

Olga Kowalczyk

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

INKLUZJA NIESAMODZIELNOŚCI – KONIECZNOŚĆ REFORM POLSKIEGO SYSTEMU ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO WOBEC OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Streszczenie: Od 10 lat funkcjonowania nowego systemu emerytalnego w powiązany z nim system rentowy czeka na dopasowanie, m.in. uwzględnienie konsekwencji istnienia systemu kapitałowego w emeryturach. Bez dokonania niezbędnych reform obecni biorcy rent z tytułu niezdolności do pracy skazani będą w przyszłości na świadczenia na minimalnym poziomie gwarantowanym. Jakie regulacje i proponowane w nich instrumenty mogą zapobiec pogłębieniu się już istniejącego ubóstwa i wykluczenia społecznego większości ludzi niepełnosprawnych i niesamodzielnym?

Może to być rezygnacja z zawieszalności świadczeń ubezpieczeniowych, uruchomienie instrumentów zwiększających zatrudnianie osób niepełnosprawnych, indywidualizacja uprawnień kompensacyjnych wynikających z kumulowania się niskiego dochodu, potrzeby dodatkowych świadczeń rzeczowych i usług opiekuńczych.

Słowa kluczowe: inkluzja, ubóstwo, zatrudnienie niepełnosprawnych, świadczenia, praca.

1. Wstęp

Niepełnosprawność i wynikająca z niej często niesamodzielność, szczególnie osób dożywających późnej starości, to jeden z ważniejszych problemów współczesnego świata, na co wskazują powszechność, rozmiar i dynamika zjawiska. Starość, brak samodzielności, niepełna sprawność jest fenomenem uniwersalnym – osoby niepełnosprawne żyją w każdym społeczeństwie i stanowią coraz liczniejszą populację (według szacunków ONZ liczbę ich określa się na co najmniej 10% ludności świata). Różnorodne są przyczyny ograniczania, umniejszania, pozbawienia sprawności, różne są też sposoby zmniejszania dolegliwości z tym związanych, stosowane w przeszłości i obecnie.

Dysfunkcje biologiczne lub psychiczne towarzyszyły człowiekowi od początku jego cywilizacyjnego rozwoju, działalność na rzecz niepełnosprawnych miała charakter doraźny, polegający na ratownictwie i opiece, miłosierdziu i chrześcijańskiej dobroczynności. Współcześnie – a dokładnie od II połowy XX wieku, głównie dzięki badaniom empirycznym nad przyczynami i skutkami niepełnosprawności,

zaczęto tworzyć teorie i koncepcje rozpoznawania i rozwiązywania problemów niepełnosprawności. W wielu krajach zastąpiono pojęcia „opieki” społecznej „pomocą”, „indywidualny” model niepełnosprawności – modelem „społecznym”. Niektóre państwa, np. USA, Wielka Brytania, stworzyły ustawodawstwo zakazujące stosowania dyskryminacji w różnych sferach życia, między innymi z powodu mniejszej sprawności.

Problem niepełnosprawności ma już bogatą literaturę medyczną i społeczną, a także bogaty zestaw regulacji stosowanych w praktyce społeczno-gospodarczej także w Polsce. Mimo to właśnie bariery społecznego uczestnictwa, czyli ograniczenia dotyczące możliwości pełnienia podstawowych ról społecznych, stanowią wciąż wielki problem przy podejmowanych próbach upodmiotowienia osób mniej sprawnych, przeciwdziałania ich marginalizacji czy ekskluzji. Prawny status niepełnosprawnego w naszym kraju daje przywileje i stygmatyzuje, prawdopodobnie jest to jeden z powodów nieprzyznawania się do niego wielu osób w Narodowym Spisie Powszechnym i podczas prób wchodzenia na rynek pracy, szczególnie ludzi z niewidocznymi dysfunkcjami, na przykład chorobą psychiczną. Takie zachowania osób o mniejszej sprawności mogą świadczyć o kryzysie tożsamości, nieradzeniu sobie z wypełnianiem ról społecznych. Adaptacja do niepełnosprawności poprzez utrzymywanie fasady lub poddanie się roli proszącego – zależnego, często kończy się niepowodzeniem. Niepełnosprawni utrzymujący się ze świadczeń społecznych, będący klientami pomocy społecznej, czy biorcy rent z tytułu niezdolności do pracy często wpadają w tak zwaną pułapkę ubóstwa, czyli niechęć do rezygnacji ze świadczeń, gdy jest możliwość podjęcia pracy przynoszącej niewiele większy dochód.

Stygmatyzujące testy dochodów w pomocy społecznej, bycie na łasce darczyńcy, bierność i niewiara w możliwości poprawienia sytuacji życiowej, stanowią przybierającą na znaczeniu przyczynę upośledzenia społecznego. Społeczne korelaty niepełnosprawności tworzą podstawy do jej postrzegania jako szczególnego stosunku społecznego zachodzącego między osobą mniej sprawną a jej otoczeniem społecznym. Koniecznością jest powiększanie obszarów aktywności i uczestnictwa osób o mniejszej sprawności, uczenie nawiązywania kontaktów międzyludzkich, tworzenie okazji lepszego poznawania się, umiejętności bycia razem, akceptacji itp.). Postulat wychowywania sprawnych do niepełnosprawności, konieczność rozumienia faktu, że istnienie ludzi wykluczonych z istniejącego ładu społecznego jest produktem tego ładu, zdaje się dzisiaj bardziej aktualny niż kiedykolwiek dotąd.

Od dziesięciu lat funkcjonowania nowego systemu emerytalnego w Polsce system rentowy, integralnie z nim powiązany, czeka na dopasowanie, między innymi uwzględnienie konsekwencji istnienia systemu kapitałowego w emeryturach, automatycznego przejścia z renty na emeryturę o zdefiniowanej składce, po osiągnięciu wieku emerytalnego. Bez dokonania niezbędnych reform obecni biorcy rent z tytułu niezdolności do pracy, także ci dorabiający, ale niepłacący składek emerytalno-rentowych, skazani są w przyszłości na świadczenia na minimalnym poziomie gwarantowanym.

Jak się to ma do realizacji w naszym kraju praw społecznych wobec tej zbiorowości? Jak realizowane są prawa obywatelskie, możliwości społecznego uczestnictwa na zasadach równości? Jakie regulacje i proponowane w nich instrumenty mogą zapobiec pogłębieniu się w przyszłości już istniejącego ubóstwa i wykluczenia społecznego większości ludzi starych i niesamodzielnych? Celem tego opracowania jest próba znalezienia odpowiedzi na te pytania.

2. Potrzeba reform

Obecna dyskusja dotycząca kryzysu finansów publicznych, szczególnie w odniesieniu do problemów z finansowaniem świadczeń wypłacanych z ZUS-u, pojawianie się kontrowersyjnych propozycji przedstawicieli rządu odnośnie do zmiany zasad przekazywania części składki emerytalnej do OFE, może rodzić pytanie o bezpieczeństwo socjalne, nie mówiąc o społecznym, przyszłych emerytów, obecnych płatników składek emerytalno-rentowych i obecnych biorców rent z tytułu niezdolności do pracy.

Ciągle zakusy w kierunku „ulepszania” nowego systemu emerytalnego, niepewność co do tego, jak kalkulowane będą w następnych latach emerytury dzisiejszych biorców rent z tytułu niezdolności do pracy (przyznawane od 2005 roku z reguły na czas nie dłuższy niż 5 lat i liczone po staremu, czyli z uwzględnieniem części socjalnej, składkowej i nieskładkowej oraz po uwzględnieniu okresów hipotetycznych), nie nastroja optymistycznie. Może warto więc przypomnieć o fundamentalnych, moim zdaniem, kwestiach, o których jak się wydaje, nie zawsze się pamięta, szczególnie w kręgach decydentów.

Już kilkadziesiąt lat temu T.H. Marshall w swojej książce *The Right to Welfare* wprowadził do pojęcia obywatelstwa element socjalny, w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka ONZ w artykule 22, od którego zaczyna się katalog praw społecznych i ekonomicznych, zapisano, że „każdy człowiek ma prawo do ubezpieczeń społecznych [...], ma prawo do urzeczywistnienia [...] swych praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych, niezbędnych dla jego godności i swobodnego rozwoju jego osobowości”. W artykule 25 tego dokumentu zagwarantowano każdej osobie „prawo do stopy życiowej zapewniającej zdrowie i dobrobyt jego i jego rodziny”. W kolejnych latach XX wieku wiele dokumentów międzynarodowych uszczegóławiało powyższe zapisy, można jako przykładowe wymienić konwencję nr 102 MOP z 1952 roku, będącą do dzisiaj podstawowym aktem prawnym określającym minimalne standardy świadczeń zabezpieczenia społecznego, czy Europejską Kartę Społeczną.

Polska ratyfikowała te dokumenty, w ustawie zasadniczej zapisano w art. 67 gwarancje dotyczące zabezpieczenia społecznego dla każdego obywatela, między innymi w sytuacji starości i inwalidztwa.

W okresie dwudziestoletniej już historii transformacji ustrojowej wciąż nie rozstrzygnięto, jak te prawa społeczne mają być w naszym kraju realizowane. Nie

ma bowiem zgody co do wyboru modelu polityki społecznej, czyli określenia podstawowych reguł praktycznego stosowania tych praw. Niepewność dróg rozwoju społecznego rodzi przede wszystkim brak wolności od niedostatku grup słabszych ekonomicznie, niepewność w starości i niesamodzielności.

W obecnej sytuacji wycofywania się państwa z monopolu w zakresie realizacji funkcji socjalnej, koniecznego uzupełniania przez rynkowe i społeczne podmioty działań realizowanych tradycyjnie głównie przez podmioty publiczne, niezbędne jest tworzenie nowego instrumentarium polityki społecznej w interesującym nas zakresie.

System zabezpieczenia społecznego osób niepełnosprawnych to metoda realizacji praw społecznych w każdym kraju. W odniesieniu do osób niepełnosprawnych (obecnie 40% z nich jest w wieku emerytalnym) wymaga stosowania instrumentów w każdym z jego podsystemów: ubezpieczeniu społecznym i gospodarczym, ochronie zdrowia, zatrudnieniu, pomocy społecznej i uzupełniającym systemie świadczeń socjalnych, mających zapewnić równość szans w dostępie do szeroko pojętych dóbr społecznych. Obecnie stosowane wydają się niewystarczające. Świadczą o tym między innymi dostępne dane statystyczne. Wskaźnik aktywności zawodowej wśród niepełnosprawnych jest w Polsce obecnie dwa razy niższy niż w innych krajach Unii Europejskiej. W roku 2008 wskaźnik ten u nas wynosił 23,9%, a w krajach Unii w tym czasie średnio ponad 50%¹. Wysokość przeciętnej renty czy emerytury kształtuje się poniżej najniższego dochodu, który jest wymagany, aby można było przebywać, np. w Wielkiej Brytanii, dłużej niż 3 miesiące.

Konieczne jest zastosowanie nowych narzędzi, przede wszystkich motywujących przyszłych emerytów – dzisiejszych pracowników i pracodawców, biorców rent z tytułu niezdolności do pracy i korzystających ze świadczeń z pomocy społecznej, do jak największej możliwej aktywności zawodowej. Bez nich utrzymanie w przyszłości obecnej stopy zastąpienia w emeryturach nie będzie łatwe. Poziom przyszłych rent z tytułu niezdolności do pracy może jeszcze bardziej się obniżyć, przy czym już dzisiaj nie odpowiadają one w większości przypadków międzynarodowym standardom². Potrzebne są zmiany w każdym elemencie systemu zabezpieczenia społecznego kierowanego do tej grupy społecznej.

W ubezpieczeniu społecznym proponuję rozważenie następujących rozwiązań;

- finansowanie świadczenia rentowego z dwóch składek: emerytalnej i rentowej, być może przez określony czas, np. zależny od wieku i wcześniejszego dorobku ubezpieczeniowego (nawiązanie do obecnego stażu potrzebnego do nabycia uprawnień rentowych), przy utrzymaniu obecnego powiązania ze sobą obu tych podsystemów;

¹ Z. Florczak-Nowak, *Pracodawcy z otwartego rynku pracy – ich obowiązki i uprawnienia związane z zatrudnianiem osób niepełnosprawnych* (cz. 1), „Praca i Rehabilitacja” 2009, nr 3/31, s. 3.

² Zob. G. Uścińska, *Aktualne problemy systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce*, „Polityka Społeczna” 2007, nr 7, s. 5.

- motywowanie do kontynuowania zatrudnienia po uzyskaniu uprawnień do wcześniejszych emerytur czy innych świadczeń przedemerytalnych poprzez uświadamianie wpływu kontynuacji opłacanych składek na wysokość przyszłych emerytur – 1 rok dodatkowej pracy to wzrost przyszłej emerytury wynoszący około 8%;
- odejście od zawieszalności świadczeń emerytalnych i rentowych przy łączeniu ich pobierania z wykonywaniem pracy – efekt jak wyżej oraz dochód budżetu państwa w postaci zapłaconych podatków;
- zmiana zakresu przedmiotowego ubezpieczenia rentowego; rozważenie odejścia od dwóch systemów orzekania (dla celów ubezpieczeniowych i innych);
- zmiana struktury przyznawanych rent – większy udział renty szkoleniowej, rozwój prewencji rentowej – usług medycznych i świadczeń rzeczowych, rehabilitacja i praca zamiast długookresowej renty pieniężnej.

Ponadto istnieje pilna konieczność wprowadzenia skutecznych instrumentów antydyskryminacyjnych stwarzających realne możliwości doubezpieczenia się osób niepełnosprawnych, co oznacza rozwój partnerstwa publiczno-prywatnego. W celu zachęcenia prywatnych instytucji ubezpieczeniowych i przyszłych emerytów do tworzenia dodatkowych „filarów” przyszłej emerytury, można rozważyć wprowadzenie dodatkowych zachęt: np. zwolnienie z opodatkowania składek odprowadzanych przez pracodawców do PPE na rzecz niepełnosprawnych pracowników, zwiększenie górnego limitu wpłat w roku kalendarzowym dla niepełnosprawnych, chcących oszczędzać w IKE.

Propozycje te mają oczywiście bardzo ogólny charakter. Dyskusja nad ich wprowadzeniem toczy się w literaturze przedmiotu od lat³. Ich wprowadzenie nie jest łatwe z wielu powodów. Wymagają one współpracy i koordynacji działań między wieloma podmiotami. Rozwój prewencji rentowej jest realny przy dobrej współpracy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i urzędów pracy. Nie bez znaczenia jest także właściwe funkcjonowanie rehabilitacji leczniczej w ramach ochrony zdrowia. Permanentna reforma w tej sferze i wydłużające się kolejki do szpitali, specjalistów czy po świadczenia rehabilitacji medycznej nie dają podstaw do optymizmu.

Mimo, a może ze względu na pogłębiający się kryzys finansów publicznych i coraz wyraźniejszą zapaść publicznej służby zdrowia, narasta pilna potrzeba podjęcia decyzji o rozwoju zabezpieczenia społecznego w ryzyku niesamodzielności. Chodzi o świadczenia w zakresie opieki długoterminowej. Są one realizowane w placówkach medycznych, np. zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz w jednostkach świadczących całodobowo usługi opiekuńcze w ramach pomocy społecznej, czyli w domach pomocy społecznej. Obecny system kontraktowania świadczeń dla ZOL

³ Zob. np. G. Uścińska, *Pożądan kierunki zmian systemu rentowego w Polsce*, „Polityka Społeczna” 2008, nr 8; O. Kowalczyk, *Przygotowanie do starości – konieczność reform polskiego systemu zabezpieczenia społecznego wobec osób niepełnosprawnych*, referat na XI Zjeździe Naukowym PTG „Pomyślna i niepomyślna starość. Wyzwania dla ochrony zdrowia, polityki społecznej i edukacji”, 10-12.12.2009.

należy zmienić, gdyż prowadzi on do paradoksów: efektywność działań nie jest opłacalna, skoro NFZ finansuje tylko pacjentów mających najwyższy wskaźnik niesamodzielności funkcjonalnej, przywracanie samodzielności (wymagająca wysokich nakładów finansowych: kosztownej opieki, stosowania medykamentów, usprawniania) prowadzi do zmniejszania środków finansowych na danego pacjenta⁴.

Jak wcześniej wspomniano, wydaje się, że należy zreformować system orzekania o niezdolności do pracy w ZUS i system orzekania o niepełnosprawności w powiecie tak, aby uruchomić orzekanie nowego ryzyka: niesamodzielności wymagającej usług opiekuńczych. Przy określaniu możliwości samodzielnego funkcjonowania w otoczeniu można zastosować np. skalę Katza (P-ADL) oraz Latona i Brody'ego – oceniającą możliwość wykonywania instrumentalnych czynności dnia codziennego⁵.

Ponadto należy wskazać i uruchomić źródło finansowania usług opiekuńczych dla osób niesamodzielnych: np. przyznawać określoną liczbę finansowanych godzin opieki według stopnia niesamodzielności. W literaturze przedmiotu i istniejących praktycznych rozwiązaniach w różnych krajach UE można wskazać dwa sposoby ich finansowania – z budżetu centralnego i budżetów samorządów lokalnych⁶, czyli podatków, jako zadania zlecone lub własne gmin (tak jest np. w Danii i innych krajach skandynawskich) i ze składek ubezpieczeniowych⁷ (np. w Niemczech). Chodzi o zapewnienie środków na realne wsparcie dla rodzin i osób ponoszących niemałe dodatkowe koszty wynikające z niesamodzielności (rehabilitacja, opieka, sprzęt). W Niemczech robi się to np. poprzez vouchery, większe ulgi podatkowe, budżet osobisty⁸.

W naszym kraju ze środków publicznych wydaje się rocznie na opiekę długoterminową około 10 mld zł. Jeśli nie zostaną dokonane zmiany strukturalne w tym systemie, koszty będą jeszcze większe. Prognozy długookresowe mówią o dwukrotnym wzroście tych wydatków w ciągu najbliższych 20-25 lat ze względu na postępujące starzenie się naszego społeczeństwa⁹. Należy rozważyć, w jakim podsystemie zabezpieczenia społecznego ryzyko niesamodzielności może funkcjonować najefektywniej, jako wydzielona część ubezpieczenia chorobowego, rentowego czy może jako odrębne ubezpieczenie opiekuńcze?¹⁰ Alternatywą wobec powszechnego ubez-

⁴ Wiele danych świadczących o tym jest przytaczanych podczas spotkań Rady do spraw Osób Niesamodzielnych przy Ministrze Zdrowia, której jestem członkiem, np. wypowiedzi prof. Wilmowskiej oraz zapraszanych gości, dyrektorów ZOL.

⁵ C.J. Evashwick (red.), *The Continuum of Long Term Care*, Delmar, New York 2001, s. 16-17.

⁶ Zob. G. Uścińska, *Koordinacja systemów zabezpieczenia społecznego. Aktualne problemy i wyzwania*, „Polityka Społeczna” 2008, nr 10, s. 3, o możliwościach stosowania tych rozwiązań w Polsce pisałam wielokrotnie od końca lat 80.

⁷ Zob. P. Błędowski, A. Wilmowska-Pietruszyńska, *Organizacja opieki długoterminowej w Polsce – Problemy i propozycje rozwiązań*, „Polityka Społeczna” 2009, nr 7.

⁸ G. Uścińska, *Koordinacja...*, s. 3.

⁹ B. Więckowska, A. Abramowska-Kmon, *Prognoza wydatków na opiekę długoterminową nad osobami starszymi w Polsce na lata 2010-2035*, referat na XI Zjeździe Naukowym PTG....

¹⁰ Zob. P. Błędowski, A. Wilmowska-Pietruszyńska, wyd. cyt.

pieczenia opiekuńczego jest organizacja bezskładkowego – hybrydalnego systemu świadczeń opieki długoterminowej funkcjonującego według wzorców skandynawskich.

Jednym z najważniejszych zadań w polskich warunkach wydaje się usprawnienie systemu zatrudnienia i rehabilitacji zawodowej w odniesieniu do osób niepełnosprawnych. Podstawową kwestią domagającą się rozstrzygnięcia jest podjęcie decyzji o tym, czy utrzymać istniejący od 1991 roku tak zwany system kwotowy¹¹, czy ze względu na jego małą efektywność w Polsce, wprowadzić model antydyskryminacyjny¹².

Istnienie od prawie dwudziestu lat systemu kwotowego w naszym kraju nie przynosi oczekiwanych rezultatów. Co jest tego powodem? Być może zbyt duża ilość przywilejów pracowniczych dostępnych dla niepełnosprawnych pracowników: np. dodatkowy urlop dla osób z umiarkowanym i znacznym stopniem niepełnosprawności, skrócony czas pracy, co oznacza większy koszt ich zatrudnienia dla pracodawców. Jakie działania należy podjąć? Oto niektóre z możliwych:

- należy wytyczyć jasne długoterminowe cele dotyczące warunków kształcenia i przekwalifikowania niepełnosprawnych,
- rozszerzać zakres prewencji rentowej – rehabilitacji leczniczej prowadzonej przez ZUS, umożliwiającej restytucję zdolności do pracy,
- zwiększyć aktywność PUP – oferty szkoleń i poradnictwa zawodowego dla biorców renty szkoleniowej – wymagana większa i efektywniejsza współpraca z ZUS-em orzekającym o dostępie do niej,
- rozwój zatrudnienia wspomaganego w postaci „trenerów pracy” dla osób z najcięższymi formami niepełnosprawności,
- rozwój samozatrudnienia wśród niepełnosprawnych (w 2008 roku 68,9% pracujących osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym było zatrudnionych jako pracownicy najemni, 22,2% to pracodawcy, pozostali pracowali u członków swoich rodzin¹³).

Jak już wspominałam, od pewnego czasu toczy się dyskusja nad wprowadzeniem w Polsce ustawodawstwa antydyskryminacyjnego¹⁴. Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych przyjęta przez ZO ONZ w 2006 roku, podpisana przez UE w 2007 roku, zachęcała do tego państwa członkowskie Unii Europejskiej. W internecie¹⁵ można zapoznać się z Projektem założeń do projektu o wyrównywaniu szans osób niepełnosprawnych z dnia 6 października 2009 r. Jest to jeszcze dokument

¹¹ Wzorcem są Niemcy. Polega on na obowiązku procentowego (w Polsce 6%) zatrudniania osób niepełnosprawnych w firmach określonej wielkości, np. powyżej 20 zatrudnionych.

¹² Funkcjonuje on np. w Wielkiej Brytanii w oparciu o ustawodawstwo antydyskryminacyjne.

¹³ Z. Florczak-Nowak, *Wsparcie ze środków publicznych dla osób niepełnosprawnych prowadzących działalność gospodarczą*, „Praca i Rehabilitacja Niepełnosprawnych” 2009, nr 5/133, s. 15.

¹⁴ Zob. B. Kołaczek, *Zakaz dyskryminacji osób niepełnosprawnych*, „Polityka Społeczna” 2008, nr 8.

¹⁵ Zob. <http://www.mpips.gov.pl>.

o bardzo roboczym charakterze. Na uwagę zasługuje zapis, który wskazuje na rolę tego przygotowywanego aktu prawnego: „ustawa będzie zawierała przede wszystkim postanowienia uniwersalne, które pozwolą na pełne wykorzystanie już istniejących instrumentów”¹⁶.

Gdyby ten postulat się sprawdził w praktyce, byłby to znaczący krok naprzód ku większej efektywności działań zmierzających do zwiększania aktywności zawodowej i społecznej tej grupy społecznej. Może wreszcie wzrośnie także efektywność działań pomocy społecznej w zakresie włączania i integracji niepełnosprawnych z ich środowiskiem zamieszkania. Od lat próbuje się zachęcać samorządy i współdziałające z nimi organizacje pozarządowe do rozwoju tanich, dostępnych dla każdego potrzebującego usług opiekuńczych¹⁷. Ich istnienie jest niezbędne do ograniczania barier funkcjonalnych istniejących w otoczeniu osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych.

3. Podsumowanie

Czy niepełnosprawność musi prowadzić do wykluczenia społecznego osób, których dotyka? Jest to trudne pytanie. Chciałoby się odpowiedzieć: nie albo chociaż – bardzo rzadko. Jednak w Polsce wciąż zbyt często słyszy się o nierówności uprawnień i trudnościach korzystania w praktyce z przysługujących praw, nie tylko szeroko pojętych obywatelskich, ale np. konsumenckich, uczestnictwa społecznego, nierówności dokonywania wyborów przez osoby niepełnosprawne co do stylu życia.

Istniejące obszary wykluczenia można próbować klasyfikować. Oto jedna z propozycji:

- obszar polityczny (trudności w uczestniczeniu w wyborach powszechnych, bezsilność w sprawach politycznych, brak większej aktywności politycznej),
- instytucjonalny (niski poziom i jakość świadczeń zabezpieczenia społecznego, niedorozwój instytucji publicznych, ich częste niedostosowanie do potrzeb niepełnosprawnych klientów),
- ekonomiczny (niska aktywność zawodowa, umiejętności nieadekwatne do potrzeb rynku pracy, gorsze prace, niskie dochody, kumulacja niedostatku),
- społeczny (stygmat zależności, brak więzi, niekorzystne warunki bytowe, niedostosowany system edukacji),
- otoczenie i sąsiedztwo (niedorozwój opiekuńczych usług lokalnych, systemu wspomagania w sytuacjach kryzysowych),
- jednostkowy (często nie najlepsza kondycja psychofizyczna, kryzys tożsamości wynikający z trudności w pełnieniu ról społecznych w sposób społecznie pożądanym).

¹⁶ Projekt założeń do projektu o wyrównywaniu szans osób niepełnosprawnych z dnia 6 października 2009 r., s. 4.

¹⁷ Zob. np. O. Kowalczyk, *Rola usług opiekuńczych w integracji społecznej osób niepełnosprawnych w Polsce i innych krajach*, Wyd. Akademii Ekonomicznej, Wrocław 2003.

W ciągu ostatnich dwudziestu lat transformacji ustrojowej w naszym kraju wiele zmieniło się na lepsze, jednak wciąż pozostaje sporo do zrobienia w każdej sferze życia, szczególnie w kontekście równego, pozbawionego dyskryminacji uczestnictwa osób słabszych w funkcjonowaniu społecznym.

Literatura

- Błędowski P., Wilmowska-Pietruszyńska A., *Organizacja opieki długoterminowej w Polsce – problemy i propozycje rozwiązań*, „Polityka Społeczna” 2009, nr 7.
- Evashwick C.J. (red.), *The Continuum of Long Term Care*, Delmar, New York 2001.
- Florczak-Nowak Z., *Pracodawcy z otwartego rynku pracy – ich obowiązki i uprawnienia związane z zatrudnianiem osób niepełnosprawnych* (cz. 1), „Praca i Rehabilitacja” 2009, nr 3/31.
- Florczak-Nowak Z., *Wsparcie ze środków publicznych dla osób niepełnosprawnych prowadzących działalność gospodarczą*, „Praca i Rehabilitacja Niepełnosprawnych” 2009, nr 5/133.
- Karta Narodów Zjednoczonych, http://www.hfhrpol.waw.pl/pliki/Karta_Narodow_Zjednoczonych.pdf. [10.2008]
- Kołaczek B., *Zakaz dyskryminacji osób niepełnosprawnych*, „Polityka Społeczna” 2008, nr 8.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dziennik Ustaw 1997.
- Kowalczyk O., *Przygotowanie do starości – konieczność reform polskiego systemu zabezpieczenia społecznego wobec osób niepełnosprawnych*, referat na XI Zjeździe Naukowym PTG „Pomyślna i niepomyślna starość. Wyzwania dla ochrony zdrowia, polityki społecznej i edukacji”, 10-12.12.2009.
- Kowalczyk O., *Rola usług opiekuńczych w integracji społecznej osób niepełnosprawnych w Polsce i innych krajach*, Wyd. AE, Wrocław 2003.
- Marshall T.H., *Citizenship and social class*, [w:] *Welfare state. Historia, kryzys i przyszłość nowoczesnego państwa opiekuńczego*, Instytut Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1997.
- Projekt założeń do projektu o wyrównywaniu szans osób niepełnosprawnych z dnia 6 października 2009 r., <http://www.mpips.gov.pl> [12.2009].
- Uścińska G., *Aktualne problemy systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce*, „Polityka Społeczna” 2007, nr 7.
- Uścińska G., *Koordinacja systemów zabezpieczenia społecznego. Aktualne problemy i wyzwania*, „Polityka Społeczna” 2008, nr 10.
- Uścińska G., *Pożądane kierunki zmian systemu rentowego w Polsce*, „Polityka Społeczna” 2008, nr 8.
- Więckowska B., Abramowska-Kmon A., *Prognoza wydatków na opiekę długoterminową nad osobami starszymi w Polsce na lata 2010-2035*, referat na XI Zjeździe Naukowym PTG „Pomyślna i niepomyślna starość. Wyzwania dla ochrony zdrowia, polityki społecznej i edukacji”, 10-12.12.2009.

INCLUSION OF DISABILITY. URGENT NEED FOR REFORMS IN THE POLISH SYSTEM OF SOCIAL SECURITY FOR THE DISABLED

Summary: For the last ten years of new retirement system functioning in Poland, social security system, which is closely connected with it, has not been adapted yet among others to take into account the consequences of retirement funds. Without necessary reforms, those

who are now identified as unfit for work and so receive a disability pension will in future have to live on a minimal guaranteed level. How can we assure that the proposed regulations do not worsen the existing poverty and exclusion from society suffered by the majority of those who are disabled and dependent? One possibility would be to withdraw the penalty currently applied to the disabled and retired who earn more than the allowed limit, another would be to enhance employment opportunities for the disabled, and finally, to individualize the system of assigning pensions and services for those with low-incomes.