabezpieczenie dochodu powinno w możliwie największym stopniu opierać się na obowiązkowym ubezpieczeniu społecznym”, zaś pomoc społeczna powinna zabezpieczać potrzeby wszystkich tych nieobjętych ubezpieczeniem społecznym (MOP, MPIPS 1996: 272). Konwencja nr 102 (1952) dotycząca minimalnych norm zabezpieczenia społecznego (MOP, MPIPS 1996: 462–486) *de iure* pozwala jednak na spełnienie jej wymogów poprzez dowolnie wybrane typy programów: ubezpieczenia społeczne, świadczenia powszechne czy też adresowaną pomoc społeczną – lub ich kombinację.

Praktyka budowy systemów zabezpieczenia społecznego w krajach rozwijających się, choć często w intencjach zgodna z wymogami konwencji, koncentrowała się głównie na ubezpieczeniach społecznych. Zakładano bowiem przez lata, że wraz z rozwojem gospodarczym będzie następował konsekwentny wzrost odeszka pracowników najemnych w ogóle zatrudnionych.

Tak się jednak nie stało. Na przykład w wielu krajach Afryki udział pracowników najemnych obniżył się w latach 80. i 90. XX wieku na skutek następujących tam zmian strukturalnych i prywatyzacji sektora publicznego. Od tamtej pory nie zaznaczyła się widoczna tendencja wzrostowa (Ellis et al 2009; Cichon, Hagemejer 2007).

Wśród powodów, dla których nie rozwijały się równolegle w tych krajach inne, nieskładkowe instrumenty zabezpieczenia społecznego, pozwalające skutecznie dotrzeć do ogółu ludności, a przede wszystkim do jej najbardziej narażonej na wszelkie

ryzika społeczne części, były częsty brak poparcia wśród elit rządzących tych krajów dla redystrybucji dochodów oraz niskie przychody z opodatkowania, a zatem bardzo ograniczone środki budżetowe w sytuacji ogromu potrzeb.

Dodatkowo także wśród tych, którzy finansują – bilateralnie i multilateralnie – pomoc rozwojową, nie dostrzegano, do niedawna, wagi roli zabezpieczenia społecznego jako czynnika rozwoju gospodarczego i umacniania demokratycznej państwowości. Tak zwany consensus waszyngtoński, który w znacznej mierze kształtował politykę pomocy rozwojowej międzynarodowych instytucji finansowych i nie tylko, generalnie wspierał raczej ograniczenie wydatków państwowych. Choć od pewnego momentu pewnym wsparciem cieszyły się przesunięcia wydatków w kierunku takich celów społecznych, jak finansowanie podstawowych usług oświaty i opieki zdrowotnej, nie dotyczyło to transferów pieniężnych na rzecz grup ubogich czy zagrożonych ubóstwem.

CZEGO ZABRAKŁO W ISTNIEJĄCYCH STANDARDACH?

W istniejących standardach zabrakło pewnych zasad dochodzenia do celu. Kraj może ratyfikować konwencję 102, akceptując jedynie trzy wybrane działy zabezpieczenia społecznego spośród dziewięciu. Nie ma zapisu, który by zobowiązywał do dalszej rozbudowy systemu o kolejne działy. Sprostacę wymogom tej konwencji można, zapewniając dostęp do objętych nią programów pewnemu zdefiniowanemu odsetkowi pracowników lub ogółu ludności. Nie ma natomiast żadnego zapisu zobowiązującego do stopniowego zwiększania tego odsetka tak, by w końcu wszyscy potrzebujący wsparcia ze strony systemu zabezpieczenia społecznego mogli z niego korzystać. Wreszcie nie ma nic, co by wskazywało, jakie grupy należy objąć w pierwszej kolejności, nie ma też wskazań co do priorytetów na rzecz najuboższych czy najbardziej potrzebujących. Tymczasem praktyka w wielu wypadkach była taka, że to właśnie najubożsi są wykluczeni z dostępu do zabezpieczenia społecznego.

NOWA POLITYKA ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO W KRAJACH ROZWIJAJĄCYCH SIĘ

Odchodząc od praktyki obecnej w wielu krajach rozwijających się, rządy niektórych krajów – przede wszystkim tych z grupy krajów średnio zamożnych – podjęły w ciągu ostatnich kilkunastu lat istotne kroki w kierunku takiej rozbudowy swych systemów zabezpieczenia społecznego, by świadczenia zaczęły docierać do tych najbardziej potrzebujących, niemogących korzystać z ubezpieczeń społecznych.

Republika Afryki Południowej systematycznie rozwija zasięg istniejącego już wiele lat systemu świadczeń pieniężnych, adresowanych do wybranych kategorii ludności (dzieci i ich opiekunowie, osoby starsze, osoby niepełnosprawne) żyjących poniżej ustalonego (na stosunkowo wysokim poziomie w relacji do średniej) progu dochodowego. Brazylia, obok istniejącego już wcześniej programu emerytur dla ludności wiejskiej (*Previdência Rural*), wprowadziła system świadczeń rodzinnych (*Bolsa Família*) dla rodzin ubogich powiązany z ułatwianiem dostępu do oświaty.

Indie uruchomiły obejmujący cały kraj program pomocy dla rodzin ubogich na obszarach wiejskich, gwarantujący wszystkim potrzebującym 100 dni publicznego zatrudnienia w roku (*Mahatma Ghandi National Rural Employment Guarantee Act*). Tajlandia zapewniła skutecznie powszechny dostęp dla wszystkich do usług opieki zdrowotnej, a ostatnio wprowadza też gwarantowany minimalny dochód dla osób starszych.

Bolivia wprowadziła powszechne nieskładkowe świadczenie emerytalne (*Renta Dignidad*). Chile zreformowały w 2008 r. swój system emerytalny tak, iż teraz każdy osiągający wiek emerytalny, jeśli nie ma dostatecznych środków, będzie miał zapewniony pewien minimalny dochód niezależnie od tego, czy płacił składki i jak długo. Chiny wprowadzają dalekosiężne plany objęcia całej ludności ubezpieczeniami zdrowotnymi oraz systemem emerytalnym (UNDP 2011; ILO 2009b).

Ten rozwój polityki społecznej w zamożniejszych krajach rozwijających się nie pozostaje bez wpływu na kraje najuboższe. Nie ma już chyba też kraju w Afryce czy w Azji, gdzie nie toczyłaby się przynajmniej debata nad wprowadzeniem nowych programów zabezpieczenia społecznego, a w wielu krajach nowe programy zabezpieczenia społecznego nabierają trwałego, systemowego charakteru, wychodząc poza sferę pilotaży i finansowanych przez donorów tymczasowych projektów.

ZMIANA PODEJŚCIA DO ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO WSPÓLNOTY MIĘDZYNARODOWEJ

Powyższe działania doprowadziły od połowy pierwszej dekady XXI wieku do wyraźnej zmiany podejścia wspólnoty międzynarodowej do roli zabezpieczenia społecznego w polityce rozwojowej, a także w pomocy rozwojowej udzielanej krajom rozwijającym się. Wiele rządowych agencji rozwojowych (pionierami w tym okresie były Wielka Brytania i Niemcy) kieruje rosnące środki na wspieranie budowy programów pomocy społecznej w krajach ubogich.

Pod wpływem kryzysu gospodarczo-finansowego, w 2009 r. z inicjatywy Międzynarodowego Biura Pracy wszystkie agendy ONZ przyłączają się do tzw. *UN Social Protection Floor Initiative* (ILO, WHO 2009). Jednocześnie Komitet Pomocy Rozwojowej OECD przyjmuje dokument podkreślający wagę polityki zatrudnienia i zabezpieczenia społecznego w rozwoju gospodarczo-społecznym nawet najbiedniejszych krajów (OECD 2009).

W 2011 r. opublikowany został raport grupy ekspertów powołanej przez Social Protection Floor Initiative ONZ i kierowanej przez Michele Bachelet, byłą prezydent Chile, dotyczący koncepcji *social protection floor* (ILO 2011). W 2012 r. Bank Światowy opublikował swoją nową strategię zabezpieczenia społecznego (World Bank 2012), która w wielu wymiarach zbliża stanowisko tej organizacji do stanowiska Międzynarodowej Organizacji Pracy i innych agend ONZ. Podjęto też bezprecedensową w przeszłości współpracę w wybranych krajach pomiędzy Międzynarodowym Funduszem Walutowym i Międzynarodową Organizacją Pracy, mającą na celu identyfikację przestrzeni fiskalnej, która pozwoliłaby rządów tych krajów rozbudować system podstawowych gwarancji zabezpieczenia społecznego.

W KIERUNKU NOWEGO ZALECENIA – DZIAŁANIA MOP 2001–2012

W 2001 r. konferencja MOP uznała za priorytet podjęcie wszelkich działań na rzecz zapewnienia wszystkim dostępu do zabezpieczenia społecznego i zainicjowała tzw. globalną kampanię na rzecz zabezpieczenia społecznego dla wszystkich. Departament Zabezpieczenia Społecznego MOP podjął wielowątkowe badania nad nowymi politykami w krajach rozwijających się, nad możliwościami finansowania podstawowego zabezpieczenia społecznego w krajach biedniejszych, nad strategiami zapewniania podstawowego zabezpieczenia społecznego dla wszystkich i stopniowego budowania kompleksowych systemów zabezpieczenia społecznego zgodnie z wymogami istniejących standardów MOP. W konsekwencji zrodziła się koncepcja podstawowych gwarancji zabezpieczenia społecznego (początkowo jako *social security floor*; por. Cichon, Hagemeyer 2007) oraz tzw. dwuwymiarowej strategii rozwoju zabezpieczenia społecznego.

Pojawiły się bowiem obawy, wyrażane zwłaszcza przez przedstawicieli związków zawodowych, że nowe, podstawowe gwarancje dla wszystkich mogą stać się pretekstem do obniżenia poziomu zabezpieczenia społecznego, do jakiego uprawnieni są obecnie tylko pracownicy sektora formalnego. Chodziło też o niedopuszczenie do interpretacji, która uczyniłaby podstawowy gwarantowany poziom zabezpieczenia maksymalnym. Stąd wprowadzenie owych podstawowych gwarancji, które zapewniłyby minimalne bezpieczeństwo dochodowe i dostęp do najistotniejszych usług opieki medycznej dla najbardziej potrzebujących, niezależnie od ich statusu na rynku pracy, ma być tylko jednym z dwóch niezbędnych wymiarów krajowych strategii rozwoju zabezpieczenia społecznego.

Drugim wymiarem powinno być dążenie – w miarę priorytetów i dostępności środków – do zapewnienia, a następnie utrzymywania takiego zakresu i poziomu zabezpieczenia społecznego, który uznany będzie przez społeczeństwo danego kraju za adekwatny, a także co najmniej zgodny z wymogami konwencji nr 102 czy też konwencjami MOP w zakresie zabezpieczenia społecznego tzw. trzeciej generacji (por. Uścińska 2005: 45–47), przewidującymi wyższy poziom ochrony niż konwencja nr 102.

Powoli dochodzi też do zgodności stanowisk rządów krajów o różnym poziomie zamożności oraz przedstawicieli pracowników i pracodawców co do potrzeby ustanowienia nowego standardu w formie zalecenia, nie zaś konwencji. Szereg publikacji i konferencji przygotowuje grunt dla debaty na ten temat na forum Międzynarodowej Konferencji Pracy (są one przywoływane w Hagemeyer 2010) – forum stanowiącego międzynarodowe normy pracy.

W czerwcu 2011 r. Konferencja MOP przyjmuje dwuwymiarową strategię rozwoju zabezpieczenia społecznego i decyduje o umieszczeniu na porządku dziennym Konferencji MOP w 2012 r. dyskusji nad nowym zaleceniem. W 2012 r. nowe zalecenie dotyczące gwarancji podstawowego poziomu zabezpieczenia społecznego zostaje uchwalone².

ZALECENIE NR 202: PROCES, TREŚĆ, KONTROWERSJE, KOMPROMISY

Przedstawiając treść przyjętego zalecenia i jego poszczególnych rozdziałów, skupimy uwagę na najważniejszych punktach, także tych, które były przed-

miotem szczególnych kontrowersji i są wynikiem osiągniętych kompromisów.

Już uchwała 100. sesji Konferencji MOP z 2011 r. zawierała w specjalnym aneksie (ILO 2012a: 28–29) pewne wstępne ogólne uzgodnienia co do zawartości przyszłego zalecenia. Dla podkreślenia, że poziom podstawowych gwarancji zabezpieczenia społecznego powinien być definiowany na szczeblu krajowym, zgodnie z priorytetami i finansowymi możliwościami danego kraju (czego domagało się wiele rządów), a nie na szczeblu globalnym (na co liczyli niektórzy zwolennicy globalnej polityki społecznej i międzynarodowej solidarności³ w jej finansowaniu), wprowadzono liczbę mnogą zamiast wcześniej używanej pojedynczej w odniesieniu do samego przedmiotu debaty⁴. Kompromisowe uzgodnienia Konferencji MOP z 2011 r. dotyczyły także m.in. tego, że przyszłe zalecenie powinno zachęcać do stopniowego osiągania wyższych niż podstawowe poziomów zabezpieczenia społecznego i do ratyfikowania konwencji nr 102, jak i innych konwencji MOP dotyczących zabezpieczenia społecznego⁵.

Jednocześnie bardzo silnie zwrócono uwagę na konieczność powiązania krajowych strategii rozwoju zabezpieczenia społecznego z szerszymi strategiami i politykami gospodarczymi, w tym zwłaszcza z działaniami wspierającymi stopniową formalizację gospodarek.

W okresie między obiema konferencjami, zgodnie z obowiązującą procedurą, sekretariat MOP rozesłał ankietę do krajów członkowskich ze szczegółowymi pytaniami dotyczącymi treści nowego zalecenia. Raport analizujący odpowiedzi na ankietę oraz przygotowaną przez sekretariat na podstawie wyników tej analizy wstępną wersję tekstu potencjalnego zalecenia rozesłano do wszystkich krajów członkowskich i opublikowano 1 marca 2012 r. (por. ILO 2012b). W czerwcu 2012 r. ostateczny tekst uzgodniony został w trakcie ponad dwutygodniowej dyskusji i przyjęty w jednogłośnie głosowaniu.

Preambuła zalecenia

Preambuła zawiera potwierdzenie, że prawo do zabezpieczenia społecznego jest prawem wszystkim ludzi, ale wskazuje ponadto, że istnienie zabezpieczenia społecznego to w każdym społeczeństwie gospodarcza i społeczna konieczność oraz że nakłady na zabezpieczenie społeczne mają charakter inwestycji w człowieka, dając ludziom zdolność przystosowania do zmieniających się warunków w gospodarce i na rynku pracy. Podkreślona jest też rola systemów zabezpieczenia społecznego jako stabilizatorów gospodarczych i społecznych.

Preambuła wskazuje jednoznacznie, że dotychczasowe standardy w zakresie zabezpieczenia społecznego, a zwłaszcza konwencja nr 102 zachowują w pełni swoje znaczenie.

Rozdział pierwszy zalecenia: cel, zakres i zasady przewodnie

Celem zalecenia jest dostarczenie wskazówek dla krajów członkowskich, jak sprawić, by pewien zestaw gwarancji zabezpieczenia społecznego (*social protection floors*) stał się podstawowym elementem ich systemów zabezpieczenia społecznego oraz by krajowe strategie rozwoju zapewniały z jednej strony osią-

ganie i utrzymanie tego zestawu gwarancji podstawowych, a jednocześnie dążyły do zapewnienia jak największej liczbie mieszkańców wyższych poziomów zabezpieczenia, zgodnych co najmniej z istniejącymi konwencjami MOP.

Social protection floor to definiowany przez każdy kraj zestaw minimalnych gwarancji, dostarczających zabezpieczenia społecznego na poziomie umożliwiającym zapobieganie lub przynajmniej łagodzenie ubóstwa, wykluczenia społecznego i zmniejszenie podatności na skutki ryzyk społecznych i ekonomicznych.

Zalecenie wprowadza też katalog zasad podstawowych, którymi kierować powinna się polityka zabezpieczenia społecznego (nie tylko w odniesieniu do podstawowych gwarancji). Choć wiele tych zasad zostało już skodyfikowanych przez wcześniejsze standardy MOP, w postaci tak jasno sprecyzowanej i tak pełnej pojawiają się po raz pierwszy.

Tak więc zalecenie, dając państwu pełną odpowiedzialność za wprowadzanie w życie jego postanowień, nakazuje stosowanie się do m.in. następujących zasad:

- zabezpieczenie społeczne powinno mieć charakter powszechny i odpowiadać zasadom solidarności społecznej;
- uprawnienia do poszczególnych świadczeń powinny być definiowane przez prawo;
- świadczenia powinny być adekwatne i przewidywalne;
- zasady przyznawania świadczeń powinny respektować prawa i godność osób objętych zabezpieczeniem, sprzyjać inkluzji społecznej, nie powinny nikogo dyskryminować, m.in. zapewniać równe traktowanie płci, ale jednocześnie brać pod uwagę szczególne potrzeby różnych grup.

Zasady te z europejskiej perspektywy mogą się wydawać oczywiste⁶, jednak dotychczasowa praktyka programów wprowadzanych w wielu krajach rozwijających się często odbiega od powyższych zasad. Wiele z tych programów to programy pilotażowe, których głównym celem jest badanie ich skutków gospodarczych i społecznych bardziej niż dostarczenie zabezpieczenia społecznego, albo programy zaplanowane na ograniczony okres, w których nie prawo, a wewnętrzne ustalenia regulują uprawnienia do świadczeń. Prawa i godność faktycznych i potencjalnych beneficjentów świadczeń też często nie są w pełni respektowane przez stosowane procedury adresowania świadczeń.

Interesująca jest historia wprowadzenia uwzględnienia godności świadczeniobiorców, jako jednej z zasad przewodnich zalecenia nr 202. Choć wstępny projekt tekstu zalecenia przygotowany przez sekretariat MOP mówił o tym, że poziom bezpieczeństwa dochodowego zapewniany przez podstawowe gwarancje powinien pozwalać na życie w godności, respektowanie godności przez procedury ustalania uprawnień do świadczeń i we wszystkich innych wymiarach polityki zabezpieczenia społecznego nie było *explicite* wymienione jako jedna z zasad przewodnich.

Ten wstępny projekt został na początku marca 2012 r. m.in. przedstawiony na seminarium w Instytucie Polityki Społecznej Uniwersytetu w Oxfordzie, poświęconemu finalizowanemu tam projektowi badającemu w siedmiu krajach o różnym poziomie rozwoju więzki między stygmatyzowaniem czy też „zawsty-

dzaniem” przez zamożniejszą część społeczeństw ludzi ubogich, wykluczeniem społecznym i skutecznością programów walki z ubóstwem⁷.

Kierujący tym projektem badawczym prof. Robert Walker oraz uczestnicząca w seminarium Magdalena Sepulveda, specjalny sprawozdawca ONZ ds. ekstremalnego ubóstwa i praw człowieka, podjęli starania na rzecz wprowadzenia kwestii respektu dla godności do zalecenia. W ich efekcie w czerwcu 2012 r. na konferencji MOP odpowiednie poprawki do projektu tekstu zalecenia zgłosiły zgodnie zarówno rządy krajów członkowskich Unii Europejskiej, jak i cała grupa przedstawicieli związków zawodowych uczestniczących w konferencji. Poprawka została przyjęta (por. International Labour Conference 2012, par. 335–349).

Rozdział drugi zalecenia: *social protection floor*

Zalecenie zachęca kraje członkowskie MOP, by zdefiniowane przez każdy kraj podstawowe gwarancje zostały jak najszybciej ustanowione. Powinny one zapewniać, że w cyklu życia każdy w potrzebie będzie miał zapewniony dostęp do niezbędnej opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa dochodowego. Krajowo zdefiniowane gwarancje powinny zapewniać co najmniej:

- dostępność niezbędnego zakresu usług opieki zdrowotnej,
- minimum bezpieczeństwa dochodowego dla dzieci,
- minimum bezpieczeństwa dochodowego dla bezrobotnych i niemogących pracować z powodu choroby, inwalidztwa, macierzyństwa itp.,
- minimum bezpieczeństwa dochodowego dla osób starszych.

Paragraf 7 zalecenia mówi, że *gwarancje te powinny przysługiwać co najmniej wszystkim mieszkańcom kraju i wszystkim dzieciom – w zgodzie ze zobowiązaniami międzynarodowymi kraju oraz prawem krajowym*. Ten nie całkiem przejrzysty zapis jest kompromisowym wynikiem trudnej dyskusji, na ile podstawowymi gwarancjami mają być objęci imigranci o różnym statusie prawnym, a także uchodźcy. Sformułowanie „wszystkie dzieci” wyraża intencję, by wszystkie dzieci znajdujące się na terenie będącym w gestii rządu danego kraju były objęte podstawowymi gwarancjami zabezpieczenia społecznego bez względu na ich status prawny.

Zalecane jest, by podstawowe gwarancje zabezpieczenia społecznego były definiowane przez prawo. Jednocześnie sposoby, instytucje, mechanizmy i typy konkretnych świadczeń, przez które gwarancje te są realizowane, każdy kraj może wybrać zgodnie ze swymi preferencjami, okolicznościami i środkami.

Definiowanie pożądanego poziomu gwarancji zalecenie zostawia poszczególnym krajom, jednak wymaga m.in. zapewnienia przez ten poziom, by konsekwencje finansowe konieczności korzystania z opieki medycznej nie zwiększały ryzyka ubóstwa, a minimalne gwarancje dochodowe pozwalały na życie w godności. Finansowanie powinno pochodzić ze środków krajowych, ale kraje niemające wystarczających możliwości gospodarczych i fiskalnych mogą liczyć na międzynarodową współpracę i wsparcie ich własnych wysiłków.

Jak wspomniałem wcześniej, zapis ten rozczerwał niektórych zwolenników globalnej i solidarnej

polityki społecznej. Zabrakło, ich zdaniem, elementu zobowiązującego społeczność międzynarodową do trwałego zwiększenia skali udzielanej pomocy na rzecz rozwoju zabezpieczenia społecznego w krajach najuboższych (por. Deacon 2013). Jednak krytyka ta zdaje się nie rozumieć charakteru konwencji i zaleceń MOP, które zawsze odnoszą się do regulacji i instytucji krajowych. Wezwania do większego i bardziej systematycznego udziału społeczności międzynarodowej w finansowaniu podstawowych gwarancji zabezpieczenia społecznego można natomiast znaleźć zarówno w raporcie grupy ekspertów pod kierunkiem Michele Bachelet (ILO 2011: 97–98), jak i w apelu specjalnych sprawozdawców ONZ do spraw praw człowieka, ekstremalnego ubóstwa i prawa do bezpieczeństwa żywnościowego wzywającym do ustanowienia globalnego funduszu wspomagania zabezpieczenia społecznego w krajach najuboższych (de Schutter, Sepulveda 2012).

Rozdział trzeci zalecenia: krajowe strategie rozwoju zabezpieczenia społecznego

Rozdział ten stanowi, że w każdym kraju gwarancje podstawowe powinny być trwałym elementem całego systemu zabezpieczenia społecznego. Kraje, które jeszcze tego nie osiągnęły, powinny przyjąć za priorytet jak najszybsze zagwarantowanie podstawowego zabezpieczenia społecznego wszystkim tym, którzy tego potrzebują. Wszystkie kraje powinny jednocześnie dążyć do zapewnienia jak największej liczbie osób, w miarę ich możliwości, wyższego i lepszego zabezpieczenia społecznego, co najmniej na poziomie wymaganym przez konwencję nr 102 i inne konwencje MOP w tym zakresie. Zaleca się też krajom członkowskim rozważyć ratyfikację tych konwencji tak wcześnie, jak to będzie możliwe.

Rozdział czwarty: monitorowanie

Zaleca się też krajom członkowskim regularne monitorowanie ich systemów zabezpieczenia społecznego, zwłaszcza w zakresie realizacji gwarancji podstawowych. Podkreśla się konieczność stworzenia niezbędnych dla realizacji tego celu baz danych statystycznych (postulat o tyle istotny, że dostępność danych pozwalających na ocenę skuteczności systemów zabezpieczenia społecznego pozostawia wiele do życzenia nie tylko w krajach rozwijających się). W tej kwestii zalecenie zwraca też uwagę na konieczność ochrony prywatności osób, których dane są gromadzone.

Ten zgłoszony w trakcie obrad nad tekstem przez delegację Stanów Zjednoczonych postulat jest bardzo ważny, gdyż w wielu krajach tworzone są ujednoczone rejestry otrzymujących pomoc z różnych rodzajów programów społecznych bez większej troski o to, by dostęp do tych rejestrów był ograniczany dla ochrony prywatności objętych nimi osób.

PODSUMOWANIE

Zalecenie 202: nie zamiast istniejących standardów, lecz ich uzupełnienie

Intencją przyjętego zalecenia było uzupełnienie luk w istniejących standardach, przede wszystkim z punktu widzenia wzmocnienia ochrony najsłabszych i nada-

nia tej ochronie znaczenia priorytetowego. Istnieje jednak niebezpieczeństwo pojawiania się interpretacji zalecenia jako dającego przyzwolenie lub sankcjonującego redukcję poziomu zabezpieczenia społecznego poniżej obowiązujących standardów, takich jak konwencja nr 102, która przecież dotyczy „minimalnych” norm zabezpieczenia społecznego.

Wiele z ostatecznie przyjętych zapisów zalecenia ma na celu obawy takie rozwiać. Można też pokazać, że zalecenie wręcz wzmacnia i uzupełnia niektóre zapisy konwencji nr 102, a nie je osłabia. Na przykład, konwencja przyjmuje dla wielu świadczeń ich minimalny pułap na poziomie 40% wynagrodzenia. Dla osób o niskich zarobkach, bliskich minimalnego wynagrodzenia, to – na przykład w większości w krajów Unii Europejskiej – poziom znajdujący się znacznie poniżej relatywnej granicy ubóstwa. Taki poziom minimalnych świadczeń nie spełniłby jednak wymogów nowego zalecenia nr 202, które wymaga, by minimalne gwarancje dochodowe ustalone były na poziomie przeciwdziałającym ubóstwu i pozwalającym na godne życie.

Wyzwania implementacji. Znaczenie dla Europy

Zalecenie ma przede wszystkim fundamentalne znaczenie dla krajów rozwijających się – dostarcza bowiem dodatkowych argumentów wszystkim tym w tych krajach, którzy podejmują tam starania na rzecz rozwoju systemów zabezpieczenia społecznego. Główne wyzwania w tych krajach mają nie tylko charakter gospodarczy (tworzenie tzw. przestrzeni fiskalnej – *fiscal space*), ale także polityczny (tworzenie przestrzeni dla politycznego poparcia dla tego nurtu polityki społecznej – *policy space*, a w konsekwencji woli politycznej dla tego kierunku alokacji dostępnych środków). Obok barier wewnętrznych (ograniczoność środków i brak wsparcia dla redystrybucji, zwłaszcza wśród elit politycznych) istnieją też bariery zewnętrzne (presje instytucji i rynków finansowych).

W krajach rozwiniętych, w tym w Europie, zalecenie może także odegrać ważną rolę, ponieważ zarówno tendencje na rynku pracy (rosnący w wielu krajach odsetek tych, których status na rynku pracy nie daje im albo w ogóle dostępu do ubezpieczeń społecznych, albo tylko do świadczeń w niepełnym wymiarze), jak i charakter wprowadzanych reform (jak na przykład w przypadku wielu reform emerytalnych, które znacznie osłabiły ochronę osób o krótszych, przerywanych karierach zawodowych i niskich dochodach) osłabiają rolę ubezpieczeń społecznych jako źródła powszechnych gwarancji bezpieczeństwa dochodowego i dostępu do niezbędnej opieki medycznej. Powstają z tego powodu luki w systemie podstawowych gwarancji zabezpieczenia społecznego, które wymagają uzupełnienia poprzez zmiany w systemie ubezpieczeń społecznych oraz wzmocnienie nieskładkowych form zabezpieczenia społecznego.

¹ Dobre polskie tłumaczenie terminu *social protection floor* jest wciąż przedmiotem poszukiwań.

² Wnioski i uchwały Konferencji MOP z lat 2011–2012 dotyczące zabezpieczenia społecznego zostały opublikowane w jednym tomie jako *Strategia Międzynarodowej Organizacji Pracy na rzecz zabezpieczenia społecznego dla wszystkich* (ILO 2012a).

- ³ Por. interesujące obserwacje zewnętrznego obserwatora procesu rodzenia się zalecenia nr 202 w (Deacon 2013).
- ⁴ A więc w angielskiej wersji: *floors* zamiast *floor* (*socles* zamiast *socle* we francuskiej i *pisos* zamiast *piso* w hiszpańskiej) w odniesieniu do owego podstawowego zestawu gwarancji zabezpieczenia społecznego.
- ⁵ Było to znaczne ustępstwo ze strony pracodawców, którzy jeszcze w wystąpieniu otwierającym dyskusję na Konferencji MOP w 2011 r. twierdzili, że konwencja nr 102 reprezentuje ściśle europejski model zabezpieczenia społecznego, który ani nie ma zastosowania w krajach rozwijających się, ani też nie powinien być im narzucany (International Labour Conference 2011).
- ⁶ Choć nie zawsze – por. krytykę przyjętego w Wielkiej Brytanii w 2012 r. nowego prawa reformującego pomoc społeczną, jako nierespektującego godności ludzi biednych i tym samym stojącego w sprzeczności z zaleceniem MOP nr 202 w (Walker i in. 2012).
- ⁷ <http://www.oisp.ox.ac.uk/res/poverty-and-social-exclusion/shame-social-exclusion-and-the-effectiveness-of-anti-poverty-programmes-a-study-in-seven-countries.html>

LITERATURA

- Cichon M., Hagemeyer K (2007), *Changing the development policy paradigm: Investing in a social security floor for all*, „International Social Security Review”, Vol. 60, No 2–3, s. 169–196.
- Deacon B. (2013), *Global Social Policy in the Making: The Foundations of the Social Protection Floor*, Policy Press, London.
- De Schutter O., Sepulveda M. (2012), *Underwriting the Poor: A Global Fund for Social Protection*, Office of the UN High Commissioner for Human Rights, http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Food/20121009_GFSP_en.pdf [dostęp 2.2.2013].
- Ellis F., Devereux S., White Ph. (2009), *Social Protection in Africa*, Edward Elgar Publishing, London.
- Hagemeyer K. (2010), *Absolutne minimum zabezpieczenia społecznego*, „Polityka Społeczna” nr 9.
- ILO (2009a), *Rules of the Game: A brief introduction to International Labour Standards*, Genewa.
- ILO (2009b), *Extending Social Security to All: A review of challenges, present practice and strategic options*, Genewa.
- ILO (2011), *Social Protection Floor: For a fair and inclusive globalization*, Report of the Advisory Group chaired by Michelle Bachelet, Genewa.
- ILO (2012a), *The Strategy of the International Organization: Social Security for All. Building social protection floor and comprehensive social protection systems*, Genewa.
- ILO (2012b), *Social protection floors for social justice and a fair globalization (raporty IV2A i IV2B)*, Genewa, http://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/101stSession/reports/reports-submitted/WCMS_174694/lang--en/index.htm [dostęp 1.2.2013]; http://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/101stSession/reports/reports-submitted/WCMS_174637/lang--en/index.htm [dostęp 1.2.2013]
- ILO (2012c), *Recommendation no 202 (2012) concerning national floors of social protection*, http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R202 [dostęp 20.12.2012].
- ILO, IMF (2012), *Towards effective and fiscally sustainable Social Protection Floors*, Genewa, Waszyngton, <http://www.socialsecurityextension.org/gimi/gess/ResShowResource.do?resourceId=30810> [dostęp 1.2.2013].
- ILO, WHO (2009), *A joint Crisis Initiative of the UN Chief Executives Board for Co-ordination on the Social Protection Floor*, <http://www.un.org/en/ga/second/64/socialprotection.pdf> [dostęp 1.2.2013].
- International Labour Conference (2011), *Provisional Record nr 24; 100th Session, Geneva, June 2011 Sixth item on the agenda: A recurrent discussion on the strategic objective of social protection (social security) under the follow-up to the 2008 ILO Declaration on Social Justice for a Fair Globalization. Report of the Committee for the Recurrent Discussion on Social Protection*, Genewa, http://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/100thSession/reports/provisional-records/WCMS_157820/lang--en/index.htm [dostęp 2.2.2013].
- International Labour Conference (2012), *Provisional Record nr 14; 101th Session, Geneva, June 2012, Fourth item on the agenda: Elaboration of an autonomous Recommendation on the social protection floor. Report of the Committee on the Social Protection Floor*, Genewa, http://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/101stSession/reports/provisional-records/WCMS_182950/lang--en/index.htm [dostęp 2.2.2013].
- MOP, MPiPS (1996), *Konwencje i Zalecenia Międzynarodowej Organizacji Pracy (1919–1994)*, tom I: (1919–1966), PWN, Warszawa.
- OECD (2009), *Promoting Pro-Poor Growth: Employment and Social Protection*, Paryż.
- UNDP (2011), *Successful Social Protection Floor Experiences*, Volume 18 of Sharing Innovative Experiences series, Nowy Jork.
- Uścińska G. (2005), *Europejskie standardy zabezpieczenia społecznego a współczesne rozwiązania polskie*, IPISS, Warszawa.
- Walker R., Chase E., Loedemel I. (2012), *The indignity of the Welfare Reform Act; Child Poverty Action Group*, <http://www.cpag.org.uk/content/indignity-welfare-reform-act> [dostęp 2.2.2013].
- World Bank (2012), *Resilience, equity and opportunity – Social protection and labour strategy*, Waszyngton.

SUMMARY

101th Session of the International Labour conference in June 2012 adopted new Recommendation concerning national floors of social protection. The paper explains reasons which led to adoption of this recommendation, whose main intention is to secure protection to all those who in developing countries have no protection now – and in the first instance to the poorest. Contents of the recommendation are presented focussing on the points where initial positions of government, employers and workers delegates differed and where concessions and compromises were necessary. It is also discussed how the new recommendation relates to existing ILO social security conventions, and in particular to Minimum Standards (Social Security) Convention no 102. In conclusions, main challenges to the implementation of the Recommendation in developing countries are pointed out, as well as its potential relevance in developing, including European, countries.

RECENZENCI WSPÓŁPRACUJĄCY Z REDAKCJĄ

Recenzenci współpracujący z redakcją w 2013 r. (w kolejności alfabetycznej): Łukasz Arendt, Piotr Błędowski, Piotr Broda-Wysocki, Anna Izabela Brzezińska, Zdzisław Czajka, Zofia Czepulis-Rutkowska, Magdalena Dybas, Dorota Głogosz, Emilia Jaroszewska, Urszula Jeruszka, Marta Juchnowicz, Bożena Kołaczek, Iwona Kukulak-Dolata, Piotr Kurowski, Elżbieta Kryńska, Jerzy Krzyszowski, Mirosław Księżopolski, Lucyna Machol-Zajda, Leokadia Oręziak, Anna Organiściak-Krzykowska, Krzysztof Piątek, Bartosz Pielniński, Iwona Poliwczyk, Paweł Polawski, Andrzej Przyemeński, Agnieszka Rosińska, Wiktor Rutkowski, Cecylia Sadowska-Snarska, Halina Sobocka-Szczapa, Monika Stanny, Zbigniew Strzelecki, Ryszard Szarfenberg, Zofia Szweda-Lewandowska, Bogusława Urbaniak, Gertruda Uścińska, Zenon Wiśniewski, Jerzy Wratny, Dariusz Zalewski, Maria Zralek.

UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE W BUŁGARII – SUKCES CZY PROBLEM?

Krassimira Sredkova
Uniwersytet „St. Kliment Ohridski” w Sofii
Bułgaria

MIEJSCE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO W RAMACH SYSTEMU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

W 1999 r. w Bułgarii rozpoczęto ważną reformę systemu opieki zdrowotnej oraz systemu leczenia obywateli – zaczęto stopniowo wprowadzać system ubezpieczenia zdrowotnego. Zastąpił on istniejący system bezpłatnej publicznej opieki zdrowotnej, świadczonej w państwowych placówkach służby zdrowia. Jego uzasadnieniem był artykuł 52 ust. 1 Konstytucji Republiki Bułgarii, który stanowi, że *obywatele mają prawo do ubezpieczenia zdrowotnego*.

Definicja prawna ubezpieczenia zdrowotnego jest zawarta w art. 2 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym (dalej jako u.u.z.). Ten dość długi przepis brzmi następująco: *Ubezpieczenie zdrowotne jest działalnością, która obejmuje zbieranie składek ubezpieczeniowych na ubezpieczenie zdrowotne (health insurance contributions), zarządzanie zebranymi środkami finansowymi i ich wydatkowanie na opłacenie działania opieki zdrowotnej, a także usług i towarów przewidzianych w ustawie o ubezpieczeniu zdrowotnym, w Krajowej umowie ramowej i dobrowolnych umowach ubezpieczeń zdrowotnych*.

Przepis ten pozwala na zdefiniowanie podstawowych cech prawnych ubezpieczenia zdrowotnego.

Ubezpieczenie zdrowotne – element systemu zabezpieczenia społecznego

Ubezpieczenie zdrowotne jest realizowane przez specjalne procedury gromadzenia i wydatkowania środków. Społeczny charakter systemu ubezpieczeń zdrowotnych należy rozpatrywać w dwóch aspektach. Z jednej strony do osoby ubezpieczonej należy obowiązek uczestniczenia w pozyskiwaniu środków na funkcjonowanie systemu ubezpieczeń zdrowotnych – osobiście lub przez inną osobę (tj. pracodawcę, państwo itp.). Z drugiej zaś strony społeczny charakter systemu ubezpieczeń zdrowotnych polega również na obowiązku instytucji ubezpieczeniowej zapewnienia niezbędnej ochrony, gdy okoliczności ustalone przez prawo są spełnione. Ochrona polega na zapewnieniu określonych świadczeń w momencie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Ubezpieczenie zdrowotne – element systemu opieki społecznej w zakresie ochrony zdrowia obywateli

Ubezpieczenie zdrowotne polega na świadczeniu czynności, usług i produktów medycznych. Jego istotą jest to, że osoby ubezpieczone korzystają z opieki medycznej, nie płacąc jej finansowego ekwiwalentu. Ubezpieczenie zdrowotne jest opłacone przez zakład ubezpieczeń – Narodowy Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego (art. 45 ust. 1 u.u.z.) lub przez firmę ubezpieczeniową, w której wykupione zostało dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne (art. 82 u.u.z.).

Opieka medyczna jest świadczeniem należnym osobie posiadającej ubezpieczenie zdrowotne i stanowi główny cel systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Jego zakres został określony w art. 45 u.u.z. i w Krajowej umowie ramowej. Umowa ta jest zawierana każdego roku pomiędzy zakładem ubezpieczeniowym, który reprezentuje interesy ubezpieczonych i ubezpieczycieli, a organizacjami zawodowymi lekarzy i lekarzy dentyistów, które reprezentują interesy świadczeniodawców usług medycznych. Umowa ramowa określa warunki, które muszą zostać spełnione przez świadczeniodawców usług medycznych, poszczególne rodzaje usług medycznych, warunki i procedury wymagane w celu świadczenia opieki medycznej, kryteria jakości i dostępności opieki medycznej, wymaganą dokumentację i przepływ dokumentów, oprogramowanie systemowe i inne kwestie¹.

Prawo do ubezpieczenia zdrowotnego należy odróżnić od innego podstawowego prawa, przewidzianego w art. 52 ust. 1 Konstytucji Republiki Bułgarii – prawa do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych². Jest to niezależne prawo obywateli, które nie ma związku z ich prawem do ubezpieczenia zdrowotnego. Polega ono na uzyskaniu opieki medycznej niezależnie od wkładu pieniężnego czy zapłaty uiszczony przez daną osobę. W tym sensie prawo to z jednej strony uzupełnia system ochrony zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, z drugiej zaś jest ono niezależne od ubezpieczenia zdrowotnego.

Opieka medyczna, która jest świadczona bezpłatnie na podstawie art. 52 ust. 1 Konstytucji, określona jest aktem prawnym, a mianowicie ustawą obejmującą szereg wymienionych świadczeń w ramach bezpłatnej opieki medycznej – opiekę w nagłych wypadkach, szpitalną opiekę psychiatryczną, obowiązkowe szczepienia itp. Świadczenia te wynikają z obowiązku państwa, a nie są zapewniane w imieniu zakładu ubezpieczeń – Krajowego Funduszu Ubezpieczenia Zdrowotnego, jak to jest w przypadku prawa do ubezpieczenia zdrowotnego.

OSOBY POSIADAJĄCE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

Zakres opieki medycznej osób ubezpieczonych zgodnie z prawem bułgarskim jest szeroki. Taki wniosek dotyczący zakresu opieki medycznej narzuca się w przypadku systematycznego interpretowania przepisów art. 52 ust. 1 Konstytucji i art. 33 u.u.z. Na podstawie tych przepisów można ustalić, że podstawą do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego jest bułgarskie obywatelstwo oraz stały związek terytorialny z Bułgarią.

Bułgarskie obywatelstwo

Wszyscy obywatele Bułgarii podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego. Nabywają oni tę właściwość wraz z narodzinami *ex lege*. Bułgarskie

obywatelstwo stanowi wystarczającą podstawę do ubezpieczenia zdrowotnego, gdy dana osoba nie posiada innego obywatelstwa (art. 33 ust. 1 (1) u.u.z.). W tym przypadku bez znaczenia jest to, czy dany obywatel Bułgarii mieszka w Bułgarii, czy poza jej granicami³.

Jeśli jednak bułgarski obywatel posiada również inne obywatelstwo, wówczas ubezpieczenie zdrowotne wymaga, zgodnie z przepisami prawa bułgarskiego, aby jego stałe miejsce zamieszkania było na terytorium Bułgarii (art. 33 ust. 1 i 2 u.u.z.).

Stały związek terytorialny z Bułgarią

Zdrowie jest uniwersalną ludzką wartością (art. 25 Powszechnej deklaracji praw człowieka i art. 12 (1) Międzynarodowego paktu praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych). Dlatego też prawo do ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje również osobom, które nie są obywatelami Bułgarii, ale należą do kategorii osób wymienionych w ustawie.

Po pierwsze – są to obywatele innych państw i bezpaństwowcy (art. 33 ust. 3 u.u.z.). Ustawa określa dwa alternatywne wymogi adresowane do tej kategorii osób.

Pierwszym wymogiem jest to, że dana osoba musi mieć stałe, tj. nieograniczone czasowo, miejsce zamieszkania w Republice Bułgarii w rozumieniu art. 23 ust. 3 ustawy o cudzoziemcach. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego tych osób powstaje z dniem otrzymania zezwolenia na pobyt stały (art. 34 ust. 1 i 2 u.u.z.). Drugim wymogiem koniecznym do uzyskania przez cudzoziemca prawa do ubezpieczenia zdrowotnego jest, zgodnie z prawem bułgarskim, brak przepisów stanowiących inaczej w ramach międzynarodowych (dwustronnych lub wielostronnych) traktatów, których Bułgaria jest stroną. Takim przepisem stanowiącym inaczej może być np. przepis, że cudzoziemiec powinien być ubezpieczony w kraju pochodzenia lub że nawet osoby przebywające w Bułgarii przez krótki okres podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego. W takim przypadku mają zastosowanie postanowienia traktatu.

Po drugie – są to uchodźcy (art. 33 ust. 4 i 1 u.u.z.). Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego powstaje wraz z rozpoczęciem procedury o przyznanie takiego statusu (art. 34 ust. 1 i 3 u.u.z.)⁴.

Po trzecie – są to osoby, które uzyskały ochronę o charakterze humanitarnym (art. 33 ust. 4 i 2 u.u.z.). Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego powstaje wraz z wszczęciem procedury przyznawania statusu uchodźcy.

Po czwarte – osoby, którym przyznano status uchodźcy (art. 33 ust. 4 i 3 u.u.z.). Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego powstaje w chwili wszczęcia procedury przyznawania statusu uchodźcy.

Po piątę – zagraniczni studenci i doktoranci (art. 33 ust. 5 u.u.z.). Są pewne kategorie studentów i doktorantów pochodzących z Bułgarii, które są dopuszczone do edukacji na bułgarskich uczelniach i w instytutach badawczych według określonej procedury. Kategorie te są ustanawiane rozporządzeniem Rady Ministrów (DCM) nr 103 z 1993 r. o pracy edukacyjnej wśród Bułgarów mieszkających za granicą i rozporządzeniem Rady Ministrów (DCM) nr 228 z 1997 r. w sprawie dopuszczenia obywateli Republiki Macedonii do państwowych uczelni w Bułgarii. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego powstaje z dniem wpisu

do szkoły wyższej lub danej naukowej organizacji badawczej (art. 34 ust. 2 i 4 u.u.z.).

Po przystąpieniu Bułgarii do UE 1 stycznia 2007 r. szczególna sytuacja pojawiła się w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego obywateli państw członkowskich UE. Na mocy rozporządzenia nr 883/2004 wszyscy obywatele państw członkowskich UE powinni być traktowani na równi z obywatelami Bułgarii. Jest to określone w art. 33 ust. 1 i 6 u.u.z. jako obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego. Oznacza to, że niezależnie od państwa członkowskiego (lub strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym i Konfederacji Szwajcarskiej), w którym takie osoby uiszczają składki na ubezpieczenie zdrowotne, osoby te są uprawnione do uzyskania świadczeń opieki medycznej opłaconej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w równym stopniu, co obywatele Bułgarii, gdy wystąpi u nich zagrożenie zdrowotne podlegające ubezpieczeniu zdrowotnemu podczas ich pobytu w Bułgarii.

W późniejszym terminie bułgarska instytucja ubezpieczeniowa ma prawo do zwrotu poniesionych kosztów od właściwej instytucji, czyli zakładu ubezpieczeń, w którym dany obywatel został ubezpieczony. Świadczenie opieki medycznej podlega zasadzie określenia państwa zamieszkania (patrz Среџкова 2010).

INSTYTUCJE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Zakładem ubezpieczenia zdrowotnego odpowiedzialnym za obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne jest Krajowy Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego (art. 6 u.u.z.). Jest to instytucja państwowa dotowana z budżetu państwa, która działa na podstawie środków finansowych, zatwierdzanych corocznie przez Zgromadzenie Narodowe (Parlament) w drodze specjalnej ustawy. Jej oddziałami terytorialnymi są regionalne fundusze ubezpieczeń zdrowotnych (patrz Среџкова 1999: 543–550, 2012: 272–273).

Instytucjami ubezpieczeniowymi w odniesieniu do dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego są firmy ubezpieczeniowe (art. 82 u.u.z.). Ten rodzaj ubezpieczenia jest jednak słabo rozwinięty w Bułgarii.

FINANSOWANIE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Finansowanie ubezpieczenia zdrowotnego jest jednym z najważniejszych, ale wciąż nierozwiązanych problemów. Finansowanie tego ubezpieczenia podlega budżetowi Krajowego Funduszu Ubezpieczenia Zdrowotnego. Główne dochody budżetu pochodzą ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, ale także z dochodów z tytułu własności, mandatów, grzywien i innych dochodów niepodatkowych (art. 1 ustawy o budżecie Krajowego Funduszu Ubezpieczenia Zdrowotnego na rok 2012).

Niestety, wypełnianie obowiązku opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne jest od ponad 10 lat nadmiernie niskie (niezależnie od grożących surowych kar), co prowadzi do corocznego niedoboru środków.

ZDARZENIA OBJĘTE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM

Podobnie jak w przypadku każdego innego systemu zabezpieczenia społecznego, system ubezpieczenia zdrowotnego zależy od wystąpienia zdarzeń objętych ubezpieczeniem w ramach systemu zabezpieczenia społecznego, przewidzianych w obowiązującym ustawodawstwie. Dla systemu ubezpieczeń

zdrowotnych zdarzenia te to choroby (niezależnie od ich przyczyn), ciąża i poród (art. 45 ust. 1 u.u.z.).

ŚWIADCZENIA W RAMACH UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Każdy system zabezpieczenia społecznego działa poprzez zapewnienie określonych świadczeń dla ubezpieczonych po wystąpieniu zdarzeń objętych ubezpieczeniem w systemie zabezpieczenia społecznego. Są to świadczenia, do których osoby ubezpieczone mają prawo zgodnie z warunkami określonymi przepisami.

W przypadku ubezpieczeń zdrowotnych jest to system czynności i świadczeń materialnych, określonych ogólnym terminem opieki medycznej (art. 4 u.u.z.)⁵. Działalność ta jest związana z wystąpieniem odchylenia od normalnego stanu fizycznego lub psychicznego zdrowia człowieka, które wymagają interwencji wykwalifikowanego personelu w celu ich przezwyciężenia (konieczność leczenia)⁶. Dla celów ubezpieczenia zdrowotnego termin „opieka medyczna” jest prawnie określony w § 1 ust. 9 Postanowień dodatkowych do u.u.z. Jest to *system diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i profilaktycznych czynności świadczonych przez lekarzy*.

System ten obejmuje połączone ze sobą działania i czynności, które mają na celu osiągnięcie wspólnego celu – ochronę ludzkiego zdrowia, będącego najwyższą wartością społeczną. Elementy tego systemu są wymienione i dalej zwane *istotnymi działaniami* (ang. *substance of the activities*) w § 1 ust. 9 Postanowień dodatkowych do u.u.z., podczas gdy w art. 45 ust. 1 u.u.z. elementy te są opisane jako konkretne cele.

Dalsze szczegółowe rozbięcie zostało dokonane w drodze rozporządzenia, wydanego przez ministra zdrowia zgodnie z art. 45 ust. 2 u.u.z.⁷ w ramach Krajowej umowy ramowej i w ramach umów zawartych pomiędzy Krajowym Funduszem Ubezpieczenia Zdrowotnego a świadczeniodawcami poszczególnych czynności (art. 46 ust. 1 u.u.z.). Co łączy te dokumenty? Odpowiedź jest prosta: wszystkie one mają na celu troskę o ludzkie zdrowie. Niemniej jednak to właśnie w ramach tego systemu systematycznie ujawniano liczne nieprawidłowości: brak stabilności (ciągłe zmiany w strukturze należnych świadczeń medycznych), ciągłe zmiany w metodach wyceny usług medycznych, niewystarczający zakres czynności świadczonych przez zakład ubezpieczeń i wynikająca z powyższego potrzeba uiszczania dodatkowych opłat w imieniu pacjentów itp.

Opieka medyczna świadczona w ramach ubezpieczenia zdrowotnego pojawia się w trzech głównych kategoriach świadczeń ubezpieczenia zdrowotnego.

Wykonanie konkretnych czynności

Wykonanie konkretnych czynności jest elementem opieki medycznej największym w odniesieniu do wielkości i jednym z najbardziej zróżnicowanych pod względem zawartości. Polega on na wykonaniu przez świadczeniodawcę konkretnych działań w celu zaspokojenia określonych potrzeb ubezpieczonego. Czynności te są związane z profilaktyką chorób, badaniami przesiewowymi i wykrywaniem chorób oraz przywracaniem odpowiedniego stanu zdrowia (art. 45 ust. 1 i 1–5, 9 i in. u.u.z.), ze świadczeniem opieki medycznej w warunkach domowych (art. 45 ust. 1 i 10 u.u.z.)

i oceną zdolności do wykonywania pracy (art. 45 ust. 1 i 13 u.u.z.).

Dobra rzeczowe

Dobra rzeczowe to konkretne (fizyczne) przedmioty potrzebne ubezpieczonemu w związku z jego stanem zdrowia. Obejmują one produkty farmaceutyczne (art. 45 ust. 1 i 11 u.u.z.)⁸, wyroby medyczne (art. 45 ust. 1 i 12 u.u.z.)⁹, transport medyczny (art. 45 ust. 1 i 14 u.u.z.) oraz inne świadczenia. Ubezpieczeniowy charakter tych świadczeń oznacza, że ich otrzymanie nie powoduje obciążeń finansowych dla osoby znajdującej się w potrzebie, a płatność za nie jest pokryta ze środków instytucji ubezpieczeniowej.

Zwrot kosztów

Osoby ubezpieczone mogą ubiegać się o zwrot kosztów poniesionych przez nie w przypadku leczenia za granicą (art. 36 ust. 1 u.u.z.), zaś zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do ich zwrotu. Warunkiem zwrotu tych kosztów jest konieczność uzyskania uprzedniego zezwolenia, co występuje w przypadku, gdy odpowiednie usługi medyczne nie są dostępne w Bułgarii (art. 36 ust. 2 w odniesieniu do art. 78 u.u.z.). Upoważnioną instytucją do wydawania tego typu zezwoleń jest zakład ubezpieczeń – Krajowy Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Umowa ubezpieczeniowa dotycząca dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego może określać inne warunki dotyczące zwrotu kosztów.

*

Jak wspomniano wyżej, istotą ubezpieczenia zdrowotnego jest fakt, że osoby ubezpieczone otrzymują opiekę medyczną od świadczeniodawców medycznych, nie płacąc jej równowartości pieniężnej. Koszty świadczenia opieki medycznej są pokrywane przez zakład ubezpieczeń – Krajowy Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego (art. 45 ust. 1 u.u.z.) lub dobrowolną firmę ubezpieczeniową, z którą osoba ubezpieczona zawarła umowę ubezpieczenia zdrowotnego (art. 84 u.u.z.). Instytucja ubezpieczeniowa ponosi ryzyko niekorzystnych konsekwencji finansowych za osobę ubezpieczoną, co stanowi istotę wszystkich systemów ubezpieczeniowych.

Szczegółowe zasady korzystania z poszczególnych elementów opieki medycznej świadczonej w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego są ustalane w ramach Krajowej umowy ramowej, jak również przez przepisy wtórnego prawodawstwa wydane przez Radę Ministrów i ministra zdrowia¹⁰. Korzystanie ze świadczeń opieki medycznej wymaga regularnego uiszczania składek na ubezpieczenie zdrowotne i wiąże się z dokonaniem wyboru dostawcy podstawowej opieki medycznej (art. 35 ust. 2 u.u.z.).

Ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym przewiduje wyraźnie, że osoba ubezpieczona ma prawo wyboru lekarza w ramach głównego zakładu opieki zdrowotnej (art. 35 ust. 2 u.u.z.; art. 4 rozporządzenia w sprawie uprawnień do opieki medycznej). Jest to wybrany lekarz medycyny ogólnej lub, odpowiednio, wybrany dentysta. Ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym nie wprowadza ograniczenia prawa wyboru. Jedynym wymogiem jest to, że dostawca usług medycznych musi mieć zawartą umowę z regionalnym funduszem ubezpieczeń zdrowotnych (art. 35 ust. 2 u.u.z.).

Wybór taki nie jest jednorazowym i ostatecznym działaniem. Wybór lekarza może być zmieniany każdego roku w okresach od 1 do 30 czerwca i od 1 do 31 grudnia (art. 7 rozporządzenia w sprawie uprawnień do opieki medycznej). Zmiana dokonywana jest przez ubezpieczonego przez wypełnienie formularza rejestracyjnego (art. 6 rozporządzenia w sprawie uprawnień do opieki medycznej).

Prawo wyboru obejmuje nie tylko podstawową opiekę medyczną, ale również specjalistyczną opiekę ambulatoryjną (art. 10 ust. 2 rozporządzenia w sprawie uprawnień do opieki medycznej). W tym celu konieczne i wystarczające jest wydane przez lekarza ogólne, ewentualnie lekarza dentystę, skierowanie do specjalistycznej opieki ambulatoryjnej (art. 10 ust. 1 rozporządzenia w sprawie uprawnień do opieki medycznej).

Wreszcie wolność wyboru ma zastosowanie również w odniesieniu do szpitalnych placówek medycznych (art. 21 ust. 1 rozporządzenia w sprawie uprawnień do opieki medycznej). Dokonanie tego wyboru wymaga skierowania na hospitalizację, wystawionego przez lekarza ambulatoryjnej opieki medycznej lub lekarza dentystę.

W celu uzyskania niezbędnej opieki medycznej w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego dana osoba musi regularnie opłacać składki na ubezpieczenie zdrowotne. Oznacza to uiszczenie wszystkich należnych składek na ubezpieczenie zdrowotne, które narosły od czasu wystąpienia przyczyn obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego. Ten warunek jest weryfikowany przez świadczeniodawcę usług medycznych na podstawie danych pochodzących z Krajowej Agencji ds. Dochodów (art. 50 u.u.z.). Jeżeli wymóg ten nie jest spełniony, osoba otrzyma opiekę medyczną, ale będzie musiała za nią zapłacić (art. 51–52 u.u.z.).

Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne stanowi finansowanie opieki medycznej świadczonej na rzecz ubezpieczonego. Ubezpieczenie takie zapewniają firmy ubezpieczeniowe oferujące dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, którym osoby ubezpieczone muszą płacić składki ubezpieczeniowe. Świadczenie usług medycznych może odbywać się zarówno w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, jak i poza tymi ramami. Są one określone w umowie o ubezpieczeniu zdrowotnym (art. 88).

Warunki korzystania ze świadczeń dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego są określone w umowie ubezpieczeniowej, a odbywa się ono przez zwrot kosztów lub na zasadzie subskrypcji usługi ubezpieczeniowej (art. 87 ust. 1 u.u.z.).

ZAKOŃCZENIE – SUKCESY I PROBLEMY ZWIĄZANE Z UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM

Choć historia ubezpieczenia zdrowotnego w Bułgarii trwa od ponad 20 lat, to charakteryzuje się zarówno pewnymi osiągnięciami, jak i problemami. Głównym osiągnięciem jest zagwarantowanie koniecznej i dostępnej opieki medycznej dla osób ubezpieczonych. Opieka ambulatoryjna funkcjonuje dobrze. Obywatele czują potrzebę, aby zadbać o swoje zdrowie.

Niestety, problemy związane z ubezpieczeniem zdrowotnym w Bułgarii przeważają nad sukcesami. Niżej wymieniono najważniejsze z nich.

1. Nieopłacanie składek z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.

Jest to szczególnie typowe dla ludzi, którzy sami się ubezpieczają, ale sytuacja ta dotyczy również wie-

lu pracodawców będących ubezpieczycielami. Mimo utraty uprawnień do świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, mimo groźących grzywien i administracyjnej odpowiedzialności karnej ustanowionej w ramach przepisów prawa ubezpieczenia zdrowotnego, problem ten nadal występuje. Powoduje to trudności dla osób ubezpieczonych w dostępie do niezbędnej opieki medycznej, a także dla budżetu instytucji ubezpieczeniowej – Krajowego Funduszu Ubezpieczenia Zdrowotnego. Nie jest to jednak problem związany z przepisami, lecz raczej z ich nieskutecznym stosowaniem. Od wielu lat nie udaje się znaleźć rozwiązania tego problemu.

2. Stosunkowo ograniczony minimalny pakiet świadczeń opieki medycznej dla osób ubezpieczonych.

Pakiet świadczeń opieki medycznej dla osób ubezpieczonych spełnia ledwie minimalne wymagania opieki medycznej. Sytuacja dotycząca zaopatrzenia w produkty medyczne niezbędne do leczenia domowego jest szczególnie niepokojąca: instytucja ubezpieczeniowa płaci w całości lub częściowo za lekarstwa tylko w przypadku wymienionych w spisie chorób przewlekłych. Przez lata poszukiwano najlepszej metody wyceny usług medycznych, ale nie udało się jej jak dotąd znaleźć. Stale zmieniające się metody wyceny usług medycznych i płatności za te usługi przekazywane świadczeniodawcom tych usług skutecznie utrudniały osobom ubezpieczonym dostęp do korzystania ze świadczeń w ramach systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

3. Nacisk na zwiększanie dochodów lekarzy, a nie na zapewnienie merytorycznej pomocy osobom ubezpieczonym.

Przeważająca część debaty w Bułgarii koncentrowała się na sposobach zwiększenia dochodów personelu medycznego, a nie na sposobach zwiększenia minimalnego pakietu usług medycznych przewidzianych przez instytucję ubezpieczeniową – Krajowy Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego. Odnotowano nielegalne praktyki, takie jak przymusowe „darowizny”, opłaty „spod lady” itp., które pogłębiają i tak już trudną materialną sytuację bułgarskich obywateli.

*

Rozwój systemu ubezpieczeń zdrowotnych wymaga wspólnych wysiłków polityków, instytucji ubezpieczeniowych, świadczeniodawców usług medycznych, pacjentów i stowarzyszeń pacjentów. Niestety, opinie tych ostatnich stron debaty są rzadko w Bułgarii słyszalne, a jeszcze mniej akceptowane przez pozostałych jej uczestników. Dialog społeczny dotyczący systemu ubezpieczeń zdrowotnych nie znalazł jeszcze należnego mu miejsca w przestrzeni publicznej.

¹ Bardziej szczegółowe informacje na temat Krajowej umowy ramowej można znaleźć w publikacji (Зинovieва 2002, 2004; Средкова 2002, 2012: 88–95).

² Bardziej szczegółowe informacje na temat tego prawa oraz jego związków z prawem do ubezpieczenia zdrowotnego można znaleźć w Мръчков (2010: 54–55).

³ Decyzja Naczelnego Sądu Administracyjnego nr 5816-06-VI w sprawie administracyjnej nr 9899 z 2005 r.

⁴ Ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym nie jest konsekwentna w swoich decyzjach dotyczących kwestii ubezpieczenia zdrowotnego dla uchodźców politycznych i imigrantów. Artykuł 33 ust. 4 u.u.z. przewiduje, że prawo

to przysługuje osobom posiadającym status uchodźcy, ochronę o charakterze humanitarnym lub którym przyznano azyl, zaś art. 34 ust. 1 i 3 ustawy stanowi, że obowiązek ubezpieczenia powstaje z dniem wszczęcia procedury przyznawania statusu uchodźcy lub azylu. Istnieje oczywiście sprzeczność między tymi dwoma przepisami prawa – art. 33 i art. 34. Aż do momentu wyeliminowania tej sprzeczności, co możliwe jest tylko poprzez zmianę ustawy, należy przyjąć, że art. 34 ust. 1 i 3 u.u.z. odbiega od ogólnie ustalonego pojęcia „uchodźcy”, rozumianego jako osoba, której przyznano azyl polityczny, i tym samym objęcie obowiązkiem ubezpieczenia odpowiednich osób następuje nie od momentu nabycia statusu uchodźcy, ale od momentu wszczęcia postępowania uchodźczego w celu nabycia statusu uchodźcy.

- ⁵ Tu muszę podkreślić jedną niedoskonałość ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym. Określając przedmiot obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, art. 4 ustawy wylicza dostęp [...] do opieki medycznej oraz wybór świadczeniodawcy opieki medycznej. W rzeczywistości drugi element nie jest świadczeniem w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, lecz elementem sposobu korzystania z uprawnienia do opieki medycznej.
- ⁶ Jak twierdzi niemiecki profesor Eberhard Eichenhofer, opieka medyczna będąca istotą świadczenia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego odnosi się do stanu ciała lub ducha działającego niezgodnie z normą, który wymaga leczenia lub – jednocześnie lub wyłącznie – skutkuje niezdolnością do wykonywania pracy (Eichenhofer 2007: 198).
- ⁷ Rozporządzenie nr 40 z 2004 r. ustanawiające podstawowy pakiet usług medycznych gwarantowanych w ramach budżetu Krajowego Funduszu Ubezpieczenia Zdrowotnego.
- ⁸ Decyzja Naczelnego Sądu Administracyjnego nr 4405-07-II w sprawie administracyjnej nr 11026 z 2006 r.

- ⁹ Orzeczenie Naczelnego Sądu Administracyjnego nr 4790-07-VI w sprawie administracyjnej nr 2140 z 2007 r.; nr 4998-07-VI w sprawie administracyjnej nr 2641 z 2007 r.
- ¹⁰ Wśród najważniejszych z tych aktów jest: rozporządzenie nr 40 z 2004 r. ustanawiające podstawowy pakiet usług medycznych gwarantowanych w ramach budżetu Krajowego Funduszu Ubezpieczenia Zdrowotnego, rozporządzenie nr 6 z 2003 r. w sprawie procedury i miejsca wykonywania specjalistycznych badań lekarskich i psychologicznych oraz okresowych badań zdrowotnych i metod ich przeprowadzenia itp.

LITERATURA

- Eichenhofer Eb. (2007), *Sozialrecht*, 6. Aufl., Mohr Siebeck, Tübingen.
- Зиновиева Д. (2002), *Правна същност на НРД по 330.*, „Административно правосъдие”, № 3.
- Зиновиева Д., Гевренова Н. (2004), *Националният рамков договор като източник на осигурителното право*, „Административно правосъдие”, № 1.
- Мръчков В. (2010), *Осигурително право*, 5. Изд., С.: Сиби.
- Средкова Кр. (1999), *В: Здравно осигуряване в България*, С.: Труд и право.
- Средкова Кр. (2002), *Националният рамков договор като източник на осигурителното право*, „Съвременно право”, № 2.
- Средкова Кр. (2012), *Осигурително право*, 4. Изд., С.: Сиби.
- Средкова Кр. (2010), *Основни принципи на новата правна уредба на координацията на системите за социална сигурност в ЕС*, „Съвременно право”, № 3.

SUMMARY

Sickness is considered one of the „old” social risks. In many transition countries the universal health care system was reformed and insurance system was introduced. This is the case of, among other countries, of Bulgaria. In the article the new health insurance system is described. The critical analysis of the system is also provided.

RENTA RODZINNA W SYSTEMIE UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

WPROWADZENIE

Renta rodzinna, pod względem kryterium uprawnienia do świadczenia, ma odmienny charakter niż pozostałe świadczenia o charakterze długoterminowym: emerytury i renty z tytułu niezdolności do pracy (nazywaną dalej rentą inwalidzką). Prawo do renty rodzinnej nie wynika bowiem z samodzielnego opłacania składek, lecz płacenia ich przez inną osobę (członka rodziny), która wcześniej opłacała składki i już pobierała własną emeryturę lub rentę inwalidzką albo spełniała wszelkie warunki wymagane do ich otrzymania.

Idea renty rodzinnej wynikała z tradycyjnych ról rodzinnych, zgodnie z którymi na ogół ojciec wykonywał pracę zarobkową, a matka zajmowała się domem i dziećmi. Niewiele kobiet podejmowało pracę zarobkową, a te, które pracowały, w większości po wyjściu

za mąż z niej rezygnowało. W razie śmierci męża nie miały więc środków do życia, chyba że wcześniej rodzina zgromadziła oszczędności na tyle duże, by wystarczały na wiele lat, szczególnie jeśli umierał mężczyzna w młodszym wieku, posiadający małe dzieci. Jeśli oszczędności nie było, albo były niewielkie, rodzina mogła popaść w biedę. Nawet jeśli kobieta znalazła pracę, z reguły przynosiła ona znacznie niższe dochody, niż wcześniejsza praca męża.

W odpowiedzi na ten problem od samego początku państwowych systemów zabezpieczenia społecznego (zarówno o charakterze ubezpieczeniowym, jak i powszechnym, finansowanym z budżetu, nieskładkowym) uwzględniano w nich świadczenia w razie śmierci żywiciela, zwane potocznie rentami rodzinnymi.

Potrzeba rentowego świadczenia rodzinnego została uznana w międzynarodowych przepisach doty-

czących zabezpieczenia społecznego. Konwencja Międzynarodowej Organizacji Pracy nr 102 dotycząca minimalnych norm zabezpieczenia społecznego z 28 czerwca 1952 r. roku przewiduje:

Świadczenia w razie śmierci żywiciela
Artykuł 59

Każdy członek związany niniejszą częścią Konwencji powinien zapewnić osobom chronionym udzielenie świadczeń w razie śmierci żywiciela rodziny, zgodnie z poniższymi artykułami tej części.

Artykuł 60

1. Przedmiot ochrony powinien obejmować utratę przez wdowę lub dzieci środków utrzymania z powodu śmierci żywiciela rodziny; prawo wdowy do świadczeń może być uzależnione od uznania zgodnie z ustawodawstwem krajowym, że jest ona niezdolna do utrzymania się samodzielnie.

2. Ustawodawstwo krajowe może przewidywać, że osobie, która miała prawo do świadczeń, może zawiesić ich wypłatę, jeżeli osoba ta jest zatrudniona za ustalonym wynagrodzeniem lub może obniżyć jej świadczenia oparte na składkach, jeżeli zarobki osoby korzystającej ze świadczeń przekraczają ustaloną wysokość, świadczenia zaś nie oparte na składkach można obniżyć, gdy zarobki osoby korzystającej ze świadczeń lub inne jej dochody bądź też łącznie zarobki i inne dochody przekraczają ustaloną wysokość.

Przedstawiony jest też katalog osób chronionych, czyli uprawnionych do tych świadczeń, minimalne warunki, jakie mają spełniać oraz sposób ustalania minimalnej wysokości świadczeń.

Dodatkowym warunkiem uprawniającym do renty w przypadku bezdzietnej wdowy, niezdolnej do utrzymania się samodzielnie, może być określenie minimalnego czasu trwania małżeństwa.

ZMIANA SPOŁECZNO-EKONOMICZNA A RENTA RODZINNA

Od czasu pierwszych rent rodzinnych upłynęło już ponad 100 lat, a od przyjęcia konwencji nr 102 ponad 60 lat. Przez minione lata zmieniło się wiele w życiu gospodarczym i społecznym, w tym podejście do pracy kobiet, które – szczególnie w krajach wysoko rozwiniętych – w przeważającej większości podejmują pracę zarobkową.

Kobiety od dawna uzyskiwały własne dochody, w tym również z ubezpieczenia społecznego: renty inwalidzkie i emerytury. Wraz z masowym wyjściem kobiet z domu zmieniał się również, chociaż powoli, podział zadań w rodzinie.

Niewątpliwie renty rodzinne w pierwotnym kształcie spełniały przez długi czas swoje zadanie. Można się jednak zastanowić, czy w innej epoce społeczno-gospodarczej powinny one pozostać bez zmian, czy też powinny zmienić swój, w zasadzie powszechny, charakter.

Analiza tej kwestii na przykładzie Polski może być bardzo pomocna, zwłaszcza że oprócz typowego dla wszystkich krajów wzrostu aktywności zawodowej kobiet trzeba uwzględnić zmiany w innych elementach systemu zabezpieczenia społecznego, szczególnie w systemie emerytalnym, bazującym na systemie zdefiniowanej składki i częściowej kapitalizacji.

Inny sposób finansowania oraz obliczania emerytur i rent inwalidzkich ma istotne znaczenie dla świadczeń pochodnych, jakimi są renty rodzinne.

RENTA RODZINNA W POLSCE

Regulacje prawne¹

Po II wojnie światowej zmiany dotyczące rent rodzinnych w Polsce nie były częste, a te, które nastąpiły, wiązały się z równym traktowaniem płci. W 1999 r. zrównano wiek wdowca uprawnionego do renty rodzinnej z wiekiem wdowy. Poprzednio wdowiec musiał mieć ukończone 65 lat, a wdowa 50 lat. Od 1999 r. obniżono wiek dla wdowca do poziomu wymaganego od kobiet.

Uprawnienie do renty rodzinnej

Grupa osób uprawnionych do renty rodzinnej jest szeroka. Do świadczenia tego ma prawo obecnie wdowa, która w chwili śmierci męża osiągnęła wiek 50 lat lub jest niezdolna do pracy albo wychowuje co najmniej jedno z dzieci, wnuków lub rodzeństwa uprawnione do renty rodzinnej po zmarłym mężu, które nie osiągnęło 16 lat, a jeżeli kształci się w szkole – 18 lat życia, lub jeżeli sprawuje pieczę nad dzieckiem całkowicie niezdolnym do pracy oraz do samodzielnej egzystencji albo całkowicie niezdolnym do pracy, uprawnionym do renty rodzinnej.

Prawo do renty rodzinnej ma również wdowa, która osiągnęła wiek 50 lat lub stała się niezdolna do pracy po śmierci męża, nie później jednak niż w ciągu 5 lat od jego śmierci lub od zaprzestania wychowywania dzieci (wnuków)

Wdowa niespełniająca wyżej wymienionych warunków do renty rodzinnej i nieposiadająca niezbędnych źródeł utrzymania ma prawo do okresowej renty rodzinnej przez okres roku od chwili śmierci męża. Natomiast gdy uczestniczy ona w zorganizowanym szkoleniu mającym na celu uzyskanie kwalifikacji do wykonywania pracy zarobkowej, może dostawać rentę okresową nawet przez 2 lata od chwili śmierci męża.

Takie same warunki, aby otrzymać rentę rodzinną, musi spełniać wdowiec.

Do renty rodzinnej uprawnione są dzieci własne, dzieci drugiego małżonka oraz dzieci przysposobione, przyjęte na wychowanie i utrzymanie przed osiągnięciem pełnoletniości wnuki, rodzeństwo i inne dzieci, w tym również w ramach rodziny zastępczej. Mają one prawo do renty do ukończenia 16 lat lub do ukończenia nauki w szkole, jeżeli przekroczyły 16 lat życia, nie dłużej jednak niż do osiągnięcia 25. roku życia, albo bez względu na wiek, jeżeli stały się całkowicie niezdolne do pracy oraz do samodzielnej egzystencji lub całkowicie niezdolne do pracy w okresie do ukończenia nauki.

Uprawnieni do renty rodzinnej są również rodzice, przy czym za rodziców uważa się również ojczyma i macochę oraz osoby przysposabiające. Mają oni prawo do renty, jeżeli zmarły ubezpieczony (emeryt lub rencista) bezpośrednio przed śmiercią przyczynił się do ich utrzymania i spełniają odpowiednio warunki określone dla wdowy i wdowca.

Renta rodzinna a inne świadczenia

Analizując liczbę osób i kryteria otrzymania renty rodzinnej, należy stwierdzić, że w Polsce wymagane warunki dla uzyskania renty rodzinnej, w szczególności od współmałżonka, są łagodne. W zasadzie, jeśli

miął on w chwili śmierci partnera ukończone 45 lat, nabywa prawo do renty, ale świadczenia może podjąć po ukończeniu 50. roku życia. Różnica 5 lat w przypadku osób pracujących nie stanowi problemu, a bierni zawodowo mogą w jakiś sposób przeczekać, nawet korzystając do 2 lat z okresowej renty.

Wiek dziecka uprawniający jednego z rodziców do renty należy ocenić jako wysoki. Można bowiem postawić pytanie, czy rzeczywiście rodzic nie może pracować, mając zdrowe dziecko w wieku szkolnym. Wydaje się, że nie tylko może, ale wręcz powinien.

Renta rodzinna a ubezpieczenie chorobowe

W tym kontekście zwraca uwagę rozbieżność z innym działem ubezpieczenia społecznego – ubezpieczeniem chorobowym oraz z kodeksem pracy. Zasiłek opiekuńczy z tego ubezpieczenia przysługuje jednemu z rodziców, gdy choruje dziecko do lat 14, a na zdrowe dziecko (w określonych w ustawie przypadkach, np. zamknięcia przedszkola) do lat 8. Art. 188 Kodeksu pracy przewiduje 2 dni zwolnienia od pracy w roku, jeśli rodzic wychowuje dziecko w wieku do 14 lat.

Nie ma zatem uzasadnienia wysoki (18 lat) wiek dziecka dla prawa do renty rodzinnej przez matkę (ojca). Jeśli dziecko osiągnie ten wiek, gdy rodzic będzie w wieku 45–50 lat, to automatycznie nabędzie prawo do renty rodzinnej dożywotniej, nawet jeśli dziecko nie będzie się dalej uczyło i samo nie będzie miało prawa do renty. Gdyby wiek wychowywanego dziecka był niższy, np. 14 lat, rodzice – matka (ojciec), nawet jeśli wcześniej nie pracowali, mogliby jeszcze podjąć pracę (nawet po rencie okresowej, w czasie której zyskaliby kwalifikacje zawodowe), nabywając prawo do własnej emerytury, zwłaszcza w przyszłości w związku ze stopniowym podwyższaniem wieku emerytalnego do 67 lat dla kobiet i mężczyzn.

Łączenie pobierania renty rodzinnej z dochodem z pracy

Trzeba też mieć na uwadze, że renta rodzinna może być łączona z pracą, przy czym aby tę rentę otrzymać, nie trzeba rozwiązywać umowy o pracę, czy zaprzestawać działalności gospodarczej (lub innej aktywności zawodowej, z tytułu której jest się ubezpieczonym). Dopiero gdy osiągnane dochody są wyższe od 70% przeciętnego wynagrodzenia, część renty przysługująca na tę osobę jest pomniejszana, a gdy są wyższe od 130% przeciętnego wynagrodzenia – jest zawieszana.

Dla kobiety ponad 50-letniej, jeśli ma dzieci, renta może być dodatkiem do własnych zarobków. Trudno się bowiem spodziewać, że kobiety masowo zarabiają ponad 130% przeciętnego wynagrodzenia (czyli w grudniu 2012 r. 4563,30 zł). Raczej duża ich część mieści się w grupie zarabiających do 70% przeciętnego wynagrodzenia (2457,20 zł), czyli pracuje bez żadnych ograniczeń w zarobkach. Jeśli kobieta otrzymuje zarobki w przedziale między 70% a 130% przeciętnego wynagrodzenia, to jej renta może być obniżona, ale nie więcej niż o 714 zł (kwota bazowa w 2012 r.).

Inaczej ma się sprawa z osobami, które w momencie śmierci współmałżonka miały własną rentę inwalidzką lub emeryturę. Nie mają one prawa do dodatkowego świadczenia w postaci renty rodzinnej. Mogą natomiast wystąpić o tę rentę i zacząć ją pobierać,

jeśli będzie ona wyższa od własnej emerytury lub renty. Mogą też podjąć pracę i łączyć ją z rentą rodzinną na wskazanych wyżej zasadach.

Z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych można mieć tylko jedno świadczenie o tym samym charakterze: wyższe albo wybrane przez świadczeniobiorcę. Dopóki współmałżonek, nawet w wieku przedemerytalnym, po śmierci partnera kontynuuje pracę lub podejmuje nową, jest w lepszej sytuacji finansowej, bo może mieć dwa tytuły dochodów. Gdy zaprzestaje pracy (z tytułu inwalidztwa lub emerytury), traci prawo do renty rodzinnej, chyba że wybierze ją zamiast własnego świadczenia.

Także dzieci mogą łączyć pobieranie renty z uzyskiwaniem dochodów z pracy, co jest korzystne dla starszych dzieci podejmujących studia zaoczne (tylko sobotnio-niedzielne), albo inny rodzaj nauki – nawet eksternistycznej, nieprzeszkadzającej w pracy zawodowej. Takim sposobem mogą pobierać renty aż do 25. roku życia (w przypadku gdy jest to ostatni rok nauki – do 26. roku życia).

Poziom renty rodzinnej

Wymiar renty rodzinnej wynosi:

- dla jednej osoby uprawnionej – 85% świadczenia, które przysługiwałoby zmarłemu,
- dla dwóch osób uprawnionych – 90% świadczenia, które przysługiwałoby zmarłemu,
- dla trzech lub więcej osób uprawnionych – 95% świadczenia, które przysługiwałoby zmarłemu.

Świadczenie przysługujące zmarłemu to emerytura lub renta z tytułu niezdolności do pracy, jaką ostatnio pobierał zmarły, a jeśli zmarły pracował i nie miał ustalonego żadnego z powyższych świadczeń, to oblicza się rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, jaka by mu przysługiwała. Stanowi ona podstawę wymiaru renty rodzinnej dla osób uprawnionych.

Jedna renta przysługuje wszystkim osobom uprawnionym łącznie. Na wniosek można ją podzielić między poszczególne osoby uprawnione. Czasami jest to konieczne, np. wówczas, gdy do renty mają prawo dzieci z różnych związków zmarłego, albo oprócz aktualnej również była żona (jeśli bowiem miała prawo do alimentów, ma prawo do renty rodzinnej).

Wymiar renty należy ocenić jako stosunkowo wysoki. Jeśli cała rodzina poprzednio utrzymywała się z emerytury lub renty inwalidzkiej, to nawet uwzględniając efekt skali, dochód na osobę uprawnionych do renty będzie wyższy niż przed śmiercią żywiciela rodziny. W razie śmierci pracownika dochód rodziny zasadniczo się zmniejsza. Należy jednak zwrócić uwagę na różnicę dochodu rodziny w przypadku śmierci żywiciela w zależności od tego, czy był rencistą, czy emerytem.

Renta z tytułu niezdolności do pracy nie przekracza na ogół 50% wynagrodzenia zmarłego, chyba że pracownik zmarł w wieku bliskim emerytalnemu. Wówczas jest wyższa, nawet o kilkanaście punktów procentowych. Przeciętna renta z tytułu niezdolności do pracy stanowi około 45% przeciętnego wynagrodzenia. Czym młodszy wiek rencisty, tym renta niższa, ale również czym niższe wynagrodzenie, tym relacja do zarobków wyższa, co wynika z formuły wymiaru².

Jest też określony minimalny staż ubezpieczenia niezbędny do renty z tytułu niezdolności do pracy – od osoby 20-letniej żąda się rocznego stażu, a na-

stępnie wzrasta on wraz z wiekiem ubezpieczonego. Osoba w wieku 30 lat i więcej musi posiadać co najmniej 5-letni staż składkowy. Może zatem zdarzyć się, że osoba niepracująca w czasie studiów dziennych, a więc nieubezpieczona, nie ma w wieku 30 lat pięcioletniego okresu opłacania składek na ubezpieczenie społeczne, czyli w razie jej śmierci, dzieci nie będą miały prawa do renty rodzinnej, bowiem ojcu (matce) nie przysługiwała renta inwalidzka.

Renty rodzinne obliczane od emerytury są wyższe, gdyż przeciętna emerytura stanowi około 60% przeciętnego wynagrodzenia (w starym systemie emerytalnym o zdefiniowanym świadczeniu).

Renta rodzinna a nowy system emerytalny

Nowy system emerytalny w Polsce, wprowadzony od 1999 r., z którego pierwsze emerytury w większej liczbie będą wypłacane od 2014 r., jest systemem zdefiniowanej składki. Nową emeryturę oblicza się jako iloraz kwoty zwaloryzowanych składek, zebranych w ciągu całego okresu aktywności zawodowej i dalszego trwania życia odpowiedniego dla wieku w momencie przejścia na emeryturę. W tym systemie nie ma żadnej redystrybucji (poza stosowaniem wspólnych tablic trwania życia dla mężczyzn i kobiet), a więc emerytury będą w tej samej proporcji do zarobków bez względu na ich wysokość.

Przewiduje się, że stopa zastąpienia dla emerytur osób, które rozpoczęły pracę po wprowadzeniu reformy, będzie wynosiła 26–30%. Osoby z zarobkami niższymi będą miały bardzo niskie emerytury w wymiarze nominalnym, bliskie granicy wyznaczającej ubóstwo lub nawet poniżej. Zatem renty rodzinne po tak liczonej emeryturze też będą niskie.

Nie ma jeszcze regulacji dotyczących wymiaru rent z tytułu niezdolności do pracy w nowym systemie ubezpieczenia społecznego. Należy się spodziewać, że będą one liczone tak jak nowe emerytury – na podstawie składki zaewidencjonowanej na koncie emerytalnym do momentu powstania inwalidztwa, ustali się przeciętną składkę miesięczną i ekstrapoluje się ją do jakiegoś momentu (wieku emerytalnego?), po czym na podstawie takiego hipotetycznego kapitału ustali się rentę, w taki sam sposób, jak oblicza się emeryturę.

Renty nie będą wysokie; większość będzie sytuowała się raczej w pobliżu minimalnej emerytury. Niskie więc będą renty rodzinne jako ich pochodne. Gdyby zasady wymiaru rent z tytułu niezdolności do pracy nie zostały zmienione, to te renty byłyby wyższe niż emerytury z nowego systemu. Zatem renty rodzinne od rent inwalidzkich byłyby wyższe od rent rodzinnych obliczanych od nowych emerytur.

Jest to bardzo poważny problem, który będzie postrzegany jako niesprawiedliwość (długi staż opłacania składki zmarłego emeryta da mniejszą rentę rodzinną, niż pracującej nawet dużo krócej osoby z orzeczoną niezdolnością do pracy). Ponadto określenia wymaga kwestia, od czego liczyć rentę rodzinną w nowym systemie, jeśli ponad 37% składki emerytalnej tworzy kapitał podlegający dziedziczeniu w razie śmierci ubezpieczonego przed osiągnięciem wieku emerytalnego. Połowę zgromadzonego kapitału podlegającego dziedziczeniu przekazuje się na konto emerytalne współmałżonka, druga połowa wchodzi w skład spadku (a więc również współmałżonek w jego podziale może uczestniczyć w całości lub w części). Kapitał zasila konto emerytalne współmałżonka, co oznacza wyższą

emeryturę w przyszłości. A rentę rodzinną, jak dotąd, planuje obliczać się od całego zgromadzonego kapitału zmarłego, tak jakby dziedziczenia nie było. Byłoby to podwójne korzystanie z tej samej składki.

Sprawa jest trudna, bowiem w systemie ubezpieczenia społecznego nie ma dziedziczenia środków ani w gotówce, ani w zapisie księgowym. Właśnie renta rodzinna, zapewniając środki na utrzymanie pozostałym członkom rodziny, zastępowała dziedziczenie. Autorzy reformy emerytalnej nie przewidzieli skutków dziedziczenia składki zgromadzonej w systemie kapitałowym (także składki z subkonta w systemie reparycyjnym, wprowadzonego w 2011 r.).

Od 2013 r. stopniowo podwyższany jest wiek emerytalny – kobiet o 7 lat do osiągnięcia 67 lat w 2041 r. i mężczyzn o 2 lata do 67 lat w 2021 r. Przy obliczaniu rent, jeśli nie zmieniliby się system ich obliczania, trzeba byłoby zatem podnieść stopniowo zarówno wiek, do którego dolicza się hipotetyczny staż pracy, jak też samą granicę, do której uzupełnia się staż. Przy zmianie na formułę zdefiniowanej składki składkę ekstrapolować trzeba do obowiązującego w danym roku wieku emerytalnego, a tę składkę indeksować tak, jak kapitał na koncie emerytalnym.

Ponadto należy zastanowić się nad wiekiem uprawniającym współmałżonka do renty rodzinnej. Z jednej strony pozostawienie obecnego wieku nie będzie spójne z nowym systemem – podwyższenie wieku emerytalnego wynika bowiem z wydłużania się życia. Wdowa(wowiec) pobierałaby dłuższą rentę rodzinną. Z drugiej strony dla osób w średnim wieku, niepracujących w momencie śmierci współmałżonka, podniesienie wieku emerytalnego stwarza możliwość nabycia prawa do własnej emerytury. Teraz też mogły podjąć pracę i kontynuować ją po osiągnięciu wieku emerytalnego do chwili uzyskania uprawnień do emerytury.

Należy jednak wziąć pod uwagę dwa aspekty. Pierwszy, psychologiczny i społeczny, pewnego rodzaju przymusu pracy, mimo wieku emerytalnego. Drugi aspekt ma charakter formalny. Dopiero od 2009 r., na mocy orzeczenia Sądu Najwyższego³, osiągnięcie wieku emerytalnego nie może być przyczyną zwolnienia pracownika z pracy. W poprzednim stanie prawnym była to przesłanka wystarczająca – gdy pracownikowi brakowało stażu wymaganego do emerytury i chciał pracować po przekroczeniu wieku emerytalnego, pracodawca mógł go zwolnić.

Przy braku minimalnego wymaganego stażu nie ma gwarancji emerytury minimalnej, co może przy niedostatku innych źródeł dochodów być przyczyną ubóstwa osób, które podjęły pracę w późniejszym wieku.

W Polsce najczęściej renty rodzinnych przyznawanych jest najczęściej po śmierci emeryta lub rencisty (74%)⁴. Pozostałe 26% to renty przyznane po śmierci pracownika (ubezpieczonego), który sam nie pobierał żadnego z powyższych świadczeń.

Zdecydowana większość tych świadczeń to renty dla jednej osoby. Można przypuszczać, że są to głównie renty wdowie, bo prawie 97% renty rodzinnych po emerycie lub renciście to renty dla jednej osoby, a wśród wszystkich pobierających takie renty kobiety stanowią 87,4%, a mężczyźni – 12,6%. Jeśli wziąć pod uwagę wszystkie wypłacone w grudniu 2011 r. renty rodzinne, to renty dla jednej osoby stanowią 93,9%. Wśród rent po pracownikach, czyli osobach młodszych, 14,7% rent wypłaca się dwóm i więcej osobom, w tym 10% dla dwóch i 0,1% dla sześciu

i więcej osób. Są to renty głównie dla dzieci albo dla współmałżonka i dzieci (tab. 1).

Tabela 1. *Struktura rent rodzinnych według liczby uprawnionych i statusu osoby, po której przyznano świadczenie w % – stan w grudniu 2011 r.*

Wyszczególnienie	Renty rodzinne		
	ogółem	po ubezpieczonym	po emerycie/ renciście
Ogółem	100,0	24,5	75,5
z tego świadczenia, do których jest uprawniona:			
1 osoba	93,9	85,3	96,8
2 osoby	4,3	10,0	2,5
3 osoby	1,4	3,6	0,6
4 osoby	0,3	0,8	0,1
5 osób	0,1	0,2	0,0
6 osób i więcej	0,0	0,1	0,0
Średnia liczba osób na jedno świadczenie	1,1	1,2	1,0

O tym, że starsze wdowy są podstawowymi beneficjentami rent rodzinnych świadczy też struktura wieku osób uprawnionych do tych rent. Aż 58,2% kobiet pobierających te renty ma ponad 70 lat, a prawie połowa z tego to kobiety ponad 80-letnie (27,6%).

Nie może to budzić zdziwienia, bowiem mężczyźni żyją przeważnie krócej niż ich żony. Wśród rent rodzinnych dla mężczyzn tylko 4,6% z nich otrzymywali panowie ponad 70-letni, za to aż 65,3% panowie w wieku do 24 lat, w tym 49,2% mężczyźni w wieku 15–24 lat. Są to niewątpliwie renty dla dzieci.

Renty dla kobiet w wieku do 24 lat stanowiły tylko 10,4% rent dla kobiet ogółem. Biorąc jednak pod uwagę olbrzymią różnicę w liczbie rent dla mężczyzn (170 tys.) i kobiet (1207 tys.), trzeba stwierdzić, że rent dla mężczyzn w wieku do 24 lat jest 111 tys., a dla kobiet w tym wieku – 125,5 tys.

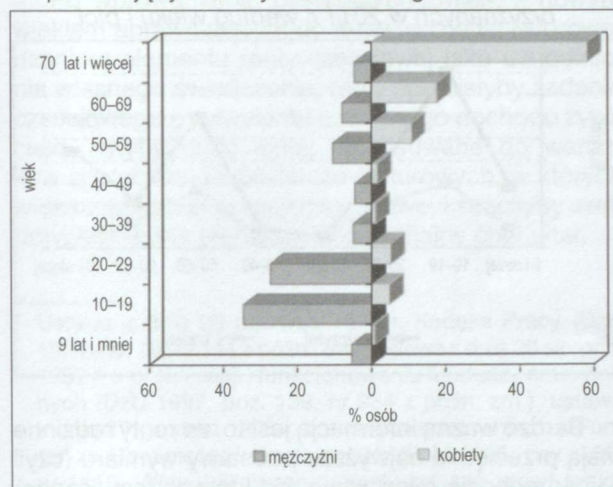
Tabela 2. *Struktura osób uprawnionych do renty rodzinnej według wieku w % – stan w grudniu 2011 r.*

Wiek w latach	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Ogółem	100,0	100,0	100,0
4 lata i mniej	0,3	1,2	0,2
5–9	1,0	4,1	0,6
10–14	2,6	10,8	1,4
15–19	5,9	23,8	3,4
20–24	7,3	25,4	4,8
25–29	0,6	2,1	0,3
30–34	0,7	2,3	0,4
35–39	0,9	2,6	0,7
40–44	0,9	2,3	0,7
45–49	1,0	2,2	0,8
50–54	3,7	3,9	3,7
55–59	7,1	6,7	7,1
60–64	7,9	6,0	8,2
65–69	8,6	2,0	9,5
70–74	12,7	1,7	14,3
75–79	14,5	1,4	16,3
80 lat i więcej	24,3	1,5	27,6
Średni wiek w latach	62,6	30,4	67,1

Uwaga: Wśród osób uprawnionych pobierających rentę rodzinną w grudniu 2011 r. 12,4% (tj. 170 tys.) stanowili mężczyźni, a 87,6% (tj. 1207 tys.) – kobiety.

Tę różnicę w wieku rencistów w zależności od płci lepiej widać na wykresie 1. Powyższe dane dotyczą wszystkich wypłacanych rent rodzinnych. Przeciętny okres pobierania renty jest długi, wynosi bowiem ponad 17 lat, z tego 18 lat i 6 miesięcy dla kobiet i 10 lat 5 miesięcy dla mężczyzn (dane pochodzą z 2005 r., ale nie należy się spodziewać, że nowsze zasadniczo różniłyby się od nich; okresy pobierania mogłyby się wydłużyć z powodu wydłużenia się trwania życia w tym okresie).

Wykres 1. *Struktura wieku osób pobierających renty rodzinne w grudniu 2011 r.*



Ważny jest też wiek i płeć tych, którzy renty rodzinne dostają po raz pierwszy. Wśród tych, którzy mieli renty rodzinne przyznane w 2011 r., struktura w podziale na płci jest inna, niż dla ogółu rencistów rodzinnych. Mężczyźni stanowią 26,8%, a kobiety – 73,2%. Mężczyźni do 24. roku życia stanowili 73,2% wszystkich rent przyznanych mężczyznom, a udział kobiet w tym samym wieku wynosił 29%. Renty przyznane dla mężczyzn w wieku ponad 50 lat (tzn. w minimalnym wieku uprawniającym do renty) stanowiły 21,5%, a dla kobiet – 63,4%.

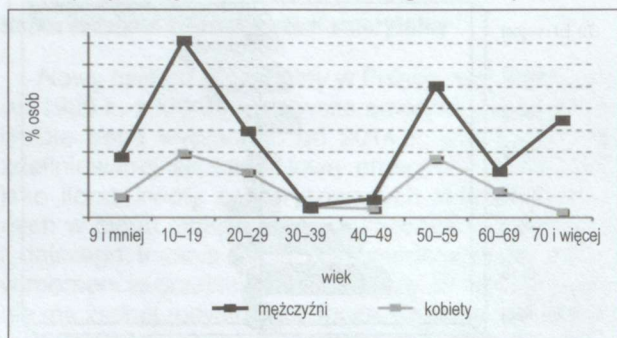
Tabela 3. *Struktura osób uprawnionych do renty rodzinnej przyznanej w 2011 r. według wieku w %*

Wiek w latach	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Ogółem	100,0	100,0	100,0
4 lata i mniej	2,7	5,2	1,8
5–9	4,5	8,7	2,9
10–14	7,6	14,4	5,2
15–19	13,9	26,1	9,5
20–24	12,1	18,8	9,6
25–29	0,9	1,2	0,8
30–34	1,1	1,0	1,1
35–39	1,5	1,3	1,6
40–44	1,5	0,9	1,7
45–49	2,1	1,1	2,4
50–54	12,2	5,1	14,8
55–59	13,5	8,6	15,4
60–64	5,6	5,5	5,6
65–69	4,0	0,7	5,2
70–74	5,1	0,4	6,8
75–79	5,6	0,4	7,5
80 lat i więcej	6,1	0,6	8,1
Średni wiek w latach	42,8	26,0	48,9

Uwaga: Wśród osób uprawnionych, którym przyznano rentę rodzinną w 2011 r., 26,8% stanowili mężczyźni, a 73,2% – kobiety.

Tendencja w 2011 r. była ta sama co w odniesieniu do wszystkich rent rodzinnych: w przypadku mężczyzn były to na ogół renty dla dzieci po rodzicach, w przypadku kobiet – głównie renty dla wdów. Sądząc z udziału nowych rent dla kobiet w wieku emerytalnym, czyli po osiągnięciu 60 lat – 33,2%, wiele z tych rent to rezygnacja z własnej emerytury na rzecz renty po mężu. Mężczyźni w wieku 65 i więcej lat stanowili tylko 2,1% mężczyzn, którzy nabyli uprawnienia do renty w 2011 r. Być może i dla nich renta po żonie była wyższa, niż własna emerytura.

Wykres 2. Struktura rent rodzinnych przyznanych w 2011 r. według wieku i płci



Bardzo ważną informacją jest to, że renty rodzinne mają przeciętnie najwyższe podstawy wymiaru (czyli wynagrodzenie miesięczne, od którego jest liczony) wśród wszystkich świadczeń długoterminowych. Dla emerytury podstawa wymiaru stanowi 118,39% przeciętnego wynagrodzenia z 2011 r., dla rent z tytułu niezdolności do pracy – 92,36%, a dla rent rodzinnych – 132,25%. Dzieje się tak dlatego, że renty rodzinne są w dużej części pochodną emerytur mężczyzn, a ci mają zarobki wyższe od kobiet.

Tabela 4. Struktura świadczeń^a wypłacanych w 2011 r. według wysokości podstawy wymiaru w % – stan w grudniu 2011 r.

Wysokość podstawy wymiaru w procencie przeciętnego wynagrodzenia ^b	Ogółem	Emerytury	Renty z tytułu niezdolności do pracy	Renty rodzinne
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0
50,00 i mniej	7,2	5,2	18,0	4,9
50,01–75,00	15,3	15,1	23,6	9,1
75,01–100,00	22,2	23,1	23,7	17,7
100,01–150,00	32,9	34,0	23,2	36,4
150,01–200,00	12,1	12,2	6,4	17,0
200,01–250,00	10,3	10,4	4,9	14,9
250,01 i więcej	0,0	–	0,2	0,0
Średni wskaźnik	116,78	118,39	92,36	132,25

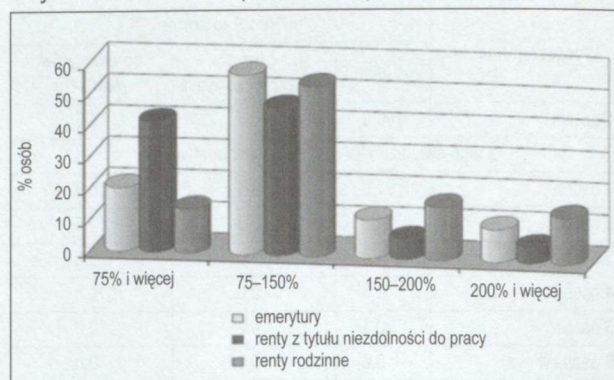
^a Struktura dotyczy tylko świadczeń obliczonych według dotychczasowych zasad.

^b Jest to relacja procentowa wynagrodzeń świadczeniobiorcy do przeciętnych wynagrodzeń z okresu, jaki brany jest do ustalenia podstawy wymiaru w momencie przyznania lub przeliczenia emerytury/renty.

Podstawy wymiaru emerytur w przybliżeniu po połowie zależą od wynagrodzeń mężczyzn i kobiet. Rent z tytułu niezdolności do pracy jest, co prawda, więcej dla mężczyzn (66,2%) niż dla kobiet (33,8%), ale osoby je pobierające są w stosunkowo młodym wieku i nie osiągnęły swoich najlepszych zarobków

w życiu. Wyższe zarobki mężczyzn niż kobiet, a co za tym idzie wyższe emerytury tych pierwszych powodują, że 85% emerytury męża stanowi większą kwotę, niż własna emerytura kobiety.

Wykres 3. Struktura podstaw wymiaru emerytur i rent



W 2011 r. w 33,7 tys. przypadków zastąpiono własne świadczenie rentą rodzinną po osobie zmarłej, w tym było 30,6 tys. emerytur i 2,7 tys. rent z tytułu niezdolności do pracy. Jest to bardzo duża liczba, jeśli w tym samym roku przyznano 40,4 tys. nowych rent rodzinnych (dla osób niemających wcześniej swojej innej renty czy emerytury).

Okresy wypłacania renty są zależne od tego, jaki jest status uprawnionego do renty. Dzieci mogą pobierać renty do końca nauki (beztęterminowo, jeśli są niepełnosprawne), a współmałżonkowie i rodzice – dożywotnio. Ponieważ renty rodzinnych dla wdowców jest mniej niż dla wdów, a więcej jest kobiet wychowujących dzieci i mających z tego tytułu prawo do renty rodzinnej, to okres, przez jaki kobiety korzystają z tego świadczenia, jest dłuższy. W przypadku renty po zmarłym mężu pracowniku kobiety otrzymują to świadczenie dłużej aż o 11 lat, po śmierci męża rencisty – o 10 lat, a po śmierci męża emeryta – o 4 lata. Trzeba jednak pamiętać, że liczba rent rodzinnych dla męża po śmierci żony emerytki jest znikoma i nie wpływa na średni okres pobierania renty po osobie zmarłej, wcześniej pobierającej emeryturę (dla ogółu takich rent 17 lat i 8 miesięcy, a dla rent dla kobiet – 17 lat i 9 miesięcy).

Tabela 5. Przeciętny okres pobierania rent rodzinnych w miesiącach i latach według statusu osoby, po której przyznano świadczenie, stopnia pokrewieństwa i płci uprawnionych

Wyszczególnienie	Ogółem lata-miesiące	Mężczyźni	Kobiety
Uprawnienie do świadczenia po:			
Współmałżonku	17–02	10–05	18–06
Ojcu, matce	09–00	12–03	19–11
Innym członku rodziny	10–07	10–03	11–01
	12–01	8–08	13–03
Uprawnieni do świadczenia po emerycie:			
Współmałżonku	16–10	9–03	17–04
Ojcu, matce	17–08	13–01	17–09
Innym członku rodziny	7–09	7–04	8–03
	9–08	8–02	10–07
Uprawnieni do świadczenia po renciście:			
Współmałżonku	15–02	8–04	17–00
Ojcu, matce	19–01	9–10	19–05
Innym członku rodziny	8–06	8–02	8–10
	12–06	13–03	12–04
Uprawnieni do świadczenia po ubezpieczonym:			
Współmałżonku	19–00	12–02	21–01
Ojcu, matce	23–11	13–07	24–02
Innym członku rodziny	12–05	12–01	12–10
	14–06	7–08	16–00

Renty po rodzicach są wypłacane przez taki sam okres dla uprawnionych dzieci obu płci, a dłużej po rodzicu, który pracował w chwili śmierci niż po rodzicu emerycie czy renciście. Wynika to z tego, że pracownicy mają młodsze dzieci niż emeryci. Renty dla dzieci są wypłacane średnio o 9 lat krócej, niż renty dla współmałżonka. Kobiety szczególnie długo pobierają renty po śmierci męża pracownika. Średni okres otrzymania takiej renty to aż 24 lata.

ZAKOŃCZENIE

Przedstawione wyżej dane o rentach rodzinnych pobieranych w Polsce wraz z wcześniej pokazanymi rozwiązaniami prawnymi oraz wskazanymi dotychczas nierozwiązanymi problemami pozwalają na sformułowanie wniosków dotyczących kierunków zmian w systemie ubezpieczeń społecznych, ze szczególnym uwzględnieniem rent rodzinnych.

- Renty rodzinne (również z tytułu niezdolności do pracy) w nowym systemie ubezpieczeń społecznych, w którym funkcjonuje filar emerytur kapitałowych i stosowany jest system zdefiniowanej składki, muszą być inaczej liczone, niż w systemie zdefiniowanego świadczenia, biorąc pod uwagę rolę, jaką mają pełnić, zwłaszcza jeśli w systemie kapitałowym przewidziane jest dziedziczenie zgromadzonego kapitału. Renty pochodne od rent z tytułu niezdolności do pracy nie mogą być wyższe niż renty pochodne od nowej emerytury, co może wystąpić w Polsce, jeśli nie zmieni się formuła wymiaru rent z tytułu niezdolności do pracy przy już funkcjonującej nowej formule wymiaru emerytur.

- Rewizji wymaga wiek współmałżonka (lub rodziców) uprawnionych do renty rodzinnej. Powinien to być wiek równy wiekowi emerytalnemu (obecnie stopniowo podnoszonemu). Więcej uwagi należy poświęcić ewentualnemu zdobyciu kwalifikacji zawodowych i pomocy w uzyskaniu zatrudnienia niepracującej wdowie (wdowcowi). Przy krótkim stażu pracy mogliby oni nie uzyskać prawa do własnej emerytury minimalnej. Ich świadczenie powinno być wypłacane w wysokości renty rodzinnej, ale składałoby się wówczas z dwóch części – emerytury ze swoich składek i uzupełnienia z funduszu rentowego o różnicę między rentą rodzinną a własną emeryturą.

- Wiek wychowywanych dzieci uprawniający wdowę (wdowca) do renty rodzinnej powinien zostać obniżony do 14 lat, gdyż do takiego wieku przewiduje się konieczność opieki rodziców nad dzieckiem w Kodeksie pracy. Wdowa lub wdowiec mieliby szansę o 4 lata wcześniej rozpocząć pracę i opłacać składki na własną emeryturę.

- Wątpliwości budzi pobieranie renty rodzinnej bez zaprzestania zatrudnienia. Renta nie powinna być dodatkiem do zarobków. Ten problem przestałby istnieć po podwyższeniu wieku uprawniającego do renty.

- Zamiana własnego świadczenia na rentę rodzinną powinna zostać dozwolona, bowiem współmałżonek, który nigdy nie pracował, byłby w lepszej

sytuacji niż ten, który płacił składki nawet przez okres długoletniego zatrudnienia, ale miał zarobki niższe niż zmarły. Można też zastosować metodę zaproponowaną już wyżej – uzupełnienie własnego świadczenia o różnicę brakującą do ewentualnej renty rodzinnej.

- Należy określić rodzaje nauki uprawniające dzieci do renty rodzinnej. Wydaje się, że powinna to być nauka w systemie stacjonarnym, a nie różnego rodzaju kursy lub eksternistyczne czy weekendowe formy nauki. Ograniczyłyby to możliwe dzisiaj nadużycia w wykorzystywaniu rent rodzinnych przez dorosłe dzieci.

Po wprowadzeniu powyższych zmian, z nowym wiekiem uprawniającym do renty rodzinnej i wprowadzeniem elementu renty częściowej jako uzupełnienia własnego świadczenia, renty spełniałyby zadanie częściowego ekwiwalentu utraconego dochodu żywiciela. Byłyby dużo lepiej dostosowane do warunków społeczno-gospodarczo-kulturowych, w których większość kobiet pracuje zawodowo, i straciłyby swój dotychczasowy pierwotny patriarchalny charakter.

¹ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy (DzU 1974 poz. 24, nr 141 z późn. zm.); ustawa z dnia 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych (DzU 1997, poz. 139, nr 934 z późn. zm.), ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (DzU 1998, poz. 162, nr 1118). *Niepublikowane projekty założeń zmian systemu emerytalnego oraz rentowego z lat 2001–2007*, MPiPS, Warszawa.

² Obecny (2013 r.) wymiar renty z tytułu niezdolności do pracy: 24% kwoty bazowej (przeciętnego wynagrodzenia pomniejszonego o składki na ubezpieczenie społeczne płacone przez pracownika + (1,3% x liczba lat opłacania składek x podstawa wymiaru) + (0,7% x liczba lat hipotetycznego stażu pracy x podstawa wymiaru). Podstawa wymiaru to przeciętne miesięczne wynagrodzenie z kolejnych 10 lat wybranych z ostatnich 20 lat zatrudnienia albo dowolnie wybranych 20 lat z okresu całej aktywności zawodowej. Wynagrodzenie indywidualne jest indeksowane wzrostem przeciętnego wynagrodzenia. Podstawa wymiaru nie może przekraczać 250% przeciętnego wynagrodzenia z roku przyznania świadczenia. Hipotetyczny staż pracy to staż pracy, jaki pozostał zmarłemu do osiągnięcia wieku 60 lat, z tym że staż składkowy uzupełnia się stażem hipotetycznym tylko do łącznego stażu 25 lat. Udział kwoty bazowej w rencie ubezpieczonego z niskimi zarobkami jest wyższy niż w rencie osoby z wysokimi zarobkami, czyli im niższa podstawa wymiaru, tym relacja renty do niej jest wyższa.

³ Uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego z dnia 21 stycznia 2009 r. II PZP 13/08: *Osiągnięcie wieku emerytalnego i nabycie prawa do emerytury nie może stanowić wyłącznej przyczyny wypowiedzenia umowy o pracę przez pracodawcę (art. 45 § 1 k.p.)*.

⁴ Dane zawarte w tym punkcie pochodzą z publikacji Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarialnych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych pt. *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych (za 2011 r.)*, Warszawa, czerwiec 2012 oraz z publikacji pt. *Analiza wyników badania okresów pobierania emerytur i rent (za 2005 r.)*, Warszawa 2007.

SUMMARY

Death of the breadwinner is one of the „old” social risks. Benefit addressing this risk is survivor’s pension. Originally it was a benefit for widows and their children. Due to changes in family structure and labor market changes the scope of beneficiaries became wider covering widowers as well as – due to increasing divorce rate – more than one surviving spouses. Changes in other social security segments like sickness insurance or old age pension insurance should be coordinated with survivor’s pension system. In Poland it is not always the case and reforms addressing these discrepancies are necessary.

DEFINICJA OPIEKI NAD OSOBAMI STARSZYMI

Opieka nad osobami starszymi należy do zakresu opieki długoterminowej i jest złożonym systemem elementów obejmujących utrzymanie zdolności samodzielnej opieki albo wyrównanie częściowego lub całkowitego braku zdolności do samodzielnego życia, który wynika ze starszego wieku. Pomoc w tym zakresie świadczona jest na rzecz osoby powyżej ustalonego wieku (62 lata i więcej).

SPOŁECZNE RYZYKA ZWIĄZANE Z OPIEKĄ NAD OSOBAMI STARSZYMI NA WĘGRZECH

Co sprawia, że opieka nad osobami starszymi wiąże się z ryzykiem?

Konieczność opieki nad osobami starszymi może stać się społecznym ryzykiem w toku życia jednostki w dwóch wymiarach – w odniesieniu do osoby potrzebującej opieki oraz w odniesieniu do krewnych osoby potrzebującej opieki, którzy zajmują się taką osobą.

W odniesieniu do osoby potrzebującej opieki ryzyko społeczne pojawia się na styku trzech czynników:

- a) fizycznej i emocjonalnej zależności osoby starszej potrzebującej opieki,
- b) obciążeń finansowych wynikających z tej sytuacji,
- c) bezbronności i narażenia godności ludzkiej osoby starszej potrzebującej opieki.

W przypadku krewnych ryzyko społeczne powstaje w wyniku obciążeń wynikających z trzech wyżej wymienionych czynników oraz prób zapewnienia opieki nad osobą starszą i trudności, z którymi osoby opiekujące się muszą sobie radzić w swoim własnym życiu (takimi jak: bezrobocie, choroba lub wychowywanie dziecka jako samotny rodzic).

Węgierski ustawodawca wyraźnie sprzyja indywidualnej odpowiedzialności poszczególnych osób¹.

Podejście prawne

Na sytuację osób starszych wpływają trzy czynniki – kapitał gospodarczy, społeczny i intelektualny. Na Węgrzech, podobnie jak w wielu innych krajach, problem opieki nad osobami starszymi był wcześniej rozwiązywany w ramach rodziny.

Podstawy regulacji prawnych dotyczących opieki nad osobami starszymi wynikają ze społeczno-gospodarczych procesów, które przyniosły zmiany w zakresie opieki nad osobami starszymi. Są to: industrializacja, zwiększenie mobilności młodych ludzi oraz zmiany wartości².

Początkowe regulacje prawne odpowiadały na indywidualną potrzebę radzenia sobie z problemem zgodnie z prywatnym interesem. W rezultacie przepisy te obejmują zakres prawa prywatnego, w szczególności cywilne normy prawne, niejako potwierdzając prywatne zaspokajanie potrzeb wynikających z opieki nad osobami starszymi. Przepisy państwowe dotyczące zapewnienia opieki miały zaradzić ubóstwu. Nie odpowiadały one jednak na potrzeby w zakresie opieki wynikającej z niesamodzielności w podeszłym wieku.

STRUKTURA WĘGERSKIEJ OPIEKI NAD OSOBAMI STARSZYMI

Rozwiązania stosowane w odniesieniu do problemów związanych z opieką nad osobami starszymi można podzielić na dwie grupy: rozwiązania pozarządowe oraz rozwiązania rządowe.

Rozwiązania pozarządowe – rozwiązania indywidualne

Osoba wymagająca opieki może skorzystać z następujących rozwiązań:

- a) umowy dożywocia lub świadczenia dożywotniego,
- b) umowy dziedziczenia,
- c) zatrudnienia opiekunki opłacanej z własnych zasobów,
- d) pomocy organizacji społecznej, religijnej lub innego rodzaju wspólnoty.

Zakres prawny ww. rozwiązań jest uregulowany bezpośrednio przez prawo cywilne w formie zasad i regulacji dotyczących umów dożywocia lub świadczenia dożywotniego oraz umów dziedziczenia określonych w ustawie IV z 1959 r. w sprawie Kodeksu cywilnego Republiki Węgier (zwanej dalej Kodeksem cywilnym).

Ramy prawne rozwiązań pozarządowych są pośrednio uregulowane przez fragmenty aktów prawa, które:

- regulują procesy finansowe i gospodarcze (stawki wspólnych opłat, zwolnienia podatkowe, sumy płac, wartości emerytur itp.), tym samym wpływając na skłonność i zdolność do oszczędzania,
- w odniesieniu do organizacji społecznych regulują powstanie i funkcjonowanie organizacji społecznych oraz wsparcie dla nich,
- dotyczą warunków finansowych fundacji i działalności wspólnot religijnych.

Umowa dożywocia lub świadczenia dożywotniego

Zgodnie z Kodeksem cywilnym, zawierając umowę dożywocia nabywca jest zobowiązany do zapewnienia odpowiedniego wsparcia dla zbywającego, a w zamian za to – z wyjątkiem nieodpłatnych umów dożywocia – następuje przeniesienie na rzecz nabywcy własności odpowiadającej wartości udzielonego wsparcia (ust. 586–590 Kodeksu cywilnego). Poprzez zawarcie umowy świadczenia dożywotniego nabywca jest zobowiązany do zapewnienia określonej kwoty pieniędzy lub – okresowo – określonej ilości produktów rolnych (ust. 591 Kodeksu cywilnego).

Kodeks cywilny nie określa pojęcia właściwego wsparcia, a jedynie, że *obowiązek zapewnienia wsparcia obejmuje: ogólną opiekę, leczenie, pielęgnowanie i pogrzeb* (par. 3 ust. 586). György Bíró és Judit Fazekas (Bíró 1999: 214) określa adekwatność wsparcia jako kwestię podlegającą indywidualnemu rozważeniu, które zawsze powinno być dostosowane do okoliczności, w jakich znajdują się rzeczne strony, do uzasadnionych potrzeb i zależeć od wartości majątku przeniesionego na nabywcę.

Umowa dożywocia lub świadczenia dożywotniego jest niepewnym środkiem w zakresie opieki nad osobami starszymi, ponieważ opiera się na czynnikach emocjonalno-intencjonalnych stron, w związku z czym nie można zagwarantować, że umowy te zrealizują swój cel prawa społecznego w odniesieniu do opieki nad osobami starszymi.

Umowa dziedziczenia

Zgodnie z Kodeksem cywilnym umowa dziedziczenia jest formą dyspozycji testamentowej, zaś jej formalna umowa zasadza się na treści umowy dożywocia lub świadczenia dożywotniego. Zawierając umowę dziedziczenia, testator jest zobowiązany do uczynienia umawiającej się strony spadkobiercą w zamian za umowę dożywocia lub świadczenia dożywotniego. W odniesieniu do przepisów o terminie przeniesienia własności testator jest w dużym stopniu zabezpieczony przepisami umowy dziedziczenia, zgodnie z którą spadkobiercy wymienieni w umowie dziedziczenia nabywają własność odpowiadającą wartości udzielonego wsparcia lub umowy świadczenia dożywotniego dopiero po śmierci spadkodawcy.

Korzyść ta jest oferowana tylko w drodze umowy dziedziczenia, ponieważ w przypadku umowy dożywocia lub świadczenia dożywotniego wartość umowy lub świadczenia przechodzi na nabywcę w momencie podpisania umowy, i tak oto w przypadku tego aktu prawnego nabywca nabywa własność aktywów określonych w umowie. Wynika z tego, że umowa dziedziczenia zapewnia znacznie większe bezpieczeństwo osobie zależnej, niż umowa dożywocia lub świadczenia dożywotniego.

Zatrudnienie opiekuna opłacanego z własnych środków finansowych

„Własne źródła” obejmują emeryturę osoby starszej lub inne świadczenia, oszczędności lub inne źródła dochodu: zasoby finansowe uzyskane ze sprzedaży nieruchomości, wynajmu nieruchomości, a nawet ze wsparcia finansowego pochodzącego od krewnych. Ceny rynkowe opieki – w zależności od czasu trwania i rodzaju usług – są bardzo zróżnicowane, ale mogą stanowić poważne obciążenie finansowe.

Mówiąc o charakterze usługi, należy podkreślić, że zaletą systemu rynkowego jest możliwość uzyskania wyspecjalizowanych i dopasowanych do potrzeb usług.

Pomoc ze strony organizacji społecznych, religijnych lub innego rodzaju wspólnoty

Organizacje społeczne, religijne lub innego rodzaju wspólnoty mogą dostarczyć wsparcia psychicznego dla osób starszych wymagających opieki. Wsparcie psychiczne może odegrać bardzo ważną rolę w kompensowaniu lub łagodzeniu negatywnych skutków samotności, odczuwanej przez osoby starsze. Wolontariusze zorganizowani w ramach tych wspólnot mogą zapewnić nie tylko wsparcie psychiczne, ale również pomoc fizyczną.

Jednak tego typu działalność nie stanowi niezawodnego rozwiązania, jako że początkowy entuzjazm wolontariuszy może się z czasem zmniejszać. Nie można ich jednak pociągnąć do odpowiedzialności za

niewywiązanie się ze swoich obowiązków, ponieważ osoby pomagające zgłosiły się dobrowolnie do pełnienia tych dodatkowych zadań.

Pozarządowe rozwiązania – rozwiązania oferowane przez krewnych

Prawna pomoc krewnych – dla krewnych pozostających w stosunku pracy – regulowana jest bezpośrednio przez ustawę I z 2012 r. dotyczącą Kodeksu pracy (zwaną dalej Kodeksem pracy). Zapisy tej ustawy zapewniają pracownikom możliwość otrzymania urlopu bezpłatnego w przypadku opiekowania się (bliskim) krewnym. Ta bezpośrednia regulacja prawna ma jedynie zastosowanie do pracowników pozostających faktycznie w stosunku pracy.

Opieka świadczona przez krewnego

Jeśli krewny osoby starszej wymagającej opieki pozostaje w stosunku pracy, mają wówczas zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu pracy. Jednak gdy krewny nie pozostaje w stosunku pracy, wówczas nie istnieją regulacje prawne odnoszące się do niego w sposób bezpośredni. Należy wówczas rozważyć kwestię, czy krewny jest gotowy do świadczenia opieki fizycznie, psychicznie i finansowo. Jednak poziom „gotowości” nie można ocenić obiektywnie. Im dłuższy czas opieki i im bardziej intensywna opieka jest potrzebna, tym większe będzie obciążenie fizyczne, psychiczne i finansowe osoby sprawującej opiekę i tym bardziej negatywnie sytuacja ta będzie wpływać na życie osoby opiekującej się oraz pośrednio na życie wszystkich osób, które są w ścisłej relacji z tą osobą.

Zgodnie z par. 1 ustęp 131 Kodeksu pracy, jeśli pracownik chce osobiście opiekować się członkiem rodziny, wówczas powinien on uzyskać urlop bezpłatny (maksymalnie na okres dwóch lat). Urlop bezpłatny przyznawany jest na wniosek pracownika, a pracodawca jest zobowiązany do jego udzielenia.

Według Kodeksu pracy opieka długoterminowa oznacza, że czas opieki może przekroczyć okres 30 dni. Uzasadnienie rozszerzonej opieki w warunkach domowych oraz przewidywalny czas jej trwania winny zostać poświadczone przez lekarza prowadzącego osoby potrzebującej opieki. Innymi słowy, rozszerzenie to nie może być przedmiotem indywidualnej decyzji osoby wnioskującej o urlop bezpłatny. Jedną z największych niedogodności w tym przypadku jest fakt, że zgodnie z ust. 8 ustawy LXXX z 1997 r. w sprawie uprawnień do świadczeń socjalnych i emerytur prywatnych oraz finansowania tych usług (zwaną dalej ustawą o ubezpieczeniu społecznym)³ – ubezpieczenie osoby zapewniającej opiekę zostaje zawieszane. W ten sposób osoba opiekująca się sama nie jest chroniona przez system opieki społecznej. Osoba taka może nadal mieć prawo do świadczeń zdrowotnych. Jeśli nie jest ona uprawniona do świadczeń zdrowotnych z innego tytułu⁴, wówczas może uzyskać uprawnienia przez obowiązek uiszczenia składek na świadczenia zdrowotne⁵. Jednak prawdziwy problem pojawia się wówczas, gdy po upływie urlopu bezpłatnego starsza osoba nadal wymaga opieki, co zdarza się bardzo często. Wówczas pracownik nie może powrócić do pracy.

Rozwiązania rządowe – świadczenia dla osób starszych wymagających opieki

Świadczenia dla osób starszych wymagających opieki są organizowane i zarządzane bezpośrednio przez państwo. Można je podzielić na dwie kategorie. W zależności od rodzaju systemu ubezpieczenia społecznego obowiązującego w danym państwie mogą one pochodzić ze świadczeń wypłacanych w ramach systemu opartego na składkach albo ze świadczeń należnych i wypłacanych bez obowiązku płacenia składek (wsparcie w ramach pomocy społecznej).

Świadczenia te mogą w mniejszym lub większym stopniu zaspokoić potrzebę opieki wynikającą z zależności związanej z podeszłym wiekiem.

Świadczenia wypłacane w ramach systemu opartego na składkach

Uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej mogą rozwiązać problemy opieki nad osobami starszymi jedynie w ograniczonym zakresie; w zasadzie jedynie w dziedzinie profilaktyki. Jednak nie mogą one zapewnić odpowiedniej opieki nad osobami starszymi przez dłuższy czas. Ponadto opieka nad osobami starszymi, do której świadczenia są zobowiązane szpitale, nie spełnia założonego celu opieki nad osobami starszymi, a mianowicie podjęcia wszelkich wysiłków, aby osoby starsze wymagające opieki mogły pozostać w swoim domu – lub przynajmniej w warunkach zbliżonych do domowych – tak długo, jak jest to tylko możliwe.

• Domowa opieka medyczna

Domowa opieka medyczna może zostać zdefiniowana jako działalność, która jest zlecana przez lekarza prowadzącego i wykonywana przez wykwalifikowany personel pielęgniarski w domu lub w miejscu zamieszkania osoby uprawnionej do świadczeń zdrowotnych (par. 1 art. 1 dekretu Ministerstwa ds. Społecznych nr 20/1996 dotyczącego domowej opieki medycznej). Celem tych działań jest, z jednej strony, zapewnienie pacjentom profesjonalnej opieki dostosowanej do ich indywidualnych potrzeb w warunkach domowych, a z drugiej strony do zmniejszenia liczby zabiegów szpitalnych oraz czasu ich trwania. Jednocześnie można zlecić nie więcej niż 14 wizyt. Jeśli stan pacjenta wymaga opieki przekraczającej tę liczbę, lekarz internista – za zgodą głównego lekarza nadzorującego z ramienia funduszu ubezpieczeń zdrowotnych – może zezwolić na zamówienie większej liczby wizyt w zależności od potrzeb pacjenta.

Domowa opieka medyczna jest świadczona głównie przez prywatnych, nastawionych na zysk świadczeniodawców, w mniejszym zaś stopniu przez fundacje, w niektórych zaś miejscach również przez władze samorządowe i kościół. Jednak największym problemem jest fakt, że świadczenia te nie są dostępne na terenie całego kraju (Haimann 2006)⁶.

• Usługa hospicjum w domu

Usługi hospicjów obejmują pomoc członkom rodziny pacjenta w fazie terminalnej w zakresie pielęgnowania pacjenta i zapewnienia wsparcia emocjonalnego rodzinie chorego podczas trwania choroby oraz w momencie śmierci i w czasie trwania żałoby (par. 4

ust. 99 ustawy CLIV dotyczącej ochrony zdrowia z 1997 r., zwanej dalej ustawą o zdrowiu).

Opiekę można zamówić tylko na okres 50 dni. Możliwe jest zamówienie takiej opieki kolejno dwa razy w ciągu roku.

W związku z powyższym niewątpliwą zaletą tego rodzaju świadczenia jest możliwość podołania bardzo trudnym, intymnym sytuacjom w humanitarny sposób.

Wsparcie w ramach pomocy społecznej

Jedną z form wsparcia w ramach pomocy społecznej jest tymczasowe świadczenie pomocy społecznej. Jest to świadczenie pieniężne wypłacane w zależności od potrzeby, *zapewniające pomoc osobom, które znajdują się w bardzo trudnej sytuacji życiowej, poniżej minimum socjalnego, lub które walczą z czasowym lub trwałym problemem braku środków utrzymania* (par. 1 ust. 45 ustawy III z 1993 r. dotyczącej administracji opieki społecznej i świadczeń socjalnych, zwanej dalej ustawą o pomocy społecznej). Zakres osób kwalifikujących się do tymczasowej pomocy jest ustalany przez organ przedstawicieli samorządu lokalnego.

Tymczasowe wsparcie jest przyznawane przez samorządy lokalne stosunkowo wąskiemu kręgowi odbiorców. Ponieważ jest to rodzaj świadczenia pomocniczego, jego wartość jest niska, i co za tym idzie – nie oferuje ono pełnego rozwiązania problemu opieki.

W odniesieniu do kosztów opieki powstaje pytanie, w jakim stopniu należy traktować je jako „koszty utrzymania”. Jeśli nawet należy je tak traktować, to wątpliwe jest, czy samorządy mogą przyjąć na siebie tak pojmowane koszty utrzymania.

• Wsparcie na prowadzenie gospodarstwa domowego

Wsparcie na prowadzenie gospodarstwa domowego jest świadczeniem pieniężnym wypłacanym osobom znajdującym się w niekorzystnej sytuacji materialnej i ich rodzinom, w celu pomocy w pokryciu stałych kosztów utrzymania mieszkania lub innego lokalu wykorzystywanego jako miejsce zamieszkania (par. 1 ust. 38 ustawy o pomocy społecznej).

Wsparcie to zmniejsza ciężar często wysokich kosztów mieszkaniowych, a tym samym zmniejsza liczbę osób, które tracą dom i stają się osobami bezdomnymi z powodu wysokich kosztów utrzymania gospodarstwa domowego. Jednocześnie jest to jedyny związek tej formy pomocy z kategorią opieki nad osobami starszymi.

Wadą wsparcia na prowadzenie gospodarstwa domowego jest jego stosunkowo niska kwota – uzależniona od minimalnego poziomu emerytury (par. 6–7 i 9 ust. 38 ustawy o pomocy społecznej).

• Pomoc w ramach publicznej służby zdrowia

Pomoc w ramach publicznej służby zdrowia jest świadczeniem w naturze *przyznawanym osobie znajdującej się w potrzebie w celu pokrycia kosztów powrotu do zdrowia i leczenia* (par. 1 ust. 49 ustawy o pomocy społecznej).

Uprawnienia do skorzystania z pomocy w ramach publicznej służby zdrowia mogą być poświadczane urzędowym świadectwem, wystawionym przez fundusz ubezpieczeń zdrowotnych na podstawie decyzji

urzędnika miejskiego, potwierdzającej uprawnienia danej osoby do takiej pomocy (par. 1h ust. 50/C ustawy o pomocy społecznej). Osoba, która posiada świadectwo o pomocy w ramach publicznej służby zdrowia, ma prawo do dostępu do usług medycznych w ramach zabezpieczenia społecznego – leków, pomocy medycznej oraz usług medycznych (par. 2h ust. 49 ustawy o pomocy społecznej).

Wadą jest ograniczony zakres osób uprawnionych do korzystania z takiej formy pomocy. Zgodnie z zasadą konieczności przyjętą w systemie świadczeń pomocniczych świadectwo o pomocy w ramach publicznej służby zdrowia może zostać wydane, co do zasady, tylko osobom potrzebującym. Tak więc nie może ono obejmować wszystkich osób starszych.

Na mocy ustawy o pomocy społecznej pomoc medyczna i usługi medyczne są dostępne bezpłatnie do poziomu kwoty przyjętej jako podstawa finansowania publicznego, a leki wydawane są nieodpłatnie w ramach indywidualnego limitu ustalonego w odniesieniu do leków.

• Świadczenia zdrowotne udzielane zgodnie z potrzebami

Świadczenia zdrowotne udzielane zgodnie z potrzebami są świadczeniami rzeczowymi, których celem jest zapewnienie osobom znajdującym się w niekorzystnej sytuacji społecznej⁷ dostępu do usług opieki zdrowotnej na podstawie oficjalnego świadectwa, wydanego przez miejskiego urzędnika samorządu lokalnego.

• Opieka domowa

Opieka domowa jest podstawową usługą, w ramach której osoba otrzymuje pomoc i opiekę niezbędną do prowadzenia samodzielnego życia we własnym domu (par. 1 ust. 63 ustawy o pomocy społecznej).

Opieka domowa z możliwością sygnalizowania nagłych wypadków jest podstawową usługą, która nie tylko pomaga prowadzić samodzielne życie, ale również uniknąć stanów zagrożenia dzięki wykorzystaniu urzędnika sygnalizującego nagle niebezpieczeństwo (par. 1 ust. 65 ustawy o pomocy społecznej).

Zakres osób uprawnionych do korzystania z tego typu pomocy jest podobny, jak w przypadku innych form pomocy opartych na zapotrzebowaniu. Stosunkowo szerszy zakres osób może być uprawniony do tego typu pomocy, ponieważ w tym przypadku chodzi przede wszystkim o stan zdrowia osoby, który jest podstawą uprawniającą do korzystania z tego typu pomocy.

Obie te usługi mogą być uważane za podstawowe w zakresie zarządzania ryzykiem związanym z opieką nad osobami starszymi.

• Dostarczanie posiłków

Dostarczanie posiłków jest podstawową usługą, w ramach której osoby znajdujące się w niekorzystnej sytuacji otrzymują ciepły posiłek co najmniej raz na dzień, o ile osoby te nie są w stanie zapewnić posiłków dla siebie lub dla swoich podopiecznych tymczasowo lub stale, w szczególności ze względu na swój podeszły wiek, stan zdrowia, niepełnosprawność, chorobę psychiczną, uzależnienie lub bezdomność (par. 1 ust. 62 ustawy o pomocy społecznej).

Zaletą tego typu pomocy jest fakt, że dostarczanie posiłków spełnia nie tylko potrzeby fizjologiczne osoby w podeszłym wieku, ale przede wszystkim – zwłaszcza jeśli osoba starsza nie prosi o dostarczenie posiłku do jej domu – zapewnia potrzebę towarzystwa, w szczególności w mniejszych ośrodkach, gdzie ludzie żyją w bliskich relacjach w ramach wspólnoty.

• Opieka dzienna

Opieka dzienna jest podstawową usługą, w ramach której osoby mają dostęp do ośrodka, w którym mogą przebywać w ciągu dnia, nawiązywać kontakty społeczne, zaspokoić podstawowe potrzeby w zakresie higieny i spożyć posiłek. Do opieki dziennej uprawnione są osoby, które można podzielić na 5 grup:

- osoby bezdomne,
- osoby starsze,
- pacjenci szpitali psychicznych powyżej 18. roku życia,
- osoby uzależnione powyżej 18. roku życia,
- osoby niepełnosprawne i osoby autystyczne powyżej 3. roku życia (par. 1 ust. 65/F ustawy o pomocy społecznej).

Dostęp do opieki dziennej jest ograniczony ze względu na niewielką liczbę zakładów opieki dziennej w porównaniu z liczbą osób starszych, zaś samorządy są zobowiązane do zorganizowania tej usługi tylko w przypadku miejscowości liczących ponad 3000 stałych mieszkańców.

Można stwierdzić, że opieka dzienna jedynie w ograniczonym zakresie może odpowiadać na zróżnicowane potrzeby osób starszych, które wynikają z ich trybu życia, kwalifikacji czy osobowości. Wydaje się, że ta forma pomocy zaspokaja najbardziej podstawowe potrzeby fizjologiczne i potrzeby kontaktów społecznych osób potrzebujących opieki.

• Ośrodek opieki nad osobami starszymi

Z pobytu w ośrodku opieki nad osobami starszymi można korzystać tylko przez rok, choć czas ten może być przedłużony – na podstawie opinii lekarza – jednokrotnie jeszcze o rok (par. 1–2 ust. 80 ustawy o pomocy społecznej).

Obecne przepisy stanowią, że samorządy lokalne mają obowiązek organizować usługi w zakresie tymczasowej opieki nad osobami starszymi, a wśród nich ośrodki opieki nad osobami starszymi w miejscowościach o ponad 30 tys. stałych mieszkańców.

• Dom starców

Dom starców zapewnia opiekę osobom, które nie są w stanie samodzielnie funkcjonować, ale których stan zdrowia nie wymaga regularnego leczenia w placówkach stacjonarnych.

Co do zasady przyjmuje się, że nie tylko osoby starsze⁸, ale osoby powyżej 18. roku życia z niepełnosprawnością także kwalifikują się do korzystania z tej usługi (par. 1–2 ust. 68 ustawy o pomocy społecznej).

Ta usługa mogłaby być rozwiązaniem instytucjonalnym w zakresie zarządzania ryzykiem opieki nad osobami starszymi, ale kwota współfinansowania przez osobę starszą (lub przez jej przedstawiciela prawnego) jest bardzo wysoka. Zgodnie z par. 2 ust. 117 ustawy o pomocy społecznej kwota współfinansowania za stałą opiekę nie może przekroczyć 80% miesięcznego dochodu osoby uprawnionej. Oprócz standardowego współfinansowania, dla zapewnienia warunków „lepszyc

niż przeciętne” może występować konieczność uiszczenia pojedynczej płatności ryczałtowej.

Liczba miejsc w domach starców jest ograniczona. W obecnej formie nie mogą zatem zaspokoić masowego zapotrzebowania.

Dużą zaletą domu starców jest to, że chociaż osoba starsza nie jest pod opieką w swoim własnym domu, można jej zapewnić domowe warunki.

Świadczenia dla krewnych świadczących opiekę

Oплата za opiekę pielęgnacyjną

Oплата za opiekę pielęgnacyjną to świadczenie pieniężne przyznawane w zależności od potrzeby wyłącznie osobie pełnoletniej, jeśli zapewnia ona opiekę domową krewnemu potrzebującemu opieki długoterminowej.

Uchwała nr 6/2002 (II.28) Trybunału Konstytucyjnego stwierdza, że оплата za opiekę pielęgnacyjną przysługuje krewnemu osoby starszej potrzebującej opieki, który podejmie się zapewnić opiekę w domu. Oплата za opiekę pielęgnacyjną to nie świadczenie opieki społecznej wypłacane osobie, nad którą sprawowana jest opieka, ale świadczenie pieniężne wypłacane krewnemu zapewniającemu opiekę, aby wyrównać utratę dochodu ze względu na świadczenie opieki długoterminowej.

Wadą оплаты za opiekę pielęgnacyjną jest to, że jej wysokość jest bardzo niska. Jej miesięczna kwota zależy od dwóch czynników – tego, czy osoba świadcząca opiekę ma stały dochód oraz wiek i stan zdrowia osoby, której zapewniana jest opieka. W 2013 r. miesięczna wysokość оплаты za opiekę (ust. 44 ustawy o pomocy społecznej), jeśli osoba świadcząca opiekę nie uzyskuje regularnych dochodów (lit. b) par. 1 ust. 42 ustawy o pomocy społecznej), wynosi w przypadku opieki nad osobami starszymi nie mniej niż 80% kwoty podstawowej (23 600 HUF, czyli 80 euro). Kwota podstawowa jest zdefiniowana w ustawie CCIV z 2012 r. w sprawie budżetu narodowego Węgier na 2013 r. i wynosi 29 500 HUF (100 euro) na miesiąc). Oплата jest określana przez niezależne samorządy lokalne.

Sposób kwalifikowania się do uzyskania оплаты za opiekę nad osobą starszą jest problematyczny, bo samorządy mają prawo swobodnego uznania, czy osobie powyżej 18. roku życia przysługuje оплата za opiekę nad osobami starszymi. Ze względu na ograniczony budżet i swobodę decyzyjną samorządów, ta forma pomocy nie może w żaden sposób zaspokoić szerszych potrzeb.

Problemem jest także to, że spełnianie obowiązku zapewnienia opieki nie może być w praktyce efektywnie nadzorowane. Chociaż w formie zarządzenia samorząd lokalny może określić zakres zadań świadczeniodawców opieki domowej w celu monitorowania i nadzorowania, czy obowiązek zapewnienia opieki jest spełniony, zdolność domowych świadczeniodawców opieki jest ograniczona, podobnie zresztą jak możliwości nadzorowania osób kwalifikujących się do otrzymywania оплаты.

WNIOSKI PODSUMOWUJĄCE

Jako podsumowanie dotychczasowych sposobów zarządzania ryzykiem w zakresie opieki nad osobami starszymi można wyraźnie stwierdzić, że ani pozarządowe,

ani rządowe sposoby rozwiązywania problemów nie są w stanie przynieść rozwiązania, które będzie dostępne dla wszystkich i zaspokoi wszystkie potrzeby.

Podstawowe braki w obecnym systemie opieki nad osobami starszymi można podsumować w następujący sposób.

- Obowiązujące przepisy nie zwracają uwagi na profilaktykę w zakresie konieczności opieki nad osobami starszymi.

- Świadczenia przewidziane w ramach obecnego systemu nie są dostępne dla każdej osoby dotkniętej niesamodzielnością ze względu na wiek⁹. Osoby o średnim dochodzie nie mają wystarczającego dostępu do świadczeń. W rzeczywistości osoba musi posiadać albo znaczne albo – wręcz przeciwnie – skromne środki finansowe, aby móc otrzymywać świadczenie.

- Brakuje warunków finansowych i świadomości zachęcających do oszczędzania (w tym na wypadek niesamodzielności).

- Osoby, które potrzebują dostępu do opieki nad osobami starszymi, nie mają odpowiedniej informacji na temat aktualnych możliwości opieki i dostępu do niej.

- Struktura przepisów prawnych w zakresie opieki nad osobami starszymi nie jest jednolita, a niektóre przepisy prawa są sprzeczne.

- Jeżeli chodzi o główny kierunek regulacji, obecna struktura opieki daje preferencje systemowi tymczasowych świadczeń pomocy społecznej oferowanych przez państwo.

- Powiązania i koordynacja między usługami w ramach opieki nad osobami starszymi nie są odpowiednio zorganizowane.

- System niewystarczająco bierze pod uwagę indywidualnej odpowiedzialności człowieka.

- System opieki nad osobami starszymi zaniedbuje krewnych, którzy mogą zapewnić opiekę. Opieka domowa nie jest realną alternatywą, ponieważ okres świadczenia opieki nie zalicza się, co do zasady, do okresu ubezpieczenia. Ponadto nie istnieje centralny lub lokalny organ zapewniający pomoc, poradę i nadzór. Istnieje kilku świadczeniodawców zajmujących się opieką nad osobami starszymi, ale dostęp do nich jest zróżnicowany w skali kraju.

Nie trzeba dodawać, że tym niedociągnięciom można by skutecznie zaradzić, jeśli w przyszłości problemy związane z zarządzaniem opieką nad osobami starszymi będą traktowane systemowo, przy włączeniu prawnego i pozaprawnego dostępu zarówno do profilaktyki, jak i leczenia.

¹ Zgodnie z par. 4 ust. XVI ustawy zasadniczej Węgier, dzieci są zobowiązane opiekować się swoimi rodzicami, jeśli rodzice takiej opieki wymagają.

² Innym powodem, dla którego poprzednie modele opieki nad osobami starszymi nie mogły się dłużej utrzymać, był nowy model pracy i uczenia się młodzieży, jak również ogromny postęp technologii, który jeszcze bardziej pogłębił przepaść – w zasadzie międzypokoleniową – między ludźmi mieszkającymi na wsi i w mieście. Przyczyniło się to do tego, że osoby starsze utraciły posiadany wcześniej szacunek do siebie samych, wynikający z wiedzy, doświadczenia i mądrości życiowej. Większa część tej wiedzy czy doświadczenia stała się bezużyteczna w nowej sytuacji życiowej, niemal bezwartościowa dla nowego pokolenia.

- ³ Zgodnie ust. 8 pkt a) ustawy o ubezpieczeniu społecznym ubezpieczenie zostaje zawieszona na okres urlopu bezpłatnego.
- ⁴ Na przykład zgodnie z pkt h) par. 1 ust. 16 ustawy o ubezpieczeniu społecznym osoba kwalifikująca się do opłaty pielęgniarstwa jest również uprawniona do świadczeń zdrowotnych.
- ⁵ Zgodnie z par. 2 ust. 39 ustawy o ubezpieczeniu społecznym każdy mieszkaniec, który nie jest ubezpieczony i który nie jest uprawniony do otrzymywania świadczeń zdrowotnych na podstawie innych uprawnień, jest zobowiązany do opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne.
- ⁶ W 2006 r. działało 315 finansowanych świadczeniodawców na terenie całego kraju, które miały pod opieką 45 tys. pacjentów (Balogh, Borbás, Lakó 2008: 16).
- ⁷ Zgodnie z par. 1 ust. 54 ustawy o pomocy społecznej osoba kwalifikuje się jako osoba znajdująca się w niekorzystnej sytuacji społecznej, jeżeli miesięczny dochód na osobę w jej rodzinie nie przekracza 120% obowiązującej kwoty minimalnej emerytury lub 150% obowiązującej kwoty minimalnej emerytury w przypadku, gdy osoba ta żyje samotnie i nie posiada żadnego innego majątku. W 2012 r. te wartości procentowe wyniosły 34 200–42 750 HUF, co wynosi pomiędzy 120,63 euro a 150,81 euro.
- ⁸ Zgodnie z par. 1 ust. 68 ustawy o pomocy społecznej, osoba kwalifikuje się jako osoba w podeszłym wieku, jeśli osiągnęła obowiązujący w jej przypadku wiek emerytalny.
- ⁹ Zsolt Soós pisze dodatkowo, że *około 40% samorządów nie obsługuje lub w niewielkim stopniu zapewnia obowiązkowe usługi podstawowe. Innym problemem jest to, że w wielu przypadkach usługi są niedostępne w małych miejscowościach, w których istnieje największe zapotrzebowanie na usługi [...] ze względu na starzenie się społeczeństwa.* (Soós 2009: 73).

LITERATURA

- Andorka R. (2006), *Bevezetés a szociológiába*, Osiris Kiadó, Budapest.
- Bácskay A. (2005), *Gondozási formák az idősellátásban – a szociális alapellátás*, Kapocs. IV. évfolyam, 6. Szám.
- Balogh Z., Borbás I., Lakó E., szerk. (2008), *Az ápolás helyzete Magyarországon 2008*, Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest.
- Bíró G., szerk. (1999), *Szerződési alaptípusok*, Novotni Kiadó, Miskolc.
- Cseh-Szombathy L. (1971), *A család szerepe az öregek ellátásában és életében*, w: L. Pál, *Család és házasság a mai magyar társadalomban*, Közgazdasági és Jogi Könyvtár, Budapest.
- Gáthy V. (1998), *Egy japán-magyar közös kutatási programról. I. A nem állami szervezetek szerepe az öregedő társadalomban. (Esettanulmány egy japán szövetkezeti társulásról)*, Társadalomkutatás, 3–4. Szám.
- Gáthy V., Széman Z. (1998), *Az idősgondozás néhány kérdése egy japán-magyar összehasonlító kutatás tükrében*, Társadalomkutatás, 1–2. Szám.
- Haimann É. (2006), *Különbség az otthoni szakápolás és a házi segítségnyújtás között [Różnica między domową opieką medyczną i opieką domową]*, <http://www.lelekbenotthon.hu/modules.php?name=News&file=article&sid=169> [dostęp 10.04.2007].

- Iván L. (2006), *A sikeres öregedés rendszerszemlélete*, w: I. Sándor, F. Gergely, *Őszülő társadalmak. Debreceni Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar kiadványa*, Nyíregyháza.
- Lőrincsiné Lajkó D. (2007), *Közeli hozzátartozó ápolásának munkajogi és szociális jogi szabályai*, Munkügyi Szemle, 51. évfolyam, 7–8. Szám.
- Maltby T., Deuchars G. (2004), *Ageing and Social Policy in the European Union: A Contextual Overview*, w: J. Doling, C. Jones Finer, T. Maltby, *Ageing Matters. Lekcje na temat Europejskiej Polityki ze Wschodu*, Ashgate Publishing Limited, Wielka Brytania, Bodmin, Kornwalia.
- Soós Z. (2009), *Reform után. A kistérségi közszolgáltatási reform hatásai a Téli kistérség szociális szolgáltatási rendszerére*, Esély, 1. Szám.
- Turai T. (2002), *Az életút végén. Szilágyborzási öregek társadalom-néprajzi vizsgálata*, Ethnographia, 113. évfolyam, 1–2. Szám.
- Vékás L. (1997), *Öröklési jog*, Eötvös József Könyvtár, Budapest.

STRONY INTERNETOWE

- <http://nurse.haziapolas.hu/Index.aspx?MN=NappaliFelugyletiCsomag&LN=Hungarian> [dostęp 14.10.2013]
- <http://nurse.haziapolas.hu/Index.aspx?MN=EjszakaiFelugyletiCsomag&LN=Hungarian> [dostęp 14.10.2013]
- http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf [dostęp 1.04.2009]

PODSTAWOWE USTAWY WĘGIER

- Ustawa CCIV z 2012 r. dotycząca budżetu krajowego Węgier na rok 2013
- Ustawa CII z 2008 r. w sprawie budżetu Republiki Węgierskiej na rok 2009
- Ustawa CLIV z 1997 r. dotycząca ochrony zdrowia
- Ustawa CLXXXVIII z 2011 r. dotycząca budżetu krajowego Węgier na rok 2012
- Ustawa CXXIII z 2004 r. w sprawie wspierania zatrudnienia wśród absolwentów szkół, bezrobotnych w wieku 50 lat i powyżej, osób powracających na rynek pracy po sprawowaniu opieki nad dzieckiem lub pielęgnacyjnej i w sprawie wprowadzenia płatnego programu staży
- Ustawa CXXXV z 2004 r. dotycząca budżetu krajowego Węgier na rok 2005
- Ustawa I z 2012 r. dotycząca Kodeksu pracy
- Ustawa III z 1993 r. dotycząca administracji opieki społecznej i świadczeń socjalnych
- Ustawa IV z 1959 r. w zakresie Kodeksu cywilnego Republiki Węgier
- Ustawa LXXX z 1997 r. w sprawie uprawnień do świadczeń socjalnych i emerytur prywatnych oraz finansowania tych usług
- Ustawa LXXXI z 1997 r. o świadczeniach pochodzących z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego
- Dekret rządowy nr 168/1997 (X.6.) w sprawie wykonania Ustawy LXXXI z 1997 roku w sprawie świadczeń emerytalnych pochodzących z ubezpieczenia społecznego
- Dekret Ministerstwa Opieki Społecznej nr 20/1996 (VII.26.) w sprawie domowej opieki medycznej
- Wniosek dotyczący wspólnego sprawozdania w sprawie ochrony socjalnej i integracji społecznej 2007, COM (2007) 13
- Uchwała nr 6/2002 (II. 28) Trybunału Konstytucyjnego

SUMMARY

Definition of long term care is not yet clear in many countries' social security systems. The long term care benefits and services do exist and are regulated under different laws of public and private character. The article underlines that both those in need of care as well as their families need social help. In Hungary the law concerning long term care is segmented and complicated. Resources dedicated to long term care needs are not sufficient. Also eligibility to benefits, due to various reasons, are not equal. There is a room for improvement in organization of long term care for the elderly in Hungary.

CZY FINLANDIA PORADZIŁA JUŻ SOBIE Z NOWYMI RYZYKAMI SPOŁECZNYMI?

Laura Kallioma-Puha
Uniwersytet w Helsinkach, Finlandia

OD STARYCH DO NOWYCH RYZYK

Ryzyko jest pojęciem mającym różne znaczenia w zależności do branego pod uwagę obszaru zainteresowania. Z ryzykiem wiąże się wiele aspektów życia. Tak zwane ryzyka społeczne związane są z utratą lub znacznym spadkiem dochodów osoby lub gospodarstwa domowego. Ludzie mogą zachorować lub ulec wypadkowi, mogą zostać bez pracy. Wielu z nas chce wychować swoje dzieci i na starość otrzymywać odpowiednią emeryturę.

Ludzie i społeczeństwa lepiej zarządzają ryzykiem, gdy dotyczy ono większej grupy osób. Według tej zasady wspólnoty ryzyka działają europejskie państwa opiekuńcze od końca XIX wieku. Jednak pokonywanie starych ryzyk społecznych wydaje się nie wystarczać w dzisiejszym świecie. W nieustannie zmieniających się społeczeństwach pojawiają się nowe ryzyka, którym należy stawić czoła.

Według Petera Taylor-Gooby'ego nowe zagrożenia społeczne można połączyć w trzy grupy.

Grupa A. Przede wszystkim zmieniły się role w rodzinie i jej struktura. Nowe ryzyka obejmują trudność w łączeniu pracy zawodowej z opieką nad dziećmi i osobami starszymi, tj. ryzyko niewystarczającej opieki, gdy jest ona niezbędna.

Grupa B. W odniesieniu do zmian na rynku pracy nowe ryzyka wiążą się z brakiem odpowiednich umiejętności i wykształcenia, które są niezbędne, aby uzyskać stałą i dobrze płatną pracę. To również ryzyko, że posiadane umiejętności zdezaktualizują się przez brak dostępu do kształcenia ustawicznego.

Grupa C. W odniesieniu do zmian w modelu państwa opiekuńczego rozszerzenie zakresu prywatnych usług może powodować różne zagrożenia. Choć prywatyzacja sama w sobie nie jest zagrożeniem, to jednak może być niekorzystana, gdy obywatele-konsumenci dokonują niewłaściwych z punktu widzenia własnego interesu wyborów, a regulacja standardów w ramach świadczenia prywatnych usług okazuje się nieskuteczna (Taylor-Gooby 2004: 5).

STARE RYZYKA, NOWE RYZYKA I TZW. NOWE NOWE RYZYKA W FINLANDII

Państwa skandynawskie, jako państwa opiekuńcze o wysokich wydatkach socjalnych, często pozostawały z boku dyskusji na temat nowych ryzyk socjalnych. Zakładano bowiem, że nowe ryzyka nie stanowią poważnego wyzwania dla krajów skandynawskich. Przyjmowano, że skandynawskie państwa opiekuńcze już sobie poradziły z nowymi ryzykami. W istocie wiele nowych ryzyk rzeczywiście zostało opanowanych dzięki hojnej ofercie usług. Zapobieżono pojawieniu się niektórych nowych socjalnych zagrożeń na dużą skalę.

Uniwersalistyczny oraz ukierunkowany na usługi charakter skandynawskich państw opiekuńczych wydaje się dobrze sobie radzić ze zwalczaniem i rozwiązywaniem nowych ryzyk (Timonen 2004: 84). Jednak również skandynawskie państwa opiekuńcze stają

w obliczu nowych wyzwań zarówno „nowych” nowych ryzyk (ang. „new” new risks), jak i trudności z rozwiązaniem tzw. starych nowych ryzyk (ang. old new risks).

Institucje powołane do walki ze starymi ryzykami społecznymi muszą sobie radzić również z nowymi zagrożeniami społecznymi i dlatego wymagają stałego dostosowania do nowych potrzeb i warunków. Jednym z zagrożeń jest ryzyko ubóstwa w starszym wieku. Ostatnio powołana została komisja ds. emerytur, która wprowadziła emeryturę gwarantowaną przeznaczoną dla osób, których emerytury zależne od zarobków są zbyt niskie lub które nie otrzymują takiej emerytury¹.

Virpi Timonen przeanalizowała w swoim artykule z 2004 r. nowe ryzyka z fińskiego i szwedzkiego punktu widzenia. Zgodnie z tym, co zostało wykazane w artykule, istnieją rzeczywiste nowe ryzyka, na które należy zareagować (Timonen 2004). Mimo że krajom skandynawskim udało się już zwalczyć wiele nowych zagrożeń, a tym samym sprawić, że stały się one „starymi” nowymi ryzykami społecznymi (ang. old new risks), to niedawno pojawiły się nowe ryzyka społeczne („nowe” nowe ryzyka społeczne – ang. „new” new risks). Powróciły również stare nowe zagrożenia społeczne (ang. old new risks), które zostały na pewien czas uleczone przez system opieki społecznej, ale nie zniknęły całkowicie lub stały się jeszcze większym wyzwaniem (Timonen 2004: 86).

W poniższym tekście przedstawione są wyzwania stojące przed fińskim państwem opiekuńczym, zgodnie z rozróżnieniem Taylor-Gooby'a cytowanym powyżej.

RYZYKA SPOŁECZNE – GRUPA A

Wielu nowym ryzykom społecznym związanym ze zmianami w rodzinie i rolami związanymi z płcią (tzw. zagrożeniom „A” zgodnie z rozróżnieniem Taylor-Gooby'a) rzeczywiście udało się zaradzić na przestrzeni dziesięcioleci za pomocą rozbudowanej sieci opieki socjalnej i świadczeń społecznych. Zakłada się, że w większości przypadków oboje rodzice pracują zarobkowo poza domem i tego typu zatrudnienie jest wspierane przez elastyczny i niedrogi system publicznej opieki nad dzieckiem i elastyczne formy zatrudnienia dla rodziców. Jednak, mimo że system opieki nad osobami starszymi i dziećmi jest silnie zakorzeniony w Finlandii, pojawiały się w tym systemie luki, zaś problem przyszłego finansowania usług dla osób starszych stał się przedmiotem intensywnej debaty (Timonen 2004: 86). Obowiązek opieki zarówno nad dziećmi, jak i osobami starszymi staje się istotnym wyzwaniem.

Również łączenie pracy i życia rodzinnego staje się coraz trudniejsze ze względu na zwiększone wymagania w zakresie wydajności oraz panującą na rynku pracy niepewność (Timonen 2004: 87). Dłuższe i bardziej nieregularne godziny pracy wymagają dalszej poprawy systemu opieki nad dzieckiem. Także popyt na usługi opieki nad uczniami klas młodszych rano

i po południu znacznie przewyższa podaż. Nierówny podział urlopu rodzicielskiego między matkami i ojcami nie uległ poprawie, jak się spodziewano, mimo że fińscy ojcowie są zachęceni do korzystania z części urlopu rodzicielskiego, z którego nie można zrezygnować na rzecz matki (Sairausvakuutuslaki 1224/2004 – ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym, art. 9 ust. 10a). Jak pokazują najnowsze badania, ryzyko nieskutecznego łączenia pracy i życia rodzinnego jest wyższe u kobiet niż u mężczyzn (Nygaard-Andersen, Ringdal 2012: 41).

W kwestii opieki nad osobami starszymi stabilność usług świadczonych na ich rzecz staje się coraz większym problemem. Wydatki będą drastycznie rosły ze względu na wzrost liczby osób starszych. W Finlandii liczba emerytów rośnie najszybciej w Europie (Hiilamo i in. 2010: 13). Ponadto coraz większa liczba starszych osób mieszka samodzielnie i dlatego potrzebuje towarzystwa lub pomocy.

Jednocześnie pogłębia się zróżnicowanie wśród ludności – w tym wśród osób starszych – i to również wyznacza nowe standardy: ludzie o różnych cechach społeczno-ekonomicznych, pochodzący z różnych rodzin i środowisk etnicznych, o różnych stylach życia wymagają innego rodzaju usług.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, kwestia stabilności modelu państwa opiekuńczego wymaga ponownego rozważenia. Wszystkie główne akty prawne dotyczące polityki społecznej są obecnie w trakcie modyfikacji. Nowa ustawa o służbie zdrowia (1326/2010) już weszła w życie, zaś projekt nowej ustawy o pomocy społecznej ma zostać wkrótce przedstawiony w celu zastąpienia starej ustawy z lat 80. XX wieku. Przygotowany zostanie również projekt ustawy dotyczący finansowania służby zdrowia i pomocy społecznej, ale prace nad tymi regulacjami są dopiero w fazie początkowej.

W zakresie systemu opieki nad osobami starszymi zajęto się różnymi jego aspektami, w tym dotyczącymi stabilności, ale nie wyłącznie. W debacie na ten temat podjęto następujące kwestie: dobre zarządzanie, równy dostęp do opieki, podział na opiekę domową i instytucjonalną, łączenie pracy zawodowej ze sprawowaniem opieki oraz indywidualne potrzeby osób wymagających opieki.

Rząd właśnie przyjął projekt ustawy mającej zapewnić, aby osoby starsze otrzymywały opiekę i leczenie zgodne z ich indywidualnymi potrzebami i na równych zasadach na terenie całego kraju. Realizację sformułowanych w ten sposób celów mają zapewnić wysokiej jakości usługi opieki społecznej i służby zdrowia². Projekt ustawy był następstwem kilku raportów dotyczących skandalicznych zaniedbań w odniesieniu do osób starszych zarówno w ramach opieki w domu, jak i opieki długoterminowej. Był on również wynikiem głośnej debaty w mediach oraz gorącej debaty politycznej, która wybuchła po upublicznieniu raportów.

Proponowana ustawa nie zawiera nowych usług dla osób starszych. Jest ona raczej jednolitym ujęciem zasad dobrego zarządzania i opieki, a także potwierdza niektóre prawa socjalne będące przedmiotem innych aktów prawnych. Pojawiają się jednak wymagania dotyczące minimalnej liczby pracowników i ich kwalifikacji, zaś zakres ich obowiązków zawodowych musi być zgodny z liczbą osób starszych, dla których świadczone są usługi w danej jednostce opiekuńczej. Jednostki świadczące usługi muszą monito-

rować jakość świadczonych usług w celu utrzymania ich na odpowiednim poziomie i stałego podwyższania ich jakości.

Władze samorządowe zachęcane są do przygotowania się na zbliżający się wzrost popytu na usługi przez sporządzenie planu wspierania dobrego samopoczucia u osób starzejących się oraz dostępności opieki społecznej i służby zdrowia dla osób starszych. Nie jest jeszcze ostatecznie przesądzone, w jakiej formie ustawa ta zostanie uchwalona, nie ma też pewności jak w praktyce będzie działać i czy rzeczywiście wpłynie na poprawę jakości opieki nad osobami starszymi.

Spadła liczba osób starszych korzystających z publicznie finansowanej pomocy świadczonej w domu. Oznacza to, że część odpowiedzialności za świadczenie usług na rzecz osób starszych przesunęła się z sektora państwowego do sektora prywatnego i do rodzin. Rodziny są zachęcane do opieki nad swoimi bliskimi w podeszłym wieku poprzez zwiększenie elastyczności czasu i organizacji pracy, poprzez ulgi podatkowe na wynajem płatnej opieki dla swoich rodziców oraz utrzymywanie opiekunów domowych. Został też powołany komitet mający zbadać możliwości zwiększenia liczby nieformalnych opiekunów i wsparcia dla nich (*Kansallista...* 2012).

Pojawiły się również pewne zmiany w ustawie dotyczącej umów o pracę (55/2001) mające zachęcić do łączenia opieki nad osobami starszymi i pracy. Ustawa została najpierw zmieniona, aby umożliwić wzięcie urlopu z pracy w celu opiekowania się nie tylko dziećmi do lat 10, ale także osobami starszymi wymagającymi opieki, takimi jak rodzice, teściowie i inni bliscy potrzebujący nagłej opieki. Uznawano, że ust. 7 art. 4 umożliwił zapewnienie opieki na kilka dni, lub też raczej dawał czas na zorganizowanie opieki dla bliskich potrzebujących opieki. Jednak stwierdzono, że nie jest to wystarczające wsparcie. Ustawa została zmieniona ponownie w zeszłym roku; dodano nowy artykuł regulujący kwestię brania dłuższego urlopu z pracy (art. 4 ust. 7a). Z uwagi na fakt, że długość urlopu zależy od indywidualnych okoliczności, zachęca się, aby pracownik i pracodawca podpisali umowę dotyczącą długości urlopu. Jednak pracodawcy nie muszą udzielić urlopu, jeśli nie są w stanie zorganizować zastępstwa w celu wypełnienia obowiązków pracowniczych w sposób zadowalający.

Opiekowanie się osobami starszymi nie jest zatem tak silnie wspierane, jak opieka nad dzieckiem. Rodzice mają prawo do pozostania w domu, opiekując się dzieckiem, bez ryzyka utraty pracy aż do momentu ukończenia przez dziecko trzech lat. W przeciwieństwie do urlopów rodzicielskich, pracownik opiekujący się osobą starszą nie otrzymuje automatycznie zasiłku. Rodzic ma prawo do świadczenia w zakresie opieki domowej, które wynosi 327 euro na miesiąc, plus do ewentualnego dodatku opiekuńczego w zależności od wysokości dochodu brutto rodziny. Niektóre władze samorządowe mogą także wypłacać lokalne dodatki.

Osoby opiekujące się starszymi członkami rodziny nie otrzymują automatycznie żadnych zasiłków. Jednak władze samorządowe mogą przyznać pomoc dla nieformalnej opieki nad krewnym lub znajomym osobie, która się taką osobą opiekuje. Kwota takiej pomocy różni się w zależności od władz samorządowych, ale minimalna wysokość zgodnie z ustawą o wspieraniu opieki nieformalnej wynosi 364 euro miesięcznie.

Ustawa o służbie zdrowia zwiększyła możliwość wyboru również wśród publicznych dostawców usług. Wolność wyboru wydaje się tłumaczyć również zwiększone wykorzystanie bonów (ang. *Vouchers*). Celem zmodyfikowanej ustawy o bonach w opiece społecznej i służbie zdrowia (569/2009) jest zwiększenie możliwości indywidualnego wyboru. Posiadacze bonów sami dokonują wyboru świadczeniodawcy, a także sami zawierają umowy o świadczenie z wybranym świadczeniodawcą. Potencjalni świadczeniodawcy są jednak wybierani przez władze samorządowe w celu zapewnienia odpowiedniej jakości usług.

Miasto Helsinki wypróbuje obecnie indywidualne budżety przeznaczone na opiekę nad osobami starszymi, a tym samym jeszcze bardziej zwiększa możliwość wyboru. W coraz większym stopniu oczekuje się, że klienci samodzielnie zapłacą za świadczone na ich rzecz usługi. Na przykład usługi kupowane na podstawie bonu mogą kosztować więcej dla klienta niż opłaty za usługi publiczne zastępowane usługami prywatnymi. Zgodnie z poprzednią ustawą klient płacił w obu przypadkach taką samą kwotę. Opłaty za usługi publiczne są obecnie stosunkowo wysokie w Finlandii (Hiilamo i in. 2010). Osoby otrzymujące minimalną emeryturę krajową miały trudności z opłaceniem tych kosztów.

RYZYKA SPOŁECZNE – GRUPA B

Jeśli chodzi o zmiany na rynku pracy i brakujące umiejętności (**grupa B starych nowych zagrożeń społecznych** – ang. *old new risks*), jednym z problemów wydaje się być sytuacja młodych ludzi zagrożonych wykluczeniem (Hiilamo i in. 2010). Problem dotyka obu płci, ale to młodzi mężczyźni są szczególnie narażeni na wykluczenie. Duża liczba młodych mężczyzn pozostaje poza systemem programów szkoleniowych i poza rynkiem pracy.

Wprowadzono system „społecznej gwarancji” dla młodych osób poniżej 25. roku życia, a także dla osób poniżej 30. roku życia, które niedawno ukończyły studia. System ten zakłada przedstawienie młodej osobie, w ciągu trzech miesięcy od momentu utraty pracy, oferty pracy, szkolenia w miejscu pracy, miejsca nauki, stażu w warsztacie lub stażu w ramach programu przywracania do pracy³.

Najnowsze badania potwierdzają, że młodzi są zaniepokojeni swoją sytuacją. Dostrzegają oni – częściej niż inne grupy wiekowe – podwyższone ryzyko wykluczenia w najbliższej przyszłości (Nygaard-Andersen, Ringdal 2012: 41).

Timonen dostrzega, że w 2004 r. brak bezpieczeństwa zatrudnienia i długotrwałe bezrobocie stały się prawdziwymi „nowymi” nowymi ryzykami społecznymi (ang. „*new*” *new risks*), ponieważ zagrożenia te nie istniały w takiej skali w trakcie wcześniejszych, „złotych” lat skandynawskiego modelu państwa opiekuńczego. Niestety, brak bezpieczeństwa zatrudnienia i długotrwałe bezrobocie stanowią nadal bardzo aktualne zagrożenia. Liczba miejsc pracy dla pracowników niewykwalifikowanych nadal kurczy się, zaś najnowsze zwolnienia w przemyśle papierniczym oraz w branży informatycznej objęły również wykształconych pracowników.

Wzrosła liczba imigrantów w Finlandii, co szło w parze z pogorszeniem się sytuacji na rynku pracy wskutek recesji z lat 90. Bardzo trudno było wówczas imigrantom znaleźć zatrudnienie. Mimo że sytuacja na

rynku pracy polepszyła się w późniejszym okresie dzięki poprawie sytuacji gospodarczej, szkoleniom oraz specjalnym środkom wspomagającym sytuację na rynku pracy, imigranci w Finlandii są wciąż nadmiernie reprezentowani na nisko płatnych stanowiskach. Stanowiska te charakteryzują się niepewnym zatrudnieniem na krótkookresowe umowy i podlegają silnym wpływom aktualnej sytuacji gospodarczej.

Szkolenia i doświadczenie zawodowe zdobyte za granicą nadal przedstawiają zaskakująco niską wartość dla fińskich pracodawców (Saarikallio-Torp 2010: 81–82). Mimo specjalnych programów osiedlania się i pewnych szczególnych świadczeń skierowanych do imigrantów, Finlandii wciąż nie udało się w pełni rozwiązać problemu zatrudnienia oraz integracji społecznej imigrantów.

Ostatnie badania nie wykazały żadnych różnic w zakresie polityki imigracyjnej, które mogłyby wpłynąć na doświadczenia związane z zagrożeniem na poziomie różnych systemów opieki społecznej (Nygaard-Andersen, Ringdal 2012: 41).

RYZYKA SPOŁECZNE – GRUPA C

Zagrożenia w grupie C dotyczące zmian w modelu państwa opiekuńczego (ang. *the welfare state change*) z pewnością wzrosły. Prywatyzacja i dostosowanie do zasad wolnego rynku dotarły także do Finlandii, gdzie zasady te upowszechniają się z rosnącą siłą. Tymczasem strategia utrzymania jak najpełniejszego zatrudnienia nie została zmieniona.

Jednak wydaje się, że najlepszym sposobem na osiągnięcie pełnego zatrudnienia nie jest kreowanie miejsc pracy w sektorze publicznym, ale raczej prywatnym. W 2010 r. jedna trzecia usług społecznych była dostarczana przez niepubliczne podmioty i szacuje się, że odsetek ten będzie rósł, osiągając nawet 40% w najbliższej przyszłości. Prywatni świadczeniodawcy zapewniają również szeroki wachlarz usług zdrowotnych (Hiilamo i in. 2010: 14). Dość szybko zachodzące zmiany w modelu państwa opiekuńczego niosą ze sobą poważne wyzwania.

Środki zaradcze mające sprostać starym i nowym zagrożeniom pociągnęły za sobą wprowadzenie szeregu norm, różnych zasiłków i ogromnej liczby świadczeń. Istnieją również inne trendy, które sprawiają, że liczba świadczeń i usług rośnie nadal.

Po pierwsze, potrzeba monitorowania kosztów – paradoksalnie – niesie ze sobą czasem złożone efekty i dodatkowo zwiększa liczbę świadczeń i usług. Powstają nowe kategorie pomocy z własnymi szczegółowymi kryteriami przyznawania wsparcia finansowego lub świadczenia usług dla najbardziej potrzebujących.

Po drugie, trend wspierający autonomię obywateli zamiast postawy paternalistycznej doprowadził do większej liczby usług i świadczeń w imię wolności wyboru. A ponieważ uświadomiono sobie, że jedno rozwiązanie nie będzie odpowiednie dla wszystkich, rośnie liczba ofert indywidualnych, dopasowanych do potrzeb klienta i spersonalizowanych usług, co oznacza ogólny wzrost liczby usług i świadczeń.

Różne nowe świadczenia i usługi skomplikowały system i zmniejszyły jego przejrzystość (patrz również Hiilamo i in. 2010: 38). Zarówno ustawodawca, jak i organa wykonawcze wydają się nie dostrzegać całościowo sytuacji. Tym trudniej zrozumieć jest ten system zwykłym obywatelom.

Jednym z najnowszych trendów w ramach państwa opiekuńczego jest aktywizacja świadczeniobiorców korzystających z ubezpieczenia społecznego w celu stopniowego przenoszenia odpowiedzialności na same zainteresowane osoby. „Pokorny poddany” administracji stał się aktywnym obywatelem, przechodząc drogę od beneficjenta do świadczeniobiorcy, od pacjenta do klienta.

Cel tej zmiany odnosi się do indywidualnych potrzeb, autonomii, wolności wyboru i zaangażowania, a także prawa ludzi do samodzielnego myślenia. Zmianie tej towarzyszy wprowadzenie prywatnych narzędzi prawnych, takich jak umowy klienckie zamiast decyzji administracyjnych. W celu uzmysłowienia sobie własnych praw społecznych, niektórzy muszą przejść przez etap negocjacji, a także zaplanować i zawrzeć umowę. Osobista odpowiedzialność oznacza także wybór właściwych usług, nadzorowanie ich jakości oraz wypowiedzenie umowy w razie zaistnienia wad.

Przedstawiona zmiana pozycji świadczeniobiorcy sprawiła, że dla niektórych osób system stał się trudniejszy do zrozumienia. Można zatem zadać pytanie: czy wszystkie osoby w trudnej sytuacji życiowej są gotowe na pełne upodmiotowienie? Przekonanie, że zagrożenia są równomiernie rozłożone, a człowiek jest racjonalną i przewidującą istotą, zostało zakwestionowane przez dane empiryczne: zagrożenia są nierównomiernie rozłożone oraz wiążą się z różnym poziomem możliwości skutecznego zarządzania ryzykiem (Nygaard-Andersen, Ringdal 2012: 22).

Skomplikowane, przynajmniej z punktu widzenia niektórych klientów, zasady uzyskiwania pomocy nie pomogą, ponieważ ludzie nie wiedzą, jak z nich korzystać. Skomplikowane przepisy pozostają – w opinii autora – niezwykle istotnym wyzwaniem. Mogą one wręcz przyczynić się do zwiększenia, a nie zmniejszenia nierówności. Temu ryzyku próbuje się zaradzić poprzez wprowadzenie stanowiska osobistych doradców, osób nadzorujących proces leczenia, rzeczników praw społecznych (ang. *social ombudsmen*), którzy mają pomagać osobom „zgubionym” w procesie otrzymywania pomocy. Niektórzy próbowali prezentować skomplikowane przepisy w taki sposób, aby były one bardziej przejrzyste⁴.

Wielu ekspertów jest również zaniepokojonych rosnącymi nierównościami w dochodach, rosnącym ubóstwem, a tym samym zwiększającą się polaryzacją społeczeństwa i nierównościami w ogóle (Hiilamo i in. 2010; Kuivalainen, Niemelä 2010; Kouvo i in. 2012).

Przekonanie i zaniepokojenie dotyczące nierówności dochodów podziela większość pytanym Finów: ludzie byliby raczej skłonni zwiększyć płace pracowników o niskich kwalifikacjach. Nierówność dochodów oraz ubóstwo malały do połowy lat 90. XX wieku. Od tamtej pory oba zjawiska nasiliły się, co przypisuje się, przynajmniej częściowo, polityce podatkowej, która odeszła od zasady progresywności opodatkowania (Hiilamo i in. 2010: 15).

Ubóstwo jest niepokojącym zjawiskiem, zwłaszcza gdy dotyczy rodzin z dziećmi, mimo że objawy biedy międzypokoleniowej nie są jeszcze widoczne (Hiilamo i in. 2010: 17). Warunki, w jakich żyje rodzina, mogą mieć wpływ na możliwości dziecka w przyszłości. Redystrybucja dochodów w Finlandii na rzecz osób uboższych jest dość efektywna, jednak osoby korzystające wyłącznie ze świadczeń społecznych stoją w obliczu większego ryzyka ubóstwa niż osoby będą-

ce w podobnej sytuacji, a mieszkające w Danii czy w Szwecji (Hiilamo i in. 2010: 7).

Jedną z propozycji, która poprawiłaby efektywność redystrybucji dochodów, jest wprowadzenie zasady progresywności opodatkowania. Popiera ją około połowa respondentów badania na ten temat (Forma i in. 2007). Opodatkowanie jest odczuwalne jako bardziej neutralne w krajach o wysokim poziomie opodatkowania, co tym samym zwiększa poziom zaufania społecznego (Kouvo i in. 2012: 210).

Zjawisko pracujących-biednych (ang. *working-poor*) uznano za nowe zagrożenie. Choć Timonen nie uznała go jeszcze za bardzo niepokojące, to jednak włączyła je do zjawisk, które należy monitorować (Timonen 2004: 106). Teoria przedstawiająca Europę, która przesuwa się w kierunku anglosaskiego zjawiska pracujących-biednych, nie uzyskała poparcia (Airio 2008). Zjawisko pracujących-biednych wydaje się być tymczasowym problemem.

Obecny problem pracujących-biednych w krajach UE wynika z faktu, że jedna płaca rzadko wystarcza do zabezpieczenia odpowiedniego poziomu dobrobytu w gospodarstwie domowym. I tak model dwóch osób pracujących stał się nową normą, która świadczy o poziomie kosztów utrzymania i poziomie płac. W dobie niepewnego rynku pracy oraz rosnącej liczby osób dorosłych samotnie wychowujących dziecko, na których spoczywa odpowiedzialność za gospodarstwo domowe, model ten może być niekorzystny. Okazuje się jednak, że systemy zabezpieczenia społecznego w krajach skandynawskich skutecznie zmniejszyły ubóstwo uzależnione od rynku pracy (Airio 2008: 70).

KONTEKST INSTYTUCJONALNY

Timonen zauważa, że nie jest łatwo sprostać nowym zagrożeniom, nawet w ramach już istniejących struktur instytucjonalnych. Zainteresowanie głównie starymi ryzykami, jak również wprowadzenie oszczędności w finansach publicznych ograniczyły możliwość radzenia sobie z nowymi zagrożeniami (Timonen 2004).

Nowe ryzyka często kumulują się wśród słabszych grup społecznych, takich jak: młodzi bezrobotni, młodzi zatrudnieni z niepewną perspektywą kariery, młode rodziny, imigranci, a w niektórych krajach pracujące kobiety. Często problemem dla tych osób jest wejście na rynek pracy i zbudowanie na nim dobrej pozycji. Osoby te nie mają dostępu do odpowiednich szkoleń i edukacji albo nie są w stanie skorzystać z pomocy rodziny lub państwa w zakresie opieki nad dzieckiem lub osobą starszą.

Zdarza się, że grupy osób, które już funkcjonują na rynku pracy lub nie mają problemów związanych z opieką nad dzieckiem albo osobą starszą, mogą nie chcieć pomagać innym w rozwiązywaniu problemów. Stare ryzyka społeczne związane z przejściem na emeryturę lub złym stanem zdrowia mogły przytrafić się każdemu i każdy był na nie narażony.

Związki zawodowe są silnymi organizacjami zaangażowanymi w proces podejmowania decyzji politycznych. Związki sprzeciwiają się np. zwiększeniu dochodu podstawowego kosztem świadczeń płacowych swoich członków (Timonen 2004: 104). Ponieważ nowe zagrożenia dotyczą także życia rodzinnego, a tym samym wymagają interwencji w dziedzinę życia, która z perspektywy starych zagrożeń pozostawa-

ła sferą prywatną, to ponowne wyznaczenie granic pomiędzy sferą publiczną a prywatną oraz ustalenie, gdzie – w ramach rodziny – leży odpowiedzialność za generowanie dochodów i zapewnianie opieki, może się okazać bardzo trudne (Taylor-Gooby 2004: 8).

Stare ryzyka wydają się obejmować zobowiązania finansowe wymagające znacznych nakładów z podatków i ze składek na ubezpieczenie społeczne oraz dystrybucji horyzontalnej (ang. *horizontal distribution*). Państwo opiekuńcze cieszy się nadal silnym poparciem społecznym – zdecydowana większość uważa, że państwo opiekuńcze – i co za tym idzie wysokie podatki – oferują dobry stosunek „wartości do ceny” (Forma i in. 2007).

Jednak sama popularność może nie być wystarczająco silnym motywem, aby zreformować lub rozbudować model państwa opiekuńczego (Timonen 2004: 103). Może być wręcz odwrotnie: emerytury, opieka zdrowotna lub świadczenia dla osób niepełnosprawnych są kosztowne, ale mają ogromne poparcie społeczne. Może być trudno uzasadnić cięcia w tym obszarze i opracować środki zaradcze dla nowych ryzyk. Na poziomie jednostek nowe zagrożenia często mieszają się ze starymi. Na przykład pewna rodzina może mieć do czynienia z nieodpowiednią opieką świadczoną na rzecz starszych krewnych, z niestabilnym zatrudnieniem, jak również borykać się ze starym ryzykiem, tj. chorobą. Z ich punktu widzenia byłoby pożądane, aby państwo zajmowało się zwalczaniem zarówno starych, jak i nowych ryzyk.

Jednak Timonen uważa, że może być to bardzo trudne z politycznego punktu widzenia, ponieważ polityka zależy przede wszystkim od kierunku rozwoju finansów publicznych i poziomu zatrudnienia (Timonen 2004: 104). Model państwa opiekuńczego jest najbardziej rozpowszechnionym wspólnym mianownikiem ogólnego zaufania społecznego. Powszechność świadczeń wydaje się być bardzo ważną kwestią, podobnie jak właściwe opodatkowanie (Kouvo i in. 2012: 210-211). Solidarność jest efektem sprawiedliwości.

ZAKOŃCZENIE: POLARYZACJA ALBO SOLIDARNOŚĆ

Jak już wykazano, nie udało się Finlandii uniknąć nowych ryzyk społecznych, ani też uciec przed potrzebą zmodyfikowania rozwiązań na wypadek starych ryzyk. Prawdą jest, że model skandynawskiego państwa opiekuńczego ochronił Finlandię przed pojawieniem się niektórych nowych ryzyk na szeroką skalę. Jednak wydaje się, że dostosowanie systemu do nowych warunków jest nieuniknione również w Finlandii.

Oczywiście wiele, o ile nie wszystko, zależy od kondycji gospodarki. Większość „nowych” nowych ryzyk społecznych (ang. „*new*” *new risks*) i nowych ryzyk opisanych przez Timonen w 2004 r. wciąż wzbudza poważny niepokój. Kwestie długotrwałego bezrobocia, rosnącego zasięgu nietypowych form zatrudnienia, problemu integracji imigrantów na rynku pracy i w społeczeństwie wciąż nie zostały rozwiązane.

Jeśli chodzi o zmiany modelu państwa opiekuńczego, pojawiły się pewne „nowe” nowe ryzyka społeczne. Zjawiska, takie jak urynkowanie czy prywatyzacja, nasilają się i już teraz niosą ze sobą nowe wyzwania, szczególnie dla osób w najbardziej niepewnej sytuacji.

Złożoność systemu opieki społecznej i prywatnych narzędzi prawnych może również stanowić zagrożenie

nie dla równości dostępu do opieki społecznej. Zjawisko to jest przykładem polaryzacji, która niepokoi wielu ekspertów, przecież solidarność leży u podstaw systemu opieki społecznej, zwłaszcza w odniesieniu do radzenia sobie z nowymi ryzykami.

¹ Więcej informacji na stronie: <http://www.kela.fi/in/internet/english.nsf/NET/260810152359HN?OpenDocument>

² Ustawa dotycząca świadczeń opieki dla osób w podeszłym wieku w celu zapewnienia wysokiego poziomu jakości w całym kraju [Act on Care Services for the Elderly to ensure high standard of quality nationwide] (2012), Ministerstwo Spraw Społecznych i Zdrowia – Focus – artykuł z 2012 r. w <http://www.stm.fi/en/pressreleases/pressrelease/-/view/1839916#en> [2.12.2012].

³ Na stronie: www.nuorisotakuu.fi

⁴ Patrz „Nowe role i zasady”, projekt badawczy w Aalto University (Haapio 2012).

LITERATURA

- Airio I. (2008), „*Zmiana normy? Ubóstwo pracowników w perspektywie porównawczej*”, Studia w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony zdrowia 92. Kela, Dział Badań, Helsinki, www.kela.fi/research/
- Forma P., Kallio J., Pirttilä J., Uusitalo R. (2007), *Kuinka hyvinvointivaltio pelastetaan? Tutkimus kansalaisten sosiaaliturvaa koskevista mielipiteistä ja valinnoista, [Jak uchronić państwo opiekuńcze? Badanie opinii i wyborów związanych z polityką społeczną. Z angielskim streszczeniem]*, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 89. Kelan tutkimusosasto, Helsinki www.kela.fi/research/publications.
- Różnice w zarobkach mężczyzn i kobiet – głównym wyzwaniem dla polityki równości płci (2011), Ministerstwo Spraw Społecznych i Zdrowia, Focus – artykuł, <http://www.stm.fi/en/focus/article/-/view/1585781>.
- Hiilamo H., Kangas O., Manderbacka K., Mattila-Wiro P., Niemelä M., Vuorenkoski L. (2010), *Hyvinvoinnin turvaamisen rajat. Näköaloja talouskriisin ja hyvinvointivaltion kehityksestä Suomessa, [Ograniczenia opieki społecznej. Perspektywy w obliczu kryzysu gospodarczego i rozwój państwa opiekuńczego w Finlandii]*, Kelan tutkimusosasto, Helsinki, www.kela.fi/research/publications;
- Haapio H. (2012), *Sopimusten ja säästösten visualisointi: Tie toimivampiin teksteihin, [Zobrazowanie umów i przepisów: sposób na zwiększenie zrozumienia]*, „Kielikello” 2. Kansallista omaishoidon kehittämisohjelmaa valmisteleva työryhmä, [Grupa robocza ds. krajowej agendy dotyczącej opieki nieformalnej], <http://www.stm.fi/vireilla/tyoryhmat/omaishoitto>.
- Kemshall H. (2002), *Zagrożenia, polityka społeczna i opieka społeczna*, Open University Press, Buckingham – Philadelphia.
- Kotkas T. (2012), *Podstawowe cechy fińskiego prawa społecznego*, w: K. Nuotio, S. Melander, M. Huomo-Kettunen (eds.), *Wprowadzenie do fińskiego prawa i kultury prawnej*, Forum Iuris, Publikacja Wydziału Prawa Uniwersytetu w Helsinkach, s. 261–270.
- Kotkas T. (2010), *Obowiązująca ochrona zdrowia i zabezpieczenie społeczne w XXI wieku: aktywna postawa obywatelska przez prawo uczestnictwa*, „Law and Critique” (21) nr 2, s. 163–182.
- Kouvo A., Kankainen T., Niemelä M. (2012), *Świadczenia socjalne i ogólny poziom zaufania społecznego w Finlandii i w Europie*, w: H. Ervasti, J.G. Andersen, T. Fridberg, K. Ringdal (2012), *Przyszłość państwa opiekuńczego. Postawy polityki społecznej i kapitał społeczny w Europie*, Edward Elgar, Cheltenham, s. 195–213.
- Kuivalainen S., Niemelä M. (2010), *Od uniwersalizmu do selektywizmu: ideowy przełom w polityce zwalczania ubóstwa w Finlandii*, „Journal of European Social Policy” 20(3), s. 263–276.

Nygaard-Andersen S., Ringdal K. (2012), *Systemy socjalne i osobiste zagrożenia*, w: H. Ervasti, J.G. Andersen, T. Fridberg, K. Ringdal (2012), *Postawy polityki społecznej i kapitał społeczny w Europie*, Edward Elgar, Cheltenham, s. 17–45.

Saarikallio-Torp M. (2010), *Przejście od wyższego wykształcenia do pracy wśród Finów, którzy ukończyli studia za granicą*, w: M. Saarikallio-Torp, J. Wiers-Jenssen (eds.), *Skandynawscy studenci za granicą. Wzory mobilności wśród studentów, systemy wsparcia dla studentów i wyniki na rynku pracy*, Studia w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony zdrowia 110. Kela,

Dział Badań, Helsinki, s. 69–83, www.kela.fi/research/publications.

Taylor-Gooby P. (2004), *Nowe zagrożenia i przemiany społeczne*, w: P. Taylor-Gooby (ed.), *Nowe zagrożenia, nowa opieka społeczna. Transformacja europejskiego modelu państwa opiekuńczego*, Oxford University Press, Oxford, s. 1–28.

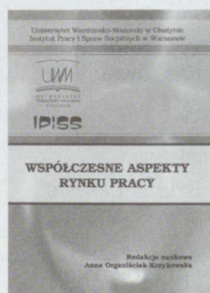
Timonen V. (2004), *Nowe zagrożenia – czy są one wciąż nowe dla skandynawskiego modelu państwa opiekuńczego*, w: P. Taylor-Gooby (ed.), *Nowe zagrożenia, nowa opieka społeczna. Transformacja europejskiego modelu państwa opiekuńczego*, Oxford University Press, Oxford, s. 83–110.

SUMMARY

When analyzing „old” and „new” social risks many authors claim countries differ in terms of efficiency in addressing those risks. Scandinavian countries (representing social democratic model according to Gosta Esping Andersen typology) are generally considered, more than others, efficient in this respect. However they still face social risks and their social institutions are not perfect. To this end new concept of „new new” social risks has been introduced. Finland is one example of countries trying to address those risks. Among others, new technics of distribution of social benefits in this country may be considered as creating „new new” social risks.

NOWOŚCI WYDAWNICZE Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych

WSPÓŁCZESNE ASPEKTY RYNKU PRACY. Redakcja naukowa Anna Organiściak-Krzykowska, Seria „Studia i Monografie”, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych w Warszawie, Warszawa–Olsztyn 2013, stron 218.



Pierwsza dekada XXI wieku obfitowała w ważne wydarzenia o charakterze ekonomicznym, które miały wpływ na procesy społeczno-gospodarcze zachodzące w gospodarkach lokalnych, regionalnych, krajowych oraz międzynarodowych. Wiązało się to ze zmianami na jednym z najbardziej istotnych rynków dla społeczeństwa, tj. na rynku pracy. Pomimo zmian i procesów dostosowawczych polski rynek pracy boryka się z problemami podobnymi do tych z końca XX wieku. Rynek pracy zaś i jego uwarunkowania silnie determinują warunki życia ludności. Dają temu wyraz sami obywatele, umieszczając zatrudnienie na jednym z pierwszych miejsc w rankingu najbardziej pożądanym zjawisk w życiu każdego gospodarstwa domowego.

Współcześni teoretycy i badacze rynku pracy stawiają istotne pytania zarówno dla gospodarki, jak i życia społecznego, poszukując jednocześnie możliwie najlepszej na nie odpowiedzi. Wśród tych pytań wymienić można te o długoterminową politykę zatrudnienia czy najbardziej efektywne metody aktywizacji zawodowej. Podkreślane dodatkowo silne regionalne zróżnicowanie rynków pracy nakazuje stałą weryfikację przyjętych uprzednio założeń i szczegółową analizę uwarunkowań bieżącej sytuacji.

Publikacja stanowi głos w dyskusji toczącej się wokół tych problemów na gruncie nauk ekonomicznych. Jej przedmiotem są problemy rynku pracy podejmowane z perspektywy ich uwarunkowań, rozmiarów i konsekwencji. Praca ma charakter teoretyczno-empiryczny. Poszczególne jej części zostały opracowane na podstawie polskiej i zagranicznej literatury przedmiotu. Empiryczna część opracowania została przygotowana na podstawie danych statystycznych agregowanych przez wyspecjalizowane w tym celu instytucje zarówno w Polsce, jak i w Europie.

Praca składa się z trzech części. **Część pierwsza**, zatytułowana *Wyzwania współczesnego rynku pracy*, obejmuje pięć artykułów. Zaprezentowano tu m.in. teoretyczne studium opisujące zmiany w polityce rynku pracy, rozwój elastycznych form zatrudnienia oraz edukacyjne uwarunkowania rynku pracy w kontekście europejskiej strategii zatrudnienia – najnowszego dokumentu unijnego dotyczącego rynku pracy. Tę część zamykają opracowania dotyczące innowacyjności polskich przedsiębiorstw oraz *outsourcingu* usług.

Część druga, zatytułowana *Problemy rynku pracy w ujęciu regionalnym*, zawiera cztery artykuły, których osnową jest sytuacja na rynkach pracy w ujęciu regionalnym. Szczegółowej analizie poddano w niej sytuację na wojewódzkich rynkach pracy uwzględniając zarówno stronę podażową, jak i popytową, sytuację ekonomiczną powiatów województwa dolnośląskiego i małopolskiego, a także regionalne zróżnicowanie nadzatrudnienia w rolnictwie.

Opracowanie zamyka **część trzecia**, zatytułowana *Spoleczne i prawne aspekty rynku pracy*. Składa się na nią pięć artykułów. Przeanalizowano w nich zasady i implikacje dla środowiska lokalnego pojawiające się przy zakładaniu spółdzielni socjalnej oraz dylematy zatrudnienia lub pobierania świadczenia przez osoby niepełnosprawne. Przedstawiono rynek turystyczny, zarówno od strony wymogów prawnych, jak i funkcjonowanie przedsiębiorstw uzdrowiskowych. Część tę kończy opracowanie dotyczące mniejszości narodowej (niemieckiej) województwa opolskiego.

WYNIKI XV EDYCJI KONKURSU INSTYTUTU PRACY I SPRAW SOCJALNYCH
NA NAJLEPSZE PRACE MAGISTERSKIE I DOKTORSKIE
W DZIEDZINIE PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ
POD HONOROWYM PATRONATEM MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

SPONSOR NAGRÓD W KONKURSIE:
WŁADYSŁAW KOSINIAK-KAMYSZ – MINISTER PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

SPONSOR NAGRODY SPECJALNEJ:
ZBIGNIEW DERDZIUK – PREZES ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

W dniu 6 grudnia 2013 r. w Centrum Partnerstwa Społecznego „Dialog” odbyła się uroczystość wręczenia nagród w XV edycji konkursu Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych na najlepsze prace magisterskie i doktorskie w dziedzinie pracy i polityki społecznej pod honorowym patronatem Ministra Pracy i Polityki Społecznej. W uroczystości wzięli udział: przedstawiciel Ministra Pracy i Polityki Społecznej – Czesława Ostrowska, radca generalny w MPiPS, przedstawiciel Prezesa ZUS – Ewa Nowakowska, wicedyrektor Departamentu Świadczeń Emerytalno-Rentowych ZUS, członkowie Komisji Konkursowej, laureaci, recenzenci prac oraz zaproszeni goście. Uroczystości przewodniczył i całość poprowadził dyrektor IPiSS prof. Kazimierz W. Frieske. Nagrody wręczały Czesława Ostrowska oraz Ewa Nowakowska. Na konkurs wpłynęło łącznie 36 prac, w tym 11 doktorskich i 25 magisterskich. Komisja Konkursowa przyznała 4 nagrody i 3 wyróżnienia w kategorii prac doktorskich oraz 4 nagrody i 1 wyróżnienie w kategorii prac magisterskich. Postanowiono również przyznać nagrodę specjalną oraz wyróżnienie Prezesa ZUS za prace w zakresie ubezpieczeń społecznych.

NAGRODY W KATEGORII PRAC DOKTORSKICH

- **I nagroda** dla dra Pawła Czarneckiego za rozprawę *Odpowiedzialność pracodawcy wobec pracownika w warunkach dywersyfikacji organizacyjnych form prowadzenia działalności gospodarczej*, promotor: prof. dr hab. Mirosław Włodarczyk, Uniwersytet Kard. Stefana Wyszyńskiego, Wydział Prawa i Administracji.
- **II nagroda** dla dr Marty Trawińskiej za rozprawę *Kobiety w związkach zawodowych w społeczeństwie polskim. Socjologiczna analiza aktywności kobiet w sferze publicznej*, promotor: prof. dr hab. Piotr Żuk, Uniwersytet Wrocławski, Instytut Socjologii.
- **III nagroda ex aequo** dla dr Ewy Gałęckiej-Burdziak za rozprawę *Mechanisms of labour market matching of job seekers and vacancies*, promotor: prof. dr hab. Marek Góra, Szkoła Główna Handlowa, Kolegium Analiz Ekonomicznych, Katedra Ekonomii I.
- **III nagroda ex aequo** dla dr Anny Ciepielewskiej-Kowalik za rozprawę *Rola organizacji non-profit w polityce opieki i edukacji przedszkolnej w Polsce po 1989 roku*, promotor prof. dr hab. Ewa Leś, Instytut Studiów Politycznych PAN.
- **Wyróżnienie** dla dra Łukasza Krzyżowskiego za rozprawę *Opieka transnarodowa i relacje międzygeneracyjne w kulturach migracji*, promotor: prof. dr hab. Janusz Mucha, Akademia Górniczo-Hutnicza w Krakowie, Wydział Humanistyczny.
- **Wyróżnienie** dla dra Daniela Książka za rozprawę *Miejsce pracy jako istotny element umowy o pracę*, promotor: prof. dr hab. Andrzej Marian Świątkowski, Uniwersytet Jagielloński, Wydział Prawa i Administracji.
- **Wyróżnienie** dla dra Bernarda Kimela za rozprawę *Finansowanie systemu emerytalnego w Polsce w okresie transformacji systemowej*, promotor: prof. dr hab. Kazimierz Pająk, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Wydział Ekonomii.
- **Nagroda specjalna Prezesa ZUS** dla dra Pawła Kalety za rozprawę *Ubezpieczenia społeczne pracowników administracji publicznej. Studium porównawcze z uwzględnieniem pracowników instytucji Unii Europejskiej*, promotor: prof. dr hab. Gertruda Uścińska, Uniwersytet Warszawski, Wydział Dziennikarstwa i Nauk Politycznych, Instytut Polityki Społecznej.
- **Wyróżnienie Prezesa ZUS** dla dra Bernarda Kimela za rozprawę *Finansowanie systemu emerytalnego w Polsce w okresie transformacji systemowej*, promotor: prof. dr hab. Kazimierz Pająk, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Wydział Ekonomii.

NAGRODY W KATEGORII PRAC MAGISTERSKICH

- **I nagroda** dla mgra Adama Müllera za pracę *Udział wynagrodzeń w PKB a jego ukryty wpływ na reformę emerytalną*, promotor: prof. dr hab. Kazimierz W. Frieske, Uniwersytet Warszawski, Instytut Socjologii.
- **II nagroda** dla mgra Rafała Bielskiego za pracę *Przyszłość polskiego modelu flexicurity a oczekiwania pracodawców i pracowników w powiecie poznańskim*, promotor: prof. dr hab. Maciej Żukowski, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Wydział Ekonomii.
- **III nagroda ex aequo** dla mgr Grażyny Wratny za pracę *Nierejestrowane zatrudnienie Polaków w Brukseli*, promotor: prof. dr hab. Józefina Hryniewicz, Uniwersytet Warszawski, Wydział Stosowanych Nauk Społecznych i Resocjalizacji.
- **III nagroda ex aequo** dla mgr Renaty Rzeczkowskiej za pracę *Powiatowy Urząd Pracy w Słupsku w ocenie bezrobotnych*, promotor: dr Katarzyna Skrzyszewska, Akademia Morska w Gdyni, Wydział Przedsiębiorczości i Towaroznawstwa.
- **Wyróżnienie** dla mgra Stefana Kołuckiego za pracę *Organizacja opieki długoterminowej w wybranych państwach Unii Europejskiej*, promotor prof. dr hab. Gertruda Uścińska, Uniwersytet Warszawski, Wydział Dziennikarstwa i Nauk Politycznych, Instytut Polityki Społecznej.

Serdecznie zapraszamy do udziału w XVI edycji konkursu w 2014 roku!
Szczegółowe informacje pod tel. 22 53 67 530 i na stronie internetowej Instytutu www.ipiss.com.pl

DIARIUSZ POLITYKI SPOŁECZNEJ

- 18 X – W Warszawie w wieku 90 lat zmarła zasłużona działaczka PPS Krystyna Kulpińska-Cało, m.in. nieustrudzona animatorka serii publikacji Państwowego Wydawnictwa Ekonomicznego poświęconych polityce społecznej w Polsce.
- 21 X – W Warszawie rozpoczął się 13. Światowy Szczyt Laureatów Pokojowej Nagrody Nobla.
- 23 X – W Kancelarii Prezesa Rady Ministrów z udziałem premiera Donalda Tuska obradowało Forum dla Rodziny. Między innymi podsumowano Rok Rodziny w Polsce.
- 24 X – Opublikowano dane dotyczące odpisu podatkowego za 2012 r. (1 proc.) na rzecz organizacji pożytku publicznego. Od 11,5 mln osób około 480 mln otrzymało 7110 organizacji pozarządowych.
- 28 X – W Warszawie w wieku 86 lat zmarł Tadeusz Mazowiecki, wybitny działacz polityczny, publicysta, Prezes Rady Ministrów w latach 1989–1990.
- W Warszawie rozpoczęła obrady dwudniowa konferencja naukowa na temat polityki rodzinnej w Polsce i doświadczeń innych państw europejskich (aspekty społeczne i makroekonomiczne). Organizatorem konferencji była Katedra Socjologii i Polityki Społecznej Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.
- 29 X – Otrzymała się uroczysta gala wręczenia nagród w XIV edycji konkursu „Lider Zarządzania Zasobami Ludzkimi (LZZL)”. Pomysłodawcą i organizatorem tego przedsięwzięcia jest Instytut Pracy i Spraw Socjalnych. Celem konkursu jest propagowanie wiedzy i najlepszych doświadczeń praktycznych w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi poprzez wyróżnianie organizacji, które odnoszą sukcesy w tej dziedzinie zarządzania.
- 8 XI – Sejm przyjął sprawozdanie głównego inspektora pracy z działalności Państwowej Inspekcji Pracy w 2012 r.
- Sejm odrzucił projekt uchwały o referendum w sprawie obowiązku szkolnego 6-latków i innych propozycji dotyczących systemu edukacji.
- 10 XI – W Warszawie ruszył międzynarodowy szczyt klimatyczny ONZ.
- 11 XI – Obchody Dnia Niepodległości zostały zakłócone burdami ulicznymi w Warszawie.
- 12 XI – W Warszawie odbyło się spotkanie przedstawicieli przedsiębiorstw rodzinnych.
- Podano, że według szacunków Głównego Urzędu Statystycznego w latach 2002–2011 powróciło do kraju z czasowej emigracji zarobkowej około 300 tys. osób; ostatnio wyjeżdża rocznie około 150 tys. osób. W końcu 2012 r. przebywało za granicą powyżej 2 miesięcy około 2130 tys. mieszkańców zameldowanych w kraju.
- 15 XI – Komitet Stały Rady Ministrów rozpatrzył i przyjął projekt ustawy zmieniającej system emerytalny.
- 18 XI – Ośrodek Badań nad Migracjami UW zorganizował seminarium na temat społeczności imigracyjnej w metropolii warszawskiej.
- 21 XI – Weszły w życie przepisy ustawy antykryzysowej pozwalające przedsiębiorcom w trudnej sytuacji finansowej uzyskiwać dopłaty do wynagrodzeń pracowników.
- 22 XI – Sejm uchwalił ustawę dotyczącą rodzinnych ogrodów działkowych.
- 26 XI – W wieku 82 lat zmarł w Warszawie profesor Leszek Gilejko, wielce zasłużony dla polityki społecznej badacz i autor licznych publikacji poświęconych współczesnym procesom społecznym; wieloletni nauczyciel akademicki w Szkole Głównej Handlowej (d. SGPiS), a ostatnio w Akademii Humanistycznej w Pułtusku.
- 5 XII – W Warszawie rozpoczęła się konferencja Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych pt. „Zatrudnienie przyjazne rodzinie – postawy pracodawców”.
- 12 XII – W Centrum Partnerstwa Społecznego „Dialog” w Warszawie odbyła się konferencja „Samotne rodzicielstwo a zagrożenie wykluczeniem społecznym”. Między innymi zastanawiano się, czy polityka rodzinna na rzecz rodzin niepełnych ułatwia wyjście z trudnej sytuacji, czy też utrwała stan dotychczasowy. Konferencję zorganizował Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.
- 13 XII – Instytut Pracy i Spraw Socjalnych zorganizował konferencję pt. „Wpływ elastycznych form zatrudnienia i organizacji pracy na aktywność zawodową osób w wieku 45+”, podsumowującą projekt o tym samym tytule.

Opracował: A.R.

UWAGA CZYTELNICY!

WARUNKI PRENUMERATY „POLITYKI SPOŁECZNEJ” NA 2014 r.

Cena prenumeraty kwartalnej: I kwartał – 32,10 zł, II kwartał – 21,40 zł, III kwartał – 32,10 zł,
IV kwartał – 21,40 zł (ceny zawierają VAT)

Cena jednego egzemplarza w sprzedaży archiwalnej 10,50 zł (w tym 5% VAT)

Należność z tytułu opłaty za prenumeratę przyjmują:

- POCZTA POLSKA – urzędy pocztowe do 25 listopada na I kwartał, do 24 lutego na II kwartał, do 25 maja na III kwartał, do 24 sierpnia na IV kwartał,
- RUCH SA – oddziały terenowe do 5 grudnia na I kwartał, do 5 marca na II kwartał, do 5 czerwca na III kwartał, do 5 września na IV kwartał,
- GARMOND PRESS SA – do 5 grudnia na I kwartał, do 5 marca na II kwartał, do 5 czerwca na III kwartał, do 20 września na IV kwartał,
- Zakład Wydawniczo-Poligraficzny MPiPS, „KOLPORTER Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością” S.K.A. – w każdej chwili.

Cena prenumeraty ze zleceniem dostawy za granicę jest o 100% wyższa od krajowej.

Numery archiwalne można nabyć w Zakładzie Wydawniczo-Poligraficznym MPiPS, ul. Uspiskowa 2, 02-386 Warszawa, w pokoju 5 w godz. 8÷16, tel. 22 622-46-18, 22 621-64-81; fax wew. 231; tel./fax 22 628-00-57.

Ogłoszenia przyjmuje Zakład Wydawniczo-Poligraficzny MPiPS, tel. 22 622-46-18, 22 621-64-81; fax wew. 231; tel./fax 22 628-00-57.

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń.

Zapraszamy na strony internetowe:

<http://politykaspoleczna.ipiss.com.pl>, www.ipiss.com.pl oraz www.zwp.gov.pl

KOLEGIUM REDAKCYJNE: Bożenna Balcerzak-Paradowska, Marek Bednarski, Stanisława Borkowska, Kazimierz W. Frieske (redaktor naczelny), Stanisława Golinowska, Aleksandra Jawornicka-Nowosad, Mieczysław Kabaj, Beata Kaczyńska (sekretarz redakcji), Jacek Męcina, Józef Orczyk, Antoni Rajkiewicz. Redaktor statystyczny: Zofia Szweda-Lewandowska.

Redakcja prosi o nadsyłanie **dwóch egzemplarzy wersji papierowej artykułu** (tekst w formacie *.doc, wykresy w formacie *.xls w kolorze czarno-białym) z oryginalnym podpisem wraz z **plytą CD** podpisaną imieniem i nazwiskiem autora, na której nagrany będzie **TYLKO JEDEN PLIK** zapisany nazwiskiem i imieniem autora/autorów, zawierający **wszystkie wymagane materiały: artykuł; pismo**, w którym autor zwraca się do redakcji o wydrukowanie pracy w czasopiśmie (jest to formalna zgoda autora na publikację), podaje pełne imię i nazwisko, tytuł naukowy (zawodowy) lub stopień naukowy, miejsce pracy z dokładnym adresem i telefonem, **dokładny adres i telefon do korespondencji, adres e-mailowy** oraz krótką notkę o sobie; dołącza **oświadczenie**, że praca nie była dotąd ogłoszona drukiem i nie została złożona w innej redakcji oraz podaje **dane osobowe dla celów podatkowych i ubezpieczeniowych wg wzoru redakcji**. **Artykuły studentów/doktorantów muszą mieć dołączoną pozytywną opinię promotora/opiekuna naukowego o złożonym artykule. Dokładne formalne wymagania dotyczące składania tekstów znajdują się na stronie: <http://politykaspoleczna.ipiss.com.pl>**. Redakcja prosi o zapoznanie się z nimi przed wysłaniem tekstu do redakcji. **Wszystkie nadesłane teksty są recenzowane zgodnie z modelem *double-blind review proces***. **Warunkiem opublikowania tekstu jest pozytywna opinia recenzentów potwierdzona decyzją redaktora naczelnego oraz uwzględnienie zgłoszonych przez recenzentów uwag i poprawek**. Artykuł powinien zawierać imię i nazwisko autora/autorów, miejsce pracy, tytuł po polsku i angielsku, streszczenie w języku polskim i angielskim (po ok. 700 zn.) oraz słowa kluczowe po polsku i angielsku. W przypadku współautorstwa należy podać procentowy wkład poszczególnych autorów w powstanie tekstu. Tekst powinien zawierać wstęp, cel pracy, stosowane metody i rozwiązania, wyniki badań i analiz, podsumowanie lub wnioski, wykorzystaną literaturę wg wzoru zamieszczonego na stronie internetowej. W przypadku recenzji publikacji podajemy tytuł polski oraz jego brzmienie w jęz. angielskim (w przypadku publikacji zagranicznych prosimy o podanie oryginalnego tytułu dzieła). Objętość artykułu, pisanego Arialem 12 pkt. z półtora odstępem i wcięciami akapitowymi, łącznie z tabelami, wykresami literaturą itp. nie powinna przekraczać 15 stron. Śródtytuły użyte w tekście powinny mieć zróżnicowany stopień i wyróżnienie. Redakcja zastrzega sobie prawo dokonywania w nadesłanych materiałach niezbędnych skrótów, poprawek redakcyjnych, zmian tytułu i innych zgodnie z wymaganiami czasopisma. **Prace przygotowane niezgodnie z zamieszczonymi warunkami publikacji nie będą przyjmowane do redakcji**. Redakcja nie zwraca przesłanych tekstów. *Ghostwriting* i *guest authorship* są przejawem nierzetelności i wszelkie wykryte przypadki będą demaskowane, włącznie z powiadomieniem odpowiednich podmiotów. **Wersja papierowa pisma jest wersją pierwotną. Na liście czasopism Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego „Polityka Społeczna” ma 8 pkt.**

Właściciel tytułu: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa
Wydawca: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, ul. J. Bellottiego 3B, 01-022 Warszawa

Adres Redakcji: ul. J. Bellottiego 3B, 01-022 Warszawa, tel. 22 536-75-34; fax 22 536-75-35
e-mail: polityka.spooleczna@ipiss.com.pl, <http://politykaspoleczna.ipiss.com.pl>

Powielanie, przedrukowywanie oraz rozpowszechnianie bez wiedzy i zgody Redakcji jest zabronione.

Łamanie: Zakład Wydawniczo-Poligraficzny MPiPS

Druk: Zakład Wydawniczo-Poligraficzny MPiPS. Zamówienie 732/2013. Nakład 900 egz.