

## **KORZYŚCI I KOSZTY INTEGRACJI Z UNIĄ EUROPEJSKĄ W KONTEKŚCIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

**Słowa kluczowe:** integracja, niepełnosprawni, koszty, korzyści.

**Streszczenie:** W ostatnim dziesięcioleciu integracja Polski z Unią Europejską stała się celem strategicznym. W pracy przedstawiono szacunkowe korzyści i koszty integracji polskiego systemu społeczno-gospodarczego ze strukturami Wspólnoty Europejskiej w kontekście niepełnosprawności. Obejmują one takie dziedziny, jak: ustawodawstwo, politykę zdrowotną, bezpieczeństwo i higienę pracy, zabezpieczenie społeczne, edukację, rehabilitację społeczną i zawodową oraz związaną z tym infrastrukturę.

### **WSTĘP**

Integracja europejska jest najważniejszym, globalnym wyzwaniem dla społeczeństwa i gospodarki Polski na przełomie wieków. Od przełomu, który miał miejsce w 1989 roku, członkostwo w Unii Europejskiej stało się strategicznym celem naszego kraju. Powinna ona wzmocnić międzynarodową pozycję naszego kraju w gospodarce światowej i w istotny sposób wpłynąć na przyspieszenie dynamiki rozwoju gospodarczego oraz zwiększenie korzyści ekonomicznych, płynących z uczestnictwa w europejskim ładzie ekonomicznym.

Osiągnięcie członkostwa we wspólnocie oznaczać będzie trwałe włączenie Polski w główny nurt cywilizacji europejskiej. Osiągnięcie tego długofalowego celu wymaga szybkiego przezwyciężenia przez Polskę dystansu cywilizacyjno-gospodarczego, który uniemożliwia jej pełną integrację z Europą Zachodnią.

### **1. DOSTOSOWANIE USTAWODAWSTWA**

Integracja Polski ze strukturami Unii Europejskiej oznacza konieczność stopniowej harmonizacji (a po przystąpieniu także integracji) polskiego prawa, wytycznych oraz minimalnych norm z prawem, wytycznymi i normami unijnymi. Polska musi dokonać gruntownego przeglądu swojego ustawodawstwa pod kątem wspólnotowych rozwiązań i standardów Unii. Bez włączenia tych standardów do strategii rozwoju społeczno-gospodarczego nie można będzie osiągać zamierzonych celów w przewidywanym czasie.

Polska zobowiązana jest do dostosowania swojego prawa do przepisów unijnych w zakresie polityki społecznej. Dotyczy to także polityki wobec osób niepełnosprawnych, stanowiącej jeden z podobszarów negocjacyjnych. W podejściu do niepełnosprawności Unia Europejska uznaje, że bariery środowiskowe stanowią większą przeszkodę w społecznej partycypacji niż funkcjonalne ograniczenia. Usuwanie barier poprzez legislację, przystosowanie, uniwersalne projektowanie i inne środki, zostały zidentyfikowane jako klucz do równych szans osób z niepełnosprawnością. Chociaż ten zespół zadań leży głównie w gestii Państw Członkowskich, obecny zakres kompetencji Wspólnoty obejmuje ważne środki i war-

tości, które mogą być wykorzystane do osiągnięcia równych szans dla osób z niepełnosprawnością. Nie jest konieczne wprowadzanie do polskiego prawa wszystkich uregulowań prawnych. Wynika to z faktu, iż część rozwiązań z momentem uzyskania przez Polskę członkostwa w Unii będzie miało obowiązującą moc prawną (dyrektywy).

## **2. ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

Przepisy wspólnotowe w zakresie świadczeń medycznych przewidują udzielanie świadczeń rzeczowych, dostarczanych przez instytucje miejsca zamieszkiwania w imieniu instytucji właściwej (instytucji kraju macierzystego). Żadnemu zatrudnionemu lub pracującemu na własny rachunek nie można odmówić zezwolenia na poszukiwanie leczenia medycznego w innym państwie członkowskim, jeżeli takie leczenie jest niedostępne w państwie właściwym. W przypadku emeryta lub rencisty, świadczenia rzeczowe są udzielane przez instytucje ubezpieczeniowe kraju zamieszkania i na ich koszt, jak gdyby był on uprawniony do emerytury lub renty tylko na mocy ustawodawstwa tego państwa. Kwoty świadczeń rzeczowych są refundowane (w całości lub ryczałtem) instytucji, która ich udzieliła, przez właściwego ubezpieczyciela. Wysokość ryczałtów jest ustalana przez Komisję Administracyjną Wspólnoty Europejskiej [13].

Koszty świadczeń zdrowotnych obejmują: polskich turystów, pracowników (lub osoby samozatrudnione), emerytów i rencistów, zamieszkałych na terenie państw Unii, oraz turystów, pracowników (lub osoby samozatrudnione), emerytów i rencistów z państw Wspólnoty, zamieszkałych w Polsce.

Świadczenia rzeczowe, udzielane w nagłych wypadkach Polakom przebywającym czasowo za granicą, dotyczą tylko tych, którzy są w Polsce ubezpieczeni. Na podstawie analizy statystyk firm ubezpieczeniowych określono, że jedynie 1,3% osób mających wykupioną polisę korzysta z usług medycznych, których koszty są pokrywane z tego ubezpieczenia, a wśród nich  $\frac{1}{4}$  wymaga hospitalizacji, a  $\frac{3}{4}$  – potrzebuje jedynie porady lub zabiegu ambulatoryjnego. Szacuje się, że koszty w zakresie refundacji leczenia Polaków na terenie Unii kształtować się będą na poziomie od 1 698 do 2 754 mln zł [13]. Natomiast koszty leczenia obywateli Wspólnoty na terenie Polski powinny kształtować się na poziomie od 234 do 337 mln zł. Koszty leczenia osób niepełnosprawnych będą stanowiły ułamek tych kwot.

Wyraźne widoczne są dysproporcje między oszacowanymi kosztami leczenia obywateli UE, przebywających w Polsce, a kosztami leczenia Polaków, przebywających w Unii. Leczenie jest kilkakrotnie wyższe w krajach Wspólnoty niż w Polsce – jest to spowodowane dysproporcjami występującymi między kosztami leczenia na tych terytoriach.

## **3. BEZPIECZEŃSTWO I HIGIENA PRACY**

Podstawę prawa z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy w Unii Europejskiej stanowią artykuły 94 i 137 Traktatu Rzymskiego. Dyrektywy wydane na podstawie art. 94 określają wymagania w zakresie zdrowia, bezpieczeństwa, ochrony środowiska naturalnego i ochrony konsumentów, niezbędne do ustanowienia i funkcjonowania jednolitego rynku wewnętrznego. Mają one charakter norm maksymalnych. Dyrektywy wydane na podstawie art. 137 dotyczą bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników i mają charakter norm minimalnych, tzn. nie naruszają korzystniejszych norm krajowych.

Podstawowym dokumentem w zakresie BHP jest dyrektywa ramowa 89/391/EWG w sprawie wprowadzenia środków w celu zwiększania bezpieczeństwa i poprawy zdrowia pracowników podczas pracy. Dyrektywa ta nakłada na pracodawcę odpowiedzialność za zapewnienie pracownikom bezpieczeństwa i ochrony zdrowia, a na pracowników – odpowiedzialność za bezpieczeństwo i zdrowie własne oraz innych osób, na które wpływ mają działania pracownika. Na podstawie dyrektywy ramowej wydano szereg dyrektyw pochod-

nych, regulujących sprawy BHP w dziedzinach szczegółowych. Według oceny specjalistów, polskie prawo w dziedzinie BHP jest w znacznej mierze zgodne z prawem Unii Europejskiej. Do pełnego wdrożenia tego prawa pozostały 3 dyrektywy [9].

Implementacja dyrektyw unijnych pociągnie za sobą trzy typy kosztów: instytucjonalne, inwestycyjne oraz operacyjne. Koszty instytucjonalne związane są z koniecznością wzmocnienia państwowych instytucji nadzorujących wdrażanie zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Koszty inwestycyjne wiążą się z wymianą urządzeń i poprawą stanu budynków. Koszty operacyjne wiążą się natomiast z bieżącym zapewnianiem wypełniania norm BHP, jak np. przeprowadzanie badań lekarskich. W przypadku wynegocjowania odpowiednio długich okresów dostosowawczych, koszty te ulegną zmniejszeniu. Jest to szczególnie ważne dla małych i średnich przedsiębiorstw, dla których te koszty (zwłaszcza inwestycyjne) w krótkim okresie mogą okazać się nie do udźwignięcia. Natomiast w dłuższym okresie część tych kosztów uległaby rozłożeniu w czasie, dzięki naturalnej wymianie urządzeń na nowe, o wyższych parametrach bezpieczeństwa [6].

Próbę oszacowania kosztów wdrożenia 3 dyrektyw unijnych podjął Centralny Instytut Ochrony Pracy (CIOP). Oszacowanie to wskazuje jedynie na potencjalny rząd wielkości. Koszty, ponoszone przez przedsiębiorstwa, przekroczą prawdopodobnie koszty dla sektora rządowego. Podobnie będzie w przypadku korzyści. W przypadku kosztów maksymalnych (implementacja szybka), korzyści powinny przeważać poniesione koszty po upływie 6 lat od wprowadzenia dyrektyw; w przypadku kosztów minimalnych (implementacja wolniejsza) nastąpi to rok później oraz korzyści te będą nieco mniejsze. W szóstym roku koszty i korzyści sektorów rządowego i przedsiębiorstw osiągną takie same bądź bardzo zbliżone wartości zarówno dla wariantu kosztów maksymalnych, jak i minimalnych [11].

Wypadki przy pracy i choroby zawodowe generują dodatkowe koszty w postaci zasiłków chorobowych, odszkodowań, świadczeń wyrównawczych, kosztów szacowania i likwidacji szkód materialnych, strat czasu pracy oraz kosztów ustalania okoliczności i przyczyn wypadków. Zatem właściwie zorganizowane warunki pracy to nie tylko koszty, ale również korzyści krótko- i długoterminowe. Przestrzeganie zasad BHP to nie tylko ochrona życia i zdrowia pracowników, ale również wyższa jakość i wydajność pracy i wynikająca z nich wyższa konkurencyjność wyrobów i usług, a także oszczędności z tytułu nieponoszenia kosztów dodatkowych w postaci odszkodowań za utratę zdolności do pracy.

#### **4. TRANSFER ŚWIADCZEŃ EMERYTALNO-RENTOWYCH**

Odbiorcami świadczeń emerytalno-rentowych będą cudzoziemcy-obywatele Unii, którzy część swej działalności zawodowej realizowali w Polsce i tu wypracowali pewien staż ubezpieczeniowy, oraz obywatele polscy (emigranci), mieszkający na obszarze Unii, a pracujący i opłacający składki na ubezpieczenie społeczne w Polsce przed wyjazdem. Koszty te mogą również dotyczyć ubezpieczonych członków rodzin zmarłych świadczeniobiorców [5].

Polska już dzisiaj transferuje świadczenia emerytalno-rentowe w ramach umów międzynarodowych dotyczących pełnego zakresu ubezpieczeń społecznych, porozumień o wzajemnym przekazywaniu świadczeń emerytalno-rentowych oraz konwencji Międzynarodowej Organizacji Pracy [7,8] i ponosi koszty wypełniania prawa w zakresie transferu.

W państwach członkowskich Unii Europejskiej funkcjonują dwa typy ustawodawstwa w zakresie świadczeń rentowych inwalidzkich [1]: typu "A" – w którym wysokość renty inwalidzkiej zależy wyłącznie od zajścia ryzyka inwalidztwa, oraz typu "B" – w którym wysokość tej renty zależy wyłącznie od długości okresów ubezpieczenia lub zamieszkania.

Transfery świadczeń z Polski będą dokonywane w następujących sytuacjach [10]:

- a) jeżeli emigrant wyjeżdżając z Polski był w wieku poprodukcyjnym i miał ustalone prawo do emerytury lub renty, to otrzyma pełne świadczenie z polskiej instytucji ubezpieczeniowej,

- b) jeżeli emigrant wyjeżdżając z Polski był w wieku produkcyjnym i posiadał pełny staż ubezpieczeniowy uprawniający do polskiej emerytury, a w kraju emigracji nadal pracował, to będzie miał prawo do pełnej emerytury polskiej (po spełnieniu wymogów wieku określonych w polskim ustawodawstwie) oraz do emerytury z kraju emigracji (po spełnieniu wymogów tego kraju); jeśli przy ustalaniu świadczenia nie stosowano kumulacji okresów ubezpieczenia, otrzyma świadczenie korzystniejsze,
- c) jeżeli emigrant wyjeżdżając z Polski był w wieku produkcyjnym i posiadał niepełny staż pracy, a w kraju emigracji pracował (również nie spełniając wymogów stażu lub zamieszkania), i jeśli – po zsumowaniu tych okresów nabędzie prawo do emerytury na podstawie przepisów prawa kraju emigracji, to otrzyma z Polski emeryturę obliczoną zgodnie z zasadą *pro rata temporis*,
- d) jeżeli emigrant wyjeżdżając z Polski był w wieku produkcyjnym i ryzyko inwalidztwa powstało w kraju emigracji, to:
- w państwie, w którym obowiązuje ustawodawstwo rentowe typu A, może otrzymać częściową rentę z Polski, dodatkową do renty niezależnej od długości ubezpieczenia,
  - w państwie, w którym obowiązuje ustawodawstwo rentowe typu B, otrzyma częściową rentę z Polski, odpowiadającą długości polskiego ubezpieczenia, i rentę inwalidzką z kraju zamieszkania, proporcjonalną do długości ubezpieczenia.

Koszty transferu świadczeń wyniosą w 2005 r., w zależności od przyjętego wariantu, około 63 mln zł bądź niemal 89 mln zł, co będzie odpowiadało transferowi odpowiednio 8,7 tys. i 12,1 tys. świadczeń. Wariant I został obliczony na podstawie rzeczywistych danych GUS, wariant II – z wykorzystaniem danych GUS, powiększonych o poprawkę dotyczącą mężczyzn, emigrujących w latach 1980-1989 (najpierw nielegalna, samotna emigracja mężów, później – legalna emigracja żony i dzieci).

Powyższe koszty obejmują jedynie bezpośrednie koszty świadczeń. Po wprowadzeniu rozwiązań unijnych, dodatkowo Polska będzie ponosić koszty transferu, związane głównie z operacjami bankowymi. Trudno je ustalić, gdyż będą zależały od wynegocjowanych stawek, na jakich banki będą dokonywały przelewów do poszczególnych krajów Unii. Łączne koszty transferu świadczeń emerytalno-rentowych, uwzględniająca transfery w ramach dotychczas zawartych umów z krajami Piętnastki i stowarzyszonymi, wyniosą w 2005 r. od 229 mln (wariant I) do 256 mln zł (wariant II) [10].

Należy również zwrócić uwagę na obcokrajowców, którzy z racji stałej lub sezonowej pracy w Polsce wypracowali pewien staż ubezpieczeniowy, brany pod uwagę przy ustalaniu częściowego świadczenia, po nabyciu prawa do renty lub emerytury. Koszty w tym zakresie będą niewielkie, gdyż w Polsce w okresie socjalizmu pracowała znikoma liczba takich pracowniczków. Według danych Krajowego Urzędu Pracy, w 1997 r. liczba pracowników-cudzoziemców z krajów Unii wyniosła 4677 osób. W miarę poszerzania się europejskiego rynku pracy, udział tych kwot w globalnej kwocie transferów będzie stopniowo wzrastać.

Trzeba również zaznaczyć, że transfer będzie się odbywał w drugą stronę: świadczenia dla obywateli polskich, którzy nabyli prawa do świadczeń na terytorium Piętnastki, będą przekazywane do Polski na identycznych zasadach.

## 5. INFRASTRUKTURA

W zakresie infrastruktury należy wyróżnić korzyści i koszty: organizacji współpracy, utworzenia baz danych oraz koordynacji systemu zabezpieczenia społecznego.

W związku z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej, konieczne będzie rozwinięcie współpracy na różnych szczeblach. Będzie to pociągało za sobą konieczność szczegółowego zapoznania polskich urzędników i decydentów ze standardami i rozwiązaniami, przyjętymi i funkcjonującymi we Wspólnocie. W zakres organizacji współpracy wchodzić będą koszty

szkoleń merytorycznych i językowych, koszty tłumaczenia dokumentów oraz koszty podłączenia do systemu wymiany informacji [5].

W Polsce niewiele jest baz danych i systemów informacyjnych, obejmujących różne dziedziny życia i działalności ludzkiej. Utworzenie takich sprawnie funkcjonujących baz i systemów będzie koniecznością z kilku powodów. Po pierwsze, potrzebne są rejestry i ewidencje osób ubezpieczonych (w tym również osób niepełnosprawnych), aby można było kontrolować kwestie udzielania świadczeń rzeczowych i pieniężnych. Po drugie, bazy danych w zakresie zdrowia publicznego umożliwią monitorowanie go, określenie zachodzących zmian i trendów oraz ułatwią sporządzanie raportów o stanie zdrowia ludności. Po trzecie, ułatwi to prowadzenie szerokich statystyk i sprawozdawczości według standardów unijnych.

Obowiązująca ustawa o ochronie danych osobowych [14] nie jest zgodna z założeniami prawa europejskiego. Aby taką zgodność uzyskać, Ministerstwo Służb Wewnętrznych i Administracji przygotowało projekt nowelizacji [12], która znacznie rozszerza zakres danych osobowych podlegających ochronie oraz dostosowuje nasze prawo w tym zakresie do wymagań UE. Zastrzeżenia Brukseli co do obecnie funkcjonujących regulacji dotyczą przede wszystkim zbyt wąskiej definicji danych osobowych, która niedostatecznie chroni naszą prywatność, a także braku przepisów dotyczących automatycznego przetwarzania danych. Te dwie sprawy zostały uregulowane w projekcie nowelizacji, wdrażającej do polskiego prawa postanowienia dyrektywy o ochronie osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych oraz swobodnego przepływu tych danych [3].

Ustawa w obecnym brzmieniu uniemożliwia uzyskanie dostępu do danych osobowych, niezbędnych do prowadzenia badań naukowych, w tym przygotowania rozprawy niezbędnej do uzyskania dyplomu ukończenia szkoły wyższej lub stopnia naukowego. Projekt wprowadza regulację zezwalającą na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb badań naukowych, jednakże z zastrzeżeniem, że publikacja wyników badań naukowych nie może prowadzić do identyfikacji osób, których dane zostały wykorzystane w toku badań. Nałożono również obowiązek na administratora zawiadomienia osoby trzeciej.

Kolejnym elementem systemu swobodnego przepływu pracowników są rozwiązania w zakresie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Koszty w tym zakresie będą obejmować koszt zorganizowania odpowiedniej administracji ubezpieczeniowej oraz utworzenia systemów baz danych, umożliwiających gromadzenie i wymianę informacji między państwami członkowskimi [5].

## **6. FUNDUSZE DOSTOSOWAWCZE I STRUKTURALNE**

Eksperti przypuszczają, że Polska bezpośrednio po wstąpieniu do Wspólnoty zamiast otrzymywać pomoc finansową, będzie do unijnego budżetu dopłacała [2]. Według ich wyliczeń pełna składka, którą miałyby co rok wносить Polska, to 2,5–3 mld euro, natomiast kwota, jaką otrzymamy w ramach unijnej pomocy, w najlepszym razie wyniesie także ok. 3 mld euro rocznie. Doświadczenie poprzednich rozszerzeń pokazuje, że nawet w przypadku państw znajdujących się w podobnej sytuacji gospodarczej w pierwszych latach członkostwa mogą się one stać płatnikiem netto do budżetu. Wynika to z faktu, że należności do budżetu unijnego pobierane są w sposób automatyczny od dnia członkostwa, natomiast płatności uruchamiane są w zależności od zdolności nowego członka do efektywnego administrowania czy też umiejętności przygotowywania programów. Finanse są w ten sposób “zamrażane”.

Wadliwa konstrukcja finansów publicznych – zbyt ni centralizm, duży stopień redystrybucji środków – powodują, że na szczeblu lokalnym, gdzie kierowana jest unijna pomoc, samorządów nie stać na współfinansowanie inwestycji. Należy przy tym zauważyć, że Unia preferuje duże projekty i niechętnie zgadza się na dzielenie pomocy na zbyt małe części, podczas gdy z punktu widzenia potrzeb poszczególnych regionów Polski sensowniejsze byłoby zrealizowanie kilku mniejszych inwestycji.

## 7. REHABILITACJA ZAWODOWA I ZATRUDNIENIE

Na mocy Traktatu Amsterdamskiego, dotyczącego sprzeciwu wobec dyskryminacji i jej zwalczania, przyjęta została dyrektywa w sprawie ustanowienia ogólnych ram dla równego traktowania przy zatrudnieniu i wykonywaniu zawodu [4], która dotyczy też osób niepełnosprawnych. Dyrektywa ta odnosi się do zatrudnienia i wykonywania zawodu, prowadzenia działalności na własny rachunek, poradnictwa zawodowego i szkoleń oraz awansu. Polska, jako kraj aspirujący do członkostwa w UE, zobowiązana jest do wdrożenia odpowiednich rozwiązań i zapewnienia ich rzeczywistej implementacji. W celu zagwarantowania przestrzegania zasady równego traktowania, dyrektywa przewiduje rozsądne dostosowanie stanowiska i formy pracy do możliwości osób niepełnosprawnych. Oznacza to, że pracodawca podejmuje odpowiednie środki konieczne w danej sytuacji, aby umożliwić niepełnosprawnym dostęp do zatrudnienia, wykonywanie pracy lub awansowanie, albo przejście szkolenia. Obciążenie to nie będzie nieproporcjonalne, jeśli zostanie zrekompensovane środkami stosowanymi w ramach polityki w zakresie osób niepełnosprawnych (np. zwrot kosztów przystosowania stanowiska pracy).

Państwa członkowskie powinny zapewnić obronę praw w tym zakresie poprzez zastosowanie procedur pojednawczych, możliwości wstąpienia na drogę sądową. Ciężar dowodu ciąży na pozwanym. Ponadto zobowiązane są do rozpowszechniania informacji o przepisach antydyskryminacyjnych wśród obywateli, np. w miejscu pracy. Dyrektywa przewiduje wprowadzenie systemu sankcji karnych za naruszenie zasady antydyskryminacji oraz podjęcie środków do ich stosowania.

## 8. EDUKACJA

W Europie odchodzi się od traktowania edukacji jako procesu kończącego się wraz z uzyskaniem matury. Przymus ekonomiczny powoduje, że edukacja ustawiczna staje się koniecznością. Jest ona formą obrony przez marginalizacją i prowadzi do procesu nieustannego rozwoju osobistego. Głównym hasłem jest wyrównywanie szans w dostępie do edukacji – zarówno dzieci i młodzieży, jak i dorosłych, a w szczególności takich grup, jak mniejszości etniczne czy niepełnosprawni. Polityka Wspólnoty w tym zakresie zakłada m.in. podnoszenie jakości kształcenia, naukę języków (zwłaszcza krajów Wspólnoty), popieranie wymiany studentów, uczniów i nauczycieli, rozwijanie współpracy między szkołami i uczelniami oraz rozwój edukacji w systemie zaocznym [5].

Polska będzie musiała ponieść koszty istniejącego w Unii wymogu powszechnego kształcenia średniego, nauczania 3 języków obcych oraz umiejętności posługiwania się komputerem. Oczywiście, w przypadku ludzi niepełnosprawnych wymagana jest pewna elastyczność, związana z ograniczeniami, wynikającymi z niepełnosprawności. Wyższy poziom wiedzy ogólnej powoduje, że niepełnosprawni łatwiej i szybciej mogą się przystosować do nowych zadań i sytuacji.

W związku z koniecznością ciągłego dostosowywania się do nowych wyzwań, także na rynku pracy, związanych z postępem technicznym i cywilizacyjnym, niezbędne staje się ustawiczne kształcenie pracowników. Współcześnie praca polega coraz częściej na "obróbce" informacji – stąd narodziła się koncepcja społeczeństwa informacyjnego. Zmiany te wymuszają konieczność zmiany profilu kształcenia, odejścia od nauczania encyklopedycznego, zbliżenia sektora edukacji i sektora przedsiębiorczego, upowszechniania biegłej znajomości kilku języków obcych oraz priorytetowe traktowanie inwestycji w edukację. Jedynie dobrze wykształcona i elastyczna kadra może zapewnić Polsce przewagę konkurencyjną. Zmiana w sposobie i kierunkach kształcenia konieczna jest zwłaszcza w dziedzinie edukacji niepełnosprawnych.

Na pewno trzeba będzie ponieść koszty podniesienia poziomu wykształcenia osób niepełnosprawnych, i to zarówno na poziomie zawodowym, ogólnokształcącym, jak i wyższym. Koszty te będą wyższe niż w przypadku osób sprawnych, gdyż osoby z dysfunkcjami wymagają niejednokrotnie poświęcenia więcej czasu i uwagi oraz zastosowania specjalnych metod i pomocy dydaktycznych.

## **9. KSZTAŁCENIE I SZKOLENIE ZAWODOWE**

Dla wielu osób niepełnosprawnych praca fizyczna jest niewskazana lub niemożliwa do wykonywania. W związku z tym będą one coraz bardziej spychane na margines rynku pracy i skazywane na pomoc społeczną. Obecnie europejski rynek pracy cierpi na brak wysoko wykwalifikowanej kadry pracowniczej, głównie związanej z technologiami informatycznymi i informacyjnymi. Stanowi to szansę dla tych niepełnosprawnych, którzy takie wykształcenie posiadają. Niestety niepełnosprawni nie mają niejednokrotnie możliwości zdobycia odpowiedniego wykształcenia z powodu istniejących barier architektonicznych, społecznych, a przede wszystkim finansowych.

Proponowane osobom niepełnosprawnym kierunki kształcenia są niejednokrotnie przestarzałe i nie odpowiadające ich możliwościom fizycznym. Należy przyjrzeć się tendencjom panującym na rynku pracy i pod tym kątem zweryfikować zawody, które oferuje się niepełnosprawnym. Mimo iż nie jest możliwe dokładne przewidzenie zapotrzebowania rynku na pracowników konkretnych specjalności, można jednak zaobserwować ogólne trendy.

Obecnie niepełnosprawnym oferuje się pracę fizyczną, której w przyszłości będzie coraz mniej. Już dziś można zauważyć, że na otwartym rynku pracy następuje przesunięcie w kierunku pracy biurowej (administracja, księgowość) oraz zastępowanie pracy fizycznej pracą zmechanizowaną i umysłową. Należy uwzględnić tę tendencję, tym bardziej, że za sukces rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych uważa się zatrudnienie takich osób na otwartym rynku pracy oraz utrzymanie się na nim. W przypadku tej grupy osób należy dokonać rewizji oferowanych zawodów w kierunku usług i technologii informatycznych czy informacyjnych. Potencjalnie duże możliwości stwarza praca zdalna (telepraca), wykorzystująca komputer.

## **PODSUMOWANIE**

Rozwój społeczny w Unii Europejskiej główny nacisk kładzie na poprawę bytu ludności, rozwój naukowy i kulturalny oraz przemianę struktur społecznych. Rozwój ten jest ściśle powiązany ze wzrostem gospodarczym, z tym, że wzrost gospodarczy jest podporządkowany celom rozwoju społecznego. Oznacza to, że wzrost gospodarczy nie jest celem samym w sobie (nie można rozwijać produkcji dla produkcji), prowadzi to bowiem do jałowego wzrostu gospodarczego, wzrostu, któremu nie towarzyszy odpowiednio wysoka stopa życiowa obywateli wspólnoty.

Polskę, jako kraj aspirujący do wstąpienia w struktury Unii Europejskiej, czeka jeszcze długa droga. Jak wskazują przytoczone dane, koszty przystąpienia do wspólnoty będą zapewne bardzo wysokie. Jak pokazują badania i symulacje, przeprowadzone przez wielu naukowców o uznanym autorytecie w kraju i za granicą, bilans naszego członkostwa w strukturach europejskich w pierwszym okresie naszego członkostwa będzie ujemny. Rzutować na taki stan rzeczy będą przede wszystkim wysokie koszty związane z dostosowaniem naszego prawa oraz infrastruktury technicznej i społecznej.

## LITERATURA

- [1] **Bińczycka-Majewska T.**, Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego w Unii Europejskiej, Zakamycze, Kraków 1999.
- [2] **Bogucka D.**, Może na początku dopłacimy, *Gazeta Prawna* 107/2001, s. 1.
- [3] Dyrektywa 95/46/WE z 25 października 1995 r. o ochronie osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych oraz swobodnego przepływu tych danych.
- [4] Dyrektywa 2000/78/WE z dnia 27 listopada 2000 r. w sprawie ustanowienia ogólnych ram dla równego traktowania przy zatrudnieniu i wykonywaniu zawodu, MPiPS, Warszawa 2001.
- [5] **Głąbicka K.**, Polityka społeczna w Unii Europejskiej. Aspekty aksjologiczne i empiryczne, Wyd. WSP TWP, Warszawa 2001.
- [6] **Golinowska S.**, Polityka społeczna Unii Europejskiej i problemy z dostosowaniem się do niej w Polsce, [w:] Unia Europejska wobec procesów integracyjnych – wyzwania dla Polski, WSiFiM, Warszawa 2000, s. 143-162.
- [7] Konwencja nr 19 MOP z 1925 r. o traktowaniu pracowników obcych na równi z krajowymi w zakresie wypadków przy pracy.
- [8] Konwencja nr 48 z 1935 r. w sprawie ustanowienia międzynarodowego systemu zachowania uprawnień w ubezpieczeniu na wypadek inwalidztwa, starości i śmierci.
- [9] **Leszczyński W., Zakrzewska-Szczepańska K.**, Wdrażanie prawa Wspólnot Europejskich w zakresie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników do prawa polskiego, [w:] Służba Pracownicza 3/2002, s. 26-29 (cz. I), 4/2002, s. 25-30 (cz. II).
- [10] **Markowska H., Zalewska H.**, Przepisy wspólnotowe w zakresie świadczeń emerytalno-rentowych. Konsekwencje finansowe dla Polski, [w:] Polityka Społeczna 4/1999, s. 21-35.
- [11] **Orłowski W.**, Próba szacunku kosztów dostosowania polskiego ustawodawstwa pracy i zabezpieczenia społecznego do wymogów Unii Europejskiej, [w:] Polityka społeczna Unii Europejskiej i jej konsekwencje dla Polski, Opracowania PBZ, z. 9, Warszawa 1999, s. 101-119.
- [12] **Pietryga T.**, Ochrona danych bardziej restrykcyjna, *Gazeta Prawna* 88/2001, s. 20.
- [13] **Szczur M.**, Przepisy wspólnotowe w zakresie świadczeń zdrowotnych. Skutki finansowe dla Polski, [w:] Polityka Społeczna 4/1997, s. 25-35.
- [14] Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 1997 r., nr 133, poz. 883.

**Abstract:** In the last decade the integration of Poland with European Union has become the strategic aim. This paper presents the estimated advantages and the integration costs of Polish social-economic system with the structures of the European Community in the context of handicap. It includes fields as: legislation, healthcare, safety and hygiene of work, social protection, education, social rehabilitation and connected with this infrastructure.