

NATALIA MARSKA-DZIOBA

Uniwersytet Szczeciński

**TRANSFORMACJA PRZEZ DECENTRALIZACJĘ
SYSTEM ZABEZPIECZENIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
WE WŁOSZECH**

Wprowadzenie

„Zjawisko korupcji [w systemie rentowym – N.M.-Dz.] jest poza wszelką kontrolą. Coś zdecydowanie poszło źle”. To zaskakujące stwierdzenie podsumowujące dziesięć lat decentralizacji systemu świadczeń rentowych wygłosił prezydent Narodowego Instytutu Ubezpieczeń Społecznych (INPS)¹, Antonio Mastrapasqua². Odniósł się w ten sposób między innymi do niemal trzykrotnego wzrostu wydatków na cele rentowe, które z 6 miliardów euro w 2000 roku wzrosły do ponad 16 w roku 2009.

Włoski system zabezpieczenia społecznego osób niepełnosprawnych charakteryzuje kilka niepowtarzalnych cech, między innymi obowiązkowe uczęszczanie niepełnosprawnych dzieci do szkół powszechnych czy rosnący poziom ubóstwa wśród niepełnosprawnych. Brak jednolitej definicji „niepełnosprawności” sprawia, że oficjalnie sygnalizowany w międzynarodowych statystykach udział osób niepełnosprawnych w całej populacji jest wyjątkowo niski. Praktyka realizacji zabezpieczenia, która od 2000 roku spoczywa przede wszystkim na samorządach i realizowana jest przez posiadające dużą autonomię regionalne oddziały INPS,

¹ INPS – Istituto Nazionale della Previdenza Sociale.

² F. Krause-Jakson, F. Rotondi, *Berlusconi Targets „blind” who see as budget cuts tackle fraud*, „Bloomberg”, 29 czerwca 2010.

charakteryzuje się małą skutecznością, brakiem nowoczesnych, elastycznych rozwiązań, na przykład w zakresie usług opiekuńczych, narastającym wykluczeniem osób niepełnosprawnych z rynku pracy i lawinowo rosnącym obciążeniem kosztami tych świadczeń. Wprowadzany w 2010 roku program rządu Berlusconiego ma na celu jedynie ograniczenie wydatków, bez istotnej zmiany zasad działania systemu.

Celem artykułu jest krytyczna analiza obecnego stanu rozwoju szeroko ujętego systemu zabezpieczenia osób niepełnosprawnych z uwzględnieniem procesu legislacji, problemu definiowania i orzekania niepełnosprawności w sytuacji decentralizacji, wysokości świadczeń i zakresu innych czy instrumentów polityki integracji osób niepełnosprawnych. Charakteryzujący się nienowoczesnymi rozwiązaniami i dotknięty „chorobą” korupcji, generujący ogromne obciążenia system może stać się jednym z kluczowych obszarów walki z kryzysem finansów publicznych, który w niemal równym stopniu co Grecję i Hiszpanię dotyka obecnie Włochy.

1. Kontekst historyczny

Obowiązująca konstytucja włoska³ wymienia prawa osób niepełnosprawnych jako jedno z pryncypiów legislacyjnych i praw człowieka. Nakłada ona jednocześnie na państwo i obywateli fundamentalne obowiązki w tym zakresie, między innymi obowiązek zapewnienia pracy osobom niepełnosprawnym, które muszą uczestniczyć, w miarę swoich możliwości, w życiu społeczności lokalnej. Ponadto gwarantuje opiekę zdrowotną. Szczególnie odnosi się do obywateli niezdolnych do pracy, stanowiąc ogniskową konstytucjonalnej ochrony osób niepełnosprawnych. Akt ten gwarantuje każdemu obywatelowi niezdolnemu do pracy i bez środków do życia prawo do utrzymania i wsparcia społecznego oraz do szkolenia i przysposobienia zawodowego.

Wymienione zapisy zostały wprowadzone do konstytucji Włoch w 1992 roku jako efekt wcześniejszego, stopniowego i często fragmentarycznego rozwoju legislacji dotyczącej osób niepełnosprawnych. Do najważniejszych wcześniejszych rozwiązań należała ustawa numer 118/1971 dotycząca systemu edukacji, instytucji rehabilitacyjnych, centrów badawczych i profilaktycznych, eliminacji barier architektonicznych, rynku pracy osób niepełnosprawnych, systemu świad-

³ Konstytucja Republiki Włoskiej z 1 stycznia 1948 r. z późniejszymi zmianami.

czeń i zasiłków dla osób niepełnosprawnych oraz promocji integracji. Uchwalona następnie w 1977 roku ustawa numer 517 jako pierwsza w Europie nakazywała pełną integrację dzieci z niepełnosprawnością z innymi dziećmi w ramach klas ogólnych⁴. W roku 1978 w ustawie numer 180 zakazano „instytucjonalizacji” osób z chorobami psychicznymi. Rewolucyjne zmiany wprowadziła ustawa numer 104 z 1992 roku, określając podwaliny systemu opieki, integracji społecznej i zapobiegania dyskryminacji oraz wykluczeniu osób niepełnosprawnych. Kolejne ustawy – numer 162 z 1998 roku i 68 z 1999 roku – rozwijały zagadnienia między innymi interwencji medycznych, integracji społecznej osób ze znaczną niepełnosprawnością, promowały nowe formy opieki w miejscu zamieszkania, opieki dziennej, programów promujących niezależność osób niepełnosprawnych, promocji inkluzji i integracji zawodowej.

Ustawa zmierzająca do realizacji zintegrowanego systemu interwencji i pomocy socjalnej wobec osób niepełnosprawnych i ich rodzin została ostatecznie uchwalona w 2000 roku (ustawa nr 328)⁵. Przewidywała ona integrację interwencji rehabilitacyjnych z zagadnieniami socjalnymi, takimi jak równouprawnienie, prawa obywatelskie, likwidacja lub redukcja niedogodności i utrudnień wynikających z sytuacji finansowej oraz fizycznych/psychicznych zaburzeń ograniczających samodzielność. Ustawa umożliwiała wykorzystanie wielu istotnych instrumentów wsparcia, takich jak między innymi płatne zwolnienia dla rodziców dzieci niepełnosprawnych, gwarantowanie dochodu pracującym osobom ze znaczną niepełnosprawnością i głuchoniemym, rozszerzenie obszaru eliminacji barier architektonicznych oraz pełną dostępność transportu publicznego, obowiązek zagwarantowania dostępu do edukacji na wszystkich szczeblach, ze szczególnym naciskiem na studia wyższe, oraz wprowadzała zmiany w systemie finansowania tych działań.

Ustawa ta zredukowała kwotę obowiązkowego zatrudnienia osób niepełnosprawnych na otwartym rynku z 15 do 7 procent ogólnej liczby zatrudnionych, znacznie zwiększając obciążenia nakładane na pracodawców nieosiągających wymaganego pułapu⁶. Pracodawcy zatrudniający osoby o wysokim stopniu nie-

⁴ C. Devecchi, F. Dettori, *Inclusive classrooms in Italy and England: supporting children, supporting teachers*, European Educational Research Association, Berlin 2010.

⁵ R. Crialesi, A. Battisti, L. Salvador-Carulla, R. Martinez-Leal, A. Rodriguez, *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs. Report of a european study, country report, Italy*, vol. 3, Canterbury, Tizard Centre, University of Kent 2007.

⁶ S. Golinowska, K. Pietka, *Renty inwalidzkie we Włoszech*, w: *Zabezpieczenie społeczne osób niepełnosprawnych w Polsce i w innych krajach*, red. S. Golinowska, CASE, Warszawa 2001.

pełnosprawności zostali zwolnieni ze składek na ubezpieczenia społeczne oraz uzyskali możliwość ubiegania się o dotacje na dostosowanie miejsca pracy do potrzeb niepełnosprawnych pracowników. Ustawa nałożyła na samorządy lokalne obowiązek zapewnienia środków na specjalne doradztwo zawodowe, coaching i grupy wsparcia. Ponadto mają one obowiązek prowadzenia bazy danych niepełnosprawnych bezrobotnych, przy czym dla pięciu grup: niepełnosprawnych (orzeczenie w systemie rentowym) z 45-procentową lub niższą zdolnością do pracy, niepełnosprawnych (orzeczenie w systemie wypadkowym) z 33-procentową lub mniejszą zdolnością do pracy, osób głuchoniemych, niewidomych i inwalidów wojennych z mocy przepisów ustawy nie są podejmowane działania w celu poszukiwania pracy. Jeśli osoba należąca do którejś z tych grup chciałaby podjąć pracę, musi złożyć wniosek o opracowanie tak zwanego indywidualnego profilu zatrudnienia. Intencją takiego rozwiązania było staranne dostosowanie kompetencji osoby do odpowiedniej pracy, w praktyce jednak niemal uniemożliwiło tym osobom podjęcie pracy. W efekcie podejmowanych od 2000 roku działań włoska polityka zdrowotna, a wraz z nią integracja osób niepełnosprawnych, zostały zdecentralizowane.

Włochy są podzielone na dwadzieścia regionów (piętnaście regionów „zwykłych” i pięć o statusie „specjalny”), a te na 94 prowincje, różniące się znacznie zarówno liczbą mieszkańców, jak i poziomem rozwoju ekonomicznego, oraz – co istotne – rozkładem wieku mieszkańców. Przekazanie na poziom regionów odpowiedzialności za usługi społeczne spowodowało znaczne zróżnicowanie terytorialne jakości świadczonych usług⁷. Wynikało to z faktu, że sytuacja finansowa regionów charakteryzuje się dużymi dysproporcjami – bogata północ, biedne południe.

Zgodnie z *Narodowym planem działania (National Action Plan – NAP)* na rzecz zwalczania ubóstwa i zapobiegania wykluczeniu w latach 2003–2005⁸ oraz zobowiązaniami podjętymi przez rząd włoski w ramach konferencji otwierającej Europejski Rok Niepełnosprawnych, Włochy zamierzały wdrożyć wiele inicjatyw legislacyjnych w zakresie polityki dotyczącej integracji osób niepełnosprawnych oraz między innymi stworzyć instrumenty wsparcia dla rodzin osób niepełnosprawnych. W sposób szczególny nowe rozwiązania miały umocnić pozycję młodych osób niepełnosprawnych na rynku pracy, a także proces dochodzenia do

⁷ F. Strati, *Report on the implementation of the Italian NAP inclusion on local level*, Studio Ricerche Sociali 2004.

⁸ *National Action Plan (NAP) on poverty and social exclusion 2003–2005*, Roma 2003.

niezależnego życia osobistego. Uchwalone w kolejnych latach budżety przewidywały więc między innymi płatne zwolnienia dla opiekunów osób niepełnosprawnych (również dorosłych), rozszerzony katalog zachęt finansowych służących do eliminacji barier architektonicznych, w szczególności instalacji wind, finansowanie zakupów wyposażenia dla osób samotnych o znacznym stopniu niepełnosprawności, programy edukacyjne dla młodych osób. Rozpoczęto również prace i wdrożono trzy pilotażowe programy współfinansowania przez budżet centralny regionalnych sieci organizacji trzeciego sektora. W latach 2004–2005 uruchomiono program komputeryzacji doradztwa zawodowego, wspierania zatrudniania niepełnosprawnych kobiet i młodzieży.

W kolejnym *Narodowym planie działań na lata 2006–2008*, z uwagi na krytyczne oceny poprzedniego, głównie skupiono się na koordynacji działań instytucji publicznych różnego szczebla oraz szeroko zdefiniowanej polityce mieszkaniowej. Problematyka dotycząca osób niepełnosprawnych stała się więc elementem działań ogólnych⁹.

2. Skala niepełnosprawności

Liczba osób niepełnosprawnych we Włoszech jest trudna do jednoznacznego określenia ze względu na brak uniwersalnej definicji w systemach ubezpieczeń i opieki zdrowotnej, a także w przeprowadzanych badaniach czy spisach powszechnych¹⁰. Za najbardziej obiektywne i jednoznaczne źródło przyjmuje się przeprowadzone w latach 2004–2005 przez ISTAT¹¹ badanie *Health conditions and access to health services*. Liczbę osób niepełnosprawnych oszacowano wówczas na około 2 610 tysięcy, co stanowi około 4,8% populacji kraju w wieku powyżej sześciu lat. W badaniu tym posługiwano się jednak bardzo wąską definicją osoby niepełnosprawnej jako tej, która zgłasza całkowity brak samodzielności w życiu codziennym. Rozszerzenie definicji o osoby, które zgłaszają znaczne problemy

⁹ A. Faravelli, *Italy: NAP 2006–2008, Equality mainstreaming: analysis of National Action Plans on social inclusion*, EIRO, Bruxelles 2009.

¹⁰ Jednocześnie stosowana jest m.in. definicja niepełnosprawności (*disabilita*) jako zdolność do samodzielnego wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego (ustawa z 1992 r., nr 104) oraz inwalidztwa (*invalidita civile*), czyli prawa do otrzymywania świadczeń społecznych, kiedy niepełnosprawność jest konsekwencją biologicznych ubytków, bez względu na związek z ogólną samowystarczalnością (ustawa z 1971 r., nr 118).

¹¹ Urząd Statystyczny Włoch.

w wykonywaniu codziennych czynności powoduje wzrost odsetka osób niepełnosprawnych do około 13% społeczeństwa, co jest wartością zbliżoną do średniego poziomu notowanego w krajach rozwiniętych.

Ocena przyszłego odsetka osób niepełnosprawnych, będąca elementem kształtowania się stanu zdrowia publicznego, jest trudniejszym zadaniem. W przypadku prognozowania niepełnosprawności najczęściej wykorzystuje się wskaźnik HLY (*healthy life years*), który przedstawia liczbę oczekiwanych lat życia w zdrowiu, obliczaną w momencie narodzin lub w wieku 65 lat. Uwzględniając dane dla Włoch za lata 1997 i 2007, oczekiwana liczba lat życia w zdrowiu spadła znacząco: dla mężczyzn o 8,28%, dla kobiet zaś o 15%. Są to wielkości najwyższe wśród krajów Unii. Przyjmując, że oczekiwana długość życia wzrosła – odpowiednio dla mężczyzn o 3,70%, a dla kobiet – o 2,61% – okres niepełnej sprawności ulega znacznemu wydłużeniu¹².

Podobnie utrudniona jest ocena aktywności osób niepełnosprawnych na rynku pracy. Jedynym dostępnym źródłem jest pochodzące z 2003 roku badanie Eurostat *Employment of disabled people in Europe in 2002*¹³. Pomimo regulacji prawnych dotyczących integracji niepełnosprawnych na rynku pracy i licznych programów finansowanych z funduszy unijnych, poziom zatrudnienia osób niepełnosprawnych pozostaje na relatywnie niskim poziomie, nie przekraczając 5%. Podobnie jak w innych krajach na świecie, kobiety są w większym stopniu narażone na wykluczenie i w tej grupie osób niepełnosprawnych poziom zatrudnienia wynosi poniżej 3%. Niepełnosprawność powoduje również, że wiele osób przez całe swoje życie nie wyprowadza się z domu rodzinnego (34% niepełnosprawnych po 24. roku życia), pomimo że większość dzieci niepełnosprawnych uczęszcza do szkół niemających charakteru specjalnego.

3. Model oceny niepełnosprawności

Włoski system można uznać za kompleksowy, głównie ze względu na wiele zmiennych branych pod uwagę podczas procesu kwalifikowania oraz także dlatego, „iż obecny system jest pochodną sukcesywnego dostosowywania uchwalanego prawa jedynie do nowych przypadków bez korygowania sytuacji

¹² Obliczenia własne na podstawie zasobów Eurostat TGM Interface, stan na 20 sierpnia 2010.

¹³ D. Dupré, A. Karjalainen, *Employment of disabled people in Europe in 2002*, Eurostat, Statistics in Focus 2003, no. 26.

wcześniejszych, co powoduje, że niektóre rozwiązania będą funkcjonowały tak długo, jak żyją świadczeniobiorcy, którym je przyznano¹⁴. Aż do roku 1984 kwalifikacja w wypadku niektórych świadczeń oparta była na „zdolności do zarabiania” (*capacita di guadagno*), co powodowało, że system świadczeń rentowych stał się wygodnym narzędziem unikania ryzyka bezrobocia. Wyroki Sądu Najwyższego Włoch z lat siedemdziesiątych stanowiły, że – oceniając zdolność do zarobkowania – należało uwzględnić również warunki lokalnego rynku pracy, co oznaczało, że w przypadku niekorzystnych tendencji na rynku pracy możliwości zarobkowe osoby malały. Efektem takiego rozwiązania legislacyjnego był gwałtowny wzrost przyznawanych świadczeń, które często w praktyce pełniły rolę wcześniejszych emerytur. Przeprowadzona w 1984 roku reforma zmieniała to kryterium na „zdolność do pracy” (*capacita di lavoro*) i wprowadziła wiele ograniczeń w przyznawaniu świadczeń. Jednocześnie prawo przewidywało możliwość pobierania różnych rodzajów świadczeń rentowych w tym samym czasie, co – według raportu Banku Centralnego Włoch¹⁵ – doprowadziło do wypłacania w pierwszej połowie lat dziewięćdziesiątych dwukrotnie więcej świadczeń rentowych niż wynosiła liczba osób uznanych za niepełnosprawne.

Głównie typy świadczeń dla osób niepełnosprawnych to¹⁶: zasiłek rentowy (*assegno ordinario di invalidita* – AOI) oraz renta (*pensione di inabilita*). Procedura orzekania dla tych świadczeń oraz często towarzyszących im zasiłków opiekuńczych dokonywana jest przez tak zwany panel medyczny w ramach publicznej opieki zdrowotnej na poziomie regionu. Celem oceny jest określenie, czy pracownik utracił 66,67 lub więcej procent „zdolności do pracy”. W systemie włoskim nie orzeka się częściowej niezdolności do pracy.

Proces orzekania o niepełnosprawności rozpoczyna się od diagnozy lekarza rodzinnego i wypełnienia przez niego wniosku INPS¹⁷. Następnie lekarze INPS w oddziale regionalnym oceniają ogólną kondycję zdrowotną oraz diagnozę i ubytek zdrowotny w obszarze stanowiącym źródło niepełnosprawności. Oceniana jest również rezydualna zdolność do pracy na podstawie szczegółowych standaryzowanych tablic. Kolejnym elementem procesu orzekania jest ocena pracy/zawodu wykonywanego przez osobę, z uwzględnieniem takich elementów, jak poziom

¹⁴ E. Baldacci, G. De Santis, *Disability pensions in Italy: the law and the numbers*, w: *European disability pension policies*, ed. Ch. Prinz, Ashgate 2003.

¹⁵ *Italian households budgets in 2000*, „Banca d'Italia” 2002, no. 6.

¹⁶ *Definitions of disability in Europe – a comparative analysis*, Brunel University 2002.

¹⁷ *Rapporto annuale*, INPS, Roma 2004.

wysiłku, pozycja, w jakiej wykonywana jest praca, cechy otoczenia, wykorzystywanie maszyn itp. Efektem tych procedur jest powiązanie diagnozy z funkcjonalnym ograniczeniem i w ten sposób wskazanie na utrudnienia w wykonywaniu konkretnych typów prac zawodowych lub działań życia codziennego. W procesie oceny uwzględniana jest praca wykonywana uprzednio przez osobę, stąd ubytek zdrowotny musi wynikać lub być związany bezpośrednio z tą pracą.

Model oceny niepełnosprawności we Włoszech ma niemal w pełni charakter medyczny. Centralną rolę zajmują w nim lokalni specjaliści INPS, którym prawo oraz procedury wewnętrzne pozostawiają znaczną swobodę. Wspomniany na początku artykułu program rządu Berlusconi¹⁸ zakłada ponowną weryfikację ponad 25% decyzji o przyznaniu świadczeń rentowych do końca 2012 roku, a szczególnie wszystkich decyzji dotyczących osób niewidomych i niedowidzących. Prowadzone we Włoszech dochodzenia wskazują na największe nadużycia w tym obszarze, co jest niekorzystne dla władz lokalnych, nie mają one bowiem obowiązku poszukiwania tym osobom pracy. Ocenia się, że 80% nadużyć dotyczy południowych regionów Włoch, w szczególności Kampanii i Neapolu.

4. Kalkulacja świadczeń

Świadczenia przyznawane osobom niepełnosprawnym we Włoszech stanowią zarówno element systemu ubezpieczeń społecznych, jak i opieki zdrowotnej¹⁹. Świadczenie rodzinne jest z kolei elementem systemu świadczeń pracowniczych. Świadczenia przyznawane przed 1984 rokiem były ponadto umocowane w systemie świadczeń wypadkowych, istniejącym od 1898 roku. Począwszy od reformy z lat osiemdziesiątych, przez pakietowe zmiany ustawowe w latach 2000 i 2004 po dzisiaj (rok 2010), system świadczeń rentowych jest ciągle transformowany, nie osiągnął jednak w opinii decydentów zadowolającej formy.

System rentowy obejmuje obowiązkowo pracowników najemnych, z możliwością dobrowolnego ubezpieczenia pracowników kontraktowych. Istnieje również odrębny system dla pracowników sektora publicznego i samozatrudnionych.

Jest on finansowany ze składek ubezpieczonych (9,49% płacy), pracodawcy (23,81% wynagrodzenia lub mniej w szczególnych sytuacjach) oraz wpłat z bud-

¹⁸ F. Krause-Jakson, F. Rotondi, *op.cit.*

¹⁹ *Social security programs throughout the world, Europe 2009*, Social Security Administration, Washington 2009.

zetu centralnego (pełna wartość zasiłków zależnych od dochodu oraz pokrycie ewentualnego deficytu)²⁰. Minimalne wynagrodzenie podlegające oskładkowaniu dla celów rentowych ustalane jest w stawkach dziennych i od 2007 roku wynosi 40 euro dla pracownika przemysłu. Z zasady płaca minimalna nie jest określana centralnie, lecz w ramach negocjacji zbiorowych wewnątrz branży. Maksymalny pułap podstawy składkowej dla celów rentowych dotyczy wyłącznie osób, które rozpoczęły pracę po 1 stycznia 1996 roku, i wynosi około 85 tys. euro.

Jak wspomniano, od 2007 roku świadczenia przyznawane osobom niepełnosprawnym przyjmują jedną z dwu form: renty lub zasiłku. Podstawowym wymogiem dla uzyskania prawa do świadczenia rentowego jest trwała i całkowita niezdolność do jakiegokolwiek pracy oraz opłacanie składek przez minimum pięć lat, z zastrzeżeniem trzech kolejnych lat w ciągu pięciu lat poprzedzających moment przyznania. Warunkiem jest brak jakiegokolwiek innej formy dochodu. Zasiłek rentowy przyznawany jest osobom, które utraciły 2/3 zdolności do pracy oraz opłacały składki przez minimum pięć lat, z zastrzeżeniem trzech kolejnych lat w ciągu pięciu lat poprzedzających moment przyznania. Wysokość zasiłku zależy od posiadanego przez świadczeniobiorcę majątku, przy czym dopuszczalne jest uzyskiwanie dochodu z innego źródła. Zasiłek jest zmniejszany odpowiednio o 25%, jeśli dochód przekroczy czterokrotność płacy minimalnej, oraz o 50% wraz z przekroczeniem pułapu 5-krotności płacy minimalnej, co skutecznie zniechęca osoby niepełnosprawne do podejmowania pracy. Świadczenie jest przyznawane na okres trzech lat z możliwością przedłużenia na kolejne trzy lata. Kolejne (drugie) przedłużenie wypłaty świadczenia jest jednoznaczne ze zmianą jego statusu na świadczenie stałe. W momencie osiągnięcia wieku emerytalnego, jeżeli beneficjent spełnia wymogi ustawowe, świadczenia rentowe obu typów zostają przekształcone w emeryturę.

Sposób naliczania renty zależy od momentu, w którym osoba rozpoczęła płaćenie składek. Datą graniczną zmiany jest 1 stycznia 1996 roku. Podstawowa różnica polega na ujmowaniu jako podstawy kalkulacji pełnego wynagrodzenia w okresie do 31 grudnia 1995 i 33% wynagrodzenia w okresie od 1 stycznia 1996. Minimalna renta od 2007 roku wynosi 395,59 euro, jest płatna miesięcznie, w grudniu zaś wypłacane jest dodatkowe, trzynaste świadczenie. Wysokość zasiłku rentowego i sposób jego wypłacania jest taki sam jak w wypadku renty. Wysokość

²⁰ *Trends in the Italian pension system*, INPDAP, Annual Report on the Welfare State, Roma 2002, chapter 4, oraz *Summary of social security and private employee benefits – Italy*, Fondiaria – SAI, Boston 2008.

zasiłku opiekuńczego, często towarzyszącego świadczeniom rentowym, jest określana raz w roku i od 2008 roku wynosi 395,59 euro miesięcznie²¹.

Elementem dochodzenia świadczenia rentowego jest świadczenie chorobowe (w tym również odrębne świadczenie dla osób chorych na gruźlicę). System świadczeń chorobowych obejmuje wszystkich zatrudnionych bez okresu karencji. Jest on w całości finansowany przez pracodawcę. Zasiłek chorobowy wynosi połowę średnich zarobków przez okres pierwszych 20 dni, a następnie 2/3 średnich zarobków i jest wypłacany po trzydniowym okresie odroczenia przez maksimum 180 dni. W szczególnych sytuacjach okres płatności może być wydłużony. Usługi zdrowotne są zapewniane przez lekarzy, których usługi kontraktowane są bezpośrednio przez *Servicio Sanitaris Nazionale* (SSN – Narodowy Fundusz Zdrowia). Współpłatność za świadczenia zdrowotne jest powoli wprowadzana do włoskiego systemu opieki zdrowotnej i dotyczy przede wszystkim leków i niektórych procedur specjalistycznych.

Kolejnym elementem systemu zabezpieczenia społecznego, który obejmuje osoby niepełnosprawne, jest system ubezpieczeń wypadkowych. Znajduje się w nim większość pracowników, z podziałem na kategorie zawodowe, bez okresu karencji. System jest finansowany ze składek pracodawców w wysokości od 0,5% do 16,0% płacy, w zależności od przypisanego ryzyka (najczęściej stosowana stawka wynosi 3%). Koszty administracyjne finansowane są z budżetu państwa. Poza świadczeniem pieniężnym system ubezpieczeń wypadkowych obejmuje również usługi medyczne w pełnym zakresie, rehabilitację, zaopatrzenie pomocowe.

Kalkulacja stałej renty wypadkowej zależy od daty zaistnienia wypadku oraz wielkości uszczerbku na zdrowiu. Dla wypadków mających miejsce przed 25 lipca 2000 roku renta może być przyznana przy orzeczonej utracie zdolności do pracy w wysokości 11 lub więcej procent i jej wysokość obliczana jest na podstawie płacy w roku poprzedzającym wypadek. Nie może ona być łączona z emeryturą oraz innymi rodzajami renty (w tym z rentą rodzinną), a wysokość świadczenia może być zmieniana wraz z okresową oceną stanu zdrowia świadczeniobiorcy. Dla wypadków mających miejsce po 25 lipca 2000 roku w przypadku trwałego uszczerbku w granicach 6–15% wypłacana jest jednorazowa kwota, której wartość wynika z powszechnie stosowanych w ubezpieczeniach osobowych tablic. W przypadku uszczerbku w wysokości 16% lub większego wypłacana jest renta,

²¹ *Italy – benefits and wages*, OECD, Paris, 1 lipca 2008.

której wysokość zależy od stopnia niepełnosprawności oraz wcześniej uzyskiwanej płacy (z zastrzeżeniem maksymalnych wartości uwzględnianych w obliczeniach). Dla świadczeniodawców obu rodzajów stałej renty wypadkowej możliwe jest ubieganie się o 5-procentowy dodatek dla współmałżonka lub/i dla każdego niepełnoletniego czy uczącego się dziecka, a także o dodatek opiekuńczy w przypadku 100-procentowej niepełnosprawności. Świadczenia są waloryzowane corocznie w zależności od zmian wskaźnika cen dóbr i usług konsumpcyjnych.

W każdej z wymienionych sytuacji ubezpieczeniowych, gdy procent orzeczonej niepełnosprawności wynosi ponad 34, stwierdzono trudności w adaptacji w środowisku pracy, a osoba nie osiągnęła wieku 65 lat, dodatkowo wypłacany jest stały zasiłek dla bezrobotnych.

Ponadto, we Włoszech funkcjonuje rozbudowany system wsparcia rodzinny niepełnosprawnego dziecka. Obejmuje on osoby należące do powszechnego systemu ubezpieczeń społecznych oraz bezrobotnych i osoby otrzymujące pomoc społeczną. Wysokość świadczenia zależy od wielkości rodziny i uzyskiwanego dochodu, ze specjalnymi suplementami dla dużych rodzin, samotnych rodziców i rodzin z więcej niż jedną osobą niepełnosprawną. O przyznanie świadczenia mogą się ubiegać nie tylko rodzice, ale również osierocone rodzeństwo lub inni członkowie rodziny sprawujący opiekę nad niepełnosprawnym dzieckiem.

Wprowadzane kolejno od 1984 roku zmiany orzecznictwa spowodowały spadek liczby niepełnosprawnych świadczeniobiorców z około 5,4 mln osób w 1980 roku do 3,5 mln w 1997. Grupa osób otrzymujących świadczenia jest zdominowana przez osoby starsze. Wynika to z faktu zaostrzania kryteriów uprawniających do otrzymywania świadczeń oraz wysokiego odsetka – ponad 70% – odmów o przyznaniu świadczenia (przeciętny poziom dla innych świadczeń wynosi 35%). Uzyskanie prawa do stałego świadczenia wymaga co najmniej trzykrotnego poddania się weryfikacji okresowej. W celu absorpcji osób starających się o świadczenie rentowe w związku z utratą prawa do wcześniejszej emerytury wprowadzono okresowo specjalne świadczenie senioralne. Kolejne ograniczenie dostępu do rent i świadczeń senioralnych spowodowało nagły wzrost ubiegania się o wypłatę świadczeń z pomocy społecznej, które stały się podstawowym kanałem łagodzenia skutków bezrobocia. Ponadto wykluczono możliwość pobierania kilku świadczeń, a także obniżono ich wysokość, co ma charakter „zniechęcający”. Dodatkowo, w ciągu ostatnich dwu dekad znacznej erozji uległ system zabezpieczenia osób niepełnosprawnych przez związki rodzinne, silny w poprzednich dziesięcioleciach. Spowodowane to było między innymi rosnącą liczbą kobiet

na rynku pracy, malejącą dzietnością, spadającą liczbą małżeństw i rosnącym odsetkiem rozwodów. Takie zmiany społeczne i próby redukcji wydatków przez obniżanie siły nabywczej świadczeń wywołały nieuniknione efekty, jakim jest przede wszystkim szybko rosnąca we Włoszech grupa osób niepełnosprawnych zagrożonych ubóstwem. Jest to jedyna taka sytuacja w krajach tak zwanej starej Unii Europejskiej (EU-15)²². Odpowiedzią na niekorzystne spadki wskaźników społecznych było opracowanie przez Ministerstwo Pracy, Zdrowia i Opieki Społecznej Włoch w latach 2008–2009 tak zwanej zielonej księgi, która została przedstawiona do dyskusji społecznej. Jej celem jest doprowadzenie do nowego modelu zabezpieczenia społecznego, opartego na zintegrowanym systemie działań podmiotów uczestniczących w nim i zaspokajającego rosnące potrzeby opiekuńcze.

5. Inne formy wsparcia

Osobom niepełnosprawnym przyznawane są poza świadczeniami rentowymi czy zasiłkami inne formy wsparcia, zarówno w formie pieniężnej, jak i rzeczowej²³. W ramach ubezpieczenia społecznego osoba wymagająca pomocy osoby trzeciej w wykonywaniu czynności życia codziennego lub pomocy w poruszaniu się może ubiegać się o dodatkowy zasiłek celowy. Od roku 2007 stopniowo wprowadzane są programy obejmujące zasiłki i pomoc rzeczową, mające wspierać możliwość samodzielnego życia i funkcjonowania osób niepełnosprawnych. Problemem pozostaje wynagradzanie opiekunów osób niepełnosprawnych, którzy obecnie mogą jedynie uzyskać okresowy, płatny zasiłek z ubezpieczenia chorobowego na podstawie orzeczenia lekarskiego o stanie zdrowia osoby niepełnosprawnej. Z uwagi na to, że za pomoc socjalną i inne formy wsparcia odpowiadają samorządy lokalne istnieje ogromna dysproporcja między nowoczesnymi i licznymi programami oferowanymi przez prowincje północne i symboliczną pomocą oferowaną na terenach uboższych dzielnic południowych.

²² *Joint report on social protection and social inclusion 2009*, Rada Unii Europejskiej, 7503/09 Bruksela 2009.

²³ *Welfare state in Italy*, INPDAP, Annual Report on the Welfare State, Roma 2002, chapter 3.

Wykonany na zlecenie Komisji Europejskiej raport²⁴ dotyczący deinstytucjonalizacji, czyli procesu promowania samodzielnego życia osób niepełnosprawnych na poziomie miejsca zamieszkania – gminy, omawia w przypadku Włoch przede wszystkim dostępność domów opieki i ośrodków opiekuńczych. Wskazuje on na dużą różnorodność form usług w zależności od wieku osób niepełnosprawnych, przy czym obejmują one relatywnie niewielką liczbę osób, czyli około 190 tys. (według oficjalnych rządowych statystyk miejsc takich jest ponad 300 tys.).

Tabela 1

Wydatki na wybrane działania regionalne i centralne skierowane do osób niepełnosprawnych w roku 2006 [%]

Rodzaj świadczenia	Udział w łącznych wydatkach w danym obszarze interwencji	Udział w łącznych wydatkach regionalnych Włoch
Działania regionalne		
Działania profesjonalnych służb socjalnych	4,1	0,8
Integracja społeczna (w tym m.in. rekreacja, działania socjalne i kulturalne)	2,1	0,4
Działania i usługi związane z aktywizacją zawodową osób niepełnosprawnych, w tym	47,1	9,9
działania edukacyjne	23,4	4,5
opieka domowa	14,5	2,7
usługi wspomagające/transport	9,2	1,7
Transfery pieniężne za usługi, m.in. dopłaty do składek na ubezpieczenie zdrowotne, dopłaty do wyżywienia, dopłaty do domów dziennej opieki	23,6	4,7
Zamieszkanie, domy pomocy, centra integracji itp.	29,2	5,6
Łącznie	100*	20,4**
Udział wydatków regionalnych w % PKB		0,08%
Działania centralne		
Wydatki na renty	–	1,3 % PKB

* Wartości jednostkowe sumują się do wartości 106,1, wartość 100 podano zgodnie z dokumentem źródłowym, pomimo prób nie uzyskano odpowiedzi z ISTAT o przyczynach różnicy.

** W dokumencie źródłowym wartość łączna wynosi 19,5, pomimo prób nie uzyskano odpowiedzi z ISTAT o przyczynach różnicy.

Źródło: obliczenia własne na podstawie: *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati - Anno 2006*, ISTAT, Roma 2007.

²⁴ J. Mansell, M. Knapp, J. Beadle-Brown, J. Beecham, *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs. Report of a european study*, vol. 1–3, Canterbury, Tizard Centre, University of Kent 2007.

Jak wskazano w tabeli 1, łączna wartość wydatków samorządów lokalnych na dedykowane osobom niepełnosprawnym działania, do jakich zobowiązała samorzady ustawa z 2000 roku, wynosi zaledwie 0,08 proc. PKB Włoch w 2006 roku. Wydatki na działania skierowane do osób niepełnosprawnych stanowiły jednocześnie aż 20% wydatków na wszystkie działania socjalne samorządów, przy czym samorzady północno-zachodnie Włoch wydają trzykrotnie więcej niż samorzady południowe.

Podsumowanie

Pomimo relatywnie nowoczesnych rozwiązań prawnych pojawiających się w ostatnich dwu dekadach, włoski system zabezpieczenia osób niepełnosprawnych wydaje się nie spełniać podstawowego celu, za jaki przyjmuje się integrację osób niepełnosprawnych we wszystkich obszarach życia społecznego. Wpływają na to między innymi:

- nienadążanie rozwiązań systemowych za zmieniającym się charakterem życia społecznego: zmianami kulturowymi, indywidualizacją zabezpieczenia i dążeniem do samodzielności dotychczas wykluczanych grup;
- poziom skomplikowania procedur administracyjnych wynikający z równoległego funkcjonowania świadczeń przyznanych na podstawie różnorodnych rozwiązań prawnych obowiązujących w różnych okresach;
- dyskrejonalny proces orzecznictwa, między innymi brak ujednolicenia definiowania niepełnosprawności, sposobu szacowania poziomu utraty zdolności do pracy, uzależnienie oceny od dotychczas wykonywanego zawodu;
- brak integracji działań instytucji szczebla centralnego, lokalnego i organizacji trzeciego sektora zarówno w wąsko ujętej polityce integracji osób niepełnosprawnych, jak i w szerszym ujęciu polityki zdrowotnej i społecznej;
- brak uregulowań współdziałania instytucji publicznych i prywatnych bądź to w ramach partnerstwa lub współpracy w zakresie świadczenia usług społecznych.

Bez względu na ocenę poziomu rozwoju gospodarczego Włoch, ocena systemu zabezpieczenia społecznego wykazuje ogromne zaniedbania i zapóźnienie w stosunku do nowoczesnych tendencji i percepcji potrzeb osób niepełno-

sprawnych, jakimi charakteryzują się dokumenty Unii Europejskiej czy wdrażane w ostatniej dekadzie rozwiązania brytyjskie. Sytuacja taka wskazuje również, jak trudno jest pogodzić w ramach systemu legislacyjnego jednego państwa tradycyjne oczekiwania społeczne z charakteryzującymi obecne lata kryzysami finansów publicznych.

Literatura

- Baldacci E., De Santis G., *Disability pensions in Italy: the Law and the numbers*, w: *European disability pension policies*, ed. Ch. Prinz, Ashgate 2003.
- Crialesi R., Battisti A., Salvador-Carulla L., Martinez-Leal R., Rodriguez A., *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs*, Report of a European Study, Country report, Italy, vol. 3, Canterbury, Tizard Centre, University of Kent 2007.
- Definitions of disability in Europe – a comparative analysis*, Brunel University 2002.
- Devecchi C., Dettori F., *Inclusive classrooms in Italy and England: supporting children, supporting teachers*, European Educational Research Association, Berlin 2010.
- Dupré D., Karjalainen A., *Employment of disabled people in Europe in 2002*, Eurostat, Statistics in Focus 2003, no. 26.
- Faravelli A., *Italy: NAP 2006–2008, Equality mainstreaming: analysis of National Action Plans on social inclusion*, EIRO, Bruxelles 2009.
- Golinowska S., Pietka K., *Renty inwalidzkie we Włoszech*, w: *Zabezpieczenie społeczne osób niepełnosprawnych w Polsce i w innych krajach*, red. S. Golinowska S., CASE, Warszawa 2001.
- Italian households budgets in 2000*, „Banca d’Italia” 2002, no. 6.
- Italy – benefits and wages*, OECD, Paris 2008.
- Joint report on social protection and social inclusion 2009*, Rada Unii Europejskiej 7503/09, Bruksela 2009.
- Krause-Jakson F., Rotondi F., *Berlusconi targets „blind” who see as budget cuts tackle fraud*, „Bloomberg”, 29 czerwca 2010.
- Mansell J., Knapp M., Beadle-Brown J., Beecham J., *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs*, Report of a European Study, vol. 1–3, Canterbury, Tizard Centre, University of Kent 2007.
- National Action Plan (NAP) on poverty and social exclusion 2003–2005*, Roma 2003.
- Rapporto Annuale*, INPS, Roma 2004.

Social security programs throughout the world, Europe 2009, Social Security Administration, Washington 2009.

Strati F., *Report on the implementation of the Italian NAP inclusion on local level*, Studio Ricerche Sociali 2004.

Trends in the Italian pension system, INPDAP, Annual Report on the Welfare State, Roma 2002.

Summary of social security and private employee benefits – ITALY, Fondiaria – SAI, Boston 2008.

Welfare state in Italy, INPDAP, Annual Report on the Welfare State, Roma 2002.

TRANSFORMATION THROUGH OUT DECENTRALIZATION – THE SOCIAL PROTECTION OF DISABLED IN ITALY

Summary

Several features make Italian disability policy positively and negatively unique. The significant decentralization, introduced in 2000, and, along with it, enormous discretion left for the medical practitioners in course of disability assessment at the regional level, caused fraud phenomenon „that has gotten out of control”. This paper characterizes the system main features, the development of legislation, it analysis problems of disability definitions and assessment, and points out the outmoded solutions within disability policy and performance of local authorities.

Translated by Natalia Marska-Dzioba

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, renty, zabezpieczenie społeczne, Włochy

Keywords: disability, disability pension, social protection, Italy