

Zabezpieczenie społeczne a zdrowie publiczne

WARSZAWA–RADOM 2016

**POLSKIE
STOWARZYSZENIE
UBEZPIECZENIA
SPOŁECZNEGO**



**ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH**

Zabezpieczenie społeczne a zdrowie publiczne _____

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

POLSKIE STOWARZYSZENIE UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

WARSZAWA–RADOM 2016

Praca przygotowana z okazji
konferencji naukowej
„Zabezpieczenie społeczne a zdrowie publiczne”
(Radom, 20 listopada 2015 r.)
zorganizowanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych
i Polskie Stowarzyszenie Ubezpieczenia Społecznego

Publikacja recenzowana

Recenzent

prof. dr hab. ANTONI RAJKIEWICZ

Redaktor naukowy

prof. dr hab. ADAM KURZYNOWSKI

Projekt graficzny

MARCIN WYSOCKI

Weryfikacja angloznawcza

GUY TORR

Redakcja

BEATA STADRYNIAK-SARACYN

Korekta

MARZENA KOSTROWIECKA

MAŁGORZATA MOTYL

EWA WOJTCZAK

Łamanie

MAŁGORZATA MACIOSZEK

ISBN 978-83-939899-4-2

Spis treści

| | |
|--|-----|
| <i>Wprowadzenie</i> ADAM KURZYNOWSKI | 5 |
| <i>Wkład Oddziału Radomskiego PSUS w działalność Polskiego Stowarzyszenia Ubezpieczenia Społecznego</i> ANTONI MALAKA | 9 |
| <i>Miejsce ochrony zdrowia w zabezpieczeniu społecznym</i> ADAM KURZYNOWSKI | 23 |
| <i>Zdrowie jako element kapitału ludzkiego</i> EWA CICHOWICZ | 41 |
| <i>Zarządzanie progresywne w zdrowiu publicznym</i> VIOLETTA KORPOROWICZ | 63 |
| <i>Niepełnosprawność i niezdolność do pracy jako przedmiot zabezpieczenia społecznego</i> MACIEJ JANKOWIAK | 81 |
| <i>Zabezpieczenie społeczne a zdrowie publiczne – głos w dyskusji na konferencji naukowej w Radomiu</i> ANNA NAPIÓRKOWSKA | 92 |
| <i>Wydatki na świadczenia z ubezpieczenia społecznego – stan obecny i perspektywy</i> MAŁGORZATA OLSZEWSKA | 95 |
| <i>Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy</i> HANNA ZALEWSKA | 119 |
| <i>Gospodarka budżetowa jednostek samorządu terytorialnego wobec problemu finansowania usług zdrowotnych</i> KRZYSZTOF JAROSIŃSKI, BENEDYKT OPAŁKA | 139 |
| <i>Finansowanie świadczeń zdrowotnych na poziomie lokalnym</i> KRZYSZTOF JAROSIŃSKI, BENEDYKT OPAŁKA | 163 |
| <i>Ochrona zdrowia i infrastruktura zdrowotna w regionie radomskim</i> BEATA DZIADCZYK, ANNA MARIA BIAŁKOWSKA | 187 |

| | |
|--|-----|
| <i>Zmiany w systemie emerytalnym w świetle opinii osób studiujących</i> | 207 |
| MARIA PIERZCHAŁSKA | |
| <i>Komisje lekarskie podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych</i> | 231 |
| MARIUSZ WIECZOREK | |
| <i>Quality in health and social services: the organization and evaluation of new welfare</i> | 249 |
| FOLCO CIMAGALLI | |
| <i>Noty biograficzne</i> | 259 |

WPROWADZENIE

Tematyka zawarta w niniejszej książce jest bardzo aktualna i będzie nadal, dlatego że zabezpieczenie społeczne, w tym ochrona zdrowia, było i jest w każdym społeczeństwie przedmiotem debat oraz różnego rodzaju sporów w różnych środowiskach i wśród polityków. Zdrowie jest jedną z najwyżej cenionych wartości i stanowi podstawę rozwoju innych potrzeb jednostek ludzkich i społeczeństw. Zdrowie może być zapewnione wówczas, gdy rządy i społeczeństwa dbają o obywateli i zdrowie publiczne.

Jest wiele definicji zdrowia publicznego i każda z nich uwzględnia ważne zadania instytucji publicznych i społeczeństwa, mających wpływ na zdrowie publiczne. Oto jedna z nich – definicja PAHO/WHO: „Zdrowie publiczne to zorganizowany wysiłek społeczeństwa, przede wszystkim za pośrednictwem instytucji publicznych, podejmowany w celu poprawy, promowania, ochrony i przywracania zdrowia populacji w wyniku wspólnego działania. Obejmuje świadczenia, takie jak: analiza sytuacji zdrowotnej, nadzór epidemiologiczny, promocja zdrowia, zapobieganie, kontrola chorób zakaźnych, ochrona środowiska i warunków sanitarnych, przygotowanie do katastrof i reagowanie na nie, higiena i medycyna pracy (*occupational health*) i inne”¹. Według Stanisławy Golinowskiej „zdrowie publiczne jest działalnością ukierunkowaną współcześnie zarówno na bezpieczeństwo zdrowotne, rozwój zdrowia (jego poprawę i utrzymanie), jak i na rozwój instytucji oraz metod pozwalających na prowadzenie prozdrowotnej polityki. Działalność zdrowia publicznego prowadzona jest w ramach szerokich działań tak publicznych, jak również indywidualnych, ale wynikających z profesjonalnej wiedzy i informacji dostarczanej lub organizowanej publicznie”². Następnie autorka wymienia rodzaje i sfery działań: rozpoznawanie stanu zdrowia, zapobieganie chorobom, promocję zdrowia oraz tworzenie warunków działania w zakresie zdrowia publicznego³. Wynika z tego, że w definicjach są ujmowane najistotniejsze czynniki mające wpływ na zdrowie publiczne.

Książka niniejsza zawiera opracowania przedstawione na konferencji zorganizowanej z okazji 30 rocznicy utworzenia Polskiego Stowarzyszenia Ubezpieczenia Społecznego (PSUS) oraz 21 rocznicy powołania Oddziału Radomskiego PSUS. Jej tematem, zgodnie z tytułem, są relacje, jakie zachodzą pomiędzy zabezpieczeniem społecznym a zdrowiem publicznym. Jest to związek istotny, ponieważ dobry stan zdrowia publicznego jest jednym z najważniejszych kryteriów sukcesu polityki gospodarczej i polityki społecznej, w których zdrowie ludności jest celem i potrzebą społeczną. Poszczególni autorzy przedstawili w swoich opracowaniach zagadnienia

¹ *Nie ma zdrowia bez badań w dziedzinie zdrowia publicznego*, red. D. Cianciara, Warszawa 2014, s. 16–17.

² *Od ekonomii do ekonomiki zdrowia*, red. S. Golinowska, Warszawa 2015, s. 32–33.

³ *Ibidem*, s. 33.

dotyczące zabezpieczenia społecznego i zdrowia publicznego w szerszym i węższym ujęciu. Prezentowane są zarówno teoretyczne zagadnienia zabezpieczenia społecznego i zdrowia publicznego, jak i analityczne – na danych statystycznych oraz na wynikach badań empirycznych. W sumie przedstawione opracowania przybliżają czytelnikowi relację pomiędzy zabezpieczeniem społecznym a zdrowiem publicznym z różnych stron, co było motywem zorganizowania tej konferencji.

Problem uwarunkowań realizacji ochrony zdrowia przedstawiony jest z uwzględnieniem rosnących potrzeb zdrowotnych starzejącego się społeczeństwa oraz możliwości ich finansowania przez instytucje publiczne, niepubliczne i gospodarstwa domowe. Zagadnienia te są rozpatrywane w kontekście dokonujących się przemian w ochronie zdrowia oraz możliwości zaspokajania zwiększających się potrzeb zdrowotnych przy wahaniach we wroście środków finansowych na ich zaspokajanie. Ważne aspekty zagadnienia związane są z przemieszczaniem się pracowników w Unii Europejskiej (UE) i zaspokajaniem ich potrzeb zdrowotnych w świetle procesu konwergencji ochrony zdrowia w państwach należących do UE. Zbliżenie się warunków zaspokajania potrzeb zdrowotnych ludności w państwach członkowskich ułatwi zaspokojenie tychże potrzeb i racjonalne wykorzystanie usług medycznych przez Polaków w innych krajach UE. Wyrównywanie warunków realizacji usług medycznych wymaga rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia w Polsce (Adam Kurzynowski).

Zagadnienie zdrowia jako elementu kapitału ludzkiego, w tym pojęcie kapitału ludzkiego, inwestycji w kapitał ludzki w cyklu życia i oceny stanu zdrowia według wieku, podjęto w opracowaniu, którego podstawą są wyniki badań empirycznych. Ważnym fragmentem są dane na temat postrzegania zdrowia i inwestycji w zdrowie przez badane osoby. Zdrowie jest rozpatrywane z perspektywy rozwoju człowieka i potencjalnych jego możliwości, zawartych w istocie kapitału ludzkiego (Ewa Cichowicz).

Zagadnienia dotyczące pojęcia i istotnych cech zarządzania progresywnego w ochronie zdrowia, które traktowane jest jako metoda i czynnik stałego doskonalenia procesów zarządzania sprzyjającego osiągnięciu założonych celów, przedstawiono jako problematykę teoretyczną i praktyczną. Zarządzanie progresywne może być też postrzegane jako filozofia zarządzania sprzyjająca realizacji założonych celów. W tym ujęciu istotne miejsce zajmuje podejście partycypacyjne. Ważną częścią rozważań jest progresywność w zachowaniach, co konkretyzuje się m.in. poprzez diagnozy potrzeb zdrowotnych z uwzględnieniem skali lokalnej oraz wdrażaniem systemu jakości i jej podnoszeniem (Violetta Korporowicz).

Problem niepełnosprawności i niezdolności do pracy jako przedmiotu ubezpieczenia społecznego z uwzględnieniem teoretycznych zagadnień, tj. pojęć niepełnosprawności, niezdolności do pracy i schematu procedury orzekania, jest analizowany

na podstawie rozwiązań prawnych i danych statystycznych. Opracowanie zawiera dane o liczbie rent oraz nowych instytucjach, które je przyznały. Informacje poddano analizie, a jej wyniki stały się podstawą do sformułowania wniosków końcowych (Maciej Jankowiak).

Problematykę i dane dotyczące finansowania świadczeń z ubezpieczenia społecznego przedstawiono na podstawie dochodów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, a także struktury oraz wysokości rent i emerytur. Ważne są dane według województw, świadczące o zróżnicowaniu wysokości wypłacanych świadczeń. Opracowanie zawiera też relacje przeciętnej emerytury do przeciętnego wynagrodzenia oraz wypłaty świadczeń z ubezpieczenia chorobowego (Małgorzata Olszewska).

Wydatki na świadczenia z ubezpieczenia społecznego związane z niezdolnością do pracy według ich rodzajów przedstawiono z uwzględnieniem ich wzrostu w latach 2012–2014 przy spadku liczby osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy. Wśród orzeczeń o niezdolności do pracy najczęstszą przyczyną są nowotwory i choroby układu krążenia, których koszty wynoszą prawie 1/4 ogółu wydatków. Pokazana jest absencja z tytułu chorób własnych osób ubezpieczonych. W sumie analizowane są dane i sformułowane są ważne wnioski (Hanna Zalewska).

Analiza gospodarki budżetowej jednostek samorządu terytorialnego jako źródła finansowania usług zdrowotnych przedstawiona została na podstawie danych statystycznych. Z tej analizy wynika, że w latach 2008–2014 dochody i wydatki jednostek samorządu terytorialnego na zdrowie kształtowały się ze zmienną dynamiką, ale jest to stabilne i trwałe źródło finansowania opieki zdrowotnej w Polsce. Autorzy zakładają, że w miarę poprawy sytuacji społeczno-gospodarczej będzie możliwe zwiększenie poziomu finansowania tych usług społecznych (Krzysztof Jarosiński, Benedykt Opałka).

Kolejne opracowanie zawiera charakterystykę finansowania świadczeń zdrowotnych w różnych ujęciach przestrzennych, tj. na poziomie państwa, województwa, miast na prawach powiatów, powiatów ogółem, gmin, wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego ogółem oraz wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) i sektora finansów publicznych. Podane są też wydatki budżetowe gmin na ochronę zdrowia w przeliczeniu na jednego mieszkańca, co pokazuje istotne zróżnicowanie między województwami (Krzysztof Jarosiński, Benedykt Opałka).

Ochronę zdrowia i infrastrukturę zdrowotną w regionie radomskim przedstawiono na podstawie danych statystycznych i wyników badań w 2006 i 2010 r. Poza rozważaniami dotyczącymi pojęć i opisem rodzaju infrastruktury ochrony zdrowia w Radomiu, uwzględniono wyżej wymienione wyniki badań, które wskazują m.in., że zdrowie jako wartość jest przez badanych bardzo wysoko cenione, przy równoczesnym

spadku częstości korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Empiryczny fragment opracowania wiąże informacje i analizę danych o infrastrukturze ochrony zdrowia z postrzeganiem przez respondentów sposobu zaspokajania potrzeb zdrowotnych oraz problemów społecznych z tym związanych (Beata Dziadczyk, Anna Białkowska).

Nurt empiryczny prezentowany jest w postaci wyników badania na temat postaw studentów wobec reformy systemu emerytalnego w Polsce, a zwłaszcza jej korekty w ostatnich latach (kapitałowej, części zmiany systemu). Analizą objęto studentów z wybranych uczelni, którzy mają dość zróżnicowane poglądy na reformy systemu emerytalnego w Polsce, w tym znacząca grupa badanych ma znikomą wiedzę o reformach emerytalnych. W sprawie usunięcia zróżnicowania wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn respondenci wyrażają zdecydowanie negatywną opinię. Wyniki badania pokazują stan świadomości studentów na badany temat w kontekście ich życiowych interesów (Maria Pierzchalska).

Omówione zostały zagadnienia funkcjonowania komisji lekarskich podległych właściwemu ministrowi, w tym powoływanie komisji lekarskich jako organu administracji publicznej wydającej orzeczenia na potrzeby zatrudnienia oraz na potrzeby zabezpieczenia społecznego. Omówiono również zalety ujednoczenia zasad orzekania o zdolności do służby funkcjonariuszy służb mundurowych, które są uzasadnione specyficznymi wymaganiami w pełnieniu służby. Wskazano też niektóre problemy z tym związane do ewentualnego rozważenia (Mariusz Wieczorek).

Problem związku pomiędzy zdrowiem i usługami społecznymi a ich ewaluacją w nowej sytuacji społecznej został przedstawiony od strony teoretycznej oraz metodologicznej. W opracowaniu omawiane są wątki historyczne dotyczące badań ewaluacyjnych, sięgające czasu New Deal. Omówione są też rezultaty badań we Włoszech dotyczące ewaluacji doświadczenia praktyki w obszarze zdrowia i szkolnictwa oraz innych usług społecznych. Omawiana tematyka dobrze wpisuje się w obecną debatę nad wartościowaniem i oceną działań w ramach polityki ochrony zdrowia i zabezpieczenia społecznego, a także szerzej rozumianych usług społecznych (Folco Cimagalli).

W opracowaniu przedstawiono zarys historii powstania i rozwoju Polskiego Stowarzyszenia Ubezpieczenia Społecznego (w 1986 r.), a w szczególności wkład Oddziału Radomskiego w działalność i rozwój PSUS. Opisano też dorobek wielu konferencji, seminariów i sympozjów przed powstaniem i po powołaniu PSUS. Świadczy to, że Stowarzyszenie dobrze służy rozwojowi działalności w zakresie ubezpieczenia i zabezpieczenia społecznego, skupiając wielu wybitnych znawców tej problematyki, co przyczyniło się do aktywizacji licznych środowisk naukowych i praktyki wokół inicjatyw badawczych i rozwiązań praktycznych (Antoni Malaka).

Adam Kurzynowski

ANTONI MALAKA

*Wkład Oddziału Radomskiego
PSUS w działalność
Polskiego Stowarzyszenia
Ubezpieczenia Społecznego*

**ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
POLSKIE STOWARZYSZENIE UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO**

1. POCZĄTKI STOWARZYSZENIA I OKOLICZNOŚCI JEGO UTWORZENIA

We wrześniu 2016 r. minęły 32 lata od momentu, kiedy to grupa pracowników nauki z ośrodków uniwersyteckich Wrocławia, Poznania, Łodzi i Warszawy, biorących udział w seminarium naukowym zorganizowanym przez Instytut Prawa Cywilnego Uniwersytetu Wrocławskiego, a poświęconym problematyce zabezpieczenia społecznego, z inspiracji prof. dr. Jana Jończyka, utworzyła Polskie Stowarzyszenie Ubezpieczenia Społecznego (PSUS). Odbyło się zebranie założycielskie, na którym wyłoniony został pięcioosobowy komitet założycielski w składzie: prof. dr Jan Jończyk, doc. dr hab. Teresa Bińczycka-Majewska, doc. dr hab. Włodzimierz Piotrowski, dr Tadeusz Żyliński i sędzia SW Józef Korpanty. Wyłoniony komitet podjął działania zmierzające do formalnego zarejestrowania Stowarzyszenia, co nastąpiło w kwietniu 1985 r.

Pierwszym znaczącym wydarzeniem w działalności Stowarzyszenia była I Krajowa Konferencja Polskiego Stowarzyszenia Ubezpieczenia Społecznego, która odbyła się w maju 1987 r. w Poznaniu. Była ona poświęcona kluczowym problemom ubezpieczenia emerytalno-rentowego i zgromadziła najwybitniejszych w tamtym okresie uczonych zajmujących się tą tematyką, w tym m.in. prof. dr. Wacława Szuberta, prof. dr. Czesława Jackowiaka, prof. dr. Jana Jończyka, prof. dr. Włodzimierza Piotrowskiego, prof. dr. Józefa Orczyka. W konferencji wzięli udział też praktycy, w szczególności zaś pracownicy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, zajmujący się zagadnieniami prawnymi i ekonomicznymi ubezpieczenia społecznego. Konferencja ta była pierwszym tak szerokim forum naukowym, pozwalającym na gruntowne przedyskutowanie istotnych w tamtym czasie problemów ubezpieczenia emerytalnego i rentowego.

Nawiązując jeszcze do początków Stowarzyszenia, warto zwrócić uwagę na szerszy kontekst jego utworzenia. Tu w pierwszej kolejności należy wskazać na ówczesną sytuację w zakresie ubezpieczenia społecznego, w szczególności zaś w obszarze emerytur i rent. Początek lat 80. zeszłego wieku to kolejna reforma emerytur i rent (1982) wprowadzająca dalsze przywileje, co pociągało za sobą wzrost liczby emerytów i istotny wzrost wydatków na świadczenia. Jednocześnie m.in. w związku z postępującą inflacją wzrost ten nie przekładał się na efektywność społeczną świadczeń, co rodziło istotne implikacje społeczne i gospodarcze. Jak wskazywano, pewna dowolność legislacyjna w tym obszarze była wynikiem braku głębszej refleksji teoretycznej i jasnych założeń dotyczących tego, czy system zabezpieczenia ma mieć charakter zaopatrzeniowy, a taki ukształtował się od lat 50. zeszłego wieku, czy też winien wrócić do korzeni ubezpieczeniowych, w których kluczową rolę odgrywają składka i fundusz ubezpieczeniowy, a przede wszystkim ścisłe powiązanie

wartości świadczenia z wcześniej opłacaną składką. Symptodem rozwoju systemu w kierunku ubezpieczeniowym było utworzenie w 1986 r. Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Te nowe zjawiska w obszarze legislacji i praktyki były w tamtym czasie wycinkowo analizowane niezależnie od siebie w kilku ośrodkach akademickich. Chodziło o stworzenie wspólnej płaszczyzny wymiany wyników badań i poglądów w tym przedmiocie.

W połowie lat 80. ubiegłego wieku wystąpił także pewien regres w techniczno-organizacyjnej sferze funkcjonowania ubezpieczenia społecznego, a związane z tym mankamenty w działaniu systemu wymagały też pogłębionej refleksji i rozwiązania z udziałem zewnętrznych ekspertów. Ówczesne problemy techniczno-organizacyjne Zakładu Ubezpieczeń Społecznych sprawiły, że i kierownictwo tej instytucji dostrzegło potrzebę współpracy ze środowiskiem naukowym.

Przytoczone okoliczności, w tym uświadomiona potrzeba współpracy środowiska naukowego i praktyki w obszarze ubezpieczeń społecznych, stały się inspiracją do utworzenia Stowarzyszenia, które za cele postawiło sobie: rozwijanie i popularyzowanie problematyki ubezpieczenia społecznego, wspieranie i stymulowanie badań naukowych w tym obszarze, wzmacnianie rangi ubezpieczenia społecznego w działalności naukowej i dydaktycznej, rozszerzanie wiedzy z zakresu ubezpieczenia w świadomości społecznej. Przyjęte przed laty cele są dość konsekwentnie realizowane po dzień dzisiejszy.

2. KONFERENCJE NAUKOWE

Z biegiem czasu, zapoczątkowane wspomnianą już I konferencją w Poznaniu, krajowe konferencje naukowe Stowarzyszenia stały się podstawową formą jego działalności. Dotychczas zorganizowano 25 tego rodzaju spotkań. Ostatnie odbyło się we wrześniu 2015 r. w Jodłowej (Jasło) i było poświęcone problematyce świadczeń rodzinnych z ubezpieczenia społecznego. Od połowy lat 90. konferencje stały się corocznymi spotkaniami, służącymi prezentacji wyników badań i swobodnej wymiany myśli i poglądów na wybrane zagadnienia z zakresu ubezpieczenia społecznego, czy szerzej rzecz ujmując, z obszaru zabezpieczenia społecznego. W konferencjach biorą udział pracownicy nauki z różnych środowisk akademickich, zajmujących się problematyką ubezpieczenia społecznego w aspekcie prawnym, ekonomicznym czy socjologicznym. W spotkaniach tych uczestniczą także przedstawiciele praktyki ubezpieczeniowej, w szczególności zaś pracownicy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, a także sędziowie sądów różnych szczebli orzekających w sprawach z zakresu ubezpieczenia społecznego. Ceną wartościową dla debaty w ramach konferencji i jej efektów jest udział w nich przedstawicieli administracji rządowej (sekretarzy stanu, dyrektorów departamentów

właściwych ministerstw) mających realny wpływ na kształt przyjmowanych rozwiązań legislacyjnych. Konferencje stanowią dobrą płaszczyznę konfrontacji założeń teoretycznych z praktyką stosowania prawa ubezpieczeń społecznych.

Organizowane konferencje naukowe cechują się z jednej strony dużą rzetelnością, co gwarantują uprzednio przygotowane, a następnie publikowane opracowania, a z drugiej strony – możliwością swobodnej wymiany myśli i poglądów w czasie dyskusji.

Te dwu-, trzydniowe spotkania mające charakter *stricte* naukowy stanowią też formę integracji przedstawicieli środowisk naukowych i praktyków zajmujących się problematyką szeroko rozumianego zabezpieczenia społecznego. Konferencje mają istotną wartość dla młodych pracowników nauki w tej dziedzinie, a także dla praktyków ubezpieczeniowych, którzy na bazie pracy zawodowej zajmują się refleksją naukową. Dla nich spotkania te są nie tylko dobrą płaszczyzną prezentacji wyników badań i poglądów, ale dają też możliwość pewnego zaistnienia w środowisku teorii i praktyki ubezpieczenia społecznego.

Z perspektywy minionych lat trzeba stwierdzić, że konferencje naukowe Stowarzyszenia stały się niezwykle cenionym w kraju forum debaty o problemach ubezpieczenia społecznego. Stało się tak nie tylko ze względu na systematyczność tych spotkań i przyjętą bardzo rzeczową konwencję debaty, ale przede wszystkim ze względu na podejmowaną i starannie dobieraną tematykę kolejnych konferencji. Analizując przedmiot kolejnych konferencji, trzeba stwierdzić, że ich tematyka na przestrzeni lat była dość zróżnicowana.

Przedmiotem konferencji były nie tylko zagadnienia *stricte* ubezpieczenia społecznego, o czym już wspomniano, ale nierzadko ich tematyka wkraczała na obszary szeroko rozumianego pojęcia zabezpieczenia społecznego, a mianowicie dotyczyła: pomocy społecznej, ubezpieczenia zdrowotnego czy różnych aspektów sytuacji osób niepełnosprawnych, w tym ich rehabilitacji.

Były konferencje koncentrujące się od strony teoretycznej i praktyki na poszczególnych instytucjach ubezpieczenia społecznego. Tu przykładami mogą być konferencja w Kazimierzu Dolnym z 2012 r. „Wiek emerytalny” i konferencja w Poznaniu z 2014 r. „Składki na ubezpieczenie społeczne”.

Duże zainteresowanie budziły konferencje, których przedmiotem były problemy poszczególnych dziedzin ubezpieczenia: chorobowego, rentowego, wypadkowego, emerytalnego, rozpatrywane od strony czy to stypizowanych świadczeń, czy też szerzej, wychodząc odpowiednio od kategorii i charakteru chronionego ryzyka. Tu przywołać należy konferencje: „Ryzyka niezdolności do pracy w zabezpieczeniu społecznym” – Gdańsk 2006, „Ryzyko starości w zabezpieczeniu społecznym” –

Kraków 2007, „Ubezpieczenie chorobowe” – Jasło 2010. Warto też wskazać konferencje, w ramach których analizowane i dyskutowane były rozwiązania systemowe, w tym zagadnienia dotyczące reguł finansowania świadczeń, a także problemy techniczne i organizacyjne związane ze ściągalnością składek i realizacją świadczeń. Tym zagadnieniom poświęcone były m.in. konferencje: „Obowiązek ubezpieczenia, składka i problemy zadłużeń składkowych” – Prądocin–Bydgoszcz 1994, „Problemy finansowania świadczeń długoterminowych” – Łódź 2005, „Problemy ubezpieczeń społecznych – w 70-lecie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych” – Wrocław 2004.

Ostatnie 25 lat to okres dość gruntownych zmian gospodarczych i społecznych, które rzutowały w istotny sposób na funkcjonowanie ubezpieczenia społecznego i szerzej całej sfery socjalnej państwa. Zagadnieniom z tym związanym poświęcone były konferencje: „Ubezpieczenie społeczne w restrukturyzowanej gospodarce” – Kudowa-Zdrój 2001, „Bezpieczeństwo socjalne – dziś i jutro” – Szczyrk 2003, „Ewolucja ubezpieczeń społecznych w okresie transformacji ustrojowej” – Bydgoszcz 2011.

W ramach konferencji analizowane były też zagadnienia proceduralne związane ze stosowaniem prawa ubezpieczenia społecznego, zarówno w postępowaniu administracyjnym na szczeblu organów ubezpieczeniowych, jak i w postępowaniu sądowym na poziomie sądów poszczególnych instancji. Tu wskazać należy przede wszystkim na konferencję „Procedury w ubezpieczeniach społecznych” – Gniezno 2008.

Z oczywistych powodów bardzo wiele miejsca w ramach kolejnych konferencji poświęcono problematyce emerytur i rent z tytułu niezdolności do pracy, a to w związku z kolejnymi reformami w tych obszarach. Jeszcze na początku lat 90. ubiegłego wieku, w ramach Stowarzyszenia gruntownej krytyce był poddawany ówczesny system przyznawania rent i orzekania o inwalidztwie. Ta krytyka i proponowane na konferencjach kierunki zmian niewątpliwie przyczyniły się do zasadniczej reformy w 1997 r., a w konsekwencji do uzdrowienia sytuacji w tym zakresie. Stało się tak dzięki konsekwentnemu uzależnieniu prawa do renty od niezdolności do pracy oraz przyjęciu jasnych i zobiektywizowanych zasad i trybu orzekania o niezdolności do pracy.

Nieco inaczej rzecz się przedstawiała, jeżeli chodzi o kolejne zmiany w systemie emerytalnym, w tym w szczególności dotyczy to reformy wprowadzonej z początkiem 1999 r. Jeszcze w połowie lat 90. minionego wieku dość gruntownie, w ramach Stowarzyszenia, m.in. na kilku konferencjach, analizowane były zgłaszane w tamtym czasie propozycje przejścia na tzw. kapitałowy system finansowania

świadczeń wzorowany na modelu chilijskim. Należy powiedzieć, że od początku tej dyskusji w ramach Stowarzyszenia dość krytycznie oceniano te propozycje. Także w latach 1997–1998, kiedy to dość realny stał się projekt wkomponowania w dotychczasowy system emerytalny elementu kapitałowego – tzw. II filaru, na paru konferencjach krajowych i specjalnych seminariach poświęconych temu zagadnieniu, a zorganizowanych przez Oddział Warszawsko-Łódzki PSUS, członkowie Stowarzyszenia w przeważającej większości kwestionowali racjonalność wprowadzania systemu kapitałowego. Niestety, bezskutecznie.

Z perspektywy dnia dzisiejszego, kiedy to gołym okiem widać, że kapitałowa część systemu emerytalnego została praktycznie zdemontowana z oczywistych powodów gospodarczych i społecznych, można żałować, że ówczesne przestrogi oparte na gruntownych badaniach i analizach nie znalazły zrozumienia u decydentów. Już po wprowadzeniu reformy z 1999 r. Stowarzyszenie zorganizowało parę konferencji: „Reforma systemu emerytalnego” – Radom 1999 i „Dziesięć lat reformy emerytalnej w Polsce” – Kudowa-Zdrój 2009. Na nich m.in. analizowane były i krytycznie oceniane niektóre rozwiązania tej reformy, a przede wszystkim liczne jej mankamenty legislacyjne, które pociągały za sobą konieczność częstych i licznych zmian w ustawach. Skutkowało to nie tylko licznymi trudnościami w stosowaniu przepisów wprowadzających reformę, ale istotnie godziło w zasadę pewności prawa.

Znacząca, jak na ponad 30 lat działalności Stowarzyszenia, liczba krajowych konferencji i doniosłość ich tematyki, z konieczności bardzo skrótowo omówionej, daje dobre świadectwo konstruktywnej i pożytecznej, nie tylko w aspekcie naukowym, ale też społecznym – działalności PSUS.

Widocznym i trwałym dorobkiem Stowarzyszenia są wydawnictwa przed- lub pokonferencyjne zawierające opracowania prezentowane na kolejnych spotkaniach z omówieniem głosów w dyskusji. Stosowne wydawnictwa ukazały się prawie ze wszystkich 25 konferencji w formie druków zwartych. Publikacje te dają szerszą możliwość popularyzacji myśli i poglądów znawców problematyki ubezpieczenia społecznego w poszczególnych kwestiach teoretycznych i praktycznych. Stanowią też one dobry materiał do dalszych badań i refleksji naukowej, dobrze służą także celom dydaktycznym na kierunkach studiów z zakresu szeroko rozumianego zabezpieczenia społecznego. Wskazać należy, że decydujący wpływ na możliwości publikacji materiałów konferencyjnych ma bardzo dobrze układająca się współpraca Stowarzyszenia z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, który co do zasady, zapewnia i zapewnia od strony materialnej i technicznej edycję poszczególnych pozycji.

3. INNE FORMY DZIAŁALNOŚCI – SYMPOZJA I SEMINARIA ODDZIAŁOWE

Drugą niezwykle ważną formą realizacji celów Stowarzyszenia są sympozja i seminaria o charakterze naukowym i popularnonaukowym, organizowane przez oddziały Stowarzyszenia. Tu wspomnieć należy, że w ramach PSUS działa 9 oddziałów, które mają szeroki zakres samodzielności rzeczowej i prawnej. Na poziomie oddziałów też koncentruje się zasadnicza, bieżąca działalność członków Stowarzyszenia. To właśnie oddziały, w zależności od potrzeby i uznania ważności zagadnienia, organizują, dość zróżnicowane w nazwie, przedsięwzięcia realizujące cele statutowe PSUS. Chodzi tu o jednodniowe, co do zasady, spotkania (sympozja, seminaria, odczyty), w ramach których przedstawiane i dyskutowane są określone zagadnienia z zakresu ubezpieczenia społecznego. Często są one organizowane we współpracy z innymi instytucjami, w szczególności zaś z placówkami naukowymi i dydaktycznymi zlokalizowanymi na terenie działania danego oddziału. Spotkania te stanowią bezpośrednią płaszczyznę wymiany poglądów na określone kwestie z zakresu ubezpieczenia społecznego, a często też z innych obszarów sfery socjalnej. Są one doskonałym forum wymiany myśli, opinii, ocen między pracownikami nauki a przedstawicielami praktyki ubezpieczeniowej (pracownicy ZUS i KRUS), a także przedstawicielami lokalnych środowisk społecznych i gospodarczych. Często w spotkaniach tych uczestniczą przedstawiciele instytucji publicznych, w tym administracji rządowej i samorządowej. Ma to znaczący wymiar popularyzatorski i promocyjny dla problematyki ubezpieczenia społecznego w społeczeństwie.

Aktywność poszczególnych oddziałów w organizowaniu tego rodzaju spotkań jest dość zróżnicowana. W przypadku niektórych oddziałów jednodniowe seminaria są regularną formą spotkań, w przypadku innych mają one charakter doraźny i jednostkowy. Niezależnie od tego, trzeba stwierdzić, że rozmiar tych przedsięwzięć w ogólnej skali działalności Stowarzyszenia jest bardzo duży. Wystarczy tu powiedzieć, że w okresie ostatniej kadencji funkcjonowania PSUS, tj. w latach 2011–2015, oddziały zorganizowały 25 tego rodzaju spotkań.

Bardzo interesującą formą działania niektórych oddziałów, na przestrzeni ponad 30 lat istnienia Stowarzyszenia, były szkolenia z zakresu ubezpieczenia społecznego adresowane głównie do płatników składek i ich przedstawicieli, a także ubezpieczonych. Ta forma działalności rozwinęła się w połowie lat 90. ubiegłego wieku, a szczególnie w okresie wprowadzania reformy ubezpieczenia społecznego z lat 1997–1999. Nowe rozwiązania wprowadzone tą reformą, w szczególności zaś podział składki na ubezpieczenia i jej indywidualizacja oraz nowe powinności płatników składek związane z obejmowaniem ubezpieczeniem i raportowaniem zdarzeń dotyczących

ubezpieczenia, a także nowy od strony techniczno-organizacyjnej (teleinformatyczny) system przesyłu informacji o zdarzeniach ubezpieczeniowych, zrodziły duże zapotrzebowanie na wiedzę z tego zakresu. Odpowiedzią na to było podjęcie przez niektóre z oddziałów Stowarzyszenia szkoleń z tego zakresu. Szkolenia te służyły nie tylko popularyzacji wiedzy o nowych rozwiązaniach, ale były też źródłem przychodów finansowych oddziałów, pozwalających na realizację innych zadań statutowych.

4. CZŁONKOWIE I ORGANIZACJA PSUS

Podstawą działalności Stowarzyszenia jest aktywność jego członków rekrutujących się spośród pracowników nauki z różnych środowisk akademickich w kraju, a zajmujących się problematyką ubezpieczenia społecznego i dziedzin pokrewnych w aspekcie prawnym, ekonomicznym czy socjologicznym, oraz przedstawicieli praktyki ubezpieczeniowej – pracowników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Z początkowej liczby 37 członków założycieli w 1984 r. Stowarzyszenie w krótkim czasie rozszerzyło się do ok. 500 członków (1991) i tak jest do dzisiaj. PSUS działa na podstawie prawa o stowarzyszeniach oraz uchwalonego i zarejestrowanego statutu. Zgodnie z nim najwyższą władzą Stowarzyszenia jest Walne Zebranie Delegatów reprezentujące członków skupionych w 9 oddziałach. Bieżącą działalnością Stowarzyszenia kieruje siedmioosobowy Zarząd Główny wybierany przez Walne Zebranie Delegatów na czteroletnią kadencję. Na nim spoczywa odpowiedzialność za właściwą i sprawną realizację celów statutowych i zadań stawianych w programach ustalanych na kolejne kadencje.

Pracami pierwszego Zarządu Głównego PSUS i dalej, przez kilka kadencji, do 1997 r., kierował prof. dr hab. Jan Jończyk. Następnie w latach 1998–2007 pracami Zarządu kierowała prof. dr hab. Urszula Jackowiak z Uniwersytetu Gdańskiego. Od września 2007 r. przewodniczącą Zarządu była prof. dr hab. Barbara Wagner reprezentująca Uniwersytet Jagielloński i sprawująca funkcję sędziego Sądu Najwyższego. W 2011 r. na Walnym Zebraniu Delegatów w Bydgoszczy wyłoniony został Zarząd Główny z przewodniczącym prof. dr. Maciejem Żukowskim z Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu na czele, który też w 2015 r. wybrany został do pełnienia tej funkcji na kolejną kadencję.

Obok Zarządu, statutowymi organami Stowarzyszenia są: Naczelna Komisja Rewizyjna i Naczelny Sąd Koleżeński, które to organy, podobnie jak Zarząd, są wybierane przez Walne Zebranie Delegatów na kolejne kadencje.

Tworząc Stowarzyszenie i zakładając, że jego rozwój będzie kreowany aktywnością samych członków, przewidziano oparcie jego zasadniczej działalności

na oddziałach, którym statutowo zagwarantowano daleko idącą samodzielność poprzez przyznanie im osobowości prawnej. W krótkim czasie po utworzeniu Stowarzyszenia powołano 7 oddziałów terenowych. W połowie lat 90. minionego wieku utworzony został Oddział Radomski, a na początku tego wieku Oddział Południowo-Wschodni z siedzibą w Jaśle. Aktualnie działa 9 oddziałów, i w kolejności utworzenia są to: Oddział Dolnośląski z siedzibą we Wrocławiu, Oddział Warszawsko-Łódzki z siedzibą w Warszawie, Oddział Wielkopolski z siedzibą w Poznaniu, Oddział Małopolski z siedzibą w Krakowie, Oddział Śląsko-Dąbrowski z siedzibą w Chorzowie, Oddział Kujawsko-Pomorski z siedzibą w Bydgoszczy, Oddział Północny z siedzibą w Gdańsku, Oddział Radomski z siedzibą w Radomiu i Oddział Południowo-Wschodni z siedzibą w Jaśle. W praktyce to na poziomie oddziałów w zasadniczym stopniu koncentruje się bieżąca działalność PSUS. Poza rutynowymi zebraniem członków, oddziały podejmują przedsięwzięcia o charakterze naukowo-popularyzatorskim (seminaria, sympozja, odczyty). W kolejności ustalonej przez Zarząd Główny są też one gospodarzami kolejnych krajowych konferencji naukowych.

Podstawą statutowej działalności Stowarzyszenia od strony materialnej są składki członkowskie. Stowarzyszenie nie prowadzi działalności gospodarczej. Do realizacji przyjętych przedsięwzięć o charakterze naukowym czy popularyzatorsko-naukowym Stowarzyszenie korzysta z doraźnych darowizn podmiotów gospodarczych. Znaczącym wsparciem dla PSUS, w szczególności w zakresie wydawnictw, jest wspomniana już pomoc materialno-techniczna ze strony Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Działalność i pomyślny rozwój na przestrzeni ponad 30 lat Stowarzyszenie zawdzięcza aktywności wszystkich swoich członków. W tym okresie byli jednak i są członkowie, którzy kreatywnością i dużym zaangażowaniem wywarli szczególnie wpływ na rozwój i kształt Stowarzyszenia. Do nich należą:

- prof. dr Jan Jończyk – inicjator, członek założyciel i przewodniczący Zarządu Głównego PSUS w latach 1984–1998, autor szeregu opracowań konferencyjnych;
- prof. dr Urszula Jackowiak – członek Stowarzyszenia od momentu jego założenia, przewodnicząca Zarządu Głównego PSUS w latach 2001–2007, autorka szeregu opracowań konferencyjnych;
- prof. dr Barbara Wagner – członek Stowarzyszenia od momentu jego powstania, przewodnicząca Zarządu Głównego PSUS w latach 2007–2011, autorka wielu opracowań na konferencje;
- Paweł Konopielko śp. – członek PSUS od momentu jego powstania, wiceprzewodniczący Zarządu Głównego PSUS do 1998 r.;
- prof. dr Inetta Jędrasik-Jankowska – członek założyciel Stowarzyszenia, autorka szeregu opracowań prezentowanych i diskutowanych na wielu konferencjach;

- Ewa Borowczyk – wiceprzewodnicząca Zarządu Głównego PSUS w latach 1998–2002, długoletnia przewodnicząca Oddziału Warszawsko-Łódzkiego w latach 1986–2002, autorka opracowań konferencyjnych;
- prof. dr Teresa Bińczycka-Majewska – członek założyciel Stowarzyszenia, autorka wielu opracowań prezentowanych na konferencjach;
- prof. dr Walerian Sanetra – członek założyciel PSUS, autor wielu opracowań na kolejne konferencje;
- dr Helena Pławucka – członek założyciel Stowarzyszenia, autorka referatów prezentowanych w ramach Stowarzyszenia;
- dr Maria Pierzchalska – założycielka Oddziału Radomskiego PSUS, wiceprzewodnicząca Zarządu Głównego w latach 2001–2007, pomysłodawczyni paru konferencji Stowarzyszenia, autorka opracowań prezentowanych w ramach Stowarzyszenia;
- Hanna Zalewska – wiceprzewodnicząca Zarządu Głównego ostatnich trzech kadencji i autorka kilku znaczących referatów na kolejnych konferencjach Stowarzyszenia;
- Jerzy Gajos – od początku lat 90. przewodniczący zarządu Oddziału Dolnośląskiego PSUS, organizator paru konferencji krajowych i szeregu innych przedsięwzięć o charakterze naukowo-popularyzatorskim (seminariów, sympozjów).

Istotnym czynnikiem sprzyjającym pomyślnemu rozwojowi Stowarzyszenia było i jest pełne zrozumienie celów i istoty jego działania ze strony wszystkich kolejnych prezesów Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz prezesów Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Doceniając znaczenie refleksji teoretycznej w dziedzinie ubezpieczenia społecznego i wartości płynących z możliwości konfrontacji tez i poglądów teoretycznych z praktyką w tym zakresie, wspierali oni efektywnie działalność Stowarzyszenia.

5. WKŁAD ODDZIAŁU RADOMSKIEGO

Znaczący udział w całokształcie dotychczasowej działalności Stowarzyszenia ma utworzony w 1995 r. Oddział Radomski Polskiego Stowarzyszenia Ubezpieczenia Społecznego. Został on powołany z inicjatywy dr Marii Pierzchalskiej, wówczas kierującej radomskim oddziałem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Oddział od początku podjął bardzo aktywną działalność na rzecz realizacji celów Stowarzyszenia we wszystkich możliwych formach jego aktywności. Pokazując dorobek Oddziału Radomskiego na przestrzeni jego 20-letniej działalności, wskazać należy przede wszystkim zorganizowanie dwóch spośród 25 krajowych konferencji naukowych PSUS. Pierwszą z nich była konferencja z 1999 r. – roku wprowadzania głębokiej reformy ubezpieczenia społecznego – poświęcona głównej części tej

reformy, a mianowicie reformie systemu emerytalnego. Konferencja ta, zorganizowana w najbardziej gorącym okresie debaty publicznej nad reformą, dała możliwość gruntownego i rzeczowego przeanalizowania i przedyskutowania jej założeń, a także uświadomienia licznych zagrożeń związanych z jej wdrożeniem, będącym wynikiem m.in. krótkiego okresu *vacatio legis* i braku niektórych ustaw, których uchwalenie zakładano w fazie projektowania. W szczególności zwracano uwagę na mankamenty legislacyjne i brak pełnego uregulowania sprawy wypłat emerytur z tzw. II filaru. Konferencja była jednym z pierwszych spotkań w kraju, na którym wskazywano na zagrożenia techniczno-organizacyjne związane z wypłatą przyszłych emerytur.

Równie doniosłe znaczenie miała kolejna krajowa konferencja naukowa PSUS zorganizowana w 2012 r. w Kazimierzu Dolnym. Była ona poświęcona instytucji wieku emerytalnego. Jej zorganizowanie przypadło na moment bardzo burzliwej, w wymiarze publicznym, dyskusji dotyczącej wydłużenia wieku emerytalnego. Dwudniowa konferencja dała możliwość dogłębnego i rzeczowego przeanalizowania i przedyskutowania wielorakich czynników (demograficznych, medycznych, ekonomicznych i społecznych) rzutujących na ukształtowanie poziomu wieku uprawniającego do skorzystania z emerytury. Konferencja była też dobrą płaszczyzną swobodnej i rzeczowej wymiany poglądów przemawiających za wydłużeniem wieku emerytalnego i przeciw niemu. W ramach tego spotkania wskazano też m.in. na potrzebę wprowadzenia pewnych rozwiązań uelastyczniających, pozwalających np. na wcześniejsze skorzystanie z niepełnego świadczenia emerytalnego.

Naukowa aktywność Oddziału Radomskiego to nie tylko te dwie krajowe konferencje PSUS, ale także inne konferencje naukowe o zasięgu ponadregionalnym. Warto tu podać fakt zorganizowania przez Oddział Radomski w maju 2003 r. konferencji naukowej poświęconej rodzimemu systemowi zabezpieczenia społecznego w aspekcie przystępowania Polski do Unii Europejskiej. Konferencja ta z udziałem uznanych znawców problematyki zabezpieczenia społecznego, m.in. prof. dr. Juliana Auleytnera, prof. dr. Tadeusza Szumlicza, prof. dr. Katarzyny Głębickiej, stworzyła możliwość przeanalizowania rodzimych rozwiązań w zakresie zabezpieczenia społecznego w aspekcie rozwiązań socjalnych państw tzw. starych członków Unii Europejskiej i standardów prawa międzynarodowego w tym obszarze. W trakcie tej konferencji rozważano m.in. konieczność zmiany rozwiązań socjalnych w zakresie opieki nad ludźmi starymi, niepełnosprawnymi i w zakresie szeroko rozumianej pomocy społecznej.

Istotną formą działalności Oddziału Radomskiego PSUS są systematyczne zebrania członkowskie, mające charakter kilkugodzinnych seminariów poświęconych przedyskutowaniu bieżących problemów teoretycznych i praktycznych z zakresu

ubezpieczenia społecznego. Zebrania te, co do zasady, z udziałem przedstawicieli lokalnych środowisk naukowych, społecznych i gospodarczych, stanowią nie tylko płaszczyznę pogłębiania wiedzy i dyskusji, ale są formą popularyzacji problematyki zabezpieczenia społecznego wśród lokalnego aktywu społeczno-gospodarczego i samorządowego. Jako przykład z ostatniej kadencji (2011–2015) można tu przytoczyć zebranie z 23 lutego 2012 r. poświęcone problematyce prawno-ekonomicznej wieku emerytalnego, na którym kanwą do dyskusji był wykład prof. dr Inetty Jędrasik-Jankowskiej, oraz zebranie z 7 czerwca 2013 r., którego przedmiotem były finanse ubezpieczeń społecznych, zaś podstawą do dyskusji był wykład na ten temat dr Małgorzaty Olszewskiej.

Wyrazem działalności popularyzatorskiej Oddziału Radomskiego PSUS są też wydawnictwa konferencyjne czy pokonferencyjne z organizowanych przez Oddział przedsięwzięć naukowych. Pierwsza z tych konferencji została udokumentowana drukiem *Reforma systemu emerytalnego – założenia, realizacja ustawowa, wdrożenie w życie*, PSUS i Wyższa Szkoła Biznesu w Radomiu, Radom 1999. Wydawnictwo z drugiej ze wspomnianych wcześniej konferencji ukazało się pod tytułem *Wiek emerytalny*, PSUS, Kazimierz Dolny 2012. Tu wymienić należy też publikację z 2005 r. związaną z 10-leciem Oddziału Radomskiego PSUS pt. *Zagadnienia polityki społecznej. Dziesięciolecie Oddziału Radomskiego Polskiego Stowarzyszenia Ubezpieczenia Społecznego*.

Pokazując działalność Oddziału Radomskiego na tle całokształtu działalności Stowarzyszenia, nie sposób pominąć działalności szkoleniowej przezeń prowadzonej. To właśnie Oddział Radomski w 1996 r. zainicjował szkolenia z zakresu ubezpieczeń społecznych dla płatników składek i innych zainteresowanych osób. Szkolenia te od prawie 10 lat służyły nie tylko dostarczaniu płatnikom wiedzy niezbędnej do właściwej realizacji ich powinności z zakresu ubezpieczenia społecznego, ale były także formą dostarczania szerszej wiedzy z zakresu ubezpieczenia społecznego. Środki ze szkoleń stanowiły zabezpieczenie finansowe dla innych przedsięwzięć statutowych.

Wzmianki wymaga też bardzo dobra współpraca Oddziału ze szkołami wyższymi Radomia, przede wszystkim zaś z Wyższą Szkołą Biznesu, a obecnie z Europejską Uczelnią Społeczno-Techniczną, a także z przedstawicielami warszawskich środowisk naukowych, jak Szkoła Główna Handlowa i Uniwersytet Warszawski.

Przedstawiony wyżej, z konieczności dość skrótowo, dorobek Oddziału Radomskiego PSUS jest efektem aktywności jego członków, pasjonatów problematyki ubezpieczenia społecznego czy szerszej – polityki społecznej. Ich liczba, na przestrzeni wielu lat działalności Oddziału, wahała się w granicach 40–70 osób.

Nie sposób wymienić tutaj wszystkich członków, którzy swoim wsparciem przyczynili się do pomyślnego rozwoju Oddziału. Jak każdy z oddziałów Stowarzyszenia, tak też Oddział Radomski miał i ma liderów, którzy swoim zaangażowaniem decydowali o jego rozwoju. W pierwszej kolejności wymienić należy dr Marię Pierzchalską, która była inicjatorką założenia Oddziału, a następnie przez wiele lat, po dzień dzisiejszy, z krótką przerwą, kierowała i kieruje pracami jego Zarządu. To ona była inicjatorką organizowanych przez Oddział konferencji i innych przedsięwzięć o charakterze naukowym i popularyzatorskim. Wyrazem uznania dla jej wkładu i zaangażowania, jak też efektów działalności Oddziału było wybranie jej w skład Zarządu Głównego PSUS, w którym przez dwie kadencje pełniła m.in. funkcję wiceprzewodniczącej Zarządu Głównego. Podkreślenia wymaga też jej osobisty wkład w działalność Stowarzyszenia jako autorki referatów na kilku innych niż wyżej wymienione krajowych konferencjach naukowych PSUS.

W kierowaniu Oddziałem przewodnicząca Zarządu miała wsparcie innych aktywnych jego członków. Tu przywołać należy dr. Krzysztofa Orzechowskiego, który przez wiele lat wybitnie wspierał Oddział i w sposób znaczący angażował się też w działalność Stowarzyszenia na szczeblu jego władz naczelnych, pełniąc przez kilka kadencji funkcję przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej. Dał się też poznać jako autor opracowań na kilku konferencjach krajowych. Znaczącą osobą w skali całego Stowarzyszenia był też Ryszard Makuch, który przez pierwszą kadencję (2007–2011) kierował pracami Zarządu Oddziału. Spośród innych członków PSUS Oddziału Radomskiego, którzy szczególnie angażowali się w jego działalność i pomyślny rozwój, wymienić należy (w kolejności alfabetycznej): Beatę Dziadczyk, Romana Gąszczaka, Bogusławę Hernik, Bożenę Kornatowską, Iwonę Lesiak, Jacka Natorskiego, Alinę Szerling, Ewę Turlińską, Mariusza Wieczorka i Jolantę Zgodę. To przede wszystkim dzięki nim rozwijał się pomyślnie i rozwija Oddział Radomski, skutecznie realizując cele naszego Stowarzyszenia.

Pokazując dotychczasowy dorobek Oddziału Radomskiego i jego znaczący wkład w działalność Polskiego Stowarzyszenia Ubezpieczenia Społecznego jako całości, nie sposób nie zaakcentować jego znaczenia dla lokalnego środowiska naukowego i społecznego. Z wielkim powodzeniem spełnia on funkcję zintegrowanego forum współpracy osób zajmujących się od strony naukowej i praktycznej szeroko rozumianą problematyką zabezpieczenia społecznego.

Najlepszym dowodem prężnej i efektywnej działalności Oddziału Radomskiego PSUS i jego wkładu w rozwój Stowarzyszenia jako całości jest też konferencja „Zabezpieczenie społeczne a zdrowie publiczne” poświęcona niezwykle złożonej problematyce zdrowia publicznego, jako elemencie szeroko rozumianego zabezpieczenia społecznego. Konferencja ta, zorganizowana we współpracy z Europejską

Uczelnią Społeczno-Techniczną, ma charakter międzynarodowy. Wzięli w niej udział m.in.: prof. zw. dr hab. Adam Kurzynowski (Akademia Humanistyczna im. A. Giejsztora w Pułtusku), prof. zw. dr hab. Marian Surdacki (Katolicki Uniwersytet Lubelski im. Jana Pawła II), dr hab. Violetta Korporowicz, prof. SGH (Szkoła Główna Handlowa w Warszawie), prof. zw. dr hab. Ełła Bulicz (Europejska Uczelnia Społeczno-Techniczna w Radomiu), prof. zw. dr hab. Igor Murawow (Europejska Uczelnia Społeczno-Techniczna w Radomiu), dr Anna Napiórkowska (Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu), dr Mariusz Wieczorek (Uniwersytet Humanistyczno-Technologiczny w Radomiu), prof. dr hab. Folco Cimagalli (Lumsa University of Rome).

ADAM KURZYNOWSKI

*Miejsce ochrony zdrowia
w zabezpieczeniu społecznym*

EUROPEJSKA UCZELNIA SPOŁECZNO-TECHNICZNA W RADOMIU

1. WSTĘP

Celem tego opracowania jest próba odpowiedzi na pytanie, jak kształtuje się relacja pomiędzy rosnącymi potrzebami ochrony zdrowia a zasobami finansowymi zabezpieczenia społecznego służącymi zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych ludności. Rozważania dotyczące tej relacji uwzględniają założenie nierównowagi stron, tj. wysokiej dynamiki potrzeb zdrowotnych i ograniczonego zasobu środków finansowych dostarczanych przez gospodarkę, przeznaczonych na zaspokajanie tych potrzeb. Drugim analizowanym zagadnieniem jest sprawa relacji i współpracy pomiędzy poszczególnymi instytucjami zajmującymi się ochroną zdrowia w ramach zabezpieczenia społecznego.

Problemy związane z finansowaniem potrzeb zdrowotnych występowały i występują zarówno w krajach rozwiniętych, jak i w krajach o niższym, a szczególnie znacząco niższym rozwoju gospodarczym. Zależy to nie tylko od możliwości ekonomicznych państwa, lecz także od sytuacji demograficznej, stanu infrastruktury ochrony zdrowia, stanu sanitarnego w kraju, promocji zdrowia, stanu świadomości społecznej na temat zdrowia oraz zdrowia poszczególnych osób. Zależy to również od aktywności zespołu instytucji publicznych, w tym instytucji zabezpieczenia społecznego, działających na rzecz profilaktyki zdrowotnej oraz usuwania skutków chorób, gdy te się pojawiają. Tematem analizy są zagadnienia mające priorytetowe znaczenie w polityce społecznej państwa, tj. ochrona zdrowia oraz system świadczeń w ramach zabezpieczenia społecznego.

Związki między potrzebami zdrowotnymi a ich zabezpieczeniem finansowym występują od początków kształtowania się zabezpieczenia społecznego jako przedmiotu zainteresowania nauki i praktyki¹. Systemy zabezpieczenia społecznego są wciąż doskonałe. Zdrowie i jego ochrona stają się przedmiotem żywego zainteresowania społeczeństwa i polityków na różnych szczeblach zarządzania państwem. Zawsze w czasie zasadniczych zmian politycznych i społeczno-gospodarczych ochrona zdrowia, jej zabezpieczenie finansowe i instytucjonalne, zajmują w tych przekształceniach czołowe miejsce, czego przykładem były najważniejsze polskie reformy systemowe w latach 1990–1999 i następne ich korekty w latach 2000–2015.

¹ *Polityka społeczna*, red. A. Rajkiewicz, Warszawa 1979; A. Rajkiewicz, *Potrzeba bezpieczeństwa socjalnego*, „*Polityka Społeczna*” 1988, nr 3; J. Orczyk, *Polityka społeczna*, Poznań 2006; M. Księżopolski, *Zabezpieczenie społeczne* [w:] *Polityka społeczna*, Warszawa 2009; T. Szumlicz, *Zabezpieczenie społeczne*, Warszawa 2011; S. Golinowska, *Przedmiot ekonomiki zdrowia* [w:] *Od ekonomii do ekonomiki zdrowia*, red. eadem, Warszawa 2015.

2. ZMIANY DEMOGRAFICZNE A UWARUNKOWANIA POTRZEB ZDROWOTNYCH

Problem ten nie dotyczy tylko Polski, ale także innych krajów, w tym państw rozwiniętych, w których zmieniła się dynamika rozwoju demograficznego. Zmniejszył się przyrost naturalny i nasiliły się procesy starzenia się społeczeństw. Ochrona zdrowia staje się coraz ważniejsza w zabezpieczeniu społecznym, ponieważ zwiększa się przeciętna długość życia kolejnych pokoleń, coraz powszechniejsze stają się prozdrowotne postawy społeczne i style życia realizowane przez osoby i rodziny należące do różnych grup społecznych². Przemiany w zachowaniach prozdrowotnych są silnie pobudzane przez występujący na świecie rozwój badań w sektorze zdrowia, rozwój nowoczesnych technologii używanych do diagnozowania, leczenia i rehabilitacji oraz nowoczesnej infrastruktury ochrony zdrowia, umożliwiającej szybszy dostęp do usług medycznych.

Z prognozy Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że struktura ludności w Polsce będzie w przyszłości istotnie różnić się od obecnej (tabela 1).

Tabela 1. Prognoza ludności Polski na lata 2015–2050 (w tys. osób oraz w %)

| Grupa wieku | 2015 | | 2020 | | 2030 | | 2040 | | 2050 | |
|--------------------------|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|
| | w tys. | w % | w tys. | w % | w tys. | w % | w tys. | w % | w tys. | w % |
| Ogółem | 38 419 | – | 38 138 | – | 37 185 | – | 35 668 | – | 33 951 | – |
| 0–14 lat | 5 729 | 15 | 5 659 | 15 | 4 856 | 13 | 4 302 | 12 | 4 121 | 12 |
| 15–64 lata | 26 620 | 69 | 25 285 | 66 | 23 683 | 64 | 21 937 | 62 | 18 733 | 55 |
| 65–79 lat | 6 071 | 16 | 7 194 | 19 | 8 647 | 23 | 9 430 | 26 | 11 098 | 33 |
| 80 lat i więcej | 1 560 | 4 | 1 684 | 4 | 2 206 | 6 | 3 373 | 10 | 3 538 | 10 |
| Mediana wieku (w latach) | 39 | | 41 | | 46 | | 50 | | 52 | |

Źródło: opracowanie na podstawie danych GUS. Raport Rządowej Rady Ludnościowej 2014–2015, część II (liczby zaokrąglono do całości), Warszawa 2015, s. 291

Z danych prognozy wynika, że w ciągu ok. 34 lat nastąpią zasadnicze zmiany w strukturze ludności według wieku oraz w poszczególnych grupach wiekowych, które można ująć syntetycznie:

- W pierwszych dwóch grupach wiekowych (0–14 i 15–64 lat) nastąpi spadek udziału ludności. Szczególnie duży spadek dotyczy grupy 15–64 lat – aż o 14,1 p.p., co będzie

² J. Czapiński, *Opieka zdrowotna. Korzystanie, finansowanie i opinie społeczne* [w:] *Diagnoza społeczna 2009*, Warszawa 2009, s. 107–114; J. Czapiński, T. Panek, *Opieka zdrowotna* [w:] *Diagnoza społeczna 2015*, Warszawa 2015, s. 115–124; P. Błędowski, Z. Szveda-Lewandowska, *Polityka wobec starości i starzenia się w Polsce w latach 2015–2035*, Warszawa 2015.

miało wpływ na zaspokajanie potrzeb rynku pracy oraz dochody do budżetu z podatków od dochodów indywidualnych, dochody ZUS i Narodowego Funduszu Zdrowia, ponieważ w porównaniu ze stanem obecnym będzie pracować mniej osób.

- W grupie wiekowej 65 i więcej będą duże zmiany, ponieważ w latach 2015–2050 nastąpi poważne zwiększenie udziału osób starszych – z 15,8% w 2015 r. do 32,7% w 2050 r., tj. o 17 p.p. Wzrośnie również w tym okresie udział osób w wieku 80 lat i więcej – o 6,3 p.p.

Oznacza to, że w latach 2015–2050 będą się zwiększały potrzeby zdrowotne, w tym rehabilitacyjne, starzejącej się populacji, których zaspokajanie wchodzi w zakres systemu zabezpieczenia społecznego. Sytuacja demograficzna rzutuje na to, jakie pojawią się potrzeby. Ich zaspokajaniem zajmą się służba zdrowia, a także instytucje zabezpieczenia społecznego zapewniające świadczenia w postaci środków z odpowiednich funduszy. Jeżeli przytoczone wyżej dane z prognozy się potwierdzą, to zasadniczo zwiększą się zadania ochrony zdrowia i pozostałych elementów składowych systemu zabezpieczenia społecznego.

Będzie to oznaczało zwiększenie kosztów ochrony zdrowia oraz większe wydatki na renty i emerytury. Wydatki na ochronę zdrowia będą rosły nie tylko w gospodarstwach domowych, wzrosną także wydatki na ten cel ze środków ubezpieczeniowych i budżetu państwa czy budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Przykładowo przeciętne roczne wydatki gospodarstw domowych na zdrowie wynosiły w 2011 r. ok. 605 zł³ na osobę, a w 2014 r. – ok. 647 zł. Związane jest to zapewne z większą troską o zdrowie, ale także ze wzrostem liczby osób starszych oraz zmianą standardów i wzrostem kosztów leczenia.

Polska ma obecnie znacząco niższy udział wydatków na zdrowie w PKB niż rozwinięte kraje Unii Europejskiej. W 2010 r. wydatki całkowite na zdrowie we Francji wynosiły 10,7% PKB (w tym publiczne 8,48%), w Niemczech 10,2% (w tym publiczne 7,87%), w Czechach 6,67% (w tym publiczne 5,84%), w Polsce zaś 5,88% (w tym publiczne 4,05%)⁴.

W 2012 r. wydatki bieżące (publiczne i prywatne) na ochronę zdrowia w Polsce stanowiły 6,25% PKB, a w 2013 r. – 6,38% PKB⁵. Struktura wydatków publicznych na zdrowie w 2014 r. kształtowała się następująco: NFZ – 85%, budżet państwa – 10%, jednostki samorządu terytorialnego – 5%⁶. W sumie wydatki publiczne na ochronę zdrowia wyniosły 101 042 mln zł, a w 2013 r. 106 035 mln zł⁷.

³ *Rocznik statystyczny 2012*, s. 300, Warszawa 2015, s. 307.

⁴ M. Jankowiak, *Konwergencja ochrony zdrowia w UE*, „Polityka Społeczna” 2010, nr 7.

⁵ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*, GUS, Warszawa 2015, s. 143.

⁶ *Ibidem*, s. 146.

⁷ *Ibidem*, s. 143.

Poważny udział w finansowaniu ochrony zdrowia stanowią wydatki prywatne gospodarstw domowych – w 2012 r. było to 24 517 mln zł, w 2013 r. – 24 978 mln zł. Do tego dodać należy inne wydatki prywatne: w 2012 r. – 5754 mln zł, w 2013 r. – 5993 mln zł. W 2013 r. w porównaniu z 2012 r. wzrosły wydatki we wszystkich grupach, ale miało to minimalny wpływ na ich udział w PKB. Stąd zmiany udziału poszczególnych wydatków w PKB wynosiły od 0 do 0,2 p.p. Na przykład udział publicznych wydatków bieżących w PKB wzrósł o 0,12 p.p., a udział prywatnych wydatków w PKB zmniejszył się o 0,01 p.p.⁸

Z *Diagnozy społecznej 2015* wynika, że w 2000 r. z publicznej służby zdrowia korzystało 86,4% gospodarstw domowych, a w 2015 r. – 93,4%; z własnych środków za usługi zdrowotne płaciło w 2000 r. – 38,6% gospodarstw, a w 2015 r. – 53,9%; z abonamentów korzystało w 2000 r. – 4,9% gospodarstw, a w 2015 r. – 6,9%. Wszystkie źródła finansowania wskazują wzrost udziału w wydatkach na ochronę zdrowia⁹.

Jeżeli finansowanie ochrony zdrowia w Polsce nie osiągnie takiego poziomu jak w krajach rozwiniętych, spowoduje to dodatkowe problemy po pojawieniu się nowych, większych potrzeb związanych ze starzeniem się ludności oraz rosnącymi standardami usług medycznych. Będzie to tworzyć nowe warunki dla publicznych i prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych i emerytalnych, gromadzących środki na pokrycie kosztów.

3. ELEMENTY OCHRONY ZDROWIA W RÓŻNYCH SEGMENTACH ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

Z dotychczasowych rozważań wynika, że zdrowie jako potrzeba masowa znajduje się w różnych elementach składowych systemu zabezpieczenia społecznego, a zaspokajaniem tej potrzeby zajmują się różne podmioty publiczne i niepubliczne.

Z zestawu instytucji tworzących warunki do zaspokajania potrzeb zdrowotnych wynika, że w ramach systemu zabezpieczenia społecznego istnieje płaszczyzna do współpracy na rzecz zdrowia. Dobre wykorzystanie tej współpracy, polegające na wdrożeniu skuteczniejszych metod zarządzania ochroną zdrowia może zapewnić lepsze niż dotychczas rezultaty¹⁰. Świadomość faktu, że działania na rzecz zdrowia dotyczą wszystkich najważniejszych instytucji zabezpieczenia społecznego i organizacji społecznych, powinno prowadzić do funkcjonalnego spojrzenia na te instytucje jako zapewniające jedną z najważniejszych wartości w życiu osób i społeczeństw – zdrowie.

Pomimo tak ważnego znaczenia systemu zabezpieczenia społecznego dla społeczeństwa i gospodarki nie ma jednoznacznej jego definicji. Poszczególni autorzy

⁸ *Ibidem*.

⁹ J. Czapiński, T. Panek, *Opieka zdrowotna, op. cit.*, s. 115.

¹⁰ *Zarządzanie progresywne zdrowiem*, red. V. Korporowicz, Warszawa 2015.

uwzględniają różne kluczowe określenia, mające wskazać jego istotę, jak np.: system, potrzeby podstawowe, bezpieczeństwo socjalne, niedostatek, społeczne uznanie potrzeb, pomoc państwa, wolność od niedostatku, prawo obywatela do zabezpieczenia społecznego, normy minimalnego zabezpieczenia zawarte w konwencji nr 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy. Zabezpieczenie społeczne jest też opisywane tylko z uwzględnieniem jego części, np. zabezpieczenie społeczne osób niepełnosprawnych. Złożoność tematyki wchodzącej w ten zakres powoduje istotne różnice w ujęciach definicyjnych, ponieważ jest dużo różnic systemowych. Może dlatego są definicje, które uwzględniają różne cechy, a ich zestaw tworzy pojęcie zabezpieczenia społecznego w czasie, w którym poszczególni autorzy zajmowali się tematyką zabezpieczenia społecznego.

W tym opracowaniu przyjęto definicję J. Piotrowskiego, który określa zabezpieczenie społeczne jako „całokształt środków i działania instytucji publicznych, za pomocą których społeczeństwo stara się zabezpieczyć swych obywateli przed niezawinionym przez nich niedostatkiem, przed groźbą niemożności zaspokajania podstawowych, społecznie uznanych za ważne, potrzeb”¹¹. Wiąże się to z innym ważnym jego stwierdzeniem, że po II wojnie światowej „rozwija się idea zabezpieczenia społecznego jako idea odpowiedzialności społeczeństwa za zaspokojenie podstawowych potrzeb obywateli”¹². Podejście to kładło nacisk na instytucje publiczne, odzwierciedlało stan, w którym państwo tworzy instytucje publiczne mające dać gwarancję zabezpieczenia potrzeb uważanych społecznie za ważne.

W gospodarkach rynkowych, praktykujących współpracę sektora publicznego i niepublicznego, występują różne podmioty zaspokajające odmienne potrzeby z zakresu zabezpieczenia społecznego, np. niepubliczne instytucje pomocy społecznej, niepubliczne i publiczne domy dziennego pobytu dla osób starszych, publiczne i niepubliczne ubezpieczenie zdrowotne i emerytalne, publiczne i niepubliczne szpitale i przychodnie. Instytucje te zaspokajają podobne potrzeby, ale w różnym stopniu. Instytucje niepubliczne są finansowane ze środków prywatnych i (lub) publicznych, gdy ich klienci, ze względu na sytuację prawną lub materialną, mają uprawnienia do skorzystania ze środków publicznych. Istotne jest więc to, kto finansuje zaspokajanie ważnych społecznie potrzeb osób i rodzin, a nie tylko to, kto je realizuje – może to być sektor publiczny lub prywatny, działając w ramach obowiązującego prawa. Dlatego w tym opracowaniu poszerzono określenie zabezpieczenia społecznego o realizację jego zadań w rynkowym systemie gospodarczym w demokratycznym państwie.

¹¹ J. Piotrowski, *Zabezpieczenie społeczne, problematyka i metody*, Warszawa 1966, s. 7–8.

¹² *Ibidem*, s. 9; G. Uścińska, *Europejskie standardy zabezpieczenia społecznego a współczesne rozwiązania polskie*, Warszawa 2005, s. 30–35; *Leksykon polityki społecznej*, red. B. Rysz-Kowalczyk, Warszawa 2001.

W praktyce potrzeby zdrowotne są realizowane zarówno przez usługodawców publicznych, jak i niepublicznych, a środki na ten cel pochodzą z funduszy publicznych ubezpieczeń zdrowotnych, funduszy prywatnych, funduszy zakładów pracy w postaci abonamentów dla pracowników oraz z budżetów gospodarstw domowych. Na podstawie powyższych przesłanek można przyjąć, że zabezpieczenie społeczne to zespół publicznych i niepublicznych instytucji tworzących warunki dla zaspokajania przez obywateli i rodziny określonych potrzeb według akceptowanych standardów.

Ochrona zdrowia to jeden z głównych segmentów systemu zabezpieczenia społecznego. To bardzo złożony kompleks idei, praw, instytucji publicznych i niepublicznych, środków i działań w obszarze profilaktyki zdrowotnej, diagnozowania potrzeb zdrowotnych, leczenia. Podstawowym zasobem jest tu wykwalifikowany potencjał ludzki, infrastruktura oraz środki finansowe. Z drugiej strony potrzebne są instytucje ubezpieczeniowe, gromadzące środki na ochronę zdrowia oraz dysponenci tych środków: ZUS, Narodowy Fundusz Zdrowia, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, budżet państwa i budżety samorządów terytorialnych, zasilane obecnie środkami z Unii Europejskiej. Do tego dochodzą instytucje niepubliczne i gospodarstwa domowe, organizacje pozarządowe niosące pomoc chorym, opieka medyczna sponsorowana przez zakłady pracy oraz pomoc społeczna.

Przedstawiony zestaw podmiotów biorących udział w ochronie zdrowia wskazuje, że w praktyce występuje skomplikowana sieć instytucji, których współpraca ma zapewnić warunki sprawnego dostępu do usług medycznych i ich wysoką jakość. Ta swego rodzaju koalicja instytucji na rzecz zdrowia jest często niedoceniana. Ten potencjał można lepiej wykorzystać poprzez sprawniejszą współpracę poszczególnych podmiotów na rzecz realizacji wspólnego celu, jakim jest zdrowie publiczne.

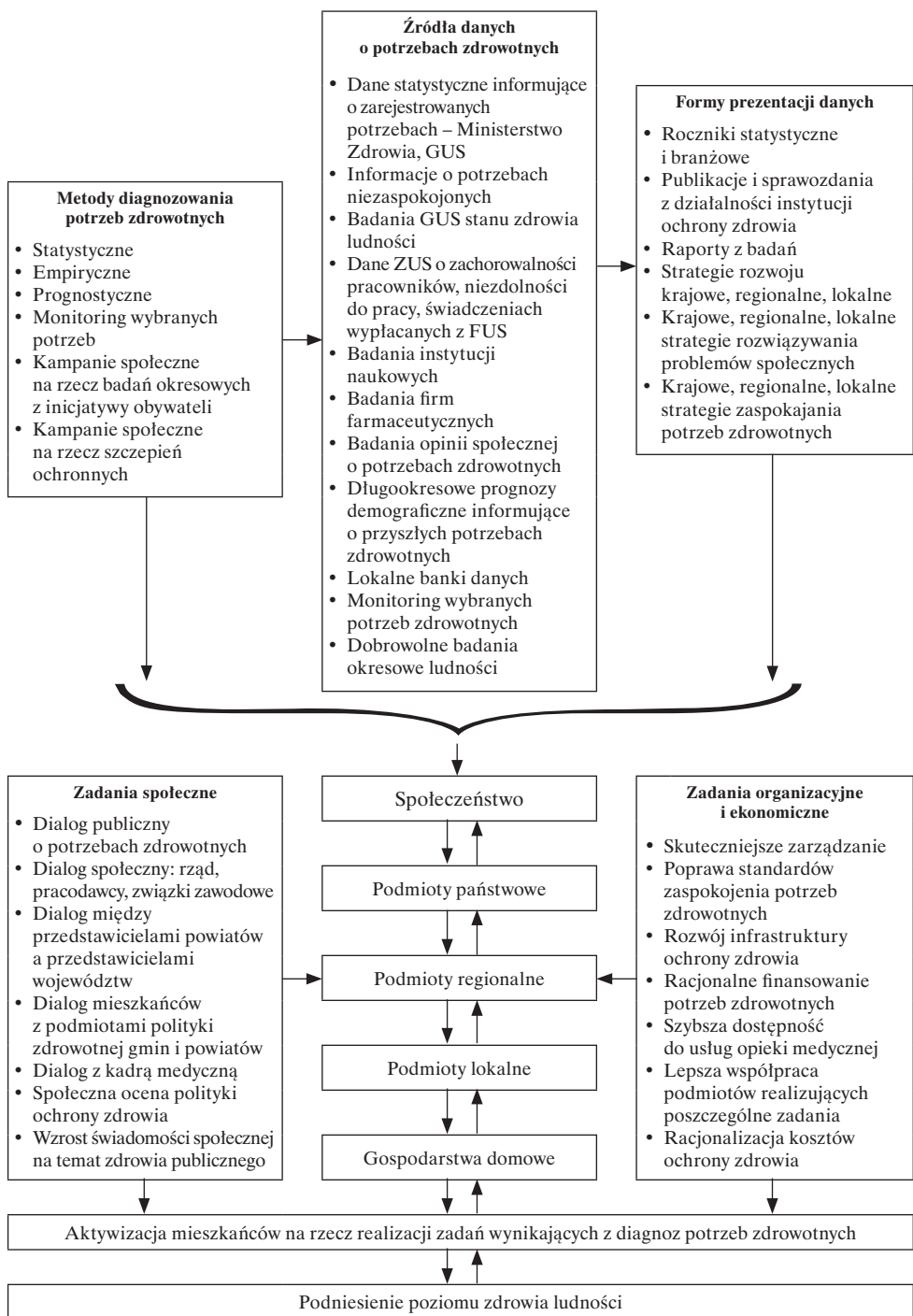
4. DIAGNOZOWANIE POTRZEB ZDROWOTNYCH I ICH ZASPOKAJANIE —

Diagnozy potrzeb zdrowotnych są bardzo ważne, ponieważ stanowią podstawę działań i przewidywań dotyczących zadań i obciążeń istniejącej infrastruktury ochrony zdrowia oraz wielkości wydatków na leczenie¹³. Diagnozy takie informują o konfrontacji zaspokojenia i niezaspokojenia potrzeb zdrowotnych oraz pokazują ich rozwarstwienie według grup ludności, przestrzeni, tj. w gminach, powiatach i województwach. Ustalanie diagnoz zdrowotnych nie jest łatwe, ale są one niezbędne dla służby zdrowia i w dialogu społecznym o sposobie zaspokajania potrzeb zdrowotnych oraz upowszechniania prozdrowotnych postaw w społeczeństwie¹⁴ (schemat 1).

¹³ A. Kurzynowski, *Diagnozowanie potrzeb zdrowotnych* [w:] *Zarządzanie progresywne zdrowiem*, red. V. Korporowicz, Warszawa 2015, s. 48–64.

¹⁴ Por. *Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski*, red. Z. Strzelecki, J. Szymborski, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2015.

Schemat 1. Diagnoza potrzeb zdrowotnych i jej wykorzystanie



Źródło: opracowanie własne

Dokładnych diagnoz potrzeb zdrowotnych nie można uzyskiwać tylko na podstawie istniejących danych statystycznych i socjologicznych badań medyczno-społecznych oraz obowiązkowych badań okresowych, ponieważ te dane nie uwzględniają potrzeb niewykrytych z powodu małej dbałości części społeczeństwa o dokonywanie z inicjatywy własnej badań okresowych. Tu tkwią bardzo duże możliwości poprawy sytuacji.

O tym, jak niszczone są te potencjały zdrowotne, świadczą wyniki europejskiego badania zdrowia z 2015 r., zgodnie z którymi w Polsce wśród osób w wieku 15 i więcej lat jest 53,3% osób z nadwagą, 22,7% osób codziennie pali tytoń, a wskaźnikiem dobrej samooceny stanu zdrowia charakteryzuje się tylko 58,3% badanych. Dane te podpowiadają, że istnieją duże możliwości poprawy stanu zdrowia wielu osób nie tylko środkami medycznymi, lecz także społecznymi¹⁵. Prozdrowotny styl życia i profilaktyka to zaoszczędzone środki publiczne i niepubliczne na leczenie chorób, których można uniknąć albo które można opóźnić w poszczególnych fazach życia.

Należy zatem zwrócić uwagę na efekty diagnozowania potrzeb zdrowotnych, a wśród nich na efekty społeczne, organizacyjne i ekonomiczne, osiągnane dzięki temu, że wcześniejsze diagnozy, profilaktyka i leczenie sprzyjają wydłużaniu życia i jego lepszej jakości. Społeczne znaczenie diagnoz zdrowotnych w dialogu publicznym na różnych szczeblach funkcjonowania podmiotów zajmujących się zdrowiem ludności może przynieść w dłuższym okresie znaczące efekty. Dyskusja na temat zdrowia i diagnoz zdrowotnych nie może być okazjonalna, lecz powinna być powszechna, organizowana ze świadomością realizacji ważnego celu, ponieważ potrzeby zdrowotne będą się zwiększać, a koszty ich zaspokojenia, mimo ich dużej skali, mogą być zmniejszane dzięki prozdrowotnym postawom całego społeczeństwa. W prozdrowotnych wzorach życia mieści się również dbanie o zdrowe, naturalne środowisko życia.

5. INFRASTRUKTURA OCHRONY ZDROWIA I JEJ FINANSOWANIE

Infrastruktura ochrony zdrowia w Polsce i jej standardy ulegają poprawie zbyt wolno w stosunku do rosnących potrzeb zdrowotnych i oczekiwań społecznych. Wspomniano wyżej, że Polska należy do tych krajów, w których udział wydatków na zdrowie jest wyraźnie niższy niż w rozwiniętych krajach UE, co oznacza, że ma to związek z poziomem inwestycji w infrastrukturę ochrony zdrowia. Niezbędne jest zwiększenie globalnych nakładów na ochronę

¹⁵ *Jakość życia w Polsce*, GUS, Warszawa 2015, s. 8.

zdrowia w relacji do PKB, aby lepiej ten system przygotować do zaspokajania istniejących oraz pojawiania się nowych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Z uwagi na obecne deficyty w wielu dziedzinach usług medycznych, w tym usług geriatrycznych i opieki w środowiskach lokalnych, działania na rzecz zwiększenia dostępności tych usług i ich zabezpieczenia finansowego należy uznać za ważne zadanie do realizacji.

Niezbędny jest rozwój infrastruktury ochrony zdrowia, postęp w organizacji pracy instytucji świadczących usługi oraz stosowanie nowoczesnych metod zarządzania. Konieczne jest także stałe inwestowanie w rozwój kapitału ludzkiego (przygotowanie odpowiedniej liczby specjalistów oraz podniesienie poziomu jakościowych aspektów usług medycznych), rozwój zasobów materialnych w postaci budynków i nowoczesnych urządzeń technicznych ułatwiających pacjentom szybki dostęp do usług i możliwie wysoką ich jakość. W tym zakresie istnieje zależność między instytucjami ochrony zdrowia a instytucjami zabezpieczenia społecznego, zapewniającego środki osobom, które mają problemy zdrowotne. Poprawa infrastruktury medycznej nie jest tylko sprawą wewnętrzną Polski, lecz ma zasadnicze znaczenie w związku z prawem do przemieszczania się pracowników i innych osób na obszarze UE.

Zasoby i jakość infrastruktury ochrony zdrowia są zróżnicowane przestrzennie, co ma wpływ na częstotliwość korzystania z tych usług w różnych środowiskach. Z danych GUS za 2014 r. wynika, że: „Od trzech lat dane o jednostkach prowadzących działalność leczniczą, a podlegających Ministerstwu Obrony Narodowej oraz Ministerstwu Spraw Wewnętrznych, są ujmowane łącznie z placówkami podlegającymi Ministerstwu Zdrowia, dając kompleksowy obraz infrastruktury opieki zdrowotnej także w perspektywie, począwszy od 2005 r.”¹⁶. W zestawie tych informacji szczególnie interesujące są wskaźniki dotyczące kadry medycznej, zachorowań, świadczeń, miejsc szpitalnych, odnoszące się do liczby mieszkańców oraz miejsca i zamieszkania. Na przykład najwięcej pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców jest w województwie świętokrzyskim – ok. 59, a najmniej w wielkopolskim – ok. 41. Lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem najwięcej było w województwie łódzkim – ponad 27 i tylko ok. 16 w województwie wielkopolskim – przy uwzględnieniu tego wskaźnika¹⁷. Znaczące różnice przestrzenne występują także, gdy uwzględnimy farmaceutów (na 10 tys. miesz-

¹⁶ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*, GUS, Warszawa 2015, s. 3.

¹⁷ *Ibidem*, s. 70.

kańców) – najwięcej jest ich w województwach łódzkim i lubelskim – ok. 8, a najmniej w województwach warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim – po niespełna 5 farmaceutów¹⁸.

Innym przykładem zróżnicowania terytorialnego jest zachorowalność na nowotwory (na 100 tys. mieszkańców): najczęściej występuje w województwie pomorskim – 449 zachorowań, a najrzadziej w województwie podlaskim – 332 zachorowania. Leczonych w trybie stacjonarnym w szpitalach ogólnych (na 10 tys. mieszkańców) było w 2014 r.: najwięcej w województwie łódzkim – 2512 osób, a najmniej w opolskim – 734 osoby¹⁹.

Kolejną charakterystyczną cechą infrastruktury ochrony zdrowia jest liczba przychodni i praktyk lekarskich na 100 tys. osób. Zróżnicowanie przestrzenne tu również występuje: najwięcej tych placówek jest w województwie warmińsko-mazurskim – 8,3, a najmniej w pomorskim – 5,2²⁰.

Występujące różnice nie świadczą o tym, że część potrzeb zdrowotnych nie została zaspokojona, ponieważ mogło to mieć miejsce w innych województwach. Zauważyć jednak należy, że infrastrukturalne uwarunkowania ochrony zdrowia są znacząco zróżnicowane według województw, co powinno być uwzględnione w przyszłym rozwoju tej infrastruktury i jej finansowaniu²¹.

6. STANDARDY W OCHRONIE ZDROWIA A ICH REALIZACJA W SYSTEMIE ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

Zabezpieczenie społeczne, chroniące przed negatywnymi skutkami ryzyk, tj. choroby, bezrobocia, starości, wypadku przy pracy, choroby zawodowej, obciążeń rodzinnych i macierzyństwa, inwalidztwa oraz śmierci żywiciela, jest i będzie wciąż podatne na zmiany, ponieważ stanowi jeden z najważniejszych podsystemów polityki społecznej państwa, w której zdrowie publiczne należy do głównych jej celów. System zabezpieczenia społecznego w Polsce jest kształtowany z uwzględnieniem standardów Międzynarodowej Organizacji Pracy, Unii Europejskiej i Rady Europy, co wiąże się z naszą przynależnością do Unii Europejskiej. Z tego wynika potrzeba podnoszenia standardów ochrony zdrowia (profilaktyki, diagnozowania i monitorowania potrzeb zdrowotnych oraz leczenia) do takiego poziomu jak w rozwiniętych

¹⁸ *Ibidem*, s. 75.

¹⁹ *Ibidem*, s. 81.

²⁰ *Ibidem*, s. 111.

²¹ *Regionalizacja opieki zdrowotnej w Polsce*, red. R. Holly, Łódź–Warszawa 2016.

krajach UE²². Wolność przemieszczania się osób w UE powoduje, że „przemieszczają się” również różnego rodzaju potrzeby społeczne, w tym zdrowotne, co wymaga nie tylko uregulowań prawnych, ale także zbliżenia sposobu funkcjonowania instytucji ubezpieczeń emerytalno-rentowych i pomocy społecznej, które realizują zadania z zakresu zabezpieczenia społecznego²³.

W pracach na ten temat²⁴ przedstawiane są najważniejsze prawa, zakresy, rodzaje, wymiary świadczeń zdrowotnych, emerytalnych, rehabilitacyjnych, rodzinnych i macierzyńskich, obejmujących wszystkie ubezpieczane ryzyka oraz inne formy świadczeń pieniężnych lub w postaci usług. Wprowadzane standardy dają możliwość ich podnoszenia w miarę poprawy sytuacji ekonomicznej państwa²⁵. Jak wyżej wspomniano, konwergencja standardów w ochronie zdrowia jest niezbędna ze względu na swobodny przepływ pracowników, pracodawców i rodzin pomiędzy krajami UE. Z tym wiąże się decyzja UE (delegowana Komisji Europejskiej 2014/286/UE) w sprawie tworzenia europejskich sieci referencyjnych świadczeniodawców usług medycznych (ESR). „Współpraca w ramach sieci powinna prowadzić do poprawy stanu wiedzy na temat efektywnych terapii i metod diagnozowania niektórych chorób. Dzielenie się wiedzą w obszarach, w których doświadczenia pojedynczych ośrodków nie są wystarczające z uwagi na niewielką liczbę przypadków klinicznych, powinno owocować wypracowaniem udoskonalonych standardów postępowania klinicznego. Dodatkowo ESR powinny służyć jako centra wiedzy dla potrzeb kształcenia medycznego oraz badań naukowych”²⁶. Wskazuje to, że Unia Europejska poszerzawarunki dla procesu zbliżania standardów zaspokajania potrzeb zdrowotnych.

Problemem dla polityki społecznej, w tym dla polityki ochrony zdrowia, pozostają nie tylko relacje pomiędzy sektorem publicznym i niepublicznym w realizacji usług społecznych, ale przede wszystkim zapewnienie środków na rozwój infrastruktury ochrony zdrowia i podnoszenie standardów usług²⁷. Zwięk-

²² W. Anioł, *Europejski model polityki społecznej: czynniki i kierunki zmian* [w:] *Strategie rozwoju Unii Europejskiej*, red. J. Adamowski, K.A. Wojtaszczyk, Warszawa 2010, s. 251–386; P.J. Belcher, *Rola Unii Europejskiej w opiece zdrowotnej*, Warszawa 2011.

²³ G. Uścińska, *Zabezpieczenie społeczne osób korzystających z prawa do przemieszczania się w Unii Europejskiej*, Warszawa 2013.

²⁴ G. Uścińska, *Prawo do transgranicznej opieki zdrowotnej w UE, Europejskie Sieci Referencyjne*, „Polityka Społeczna” 2015, nr 11–12, s. 2.

²⁵ G. Uścińska, *Europejskie standardy zabezpieczenia społecznego a współczesne rozwiązania polskie*, Warszawa 2005; P.J. Belcher, *Rola Unii Europejskiej w opiece zdrowotnej*, *op. cit.*

²⁶ G. Uścińska, *Prawo do transgranicznej...*, *op. cit.*

²⁷ W. Anioł, *Wokół urynkwienia usług medycznych*, „Polityka Społeczna” 2015, nr 11–12, s. 4–6.

szają się oczekiwania dotyczące poprawy obecnej sytuacji. Zwiększać się też będą zadania dla systemów emerytalno-rentowych w związku z przepływem osób w UE²⁸.

7. PODSUMOWANIE

Z przedstawionych rozważań wynika, że:

1. Związki, jakie zachodzą pomiędzy procesami demograficznymi, zdrowiem a jego ochroną przez system zabezpieczenia społecznego, są bardzo silne. Struktura ludności według grup wieku i przestrzenne rozmieszczenie stanu zdrowia ludności określają zadania ochrony zdrowia i zabezpieczenia społecznego, które ma te zadania finansować. Oznacza to, że relacja: diagnoza – potrzeba – instytucja realizująca – sfinansowanie kosztu kończy obieg dokumentów, usług i środków w instytucjach ochrony zdrowia i zabezpieczenia społecznego. Stąd wniosek, że im więcej podmiotów (instytucji) bierze udział w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych, tym ściślejsza powinna być ich współpraca.
2. W procesie zaspokajania potrzeb zdrowotnych zasadnicze znaczenie mają diagnozy potrzeb. Diagnozy, jako początek działania na rzecz usunięcia ustalonych zagrożeń, dają podstawę do racjonalnej i skutecznej praktyki w zakresie medycznym i finansowym. Z tego wynika, że systematyczne diagnozowanie potrzeb zdrowotnych jest konieczne. Wcześniejsze wykrywanie chorób zwiększa skuteczność ich wyleczenia i zmniejsza wydatki. Uwzględnić należy, że diagnozowanie potrzeb zdrowotnych jest uwarunkowane postawami i zachowaniami obywateli i pacjentów wobec prozdrowotnego stylu życia i badań okresowych.
3. Z dokonanego zestawu instytucji wynika, że nie tylko resort zdrowia realizuje zadania z zakresu polityki ochrony zdrowia, ale jest wiele innych podmiotów, które mają ważne zadania i spełniają w tej polityce istotną funkcję. Można zatem stwierdzić, że polityka ochrony zdrowia ma wielu realizatorów – wiele podmiotów. Kreatywna koordynacja Ministerstwa Zdrowia będzie tym ważniejsza, im bardziej potrafi te podmioty skupić wokół celów, które należy obecnie realizować.
4. W związku ze wzrostem potrzeb zdrowotnych w przyszłości, rosnącymi kosztami ich zaspokajania, a także ze wzrostem wymagań pacjentów co do coraz wyższych standardów opieki zdrowotnej i ze zmiennym okresowo rozwojem gospodarczym, należy poszukiwać nowych rozwiązań w zarządzaniu ochroną zdrowia

²⁸ M. Sobczyk, *Transfer świadczeń emerytalno-rentowych na podstawie rozporządzeń unijnych*, „Zabezpieczenie Społeczne. Teoria. Prawo. Praktyka” 2015, nr 4, s. 76–83.

oraz w ubezpieczeniach zdrowotnych, w większym udziale samorządów terytorialnych, łącznie z ewentualnym akceptowanym wkładem własnym gospodarstw domowych, aby usunąć lukę powstałą pomiędzy potrzebami zdrowotnymi a dostępnymi środkami na ich finansowanie.

5. Jednym ze sposobów zmniejszenia potrzeb zdrowotnych wymagających drogiego leczenia (np. w dziedzinie kardiologii i kardiochirurgii) jest dobra profilaktyka i badania wykrywające wczesne zagrożenia, których leczenie jest skuteczniejsze i kosztuje mniej niż leczenie ostrych stanów chorobowych. Dzięki promocji zdrowia i profilaktyce osiąga się poprawę stanu zdrowia jednostkowego i publicznego. Zdrowie w wymiarze indywidualnym i publicznym może być utrzymywane i poprawiane nie tylko metodami ściśle medycznymi. Może być też chronione i wzmacniane przez prozdrowotny styl życia. Wymienione elementy, właściwie skorelowane, powinny tworzyć warunki zdrowotne do rozwoju i funkcjonowania społeczeństwa według koncepcji zrównoważonego rozwoju.
6. Jest widoczne w praktyce, że działania poszczególnych podmiotów uczestniczących w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych wymagają większej współpracy. Pokazują to lokalne, regionalne i krajowe strategie rozwoju, traktujące dość często zdrowie publiczne jako dziedzinę odesłaną do Ministerstwa Zdrowia, podczas gdy jest niezbędna współpraca podmiotów edukacyjnych, gospodarczych, świadczących usługi medialne oraz podmiotów zajmujących się tworzeniem prozdrowotnych warunków życia w społeczeństwie.
7. Wymagania związane z osiągnięciem standardów europejskich w ochronie zdrowia są wynikiem procesów integracyjnych w UE, w tym realizacji prawa do przemieszczania się w UE oraz korzystania z różnych systemów zabezpieczenia społecznego, co przy nierównych jakościowo i kosztowo standardach usług powoduje przepływ ludności między państwami w celu uzyskania lepszych usług zdrowotnych. Finansowe skutki takiej sytuacji są niekorzystne dla państwa, z którego przemieszcza się ludność po to tylko, aby zaspokoić daną potrzebę.
8. Miejsce ochrony zdrowia w zabezpieczeniu społecznym w Polsce jest założone systemowo. Zdrowie i świadczenia zdrowotne, renty, emerytury oraz inne świadczenia socjalne są w nim realizowane głównie przez podmioty instytucjonalne: Ministerstwo Zdrowia, ZUS, NFZ, PFRON, budżet państwa, podmioty samorządów terytorialnych, pracodawców finansujących abonamenty dla pracowników, organizacje pozarządowe. Do tego dochodzą środki wydawane na zdrowie przez gospodarstwa domowe. Wciąż otwarte pozostaje pytanie, czy ogół środków jest wykorzystany racjonalnie? Dyskusja na ten temat

toczy się od wielu lat, a zwolenników pozytywnej odpowiedzi na to pytanie nie przybywa.

LITERATURA

- Anioł W., *Europejski model polityki społecznej: czynniki i kierunki zmian* [w:] *Strategie rozwoju Unii Europejskiej*, red. J. Adamowski, K.A. Wojtaszczyk, Warszawa 2010, s. 251–386.
- Anioł W., *Wokół urynkowienia usług medycznych*, „Polityka Społeczna” 2015, nr 11–12.
- Belcher P.J., *Rola Unii Europejskiej w opiece zdrowotnej*, Warszawa 2011.
- Błędowski P., Szweda-Lewandowska Z., *Polityka wobec starości i starzenia się w Polsce w latach 2015–2035*, Warszawa 2015.
- Czapiński J., *Opieka zdrowotna. Korzystanie, finansowanie i opinie społeczne* [w:] *Diagnoza społeczna 2009*, Warszawa 2009, s. 107–114.
- Czapiński J., Panek T., *Opieka zdrowotna* [w:] *Diagnoza społeczna 2015*, Warszawa 2015, s. 115–124.
- Ham C., *Health Care reform, Learning from International Experience*, Buckingham 1997.
- Jakość życia w Polsce*, GUS, Warszawa 2015.
- Jankowiak M., *Konwergencja ochrony zdrowia w UE*, „Polityka Społeczna” 2010, nr 7.
- Księżopolski M., *Zabezpieczenie społeczne* [w:] *Polityka społeczna*, Warszawa 2009.
- Kurzynowski A., *Diagnozowanie potrzeb zdrowotnych* [w:] *Zarządzanie progresywnie zdrowiem*, red. V. Korporowicz, Warszawa 2015, s. 48–64.
- Leksykon polityki społecznej*, red. B. Rysz-Kowalczyk, Warszawa 2001.
- Nie ma zdrowia bez badań w dziedzinie zdrowia publicznego*, red. D. Cianciara, Warszawa 2014.
- Od ekonomii do ekonomiki zdrowia*, red. S. Golinowska, Warszawa 2015.
- Orczyk J., *Polityka społeczna*, Poznań 2006.
- Piotrowski J., *Zabezpieczenie społeczne, problematyka i metody*, Warszawa 1966.
- Polityka społeczna*, red. A. Rajkiewicz, Warszawa 1979.
- Rajkiewicz A., *Potrzeba bezpieczeństwa socjalnego*, „Polityka Społeczna” 1988, nr 3.
- Regionalizacja opieki zdrowotnej w Polsce*, red. R. Holly, Łódź–Warszawa 2016.
- Rocznik statystyczny 2012*, Warszawa 2015.
- Sobczyk M., *Transfer świadczeń emerytalno-rentowych na podstawie rozporządzeń unijnych*, „Zabezpieczenie Społeczne. Teoria. Prawo. Praktyka” 2015, nr 4, s. 76–83.
- Szumlicz T., *Zabezpieczenie społeczne*, Warszawa 2011.
- Uścińska G., *Europejskie standardy zabezpieczenia społecznego a współczesne rozwiązania polskie*, Warszawa 2005.
- Uścińska G., *Prawo do transgranicznej opieki zdrowotnej w UE, Europejskie Sieci Referencyjne*, „Polityka Społeczna” 2015, nr 11–12.
- Uścińska G., *Zabezpieczenie społeczne osób korzystających z prawa do przemieszczania się w Unii Europejskiej*, Warszawa 2013.
- Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski*, red. Z. Strzelecki, J. Szymborski, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2015.
- Zarządzanie progresywnie zdrowiem*, red. V. Korporowicz, Warszawa 2015.
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*, GUS, Warszawa 2015.

STRESZCZENIE

System zabezpieczenia społecznego w Polsce i w innych krajach UE kształtuje się od wielu lat z uwzględnieniem konwencji nr 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy z 1952 r. odnoszącej się do minimalnych norm (standardów) bezpieczeństwa socjalnego, a następnie poszerzonej przez konwencje MOP nr 121, 128, 130, 168 i 183, które miały zasadniczy wpływ na: Europejską Kartę Społeczną z 1961 r., Zrewidowaną Kartę Społeczną z 1996 r., Europejski kodeks zabezpieczenia społecznego z 1994 r., Zrewidowany europejski kodeks zabezpieczenia społecznego z 1990 i 1996 r. We wszystkich elementach systemu zabezpieczenia społecznego zawarte są działania związane ze zdrowiem. Powoduje to skutki finansowe w postaci następujących świadczeń: ubezpieczenia zdrowotne, usługi medyczne, ubezpieczenia emerytalno-rentowe, rehabilitacja społeczno-zawodowa osób z niepełnosprawnością oraz inne świadczenia zakładów pracy, np. abonamenty bezpłatnych usług medycznych. Wskazuje to, że niezbędna jest dobra koordynacja działań podmiotów realizujących zadania ochrony zdrowia oraz zwiększenie nakładów umożliwiających szybsze podniesienie standardów usług medycznych i całej ochrony zdrowia. Wyrównywanie standardów w tej sferze jest też niezbędne ze względu na swobodny przepływ pracowników, pracodawców i rodzin w UE, a także ze względu na późniejsze transfery emerytur i rent pomiędzy krajami Unii.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, Unia Europejska, zabezpieczenie społeczne

SUMMARY

Protection of Health in Social Security

For many years, the social security system in Poland and other EU countries has been shaped in accordance with the Convention No. 102 of the International Labour Organization of 1952 concerning minimum standards of social security norms, later extended by the ILO Conventions No. 121, 128, 130, 168 and 183, which had a significant impact on: the 1961 European Social Charter, Revised European Social Charter of 1996, the 1994 European Code of Social Security, the Revised European Code of Social Security of 1990 and 1996. A very important role is played by the WHO provisions. All elements of the social security system include actions relating to health, which evoke financial consequences in the form of allowances: health insurance, medical services, old-age care and disability insurance, unemployment benefit, socio-occupational rehabilitation of the disabled, as well as other allowances provided by establishments, e.g. free health services packages. This indicates the

necessity for the successful coordination of activities performed by many entities active within the area of health protection and the increase in the funds allowing for a faster improvement in medical services standards and the entire health care system. An equalisation of standards within the field of health protection is also necessary because of the free flows of employees, employers and their families within the European Union, as well as future transfers of disability and old age pensions between EU countries.

Key words: health protection, the European Union, social security

EWA CICHOWICZ

*Zdrowie jako element
kapitału ludzkiego*

SZKOŁA GŁÓWNA HANDLOWA W WARSZAWIE

1. WSTĘP

Koncepcja kapitału ludzkiego bez wątplenia mieści się w dyskursie przyznającym prymat szeroko rozumianej wiedzy jako głównej sile napędowej współczesnych systemów społeczno-ekonomicznych. To ona w największym stopniu przyczynia się do zachodzących – w ramach tych systemów – procesów wzrostu i rozwoju oraz warunkuje postęp cywilizacyjny. Jednocześnie, chociaż wartość kapitału ludzkiego (określanego wcześniej przeważnie jako „żywy kapitał”) została dostrzeżona już w XVII w.¹, to dotychczas nie powiodły się próby opracowania takiej jego definicji, która byłaby powszechnie stosowana, a przy tym uniwersalna, która umożliwiałaby skuteczny pomiar tej kategorii². Dostrzegalne są również trudności w ustaleniu zakresu tego pojęcia³. Bez większych wątpliwości co prawda są wskazywane (zarówno w literaturze przedmiotu, jak i w opracowaniach o charakterze publicystycznym) czynniki, które należy zakwalifikować jako najważniejsze dla kapitału ludzkiego, a zatem determinujące jego poziom w ujęciu jakościowym. Brakuje jednak jednoznaczności w przypisaniu każdemu z nich konkretnego znaczenia oraz roli w procesie rozwoju kapitału ludzkiego. Co ważne, różnicowanie pod względem rangi poszczególnych czynników zachodzi nie tylko w ramach prowadzonych rozważań naukowych, ale także podczas oceny dokonywanej przez jednostki.

W związku z powyższym tekst został poświęcony problemowi kategorii zdrowia rozumianego jako istotny element kapitału ludzkiego, bez którego trudny (a czasem niemożliwy) byłby rozwój pozostałych składowych kapitału ludzkiego. Punktem wyjścia do rozważań była swoista operacjonalizacja pojęcia zdrowia, która miała umożliwić osadzenie go w koncepcji kapitału ludzkiego. Podniesiona została przy tym kwestia zaliczania zdrowia i sił witalnych do determinant rozwojowych kapitału ludzkiego. W dalszej kolejności podjęto zagadnienie występowania zależności między fazą cyklu życia jednostki a poziomem zdrowia oraz uwarunkowanymi nim rozwojem kapitału ludzkiego i wykorzystaniem potencjału jednostki. Uzupełnieniem rozważań jest przegląd inwestycji, jakie mogą być dokonywane w celu poprawy stanu zdrowia.

Następnie wykorzystano wyniki badań empirycznych autorki, które – choć nie są reprezentatywne – dostarczają interesującego materiału badawczego. Ukazują one bowiem podejście wybranej grupy pracowników naukowo-dydaktycznych

¹ Por. T. Mun, *England's Treasure by Forraign Trade or, The Balance of our Forraign Trade is The Rule of our Treasure*, London 1949; W. Petty, *The Economic Writings of Sir William Petty*, ed. C.H. Hull, vol. 1, London 1899.

² Por. K. Janc, *Zróznicowanie przestrzenne kapitału ludzkiego i społecznego w Polsce*, Wrocław 2009, s. 7, 13–14.

³ Por. G. Wronowska, *Kapitał ludzki. Ujęcie teoretyczne*, Kraków 2012, s. 19–22.

wyższych uczelni w Polsce do zdrowia, a także do pozostałych czynników determinujących poziom kapitału ludzkiego (w tym częściowo w zależności od fazy cyklu życia jednostek oraz w odniesieniu do pozostałych członków ich gospodarstwa domowego). Dostarczają ponadto informacji o ewentualnych związkach między sytuacją, jaka miała miejsce w sferze dbałości o zdrowie w okresach, kiedy decyzje były podejmowane przez rodziców respondentów, a sytuacją następującą po usamodzielnieniu się respondentów.

Ponad wszystko należy pamiętać, że badanie było poświęcone różnorodnym aspektom kapitału ludzkiego, dlatego wnioski dotyczące zdrowia, jako jednego z komponentów tego kapitału, muszą być z tego powodu ograniczone, a wyniki badania mogą stanowić wyłącznie egzemplifikację uprzednio przeprowadzonych w tekście rozważań o charakterze teoretycznym. Z kolei w końcowych fragmentach artykułu podjęto próbę odpowiedzi na pytanie, czy zdrowie i siły witalne mogą być zaliczone do głównych czynników determinujących poziom kapitału ludzkiego, a także czy (z perspektywy jednostki) są w ten sposób postrzegane i czy przypisuje im się znaczenie adekwatne do rzeczywistej roli w rozwoju indywidualnych zasobów ludzkich.

2. MIEJSCE ZDROWIA W TEORII KAPITAŁU LUDZKIEGO ---

Pod pojęciem kapitału ludzkiego należy rozumieć kategorię społeczno-ekonomiczną, która wyznacza kompleksowy rozwój społeczeństwa (zachodzący na różnych płaszczyznach: społecznej, gospodarczej, kulturalnej i informacyjnej). Może być on ujmowany w ramach dwóch podejść. Zgodnie z pierwszym z nich, węższym, kapitał ludzki stanowią ucieleśnione w ludziach zasoby wynikające z zadatków wrodzonych (warunkujących cechy, które nie mają charakteru fizycznego), a także z efektów inwestycji we wszechstronny rozwój psychiczny, formalne oraz nieformalne kształcenie ogólne i przygotowanie zawodowe, które przynoszą szeroko rozumiany zysk (korzyści materialne i niematerialne). Innymi słowy, są to powiązane z psychicznymi właściwościami jednostki zasoby wiedzy i zdolności, a ponadto potencjał inteligencji danej jednostki. Postrzeganie zaś kapitału ludzkiego z szerszej perspektywy – w drugim podejściu – powoduje uwzględnienie w owym specyficznym „bilansie” również tej części zadatków wrodzonych, które determinują cechy fizyczne, a dodatkowo – zdrowia i sił witalnych oraz inwestycji przyczyniających się do poprawy stanu tych zasobów (w tym – do rozwoju fizycznego)⁴.

⁴ S.R. Domański, *Kapitał ludzki i wzrost gospodarczy*, Warszawa 1993, s. 16–21; P. Broda-Wysocki, *Rozwój społeczeństwa obywatelskiego w Polsce. Analiza na przykładzie regionów: koszalińskiego i opolskiego*, Warszawa 2003, s. 66–68.

Należy jeszcze uzupełnić, że zdrowie jako część składowa kapitału ludzkiego jest różnie postrzegane, w zależności od przyjętej perspektywy badawczej. Zdrowie może być przykładowo rozumiane bezpośrednio jako element kapitału ludzkiego⁵ albo jako dobro niejednorodne o charakterze tak konsumpcyjnym, jak i inwestycyjnym⁶, czy wreszcie jako ta część kapitału ludzkiego, która – dzięki ponoszonym na nią nakładom w sferze opieki zdrowotnej – wpływa na podniesienie poziomu tego kapitału⁷.

Jednocześnie przegląd literatury przedmiotu dostarcza dowodów, że większość teorii związanych z kapitałem ludzkim koncentruje się tylko na wybranych komponentach tej kategorii ekonomiczno-społecznej. Najczęściej przy tym podkreślane jest znaczenie wiedzy i umiejętności oraz inwestycji w nie, które prowadzą do wzrostu i rozwoju kapitału ludzkiego, postrzeganego zarówno w odniesieniu do pojedynczych jednostek, jak i z perspektywy całego systemu ekonomiczno-społecznego⁸. Wydaje się jednak, że – z uwagi na specyfikę kapitału ludzkiego – bardziej użyteczne, prawidłowe i dostarczające cenniejszych wniosków byłoby analizowanie np. zmian w tej formie kapitału w aspekcie związków zachodzących pomiędzy jego poszczególnymi częściami składowymi.

Przykładem przyjęcia wskazanej perspektywy może być stwierdzenie faktu, że skorelowana dodatnio z poziomem wykształcenia wydajność i jakość pracy (a szerzej – konkurencyjność gospodarki danego kraju) zależy w znacznym stopniu również od stanu zdrowia człowieka, czyli stanu całkowitego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego oraz społecznego, a nie tylko od braku choroby czy ułomności⁹. Z kolei w podejściu makroekonomicznym znajduje to odzwierciedlenie w odnotowywanym wzroście i rozwoju gospodarczym, uzależnionym w tym przypadku przede wszystkim od większej wydajności zdrowszych pracowników, którzy jednocześnie potrafią lepiej eksploatować dostępne urządzenia i technologie niż osoby chore lub mniej sprawne. Wykorzystanie wrodzonych lub uzyskanych w procesie kształcenia (formalnego i nieformalnego): wiedzy, doświadczenia, zdolności oraz umiejętności prowadzi zaś do tworzenia nowych produktów i usług lub technologii, co w bezpośredni sposób przekłada się na wzrost

⁵ G.S. Becker, *Human capital. A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*, NBER, New York 1975, s. 126.

⁶ M. Grossman, *On the Concept of Health Capital and the Demand for Health*, „Journal of Political Economy” 1972, vol. 80, no. 2, s. 223–255.

⁷ T.W. Schultz, *Education and Economic Growth [w:] Social Forces Influencing American Education*, red. N.B. Henry, Chicago 1961, s. 60–61.

⁸ Por. J. Grodzicki, *Rola kapitału ludzkiego w rozwoju gospodarki globalnej*, Gdańsk 2003, s. 50–51.

⁹ *Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia* (Dz.U. z 1948 r. nr 61, poz. 477).

konkurencyjności. Jednakże zasoby te nie mogłyby zostać „uruchomione”, gdyby nie potencjał zdrowotny jednostki, który warunkuje rozwój pozostałych komponentów kapitału ludzkiego¹⁰.

Oprócz tego dobry stan zdrowia społeczeństwa – wiąże się z ponoszeniem przez państwo niższych wydatków budżetowych (oraz niższych wydatków przez indywidualne jednostki), przeznaczanych nie tylko na leczenie, ale i na wypłatę świadczeń społecznych z tytułu chorób czy niepełnosprawności¹¹. Ponadto poziom zdrowia społeczeństwa znajduje odzwierciedlenie w jakości życia obywateli. Wszystkie wskazane wcześniej zależności wpływają przecież także na wzrost i rozwój społeczno-gospodarczy danego kraju.

Co interesujące, wyniki badań pozwalają na zaobserwowanie zależności zachodzącej pomiędzy poprawą poziomu stanu zdrowia a przyczyniającym się do niego wzrostem poziomu wykształcenia i zamożnością społeczeństwa¹². Należy bowiem mieć na uwadze, że rozwojowi chorób cywilizacyjnych sprzyjają czynniki związane nie tylko z rozwojem cywilizacji przemysłowej i niekorzystnym oddziaływaniem warunków środowiskowych, ale też z niewłaściwym stylem życia (np. niewłaściwą dietą czy stosowaniem używek), zmniejszonym wysiłkiem fizycznym oraz nieprzestrzeganiem zasad profilaktyki zdrowotnej (np. niewykonywaniem badań, ignorowaniem objawów choroby, brakiem możliwości wyeliminowania czynników ryzyka lub nawet świadomości istnienia takiej potrzeby)¹³.

Przykładowo, osoby z lepszym wykształceniem preferują mieszkanie na terenach charakteryzujących się mniejszym poziomem zanieczyszczenia. Jest to spowodowane w znacznym stopniu większą świadomością (ale również większymi możliwościami) tego, że trzeba dbać o dobry stan zdrowia i kondycję fizyczną, bardziej racjonalnie się odżywiać oraz zajmować się profilaktyką. Wyższe wykształcenie stanowi także uwarunkowanie mniejszej konsumpcji używek (m.in. tytoniu i alkoholu) oraz dbałości o higienę i rekreację. Rozszerzając rozważania do perspektywy makro, można zauważyć, że w rezultacie działań podejmowanych przez lepiej wykształconych członków społeczeństwa w zakresie szeroko rozumianej ochrony zdrowia (uwzględniającej profilaktykę) możliwe jest obniżenie wydatków budżetowych

¹⁰ V. Korporowicz, *Dostęp do usług medycznych jako element rozwoju społeczno-ekonomicznego* [w:] *Wzrost gospodarczy i rozwój społeczny jako paradygmaty współczesności*, red. J. Osiński, Warszawa 2003, s. 288.

¹¹ Mowa tutaj o niepełnosprawnościach, których powstanie było możliwe do uniknięcia, gdyby jednostki mogły lepiej dbać o swoje zdrowie.

¹² Por. W. Jarecki, M. Kunasz, E. Mazur-Wierzbicka, P. Zwiech, *Gospodarowanie kapitałem ludzkim*, Szczecin 2010, s. 163–164.

¹³ A. Kuczek, *Promocja zdrowia a kapitał ludzki* [w:] *Kapitał ludzki i społeczny. Wybrane problemy teorii i praktyki*, red. D. Moroń, Wrocław 2009, s. 185–186.

na ten cel. Natomiast – niejako z drugiej strony – wzrost dochodów wynikający z wyższego poziomu wykształcenia umożliwia zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia oraz poprawę jej jakości i dostępności.

Z kolei analizując problematykę zdrowia jako części składowej kapitału ludzkiego – uznawanego obecnie za najważniejszy czynnik produkcji – w świetle mających miejsce od kilkudziesięciu lat zjawisk oraz procesów demograficznych, uwidacznia się stały wzrost znaczenia zdrowia. Coraz częściej dochodzi przy tym do konieczności traktowania zdrowia, ale i sił witalnych, jako istotnego komponentu kapitału ludzkiego. Starzenie się społeczeństw w powiązaniu z niskim poziomem dzietności, przekładające się na spadek liczby osób w wieku produkcyjnym, prowadzą do wystąpienia trudności na rynku pracy. Konsekwencje tego stanu rzeczy uwidaczniają się w wielu sferach życia społeczno-gospodarczego: nie tylko brakiem równowagi między popytem a podażą pracy, ale też brakiem stabilności systemu emerytalnego lub dużym wzrostem popytu na usługi zdrowotne. Najważniejsza staje się zatem poprawa stanu zdrowia szczególnie jednostek w wieku produkcyjnym, tak by nie tylko mogły pracować w sposób bardziej wydajny (wykorzystując wszystkie atrybuty kapitału ludzkiego), lecz także mogły jak najdłużej pozostawać aktywne zawodowo.

3. CYKL ŻYCIA JEDNOSTKI A ZMIANY W ZASOBACH ZDROWIA. KWESTIA INWESTYCJI W ZDROWIE

Poziom kapitału ludzkiego (rozumianego nie tylko jako pewna kategoria społeczno-ekonomiczna, ale także jako każdy z jego komponentów), podobnie jak inne rodzaje kapitału, zmienia się w trakcie całego cyklu życia jednostki. Oznacza to, że – mimo iż zasób kapitału ludzkiego jest w pewnym stopniu zdeterminowany genetycznie – można wpływać na zmiany jego wielkości, w tym powiększać go dzięki działaniom poprawiającym potencjał biologiczny i intelektualny człowieka. Reasumując i uogólniając, kapitał ludzki może ulegać deprecjacji (np. na skutek naturalnego spadku umiejętności, pogarszania się stanu zdrowia w miarę upływu lat czy pojawienia się nowych uwarunkowań), natomiast w rezultacie dokonywanych inwestycji (np. w poprawę systemu oświaty, rozwój badań naukowych bądź podnoszenie dostępności i jakości usług z zakresu ochrony zdrowia) dochodzi do zwiększania jego wartości. Działania związane z ponoszeniem wydatków na kapitał ludzki należy mianowicie traktować jako inwestycje, ponieważ w miarę wzrostu nakładów wzrasta poziom kapitału początkowego¹⁴.

¹⁴ M. Wesołowska, *Ochrona zdrowia jako obszar inwestycji w kapitał ludzki [w:] Metody i techniki diagnozowania w doskonaleniu organizacji*, red. S. Wawak, Kraków 2013, s. 66.

Wychodząc z założenia, że – analogicznie jak w przypadku pozostałych komponentów kapitału ludzkiego – wielkość zasobów zdrowia i sił witalnych ulega zmianom w zależności od fazy cyklu życia, w jakiej znajduje się jednostka, oraz od poziomu i rodzaju inwestycji dokonywanych w te zasoby, proces owych fluktuacji można rozpatrywać niejako dwutorowo. Po pierwsze, zdrowie zależy od wieku jednostki oraz od jej indywidualnych uwarunkowań genetycznych i jego poziom jest z tego tytułu niezależny od czynników zewnętrznych (w tym – czynności podejmowanych przez daną osobę). Po drugie, w trakcie trwania życia jednostka może na skutek zmian w otoczeniu oraz dokonywanych przez nią działań (o charakterze negatywnym lub pozytywnym) odczuwać zmiany w stanie zdrowia.

W pierwszym przypadku punktem wyjścia do rozważań jest wskazanie faz cyklu życia człowieka¹⁵, a następnie przypisanie im cech charakterystycznych, związanych z oczekiwanym (przeciętnym) stanem zdrowia odpowiadającym danym okresom. Oczywiście trudności w tym zakresie wynikają z braku możliwości uniezależnienia (wyizolowania) jednostek od warunków środowiskowych oraz z faktu, że każdy organizm ma pewne wrodzone cechy psychofizyczne, które powodują, że poziom zdrowia osób w tym samym wieku (a nawet tej samej płci) może się znacznie różnić. Jednak możliwe jest zaobserwowanie pewnych charakterystycznych tendencji, które związane są z zależnościami zachodzącymi między wiekiem a stanem zdrowia.

Uwzględniając powyższe zastrzeżenia, w pierwszym okresie życia człowieka – dzieciństwie i młodości (do 18 roku życia) – poziom zdrowia w porównaniu do starszych grup ludności (19–49 i od 50 roku życia), oceniany zarówno obiektywnie, jak i subiektywnie, jest bardzo dobry. Analizując subiektywną ocenę stanu zdrowia dokonywaną w 2009 r. przez rodziców u dzieci do 14 roku życia w Polsce, można zauważyć znaczącą przewagę odpowiedzi wskazujących na bardzo dobry (lub przynajmniej dobry) stan zdrowia dzieci – 93% rodziców. Z kolei w przypadku samooceny z 2010 r. u dzieci między 11 a 18 rokiem życia są to odsetki wahające się od ponad 90% u chłopców 11–12-letnich do nieco ponad 60% u dziewcząt 17–18-letnich¹⁶. Dla porównania dane dotyczące całego społeczeństwa zamieszczono w tabeli 1, która pokazuje wyraźny spadek zadowolenia ze stanu zdrowia wraz ze wzrostem

¹⁵ Z uwagi na charakter i temat podejmowany w opracowaniu zdecydowano się dokonać znacznych uproszczeń podziału na fazy cyklu życia jednostki. W rezultacie wyodrębniono jedynie trzy: dzieciństwo i młodość (do 18 roku życia), dorosłość/dojrzałość oraz starość (po 50 roku życia).

¹⁶ B. Woynarowska, A. Oblacińska, *Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne*, „Studia BAS” 2014, nr 2(38), s. 45–46, [http://orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/56A8C5363F5C5646C1257D07003F2AF5/\\$File/Strony%20odStudia_BAS_38-3.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/56A8C5363F5C5646C1257D07003F2AF5/$File/Strony%20odStudia_BAS_38-3.pdf) (1.10.2015).

wieku respondentów. Szczególnie wyraźne jest to po 50 roku życia osób badanych, co zresztą jest zgodne z przypuszczeniami, ponieważ taki rozkład odpowiedzi odzwierciedla narastające z wiekiem problemy zdrowotne.

Tabela 1. Samoocena stanu zdrowia ludności w 2009 r. wg wieku (dane w %)

| Wiek | Ocena stanu zdrowia | | | | |
|-----------------|---------------------|-------|---------------------------------------|------|------------|
| | bardzo dobre | dobre | takie sobie, ani dobre, ani złe | złe | bardzo złe |
| Ogółem | 23,6 | 42,1 | 23,4 | 8,8 | 2,0 |
| 15–19 lat | 48,9 | 42,0 | 7,9 | 1,0 | 0,1 |
| 20–29 | 41,1 | 49,3 | 7,9 | 1,4 | 0,1 |
| 30–39 | 26,3 | 57,6 | 13,6 | 2,3 | 0,3 |
| 40–49 | 11,9 | 52,5 | 28,5 | 6,1 | 0,9 |
| 50–59 | 5,7 | 39,2 | 39,6 | 12,9 | 2,4 |
| 60–69 | 3,1 | 25,2 | 47,5 | 19,5 | 4,8 |
| 70–79 | 1,2 | 13,8 | 45,6 | 31,1 | 8,2 |
| 80 lat i więcej | 0,5 | 13,1 | 36,6 | 36,9 | 13,0 |

Źródło: *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa, s. 108

Analizując obiektywną ocenę stanu zdrowia, widać, że w Polsce – podobnie jak w innych krajach Unii Europejskiej – wskaźniki dotyczące umieralności okołoporodowej oraz zgonów niemowląt sukcesywnie odnotowują trend spadkowy¹⁷. Ponadto spadkowi umieralności najmłodszych dzieci towarzyszy spadek umieralności dzieci w wieku 1–14 lat¹⁸. Najczęstszą zaś przyczyną zgonów, oprócz wad wrodzonych i rozwojowych, są urazy i zatrucia powstałe w wyniku wypadków oraz choroby nowotworowe. Wśród uznawanych za korzystne zmiany, które uwidaczniają się w miernikach zdrowia w grupie osób do 18 roku życia, można wymienić m.in. zwiększanie się w kolejnych pokoleniach średniej wysokości ciała i przyspieszenie dojrzewania fizycznego, wśród niekorzystnych zaś wskazuje się zwiększanie masy ciała (i indeksu BMI) i pogarszanie się sprawności fizycznej. W 2013 r. w Polsce osobom do 18 roku życia udzielono 60,9 mln porad w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, z czego

¹⁷ Podstawowe dane demograficzne o dzieciach w Polsce. Notatka informacyjna. Wyniki badań GUS, Materiał na konferencję prasową w dniu 30 maja 2014 r., http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/14/1/5/podstawowe_dane_demograficzne_o_dzieciach_w_polsce.pdf (1.10.2015).

¹⁸ W 2013 r. współczynnik zgonów dzieci w wieku 1–14 lat wynosił 14 w przeliczeniu na 100 tys. ludności tej grupy wieku – *ibidem*.

blisko 15 mln w ramach opieki specjalistycznej (głównie chirurgicznych, laryngologicznych, alergologicznych i okulistycznych), zaś niespełna 10 mln stanowiły porady stomatologiczne¹⁹. Przeciętna liczba porad w przeliczeniu na jednego mieszkańca w tym wieku wyniosła 7,3 porady²⁰.

Pogarszanie się stanu zdrowia wraz z wiekiem znajduje swoje przełożenie także we wskaźnikach obiektywnych. Faza dorosłości (dojrzałości) charakteryzuje się stopniowo pogarszającym się stanem zdrowia jednostek, aż do silnego wzrostu natężenia tego zjawiska w momencie przechodzenia do fazy starości. Przykładem może tu być średnia liczba schorzeń przewlekłych przypadająca na jedną osobę w danej kohorcie wieku. Dla osób w wieku 20–29 lat wskaźnik ten wynosił w 2009 r. w Polsce 0,4, dla osób z przedziału 50–59 lat – już 2,0²¹. Z kolei dane dotyczące absencji chorobowej pokazują, że o ile w młodszych grupach wiekowych kształtuje się ona na znacznie niższym poziomie (wyjątkiem jest tu nieobecność spowodowana ciążą, porodem i położeniem u kobiet), o tyle zazwyczaj wzrasta bardzo silnie między 50 a 59 rokiem życia. Obniżenie poziomu zdrowia w miarę wzrostu wieku jednostek uwidacznia się również we wzroście częstotliwości korzystania z usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej²². Zmianom ulega też typ schorzeń, na które zapadają jednostki.

Zarysowane powyżej zmiany w poziomie zdrowia poszczególnych grup wiekowych muszą znaleźć odzwierciedlenie w inwestycjach dokonywanych w celu poprawy dobrostanu jednostek. Inwestycje dokonywane przez jednostki w celu utrzymania satysfakcjonującego poziomu zdrowia i sił witalnych to nie tylko korzystanie z usług medycznych, ale również racjonalne odżywianie, przeznaczanie wystarczającej ilości czasu na wysiłek fizyczny (a z drugiej strony – na odpoczynek), unikanie używek i poprawa warunków jakości życia²³.

Jednocześnie potrzeba dbałości o dobry stan zdrowia prowadzi do dokonywania inwestycji przekraczających możliwości pojedynczych osób i obejmujące w związku z tym działania zbiorowe. Dlatego istotne jest prowadzenie przez

¹⁹ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.*, GUS, Warszawa 2014, s. 149–150, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2013-r,1,4.html> (1.10.2015).

²⁰ *Ibidem*, s. 150.

²¹ *Stan zdrowia ludności Polski...*, *op. cit.*, s. 48, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2009-r,6,5.html> (1.10.2015).

²² R. Suszko, *Stan zdrowia oraz potrzeby zdrowotne i opiekuńcze ludzi starych*, „Studia BAS” 2012, nr 2(30), s. 39–41, [http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/0D19A8914199DE50C1257A37002A4014/\\$file/BAS_30-3.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/0D19A8914199DE50C1257A37002A4014/$file/BAS_30-3.pdf) (1.10.2015).

²³ Niektórzy autorzy do tych inwestycji zaliczają również dbałość o urodę i jej ewentualną korekcję, czyli np. higienę, chirurgię plastyczną, korzystanie z gabinetów kosmetycznych, fryzjerskich itp. – W. Tyc, *Kapitał ludzki jako zasób czynników wytwórczych* [w:] *Teoretyczne aspekty gospodowania*, red. D. Kopycińska, Szczecin 2005, s. 133–134.

państwo skoordynowanej oraz skutecznej polityki zdrowotnej. Z uwagi zaś na fakt, że zdrowie jest kluczową determinantą dobrobytu społecznego, a ponieważ też całej gospodarki, istnieją uzasadnione argumenty za wzrostem wydatków publicznych na ochronę zdrowia (oczywiście przy założeniu nacisku na możliwą poprawę efektywności ich wykorzystania). Należy przy tym podkreślić, że nakłady te nie mogą być rozpatrywane jedynie w kategorii kosztów. Z drugiej strony, potraktowanie ich jako inwestycji powoduje konieczność obliczenia zwrotu z wydatkowanych w tym charakterze środków (rentowności). Z powodu specyfiki zagadnienia rodzi to pewne problemy metodologiczne, jak np. powiązanie nakładów z uzyskanymi rezultatami czy skwantyfikowanie korzyści zdrowotnych.

4. POSTRZEGANIE ZDROWIA I INWESTYCJE W ZDROWIE – WYNIKI BADANIA NA TEMAT KAPITAŁU LUDZKIEGO

Badanie sondażowe, przeprowadzone przez autorkę tego tekstu w latach 2009–2010, zostało zatytułowane „Kształtowanie kapitału ludzkiego w rodzinnych gospodarstwach domowych”. Grupę docelową stanowili pracownicy akademicki wyższych uczelni w dwunastu miastach w Polsce. W ostatecznym rozrachunku próba liczyła 884 respondentów, z czego 688 utworzyło próbę docelową, natomiast 196 – próbę uzupełniającą. Próbę docelową stanowiły osoby do 44 roku życia, a próba uzupełniająca składała się z ankiet wypełnionych przez osoby mające więcej niż 44 lata²⁴. W grupie osób do 44 roku życia 63,5% respondentów stanowiły kobiety, a w grupie porównawczej odsetki dla kobiet i mężczyzn były porównywalne (52,4% kobiet). W grupie głównej 35,6% respondentów stanowiły osoby w wieku 30–34 lata, 27,5% – osoby w wieku 35–39 lat, 19,5% to grupa osób w wieku 25–29 lat, a pozostałe 17,4% było w wieku 40–44 lata. W przypadku grupy porównawczej jej 43,5% tworzyły osoby w wieku 50–59 lat, 34,6% – w wieku 45–49 lat, a pozostałe 21,9% to osoby w wieku 60–69 lat. Wśród respondentów z grupy głównej nieco ponad 70% badanych stanowiły osoby ze stopniem doktora, co czwarta osoba miała tytuł magistra, zaś nieznacznie powyższej 3% miało stopień doktora habilitowanego. Podobnie w grupie dodatkowej, najwięcej ankietowanych było po doktoracie (ok. 61%), aczkol-

²⁴ Takie założenie cezurę wieku miało przede wszystkim pozwolić na stworzenie stosunkowo jednorodnej grupy, której członkowie mieli zbliżone uwarunkowania rozwoju (w tym – rozpoczynających swoje dorosłe życie po 1989 r., czyli w nowych warunkach systemowych). Jednak z uwagi na relatywnie dużą liczebność ankietowanych w wieku powyżej 44 lat zdecydowano się włączyć do analiz także te ankietowane, co doprowadziło do utworzenia próby uzupełniającej, zwanej także próbą dodatkową czy porównawczą. Dodatkowe przesłanki wynikały z charakteru i celu badania, które nie są istotne dla tekstu.

wiek ok. 36% osób legitymowało się już wyższymi stopniami (zaledwie 3 – tytułem profesora).

Badanie zostało oparte na standaryzowanym kwestionariuszu, składającym się z 29 pytań zamkniętych, z których 9 dotyczyło kwestii zdrowia i dbałości o kondycję fizyczną (bezpośrednio lub w powiązaniu z innymi atrybutami kapitału ludzkiego). Respondenci byli pytani m.in. o uczęszczanie na zajęcia dodatkowe (w tym – mające charakter sportowy), ocenę wpływu czynników, które mogłyby się przyczynić do ich lepszego rozwoju (w tym również fizycznego) oraz dbałość w poszczególnych okresach życia o zdrowie i poziom sił witalnych. Dodatkowe pytania z zakresu inwestycji w zdrowie współmałżonków oraz potomstwa dotyczyły dbałości o zdrowie i kondycję zdrowotną partnerów, formy spędzania czasu wolnego z dziećmi (przez każde z rodziców), a także udział dzieci w zajęciach dodatkowych (w tym – sportowych).

Analizując udział w zajęciach dodatkowych²⁵ respondentów z grupy głównej (por. tabela 2), okazuje się, że więcej osób uczestniczyło (zarówno w szkole podstawowej, jak i średniej) w zajęciach językowych oraz w kołach zainteresowań niż w zajęciach sportowych. Trzeba jednakże wspomnieć, że nieco inaczej wyniki rozkładają się w przypadku kobiet i mężczyzn. W przypadku zaś grupy porównawczej obserwowalne jest większe zróżnicowanie nie tylko w odniesieniu do poziomu szkoły, ale i względem płci. W szkole podstawowej, podobnie jak u respondentów z poprzedniej grupy, więcej osób brało udział w zajęciach językowych i kołach zainteresowań niż w zajęciach sportowych (aczkolwiek różnice są mniejsze niż uprzednio). Z kolei w szkole średniej największym zainteresowaniem cieszyły się koła językowe, ale już udział w zajęciach sportowych był na bardzo zbliżonym poziomie do zajęć językowych. Dla ankietowanych mężczyzn zajęcia sportowe były najczęściej wskazywanymi zajęciami dodatkowymi w szkole podstawowej.

Można zauważyć, że w szkole podstawowej na zajęcia sportowe uczęszczało ok. 47% respondentów z próby głównej i ok. 42% respondentów z próby porównawczej. Z kolei w szkole średniej analogiczne odsetki były równe – ok. 40% i ok. 39%. Pogłębienie analizy dla grupy głównej pozwala określić, że najczęstszym inicjatorem zapisu na zajęcia był respondent (niezależnie od podziału na płeć). Tendencja ta nasila się jeszcze bardziej w odniesieniu do wyboru w szkole średniej.

Na poziomie obu szkół zajęcia sportowe były częściej wybierane przez młodszych uczestników badania (ankietowanych do 44 roku życia). W przypadku szkoły podstawowej różnica ta wynosiła aż 7 p.p. Co ciekawe, w grupie głównej 29,5% osób

²⁵ Na potrzeby tekstu zostały przedstawione jedynie zajęcia najczęściej wybierane przez respondentów.

uczęszczało na zajęcia sportowe w szkołach podstawowych i średnich, podczas gdy w grupie osób po 44 roku życia było to jedynie 3,5%. Inną różnicą między obiema próbami na etapie szkoły podstawowej jest wyraźna nadreprezentacja kobiet, które znacznie częściej niż mężczyźni z grupy głównej uczestniczyły w zajęciach sportowych (różnica ponad 10 p.p.). W grupie porównawczej różnica jest rzędu 1 p.p. Dane te pokazują jednocześnie dość nieoczekiwanie, że to kobiety częściej niż mężczyźni uczestniczyły w zajęciach sportowych w szkole podstawowej. One też częściej kontynuowały uczęszczanie na zajęcia sportowe w szkole średniej.

Tabela 2. Udział respondentów w zajęciach dodatkowych w szkole podstawowej i średniej (w %)*

| Rodzaj zajęć dodatkowych | Odsetek osób uczęszczających na zajęcia w szkole – grupa główna | | | | | |
|--------------------------|---|--------------|--------------|--------------|------------------------|--------------|
| | podstawowej | | średniej | | podstawowej i średniej | |
| | kobiety | mężczyźni | kobiety | mężczyźni | kobiety | mężczyźni |
| Języki obce | 59,00 | 52,02 | 58,54 | 45,56 | – | – |
| Sportowe | 51,03 | 40,73 | 39,64 | 41,13 | 30,75 | 27,42 |
| Kółka zainteresowań | 55,58 | 47,58 | 42,60 | 36,69 | – | – |
| Artystyczne lub muzyczne | 53,99 | 27,42 | 26,65 | 18,95 | – | – |
| Informatyczne | 7,74 | 8,47 | 7,74 | 13,71 | – | – |
| Korepetycje | 7,74 | 8,47 | 7,74 | 22,18 | – | – |

| Rodzaj zajęć dodatkowych | Odsetek osób uczęszczających na zajęcia w szkole – grupa dodatkowa | | | | | |
|--------------------------|--|--------------|--------------|--------------|------------------------|-------------|
| | podstawowej | | średniej | | podstawowej i średniej | |
| | kobiety | mężczyźni | kobiety | mężczyźni | kobiety | mężczyźni |
| Języki obce | 52,43 | 37,63 | 43,69 | 36,56 | – | – |
| Sportowe | 42,72 | 41,94 | 39,81 | 38,71 | 3,88 | 3,23 |
| Kółka zainteresowań | 50,49 | 37,63 | 48,54 | 43,01 | – | – |
| Artystyczne lub muzyczne | 53,40 | 22,58 | 35,92 | 15,05 | – | – |
| Informatyczne | 0,97 | 0,00 | 1,94 | 0,00 | – | – |
| Korepetycje | 2,91 | 4,30 | 2,91 | 20,43 | – | – |

* Respondenci byli proszeni o wskazanie wszystkich zajęć dodatkowych, na które uczęszczali (jedynym warunkiem był przynajmniej trzymiesięczny udział w danych zajęciach). W związku z tym odsetki nie sumują się do 100%.

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania

Respondenci zostali także poproszeni o wskazanie czynników (maksymalnie trzech), które ich zdaniem mogłyby wpłynąć na ich lepszy rozwój (intelektualny, emocjonalny i fizyczny). Wśród czynników bezpośrednio związanych z możliwością poprawy stanu zdrowia i kondycji fizycznej znalazło się: „inne podejście rodziców do kwestii zdrowego odżywiania, kondycji fizycznej itp.” oraz „inne własne podejście do kwestii zdrowego odżywiania, kondycji fizycznej itp.”. W przypadku grupy głównej nieco ponad 11% ankietowanych uznało, że inne własne podejście do sfery zdrowia mogło mieć wpływ na ich lepszy rozwój, podczas gdy ok. 8,6% obarczyło rodziców i ich podejście do zdrowia odpowiedzialnością za gorszy rozwój. Jedynie niespełna 2% uczestników badania wskazało obie odpowiedzi za ważne czynniki ich rozwoju. Dla porównania, odpowiedź „poświęcanie większej uwagi przez przynajmniej jednego z rodziców lub więcej czasu spędzanego z przynajmniej jednym rodzicem” wskazał co czwarty ankietowany, z kolei „wywieranie silniejszego wpływu przez członków rodziny w celu zachęcenia do udziału w zajęciach rozwijających umiejętności i zainteresowania, poszerzających wiedzę itp.” – co trzeci respondent. Z drugiej strony, tylko jedna osoba z całej grupy głównej wskazała „przykład rodziców” jako czynnik mogący się przyczynić do jej lepszego rozwoju.

Analizując otrzymane wyniki w rozbiciu na wiek uczestników w próbie głównej badania, widać, że prawie 15% osób w wieku 30–34 lata stwierdziło, że do ich lepszego rozwoju mogłoby przyczynić się ich inne podejście do zdrowia i kondycji fizycznej, podczas gdy podobnego zdania było jedynie 7,5% osób w wieku 35–39 lat (osoby z tej grupy także najrzadziej spośród wszystkich grup wieku wskazywały jako analogiczny czynnik inną postawę rodziców – niespełna 7%). Z kolei nieco powyżej 10% badanych w wieku 40–44 lata wskazało, że inne podejście rodziców mogłoby poprawić ich rozwój. Badanie nie dostarcza jednak więcej materiału do analizy w tym zakresie i dlatego trudno wyjaśnić, jaka jest przyczyna tego zróżnicowania.

Zgromadzone wyniki pozwoliły na zbadanie relacji, jaka zachodziła między udziałem respondentów (z próby głównej) w zajęciach sportowych a wskazaniami, które dotyczyły podejścia do zdrowia i wpływu tego czynnika na lepszy rozwój. Okazało się, że ok. 13% ankietowanych, którzy nie brali udziału w zajęciach sportowych, było zdania, że inna postawa rodziców w sferze zdrowia i zachowania sił witalnych przyczyniłaby się do rozwoju osób badanych. Ponad 19% respondentów z tej grupy uznało natomiast, że do lepszego rozwoju przyczyniłaby się zmiana ich postawy w analogicznej sferze. Z drugiej strony, w przypadku osób, które uczęszczały na zajęcia sportowe, oba odsetki ukształtowały się na poziomie jedynie ok. 5%.

Osoby biorące udział w badaniu zostały również poproszone o dokonanie oceny porównawczej, jak w odniesieniu do okresu przed osiągnięciem pełnoletniości, kiedy to rodzice w głównej mierze troszczyli się o stan zdrowotny oraz kondycję fizyczną respondentów, dbały one o swój stan zdrowia już samodzielnie (i ewentualnie w dwóch późniejszych okresach – o stan zdrowia i kondycję partnera) w czasie, kiedy nie pozostawały w związku z partnerem, kiedy tworzyły związek bezdzietny oraz po urodzeniu się pierwszego dziecka (por. tabela 3). Zgodnie z przewidywaniami, wyniki badania potwierdziły, że najczęściej wybieraną odpowiedzią była odpowiedź „tak samo/ porównywalnie”.

W przypadku pytania dotyczącego własnej kondycji fizycznej można zauważyć, że ankietowani (z grupy głównej) najbardziej dbali o nią w okresie, kiedy byli w związku bezdzietnym (38,6% odpowiedziało, że dbało o nią w większej mierze, niż kiedy rodzice ponosili za to odpowiedzialność). Podobna zależność występuje przy pytaniu o prawidłowe odżywianie – 38,2% spośród ankietowanych uznało, że bardziej sami dbali o zachowanie właściwej diety, niż gdy pilnowali tego rodzice. Z kolei prawie co trzeci ankietowany stwierdził, że w okresie pełnoletniości, ale przed związaniem się z partnerem, dbał o to mniej niż jego rodzice. W przypadku pilnowania regularnych kontroli u lekarzy odpowiedzi wskazują, że nieco ponad 30% respondentów uważało, że robili to bardziej skrupulatnie niż ich rodzice (zarówno w okresie związku bezdzietnego, jak i po urodzeniu się pierwszego dziecka). Jeśli natomiast chodzi o reagowanie respondentów na stany chorobowe, to w okresie samodzielności i przed związaniem się z partnerem 56,8% uznało, że nic się nie zmieniło w porównaniu z okresem, kiedy rodzice w największym stopniu dbali o zdrowie respondenta, a jedynie 12,6% było zdania, że wykazuje w tym względzie większą dbałość. Oceniając okres pozostawania w związku bezdzietnym oraz po urodzeniu się pierwszego dziecka, można zauważyć, że ankietowani nieznacznie częściej stwierdzali mniejszą troskę ze swojej strony w porównaniu do wskazywania odpowiedzi „dużo bardziej” oraz „trochę bardziej”.

Co interesujące, zupełnie odwrotnie wyglądała sytuacja w przypadku deklarowanej troski o szybką reakcję na stany chorobowe partnera. W zależności od okresu 27%–29% wskazywało odpowiedzi „dużo bardziej” i „trochę bardziej”, podczas gdy tylko 9%–10% wybierało wskazanie „trochę mniej” i „dużo mniej”. Po uwzględnieniu wskazań dotyczących analogicznego pytania w odniesieniu do reakcji na swój stan chorobowy respondenta oznacza to, że dbałość o zdrowie partnera była większa niż troska o własne zdrowie. Wyraźnie przy tym uwidoczniła się trudność dokonywania takiej oceny wobec partnera, czego dowodem są stosunkowo wysokie odsetki w przypadku wyboru odpowiedzi „nie wiem/ nie umiem ocenić”.

Tabela 3. Dbałość o stan zdrowotny (swoj i partnera) w porównaniu do dbałości o zdrowie respondenta (przed osiągnięciem przez niego pełnoletniości) wykazywanej przez jego rodziców

| Jak respondent dbał o zdrowie w porównaniu z dbałością rodziców: | A – kiedy nie był w związku z partnerem | | | | | | | | | | | |
|--|---|------|-----------------|------|----------|------|--------------|------|------------|------|----------|-----|
| | dużo bardziej | w % | trochę bardziej | w % | tak samo | w % | trochę mniej | w % | dużo mniej | w % | nie wiem | w % |
| o kondycję fizyczną | 101 | 16,1 | 106 | 16,9 | 296 | 47,1 | 51 | 8,1 | 28 | 4,5 | 46 | 7,3 |
| o prawidłowe odżywianie | 65 | 10,9 | 80 | 13,5 | 245 | 41,2 | 99 | 16,7 | 74 | 12,5 | 31 | 5,2 |
| o kontrole u lekarzy | 52 | 8,8 | 71 | 12,0 | 302 | 50,9 | 82 | 13,8 | 57 | 9,6 | 29 | 4,9 |
| o reakcję na chorobę | 25 | 4,4 | 47 | 8,2 | 325 | 56,8 | 81 | 14,2 | 63 | 11,0 | 31 | 5,4 |

| Jak respondent dbał o zdrowie w porównaniu z dbałością rodziców: | B – kiedy był z partnerem w związku bezdzietnym | | | | | | | | | | | |
|--|---|------|-----------------|------|----------|------|--------------|------|------------|-----|----------|------|
| | dużo bardziej | w % | trochę bardziej | w % | tak samo | w % | trochę mniej | w % | dużo mniej | w % | nie wiem | w % |
| o kondycję fizyczną | 90 | 18,0 | 103 | 20,6 | 201 | 40,1 | 55 | 11,0 | 18 | 3,6 | 34 | 6,8 |
| o kondycję fizyczną partnera | 51 | 11,4 | 88 | 19,6 | 186 | 41,5 | 24 | 5,4 | 18 | 4,0 | 81 | 18,1 |
| o prawidłowe odżywianie | 82 | 16,4 | 109 | 21,8 | 194 | 38,9 | 69 | 13,8 | 26 | 5,2 | 19 | 3,8 |
| o prawidłowe odżywianie partnera | 56 | 12,1 | 101 | 21,9 | 193 | 41,9 | 45 | 9,8 | 12 | 2,6 | 54 | 11,7 |
| o kontrole u lekarzy | 67 | 13,4 | 88 | 17,6 | 224 | 44,8 | 70 | 14,0 | 32 | 6,4 | 19 | 3,8 |
| o kontrole partnera u lekarzy | 53 | 11,3 | 83 | 17,6 | 218 | 46,3 | 39 | 8,3 | 16 | 3,4 | 62 | 13,2 |
| o reakcję na chorobę | 43 | 8,6 | 62 | 12,4 | 263 | 52,6 | 82 | 16,4 | 31 | 6,2 | 19 | 3,8 |
| o reakcję na chorobę partnera | 54 | 11,4 | 82 | 17,3 | 242 | 51,2 | 34 | 7,2 | 8 | 1,7 | 53 | 11,2 |

| Jak respondent dbał o zdrowie w porównaniu z dbałością rodziców: | C – po urodzeniu się pierwszego dziecka | | | | | | | | | | | |
|--|---|------|-----------------|------|----------|------|--------------|------|------------|------|----------|------|
| | duzo bardziej | w % | trochę bardziej | w % | tak samo | w % | trochę mniej | w % | duzo mniej | w % | nie wiem | w % |
| o kondycję fizyczną | 48 | 15,9 | 65 | 21,5 | 98 | 32,5 | 44 | 14,6 | 30 | 9,93 | 17 | 5,6 |
| o kondycję fizyczną partnera | 24 | 8,9 | 49 | 18,1 | 101 | 37,4 | 30 | 11,1 | 16 | 5,93 | 50 | 18,5 |
| o prawidłowe odżywianie | 44 | 14,7 | 64 | 21,4 | 122 | 40,8 | 38 | 12,7 | 22 | 7,36 | 9 | 3,0 |
| o prawidłowe odżywianie partnera | 30 | 10,7 | 67 | 23,8 | 112 | 39,9 | 23 | 8,2 | 16 | 5,69 | 33 | 11,7 |
| o kontrole u lekarzy | 42 | 14,0 | 52 | 17,3 | 129 | 43,0 | 34 | 11,3 | 28 | 9,33 | 15 | 5,0 |
| o kontrole partnera u lekarzy | 32 | 11,3 | 54 | 19,1 | 122 | 43,1 | 21 | 7,4 | 15 | 5,30 | 39 | 13,8 |
| o reakcję na chorobę | 29 | 9,7 | 37 | 12,4 | 148 | 49,5 | 47 | 15,7 | 24 | 8,03 | 14 | 4,7 |
| o reakcję na chorobę partnera | 29 | 10,1 | 49 | 17,1 | 141 | 49,3 | 19 | 6,6 | 10 | 3,50 | 38 | 13,3 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania

W przypadku grupy porównawczej można natomiast zauważyć, że – podobnie jak u młodszych respondentów – dbałość o dobry stan zdrowia najczęściej porównywano i oceniano przez wybór odpowiedzi „tak samo/ porównywalnie”. Udzielone odpowiedzi sugerują, że co czwarty ankietowany (dokładniej – 26,3% osób) był przekonany o wykazywaniu większej troski o zachowanie dobrej kondycji fizycznej po osiągnięciu samodzielności, zanim jeszcze doszło do związku z partnerem, niż przejawiali w stosunku do niego jego rodzice. Z drugiej strony, co czwarty (25,7%) uważał, że wolniej reaguje na swoje stany chorobowe w porównaniu do rodziców. Co ciekawe, generalizując, można powiedzieć, że okresem, w którym respondenci najbardziej dbali o stan zdrowia (swoją i partnera) był ostatni z analizowanych – po urodzeniu się pierwszego dziecka do chwili obecnej. Może jednak wynikać to z faktu, że ankietowani z grupy porównawczej są w starszym wieku i z konieczności muszą podejmować większe wysiłki, aby zachować dobrostan psychofizyczny.

Największe rozbieżności w porównaniu z grupą docelową dotyczą kwestii odżywiania (duże różnice są również w przypadku utrzymywania dobrej kondycji fizycznej). Przykładowo, niespełna 42% ankietowanych uważa, że w okresie po

urodzeniu się pierwszego dziecka przykłada porównywalną wagę do właściwego odżywiania (własnego) jak ich rodzice, a prawie 39% sądzi, że wykazuje większą dbałość niż wykazywali ich rodzice. Jednocześnie, w pytaniu dotyczącym szybkiej reakcji na stany chorobowe w okresie pozostawania w związku bezdzietnym, co piąty ankietowany uznał, że dba o to mniej niż dbali jego rodzice. Podobnie natomiast jak w próbie głównej, respondenci częściej uznawali, że w obu okresach trwania związku w większym stopniu reagują na chorobę partnera, w porównaniu do reakcji na własną chorobę, niż rodzice reagowali w ich przypadku.

Kolejną analizowaną grupą pytań, które mają przyczynić się do zobrazowania, jakie podejście do zdrowia oraz sił witalnych mają respondenci, są pytania dotyczące dbania o kondycję fizyczną ich dzieci. Trzeba przy tym mieć na uwadze, że z powodu wieku respondentów z grupy głównej ich dzieci były jeszcze przeważnie w szkole podstawowej (ewentualnie gimnazjum) lub nawet nie osiągnęły wieku szkolnego. Zaledwie 40 dzieci respondentów było w wieku, w którym mogły uczęszczać przynajmniej do pierwszej klasy liceum. W związku z tym, dla potrzeb tego tekstu, w analizie uwzględniono tylko pierwsze dziecko (najstarsze). Ponadto, aby zachować jak największą porównywalność danych, przy analizie pytań dotyczących udziału dzieci w zajęciach dodatkowych połączono wskazania dotyczące szkoły podstawowej i gimnazjum.

Wyniki uzyskane z badania pokazują, że 67,6% pierwotnych dzieci respondentów uczęszczało w szkole podstawowej lub gimnazjum na zajęcia z języków obcych, a na zajęcia sportowe 65% dzieci i była to druga pod względem częstości zapisywania forma zajęć. Zestawiono te wskazania z odpowiedziami respondentów na pytanie dotyczące ich oceny częstości spędzania czasu z najstarszymi dziećmi przez uprawianie sportu bądź zachęcanie do tego. Co czwarty z nich odpowiedział, że jego zdaniem było to tak częste, jak chciało dziecko, a co trzeci – że tak częste, jak wydaje mu się, że potrzebowało tego dziecko. Po ok. 18% ankietowanych uznało, że było to jednocześnie tak częste, jak chciało dziecko i jak się im wydawało, że tego potrzebowało oraz że nie było to ani tak częste, jak chciało dziecko, ani jak się im wydawało, że tego potrzebowało. A zatem w zasadzie co piąty respondent nie spędza wystarczająco (jego zdaniem) dużo czasu w ramach zajęć sportowych z najstarszym dzieckiem.

Z kolei w próbie porównawczej 61% pierwotnych dzieci w szkole podstawowej lub gimnazjum brało udział w zajęciach językowych, natomiast odsetek biorących udział w zajęciach sportowych wynosił 58%. W przypadku szkoły średniej, 40% dzieci uczestniczyło w zajęciach językowych, natomiast 29,6% – w sportowych. Niestety, przeprowadzone badanie nie pozwala na wskazanie przyczyn tego spadku, zwłaszcza w odniesieniu do zajęć sportowych. Być może

było to spowodowane częściową koncentracją na nauce lub dbaniu o kondycję fizyczną w ramach aktywności niezwiązanej z uczestnictwem w sformalizowanych zajęciach.

5. PODSUMOWANIE

Na podstawie pogłębionych studiów literatury przedmiotu oraz przeprowadzonych w tekście rozważań można stwierdzić, że zdrowie oraz szeroko rozumiane siły witalne – z uwagi na swoje znaczenie – powinno się postrzegać jako najważniejsze czynniki, które determinują poziom kapitału ludzkiego. Zdrowie bowiem stanowi niejako zasób pierwotny, który warunkuje wykorzystanie posiadanych przez jednostkę pozostałych komponentów kapitału ludzkiego. Kondycja psychofizyczna jest jedną z determinant sposobu, zakresu i intensywności uczestnictwa człowieka w życiu społecznym oraz gospodarczym. Wpływa na wszechstronny (intelektualny, fizyczny oraz emocjonalny), a zarazem harmonijny rozwój jednostek, co następnie zostaje odzwierciedlone w ich aktywności w wielu wymiarach życia²⁶.

W zależności od fazy życia człowieka poziom jego zdrowia ma przełożenie m.in. na potencjał siły roboczej, jakość oraz wydajność świadczonej pracy, a nawet konkurencyjność gospodarki kraju czy wreszcie liczbę osób aktywnych zawodowo (i liczbę lat tej aktywności). Dobry stan zdrowia w społeczeństwie prowadzi do zapewnienia ładu społeczno-ekonomicznego, warunkuje rozwój społeczno-ekonomiczny i przyczynia się do osiągnięcia przez jednostki lepszej jakości życia.

Jednocześnie wydaje się, że zasoby zdrowia nie są traktowane przez jednostki jako oczywisty komponent kapitału ludzkiego. Nie oznacza to jednak, że nie przypisuje im się żadnej roli w rozwoju indywidualnych zasobów ludzkich. Na podstawie zgromadzonego materiału badawczego, którego część została wykorzystana w tekście, można zauważyć, że zdrowie i siły witalne nie były raczej traktowane przez respondentów w sposób bezpośrednio przekładający się na rozwój jednostki. Jednocześnie wydaje się, że byli oni świadomi znaczenia utrzymywania organizmu w dobrej kondycji psychofizycznej. Można również domniemywać, że większa dbałość o dobry stan zdrowia (własny i partnera) miała miejsce w okresach, kiedy osoby biorące udział w badaniu mogły sobie na to pozwolić, czyli m.in. dysponowały odpowiednimi środkami finansowymi i czasem na realizację tej potrzeby.

²⁶ E. Malinowska, K. Dzwonkowska-Godula, E. Garncarek, *Wykształcenie, zdrowie i wygląd jako komponenty kapitału ludzkiego kobiet i mężczyzn* [w:] *Zróźnicowanie zasobów kapitału ludzkiego i społecznego w regionie łódzkim*, red. P. Starosta, Łódź 2012, s. 111.

Z kolei w przypadku potomstwa podejmowany był większy wysiłek w tym zakresie, czego przejawem może być choćby odsetek dzieci respondentów, które uczęszczały na zajęcia sportowe.

Należy jednak po raz kolejny podkreślić, że próba badawcza pozwoliła jedynie na egzemplifikację pewnych tendencji w sferze dbałości o zdrowie i postrzegania go przez pryzmat zasobów kapitału ludzkiego. Z uwagi na znaczenie tego zagadnienia wskazane byłyby dalsze, pogłębione badania.

LITERATURA

- Becker G.S., *Human capital. A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*, NBER, New York 1975.
- Broda-Wysocki P., *Rozwój społeczeństwa obywatelskiego w Polsce. Analiza na przykładzie regionów: koszalińskiego i opolskiego*, Warszawa 2003.
- Domański S.R., *Kapitał ludzki i wzrost gospodarczy*, Warszawa 1993.
- Grodzicki J., *Rola kapitału ludzkiego w rozwoju gospodarki globalnej*, Gdańsk 2003.
- Grossman M., *On the Concept of Health Capital and the Demand for Health*, „Journal of Political Economy” 1972, vol. 80, no 2.
- Janc K., *Zróżnicowanie przestrzenne kapitału ludzkiego i społecznego w Polsce*, Wrocław 2009.
- Jarecki W., Kunasz M., Mazur-Wierzbicka E., Zwiech P., *Gospodarowanie kapitałem ludzkim*, Szczecin 2010.
- Korporowicz V., *Dostęp do usług medycznych jako element rozwoju społeczno-ekonomicznego [w:] Wzrost gospodarczy i rozwój społeczny jako paradygmaty współczesności*, red. J. Osiński, Warszawa 2003.
- Kuczek A., *Promocja zdrowia jako czynnik kształtujący kapitał ludzki [w:] Kapitał ludzki i społeczny. Wybrane problemy teorii i praktyki*, red. D. Moroń, Wrocław 2009.
- Malinowska E., Dzwonkowska-Godula K., Garncarek E., *Wykształcenie, zdrowie i wygląd jako komponenty kapitału ludzkiego kobiet i mężczyzn [w:] Zróżnicowanie zasobów kapitału ludzkiego i społecznego w regionie łódzkim*, red. P. Starosta, Łódź 2012.
- Mun T., *England's Treasure by Forraign Trade or, The Balance of our Forraign Trade is The Rule of our Treasure*, London 1949.
- Petty W., *The Economic Writings of Sir William Petty*, ed. C.H. Hull, vol. 1, London 1899.
- Podstawowe dane demograficzne o dzieciach w Polsce. Notatka informacyjna. Wyniki badań GUS, Materiał na konferencję prasową w dniu 30 maja 2014 r.*, http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/14/1/5/podstawowe_dane_demograficzne_o_dzieciach_w_polsce.pdf (1.10.2015).
- Schultz T.W., *Education and Economic Growth [w:] Social Forces Influencing American Education*, ed. N.B. Henry, Chicago 1961.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2011, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2009-r,6,5.html> (1.10.2015).
- Suszko R., *Stan zdrowia oraz potrzeby zdrowotne i opiekuńcze ludzi starych*, „Studia BAS” 2012, nr 2(30), [http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/0D19A8914199DE50C1257A37002A4014/\\$file/BAS_30-3.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/0D19A8914199DE50C1257A37002A4014/$file/BAS_30-3.pdf) (1.10.2015).

- Tyc W., *Kapitał ludzki jako zasób czynników wytwórczych* [w:] *Teoretyczne aspekty gospodarowania*, red. D. Kopycińska, Szczecin 2005.
- Wesołowska M., *Ochrona zdrowia jako obszar inwestycji w kapitał ludzki* [w:] *Metody i techniki diagnozowania w doskonaleniu organizacji*, red. S. Wawak, Kraków 2013.
- Woynarowska B., Oblacińska A., *Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne*, „Studia BAS” 2014, nr 2(38), [http://orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/56A8C5363F5C5646C1257D07003F2AF5/\\$File/Strony%20odStudia_BAS_38-3.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/56A8C5363F5C5646C1257D07003F2AF5/$File/Strony%20odStudia_BAS_38-3.pdf) (1.10.2015).
- Wronowska G., *Kapitał ludzki. Ujęcie teoretyczne*, Kraków 2012.
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.*, GUS, Warszawa 2014, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2013-r-1,4.html> (1.10.2015).

STRESZCZENIE

Artykuł został poświęcony zdrowiu, które powinno być postrzegane jako ważny komponent kapitału ludzkiego. Punkt wyjścia do rozważań stanowi próba osadzenia kategorii zdrowia w koncepcji kapitału ludzkiego, rozumianego jako najważniejszy współcześnie czynnik produkcji, którego wykorzystanie prowadzi do rozwoju cywilizacyjnego. Ponieważ poziom zdrowia i sił witalnych, podobnie jak innych elementów kapitału ludzkiego, zmienia się wraz z upływem czasu (w cyklu życia jednostki), dlatego starano się określić także zakres i charakter tych fluktuacji, a ponadto wskazać możliwe inwestycje, jakich dokonuje się, aby poprawić stan zdrowia. Równie ważną część opracowania stanowi analiza wyników przeprowadzonego przez autorkę tekstu badania, które dotyczyło kształtowania się kapitału ludzkiego w rodzinnych gospodarstwach domowych (w tym jego poszczególnych elementów). Jednak – z uwagi na charakter badania – wnioski stanowić mogą jedynie egzemplifikację problemu podejmowanego w referacie.

Słowa kluczowe: kapitał ludzki, kapitał ludzki w gospodarstwach domowych, rozwój cywilizacyjny, zdrowie

SUMMARY

Health as an element of human capital

The article was focused on health, which should be seen as an important component of human capital. The starting point for consideration is to try to settle the category health in the concept of human capital, today understood as the most important factor of production, the use of which leads to the development of civilization. As the level of health and vitality, as well as other elements of human capital, it changes with the passage of time (in human life cycle), and therefore sought to determine the scope and nature of these fluctuations, and also specify possible

investments they have made in order to improve health. An equally important part of the study is the analysis of the results of the empirical study conducted by the author of the text, which focuses on the formation of human capital in family households (including – its individual components). However, given the nature of the study, conclusions represent an exemplification of the problem can only be undertaken in this paper.

Key words: development of civilization, health, human capital, human capital in family households

VIOLETTA KORPOROWICZ

*Zarządzanie progresywne
w zdrowiu publicznym*

SZKOŁA GŁÓWNA HANDLOWA W WARSZAWIE

1. WSTĘP

Zadaniem zdrowia publicznego jako systemu jest taka organizacja procesu leczenia, która zapewni medyczne warunki do wszechstronnej opieki nad pacjentem. Ma to odbicie w metodach świadczenia usług zdrowotnych. Wymagana jest ciągłość opieki zorientowanej na utrzymanie zdrowia, a to pociąga za sobą potrzebę spójności zarządzania zarówno całym sektorem, jak i organizacjami ochrony zdrowia. Takim podejściem jest model zarządzania nazwany „zarządzanie progresywne”. Jego istotą jest bez wątpienia „ustawicze nastawione na rozwój, postępujące i kreatywne, czyli nowatorskie, rozstrzyganie o najważniejszych problemach organizacji. Jest to poszukiwanie nowoczesnych, innowacyjnych dróg postępowania z podejściem partycypacyjnym, gdzie artykułowane są w sposób demokratyczny potrzeby społeczne i istotne jest wspólne rozwiązywanie problemów ze szczególnym uwzględnieniem szczebla lokalnego”¹.

Opracowanie ma na celu przedstawienie z jednej strony wybranych problemów społeczno-ekonomicznych występujących w obszarze zdrowia publicznego, z drugiej zaś możliwości ich rozwiązywania poprzez typ zarządzania, jakim jest zarządzanie progresywne. Problemy występujące w tym obszarze wywołują konieczność zastosowania interdyscyplinarnej wiedzy niezbędnej do rozumienia przemian i efektywnego kierowania sektorem ochrony zdrowia, podmiotami leczniczymi oraz zdrowiem społeczeństwa.

2. PROGRESJA *VERSUS* ZARZĄDZANIE PROGRESYWNE

Przez **progresywność** należy rozumieć podejście „wyłaniające” (*emerging*), wyprzedzające (*leading*), wręcz właśnie postępujące (*progressive*) i – co się z tym wiąże – kreatywne oraz nastawione na rozwój, który spełni oczekiwany standard. Termin ten zawiera też w swojej treści semantycznej aspekt kreatywności i dynamizmu nastawionych na długofalowe działanie. Ponadto mieści się w nim kilka wymiarów, tzn. wymiar abstrakcyjny i aplikacyjny, gdyż nie tylko zawiera potencjalne pytania (wymiar abstrakcyjny), ale też wskazuje na kierunki postępowania (wymiar aplikacyjny).

Istotną cechą progresywności jest niewątpliwie rozwój rozumiany jako proces pozytywnych zmian ilościowo-jakościowych, w wyniku których powstaje i rozwija się nowa wartość. Prowadzi ona do zwiększenia spójności społecznej (w tym m.in. do zmniejszania rozwarstwienia społecznego poprzez wyrównywanie szans, przeciwdziałanie marginalizacji i dyskryminacji oraz podnoszenie jakości życia).

¹ C. Fleisher, B. Bensensson, *Business and competitive analysis. Effective application of new and classic methods*, New Jersey 2008, s. 57–58.

W potocznym rozumieniu termin „rozwój” ma odcień wyraźnie pozytywny. Punktem wyjścia jest pojęcie rozwoju samego w sobie, o którym mówi się, że dotyczy danego systemu i jest procesem zmian prowadzących do zróżnicowania jego elementów składowych oraz zachodzących między nimi stosunków. Jednak pojęcie „rozwój” – zgodnie z etymologicznym rozumieniem – nie ma konotacji wartościującej, co może mieć istotny sens metodologiczny i praktyczny. Trzeba mieć na uwadze również fakt, że nie każdy rozwój w relacjach społecznych jest pozytywny, np. rozwój choroby, chaosu czy kryzysu. Stąd propozycja, aby zamiast pojęcia „rozwój” używać pojęcia „postęp”, które oznacza doskonalenie, a nie regres jako jego przeciwieństwo, chociaż i w tym przypadku można – analogicznie do pojęcia „rozwój” – znaleźć negatywne przykłady, np. postęp choroby.

Pomijając źródłotwórcze, leksykalne znaczenie obu pojęć (tzn. pojęcia „rozwój” i „postęp”), które zawiera w sobie aspekt progresywności, wyrażają one także zdolność do wprowadzania nowych, twórczych idei w życie. Ważna jest tu wielowymiarowość działań. Należy przez nią rozumieć przenikające się perspektywy, tzn. sekwencyjne ujęcie znaczenia, gdzie brana jest pod uwagę logiczna kolejność zdarzeń i posunięć planistycznych o nowatorskiej, nastawionej na zmiany (progresywnej) i – co za tym idzie – kreatywnej metodzie postępowania, która jest zmienna i oparta na wiedzy².

Rozwój w kontekście progresywności to też taki typ postępowania, który związany jest ze zmianami wynikającymi ze skomplikowanego, niespokojnego środowiska. Wiąże się ponadto z analizą zjawisk i procesów oraz z ustawicznym definiowaniem tych procesów od nowa, jako układów wzajemnych stosunków łączących cele bliższe i dalsze. Zmiany te dotyczą: przeobrażeń politycznych, gospodarczych, technologicznych i demograficznych, stylu życia, a przede wszystkim rosnącej świadomości społecznej, która wynika z powszechnych praw obywatelskich w decydowaniu o realizacji potrzeb społecznych. Podsumowując różne aspekty rozumienia rozwoju w świetle progresywności oraz jego pozytywne i negatywne konotacje, to w tym opracowaniu rozwój – i analogicznie postęp – rozumiany jest jako proces korzystnych zmian społecznych.

Kolejne cechy „progresywności”, poza rozwojem, to kreatywne i dynamiczne rozwiązania zadań przyjętych do wykonania oraz formułowanie precyzyjnie wskazujących na zaistniały problem pytań, które wynikają ze stałego poszukiwania nowoczesnych sposobów postępowania. Kreatywność można realizować m.in. poprzez kształcenie całego personelu i jednocześnie badanie zjawisk, odnosząc je do faktycznych, rzeczywistych potrzeb społecznych na szczeblu lokalnym i uwzględniając partycypację społeczną. Cechy te, tzn. kreatywność, uwzględnienie szczebla lokalnego

² *Ibidem.*

i partycypację społeczną, łączy demokratyczne podejście do rozwiązywanego problemu oraz właśnie to, co było wcześniej podkreślane – nastawienie na rozwój.

Natomiast **zarządzanie progresywne** – kolejny problem tego podrozdziału – można określić jako filozofię kierowania, której celem jest ustawiczne, nastawione na rozwój, kreatywne i nowatorskie rozstrzyganie o najważniejszych problemach organizacji na różnych poziomach jej integracji poprzez m.in. badanie potrzeb na szczeblu lokalnym. Konkretnie decyzje są odnoszone do faktycznych, rzeczywistych zjawisk społecznych, uwzględniana jest też partycypacja społeczna i stałe podnoszenie jakości, przez którą należy rozumieć „[...] sposób zarządzania organizacją [...] oparty na udziale wszystkich członków organizacji i nakierowany na osiągnięcie długotrwałego sukcesu dzięki zadowoleniu klienta, korzyściom dla wszystkich członków organizacji i dla społeczeństwa”³. Ważna jest jakość pracy nie tylko poszczególnych osób, ale całych zespołów, objawiająca się poprzez zaangażowanie i ciągłe podnoszenie kwalifikacji⁴.

Wykorzystuje się tutaj potencjalne możliwości zastosowania teorii podnoszenia jakości w kontekście zarządzania progresywnego. Można ją określić jako funkcję dwóch zmiennych – oczekiwań klientów i ich rzeczywistych doznań podczas świadczenia usługi (lub efektów, jakie w jej wyniku otrzymali)⁵. Podejście to kładzie nacisk na społecznie kreatywny aspekt działalności, który jest realizowany z uwzględnieniem podnoszenia jakości pracy czy świadczenia usług⁶. Jest to zarazem proces, który pozwala na czas określić odpowiednią liczbę produkowanych dóbr i usług, dzięki czemu istnieje możliwość ich zbycia na optymalną skalę⁷. Tego typu podejście pozwala również uniknąć nadmiaru działań lub ich niedoboru, a to

³ A. Hamrol, *Zarządzanie jakością z przykładami*, Warszawa 2005, s. 67.

⁴ J.E. Jackson, J. Klich, K. Poznańska, *Nowe przedsiębiorstwa w transformacji gospodarki polskiej*, „Gospodarka Narodowa” 2000, nr 5–6.

⁵ http://www.jointcommission.org/accreditation/accreditation_main.aspx (12.01.2014).

⁶ Rozważając potencjalne możliwości zastosowania teorii jakości w zarządzaniu progresywnym, należy wyliczyć cechy, które powinny być spełnione w praktyce:

- 1) Doskonalenie nawet drobnych obszarów działalności. Odbywa się ono nie tylko przez zmiany technologii pracy, ale również poprzez drobne usprawnienia. Przyczyną takiego podejścia jest zastosowanie rachunku efektywności, zgodnie z którym nie tylko duże inwestycje, które wiążą się z nakładami, procentują wyższą jakością, ale efekt ten osiągany jest także dzięki drobnym, oddolnym inicjatywom.
- 2) Właściwa motywacja pracowników, czyli taki proces, który wzmacnia zachowania człowieka tak, aby można było osiągnąć zamierzony efekt menedżerski. Jest to umiejętność wykorzystania zachowań człowieka do poprawy warunków funkcjonowania organizacji. Niewłaściwe motywowanie pracowników może być przyczyną problemów w utrzymaniu jakości pracy.
- 3) Synchronizacja pracy poszczególnych stanowisk, co pozwala minimalizować koszty organizacyjne. Praca nie jest wówczas destabilizowana przez ciągłe zmiany, a czas pracy jest maksymalizowany.

⁷ *Uncertain times: Kenneth Arrow and the changing economics of health care*, ed. P.J. Hammer Durham, London 2003, s. 8.

zawsze ogranicza niepożądane koszty, nie tylko finansowe, ale też społeczne. Istotne jest także powiązanie jakości działania z planami strategicznymi. Pomaga w tym dobór kilku najważniejszych zadań i koncentracja wysiłku na krytycznych z perspektywy progresywności aspektach działalności. Jest to zatem działanie mające na celu osiągnięcie długotrwałego sukcesu poprzez ustawiczne robienie postępów na drodze do poprawy jakości pracy⁸.

W zarządzaniu progresywnym szczególnie ważne jest uwzględnienie oddziaływań **poziomu lokalnego**, czyli zapewnienie aktywnego współdziałania i współudziału środowisk lokalnych w rozstrzyganiu o możliwości zaspokajania potrzeb społecznych. Poziom lokalny jest dlatego istotny, że występują tu silne więzi wynikające ze wspólnoty interesów i potrzeb, a także z poczucia zakorzenienia i przynależności do grupy, jaką jest rodzina, szkoła czy zakład pracy. Zarządzanie progresywne to sposób kształtowania oczekiwanego stanu przede wszystkim z uwzględnieniem opinii społecznej poziomu lokalnego. Tym samym problemy do rozwiązania nie są odgórnie narzucane i można precyzyjnie diagnozować potrzeby właśnie tego szczebla. Przyjęcie poziomu lokalnego za podstawowy planistyczny i aplikacyjny wymiar zarządzania dotyczy wszystkich społeczności, tzn. miejskich i wiejskich. Błędem jest przekonanie, że w społecznościach miejskich częściej niż wiejskich łatwiej jest o współdziałanie w podejmowaniu kluczowych dla danego środowiska decyzji, gdyż działają liczne stowarzyszenia, organizacje pozarządowe czy aktywne grupy społeczne będące wyrazicielami wspólnych interesów. Dzieje się tak przede wszystkim dlatego, że władze lokalne są bliżej problemów i potrzeb obywateli.

W ujęciu modelowym zarządzania progresywnego wraz ze współdziałaniem środowisk lokalnych idzie w parze rozpoznanie potrzeb, tzn. **diagnoza potrzeb** z uwzględnieniem uwarunkowań terytorialnych. Najpełniej dokonują jej właśnie podmioty lokalne. Należy mocno zaakcentować fakt, że stałe diagnozowanie potrzeb społecznych jest niezbędnym warunkiem efektywnego zarządzania. To stwierdzenie wynika z tego, że najpierw należy rozpoznać problem czy – w tym przypadku – potrzebę zdrowotną, aby później móc prawidłowo ją zaspokoić⁹.

Diagnoza potrzeb społecznych to materiał źródłowy do tworzenia strategii rozwoju krajowych, regionalnych i lokalnych, odnoszący się do oczekiwań ludności. Zatem diagnoza potrzeb jest początkiem dyskusji i ewentualnych zmian w dziedzinie zaspokajania potrzeb zdrowotnych. Znajomość tych potrzeb powinna przekładać się na rozwiązywanie licznych spraw społecznych. Należy podkreślić, że chodzi

⁸ D. Walters, *Operation management. Producing goods and services*, Essex 2002, s. 50–58.

⁹ J.N. Lavis, M.G. Wilson, A.D. Oxman, S. Lewin, A. Fretheim, *Support tools of evidence-informed health policymaking. Using research evidence to clarify a problem*, „Health Research Policy and Systems” 2009, 16 December (suppl. 1: 54).

tu o te potrzeby i ich zaspokajanie, które są typowe i specyficzne dla danej społeczności¹⁰. Dotyczą one licznych problemów, np. stanu środowiska, edukacji czy kształtowania opieki zdrowotnej na danym terenie. Jest to zarazem **podejście partycypacyjne**, które przejawia się artykułowaniem potrzeb w sposób demokratyczny i wspólnym rozwiązywaniem problemów. Partycypacja społeczna jest jednym z pojęć porterowskiej dyskursywnej analizy „wspólnej wartości”. Analiza ta jest częścią diagnozy rzeczywistości społecznej¹¹. Tylko partycypacyjne, a zarazem demokratyczne podejście, czyli takie, w którym dwie lub więcej stron współdziałają w przygotowaniu planów, zapewnia prawidłową realizację określonej – lokalnej, ale też regionalnej – polityki.

Podstawą partycypacji jest uznanie legalności wybranej demokratycznie władzy i partnerstwo władz z grupami i organizacjami mieszkańców. Opiera się ona właśnie na założeniu, że udział obywateli w zarządzaniu demokratycznym państwem nie powinien być ograniczony wyłącznie do udziału w wyborach. To w efekcie powoduje, że całe społeczności mają realną szansę na zaangażowanie się w rozwiązywanie wspólnych problemów, co jest ważne w procesie zarządzania¹². Skutkuje to bowiem sprawnym i efektywnym funkcjonowaniem z reguły więcej niż tylko jednej społeczności lokalnej, gdyż jednocześnie powoduje pełniejszą integrację ponadlokalnych środowisk. Integracja ta przekłada się na tworzenie i umacnianie więzi społecznych, gdyż dotyczy rozstrzygnięcia o prawidłowości zaspokajania potrzeb.

Podejście to ma, co warto podkreślić raz jeszcze, bezpośredni związek z poziomem lokalnym poprzez współdziałanie licznych środowisk w rozwiązywaniu ich istotnych problemów. Współdziałanie w decyzjach zwiększa odpowiedzialność za przyszły sposób zachowań i bezpieczeństwo społeczno-ekonomiczne regionu. Jest to stan oczekiwany w odniesieniu do wszystkich członków społeczności i oznacza tworzenie mechanizmów ułatwiających zaspokajanie rzeczywistych, a nie narzuconych odgórnie, nieistniejących, często fałszywych potrzeb.

Podsumowując, za przewagą zarządzania progresywnego spośród innych typów zarządzania przemawia fakt, że w tym modelu, po pierwsze, wykorzystywane są siły wspierające oddolną inicjatywę wraz z nakreśleniem potrzeb tejże społeczności, po drugie, zapewnia ono najskuteczniejsze wykorzystanie zasobów, gdyż przeznaczone są one właśnie na zaspokojenie prawidłowo zdiagnozowanych potrzeb.

¹⁰ A. Kurzynowski, *Polityka społeczna globalna i lokalna. Pożądane relacje* [w:] *Polityka społeczna. Globalna i lokalna*, red. A. Kurzynowski, Warszawa 1999, s. 29.

¹¹ M.E. Porter, M.R. Kramer, *The big idea. Creating shared value*, „Harvard Business Review” 2011, January/ February.

¹² E. Ostrom, *Governing the commons. The evolution of institutions for collective action*, Oxford 2010, s. 127.

3. PROGRESYWNOŚĆ W ZDROWIU PUBLICZNYM

Zdrowie publiczne rozumiane może być dwojako – w ujęciu aplikacyjnym lub teoretycznym. W **ujęciu aplikacyjnym** przejawiającym się jako zorganizowany wysiłek społeczny realizowany głównie przez wspólne działania instytucji publicznych, których celem jest przywracanie ludziom zdrowia, zdrowie publiczne rozumiemy jako leczenie chorób oraz rozwijanie takich mechanizmów społecznych, które zapewnią każdemu standard życia umożliwiający zachowanie i umacnianie zdrowia.

Nie można też pominąć tego, że zdrowie publiczne obejmuje, po pierwsze, takie rodzaje działalności, jak: analiza sytuacji zdrowotnej, nadzór zdrowotny, promocja zdrowia, zapobieganie chorobom zakaźnym i ich zwalczanie, szerzenie zasad higieny osobistej, ochrona środowiska i sanitacja, działania przygotowawcze na wypadek katastrof i nagłych sytuacji zdrowotnych, medycyna pracy¹³. W dziedzinie tej mieszczą się też, po drugie, wszelkie programy i świadczenia oraz, po trzecie, instytucje zajmujące się tą problematyką, które są ukierunkowane na zapobieganie chorobom i spełnianie potrzeb zdrowotnych populacji jako całości¹⁴.

W **ujęciu teoretycznym** przez zdrowie publiczne rozumiemy naukę badającą możliwości leczenia populacji ludzkiej. Nauka ta koncentruje się na: zapobieganiu chorobom, przedłużaniu życia, kontroli chorób zakaźnych, organizowaniu służb medycznych i opiekuńczych w celu wczesnego rozpoznawania schorzeń i zapobiegania im.

Cechą charakteryzującą zarządzanie progresywne w odniesieniu do zdrowia publicznego w aplikacyjnym rozumieniu jest **diagnoza potrzeb zdrowotnych**, które są zasadniczo odmienne od innych potrzeb społecznych. Efektywne zarządzanie występuje tylko wówczas, gdy zarządzający ma dobre i stale odnawiane diagnozy potrzeb zdrowotnych, które informują zarówno o stopniu ich zaspokojenia, jak i o niezaspokojonych potrzebach, które wcześniej czy później powinny być wzięte pod uwagę.

Potrzeby zdrowotne są różnie definiowane. Mogą być postrzegane jako stan zaistniały w wyniku stresu, starości, inwalidztwa, kalectwa, zachowań autodestrukcyjnych, w tym ryzyka zachorowania i śmierci. W świetle tej definicji potrzeba zdrowotna to stan związany z różnego typu dyskomfortem zdrowotnym, czyli brakiem zdrowia, który wymaga pewnej interwencji medycznej, aby go zniwelować lub zmniejszyć. Nie można jednak zgodzić się z tym, że potrzebą zdrowotną jest tylko specyficzny, niekorzystny stan. Jest to zbyt wąskie rozumienie, sprowadzone

¹³ Health Systems Strengthening Glossary, WHO, who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf (15.09.2015).

¹⁴ M. Porta, *A Dictionary of Epidemiology*, Oxford 2008, https://pl.wikipedia.org/wiki/Zdrowie_publiczne (10.09.2015).

do statycznego wymiaru egzystencji. Ponadto mowa jest też o „stanie braku”, co w odniesieniu do niniejszych rozważań oznacza brak zdrowia, chorobę, negatywną samoocenę własnego zdrowia. Brak ten powoduje, że pacjenci poszukują pomocy u specjalisty, aby przywrócić stan zdrowia do normy. Nieskorzystanie z pomocy mającej na celu usunięcie choroby może prowadzić do jej rozwoju¹⁵.

Istnieją różne klasyfikacje potrzeb zdrowotnych. Wyróżnić można potrzeby obiektywne – czyli określone przez specjalistów, i subiektywne – stwierdzone przez samego zainteresowanego, np. pacjent, który uzyskał pomoc medyczną, będzie miał poczucie zaspokojenia tej potrzeby¹⁶. Nie sposób ująć całej złożoności tego pojęcia pojawiającej się w tym podziale. Kolejna klasyfikacja potrzeb zdrowotnych dzieli je na: potrzeby niezidentyfikowane, w tym odłożone (oczekujące na zaspokojenie), potrzeby źle zaspokojone (zbyt późno lub niedbale) i generujące nowe potrzeby, powodujące z reguły wysokie koszty¹⁷. Potrzeby zgłoszone przez pacjentów lub stwierdzone przez lekarzy przy okazji innego badania wyznaczają zatem skalę zadań i wielkość niezbędnych środków w postaci przygotowanej bazy leczniczej i środków finansowych¹⁸.

Innym podejściem do potrzeb zdrowotnych, a zarazem sposobem ich klasyfikacji, jest definicja rozpatrująca i traktująca je zarówno jako popyt na zdrowie (potrzeby zdrowotne po stronie popytu), wynikający z obiektywnie istniejącego stanu zdrowia, jak i jako podaż usług zdrowotnych (potrzeby zdrowotne po stronie podaży), związana z korzystaniem z opieki zdrowotnej, czyli jako element działań naprawczych dotyczących praktyki ochrony zdrowia.

Potrzeby zdrowotne po stronie popytu dotyczą liczby usług lub świadczeń, które powinny być dostarczone społeczeństwu za pomocą systemu ochrony zdrowia. Są one wtedy zgłaszane przez pacjentów jako dolegliwość czy choroba, ewentualnie jako element zabezpieczenia przed chorobą. Ten stan można określić przez porównanie z sytuacją innych i odniesienie ich do zasad sprawiedliwości społecznej, czy jako różnicę, która powstaje między rzeczywistym a idealnym stanem zdrowia.

¹⁵ V. Korporowicz, *Zarządzanie progresywne – idea i pojęcia podstawowe* [w:] *Zarządzanie progresywne zdrowiem. Kierunki, strategie, metody*, red. V. Korporowicz, Warszawa 2015, s. 39.

¹⁶ Kolejny zakres dotyczy – ogólnie biorąc – efektów społecznych i organizacyjno-ekonomicznych, które możemy osiągnąć, wykorzystując wyniki diagnoz w dziedzinie ochrony zdrowia. W sumie efekty można ująć jako przekazanie społeczeństwu informacji o danej dziedzinie potrzeb zdrowotnych lub o potrzebach zdrowotnych w ogóle. Informacje te poruszają opinię publiczną. Mają zwykle nie tylko znaczenie informacyjne, lecz także wychowawcze, gdy dotyczy to np. problemu zdrowia dzieci.

¹⁷ J. Brandshow, *A Taxonomy of social needs* [w:] *Problems and progress in medical care. Essays on current research*, ed. G. McLuchlan, London 1972, s. 71–81.

¹⁸ A. Kurzynowski, *Diagnoza potrzeb zdrowotnych* [w:] *Zarządzanie progresywne zdrowiem. Kierunki, strategie, metody*, red. V. Korporowicz, Warszawa 2015, s. 49.

Są to zatem zgłoszone przez osoby, rodziny lub instytucje publiczne i niepubliczne objawy zmian w stanie zdrowia osób lub grup ludności¹⁹. Wymagają one pomocy podmiotów świadczących usługi medyczne umożliwiające powrót do zdrowia²⁰.

Natomiast potrzeby zdrowotne po stronie podaży to zorganizowana działalność, której celem jest utrzymywanie w dobrym stanie zdrowia członków społeczności przez zapobieganie chorobom i ich leczenie, również w wyniku szerzenia oświaty zdrowotnej. Skutkiem tej działalności jest poprawa stanu zdrowia, a w konsekwencji przedłużenie życia. Z takiej interpretacji wynika, że nie każda potrzeba ochrony zdrowia musi być zaspokojona. W tym ujęciu pod uwagę bierze się również to, czy w wyniku zastosowania odpowiednich procedur medycznych nastąpi poprawa stanu zdrowia oraz czy ich zastosowanie nie przekroczy dostępnych na ten cel środków. Jest to z kolei perspektywa ekonomiczna, która nie zawsze pokrywa się z perspektywą humanitarną czy etycznie pożądaną.

Podsumowując, trafna diagnoza potrzeb zdrowotnych, a następnie podjęcie właściwych i skutecznych interwencji są podstawą do osiągnięcia korzyści zarówno w skali globalnej, regionalnej czy lokalnej, jak i w wymiarze indywidualnym²¹. Wyniki diagnozy są wykorzystywane w opracowywanych strategiach dotyczących całego państwa oraz środowisk zarządzanych przez samorządy terytorialne. Ponadto diagnoza potrzeb oraz określanie na jej podstawie potrzeb zdrowotnych ludności stanowi punkt wyjścia do realizacji zadań podmiotów mających na celu ochronę zdrowia.

Zasadniczymi cechami zarządzania progresywnego w odniesieniu do zdrowia publicznego w aplikacyjnym ujęciu, poza wymienionymi czynnikami, tzn. kreatywnością postępowania i określeniem potrzeb zdrowotnych, jest **uwzględnienie oddziaływań poziomu lokalnego** jako swoistej analizy otoczenia lokalnego. W analizie tej bierze się pod uwagę zapewnienie aktywnego współdziałania środowisk lokalnych, nierozzerwalnie związanych z rozstrzygnięciem przez władze lokalne o istocie potrzeb zdrowotnych, oraz położenie istotnego nacisku na planowanie i podejmowanie decyzji dotyczących zdrowia zarówno w stosunku do poszczególnych osób, jak i zbiorowości na szczeblu lokalnym.

¹⁹ A. Pająk, *Szacowanie potrzeb zdrowotnych*, Kraków 2002; P. Goryński, B. Wojtyniak, *Ocena potrzeb zdrowotnych populacji*, „Polska Medycyna Rodzinna” 2002, nr 4(2).

²⁰ Przyjmuje się, że potrzeby zdrowotne to: zgłoszone przez osoby, rodziny lub instytucje publiczne i niepubliczne objawy zmian w stanie zdrowia osób lub grup ludności, wymagające pomocy podmiotów świadczących usługi medyczne umożliwiające powrót do zdrowia.

²¹ Poszukiwanie nowych, bardziej efektywnych metod diagnozowania jest wciąż ważnym zadaniem. Wiąże się z nim sprawa dostępu do źródeł informacji statystycznych i urzędowych, możliwość realizacji częstszych badań empirycznych oraz informowanie społeczeństwa o uzyskanych diagnozach.

Konsekwencją tego rozumienia roli organizacji lokalnych w progresywnym modelu zarządzania jest współudział w rozpoznawaniu, planowaniu i kolejno rozwiązywaniu licznych ważnych problemów środowiskowych. Dotyczy to głównie tych potrzeb i metod ich zaspokajania, które są specyficzne dla danej społeczności. Środowiska lokalne najlepiej znają własne potrzeby zdrowotne i dzięki temu najtrafniej mogą prowadzić własną politykę, zgodną z ogólnymi zasadami współzrządzenia. W takim kształcie zarządzanie progresywne może być szczególnie skuteczne, gdyż przyszłe działania i ich efekty będą uzyskane na podstawie rzeczywistych potrzeb zdrowotnych oraz wzmocnione przez aktywny współudział w planowaniu mieszkańców środowisk lokalnych.

Egzemplifikacją takiego podejścia, w którym uwzględniona jest rola i waga środowisk lokalnych w aktywnym określaniu potrzeb, jest praktyka szpitala Hartford w stanie Connecticut w USA. W misji tego szpitala wpisane zostało zapewnienie godnej opieki dla zróżnicowanej społeczności lokalnej, która wsparta jest pozyskaniem od tej społeczności informacji dotyczących warunków życia oraz jej potrzeb, a także czytelną komunikacją między społecznością lokalną i ponadlokalną a szpitalem²².

Wśród wymienionych wcześniej cech zarządzania progresywnego w odniesieniu do zdrowia publicznego w ujęciu aplikacyjnym jest **demokratyczne, w tym partycypacyjne, podejście**. Związane jest ono nie tylko ze współdecydowaniem dotyczącym diagnozy i zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych, które odbywa się na szczeblu lokalnym czy regionalnym, ale także z przyjęciem strategii dotyczącej samodzielnych decyzji co do kształtu zdrowia, które przejawiają się dbaniem o zdrowie swoje i swojego otoczenia, zawartym w idei promocji zdrowia. Promocja ta jest procesem umożliwiającym ludziom wgląd we własne zdrowie i mającym na celu jego poprawę, a także jej utrzymanie, oraz zmierzającym do zachowania zdrowia²³.

Promocja zdrowia to przede wszystkim proces, w którego trakcie następuje kształtowanie i korygowanie postaw zdrowotnych sprzyjających zdrowiu, dzięki którym ludzie uzyskują umiejętność dbania nie tylko o zdrowie własne, ale i o zdrowie innych osób. W zakres działań związanych z promocją zdrowia wchodzi też często pomijana edukacja zdrowotna, bez której nie można byłoby kształtować wiedzy i umiejętności dotyczących podnoszenia potencjału zdrowotnego.

Warto też podkreślić, że dyskusja toczy się nie tylko wokół rozumienia promocji zdrowia, ale głównie wokół zakresu i obszarów aktywności, które mają być nią objęte, oraz metod wdrażania i oceniania działań mających na celu poprawę stanu

²² <http://www.harthosp.org/AboutUs/MissionVisionValues/default.aspx> (22.03.2014).

²³ V. Korporowicz, *Promocja zdrowia. Kształtowanie przyszłości*, wyd. 2 zmienione, Warszawa 2008, s. 104.

zdrowia. Rezultatem tej dyskusji jest przejście od rozumienia promocji jako zmiany w indywidualnych stylach życia do rozumienia jej jako takich zachowań w całych grupach społecznych, najczęściej szczebla lokalnego, które kształtują umiejętność kontroli nad swoim zdrowiem w kontekście wpływu czynników społecznych i instytucjonalnych. Brane są pod uwagę wielorakie uwarunkowania zdrowia, z uwzględnieniem tych grup społecznych, które z powodu np. niskiego statusu społecznego nie mogą podołać wymaganiom zdrowotnego stylu życia. Nacisk kładzie się tu głównie na likwidowanie występujących różnicowań i nierówności społecznych, które mogą utrudniać rozwój zachowań zdrowotnych, a tym samym ograniczają możliwości dbania o własną kondycję zdrowotną²⁴.

Nadal nawiązując do wcześniej przedstawionej kreatywności w zarządzaniu progresywnym w ujęciu aplikacyjnym, tzn. dotyczącym leczenia, trzeba dodać, że charakterystycznym aspektem jest taki kierunek postępowania, który przejawia się całościową opieką nad pacjentem, z położeniem nacisku na osoby starsze i dzieci oraz w oparciu o kryterium choroby. Do tego niezbędna jest, poza oceną medyczną przypadku wykonaną przez lekarza, również ocena potrzeb i oczekiwań samego klienta. Na bazie tych ocen następuje świadczenie stosownych usług zdrowotnych, od intensywnej hospitalizacji związanej z ostrymi przypadkami, przez wizytę u lekarza, do wizyty w domu klienta.

Kolejną cechą kreatywnego, dynamicznego podejścia w progresywnym modelu zarządzania w odniesieniu do zdrowia publicznego, w aplikacyjnym rozumieniu, jest przeszkolenie całego białego personelu, w tym pielęgniarek, po to, aby był gotowy świadczyć usługi we wszystkich formach opieki. Następnie niezbędne jest zastosowanie badania poziomu satysfakcji klienta związanej z jakością świadczonych mu usług. Istotne jest też opracowanie systemu informatycznego, który będzie wspomagać opiekę nad pacjentem oraz analizować dane. Ten typ zarządzania został po raz pierwszy skutecznie zastosowany m.in. w Ośrodku Medycznym Nowej Anglii w Bostonie na wydziale pediatrycznym i hematologiczno-onkologicznym w latach 80. ubiegłego wieku²⁵. Obecnie system ten wdraża wiele placówek w Polsce, np. Grupa Lux Med.

W aplikacyjnym ujęciu zarządzania progresywnego w zdrowiu publicznym – mimo zbieżnych cech z zarządzaniem w innych sektorach, gdzie istotnym elementem jest planowanie i ustalanie celów oraz wybieranie środków i sposobów do ich osiągnięcia – występują różnice w stosunku do zarządzania innymi sektorami. Wynikają

²⁴ G. MacDonald, *A new evidence for health promotion practice*, „Health Educational Journal” 2000, No 59.

²⁵ S.M. Shortell, A.D. Kaluzny, *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, tłum. B. Matuszyńska, W. Warmiński, H. Zwolski, Kraków 2001, s. 23–24.

one z toku postępowania, z rozumienia organizacji oraz ze specyfiki świadczonych usług²⁶. Nie bez znaczenia jest też fakt, że pacjenci nie postępują tak samo jak typowi konsumenci. Wśród przyczyn tych różnic można wymienić to, że pacjenci:

- a) nie mogą poznać cech usługi czy produktu przed skonsumowaniem ich, gdyż występuje asymetria informacji,
- b) nie mają pełnej informacji, jaki rodzaj świadczeń byłby dla nich odpowiedni, przez co muszą zaufać profesjonalistom medycznym, tzn. występuje asymetria informacji,
- c) istnieje w dalszym ciągu trudność zrzeszania się pacjentów w przypadku nieodpowiedniego leczenia i walki o swoje prawa,
- d) mają trudność w rozpoznaniu dróg dochodzenia do zdrowia.

Cechą charakterystyczną progresywnego zarządzania w aplikacyjnym ujęciu jest **ustawiczne, nastawione na rozwój, kreatywne rozstrzygnięcie o kluczowych problemach organizacji**, co oznacza ciągłe poszukiwanie nowoczesnych kierunków postępowania²⁷. **Nastawienie na rozwój** przejawia się w szukaniu nietypowych rozwiązań. Taki sposób postępowania związany jest z ciągłymi zmianami, które wynikają ze stale rosnących potrzeb zdrowotnych i oczekiwań klientów. Zmiany te powodują, że podmioty medyczne muszą ewoluować, aby utrzymać się na rynku. Stąd wymóg ustawicznego dostosowywania się do istniejących warunków zewnętrznych i wewnętrznych. Istotą takiego podejścia jest z jednej strony – odrzucenie tego, co w przeszłości mogło być nawet efektywne, a z drugiej – świadomość, że nie ma jednej, stałej recepty na pokonanie konkurencji i utrzymanie się na rynku.

Progresywny model zarządzania zdrowiem publicznym w ujęciu aplikacyjnym jest obecnie bardzo pożądany, ponieważ zmienia się model medycyny z opieki naprawczej, tzn. leczenia ostrych przypadków chorobowych, na medycynę zapobiegawczą²⁸. Sama medycyna zapobiegawcza nie stanowi żadnej dyscypliny, lecz jest raczej punktem widzenia przyjętym przez różne, nie tylko medyczne, specjalizacje, swojego rodzaju „narzędziem” stosowanym w celu ograniczania chorób przez leczenie nieinwazyjne lub mało inwazyjne, niewymagające pobytu pacjenta w szpitalu²⁹.

²⁶ L.E. Swayne, W.J. Duncan, P.M. Ginter, *Zarządzanie w ochronie zdrowia*, red. nauk. wyd. polskiego J. Klich, Warszawa 2012, s. 22.

²⁷ A. Bowling, *Research methods in health. Investigating health and health service*, Philadelphia 1997, s. 21.

²⁸ Uważa się, że w opiece zdrowotnej medycyna naprawcza jest nieporównanie mniej skuteczna i bardziej kosztowna niż zapobiegawcza, a mimo to państwa nadal kładą nacisk przede wszystkim na nią i jednocześnie nie doceniają profilaktyki.

²⁹ Obejmuje m.in. farmakoterapię, fizjoterapię, terapię zajęciową oraz programy edukacyjne dla pacjentów (dieta, odpowiedni tryb życia). Przeciwnieństwem leczenia zachowawczego jest np. leczenie chirurgiczne.

Za podejściem zapobiegawczym przemawia fakt, że społeczeństwa mimo swojego rozwoju nie uwalniają się od chorób. Pojawiają się nowe schorzenia, a stare mogą zmieniać swoją formę, co powiązane jest, z jednej strony, z wydłużeniem trwania życia ludności, z drugiej zaś, z postępowaniem technicznym i technologicznym. Postęp ten poprawia możliwości diagnozy chorób oraz wpływa na pojawianie się nowych, skuteczniejszych metod ich leczenia, jednak często generuje wysokie koszty. Zmiany te mają swoje odbicie w metodach świadczenia usług zdrowotnych, które proponują ciągłą opiekę zorientowaną na utrzymanie i promowanie zdrowia.

Kolejną cechą progresywności w aplikacyjnym ujęciu jest **problem podnoszenia jakości**. Przykładem systemu jakości wdrożonego w tym sektorze jest program Światowej Organizacji Zdrowia wspierający kraje członkowskie w poprawie funkcjonowania szpitali. Mowa tu o programie nazwanym Narzędzia dla Oceny i Poprawy Jakości w Szpitalach (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals – PATH). Uczestniczące w nim szpitale gromadzą dane dotyczące ich funkcjonowania, co ułatwia ocenę jakości pracy całego personelu szpitala oraz identyfikację obszarów wymagających poprawy³⁰. Program ten wspiera nie tylko narzędzia do zbierania danych, ale jest także pomocny w interpretacji wyników, odnosząc je do warunków lokalnych. Ponieważ program zrzesza szpitale z całego świata, to pozwala na:

- działania naprawcze wykorzystujące doświadczenia najlepszych szpitali na świecie,
- wymianę doświadczeń,
- wzajemne uczenie się³¹.

Innym przykładem programu, który jest pomocny przy wdrażaniu polityki jakości w ochronie zdrowia, jest system PASAT (Pakiet Satysfakcja). Jest to narzędzie przygotowane przez Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie (CMJ) i skierowane do tych organizacji, które chcą wykorzystywać badania opinii pacjentów jako instrument w doskonaleniu jakości. Narzędzie to – w oparciu o zaprojektowane kwestionariusze ankiet oraz programy do analizy zebranych danych – ułatwia analizę danych³².

³⁰ W programie określono następujące aspekty funkcjonowania szpitala: 1) efektywność kliniczną i bezpieczeństwo opieki, 2) efektywność ekonomiczną, 3) kadry i bezpieczeństwo pracowników, 4) zarządzanie z uwzględnieniem potrzeb otoczenia, 5) orientację na pacjenta. Do każdego z tych aspektów przypisano po kilka wskaźników (np. do efektywności ekonomicznej przypisano długość pobytu przy różnych schorzeniach oraz efektywność wykorzystania bloku operacyjnego), <http://www.cmj.org.pl/who/path.php> (23.04.2014).

³¹ http://www.pathqualityproject.eu/what_is_path.html (3.04.2014).

³² Stworzono trzy wersje narzędzi, umożliwiające badanie satysfakcji odmiennych grup pacjentów:

- pasat hospit1 – pacjentów hospitalizowanych,
- pasat pediatria – skierowane do rodziców leczonych dzieci,
- pasat poz – pacjentów leczących się w przychodniach poz lub specjalistycznych bądź w praktykach lekarskich.

Ujemną stroną programu jest brak wsparcia podmiotów w interpretowaniu wyników oraz planowaniu działań naprawczych.

Ocena programów wdrażania jakości w ochronie zdrowia nie jest jednoznaczna. Są one pomocne, ale koncentrują się tylko na tradycyjnym wymiarze jakości usług zdrowotnych, co może prowadzić do dysfunkcji organizacji. Problem mogą stanowić:

- 1) Zbyt wąskie pojmowanie usługi. Koncentracja na jednym aspekcie świadczenia usługi, który jest opisany przez parametry techniczne, może wypaczyć sens jakości. Parametry techniczne to tylko jedna, obok zjawisk niematerialnych (praca personelu, zaufanie, więź z pacjentem, indywidualne podejście), ze składowych usługi zdrowotnej³³.
- 2) Rozbieżność między zgodnością ze specyfikacją jakości a opiniami pacjentów. Ocena pacjenta zawsze jest subiektywna, różne też mogą być jego oczekiwania. Standaryzacja zaś odgórnie narzuca znaczenie poszczególnych elementów usługi.
- 3) Pokusa realizowania usługi jedynie zgodnie ze specyfikacją, bez uwzględnienia indywidualnych potrzeb klienta.
- 4) Doskonalenie jednego sposobu wykonania usługi, na której opiera się system normatywny. Realizowanie właściwego, zgodnego ze standardem sposobu świadczenia danej usługi, bez pozostawienia miejsca na indywidualny dobór zgodny z oczekiwaniami i potrzebami klienta.
- 5) Ograniczenie indywidualizacji – normalizacja usług prowadzi do popadania personelu w rutynę³⁴.

Wszystkie z wymienionych aspektów mogą negatywnie wpływać na sprawny tryb zarządzania sektorem ochrony zdrowia.

4. PODSUMOWANIE

Progresywność stanowi przeciwieństwo schematyzmu, konserwatyizmu, zachowawczości, stagnacji i tradycjonalizmu. Jest to podejście „wyzwalające” (*liberating*), inaczej „postępujące” (*progressive*), a przede wszystkim „rozwojowe” (*developing*)³⁵. Zarządzanie progresywne natomiast to proces, w którym uwzględnia się oddziaływanie poziomu lokalnego, gdzie szczególnie ważna jest partycypacja społeczna. Jego celem jest osiągnięcie długotrwałego sukcesu poprzez precyzyjną diagnozę potrzeb społecznych.

³³ Należy pamiętać, że produkt usługowy składa się z wielu procesów, dzięki czemu może być osiągnięty efekt synergii.

³⁴ K. Szołtysek, *Zarządzanie jakością*, część 1, *Systemy jakości w organizacji*, Wrocław 2005, s. 55–56.

³⁵ M. Hammer, J. Michael, *The agenda, what every business must do to dominate the decade*, New York 2001, s. 1–2.

Zarządzanie progresywne zdrowiem publicznym w aplikacyjnym ujęciu – z uwagi na specyfikę sektora medycznego – to filozofia kierowania, która podlega ciągłym zmianom, gdyż rozwija się ona sama i jednocześnie wpływa na rozwój swojego otoczenia lokalnego przez odwoływanie się do istniejących potrzeb zdrowotnych. Cechą charakterystyczną takiego zarządzania jest permanentne, nastawione na rozwój, kreatywne rozstrzygnięcie o kluczowych problemach organizacji o charakterze medycznym, co oznacza ciągłe poszukiwanie nowoczesnych kierunków postępowania. Podsumowując, jest to postrzeganie zarządzania jako demokratycznego i partycypacyjnego procesu, który przejawia się w umiejętności członków społeczności dbania o swoje zdrowie oraz w umiejętności artykułowania potrzeb zdrowotnych.

W zarządzaniu progresywnym istotną rolę w procesie leczenia odgrywają dostawcy usług medycznych. Nie zachowują się oni tak samo jak inni przedsiębiorcy. Wśród powodów można wymienić to, że:

- a) inwestycje w sferze medycznej są ograniczane wysokimi barierami wejścia i wyjścia,
- b) reklama i jawna konkurencja są w branży medycznej zakazane,
- c) kodeks etyki lekarskiej nakazuje służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu oraz przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom,
- d) świadczeniodawcy powinni nieść pomoc wszystkim chorym, niezależnie od istniejących między nimi różnic majątkowych, co powoduje, że zysk nie powinien być głównym celem pracy lekarzy,
- e) rośnie świadomość pacjentów.

Wymienione cechy, które charakteryzują świadczeniodawców, wskazują, że zarówno cały sektor ochrony zdrowia, jak i podmioty lecznicze mają szczególnie utrudnione funkcjonowanie w warunkach gospodarki rynkowej. Organizacje medyczne istnieją w dynamicznym otoczeniu podatnym na zmiany technologiczne i dużą konkurencyjność. Mają też różne zadania i cele do zrealizowania, co wpływa na zróżnicowane profile działalności i zróżnicowane zasoby ludzkie, dzięki którym można te zadania realizować.

LITERATURA

- Bowling A., *Research methods in health. Investigating health and health service*, Philadelphia 1997, s. 21.
- Brandshow J., *A Taxonomy of social needs [w:] Problems and progress in medical care. Essays on current research*, ed. G. McLuchlan, London 1972.
- Business process change management. ARIS in practice*, Berlin 2003.
- Fleisher C., Bensensson B., *Business and competitive analysis. Effective application of new and classic methods*, New Jersey 2008.

- Folland S., *The economics of health and health care*, New York 2001.
- Goryński P., Wojtyński B., *Ocena potrzeb zdrowotnych populacji*, „Polska Medycyna Rodzinna” 2002, nr 4(2).
- Hammer M., Michael J., *The agenda, what every business must do to dominate the decade*, New York 2001.
- Hamrol A., *Zarządzanie jakością z przykładami*, Warszawa 2005, s. 67.
- Hofer Ch.W., Schendel D.E., *Strategy formulation. Analytical concepts*, St. Paul 1978.
- Jackson J.E., Klich J., Poznańska K., *Nowe przedsiębiorstwa w transformacji gospodarki polskiej*, „Gospodarka Narodowa” 2000, nr 5–6.
- Korporowicz V., *Promocja zdrowia. Kształtowanie przyszłości*, wyd. 2 zmienione, Warszawa 2008, s. 104.
- Korporowicz V., *Zarządzanie progresywne – idea i pojęcia podstawowe [w:] Zarządzanie progresywne zdrowiem. Kierunki, strategie, metody*, red. V. Korporowicz, Warszawa 2015.
- Korporowicz V., *Zdrowie w teorii ekonomii [w:] Zarządzanie systemem ochrony zdrowia. Aspekty ekonomiczno-społeczne*, red. nauk. V. Korporowicz, Warszawa 2011.
- Kurzynowski A., *Diagnoza potrzeb zdrowotnych [w:] Zarządzanie progresywne zdrowiem. Kierunki, strategie, metody*, red. V. Korporowicz, Warszawa 2015.
- Kurzynowski A., *Polityka społeczna globalna i lokalna. Pożądane relacje [w:] Polityka społeczna. Globalna i lokalna*, red. A. Kurzynowski, Warszawa 1999.
- Lavis J.N., Wilson M.G., Oxman A.D., Lewin S., Fretheim A., *Support tools of evidence-informed health policymaking. Using research evidence to clarify a problem*, „Health Research Policy and Systems” 2009, 16 December (suppl. 1: 54).
- MacDonald G., *A new evidence for health promotion practice*, „Health Educational Journal” 2000, No 59.
- Morris S., Devlin N., Parkin D., *Ekonomia w ochronie zdrowia*, tłum. E. Nojszewska, M. Próchniak, P. Ciżowicz, Warszawa 2012.
- Ostrom E., *Governing the commons. The evolution of institutions for collective action*, Oxford 2010.
- Pająk A., *Szacowanie potrzeb zdrowotnych*, Kraków 2002.
- Porta M., *A Dictionary of Epidemiology*, Oxford 2008, https://pl.wikipedia.org/wiki/Zdrowie_publiczne (10.09.2015).
- Porter M.E., Kramer M.R., *The big idea. Creating shared value*, „Harvard Business Review” 2011, January–February.
- Shortell S.M., Kaluzny A.D., *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, tłum. B. Matuszyńska, W. Warمیński, H. Zwolski, Kraków 2001.
- Swayne L.E., Duncan W.J., Ginter P.M., *Zarządzanie w ochronie zdrowia*, red. nauk. wyd. polskiego J. Klich, Warszawa 2012.
- Szołtysek K., *Zarządzanie jakością, część 1, Systemy jakości w organizacji*, Wrocław 2005.
- Uncertain times: Kenneth Arrow and the changing economics of health care*, ed. P.J. Hammer, D. Haas-Wilson, M.A. Peterson, W.M. Sage, Durham, London 2003.
- Walters D., *Operation management. Producing goods and services*, Essex 2002.
- Włodarczyk W.C., *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Warszawa 2010.
- Zarządzanie progresywne zdrowiem. Kierunki, strategie, metody*, red. V. Korporowicz, Warszawa 2015.

STRESZCZENIE

Zarządzanie progresywne można określić jako filozofię kierowania, której celem jest ustawiczne, nastawione na rozwój, kreatywne i nowatorskie rozstrzygnięcie o kluczowych problemach organizacji na różnych poziomach jej integracji, przez m.in. badanie zjawisk na poziomie lokalnym. Jest to poszukiwanie nowoczesnych, innowacyjnych metod postępowania, w których artykułowane są w sposób demokratyczny potrzeby społeczne i istotne jest wspólne rozwiązywanie problemów, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb środowiskowych.

W zarządzaniu progresywnym zdrowiem publicznym podnosi się ponadto szczególnie znaczenie kreatywnego rozstrzygnięcia o kluczowych problemach organizacji, poprzez m.in. stałe badanie potrzeb i podnoszenie kwalifikacji całego personelu. W tym przypadku mówi się nawet o zarządzaniu ponad barierami. Tutaj – z uwagi na sposób postępowania i rozumienie organizacji oraz specyfikę świadczonych usług – występują różnice w stosunku do zarządzania innymi sektorami. Wynikają one z tego, że pacjenci nie postępują tak samo jak typowi konsumenci, gdyż nie mają pełnej informacji, jaki rodzaj świadczeń byłby dla nich odpowiedni, przez co muszą zaufać profesjonalistom medycznym, tzn. występuje asymetria informacji.

Również podmioty lecznicze nie zachowują się tak samo jak inne przedsiębiorstwa. Wśród powodów można wymienić to, że inwestycje w sferze medycznej są ograniczane wysokimi barierami wejścia i wyjścia, reklama i jawna konkurencja są w branży medycznej zakazane, kodeks etyki lekarskiej nakazuje służyć życiu oraz zdrowiu ludzkiemu i przeciwdziałać cierpieniu oraz zapobiegać chorobom. Wymienione cechy, które charakteryzują świadczeniodawców, wskazują na to, że cały sektor zdrowia publicznego, w tym i podmioty lecznicze, ma utrudnione funkcjonowanie w warunkach gospodarki rynkowej.

Słowa kluczowe: diagnoza potrzeb zdrowotnych, ochrona zdrowia, promocja zdrowia, zarządzanie progresywne, zdrowie publiczne

SUMMARY

Progressive management in public health

Progressive management may define, as a form of direction philosophy whose goal is constantly geared towards development, a creative and innovative determiner for key organisational problems at various levels of an organisation's integration, through, among other things, the testing of phenomenon at a local level. This is a search for modern, innovative methods of action, in which social needs are articulated in

a democratic way and where of importance is the joint solution of problems, with particular attention being paid to the needs of social environments.

Within the progressive management of public health the importance of the creative settlement of key problems within the organisation takes on a heightened significance; this being through, among other things, the constant monitoring of needs and the raising of the qualifications of the entire personnel. In this case one may even talk of management over barriers. Here – as a result of the means of conduct and the understanding of organisations as well as the specifics of the services provided – there occur differences in relation to the management that occurs in other sectors. These result from the fact that patients do not act in the same way as typical consumers, as they do not have complete information as to what treatments would be appropriate for them, and consequently they have to trust medical professionals whereby there occurs an asymmetry in information.

Equally the medical subjects themselves do not behave in the same way as other enterprises. One may mention here as reasons the fact that investments within the medical sphere are limited by high entrance and exit barriers, advertising and open competition are forbidden within the medical field, the medical code of ethics makes the medical profession swear to serve life and human health and to counter suffering as well as prevent illnesses. The traits listed which characterise those who provide services show how the entire public health service, including medical entities, have difficulties with functioning in market economy conditions.

Key words: diagnosis of health needs, health protection, health promotion, progressive management, public health

MACIEJ JANKOWIAK

*Niepełnosprawność
i niezdolność do pracy
jako przedmiot
zabezpieczenia społecznego*

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

1. WSTĘP

W szerokim ujęciu na zabezpieczenie społeczne składają się działania publiczne, które mają chronić członków społeczeństwa przed niezaspokojeniem ważnych potrzeb, w tym przed utratą dochodów¹. Postępowanie w ramach tak rozumianego zabezpieczenia społecznego może być podejmowane przez różne podmioty publiczne, zwłaszcza przez instytucje państwa i organy samorządu terytorialnego. Działania z dziedziny zabezpieczenia społecznego, realizowane przez poszczególne podmioty, powinny mieć charakter uporządkowany i uzupełniający się, tak aby podmioty te wspólnie realizowały założone cele. W takim ujęciu można mówić o systemie zabezpieczenia społecznego w skali całego państwa. Zabezpieczenie społeczne może być realizowane za pomocą trzech metod: opiekuńczej, zaopatrzeniowej i ubezpieczeniowej. Zakres wykorzystania poszczególnych metod, z uwzględnieniem metody dominującej, określa charakter systemu zabezpieczenia społecznego.

W węższym znaczeniu zabezpieczenie społeczne ma stanowić ubezpieczenie przed ryzykiem wystąpienia zdarzeń losowych prowadzących do niedostatku². W tej koncepcji główną kategorią pozwalającą na zdefiniowanie zakresu przedmiotowego zabezpieczenia staje się pojęcie ryzyka społecznego, rozumianego jako groźba utraty zasobów jednostki³. W katalogu ryzyk społecznych, obok takich jak między innymi ryzyko choroby, bezrobocia, starości, znajduje się także ryzyko niepełnosprawności (inwalidztwa – w biologicznym rozumieniu tego pojęcia)⁴. Niepełnosprawność może powodować ograniczenie bądź utratę dochodów z pracy, dlatego zagrożenie jej wystąpieniem staje się istotnym przedmiotem zabezpieczenia społecznego.

Zakres pojęcia niepełnosprawności może być określany w zależności od celu, jakiemu ma służyć definicja⁵. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w dokumencie „Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia” (International classification of functioning, disability and health – ICF) z 2001 r. podaje, że niepełnosprawność to „skutek lub wynik złożonych wzajemnych związków pomiędzy

¹ Por. J. Piotrowski, *Zabezpieczenie społeczne. Problematyka i metody*, Warszawa 1964, s. 17; M. Hill, *Polityka społeczna we współczesnym świecie. Analiza porównawcza*, Warszawa 2010, s. 84.

² Por. M. Zieleniecki, *Pojęcie zabezpieczenia społecznego [w:] Zabezpieczenie społeczne w Unii Europejskiej*, S. Majkowska-Szulc, M. Tomaszewska, M. Zieleniecki, Warszawa 2012, s. 15–18.

³ Por. T. Szumlicz, *Ubezpieczenie społeczne, teoria dla praktyki*, Bydgoszcz–Warszawa 2006, s. 80.

⁴ Por. G. Uścińska, *Ryzyko jako przesłanka ochrony w systemie zabezpieczenia społecznego*, „Polityka Społeczna” 2013, nr 11–12 (476–477), s. 3–9; T. Szumlicz, *Ubezpieczenie społeczne, teoria dla praktyki, op. cit.*, s. 80–81; T. Szumlicz, *System zabezpieczenia emerytalnego [w:] Polityka społeczna*, red. A. Kurzynowski, Warszawa 2003, s. 186; I. Jędrasik-Jankowska, *Ubezpieczenie społeczne, t. 2 Ubezpieczenie rentowe, ubezpieczenie emerytalne*, Warszawa 2003, s. 34.

⁵ Por. M. Lejzerowicz, I. Książkiewicz, *Osoba z niepełnosprawnością a instytucje pomocowe*, Wrocław 2012, s. 11–12.

stanem zdrowia jednostki i (jej) czynnikami osobowymi a czynnikami zewnętrznymi, czyli warunkami, w jakich jednostka żyje”⁶. Definicja ta podkreśla kompleksowy charakter pojęcia niepełnosprawności, w tym jej wymiar biologiczny (możliwości funkcjonalne danej osoby, uwarunkowane między innymi stanem jej zdrowia) oraz społeczny (warunki, w jakich ta osoba funkcjonuje)⁷. Proponowany przez WHO w ICF „Model funkcjonowania i niepełnosprawności” opiera się na wielowymiarowych interakcjach pomiędzy stanem zdrowia jednostki a czynnikami kontekstowymi (osobowymi i środowiskowymi), co warunkuje osiągalny poziom aktywności danej osoby. Model łączy w sobie ujęcie medyczne i społeczne niepełnosprawności, co pozwala na uzyskanie spójnego obrazu funkcjonowania na poziomach: biologicznym, jednostkowym i społecznym⁸.

Jedną z postaci aktywności człowieka jest podejmowanie przez niego pracy zarobkowej. Praca jako przejaw aktywności życiowej jednostki ma kilka aspektów. Po pierwsze – możliwość i zakres jej wykonywania zależy od stanu biologicznej sprawności danej osoby, wrodzonych predyspozycji, ograniczeń zdrowotnych, a także nabytych umiejętności. Po drugie – praca jest często wykonywana zbiorowo albo przynajmniej w kontakcie z innymi osobami i w ten sposób staje się jednym ze sposobów uczestniczenia człowieka w życiu społecznym. Wreszcie praca jest źródłem dochodu jednostki, niezbędnego do zapewnienia warunków dalszej egzystencji i rozwoju; brak możliwości wykonywania pracy może prowadzić do niedostatku, wymagającego zastosowania środków wsparcia z systemu zabezpieczenia społecznego. Zestawienie ograniczeń biologicznych (zdrowotnych) z wymaganiami wykonywania zawodu może stanowić podstawę do oceny stopnia zdolności do podejmowania aktywności zawodowej przez daną osobę, czyli oceny jej zdolności do pracy.

2. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ I NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY W PRAKTYCE ORZECZNICZEJ

W praktyce orzeczniczej stosowane są przede wszystkim definicje niepełnosprawności i niezdolności do pracy zawarte w ustawodawstwie. W rozumieniu polskiego ustawodawcy niepełnosprawność oznacza „trwałą lub okresową niezdolność do

⁶ Światowa Organizacja Zdrowia, *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*, tłum. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Geneva 2001, s. 17.

⁷ Światowa Organizacja Zdrowia, *Projekt Globalnego Planu Działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014–2021: Lepsze zdrowie dla wszystkich osób niepełnosprawnych. Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, nr IV/2014(13), s. 45; A. Wilmowska-Pietruszyńska, D. Bilski, *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, nr IV/2014(13), s. 5–20.

⁸ Światowa Organizacja Zdrowia, *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*, *op. cit.*, s. 18–20.

wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy” (art. 2 pkt 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych)⁹. Ustawodawca przewidział trzy stopnie niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany i lekki (art. 3). W znacznym stopniu niepełnosprawności dochodzi do naruszenia sprawności organizmu, powodującego niezdolność do pracy albo zdolność do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i powodującego konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych (art. 4 ust. 1). Umiarkowany stopień niepełnosprawności charakteryzuje się niezdolnością do pracy albo zdolnością do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub koniecznością czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych (art. 4 ust. 2). W lekkim stopniu niepełnosprawności dochodzi do istotnego obniżenia zdolności do wykonywania pracy w porównaniu do osoby o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną lub mającej ograniczenia dające się kompensować (art. 4 ust. 3). W omawianej ustawie zdefiniowana została również niezdolność do samodzielnej egzystencji jako „naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokajanie bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się i komunikację” (art. 4 ust. 4). Orzekaniem o stopniu niepełnosprawności zajmują się powiatowe (pierwsza instancja) i wojewódzkie (druga instancja) zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności (art. 6 ust. 1).

Jak wynika z podanych w omawianej ustawie definicji niepełnosprawności i poszczególnych jej stopni, ustawodawca jako podstawowe kryterium oceny przyjmuje stopień zaburzeń funkcjonowania danej osoby w otoczeniu społecznym. Zaburzenie to może dotyczyć zarówno ograniczenia w zdolności do wykonywania pracy, jak i ograniczeń w pełnieniu innych ról społecznych. Ocenie podlega również trwałość zaburzeń (by stwierdzić niepełnosprawność, konieczne jest, aby miały one charakter długotrwały albo stały).

Węższe znaczenie niż niepełnosprawność ma pojęcie niezdolności do pracy¹⁰. W ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych¹¹ znajduje się definicja niezdolności do pracy. Według ustawodawcy

⁹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 1997 r. nr 123, poz. 776 z późn. zm.).

¹⁰ Por. K. Antonów, *Renta z tytułu niezdolności do pracy* [w:] *Ryzyko niezdolności do pracy w zabezpieczeniu społecznym*, red. U. Jackowiak, R. Ziółkowska, Gdańsk 2006, s. 52–65.

¹¹ Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 1998 r. nr 162, poz. 1118 z późn. zm.).

„niezdolną do pracy (...) jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu” (art. 12 ust. 1 ustawy). Ustawodawca przewidział dwa stopnie niezdolności do pracy: całkowitą i częściową. Całkowita niezdolność do pracy oznacza utratę zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy, częściowa niezdolność do pracy to utrata w znacznym stopniu zdolności do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji (art. 12 ust. 2 i 3). W ustawie niezdolność do pracy jest więc traktowana jako ograniczenie funkcjonowania społecznego danej osoby w zakresie podejmowania ról zawodowych. Takie ujęcie niezdolności do pracy odchodzi od perspektywy czysto biologicznej (rozumianej jako upośledzenie funkcji fizycznej lub psychicznej organizmu danej osoby) i zbliża się do podejścia zaproponowanego przez WHO w społecznym modelu niepełnosprawności, w którym dysfunkcja biologiczna organizmu jest zestawiana z czynnikami kontekstowymi (czyli właściwościami otoczenia społecznego umożliwiającymi integrację osoby z dysfunkcją bądź tworzącymi dla niej bariery).

W procesie orzekania o niezdolności do pracy należy w pierwszej kolejności ocenić stan zdrowia danej osoby i związany z tym stopień upośledzenia sprawności organizmu oraz możliwość poprawy sprawności pod wpływem dalszego leczenia (w tym rehabilitacji), a także kwalifikacje zawodowe (zawód wyuczony) i doświadczenie zawodowe (dotychczas wykonywane prace) osoby badanej¹². W kolejnym etapie orzekania dochodzi do zestawienia ustalonego stopnia sprawności organizmu z kwalifikacjami i doświadczeniem zawodowym oraz do oceny możliwości wykonywania dotychczasowej pracy, co jest podstawą do orzekania o stopniu niezdolności do pracy.

Dla ustalenia niezdolności do pracy istotne jest stwierdzenie, że ograniczenie sprawności ma charakter stały bądź długotrwały, a nie – jedynie czasowy (przejściowy, z możliwością szybkiej poprawy sprawności)¹³. W przypadku stwierdzenia ograniczeń w wykonywaniu pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami i dotychczasowym doświadczeniem zawodowym należy rozważyć możliwość przekwalifikowania zawodowego, co może pozwolić na powrót do aktywności zawodowej¹⁴. Orzeczenie

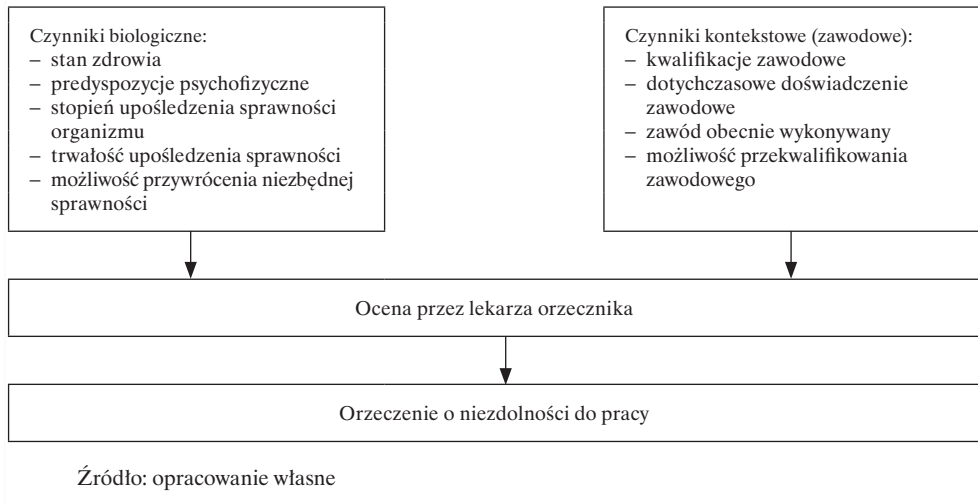
¹² Por. M. Lipowska, G. Wawrzyńczyk-Kaplińska, *Wykonywanie zawodu a ocena niezdolności do pracy* [w:] *Standardy orzecznictwa lekarskiego ZUS*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2013, s. 7–14.

¹³ Por. H. Pławucka, *Ryzyko niezdolności do pracy dla celów rentowych – konstrukcja i treść* [w:] *Niezdolność do pracy jako ryzyko w społecznym ubezpieczeniu rentowym*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Polskie Stowarzyszenie Ubezpieczenia Społecznego, Warszawa–Chorzów 2014, s. 31–54.

¹⁴ Por. M. Lipowska, *Zasady orzekania o celowości przekwalifikowania zawodowego* [w:] *Standardy orzecznictwa lekarskiego ZUS, op. cit.*, s. 15–20.

o niezdolności do pracy wydaje lekarz orzecznik. Proces orzekania o niezdolności do pracy przedstawiono na schemacie 1.

Schemat 1. Proces orzekania o niezdolności do pracy



W obecnym stanie prawnym niepełnosprawność i niezdolność do pracy, pomimo że dotyczą pokrewnych pojęć, są definiowane w odrębnych ustawach. Powoduje to pewną niespójność podanych przez ustawodawcę definicji oraz wynikającą z tego rozbieżność w praktyce orzeczniczej. Ta sama osoba może być odmiennie oceniana w świetle ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Zmniejsza to czytelność ustaleń orzecznich w odbiorze osób zainteresowanych. Do rozważenia jest dalszy rozwój ustawodawstwa w kierunku większej integracji systemu definicji używanych w orzecznictwie lekarskim.

Osoby niepełnosprawne, w tym niezdolne do pracy, częstokroć wymagają wsparcia ze strony społeczeństwa w celu osiągnięcia zadowalającego poziomu aktywności życiowej i uczestnictwa w życiu społecznym. W ramach polityki społecznej państwa i systemu zabezpieczenia społecznego wobec osób niepełnosprawnych prowadzone są działania mające poprawić ich funkcjonowanie. Działania te należy oceniać między innymi pod względem osiąganego stopnia zabezpieczenia potrzeb materialnych oraz umożliwienia integracji z pozostałymi członkami społeczeństwa¹⁵. Duże znaczenie mają ułatwienia w dostępie do zatrudnienia –

¹⁵ Por. B. Kołaczek, *Jaki model polityki społecznej wobec osób niepełnosprawnych*, „Polityka Społeczna” 2011, nr 9 (450), s. 8–12.

w tym na otwartym rynku pracy¹⁶. Zatrudnienie pozwala osobie niepełnosprawnej na uzyskiwanie dochodów z pracy, co poprawia jej sytuację bytową. Aktywność zawodowa sprzyja też lepszej integracji społecznej, przeciwdziała izolacji i wykluczeniu społecznemu. Osoby niepełnosprawne o ograniczonych możliwościach podejmowania pracy zarobkowej, po spełnieniu odpowiednich wymagań, mogą stać się odbiorcami świadczeń z tytułu niezdolności do pracy, realizowanych w ramach systemu zabezpieczenia społecznego.

3. RENTA Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY JAKO ŚWIADCZENIE Z ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

Orzeczenie niezdolności do pracy jest przesłanką (przy spełnionych warunkach formalnych, takich jak wymagany okres podlegania ubezpieczeniu rentowemu oraz nieprzekroczony okres powstania niezdolności do pracy w stosunku do okresu podlegania ubezpieczeniu) przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy¹⁷. Jest to świadczenie, które ma za zadanie kompensować straty w związku z zaistnieniem ryzyka niezdolności do pracy (utruty dochodów z pracy zarobkowej)¹⁸. Świadczenia rentowe z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych realizuje Zakład Ubezpieczeń Społecznych¹⁹. Renty rolnicze z tytułu niezdolności do pracy obsługuje Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Renty służb mundurowych oraz uposażenia sędziów i prokuratorów są wypłacane przez Ministerstwo Obrony Narodowej, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Ministerstwo Sprawiedliwości²⁰. Renty z tytułu niezdolności do pracy realizowane są metodą ubezpieczeniową, natomiast renty służb mundurowych oraz uposażenia sędziów i prokuratorów – metodą zaopatrzeniową²¹. W celu zilustrowania zagadnienia występowania niezdolności do pracy na s. 88–89 przedstawiono kilka zestawień statystycznych.

¹⁶ Por. M. Szablowska, *Wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych w zakresie dostępu do zatrudnienia na otwartym rynku pracy*, „Polityka Społeczna” 2013, nr 10 (475), s. 20–25.

¹⁷ Art. 57 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, *op. cit.*; art. 21 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz.U. z 1991 nr 7, poz. 24 z późn. zm.).

¹⁸ Por. T. Szumlisz, *Ubezpieczenie społeczne, teoria dla praktyki*, *op. cit.*, s. 222–226.

¹⁹ Art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 1998 nr 137, poz. 887 z późn. zm.).

²⁰ Ustawa z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin; ustawa z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin.

²¹ Por. I. Jędrasik-Jankowska, *Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego*, Warszawa 2014, s. 26.

W tabeli 1 przedstawiono przeciętną miesięczną liczbę rent z tytułu niezdolności do pracy wypłacanych w Polsce w latach 2012 i 2013. W 2012 r. wypłacano 1377,2 tys. rent (w tym z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych 1121,3 tys. i z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego 220,3 tys.), a w 2013 r. – 1326,0 tys. rent (w tym z ZUS 1074,7 tys. i z KRUS 216,4 tys.)²². Liczba rent wypłacanych przez Ministerstwo Obrony Narodowej, Ministerstwo Sprawiedliwości i Ministerstwo Spraw Wewnętrznych była zdecydowanie mniejsza niż rent z ZUS i KRUS. W analizowanym okresie obserwowano spadek liczby wypłacanych świadczeń rentowych.

Tabela 1. Przeciętna miesięczna liczba rent z tytułu niezdolności do pracy w Polsce (w tys.)

| Renty z tytułu niezdolności do pracy | 2012 | 2013 | 2012 = 100% |
|--------------------------------------|--------|--------|-------------|
| ZUS | 1121,3 | 1074,7 | 95,8% |
| KRUS | 220,3 | 216,4 | 98,2% |
| Pozostałe renty* | 35,6 | 34,9 | 98,2% |
| Łącznie | 1377,2 | 1326,0 | 96,3% |

* Renty z MON, MS i MSW.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS (2014)

Wśród osób otrzymujących renty z tytułu niezdolności do pracy przeważali mężczyźni. W 2013 r. stanowili oni 63% ogółu rencistów (tabela 2).

Tabela 2. Liczba osób otrzymujących w 2013 r. renty z tytułu niezdolności do pracy według płci; stan na dzień 31.12.2013 r. (w tys.)

| Renciści | Mężczyźni | Kobiety |
|---------------------|-----------|---------|
| Z ZUS | 691,0 | 365,0 |
| Z KRUS | 112,0 | 104,0 |
| Pozostali renciści* | 31,1 | 3,5 |
| Łącznie | 834,1 | 472,5 |

* Renty z MON, MS i MSW.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS (2014)

W tabeli 3 przedstawiono strukturę wieku osób otrzymujących w 2013 r. rentę z tytułu niezdolności do pracy.

²² Dane wykorzystane w tym rozdziale pochodzą z publikacji: Główny Urząd Statystyczny, *Emerytury i renty w 2013 r.*, Warszawa 2014.

Tabela 3. Liczba osób otrzymujących w 2013 r. renty z tytułu niezdolności do pracy według wieku; stan na dzień 31.12.2013 r. (w tys.)

| Wiek | Renciści ZUS | Renciści KRUS | Pozostali renciści* | Ogółem |
|-------------|--------------|---------------|---------------------|--------|
| 29 i mniej | 4 | 0,6 | 0,1 | 4,7 |
| 30–39 | 45 | 6,8 | 1,0 | 52,8 |
| 40–49 | 128 | 26,8 | 3,9 | 158,7 |
| 50–54 | 155 | 36,7 | 3,0 | 194,7 |
| 55–59 | 316 | 70,3 | 4,1 | 390,4 |
| 60–64 | 232 | 58,0 | 4,7 | 294,7 |
| 65 i więcej | 176 | 17,0 | 17,9 | 210,9 |

* Osoby otrzymujące renty z MON, MS i MSW.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS (2014)

Początkowo w kolejnych grupach wiekowych można stwierdzić rosnącą liczbę rencistów. Dominującymi liczbowo grupami wiekowymi są osoby pomiędzy 55 i 59 oraz 60 i 64 rokiem życia. Powyżej 64 roku życia liczba rencistów spada, co może być związane z zamianą świadczeń rentowych na emerytalne – po osiągnięciu wieku emerytalnego.

Przedstawione zestawienia statystyczne wskazują, że świadczenia rentowe z tytułu niezdolności do pracy stanowią istotny element systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce. Szczególne znaczenie mają dla zabezpieczenia osób w wieku zbliżającym się do emerytalnego, co może być związane z postępującym wraz ze starzeniem się ograniczeniem sprawności organizmu. Zdecydowaną większość świadczeń rentowych z tytułu niezdolności do pracy realizuje Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

4. PODSUMOWANIE

System zabezpieczenia społecznego ma za zadanie chronić członków społeczeństwa przed brakiem zaspokojenia podstawowych potrzeb. Zabezpieczenie to może być realizowane za pomocą trzech metod: ubezpieczeniowej, zaopatrzeniowej i opiekuńczej. Ryzyko wystąpienia niepełnosprawności jest jednym z obszarów działania zabezpieczenia społecznego. Niepełnosprawność powinna być oceniana nie tylko jako deficyt biologicznej sprawności organizmu, ale przede wszystkim w kontekście interakcji jednostki z otoczeniem, stwarzanymi przez nie ułatwieniami i barierami. Niezdolność do pracy, jako kategoria węższa niż niepełnosprawność, opiera się na ocenie stopnia naruszenia sprawności organizmu w kontekście posiadanych kwalifikacji i doświadczenia zawodowego (perspektywa biologiczna i zawodowa niezdolności do pracy). W obecnym stanie prawnym istnieje pewna niespójność definicji niepełnosprawności i niezdolności do pracy używanych w orzecznictwie lekarskim.

Niezdolność do pracy prowadzi do utraty dochodu danej osoby, co jest przedmiotem zabezpieczenia społecznego. Orzeczenie niezdolności do pracy jest przesłanką do przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy – świadczenia kompensującego utratę dochodów z wykonywania pracy zarobkowej. Zdecydowana większość rent z tytułu niezdolności do pracy jest wypłacana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych jako świadczenie z systemu zabezpieczenia społecznego realizowane metodą ubezpieczeniową.

LITERATURA

- Antonów K., *Renta z tytułu niezdolności do pracy* [w:] *Ryzyko niezdolności do pracy w zabezpieczeniu społecznym*, red. U. Jackowiak, R. Ziółkowska, Gdańsk 2006, s. 52–65.
- Emerytury i renty w 2013 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014.
- Hill M., *Polityka społeczna we współczesnym świecie. Analiza porównawcza*, Warszawa 2010.
- Jędrasik-Jankowska I., *Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego*, Warszawa 2014.
- Jędrasik-Jankowska I., *Ubezpieczenie społeczne, t. 2 Ubezpieczenie rentowe, ubezpieczenie emerytalne*, Warszawa 2003.
- Kołaczek B., *Jaki model polityki społecznej wobec osób niepełnosprawnych*, „Polityka Społeczna” 2011, 9 (450), s. 8–12.
- Lejzerowicz M., Książkiewicz I., *Osoba z niepełnosprawnością a instytucje pomocowe*, Wrocław 2012.
- Lipowska M., *Zasady orzekania o celowości przekwalifikowania zawodowego* [w:] *Standardy orzecznictwa lekarskiego ZUS*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2013, s. 15–20.
- Lipowska M., Wawrzyńczyk-Kaplińska G., *Wykonywanie zawodu a ocena niezdolności do pracy* [w:] *Standardy orzecznictwa lekarskiego ZUS*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2013, s. 7–14.
- Piotrowski J., *Zabezpieczenie społeczne. Problematyka i metody*, Warszawa 1964.
- Pławucka H., *Ryzyko niezdolności do pracy dla celów rentowych – konstrukcja i treść* [w:] *Polskie Stowarzyszenie Ubezpieczenia Społecznego. Niezdolność do pracy jako ryzyko w społecznym ubezpieczeniu rentowym*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa–Chorzów 2014, s. 31–54.
- Polityka społeczna*, red. A. Kurzynowski, Warszawa 2003.
- Szablowska M., *Wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych w zakresie dostępu do zatrudnienia na otwartym rynku pracy*, „Polityka Społeczna” 2013, 10 (475), s. 20–25.
- Szumlicz T., *System zabezpieczenia emerytalnego* [w:] *Polityka społeczna*, red. A. Kurzynowski, Warszawa 2003.
- Szumlicz T., *Ubezpieczenie społeczne, teoria dla praktyki*, Bydgoszcz–Warszawa 2006, s. 80.
- Światowa Organizacja Zdrowia, *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*, tłum. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Genewa 2001.
- Światowa Organizacja Zdrowia, *Projekt Globalnego Planu Działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014–2021: Lepsze zdrowie dla wszystkich osób niepełnosprawnych. Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, nr IV/2014(13).

Uścińska G., *Ryzyko jako przesłanka ochrony w systemie zabezpieczenia społecznego*, „Polityka Społeczna” 2013, 11–12 (476–477), s. 3–9.

Wilmowska-Pietruszyńska A., Bilski D., *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, nr IV/2014(13), s. 5–20.

Zieleniecki M., *Pojęcie zabezpieczenia społecznego* [w:] *Zabezpieczenie społeczne w Unii Europejskiej*, S. Majkowska-Szulc, M. Tomaszewska, M. Zieleniecki, Warszawa 2012, s. 15–18.

STRESZCZENIE

W pracy omówiono tematykę niepełnosprawności i niezdolności do pracy jako przedmiotu zabezpieczenia społecznego. Pojęcie niepełnosprawności przedstawiono zarówno w kontekście biologicznym (zaburzenie stanu zdrowia danej osoby), jak i społecznym (ograniczenie jej funkcjonowania w otoczeniu społecznym, w tym i zawodowym). Niezdolność do pracy, jako pojęcie węższe od niepełnosprawności, została zdefiniowana na podłożu obowiązującego ustawodawstwa. Naszkicowano także problematykę orzekania o niezdolności do pracy (opartego na ocenie stopnia naruszenia sprawności organizmu i jego wpływu na możliwość podejmowania aktywności zawodowej) oraz wypłaty świadczeń z tego tytułu. W tabelach statystycznych przedstawiono dane dotyczące liczby rent z tytułu niezdolności do pracy.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, niezdolność do pracy, orzekanie o niezdolności do pracy, renta z tytułu niezdolności do pracy, zabezpieczenie społeczne

SUMMARY

Disability and an inability to work as a matter of the social protection system

The paper contains a discussion an disability and inability to work as a matter of the social protection system. The term ‘disability’ was presented both in the biological (as a health disorder) and the social (as an activity limitation) context. The concept of an inability to work, a more detailed category than disability, was defined in the light of present-day legislative regulations. The process of the evaluation of an inability to work (based on an assessment of the disability impact to carry out an occupation) and the topic of pension payments was equally described. Disability pension data were presented in statistical tables.

Key words: disability, social security cover, work disability, work disability pension, work disability ruling

Zabezpieczenie społeczne a zdrowie publiczne – głos w dyskusji na konferencji naukowej w Radomiu¹

Tematyka konferencji została szeroko zakrojona, wskazując na relacje pomiędzy zdrowiem publicznym a zabezpieczeniem społecznym, które – jak tradycyjnie zwraca się uwagę – jest realizowane na podstawie trzech technik: ubezpieczeniowej, zaopatrzeniowej i opiekuńczej². Wśród wielu zagadnień punktem odniesienia stały się także niektóre wybrane problemy z zakresu prawa ubezpieczeń społecznych.

Jeśli chodzi o złożone relacje pomiędzy niezdolnością do pracy a niepełnosprawnością, warto na wstępie przypomnieć, że nie wydaje się właściwe akcentowanie płaszczyzny niezdolności do pracy w odniesieniu do problematyki rehabilitacji³. *De lege lata* ustawodawca w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych⁴ tę niezdolność do pracy eksponuje, o czym przekonuje definicja niepełnosprawności (art. 2 pkt 10 ustawy), określenie znacznego i umiarkowanego stopnia niepełnosprawności (art. 4 ust. 1, 2 ustawy).

Mechanizm, o którym mowa w art. 5 wymienionej ustawy, działa wprawdzie tylko w jednym – wyznaczonym treścią tego przepisu – kierunku, nie zmienia to jednak faktu, że w toku orzekania o niezdolności do pracy lekarz orzecznik powinien wnikliwie ocenić, czy osoba, która legitymuje się orzeczeniem ustalającym określony stopień niepełnosprawności, nie spełnia warunków do uznania jej również za osobę niezdolną do pracy⁵. Można tu przywołać wyrok Sądu Najwyższego z 14 czerwca 2012 r.,

¹ W wersji pisemnej w niewielkim zakresie poszerzony o część spostrzeżeń.

² Por. J. Piotrowski, *Zabezpieczenie społeczne. Problematyka i metody*, Warszawa 1966, s. 13, 164 i nast.

³ Por. H. Pławucka, J. Korpanty, *System ubezpieczeń społecznych pracowników a problemy rehabilitacji osób niepełnosprawnych* [w:] *Inwalidztwo i rehabilitacja. Materiały VI Zimowej Szkoły Prawa Pracy*, Karpacz–Wrocław 1979, s. 51.

⁴ Tekst jednolity: Dz.U. z 2011 r. nr 127, poz. 721 z późn. zm.

⁵ Szerzej analizowałam te kwestie w opracowaniu: A. Napiórkowska, *Niezdolność do pracy w ubezpieczeniu społecznym a niepełnosprawność* [w:] *Zatrudnianie osób niepełnosprawnych. Regulacje prawne*, red. A. Giedrewicz-Niewińska, M. Szablowska-Juckiewicz, Warszawa 2014, s. 61–64. Por. zwłaszcza przywołaną tam literaturę przedmiotu oraz orzecznictwo.

w którym zasadnie podniesiono, że: „orzeczenie w przedmiocie stopnia niepełnosprawności nie wywiera bezpośredniego wpływu na ustalenie niezdolności do pracy koniecznej dla przyznania prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. Powinno być jednak wzięte pod rozwagę w trakcie prowadzenia postępowania dowodowego i przy dokonywaniu ustaleń faktycznych (...)”⁶. Osoba niepełnosprawna może być osobą zdolną do pracy.

Istotnym problemem na gruncie prawa ubezpieczeń społecznych wydaje się pewna nieumiejętność wykorzystania zachowanej przez ubezpieczonych zdolności do pracy. Dotyczy to choćby zasiłku chorobowego. W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na problem pozostawania np. w dwóch stosunkach pracy i możliwej sytuacji zachowania zdolności do jednego rodzaju pracy⁷. Podkreśla się złożoność problematyki i podnosi się, że już w stadium czasowej niezdolności do pracy (świadczeń typu przejściowego) można – jak się wydaje – w niektórych przypadkach dostrzec potrzebę pozytywnego kierunku orzekania co do posiadanych czy zachowanych przez jednostkę w tym czasie umiejętności i zdolności⁸. Wpisuje się to w problematykę poszukiwania takich rozwiązań prawnych, gdzie w większym stopniu zdolność ubezpieczonego do pracy byłaby oceniana w ujęciu pozytywnym.

W tej płaszczyźnie trzeba zwrócić także uwagę na konieczność konstruowania świadczeń tego rodzaju, co zasiłek wyrównawczy i renta szkoleniowa, które obecnie nastroczają wielu problemów. Niewątpliwie istnieje także potrzeba dokonania oceny konstrukcji renty z tytułu niezdolności do pracy. Aktualnie jest ona w praktyce przede wszystkim świadczeniem okresowym, a często nawet krótkookresowym. Wiąże się to zapewne z żywą wciąż pamięcią o dużej liczbie świadczeń rentowych w przeszłości, ale także – jak można sądzić – z tym, że nie do końca prawidłowo funkcjonuje obszar na styku ubezpieczenia chorobowego i rentowego⁹. W konsekwencji coś, co ma być w założeniu długotrwałe, często staje się w praktyce krótkookresowe.

Warto przyrzeć się również niektórym problemom z zakresu orzecznictwa. Choć istnieje wiele systemów orzeczniczych, z których każdy niesie za sobą określone problemy¹⁰, wskazane jest zwrócenie uwagi na pojawiające się w literaturze

⁶ Zob. wyrok SN z 14 czerwca 2012 r., I UK 17/12, LEX nr 1229807.

⁷ Por. I. Jędrasik-Jankowska, *Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego*, Warszawa 2014, s. 314–315, 348–349.

⁸ Szerzej zwracałam uwagę na te kwestie w opracowaniu: A. Napiórkowska, *Świadczenia krótkoterminowe z ubezpieczenia wypadkowego [w:] Ubezpieczenie społeczne z tytułu wypadków przy pracy*, Warszawa–Toruń 2015, s. 210–212.

⁹ *Ibidem*, s. 203, 211.

¹⁰ Np. przy orzekaniu związanym z badaniami profilaktycznymi problemem jest swoisty rozdźwięk pomiędzy literą prawa (wysoki standard ochrony) a prawem w działaniu.

przedmiotu poglądy ukazujące kierunek utworzenia niezależnej, wyspecjalizowanej instytucji zajmującej się orzecznictwem lekarskim¹¹.

W odniesieniu do definicji niezdolności do pracy zawartej w ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych¹² – bazującej na elemencie biologicznym i ekonomicznym – nie ulega wątpliwości, że nie jest łatwym zadaniem ocena wpływu naruszenia sprawności organizmu na zdolność do pracy. W literaturze przedmiotu dostrzega się trudność dokonania takiej oceny przez podmioty, które mają wiedzę medyczną¹³. Nie rozwijam szerzej tego złożonego wątku, choć wymaga podkreślenia zauważalna potrzeba propagowania wiedzy z zakresu ubezpieczeń społecznych. W związku z tym na uznanie zasługuje działalność edukacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, który zwraca się już w kierunku przyszłych ubezpieczonych¹⁴.

¹¹ Por. D. Bilski [w:] *Instytucjonalne, zdrowotne i społeczne determinanty niepełnosprawności*, red. S. Golinowska, Warszawa 2012, s. 210; S. Golinowska, *ibidem*, s. 451–452.

¹² Tekst jednolity: Dz.U. z 2016 r. poz. 887 z późn. zm. Por. art. 12 ust. 1 przywołanej ustawy.

¹³ Na wyrażane w tym zakresie poglądy zwracałam uwagę w opracowaniu: A. Napiórkowska, *Niezdolność do pracy...*, *op. cit.*, s. 64–66.

¹⁴ Por. <http://www.zus.pl/LekcjeZus>.

MAŁGORZATA OLSZEWSKA

*Wydatki na świadczenia
z ubezpieczenia społecznego –
stan obecny i perspektywy*

**SPOŁECZNA AKADEMIA NAUK W ŁODZI
ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH**

1. WSTĘP

W ostatniej dekadzie XX w. w Polsce wprowadzono zasadnicze zmiany dotyczące ubezpieczenia społecznego. Wyznaczyły one nowe kierunki w systemie, polegające na czynnym uczestnictwie osób ubezpieczonych w ubezpieczeniu, czyli na ich udziale w koszcie składki na ubezpieczenie społeczne. W opracowaniu podjęto próbę oceny funkcjonowania Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (dalej: Funduszu) w latach 2011–2015 na podstawie realizowanych wypłat świadczeń długo- i krótkoterminowych. Ocena dokonana została na podstawie danych statystycznych ZUS odzwierciedlających dochody i wydatki Funduszu, z uwzględnieniem zmian w przepisach ubezpieczeniowych. Z tego powodu wzięto pod uwagę także nowe świadczenia, czyli emerytury pomostowe dla osób, które wykonują pracę w szczególnych warunkach i w szczególnym charakterze, okresowo finansowane z wydzielonego Funduszu Emerytur Pomostowych; po osiągnięciu wieku emerytalnego osoby te są uprawnione do emerytury.

Przeprowadzona analiza wskazuje na pozytywne aspekty, czyli rosnące dochody, ale także na wzrastające wydatki Funduszu oraz konieczność stałego uzupełniania jego dochodów o środki z: dotacji budżetu państwa, pożyczek, budżetu państwa, kredytów oraz Funduszu Rezerwy Demograficznej.

2. UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE

Reforma systemu ubezpieczenia społecznego z 1999 r. polegała m.in. na wyodrębnieniu czterech rodzajów ubezpieczeń: emerytalnego, rentowych, chorobowego i wypadkowego. Funkcjonowały one już w okresie międzywojennym, ale w innej formie i w innych warunkach gospodarczych. Podkreślić należy, że – w zależności od rodzaju – ubezpieczenia te dla konkretnych osób mogą być obowiązkowe lub dobrowolne. Nowe regulacje prawne wyznaczyły podmioty zobowiązane do pokrywania kosztów składki na ubezpieczenie społeczne, a więc osoby ubezpieczone, podmioty zatrudniające, budżet państwa i inne. Przyjęto, że ubezpieczenie będzie podzielone na cztery rodzaje z odpowiednimi funduszami, czyli:

- emerytalne – z funduszem emerytalnym, którego środki przeznaczone są na wypłatę emerytur,
- rentowe – z funduszem rentowym, z którego pokrywane są wydatki na: renty z tytułu niezdolności do pracy, renty rodzinne, emerytury „z urzędu” dla rencistów, którzy osiągnęli wiek emerytalny, dodatki pielęgnacyjne oraz zasiłki pogrzebowe,
- chorobowe – z funduszem chorobowym, z którego pokrywa się wydatki na: zasiłki chorobowe, świadczenia rehabilitacyjne, zasiłki wyrównawcze, zasiłki macierzyńskie i zasiłki opiekuńcze,
- wypadkowe – z funduszem wypadkowym wyodrębnionym do finansowania świadczeń, do których prawo powstało w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą

zawodową; te świadczenia to: zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek wyrównawczy, odszkodowanie z tytułu wypadku przy pracy, renta z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem, renta rodzinna.

W obowiązującym systemie jako zasadę przyjęto pierwszeństwo podlegania ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, co dla większości ubezpieczonych warunkuje istnienie kolejnego ubezpieczenia, czyli obowiązkowego¹ lub dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego oraz wyłącznie obowiązkowego wypadkowego. W tabeli 1 zamieszczono dane dotyczące osób podlegających ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym (zarówno obowiązkowo, jak i dobrowolnie) w grudniu w latach 2010–2014, z których wynika, że liczba ubezpieczonych kształtuje się w przedziale od 14 519,8 tys. (w 2013 r.) do 14 666,1 tys. (w 2011 r.). W art. 6 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych² wymienione są osoby podlegające ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, co jest konsekwencją wykonywania przez nie określonych zawodów. Liczba tych osób stopniowo ulega poszerzeniu o osoby, które wprawdzie nie wykonują pracy zarobkowej, ale wychowują potomstwo. W ich przypadku koszt składek na ubezpieczenie obciąża budżet państwa.

Tabela 1. Liczba osób w ubezpieczeniach emerytalnym i rentowych w grudniu w latach 2010–2014

| Rok | Liczba ubezpieczonych (w tys.) | Baza rok poprzedni = 100,0% |
|------|--------------------------------|-----------------------------|
| 2010 | 14 656,5 | 100,0 |
| 2011 | 14 666,1 | 106,1 |
| 2012 | 14 603,9 | 99,6 |
| 2013 | 14 519,8 | 99,4 |
| 2014 | 14 528,0 | 100,0 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwartalnych informacji o świadczeniach pieniężnych z FUS oraz o innych świadczeniach za lata 2010–2015

Od dziesiątek lat w Polsce funkcjonują fundusze celowe, których rolę i zadania szczegółowo określa ustawa o finansach publicznych³. Tworzenie funduszy celowych zyskało popularność po wprowadzeniu przepisów prawa budżetowego w 1991 r., bowiem przyjęto wówczas założenie, by stanowiły marginalną część publicznej gospodarki

¹ Obowiązkowe ubezpieczenie chorobowe dotyczy wyłącznie: pracowników, członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych oraz osób odbywających służbę wojskową.

² Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2013 r. poz. 1442 z późn. zm.), zwana dalej ustawą o s.u.s.

³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U z 2009 r. nr 157, poz. 1240 z późn. zm.), zwana dalej ustawą o finansach.

finansowej, uzupełniającą działalność budżetową⁴. Fundusz celowy to – według obowiązującej ustawy o finansach publicznych – pewna część środków publicznych wyodrębniona na podstawie ustawy go powołującej⁵. Charakterystyczne jest to, że dla każdego z istniejących funduszy celowych określony jest zarówno katalog przychodów, jak i katalog wydatków przewidzianych do sfinansowania przypisanych funduszowi zadań. Za każdym razem w ustawie budżetowej ujęte są plany finansowe poszczególnych państwowych funduszy celowych, przy czym fundusze te nie posiadają osobowości prawnej i stanowią wyodrębniony rachunek bankowy, z wyznaczonym dysponentem lub innym organem.

Dominującą rolę i istotne znaczenie w polskich finansach publicznych mają te fundusze celowe, które – ze względu na rozległy zakres podmiotowy – są związane z polityką społeczną państwa i realizują wypłatę świadczeń pieniężnych krótko- i długoterminowych. Należą do nich fundusze dla osób objętych powszechnym ubezpieczeniem społecznym oraz ubezpieczeniem społecznym rolników indywidualnych. Fundusze celowe zabezpieczają środki na wypłatę świadczeń dla ponad 7,2 mln emerytów i rencistów (świadczeniobiorców ZUS) oraz świadczeń emerytalno-rentowych dla ponad 1,8 mln rolników indywidualnych.

3. DOCHODY FUNDUSZU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ---

Realizację zadań z ubezpieczenia społecznego powierzono Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych. Od 1987 r.⁶ ZUS dysponuje autonomicznym państwowym funduszem celowym zwanym Funduszem Ubezpieczeń Społecznych. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że zaletą funduszy celowych jest ich samodzielność finansowa oraz ciągłość finansowania, co przekłada się na przekazywanie środków, które znajdują się na koncie 31 grudnia, na następny rok⁷. Przychodami Funduszu są: składki na ubezpieczenie społeczne, środki stanowiące rekompensatę kwoty składek przekazanych do otwartych funduszy emerytalnych (OFE), wpłaty z budżetu państwa oraz innych instytucji przekazane na świadczenia, do których wypłaty upoważniony jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych, oprocentowania rachunków bankowych FUS, środki z lokat założonych w jednostkach uczestnictwa funduszy rynku pieniężnego⁸, odsetki od nieterminowo uregulowanych zobowiązań, zwroty nienależnie pobra-

⁴ K. Ślebzak, *Prawny charakter składek na ubezpieczenie społeczne* [w:] *Ubezpieczenie społeczne – dawniej i dziś. W 80-lecie uchwalenia ustawy o ubezpieczeniu społecznym*, Warszawa 2013, s. 109.

⁵ Art. 29 ustawy o finansach publicznych (Dz.U. z 2013 r. poz. 885 z późn. zm.).

⁶ Art. 25 ustawy z dnia 25 listopada 1986 r. o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 1986 r. nr 42, poz. 202 z późn. zm.).

⁷ J. Ostaszewski, *Finanse*, Warszawa 2010, s. 161.

⁸ Art. 178 ustawy z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych (Dz.U. z 2004 r. nr 146, poz. 1546 z późn. zm.).

nych świadczeń, łącznie z odsetkami, dotacja z budżetu państwa, a także – w razie potrzeby – środki z Funduszu Rezerwy Demograficznej (FRD).

Ubezpieczenie społeczne cechuje występowanie składki, wspólnego funduszu i określonego ryzyka⁹. W polskich realiach składka nie podlega kalkulacji. Pewnym wyjątkiem jest zmienna wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe, wynikająca z warunków pracy i zagrożenia wypadkami przy pracy. Zastosowanie kalkulacji składki w ubezpieczeniach społecznych oznaczałoby konieczność:

- podwyższenia składki do takiego poziomu, który gwarantowałby pokrycie wydatków wynikających z ryzyk ubezpieczeniowych, lub
- obniżenia (dopasowania) kwot wypłat świadczeń do wielkości środków zgromadzonych w ramach funduszu ubezpieczeń¹⁰.

Składka jest zobowiązaniem pieniężnym wynikającym z przepisów, czyli jest jednostronnie ustalana przez państwo i ma być regulowana bez zbędnej zwłoki. Środki pochodzące ze składek zaliczone są do środków publicznych. Składka jest różnicowana przedmiotowo w tym znaczeniu, że przysługuje na poszczególne rodzaje ubezpieczenia, a jej wysokość różni się w zależności od tego, na jaki rodzaj ubezpieczenia jest opłacana¹¹. Wysokość składek na ubezpieczenie społeczne od początku reformy przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Wysokość składek na ubezpieczenie społeczne od 1 stycznia 1999 r.

| Rodzaj ubezpieczenia | Okres obowiązywania | Wysokość składki (w %) |
|----------------------|----------------------|------------------------|
| Emerytalne | od 1.01.1999 | 19,52 |
| Rentowe | 1.01.1999–30.06.2007 | 13,00 |
| | 1.07.2007–31.12.2007 | 10,00 |
| | 1.01.2008–31.01.2012 | 6,00 |
| | od 1.02.2012 | 8,00 |
| Chorobowe | od 1.01.1999 | 2,45 |
| Wypadkowe | 1.01.1999–31.12.2002 | 1,62 |
| | 1.01.2003–31.03.2006 | 0,97–3,89 |
| | 1.04.2006–31.03.2007 | 0,90–3,60 |
| | 1.04.2007–31.03.2009 | 0,67–3,60 |
| | 1.04.2009–31.03.2012 | 0,67–3,33 |
| | 1.04.2012–31.03.2015 | 0,67–3,86 |
| | 1.04.2015–31.03.2016 | 0,40–3,60 |

Źródło: opracowano na podstawie ustawy o s.u.s.

⁹ G. Szpor, *System ubezpieczeń społecznych. Zagadnienia podstawowe*, Warszawa 2006, s. 22.

¹⁰ M. Olszewska, *Składka na ubezpieczenie społeczne i jej wpływ na wymiar świadczeń pieniężnych* [w:] *Finanse i rachunkowość w warunkach niestabilnego otoczenia*, red. M. Wypych, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2012, nr 13(14), s. 97.

¹¹ W. Sanetra, *O genezie i ewolucji składki na ubezpieczenie społeczne* [w:] *Składki na ubezpieczenie społeczne*, Warszawa 2015, s. 27.

Główną część przychodów Funduszu stanowią składki na ubezpieczenie społeczne¹². O znaczeniu tego największego z funduszy celowych świadczy jego wielkość, należy bowiem podkreślić, że przychody FUS za 2011 r. stanowią ok. 58,38% dochodów budżetu państwa¹³.

Tabela 3. Przychody FUS w latach 2011–2014 (w mln zł)

| Lp. | Źródło przychodu | Rok | | | |
|-------|-------------------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| | | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| 1. | Przychody ogółem w tym: | 162 035,8 | 172 581,6 | 191 480,9 | 186 577, 2 |
| 1.1. | Dotacja budżetu | 37 513,4 | 40 109,5 | 37 113,9 | 30 362,8 |
| 1.2. | Przypis składek z tego: | 108 957,9 | 120 421,7 | 128 232,8 | 132 111,4 |
| 1.2.1 | fundusz emerytalny | 68 443,4 | 71 997,2 | 75 688,7 | 98 694,0 |
| 1.2.2 | fundusz rentowy | 24 373,8 | 31 971,9 | 35 608,6 | 36 113,7 |
| 1.2.3 | fundusz chorobowy | 10 024,9 | 10 313,5 | 10 626,3 | 10 881,8 |
| 1.2.4 | fundusz wypadkowy | 6 115,8 | 6 139,1 | 6 309,2 | 6 421,9 |
| 1.3. | Refundacji OFE | 14 430,8 | 8 180,9 | 10 728,5 | 8 269,1 |

Źródło: opracowanie na podstawie planów finansowych FUS na lata 2011–2015

Analiza danych zawartych w tabeli 3 wskazuje na wzrost przychodów w 2014 r. ogółem o 15,1% w stosunku do 2011 r. Wśród przychodów największą pozycję stanowią oczywiście kwoty pochodzące ze składek na ubezpieczenie społeczne, gdzie w analizowanym okresie nastąpił wzrost o 21,2%. Do końca stycznia 2012 r. składka na ubezpieczenie rentowe wynosiła 6% podstawy wymiaru, co oznacza, że zdecydowany wzrost przychodu dotyczy właśnie tego funduszu. Wzrósł on o 48,2% w stosunku do 2011 r. Jest to zauważalne także w wartościach bezwzględnych – w 2012 r. jest to wzrost w stosunku do 2011 r. o ok. 6,5 mld zł.

Składki na ubezpieczenie społeczne są co prawda głównym źródłem przychodu, ale bez pozostałych przychodów nie można zrealizować wydatków Funduszu¹⁴. Kwoty dotacji z budżetu każdego roku w istotnej części uzupełniają przychody FUS, który jest finansowo uzależniony od budżetu państwa¹⁵. W analizowanym okre-

¹² W latach 2011–2014 przychody Funduszu znacznie zwiększyły się, z kwoty 162 035 797 tys. zł do 186 577 190 tys. zł, to jest o 15,1%.

¹³ Dochody budżetu państwa to 277 557 221 tys. zł – *Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa za 2011 rok*.

¹⁴ J. Wantoch-Rekowski, *Składki na ubezpieczenie społeczne w systemie finansowania ubezpieczeń społecznych i w systemie finansów publicznych – wybrane zagadnienia prawnofinansowe* [w:] *Składki na ubezpieczenie społeczne*, Warszawa 2015, s. 38.

¹⁵ A. Borodo, *Prawo budżetowe*, Warszawa 2008, s. 126.

sie największa dotacja planowana była na 2012 r. – powyżej 40 mld zł, zaś istotne znaczenie dla budżetu miał 2014 r., ponieważ – według prognoz ZUS – deficyt FUS do 2014 r. malał – aż osiągnął 14,4 mld zł, po czym zaczął rosnąć i do 2017 r. wzrośnie do 22,4 mld zł, co spowoduje wzrost ogólnego poziomu zadłużenia publicznego kraju¹⁶.

Zmiany przeprowadzone w 2011 r. obniżyły wysokość składki przekazywanej za członków otwartych funduszy emerytalnych¹⁷. Dodatkowo od lipca 2014 r. przynależność do otwartego funduszu emerytalnego jest wyłącznie dobrowolna¹⁸, co w dużym stopniu przyczyniło się do obniżenia środków przekazywanych z budżetu państwa do FUS z tytułu kwoty refundacji składek przekazanych do OFE.

Przychody Funduszu Ubezpieczeń Społecznych zasilane są dodatkowo z trzech źródeł:

- z kredytów zaciąganych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych,
- z pożyczek z budżetu państwa, na które zgoda zawarta jest w ustawie budżetowej na dany rok; pożyczki udzielane są od 2009 r. i od tego czasu do 2015 r. dają kwotę ok. 48 mld zł,
- z Funduszu Rezerwy Demograficznej – od 2010 r. jest to kwota netto 12,1 mld zł.

Uzupełnianie przychodów FUS środkami pochodzącymi z wymienionych źródeł potwierdza jego niekorzystną i niestabilną sytuację finansową. Jednocześnie musi także skłaniać do poszukiwania innych sposobów uzupełniania przychodów funduszu.

4. WYDATKI FUNDUSZU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Fundusz Ubezpieczeń Społecznych, który jest w dyspozycji ZUS, realizuje zadania wymienione w przepisach prawa. Katalog ten przewiduje:

- wypłaty świadczeń z ubezpieczenia emerytalnego, rentowego, chorobowego oraz wypadkowego,
- wydatki na prewencję rentową,

¹⁶ M. Pierzchalska, *Niewystarczalność funduszu ubezpieczeń społecznych a budżet państwa* [w:] *Ubezpieczenia społeczne i kapitałowe w systemie finansowym państwa*, red. M. Wypych, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2014, nr 15(9), s. 86.

¹⁷ Do kwietnia 2011 r. do OFE przekazywana była składka w wysokości 7,3%, od maja 2011 do grudnia 2012 r. 2,3%, od stycznia 2013 r. 2,8%, od stycznia 2014 r. z części składki od ubezpieczonego przekazywane było 3,1%, zaś od lutego 2014 r. – 2,92% od podstawy wymiaru.

¹⁸ M. Żukowski, *Ekonomiczne aspekty ubezpieczeń społecznych* [w:] *Ubezpieczenia społeczne w procesie zmian. 80 lat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*, red. K.W. Frieske, E. Przychodaj, Warszawa 2014, s. 50. W IV kwartale 2014 r. w OFE zarejestrowanych było 16,6 mln członków, na koniec grudnia 2014 r., czyli po zebraniu ponownie oświadczeń o dobrowolnym członkostwie, w OFE deklaracje złożyło ok. 15,1% członków.

- spłaty kredytów i pożyczek wraz z odsetkami, zaciąganych w celu wypłaty świadczeń,
- odsetki za nieterminowe wypłaty świadczeń,
- należności dla płatników składek z tytułu prawidłowo rozliczonych wypłat świadczeń z ubezpieczenia społecznego,
- wydatki związane z realizacją zadań, z wpłat z budżetu państwa oraz z innych instytucji przekazanych na świadczenia, których wypłatę zlecono Zakładowi,
- odpisy stanowiące przychody Zakładu, z odpisów z funduszy emerytalnego, rentowego, chorobowego i wypadkowego¹⁹; wysokość odpisu ustala się corocznie w ustawie budżetowej na podstawie planu finansowego FUS, zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw budżetu,
- wydatki na pokrycie niedoboru środków niezbędnych do zapewnienia wypłat emerytur kapitałowych,
- emerytury kapitałowe, środki gwarantowane oraz jednorazowe wypłaty, ustalane ze składek zewidencjonowanych na subkoncie, na którym ewidencjonowane są zwaloryzowane składki na ubezpieczenie społeczne oraz odsetki z tytułu zwłoki z odpłacania składek przez płatnika składek.

4.1. Analiza świadczeń długoterminowych

Najliczniejsza grupa osób obsługiwana przez Fundusz to emeryci i renciści. Dane zawarte w tabeli 4 wskazują na jej wielkość w latach 2011–2015. Wśród nich dominują emeryci, których liczba w 2015 r. przekroczyła 5 mln.

Tabela 4. Przeciętna liczba emerytów i rencistów od stycznia do grudnia w latach 2011–2015 (w tys.)

| Wyszczególnienie | Rok | | | | |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015* |
| Ogółem | 7 333,9 | 7 275,0 | 7 236,2 | 7 189,4 | 7 207,9 |
| Liczba emerytów | 4 972,6 | 4 959,3 | 4 963,6 | 4 952,4 | 5 006,9 |
| Liczba rencistów z tytułu niezdolności | 1 124,3 | 1 074,4 | 1 031,1 | 993,5 | 956,0 |
| Liczba osób pobierających renty rodzinne | 1 237,0 | 1 241,3 | 1 241,5 | 1 243,5 | 1 245,0 |

* Dane obejmują miesiące od stycznia do czerwca.

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwartalnych informacji o świadczeniach pieniężnych z FUS oraz o innych świadczeniach za lata 2010–2015

¹⁹ Przykładowo wg projektu ustawy budżetowej odpis na 2014 r. wynosi 4 024 356 tys. zł.

Kolejną co do wielkości grupa świadczeniobiorców długoterminowych, których liczba utrzymuje się na tym samym poziomie, są osoby pobierające rentę rodzinną. Najmniej jest świadczeniobiorców uprawnionych do renty z tytułu niezdolności do pracy i widać tu stałą obniżającą się tendencję.

Aby przeprowadzić analizę wydatków, w pierwszym etapie warto zwrócić uwagę na wypłaty realizowane w ramach poszczególnych funduszy.

Tabela 5. Wydatki na świadczenia pieniężne z FUS od stycznia do grudnia w latach 2011–2015 (w mln zł)

| Lp. | Wyszczególnienie | Rok | | | | |
|-----------|-------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------|
| | | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015* |
| 1. | Ogółem z tego z: | 162 721,1 | 170 913,4 | 180 171,6 | 188 090,0 | 97 073,7 |
| 1.1 | funduszu emerytalnego | 106 243,4 | 111 120,3 | 116 989,6 | 121 257,6 | 62 507,6 |
| 1.1.a | udział (%) | 65,3 | 65,0 | 64,9 | 64,5 | 64,4 |
| 1.2 | funduszu rentowego | 40 232,5 | 42 985,2 | 43 905,9 | 44 831,9 | 22 787,8 |
| 1.2.a | udział (%) | 24,7 | 24,4 | 24,4 | 23,8 | 23,5 |
| 1.3 | funduszu chorobowego | 11 122,2 | 12 504,3 | 14 037,9 | 16 816,6 | 9 191,8 |
| 1.3.a | udział (%) | 6,8 | 7,3 | 7,8 | 8,9 | 9,5 |
| 1.4 | funduszu wypadkowego | 5 123,0 | 5 203,5 | 5 238,2 | 5 183,9 | 2 586,5 |
| 1.4.a | udział (%) | 3,2 | 3,1 | 2,9 | 2,8 | 2,6 |

* Dane obejmują miesiące od stycznia do czerwca.

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwartalnych informacji o świadczeniach pieniężnych z FUS oraz o innych świadczeniach za lata 2010–2015

Wśród wydatków w każdym roku największą pozycję stanowią kwoty przypisane funduszowi emerytalnemu, które w ogólnej kwocie wydatków kształtowały się na poziomie ok. 65,3% w 2011 r., zaś w planie na 2015 r. notują niewielki spadek, bo wynoszą ok. 64,4%. W latach 2011–2014 kwota wypłat emerytur wzrosła o 14,1%, co w przypadku największej pozycji wypłat świadczeń długoterminowych wynosi ok. 15 mld zł.

Od 2009 r. wypłata emerytur obejmuje zarówno świadczenia wypłacane według poprzednich zasad, przy zachowaniu prawa do świadczenia w niższym wieku emerytalnym, jak i z nowego systemu emerytalnego. Tempo przyrostu liczby wypłat emerytur jest mniejsze niż miało to miejsce w latach poprzednich, bowiem w 2011 r. złożono 102,5 tys. wniosków pierwszorazowych, w 2012 – 120,1 tys., w 2013 – 104,4 tys., w 2014 – 158,2 tys., zaś w I półroczu 2015 – 117,7 tys. wniosków.

Kolejna tabela (tabela 6) przedstawia liczbę wypłat w poszczególnych województwach, a wielkości te związane są ze zróżnicowaną liczbą ubezpieczonych w poszczególnych województwach.

Tabela 6. Liczba wypłacanych emerytur w województwach w Polsce w latach 2011–2015

| Województwo | Rok | | | | |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Ogółem | 4 948 662 | 4 959 685 | 4 963 368 | 4 952 664 | 5 007 174 |
| Dolnośląskie | 418 477 | 418 793 | 417 932 | 416 183 | 420 671 |
| Kujawsko-pomorskie | 246 279 | 246 872 | 246 821 | 246 374 | 249 465 |
| Lubelskie | 222 362 | 224 028 | 226 239 | 227 185 | 231 161 |
| Lubuskie | 127 252 | 127 857 | 128 405 | 128 628 | 130 728 |
| Łódzkie | 374 001 | 372 247 | 369 368 | 365 758 | 368 312 |
| Małopolskie | 417 620 | 418 992 | 420 116 | 419 821 | 423 458 |
| Mazowieckie | 690 426 | 690 271 | 690 421 | 686 520 | 692 507 |
| Opolskie | 129 638 | 129 122 | 127 802 | 126 440 | 127 327 |
| Podkarpackie | 246 907 | 248 498 | 250 343 | 250 957 | 254 153 |
| Podlaskie | 122 450 | 122 540 | 122 314 | 121 893 | 123 441 |
| Pomorskie | 275 296 | 276 411 | 277 103 | 277 060 | 280 838 |
| Śląskie | 743 260 | 744 284 | 744 457 | 743 743 | 749 399 |
| Świętokrzyskie | 158 654 | 159 459 | 160 081 | 159 878 | 161 807 |
| Warmińsko-mazurskie | 158 449 | 159 164 | 159 273 | 159 061 | 161 752 |
| Wielkopolskie | 392 935 | 395 458 | 397 141 | 397 503 | 403 414 |
| Zachodniopomorskie | 224 656 | 225 689 | 226 081 | 225 660 | 228 741 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwartalnych informacji o świadczeniach pieniężnych z FUS oraz o innych świadczeniach za lata 2010–2015

Kolejną pozycję pod względem wielkości w Funduszu zajmują wydatki z funduszu rentowego, których udział w analizowanych latach wynosi odpowiednio w 2011 r. – 24,7%, zaś w 2015 r. – 23,5%. Z danych zamieszczonych w tabeli 7 wynika, że w latach 2011–2015 liczba rent z tytułu niezdolności do pracy obniżyła się o 140 478 świadczeń, co stanowi ok. 12% w stosunku do 2011 r. W latach objętych badaniem liczba pierwszorazowych wniosków o rentę wynosiła w 2011 r. – 47 830, w 2012 r. – 50 279, w 2013 r. – 52 194 i w 2014 r. – 51 478²⁰. W tym czasie ubytek z powodu zgonu wynosił odpowiednio: 32 084, 31 863, 31 588 i 30 691 świadczeń.

²⁰ W I półroczu 2015 r. – 24 970 wniosków.

Na zmniejszenie liczby świadczeń mają wpływ okoliczności:

- nabycie prawa do emerytury przez osoby pobierające rentę z tytułu niezdolności do pracy z powodu osiągnięcia wieku emerytalnego²¹,
- wygaśnięcie prawa do renty z powodu odzyskania zdolności do pracy,
- mniejsza liczba osób ubiegających się o prawo do tego świadczenia.

Tabela 7. Liczba rent z tytułu niezdolności do pracy w poszczególnych województwach w Polsce w latach 2011–2015

| Województwo | Rok | | | | |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Ogółem | 1 174 312 | 1 121 127 | 1 074 416 | 1 033 834 | 994 013 |
| Dolnośląskie | 92 229 | 87 421 | 83 479 | 80 108 | 76 711 |
| Kujawsko-pomorskie | 67 933 | 65 980 | 64 633 | 63 431 | 61 667 |
| Lubelskie | 77 230 | 73 296 | 69 453 | 66 166 | 62 957 |
| Lubuskie | 41 269 | 38 852 | 37 007 | 35 249 | 33 882 |
| Łódzkie | 67 936 | 64 795 | 62 656 | 60 899 | 58 772 |
| Małopolskie | 108 779 | 102 196 | 96 139 | 91 175 | 87 426 |
| Mazowieckie | 118 657 | 114 933 | 110 812 | 106 677 | 102 696 |
| Opolskie | 18 463 | 17 583 | 16 803 | 16 173 | 15 469 |
| Podkarpackie | 69 512 | 65 595 | 62 453 | 59 609 | 57 002 |
| Podlaskie | 24 250 | 23 403 | 22 402 | 21 756 | 21 040 |
| Pomorskie | 63 606 | 61 386 | 59 244 | 57 221 | 54 843 |
| Śląskie | 158 842 | 152 523 | 146 768 | 142 112 | 137 552 |
| Świętokrzyskie | 34 471 | 32 983 | 31 465 | 30 404 | 29 266 |
| Warmińsko-mazurskie | 48 654 | 46 973 | 45 129 | 43 680 | 42 202 |
| Wielkopolskie | 127 100 | 121 919 | 116 599 | 111 906 | 107 323 |
| Zachodniopomorskie | 55 381 | 51 289 | 49 374 | 47 268 | 45 205 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwartalnych informacji o świadczeniach pieniężnych z FUS oraz o innych świadczeniach za lata 2010–2015

Ubezpieczenia społeczne są także formą zabezpieczenia na wypadek utraty żywiciela. W takiej sytuacji określone członkowie rodziny: dzieci, małżonkowie, a w niektórych przypadkach rodzice, mają prawo do renty rodzinnej. Sposób ustalania wysokości renty jest taki sam jak w przypadku renty z tytułu niezdolności do pracy. Jej wysokość zależy od liczby uprawnionych członków rodziny i jest

²¹ Osoba uprawniona do renty z tytułu niezdolności do pracy w momencie osiągnięcia wieku emerytalnego (60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn, plus liczba miesięcy wynikająca z podwyższenia wieku emerytalnego bez złożenia wniosku „z urzędu”) ma zamienianą rentę na emeryturę, czyli następuje zmiana symbolu świadczenia. Natomiast ustalenie emerytury takiej osobie jest możliwe wyłącznie po złożeniu przez nią wniosku o przyznanie emerytury.

nie mniejsza niż 85% świadczenia, jakie pobierałaby zmarła osoba, oraz nie większa niż 95% tego świadczenia.

Od wielu lat w Polsce liczba wypłacanych rent, zarówno w województwach, jak i ogółem, kształtuje się na zbliżonym poziomie i przekracza 1,26 mln, a zależy od liczby ubezpieczonych w poszczególnych województwach, rynku pracy oraz od warunków pracy – przykładem jest województwo śląskie z największą liczbą wypłat świadczeń.

Tabela 8. Liczba rent rodzinnych w poszczególnych województwach w Polsce w latach 2011–2015

| Województwo | Rok | | | | |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Ogółem | 1 261 192 | 1 269 740 | 1 268 507 | 1 268 177 | 1 269 294 |
| Dolnośląskie | 100 096 | 100 616 | 100 295 | 100 095 | 99 906 |
| Kujawsko-pomorskie | 69 539 | 69 808 | 69 648 | 69 822 | 69 951 |
| Lubelskie | 54 550 | 54 990 | 54 925 | 55 006 | 55 140 |
| Lubuskie | 31 518 | 31 744 | 31 770 | 31 969 | 31 713 |
| Łódzkie | 81 374 | 81 806 | 81 412 | 81 450 | 81 231 |
| Małopolskie | 108 529 | 109 316 | 109 249 | 108 916 | 108 985 |
| Mazowieckie | 142 023 | 143 356 | 143 328 | 143 174 | 143 340 |
| Opolskie | 33 089 | 33 274 | 32 970 | 33 362 | 33 349 |
| Podkarpackie | 64 647 | 65 078 | 65 335 | 65 006 | 65 118 |
| Podlaskie | 25 667 | 25 842 | 25 774 | 25 839 | 25 689 |
| Pomorskie | 74 799 | 75 146 | 74 424 | 74 968 | 74 957 |
| Śląskie | 219 701 | 220 729 | 220 862 | 221 445 | 221 610 |
| Świętokrzyskie | 42 754 | 43 178 | 42 861 | 43 178 | 43 203 |
| Warmińsko-mazurskie | 42 781 | 43 140 | 43 842 | 43 220 | 43 162 |
| Wielkopolskie | 115 919 | 116 843 | 116 838 | 116 837 | 116 941 |
| Zachodniopomorskie | 54 206 | 54 874 | 54 974 | 54 890 | 54 999 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwartalnych informacji o świadczeniach pieniężnych z FUS oraz o innych świadczeniach za lata 2010–2015

W przypadku emerytur wyliczanych w oparciu o „stare” zasady oraz rent z tytułu niezdolności do pracy i rent rodzinnych wysokość świadczeń długoterminowych stanowi pochodną okresów ubezpieczenia (składkowych i nieskładkowych) oraz podstawy wymiaru składek. Przy wyliczaniu wysokości rent, gdy okresy faktycznego ubezpieczenia są krótkie, dodatkowo dolicza się tzw. staż hipotetyczny, pozwalający na urealnienie okresów ubezpieczenia osób w młodszym wieku.

Wprowadzenie w 2009 r. zmian w zasadach ustalania wysokości emerytury – polegających na wyliczaniu tego świadczenia w oparciu o zwaloryzowany tzw. kapitał

początkowy zgromadzony do 1 stycznia 1999 r. oraz na podstawie opłaconych w okresie po 1 stycznia 1999 r. do momentu przejścia na emeryturę, i zwaloryzowanych, składek na ubezpieczenie emerytalne – spowodowało, że w emeryturach według nowych zasad nie występuje już wartość 24% kwoty bazowej, która w dalszym ciągu jest brana pod uwagę w przypadku rent. W związku z nową formułą ustalania emerytur w kolejnych latach jej wysokość będzie ulegała obniżeniu.

Analiza przeciętnych wysokości emerytur wskazuje, że w 2015 r. świadczenia te ogółem wzrosły o 16,82% (z uwzględnieniem waloryzacji świadczeń) w stosunku do kwoty z 2011 r. Charakterystyczne jest, że tylko w dwóch województwach, czyli w mazowieckim i śląskim, przeciętna kwota emerytur jest wyższa od przeciętnej w kraju. Dodatkowo warto wskazać, że najniższa emerytura jest w województwie podkarpackim. W 2011 r. stanowiła ona 86,91% przeciętnej emerytury i 71,20% przeciętnej emerytury w województwie śląskim. Podobnie było w 2015 r., w którym stanowiła odpowiednio 87,81% i 71,07%.

Tabela 9. Przeciętna miesięczna wysokość emerytury w województwach w latach 2011–2015 (w zł)

| Województwo | Rok | | | | |
|---------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Ogółem | 1783,06 | 1872,32 | 1970,39 | 2043,11 | 2083,12 |
| Dolnośląskie | 1771,58 | 1862,50 | 1959,41 | 2031,44 | 2073,33 |
| Kujawsko-pomorskie | 1674,94 | 1759,90 | 1849,29 | 1911,18 | 1952,63 |
| Lubelskie | 1605,52 | 1691,24 | 1784,35 | 1854,91 | 1890,57 |
| Lubuskie | 1630,55 | 1714,40 | 1800,77 | 1861,41 | 1902,86 |
| Łódzkie | 1658,66 | 1745,97 | 1836,35 | 1901,95 | 1938,85 |
| Małopolskie | 1725,62 | 1816,23 | 1913,82 | 1988,44 | 2028,16 |
| Mazowieckie | 1844,81 | 1938,61 | 2045,40 | 2129,67 | 2165,41 |
| Opolskie | 1723,79 | 1810,83 | 1905,66 | 1977,01 | 2021,10 |
| Podkarpackie | 1549,66 | 1637,33 | 1726,05 | 1787,40 | 1829,18 |
| Podlaskie | 1597,65 | 1680,90 | 1770,49 | 1836,46 | 1874,01 |
| Pomorskie | 1770,58 | 1856,37 | 1949,49 | 2016,22 | 2053,72 |
| Śląskie | 2173,62 | 2271,93 | 2389,75 | 2476,54 | 2573,53 |
| Świętokrzyskie | 1607,01 | 1692,98 | 1783,89 | 1849,43 | 1885,89 |
| Warmińsko-mazurskie | 1635,86 | 1719,15 | 1805,55 | 1871,03 | 1910,65 |
| Wielkopolskie | 1736,96 | 1822,45 | 1915,35 | 1983,85 | 2025,90 |
| Zachodniopomorskie | 1728,38 | 1814,14 | 1904,20 | 1969,33 | 2007,76 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwartalnych informacji o świadczeniach pieniężnych z FUS oraz o innych świadczeniach za lata 2010–2015

Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku rent z tytułu niezdolności do pracy i rent rodzinnych, bowiem najniższa przeciętna renta występuje w województwie podkarpackim, zaś najwyższa – w śląskim. W tej grupie świadczeń kwota renty w województwach: dolnośląskim, małopolskim, opolskim, pomorskim i śląskim jest wyższa od kwoty renty ogółem. Najniższa przeciętna kwota renty (woj. podkarpackie) stanowiła 82,49% przeciętnej w Polsce w 2011 r. i 62,30% najwyższej kwoty renty (woj. śląskie). Analogicznie przedstawiają się dane dotyczące 2015 r. i wynoszą odpowiednio: 84,47% i 65,75%.

Tabela 10. Przeciętna miesięczna wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy w województwach w latach 2011–2015 (w zł)

| Województwo | Rok | | | | |
|---------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Ogółem | 1323,20 | 1408,31 | 1487,71 | 1536,38 | 1581,51 |
| Dolnośląskie | 1446,02 | 1532,90 | 1612,59 | 1657,38 | 1701,63 |
| Kujawsko-pomorskie | 1156,68 | 1244,75 | 1318,29 | 1372,28 | 1410,81 |
| Lubelskie | 1202,91 | 1285,49 | 1365,34 | 1413,61 | 1460,15 |
| Lubuskie | 1258,44 | 1346,33 | 1425,51 | 1474,26 | 1529,07 |
| Łódzkie | 1144,88 | 1229,40 | 1296,45 | 1336,87 | 1377,95 |
| Małopolskie | 1351,05 | 1440,18 | 1531,41 | 1590,10 | 1632,81 |
| Mazowieckie | 1250,55 | 1332,76 | 1408,03 | 1451,70 | 1500,68 |
| Opolskie | 1332,68 | 1423,73 | 1502,02 | 1543,55 | 1582,93 |
| Podkarpackie | 1091,58 | 1172,78 | 1246,18 | 1286,46 | 1335,85 |
| Podlaskie | 1243,57 | 1324,12 | 1401,30 | 1446,32 | 1486,65 |
| Pomorskie | 1349,91 | 1424,38 | 1500,72 | 1543,55 | 1587,95 |
| Śląskie | 1752,26 | 1829,65 | 1931,69 | 1985,66 | 2031,75 |
| Świętokrzyskie | 1164,99 | 1245,17 | 1322,30 | 1363,19 | 1406,75 |
| Warmińsko-mazurskie | 1195,06 | 1282,25 | 1361,97 | 1404,31 | 1440,76 |
| Wielkopolskie | 1252,53 | 1330,16 | 1411,91 | 1468,34 | 1514,61 |
| Zachodniopomorskie | 1293,44 | 1309,23 | 1457,61 | 1503,41 | 1548,96 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwartalnych informacji o świadczeniach pieniężnych z FUS oraz o innych świadczeniach za lata 2010–2015

Analiza wysokości renty rodzinnej wskazuje, że w 2015 r. przeciętna renta rodzinna wzrosła o 17,30% w stosunku do 2011 r., i tylko w dwóch województwach:

dolnośląskim i śląskim, przeciętna renta była wyższa od przeciętnej w kraju. Analiza relacji kwoty renty w województwie podkarpackim do przeciętnej w kraju i do renty najwyższej (w województwie śląskim) w 2011 r. wykazuje, że stosunki te wynoszą odpowiednio 84,54% i 65,74%. Podobnie jest w 2015 r. – relacja ta wynosi 85,88% i 68,07%.

Tabela 11. Przeciętna miesięczna wysokość rent rodzinnych w województwach w latach 2011–2015 (w zł)

| Województwo | Rok | | | | |
|---------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Ogółem | 1543,14 | 1631,04 | 1717,68 | 1768,86 | 1810,12 |
| Dolnośląskie | 1578,30 | 1667,95 | 1757,98 | 1809,99 | 1851,45 |
| Kujawsko-pomorskie | 1410,18 | 1495,93 | 1576,22 | 1622,11 | 1662,59 |
| Lubelskie | 1321,53 | 1404,97 | 1481,52 | 1528,39 | 1569,35 |
| Lubuskie | 1387,28 | 1475,20 | 1551,11 | 1602,55 | 1638,10 |
| Łódzkie | 1411,84 | 1498,77 | 1581,89 | 1623,84 | 1663,50 |
| Małopolskie | 1497,09 | 1585,92 | 1669,10 | 1722,34 | 1761,97 |
| Mazowieckie | 1502,37 | 1594,15 | 1680,27 | 1732,63 | 1775,18 |
| Opolskie | 1485,68 | 1578,86 | 1679,98 | 1717,17 | 1759,94 |
| Podkarpackie | 1304,53 | 1390,73 | 1459,65 | 1513,21 | 1554,50 |
| Podlaskie | 1342,88 | 1429,11 | 1510,75 | 1556,51 | 1598,32 |
| Pomorskie | 1522,84 | 1608,14 | 1706,67 | 1744,36 | 1785,88 |
| Śląskie | 1984,34 | 2074,32 | 2178,02 | 2238,33 | 2283,61 |
| Świętokrzyskie | 1348,34 | 1434,89 | 1527,73 | 1559,46 | 1598,24 |
| Warmińsko-mazurskie | 1353,66 | 1438,24 | 1492,07 | 1563,57 | 1600,73 |
| Wielkopolskie | 1472,20 | 1557,17 | 1636,92 | 1686,49 | 1725,50 |
| Zachodniopomorskie | 1474,39 | 1559,71 | 1642,16 | 1695,00 | 1734,88 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwartalnych informacji o świadczeniach pieniężnych z FUS oraz o innych świadczeniach za lata 2010–2015

Dane obrazujące wysokość świadczeń w podziale na rodzaje i województwa wskazują na zróżnicowanie ich poziomów. Natomiast analiza wysokości świadczeń w relacji do przeciętnego wynagrodzenia wyznacza następującą kolejność świadczeń: emerytury, renty rodzinne i renty z tytułu niezdolności do pracy. Charakterystyczne jest, że w latach 2011–2013 kwoty przeciętnych świadczeń wykazywały tendencję wzrostową, ale w 2014 r. obserwuje się obniżenie w stosunku do roku poprzedniego, czyli 2013 r., i trend ten w najbliższych latach będzie się utrzymywać.

Warto przypomnieć, że sposób wyliczania rent z tytułu niezdolności do pracy i rent rodzinnych jest taki sam, ale na wysokość świadczenia, oprócz stażu i podstawy wymiaru, ma wpływ w przypadku:

- renty z tytułu niezdolności do pracy – stopień niezdolności (częściowy lub całkowity),
- renty rodzinnej – liczba osób uprawnionych.

Tabela 12. Relacja przeciętnej emerytury/renty do przeciętnego wynagrodzenia (p.w.) w latach 2011–2015

| Rodzaj świadczenia | Rok | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---------|--------------------|---------|--------------------|---------|--------------------|---------|--------------------|---------|--------------------|
| | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | |
| | kwota | % p.w. | kwota | % p.w. | kwota | % p.w. | kwota | % p.w. | kwota | % p.w. |
| Emerytury i renty ogółem | 1669,22 | a) 49,1 b) 56,1 | 1759,85 | a) 50,0 b) 56,1 | 1868,33 | a) 51,2 b) 58,4 | 1922,92 | a) 50,8 b) 58,1 | 1966,86 | a) 49,7 b) 57,1 |
| Emerytury | 1783,06 | a) 52,5 b) 59,9 | 1872,32 | a) 53,2 b) 60,8 | 1983,10 | a) 54,3 b) 62,0 | 2043,11 | a) 54,0 b) 61,9 | 2083,12 | a) 52,7 b) 60,5 |
| Renty z tytułu niezdolności do pracy | 1323,19 | a) 38,9 b) 44,5 | 1408,26 | a) 40,0 b) 45,7 | 1498,86 | a) 41,0 b) 46,9 | 1536,32 | a) 40,6 b) 46,4 | 1581,45 | a) 40,0 b) 45,9 |
| Renty rodzinne | 1543,14 | a) 45,4 b) 51,9 | 1631,04 | a) 46,3 b) 52,9 | 1730,68 | a) 47,4 b) 54,1 | 1768,86 | a) 46,8 b) 53,5 | 1810,12 | a) 45,8 b) 52,5 |

a) do przeciętnego wynagrodzenia, które w czasie I–XII wynosiło w 2011 r. – 3399,52 zł, w 2012 r. – 3521,67 zł, w 2013 r. – 3650,06 zł, w 2014 r. – 3783,46 zł, a w I–VI 2015 r. – 3953,72 zł;

b) do przeciętnego wynagrodzenia pomniejszonego o składkę na ubezpieczenie ponoszoną przez ubezpieczonego, które w czasie I–XII wynosiło w 2011 r. – 2974,69 zł, w 2012 r. – 3080,84 zł, w 2013 r. – 3191,93 zł, w 2014 r. – 3308,33 zł, a w I–VI 2015 r. – 3445,08 zł.

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwartalnych informacji o świadczeniach pieniężnych z FUS oraz o innych świadczeniach za lata 2010–2015

Fundusz chorobowy przeznaczony jest na wydatki przewidziane na wypadek choroby i macierzyństwa²². W związku ze zmianą przepisów od 2013 r., dotyczącą wy-

²² Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2014 r. poz. 159 z późn. zm.).

dłużenia okresów sprawowania opieki nad dziećmi dla rodziców, następuje stały wzrost wydatków z tego funduszu. W latach 2011–2013 wyniósł on 26,2%. Analiza poszczególnych świadczeń z funduszu chorobowego zamieszczona jest w dalszej części opracowania.

Jedyny fundusz, który prawie „bilansuje się”, to fundusz wypadkowy. Założenia wynikające z obowiązującego od 1999 r., a realizowanego od 2003 r. (kalkulacja składki) systemu ubezpieczenia społecznego jednoznacznie określiły, że fundusz wypadkowy musi być elastycznie dostosowywany do warunków pracy, które mają miejsce w podmiotach zatrudniających pracowników. Z tego względu w przypadkach, w których warunki pracy powodują zwiększenie ryzyka wypadku przy pracy – co wynika z danych dotyczących poszczególnych płatników składek – konieczne jest podwyższenie składki na ten rodzaj ubezpieczenia.

Ubezpieczenie wypadkowe jest szczególne, ponieważ płatnik składek, który pokrywa całkowity koszt składki na nie, ponosi także odpowiedzialność za warunki pracy panujące na stanowiskach pracy. Na wypłaty świadczeń z funduszu wypadkowego składają się świadczenia krótkoterminowe, jednorazowe i długoterminowe (renty z tytułu niezdolności w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową i renty rodzinne). Te ostatnie wymagają dłuższego postępowania przy ustalaniu prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem, i są świadczeniami odłożonymi w czasie.

4.2. Analiza świadczeń krótkoterminowych

Przed przystąpieniem do analizy danych dotyczących wypłat świadczeń z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa trzeba wskazać, że choć okres poddany ocenie jest krótki, to jednak przez liczby obrazujące poziom wypłat widoczne są skutki zmian zachodzących w przepisach w ostatnich latach. Należy także zauważyć, że:

- istotne znaczenie dla finansów ubezpieczeń społecznych ma to, że pracodawcy ponoszą koszt finansowania wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy przez 33 dni, a w przypadku pracowników powyżej 50 roku życia – przez 14 dni; w 2011 r. wydatki na ten cel wyniosły 4 489 675,8 tys. zł za ponad 67 897,6 tys. dni, natomiast największe pozycje wydatków w 2013 r. odpowiednio 4 816 297,6 tys. za 66 997,8 tys. dni; oznacza to, że faktyczny koszt wydatków na ryzyka związane z niezdolnością do pracy w razie choroby jest większy,
- gdyby tego zobowiązania nie pokrywali pracodawcy, należałoby podwyższyć składkę na ubezpieczenie, aby zbilansować fundusz.

Tabela 13. Wyплаты świadczeń z ubezpieczenia chorobowego – liczba dni, świadczeń i przeciętne stawki w latach 2011–2015

| Lp. | Wyszczególnienie | Rok | | | | |
|--------------|--|--------------|--------------|-------------|--------------|-------------|
| | | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015* |
| 1 | Absencja chorobowa razem | | | | | |
| 1a | liczba dni | 189 527,6 | 189 634,1 | 197 046,1 | 194 250,9 | 107 554,9 |
| 1b | stawka dzienna (zł) | 61,81 | 64,76 | 67,58 | 69,92 | 71,77 |
| 1c | kwota wypłat (tys. zł) | 11 713 763,2 | 12 281 437,5 | 13 316 613 | 13 523 241,4 | 7 718 940,6 |
| 2 | Wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy | | | | | |
| 2a | liczba dni | 67 897,6 | 64 403,0 | 66 977,8 | 64 394,0 | 39 056,2 |
| 2b | stawka dzienna (zł) | 66,12 | 69,3 | 71,01 | 73,02 | 75,03 |
| 2c | kwota wypłat (tys. zł) | 4 489 675,8 | 4 456 925,5 | 4 816 297,6 | 4 701 772,4 | 2 930 572,7 |
| 1.1 | Zasiłki chorobowe | | | | | |
| 1.1a | liczba dni | 121 606,4 | 125 207,0 | 130 046,7 | 129 843,0 | 68 490,4 |
| 1.1b | stawka dzienna (zł) | 59,4 | 62,49 | 65,35 | 67,97 | 69,90 |
| 1.1c | kwota wypłat (tys. zł) | 7 223 446,4 | 7 823 753,1 | 8 499 170,3 | 8 820 627,3 | 4 787 778,8 |
| 1.2 | Zasiłki opiekuńcze | | | | | |
| 1.2a | liczba dni | 8 118,6 | 7 979,0 | 8 768,5 | 8 205,3 | 5 152,5 |
| 1.2b | stawka dzienna (zł) | 66,88 | 70,05 | 72,46 | 74,50 | 76,37 |
| 1.2c | kwota wypłat (tys. zł) | 542 997,6 | 558 904,6 | 635 323,5 | 611 303,7 | 393 497,4 |
| 1.3 | Zasiłki macierzyńskie | | | | | |
| 1.3a | liczba dni | 41 594,1 | 46 322,1 | 55 450,5 | 95 372,1 | 49 285,4 |
| 1.3b | liczba osób | x | x | x | x | 441 |
| 1.3c | stawka dzienna (zł) | 72,58 | 78,80 | 77,70 | 70,63 | 74,57 |
| 1.3d | kwota wypłat (tys. zł) | 3 018 919,1 | 3 650 012,7 | 4 308 502,1 | 6 735 917,9 | 3 675 440,1 |
| 1.3.1 | Zasiłki macierzyńskie z tytułu urlopu ojcowskiego | | | | | |
| 1.3.1a | liczba osób | x | x | x | x | 63,5 |
| 1.3.1b | liczba dni | x | x | x | x | 855,4 |
| 1.3.1c | stawka dzienna (zł) | x | x | x | x | 114,81 |
| 1.3.1d | kwota wypłat (tys. zł) | x | x | x | x | 98 215,0 |

* Dane obejmują miesiące od stycznia do czerwca.

| Lp. | Wyszczególnienie | Rok | | | | |
|--------------|------------------------------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015* |
| 1.3.2 | Urlop rodzicielski | | | | | |
| 1.3.2a | liczba osób | x | x | x | x | 236,8 |
| 1.3.2b | liczba dni | x | x | x | x | 22 427,4 |
| 1.3.2c | stawka dzienna (zł) | x | x | x | x | 67,99 |
| 1.3.2d | kwota wypłat (tys. zł) | x | x | x | x | 1 524 861,0 |
| 1.4 | Zasiłek wyrównawczy | | | | | |
| 1.4a | liczba dni | 23 365 | 20 488 | 16 308 | 24 504 | 9 593 |
| 1.4b | stawka dzienna (zł) | 21,33 | 23,63 | 24,84 | 28,14 | 32,98 |
| 1.4c | kwota wypłat (tys. zł) | 498,5 | 484,2 | 405,1 | 689,4 | 316,4 |
| 1.5 | Świadczenie rehabilitacyjne | | | | | |
| 1.5a | liczba świadczeń | 63 028 | 69 708 | 74 371 | 75 280 | 77 062 |
| 1.5b | kwota świadczenia (zł) | 1 270,41 | 1 329,41 | 1 383,05 | 1 416,82 | 1 427,07 |
| 1.5c | kwota wypłat (tys. zł) | 960 847,7 | 1 112 167,9 | 1 234 303,3 | 1 129 394,8 | 659 836,8 |

* Dane obejmują miesiące od stycznia do czerwca.

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwartalnych informacji o świadczeniach pieniężnych z FUS oraz o innych świadczeniach za lata 2010–2015

W przypadku świadczeń z ubezpieczenia społecznego zauważalny jest wzrost zarówno liczby dni, jak i kwot wypłat zasiłków, podwyższeniu uległa także stawka dzienna – o 13,1%. W obrębie poszczególnych rodzajów świadczeń również pojawiły się wzrosty, ale o różnym poziomie natężenia.

W grupie zasiłków chorobowych finansowanych ze środków FUS w analizowanym okresie nastąpił wzrost w liczbie dni o 6,8%, przy wzroście stawki dziennej o 15,1%, z tendencją rosnącą w 2015 r.

Świadczenia z tytułu opieki nad członkami rodziny zdrowymi i chorymi (zasiłki opiekuńcze) to grupa, w której wystąpił wzrost liczby dni o 1,1%, a stawki dziennej o 11,3%.

Proces zmian w polityce prorodzinnej odzwierciedla się w wypłatach świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Liczba dni zasiłku macierzyńskiego w latach 2011–2014 wzrosła o 129,3%, zaś stawka dzienna wynosi 97,31 zł. Wynika to z faktu zróżnicowanej wysokości zasiłku, uzależnionej od okresu, w którym ubezpieczeni korzystają z tego świadczenia.

Zasiłki wyrównawcze od wielu lat stanowią niewielki margines wypłat z ubezpieczenia chorobowego, a liczba dni, za które wypłacane jest to świadczenia, kształtuje się na stałym poziomie ok. 24 tys. rocznie.

Ostatnią pozycję w wypłatach krótkoterminowych stanowią świadczenia rehabilitacyjne, o potrzebie których orzeka lekarz orzecznik ZUS na podstawie wniosku lekarza leczącego osobę ubezpieczoną. Z danych wynika, że liczba świadczeń, które przyznawane są na różne okresy niezbędne do odzyskania zdolności do pracy, wzrosła o 19,4%, co wskazuje na wzrost świadomości ubezpieczonych i lekarzy leczących o potrzebie dłuższego odzyskiwania zdolności do pracy (poza zasiłkiem chorobowym), tak aby ubezpieczony wrócił na rynek pracy z pełną zdolnością do jej wykonywania.

Przedstawiając powyższe rozważania, warto podkreślić, że na sytuację finansową Funduszu Ubezpieczeń Społecznych za każdym razem wpływa zmiana w ustawie emerytalnej dotycząca wieku emerytalnego. Podwyższenie wieku dla kobiet i mężczyzn do 67 lat wywołało w wielu środowiskach dyskusje o słuszności takiej decyzji, bowiem w jej konsekwencji różne uwarunkowania (ryнку pracy, rodzinne i zdrowotne) mogą spowodować zwiększenie liczby osób ubiegających się o prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy. Aktualnie, gdy za każdy kwartał zmienia się okres wydłużonego wieku o miesiąc, nie obserwuje się takiego zjawiska, ale w miarę upływu czasu może się ono pojawić, co przełoży się na większe wydatki z funduszu rentowego. Dodać należy, że sposób wyliczania emerytur uległ zmianie, podczas gdy zmiana formuły wyliczania renty z tytułu niezdolności do pracy wydaje się nieosiągalna.

W 2015 r. przyjęto kolejne ustawy dotyczące zasiłku macierzyńskiego i opiekuńczego²³, gwarantujące ojcu lub innej osobie sprawującej opiekę nad dzieckiem prawo do zasiłku macierzyńskiego w przypadku śmierci matki, porzucenia przez nią dziecka, orzeczonej jej niezdolności do samodzielnej egzystencji, a także wtedy gdy nie podlega ona ubezpieczeniu chorobowemu. Rozwiązania te niewątpliwie przyczynią się do likwidacji wielu trudnych sytuacji, w których rodzina dotychczas była bezradna. Ochroną w formie zabezpieczenia prawa do zasiłku opiekuńczego objęci zostali ci ubezpieczeni, którzy muszą sprawować opiekę nad chorym rodzicem niebędącym małżonkiem oraz nad chorą macochą i ojczymem.

5. EMERYTURA POMOSTOWA

Rozważania przedstawione w poprzednim rozdziale dotyczyły świadczeń z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, jednak warto dodać też kilka informacji o świadczeniach realizowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, ale finansowanych z innego źródła. Chodzi o emerytury pomostowe finansowane z Funduszu Rezerwy Demograficznej.

²³ Ustawa z 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 30 lipca 2015 r. poz. 1066).

Emerytura pomostowa²⁴ to świadczenie dla osób, które spełniły łącznie przesłanki:

- urodziły się po 31 grudnia 1948 r.,
- udokumentują pracę w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze przez co najmniej 15 lat,
- osiągną określony wiek: 55 (kobiety) lub 60 lat (mężczyźni),
- udokumentują okres składkowy i nieskładkowy: kobieta 20, mężczyzna 25 lat,
- przed 1 stycznia 1999 r. wykonywały prace w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze,
- po 31 grudnia 2008 r. wykonywały prace w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze,
- rozwiązały umowę o pracę.

Dodatkowo istotne jest, że emerytura ta dotyczy wyłącznie osób mających status pracownika, które wykonują pracę w pełnym wymiarze czasu pracy.

Emerytura pomostowa jest świadczeniem okresowym wypłacanym do czasu osiągnięcia wieku emerytalnego, z pracy w warunkach szkodliwych lub w szczególnym charakterze. Do jej finansowania powołano Fundusz Emerytur Pomostowych, do którego przekazywane są składki od płatników za osoby wykonujące taką pracę, a także środki pochodzące z dotacji z budżetu państwa.

Od wejścia w życie tych regulacji, od 2010 r., stale rośnie liczba osób uprawnionych do emerytury pomostowej, a także kwota ich wypłat. Zwiększenie zapotrzebowania na ten rodzaj świadczenia powoduje większe kwoty wypłat, co skutkuje zwiększaniem finansowania FEP z dotacji budżetu.

Tabela 14. Liczba wypłat i kwoty emerytur pomostowych w latach 2011–2015

| Wyszczególnienie | Rok | | | | |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Przeciętna miesięczna liczba emerytur (w tys.) | 4,3 | 6,0 | 8,2 | 10,7 | 12,9 |
| Kwota wypłat (w mln zł) | 116,4 | 160,4 | 226,4 | 300,9 | 185,9 |
| Przeciętna wypłata emerytur (w zł) | 2260,92 | 2236,11 | 2287,67 | 2335,21 | 2406,43 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwartalnych informacji o świadczeniach pieniężnych z FUS oraz o innych świadczeniach za lata 2010–2015

²⁴ Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz.U. z 2015 r. poz. 965 z późn. zm.).

6. WNIOSKI

Od wielu lat w różnych gremiach dyskutuje się o kształcie ubezpieczeń społecznych, przede wszystkim o obciążeniach finansowych z tytułu składek na ubezpieczenie oraz wymiarze i wysokości świadczeń pieniężnych. Na podstawie przytoczonych w artykule danych można wysnuć kilka istotnych faktów, które są ważne dla tych dyskusji.

1. Liczba osób objętych ubezpieczeniem emerytalnym i rentowymi od wielu lat kształtuje się na zbliżonym poziomie powyżej 14 mln osób. W tej liczbie ujęte są wszystkie osoby, a zatem pracujący w pełnym i niepełnym wymiarze czasu pracy, prowadzący działalność gospodarczą, wykonujący umowy zlecenia, ale także osoby, które nie wykonują pracy zarobkowej, lecz sprawują opiekę nad potomstwem itp. Obserwuje się zwiększenie (rozszerzenie) tytułów ubezpieczenia, które obejmują coraz większe grupy ubezpieczonych.
2. Zasadniczym źródłem przychodu w ubezpieczeniu społecznym powinny być składki na ubezpieczenie, a udział dotacji z budżetu państwa powinien być zmniejszany. Dodatkowym źródłem przychodu są środki pochodzące z refundacji stanowiących równowartość kwot przekazanych do OFE. Od 2011 r. z powodu obniżenia części składki emerytalnej przekazywanej do OFE kwota refundacji jest niższa, co korzystnie wpływa na stan budżetu państwa.
3. Najliczniejszą grupą osób uprawnionych do świadczeń długoterminowych są emeryci, których liczba przekroczyła w 2015 r. 5 mln osób, zaś kwota wypłat świadczeń dla nich wzrosła powyżej 14%.
4. Świadczenia z funduszu chorobowego wypłacane ubezpieczonym mają tendencję rosnącą, szczególnie te związane z macierzyństwem, ze względu na zmiany w polityce prorodzinnej. Dlatego istotne jest przerwienie kosztów wypłaty wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy w okresie choroby pracownika na płatników składek.
5. Pilne wydaje się uzyskanie nowych źródeł zasilania FUS, ponieważ składki będą pokrywały coraz mniejszy poziom wydatków na ubezpieczenie społeczne. W przeciwnym razie należy liczyć się z podwyższeniem składek na ubezpieczenie lub obniżeniem wysokości świadczeń, choć byłoby to trudne do społecznej akceptacji.

LITERATURA

Borodo A., *Prawo budżetowe*, Warszawa 2008.

Olszewska M., *Składka na ubezpieczenie społeczne i jej wpływ na wymiar świadczeń pieniężnych* [w:] *Finanse i rachunkowość w warunkach niestabilnego otoczenia*, red. M. Wypych, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2012, nr 13(14).

Ostaszewski J., *Finanse*, Warszawa 2010.

- Pierchalska M., *Niewystarczalność funduszu ubezpieczeń społecznych a budżet państwa*, red. M. Wypych, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2014, nr 15(9).
- Sanetra W., *O genezie i ewolucji składki na ubezpieczenie społeczne* [w:] *Składki na ubezpieczenie społeczne*, Warszawa 2015.
- Szpor G., *System ubezpieczeń społecznych. Zagadnienia podstawowe*, Warszawa 2006.
- Ślebza K., *Prawny charakter składek na ubezpieczenie społeczne* [w:] *Ubezpieczenia społeczne – dawniej i dziś. W 80-lecie uchwalenia ustawy o ubezpieczeniu społecznym*, Warszawa 2013.
- Wantoch-Rekowski J., *Składki na ubezpieczenie społeczne w systemie finansowania ubezpieczeń społecznych i w systemie finansów publicznych – wybrane zagadnienia prawnofinansowe* [w:] *Składki na ubezpieczenie społeczne*, Warszawa 2015.
- ZUS, *Informacje o świadczeniach pieniężnych z FUS oraz o innych świadczeniach* (publikowane kwartalnie w latach 2010–2015).
- ZUS, *Plany finansowe FUS* (publikowane corocznie w latach 2011–2015).
- Żukowski M., *Ekonomiczne aspekty ubezpieczeń społecznych* [w:] *Ubezpieczenia społeczne w procesie zmian. 80 lat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*, red. K.W. Frieske, E. Przychodaj, Warszawa 2014.

STRESZCZENIE

W opracowaniu podjęto próbę oceny funkcjonowania Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Funduszu) w latach 2011–2015 na podstawie wypłat świadczeń długo- i krótkoterminowych. Ocena dokonana została na podstawie danych statystycznych ZUS odzwierciedlających dochody i wydatki Funduszu, z uwzględnieniem zmian w przepisach ubezpieczeniowych. Wzięto też pod uwagę nowe świadczenia, czyli emerytury pomostowe.

Przeprowadzona analiza wskazuje na pozytywne aspekty, czyli rosnące dochody, ale także na wzrastające wydatki Funduszu oraz konieczność stałego uzupełniania jego dochodów o środki z: dotacji budżetu państwa, pożyczek, budżetu państwa, kredytów oraz Funduszu Rezerwy Demograficznej.

Słowa kluczowe: Fundusz Emerytur Pomostowych (FEP), Fundusz Ubezpieczeń Społecznych (FUS), wydatki długoterminowe, wydatki krótkoterminowe, emerytura pomostowa

SUMMARY

Expenditure on social security pension benefits – the current state and perspectives

The work undertakes an attempt to evaluate the functioning of the Social Security Fund for the years 2011–2015 on the basis of long and short term pension benefit payments. The evaluation was conducted on the basis of ZUS statistics on Fund

incomes and expenditures, incorporating the changes in insurance regulations. Considered were the new benefits that are bridging pensions.

The conducted research shows positive aspects; these being growing incomes though at the same time the increased expenditures incurred by the Fund as well as the necessity to constantly supplement its incomes with monies from: state budget subsidies, state budget loans, commercial loans, and from the Demographic Reserve Fund.

Key words: Bridging Pension Fund (FEP), Social Insurance Fund (FUS), long-term expenditure, short-term expenditure, bridging pension

HANNA ZALEWSKA

*Wydatki na świadczenia
z ubezpieczeń społecznych
związane z niezdolnością
do pracy*

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

1. WSTĘP

Przedmiotem opracowania jest przedstawienie w wielu aspektach wydatków na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy. Katalog świadczeń związanych z niezdolnością do pracy jest dość obszerny. Są to zarówno świadczenia długoterminowe, jak i krótkoterminowe.

Należy tu wymienić renty z tytułu niezdolności do pracy (łącznie z rentami z tytułu niezdolności do pracy przyznawanymi z tytułu wypadków przy pracy lub chorób zawodowych), renty socjalne, świadczenia rehabilitacyjne, absencję chorobową finansowaną zarówno z funduszy zakładów pracy, jak też z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (zasiłki chorobowe), a także rehabilitację leczniczą realizowaną w ramach prewencji rentowej ZUS.

Wszystkie przytoczone w opracowaniu wielkości, tabele i wykresy stanowią efekt działalności Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarnych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

2. WYDATKI NA ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z NIEZDOLNOŚCIĄ DO PRACY W LATACH 2012–2014

Przytoczone poniżej dane obejmują wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesione zarówno przez Fundusz Ubezpieczeń Społecznych, jak i budżet państwa (renty socjalne, renty z tytułu niezdolności do pracy inwalidów wojennych i wojskowych) oraz fundusze zakładów pracy (w przypadku wynagrodzeń wypłaconych z tytułu czasowej niezdolności do pracy przez pracodawców).

Tabela 1. Wydatki na świadczenia w latach 2012–2014

| Wyszczególnienie | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|------|------|------|
| Wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy: | | | |
| w mld zł | 30,4 | 32,3 | 32,5 |
| w % PKB | 1,9 | 2,0 | 1,9 |

Źródło: opracowanie własne Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarnych ZUS

W 2014 r. wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy ogółem wyniosły 32,5 mld zł i w porównaniu z 2013 r. wzrosły o 0,8%. Kwota ta stanowiła 1,9% PKB, co oznacza dalszy, w stosunku do roku poprzedniego, spadek udziału tych wydatków w PKB.

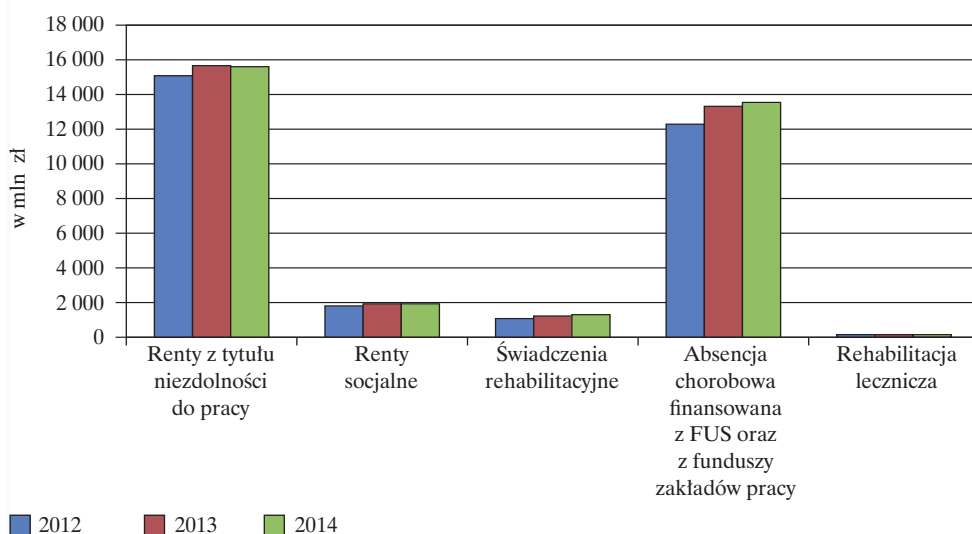
Główną pozycję tych wydatków stanowią wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy, które w 2014 r. wyniosły 15,6 mld zł.

Tabela 2. Wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w latach 2012–2014

| Wyszczególnienie | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|----------|----------|----------|
| | w mln zł | | |
| Renty z tytułu niezdolności do pracy, w tym: | 15 065,0 | 15 640,0 | 15 598,3 |
| renty z tytułu niezdolności do pracy wypadkowe | 3 270,9 | 3 662,5 | 3 692,8 |
| Renty socjalne | 1 817,4 | 1 919,4 | 1 971,7 |
| Świadczenia rehabilitacyjne | 1 112,2 | 1 234,3 | 1 279,7 |
| Absencja chorobowa finansowana z FUS oraz z funduszy zakładów pracy | 12 280,7 | 13 315,5 | 13 522,4 |
| Rehabilitacja lecznicza | 163,4 | 166,9 | 167,7 |

Źródło: opracowanie własne Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuariatnych ZUS

Wykres 1. Wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w latach 2012–2014



Źródło: opracowanie własne Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuariatnych ZUS

Drugą pod względem wielkości pozycję wydatków stanowi absencja chorobowa (wynagrodzenia wypłacone pracownikom przez pracodawców z tytułu czasowej niezdolności do pracy oraz zasiłki chorobowe finansowane z ubezpieczeń społecznych). W 2014 r. wydatki te wyniosły ponad 13,5 mld zł.

Te dwie pozycje, czyli renty z tytułu niezdolności do pracy i absencja chorobowa, stanowią ponad 89% wydatków na świadczenia związane z niezdolnością

do pracy. Stąd też w dalszej części opracowania omówione zostaną te dwie główne pozycje wydatków.

3. RENTA Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy przysługuje ubezpieczonemu, który spełnia trzy warunki:

- jest całkowicie lub częściowo niezdolny do pracy,
- ma wymagany okres składkowy i nieskładkowy (w zależności od wieku ubezpieczonego okres ten wynosi: od jednego roku – gdy niezdolność do pracy powstała przed ukończeniem 20 roku życia, do pięciu lat w ostatnim dziesięcioleciu przed zgłoszeniem wniosku o rentę albo przed powstaniem niezdolności do pracy – gdy niezdolność ta powstała w wieku powyżej 30 lat),
- jego niezdolność do pracy powstała w czasie trwania ubezpieczenia albo w czasie 18 miesięcy od jego ustania.

Algorytm ustalania wysokości rent z tytułu niezdolności do pracy dla wszystkich ubezpieczonych jest taki sam, analogiczny do obliczania emerytury w tzw. starym systemie emerytalnym, o zdefiniowanym świadczeniu.

Wysokość renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy wynosi:

- 24% kwoty bazowej,
- po 1,3% podstawy jej wymiaru za każdy rok okresów składkowych,
- po 0,7% podstawy jej wymiaru za każdy rok okresów nieskładkowych,
- po 0,7% podstawy jej wymiaru za każdy rok brakujący do pełnych 25 lat okresów składkowych i nieskładkowych, liczonych od dnia zgłoszenia wniosku o rentę do dnia, w którym rencista ukończyłby powszechny wiek emerytalny ustalony dla kobiet (jest to tzw. staż hipotetyczny).

Wysokość renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy wynosi 75% renty dla osoby całkowicie niezdolnej do pracy.

Istnieje dolna granica wysokości renty z tytułu niezdolności do pracy ustalona na podstawie ustawy emerytalnej – wysokość gwarantowana. Jeśli zatem faktyczna wysokość renty jest niższa od określonego w ustawie emerytalnej najniższego świadczenia, renta wypłacana jest w wysokości gwarantowanej.

W wysokości najniższej wypłaca się także renty w przypadku, gdy nie można ustalić podstawy wymiaru tych świadczeń bądź staż ubezpieczonego jest krótszy niż jeden rok, jak również renty przyznawane w drodze wyjątku przez prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz tzw. renty uczniowskie.

Ustawa emerytalna wprowadziła także górną granicę wysokości renty. Renta (bez dodatków) nie może przekraczać 100% podstawy jej wymiaru.

Natomiast wskaźnik wysokości podstawy wymiaru nie może być wyższy niż 250%.

Ubezpieczonemu przysługuje renta stała, jeśli niezdolność do pracy jest trwała. Jeśli niezdolność do pracy jest okresowa, przysługuje mu tzw. renta okresowa, czyli wypłacana przez okres wskazany w decyzji organu rentowego.

Niezdolną do pracy w rozumieniu ustawy emerytalnej jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i jej stan nie rokuje odzyskania tej zdolności po przekwalifikowaniu. Całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy, natomiast częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.

Osobom pobierającym rentę z tytułu niezdolności do pracy, które osiągnęły wiek emerytalny, przysznaje się emeryturę (z urzędu).

Nieco odmienne uregulowania prawne obowiązują w przypadku tzw. rent wypadkowych. Do tej kategorii zaliczamy renty z tytułu wypadku przy pracy oraz renty z tytułu chorób zawodowych. Zgodnie z ustawą z 30 października 2002 r. (z późn. zm.) o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, przy ustalaniu uprawnień do rent wypadkowych nie ma znaczenia wysokość stażu pracy ubezpieczonego w momencie zaistnienia wypadku. Ponadto podstawa wymiaru takich rent może być ustalona od wskaźnika wysokości podstawy wymiaru wyższego niż 250%. Jednak w przypadku dokonania wyliczeń z wykorzystaniem wyższego niż 250% wskaźnika nie obowiązuje gwarancja, że renta nie może być niższa niż określony procent podstawy jej wymiaru. Również kwoty najniższych rent z tytułu całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy i rent rodzinnych przysługujących na podstawie ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych są wyższe i stanowią 120% kwoty świadczeń najniższych (wymienionych wcześniej).

3.1. Osoby pobierające rentę z tytułu niezdolności do pracy

Zmiany systemu orzeczniczego oraz rentowego spowodowały zmianę liczby osób pobierających rentę z tytułu niezdolności do pracy, a także istotne zmiany w strukturze, np. okresu trwania niezdolności do pracy. Należy podkreślić, że znacznie zmniejszyła się także liczba wniosków o rentę z tytułu niezdolności do pracy składanych przez ubezpieczonych. O ile w 1998 r. wpłynęło prawie 319 tys. wniosków, to w 2013 r. już tylko 128 tys., a w 2014 r. – 130,5 tys.

Wskutek zmian w zasadach orzekania o niezdolności do pracy i istotnego spadku liczby wniosków o rentę z tytułu niezdolności do pracy znacznie spadła liczba nowo przyznanych rent z tytułu niezdolności do pracy, która w ostatnich latach znajduje się na poziomie ok. 50 tys. rocznie.

Tabela 3. Liczba osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy

| Okres | Ogółem | |
|-----------|--------|--------------------------------|
| | w tys. | w % ogółu emerytów i rencistów |
| XII 2003 | 2218,3 | 31,0 |
| XII 2004 | 2053,7 | 28,5 |
| XII 2005 | 1923,0 | 26,7 |
| XII 2006* | 1516,7 | 20,9 |
| XII 2007 | 1439,4 | 19,6 |
| XII 2008 | 1327,7 | 17,7 |
| XII 2009 | 1256,3 | 16,7 |
| XII 2010 | 1204,8 | 16,2 |
| XII 2011 | 1148,8 | 15,6 |
| XII 2012 | 1099,1 | 15,0 |
| XII 2013 | 1056,5 | 14,5 |
| XII 2014 | 1010,9 | 13,9 |

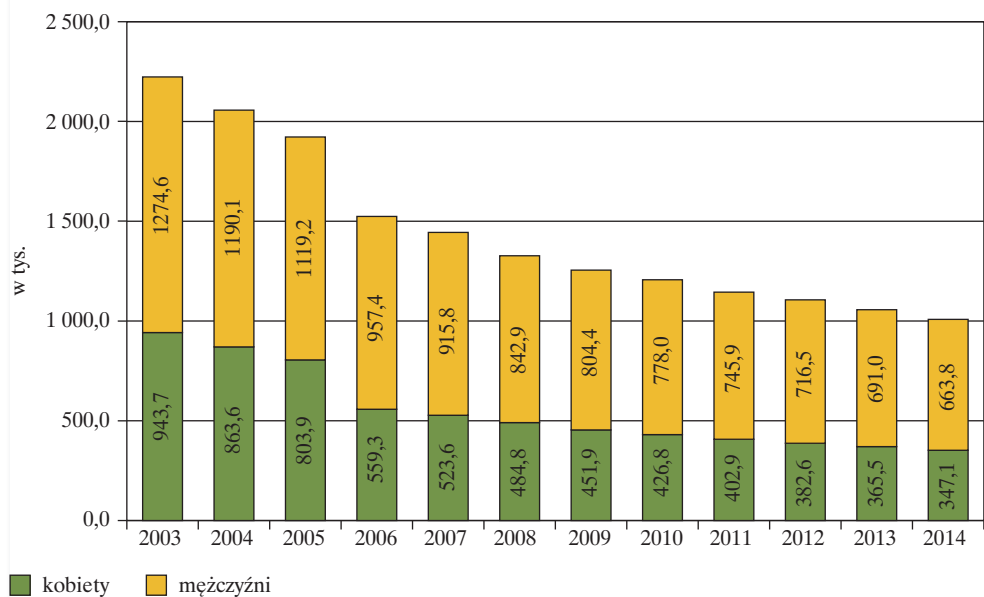
* Od stycznia 2006 r. osobom pobierającym renty z tytułu niezdolności do pracy, które osiągnęły powszechny wiek emerytalny, przyznawana jest emerytura z urzędu. Przepis nie dotyczy osób pobierających rentę z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, a także pobierających rentę inwalidów wojennych i wojskowych.

Źródło: opracowanie własne Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarialnych ZUS

W grudniu 2014 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych wypłacił renty z tytułu niezdolności do pracy 1010,9 tys. osób. W portfelu świadczeniobiorców renciści stanowili wówczas 13,9%. Od wielu lat odsetek rencistów zmniejsza się – dla porównania w 2003 r. odsetek ten wynosił 31,0%.

Analizując dane zawarte w tabeli 3 (i na wykresie 2), należy pamiętać o zmianach prawnych wprowadzonych w 2006 r. Na ich mocy osobom pobierającym rentę z tytułu niezdolności do pracy, które osiągnęły powszechny wiek emerytalny, przyznawana jest emerytura z urzędu.

Wykres 2. Osoby pobierające renty z tytułu niezdolności do pracy
(dane z grudnia danego roku)



Źródło: opracowanie własne Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuariatycznych ZUS

Podkreślenia wymaga fakt, że w portfelu rencistów rośnie udział mężczyzn. O ile odsetek rencistów mężczyzn w 2013 r. wynosił 57,5%, to w 2014 r. wzrósł do 65,7%. Liczba kobiet rencistek zmniejszyła się z 943,7 tys. w 2003 r. do 347,1 tys. w 2014 r. (czyli o 596,6 tys.), natomiast liczba mężczyzn rencistów zmniejszyła się w tym okresie o 610,8 tys.

Prawie 65% wypłaconych rent to renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy. W grudniu 2014 r. wypłacono takie renty 653,2 tys. osób.

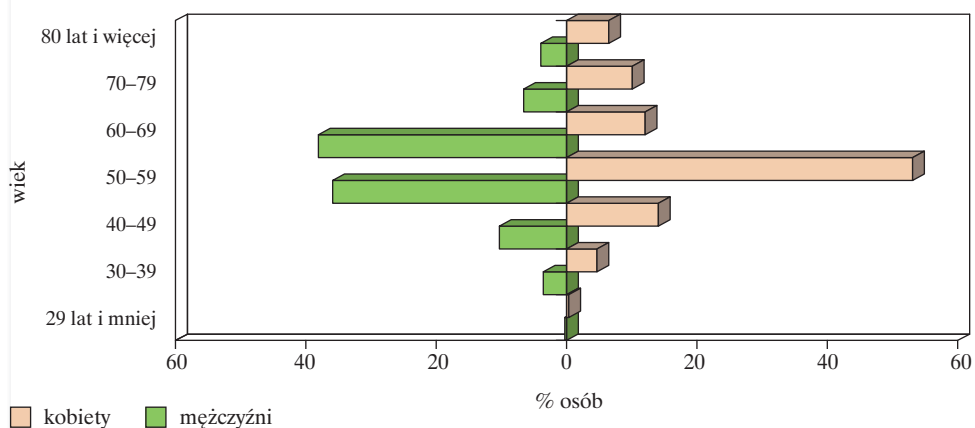
Tabela 4. Struktura według wieku osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy w grudniu 2014 r.

| Wiek | Ogółem | Mężczyźni | Kobiety |
|----------------|--------------|--------------|--------------|
| | w odsetkach | | |
| Ogółem | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| 29 lat i mniej | 0,4 | 0,5 | 0,3 |
| 30–34 | 1,2 | 1,1 | 1,2 |
| 35–39 | 2,9 | 2,7 | 3,3 |
| 40–44 | 4,5 | 4,1 | 5,2 |
| 45–49 | 7,2 | 6,4 | 8,8 |
| 50–54 | 13,4 | 11,6 | 16,8 |

| Wiek | Ogółem | Mężczyźni | Kobiety |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|
| | w odsetkach | | |
| 55–59 | 28,5 | 24,5 | 36,2 |
| 60–64 | 23,4 | 31,7 | 7,5 |
| 65–69 | 5,8 | 6,5 | 4,4 |
| 70–74 | 3,7 | 3,2 | 4,8 |
| 75–79 | 4,1 | 3,5 | 5,2 |
| 80 lat i więcej | 4,9 | 4,2 | 6,3 |
| Średni wiek w latach | 58,9 | 59,3 | 58,3 |

Źródło: opracowanie własne Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarialnych ZUS

Wykres 3. Struktura według wieku osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy (grudzień 2014 r.)



Źródło: opracowanie własne Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarialnych ZUS

Ponad 65% rencistów to osoby w wieku pomiędzy 50 a 64 rokiem życia. W przypadku mężczyzn dominującym przedziałem wieku był przedział 60–64 lata, 31,70% rencistów było w tym wieku. W przypadku rencistek dominującym był przedział wieku 55–59 lat. W grudniu 2014 r. w tym właśnie wieku było ponad 36% rencistek.

3.2. Przyczyny chorobowe niezdolności do pracy

Orzekając o niezdolności do pracy, lekarze orzecznicy ZUS ustalają związek przyczynowy niezdolności do pracy z okolicznością jej powstania.

Rozróżnia się trzy rodzaje okoliczności:

- ogólny stan zdrowia,
- wypadek przy pracy oraz wypadki w szczególnych okolicznościach,
- choroby zawodowe.

Najczęściej niezdolność do pracy jest związana z ogólnym złym stanem zdrowia. Przykładowo, w 2014 r. takie orzeczenia otrzymało 96,5% osób badanych po raz pierwszy w celu ustalenia prawa do renty. Udział orzeczeń o niezdolności do pracy spowodowanej wypadkami przy pracy wyniósł 2,6%, natomiast orzeczenia o niezdolności do pracy z powodu chorób zawodowych stanowiły 0,9%.

Wyniki analizy orzeczeń pierwszorazowych wydanych w 2014 r. w celu ustalenia prawa do renty potwierdziły, że najczęściej powstanie niezdolność do pracy powodują choroby związane z ogólnym stanem zdrowia. Są to choroby układu krążenia, nowotwory, choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, choroby psychiczne, choroby układu nerwowego. Udział poszczególnych przyczyn chorobowych na przestrzeni lat w orzeczeniach pierwszorazowych ustalających niezdolność do pracy ilustruje tabela 5.

Tabela 5. Orzeczenia pierwszorazowe lekarzy orzeczników ustalające niezdolność do pracy w celu ustalenia praw do renty według przyczyn chorobowych niezdolności do pracy

| Wyszczególnienie | Orzeczenia pierwszorazowe wydane w latach: | | | | |
|--|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 2002 | 2005 | 2010 | 2012* | 2014 |
| Ogółem | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| w tym: | | | | | |
| nowotwory (C00–D48) | 15,4 | 18,0 | 22,2 | 19,6 | 23,5 |
| choroby psychiczne (F00–F99) | 18,2 | 16,0 | 13,5 | 9,8 | 11,0 |
| choroby układu nerwowego (G00–G99) | 8,3 | 8,4 | 8,3 | 6,6 | 7,4 |
| choroby układu krążenia (I00–I99) | 23,0 | 23,9 | 22,3 | 20,1 | 20,4 |
| choroby układu oddechowego (J00–J99) | 3,9 | 3,5 | 2,4 | 2,1 | 2,3 |
| choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00–M99) | 11,4 | 10,7 | 11,5 | 11,0 | 13,5 |
| urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00–T98) | – | 7,8 | 8,3 | 7,1 | 7,7 |

* Od 2012 r. bez orzeczeń pierwszorazowych w sprawach o rentę rodzinną.

Źródło: opracowanie własne Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarialnych ZUS

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 5, znacznie rośnie udział orzeczeń ustalających niezdolność do pracy w wyniku nowotworów – z 15,4% w 2002 r. do 23,5% w 2014 r. Na zbliżonym poziomie, z niewielką tendencją spadkową, utrzymuje się udział orzeczeń ustalających niezdolność do pracy w wyniku chorób krążenia (23,0% w 2002 r., 20,4% w 2014 r.). Obniżył się udział orzekanej niezdolności do pracy z powodu chorób psychicznych z 18,2% w 2002 r. do 11,0% w 2014 r. Wzrósł natomiast

z 11,4% w 2002 r. do 13,5% w 2014 r. udział orzekanej niezdolności do pracy z powodu chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi także badania wydatków na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w kontekście przyczyn chorobowych niezdolności. Wyniki badania za 2014 r. zawiera tabela 6.

Tabela 6. Struktura wydatków na renty z tytułu niezdolności do pracy w 2014 r. według grup chorobowych

| Grupy chorobowe | Udział w wydatkach ogółem |
|---|---------------------------|
| Ogółem (A00–Z99) | 100,0 |
| w tym: | |
| choroby układu krążenia (I00–I99) | 23,3 |
| zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00–F99) | 20,0 |
| choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00–M99) | 13,2 |
| choroby układu nerwowego (G00–G99) | 9,4 |
| urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00–T98) | 8,5 |
| nowotwory (C00–D48) | 6,0 |
| choroby układu oddechowego (J00–J99) | 5,7 |
| choroby oka i przydatków oka (H00–H59) | 4,2 |
| zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej (E00–E90) | 2,8 |
| choroby ucha i wyrostka sutkowatego (H60–H95) | 2,0 |

Źródło: opracowanie własne Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarialnych ZUS

Analizując strukturę wydatków na renty z tytułu niezdolności do pracy według grup chorobowych będących przyczyną niezdolności, obserwujemy istotne różnice w tej strukturze, przyjmując za punkt odniesienia płeć rencistów.

W przypadku rencistów (mężczyzn) w ogólnej kwocie wypłaconych im w 2014 r. rent z tytułu niezdolności do pracy największy udział miały wypłaty z tytułu:

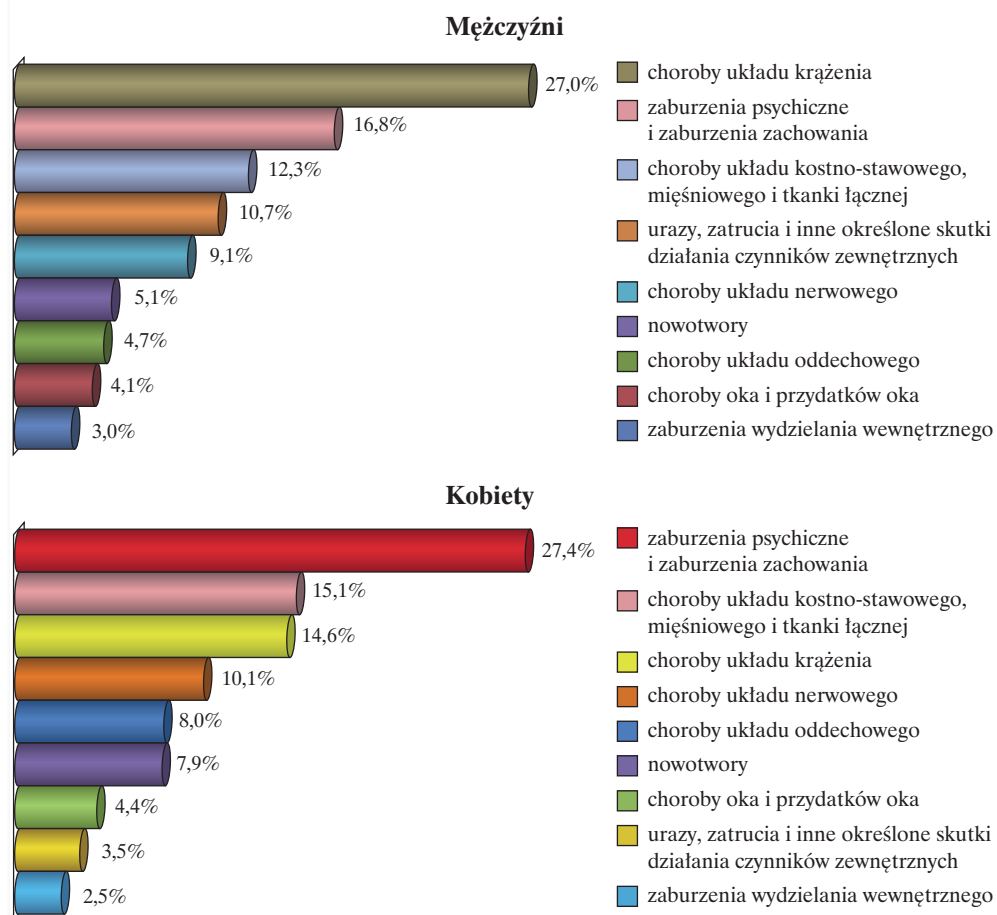
- chorób układu krążenia (I00–I99) – 27,0%,
- zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (F00–F99) – 16,8%,
- chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00–M99) – 12,3%,
- urazów, zatruc i innych określonych skutków działania czynników zewnętrznych (S00–T98) – 10,7%,
- chorób układu nerwowego (G00–G99) – 9,1%,
- nowotworów (C00–D48) – 5,1%.

W przypadku rencistek (kobiet) w kwocie wypłaconych im w 2014 r. rent z tytułu niezdolności do pracy największy udział miały wypłaty z tytułu:

- zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (F00–F99) – 27,4%,
- chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00–M99) – 15,1%,
- chorób układu krążenia (I00–I99) – 14,6%,
- chorób układu nerwowego (G00–G99) – 10,1%,
- chorób układu oddechowego (J00–J99) – 8,0%.

Powyższe dane obrazuje wykres 4.

Wykres 4. Udział wydatków na renty z tytułu niezdolności do pracy według wybranych grup chorobowych i płci w 2014 r.



Źródło: opracowanie własne Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuariatycznych ZUS

4. ABSENCJA CHOROBOWA

Absencja chorobowa, czyli czasowa niezdolność do pracy, ubezpieczonych pracowników jest finansowana najpierw – przez czas określony w Kodeksie pracy – jako wypłata wynagrodzenia, później jako zasiłek z ubezpieczeń społecznych wypłacany z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Pozostałe grupy ubezpieczonych otrzymują zasiłki chorobowe zgodnie z określonymi przepisami.

Za czas niezdolności do pracy wskutek choroby (lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną) trwającej łącznie 33 dni w ciągu roku kalendarzowego – a w przypadku pracownika, który ukończył 50 rok życia, trwającej łącznie do 14 dni w ciągu roku kalendarzowego – pracownik zachowuje prawo do 80% wynagrodzenia. Za czas niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem w drodze do pracy albo choroby przypadającej w czasie ciąży pracownik zachowuje prawo do 100% wynagrodzenia.

Zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Miesięczny zasiłek chorobowy wynosi:

- 80% podstawy wymiaru zasiłku,
- 70% podstawy wymiaru zasiłku – za okres pobytu w szpitalu,
- 100% podstawy wymiaru zasiłku w przypadku, gdy niezdolność do pracy przypada w okresie ciąży, powstała na skutek poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek tkanek i narządów oraz zabiegowi pobrania komórek tkanek i narządów lub powstała wskutek wypadku w drodze do pracy lub z pracy.

Zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu także w przypadku, gdy niezdolność do pracy została spowodowana wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową. W takim przypadku miesięczny zasiłek chorobowy wynosi 100% podstawy wymiaru i jest wypłacany z funduszu wypadkowego.

4.1. Absencja chorobowa w liczbach

Absencja chorobowa dokumentowana jest zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy. Zaświadczenie lekarskie wydawane jest na druku ZUS ZLA. Dokument ten stanowi podstawę, przy spełnieniu określonych wymagań, do wypłaty wynagrodzenia lub zasiłku chorobowego. Na podstawie zawartych na zaświadczeniu lekarskim informacji Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi badania statystyczne cech demograficznych osób otrzymujących zwolnienia lekarskie, jak też przyczyn chorobowych absencji chorobowej.

W 2014 r. z ogólnej liczby zaświadczeń lekarskich zarejestrowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych ok. 17 mln wystawionych zostało osobom

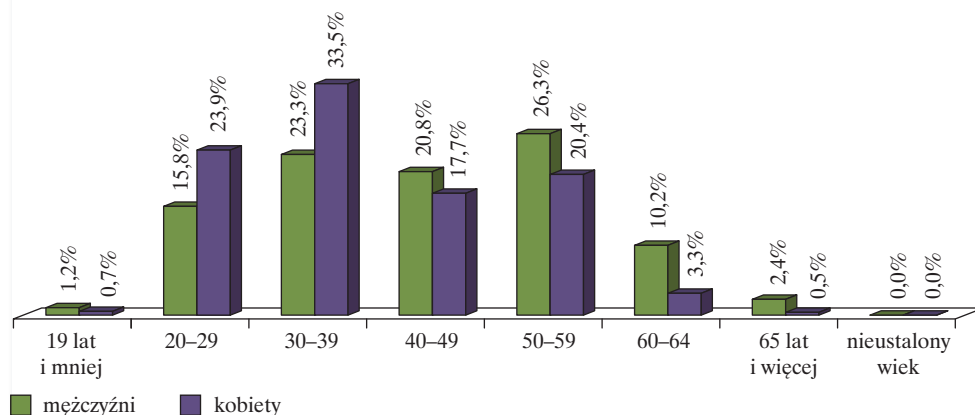
ubezpieczonym w ZUS. W porównaniu z 2013 r. liczba ta spadła o 2,1%. Liczba dni absencji chorobowej wynikająca z tych zaświadczeń wynosiła 212,6 mln dni. Przeciętna długość, liczona w dniach, zaświadczenia lekarskiego wystawionego osobom ubezpieczonym w ZUS wyniosła 12,53 dnia. Liczba osób ubezpieczonych w ZUS, którym w 2014 r. przynajmniej raz zostało wystawione zaświadczenie lekarskie z tytułu choroby własnej, wyniosła 5,7 mln, a przeciętna długość absencji chorobowej (skumulowanej) w 2014 r. przypadająca na jedną osobę ubezpieczoną w ZUS była równa 37,04 dnia.

Tabela 7. Liczba absencji chorobowej w 2014 r. z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według wieku i płci

| Wiek ubezpieczonego | Liczba dni absencji chorobowej (w tys.) | | | |
|---------------------------------|---|-----------------|------------------|------------------|
| | ogółem | mężczyźni | kobiety | nieustalona płeć |
| Ogółem | 212 616,7 | 91 786,5 | 120 738,4 | 91,8 |
| 19 lat i mniej | 1 870,0 | 1 061,8 | 807,0 | 1,2 |
| 20–29 | 43 303,8 | 14 479,2 | 28 808,4 | 16,2 |
| 30–39 | 61 857,8 | 21 403,7 | 40 432,8 | 21,3 |
| 40–49 | 40 477,6 | 19 050,0 | 21 413,9 | 13,7 |
| 50–59 | 48 855,6 | 24 172,2 | 24 668,1 | 15,3 |
| 60–64 | 13 330,5 | 9 382,8 | 3 942,8 | 4,9 |
| 65 lat i więcej | 2 903,3 | 2 236,7 | 665,3 | 1,3 |
| Nieustalony wiek ubezpieczonego | 18,1 | 0,1 | 0,1 | 17,9 |

Źródło: opracowanie własne Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuariatnych ZUS

Wykres 5. Struktura dni absencji chorobowej w 2014 r. z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według wieku i płci



Źródło: opracowanie własne Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuariatnych ZUS

Analizując zaprezentowane dane, widzimy, że absencja chorobowa kobiet jest większa niż mężczyzn o ponad 31%. Prawie 1/3 tej absencji dotyczyła kobiet w wieku od 30 do 39 lat. W przypadku mężczyzn nie ma tak jednoznacznie „wyróżniającego” się przedziału wiekowego.

Interesująca jest także analiza absencji chorobowej według sekcji gospodarki narodowej. Największa liczba dni absencji chorobowej w 2014 r. powstała w sekcji przetwórstwa przemysłowego – ponad 42 mln dni, czyli 19,8% ogółu absencji. Także sekcja handlu hurtowego i detalicznego „wygenerowała” znaczną liczbę dni absencji chorobowej, bo prawie 38 mln dni (17,8% ogółu absencji). Powyższe dane ilustruje tabela 8.

Tabela 8. Absencja chorobowa w 2014 r. z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według sekcji gospodarki narodowej

| Sekcja gospodarki narodowej | Liczba dni absencji chorobowej | | Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego |
|---|--------------------------------|--------------|--|
| | w tys. | w % | |
| Ogółem | 212 616,7 | 100,0 | 12,53 |
| Rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo | 2 277,3 | 1,1 | 13,77 |
| Górnictwo i wydobywanie | 2 587,5 | 1,2 | 10,00 |
| Przetwórstwo przemysłowe | 42 168,1 | 19,8 | 12,16 |
| Wytwarzanie i zaopatrywanie w energię elektryczną, gaz, parę wodną, gorącą wodę i powietrze do układów klimatyzacyjnych | 928,5 | 0,4 | 11,33 |
| Dostawa wody; gospodarowanie ściekami i odpadami oraz działalność związana z rekultywacją | 2 249,6 | 1,1 | 12,18 |
| Budownictwo | 14 652,2 | 6,9 | 12,93 |
| Handel hurtowy i detaliczny; naprawa pojazdów samochodowych | 37 924,6 | 17,8 | 13,85 |
| Transport i gospodarka magazynowa | 9 936,8 | 4,7 | 13,08 |
| Działalność związana z zakwaterowaniem i usługami gastronomicznymi | 4 981,5 | 2,3 | 14,09 |
| Informacja i komunikacja | 3 246,9 | 1,5 | 10,11 |
| Działalność finansowa i ubezpieczeniowa | 6 745,8 | 3,2 | 12,04 |
| Działalność związana z obsługą rynku nieruchomości | 2 518,3 | 1,2 | 13,5 |
| Działalność profesjonalna, naukowa i techniczna | 7 937,0 | 3,7 | 12,27 |

| Sekcja gospodarki narodowej | Liczba dni absencji chorobowej | | Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego |
|---|--------------------------------|-----|--|
| | w tys. | w % | |
| Działalność w zakresie usług administrowania i działalność wspierająca | 10 964,2 | 5,2 | 12,61 |
| Administracja publiczna i obrona narodowa; obowiązkowe zabezpieczenia społeczne | 17 796,4 | 8,4 | 11,97 |
| Edukacja | 13 087,2 | 6,2 | 10,50 |
| Opieka zdrowotna i pomoc społeczna | 12 169,7 | 5,7 | 13,29 |
| Działalność związana z kulturą, rozrywką i rekreacją | 2 195,0 | 1,0 | 12,39 |
| Pozostała działalność usługowa | 4 579,3 | 2,2 | 12,98 |
| Gospodarstwa domowe zatrudniające pracowników | 0,2 | 0,0 | 13,08 |
| Organizacje i zespoły eksterytorialne | 17,4 | 0,0 | 9,22 |
| Nieustalona sekcja gospodarki narodowej | 13 653,2 | 6,4 | 13,00 |

Źródło: opracowanie własne Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarialnych ZUS

W przypadku mężczyzn ubezpieczonych w ZUS najdłuższą absencję chorobową spowodowały jednostki chorobowe:

- zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (G54) – 8,3%,
- ostre zakażenia górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (J06) – 3,5%,
- inne choroby krążka międzykręgowego (M51) – 3,1%,
- zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (M47) – 2,8%,
- bóle grzbietu (M54) – 2,6%.

Natomiast w przypadku kobiet najdłuższą absencję chorobową spowodowały jednostki chorobowe:

- opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą (O26) – 24,9%,
- zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (G54) – 4,7%,
- krwawienie we wczesnym okresie ciąży (O20) – 3,9%,
- ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (J06) – 3,1%,
- reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43) – 2,2%.

Analizując absencję chorobową z punktu widzenia wydatków na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związanych z niezdolnością do pracy, stwierdzamy, że najwyższe wydatki w 2014 r. zostały poniesione na absencję chorobową

spowodowaną chorobami okresu ciąży, porodu i połogu – 27,9% ogółu wydatków na absencję chorobową, chorobami układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – 12,9%, urazami, zatruciami i innymi określonymi skutkami czynników zewnętrznych – 12,0% oraz chorobami układu oddechowego – 9,7%.

Analizując koszty absencji chorobowej według płci świadczeniobiorców, zauważamy, że w populacji mężczyzn najwyższe wydatki zostały poniesione w związku z urazami i zatruciami – 21,2% i chorobami układu kostno-stawowego – 19,2%. W wydatkach na absencję kobiet, poza chorobami okresu ciąży, porodu i połogu, które stanowią 45,2% wydatków dla tej populacji, dominowały choroby układu oddechowego – 8,4%.

5. DZIEŚIĘ JEDNOSTEK CHOROBYCH, KTÓRE SPOWODOWAŁY NAJWYŻSZE WYDATKI NA ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ZWIĄZANE Z NIEZDOLNOŚCIĄ DO PRACY W 2014 R.

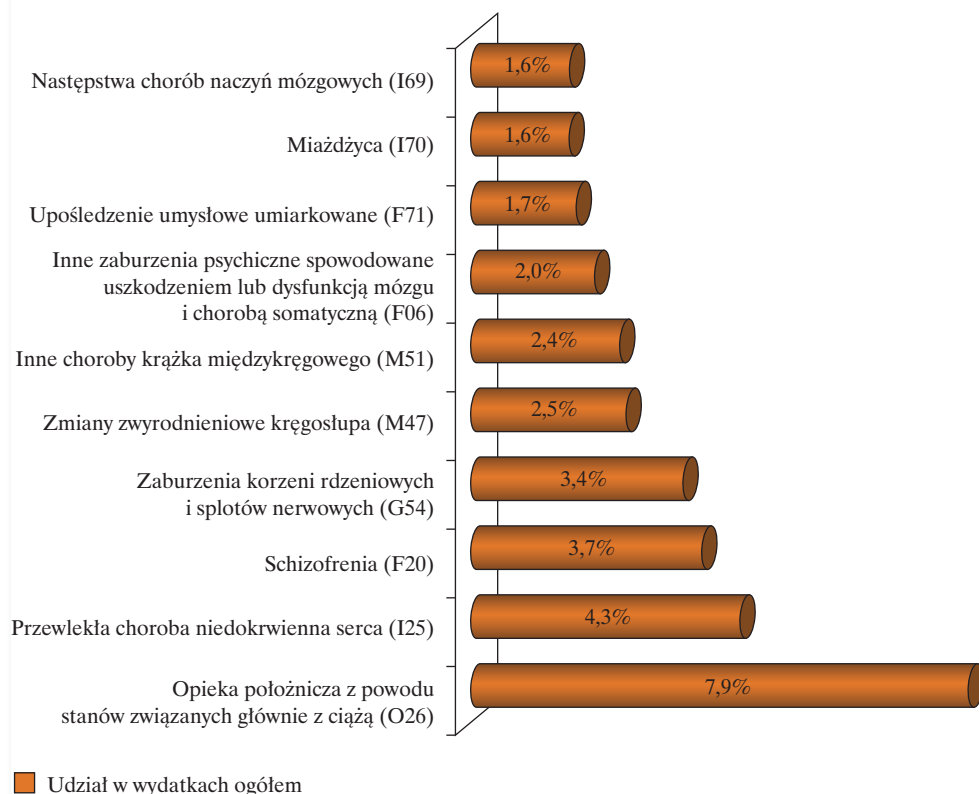
Tabela 9 i wykres 6 prezentują ranking jednostek chorobowych, które spowodowały najwyższe wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2014 r.

Tabela 9. Ranking jednostek chorobowych powodujących niezdolność do pracy, generujących najwyższe wydatki na świadczenia związane z tą niezdolnością (dane za 2014 r.)

| Jednostki chorobowe | Udział w wydatkach ogółem |
|---|---------------------------|
| Ogółem (A00–Z99) | 100,0 |
| w tym: | |
| opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą (O26) | 7,9 |
| przewlekła choroba niedokrwienna serca (I25) | 4,3 |
| schizofrenia (F20) | 3,7 |
| zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (G54) | 3,4 |
| zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (M47) | 2,5 |
| inne choroby krążka międzykręgowego (M51) | 2,4 |
| inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną (F06) | 2,0 |
| upośledzenie umysłowe umiarkowane (F71) | 1,7 |
| miażdżyca (I70) | 1,6 |
| następstwa chorób naczyń mózgowych (I69) | 1,6 |

Źródło: opracowanie własne Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarialnych ZUS

Wykres 6. Struktura wydatków według jednostek chorobowych generujących najwyższe wydatki na świadczenia (dane za 2014 r.)



Źródło: opracowanie własne Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuariatycznych ZUS

Ranking 10 jednostek chorobowych powodujących niezdolność do pracy i generujących najwyższe wydatki na świadczenia był zróżnicowany w zależności od płci i dla każdej populacji kształtował się odmiennie od rankingu ogółem (czyli wydatków na świadczenia dla obu płci łącznie).

W populacji mężczyzn dominowały: przewlekła choroba niedokrwienna serca (I25) – 6,5%, zaburzenia korzeni nerwowych (G54) – 3,8%, schizofrenia (F20) – 3,8%, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (M47) – 2,9%, inne choroby krążka międzykręgowego (M51) – 2,8%, inne zaburzenia psychiczne (F06) – 2,5%.

W populacji kobiet największy udział wydatków stanowiły wydatki związane z opieką położniczą z powodu stanów związanych głównie z ciążą (O26) – 19,6%, ze schizofrenią (F20) – 3,5%, z zaburzeniami korzeni nerwowych (G54) – 3,0%, krwawieniem we wczesnym okresie ciąży (O20) – 2,4% oraz ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa (M47) – 2,1%.

6. PODSUMOWANIE

W opracowaniu przedstawiono – mam nadzieję, że wyczerpująco – problematykę wydatków na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związanych z niezdolnością do pracy. Z uwagi na skalę tych wydatków – przypomnę, że w 2014 r. stanowiły one 1,9% produktu krajowego brutto – analiza zarówno przyczyn niezdolności do pracy, jak i cech, np. demograficznych, osób niezdolnych do pracy (krótko- i długoterminowo) wydaje się ważna. Obszerniejszej analizie poddano dwie pozycje wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy, które stanowią ponad 89% ogółu wydatków związanych z niezdolnością do pracy. Pozycje te to renty z tytułu niezdolności do pracy i absencja chorobowa. Pozostałe 11% wydatków generują wydatki związane z wydatkami na renty socjalne, świadczenia rehabilitacyjne i rehabilitację leczniczą.

LITERATURA

Absencja chorobowa w 2014 roku, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych ZUS, Warszawa 2015.

Niezdolność do pracy jako ryzyko w społecznym ubezpieczeniu rentowym, Warszawa–Chorzów 2014. *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych w 2014 r.*, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych ZUS, Warszawa 2015.

Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń związane z niezdolnością do pracy w 2014 r., Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych ZUS, Warszawa 2015.

STRESZCZENIE

Przedmiotem opracowania jest przedstawienie w wielu aspektach wydatków na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy. Wśród świadczeń należy wymienić renty z tytułu niezdolności do pracy, renty socjalne, świadczenia rehabilitacyjne, absencję chorobową finansowaną z funduszy zakładów pracy, jak też zasiłki chorobowe finansowane z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, a także rehabilitację leczniczą realizowaną w ramach prewencji rentowej ZUS.

Wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w 2014 r. wyniosły 32,5 mld zł, co stanowiło 1,9% PKB. Największą kwotę wydatkowano na renty z tytułu niezdolności do pracy – 15,6 mld zł, i na absencję chorobową – 13,5 mld zł. Te dwie pozycje stanowią ponad 89% wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy.

W strukturze wydatków na renty z tytułu niezdolności do pracy w 2014 r. największy udział stanowiły wydatki na renty spowodowane chorobami układu krążenia (23,3%), drugą pozycję stanowiły wydatki na renty spowodowane zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (20,0%). Wydatki na renty

spowodowane chorobami układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej wyniosły 13,2% ogółu wydatków, stanowiąc trzecią pozycję tych wydatków.

Liczba osób ubezpieczonych w ZUS, którym w ciągu 2014 r. przynajmniej raz wystawione zostało zaświadczenie lekarskie z tytułu choroby własnej, wyniosła 5,7 mln. Analizując dane statystyczne z 2014 r., widzimy, że absencja chorobowa kobiet jest większa niż mężczyzn o ponad 31%. Prawie 1/3 tej absencji dotyczyła kobiet w wieku od 30 do 39 lat. Stąd też wydatki na absencję chorobową z tytułu opieki położniczej z powodu stanów związanych głównie z ciążą to największa pozycja wydatków (7,9%) na absencję chorobową. Drugą pozycję wydatków stanowią wydatki na absencję chorobową spowodowaną przewlekłą chorobą niedokrwienną serca (4,3%).

Generalnie wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy rosną w ujęciu nominalnym. Natomiast w relacji do PKB, udział tych wydatków utrzymuje się na poziomie 1,9%.

Słowa kluczowe: absencja chorobowa finansowana z funduszy zakładów pracy, niezdolność do pracy, renta z tytułu niezdolności do pracy, wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy, zasiłek chorobowy finansowany z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych

SUMMARY

Expenditure on social security pensions connected with a work disability

The subject of the work is a presentation of the many aspects of expenditure on social security pensions connected with a work disability. Here need to be mentioned: work disability benefits, social pension benefits, rehabilitation benefits, financial sick leave payments from workplace funds, as well as sickness benefit payments financed by the Social Insurance Fund, and medical rehabilitation within the framework of ZUS prevention payments.

Expenditure on benefits connected with work disability were in, 2014, 32.5 billion Polish zloty, which constituted 1.9% of GNP. The largest amount was spent on work disability benefits – 15.6 billion zloty, and on sickness leave – 13.5 billion zloty. These two constituted over 93% of expenditure on benefits connected with work disability.

Within the structure of benefit pension expenditure for work disability the greatest proportion in 2014 was for payments for benefits brought about by diseases of the circulatory system (23.3%), in second place were payments for benefits caused by psychiatric and behavioural disturbances (20.0%). Expenditure on benefits brought

about by skeletal-joint system and muscular-tissue diseases were in total 13.2% of all expenditure and represented the third largest group.

The number of individuals insured in ZUS who, during the course of 2014, at least once received a doctor's note for leave of absence due to sickness was 5.7 million. In analysing the statistical data for 2014 we can see that sickness leave amongst women is higher by over 31%. than it is amongst men Almost a third of these absences relate to women aged 30 to 39. Hence also expenditure on sickness leave as a result of obstetric care, chiefly those connected with pregnancy states constitute the biggest proportion in sickness leave expenditure (7.9%). Next is expenditure for sickness benefit as a result of chronic ischaemic heart disease (4.3%).

The general expenditure on benefits connected with work disability is growing in a nominal depiction of affairs. However, in relation to GNP, the proportion of this expenditure remains at the level of 1.9%.

Key words: sickness leave financed by workplace funds, work disability, work disability pensions, expenditure on work disability, sickness benefit financed by the Social Insurance Fund

KRZYSZTOF JAROSIŃSKI

BENEDYKT OPAŁKA

*Gospodarka budżetowa jednostek
samorządu terytorialnego
wobec problemu finansowania
usług zdrowotnych*

SZKOŁA GŁÓWNA HANDLOWA W WARSZAWIE

1. WSTĘP

W Polsce w okresie transformacji społeczno-gospodarczej problematyka systemowego ujęcia bezpieczeństwa zdrowotnego była przedmiotem wielu dyskusji, natomiast stosowane rozwiązania praktyczne podlegały systematycznym przekształceniom. Polska była szczególnym przypadkiem organizacji oraz wdrożenia reform w tym zakresie, ze względu na konieczność ewolucyjnego przejścia od systemu gospodarki centralnie administrowanej do systemu społecznej gospodarki rynkowej. Wiązało się to z potrzebą wskazania zupełnie nowego miejsca polityki zdrowotnej i zdrowia publicznego w strukturze państwa. Nie ulega wątpliwości, że jednym z nurtów, obok wspomnianych zapisów konstytucyjnych uznających publiczny charakter zdrowia publicznego, stało się poszukiwanie możliwości szerszego zastosowania mechanizmów rynkowych w procesie realizacji zadań związanych ze zdrowiem publicznym¹.

Argumenty przemawiające za zwróceniem się w stronę rozwiązań rynkowych wiązały się często z podniesieniem konkurencyjności i – co za tym idzie – jakości obsługi, lepszego wykorzystania środków publicznych kierowanych w ramach kontraktowania usług na realizację zadań, a także odciążeniem państwa w sferze inwestycyjnej, która immanentnie wiąże się z rozwojem ochrony zdrowia. Należy jednak pamiętać o zachowaniu właściwych proporcji pomiędzy usługami świadczonymi w sektorze publicznym, który gwarantuje dostęp do nich obywatelom bez względu na status materialny, a usługami z sektora prywatnego, które przy zachowaniu pełnej odpłatności za świadczenia medyczne mogą ograniczyć do nich dostęp². Zjawisko to może wystąpić nie tylko w krajach o niskim poziomie rozwoju gospodarczego i stosunkowo słabym poziomie usług medycznych, ale również w krajach wysoko-rozwinętych, w których poziom dochodów obywateli zdaje się różnicować warunki dostępu do usług wymagających dużego zaangażowania technologicznego i kapitałowego oraz generujących wysokie koszty świadczeń³. Warto zresztą pamiętać, że kwestie ekonomiczne warunkują poziom i jakość usług także w sytuacji finansowania świadczeń ze środków publicznych.

W praktyce gospodarowania usługami społecznymi, w tym również w zakresie świadczenia usług zdrowotnych, występowanie dysproporcji i rozbieżności w jakości usług w stosunku do oczekiwań świadczeniobiorców jest dość powszechne. Najlepszym miernikiem oceny jakości tych usług są subiektywne wrażenia obywateli, którzy z takich usług korzystają, oraz efekty ich leczenia. Dość często pojawiają

¹ A. Frączkiewicz-Wronka, *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, Warszawa 2009, s. 82–89.

² E. Nojszewska, *System ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2011, s. 30–36.

³ G. Carrin (ed.), K. Buse, K. Heggenhougen, S.R. Quah, *Health Systems Policy, Finance, and Organization*, Oxford 2009, s. 155–163.

się negatywne oceny usług medycznych w odniesieniu do funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej jako całości. Zazwyczaj wynika to z porównań o charakterze międzynarodowym i obserwacji, które dostarczają wiedzy na temat jakości usług tego samego rodzaju w innych krajach. Ocena może również wynikać z porównań jakości usług w publicznym systemie ochrony zdrowia oraz w jednostkach prywatnych tego rodzaju.

2. SAMORZĄD TERYTORIALNY W SYSTEMIE FINANSOWANIA USŁUG ZDROWOTNYCH W POLSCE

Należy pamiętać, że system publicznej ochrony zdrowia, realizujący konstytucyjną zasadę, jest – jak wspomniano – odzwierciedleniem sytuacji społeczno-gospodarczej, a zatem zmiany zachodzące w tym systemie mogą być tylko pochodną zmian w gospodarce. Realizacja zadań wymaga zaangażowania określonych zasobów finansowych, które wprowadzone do systemu stają się źródłem finansowania inwestycji w sektorze ochrony zdrowia, finansowania działalności bieżącej obiektów już istniejących, a także objęcia finansowaniem zasobów ludzkich, zarówno na etapie przygotowywania do pracy w zawodzie, jak i w trakcie pracy w późniejszym okresie. Dlatego też wspomniana wyżej konstytucyjna zasada znalazła swoje rozwinięcie w zróżnicowanych aktach normatywnych, co pozwoliło na określenie zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jako całości. Ujęcie systemowe finansowania ochrony zdrowia w Polsce wynika z dużej złożoności problematyki organizacji i finansowania usług. Poza zapisami konstytucyjnymi system ten od strony prawnorganizacyjnej tworzą rozwiązania ustawowe. Najważniejsza jest ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴. Wymieniona ustawa reguluje zasady finansowania świadczeń zdrowotnych, a także normy i zasady ubezpieczeń zdrowotnych. W szczególności należy zwrócić uwagę na art. 6 ustawy, zgodnie z którym „Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności:

- 1) tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia;
- 2) analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany;

⁴ Dz.U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 z późn. zm. Obwieszczeniem Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 8 kwietnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 581) poprzedni akt został uchylony 29 kwietnia 2015 r. i tym samym tekst jednolity stał się aktem obowiązującym.

- 3) promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu;
- 4) finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej⁵.

W odniesieniu do finansowania usług zdrowotnych należy mieć na uwadze źródła zasilania finansowego podmiotów realizujących zróżnicowane usługi. W procesie organizacji i finansowania usług w zakresie ochrony zdrowia biorą udział w Polsce zróżnicowane grupy podmiotów. Najważniejszym z nich jest Narodowy Fundusz Zdrowia opierający swoją działalność na wpłatach pochodzących z obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Zasady działania Funduszu Ochrony Zdrowia określone zostały w przytoczonej wyżej ustawie. W procesie finansowania zadań z zakresu świadczeń zdrowotnych biorą udział również jednostki samorządu terytorialnego różnych szczebli, a także administracja centralna. W odniesieniu do jednostek samorządu terytorialnego zadania z zakresu ochrony zdrowia mają charakter zadań własnych. Zakres tych zadań jest regulowany ustawami: w stosunku do gminnych jednostek samorządu terytorialnego – przepisami ustawy o samorządzie gminnym, a w stosunku do powiatowych jednostek samorządu terytorialnego – przepisami ustawy o samorządzie powiatowym. Zadania na poziomie województwa regulowane są przepisami ustawy o samorządzie województwa⁶.

Wymienione ustawy określają jedynie ramowo ochronę zdrowia jako jedno z zadań własnych, szczegółowy zakres zadań jest sprecyzowany w zróżnicowanych aktach normatywnych. Na łamach niniejszego artykułu kwestia ta nie może być szczegółowo rozwinięta, można jednak wskazać, że do zadań samorządu gminnego należy pełnienie funkcji podmiotu tworzącego dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Kompetencje te określone są w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. nr 112, poz. 654 z późn. zm.) oraz stosownych rozporządzeniach. Ponadto należy zwrócić uwagę na uprawnienia do tworzenia, przekształcania i likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej (w drodze uchwały), nadawania statutu zakładowi opieki zdrowotnej, udzielania dotacji na zadania czy też nadzór nad zakładami opieki zdrowotnej.

Jednym z zadań własnych gminy, wynikającym z przepisów ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, jest obowiązek podejmowania działań polegających na zapewnieniu

⁵ *Ibidem*.

⁶ Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 1990 r. nr 16, poz. 95 z późn. zm.), ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz.U. z 1998 r. nr 91, poz. 578 z późn. zm.), ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. z 1998 r. nr 91, poz. 576 z późn. zm.).

i finansowaniu pomocy terapeutycznej dla osób uzależnionych od alkoholu, a także innych zadań związanych z tym problemem. Zadaniem zleconym gminie jest także realizacja usług opiekuńczych dla osób wymagających opieki psychiatrycznej, co wynika z kolei z ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o samorządzie powiatowym, powiatowe jednostki samorządu terytorialnego są zobowiązane do realizacji zadań o charakterze ponadgminnym w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Również w przypadku tych jednostek samorządowych szczegółowe zadania powiązane są z regulacjami zawartymi w aktach prawnych podejmujących problematykę ochrony zdrowia. W odniesieniu do wojewódzkich jednostek samorządu terytorialnego realizowane są zadania o charakterze wojewódzkim w zakresie promocji i ochrony zdrowia, zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt 2 cytowanej ustawy o samorządzie województwa.

Jak już wspomniano, jednostki samorządu terytorialnego są pełnoprawnymi uczestnikami procesu organizacji oraz świadczenia usług zdrowotnych w ramach funkcjonującego w Polsce systemu. Obok Narodowego Funduszu Zdrowia, samorząd terytorialny realizuje stosunkowo niewielki wolumen wydatków związanych z rynkiem zdrowotnym. Należy zaznaczyć, że proces świadczenia usług opiera się na trzech głównych źródłach finansowania. Pierwszym z nich są dotacje rządowe na dofinansowanie zadań zleconych, przekazywane na enumeratywnie wskazane zakresy zadań. Drugim są źródła finansowania organizowane w ramach porozumień międzygminnych oraz dotacji przekazywanych z innych jednostek samorządu terytorialnego na obsługę ludności spoza danej gminy. Trzecim źródłem są środki budżetowe gminy, które zgodnie z uchwałą rady gminy można skierować na dofinansowanie usług zdrowotnych niezależnie od ww. dwóch źródeł. Zasada ta wynika z uprawnienia do prowadzenia własnej gospodarki budżetowej jednostek samorządu terytorialnego i możliwości finansowania zadań własnych zgodnie z preferencjami społeczności lokalnej, podobnie zresztą jak ma to miejsce w przypadku innych usług społecznych, jak choćby w zakresie usług edukacyjnych.

W tabeli 1 przedstawiono zagregowane wielkości wydatków wybranych usług społecznych realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego w Polsce ogółem na tle dochodów budżetowych jednostek samorządu terytorialnego ogółem, na tle wydatków budżetowych jednostek samorządu terytorialnego ogółem, a także na tle innych agregatów makroekonomicznych charakteryzujących sytuację finansową samorządu w latach 2008–2014. Wzięto przy tym pod uwagę zasady gospodarki budżetowej jednostek samorządu terytorialnego oraz wspomniane wyżej

Tabela 1. Wydatki z zakresu usług społecznych jednostek samorządu terytorialnego na tle sytuacji budżetowej jednostek samorządu terytorialnego ogółem w latach 2008–2014 (w mln zł)

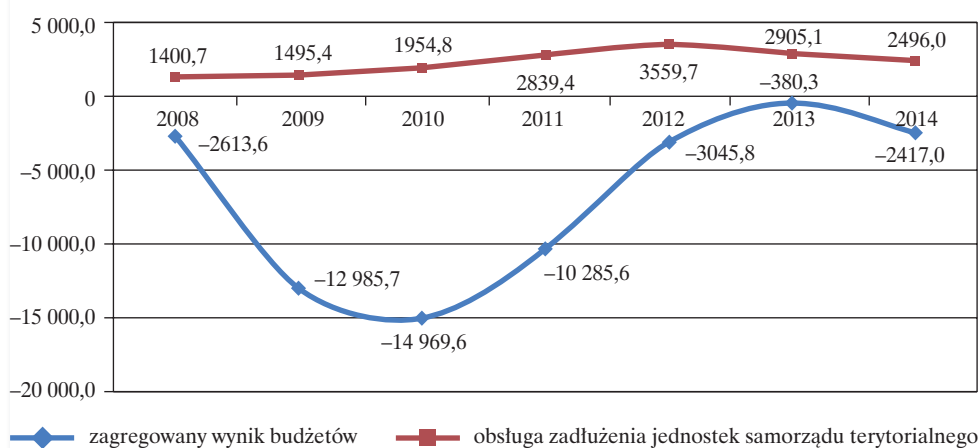
| Wyszczególnienie | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Dochody jednostek samorządu terytorialnego ogółem | 142 569,0 | 154 842,5 | 162 796,6 | 171 309,1 | 177 413,5 | 183 458,3 | 194 337,2 |
| Wydatki jednostek samorządu terytorialnego ogółem | 145 182,6 | 167 828,2 | 177 766,2 | 181 594,7 | 180 459,3 | 183 838,6 | 196 754,2 |
| Zagregowany wynik budżetów | -2 613,6 | -12 985,7 | -14 969,6 | -10 285,6 | -3 045,8 | -380,3 | -2 417,0 |
| Wydatki bieżące jednostek samorządu terytorialnego ogółem | 113 260,2 | 124 702,1 | 133 516,9 | 139 160,6 | 144 842,8 | 148 831,9 | 155 403,9 |
| Obsługa zadłużenia jednostek samorządu terytorialnego | 1 400,7 | 1 495,4 | 1 954,8 | 2 839,4 | 3 559,7 | 2 905,1 | 2 496,0 |
| Wydatki na wybrane usługi społeczne w tym: | 78 320,9 | 85 420,9 | 90 643,7 | 93 196,1 | 96 320,5 | 98 719,6 | 101 967,0 |
| oświata i wychowanie | 43 615,6 | 47 397,8 | 50 478,1 | 52 956,8 | 55 542,1 | 56 338,5 | 57 732,6 |
| pomoc społeczna i pozostałe zadania w zakresie polityki społecznej | 21 922,5 | 23 576,1 | 25 065,5 | 25 023,0 | 25 837,9 | 26 885,3 | 27 918,9 |
| ochrona zdrowia | 3 680,7 | 4 104,6 | 3 962,0 | 4 089,5 | 3 514,6 | 3 854,4 | 3 675,2 |
| edukacyjna opieka wychowawcza | 3 690,5 | 3 988,0 | 4 131,9 | 4 372,1 | 4 578,9 | 4 753,7 | 4 917,2 |
| kultura i ochrona dziedzictwa narodowego | 5 411,6 | 6 354,4 | 7 006,2 | 6 754,6 | 6 847,0 | 6 887,8 | 7 723,1 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych, GUS 2015

uprawnienia do samodzielnego rozdysponowania dochodów budżetowych na rzecz wydatków z zakresu ochrony zdrowia.

W pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę, że w okresie poddanym analizie zagregowane budżety jednostek samorządu terytorialnego ogółem wykazały ujemny wynik. Stosunkowo najgorsza sytuacja miała miejsce w 2010 r., kiedy zagregowane wyniki budżetów samorządów ogółem zamknęły się kwotą sięgającą niemal 15 mld zł. Również w latach 2009 i 2011 sytuacja przedstawiała się stosunkowo niekorzystnie, kiedy wspomniany agregat osiągnął wartość odpowiednio niemal 13 mld zł i nieco ponad 10 mld zł. Przebieg tego zjawiska zilustrowano na wykresie 1. Ponadto zaprezentowano zmiany poziomu obsługi zadłużenia jednostek samorządu terytorialnego ogółem.

Wykres 1. Zagregowany wynik budżetów oraz obsługa zadłużenia jednostek samorządu terytorialnego (w mln zł)



Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych, GUS 2015

Wymienione strumienie pieniężne odgrywają dość ważną rolę w gospodarce budżetowej jednostek samorządu terytorialnego i mają bezpośredni wpływ na możliwość kształtowania wydatków o charakterze prorozwojowym, a także wydatków ujmowanych ogólnie pod pojęciem „wydatki bieżące”. Należy zaznaczyć, że rozstrzygnięcie dylematu na poziomie jednostki samorządu terytorialnego, jakie cele brać pod uwagę i finansować w pierwszej kolejności ze środków budżetowych, a zatem czy kłaść nacisk przede wszystkim na finansowanie inwestycji, czy też skierować większe środki na bieżące finansowanie zadań, jak choćby z zakresu usług społecznych. Dylemat ten ma charakter strukturalny i zdania dotyczące przyjęcia określonej ścieżki postępowania są podzielone.

Można przyjąć, że koncepcja szerszego finansowania inwestycji w ciężar przyszłych dochodów, przy założeniu obciążenia kosztami inwestycji rozwojowych przyszłych pokoleń, może być, po spełnieniu warunków, szerzej uwzględniana w stymulowaniu procesów rozwojowych. Należy jednak pamiętać, że nie w każdych warunkach przyjęcie takiego rozwiązania będzie poprawne metodologicznie i przyniesie oczekiwane pozytywne rezultaty. Występują tutaj zróżnicowane warunki ograniczające możliwości swobodnego przepływu kapitału i kształtowania strumieni przyszłych dochodów ludności. Teoria ta zasługuje jednak mimo wszystko na uwagę, ponieważ łączy elementy rozwoju lokalnego i regionalnego z możliwościami finansowania oraz zakłada atrybucję kosztów z tym związanych do określonych grup odbiorców.

Jak wynika z wykresu 1, niekorzystna sytuacja związana z ujemnym wynikiem budżetów jednostek samorządu terytorialnego była w pewnej mierze konsekwencją światowego kryzysu finansowego, kiedy to w latach 2009–2011 nie udało się w Polsce zredukować znacząco wydatków publicznych, które często miały sztywny charakter i wiązały się właśnie ze sferą usług społecznych. Na wykresie 1 przedstawiono także zmiany zagregowanych wydatków związanych z obsługą zadłużenia. Trzeba zaznaczyć, że w omawianym okresie w latach 2008–2012 zadłużenie to rosło i dopiero od 2013 r. uległo nieznacznemu obniżeniu. Zmiany w poziomie zadłużenia były rezultatem zróżnicowanych zjawisk gospodarczych i społecznych, które wzajemnie nakładały się na siebie. Jedną z przyczyn był wzrost zadłużenia jednostek samorządu terytorialnego spowodowany chęcią zwiększania stopy inwestycji w warunkach niedoboru środków budżetowych. Inną ważną tego przyczyną było poszukiwanie możliwości zapewnienia wkładu własnego do inwestycji współfinansowanych z budżetu Unii Europejskiej.

Warto także zwrócić uwagę na te części wydatków jednostek samorządu terytorialnego, które wiążą się ze świadczeniem usług o charakterze społecznym. Jak wynika z materiału liczbowego z tabeli 1 oraz zestawienia z tabeli 2, wydatki na wybrane usługi społeczne, przyjęte do badania w ramach głównych agregatów zgodnie z klasyfikacją budżetową, zajmowały w gospodarce budżetowej jednostek samorządu terytorialnego znaczące miejsce. Aby poprawić czytelność wydatków budżetowych na świadczenie usług społecznych, w badaniu wzięto pod uwagę wydatki następujących działów klasyfikacji budżetowej: 851 – ochrona zdrowia, 852 i 853 – pomoc społeczna i pozostałe zadania w zakresie polityki społecznej, 801 i 854 – oświata i wychowanie oraz edukacyjna opieka wychowawcza, 921 – kultura i ochrona dziedzictwa narodowego. Z uwagi na ograniczony zakres badania oraz niewielką objętość opracowania wydatki na wybrane usługi społeczne przedstawiono zgodnie z działami klasyfikacji budżetowej, choć w pewnych zakresach można uznać za zasadne zajęcie się strumieniami pieniężnymi ujętymi w budżetach jednostek samorządu w rozdziałach i paragrafach. Autorzy uznali, że może być to przedmiotem dalszych, poszerzonych badań.

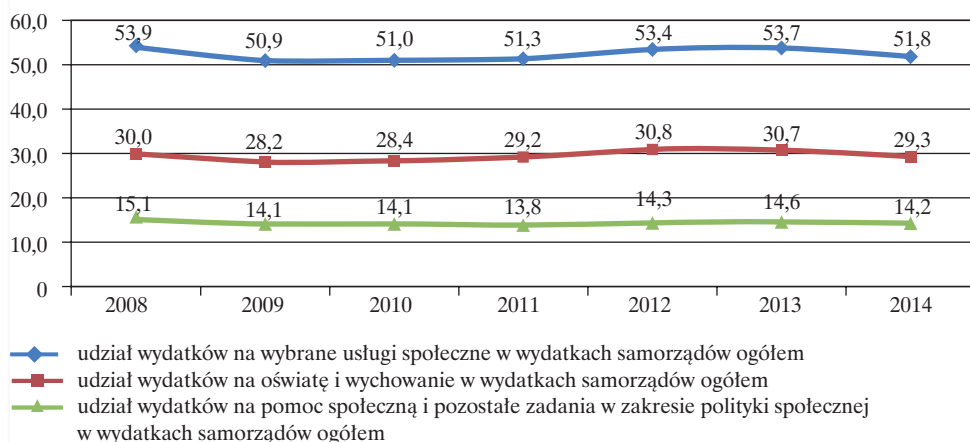
Tabela 2. Udział niektórych wydatków z zakresu usług społecznych w wydatkach jednostek samorządu terytorialnego ogółem w latach 2008–2014 (w %)

| Wyszczególnienie | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|
| Wydatki na wybrane usługi społeczne w tym: | 53,9 | 50,9 | 51,0 | 51,3 | 53,4 | 53,7 | 51,8 |
| oświata i wychowanie | 30,0 | 28,2 | 28,4 | 29,2 | 30,8 | 30,7 | 29,3 |
| pomoc społeczna i pozostałe zadania w zakresie polityki społecznej | 15,1 | 14,1 | 14,1 | 13,8 | 14,3 | 14,6 | 14,2 |
| ochrona zdrowia | 2,5 | 2,4 | 2,2 | 2,2 | 2,0 | 2,1 | 1,9 |
| edukacyjna opieka wychowawcza | 2,6 | 2,4 | 2,3 | 2,4 | 2,5 | 2,6 | 2,5 |
| kultura i ochrona dziedzictwa narodowego | 3,7 | 3,8 | 4,0 | 3,7 | 3,8 | 3,7 | 3,9 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych, GUS 2015

Zgodnie z wynikami analizy udział wydatków na wspomniane wybrane usługi społeczne w wydatkach budżetów jednostek samorządu terytorialnego kształtował się na dość wysokim poziomie. Sytuacja taka była charakterystyczna zarówno w 2008 r., pierwszym roku analizy, jak i w latach późniejszych, choć do 2014 r. udział ten obniżył się nieznacznie – o 2,1 p.p. w stosunku do roku wyjściowego. Warto także zwrócić uwagę na największą pozycję wydatków, jeśli chodzi o usługi społeczne, tj. na oświatę i wychowanie, a w następnej kolejności na pomoc społeczną. Ilustrację graficzną zmian przedstawiono na wykresie 2.

Wykres 2. Udział wydatków na oświatę i wychowanie oraz wydatków na pomoc społeczną i pozostałe zadania w zakresie polityki społecznej w łącznych wydatkach jednostek samorządu terytorialnego ogółem w Polsce w latach 2008–2014 (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych, GUS 2015

Jak wynika z materiału empirycznego oraz ilustracji graficznej, sytuacja w omawianym zakresie w latach objętych badaniem była stabilna. Ze względu na wydatki związane z oświatą i wychowaniem należy sądzić, że ta stabilność oznacza stagnację i brak istotnych zmian ilościowych i jakościowych, jeśli chodzi o finansowanie ze środków publicznych tych usług. Trzeba także zaznaczyć, że w tej grupie wydatków mamy dość niekorzystną sytuację. Polega ona na tym, że środki przeznaczone na oświatę i wychowanie w ramach subwencji oświatowej bardzo często nie wystarczają na pokrycie wszystkich kosztów, jakie ponoszą samorządy. Powszechnym zjawiskiem jest dofinansowywanie usług oświatowo-wychowawczych z budżetów gmin, co wyraźnie widać w częściowych badaniach dotyczących sytuacji w polskich gminach. Na przykład w województwie mazowieckim we wszystkich gminach, oprócz miast na prawach powiatu, odnotowano w latach 2008–2014 wydatki na dofinansowanie oświaty i wychowania na poziomie od kilku do kilkudziesięciu procent. Wydaje się, że zjawisko takich dopłat z budżetów gmin jest szerszym problemem o charakterze systemowym, który ma swoje źródło w algorytmie naliczania subwencji oświatowej i systemie podziału środków budżetu państwa na rzecz finansowania oświaty i wychowania.

Wydatki na ochronę zdrowia na tle wydatków z wymienionych kategorii kształtowały się na znacząco niższym poziomie. Ich udział w latach 2008–2014 mieścił się w granicach 2,5%. Należy pamiętać, że ochrona zdrowia jest zadaniem własnym gminy, jednak z uwagi na wysokie wymogi organizacyjne, wysoką kapitałochłonność budowy infrastruktury i wysoką pracochłonność procesu świadczenia usług oraz związane z tym wysokie koszty pracy, gminne jednostki samorządu terytorialnego nie są predestynowane, przynajmniej współcześnie, do realizacji opieki zdrowotnej na takim poziomie, jaki mogą zagwarantować wyspecjalizowane zakłady lecznicze funkcjonujące w ramach innych struktur organizacyjnych: powiatów, województw czy państwa. Wiąże się to również z określonymi procedurami finansowania takich usług. W zakresie zadań przypisanych jednostkom samorządu terytorialnego na poziomie lokalnym, a zwłaszcza zadań gmin, mamy do czynienia ze stosunkowo niewielkim zaangażowaniem gmin w procesy świadczenia usług zdrowotnych. Ochrona zdrowia na poziomie gmin finansowana jest na stosunkowo niskim poziomie. Są to środki pochodzące z dotacji lub innych tytułów, a także środki własne budżetu. Warto zaznaczyć, że zakres rzeczowy usług zdrowotnych na poziomie gmin jest dość jasno sprecyzowany.

W kontekście niniejszych rozważań trzeba też zwrócić uwagę na wewnętrzną strukturę omawianych wydatków dla wybranych usług społecznych. W tabeli 3 przedstawiono udział niektórych wydatków z zakresu usług społecznych w wydatkach tej grupy usług ogółem w latach 2008–2014. Jeśli przyjąć za 100% wydatki na

wybrane usługi społeczne uwzględnione w badaniu, to 55,7% środków z tej grupy wydatków w 2008 r. spożytkowano na oświatę i wychowanie. Udział ten kształtował się na zbliżonym poziomie w całym omawianym okresie. Taka sama sytuacja wystąpiła w usługach pomocy społecznej i w pozostałych zadaniach w zakresie polityki społecznej.

Tabela 3. Udział niektórych wydatków z zakresu usług społecznych w wydatkach tej grupy usług ogółem jednostek samorządu terytorialnego ogółem w latach 2008–2014 (w %)

| Wyszczególnienie | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Wydatki na wybrane usługi społeczne w tym: | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| oświata i wychowanie | 55,7 | 55,5 | 55,7 | 56,8 | 57,7 | 57,1 | 56,6 |
| pomoc społeczna i pozostałe zadania w zakresie polityki społecznej | 28,0 | 27,6 | 27,6 | 26,9 | 26,8 | 27,2 | 27,4 |
| ochrona zdrowia | 4,7 | 4,8 | 4,4 | 4,4 | 3,6 | 3,9 | 3,6 |
| edukacyjna opieka wychowawcza | 4,7 | 4,7 | 4,6 | 4,7 | 4,8 | 4,8 | 4,8 |
| kultura i ochrona dziedzictwa narodowego | 6,9 | 7,4 | 7,7 | 7,2 | 7,1 | 7,0 | 7,6 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych, GUS 2015

Udział wydatków na ochronę zdrowia w tym samym czasie uległ nieznacznemu obniżeniu z poziomu 4,7% do 3,6%. Warto zauważyć, że wydatki na ochronę zdrowia w jednostkach samorządu terytorialnego były niższe niż wydatki choćby na kulturę i ochronę dziedzictwa narodowego. Należy jednak pamiętać, że jednostki samorządu terytorialnego w ujęciu wartościowym świadczą jedynie niewielką część usług w ramach całego systemu, w którym dominującą rolę odgrywają środki z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Po uwzględnieniu danych liczbowych z tabel 1, 2 i 3 warto odnieść się do niektórych problemów związanych z finansowaniem z budżetów samorządowych oświaty i wychowania oraz pomocy społecznej i pozostałych zadań dotyczących polityki społecznej. W badanym okresie niemal 20% wydatków z budżetów jednostek samorządu terytorialnego związanych było właśnie z tą kategorią. Należy to niewątpliwie uznać za ogromny sukces demokratycznego państwa, a także samorządu

terytorialnego jako instytucji realizującej zadania związane z opieką nad osobami w szczególnie trudnej sytuacji życiowej, które muszą być objęte pomocą społeczną, aby zapewnić im minimalny poziom egzystencji. W badanym okresie wartość pomocy dla osób potrzebujących z budżetów jednostek samorządu terytorialnego systematycznie rosła. O ile w 2008 r. zamknęła się kwotą 21 922,5 mln zł, to już w 2014 r. sięgała 27 918 mln zł. Oznacza to, że wolumen wydatków w omawianym dziale klasyfikacji budżetowej zwiększył się w latach 2008–2014 o 27,4%, zachowując, jak wspomniano, stabilny udział w wydatkach jednostek samorządu terytorialnego ogółem.

Jeśli spojrzeć na ten problem nieco szerzej, należy przypuszczać, że wzrost wydatków na pomoc społeczną i pozostałe zadania w zakresie polityki społecznej może świadczyć o ciągle występujących i nierozwiązanych problemach społecznych, które, jak wynika z badań, mają trwałe charakter. Z pewnością określony wpływ na tę sytuację mają zjawiska związane z transformacją systemową, której jednym z ubocznych efektów było pozbawienie wielu osób pracy – źródła utrzymania gospodarstw domowych, jak też zawirowania na światowych rynkach spowodowane kryzysem finansowym, a także szereg innych przyczyn, często o charakterze regionalnym lub lokalnym, które nie pozwoliły dotychczas w pełni wykształcić mechanizmów rynkowych, mogących wyeliminować zjawiska wykluczenia społecznego.

3. WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA W BUDŻETACH JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO NA POZIOMIE LOKALNYM

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na wyniki badania wydatków na ochronę zdrowia na poziomie lokalnym w układzie województw. W trakcie badania zgromadzono i zagregowano na poziomie województw dane źródłowe dotyczące wydatków gmin i powiatów. W tabeli 4 zamieszczono zatem dane empiryczne ilustrujące wydatki bieżące z budżetów gmin na ochronę zdrowia w latach 2008–2014. Stanowi to jednocześnie odzwierciedlenie sytuacji gospodarki budżetowej gmin w tym zakresie kompetencji, gdzie zdecydowanie dominuje bieżący charakter działalności. Należy podkreślić, że w przyjętym układzie w całym badanym okresie odnotowano istotne różnice w poziomie wydatków bieżących gmin na ochronę zdrowia zagregowanych w układzie regionów. W 2008 r. najwyższy poziom tych wydatków odnotowano w województwie śląskim (151,5 mln zł), a następnie mazowieckim (140,7 mln zł). W pozostałych regionach w 2008 r. poziom wydatków bieżących ogółem gmin był znacząco niższy. Wydatki gmin na ochronę zdrowia były w tym roku najniższe w województwach opolskim (18,1 mln zł), podlaskim (19,4 mln zł) i lubuskim (20,5 mln zł).

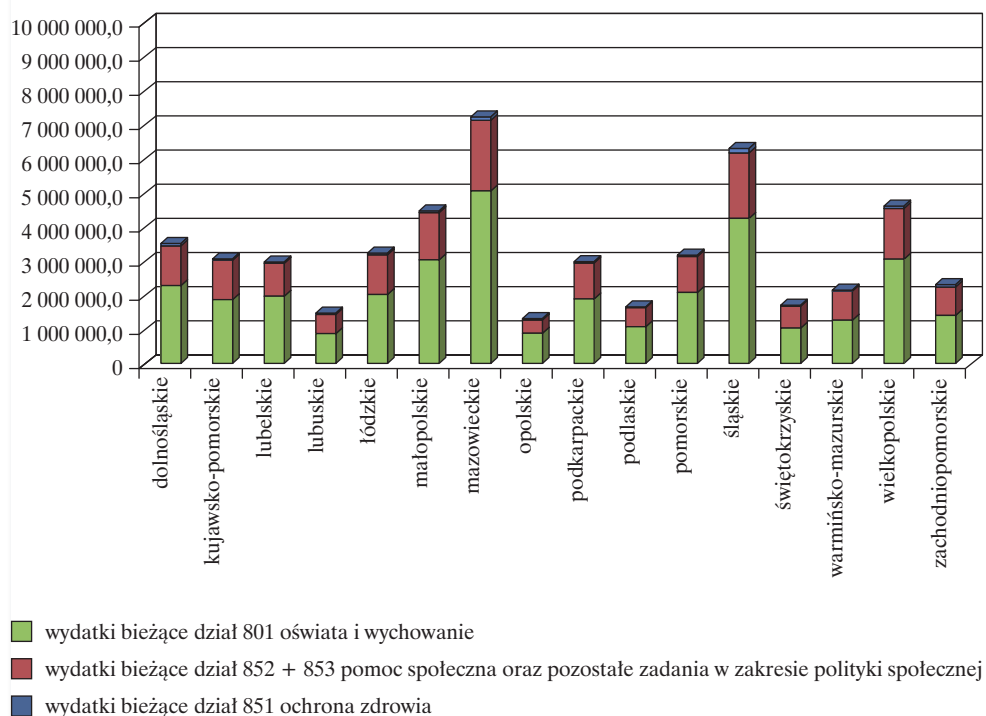
Tabela 4. Wydatki bieżące gmin na ochronę zdrowia (w tys. zł) w latach 2008–2014

| Województwo | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2014:2008 (wzrost w %) |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------------------|
| Dolnośląskie | 72 174,8 | 76 096,2 | 84 508,6 | 83 779,6 | 82 655,2 | 101 937,1 | 97 933,7 | 35,7 |
| Kujawsko-pomorskie | 48 966,1 | 57 480,7 | 59 408,2 | 63 944,4 | 64 630,0 | 67 780,9 | 71 684,6 | 46,4 |
| Lubelskie | 34 675,2 | 41 147,3 | 45 451,9 | 44 395,1 | 45 703,2 | 48 548,9 | 50 436,6 | 45,5 |
| Lubuskie | 20 537,9 | 23 680,8 | 26 226,7 | 24 005,8 | 24 657,7 | 24 412,5 | 25 181,4 | 22,6 |
| Łódzkie | 54 770,1 | 59 255,3 | 69 364,2 | 152 831,2 | 77 320,8 | 86 560,8 | 89 402,8 | 63,2 |
| Małopolskie | 63 267,6 | 71 500,1 | 83 895,2 | 83 379,9 | 90 145,6 | 94 006,6 | 97 619,4 | 54,3 |
| Mazowieckie | 140 669,1 | 155 890,0 | 176 652,4 | 221 804,4 | 175 840,8 | 299 566,8 | 209 314,0 | 48,8 |
| Opolskie | 18 120,5 | 20 684,0 | 23 578,5 | 22 768,0 | 23 604,8 | 24 054,9 | 24 600,2 | 35,8 |
| Podkarpackie | 29 965,0 | 33 128,6 | 38 508,1 | 37 527,5 | 38 414,3 | 39 879,1 | 41 988,3 | 40,1 |
| Podlaskie | 19 358,9 | 20 077,6 | 21 486,0 | 24 943,6 | 25 998,2 | 25 289,1 | 26 141,8 | 35,0 |
| Pomorskie | 49 287,1 | 56 422,6 | 61 376,8 | 62 655,8 | 64 781,7 | 69 470,1 | 69 986,0 | 42,0 |
| Śląskie | 151 531,8 | 169 582,6 | 191 522,7 | 191 896,1 | 217 026,6 | 262 701,9 | 213 425,2 | 40,8 |
| Świętokrzyskie | 21 543,3 | 32 735,0 | 30 941,4 | 29 846,7 | 30 783,2 | 32 383,1 | 33 637,3 | 56,1 |
| Warmińsko-mazurskie | 28 901,0 | 33 840,4 | 37 145,5 | 37 353,4 | 38 975,6 | 39 450,3 | 39 468,8 | 36,6 |
| Wielkopolskie | 60 294,2 | 69 491,8 | 72 057,5 | 73 498,1 | 70 976,1 | 72 941,8 | 74 571,3 | 23,7 |
| Zachodniopomorskie | 44 760,5 | 46 863,3 | 53 260,2 | 58 439,6 | 58 987,0 | 56 642,9 | 60 559,2 | 35,3 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych, GUS 2015

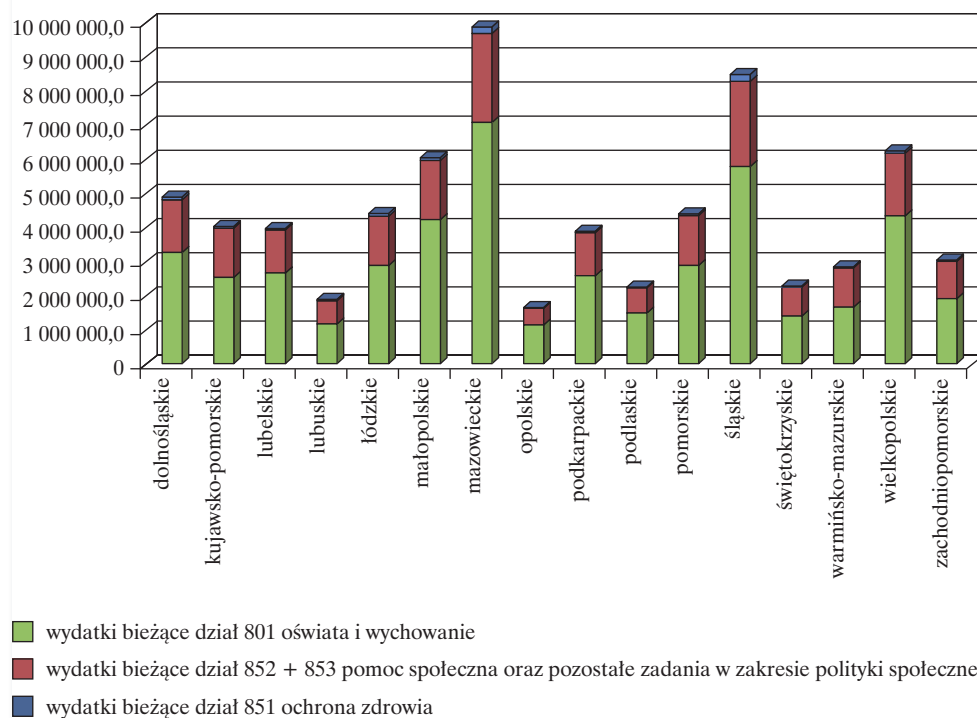
Wspominane zróżnicowanie w poziomie wydatków bieżących gmin utrzymywało się zasadniczo przez cały okres objęty analizą, co w rezultacie w 2014 r. oznaczało utrzymanie wcześniej zarysowanej tendencji. Najwyższy poziom wydatków nadal miał miejsce w województwach śląskim (213,4 mln zł) i mazowieckim (209,3 mln zł). Graficznie wydatki gmin na ochronę zdrowia na tle zadań z zakresu głównych usług społecznych w układzie wojewódzkim zaprezentowano na wykresach 3 i 4. W omawianym okresie odnotowano zróżnicowane tempo zmian w poziomie wydatków bieżących gmin w powyższych trzech grupach zadań w układzie regionów. Jeśli chodzi o wydatki na ochronę zdrowia, finansowane w ramach wydatków bieżących, relatywnie najwyższą dynamikę odnotowano w tych województwach, gdzie poziom wyjściowy wolumenu omawianych wydatków był niski, jak choćby w województwie świętokrzyskim (wzrost o 56,1%). Jednak najwyższy wzrost odnotowano w regionach, w których w roku bazowym wolumen wydatków bieżących kształtował się na poziomie zbliżonym do średniego. Najwyższy wzrost odnotowano w gminach województwa łódzkiego (63,2%).

Wykres 3. Wydatki bieżące z budżetów gmin na wybrane zadania z zakresu usług społecznych w Polsce w 2008 r. (w tys. zł)



Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych, GUS 2015

Wykres 4. Wydatki bieżące z budżetów gmin na wybrane zadania z zakresu usług społecznych w Polsce w 2014 r. (w tys. zł)



Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych, GUS 2015

Rozbieżności w poziomie wydatków bieżących wiązały się z liczbą mieszkańców objętych opieką zdrowotną, a zatem były pochodną potencjału ludnościowego. Odegrały tutaj jednak rolę także inne czynniki, jak choćby potencjał ekonomiczny, wpływający m.in. na możliwości rozszerzania zakresu działań przez gminne jednostki samorządu terytorialnego w wyniku podejmowanych inwestycji. Dobrą miarą poznawczą, która eliminuje wspomniane czynniki, jest wskaźnik wydatków bieżących w przeliczeniu na jednego mieszkańca, który zamieszczono w tabeli 5. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w przeliczeniu na jednego mieszkańca mogą stanowić podstawę do pogłębionej analizy dotychczasowego systemu świadczenia usług zdrowotnych.

W 2014 r. najwyższy poziom bieżącego finansowania usług w przeliczeniu na jednego mieszkańca odnotowano w województwie śląskim – 46,5 zł na mieszkańca, a w następnej kolejności w województwie mazowieckim. Taka sytuacja utrzymywała się w zasadzie w całym okresie objętym analizą (poza 2011 r.). Należy zaznaczyć, że w tym samym czasie średnio dla gmin w kraju wartość bieżącego finansowania

w przeliczeniu na jednego mieszkańca wyniosła 31,9 zł. Dla porównania – wskaźnik ten w okresie bazowym przyjął wartość 22,5 zł. Na podstawie wymienionych miar średnich wskaźnika można przyjąć, że w okresie bazowym w 11 województwach kształtował się on poniżej średniej, natomiast w 2014 r. w 10 województwach odnotowano wydatki w przeliczeniu na jednego mieszkańca poniżej średniej krajowej. Różnice są wynikiem oddziaływania wielu czynników, związanych zarówno z finansowaniem, jak i z przestrzennym rozmieszczeniem placówek świadczących usługi medyczne na zróżnicowanym poziomie specjalizacji.

Tabela 5. Wydatki bieżące gmin na ochronę zdrowia ogółem w układzie wojewódzkim w przeliczeniu na jednego mieszkańca w latach 2008–2014 (w zł)

| Województwo | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Dolnośląskie | 25,1 | 26,5 | 29,0 | 28,7 | 28,4 | 35,0 | 33,7 |
| Kujawsko-pomorskie | 23,7 | 27,8 | 28,3 | 30,5 | 30,8 | 32,4 | 34,3 |
| Lubelskie | 16,0 | 19,1 | 20,9 | 20,4 | 21,1 | 22,5 | 23,5 |
| Lubuskie | 20,4 | 23,4 | 25,6 | 23,5 | 24,1 | 23,9 | 24,7 |
| Łódzkie | 21,5 | 23,3 | 27,3 | 60,3 | 30,6 | 34,4 | 35,7 |
| Małopolskie | 19,2 | 21,7 | 25,1 | 24,9 | 26,9 | 28,0 | 29,0 |
| Mazowieckie | 27,0 | 29,9 | 33,5 | 42,0 | 33,2 | 56,3 | 39,2 |
| Opolskie | 17,5 | 20,1 | 23,2 | 22,5 | 23,4 | 23,9 | 24,6 |
| Podkarpackie | 14,3 | 15,8 | 18,1 | 17,6 | 18,0 | 18,7 | 19,7 |
| Podlaskie | 16,2 | 16,9 | 17,9 | 20,8 | 21,7 | 21,2 | 21,9 |
| Pomorskie | 22,2 | 25,3 | 27,0 | 27,4 | 28,3 | 30,3 | 30,4 |
| Śląskie | 32,6 | 36,5 | 41,3 | 41,5 | 47,0 | 57,1 | 46,5 |
| Świętokrzyskie | 16,9 | 25,8 | 24,1 | 23,4 | 24,2 | 25,5 | 26,6 |
| Warmińsko-mazurskie | 20,3 | 23,7 | 25,6 | 25,7 | 26,9 | 27,3 | 27,3 |
| Wielkopolskie | 17,7 | 20,4 | 20,9 | 21,3 | 20,5 | 21,0 | 21,5 |
| Zachodniopomorskie | 26,4 | 27,7 | 30,9 | 33,9 | 34,3 | 33,0 | 35,3 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych, GUS 2015

Obok wydatków gmin na ochronę zdrowia w układzie regionów należy także przedstawić wydatki ponoszone w ramach budżetów powiatów. Powiaty, zgodnie z rozwiązaniami systemowymi, odgrywają nieco odmienną rolę w procesie świadczenia usług zdrowotnych. Inna jest też ich pozycja jako organizatora, co pociąga za sobą odmienną sytuację w zakresie przepływów pieniężnych. W tabeli 6 przedstawiono wyniki badań empirycznych odnoszące się do wydatków na ochronę zdrowia w ramach budżetów powiatowych jednostek samorządu terytorialnego.

Przy prezentacji wyników badań dla powiatów zastosowano agregację wydatków budżetowych w układzie wojewódzkim. Przyjęcie takiego rozwiązania podyktowane zostało dużym zakresem informacji źródłowych, które w innej postaci nie mogłyby być czytelnie zaprezentowane. Autorzy mają świadomość, że agregowanie danych zgodnie z przyjętą metodą prowadzi do uśrednienia wyników w ramach regionów, jednak uznali, że ich uzupełnieniem może być powołanie się na dane źródłowe w trakcie prezentacji.

Tabela 6. Wydatki powiatów na ochronę zdrowia (w tys. zł) według województw w latach 2008–2014

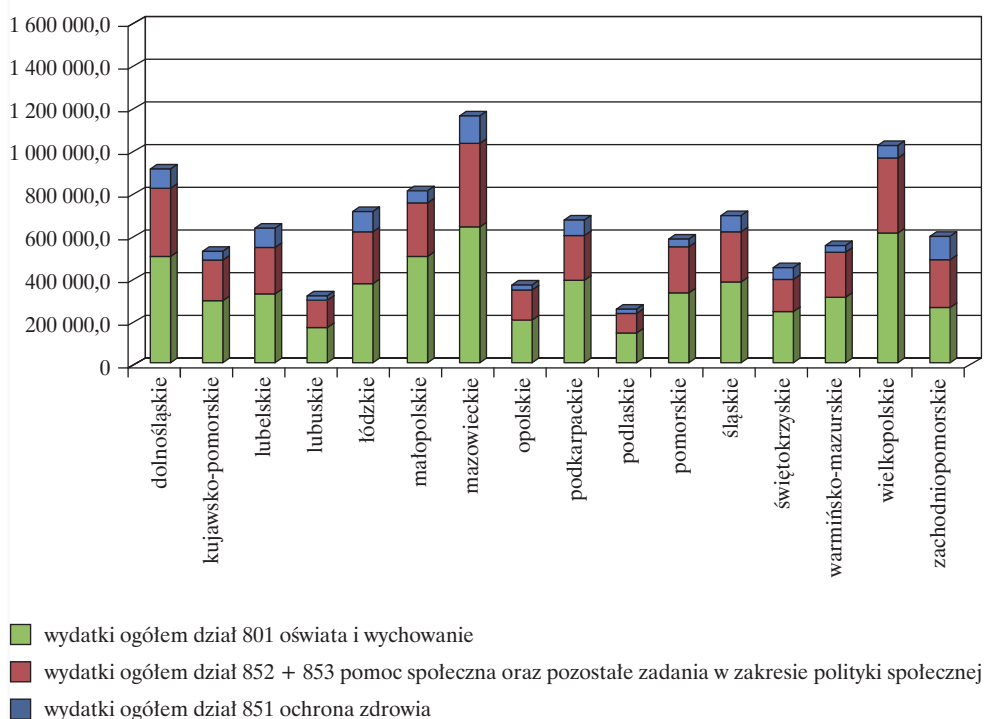
| Województwo | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Dolnośląskie | 93 049,2 | 107 352,1 | 181 665,5 | 191 212,2 | 99 821,1 | 105 141,2 | 127 030,4 |
| Kujawsko-pomorskie | 41 841,3 | 61 603,9 | 106 901,8 | 89 624,3 | 68 462,0 | 82 362,0 | 80 091,7 |
| Lubelskie | 93 811,3 | 50 181,1 | 77 481,3 | 86 678,9 | 63 799,5 | 72 080,2 | 78 707,8 |
| Lubuskie | 20 330,4 | 51 637,9 | 57 200,0 | 60 121,2 | 37 215,0 | 39 623,4 | 39 286,4 |
| Łódzkie | 96 035,9 | 156 275,9 | 140 499,8 | 188 091,2 | 67 559,8 | 97 988,7 | 85 456,9 |
| Małopolskie | 59 694,2 | 65 680,2 | 74 673,2 | 72 277,4 | 79 632,4 | 96 753,6 | 81 019,2 |
| Mazowieckie | 130 312,6 | 125 586,2 | 134 958,0 | 147 072,0 | 137 377,3 | 189 885,9 | 153 699,5 |
| Opolskie | 23 303,0 | 49 841,1 | 47 155,0 | 31 698,5 | 32 820,8 | 27 044,3 | 31 432,1 |
| Pomorskie | 37 930,0 | 48 989,1 | 88 519,3 | 111 130,8 | 55 636,3 | 67 369,3 | 63 812,4 |
| Podkarpackie | 72 408,9 | 76 918,3 | 101 531,1 | 92 705,7 | 87 721,5 | 101 613,1 | 105 063,9 |
| Podlaskie | 22 484,0 | 29 962,5 | 42 628,7 | 43 334,4 | 42 260,6 | 50 623,5 | 52 134,3 |
| Śląskie | 79 051,0 | 77 845,3 | 54 234,9 | 63 942,1 | 74 969,1 | 63 987,0 | 61 396,3 |
| Świętokrzyskie | 58 778,6 | 66 002,8 | 59 073,5 | 57 895,0 | 57 866,1 | 54 625,7 | 52 503,3 |
| Warmińsko-mazurskie | 33 778,1 | 49 372,9 | 56 351,3 | 81 757,9 | 61 531,6 | 78 080,4 | 65 835,8 |
| Wielkopolskie | 61 663,7 | 90 395,8 | 104 813,0 | 122 817,2 | 110 262,5 | 116 462,7 | 124 170,2 |
| Zachodnio-pomorskie | 111 561,5 | 65 741,8 | 67 032,2 | 76 316,2 | 72 017,7 | 83 685,8 | 72 347,7 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych, GUS 2015

W latach 2008–2014 finansowanie ochrony zdrowia w powiatowych jednostkach samorządu terytorialnego w Polsce było bardzo zróżnicowane. Zgodnie z przyjętą metodą agregowania danych można więc stwierdzić, iż wydatki na ten cel charakteryzowały się dużą zmiennością. We wszystkich regionach obserwowano wyraźne zwiększenie tych wydatków, choć w niektórych okresach objętych analizą

odnotowano także znaczące ich obniżenie. Duża zmienność w poziomie wydatków z budżetów powiatów wiązała się z przemianami w dwóch najważniejszych strumieniach wydatków, tj. wydatków bieżących oraz wydatków majątkowych. Z reguły wydatki bieżące charakteryzują się większą stabilnością, co wynika z istoty procesu świadczenia usług, który przebiega sukcesywnie w ramach przyjętego horyzontu czasowego. Bardziej znaczące zmiany mogą ujawnić się wraz z podejmowanymi procesami restrukturyzacyjnymi czy inwestycyjnymi oraz reorganizacją procesu świadczenia usług, co w rezultacie musi skutkować właśnie brakiem stabilności zmian.

Wykres 5. Wydatki z budżetów powiatów ogółem na wybrane zadania z zakresu usług społecznych w Polsce w 2008 r. (w tys. zł)

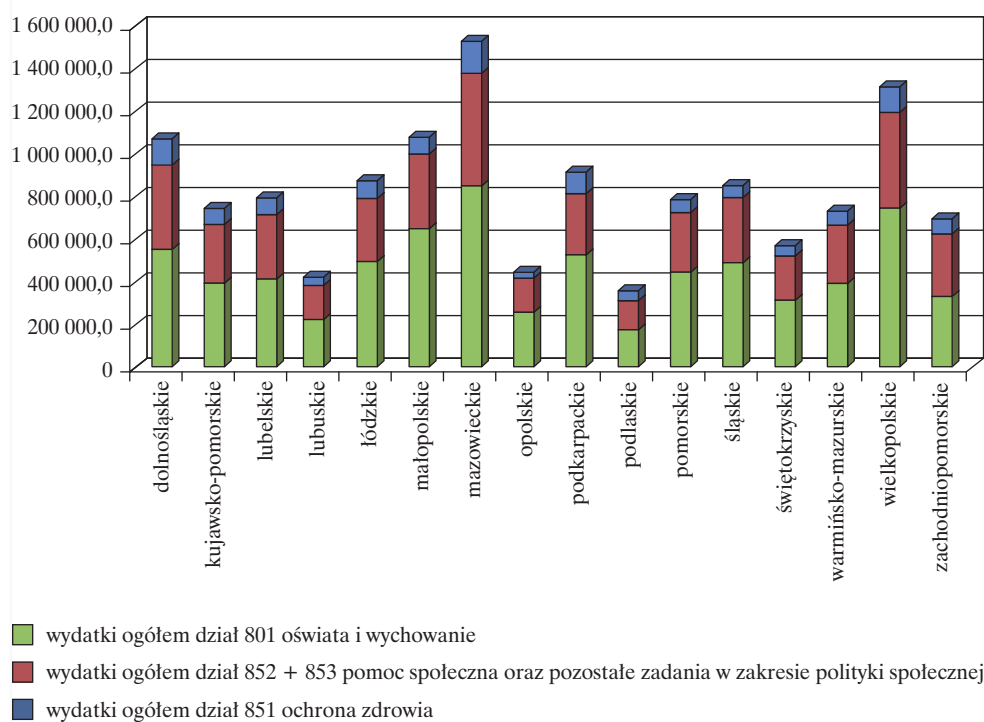


Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych, GUS 2015

Niezależnie od wspomnianych dysproporcji oraz dość wyraźnie zmiennego przebiegu realizacji wydatków budżetowych na poziomie powiatów, w tej grupie jednostek samorządu terytorialnego nastąpiły wyraźne zmiany na rzecz zwiększenia roli gospodarki budżetowej na poziomie powiatu w finansowaniu ochrony zdrowia. Wzrost znaczenia gospodarki budżetowej na poziomie powiatów nastąpił wraz z delegacją określonych zadań, które stały się zadaniami własnymi powiatów, a także zadaniami

zleconymi. Przesunięcie odpowiedzialności na powiaty za wypełnianie zadań ważnych z punktu widzenia lokalnych społeczności wydaje się rozwiązaniem metodologicznie poprawnym, ponieważ usprawnia proces decyzyjny pod kątem uwzględnienia postulatów, wniosków i oczekiwań społecznych w stosunku do poziomu jakości usług w omawianych zakresach. Wydatki z budżetów powiatów w podziale na wydatki i związane z ochroną zdrowia, oświatą i wychowaniem oraz pomocą społeczną i pozostałymi zadaniami w zakresie polityki społecznej w latach 2008 oraz 2014 przedstawiono na wykresach 5 i 6.

Wykres 6. Wydatki z budżetów powiatów ogółem na wybrane zadania z zakresu usług społecznych w Polsce w 2014 r. (w tys. zł)



Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych, GUS 2015

Jeśli chodzi o 2008 r., w badanej grupie wydatków pierwszą pozycję zajmowały w regionach wydatki związane z oświatą i wychowaniem, ujmowane w dziale 801. Pomiędzy poszczególnymi województwami odnotowano dość istotne różnice, jeśli chodzi o wolumen wydatków ogółem w badanej grupie. Różnice te były znaczące i pomiędzy regionami o najniższym poziomie, jak choćby podlaski i lubuski, a regionami o największych wydatkach w badanej grupie, jak regiony mazowiecki i wielkopolski,

stanowiły wielokrotność wydatków. Należy jednak podkreślić, że ogólną zasadą było wydatkowanie największej ilości środków w dziale oświata i wychowanie.

Na drugim miejscu, jeśli chodzi o wolumen wydatków, znajdowały się wydatki związane z pomocą społeczną i pozostałymi zadaniami w zakresie polityki społecznej, ujmowane w działach 852 oraz 853. Na tym tle wydatki związane z ochroną zdrowia, finansowane z budżetów powiatowych jednostek samorządu terytorialnego, kształtowały się na zdecydowanie niższym poziomie. Dane liczbowe charakteryzujące udziały poszczególnych grup wydatków przedstawiono w tabeli 7.

**Tabela 7. Struktura wydatków budżetów powiatów
w układzie województw w działach 801, 851, 852 i 853 (w %)**

| Województwo | 2008 | | | | 2014 | | | |
|---------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|------------------------|
| | Wydatki ogółem dział 851 | Wydatki ogółem działy 852 + 853 | Wydatki ogółem dział 801 | Łączne wydatki działów | Wydatki ogółem dział 851 | Wydatki ogółem działy 852 + 853 | Wydatki ogółem dział 801 | Łączne wydatki działów |
| Dolnośląskie | 10,1 | 34,8 | 55,1 | 100,0 | 11,9 | 37,1 | 51,0 | 100,0 |
| Kujawsko-pomorskie | 7,9 | 36,1 | 56,0 | 100,0 | 10,8 | 36,7 | 52,5 | 100,0 |
| Lubelskie | 14,6 | 33,9 | 51,5 | 100,0 | 10,0 | 38,2 | 51,8 | 100,0 |
| Lubuskie | 6,3 | 39,9 | 53,8 | 100,0 | 9,5 | 38,2 | 52,3 | 100,0 |
| Łódzkie | 13,3 | 33,9 | 52,8 | 100,0 | 9,8 | 34,1 | 56,1 | 100,0 |
| Małopolskie | 7,3 | 30,5 | 62,2 | 100,0 | 7,5 | 32,5 | 60,0 | 100,0 |
| Mazowieckie | 11,2 | 33,5 | 55,3 | 100,0 | 10,1 | 34,6 | 55,3 | 100,0 |
| Opolskie | 6,3 | 37,4 | 56,3 | 100,0 | 7,1 | 36,3 | 56,6 | 100,0 |
| Podkarpackie | 10,6 | 31,4 | 58,0 | 100,0 | 11,5 | 31,5 | 57,0 | 100,0 |
| Podlaskie | 8,6 | 34,9 | 56,5 | 100,0 | 14,6 | 37,5 | 47,9 | 100,0 |
| Pomorskie | 6,4 | 36,6 | 57,0 | 100,0 | 8,1 | 35,8 | 56,1 | 100,0 |
| Śląskie | 11,3 | 33,4 | 55,3 | 100,0 | 7,2 | 35,8 | 57,0 | 100,0 |
| Świętokrzyskie | 12,8 | 32,6 | 54,6 | 100,0 | 9,3 | 36,2 | 54,5 | 100,0 |
| Warmińsko-mazurskie | 6,0 | 37,7 | 56,3 | 100,0 | 9,1 | 37,6 | 53,3 | 100,0 |
| Wielkopolskie | 6,0 | 34,1 | 59,9 | 100,0 | 9,5 | 34,1 | 56,4 | 100,0 |
| Zachodniopomorskie | 18,5 | 37,4 | 44,1 | 100,0 | 10,5 | 42,5 | 47,0 | 100,0 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych, GUS 2015

Jeśli chodzi natomiast o sytuację w 2014 r., to zasadniczo utrzymana została dotychczasowa struktura w badanych grupach wydatków i wzajemne proporcje wydatków ogółem pomiędzy poszczególnymi województwami w Polsce. Przy tym w 2014 r. we wszystkich regionach wydatki budżetowe powiatów zagregowanych w układzie regionalnym uległy zwiększeniu, choć dynamika tych zmian była różna. Najwyższy poziom wydatków odnotowano w województwie mazowieckim, a następnie – w województwie wielkopolskim. Wydatki w dziale 851 ochrona zdrowia nie zmieniły znacząco swoich proporcji w stosunku do pozostałych dwóch działów ujętych w badaniu. Wolumen wydatków na ochronę zdrowia zwiększył się, jednak nie nastąpiły zmiany w strukturze wydatków na rzecz tej kategorii usług.

4. UWAGI KOŃCOWE

Należy zauważyć, że jednostki samorządu terytorialnego finansują w ramach własnej gospodarki budżetowej ważną część zadań publicznych w zakresie ochrony zdrowia. Choć udział tych wydatków w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia w Polsce nie jest znaczący, jednak wypełnianie części zadań przypisanych, zwłaszcza w jednostkach samorządu terytorialnego na poziomie lokalnym, samo w sobie jest pozytywnym zjawiskiem. Lokalny samorząd terytorialny aktywnie uczestniczy w podejmowaniu trudnych wyzwań w ramach systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Warto zauważyć, że w zakresie usług społecznych ochrona zdrowia, jeśli chodzi o wartość realizowanych wydatków, nie zajmuje ważnego miejsca. Najwięcej środków w latach 2008–2014 kierowano na finansowanie zadań w dziedzinie oświaty i wychowania, a także na pomoc społeczną i pozostałe zadania w zakresie polityki społecznej. Trzeba podkreślić, że w okresie objętym badaniem wydatki jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia kształtowały się na niemal niezmiennym poziomie, podczas gdy wydatki na inne działy usług społecznych zauważalnie wzrosły, w szczególności na wspomniane oświatę i wychowanie.

Zgodnie z wynikami opisanego badania, zauważalną dynamikę wykazały wydatki na ochronę zdrowia w ramach gospodarki budżetowej gminnych jednostek samorządu terytorialnego. Przykładowo w regionie łódzkim wydatki te wzrosły o 63,2%, a w regionie świętokrzyskim – o 56,1%. Ze zrozumiałych względów pomiędzy regionami, jeśli chodzi o wydatki gmin na ochronę zdrowia, sytuacja była zróżnicowana. Mieliśmy zatem do czynienia z regionami o szczególnie wysokim poziomie wydatków, jak chociażby województwa mazowieckie i śląskie. Były też takie regiony, w których poziom wydatków w ramach gospodarki

budżetowej gmin był relatywnie niski w okresie wyjściowym badania i nie zmienił się znacząco do 2014 r.

Nieco pełniejszy obraz daje analiza wskaźnikowa wydatków w przeliczeniu na jednego mieszkańca. W układzie regionalnym w całym kraju sytuacja była wyrównana, choć w niektórych województwach: mazowieckim, śląskim, a także łódzkim i kujawsko-pomorskim, odnotowano znacząco wyższy poziom wydatków.

Jeśli chodzi o powiaty, wydatki na ochronę zdrowia w układzie regionalnym w badanym okresie podlegały różnokierunkowym zmianom i nie zawsze w ostatnim roku analizy były wyższe niż w roku bazowym. Zmiany w poziomie finansowania ochrony zdrowia w ramach budżetów powiatowych miały swoje uzasadnienie zarówno w finansowaniu świadczeń bieżących, jak i w finansowaniu zróżnicowanych przedsięwzięć inwestycyjnych i zmian własnościowych. Jeśli weźmiemy pod uwagę strukturę działową wydatków w podziale na wydatki na ochronę zdrowia, na oświatę i wychowanie oraz wydatki na pomoc społeczną i pozostałe zadania w zakresie polityki społecznej, to w układzie regionalnym dominowały wydatki związane z oświatą i wychowaniem. Natomiast udział wydatków na ochronę zdrowia w dziale 851 w wydatkach na wybrane usługi społeczne (działy 801, 851, 852, 853) kształtował się w 2008 r. od 6% w regionie warmińsko-mazurskim do 18,5% w regionie zachodniopomorskim. W 2014 r. udział wydatków w dziale 851 uległ nieznacznemu zwiększeniu, jeśli chodzi o region warmińsko-mazurski, natomiast w pozostałych regionach sytuacja była niemal wyrównana.

W konkluzji rozważań na temat gospodarki budżetowej jednostek samorządu terytorialnego na poziomie lokalnym oraz miejsca wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach budżetowych samorządu należy stwierdzić, że jednostki samorządu terytorialnego stanowią trwałe ogniwo w systemie finansowania opieki zdrowotnej w Polsce. Nie można oczywiście porównywać wydatków z Narodowego Funduszu Zdrowia z wydatkami finansowanymi z budżetów samorządów. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z ustawową gwarancją źródeł dochodów w postaci obowiązkowych składek na ubezpieczenie zdrowotne. W drugim natomiast – źródłem finansowania zadań są własne środki budżetowe samorządów, dotacje celowe z budżetu państwa oraz środki przekazywane w różnej formie przez inne jednostki samorządu terytorialnego.

Należy uznać, że partycypacja budżetów jednostek samorządu terytorialnego na poziomie lokalnym w finansowaniu ochrony zdrowia jest zjawiskiem pozytywnym. Jednak z uwagi na zakres potrzeb publicznych, związany

z koniecznością likwidacji zapóźnień rozwojowych w różnych dziedzinach, skutkuje ograniczonym dostępem do źródeł finansowania. Z tych też powodów zwiększenie poziomu finansowania w ramach budżetów jednostek samorządu terytorialnego będzie możliwe w rezultacie poprawy sytuacji społeczno-gospodarczej oraz zmiany struktury wydatków budżetowych na rzecz usług społecznych.

LITERATURA

- Carrin G. (ed.), Buse K., Heggenhougen K., Quah S.R., *Health Systems Policy, Finance, and Organization*, Academic Press, Oxford 2009.
- Frąckiewicz-Wronka A., *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, Warszawa 2009.
- Musgrave, R.A., Musgrave P.B., *Public Finance in Theory and Practice*, New York 1989.
- Nojszewska E., *System ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2011.
- Polska: Zarys systemu ochrony zdrowia*, European Observatory on Health Systems and Policies, Warszawa 2012.
- Smith P.C., *Formula Funding of Public Services*, Routledge, New York 2007.
- Zarządzanie publiczne w lokalnej polityce społecznej*, red. A. Frąckiewicz-Wronka, S. Kantyka i M. Zralek, Warszawa 2007.

STRESZCZENIE

Omawiany artykuł odnosi się do problematyki finansowania zadań publicznych w zakresie ochrony zdrowia przez jednostki samorządu terytorialnego w ramach prowadzonej własnej gospodarki budżetowej. Zgodnie z wynikami badania zmiany w poziomie finansowania ochrony zdrowia z budżetów powiatowych jednostek samorządu terytorialnego miały swoje uzasadnienie zarówno w finansowaniu świadczeń bieżących, jak i w finansowaniu zróżnicowanych przedsięwzięć inwestycyjnych i zmian własnościowych. Udział wydatków realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia w Polsce nie był znaczący. Jednak w latach 2008–2014 miał miejsce zauważalny wzrost wydatków, zwłaszcza w jednostkach na poziomie lokalnym. Z uwagi na zakres źródeł finansowania powyższych zadań, dalsze zwiększanie poziomu wydatków w ramach budżetów jednostek samorządu terytorialnego może mieć miejsce w sytuacji poprawy ogólnej kondycji społeczno-gospodarczej oraz zmiany struktury wydatków budżetowych w stronę usług społecznych.

Słowa kluczowe: finansowanie usług zdrowotnych, jednostki samorządu terytorialnego, ochrona zdrowia

SUMMARY

Local authority budget economy in relation to the problem of financing of health service units

This article refers to the problem of financing public tasks in the field of health care by local authorities as part of their budget economy. According to the survey results, changes in the level of health care financing within the budget economy of poviats (local administrative units) had their causes, both in financing current tasks, but also in the financing of different investments and ownership changes. The share of the expenditure carried out by local government units in the total expenditure on health care in Poland was not significant. However, in the period 2008–2014 there was a noticeable increase in expenditure, especially in the units at the local level. Taking into account the financing of the above tasks, further increase the level of spending within the budgets of local government units can take place in a situation of improvement in the overall socio-economic conditions and also changes in the structure of budgetary expenditures towards social services.

Key words: financing of health services, local authorities, health care

KRZYSZTOF JAROSIŃSKI
BENEDYKT OPAŁKA

Finansowanie
świadczeń zdrowotnych
na poziomie lokalnym

SZKOŁA GŁÓWNA HANDLOWA W WARSZAWIE

1. WSTĘP

Opieka zdrowotna może być uznana za jedno z ważniejszych osiągnięć w sferze społecznej i jest ona stałym elementem społeczeństwa charakteryzującego się odpowiednim poziomem rozwoju społeczno-gospodarczego. Ochrona zdrowia oraz świadczenie usług medycznych w wielu rozwiniętych państwach świata stało się obligatoryjnym zadaniem państwa. Organizacja i świadczenie usług społecznych, w tym usług związanych z ochroną zdrowia, musi być uznane za jedno z większych osiągnięć społecznych w zróżnicowanych strukturach organizacyjnych państw na świecie. Zadanie to ma bowiem charakter powszechny, a zatem dotyczy wszystkich obywateli państwa, wiąże się jednak z koniecznością alokacji określonego zasobu środków publicznych związanych z realizacją takich usług.

W Polsce prawo do ochrony zdrowia zaliczane jest do praw o charakterze podstawowym i ujęte zostało w Konstytucji RP. Zgodnie z art. 68 ust. 1 oraz 2, którym nadano brzmienie: „1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. 2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”. Oznacza to, że to podstawowe prawo musi być realizowane bez względu na status prawny bądź materialny obywatela polskiego. Prawo do ochrony zdrowia wynika zatem wprost z zasady równości wyrażonej w art. 32, ust. 1: „Wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne”¹. Zapis art. 68 wywołuje daleko idące konsekwencje. Nadając na gruncie Konstytucji wspomniane wyżej uprawnienia obywatelskie, równocześnie na władze publiczne różnych szczebli nakłada się określony, poważny zakres obowiązków związanych z prawidłową realizacją przytoczonej zasady konstytucyjnej. Wypełnianie takich zadań w stosunku do ogółu obywateli państwa jest na tyle złożone, że wymaga stworzenia i utrzymania zaawansowanych struktur organizacyjnych, środków materialnych oraz zasobów ludzkich.

Wspomniana zasada konstytucyjna stanowi zatem ogromne wyzwanie dla całego społeczeństwa. Złożoność tej problematyki może wiązać się bezpośrednio z procesem świadczenia usług, ich jakością oraz subiektywną oceną usługobiorców korzystających z opieki zdrowotnej. Oznacza to, że konstytucyjna zasada powszechnej dostępności do usług zdrowotnych może być realizowana w zróżnicowanych

¹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r. nr 78, poz. 483 z późn. zm.).

warunkach i może dochodzić do dysproporcji pomiędzy oczekiwaniami świadczeniobiorców co do zakresu oraz jakości usług a ogólnymi warunkami i możliwościami państwa świadczenia takich usług, które są pochodną ogólnego poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego. Niedopasowanie to może wiązać się choćby z nadmiernym zapotrzebowaniem na usługi zgłaszanym przez obywateli w stosunku do możliwości realnego świadczenia usług.

Trzeba także w tym miejscu zwrócić uwagę na Konstytucję Światowej Organizacji Zdrowia. Według niej zdrowie jest kategorią społeczną najwyższej rangi i zgodnie z Preambułą Konstytucji za zdrowie swych obywateli odpowiedzialność ponoszą rządy państw i powinny to czynić poprzez zapewnienie odpowiednich środków zdrowotnych i społecznych². W Preambule zwrócono także uwagę, że jednym z podstawowych praw człowieka na świecie jest korzystanie z wysokiego, możliwego do osiągnięcia poziomu zdrowia³.

Zarówno w Polsce w okresie transformacji systemowej w latach 1989–2004, a także później, jak i w wielu państwach świata – wysokorozwiniętych, ale także w tych o niskim poziomie rozwoju – podjęto dyskusję nad wypracowaniem adekwatnych rozwiązań systemowych, które zapewniłyby ich obywatelom odpowiedni poziom bezpieczeństwa zdrowotnego. W krajach wysokorozwiniętych zdrowie publiczne traktowano w kategoriach dóbr publicznych, uznając je za wartość samą w sobie o znaczeniu podstawowym, będącą immanentnym prawem każdego obywatela. W praktyce jednak zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywatelom okazało się trudne do zrealizowania, zwłaszcza z powodów ekonomicznych, a w szczególności wobec występujących trudności w finansowaniu opieki zdrowotnej⁴. Mamy zatem do czynienia z wyraźnym dualizmem związanym z bezpieczeństwem zdrowotnym obywateli. Z jednej strony uznanie zdrowia za dobro publiczne i uznanie zadań w tym zakresie za zadania państwa musi prowadzić do wypracowania rozwiązań organizacyjnych oraz zasad finansowania w ramach środków publicznych, będących w dyspozycji państwa lub też w dyspozycji jednostek samorządu terytorialnego, posiadających uprawnienia prowadzenia własnej gospodarki budżetowej, w tym także finansowania zadań w zakresie usług zdrowotnych. Zapisy zawarte w konstytucjach poszczególnych państw, a także zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jednoznacznie umieszczały zadania

² Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia z dnia 22 lipca 1946 r. (Dz.U. z 1948 r. nr 61, poz. 477 z późn. zm.).

³ *Ibidem*.

⁴ *Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*, World Health Organization, Geneva 2010, s. xiv–xviii.

w zakresie zdrowia publicznego jako te, które powinny być finansowane z budżetu państwa lub też w inny sposób, za pośrednictwem obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych⁵.

Zgodnie ze Strategią „Zdrowie 21” oraz Światową Deklaracją Zdrowia przyjętą na 51. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w maju 1998 r., ekonomiczny wymiar usług zdrowotnych powinien być przedmiotem pogłębionych analiz i prowadzić do ustalenia zakresu odpowiedzialności państwa za zdrowie publiczne. W dokumencie tym zasugerowano, że finansowanie opieki zdrowotnej powinno być tak zorganizowane, aby zapewniać równy dostęp do usług i zrównoważony rozwój w dłuższym czasie. Podmiotami odpowiedzialnymi za powszechny dostęp do usług muszą zatem być rządy państw, niezależnie od stosowanego w nich systemu opieki zdrowotnej⁶. Należy podkreślić, że deklaracja ta koresponduje bezpośrednio z zapisami zawartymi w konstytucji WHO, gdzie działania na rzecz zdrowia publicznego uznane zostały za zadania państwa.

Należy także pamiętać o postulowanych i niekiedy wdrożonych rozwiązaniach zmierzających do nadania innego niż publiczny charakter usługom w zakresie ochrony zdrowia, świadczonym w warunkach gospodarki rynkowej. Nie jest możliwe ostateczne rozstrzygnięcie racji zwolenników i przeciwników szerszego wprowadzenia mechanizmów rynkowych do sfery ochrony zdrowia, jednak warto zwrócić uwagę na niektóre wnioski wypływające z badań prowadzonych w tym zakresie. Jednym z wniosków wypływających z konferencji odnośnie do reform w zakresie polityki zdrowotnej, która miała miejsce w Lublanie w 1996 r., było stwierdzenie, że: „w finansowaniu i zaopatrywaniu takich dóbr społecznych, jak opieka zdrowotna, nie ma miejsca dla nieograniczonej działalności rynkowej” oraz uznanie, że „(...) mechanizmy rynkowe nastawione na finansowanie indywidualne lub instytucje finansujące okazały się mniej skuteczne, jeśli chodzi o równość dostępu i wystarczalność opieki, aniżeli te ukierunkowane bezpośrednio na szpitale lub inne instytucje opieki zdrowotnej”⁷.

Należy podkreślić, że w latach 1989–2015 system ochrony zdrowia w Polsce ulegał ewolucyjnym przekształceniom, które wiązały się z realizacją wypracowanych koncepcji służby zdrowia po 1989 r., a następnie z doskonaleniem już funkcjonującego systemu. Najważniejszym aktem prawnym regulującym sprawy związane

⁵ J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, Warszawa 2004, s. 102–103.

⁶ *Health 21. An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen 1998, s. 27–28.

⁷ *Ibidem*, s. 27.

ze świadczeniem opieki zdrowotnej jest ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸. Ustawa ta reguluje systemowo zasady finansowania usług zdrowotnych w Polsce, przyjmując za ogólną zasadę gromadzenie środków na potrzeby systemu w ramach obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Doświadczenia wyniesione z 25 lat transformacji systemowej w Polsce wskazują jednoznacznie, że dominującą formą świadczenia usług nadal pozostaje finansowanie usług w ramach środków publicznych⁹. Równocześnie – równoległe do publicznego systemu opieki zdrowotnej – rozwija się jednak rynek prywatnych usług medycznych i spełnia on coraz ważniejszą rolę w procesie świadczenia usług. Choć w ramach prywatnego rynku usług mamy do czynienia z ustalonymi procedurami medycznymi, jednak ich odpłatny charakter nie pozwala uznać tego rynku za wiodący i docelowy model w ochronie zdrowia. Podstawą do sformułowania takiej tezy jest odpłatność za świadczone usługi, która stoi w sprzeczności ze wspomnianą konstytucyjną zasadą powszechnego dostępu do usług, a zatem bez względu na sytuację materialną pacjenta.

2. CHARAKTERYSTYKA WYDATKÓW ZWIĄZANYCH ZE ŚWIADCZENIEM USŁUG ZDROWOTNYCH

W Polsce finansowanie wydatków powiązanych z ochroną zdrowia ze środków publicznych jest przedmiotem działania wielu zróżnicowanych podmiotów. Najważniejszym podmiotem finansującym ochronę zdrowia jest Narodowy Fundusz Zdrowia, działający w ramach systemu składkowego ubezpieczeń zdrowotnych. Ponadto ważnym podmiotem finansującym w różnych formach ochronę zdrowia w Polsce jest budżet państwa oraz budżety jednostek samorządu terytorialnego różnych szczebli. Warto w tym miejscu rozróżnić wydatki jednostek samorządu terytorialnego na poziomie wojewódzkim od wydatków realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego na poziomie lokalnym (powiaty i gminy). Poza wymienionymi grupami podmiotów należy także wskazać środki przekazywane na ochronę zdrowia w ramach sektora prywatnego. Sektor prywatny w okresie transformacji systemowej zajął trwałe miejsce w systemie ochrony zdrowia w Polsce i świadczy usługi na różnych poziomach złożoności procedur medycznych.

⁸ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r. nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).

⁹ H. Stańdo-Górowska, *Kształtowanie wydatków na opiekę zdrowotną jako problem społeczno-ekonomiczny*, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy” 2012, nr 26, s. 70–73.

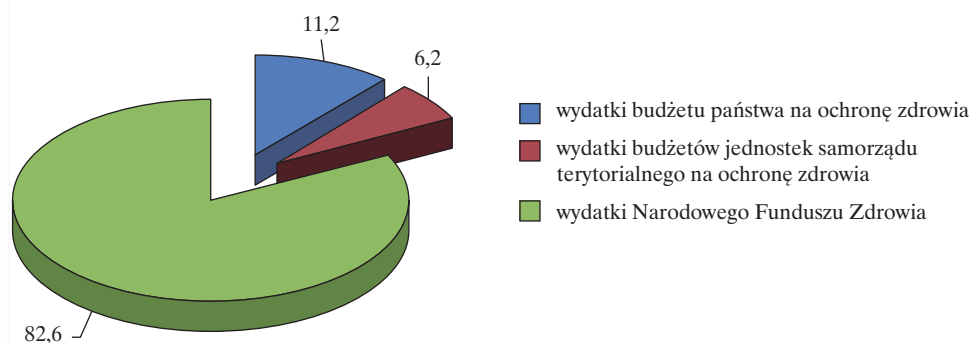
Tabela 1. Wydatki sektora publicznego na ochronę zdrowia w Polsce w latach 2008–2013 (w mln zł)

| Wyszczególnienie | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2013:2008 (wzrost w %) |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------------------|
| Wydatki budżetu państwa ogółem | 277 896,5 | 301 265,3 | 294 893,9 | 302 681,6 | 318 001,9 | 321 345,3 | 15,6 |
| w tym ochrona zdrowia | 6 692,2 | 6 971,3 | 6 864,3 | 7 492,4 | 7 242,0 | 7 534,1 | 12,6 |
| Wydatki budżetów województw ogółem | 13 002,7 | 20 468,7 | 15 245,0 | 16 338,6 | 15 760,5 | 16 527,0 | 27,1 |
| w tym ochrona zdrowia | 1 234,0 | 1 426,5 | 942,8 | 984,1 | 951,1 | 927,3 | -24,9 |
| Wydatki budżetów miast na prawach powiatu ogółem | 51 172,4 | 56 201,1 | 58 954,1 | 61 510,5 | 63 730,8 | 64 952,6 | 26,9 |
| w tym ochrona zdrowia | 909,3 | 976,2 | 1 061,8 | 983,1 | 878,6 | 1 058,2 | 16,4 |
| Wydatki budżetów powiatów ogółem | 18 114,9 | 21 155,8 | 23 826,4 | 24 058,8 | 22 476,5 | 22 916,5 | 26,5 |
| w tym ochrona zdrowia | 1 036,0 | 1 173,4 | 1 394,7 | 1 516,7 | 1 149,0 | 1 327,3 | 28,1 |
| Wydatki budżetów gmin ogółem | 62 892,7 | 70 002,6 | 79 740,6 | 79 686,9 | 78 491,4 | 79 442,5 | 26,3 |
| w tym ochrona zdrowia | 501,4 | 528,4 | 562,7 | 605,6 | 535,9 | 541,6 | 8,0 |
| Wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego ogółem | 145 182,6 | 167 828,2 | 177 766,2 | 181 594,8 | 180 459,2 | 183 838,6 | 26,6 |
| w tym ochrona zdrowia | 3 680,7 | 4 104,6 | 3 962,0 | 4 089,5 | 3 514,6 | 3 854,4 | 4,7 |
| Wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia | 49 322,1 | 55 014,3 | 56 380,3 | 58 104,8 | 59 458,0 | 61 652,9 | 25,0 |
| Wydatki w ramach sektora finansów publicznych na ochronę zdrowia ogółem | 59 695,0 | 66 090,2 | 67 206,6 | 69 686,7 | 70 214,6 | 73 041,4 | 22,4 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, GUS, Warszawa 2012, oraz *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.*, GUS, Warszawa 2014

W pierwszej kolejności należy wskazać na wydatki realizowane w ramach sektora publicznego. Szczegółowe dane w tym zakresie za lata 2008–2013 zamieszczono w tabeli 1 oraz zilustrowano graficznie na wykresach 1 i 2. Zgodnie z ujęciem systemowym, podmiotem finansującym większość zadań w ramach ochrony zdrowia jest Narodowy Fundusz Zdrowia. W 2008 r. fundusz ten wydatkował 82,6% ogółu środków w ramach sektora finansów publicznych. Pozostała część środków, tj. 11,2% oraz 6,2%, charakteryzowała wydatki odpowiednio budżetu państwa oraz łącznie wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

Wykres 1. Struktura wydatków na ochronę zdrowia ponoszonych przez podmioty sektora publicznego w Polsce w 2008 r. (w %)

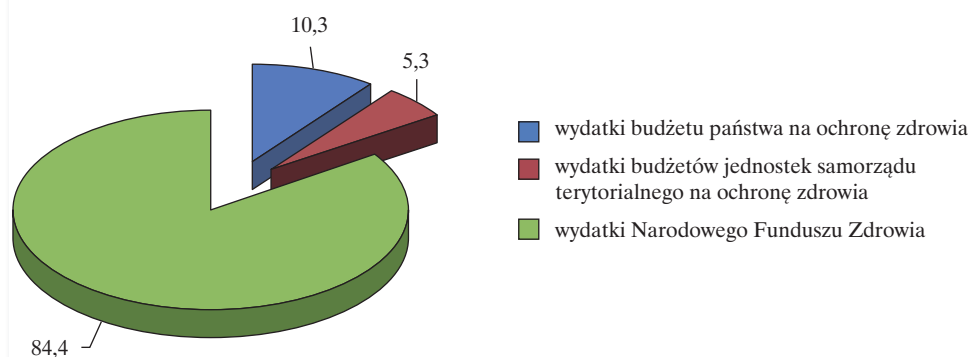


Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, GUS, Warszawa 2012, oraz *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.*, GUS, Warszawa 2014

W badanym okresie w strukturze wydatków nie zaszły znaczące zmiany, i tak w 2013 r. Narodowy Fundusz Zdrowia wydatkował 84,4% ogółu środków publicznych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia, natomiast budżet państwa oraz budżety jednostek samorządu terytorialnego wydatkowały odpowiednio 10,3% oraz 5,3%. Choć wiodąca rola wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia ma charakter systemowy, co oznacza, że Fundusz jest zobowiązany do wywiązywania się z ustawowych zobowiązań państwa w zakresie świadczenia usług zdrowotnych i zobowiązanie to reguluje w ramach redystrybucji środków pochodzących ze składek gromadzonych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, to jednak w latach 2008–2013, mimo znaczącego wzrostu wydatków realizowanych w ramach Funduszu, który wyniósł 25,0%, odnotowano także wyraźny wzrost, choć na innym poziomie, wydatków na ochronę zdrowia realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, a w szczególności

wydatki budżetów powiatowych jednostek samorządu terytorialnego (28,1%), miast na prawach powiatu (16,4%), gmin (8,0%). Jednocześnie obniżeniu uległy wydatki z budżetów samorządowych województw z poziomu 1234 mln zł do 927,3 mln zł, tj. o 24,9%.

Wykres 2. Struktura wydatków na ochronę zdrowia ponoszonych przez podmioty sektora publicznego w Polsce w 2013 r. (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, GUS, Warszawa 2012, oraz *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.*, GUS, Warszawa 2014

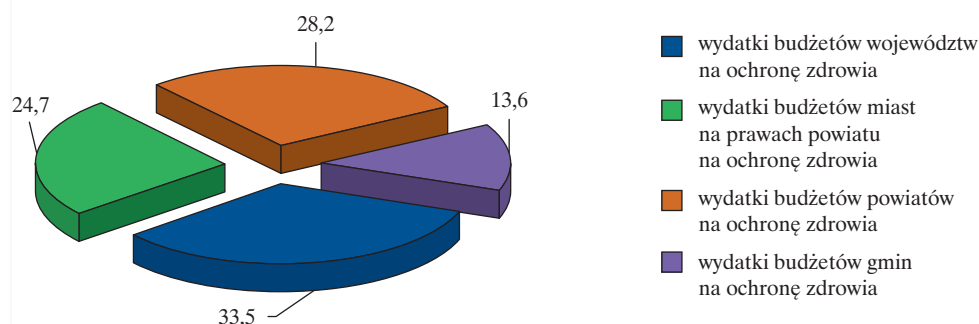
Zmiany struktury wydatków z punktu widzenia wspomnianych wyżej głównych grup podmiotów finansujących zadania w zakresie ochrony zdrowia w Polsce nastąpiły w warunkach wzrostu o 22,4% omawianej kategorii wydatków ogółem (lata 2008–2013). Przemiany te były konsekwencją wspomnianych regulacji systemowych, zgodnie z którymi przesunięto ciężar realizacji części zadań z poziomu wojewódzkiego na poziom powiatowy, lokalny. Zmniejszeniu uległy zatem podstawowe wydatki budżetów samorządowych województw związane z lecznictwem szpitalnym. O ile w 2008 r. wydatki tej kategorii stanowiły 64,7% wszystkich wydatków na ochronę zdrowia realizowanych w ramach budżetów województw, to już w 2013 r. wydatki te wyniosły 57,4%. W dalszej kolejności głównymi wydatkami pozostały wydatki związane z medycyną pracy, stażami i specjalizacją medyczną, lecznictwem psychiatrycznym oraz przeciwdziałaniem alkoholizmowi.

Ograniczenie wydatków na leczenie szpitalne w ramach budżetów samorządowych województw nie oznaczało automatycznego wzrostu wydatków na leczenie szpitalne w ramach budżetów jednostek powiatowych samorządu terytorialnego. W budżetach odnotowano duży wzrost wydatków związanych ze składkami na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem

ubezpieczenia zdrowotnego. W 2008 r. wydatki te wyniosły 452 mln zł, natomiast już w 2013 r. wydatki związane z omawianą kategorią wyniosły 1019,9 mln zł. Zatem w latach 2008–2013 wydatki wzrosły o 125,6%. Należy nadmienić, że wydatki tej kategorii były i są realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego na poziomie powiatu w ramach zadań zleconych przez administrację rządową i finansowane w ramach środków budżetu państwa. Oznacza to, że mimo wzrostu wydatków na ochronę zdrowia w ramach samorządowego podsektora finansów publicznych, część usług medycznych, zwłaszcza w zakresie szpitali, przeniesiona została poza podsektor. O ile bowiem w 2008 r. na leczenie szpitalne wydatkowano ogółem w ramach budżetów powiatów 539,7 mln zł, to już w 2013 r. wydatkowano nieco ponad 230,1 mln zł. W zakresie finansowania leczenia szpitalnego w 2013 r. miała miejsce także trudna sytuacja finansowa w Narodowym Funduszu Zdrowia. W 2013 r. w zakresie leczenia szpitalnego wartość zawartych umów ogółem wyniosła niemal 30 594,8 mln zł, co oznaczało wzrost o niemal 4,1% w stosunku do 2012 r.

Jeśli chodzi o finansowanie wydatków na ochronę zdrowia przez jednostki samorządu terytorialnego w części wskazanej wyżej, z ogółu środków wydatkowanych przez jednostki samorządu terytorialnego różnych szczebli najwięcej na ochronę zdrowia wydatkowano w ramach budżetów samorządowych województw (33,5% wydatków tej grupy podmiotów ogółem). Prezentację graficzną struktury wydatków w ramach poszczególnych kategorii jednostek samorządu terytorialnego w latach 2008 oraz 2013 przedstawiono na wykresach 3 i 4.

Wykres 3. Struktura wydatków na ochronę zdrowia ponoszonych przez jednostki samorządu terytorialnego w Polsce w 2008 r. (w %)

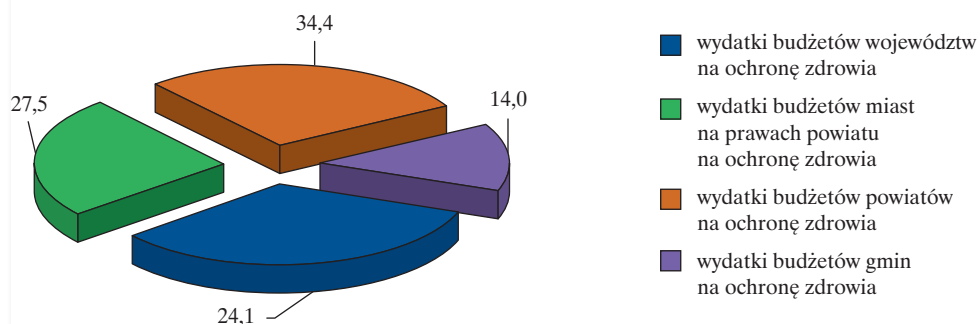


Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, GUS, Warszawa 2012, oraz *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.*, GUS, Warszawa 2014

W 2008 r. w ramach budżetów powiatów oraz miast na prawach powiatów wydatkowano odpowiednio 28,2% oraz 24,7%. Łącznie w ramach budżetów powiatowych jednostek samorządu terytorialnego oraz miast na prawach powiatów wydatkowano 52,9% środków omawianej grupy podmiotów. Warto także zwrócić uwagę na wydatki realizowane w ramach budżetów gminnych jednostek samorządu terytorialnego. Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 5, ochrona zdrowia jest zadaniem własnym gminy, choć zakres zadań i działań nie został jednoznacznie określony. Można zatem przyjąć, że obok ujęcia systemowego przepływu środków pieniężnych kierowanych na ochronę zdrowia, gminy mają prawo w zasadzie w sposób nieograniczony finansować zadania w tym zakresie w miarę własnych, indywidualnych możliwości budżetowych. Zatem w gminach w 2008 r., niezależnie od źródła pochodzenia środków, wydatkowano 13,6% środków samorządowego podsektora finansów publicznych. Głównymi kategoriami wydatków realizowanych na ochronę zdrowia w ramach budżetów gmin były przeciwdziałanie alkoholizmowi oraz leczenie ambulatoryjne.

W 2013 r. struktura wydatków w omawianym przekroju wyglądała już nieco inaczej, zmniejszeniu uległ udział wydatków realizowanych w ramach budżetów województw, natomiast wyraźnemu zwiększeniu uległ udział wydatków powiatowych jednostek samorządu terytorialnego, a także gmin (o 0,4 p.p.).

Wykres 4. Struktura wydatków na ochronę zdrowia ponoszonych przez jednostki samorządu terytorialnego w Polsce w 2013 r. (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, GUS, Warszawa 2012, oraz *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.*, GUS, Warszawa 2014

W tabeli 2 zaprezentowano wydatki na ochronę zdrowia z budżetów jednostek samorządu terytorialnego w Polsce w latach 2008–2013. W ramach badania dokonano agregacji wydatków w samorządowym podsektorze finansów publicznych

na poziomie lokalnym, tj. wydatków budżetowych gmin oraz powiatów. Ilustrację graficzną wyników obliczeń przedstawiono na wykresie 5. Zestawienie liczbowe wyraźnie dowodzi, że na poziomie lokalnym realizowana jest większość wydatków związanych z ochroną zdrowia w ramach budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Łączne wydatki na poziomie lokalnym w 2008 r. stanowiły 66,5% podsektora ogółem, natomiast w 2013 r. udział tych wydatków osiągnął poziom niemal 76% (75,9%).

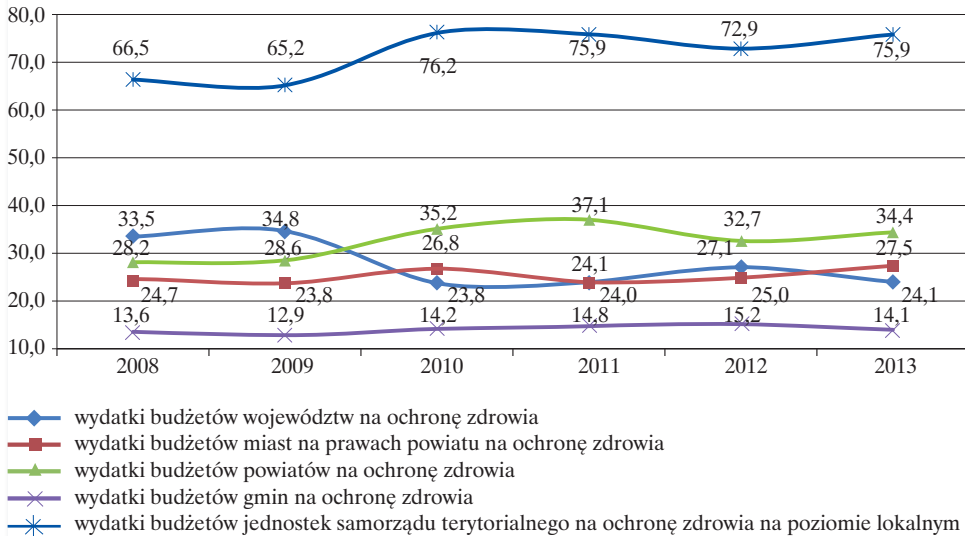
Tabela 2. Wydatki na ochronę zdrowia z budżetów jednostek samorządu terytorialnego w Polsce w latach 2008–2013 (w mln zł)

| Wyszczególnienie | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Wydatki budżetów miast na prawach powiatu na ochronę zdrowia | 909,3 | 976,2 | 1061,8 | 983,1 | 878,6 | 1058,2 |
| Wydatki budżetów powiatów na ochronę zdrowia | 1036,0 | 1173,4 | 1394,7 | 1516,7 | 1149,0 | 1327,3 |
| Wydatki budżetów gmin na ochronę zdrowia | 501,4 | 528,4 | 562,7 | 605,6 | 535,9 | 541,6 |
| Wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia na poziomie lokalnym | 2446,7 | 2678,0 | 3019,2 | 3105,4 | 2563,5 | 2927,1 |
| Wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego ogółem na ochronę zdrowia | 3680,7 | 4104,6 | 3962,0 | 4089,5 | 3514,6 | 3854,4 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych, GUS 2015

Zebrany materiał liczbowy wyraźnie dowodzi zmiany tendencji, jeśli chodzi o wydatki realizowane w ramach budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Początkowo w latach 2008–2009 wydatki z budżetów województw dominowały w strukturze wydatków poszczególnych kategorii jednostek samorządu terytorialnego. Po 2009 r. sytuacja ta uległa dość istotnym zmianom, zaczęły dominować udziały wydatków powiatowych jednostek samorządu terytorialnego (powiatów oraz miast na prawach powiatu), a także nieznacznie wzrosły udziały gminnych jednostek samorządu terytorialnego. Pamiętać należy, że zmiana omawianych udziałów miała miejsce w warunkach znaczącego wzrostu wydatku poszczególnych wydatków jednostek samorządu terytorialnego ogółem.

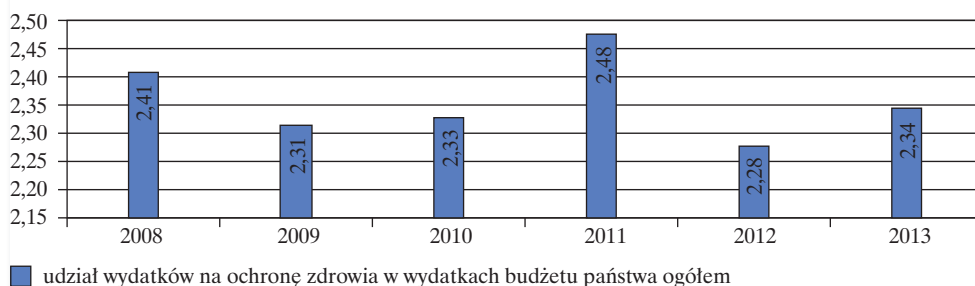
Wykres 5. Struktura wydatków na ochronę zdrowia w podsektorze samorządowym według rodzajów jednostek samorządu terytorialnego w Polsce w latach 2008–2013 (w mln zł)



Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych, GUS 2015

Warto zwrócić uwagę na zmiany, jakie zaszły w Polsce w latach 2008–2013 w strukturze wydatków budżetu państwa z uwzględnieniem wydatków na ochronę zdrowia. W przypadku budżetu państwa relacja wydatków na ochronę zdrowia do wydatków budżetowych ogółem w latach 2008–2013 utrzymywała się poniżej 2,5%. Choć udział, o którym mowa, jest rozwiązaniem systemowym, wynikającym z możliwości kształtowania wydatków publicznych w ramach budżetu państwa, to w latach 2008–2013 obserwowano dość znaczące zmiany w tym zakresie. Ilustracją graficzną tego zjawiska przedstawiono na wykresie 6. W omawianym okresie sytuacja nie była stabilna i wspomniany udział kształtował się pomiędzy skrajnymi wartościami 2,28% w 2012 r. oraz 2,48% w 2011 r. Należy zaznaczyć, że w omawianym okresie obserwowano w zasadzie ciągły wzrost wydatków (z wyjątkiem 2010 r., kiedy wydatki te uległy obniżeniu w stosunku do roku poprzedniego o 2,1%), zarówno budżetowych ogółem, jak i wydatków z budżetu państwa na ochronę zdrowia (z wyjątkiem 2010 r., kiedy miał miejsce spadek o 1,5% w stosunku do roku poprzedniego). Niewątpliwie przyczyn obniżenia wydatków należy upatrywać w spowolnieniu gospodarczym spowodowanym światowym kryzysem finansowym, który w Polsce ujawnił swoje skutki z pewnym opóźnieniem.

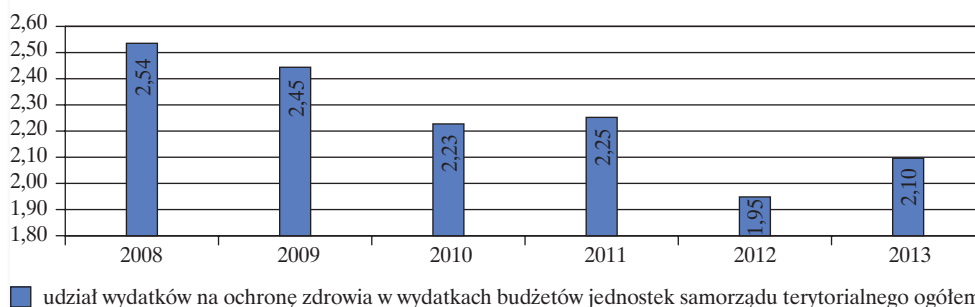
Wykres 6. Udział wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach budżetu państwa ogółem w Polsce w latach 2008–2013 (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, GUS, Warszawa 2012, oraz *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.*, GUS, Warszawa 2014

Jeśli chodzi o udział wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach budżetów jednostek samorządu terytorialnego ogółem w latach 2008–2013, mimo wzrostu wolumenu tej kategorii wydatków, niemal w całym okresie obserwowano spadek udziału tych wydatków (wzrost wydatków na ochronę zdrowia z budżetów jednostek samorządu terytorialnego ogółem o 26,6% wobec roku poprzedniego). W 2008 r. udział ten wyniósł 2,54% i w kolejnych latach ulegał stopniowemu obniżeniu do poziomu 1,95% w 2012 r. (choć podobnie jak w przypadku wydatków z budżetu państwa, w 2011 r. odnotowano nieznaczne zwiększenie udziału o 0,02 p.p. w stosunku do roku poprzedniego). Odwrócenie tendencji spadkowej udziału wydatków miało miejsce ponownie w 2013 r. Charakterystyka zmian udziału wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach budżetów jednostek samorządu terytorialnego ogółem w Polsce w latach 2008–2013 została zaprezentowana na wykresie 7.

Wykres 7. Udział wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach budżetu jednostek samorządu terytorialnego ogółem w Polsce w latach 2008–2013 (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, GUS, Warszawa 2012, oraz *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.*, GUS, Warszawa 2014

Koncentrując uwagę na wydatkach związanych z ochroną zdrowia realizowanych w ramach budżetów jednostek samorządu terytorialnego na poziomie lokalnym, warto przytoczyć zgromadzone w trakcie badania dane ilustrujące sytuację w Polsce w latach 2008–2014 w gminach oraz powiatach. Z uwagi na ograniczoną objętość artykułu, wspomniane dwie grupy wydatków zostały zaprezentowane jako zagregowane dane dla gmin w układzie wojewódzkim. W tabeli 3 przedstawiono w ujęciu wartościowym sytuację w zakresie wydatków dla gmin, natomiast w tabeli 5 przedstawiono dane dotyczące tychże wydatków dla powiatów. Należy zauważyć, że w omawianym okresie w większości regionów zagregowane wydatki gmin na ochronę zdrowia ogółem znacząco wzrosły. Stosunkowo najlepsza sytuacja miała miejsce w gminach regionów lubelskiego, śląskiego oraz łódzkiego, gdzie odnotowano przyrost wydatków o ponad 30%.

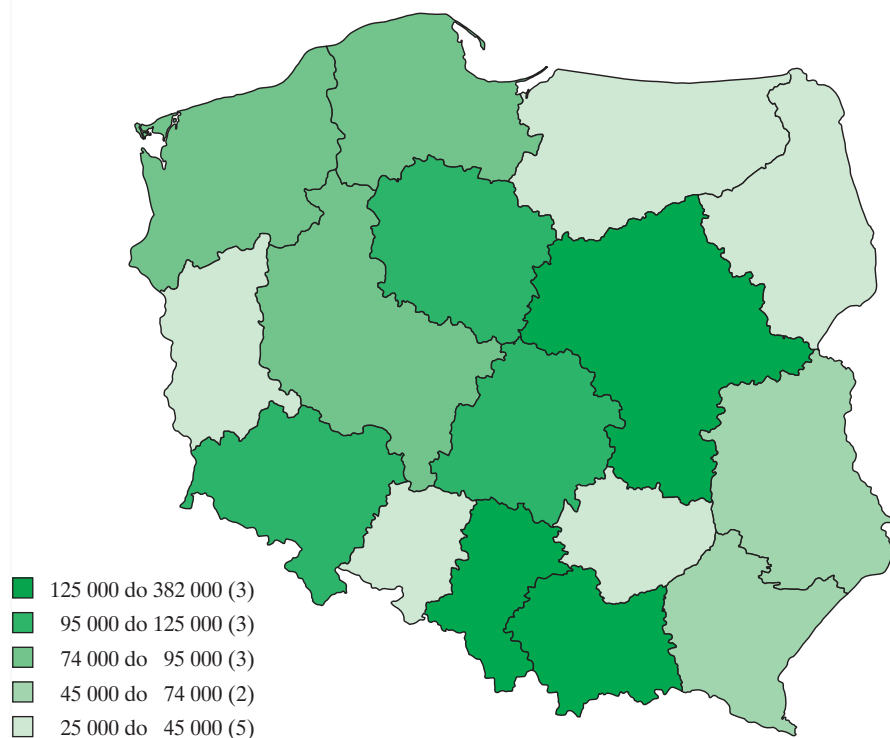
Tabela 3. Wydatki budżetowe gmin na ochronę zdrowia ogółem w układzie województw w latach 2008–2014 (w tys. zł)

| Województwo | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2014: 2008 (wzrost w %) |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------------------------|
| Dolnośląskie | 92 320,4 | 96 580,8 | 124 472,6 | 100 121,3 | 94 116,7 | 109 393,2 | 110 289,1 | 19,46 |
| Kujawsko-pomorskie | 105 479,1 | 105 031,8 | 90 143,6 | 88 588,3 | 82 467,3 | 85 948,5 | 95 175,0 | -9,77 |
| Lubelskie | 40 821,3 | 44 987,8 | 53 282,5 | 51 610,1 | 52 567,5 | 51 976,3 | 55 128,6 | 35,05 |
| Lubuskie | 26 447,1 | 27 285,5 | 30 954,7 | 26 242,3 | 26 813,0 | 27 150,0 | 27 412,0 | 3,65 |
| Łódzkie | 79 015,8 | 81 304,5 | 84 854,5 | 164 826,1 | 87 449,6 | 97 087,9 | 103 805,4 | 31,37 |
| Małopolskie | 98 020,2 | 106 809,6 | 115 204,5 | 109 855,3 | 97 796,5 | 115 090,2 | 125 246,3 | 27,78 |
| Mazowieckie | 345 385,6 | 357 790,1 | 403 098,0 | 356 965,7 | 293 329,1 | 383 525,6 | 381 501,9 | 10,46 |
| Opolskie | 22 373,2 | 24 213,7 | 27 605,9 | 24 554,2 | 26 396,4 | 25 054,3 | 25 721,1 | 14,96 |
| Podkarpackie | 41 727,5 | 45 417,0 | 47 567,7 | 45 631,8 | 45 524,9 | 47 088,0 | 49 685,1 | 19,07 |
| Podlaskie | 28 840,8 | 22 716,0 | 25 702,2 | 28 532,8 | 29 734,8 | 27 810,0 | 29 489,0 | 2,25 |
| Pomorskie | 61 162,5 | 74 790,6 | 69 577,4 | 80 402,4 | 77 789,1 | 78 647,1 | 77 716,3 | 27,07 |
| Śląskie | 217 886,4 | 239 674,8 | 280 557,9 | 256 356,3 | 261 444,8 | 316 289,2 | 295 941,7 | 35,82 |
| Świętokrzyskie | 35 516,5 | 45 716,2 | 36 881,0 | 33 435,7 | 34 809,5 | 35 117,0 | 36 507,8 | 2,79 |
| Warmińsko-mazurskie | 39 853,6 | 46 561,1 | 48 362,9 | 44 288,9 | 48 155,3 | 44 209,3 | 44 671,5 | 12,09 |
| Wielkopolskie | 109 587,7 | 129 797,7 | 126 021,7 | 105 181,4 | 81 129,8 | 86 467,7 | 93 876,9 | -14,34 |
| Zachodnio-pomorskie | 66 209,7 | 55 967,9 | 60 236,3 | 72 134,0 | 75 006,6 | 68 890,4 | 74 324,8 | 12,26 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych, GUS 2015 r.

Dość znaczące zmiany wystąpiły również w regionie małopolskim (27,8%) oraz pomorskim (27,1%), a także, choć już w nieco mniejszym stopniu, dodatkowo zmiany odnotowano w regionach dolnośląskim i podkarpackim, odpowiednio wzrost o 19,5% oraz o 19,1%. W części regionów odnotowano niewielkie dodatnie zmiany, jak choćby w województwie podlaskim, świętokrzyskim i lubuskim. W dwóch województwach, tj. wielkopolskim i kujawsko-pomorskim, zagregowane wydatki w układzie województw związane z ochroną zdrowia były w 2014 r. niższe niż w wyjściowym 2008 r. i wynosiły odpowiednio mniej o 14,3% i 9,8%. Należy nadmienić, że w większości województw zmiany w poziomie wydatków w latach 2008–2014 nie były procesem stabilnego wzrostu. W trakcie badania ujawniono istotne zmiany, jakie zachodziły pomiędzy kolejnymi latami budżetowym. Przykładowo dość istotne zmiany odnotowano pomiędzy 2010 a 2011 r., kiedy nastąpiło znaczące obniżenie wydatków. Ilustrację graficzną sytuacji w tym zakresie w 2014 r. przedstawiono na rycinie 1.

Rycina 1. Wydatki budżetowe gmin na ochronę zdrowia ogółem w układzie województw w 2014 r. (w tys. zł)



Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych, GUS 2015

Należy pamiętać, że wydatki gmin na ochronę zdrowia w znaczącej części mają charakter zadań zleconych, finansowanych ze środków budżetu państwa. Mamy zatem po stronie dochodów budżetowych dotacje celowe na zadania, które następnie przeznaczone są na finansowanie zadań, zwłaszcza w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi oraz lecznictwa ambulatoryjnego. Wydatki te mają zatem, jak już wspomniano, charakter systemowy i wiążą się z przekazywaniem zadań na rzecz gminnej administracji samorządowej. Należy jednak mieć na uwadze, że gminy w ramach wspomnianych już zadań własnych z zakresu ochrony zdrowia realizują własne autonomiczne wydatki budżetowe na rzecz finansowania usług z zakresu ochrony zdrowia. W rezultacie, jak pokazują badania, wydatki gmin agregowane w układzie regionów w przeliczeniu na 1 mieszkańca w badanym okresie znacząco różniły się. W poniższej tabeli zaprezentowano wyniki obliczeń zrealizowanych w latach 2008–2014 w przeliczeniu na 1 mieszkańca w układzie regionów.

Tabela 4. Wydatki budżetowe gmin na ochronę zdrowia w przeliczeniu na 1 mieszkańca w układzie województw w latach 2008–2014 (w zł)

| Województwo | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Dolnośląskie | 32,1 | 33,6 | 42,7 | 34,3 | 32,3 | 37,6 | 37,9 |
| Kujawsko-pomorskie | 51,0 | 50,8 | 43,0 | 42,2 | 39,3 | 41,1 | 45,5 |
| Lubelskie | 18,9 | 20,9 | 24,5 | 23,8 | 24,3 | 24,1 | 25,7 |
| Lubuskie | 26,2 | 27,0 | 30,3 | 25,6 | 26,2 | 26,6 | 26,9 |
| Łódzkie | 31,0 | 32,0 | 33,4 | 65,1 | 34,6 | 38,6 | 41,5 |
| Małopolskie | 29,8 | 32,4 | 34,5 | 32,8 | 29,2 | 34,2 | 37,2 |
| Mazowieckie | 66,4 | 68,5 | 76,5 | 67,5 | 55,3 | 72,1 | 71,5 |
| Opolskie | 21,7 | 23,5 | 27,1 | 24,2 | 26,1 | 24,9 | 25,7 |
| Podkarpackie | 19,9 | 21,6 | 22,4 | 21,4 | 21,4 | 22,1 | 23,3 |
| Pomorskie | 27,6 | 33,5 | 30,6 | 35,2 | 34,0 | 34,3 | 33,8 |
| Podlaskie | 24,2 | 19,1 | 21,4 | 23,8 | 24,8 | 23,3 | 24,7 |
| Śląskie | 46,9 | 51,6 | 60,5 | 55,4 | 56,6 | 68,8 | 64,5 |
| Świętokrzyskie | 27,9 | 36,0 | 28,8 | 26,2 | 27,3 | 27,7 | 28,9 |
| Warmińsko-mazurskie | 27,9 | 32,6 | 33,3 | 30,5 | 33,2 | 30,6 | 30,9 |
| Wielkopolskie | 32,3 | 38,1 | 36,6 | 30,4 | 23,4 | 24,9 | 27,0 |
| Zachodniopomorskie | 39,1 | 33,1 | 34,9 | 41,9 | 43,6 | 40,1 | 43,3 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych, GUS 2015

Jak wynika z tabeli 4, wydatki na ochronę zdrowia w przeliczeniu na 1 mieszkańca kształtowały się na dość zróżnicowanym poziomie. Kwota wydatków na mieszkańca,

mimo powyższego zróżnicowania, nie była znacząca. Mając jednak na uwadze mechanizm finansowania ochrony zdrowia w Polsce, gdzie dominującym źródłem finansowania są środki gromadzone w ramach systemu obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych, finansowanie choć części zadań w ramach budżetów gminnych jednostek samorządu terytorialnego wydaje się nowym zjawiskiem, które w przyszłości może osiągnąć szersze rozmiary, jeśli pojawiłyby się dodatkowe źródła finansowania o charakterze publicznym lub prywatnym (np. samoopodatkowanie mieszkańców).

Drugą grupą jednostek, które realizują znaczne wydatki związane z ochroną zdrowia, są powiatowe jednostki samorządu terytorialnego. Jak już wspomniano wcześniej, powiaty świadczą stosunkowo szeroki zakres usług medycznych i wydają stosunkowo duże kwoty na ochronę zdrowia. W tabeli 5 przedstawiono wydatki budżetowe powiatów na ochronę zdrowia ogółem w układzie województw w latach 2008–2014.

Należy wskazać, że w latach 2008–2014 w większości regionów zagregowane wydatki powiatów na ochronę zdrowia ogółem podlegały w poszczególnych regionach zróżnicowanym tendencjom. Stosunkowo najlepsza sytuacja miała miejsce w powiatach regionów: podlaskiego, wielkopolskiego, warmińsko-mazurskiego, lubuskiego oraz kujawsko-pomorskiego. W wymienionych regionach wartość zrealizowanych w 2014 r. wydatków zwiększyła się ponad 100%, a w części uległa niemal podwojeniu. Warto zwrócić tutaj uwagę na województwo podlaskie oraz województwo wielkopolskie (wzrost odpowiednio o 131,9% oraz 101,4%). Znaczące zmiany w powiatach województwa podlaskiego wiązały się głównie z faktem, że w roku wyjściowym wydatki ogółem na ochronę zdrowia kształtowały się niemal na najniższym poziomie, za województwem lubelskim, w Polsce. Jak wynika z materiału liczbowego, wysokie tempo zmian w latach 2008–2014 nie oznaczało jednocześnie znaczącego wolumenu wydatków powiatów województwa podlaskiego ogółem w stosunku do pozostałych regionów w Polsce.

Tabela 5. Wydatki budżetowe powiatów na ochronę zdrowia ogółem w układzie województw w latach 2008–2014 (w tys. zł)

| Województwo | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2014: 2008 (wzrost w %) |
|--------------------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|----------------------------------|
| Dolnośląskie | 93 049,2 | 107 352,1 | 181 665,5 | 191 212,2 | 99 821,1 | 105 141,2 | 127 030,4 | 36,5 |
| Kujawsko-pomorskie | 41 841,3 | 61 603,9 | 106 901,8 | 89 624,3 | 68 462,0 | 82 362,0 | 80 091,7 | 91,4 |
| Lubelskie | 93 811,3 | 50 181,1 | 77 481,3 | 86 678,9 | 63 799,5 | 72 080,2 | 78 707,8 | -16,1 |

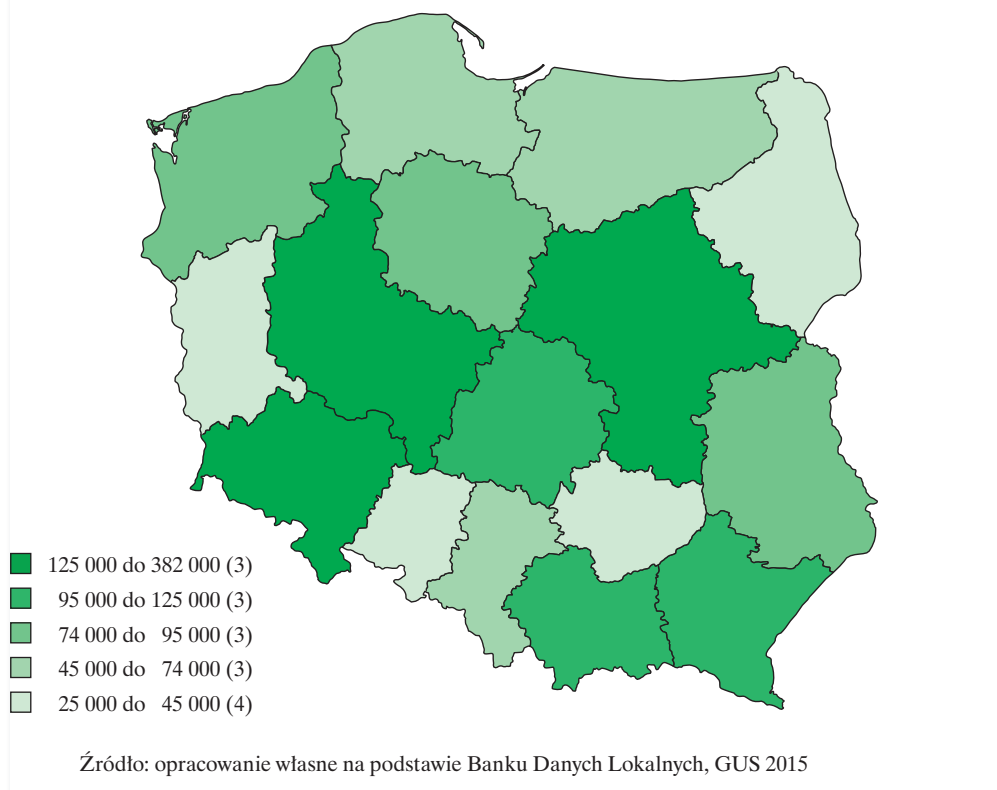
| Województwo | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2014: 2008 (wzrost w %) |
|--------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------------------------|
| Lubuskie | 20 330,4 | 51 637,9 | 57 200,0 | 60 121,2 | 37 215,0 | 39 623,4 | 39 286,4 | 93,2 |
| Łódzkie | 96 035,9 | 156 275,9 | 140 499,8 | 188 091,2 | 67 559,8 | 97 988,7 | 85 456,9 | -11,0 |
| Małopolskie | 59 694,2 | 65 680,2 | 74 673,2 | 72 277,4 | 79 632,4 | 96 753,6 | 81 019,2 | 35,7 |
| Mazowieckie | 130 312,6 | 125 586,2 | 134 958,0 | 147 072,0 | 137 377,3 | 189 885,9 | 153 699,5 | 17,9 |
| Opolskie | 23 303,0 | 49 841,1 | 47 155,0 | 31 698,5 | 32 820,8 | 27 044,3 | 31 432,1 | 34,9 |
| Podkarpackie | 72 408,9 | 76 918,3 | 101 531,1 | 92 705,7 | 87 721,5 | 101 613,1 | 105 063,9 | 45,1 |
| Podlaskie | 22 484,0 | 29 962,5 | 42 628,7 | 43 334,4 | 42 260,6 | 50 623,5 | 52 134,3 | 131,9 |
| Pomorskie | 37 930,0 | 48 989,1 | 88 519,3 | 111 130,8 | 55 636,3 | 67 369,3 | 63 812,4 | 68,2 |
| Śląskie | 79 051,0 | 77 845,3 | 54 234,9 | 63 942,1 | 74 969,1 | 63 987,0 | 61 396,3 | -22,3 |
| Świętokrzyskie | 58 778,6 | 66 002,8 | 59 073,5 | 57 895,0 | 57 866,1 | 54 625,7 | 52 503,3 | -10,7 |
| Warmińsko- -mazurskie | 33 778,1 | 49 372,9 | 56 351,3 | 81 757,9 | 61 531,6 | 78 080,4 | 65 835,8 | 94,9 |
| Wielkopolskie | 61 663,7 | 90 395,8 | 104 813,0 | 122 817,2 | 110 262,5 | 116 462,7 | 124 170,2 | 101,4 |
| Zachodnio- pomorskie | 111 561,5 | 65 741,8 | 67 032,2 | 76 316,2 | 72 017,7 | 83 685,8 | 72 347,7 | -35,1 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych, GUS 2015

W części regionów odnotowano spadek wydatków w 2014 r. w porównaniu do wyjściowego 2008 r. Zagregowane wydatki w układzie województw związane z ochroną zdrowia w województwach zachodniopomorskim, śląskim, lubelskim, łódzkim oraz świętokrzyskim były w 2014 r. niższe niż w wyjściowym 2008 r. i wynosiły odpowiednio mniej o 35,1%, 22,3%, 16,1%, 11,0%, 10,7%. Wydatki budżetów powiatów na ochronę zdrowia uzależnione były obok finansowania zadań bieżących, również od realizowanych programów inwestycyjnych. Programy te realizowane były w omawianym okresie w różnym czasie, stąd też ujawniły się duże różnice pomiędzy zagregowanymi wydatkami powiatów w układzie regionów. Należy przyjąć, że większą stabilnością charakteryzowały się wydatki bieżące, które z reguły są pochodną potrzeb zgłaszanych przez obywateli i wydatki te nie podlegają zbyt istotnym

różnicom w krótkim czasie. Dlatego też w większości województw zmiany w poziomie wydatków w latach 2008–2014 nie były procesem stabilnym i uporządkowanym, były zróżnicowane, co wiązało się często z realizacją nowych przedsięwzięć restrukturyzacyjnych. Ilustrację graficzną wydatków w powyższym zakresie w 2014 r. przedstawiono na rycinie 2.

Rycina 2. Wydatki budżetowe powiatów na ochronę zdrowia ogółem w układzie województw w 2014 r. (w tys. zł)



Uzupełnieniem analizy wolumenu wydatków na ochronę zdrowia w latach 2008–2014 może być ocena wewnętrznej struktury tych wydatków w podziale na wydatki bieżące oraz wydatki inwestycyjne. Jak wynika z danych zamieszczonych w tabeli 6, sytuacja w tym zakresie, zwłaszcza w latach 2008–2010, była znacząco zróżnicowana, szczególnie niski udział wydatków bieżących w wydatkach ogółem odnotowano w 2008 r., co jak już wspomniano, wiązało się z realizacją programów inwestycyjnych w zakresie infrastruktury społecznej związanej z ochroną zdrowia.

Tabela 6. Udział bieżących wydatków budżetowych powiatów na ochronę zdrowia w wydatkach na ochronę zdrowia ogółem powiatów w układzie województw w latach 2008–2014 (w %)

| Województwo | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Dolnośląskie | 59,8 | 80,1 | 88,1 | 92,2 | 89,0 | 96,9 | 93,3 |
| Kujawsko-pomorskie | 93,8 | 86,6 | 86,9 | 87,7 | 93,6 | 82,9 | 87,8 |
| Lubuskie | 91,7 | 57,5 | 66,9 | 90,8 | 97,5 | 96,5 | 97,8 |
| Lubelskie | 33,9 | 92,1 | 82,4 | 90,7 | 94,0 | 92,6 | 95,3 |
| Łódzkie | 31,4 | 51,1 | 40,4 | 87,5 | 90,6 | 87,7 | 90,8 |
| Małopolskie | 45,4 | 68,2 | 75,1 | 81,9 | 81,0 | 75,7 | 87,0 |
| Mazowieckie | 48,2 | 64,6 | 78,3 | 84,2 | 88,1 | 93,2 | 88,0 |
| Opolskie | 64,2 | 40,5 | 57,1 | 79,1 | 96,4 | 98,4 | 86,6 |
| Podlaskie | 78,9 | 91,1 | 83,5 | 87,7 | 94,6 | 88,9 | 87,6 |
| Pomorskie | 61,2 | 88,4 | 88,1 | 88,7 | 90,7 | 96,1 | 95,9 |
| Podkarpackie | 52,6 | 78,5 | 77,1 | 75,3 | 88,0 | 83,7 | 87,1 |
| Świętokrzyskie | 43,1 | 58,3 | 67,2 | 71,1 | 71,1 | 84,0 | 90,4 |
| Śląskie | 23,2 | 36,4 | 63,6 | 62,2 | 62,4 | 82,5 | 80,6 |
| Warmińsko-mazurskie | 72,7 | 80,8 | 81,1 | 84,3 | 83,8 | 90,7 | 83,0 |
| Wielkopolskie | 56,8 | 62,3 | 69,3 | 60,0 | 69,7 | 76,3 | 66,3 |
| Zachodniopomorskie | 36,0 | 74,6 | 79,7 | 90,8 | 81,3 | 94,8 | 86,1 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych, GUS 2015

W 2008 r. w większości województw odnotowano stosunkowo niski lub nawet bardzo niski udział wydatków bieżących, a zatem bezpośrednio związanych z finansowaniem usług zdrowotnych dla pacjentów, jedynie w czterech odnotowano znaczący udział wydatków bieżących na ochronę zdrowia w wydatkach tej kategorii ogółem. Najwyższy udział odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim (93,8%) oraz w województwie lubuskim (91,7%), nieco niższy, choć nadal wysoki, w województwach podlaskim i warmińsko-mazurskim, odpowiednio 78,9% oraz 72,7%. W 2010 r. zarysowała się tendencja zwiększania udziału wydatków bieżących, realizowanych w powiatach na rzecz ochrony zdrowia i równoczesnego zmniejszania się wydatków o charakterze inwestycyjnym. Zasadniczo począwszy od 2011 r., niemal we wszystkich regionach w kraju wydatki bieżące stanowiły ponad 4/5 ogółu wydatków poniesionych na finansowanie ochrony zdrowia z budżetów powiatów. Nie oznacza to, że procesy inwestycyjne zostały wstrzymane. Wzrost udziału wydatków bieżących był możliwy z powodu wzrostu wolumenu wydatków ogółem, co pozwoliło zmieścić wydatki inwestycyjne w budżetach, które zresztą rozłożone były na wiele lat. Należy sądzić, że zaprezentowane wyżej wyniki badań oraz zaobserwowane zmiany

w strukturze finansowania zadań w zakresie ochrony zdrowia odzwierciedlają dynamiczne procesy zachodzące w sferze szeroko rozumianej ochrony zdrowia.

3. UWAGI KOŃCOWE

W podsumowaniu przedstawionych wyżej rozważań warto podkreślić, że system ochrony zdrowia w Polsce jest uwarunkowany licznymi czynnikami o charakterze interdyscyplinarnym. Najważniejszym elementem tego systemu jest respektowanie prawa obywateli do ochrony zdrowia, które należy traktować jako podstawowe prawo, stanowiące jedno z głównych osiągnięć cywilizacyjnych demokratycznego państwa. W szczególności trzeba mieć na uwadze gwarancje państwa w stosunku do obywateli, dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, niezależnie od ich sytuacji materialnej. Realizacja tej demokratycznej zasady państwa prawa niesie ze sobą określone trudności związane z przygotowaniem całego procesu świadczenia usług w sensie organizacyjnym, technicznym, merytorycznym oraz ekonomicznym.

Złożoność tych procesów ujawnia się wyraźnie we wspomnianej sferze ekonomicznej. Należy bowiem pamiętać, że świadczenie usług w zakresie ochrony zdrowia, co do zasady, powinno odbywać się nieodpłatnie. Oznacza to, że finansowanie wszelkich zadań o charakterze materialnym i usług o charakterze niematerialnym musi mieć swoje jasno określone źródła finansowania. Zgodnie z przeprowadzonymi badaniami, głównymi podmiotami zajmującymi się finansowaniem usług ze środków publicznych są: Narodowy Fundusz Zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego różnych szczebli, a także budżet państwa. Wydatki realizowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia osiągnęły w 2008 r. ponad 4/5 wydatków na ochronę zdrowia ogółem. Sytuacja taka utrzymywała się w całym badanym okresie. Jednostki samorządu terytorialnego natomiast miały w tej strukturze stosunkowo mały udział. W badaniu stwierdzono, że w okresie wyjściowym udział ten kształtował się na poziomie 6,2%, natomiast w ostatnim roku objętym badaniem na poziomie 5,3%. Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że w omawianym okresie nie nastąpiły znaczące zmiany, jeśli chodzi o wykorzystanie wymienionych wyżej głównych źródeł finansowania. Odnotowano nieznaczne zwiększenie udziału wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia, przy równoczesnym nieznacznym obniżeniu udziału wydatków jednostek samorządu terytorialnego ogółem.

Jeśli weźmiemy pod uwagę udział poszczególnych grup podmiotów w finansowaniu wydatków na ochronę zdrowia w podsektorze finansów publicznych samorządu terytorialnego, to najwięcej środków na ochronę zdrowia wydatkowano w ramach budżetów województw samorządowych. Zgodnie z rozwiązaniami o charakterze

systemowym, wojewódzkie jednostki samorządu terytorialnego przejęły w początkowym okresie transformacji znaczną część zadań.

Jeśli spojrzymy przez pryzmat wolumenu poniesionych wydatków w omawianym okresie, to niezależnie od sytuacji po stronie zapotrzebowania na usługi w zakresie ochrony zdrowia nastąpiło zwiększenie wydatków w ujęciu wartościowym. Dość istotne zmiany zaszły w wydatkach poniesionych na ochronę zdrowia z budżetów jednostek samorządu terytorialnego różnych szczebli. Stopniowemu ograniczeniu uległy wydatki wojewódzkich jednostek samorządu terytorialnego (spadek o 24,9%), przy równoczesnym wzroście wydatków w ramach budżetów powiatowych jednostek samorządu terytorialnego (wzrost o 28,1%). Odnotowano także wzrost o 8,0% wydatków poniesionych z budżetów gminnych jednostek samorządu terytorialnego.

Gdy weźmiemy pod uwagę łączne wydatki na ochronę zdrowia w ramach powiatowych oraz gminnych jednostek samorządu terytorialnego, okaże się, że na poziomie lokalnym zrealizowano większą część wydatków związanych z ochroną zdrowia niż finansowanych w ramach budżetów jednostek samorządu terytorialnego ogółem, a zatem wydatki na poziomie lokalnym łącznie przewyższały wydatki w ramach wojewódzkich jednostek samorządu terytorialnego. Przytoczmy dane liczbowe ustalone w badaniu: łączne wydatki na poziomie lokalnym stanowiły w 2008 r. 66,5% wydatków podsektora samorządowego na ten cel ogółem. W 2013 r. udział tych wydatków osiągnął poziom jeszcze wyższy, zbliżony do 76%.

W trakcie badania ustalono występowanie różnic, jeśli chodzi o wydatki na ochronę zdrowia w układzie regionalnym. Zestawione na potrzeby analizy wydatki budżetów gmin oraz powiatów w układzie regionów wyraźnie dowodzą, że pomiędzy poszczególnymi obszarami kraju występowały różnice, które zostały objaśnione wartościami wydatków w przeliczeniu na 1 mieszkańca. Uzyskane w trakcie badania wyniki nie zamykają problematyki finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Przedmiotem dalszych badań powinny być wzajemne relacje pomiędzy potrzebami w zakresie ochrony zdrowia a możliwościami ich sfinansowania. W tym kontekście otwierają się poważne problemy natury systemowej, których analiza w ramach przedłożonego opracowania nie mogła być przeprowadzona. Można natomiast sądzić, że w ramach zasilania systemu ochrony zdrowia w środki finansowe nie udaje się wygenerować dostatecznych strumieni pieniężnych, które pozwoliłyby w sposób zrównoważony realizować zadania w zakresie ochrony zdrowia. Należy podkreślić, że osiągnięcie równowagi w tym zakresie nie może być aktem jednorazowym, natomiast musi być postrzegane jako proces powiązany z szeroko rozumianym rozwojem społeczno-gospodarczym i poprawą dobrobytu społeczeństwa.

LITERATURA

- Gospodarka finansowa jednostek samorządu terytorialnego 2013*, GUS, Warszawa 2014.
- Health 21. An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen 1998.
- Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*, WHO, Geneva 2010.
- Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia z dnia 22 lipca 1946 r. (Dz.U. z 1948 r. nr 61, poz. 477 z późn. zm.).
- Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, Warszawa 2004.
- Polska: Zarys systemu ochrony zdrowia*, European Observatory on Health Systems and Policies, NFZ, Warszawa 2012.
- Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2008 rok, NFZ, Warszawa 2009.
- Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 rok, NFZ, Warszawa 2012.
- Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2012 rok, NFZ, Warszawa 2013.
- Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2013 rok, NFZ, Warszawa 2014.
- Stańdo-Górowska H., *Kształtowanie wydatków na opiekę zdrowotną jako problem społeczno-ekonomiczny* [w:] „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy”, nr 26, 2012.
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, GUS, Warszawa 2012.
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.*, GUS, Warszawa 2014.

STRESZCZENIE

Prezentowany artykuł odnosi się do przebiegu przekształceń systemu ochrony zdrowia oraz uzyskanych efektów w Polsce w okresie 1989–2015. Przedmiotem zainteresowania są świadczenia opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. W szczególności chodzi o świadczenia finansowane ze środków budżetu państwa oraz ze środków budżetowych jednostek samorządu terytorialnego. Proces ten wiąże się z licznymi uwarunkowaniami w wymiarze organizacyjnym, technicznym, merytorycznym oraz ekonomicznym. W wymiarze ekonomicznym w badaniu uwzględniono zjawiska wynikające z systemowego podziału odpowiedzialności za realizację usług zdrowotnych oraz podział zobowiązań w tym zakresie pomiędzy podmioty sektora publicznego funkcjonujące na poziomie administracji centralnej oraz na poziomie administracji jednostek samorządu terytorialnego. Wyniki analizy wskazują, że w zakresie wydatków budżetowych gmin oraz powiatów w układzie regionalnym w omawianym okresie wystąpiły istotne różnice pomiędzy poszczególnymi obszarami kraju. Na tym tle występują zupełnie nowe problemy systemowe w odniesieniu do zasad zasilania systemu ochrony zdrowia w środki finansowe. Ogólną zasadą jest ciągła nadwyżka potrzeb w stosunku do możliwości ich zaspokajania.

Słowa kluczowe: budżet państwa, finansowanie usług zdrowotnych, jednostki samorządu terytorialnego, ochrona zdrowia

SUMMARY

The financing of medical services at the local level

The article refers to the course of the transformation of the healthcare system and the effects obtained in Poland in the period 1989–2015. The subject of interest are health care services financed from public funds. In particular, the health services financed from the state budget and from the budget of local government units. This process involves a number of conditions in terms of organizational, technical, medical and economic solutions. In the economic dimension the study included the phenomenon resulting from the systemic division of responsibilities for health services and the division of obligations between public sector entities operating at the level of central administration and at the administrative level of local government units. The results of the analysis indicate that in terms of the budgetary expenditure of municipalities and counties at the regional system in this period we observed significant differences between different areas of the country. Against this background, there are wholly new systemic problems in relation to the principles of healthcare system resource supply. The general rule is a continuous surplus of needs in relation to the financial capacity to meet those needs.

Key words: state budget, financing health services, local government units, health care

BEATA DZIADCZYK

ANNA MARIA BIAŁKOWSKA

*Ochrona zdrowia
i infrastruktura zdrowotna
w regionie radomskim*

**EUROPEJSKA UCZELNIA SPOŁECZNO-TECHNICZNA W RADOMIU
POLSKIE STOWARZYSZENIE UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO
ODDZIAŁ W RADOMIU**

1. ZDROWIE, OCHRONA ZDROWIA – ZNACZENIE I DETERMINANTY —

W zależności od dziedziny nauki i przedmiotu badań istnieje wiele określeń definiujących pojęcie zdrowia. Posługując się jedną z definicji, podaną przez prof. A. Frączkiewicz-Wronkę, zdrowie możemy rozumieć jako:

- nieobecność choroby – ujęcie medyczne koncentrujące się na indywidualnej patologii,
- brak poczucia dyskomfortu – ujęcie subiektywne koncentrujące się na indywidualnych odczuciach bólu, cierpienia,
- funkcjonalny warunek wstępny utrzymania systemu społecznego,
- zdolność – funkcjonalna możliwość wypełniania ustalonych, ważnych ról społecznych,
- dobrobyt – zapewnienie dostępności systemu opieki i leczenia uniezależniony od warunków socjalnych i ekonomicznych,
- element porządku społecznego¹.

Zdrowie rozpatrywane jako nieobecność choroby i brak poczucia dyskomfortu jest ujęciem typowo medycznym, uwzględniającym przede wszystkim odczuwanie przez jednostkę choroby w sensie fizycznym. Ujęcie to pomija jednak fakt, że choroba nie zawsze musi być okazywana jako dyskomfort, a brak poczucia dyskomfortu nie zawsze oznacza uznanie siebie za osobę zdrową².

Zdrowie jako funkcjonalny warunek wstępny utrzymania porządku społecznego podkreśla przede wszystkim poziom zdrowia psychicznego; rozumiany jest jako wszelkie dobro, prawidłowość i poprawność zgodne z normami nałożonymi na człowieka przez kulturę, w której funkcjonuje. Niespełnianie tych norm przez jednostkę powoduje, że nie może ona uznać się za zdrową³.

Zdrowie rozumiane jako funkcjonalna zdolność do pełnienia ról społecznych odnosi się do zdrowia poszczególnych jednostek ludzkich i kładzie nacisk na pełnienie ról społecznych, a nie tylko na zdolność do ich pełnienia. Wyboru tych ról dokonuje się przez odniesienie do potrzeb systemu lub obiektywnie ujmowanych potrzeb jednostki, gdzie niedyspozycja fizyczna (choroba) powoduje niemożliwość ich wypełnienia⁴.

Zdrowie w znaczeniu dobrobytu polega na zapewnieniu świadczeń systemu medycznego, a więc odnosi się do systemu ochrony zdrowia i uwzględnia poziom zapewnienia opieki, zakres i wartości uznane za najważniejsze przy wyborze celu zdrowotnego.

¹ A. Frączkiewicz-Wronka, *Reforma systemu opieki zdrowotnej w perspektywie integracji z Unią Europejską (wybrane aspekty zachodzących zmian)*, Katowice 1998, s. 30; por. P.G. Svensson, *The Concept of Health. Same Comments from a sociall Scencie Perspective*, „Scandinavian Jurnal of Social Medicine” 1980, s. 28.

² M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, Warszawa 1986, s. 16–17.

³ Por. J. Sowa, *Kulturowe założenia pojęcia normalności w psychiatrii*, Warszawa 1984.

⁴ A. Frączkiewicz-Wronka, *op. cit.*, s. 30.

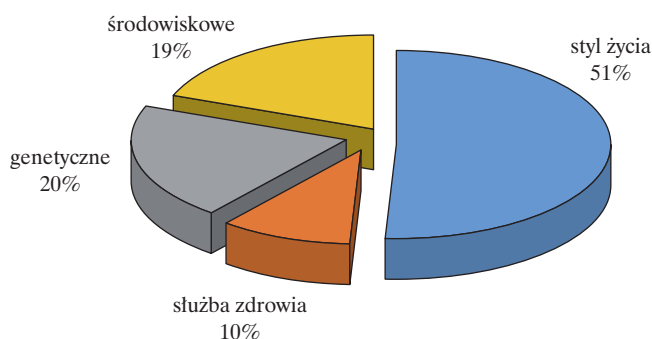
Zdrowie jako warunek utrzymania porządku społecznego uwypukla korzyści ekonomiczne i społeczne, które wynikają z określonego poziomu zdrowia społeczeństwa, oraz pożądane przez państwo zachowania człowieka, który powinien prowadzić sensowne i twórcze życie w sferze ekonomicznej oraz społecznej, rozwijające i wzbogacające jego osobowość⁵.

Zdrowie jest „wartością”, o którą należy się troszczyć tak w ujęciu indywidualnym, jak i ogólnospołecznym. Każdy z nas stara się dbać o zdrowie, chronić je, a w ostateczności przywracać jak najlepszy jego stan. W wymiarze indywidualnym zdrowie należy więc do podstawowych wartości w życiu człowieka i uwarunkowań jego aktywności (zawodowej, rodzinnej, społecznej) oraz stanowi podstawę do subiektywnej oceny jakości życia⁶.

Możemy także odnaleźć społeczny wymiar zdrowia. Składają się na niego m.in.: doniosłość i wysoka ranga, wzbudzająca zainteresowanie ogółu obywateli, szeroki, a nawet powszechny zasięg oddziaływania zjawisk i procesów, publiczny charakter usług jako podstawowa forma zaspokajania potrzeb, a przede wszystkim powszechnie stosowane i dominujące sposoby finansowania oraz dystrybucji usług zdrowotnych⁷.

Zdrowie, czyli stan zdrowia poszczególnych osób i społeczności, nie jest stanem statycznym. Ulega ciągłym zmianom, na które wpływ ma wiele czynników, przede wszystkim: styl życia, uwarunkowania genetyczne, uwarunkowania środowiska (życia i pracy) oraz system ochrony zdrowia (wykres 1).

Wykres 1. Czynniki, które mają wpływ na zdrowie



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych WHO (wg koncepcji pól Lalonda)

⁵ *Ibidem*, s. 31.

⁶ M. Gasińska, *Ochrona zdrowia i ubezpieczenia zdrowotne* [w:] *Polityka społeczna*, red. A. Kurzynowski, Warszawa 2002, s. 207–208.

⁷ *Ibidem*, s. 208.

Realizacja potrzeb zdrowotnych określonych przez państwo wymaga dobrze zorganizowanych i sprawnie funkcjonujących systemów gospodarczego, politycznego i społecznego. System ochrony zdrowia, który jest odzwierciedleniem polityki społecznej danego państwa, ma decydujący (ok. 10%) wpływ na stan zdrowia objętej nim populacji. W literaturze system ochrony zdrowia definiuje się jako zorganizowany i skoordynowany zespół działań, którego celem jest realizacja świadczeń i usług profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych mających na celu zabezpieczenie i poprawę zdrowia jednostki i zbiorowości⁸, a także jako wszelką działalność społeczeństwa, której celem jest zapobieganie chorobom i ich leczenie, utrzymywanie rozwoju psychicznego, fizycznego i społecznego człowieka, zapewnienie zdrowego rozwoju przyszłych pokoleń⁹.

Efektom działań systemu ochrony zdrowia powinna być poprawa stanu zdrowia populacji lub utrzymanie go na istniejącym poziomie. Ten główny cel można osiągnąć jedynie przez realizację celów szczegółowych. Są to:

- zabezpieczenie dla całej populacji i dostarczenie jej możliwie pełnego zakresu świadczeń medycznych, których ona wymaga, bez względu na różnicujące je kryteria ekonomiczne, społeczne, kulturowe i geograficzne (dostępność opieki),
- zapewnienie usług i świadczeń profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych na możliwie najwyższym poziomie, adekwatnie do poziomu wiedzy i sztuki medycznej oraz zasad dobrej praktyki (jakość opieki medycznej z uwzględnieniem zasad jej ciągłości i globalnego podejścia).

Dostępność świadczeń zdrowotnych dla społeczeństwa polskiego obejmuje:

- organizowanie opieki w możliwie najlepszy sposób, tak aby zapewnić optymalne wykorzystanie istniejących zasobów materialnych, finansowych i osobowych – bazy służby zdrowia, środków finansowych przeznaczonych na jej działalność, kadr medycznych oraz ich kwalifikacji (efektywność opieki zdrowotnej),
- systematyczne wdrażanie działań doskonalących system (dynamika systemu) oraz umożliwiających satysfakcję użytkowników systemu (biorców świadczeń medycznych oraz personelu realizującego usługi i świadczenia medyczne)¹⁰.

Najważniejszym celem jest zapewnienie należytej dostępności opieki zdrowotnej. Dostępność ta jest wyrazem potencjalnej możliwości uzyskania niezbędnego świadczenia medycznego.

⁸ S. Poździech, *Zdrowie publiczne*, Kraków 1996, s. 101.

⁹ A. Frączkiewicz-Wronka, *op. cit.*, s. 40.

¹⁰ B. Dziadczyk, *Dostępność społeczeństwa polskiego do świadczeń zdrowotnych*, „Biuletyn Informacyjny. Wiadomości Społeczne” 2004, nr 1, s. 40.

Na dostępność świadczeń medycznych ma wpływ wiele czynników, wśród których wyróżnić należy przede wszystkim:

- infrastrukturę ochrony zdrowia (m.in. liczbę i rodzaj placówek ochrony zdrowia, liczbę dostępnych łóżek szpitalnych, liczbę udzielonych świadczeń itp.),
- liczbę pracowników medycznych świadczących usługi zdrowotne (m.in. lekarzy reprezentujących różne specjalności, pielęgniarek, położnych, farmaceutów),
- poziom wydatków na ochronę zdrowia.

2. INFRASTRUKTURA OCHRONY ZDROWIA W RADOMIU ---

Radom to miasto na prawach powiatu, powiat grodzki w południowej części województwa mazowieckiego (w latach 1975–1998 miasto wojewódzkie). Jest położony na Równinie Radomskiej (centralna Polska, Nizina Mazowiecka), w dorzeczu Wisły i Pilicy, nad rzeką Mleczną. Miasto jest ważnym węzłem komunikacyjnym (przecinają się tu główne szlaki komunikacyjne ze wschodu na zachód i z północy na południe, prowadzące do granic państwa) oraz kolejowym.

Liczba ludności Radomia, uwzględniająca faktyczne miejsce zamieszkania, według stanu na 31 grudnia 2014 r. wynosiła 217 834 osoby. Od 1998 r. widoczny jest spadek ludności (w 1997 r. była to liczba 232 796 osób, co oznacza średni spadek ludności miasta o ok. 880 osób).

Infrastrukturę techniczną ochrony zdrowia w Radomiu stanowią przede wszystkim: szpitale, stacje pogotowia ratunkowego, stacja krwiodawstwa, stacja sanitarno-epidemiologiczna, przychodnie – ambulatoryjna opieka zdrowotna, apteki i punkty apteczne oraz hospicja.

W Radomiu zlokalizowane są trzy szpitale: Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. Tytusa Chałubińskiego (pozostający w gestii miasta Radom) oraz Wojewódzki Szpital Specjalistyczny i Samodzielny Wojewódzki Publiczny Zespół Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr. Barbary Borzym (obydwa szpitale pozostają w gestii samorządu województwa mazowieckiego).

W Radomskim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Tytusa Chałubińskiego (RSzS) działa 21 oddziałów szpitalnych oraz Zakład Opieki Długoterminowej z:

- Zakładem Pielęgnacyjno-Opiekuńczym (jest to zakład stacjonarny, w którym prowadzi się opiekę całodobową, obejmującą świadczenia o charakterze pielęgnacyjnym, opiekuńczym i rehabilitacyjnym, z uwzględnieniem kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego pacjentów niewymagających leczenia szpitalnego),
- Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym (jest to zakład całodobowo udzielający świadczeń zdrowotnych, obejmujących swoim zakresem szeroko rozumianą

pielęgnację i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji, które przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego i mają zakończony proces diagnozy, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego).

Radomski Szpital Specjalistyczny świadczy również usługi w zakresie opieki paliatywnej (hospicjum stacjonarne). W ramach szpitala działa też 46 poradni specjalistycznych, m.in. poradnia urologiczna, leczenia uzależnień, ortodoncji¹¹.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny (WSzS) świadczy usługi z zakresu lecznictwa zamkniętego na 25 oddziałach oraz w 38 poradniach specjalistycznych, m.in. poradni: audiologicznej, foniatrycznej, leczenia niepłodności, onkologicznej¹².

Leczenie szpitalne w oddziałach obydwu szpitali odbywa się na podstawie skierowania od lekarza, lekarza dentystry lub felczera, wówczas gdy cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne, a w stanach nagłych świadczenia zdrowotne udzielane są niezwłocznie, bez wymaganego skierowania. W ww. oddziałach w szczególności realizowane są indywidualne świadczenia profilaktyczne, lecznicze i pielęgnacyjne w zakresie reprezentowanej specjalności, w systemie opieki całodobowej i/lub jednodniowej, oraz konsultacje.

Lekarze pełnią dyżury zakładowe, aby zapewnić całodobową opiekę leczonym pacjentom.

Według danych statystycznych GUS liczba łóżek szpitalnych (w obydwu szpitalach ogólnych, czyli w RSzS i WSzS) w 2014 r. wynosiła 1420, co odpowiada stanowi z 2005 r.

Tabela 1. Łóżka w szpitalach ogólnych w Radomiu

| Rok | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Liczba łóżek w szpitalach ogólnych | 1420 | 1426 | 1419 | 1533 | 1502 | 1468 | 1434 | 1440 | 1423 | 1420 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS

Liczba dostępnych łóżek szpitalnych na przestrzeni 10 lat ulegała zmianom. Największą liczbą łóżek dysponowały szpitale w Radomiu w 2008 r. – było ich wówczas 1533,

¹¹ Informacje dotyczące Radomskiego Szpitala Specjalistycznego na podstawie danych uzyskanych w Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miejskiego w Radomiu; zob. też: <http://www.radom.pl/page/19,zdrowie.html>.

¹² Informacje dotyczące Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego na podstawie danych uzyskanych w Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miejskiego w Radomiu; zob. też: <http://www.radom.pl/page/19,zdrowie.html>.

czyli o 114 (o ok. 8%) więcej niż w roku ubiegłym. Od 2008 r. obserwujemy też coroczny spadek liczby łóżek w szpitalach, co może świadczyć o zwiększonej „rotacji” pacjentów i krótszym ich pobycie w szpitalach.

Samodzielny Wojewódzki Publiczny Zespół Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym prowadzi działalność w zakresie: profilaktyki, diagnozowania, leczenia i rehabilitacji pacjentów w dziedzinie psychiatrii, leczenia odwykowego, narkomanii i uzależnień, neurologii i rehabilitacji neurologicznej oraz chorób wewnętrznych.

W strukturach szpitala poza 10 oddziałami szpitalnymi działa także Zakład Opiekuńczo-Lecznicy Psychiatryczny oraz 5 poradni specjalistycznych z zakresu neurologii, zdrowia psychicznego, terapii uzależnień oraz autyzmu¹³.

Osobną jednostką realizującą świadczenia z zakresu ochrony zdrowia jest **Radomska Stacja Pogotowia Ratunkowego (RSPR)**, wykonująca świadczenia zdrowotne z zakresu: ratownictwa medycznego (zespoły reanimacyjne, wypadkowe, transportu noworodków), nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej.

Zespoły ratownictwa medycznego Radomskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego stacjonują zarówno w siedzibie RSPR (na terenie Radomskiego Szpitala Specjalistycznego), jak i w dwóch innych miejscach „wyczekiwania”, czyli w: Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym oraz w jednej z Jednostek Ratowniczo-Gaśniczych Państwowej Straży Pożarnej w Radomiu.

Zadania związane ze świadczeniami zdrowotnymi na rzecz mieszkańców Radomia i regionu radomskiego wykonują ponadto: Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. dr. Konrada Vietha oraz Powiatowa Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna w Radomiu.

Podstawowym zadaniem **Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. dr. Konrada Vietha** jest organizowanie i prowadzenie działalności związanej z krwiodawstwem i krwiolecznictwem, a w szczególności wykonywanie zadań w zakresie pobierania krwi i oddzielenia jej składników oraz zaopatrzenia w krew i jej składniki. Wykonując swoje zadania, Regionalne Centrum współpracuje w szczególności z innymi regionalnymi centrami oraz ze szpitalami i z innymi publicznymi i niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej, jednostkami

¹³ Informacje dotyczące Samodzielnego Wojewódzkiego Publicznego Zespołu Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej na podstawie danych uzyskanych w Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miejskiego w Radomiu; zob. też: <http://www.radom.pl/page/19,zdrowie.html>.

badawczo-rozwojowymi, ze stacjami sanitarno-epidemiologicznymi, z organizacjami społecznymi, stowarzyszeniami i fundacjami.

Celem działalności **Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej** jest ochrona zdrowia przed wpływem czynników szkodliwych i uciążliwych, a w szczególności w celu zapobiegania powstawaniu chorób zakaźnych i zawodowych. Stacja zajmuje się nadzorem nad warunkami:

- higieny środowiska,
- higieny pracy w zakładach pracy,
- higieny radiacyjnej,
- higieny w szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych, szkołach wyższych oraz w ośrodkach wypoczynku,
- zdrowotnymi żywności i żywienia,
- higieny wypoczynku i rekreacji.

Ponadto Stacja sprawuje nadzór nad stanem sanitarnym zakładów opieki zdrowotnej oraz przestrzeganiem zasad profilaktyki zakażeń szpitalnych.

Ambulatoryjną opiekę zdrowotną stanowią przede wszystkim przychodnie (najczęściej zorganizowane w formie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej). Według danych statystycznych GUS w Radomiu w ostatnich 10 latach systematycznie wzrasta liczba przychodni ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (tabela 2). Na uwagę zasługuje fakt, że mamy do czynienia z tendencją wzrostową w przypadku liczby przychodni niepublicznych, natomiast odsetek przychodni publicznych z roku na rok maleje (brak jest dokładnych danych od 2012 r.). Można sądzić, że obecnie tylko trzy przychodnie są jednostkami publicznymi (jako jednostki podległe samorządowi terytorialnemu).

Tabela 2. Przychodnie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w Radomiu

| Rok | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Liczba przychodni ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w tym: | 65 | 80 | 88 | 97 | 105 | 110 | 127 | 128 | 125 | 131 |
| przychodnie publiczne | 6 | 8 | 8 | 10 | 11 | 8 | 9 | bd. | bd. | bd. |
| przychodnie niepubliczne | 59 | 72 | 80 | 87 | 94 | 102 | 118 | bd. | bd. | bd. |

bd. – brak danych

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS

Według danych statystycznych Banku Danych Lokalnych GUS, w 2014 r. udzielonych zostało 883 958 porad lekarskich z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, w tym 10 754 porady zostały udzielone w przychodniach podległych samorządowi terytorialnemu (co stanowi ok. 1,2% wszystkich udzielonych porad). Wszystkich porad lekarskich z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej udzielono w tym czasie w liczbie 1 837 030.

Pomimo rozpowszechnianej „niskiej” oceny zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, liczba porad z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej udzielanych przez placówki zlokalizowane w Radomiu z roku na rok wzrasta (przez 10 lat liczba ta wzrosła o ponad 122 tys. – tabela 3), co może świadczyć o „zwiększającej” się dbałości o stan zdrowia i świadomości prozdrowotnej społeczeństwa.

Tabela 3. Porady podstawowej opieki zdrowotnej w Radomiu

| Liczba udzielonych porad podstawowej opieki zdrowotnej | | | | | | | | | |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| 761 575 | 711 423 | 760 118 | 777 544 | 785 281 | 818 373 | 811 371 | 865 875 | 887 733 | 883 958 |
| w tym przez przychodnie podległe samorządowi terytorialnemu | | | | | | | | | |
| 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| 0 | 0 | 0 | 10 630 | 11 327 | 10 968 | 12 941 | 10 299 | 10 931 | 10 754 |

Jednostkami realizującymi pośrednio działania na rzecz zdrowia są także apteki. Na przestrzeni 10 lat (czyli od 2005 do 2014 r.) liczba aptek zlokalizowanych w Radomiu wzrosła o 14 placówek, co stanowi wzrost o prawie 23% w stosunku do 2005 r. Na uwagę zasługuje fakt, że w ostatnich trzech latach liczba aptek w Radomiu ustabilizowała się na poziomie siedemdziesięciu kilku placówek. Może to świadczyć o poprawie dostępności (dla mieszkańców Radomia) do leków i innych substancji leczniczych, medycznych lub paramedycznych, oferowanych przez wyspecjalizowane w tym celu placówki.

Tabela 4. Apteki i farmaceuci w Radomiu

| Rok | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Liczba aptek | 62 | 64 | 61 | 67 | 72 | 74 | 73 | 76 | 76 | 78 |
| Liczba farmaceutów – magistrów farmacji | 143 | 134 | 129 | 144 | 156 | 161 | 162 | 170 | 181 | 179 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS

Jednym z zasadniczych elementów dobrze funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej, decydującym o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, są pracownicy medyczni¹⁴. Istotna jest nie tyle liczba osób uprawnionych do wykonywania zawodu, co przede wszystkim liczba osób faktycznie pracujących w ochronie zdrowia i udzielających świadczeń zdrowotnych.

Tabela 5. Kadra medyczna – personel pracujący

| Rok | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Lekarze w tym: | 1114 | 1136 | 1195 | 1320 | 1247 | 1337 | – | 1333 | – |
| mężczyźni | 481 | 495 | 537 | 610 | 547 | 611 | – | 634 | – |
| kobiety | 633 | 641 | 658 | 710 | 700 | 726 | – | 699 | – |
| Lekarze dentyści w tym: | 160 | 187 | 163 | 196 | 166 | 165 | – | 121 | – |
| mężczyźni | 46 | 31 | 29 | 52 | 35 | 37 | – | 22 | – |
| kobiety | 114 | 156 | 134 | 144 | 131 | 128 | – | 99 | – |
| Pielęgniarki | 1672 | 1759 | 1744 | 1795 | 1810 | 1878 | – | 1913 | – |
| Położne | 246 | 232 | 231 | 254 | 250 | 287 | – | 268 | – |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS

Według danych statystycznych GUS od 2005 r. systematycznie wzrasta liczba farmaceutów zatrudnionych w aptekach w Radomiu.

Liczba lekarzy – mimo początkowego wzrostu (w latach 2006–2009) o ok. 200 osób – od 2009 r. ustabilizowała się na poziomie ok 1320–1330 osób (z widocznym spadkiem w 2010 r. do poziomu 1247 osób). Wśród lekarzy dostrzegamy niewielką przewagę kobiet, o kilkadziesiąt osób.

Niepokojącym zjawiskiem jest spadek liczby lekarzy stomatologów. Na przestrzeni pięciu lat (od 2009 do 2013 r.) wśród personelu medycznego o 75 osób (ok. 38%) zmniejszyła się liczba lekarzy dentyistów, wśród których zdecydowanie przeważały i przeważają kobiety.

Systematycznie od 2007 r. wzrasta liczba pielęgniarek i położnych (z wyjątkiem liczby położnych w 2013 r.). Niepokojące są jednak informacje Okręgowej Izby

¹⁴ Do pracowników medycznych zaliczani są zazwyczaj: lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, położne, farmaceuci.

Pielęgniarek Położnych w Radomiu o „starzeniu się” tej grupy personelu medycznego (coraz mniejsza liczba, a nawet brak młodych pielęgniarek i położnych, które w ostatnich kilku latach uzyskały prawo wykonywania zawodu).

Wśród instytucji działających na rzecz ochrony zdrowia w Radomiu szczególne miejsce zajmują **hospicja**. Według danych przedstawionych na stronie miasta Radomia (w zakładce sprawy społeczne, w odnośniku hospicja)¹⁵ w mieście zlokalizowane są 4 hospicja: Hospicjum Królowej Apostołów, Stowarzyszenie im. o. Pio, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Hospicjum Domowe i Poradnia Leczenia Bólu, Hospicjum Caritasu Diecezji Radomskiej. Niemniej jednak w praktyce działania *stricte* hospicyjne na rzecz osób ciężko chorych, z chorobą nowotworową lub inną chorobą, które potrzebują opieki paliatywnej, oraz ich rodzin i osób „osieroconych” (zwłaszcza dzieci) realizują: Hospicjum Królowej Apostołów (prowadzone przez Kościół katolicki), Stowarzyszenie im. o. Pio oraz Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Hospicjum Domowe i Poradnia Leczenia Bólu.

Obecnie organizacje te działają w formie hospicjum domowego, choć Stowarzyszenie im. o. Pio prowadzi zaawansowane prace (budowę), aby utworzyć ośrodek opiekuńczo-hospicyjny w Alojzowie (ok. 20 km od Radomia). Działalność Hospicjum Caritasu Diecezji Radomskiej jest natomiast skierowana głównie na działania opiekuńczo-wychowawcze na rzecz dzieci i rodzin z dysfunkcjami, świadczenie pomocy najuboższym, bezdomnym.

3. ZASPOKOJENIE POTRZEB ZDROWOTNYCH – OCENA MIESZKAŃCÓW RADOMIA

W celu określenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców Radomia i stopnia ich zaspokojenia przeprowadzone zostały dwukrotnie badania ankietowe gospodarstw domowych w Radomiu.

Kwestionariusz ankiety z 2006 r. zawierał 20 pytań dotyczących badanego problemu (m.in. znaczenia zdrowia, samooceny stanu zdrowia i subiektywnej oceny czynników na nie wpływających, częstotliwości korzystania ze świadczeń medycznych, przyczyn niekorzystania ze świadczeń medycznych, oceny funkcjonowania służby zdrowia i zachodzących w niej zmian, wydatków na świadczenia medyczne, stopnia zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, skłonności do zawierania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych) oraz 8 pytań metryczki.

Kwestionariusz ankiety z 2010 r. został poszerzony o 5 pytań, m.in. dotyczących działań podejmowanych przez badanych w celu poprawy stanu zdrowia i kondycji

¹⁵ Patrz: <http://www.radom.pl/page/210,hospicja.html>.

fizycznej, oceny dostępu do placówek ochrony zdrowia, najistotniejszych usług medycznych, które powinny być w pełni zaspokojone, a także działań niezbędnych dla lepszego (pełnego) zaspokojenia potrzeb medycznych.

W 2006 r. badaniem objęto 540 gospodarstw domowych, w 2010 r. – 542 gospodarstwa domowe. W obydwu badaniach próba została dobrana celowo ze względu na wiek osoby będącej głową gospodarstwa domowego, której dochody są głównym źródłem utrzymania i która udzielała odpowiedzi na pytania kwestionariusza zastosowanego w badaniu. Grupa I – to osoby w wieku do 35 lat, grupa II – w wieku 36–45 lat, grupa III – w wieku 46–55 lat, grupa IV – w wieku 56–65 lat, grupa V – powyżej 65 lat. Liczebność każdej grupy wynosiła powyżej 100 ankiet, przy jednoczesnym uwzględnieniu płci respondentów.

Z uwagi na fakt, iż w strukturze społecznej Radomia kobiety stanowią większy odsetek niż mężczyźni, także wśród badanych została zachowana powyższa relacja i tak w 2006 r. kobiety stanowiły 60,18% respondentów, a w 2010 r. – 55,35%.

Głównym celem badań było ustalenie, jak gospodarstwa domowe w Radomiu zaspokajają swoje potrzeby zdrowotne w placówkach ochrony zdrowia oraz jak oceniają ich usługi.

Poniżej zaprezentowane zostały wybrane zagadnienia, mające wpływ na ogólną ocenę funkcjonowania ochrony zdrowia w Radomiu.

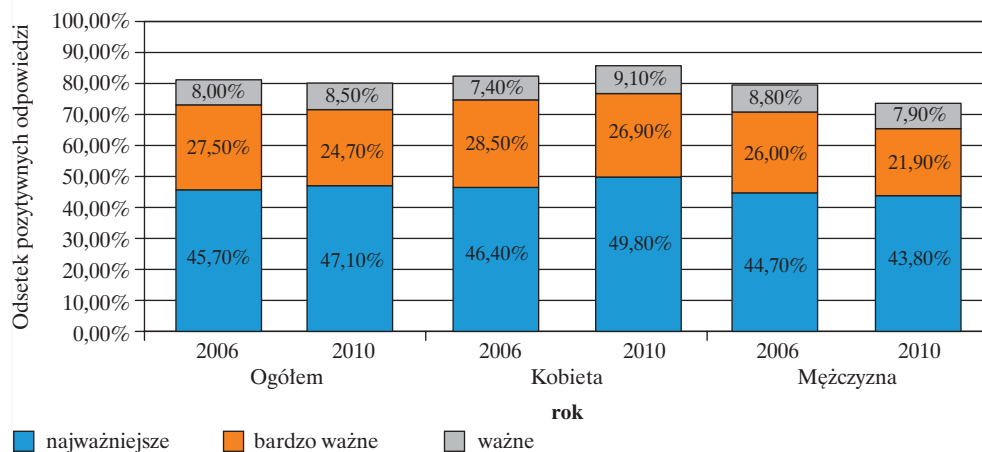
Wartości w życiu mieszkańców Radomia – znaczenie zdrowia

W badaniu przyjęto, że istnieje katalog wartości, do osiągnięcia których dążą ludzie. Wymienionych zostało 10 wartości istotnych w życiu człowieka, takich jak:

- zachowanie dobrego zdrowia własnego i rodziny,
- rodzina – małżeństwo, dzieci, udane życie rodzinne,
- osiągnięcie odpowiedniego poziomu warunków mieszkaniowych,
- praca zawodowa – posiadanie pracy, stałego zatrudnienia,
- bezpieczeństwo finansowe,
- zdobycie wykształcenia, dokończanie się,
- zdobycie majątku, dużych pieniędzy,
- kontakt z kulturą,
- zapewnienie dobrego startu życiowego dzieciom,
- rozwijanie własnych zainteresowań.

Zachowanie dobrego zdrowia własnego i rodziny (wykres 2) wymieniało wśród 3 najważniejszych wartości w życiu 81,2% badanych w 2006 r. (w tym 82,3% kobiet i 79,5% mężczyzn) oraz 80,3% badanych w 2010 r. (85,8% kobiet i 73,6% mężczyzn).

Wykres 2. Znaczenie dobrego zdrowia własnego i rodziny



Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań lokalnych

Jako najważniejszą wartość w życiu zachowanie dobrego zdrowia własnego i rodziny uznawało w 2006 r. 45,7% badanych, a w 2010 r. – już 47,1% (wykres 2).

Kobiety częściej niż mężczyźni (o 1,7% w 2006 r. i o 6% w 2010 r.) wymieniały zdrowie jako wartość najważniejszą w życiu. Częściej też niż mężczyźni uznały zdrowie za wartość drugą co do stopnia ważności (zazwyczaj za wartość najważniejszą uznając wówczas rodzinę).

Tabela 6. Stopień ważności – znaczenia dobrego zdrowia własnego i rodziny (w %)

| Wiek | Rok | Ogółem N= | Zachowanie dobrego zdrowia własnego i rodziny | | |
|-----------------|------|--------------|---|------|------|
| | | | najważniejsze | 2 | 3 |
| Do 35 lat | 2006 | 113 | 35,4 | 25,7 | 7,1 |
| | 2010 | 113 | 38,9 | 24,8 | 10,6 |
| 36–45 lat | 2006 | 137 | 50,4 | 24,1 | 6,6 |
| | 2010 | 106 | 41,5 | 29,2 | 7,5 |
| 46–55 lat | 2006 | 117 | 54,7 | 23,9 | 6,0 |
| | 2010 | 97 | 52,6 | 14,4 | 9,3 |
| 56–65 lat | 2006 | 99 | 42,4 | 33,3 | 9,1 |
| | 2010 | 114 | 54,4 | 24,6 | 6,1 |
| 66 lat i więcej | 2006 | 88 | 47,7 | 30,7 | 12,5 |
| | 2010 | 110 | 49,1 | 29,1 | 9,1 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań lokalnych

Zdrowie (tabela 6) za najważniejszą wartość w życiu uznawały w 2006 r. osoby w wieku 46–55 lat (54,7% respondentów z tej grupy wiekowej) oraz w wieku 36–45 lat (50,4%). Natomiast w 2010 r. osoby w wieku 56–65 lat (54,4%) i – podobnie jak w poprzednim badaniu – w wieku 46–55 lat (52,6%).

Osoby najmłodsze, czyli do 35 lat, najniżej oceniły wartość zdrowia. Za ledwie dla niespełna co trzeciego respondenta w tej grupie wiekowej zdrowie było najistotniejszą wartością (odpowiednio 35,4% i 38,9% badanych). Niemniej jednak wśród trzech głównych wartości w życiu zdrowie wymieniło w 2010 r. 74,3% (podczas gdy w 2006 r. – 68,2%).

Korzystanie ze świadczeń medycznych

Zarówno w 2006 r., jak i w 2010 r. ze świadczeń medycznych częściej o kilka p.p. korzystały kobiety niż mężczyźni, zdecydowanie rzadziej udzielały też odpowiedzi, że nie korzystają ze świadczeń medycznych (6,8% w 2006 r. i 5,1% w 2010 r.). Niemniej jednak w przypadku obydwu grup obserwujemy spadek częstotliwości korzystania ze świadczeń medycznych (tabela 7).

Tabela 7. Częstotliwość korzystania ze świadczeń medycznych przez kobiety i mężczyzn (w %)

| | Rok | Ogółem | Korzystanie ze świadczeń – kobiety | | | | | Ogółem | Korzystanie ze świadczeń – mężczyźni | | | | |
|--------|------|--------|------------------------------------|---------------------|-----------------|-----------------------|---------------|--------|--------------------------------------|---------------------|-----------------|-----------------------|---------------|
| | | | co najmniej raz w miesiącu | 2–3 razy na kwartał | 2–3 razy w roku | raz w roku i rzadziej | nie korzystam | | co najmniej raz w miesiącu | 2–3 razy na kwartał | 2–3 razy w roku | raz w roku i rzadziej | nie korzystam |
| Ogółem | 2006 | 319 | 18,5 | 33,2 | 29,5 | 16,6 | 2,2 | 211 | 12,3 | 30,8 | 23,7 | 24,2 | 9,0 |
| | 2010 | 294 | 6,5 | 23,8 | 33,7 | 28,2 | 7,8 | 240 | 6,3 | 19,2 | 31,7 | 30,0 | 12,9 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań lokalnych

Spośród 240 mężczyzn i 294 kobiet badanych w 2010 r. najwięcej osób (31,7% mężczyzn i 33,7% kobiet) korzystało ze świadczeń zdrowotnych 2–3 razy w roku, 30% mężczyzn i 28,2% kobiet raz w roku i rzadziej, a 12% mężczyzn i 7,8% kobiet twierdziło, że w ogóle nie korzystało. Jest to spadek częstotliwości korzystania ze świadczeń w porównaniu z 2006 r., w którym raz w roku i rzadziej ze świadczeń

zdrowotnych korzystało 24,2% badanych mężczyzn i 16,6% kobiet, 9% mężczyzn i 2,2% kobiet nie korzystało, a najczęściej 30,8% mężczyzn i 33,2% kobiet korzystało z tych świadczeń 2–3 razy w kwartale.

Przyczyny niekorzystania ze świadczeń medycznych

Spośród badanych w 2006 r. 159 osób (29,4% badanych) twierdziło, że w ostatnich dwóch latach nie korzystało ze świadczeń medycznych (czyli lekarza internisty, lekarza specjalisty, leczenia szpitalnego, badań medycznych, rehabilitacji bądź stomatologii), w 2010 r. było to odpowiednio 116 osób (21,4%) (tabela 8).

Tabela 8. Przyczyny niekorzystania ze świadczeń medycznych (w odsetkach)

| Płeć/ wiek | Rok | Ogółem N = | Lekarze interniści | | Lekarze specjaliści | | Szpitale | | Badania medyczne (np. laboratoryjne, RTG, EKG) | | Rehabilitacja | | Stomatologia | |
|---------------|------|------------|--------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--|--------------------------|---------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| | | | brak potrzeby | brak środków finansowych | brak potrzeby | brak środków finansowych | brak potrzeby | brak środków finansowych | brak potrzeby | brak środków finansowych | brak potrzeby | brak środków finansowych | brak potrzeby | brak środków finansowych |
| Ogółem | 2006 | 159 | 86,2 | 13,8 | 79,3 | 20,7 | 94,0 | 6,0 | 81,5 | 18,5 | 84,6 | 15,4 | 69,8 | 30,2 |
| | 2010 | 116 | 93,1 | 6,9 | 85,9 | 14,1 | 98,0 | 2,0 | 83,6 | 16,4 | 91,3 | 8,7 | 73,2 | 26,8 |
| Kobieta | 2006 | 92 | 83,7 | 16,3 | 69,6 | 30,4 | 94,4 | 5,6 | 75,5 | 24,5 | 81,3 | 18,7 | 62,7 | 37,3 |
| | 2010 | 58 | 87,9 | 12,0 | 82,8 | 17,2 | 97,8 | 2,2 | 85,5 | 14,5 | 93,5 | 6,5 | 72,6 | 27,4 |
| Mężczyzna | 2006 | 67 | 89,6 | 10,4 | 90,9 | 9,1 | 93,4 | 6,6 | 88,8 | 11,3 | 89,9 | 10,1 | 80,6 | 19,4 |
| | 2010 | 58 | 98,3 | 1,7 | 88,9 | 11,1 | 98,2 | 1,8 | 81,8 | 18,2 | 89,0 | 11,0 | 73,7 | 26,3 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań lokalnych

W 2006 r. w średnio 82,6% przypadków, a w 2010 r. w 87,5% przypadków powodem niekorzystania ze świadczeń zdrowotnych był brak takiej potrzeby. Jak wykazały badania, tylko w kilkunastu procentach przypadków powodem niekorzystania ze

świadczeń zdrowotnych były względy ekonomiczne – brak środków finansowych. Zarówno w 2006 r., jak i w 2010 r. z powodu braku środków finansowych najczęściej rezygnowano z leczenia stomatologicznego (odpowiednio 30,2% i 26,8% przypadków), porad lekarza specjalisty (20,7% i 14,3%), badań medycznych (18,5% i 16,4%).

W większości przypadków w obydwu badaniach częściej jako powód niekorzystania ze świadczeń zdrowotnych względy finansowe podawały kobiety niż mężczyźni (wyjątek stanowią w 2006 r. leczenie szpitalne, a w 2010 r. badania medyczne i rehabilitacja, gdzie o kilka p.p. częściej powód ten podawali mężczyźni).

W 2010 r. kobiety zdecydowanie rzadziej (w stosunku do 2006 r.) wskazywały, że powodem niekorzystania przez nie ze wszystkich wymienionych (badanych) świadczeń zdrowotnych był brak środków finansowych. Szczególnie widoczne jest to w stosunku do porad lekarza specjalisty (spadek o 30,4% do 17,2%) i rehabilitacji (spadek z 18,7% do 6,5%).

W przypadku porad lekarza internisty ze względów finansowych częściej ze świadczeń nie korzystały kobiety niż mężczyźni, w 2006 r. z powodu braku środków finansowych z porad lekarza internisty nie korzystała średnio co 6 kobieta i co 10 mężczyzna, natomiast w 2010 r. co 8 kobieta i tylko co 58 mężczyzna.

Stopień zaspokojenia potrzeb

Respondenci oceniali także stopień zaspokojenia potrzeb w zakresie świadczeń medycznych, oceniając je jako w pełni zaspokojone, częściowo zaspokojone i niezaspokojone (wykres 3 – okrąg wewnętrzny określa 2006 r., okrąg zewnętrzny – 2010 r.).

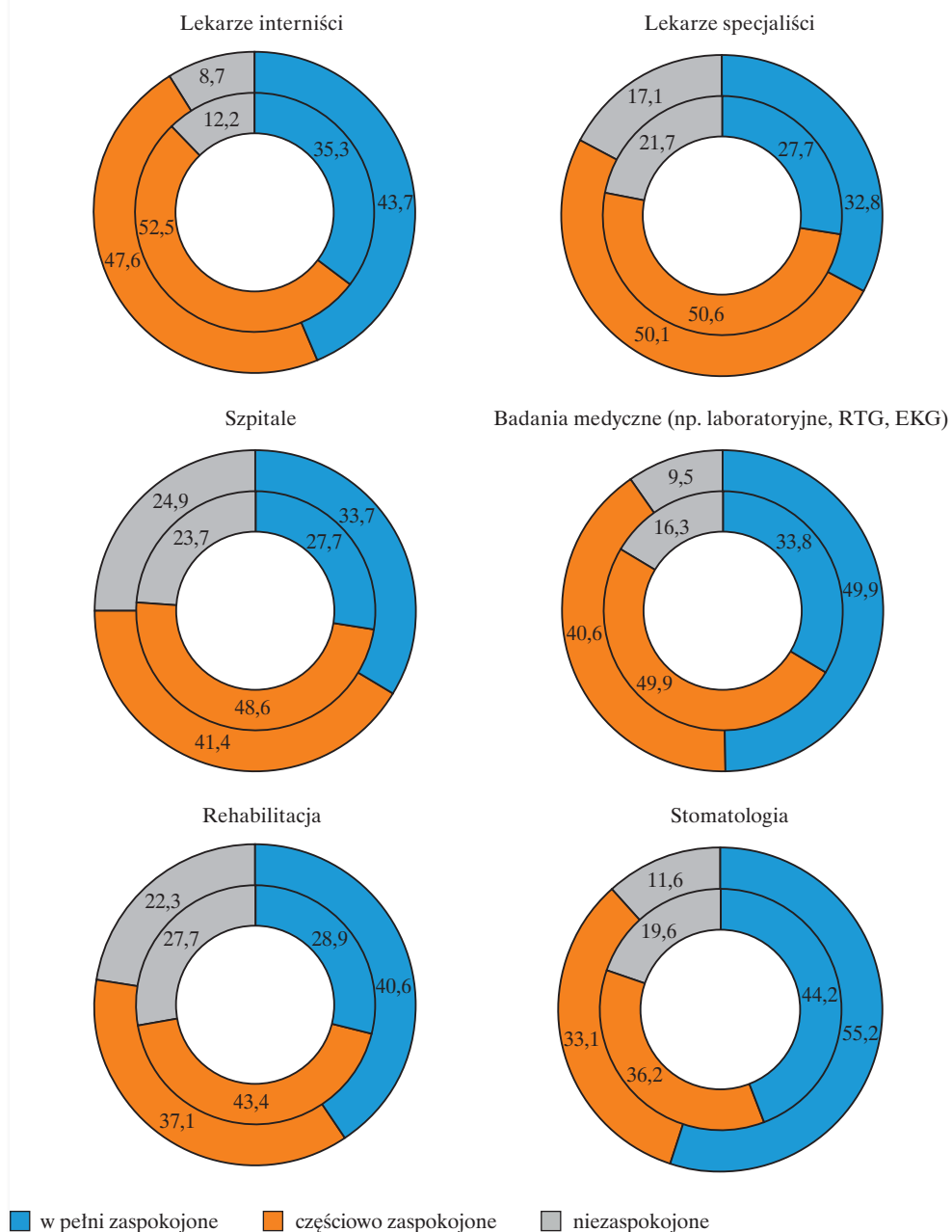
W przypadku obydwu badań najczęściej za niezaspokojone uznawane były: świadczenia rehabilitacyjne (27,7% w 2006 r. i 22,3% w 2010 r.), leczenie szpitalne (23,7% w 2006 r. i 24,9% w 2010 r.) i porady lekarza specjalisty (21,7% w 2006 r. i 17,1% w 2010 r.). Leczenie szpitalne jest jedynym przypadkiem, w którym nastąpił wzrost niezaspokojenia potrzeby w porównaniu z 2006 r.

Za najpełniej zaspokojone (w pełni i częściowo) uznane zostały w 2010 r. świadczenia lekarza internisty – wskazało tak 91,3% badanych, co stanowi wzrost o 3,5% w stosunku do 2006 r.

Optymistyczny jest fakt, że w porównaniu z 2006 r., w zakresie wszystkich sześciu wykazanych świadczeń medycznych, wzrósł odsetek osób uznających, że ich potrzeby są w pełni zaspokojone.

Mężczyźni o kilka p.p. częściej niż kobiety uznają, że ich potrzeby w zakresie świadczeń medycznych są w pełni lub częściowo zaspokojone (wyjątek stanowią świadczenia lekarza internisty, gdzie w 2010 r. mężczyźni o 2,2 p.p. częściej uznali je za niezaspokojone).

Wykres 3. Stopień zaspokojenia potrzeb w zakresie świadczeń medycznych (w odsetkach)



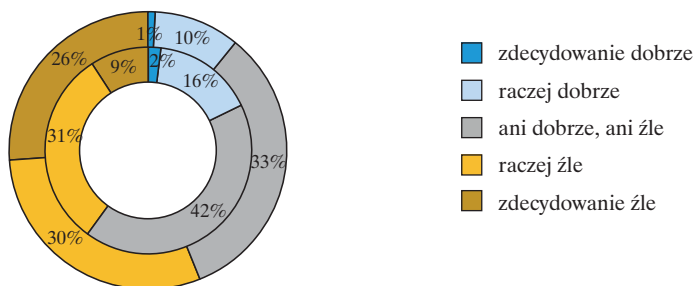
okrąg wewnętrzny – 2006 r.
okrąg zewnętrzny – 2010 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań lokalnych

4. PODSUMOWANIE – OCENA FUNKCJONOWANIA OCHRONY ZDROWIA

Badania (wykres 4) wykazały tendencję przeciwną niż wskazywałaby obiegowa, często nagłaśniana przez media negatywna ocena działalności, funkcjonowania i zmian w ochronie zdrowia w Polsce, w tym m.in. w Radomiu (koło wewnętrzne określa 2010 r., koło zewnętrzne 2006 r.).

Wykres 4. Ocena funkcjonowania systemu ochrony zdrowia



koło wewnętrzne – 2010 r.

koło zewnętrzne – 2006 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań lokalnych

W 2010 r. pozytywnie (zdecydowanie dobrze i dobrze) funkcjonowanie ochrony zdrowia oceniło 18% badanych, w tym 14,2% kobiet (co siódma kobieta) i 22,8% mężczyzn (prawie co czwarty). Negatywnie zaś (zdecydowanie źle i źle) ochronę zdrowia oceniali 40,3% badanych, w tym 43,7% kobiet i 36,1% mężczyzn.

Mimo przeważających (blisko 2,5-krotnie) negatywnych ocen funkcjonowania ochrony zdrowia sytuacja ta uległa według badanych poprawie. Istotny jest fakt, że w przypadku ocen pozytywnych jest to, w porównaniu do 2006 r., prawie 2-krotny wzrost ocen dobrych, przy jednoczesnym 3-krotnym wzroście odsetka badanych oceniających zdecydowanie dobrze funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia i blisko 3-krotnym spadku odsetka osób oceniających to funkcjonowanie jako zdecydowanie źle. Niepokojący może być fakt, że wzrósł odsetek osób, które nie były w stanie jednoznacznie ocenić funkcjonowania tegoż systemu.

LITERATURA

Dziadczyk B., *Dostępność społeczeństwa polskiego do świadczeń zdrowotnych*, „Biuletyn Informacyjny. Wiadomości Społeczne” 2004, nr 1, s. 40.

Frączkiewicz-Wronka A., *Reforma systemu opieki zdrowotnej w perspektywie integracji z Unią Europejską (wybrane aspekty zachodzących zmian)*, Katowice 1998.

- Gasińska M., *Ochrona zdrowia i ubezpieczenia zdrowotne* [w:] *Polityka społeczna*, red. A. Kurzynowski, Warszawa 2002.
- Polityka społeczna*, red. G. Firlit-Fesnak, M. Szylo-Skoczny, Warszawa 2007.
- Poździej S., *Zdrowie publiczne*, Kraków 1996.
- Sokołowska M., *Socjologia medycyny*, Warszawa 1986.
- Sowa J., *Kulturowe założenia pojęcia normalności w psychiatrii*, Warszawa 1984.
- Svensson P.G., *The Concept of Health. Some Comments from a social Science Perspective*, „Scandinavian Journal of Social Medicine” 1980.

STRESZCZENIE

Problematyka zdrowia staje się współcześnie zagadnieniem coraz częściej podejmowanym przez wiele nauk. Jest tym istotniejsza, że – bez względu na grupę społeczną czy wiekową – zdrowie jest zazwyczaj uznawane za podstawową wartość w życiu, ważniejszą niż rodzina, warunki mieszkaniowe, bytowe itp., co powoduje, iż chcielibyśmy utrzymywać lub przywracać (w razie konieczności) jak najlepszy jego stan.

Wiele państw, w tym Polska, podejmuje kroki, które mają usprawnić działający system opieki zdrowotnej i zapewnić obywatelom jak najlepsze warunki korzystania ze świadczeń zdrowotnych.

Społeczeństwo (na przykładzie mieszkańców Radomia) uważa, że jego potrzeby zdrowotne zazwyczaj zaspokajane są tylko częściowo. Jest to i tak dość wysoka ocena, biorąc pod uwagę fakt, że znaczny odsetek badanych uznaje ten system za źle funkcjonujący. Dlatego też autorki uznały za celowe przedstawienie problematyki ochrony zdrowia w ujęciu lokalnym. Skupiły się zwłaszcza na dwóch jej aspektach, na:

- stanie infrastruktury z zakresu ochrony zdrowia w Radomiu, z podziałem na infrastrukturę techniczną (którą stanowią przede wszystkim: szpitale, stacje pogotowia ratunkowego, stacja krwiodawstwa, stacja sanitarno-epidemiologiczna, przychodnie – ambulatoryjna opieka zdrowotna, apteki i punkty apteczne, a także hospicja) oraz personel medyczny (lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, położne, farmaceuci),
- wynikach badań dotyczących zaspokajania potrzeb zdrowotnych mieszkańców Radomia, ze szczególnym uwzględnieniem m.in.: znaczenia zdrowia, samooceny stanu zdrowia i subiektywnej oceny czynników na niego wpływających, częstotliwości korzystania ze świadczeń medycznych, przyczyn niekorzystania ze świadczeń medycznych, oceny funkcjonowania służby zdrowia i zachodzących w niej zmian, wydatków na świadczenia medyczne, stopnia zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, skłonności do zawierania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Słowa kluczowe: infrastruktura ochrony zdrowia, ochrona zdrowia, zdrowie

SUMMARY

Health care and the health infrastructure in the Radom region

The question of health is increasingly an area of investigation for an array of academic disciplines. This is all the more significant – regardless of social or age grouping – given that health is generally considered to be the basic life value, one more important than family, accommodation and living conditions etc., which means that we would like to maintain or restore (if needed) it in the best possible state.

Many countries, including Poland, are undertaking steps which are to improve the operating system of health care and to guarantee citizens the best possible conditions for the utilising of health services.

Society (on the example of the inhabitants of Radom) is of the view that its health needs are as a rule only partly satisfied. This is a fairly high level of evaluation given that a significant percentage of those surveyed consider the health system to be one badly functioning. Therefore the authors of the paper considered it appropriate to present the problems of health care within a local depiction. They have concentrated in particular on two of its aspects:

- the state of the health related infrastructure in Radom, with a division into technical infrastructure (which consists primarily of: hospitals, accident and emergency units, blood donor points, first-aid and epidemiological points and stations, outpatient clinics and surgeries, chemists and pharmacies, and hospices) as well as medical personnel (doctors, dentists, nurses, midwives, pharmacists),
- the results of research into alleviating the health needs of the inhabitants of Radom, in particular taking into consideration: the significance of health, the self evaluation of one's state of health and a subjective evaluation of the factors influencing it, the frequency of medical visits, evaluation of the functioning of the health services and the changes occurring within it, expenditure on medical services, the degree of satisfying health needs, tendencies to take out private health insurance.

Key words: health care infrastructure, health care, health

MARIA PIERZCHALSKA

*Zmiany w systemie emerytalnym
w świetle opinii
osób studiujących*

EUROPEJSKA UCZELNIA SPOŁECZNO-TECHNICZNA W RADOMIU

1. WSTĘP

Wprowadzona w 1999 r. reforma systemu emerytalnego w Polsce radykalnie zmieniła dotychczasowy system z tradycyjnego, typowo repartycyjnego, na repartycyjno-kapitałowy. Przyczyny tej decyzji były wieloaspektowe, ale głównie ekonomiczne. Były to mianowicie przekształcenia społeczno-gospodarcze przełomu lat 80. i 90. XX w., a w ich konsekwencji zmiany na rynku pracy powodujące bezrobocie na ogromną skalę. Nie można tu pominąć uwarunkowań zewnętrznych, jakimi były światowy kryzys ekonomiczny i zjawisko globalizacji. Długookresowym celem reformy było utworzenie kapitałowego modelu emerytalnego, w którym prywatne otwarte fundusze emerytalne (OFE), jako tzw. drugi przymusowy filar systemu i trzeci dobrowolny filar oszczędnościowy, zmieniły sposób finansowania świadczeń emerytalnych poprzez rozłożenie ryzyka socjalnego na emerytów, państwo i rynek. Wprowadzone rozwiązania w przypadku ryzyka starości, czyli dożycia wieku emerytalnego, oznaczają zmianę ochrony tegoż ryzyka z zaopatrzenia emerytalnego na indywidualne przymusowe oszczędzanie w publicznym Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) oraz w prywatnych funduszach emerytalnych.

Tym samym funkcje społeczne państwa uległy zasadniczej zmianie, gdyż świadczenia zabezpieczenia społecznego zostały znacznie ograniczone. Tzw. stopa zastąpienia jest dużo niższa od poziomu sprzed reformy, co oznacza odejście od opiekuńczej roli państwa na rzecz gospodarki wolnorynkowej i indywidualnej przezorności obywateli poprzez udział ich własnych oszczędności w finansowaniu przyszłej emerytury. Pozostaje ogólna odpowiedzialność państwa za realizację celów społecznych.

Funkcjonujący 16 lat system, zmodernizowany w 2011 r. poprzez podniesienie i zrównanie wieku emerytalnego oraz ograniczenie w 2014 r. roli drugiego, zarządzanego prywatnie filaru (obniżenie składki z 7,3% do 2,3%) i wprowadzenie dobrowolności uczestnictwa w OFE, wzbudza liczne kontrowersje społeczne, a opinie są zróżnicowane. Obecnie w dyskusji uczestniczą z jednej strony przeciwnicy jakichkolwiek zmian w OFE, którymi są m.in. współtwórcy reformy, eksperci Banku Światowego, przedstawiciele towarzystw emerytalnych, członkowie rad nadzorczych banków, do których należą powszechne towarzystwa emerytalne zarządzające OFE¹. Drugą stronę reprezentują przede wszystkim rządzący, tworzący instytucjonalne

¹ L. Balcerowicz, według którego „zmiany w OFE są złe, zagrażają bezpieczeństwu i wysokości emerytur. To niszczenie funduszy, wyraz braku szacunku dla prawa obywateli” – to powtarzająca się wypowiedź w licznych wywiadach prasowych i wystąpieniach publicznych.

formy systemu, dość liczne środowiska ekonomistów, a także część członków OFE. Z uwagi na fakt, iż system emerytalny, stanowiący część ubezpieczenia społecznego, jest dominującym elementem całej sfery zabezpieczenia społecznego, jego zasady funkcjonowania, a w szczególności skutki przekładające się na wysokość przyszłych emerytur, są przedmiotem zainteresowania wielu milionów Polaków. Jednocześnie jest to kwestia trudna i wrażliwa politycznie, gdyż dominująca rola rządu powinna uwzględniać oprócz celów gospodarczych znaczenie dialogu społecznego².

Artykuł przedstawia wyniki badania opinii i poglądów wybranej grupy społecznej, jaką są studenci, na temat zmian dokonywanych w ostatnich latach w systemie emerytalnym, wpływających na poziom świadczeń emerytalnych, a w konsekwencji na godny byt w późniejszej fazie życia człowieka, a także odnoszących się do ogólnych problemów socjalnych i równowagi międzypokoleniowej. Zmieniające się w polskiej rzeczywistości warunki egzystencji, niedające części społeczeństwa stabilizacji (w dalszym ciągu duże bezrobocie, praca w niestandardowych warunkach, niskie wynagrodzenia, rosnące nierówności dochodowe), w tym system emerytalny poddawany stałej krytyce, mogą budzić niepokój zarówno młodego, jak i pokolenia w średnim wieku. Stąd szczególnie istotnym elementem badania było uzyskanie informacji o stosunku badanych do podziału bieżącego PKB między pokolenie pracujące a pokolenie emerytów już biernych zawodowo. Badanie przeprowadzono również w celu pozyskania informacji o stanie wiedzy o ubezpieczeniach społecznych, w tym szczególnie o systemie emerytalnym, której niski poziom często decyduje o stosunku społeczeństwa do wszelkich zmian dokonywanych w systemie emerytalnym. Dostępne badania, dotyczące zarówno stanu wiedzy o ubezpieczeniach społecznych, jak i poziomu edukacji w tym zakresie, pozwalają tylko na częściowe porównania.

2. CELE I METODA BADANIA

Celem badania było pozyskanie informacji, w jaki sposób studenci studiów stacjonarnych i niestacjonarnych – osoby w większości młode – oceniają reformę emerytalną z 1999 r., w tym szczególnie zmiany dokonane w kapitałowej części systemu emerytalnego w ostatnich latach.

² S. Golinowska przed wdrożeniem reformy emerytalnej podkreślała słuszność łączenia „gry interesów politycznych ze spojrzeniem ekonomicznym, obejmującym cele związane z maksymalizacją wartości gospodarczych”; zob. S. Golinowska, *O reformie emerytalno-rentowej w kategoriach ekonomii politycznej* [w:] S. Golinowska, J. Hausner, *Ekonomia polityczna reformy emerytalnej*, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych „Raporty CASE”, nr 15, grudzień 1998, Warszawa, s. 10.

Powyższe przedsięwzięcie zostało podjęte w kontekście trwającej od wielu lat debaty publicznej na temat zasad systemu zmieniających system repartycyjny na repartycyjno-kapitałowy, skutkujących wpływem na poziom (a właściwie obniżenie) nowych świadczeń emerytalnych. Szczególnie lata 2011–2014, w których dokonano istotnych zmian systemu, są tematem różnych opinii i poglądów częstokroć sprzecznych. Problem będący przedmiotem badań był dobierany przede wszystkim ze względu na jego znaczenie dla rozwoju społecznego, w tym dla warunków bytu i równowagi międzypokoleniowej, oraz ze względu na zainteresowania autorki.

Główne cele badania obejmowały:

1. Ustalenie, jak studenci studiów stacjonarnych i niestacjonarnych oceniają wprowadzoną w 1999 r. reformę emerytalną oraz obowiązujący system emerytalny po zmianach przeprowadzonych w latach 2011–2014 w filarze kapitałowym i po podwyższeniu wieku emerytalnego.
2. Poznanie poglądów i zdefiniowanie oczekiwań studentów co do dalszego kształcenia systemu emerytalnego ze względu na prognozowany bardzo niski poziom emerytur.
3. Zbadanie stosunku studentów do, odrzuconej w systemie emerytalnym z 1999 r., podstawowej zasady ubezpieczenia społecznego, jaką jest solidarność międzypokoleniowa.
4. Uzyskanie informacji, czy obawy o niedostateczną wysokość emerytury mają wpływ na gotowość studentów do oszczędzania emerytalnego, zabezpieczającego ich egzystencję na starość.
5. Udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy poziom wiedzy badanych na temat ubezpieczeń społecznych ma wpływ na ocenę systemu emerytalnego.
6. Sformułowanie wniosków pod adresem polityki społecznej w zakresie ubezpieczenia społecznego.

Badanie zostało poprzedzone analizą literatury dotyczącej systemów emerytalnych w Polsce i Europie. Oprócz aspektów prawnych, pokazała ona głównie ekonomiczny punkt widzenia oparty na dorobku porównawczych badań społeczno-ekonomicznych polityki społecznej. Obszerny dorobek zagranicznych autorów na powyższy temat pokazuje załamanie się w wielu krajach pod koniec lat 80. XX w. istniejącego sposobu finansowania emerytur, który w związku z koniecznością subsydiowania przez rządy deficytu systemów powodował olbrzymie obciążenie gospodarek. Stąd też analizy badające społeczne i finansowe konsekwencje ewolucji tych systemów. Liczne są również prace odnoszące się do polskiej reformy – napisane

w okresie kilkunastu lat przed reformą (1999), jak i opracowania po wielu latach obowiązywania nowego systemu³.

Przedstawione wyniki badania mogą być tylko częściowo skonfrontowane z innymi badaniami, gdyż brak jest porównywalnych danych statystycznych i empirycznych, krótko- i długookresowych, w ujęciu globalnym i lokalnym, w których zastosowano by metody algorytmów umożliwiające systemową analizę⁴. Ponieważ prezentowany tu materiał, oprócz oceny reformy emerytalnej, zawiera dane o poziomie wiedzy badanych studentów, najbliższe w tym kontekście jest badanie dotyczące zadań edukacyjnych ZUS, w tym stanu wiedzy o ubezpieczeniach społecznych⁵, oraz wyniki analiz środowisk naukowych uczelni wyższych i instytutów naukowo-badawczych⁶. Natomiast tylko selektywnie można te wyniki skonfrontować z niektórymi elementami badania CBOS „Oceny proponowanych zmian w systemie emerytalnym” z 2010 r. oraz międzynarodowego raportu grupy finansowej AXA⁷.

³ Oprócz wielu prac z okresu wdrażania reformy, przykładem aktualnych reprezentatywnych poglądów są m.in. następujące publikacje: M.A. Orenstein, *Prywatyzacja emerytur, transnarodowa kampania na rzecz reformy zabezpieczenia społecznego*, Warszawa 2013; N. Barr, P. Diamond, *Reformy systemu emerytalnego. Krótki przewodnik*, Warszawa 2014; S. Golinowska, *Funkcje państwa w zabezpieczeniu dochodów na okres starości. Zmiana warunków i paradygmatu na przykładzie polskiej reformy systemu emerytalnego* [w:] *Ubezpieczenia społeczne w procesie zmian. 80 lat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*, red. K.W. Frieske, E. Przychodaj, Warszawa 2014, s. 89–112, oraz zamieszczone w wydawnictwie *Ubezpieczenia społeczne w procesie zmian. 80 lat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*, Warszawa 2014, artykuły: M. Góra, *Cele reformy emerytalnej i rola Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w XXI w.*, s. 113–126; M. Olszewska, *Niektóre skutki reformy systemu ubezpieczeń społecznych*, s. 155–168; Z. Czepulis-Rutkowska, *Problemy zabezpieczenia społecznego osób starszych*, s. 187–196. Zob. też T. Piketty, *Kapitał w XXI wieku*, w tym rozdział 13, *Państwo socjalne na XXI wiek*, s. 581–611, Warszawa 2015.

⁴ A. Kurzynowski wielokrotnie podnosił kwestię braku okresowych ocen i analizy realizowanej przez państwo polityki społecznej w ujęciu globalnym, regionalnym i krajowym, zob. A. Kurzynowski, *Związki polityki społecznej z polityką gospodarczą* [w:] *Polityka społeczna*, red. A. Kurzynowski, Warszawa 2006, s. 44–45.

⁵ M. Pogonowski, *Zadania edukacyjne ZUS w kontekście stanu wiedzy o ubezpieczeniach społecznych*, „Ubezpieczenia Społeczne” 2014, nr 2, s. 7–13.

⁶ Te ostatnie odnoszą się do wywiadów z kadrą naukową i do analizy programów nauczania ubezpieczeń społecznych na studiach prawniczych, zob. A. Sobczyk, *W sprawie kryzysu edukacji z zakresu ubezpieczeń społecznych na studiach prawniczych*, „Ubezpieczenia Społeczne” 2014, nr 2 (119), s. 14–18. Zob. także M. Pierzchalska, *Kształcenie w dziedzinie ubezpieczeń społecznych* [w:] *Problemy ubezpieczeń społecznych: w 70-lecie istnienia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*, red. U. Jackowiak, A. Malaka, Wrocław 2004, s. 199–220.

⁷ Centrum Badania Opinii Społecznej, *Oceny proponowanych zmian w systemie emerytalnym*, BS/41/2010, Warszawa, marzec 2010; AXA Papers, *Risk education and research*, „Retirement” No. 2, http://www.axa-polska.pl/gfx/axa/userfiles/_public/biuro_prasowe/axa/_retirement_report2011.pdf; (15.10.2015); *Struktura oszczędności w Polsce i wybranych krajach europejskich*, raport Analizy Online S.A. dla BPH TFI S.A., czerwiec 2012.

Jako metodę badawczą przyjęto sondaż z celowym doбором próby liczącej 504 respondentów. Doboru próby dokonano tak, aby w sposób logiczny uzyskać próbę zbliżoną do populacji wyjściowej, tj. takich zmiennych, jak wiek, płeć i wykształcenie. Podyktowane to było wiedzą autorki o badanej populacji i celu badania, możliwościami organizacyjno-technicznymi oraz sposobem szybkiego uzyskania danych na określony temat badawczy⁸.

Za doбором powyższej metody i przeprowadzeniem badania wśród osób studiujących stacjonarnie i niestacjonarnie (aktywnych i nieaktywnych zawodowo) przemawiały zarówno względy praktyczne (dostępność badanej grupy), jak i znaczne zainteresowanie studentów tematyką badania, a szczególnie mechanizmami oddziaływania na środki finansowe gromadzone w OFE, co było znane wykonawcom badania. Z uwagi na małą liczebność próby i metodę jej doboru, badania nie można uznać za reprezentatywne, lecz z punktu widzenia pozyskania w krótkim czasie (w ciągu kilku miesięcy) opinii i poglądów dotyczących oceny zmian wprowadzonych aktualnie w systemie emerytalnym w określonym środowisku, jakim są studenci – w założeniu osoby mające podstawową wiedzę ekonomiczną, spełniło założone cele.

Podstawą badania był standaryzowany kwestionariusz w formie ankiety opracowanej przez zespół badawczy. Zespół wykorzystał w swej pracy wieloletnie doświadczenie z wywiadów z zakresu szeroko rozumianej polityki społecznej, w tym sytuacji bytowej emerytów, zdrowia publicznego i pedagogiki. W ankiecie cele badawcze zostały przełożone na 15 pytań zamkniętych, wraz z metryczką, w kilku pytaniach respondenci byli proszeni o swobodne, nieskategoryzowane wypowiedzi. Badanie polegało na udzieleniu przez respondentów odpowiedzi na zawarte w ankiecie pytania, w obecności pracowników uczelni – członków zespołu badawczego; średnio trwało około 30 minut.

Próbę utworzono spośród studentów studiów wyższych (licencjackich, magisterskich i podyplomowych) stacjonarnych (146 osób) i niestacjonarnych (358 osób). Badanie przeprowadzono na dwóch uczelniach publicznych (Lublin i Radom) i na dwóch niepublicznych (Radom, Warszawa). Obszar zamieszkania respondentów obejmuje województwa lubelskie i mazowieckie, badani mieszkają w większości (46%) we wsiach i miastach do 50 tys. mieszkańców, pozostali w większych miastach, w tym powyżej 200 tys. mieszkańców – 32% (Lublin, Radom, Warszawa).

Przyjęto, iż studenci są silnie zróżnicowani pod względem cech społeczno-zawodowych oraz systemów wartości i postaw społecznych. Oznacza to, że poglądy osób studiujących, ich opinie i oczekiwania, uzależnione są od wielu czynników, m.in. takich jak sytuacja społeczno-zawodowa, rodzinna czy dochody

⁸ Nieracjonalne ze względu na koszty wydaje się tworzenie na potrzeby niniejszego badania operatu do losowania próby, która mogłaby reprezentować populację studentów w Polsce.

w gospodarstwach domowych. Jednocześnie założono, iż badane osoby, studiujące na studiach pierwszego lub drugiego stopnia i podyplomowych, zdobywające wykształcenie na różnych kierunkach studiów i mające częstokroć doświadczenie zawodowe, mają podstawową wiedzę ogólnoeconomiczną.

Badanie zrealizowano między 1 marca a 30 maja 2015 r. Łącznie uzyskano 504 ankiety (w tym 7 wypełnionych częściowo) spośród 540 wytypowanych studentów objętych badaniem. Z przyczyn subiektywnych (odmowa wypełnienia ankiety) lub nieobecności w badaniu nie wzięło udziału 36 osób.

Poglądy i preferencje badanej próby nie mogą być uogólniane z powodu braku reprezentatywności, lecz mogą zostać wykorzystane do oceny przez decydentów w dalszym procesie modyfikacji systemu emerytalnego.

3. GŁÓWNE CECHY SPOŁĘCZNO-DEMOGRAFICZNE BADANYCH STUDENTÓW

Większość uczestników badania (tabela 1) stanowili studenci studiów niestacjonarnych (71%), w tym kobiety (74,6%), prawie połowa (46,8%) była w wieku do 23 lat, najstarsza grupa – powyżej 41 lat – wynosiła 11,7% próby⁹. Pracującymi studentami było 47,6% osób, w tym właścicielami firm – 3,6%, najwięcej badanych żyło w 4-osobowych gospodarstwach domowych (32,5%), najmniej w jednoosobowych (5,6%) oraz 6-osobowych (9,7%). Struktura gospodarstw domowych studentów według deklarowanych miesięcznych dochodów pokazuje, że największy odsetek (28,6%) studentów funkcjonował w gospodarstwach domowych, w których dochód miesięczny netto na osobę mieścił się w wysokości od 400 do 800 zł, dla 24,2% dochód ten kształtował się od 801 do 1200 zł. Najniższe dochody – do 400 zł – miało 12,5% gospodarstw, a najwyższe – powyżej 2000 zł – 10,9%¹⁰.

Powyższe dane, dotyczące struktury respondentów według płci i wieku oraz innych cech społeczno-zawodowych zawartych w tabeli 1, nie mogą zostać porównane z rzeczywistą strukturą studentów studiów stacjonarnych i niestacjonarnych uczelni publicznych i niepublicznych w województwie mazowieckim i lubelskim, gdyż brak jest porównywalnych danych. Dostępne dane statystyczne odnoszą się do ogólnej liczby studentów (według GUS w roku akademickim 2012/2013 studiowało 1670 tys. osób),

⁹ Wprowadzony przedział wiekowy – do 23 lat – odbiega od przyjętych statystycznie podziałów grup wieku wśród uczniów i studentów (19–24), lecz dla istotności wyników wyodrębniono najmłodszych studentów (19–23 lata), tj. do uzyskania przez nich dyplomu licencjata (studia I stopnia).

¹⁰ W kraju w 2014 r. przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny kształtował się na poziomie 1340 zł; zob. Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja gospodarstw domowych w 2014 r. w świetle wyników badań budżetów gospodarstw domowych*, Warszawa 2014, s. 1.

z przeważającą liczbą studentów stacjonarnych (58%), w tym szczególnie na uczelniach publicznych; na uczelniach niepublicznych studenci studiów stacjonarnych stanowili zaledwie 4%. Największą liczbę osób studiujących stanowiły osoby w wieku do 24 lat – 57,6%, w wieku 25–29 lat było to 9%, a powyżej 30 lat – 1,1%. We wszystkich formach studiów przeważają kobiety; na studiach pierwszego stopnia i jednolitych magisterskich stanowią 56,2%, na studiach magisterskich uzupełniających 66,9%¹¹.

Tabela 1. Cechy społeczno-demograficzne badanych studentów w 2015 r.

| Badani według cech społeczno-demograficznych | | N | % |
|--|------------------------------|-----|-------|
| Płeć | mężczyzna | 128 | 25,4 |
| | kobieta | 376 | 74,6 |
| | razem | 504 | 100,0 |
| Wiek | do 23 lat włącznie | 236 | 46,8 |
| | 24–30 | 126 | 25,0 |
| | 31–40 | 83 | 16,5 |
| | 41 lat i więcej | 59 | 11,7 |
| | razem | 504 | 100,0 |
| Poziom wykształcenia | średnie i pomaturalne | 218 | 43,5 |
| | wyższe (licencjat, inżynier) | 238 | 46,9 |
| | wyższe (magister) | 48 | 9,6 |
| | razem | 504 | 100,0 |
| Forma studiów* | stacjonarne | 146 | 29,0 |
| | niestacjonarne | 358 | 71,0 |
| | razem | 504 | 100,0 |
| Status społeczno-zawodowy (samoocena) | student | 218 | 43,3 |
| | pracownik | 222 | 44,0 |
| | właściciel firmy | 18 | 3,6 |
| | bezrobotny | 29 | 5,7 |
| | rencista/gospodyni domowa | 17 | 3,4 |
| | razem | 504 | 100,0 |
| Typ gospodarstwa domowego | 1-osobowe | 28 | 5,6 |
| | 2-osobowe | 87 | 17,3 |
| | 3-osobowe | 118 | 23,4 |
| | 4-osobowe | 164 | 32,5 |
| | 5-osobowe | 58 | 11,5 |
| | 6 i więcej osób | 49 | 9,7 |
| | razem | 504 | 100,0 |

* Wśród studentów studiów niestacjonarnych 48 osób kształciło się na studiach podyplomowych.

¹¹ Źródło: Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik statystyczny RP 2013*, Warszawa 2013, s. 343, 358, i obliczenia własne; *Szkolnictwo wyższe w Polsce 2013*, raport Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego zawierający dane z GUS i systemu POL-on, s. 5–6.

| Badani według cech społeczno-demograficznych | | N | % |
|---|--------------------|-----|-------|
| Przeciętny miesięczny dochód netto na 1 osobę w gospodarstwie domowym | do 400 zł | 63 | 12,5 |
| | od 400 do 800 zł | 144 | 28,6 |
| | od 801 do 1200 zł | 122 | 24,2 |
| | od 1201 do 1600 zł | 68 | 13,5 |
| | od 1601 do 2000 zł | 47 | 9,3 |
| | powyżej 2000 zł | 55 | 10,9 |
| | brak odpowiedzi | 5 | 1,0 |
| | razem | 504 | 100,0 |

Źródło: badanie własne

4. PRZEGLĄD WYNIKÓW BADANIA

Przedstawione poniżej wyniki stanowią niewielką część zebranego materiału badawczego, który ze względu na ograniczenia objętościowe nie może być w artykule przedstawiony w całości. Zamieszczone tu wyniki odnoszą się do głównych celów badania, którymi – jak wcześniej podano – są: pozyskanie informacji o ocenie przez respondentów reformy emerytalnej, poznanie ich poglądów na temat istniejącego systemu i oczekiwania co do dalszego jego kształtowania oraz odniesienie się do idei solidarności międzypokoleniowej.

Wprowadzona w 1999 r. zmiana systemu ubezpieczeń społecznych, w tym przede wszystkim systemu emerytalnego, była poprzedzona kampanią promującą założenia reformy bez ujawnienia rzeczywistego celu, jakim było zmniejszenie wydatków na przyszłe emerytury. Wiele środowisk ekonomistów i publicystów uznaje, iż wtedy była to propaganda wprowadzająca w błąd społeczeństwo, które nie znając zasad funkcjonowania rynków finansowych i kapitałowych, uwierzyło w przysłowio- we „wczasy pod palmami”¹². Powszechna debata nad zmianami zasad funkcjonowania systemu emerytalnego, która przetoczyła się w mediach w latach 2011–2014 w związku z decyzjami podjętymi przez rząd, w wyniku których podniesiono wiek emerytalny oraz obniżono wysokość składki do OFE i zniesiono obowiązek

¹² Krytyczne opinie na ten temat zawiera książka M.A. Orensteina, *Prywatyzacja emerytur...*, *op. cit.*, w której autor postrzega proces przygotowawczy do wprowadzenia reformy jako pomyślany pod kątem interesów finansowych potencjalnych inwestorów z Zachodu. Autor pisze, że przedstawiciel Banku Światowego Michał Rutkowski został skierowany do Polski, gdzie powołano go na stanowisko szefa Biura Pełnomocnika Rządu ds. Reformy Zabezpieczenia Społecznego, by po zakończeniu misji w 1998 r. wrócić do Waszyngtonu, zob. s. 147–169.

członkostwa w tych funduszach, mogła wpłynąć na większą świadomość tego zagadnienia wśród respondentów. Jednak wyniki badania nie potwierdzają tego oczekiwania, gdyż wpływa na to prawdopodobnie złożoność materii ubezpieczeniowej, która wymaga wiedzy z zakresu ekonomii i przepisów prawa powiązanych z wydolnością budżetu państwa, rynku pracy oraz zjawiskami demograficznymi.

Tabela 2. Ocena słuszności przeprowadzenia w 1999 r. reformy systemu emerytalnego według wieku respondentów (w %)

| Wyszczególnienie | | Wiek w latach | | | | Ogółem | |
|---|----------------|--------------------|-----------|-----------|-----------------|--------|-------|
| | | do 23 lat włącznie | 24–30 lat | 31–40 lat | 41 lat i więcej | N | % |
| Czy Pana/Pani zdaniem słuszne było przeprowadzenie w 1999 r. reformy systemu emerytalnego, w wyniku której utworzono tzw. drugi filar kapitałowy? | tak | 19,7 | 41,2 | 44,5 | 34,0 | 155 | 30,8 |
| | nie | 19,2 | 27,8 | 38,6 | 47,2 | 139 | 27,6 |
| | nie mam zdania | 60,7 | 30,2 | 15,7 | 17,0 | 205 | 40,7 |
| | inna odpowiedź | 0,4 | 0,8 | 1,2 | 1,8 | 5 | 0,9 |
| Ogółem | | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 504 | 100,0 |

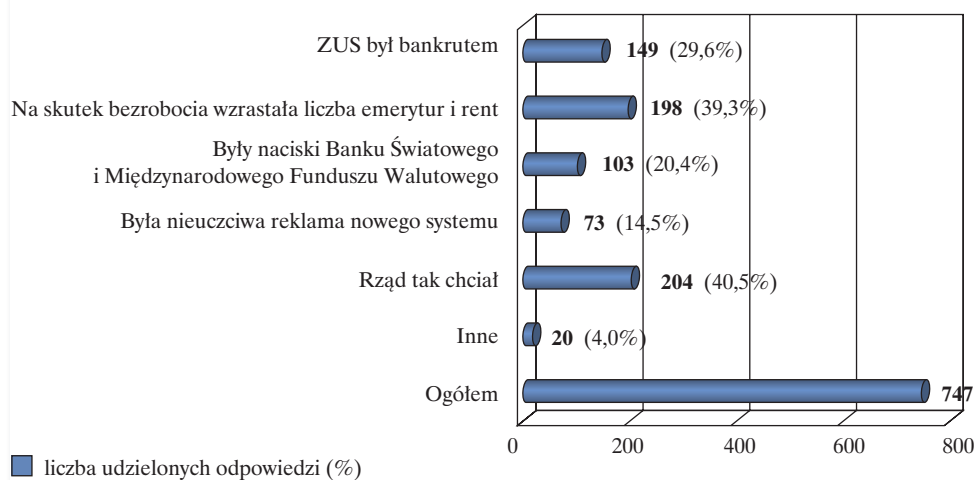
Źródło: badanie własne

Respondenci w większości (tabela 2) nie mają własnego zdania oceniającego słuszność wprowadzonej reformy (40,7%), a największy odsetek „przyznających się” do niewiedzy na ten temat stanowią osoby do 23 roku życia (60,7%). Kategoria odpowiedzi „nie mam zdania” może świadczyć, iż trudno o właściwą ocenę zarówno ze względu na skomplikowane zasady funkcjonowania systemu, jak i wobec aktualnie sprzecznych stanowisk różnych środowisk ekonomicznych i publicystycznych. Należy również uwzględnić fakt, iż dla większości badanych (46,5% respondentów mieści się w przedziale do 23 lat – zob. tabela 1) okres wprowadzenia reformy jest odległą historią, gdyż w 1999 r. byli kilkuletnimi dziećmi, a odnoszą się do oceny systemu przez pryzmat dzisiejszego stanu prawnego systemu, który aktualnie uległ istotnej modyfikacji. Odsetek akceptujących reformę wynosi 30,8%, dominują respondenci w przedziale wieku 31–40 lat oraz mężczyźni 44,6%.

Jednakże odpowiedzi na pytanie o przyczyny, które zdaniem respondentów istniały w okresie poprzedzającym wprowadzenie reformy wskazują, że tematyka ta nie jest badaniem obca, co właśnie może być wynikiem debaty toczącej

się w latach 2012–2014 z racji modyfikacji reformy (wprowadzone zmiany są też określane jako kolejna reforma systemu). Wykres 1 pokazuje, że najczęściej wskazywaną przez respondentów przyczyną była „wzrastająca liczba emerytów i rencistów” (39,3%) oraz ponieważ „rząd tak chciał” (40,5%), a kolejne to „ZUS był bankrutem” (29,6%) oraz „były naciski Banku Światowego i MFW” (20,4%). Za „nieuczciwą reklamę nowego systemu” jako przyczynę wprowadzenia reformy uznało 14,5% respondentów.

Wykres 1. Respondenci określający przyczyny wprowadzenia reformy Międzynarodowego Funduszu Walutowego



Uwaga: 504 respondentów wybrało 747 odpowiedzi (można było wybrać maksymalnie 3 odpowiedzi)

Źródło: badania własne

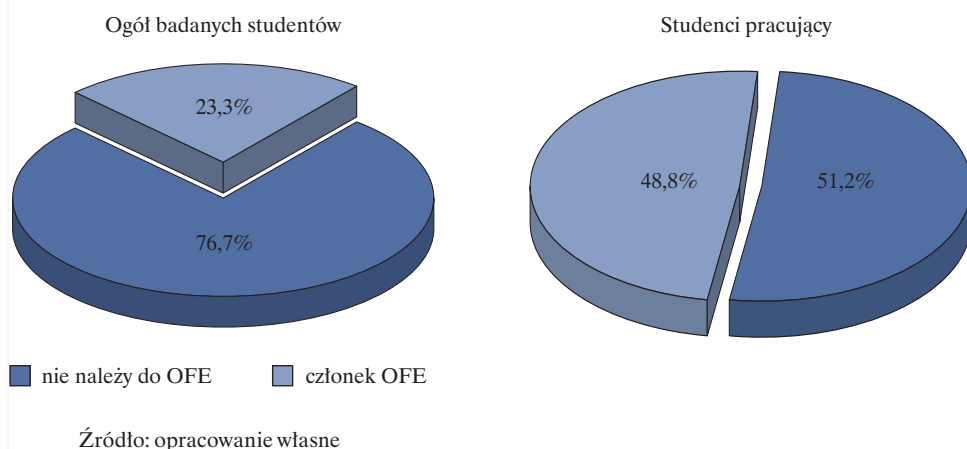
Dostępne wyniki badań dotyczące poziomu wiedzy polskiego społeczeństwa w zakresie ubezpieczeń społecznych zawarte w raporcie grupy finansowej AXA Papers z 2011 r.¹³ wskazują, że Polacy nie zostali dostatecznie poinformowani o zasadach funkcjonowania systemu oraz nie mają wiedzy na temat swych przyszłych emerytur. Natomiast z badania wykonanego na zlecenie Deutsche Bank PBC przez Instytut Homo Homini wynika, że ponad 70% respondentów deklaruje, że ma wiedzę o zmianach w systemie emerytalnym. Wynik tej samooceny należy traktować z ostrożnością, gdyż ich deklaracyjny charakter może być zbyt optymistyczny, a dla poznania rzeczywistego stanu należałoby uzyskać odpowiedzi

¹³ AXA Papers, *Risk education...*, *op. cit.* Według M. Pogonowskiego wyniki tych badań świadczą o tym, „że w Polsce poziom wiedzy związanej z ubezpieczeniami społecznymi jest najniższy w Europie”; zob. M. Pogonowski, *Zadania edukacyjne...*, *op. cit.*, s. 7.

respondentów na pytania odnoszące się do konkretnych rozwiązań i zasad obowiązujących w systemie¹⁴.

Aby sprawdzić, jaki jest stopień wiedzy studentów na temat mechanizmów regulujących system emerytalny, zapytano ich o aktualną wysokość składki emerytalnej przekazywanej do otwartych funduszy emerytalnych (OFE). Zaznaczyć należy, że spośród ogółu badanych członkami OFE było 23,3% respondentów, zaś pracujących studentów należących do OFE było 48,8% (wykres 2). Zdecydowana większość respondentów (56,4%) udzieliła prawidłowej odpowiedzi – 2,92%¹⁵ (tabela 3). Oznacza to, że istotne zmiany zasad funkcjonowania systemu wprowadzone w życie w 2014 r., wpływające na wysokość przyszłej emerytury, nie były znane ponad 40% badanych, gdyż wybierali inne warianty odpowiedzi, w tym 17,3% wskazywało pierwotnie obowiązującą wielkość składki, tj. 7,3%. Wiek respondentów nie miał znaczącego wpływu na znajomość wysokości składki, gdyż wybór prawidłowej odpowiedzi był w miarę równomiernie rozłożony, lecz w przedziale wieku ponad 41 lat i więcej odsetek ten był najwyższy i stanowił 60,4%. Można przyjąć, iż studenci niebędący członkami OFE nie przykładali wagi do tej informacji. Jednocześnie 59% członków OFE odpowiedziało, że zna wysokość środków na swoim rachunku w funduszu emerytalnym i wysokość jednostki rozrachunkowej, 23,1% członków OFE nie zna stanu rachunku, a 17,9% uznało, że „nie interesuje się tym, bo nie ma to wpływu”.

Wykres 2. Struktura badanych studentów pod kątem przynależności do OFE



¹⁴ Tak uważa T. Zaleśkiewicz, *Zmiany w systemie emerytalnym oczami badanych* – komentarz do raportu z badania Deutsche Bank PBC zrealizowanego przez Instytut Homo Homini, <https://www.deutschebank.pl/file-3768323.bdoc> (1.09.2015).

¹⁵ W 2015 r. podział składki emerytalnej w przypadku wyboru OFE był następujący: konto w ZUS – 12,22%, subkonto w ZUS – 4,38%, rachunek w OFE – 2,92%.

Gdyby więc z prezentowanymi wynikami porównać wyniki badania uzyskane przez Instytut Homo Homini, to wprawdzie jest istotna różnica między deklarowaną samooceną (przypomnijmy – ponad 70% badanych uznało, że ma wiedzę o zmianach w systemie) – wynosi ona ponad 14 p.p. (ponad 56% badanych studentów udzieliło prawidłowej odpowiedzi). Jednak zadane studentom pytanie dotyczyło konkretnej wysokości składki, której znajomość może być dość trudna do przyswojenia, ze względu na wprowadzony jej podział (subkonto) i inne wysokości (konto w ZUS, rachunek w OFE). Dlatego uzyskany przez studentów wynik (pytanie uznajmy za rodzaj sprawdzianu) należy uznać za dobry. Natomiast wynik Homo Homini oscylujący wokół 70% albo jest zawyżony, albo należy przyjąć, że respondenci mieli na względzie ogólną wiedzę o wprowadzonych zmianach. Pozwala to im na optymizm w ocenie swego poziomu wiedzy.

Tabela 3. Wiedza respondentów na temat aktualnej wysokości składki emerytalnej przekazywanej do OFE według wieku (%)

| Wysokość składki | Wiek w latach | | | | Ogółem | |
|------------------|--------------------|-----------|-----------|-----------------|--------|-------|
| | do 23 lat włącznie | 24–30 lat | 31–40 lat | 41 lat i więcej | N | % |
| 7,3 % | 10,6 | 20,6 | 28,6 | 20,8 | 87 | 17,3 |
| 2,92 % | 56,4 | 58,1 | 51,4 | 60,3 | 284 | 56,4 |
| 4,38 % | 16,5 | 12,8 | 11,4 | 15,1 | 74 | 14,6 |
| Inne | 16,5 | 8,5 | 8,6 | 3,8 | 59 | 11,7 |
| Ogółem | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 504 | 100,0 |

Uwaga: spośród 117 członków OFE 59% podało, że zna wysokość środków na swoim rachunku w funduszu emerytalnym i wysokość jednostki rozrachunkowej, 23,1% nie zna stanu rachunku, 17,9% oświadczyło, że „nie interesuje się tym, bo nie ma na to wpływu”.

Źródło: badanie własne

Zmiana charakteru uczestnictwa w otwartych funduszach emerytalnych z obowiązkowego na dobrowolny (z czym łączy się kierowanie składki kapitałowej na subkonto albo jej podział między subkonto i otwarty fundusz emerytalny) została przez większość (60%) respondentów oceniona negatywnie (tabela 4). W tym 50% badanych uzasadniło swoją opinię przekonaniem, że „pieniądze w OFE należą do ich członków”, a 10% – iż jest to „wbrew Konstytucji RP”. Stanowisko to reprezentowali najczęściej (55%) respondenci odbywający studia drugiego stopnia, czyli osoby z tytułem licencjata lub inżyniera. Za słuszną decyzję znoszącą obowiązkowe członkostwo i obniżenie składki do OFE, „bo pewniejszy jest ZUS”, uznało 27,6% respondentów, przy czym w miarę rosnącego poziomu wykształcenia

odsetek ten rósł od 26,2% (studenci pierwszego roku) do 31,8% (uczestnicy studiów podyplomowych).

Tabela 4. Respondenci oceniający decyzję znoszącą obowiązkowe członkostwo w OFE według wykształcenia (%)

| Wyszczególnienie | | Wykształcenie | | | Ogółem |
|--|--|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--------|
| | | średnie i pomaturalne | wyższe zawodowe (licencjat, inżynier) | wyższe magisterskie i podyplomowe | |
| Czy Pana/Pani zdaniem decyzja rządu, znosząca z dniem 31.07.2014 r. obowiązkowe członkostwo w OFE i obniżająca wysokość składki, jest korzystna dla przyszłych emerytów? | tak, bo pewniejszy jest ZUS | 26,2% | 28,2% | 31,8% | 27,6% |
| | nie, bo pieniądze w OFE należą do ich członków | 45,7% | 55,0% | 45,5% | 50,0% |
| | nie, bo to wbrew Konstytucji RP | 14,5% | 5,0% | 13,6% | 10,1% |
| | inna odpowiedź | 13,6% | 11,8% | 9,1% | 12,3% |
| Ogółem | | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Źródło: badanie własne

Kolejna istotna zmiana w systemie emerytalnym, odnosząca się do zrównania i podwyższenia wieku emerytalnego do 67 lat, została w zdecydowany sposób negatywnie oceniona przez respondentów (tabela 5), gdyż 87,4% uznało tę zmianę za nieuzasadnioną, w tym odsetek kobiet stanowił aż 89,5%, mężczyzn zaś – 81,4%. Obawy o miejsca pracy, które według respondentów ludzie po 60 roku życia blokują młodym, wyraziło 63,2% respondentów, tu odsetek kobiet również był wyższy (65,7% wobec 55,6% mężczyzn). Drugim argumentem było przekonanie, że „w tym wieku człowiek ma prawo do odpoczynku” (44,5%), najmniejszy odsetek badanych (32,2%) opowiadających się za utrzymaniem dotychczasowego wieku emerytalnego (60 i 65 lat) uzasadniał to stanowisko obawą, że „ludzie w tym wieku (67 lat) są niezdolni do pracy”, z kategorii „inne” kilkanaście wypowiedzi brzmiało „przecież dla osób 50+ nie ma pracy, więc jak dotrważą do 67 lat?”. Tylko 11,4% respondentów uznało podwyższenie i zrównanie wieku emerytalnego za uzasadnione, wybierając takie argumenty, jak: dłuższy wiek emerytalny zwiększy emeryturę (4,2%), poprawi

to finanse ZUS (6%), zmniejszy to deficyt budżetu państwa (6,6%). Wśród dowolnych „innych” wypowiedzi akceptujących wydłużenie wieku emerytalnego (12,2%) pojawiały się takie, jak: „przecież życie ludzkie się wydłuża”, „życie bez pracy nie ma sensu” czy też „to powinna być moja decyzja” – częściej uważali tak mężczyźni (18,6%) niż kobiety (9,9%). Powyższe wyniki są zbieżne z wynikami CBOS z 2010 r., według których 77% badanych dość jednoznacznie sprzeciwia się podwyższeniu wieku emerytalnego, 45% zdecydowanie jest temu przeciwne, 32% raczej jest temu przeciwne, a 16% popiera stopniowe jego podwyższanie. Poglądy te wydają się zrozumiałe w kontekście braku sprzyjających warunków do kontynuowania pracy w starszych grupach wieku (55+)¹⁶.

**Tabela 5. Opinia respondentów o decyzji rządu
zrównującej i podwyższającej wiek emerytalny do 67 lat według płci (%)**

| Czy podwyższenie wieku emerytalnego jest uzasadnione? | Mężczyźni | Kobiety | Ogółem |
|---|------------------|----------------|---------------|
| Tak | 17,4 | 9,1 | 11,4 |
| Nie | 81,4 | 89,5 | 87,4 |
| Inne | 0,8 | 1,4 | 1,1 |
| Brak odpowiedzi | 0,4 | – | 0,1 |
| Ogółem | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Argumenty akceptujące podwyższenie wieku emerytalnego: | Mężczyźni | Kobiety | Ogółem |
| Dłuższy staż pracy zwiększy emeryturę | 2,3 | 4,8 | 4,2 |
| Poprawi to finanse ZUS | 10,9 | 4,3 | 6,0 |
| Zmniejszy deficyt budżetu państwa | 11,6 | 4,8 | 6,6 |
| Inne | 18,6 | 9,9 | 12,2 |
| Argumenty przeciwko podwyższeniu wieku emerytalnego: | Mężczyźni | Kobiety | Ogółem |
| Ludzie po 60 roku życia blokują miejsca pracy młodym | 55,6 | 65,7 | 63,2 |
| Ludzie w tym wieku są niezdolni do pracy | 33,1 | 31,9 | 32,2 |
| W tym wieku człowiek ma prawo do odpoczynku | 41,9 | 45,4 | 44,5 |
| Inne | 6,5 | 1,1 | 2,4 |

Źródło: badanie własne

¹⁶ Zob. *Podnoszenie wieku emerytalnego – diagnoza potrzeb i rekomendacje na przykładzie Polski i Niemiec*, red. J. Kucharczyk, E. Kuźmicz, Warszawa 2011, s. 38.

Powyższe wyniki wskazują na zdecydowanie negatywną ocenę przez respondentów decyzji rządu w sprawie zrównania i podwyższenia wieku emerytalnego. Widoczne jest, że argumenty przytoczone w debacie publicznej w latach 2011–2012 nie znalazły zrozumienia¹⁷. Najważniejsze przyczyny tej decyzji, takie jak: negatywny wpływ czynników demograficznych powodujących rosnącą dysproporcję między liczbą osób w wieku produkcyjnym i emerytalnym na skutek tego, że Polacy żyją dłużej, a spada liczba narodzin, wydłużający się okres nauki szkolnej, rosnący deficyt systemu emerytalnego, wydłużony wiek emerytalny w innych krajach, niższe emerytury dla kobiet i inne, były wielokrotnie publikowane, dyskutowane przez różne gremia publicystyczne i polityczne – choć rzeczywiste zostały odrzucone poprzez społeczne i kulturowe uwarunkowania wieku emerytalnego, bez głębszej refleksji ekonomicznej¹⁸.

Wyniki badania potwierdzają istnienie stereotypowej opinii o preferowanym modelu starości zaczynającym się w uprzednim stanie prawnym, w wieku określanym jako „ustawowy wiek emerytalny”, tj. 60 lub 65 lat, którego przekroczenie stanowi zdarzenie (ryzyko) uprawniające do świadczenia emerytalnego.

Dla zbadania poglądów respondentów odnoszących się do idei solidarności międzypokoleniowej, która jest podstawą funkcjonowania systemu repartycyjnego, będącego narzędziem redystrybucji między pokoleniami (obecne pokolenie pracujących wpłaca składki, które w formie świadczeń są przekazywane na bieżące emerytury), zapytano, czy ta swoista umowa społeczna ma rację bytu w obecnym systemie społeczno-gospodarczym. Zagadnienie to jest związane z przekształceniem systemu repartycyjnego istniejącego przed 1999 r. w system repartycyjno-kapitałowy, który według niektórych ekspertów z powodów demograficznych wymusza odrzucenie systemu opartego na solidarności pokoleniowej¹⁹.

¹⁷ Zdaniem N. Barra „na poprawę sytuacji fiskalnej może wpłynąć bezpośrednia redukcja przyszłych wydatków, uzyskana dzięki obniżeniu przeciętnej emerytury bądź podniesieniu ustawowego wieku emerytalnego; polityka taka jest rozsądną odpowiedzią na wydłużanie się przeciętnego (dalszego) trwania życia. Zatem obniżenie wydatków na emerytury osiąga się, nie obniżając standardu życia na emeryturze, lecz skracając okres bycia na emeryturze – wydatki państwa zostają ograniczone bez podwyższania podatków. Koszty przemian demograficznych przerzucane są więc na emerytów”; zob. N. Barr, *Współczesna polityka społeczna. Państwo dobrobytu jako skarbonka*, Warszawa 2010, s. 154.

¹⁸ Zob. M. Pierzchalska, *Spoleczne i kulturowe uwarunkowania wieku emerytalnego* [w:] *Wiek emerytalny*, red. M. Żukowski, A. Malaka, Kazimierz Dolny 2012, s. 76–92.

¹⁹ Zob. P. Szumlewicz, *Przywróćmy system solidarności pokoleń*, „Gazeta Wyborcza” z 22.03.2011. Autor przytacza stanowisko ojców reformy, którzy nawet niewielkie ograniczenie zysków OFE nazywają „zerwaniem umowy społecznej”. Zob. M. Pierzchalska, *Spoleczne i kulturowe uwarunkowania...*, *op. cit.*

Dane w tabeli 6 pokazują, że ok. 1/3 respondentów (29,5%) uważa, że solidarność międzypokoleniowa ma rację bytu w obecnym systemie społecznym i gospodarczym, w tym najwyższy odsetek badanych (40,7%) tak uważających występował w grupie powyżej 41 roku życia. Jednak największa część badanych (38,4%) odrzuca umowę społeczną, a 1/3 nie wie, co znaczy pojęcie „solidarność międzypokoleniowa”, w tym największy jest odsetek (38,6%) najmłodszych studentów. Wyniki te ujawniają wyraźny dystans badanych do kwestii egalitaryzmu i dystrybucji dochodów – wiedzę o deficycie finansów publicznych i przewidywanym bardzo niskim poziomie przyszłych emerytur powinni oni posiadać w czasie studiów lub z racji toczącej się debaty publicznej – co może oznaczać uchylanie się młodego pokolenia od finansowania emerytur swoich rodziców i dziadków, gdyż uznają to za obowiązek państwa, jakkolwiek by to rozumieć.

Tabela 6. Opinia respondentów na temat funkcjonowania solidarności międzypokoleniowej według wieku (%)

| Wyszczególnienie | | Wiek w latach | | | | Ogółem |
|---|------------------------|--------------------|-----------|-----------|-----------------|--------|
| | | do 23 lat włącznie | 24–30 lat | 31–40 lat | 41 lat i więcej | |
| Czy uważa Pan/Pani, że solidarność międzypokoleniowa ma rację bytu w obecnym systemie społeczno-gospodarczym? | tak | 21,9 | 35,8 | 34,1 | 40,7 | 29,5 |
| | nie | 37,8 | 36,6 | 45,1 | 35,2 | 38,4 |
| | nie wiem, co to znaczy | 38,6 | 24,3 | 20,8 | 22,2 | 30,3 |
| | inna odpowiedź | 1,7 | 3,3 | – | 1,9 | 1,8 |
| Ogółem | | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Źródło: badanie własne

Na tle poglądów dotyczących solidarności międzypokoleniowej zapytano badanych studentów, jaki według nich powinien w Polsce istnieć model systemu emerytalnego. Z przedstawionych propozycji (tabela 7) największe uznanie zyskał model publiczno-prywatny (ZUS, OFE), gdyż wyraziła to prawie połowa badanych (48,9%), w tym osoby powyżej 41 roku życia stanowiły 56,9%. Tym samym połowa badanych akceptuje istniejący system, choć można przyjąć, że pogłębiona dyskusja na ten temat ujawniłaby zróżnicowane poglądy, szczególnie dotyczące częściowego wycofywania się z segmentu kapitałowego. Mniej badanych osób (28,4%) widziałoby system emerytalny jako model publiczny, czyli upraszczając – tylko ZUS, a najmniej (15,3%) model tylko prywatny.

Tabela 7. Opinia respondentów na temat modelu systemu emerytalnego, który powinien istnieć w Polsce – według wieku (%)

| Wyszczególnienie | | Wiek w latach | | | | Ogółem |
|--|-------------------------------|--------------------|-----------|-----------|-----------------|--------|
| | | do 23 lat włącznie | 24–30 lat | 31–40 lat | 41 lat i więcej | |
| Jaki w Polsce powinien funkcjonować system emerytalny? | publiczny | 25,3 | 31,2 | 33,7 | 27,5 | 28,4 |
| | prywatny (OFE) | 14,6 | 18,4 | 15,0 | 11,7 | 15,3 |
| | publiczno-prywatny (ZUS, OFE) | 50,7 | 45,6 | 43,8 | 56,9 | 48,9 |
| | inny | 9,4 | 4,8 | 7,5 | 3,9 | 7,4 |
| Ogółem | | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Źródło: badanie własne

Za ważne pytanie w kontekście badanej tematyki uznano ocenę ZUS jako państwowej jednostki organizacyjnej realizującej zadania z zakresu ubezpieczeń społecznych. Odpowiedzi na to pytanie mogą być wskaźnikiem świadomości obywatelskiej, wyniki pokazują (tabela 8), że badani studenci nie uniknęli stereotypów występujących w obiegu społecznym. Większość badanych (56,9%), w tym prawie 60% respondentów do 23 roku życia, oceniła, że ZUS nie jest wiarygodną instytucją, „bo emerytury są za niskie, a składki za wysokie”, ogółem prawie 15% uznało, że ZUS jest wiarygodny, „bo terminowo płaci renty i emerytury”. Wymownym wysokim wskaźnikiem ogółu badanych (26,8%) i ponad 29,4% wśród najmłodszych studentów jest wybór kategorii „trudno ocenić”. Jednocześnie trzeba zauważyć, że opinia o działalności ZUS jest w dużym stopniu zbieżna z oceną systemu emerytalnego. Wskazuje to na potrzebę dalszej skutecznej popularyzacji wiedzy o ubezpieczeniach społecznych, gdyż niedoskonała informacja negatywnie wpływa na funkcjonowanie systemu; chodzi przede wszystkim o budowanie świadomości obywatelskiej, by uczestnik systemu (ubezpieczony) umiał powiązać przyczyny ze skutkami²⁰. Ponadto według wiedzy psychologicznej brak informacji pogarsza ocenę, dostarczenie

²⁰ Wynika to z wypowiedzi B. Owsiak, wicedyrektor ds. edukacji i komunikacji społecznej Gabinetu Prezesa ZUS, w rozmowie z M. Strzelecką, zob. *Budowanie świadomości obywatelskiej w dziedzinie ubezpieczeń społecznych*, „Ubezpieczenia Społeczne” 2014, nr 2 (119), s. 2–6. Zob. też M. Pogonowski, *Edukacyjne i informacyjne aspekty działalności Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Podstawy prawne i społeczne [w:] Ubezpieczenia społeczne w procesie zmian. 80 lat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*, red. nauk. K.W. Frieske, E. Przychodaj, Warszawa 2014, s. 341–358.

więc rzetelnej i wszechstronnej informacji przyczyni się do formułowania bardziej pozytywnych ocen²¹. Działalność edukacyjna i informacyjna ZUS jest znacznie rozbudowana, a zadanie to zostało zamieszczone wśród głównych celów strategii rozwoju na lata 2013–2015. Jest konieczne utrzymywanie tego trendu z uwagi na rolę kapitału intelektualnego kraju, w tym kapitału ludzkiego i społecznego, „które odpowiednio wykorzystywane mogą być źródłem obecnego i przyszłego dobrostanu kraju”²².

Tabela 8. Ocena ZUS przez respondentów według wieku (%)

| Wyszczególnienie | | Wiek w latach | | | | Ogółem |
|--|--|--------------------|-----------|-----------|-----------------|--------|
| | | do 23 lat włącznie | 24–30 lat | 31–40 lat | 41 lat i więcej | |
| Czy ZUS jako państwowa jednostka organizacyjna jest wiarygodną instytucją? | tak, terminowo płaci renty i emerytury | 9,8 | 17,6 | 19,5 | 24,1 | 14,9 |
| | nie, bo emerytury i renty są niskie, a składki wysokie | 59,1 | 53,6 | 57,3 | 53,7 | 56,9 |
| | trudno ocenić | 29,4 | 27,2 | 22,0 | 22,2 | 26,8 |
| | inna odpowiedź | 1,7 | 1,6 | 1,2 | – | 1,4 |
| Ogółem N = 502 | | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Źródło: badanie własne

Z uwagi na przewidywany niski poziom przyszłych emerytur zapytano respondentów o ich plany oszczędzania na stare lata, czyli o oszczędzanie emerytalne (tabela 9). Zdecydowanie zamierza oszczędzać 21,7% badanych, prawie połowa (47%) także ma taki zamiar, ale gdy będą godziwie zarabiać, znaczna część (28,2%) nie widzi takiej możliwości. Można więc uznać, że czynniki ekonomiczne determinują gotowość ludzi do oszczędzania, zwłaszcza długoterminowego i systematycznego. Podobną postawę Polaków prezentuje badanie Instytutu Homo Homini przeprowadzone w 2012 r., według którego aż 66% respondentów ogranicza się tylko do opłacania obowiązkowych składek (co w przypadku pracowników należy do pracodawcy).

²¹ Zob. T. Zaleśkiewicz, *Zmiany w systemie emerytalnym...*, op. cit., s. 5.

²² J. Auleytner, *Polityka społeczna w Polsce i na świecie*, Warszawa 2011, s. 236 i nast.

Tabela 9. Respondenci według planów oszczędzania na stare lata według wieku (%)

| Wyszczególnienie | | Wiek w latach | | | | Ogółem |
|---|---------------------------------|--------------------|-----------|-----------|-----------------|--------|
| | | do 23 lat włącznie | 24–30 lat | 31–40 lat | 41 lat i więcej | |
| Czy mając wiedzę o niskim poziomie emerytur (tzw. stopa zastąpienia będzie według szacunków wynosić ok. 30% ostatniego wynagrodzenia) oszczędza Pan/Pani lub zamierza oszczędzać na stare lata? | tak | 19,1 | 24,6 | 27,5 | 17,6 | 21,7 |
| | tak, gdy będę godziwie zarabiać | 48,3 | 46,7 | 45,0 | 45,1 | 47,0 |
| | nie widzę takiej możliwości | 27,4 | 27,1 | 27,5 | 35,3 | 28,2 |
| | inna odpowiedź | 5,2 | 1,6 | – | 2,0 | 3,1 |
| Ogółem | | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Uwaga: Zamiar oszczędzania wśród respondentów według liczebności gospodarstw domowych i przeciętnych dochodów na 1 osobę w gospodarstwie wskazuje na wyraźną zależność w miarę większej liczebności i mniejszego dochodu miesięcznego; dodatkowym elementem obciążającym te zamiary jest fakt ponoszenia przez respondentów kosztów studiowania w niepublicznych uczelniach, co może rzutować na bieżące poglądy, choć tu powinny być uwzględniane aspekty długoterminowe.

Źródło: badanie własne

Wiek badanych studentów jest zróżnicowany od 19 do ponad 41 lat, w tej rozpiętości wiekowej nie widać zależności, która zazwyczaj przejawia się większą skłonnością do oszczędzania u osób w wieku średnim (i starszym), co wydaje się naturalne, bo dla nich dystans czasowy do emerytury jest krótszy. Można więc wnioskować, że zmiana systemu emerytalnego, w którym jednym z założeń było przejście od państwa części ciężaru finansowania własnych emerytur poprzez wykazanie przezorności, nie sprawdziła się. Słaba tendencja do oszczędzania przekłada się też na nikłe wyniki w trzecim, dobrowolnym filarze. Brak indywidualnych działań w tym względzie oznacza oparcie egzystencji na starość na emeryturze z ZUS i OFE.

4. PODSUMOWANIE

Z przeprowadzonej wstępnej analizy wyników badania można sformułować m.in. następujące wnioski:

1. Badanie pokazało, że mimo już zdobytego lub zdobywanego wyższego wykształcenia wiedza o ubezpieczeniach społecznych jest niewystarczająca – ponad 40% badanych studentów nie ma własnego zdania na temat podstawowych kwestii w systemie emerytalnym, a 32% nie zna wysokości aktualnej składki do ZUS i OFE. W świetle powyższego prowadzona działalność edukacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, wpływająca niewątpliwie na budowanie świadomości

obywatelskiej, powinna być kontynuowana, gdyż wpływa na świadome uczestniczenie w systemie.

2. Połowa badanych akceptuje funkcjonujący model systemu emerytalnego (publiczno-prywatny ZUS, OFE), a ponad 50% studentów do 23 roku życia za szczególnie korzystne uważa utworzenie segmentu kapitałowego – oceniając jednocześnie negatywnie jego ograniczanie.
3. Według 60% respondentów zmiany wprowadzone w segmencie kapitałowym, w wyniku których zbierany kapitał będzie mniejszy, są dla nich niekorzystne, gdyż są przekonani, że pieniądze w OFE należą do członków funduszy oraz że decyzja rządu w tym względzie jest wbrew Konstytucji RP. Nieco ponad 12% dostrzega możliwość dziedziczenia zebranych aktywów jako ważny atut, mimo że nie znają wysokości składki, jaka jest odprowadzana do OFE ani zasad inwestowania w funduszach emerytalnych.
4. Respondenci zdecydowanie negatywnie (ponad 81% mężczyzn i prawie 90% kobiet) oceniają decyzję rządu w kwestii zrównania i podwyższenia wieku emerytalnego, preferując uprzedni ustawowy wiek emerytalny lub możliwość elastycznego przechodzenia na emeryturę, głównie z obawy o miejsca pracy po 60 roku życia.
5. Poglądy badanych na temat solidarności międzypokoleniowej są zróżnicowane; według ok. 1/3 respondentów ta umowa społeczna ma w dalszym ciągu rację bytu w obecnej rzeczywistości, uważa tak ponad 40% najstarszych studentów (po 41 roku życia). Jednak ogółem ponad 38% nie widzi racji bytu dla tej idei, a 30% nie wie, co ona oznacza.
6. Badanie potwierdziło deklarację 22% respondentów o zamiarze oszczędzania emerytalnego w związku z niską stopą zastąpienia przyszłych emerytur, dla 47% jest to uwarunkowane osiągnięciem godziwych zarobków, 28% nie widzi takiej możliwości.
7. Konieczne jest nadal ustawiczne, zróżnicowane w zależności od grupy docelowej, kształcenie społeczeństwa w sferze ubezpieczeń społecznych. Dotyczy to zarówno młodzieży, jak i dorosłych, obie grupy tworzą kapitał intelektualny, który powinien mieć rzetelną wiedzę na poziomie pozwalającym rozumieć podstawowe procesy ekonomiczne i społeczne skutkujące wprowadzonymi rozwiązaniami w systemie emerytalnym. Będzie to sprzyjać dialogowi społecznemu i pozwoli formułować bardziej pozytywne oceny wprowadzanych zmian.

Przedstawione niektóre oceny i poglądy studiujących osób młodych i w średnim wieku sygnalizują wiele problemów, jakie niesie ze sobą każda zmiana modelu zabezpieczenia egzystencji, w tym etapu starości, zwłaszcza w dynamicznie starzejącym się społeczeństwie. Wymaga to stałego monitorowania opinii społecznej, którego wyniki powinny być wykorzystywane w realizacji polityki społecznej.

LITERATURA

- Auleytner J., *Polityka społeczna w Polsce i na świecie*, Warszawa 2011.
- AXA Papers, *Risk education and research*, „Retirement” No. 2, http://www.axa-polska.pl/gfx/axa/userfiles/_public/biuro_prasowe/axa_retirement_report2011.pdf (15.10.2015).
- Barr N., *Państwo dobrobytu jako skarbonka. Informacja, ryzyko, niepewność a rola państwa*, Warszawa 2010.
- Barr N., Diamond P., *Reformy systemu emerytalnego. Krótki przewodnik*, Warszawa 2014.
- Centrum Badania Opinii Społecznej, *Oceny proponowanych zmian w systemie emerytalnym*, BS/41/2010, Warszawa, marzec 2010.
- Czepulis-Rutkowska Z., *Problemy zabezpieczenia społecznego osób starszych* [w:] *Ubezpieczenia społeczne w procesie zmian. 80 lat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*, red. K.W. Frieske, E. Przychodaj, Warszawa 2014.
- Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja gospodarstw domowych w 2014 roku w świetle wyników badania budżetów gospodarstw domowych*, Warszawa 2014.
- Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik statystyczny RP 2002*, Warszawa 2002.
- Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik statystyczny RP 2013*, Warszawa 2013.
- Golinowska S., *Funkcje państwa w zabezpieczeniu dochodów na okres starości. Zmiana warunków i paradygmatu na przykładzie polskiej reformy systemu emerytalnego* [w:] *Ubezpieczenia społeczne w procesie zmian. 80 lat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*, red. K.W. Frieske, E. Przychodaj, Warszawa 2014.
- Golinowska S., *O reformie emerytalno-rentowej w kategoriach ekonomii politycznej* [w:] S. Golinowska, J. Hausner, *Ekonomia polityczna reformy emerytalnej*, „Raport CASE” 1998, nr 15.
- Góra M., *Cele reformy emerytalnej i rola Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w XXI wieku* [w:] *Ubezpieczenia społeczne w procesie zmian. 80 lat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*, red. K.W. Frieske, E. Przychodaj, Warszawa 2014.
- Góra M., *System emerytalny*, Warszawa 2003.
- Kurzynowski A., *Związki polityki społecznej z polityką gospodarczą* [w:] *Polityka społeczna*, red. A. Kurzynowski, Warszawa 2006.
- Olszewska M., *Niektóre skutki reformy systemu ubezpieczeń społecznych* [w:] *Ubezpieczenia społeczne w procesie zmian. 80 lat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*, red. K.W. Frieske, E. Przychodaj, Warszawa 2014.
- Orenstein A.M., *Prywatyzacja emerytur. Transnarodowa kampania na rzecz reformy zabezpieczenia społecznego*, Warszawa 2013.
- Oręziak L., OFE. *Katastrofa prywatyzacji emerytur w Polsce*, Warszawa 2014.
- Pierchalska M., *Kształcenie w dziedzinie ubezpieczeń społecznych* [w:] *Problemy ubezpieczeń społecznych w 70-lecie istnienia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*, red. U. Jackowiak, A. Malaka, Wrocław 2004.
- Pierchalska M., *Społeczne i kulturowe uwarunkowania wieku emerytalnego* [w:] *Wiek emerytalny*, red. M. Żukowski, A. Malaka, Kazimierz Dolny 2012.
- Piketty T., *Kapitał w XXI wieku*, Warszawa 2015.
- Podnoszenie wieku emerytalnego – diagnoza potrzeb i rekomendacje na przykładzie Polski i Niemiec*, red. J. Kucharczyk, E. Kuźmicz, Warszawa 2011.

- Pogonowski M., *Edukacyjne i informacyjne aspekty działalności ZUS [w:] Ubezpieczenia społeczne w procesie zmian. 80 lat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*, red. K.W. Frieske, E. Przychodaj, Warszawa 2014.
- Pogonowski M., *Zadania edukacyjne ZUS w kontekście stanu wiedzy o ubezpieczeniach społecznych*, „Ubezpieczenia Społeczne” 2014, nr 2 (119).
- Sobczyk A., *W sprawie kryzysu edukacji z zakresu ubezpieczeń społecznych na studiach prawniczych*, „Ubezpieczenia Społeczne” 2014, nr 2 (119).
- Struktura oszczędności w Polsce i wybranych krajach europejskich*, raport Analizy Online S.A. dla BPH TFI S.A., czerwiec 2012, https://www.analizy.pl/fundusze/dokumenty/RAPORT_oszczednosci_gospodarstw_final.pdf (5.10.2016).
- Strzelecka M., *Budowanie świadomości obywatelskiej w dziedzinie ubezpieczeń społecznych*, wywiad z Barbarą Owsiak, „Ubezpieczenia Społeczne” 2014, nr 2 (119).
- Szkolnictwo wyższe w Polsce 2013*, raport Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, dane GUS i systemu POL-on.
- Szumlewicz P., *Przywróćmy system solidarności pokoleń*, „Gazeta Wyborcza” z 22.03.2014.
- Zaleśkiewicz T., *Zmiany w systemie emerytalnym oczami badanych – komentarz do raportu z badania Deutsche Bank PBC zrealizowanego przez Instytut Homo Homini* udostępniony na stronach internetowych: <https://www.deutschebank.pl/file-3768323.bdoc> (1.09.2015).

STRESZCZENIE

Artykuł na tle obowiązujących reguł systemu emerytalnego przedstawia wstępne wyniki badania ankietowego, które zostało przeprowadzone wśród studentów studiów stacjonarnych i niestacjonarnych. Badanie dotyczy oceny i poglądów respondentów na temat reformy systemu emerytalnego wprowadzonej w 1999 r. oraz zmian w latach 2011–2014 w drugim filarze (OFE). Wyniki wskazują, mimo niewystarczającej wiedzy o zasadach funkcjonowania systemu, na akceptację przez respondentów modelu repartycyjno-kapitałowego i negatywną ocenę wprowadzonych w ostatnich latach ograniczeń segmentu kapitałowego. Respondenci w większości nie widzą możliwości oszczędzania emerytalnego z powodu niewystarczających dochodów.

Słowa kluczowe: badanie, reforma systemu emerytalnego, studenci, wiedza o zmianach w systemie emerytalnym

SUMMARY

Changes in the retirement system in the light of the opinions of those doing degrees

The article presents, against the backcloth of the regulations in force for retirement, introductory results from survey research conducted amongst tertiary-level day and extra-mural students. The research looked at the evaluation and views of

the respondents on the subject of the retirement reform implemented in 1999, as well as the changes from 2011 to 2014 to the second tier of the Open Investment Fund (OFE) for retirement investment. The results show that, despite an insufficient knowledge of the principles involved in the system's functioning, respondents accept the reparation-capital model while negatively evaluating the limitations to the capital segment introduced in recent years. On the whole the respondents did not see saving towards retirement as a credible option due to insufficient income levels.

Key words: research, reform of the retirement system, students, knowledge about changes in the retirement system

MARIUSZ WIECZOREK

*Komisje lekarskie podległe
ministrowi właściwemu
do spraw wewnętrznych*

**UNIWERSYTET TECHNOLOGICZNO-HUMANISTYCZNY
IM. K. PUŁASKIEGO W RADOMIU**

1. WSTĘP

Sprawność psychofizyczna człowieka, jako podmiotu prawa, jest doniosła dla stosunków prawnych regulowanych rozmaitymi gałęziami prawa: prawa pracy, prawa zabezpieczenia społecznego czy prawa administracyjnego. W znaczącym stopniu, obok kwalifikacji, determinuje bowiem nie tylko faktyczną, ale i prawną zdolność do świadczenia pracy zarobkowej, która może być wykonywana w ramach stosunku pracy, cywilnoprawnego stosunku zatrudnienia czy regulowanego prawem administracyjnym stosunku służbowego¹. Oczywiście jest stwierdzenie, że wykonywanie jakiegokolwiek pracy uwarunkowane jest posiadaniem zdolności fizycznej i psychicznej do pracy w zakresie odpowiadającym jej rodzajowi i wymiarowi i wymaga ustalenia istnienia tej zdolności. Ustawodawca nie zdecydował się na wprowadzenie jednolitego systemu orzekania o zdolności do pracy (szeroko rozumianej) w odniesieniu do pracowników, osób wykonujących pracę zarobkową na podstawie umów cywilnoprawnych i funkcjonariuszy służb mundurowych.

Najliczniejszą grupę zatrudnionych stanowią osoby pozostające w stosunku pracy, czyli pracownicy. Warunkiem *sine qua non* dopuszczenia ich do świadczenia pracy jest posiadanie przez nich zaświadczenia lekarskiego o zdolności do pracy. Podstawowym aktem prawnym, który określa zasady i tryb postępowania przy przeprowadzaniu profilaktycznych badań lekarskich pracowników, jest rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy². Zaświadczenia o zdolności do pracy wydają uprawnieni lekarze.

¹ W świetle art. 2 ust. 1 pkt 34 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity: Dz.U. z 2015 r. poz. 149 z późn. zm.) zatrudnienie polega na wykonywaniu pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą. Z kolei zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 11 przywołanej ustawy „inną pracą zarobkową” jest wykonywanie pracy lub świadczenie usług na podstawie umów cywilnoprawnych, w tym umowy agencyjnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło albo w okresie członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub spółdzielni usług rolniczych.

² Dz.U. nr 69, poz. 332 z późn. zm. Szczególnie w omawianym zakresie przedstawia się sytuacja osób zatrudnianych na podstawie umowy zlecenia, umowy agencyjnej czy innej umowy cywilnoprawnej rodzącej obowiązek świadczenia pracy zarobkowej, nie muszą one przedstawiać jakiegokolwiek zaświadczenia o tym, że są zdolne do pracy. Wyjątek od tej zasady może wynikać z polecenia pracodawcy, który w oparciu o uprawnienie wynikające z art. 304¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (tekst jednolity: Dz.U. z 2016 r. poz. 1666, dalej k.p.). Pracodawca może określić, które z obowiązków pracowników określonych w art. 211 k.p. ciąży również na osobach fizycznych wykonujących pracę na innej podstawie niż stosunek pracy w zakładzie pracy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę lub inny podmiot organizujący pracę, a także na osobach prowadzących na własny rachunek działalność gospodarczą, w zakładzie pracy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę lub inny podmiot organizujący pracę. Jednym z obowiązków określonych w art. 211 k.p. jest obowiązek poddania się wstępnym badaniom lekarskim. Pracodawca może go rozciągnąć również na innych niż pracownicy za-

Pracownik lub pracodawca, który nie godzi się z treścią wydanego zaświadczenia, może wystąpić o przeprowadzenie ponownego badania przez wojewódzki ośrodek medycyny pracy.

Brak zdolności do pracy pracowników czy też jej ograniczenie, spowodowane naruszeniem sprawności organizmu, na potrzeby prawa do świadczeń z zabezpieczenia społecznego³, stwierdzany jest w innym trybie. System orzekania o niezdolności do pracy na potrzeby tego systemu jest bardzo rozbudowany, co jest związane z tym, że nie wszystkie osoby aktywne zawodowo objęte są identyczną techniką zabezpieczenia, a jedną z konsekwencji tego stanu rzeczy jest wykonywanie zabezpieczenia społecznego przez różne instytucje⁴.

Konieczność istnienia odrębnego od pracowniczego pionu orzecznictwa lekarskiego w resorcie spraw wewnętrznych wynika ze specyfiki zadań i zagrożeń zdrowia i życia funkcjonariuszy służb podległych ministrowi spraw wewnętrznych. Służba w Policji, Straży Granicznej, Biurze Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej, Służbie Więziennej oraz Centralnym Biurze Antykorupcyjnym związana jest ze stałym narażeniem życia i zdrowia na urazy fizyczne i psychiczne, wymaga stałej dyspozycyjności oraz zmiennego rytmu dobowego służby, stałej i pełnej sprawności psychofizycznej. Z uwagi na powyższe, kandydaci i funkcjonariusze wymienionych formacji muszą spełniać wysokie wymagania zdrowotne przy przyjęciu do służby oraz przez cały okres jej trwania. Komisje lekarskie podległe ministrowi spraw wewnętrznych mają zapewnić właściwy dobór kandydatów do służby, dokonują oceny stanu zdrowia funkcjonariuszy pełniących służbę oraz orzekają

trudnionych, ale tylko pod warunkiem, że swoje obowiązki wykonują oni w zakładzie pracy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę lub inny podmiot organizujący pracę. Pojawia się przy tym pytanie, czy pracodawca będzie zobowiązany do niedopuszczenia zleceniobiorcy do pracy skierowanego w trybie określonym w art. 304¹ k.p. na wstępne badania lekarskie, co do którego zostały stwierdzone przeciwwskazania do wykonywania określonych umową czynności. Z językowej wykładni art. 211 k.p. wynika, że zakaz dopuszczenia do pracy dotyczy wyłącznie pracowników. Tego rodzaju wykładnia, w świetle art. 304¹ k.p. byłaby jednak nieuprawniona. Skoro ustawodawca wyposażył pracodawcę w możliwość rozciągnięcia na zleceniobiorców (m.in.) obowiązków określonych w art. 211 k.p., to należy uznać, że osoby, których dotyczy polecenie, stają się pracownikami w znaczeniu funkcjonalnym.

³ Według J. Piotrowskiego zabezpieczenie społeczne to całokształt środków i działań instytucji publicznych, za pomocą których społeczeństwo stara się zabezpieczyć swoich obywateli przed niezawinionym przez nich niedostatkiem, przed groźbą niemożności zaspokojenia podstawowych, społecznie uznanych za ważne potrzeb; zob. J. Piotrowski, *Zabezpieczenie społeczne. Problematyka i metody*, Warszawa 1966, s. 29.

⁴ Dla przykładu można wskazać odrębne systemy orzecznicze utworzone na potrzeby Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Należy również zauważyć, że inny jest tryb stwierdzania niezdolności do pracy dla celów ubezpieczenia chorobowego, a inny dla celów rentowych. Z kolei stwierdzanie niezdolności funkcjonariuszy do służby z powodu choroby następuje w analogicznym trybie co ustalanie krótkookresowej niezdolności do pracy pracowników. Szczegółowe omówienie tego systemu wykracza poza ramy niniejszego opracowania.

o konieczności zakończenia służby ze względów zdrowotnych. Komisje lekarskie podległe ministrowi spraw wewnętrznych orzekają zarówno na potrzeby związane z zatrudnieniem (wykonywanym w ramach stosunku służbowego), jak i na potrzeby zabezpieczenia społecznego funkcjonariuszy.

W niniejszym opracowaniu zostaną podjęte niektóre z problemów związanych z funkcjonowaniem komisji lekarskich, które swoje orzeczenia wydają przede wszystkim wobec kandydatów i funkcjonariuszy służb podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych. Zasadniczym przyczynkiem do podjęcia tych rozważań było uchwalenie 28 listopada 2014 r. ustawy o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych⁵, która uchyliła rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 9 lipca 1991 r. w sprawie właściwości i trybu postępowania komisji lekarskich podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych⁶.

Zasadnicza zmiana systemu orzecznictwa na potrzeby stwierdzania zdolności do służby zorganizowanego dla funkcjonariuszy służb mundurowych sprowadza się do przemodelowania struktury komisji podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych. Przed zmianą zadania związane z orzekaniem na potrzeby stwierdzenia zdolności do służby wykonywały:

- 1) wojewódzkie komisje lekarskie – jako pierwsza instancja,
- 2) okręgowe komisje lekarskie – jako druga instancja,
- 3) Centralna Komisja Lekarska – jako organ sprawujący nadzór nad wojewódzkimi i okręgowymi komisjami.

W stanie prawnym wyznaczonym przez ustawę zadania komisji lekarskich wykonywane będą przez rejonowe komisje lekarskie jako pierwszą instancję i Centralną Komisję Lekarską (CKL) jako drugą instancję. Przepisami ustawy, w porównaniu do wcześniejszej regulacji, rozszerzony został również zakres właściwości komisji i znacząco zmodyfikowany tryb postępowania.

Celem opracowania jest próba rozstrzygnięcia wątpliwości związanych ze statusem prawnym komisji lekarskich, charakteru prowadzonego przez nie postępowania oraz dokonanie klasyfikacji orzeczeń wydawanych przez komisje.

2. WŁAŚCIWOŚĆ I ORGANIZACJA KOMISJI LEKARSKICH ---

Właściwość rzeczową komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych wyznacza treść art. 1 ust. 1 ustawy o komisjach, zgodnie z którym są one właściwe w sprawach:

⁵ Dz.U. poz. 1822, dalej jako ustawa o komisjach. Weszła w życie 1 stycznia 2015 r. z wyjątkiem art. 60 pkt 6 i art. 63 pkt 5 i 6, które weszły w życie 14 dni od ogłoszenia ustawy.

⁶ Dz.U. nr 79, poz. 349 z późn. zm., dalej jako rozporządzenie o komisjach.

- 1) ustalenia zdolności fizycznej i psychicznej kandydatów do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biurze Ochrony Rządu, Centralnym Biurze Antykorupcyjnym i Służbie Więziennej;
- 2) oceny stanu zdrowia funkcjonariuszy oraz ustalenia ich zdolności fizycznej i psychicznej do służby;
- 3) ustalenia zdolności fizycznej i psychicznej kandydatów do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej, inspektorów i pracowników zatrudnionych w tych komórkach oraz kandydatów do pracy w wywiadzie skarbowym, a także pracowników wywiadu skarbowego;
- 4) ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu doznanego wskutek wypadku pozostającego w związku z pełnieniem służby lub choroby pozostającej w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby, a także związku śmierci funkcjonariusza z wypadkiem lub chorobą pozostającą w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby;
- 5) ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu osób niebędących funkcjonariuszami Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej lub Centralnego Biura Antykorupcyjnego, które w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez te służby z ich pomocy poniosły uszczerbek na zdrowiu oraz związku tego stopnia uszczerbku z tym zdarzeniem albo związku śmierci z tym zdarzeniem;
- 6) ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu strażaków jednostek ochrony przeciwpożarowej w rozumieniu art. 16a ust. 2 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej⁷ oraz członków Ochotniczej Straży Pożarnej, którzy doznali uszczerbku na zdrowiu w związku z udziałem w działaniach ratowniczych lub ćwiczeniach;
- 7) ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu osób udzielających pomocy pracownikom wywiadu skarbowego w wykonywaniu czynności operacyjno-rozpoznawczych, które w czasie udzielania tej pomocy lub w związku z jej udzielaniem poniosły uszczerbek na zdrowiu albo związku ich śmierci z tym zdarzeniem;
- 8) uznania funkcjonariuszy oraz funkcjonariuszy zwolnionych z tych służb za inwalidów lub uznania ich za niezdolnych do samodzielnej egzystencji, jak również ustalenia związku albo braku związku inwalidztwa ze służbą albo ustalenia związku albo braku związku śmierci ze służbą funkcjonariuszy i funkcjonariuszy zwolnionych ze służby;
- 9) ustalenia zdolności do pracy funkcjonariuszy zwolnionych ze służby w celu określenia grupy inwalidzkiej;

⁷ Dz.U. z 2009 r. nr 178, poz. 1380 z późn. zm.

- 10) potrzeby udzielenia urlopu zdrowotnego funkcjonariuszowi Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej;
- 11) kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby lub prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego przez funkcjonariuszy.

Najdonioślejszą zmianą w zakresie właściwości rzeczowej komisji lekarskich jest powierzenie im kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby lub prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego przez funkcjonariuszy. Ten obowiązek wiąże się z istotną zmianą zabezpieczenia społecznego funkcjonariuszy na wypadek niezdolności do służby wprowadzoną przepisami ustawy z dnia 24 stycznia 2014 r. o zmianie ustawy o Policji, ustawy o Straży Granicznej, ustawy o Państwowej Straży Pożarnej, ustawy o Biurze Ochrony Rządu, ustawy o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu, ustawy o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych, ustawy o Centralnym Biurze Antykorupcyjnym, ustawy o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego, ustawy o Służbie Więziennej oraz niektórych innych ustaw⁸. Zmiana ta sprowadza się do tego, że w odniesieniu do funkcjonariuszy oraz żołnierzy zawodowych wprowadzono regułę mającą zastosowanie w zakresie zabezpieczenia pracowników na wypadek choroby. Zgodnie z art. 92 § 1 k.p. pracownik za czas niezdolności do pracy zachowuje prawo do 80% wynagrodzenia za pracę. Przed nowelizacją funkcjonariusze służb mundurowych oraz żołnierze zawodowi nie ponosili ryzyka chorobowego i za cały okres niezdolności do służby otrzymywali uposażenie w pełniej wysokości. Równocześnie przepisy nie przewidywały możliwości kontroli prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego⁹.

Rejonowe komisje lekarskie są właściwe w zakresie orzekania o stanie zdrowia osoby zamieszkałej albo pełniącej służbę w miejscowości objętej obszarem właściwości działania komisji.

Centralna Komisja Lekarska jest właściwa w zakresie:

- 1) rozpatrywania odwołań od orzeczeń rejonowych komisji lekarskich;
- 2) konsultacji w zakresie orzecznictwa lekarskiego oraz rozstrzygania kwestii spornych lub nasuwających szczególne wątpliwości;
- 3) współpracy z instytucjami naukowo-lekarskimi w celu podnoszenia poziomu orzecznictwa lekarskiego;
- 4) rozpatrywania skarg na działalność rejonowych komisji lekarskich.

⁸ Dz.U. poz. 502.

⁹ Zob. M. Wieczorek, *Zmiany w systemie zaopatrzenia społecznego funkcjonariuszy służb mundurowych w latach 2012–2014* [w:] *Z najnowszej problematyki prawa publicznego i prywatnego*, red. T. Stanisławski, B. Przywora, P. Śwital, Lublin 2014, s. 46 i nast.

3. KOMISJE LEKARSKIE JAKO ORGAN ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ

Jedną z korzyści płynących z ustawowego uregulowania kwestii komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych jest ostateczne rozwiązanie wątpliwości co do tego, czy komisje lekarskie są organem administracji publicznej. Warto w tym miejscu zauważyć, że problem ten był przedmiotem wielu orzeczeń sądów administracyjnych oraz Sądu Najwyższego (SN)¹⁰. W wyroku z 28 października 1992 r.¹¹ Naczelny Sąd Administracyjny (NSA) we Wrocławiu uznał, że wojskowe komisje działające na podstawie art. 21 ust. 1 i w związku z art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej¹² są w rozumieniu przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego¹³ organami administracji państwowej. NSA uznał, że o charakterze państwowej jednostki organizacyjnej, jako organu tej administracji, stanowią pośrednio bądź bezpośrednio ustawy ustrojowe bądź ustawy zwykłe. Nie ma przekonujących argumentów przemawiających na rzecz tezy, iż kolegialna jednostka nie może mieć statusu organu administracji państwowej. Zdaniem Sądu tym, co decyduje o posiadaniu takiego statusu przez powołany na mocy ustawy zespół kolegialny, jest treść stosownego przepisu bądź charakter powierzonych mu zadań. Pogląd NSA zyskał aprobatę przedstawicieli doktryny – przyjęto, iż o zaliczeniu do organów administracji państwowej rejonowych i wojewódzkich komisji lekarskich oraz wojskowych komisji lekarskich przesądza jednoznacznie im tylko właściwy zakres działania, a mianowicie prowadzenie orzecznictwa administracyjnego w zakresie zdolności poborowych do czynnej służby wojskowej oraz podział właściwości pomiędzy rejonowe i wojewódzkie komisje lekarskie a wojskowe komisje lekarskie¹⁴.

Zaprezentowana interpretacja została rozwinięta w uchwale 7 sędziów Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 19 stycznia 1998 r.¹⁵, w świetle której wojskowe komisje lekarskie są organami administracji publicznej, co wynika z:

- 1) ich usytuowania w strukturze resortu obrony narodowej,
- 2) zakresu właściwości i kompetencji, wykonywanych funkcji,

¹⁰ Należy przy tym podkreślić, że wspomniane orzecznictwo, które będzie przytaczane poniżej, dotyczy także wojskowych komisji lekarskich i komisji lekarskich orzekających wobec kandydatów do służby w Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu oraz wobec funkcjonariuszy tych służb. Przedmiot orzekania tych komisji jest co do istoty roztrząsanego problemu tożsamy, co uzasadnia korzystanie z wywodów sądów na potrzeby niniejszego opracowania.

¹¹ SA/Wr/841/92, LEX nr 10421.

¹² Tekst jednolity: Dz.U. z 2015 r. poz. 144 z późn. zm.

¹³ Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego, tekst jednolity: Dz.U. z 2013 r. poz. 267 z późn. zm., dalej jako k.p.a.

¹⁴ B. Adamiak, *Glosa do wyroku z dnia 28 października 1992 r.*, SA/Wr 841/92, LEX (11.07.2015).

¹⁵ OPS 8/97, LEX nr 32877.

- 3) zachowania w działaniu zasady instancyjności,
- 4) określenia przedmiotu działalności w sprawach indywidualnych dotyczących interesów prawnych i obowiązków konkretnych osób fizycznych. Cechy tych organów oraz charakter spraw pozostających w ich właściwości odpowiadają wszystkim przesłankom zakresu stosowania art. 1 § 1 pkt 1 k.p.a.¹⁶

Jakkolwiek wskazane wyżej orzeczenia dotyczyły wojskowych komisji lekarskich i ich charakteru, to argumenty świadczące o tym, że mogą być uznane za organ administracji publicznej, zachowują aktualność w odniesieniu do komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych. Posługując się kryteriami przyjętymi przez NSA za decydujące dla uznania danej jednostki organizacyjnej za organ administracji publicznej, można stwierdzić, że komisje są usytuowane w strukturze resortu spraw wewnętrznych, o czym *expressis verbis* stwierdza art. 1 ust. 2 ustawy o komisjach, zgodnie z którym komisje lekarskie podlegają ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych.

Kluczowym przejawem podległości komisji ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych jest sposób obsadzania Centralnej Komisji Lekarskiej¹⁷, określenie zasad obsługi organizacyjno-administracyjnej i biurowej komisji oraz ustanowienie nadzoru ministra właściwego do spraw wewnętrznych. Zgodnie z art. 18 ust. 2 ustawy o komisjach członków CKL wyznacza minister spośród osób wskazanych przez dyrektora Zakładu Emerytalno-Rentowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (ZER MSW)¹⁸. Zagadnienie to ściśle wiąże się z nadzorem sprawowanym przez ministra nad działalnością komisji lekarskich. W odniesieniu do CKL nadzór ten jest sprawowany bezpośrednio, a w odniesieniu do rejonowych komisji lekarskich – za pośrednictwem przewodniczącego CKL.

Nadzór ministra nad komisjami polega w szczególności na:

- 1) zapewnianiu prawidłowości i jednolitości stosowania zasad orzecznictwa przez lekarzy – członków komisji lekarskich,

¹⁶ Cechy przemawiające, zdaniem NSA, za przyznaniem komisjom lekarskim statusu organu w sposób oczywisty nawiązują do dorobku doktryny w zakresie prób stworzenia definicji organu administracji publicznej, por. M. Stahl, *Organy administracji publicznej, organy administrujące, rodzaje organów* [w:] *System prawa administracyjnego*, t. 6, *Podmioty administrujące*; red. R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, Warszawa 2011, s. 61–77. Jak się wydaje, NSA przychyliła się do uznania komisji lekarskich jako organów administracji publicznej w znaczeniu organizacyjno-przedmiotowym. Warto przy tym podkreślić, że w większości definicji organu za jedną z cech konstytutywnych uznaje się działanie w formach prawnych przewidzianych dla administracji.

¹⁷ Członków rejonowej komisji lekarskiej wyznacza przewodniczący CKL.

¹⁸ Warto dodać, że w świetle § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i administracji z dnia 2 marca 2004 r. w sprawie organu emerytalnego właściwego do ustalenia prawa do zaopatrzenia emerytalnego funkcjonariuszy Policji, Urzędu Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu i Państwowej Straży Pożarnej oraz ich rodzin (Dz.U. nr 43, poz. 405 z późn. zm.) dyrektora Zakładu powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw wewnętrznych.

2) koordynowaniu systemu orzecznictwa, w tym udzielaniu komisjom lekarskim wytycznych w zakresie stosowania zasad orzecznictwa i organizowaniu szkoleń.

Kolejnym problemem związanym z funkcjonowaniem komisji lekarskich był charakter prawny postępowania przed komisjami lekarskimi, co wiązało się z wątpliwościami co do dopuszczalności stosowania w postępowaniu przed komisjami przepisów k.p.a. Praktyczny wymiar tego dylematu przejawiał się w zakresie kontroli sprawowanej przez sądy administracyjne nad orzeczeniami komisji. Uznanie, że do postępowania prowadzonego przed komisjami stosuje się w zakresie nieunormowanym przepisami rozporządzenia o komisjach lekarskich przepisy k.p.a., prowadziło do wniosku, że naruszenie przez komisje lekarskie przepisów k.p.a. mogłoby stanowić skuteczną podstawę skargi do sądu administracyjnego.

Interpretacja przeciwna, tj. o autonomicznym charakterze postępowania przed komisją lekarską, implikuje wniosek o niemożności uwzględnienia przez sąd administracyjny skargi opartej na naruszeniu przez komisję przepisów k.p.a. Sądy administracyjne stały na stanowisku, że tryb postępowania określony w rozporządzeniu z 1991 r. jest trybem odrębnym od uregulowanego w k.p.a. Podkreślały, że ani w przepisach rozporządzenia, ani w przepisach ustaw regulujących stosunki służbowe w danej formacji mundurowej nie znajdowało się odesłanie do stosowania przepisów k.p.a.¹⁹

Brak jest jednak racjonalnych argumentów przemawiających za pełną aprobatą tego poglądu. Należy podkreślić, że zakres zastosowania przepisów k.p.a. wyznacza art. 1 stanowiący, że normuje on postępowanie przed organem administracji publicznej w należących do właściwości tych organów sprawach indywidualnych rozstrzyganych w drodze decyzji administracyjnych. Oczywistym następstwem stwierdzenia, że komisje lekarskie są organem administracji publicznej prowadzącym postępowanie w celu rozstrzygnięcia sprawy indywidualnej, jest obowiązek stosowania przez ten organ przepisów k.p.a. Komisje wydają orzeczenie o zdolności do służby (pracy) w sposób jednostronny i władczy i kształtują sytuację prawną danej osoby, gdyż orzeczenie to wiąże organ właściwy w sprawach osobowych. Nie można jednak było zaakceptować poglądu wyrażonego m.in. przez Wojewódzki Sąd Administracyjny w Gdańsku w wyroku z 2 stycznia 2014 r., że kontrola orzeczeń wydawanych przez komisje lekarskie nie musi uwzględniać regulacji zawartych w k.p.a, z uwagi na autonomiczny byt prawny postępowania przed komisjami. Jeżeli sprawa indywidualna rozstrzygana jest przez organ administracji publicznej

¹⁹ Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gdańsku z 2 stycznia 2014 r.; III SA/Gd 760/13; LEX nr 1420850. Tak uznał wcześniej, choć bez bliższego uzasadnienia, Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z 9 listopada 2009 r., I OSK 354/09; LEX nr 586410, oraz w wyroku z 28 czerwca 2011 r., I OSK 166/11, LEX nr 1082668.

w formie decyzji, to w postępowaniu tym będą miały zastosowanie przepisy k.p.a. Nieuzasadnione jest założenie, że przepisami aktów prawnych o niższej randze prawnej niż ustawa można całkowicie wyłączyć stosowanie przez komisje lekarskie przepisów k.p.a.

Jak się wydaje, podobnych wątpliwości nie będzie w związku z art. 4 ustawy o komisjach lekarskich, w świetle którego w zakresie nieuregulowanym w ustawie stosuje się przepisy k.p.a. Bezsporna jest teza, że w tych sprawach, w których orzeczenia komisji lekarskich mają walor decyzji administracyjnej, będą miały, w zakresie nieunormowanym przepisami ustawy o komisjach, przepisy k.p.a. Na marginesie zasadniczego wyводу można zauważyć, że jakkolwiek rozporządzenie o komisjach relatywnie silnie formalizowało postępowanie, to w następstwie przywołanego przepisu nałożono na członków komisji obowiązek większej dbałości o formalną stronę orzeczeń. W szczególności orzeczenia komisji, niezależnie od wymogów określonych w ustawie²⁰, muszą spełniać wymogi formalne decyzji wyznaczone treścią art. 107 k.p.a. Nowy stan prawny uzasadnia postawienie postulatu o prowadzeniu obowiązkowych szkoleń dla członków komisji z zakresu przepisów postępowania administracyjnego²¹.

Szczególnym wyzwaniem dla członków komisji, będących wszak lekarzami o różnych specjalizacjach, wydaje się sporządzanie uzasadnienia. Zagadnienie to jest o tyle problematyczne, że o obowiązku sporządzenia uzasadnienia decyzji stanowią art. 107 § 1 k.p.a. oraz art. 39 ust. 4 pkt 7 ustawy o komisjach²². Kodeks stanowi o uzasadnieniu faktycznym i prawnym decyzji, natomiast ustawa o komisjach wyłącznie o uzasadnieniu orzeczenia, bez doprecyzowania, czy chodzi o uzasadnienie prawne, czy faktyczne, przy czym w odniesieniu do orzeczeń wskazanych w art. 39 ust. 5 ustawy wprowadza wymóg szczegółowego uzasadnienia.

Pojawia się zatem pytanie, czy uzasadnienie, o którym stanowią przepisy ustawy o komisjach, jako element orzeczeń komisji lekarskich, ma takie samo znaczenie jak uzasadnienie decyzji w rozumieniu art. 107 § 1 k.p.a. W celu rozstrzygnięcia tej wątpliwości należy pokrótce przybliżyć różnicę znaczeniową między uzasadnieniem faktycznym a prawnym. Uzasadnienie prawne decyzji polega na wyjaśnieniu jej

²⁰ W szczególności elementy orzeczeń wskazane w art. 39 ustawy.

²¹ Inicjowanie, organizowanie szkoleń i konferencji oraz kreowanie rozwoju zawodowego jest zadaniem Wydziału Logistyki Komisji Lekarskich – Wydziału Zakładu Emerytalno-Rentowego MSW. Jednak do 18 lipca 2015 r. dla członków komisji lekarskich nie zorganizowano żadnego szkolenia uwzględniającego nowy stan prawny w zakresie funkcjonowania komisji.

²² Warto zauważyć, że ustawodawca w sposób szczególny unormował uzasadnienie orzeczeń wskazanych w art. 39 ust. 5 ustawy, które wymagają szczegółowego uzasadnienia. Pojawia się pytanie, jakie uzasadnienie jest uzasadnieniem ogólnym, a jakie szczegółowym. Wydaje się, że zarówno jedno, jak i drugie stanowi postać uzasadnienia faktycznego w rozumieniu art. 107 § 1 k.p.a.

podstawy prawnej z przytoczeniem przepisów prawa. Jak uznał Naczelny Sąd Administracyjny w Krakowie w wyroku z 10 lipca 1985 r.²³, wymienienie przez organ w uzasadnieniu decyzji tylko numeracji artykułów (paragrafów, ustępów) przepisów przyjętych za jej podstawę prawną nie spełnia warunku przytoczenia przepisów, o jakim mówi art. 107 § 3 k.p.a. Prawidłowe podanie podstawy prawnej oznacza nie tylko wskazanie stosownych jednostek redakcyjnych obowiązujących w danym zakresie aktów normatywnych, ale również podanie danych publikacji ze wszystkimi zmianami. Uzasadnienie prawne decyzji powinno przedstawiać wyniki wykładni, które uzasadniają dane rozstrzygnięcie sprawy na podstawie norm odkodowanych we wskazanych przepisach.

Uzasadnienie faktyczne decyzji powinno w szczególności zawierać wskazanie faktów, które organ uznał za udowodnione, dowodów, na których się oparł, oraz przyczyn, dla których odmówił innym dowodom wiarygodności i mocy dowodowej. W uzasadnieniu faktycznym organ administracji publicznej powinien zatem dokładnie wskazać podstawę faktyczną rozstrzygnięcia. Organ musi zająć stanowisko wobec całego materiału procesowego oraz uzasadnić jasno i należycie swoje zdanie, a w szczególności uzasadnić, na jakiej podstawie uznał pewne fakty za prawdziwe. W sprawach prowadzonych przez komisje lekarskie tymi faktami są przede wszystkim stan zdrowia osoby, której dotyczy postępowanie, i wpływ tego stanu na zdolność do służby.

Przechodząc do uzasadnienia, jako elementu orzeczenia komisji, z argumentu *lege non distinguente* należy przyjąć, że uzasadnienie orzeczenia, o którym stanowi ustawa, powinno zawierać zarówno uzasadnienie faktyczne, jak i prawne. Dodatkowego argumentu na poparcie tej tezy dostarczają wnioski płynące z analizy art. 39 ust. 1 ustawy o komisjach, w którym prawodawca przewidział, że orzeczenie komisji lekarskiej zawiera rozpoznanie lekarskie w języku polskim według terminologii klinicznej, z uwzględnieniem lokalizacji i stopnia nasilenia oraz z powołaniem na odpowiednie pozycje, paragrafy i punkty lub inne jednostki klasyfikacyjne z wykazów, o których mowa w art. 33 ust. 3.

Szczególnie doniosłym problemem związanym z funkcjonowaniem komisji lekarskich jest charakter ich orzeczeń. W licznych judykatach sądów administracyjnych oraz Sądu Najwyższego utrzymała się linia orzecznicza, w świetle której orzeczenia komisji lekarskich²⁴ dzielą się na dwie grupy: pierwsza z nich obejmuje zdolności

²³ SA/Kr 579/85, LEX nr 9848.

²⁴ Judykaty te dotyczą orzekania o zdolności do pełnienia służby w wojsku, formacjach podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych oraz w ABW i AW. Sądy, wydając rozstrzygnięcia na potrzeby wojska, służb podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych oraz ABW i AW, słusznie, z uwagi na tożsamość rodzajową problemów prawnych, wykorzystują w uzasadnieniach do orzeczeń interpretacje, por. postanowienie NSA z 17 maja 2012 r., I OSK 1021/12; LEX nr 1336286.

do pełnienia służby²⁵ oraz zaliczenie danej osoby do określonej kategorii służby, a grupę drugą tworzą orzeczenia ustalające schorzenia danej osoby, ich związek ze służbą i stopień inwalidztwa. Orzeczenia tego rodzaju nie mają waloru decyzji administracyjnej, a w konsekwencji nie podlegają zaskarżeniu do sądu administracyjnego.

Nie budzi większych wątpliwości teza, że orzeczenia pierwszej grupy są decyzjami administracyjnymi. Według komentarza do Kodeksu postępowania administracyjnego²⁶ „decyzja administracyjna jest zewnętrznym aktem władczym (czynnością władczą) organu administracji państwowej, skierowanym na wywołanie określonych skutków prawnych, określającym sytuację prawną konkretnie oznaczonego podmiotu prawnego (osoby fizycznej lub jednostki organizacyjnej), w konkretnie oznaczonej sytuacji (sprawie)”. Z wcześniej przedstawionych wywodów wynika, że komisje lekarskie są organami administracji publicznej. Równocześnie orzeczenie określające zdolność do służby (pracy) jest aktem skierowanym do adresata na zewnątrz układu organów administracji publicznej i odpowiada warunkom podwójnej konkretności: podmiotu prawnego i sprawy. Rozstrzygnięcie o zdolności do służby (pracy) jest władczym rozstrzygnięciem wiążącym organ właściwy w sprawach osobowych. Wydanie przedmiotowego orzeczenia wymaga powiązania wiedzy medycznej z elementami typowymi dla orzecznictwa administracyjnego, co dobitnie wskazuje na jego administracyjny charakter²⁷.

Jeśli chodzi o drugą grupę orzeczeń, do której należy zaliczyć orzeczenia wydawane na potrzeby zaopatrzenia społecznego, a w szczególności ustalające schorzenia danej osoby, ich związek ze służbą i stopień inwalidztwa, to nie mają one samodzielnego bytu²⁸ w tym znaczeniu, że nie stanowią autonomicznej decyzji administracyjnej. Mają one charakter orzeczenia wstępnego, jako jedna z przesłanek ustalenia prawa do określonych świadczeń, ich zakresu i wysokości²⁹. Spełniają one zatem analogiczną funkcję jak orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (i komisji lekarskich ZUS) wydawane na potrzeby ustalenia prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. Jak uznał Sąd Najwyższy w uchwale z 27 października 1999 r.³⁰, orzeczenie tego rodzaju jest wiążącą wypowiedzią

²⁵ W obecnym stanie prawnym taki charakter mają również orzeczenia dotyczące pracy w wywiadzie i kontroli skarbowej.

²⁶ *Kodeks postępowania administracyjnego: komentarz*, red. J. Borkowski, Warszawa 1989, s. 14.

²⁷ Zob. wyrok NSA z 28 czerwca 2011 r., I OSK 166/11; LEX nr 1082668.

²⁸ Postanowienie NSA z 17 maja 2012 r.

²⁹ Wyrok NSA z 22 lipca 2010 r.

³⁰ III ZP 9/99; LEX nr 37912.

zespołu lekarzy o pewnych elementach niezbędnych do wydania decyzji administracyjnej adresowanej do zainteresowanego w zależności od rodzaju wchodzących w grę świadczeń.

Jeśli orzeczenia komisji lekarskich, o których mowa, nie są decyzjami administracyjnymi, to należy podjąć próbę odpowiedzi na pytanie, czym są. Punktem wyjścia do dalszych rozważań jest założenie, że są jedną z prawnych form działania administracji publicznej³¹. Drogą eliminacji można stwierdzić, że orzeczenia przedmiotowej grupy nie są indywidualnymi decyzjami administracyjnymi, jako że nie rozstrzygają w sposób wiążący sprawy indywidualnej. Nie są również formą władczą generalną działania administracji, gdyż nie zawierają norm abstrakcyjnych i generalnych. Nie można ich też zaliczyć do aktów konsensualnych, bo nie są dwustronne ani tym bardziej wielostronne. W świetle systematyki prawnych form działania administracji zaproponowanej przez doktrynę należy je uznać za jedną ze szczególnych form – akt wiedzy³².

Dla tego rodzaju przejawów działania administracji charakterystyczne jest to, że nie są one przejawem woli, ale wiedzy. Zaprezentowany pogląd nie oznacza przy tym, że analizowane orzeczenia stanowią zaświadczenie *sensu stricte* w rozumieniu k.p.a. W literaturze podkreśla się, że akty wiedzy potwierdzające zaistnienie określonego stanu faktycznego wydawane są nie tylko na podstawie danych znajdujących się w zasobach informacyjnych organu, ale i po przeprowadzeniu czynności sprawdzających³³. Za uznaniem analizowanych orzeczeń za akty wiedzy przemawiają następujące argumenty:

- 1) mają prawny charakter – są podejmowane na podstawie przepisów o randze ustawy,
- 2) są wydawane przez podmioty administrujące,
- 3) mają charakter zewnętrzny,
- 4) posiadają określonego adresata,
- 5) potwierdzają określoną sytuację faktyczną i prawną³⁴.

³¹ Według definicji zaproponowanej przez K. Ziemińskiego „przez formę prawną działania administracji rozumieć będziemy wyodrębniony bądź dający się wyodrębnić, prawem określony, o utrwalonych cechach typ czynności konwencjonalnej bądź faktycznej, bądź zespół takich czynności określonego, powołanego do wykonywania zadań z zakresu administracji publicznej podmiotu (bądź zespołu podmiotów) w celu wypełnienia zadań z zakresu administracji publicznej”, K.K. Ziemiński, *Indywidualny akt administracyjny jako forma prawna działania administracji*; Poznań 2005, s. 138.

³² M. Stahl, *Szczególne prawne formy działania administracji [w:] System prawa administracyjnego*, t. 5, *Prawne formy działania administracji*, red. R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, Warszawa 2013, s. 315 i nast.

³³ *Ibidem*, s. 382.

³⁴ Por. *ibidem*, s. 385.

4. KLASYFIKACJA ORZECZEŃ KOMISJI LEKARSKICH

Orzeczenia wydawane przez komisje lekarskie można klasyfikować według różnych kryteriów, spośród których najdonioślejsze znaczenie mają³⁵:

- 1) cel, jakiemu służy orzeczenie,
- 2) charakter prawny.

W oparciu o pierwsze kryterium można wyróżnić orzeczenia komisji dla celów związanych z zatrudnieniem.

1. Orzeczenia na potrzeby zatrudnienia

- a) dotyczące zdolności kandydata do pełnienia służby oraz zdolności do służby funkcjonariuszy służb mundurowych podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych,
- b) dotyczące zdolności kandydatów do pracy i pracowników wyodrębnionych w komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej oraz pracowników zatrudnionych w wywiadzie skarbowym,
- c) orzeczenia związane z udzieleniem urlopu zdrowotnego funkcjonariuszom Policji, Straży Granicznej, Służby Więziennej i Państwowej Straży Pożarnej.

Wśród tej grupy orzeczeń można wyróżnić zarówno decyzje administracyjne (pkt 1a i 1b), jak i akty wiedzy (1c). W pierwszych dwóch przypadkach orzeczenia kwalifikują się do zaskarżenia do sądu administracyjnego, natomiast orzeczenia związane z udzieleniem urlopu administracyjnego są elementem decyzji w sprawach osobowych. Zainteresowanemu funkcjonariuszowi nie służy zatem skarga na orzeczenie, ale droga sądowo-administracyjna otwiera się w związku z decyzją przełożonego o odmowie udzielenia urlopu zdrowotnego, pomimo istnienia orzeczenia o potrzebie udzielenia takiego urlopu.

2. Orzeczenia wydawane na potrzeby zabezpieczenia społecznego

- a) orzeczenia związane z ustalaniem stopnia uszczerbku na zdrowiu funkcjonariuszy, doznanego wskutek wypadku pozostającego w związku z pełnieniem służby, zwanego dalej wypadkiem, lub choroby pozostającej w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby, a także związku śmierci funkcjonariusza z wypadkiem lub wspomnianą wyżej chorobą,
- b) orzeczenia związane z ustaleniem stopnia uszczerbku na zdrowiu osób niebędących funkcjonariuszami Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży

³⁵ W literaturze prawa administracyjnego cel jako kryterium podziału podejmowania określonych działań bywa rozumiany dwojako – część autorów przyjmuje, że kryterium tym jest sam fakt wywoływania bądź nie określonych skutków prawnych, zob. K. Ziemiński, *Podstawy problematyki* [w:] *System prawa administracyjnego*, t. 5., *Prawne formy działania administracji*; red. R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, Warszawa 2013, s. 43 i nast. Na potrzeby niniejszego opracowania przyjęto, że kryterium podziału stanowi cel, dla którego orzeczenie jest wydawane.

Pożarnej lub Centralnego Biura Antykorupcyjnego, które w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez te służby z ich pomocy poniosły uszczerbek na zdrowiu, oraz związku tego stopnia uszczerbku z tym zdarzeniem albo związku śmierci z tym zdarzeniem,

- c) orzeczenia związane z ustaleniem stopnia uszczerbku na zdrowiu osób udzielających pomocy pracownikom wywiadu skarbowego w wykonywaniu czynności operacyjno-rozpoznawczych, które w czasie udzielania tej pomocy lub w związku z jej udzielaniem poniosły uszczerbek na zdrowiu albo związku śmierci z tym zdarzeniem,
- d) orzeczenia dotyczące uszczerbku na zdrowiu strażaków jednostek ochrony przeciwpożarowej w rozumieniu art. 16a ust. 2 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej oraz członków ochotniczej straży pożarnej, którzy doznali uszczerbku na zdrowiu w związku z udziałem w działaniach ratowniczych lub ćwiczeniach,
- e) orzeczenia o uznaniu funkcjonariuszy, funkcjonariuszy zwolnionych z tych służb za inwalidów lub uznania ich za niezdolnych do samodzielnej egzystencji, jak również ustalenia związku albo braku związku inwalidztwa ze służbą albo ustalenia związku bądź braku związku śmierci ze służbą funkcjonariuszy i funkcjonariuszy zwolnionych ze służby,
- f) orzeczenia dotyczące ustalenia zdolności do pracy funkcjonariuszy zwolnionych ze służby w celu określenia grupy inwalidzkiej,
- g) orzeczenia wydawane w ramach kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby lub prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego przez funkcjonariuszy.

Wszystkie orzeczenia zaliczone do tej grupy mają charakter aktu wiedzy organu i stanowią jeden z elementów decyzji administracyjnej w przedmiocie prawa do świadczeń z zabezpieczenia społecznego (pkt a–f). Od tych orzeczeń nie przysługuje skarga do sądu administracyjnego. Strona może zaskarżyć decyzję, której elementem jest orzeczenie do sądu powszechnego, gdyż sprawy te są sprawami z zakresu ubezpieczeń społecznych w rozumieniu art. 476 § 2 Kodeksu postępowania cywilnego³⁶.

5. WNIOSKI

1. Nadanie rangi ustawowej materii funkcjonowania komisji lekarskich podległych ministrowi spraw wewnętrznych należy ocenić zasadniczo pozytywnie. Ujednolicenie zasad orzekania w przedmiocie zdolności do służby funkcjonariuszy służb

³⁶ Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego, tekst jednolity: Dz.U. z 2014 r. poz. 101 z późn. zm.

mundurowych znajduje uzasadnienie w specyficznych wymaganiach psychofizycznych związanych z pełnieniem służby. Uproszczenie struktury orzeczniczej poprzez likwidację wojewódzkich i okręgowych komisji lekarskich, wprowadzenie rejonowych komisji lekarskich i nowe określenie zadań Centralnej Komisji Lekarskiej powinno zaowocować usprawnieniem i przyspieszeniem prowadzonych przez komisje postępowań. Rodzi się jednak pytanie, czy komisje lekarskie w nowym kształcie, w związku ze zwiększeniem ich zadań oraz zmniejszeniem liczby komisji³⁷, będą w stanie poradzić sobie z potencjalnie większą liczbą spraw.

2. Przepis art. 4 ustawy o komisjach, zgodnie z którym w sprawach nieunormowanych w ustawie stosuje się przepisy k.p.a., stanowi silny, choć nie jedyny argument na rzecz uznania komisji lekarskich za organy administracji publicznej i jednoznacznego określenia charakteru prowadzonego przed nimi postępowania jako postępowania administracyjnego. Efektem tej regulacji powinno być ostateczne rozwianie wątpliwości co do zakresu kontroli sprawowanej przez sądy administracyjne nad orzeczeniami komisji.
3. Mankamentem ustawy jest używanie przez ustawodawcę terminu „orzeczenie” w odniesieniu do wszystkich aktów wydawanych przez komisje lekarskie. Z argumentu *lege non distinguente* należałoby wnosić, że mają one identyczny charakter prawny. Z przeprowadzonej powyżej analizy wynika, że tak nie jest, a orzeczenia komisji lekarskich stanowią decyzje administracyjne albo akty wiedzy, jako szczególnie przejaw prawnej formy działania administracji publicznej. *De lege ferenda* postulować można terminologiczne zróżnicowanie orzeczeń w celu większej jasności przepisów. O ile sądy administracyjne nie mają większych problemów z ustaleniem istoty orzeczenia komisji lekarskich, o tyle osoby, których one dotyczą, mogą mieć co do tego wątpliwości, a w rezultacie występować do sądów administracyjnych ze skargami na orzeczenia, od których one nie przysługują.
4. Kolejnym postulatem co do kierunku regulacji prawnej jest ustanowienie prawnego obowiązku szkoleń dla członków komisji lekarskich. Odbycie takiego szkolenia powinno poprzedzać dopuszczenie lekarza do wykonywania działalności orzeczniczej. Jakkolwiek gros obowiązków związanych z formalną stroną orzeczenia spadnie na pracowników jednostki ZER MSW, to nie ulega wątpliwości, że lekarze – członkowie komisji powinni mieć wiedzę

³⁷ W szczególności chodzi o kontrolę prawidłowości orzekania o niezdolności do służby i sposobu wykorzystania zwolnień lekarskich, a także określania związku niezdolności do służby z warunkami jej pełnienia na potrzeby określenia wysokości wynagrodzenia za czas niezdolności do służby.

z zakresu zarówno prawa procesowego, jak i materialnego, regulującego funkcjonowanie komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych.

LITERATURA

- Adamiak B., Glosa do wyroku z dnia 28 października 1992 r., SA/Wr 841/92, LEX (11.07.2015).
Kodeks postępowania administracyjnego: komentarz, red. J. Borkowski, Warszawa 1989.
- Piotrowski J., *Zabezpieczenie społeczne. Problematyka i metody*, Warszawa 1966.
- Stahl M., *Organy administracji publicznej, organy administrujące, rodzaje organów* [w:] *System prawa administracyjnego*, t. 6, *Podmioty administrujące*; red. R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, Warszawa 2011.
- Stahl M., *Szczególne prawne formy działania administracji* [w:] *System prawa administracyjnego*, t. 5, *Prawne formy działania administracji*, R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, Warszawa 2013.
- Wieczorek M., *Zmiany w systemie zaopatrzenia społecznego funkcjonariuszy służb mundurowych w latach 2012–2014* [w:] *Z najnowszej problematyki prawa publicznego i prywatnego*, red. T. Stanisławski, B. Przywora, P. Śwital, Lublin 2014.
- Ziemski K., *Indywidualny akt administracyjny jako forma prawna działania administracji*, Poznań 2005.
- Ziemski K., *Podstawy problematyki* [w:] *System prawa administracyjnego*, t. 5, *Prawne formy działania administracji*, red. R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, Warszawa 2013.

STRESZCZENIE

W opracowaniu opisane zostały niektóre problemy związane z funkcjonowaniem komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych. Przyczynkiem do podjęcia tych rozważań było uchwalenie 28 listopada 2014 r. ustawy o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, która uchyliła rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 9 lipca 1991 r. w sprawie właściwości i trybu postępowania komisji lekarskich podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych. Zasadnicza zmiana systemu orzecznictwa na potrzeby stwierdzania zdolności do służby zorganizowanego dla funkcjonariuszy służb mundurowych sprowadza się do przemodelowania struktury komisji podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych.

Celem opracowania jest próba rozstrzygnięcia wątpliwości związanych ze statusem prawnym komisji lekarskich, charakteru prowadzonego przez nie postępowania oraz dokonanie klasyfikacji orzeczeń wydawanych przez komisje.

Słowa kluczowe: komisje lekarskie, minister spraw wewnętrznych, orzecznictwo stwierdzające zdolność do służby, służby mundurowe

SUMMARY

Medical commissions subject to the minister for internal affairs

The work considers some of the problems connected with the functioning of medical commissions subject to the minister for internal affairs. The catalyst for these considerations was the ratification on the 28th of November 2014 of the act on medical commissions subject to the ministry of internal affairs which repealed the resolution of the Minister of Internal Affairs of the 9th of July 1991 on the matter of the suitability and method for the conducting of medical commissions subject to the Minister of Internal Affairs. The fundamental change to the system of rulings required one to determine the suitability for service organised for those serving in uniform and led to a remodelling of the structure for commissions subject to the minister responsible for internal affairs.

The aim of the work is to try and resolve those doubts connected with the legal status of medical commissions, the nature of the proceedings conducted by them as well as undertaking a classification of the rulings produced by the commissions.

Key words: medical commissions, minister of internal affairs, rulings confirming an ability to serve, uniformed services

FOLCO CIMAGALLI

*Quality in health
and social services:
the organization and evaluation
of new welfare*



LUMSA UNIVERSITY OF ROME

1. MULTIPLES APPROACH ON EVALUATION

The multifaceted nature of the evaluation has marked a heterogeneous debate both in theory and in methodology. The scope of the evaluation that the theoreticians have outlined to describe the discipline is strongly influenced by the intellectual climate and the historical moment. More technically, the evaluation is part of a broader framework to rationalize the operations of organizations and a fundamental relationship is observed with a model used to interpret the activity of the organization and the economic and institutional system.

The climate of the early theories of evaluative research – the United US New Deal – is marked by an overall optimism on the possibility of rationalizing social action and great confidence over the potential of knowledge. Through academic research, it appears you can improve complex social actions, making them more functional to the needs of the system. The basic approach is Positivism, where reality is conceived as something more than the researcher, who works a path of investigation that allows you to grasp the object of research as it is. In this context, the assessor is an individual who – from the outside – builds a rigorous process of research which aims to objectively capture the variances between the program’s objectives and effects. The relationship between research process and investigated reality is linear and leads to an empirically founded and theoretically reliable result. The potential of the research process is based on unconditional confidence in the abilities for exploration of the experimental method.

This approach, with different nuances and with a multiplicity of areas of applications and theoretical specifications, has characterized the debate on evaluation for many years. So, in the nineteen sixties – the climate of a euphoric economic boom, when confidence in econometric models of reading and planning processes seemed to be an indispensable cognitive support – an author like Suchman was able to systematize the knowledge acquired at this time into a manual, *Evaluative Research*,¹ which summed up many of the theories hitherto advanced. A distinction of great relief for the theoretical and methodological implications resultingly operated by Suchman, in regard to the various areas of “evaluation” and “evaluation research”.

While the first is “the trial judge, in any way, the merit of some activity”, the second is “the attempt to use the scientific method in order to determine whether a business deserves to be taken”, measuring objectively whether such activity is as close to the expected effects. Evaluative research, in other words, refers exclusively to the verification of the correspondence between objectives and results; it takes for granted the desirability objectives: the knowledge produced does not contribute to

¹ Suchman E., *Evaluative Research*, Russel Sage Foundation, New York 1967.

further thinking about the goodness of the direction taken. Evaluative research lies within the specific framework of the rational control of the correspondence between the explicit and systematized aims within the programming phase and the empirically observable effects.

Confidence in the experimental method is fundamental and systematic even for the author, *Campbell*². Evaluative research not only allows one to measure the true extent of the interventions, but also becomes a support in the same activities of social planning. The programs themselves no longer just undergo screening quantitative, but – in view of Campbell – become experiments themselves, designed and implemented with the logic of experimental design, as well as a model for later processing programs. In this sense, they can conceive both micro programs which pose as a laboratory of innovation whose experiences can be exported after verification, in contexts of a greater extent; both macro programs, offering large-scale experimental practices, destined, after verification of the effects, and to a possible confirmation of applications, continued. Campbell plays a methodological reasoning on the modalities of the trial, identifying various theoretical models, allowing administrators to maximize the scientific content of their propositions.

One approach, as now configured, however, shows some intrinsic limits, due especially to the concept of a “technocratic” evaluation method, interpreted as a validation process of the internal coherence of programs, but is unable to ask more general questions on the actual capacity of interventions to address the problem situation that gave rise to them. These settings seem unable to adopt a critical position useful to the identified problem and its solutions as well as to suggest to the original decision makers to improve the quality of the products-services provided.

Michael Scriven’s central theory evaluation places its reflection around this area of problems³: its contribution tends to expand the scope of evaluation research, which does not become a more exclusive process of “objective” research – far removed from the values and options. The science of evaluation, is no longer a mere task of thinking about empirical data to support a particular political action but it takes on the value of a system of being knowledgeable on the basis of either empirical data or explicit value judgments to indicate whether a program should be pursued or not. Evaluative research is characterized, therefore, as a process of linking facts to values, allowing one to determine judgment. Based on some value premises, knowingly limited and valid for a specific context – indicates the weaknesses and

² Campbell D.T., “Assessing the Impact of Planned Social Change“, *Occasional Paper Series*, Paper #8, The Public Affairs Center, Dartmouth College 1976.

³ Scriven M., *Theory and practice of evaluation*, Edge Press 1987.

shortcomings of the action. The theoretical and practical approach is very pragmatic (as opposed to the one described above, the typical matrix positivist); researchers must first identify the criteria against which to operate the judgment, then translate these into a set of objective standards. At this point you can step into the empirical comparison between the results observed and standard qualities, then synthesize the research process in an accurate judgment value. The assessment comes from the narrow ground that is so inextricably linked to the intrinsic goals and is strongly tied to the social needs for which the action was designed: the “revolutionary” contribution of Scriven allows you to expand the scope of the heuristic evaluation research, thus, it’s possible to dwell on the actual effects of an action, the expected and unexpected consequences, the relationship – complex and interim – between these results and the problematic context of investigating the bottom, so limited to certain assumed values, the actual quality of the interventions.

Other authors proceed in a changed social context and theoretically new systematization matter. In another “classic” of evaluation research, Rossi and Freeman resumed on the relationship between program and evaluation. They focused their attention on the analysis of the correctness of the specific objectives of the programs and their consistency application. The methodological level is again experimental because this method allows analysis of the effects of a scientifically conclusive defined action, according to this approach, it is necessary to distinguish between the general aims of an action (goals) and its objectives (objectives), i.e. the transition of the general goals and expected results is specifically defined and empirically apparent. Through the specification of the objectives, it is possible to proceed in the implementation of evaluation research proper, which is to dwell both on the efficiency and the analysis of the results, i.e. the adequacy of the resources used to produce the results.

An approach quite different from the positivist-experimental, is represented and suggested by Stake and then developed by authors like Guba and Lincoln, Fetterman and Patton.⁴ In this new view, the center of evaluation is not so much on the program, because the problem originated from both interweaving situations: the point of view and motivations that contribute to detect certain social issues. Therefore, there seems to be a responsive evaluation, ready to perceive the world of social factors that create the situation.

⁴ Guba E., Lincoln Y., *The Countenances of Fourth Generation Evaluation: Description, Judgement and Negotiation*, in Palumbo D.J. (a cura di), *The Politics of Program Evaluation*, Sage, Beverly Hills CA 1987.

To reconstruct the specific issues is more or less evident, to define the representations and attitudes. The scope of the assessment is extended, and with it its methodological apparatus; burst qualitative methods; the space dedicated to the analysis of the program is reduced to the benefit of a vision “to everything round” of the problematic situation that defines the scenario of planning. The scope of the objectivist evaluation is abandoned, in this theoretical context, because of a better interpretation of the situation substance, Guba and Lincoln opposed such a paradigm “natural” to the “positivist”, differentiating them according to a set of basic axioms.

Thus, for the positivists, reality exists objectively with respect to the external experience of the researcher, while for naturalists, there is a building process of reality that arises from the mediation between the experience of the researcher and that of the subjects he intends to investigate. Similarly, while the first Evaluative search produces empirically objective “laws”, it does not allow a high degree of generalization and focuses on a description of the case investigated specifically (one o'clock “nomothetic”, the other “idiographic”).

Because of such a marked theoretical contrast, the methods used also changed significantly. The experimental model, in its various meanings, seems not to be exported to the new context; the deductive process – typical of applied social research – is now used sparingly, preferred to its inductive settings (the grounded theory), which – in a process typically qualitative – is aimed at building limited theories, ones related to a specific context and reached through exploratory practice.

This methodological opposition met numerous attempts at synthesis. One of the leading theorists of the evaluation, Michel Patton,⁵ reported such a problem on the uses of the evaluation, centering the reflection on the relationship between the evaluator and the buyer, especially about the nature and the definition of “evaluated”. The difficulty to narrow down the scope of the evaluation in a theoretical framework and methodological detail is echoed by Gephart⁶, who aims to systematize the matter through a convulsive genotyped different dimensions of evaluation: a dimension with classificatory purposes, a character operating predominantly, one with more attention to all the interacting components of the evaluation process, and finally an evaluation-synonymical, recalling a series of conceptual dimensions similar to that of the evaluation.

⁵ Patton M., *Utilization-focused Evaluation*, Sage, Beverly Hills CA 1998.

⁶ Gephart W., *Watercolor painting as a metaphor for evaluation*, in N.L. Smith (eds.), *Metaphors for evaluation*, Sage, Beverly Hills, 1981.

2. QUALITY AND EVALUATION EXPERIENCES IN ITALY

In the light of our research, it is difficult to reach an unequivocal definition which would apply to the Italian context of health and social. Indeed, the evaluation seems to be a function with similar common borders, but with a very different technical content. This activity is interpreted by those who direct the local government; it was born in an organizational context informed by a specific structural and from a more or less rooted culture of work, and is translated in the light of these characteristics.

In smaller institutions, the problem of evaluation generally assumes a particular highlight on the agenda of the organization. The activities of the structure occurs in a context of alleged evidence of the effects, so they do not exhibit a clear need for evaluation unlike the case of an intermediate and large structure. In the intermediate structure, we can identify experimentation paths and a lot of difficulties with respect to the methodological aspects of the problem while in big organizations, the problem of evaluation is visible in all the hard work.

The difficulty of developing a path of information and evaluation in a complex organization is evident: done (but not obvious) some ability to focus on this view by the leadership of the institution, it raises a series of issues which are relevant in the development and diffusion of the evaluation mechanism. The first problem is given by the viscosity of the structure and by the resistances of the personnel, still frequently immersed in a mindset of bureaucratic type. The evaluation in this context is represented as an additional factor of control exercised by the management level, and as such it meets evident resistance. The predictable reluctance to change that qualifies many administrations as an indefinite phenomenon and merely “cultural”, frequently hinges on the structural dynamics of the staff, bringing out new elements of conflict. Also in this case, the capacity of mediation and sedimentation of a new attitude towards work, along with a concerted definition of evaluation, may allow the dissemination of organizational models that make the evaluative practice a natural and indispensable act.

The second problem is technical and relates particularly to specific activities for which the identification of quantitative performance standards is rather arduous. It follows another knotty problem, where the technical differentiation of structures of which the institution is made involves the need to develop specific parameters for each sector, with the risk of fragmenting the logic evaluation and preventing the general reading processes. The problem is not just technical. As expected, the overemphasis on the technical data overshadows the problem of the meaning and the purpose of assessment in a complex organization.

It is true that there are methodological and technical complications difficult to solve, but it is first necessary to consider whether these nodes are or are not included in a design vision that makes evaluating a cognitive tool, or whether on the contrary they represent the evaluation.

Paradoxically, the same attention repeatedly observed on building grids of “objective” evaluation (implanted on quantitative data for managing assistance) – the same frenzied focus on achieving quantitative and generic standards – apparently responds to a need for formal correctness, characteristic of a bureaucratic orientation rather than a necessity for knowledge and organizational transformation. The poor heuristic of “management control” (understood in procedural and accounting) continues to mark the Italian experience of evaluation, harnessing the research effort on the quality of public action in a dense network of formal controls, and standards control checklist.

On the contrary, the most advanced examples of evaluation building show the design of a learning organization, which develops an assessment that is flexible and is able to show direct action on the basis of qualitative analysis and multidimensional results. The assessment, in this sense, is a process of knowledge that procedurally investigates the relationship between what happens in an organization (in terms of output and outcome) and the system of the purposes and needs that oversees such activities.

The distance with the current state in institutions is considered obvious. A further confirmation of what can be considered in the whole issue of evaluation is described in this intervention; citizens, as carriers of specific instances, representatives of public and natural recipients of government operations, seem to disappear from the scene of decision-making. Although the indications of the law explicitly provides a reference to citizenship for the designation of operations standards, assessment processes in reality, does it in full autonomy. The activity of institutional actors seems to act in a social vacuum, be a technical expression of a system without reference. The absence of people in the field of assessment does not seem to alarm the institutional decision-makers surveyed: these simply act as a non-issue, neither disturbing nor serious, yet so obvious as not to be visible.

The closure of the self-administrative system appears to develop as a kind of defense mechanism for customary practices, worldviews and privileges. Yet in this area, one can imagine fruitful developments that are able to integrate in the same perspective of new evaluation approaches and processes for participation by the public. Consistent with international experience and with the same regulatory guidelines, valuation assumptions can be drawn that are able to:

- experiment systematic survey on the quality of public services;
- implement appropriate procedures for use in a key evaluation of the wealth of information available to front-office;
- develop ways of involving citizens or their representatives during the process of evaluation.

Along this path, the way seems to be quite long. However, in the light of the analysis presented here, it seems to manifest the outline of change; urging means, structures and work cultures, and authorizing prudent optimism.

REFERENCES

- Altieri L., *Valutazione e Partecipazione. Per una metodologia interattiva e negoziale*, Franco Angeli, Milano, 2009.
- Argyris C., Schön D., *Organizational Learning, Reading*, Addison-Wesley, Mass 1978.
- Boyle R., *Evaluating Public Expenditure Programmes. A Role for Programme Review*, Committee for Public Management Research, Institute of Public Administration, Dublin 1997.
- Campbell D.T., "Assessing the Impact of Planned Social Change", *Occasional Paper Series*, Paper #8, The Public Affairs Center, Dartmouth College 1976.
- Campanini A. (eds), *La valutazione nel servizio sociale, Proposte e strumenti per la qualità dell'intervento professionale*, Carocci Faber, Roma 2006.
- Cimagalli F., *Valutazione e ricerca sociale. Orientamenti di base per gli operatori sociali*, Franco Angeli, Milano 2003.
- Cimagalli F., Veraldi R., *Qualità e servizi socio-sanitari: case studies di sociologia applicata*, Homeless Book, Faenza 2002.
- Coryn C.L.S., Scriven M. (eds.), "Reforming the Evaluation of Research", *New Directions for Evaluation*, Number 118. Jossey-Bass 2008.
- European Commission, *Manual Project Cycle Management*, Bruxelles 2001.
- Frudà L., "Ricerca valutativa, controllo di qualità e innovazione nella pubblica amministrazione e nella gestione dei servizi pubblici", *Studi di Sociologia*, XXXV, 2, 1997.
- Gephart W., *Watercolor painting as a metaphor for evaluation*, in Smith N.L. (eds.), *Metaphors for evaluation*, Sage, Beverly Hills, 1981.
- Guba E., Lincoln Y., *The Countenances of Fourth Generation Evaluation: Description, Judgement and Negotiation*, in Palumbo D.J. (a cura di), *The Politics of Program Evaluation*, Sage, Beverly Hills CA 1987.
- Osborne D., Gabler T., *Reinventing Government, Reading*, Addison Wesley, Mass. 1992.
- Palumbo M., *Il processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare*, Franco Angeli, Milano 2001.
- Ranci Ortigosa (a cura di), *La valutazione di qualità nei servizi sanitari*, Franco Angeli, Milano 2000.
- Rist R. (a cura di), *Program Evaluation and Management of Government*, Transaction Publishers, New Brunswick, London 1990.
- Rossi P.H., Freeman H.E., *Evaluation. A systematic Approach*, Sage, Newbury Park 1979.
- Patton M., *Utilization-focused Evaluation*, Sage, Beverly Hills CA 1998.

Scriven M., *Theory and practice of evaluation*. EdgePress 1987.

Suchman E., *Evaluative Research*, Russel Sage Foundation, New York 1967.

SUMMARY

Drawing on the theoretical practices and research work of forerunners in quality control and evaluation, the author explores the contributions of researchers such as Suchman and his synthesis of objectives and effects in the 1960s and its relevance to evaluative research as a verification of objectives and results and by extension its importance for welfare. Seeing the contribution made by Michael Scriven in centrally placing its reflection around those problems earlier addressed by Campbell, the author goes on to explore Rossi and Freeman's resumed interest in the relationship between program and evaluation – noting their focus on correctness and consistency application. Juxtaposing the above positivist-experimental approach with the views initially advanced by Stake and then developed by authors like Guba and Lincoln, Fetterman and Patton, the author goes on to examine quality and evaluation experiences in Italy seeing the difficulty of finding a single unequivocal definition to fit the reality of the Italian health and social services context. That said, the difficulties of developing a path of information and evaluation in a complex organization aside, the conclusion drawn is that valuation assumptions can be made which are able to experiment, implement, and evaluate processes.

Key words: evaluation, health services, quality, social services, welfare

Noty biograficzne

ANNA MARIA BIAŁKOWSKA

Absolwentka pedagogiki wychowawczo-opiekuńczej w Wyższej Szkole Pedagogicznej im. Jana Kochanowskiego w Kielcach, pedagog, wieloletni nauczyciel wychowania fizycznego. Pełniła funkcję wicedyrektora Zespołu Szkół Skórzano-Odzieżowych, Stylizacji i Usług w Radomiu. W latach 2014–2015 wiceprezydent Radomia. Posłanka na Sejm VIII kadencji.

EWA CICHOWICZ

Absolwentka Uniwersytetu Gdańskiego na kierunku informatyka i ekonometria, a także Szkoły Głównej Handlowej na kierunkach finanse i bankowość oraz stosunki międzynarodowe. Od 2003 r. pracownik naukowo-dydaktyczny w SGH (obecnie w Instytucie Gospodarstwa Społecznego Kolegium Ekonomiczno-Społecznego). W 2004 r. ukończyła Podyplomowe Studium Doskonalenia Pedagogicznego. W 2013 r. obroniła pracę doktorską pt. *Rodzinne gospodarstwo domowe i polityka rodzinna w procesie kształtowania kapitału ludzkiego* (doktorat z zakresu nauk ekonomicznych).

Jej zainteresowania badawcze koncentrują się wokół problematyki kapitału ludzkiego i jego komponentów, zagadnień dotyczących rodziny i polityki rodzinnej, kwestii poświęconych ubezpieczeniom społecznym oraz szeroko rozumianych wątków związanych z wykluczeniem finansowym. Jest autorem i współautorem publikacji z zakresu m.in. polityki społecznej (w tym w szczególności – polityki rodzinnej), ubezpieczeń społecznych, kapitału ludzkiego, bankowości, wykluczenia finansowego oraz świadomości finansowej i edukacji ekonomicznej.

FOLCO CIMAGALLI

Profesor socjologii ogólnej na Wydziale Prawa Uniwersytetu LUMSA w Rzymie. Wykłada socjologię oraz metodologię i techniki badań społecznych i organizacji usług. Zajmuje się procesami innowacji w polityce społecznej. Brał udział w licznych projektach badawczych we współpracy z instytucjami publicznymi i organizacjami non profit. Od 2011 r. pełni funkcję przewodniczącego Rady Fundacji Roma Solidale, której jest członkiem założycielem.

BEATA DZIADCZYK

Kanclerz Europejskiej Uczelni Społeczno-Technicznej. Doktorantka Szkoły Głównej Handlowej. Członek Polskiego Towarzystwa Polityki Społecznej. Członek zarządu radomskiego oddziału Polskiego Stowarzyszenia Ubezpieczenia Społecznego. Absolwentka Politechniki Radomskiej (ekonomia). Ukończyła fakultatywne studium pedagogiczne. Autorka kilkunastu publikacji naukowych.

MACIEJ JANKOWIAK

Doktor nauk ekonomicznych i nauk medycznych, pracuje jako lekarz orzecznik ubezpieczenia społecznego. Zainteresowania naukowe koncentrują się na zagadnieniach orzecznictwa lekarskiego oraz analizie systemów zabezpieczenia społecznego (w tym ochrony zdrowia) państw Unii Europejskiej z uwzględnieniem metod koordynacji systemów narodowych na poziomie unijnym.

KRZYSZTOF JAROSIŃSKI

Doktor habilitowany, profesor Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie. Od wielu lat kieruje Zakładem Zarządzania w Sektorze Publicznym. W pracy naukowo-dydaktycznej zajmuje się zagadnieniami zarządzania podmiotami i jednostkami organizacyjnymi oraz finansowaniem inwestycji w sektorze publicznym. Dotychczasowy dorobek naukowy obejmuje znaczną liczbę publikacji, a także ekspertyzy wykonanych dla praktyki gospodarczej.

VIOLETTA KORPOROWICZ

Doktor habilitowany nauk ekonomicznych, profesor nadzwyczajny, zatrudniona w Instytucie Gospodarstwa Społecznego, Kolegium Ekonomiczno-Społeczne Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie. Wykładała na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Akademii Finansów i Biznesu „Vistula” w Warszawie. Autorka i współautorka licznych książek i artykułów z zakresu ekonomii zdrowia, ekonomii środowiska, polityki społecznej i gospodarczej, polityki ochrony zdrowia i polityki ochrony środowiska. Organizowała ogólnopolskie badania

z zakresu ochrony i promocji zdrowia. Od kilkunastu lat kieruje Podyplomowymi Studiami Zarządzania Podmiotami Leczniczymi w Kolegium Ekonomiczno-Społecznym SGH.

ADAM KURZYNOWSKI

Profesor zwyczajny, doktor habilitowany, zatrudniony w Europejskiej Uczelni Społeczno-Technicznej w Radomiu. Przedmiot zainteresowań badawczych: problemy rozwoju, w tym demograficznego, społecznego i gospodarczego oraz zagadnienia zabezpieczenia społecznego i polityki społecznej. Członek: Komitetu Nauk o Pracy i Polityce Społecznej PAN, Rządowej Rady Ludnościowej oraz Rady Naukowej Głównego Urzędu Statystycznego.

ANTONI MALAKA

Absolwent Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Wrocławskiego. Był wykładowcą tego wydziału, prowadził zajęcia z zakresu prawa pracy i zabezpieczenia społecznego. Od 1984 do 1990 r. wykładowca prawa pracy w Ośrodku Szkolenia Państwowej Inspekcji Pracy we Wrocławiu. Od 1984 r. członek, a od 1994 r. sekretarz Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Ubezpieczenia Społecznego. Inicjator i współorganizator kilkunastu konferencji naukowych poświęconych problematyce ubezpieczeń społecznych. W latach 1991–2016 dyrektor Oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych we Wrocławiu. Autor kilkunastu artykułów z zakresu prawa pracy i ubezpieczeń społecznych publikowanych w różnym czasie w „Państwie i Prawie”, „Pracy i Zabezpieczeniu Społecznym” oraz w wydawnictwach ZUS.

ANNA NAPIÓRKOWSKA

Doktor nauk prawnych. Adiunkt w Katedrze Prawa Pracy na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Laureatka I nagrody w kategorii prac doktorskich za pracę *Granice ochrony pracownika w razie czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby* (przygotowaną pod kierunkiem naukowym prof. dr. hab. G. Goździewicza) w XV edycji Konkursu na najlepszą pracę doktorską, magisterską, licencjacką i podyplomową z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych organizowanego przez Rzecznika

Finansowego, Fundację Edukacji Ubezpieczeniowej i „Gazetę Ubezpieczeniową”. Rozprawa doktorska uzyskała również specjalne wyróżnienie Prezesa ZUS. Członek Polskiego Stowarzyszenia Ubezpieczenia Społecznego.

MAŁGORZATA OLSZEWSKA

Absolwentka Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego. Doktor nauk ekonomicznych. Adiunkt Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Piotrkowie Trybunalskim. Adiunkt Społecznej Akademii Nauk w Łodzi. Prowadzi wykłady z finansów publicznych, finansów, ubezpieczeń społecznych, ubezpieczeń gospodarczych, ubezpieczeń kapitałowych. Od 1976 r. związana z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych. Zaczynała pracę od referenta, awansując stopniowo na wyższe stanowiska. Od 1988 r. zastępca dyrektora oddziału w Łodzi. W latach 2000–2002 dyrektor Departamentu Finansów w Urzędzie Marszałkowskim w Łodzi. Ponownie w ZUS w latach 2002–2007 jako dyrektor oddziału w Łodzi. W latach 2010–2016 na stanowisku dyrektora II Oddziału ZUS w Łodzi. Członek Polskiego Stowarzyszenia Ubezpieczenia Społecznego od lat 80., wiceprzewodnicząca Oddziału Warszawsko-Łódzkiego, członek Zarządu Krajowego PSUS.

BENEDYKT OPAŁKA

Doktor, adiunkt w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie. W swojej pracy naukowo-dydaktycznej zajmuje się zagadnieniami związanymi z gospodarką regionalną i lokalną oraz finansowaniem procesów rozwojowych. Jest współautorem i autorem kilkudziesięciu publikacji z zakresu budżetowania zadań i finansowania inwestycji.

MARIA PIERZCHAŁSKA

Absolwentka Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego. W 1991 r. uzyskała stopień naukowy doktora nauk ekonomicznych w zakresie ekonomii, nadany uchwałą Rady Wydziału Ekonomiczno-Społecznego Szkoły Głównej Handlowej. Od 1977 r. była pracownikiem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Radomiu, a w 1991 r. została jego dyrektorem. Od 1995 r. pełniła funkcję rektora radomskich uczelni. Jest autorką kilkudziesięciu publikacji z zakresu ubezpieczeń i polityki społecznej, organizatorką i współorganizatorką licznych

konferencji naukowych, założycielką Fundacji Otwartych Serc w Radomiu, przewodniczącą Polskiego Towarzystwa Ubezpieczenia Społecznego w Radomiu. Założycielka i rektor Europejskiej Uczelni Społeczno-Technicznej Radom–Warszawa (EUST Radom).

MARIUSZ WIECZOREK

Doktor nauk prawnych (2005), adiunkt w Katedrze Prawa Wydziału Nauk Ekonomicznych i Prawnych Uniwersytetu Technologiczno-Humanistycznego im. K. Pułaskiego w Radomiu. Wykłada również w kilku szkołach wyższych w Polsce oraz w Hochschule für öffentliche Verwaltung in Kehl (Niemcy). Zastępca przewodniczącej Oddziału Polskiego Stowarzyszenia Ubezpieczeń Społecznych w Radomiu. Autor publikacji z zakresu prawa pracy i zabezpieczenia społecznego. Ekspert Związku Zawodowego Strażaków „Florian”, zastępca redaktora naczelnego „Studiów Ekonomicznych, Prawnych i Administracyjnych”, członek kolegium redakcyjnego Rocznika Administracji Publicznej.

Zainteresowania naukowe koncentrują się na problemach związanych z prawnymi podstawami zatrudnienia, ze szczególnym uwzględnieniem stosunków służbowych oraz zabezpieczeniem społecznym.

HANNA ZALEWSKA

Dyrektor Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuariatnych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Członek założyciel Polskiego Stowarzyszenia Aktuariuszy. Wiceprzewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Ubezpieczenia Społecznego. Uczestniczka i referentka wielu konferencji naukowych z zakresu ubezpieczeń społecznych, polityki społecznej, demografii i finansów publicznych. Zainteresowania zawodowe: wpływ zmian demograficznych na system emerytalny, aspekt finansowy ubezpieczeń społecznych w kontekście prognozowania długoterminowego.

WYDAWNICTWA NAUKOWE ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Publikacje pokonferencyjne

„Upowszechnianie wiedzy i edukacja w zakresie ubezpieczeń społecznych”
(Kraków, 24 czerwca 2013 r.)

wspólnie z Polskim Stowarzyszeniem Ubezpieczenia Społecznego

„Ryzyko starości – problemy zabezpieczenia”
(Kraków, 27–29 września 2007 r.)

„Procedury w ubezpieczeniach emerytalnym i rentowych”
(Gniezno, 25–26 września 2008 r.)

„Dziesięć lat reformy emerytalnej w Polsce”
(Kudowa-Zdrój, 17–18 września 2009 r.)

„Ubezpieczenia chorobowe”
(Iwonicz-Zdrój, 16–17 września 2010 r.)

„Ewolucja ubezpieczeń społecznych w okresie transformacji ustrojowej”
(Bydgoszcz, 14–16 września 2011 r.)

„Wiek emerytalny”
(Kazimierz Dolny, 4–5 września 2012 r.)

„Ubezpieczenie społeczne – dawniej i dziś”
(Wrocław, 4–5 kwietnia 2013 r.)

„Niezdolność do pracy jako ryzyko w społecznym ubezpieczeniu rentowym”
(Chorzów, 19–20 września 2013 r.)

„Składki na ubezpieczenie społeczne”
(Poznań, 25–26 września 2014 r.)

„Świadczenia z ubezpieczenia społecznego na rzecz rodziny.
Ochrona interesów rodziny po stracie żywiciela w prawie ubezpieczeń społecznych”
(Jodłowa, 9–11 września 2015 r.)

„Zabezpieczenie społeczne a zdrowie publiczne”
(Radom, 20 listopada 2015 r.)

wspólnie z Katolickim Uniwersytetem Lubelskim

„Systemy ubezpieczeń społecznych – między solidaryzmem a indywidualizmem”
(Lublin, 3–4 kwietnia 2014 r.)

wspólnie z International Social Security Association

„Wyzwania XXI wieku a systemy emerytalne”
(Gdańsk, 5–6 czerwca 2014 r.)

wspólnie z Kasą Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

„Ubezpieczenie społeczne z tytułu wypadków przy pracy”
(Toruń, 20–21 listopada 2014 r.)

Monografie

„Ubezpieczenia społeczne w procesie zmian. 80 lat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych”,
Warszawa 2014

Ariel Przybyłowicz „Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec”
(w przygotowaniu)

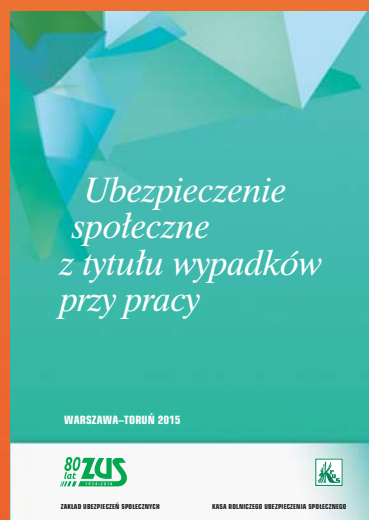
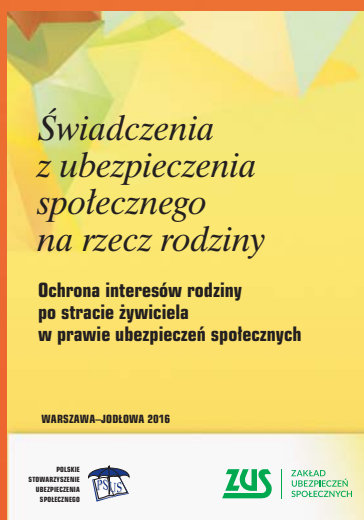
Publikacje są dostępne na stronie **www.zus.pl**.

WYDAWNICTWA NAUKOWE ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH



Kwartalnik „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka” przeznaczony jest przede wszystkim dla pracowników nauki, praktyków, kadry dydaktycznej wyższych uczelni i studentów, działaczy społecznych, pracowników administracji publicznej, samorządowej, socjalnej i biur pracy, ale także dla tych, którym bliskie są zagadnienia ubezpieczeń społecznych, zabezpieczenia społecznego czy polityki społecznej oraz osób chcących poszerzyć swoją wiedzę w tym zakresie.

Czasopismo jest dostępne na stronie www.zus.pl.



Pełna lista publikacji na odwrocie