

Artykuł opublikowany w *Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce* (red. M. Grewiński i B. Więckowska), Warszawa 2011.

UWAGA

Wszelkie prawa autorskie zastrzeżone i prawnie chronione. Przedruk materiałów w części lub całości możliwy tylko i wyłącznie za zgodą autora. Cytowanie oraz wykorzystywanie fragmentów prac dozwolone tylko za podaniem źródła.

Copyright by Mirosław Grewiński (w niektórych przypadkach także poszczególne Wydawnictwa).

Plik pobrano z <http://www.mirek.grewinski.pl>

W sferze polityki społecznej i w systemie zabezpieczenia społecznego pojęcie usług społecznych istnieje od dawna. Jednakże wraz z następującymi współcześnie przemianami społeczno-demograficznymi i instytucjonalnymi usługi zaczynają nabierać coraz większego znaczenia. Obserwowane w wielu krajach na świecie zmiany w finansowaniu, dostarczaniu i organizacji usług społecznych są coraz częściej obecne także w Polsce. Państwo przekazuje stopniowo rolę dostawcy usług społecznych niepublicznym dostawcom, a samo pozostawia sobie tylko te funkcje socjalne, które dotyczą programowania, nadzoru, kontroli i ewentualnie współfinansowania usług społecznych. Rolą państwa jest tworzenie zachęt do partycypacji instytucji niepublicznych w realizacji zadań społecznych, kreowanie solidnych ram prawnych funkcjonowania polityki społecznej (w tym systemu zapobiegania społecznego), a także stymulowanie rozwoju usług. Jednocześnie, na co warto zwrócić uwagę, coraz częściej usługi społeczne są zastępowane celowymi świadczeniami pieniężnymi. Chodzi tutaj o późniejszą weryfikację zasadności wydatkowania środków bądź też, przy mniejszym reżimie, przyznawanie uprawnień do świadczeń na bazie podwyższonych kryteriów, sprawiając, iż świadczeniobiorca, ze względu na swoje potrzeby, otrzymane środki przeznaczy na zakup usług społecznych. Państwo stymuluje więc rozwój usług, ale nie bezpośrednio, lecz poprzez wybory dokonywane przez odbiorców świadczeń.

Stopniowe oddawanie produkcji i dostarczania usług społecznych podmiotom niepublicznym (społecznym i prywatnym) oraz wprowadzanie elementów rynkowych (*quasi* rynki) sprawia, iż wymuszana jest z jednej strony zwiększona dbałość o jakość tych usług (po stronie ich dostawcy), zaś z drugiej strony zwiększone zaangażowanie przy zakupie tych usług doprowadza do zwiększenia efektywności w wydatkowaniu środków¹.

Jak wynika z treści rozdziałów zamieszczonych w tym tomie prywatyzacja finansowania usług społecznych, mimo, iż jest ona obecnie nasiloną — występuje cyklicznie w mniejszym lub większym stopniu we wszystkich z badanych obszarów — należy jednak przypuszczać, że w następnych latach będzie nadal zwiększała swoje znaczenie w Polsce. Jest to związane z jednej strony z deficytem finansów publicznych i kryzysem gospodarczym, ale również z realizacją liberalno-pragmatycznego programu politycznego aktualnych rządów. Nie należy spodziewać się raczej odwrotu od przyjętego dotychczasowego kierunku i powrotu do paternalizmu państwa i gospodarki centralnie planowanej.

¹ Szczególnie istotne jest to w przypadku celowych świadczeń pieniężnych, gdzie wydatkowanie środków publicznych będzie traktowane przez usługobiorcę jako wydatkowanie środków prywatnych.

Finansowanie większości usług społecznych na bazie bieżących świadczeń² sprawia, iż wielkość przeznaczonych środków finansowych jest bardzo czuła na zmiany na rynku pracy. Nakładając na to, obserwowane obecnie, starzenie się ludności Polski oraz niską dynamikę wzrostu przeciętnego wynagrodzenia można stwierdzić, iż bez wprowadzenia mechanizmów finansowania kapitałowego (co można osiągnąć dzięki dodatkowym oszczędnościom bądź ubezpieczeniom długoterminowym) istnieje realne zagrożenie dla pozyskania odpowiednich środków finansowych niezbędnych do utrzymania wolumenu usług społecznych. Dlatego też aktualnie przykładą się duże znaczenie do funkcjonowania instytucji trzeciego sektora oraz budowania zachęt fiskalnych do przekazywania środków na cele społeczne.

Podsumowując rozważania, które zostały podjęte na łamach tej książki można stwierdzić, iż usługi społeczne ulegają stałemu przeobrażeniu, a ich potencjał wynika z przyjętego modelu prowadzonej polityki społecznej czy systemu zabezpieczenia społecznego. Wszystkie procesy przemian jakie dotyczyły takiego a nie innego rozwoju usług społecznych obserwowane w krajach Europy Zachodniej mają aktualnie miejsce również w Polsce. Należy tylko zaznaczyć, że konieczność asekuracji materialnej gospodarstw domowych w okresie dwóch pierwszych dekad od transformacji ustrojowej przy ograniczonych możliwościach finansowych dodatkowo spowodował, że stan usług społecznych w Polsce znacznie odbiega od standardów jakie funkcjonują w tradycyjnych *welfare states*. Tym niemniej większość procesów jest podobna, różni ją tylko skala i różnorodność usług oferowanych w Polsce i na zachodzie Europy.

Należy podkreślić, że prywatyzacja usług, zarówno w zakresie finansowania jak i własności, występuje we wszystkich z analizowanych obszarach np: prywatne ubezpieczenia zdrowotne oraz prywatne zakłady opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia; współfinansowanie świadczeń oraz prywatne zakłady opiekuńczo-lecznicze czy prywatne domy pomocy społecznej w opiece długoterminowej; komercyjne usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne w pomocy społecznej; rozwiązania trzeciofilarowe oraz otwarte fundusze emerytalne w ubezpieczeniach społecznych.

Państwo i instytucje publiczne dopuszczają prywatnych usługodawców oraz organizacje *non-profit* do świadczenia usług społecznych, gdyż sami nie są w stanie rozwiązać skutecznie istniejących problemów socjalnych i odpowiedzieć na coraz bardziej zindywidualizowane potrzeby socjalne obywateli. Dlatego też rozkłada się współodpowiedzialność za dostarczanie usług na różne podmioty, aby klient miał wybór kto powinien jemu dostarczać usługę. Prowadzi to do coraz silniejszej demonopolizacji i dekoncentracji usług i wymaga coraz lepszej koordynacji i zarządzania przez instytucje publiczne. Przy czym „monopol” państwowy ze szczebla centralnego coraz częściej delegowany jest na niższe szczeble — do samorządu terytorialnego. Proces decentralizacji postępuje w znaczeniu delegowania zadań do jednostek samorządu terytorialnego, współfinansowania usług przez samych zainteresowanych (np. pobieranie opłat od mieszkańców domów pomocy społecznej) jak również często ma charakter administracyjny (np. zarządzanie budżetem w ramach oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia) i fiskalny (ulgi podatkowe).

Procesy przeobrażeń systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce możemy zaobserwować jak w soczewce w systemie ochrony zdrowia. Tutaj można dostrzec dynamiczne zmiany. Najpierw bowiem dokonano decentralizacji systemu poprzez wprowadzenie kas chorych, a następnie nastąpiła recentralizacja systemu w postaci powołania Narodowego Funduszu Zdrowia. Dało to początek do kontraktowania świadczeń, czyli wprowadzenia mechanizmów rynkowych zarówno wobec jednostek prywatnych jak i jednostek publicznych. Jednakże samo stworzenie ram dla funkcjonowania *quasi-rynku* w systemie ochrony zdrowia bez odpowiedniej informacji dla pacjenta nie jest rozwiązaniem dobrym samym w sobie. Okazuje się bowiem, że nowy system generuje szereg problemów i nieefektywności. Brak zarządzania instytucjami zdrowia i usługami społecznymi, deficyty koordynacji świadczeń, bałagan informacyjny i dziurawy system, przez który przepływają spore środki finansowe, powoduje, że w dużej części jest on nadal niesprawny i kosztowny. Nie jest też do końca zorientowany na pacjenta. Brak jasno zdefiniowanych wskaźników jakości, brak wiedzy o „ścieżce leczenia”, brak kompleksowego widzenia zdrowia pacjenta, prowadzi do wielu ludzkich tragedii.

² Model bieżącego finansowania świadczeń opiera się na założeniu, że składki płacone przez ubezpieczonych w danym roku są wykorzystywane do finansowania świadczeń w tym samym okresie (więcej: J. Wassem, *Ramy analizy skutków przepisu dopuszczającego opje wyjścia z systemu publicznego ubezpieczenia zdrowotnego*, Projekt Banku Światowego, 2000, s. 4).

Aktualnie przeobrażenia w systemie zdrowia idą w kierunku przekształceń publicznych zakładów zdrowotnych w podmioty niepubliczne. Decyduje się na taki krok coraz więcej samorządów regionalnych i lokalnych. Ma to spowodować lepsze zarządzanie finansami i usługami przekształconych placówek, a także większe i bardziej indywidualne zorientowanie na pacjenta i jego prawa.

Osobnym problemem jest kwestia opieki długoterminowej. Jak wiadomo zarówno w Polsce jak i w całej Europie, postępuje starzenie się ludności i następuje wzrost chorób cywilizacyjnych, co skutkuje wzmacnianiem presji na redefiniowanie usług społecznych gwarantowanych w ramach systemu zabezpieczenia społecznego w kierunku wyodrębnienia z systemu ochrony zdrowia oraz systemu pomocy społecznej nowego podsystemu — opieki długoterminowej — obejmującego ryzyko niepełności starczego (niesamodzielności). Do funkcjonującego obecnie katalogu usług społecznych dołączane są nowe, odpowiadające pojawiającym się potrzebom oraz będące następstwem postępu technologicznego. Opieka długoterminowa w Polsce jest rozłożona w dalszym ciągu na dwa segmenty systemu zabezpieczenia społecznego — na zdrowie i na pomoc społeczną. Brak spójnej i skoordynowanej polityki opieki długoterminowej powoduje liczne problemy i konsekwencje. Przykładem takich problemów jest choćby kwestia odpłatności za korzystanie z usług w ramach zakładów opiekuńczo-leczniczych i domów pomocy społecznej. O ile te pierwsze są dla osób korzystających z nich całkowicie darmowe (płaci Narodowy Fundusz Zdrowia), o tyle te drugie wymagają znacznego partycypowania finansowego przez klienta, jego rodzinę a często także gminę (mieszane finansowanie). Nie trudno się domyślać jakie skutki ma to w dokonywaniu indywidualnych wyborów samych beneficjentów i jakie przeciążenia i wypaczenia systemowe to rodzi.

Usługi w pomocy społecznej można podzielić na te tradycyjne dotyczące opieki, pielęgnacji i ratownictwa społecznego jak również nowe usługi związane z aktywną integracją i reintegracją społeczno-zawodową, także w zakresie podmiotów gospodarki społecznej. Szczególnie te drugie są teraz bardzo na czasie, a to ze względu na ich finansowanie w ramach projektów systemowych Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Unia Europejska poprzez Europejski Fundusz Społeczny finansuje ich rozwój nie żałując na ten cel znacznych środków finansowych. Jednakże jak wynika z treści zawartych w tej książce, jak i z innych opracowań badawczych³, w systemie pomocy i integracji społecznej jest jeszcze bardzo dużo do zrobienia w kontekście stworzenia nowoczesnego systemu pomocy i wsparcia społecznego. Wydaje się, że deficyt usług socjalnych jest wynikiem wielu zapóźnień i braku rzeczywistych reform tego systemu od wielu lat. Z pewnością istnieje w Polsce problem nierozbudzonych potrzeb społecznych i niskiej świadomości społeczeństwa polskiego na temat tego, jakie usługi mogą funkcjonować w systemie pomocy. Ale to przede wszystkim słabość instytucjonalna i kadrowa ośrodków pomocy społecznej czy powiatowych centrów pomocy rodzinie jest wielkim wyzwaniem na najbliższą przyszłość.

Głównymi problemami pomocy społecznej w kontekście rozwoju usług socjalnych jest deficyt pracy socjalnej i środowiskowej, brak pracy z rodziną naturalną, zbiurokratyzowane procedury i sprawozdawczość — hamujące orientację na klienta, prymat świadczenia finansowego i rzeczowego nad usługami aktywizacyjnymi i integracyjnymi, niechęć do nowości i partnerskich rozwiązań skutkujących wspólnymi projektami i większą integracją usług. Ponadto brakuje profesjonalnego zarządzania i koordynacji usług z poziomu regionalnego i powiatowego co wynika z niskiej profesjonalizacji zawodowej i dobieraniu kadr z klucza politycznego. Urzędy marszałkowskie, mając możliwości prawne i finansowe, w gruncie rzeczy nie potrafią programować i zarządzać regionalną polityką społeczną a większość regionalnych ośrodków polityki społecznej jest po prostu słaba. Wynika to po części z przyjętego ponad 20 lat temu rozwiązania, że system prawny, instytucjonalny i usługodawczy ma być identyczny dla całego kraju, co zwalnia poniekąd samorządy regionalne i lokalne z wysiłku pluralizowania i różnicowania rozwiązań instytucjonalnych i prawnych pod rzeczywiste potrzeby społeczne. Strategie regionalne i lokalne nie mają odniesień do rzeczywistości społecznej, a są tylko traktowane jako kolejna procedura biurokracji⁴.

³ Np. M. Grewiński, A. Karwacki, *Pluralizm i międzysektorowa współpraca w realizacji usług społecznych*, Warszawa 2010.

⁴ M. Grewiński, A. Karwacki (red.), *Strategie w polityce społecznej*, Warszawa 2009.

Ubezpieczenia społeczne, które jak zaprezentowano w tej książce odgrywają istotną rolę w zabezpieczeniu społecznym obywateli — na wypadek wystąpienia ryzyka choroby, macierzyństwa, niezdolności do pracy, śmierci żywiciela, wypadku przy pracy i chorób zawodowych oraz na wypadek starości — nie stanowią usługi *sensu stricto*, ale można je uznać za specyficzne *quasi usługi*, polegające na świadczeniu ochrony ubezpieczeniowej, mające charakter wzajemny. Ubezpieczenia społeczne są często niesłusznie utożsamiane jedynie ze świadczeniami pieniężnymi wypłacanymi przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Jak podkreślały w swoim rozdziale J. Owczarek i J. Plak proces prywatyzacji w sferze ubezpieczeń społecznych napotyka na istotne ograniczenia, głównie z uwagi na fakt, iż ostatecznym gwarantem wypłacalności obowiązkowych systemów zabezpieczenia społecznego pozostaje zawsze budżet państwa. Jednakże wprowadzenie wielości i różnorodności podmiotów na rynku emerytalnym umożliwiło ubezpieczonym dokonywanie wyborów instytucji zarządzającej ich środkami emerytalnymi. Indywidualizacja systemu i wprowadzenie odrębnych rachunków emerytalnych może wpłynąć na wzrost świadomości emerytalnej uczestników. Zarządzany prywatnie kapitałowy system emerytalny może przyczynić się do wypłaty wyższych, w porównaniu z systemem czysto repartycyjnym, świadczeń emerytalnych, jeśli wprowadzone zostaną zmiany pobudzające konkurencję pomiędzy towarzystwami emerytalnymi. Ostatnie propozycje rządu dotyczące zerwania umowy społecznej z Polakami i przekazania środków (i wyższych składek) zamiast do OFE to do ZUS rodzą jednak bardzo duże wątpliwości. Rozmontowanie systemu, budowanego przez ostatnią dekadę, dla osiągnięcia celów politycznych, rodzi sprzeciw wielu środowisk naukowych i eksperckich.

Podsumowując, należy podkreślić, że w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce mamy do czynienia z licznymi przeobrażeniami w kontekście udostępniania i produkcji usług społecznych. Postępuje zarówno urynkowienie jak i prywatyzacja oraz uspołecznienie usług. Z punktu widzenia praktyki społecznej potrzebny jest jednak większy nacisk na zróżnicowanie i zindywidualizowanie usług, wprowadzanie nowych, sprawdzonych w innych państwach rozwiązań, lepszego zarządzania i koordynacji usług. Deficyt usług w wielu obszarach próbuje być kompensowany świadczeniami finansowymi, ale nie jest to jak się wydaje perspektywa rozwojowa.

Z punktu widzenia nauki o polityce społecznej potrzeba jest większej liczby badań dotyczących różnorodnych kontekstów usług społecznych⁵ — instytucji, infrastruktury, finansowania, jakości usług, satysfakcji beneficjentów, a także procesów — prywatyzacji, urynkowienia czy uspołecznienia usług. Dotychczas ciągle niewiele prac poświęconych jest temu segmentowi polityki społecznej, który stanowi nową orientację, a ujawnia się w postaci sieci usług dostępnych w środowiskach lokalnych. Sieć ta będzie w przyszłości sposobem na rozwiązywanie większości lokalnych problemów socjalnych i będzie stanowić o jakości nowej polityki społecznej.

UWAGA

Wszelkie prawa autorskie zastrzeżone i prawnie chronione. Przedruk materiałów w części lub całości możliwy tylko i wyłącznie za zgodą autora. Cytowanie oraz wykorzystywanie fragmentów prac dozwolone tylko za podaniem źródła.

Copyright by Mirosław Grewiński (w niektórych przypadkach także poszczególne Wydawnictwa).

Plik pobrano z <http://www.mirek.grewinski.pl>

⁵Więcej na ten temat: M. Grewiński, Wielosektorowa polityka społeczna — o przeobrażeniach państwa opiekuńczego, Warszawa 2009.