

# POLITYKA SPOŁECZNA

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

ROCZNIK XXXIX  
(456)

NR **3**

WARSZAWA

MARZEC 2012

- PRAWO I WYKLUCZENIE
- AKTYWNA STAROŚĆ
- DOCHODY I WYDATKI POLAKÓW:  
ZRÓŻNICOWANIA REGIONALNE
- „BANKI CZASU”:  
STARA IDEA W NOWEJ FORMIE
- REFORMOWANIE REFORM:  
WIELKA BRYTANIA
- UWAGA: KIŁA!
- JAK ZWYKLE...
  - ✓ RECENZJE
  - ✓ CIEKAWY KONFERENCJE
  - ✓ DIARIUSZ POLITYKI SPOŁECZNEJ

---

---

## SPIS TREŚCI

OCHRONA PRAWNA Kobiet NIEPEŁNOSPRAWNYCH PRZED WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM	
W ŚWIETLE PRAWA MIĘDZYNARODOWEGO – Anna Nowak .....	1
„AKTYWNE STARZENIE SIĘ” JAKO PARADYGMAT W POLITYCE SPOŁECZNEJ – Łukasz Jurek .....	8
REGIONALNE ZRÓŻNICOWANIE DOCHODÓW I WYDATKÓW GOSPODARSTW DOMOWYCH W 2010 R.	
– Mirosław Gorczyca .....	13
ROLA „BANKÓW CZASU” W ROZWOJU WSPÓLNOT LOKALNYCH – Wanda Pełka .....	15
<b>Z PRAC NAUKOWO-BADAWCZYCH</b>	
KIŁA I JEJ KONSEKWENCJE JAKO ZAPOMNIANY PROBLEM ZDROWIA PUBLICZNEGO – Teresa Rzepa, Ryszard Żaba, Oliwia Jakubowicz, Beata Szramka-Pawlak .....	19
<b>POLITYKA SPOŁECZNA ZA GRANICĄ</b>	
REFORMA PAŃSTWA OPIEKUŃCZEGO W WIELKIEJ BRYTANII: KONTEKST STRATEGII „EUROPA 2020” – Zofia Szweda-Lewandowska .....	24
<b>RECENZJE</b>	
ZDROWIE PUBLICZNE I ZARZĄDZANIE NR 1/2010 – rec. Grażyna Magnuszewska-Otulak.....	29
<b>INFORMACJE</b>	
ZMODYFIKOWANE MINIMUM SOCJALNE WE WRZEŚNIU I GRUDNIU 2011 R. – Piotr Kurowski .....	31
REFORMA SYSTEMÓW EMERYTALNYCH W EUROPIE CENTRALNEJ I WSCHODNIEJ. MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA MOP I IPiSS – Janina Petelczyc, Paulina Roicka .....	34
POMOC DZIECIOM – OFIAROM PRZESTĘPSTW. 8 OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA W WARSZAWIE – Beata Kaczyńska .....	39
<b>DIARIUSZ POLITYKI SPOŁECZNEJ</b>	

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

---

---

## CONTENTS

DISABLED WOMEN'S MARGINALITY – PERSPECTIVES OF LEGAL PROTECTION IN LIGHT OF INTERNATIONAL LAW – Anna Nowak .....	1
„ACTIVE AGEING” AS A PARADIGM OF THE SOCIAL POLICY – Łukasz Jurek .....	8
REGIONAL DIFFERENCES OF HOUSEHOLDS INCOMES AND EXPENSES IN 2010 – Mirosław Gorczyca.....	13
THE ROLE OF TIME BANKS IN LOCAL COMMUNITY DEVELOPMENT – Wanda Pełka.....	15
<b>FROM RESEARCH AND STUDIES</b>	
SYPHILIS AND ITS CONSEQUENCES AS A PUBLIC HEALTH PROBLEM FORGOTTEN – Teresa Rzepa, Ryszard Żaba, Oliwia Jakubowicz, Beata Szramka-Pawlak .....	19
<b>SOCIAL POLICY ABROAD</b>	
UK WELFARE REFORMS IN THE CONTEXT OF THE EUROPE 2020 STRATEGY – Zofia Szweda-Lewandowska	24
<b>BOOK REVIEWS</b>	
PUBLIC HEALTH MANAGEMENT No. 1/2010 – Reviewed by Grażyna Magnuszewska-Otulak .....	29
<b>INFORMATION</b>	
MODIFIED SOCIAL MINIMA – SEPTEMBER AND DECEMBER 2011 – Piotr Kurowski .....	31
PENSION'S SYSTEM REFORMS IN CENTRAL AND EAST EUROPEAN COUNTRIES. INTERNATIONAL CONFERENCE ILO AND ILSS – Janina Petelczyc, Paulina Roicka .....	34
HELPING VICTIMIZED KIDS. 8 <sup>TH</sup> POLISH CONFERENCE IN WARSAW – Beata Kaczyńska.....	39
<b>DIARY OF SOCIAL POLICY</b>	

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

---

---

Wykluczenie społeczne to zjawisko złożone i bardzo wielowymiarowe: czy można przed nim chronić, posługując się prawem, co zdaje się być „technologią” mało subtelną i stosowaną przez każdą władzę tyleż radośnie, co nieskutecznie? Nasza autorka przekonuje, że można! Aktywna starość to idea piękna, ale przecież ani prosta, ani wolna od rozmaitych kontekstualnych uwikłań – i biologicznych, i społecznych, o czym przekonują dyskusje dotyczące przesuwania wieku emerytalnego. Czy pomysł tzw. banków czasu różni się w sposób zasadniczy od tradycyjnego „pani Malinowska, pani zerknie przez chwilę na mojego dzieciaka”? Uogólniając, stawiamy przed pytaniem o sprawczą moc frazesu, zatem przed pytaniem o to, czy przy jego pomocy można zmieniać realia życia zbiorowego, czy może zaledwie sposób ich opisywania. Może warto się nad tak postawionym pytaniem zastanowić?

Redakcja

## OCHRONA PRAWNA Kobiet NIEPEŁNOSPRAWNYCH PRZED WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM W ŚWIETLE PRAWA MIĘDZYNARODOWEGO

Anna Nowak  
Uniwersytet Śląski

### WPROWADZENIE

W analizach sytuacji osób niepełnosprawnych problemy związane z wykluczeniem społecznym są jednym z dominujących kierunków badań. Niepełnosprawność nadal jest postrzegana jako coś wyjątkowego, innego, gorszego, a osoby z niepełnosprawnością zwykle wywołują negatywne reakcje. Niekorzystne warunki środowiskowe, w jakich żyją osoby niepełnosprawne, niski poziom wykształcenia, niskie lub brak kwalifikacji zawodowych, brak doświadczenia zawodowego, ograniczony lub brak dostępu do pracy na otwartym rynku pracy, niski status społeczny utrudniają lub uniemożliwiają im funkcjonowanie społeczne w różnych sferach życia.

Osoby niepełnosprawne, a zwłaszcza kobiety z niepełnosprawnością stanowią grupę szczególnie narażoną na utrudnienia i przeszkody w codziennym funkcjonowaniu, są mniej niezależne, mają mniejszy dostęp do edukacji, szkoleń, zatrudnienia, usług zdrowotnych i rehabilitacyjnych, kultury, polityki. Po stronie kobiet niepełnosprawnych następuje bowiem kumulacja czynników je dyskryminujących. Są to: płeć (stanowiąca czynnik niespecyficzny, bowiem kobiety niepełnosprawne są narażone na ten sam rodzaj dyskryminacji co kobiety sprawne, ale następuje niekorzystna kumulacja czynników je dyskryminujących), stereotypy płci (wpływające na kształtowanie się tożsamości kobiet i mężczyzn) oraz niepełnosprawność i bariery, z jakimi osoby mniej sprawne spotykają się w życiu (Oleksy-Sanocka 2010, s. 84).

Jak pisze L. Marszałek, kobiety niepełnosprawne są podwójnie dyskryminowane – raz jako osoby z niepełnosprawnością, z drugiej strony jako kobiety, a traktowanie ich jako kobiety ma na celu jedynie uzasadnienie stosowanych praktyk dyskryminacyjnych. Kobietom niepełnosprawnym odbiera się prawo do realizowania się w kobiecych rolach, zezwalając na funkcjonowanie w obrębie tożsamości osoby niepełnosprawnej, z czym związane są działania zmierzające do ograniczania praw i blokowania zaspokajania potrzeb (Marszałek 2006, s. 10).

Trudności, z jakimi borykają się niepełnosprawni mężczyźni oraz niepełnosprawne kobiety nie są jed-

nolite. Mają różne przyczyny i w dużym stopniu są wynikiem stereotypów dotyczących pełnionych ról społecznych. Kobiety z ograniczoną sprawnością doświadczają tych samych form dyskryminacji co kobiety sprawne, jednak napotykają dodatkowe bariery, których doświadczają też niepełnosprawni mężczyźni. Kobiety często, w stopniu wyższym niż mężczyźni, traktowane są jako jednostki niesamodzielne i potrzebujące wsparcia (Beleza 2003).

Artykuł ma na celu zwrócenie uwagi na prawa gwarantowane niepełnosprawnym kobietom, które są ważnym elementem kreowania warunków ich dostępności do różnych sfer funkcjonowania społecznego i zapewnienia im lepszej jakości życia. Szczególną rolą ustawodawstwa jest zapewnienie kobietom niepełnosprawnym gwarancji do normalnej partycypacji społecznej, ekonomicznej, zawodowej przez uregulowania prawne, wyrównujące ich szanse na pełny udział w życiu społecznym. Brak odpowiedniej ochrony prawnej może stanowić przyczynę ich wykluczenia społecznego, a brak dostępu do uprawnień przysługujących na mocy prawa oraz nieegalitarny dostęp do ochrony i pomocy prawnej są przejawami wykluczenia prawnego.

Warto na początku podkreślić, iż *przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych* (art. 30 Konstytucji RP). Oznacza to, że osoba ludzka nie może być traktowana przedmiotowo w żadnej dziedzinie, miejscu i czasie, a prawo władzy państwowej do stanowienia prawa ma granice, które wyznacza ta podstawowa norma. Wszystkie prawa człowieka mogą i powinny być zatem interpretowane „poprzez” najważniejszą zasadę – godność człowieka. Władza państwowa jest zobowiązana szanować i chronić godność człowieka, ale przy wyborze środków jest wolna, gdyż ludzie są nie tylko równi, ale także zróżnicowani (Nowicka-Chachaj, Rdzanek-Piwowar 2005, s. 19).

Koncepcja praw i wolności obywatelskich opiera się na zasadzie równości prawa i zasadzie jednako-wej ochrony praw każdego człowieka. Zasady te wiążą się ściśle z zakazem dyskryminacji, tzn. zakazem

różnicowania ludzi ze względu na płeć, kolor skóry, wyznanie, pochodzenie społeczne, przynależność etniczną (Skąpska 1999, s. 68).

Prawa człowieka niepełnosprawnego są ściśle powiązane z prawem naturalnym. Wynikają z porządku istnienia człowieka. Nikt nigdy nie jest zabezpieczony przed niepełnosprawnością związaną choćby z wiekiem, niekiedy z chorobą, czy zwinionym działaniem tej osoby. W związku z tym realizacja praw osób niepełnosprawnych jest często uprzednim warunkiem realizacji prawa do życia takiego, jakim ono jest (Sienkiewicz 2007, s. 38).

Prawa człowieka niepełnosprawnego są powszechne, czyli dotyczą wszystkich (Piechowiak 1999, s. 110). Powszechność praw człowieka niepełnosprawnego może rodzić nieuzasadnione podejrzenia o to, iż naruszają one prawa sprawnych członków społeczeństwa, obciążając np. budżet państwa utrzymaniem słabszych osób. Szczególne wyodrębnienie praw ludzi niepełnosprawnych nie stanowi specjalnych preferencji tylko dla osób niepełnosprawnych. Prawa te nie dyskryminują osób sprawnych. Stosowanie nieuzasadnionych preferencji obraca się przeciwko grupie przez państwo wspieranej. Przeciwnicy preferencji piszą o napiętnowaniu lub stygmatyzowaniu ludzi preferowanych, co oznacza negatywne postawy względem nich ze strony reszty społeczności. Preferowanie jakichś grup prowadzi do konfliktów, intensyfikacji podziałów społecznych, wzajemnych uprzedzeń i niechęci (Sadurski 1988).

## **OCHRONA PRAWNA Kobiet NIEPEŁNOSPRAWNYCH W AKTACH PRAWNYCH I DOKUMENTACH MIĘDZYNARODOWYCH**

Prawa kobiet niepełnosprawnych są określone w prawie międzynarodowym, które porusza problemy ochrony i pomocy osobom niepełnosprawnym. Wydaje się to w pełni zasadne, zwłaszcza wobec zmniejszonych szans tych osób na zaspokajanie potrzeb oraz w związku z występowaniem barier utrudniających im udział w życiu społecznym.

Prawo międzynarodowe określa powszechny standard ochrony praw człowieka, wspólny dla państw zróżnicowanych pod względem tradycji kulturowych. Akty prawa międzynarodowego, w których podejmuje się problematykę ochrony praw kobiet niepełnosprawnych, można podzielić na trzy grupy:

- 1) akty prawne dotyczące podstawowych praw i wolności człowieka;
- 2) akty prawne i dokumenty poświęcone osobom niepełnosprawnym (prezentujące zarówno podejście podmiotowe, jak i przedmiotowe);
- 3) akty prawa i dokumenty poświęcone niepełnosprawnym kobietom.

### **Akty prawne dotyczące podstawowych praw i wolności człowieka**

W międzynarodowych aktach prawnych dotyczących praw i wolności człowieka zwraca się uwagę na przyrodzoną godność, równość i niezbędne prawa „każdego człowieka”, „wszystkich członków rodziny ludzkiej”. Formułowane są odrębne zasady równości wobec prawa, ochrony prawnej oraz zasad niedyskryminacji, w których jednocześnie wskazuje się na różne cechy, właściwości, stany, okoliczności, sytu-

acje, które mogłyby różnicować pozycję prawną poszczególnej osoby. Wśród nich wymienia się: rasę, kolor skóry, płeć, język, religię, poglądy polityczne, pochodzenie narodowe lub społeczne, majątek, urodzenie.

Na ogół nie wskazuje się na niesprawność fizyczną, umysłową lub psychiczną osoby. Można zasadnie przyjąć, że również te właściwości – niepełnosprawności nie mogą wpłynąć na nierówność prawną osób, które ją posiadają. Normy prawa międzynarodowego wymieniające owych cech, właściwości, okoliczności kończą zazwyczaj przez użycie zwrotu: inne „cechy”, „okoliczności” lub „sytuacje”, tym samym dopuszczając uwzględnienie niepełnosprawności fizycznej, umysłowej, psychicznej. Niepełnosprawności te nie mogą wyznaczać nierówności prawnej osoby, ani też uzasadniać lub usprawiedliwiać jej dyskryminacji (Bulenda, Zabłocki 1994, s. 141; Nowak 1999, s. 21–22).

Rozwiązania takie przyjęto w wielu aktach prawnych, m.in. w: Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka (1948), w Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych (1966), Międzynarodowym Pakcie Praw Gospodarczych, Socjalnych i Kulturalnych (1966), Konwencji Europejskiej o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (1950).

### **Akty prawne i dokumenty poświęcone osobom niepełnosprawnym (prezentujące podejście podmiotowe i przedmiotowe)**

Wśród międzynarodowych inicjatyw istotnych dla obrazu globalnych i regionalnych standardów ochrony osób, w tym kobiet niepełnosprawnych, przed wykluczeniem społecznym należy zwrócić uwagę na kilka dokumentów. W latach 70. XX w. Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych przyjęło dwie deklaracje dotyczące praw osób niepełnosprawnych (zob. Nowak 1999, s. 25; Wapiennik, Piotrowicz 2002, s. 29):

1) Deklarację Praw Osób Upośledzonych Umysłowo – Rezolucja 2856 (XXVI) z 20 grudnia 1971 r., która wzywa do działania na arenie międzynarodowej i krajowej w celu zapewnienia praw osobom upośledzonym umysłowo, zmierzając do integracji tych osób w społeczeństwie;

2) Deklarację Praw Osób Niepełnosprawnych – Rezolucja 3447 (XXX) z 7 grudnia 1975 r., której adresatami są wszyscy niepełnosprawni. Stwierdza się w niej, że osobom niepełnosprawnym przysługują takie same prawa, jak innym pełnosprawnym obywatelom w tym samym wieku (także prawa cywilne i polityczne), a zwłaszcza przysługuje im wrodzone prawo do poszanowania ludzkiej godności. W dokumencie tym przyznano osobom niepełnosprawnym prawo do udziału we wszystkich formach życia społecznego, do życia z rodzinami lub opiekunami, ochronę przed wszelkimi formami wykorzystywania, także regulowanymi przepisami prawa i przed postępowaniem dyskryminującym, poniżającym.

Warto także wymienić Zasady dotyczące wyrównania możliwości rozwojowych dla osób niepełnosprawnych, przyjęte przez Zgromadzenie ONZ 20 grudnia 1993 r. (Rezolucja 48/96), regulujące politykę *mainstreaming* – wprowadzania w główny nurt życia i uznające, że osoby niepełnosprawne są członkami społeczeństwa, powinny otrzymywać potrzebną pomoc w ramach zwykłych struktur edukacji, zdro-

wia, usług socjalnych i zatrudnienia (Góral 1995, s. 195–198).

Wśród dokumentów Rady Europy szczególne znaczenie odegrało Zalecenie nr R (92) 6 Komitetu Ministrów Rady Europy w Sprawie Spójnej Polityki wobec Osób Niepełnosprawnych z 1992 r., które wśród najważniejszych celów polityki wobec osób niepełnosprawnych wymienia przede wszystkim umożliwienie korzystania z pełni praw obywatelskich i dostępu do wszystkich instytucji i usług oraz zapewnienie w miarę możliwości niezależności ekonomicznej i osobistej (tamże).

Uregulowania dotyczące rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych uregulowano w dokumentach ONZ i MOP (pierwsze Zalecenie nr 99 w sprawie rehabilitacji zawodowej niepełnosprawnych z 1955 r.), zwracając w nich uwagę na rozszerzenie możliwości zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz rehabilitację zawodową młodzieży niepełnosprawnej oraz współpracę w tym zakresie instytucji odpowiedzialnych za edukację i rehabilitację zawodową (Majewski 1999, s. 21).

W 1983 r. MOP przyjęła Konwencję nr 159 dotyczącą rehabilitacji zawodowej, zatrudnienia osób niepełnosprawnych i Zalecenie nr 168. Oba te dokumenty uzupełniały i poszerzały założenia wcześniej przyjęte, zwracając uwagę na konieczność stwarzania równych szans osób niepełnosprawnych w przygotowaniu do pracy i zatrudnienia oraz na konieczność stwarzania przez kraje członkowskie polityki w zakresie rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych, która powinna zapewniać dostęp do usług rehabilitacji zawodowej wszystkim kategoriom niepełnosprawnych, promować zatrudnienie na otwartym rynku pracy, szkolić kadry na potrzeby rehabilitacji zawodowej, włączyć organizacje pracodawców i pracowników, osoby niepełnosprawne w rozwój rehabilitacji zawodowej (Majewski 1997).

Cel polityki Unii Europejskiej wobec niepełnosprawności to tworzenie społeczeństwa otwartego i dostępnego dla wszystkich. W 1996 r. Komisja Wspólnoty Europejskiej wydała oświadczenie o równości szans dla osób niepełnosprawnych, którego celem było nadanie nowego przyspieszenia w podchodzeniu do problemu niepełnosprawności na podstawie prawnego zagwarantowania równości szans (Waddington 1997).

W 1997 r. podpisano Traktat Amsterdamski, który w art. 13 odnosi się do problematyki niepełnosprawności. *Nie naruszając innych przepisów tego Traktatu w granicach uprawnień przekazanych Wspólnocie, Rada, działając zgodnie z propozycjami Komisji i po konsultacji z Parlamentem Europejskim, może podejmować stosowne działania, aby zwalczać dyskryminację z powodu płci, pochodzenia rasowego lub etnicznego, religii lub wyznania, niepełnosprawności, wieku lub orientacji seksualnej* (Wapiennik, Piotrowicz 2002, s. 42).

Nowa strategia Unii Europejskiej podkreśla potrzebę nowego podejścia do kwestii niepełnosprawności, koncentrującego się na rozpoznaniu i usunięciu różnych barier, które utrudniają lub wręcz uniemożliwiają osobom z niepełnosprawnością osiągnięcie równych szans i uczestnictwo we wszystkich dziedzinach życia. Strategia Unii Europejskiej wobec niepełnosprawności dotyczy wielu dziedzin. Do kluczowych problemów należą: walka z dyskryminacją, budowanie otwartego społeczeństwa i poprawa do-

stępu do szeroko rozumianego otoczenia, przeciwdziałanie społecznej marginalizacji (tamże).

W listopadzie 1997 r. na posiedzeniu Rady Europy w Luksemburgu określono strategię zatrudnienia, w której wyróżniono cztery filary:

- pierwszy to działania zwiększające szansę na zatrudnienie;
- drugi to działania wspierające przedsiębiorczość;
- trzeci to działania pobudzające i wspierające adaptacyjność;
- czwarty to tworzenie równych szans na pracę (m.in.: likwidacja nierówności szans i warunków pracy w przekroju płci; tworzenie możliwości i odpowiednich warunków pracy dla mniej sprawnych).

Tym samym Rada Europy z poziomu określania strategii przeszła na poziom wskazywania konkretnych działań (Golinowska 1999, nr 10, s. 21–22).

Na szczycie Unii w Lizbonie w marcu 2000 r. przyjęto tzw. Strategię Lizbońską, w ramach której Unia stawia sobie za cel zapewnienie każdej osobie możliwości zdobycia umiejętności niezbędnych do życia i funkcjonowania w społeczeństwie informatycznym. Ma on być osiągnięty przez program *eInclusion* (walka z alienacją społeczną), którego część (*eAccessibility*) skierowana jest do osób niepełnosprawnych (Michałowska 2007).

W Lizbonie zadeklarowano, że politykę społeczną prowadzić się będzie aktywną metodą otwartej koordynacji, która jest zdecentralizowaną metodą koordynacji polityki wszystkich krajów członkowskich. Otwarta metoda koordynacji ma być narzędziem i środkiem do osiągnięcia celów ustalonych w grudniu 2000 r. w Nicei. Rada Europejska przyjęła Europejską Agendę Społeczną, która odgrywa kluczową rolę w budowaniu ekonomicznego wzrostu przez rozwój polityki społecznej. Jednym z głównych kierunków polityki społecznej, wytyczonych przez Europejską Agendę Społeczną, jest zwalczanie biedy oraz wszelkich form wykluczenia i dyskryminacji w celu promowania integracji społecznej. Ważne jest, aby do realizacji tego celu zaktywizować różnych partnerów społecznych, samorząd terytorialny i organizacje pozarządowe.

W Nicei Rada Europejska przyjęła następującą listę celów dotyczących zwalczania wykluczenia i ubóstwa<sup>1</sup>:

- ułatwienie dostępu do zatrudnienia oraz do środków, praw, dóbr i usług;
- zapobieganie ryzyku wykluczenia ze świata pracy poprzez poprawę zatrudnialności grup zagrożonych społecznym wykluczeniem;
- pomoc ludziom najbardziej zagrożonym ubóstwem i wykluczeniem społecznym;
- mobilizacja wszystkich właściwych instytucji i partnerów społecznych do działania na rzecz integracji społecznej.

Na podstawie tych celów państwa Unii Europejskiej miały ustalić narodowe priorytety w walce z ubóstwem i ekskluzją społeczną (zob. Golinowska 2002; Ciechański 2002; Soszyńska 2004).

W 2000 r. Komisja Europejska przedstawiła komunikat *Ku Europie bez barier dla osób z niepełnosprawnością*, w którym zaprezentowała strategię zmierzającą do likwidacji wszelkich barier, np. społecznych czy architektonicznych, utrudniających osobom z niepełnosprawnością pełne uczestnictwo w życiu społecznym i korzystanie z ich praw (Wapiennik, Piotrowicz 2002).

Unia Europejska stopniowo przyjmowała dokumenty kształtujące politykę zatrudnienia osób niepełnosprawnych (Sienkiewicz 2007, s. 167–168). Najważniejsze z nich to obok Traktatu Amsterdamskiego i Nowej Europejskiej Strategii Zatrudnienia:

– Dyrektywa Rady (2000/78/WE) z 2000 r. w sprawie ustanowienia ogólnych ram dla równego traktowania w zatrudnieniu i wykonywaniu zawodu, której celem było *ustanowienie ogólnych ram zwalczania dyskryminacji ze względu na (...) niepełnosprawność (...)* – w odniesieniu do zatrudnienia i wykonywania zawodu w celu wdrożenia w państwach członkowskich zasady równego traktowania;

– Rozporządzenie Komisji Europejskiej (WE) nr 2204/2002 z 2002 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu WE w odniesieniu do pomocy państwa w zakresie zatrudnienia;

– Komunikat (Oświadczenie) Komisji Europejskiej (Com/2003) z 2003 r. pt. *Równe możliwości dla osób niepełnosprawnych*;

– Europejski Plan Działania<sup>2</sup>.

W dokumentach tych zawarto podstawowe zasady kształtujące politykę zatrudnienia UE wobec osób niepełnosprawnych. Są to:

– prawo wszystkich osób niepełnosprawnych do pracy;

– wyrównywanie szans w zatrudnieniu przez znieszenie wszelkich barier utrudniających i ograniczających zawodowe funkcjonowanie osób niepełnosprawnych;

– niedyskryminowanie osób niepełnosprawnych w zatrudnieniu i wykonywaniu zawodu;

– preferowanie zatrudnienia na otwartym rynku pracy;

– subsydiowanie zatrudnienia osób niepełnosprawnych;

– włączanie partnerów społecznych (organizacji pracodawców, związków zawodowych, organizacji osób niepełnosprawnych) w rozwiązywanie problemów osób niepełnosprawnych (Majewski 2002, 2006, s. 52).

W dniu 7 grudnia 2001 r. przyjęto wspólnotowy program działania przeciwko społecznemu wykluczeniu na lata 2002–2006, celem którego było lepsze zrozumienie zjawiska wykluczenia społecznego, wzmocnienie współpracy, wymiana doświadczeń i dobrej praktyki (Wapiennik, Piotrowicz, 2002).

W Karcie Praw Podstawowych Unii Europejskiej z 2004 r. zwraca się uwagę na następujące prawa: godność człowieka, prawo do życia, prawo do integralności osoby ludzkiej, zakaz tortur i nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karanía, zakaz niewolnictwa i pracy przymusowej oraz zasady, takie jak: równość wobec prawa, niedyskryminację, równość kobiet i mężczyzn we wszystkich dziedzinach, prawo osób niepełnosprawnych do korzystania ze środków mających zapewnić niezależność, integrację społeczną i zawodową oraz udział w życiu społeczności.

W art. 21 uregulowano zakaz dyskryminacji ze względu na płeć, kolor skóry, pochodzenie etniczne lub społeczne, cechy genetyczne, język, religię lub przekonania, opinie polityczne lub wszelkie inne, przynależność do mniejszości narodowej, majątek, urodzenie, niepełnosprawność, wiek.

Unia Europejska w swej strategii wobec niepełnosprawności do podstawowych celów zalicza:

– tworzenie społeczeństwa otwartego i dostępnego dla wszystkich;

– zwalczanie dyskryminacji osób z niepełnosprawnością;

– usunięcie wszelkich barier, które utrudniają osobom z niepełnosprawnością pełne uczestnictwo w życiu społecznym, np. dostęp do środków komunikacji i budynków;

– przeciwdziałanie społecznemu wykluczeniu i marginalizacji niepełnosprawnych;

– bezpieczeństwo finansowe;

– promowanie idei „niezależnego życia”.

Beneficjentami podejmowanych działań są osoby niepełnosprawne.

W 2006 r. Rada Europy przyjęła Zalecenie Nr Rec (2006)5 *Plan działań Rady Europy w celu promocji praw i pełnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w społeczeństwie: podnoszenie jakości życia osób niepełnosprawnych w Europie, 2006–2015*<sup>3</sup>. Celem tego dokumentu jest stworzenie ogólnych ram polityki, które są elastyczne i dostosowane do warunków krajowych. Rada Europy podejmie działania (w postaci zaleceń, porad i informacji eksperckich) mające na celu wdrożenie tego planu. Plan Działań na rzecz osób niepełnosprawnych uznaje podstawową zasadę, że społeczeństwo jest zobowiązane wobec wszystkich swoich obywateli zminimalizować skutki niepełnosprawności poprzez aktywne wspieranie zdrowego stylu życia, bezpieczniejszego środowiska, odpowiedniej opieki zdrowotnej, rehabilitacji oraz wspomagających działań społeczności lokalnych.

Głównym celem tego dokumentu jest dostarczenie praktycznych narzędzi dla tworzenia i realizacji realnych strategii na rzecz pełnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w życiu społecznym, a ostatecznie na rzecz wprowadzenia we wszystkich obszarach polityki państw członkowskich kwestii niepełnosprawności. Plan Działań Rady Europy na rzecz osób niepełnosprawnych ma szeroki zakres i obejmuje wszystkie kluczowe obszary życia niepełnosprawnych:

– uczestnictwo w życiu politycznym i publicznym;

– uczestnictwo w życiu kulturalnym;

– informację i komunikację;

– edukację;

– zatrudnienie, poradnictwo i szkolenie zawodowe;

– środowisko zabudowane;

– transport;

– życie w społeczności lokalnej;

– opiekę zdrowotną;

– rehabilitację;

– ochronę socjalną, ochronę prawną;

– ochronę przed przemocą i wykorzystywaniem;

– badania i rozwój oraz podnoszenie świadomości.

Działania takie należy zastąpić dostępnymi i obiektywnymi informacjami na temat skutków uszkodzeń i niepełnosprawności w celu promowania lepszego zrozumienia potrzeb i praw osób niepełnosprawnych w społeczeństwie. Należy podejmować działania na rzecz zmiany negatywnych postaw wobec niepełnosprawnych i na rzecz włączenia kwestii dotyczących niepełnosprawności do wszystkich dokumentów rządowych i informacji w mediach.

W dokumencie zwraca się uwagę na to, że niepełnosprawne kobiety i dziewczęta często napotykały wielorakie przeszkody w uczestnictwie w życiu spo-

tecznym na skutek dyskryminacji z powodu niepełnosprawności i płci. Należy opracować i realizować odpowiednią politykę i instrumenty jej wdrażania w taki sposób, aby zachować równość szans pomiędzy niepełnosprawnymi kobietami a mężczyznami. Szczególna sytuacja niepełnosprawnych kobiet i dziewcząt powinna być brana pod uwagę przy tworzeniu ogólnej polityki i programów dotyczących zarówno niepełnosprawności, jak i kwestii odnoszących się do płci na wszystkich szczeblach, tj. międzynarodowym, krajowym, regionalnym i lokalnym. Wymagane są działania usuwające przeszkody, które nie pozwalają kobietom niepełnosprawnym na korzystanie ze swoich praw na tych samych zasadach, co mężczyźni i inne kobiety. Działania te dotyczą szerokiego zakresu obszarów obejmujących relacje, rodzicielstwo, życie seksualne i ochronę przed przemocą i nadużyciami.

W systemie ochrony prawnej osób niepełnosprawnych szczególną rolę odgrywa Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych, przyjęta 13 grudnia 2006 r. na mocy Rezolucji nr 61(106) przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych<sup>4</sup>. Polska podpisała Konwencję 30 marca 2007 r. Celem Konwencji jest popieranie, ochrona i zapewnienie pełnego i równego korzystania ze wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności przez wszystkie osoby niepełnosprawne oraz popieranie poszanowania ich przyrodzonej godności. W art. 3 określono zasady ogólne, na których opiera się Konwencja. Są to: poszanowanie przyrodzonej godności, autonomii osoby, włączając swobodę dokonywania wyborów, a także poszanowanie niezależności osoby, niedyskryminacja, pełne i skuteczne uczestnictwo w społeczeństwie i integracja społeczna, poszanowanie odmienności i akceptacja osób niepełnosprawnych, jako mających wkład w różnorodność rodziny ludzkiej i będących częścią ludzkości, równość szans, dostępność, równość mężczyzn i kobiet; poszanowanie rozwijających się zdolności niepełnosprawnych dzieci oraz poszanowanie prawa niepełnosprawnych do zachowania tożsamości.

Państwa-Strony Konwencji zobowiązują się do zapewnienia i popierania pełnej realizacji wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności wszystkich osób niepełnosprawnych. W Konwencji zwrócono uwagę na zapewnienie równości i niedyskryminacji osób niepełnosprawnych. Szczególnej ochrony w związku z trudną sytuacją i ryzykiem wykluczenia społecznego wymagają kobiety i dzieci niepełnosprawne, w związku z tym zwraca się uwagę na konieczność podejmowania wszelkich środków w celu zapewnienia im korzystania z praw człowieka i podstawowych wolności w najlepszym ich interesie.

W akcie tym zwrócono uwagę na dostępność (na zasadach równości z innymi osobami) do środowiska fizycznego, środków transportu, informacji i komunikacji, w tym technologii i systemów informacyjnych, komunikacyjnych, a także innych urządzeń i usług zarówno na obszarach miejskich, jak i wiejskich. W Konwencji potwierdza się prawo osób niepełnosprawnych do uznania ich podmiotowości prawnej oraz zwraca uwagę na zapewnienie środków potrzebnych przy wykonywaniu zdolności prawnej. Gwarantuje się niepełnosprawnym skuteczny dostęp do wymiaru sprawiedliwości poprzez m.in. dostosowanie procedur do potrzeb niepełnosprawnych. Zapewnia się gwarancje odpowiedniego traktowania osób niepełnosprawnych, które zostały pozbawione wolności,

a także na równi z innymi ochronę przed nieludzkim, poniżającym traktowaniem lub karaniem.

Konwencja przewiduje podjęcie wszelkich środków społecznych, administracyjnych, ustawodawczych w celu zapewnienia niepełnosprawnym ochrony w domu i poza nim przed wszelkimi formami wykorzystywania, przemocy i nadużyć, z uwzględnieniem aspektów związanych z płcią. W art. 16 pkt 5 zapewnia się ustanowienie skutecznego ustawodawstwa i polityki na rzecz kobiet i dzieci w celu zapewnienia, że przypadki wykorzystywania, przemocy i nadużyć wobec osób niepełnosprawnych będą identyfikowane, badane i ścigane.

Państwa-Strony uznają także prawa osób niepełnosprawnych do:

- poszanowania integralności fizycznej i psychicznej osób niepełnosprawnych, na zasadach różności z innymi osobami;
- swobody przemieszczania się, swobody wyboru miejsca zamieszkania i do obywatelstwa na zasadach równości z innymi osobami;
- życia w społeczności wraz z prawem do dokonywania takich samych wyborów, jakie przysługują innym osobom;
- mobilności osobistej i możliwie największej samodzielności w tym zakresie;
- wolności wypowiedzania się i wyrażania opinii, w tym wolności poszukiwania, otrzymywania i rozpowszechniania informacji i poglądów;
- ochrony prawnej przed bezprawną ingerencją w sprawy rodzinne, w życie prywatne, dom lub korespondencję czy inne sfery;
- zawarcia małżeństwa i do założenia rodziny, do podjęcia swobodnej decyzji o liczbie i czasie urodzenia dzieci oraz dostępu do informacji i edukacji na temat planowania rodziny oraz dostępu do środków niezbędnych, by korzystać z tych praw;
- edukacji bez dyskryminacji i na zasadach równych szans;
- korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność, prawo dostępu do usług zdrowotnych biorących pod uwagę szczególnie wy-mogi związane z płcią;
- rehabilitacji w szczególności w obszarze zdrowia, zatrudnienia, edukacji i usług socjalnych i zapewnienia dostępu do usług i programów rehabilitacyjnych;
- pracy, w tym możliwości zarabiania na życie przez swobodnie wybraną pracę lub pracę na rynku pracy w otwartym, dostępnym i integracyjnym środowisku pracy;
- odpowiednich warunków życia osób niepełnosprawnych i ich rodzin oraz do ochrony socjalnej i programów ograniczania ubóstwa;
- uczestnictwa w życiu politycznym i publicznym;
- uczestnictwa w życiu kulturalnym, rekreacji, wypoczynku i sporcie.

Podkreślono też rolę współpracy międzynarodowej i współpracy między państwami-stronami w partnerstwie z organizacjami międzynarodowymi i regionalnymi w celu realizacji postanowień Konwencji.

17 marca 2008 r. Rada Europy przyjęła Rezolucję (2008/c75/01) w sprawie sytuacji osób niepełnosprawnych w Unii Europejskiej<sup>5</sup>, odwołując się do Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych z 2006 r. Uznała, że osoby niepełnosprawne często pozostają w niekorzystnej sytuacji i są marginalizo-

wane, szczególnie w dziedzinie pracy. Uznaje też, że kobiety niepełnosprawne, na co wpływa płeć i niepełnosprawność, napotykać często na różnorodne formy dyskryminacji, są mniej niezależne, mają mniejszy dostęp do edukacji, szkoleń, zatrudnienia i usług zdrowotnych, a zatem często narażone są na większe ryzyko wykluczenia, ubóstwa i wykorzystania.

Rada UE zwróciła się do Komisji o zapewnienie osobom niepełnosprawnym korzystania w pełni z praw człowieka, zapewnienie dostępności osób niepełnosprawnych do wszelkich sfer życia, dóbr, usług i infrastruktury, a także o rozpoczęcie prac nad strategią UE w sprawie niepełnosprawności, która zastąpi obecny Europejski Plan Działania. Jednocześnie zwróciła się do instytucji UE, by podejmowały wysiłki na rzecz zapewnienia równego traktowania i równych szans wszystkim starającym się o pracę, w tym niepełnosprawnym.

### **Akty prawa i dokumenty poświęcone niepełnosprawnym kobietom**

W 2003 r. Rada Europy opublikowała raport<sup>6</sup> dotyczący dyskryminacji niepełnosprawnych kobiet, który został przygotowany przez zespół niepełnosprawnych kobiet pod kierunkiem Marii Leonory Beleza z Portugalii. Zespół przedstawił zalecenia ogólne dotyczące zwalczania dyskryminacji kobiet niepełnosprawnych, zwracając uwagę na to, iż sytuacja takich kobiet powinna być przedmiotem zainteresowania Komitetu do Spraw Równości Kobiet i Mężczyzn Rady Europy, a problemy niepełnosprawnych kobiet powinny być uwzględniane we wszelkich podejmowanych badaniach i specjalnych działaniach. Zagadnienia równouprawnienia kobiet i mężczyzn powinny być uwzględnione w przyszłości w planie działania Rady Europy na rzecz osób niepełnosprawnych, w którym powinna znaleźć się także sprawa seksualności niepełnosprawnych kobiet. Podział na kobiety i mężczyzn powinien być odnotowany w statystykach dotyczących osób niepełnosprawnych, a w celu uzyskania lepszego obrazu sytuacji niepełnosprawnych kobiet zaleca się prowadzenie badań naukowych.

Państwa członkowskie biorące udział w przygotowaniu konwencji ONZ powinny starać się, aby sytuacja kobiet była w niej należycie uwzględniona. Zaleca się im opracowanie krajowych programów, obejmujących rozwiązanie ważnych dla niepełnosprawnych kobiet zagadnień. Zaleca się państwom członkowskim uwzględnianie zasady równości płci osób niepełnosprawnych we wszystkich swoich politykach. Programy informacyjne o problemach niepełnosprawnych dziewcząt i kobiet powinny być podejmowane i adresowane do całego społeczeństwa. Placówki służby zdrowia, szkolnictwa, szkolenia zawodowego, zatrudnienia i pomocy społecznej w państwach członkowskich powinny otrzymać zalecenie, aby niepełnosprawne dziewczęta i kobiety mogły w pierwszej kolejności korzystać ze wszystkich systemów i programów przeznaczonych dla ogółu społeczeństwa (tamże).

W dniu 26 kwietnia 2007 r. Parlament Europejski przyjął Rezolucję w sprawie sytuacji kobiet niepełnosprawnych w Unii Europejskiej<sup>7</sup> (2006/2277) (INII)). Uznał, że niepełnosprawne kobiety są ofiarami dyskryminacji wielorakiej (z powodu płci biologicznej i kulturowej, rasy, niepełnosprawności i upośledzenia) i są bardziej narażone na ubóstwo i wyklucze-

nie społeczne. Parlament Europejski zwraca się w tej rezolucji do Komisji i państw członkowskich o zapewnienie likwidacji istniejących przeszkód i barier, w tym architektonicznych, aby stworzyć równość praw i szans udziału kobiet i dziewcząt w życiu rodzinnym, politycznym, kulturalnym, społecznym i zawodowym, zwłaszcza poprzez lepsze stosowanie wspólnego prawa antidyskryminacyjnego w zakresie równouprawnienia płci. Ponadto wezwał państwa członkowskie do uwzględnienia potrzeb kobiet niepełnosprawnych na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym w zakresie urbanistyki, kształcenia, zatrudnienia, polityki mieszkaniowej, transportu oraz służby zdrowia i opieki społecznej.

Zwraca się także o przyjęcie i stosowanie środków niezbędnych do wspierania kobiet niepełnosprawnych w celu zwiększenia ich udziału w tych dziedzinach życia społecznego i zawodowego, w których ich obecność jest wciąż niewystarczająca. Wzywa władze krajowe i regionalne do wspierania i finansowania, przy pomocy odpowiednich środków, innowacyjnych działań i świadczeń zorientowanych na kwestie płci i niepełnosprawności. Wzywa Komisję i państwa członkowskie do wprowadzenia skutecznego prawodawstwa i skutecznych działań skupiających się na kobietach i dzieciach, które zapewnią wykrywanie, dochodzenie, a w odpowiednich przypadkach ściganie przypadków wyzykiwania, przemocy i wykorzystywania seksualnego osób niepełnosprawnych.

Parlament Europejski podkreśla, że Unia Europejska powinna podjąć wszelkie możliwe działania, w tym legislacyjne, w celu odbiurokratyzowania systemu pomocy oraz zwiększenia środków dla kobiet i dzieci niepełnosprawnych. Wzywa do zajęcia się problemem braku odpowiedniej opieki zdrowotnej dla kobiet niepełnosprawnych przez zapewnienie specjalistycznego personelu medycznego i odpowiedniej infrastruktury oraz zbadania problemów dotyczących zdrowia i opieki medycznej, jakie napotykają kobiety niepełnosprawne.

Ponadto wzywa Komisję i państwa członkowskie do tego, by sprzyjały stosowaniu zasady powszechnego dostępu do otoczenia społecznego, dóbr i usług, aby niepełnosprawne kobiety mogły cieszyć się jak największą samodzielnością, aby kobiety niepełnosprawne miały dostęp do technologii informacyjnych i komunikacyjnych i mogły z nich korzystać na równi z mężczyznami. Wzywa do zwiększenia zatrudnienia wśród kobiet niepełnosprawnych i zapobiegania dyskryminacji ze strony pracowników przy ich zatrudnieniu. Wzywa do wprowadzenia pojęcia „elastyczności” w sprawach związanych z niepełnosprawnością oraz uznania faktu, że każda osoba niepełnosprawna ma inne potrzeby, a pomoc powinna być dopasowana do każdego indywidualnego przypadku.

Parlament Europejski podkreśla potrzebę większego eksponowania i poprawy medialnego wizerunku kobiet niepełnosprawnych, co pozwoli szerokim kręgom społecznym lepiej poznać ich codzienne życie. Podkreśla, że państwa członkowskie powinny uznać podstawowe prawo kobiet niepełnosprawnych do własnej seksualności i do zakładania rodziny. Wzywa do wprowadzenia prawodawstwa zapewniającego niepełnosprawnym kobietom samodzielne życie. Zaleca wspieranie organizacji pozarządowych działających na rzecz kobiet niepełnosprawnych.



Zauważa również konieczność zapewnienia ochrony zdrowia reprodukcyjnego kobiet niepełnosprawnych z uwzględnieniem takich zagadnień, jak: planowanie rodziny, opieka zdrowotna i informacje o macierzyństwie, aby kobiety te mogły zawierać związki dające im równe prawa, oparte na zasadzie odpowiedzialności i przynoszące satysfakcję. Komisję Europejską wzywa do ułatwiania tworzenia sieci kobiet niepełnosprawnych w całej UE i krajach kandydujących, co sprzyjać ma wymianie najlepszych praktyk, rozwijaniu możliwości i wzmocnieniu ich pozycji. Podkreśla, że kobiety niepełnosprawne powinny mieć swobodny dostęp do nowych mediów audio-wizualnych.

PE wzywa państwa członkowskie do współpracy dla dokonywania postępów i poprawy sytuacji wszystkich niepełnosprawnych kobiet i dziewcząt, bez względu na typ niepełnosprawności. Wzywa Komisję i państwa członkowskie do tworzenia jednakowych warunków życia dla osób niepełnosprawnych: dziewcząt i chłopców, kobiet i mężczyzn.

## PODSUMOWANIE

Z zaprezentowanych standardów międzynarodowych wyłania się postulowany obraz systemu ochrony osób niepełnosprawnych przed wykluczeniem społecznym. Dokumenty międzynarodowe do obszarów szczególnej troski zaliczają: ochronę zdrowia, usługi medyczne, rehabilitację, zatrudnienie oraz edukację i w tych zakresach przewidują zabezpieczenie potrzeb osób niepełnosprawnych, tak by mogli funkcjonować i pełnić role społeczne. Dokumenty te zwracają uwagę na wszystkie kategorie osób niepełnosprawnych, w szczególności jednak na dzieci i kobiety niepełnosprawne. Są oni w większym stopniu niż pozostali niepełnosprawni narażeni na ryzyko wykluczenia i marginalizację społeczną, co potwierdzają prowadzone badania empiryczne (Ostrowska 1994; Ostrowska, Sikorska 1996; Bleszyńska 2001; Nowak 2002; Magnuszewska-Otulak 2005; Marszałek 2006; Żuraw 2008; Woźniak 2007; Nowak maszynopis) oraz raport M.L. Belezy (2003), a także omówiona wyżej rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 26.04.2007 r. w sprawie sytuacji kobiet niepełnosprawnych w Unii Europejskiej.

Prawa osób niepełnosprawnych w dokumentach międzynarodowych określono dość precyzyjnie. Zapewniają one podstawowe prawa kobietom niepełnosprawnym do pełnej partycypacji społecznej, natomiast państwom członkowskim, które je przyjęły, zalecają/wzywają je do podjęcia odpowiednich działań na rzecz zapewnienia kobietom niepełnosprawnym pełnego uczestnictwa w życiu społecznym.

Przepisy prawa normują prawa i obowiązki niepełnosprawnych kobiet, ale także określają obowiązki organów państwa wobec nich, umożliwiając kształtowanie odpowiednich postaw wobec niepełnosprawnych. Stanowią też wykładnię wartości dla różnorodnych form pomocy i wsparcia udzielanego niepełnosprawnym kobietom. Analizowane dokumenty odzwierciedlają, jak się wydaje, rzeczywiste potrzeby kobiet niepełnosprawnych, jednak ważne jest, aby aktualizować diagnozę ich społecznej sytuacji i w tym celu zlecać badania na szczeblu międzynarodowym, regionalnym, krajowym i lokalnym.

Aby gwarancje zapisane w zaprezentowanych dokumentach nie pozostały jedynie na papierze, nale-

żałoby też zwrócić uwagę na zapewnienie możliwości ich realizacji, na ich wykonywanie, co często napotyka liczne przeszkody, m.in. związane z brakiem wiedzy prawnej urzędników, z niską świadomością prawną niepełnosprawnych kobiet i członków ich rodzin, wątpliwościami dotyczącymi wykładni przepisów, przedmiotowym traktowaniem niepełnosprawnych kobiet przez urzędników, biegłych, sędziów, ograniczonym dostępem kobiet niepełnosprawnych do prawników i porad prawnych.

Ograniczenie lub wyeliminowanie tych przeszkód stanowi ważny aspekt działań niezbędnych dla prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony prawnej niepełnosprawnych kobiet i mężczyzn.

<sup>1</sup> <http://www.reintegracja.gov.pl/>

<sup>2</sup> Wcześniejsze dokumenty to m.in.: Zalecenie (86/379 EEC) z 1986 r. dotyczące zatrudnienia osób niepełnosprawnych we Wspólnocie Europejskiej; Rezolucja Rady Europy (1999/C 186/02) z 1999 r. w sprawie równych szans w zatrudnieniu osób niepełnosprawnych).

<sup>3</sup> <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/dokumenty-rady-europy/zalecenie-nr-rec-2006-5/> [dostęp 5.05.2009].

<sup>4</sup> [http://www.niepelnosprawni.gov.pl/dokumenty-organizacji-narodow-zj/5\\_05\\_2009](http://www.niepelnosprawni.gov.pl/dokumenty-organizacji-narodow-zj/5_05_2009).

<sup>5</sup> Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej, 5.05.2009 r.; BON@mpps.gov.pl

<sup>6</sup> *Discrimination against women with disabilities*, Council of Europe, 2003. Podano za: T. Majewski, *Dyskryminacja niepełnosprawnych kobiet w edukacji, szkoleniu zawodowym i zatrudnieniu*, „Praca i Rehabilitacja Niepełnosprawnych” 2006, styczeń, s. 5–7.

<sup>7</sup> <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/dokumenty-unii-europejskiej/sytuacja-kobiet-nie> 5.05.2009.

## LITERATURA

- Beleza M.L. (2003), *Discrimination against women with disabilities*. Council of Europe.
- Bleszyńska K. (2001), *Niepełnosprawność a struktura identyfikacji społecznych*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Bulenda T., Zablocki J. (1994), *Ludzie niepełnosprawni a prawo*, Warszawa: Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- Ciechański J. (2002), *Strategia integracji społecznej Unii Europejskiej*, „Polityka Społeczna” nr 11–12.
- Golinowska S. (1999), *Kompetencje Unii Europejskiej w dziedzinie polityki społecznej oraz polityki rynku pracy*, „Polityka Społeczna” nr 10.
- Golinowska S. (2002), *Europejski model socjalny i otwarta koordynacja polityki społecznej*, „Polityka Społeczna” nr 11–12.
- Góral M. (1995), *Podstawowe zasady dotyczące wyrównywania możliwości rozwojowych*, „Szkoła Specjalna” nr 4.
- Magnuszewska-Otulak G. (2005), *Marginalizacja dzieci z niepełnosprawnością w systemie edukacji*, w: *Wykluczenie społeczne*, Red. L. Frąckiewicz, Katowice: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej.
- Majewski T. (1997), *Międzynarodowa Organizacja Pracy w działaniach na rzecz rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych*, w: *Niepełnosprawni na rynku pracy*, Red. H. Machińska, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Majewski T. (1999), *Specyficzne problemy związane z pracą zawodową osób niepełnosprawnych*, w: *Osoby niepełnosprawne w środowisku lokalnym. Wyrównywanie szans*, Red. B. Szczepankowski, J. Mikulski, Warszawa: Centrum Badawczo-Rozwojowe Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- Majewski T. (2006), *Dyskryminacja niepełnosprawnych kobiet w edukacji, szkoleniu zawodowym i zatrudnieniu*, „Praca i Rehabilitacja Niepełnosprawnych” styczeń.

- Marszałek L. (2006), *Niepełnosprawność, kobiecość, rodzina*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Michałowska G. (2007), *Ochrona praw człowieka w Radzie Europy i UE*, Warszawa: Wydawnictwo Profesjonalne i Akademickie.
- Nowak A. (1999), *Wybrane edukacyjne i prawne aspekty niepełnosprawności*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Nowak A. (2002), *Bezrobocie wśród niepełnosprawnych*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Nowak A., *Zagrożenie wykluczeniem społecznym kobiet niepełnosprawnych*, maszynopis.
- Nowicka-Chachaj A., Rdzanek-Piwowar G. (2005), *Prawa dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w systemie praw człowieka*, w: *Młodzież niepełnosprawna – szanse i zagrożenia w aktualnej rzeczywistości społecznej*, Red. B. Szczupał, Kraków: Wydawnictwo Naukowe „Akapit”.
- Oleksy-Sanocka B. (2010), *Problem wielokrotnej dyskryminacji kobiet i dziewcząt w grupie osób z ograniczeniami sprawności*, w: *Potrzeby specyficznych grup osób z ograniczeniami sprawności*. Red. A. Brzezińska, J. Pluta, P. Rycielski, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.
- Ostrowska A. (1994), *Niepełnosprawni w społeczeństwie*, Warszawa: IFiS PAN.
- Ostrowska A., Sikorska J. (1996), *Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji*, Warszawa: IFiS PAN.
- Piechowiak M. (1999), *Filozofia praw człowieka. Prawa człowieka w świetle ich międzynarodowej ochrony*, Lublin: TN Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Sadurski W. (1988), *Teoria sprawiedliwości. Podstawowe zagadnienia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sienkiewicz T. (2007), *Status człowieka niepełnosprawnego w prawie publicznym*, Warszawa: Krajowa Izba Gospodarczo-Rehabilitacyjna.
- Skąpska G. (1999), *Prawo i społeczeństwo*, Katowice: Wydawnictwo „Śląsk”.
- Soszyńska O. (2004), *Walka z ubóstwem i wykluczeniem społecznym w ramach otwartej metody koordynacji*, „Polityka Społeczna” nr 10.
- Waddington L. (1997), *Wprowadzenie do polityki Wspólnoty Europejskiej na rzecz osób niepełnosprawnych. Polityka zatrudnienia*, w: *Niepełnosprawni na rynku pracy*, Red. H. Machińska, Warszawa, Ośrodek Informacji i Dokumentacji Rady Europy Uniwersytetu Warszawskiego.
- Wapiennik E., Piotrowicz R. (2002), *Niepełnosprawni – pełnosprawni obywatele Europy*, Warszawa: Urząd Komitetu Integracji Europejskiej.
- Woźniak Z. (2007), *Główne bariery aktywności zawodowej osób z ograniczoną sprawnością*, w: *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy*. Red. A. Brzezińska, Z. Woźniak, K. Maj, Warszawa: Academica, Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej.
- Żuraw H. (2008), *Udział osób niepełnosprawnych w życiu społecznym*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.

## SUMMARY

In the paper there are analyzed international legal documents related to disabled persons' rights (especially there are presented legal aspects related to disabled girls' and women's situation). There are discussed legal guarantees related to the improvement of the access to different spheres of social functioning – that are the guarantees aimed at the social marginalization and exclusion prevention. Moreover there are analyzed the EU documents shaping the EU policy related to the disabled women's situation. There is presented the legislation's and legal protection's role in the shaping disabled women's social participation and providing them better life quality. The attention is also focused at the obstacles hindering them making use of their rights.

## „AKTYWNE STARZENIE SIĘ” JAKO PARADYGMAT W POLITYCE SPOŁECZNEJ

**Łukasz Jurek**

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

### WSTĘP

Od początku istnienia polityki społecznej jej zainteresowanie i działanie skierowane było przede wszystkim na osoby stare. Ta zbiorowość ucieleśniała bowiem główne problemy społeczne, takie jak ubóstwo, brak zdolności do pracy czy niedołężność.

Powojenny rozwój funkcji socjalnych państwa blisko związał ze sobą starość i politykę społeczną. Ukształtował się wówczas system publicznych świadczeń (emerytur, usług zdrowotnych i opiekuńczych) skierowanych do osób starych. Niosło to ze sobą pozytywne i negatywne skutki. Pozytywnym skutkiem było podniesienie poziomu życia seniorów, negatywnym zaś ugruntowanie stereotypowego postrzegania starości przez pryzmat niedołęstwa i ubóstwa (Walker 2009, s. 36). Zaczęło dominować powszechne przeświadczenie, że osoby stare to zbiorowość strukturalnie uzależniona od pomocy innych ludzi. Sprowadzono tym samym tych ludzi do roli bezsilnych i biernych beneficjentów różnego typu wsparcia, dostarczanego przez władzę publiczną i społeczeństwo.

Począwszy od lat 70. XX w. miejsce starości w polityce społecznej zaczęło się zasadniczo zmieniać. Wpłynęło na to kilka czynników.

Po pierwsze – dostrzeżono, że demograficzne starzenie powoduje istotny (niebezpieczny) wzrost wydatków publicznych (por. Wilensky 1975, s. 9–12).

Po drugie – doktryna neoliberalna (która zaczęła dominować w latach 80. XX w.) podważała zasadność państwa opiekuńczego, a tym samym również hojnego systemu świadczeń socjalnych dla osób starszych.

Po trzecie – wzrost liczby i odsetka ludzi starych spowodował zmianę podejścia do kluczowych aspektów związanych z ich egzystencją. W efekcie zaczęto domagać się przewartościowania celów i zasad polityki społecznej. Działania skierowane do seniorów miały wyjść poza wąski krąg zabezpieczenia społecznego i objąć nowe dziedziny, takie jak: aktywizacja, edukacja, rozrywka, kultura. Domagano się ponadto podjęcia walki z negatywnym stereotypem starości, a także z dyskryminacją ze względu na podeszły wiek. Ludzie starzy mieli „wyjść z cienia”, by stać się aktywnymi i zaangażowanymi podmiotami życia społeczno-gospodarczego.

Początkowo przeobrażenia w polityce starości zachodziły chaotycznie. Powodem tego był brak spójnej wizji i strategii działań w tym obszarze. Podjęto zatem próbę sformułowania paradygmatu, który stanowiłby fundament nowej polityki społecznej. Pojawiały się różne propozycje: „pozytywne”, „optymalne”, „zdrowe”, „produktywne”, „pomyślne” starzenie się. Żadna z tych opcji nie odzwierciedlała jednak naleyście ani aspiracji, ani jakości zachodzących zmian. Dopiero na początku XX w. wypracowana została koncepcja, która w pełni odpowiadała przyjętym założeniom – „aktywne starzenie się”.

Głównym celem niniejszego artykułu jest przedstawienie uwarunkowań, założeń i perspektyw aktywnego starzenia się jako paradygmatu w nowoczesnej polityce społecznej. Chodzi tutaj o stworzenie teoretycznego zarysu konstrukcji, która współcześnie stała się drogowskazem wielu strategii i programów działań realizowanych na szczeblu lokalnym, krajowym i (zwłaszcza) ponadnarodowym. Podejmowany temat jest niezwykle istotny i aktualny, zwłaszcza że rok 2012 ogłoszony został Europejskim Rokiem Aktywnego Starzenia Się i Solidarności Międzypokoleniowej<sup>1</sup>.

## **AKTYWNE STARZENIE SIĘ – EWOLUCJA POJĘCIA W POLITYCE SPOŁECZNEJ**

Pojęcie „aktywnego starzenia się” pojawiło się w literaturze gerontologicznej na początku lat 60. XX w., a w latach 70. i 80. upowszechniło się w doktrynie naukowej (Avramov, Cliquet 2005, s. 150–151). Na przestrzeni ostatnich dekad jego istota ewoluowała w sposób znaczący.

Początkowo aktywne starzenie się utożsamiano z podtrzymywaniem w okresie starości tych wartości oraz tych wzorców aktywności, które są typowe dla wieku średniego. Miało to być więc jawne zaprzeczenie starości. Takie podejście spotkało się jednak z powszechną krytyką. Było ono zbyt idealistyczne i nie uwzględniało przypadłości typowych dla podeszłego wieku (Walker 2002, s. 122–123).

W późniejszym okresie pojęcie to zaczęto utożsamiać z produktywnością i aktywnością na rynku pracy. W 1998 r. OECD zdefiniowało aktywne starzenie się jako *zdolność ludzi, w miarę jak się stają starzy, do prowadzenia produktywnego życia w społeczeństwie i gospodarce* (OECD 1998, s. 84). Zgodnie z tą koncepcją ludzie starzy powinni mieć możliwość dokonywania autonomicznych wyborów dotyczących sposobu spędzania czasu. Każdy z nich indywidualnie powinien decydować, czy chce pracować, uczyć się, czy odpoczywać. Faktyczna możliwość podejmowania tych wyborów jest, niestety, ograniczana przez takie czynniki, jak: zły stan zdrowia i/lub niesprawność, bariery fizyczne (architektoniczne, urbanistyczne), niedostosowane miejsca pracy, nieadekwatna polityka społeczna. Reformy z zakresu aktywnego starzenia się powinny zatem polegać na likwidacji tych ograniczeń, a także na wzmocnieniu obywateli w podejmowaniu przez nich życiowych decyzji.

W 1999 r. ukazał się komunikat Komisji Europejskiej zatytułowany *Ku Europie dla każdego wieku*. W dokumencie tym uznano aktywne starzenie się za paradygmat europejskiej polityki wobec starzenia się ludności. Nie zdefiniowano jednak, czym owe aktywne starzenie się jest. Nie określono, jak należy rozumieć to pojęcie. Zaznaczono jedynie, że ma ono służyć lepszemu życiu w okresie starości. W założeniu

miało ono stanowić praktyczną odpowiedź na postulat ONZ z 1993 r. *Dodać życia do lat, które zostały dodane do życia*. Miały temu służyć przede wszystkim: dłuższa praca zawodowa, angażowanie się w sprawy lokalnych społeczności, kształcenie ustawiczne i praca wolontaryjna.

W praktyce Unia Europejska przyjęła bardzo wąską perspektywę spojrzenia na problem aktywnego starzenia się. Aktywność łączona była bezpośrednio z pracą zawodową. W 2001 r. Komisja Europejska stwierdziła, że: *państwa członkowskie powinny rozwijać politykę aktywnego starzenia się poprzez kreowanie narzędzi umożliwiających podtrzymanie kompetencji starszych pracowników, wdrażanie elastycznych warunków pracy oraz rozwój wiedzy pracodawców na temat potencjału starszych pracowników. Należy zapewnić starszym pracownikom należyty dostęp do edukacji i treningu, a także zrewidować system podatkowy oraz zabezpieczenie społeczne w taki sposób, aby ograniczyć utrudnienia i rozwijać zachęty do pozostawania aktywnym na rynku pracy w starszym wieku* (Komisja Europejska 2001).

Wynika z tego, że polityka aktywnego starzenia skierowana jest przede wszystkim na zachęcanie starszych pracowników do jak najdłuższego pozostawania na rynku pracy, ograniczanie determinantów niskiej aktywności zawodowej osób w wieku przedemerytalnym oraz rozwijanie kształcenia ustawicznego<sup>2</sup>.

W 2002 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przedstawiła wielowymiarową (holistyczną) koncepcję aktywnego starzenia się<sup>3</sup>, definiując to pojęcie jako *proces optymalizacji szans związanych ze zdrowiem, uczestnictwem i bezpieczeństwem, mający na celu poprawę jakości życia osób starszych* (WHO 2002, s. 12). Koncepcja ta jest pionierska i wyjątkowa ze względu na niezwykle szeroką perspektywę spojrzenia na aktywność. Podkreślono wręcz, że aktywności nie należy kojarzyć wyłącznie (jak to było dotychczas) z pracą zawodową czy kondycją fizyczną, lecz odnosi się ona do wszelkich sfer życia: społecznej, gospodarczej, kulturalnej, duchowej i obywatelskiej.

Zgodnie z tą ideą ludzie powinni uczestniczyć w społeczeństwie i gospodarce poprzez swoje możliwości, a nie na zasadzie chronologii. Powinni zatem uczyć się przez całe życie, pracować dłużej, przechodzić na emeryturę stopniowo i w późniejszym wieku, być aktywnymi jako emeryci – angażować się w ćwiczenia wspomagające utrzymanie dobrej kondycji zdrowotnej i wysokiej sprawności fizycznej, wypełniać obowiązki rodzinne związane z pracami domowymi czy opieką nad dziećmi, angażować się w życie lokalnych społeczności, poświęcać się pracy wolontaryjnej, a także aktywnie wypoczywać poprzez uprawianie sportu, turystyki, realizację pasji życiowych i działania twórcze.

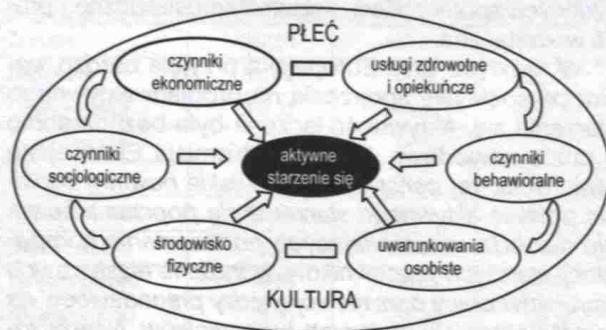
## **DETERMINANTY AKTYWNEGO STARZENIA SIĘ**

Możliwość implementacji paradygmatu aktywnego starzenia się do polityki krajowej, regionalnej i lokalnej uzależniona jest od szerokiej gamy czynników. Czynniki te determinują stopień, w jakim strategia ta może zostać zrealizowana w określonej społeczności, a także warunkują kształt konkretnych programów i planów działań.

Światowa Organizacja Zdrowia wyróżniła wiele determinantów aktywnego starzenia się (rys. 1), przy

czym dwa spośród nich zostały podkreślone jako czynniki generalne: kultura i płeć.

Rysunek 1. *Determinanty aktywnego starzenia się*



Źródło: WHO 2002, s. 19.

Uwarunkowania kulturowe są kluczowe, gdyż bezpośrednio wpływają na kształtowanie się wszystkich innych determinantów. Normy, wartości i obyczaje kształtują dominujący wzorzec procesu starzenia się. Wzorzec ten tłumaczy, jak należy się właściwie zachowywać w miarę upływu lat, z drugiej zaś strony określa, jak społeczeństwo powinno odnosić się do osób w poszczególnych fazach ich cyklu życia.

Drugim generalnym czynnikiem, który warunkuje aktywne starzenie się, jest płeć. Tradycyjny podział na role społeczne męskie i żeńskie niesie ze sobą poważne implikacje dla procesu starzenia się kobiet i mężczyzn. Kobiety częściej narażone są na ubóstwo i wykluczenie społeczne w okresie starości. Jest to efekt angażowania się w prowadzenie gospodarstwa domowego i świadczenia nieformalnych usług na rzecz członków rodziny (opieka nad dziećmi i wnukami, pomoc udzielana niedołączonym lub chorym krewnym). Równolegle mężczyźni narażeni są na wyniszczenie organizmu lub śmierć z powodu ryzyk zawodowych. Ponadto zły stan zdrowia mężczyzn w okresie starości jest zwykle efektem podejmowania negatywnych zachowań, takich jak stosowanie używek (tytoń, alkohol, narkotyki) czy wystawianie się na zbędne ryzyko (sporty ekstremalne, pojedynki).

Poza determinantami generalnymi wyróżnić można wiele determinantów pobocznych (WHO 2002, s. 21–32). Należą do nich:

– **usługi zdrowotne i opiekuńcze:** aktywne starzenie się wymaga z jednej strony promocji zdrowia oraz prewencji medycznej, z drugiej zaś odpowiednio skonstruowanego systemu opieki długoterminowej dla osób tracących samodzielność (zdolność do niezależnego życia);

– **czynniki behawioralne:** związane są ze świadomością prozdrowotną i realizacją aktywnego trybu życia, co przejawia się zwłaszcza aktywnością fizyczną, odpowiednią dietą, niestosowaniem używek, poddawaniem się regularnym badaniom;

– **uwarunkowania osobiste:** na poziomie jednostki aktywne starzenie się uwarunkowane jest przez czynniki biologiczne (geny) oraz umysłowe (funkcje kognitywne); geny wewnętrznie programują proces starzenia się organizmu, a funkcje kognitywne określają zdolność przystosowania się do zmian zachodzących w trakcie tego procesu;

– **środowisko fizyczne:** w sposób istotny wpływa na poziom zależności osoby starszej od otoczenia, bariery architektoniczne i urbanistyczne ograniczają zdolność samodzielnego funkcjonowania, a w skraj-

nych przypadkach mogą wręcz decydować o niesamodzielności lub autonomii jednostek; osoby starsze egzystujące w nieprzyjnym środowisku są bardziej narażone na izolację, mają mniej możliwości przemieszczania się i aktywnego spędzania czasu;

– **czynniki socjologiczne:** wsparcie społeczne, możliwość kształcenia ustawicznego, bezpieczeństwo od przemocy i nadużyć to kluczowe czynniki tkwiące w środowisku społecznym, które wpływają na możliwość aktywnego starzenia się;

– **czynniki ekonomiczne:** związane są z trzema elementami – dochodem, zabezpieczeniem społecznym i pracą. Osoby ubogie, na każdym etapie życia (a szczególnie w okresie starości), narażone są na wysokie ryzyko choroby czy niesamodzielności, co tłumaczyć można ograniczonym dostępem do żywienia i usług medycznych, nieodpowiednimi warunkami mieszkalnymi. W związku z tym istotnym elementem warunkującym aktywne starzenie się jest zapewnienie odpowiedniego zabezpieczenia na starość, ale także zachęcanie do wydłużania aktywności zawodowej oraz stopniowego przechodzenia na emeryturę.

Ponadto ważną rolę odgrywa możliwość wykorzystania potencjału osób starszych poza formalnym rynkiem pracy, poprzez działalność społeczną oraz realizację prac domowych.

#### ZASADY AKTYWNEGO STARZENIA SIĘ WEDŁUG ALLANA WALKERA

Aktywne starzenie się stanowi wielowymiarową strategię integrującą i ukierunkowującą działania w ramach rozmaitych polityk szczegółowych (zatrudnienia, zdrowia, zabezpieczenia socjalnego, inkluzji społecznej, edukacji, transportu, kultury i wypoczynku). Jej bezpośrednim celem jest z jednej strony – na poziomie indywidualnym – podniesienie jakości życia starszych jednostek (poprzez utrzymanie niezależności i autonomii), a z drugiej – na poziomie społecznym – zmniejszenie wydatków publicznych (związanych ze świadczeniami emerytalnymi, usługami zdrowotnymi i opiekuńczymi) oraz ograniczenie obciążenia osobami starszymi. W założeniach jest to zatem strategia obustronnej korzyści (*win-win*).

Zdaniem A. Walkera (2002, s. 124–125), aby aktywne starzenie się nie było tylko sloganem, lecz koherentną i efektywną strategią, spełnionych musi być siedem podstawowych zasad.

Po pierwsze, aktywność powinna odnosić się do wszystkich istotnych zajęć, które kreują udział w społeczeństwie. Nie należy ograniczać jej wyłącznie do aktywności zawodowej. Oczywiście praca jest niepodważalnie najważniejszą metodą inkluzji społecznej, jednakże nie jedyną.

Po drugie, aktywne starzenie się powinno obejmować wszystkie osoby starsze, nawet te (w pewnym zakresie), które są chore i niesamodzielne.

Po trzecie, koncepcja aktywnego starzenia się powinna kłaść nacisk przede wszystkim na prewencję. Oznacza to konieczność zastosowania perspektywy cyklu życia, zgodnie z zasadą, że „wczorajsze dzieci, to dzisiejsi dorośli i jutrzejsi starcy” (WHO 2002, s. 12). Jakość życia w okresie starości zależy od zdarzeń doświadczonego na przestrzeni całego życia, dlatego nie można koncentrować się jedynie na ludziach już starych, lecz także na tych osobach, które w przyszłości staną się stare.

Po czwarte, utrzymanie solidarności międzypokoleniowej stanowi istotną cechę aktywnego starzenia się. Mowa tutaj zarówno o sprawiedliwości między pokoleniami, jak również o rozwijaniu działań jednoczących pokolenia.

Po piąte, aktywne starzenie się to koncepcja niosąca ze sobą tak prawa, jak i obowiązki. W zakresie praw wyróżnić można na przykład prawo do zabezpieczenia społecznego, do kształcenia ustawicznego. W zakresie obowiązków wyróżnić należy zobowiązanie do podejmowania szans edukacyjnych czy pozostania aktywnym w inny sposób.

Po szóste, aktywne starzenie się powinno być oparte na uczestnictwie i upoważnieniu, musi stanowić efekt synergii działań idących „od góry” (upoważnienie) i „od dołu” (uczestnictwo). Rozwiązania instytucjonalne tworzą klimat do bycia aktywnym, z drugiej zaś strony umożliwia się obywatelom samodzielne podejmowanie działań i kreowanie własnych form aktywności.

Po siódme, polityka aktywnego starzenia się musi uwzględniać różnorodność narodową i kulturową. W różnych częściach świata dostrzegalne są zasadnicze różnice w wartościach i stylach życia. W tej sytuacji tworzenie uniwersalnych zasad, które miałyby określać optymalne formy aktywności jest niezwykle problematyczne, a wręcz niewykonalne.

## **KONTROWERSJE WOKÓŁ PARADYGMATU AKTYWNEGO STARZENIA SIĘ**

Koncepcja aktywnego starzenia się została powszechnie przyjęta za paradygmat w nowoczesnej polityce społecznej. Przemawia za tym fakt, iż jest ona zgodna z podstawowymi wartościami wynikającymi z praw człowieka, takimi jak niezależność, uczestnictwo, godność, bezpieczeństwo i samorealizacja. Ponadto jej charakter kładzie dobitny nacisk na odwrócenie się od „perspektywy potrzeb” (uznającej starca za pasywnego i biernego świadczeniobiorcę usług społecznych) i zwrócenie się ku „perspektywie praw” (uznającej równość szans i równość traktowania) (WHO 2002, s. 13).

Mimo licznych zalet, koncepcja ta budzi również wiele kontrowersji (por. Christensen i in. 2003, s. 12–18). Silne powiązanie aktywności z produktywnością może spowodować, że zepchnięte zostaną na drugi plan inne wartości dominujące w okresie starości, takie jak odpoczynek, wytchnienie i spokój. Przyjęcie takiego paradygmatu automatycznie dyskryminuje te jednostki, które z pewnych przyczyn nie chcą lub nie mogą pozostać aktywnymi na rynku pracy.

Powszechne uznanie aktywnego starzenia się za paradygmat w polityce społecznej rodzi również obawy związane z paternalizmem. Może ono bowiem zostać odczytane jako zakwestionowanie prawa jednostki do samostanowienia o własnym życiu. Odgórne narzucenie wzorca prawidłowego życia jest pewnego typu zanegowaniem prawa do życia zgodnego z indywidualnymi preferencjami i osobistą koncepcją „dobrego i szczęśliwego życia”.

Istnieje ponadto zagrożenie utożsamiania aktywnego starzenia się z antidotum na problemy starości. Niebezpieczeństwo w tym przypadku polega na tym, że idea ta zostanie niewłaściwie zrozumiana. Błędny tok myślenia przybiera następującą postać:

a) możliwe jest zaplanowanie i realizacja życia w taki sposób, który umożliwia uniknięcie procesu

starzenia się rozumianego jako pogłębianie się zależności od innych ludzi;

b) brak profilaktyki oraz nieodpowiednie prowadzenie się na przestrzeni dotychczasowego życia doprowadza do sytuacji, że w okresie starości potrzebne jest wsparcie i opieka;

c) skoro zależności można było zapobiec poprzez aktywne starzenie się, to osoby stare same są odpowiedzialne za swoje problemy. Przyjęcie takiej perspektywy prowadzi do obarczenia ludzi starych winą i odpowiedzialnością za ich zależność (choroby, niesamodzielność, izolację społeczną, ubóstwo).

Ostatnia z kontrowersji związana jest z zagrożeniem, że aktywne starzenie się zostanie wykorzystane przez władzę publiczną jako slogan uzasadniający przeprowadzenie reform państwa opiekuńczego. Faktycznym motywem realizacji tych reform nie będzie jednak podnoszenie jakości życia osób starszych, lecz ograniczanie wydatków publicznych. Przykładem może być likwidacja przywilejów emerytalnych i podnoszenie wieku emerytalnego, bez wdrażania systemowych rozwiązań ułatwiających osobom starszym funkcjonowanie na rynku pracy.

## **WNIOSKI I REKOMENDACJE**

W gerontologii społecznej ścierają się dwie przeciwstawne teorie starzenia się<sup>4</sup>: wycofania i aktywności. Zgodnie z teorią wycofania osoby starsze i społeczeństwo podejmują wzajemną separację. Jest to rzecz normalna i nieunikniona. Osoby wchodzące w okres starości dobrowolnie porzucają zgiełk wieku średniego, by oddać się życiowej kontemplacji. Takie zachowanie przynosi obopólne korzyści – jednostce (odpoczynek, wytchnienie, spokój) i społeczeństwu (równowaga pokoleniowa).

Teoria aktywności z kolei propaguje wizerunek osoby starej, która mimo upływu lat cieszy się wigorem i społecznym zaangażowaniem. Esencją tej teorii jest pozytywna zależność między aktywnością a satysfakcją życiową. Stwierdza ona, że wysoka jakość życia w okresie starości wymaga podtrzymania pełnienia ról społecznych z okresu dojrzałości lub zastępowania ich rolami substytucyjnymi (por. Schulz 2006, s. 9; Powell 2006, s. 49).

W polityce społecznej przez wiele dekad dominowało działanie oparte na teorii wycofania. Dominującą rolą władz publicznych było wykorzystywanie systemu świadczeń socjalnych (emerytur, usług zdrowotnych i opiekuńczych) do zapewnienia starszej generacji godnego poziomu życia. Ostatnimi czasy zakwestionowano jednak tak wąski zakres działań. Wyraźnie zaczęły dominować postulaty, aby polityka społeczna kreowała nie tylko poziom, ale również jakość życia osób starych. Skoro zatem (zgodnie z teorią aktywności) jakość życia w okresie starości ściśle uzależniona jest od poziomu aktywności, to rolą podmiotów publicznych jest pobudzanie zaangażowania i uczestnictwa ludzi starych w życiu społeczno-gospodarczym.

Polityka aktywnego starzenia się wzbudza wiele kontrowersji. Jest to jednak koncepcja zdecydowanie pozytywna, a jej zalety w przeważającym stopniu dominują nad wadami. Słusznie została zatem uznana za paradygmat w europejskiej polityce społecznej. Realne skutecznienie tej idei wymaga jednak wdrożenia jej na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym.

Należy rekomendować implikację paradygmatu aktywnego starzenia się do polskiej polityki spo-

tecznej. Nasz kraj wypełniłby w ten sposób zalecenia postulowane przez Unię Europejską i inne organizacje międzynarodowe (Światową Organizację Zdrowia oraz Organizację Narodów Zjednoczonych). Oczywiście byłoby to związane również z innymi korzyściami. Przede wszystkim zyskalibyśmy nowoczesną strategię działań wobec najważniejszej współcześnie kwestii społecznej – demograficznego starzenia. Należy zaznaczyć, iż pojawienie się takiej strategii byłoby rzeczą niezwykle korzystną. Współcześnie fundamentalną ułomnością polityki społecznej w Polsce jest właśnie „adhocyzm i krótkowzroczność”.

Sledząc działania władz publicznych trudno pozbyć się wrażenia, że decyzje podejmowane są pod wpływem chwili. Wyraźnie brakuje „myśli przewodniej”, która mogłaby ukierunkować podejmowanie długofalowych decyzji związanych z przeciwdziałaniem negatywnym konsekwencjom starzenia się ludności.

Kolejnym problemem polskiej polityki starości jest „sieroctwo instytucjonalno-prawne”. Polityka ta jest realizowana w różnych resortach, przy czym wydaje się, że każdy z nich ma swoją własną koncepcję działań na rzecz ludzi starych. Implementacja paradygmatu aktywnego starzenia się mogłaby stanowić antidotum na tę dolegliwość. Jest to bowiem wielowymiarowa strategia, która integruje i ukierunkowuje działania w ramach różnych polityk szczegółowych. Zapewnia spójność i systemowe podejście do kwestii starzenia się ludności.

Należy również w tym miejscu zaznaczyć, że aktywne starzenie się jest strategią obopólnych korzyści (dla jednostki i społeczeństwa). To jest główna zaleta tego paradygmatu i przede wszystkim na tym należy oprzeć rekomendację wdrożenia go do polskiej polityki. Niewiele jest bowiem inicjatyw, które zakładają podniesienie jakości życia wybranych kategorii społecznych oraz jednoczesne obniżenie wydatków publicznych. A w tym przypadku tak właśnie jest.

Podtrzymywanie aktywności zawodowej w okresie starości nie dość że przyczynia się do obniżenia wydatków na świadczenia emerytalne, to jeszcze zapewnia wzrost zasobów siły roboczej i wpływy do budżetu z tytułu podatków. Aktywność fizyczna i profilaktyka medyczna ograniczają wydatki na usługi lecznicze i opiekę długoterminową. Aktywność społeczna przyczynia się do rozwoju społeczeństwa obywatelskiego i ograniczenia wydatków publicznych ponoszonych na rozwiązywanie problemów społecznych.

<sup>1</sup> Z ang. *European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations*. Zaznaczyć należy, że w Polsce na-

zwa ta została błędnie przetłumaczona jako: Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej. Błąd wynika z tego, że koncepcja *active ageing* przyjmuje perspektywę cyklu życia i nie odnosi się wyłącznie do osób starszych, lecz do całej populacji.

<sup>2</sup> Na podstawie tych wytycznych ustalone zostały dwa cele strategiczne, które włączone zostały do Strategii lizbońskiej. Pierwszy z nich (tzw. cel sztokholmski z 2001 r.) to zwiększenie wskaźnika zatrudnienia osób w wieku przedemerytalnym (55–64 lata) do poziomu 50%. Drugi natomiast (tzw. cel barceloński) to podwyższenie efektywnego wieku przechodzenia na emeryturę o 5 lat (Kasneci 2007, s. 38).

<sup>3</sup> Koncepcja ta stanowiła wkład Światowej Organizacji Zdrowia w „Drugie światowe zgromadzenie ONZ na temat starzenia się społeczeństw”, które odbyło się w Madrycie (2002 r.).

<sup>4</sup> Teorie starzenia się mają charakter deskryptywny i normatywny. Są to konstrukcje społeczne, które z jednej strony wyjaśniają zmianę zachowań człowieka w miarę, jak ten staje się coraz starszy, z drugiej zaś stanowią konkretny wzorzec tłumaczący, jak należy zmieniać swoje zachowanie w miarę upływu lat (Morgan, Kunkel 2001, s. 275).

#### LITERATURA

- Avramov D., Cliquet R. (2005), *Integrated Policies on Gender Relations, Ageing and Migration in Europe: Lessons from the Network for Integrated European Population Studies (NIEPS)*, Antwerpia: CBGS-Publications.
- Christensen D.A., Ervik R., Helgøy I. (2003), *The Impact of Institutional Legacies On Active Ageing Policies: Norway and the UK as Contrasting Cases*, Bergen: Stein Rokkan Centre for Social Studies.
- Kasneci D. (2007), *Active Ageing: the EU Policy Response to the Challenge of Population Ageing*, „European Papers on the New Welfare” nr 8.
- Komisja Europejska (1999), *Towards a Europe for All Ages*, COM(1999) 221, Bruksela.
- Komisja Europejska (2001), *Commission staff working paper*, SEC (2001) 1398, Bruksela.
- Morgan L., Kunkel S. (2001), *Ageing. The social context*, Thousand Oaks: Pine Forge Press.
- OECD (1998), *Maintaining prosperity in an ageing society*, Paris: OECD Publishing.
- Powell J. L. (2006), *Social theory and aging*, Oxford: Rowman & Littlefield Publishers.
- Schulz R. (2006), *The encyclopedia of aging*, New York: Springer Publishing Company.
- Walker A. (2002), *A strategy for active ageing*, „International Social Security Review” nr 55.
- Walker A. (2009), *Active Ageing in Europe: Policy Discourses and Initiatives*, w: *Information and Communication Technologies for Active Ageing*, Red. M. Cabrera, N. Malanowski, Amsterdam: IOS Press.
- WHO (2002), *Active ageing: a policy framework*, Geneva: World Health Organization.
- Wilensky H. (1975), *The Welfare State and Equality. Structured and Ideological Roots of Public Expenditures*, Los Angeles: University of California Press.

#### SUMMARY

The aim of this article is to present determinants, assumptions and perspectives of “active ageing” as the paradigm of the modern social policy. We want to create an outline of the theoretical construction, that has become a signpost of many strategies and programs implemented at local, national and (especially) transnational level.

#### NOWE KSIĄZKI

RUCH GRANICZNY ORAZ PRZEPIYW TOWARÓW I USŁUG NA ZEWNĘTRZNEJ GRANICY UNII EUROPEJSKIEJ NA TERENIE POLSKI W 2010 ROKU, Główny Urząd Statystyczny i Urząd Statystyczny w Rzeszowie, Warszawa–Rzeszów 2011, stron 180.

Zdzisław Sadowski, PRZEZ CIEKAWY CZASY. ROZMOWY Z PAWŁEM KOZŁOWSKIM O ŻYCIU, LUDZIACH I ZDARZENIACH, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne i Instytut Nauk Ekonomicznych PAN, Warszawa 2011, stron 400.

Tomasz Biernat, Arkadiusz Karwacki, AKTYWNA POLITYKA SPOŁECZNA I PROFESJONALNA PRACA SOCJALNA W WOJEWÓDZTWIE KUJAWSKO-POMORSKIM. RAPORT Z BADAŃ, Wydawnictwo Edukacyjne, Toruń 2011, stron 312.

# REGIONALNE ZRÓŻNICOWANIE DOCHODÓW I WYDATKÓW GOSPODARSTW DOMOWYCH W 2010 R.

Mirostław Gorczyca

Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

## WSTĘP

W artykule przedstawiono regionalne zróżnicowanie poziomu dochodów i wydatków gospodarstw domowych w 2010 r., opracowane na podstawie wyników badań Głównego Urzędu Statystycznego<sup>1</sup>. Ujęto w nim dyferencjację jednostkowego poziomu dochodów i wydatków miesięcznych *per capita* w odniesieniu do sześciu regionów, szesnastu województw oraz w podziale na grupy wielkości miejscowości.

W ramach poziomu ogólnych wydatków wyodrębniono w nich dwie podstawowe ich pozycje, tzn. wydatki na żywność oraz mieszkanie, które ważą w okóło ich połowie.

## DOCHODY I WYDATKI WEDŁUG REGIONÓW

W obrębie sześciu regionów Polski występują następujące województwa<sup>2</sup>:

- region centralny: łódzkie i mazowieckie;
- region południowy: małopolskie i śląskie;
- region wschodni: lubelskie, podkarpackie, podlaskie i świętokrzyskie;
- region północno-zachodni: lubuskie, wielkopolskie i zachodniopomorskie;
- region południowo-zachodni: dolnośląskie i opolskie;
- region północny: kujawsko-pomorskie, pomorskie i warmińsko-mazurskie.

Dane o poziomie dochodów rozporządzalnych i wydatków oraz nadwyżki tych pierwszych nad wydatkami wskazują na znaczące regionalne dysparytety w tym zakresie. Spektakularnie egzemplifikują to zjawisko dane dotyczące rozstępu wartości krańcowych (obszar zmienności) w ujęciu bezwzględny i względnym.

Obszar zmienności poziomu dochodów wynosił 473,9 zł, tzn. prawie 40% średniej krajowej, a w przypadku wydatków, odpowiednio: 383,1 zł i < 39%. W obu przypadkach była to rozpiętość między poziomem w najbiedniejszym regionie wschodnim a najbogatszym centralnym. Jeśli za 100% przyjąć poziom z regionu wschodniego, to w pięciu pozostałych był on jak w poniższym zestawieniu:

	region południowy	region północno-zachodni	region północny	region południowo-zachodni	region centralny
dochody	115,7	116,0	119,2	122,1	147,9
wydatki	118,5	112,1	113,2	122,9	146,2

Nadwyżka dochodów nad wydatkami sięgała od niespełna 160 zł w regionie wschodnim do prawie 250 zł w centralnym. W ujęciu względnym owo przewyższenie przebiegało od kilkunastu do ponad 25%, przy czym swego rodzaju ciekawostką jest fakt, że jego notowanie wystąpiło w regionie północnym będącym na trzecim miejscu w rankingu dochodów, a nie w najbogatszym centralnym.

## DOCHODY I WYDATKI WEDŁUG WOJEWÓDZTW

Dyferencjacja poziomu dochodów i wydatków oraz nadwyżki dochodów nad wydatkami gospodarstw domowych w 2010 r. ściślej lokalizuje dysparytety regionalne. W międzywojewódzkim rankingu przoduje województwo mazowieckie (głównie Warszawa), które zaważyło istotnie o pierwszym miejscu regionu centralnego, jako że tworzące go z nim województwo łódzkie jedynie nieznacznie przewyższało średnią krajową dochodów. Z drugiej strony outsiderzy (województwa: podkarpackie, lubelskie, świętokrzyskie i podlaskie) zdecydowali, że region wschodni był „czerwoną latarnią” tego rankingu.

Gdy za 100% przyjmujemy poziom dochodów w województwie podkarpackim, to kolejno w innych stanowią: lubelskie – 107,8, świętokrzyskie – 113,1, podlaskie – 121,6, warmińsko-mazurskie – 121,6, małopolskie – 122,1, opolskie – 123,0, wielkopolskie – 124,1, lubelskie – 127,1, kujawsko-pomorskie – 127,7, śląskie – 128,8, łódzkie – 129,9, zachodniopomorskie – 130,8, dolnośląskie – 136,6, pomorskie – 137,0 i mazowieckie – 176,6. Obszar zmienności wojewódzkich wskaźników dochodu rozporządzalnego to 694,7 zł, co stanowiło 58,2% średniej krajowej, oraz podane przedtem przewyższenie mazowieckiego nad podkarpackim.

Mocno zróżnicowane były wojewódzkie wskaźniki wydatków. Rozpiętość między województwami mazowieckim i podkarpackim wynosiła 479,8 zł/osobę/miesiąc, co stanowiło aż 48,4% krajowego poziomu oraz przewyższenie o 58,5% wskaźnika z mazowieckiego nad tym z województwa podkarpackiego. Z kolei nadwyżka dochodów nad wydatkami w ujęciu międzywojewódzkim przebiegała od 87,3 zł w Podkarpackiem do 302,2 zł w Mazowieckiem. Zatem obszar zmienności stanowił 214,9 zł, tzn. aż 106,7% średniej dla kraju, przy przewyższeniu przez wskaźnik dla mazowieckiego nad podkarpackim rzędu < 3,5-krotności.

Przewyższenie dochodów nad wydatkami – tak w ujęciu bezwzględny, jak względnym – reprezentowało mocno zróżnicowany poziom. I tak, np. w mazowieckim występował jeden z najniższych jego poziomów (18,9%), natomiast relatywnie był wysoki w biedniejszych województwach (świętokrzyskie – 22,7% i warmińsko-mazurskie – 22,4%). Owe różnice spowodowane były nie tyle większymi możliwościami, co koniecznością oszczędzania.

## WYDATKI NA ŻYWNOŚĆ I MIESZKANIE W UJĘCIU REGIONALNYM

Jak wskazują dane GUS, wydatki na żywność i mieszkanie (użytkowanie mieszkania i nośniki energii) stanowiły w 2010 r. 45% ogółu wydatków polskich gospodarstw domowych. Jednostkowy poziom wydatków przebiegał w układzie międzywojewódzkim od 228,3 zł/osobę/miesiąc w Podkarpackiem do 273,2 zł w Mazowieckiem. Zatem rozstęp wartości krańcowych to 44,9 zł, co stanowiło 18,1% śred-

niej wartości krajowej, a maksymalny wojewódzki poziom przekraczał minimalny „jedynie” o 19,7%. W ogóle poziom bezwzględnej wartości wydatków na żywność (wraz z napojami bezalkoholowymi) reprezentował – w układzie regionalnym – najbardziej zbliżony poziom wśród wszystkich składników wydatków gospodarstw domowych<sup>3</sup>. Uwaga ta odnosi się przede wszystkim do ich poziomu w ujęciu bezwzględnym, bo różnice udziału (w procentach) miały bardziej różnicowane notowanie (od 17,2% w województwie opolskim do 22,7% w województwie świętokrzyskim).

Międzywojewódzka rozpiętość jednostkowych wydatków na mieszkanie przebiegała od 143,9 zł w Podkarpackiem do 243,5 zł w Mazowieckiem. Oznaczało to rozpiętość sięgającą 99,6 zł, co stanowiło 49,8% średniego krajowego poziomu oraz przewyższenie poziomu z mazowieckiego nad podkarpackim aż o 69,2%. Poziom jednostkowych wydatków na mieszkanie determinuje wiele czynników, przede wszystkim takich jak charakter własności (niepłacenie „renty właścicielskiej” we własnych mieszkaniach) czy standard mieszkań (ich wielkość i powszechność instalacji).

Nie bez znaczenia jest wielkość gospodarstw domowych, jako że wydatki na mieszkanie to – w dominancie – koszty stałe, niezależne od liczby osób w nich pozostających. Stąd nie może dziwić rozpiętość ich poziomu między województwami, w tym w szczególności między mazowieckim i podkarpackim.

Dyferencjacja poziomu wydatków na żywność oraz na mieszkanie między regionami była znacząco niższa niż w przypadku ujęcia międzywojewódzkiego, co wynikało z wyższego stopnia agregacji danych. I tak, rozpiętość krańcowych wskaźników między regionami wschodnim i centralnym wyniosła w przypadku wydatków na żywność 33,2 zł, co oznaczało tylko 13,5% średniej dla kraju oraz 14,4% przewyższenia najwyższego poziomu wojewódzkiego wskaźnika nad najniższym.

Zdecydowanie wyższe było różnicowanie jednostkowych poziomów regionalnych wydatków na mieszkanie. Rozpiętość sięgała tu 66,8 zł, co stanowiło 39,4% średniej krajowej oraz o 43,6% wyższy wskaźnik w regionie centralnym w porównaniu z regionem wschodnim. W ujęciu względnym różnice były znacząco mniejsze (od 18,9% w regionie centralnym do 22,0% ogółu wydatków w regionie południowym), przy czym swego rodzaju ciekawostką jest najniższy udział w najbogatszym regionie, ale to następstwo najwyższych w nim możliwości wydatkowych.

## SUMMARY

The article presents the regional differences of households incomes and expenses in 2010.

## DOCHODY I WYDATKI W GRUPACH WIELKOŚCI JEDNOSTEK OSADNICZYCH

Uzupełnieniem regionalnej (według regionów i województw) prezentacji danych o dochodach i wydatkach gospodarstw domowych jest ich ukazanie w podziale na grupy wielkości miast oraz wieś. Z danych tych wynika, że dochody i możliwości wydatkowe, a także nadwyżka dochodów nad wydatkami były najniższe na wsi, a rosły one w miarę rosnącej w miastach liczby ludności. Ogółem w miastach dochody były o 40,8% wyższe niż na wsi, wydatki o 35,7%, a nadwyżka dochodów nad wydatkami o 59,4%. Natomiast – w przypadku miast – jeśli za 100% przyjąć poziom w miastach z liczbą mieszkańców powyżej 20 tys., to wahały się one w dochodach od 109,9% do 171,3%, w wydatkach od 109,9% do 166,9% i w nadwyżkach od 109,6% do 193,6%. A zatem w miarę wzrostu liczby ludności w miastach rosły dochody i możliwości wydatkowe gospodarstw domowych, przy czym – co zrozumiałe – w największych z nich występowała najwyższa nadwyżka dochodów nad wydatkami.

Dane o poziomie i udziale wydatków na żywność i mieszkania w grupach wielkości miejscowości potwierdzają występujące w regionach i województwach prawidłowości w ich kształtowaniu się.

## ZAKOŃCZENIE

Prezentacja danych na temat regionalnego różnicowania dochodów i wydatków gospodarstw domowych wskazuje na znaczącą ich rozpiętość. Nie bez przyczyny np. województwo podkarpackie jest outsiderem w przedmiotowym rankingu, podobnie jak cały region wschodni. Wszak występuje tu najniższe w skali kraju wynagrodzenie (2617,5 zł brutto na miesiąc, wobec 3101,7 zł w kraju), wysokie bezrobocie (15,9% wobec 12,1%)<sup>4</sup>. Z drugiej strony w województwie mazowieckim wynagrodzenie wynosi 3915,5 zł, a stopa bezrobocia – 9%<sup>5</sup>. To właśnie wyższe płace i niższe bezrobocie sprawiają, że w największych miastach, regionach i województwach je grupujących występują wyższe dochody rozporządzalne, możliwości wydatkowe oraz nadwyżka dochodów nad wydatkami.

<sup>1</sup> *Budżety gospodarstw domowych w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2011.

<sup>2</sup> *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2010*, GUS, Warszawa 2010.

<sup>3</sup> *Por. Budżety gospodarstw domowych w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2011.

<sup>4</sup> Dane w 2009 r. – por. *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2010*, GUS, Warszawa 2010.

<sup>5</sup> Tamże.

## — NOWE KSIĄZKI —

BADANIA SPOŁECZNE ŚRODOWISKA POLITYKÓW SPOŁECZNYCH pod redakcją Katarzyny Głębickiej i Marii Gagackiej, Radom 2011, stron 244.

EFEKTYWNOŚĆ GOSPODAROWANIA KAPITAŁEM LUDZKIM pod redakcją Piotra Bohdziewiczza, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011, stron 552.

PROFESJONALNA PRACA SOCJALNA. NOWY PARADYGMAT CZY NIEDOKOŃCZONE ZADANIE? Redakcja naukowa Krzysztof Piątek i Katarzyna Szymańska-Zybertowicz, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2011, stron 312.



# ROLA „BANKÓW CZASU” W ROZWOJU WSPÓLNOT LOKALNYCH

Wanda Pełka

Wyższa Szkoła Handlu i Finansów Międzynarodowych  
im. Fryderyka Skarbka w Warszawie

## WPROWADZENIE

Jedną z form społecznej działalności, które pojawiły się w Polsce wraz z rozwojem ekonomii społecznej, stanowią „banki czasu”. Inicjatywa ta opiera się na wzajemnej pomocy jej uczestników poprzez bezgotówkową wymianę świadczonych usług. Rosnąca w wielu krajach popularność tego typu instytucji stanowi przyczynę dyskusji na temat ich roli w realizacji celów polityki społecznej, w tym w szczególności w kwestii zapobiegania skutkom wykluczenia społecznego.

Celem artykułu jest ukazanie zasad działania „banków czasu” oraz wskazanie argumentów na rzecz ich efektywnego udziału w budowaniu i rozwoju społeczności lokalnych w Polsce.

Realizacji celu pracy posłuży prezentacja idei ekonomii społecznej, z której wywodzi się koncepcja „banków czasu” oraz geneza powstania pierwszych tego typu instytucji w Stanach Zjednoczonych. Zaprezentowane zostaną zasady działania tych banków oraz stan rozwoju nowej inicjatywy w Polsce. Ostatnia część artykułu zawiera analizę SWOT, pozwalającą zidentyfikować podstawowe zalety i wady „banków czasu”, jak też określić niezbędne warunki dla rozwoju tego typu działalności.

Sformułowane na podstawie analizy wnioski dotyczące mocnych i słabych stron nowej inicjatywy sprzeczają się do stwierdzenia, że „banki czasu” stanowią formę współpracy, która przynosi jej uczestnikom korzyści na płaszczyźnie ekonomicznej, a także przyczynia się do poprawy funkcjonowania wspólnot lokalnych.

## IDEE EKONOMII SPOŁECZNEJ W POLSCE

Do głównych funkcji ekonomii społecznej zalicza się dostarczanie dóbr i usług publicznych oraz usług o charakterze wzajemnym, prowadzenie działalności na rzecz wspólnot lokalnych, a także działalność produkcyjną i handlową, z której zyski są przeznaczane na cele społeczne (Defourny, Nyssens 2008, s. 37).

Inicjatywy ekonomii społecznej nie są w Polsce zjawiskiem nowym. Przedsiębiorczość społeczna była znana już w XIX wieku, kiedy powstawały pierwsze banki ludowe i towarzystwa pożyczkowe. W okresie międzywojennym silnie rozwijał się ruch spółdzielczy. Po drugiej wojnie światowej nastąpiło zatrzymanie rozwoju ekonomii społecznej. Przedsiębiorczość społeczna łącząca realizację celów społecznych z wykorzystaniem rynkowych narzędzi ekonomicznych zaczęła się rozwijać dopiero w powiązaniu z procesem integracji europejskiej.

Zmiany, jakie nastąpiły w okresie transformacji gospodarczej, spowodowały silne zróżnicowanie rozwoju regionów wraz z towarzyszącymi temu zjawiskami pogłębiającego się ubóstwa i wykluczenia społecznego. Ponadto cechujący Polskę niski poziom zorganizowania społecznego to istotne argu-

menty na rzecz konieczności stosowania nowych i skutecznych rozwiązań w zakresie reintegracji społecznej i zawodowej.

W wielu krajach Unii Europejskiej lukę w obszarze niezbędnych działań w celu eliminowania zjawiska wykluczenia społecznego wypełniają instytucje i przedsięwzięcia z zakresu ekonomii społecznej, których specyfika zawiera się w tym, że jest to najczęściej działalność w skali mikro, a przy tym lokalnie zakorzeniona. Ekonomia społeczna obejmuje zwykle obszary, w przypadku których działania podejmowane przez sektor publiczny są mało skuteczne, a sektor prywatny najczęściej nie jest nimi zainteresowany, gdyż dana działalność zwykle nie generuje wystarczającego zysku (Hausner 2007, s. 9).

Obecnie podmioty ekonomii społecznej, takie jak spółdzielnie socjalne, fundacje i stowarzyszenia, towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, centra i kluby integracji społecznej czy wioski tematyczne, pełnią istotną rolę w kreowaniu działań na rzecz rozwoju lokalnego. Z jednej strony jako jednostki gospodarcze dostarczają produktów lub świadczą usługi, z drugiej natomiast aktywizują na wielu płaszczyznach lokalną społeczność (Sobolewski i in. 2009, s. 25).

Wiele przedsięwzięć z zakresu ekonomii społecznej trudno jest wyodrębnić w kategoriach podmiotowych. Jako przykład takich form mogą posłużyć lokalne partnerstwa ponadsektorowe, działające na zasadzie sieci podmiotów. Niektóre przedsięwzięcia są realizowane jedynie na podstawie lokalnej umowy społecznej. Wspólne jest dla nich to, że są to przedsięwzięcia zorientowane na rozwój lokalny, w tym na aktywizację ekonomiczną określonych społeczności i zapobieganie wykluczeniu społecznemu.

Warto podkreślić, że przedsięwzięcia społeczne generują innowacje związane z wykorzystaniem zasobów dotychczas niedocenianych oraz kreowaniem nowych usług społecznych. Ekonomia społeczna stanowi bowiem obszar, w którym mieszczą się działania sektora publicznego, jak polityka zatrudnienia i integracji społecznej, oraz sektora prywatnego, w tym społeczna odpowiedzialność biznesu.

Do takich innowacyjnych form społecznej działalności, które w ostatnich latach pojawiły się w Polsce, należą „banki czasu”. Są one często postrzegane jako forma działalności właściwa dla systemu społeczno-ekonomicznego, opartego na zasadzie sprawiedliwości społecznej poprzez dobrowolną i racjonalną działalność zwaną ekonomią alternatywną, którą postrzega się jako część ekonomii społecznej. Jest to pewnego rodzaju próba sprzeciwienia się negatywnym skutkom wolnego rynku i procesu globalizacji poprzez realizację inicjatyw wspierających rozwój ekonomiczny w skali mikro (Żwawa 2008, s. 13).

## ZASADY DZIAŁANIA „BANKÓW CZASU”

„Bank czasu” to nieformalna instytucja stworzona przez grupę osób, opierająca działalność na bezgotówkowej wymianie świadczonych usług pomię-

dzy jej członkami. Sama idea banków czasu sięga 1980 r., kiedy amerykański prawnik i socjolog Edgar Cahn stworzył pojęcie czasodolarów (*timedollars*), czyli wymiennych jednostek czasu. Nowy pomysł polegał na poświęcaniu wolnych godzin na rzecz lokalnej społeczności. W zamian za wykonane zadanie, na przykład zrobienie zakupów, korepetycje, pomoc w domu, można było otrzymać *timedollars*, które z kolei można było wymienić na usługi świadczone przez inne osoby. *Timedollars* zaczęły funkcjonować jako lokalna waluta. Nie były przy tym powiązane z obowiązującym w kraju pieniądzem, można było jednak nimi płacić za realne czynności wykonywane przez członków danej społeczności (Cahn 2004, s. 6).

Doświadczenia Cahn'a nabyte podczas pracy z lokalnymi wspólnotami zaowocowały stworzeniem w USA systemu samopomocy uczniowskiej w ramach realizacji programu wychowywania trudnej młodzieży. Każdy uczeń mógł wymienić 100 jednostek czasu na używany komputer, po uprzednim ich zdobyciu dzięki dobrowolnemu nauczaniu młodszych uczniów. Pozytywne efekty tego pomysłu zostały szybko dostrzeżone i podobne inicjatywy zaczęły realizować inne organizacje. „Banki czasu” były inicjatywą, która początkowo zakładała wzajemną pomoc w obrębie lokalnych społeczności, aby ostatecznie objąć swoim zasięgiem całe miasta. Wartość takich nieformalnych instytucji dostrzeżono również w krajach Europy i Azji (Seyfang 2004, s. 63).

Osoba pragnąca zostać uczestnikiem inicjatywy w specjalnej ankiecie umieszcza swoje potrzeby, czyli usługi, z których chciałaby skorzystać, oraz przedstawia umiejętności, którymi może podzielić się z innymi uczestnikami. Usługi świadczone na rzecz innych członków „banku czasu” są rozliczane. Wymiana dokonuje się bez udziału pieniądza, a jedyną walutą jest jednostka czasu. Najczęściej jednostką rozliczeniową jest godzina, niezależnie od wartości rynkowej usługi. Obowiązuje przy tym zasada, że godzina dowolnej pracy na rzecz członka banku jest równa godzinie pracy innego członka (Klimek-Michno 2011).

W odróżnieniu od wymiany usług na zasadzie barteru, gdzie każda usługa jest wyceniana, a wartość wymiany musi być równa po obu stronach, w „bankach czasu” każda czynność wykonana dla drugiej osoby jest przeliczana tylko na godziny. W „bankach czasu” nie ma zatem wyceny usług, a jedynie zapisywanie wypracowanych godzin na indywidualnych kontach jako forma zabezpieczenia w sytuacji potrzeby. Jeżeli uczestnik banku wykonuje określoną pracę na rzecz innego członka banku, każda godzina jego pracy jest zapisywana na osobistym koncie, powiększając jego stan. Z kolei każda godzina przyjętej pomocy pomniejsza rachunek. Różnorodność oferowanych usług pozwala oczekiwać, że znajdzie się ktoś kto wyświadczy usługę, na którą istnieje zapotrzebowanie.

Zarobione w „banku czasu” godziny można następnie wydać na potrzebną w danej chwili pomoc, której udzieli jedna z osób należących do tego systemu, oferująca odpowiednią usługę. W zależności od tego, ile dana osoba oferuje innym, tyle sama może oczekiwać. Wymiana usług w ramach banków nie musi mieć przy tym charakteru relacji bezpośredniej. Oznacza to, że za godziny zarobione na pomocy jednej osobie można kupić potrzebną pomoc od zupełnie innej osoby, która również należy do banku. Korzystanie z „banku czasu” jest bezpłatne i nie

wymaga wnoszenia składek członkowskich i innych opłat.

Nad funkcjonowaniem „banku czasu” czuwa koordynator, który na bieżąco kieruje pomoc do potrzebujących, sprawdza czy uczestnicy we właściwy sposób realizują usługi, prowadzi dokumentację z zapisem świadczonych wzajemnie usług. On też jest odpowiedzialny za gromadzenie informacji o możliwościach i potrzebach uczestników banku, potwierdzanie opinii o pracy osób świadczących sobie nawzajem pomoc, wystawia nowym członkom referencje, organizuje spotkania członków banku.

Jeśli chodzi o infrastrukturę, banki potrzebują do prowadzenia działalności biuro z telefonem i komputerem do rejestrowania wymiany na kontach uczestników. Zazwyczaj bank jest prowadzony przez zatrudnionego na stałe koordynatora, ale również sami jego członkowie mogą dzielić się obowiązkami, wówczas funkcja koordynatora nie wymaga etatu.

### **„BANKI CZASU” JAKO CZYNNIK ROZWOJU WSPÓLNOT LOKALNYCH**

W Polsce pierwsze „banki czasu” pojawiły się w 2004 r. Jednakże już w latach 90. idea usług wzajemnych została zaadaptowana w ramach podobnej inicjatywy, tj. systemu lokalnych walut opartej na dobrowolnej wymianie usług (*Local Exchange Trading Systems* – LETS). Różnica pomiędzy LETS a „bankami czasu” według koncepcji Cahn'a polega głównie na zróżnicowanym wycenianiu różnych usług. W przypadku LETS jest dokonywana wycena usług, co oznacza że porada prawna może być wyceniona wyżej niż naprawa prostego sprzętu. Tego rodzaju systemy nie funkcjonowały w Polsce zbyt długo, a dominującą obecnie formą wzajemnej wymiany usług są „banki czasu” (Sobczyk 2005, s. 2).

„Banki czasu” zaczęły się szczególnie szybko rozwijać w Polsce w okresie integracji z Unią Europejską. Trafiły bowiem na okres dobrej koniunktury i możliwość korzystania ze środków z funduszy unijnych, w tym Europejskiego Funduszu Społecznego. Pozyskane dotacje pomogły przeprowadzić szkolenia, przygotować materiały promocyjne, opłacić koordynatorów i koszty biurowe ich działalności. Warunkiem ich utrzymania w kolejnych latach jest pozyskanie dotacji z gminy lub ze źródeł prywatnych.

Usługi wymieniane w polskich „bankach czasu” są bardzo zróżnicowane, poczynając od nauki języków obcych, gry na instrumentach przez pomoc w pisaniu urzędowych pism, naprawę samochodów, opiekę nad dziećmi po udział w grach rozrywkowych. Niektóre banki mają w swojej ofercie ponad tysiąc różnego rodzaju usług.

Trudno jest odpowiedzieć na pytanie, ile „banków czasu” funkcjonuje obecnie w Polsce. Są to bowiem nieformalne inicjatywy. Chociaż często są inicjowane przez organizacje pozarządowe, to jednak nie podlegają obowiązkowi rejestracji. „Banki czasu” działają obecnie zarówno w dużych, jak i małych miastach i gminach. Jeden z największych „banków czasu pracy” funkcjonuje od kilku lat w Poznaniu. Bank ten angażuje ponad 100 uczestników i cechuje go duża różnorodność świadczonych usług. Powstała również internetowa wersja „banku czasu” ([BankCzasu.org](http://BankCzasu.org)). Najwięcej jednak banków działa w małych, zintegrowanych społecznościach lokalnych, gdzie funkcjonują jako grupy sąsiedzkiego wsparcia. Poszczególne



Po burzliwej debacie w mediach i w środowisku organizacji trzeciego sektora, jaka miała miejsce w 2009 r. przyjęto, że wzajemne świadczenie usług nie podlega opodatkowaniu. Decyduje o tym element wzajemności, tj. osoba korzystająca z usług jednocześnie je świadczy na rzecz innej osoby. Nie oznacza to jednak, że w pewnych sytuacjach pomoc w ramach „banku czasu” nie będzie skutkowała powstaniem obowiązku podatkowego. Jeśli za pracę w „banku czasu” osoba fizyczna otrzyma wynagrodzenie w formie rzeczowej, to jego wartość będzie dla tej osoby przychód z tzw. innych źródeł i przychód ten powinien podlegać opodatkowaniu na zasadach ogólnych.

Podobnie, gdy usługa w ramach „banku czasu” świadczona będzie nieodpłatnie, ale będzie ją wykonywać osoba prowadząca działalność gospodarczą, to będzie interpretowana jako przypadek uzyskania przychodu do opodatkowania. Oznacza to, że wiele realizowanych w ramach „banku czasu” usług powinno być rozpatrywanych indywidualnie. Na tej podstawie można twierdzić, że rozwój „banków czasu” i wiążący się z nim wzrost skomplikowania realizowanych wzajemnych świadczeń będzie powodował presję na rzecz opodatkowania pewnych kategorii usług wykonywanych w ramach „banku czasu”, co z kolei będzie hamować rozwój działalności o charakterze wzajemnej pomocy.

„Bank czasu” to inicjatywa, która wymaga wielu starań i determinacji już na etapie jego tworzenia. Pierwszy krok na drodze do utworzenia stanowi zorganizowanie spotkania informacyjnego i przekonanie zainteresowanych osób o pozytywnych stronach przedsięwzięcia. Niezbędna jest osoba, która będzie tworzyć ofertę i koordynować wymianę usług. Wiele zainicjowanych „banków czasu” upadało w ostatnich latach właśnie z powodu niedostatecznego angażowania się w przedsięwzięcie koordynatora lub niskiej efektywności w zarządzaniu uczestnikami.

Do zadań koordynatora należy sprawdzanie, czy nie dochodzi do nadużyć i wykorzystywania zaufania. Należy podkreślić, że w wielu przypadkach „banki czasu” wspierają proces resocjalizacji osób, które do niego trafiły. Warunkiem poprawy jakości działania banku jest opracowanie regulaminu z zasadami, które będą obowiązywać całą wspólnotę banku. Zazwyczaj banki opracowują jedynie formularz zgłoszeniowy i ankietę usług. W miarę rozwoju działalności niezbędne jest opracowanie szczegółowych zasad uczestnictwa w banku.

Koordynator powinien zgromadzić podstawowe informacje o nowych uczestnikach. Niezbędne jest bowiem budowanie zaufania, co w dużej mierze zależy od samych uczestników. Pomocne stają się spotkania integracyjne. Koordynator zobowiązany jest czuwać nie tylko nad wymianą usług, ale sprawdzać, czy uczestnicy nie określają czasu wykonania swojej pracy jako dłuższy niż rzeczywisty. Wymaga to znajomości wielu dziedzin, a często oznacza potrzebę korzystania z doradztwa specjalistów w zakresie wyceny usługi pod względem niezbędnego czasu na jej wykonanie. W sytuacji rozrastania się banków i poszerzania zakresu działania o nowe usługi rola koordynatora będzie stawać się niewystarczająca, a banki będą potrzebować nowej struktury organizacyjnej właściwej dla sprawnie funkcjonujących instytucji.

Do innych ograniczeń w rozwoju „banków czasu” można zaliczyć: brak osób oferujących potrzebne

usługi, wzajemną nieufność uczestników inicjatywy, brak czasu i wysoką rotację uczestników w związku z wycofywaniem się z programu. Jak wynika z dotychczasowych doświadczeń banków, najczęstsze problemy to komunikacja z wieloma uczestnikami oraz trudności z zapewnieniem stabilnego składu osób deklarujących określone usługi.

Problemy może powodować również nadmierna liczba osób w banku. Stąd niezmiernie istotną rolę mają do odegrania zatrudniani na stałe pracownicy, ale wiąże się to z koniecznością ponoszenia kosztów pracy. Dobrowolność przystąpienia do banku i brak wiążących obydwie strony umów nie sprzyja dyscyplinie uczestników w realizacji powierzanych zadań. Duża liczba uczestników, brak jasno określonych zasad funkcjonowania „banków czasu” mogą stanowić przyczynę nadużyć i oszustw, a także brak możliwości zagwarantowania przez bank odpowiedniej jakości świadczonych usług. Wymusza to konieczność tworzenia systemów nie tylko rejestracji wszystkich usług, ale również oceny jakości ich wykonania w miejsce dotychczasowych zapisów obejmujących jedynie przeliczenia godzinowe świadczonych usług. Z tego też względu niektóre banki stosują zasadę, że do banku są przyjmowane jedynie osoby polecane przez sprawdzonych dotychczasowych jego uczestników.

Problemem w przypadku „banków czasu” są również koszty działalności. Mniejsze organizacje ponoszą względnie wyższe koszty i bez zapewnienia długoterminowych źródeł finansowania upadają. W innych państwach „banki czasu” otrzymują wsparcie instytucjonalne ze strony samorządów, które są świadome, że środki wydane na samoorganizację lokalnych społeczności mogą stanowić efektywne rozwiązanie wielu problemów, a przy tym bardziej skutecznie niż stałe ponoszenie nakładów na standardową opiekę społeczną opartą na kosztownej i biurokratycznej obsłudze.

Z powyższych względów „banki czasu” powinny stanowić jeden z podstawowych priorytetów polityki społecznej kraju. Inicjatywy tworzenia banków mają ciągle w Polsce charakter oddolny i pojawiają się na gruncie krytyki niedoskonałości gospodarki rynkowej, zamiast stanowić efekt oceny i identyfikacji rzeczywistych potrzeb społecznych.

## PODSUMOWANIE

„Banki czasu” stanowią przykład inicjatywy, która przynosi korzyści na wielu płaszczyznach, począwszy od indywidualnych ekonomicznych, poprzez wzrost zaufania między stronami wymiany, aż do wzrostu efektywności i częstotliwości transakcji i stosunków społecznych, co wpływa na rozwój ekonomiczny danej społeczności lokalnej.

„Banki czasu” powinny stanowić istotny element strategii rozwoju ekonomii społecznej w kraju. Mogą być wykorzystywane jako narzędzie aktywizacji wspólnot w zakresie pomocy sąsiedzkiej, ale również w obszarze działania instytucji i struktur odpowiedzialnych za działanie wspólnot lokalnych w obszarze socjalnym.

„Banki czasu” dają możliwości budowania prężnych społeczności lokalnych, do wzmacniania roli jednostki, dzięki włączaniu jej w związki z innymi ludźmi. Stanowią potencjał, który nie miał możliwości wcześniej zaistnieć. Nieformalny charakter inicja-

tywy sprawia, że rozwój „banków czasu” cechują liczne ograniczenia, powodowane przez brak regulacji i środków finansowych na pokrycie kosztów prac organizacyjnych oraz indywidualny charakter poszczególnych banków.

#### LITERATURA

Cahn E. (2004), *No More Throw Away People*, Washington, DC: Essentials Books.

Defourny J., Nyssens M. (2008), *Social Enterprise in Europe: Recent Trends and Developments*, EMES Working Papers No. 1.

Hausner J. (2007), *Ekonomia społeczna jako sektor gospodarki*, „Ekonomia Społeczna” nr 1.

Hopley S., Mackie J. (2011), *Timebanking UK. Strategic Direction 2011–2013*, Discussion Document.

Klimek-Michno K. (2011), *Jak założyć bank czasu*, „Dziennik Polski” z 12 września.

Seyfang G. (2004), *Time banks: rewarding community self-help in the inner city*, „Community Development Journal” No. 39.

Sobczyk M. (2005), *Czas to więcej niż pieniądz*, „Obywatel” nr 6 (26).

Sobolewski A., Klimek P., Piekutowski J. (2009), *Ekonomia społeczna w kreowaniu polityki lokalnej gmin i powiatów*, Szczecin: Stowarzyszenie Czas Przestrzeń Tożsamość.

Żwawa A. (2008), *Ekonomia alternatywna – obecność idei w Polsce, eksperymenty, wnioski, które z nich wynikają, oraz omówienie potencjalnych szans na rozwój tej ekonomii*, „Ekonomia Społeczna” nr 2.

#### SUMMARY

The aim of this article is to introduce the activity rules of time banks and to find arguments for their role in the local community development in Poland. The SWOT analysis allows to identify advantages and disadvantages, opportunities and threats for future activities of time banks. The article argues that the time banks bring economic benefits for all participants of new initiative, as well encourage development of the local communities.



z prac naukowo-badawczych

## KIŁA I JEJ KONSEKWENCJE JAKO ZAPOMNIANY PROBLEM ZDROWIA PUBLICZNEGO

Teresa Rzepa

Wyższa Szkoła Psychologii Społecznej, Wydział Zamiejscowy w Poznaniu

Ryszard Żaba

Oliwia Jakubowicz

Beata Szramka-Pawlak

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

#### WPROWADZENIE

Jeśli z dowolną osobą podjąć rozmowę na temat rozmaitych zagrożeń ze strony współczesnego świata, to właściwie za w pełni przewidywalne można uznać jej zdumienie na wieść o nadal istniejącym i wciąż rosnącym niebezpieczeństwie zarażenia krętkiem błędym, wywołującym kiłę (*lues, syphilis*). Ogólnopolskie dane epidemiologiczne z ostatnich lat wskazują na wzrost liczby zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową, w tym także na kiłę. Przykładowo, dane z 2009 r. wskazują na 36-procentowy wzrost zachorowań na kiłę nabytą w porównaniu z rokiem poprzednim. W tym samym roku niepokojąco wzrosła także liczba przypadków kiły wrodzonej (13 zachorowań), podczas gdy w 2008 r. nie odnotowano takich przypadków.

Jednocześnie przypuszcza się, że te statystyki są niepełne oraz że w rzeczywistości prezentują się znacznie gorzej. Wynika to stąd, że nie wszyscy lekarze, szczególnie prowadzący prywatne praktyki, dopełniają obowiązku zgłaszania nowych zachorowań (Majewski, Rudnicka 2010, 2011).

Wśród przyczyn obserwowanego wzrostu liczby zachorowań na kiłę wymienić należy: zwiększone mi-

gracje ludności, ryzykowne zachowania seksualne, używanie substancji zmieniających stan świadomości i stępujących kontrolę, rosnące bezrobocie, zubożenie niektórych warstw społeczeństwa oraz relatywnie malejące nakłady na opiekę zdrowotną, jak również niedostateczną edukację dotyczącą chorób wenerycznych i bezpiecznego seksu oraz utrudniony dostęp do poradnictwa wenerologicznego.

Nie bez znaczenia jest także postawa chorych na kiłę, którzy nierzadko bagatelizują problem i nie ujawniają danych osobowych swoich partnerów seksualnych oraz nie informują ich o konieczności zgłoszenia się do lekarza. Przed prawidłowym postępowaniem i ujawnieniem faktu wystąpienia niepokojących objawów najczęściej hamuje ich skrępowanie i wstyd oraz obawa przed spodziewanym napiętnowaniem i społecznym odrzuceniem (Rzepa, Żaba 2009a).

Niekorzystny wpływ na opisywaną sytuację wywiera również obserwowany w ostatnim czasie spadek liczby wykonywanych badań serologicznych w kierunku kiły. Z danych Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu wynika, że liczba badań obniżyła się z wykonywanych średnio rocznie 11 992 (w latach 1996–1998) do 7091 (w latach

1999–2010), przy czym dokonane badania w 2010 r. stanowiły jedynie 53,2% liczby badań serologicznych przeprowadzonych w 1996 r. Opóźnienie postawienia właściwej diagnozy i włączenia skutecznego leczenia przyczynia się do rozwoju kolejnych etapów infekcji, ciężkich powikłań układowych oraz znacząco zwiększa niebezpieczeństwo rozprzestrzeniania się choroby (Karlińska-Jachowska i wsp. 2007; Jakubowicz i wsp. 2010, 2011; Jakubowicz 2011).

Jednocześnie w Internecie szerzy się nieprawdziwe informacje o tym, jakoby kiła – szczególnie w porównaniu z AIDS – była chorobą już przebrzmiałą, niegroźną, nieprowadzącą do tragedii osobistych i uszczerbku na zdrowiu, łatwą do wyleczenia i taką, którą nie warto się przejmować. Jedyne zawarte tam przestrogi dotyczą samowolnego stosowania terapii antybiotykowej. Tymczasem tego typu informacje oraz wymienione powyżej czynniki bardzo poważnie wzmagają możliwość zachorowania na kiłę, wadliwego jej leczenia, a co za tym idzie – zarażenia tą chorobą następnych osób.

Kiła jest zakaźną chorobą układową przenoszoną głównie (w 95% przypadków) przez kontakty płciowe. Czynnikiem etiologicznym choroby jest wykryty na początku XX w. przez F. Schaudinna i E. Hoffmanna krętek błady – *Treponema pallidum subspecies pallidum* (*T. pallidum*). Ponadto krętki blade mogą być przenoszone z matki na płód. Bardzo rzadko do zakażenia dochodzi drogą pozapłciową, np. poprzez kontakt z zakażonym materiałem biologicznym czy transfuzję krwi. Za najbardziej zagrożone kiłą uznaje się: kobiety w wieku 20–24 lat, 35–39-letnich mężczyzn, osoby trudniące się prostytucją oraz pozostające w związkach homoseksualnych, narkomanów (szczególnie zażywających dożylnie środki odurzające) i ludzi żyjących w ubóstwie, bezrobotnych, bezdomnych, pozbawionych opieki medycznej ([http://www.ashastd.org/pdfs/Syphilis\\_factsheet.pdf](http://www.ashastd.org/pdfs/Syphilis_factsheet.pdf)).

Choroba charakteryzuje się bogatą symptomatologią kliniczną oraz wieloletnim przebiegiem, z przeplatającymi się okresami objawowymi i bezobjawowymi (Chodyncka i in. 2006). Zgodnie z przyjętymi kryteriami klinicznymi oraz immunologicznymi kiłę dzieli się na wczesną, obejmującą pierwsze dwa lata zakażenia, oraz trwającą dłużej i bardzo groźną w skutkach – kiłę późną (Burgdorf i in. 2010). Charakter oraz przewlekły przebieg schorzenia sprawiają, że kiła stanowi poważny problem społeczny, medyczny oraz psychospołeczny (Rzepa, Żaba 2010a, 2010b; Mikołajczyk, Żaba 2011).

Mimo że kiła towarzyszy człowiekowi od dawna, jej pochodzenie nadal pozostaje niejasne. Niektórzy badacze uważają, że choroba istniała już w starożytności, inni natomiast wiążą jej pojawienie się w Europie z wyprawą Kolumba i z gwałtownym szerzeniem się choroby pod koniec XV w. na dworach królewskich, wśród marynarzy, żołnierzy i wędrownych kupców. Bardzo wysoka zapadalność na kiłę (nawet kilkaset przypadków na 100 tys. osób) była typowa dla okresu po II wojnie światowej. Po zastosowaniu penicyliny i ostrych reguł postępowania wobec zarażonych osób zachorowalność na kiłę uległa znacznej redukcji. Niestety, w ostatnich latach nie tylko w Polsce, lecz na całym świecie odnotowuje się wyraźny wzrost liczby zachorowań na tę chorobę (Burgdorf i in. 2010; Rzepa, Żaba 2009b; Mikołajczyk, Żaba 2011).

W przypadku chorób przenoszonych drogą płciową mamy do czynienia z wyjątkowo skomplikowaną sytuacją psychospołeczną. Bowiern objawy choroby wenerycznej są najczęściej niewidoczne lub trudno rozpoznawalne przez zdrowe osoby. Tymczasem chorzy zwykle o tym wiedzą, zatem to od nich zależy decyzja o wizycie u wenerologa oraz o ujawnieniu (lub zatajeniu) informacji na temat choroby przed osobami bliskimi.

Właściwie aż do podjęcia odpowiedniej decyzji chorzy tkwią w konflikcie wewnętrznym, który Erving Goffman (2005) określił jako zachodzący pomiędzy szczerością a stosownością roli odgrywanej w kontaktach z innymi ludźmi. Bowiern w wielu sytuacjach społecznych chory musi dokonać stresującego wyboru i podjąć decyzję o tym, którą rolę powinien aktualnie pełnić: „stosowną” – osoby bez piętna choroby wenerycznej, czy też „szczerą” – osoby napiętnowanej taką chorobą.

Bez wątpliwości decyzja jest bardzo trudna, a konsekwencje zarówno ujawnienia, jak i zatajenia prawdy – stresujące, ryzykowne i społecznie zagrażające (Crocker i in. 1993; Bloom, Kessler 1999; Liu i in. 2002; Blascovich i in. 2008; Hebl i in. 2008; Lichtenstein i in. 2008; Rzepa, Żaba 2009a, 2009b). Wszak chory, wychowany w określonych warunkach społeczno-kulturowych, jest w pełni świadomy nie tylko możliwości „naznaczenia” go (np. „zarażony”, „rozpustnik”, „syfilityk”), lecz również – odwrócenia się od niego innych ludzi, a nawet wykluczenia go z grupy społecznej.

Przewidywanie możliwości użycia różnych form ostracyzmu społecznego stanowi więc bardzo silny hamulec przed ujawnieniem informacji o „takiej” chorobie. Ponadto w świadomości potocznej stereotyp „syfilityka” zakłada popełnienie grzechu pożądliwości (jednego z siedmiu grzechów głównych), tożsamego z rozwiązłym stylem życia. Nie mówiąc już o tym, że światopogląd katolicki nakazuje odczytywać chorobę weneryczną jako karę boską, zsyłaną na rozpustników i cudzołożników.

Te dodatkowe powody przemawiają na rzecz wyboru „stosownej” roli i zatajenia prawdy o piętnującej chorobie. Jednakże wówczas każdy akt seksualny jest równoznaczny ze świadomym zarażaniem nie poinformowanych osób, a więc ze skazywaniem ich na cierpienia związane z chorobą i jej leczeniem oraz na zmaganie się z trudnymi dylematami natury psychospołecznej.

Oczywiście wyjściem z tej „pułapki” jest abstynencja seksualna, aczkolwiek niemal niemożliwa bez kłopotliwych wyjaśnień, zwłaszcza gdy chory pozostaje w związku partnerskim.

Z kolei decyzja o wyborze „szczerzej” roli wobec osób ocenianych jako te, które zrozumieją sytuację chorego i które go nie odrzucą, może nieoczekiwanie okazać się błędna. Trudna do zaakceptowania informacja o odwiecznie stygmatyzowanej chorobie może bowiem spotkać się z dramatyczną reakcją ze strony otoczenia. Poza tym dość szybko chory przestanie sprawować kontrolę nad rozprzestrzenianiem się wiedzy na temat jego piętna, gdyż nie jest w stanie przewidzieć kto z kim się spotyka i jakie informacje o nim przekazuje. Po jakimś czasie jego otoczenie społeczne podzieli się na osoby, które znają prawdę i na prawdy tej pozbawione.

Nic więc dziwnego, że trudny do rozstrzygnięcia konflikt i związane z nim niepokojące stany emocjonal-

ne prowadzą chorego do nieprzewidywalnych zachowań: albo dystansowania się wobec innych i zawężania grona znajomych do wtajemniczonych w problem, albo zajmowania wobec otoczenia społecznego postawy butnej i lekceważącej stopień zagrożenia.

## CEL PRACY

W artykule postanowiono sprawdzić słuszność tych rozważań i sformułowano hipotezę, iż wiedza o nazaczeniu syfilisem skutkuje zmianami w zakresie funkcjonowania społecznego. Zmiany te dotyczą:

- 1) oceny aktualnej sytuacji życiowej,
- 2) stosunku do siebie pod wpływem choroby,
- 3) pozycji w znaczących grupach społecznych (rodzina, miejsce pracy, bliscy znajomi).

## METODA

W celu sprawdzenia powyższych założeń przeprowadzono (od lutego 2009 r. do marca 2011 r.) badania porównawcze dotyczące chorych na kiłę i osób zdrowych. W tym okresie w Klinice Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu było hospitalizowanych 40 chorych na kiłę (33 mężczyzn i 7 kobiet), stanowiących grupę badawczą. Średnia wieku chorych mężczyzn wynosiła 35,7, a kobiet – 37,0 lat.

Z uwagi na delikatną materię badań, zaplanowano je jako całkowicie anonimowe i przeprowadzono za pomocą ankiety złożonej z 16 pytań dotyczących (m.in.) wyszczególnionych powyżej problemów. W celach porównawczych podobną ankietę (z poleceniem – w przypadku problemu 2 – wyobrażenia siebie w sytuacji poważnej choroby zakaźnej) wypełniły 62 osoby zdrowe, dobrane odpowiednio ze względu na kryterium płci i wieku (grupa kontrolna). Osoby należące do tej grupy studiowały (we wskazanym okresie) pedagogikę w Uniwersytecie Szczecińskim w ramach studiów niestacjonarnych.

## WYNIKI BADAŃ

Zgodnie z założeniami dotyczącymi skomplikowanej sytuacji psychospołecznej w przypadku stygmatyzowanych chorób oczekiwano, że hospitalizowani chorzy na kiłę (w porównaniu z osobami zdrowymi):

- 1) bardziej negatywnie ocenią swą aktualną sytuację życiową;
- 2) ujawnią bardziej negatywny stosunek do siebie;
- 3) niżej ocenią swą pozycję w znaczących grupach społecznych (rodzina, miejsce pracy, bliscy znajomi).

W celu sprawdzenia tych przypuszczeń, w podanej kolejności dokonano porównania wyników uzyskanych przez osoby chore i zdrowe. Weryfikacji wyników dokonano za pomocą testu  $\chi^2$  i współczynnika V-Cramera.

Okazało się (wykres 1), że chorzy na kiłę oceniają aktualną sytuację życiową raczej dychotomicznie: albo wskazują na jej pozytywny, przyszłościowy aspekt (64,1%), albo skupiają się na teraźniejszości jako na najsmutniejszym okresie życia lub na przeszłości w sensie przeżycia już tego co najlepsze (łącznie 30,7%). Natomiast osoby zdrowe oceniają swą sytuację życiową niemal wyłącznie pozytywnie (96,8%). Różnice między grupami są statystycznie istotne

( $p < 0,000$ ), a związek między analizowanymi zmiennymi należy ocenić jako umiarkowany ( $V = 0,444$ ).

Wykres 1. Ocena aktualnej sytuacji życiowej przez osoby zdrowe i chore (w %)



Źródło: badania własne.

Co interesujące, w przypadku pacjentów stosunek do siebie pod wpływem choroby nie zmienił się (42,5%) lub jest chwiejny (30%). To różni chorych na kiłę od osób zdrowych, które oceniły, że w sytuacji wyobrażonej, poważnej choroby zakaźnej ich stosunek do siebie byłby przede wszystkim chwiejny (62,9%) lub zmieniłby się na gorszy (21%) (wykres 2). Różnice między grupami są istotne statystycznie ( $p < 0,000$ ). Związek między badanymi zmiennymi należy ocenić jako umiarkowany ( $V = 0,43$ ).

Wykres 2. Zmiana stosunku do siebie pod wpływem choroby u osób zdrowych i chorych (w %)



Źródło: badania własne.

Jeśli chodzi o ocenę pozycji zajmowanej w rodzinie (wykres 3), to chorzy na kiłę oceniają ją głównie jako przeciętną (47,5%) lub wysoką (40%), zaś osoby zdrowe lokują siebie przede wszystkim na wysokiej pozycji (69,4%). Ustalone różnice są istotne statystycznie ( $p < 0,001$ ), a związek między zmiennymi ma umiarkowaną wartość ( $V = 0,417$ ).

Wykres 3. Ocena własnej pozycji w rodzinie dokonana przez osoby zdrowe i chore (w %)



Źródło: badania własne.

Swą pozycję zawodową (wykres 4) chorzy na kiłę oceniają w równym stopniu jako przeciętną (30%) lub podają, że nie pracują (30%). Warto zauważyć, iż 22,5% pacjentów określiło ją jako bardzo wysoką. Natomiast osoby zdrowe uznały, że ich pozycja zawodowa jest albo wysoka (50%), albo przeciętna (40,3%). Wszystkie osoby zdrowe pracują. Różnice międzygrupowe są istotne statystycznie ( $p < 0,000$ ), a ustaloną zależność między zmiennymi należy ocenić jako silną ( $V = 0,558$ ).

Wykres 4. Ocena własnej pozycji zawodowej dokonana przez osoby zdrowe i chore (w %)



Źródło: badania własne.

Swoją pozycję towarzyską (wykres 5) pacjenci oceniają głównie jako wysoką (47,5%) lub przeciętną (45%), a osoby zdrowe przeważnie jako wysoką (58,8%). Różnice między badanymi grupami są statystycznie istotne ( $p < 0,05$ ), choć ustalona zależność jest słaba ( $V = 0,289$ ).

Wykres 5. Ocena własnej pozycji wśród bliskich znajomych dokonana przez osoby zdrowe i chore (w %)



Źródło: badania własne.

## WNIOSKI

Po pierwsze, jak oczekiwano, osoby chore na kiłę – prawdopodobnie ze względu na doświadczany w sytuacjach społecznych konflikt ról (Goffman 2005) – generalnie oceniają jako niższą swą pozycję w rodzinie, w miejscu pracy i w grupie towarzyskiej, w porównaniu z osobami zdrowymi.

Jednakże warto podkreślić ujawnienie się tu kilku niepokojących zjawisk:

1) spora grupa chorych na kiłę nie pracuje (30%), więc musi być utrzymywana przez rodzinę lub państwo;

2) 22,5% pacjentów zajmuje bardzo wysoką pozycję zawodową, co świadczy o występowaniu i zagro-

zeniu kiłą nie tylko – jak mogłoby się wydawać – tzw. niższych warstw społecznych;

(3) mimo piętna choroby wenerycznej, 40% pacjentów ocenia swą pozycję w rodzinie jako wysoką, co może dowodzić wywieranej przez nich presji i egzekwowania uległości ze strony osób bliskich lub złagodzenia dotąd zdecydowanie negatywnej postawy wobec tego typu chorób (Cunningham i in. 2002; Rzepa, Żaba 2010a, 2010b), bądź też częstszego wyboru roli stosownej aniżeli szczerzej (Goffman 2005), a tym samym zatajania informacji o groźnej chorobie przenoszonej drogą płciową;

4) o możliwości występowania tego zjawiska świadczy również to, iż większość (47,5%) chorych na kiłę ocenia swoją pozycję towarzyską jako wysoką, co może stanowić poważne zagrożenie dla bliskich znajomych (Liu i in. 2002).

Po drugie, chociaż okazało się, że dychotomiczna ocena aktualnej sytuacji życiowej przez chorych na kiłę (różna od zdecydowanie optymistycznej oceny wyrażonej przez osoby zdrowe) dowodzi nasycenia jej w pewnym stopniu negatywnymi emocjami, to również tutaj mamy do czynienia ze zjawiskiem, które można zinterpretować zarówno pozytywnie, jak i negatywnie. Większość bowiem pacjentów z optymizmem patrzy w przyszłość, mimo hospitalizacji z powodu poważnej i wstydlivej choroby oraz mimo świadomości gorszego funkcjonowania w zakresie społecznym. Negatywny aspekt takiej postawy polegałby na lekceważeniu aktualnej sytuacji życiowej oraz jej przyczyn (Bennet, Elliot 2002; Cunningham i in. 2002; Liu i in. 2002), zaś pozytywny – na wierze w możliwość rychłego wyleczenia oraz powrotu do normalnego życia i funkcjonowania (Heszen-Niejodek 1997; Gałuszka 2005; Kubacka-Jasiecka, Ostrowski 2005; Heszen, Sęk 2007; Taylor, Sherman 2007). Rozstrzygnięcie tego problemu wymaga podjęcia pogłębionych badań.

Po trzecie, opisaną powyżej możliwość negatywnej interpretacji zaobserwowanego zjawiska potwierdzają wyniki dotyczące zmiany stosunku do siebie pod wpływem zachorowania na kiłę. Otóż okazało się, że – wbrew zakładanym oczekiwaniom – ten stosunek głównie się nie zmienił (42,5%). Tę ocenę trudno interpretować inaczej aniżeli jako świadcząca albo o lekceważeniu własnego położenia oraz o pewnej dozie arogancji i buty (Taylor i in. 2000; Liu i in. 2002), albo jako dowód na uruchamianie mechanizmu radzenia sobie z powszechnie piętnowaną chorobą poprzez zaprzeczanie jej (Leary 2000; Lee, Craft 2002; Freud 2004; Goffman 2005), albo jako świadectwo zaakceptowania swych dowolnych (nawet bardzo ryzykownych) zachowań seksualnych (Suchańska 1998; Rzepa, Żaba 2009b).

Przedstawione wyniki badań i sformułowane powyżej wnioski upoważniają do udzielenia negatywnej odpowiedzi na tytułowe pytanie. Nie można zapominać o groźbie kiły i nie można ufać beztrósko rozpowszechnianym informacjom o jej opanowaniu i łatwym procesie leczenia, gdyż to może prowadzić – jak się okazuje – do jej lekceważenia, do narażenia zdrowia niewinnych i nieświadomych zagrożenia ludzi z najbliższego otoczenia chorych na kiłę, do zwiększenia kosztów ich utrzymywania w przypadku utraty pracy, wreszcie – do spotęgowania liczby ryzykownych zachowań seksualnych.



Dlatego należy uznać obecne podejście do problemu leczenia chorych na kiłę za niepełne i wymagające systemowego rozwiązania. Od lat nie prowadzi się bowiem obowiązkowych badań przesiewowych w kierunku kiły, nie analizuje psychologicznego problemu zahamowań przed zgłoszeniem się do wenerologa i lęku przed wykluczeniem społecznym u chorych na kiłę, nie zastanawia się nad wpływem przebiegu i czasu trwania leczenia na ich funkcjonowanie społeczne zwłaszcza w tak istotnych obszarach, jak rodzina, kręgi towarzyskie czy środowisko zawodowe.

Ponadto nie bada się skutków postawy zajmowanej przez zarażone osoby wobec poziomu ich aktywności na rynku pracy oraz nie prowadzi się odpowiedniej polityki profilaktycznej czy działań na rzecz ich inkluzji społecznej. Właśnie tego typu kwestie wymagają systemowego rozwiązania.

## LITERATURA

- Bennett K.K., Elliot M. (2002), *Explanatory style and health: Mechanisms linking pessimism to illness*, „Journal of Applied Social Psychology” nr 32, s. 1508–1526.
- Blascovich J., Mendes W.B., Hunter S.B., Lickel B. (2008), *Piętno, zagrożenie a interakcje społeczne*, w: *Spoleczna psychologia piętna*, Red. T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, J.G. Hull, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bloom J.R., Kessler L. (1994), *Emotional support following cancer: A test of the stigma and social activity hypotheses*, „Journal of Health and Social Behavior” nr 35, s. 118–133.
- Burgdorf W.H.C., Plewig G., Wolff H.H., Landthaler M. (2010), *Choroby przenoszone drogą płciową. Kiła*, w: *Braun-Falco Dermatologia*. T. 1, Red. W. Głiński, Lublin: Czelej.
- Chodynicka B., Serwin B.A., Klepacki J. (2006), *Kiła*, w: *Choroby przenoszone drogą płciową*, Lublin: Czelej.
- Crocker J., Cornwell B., Major B. (1993), *The stigma of overweight: affective consequences of attributional ambiguity*, „Journal of Personality and Social Psychology” nr 64, s. 60–80.
- Cunningham S.D., Tschann J., Gurvey J.E., Fortenberry J.D., Ellen J.M. (2002), *Attitudes about sexual disclosure and perceptions of stigma and shame*, „Sexually Transmitted Infections” nr 78, s. 334–338.
- Freud A. (2004), *Ego i mechanizmy obronne*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Galuszka A. (2005), *Człowiek przewlekle chory*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Goffman E. (2005), *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hebl M.R., Tickle J., Heatherton T.F. (2008), *Kłopotliwe momenty w interakcjach między jednostkami niestigmatyzowanymi i stigmatyzowanymi*, w: *Spoleczna psychologia piętna*, Red. T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, J.G. Hull, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen-Niejodek I. (1997), *Skuteczność radzenia sobie z chorobą somatyczną*, w: *Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i chorobie*, Red. L. Szewczyk, Lublin: Akademia Medyczna.
- Heszen I., Sęk H. (2007), *Psychologia zdrowia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jakubowicz O., Żaba R., Czarnecka-Operacz M. (2010), *Badania serologiczne w kierunku kiły wykonane w Pracowni Diagnostyki Chorób Przenoszonych Drogą Płciową w Poznaniu w latach 2005–2009*, „Postępy Dermatologii i Alergologii” nr 27(4), s. 275–281.
- Jakubowicz O. (2011), *Analiza wyników badań serologicznych w kierunku kiły oraz wybranych problemów psychologicznych u chorych na kiłę w materiale Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu*, rozprawa doktorska, Poznań.
- Jakubowicz O., Żaba R., Czarnecka-Operacz M. (2011), *Serological tests for syphilis performed in the Sexually Transmitted Diseases Diagnostic Laboratory in Poznań between 2000–2004*, „Postępy Dermatologii i Alergologii” nr 28(1), s. 30–35.
- Karlińska-Jachowska M., Chmielnicki P., Dziankowska-Bartkowiak B., Waszczykowska E., Torzecka J.D. (2007), *Kiła – problem XXI wieku*, „Postępy Dermatologii i Alergologii” nr 24(5), s. 233–237.
- Kubacka-Jasiecka D., Ostrowski T. M. (2005), *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Leary M. (2000), *Wywieranie wrażenia na innych. O sztuce autoprezentacji*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Lee J.D., Craft E.A. (2002), *Protecting one's self from a stigmatized disease... Once one has it*, „Deviant Behavior” nr 23(3), s. 267–299.
- Lichtenstein B., Neal T.M., Brodsky S.L. (2008), *The stigma of sexually transmitted infections: Knowledge, attitudes, and an educationally-based intervention*, „Health Education Monograph Series” nr 25(2), s. 28–33.
- Liu H., Detels R., Li X. (2002), *Stigma, delayed treatment, and spousal notification among male patients with sexually transmitted diseases in China*, „Sexually Transmitted Diseases Journal ASTDA” nr 29, s. 335–343.
- Majewski S., Rudnicka I. (2010), *Choroby przenoszone drogą płciową w Polsce w 2008 roku*, „Przegląd Epidemiologiczny” nr 64(2), s. 281–285.
- Majewski S., Rudnicka I. (2011), *Choroby przenoszone drogą płciową w Polsce w 2009 roku*, „Przegląd Epidemiologiczny” nr 65(2), s. 307–311.
- Mikołajczyk K., Żaba R. (2011), *Kiła*, w: *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry*, Red. T. Rzepa, J. Szepietowski, R. Żaba, Wrocław: Cornetis.
- Rzepa T., Żaba R. (2009a), *Radzenie sobie ze stresującym piętnem choroby przenoszonej drogą płciową*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” nr 18 (2), s. 143–148.
- Rzepa T., Żaba R. (2009b), *„Wielka piątka” a doświadczenie choroby przenoszonej drogą płciową*, w: *Psychologiczne i środowiskowe konteksty zachowań człowieka*, Red. T. Rzepa, Szczecin: Print Group, s. 137–145.
- Rzepa T., Żaba R. (2010a), *Wizerunek siebie a spostrzeganie świata społecznego u chorych na kiłę (doniesienie z badań)*, w: *Kultura, subkultura i światy społeczne w badaniach jakościowych*, Szczecin: Daniel Krzanowski.
- Rzepa T., Żaba R. (2010b), *Piętno choroby przenoszonej drogą płciową a funkcjonowanie społeczne*, „Studia Sociologica” nr 20, s. 141–152.
- Suchańska A. (1998), *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestrukcyjności*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Taylor S.E., Kemeny M.E., Reed G.M., Bower J.E., Gruenewald T.L. (2000), *Psychological resources, positive illusions, and health*, „American Psychologist” nr 55, s. 99–109.
- Taylor S.E., Sherman D.K. (2007), *Psychologia pozytywna i psychologia zdrowia: owocny związek*, w: *Psychologia pozytywna w praktyce*, Red. P.A. Linley, S. Joseph, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

## SUMMARY

The purpose of hereby paper was checking the differences in scope of social functioning between the sick and healthy persons. The hypothesis was formulate that the knowledge regarding syphilis infection causes changes in way of social functioning. This changes concerns (1) evaluation of their current life situation; (2) relation to themselves under the influence of sickness; (3) position in large social groups (family, work, group of friends). The researches had comparison character: participated in it 40 syphilis sick and 62 healthy persons, selected on the criteria of gender and age.



## REFORMA PAŃSTWA OPIEKUŃCZEGO W WIELKIEJ BRYTANII: KONTEKST STRATEGII *EUROPA 2020*

Zofia Szweda-Lewandowska

Instytut Pracy i Spraw Socjalnych w Warszawie; Uniwersytet Łódzki

### WSTĘP

Strategia *Europa 2020* zakłada działanie na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego inkluzji społecznej (Komisja Europejska 2010). Głównym celem strategii jest budowa zrównoważonej przyszłości opartej na wzroście gospodarczym, prowadzącym do poprawy standardu życia obywateli Unii Europejskiej poprzez między innymi zwiększanie liczby miejsc pracy, walkę z ubóstwem i działania na rzecz walki z wykluczeniem społecznym.

Aby realizacja powyższego celu była możliwa, Komisja Europejska postawiła przed państwami członkowskimi cele w zakresie pięciu obszarów życia społeczno-gospodarczego, których realizacja powinna zakończyć się w 2020 r. Każdy kraj członkowski zadeklarował swoje własne cele w poszczególnych obszarach. Wielka Brytania jest jedynym europejskim krajem, który wyznaczył tylko jeden cel w ramach strategii *Europa 2020*. Obecnie Wielka Brytania jest na etapie wprowadzania najbardziej znaczących reform w swojej powojennej historii w zakresie państwa opiekuńczego.

Celem niniejszego artykułu jest pokazanie, czy reformy postulowane przez obecny rząd Wielkiej Brytanii przyczynią się do zwiększenia aktywności ekonomicznej ludności, zmniejszenia liczby osób zagrożonych lub żyjących w ubóstwie, obniżenia odsetka młodzieży przedwcześnie opuszczającej system edukacji, a więc celów strategii *Europa 2020*, i czy są zgodne z kierunkiem przemian społeczno-ekonomicznych nakreślonych przez Komisję Europejską.

### STRATEGIA *EUROPA 2020*

Strategia przyjęta przez Komisję Europejską 17 czerwca 2010 r. jest „następczynią” Strategii Lizbońskiej i odpowiedzią na kryzys gospodarczy, który przeżywają państwa starego kontynentu. Deklarowanym celem strategii jest podwyższenie poziomu zatrudnienia, wydajności pracy oraz spójności społecznej. Cele wyznaczone w ramach strategii *Europa 2020* mają za zadanie pomóc gospodarkom krajów członkowskich szybciej wyjść z recesji lub stagnacji oraz poprawić poziom życia ich obywateli. Cele strategii ogniskują się wokół pięciu głównych obszarów: zatrudnienia, innowacji, edukacji, inkluzji społecznej i klimatu. Zbiorowy cel dla całej Wspólnoty w każdym z następujących obszarów to:

- zatrudnienie: zwiększenie stopy zatrudnienia wśród osób w wieku 20–64 lata do 75%,
- inkluzja społeczna: zmniejszenie liczby osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem o 20 mln osób,

- edukacja: zmniejszenie odsetka osób przedwcześnie\* opuszczających system edukacyjny poniżej 10% oraz zwiększenie odsetka osób kończących studia wyższe do 40% (w grupie osób w wieku 30–34 lata),

- innowacje: przeznaczenie 3% PKB krajów UE na badania i rozwój,

- klimat: redukcja emisji gazów cieplarnianych o 20% poniżej emisji z 1990 r.; uzyskiwanie 20% energii z odnawialnych źródeł; zwiększenie efektywności energetycznej o 20%.

Aby ułatwić państwom członkowskim realizację celów strategii w warunkach kryzysu gospodarczego oraz kryzysu finansów publicznych poszczególnych krajów, Komisja Europejska powołała mechanizm koordynacyjny zwany *European Semester*. Każdego roku w marcu Komisja będzie ogłaszała największe wyzwania, jakie w zakresie gospodarki i ekonomii stoją przed krajami członkowskimi. Następnie członkowie Unii Europejskiej przedstawiają swoje strategie w zakresie działań mających na celu przezwycięzenie barier dla wzrostu i stabilności gospodarek.

Celem *European Semester* jest nakłonienie państw członkowskich do tworzenia planów i strategii mających na celu poprawę poziomu życia obywateli UE poprzez realizację celów strategii *Europa 2020*. Aby zachęcić kraje członkowskie do działań na rzecz osiągnięcia globalnych celów strategii *Europa 2020*, Komisja Europejska zaproponowała, aby każdy z krajów członkowskich określił swoje indywidualne cele. Zróżnicowanie w zakresie sytuacji społeczno-gospodarczej w obrębie Unii Europejskiej jest na tyle duże, że niemożliwe jest ustalenie jednolitych celów dla wszystkich krajów. Dlatego też, oprócz wyznaczenia indywidualnych celów, przedstawiciele władz każdego z krajów w przedstawianym corocznie *National Reform Programme* zaproponowali plan reform mających pomóc w osiągnięciu przez dany kraj wyznaczonych celów strategii *Europa 2020*.

Jak już wspomniano, Wielka Brytania wyznaczyła tylko jeden cel w ramach strategii *Europa 2020* – w zakresie przeciwdziałania ubóstwu. Jednak podejmowane przez rząd Wielkiej Brytanii reformy, zgodnie z deklaracjami polityków, mają na celu osiągnięcie takich samych celów, jak strategia *Europa 2020*. Powstaje zatem pytanie, czy reforma państwa opiekuńczego, która jest nazywana „rewolucją” w zakresie *welfare state* (DWP 2011), na pewno doprowadzi do osiągnięcia celów, jakimi są: redukcja ubóstwa,

\* Zgodnie z definicją przyjętą przez Eurostat osoby przedwcześnie opuszczające system edukacji (*early school leavers*) to osoby w wieku 18–24 lata, które ukończyły co najwyżej dwa lata szkoły średniej.

zwiększenie zatrudnienia wśród osób w wieku produkcyjnym, obniżenie odsetka uczniów przedwcześnie opuszczających system szkolnictwa.

Rozważania zawarte w artykule koncentrują się na trzech celach strategii *Europa 2020* dotyczących zatrudnienia, inkluzji społecznej i edukacji.

## **SYTUACJA SPOŁECZNO-EKONOMICZNA W WIELKIEJ BRYTANII**

Wielka Brytania w przedstawionym Komisji Europejskiej w 2011 r. *National Reform Programme* wyróżniła pięć głównych problemów, które stoją na przeszkodzie osiągnięcia celów strategii *Europa 2020* (HM Government 2011):

- 1) najwyższy – w powojennej historii kraju – deficyt budżetowy,
- 2) niestabilny sektor finansowy,
- 3) zadłużenie gospodarstw domowych i sektora publicznego na skutek szybko rosnącego importu i niewystarczającego eksportu dóbr,
- 4) niewystarczający wzrost inwestycji prywatnych,
- 5) nieadekwatne umiejętności osób opuszczających system edukacji, nieprzystające do potrzeb rynku pracy oraz niewystarczające nakłady na inwestycje w kapitał ludzki.

W przewyższeniu wymienionych wyżej przeszkód rząd brytyjski upatruje powrót kraju na ścieżkę wzrostu gospodarczego i wzrostu poziomu życia obywateli. Głównym zadaniem, które stawiają sobie obecnie decydenci, jest stymulowanie wzrostu gospodarczego.

Sytuacja ekonomiczna wpływa na pogłębianie się zjawiska ubóstwa i zwiększanie się grupy osób zagrożonych wykluczeniem społecznym na skutek deprivacji materialnej. Grupą najbardziej narażoną na ubóstwo są osoby po 65. roku życia, których głównym źródłem utrzymania są transfery z systemu emerytalnego. Ponad 22% osób po 65. roku życia było zagrożonych ubóstwem w 2010 r. (średnia dla krajów UE 19,8%), a szczególnie kobiety w tej grupie wieku (25%) (Eurostat 2011a). Po wycofaniu się z rynku pracy następuje zmniejszenie się dochodów, a w konsekwencji wzrasta prawdopodobieństwo ubóstwa. Transfery z systemu ubezpieczeń społecznych stanowiły w 2008 r. około 9% PKB, podczas gdy średnia dla 27 państw UE wynosi 11,5% (Puglia 2011, s. 4).

Wielka Brytania wyróżnia się na tle krajów Unii Europejskiej najwyższym odsetkiem dzieci i młodzieży (17% w 2007 r.) żyjących w gospodarstwach domowych, gdzie rodzice lub opiekunowie nie pracują (Eurostat 2011, s. 47). Osoby niepracujące są szczególnie narażone na ubóstwo i wykluczenie społeczne, a dzieci wychowujące się w gospodarstwach domowych osób niepracujących mają gorsze warunki materialne w porównaniu z rówieśnikami wychowującymi się w gospodarstwach domowych osób zatrudnionych. Dodatkowo dzieci poprzez proces socjalizacji przejmują często wzorce zachowań, które następnie odtwarzają w swoim dorosłym życiu.

Mimo negatywnego wpływu kryzysu finansowego na gospodarkę Wielkiej Brytanii, odsetek osób pracujących w wieku 15–64 lat jest jednym z najwyższych w UE (70% w 2009 r.). Tylko pięć krajów w 2009 r. miało wyższy odsetek niż Wielka Brytania (Niemcy, Austria, Szwecja, Dania i Holandia). Jednak odsetek pracujących wśród kobiet jest znacznie niższy niż w przypadku mężczyzn i wynosił w 2009 r. 65%, a osób w wieku 55–64 lata 57,5% (Eurostat 2011b).

Te dwie grupy (nieaktywne zawodowo lub bezrobotne kobiety oraz osoby po 65. roku życia) są bardziej narażone na ubóstwo i wykluczenie społeczne i często pozostają zależne od transferów publicznych. Stopa bezrobocia utrzymuje się na niższym poziomie niż średnia dla UE (w 2010 r. w Wielkiej Brytanii bez pracy pozostawało 7,8% osób aktywnych zawodowo, średnia dla UE wynosiła 9,6%) (Eurostat 2011c).

Możliwość znalezienia zatrudnienia jest pochodną posiadanego przez jednostkę wykształcenia, jej kompetencji i umiejętności. Wśród osób legitymujących się wyższym wykształceniem odsetek bezrobotnych jest niższy niż wśród osób, które zakończyły edukację na wcześniejszych etapach. Wielka Brytania charakteryzuje się jednym z najwyższych odsetków młodzieży przedwcześnie opuszczających system edukacji. Osoby takie nie posiadają wystarczających umiejętności, aby być „atrakcyjnymi” dla gospodarki opartej na wiedzy, a tym samym są bardziej narażone na wykluczenie społeczne. W 2009 r. tzw. *early school leavers* stanowili 15,7% wśród subpopulacji osób w wieku 18–24 lata (Komisja Europejska 2011).

Wielka Brytania charakteryzuje się również wyższym niż średnia dla krajów UE odsetkiem tzw. NEET (*youth neither in education nor in employment or training*), czyli osób w wieku 15–24 lat, które opuściły system edukacyjny, ale jednocześnie nie pracują i nie szkolą się. To sprawia, że grupa ta jest szczególnie narażona na uzależnienie od zasiłków wypłacanych przez pomoc społeczną. W 2009 r. osoby takie stanowiły około 14%.

Abby przeciwdziałać niekorzystnym tendencjom społecznym, rząd podjął działania mające na celu reformę państwa opiekuńczego.

## **REFORMA PAŃSTWA OPIEKUŃCZEGO W WIELKIEJ BRYTANII**

W lipcu 2010 r. rząd Wielkiej Brytanii opublikował dokument *21<sup>st</sup> Century Welfare*. Dokument zawierał propozycje w zakresie reformy państwa opiekuńczego i był przyczynkiem do wymiany opinii i dyskusji na temat kształtu przyszłych reform. Po otrzymaniu ponad 1600 opinii w odpowiedzi na opublikowany dokument rząd wydał Białą Księgę pt. *Universal Credit: welfare that works*, a 16 lutego 2011 r. projekt reformy został przedstawiony parlamentowi.

*Universal Credit* jest znaczącą i przynoszącą największe zmiany reformą w zakresie państwa opiekuńczego w Wielkiej Brytanii od lat 40. Nowy system powinien – zgodnie z oczekiwaniami twórców – zacząć działać dla nowych klientów po raz pierwszy korzystających z systemu pomocy społecznej od października 2013 r. Przez kolejne cztery lata osoby korzystające już z systemu wsparcia publicznego będą przenoszone do nowego systemu działającego na podstawie *Universal Credit*. Jednym wyjątkiem będzie zastąpienie istniejącego *Disability Living Allowance* przez *Personal Independence Payment* już w 2013 r.

Projekt ustawy reformującej państwo opiekuńcze składa się z siedmiu części: *Universal Credit* (główna część reformy), *Working-age Benefits*, *Other Benefit Changes*, *Personal Independence Payment*, *Social Security: General, Miscellaneous* oraz *Final* (DWP 2010).

Głównym celem reformy jest – według jej twórców – uproszczenie istniejącego systemu wsparcia, który, będąc bardzo skomplikowanym, jest zbyt mało efek-

tywny i prowadzi do nadużyć ze strony osób z niego korzystających, błędów ze strony urzędników, co skutkuje np. wypłacaniem zawyżonych zasiłków (problemem jest roczna ocena sytuacji beneficjentów, która skutkuje często nadwyżkami w wypłacanych zasiłkach). Jeśli zasiłki są jedynym źródłem utrzymania klienta, to błędna ocena jego sytuacji i wypłata заниzonego świadczenia może mieć bardzo negatywne konsekwencje (szczególnie w przypadku rodziców samotnie wychowujących dziecko/dzieci).

Nowy system wprowadzony w ramach reformy ma być przejrzysty, łatwy w zarządzaniu i przyjazny dla klienta. Aby osiągnąć powyższy cel, 50 różnych rodzajów zasiłków i innych form wsparcia finansowego zostanie uproszczonych i zastąpionych mniejszą liczbą świadczeń z bardziej przejrzystymi kryteriami ich przyznawania. Zostanie również zwiększona kontrola tak, aby świadczenia trafiały do osób najbardziej ich potrzebujących, będących w najtrudniejszej sytuacji życiowej.

Nowy, spójny i zintegrowany system będzie działał pod kontrolą jednego ministerstwa – Department for Work and Pensions (DWP), a konsolidacja systemu powinna ułatwić zarządzanie oraz obsługę klientów. *Universal Credit* zastąpi istniejące zasiłki w ramach *Working Tax Credit*, *Child Tax Credit*, *Housing Benefit*, *Council Tax Benefit*, *Income Support*, *income-based Jobseeker's Allowance* (JSA) oraz *Employment Support Allowance* (ESA). *Universal Credit* będzie podstawą do zapewnienia wsparcia osobom w wieku od 18 lat (w wyjątkowych przypadkach młodszym) do wieku uprawniającego do uzyskania świadczenia emerytalnego zarówno pracującym, jak i pozostającym bez pracy (DWP 2010).

Celem reformy jest również stworzenie w ramach systemu większych zachęt do poszukiwania zatrudnienia, a hasło przewodnie w tym obszarze brzmi: *to make work pay* (aby praca była opłacalna). Osoby korzystające z zasiłków będą musiały udowodnić, że aktywnie szukają pracy lub przekwalifikowują się, szkolą i chętnie podejmą pracę. Twórcy reformy, tworząc nowy system pod hasłem *work is the best welfare*, twierdzą, że praca najlepiej zabezpiecza przed biedą i wykluczeniem społecznym (DWP 2010).

Obecny system – według rządu Wielkiej Brytanii – powoduje „uwięzienie” osób korzystających z zasiłków w systemie wsparcia i sprawia, że rodziny „uzależniają” się od pomocy państwa. System nie zabezpiecza przed biedą i wykluczeniem, a zawierając za mało zachęt do podejmowania pracy prowadzi do popadania rodzin w zależność od systemu zasiłków.

Obecny system powoduje, że osoby korzystające ze wsparcia w ramach *Working Tax Credit* pracują minimalną liczbę godzin, tak aby nie stracić prawa do zasiłku. Ściśle powiązany z *Universal Credit* jest *Work Programme*, którego głównym celem jest zwiększenie aktywności zawodowej obywateli Wielkiej Brytanii.

Głównym zadaniem programu jest stworzenie, we współpracy z lokalnymi *Jobcentres Plus*, strategii zwiększania zatrudnienia w zależności od sytuacji na lokalnym rynku pracy (wysokości zarobków, dostępnej infrastruktury na danym terenie, warunków zatrudnienia). Lokalne organizacje będą współpracowały z *Jobcentre Plus*, aby stworzyć najlepsze strategie wzrostu zatrudnienia na danym terenie (zgodnie z zasadą subsydiarności lokalne organizacje mają najlepsze rozeznanie w zakresie lokalnych potrzeb, rynku pracy, problemów, przed jakimi stają bezrobotni i możliwości rozwiązania istniejących trudności).

Aby zwiększyć efektywność programu, zostaną stworzone tylko minimalne standardy odnoszące się do wszystkich bezrobotnych, a sam program będzie spersonalizowany i dostosowany do sytuacji jednostki. Zgodnie z nowym podejściem bezrobotny będzie zobowiązany nie tylko do aktywnego poszukiwania pracy, lecz również do uczestnictwa w programach i warsztatach mających na celu poprawę lub nabycie nowych umiejętności, pożądaných przez pracodawców. Odmowa uczestnictwa w szkoleniach lub nieposzukiwanie pracy mogą skutkować utratą prawa do zasiłku. Celem *Work Programme* jest zmniejszenie liczby osób niepracujących, lecz również nieuczących się i nieszkolących.

W ramach walki z biedą dzieci rząd Wielkiej Brytanii opracował *Child Poverty Strategy*, która jest nowym podejściem do walki z ubóstwem wśród dzieci (*Child Poverty Act 2010*). Horyzont czasowy strategii to rok 2020. Strategia ta jest ściśle związana z walką z bezrobociem i systemem zasiłków przyznawanych rodzicom, ponieważ sytuacja bytowa dzieci jest pochodną sytuacji rodziców. Wynika to z zależności ekonomicznej dzieci. Im lepsza sytuacja na rynku pracy i możliwość znalezienia zatrudnienia przez rodziców, tym mniejsze prawdopodobieństwo, że dziecko będzie żyło w biedzie. Zgodnie z diagnozą przeprowadzoną przez DWP i Department for Education najbardziej narażone na ubóstwo są dzieci z rodzin, w których jeden z opiekunów jest niepełnosprawny. Osoby niepełnosprawne charakteryzują się dwukrotnie wyższym niż osoby w pełni sprawne prawdopodobieństwem braku formalnych kwalifikacji, a w konsekwencji mają większe problemy ze znalezieniem zatrudnienia\*\*.

Rodziny wielodzietne i rodzice samotnie wychowujący dzieci mają trudności z łączeniem pracy zawodowej z opieką nad dziećmi. Szczególnie na „utknięcie” w systemie pomocy społecznej narażone są kobiety, które za względu na samotne macierzyństwo i niskie dochody nie mogą opłacić żłobka lub przedszkola. Sytuacja rodzinna i materialna tych grup społecznych przekłada się na sytuację dzieci i ich zagrożenie wykluczeniem społecznym i ubóstwem.

Aby przeciwdziałać tym negatywnym zjawiskom społecznym, reformatorzy proponują holistyczne podejście do zagadnienia i koncentrację na pięciu głównych problematycznych obszarach:

- a) bezrobociu (zachęcanie i tworzenie warunków do podejmowania pracy przez rodziców);
- b) zadłużeniu (ochrona rodzin przed popadaniem w nadmierne zadłużenie);
- c) wzmocnieniu rodziny (zapobieganie rozpadowi związków i rodzin);
- d) edukacji (przeciwdziałanie przedwczesnemu opuszczaniu przez dzieci systemu szkolnictwa);
- e) problemach zdrowotnych (zapobieganie złej kondycji psychofizycznej poprzez działania w zakresie zdrowia publicznego przy zastosowaniu podejścia obejmującego cały cykl życia, ponieważ jakość życia w dorosłości i starości zależy od jakości życia na wcześniejszych etapach cyklu życia).

Głównym sposobem przeciwdziałania ubóstwu dzieci jest takie działanie, aby bezrobotni członkowie gospodarstw domowych wrócili na rynek pracy. Jednak problem dotyczy nie tylko gospodarstw do-

\*\* Inne grupy społeczne bardzo narażone na problemy ze znalezieniem pracy to imigranci z Pakistanu, Bangladeszu i czarnej Afryki.

mowych z osobami bezrobotnymi, lecz również gospodarstw pracowniczych dysponujących niskim dochodem (*low-income households, working poor*). Osoby posiadające niskie kompetencje są narażone na wykonywanie niskopłatnych prac, które nie zabezpieczają ich przed biedą, ubóstwem i materialną deprivacją. Dzieci szczególnie narażone na ubóstwo to te, które wychowują się w rodzinach, gdzie jedno z rodziców jest uzależnione od alkoholu lub narkotyków.

W ramach Strategii Przeciwdziałania Ubóstwu Dzieci legislatorzy przygotowali *Drug Strategy*, która zakłada pomoc w wyjściu z nałogu (HM Government 2010). Jednak nie ma przewidzianych konkretnych działań mających na celu pomoc dzieciom z takich rodzin.

Kolejnym narzędziem w ramach Strategii mającym poprawić sytuację bytową dzieci jest dofinansowanie do czynszu za mieszkanie. Aby dofinansowanie zostało przeznaczane na właściwy cel, urzędy rozporządzające dofinansowaniem będą opłacały czynsz bezpośrednio właścicielowi wynajmowanego przez rodzinę mieszkania. Zgodnie z szacunkami rządowymi dzięki wprowadzeniu reform w ramach *Universal Credit* i *Child Poverty Strategy* liczba dzieci zagrożonych ubóstwem powinna się zmniejszyć o około 350 tys.

## REFORMA PAŃSTWA OPIEKUŃCZEGO W WIELKIEJ BRYTANII A CELE STRATEGII EUROPA 2020

Cele, które rząd Wielkiej Brytanii chce osiągnąć poprzez wprowadzane reformy, są zbieżne z założeniami strategii *Europa 2020*. Zwiększenie zatrudnienia, obniżenie odsetka osób przedwcześnie opuszczających system edukacji, zmniejszenie liczby osób zagrożonych ubóstwem, podwyższenie zatrudnienia to cele zarówno reformy państwa opiekuńczego, jak i strategii *Europa 2020*. Problemатyczne wydaje się jednak osiągnięcie powyższych celów.

Aby skutecznie walczyć z biedą i bezrobociem, konieczne jest nie tylko zachęcanie pracowników do podejmowania pracy, lecz niezbędne jest stymulowanie gospodarki tak, aby zachęcić przedsiębiorców do inwestowania, a w konsekwencji do tworzenia nowych miejsc pracy. Zgodnie z danymi Office for National Statistics (2011) jedno wolne miejsce pracy przypada na 3,5 klientów *Jobseeker's Allowance*. Dodatkowo część nowo tworzonych miejsc pracy jest zajmowana przez imigrantów.

Działania powinny więc być prowadzone wielokierunkowo z uwzględnieniem nie tylko osób bezrobotnych, lecz również przedsiębiorców i potencjalnych inwestorów. Nowe uregulowania prawne mają „nagradzać” osoby, które chcą pracować, a zachętą do podejmowania pracy ma być wypłacanie zasiłków nawet wtedy, gdy klient będzie pracował.

Rząd brytyjski deklaruje, że Europejski Fundusz Społeczny będzie wykorzystywany do wspierania reformy w zakresie zachęcania klientów systemu pomocy społecznej do poszukiwania i podejmowania pracy. W zwiększeniu atrakcyjności bezrobotnych na rynku pracy pomóc ma współpraca między samorządem lokalnym a organizacjami samorządowymi oraz firmami z sektora prywatnego, które będą oferowały indywidualne podejście do klienta.

W zakresie walki z ubóstwem reforma nie rozwiązuje problemu osób pracujących, ale otrzymujących niskie wynagrodzenie, które nie chroni przed biedą i wykluczeniem. Zgodnie z szacunkami wykonanymi

przez Institute for Fiscal Studies (2011) nowe uregulowania zmniejszą zachęty do pracy dla drugiej osoby pracującej w gospodarstwie domowym, a to jest sprzeczne z główną ideą reformy zakładającą zachęcanie do podejmowania zatrudnienia. Instytut prognozuje, że około 2,5 mln gospodarstw domowych zyska na wprowadzeniu nowych uregulowań w zakresie zasiłków, 2,5 mln nie odczuje żadnej zmiany, a zmniejszenie w dochodzie rozporządzalnym odczuje 1,4 mln gospodarstw.

Nowe uregulowania będą korzystne dla rodzin z dziećmi. Natomiast rodziny bezdzietne uzyskają mniejsze wsparcie. Przyczyni się to do przeciwdziałania ubóstwu dzieci. Jedną z przeszkód w aktywizacji zawodowej rodziców, a więc pośrednio w zwalczaniu biedy dzieci, jest dostępność opieki nad dziećmi. Średni tygodniowy koszt opieki nad dzieckiem w 2010 r. wynosił 88 funtów, a średni koszt opieki żłobkowej 160 funtów i jest to najwyższy koszt wśród krajów rozwiniętych (Daycare Trust 2011).

Zgodnie z obliczeniami OECD około 33% dochodu netto brytyjskich rodzin jest przeznaczanych na opiekę nad dziećmi. Niemożność korzystania z dostatecznej liczby godzin opieki nad dzieckiem spowoduje, że rodzice nie będą mogli podjąć pracy w takim wymiarze czasowym, który zapewniłby im odpowiedni poziom życia, uniezależniając gospodarstwo domowe od świadczeń systemu pomocy społecznej.

Grupą, którą rząd chce zachęcić do większej i dłuższej aktywności zawodowej, są osoby starsze i osoby na przedpolu starości. Osoby pobierające świadczenia emerytalne są szczególnie zagrożone ubóstwem. Aby przeciwdziałać ubóstwu w starszym wieku oraz zwiększyć aktywność zawodową osób na przedpolu starości, podwyższony zostanie wiek emerytalny kobiet z 60 na 65 lat pomiędzy kwietniem 2016 r. a listopadem 2018 r., a w 2020 r. wiek emerytalny dla obydwu płci ma być zrównany i podniesiony do 66 lat. Jeśli jednak nie zostaną podjęte działania mające na celu podwyższenie kwalifikacji osób na przedpolu starości, to reforma może przynieść odwrotny do zamierzonego skutek, tzn. zwiększy się liczba bezrobotnych na przedpolu starości.

Przeciwdziałanie przedwczesnemu opuszczaniu systemu edukacyjnego to również przeciwdziałanie bezrobociu i deprivacji materialnej. Zwiększanie kompetencji i umiejętności skutkuje poprawą sytuacji jednostki na rynku pracy i zabezpiecza przed trudnościami w znalezieniu zatrudnienia. System edukacji zarówno akademickiej, jak i zawodowej powinien kształcić zgodnie z potrzebami rynku pracy (Wolf 2011, s. 14). Jeśli nie zostanie przeprowadzona reforma systemu kształcenia zawodowego, to system ten będzie kształcił osoby, które będą miały trudności w znalezieniu zatrudnienia i zostaną klientami urzędów pracy.

Dodatkowo konieczne jest zachęcanie młodzieży do pozostawania w systemie edukacji i podejmowania kształcenia zawodowego. Bez działań w tym kierunku obniżenie odsetka osób przedwcześnie opuszczających szkołę nie będzie możliwe.

## PODSUMOWANIE

Kierunek reform przeprowadzanych przez rząd Wielkiej Brytanii jest zbieżny z założeniami strategii *Europa 2020*. Jednak działania podejmowane w ra-

mach reformy mogą być niewystarczające do osiągnięcia zamierzonych celów lub w niektórych przypadkach mogą przynieść odwrotny do zamierzonego skutek. Wiele wskazuje na to, że działania podejmowane w ramach reformy nie doprowadzą do zwiększenia zatrudnienia oraz redukcji ubóstwa.

Opozycja parlamentarna zwraca uwagę, że bez tworzenia nowych miejsc pracy aktywizacja osób bezrobotnych nie przyniesie skutku i nie doprowadzi do zmniejszenia skali ubóstwa i uzależnienia od transferów socjalnych (House of Commons 2009).

Działania rządu brytyjskiego są przykładem opisanego przez Alberta Hirschmana efektu negatywnych skutków (*peverse effect*) (Hirschman 1991). Efekt ten wskazuje na przeciwne do zamierzonych skutki podejmowanych przez decydentów działań. Szczytne cele zamieniają się w bezskuteczne czy wręcz szkodliwe działania, prowadzące do utrwalenia lub pogłębienia niekorzystnej sytuacji osób korzystających z systemu państwa opiekuńczego.

System państwa opiekuńczego w Wielkiej Brytanii wymaga reformy, gdyż stał się on nieefektywny, a stopień skomplikowania systemu powoduje, że rocznie około 2 mld funtów więcej niż powinno wypłacać klientom w postaci zasiłków. Nowy, zintegrowany system podległy jednemu ministerstwu ma zapobiegać takim pomyłkom.

Wielka Brytania staje się swoistym poligonem doświadczalnym w zakresie reformy państwa opiekuńczego. Będzie wzorcem dla innym państw podejmujących reformy. Ewaluacja – zgodnie z przysłowiem *trzeba się uczyć na błędach, ale lepiej uczyć się na cudzych* – wdrożonej reformy pozwoli zidentyfikować działania, które przyniosły negatywny, odwrotny do zamierzonego skutek, a tym samym wyeliminować je przy wdrażaniu podobnych reform w innych krajach.

## LITERATURA

*Child Poverty Act 2010*, dostęp [18.10.2011], na stronie [http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/9/pdfs/ukpga\\_20100009\\_en.pdf](http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/9/pdfs/ukpga_20100009_en.pdf)

Daycare Trust (2011), *Summary of the Childcare costs survey 2010*, dostęp [20.11.2011], na stronie [www.daycaretrust.org.uk/pages/summary-of-the-childcare-costs-survey-2010.html](http://www.daycaretrust.org.uk/pages/summary-of-the-childcare-costs-survey-2010.html)

Department for Work and Pension (2010), *Universal Credit: welfare that works*, dostęp [16.12.2011], na stronie <http://www.dwp.gov.uk/docs/universal-credit-full-document.pdf>

Department for Work and Pension (2011), *Welfare Reform 2011 assessment of impacts. Following introduction to the House of Lords on 16 June 2011*, dostęp [16.12.2011], na stronie <http://www.dwp.gov.uk/docs/wr2011-ia-cover-note.pdf>

Eurostat (2010), *Combating poverty and social exclusion. A statistical portrait of the European Union 2010*, Luxemburg.

Eurostat (2011a), *People at risk of poverty or social exclusion by age and gender*, dostęp [18.10.2011], na stronie [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/income\\_social\\_inclusion\\_living\\_conditions/data/database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/income_social_inclusion_living_conditions/data/database)

Eurostat (2011b), Baza danych, dostęp [16.12.2011], na stronie [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Employment\\_statistics](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Employment_statistics)

Eurostat (2011c), Baza danych, dostęp [16.12.2011], na stronie [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Unemployment\\_statistics](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Unemployment_statistics)

Hirschman A. (1991), *The Rethoric of Reaction: Perversity, Futility, Jeopardy*, Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.

House of Commons (2009), *Welfare Reform Bill. Second reading*, dostęp [20.12.2011], na stronie <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200809/cmhansrd/cm090127/debtext/90127-0006.htm#09012755000001>

HR Government (2010), *Drug Strategy 2010. Reducing Demand, Restricting Supply, Building Recovery: Supporting People to Live a Drug Free Life*, dostęp [16.12.2011], na stronie <http://www.homeoffice.gov.uk/publications/alcohol-drugs/drugs/drug-strategy/drug-strategy-2010?view=Binary>

HR Government (2011), *Europe 2020: UK National Reform Programme 2011*, dostęp [18.10.2011], na stronie [http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nrp/nrp\\_uk\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nrp/nrp_uk_en.pdf)

Institute for Fiscal Studies (2011), *Universal Credit: winners and losers*, dostęp [15.12.2011], na stronie [http://www.ifs.org.uk/conferences/uc2011\\_jin.pdf](http://www.ifs.org.uk/conferences/uc2011_jin.pdf)

Komisja Europejska (2010), *EUROPA 2020 Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu*, Bruksela, dostęp [15.11.2011], na stronie: [http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1\\_PL\\_ACT\\_part1\\_v1.pdf](http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1_PL_ACT_part1_v1.pdf).

Komisja Europejska (2011), *Tackling early school leaving: A key contribution to the Europe 2020 Agenda*, Bruksela, dostęp [16.11.2011], na stronie [http://ec.europa.eu/education/school-education/doc/earlycom\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/education/school-education/doc/earlycom_en.pdf)

Office for National Statistics (2011), *Key Figures*, dostęp [15.12.2011], na stronie [www.ons.gov.uk/ons/key-figures/index.html](http://www.ons.gov.uk/ons/key-figures/index.html)

Puglia A. (2011), *Population and social conditions*, „Statistic in focus” No. 17.

Wolf A. (2011), *Review of Vocational Education – The Wolf Report*, dostęp [5.12.2011], na stronie <https://www.education.gov.uk/publications/eOrdering-Download/The%20Wolf%20Report.pdf>

## SUMMARY

In July 2010, the UK Government published a consultation document entitled “21<sup>st</sup> Century Welfare”. After receiving over 1,600 opinions, the Government published the White Paper “Universal Credit: welfare that works” on 11 November 2010. On 16 February 2011, the Welfare Reform Bill was introduced to Parliament. Universal Credit is the major part of the welfare reform in the UK – the most substantial welfare reform since the 1940s. The new system is expected to start working for new claimants in October 2013. Universal Credit is intended to strengthen incentives to work, particularly among low-earning single people and primary earners in couples, and simplify the benefit system. The Institute for Fiscal Studies forecasts that the new regulations are going to weaken incentives to work for second earners in couples. The main objectives of the reform are the removal of the administrative and financial barriers to work, the provision of greater incentives to work, the replacement of 50 different benefits and other payments provided by different institution with a less complicated and more transparent system of benefits, the clarification of the requirements that claimants need to meet to be eligible for benefits, the strengthening of the efficiency of the system by ensuring that the benefits are precisely targeted on those who need them most, the improvement and simplification of the way that support is offered, the removal of the fragmentation of the existing system and its complexity – which currently leads to fraud, error and unfairness. The main objective of the article is to analyse whether and how the welfare reform is going to help achieve the Europe 2020 targets in the light of the fact that no national objectives (such as the main Europe 2020 targets) have been adopted.



**ZDROWIE PUBLICZNE I ZARZĄDZANIE, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Tom VIII, nr 1/2010, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, stron 150\*.**

Nakładem Wydawnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego ukazał się pod redakcją Stanisławy Golinowskiej i Cezarego W. Włodarczyka numer Zeszytów Naukowych Ochrony Zdrowia *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, poświęcony problematyce pozyskiwania dodatkowych środków na finansowanie ochrony zdrowia.

W publikacji zamieszczono liczne teksty różnych autorów, przygotowane w ramach projektu *Assessment of patient payment policies and projection of their efficiency, equity and quality effects: The case of Central and Eastern Europe (ASSPRO CEE 2007)*, dotyczące kilku istotnych dla omawianej problematyki zagadnień, takich jak: opłaty nieformalne w ochronie zdrowia w różnych krajach, dopłaty formalne, prywatne ubezpieczenia zdrowotne; uwzględniono również problemy oceny efektywności decyzji podejmowanych w sektorze zdrowia (C.W. Włodarczyk) oraz porównania efektywności sektora publicznego i prywatnego w ochronie zdrowia (B. Łyszczarz i K. Dubas).

We *Wprowadzeniu* autorzy zwracają uwagę na fakt, że wobec niewydolności zarówno rozwiązań rynkowych w sektorze zdrowia (np. USA), jak i opartych na finansowaniu budżetowym (kraje Europy Środkowej i Wschodniej przed przemianami społeczno-ekonomicznymi) trwa poszukiwanie rozwiązań pośrednich, polegających na wprowadzaniu do systemu publicznego rozwiązań rynkowych, jak też typowych dla systemów publicznych rozwiązań w systemach rynkowych. Podkreślają konieczność prawidłowego i poprzedzonego badaniami przygotowania i wdrażania reform systemu ochrony zdrowia, ze względu na ich istotne konsekwencje dla warunków życia i jakości życia obywateli.

Dwa początkowe teksty Mileny Pavlovej z grupą współautorów oraz Stanisławy Golinowskiej koncentrują się na zagadnieniu opłat nieformalnych za świadczenia zdrowotne. Autorzy zwracają uwagę na powszechność zjawiska i duży jego zakres w niektórych krajach Europy. Przyczyną tego zjawiska jest ogólnie wysoki poziom korupcji w niektórych krajach, tolerancja dla tzw. dowodów wdzięczności, ale przede wszystkim ograniczony dostęp do świadczeń, spowodowany niedofinansowaniem systemów ochrony zdrowia i długim czasem oczekiwania na poradę czy zabieg. Lekarze akceptują nieformalne dopłaty w przekonaniu, że ich wysokie kwalifikacje nie są dostatecznie wynagradzane, generalnie zaś sprzyja temu procederowi dość powszechne przekonanie o niskim poziomie etyki pracowników służby zdrowia.

Autorzy odnoszą się do zagrożeń wynikających z powszechności nieformalnych dopłat, między innymi różnicowania dostępu do świadczeń, możliwej rozbieżności między priorytetami polityki zdrowotnej a rzeczywistym funkcjonowaniem systemu oraz trud-

nościami w oszacowaniu przyszłych potrzeb zdrowotnych ludności. Rozwiązanie problemu wymaga przede wszystkim zmiany postaw, skutecznej walki z korupcją, dofinansowania systemu. Można też zakładać, że sformalizowanie dopłat i wprowadzenie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako formy uzupełniającej systemu publicznego zmniejszy zakres korupcji w ochronie zdrowia. Wprowadzenie do systemów publicznych rozwiązań rynkowych umożliwi też pacjentom dokonywanie wyboru między ofertą systemu publicznego i niepublicznego.

Kolejnych sześć tekstów poświęconych jest formalnym dopłatom pacjentów do świadczeń udzielanych w sektorze publicznym. Milena Pavlova i współautorzy zastanawiają się nad potencjalnymi korzyściami i zagrożeniami stosowania formalnych dopłat. Wskazują na takie korzyści, jak napływ do systemu dodatkowych środków, ograniczenie dopłat nieformalnych, zwiększenie świadomości pacjentów oraz ograniczenie nieuzasadnionych medycznie wizyt. Za zagrożenie uznają potencjalne wykluczenie z systemu pacjentów o niższych dochodach, którzy nie będą w stanie pokryć dodatkowych kosztów, zbytnie obciążenie ekonomiczne słabszych gospodarstw domowych.

Rozwiązaniem może być różnicowanie dopłat zależnie od statusu dochodowego pacjenta czy rodzaju świadczeń, jednak rodzi to dodatkowe problemy związane z transparentnością systemu. Dodatkowe problemy wiążą się z kosztami obsługi dopłat, które mogą pochłaniać znaczną część zysków.

Petra Bali i współautorzy próbują dokonać oceny systemu dopłat funkcjonującego na Węgrzech w latach 2007–2008. Przyniósł on pewien spadek nieuzasadnionych wizyt, ograniczenie dopłat nieformalnych i podniesienie świadomości pacjentów, jednak negatywne konsekwencje i opór społeczny spowodowały rezygnację z tego rozwiązania.

Dłuższy okres stosowania dopłat obowiązuje w Bułgarii, o czym piszą Elka Ananasowa i inni autorzy. Wprowadzenie dopłat przede wszystkim ze względu na niedofinansowanie systemu nie poprawiło jego funkcjonowania, głównie jednak z powodu wad samego systemu ochrony zdrowia (słabość instytucji lekarza pierwszego kontaktu, zbyt częste korzystanie z leczenia szpitalnego, niedostatek lekarzy i pielęgniarek, między innymi w wyniku emigracji). Zróżnicowane są też opinie różnych uczestników systemu na temat dopłat. Generalnie autorzy stwierdzają, że wprowadzenie dopłat powinno być poprzedzone badaniami możliwych konsekwencji i stale monitorowane.

Do tego samego zagadnienia odnoszą się Stanisława Golinowska i współautorzy w kolejnym tekście. Autorzy zwracają uwagę na wysoki już udział pacjentów w finansowaniu opieki zdrowotnej, a zatem konieczność wypracowania społecznej zgody na to rozwiązanie, co jest uzasadnione dużą rozbieżnością stanowisk różnych uczestników systemu. Rozważają też możliwość różnicowania dopłat i konsekwencje takiego rozwiązania.

Liubove Murauskiene i współautorzy piszą o sytuacji na Litwie, gdzie dopłaty gospodarstw domowych są uznawane za zbyt wysokie i powodują rezygnację niektórych grup ze świadczeń. Oni także, generalnie

\* Poszerzona recenzja publikacji zostanie opublikowana w 16 numerze „Problemów Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje”.

akceptując możliwość takiego rozwiązania, rozważają różnicowanie dopłat zależnie od sytuacji różnych grup pacjentów i rozmaitych świadczeń.

Odmiennej charakter ma tekst Cezarego W. Włodarczyka, poświęcony omówieniu jednej z metod oceny wpływu konsekwencji reform systemu ochrony zdrowia na efektywność systemu. Autor omawia metodę *Health Impact Assessment* i potencjalne korzyści z jej stosowania dla racjonalizacji decyzji w sektorze zdrowia.

Kolejne trzy teksty omawiają funkcjonowanie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Artykuł Irminy Jurkiewicz i Carole Tinardon przedstawia funkcjonowanie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w regionie europejskim. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne mogą być rozwiązaniem dla osób nieuprawnionych do świadczeń z systemu publicznego, uzupełniać system publiczny, oferując usługi tym systemem nieobjęte lub oferować ten sam katalog świadczeń, ale o wyższym standardzie. Autorzy omawiają funkcjonowanie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach Unii Europejskiej, ze szczególnym uwzględnieniem Francji.

Wim Groot przedstawia zreformowany w 2006 r. system ubezpieczeń zdrowotnych w Holandii, który w istocie zastępuje system publicznych ubezpieczeń zdrowotnych powszechnymi ubezpieczeniami prywatnymi, przewidującymi jednak wsparcie w opłaceniu składki ze środków publicznych. Reforma wprowadziła więcej swobody do zasad kontraktowania świadczeń, co w założeniu ma doprowadzić do wzrostu konkurencji producentów świadczeń i zmniejszyć ich koszty. Dotychczasowe doświadczenia nie potwierdzają jednak tych oczekiwań, co może wynikać z innych przyczyn, takich jak starzenie się populacji i wzrost kosztów procedur medycznych.

Bardzo aktualny jest tekst Adama Reicharda o przygotowywanej reformie systemu ochrony zdrowia w USA. Obecna administracja Obamy dostrzega nasilające się problemy wynikające z braku powszechnych społecznych ubezpieczeń zdrowotnych. W ostatnich latach spadł udział obywateli zabezpieczonych polisami prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, a udział kosztów opieki zdrowotnej w PKB znacznie przekracza średnie wartości w krajach OECD. Dostrzega się również związek między stanem zdrowia a ogólną pomyślnością obywateli, co jest szczególnie istotne w okresie kryzysu ekonomicznego. Realizowane od 1965 r. programy *Medicare* i *Medicaid* nie są w stanie zabezpieczyć obywateli przed konsekwencjami choroby i konieczności poniesienia rosnących kosztów opieki zdrowotnej.

Celem reformy jest upowszechnienie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, między innymi przez obniżenie wymiaru składki, zakaz stosowania praktyk dyskryminacyjnych w ubezpieczeniu (odmowa ubezpieczenia czy gorsze warunki w przypadku pacjentów o wyższym poziomie ryzyka), większą kontrolę systemu ze strony państwa. Wszystko to ma doprowadzić do poprawy jakości świadczeń i stanu zdrowia ludności.

Dwa ostatnie teksty można traktować jako ostrzeżenie przed nadmiernym wzmocnieniem sektora prywatnego w ochronie zdrowia. Błażej Łyszczarz dokonuje próby porównania efektywności systemu prywatnego i publicznego, zwracając przy tym uwagę na pewne uprzywilejowanie sektora publicznego w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Analizy nie potwierdzają wyższej efektywności sektora prywatnego w szpitalnictwie, choć jest ona nieco wyższa w przypadku świadczeń ambulatoryjnych.

Należy jednak zwrócić uwagę, że analizy koncentrują się efektywności ekonomicznej, badającej wielkość oferowanych usług, bez uwzględnienia efektywności odnoszącej się do wpływu typu własności i sposobu finansowania na stan zdrowia ludności.

Jako uzupełnienie tego tekstu można traktować rozważania Katarzyny Dubas o funkcjonowaniu szpitalnictwa w województwie małopolskim. Analiza wskazuje, że przy równej liczbie szpitali publicznych i niepublicznych sektor publiczny zapewnia 93% łóżek szpitalnych (na jeden szpital publiczny przypadają średnio 352 łóżka, na niepubliczny – 26), oferuje szerszy profil usług (ogółem szpitale publiczne oferują usługi w 50 specjalizacjach medycznych, prywatne w 15). Szpitale prywatne oferują wąskie specjalizacje, w tym najwyżej punktowane przez NFZ, przede wszystkim zaś nie podejmują się leczenia najbardziej kosztownego (intensywna opieka medyczna, transplantologia, onkologia), nie zapewniają opieki pacjentom geriatrycznym.

Reasumując, oczywisty wydaje się postulat walki z opłatami nieformalnymi, które naruszają zasadę równego dostępu do świadczeń i są zjawiskiem korupcyjnym, które powinno być zwalczane w ramach ogólnych działań państwa prawa.

Wprowadzenie opłat formalnych może przynieść pewne korzyści, takie jak zwiększenie napływu środków na poprawę ilości i jakości świadczeń, ograniczenie dopłat nieformalnych, nieuzasadnionych medycznie wizyt, wzrost świadomości pacjentów, większej dbałości obywateli o zdrowie. Różnicowanie wysokości dopłat dla różnych grup pacjentów może chronić przed niektórymi negatywnymi konsekwencjami dopłat bezpośrednich i zapewnić większą możliwość realizacji priorytetów polityki zdrowotnej, jednak czyniłoby system mało transparentnym, zwiększało koszty administrowania dopłatami oraz stwarzało możliwości nadużyć.

Z wprowadzeniem dopłat wiążą się jednak pewne istotne zagrożenia, jak marginalizacja niektórych grup ludności, zbytne obciążenie finansowe słabszych ekonomicznie gospodarstw domowych, co w efekcie może przynieść pogorszenie stanu zdrowia ludności.

Łatwiejsze do zaakceptowania i być może nieuniknione jest wprowadzenie dodatkowych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako uzupełnienie systemu publicznego. Przy upowszechnianiu ubezpieczeń dodatkowych ich koszty mogą być możliwe do pokrycia przez znaczną część ludności, przy czym obserwuje się rosnącą akceptację dla takiego rozwiązania. Odciążyłoby to system publiczny, umożliwiło bardziej efektywne wykorzystanie bazy (sprzętu, zasobów kadrowych), skróciło czas oczekiwania na świadczenia, choć także stało się potencjalną przesłanką różnicowania dostępu do zdrowia.

Z pewnością konieczne jest prowadzenie szerokiej debaty publicznej na ten temat. Czytelna standaryzacja usług w sektorze publicznym, badanie doświadczeń innych krajów w tym zakresie i wprowadzenie instrumentów monitorowania wpływu stosowanych rozwiązań na stan zdrowia ludności to działania, które korzystanie wpłyną na realizację polityki zdrowotnej i szeroko rozumianą efektywność systemu.



## ZMODYFIKOWANE MINIMUM SOCJALNE WE WRZEŚNIU I GRUDNIU 2011 R.

Piotr Kurowski

Instytut Pracy i Spraw Socjalnych w Warszawie

Wprawdzie brak jest jeszcze wyczerpujących informacji o warunkach życia niezamożnych gospodarstw domowych w 2011 r., ale niektóre obserwowane dotychczas zjawiska wskazują, że sytuacja dochodowa i majątkowa tych gospodarstw uległa pogorszeniu. Według badań Eurostatu (a także GUS), w 2010 r. aż 17,1% ludności Polski było zagrożone ubóstwem<sup>1</sup>. W 2011 r. wskaźniki te mogły się pogorszyć na skutek rosnącej inflacji<sup>2</sup> oraz utrzymującego się wysokiego poziomu bezrobocia<sup>3</sup>.

Uzasadnia to potrzebę stałego obserwowania sytuacji ekonomicznej osób i gospodarstw domowych niezamożnych czy zagrożonych ubóstwem. Jednym z narzędzi takich obserwacji jest monitorowanie

kosztów utrzymania tych osób i gospodarstw. Służy temu m.in. weryfikowanie wartości minimum socjalnego, stanowiącego modelową konstrukcję potrzeb i wydatków konsumpcyjnych niezamożnych gospodarstw.

W niniejszej informacji przedstawiono szacunki minimum socjalnego w warunkach rynkowych z września i grudnia 2011 r. Obliczeń dokonano na podstawie informacji o cenach dóbr i usług konsumpcyjnych udostępnionych przez GUS, a ujętych w modelu (koszyku) minimum socjalnego; w sytuacji braku takich informacji dotyczących poszczególnych pozycji koszyka posłużono się wynikami własnego rozpoznania rynku.

Tabela 1. Zmodyfikowane minimum socjalne w warunkach rynkowych września 2011 r., w zł

Wyszczególnienie	Gospodarstwa pracownicze						Gospodarstwa emeryckie	
	1-osobowe	2-osobowe	3-osobowe	3-osobowe	4-osobowe	5-osobowe	1-osobowe	2-osobowe
	(M+K)/2	M+K	M+K+DM	M+K+DS	M+K+DM+DS	M+K+DM+2xDS	(M+K)/2	M+K
Żywność	234,40	468,79	658,12	711,99	901,31	1 144,51	224,18	448,35
Mieszkanie	357,70	513,44	696,19	696,19	881,01	1 066,12	357,70	513,44
– eksploatacja	305,88	448,74	621,19	621,19	785,49	948,78	305,88	448,74
– wyposażenie	51,82	64,69	74,99	74,99	95,52	117,34	51,82	64,69
Edukacja	13,36	26,72	168,00	125,40	266,68	378,73	0,00	0,00
Kultura i rekreacja	103,67	130,84	167,42	174,66	211,24	255,05	89,22	124,22
Odzież i obuwie	44,80	89,60	131,32	132,43	174,15	216,98	35,74	71,47
Ochrona zdrowia	37,39	71,34	92,56	93,84	115,06	137,56	72,22	141,00
Higiena osobista	28,75	55,64	68,05	81,47	94,47	120,40	24,42	46,99
Transport i łączność	77,01	141,11	381,02	389,54	389,54	398,05	98,16	153,27
Pozostałe wydatki	71,77	104,82	141,76	144,33	151,67	148,70	72,13	104,91
<b>Razem</b>	<b>968,83</b>	<b>1 602,31</b>	<b>2 504,43</b>	<b>2 549,84</b>	<b>3 185,13</b>	<b>3 866,10</b>	<b>973,76</b>	<b>1 603,65</b>
– na osobę	<b>968,83</b>	<b>801,15</b>	<b>834,81</b>	<b>849,95</b>	<b>796,28</b>	<b>773,22</b>	<b>973,76</b>	<b>801,82</b>

**Uwaga do wszystkich tabel:** Symbole użyte w tablicy oznaczają odpowiednio: M – mężczyzna w wieku 25–60 lat, K – kobieta w wieku 25–60 lat, (M+K)/2 – wydatki na poziomie średniej arytmetycznej dla gospodarstwa mężczyzny i kobiety, DM – dziecko młodsze w wieku 4–6 lat, DS – dziecko starsze w wieku 13–15 lat. W przypadku gospodarstw emeryckich symbole M i K oznaczają odpowiednio mężczyznę i kobietę w wieku powyżej 60 lat.

**Źródło do wszystkich tabel:** obliczenia IPISS na podstawie danych Departamentu Statystyki Społecznej GUS.

Wartości koszyków oszacowane dla warunków rynkowych z września 2011 r. są nieco niższe od poprzednich (z czerwca 2011 r.). Zmiana ta wynikała z przejściowego spowolnienia wzrostu czy wręcz stagnacji cen. Indeks cen towarów i usług konsumpcyjnych (wskaźnik CPI) w miesiącach lipiec – wrzesień wyniósł tylko 99,8 pkt. proc. Koszyki minimum socjalnego straciły na wartości od 1 pkt. proc. dla gospodarstwa 4-osobowego do 2,6 pkt. proc. dla 2-osobowego gospodarstwa emeryckiego (por. tab. 3).

Najważniejszym czynnikiem powodującym spadek ogólnej wartości koszyka we wrześniu były niższe ceny artykułów żywnościowych, zwłaszcza owoców i warzyw. Spadek ten, jak wiadomo, ma charakter sezonowy. Wartość wydatków na żywność według minimum socjalnego spadła ponad 11%, podczas gdy ogólny wskaźnik cen w tej grupie obniżył się o 3,7%.

W minimum socjalnym dla warunków z września 2011 r. wzrosły – w porównaniu z tą kategorią szacowaną dla warunków z czerwca – wydatki na edukację.

Tabela 2. Zmodyfikowane minimum socjalne w warunkach rynkowych – grudzień 2011 r., w zł

Wyszczególnienie	Gospodarstwa pracownicze						Gospodarstwa emeryckie	
	1-osobowe	2-osobowe	3-osobowe	3-osobowe	4-osobowe	5-osobowe	1-osobowe	2-osobowe
	(M+K)/2	M+K	M+K+DM	M+K+DS	M+K+DM+DS	M+K+DM+2xDS	(M+K)/2	M+K
Żywność	242,88	485,76	681,63	737,26	933,14	1 184,64	232,87	465,73
Mieszkanie	361,50	518,62	703,23	703,23	889,94	1 076,92	361,50	518,62
– eksploatacja	309,33	453,46	627,70	627,70	793,78	958,85	309,33	453,46
– wyposażenie	52,18	65,16	75,53	75,53	96,16	118,08	52,18	65,16
Edukacja	13,62	27,24	163,51	126,43	262,70	375,51	0,00	0,00
Kultura i rekreacja	106,59	133,82	170,59	177,76	214,53	258,47	91,17	125,91
Odzież i obuwie	46,50	93,00	136,08	136,64	179,73	223,38	37,10	74,19
Ochrona zdrowia	39,53	75,54	96,68	97,91	119,04	141,41	74,92	146,32
Higiena osobista	28,90	55,92	68,35	81,91	94,94	121,04	24,54	47,20
Transport i łączność	77,55	142,20	390,24	398,77	398,77	407,31	98,46	153,86
Pozostałe wydatki	73,37	107,25	144,62	147,60	154,64	151,55	73,64	107,23
<b>Razem</b>	<b>990,43</b>	<b>1 639,34</b>	<b>2 554,92</b>	<b>2 607,52</b>	<b>3 247,43</b>	<b>3 940,22</b>	<b>994,20</b>	<b>1 639,07</b>
– na osobę	990,43	819,67	851,64	869,17	811,86	788,04	994,20	819,53

Tabela 3. Zmiany wartości minimum socjalnego dla warunków z września i z grudnia 2011 r. na tle inflacji

Wyszczególnienie	Typ gospodarstwa domowego				Dynamika wzrostu cen (CPI)
	Pracownicze 1-osobowe	Pracownicze 4-osobowe	Emeryckie 1-osobowe	Emeryckie 2-osobowe	
<b>Dynamika minimum socjalnego z września 2011 r. (VI 2010 r. = 100)</b>					
Żywność	88,6	89,0	88,7	88,7	96,3
Eksploatacja mieszkania	100,7	100,7	100,7	100,7	101,6
Wyposażenie mieszkania	100,3	100,5	100,3	100,4	100,3
Edukacja	102,1	112,6	-	-	103,8
Ochrona zdrowia	101,3	101,3	101,0	101,0	100,7
Odzież i obuwie	103,6	104,2	104,1	104,1	95,5
Higiena osobista	100,6	100,5	100,5	100,5	100,2
Kultura i rekreacja	98,7	99,3	102,6	103,8	100,7
Transport i łączność	117,3	110,9	102,6	103,3	104,3*
<b>Ogółem</b>	<b>98,3</b>	<b>99,0</b>	<b>97,9</b>	<b>97,4</b>	<b>99,8</b>
<b>Dynamika minimum socjalnego z grudnia 2011 r. (IX 2010 r. = 100)</b>					
Żywność	103,6	103,5	103,9	103,9	103,3
Eksploatacja mieszkania	101,1	101,1	101,1	101,1	101,1
Wyposażenie mieszkania	100,7	100,7	100,7	100,7	100,6
Edukacja	101,9	98,5	-	-	100,5
Ochrona zdrowia	105,7	103,5	103,7	103,8	103,8
Odzież i obuwie	103,8	103,2	103,8	103,8	102,4
Higiena osobista	100,5	100,5	100,5	100,5	100,8
Kultura i rekreacja	102,8	101,6	102,2	101,4	99,7
Transport i łączność	100,7	102,4	100,3	100,4	100,0*
<b>Ogółem</b>	<b>102,2</b>	<b>102,0</b>	<b>102,1</b>	<b>102,2</b>	<b>101,8</b>

\* Dotyczy wydatków na łączność.

W gospodarstwach domowych z dziećmi na utrzymaniu wzrost tych wydatków sięgał kilkunastu procent, znacznie powyżej ogólnego wskaźnika wzrostu cen w tej grupie wydatków. Podobny sezonowy wzrost cen zanotowano w odzieży jesiennej, dlatego wartość koszyków odzieżowych wzrosła od 3,6% do 4,2% w porównaniu z wartością minimum socjalnego dla warunków czerwca 2011 r.

Grudniowe wartości minimum socjalnego uległy wzrostowi od 1,9% (gospodarstwo z trojgiem dzieci) do 2,3% (pracownicze gospodarstwo 2-osobowe). Wzrost wartości koszyka odpowiada tendencjom

w zakresie inflacji: indeks cen towarów i usług konsumpcyjnych okresie październik-grudzień wzrósł o 1,8 pkt. proc.; koszyki zyskały na wartości niewiele więcej.

Na wartości koszyków w warunkach rynkowych z grudnia ubiegłego roku w największym stopniu zażyła wyższa wycena dla artykułów żywnościowych (ponad 3%) oraz dla eksploatacji mieszkań (1,1%). Wzrost wartości koszyka odzieżowego tym razem odpowiadał wskaźnikowi inflacji dla tej grupy. Najwyższą dynamiką cechował się koszyk ochrony zdrowia (w pracowniczych gospodarstwach bez dzieci – wzrost ponad 5%).

Tabela 4. Struktura zmodyfikowanego minimum socjalnego – wrzesień 2011 r., w %

Wyszczególnienie	Gospodarstwa pracownicze						Gospodarstwa emeryckie	
	1-osobowe	2-osobowe	3-osobowe	3-osobowe	4-osobowe	5-osobowe	1-osobowe	2-osobowe
	(M+K)/2	M+K	M+K+DM	M+K+DS	M+K+DM+DS	M+K+DM+2xDS	(M+K)/2	M+K
Żywność	24,2	29,3	26,3	27,9	28,3	29,6	23,0	28,0
Mieszkanie	36,9	32,0	27,8	27,3	27,7	27,6	36,7	32,0
– eksploatacja	31,6	28,0	24,8	24,4	24,7	24,5	31,4	28,0
– wyposażenie	5,3	4,0	3,0	2,9	3,0	3,0	5,3	4,0
Edukacja	1,4	1,7	6,7	4,9	8,4	9,8	0,0	0,0
Kultura i rekreacja	10,7	8,2	6,7	6,8	6,6	6,6	9,2	7,7
Odzież i obuwie	4,6	5,6	5,2	5,2	5,5	5,6	3,7	4,5
Ochrona zdrowia	3,9	4,5	3,7	3,7	3,6	3,6	7,4	8,8
Higiena osobista	3,0	3,5	2,7	3,2	3,0	3,1	2,5	2,9
Transport i łączność	7,9	8,8	15,2	15,3	12,2	10,3	10,1	9,6
Pozostałe wydatki	7,4	6,5	5,7	5,7	4,8	3,8	7,4	6,5
<b>Razem</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Tabela 5. Struktura zmodyfikowanego minimum socjalnego – grudzień 2011 r., w %

Wyszczególnienie	Gospodarstwa pracownicze						Gospodarstwa emeryckie	
	1-osobowe	2-osobowe	3-osobowe	3-osobowe	4-osobowe	5-osobowe	1-osobowe	2-osobowe
	(M+K)/2	M+K	M+K+DM	M+K+DS	M+K+DM+DS	M+K+DM+2xDS	(M+K)/2	M+K
Żywność	24,5	29,6	26,7	28,3	28,7	30,1	23,4	28,4
Mieszkanie	36,5	31,6	27,5	27,0	27,4	27,3	36,4	31,6
– eksploatacja	31,2	27,7	24,6	24,1	24,4	24,3	31,1	27,7
– wyposażenie	5,3	4,0	3,0	2,9	3,0	3,0	5,2	4,0
Edukacja	1,4	1,7	6,4	4,8	8,1	9,5	0,0	0,0
Kultura i rekreacja	10,8	8,2	6,7	6,8	6,6	6,6	9,2	7,7
Odzież i obuwie	4,7	5,7	5,3	5,2	5,5	5,7	3,7	4,5
Ochrona zdrowia	4,0	4,6	3,8	3,8	3,7	3,6	7,5	8,9
Higiena osobista	2,9	3,4	2,7	3,1	2,9	3,1	2,5	2,9
Transport i łączność	7,8	8,7	15,3	15,3	12,3	10,3	9,9	9,4
Pozostałe wydatki	7,4	6,5	5,7	5,7	4,8	3,8	7,4	6,5
<b>Razem</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Zmiany wartości w modelowanych wydatkach na transport i łączność wymagają krótkiego komentarza z uwagi na wprowadzone korekty techniczne. Już w 2009 r. udział gospodarstw domowych posiadających komputer osobisty z dostępem do Internetu przekroczył 50%. Jesteśmy świadkami rozpowszechnienia się dostępu do sieci także w telefonii komórkowej. Młodzież ma ponadto możliwość do bezpłatnego korzystania z Internetu w niejednej szkole, a kawiarenki internetowe zanikają. Wobec tych zmian zrewidowano założenia co do korzystania z Internetu (Deniszczuk i in. 2006) – zrezygnowano z przyjęcia kilku godzin, jakimi dysponowała głowa pracowniczego gospodarstwa domowego w kawiarence internetowej, na rzecz najtańszego stałego łącza internetowego. Uaktualniona wartość koszyka minimum socjalnego przyniosła nowy, zmieniony obraz jego struktury (tab. 4 i 5).

<sup>1</sup> Według metodologii badania Eurostatu granicą ubóstwa jest 60% dochodu do dyspozycji gospodarstw domowych, a według metodologii GUS – tzw. granica relatywna.

<sup>2</sup> W okresie trzech kwartałów 2011 r. ceny towarów i usług konsumpcyjnych były o 3,9% wyższe niż przed rokiem, a we wrześniu o 4,9% wyższe niż rok wcześniej; silnie

wzrosły ceny żywności (o 6%) oraz koszty utrzymania mieszkań wraz cenami nośników energii (o 6,1%).

<sup>3</sup> Na koniec września 2011 r. liczba zarejestrowanych bezrobotnych wyniosła około 1,9 mln osób, tj. o 2,7% więcej niż przed rokiem; według BAEL w trzecim kwartale 2011 r. bezrobotnych było około 1,6 mln osób, tj. o 0,5% więcej niż przed rokiem. Na pogarszanie się sytuacji niezamożnych gospodarstw domowych wpływał głównie wzrost bezrobocia trwałego oraz bezrobocia osób samotnie wychowujących dzieci.

#### LITERATURA

- Deniszczuk L., Kurowski P., Styrc M. (2006), *Modyfikacja koszyków towarów i usług minimum socjalnego i minimum egzystencji*, „Polityka Społeczna” nr 11–12.
- Deniszczuk L., Kurowski P., Styrc M. (2007), *Progi minimalnej konsumpcji gospodarstw domowych wyznaczone metodą potrzeb podstawowych. Rodzaje, oszacowania i zastosowania polityce społecznej*, Warszawa: IPiSS.
- Deniszczuk, L. (1977), *Wzorzec konsumpcji społecznie niezbędnej*, seria „Studia i Materiały”, z. nr 10, Warszawa: IPiSS.
- GUS (2011a), *Europejskie badanie dochodów i warunków życia EU-SILC w 2010 r.*, Warszawa.
- GUS (2011b), *Budżety gospodarstw domowych w 2010 r.*, Warszawa.
- GUS (2012), *Biuletyn Statystyczny*, Nr 2 (luty), Warszawa.

# REFORMA SYSTEMÓW EMERYTALNYCH W EUROPIE CENTRALNEJ I WSCHODNIEJ

MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA MOP I IPISS

Janina Petelczyc

Doktorantka Wydziału Dziennikarstwa i Nauk Politycznych UW

Paulina Roicka

Instytut Pracy i Spraw Socjalnych w Warszawie

W dniach 6–7 października 2011 r. w Hotelu Mercure Warszawa odbyło się spotkanie ekspertów poświęcone reformom systemów emerytalnych w Europie Centralnej i Wschodniej. Konferencję zorganizowała Międzynarodowa Organizacja Pracy wraz z Instytutem Pracy i Spraw Socjalnych. Wzięli w niej udział przedstawiciele Międzynarodowej Organizacji Pracy, Banku Światowego, środowisk akademickich, związków zawodowych oraz administracji krajowej i europejskiej specjalizujący się w kwestiach związanych z ekonomią i zabezpieczeniem społecznym, a w szczególności z konstrukcją systemów emerytalnych krajów Środkowej i Wschodniej. Pierwszą część seminarium poświęcono była ogólnym problemom i wyzwaniom związanym z zabezpieczeniem emerytalnym. W drugiej części prelegenci przedstawili raporty krajowe na temat aktualnych trendów w reformowaniu systemów emerytalnych w czasie kryzysu ekonomicznego.

Referentów i zaproszonych gości powitali Mark Levin, dyrektor Biura Krajowego Europy Środkowo-Wschodniej MOP oraz prof. nadzw. Bożena Balcerzak-Paradowska, dyrektor Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych.

Obrady otworzył dr Krzysztof Hagemeyer z Departamentu Zabezpieczenia Społecznego MOP referatem zatytułowanym *Rola zabezpieczenia społecznego w osiągnięciu sprawiedliwości społecznej i uczciwej globalizacji*. Było to przedstawienie wniosków i dalszych kroków uzgodnionych w dyskusji nad zabezpieczeniem społecznym, przyjętych przez setną sesję Międzynarodowej Konferencji Pracy w czerwcu 2011 r. Tzw. Konsensus Genewski zakłada dwuwymiarową strategię poszerzania zasięgu systemów zabezpieczenia społecznego w świecie. Pierwszy wymiar – poziomy – ma na celu szybkie zbudowanie krajowych bazowych poziomów zabezpieczenia społecznego, gwarantujących, że w cyklu życia wszyscy potrzebujący będą mieli dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej oraz zapewnione bezpieczeństwo dochodowe na krajowo zdefiniowanym poziomie minimalnym. Każdy kraj powinien opracować i wdrożyć bazowy system gwarantowanych świadczeń. Z kolei wymiar pionowy zakłada stopniowe zapewnianie wyższych poziomów zabezpieczenia społecznego zgodnych z Konwencją nr 102 i wyższymi normami.

W celu poszerzania zakresu przedmiotowego i podmiotowego zabezpieczenia społecznego kraje członkowskie MOP powinny tworzyć takie ramy gospodarcze i społeczne, które sprzyjają trwałemu rozwojowi przedsiębiorczości i wzrostowi produktywnego zatrudnienia w godziwych warunkach (polityka zatrudnienia i polityka fiskalna, zwiększanie ściągalności składek, formalizacja gospodarki).

Prelegent podkreślił również, że w celu poszerzenia zakresów zabezpieczenia społecznego konieczne jest traktowanie związanych z tym wydatków jako inwestycji opłacanej przez wszystkich: przedsiębiorstwa, pracowników i gospodarstwa domowe. Dłate-

go konieczne jest zdobycie zaufania płatników, które oparte może być wyłącznie na dialogu społecznym. Choć odpowiedzialność za skuteczność społeczną i efektywność finansową systemu zabezpieczenia społecznego ponosi państwo, to dialog społeczny jest kluczowy dla identyfikacji i zdefiniowania priorytetowych celów polityki, określenia świadczeń, uprawnień oraz podstawowych metod ich otrzymywania, a także dla uzgodnienia rozłożenia ciężaru finansowania. Z tego powodu wszyscy pracodawcy i pracownicy powinni dobrze znać istniejący system oraz związane z nim wyzwania. Być może powinno się także wprowadzić podstawową wiedzę o zabezpieczeniu społecznym do programów szkolnych.

Na zakończenie wypowiedzi dr Hagemeyer mówił o działaniach na rzecz nowych konwencji i zaleceń w przyszłości. Międzynarodowa Organizacja Pracy w 2012 r. rozważy przyjęcie Zalecenia MOP nr 202 w sprawie gwarancji bazowego poziomu zabezpieczenia. Konieczność przyjęcia takiego zalecenia wynika m.in. z reform emerytalnych przyjmowanych w ostatnich latach, które, koncentrując się na ograniczaniu kosztów przyszłych emerytur, znacznie obniżyły gwarantowane poziomy zabezpieczenia, a więc przyczynią się do wzrostu ubóstwa osób starszych.

Jak podkreślał referent, stopy zastąpienia po 30 latach płacenia składek w wielu krajach będą niższe niż wymagane przez Konwencję 102 MOP. Należy więc odbudować gwarancję bazowego poziomu bezpieczeństwa dochodowego albo poprzez zachowanie lub przywrócenie redystrybucyjnego składnika formuł wyliczających świadczenie w ramach składkowych, ubezpieczeniowych programów emerytalnych, albo wbudowując w systemy emerytalne gwarancje minimalnego dochodu o charakterze nieskładkowym, zaopatrzeniowym.

Referat prof. Nicholasa Barra z London School of Economics skupiał się na przyszłych problemach systemów emerytalnych w nowych krajach UE. Do podstawowych wyzwań zaliczył ryzyka demograficzne i rynkowe. Prof. Barr dostrzega również możliwe rozwiązania: wprowadzenie nieskładkowych świadczeń gwarantowanych, wydłużenie wieku emerytalnego, zwiększenie elastyczności systemów i wprowadzenie systemów o zdefiniowanej składce (*national defined contribution – NDC*).

Nieskładkowe świadczenia gwarantowane to finansowane ze środków publicznych emerytury o jednej wysokości zależne od wieku i miejsca zamieszkania, a nie od składek. Rozwiązanie to sprzyja walce z biedą, zwłaszcza że świadczenia oparte wyłącznie na składkach w czasach, gdy pracownicy mają niestabilne kariery, mogą być bardzo niskie. Obecnie takie rozwiązanie funkcjonuje w Holandii, Nowej Zelandii i Chile, a w Australii i Kanadzie dodatkowo towarzyszy mu test zamożności.

Wyższy wiek emerytalny jest zdaniem referenta uzasadniony dłuższym życiem w lepszym zdrowiu połączonym z problemami finansowania świadczeń. Rozwiązanie takie powinno być wprowadzane stop-

niowo, z dużym wyprzedzeniem czasowym, by uniknąć dużych różnic między kohortami.

Z kolei więcej wolności wyboru w kwestii momentu przejścia na emeryturę i łączenia tego świadczenia z pracą służyłoby rozwojowi gospodarki, wspierałoby aktywność zawodową i dawałoby większe możliwości jednostkom w czasie kryzysu gospodarczego. Natomiast emerytury NDC powinny być oparte na zasadzie PAYG – rząd odpowiada za gromadzenie danych o indywidualnych składkach, corocznie przypisując stopę procentową środkom zgromadzonym na rachunku każdego pracownika, a oszczędności pracownika przekładają się na jego przyszłą emeryturę.

NDC pozwala uniknąć większości ryzyk związanych z kontami indywidualnymi, gdyż system nie ponosi skutków niestabilności rynków kapitałowych, a szersza dystrybucja ryzyka zwiększa odporność systemu w razie turbulencji gospodarczych. NDC mogłoby być łączone z emeryturą nieskładkową. NDC jest rozwiązaniem dla tych spośród nowych krajów UE, w których w pełni finansowane konta indywidualne nie mogłyby się na razie sprawdzić, lub jako opcja rezerwowa dla krajów, które przedwcześnie wprowadziły w pełni finansowane konta indywidualne. System ten mógłby początkowo być systemem PAYG, co rozwiązywałoby kwestię problemów budżetowych, mógłby być częściowo finansowany lub ewaluować od PAYG do większego zakresu finansowania wraz z upływem czasu.

Na zakończenie prof. Barr stwierdził, że nie ma uniwersalnego systemu dla wszystkich państw, a wprowadzający nowe rozwiązania muszą za każdym razem brać pod uwagę moment historyczny i specyfikę krajową. Jednak ze względu na zmiany demograficzne wszędzie konieczne jest wydłużanie wieku emerytalnego. Reformy muszą mieć charakter strategiczny i długoterminowy. Rozwiązując problemy związane z finansowaniem systemów w okresie kryzysu, najważniejszą kwestią powinno pozostawać zawsze przeciwdziałanie ubóstwu i szeroka dystrybucja ryzyka.

Najnowszy raport *Pensions at a glance 2011* omówił Andrew Reilly z OECD. Raport zawiera analizę systemów emerytalnych przede wszystkim pod kątem ich trwałości i stabilności finansowej, zachęt pracowników, bezpieczeństwa wobec ryzyka i niepewności oraz wysokości świadczeń i stopy objęcia populacji świadczeniami.

Referent przedstawił kilka najważniejszych wniosków. Po pierwsze, następuje wzrost wydatków na publiczne świadczenia (w % PKB). W większości badanych państw mamy też do czynienia ze wzrastającą stopą obciążenia populacji (proporcja liczby osób powyżej 65. roku życia do całości społeczeństwa). Niepokojącym zjawiskiem jest fakt, że przeciętny wiek przechodzenia na emeryturę jest z reguły niższy niż oficjalny wiek emerytalny i co roku jeszcze bardziej się on obniża. Do tego obserwujemy znaczące starzenie się siły roboczej.

Ponieważ są to trendy niekorzystne zarówno z punktu widzenia kondycji finansowej systemów emerytalnych, jak i wysokości wypłacanych emerytur, należy wprowadzać zachęty do pozostawania na rynku pracy. Autorzy raportu dostrzegają znaczenie waloryzacji nabytych praw emerytalnych według inflacji cenowej oraz łączenie świadczeń i zarobków w okresie wczesnoemerytalnym. Korzystnym rozwiązaniem jest także wzrost wysokości świadczeń dla osób, które opóźniają przechodzenie na emeryturę. Badania wykazały także – wbrew powszechnym mniemaniom – że zatrudnienie osób starszych jest korzystne

dla osób młodych. W krajach, w których wyższa jest stopa zatrudnienia osób w wieku 55–59 lat, dostrzega się także wyższą stopę zatrudnienia osób młodych w wieku 20–24 lata.

W związku z kryzysem gospodarczym i starzeniem się populacji należy, według autorów raportu, dążyć do wydłużania pracy, prywatyzacji emerytur oraz poprawnego adresowania świadczeń. Według szacunków OECD dłuższy cykl pracy pozwala zaoszczędzić wydatki publiczne w wysokości 5% PKB. Adekwatność świadczeń i stabilność finansowa systemu są warunkiem koniecznym, aby wszyscy otrzymywali w przyszłości godne emerytury.

Zoran Anusic z Krajowego Biura Banku Światowego w Zagrzebiu omówił wpływ kryzysu finansowego na systemy emerytalne w Europie Środkowo-Wschodniej. Poważnym problemem stały się rosnące deficyty w systemach PAYG. W wyniku bezrobocia, stagnacji, a nawet obniżania zarobków zmalały wpływy ze składek. Z kolei malejący realny wymiar płac doprowadził do wzrostu wskaźnika zastąpienia i relatywnego wzrostu wydatków emerytalnych. Coraz większe koszty są też efektem przechodzenia na wcześniejszą emeryturę osób niepełnosprawnych i zagrożonych bezrobociem. Do tego zmalały wpływy podatkowe, utrudniając finansowanie powstałych deficytów.

W poszczególnych krajach przyjęto różne scenariusze reakcji na kryzys. W Rumunii i Rosji zdecydowano się na podniesienie składki emerytalnej, z kolei w Bułgarii i Macedonii składkę obniżono. Na podniesienie wieku emerytalnego zdecydowały się Węgry, Chorwacja, Rumunia, Azerbejdżan i Ukraina. Jednym z rozwiązań przyjętych przez Polskę, Węgry, Chorwację, Łotwę, Ukrainę i Rumunię było zmniejszenie lub wyeliminowanie różnych systemów wcześniejszego przechodzenia na emeryturę. W Turcji i Rosji podniesiono emeryturę minimalną.

Różne były także działania państw związane z drugim filarem. Na jego redukcję zdecydowały się Węgry, postanawiając znacjonalizować fundusze emerytalne. Składkę obniżono na Łotwie z 8% do 2%, na Litwie z 5,5% do 2% i w Polsce z 7,3% do 2,3% (docelowo wzrośnie do 3,5%). Estonia zdecydowała się na przekierowanie składek z I do II filaru w latach 2009–2010; od 2011 r. będzie to 2%, a 2012 r. już 4%. Decyzje związane z redukcją roli II filaru wynikają z bardziej rygorystycznego stosowania się do Paktu Stabilności i Wzrostu, zwłaszcza koncentracji na aktualnym deficycie i długu publicznym.

Według Z. Anusica przyszłe koszty nie są brane pod uwagę przy kształtowaniu obecnej polityki emerytalnej, a decyzja często wynika z cykli politycznych i wyborczych. Z kolei na wprowadzenie II filaru zdecydowały się Czechy, Ukraina, Armenia, Czarnogóra i Słowenia.

Do największych wyzwań, które stoją przed systemami emerytalnymi w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, prelegent zaliczył przystąpienie do UE i zwiększoną integrację rynku, konieczność rygorystycznego przestrzegania Paktu Stabilności i Wzrostu, nowe wyzwania fiskalne wynikające ze spowolnienia wzrostu i spadku poziomu konsumpcji związane z kryzysem oraz zmiany demograficzne – starzenie się społeczeństw i emigracja. Z. Anusic uznał nawet, że kryzys demograficzny, który czeka Europę, jest o wiele groźniejszy niż kryzys finansowy. Według referenta najlepszym sposobem radzenia sobie z długookresowym wyzwaniem demograficznym jest II filar zabezpieczenia emerytalnego. Inne proponowane rozwiązania to podnoszenie wymiaru składek, podnoszenie wieku emerytalnego, dalsze obni-

zanie poziomu świadczeń lub aktywne poszukiwanie imigrantów z obszarów o wysokiej stopie bezrobocia wśród osób młodych.

Na zakończenie prelegent podkreślił konieczność zwiększania roli dialogu społecznego oraz świadomości obywateli dotyczącej zabezpieczenia społecznego. Są to warunki konieczne przy przeprowadzaniu wszelkich reform systemu.

Dr Kenichi Hirose, główny specjalista zabezpieczenia społecznego MOP, mówił o reformach emerytalnych w Europie Środkowo-Wschodniej. Prelegent przypomniał, że na początku lat 90. systemy emerytalne wykorzystywano do walki z bezrobociem. Jednak wobec pogarszającej się sytuacji demograficznej, a więc i finansowej systemów repartycyjnych, już od połowy lat 90. tworzono prywatne, obowiązkowe filary emerytalne. Do tego reformy ograniczały zdobycie świadczenia poprzez wprowadzanie obowiązkowego dłuższego okresu ubezpieczenia, wyższego wieku emerytalnego czy przechodzenie od indeksacji płacowej do cenowej.

Kolejne problemy spowodował kryzys finansowy, który wpłynął na wysokość prywatnych i państwowych emerytur. Wraz z kryzysem pojawiła się też presja na obniżanie wydatków społecznych, zwłaszcza emerytalnych. Jak jednak zauważono, poważne ograniczenia uprawnień emerytalnych są niebezpieczne, ponieważ prowadzą do niepokojów społecznych, co miało miejsce np. we Francji, Grecji czy Hiszpanii.

Do największych wyzwań związanych z prywatyzacją świadczeń dr Hirose zaliczył nieprzewidywalność przyszłych emerytur powodowaną niestabilnością rynków i ograniczone możliwości redystrybucyjne, które prowadzą do wzrostu nierówności (dotyka to szczególnie kobiety). Prywatne systemy emerytalne powodują dodatkowe koszty administracyjne oraz transakcyjne w czasie, gdy maleje finansowanie I filaru kosztem filaru prywatnego zabezpieczenia emerytalnego.

Odpowiedzią na kryzys w krajach Europy Środkowo-Wschodniej jest również podwyższanie wieku emerytalnego, zwłaszcza kobiet – w Bułgarii z 60 do 63 lat, w Chorwacji z 60 do 65, na Węgrzech z 62 do 65, w Rumunii z 59 do 63, a na Słowenii z 63 do 65 lat. K. Hirose zauważył jednak, że aby zachować obecny poziom świadczeń nie wystarczy samo podwyższanie wieku emerytalnego. Wobec rosnącej długości życia i opóźniania się momentu przejścia na emeryturę konieczne jest znalezienie równowagi pomiędzy pracą a emeryturą (*Work-Retirement Balance*), a więc skoordynowanie działań z zakresu polityki społecznej i polityki rynku pracy.

Na zakończenie referent wymienił główne powody obecnie występujących napięć w systemach emerytalnych. Zaliczył do nich m.in. presję demograficzną, presję społeczno-polityczną, presję konkurencyjną, inercję polityczną (ochronę praw nabytych), polityczne ingerencje wynikające z populistycznych obietnic przedwyborczych, uchylanie się od opłacania składek, presję ze strony grup interesu oraz presję ponadnarodowe, np. wywoływane przez UE oraz MFW. Z tego względu autorzy przyszłych reform powinni przede wszystkim wzmacniać wydolność systemu, ale i pamiętać o adekwatności świadczeń oraz podstawowych standardach, takich jak np. Konwencja nr 102 MOP dotycząca minimalnych norm zabezpieczenia społecznego. System będzie bardziej wydolny, gdy zadba się o ściślejsze egzekwowanie przepisów i bardziej efektywne ściąganie składek.

Przeprowadzane zmiany muszą być wieloaspektowe. Muszą dążyć do równowagi między pracą

a emeryturą, być dopasowane do przemian faz życia obu płci i uwzględniać uwarunkowania rynku pracy. Ze względu na pogarszającą się sytuację demograficzną emerytury zawodowe i prywatne powinny być wzmacniane, jednak ich wprowadzanie i poszerzanie powinno być poprzedzone trójstronnym dialogiem społecznym. Najważniejsi zainteresowani powinni przyjąć perspektywę długookresową i wykazać wolę pragmatycznego kompromisu.

Trzeba również pamiętać, że implementacja zmian w systemach emerytalnych zawsze wymaga długiego okresu przejściowego. Najważniejsze kroki powinny zatem zostać podjęte jak najszybciej, aby zapewnić długookresową wydolność systemu zanim sytuacja demograficzna znacznie się pogorszy, to jest około 2020 r.

Druga część konferencji poświęcona została omówieniu aktualnych trendów w reformowaniu systemów emerytalnych krajów Europy Centralnej i Wschodniej. Światowy kryzys ekonomiczny ujawnił wiele problemów, związanych z funkcjonowaniem zmodernizowanych systemów emerytalnych w państwach dokonujących transformacji gospodarek z centralnie planowanych do gospodarek rynkowych. Z zaprezentowanych ośmiu raportów krajowych wynika, iż główne kierunki zmian w systemach zabezpieczenia emerytalnego nowych państw członkowskich polegały na:

- 1) redukcji deficytu systemów emerytalnych poprzez zwiększenie wymiaru składki emerytalnej lub zmianę w proporcji składek przekazywanych do filaru publicznego oraz obowiązkowego filaru kapitałowego;
- 2) stopniowym podnoszeniu wieku emerytalnego lub zrównaniu wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn;
- 3) zmianie metody indeksacji świadczeń;
- 4) modyfikacji formuły kalkulacji świadczeń oraz warunków uprawniających do udziału w systemie;
- 5) ograniczaniu uprawnień do wcześniejszych emerytur oraz zachęcanie pracowników do dłuższej aktywności zawodowej oraz późniejszego przechodzenia na emeryturę;
- 6) zmianach odnoszących się do filaru dodatkowego, nie związanych z wysokością i dystrybucją przekazywanych do systemu składek.

Sytuację bułgarskiego systemu zabezpieczenia społecznego w odniesieniu do kwestii redukcji deficytu systemów emerytalnych przedstawiła Gergana Peeva. Prelegentka podniosła kwestię kondycji finansowej bułgarskiego Krajowego Instytutu Ubezpieczenia Społecznego, odpowiedzialnego za finansowanie świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Zwróciła uwagę na niestabilność finansową instytucji, wynikającą przede wszystkim z podejmowanych w ostatnich latach decyzji *ad hoc*. W okresie 2000–2010 składki z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego obniżono o połowę. W 2010 r. wyniosły 16%. Aby zrekompensować tę lukę, wprowadzono dodatkową składkę finansowaną z budżetu państwa w wysokości 12% dochodów z ubezpieczeń indywidualnych.

Jak podała referentka, w 2010 r. całkowity transfer z budżetu państwa stanowił 59% całościowych wydatków i 6,4% PKB, z czego 3,3% służyło pokrywaniu deficytu. Od 1 stycznia 2011 r. zdecydowano się podnieść wymiar składki z 16% do 17,8%. Kolejnym krokiem będzie podniesienie w 2017 r. składki na świadczenia powszechnie z drugiego filaru z 5% do 7%.

Te oraz inne równoległe implementowane zmiany mają na celu likwidację deficytu związanego z finansowaniem emerytur, zapewnienie w średnim okresie stabilności finansowej systemu emerytalnego oraz

poprawę adekwatności świadczeń w aspekcie negatywnych zmian w strukturze demograficznej ludności.

Prelegentka poinformowała, iż w wyniku korekt systemu oraz utrzymania 12% składki państwowej przewiduje się, iż Państwowy Fundusz Emerytalny finansujący obowiązkowe świadczenia emerytalne osiągnie stabilność do 2035 r.

Na podobne rozwiązanie zdecydowano się w Polsce. Niedawną nowelizacją przepisów regulujących zagadnienia polityki emerytalnej omówiła dr Zofia Czepulis-Rutkowska. Po długiej debacie nad możliwymi modyfikacjami systemu, 1 maja 2011 r. weszły w życie nowe zasady. Kluczowe regulacje dotyczyły obniżenia składki przekazywanej do drugiego filaru o 5% (co stanowi równowartość około 1% PKB) z 7,3% do 2,3% do 2012 r., zapisywanej na specjalnych indywidualnych subkontach w ZUS. W następnych latach składka zostanie podniesiona do 2,8% w 2013 r., do 3,2% w 2014 r., 3,3% w 2015 r., i 3,5% w 2017 r.

Modyfikacji w wysokości przekazywanych składek dokonano również w Rumunii. Charakterystykę zmian w systemie emerytalnym Rumunii zaprezentował Petru Sorin Dandea. Filar drugi finansowany jest metodą obowiązkowych składek przekazywanych z filaru pierwszego. W 2009 r. zamrożono wysokość przekazywanej składki, pozostawiając ją na poziomie 2% z 10,5% składki przekazywanej do filaru pierwszego. W 2010 r. odmrożono transfer składek, które zwiększone będą kolejno o 0,5% rocznie do 2016 r.

Na radykalne rozwiązanie zdecydował się rząd węgierski. Zagadnienia polityki emerytalnej na Węgrzech zaprezentowane zostały przez dra Andrása Simonovitsa. Pozostający pod silną presją Międzynarodowego Funduszu Walutowego nowy gabinet dał Węgrom czas do 31 stycznia 2011 r. na opowiedzenie się, czy chcą całkowicie przejść do państwowego systemu emerytalnego. Jak poinformował Krajowy Urząd ds. Emerytur (ONF), jedynie 3,3% ubezpieczonych postanowiło pozostać w prywatnych funduszach emerytalnych. W następnej kolejności podjęto decyzję o nacjonalizacji drugiego filaru: w okresie między 1 listopada 2010 r. i 31 grudnia 2011 r. składki z części kapitałowej przekierowywano do filaru pierwszego. Nowy rząd zrezygnował również z tzw. trzynastej emerytury.

O niedawnych reformach w systemie emerytalnym w Republice Czeskiej mówił Jan Škorpík. W Czechach zdecydowano się na wprowadzenie dodatkowego filaru. Spośród zgłoszonych propozycji zdecydowano się na wariant, zgodnie z którym wymiar składki wynosiłby 5% płaconych przez pracownika, z czego 3% stanowiłyby składki przekierowywane z filaru publicznego, a 2% składki byłoby odprowadzane dodatkowo. Uczestnictwo w dodatkowym filarze byłoby dobrowolne, jednak bez możliwości późniejszej rezygnacji. Wdrożenie tych zmian wraz z poprawkami zaproponowanymi w filarze publicznym przewidziano na 2013 r.

Jak wynika z zaprezentowanych raportów krajowych, w wielu krajach reformy systemu zabezpieczenia emerytalnego polegały na stopniowym podnoszeniu ustawowego wieku emerytalnego oraz zrównaniu wieku emerytalnego dla obu płci. Ostatnią nowelizacją w Bułgarii, poprzedzoną szerokimi konsultacjami z partnerami społecznymi, postanowiono podnieść wiek emerytalny, począwszy od 1 stycznia 2012 r. dla obu płci. W rezultacie docelowo wiek emerytalny wyniesie 65 lat dla mężczyzn w 2024 r. i 63 lata dla kobiet w 2016 r. (obecnie wynosi odpowiednio 63 lata i 60 lat).

Kluczowa nowelizacja systemu emerytalnego w Chorwacji dotyczyła, jak powiedziała ekspertka

Snježan Balković, zrównania wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn – konsekwencji decyzji Trybunału Sprawiedliwości z 18 kwietnia 2010 r. W wyroku Trybunał orzekł, iż uprawnienia emerytalne wynikające z filaru publicznego powinny być równe dla obu płci. W efekcie poprawką do ustawy o ubezpieczeniu emerytalnym w 2031 r. wiek emerytalny zrównany zostanie dla obu płci i wyniesie 65 lat.

Na Węgrzech od 2010 r. obowiązuje okres przejściowy, podczas którego wiek emerytalny dla kobiet i mężczyzn będzie stopniowo wydłużany o pół roku dla każdej kohorty wiekowej, do osiągnięcia 65 lat w 2022 r. dla osób urodzonych w 1957 r. i w latach następnych.

Na Słowacji, w odniesieniu do publicznego ubezpieczenia emerytalnego, rządowy projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznym zakłada automatyczne wydłużenie wieku emerytalnego w związku ze wzrostem oczekiwanej długości życia. W 2016 r. przygotowany zostanie następny projekt rządu, w którym zgłoszona zostanie propozycja wprowadzenia do kodeksu pracy regulacji nakładającej obowiązek przejścia na emeryturę po osiągnięciu ustalonego wieku emerytalnego. Jak poinformował prelegent ze Słowacji dr Miroslav Hetteš, uchwalone zmiany są częścią Narodowego Programu Reform Republiki Słowacji na lata 2011–2014, zawierającego wiele propozycji dotyczących systemu emerytalnego.

Reforma systemu emerytalnego na Słowenii, ogłoszona 14 grudnia 2010 r., po trwających od 2008 r. pracach grupy roboczej nad modernizacją zabezpieczenia emerytalnego, przewidywała między innymi podniesienie wieku emerytalnego dla obu płci. Jak poinformował prof. Tine Stanovnik, ekspert ze Słowenii, rząd zaakceptował projekt ustawy mimo ostrego sprzeciwu partnerów społecznych. Ustawę przyjęto w parlamencie, ale nie weszła ona w życie z powodu odrzucenia większością 72,2% głosów w referendum powszechnym 5 czerwca 2011 r., do którego doszło z inicjatywy związków zawodowych. Niemniej znowelizowane przepisy ustawy emerytalnej, których celem była stabilizacja wydatków emerytalnych, pozostały w mocy do końca 2011 r. Ustawa wprowadziła podniesienie pełnego ustawowego wieku emerytalnego do 65 lat dla obu płci z możliwością jego obniżenia o 8 miesięcy za każde dziecko oraz 12 miesięcy za służbę wojskową.

Kolejne reformy w zabezpieczeniu emerytalnym państw Europy Środkowej i Centralnej zakładają zmiany w metodzie indeksacji świadczeń. Najczęściej polegają one na przejściu z indeksacji płacowej, opartej na przeliczaniu świadczeń według wskaźnika wzrostu przeciętnych zarobków, do tzw. swiss formula, czyli indeksacji według wzrostu wynagrodzeń i cen. W niektórych państwach zdecydowano się na waloryzację cenową, opartą w pełni na wskaźniku wzrostu cen konsumpcyjnych. Pensje z reguły rosną szybciej niż ceny, więc zastąpienie waloryzacji płacowej mieszaną lub cenowo-płacową skutkuje niższymi stopami zastąpienia niż w przypadku waloryzacji wyłącznie cenowej.

W Bułgarii świadczenia waloryzowane są w lipcu każdego roku według sumy 50% stopy wzrostu przeciętnego wynagrodzenia i 50% wskaźnika wzrostu cen konsumpcyjnych. W celu zwiększenia wartości świadczeń w 2006 i w 2007 r. dokonano dwóch dodatkowych indeksacji. W 2008 r. przeprowadzono kolejną dodatkową podwyżkę świadczeń, skalkulowaną ponownie na podstawie kwoty przeciętnego wynagrodzenia w 2007 r. W rezultacie przeciętna emerytura wzrosła o 5%. W kwietniu 2009 r. stopę kapitalizacji

zwiększono z 1% do 1,1%. Od 2010 r. do końca 2012 r. zamrożono waloryzację świadczeń emerytalnych.

Indeksacja świadczeń emerytalnych w Czechach oparta jest na przeciętnym wzroście cen, powiększonym o co najmniej jedną trzecią realnego wzrostu wynagrodzeń. Jak podkreślił ekspert Jan Škorpik, w obowiązującym stanie prawnym zrezygnowano z dotychczasowej praktyki, polegającej na uznaniowym, dodatkowym waloryzowaniu świadczeń.

Pozostający pod presją Międzynarodowego Funduszu Walutowego rząd węgierski zdecydował się na metodę indeksacji uzależnioną od dynamiki wzrostu PKB. W sytuacji, gdy wzrost PKB nie przekracza w skali roku 3%, stosowana jest indeksacja cenowa. W przypadku wzrostu PKB na poziomie 5% i więcej waloryzacja emerytur odbywa się na podstawie modelu szwajcarskiego (*Swiss pension indexation*).

Reformę w metodzie waloryzacji świadczeń emerytalnych zapowiedział również rząd na Słowacji w ramach wspomnianego wyżej Narodowego Programu Reform Republiki Słowacji. Obowiązujący szwajcarski model waloryzacji zastąpiony zostanie wyłącznie indeksacją cenową już od 2013 r. Jak podał dr Mirosław Hetteš, w odpowiedzi na plany rządu Związek Emerytów przedłożył petycję (z 92 tys. podpisów) popierającą formułę szwajcarską.

Nowe przepisy w systemie emerytalnym w Rumunii dokonały również zmian w metodzie indeksacji: od 2012 do 2020 r. (w 2011 r. waloryzacja została zamrożona) emerytura waloryzowana będzie według wskaźnika wzrostu cen zwiększonego o 50% wzrostu przeciętnego wynagrodzenia, zmniejszane o 2021 r. o 5% każdego roku. Od 2030 r. emerytura indeksowana będzie wyłącznie według wskaźnika inflacji. Jak zauważył prelegent Petru Sorin Dandea, nowy system waloryzacji niesie za sobą ryzyko ubóstwa w wieku emerytalnym, szczególnie wśród pracowników z krótkim okresem składkowym.

Kolejną tendencją w reformowanych systemach emerytalnych nowych państw członkowskich jest ograniczanie uprawnień do wcześniejszych emerytur oraz zachęcanie pracowników do dłuższej aktywności zawodowej i późniejszego przechodzenia na emeryturę.

Na Chorwacji w latach 1999–2007 wiek uprawniający do wcześniejszej emerytury był wydłużany każdego roku o 6 miesięcy – z 55 do 60 lat w przypadku mężczyzn oraz z 50 do 55 lat dla kobiet. W wyniku ostatniej reformy emerytalnej warunki uprawniające do wcześniejszej emerytury zostaną zrównane dla obu płci, osiągając docelowo 60 lat w 2030 r. Zmianom poddano także kwotę zmniejszającą wymiar emerytury za każdy rok wcześniejszego skorzystania z uprawnień emerytalnych. Od 2008 r. stawka redukcji wynosi 0,15 za każdy wcześniejszy miesiąc (1,8% każdego roku lub 9% za maksymalny okres 5 lat wcześniejszego skorzystania z uprawnień).

Obowiązujący system przewiduje również wzrost wysokości emerytur dla osób pracujących dłużej. Odłożono w czasie zaplanowane wcześniej stopniowe zniesienie „specjalnych” świadczeń dla pracowników określonych kategorii (parlamentarzystów, służb mundurowych, weteranów wojennych).

Na Słowenii zdecydowano się na redukcję wymiaru emerytury o 3,6% za każdy rok wcześniejszej emerytury, z wyłączeniem proporcjonalnego zwiększenia wymiaru emerytury za każdy rok późniejszego skorzystania z uprawnień.

Jak zauważył prelegent ze Słowacji, w obliczu kryzysu ekonomicznego zauważalny jest trend do częstszego korzystania z przywilejów emerytalnych,

tj. wcześniejszych emerytur oraz rent inwalidzkich. Jednak warunki uprawniające do tych świadczeń zostały w ostatnim czasie zaostrzone (np. mężczyźni nie mogą odchodzić na wcześniejszą emeryturę przed ukończeniem 60 lat; systematycznej weryfikacji poddaje się wypłaty rent inwalidzkich). Wcześniejsze emerytury dalej pozostają rozwiązaniem dla osób w wieku okołoemerytalnym, pozostających bez zatrudnienia. Rozważana jest obecnie reforma systemu emerytalnego służb mundurowych.

Wydłużenia – w przypadku kobiet – okresów wymaganych dla uzyskania pełnej emerytury oraz emerytury minimalnej, zwiększenia maksymalnej kwoty redukcji emerytury w przypadku wcześniejszego skorzystania z uprawnień z 30% do 45%, zniesienia przywilejów emerytalnych dla określonych grup zawodowych oraz zaostrzenia warunków przyznawania rent inwalidzkich dokonano reformą emerytalną w Rumunii. W przypadku łączenia częściowej emerytury z pracą zawodową, okres zatrudnienia nie jest brany pod uwagę przy kalkulacji przyszłej emerytury w pełnym wymiarze.

W wielu krajach zdecydowano się również na zmiany dotyczące metody kalkulacji świadczeń oraz warunków uprawniających do udziału w systemie.

W Bułgarii, począwszy od 1 stycznia 2012 r., wymagany okres ubezpieczeniowy (obecnie wynoszący 37 lat dla mężczyzn i 34 lata dla kobiet) będzie stopniowo wydłużany o 4 miesiące każdego roku aż osiągnie 40 lat dla mężczyzn oraz 37 lat dla kobiet w 2020 r.

Na Słowacji przewidziano zmiany przy obliczaniu wysokości świadczeń począwszy od 2016 r. Jak zauważył dr Hetteš, aktualnie wysokość emerytury nie ma związku z faktem wzrostu oczekiwanej średniej długości życia. Proponowane reformy zakładają natomiast użycie indeksu opartego na dynamice zmian w wieku emerytalnym. Kolejna ważna korekta systemu odnosi się do zmiany procedury kalkulacji przyszłych świadczeń w odniesieniu do przeciętnego wynagrodzenia. Obniżono wartość indywidualnej skali z 1 do 3. Jak wskazał prelegent, proponowana procedura ma na celu osiągnięcie stopniowego zanikania zasady przywileju w pierwszym filarze, ponieważ przywilej ten zostanie w pełni zastosowany w drugim filarze od 2016 r.

Ostatnie reformy systemu emerytalnego na Słowenii zakładają przesunięcie ze świadczeń opartych na zarobkach z najlepszych 18 lat w kierunku uprawnień opartych na zarobkach z najlepszych 30 lat. W wyniku zmienionej metody aktuarialnej stopa zastąpienia wyniesie 60% przeciętnego wynagrodzenia dla mężczyzn i kobiet, odpowiednio z 40- oraz 38-letnim okresem ubezpieczeniowym.

Istotne zmiany w reformowanych systemach emerytalnych dotyczyły także drugiego filaru.

W Chorwacji rozważana jest obecnie możliwość rozszerzenia dodatku do emerytury na osoby otrzymujące emeryturę z dwóch filarów. W 2007 r. z uwagi na niską adekwatność świadczeń emerytalnych spowodowaną nowelizacją systemu, rząd zdecydował się wprowadzić dodatek do emerytury z pierwszego filaru, stanowiący określony procent otrzymywanego świadczenia. Z kręgu beneficjentów świadczenia wyłączone zostały osoby należące do drugiego filaru oraz ubezpieczeni podlegający przepisom szczególnym. Okazało się jednak, iż emerytura wypłacana z pierwszego i drugiego filaru jest niższa niż emerytura wypłacana wyłącznie z filaru publicznego, nawet bez uwzględnienia suplementu do emerytury.

W Polsce, poza korektami dotyczącymi zmian w dystrybucji odprowadzanych do systemu składek, znowelizowana ustawa zakłada możliwość



odliczania składki przekazywanej na Indywidualne Konta Emerytalne od podstawy opodatkowania do wysokości 4% tej podstawy. Stopniowo zwiększony zostanie limit inwestycji funduszy emerytalnych w akcje z obecnych 40% do 62%, począwszy od 2020 r. i w dalszej perspektywie do 90%. Od 2012 r. działalność akwizycyjna funduszy emerytalnych zostanie zabroniona. Biorąc pod uwagę rozmiar i wagę zmian, dr Zofia Czepulis-Rutkowska zadała retoryczne pytanie, czy nowelizacja z 2011 r. jest jedynie modyfikacją istniejącego systemu, czy też początkiem kolejnej ważnej reformy?

W celu utrzymania stabilności systemu publicznego w 2008 r. na Słowacji przyjęto nowelizację, na mocy której uczestnictwo w drugim filarze stało się dobrowolne. Osoby wchodzące na rynek pracy po 31 grudnia 2007 r. mają 6-miesięczny termin na podjęcie decyzji o przystąpieniu do filaru drugiego. Dodatkowo, w 2008 i 2009 r. wszystkim ubezpieczonym dano możliwość wyboru pozostania, opuszczenia albo przystąpienia do drugiego filara. Ekspert krajowy zwrócił uwagę na pewną swoistość systemu słowackiego: 50% całkowitej wartości odprowadzanych składek przekazywanych jest do drugiego filaru, co stanowi największy transfer składek do systemu ka-

pitalowego wśród reformujących politykę emerytalną państw Europy Środkowo-Wschodniej.

Nowe przepisy ustanowiły również więcej typów funduszy emerytalnych. Nowy fundusz indeksowany będzie z wybranymi indeksami giełdowymi. Młode osoby obowiązkowo uczestniczące w drugim filarze będą miały możliwość opuszczenia systemu w ciągu 2 lat od wejścia. Ustanowiono 6-miesięczny okres dla wyboru funduszu emerytalnego (po upływie okresu zapada automatyczna decyzja Agencji Ubezpieczenia Społecznego). Od 1 kwietnia 2012 r. obowiązywać będą mniejsze gwarancje, co wiąże się z większym ryzykiem i jednocześnie większym prawdopodobieństwem zysku. Umożliwiono korzystanie z dwóch typów funduszy emerytalnych, przy czym jeden z nich musi być funduszem gwarantowanym.

W wielu krajach podjęto również środki mające na celu zmniejszenie kosztów administracyjnych funkcjonowania drugiego filaru.

Po prezentacji głównych trendów w reformowaniu systemów emerytalnych krajów Europy Centralnej i Wschodniej dożyła się żywa dyskusja.

Konferencję zamknął M. Levin, dziękując wszystkim referentom, dyskutantom oraz uczestnikom za aktywny udział.

## POMOC DZIECIOM – OFIAROM PRZESTĘPSTW

### 8 OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA W WARSZAWIE

W dniach 24–25 października 2011 r. w Pałacu Kultury i Nauki w Warszawie odbyła się VIII ogólnopolska konferencja poświęcona walce z przemocą wobec dzieci pt. *Pomoc dzieciom – ofiarom przestępstw*. W konferencji, organizowanej przez Fundację Dzieci Niczyje, Ministerstwo Sprawiedliwości oraz Biuro Polityki Społecznej Miasta st. Warszawy, wzięło udział prawie 2500 polskich oraz zagranicznych gości, przedstawiciele różnych profesji zajmujących się zjawiskiem przemocy wobec najmłodszych: sędziowie, prokuratorzy, policjanci, pracownicy socjalni, politycy społeczni, pedagodzy, lekarze, pracownicy organizacji pozarządowych oraz pracownicy akademicki.

Konferencję otworzyło multimedialne wystąpienie Vivienne Reding, komisarz unijnej ds. sprawiedliwości (Wymiar Sprawiedliwości i Obywatelstwa), która mówiła o przedstawionym w lutym ubiegłego roku planie działania na rzecz ochrony i promowania praw dzieci.

W części oficjalnej wystąpili przedstawiciele organizatorów konferencji oraz zaproszeni wysocy urzędnicy państwowi. Krzysztof Kwiatkowski – minister sprawiedliwości przypomniał, iż konferencja wpisuje się w ramy polskiej Prezydencji w Radzie UE. Wskazał na wspólnie podjętą z Hiszpanią inicjatywę dotyczącą wprowadzenia europejskiego nakazu ochrony prawnej dzieci, która zyskała poparcie ze strony wszystkich krajów członkowskich.

W wystąpieniach Ewy Kopacz – minister zdrowia, Witolda Paszyńskiego – wiceprezydenta Miasta st. Warszawy, Marka Kosycarza – dyrektora ds. odpowiedzialności społecznej Microsoft oraz Ireny Kornatowskiej – prezes Fundacji Dzieci Niczyje podkreślano istotną rolę partnerów lokalnych zarówno w organizowaniu pomocy, jak i podejmowaniu działań profilaktycznych. Efektem takich wspólnych działań w Warszawie jest m.in. funkcjonująca od jesieni 2010 r. Warszawska Sieć Pomocy Dzieciom Wykorzy-

stywanym Seksualnie. W ramach Sieci dostępna jest pomoc lekarzy, psychologów, prawników oraz przyjazne pokoje przesłuchań dla dzieci.

W części inauguracyjnej znalazło się również przygotowane na tę okoliczność przedstawienie Teatru 6 Piętro, opowiadające historię młodej, skrzywdzonej, zagubionej dziewczyny poszukującej pomocy oraz wystąpienie dr Moniki Sajkowskiej z Fundacji Dzieci Niczyje wprowadzającej słuchaczy w problematykę wiktyimizacji dzieci w Polsce, opierające się na badaniach empirycznych prowadzonych wśród dzieci i młodzieży.

Ze względu na wieloaspektowość omawianej tematyki obrady toczyły się w 40 sesjach referatowych, warsztatowych oraz panelach dyskusyjnych, podczas których prezentowane były wyniki badań empirycznych dotyczących krzywdzenia dzieci oraz – co ważne – systemowe rozwiązania walki i zapobiegania przestępstwom wobec dzieci i młodzieży. Według raportu opracowanego przez Fundację Dzieci Niczyje, połowa badanej młodzieży doświadczyła w ostatnim roku przemocy psychicznej ze strony dorosłych, 17% – przemocy psychicznej, a 8% w dzieciństwie przemocy seksualnej.

Szeroki zakres omawianej tematyki, wielość przedstawionych referatów oraz równoległe prowadzonych dyskusji w wielu sesjach referatowych nie pozwala na ujęcie w sprawozdaniu wszystkich pojawiających się głosów. Z tego też powodu w sprawozdaniu zostaną w szerszym zakresie ujęte jedynie wystąpienia przedstawione podczas sesji plenarnych, które następnie były rozwijane w trakcie sesji roboczych. Poruszały one trzy istotne elementy zjawiska: regulacje i procedury prawne, konsekwencje i mechanizmy pomocy oraz medyczne aspekty krzywdzenia dzieci.

Pierwsza sesja plenarna poświęcona była regulacjom i procedurom prawnym. W wystąpieniu otwie-

rającym sesję pt. *Dziecko jako podmiot praw obywatelskich* prof. Irena Lipowicz – Rzecznik Praw Obywatelskich podkreślała przede wszystkim podmiotowość dziecka. Dziecko nie powinno być postrzegane jedynie jako obiekt troski i opieki, ale również jako podmiot praw, czego konsekwencją jest poszanowanie jego podmiotowości i godności, a co istotne w kontekście tematyki konferencji – uznania prawa dziecka do poszukiwania ochrony przed prześladowaniem ze strony najbliższych nawet wtedy, jeśli ze względu na wiek nie może samodzielnie podjąć czynności prawnych.

Zakres ochrony, jaką zapewniają dzieciom obowiązujące w Polsce przepisy prawne, przedstawił prof. Włodzimierz Wróbel (Uniwersytet Jagielloński). Przedmiotem wystąpienia pt. *Prawnokarna ochrona dzieci w Polsce* były rodzaje przestępstw, które wskazują na dzieci jako podmiot ochrony (od uchylenia się od obowiązku alimentacyjnego, obowiązki związane z opieką nad dzieckiem, rozpijanie małoletnich, dzieciobójstwo, aborcja po przestępstwa seksualne wobec dzieci) oraz prawne instrumenty pozwalające zabiegać wtórnej wiktyimizacji.

Od 2003 r. istnieją w Polsce przepisy prawne stanowiące o ochronie dzieci będących ofiarami przestępstw w postępowaniu karnym. Olga Trocha (Fundacja Dzieci Niczyje) omówiła obowiązujące w tym obszarze przepisy, odwołując się do wyników polskich badań empirycznych oraz przedstawiła jednocześnie rozwiązania europejskie w odniesieniu do udziału małoletnich w procesach karnych, zwłaszcza dotyczące procedur przesłuchiwania dzieci.

Podczas drugiej sesji plenarnej dyskutowano na temat mechanizmów przemocy wobec dzieci, konsekwencji tej przemocy oraz sposobów i możliwości pomocy. Prof. Maria Beisert (Uniwersytet im. A. Mickiewicza) podniosła problem seksualnej przemocy wobec dzieci. Zjawisko przemocy seksualnej jest tematem trudnym i często budzącym kontrowersje nie tylko ze względu na społeczne postawy, ale również ze względu na różne, często szerokie i niejasne, przyjmowane definicje zjawiska oraz trudności w ocenie doświadczeń dziecka i zachowania sprawcy przemocy, bowiem doświadczenie przemocy różni się w zależności od tego, jakiego rodzaju była to przemoc, na jakim etapie życia i rozwoju dziecka się pojawiła i jak długo trwała.

Z jakimi konsekwencjami wiąże się doświadczanie przemocy w różnych fazach życia dziecka mówiła prof. Anna Brzezińska (Uniwersytet im. A. Mickiewicza). Zdaniem referentki, pomoc dzieciom – ofiarom przestępstw ze względu na specyfikę każdego z okresów rozwoju dziecka musi być wielotorowa – skierowana na otoczenie dziecka, jak i bezpośrednia w stosunku do dziecka (pomoc doraźna, pomoc długofalowa nastawiona na osłabianie skutków przemocy, wzmacnianie zasobów dziecka).

Ofiarą przemocy, która wymaga wsparcia, może być dziecko, ale może być to także osoba dorosła, która w dzieciństwie doznała przemocy i po latach poszukuje wyjaśnienia i pomocy. Prof. Bohdan de Barbaro (Uniwersytet Jagielloński), sięgając po przykłady z praktyki terapeutycznej, przedstawił analizę specyfiki oddziaływania terapeutycznego wobec osób, które zostały skrzywdzone w dzieciństwie. Przedstawionym sposobem terapii była terapia narracyjna, bazująca na postrzeganiu języka, który narzuca nam sposób percepcji i wyjaśniania zjawisk i który stanowi główne narzędzie budowania rzeczywistości społecznej, w jakiej żyjemy.

Ostatnia sesja plenarna poświęcona była naświetleniu medycznych aspektów stosowania przemocy wobec dzieci. Sesję otworzył referat prof. Andrzeja Marcińskiego (Warszawski Uniwersytet Medyczny), w którym na przykładzie historii dwumiesięcznego dziecka – ofiary przemocy ze strony ojca – omówił urazy, objawy kliniczne i ich następstwa. Referent przedstawił także różne formy, jakie przybiera krzywdzenie dzieci, trudności rozpoznawcze związane z przemocą wobec dzieci, błędy popełniane przez zespoły medyczne w rozpoznawaniu urazów nieprzypadkowych. Zważywszy na cel konferencji, jakim jest przybliżenie i szkolenie przedstawicieli różnych profesji mających do czynienia z przemocą wobec dzieci, wiedza o tym, jakie błędy popełnia się najczęściej w diagnozowaniu przemocy, a mogące mieć znaczenie nie tylko dla życia czy zdrowia dziecka, ale także dla późniejszego postępowania karnego, jest bardzo cenna.

W kolejnym wystąpieniu lek. med. Piotr Hartmann (Klinika Pediatrii w Szpitalu Bielańskim) mówił o specyfice roli lekarza jako osoby mającej często pierwszy kontakt z ofiarą przemocy. Ogromne znaczenie w tym przypadku ma zarówno wiedza z zakresu prawa (dobra znajomość przepisów prawa), medycyny (wiedza na temat możliwych objawów świadczących o stosowanej przemocy), ale także z zakresu psychologii (umiejętność nawiązania pierwszego kontaktu z ofiarą przemocy). Należy pamiętać, że w sytuacji przemocy lekarz zobowiązany jest do wstępnego zabezpieczenia, w medycznym zakresie, dowodów przestępstwa (odpowiednie prowadzenie dokumentacji medycznej). Lekarzom potrzebne są szkolenia, które dostarczą wiedzy na temat prowadzenia interwencji, ale również współpraca interdyscyplinarna.

Referat zamykający tę część obrad dotyczył leczenia konsekwencji traumy z dzieciństwa z punktu widzenia psychoterapeuty zajmującego się osobami dorosłymi. Dr n. med. Agnieszka Popiel (Wyższa Szkoła Psychologii Społecznej) przeanalizowała zagadnienia dotyczące konsekwencji wydarzeń traumatycznych dla pojawiających się u osób dorosłych zaburzeń psychicznych i emocjonalnych oraz skuteczności terapii.

W pozostałych, ponad 30 sesjach roboczych poruszano między innymi tematy: interwencji w sprawach domowej przemocy, sprawców seksualnego wykorzystywania dzieci, medycznych procedur postępowania w przypadku podejrzenia przemocy wobec dzieci oraz rezultatów nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.

Praktyczny cel konferencji został zrealizowany poprzez możliwość udziału w warsztatach poświęconych tematyce wspierania rodziców w spełnianiu ich roli wychowawczej, ocenie wiarygodności zeznań małoletnich świadków, terapii dzieci po doświadczeniu przemocy oraz profilaktycznej edukacji dzieci (w wieku 9–12 lat) i rodziców na temat rodzajów zagrożeń, sposobów przemocy, rozpoznawania sytuacji niebezpiecznych i poszukiwania źródeł pomocy. Warsztaty były skierowane do profesjonalistów: sędziów, psychologów, pedagogów i osób bezpośrednio pracujących z rodzinami w sytuacji przemocy.

Na zakończenie warto odnotować, że zarówno pod względem merytorycznym, jak i organizacyjnym konferencja zasługuje na wysokie uznanie i ocenę, a Fundacja Dzieci Niczyje otrzymała z rąk Rzecznika Praw Obywatelskich Odznakę Honorową za zasługi dla ochrony praw człowieka.

Opracowała: *Beata Kaczyńska*  
Instytut Pracy i Spraw Socjalnych w Warszawie

## DIARIUSZ POLITYKI SPOŁECZNEJ

- 21 II – W gmachu Sejmu RP odbyło się spotkanie pt. „Mobilność zawodowa a Strategia Europa 2020”. Organizatorami konferencji było stowarzyszenie Humaneo oraz Instytut Certyfikacji Kompetencji Zawodowych CVV.
- 24 II – Narodowy Bank Polski po raz pierwszy opublikował raport o finansach polskich gospodarstw domowych. Wynika zeń między innymi, że ich aktywa finansowe na koniec III kwartału 2011 r. wynosiły 1,22 bln zł, tj. o ponad połowę więcej niż dług publiczny Polski.
- 27 II – Z okazji 120 lat działalności Polskiej Partii Socjalistycznej rozpoczęła się seria spotkań przypominająca koncepcje programowe Partii i sylwetki jej liderów.
- 7 III – W Pałacu Prezydenckim odbyła się konferencja pt. „Zwiększanie aktywności osób starszych oraz solidarność międzypokoleniowa – podejście zintegrowane. Wyzwania dla Polski”. Konferencję współorganizowali Kancelaria Prezydenta RP i Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.
- 9 III – Poinformowano, że na rzecz tegorocznego XX finału Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy wpłynęło przeszło 50,6 mln zł. Zebrane pieniądze mają być przeznaczone na zakup urządzeń dla ratowania życia wcześniaków oraz pomp insuliny dla ciężarnych kobiet z cukrzycą.
- 14 III – W Pałacu Prezydenckim zorganizowano debatę ekspertów na temat podniesienia wieku emerytalnego w ramach Forum Debaty Publicznej „Solidarne społeczeństwo, bezpieczna rodzina”.
- 15 III – W Mądralinie pod Warszawą rozpoczęła się dwudniowa konferencja Komitetu Prognoz PAN „Polska 2000 Plus” poświęcona kreatywności i innowacyjności „Jakiego ładu społeczno-gospodarczego Polacy potrzebują”.
- 16 III – Na konferencji międzynarodowej, objętej patronatem Duńskiej Prezydencji w Radzie Unii Europejskiej, omawiano nordycki model rozwoju, jego specyfikę, perspektywy i lekcje dla Polski.
- 19 III – W hotelu Polonia Palace w Warszawie Instytut Pracy i Spraw Socjalnych wraz z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zorganizował konferencję pt. „Instytucjonalne, zdrowotne i społeczne determinanty niepełnosprawności”. Na konferencji zaprezentowano wyniki badań zrealizowanych w projekcie „Orzekanie o niepełnosprawności i niezdolności do pracy. Aspekt społeczny, medyczny, instytucjonalny i finansowy. Analiza systemów krajowych i zagranicznych. Pogłębiona ocena funkcjonowania i propozycje zmian”.
- 22 III – Sesją inauguracyjną w Pałacu Prezydenckim rozpoczął dwudniowe obrady II Kongres Demograficzny w Polsce pt. „Polska w Europie – przyszłość demograficzna”. Honorowy patronat nad Kongresem objął prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Bronisław Komorowski.

## UWAGA CZYTELNICY!

### WARUNKI PRENUMERATY „POLITYKI SPOŁECZNEJ” NA 2012 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 20 grudnia na I kwartał, do 20 marca na II kwartał, do 20 czerwca na III kwartał, do 20 września na IV kwartał,
- oraz Zakład Wydawniczo-Poligraficzny MPiPS, KOLPORTER SA, AS PRESS, GLM, Centrum Usług Wspólnych – 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. Usypiskowa 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](http://www.ipiss.com.pl) oraz [www.zwp.gov.pl](http://www.zwp.gov.pl)

KOLEGIUM REDAKCYJNE: Bożenna Balcerzak-Paradowska, Marek Bednarski, Stanisława Borkowska, Kazimierz W. Frieske (redaktor naczelny), Stanisława Golinowska, Elwira Gross-Golacka, Mieczysław Kabaj, Beata Kaczyńska (sekretarz redakcji), Józef Orczyk, Antoni Rajkiewicz, Jolanta Supińska.

Redakcja prosi o nadsyłanie **dwóch egzemplarzy wersji papierowej artykułu z oryginalnymi podpisami wraz z płytą CD zawierającą w jednym pliku wszystkie wymagane materiały**: tj. artykuł, pismo, w którym autor zwraca się do redakcji o wydrukowanie pracy w czasopiśmie (jest to formalna zgoda autora na publikację), podaje 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, ubezpieczeniowych i ewidencyjnych. **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. Warunkiem opublikowania tekstu jest pozytywna opinia recenzentów potwierdzona decyzją redaktora naczelnego.** Autorzy nieposiadający stopnia doktora muszą dołączyć opinię promotora/opiekuna naukowego o złożonym tekście. **Artykuł powinien zawierać imię i nazwisko autora/autorów, miejsce pracy, tytuł po polsku i angielsku, streszczenie w języku polski i angielskim (po ok. 600 zn.) oraz słowa kluczowe po polsku i angielsku. Tekst powinien zawierać wstęp, cel pracy, stosowane metody i rozwiązania, wyniki badań i analiz, podsumowanie lub wnioski, wykorzystaną literaturę według wzoru zamieszczonego na stronie internetowej.** W przypadku recenzji publikacji podajemy tytuł polski oraz jego brzmienie w jęz. angielskim (w przypadku publikacji zagranicznej prosimy o podanie oryginalnego tytułu dzieła). Objętość artykułu, pisanego Arialem 12 pkt. z półtora odstępem, łącznie z tablicami, 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 i innych zgodnie z wymaganiami czasopisma. **Prace przygotowane niezgodnie z zamieszczonymi warunkami publikacji nie będą przyjmowane do redakcji.** Redakcja nie zwraca przesłanych tekstów.

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](mailto:polityka.spooleczna@ipiss.com.pl), <http://politykaspoleczna.ipiss.com.pl>

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

Lamanie: Zakład Wydawniczo-Poligraficzny MPiPS

Druk: Zakład Wydawniczo-Poligraficzny MPiPS. Zamówienie 140/2012. Nakład 1050 egz.