UNIWERSYTET WARMIŃSKO-MAZURSKI W OLSZTYNIE

WYDZIAŁ NAUK EKONOMICZNYCH

Kierunek: Ekonomia



mgr Tomasz Wiśniewski

Uwarunkowania zatrudniania osób niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych

Praca doktorska wykonana
w Instytucie Ekonomii i Finansów,
Katedrze Polityki Gospodarczej
pod kierunkiem
dr hab. Anny Organiściak-Krzykowskiej, prof. UWM

Olsztyn 2023

UNIVERSITY OF WARMIA AND MAZURY IN OLSZTYN

FACULTY OF ECONOMIC SCIENCES

Specialization: Economics



mgr Tomasz Wiśniewski

Determinants of employment of persons with disabilities in medical entities

Thesis written in

Institute of Economics and Finance,

Department of Economic Policy

Under supervision of

dr hab. Anna Organiściak-Krzykowska, prof. UWM

Olsztyn 2023

Spis treści

Streszczenie 5
Wstęp 7
1. Uwarunkowania rynku pracy w Polsce 14
1.1. Determinanty popytu na pracę w Polsce 14
1.2. Determinanty podaży pracy w Polsce 18
1.3. Sytuacja demograficzna Polski 25
1.4. Prognozowana sytuacja demograficzna Polski do 2050 roku 36
1.5. Przyczyny i skutki starzenia demograficznego społeczeństwa 43
2. Osoby niepełnosprawne na rynku pracy 50
2.1. Pojęcie niepełnosprawności 50
2.2. Potrzeby osób niepełnosprawnych 56
2.3. Regulacje prawne dotyczące zatrudniania osób niepełnosprawnych 60
2.4. Demograficzne uwarunkowania podaży pracy reprezentowanej przez osoby niepełnosprawne 65
3. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych w świetle wybranych teorii ekonomicznych 74
3.1. Podejście do zatrudniania w neoklasycznych teoriach ekonomicznych 74
3.2. Miejsce osoby niepełnosprawnej w świetle teorii kapitału ludzkiego 79
3.3. Miejsce osoby niepełnosprawnej w świetle teorii segmentacji rynku pracy 82
3.4. Teoria poszukiwań na rynku pracy jako wyjaśnienie przyczyn bezrobocia wśród niepełnosprawnych 90
4. Uwarunkowania zatrudniania osób niepełnosprawnych w wybranych państwach 94
4.1. Demograficzne uwarunkowania podaży pracy osób niepełnosprawnych w Unii Europejskiej 94
4.2. Regulacje prawne dotyczące zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wybranych państwach Unii Europejskiej 107
4.3. Umiejscowienie aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych w strategiach Unii Europejskiej 111
4.4. Zatrudnianie osób niepełnosprawnych w wybranych państwach spoza Unii Europejskiej 116

5. Identyfikacja i ocena barier i korzyści zatrudniania osób niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych 119
5.1. Metodyka badania 119
5.2. Charakterystyka próby badawczej 136
5.3. Charakterystyka osób niepełnosprawnych zatrudnionych w podmiotach leczniczych 146
5.4. Bariery zatrudniania osób niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych 166
5.5. Korzyści z zatrudniania osób niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych oraz propozycje zmian 172
5.6. Szanse zatrudniania niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych 188
Podsumowanie 198
Bibliografia 205
Spis tabel 216
Spis rysunków 217
Źródła internetowe 222
Aneks 225

Streszczenie

Obserwowane zjawisko starzenia się społeczeństwa i kurczących zasobów pracy może doprowadzić do kryzysu na rynku pracy. Przewiduje się wystąpienie nadwyżki popytu na pracę nad podażą pracy. Jednym ze sposobów zmniejszenia skutków tego zjawiska jest poszukiwanie alternatywnych zasobów kapitału ludzkiego. Analizując stopę bezrobocia osób niepełnosprawnych, która w 2021 roku wynosiła 5,6%, można stwierdzić, że w tej grupie społecznej istnieją niewykorzystane zasoby pracy (*Aktywność ekonomiczna ludności Polski - IV kwartał 2021 roku,* 2022).

Sekcja opieki zdrowotnej i pomocy społecznej charakteryzuje się najwyższym wskaźnikiem dynamiki pod względem zatrudnienia osób niepełnosprawnych wśród czterech sektorów, w których udział zatrudnionych osób niepełnosprawnych w zatrudnieniu ogółem jest najwyższy.

Badania przeprowadzono wśród 1254 podmiotów leczniczych w latach 2020-2021. Zakres terytorialny badań stanowiło 16 województw.

Głównym celem badań była identyfikacja i ocena uwarunkowań zatrudniania osób niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych. Najczęściej wskazywaną barierą w zatrudnianiu niepełnosprawnych były przepisy prawne regulujące zatrudnienie niepełnosprawnych, natomiast najczęściej wskazywaną korzyścią zatrudniania osób niepełnosprawnych było zwolnienie z obowiązkowych wpłat do PFRON.

Z przeprowadzonych badań wynika również, że:

– najczęściej występującym rodzajem niepełnosprawności wśród zatrudnionych jest niepełnosprawność ruchowa,

– podmioty lecznicze najczęściej deklarowały, że zatrudniają niepełnosprawnych na stanowisku pielęgniarki oraz pracownika administracyjnego,

– około 98% podmiotów leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne oceniło pozytywnie pracę tych osób,

– najczęstszym powodem niezatrudniania niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych był brak osób z orzeczeniem o niepełnosprawności chętnych do podjęcia pracy,

– najczęściej wskazywaną propozycją zmiany, która mogłaby wpłynąć na poprawę zatrudnienia osób niepełnosprawnych było zwiększenie pomocy finansowej ze strony PFRON.

Abstract

The observed phenomenon of an aging population and shrinking labor resources may lead to a crisis in the labor market. It is expected that there will be an excess of labor demand over labor supply. One way to reduce the effects of this phenomenon is to look for alternative human capital resources. Analyzing the unemployment rate of people with disabilities, which in 2021 was 5.6%, it can be concluded that there are untapped labor resources in this social group (*Aktywność ekonomiczna ludności Polski - IV kwartał 2021 roku*, 2022).

The health care and social assistance section has the highest growth rate in terms of employment of people with disabilities among the four sectors with the highest share of employed people with disabilities in total employment.

The survey was conducted among 1254 medical entities in 2020-2021. The territorial scope of the study was 16 provinces.

The main objective of the research was to identify and assess the determinants of employment of people with disabilities in medical entities. The most frequently indicated barrier in hiring the disabled was legislation regulating the employment of the disabled, while the most frequently indicated benefit of hiring the disabled was exemption from mandatory payments to PFRON.

The survey also found that:

– the most common type of disability among those employed is physical disability,

– medical entities most often declared that they employ disabled people in the position of nurse and administrative worker,

– about 98% of medical entities employing people with disabilities gave positive evaluations of their work,

– the most common reason for not hiring the disabled in medical entities was the lack of people with a disability certificate willing to take the job,

– the most frequently indicated suggestion for change that could improve the employment of people with disabilities was an increase in financial assistance from PFRON.

Wstęp

W gospodarce rynek funkcjonuje pod różnymi postaciami. Można wyróżnić między innymi rynek dóbr i usług, rynek kapitałowy czy też rynek walutowy. Istotny ze względu na zaangażowanie kapitału ludzkiego jest rynek pracy. Stroną popytową na tym rodzaju rynku są pracodawcy, stroną podażową zaś potencjalni pracownicy. Na rynku pracy świadczona jest usługa pracy wykonywana w ustalonych warunkach, jak na przykład miejsce i zakres obowiązków. Ceną za wykonanie tych usług jest wynagrodzenie (SAMUELSON, NORDHAUS 2017).

Ważne miejsce na rynku pracy zajmują osoby niepełnosprawne. Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych definiuje je jako „(…) osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolności do wykonywania pracy zawodowej” *(Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,* 1997).

Według danych Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań w 2011 roku 12,6% ludności w Polsce były osobami niepełnosprawnymi, co stanowiło około 4,7 mln mieszkańców (*Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań*, 2012). Oszacowano, że 28% osób niepełnosprawnych prawnie posiadało orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, 42% o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności i 25% o lekkim stopniu niepełnosprawności. Pozostałe 5% to dzieci, które nie ukończyły 16. roku życia. (*Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS),* 2014*)*. Według wstępnych danych w 2021 roku osoby niepełnosprawne stanowiły około 14,3% ludności Polski (5447,5 tys. osób niepełnosprawnych spośród 38 036,1 tys. osób) (*Osoby niepełnosprawne według kategorii niepełnosprawności,* 2022) (*Ludność w miejscowościach statystycznych,* 2022).

Według kwartalnych danych BAEL w Polsce współczynnik aktywności zawodowej osób w wieku 15-89 lat na koniec 2021 roku wynosił 58%, a wskaźnik zatrudnienia 56,3%. W odniesieniu do sytuacji osób niepełnosprawnych na rynku pracy wymienione wskaźniki uzyskują znacznie niższą wartość. Współczynnik aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych w wieku 16-89 lat na koniec 2021 roku wynosił 20,3%, a wskaźnik zatrudnienia 19,1%. Stopa bezrobocia ogółem na koniec 2022 roku wynosiła 2,9%, natomiast dla osób niepełnosprawnych osiągnęła wyższą wartość (5,6%) (*Aktywność ekonomiczna ludności Polski - IV kwartał 2021 roku,* 2022).

Biorąc pod uwagę zatrudnienie według sekcji PKD, to najwięcej osób niepełnosprawnych zatrudnionych w 2021 roku jest kolejno w sekcji administrowania i działań wspierających, przetwórstwa przemysłowego, opiece zdrowotnej i pomocy społecznej oraz handlu (włącznie z naprawą pojazdów samochodowych) (*Pracujący w gospodarce narodowej w 2021 roku,* 2022).

W okresie od 2016 do 2021 roku odnotowano zwiększenie liczby niepełnosprawnych osób zatrudnionych w Polsce o ponad 4,7 tys. Najwyższy wzrost odnotowano w sekcji opieki zdrowotnej i pomocy społecznej (o ponad 5,1 tys. osób). Spadek zatrudnienia w badanym okresie zaobserwowano w sekcji administrowania i działań wspierających (o ponad 8,5 tys. osób) i przetwórstwa przemysłowego (o ponad 6,3 tys. osób) (*Pracujący w gospodarce narodowej w 2016 roku,* 2017) (*Pracujący w gospodarce narodowej w 2021 roku,* 2022).

Obserwowane zjawisko starzenia się społeczeństwa i kurczących zasobów pracy może doprowadzić do kryzysu na rynku pracy. Przewiduje się wystąpienie nadwyżki popytu na pracę nad podażą pracy. Jednym ze sposobów zmniejszenia skutków tego zjawiska jest poszukiwanie alternatywnych zasobów kapitału ludzkiego. Analizując stopę bezrobocia osób niepełnosprawnych można stwierdzić, że w tej grupie społecznej istnieją niewykorzystane zasoby pracy. Podniesienie poziomu zatrudnienia niepełnosprawnych wymaga zidentyfikowania barier, które zniechęcają pracodawców do rekrutacji osób z orzeczeniem o niepełnosprawności. Kolejnym krokiem jest identyfikacja stymulatorów zatrudnienia niepełnosprawnych. Zatrudnianie cudzoziemców i zachęcanie polskich emigrantów do powrotu do kraju jest jedną z metod walki ze skutkami starzenia demograficznego (ORGANIŚCIAK-KRZYKOWSKA, PIOTROWSKI 2018).

Podmioty lecznicze bardzo często borykają się z niedoborami kadrowymi. Obecnie zawody takie jak pielęgniarka czy lekarz są poszukiwanymi. Według OECD w Polsce w 2018 roku przypadało 5,1 pielęgniarek i 3,3 lekarzy na 1000 mieszkańców (najmniej w całej Unii Europejskiej). Średnio w Unii Europejskiej na 1000 mieszkańców przypada 8,3 pielęgniarek i 4 lekarzy (*Health at a Glance: Europe 2022,* 2022). Jednym z powodów niskiej liczby pielęgniarek i lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców są migracje siły roboczej odbywające się głównie z przyczyn ekonomicznych.

Głównym czynnikiem wpływającym na niedobory kadrowe w podmiotach leczniczych są niskie wynagrodzenia pracowników medycznych. Według danych GUS średnie zarobki w sekcji opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w 2018 roku wynosiły około 4500 zł brutto (*Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2018 roku,* 2020). To nieco mniej niż wynosiło średnie wynagrodzenie w gospodarce narodowej w roku 2018, czyli 4585,03 zł brutto (*Przeciętne wynagrodzenie od 1950 r.*, 2020). Spośród 19 sekcji PKD sekcja opieki zdrowotnej i pomocy społecznej zajmuje 14. miejsce pod względem wysokości średniego wynagrodzenia brutto.

Niedobory kadrowe w podmiotach leczniczych i ich możliwości zniwelowania poprzez zatrudnianie osób niepełnosprawnych jest uzasadnieniem podjęcia tematu rozprawy doktorskiej.

Niepełnosprawni są grupą społeczną wymagającą pomocy zarówno medycznej jak i pozamedycznej. Tę pomoc oferują im podmioty świadczące usługi w sekcji Q według Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD), czyli sekcji opieki zdrowotnej oraz pomocy społecznej. Sekcja ta podzielona jest na następujące działy: opieka zdrowotna, pomoc społeczna z zakwaterowaniem oraz pomoc społeczna bez zakwaterowania. W dziale opieki zdrowotnej wyróżniono trzy grupy: działalność szpitali, praktykę lekarską i pozostałą działalność w zakresie opieki zdrowotnej. Ostatnia grupa dzieli się między innymi na następujące klasy i podklasy: działalność fizjoterapeutyczną, działalność pogotowia ratunkowego, działalność pielęgniarek i położnych oraz działalność paramedyczną (*Schemat klasyfikacji- załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD),* 2007).

Dane zawarte w raporcie Głównego Urzędu Statystycznego wskazują, że jedną z sekcji PKD, w której osoby niepełnosprawne, zwłaszcza kobiety, mogą z powodzeniem znaleźć pracę jest sekcja opieki zdrowotnej. Oznacza to, że sekcja Q nie tylko świadczy usługi na rzecz osób niepełnosprawnych, ale również osoby niepełnosprawne mogą zdobyć zatrudnienie w tym sektorze i świadczyć pomoc m. in. osobom z orzeczeniem o niepełnosprawności.

Sekcja Q charakteryzuje się najwyższym wskaźnikiem dynamiki pod względem zatrudnienia osób niepełnosprawnych wśród czterech sektorów, w których udział zatrudnionych niepełnosprawnych w zatrudnieniu ogółem jest najwyższy. W celu rozpoznania możliwości zatrudniania osób niepełnosprawnych w powyższej sekcji podjęto badania.

Badanie zostało przeprowadzone w podmiotach leczniczych sklasyfikowanych jako dział opieki zdrowotnej z wyłączeniem osób fizycznych prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą, spółek jawnych, spółek cywilnych i spółek partnerskich. Wyłączenie wymienionych podmiotów jest spowodowane bardzo niskim prawdopodobieństwem zatrudniania osób niepełnosprawnych w wyniku niewielkiej kadry pracowniczej. Respondentami były osoby reprezentujące podmioty lecznicze (m.in. właściciele, prezesi, pracownicy kadr i księgowości).

Próba badawcza stanowiła około 15% wszystkich podmiotów leczniczych kwalifikujących się do przeprowadzenia badania. Wyjątek stanowiło województwo warmińsko-mazurskie, gdzie badania przeprowadzono wśród 20% respondentów znajdujących się w próbie badawczej, gdzie także przeprowadzono badania pilotażowe. Badania przeprowadzono wśród 1254 podmiotów leczniczych. Zakres terytorialny badań empirycznych stanowiło 16 województw, a ich zakres czasowy to lata 2020-2021.

W rozprawie posłużono się również badaniami wtórnymi przeprowadzonymi w Polsce w latach 2001-2020 oraz w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku.

Badania zostały przeprowadzone z wykorzystaniem dwóch metod badawczych:

- metody analizy i krytyki piśmiennictwa,
- metody sondażu diagnostycznego.

Metoda analizy i krytyki piśmiennictwa miała na celu wskazanie głównych przyczyn popytu na pracę i podaży pracy oraz umiejscowienie tematu w teoriach ekonomicznych. Analizie poddane zostały również opracowania statystyczne Głównego Urzędu Statystycznego w celu opisu sytuacji demograficznej i na rynku pracy.

Wykorzystanie metody sondażu diagnostycznego służyło do osiągnięcia głównego celu badania oraz celów szczegółowych. Do zgromadzenia danych posłużyły badania ankietowe z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety. Jako metodę wspierającą wykorzystano metodę CATI zastosowaną w rozmowach telefonicznych z respondentami oraz wybrane metody ilościowe.

Głównym celem badań była identyfikacja i ocena uwarunkowań zatrudniania osób niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych.

Do szczegółowych celów badania zaliczono:

1. Identyfikacja rodzajów niepełnosprawności występujących u pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.
2. Identyfikacja zawodów wykonywanych przez osoby niepełnosprawne w podmiotach leczniczych.
3. Uzyskanie od pracodawców oceny wykonywanej pracy przez osoby niepełnosprawne w podmiotach leczniczych.
4. Identyfikacja i ocena powodów niezatrudniania niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych.
5. Identyfikacja i ocena korzyści z zatrudniania osób niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych wynikających z regulacji prawnych.
6. Zaproponowanie zmian mających na celu poprawę sytuacji osób niepełnosprawnych na rynku pracy na podstawie przeprowadzonych badań.

Cele szczegółowe od 1. do 5. są celami poznawczymi (teoretycznymi), natomiast cel szczegółowy 6. jest celem aplikacyjnym.

Hipotezy badawcze w pracy to:

– H1: *Zatrudnienie osób niepełnosprawnych jest zależne od wielkości podmiotów leczniczych wyrażonej w liczbie zatrudnionych pracowników.*

– H2: *Osoby niepełnosprawne pracujące w podmiotach leczniczych są zatrudniane zarówno na rynku pierwotnym jak i wtórnym.*

– H3: *Główną barierą zatrudniania osób niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych są przywileje niepełnosprawnych pracowników wynikające z regulacji prawnych.*

– H4: *Głównym czynnikiem determinującym zatrudnianie osób z orzeczeniem o niepełnosprawności jest zwolnienie z obowiązkowych wpłat do PFRON.*

Niepełnosprawność kojarzona jest głównie z obniżoną wydajnością wykonywanych zadań. Wśród pracodawców istnieje przekonanie, że zatrudnienie osoby niepełnosprawnej niesie ze sobą dodatkowe koszty oraz obniża jakość wykonywanej pracy. Podczas rekrutacji nowych pracowników bardziej konkurencyjne okazują się osoby sprawne. Zwolnienie z wpłat do PFRON przy 6% udziale osób niepełnosprawnych w zatrudnieniu ogółem (w jednostce zatrudniającej co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełne etaty) jest uważane za główną przyczynę rekrutacji osób z orzeczeniem o niepełnosprawności.

Podczas aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych (zachęcaniu do podjęcia zatrudnienia) najczęściej wykorzystywanym argumentem są korzystne regulacje prawne dla zatrudnionych osób z orzeczeniem o niepełnosprawności. Do głównych przywilejów pracowników niepełnosprawnych zalicza się:

- ograniczenie czasu pracy niepełnosprawnych w stopniu umiarkowanym i znacznym do 7 godzin dziennie i 35 tygodniowo,
- ograniczenie czasu pracy niepełnosprawnych w stopniu lekkim do 8 godzin dziennie i 40 tygodniowo,
- zakaz pracy w godzinach nadliczbowych i nocnych,
- dodatkowe 10 dni urlopu wypoczynkowego w ciągu roku kalendarzowego dla niepełnosprawnych w stopniu umiarkowanym i znacznym,
- skrócony czas pracy nie wpływa na wysokość miesięcznego wynagrodzenia za pracę,
- prawo do dodatkowej 15-minutowej przerwy w pracy (*Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*, 1997).

W przypadku pracy zmianowej często spotykanej w podmiotów leczniczych (np. dyżury pielęgniarek, dyżury lekarzy) dyspozycyjność staje się jedną z głównych barier zatrudnienia niepełnosprawnych pracowników na takie stanowiska.

Z kolei pracodawcy zatrudniający osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności mogą liczyć na korzyści związane z ich zatrudnieniem, do których należą między innymi:

- zwrot kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej,
- zwrot kosztów przystosowania miejsca pracy do potrzeb niepełnosprawnych pracowników,
- dofinansowanie do wynagrodzeń niepełnosprawnych pracowników,

– ulgi we wpłatach do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

– refundacja kosztów szkoleń niepełnosprawnych pracowników (*Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*, 1997).

Praca składa się z pięciu rozdziałów. W pierwszym rozdziale pracy uwaga zostaje skupiona na uwarunkowaniach rynku pracy w Polsce. Wskazano determinanty popytu na pracę oraz podaży pracy i przedstawiono uwarunkowania demograficzne rynku pracy w Polsce. Poddano analizie prognozy związane z sytuacją demograficzną Polski. Omówiono także proces starzenia demograficznego oraz jego przyczyny i skutki.

W drugim rozdziale pracy skupiono się na miejscu osób niepełnosprawnych na rynku pracy. Wyjaśniono w nim pojęcie niepełnosprawności oraz wskazane potrzeby osób niepełnosprawnych. Omówiono regulacje prawne związane z zatrudnianiem osób niepełnosprawnych. Przeanalizowano także strukturę demograficzną osób niepełnosprawnych oraz jej wpływ na rynek pracy.

W trzecim rozdziale autor umiejscowiono temat pracy w wybranych teoriach ekonomicznych tj. neoklasycznych teoriach ekonomicznych, teorii kapitału ludzkiego, teorii segmentacji rynku pracy oraz teorii poszukiwań na rynku pracy.

W czwartym rozdziale przedstawiono sytuację osób niepełnosprawnych na rynku pracy w wybranych państwach. Skupiono uwagę na demograficzne uwarunkowania popytu na pracę osób niepełnosprawnych w krajach Unii Europejskiej oraz regulacjach prawnych związanych z zatrudnieniem niepełnosprawnych w krajach Wspólnoty. Umiejscowiono aktywizację zawodowej niepełnosprawnych w strategiach Unii Europejskiej oraz przytoczono regulacje prawne dotyczące zatrudnienia niepełnosprawnych w takich państwach jak: Stany Zjednoczone, Chiny i Egipt.

Piąty rozdział jest empiryczny. Opisano w nim metodykę badań, przedstawiono specyfikację podmiotów biorących udział w badaniu z uwzględnieniem podziału na podmioty lecznicze zatrudniające i niezatrudniające osoby niepełnosprawne. Opisano również bariery w zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i korzyści ich zatrudniania. Na podstawie zidentyfikowanych barier i korzyści oraz opinii respondentów wskazano proponowane zmiany mogące wpłynąć na poprawę sytuacji osób niepełnosprawnych na rynku pracy.

1. Uwarunkowania rynku pracy w Polsce

1.1. Determinanty popytu na pracę w Polsce

Jednym z rynków funkcjonujących w gospodarce jest rynek pracy. Podobnie jak na rynku produktów występują na nim dwie strony. Jedną ze stron są osoby aktywne zawodowo, które za określoną cenę (czyli wynagrodzenie) oferują możliwość wykonywania usługi pracy potencjalnym pracodawcom. Można zatem stwierdzić, że osoby zdolne do pracy to siła robocza, na którą pracodawcy zgłaszają zapotrzebowanie.

Kryńska definiuje popyt na pracę jako realne zapotrzebowanie gospodarki na siłę roboczą. Zapotrzebowanie realne oznacza liczbę oferowanych miejsc pracy za stawkę (wynagrodzenie) akceptowaną przez osoby gotowe do podjęcia pracy (KRYŃSKA I IN. 1998) (KRYŃSKA, KWIATKOWSKI 2013). Zatem popyt na pracę to liczba miejsc pracy obsadzonych oraz wakatów, czyli wolnych miejsc pracy (ORGANIŚCIAK-KRZYKOWSKA, PIOTROWSKI 2017).

Pracownicy reprezentują podaż pracy, natomiast pracodawcy popyt na pracę. Popyt na pracę oznacza zapotrzebowanie gospodarki na siłę roboczą (WĘGRZYN 2005). Rozumiany jest jako liczba osób zdolnych i gotowych do podjęcia pracy, jaką są w stanie zatrudnić pracodawcy przy obecnym stanie gospodarki za określone wynagrodzenie.

Współcześnie na wysokość popytu na pracę mają wpływ takie czynniki jak:

- popyt na dobra i usługi,
- wysokość wynagrodzenia,
- koniunktura gospodarcza,
- poziom zaawansowania technologicznego,
- regulacje prawne.

Popyt na dobra i usługi jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na wysokość popytu na pracę. Wzrost popytu, czyli zapotrzebowania na dane dobra lub usługi staje się informacją dla przedsiębiorstw o możliwości zwiększenia produkcji i/lub podniesieniu ceny. Pierwsze rozwiązanie często wymaga zatrudnienia dodatkowej liczby pracowników w przypadku, gdy siła robocza przedsiębiorstwa nie jest w stanie wyprodukować większej ilości dóbr i wykonać większej liczby usług. Konkluzją jest fakt, że wzrost zapotrzebowania na dobra i usługi determinuje wzrost zapotrzebowania na siłę roboczą tj. wzrost popytu na pracę.

Analogiczną sytuacją jest spadek zainteresowania nabyciem danych dóbr lub korzystania z danych usług. W takiej sytuacji przedsiębiorstwa decydują się na obniżenie produkcji i/lub ceny produktów lub usług. Zmniejszenie liczby produkowanych dóbr lub wykonywanych usług wiąże się ze zmniejszeniem liczby efektywnych godzin pracy pracowników, a tym samym zwiększenie liczby nieefektywnych godzin pracy. Wystąpienie nieefektywnych godzin pracy może doprowadzić przedsiębiorstwo do strat. Po zsumowaniu efektywnych godzin pracy przedsiębiorca może określić, jakie jest jego zapotrzebowanie na siłę roboczą w przeliczeniu na etaty zatrudnienia. Spadek popytu na dobra i usługi wpływa na zmniejszenie wysokości produkcji, co prowadzi do spadku zapotrzebowania na siłę roboczą.

Ceną za wykonywanie usługi pracy jest wynagrodzenie. Z punktu widzenia pracodawcy wynagrodzenie jest kosztem, jaki musi ponieść, jeżeli specyfika wykonywanych usług lub wyprodukowania dóbr wymaga zaangażowania pracy ludzkiej. Informacja o średnim wynagrodzeniu na danym stanowisku pozwala pracodawcy na konstrukcję konkurencyjnej oferty. Niski poziom średniego wynagrodzenia determinuje wyższą chęć zatrudnienia dodatkowych pracowników.

Wyższy poziom średniego wynagrodzenia wymusza na pracodawcy podwyższenie wynagrodzeń pracowników, co powoduje wzrost kosztów przedsiębiorstwa. W takiej sytuacji pracodawca może niechętnie zatrudniać nowych pracowników, a nawet zwolnić obecnych. Zbyt wysoki koszt wynagrodzeń może doprowadzić do strat. Zatem wzrost poziomu średniego wynagrodzenia na danym stanowisku potencjalnie może powodować spadek popytu na pracę.

Kolejnym czynnikiem determinującym popyt na pracę jest stan koniunktury gospodarczej. Ożywienie koniunktury skutkuje wzrostem popytu na dobra i usługi. To z kolei wpływa na wzrost wielkości produkcji i przychodów przedsiębiorstwa. Zwiększenie wielkości produkcji wymaga często zatrudnienia nowych pracowników.

W fazie recesji popyt na dobra i usługi maleje. Przedsiębiorstwa decydują się na zmniejszenie wielkości produkcji oraz redukcję liczby zatrudnionych pracowników.

Poziom zaawansowania technologicznego wpływa nie tylko na jakość oferowanych dóbr i usług przedsiębiorstwa, ale również na obniżenie kosztów wykonania usług lub produkcji dóbr. W krajach rozwiniętych i rozwijających się technologia w firmach najczęściej zastępuje pracę ludzką, zwłaszcza w przedsiębiorstwach produkcyjnych (NASIŁKOWSKI 2006) (LEWANDOWSKI 2018).

Przedsiębiorcy obniżają koszty decydując się na inwestycję w technologię i rezygnując z zatrudniania personelu. W krajach nisko zaawansowanych koszty inwestycji w technologię mogą być za wysokie i nieopłacalne przy danej wielkości produkcji. Przedsiębiorcy decydują się na zatrudnienie personelu w celu produkcji dóbr lub wykonywania usług.

Istnieją branże, w których ingerencja pracownika jest niezbędna. Nawet wysokie inwestycje w technologie nie są w stanie całkowicie zastąpić kapitału ludzkiego.

Wpływ na popyt na pracę mają regulacje prawne. W Polsce głównym dokumentem regulującym zatrudnienie jest Kodeks Pracy. Z regulacji prawnych wynikają koszty zatrudnienia pracownika. Są to, obok wynagrodzenia zasadniczego, wszelkie składki potrącane od wynagrodzenia brutto na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne pracownika oraz podatek. Składki płacone są zarówno przez pracownika jak i przez pracodawcę. Oznacza to, że kwota wynagrodzenia brutto zamieszczona w umowie o pracę jest tylko częścią kosztu, jaki musi ponieść pracodawca w związku z zatrudnieniem pracownika.

Adam Smith, prekursor ekonomii klasycznej, uważał, że na popyt na pracę mają wpływ następujące czynniki:

- bogactwo narodu,
- liczba ludności w wieku produkcyjnym,
- fizyczny kapitał gospodarki,
- wysokość płacy realnej,
- realna stopa procentowa,
- wydajność pracy,
- stan koniunktury gospodarczej,
- postęp technologiczny (MILO I IN. 1999).

Bogactwo narodu określa zasoby naturalne i majątkowe, którymi dysponuje państwo. Zasoby naturalne są to odnawialne i nieodnawialne elementy środowiska, które można wykorzystać. Przykładem odnawialnych zasobów naturalnych są: drewno, woda i płody rolne. Przykładem nieodnawialnych zasobów naturalnych są: surowce mineralne, energetyczne, skalne, metaliczne i chemiczne oraz kamienie szlachetne i półszlachetne. Zasoby majątkowe państwa to wyposażenie w środki trwałe tj. budynki, budowle i urządzenia, a także narzędzia pracy. Do zasobów majątkowych zaliczana jest również infrastruktura (WINIARSKI 2006).

Fizyczny kapitał materialny jest związany z majątkowymi zasobami państwa. Fizycznym kapitałem materialnym określane jest wyposażenie, maszyny, urządzenia oraz środki transportu (KRYŃSKA, KWIATKOWSKI 2013) (MILEWSKI, KWIATKOWSKI 2018).

Im wyposażenie państwa lub danego obszaru jest bardziej zaopatrzone w zasoby naturalne i majątkowe, a także fizyczny kapitał materialny tym popyt na pracę jest większy. Jest to spowodowane tym, że przedsiębiorcy mając do wykorzystania duże ilości zasobów naturalnych przy odpowiedniej infrastrukturze i zaludnieniu mogą zwiększyć produkcję zatrudniając dodatkowych pracowników.

Wiek produkcyjny jest to wiek zdolności do pracy. Główny Urząd Statystyczny przyjmuje, że wiek produkcyjny dla mężczyzn wynosi od 18. do 64. roku życia, natomiast dla kobiet od 18. do 59. roku życia [1]. Ludność w wieku produkcyjnym dzieli się na aktywnych i biernych zawodowo. Ludność aktywna zawodowo jest to ludność pracująca lub gotowa podjąć pracę. Ludność bierna zawodowo jest to ludność niezdolna do wykonywania pracy w wyniku choroby lub niepełnosprawności. Do biernych zawodowo zaliczana jest również ludność, która nie poszukuje aktywnie zatrudnienia.

Zgłaszany popyt na pracę jest większy w przypadku, gdy liczba osób aktywnych zawodowo na danym obszarze jest niska. Niedobory w personelu sprawiają, że przedsiębiorstwa nie są w stanie się rozwijać. Natomiast w sytuacji, gdy w gospodarce funkcjonuje wysoka liczba osób aktywnych zawodowo to pracodawcy są w stanie obsadzić wszystkie wakaty i ograniczyć zapotrzebowanie przedsiębiorstwa na personel.

Płaca realna w przedsiębiorstwach definiowana jest jako stosunek zysku do kosztów zatrudnienia pracowników (KRYŃSKA, KWIATKOWSKI 2013) (MILEWSKI, KWIATKOWSKI 2018). W ten sposób pracodawcy są w stanie określić wydajność pracy zatrudnionego personelu. W przypadku niskiej płacy realnej pracodawca może zdecydować się na zwolnienie części pracowników w celu zwiększenia rentowności kapitału ludzkiego. W sytuacji, gdy poziom płacy realnej w przedsiębiorstwie jest wysoki pracodawca może zdecydować się na zatrudnienie dodatkowych pracowników w celu zwiększenia zysku. Poziom płacy realnej w głównej mierze zależy od poziomu wynagrodzeń oraz cen na rynku.

Realna stopa procentowa równoważy popyt i podaż na rynku kapitałowym. Podaż na rynku kapitałowym oznacza skłonność do oszczędzania, natomiast popyt na rynku kapitałowym to możliwości optymalnego wykorzystania zasobów. Wysoka realna stopa procentowa oznacza wysokie zainteresowanie oszczędzaniem, natomiast niska realna stopa procentowa jest czynnikiem zniechęcającym do oszczędzania. Wysoka realna stopa procentowa skutkuje spadkiem wielkości podaży oraz spadkiem popytu na pracę. Niska realna

[1] https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/861,pojecie.html (11.01.2023)

stopa procentowa skutkuje wzrostem wielkości podaży, która determinuje wzrost popytu na pracę. Realna stopa procentowa definiowana jest również jako koszt zaciąganych kredytów (CZEKAJ 2001) (DYKAS 2016).

Leon Warlas założył, że popyt na pracę uzależniony jest od cen dóbr i usług oraz czynników produkcji, a także poziomu bogactwa kapitalistów. Alfred Marshall natomiast uzależnił popyt na pracę od wydajności pracy oraz jej przyrostu w przyszłych okresach, wartości dywidend i wykształcenia pracowników (MILO I IN. 1999).

We współczesnych badaniach dotyczących rynku pracy i jego determinant często zwraca się uwagę na rozwój infrastruktury regionu wpływającej na mobilność potencjalnych pracowników (BEAUDRY I IN. 2018). W większych aglomeracjach na mobilność ludności wpływa poziom zakorkowania miejscowości, czyli natężenie ruchu drogowego (KNIEPS 2015). W literaturze przedmiotu zwrócono uwagę, że czas przejazdu do pracy i z pracy determinuje popyt na pracę w danym regionie. Współczesnym rozwiązaniem problemu mobilności, zwłaszcza w dużych aglomeracjach, jest wprowadzenie pracy zdalnej.

1.2. Determinanty podaży pracy w Polsce

Na rynku pracy oprócz pracodawców oferujących pracę drugą stroną są osoby gotowe do podjęcia pracy. Takie osoby określa się mianem osób aktywnych zawodowo.

Do osób aktywnych zawodowo zalicza się osoby pracujące (pracowników) oraz osoby bezrobotne zarejestrowane w urzędzie pracy. Według Głównego Urzędu Statystycznego osoby pracujące to osoby:

- zatrudnione na podstawie umowy o pracę, powołania, mianowania lub wyboru,
- pracodawcy i osoby pracujące na własny rachunek (działalność rolnicza i pozarolnicza, osoby wykonujące tzw. „wolny zawód”),
- osoby wykonujące pracę nakładczą,
- osoby zatrudnione na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenie,
- członkowie spółdzielni produkcji rolniczej,
- duchowni (*Rocznik statystyczny pracy,* 2021).

Osoby bezrobotne to niepracujące osoby gotowe do podjęcia pracy zarobkowej w pełnym wymiarze czasu pracy i zdolne do jej wykonywania. Osobą bezrobotną może być osoba niepełnosprawna, która jest gotowa i zdolna do wykonywania pracy zarobkowej co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy.

Osoba niepracująca, aby uzyskać status osoby bezrobotnej musi również:

– mieć ukończone 18 lat,

– nie posiadać statusu ucznia/studenta (wyłączając szkoły zaoczne, wieczorowe i dla dorosłych),

– być zarejestrowana odpowiednim do miejscu zameldowania lub tymczasowego pobytu Powiatowym Urzędzie Pracy,

– nie ukończyć 60. roku życia (w przypadku kobiet) lub 65. roku życia (w przypadku mężczyzn),

– nie nabyć prawa do emerytury, renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej lub renty socjalnej,

– nie pobierać zasiłku lub świadczenia przedemerytalnego, świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku chorobowego lub macierzyńskiego,

– nie pobierać zasiłku stałego, świadczenia pielęgnacyjnego, dodatku do zasiłku rodzinnego lub świadczenia szkoleniowego,

– nie być właścicielem, posiadaczem samoistnym lub zależnym nieruchomości rolnej o powierzchni użytku rolnego większej niż 2 ha przeliczeniowe,

– nie podlegać ubezpieczeniu emerytalnym lub rentowym z tytułu pracy jako współmałżonek lub domownik w gospodarstwie rolnym większym niż 2 ha przeliczeniowe,

– nie uzyskiwać opodatkowanych podatkiem dochodowym przychodów z prowadzenia działalności rolniczej w dziale specjalnym produkcji rolnej,

– nie odbywać kary pozbawienia wolności lub nie być osobą tymczasowo aresztowaną,

– nie uzyskiwać miesięcznego przychodu przekraczającego 50% płacy minimalnej z wyłączeniem przychodów z tytułu odsetek lub innych przychodów od środków pieniężnych zgromadzonych na rachunku bankowym (*Ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,* 2004).

Aktywnymi zawodowo nie są:

– osoby uczące się,

– osoby nieposzukujące aktywnie pracy zarobkowej,

– osoby, których źródłem utrzymania jest kapitał (wynajem mieszkania, spadek).

Podaż pracy definiowana jest jako liczba osób, które chcą pracować za określoną stawkę (wynagrodzenie) w danym okresie. Podaż pracy nie jest tożsama z liczbą osób aktywnych zawodowo, ponieważ kryterium podjęcia pracy za określoną stawkę nie zawsze jest spełniane przez osoby poszukujące pracy (GÓRA, SZTANDERSKA 2006). Osoba bezrobotna poszukująca pracy może uznać proponowane wynagrodzenie za zbyt niskie.

Czynniki determinujące podaż pracy można podzielić na demograficzne i ekonomiczne. Do czynników demograficznych zalicza się:

- przyrost naturalny,
- saldo migracji,
- strukturę ludności według wieku,
- strukturę ludności według płci,
- strukturę zamieszkania ludności,
- mobilność ludności,
- poziom systemu szkolenia i kształcenia,
- indywidualne decyzje i motywacje społeczeństwa (MIERZEJEWSKA-MAJCHEREK 2010).

Przyrost naturalny jest to różnica pomiędzy liczbą urodzeń żywych a liczbą zgonów (*Rocznik demograficzny,* 2021). Dodatni przyrost naturalny wpływa na zwiększenie liczby ludności, czyli zwiększenie potencjalnej siły roboczej. Ujemny przyrost naturalny wpływa na zmniejszenie liczby ludności, czyli również zmniejszenie potencjalnej siły roboczej. Warto zauważyć, że efekty przyrostu naturalnego zauważane są dopiero w późniejszych okresach. Wzrost liczby urodzeń determinuje w kolejnych dekadach przyrost osób gotowych do pracy. Ponieważ zgony najczęściej dotyczą osób w wieku emerytalnym uznaje się, że to liczba urodzeń jest ważniejszym czynnikiem wpływającym na podaż pracy (KWIATKOWSKI, KUCHARSKI 2018).

Kolejnym czynnikiem wpływającym na podaż pracy są imigracje i emigracje, których różnicą jest saldo migracji. Saldo migracji to różnica między osobami, które przybyły na dany obszar, a osobami, które go opuściły (*Sytuacja demograficzna Polski do roku 2019. Migracje zagraniczne ludności,* 2020). Osoby przybywające na dany obszar nazywa się imigrantami, zaś wyjeżdżające za granicę danego obszaru emigrantami. Dodatnie saldo migracji zewnętrznych (poza granice kraju) wpływa na wzrost ludności w państwie, co może determinować wzrost liczby osób gotowych do podjęcia pracy. Ujemne saldo migracji wpływa na spadek liczby ludności w państwie i potencjalny spadek osób gotowych do podjęcia pracy. Szczególnie

ważną rolę odgrywają migracje zewnętrzne, czyli migracje związane z przekroczeniem granicy państwa. Osobami, które najczęściej decydują się na przemieszczenie do innego kraju jest ludność w wieku produkcyjnym, czyli potencjalna podaż pracy. Powodem migracji zewnętrznych w większości przypadków jest migracja ekonomiczna (zarobkowa). Obywatele decydują się na zmianę miejsca zamieszkania (tymczasowo lub na stałe) w celu poprawy jakości życia i sytuacji ekonomicznej rodziny. Można wyróżnić także migracje wewnętrzne dotyczące zmiany miejsca zamieszkania (tymczasowo lub na stałe) przekraczając granice administracyjne kraju (granice gminy, powiatu lub województwa)[2].

Struktura ludności według wieku oraz płci również wpływa na rozmiary podaży pracy. Główny Urząd Statystyczny dokonuje podziału ludności według ekonomicznych grup wieku. Wyróżnia się dwie podstawowe ekonomiczne grupy wieku: wiek produkcyjny i wiek nieprodukcyjny.

Wiek produkcyjny to wiek zdolności do pracy. Uznaje się, że dla kobiet jest to wiek między 18. a 60. rokiem życia, a dla mężczyzn między 18. a 65. rokiem życia. Wiek produkcyjny dodatkowo dzieli się na wiek produkcyjny mobilny i produkcyjny niemobilny. Wiek produkcyjny mobilny to taki, w którym pracownik wykazuje możliwość dokonania zmian dotyczących zatrudnienia np. zmiana miejsca pracy, zmiana stanowiska czy przekwalifikowanie się. Przyjmuje się, że wiek produkcyjny mobilny mieści się w przedziale między 18. a 44. rokiem życia bez względu na płeć. Wiek produkcyjny niemobilny to taki, w którym pracownik nie wykazuje chęci dokonania zmian dotyczących zatrudnienia. Przyjmuje się, że u kobiet wiek ten mieści się w przedziale między 45. a 59. rokiem życia, a u mężczyzn między 45. a 64. rokiem życia (*Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym*, 2021).

Wiek nieprodukcyjny to wiek określany jako wiek bierności zawodowej. Wyróżnia się dwa rodzaje wieku nieprodukcyjnego: wiek przedprodukcyjny i wiek poprodukcyjny. Uznaje się, że wiek przedprodukcyjny obejmuje okres od dnia narodzin do osiągnięcia zdolności do wykonywania pracy zawodowej, czyli 18. roku życia. Wiek poprodukcyjny rozpoczyna się w momencie utraty zdolności do wykonywania pracy w wyniku osiągnięcia wieku emerytalnego. W Polsce wiek emerytalny dla kobiet rozpoczyna się od 60. roku życia, a dla mężczyzn od 65. roku życia (*Pracujący w gospodarce narodowej w 2021 roku*, 2022).

[2] https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/845,pojecie.html (20.05.2022)

Podaż pracy stanowią osoby w wieku produkcyjnym, które wyrażają chęć podjęcia pracy lub wykonują pracę zarobkową. Struktura wieku ludności ma wpływ na kształtowanie podaży pracy w przyszłości. Gdy liczba osób w wieku przedprodukcyjnym w kolejnych okresach maleje to podaż pracy w przyszłych dziesięcioleciach również zmaleje. W przypadku, gdy liczba osób w wieku przedprodukcyjnym w kolejnych okresach rośnie prognozuje to wzrost podaży pracy w przyszłych dziesięcioleciach.

Kobiety na rynku pracy mogą przechodzić w stan tymczasowej bierności zawodowej. Jest to sytuacja, w której pracująca kobieta przebywa na urlopie wychowawczym. Zaobserwowano również, że część kobiet (zwłaszcza zamieszkujące wsie) nie decyduje się na podjęcie pracy zarobkowej na rzecz wychowania dzieci oraz pełnienie funkcji gospodyni domowej. Zatem wyższy udział kobiet w społeczeństwie może wpływać na potencjalny spadek podaży pracy i odwrotnie: niższy udział kobiet w strukturze ludności potencjalnie może mieć wpływ na wyższy poziom podaży pracy.

Kolejnym czynnikiem wpływającym na wielkość podaży pracy jest struktura zamieszkania. Ze względu na dostęp do pracy mieszkańcy miast są w korzystniejszej sytuacji niż mieszkańcy wsi. Ludność wiejska często podejmuje się pracy w gospodarstwie rolnym, które najczęściej przepisywane są w spadku następnym pokoleniom. Taka sytuacja (wychowanie w rolniczym środowisku, ograniczony dostęp do innej pracy) wpływa na mentalność ludności wiejskiej, która nawet w przypadku niepodjęcia pracy w gospodarstwie rolnym nie wyraża chęci pracy o pozarolniczym charakterze. Udział ludności zamieszkującej miasta jest znacząco wyższy niż wsi, co determinuje zwiększenie rozmiarów podaży pracy. W odwrotnej sytuacji, czyli, gdy udział ludności zamieszkującej wsie jest relatywnie wysoki można zaobserwować zmniejszenie liczby osób pracujących poza rolnictwem lub poszukujących pracy.

Ostatnim czynnikiem demograficznym wpływającym na wielkość podaży pracy jest mobilność ludności. Mobilność ludności (mobilność przestrzenna) definiowana jest jako skłonność do zmiany miejsca zamieszkania. Mobilność jest również postrzegana jako cecha charakteru określająca gotowość do przemieszczenia się (zmiany miejsca zamieszkania) w celach zarobkowych, na przykład podjęcia pracy lub pracy na wyższym stanowisku, która wiąże się ze zmianą miejsca jej wykonywania (MĘŻYK, ZAMOWSKA 2009). Cecha ta wiązana jest z wiekiem potencjalnego pracownika, co pozwoliło na zdefiniowanie wieku produkcyjnego mobilnego ludności. Wysoka skłonność do zmiany miejsca zamieszkania zwiększa możliwości znalezienia pracy, a także wpływa na wzrost podaży pracy, gdy ludność migruje do miast, w których istnieje wysokie zapotrzebowanie na pracowników. Niska

skłonność do zmiany miejsca zamieszkania, kojarzona głównie z ludnością zamieszkującą wsie, wpływa na zmniejszenie rozmiarów podaży pracy. Spowodowane jest to osiedleniem ludności na obszarach, gdzie dostęp do pracy jest ograniczony.

Drugą grupą czynników determinujących wysokość podaży pracy są czynniki ekonomiczne związane z wpływem na sytuację ekonomiczną potencjalnych pracowników. Do czynników ekonomicznych mających wpływ na podaż pracy zalicza się:

- poziom płacy nominalnej i realnej,
- poziom podatku dochodowego,
- system opieki społecznej państwa (MIERZEJEWSKA-MAJCHEREK 2010).

Pierwszym czynnikiem z tej grupy jest poziom płacy nominalnej i realnej. Płaca nominalna to łączna wartość wszystkich składników wynagrodzenia wyrażona w walucie otrzymana przez pracownika po przepracowaniu określonego okresu, zazwyczaj jednego miesiąca. Na wysokość płacy nominalnej mają wpływ m.in.:

- wysokość płacy minimalnej,
- kompetencje pracownika,
- efektywność pracy pracownika,
- sytuacja na rynku pracy (wysokość popytu na pracę i podaży pracy),
- wycena rynkowa wykonywanej pracy na danym stanowisku,
- stan koniunktury gospodarczej w państwie,
- strategia przedsiębiorstwa,
- sytuacja finansowa przedsiębiorstwa (ŚLUSARCZYK, ŚLUSARCZYK 2011).

Płaca realna jest inaczej rozumiana przez pracodawców i pracowników. Przez pracodawców płaca realna rozumiana jest jako koszt, który można porównać z krańcową wydajnością pracy. Płaca realna dla pracowników oznacza ilość dóbr i usług, jaką mogą nabyć za wartość płacy nominalnej. Poziom płacy realnej zależny jest od zmian wysokości płacy nominalnej oraz przeciętnego poziomu cen dóbr i usług konsumpcyjnych (NASIŁOWSKI 2006) (KRYŃSKA, KWIATKOWSKI 2013).

Jedną z funkcji wynagrodzenia jest funkcja mobilizacyjna (DĘBSKI 2006). Wysokość płacy wpływa na jej wydajność oraz determinuje chęć do podjęcia pracy. Jeżeli pracodawcy proponują wysokie wynagrodzenie za pracę (wyższe niż pensja minimalna) to chęć do podjęcia pracy (i tym samym podaż pracy) wzrasta. W przypadku, gdy proponowane wynagrodzenie jest na niskim poziomie (zbliżone lub równe pensji minimalnej) to chęć podjęcia pracy przez potencjalnego pracownika jest niska, co powoduje spadek podaży pracy.

Kolejnym czynnikiem ekonomicznym determinującym podaż pracy jest wysokość podatku dochodowego. Podatek dochodowy to obligatoryjne (obowiązkowe) świadczenie pieniężne osoby fizycznej (w tym przypadku pracownika) lub osoby prawnej (w tym przypadku przedsiębiorstwa) na rzecz państwa. Wysokość podatku dochodowego jest zależna od dochodu oraz wykorzystanych odliczeń. Podstawę opodatkowania stanowi dochód, czyli przychód pomniejszony o koszty jego uzyskania (*Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych, 1991*) (*Ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych, 1992)* (BORODO 2005).

Odnosząc się do krzywej Laffera można zauważyć, że niski poziom podatku dochodowego wpływa na zwiększenie chęci podjęcia pracy i wzrost podaży pracy. Powodem tego jest wyższe wynagrodzenie netto. W przypadku, gdy podatek dochodowy jest na wysokim poziomie to zainteresowanie podjęciem pracy spada, co może powodować nawet przechodzenie potencjalnych pracowników w stan bierności zawodowej i spadek podaży pracy (MILEWSKI, KWIATKOWSKI 2018).

Ostatnim czynnikiem ekonomicznym wpływającym na wysokość podaży pracy jest system opieki społecznej państwa. W literaturze definicja opieki społecznej nie jest jednoznaczna. Często ten termin używany jest zamiennie z pojęciem pomocy społecznej. Po analizie pojęć opieki społecznej można stwierdzić, że są to wszelkie działania państwa mające realizować założone cele społeczne dotyczące stosunków społecznych. Jest więc to instrument polityki społecznej realizowanej w danym państwie działający w ramach realizowanego zabezpieczenia społecznego (KOKOSZKIEWICZ 2015).

Według ustawy o pomocy społecznej jest ona definiowana jako "instytucja polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości" (*Ustawa o pomocy społecznej*, 2004).

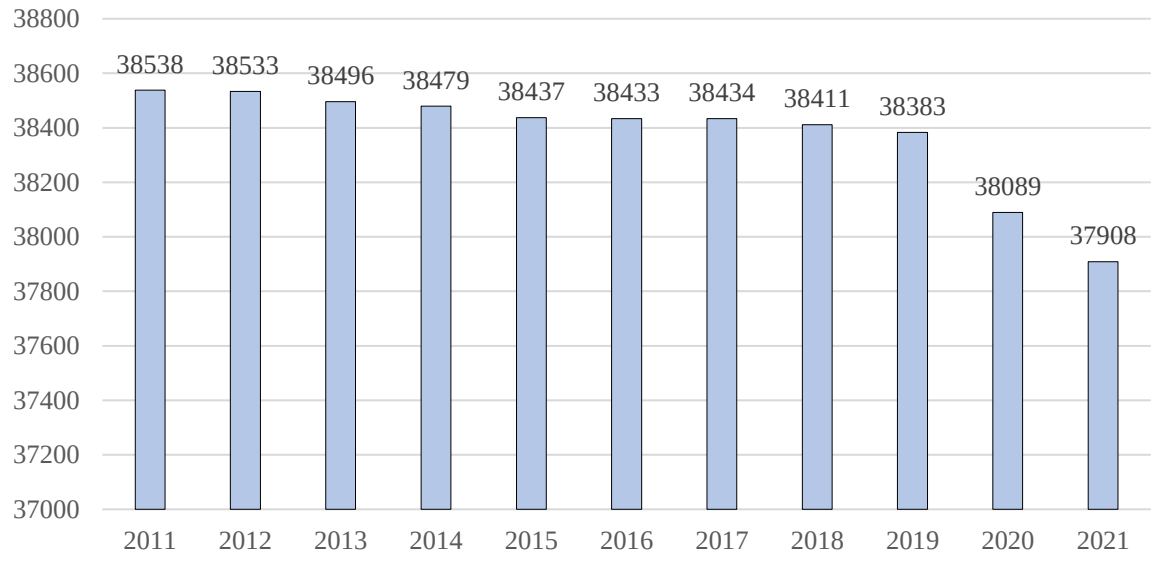
Jeżeli państwo nie zapewnia wystarczającego poziomu opieki społecznej oraz świadczeń socjalnych to motywacja do podjęcia pracy zarobkowej wzrasta, a to powoduje wzrost podaży pracy. Innym motywatorem do podjęcia pracy jest wymóg posiadania zatrudnienia, by zostać beneficjentem wybranych świadczeń z systemu opieki społecznej. W przypadku, gdy system opieki społecznej państwa jest na wysokim poziomie, a świadczenia socjalne bliskie płacy minimalnej to chęci podjęcia pracy spadają, a tym samym następuje spadek podaży pracy.

1.3. Sytuacja demograficzna Polski

Potencjał demograficzny to jeden z ważniejszych czynników wpływających na rozwój społeczny. Wyrażany jest poprzez liczbę i strukturę ludności. W odniesieniu do rynku pracy sytuacja demograficzna ma szczególne znaczenie. Stan ludności oraz jego struktura są determinantami podaży pracy, czyli zasobów siły roboczej.

Wielkość zasobów siły roboczej jest zdeterminowana liczbą ludności. Teoretycznie im liczba ludności jest wyższa tym wyższa potencjalna liczba ludności gotowej do podjęcia pracy. Gdy liczba ludności spada to potencjalna liczba ludności gotowej do podjęcia pracy również spada.

Za okres badawczy przyjęto lata od roku 2011 do 2021. Zaobserwowano, że na przestrzeni badanego okresu liczba ludności w Polsce spadła o 630 tysięcy. W 2011 roku liczba ludności Polski wynosiła 38538 tysięcy osób, natomiast w 2021 roku 37908 tysięcy osób (Rys. 1). Na poniższym rysunku przedstawiono liczbę ludności Polski w badanym okresie.



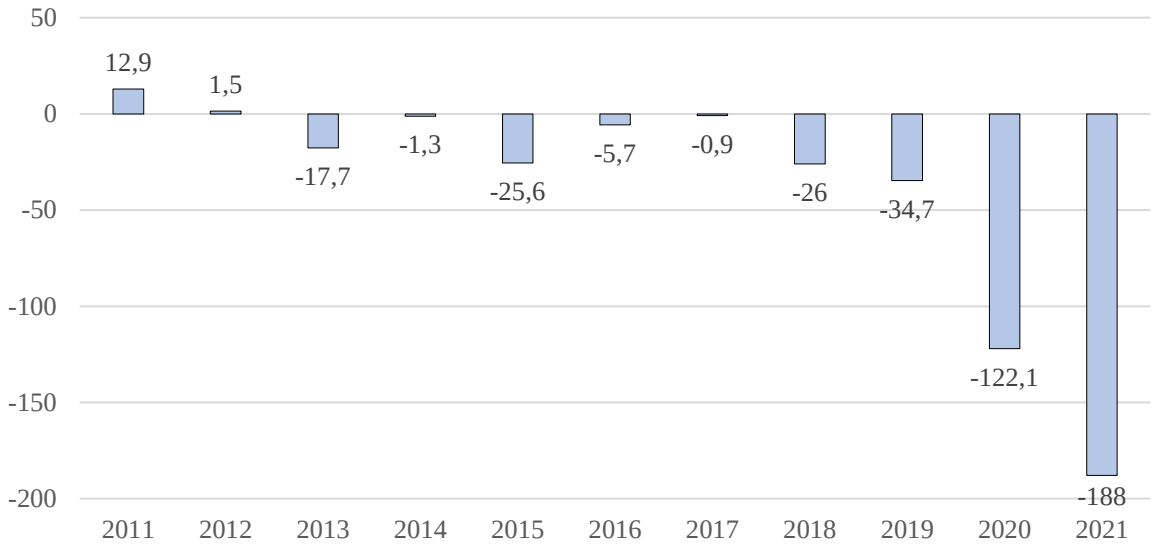
Rys. 1. Liczba ludności Polski w latach 2011-2021 (w tys.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Rocznik demograficzny*, 2022

W latach 2011-2021 obserwowano w każdym roku spadek liczby ludności w stosunku do poprzedniego roku. Jedynie w 2017 roku nastąpił wzrost liczby ludności o tysiąc osób w stosunku do roku 2016. Najwyższy spadek liczby ludności w stosunku do roku poprzedniego odnotowano w 2020 roku (aż o 294 tys. osób). W roku 2021 liczba ludności zmalała o 181 tys. w porównaniu do liczby ludności w 2020 roku i wynosiła 37908 tys. osób (Rys. 1). Wpływ na wysoki spadek liczby ludności w Polsce w latach 2020-2021 miała pandemia COVID-19.

W wyniku spadku liczby ludności w badanym okresie nastąpił również spadek liczby potencjalnych pracowników, co wpłynęło negatywnie na sytuację na rynku pracy. Może to skutkować nadwyżką popytu na pracę nad podażą pracy.

Wpływ na liczbę ludności ma przyrost naturalny i saldo migracji zewnętrznych. Przyrost naturalny jest to różnica między urodzeniami żywymi a zgonami w danym okresie (*Rocznik demograficzny*, 2022). Przewaga liczby urodzeń żywych nad liczbą zgonów (dodatni przyrost naturalny) wpływa na wzrost liczby ludności w kraju. Przewaga liczby zgonów nad liczbą urodzeń żywych (ujemny przyrost naturalny lub ubytek naturalny) wpływa na spadek liczby ludności w kraju. Na poniższym rysunku przedstawiono przyrost (ubytek) naturalny w Polsce w badanym okresie.



Rys. 2. Przyrost (ubytek) naturalny w Polsce w latach 2011-2021 (w tys.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Rocznik demograficzny*, 2022

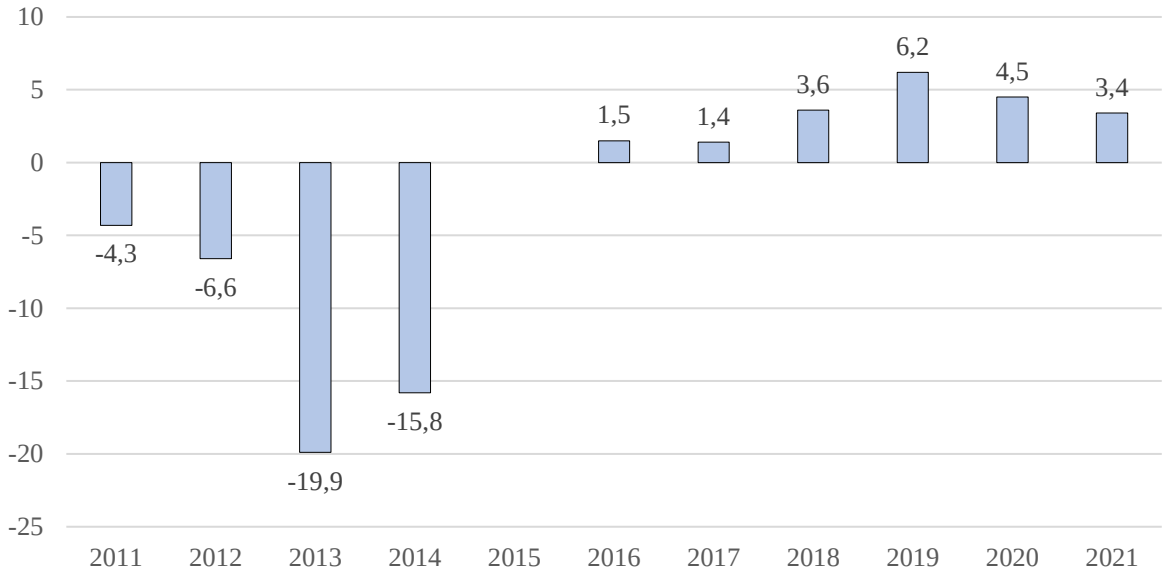
W latach 2011-2012 zaobserwowano dodatni przyrost naturalny, który wynosił w 2011 roku 12,9 tys. osób, natomiast w 2012 wynosił 1,5 tys. osób. Od 2013 roku obserwuje się wyłącznie ujemny przyrost naturalny. W roku 2020 przyrost naturalny wynosił -122,1 tys. osób, natomiast w 2021 roku aż -188 tys. osób. Oznacza to znaczną przewagę liczby zgonów na liczbą urodzeń żywych (Rys. 2).

Wpływ na ujemny przyrost naturalny miał spadek liczby urodzeń. W 2021 roku było o 70,5 tys. urodzeń żywych mniej niż w 2017 roku, w którym liczba ta była najwyższa w badanym okresie (402 tys. urodzeń żywych). Drugim czynnikiem wpływającym na ujemny przyrost naturalny jest wzrost liczby zgonów. Najniższą liczbę zgonów w badanym okresie

zaobserwowano w 2011 roku (375,5 tys. zgonów). W 2021 roku liczba zgonów wzrosła o 144 tys. w porównaniu do 2011 roku. Najwyższy wzrost liczby zgonów zaobserwowano w latach 2020-2021. W 2020 roku liczba ta była o 67,7 tys. niższa niż w roku poprzednim, natomiast w 2021 roku o 42,1 tys. w porównaniu do roku 2020 (*Rocznik demograficzny*, 2022) (Rys. 2). Znaczący wpływ na wzrost liczby zgonów w tych latach miała pandemia COVID-19.

Ujemny przyrost naturalny obserwowany w ostatnich latach wpływa na spadek liczby ludności. Spadek liczby urodzeń żywych wpłynie na spadek liczby potencjalnej siły roboczej w przyszłych okresach.

Saldo migracji zewnętrznych na stałe jest to różnica między liczbą imigrantów a emigrantów (*Rocznik demograficzny*, 2022). Definicje imigranta i emigranta były przedstawione w poprzedniej części pracy. Migracje zewnętrzne na pobyt stały wpływają na liczbę ludności w kraju. Przewaga liczby imigrantów nad liczbą emigrantów (dodatnie saldo migracji) wpływa na wzrost liczby ludności, natomiast przewaga liczby emigrantów nad liczbą imigrantów (ujemne saldo migracji) wpływa na spadek liczby ludności. Na poniższym rysunku przedstawiono saldo migracji na stałe w Polsce w badanym okresie.



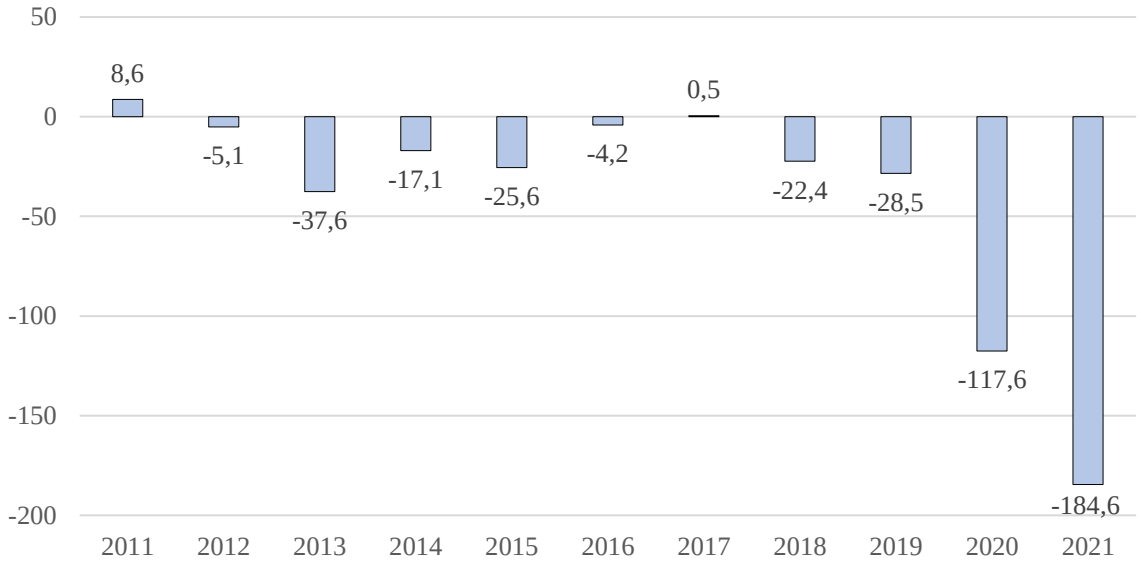
Rys. 3. Saldo migracji na stałe w Polsce w latach 2011-2021 (w tys.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Rocznik demograficzny*, 2022

W latach 2011-2014 obserwowano ujemne saldo migracji, czyli wyższą liczbę emigrantów od liczby imigrantów. Najniższą wartość saldo migracji osiągnęło w 2013 roku, gdy liczba emigrantów była o 19,9 tys. wyższa od liczby imigrantów (*Rocznik demograficzny*, 2022). W 2015 roku badania prowadzone przez Główny Urząd Statystyczny nad liczbą emigrantów i imigrantów w Polsce zostało wstrzymane. Od 2016 roku obserwuje się dodatnie saldo migracji. Najwyższa przewaga liczby imigrantów nad liczbą emigrantów nastąpiła w 2019 roku. Od tego roku saldo migracji zagranicznych na stałe spada. W 2021 roku wynosiło 3,4 tys. osób (Rys. 3).

Dodatnie saldo migracji wpływa na wzrost liczby ludności. Najczęstszym powodem migracji zagranicznych jest chęć poprawy sytuacji ekonomicznej rodzin. Oznacza to, że większość migrantów za cel obiera sobie podjęcie pracy w innym kraju. Zatem dodatnie saldo migracji w ostatnich latach oznacza napływ siły roboczej do Polski. Migrantami są cudzoziemcy oraz osoby powracające do kraju na pobyt stały.

Przyrost rzeczywisty ludności jest sumą przyrostu naturalnego oraz salda migracji. Ujemny przyrost rzeczywisty świadczy o realnym spadku liczby ludności z uwzględnieniem liczby urodzeń żywych, zgonów, liczby emigrantów i liczby imigrantów (*Rocznik demograficzny*, 2022). Dodatni przyrost rzeczywisty ludności świadczy o realnym wzroście liczby ludności z uwzględnieniem liczby urodzeń żywych, zgonów, liczby emigrantów i liczby imigrantów. Na poniższym rysunku przedstawiono przyrost rzeczywisty w Polsce w badanym okresie.



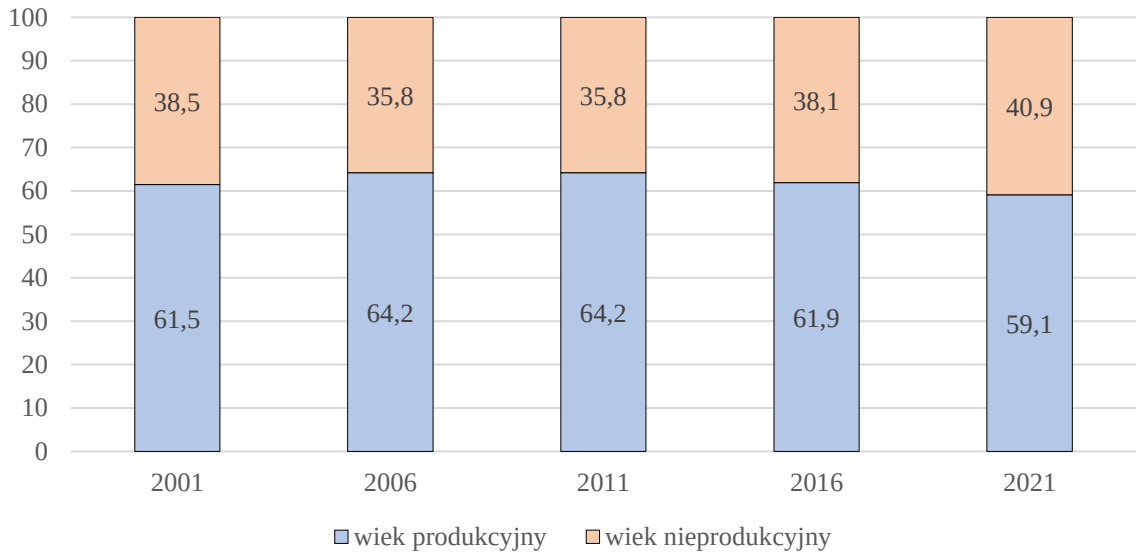
Rys. 4. Przyrost rzeczywisty w Polsce w latach 2011-2021 (w tys.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Rocznik demograficzny*, 2022

W latach 2011-2021 tylko w roku 2011 i 2017 odnotowano dodatni przyrost rzeczywisty ludności (kolejno o 8,5 tys. osób i 0,5 tys. osób). Od 2018 roku obserwuje się ujemny przyrost rzeczywisty ludności, który w każdym kolejnym roku jest niższy. W 2021 roku osiągnął najniższą wartość (-184,6 tys. osób) (Rys. 4). Wpływ na bardzo niski przyrost rzeczywisty ludności miał wysoki ubytek naturalny.

Ujemny przyrost rzeczywisty ludności wskazuje na spadek liczby ludności w danym roku oraz wpływa na kurczenie się potencjalnych zasobów pracy. Taka sytuacja może doprowadzić do trudności związanych ze znalezieniem pracowników.

Znaczący wpływ na wielkość siły roboczej ma udział ludności w wieku produkcyjnym. Wiek produkcyjny mieści się w przedziale między 18. a 59. rokiem życia (w przypadku kobiet) lub 64. rokiem życia (w przypadku mężczyzn). Jest to wiek zdolności do pracy. Na poniższym rysunku przedstawiono udział ludności w wieku produkcyjnym i nieprodukcyjnym w wybranych latach.



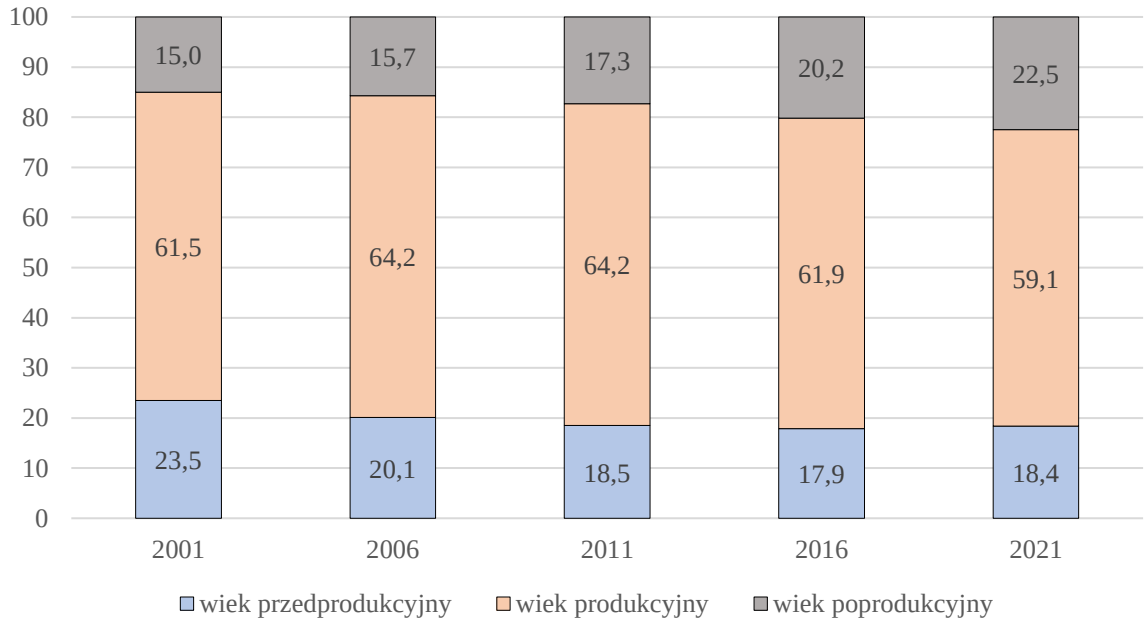
Rys. 5. Udział ludności w wieku produkcyjnym i nieprodukcyjnym w latach 2001, 2006, 2011, 2016 i 2021 (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym* (2021), *Sytuacja demograficzna Polski do roku 2021* (2022)

Na przestrzeni lat 2001-2021 w Polsce zaobserwowano spadek udziału osób w wieku produkcyjnym w społeczeństwie. W 2001 roku udział osób w wieku produkcyjnym w ogóle ludności wynosił 61,5%. W 2011 roku udział tej grupy społecznej stanowił 64,2%. W 2021 roku odnotowano znaczący spadek udziału ludności w wieku produkcyjnym w ludności ogółem, który wynosił 59,1% (Rys. 5).

Obserwowane zjawisko spadku udziału osób w wieku produkcyjnym w ogólnej liczbie ludności oznacza kurczenie się zasobów pracy. Jednym z czynników wpływających na to zjawisko jest spadek liczby urodzeń w poprzednich latach. Spadek liczby urodzeń w ostatnich latach może doprowadzić do zwiększenia udziału osób w wieku nieprodukcyjnym w ogólnej liczbie ludności w przyszłych okresach, a zatem do kurczenia się zasobów siły roboczej.

Wiek nieprodukcyjny składa się z wieku przedprodukcyjnego (przed osiągnięciem zdolności do pracy, czyli do ukończenia 18. roku życia) i wieku poprodukcyjnego (po zakończeniu pracy zawodowej, czyli od 60. roku życia w przypadku kobiet i 65. roku życia w przypadku mężczyzn). Udział osób w wieku przedprodukcyjnym wpływa na liczbę ludności w wieku produkcyjnym w przyszłych okresach. Na poniższym rysunku przedstawiono udział ludności w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym w wybranych latach.



Rys. 6. Udział ludności w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym w latach 2001, 2006, 2011, 2016 i 2021 (w %)

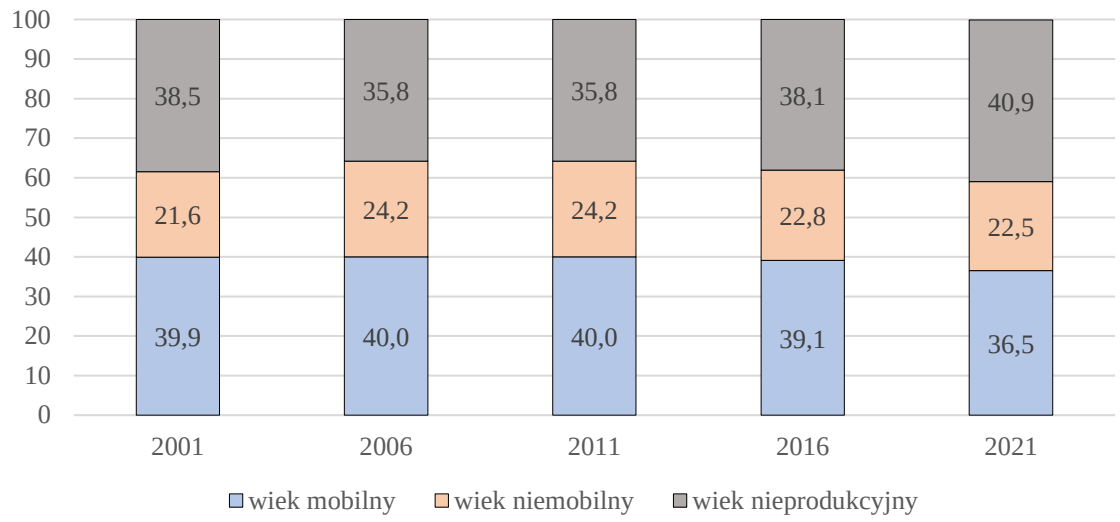
Źródło: opracowanie własne na podstawie *Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym* (2021), *Sytuacja demograficzna Polski do roku 2021* (2022)

W latach 2001-2021 zaobserwowano spadek udziału osób w wieku przedprodukcyjnym w ogólnej liczbie ludności oraz wzrost udziału osób w wieku poprodukcyjnym w ogólnej liczbie ludności. W 2021 roku udział osób w wieku poprodukcyjnym w ogólnej liczbie ludności wynosił 22,5%. To o 7,5 punktu procentowego więcej niż w roku 2001 (Rys. 6). Zwiększający się udział osób w wieku poprodukcyjnym świadczy o zjawisku starzenia się społeczeństwa. O negatywnych skutkach tego zjawiska można przeczytać w kolejnym podrozdziale.

W 2021 roku udział osób w wieku nieprodukcyjnym wynosił 18,4%. To o 5,1 punktu procentowego mniej niż w 2001 roku. Porównując rok 2016 i 2021 można zaobserwować niewielki wzrost udziału liczby ludności w wieku przedprodukcyjnym w liczbie ludności ogółem (Rys. 6). Mógł on zostać spowodowany pandemią COVID-19, gdy w latach 2020-2021 odnotowano wysoką liczbę zgonów (w znaczącej części osób w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym).

Wzrost udziału osób w wieku przedprodukcyjnym w ogólnej liczbie ludności może wpłynąć na wzrost udziału osób w wieku produkcyjnym w przyszłych okresach. Należy zauważyć, że tendencja w poprzednich latach była jednak spadkowa. Osoby w wieku przedprodukcyjnym przechodzą w wiek produkcyjny, dlatego ważne jest, by ich udział był na podobnym lub wyższym poziomie co udział osób w wieku poprodukcyjnym.

Wiek produkcyjny dzieli się na wiek produkcyjny mobilny (między 18. a 44. rokiem życia) i produkcyjny niemobilny (między 45. a 59. rokiem życia w przypadku kobiet i 64. rokiem życia w przypadku mężczyzn). To oznacza, że ludność w wieku przedprodukcyjnym w przyszłych okresach przechodzi w wiek produkcyjny mobilny, ludność w wieku produkcyjnym mobilnym w przyszłych okresach przechodzi w wiek produkcyjny niemobilny, a ludność w wieku produkcyjnym niemobilnym w przyszłych okresach przechodzi w wiek poprodukcyjny. Korzystną sytuacją na rynku pracy jest wyższy udział osób w wieku produkcyjnym mobilnym niż w produkcyjnym niemobilnym w ogólnej liczbie ludności, gdyż osoby w wieku produkcyjnym mobilnym dłużej pozostają potencjalną siłą roboczą. Na poniższym rysunku przedstawiono udział ludności w wieku produkcyjnym mobilnym i produkcyjnym niemobilnym w wybranych latach.



Rys. 7. Udział ludności w wieku produkcyjnym mobilnym i produkcyjnym niemobilnym w latach 2001, 2006, 2011, 2016 i 2021 (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym* (2021), *Sytuacja demograficzna Polski do roku 2021* (2022)

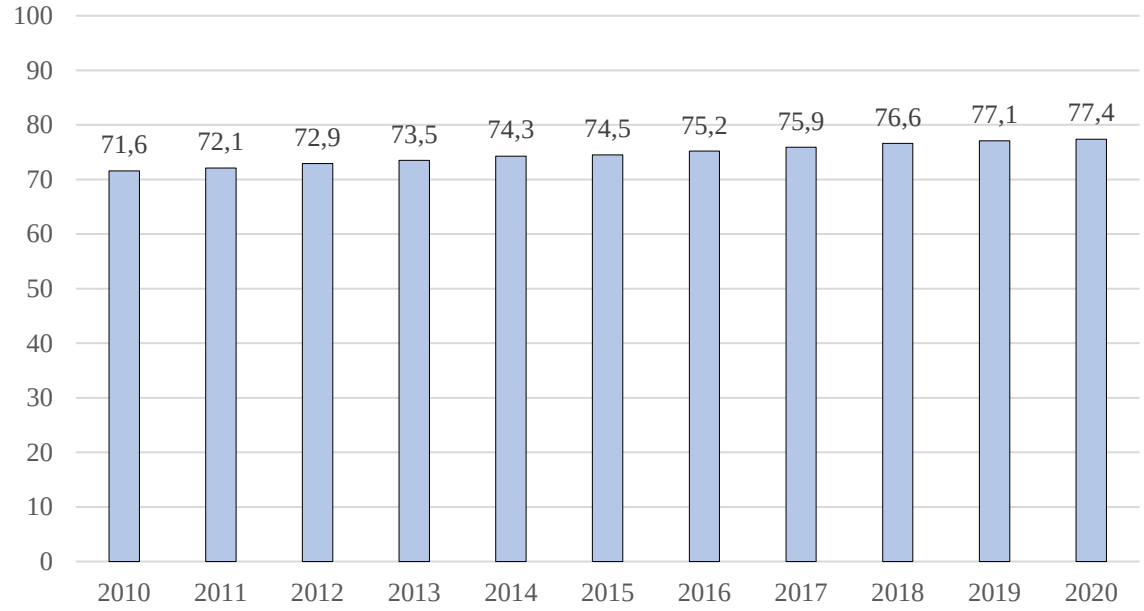
W latach 2006-2021 zaobserwowano spadek udziału ludności w wieku produkcyjnym mobilnym w ogólnej liczbie ludności. W 2021 roku ten udział wynosił 36.5%. To o 3,5 punktu procentowego mniej niż w 2006 roku (Rys. 7). Jest to następstwo spadku liczby urodzeń w poprzednich okresach. Takie zjawisko może oznaczać w przyszłości zmniejszenie udziału osób w wieku produkcyjnym w liczbie ludności ogółem, czyli potencjalnej siły roboczej.

Udział osób w wieku produkcyjnym mobilnym jest wyższy niż udział osób w wieku produkcyjnym niemobilnym w ogólnej liczbie ludności. W 2021 roku udział osób w wieku produkcyjnym niemobilnym wynosił 22,5%. To o 2,7 punktu procentowego mniej niż w 2006 roku (Rys. 7). Oznacza to, że liczba osób w wieku produkcyjnym niemobilnym przechodząca w wiek poprodukcyjny jest wyższa od liczby osób w wieku produkcyjnym mobilnym przechodząca w wiek produkcyjny niemobilny.

W dalszej części pracy omawiane są: współczynnik aktywności zawodowej, wskaźnik zatrudnienia i stopa bezrobocia w Polsce w latach 2010-2020.

Istotny wpływ na rozmiary podaży pracy ma współczynnik aktywności zawodowej osób w wieku produkcyjnym, który obrazuje udział osób aktywnych zawodowo w ogóle osób w wieku od 18. do 59. roku życia w przypadku kobiet lub 64. roku życia w przypadku mężczyzn.

Aktywność zawodowa oznacza gotowość do podjęcia pracy, zatem osoby aktywne zawodowo to takie, które podjęły pracę zarobkową lub czynnie jej poszukują. Współczynnik aktywności zawodowej odzwierciedla realne zasoby siły roboczej na rynku pracy. Udział ludności w wieku produkcyjnym mobilnym i produkcyjnym niemobilnym. Na poniższym rysunku przedstawiono współczynnik aktywności zawodowej osób w wieku produkcyjnym w Polsce badanym okresie.

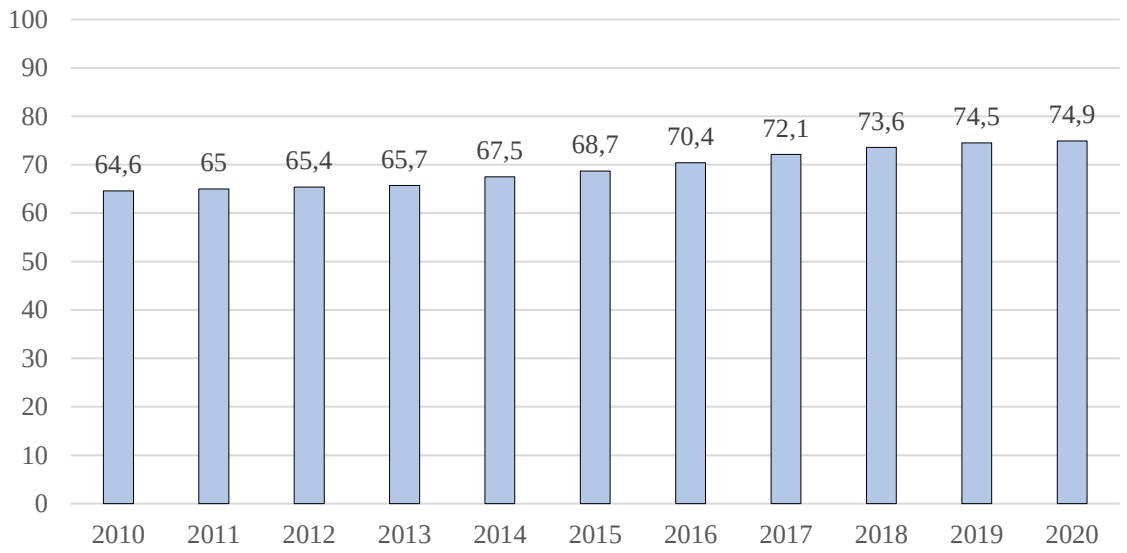


Rys. 8. Współczynnik aktywności zawodowej osób w wieku produkcyjnym w Polsce w latach 2010-2020 (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Kwartalne i roczne dane* z *BAEL GUS 1993-IV kw. 2020 roku* (2021)

W latach 2010-2020 odnotowano wzrost współczynnika aktywności zawodowej osób w wieku produkcyjnym. W 2010 roku wynosił 71,6%, natomiast w 2020 wzrósł do 77,4% (uśrednione dane z czterech kwartałów) (Rys. 8). Wzrost udziału osób aktywnych zawodowo świadczy o wzroście realnej siły roboczej wśród ludności w wieku produkcyjnym. Taka sytuacja zwiększa szanse pracodawców na zatrudnienie pracownika.

Wskaźnik zatrudnienia oznacza udział osób zatrudnionych w ogóle osób w wieku produkcyjnym. Wysoki wskaźnik świadczy o łatwości w znalezieniu pracy przez potencjalnych pracowników i korzystnie wpływa na kształtowanie się rozmiarów podaży pracy. Na poniższym rysunku przedstawiono wskaźnik zatrudnienia osób w wieku produkcyjnym w Polsce badanym okresie.

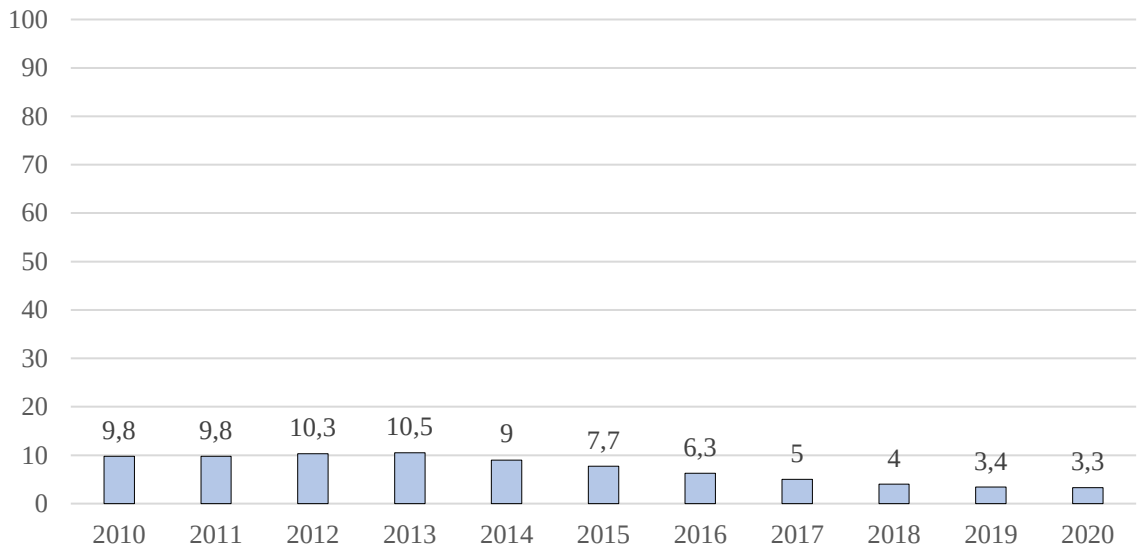


Rys. 9. Wskaźnik zatrudnienia osób w wieku produkcyjnym w Polsce w latach 2010-2020 (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Kwartalne i roczne dane z BAEL GUS 1993-IV kw. 2020 roku* (2021)

W latach 2010-2020 wskaźnik zatrudnienia miał tendencje wzrostową. W 2010 roku wynosił 64,6%, a w 2020 wzrósł do 74,5% (uśrednione dane z czterech kwartałów) (Rys. 9). Wzrost wskaźnika zatrudnienia oznacza, że pracodawca w wyniku kurczących się zasobów pracowników pozostających bez pracy może mieć trudność ze znalezieniem osoby na wolne stanowisko. Taki stan w przyszłości może doprowadzić do tak zwanego rynku pracownika, czyli sytuacji, gdy popyt na pracę przewyższa podaż pracy.

O zjawisku rynku pracownika w Polsce może świadczyć niska stopa bezrobocia, czyli udziału osób bezrobotnych (pozostających bez pracy) w ogólnej liczbie osób aktywnych zawodowo. Stopa bezrobocia to stosunek liczby osób aktywnych zawodowo pozostających bez pracy do liczby ludności aktywnej zawodowo. Na poniższym rysunku przedstawiono stopę bezrobocia osób w wieku produkcyjnym w Polsce badanym okresie.



Rys. 10. Stopa bezrobocia osób w wieku produkcyjnym w Polsce w latach 2010-2020 (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Kwartalne i roczne dane z BAEL GUS 1993-IV kw. 2020 roku* (2021)

W latach 2013-2020 odnotowano spadek stopy bezrobocia. W 2013 roku wynosiła 10,5%, natomiast w 2020 roku tylko 3,3% (uśrednione dane z czterech kwartałów) (Rys. 10). Spadek stopy bezrobocia świadczy o łatwiejszym dostępie do pracy. Należy zauważyć, że naturalna stopa bezrobocia (osiągana w sytuacji równowagi rynkowej) wynosi około 2-3% (MARDAS-KOBUS, ROGOWSKI 2013). W badanym okresie bezrobocie było bliskie osiągnięcia poziomu naturalnego.

Dla potencjalnych pracowników jest to sytuacja korzystna, natomiast pracodawcy z powodu trudności związanych ze znalezieniem pracownika są zmuszeni do poszukiwania alternatywnych źródeł siły roboczej, czyli zatrudnianie cudzoziemców lub osób z orzeczeniem o niepełnosprawności.

Obecna sytuacja demograficzna wskazuje na kurczenie się zasobów pracy spowodowanych spadkiem liczby ludności (głównie przez ujemny przyrost naturalny) oraz spadkiem udziału osób w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym mobilnym. Jest to następstwo procesu starzenia demograficznego.

Sytuacja na rynku pracy wskazująca na początki występowania rynku pracownika może doprowadzić do kryzysu głównie z powodu trudności w znalezieniu nowych zasobów pracy. Pracodawcy są zmuszeni do ograniczenia wytwarzania dóbr i usług lub zamykania przedsiębiorstw w wyniku niedoborów kadrowych.

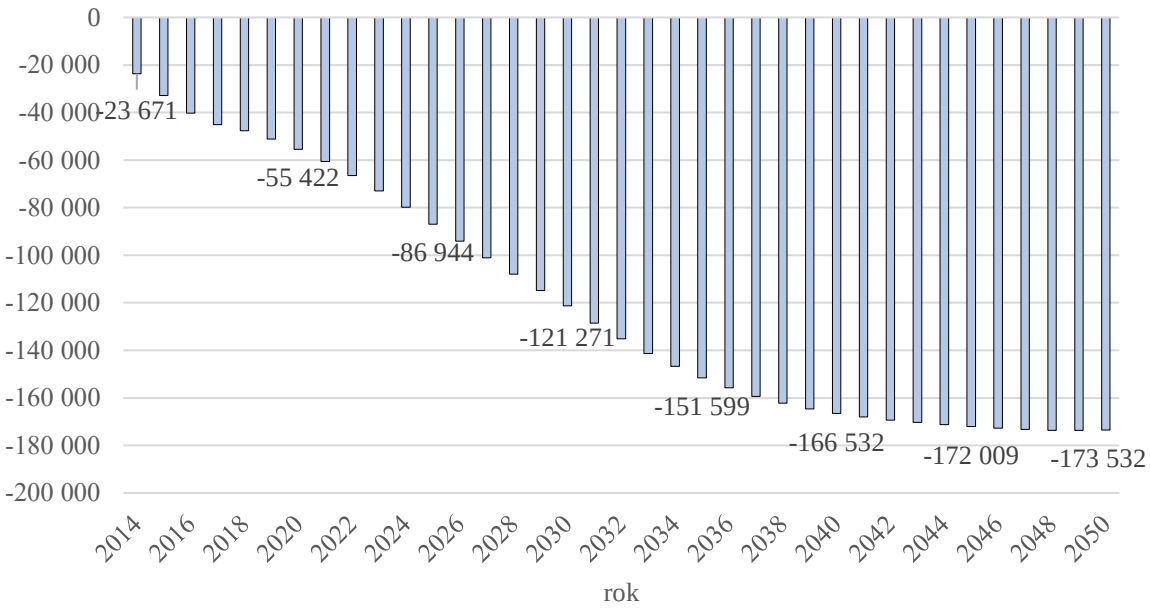
1.4. Prognozowana sytuacja demograficzna Polski do 2050 roku

Przemiany demograficzne zaobserwowane w drugiej połowie XX wieku w państwach Europy Północnej i Europy Zachodniej nazywane są drugim przejściem demograficznym. Podobne procesy ludnościowe są również obserwowane w ostatnich dekadach w Polsce.

Drugie przejście demograficzne charakteryzuje się:

- spadkiem liczby urodzeń,
- spadkiem liczby zawieranych małżeństw,
- przesunięciem średniego wieku rodzenia dzieci przez kobiety,
- przesunięciem średniego wieku tworzenia związków małżeńskich,
- wzrostem liczby rozwodów,
- wzrostem liczby związków nieformalnych (KOTOWSKA 1999) (PRUSZYŃSKI, PUTZ 2016).

Występowanie powyższych procesów w połączeniu z niskim współczynnikiem dzietności, wydłużaniem się średniej długości życia oraz wzrostem migracji wpływa na spadek przyrostu naturalnego i rzeczywistego. Konsekwencją długotrwałej tendencji spadkowej mogą być nieodwracalne zmiany struktury w populacji. Na poniższym rysunku przedstawiono prognozowany przyrost (ubytek) naturalny w Polsce do 2050 roku.



Rys. 11. Prognozowany przyrost (ubytek) naturalny w Polsce do 2050 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Prognoza ludności na lata 2014-2050* (2014)

W opracowaniu Głównego Urzędu Statystycznego znajdują się informacje na temat przewidywanych zmian demograficznych do 2050 roku z uwzględnieniem trendów do 2013 roku prognozuje się ujemny przyrost naturalny. Według przewidywań w roku 2025 ujemna wartość przyrostu naturalnego będzie wynosiła 86 944. W kolejnych latach ujemny wskaźnik przyrostu naturalnego będzie się pogłębiał, a w 2050 roku osiągnie wartość -173 532 (Rys. 11).

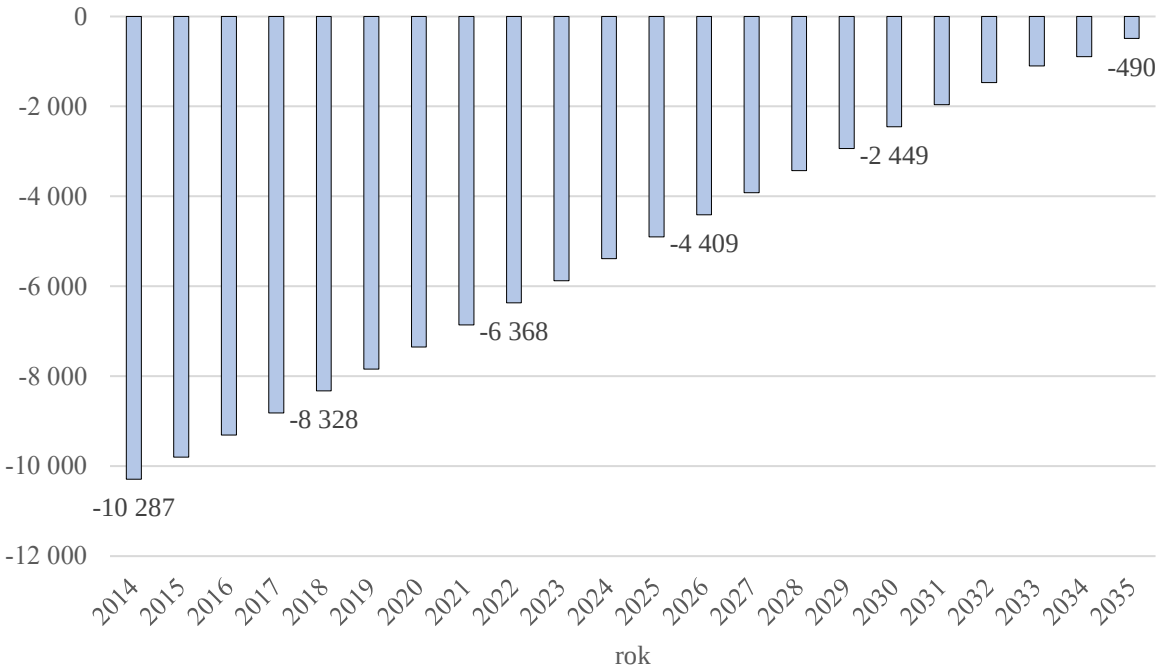
Przyczynami spadku wskaźnika przyrostu naturalnego są:

- wysoki odsetek osób starszych w strukturze ludności,
- wydłużanie się średniej długości życia,
- niski wskaźnik dzietności,
- popularyzacja modelu rodziny z jednym dzieckiem.

Skutkami zachowania spadkowej tendencji wskaźnika przyrostu naturalnego w długim okresie są:

- dysproporcje w strukturze osób w wieku produkcyjnym i nieprodukcyjnym,
- kryzys gospodarczy spowodowany spadkiem liczby osób w wieku produkcyjnym,
- zmiany w strukturze narodowościowej wskutek przyjmowania migrantów zarobkowych (SIPURZYŃSKA-RUDNICKA, 2018).

Polska od wielu lat była uznawana za państwo emigracyjne, co oznacza przewagę liczby emigrantów nad liczbą imigrantów. Od lat sześćdziesiątych XX wieku saldo migracji zagranicznych na pobyt stały był ujemny aż do kryzysu ekonomicznego na świecie w latach 2008-2010. Wtedy to saldo migracji zewnętrznych na pobyt stały zaczęło znacznie spadać (*Prognoza ludności na lata 2014-2050*, 2014). Na poniższym rysunku przedstawiono prognozowane saldo migracji zagranicznych na stałe w Polsce do 2035 roku.



Rys. 12. Prognozowane saldo migracji zagranicznych na stałe w Polsce do 2035 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Prognoza ludności na lata 2014-2050* (2014)

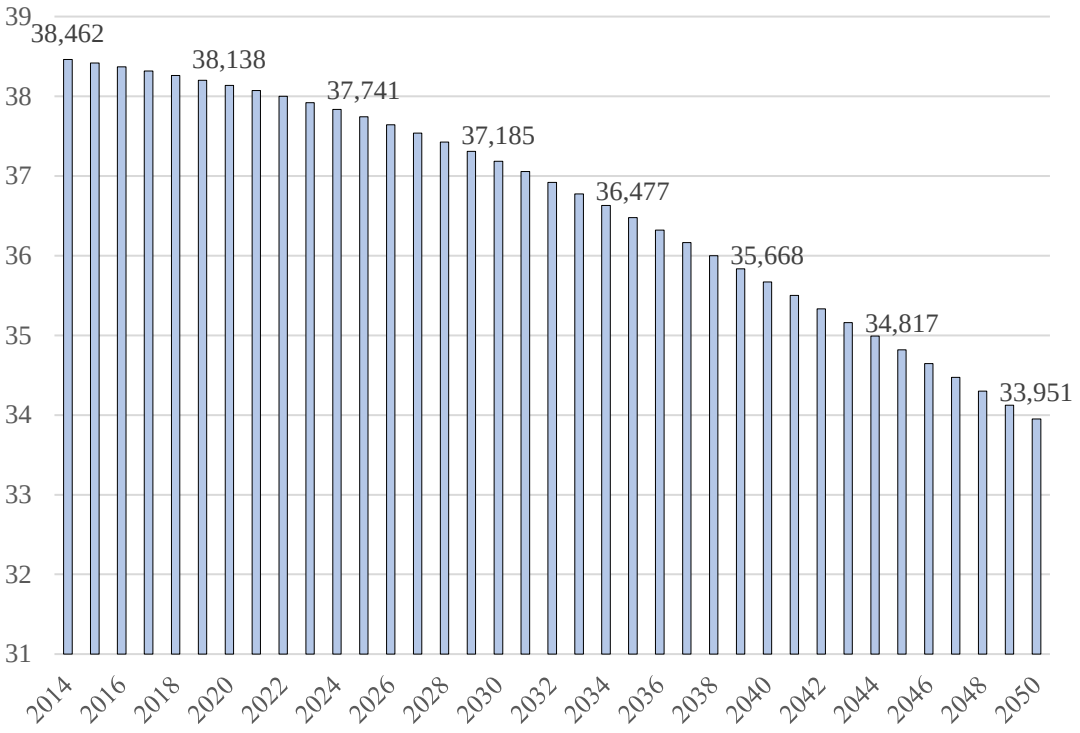
Prognozy różnicy między liczbą imigrantów i emigrantów z 2013 roku ukazywały wzrost salda migracji zagranicznych na pobyt stały na przestrzeni lat 2014-2035. Przewidywano, że pomimo zmniejszającej się różnicy pomiędzy liczbą osób opuszczających granicę Polski na stałe, a osobami przyjezdnymi saldo migracji zagranicznych osiągnie wynik ujemny, co wpłynie na spadek wskaźnika przyrostu rzeczywistego. Saldo migracji w 2023 roku według prognoz wyniosło -5 878 osób. Warto zauważyć, że od 2016 roku saldo migracji na stałe w Polsce jest dodatnie (głównie przez napływ cudzoziemców) i nie pokrywa się w znaczącym stopniu z prognozami (Rys. 3). W 2035 roku przewidywane saldo migracji na pobyt stały będzie wynosiło -490 osób (Rys. 12). Oznacza to, że w 2035 roku wskaźnik przyrostu rzeczywistego ludności wyniesie -152 089 osób.

Główną przyczyną wzrostu salda migracji może być zmniejszające się bezrobocie w Polsce. Dostęp do miejsc pracy motywuje obywateli do pozostania w swoim kraju. Niska stopa bezrobocia przyciąga również imigrantów zarobkowych oraz powrót obywateli z emigracji.

Skutkami wzrostu salda migracji są między innymi:

- pozyskanie nowej siły roboczej,
- wzrost udziału osób w wieku produkcyjnym i przedprodukcyjnym w strukturze ludności (w przypadku migracji zarobkowych),
- zagrożenie konfliktami na tle kulturowym i religijnym (KOZAK 2010).

Biorąc pod uwagę tendencję spadkową wskaźnika przyrostu rzeczywistego Główny Urząd Statystyczny prognozuje, że liczba ludności w 2050 spadnie do około 34 milionów, co będzie skutkowało spadkiem zasobów siły roboczej (Rys. 13). Na poniższym rysunku przedstawiono prognozowaną liczbę ludności Polski w latach 2014-2050.



Rys. 13. Prognozowana liczba ludności Polski w latach 2014-2050 (w mln)

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Prognoza ludności na lata 2014-2050* (2014)

Prognoza struktury ludności wskazuje, że wraz z upływem lat udział osób starszych (czyli w wieku emerytalnym) w ogóle społeczeństwa zachowa tendencję wzrostową przy jednoczesnym spadku udziału osób w wieku przedprodukcyjnym w ogóle ludności (Rys. 14.). Na poniższym rysunku przedstawiono prognozowaną piramidę wieku w wybranych latach.



Rys. 14. Prognozowana piramida wieku w 2019, 2030 i 2050 roku

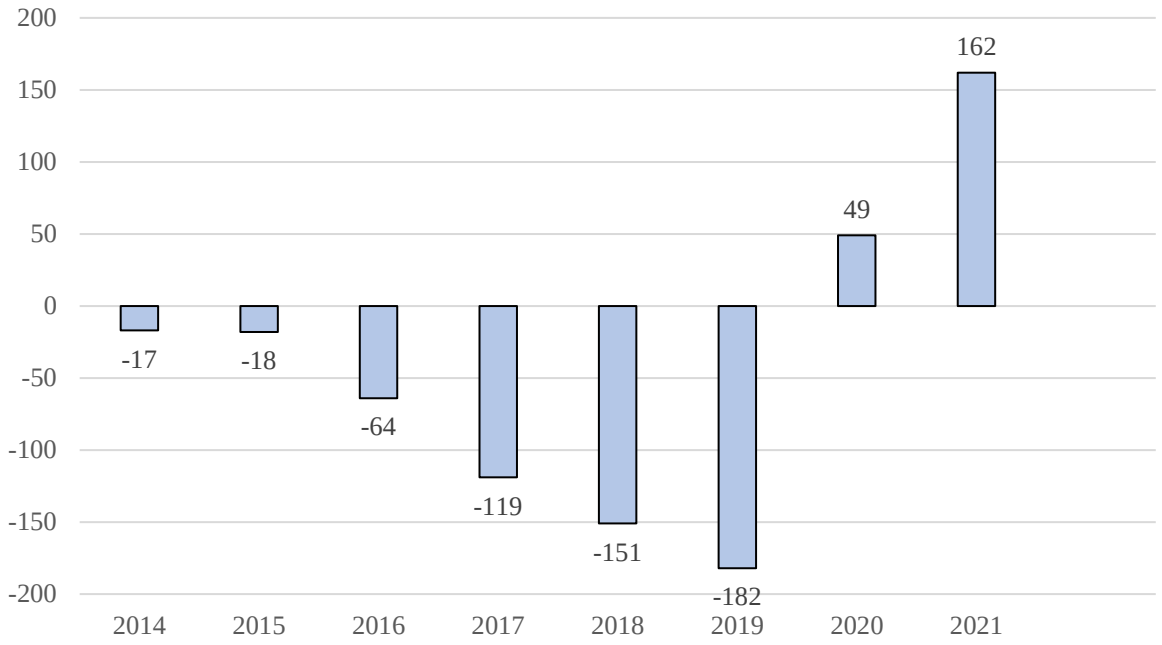
Źródło: opracowanie własne na podstawie *Prognoza ludności na lata 2014-2050* (2014)

W 2019 roku według prognoz osoby w wieku produkcyjnym powinny stanowić około 60% ludności. Osoby w wieku przedprodukcyjnym miały stanowić 18% społeczeństwa, zaś osoby starsze 22% społeczeństwa. Należy zauważyć, że osoby w początkowych latach po osiągnięciu wieku produkcyjnego nie zawsze wchodzą na rynek pracy ze względu na decyzje o kontynuacji nauki (Rys. 14).

Prognoza przewiduje, że w roku 2030 nastąpi spadek udziału osób w wieku produkcyjnym w ogóle społeczeństwa do 58% oraz spadek udziału osób w wieku przedprodukcyjnym do 16%, natomiast udział osób starszych w społeczeństwie wzrośnie do 26%. Taka tendencja świadczy o tym, że w przyszłych latach liczba osób w wieku produkcyjnym będzie spadała, co w głównej mierze przełoży się na zmniejszenie przychodów państwa w wyniku odprowadzania podatków przez mniejszą liczbę obywateli, przy jednoczesnym wzroście wydatków. Wzrost wydatków może być spowodowany głównie przez wzrost udziału osób w wieku nieprodukcyjnym w ogóle społeczeństwa (Rys. 14).

Do 2050 roku tendencja spadkowa udziału osób w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym zostanie zachowana. Przewiduje się, że osoby do 20. roku życia będą stanowiły 15% ogółu społeczeństwa, a osoby w wieku produkcyjnym zaledwie 49%. Osoby w wieku poprodukcyjnym będą stanowiły aż 36% społeczeństwa. Taka prognoza wskazuje na niekorzystny wyższy udział osób w wieku nieprodukcyjnym (z dużą przewagą osób w wieku emerytalnym), niż osób w wieku produkcyjnym (*Prognoza ludności na lata 2014-2050*, 2014).

Przewidywania dotyczące struktury wieku oraz liczby ludności można porównać z rzeczywistą sytuacją demograficzną w latach 2014-2019, co przedstawiono na poniższym rysunku.

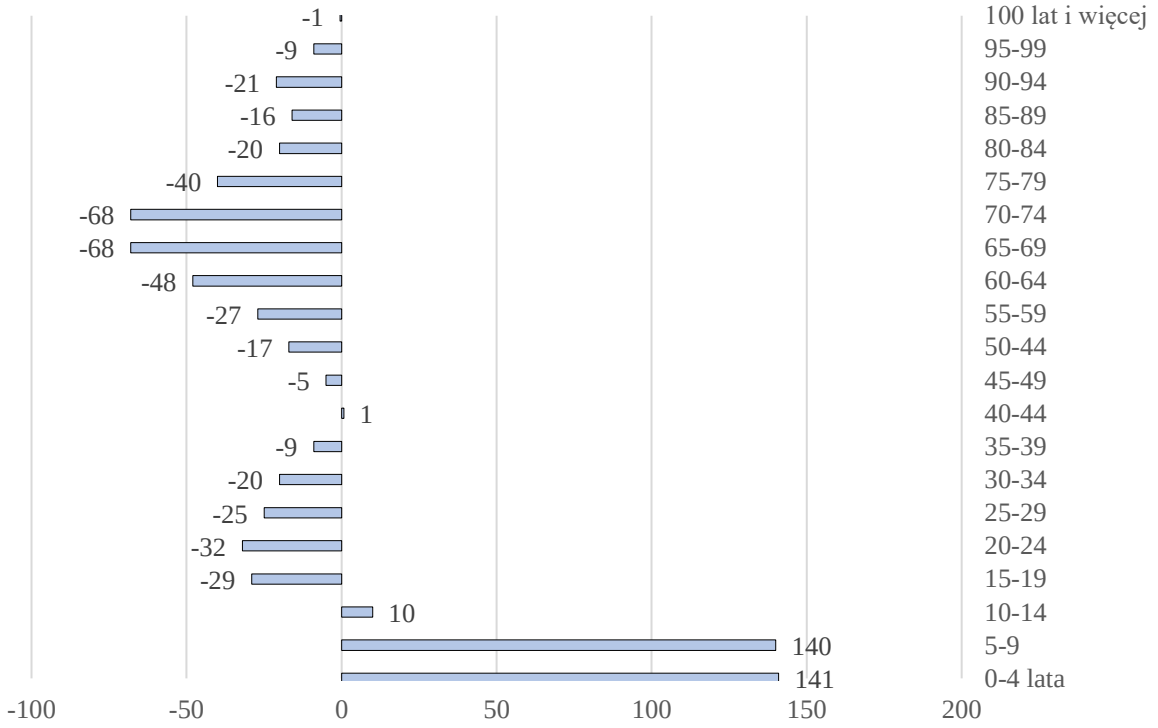


Rys. 15. Różnica między rzeczywistą a prognozowaną liczbą ludności w latach 2014-2021 (w tys.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Prognoza ludności na lata 2014-2050* (2014), *Rocznik demograficzny* (2022)

Według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego liczba ludności w Polsce w 2014 roku powinna wynosić 38 461 752 osób. W rzeczywistości liczba ludności wynosiła o prawie 17 tysięcy więcej. Z każdym kolejnym rokiem różnica między przewidywaną liczbą ludności a rzeczywiście odnotowaną liczbą ludności w danym roku rosła. Jak dotąd najwyższą różnicę odnotowano w 2019 roku. Wtedy to liczba ludności Polski wyniosła 38 382 576 osób. Prognozy przewidywały, że w omawianym roku liczba ludności wyniesie 38 200 552 osób, czyli o około 182 tysiące osób mniej (Rys. 15.). Tendencja wzrostowa opisywanego wskaźnika pokazuje, że wdrożone instrumenty mające za zadanie spowolnienie procesu starzenia demograficznego społeczeństwa wpływają na zachowanie względnie stałej liczby ludności w Polsce. Widoczne zmiany w różnicach między rzeczywistą a prognozowaną liczbą ludności nastąpiły w latach 2020-2021 wskutek pandemii COVID-19. W tych latach rzeczywista liczba ludności była kolejno o około 17 tys. i 162 tys. niższa niż prognozowana liczba ludności.

Biorąc pod uwagę stan ludności według wieku można zauważyć pewne różnice między przewidywaniami GUS, a rzeczywistym stanem w 2021 roku. Na poniższym rysunku przedstawiono różnicę między rzeczywistym a prognozowanym stanem ludności według wieku w 2019 roku.



Rys. 16. Różnica między rzeczywistym a prognozowanym stanem ludności według wieku w 2021 roku (w tys.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Prognoza ludności na lata 2014-2050* (2014), *Rocznik demograficzny* (2020)

Najważniejszym i zarazem najbardziej pozytywnym aspektem analizy różnic między rzeczywistym a prognozowanym stanem ludności według wieku jest duża różnica pomiędzy stanem ludności w wieku 0-9 lat. Przewidywano, że liczba ludności w tym przedziale wiekowym będzie wynosiła 3 538 676 osób. Tymczasem rzeczywisty stan ludności w wieku do 9 lat wynosił o około 281 tysięcy więcej (Rys. 16). Wpływ na to miała gównie wyższa niż przewidywana liczba urodzeń w latach 2014-2021, spowodowana w głównej mierze wprowadzeniem rządowych programów wspierających rodziny (*Urodzenia żywe małżeńskie/pozamałżeńskie według płci w podziale na miasta i wieś*, 2022).

Dodatnia różnica między rzeczywistym, a prognozowanym stanem ludności utrzymywała się dla grupy osób w wieku do 14. roku życia i w grupie osób w wieku 40-44 lata. Ujemne różnice odnotowano wśród osób w wieku 15-39 lat i osób w wieko 45 lat i więcej. Ujemne wartości przedstawione na rysunku świadczą o tym, że rzeczywisty stan ludności w danej grupie wiekowej był niższy niż prognozowany. Najwyższą ujemną różnice odnotowano w grupie wiekowej 65-74 lat (około 136 tysięcy). Świadczy to o niższej liczbie osób starszych w porównaniu z prognozami. Może to doprowadzić do zatrzymania lub częściowego wyhamowania wzrostu udziału osób starszych w strukturze społeczeństwa według wieku. Prawdopodobną przyczyną dużych różnic między rzeczywistą a prognozowaną liczbą ludności jest wysoka umieralność w wyniku pandemii COVID-19 (zwłaszcza w grupie wiekowej 50 lat i więcej).

1.5. Przyczyny i skutki starzenia demograficznego społeczeństwa

Proces starzenia się społeczeństwa, czyli wzrost odsetka osób starszych w strukturze ludności jest zjawiskiem dotyczącym niemal każdego państwa na świecie. Postępowanie tego procesu zostało zauważone już w latach 50. XX wieku, jednak dopiero około trzydzieści lat później zauważono zagrożenie płynące z takich przemian demograficznych. Niektórzy autorzy w literaturze przedmiotu wskazują, że zjawisko starzenia demograficznego społeczeństwa rozpoczęło się już w połowie XVIII wieku poprzez porównanie różnicy w strukturze wieku ludności w porównaniu do wcześniejszych okresów (MACIA I IN. 2019).

Opisywane zjawisko najszybciej postępuje w krajach zaliczających się do państw wysoko rozwiniętych. Oznacza to, że w wysokorozwiniętych gospodarkach odsetek ludzi starszych relatywnie szybko wzrasta przy jednoczesnym spadku przyrostu naturalnego (różnicą pomiędzy liczba urodzeń, a liczbą zgonów na danym terytorium w danym czasie). Według niektórych analiz proces starzenia demograficznego w Polsce może rozwijać się

szybciej niż w innych krajach Unii Europejskiej (BARANOWSKA, 2017) (TOMASZEK, 2020). Demografowie oraz ekonomiści uznają, że takie zjawisko przynosi negatywne skutki i należy przeciwdziałać postępującemu procesowi starzenia demograficznego społeczeństwa (DRAGAN 2011) (ORGANIŚCIAK-KRZYKOWSKA 2018). Istnieje również zjawisko „odmłodzenia" społeczeństwa, czyli wzrostu udziału dzieci w strukturze ludności, lecz zjawisko to jest obserwowane tylko w nielicznych (najczęściej afrykańskich) państwach.

Starzenie demograficzne zostało uznane przez Unię Europejską za jedną z istotnych kwestii społecznych mających wpływ na politykę spójności krajów i regionów europejskich. Dlatego też w 2000 roku przyjęto do realizacji Strategię Lizbońską. Do celów tej strategii zaliczano między innymi:

- dynamiczny rozwój gospodarki europejskiej,
- wzrost zatrudnienia i spójności społecznej,
- poszanowanie środowiska naturalnego (*Strategia Lizbońska – droga do sukcesu zjednoczonej Europy*, 2002).

Po pięciu latach od wdrożenia Strategii Lizbońskiej zauważono, że Europejski Model Społeczny skupia się głównie na osiągnięciu pełnego zatrudnienia oraz spójności społecznej (*Strategia polityki społecznej na lata 2007-2013 (...)*, 2005). Pełne zatrudnienie służy nie tylko do osiągnięcia optymalnego wykorzystania zasobów pracy, ale również poprawie wypłacalności systemów emerytalnych.

Spójność społeczna definiowana jest jako umożliwienie społeczeństwu relatywnie wysokich standardów życia oraz przeciwdziałanie polaryzacji społecznej[3].

Zauważono, że tzw. „deficyt zatrudnienia" osób w wieku przedemerytalnym (w wieku 55-65 lat) osłabia tempo wzrostu gospodarczego, powodując tym samym niską stopę rozwoju oraz wysoką stopę bezrobocia (LIPCZYŃSKA 2015). Konsekwencją tych zjawisk może być wykluczenie społeczne między innymi osób starszych, bezrobotnych czy też osób niepełnosprawnych, którym tzw. „rynek pracodawcy" przy wysokiej stopie bezrobocia może utrudnić znalezienie pracy.

[3] http://www.klon.org.pl/x/629824 (14.12.2020)

Proces starzenia demograficznego społeczeństwa (starzenie zbiorcze populacji) można podzielić na pięć faz w zależności od udziału osób starszych w społeczeństwie:

- brak oznak starości demograficznej, gdy udział osób starszych w społeczeństwie wynosi mniej niż 8%,
- wczesna faza przejściowa pomiędzy młodością a starością demograficzną, gdy udział osób starszych w społeczeństwie wynosi od 8% do 10%,
- późna faza przejściowa pomiędzy młodością a starością demograficzną, gdy udział osób starszych w społeczeństwie wynosi od 10% do 12%,
- starość demograficzna, gdy udział osób starszych w społeczeństwie wynosi od 12% do 15%,
- zaawansowana starość demograficzna, gdy udział osób starszych w społeczeństwie wynosi więcej niż 15% (ROSSET 1967).

Organizacja Narodów Zjednoczonych uznaje, że starość (starzenie indywidualne) rozpoczyna się w momencie osiągnięcia 65. roku życia wyróżniając cztery fazy rozwoju struktury społeczeństwa:

- faza społeczeństwa młodego, gdy udział osób starszych w społeczeństwie wynosi mniej niż 4%,
- faza społeczeństwa dojrzałego, gdy udział osób starszych w społeczeństwie wynosi od 4% do 7%,
- faza społeczeństwa starego, gdy udział osób starszych w społeczeństwie wynosi pomiędzy 7% a 10%,
- faza zaawansowanej starości demograficznej, gdy udział osób starszych w społeczeństwie wynosi więcej niż 10% (ŚLEDZIANOWSKI 2001).

Odnotowano, że w Polsce próg starości demograficznej został przekroczony pod koniec lat 60. XX wieku. W 2020 roku ludność w wieku powyżej 65. roku życia stanowiła 18,7%. W porównaniu do roku 2010 odsetek osób starszych w społeczeństwie wzrósł o 5,1 punktu procentowego. Warto zauważyć, że udział osób starszych w społeczeństwie w Unii Europejskiej w 2020 roku wynosił 20,8% (*Rocznik demograficzny,* 2022).

Istotnym zjawiskiem demograficznym jest tzw. podwójne starzenie się ludności. Zjawisko te polega na ogólnym wzroście udziału osób starszych w społeczeństwie przy relatywnie wysokim wzroście udziału osób najstarszych (KOSTAKIS, STEVENS 2018).

Demografowie wyróżniają trzy grupy osób starszych:

- młodzi starzy (65-74 lata),
- starzy starzy (74-84 lata),
- najstarsi starzy (powyżej 85. roku życia) (SOLECKA 2018).

Według założeń zjawiska podwójnego starzenia w każdej z tych kategorii wiekowej następuje wzrost ich udziału w społeczeństwie, ale najwyższy wzrost odnotowuje się w grupie najstarszych starych (DRAGAN 2011) (ADAMCZYK 2017) (SZUKALSKI 2021).

Wśród przyczyn starzenia demograficznego ludności wymienia się:

- spadek urodzeń,
- wydłużenie trwania życia ludności,
- opóźnienie wieku, w którym młode kobiety decydują się na urodzenie pierwszego dziecka,
- spadek liczby zawieranych małżeństw,
- inne (MISZCZAK 2015) (GRUNDY, MURPHY 2018).

W ciągu ostatnich lat wskutek spadku liczby urodzeń ma miejsce zjawisko zwane depresją urodzeniową. Zjawisko to utrzymujące się od 1989 roku charakteryzuje się brakiem prostej zastępowalności pokoleń, czyli współczynnika dzietności na poziomie niższym niż 2 (GŁOWACKA I IN. 2011).

Szacuje się, że na początku lat 80. XX wieku liczba urodzeń była około dwa razy wyższa niż obecnie. W tym okresie przypadł ostatni odnotowany wyż demograficzny (*Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań,* 2011). Wyż demograficzny rozumiany jest jako krótkotrwały i znaczny wzrost liczby urodzeń w danym okresie.

W 2010 roku liczba urodzeń żywych wynosiła ponad 413,3 tys. W 2021 roku liczba urodzeń żywych w stosunku do 2021 roku spadła o 81,8 tys. (*Rocznik demograficzny,* 2022). Głównym powodem odnotowanych spadków liczby urodzeń było tzw. „odkładanie w czasie" przez kobiety decyzji o u urodzeniu pierwszego lub kolejnego dziecka. W 2010 roku w Polsce średni wiek, w którym kobieta rodziła pierwsze dziecko wynosił 26,6 lat, a w 2019 wzrósł do 28,7 lat (*Dzietność kobiet w latach 1960-2020,* 2022).

Współczynnik dzietności, czyli liczba urodzonych dzieci przypadających na kobietę w wieku rozrodczym (przyjmuje się, że jest to wiek 15-49 lat), w 2015 roku wynosił w Polsce 1,29. W 2021 roku współczynnik ten wzrósł do 1,33 (*Dzietność kobiet w latach 1960-2021,* 2022). Uważa się, że poziom współczynnika dzietności kobiet gwarantujący stabilność rozwoju demograficznego powinien wynosić około 2,15. Oznaczałoby to, że kobieta przeciętnie rodziłaby dwójkę lub więcej dzieci zapewniając prostą zastępowalność pokoleniową.

Kolejnym czynnikiem przyczyniającym się do postępującego procesu starzenia się społeczeństwa jest wydłużenie życia ludności. W 2001 roku średnia długość trwania życia noworodka w Polsce dla kobiet wynosiła 78,4 lata, a dla mężczyzn 70,2 lata. W 2019 roku odnotowano wydłużenie średniej długości trwania życia kobiet i mężczyzn (noworodków) w porównaniu z 2001 rokiem i wynosiła dla kobiet 81,8 lat, a dla mężczyzn 74,1 lata. Na tej podstawie można stwierdzić, że przeciętna długość trwanie życia kobiet i mężczyzn wydłużyło się o około 3,5 roku. W latach 2020-2021 odnotowano spadek średniej długości życia z powodu wysokiej umieralności w okresie pandemii COVID-19. W 2021 roku średnia długość trwania życia dla kobiet wynosiła 79,7 lat, a dla mężczyzn 71,8 lat (*Trwanie życia w 2021 roku,* 2022).

Kolejnym istotnym czynnikiem wpływającym na zaawansowanie starzenia się ludności jest podniesienie wieku, w którym kobiety decydują się na urodzenie pierwszego lub kolejnego dziecka. Do głównych powodów tego zjawiska zalicza się wydłużenie okresu nauki oraz zwiększenie aktywności zawodowej kobiet. W Polsce w 2021 roku wiek kobiet, w którym kobiety decydowały się na urodzenie pierwszego dziecka wynosił 28,9. Odnotowano również wzrost płodności kobiet w starszych grupie wiekowej 30 lat i więcej (w porównaniu do 2010 roku). Takie zjawisko może świadczyć o realizacji odroczonych planów prokreacyjnych. W latach 90 najwyższą płodność odnotowano wśród kobiet w wieku 20-24 lata (*Dzietność kobiet w latach 1960-2021,* 2022).

Spadek liczby zawieranych małżeństw to kolejny czynnik wpływający na rozwój starzenia demograficznego społeczeństwa. Uważa się, że związek małżeński wpływa na podjęcie decyzji o prokreacji. Na przestrzeni lat 2010-2021 nastąpił spadek zawieranych małżeństw o ponad 60 tysięcy. Nastąpiło natomiast o ponad 14 tysięcy więcej rozwodów (*Rocznik demograficzny,* 2022). Według statystyk Głównego Urzędu Statystycznego częściej decyzję o posiadaniu dzieci podejmują pary w związkach formalnych. Zatem obserwowany w ostatnich latach trend do pozostawania w związkach nieformalnych może przyczynić się do pogłębienia kryzysu demograficznego (TRAFIAŁEK 2003).

Do innych przyczyn rozwoju starzenia demograficznego zalicza się:

– poziom zamożności społeczeństwa (wpływającą na decyzję o założeniu lub powiększeniu rodziny),

– emigrację zarobkową (odpływ ludności w wieku produkcyjnym do innych krajów),

– promowany przez media model rodziny (tzw. model 2+1, czyli rodzice i jedno dziecko),

– aktywność zawodową kobiet (wpływająca na odkładanie decyzji kobiety o urodzeniu dziecka),

– poziom opieki społecznej i ochrony zdrowia (niski poziom ochrony zdrowia wpływa na wzrost liczby ludności biernej zawodowo w wyniku długotrwałej niezdolności do pracy),

– wykształcenie ludności (wydłużony czas edukacji wpływa na odkładanie decyzji o założeniu rodziny),

– politykę społeczną państwa,

– kryzysy społeczne, gospodarcze, konflikty i wojny (MISZCZAK 2015).

Skutki starzenia się społeczeństwa można podzielić na pięć kategorii:

– ekonomiczne,

– społeczne,

– kulturowe,

– prawne,

– instytucjonalno-polityczne (MISZCZAK 2015).

Skutki ekonomiczne wiążą się między innymi:

– ze zwiększeniem wydatków z budżetu państwa (zwłaszcza na zabezpieczenie społeczne osób starszych, których udział w społeczeństwie wzrośnie),

– z koniecznością zwiększenia kosztów pracy wynikających z podniesienia wynagrodzeń pracowników,

– wzrostem podatków,

– redukcją wydatków socjalnych,

– spadkiem wysokości wypłacanych emerytur (MISZCZAK 2015).

Powodem podniesienia wynagrodzeń pracowników może być chęć zmotywowania ich do podjęcia zatrudnienia w sytuacji, w której popyt na pracę przewyższa podaż pracy. Wzrost podatków miałby na celu zwiększenie przychodów państwa, które ulegną redukcji w przypadku, gdy liczba osób pracujących (odprowadzających podatki dochodowe) spadnie.

Redukcja wydatków socjalnych będzie spowodowana deficytem w budżecie państwa. Spadek wysokości emerytur może być spowodowany niewypłacalnością systemu emerytalnego w wyniku nadwyżki beneficjentów nad pracownikami odprowadzającymi składki społeczne.

Do społecznych konsekwencji starzenia społeczeństwa zalicza się:

- wzrost rywalizacji w dostępie do świadczeń,
- wzrost napięcia międzypokoleniowego,
- brak zrozumienia i tolerancji osób starszych,
- utrudnienia związane z opieką nad osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi przez członków rodziny w wyniku wzrostu aktywności zawodowej (MISZCZAK 2015).

Społeczne konsekwencje starzenia demograficznego mogą być spowodowane priorytetowym traktowaniem przez rząd osób starszych, których udział w ogólnej liczbie ludności byłby relatywnie wysoki.

Kulturowe skutki wzrostu udziału osób starszych w strukturze ludności związane są ze stereotypowym postrzeganiem osób starszych mogącym spowodować wykluczenie społeczne oraz dyskryminację osób w wieku emerytalnym (MISZCZAK 2015) (ŁOJKO, LESZCZYŃSKA-REJCHERT 2019).

Rozwój omawianego zjawiska może spowodować konieczność zmian w prawie dotyczących wysokości składek ubezpieczeniowych, wydłużeniu wieku, w którym kobiety i mężczyźni mogą przejść na emeryturę, waloryzację rent i emerytur oraz konieczność zmian zasad funkcjonowania instytucji odpowiedzialnych za ubezpieczenia społeczne (MISZCZAK 2015).

Innym skutkiem zaliczanym do konsekwencji instytucjonalno-politycznych jest wzrost zapotrzebowania osób starszych na dostęp do informacji, mediów, usług, opieki medycznej, edukacji, kultury, profesjonalnej opieki oraz pomocy socjalnej (TRAFIAŁEK 2006).

Proces starzenia demograficznego jest nieunikniony nie tylko w Europie, ale i na świecie. Jednak według niektórych naukowców prognozy związane z konsekwencjami związanymi z tym zjawiskiem są przesadnie wyolbrzymione ze względu na badania oparte głównie na uproszczonych teoriach, których źródłem są nauki demograficzne (MAROIS 2020). Oznacza to, że na przestrzeni kolejnych lat dotychczasowe trendy demograficzne mogą ulec zmianie, a konsekwencje starzenia demograficznego mogą być mniej odczuwalne.

2. Osoby niepełnosprawne na rynku pracy

2.1. Pojęcie niepełnosprawności

Jedną ze znaczących kwestii współczesnego świata jest problem niepełnosprawności. Świadczą o tym rozmiary zjawiska. Uznaje się, że co dziesiąta osoba na świecie może zostać uznana za osobę niepełnosprawną. W literaturze przedmiotu nie ma jednoznacznej definicji niepełnosprawności. Pojęcie niepełnosprawności może być rozumiane na wiele sposobów. Różnice w definiowaniu zauważalne są nawet w regulacjach prawnych wielu krajów. Również organizacje społeczne nie posługują się jednakową terminologią związaną z niepełnosprawnością.

Potocznie o niepełnosprawności mówi się jako długotrwałym stanie występowania pewnych ograniczeń, które uniemożliwiają prawidłowe funkcjonowanie człowieka. Powodem ograniczeń jest zwykle obniżona sprawność fizyczna lub psychiczna człowieka (*Vademecum dla osób niepełnosprawnych – przewodnik zawodowy. Część I. Podstawowe pojęcia,* 2015).

Niepełnosprawność uznawana jest także jako:

- wada psychiczna,
- wada fizjologiczna,
- wada anatomiczna struktury organizmu,
- uszkodzenie lub utrata fizyczna ciała.

Utratę fizyczną ciała ze względu na rodzaj można rozumieć jako:

- całkowitą lub częściową,
- wrodzoną lub nabytą,
- ustabilizowaną lub postępującą (progresywną),
- trwałą lub okresową.

World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia) wyróżnia trzy pochodne pojęcia niepełnosprawności:

- impairment (niesprawność),
- disability (niepełnosprawność),
- handicap (ograniczenie w pełnieniu ról społecznych) (*International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps,* 1980).

Za niesprawność uznaje się jakąkolwiek utratę sprawności lub nieprawidłowość w budowie organizmu lub jego funkcjonowaniu pod względem anatomicznym, psychofizycznym lub psychologicznym. Niepełnosprawność z kolei oznacza ograniczenie lub brak możliwości prowadzenia aktywnego życia w typowym zakresie. Niepełnosprawność rozumiana jest również jako zaawansowana niesprawność. Natomiast ograniczenie w pełnieniu ról społecznych określa się ułomność osoby z powodu niesprawności lub niepełnosprawności, ograniczającą lub uniemożliwiającą pełnienie ról społecznych odpowiadających wiekowi i płci oraz zgodnej z uwarunkowaniami kulturowymi i społecznymi (*International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps,* 1980).

Należy zauważyć, że często te trzy pojęcia są używane naprzemiennie i choć Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje różnice w definiowaniu to najczęściej używanym zwrotem jest niepełnosprawność definiowana jako połączenie wszystkich trzech pojęć.

International Labour Organization (Międzynarodowa Organizacja Pracy) za niepełnoprawną uznaje osobę, u której stwierdzono ograniczenia psychiczne lub fizyczne ograniczające możliwości zatrudnienia, utrzymania się w dotychczasowej pracy lub jej wykonywania (*Zalecenie nr 168 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczące rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych,* 1983).

Często pojęcie niepełnosprawności w języku potocznym jest upraszczane i zawężane. Potoczne rozumienie niepełnosprawności zostało opisane w modelu medycznym, który ukazuje wystąpienie niepełnosprawności jako negatywną cechę człowieka. Drugim modelem jest model interaktywny. Stanowi on alternatywę do modelu medycznego. W poniższej tabeli przedstawiono charakterystykę modelu medycznego i interaktywnego.

Tabela 1

Model medyczny i interaktywny niepełnosprawności

Model medyczny	**Model interaktywny**
Niepełnosprawność wynika z niewydolności intelektualnej, psychicznej lub fizycznej człowieka i powoduje ograniczenia jego funkcjonowania.	Osoby niepełnosprawne są częścią społeczeństwa, niepełnosprawność wynika z oceny funkcjonowania bliskiego otoczenia i warunków.
Lekarz odpowiedzialny jest za leczenie, rehabilitację i rozpoznanie przyczyny niepełnosprawności, a osoba niepełnosprawna jest traktowana jako pacjent.	Niepełnosprawność nie wyklucza ze społeczeństwa, a osoby niepełnosprawne są traktowane tak samo jak osoby pełnosprawne.
W społeczeństwie osoby niepełnosprawne i ich odczucia są całkowicie pomijane lub brane pod uwagę w nieznacznym stopniu.	W życiu społecznym odczucia osób niepełnosprawnych są brane pod uwagę. Niepełnosprawni mają prawo do samodzielnego funkcjonowania oraz podejmowania decyzji.
Wystąpienie niepełnosprawności wymaga podjęcia rehabilitacji lub leczenia w celu dostosowania do powszechnie uznanych norm.	Zadaniem społeczeństwa jest dostosowanie się do osoby niepełnosprawnej i uczestniczenia wraz z nią w życiu społecznym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie GOLINOWSKA S. (red.) 2012, *Instytucjonalne, zdrowotne i społeczne determinanty niepełnosprawności*, IPiSS, Warszawa.

Model medyczny traktuje niepełnosprawność jako odstępstwo od powszechnie uznanej normy, a jej wystąpienie powinno zostać zniwelowane poprzez odpowiednie leczenie. Za opiekę nad osobami, u których występuje niepełnosprawność powinni być odpowiedzialni specjaliści. Definiowanie niepełnosprawności w sposób, jaki robi to model medyczny prowadzi do marginalizacji społecznej osób niepełnosprawnych wyłączając je z życia społecznego. Z drugiej strony wskazuje na konieczność wzmożonych działań charytatywnych (Tabela 1).

W modelu interaktywnym niepełnosprawność uznana jest jako neutralna cecha, a jej wystąpienie wynika z wzajemnego oddziaływania osoby i społeczeństwa. Likwidacja barier i problemów polega na zmianie wzajemnych oddziaływań między społeczeństwem a osobą niepełnosprawną (Tabela 1).

Model interaktywny funkcjonuje w takich krajach jak USA lub Wielka Brytania, gdzie ważną rolę w relacjach społecznych odgrywa koncepcja praw obywatelskich. Ten model kładzie nacisk na problem wykluczenia społecznego osób niepełnosprawnych wskazując, że osoby niepełnosprawne powinny być traktowane na równi z resztą społeczeństwa (KIRENKO 2007).

Według ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych w Polsce pojęcie niepełnosprawności jest rozumiane jako fizyczny, psychiczny lub umysłowy stan, który trwale lub okresowo ogranicza zdolność wykonywania pracy zarobkowej oraz uniemożliwia, ogranicza lub utrudnia pełnienie ról społecznych (*Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,* 1997) (KOWALCZYK 2017).

W polskim prawie wyróżniono trzy stopnie niepełnosprawności:

- lekki,
- umiarkowany,
- znaczny.

Osoba niepełnosprawna w stopniu lekkim to osoba o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością fizyczną albo ograniczona w pełnieniu ról społecznych. Ograniczenia te mogą być kompensowane przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne (*Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,* 1997).

Osoba niepełnosprawna w stopniu umiarkowanym to osoba z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy lub zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych (*Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,* 1997).

Osoba niepełnosprawna w stopniu znacznym to osoba z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolna do pracy albo zdolna do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób z powodu niemożności wykonywania samodzielnie czynności życiowych w celu pełnienia ról społecznych (*Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,* 1997).

Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 roku o nazwie Karta Praw Osób Niepełnosprawnych definiuje niepełnosprawność jako trwałe lub okresowe uniemożliwienie, ograniczenie lub utrudnienie pełnienia ról społecznych, pracy, nauki i życia codziennego w wyniku wystąpienia obniżonej sprawności fizycznej, psychicznej lub umysłowej (*Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej Karta Praw Osób Niepełnosprawnych,* 1997).

Na uwagę zasługuje podejście do definiowania niepełnosprawności w literaturze przedmiotu. Bourdieu pojęcie niepełnosprawności tłumaczył jako długotrwałe naruszenie sprawności fizycznej, umysłowej lub intelektualnej prowadzącej do zauważalnych utrudnień związanych z udziałem w życiu społecznym. Niepełnosprawność może być także spowodowana naruszeniem sprawności w zakresie zmysłów (BOURDIEU 1986) (BYRNE 2017) (REICHENBERG 2020).

Według innej definicji niepełnosprawność jest rozumiana jako naruszenie sprawności w wyniku chorób, wad wrodzonych lub nabytych w okresie trwania życia. Naruszenie sprawności obejmuje zakres czynności układów, narządów lub całego organizmu, a jej wystąpienie powoduje ograniczenie w funkcjonowaniu społecznym i biologicznym (SZAWŁOWSKI, CHOJNACKA-SZAWŁOWSKA 1990).

W literaturze przedmiotu za osobę niepełnosprawną uznaje się taką, która utraciła zdolności do funkcjonowania nie tylko na poziomie biologicznym, ale również na poziomach psychologicznym i społecznym. Obejmuje dysfunkcyjność oraz psychologiczne i społeczne skutki dysfunkcyjności (KOWALIK 1999).

Bliskoznacznym pojęciem niepełnosprawności jest inwalidztwo. Według jednej z definicji inwalida to osoba, której sprawność fizyczna nie pozwala na wykonywanie codziennych czynności, podejmowania nauki i zatrudnienia oraz udziału w życiu społecznym na równi z osobami pełnosprawnymi (HULEK 1969). Innym bliskoznacznym terminem funkcjonującym w literaturze jest obniżona sprawność organizmu.

Obniżona sprawność organizmu jest rozpatrywana pod względem:

– ekonomicznym (wynikająca z nieproduktywności),

– medycznym (skutkująca długotrwałym kalectwem lub ograniczeniem funkcji życiowych),

– prawnym (dająca uprawnienie do świadczeń określonych w aktach prawnych),

– zawodowym (ograniczająca możliwości zatrudnienia),

– socjologicznym (ograniczająca pełnienie ról społecznych) (HOŁÓWKA, NIKLAS 1999) (ORGANIŚCIAK-KRZYKOWSKA, WIŚNIEWSKI 2020a).

Niepełnosprawność, według specjalistów, powinna być ustalana przy określeniu podstawowych czynności życiowych wykonywanych codziennie przez człowieka jak na przykład: dbanie o higienę, poruszanie się, odżywianie, nawiązywanie kontaktów międzyludzkich, zdobycie wykształcenia, wykonywanie pracy dostarczającej dochód i umiejętność wypoczynku.

Określenie rozmiaru ograniczeń osób niepełnosprawnych dzielone jest na:

– subiektywne (stan przypisany sobie przez człowieka o ograniczonej sprawności),

– behawioralne (ograniczenie czynności życiowych),

– profesjonalne (ocena stopnia ograniczenia przez specjalistę lub lekarza),

– prawne (uprawnienie do otrzymywania świadczeń),

– „ważnych bliskich" (ocena stopnia ograniczenia przez rodzinę i najbliższe otoczenie),

– środowiskowe (ocena stopnia ograniczeń przez społeczność) (WEISS, ZEMBATY 1978).

Osoba niepełnosprawna może ubiegać się o nadanie dodatkowych przywilejów oraz świadczeń dla osób niepełnosprawnych. Aby prawnie zostać uznanym za osobę niepełnosprawną konieczne jest otrzymanie orzeczenia lekarskiego świadczącego o niepełnosprawności i jej stopniu.

2.2. Potrzeby osób niepełnosprawnych

Potrzeby osób niepełnosprawnych były jednym z tematów badań przeprowadzonych przez PFRON (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych) w 2017 roku. Grupę badawczą stanowiły osoby w wieku od 14. do 64. roku życia uznane prawnie jako niepełnosprawne, czyli z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności wystawionym przez lekarza orzecznika. W badaniu potrzeb osób niepełnosprawnych jednym z wymogów było posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym lub znacznym.

Potrzeby tych osób podzielono na trzy główne kategorie:

- dotyczące mieszkalnictwa i samodzielnego życia,
- związane z urządzeniami i przyrządami przeznaczonymi dla osób niepełnosprawnych,
- związane z transportem i przemieszczaniem się (*Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych,* 2017).

Potrzeby dotyczące mieszkalnictwa związane są z dostosowaniem budynków i izb mieszkalnych do potrzeb indywidualnych osób z orzeczeniem o niepełnosprawności. Potrzeby dotyczące samodzielnego życia związane są z koniecznością pomocy ze strony osób trzecich w wykonywaniu codziennych czynności. Osobami trzecimi w tym wypadku byli zwykle członkowie rodziny, pielęgniarki lub osobiści asystenci. Potrzeby związane z pomocą w wykonywaniu czynności życiowych dotyczą najczęściej osób z niepełnosprawnością ruchową i intelektualną (*Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych,* 2017).

W przypadku osób niepełnosprawnych ruchowo kluczowa okazała się lokalizacja mieszkań na niskich poziomach (parter) lub wyposażenie budynku piętrowego w windę i podjazd dla osób niepełnosprawnych. W przypadku osób niepełnosprawnych intelektualnie zwykle jest niezbędna pomoc osób trzecich w wykonywaniu codziennych czynności. Głównym celem dostosowania mieszkań pod względem architektonicznym oraz zaangażowania osób trzecich do pomocy osobom niepełnosprawnym jest usprawnienie codziennego funkcjonowania. Badanie wykazało, że zatrudnienie pielęgniarki lub asystenta do pomocy osobie niepełnosprawnej staje się ważnym czynnikiem w przypadku, gdy ich prawni opiekunowie chcieliby zdecydować się na podjęcie pracy zarobkowej.

Potrzeby związane z urządzeniami i przyrządami przeznaczonymi dla osób niepełnosprawnych wiążą się z dostępem do:

- sprzętu optycznego dla osób z niepełnosprawnością wzroku,
- sprzętu ortopedycznego dla osób z niepełnosprawnością ruchową,
- sprzętu komputerowego lub sprzętu poprawiającego słuch dla osób z niepełnosprawnością słuchu (*Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych,* 2017).

Potrzeby dotyczące transportu i przemieszczania się związane są z barierami architektonicznymi w przestrzeni publicznej i zwykle są zgłaszane przez osoby z niepełnosprawnością ruchową i niepełnosprawnością wzroku. Do najczęściej wymienianych barier zalicza się niedostosowanie budynków użytku publicznego pod względem architektonicznym i środków transportu do potrzeb osób niepełnosprawnych. (*Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych* 2017) (RACZYŃSKA-BUŁAWA 2017).

Oprócz trzech głównych kategorii potrzeb osób niepełnosprawnych próba badawcza wskazała także inne potrzeby, jednakże są one deklarowane przez mniejsze grupy osób z orzeczeniem o niepełnosprawności. Zauważono, że w zależności od rodzaju niepełnosprawności poszczególne potrzeby nienależące do jednej z trzech głównych kategorii mogą okazać się priorytetowymi.

Do innych potrzeb osób niepełnosprawnych spoza głównych kategorii zalicza się potrzeby:

- rehabilitacji,
- komunikacyjne,
- związane z podjęciem pracy zawodowej,
- związane z opieką zdrowotną,
- związane z integracją ze społeczeństwem,
- finansowe (*Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych,* 2017).

Potrzeby rehabilitacji dotyczyły głównie osób niepełnosprawnych ruchowo i związane są z dostępem do nieprzerwanej rehabilitacji fizycznej. Osoby niepełnosprawne intelektualnie potrzebują udziału w tak zwanych turnusach rehabilitacyjnych, których celem jest rehabilitacja tych osób i umożliwienie odpoczynku dla opiekunów osoby niepełnosprawnej.

Potrzeby komunikacyjne zgłaszane są przez osoby niepełnosprawne słuchowo i wzrokowo. Niepełnosprawność słuchowa wymaga często umożliwienia komunikacji z wykorzystaniem tłumacza migowego w placówkach publicznych oraz możliwość wynajęcia tłumacza migowego. Niepełnosprawność wzroku wymaga dostosowania środków komunikacji

miejskiej oraz przestrzeni publicznej. Przykładem rozwiązań potrzeb komunikacyjnych dla osób z niepełnosprawnością wzroku jest wprowadzenie sygnalizacji dźwiękowej oraz dostosowanie dokumentów publicznych poprzez większy druk lub tłumaczenie z wykorzystaniem alfabetu Braille'a.

Potrzeby związane z podjęciem pracy zawodowej dotyczą najczęściej niepełnosprawnych ze schorzeniami na tle psychicznym. Te potrzeby są związane głównie z dostępem do pracy dla osób z chorobami na tle psychicznym oraz potrzebą dostosowania pracy, którą mogą wykonywać.

Dostosowanie pracy dla osób z tym rodzajem niepełnosprawności wymaga zorganizowania jej w bezstresowych warunkach. Od pracodawcy wymaga się wyrozumiałości dla czasowych niedyspozycji i częstych przerw w pracy. Przy zatrudnieniu osób ze schorzeniami psychicznymi często konieczne jest zastosowanie elastycznego czasu pracy nawet z kilkumiesięcznym okresem rozliczeniowym.

Potrzeby związane z opieką zdrowotną dotyczą dostępu do:

- korzystania z usług oferowanych przez służbę zdrowia,
- nowoczesnych i innowacyjnych leków,
- specjalistów zajmujących się rehabilitacją osób niepełnosprawnych.

Te potrzeby zgłaszane są głównie przez niepełnosprawnych na tle psychicznym oraz niepełnosprawnych intelektualnie. Charakteryzują się koniecznością zażywania specjalnych leków oraz konsultacją z psychiatrami. W przypadku osób niepełnosprawnych intelektualnie główną potrzebą związaną z korzystaniem z usług ochrony zdrowia jest obsługa poza kolejnością. Oczekiwanie na skorzystanie z usług ochrony zdrowia bardzo często spotyka się z frustracją i niezrozumieniem ze strony osoby z tym rodzajem niepełnosprawności. Wystąpienie takiej sytuacji staje się uciążliwe dla opiekunów oraz otoczenia (JONES 2018).

Potrzeby związane z integracją ze społeczeństwem najczęściej deklarowane są przez osoby z niepełnosprawnością psychiczną i intelektualną. Obejmują one akcje promocyjne i informacyjne mające na celu zintegrowanie osób niepełnosprawnych z otoczeniem oraz zmianę nastawienia osób pełnosprawnych do osób niepełnosprawnych.

Potrzeby finansowe (potrzeby pomocy finansowej) to takie, których przeznaczenie środków pieniężnych nie ma wskazanego konkretnego celu przeznaczenia. Taką potrzebę deklarowały najczęściej osoby z niepełnosprawnością intelektualną, psychiczną i słuchową.

W badaniu potrzeb osób niepełnosprawnych przeanalizowano trzy obszary potrzeb:

- sytuację materialną,
- integrację,
- edukację.

Badania wykazały, że 87% osób niepełnosprawnych postanowiła nie kontynuować swojej edukacji w związku z zaistnieniem niepełnosprawności, a 74% badanych nie brała nawet udziału w kursach i szkoleniach w ciągu minionych pięciu lat.

Najczęstszym powodem niepodjęcia nauki był brak chęci i motywacji. Problem związany z edukacją dotyka najbardziej osoby niepełnosprawne umysłowo. Tylko 10% osób w tej grupie uczestniczyło w dodatkowych kursach i szkoleniach bądź kontynuowało naukę. Około 66% osób niepełnosprawnych umysłowo nie posiada wykształcenia wyższego niż gimnazjalne (*Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych* 2017).

Kontynuowanie nauki wymaga dostosowania toku edukacji i placówek edukacyjnych do osób niepełnosprawnych. Konieczne jest często korzystanie ze specjalistycznych narzędzi oraz specjalistycznego sprzętu. Edukacja wymaga od niepełnosprawnych poniesienia kosztów, co wymaga pomocy materialnej i finansowej. Do najczęściej deklarowanych potrzeb związanych z pomocą materialną i finansową są:

- dofinansowania do podręczników i pomocy naukowych,
- dofinansowania do transportu,
- dofinansowania do zakwaterowania,
- udział w dodatkowych zajęciach wyrównawczych i edukacyjnych,
- pomoc prawna i psychologiczna,
- rehabilitacja fizyczna oraz logopedyczna (*Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych,* 2017).

Integracja osób niepełnosprawnych często jest potrzebą marginalizowaną. Według badania osoby niepełnosprawne wskazują potrzebę integracji ze społeczeństwem, choć nie uważają jej za priorytetową. Z drugiej strony poczucie akceptacji oraz zniwelowanie różnic między osobami pełnosprawnymi a niepełnosprawnymi pozytywnie wpływa na kondycję psychiczną niepełnosprawnych (PODGÓRSKA-JACHNIK 2019). Potrzeby związane z integracją najczęściej obejmowały obszary związane z pomocą materialną. Według badania sytuacja materialna rodzin, w których członek rodziny jest osobą niepełnosprawną nie pozwala na zadowalającą integrację ze społeczeństwem oraz udziału w życiu społecznym na poziomie zbliżonym do przyjętych norm. Najsilniejszą potrzebę integracji odczuwają osoby

niepełnosprawne umysłowo i psychicznie. W przypadku osób niepełnosprawnych psychicznie brak integracji może powodować depresję oraz izolację, natomiast w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną może wywołać lęk oraz izolację od społeczeństwa (*Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych* 2017).

Sytuacja materialna osób niepełnosprawnych najczęściej powoduje, że ich rodziny żyją w ubóstwie, co wiąże się również z wykluczeniem społecznym. Osoby niepełnosprawne w rodzinie generują dodatkowe koszty związane z dostosowaniem pomieszczeń, wyposażeniem w specjalistyczny sprzęt oraz kosztem bierności zawodowej w wyniku rezygnacji z podjęcia pracy zawodowej członków rodziny opiekujących się osobą niepełnosprawną (ROGOWSKA 2021). Najczęściej problem związany z sytuacją materialną deklarują rodziny, których członkiem jest osoba niepełnosprawna umysłowo. Badania wykazują, że ponad 30% takich rodzin żyje w ubóstwie. W 2016 roku dochód miesięczny na jedną osobę w rodzinach z osobami niepełnosprawnymi w prawie połowie przypadków nie przekraczał 1000 zł. Warto zauważyć, że takie rodziny ponoszą większe koszty niż rodziny, w których wszyscy członkowie są pełnosprawni. Według Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce średni miesięczny dochód na osobę w gospodarstwie domowym w 2016 roku wynosił nieco ponad 1475 zł [4]. Osoby uczestniczące w badaniu zadeklarowały, że ogólny dochód gospodarstw domowych z osobami niepełnosprawnymi musiałby wzrosnąć o ponad 1700 zł, aby móc zagwarantować zadowalający byt. Źródłem dochodu rodzin z osobami niepełnosprawnymi jest w 53% praca zawodowa członków rodziny. Pozostała część to renty z tytułu niezdolności do pracy (*Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych*, 2017).

2.3. Regulacje prawne dotyczące zatrudniania osób niepełnosprawnych

W polskim prawie uwzględniono regulacje dotyczące zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Każdy pracodawca ma obowiązek ich znajomości i przestrzegania. Głównym aktem prawnym regulującym zatrudnienie osób z orzeczeniem o niepełnosprawności jest ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 roku.

[4] https://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/obwieszczenie-w-sprawie-przecietnego-miesiecznego-dochodu-rozporzadzalnego-na-1-osobe-ogolem-w-2016-roku,294,3.html (05.12.2021)

Głównym celem wprowadzenia dodatkowych regulacji jest przeciwdziałanie wykluczeniu w sferze pracy osób niepełnosprawnych. Powodem rezygnacji z zatrudnienia osoby niepełnosprawnej przez pracodawcę jest najczęściej aspekt ekonomiczny tj. zatrudnienie takiej osoby może generować dodatkowe koszty. Ustawa zawiera zapisy dotyczące zarówno przywilejów pracujących osób niepełnosprawnych jak i korzyści z zatrudnienia osób z orzeczeniem o niepełnosprawności dla pracodawców oraz formy rekompensaty kosztów zatrudnienia osoby niepełnosprawnej.

W rozdziale trzecim wspomnianej ustawy mowa o rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Rehabilitacja definiowana jest jako "zespół działań, w szczególności organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych, zmierzających do osiągnięcia, przy aktywnym uczestnictwie tych osób, możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej". (*Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych*, 1997).

Celem rehabilitacji zawodowej jest ułatwienie dostępu do pracy osobom niepełnosprawnym, utrzymanie zatrudnienia oraz umożliwienie awansu zawodowego poprzez podnoszenie kwalifikacji zawodowych. Do realizacji tego celu wykorzystuje się:

- szkolenia zawodowe,
- pośrednictwo pracy,
- organizowanie warsztatów terapii zajęciowej,
- organizowanie turnusów rehabilitacyjnych,
- organizowanie zajęć klubowych (*Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych*, 1997).

W rozdziale czwartym ustawy mowa o uprawnieniach osób z orzeczeniem o niepełnosprawności. Osoby niepełnosprawne ze statusem zarejestrowanej osoby bezrobotnej może między innymi, podobnie jak osoby pełnosprawne, brać udział w szkoleniach, stażach, pracach interwencyjnych i studiach podyplomowych na mocy ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004 r.

Obowiązkiem pracodawcy wynikającym z artykułu 14. ustawy jest dostosowanie miejsca i stanowiska pracy do potrzeb osoby z niepełnosprawnością w przypadku, gdy niepełnosprawność jest skutkiem wypadku przy pracy lub choroby zawodowej. Okres, w którym pracodawca musi wywiązać się z obowiązku wynosi trzy miesiące od zgłoszenia przez pracownika gotowości do pracy. Zwolnienia z obowiązku następuje w przypadku, gdy wypadek wystąpił wskutek nieprzestrzegania przepisów BHP przez pracownika lub w stanie nietrzeźwości (*Art. 14 ustawy o rehabilitacji…*, 1997).

Artykuł 15. zawarty w tym rozdziale traktuje o w czasie pracy osoby niepełnosprawnej, z którego wynika, że:

– czas pracy osoby niepełnosprawnej w stopniu lekkim nie może przekraczać 8 godzin w ciągu doby i 40 godzin w ciągu tygodnia,

– czas pracy osoby niepełnosprawnej w stopniu umiarkowanym lub znacznym nie może przekraczać siedmiu godzin w ciągu doby i 35 godzin w ciągu tygodnia,

– zatrudnienie osób niepełnosprawnych w godzinach nadliczbowych oraz w godzinach nocnych (od 22:00 do 6:00) jest niedozwolone (*Art. 15. ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych*, 1997).

Odstąpić od przepisów dotyczących czasu pracy można w przypadku, gdy pracownik jest zatrudniony w charakterze stróża lub w przypadku, gdy lekarz prowadzący badania profilaktyczne pracowników na wniosek niepełnosprawnego wyrazi zgodę na odstępstwo (*Art. 16 ustawy o rehabilitacji…*, 1997). Skrócony czas pracy nie powinien wpływać na wysokość miesięcznego wynagrodzenia za pracę. W przypadku wynagrodzenia uzależnionego od przepracowanych godzin stosuje się podwyższoną stawkę godzinową (*Art. 18 ustawy o rehabilitacji…*, 1997).

Osoba z niepełnosprawnością ma prawo do dodatkowej 15-minutowej przerwy w pracy. Czas ten powinien być przeznaczony na gimnastykę lub wypoczynek (*Art. 17 ustawy o rehabilitacji…*, 1997). Orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym i znacznym upoważnia do otrzymania dodatkowych 10 dni urlopu w ciągu roku kalendarzowego. Dodatkowy urlop nie przysługuje osobom, które są uprawnione do urlopu wypoczynkowego w wymiarze powyżej 26 dni roboczych (*Art. 19 ustawy o rehabilitacji…*, 1997).

Osoby z umiarkowanym i znacznym stopniem niepełnosprawności mogą zostać zwolnione pełnienia obowiązku pracy bez utraty wynagrodzenia. Okres zwolnienia oraz dodatkowego urlopu nie powinien przekraczać łącznie 21 dni roboczych

w ciągu roku kalendarzowego. Zwolnienie powinno być wykorzystane w celu wykonania badań lub zabiegów, zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny lub na uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym (*Art. 20 ustawy o rehabilitacji…*, 1997).

Rozdział piąty ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych reguluje szczególne obowiązki i uprawnienia pracodawców zatrudniających osoby niepełnosprawne. Każdy pracodawca zatrudniający co najmniej 25 pracowników (w przeliczeniu na pełne etaty) ma obowiązek uiszczenia comiesięcznej wpłaty na rzecz Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) w wysokości iloczynu 40,65 % przeciętnego wynagrodzenia i liczby pracowników. Wpłata jest pomniejszana w przypadku, gdy pracodawca zatrudnia osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności. Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych wynoszący co najmniej 6 % zwalnia pracodawcę z tego obowiązku. Dotyczy to również państwowych i samorządowych jednostek organizacyjnych. Dla jednostek edukacyjnych wskaźnik zatrudnienia zwalniający z obowiązku wynosi 2 %, jednak jest on obliczany w specyficzny sposób. Pracodawcy zwolnieni z uiszczania wpłaty mają obowiązek złożenia informacji o miesięcznym i rocznym zatrudnieniu osób z niepełnosprawnością do Zarządu PFRON w formie elektronicznej (*Art. 21 ustawy o rehabilitacji…*, 1997).

Niepełnosprawni rolnicy lub prowadzący działalność gospodarczą mogą liczyć na refundację składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe w wysokości od 30% do 100% obowiązkowej składki w zależności od stopnia niepełnosprawności (*Art. 25a ustawy o rehabilitacji…*, 1997).

PFRON gwarantuje pracodawcy zatrudniającemu osoby z niepełnosprawnością przez okres co najmniej 3 lat zwrot kosztów przystosowania miejsca i stanowiska pracy do potrzeb pracownika niepełnosprawnego oraz zakupu narzędzi, oprogramowania i urządzeń technicznych ułatwiających wykonywanie pracy osobom z niepełnosprawnością. Zwrot kosztów nie może przekraczać 20-krotności przeciętnego wynagrodzenia na pojedyncze stanowisko pracy osoby z niepełnosprawnością (*Art. 26 ustawy o rehabilitacji…*, 1997). Dodatkowo pracodawca może otrzymać miesięczne dofinansowanie do wynagrodzenia osób niepełnosprawnych. Kwoty dofinansowania wynoszą 450 zł, 1125 zł i 1800 zł w zależności od stopnia niepełnosprawności. Kwota dofinansowania może być powiększona o 600 zł w przypadku, gdy u pracownika stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe, zaburzenia rozwojowe, utratę wzroku lub epilepsję. Warunkiem jest wykazanie wskaźnika zatrudnienia osób z niepełnosprawnością na poziomie minimum 6% przy zatrudnieniu co najmniej 25 pracowników (w przeliczeniu na pełne etaty) (*Art. 26a ustawy*

o rehabilitacji…, 1997). Ponadto pracodawca może ubiegać się o zwrot kosztów zatrudnienia pomocy osoby z niepełnosprawnością oraz szkoleń niepełnosprawnych pracowników (*Art. 26d ustawy o rehabilitacji…*, 1997).

W przypadku, gdy pracodawca zatrudnia co najmniej 25 pracowników (w przeliczeniu na pełne etaty), a wskaźnik zatrudnienia osób z niepełnosprawnością wynosi co najmniej 50% (w tym 20% osób z orzeczeniem o umiarkowanym lub znacznym stopniem niepełnosprawności) zakład może uzyskać status zakładu pracy chronionej. Jeżeli wśród pracowników występuje umiarkowana lub znaczna niepełnosprawność intelektualna, choroba psychiczna lub osoby niewidome to wskaźnik ulega pomniejszeniu do 30%. Dodatkowo pracodawca musi spełniać inne normy takie jak dostosowanie miejsc pracy do potrzeb pracowników czy zapewnienie opieki medycznej i rehabilitacyjnej (*Art. 28 ustawy o rehabilitacji…*, 1997).

Do korzyści wynikających z przyznania zakładowi pracy statusu zakładu chronionego zalicza się między innymi zwolnienie z podatków (zwolnienie z podatku od nieruchomości, rolnego, leśnego oraz podatku od czynności cywilnoprawnych następuje po ustalonych w przepisach zasadach). Zwolnienie nie obejmuje podatku od towarów i usług (VAT), akcyzowego, od gier, cła, podatku dochodowego oraz od środków transportowych (*Art. 31 ustawy o rehabilitacji…*, 1997).

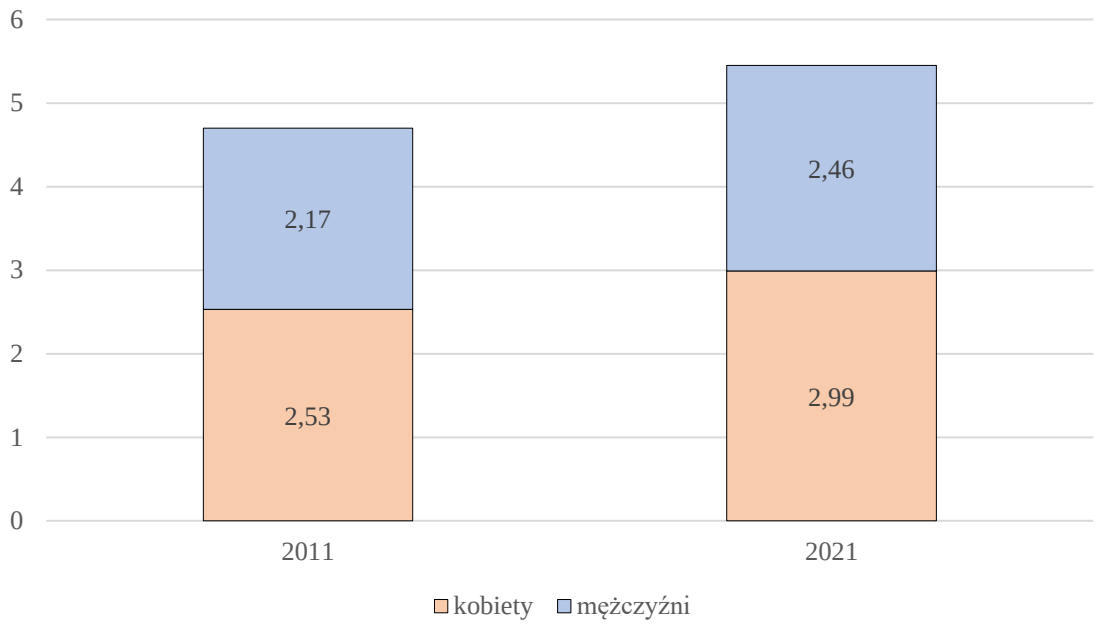
Inne korzyści wynikające z prowadzenia zakładu pracy chronionej to:

- dofinansowanie do kredytów bankowych w wysokości 50% oprocentowania (w przypadku, gdy środki uzyskane z kredytu będą przeznaczone na rehabilitację osób z niepełnosprawnością),
- zwrot kosztów transportowych i administracyjnych,
- zwrot kosztów budowy lub przebudowy miejsc i stanowisk pracy (*Art. 32 ustawy o rehabilitacji…*, 1997).

2.4. Demograficzne uwarunkowania podaży pracy reprezentowanej przez osoby niepełnosprawne

Dane dotyczące sytuacji demograficznej osób niepełnosprawnych są zawarte w Narodowym Spisie Powszechnym Ludności i Mieszkań (NSPiM) sporządzonym przez Główny Urząd Statystyczny. Ostatni spis ludności został przeprowadzony w 2021 roku, lecz aktualnie zostały upublicznione tylko wstępne dane w Banku Danych Lokalnych. NSPiM jest przeprowadzany średnio co 10 lat. Narodowy Spis Ludności jest uznawany za jeden z najważniejszych dokumentów dostarczających informacji z zakresu demografii w Polsce. Ustawa o narodowym spisie powszechnym ludności i mieszkań w 2011 r z 4 marca 2010 roku nadała prawo do odmówienia udziału w badaniach osobom niepełnosprawnym ze względu na specyfikę oraz drażliwość tematu (*Ustawa o narodowym spisie powszechnym ludności i mieszkań w 2011 r.,* 2010). Z szacunków Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że około 1,5 mln osób niepełnosprawnych skorzystało z tego prawa i odmówiło udziału w badaniach. Na tej podstawie można stwierdzić, że dane zawarte w NSPiM dotyczące osób niepełnosprawnych są niepełne i istnieje znaczne prawdopodobieństwo zaniżenia wskaźników.

Na poniższym rysunku przedstawiono liczbę osób niepełnosprawnych wg płci w latach 2011 i 2021. W 2021 roku odnotowano, że 14,3% ludności w Polsce to osoby niepełnosprawne, co stanowiło około 5,45 mln mieszkańców. Zauważono wzrost odsetka osób niepełnosprawnych w porównaniu do 2011 roku, w którym wynosił on 12,6% (4,7 mln mieszkańców) (Rys. 17).



Rys. 17. Liczba osób niepełnosprawnych według płci w latach 2011 i 2021 (w mln mieszkańców)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zamieszczonych w Banku Danych Lokalnych (dostęp: 10.01.2023)

W 2021 roku około 2,99 mln osób niepełnosprawnych stanowiły kobiety, co stanowiło prawie 55% osób niepełnosprawnych ogółem. Liczba niepełnosprawnych kobiet w stosunku do 2011 roku wzrosła o około 460 tysięcy. Niepełnosprawni mężczyźni stanowili 45% ogólnej liczby osób niepełnosprawnych (około 2,46 mln osób). W porównaniu do 2011 roku liczba niepełnosprawnych mężczyzn wzrosła o około 290 tysięcy (Rys. 17).

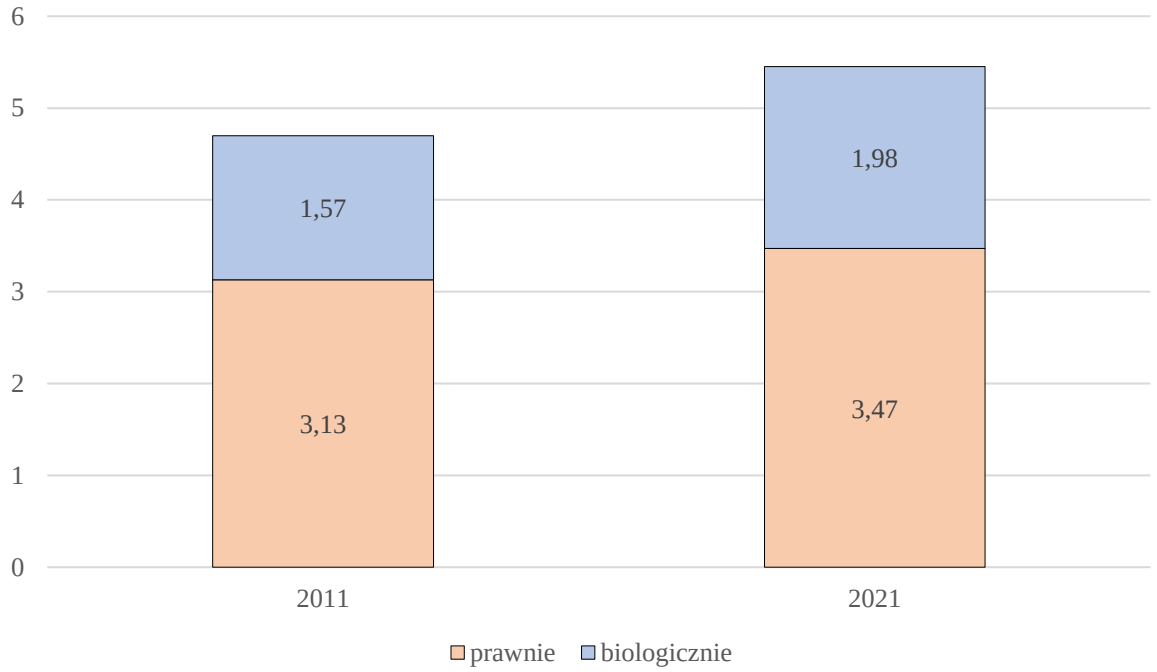
W 2011 roku około 28% osób niepełnosprawnych prawnie posiadało orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, 42% o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności i 25% o lekkim stopniu niepełnosprawności. Pozostałe 5% osób z niepełnosprawnością prawnie to dzieci, które nie ukończyły 16 roku życia. (*Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS),* 2014).

Osoby niepełnosprawne podzielono na dwie grupy:

– osoby niepełnosprawne biologicznie, czyli osoby, które nie posiadają orzeczenia lekarskiego, ale są całkowicie lub w znacznej części ograniczone w wykonywaniu czynności życiowych,

– osoby niepełnosprawne prawnie, czyli osoby, które posiadają prawne orzeczenie lekarskie o niepełnosprawności wydane przez uprawniony do tego organ (*Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*, 2012).

Na poniższym rysunku przedstawiono liczbę osób niepełnosprawnych prawnie i biologicznie w latach 2011 i 2021.

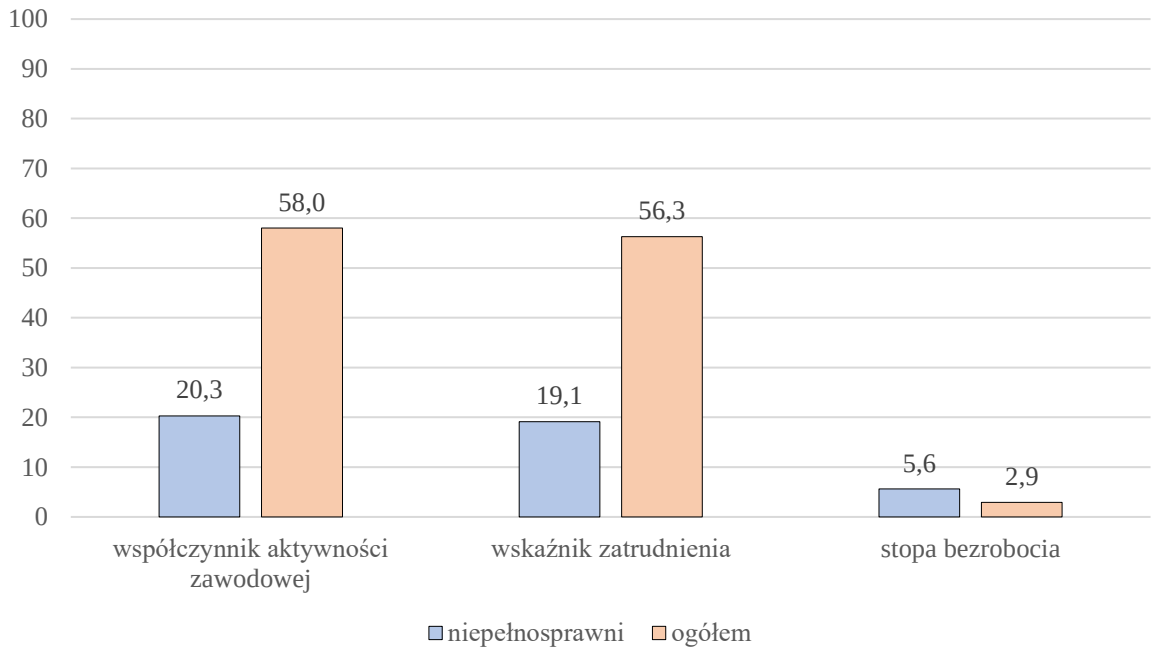


Rys. 18. Liczba osób niepełnosprawnych prawnie i biologicznie w latach 2011 i 2021 (w mln mieszkańców)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zamieszczonych w Banku Danych Lokalnych (dostęp: 10.01.2023)

W 2021 roku około 1,98 mln niepełnosprawnych przyznało, że są niepełnosprawni tylko biologicznie, czyli nie posiadają orzeczenia lekarskiego, co stanowiło ponad 36% wszystkich osób niepełnosprawnych. Około 3,47 mln osób niepełnosprawnych było osobami niepełnosprawnymi prawnie, czyli posiadającymi orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (Rys. 18). Porównując dane z 2011 roku liczba osób niepełnosprawnych biologicznie wzrosła o około 410 tysięcy osób, a liczba osób niepełnosprawnych prawnie o około 360 tys. osób (Rys. 18).

Współczynnik aktywności zawodowej, wskaźnik zatrudnienia i stopa bezrobocia obrazują sytuację na rynku pracy. Na poniższych rysunkach porównano te wskaźniki dla osób niepełnosprawnych i ogółem w 2021 roku. Aktywność ekonomiczna ludności była mierzona dla osób w wieku 16-89 lat (niepełnosprawni) i 15-89 lat (ogółem).

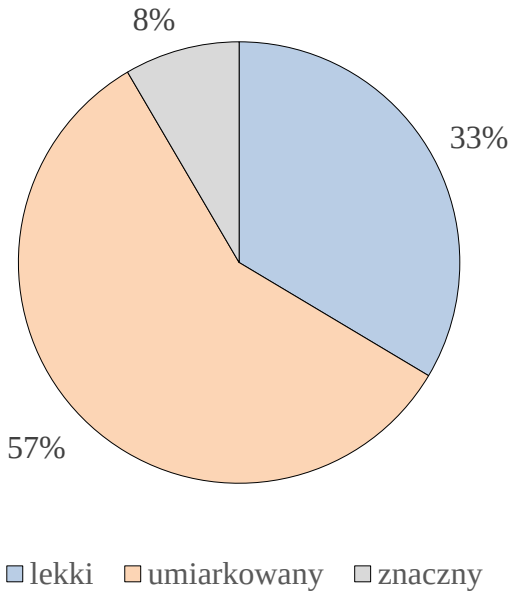


Rys. 19. Współczynnik aktywności zawodowej, wskaźnik zatrudnienia i stopa bezrobocia osób niepełnosprawnych i ogółem w 2021 roku (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Aktywność ekonomiczna ludności Polski- IV kwartał 2022 roku* (2022)

Według kwartalnych danych BAEL w Polsce współczynnik aktywności zawodowej w 2021 roku wynosił 58%, a wskaźnik zatrudnienia 56,3%. W odniesieniu do sytuacji osób niepełnosprawnych na rynku pracy wymienione wskaźniki uzyskują znacznie niższą wartość. Współczynnik aktywności zawodowej wynosił 20,3%, a wskaźnik zatrudnienia 19,1%. Stopa bezrobocia ogółem wynosiła natomiast 2,9%, natomiast wśród osób niepełnosprawnych 5,6% (Rys. 19). Prognozuje się wzrost tych wskaźników w kolejnych okresach.

W raporcie BAEL uwzględniono podział niepełnosprawnych aktywnych zawodowo według stopnia niepełnosprawności. Za niepełnosprawnych aktywnych zawodowo uznano osoby pracujące i bezrobotne w wieku 16-89 lat. Na poniższym rysunku przedstawiono udział osób niepełnosprawnych aktywnych zawodowo według stopnia niepełnosprawności w ogóle niepełnosprawnych aktywnych zawodowo.

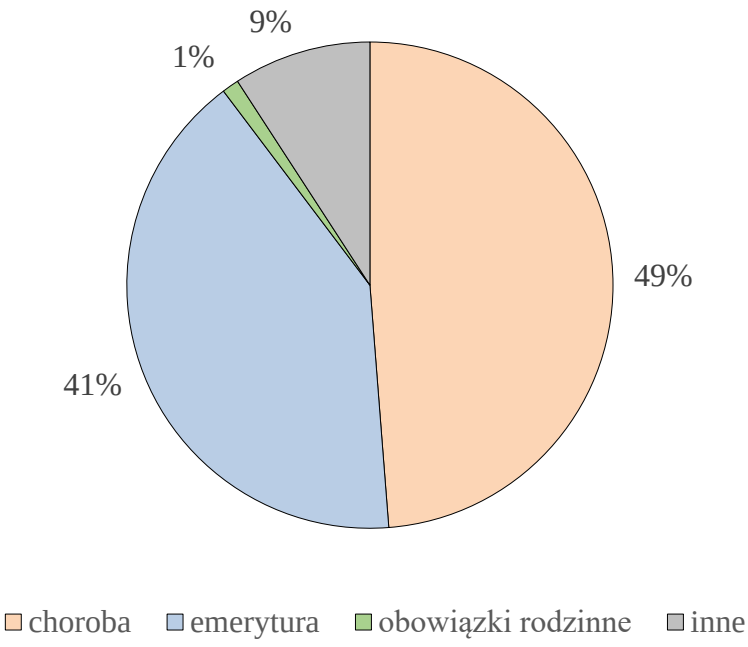


Rys. 20. Osoby niepełnosprawne aktywne zawodowo według stopnia niepełnosprawności w 2021 roku (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Aktywność ekonomiczna ludności Polski- IV kwartał 2021 roku* (2022)

Najwięcej niepełnosprawnych aktywnych zawodowo w 2021 roku posiadało orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym (około 58%). Niepełnosprawni w stopniu lekkim stanowili około 33% wszystkich niepełnosprawnych aktywnych zawodowo, a w stopniu znacznym około 8% (Rys. 20). Należy zauważyć, że część niepełnosprawnych (zwłaszcza w stopniu lekkim) nie dostarcza pracodawcom orzeczenia o niepełnosprawności i nie korzysta z przywilejów pracowników niepełnosprawnych.

Bierność zawodowa niepełnosprawnych, czyli niebędących aktywnymi zawodowo, może mieć różne przyczyny. Do głównych przyczyn bierności zawodowej niepełnosprawnych zalicza się pobieranie emerytury i chorobę lub niepełnosprawność. Badanie przyczyn bierności zawodowej przeprowadzono w grupie niepełnosprawnych w wieku 16-74 lata. Na poniższym rysunku przedstawiono przyczyny bierności zawodowej niepełnosprawnych.



Rys. 21. Przyczyny bierności zawodowej osób niepełnosprawnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Aktywność ekonomiczna ludności Polski- IV kwartał 2021 roku* (2022)

Najczęstszą przyczyną bierności zawodowej wśród niepełnosprawnych jest choroba lub niepełnosprawność, która uniemożliwia wykonywanie pracy zawodowej. Tę przyczynę wskazało około 49% niepełnosprawnych. Są to osoby z przyznanym prawem do renty. Drugą najczęstszą przyczyną bierności zawodowej niepełnosprawnych było pobieranie świadczenia emerytalnego (41%). Oznacza to, że około 2/5 biernych zawodowo w wieku 16-74 stanowią

osoby w wieku emerytalnym i korzystających z prawa do pobierania emerytury. Około 1% niepełnosprawnych biernych zawodowo jako przyczynę bierności wskazało obowiązki rodzinne (opieka nad dziećmi lub innymi członkami rodziny) (Rys. 21).

Niechęć do podjęcia pracy przez osoby niepełnosprawne czasami wynika ze strachu przed ograniczeniami wykonywania pracy na stanowisku. W badaniu przeprowadzonym przez PFRON około 12% niepełnosprawnych nie chciało podejmować pracy zarobkowej, żeby nie utracić świadczeń (*Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych*, 2017) (ORGANIŚCIAK-KRZYKOWSKA, WIŚNIEWSKI 2020b).

Uwzględniając podział na sekcje PKD (Polska Klasyfikacja Działalności) warto zaznaczyć, że najwięcej osób niepełnosprawnych zatrudnionych w 2021 roku było w sekcjach: administrowania i działalności wspierającej (sekcja N), przetwórstwa przemysłowego (sekcja C), opieki zdrowotnej i pomocy społecznej (sekcja Q) oraz handlu (włączając naprawy pojazdów samochodowych) (sekcja G). Na poniższym rysunku przedstawiono udział osób niepełnosprawnych zatrudnionych w wybranych sekcjach PKD w ogólnej liczbie zatrudnionych niepełnosprawnych.



Rys. 22. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych według sekcji PKD

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Pracujący w gospodarce narodowej w 2021 roku* (2022)

W 2021 roku najwięcej niepełnosprawnych było zatrudnionych w administracji (około 30,3% w ogóle zatrudnionych niepełnosprawnych). Drugą sekcją, w której było zatrudnionych najwięcej niepełnosprawnych była sekcja przetwórstwa przemysłowego. Zatrudnionych w niej było około 23,5% wszystkich pracujących niepełnosprawnych. Sekcja opieki zdrowotnej była trzecią pod względem zatrudnienia niepełnosprawnych według sekcji PKD (około 10,4% w ogóle zatrudnionych niepełnosprawnych). Czwartą sekcją, w której było zatrudnionych najwięcej osób niepełnosprawnych to sekcja handlu. Zatrudniano w niej 9,5% ogółu zatrudnionych niepełnosprawnych (Rys. 22).

W poniższej tabeli przedstawiono wielkość zatrudnienia niepełnosprawnych w wyżej wymienionych sekcjach PKD w latach 2016 i 2021. Wskazano również różnicę i dynamikę zmian wielkości zatrudnienia w tych sekcjach.

Tabela 2

Wskaźnik dynamiki zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wybranych sekcjach PKD

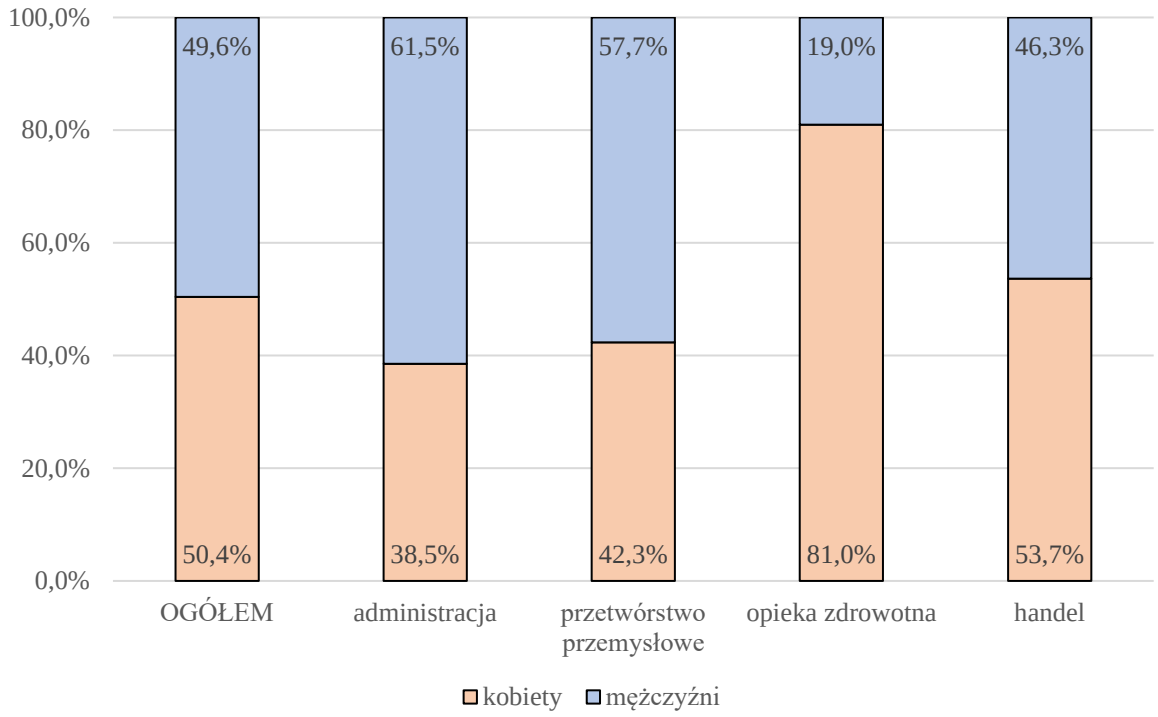
Sekcja PKD	2016	2021	Różnica	Dynamika
Administracja	110842	102263	-8579	92,26%
Przetwórstwo przemysłowe	85426	79123	-6303	92,62%
Opieka zdrowotna	30012	35204	5192	117,30%
Handel	31499	32059	560	101,78%
Ogółem	**332236**	**337010**	4774	101,44%

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Pracujący w gospodarce narodowej* (2016), *Pracujący w gospodarce narodowej* (2021)

W okresie od 2016 do 2021 roku odnotowano wzrost liczby osób niepełnosprawnych zatrudnionych w Polsce o ponad 4,7 tys. Stanowi to wzrost o 1,44%. Najwyższy przyrost liczby zatrudnionych odnotowano w sekcji opieki zdrowotnej (o ponad 5 tys.). Szacuje się, że liczba zatrudnionych niepełnosprawnych w badanym okresie wzrosła o 17,3%. Najwyższy spadek zatrudnienia w badanym okresie zaobserwowano w sekcji administracji (o ponad 8,5 tys.) oraz przetwórstwa przemysłowego (o ponad 6,3 tys.). Stanowi to spadek zatrudnienia niepełnosprawnych o 7,74% w sekcji administracji i 7,38% w sekcji przetwórstwa przemysłowego (Tabela 2).

Kobiety na rynku pracy mogą zmagać się z dyskryminacją. W jej wyniku zdobycie zatrudnienia może być znacząco utrudnione. Do grupy dyskryminowanej na rynku pracy zaliczane są również osoby niepełnosprawne. Niepełnosprawne kobiety mogą zatem napotkać znaczące problemy z zatrudnieniem (*Kobiety z niepełnosprawnością na rynku pracy- sytuacja społeczna i zawodowa*, 2014).

Na poniższym rysunku dokonano podziału zatrudnionych osób niepełnosprawnych według płci w wybranych sekcjach PKD w 2021 roku.



Rys. 23. Podział zatrudnionych osób niepełnosprawnych według płci w wybranych sekcjach PKD w 2021 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Pracujący w gospodarce narodowej* (2021)

Niepełnosprawne kobiety w 2021 roku stanowiły 50,4% wszystkich zatrudnionych niepełnosprawnych. Oznacza to, że sytuacja niepełnosprawnych kobiet na rynku pracy jest podobna do sytuacji niepełnosprawnych mężczyzn. Największych szans zatrudnienia niepełnosprawne kobiety mogą doszukiwać się w sekcji opieki zdrowotnej. Udział kobiet w zatrudnieniu ogółem niepełnosprawnych w tej sekcji wynosił aż 81% (Rys. 23).

3. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych w świetle wybranych teorii ekonomicznych

3.1. Podejście do zatrudniania w neoklasycznych teoriach ekonomicznych

Neoklasyczna szkoła ekonomiczna od XX wieku stała się głównym nurtem mikroekonomicznym. Prekursorami szkoły neoklasycznej, zwanym również marginalizmem, byli między innymi: Alfred Marshall, Leon Warlas oraz William Jevons. Charakterystyczną cechą ekonomii neoklasycznej jest wykorzystanie metod oraz technik badawczych podobnych do tych wykorzystywanych w naukach ścisłych.

Obecnie neoklasycyzm skupia się na zależnościach między popytem a podażą na różnych rynkach oraz tym, w jaki sposób wpływają one na wysokość cen, wielkość produkcji i podział bogactwa. Według modelu neoklasycznego podmioty gospodarujące kierują się pewnymi zasadami takimi jak:

- racjonalne zachowanie,
- dostęp do pełnych i doskonałych informacji, na podstawie których dokonują działań,
- głównym celem konsumentów jest maksymalizacja użyteczności, a przedsiębiorstw maksymalizacja zysku,
- jednostki cechują się egoizmem,
- jednostki mają bardzo podobne bądź identyczne preferencje dotyczące użyteczności (SOLEK 2010).

Podstawy neoklasycznej teorii podejmowania decyzji zostały opisane w XVIII wieku przez Daniela Bernoulliego w koncepcji oczekiwanej użyteczności. Koncepcja została rozwinięta w XX wieku przez Johna von Neumana i Oskara Morgensterna. Opisuje ona działania maksymalizujące użyteczność z wykorzystaniem zasady homo oeconomicus, czyli zasady racjonalnego zachowania (OSTAPIUK 2019). Zachowanie racjonalne cechuje się takimi regułami jak:

- możliwość porównywania dwóch dowolnych opcji pod względem użyteczności (kompletność preferencji),
- wybieranie najlepszej lub równie dobrej co pozostałe opcji wyboru,
- odrzucenie opcji wyboru, która mogłaby wpłynąć na obniżenie użyteczności (SOLEK 2010) (MICHALIK-JEŻOWSKA 2019).

Zasady te mają odniesienie do współczesnego rynku pracy, na którym pracodawcy starają się unikać zatrudniania osób z orzeczeniem o niepełnosprawności w przekonaniu, że taka decyzja może generować dodatkowe koszty lub obniżyć wydajność pracy.

Neoklasyczna szkoła ekonomiczna opisuje również zależności zachodzące na rynku pracy, czyli dążenie do równowagi popytu na pracę oraz podaży pracy. Za towar na takim rynku uznaje się kapitał ludzki. Kapitał ludzki definiowany jest jako niematerialny zasób przedsiębiorstwa, który składa się w głównej mierze z kapitału intelektualnego. Kapitał intelektualny natomiast rozumiany jest jako zbiór osobistych cech pracownika. Do tych cech można zaliczyć:

- wiedzę,
- umiejętności,
- doświadczenie zawodowe,
- cechy psychologiczne,
- zachowanie,
- zdrowie (LISTWAN 2005).

Wymienione cechy wpływają na efektywność i wydajność pracy pracowników. Dla przedsiębiorstwa mogą być źródłem dochodów. Również pracownik może uzyskać z tego tytułu korzyści finansowe. Kapitał ludzki ma charakter jakościowy.

Niepełnosprawność w opinii publicznej kojarzona jest z obniżoną wydajnością. Można wyróżnić niepełnosprawność wrodzoną oraz nabytą. Niepełnosprawność wrodzona charakteryzuje się tym, że jej wystąpienie jest związane najczęściej z wadami genetycznymi. Osoby z niepełnosprawnością wrodzoną mierzą się z dysfunkcjami organizmu od urodzenia lub od wczesnych lat życia. Natomiast niepełnosprawność nabyta charakteryzuje się wystąpieniem dysfunkcji najczęściej wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Pracownicy z orzeczeniem o niepełnosprawności cechują się pogorszonym stanem zdrowia. Na ogólny stan zdrowia osoby niepełnosprawnej wpływa rodzaj niepełnosprawności. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) stosuje prosty podział niepełnosprawności na ruchową, intelektualną, wzrokową i słuchową. Bez wątpienia najczęściej zatrudnianymi osobami z orzeczeniem o niepełnosprawności są osoby niepełnosprawne ruchowo. W zależności od wykonywanej pracy dysfunkcje ruchowe nie muszą skutkować obniżoną wydajnością pracy.

Osoby z niepełnosprawnością nabytą często są osobami posiadającymi wiedzę, umiejętności oraz doświadczenie zdobyte w pracy zawodowej. Należy zauważyć, że niepełnosprawność może wynikać z wypadku przy pracy i nie zawsze skutkuje niezdolnością do niej. W przypadku osób niepełnosprawnych, zwłaszcza z niepełnosprawnością nabytą, aspekt zawodowego doświadczenia i umiejętności nie ulega regresowi. Oczywiście zależne to jest od rodzaju niepełnosprawności oraz wykonywanego zawodu.

Wartość kapitału ludzkiego może zostać podniesiona w wyniku inwestycji w wykształcenie pracownika. Wpływ na tę wartość ma także życie zawodowe i osobiste pracownika (SKROK I IN. 2019). Do działań podnoszących jakość kapitału ludzkiego zalicza się:

- inwestycje w ochronę zdrowia oraz związanych z nią usług,
- przyprowadzanie szkoleń zawodowych,
- migracje zarobkowe ludności,
- dostosowanie kompetencji do bieżącego zapotrzebowania na rynku pracy,
- przeprowadzanie badań naukowych w celu poszerzania wiedzy na dany temat oraz możliwości jej zastosowania (DOMAŃSKI 1993).

W przypadku osób niepełnosprawnych ważną rolę odgrywa inwestycja w ochronę zdrowia pracowników. Wiąże się to z rehabilitacją zawodową, której celem jest złagodzenie skutków niepełnosprawności oraz podniesienie wydajności pracownika. Pracownik z orzeczeniem o niepełnosprawności może brać udział w szkoleniach zawodowych podnosząc tym samym swoje kwalifikacje i zwiększając konkurencyjność na rynku pracy.

Migracje zarobkowe, w przypadku osób niepełnosprawnych, mogą być problematyczne. Wynika to z faktu utrudnionego dostępu do mieszkania dostosowanego do potrzeb osoby niepełnosprawnej. Dostosowanie lub przekształcenie mieszkania w sposób uwzględniający zwalczenie barier architektonicznych wiąże się zwykle z wysokimi kosztami. Koszty modernizacji różnią się w zależności od rodzaju niepełnosprawności.

W przypadku niepełnosprawności nabytej orzeczenie może skutkować brakiem możliwości wykonywania dotychczasowego zawodu. Niepełnosprawny chcąc pozostać osobą aktywną zawodowo ma możliwość uczestniczenia w kursach (często organizowanych przez Powiatowy Urząd Pracy) pozwalających na zdobycie dodatkowych kwalifikacji. Nowe umiejętności pozwalają niepełnosprawnym zmienić zawód i stać się czynnym elementem rynku pracy.

Dużą rolę w zatrudnieniu niepełnosprawnych, osiąganiu kwalifikacji zawodowych oraz dostosowaniu miejsca pracy do ich potrzeb pełnią badania naukowe poświęcone identyfikacji barier w zatrudnieniu osób z orzeczeniem o niepełnosprawności i możliwościach ich przezwyciężenia.

Występujące w społeczeństwie nierówności społeczne są główną barierą w podnoszeniu wartości kapitału ludzkiego w wyniku nierówności społecznych obserwuję się zjawisko długotrwałego bezrobocia, ubóstwa czy wykluczenia społecznego. Utrzymanie się negatywnych zjawisk w społeczeństwie doprowadza do tak zwanej wyuczonej bezradności pewnych grup społecznych (KOLBER 2019). Wyuczona bezradność jest cechą, która stanowi barierę w poprawie warunków życiowych poprzez znikomą chęć podjęcia pracy, zmiany pracy lub podniesienia kwalifikacji zawodowych człowieka w wyniku osłabionej pewności siebie (MARSZAŁEK 2020).

Jedną z grup społecznych, których dotyka tak zwana wyuczona bezradność są osoby niepełnosprawne. Dysfunkcje organizmu powodują u tych osób zaniżoną pewność siebie, brak wiary w swoje możliwości i rozwój, obniżenie motywacji czy brak samodzielności. Te cechy wpływają na niechęć związaną z podjęciem pracy zarobkowej. Głównym powodem tej niechęci jest strach przed porażką oraz brak pewności siebie.

Należy zauważyć, że znaczna część osób niepełnosprawnych jest niezdolna do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej.

Pierwszymi neoklasykami, którzy utożsamiali problem bezrobocia skutkujący ubóstwem byli Marshall oraz Jevons. Jednak z czasem Arthur Pigou zaobserwował, że wpływ na jakość kapitału ludzkiego ma długookresowe bezrobocie. Przyjmuje się, że jest to stan pozostania bez pracy przez okres dłuższy niż 12 miesięcy w okresie 2 ostatnich lat (*Bezrobocie rejestrowane 1–4 kwartał 2021 r.,* 2022). Długotrwały okres pozostawania bez pracy wpływa na utratę nawyków związanych z regularnością wykonywania pracy oraz obniżenie kwalifikacji zawodowych i umiejętności.

Należy jednak zauważyć, że w neoklasycznych założeniach doskonałego rynku pracy każdy pracownik bez względu na wykształcenie, umiejętności i kwalifikacje zawodowe jest równie wydajny (KOTLORZ 2007) (ZWIECH 2013). Takie podejście do zatrudnienia pokazuje, że osoby z niepełnosprawnością są równie wydajne co osoby pełnosprawne. Jednak niepełnosprawność przyczynia się do utrudnień związanych z poszukiwaniem pracy. Istnieją przypadki występowania długotrwałego bezrobocia wśród osób z orzeczeniem o niepełnosprawności. Taki stan wpływa nie tylko na obniżenie umiejętności i kwalifikacji zawodowych, ale również na pogłębianie się zjawiska wyuczonej bezradności.

W ekonomii neoklasycznej na rynku pracy działa konkurencja doskonała. W myśl tej teorii pracodawcy i pracownicy są wobec siebie równi oraz posiadają identyczne informacje o rynku. Rynkiem kieruje podstawowy mechanizm dążący do zrównania popytu na pracę z podażą pracy. Na rynku pracy ceną jest wynagrodzenie za pracę (KRYŃSKA I IN. 1998).

W założeniu przedstawicieli ekonomii neoklasycznej pracodawca posiada informacje o korzyściach związanych z zatrudnieniem osób z orzeczeniem o niepełnosprawności. Pracodawca zaznajomiony jest między innymi z regulacjami prawnymi dotyczącymi zatrudniania osób niepełnosprawnych. Niepełnosprawny pracownik jest świadomy swoich praw i obowiązków związanych z zatrudnieniem. Pomimo przywilejów pracowniczych osób z orzeczeniem o niepełnosprawności pracodawca ma obowiązek wypłacać wynagrodzenie w takiej samej wysokości jak pozostałym pracownikom zatrudnionych na danym stanowisku.

Neoklasyczna teoria rynku pracy mówi o tym, że nierównowaga wynikająca z niedostosowania płacy realnej na rynku pracy ma charakter przejściowy. Taki sam charakter ma również bezrobocie, zwane bezrobociem frykcyjnym. W myśl tej teorii bezrobocie wynika z okresu poświęconego na poszukiwanie pracy przez absolwentów szkół lub okresem poświęconym na zmianę pracy. Pozostanie bez pracy jest dobrowolną decyzją człowieka w wyniku niechęci podjęcia pracy za określoną stawkę (wynagrodzenie). Według neoklasyków wysokość wynagrodzenia jest uzależnione od warunków, w jakich praca jest wykonywana. Im praca jest cięższa tym wynagrodzenie jest wyższe.

Teoria występowania bezrobocia naturalnego (frykcyjnego) dotyczy także osób z orzeczeniem o niepełnosprawności, co oznacza, że każda osoba niepełnosprawna, która wyraża chęć podjęcia pracy zarobkowej powinna znaleźć zatrudnienie w okresie nie dłuższym niż trzy miesiące. Barierą w możliwości podjęcia pracy mogą być dysfunkcje organizmu wynikające z niepełnosprawności, które uniemożliwiają wykonywanie pracy na danym stanowisku.

Szkoła neoklasyczna uznaje, że praca jest tak zwanym złem koniecznym. Jest przykrym obowiązkiem, który musi wypełniać każdy człowiek, by móc zaspokoić swoje potrzeby. Zaspokojenie potrzeb następuje wskutek zakupu dóbr i usług za otrzymane wynagrodzenie za pracę. Ludzie w ten sposób rekompensują sobie czas poświęcony na wypełnianie koniecznego obowiązku pracy (SMANDEK 1993) (FIGURSKA 2009).

W odniesieniu do osób niepełnosprawnych podjęcie pracy zarobkowej często bywa konieczne ze względu na niewystarczający dochód wynikający z niskich świadczeń socjalnych z zabezpieczenia społecznego osób niepełnosprawnych.

3.2. Miejsce osoby niepełnosprawnej w świetle teorii kapitału ludzkiego

Wywodząca się z teorii kapitału Irvinga Fishera teoria kapitału ludzkiego jest jedną z tych, które tłumaczą zjawisko występowania ubóstwa (WIECZOREK-SZYMAŃSKA 2010). Według danych Eurostatu w 2020 roku w Polsce 29,5% ludności z niepełnosprawnościami zostało zaliczonych do grupy zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. W Unii Europejskiej zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym jest około 28,7% ludności niepełnosprawnej (*The Europe 2020 indicator of at-risk-of-poverty or social exclusion AROPE by level of activity limitation*, 2018).

Pomysłodawcami teorii kapitału ludzkiego są Gary Becker i Jacob Mincer. Becker wyjaśnia wpływ edukacji na rozwój indywidualnych jednostek (pracowników) nazywając to inwestycją w kapitał ludzki. Poziom rozwoju indywidualnego pracownika bardzo często wpływa na wysokość jego zarobków. Kapitał ludzki, obok kapitału oraz ziemi, jest uznawany za jeden z czynników wpływających na wzrost gospodarczy państwa (GOLDIN 2019) (PIOTROWSKI I IN. 2021).

Cechą charakterystyczną inwestycji jest ponoszenie kosztów, a następnie czerpanie korzyści. Kosztami związanymi z inwestycją w edukację lub szkolenie są na przykład opłaty za studia, edukację w szkołach prywatnych oraz koszt utraconych zarobków w czasie podejmowania nauki. Z tego wynika, że nie każdy potencjalny pracownik lub przyszły pracownik może pozwolić sobie na inwestowanie w swój własny rozwój. Czynnikiem determinującym podjęcie inwestycji w kapitał ludzki jest pewność wyższych zarobków po podjęciu pracy zgodnej z wyuczonym zawodem.

Do grup społecznych które niechętnie podejmują się podnoszenia kwalifikacji zawodowych są zwykle przedstawiciele mniejszości na rynku pracy, w tym osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności. Następstwem braku inwestowania w ich rozwój jest występowanie zjawiska ubóstwa (BECKER 1975) (OLOBADE I IN. 2019) (ATTANASIO 2021).

Teoria kapitału ludzkiego wyjaśnia wpływ umiejętności, doświadczenia i kompetencji pracownika na wysokość jego zarobków. Najpopularniejszą sytuacją na rynku pracy dotyczącą wysokości wynagrodzenia pracownika jest ta opisana przez Beckera. Mianowicie wynagrodzenie osoby młodej dopiero zaczynającej karierę zawodową jest relatywnie niskie i oscylujące blisko płacy minimalnej. Wraz z wiekiem i doświadczeniem wysokość wynagrodzenia za pracę rośnie. Należy zauważyć, że wraz ze zbliżającym się wiekiem emerytalnym stawki wynagrodzenia za pracę mogą mieć tendencję malejącą.

Zdobywanie wykształcenia, podnoszenie kwalifikacji zawodowych lub zmiana tych kwalifikacji czy zdobywanie doświadczenia zawodowego w sformułowanej przez Beckera teorii rozumiana jest jako inwestycja w kapitał ludzki (BECKER 1975) (FIX 2018).

Inwestowanie w pracowników (kapitał ludzki) przyczynia się do wzrostu ich produktywności i wydajności. Wzrost zysków w firmie wynikający z wysokiego poziomu kapitału ludzkiego w przedsiębiorstwie determinuje wzrost płac pracowników (ISRAELSEN, YONKER 2017).

Nabyte doświadczenie oraz umiejętności pracownika sprawiają, że jest on wysoce konkurencyjny na rynku pracy, a co za tym idzie ryzyko utraty bieżącej pracy maleje. Dla osób bezrobotnych podniesienie kwalifikacji zawodowych lub zmiana kwalifikacji zawodowych jest szansą na zdobycie zatrudnienia.

Według Beckera czynniki demograficzne, narodowość, płeć czy status osoby niepełnosprawnej nie jest przeszkodą w zatrudnieniu. Przyczyną występowania bezrobocia według teorii kapitału ludzkiego jest niedostosowanie kwalifikacji i umiejętności kapitału ludzkiego do zgłaszanego przez pracodawców zapotrzebowania. Osoby bezrobotne powinny zainwestować w swój rozwój, co znacznie poprawi ich sytuację na rynku pracy (BECKER 1975). Inwestycje w rozwój kapitału ludzkiego nie oznaczają jednak, że każdy potencjalny pracownik na danym poziomie wykształcenia i z danymi kwalifikacjami zawodowymi będzie równie wydajny.

Wydajność, oprócz wspomnianych inwestycji w rozwój zawodowy, uzależniona jest od indywidualnych cech pracownika. Do tych cech zalicza się:

- zdolność do szybkiego nabywania wiedzy,
- możliwości finansowe potencjalnego pracownika, które mogą zostać przeznaczone na inwestycję w rozwój,
- otoczenie i status społeczny pracownika.

Są to cechy, na które pracodawca bardzo często zwraca uwagę. Możliwości szybkiego uczenia się oraz ambicje pracownika są czynnikiem wpływającym na chęć poniesienia kosztów przez pracodawcę w celu przeprowadzenia dodatkowych szkoleń dla pracowników oraz podniesienia ich kwalifikacji zawodowych i umiejętności. Wpływają one w przyszłości na zwiększenie wydajności pracy oraz wzrost zysków przedsiębiorstwa.

Teoria kapitału ludzkiego wyjaśnia większe zainteresowanie inwestowaniem w rozwój w szczególności osób młodych. Jedną z najważniejszych determinant podjęcia decyzji o podniesieniu kwalifikacji zawodowych są niskie zarobki osób początkujących na rynku pracy. Na decyzje wśród młodych o inwestowaniu w rozwój wpływa również dłuższa

perspektywa pracy zawodowej niż u osób starszych. Młodzież jest w stanie szybciej nabywać nowe umiejętności, co w znacznej mierze może przyczynić się do szybkiego wzrostu wynagrodzenia.

Coraz częściej zwraca się uwagę na usuwanie barier architektonicznych w jednostkach edukacyjnych w celu umożliwienia zdobycia wykształcenia osobom niepełnosprawnym. Pokonanie tych barier znacznie ułatwia niepełnosprawnej młodzieży uczestnictwo w zajęciach szkolnych i zdobywanie tych samych kwalifikacji co pełnosprawni rówieśnicy.

Pracownicy zbliżający się do wieku emerytalnego zwykle mają trudności z nabywaniem dodatkowych umiejętności. Zainteresowanie inwestycją w rozwój osób starszych jest bardzo niski. Skutkiem tego może być obniżenie wydajności, a co za tym idzie powolny wzrost wynagrodzenia za pracę w kolejnych latach pracy, a nawet jego obniżenie (EHRENBERG, SMITH 1991).

Niepełnosprawność (zwłaszcza nabyta) u osób zbliżających się do wieku emerytalnego w znacznym stopniu przyczynia się do obniżenia zdolności przyswajania nowej wiedzy. Wynika to z obniżenia chęci do pracy i zmęczenia. Należy zauważyć, że starsze osoby z niepełnosprawnością wykonujące prace na podobnych stanowiskach co osoby pełnosprawne wymaga od nich dodatkowego zaangażowania skutkującego wyższym poziomem zmęczenia niż osoby pełnosprawne.

Wysokość zarobków ma wpływ na wystąpienie zjawiska ubóstwa. Z tego wynika, że osoby starsze zbliżające się do schyłku kariery zawodowej w wyniku deprecjacji umiejętności są nim zagrożone. Jednak to młodzi ludzie są częściej narażeni na prowadzenie ubogiego życia w wyniku początkowo niskiego doświadczenia wpływającego na niskie wynagrodzenie.

Według Bane'a i Ellwoda pierwsze zagrożenie ubóstwem wśród młodych ludzi następuje w wyniku decyzji o prowadzeniu samodzielnego życia i wiążącą się z tym wyprowadzką z rodzinnego domu. Najczęściej jednak ta decyzja determinowana jest chęcią inwestycji we własny rozwój, dlatego też życie w tak zwanym ubóstwie w wyniku niskich dochodów trwa około 3-5 lat (BANE, ELLWOD 1986) (DAPEL 2018) (LUBRANO 2019).

W teorii kapitału ludzkiego wyróżniono dwa rodzaje kwalifikacji zawodowych siły roboczej. Są to kwalifikacje uniwersalne i specyficzne. Kwalifikacje uniwersalne charakteryzują się tym, że posiada je większość osób reprezentujących podaż pracy. Taki pracownik może wykonywać proste prace, które nie wymagają wysokiego wykształcenia oraz kosztochłonnych szkoleń. Inwestycje w rozwój pracownika z uniwersalnymi umiejętnościami są na niskim poziomie. Zajmowane przez takich pracowników stanowiska niskiego szczebla

wiąże się z niskim wynagrodzeniem za pracę. Specyficzne kwalifikacje wymagają wysokich nakładów na inwestycję w kapitał ludzki. Pracownicy z takimi kwalifikacjami o wiele częściej otrzymują ofertę pracy na stanowisko wysokiego szczebla, a co za tym idzie wysokim wynagrodzeniem za pracę. Różnicą w wymienionych dwóch rodzajach kwalifikacji siły roboczej jest to, że osoby z uniwersalnymi zdolnościami są bardziej zagrożone zwolnieniem z pracy niż osoby z kwalifikacjami specjalnymi (KOTLORZ 2007).

Ze względu na stan zdrowia i poziom wykształcenia osoby niepełnosprawne często znajdują się w grupie potencjalnych pracowników z uniwersalnymi kwalifikacjami. Dlatego też osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności najczęściej poszukują prac mało wymagających na stanowiskach niskiego szczebla. Również pracodawcy ze względu na korzyści związane z zatrudnieniem osoby niepełnosprawnej chętnie oferują stanowiska niewymagające wysokich kwalifikacji osobom z tej grupy społecznej. Nie wyklucza to jednak możliwości zatrudnienia osoby niepełnosprawnej na stanowiskach średniego i wysokiego szczebla, gdzie od pracownika oczekuje się odpowiednich kwalifikacji, których niepełnosprawni nie tracą po wystąpieniu niepełnosprawności nabytej.

3.3. Miejsce osoby niepełnosprawnej w świetle teorii segmentacji rynku pracy

Występowanie zjawiska bezrobocia jest skutkiem nierównowagi na rynku pracy. Podczas nasilenia tego zjawiska pod koniec XX i na początku XXI wieku ekonomiści szczególną uwagę zwrócili na pojęcie niejednorodności rynku pracy. Rynek pracy jest podzielony na podrynki, których przykładem są rynki regionalne oraz rynki wyróżniające się działalnością w zbliżonych zawodach (MUSIAŁ-PACZKOWSKA 2012) (BANIA 2017).

Według Kryńskiej nierównowaga rynku pracy prowadzi do wyłonienia segmentów będących systemowo uwarunkowanymi. Podział rynku pracy na tzw. segmenty oraz wskazywanie różnic w funkcjonowaniu podrynków wpisuje się w teorię segmentacji rynku (KRYŃSKA 1995) (MUSIAŁ-PACZKOWSKA 2012).

Segmentacja rynku pracy wynika z różnic na nim występujących, takich jak:

- różnice w wymaganiach na dane stanowisko pracy,
- różnice kulturowe,
- inne różnice.

Stawiane przez pracodawcę wymagania, często związane z kwalifikacjami zawodowymi i doświadczeniem oznacza, że nie każdy pracobiorca może zostać zatrudniony na dane stanowisko. Takie stanowiska określa się mianem stanowisk na wysokim szczeblu. Do

innych różnic wpływających na podział rynku pracy zalicza się tak zwane czynniki stworzone sztucznie. Do takich czynników należy wymóg stawiany przez pracodawcę związany z przynależnością do określonego stowarzyszenia, organizacji związkowej lub zrzeszenia. Inną przeszkodą doprowadzającą do segmentacji rynku są również uprzedzenia pracodawców do określonych grup społecznych (KRYŃSKA 2000) (MUSIAŁ-PACZKOWSKA 2012) (KRYŃSKA, KWIATKOWSKI 2013).

Ze względu na niepełnosprawność potencjalnego pracownika istnieją niskie szanse na zatrudnienie takiej osoby na stanowisku wysokiego szczebla. Należy zauważyć, że niepełnosprawność często jest oceniana przez pracodawców stereotypowo, to znaczy jest kojarzona z obniżoną wydajnością pracy. Często wpływa na odrzucenie aplikacji potencjalnego pracownika z orzeczeniem o niepełnosprawności na dane stanowisko. Jednak orzeczenie o niepełnosprawności czasem może postawić osobę starającą się o pracę w uprzywilejowanej pozycji. Powodem tego może być chęć podwyższenia wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych w przedsiębiorstwie w celu uzyskania korzyści ekonomicznych.

Segmentacja rynku pracy jest wykorzystywana głównie dla ułatwienia identyfikacji odpowiedniego rodzaju rynku i przyporządkowania do niego grup pracowników. Teoria segmentacji rynku opiera się głównie na:

- tradycyjnych podziałach rynku pracy,
- koncepcji dualnego rynku pracy,
- koncepcji w wewnętrznego i zewnętrznego rynku pracy (MUSIAŁ-PACZKOWSKA 2012) (KRYŃSKA, KWIATKOWSKI 2013).

Wyróżniono pięć tradycyjnych podziałów rynku pracy ze względu na:

- sektor gospodarki,
- położenie geograficzne,
- wykonywany zawód,
- kwalifikacje pracowników,
- specyficzne cechy pracowników (MUSIAŁ-PACZKOWSKA 2012) (KRYŃSKA, KWIATKOWSKI 2013).

Podział rynku pracy ze względu na sektor gospodarki charakteryzuje się zwiększonymi możliwościami zatrudnienia w sektorach rozwijających się i spadkiem zatrudnienia sektorach tracących znaczenie w gospodarce. Wyróżnia się trzy sektory gospodarki:

- I sektor, czyli rolnictwo, leśnictwo, rybołówstwo,
- II sektor, czyli przemysł i budownictwo,
- III sektor, czyli usługi (KOTLORZ 2013).

Wyróżnia się trzy etapy tzw. " chłonności rynku", czyli możliwości zatrudnienia w danym sektorze:

- pierwszy etap (agraryzacja), gdy najwyższe możliwości zatrudnienia występują w pierwszym sektorze gospodarki,
- drugi etap (industrializacja), gdy najwyższe możliwości zatrudnienia występują w drugim sektorze gospodarki,
- trzeci etap (serwicyzacja), gdy najwyższe możliwości zatrudnienia występują w trzecim sektorze gospodarki (UNOLT 1999) (BANIA 2017).

Najkorzystniejszą sytuacją na rynku pracy dla osób niepełnosprawnych jest serwicyzacja, gdyż w III sektorze gospodarki osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności mają największe szanse na zatrudnienie.

Wprowadzając podział rynku pracy z uwzględnieniem położenia geograficznego wyodrębniono pięć jego rodzajów:

- rynek lokalny,
- rynek regionalny,
- rynek krajowy,
- rynek transnarodowy,
- rynek globalny (MUSIAŁ-PACZKOWSKA 2012) (KRYŃSKA, KWIATKOWSKI 2013).

Lokalny rynek pracy umownie jest definiowany jako taki, w którym czas przebytej drogi do pracy pracownika jest nie dłuższy niż 1,5 godziny. Regionalny rynek pracy obejmuje obszary charakteryzujące się zbliżoną strukturą gospodarczą, podobnymi uwarunkowaniami historycznymi i kulturowymi. W Polsce za rynek regionalny uważa się teren województwa. Krajowy rynek pracy obejmuje terytorium danego kraju. Cechą gwarantującą spójność tego rynku są jednolite regulacje prawne dotyczące zatrudnienia.

Transnarodowy rynek pracy to zrzeszenie (organizacja) krajowych rynków pracy, w ramach którego wprowadzony jest swobodny przepływ zasobów (w tym zasobów ludzkich). Globalny rynek pracy opiera się na wzajemnej zależności państw oraz zwiększenia istotności powiązań międzynarodowych między przedsiębiorcami (OLEKSYN 2001) (DACH 2008).

Znaczna część osób niepełnosprawnych aktywnych zawodowo funkcjonuje na rynku lokalnym. Jest to związane z często występującym ograniczeniem mobilności osób z orzeczeniem o niepełnosprawności.

Podział ze względu na wykonywany zawód jest tłumaczony ograniczonym przepływem pracowników pomiędzy wykonywanymi zawodami. Jest to spowodowane koniecznością posiadania pewnych umiejętności i kwalifikacji w danych zawodach (KRYŃSKA 1995) (MUSIAŁ-PACZKOWSKA 2012).

Wyróżnia się trzy obszary rynku pracy z podziałem na kwalifikacje zawodowe:

- rynek pokolenia dorastającego,
- rynek pracowników z typowymi kwalifikacjami zawodowymi,
- rynek pracowników bez kwalifikacji zawodowych (MUSIAŁ-PACZKOWSKA 2012).

Rynek pokolenia dorastającego charakteryzuje się wysoką liczbą pracowników młodych i absolwentów szkół wyróżniających się wysokim potencjałem pod względem nabywania nowych umiejętności i kwalifikacji. Rynek pracowników z typowymi kwalifikacjami zawodowymi obejmuje pracowników posiadających umiejętności do wykonywania danego zawodu (np. murarz, tynkarz), natomiast rynek pracowników bez kwalifikacji zawodowych charakteryzuje się wysoką elastycznością zatrudnienia, czyli fluktuacją pracowników (KRYŃSKA 1995) (MUSIAŁ-PACZKOWSKA 2012).

Trudności w nauce, ograniczony dostęp do edukacji czy brak pewności siebie przyczynia się do zakwalifikowania osób niepełnosprawnych do rynku pracowników bez kwalifikacji zawodowych.

Ostatni tradycyjny podział rynku pracy charakteryzuje się wystąpieniem ryzyka wykluczenia ze względu na płeć, rasę lub niepełnosprawność (MUSIAŁ-PACZKOWSKA 2012) (MYNARSKA 2018).

Koncepcja dualnego rynku pracy opiera się na podziale na dwie części ze względu na charakterystykę pracowników i pracodawców. Podział może być dokonany ze względu na dostępność pracy dla potencjalnych pracowników, wysokość wynagrodzenia za pracę, poziom stabilizacji zawodowej oraz możliwości rozwoju zawodowego (KUKULAK-DOLATA 2018).

Pierwsza część dualnego rynku pracy, zwana pierwotnym rynkiem pracy, charakteryzuje się:

- objęciem atrakcyjnych miejsc w pracy,
- ograniczeniem dostępu do wykonywania pracy na tym rynku,
- miejscami pracy w przedsiębiorstwach o silnej pozycji rynkowej,
- wysokimi wymaganiami dotyczących wykształcenia pracowników oraz posiadanych kwalifikacji zawodowych i umiejętności,
- wysokim znaczeniem związków zawodowych,
- wysokim poziomem identyfikacji pracowników z przedsiębiorstwem,
- stabilnością zatrudnienia,
- możliwością awansu i rozwoju zawodowego,
- wysokimi wynagrodzeniami,
- koniecznością podnoszenia kwalifikacji zawodowych i umiejętności,
- wymaganiami dotyczącymi stosowania się do przyjętych norm, obyczajów i sposobów działania firmy (MUSIAŁ-PACZKOWSKA 2012).

Druga część dualnego rynku pracy, zwana także przez innych autorów wtórnym rynkiem pracy, charakteryzuje się:

- objęciem nieatrakcyjnych miejsc pracy,
- niskim poziomem warunków pracy,
- zatrudnieniem na stanowiskach w przedsiębiorstwach o niskiej pozycji rynkowej,
- wysokością zatrudnienia uzależnionej od wahań cyklu koniunkturalnego,
- niskim znaczeniem związków zawodowych,
- brakiem identyfikacji pracowników z przedsiębiorstwem i wykonywanym zawodem,
- niskimi kwalifikacjami zawodowymi,
- zagrożeniem marginalizacja społeczną (migranci, osoby niepełnosprawne, osoby w wieku przedemerytalnym),
- występowaniem wysokiej fluktuacji pracowników,
- brakiem możliwości rozwoju zawodowego,
- niskim poziomem wynagrodzenia,

– brakiem konieczności podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz umiejętności,

– brakiem zaangażowania w życie przedsiębiorstwa,

– brakiem całkowitego wykorzystania potencjału zasobów ludzkich (MUSIAŁ-PACZKOWSKA 2012).

Pierwotny rynek pracy dodatkowo został podzielony na rynek niezależny (górny) i rynek podporządkowany (dolny). Rynek niezależny obejmuje zawody wymagające wykazywania inicjatywy i kreatywności np. osoby wykonujące wolne zawody. Rynek podporządkowany obejmuje zawody, w których wymagana jest skrupulatność i zachowanie wysokiej dyscypliny pracy, np. robotnicy wykonujący skomplikowane prace (KRYŃSKA 1998a).

Przyczyną podziału rynku pracy na dwie części, według teorii dualnego rynku pracy, jest występowanie dyskryminacji na rynku pracy, różnice w zaangażowaniu do pracy pracowników oraz pozycje rynkowe przedsiębiorstw (KRYŃSKA 1998).

Osoby niepełnosprawne najczęściej doszukują się swoich szans zatrudnienia na rynku wtórnym. Powodami są tu: niedostateczne wykształcenie, brak poczucia własnej wartości czy brak mobilizacji. Praca podejmowana przez osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności może być traktowana jako dodatkowe źródło dochodu. W takiej sytuacji pracownik nie ma ambicji, by zająć wyższe stanowisko drogą awansu.

Podobnie jak w teorii kapitału ludzkiego niepełnosprawność (zwłaszcza nabyta) nie obniża kwalifikacji pracowników zatrudnionych na stanowiskach średniego lub wysokiego szczebla zaliczanych do rynku pierwotnego. Oznacza to, że osoby niepełnosprawne mogą być zatrudniane na rynku pierwotnym, choć częstszym zjawiskiem jest zatrudnianie niepełnosprawnych na stanowiskach rynku wtórnego.

Segmentacji rynku pracy dokonuje się w celu zaznaczenia nierówności w warunkach zatrudnienia i szansach dostępu do niejednorodnych miejsc pracy. Z tych założeń powstała koncepcja wewnętrznego i zewnętrznego rynku pracy, która została sformułowana w latach 50. XX wieku i rozwinięta w latach 60. przez Dunlopa, Doeringera i Piore.

Wewnętrzny rynek pracy regulowany jest normami oraz procedurami. Charakterystycznymi cechami tego w rynku są:

– ograniczony dostęp,

– długookresowe stosunki pracy,

– ściśle określone ścieżki awansu,

– występowanie niecenowej alokacji (KRYŃSKA 2000).

Ograniczony dostęp do rynku polega na ściśle określonych normach związanych z procesem rekrutacji pracowników. Oznacza to, że każdy pracownik przechodzi identyczny proces rekrutacji, wykluczając faworyzowanie potencjalnych pracowników. Długookresowe stosunki pracy charakteryzują się stabilnością oraz uregulowaniem prawnym. Na rynku wewnętrznym bardzo rzadko występują przypadki dostosowania umowy o pracę do potrzeb pracownika. Ściśle określone procedury dotyczące zatrudnienia oraz pracy są jednolite dla wszystkich pracowników. Normy oraz procedury obejmują również ścieżkę awansu pracownika oraz hierarchię obowiązującą w przedsiębiorstwie. Występowanie niecenowej alokacji pozwala pracownikom, oprócz ściśle określonych norm związanych z wynagrodzeniem, na dostosowanie niektórych aspektów wykonywanej pracy do potrzeb pracownika w celu zwiększenia wydajności jego pracy. Przykładem niecenowej alokacji jest swoboda w organizowaniu pracy (KRYŃSKA 2000).

Rynek wewnętrzny jest podzielony na dwa segmenty: segment zasadniczy i segment brzegowy. Segment zasadniczy charakteryzuje się:

- występowaniem w nim kluczowych dla przedsiębiorstwa stanowisk pracy,
- wymaganiem bardzo wysokich kwalifikacji zawodowych,
- wysokimi wynagrodzeniami,
- dużymi możliwościami awansu na wyższe stanowiska,
- stabilnością zatrudnienia,
- korzystnymi formami zatrudnienia (MUSIAŁ-PACZKOWSKA 2012) (BANIA 2017).

Natomiast segment brzegowy charakteryzuje się:

- występowaniem stanowisk pracy niezbędnych do funkcjonowania przedsiębiorstwa,
- wymaganiem niskich kwalifikacji zawodowych,
- niskimi wynagrodzeniami,
- ograniczonymi możliwości awansu na wyższe stanowiska,
- brakiem stabilności zatrudnienia,
- niekorzystnymi dla pracowników formami zatrudnienia (MUSIAŁ-PACZKOWSKA 2012) (BANIA 2017).

Podobnie jak w teorii dualnego rynku pracy osoby niepełnosprawne aktywne zawodowo najczęściej kwalifikują się do segmentu brzegowego wewnętrznego rynku pracy.

Zewnętrzny rynek pracy tworzą osoby:

- bezrobotne poszukujące pracy,
- pracującymi poszukującymi nowej pracy na lepszych warunkach,
- uczące się i wyrażające chęć podjęcia pracy (BANIA 2017).

Pracownicy z zewnętrznego rynku pracy mogą stać się elementami wewnętrznego rynku pracy w wyniku przejścia przez proces rekrutacji (zdobycie pracy). Wyróżnia się rekrutację standardową charakteryzującą się niską złożonością procedur, której celem jest obsadzenie szeregowych miejsc w pracy oraz rekrutację segmentową, w której od kandydatów oczekuje się określonych kwalifikacji zawodowych oraz umiejętności w celu obsadzenia stanowisk na wysokim szczeblu (MUSIAŁ-PACZKOWSKA 2012).

Szansą dla osób z orzeczeniem o niepełnosprawności jest wprowadzenie przez rząd norm prawnych promujących zatrudnienie osób niepełnosprawnych. Procedury rekrutacyjne, zwłaszcza standardowe, preferują wtedy zatrudnienie osób z orzeczeniem o niepełnosprawności na stanowiska niskiego szczebla w celu uzyskania dodatkowych korzyści finansowych.

Do innych teorii segmentacji rynku pracy zalicza się trójsegmentową koncepcję podziału rynku pracy. Teoria ta wyróżnia:

- zewnętrzny rynek pracy,
- rynek pracy zawodowej,
- wewnątrzzakładowy rynek pracy.

Zewnętrzny rynek pracy w tej teorii charakteryzuje się wysokim stopniem oddziaływania mechanizmu rynkowego na płacę oraz zatrudnienie. Rynek pracy zawodowej (rynek wewnętrzny) obejmuje pracowników należących do związków zawodowych, których celem jest negocjacja z przedsiębiorcami korzystnych dla obu stron warunków pracy. Wewnątrzzakładowy rynek pracy obejmuje relacje między pracodawcami a pracownikami. Do tych relacji zalicza się regulacje polityki personalnej w przedsiębiorstwie. Twórcą trójsegmentowej koncepcji podziału rynku pracy jest Clark Kerr (UNLOT 1999) (BANIA 2017). Podobny model został opisany przez Lutza i Sengenbergera. Dokonali oni podziału rynku pracy na:

- rynek niewykwalifikowanej siły roboczej,
- zawodowy rynek pracy,
- zakładowy rynek pracy.

Rynek niewykwalifikowanej siły roboczej obejmuje pracowników z podstawowymi kwalifikacjami zawodowymi mogących zajmować stanowiska niskiego szczebla. Zawodowy rynek pracy tworzą pracownicy o uniwersalnych kwalifikacjach zawodowych i umiejętnościach mogących podjąć pracę w branżowych przedsiębiorstwach, w których na dane stanowiska są wymagane konkretne umiejętności. Natomiast zakładowy rynek pracy tworzą pracownicy o wysokich kwalifikacjach zawodowych i umiejętnościach ściśle związanymi z działalnością przedsiębiorstwa (KRYŃSKA 2000).

Podobnie jak w tradycyjnym podziale rynku pracy ze względu na kwalifikacje zawodowe osoby niepełnosprawne są często zaliczane do rynku niewykwalifikowanej siły roboczej.

3.4. Teoria poszukiwań na rynku pracy jako wyjaśnienie przyczyn bezrobocia wśród niepełnosprawnych

Wyjaśnienie pojęcia bezrobocia frykcyjnego (naturalnego) jest częścią składową powstałej w latach 60. XX wieku koncepcji (teorii) naturalnej stopy bezrobocia. Jej pomysłodawcami byli Milton Friedman i Edmund S. Phelps. Według teorii naturalnej stopy bezrobocia zjawisko bezrobocia występuje nawet wtedy, gdy gospodarka znajduje się w stanie równowagi. Friedman uznał, że występowanie bezrobocia frykcyjnego jest wynikiem niedoskonałości modelu konkurencji doskonałej (GORDON 2018). Jednocześnie autorzy teorii zaznaczyli, że bezrobocie naturalne występujące na rynku pracy jest zjawiskiem przejściowym.

Do determinant wpływających na naturalną stopę bezrobocia zalicza się:

- poziom systemu informowania o wakatach (wolnych miejscach pracy),
- jakość instytucji państwowych,
- wysokość zasiłku dla osób bezrobotnych,
- system edukacji oraz jego elastyczność,
- poziom mobilności siły roboczej,
- zaawansowanie technologiczne (KWIATKOWSKI 2002) (KUCHARSKI 2014).

Z teorią naturalnej stopy bezrobocia związana jest w pewnym stopniu teoria poszukiwań na rynku pracy. Jej autorami są: E.S. Phelps, A.A. Alchian, C.C. Holt i D.T. Mortensen. Na przejrzystość rynku, według tej teorii, wpływa podział rynku pracy na subrynki (KWIATKOWSKI 2002) (SEKUŁA 2017). Teoria poszukiwań na rynku pracy rozwija jeden z czynników wpływających na naturalną stopę bezrobocia, mianowicie poziom systemu informowania o wolnych miejscach pracy (wakatach).

Teoria poszukiwań na rynku pracy zakłada, że:

– oferty pracy na rynku pracy są zróżnicowane pod względem wymagań wobec pracowników oraz proponowanego wynagrodzenia za pracę,

– osoby poszukujące pracy mają różne oczekiwania płacowe ze względu na poziom swoich kwalifikacji zawodowych,

– informacje na temat ofert pracy, wymagań oraz płac nie są doskonałe, co determinuje rozpoczęcie poszukiwań i zbierania informacji (KWIATKOWSKI 2002).

Zakłada się, że poziom systemu informowania potencjalnych pracowników o możliwościach zatrudnienia wiąże się z poniesieniem kosztów zarówno przez osobę bezrobotną poszukującą pracy jak i pracodawcę poszukującego pracownika na nieobsadzone stanowisko. Kosztem pracownika jest czas, jaki musi poświęcić na dotarcie do informacji o wolnych miejscach pracy. Natomiast koszty pracodawcy wiążą się najczęściej z kosztem alternatywnym wynikającym z obniżonych możliwości maksymalizacji zysku w wyniku niedoboru pracowników (FIGURSKA 2009).

Pracodawcy analizując korzyści wynikające z zatrudnienia osoby niepełnosprawnej decydują się na zamieszczenie w ofercie pracy dodatkowej informacji o możliwości zatrudnienia osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności. Zdarza się, że orzeczenie jest warunkiem koniecznym do podjęcia pracy u danego pracodawcy. Dla osób niepełnosprawnych jest to szansa na zdobycie zatrudnienia omijając konieczność konkurowania z pełnosprawnymi kandydatami na dane stanowisko, którzy przez znaczną część pracodawców w wyniku uprzedzeń są postrzegane jako bardziej kompetentne.

Ważnym elementem ofert pracy dla niepełnosprawnych jest nośnik przekazu informacji o wolnym miejscu pracy. Zamieszczenie oferty pracy w miejscu, gdzie osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności najczęściej poszukują informacji na temat możliwości zatrudnienia skraca czas poszukiwań, który w miarę wydłużania się generuje koszty zarówno dla potencjalnego pracownika jak i pracodawcy.

Należy zauważyć, że nie tylko osoby bezrobotne poszukują pracy, ale również osoby pracujące chcące zmienić miejsce pracy. Takie osoby są skłonne zaakceptować stan przejściowego bezrobocia.

Okres poszukiwań informacji na rynku pracy oraz dotarcia do informacji o wolnych miejscach pracy wpływa na proponowany poziom wynagrodzenia. Im okres poszukiwań jest dłuższy tym wynagrodzenie za pracę na wolnym stanowisku pracy jest wyższe. Im krótszy okres poszukiwań i dotarcia do informacji, tym proponowane wynagrodzenie na wolnym stanowisku pracy jest niższe (FIGURSKA 2009).

Tak zwana szerokość rynku pracy wpływa na zwiększenie możliwości zatrudnienia i skrócenia okresu poszukiwań pracy. Przez szerokość rynku pracy rozumiany jest zasięg terytorialny, na jakim osoba poszukująca pracy jest w stanie podjąć zatrudnienie.

Jak wynika z teorii segmentacji rynku i podziału rynku pracy z uwzględnieniem położenia geograficznego, osoby niepełnosprawne najczęściej ograniczają się do rynku lokalnego, tym samym zmniejszając sobie szanse na skrócenie okresu poszukiwań pracy. Duże znaczenie ma rodzaj niepełnosprawności, gdyż nie w każdym przypadku niepełnosprawność wpływa na mobilność pracownika.

Praktykowane jest wydłużanie okresu poszukiwań pracownika przez pracodawców nawet, gdy osoby chętne do pracy na danym stanowisku zgłaszają swoją kandydaturę. Powodem tego zjawiska jest chęć obsadzenia wolnego miejsca pracy pracownikiem z najwyższymi kompetencjami. Pracodawcy godzą się wtedy na poniesienie kosztów związanych z wydłużeniem okresu poszukiwań (FIGURSKA 2009).

Teoria poszukiwań na rynku pracy tłumaczy, że występowanie w gospodarce naturalnej stopy bezrobocia jest zjawiskiem powszechnym. Przejście w stan bezrobocia podczas poszukiwania pracy jest dobrowolne. Bezrobocie występuje nawet w przypadku zachowania równowagi na rynku pracy.

Ważnym elementem przy omawianiu podmiotów rynku pracy jest zwrócenie uwagi na ich różnorodność. Wśród osób poszukujących pracy objawia się to zróżnicowaniem w poziomie wykształcenia i kwalifikacji, co w następstwie wpływa na oczekiwania związane z wysokością wynagrodzenia za pracę. Zauważono, że aspiracje płacowe są tym wyższe, im osoba zainteresowana podjęciem pracy poświęciła więcej czasu na naukę i podnoszenie swoich kwalifikacji. Podniesienie kwalifikacji wiąże się również ze zwiększeniem szans na zatrudnienie z uwzględnieniem założeń dotyczących wynagrodzenia za pracę (KWIATKOWSKI 2002).

Coraz częściej zauważany jest dodatkowy podział na pracowników z prawem do świadczeń i bez prawa do świadczeń. Pracownicy z prawem do świadczeń są osobami pobierającymi rentę lub emeryturę. Zatrudnienie takich osób wiąże się często ze zmniejszeniem kosztów zatrudnienia, ponieważ ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych zapewnia szereg korzyści dla pracodawców zatrudniających pracowników z orzeczeniem o niepełnosprawności. Taka osoba (z prawem do renty) ma zwiększone szanse na zatrudnienie, gdy jej kwalifikacje zawodowe lub umiejętności są konkurencyjne.

Czas poświęcony na naukę i podnoszenie kwalifikacji zawodowych przez osobę bezrobotną lub chętną na zmianę dotychczasowej pracy nie zawsze wpływa na skrócenie czasu poszukiwań. Wynika to głównie z wygórowanych oczekiwań dotyczących wynagrodzenia za pracę, które może być wyższe niż proponowane przez pracodawcę. Jeżeli osoba poszukująca pracy nie zmniejszy swoich aspiracji płacowych lub gdy pracodawcy nie zdecydują się na podwyższenie proponowanego wynagrodzenia na oferowanym wolnym stanowisku pracy to czas poszukiwań się wydłuża (KWIATKOWSKI 2002).

Osoby niepełnosprawne traktujące pracę jako dodatkowe źródło dochodu (ich głównym źródłem dochodu są świadczenia socjalne) mają wyższą skłonność do akceptowania oferowanych przez pracodawców stawek płacowych.

4. Uwarunkowania zatrudniania osób niepełnosprawnych w wybranych państwach

4.1. Demograficzne uwarunkowania podaży pracy osób niepełnosprawnych w Unii Europejskiej

Jedną z głównych organizacji gromadzących dane statystyczne dotyczących osób niepełnosprawnych w Unii Europejskiej była ANED (The Academic Network of Disability Experts). Działała ona do lipca 2019 roku. Posiłkując się danymi z Eurostatu organizacja oszacowała, że około 80 milionów obywateli Unii Europejskiej to osoby niepełnosprawne (PRIESTLEY 2020).

ANED współpracowała z Komisją Europejską oraz dostarczała danych krajom członkowskim Wspólnoty. Do zakresu badań statystycznych organizacji należały takie dziedziny jak:

- demografia,
- zatrudnienie,
- edukacja,
- zdrowie,
- zabezpieczenie społeczne [5].

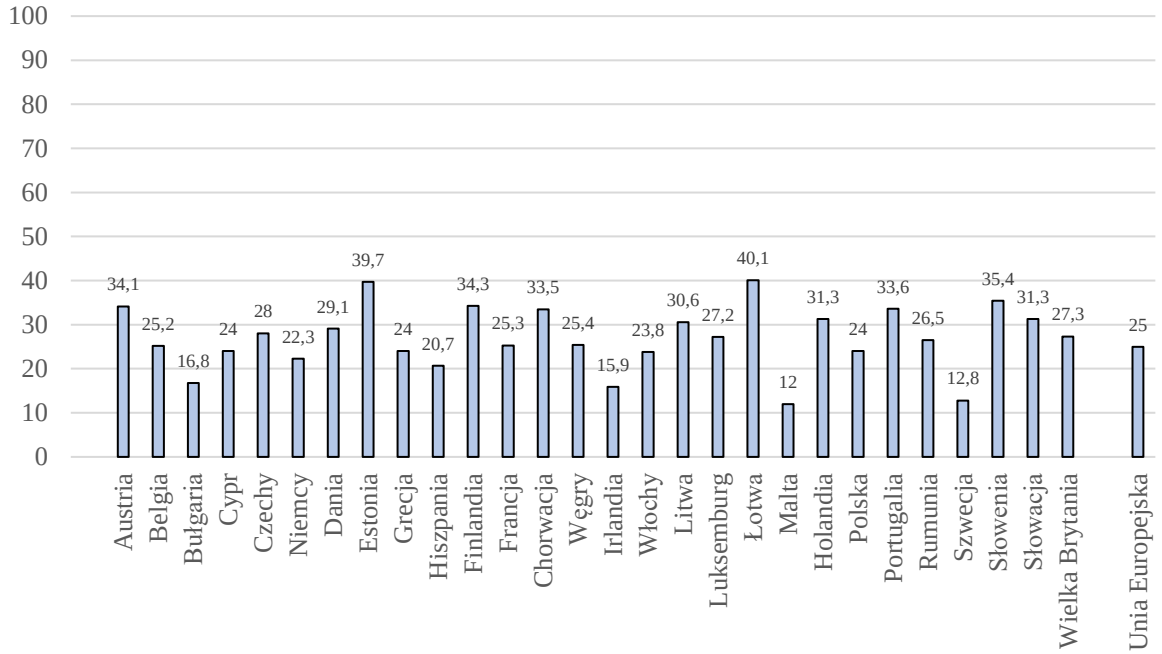
The Academic Network of Disability Experts opierała swoje dane statystyczne głównie na danych wtórnych zawartych w bazie danych Eurostatu oraz statystykach Unii Europejskiej w zakresie dochodów i warunków życia (EU-SILC). Organizacja ta podejmowała się również badań ankietowych, co często powoduje znaczne różnice danych w porównaniu z innymi instytucjami zajmującymi się ich gromadzeniem.

Za niepełnosprawną uznawana jest osoba, której stan zdrowia ograniczał funkcjonowanie organizmu w podstawowym zakresie przez okres dłuższy niż 6 miesięcy (PRIESTLEY 2020).

Głównym źródłem danych wykorzystanych w niniejszym rozdziale są tabele opublikowane na oficjalnej stronie ANED będące załącznikiem do opracowania zbiorczego zatytułowanego „Mainstreaming disability equality in the European Semester 2019-20 and retrospective analysis" (PRIESTLEY 2020).

[5] https://www.disability-europe.net (29.06.2021)

Na poniższym rysunku przedstawiono udział osób niepełnosprawnych w ogóle społeczeństwa w 2018 roku w państwach Unii Europejskiej.

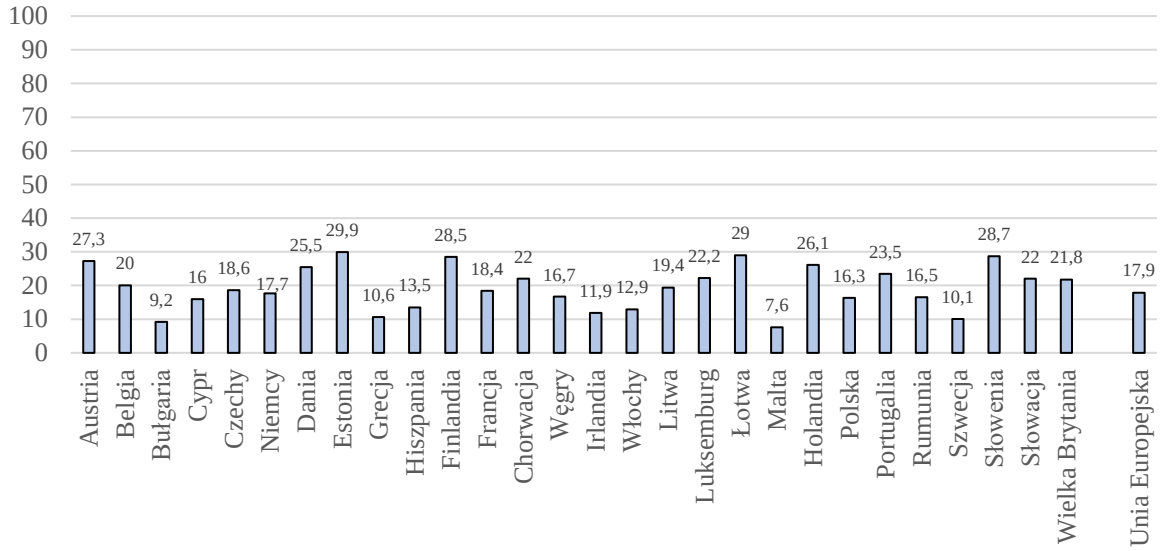


Rys. 24. Udział osób niepełnosprawnych w ogóle społeczeństwa w 2018 roku w państwach Unii Europejskiej (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Priestley M. (2020) *Mainstreaming disability equality in the European Semester 2019-20 and retrospective analysis* ANED, Unia Europejska

Według badań przeprowadzonych przez The Academic Network of Disability Experts w 2018 roku 25% obywateli Unii Europejskiej identyfikowało się jako osoby niepełnosprawne. W Polsce grupa osób niepełnosprawnych stanowiła 24%. Największy odsetek osób niepełnosprawnych odnotowano na Łotwie. Około 40,1% mieszkańców tego kraju zadeklarowało, że borykają się z obniżoną funkcjonalnością organizmu od ponad pół roku. Najniższy odsetek osób niepełnosprawnych w ogóle społeczeństwa odnotowano na Malcie, gdzie osoby niepełnosprawne stanowiły około 12% wszystkich obywateli (Rys. 24).

Na poniższym rysunku przedstawiono udział niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym w ogóle osób niepełnosprawnych w 2018 roku w państwach Unii Europejskiej.



Rys. 25. Udział niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym w ogóle osób niepełnosprawnych w 2018 roku w państwach Unii Europejskiej (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Priestley M. (2020) *Mainstreaming disability equality in the European Semester 2019-20 and retrospective analysis* ANED, Unia Europejska

W 2018 roku osoby niepełnosprawne w wieku produkcyjnym stanowiły 17,9% ogólnej liczby niepełnosprawnych obywateli Unii Europejskiej. W Polsce wskaźnik ten wyniósł 16,3% (Rys. 25). Warto zauważyć, że według statystyk prowadzonych przez Eurostat wiek produkcyjny to okres pomiędzy 15. a 64. rokiem życia[6].

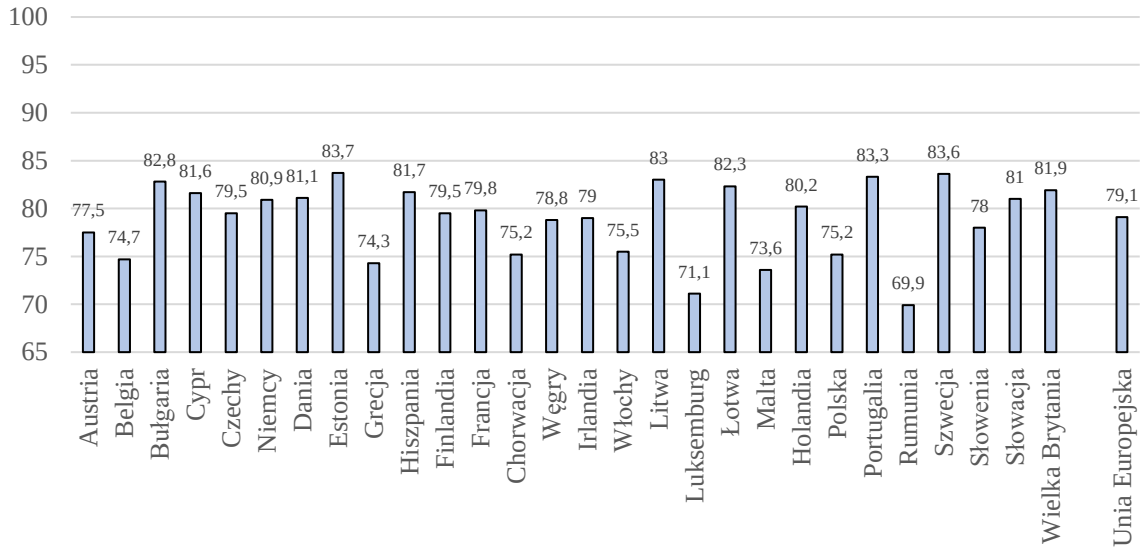
Najwyższy udział osób niepełnosprawnych w wieku 20-64 lat w ogóle osób niepełnosprawnych odnotowano w Estonii, gdzie wskaźnik ten wyniósł 29,9%, najniższą wartość tego wskaźnika odnotowano na Malcie. W 2018 roku w tym państwie udział osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym w ogóle osób niepełnosprawnych wyniósł 7,6% (Rys. 25).

Wśród osób niepełnosprawnych w wieku nieprodukcyjnym znaczący udział miały osoby w wieku poprodukcyjnym. W Unii Europejskiej osoby niepełnosprawne powyżej 64. roku życia stanowiły 48,5% wszystkich osób niepełnosprawnych. W Polsce osoby niepełnosprawne w wieku poprodukcyjnym stanowiły 50,6% wszystkich niepełnosprawnych obywateli.

[6] https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=1196&newsId=2500&furtherNews=yes (28.11.2022)

Najwyższy udział osób w wieku poprodukcyjnym w ogólnej liczbie osób niepełnosprawnych odnotowano na Łotwie (około 73,9%), natomiast najniższy udział osób w wieku poprodukcyjnym w ogólnej liczbie osób niepełnosprawnych odnotowano w Szwecji, gdzie wskaźnik wniósł 21,2% (PRIESTLEY 2020).

Na poniższym rysunku przedstawiono współczynnik aktywności zawodowej ogółem w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku.

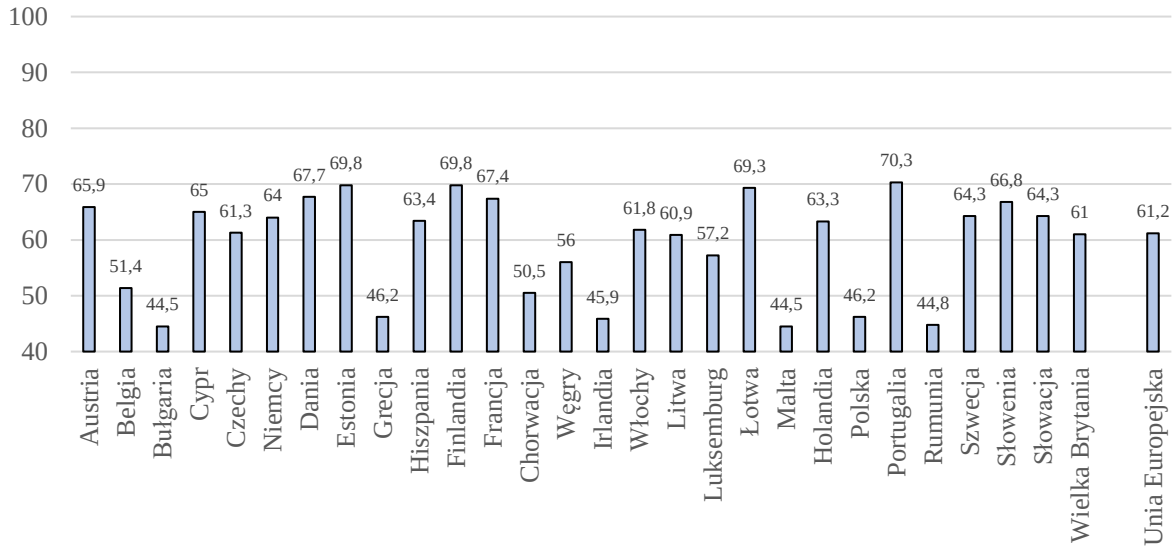


Rys. 26. Współczynnik aktywności zawodowej ogółem w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Priestley M. (2020) *Mainstreaming disability equality in the European Semester 2019-20 and retrospective analysis* ANED, Unia Europejska

Współczynnik aktywności zawodowej, czyli stosunek liczby osób aktywnych zawodowo do liczby osób w wieku produkcyjnym w Unii Europejskiej w 2018 roku wyniósł 79,1%. W Polsce w tym okresie wskaźnik ten wynosił 75,2%, czyli poniżej średniego poziomu w krajach Wspólnoty. Najwyższy wskaźnik aktywności zawodowej odnotowano w Estonii (83,7%), Szwecji (83.6%) oraz Litwie (83%). Najniższy wskaźnik aktywności zawodowej odnotowano w Rumunii (69,9%), Luksemburgu (71.1%) oraz na Malcie (73,6%) (Rys. 26).

Na poniższym rysunku przedstawiono współczynnik aktywności zawodowej niepełnosprawnych w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku. W każdym państwie Unii Europejskiej wskaźnik ten był niższy niż współczynnik aktywności zawodowej ogółem.

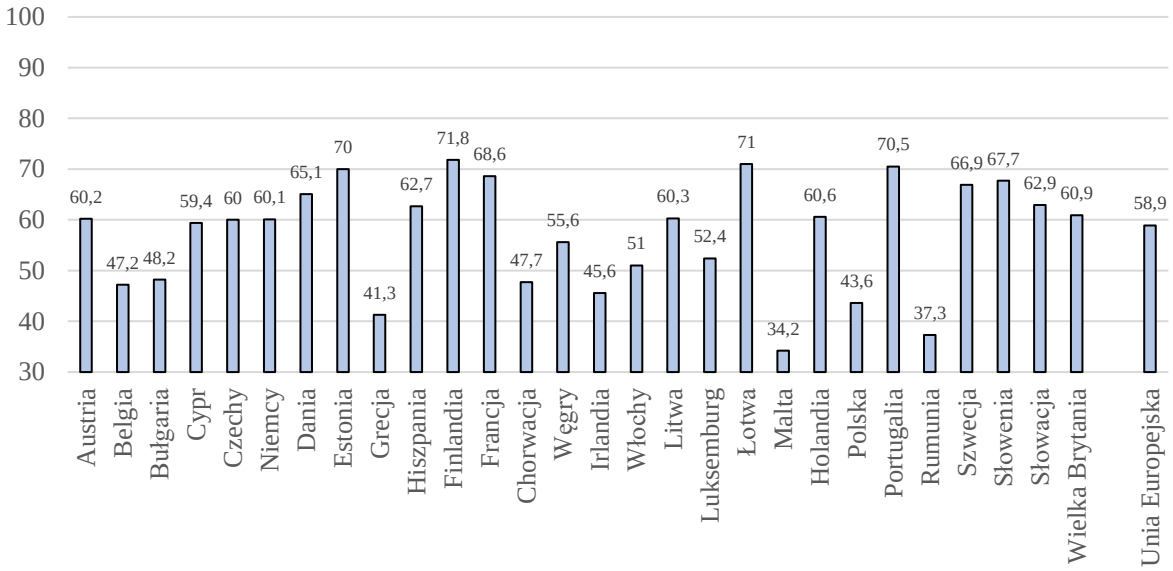


Rys. 27. Współczynnik aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Priestley M. (2020) *Mainstreaming disability equality in the European Semester 2019-20 and retrospective analysis* ANED, Unia Europejska

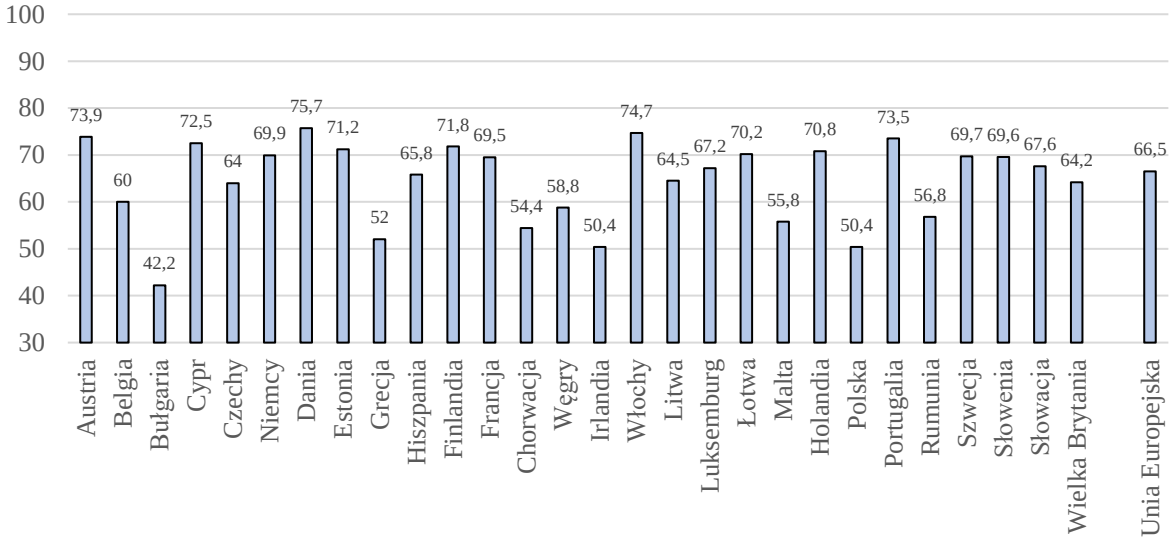
W 2018 roku współczynnik aktywności zawodowej niepełnosprawnych w Unii Europejskiej wyniósł średnio 61,2%. W Polsce w tym okresie wskaźnik ten ukształtował się na poziomie 46,2%, czyli poniżej średniego poziomu w krajach Wspólnoty. Polska jest trzecim krajem wraz z Grecją o najniższym współczynniku aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych wśród państw Unii Europejskiej. Najwyższy wskaźnik aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych odnotowano w Portugalii (70,3%), Estonii (69,8%) oraz Finlandii (69,8%). Najniższy wskaźnik aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych odnotowano na Malcie (44,5%) i w Irlandii (45,9%) (Rys. 27).

Na poniższych rysunkach przedstawiono współczynnik aktywności zawodowej niepełnosprawnych kobiet (Rys.28) i mężczyzn (Rys.29).



Rys. 28. Współczynnik aktywności zawodowej niepełnosprawnych kobiet w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Priestley M. (2020) *Mainstreaming disability equality in the European Semester 2019-20 and retrospective analysis* ANED, Unia Europejska



Rys. 29. Współczynnik aktywności zawodowej niepełnosprawnych mężczyzn w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Priestley M. (2020) *Mainstreaming disability equality in the European Semester 2019-20 and retrospective analysis* ANED, Unia Europejska

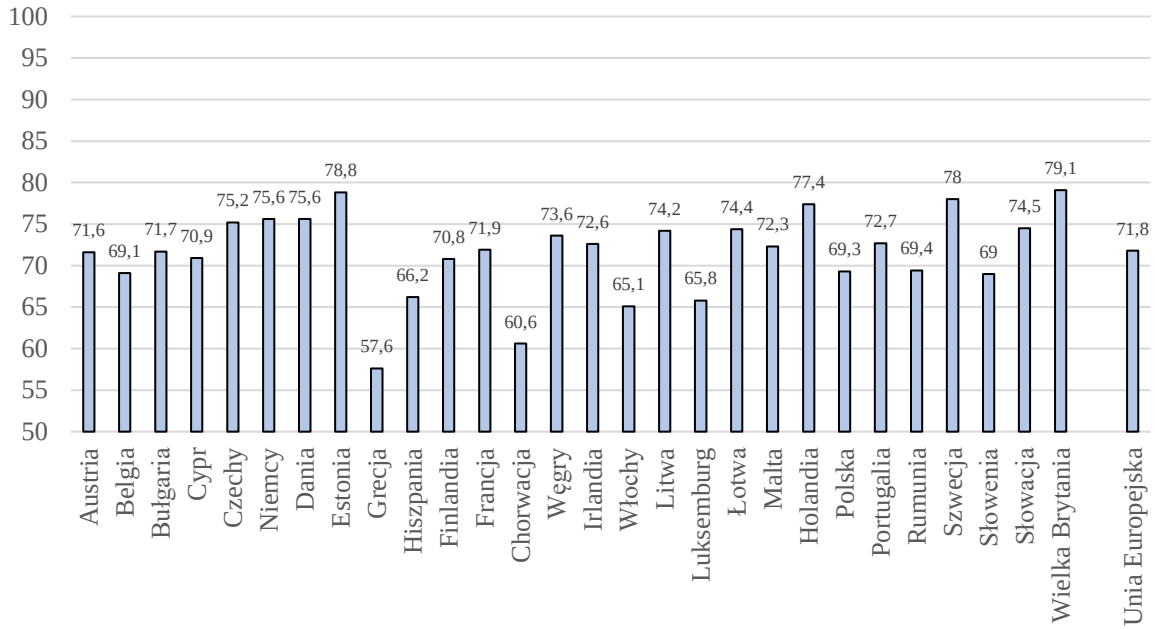
Współczynnik aktywności zawodowej niepełnosprawnych kobiet w 2018 roku w Unii Europejskiej wynosił średnio 58,9%. W Polsce w tym okresie wskaźnik ten wynosił 43,6%, czyli poniżej średniego poziomu w krajach Wspólnoty. Najwyższy współczynnik aktywności zawodowej niepełnosprawnych kobiet odnotowano w Finlandii (71,8%), Łotwie (71%) oraz Portugalii (70,5%), a najniższy poziom tego wskaźnika na Malcie (34,2%) i w Rumunii (37,3%) (Rys.28).

W 2018 roku współczynnik aktywności zawodowej niepełnosprawnych mężczyzn w Unii Europejskiej wyniósł średnio 66,5%. W Polsce w tym okresie, tak samo jak w Irlandii, wskaźnik ten wynosił 42,2%. Jest to drugi najniższy wskaźnik aktywności niepełnosprawnych mężczyzn w państwach Unii Europejskiej. Najwyższy współczynnik aktywności zawodowej niepełnosprawnych mężczyzn odnotowano w Danii (75,7%), Włoszech (74,7%) oraz Austrii (73,9%), a najniższy w Bułgarii (42,2%) (Rys. 29).

Współczynnik aktywności zawodowej niepełnosprawnych kobiet zwykle jest niższy niż niepełnosprawnych mężczyzn. W 2018 roku tylko w Bułgarii i Łotwie wskaźnik ten wśród niepełnosprawnych kobiet był wyższy niż wśród niepełnosprawnych mężczyzn. W Finlandii wskaźniki te miały taką samą wartość. U kobiet wystąpienie niepełnosprawności częściej przyczynia się do przejścia w stan bierności zawodowej niż u mężczyzn.

Wskaźnik zatrudnienia to stosunek liczby osób pracujących do ogólnej liczby osób w wieku produkcyjnym[7]. Na poniższym rysunku przedstawiono wielkość tego wskaźnika ogółem w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku.

[7] https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Employment_rate (28.11.2022)

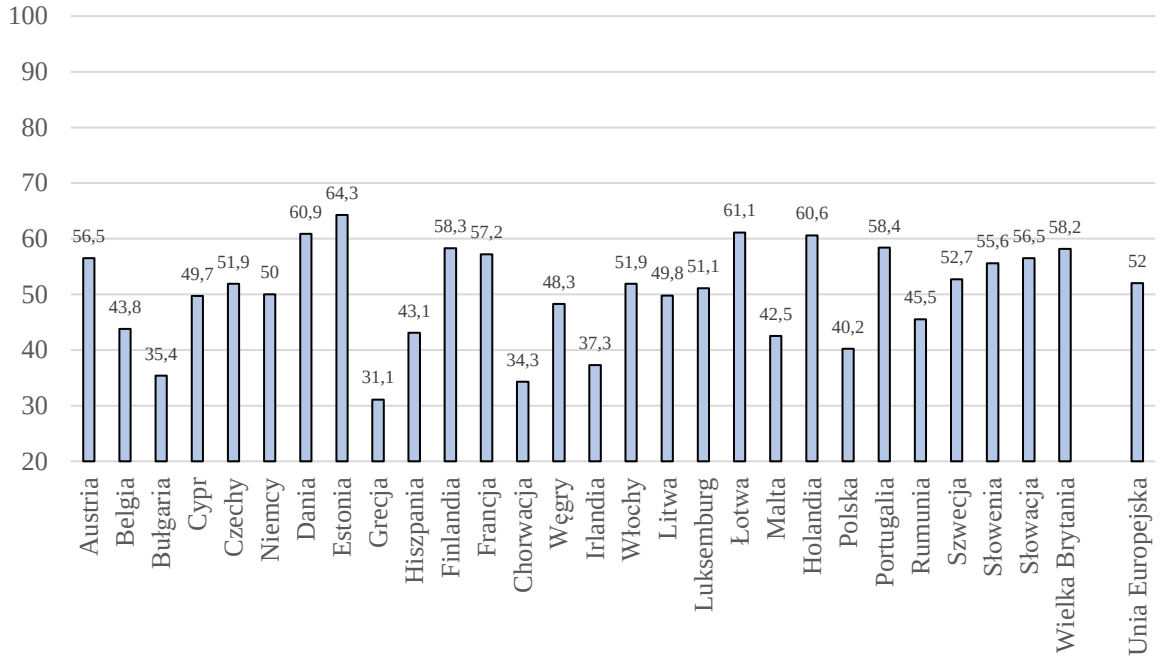


Rys. 30. Wskaźnik zatrudnienia ogółem w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Priestley M. (2020) *Mainstreaming disability equality in the European Semester 2019-20 and retrospective analysis* ANED, Unia Europejska

W 2018 roku wskaźnik zatrudnienia w Unii Europejskiej wynosił 71,8%. W Polsce w tym okresie wskaźnik ten wynosił 69,3%, czyli poniżej średniego poziomu w krajach Wspólnoty. Najwyższy wskaźnik odnotowano w Wielkiej Brytanii (79,1%), Estonii (78,8%) oraz Szwecji (78%), a najniższy w Grecji (57,6%) oraz Chorwacji (60,6%) (Rys. 30).

Na poniższym rysunku przedstawiono wielkość wskaźnika zatrudnienia niepełnosprawnych w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku.

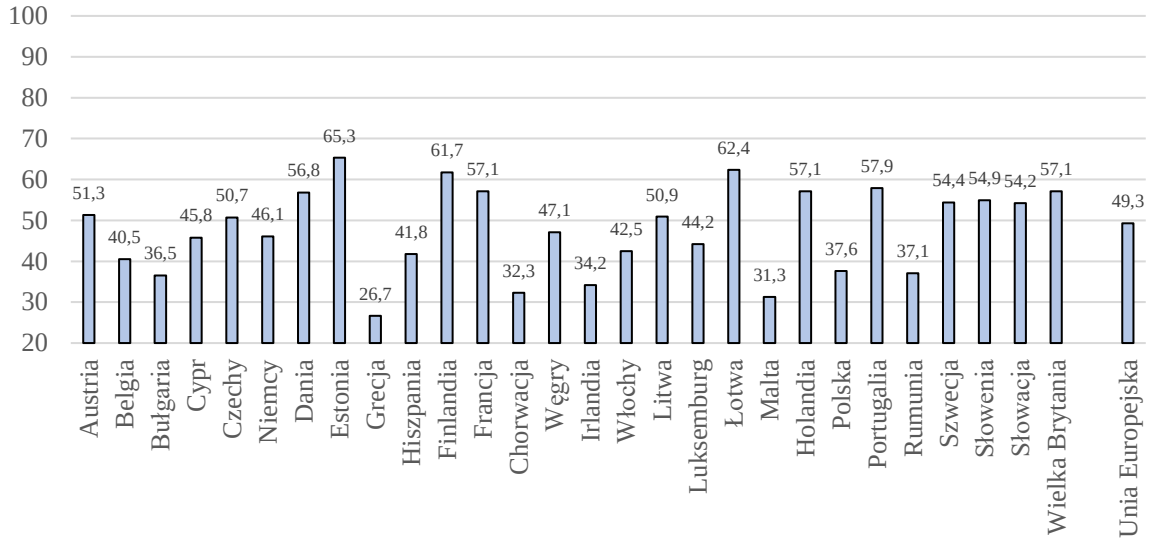


Rys. 31. Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Priestley M. (2020) *Mainstreaming disability equality in the European Semester 2019-20 and retrospective analysis* ANED, Unia Europejska

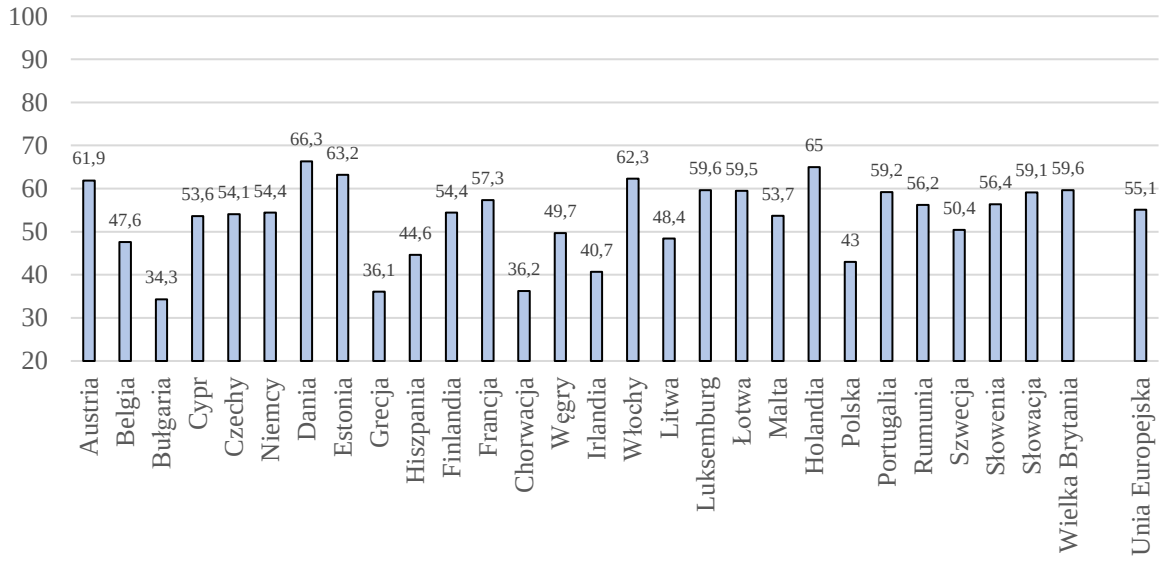
W 2018 roku wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w Unii Europejskiej wynosił 52%. W Polsce w tym okresie wskaźnik ten wynosił 40,2%, czyli poniżej średniego poziomu w krajach Wspólnoty. Najwyższy wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych odnotowano w Estonii (64,3%), Łotwie (61,1%), Danii (60,9%) i Holandii (60,6%), a najniższy w Grecji (31,1%) Chorwacji (34,3%) oraz Bułgarii (35,4%) (Rys. 31). We wszystkich państwach Unii Europejskiej wskaźnik zatrudnienia ogółem był wyższy od wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych.

Na poniższych rysunkach przedstawiono współczynnik aktywności zawodowej niepełnosprawnych kobiet (Rys.32) i mężczyzn (Rys.33).



Rys. 32. Wskaźnik zatrudnienia niepełnosprawnych kobiet w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Priestley M. (2020) *Mainstreaming disability equality in the European Semester 2019-20 and retrospective analysis* ANED, Unia Europejska



Rys. 33. Wskaźnik zatrudnienia niepełnosprawnych mężczyzn w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku (w %)

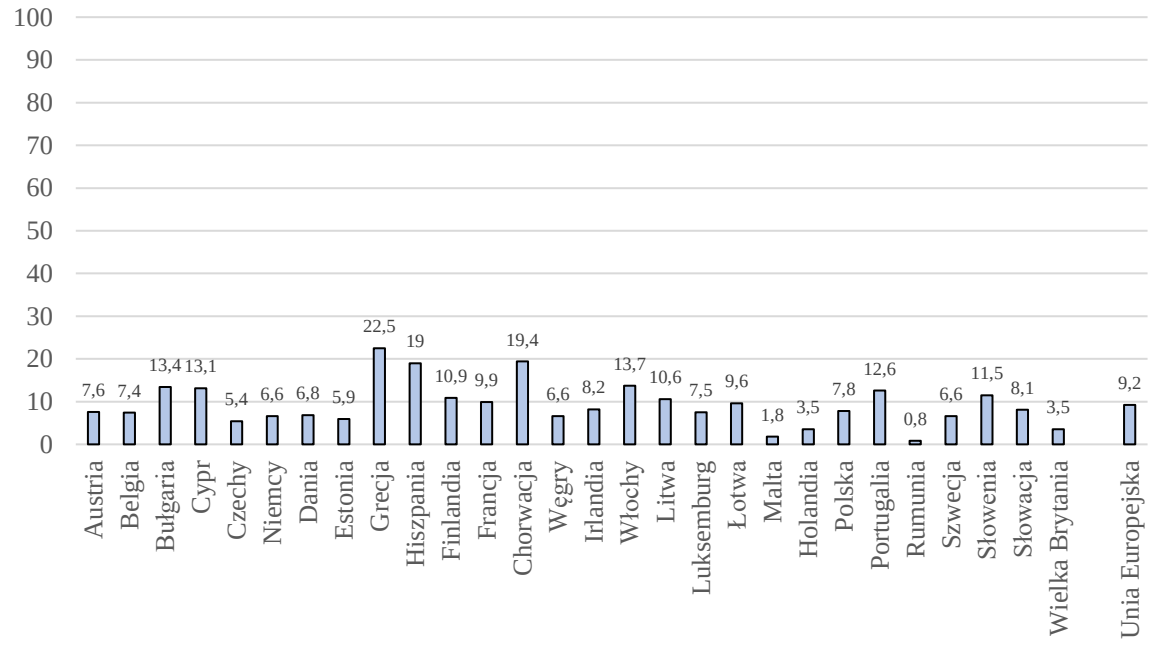
Źródło: opracowanie własne na podstawie Priestley M. (2020) *Mainstreaming disability equality in the European Semester 2019-20 and retrospective analysis* ANED, Unia Europejska

W 2018 roku wskaźnik zatrudnienia niepełnosprawnych kobiet w Unii Europejskiej wynosił 49,3%. W Polsce w tym okresie wskaźnik ten wynosił 37,6%, czyli poniżej średniego poziomu w krajach Wspólnoty. Najwyższy wskaźnik zatrudnienia niepełnosprawnych kobiet odnotowano w Estonii (65,3%), Łotwie (62,4%) oraz Finlandii (61,7%), a najniższy w Grecji (26,7%), na Malcie (31,3%) i w Chorwacji (32,3%) (Rys. 32).

W 2018 roku wskaźnik zatrudnienia niepełnosprawnych mężczyzn w Unii Europejskiej wynosił 55,1%. W Polsce w tym okresie wskaźnik ten wynosił 43%, czyli poniżej średniego poziomu w krajach Wspólnoty. Najwyższy wskaźnik zatrudnienia niepełnosprawnych mężczyzn odnotowano w Danii (66,3%), Holandii (65%) oraz Estonii (63,2%), a najniższy w Bułgarii (34,3%), Grecji (63,1%) i Chorwacji (36,2%) (Rys. 33).

Warto zauważyć, że w Bułgarii, Estonii, Finlandii, Litwie, Łotwie i Szwecji wskaźnik zatrudnienia niepełnosprawnych kobiet był wyższy niż wskaźnik zatrudnienia niepełnosprawnych mężczyzn. Może to oznaczać, że w tych krajach niepełnosprawne kobiety mają większą szansę na zatrudnienie niż mężczyźni.

Stopa bezrobocia to stosunek liczby osób bezrobotnych do liczby osób aktywnych zawodowo [8]. Na poniższym rysunku przedstawiono stopę bezrobocia w 2018 roku w państwach Unii Europejskiej.



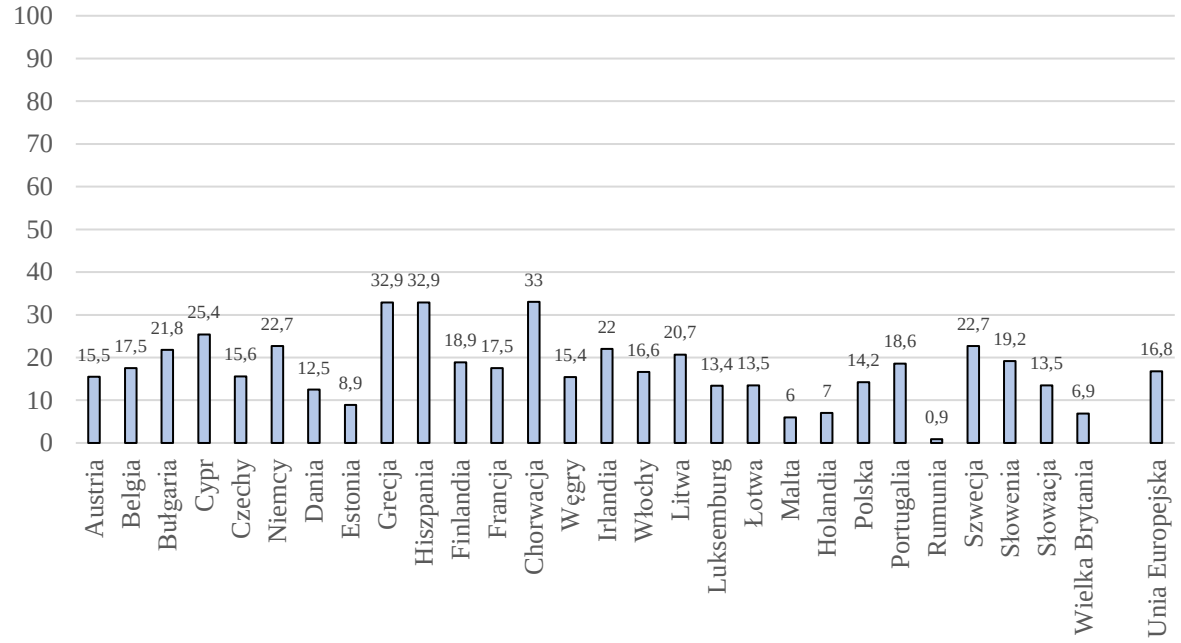
Rys. 34. Stopa bezrobocia w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Priestley M. (2020) *Mainstreaming disability equality in the European Semester 2019-20 and retrospective analysis* ANED, Unia Europejska

[8] https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Unemployment (28.11.2022)

W 2018 roku stopa bezrobocia w Unii Europejskiej wynosiła 9,2%. W Polsce w tym okresie wskaźnik ten wynosił 7,8%, czyli poniżej średniego poziomu w krajach Wspólnoty. Najwyższą stopę bezrobocia odnotowano w Grecji (22,5%), Chorwacji (19,4%) oraz Hiszpanii (19%), a najniższą w Rumunii (0,8%) oraz na Malcie (1,8%) (Rys. 34).

Na poniższym rysunku przedstawiono stopę bezrobocia niepełnosprawnych w 2018 roku w państwach Unii Europejskiej.



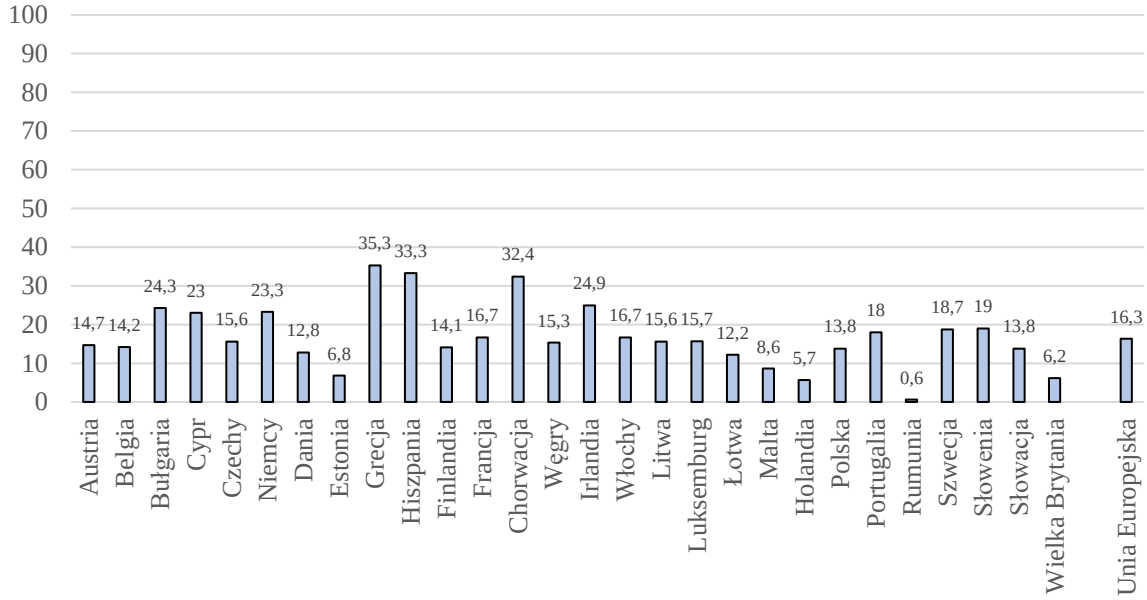
Rys. 35. Stopa bezrobocia osób niepełnosprawnych w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Priestley M. (2020) *Mainstreaming disability equality in the European Semester 2019-20 and retrospective analysis* ANED, Unia Europejska

W 2018 roku stopa bezrobocia osób niepełnosprawnych w Unii Europejskiej wynosiła średnio 16,8%. W Polsce w tym okresie wskaźnik ten wynosił 14,2%, czyli poniżej średniego poziomu w krajach Wspólnoty. Najwyższą stopę bezrobocia osób niepełnosprawnych odnotowano w Chorwacji (33%), Grecji (32,9%) oraz Hiszpanii (32,9%), natomiast najniższą w Rumunii (0,9%), Holandii (7%) oraz na Malcie (6%) (Rys.35).

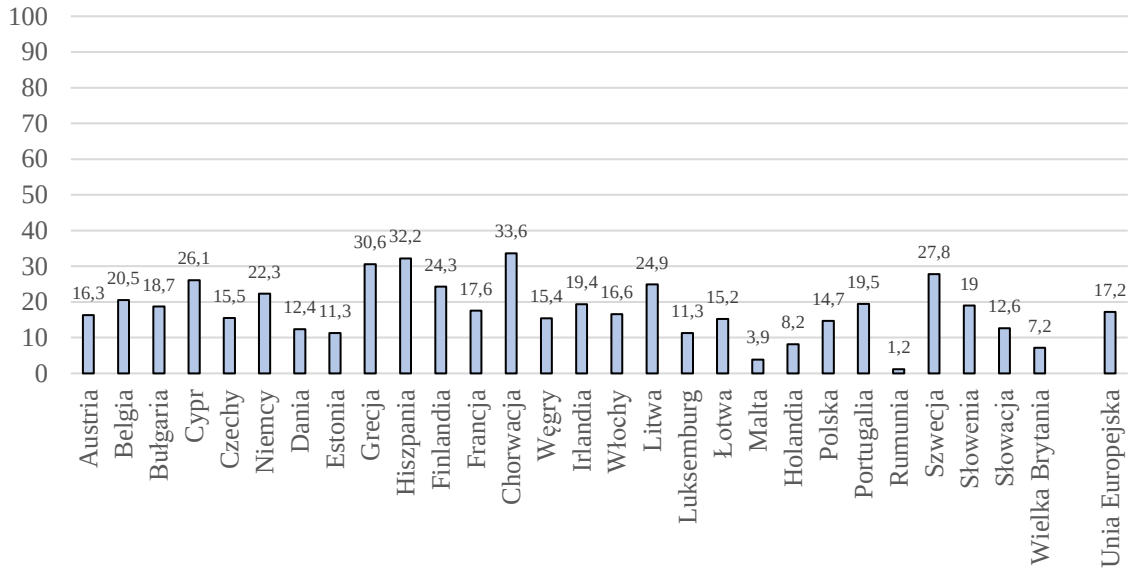
We wszystkich państwach Unii Europejskiej stopa bezrobocia ogółem była niższa niż stopa bezrobocia wśród osób niepełnosprawnych.

Na poniższych rysunkach przedstawiono stopę bezrobocia niepełnosprawnych kobiet (Rys.36) i mężczyzn (Rys.37) w państwach Unii Europejskiej.



Rys. 36. Stopa bezrobocia niepełnosprawnych kobiet w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Priestley M. (2020) *Mainstreaming disability equality in the European Semester 2019-20 and retrospective analysis* ANED, Unia Europejska



Rys. 37. Stopa bezrobocia niepełnosprawnych mężczyzn w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Priestley M. (2020) *Mainstreaming disability equality in the European Semester 2019-20 and retrospective analysis* ANED, Unia Europejska

W 2018 roku stopa bezrobocia niepełnosprawnych kobiet w Unii Europejskiej wynosiła średnio 16,3%. W Polsce w tym okresie wskaźnik ten wynosił 13,8%, czyli poniżej średniego poziomu w krajach Wspólnoty. Najwyższą stopę bezrobocia wśród niepełnosprawnych kobiet odnotowano w Grecji (35,3%), Hiszpanii (33,3%) oraz Chorwacji (32,4%), natomiast najniższą w Rumunii (0,6%), Holandii (5,7%) oraz Wielkiej Brytanii (6,2%) (Rys. 36).

W 2018 roku stopa bezrobocia niepełnosprawnych mężczyzn w Unii Europejskiej wynosiła średnio 17,2%. W Polsce w tym okresie wskaźnik ten wynosił 14,7%, czyli poniżej średniego poziomu w krajach Wspólnoty. Najwyższą stopę bezrobocia niepełnosprawnych mężczyzn odnotowano w Chorwacji (33,6%) i Hiszpanii (32,2%), zaś najniższą w Rumunii (1,2%), na Malcie (3,9%) oraz w Wielkiej Brytanii (7,2%) (Rys. 37). Do państw, w których stopa bezrobocia niepełnosprawnych kobiet roku była wyższa niż stopa bezrobocia niepełnosprawnych mężczyzn w 2018 roku należą: Bułgaria, Czechy, Niemcy, Dania, Grecja, Hiszpania, Irlandia, Włochy, Luksemburg, Malta oraz Słowacja.

Podobnie jak w Polsce w pozostałych krajach Unii Europejskiej poziom podstawowych wskaźników dotyczących rynku pracy pokazują, że wśród osób niepełnosprawnych istnieją niewykorzystane zasoby pracy, które w świetle nasilającego się zjawiska starzenia demograficznego mogą okazać się alternatywą łagodzącą jego skutki.

4.2. Regulacje prawne dotyczące zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wybranych państwach Unii Europejskiej

Jednymi z głównych dokumentów regulujących prawa osób niepełnosprawnych są Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej oraz Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Ich obowiązywanie wpływa na poprawę sytuacji ekonomicznej i społecznej osób niepełnosprawnych w krajach członkowskich. W 2011 roku Unia Europejska przystąpiła do Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, co rzutowało na opracowanie europejskiej strategii w sprawie niepełnosprawności na lata 2010-2020 [9].

Polityka zatrudnienia w Unii Europejskiej skupia się na równym traktowaniu obywateli Wspólnoty bez względu na płeć, rasę, obywatelstwo, religię, kulturę czy niepełnosprawność. We wszystkich państwach członkowskich istnieją zapisy prawne dotyczące zakazu dyskryminacji osób niepełnosprawnych. Unia Europejska skupia się na wykluczeniu nierównego traktowania osób niepełnosprawnych w kwestii zatrudnienia i warunków pracy.

[9] https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=pl&catId=1137 (03.07.2021)

Dyskryminacja może objawiać się także w kwestii wykonywania zawodów wysokiego szczebla, tj. uniemożliwienie pracy na stanowisku wysokiego szczebla osobom z orzeczeniem o niepełnosprawności (*Dyrektywa Rady 2000/78/WE*, 2000).

W zdecydowanej większości państw na mocy Dyrektywy 2000/78/WE pracodawcy zobowiązani są do dostosowania miejsc pracy i stanowisk pracy dla niepełnosprawnych pracowników z uwzględnieniem ich indywidualnych potrzeb. Tylko w trzech państwach Unii Europejskiej nie ma regulacji prawnych dotyczących tzw. rozsądnego dostosowania. Tymi państwami są Włochy, Rumunia i Bułgaria (BĄBA 2011).

W większości państw członkowskich Wspólnoty obowiązuje system kwotowy zatrudnienia niepełnosprawnych. Charakteryzuje się on obowiązkiem pracodawców do zatrudnienia określonej liczby osób niepełnosprawnych. System kwotowy może objawiać się także wymaganiem od pracodawców utrzymania określonego udziału osób niepełnosprawnych wśród zatrudnionych pracowników w przedsiębiorstwie (*Achieving Equal Employment Opportunities for People with Disabilities Through Legislation: Guidelines*, 2014).

Niezastosowanie się do obowiązujących przepisów dotyczących zatrudnienia osób niepełnosprawnych skutkuje nałożeniem kar finansowych na pracodawców lub odprowadzaniem dodatkowych opłat. Środki finansowe z nałożonych kar i opłat najczęściej zasilają budżet państwowych organizacji działających na rzecz osób niepełnosprawnych (KOZA 2016).

W większości krajów członkowskich system kwotowy ma charakter powszechny, tj. stosuje się go wobec wszystkich pracodawców. W Belgii, Irlandii i na Cyprze system ten obowiązuje jedynie w sektorze publicznym. Natomiast w Portugalii system kwotowy obowiązuje w sektorze administracji publicznej i sektorze prywatnym. Do państw, w których nie funkcjonuje system kwotowy należą: Dania, Estonia, Finlandia, Łotwa, Szwecja i Wielka Brytania (BĄBA 2011).

Próg wielkości podmiotów to wielkość zatrudnienia (w osobach) zobowiązująca przedsiębiorstwa do udziału w systemie kwotowym. W państwach Unii Europejskiej ten próg waha się od 16 do 50 pracowników (Tabela 3).

W poniższej tabeli przedstawiono progi wielkości podmiotów oraz progi udziału osób niepełnosprawnych w zatrudnieniu ogółem w państwach Unii Europejskiej, w których obowiązuje system kwotowy

Tabela 3

Progi wielkości zatrudnienia w podmiotach oraz progi udziału osób niepełnosprawnych w zatrudnieniu ogółem w państwach Unii Europejskiej, w których obowiązuje system kwotowy

Państwo	**Próg wielkości zatrudnienia w podmiotach**	**Próg udziału osób niepełnosprawnych w zatrudnieniu**
Austria	25	4%
Belgia	15 (zróżnicowany)	2% lub 2,5%
Bułgaria	50	od 4% do 10%
Cypr	cały sektor publiczny	10%
Czechy	25	4%
Niemcy	20	5%
Grecja	50	8% lub 5%
Hiszpania	50	2%, 3% lub 5%
Francja	20	6%
Węgry	20	5%
Irlandia	25 (cały sektor publiczny)	3%
Włochy	16	7%
Litwa	50	od 2% do 5%
Luksemburg	cały sektor publiczny i 25, 50 lub 300 w sektorze prywatnym	2%, 4% lub 5%
Malta	20	2%
Holandia	25	od 3% do 5%
Polska	25	2% lub 6%
Portugalia		2% lub 5%
Rumunia	50	4%
Słowenia	20	od 2% do 6%
Słowacja	20	3,20%

Źródło: opracowanie własne na podstawie Politaj A. (2006) *Kwotowy system zatrudniania osób niepełnosprawnych w wybranych krajach OECD i w Polsce* (w:) Kopycińska D. *Regulacyjna rola państwa we współczesnej gospodarce* Wydawnictwo Printgroup, Szczecin

Próg udziału osób niepełnosprawnych w zatrudnieniu ogółem jest różny w zależności od państwa. W prawie połowie państw Wspólnoty ten próg różni się w zależności od wielkości zatrudnienia w przedsiębiorstwie lub sektora, w jakim działa. Ciekawym przypadkiem jest Belgia, która jest podzielona na dwa regiony. Północna część kraju to Flandria, południowa natomiast to Walonia (KLEPKA 2014). We Flandrii próg wynosi 2%, a w Walonii 2,5%. W Bułgarii i Słowenii próg zatrudnienia niepełnosprawnych jest zależny od branży. W Grecji dla jednostek prywatnych ten próg wynosi 5%, natomiast dla jednostek publicznych 8%. W Hiszpanii, oprócz 2% progu dla jednostek publicznych i 3% progu dla jednostek prywatnych obowiązuje dodatkowo 5% próg dla administracji publicznej. W Holandii jest on negocjowany i wacha się między 3% a 5%. Na Litwie ten próg jest ustalany każdego roku i waha się między 2% a 5%. W Luksemburgu dla instytucji publicznych wynosi on 5%. W tym państwie przedsiębiorstwa prywatne zatrudniające od 25 do 49 pracowników muszą zatrudnić co najmniej jedną osobę niepełnosprawną. Dla przedsiębiorstw prywatnych zatrudniających od 50 do 299 pracowników próg zatrudnienia niepełnosprawnych wynosi 2%, a dla przedsiębiorstw prywatnych zatrudniających co najmniej 300 pracowników wynosi 4%. W Polsce natomiast w sektorze publicznym próg ten wynosi 2%, a w sektorze prywatnym 6%. W Portugalii udział osób niepełnosprawnych w zatrudnieniu ogółem w przedsiębiorstwach prywatnych musi wynosić co najmniej 2%, a w administracji publicznej co najmniej 5% (POLITAJ 2006).

Prawie we wszystkich krajach Unii Europejskiej osoby niepełnosprawne mają możliwość zatrudnienia w zakładach pracy chronionej. Zakłady pracy chronionej charakteryzują się dostosowaniem obowiązków zawodowych i stanowisk pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych w stopniu umiarkowanym i znacznym [10]. Jednym z celów takich zakładów jest aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych. W zakładzie pracy chronionej udział osób niepełnosprawnych w zatrudnieniu ogółem jest relatywnie wysoki. W krajach Unii Europejskiej udział ten wynosi od 30% do 80%, choć progi zatrudnienia niepełnosprawnych obowiązują tylko w 8 państwach (POLITAJ 2006).

[10] https://niepelnosprawni.gov.pl/p,72,zaklady-pracy-chronionej (29.11.2022)

Zakłady pracy, które uzyskały status zakładu pracy chronionej mogą korzystać z takich przywilejów jak:

– zwolnienie z opłat do odpowiedniej organizacji państwowej działającej na rzecz osób niepełnosprawnych,

– zwolnienie z podatku,

– dodatkowe wsparcie od organizacji państwowej działającej na rzecz osób niepełnosprawnych[11].

W znacznej większości państw Wspólnoty zakłady pracy chronionej prowadzą przeważnie działalność produkcyjną. W Grecji natomiast zakłady pracy chronionej przeważnie prowadzą działalność socjalną. Malta jest jedynym członkiem Unii Europejskiej, w którym zakład pracy nie może uzyskać statusu zakładu pracy chronionej (BĄBA 2011).

4.3. Umiejscowienie aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych w strategiach Unii Europejskiej

Unia Europejska w wielu dyrektywach i strategiach rozwoju dotyczących wszelkich dziedzin życia stara się uwzględnić potrzeby osób niepełnosprawnych. Jedną z tych dziedzin jest zatrudnienie. Praca jest gwarantem zdobycia niezależności ekonomicznej, chroni przed marginalizacją społeczną oraz buduje poczucie własnej wartości. We wszystkich krajach Unii Europejskiej wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych jest zdecydowanie niższy niż wskaźnik zatrudnienia ogółem. Według statystyk prawie 50% aktywnych zawodowo osób niepełnosprawnych ma trudności ze znalezieniem pracy. Unia Europejska stawia sobie za cel zwiększenie poziomu zatrudnienia niepełnosprawnych poprzez ich aktywizację zawodową oraz zwiększenie konkurencyjności na rynku pracy (PAZIK 2011).

W krajach Wspólnoty do osiągnięcia tego celu stosuje się wprowadzenie wcześniej opisanego systemu kwotowego lub systemu opartego na zapisach antydyskryminacyjnych. Część państw decyduje się na łączenie tych dwóch najbardziej popularnych systemów podnoszących zatrudnienie osób niepełnosprawnych (GARBAT 2005).

System oparty na zapisach antydyskryminacyjnych bazuje na prawach obywatelskich. Jego cel jest taki sam jak systemu kwotowego. W odróżnieniu od systemu kwotowego nie skupia się on na nakazie zatrudnienia osób z orzeczeniem o niepełnosprawności, a na konstytucyjnych prawach każdego obywatela. Każdy obywatel ma prawo do pracy i uznania

[11] http://www.watchdogpfron.pl/co-to-jest-zaklad-pracy-chronionej-zpchr/ (06.07.2021)

przez społeczeństwo. Osoby niepełnosprawne będąc obywatelami Unii Europejskiej mają prawo do bycia nie dyskryminowanymi zarówno w życiu społecznym jak i na rynku pracy. Dlatego też wszelkie dokumenty regulujące prawa osób niepełnosprawnych skupiają się na równym traktowaniu przez pracodawców wszystkich uczestników rynku pracy bez względu na płeć, kolor skóry czy niepełnosprawność. Taki system jest najczęściej stosowany w krajach wysoko rozwiniętych, charakteryzujące się zwykle niską stopą bezrobocia (GARBAT 2007).

Za politykę społeczną wobec osób niepełnosprawnych odpowiadają rządy państw członkowskich. Oznacza to, że ta polityka nie jest jednolita we wszystkich państwach Unii Europejskiej. Jednakże Unia stara się kształtować politykę społeczną na rzecz osób niepełnosprawnych za pomocą instrumentów, jakimi są priorytety dotyczące praw człowieka, traktaty i dyrektywy.

Najważniejszy traktat dotyczący osób niepełnosprawnych to Traktat Amsterdamski, w którym to zawarto zapisy dotyczące wzmożonych działań instytucji w zakresie zakazu dyskryminacji oraz aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych (*Traktat z Amsterdamu zmieniający Traktat o Unii Europejskiej, Traktaty ustanawiające Wspólnoty Europejskie oraz niektóre związane z nimi akty*, 1997) (PARZYMIES 1997). Na podstawie tego traktatu sporządzono w 1997 roku Europejską Strategię Zatrudnienia, do której celów należały między innymi:

- stworzenie równych szans na rynku pracy dla wszystkich obywateli Unii Europejskiej,
- zwalczanie bezrobocia z zastosowaniem aktywnych instrumentów,
- podwyższenie wskaźnika zatrudnienia ogółem oraz poszczególnych grup społecznych (*Polityka zatrudnienia*, 2021).

Strategia ta składa się z czterech filarów. Najistotniejszym dla osób niepełnosprawnych jest pierwszy filar, czyli zwiększenie możliwości uzyskania zatrudnienia. Do działań z tego zakresu należy przygotowanie osób niepełnosprawnych do pracy. Takie przygotowanie jest realizowane poprzez rehabilitację, szkolenia, podnoszenie kwalifikacji zawodowych, a co za tym idzie zwiększenia konkurencyjności na rynku pracy. Pozostałymi filarami tej strategii są: zwiększenie przedsiębiorczości, dostosowanie do zmian na rynku pracy i równość przy zatrudnieniu (MAJEWSKI 2003) (*Polityka zatrudnienia*, 2021).

W kolejnych latach Unia Europejska uchwaliła kolejne dwa ważne dokumenty dotyczące zakresu działań na rzecz pobudzenia aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych. Tymi dokumentami były:

- Rezolucja w sprawie równych szans w zatrudnieniu osób niepełnosprawnych z 1999 roku,
- Dyrektywa w sprawie ustanowienia ogólnych ram dla równego traktowania przy zatrudnieniu i wykonywaniu zawodu z 2000 roku.

Rezolucja zaleca stosowanie pośrednictwa pracy w sposób aktywny oraz tworzenie nowych miejsc pracy wykorzystując środki z Europejskiego Funduszu Społecznego. Dyrektywa dotyczy w znacznej mierze umożliwienia dostosowania miejsc pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych oraz tworzenie dla nich przyjaznych warunków w miejscu pracy.

Jedną z ważniejszych dyrektyw w dziecinie polityki społecznej wobec osób niepełnosprawnych jest Dyrektywa Rady Unii Europejskiej z 27 listopada 2000 r. ustanawiająca ogólne warunki ramowe równego traktowania w zakresie zatrudnienia i pracy, w której pierwszy raz zdefiniowano pojęcie dyskryminacji. Dyrektywy mają charakter obowiązkowy dla krajów członkowskich (PAZIK 2011).

Niestety w kolejnych latach zauważono, że zarówno wprowadzenie systemu kwotowego jak i wsparcie finansowe dla przedsiębiorstw w celu dostosowania miejsc pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych nie spełniły oczekiwań dotyczących znacznego wzrostu zatrudnienia osób niepełnosprawnych.

W 2010 roku odnowiono strategię (tzw. Strategię Lizbońską) z poprzedniego dziesięciolecia, w której szczegółowo opisano działania na rzecz osób niepełnosprawnych w takich dziedzinach życia jak: zatrudnienie, szkolenie, kształcenie, dostępność i równość (*Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności 2010-2020 (...),* 2010)

Aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych w unijnej polityce zatrudnienia obrała trzy podstawowe kierunki:

- programy rynku pracy skupione na osobach niepełnosprawnych,
- uwzględnienie osób niepełnosprawnych w polityce zatrudnienia,
- rozwój przedsiębiorczości wśród osób niepełnosprawnych (BECKER-PESTKA 2012).

Programy rynku pracy w Unii Europejskiej skupiają się na takich aspektach jak: pomoc w zatrudnieniu osobom niepełnosprawnym, utrzymanie się na stanowisku pracy oraz możliwość skorzystania ze specjalistycznych warsztatów zajęciowych lub pobyt w ośrodku specjalnym. Programy mogą przybrać charakter:

- zatrudnienia wspomaganego,
- zatrudnienia dotowanego,
- zatrudnienia kwalifikowanego,
- zatrudnienia chronionego,
- zatrudnienia socjalnego (GARBAT 2008).

Zatrudnienie wspomagane charakteryzuje się pomocą osobie niepełnosprawnej w znalezieniu zatrudnienia oraz jego utrzymaniu. Takiej pomocy udziela się najczęściej poprzez wyznaczenie asystenta zawodowego i dostosowania miejsca pracy do indywidualnych potrzeb niepełnosprawnego pracownika. Asystenci służą również poradami dla pracodawców zatrudniających osoby niepełnosprawne[12].

Zatrudnienie dotowane polega na przyznawaniu dotacji pracodawcom zatrudniającym osoby niepełnosprawne w celu rekompensaty kosztów zatrudnienia poprzez częściową refundację wynagrodzeń pracowników z orzeczeniem o niepełnosprawności, zwolnieniem z odprowadzania składek na ubezpieczenie społeczne lub refundację kosztów dostosowania miejsca pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych[13].

Przez zatrudnienie kwalifikowane można rozumieć tworzenie miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych z wykorzystaniem dotacji w sektorze publicznym (GARBAT 2008).

Zatrudnienie chronione skupia się na tworzeniu zakładów pracy chronionej dostosowanych do potrzeb niepełnosprawnych i skupiających się na zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w stopniu umiarkowanym i znacznym. Zatrudnienie chronione obejmuje również przeprowadzanie rehabilitacji w trakcie pracy[14].

Zamysłem zatrudnienia socjalnego jest przekonanie osób niepełnosprawnych do zrezygnowania z przysługującego im zasiłku na rzecz podjęcia pracy zarobkowej. Prowadzenie aktywnej polityki zatrudnienia osób niepełnosprawnych z wykorzystaniem tego programu polega na promocji zatrudnienia osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (GARBAT 2008).

[12] http://pfzw.pl/o-zatrudnieniu-wspomaganym/ (09.07.2021)
[13] http://www.niepelnosprawni.gov.pl/a,17,dofinansowanie-do-wynagrodzen-osob-niepelnosprawnych (09.07.2021)
[14] http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/5131 (09.07.2021)

Uwzględnienie osób niepełnosprawnych w polityce zatrudnienia oznacza tworzenie instrumentów rynku pracy gwarantujących równość w zatrudnieniu, czyli między innymi zakaz dyskryminacji osób niepełnosprawnych. Zatrudnienie osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności, w myśl przepisów unijnych, wymaga dostosowania miejsca pracy oraz stanowiska pracy do potrzeb niepełnosprawnych poprzez likwidację barier architektonicznych, dostosowanie czasu pracy i dostosowanie narzędzi pracy. W odróżnieniu od zakładów pracy chronionej pozostali pracodawcy nie mają obowiązku prowadzenia w swoich zakładach pracy rehabilitacji zawodowej pracowników niepełnosprawnych.

Rozwój przedsiębiorczości wśród osób niepełnosprawnych rozumiany jest jako zachęcanie tych osób do pracy na własny rachunek, zakładania własnych przedsiębiorstw, działalności gospodarczych lub zatrudnienie w organizacjach non-profit (GARBAT 2005).

Zachęcanie niepełnosprawnych do założenia działalności gospodarczej lub pracy na własny rachunek wiąże się z przyznawaniem bezzwrotnych pożyczek lub pożyczek na bardzo dobrych warunkach.

Oprócz doraźnych instrumentów mających za zadanie zwiększenie aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych Unia Europejska stara się promować zatrudnienie osób zmarginalizowanych społecznie oraz podejmuje działania mające na celu zwiększenie świadomości społeczeństwa na temat barier, jakie napotykają osoby niepełnosprawne.

Do takich inicjatyw należy zaliczyć:

- ustanowienie 2003 roku Europejskim Rokiem Osób Niepełnosprawnych, mające na celu nakreślić problem dyskryminacji osób niepełnosprawnych,
- ustanowienie Europejskiego Dnia Osób Niepełnosprawnych (3 grudnia),
- założenie Europejskiego Forum Osób Niepełnosprawnych, którego celem jest reprezentowanie osób niepełnosprawnych w europejskich instytucjach,
- przyjęcie Programów Europejskiego Funduszu Społecznego, których głównym celem jest wyrównywanie szans obywateli między innymi na rynku pracy,
- opracowanie systemu Handynett, czyli bazy danych z informacjami dla osób niepełnosprawnych (PAZIK 2011).

4.4. Zatrudnianie osób niepełnosprawnych w wybranych państwach spoza Unii Europejskiej

Analizując literaturę przedmiotu to właśnie w Unii Europejskiej problem niepełnosprawności jest najbardziej zauważalny, przez co wprowadzane są liczne regulacje prawne dotyczące różnych sfer życia osób niepełnosprawnych oraz podejmuje się walkę z dyskryminacją społeczną osób niepełnosprawnych.

W tym podrozdziale zostaną przedstawione statystyki demograficzne dotyczące osób niepełnosprawnych w wybranych krajach świata. Ze względu na dostępność danych oraz położenie geograficzne wybrano do analizy cztery państwa: Stany Zjednoczone, Chiny oraz Egipt.

W Stanach Zjednoczonych według jednej z definicji, jaką można znaleźć w materiałach dotyczących osób niepełnosprawnych, niepełnosprawność rozumiana jest jako stan ciała lub umysłu, który utrudnia człowiekowi wykonywanie pewnych czynności, ogranicza jego aktywność oraz interakcję z otoczeniem (*Disability and Health Overview,* 2020). W 2020 roku około 61 milionów dorosłych mieszkańców USA zadeklarowało, że jest osobami niepełnosprawnymi co stanowi około 26% całej populacji (*Disability Impacts All of Us,* 2022)

Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w tym państwie w 2020 roku wynosił 17,9%. Jest on zdecydowanie niższy niż wskaźnik zatrudnienia ogółem (około 61,8%). Wskaźnik ten w porównaniu do poprzedniego roku uległ obniżeniu spowodowanym w znaczącym stopniu pandemią COVID-19. Stopa bezrobocia ogółem w USA wynosiła w tym okresie 7,9%, a stopa bezrobocia osób niepełnosprawnych 12,6%. W porównaniu do 2019 roku nastąpił wzrost odsetka osób bezrobotnych. Przyczyn tego zjawiska naukowcy dopatrują się w następstwach pandemii COVID-19. Zauważono także, że częściej niepełnosprawnymi osobami bezrobotnymi są kobiety (*Persons with a disability: Labour force characteristic- 2020,* 2021).

Z szacunków zawartych w powyższym opracowaniu wynika, że ponad połowa osób niepełnosprawnych to osoby starsze, czyli powyżej 64. roku życia. Podobnie jak w państwach Wspólnoty, w Stanach Zjednoczonych widoczne są trudności osób niepełnosprawnych ze znalezieniem zatrudnienia. Prawie co trzecia osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności musi zadowolić się zatrudnieniem w niepełnym wymiarze czasu pracy. Zauważono również, że osoby niepełnosprawne częściej niż osoby bez niepełnosprawności decydowały się na założenie własnej działalności gospodarczej (*Persons with a disability: Labour force characteristic- 2020,* 2021).

Osoby niepełnosprawne były najczęściej zatrudniane w zawodach związanych z zarządzaniem (36,1%). W drugiej kolejności w sektorze usług (około 18%), a następnie w sektorze produkcyjnym (niespełna 15%) i w sektorze publicznym (około 14,6%).

W przypadku problemu bezrobocia wśród osób niepełnosprawnych warto zwrócić uwagę na etniczne pochodzenie obywateli. Odsetek bezrobotnych niepełnosprawnych obywateli z nacji latynoskiej, afroamerykańskiej czy azjatyckiej jest wyższy od białych obywateli państwa (*Persons with a disability: Labour force characteristic- 2020,* 2021).

Innym państwem spoza Unii Europejskiej, o którym warto wspomnieć przy omawianiu zjawiska niepełnosprawności są Chiny. W Chinach osoba niepełnosprawna definiowana jest jako ta, która cierpi z powodu nieprawidłowości związanych z utratą organu lub funkcjonowania organizmu w sensie psychologicznym lub fizjologicznym. Za osobę niepełnosprawną uważa się również taką, która utraciła całkowicie lub częściowo zdolność do wykonywania czynności w sposób uważany za standardowy. Prawną ochronę osób niepełnosprawnych gwarantuje Konstytucja oraz jej nowelizacje. Ochrona dotyczy między innymi kwestii rehabilitacji, edukacji, zatrudnienia, życia kulturalnego, opieki społecznej, dostępu i odpowiedzialności prawnej. Podobnie jak w większości państw Unii Europejskiej w Chinach obowiązuje system kwotowy, zgodnie z którym wszyscy pracodawcy publiczni i prywatni są zobowiązani do zarezerwowania nie mniej niż 1,5% miejsc pracy dla osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (*Facts on People with Disabilities in China*, 2008).

Ostatnie ogólnokrajowe badanie dotyczące osób niepełnosprawnych w Chinach zostało przeprowadzone w 2006 roku. Wtedy to odnotowano, że prawie 83 miliony mieszkańców Chin to osoby niepełnosprawne, czyli około 6,3% wszystkich mieszkańców. Większą część osób niepełnosprawnych stanowili mężczyźni (ponad 51%). Ponad połowa osób niepełnosprawnych to osoby starsze. Wcześniej podobne ogólnokrajowe badanie odbyło się w 1987 roku. Warto zaznaczyć, że około 80% mieszkańców Chin żyjących w ubóstwie to osoby niepełnosprawne (*Facts on People with Disabilities in China,* 2008).

Według badań przeprowadzonych przez Światową Organizację Pracy (ILO) w 2007 roku wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w Chinach wynosił prawie 80%. Własną działalność gospodarczą prowadziło prawie 16% pracujących osób niepełnosprawnych. Zauważono, że w wyniku narzucenia przez państwo systemu kwotowego skorzystało tylko 11,5% zatrudnionych osób z orzeczeniem o niepełnosprawności. W wyniku rządowego wsparcia w Chinach działają agencje, które rocznie pomagają znaleźć zatrudnienie około 300 tys. osobom niepełnosprawnym (*Facts on People with Disabilities in China*, 2008).

W Egipcie osoby niepełnosprawne są uznawane za największą grupę społeczną (mniejszość) borykającą się z problemem marginalizacji społecznej. Według danych szacunkowych 10% egipskiego społeczeństwa to osoby niepełnosprawne. Polityka wobec osób niepełnosprawnych skupia się głównie wokół działalności charytatywnej pomimo wdrożenia w życie Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnością w 2007 roku (KASSAB 2018). Naukowcy badający kwestię niepełnosprawności uznali, że dopiero w 2018 roku egipski rząd wprowadził przepisy prawne dotyczące traktowania niepełnosprawnych zbliżone do obowiązujących w Unii Europejskiej.

Według wspomnianej ustawy z 2018 roku osobę niepełnosprawną zdefiniowano jako taką, która zmaga się z częściowym lub całkowitym ograniczeniem sprawności fizycznej, psychicznej, sensorycznej lub która w zetknięciu z barierami i otoczeniem ma uniemożliwione pełne i efektywne uczestnictwo w życiu społecznym oraz na równych prawach z innymi osobami (KASSAB 2018).

W 2018 roku wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w Egipcie wynosił około 44%. W porównaniu do poprzednich lat zaobserwowano tendencję spadkową tego wskaźnika. Praca pozwala osobom niepełnosprawnym uniknąć życia w ubóstwie. Według statystyk ponad 18% osób skrajnie ubogich w Egipcie to osoby niepełnosprawne (*Disability and Employment Policies in Egypt,* 2020).

5. Identyfikacja i ocena barier i korzyści zatrudniania osób niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych

5.1. Metodyka badania

Badania przeprowadzono z wykorzystaniem dwóch metod:

- metody analizy i krytyki piśmiennictwa,
- metody sondażu diagnostycznego.

Metoda analizy i krytyki piśmiennictwa miała na celu zgromadzenie informacji zawartych w istniejących publikacjach naukowych odnoszących się do rynku pracy oraz niepełnosprawności. Wykorzystanie tej metody posłużyło do wskazania głównych przyczyn popytu na pracę i podaży pracy oraz umiejscowieniu tematu w teoriach ekonomicznych. Analizie poddano również publikacje Głównego Urzędu Statystycznego w celu opisu sytuacji demograficznej w kontekście rynku pracy.

Wykorzystanie metody sondażu diagnostycznego posłużyło realizacji głównego celu badania oraz celów szczegółowych. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety służący do zgromadzenia danych. Badania zostały przeprowadzone z wykorzystaniem techniki ankiety internetowej (BATORSKI, OLCOŃ-KUBICKA 2006). Przygotowany kwestionariusz ankiety w formie online został przesłany pocztą elektroniczną na adresy e-mail respondentów znajdujące się w bazie RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą). Wersja elektroniczna kwestionariusza ankiety pozwoliła na dostosowanie liczby pytań oraz ich rodzaju do indywidualnego profilu respondenta. Inną wykorzystaną metodą w przeprowadzeniu badań była metoda CATI, czyli wywiadu telefonicznego. Do identyfikacji zależności między zmiennymi wykorzystano wybrane metody ilościowe (test niezależności chi-kwadrat Pearsona, współczynnik V-Cramera, współczynnik kontyngencji C-Pearsona)

W ankiecie można wyróżnić następujące sekcje:

- informacje na temat badanego podmiotu leczniczego,
- informacje dotyczące zatrudnienia osób niepełnosprawnych,
- opinie na temat pracy i zatrudnienia osób z orzeczeniem o niepełnosprawności,
- bariery, korzyści oraz propozycje zmian dotyczące zatrudnienia osób niepełnosprawnych,

– informacje na temat planowanego zatrudnienia osób z orzeczeniem o niepełnosprawności,

– pytania dodatkowe,

– metryczka.

Sekcja dotycząca badanego podmiotu leczniczego umożliwiła zgromadzenie informacji na temat respondentów takich jak:

– województwo, w którym znajduje się podmiot,

– rodzaj podmiotu leczniczego (według art. 4. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej),

– forma prawna podmiotu leczniczego (publiczna lub prywatna),

– liczba zatrudnionych pracowników.

W sekcji dotyczącej zatrudnienia osób niepełnosprawnych zawarte były pytania:

– czy podmiot zatrudnia osoby niepełnosprawne?

– dla podmiotów zatrudniających osoby niepełnosprawne:

- jaki jest udział w zatrudnieniu osób niepełnosprawnych?
- z jaką niepełnosprawnością są zatrudniane osoby niepełnosprawne?
- z jaką niepełnosprawnością jest zatrudnionych najwięcej niepełnosprawnych?
- z jakim stopniem niepełnosprawności jest zatrudnionych najwięcej osób niepełnosprawnych?
- jakie profesje wykonują zatrudnione osoby niepełnosprawne?
- na jakich stanowiskach jest zatrudnionych najwięcej osób niepełnosprawnych? (stanowiska na niskim, średnim i wysokim szczeblu)

– dla podmiotów niezatrudniających niepełnosprawnych:

- jaki jest powód niezatrudniania osób z orzeczeniem o niepełnosprawności?

Sekcja dotycząca opinii na temat pracy i zatrudnienia osób z orzeczeniem o niepełnosprawności pozwoliła na zgromadzenie informacji na temat oceny wydajności pracy wykonywanej przez osoby niepełnosprawne. W przypadku negatywnej oceny w kwestionariuszu zawarto dodatkowe pytanie dotyczące powodu takiej oceny.

Sekcja dotycząca barier, korzyści oraz propozycji zmian w zatrudnianiu osób niepełnosprawnych miała na celu zgromadzenie informacji na temat:

- opinii o przeszkodach w zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych,
- znajomości korzyści z zatrudnienia osób niepełnosprawnych,
- korzystania z przywilejów wynikających z zatrudnienia osób niepełnosprawnych przez pracodawców,
- propozycji zmian dotyczących zatrudniania osób niepełnosprawnych.

Sekcja dotycząca planowanego zatrudnienia osób z orzeczeniem o niepełnosprawności pozwoliła na uzyskanie informacji na temat:

- planowanego zatrudnienia niepełnosprawnych,
- w przypadku planowania zatrudnienia osoby/osób niepełnosprawnych: powodów planowania zatrudnienia osób z orzeczeniem o niepełnosprawności,
- w przypadku nieplanowania zatrudnienia osoby/osób z orzeczeniem o niepełnosprawności: powodów nieplanowania zatrudnienia osób z orzeczeniem o niepełnosprawności,
- znaczenia posiadania przez pracowników orzeczenia o niepełnosprawności przy rekrutacji.

Sekcja pytań dodatkowych zawierała pytania, które pozwoliły na zdobycie informacji na temat:

- trudności z zatrudnieniem wykwalifikowanego personelu,
- przypadkach ukrywania niepełnosprawności przez pracowników,
- subiektywnych uwag, opinii respondentów na temat zatrudnienia osób niepełnosprawnych.

Metryczka miała na celu identyfikację respondentów (osób reprezentujących badane podmioty) pod względem:

- płci,
- wieku,
- miejsca zamieszkania,
- zajmowanego stanowiska.

Liczba pytań w zależności od profilu respondenta (z wyłączeniem metryczki) wynosiła:

- 21 pytań, gdy respondent zatrudniał osoby niepełnosprawne i pozytywnie ocenił ich pracę,
- 22 pytania, gdy respondent zatrudniał osoby niepełnosprawne i negatywnie ocenił ich pracę,
- 20 pytań, gdy respondent zatrudniał osoby niepełnosprawne, pozytywnie ocenił ich pracę, a posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności nie ma znaczenia przy rekrutacji pracownika,
- 21 pytań, gdy respondent zatrudniał osoby niepełnosprawne, negatywnie ocenił ich pracę, a posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności nie ma znaczenia przy rekrutacji pracownika,
- 15 pytań, gdy respondent nie zatrudnia osób niepełnosprawnych,
- 14 pytań, gdy respondent nie zatrudnia osób niepełnosprawnych, a posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności nie ma znaczenia przy rekrutacji pracownika.

Kwestionariusz ankiety zawierał pytania zamknięte jednokrotnego i wielokrotnego wyboru. W większości pytań respondentowi umożliwiono dodanie własnej odpowiedzi zwanej dalej „inną". Pytanie dotyczące stopnia niepełnosprawności, z jakim są zatrudniane osoby niepełnosprawne było pytaniem z możliwością szeregowania tj. respondent miał możliwość uszeregowania stopni niepełnosprawności w kolejności od 1 do 3, gdzie 1 oznacza stopień niepełnosprawności, z jakim jest najwięcej zatrudnionych niepełnosprawnych, a 3 oznacza stopień, z jakim jest najmniej zatrudnionych niepełnosprawnych. Jedno pytanie w kwestionariuszu ankiety było pytaniem otwartym. Umożliwiało ono respondentowi wyrażenie subiektywnych uwag i opinii na temat zatrudniania osób niepełnosprawnych.

Badanie było w pełni anonimowe. Respondentami ankiety były osoby reprezentujące podmioty lecznicze sklasyfikowane jako dział opieki zdrowotnej.

Według klasyfikacji PKD sekcja Q, której pełna nazwa to sekcja opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dodatkowo dzieli się na trzy działy:

- dział 86, czyli opieka zdrowotna,
- dział 87, czyli pomoc społeczna z zakwaterowaniem,
- dział 88, czyli pomoc społeczna bez zakwaterowania [15].

[15] http://www.klasyfikacje.gofin.pl/pkd/5,1,1525,opieka-zdrowotna-i-pomoc-spoleczna.html (10.07.2019)

Opieka zdrowotna obejmuje między innymi:

- działalność szpitali,
- praktykę lekarską,
- fizjoterapię,
- pogotowie ratunkowe,
- działalność pielęgniarek i położnych.

Pomoc społeczna z zakwaterowaniem obejmuje między innymi:

- zapewnienie opieki pielęgniarskiej w miejscu zamieszkania,
- zakwaterowanie osób niepełnosprawnych i w podeszłym wieku,
- zapewnienie opieki medycznej osobom niepełnosprawnym.

Pomoc społeczna bez zakwaterowania obejmuje między innymi:

- zapewnienie opieki pielęgniarskiej niepełnosprawnym w ośrodkach pomocy społecznej,
- opiekę nad dziećmi,
- pozostałą działalność związaną z pomocą społeczną.

Badania zostały przeprowadzone w podmiotach leczniczych z działu opieki zdrowotnej z wyłączeniem:

- osób fizycznych prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą,
- spółek jawnych,
- spółek cywilnych,
- spółek partnerskich.

Powodem wyłączenia wymienionych podmiotów było wysokie prawdopodobieństwo stanu zatrudnienia poniżej 9 osób oraz bardzo niskie prawdopodobieństwo zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Innym powodem był częsty brak dostarczania orzeczenia o niepełnosprawności przez pracownika w takich jednostkach, co skutkuje wystąpieniem tzw. „ukrytej niepełnosprawności". Kolejnym powodem wykluczenia wymienionych podmiotów było wysokie prawdopodobieństwo zawyżenia udziału osób niepełnosprawnych w ogóle zatrudnionych pracowników, gdy zatrudnienie w podmiocie wynosi mniej niż 9 osób.

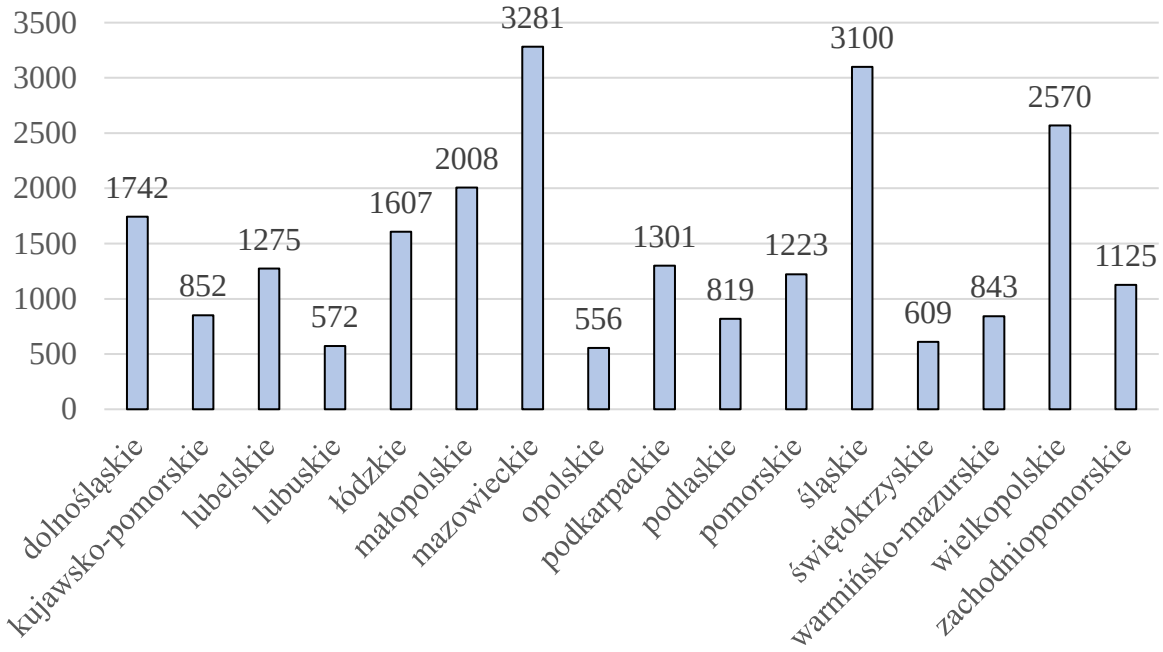
Docelowo próbę badawczą stanowiło 15% podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą i niezaliczających się do podmiotów wyłączonych z badania. Wyjątkiem było województwo warmińsko-mazurskie, gdzie badania przeprowadzono wśród 20% podmiotów leczniczych znajdujących się w próbie badawczej. W tym województwie badania miały charakter pilotażowy.

Badania przeprowadzono wśród 1254 respondentów, gdzie 757 podmiotów zatrudniało osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności, a 497 podmiotów ich nie zatrudniało. Respondentami byli przedstawiciele podmiotów leczniczych. Zakres terytorialny badań stanowiło 16 województw.

Dobór próby uwzględniał różnorodność w kwestiach:

- zarejestrowania w danym województwie,
- formy prawnej podmiotów (publiczna lub prywatna),
- wielkości podmiotów pod względem zatrudnienia,
- zatrudnienia osób niepełnosprawnych.

Zidentyfikowanie liczby podmiotów leczniczych pomogło ustalić wielkość próby badawczej. W Polsce na dzień 01.09.2020 było zarejestrowanych 23465 podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Rys. 38). Na poniższym rysunku przedstawiono liczbę podmiotów wykonujących działalność leczniczą w Polsce według województw.

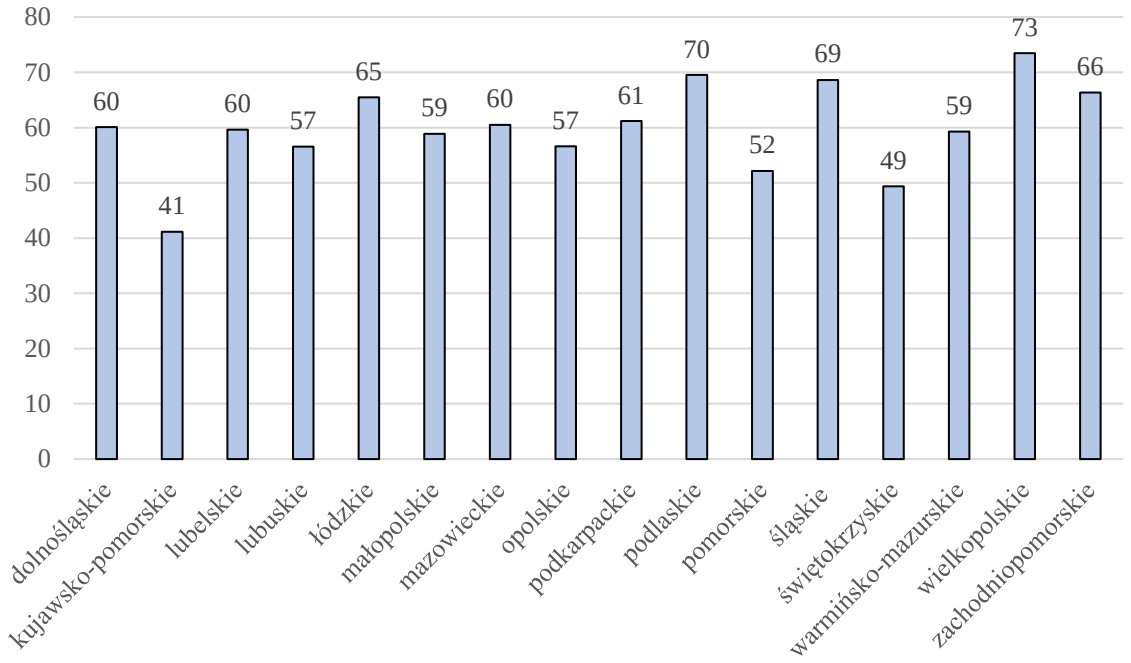


Rys. 38. Liczba podmiotów wykonujących działalność leczniczą w Polsce według województw

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Najwięcej podmiotów leczniczych znajdowało się w województwie mazowieckim. Zarejestrowanych było tam 3281 podmiotów wykonujących działalność leczniczą, natomiast najmniej było ich w województwie opolskim. Tam liczba podmiotów leczniczych w trakcie przeprowadzania badania wynosiła 556 (Rys. 38).

Ważnym czynnikiem wpływającym na ocenę poziomu opieki zdrowotnej w państwie jest liczba podmiotów wykonujących działalność leczniczą przypadająca na 100 tys. osób. Liczba ludności w Polsce w 2020 roku wynosiła 38 382 576 osób (*Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2020 roku*, 2021). Oznacza to, że na 100 tys. mieszkańców przypadało około 61 podmiotów leczniczych. Należy zauważyć, że większość podmiotów to mikro i małe przedsiębiorstwa. Na poniższym rysunku przedstawiono liczbę podmiotów leczniczych przypadających na 100 tys. mieszkańców w Polsce według województw.



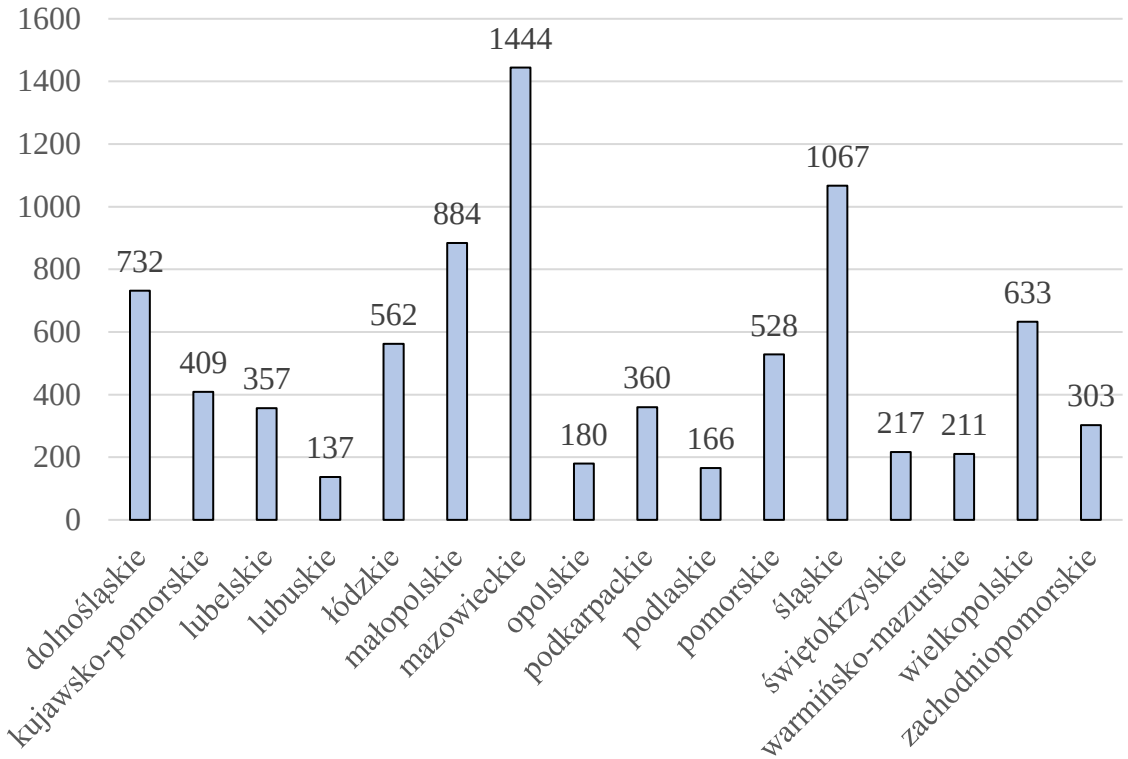
Rys. 39. Liczba podmiotów leczniczych przypadających na 100 tys. mieszkańców w Polsce według województw

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych oraz danych GUS (*Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2020 roku*)

Biorąc pod uwagę stosunek liczby zarejestrowanych podmiotów leczniczych do liczby ludności w danym województwie to najwięcej podmiotów wykonujących działalność leczniczą przypadało w województwie wielkopolskim (73 podmioty przypadające na 100 tys. mieszkańców). Najmniej, bo tylko 41 podmiotów na 100 tys. mieszkańców, przypadało w województwie kujawsko-pomorskim (Rys. 39).

Niski poziom tego wskaźnika świadczy o utrudnionym dostępie mieszkańców do korzystania z usług opieki zdrowotnej.

Wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą poddano analizie w celu identyfikacji liczebności próby spełniającej warunki kwalifikujące do udziału w badaniach. Na poniższym rysunku przedstawiono liczbę podmiotów leczniczych spełniających kryteria do udziału w badaniach według województw.



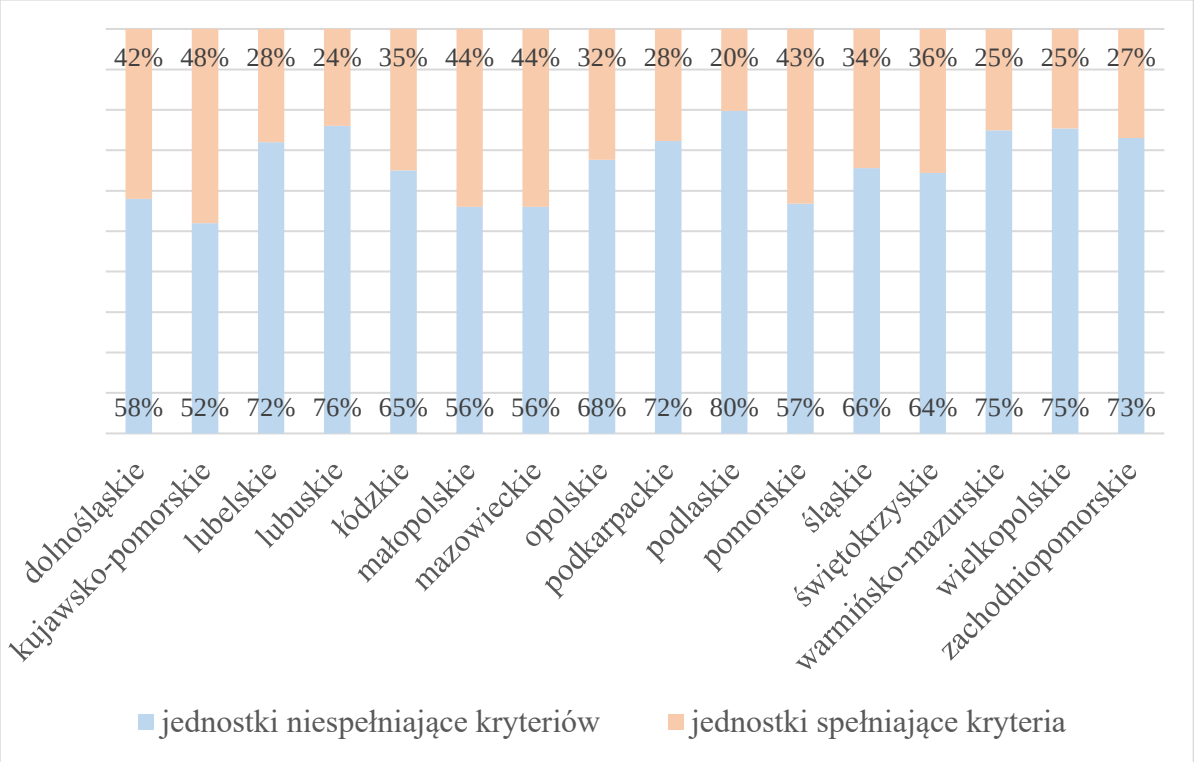
Rys. 40. Liczba podmiotów leczniczych spełniających kryteria do udziału w badaniach według województw

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Liczba podmiotów spełniających kryteria do udziału w badaniach (o których była mowa we wcześniejszej części podrozdziału) wynosiła 8190. Około 17,6% tej liczby stanowiły podmioty zarejestrowane w województwie mazowieckim, których liczba wynosiła 1444 podmioty. Drugim było województwo śląskie (1067 podmiotów stanowiących 13% wszystkich podmiotów spełniających kryteria), a trzecim było województwo małopolskie (884 podmioty stanowiące 10,8% wszystkich podmiotów spełniających kryteria) (Rys. 40.).

Najmniej podmiotów leczniczych spełniających kryteria badawcze było zarejestrowanych w województwie lubuskim (137 podmiotów, co stanowiło 1,7% wszystkich podmiotów leczniczych spełniających kryteria), drugim było województwo podlaskie (166 podmiotów stanowiących 2% wszystkich podmiotów spełniających kryteria), a trzecim województwo opolskie (180 podmiotów stanowiących 2,2% wszystkich podmiotów leczniczych spełniających kryteria) (Rys. 40).

Na podstawie liczby podmiotów leczniczych w województwach oraz liczby podmiotów stanowiących próbę badawczą ustalono udział podmiotów leczniczych spełniających i niespełniających kryteria badawcze w ogólnej liczbie zarejestrowanych podmiotów, co przedstawiono na poniższym rysunku.

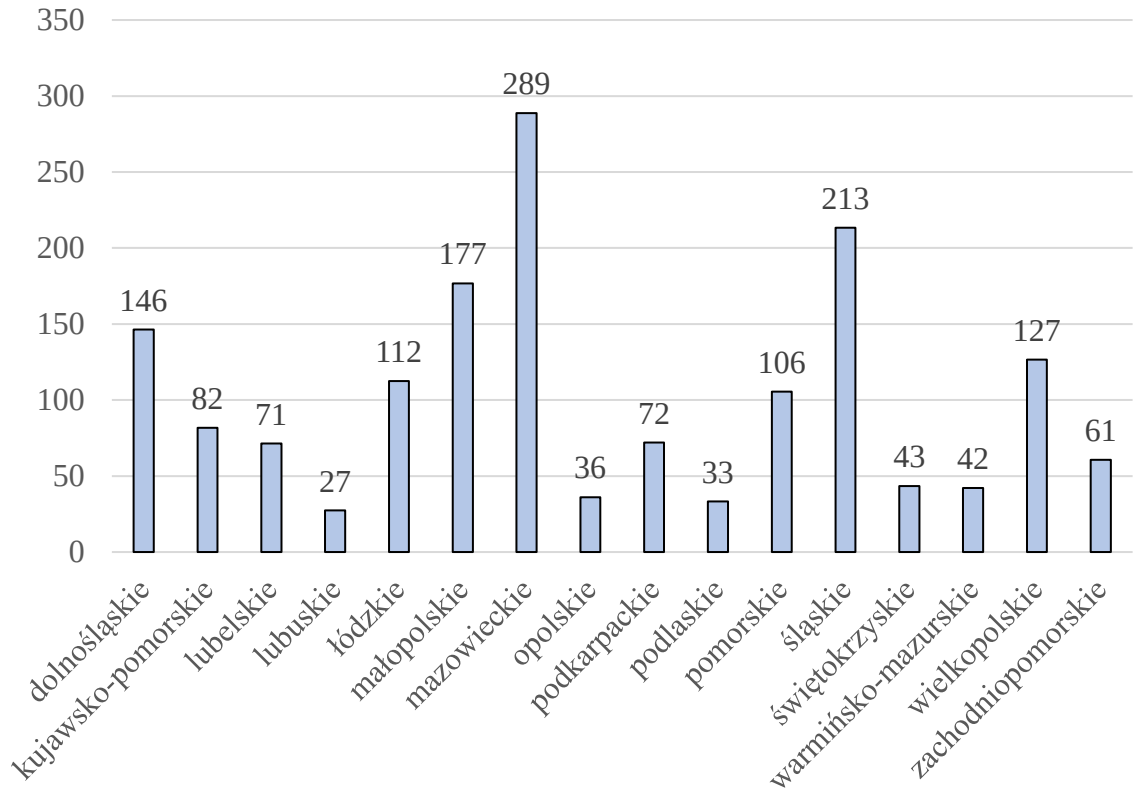


Rys. 41. Udział podmiotów leczniczych spełniających i niespełniających kryteria badawcze w ogóle zarejestrowanych podmiotów leczniczych według województw

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Kryteria kwalifikujące do udziału w badaniach spełniło 35% zarejestrowanych podmiotów leczniczych w całej Polsce. Najwyższy udział podmiotów leczniczych spełniających te kryteria wśród wszystkich zarejestrowanych podmiotów leczniczych odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim. Spełniało je 48% podmiotów. W województwie małopolskim i mazowieckim kryteria badawcze spełniało 44% podmiotów leczniczych. Najmniej, bo tylko 20% zarejestrowanych podmiotów leczniczych, spełniało kryteria badawcze w województwie podlaskim. W lubuskim spełniało je 24% zarejestrowanych podmiotów leczniczych, a w województwach warmińsko-mazurskim i wielkopolskim 25% zarejestrowanych podmiotów leczniczych (Rys. 41).

W badaniach wzięło udział około 15% podmiotów leczniczych spełniających kryteria badawcze. Liczba podmiotów biorących udział w badaniu wyniosła 1254 podmiotów leczniczych. Na poniższym rysunku przedstawiono liczbę podmiotów leczniczych biorących udział w badaniach według województw.



Rys. 42. Liczba podmiotów leczniczych biorących udział w badaniach według województw

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Największa liczba zbadanych podmiotów leczniczych została zlokalizowana w województwie mazowieckim (217 podmiotów leczniczych). Drugim województwem pod względem liczby zbadanych podmiotów było śląskie (163 podmioty lecznicze). Najmniejszą liczbę podmiotów biorących udział w badaniu zlokalizowano w województwie lubelskim (22 podmioty lecznicze). Nieco więcej było zlokalizowanych w podlaskim (25 podmiotów leczniczych) oraz opolskim (27 podmiotów leczniczych) (Rys. 42).

Według ustawy o działalności leczniczej podmiotami leczniczymi są:

- przedsiębiorcy (w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców),
- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- jednostki budżetowe (między innymi te tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego) posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej,
- instytuty badawcze (w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych),
- fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,
- jednostki organizacyjne stowarzyszeń posiadające osobowość prawną,
- osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej,
- osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych,
- osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o gwarancjach wolności sumienia i wyznania,
- jednostki wojskowe (w zakresie prowadzenia działalności leczniczej) (*Art. 4. ustawy o działalności leczniczej,* 2011).

Od dnia wejścia w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wszystkie niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej stały się przedsiębiorstwami podmiotów leczniczych (Art. 205. ustawy o działalności leczniczej, 2011).

Badania zostały przeprowadzone w podmiotach leczniczych prowadzących działalność leczniczą. Działalność lecznicza polega głównie na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (*Art. 3. ustawy o działalności leczniczej*, 2011). Do rodzajów działalności leczniczej zalicza się:

- stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne,
- stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne
- ambulatoryjne świadczenia zdrowotne (*Art. 9 ustawy o działalności leczniczej*, 2011).

Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne mogą polegać na udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych (pielęgnacja, rehabilitacja, opieka, hospitalizacja) oraz zapewnianiu im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych (*Art. 10. ustawy o działalności leczniczej*, 2011).

Stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne udziela się w:

- zakładach opiekuńczo-leczniczych,
- zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych,
- zakładach rehabilitacji medycznej,
- hospicjum (*Art. 12. ustawy o działalności leczniczej*, 2011).

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne są udzielane w ambulatorium (między innymi w przychodniach, poradniach i ośrodkach zdrowia) (*Art. 12. ustawy o działalności leczniczej*, 2011).

Na potrzeby kwestionariusza ankiety dokonano klasyfikacji podmiotów leczniczych na:

- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- przedsiębiorców w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców,
- pozostałe podmioty lecznicze.

W pytaniu dotyczącym wielkości zatrudnienia kwestionariusz ankiety obejmował następujące możliwości odpowiedzi:

- od 1 do 9 osób,
- od 10 do 24 osób,
- od 25 do 49 osób
- od 50 do 249 osób,
- więcej niż 250 osób.

Standardem jest wielkość zatrudnienia w przedziale od 10 do 49 osób. Specyfika badań wymusiła wprowadzenie wielkości zatrudnienia od 10 do 24 osób oraz od 25 do 49 osób. Czynnikiem determinującym taki podział jest konieczność dokonywania obowiązkowych wpłat do PFRON przez jednostki zatrudniające co najmniej 25 osób (w przeliczeniu na pełne etaty), w których udział pracowników z orzeczeniem o niepełnosprawności w ogóle zatrudnionych osób wynosi poniżej 6%.

Ten sam czynnik determinuje wprowadzenie następującego podziału w pytaniu dotyczącym udziału pracowników niepełnosprawnych w ogóle zatrudnionych:

- od 0% do 5%,
- od 6% do 9%,
- od 10% do 30%,
- powyżej 30%.

Jednostki, w których udział zatrudnionych osób z orzeczeniem o niepełnosprawności w ogóle pracowników wynosi co najmniej 30% mogą ubiegać się o status zakładu pracy chronionej. Oprócz tego jednostki muszą spełniać kryteria dotyczące między innymi stopnia i rodzaju niepełnosprawności zatrudnionych pracowników.

W pytaniu dotyczącym rodzaju niepełnosprawności wprowadzono następujący podział:

- niepełnosprawność ruchowa,
- niepełnosprawność intelektualna,
- niepełnosprawność słuchowa,
- niepełnosprawność wzroku,
- inna.

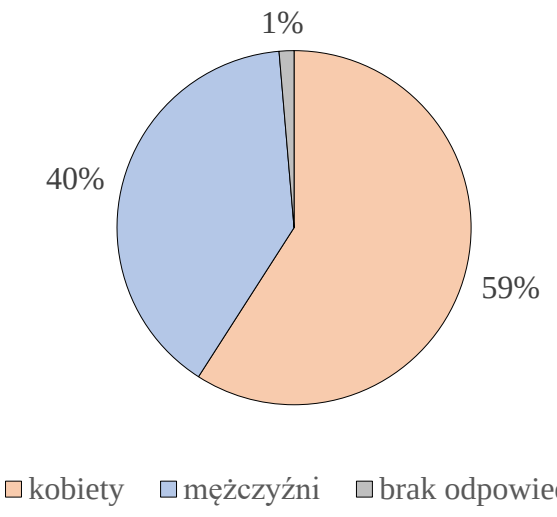
Podobny podział według rodzaju niepełnosprawności wprowadził Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (*Badania potrzeb osób niepełnosprawnych*, 2017). PFRON dodatkowo uwzględnił podział niepełnosprawności intelektualnej na niepełnosprawność wynikającą z upośledzenia umysłowego i niepełnosprawność wynikającą z choroby psychicznej.

W kwestionariuszu ankiety w pytaniu dotyczącym szczebla zawodowego, na jakim zatrudnione są osoby niepełnosprawne wyróżniono:

- stanowiska na niskim szczeblu,
- stanowiska na średnim szczeblu,
- stanowiska na wysokim szczeblu.

Szczebel stanowiska jest uzależniony od wymaganych kompetencji i kwalifikacji pracownika. Stanowiska na niskim szczeblu wymagają minimalnych kwalifikacji zawodowych i podstawowych kompetencji związanych z wykonywaniem prostych prac. Stanowiska na średnim szczeblu wymagają odpowiednich kwalifikacji i kompetencji. Natomiast stanowiska na wysokim szczeblu wymagają wysokich kwalifikacji zawodowych i kompetencji oraz doświadczenia.

Jak wspomniano wcześniej respondentami kwestionariusza ankiety byli przedstawiciele podmiotów leczniczych. W metryczce respondent udzielał informacji na temat swojej płci, przedziału wiekowego, wielkości miejsca zamieszkania i zajmowanego stanowiska w podmiocie leczniczym. Pierwsze pytanie w metryczce dotyczyło płci respondenta. Na poniższym rysunku przedstawiono podział respondentów według płci.

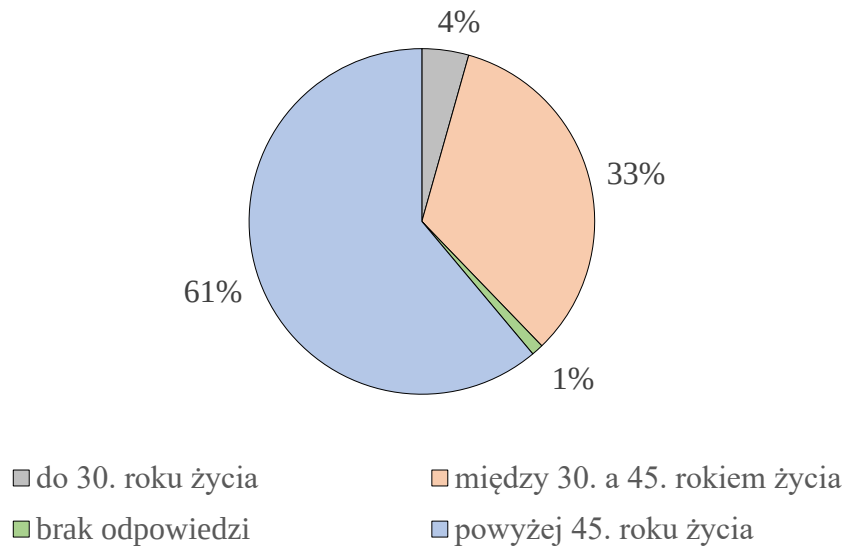


Rys. 43. Podział respondentów kwestionariusza ankiety według płci

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Około 59% ankietowanych stanowiły kobiety, mężczyźni zaś stanowili około 40% wszystkich badanych. Około 1% nie udzieliło informacji na temat swojej płci (Rys. 43).

Kolejne pytanie w metryczce dotyczyło przedziału wiekowego respondenta. Na poniższym rysunku przedstawiono udział respondentów według grup wiekowych w ogólnej liczbie wszystkich badanych.

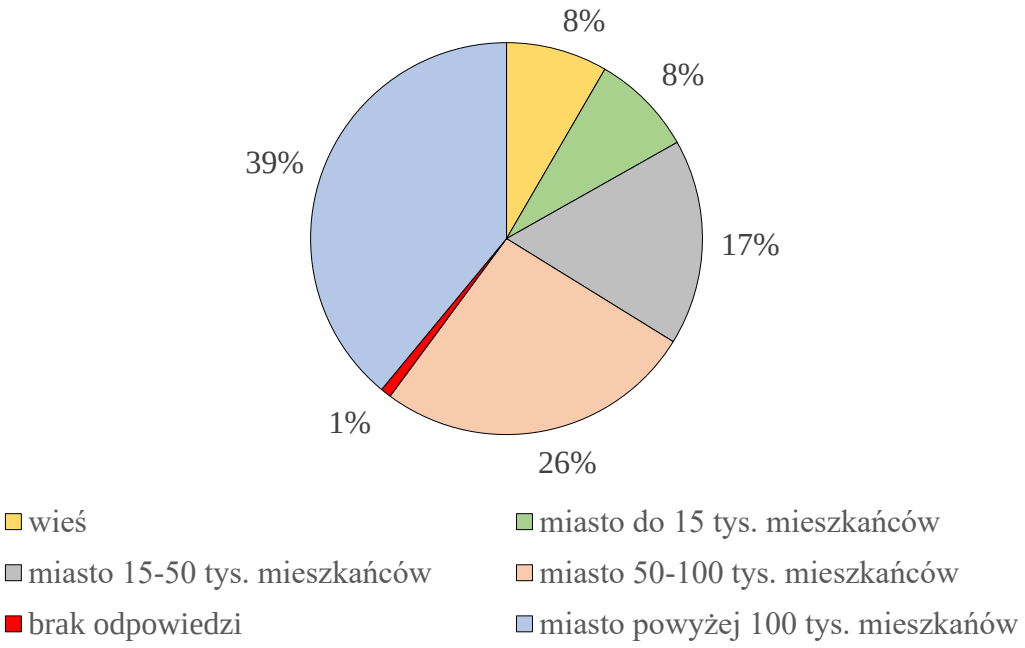


Rys. 44. Udział respondentów według grup wiekowych

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Najwięcej osób udzielających odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety, bo około 61%, było w wieku powyżej 45. roku życia. Mniejszą grupę stanowiły osoby pomiędzy 30. a 45. rokiem życia. Ich udział w badaniu wynosił około 33%. Najmniejszą grupę stanowiącą około 4% wszystkich respondentów stanowiły osoby do 30. roku życia. Około 1% badanych nie odpowiedziało na pytanie dotyczące ich grupy wiekowej (Rys. 44).

Trzecie pytanie w metryczce dotyczyło wielkości miejsca zamieszkania respondentów. Na poniższym rysunku przedstawiono udział respondentów według wielkości miejsca zamieszkania w ogólnej liczbie badanych.

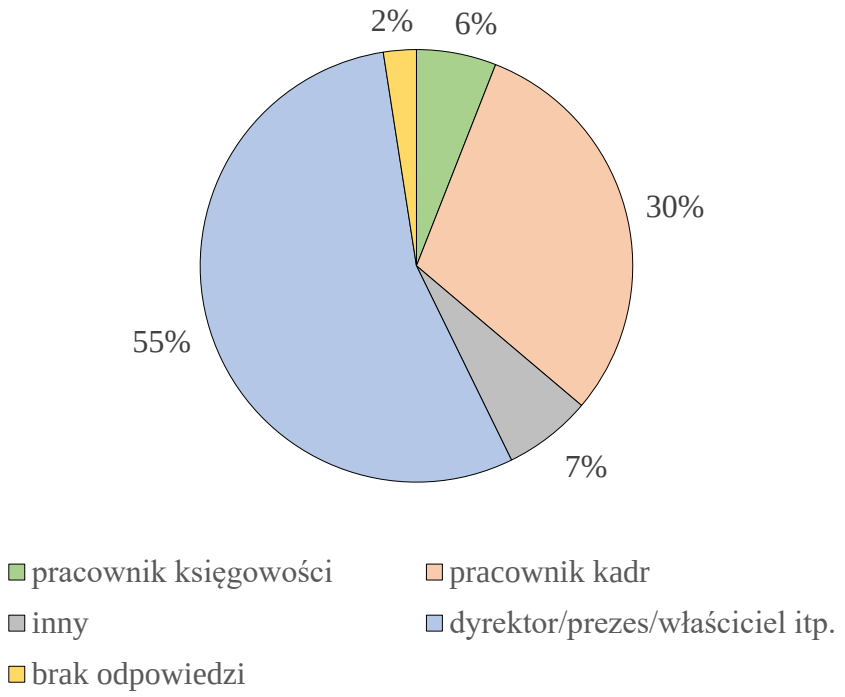


Rys. 45. Udział respondentów według wielkości miejsca zamieszkania

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Około 39% respondentów wskazało, że zamieszkuje miasto powyżej 100 tysięcy mieszkańców. Nieco mniejszą grupę (około 26%) stanowiły osoby zamieszkujące miasta o liczbie ludności pomiędzy 50 a 100 tysięcy mieszkańców. Kolejną grupę stanowiły osoby zamieszkujące miasta o liczbie ludności pomiędzy 15, a 50 tysięcy mieszkańców (około 17% wszystkich respondentów). Bardzo zbliżoną liczbę respondentów stanowili mieszkańcy miast, których liczba ludności nie przekraczała 15 tysięcy mieszkańców oraz mieszkańcy wsi. Te grupy stanowiły po około 8% wszystkich respondentów. Około 1% badanych nie udzieliło odpowiedzi na pytanie dotyczące ich miejsca zamieszkania (Rys. 45).

Ostatnie pytanie w metryczce dotyczyło zajmowanego stanowiska respondentów. Na poniższym rysunku przedstawiono udział respondentów według zajmowanego stanowiska w ogólnej liczbie badanych.



Rys. 46. Udział respondentów według zajmowanego stanowiska

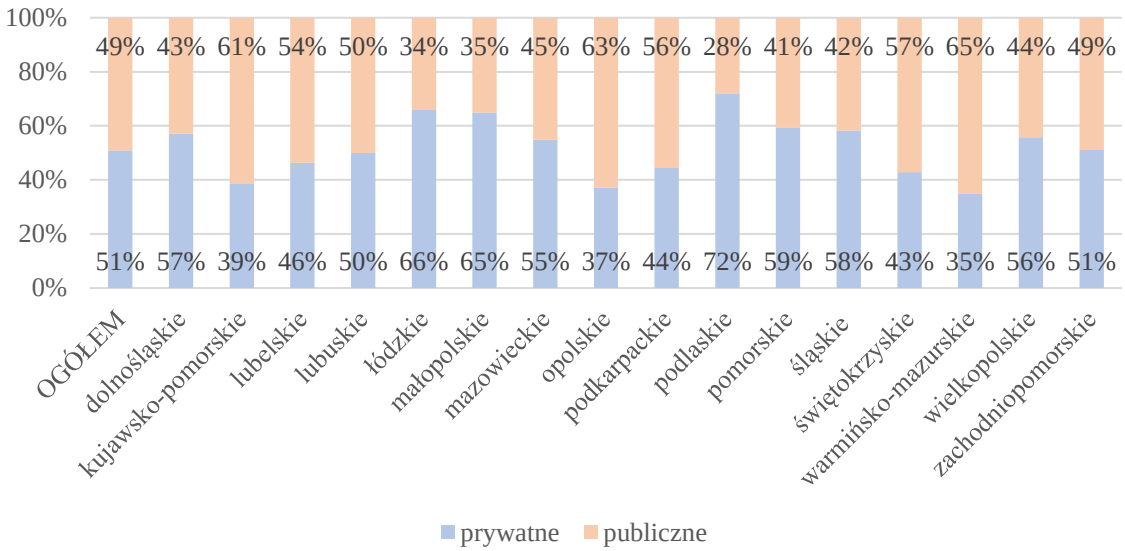
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

Docelowo kwestionariusze ankiety były wysyłane do właścicieli podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub ich zarządcami (prezesi, dyrektorzy itd.) oraz do pracowników działu kadr. Dyrektorzy, prezesi oraz właściciele podmiotów leczniczych stanowili około 55%, a pracownicy kadr około 30% respondentów. Stanowisko pracownika księgowości zajmowało około 6% respondentów. Około 7% respondentów wskazało inne stanowisko w podmiocie leczniczym. Wśród innych stanowisk wymieniano między innymi: pracowników administracyjnych, asystenta, członka zarządu, menadżera, informatyka, kierownika działów, lekarza, pielęgniarki i pełnomocników (Rys. 46).

Płeć, wiek, wielkość miejscowości zamieszkania oraz stanowisko respondenta nie wpływały na wyniki przeprowadzonych badań.

5.2. Charakterystyka próby badawczej

W przeprowadzonym badaniu dokonano podziału na formę prawną podmiotów leczniczych: publiczną i prywatną. Jednostki publiczne są jednostkami użyteczności publicznej finansowanych głównie z budżetu państwa. Jednostki prywatne działają na zasadach przedsiębiorstwa, gdzie właścicielem jest osoba fizyczna, a nie państwo. Na poniższym rysunku przedstawiono ich udział w ogólnej liczbie badanych podmiotów z podziałem na województwa.



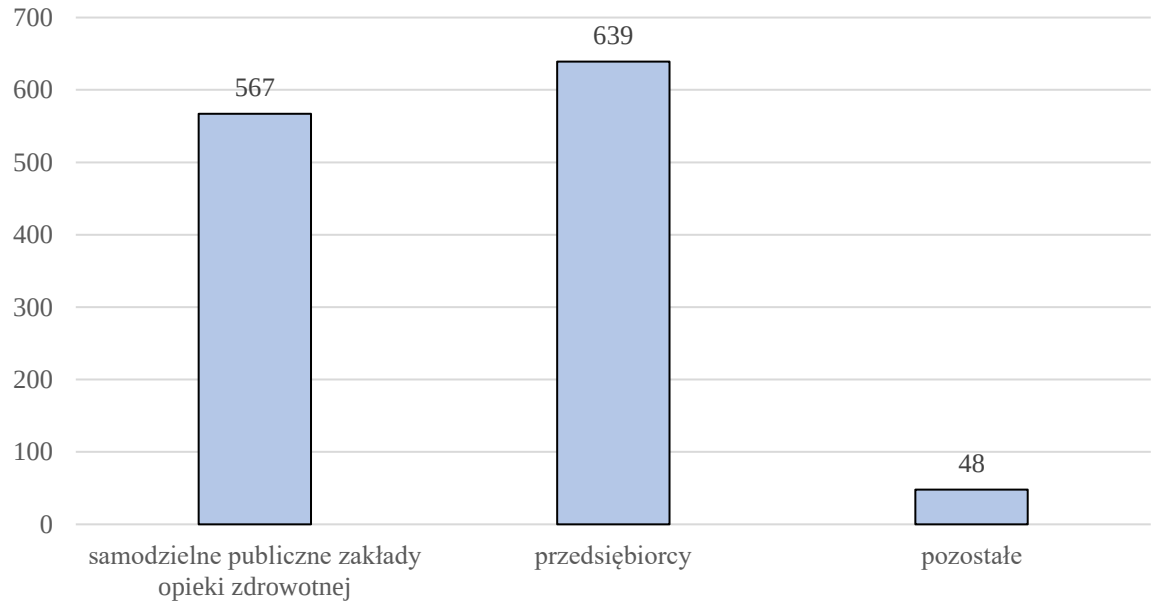
Rys. 47. Podział badanych podmiotów leczniczych według formy prawnej z podziałem na województwa

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

W przeprowadzonym badaniu prywatne podmioty lecznicze stanowiły 51% wszystkich podmiotów biorących udział w badaniu, a pozostałe 49% podmiotów były podmiotami publicznymi. Najwyższy udział publicznych podmiotów leczniczych biorących udział w badaniu odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (około 65% badanych podmiotów stanowiły publiczne podmioty lecznicze), nieco niższy odsetek tych jednostek w opolskim (około 63% badanych podmiotów stanowiły publiczne podmioty lecznicze) oraz w kujawsko-pomorskim (około 61% badanych podmiotów stanowiły podmioty lecznicze) (Rys. 47).

W przypadku jednostek prywatnych najwyższy ich udział wśród badanych podmiotów leczniczych w danym województwie odnotowano w województwie podlaskim, gdzie prywatne podmioty lecznicze stanowiły około 72% wszystkich badanych podmiotów zlokalizowanych na terenie tego województwa. Drugim i trzecim województwem pod względem udziału prywatnych podmiotów leczniczych w ogóle badanych podmiotów w danym województwie były kolejno: łódzkie (około 66% badanych podmiotów leczniczych stanowiły podmioty prywatne) i mazowieckie (około 65% badanych podmiotów leczniczych stanowiły podmioty prywatne) (Rys. 47).

Badanie uwzględniało klasyfikację podmiotów leczniczych według klasyfikacji zgodniej z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej na samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, przedsiębiorców (w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r.- Prawo przedsiębiorców) oraz pozostałe podmioty lecznicze. Na poniższym rysunku przedstawiono liczbę badanych podmiotów według tej klasyfikacji.



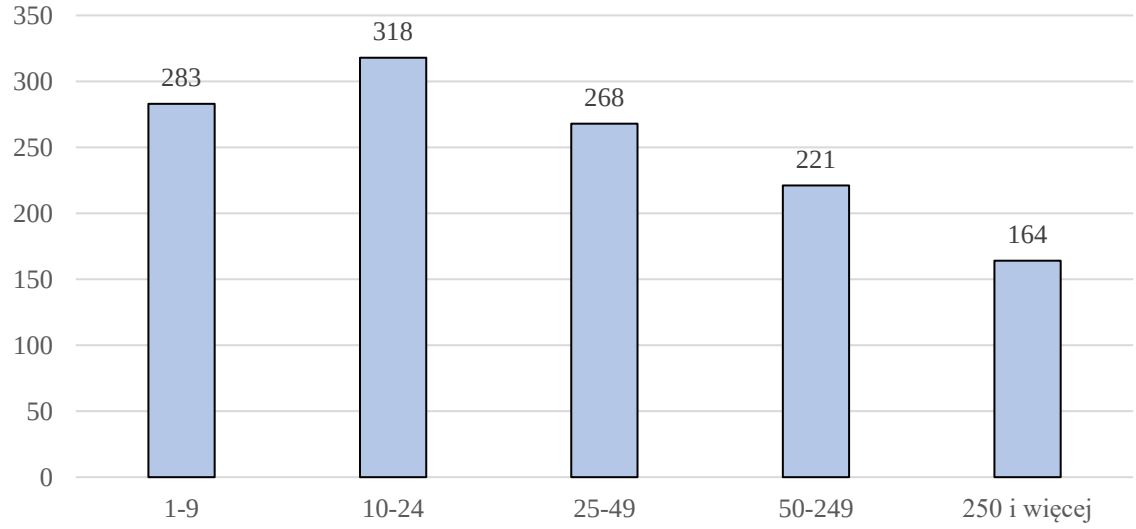
Rys. 48. Liczba badanych podmiotów leczniczych według klasyfikacji zgodniej z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

Aż 639 podmiotów leczniczych biorących udział w badaniu (czyli około 51%) stanowili przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r.- Prawo przedsiębiorców. Około 45% wszystkich badanych podmiotów leczniczych (czyli 567 podmiotów) zostały sklasyfikowane jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Około 4% badanych

podmiotów leczniczych sklasyfikowano jako pozostałe podmioty lecznicze (Rys. 48). Wśród pozostałych podmiotów znalazły się między innymi: hospicja, stowarzyszenia, fundacje, jednostki budżetowe i instytuty badawczo-naukowe.

W przeprowadzonym badaniu dokonano podziału podmiotów leczniczych ze względu na wielkość zatrudnienia. Dokonano podziału na podmioty zatrudniające: do 9 pracowniku, od 10 do 24 pracowników, od 35 do 49 pracowników, od 50 do 249 pracowników, 250 pracowników i więcej. Na poniższym rysunku przedstawiono podział podmiotów leczniczych biorących udział w badaniu według wielkości zatrudnienia.



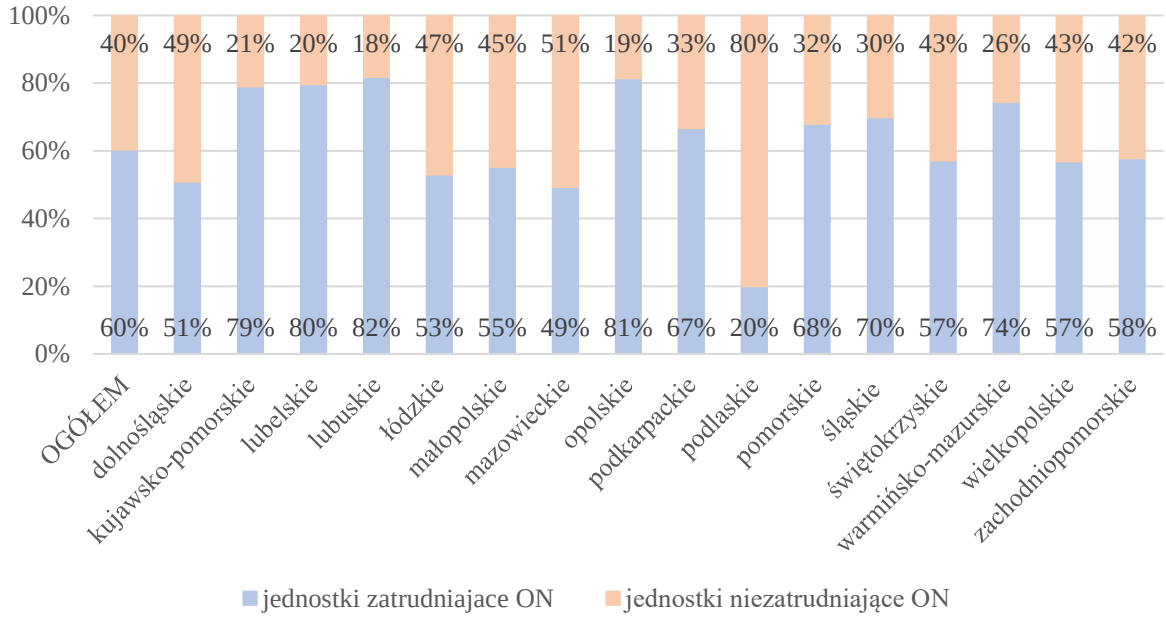
Rys. 49. Podział badanych podmiotów leczniczych według wielkości zatrudnienia

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Najwięcej podmiotów leczniczych biorących udział w badaniu stanowiły podmioty zatrudniające od 10 do 24 osób (318 podmiotów leczniczych), które stanowiły około 25% wszystkich badanych podmiotów. Drugie w kolejności pod tym względem były podmioty zatrudniające do 9 osób (283 podmiotów leczniczych, czyli około 23% wszystkich badanych podmiotów). Kolejne to takie, które zatrudniały od 25 do 49 osób (268 podmiotów leczniczych, czyli około 21% wszystkich badanych podmiotów) oraz zatrudniające od 50 do 249 osób (221 podmiotów leczniczych, czyli około 18% wszystkich badanych podmiotów). Najmniejszą grupą podmiotów leczniczych biorących udział w badaniu stanowiły podmioty zatrudniające 250 lub więcej pracowników (164 podmiotów leczniczych, czyli około 13% wszystkich badanych podmiotów) (Rys. 49).

Jednym z kluczowych pytań zawartych w pierwszej sekcji kwestionariusza ankiety była deklaracja zatrudniania lub niezatrudniania osób niepełnosprawnych. W sprawozdaniach często osoby niepełnosprawne określane są skrótem ON. Zastosowanie tego skrótu można zaobserwować między innymi w raportach sporządzonych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).

Na poniższym rysunku przedstawiono udział podmiotów leczniczych zatrudniających i niezatrudniających osoby niepełnosprawne w ogóle badanych podmiotów według województw.



Rys. 50. Udział podmiotów leczniczych zatrudniających i niezatrudniających osoby niepełnosprawne (ON) w ogóle badanych podmiotów według województw

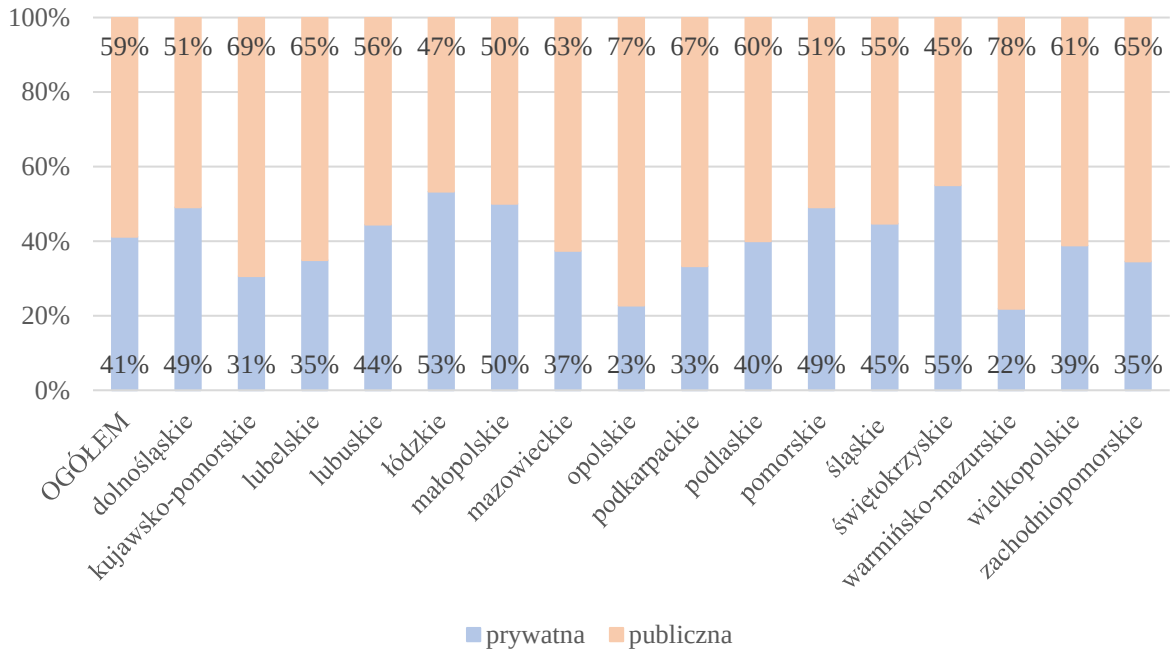
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

W badaniu 60% podmiotów leczniczych zadeklarowało, że zatrudnia co najmniej jedną osobę niepełnosprawną (757 podmiotów). Najwyższy udział podmiotów leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne w ogóle badanych podmiotów (w danym województwie) odnotowano w lubuskim (około 82% podmiotów leczniczych). Wysoki udział podmiotów leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne odnotowano również w województwie opolskim (około 81% podmiotów leczniczych), lubelskim (około 80% podmiotów leczniczych) i kujawsko-pomorskim (około 79% podmiotów leczniczych) (Rys. 50).

Należy zauważyć, że w województwach, w których odnotowano najwyższy odsetek podmiotów leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne wypełniono relatywnie najmniej kwestionariuszy ankiet (Rys.42).

Najwyższy odsetek podmiotów leczniczych niezatrudniających niepełnosprawnych w ogólnej liczbie badanych podmiotów (w danym województwie) odnotowano w podlaskim, gdzie 80% badanych podmiotów leczniczych nie zatrudniało osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (Rys. 50). Województwo podlaskie było przedostatnim pod względem liczby podmiotów leczniczych biorących udział w badaniu (Rys. 42).

W badaniu dokonano podziału podmiotów leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne ze względu na formę prawną tj. publiczną i prywatną. W pierwszej kolejności określono strukturę badanych podmiotów zatrudniających niepełnosprawnych według formy prawnych, co przedstawiono na poniższym rysunku, gdzie badane podmioty zatrudniające osoby niepełnosprawne w danym województwie stanowią 100%.

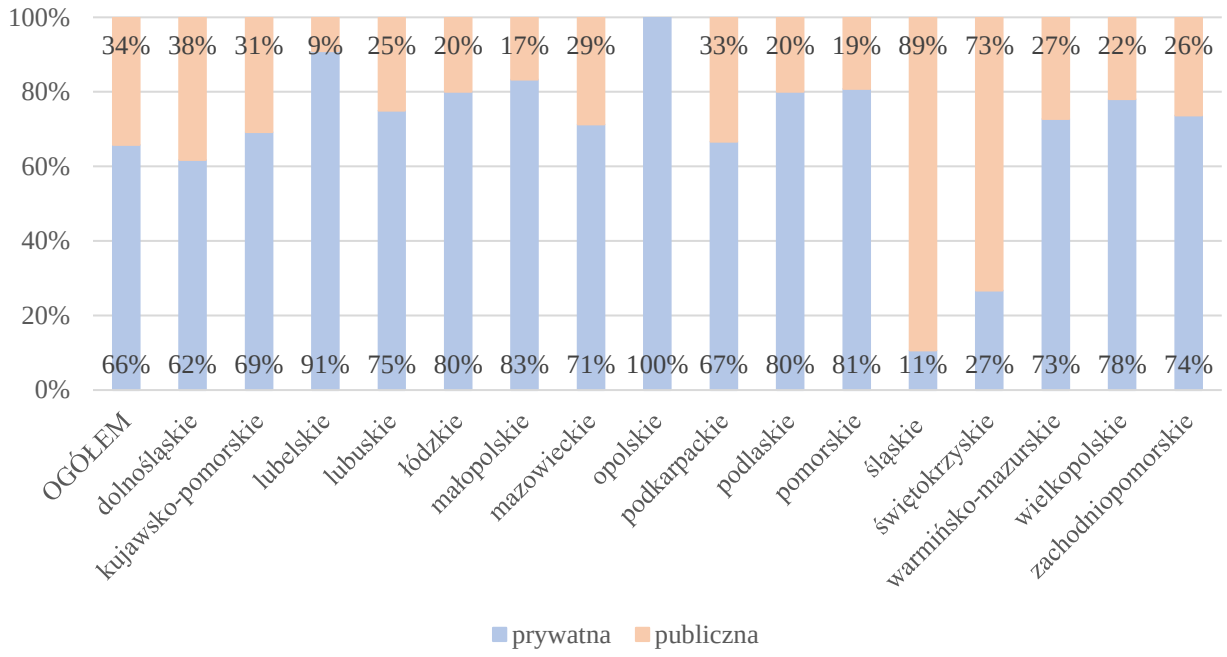


Rys. 51. Struktura badanych podmiotów leczniczych zatrudniających niepełnosprawnych według formy prawnej z podziałem na województwa

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Około 59% badanych podmiotów leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne stanowiły publiczne podmioty lecznicze. Najwyższy udział tych podmiotów odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (około 78% podmiotów leczniczych). Wysoki poziom tego wskaźnika odnotowano również w województwie opolskim (około 77% podmiotów leczniczych) (Rys. 51). Oba województwa charakteryzowały się względnie niską liczbą podmiotów leczniczych biorących udział w badaniu (Rys. 42). Najniższy udział badanych podmiotów zatrudniających osoby niepełnosprawne odnotowano w województwie świętokrzyskim (około 45% podmiotów leczniczych). Nieco wyższy wskaźnik odnotowano w łódzkim (około 47% podmiotów leczniczych) (Rys. 51).

W drugiej kolejności określono strukturę badanych podmiotów leczniczych niezatrudniających niepełnosprawnych według formy prawnej, co przedstawiono na poniższym rysunku, gdzie badane podmioty niezatrudniające osób niepełnosprawnych w danym województwie stanowią 100%.



Rys. 52. Struktura badanych podmiotów leczniczych niezatrudniających osób niepełnosprawnych według formy prawnej

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Około 66% badanych podmiotów leczniczych niezatrudniających osób niepełnosprawnych stanowiły prywatne podmioty. Najwyższy udział tych podmiotów odnotowano w województwie opolskim, w którym wszystkie podmioty lecznicze niezatrudniające niepełnosprawnych zadeklarowały, że są jednostkami prywatnymi. Wysoki poziom tego wskaźnika odnotowano również w lubelskim (około 91% podmiotów leczniczych) (Rys. 52). Oba województwa charakteryzowały się najniższą liczbą podmiotów leczniczych biorących udział w badaniu (Rys. 42). Najniższy odsetek prywatnych podmiotów leczniczych niezatrudniających niepełnosprawnych wśród wszystkich badanych podmiotów niezatrudniających niepełnosprawnych w danym województwie odnotowano w śląskim (około 10% podmiotów leczniczych) (Rys. 52). Województwo śląskie było drugie pod względem liczby wypełnionych kwestionariuszy ankiety (Rys. 42).

Wykorzystując metody wnioskowania statystycznego sprawdzono, czy forma prawna podmiotów leczniczych ma wpływ na zatrudnianie osób niepełnosprawnych. W poniższej tabeli przedstawiono liczbę podmiotów publicznych i prywatnych zatrudniających i niezatrudniających osoby niepełnosprawne. Posłużono się w niej skrótem ON określającym osoby niepełnosprawne.

Tabela 4

Liczba podmiotów publicznych i prywatnych zatrudniających i niezatrudniających osób niepełnosprawnych

podmioty zatrudniające i niezatrudniające ON	**forma prawna podmiotów leczniczych**	
	podmioty publiczne	**podmioty prywatne**
podmioty zatrudniające ON	445	312
podmioty niezatrudniające ON	170	327

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Postawiono następujące hipotezy:

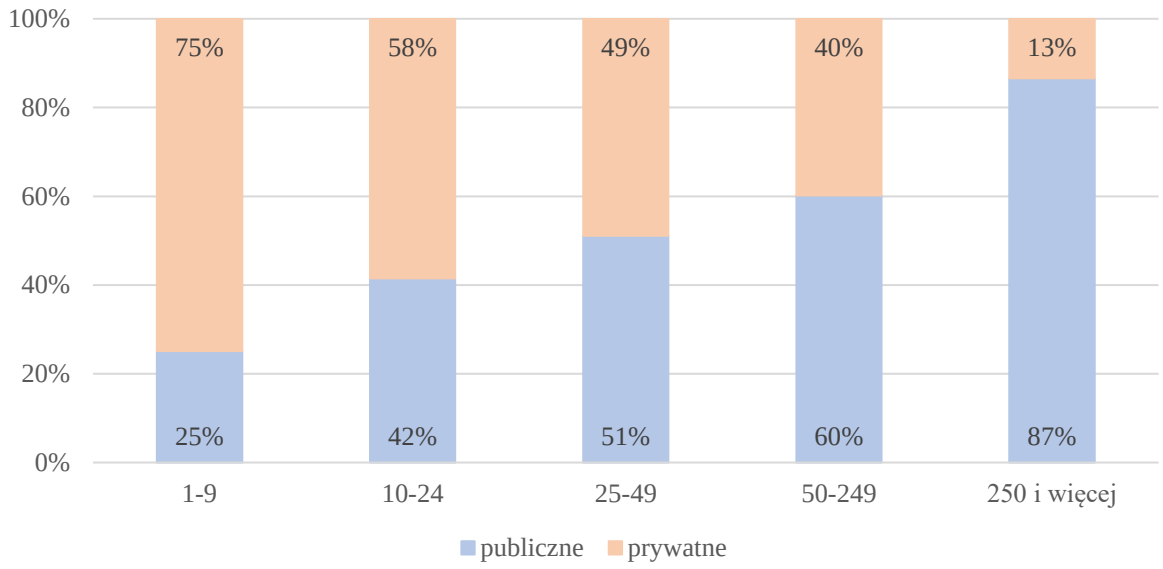
– hipoteza zerowa (H0): nie ma zależności między formą prawną podmiotów leczniczych a zatrudnianiem osób niepełnosprawnych,

– hipoteza alternatywna (H1): istnieje zależność między formą prawną podmiotów leczniczych a zatrudnianiem osób niepełnosprawnych.

Do zbadania prawdziwości hipotezy zerowej wykonano test niezależności chi-kwadrat. Obliczona wartość statystyki chi-kwadrat wyniosła 72,53. Biorąc pod uwagę rozkład chi-kwadrat z jednym stopniem swobody (df=1), wartość prawdopodobieństwa dla otrzymanej statystyki (wartość p) w takim rozkładzie wynosi 0. Przyjmując poziom istotności (alfa) równy 0,05, są podstawy do odrzucenia hipotezy zerowej na korzyść hipotezy alternatywnej. Można zatem wnioskować, że istnieje zależność między formą prawną podmiotów leczniczych, a zatrudnianiem osób niepełnosprawnych.

W celu określenia poziomu zależności między dwiema zmiennymi obliczono współczynnik V-Cramera, który wyniósł 0,24. Dodatkowo obliczono współczynnik kontyngencji C-Pearsona, który wyniósł 0,23. Można zatem wnioskować, że istnieje słaba zależność między formą prawną podmiotu leczniczego a zatrudnianiem osób niepełnosprawnych.

W przeprowadzonym badaniu zauważono zależność pomiędzy wielkością zatrudnienia ogółem w podmiotach leczniczych, a formą własności. Im wyższa wielkość zatrudnienia tym wyższe prawdopodobieństwo, że jest publicznym podmiotem leczniczym. Można wnioskować, że wynik badania był determinowany rosnącą liczbą publicznych podmiotów leczniczych ogółem wśród wyznaczonych grup pod względem wielkości zatrudnienia. Na poniższym rysunku przedstawiono strukturę podmiotów ze względu na formę prawną w ogóle badanych podmiotów z podziałem na wielkość zatrudnienia.



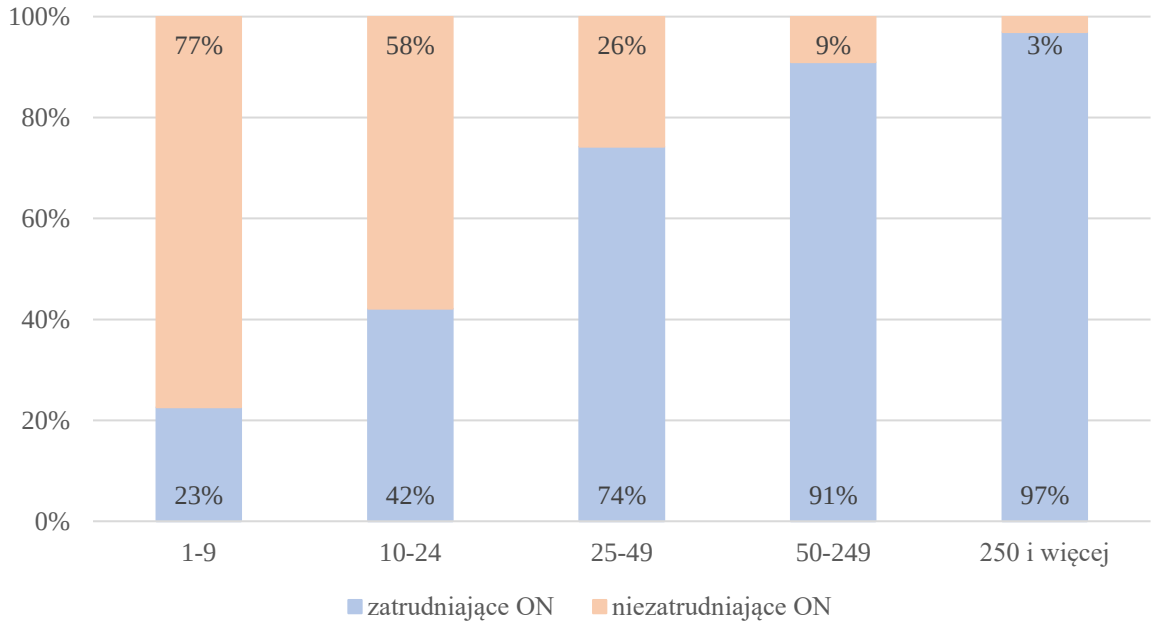
Rys. 53. Struktura podmiotów leczniczych ze względu na formę prawną w ogóle badanych podmiotów z podziałem na wielkość zatrudnienia

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

W badanych podmiotach leczniczych zatrudniających do 9 pracowników około 25% zadeklarowało, że jest podmiotem publicznym. To samo zadeklarowało około 42% podmiotów leczniczych zatrudniających od 10 do 24 pracowników, około 51% zatrudniających od 25 do 49 pracowników i około 60% zatrudniających od 50 do 249 pracowników. Aż 87% badanych podmiotów leczniczych zatrudniających 250 pracowników lub więcej stanowiły publiczne podmioty lecznicze (Rys. 53).

W przeprowadzonym badaniu zauważono również prawidłowość pomiędzy wielkością zatrudnienia w podmiotach leczniczych, a zatrudnieniem osób niepełnosprawnych. Im wyższa wielkość zatrudnienia tym wyższe prawdopodobieństwo, że podmiot zatrudnia osoby niepełnosprawne. Faktem determinującym taką tendencję jest możliwość zwolnienia z obowiązkowych wpłat do PFRON jednostki, w których udział osób niepełnosprawnych w ogóle zatrudnienia stanowi co najmniej 6%. Jak wspominano we wcześniejszej części pracy, obowiązkowe wpłaty do PFRON dotyczą jednostek zatrudniających co najmniej 25 pracowników (w przeliczeniu na pełne etaty).

Na poniższym rysunku, gdzie przedstawiono strukturę podmiotów leczniczych zatrudniających i niezatrudniających osoby niepełnosprawne w ogóle badanych podmiotów z podziałem na wielkość zatrudnienia, ponownie posłużono się skrótem ON określającym osobę niepełnosprawną.



Rys. 54. Struktura podmiotów leczniczych zatrudniających i niezatrudniających osoby niepełnosprawne w ogóle badanych podmiotów z podziałem na wielkość zatrudnienia

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

W badanych podmiotach leczniczych zatrudniających do 9 pracowników około 23% zadeklarowało, że zatrudnia osoby niepełnosprawne. To samo zadeklarowało około 42% podmiotów leczniczych zatrudniających od 10 do 24 pracowników, około 74% zatrudniających od 25 do 49 pracowników i około 91% zatrudniających od 50 do 249 pracowników. Aż 97% badanych podmiotów zatrudniających 250 pracowników lub więcej stanowiły publiczne podmioty lecznicze (Rys. 54).

Wykorzystując metody wnioskowania statystycznego sprawdzono, czy wielkość zatrudnienia ogółem w podmiotach leczniczych ma wpływ na zatrudnianie osób niepełnosprawnych. W poniższej tabeli przedstawiono liczbę podmiotów leczniczych zatrudniających: do 9 pracowników, od 10 do 24 pracowników, od 25 do 49 pracowników, od 50 do 249 pracowników oraz zatrudniających 250 pracowników lub więcej z podziałem na podmioty zatrudniające i niezatrudniające osoby niepełnosprawne. Posłużono się w niej skrótem ON określającym osoby niepełnosprawne.

Tabela 5

Liczba podmiotów leczniczych według wielkości zatrudnienia wraz z podziałem na zatrudniające i niezatrudniające osoby niepełnosprawne

podmioty zatrudniające i niezatrudniające ON	**wielkość zatrudnienia w podmiotach leczniczych**				
	do 9 pracowników	**od 10 do 24 pracowników**	**od 25 do 49 pracowników**	**od 50 do 249 pracowników**	**250 lub więcej pracowników**
podmioty zatrudniające ON	64	134	199	201	159
podmioty niezatrudniające ON	219	184	69	20	5

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Postawiono następujące hipotezy:

– hipoteza zerowa (H0): nie ma zależności między wielkością zatrudnienia ogółem w podmiotach leczniczych a zatrudnianiem osób niepełnosprawnych,

– hipoteza alternatywna (H1): istnieje zależność między wielkością zatrudnienia ogółem w podmiotach leczniczych a zatrudnianiem osób niepełnosprawnych.

Do zbadania prawdziwości hipotezy zerowej wykonano test niezależności chi-kwadrat. Obliczona wartość statystyki chi-kwadrat wyniosła 412,49. Biorąc pod uwagę rozkład chi-kwadrat z czterema stopniami swobody (df=4), wartość prawdopodobieństwa dla otrzymanej statystyki (wartość p) w takim rozkładzie wynosi 0. Przyjmując poziom istotności (alfa) równy 0,05, są podstawy do odrzucenia hipotezy zerowej na korzyść hipotezy alternatywnej. Można zatem wnioskować, że istnieje zależność między wielkością zatrudnienia ogółem w podmiotach leczniczych, a zatrudnianiem osób niepełnosprawnych.

W celu określenia poziomu zależności między dwiema zmiennymi obliczono współczynnik V-Cramera, który wyniósł 0,57. Dodatkowo obliczono współczynnik kontyngencji C-Pearsona, który wyniósł 0,5. Można zatem wnioskować, mając na uwadze wielkość próby, że istnieje silna zależność między wielkością zatrudnienia ogółem w podmiotach leczniczych a zatrudnianiem osób niepełnosprawnych. Powyższy test posłużył do weryfikacji hipotezy badawczej postawionej w pracy, która brzmi: *Zatrudnienie osób niepełnosprawnych jest zależne od wielkości podmiotów leczniczych wyrażonej w liczbie zatrudnionych pracowników.*

5.3. Charakterystyka osób niepełnosprawnych zatrudnionych w podmiotach leczniczych

Jednostki, w których udział zatrudnionych osób niepełnosprawnych w zatrudnieniu ogółem wynosi co najmniej 6% są zwolnione z obligatoryjnych wpłat do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (dotyczy jednostek zatrudniających co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełne etaty). Wysokość wpłaty do PFRON stanowi 40,65% kwoty przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej pomnożona przez liczbę pracowników odpowiadającą różnicy między zatrudnieniem zapewniającym osiągnięcie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wysokości 6% a rzeczywistym zatrudnieniem osób niepełnosprawnych (Rys. 55). Na poniższym rysunku przedstawiono wzór na wysokość tej wpłaty.

$$\mathbf{WW = (0{,}4065 \times PW) \times [(Wz \times 0{,}06) - Wzn)]}$$

WW = wysokość wpłaty

PW = przeciętne wynagrodzenie w gospodarce

Wz = wielkość zatrudnienia (w przeliczeniu na pełne etaty)

Wzn = wielkość zatrudnienia niepełnosprawnych (w przeliczeniu na pełne etaty)

Rys. 55. Wzór na wysokość wpłaty do PFRON dla jednostek zatrudniających co najmniej 25 pracowników (w przeliczeniu na pełne etaty)

Źródło: opracowanie na podstawie danych PFRON (https://www.pfron.org.pl/pracodawcy/wplaty-obowiazkowe/wysokosc-wplat/ (dostęp: 21.12.2022))

Należy zauważyć, że wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych poniżej 6% w przypadku jednostek zatrudniających co najmniej 25 pracowników nie oznacza, że są objęte wpłatami do PFRON. Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych jest obniżany dla tych jednostek, które:

- są hospicjami lub domami pomocy społecznej o charakterze non-profit,
- są zakładami opiekuńczo-leczniczymi,
- są organizacją non-profit, której działalność opiera się wyłącznie na rehabilitacji społecznej i działalności leczniczej,
- są zakładami pracy w upadłości.

Zakład pracy może zostać zwolniony z wpłat do PFRON, gdy wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych wynosi co najmniej 2% w zatrudnieniu ogółem, gdy udział ten będzie liczony wśród wszystkich zatrudnionych pracowników bez uwzględniania wymiaru etatu [16].

Wśród jednostek zwolnionych z wpłat do PFRON znajdują się również te, które zatrudniają mniej niż 25 pracowników w przeliczeniu na pełne etaty.

Wpłaty te mogą ulec zmianie w wyniku między innymi:

- zatrudnienia osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności w trakcie trwania miesiąca,
- zatrudnienia osoby niepełnosprawnej ze schorzeniem szczególnym,
- przebywania niepełnosprawnego pracownika na urlopie bezpłatnym,
- przebywania pracownika na urlopie bezpłatnym, rodzicielskim lub wychowawczym [17].

[16] https://www.pfron.org.pl/pracodawcy/wplaty-obowiazkowe/kogo-dotycza-wplaty/ (19.04.2022)
[17] https://www.pfron.org.pl/pracodawcy/wplaty-obowiazkowe/wysokosc-wplat/ (21.12.2022)

Jednostki, w których udział osób niepełnosprawnych w zatrudnieniu ogółem wynosi co najmniej 30% mogą ubiegać się o status zakładu pracy chronionej, jeżeli spełniają następujące warunki:

- prowadzą działalność przez co najmniej rok,
- osiągają zatrudnienie na poziomie co najmniej 25 pracowników,
- udział osób niepełnosprawnych w zatrudnieniu ogółem wynosi co najmniej 30% (zatrudnione muszą być niepełnosprawne intelektualnie lub z niepełnosprawnością wzroku w stopniu umiarkowanym lub znacznym),
- udział osób niepełnosprawnych w zatrudnieniu ogółem wynosi co najmniej 50% (w tym co najmniej 20% ze stopniem niepełnosprawności umiarkowanym lub znacznym),
- miejsce pracy musi być dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych,
- osoby niepełnosprawne muszą mieć dostęp do doraźnej opieki medycznej i rehabilitacji [18].

Jak wcześniej wspomniano w przeprowadzonym badaniu 757 podmiotów leczniczych zadeklarowało, że zatrudnia osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności.

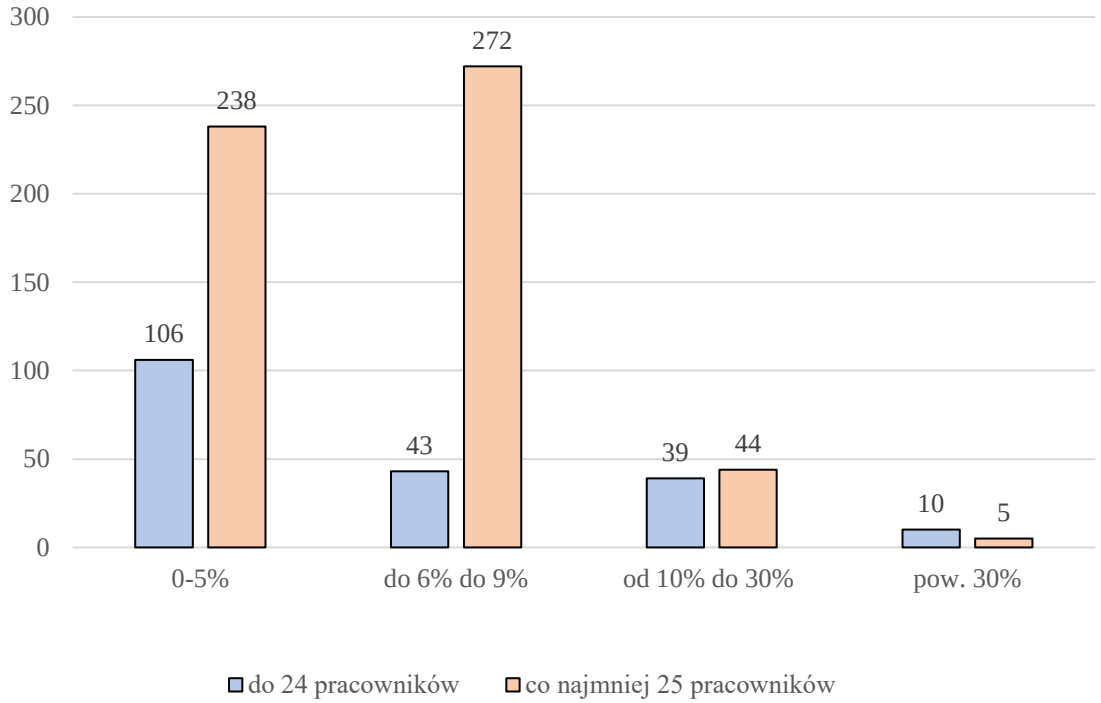
Obligatoryjne wpłaty do PFRON obejmują tylko te podmioty, w których poziom zatrudnienia wynosi co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełne etaty zatrudnienia. Dlatego też w badaniu uwzględniono dodatkowy podział na podmioty lecznicze zatrudniające do 24 pracowników (podmioty mniejsze), które nie są objęte obowiązkowymi wpłatami do PFRON oraz podmioty lecznicze zatrudniające co najmniej 25 pracowników (podmioty większe), które potencjalnie powinny zostać objęte obowiązkowymi wpłatami do PFRON.

Wyróżniono cztery grupy podmiotów leczniczych:

- podmioty lecznicze, w których udział osób niepełnosprawnych w zatrudnieniu ogółem nie przekracza 5%,
- podmioty lecznicze, w których udział osób niepełnosprawnych w zatrudnieniu ogółem wynosi między 6%, a 9%,
- podmioty lecznicze, w których udział osób niepełnosprawnych w zatrudnieniu ogółem wynosi między 10%, a 30%,
- podmioty lecznicze, w których udział osób niepełnosprawnych w zatrudnieniu ogółem wynosi ponad 30%.

[18] https://niepelnosprawni.gov.pl/p,72,zaklady-pracy-chronionej (19.05.2022)

Na poniższym rysunku przedstawiono liczbę podmiotów leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne w podziale na odsetek niepełnosprawnych w zatrudnieniu ogółem oraz wielkość podmiotu pod względem liczby osób zatrudnionych.



Rys. 56. Liczba podmiotów leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne w podziale na odsetek niepełnosprawnych w zatrudnieniu ogółem oraz wielkość podmiotów pod względem liczby osób zatrudnionych

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

W przeprowadzonym badaniu 344 podmioty lecznicze stanowiły te, w których odsetek niepełnosprawnych w zatrudnieniu ogółem wynosił do 5%. Wśród nich około 69% to te, których zatrudnienie ogółem wynosi co najmniej 25 pracowników. Odsetek zatrudnionych niepełnosprawnych w ogóle zatrudnienia na poziomie od 6% do 9% zadeklarowało 315 podmiotów leczniczych, a wśród nich około 86% zatrudniały co najmniej 25 pracowników. Zatrudnienie niepełnosprawnych na poziomie od 10% do 30% zadeklarowało 83 podmioty lecznicze (wśród nich 53% to podmioty zatrudniające co najmniej 25 pracowników), natomiast 15 podmiotów leczniczych zadeklarowało, że udział osób niepełnosprawnych w zatrudnieniu ogółem przekracza 30%. Wśród nich około 33% zatrudniało co najmniej 25 pracowników (Rys. 56). Jest to jedyna grupa, w której odnotowano wyższy udział mniejszych podmiotów pod względem zatrudnienia.

Wraz ze wzrostem wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych liczba podmiotów maleje, co jest zjawiskiem naturalnym.

Wykorzystując metody wnioskowania statystycznego sprawdzono, czy wielkość zatrudnienia w podmiotach leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne ma wpływ na udział tych osób w zatrudnieniu ogółem w tych podmiotach. W poniższej tabeli przedstawiono liczbę podmiotów leczniczych zatrudniających: do 9 pracowników, od 10 do 24 pracowników, od 25 do 49 pracowników, od 50 do 249 pracowników i zatrudniających 250 pracowników z podziałem na podmioty, w których udział niepełnosprawnych w zatrudnieniu ogółem wynosi: do 5%, od 6% do 9%, od 10% i więcej. Posłużono się w niej skrótem ON określającym osoby niepełnosprawne. Uznając zasadę, że minimalna liczebność grupy nie powinna być mniejsza od 5 (a najlepiej, gdyby była większa od 8) połączono liczebności podmiotów, w których udział niepełnosprawnych wynosi od 10% do 29% oraz 30% i więcej (SOBCZYK, 2007).

Tabela 6

Liczba podmiotów leczniczych według wielkości zatrudnienia oraz udziału osób niepełnosprawnych w zatrudnieniu ogółem

Udział w zatrudnieniu ON	**Wielkość zatrudnienia w podmiotach leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne (w liczbie pracowników)**				
	do 9	**od 10 do 24**	**od 25 do 49**	**od 50 do 249**	**250 lub więcej**
0-5%	20	86	96	74	68
6-9%	12	31	86	108	78
10% i więcej	32	17	17	19	13

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Postawiono następujące hipotezy:

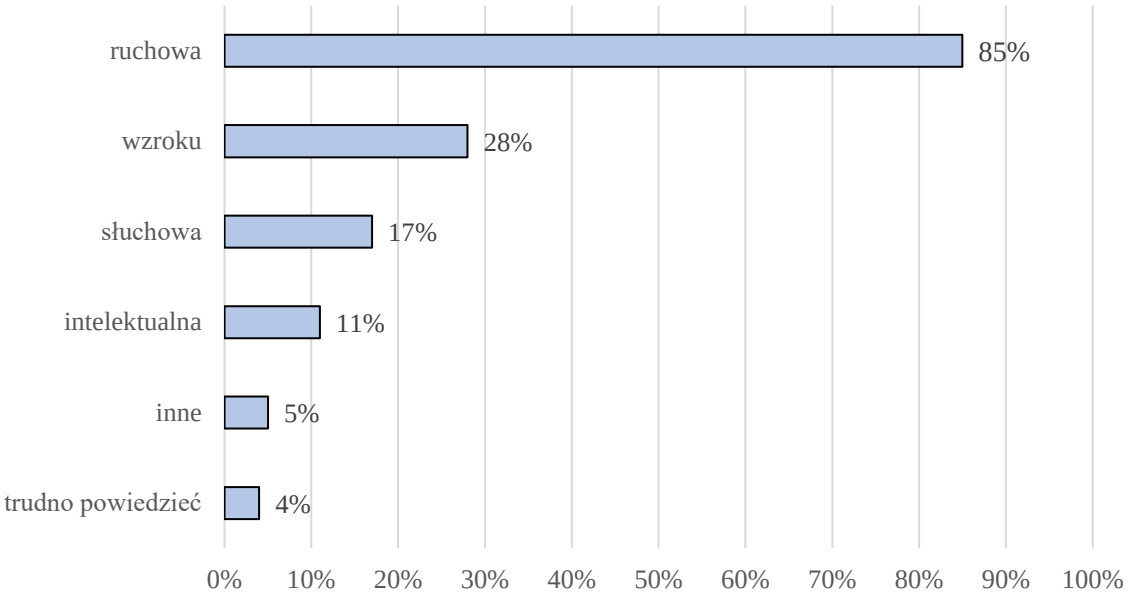
– hipoteza zerowa (H0): nie ma zależności między wielkością zatrudnienia w podmiotach leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne a udziałem osób niepełnosprawnych w ogóle zatrudnienia w tych podmiotach,

– hipoteza alternatywna (H1): istnieje zależność między wielkością zatrudnienia w podmiotach leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne a udziałem osób niepełnosprawnych w ogóle zatrudnienia w tych podmiotach.

Do zbadania prawdziwości hipotezy zerowej wykonano test niezależności chi-kwadrat. Obliczona wartość statystyki chi-kwadrat wyniosła 121. Biorąc pod uwagę rozkład chi-kwadrat z ośmioma stopniami swobody (df=8), wartość prawdopodobieństwa dla otrzymanej statystyki (wartość p) w takim rozkładzie wynosi 0. Przyjmując poziom istotności (alfa) równy 0,05, są podstawy do odrzucenia hipotezy zerowej na korzyść hipotezy alternatywnej. Można zatem wywnioskować, że istnieje zależność między wielkością zatrudnienia w podmiotach leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne a udziałem tych osób w ogóle zatrudnienia w tych podmiotach.

W celu określenia poziomu zależności między dwiema zmiennymi obliczono współczynnik V-Cramera, który wyniósł 0,28. Dodatkowo obliczono współczynnik kontyngencji C-Pearsona, który wyniósł 0,37. Na podstawie wartości tych współczynników można wnioskować, że istnieje umiarkowana zależność między wielkością zatrudnienia w podmiotach leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne, a udziałem tych osób w zatrudnieniu ogółem.

W kolejnej części badań wskazano, z jakim rodzajem niepełnosprawności są zatrudniane osoby niepełnosprawne w podmiotów leczniczych. Dokonano podziału niepełnosprawnych według rodzaju na niepełnosprawność: ruchową, intelektualną, słuchową, wzroku, inną. Taki podział jest stosowany w badaniach przeprowadzanych przez PFRON. Na poniższym rysunku przedstawiono udział podmiotów leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne według rodzaju niepełnosprawności. Badane podmioty zatrudniające niepełnosprawnych stanowiły 100%.



Rys. 57. Udział podmiotów leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne według rodzaju niepełnosprawności wśród wszystkich badanych podmiotów zatrudniających osoby niepełnosprawne

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

W około 85% badanych podmiotach leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne zatrudniano co najmniej jedną osobę niepełnosprawną ruchowo (Rys. 57). Niepełnosprawność ruchowa związana jest z obniżonymi możliwościami motorycznymi ciała.

Niepełnosprawność ruchowa może być spowodowana:

- całkowitym lub częściowym brakiem kończyny górnej lub dolnej,
- uszkodzeniami układu nerwowego lub mięśni odpowiadających za poruszanie się,
- niepoprawną formą kości,
- uszkodzeniem stawów (*Osoba z niepełnosprawnością ruchową w pracy. Poradnik dla pracodawców*, 2019).

Osoby z niepełnosprawnością wzroku były zatrudnione w około 28% badanych podmiotach leczniczych (Rys. 57). Osoby te to między innymi osoby niewidome i słabowidzące, u których ostrość wzroku jest obniżona o ponad 70% w porównaniu do osób z prawidłowo funkcjonującym zmysłem wzroku.

Osoby z niepełnosprawnością słuchową były zatrudniane w około 17% badanych podmiotach leczniczych zatrudniających niepełnosprawnych (Rys. 57). Osoby niepełnosprawne słuchowo to osoby całkowicie lub częściowo niesłyszące. Uznaje się, że niedosłuch diagnozuje się u osób, u których zmysł słuchu jest obniżony o co najmniej 20 decybeli w porównaniu do osoby z całkowicie sprawnym zmysłem słuchu (ŻOŁNIERCZYK-ZREDA I IN, 2016).

Około 11% podmiotów leczniczych biorących udział w badaniu i zatrudniających osoby niepełnosprawne zadeklarowało, że zatrudnia osobę lub osoby z niepełnosprawnością intelektualną (Rys. 57). Do zaburzeń związanych z niepełnosprawnością intelektualną zalicza się między innymi:

- zaburzenia genetyczne (np. zespół Downa),
- zaburzenia rozwoju (np. autyzm),
- zaburzenia neurologiczne (np. epilepsja, porażenie mózgowe) (*Wsparcie osób z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i znacznym (...),* 2012).

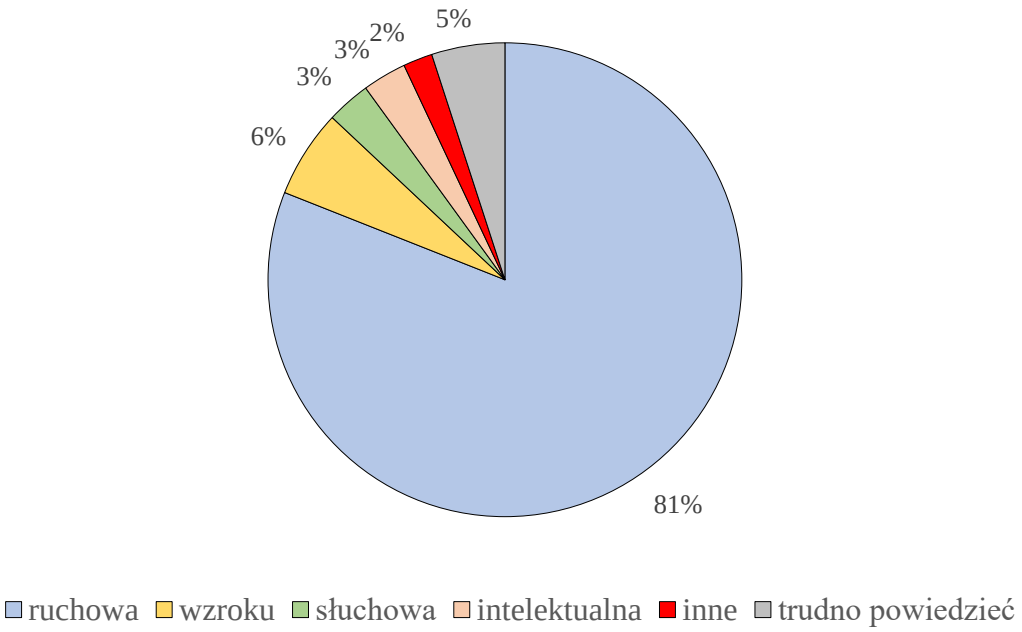
Około 5% badanych podmiotów leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne zadeklarowało, że zatrudnia co najmniej jedną osobę niepełnosprawną z innym rodzajem niepełnosprawności niż wyżej wymienione. Wśród nich znalazły się między innymi:

- choroby neurologiczne,
- cukrzyca,
- choroby układu oddechowego,
- choroby somatyczne,
- choroby psychiczne i psychiatryczne,
- niepełnosprawność sprzężona (złożona),
- choroby układu krążenia,
- choroby nowotworowe,
- choroby układu pokarmowego,
- dystonia,
- mastektomia,
- stwardnienie rozsiane,
- zaburzenia mowy.

Około 4% podmiotów leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne biorące udział w badaniu nie określiły, z jakim rodzajem niepełnosprawności zatrudniają osoby z orzeczeniem (Rys. 57).

Identyfikacja rodzajów niepełnosprawności występujących u pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych było jednym z celów szczegółowych pracy.

Kwestionariusz ankiety umożliwiał wskazanie rodzaju niepełnosprawności, z jaką najczęściej są zatrudniane osoby niepełnosprawne w podmiotach leczniczych. Podmioty te na poniższym rysunku, gdzie przedstawiono najczęściej występujące rodzaje niepełnosprawności w badanych podmiotach leczniczych stanowią 100%.

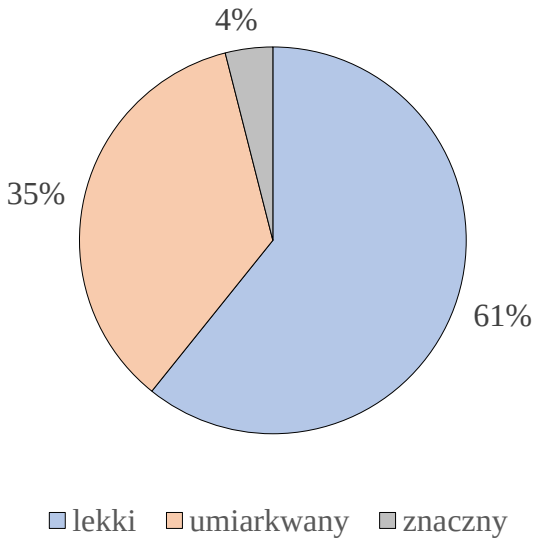


Rys. 58. Najczęściej występujące rodzaje niepełnosprawności w badanych podmiotach leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

Około 81% wszystkich badanych podmiotów leczniczych zatrudniających niepełnosprawnych zadeklarowało, że najczęściej niepełnosprawność ich pracowników wynika z ograniczenia ruchowego. Około 6% podmiotów leczniczych wskazało, że najczęściej występującym rodzajem niepełnosprawności wśród pracowników jest niepełnosprawność wzroku, a około 3% tych podmiotów wskazały osoby z niepełnosprawnością intelektualną jako pracowników z najczęściej występującym rodzajem niepełnosprawności. Analogiczna sytuacja dotyczy również osoby z niepełnosprawnością słuchu. Około 2% podmiotów leczniczych zadeklarowało, że najczęściej występującym rodzajem niepełnosprawności w ich podmiotach nie jest żaden z podstawowych rodzajów (Rys. 58).

Przeprowadzone badania uwzględniały również stopień niepełnosprawności, z jakim najczęściej zatrudniane są osoby z orzeczeniem, co przedstawiono na poniższym rysunku. Podmioty lecznicze zatrudniające osoby niepełnosprawne stanowią na nim 100%.



Rys. 59. Najczęściej występujący stopnień niepełnosprawności w badanych podmiotach leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

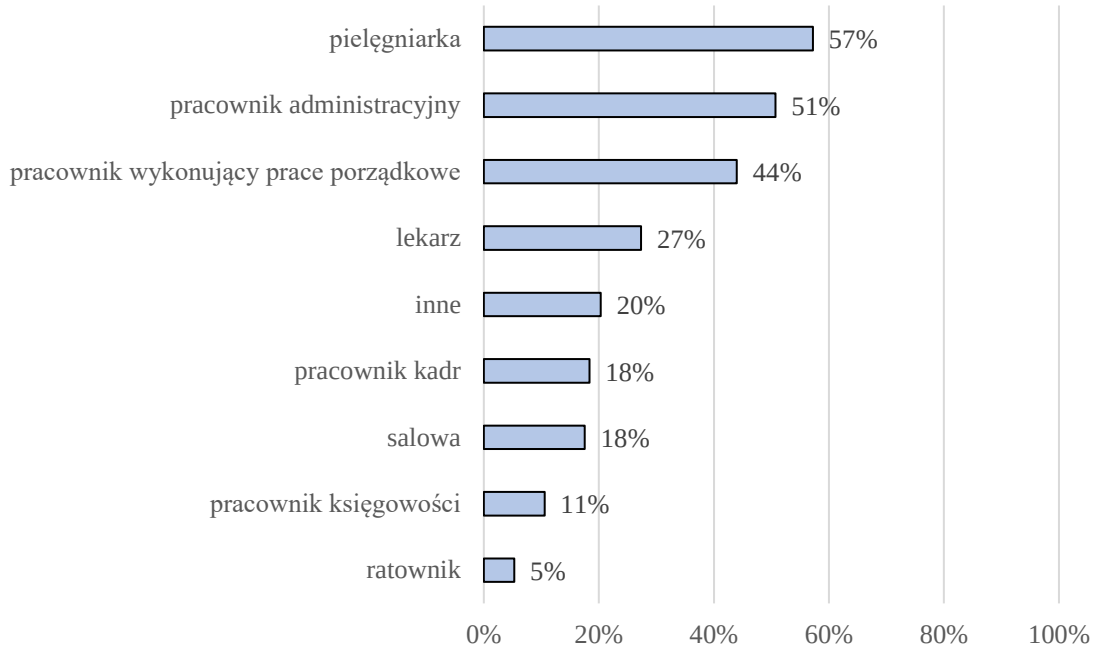
Najczęściej występującym stopniem niepełnosprawności w badanych podmiotach leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne jest stopień lekki (około 61% badanych podmiotów leczniczych). Aż około 33% wskazało, że największą grupę osób niepełnosprawnych w ich podmiotach stanowiły osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym. Znaczny stopień niepełnosprawności u pracowników jest najczęściej występującym w około 4% podmiotach leczniczych zatrudniających niepełnosprawnych (Rys. 59).

Niepełnosprawność nie musi być powodem uniemożliwiającym pracę zarobkową, Każde schorzenie ograniczające częściowo sprawność nie wyklucza pracy na stanowisku, które nie wymaga pełnej sprawności organizmu. Należy zauważyć, że większość zawodów nie stawia przed pracownikiem wymagań dotyczących pełnej sprawności człowieka.

Osoby niepełnosprawne mają prawo do edukacji, co umożliwia zdobycie odpowiedniego wykształcenia, a nawet zdobycie uprawnień do wykonywania zawodu wymagającego specjalizacji. Jedynie niepełnosprawność intelektualna oraz niepełnosprawność całkowicie lub prawie całkowicie ograniczająca sprawność fizyczną człowieka może być barierą w zdobyciu wykształcenia lub wykluczeniu z wykonywania danego zawodu lub jakiejkolwiek pracy zarobkowej.

Według badań przeprowadzonych w 2018 roku tylko około 9,4% niepełnosprawnych powyżej 16. roku życia posiadało wyższe wykształcenie. Wpływ na poziom wykształcenia ma miejsce zamieszkania osoby niepełnosprawnej (*Informacja Rządu Rzeczypospolitej Polskiego o działaniach podejmowanych w 2018 r. na rzecz realizacji postanowień uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych*, 2019). Według danych BAEL osoby z wyższym wykształceniem ogółem w społeczeństwie stanowiły około 24,4% ludności w wieku powyżej 15. roku życia (*Kapitał ludzki w Polsce w latach 2016-2020,* 2021).

Podmioty lecznicze na tle innych zakładów pracy wyróżniają się tym, że do wykonywania niezbędnych zawodów potrzebne są odpowiednie umiejętności czy uprawnienia. Mimo że niepełnosprawność stanowi pewne ograniczenia w wykonywaniu pracy nie oznacza, że dyskwalifikuje wykształcone osoby z wykonywania nawet bardzo wymagających zawodów. Na poniższym rysunku przedstawiono udział podmiotów leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne w danym zawodzie w ogóle badanych podmiotów zatrudniających niepełnosprawnych. Kwestionariusz ankiety uwzględniał możliwość wskazania więcej niż jednego zawodu, w jakim zatrudnione są osoby niepełnosprawne w podmiocie. Powoduje to, że suma wszystkich odpowiedzi nie jest równa 100%.



Rys. 60. Udział podmiotów leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne w danym zawodzie w ogóle badanych podmiotów zatrudniających niepełnosprawnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

W przeprowadzonym badaniu około 57% podmiotów leczniczych zatrudniających niepełnosprawnych zadeklarowało, że zatrudniają osoby niepełnosprawne na stanowisku pielęgniarki lub pielęgniarza. Należy zauważyć, że zawód ten w zależności od charakteru prowadzonej działalności leczniczej może mieć różny zakres obowiązków. Drugą znaczną grupą zawodów, w jakich niepełnosprawni są często zatrudniani są pracownicy administracyjni i pracownicy biurowi (Rys. 60).

Około 51% podmiotów biorących udział w badaniu i zatrudniających osoby niepełnosprawne zadeklarowało zatrudnienie osób z orzeczeniem o niepełnosprawności na stanowisku pracownika administracyjnego. Trzecim znaczącym zawodem wykonywanym przez osoby niepełnosprawne są pracownicy wykonujący prace porządkowe (Rys. 60). Około 44% badanych podmiotów leczniczych zadeklarowało, że zatrudnia osoby niepełnosprawne w tym zawodzie, natomiast około 27% badanych podmiotów zatrudnia niepełnosprawnych na stanowisku lekarza. Jest to jeden z najbardziej wymagających i najlepiej opłacanych zawodów wykonywanych w podmiotach leczniczych (Rys. 60).

Osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności są zatrudniane również na stanowiskach salowych i ratowników medycznych, które są zawodami typowo medycznymi. Niepełnosprawni na stanowisku salowej byli zatrudnieni w około 18% badanych podmiotów, a około 5% badanych podmiotów leczniczych zatrudnia niepełnosprawnych na stanowisku ratownika medycznego. Należy zauważyć, że zawód ratownika medycznego wymaga odpowiedniej sprawności fizycznej jak i wysokiego poziomu skupienia. Podmioty lecznicze zatrudniają osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności również w zawodach niemedycznych, czego przykładem była wcześniej wspomniana znacząca grupa osób zatrudnionych w zawodzie pracownika administracyjnego. Innymi grupami zawodów niemedycznych są pracownicy kadr i pracownicy księgowości (Rys. 60).

Około 18% badanych podmiotów leczniczych zatrudnia niepełnosprawnych na stanowisku pracownika kadr, natomiast 11% badanych podmiotów deklaruje zatrudnienie niepełnosprawnych na stanowisku księgowości. Trzeba zwrócić uwagę, że zawody z tych dwóch działów wymagają znaczącej wiedzy zaczerpniętej ze swoich dziedzin. Około 20% podmiotów leczniczych, które zatrudniają osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności deklarowało, że zatrudniają osoby niepełnosprawne w jeszcze innych zawodach niż wyżej wymienione (Rys. 60).

Wśród innych zawodów były wymieniane między innymi: informatyk, zawody techniczne, asystent osoby niepełnosprawnej, terapeuta, położna, psycholog, opiekun medyczny, kierowca, pracownik rehabilitacji, fizjoterapeuta, pomoc kuchenna, psycholog, masażysta, analityk medyczny, dietetyk, magazynier.

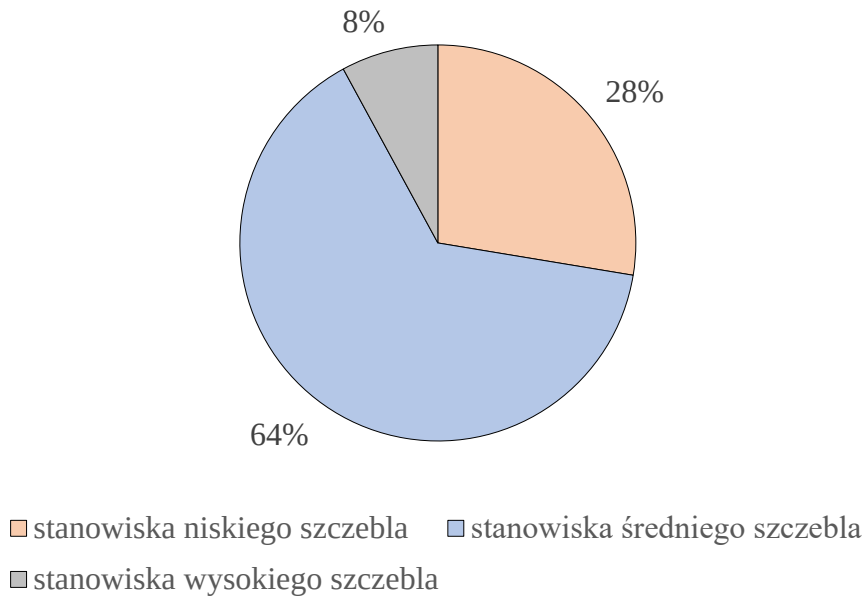
Identyfikacja zawodów wykonywanych przez osoby niepełnosprawne w podmiotach leczniczych było jednym z celów szczegółowych pracy.

Wymienione wyżej zawody i zajmowane stanowiska można przyporządkować do odpowiednich szczebli: wysokiego, średniego i niskiego. Stanowiska wysokiego szczebla charakteryzują się wysokimi wymaganiami pod względem wykształcenia, zdobytych specjalizacji i umiejętności. Są to stanowiska najlepiej opłacane. Do tej grupy stanowisk zalicza się zawód lekarza. Również pielęgniarki ze specjalizacją powinny być zaliczane do tego grona. Także część pracowników administracyjnych wymaga wysokiego poziomu wykształcenia lub są wysoko opłacanymi stanowiskami (np. prezes/dyrektor lub właściciel podmiotu leczniczego). Do grupy stanowisk wysokiego szczebla można zaliczyć głównych księgowych oraz kierowników działu kadr i działu płac.

Stanowiska średniego szczebla charakteryzują się wymaganiami pod względem wysokiego lub średniego wykształcenia (najczęściej kierunkowego) wymaganym do prawidłowego wykonywania pracy na stanowisku. Pracownicy tego szczebla najczęściej są uważani za tzw. klasę średnią, jeżeli mowa o wysokości wynagrodzenia. Do tej grupy należą między innymi pielęgniarki, pracownicy księgowości oraz kadr, ratownicy medyczni i inne zawody wymagające szczególnych kwalifikacji np. masażyści, terapeuci, rehabilitanci, informatycy itd.

Stanowiska niskiego szczebla charakteryzują się niskimi wymaganiami pod względem wykształcenia, a umiejętności potrzebne do wykonywania pracy na tych stanowiskach można nabyć w trakcie wykonywania swojej pracy. Zarobki na stanowiskach niskiego szczebla są uzależnione od aktualnej płacy minimalnej i mogą być na niskim poziomie. Do tej grupy stanowisk należą pracownicy wykonujący prace porządkowe (m.in. sprzątaczki, konserwatorzy, ogrodnicy). Zdarza się, że zaliczane są do niej stanowiska zajmowane przez pracowników pomocniczych w działach kadr i księgowości. Część stanowisk zajmowanych przez pracowników administracyjnych mogą być zakwalifikowane do stanowisk niskiego szczebla, jak na przykład rejestratorzy, recepcjoniści, sekretarki itp. Analizując podział stanowisk na szczeble w podmiotach leczniczych bardzo często zauważalne jest, że do stanowisk niskiego szczebla zaliczana jest praca na stanowisku salowej.

Kwestionariusz ankiety pozwalał na wskazanie przez podmioty lecznicze szczebla stanowiskowego, na którym zatrudnianych jest najwięcej osób z orzeczeniem o niepełnosprawności. Na poniższym rysunku badane podmioty zatrudniające osoby niepełnosprawne stanowią 100%. Przedstawiono na nim najczęściej występujące rodzaje stanowisk pracy niepełnosprawnych.



Rys. 61. Najczęściej występujące rodzaje stanowisk pracy niepełnosprawnych w badanych podmiotach leczniczych zatrudniających osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

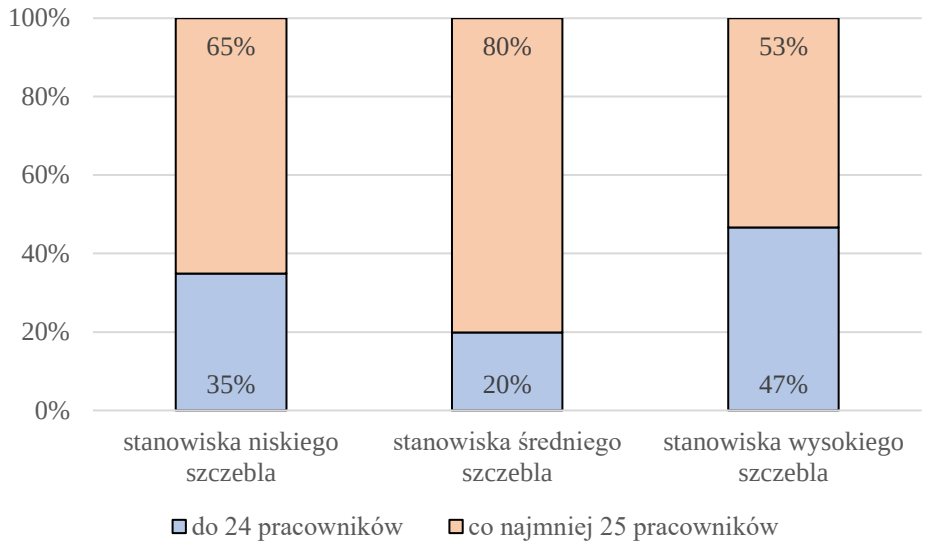
Około 64% podmiotów leczniczych biorących udział w badaniu zadeklarowało, że niepełnosprawni zatrudniani są na stanowiskach średniego szczebla. Wbrew stereotypom i społecznym uprzedzeniom stanowiska niskiego szczebla nie są dominującymi wśród osób niepełnosprawnych. Około 23% badanych podmiotów leczniczych zadeklarowało, że najczęściej zatrudnia osoby z orzeczeniem na stanowiskach niskiego szczebla, natomiast 8% badanych podmiotów zadeklarowało, że najczęściej osoby niepełnosprawne w ich podmiotach są zatrudniane na stanowiskach wysokiego szczebla (Rys. 61).

Odnosząc się do teorii dualnego rynku pracy Priore'a zakładającą istnienie rynku pierwotnego i wtórnego (KUKULAK-DOLATA 2018) należy podkreślić, że osoby niepełnosprawne są zatrudniane na obu tych rynkach. Rynek pierwotny reprezentowany jest przez pracowników zatrudnianych na stanowiskach wysokiego i średniego szczebla, natomiast rynek wtórny przez pracowników zatrudnianych na stanowiskach niskiego szczebla. Jest to weryfikacja hipotezy badawczej postawionej w pracy, która brzmi: *Osoby niepełnosprawne pracujące w podmiotach leczniczych są zatrudniane zarówno na rynku pierwotnym i wtórnym*.

Podobnie jak w przypadku zatrudnienia niepełnosprawnych również w kwestii szczebli stanowiskowych dokonano podziału na podmioty mniejsze (zatrudniające do 24 pracowników) oraz podmioty większe (zatrudniające co najmniej 25 pracowników). Miało to za zadanie częściowego wykluczenia sytuacji mogących znacząco wpłynąć na wyniki badań. Najczęściej

występującą sytuacją w prowadzonych badaniach o takim charakterze jest zawyżenie wyników badań przez małe podmioty, w których udział danej grupy pracowników może być wysoki, ponieważ w całym podmiocie zatrudniana jest niska liczba pracowników.

Na poniższym rysunku przedstawiono najczęściej występujące rodzaje stanowisk pracy niepełnosprawnych w badanych podmiotach leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne według wielkości zatrudnienia w podmiocie.



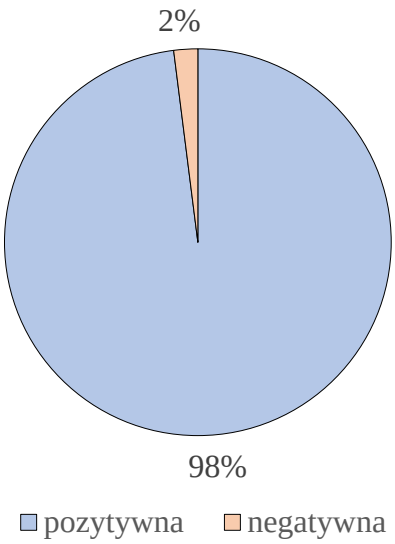
Rys. 62. Najczęściej występujące rodzaje stanowisk pracy niepełnosprawnych w badanych podmiotach leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne według wielkości zatrudnienia w podmiocie

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

W przeprowadzonym badaniu mniejsze podmioty stanowiły 20% badanych podmiotów leczniczych deklarujących, że najczęściej zatrudniają osoby niepełnosprawne na stanowisku średniego szczebla. Około 35% podmiotów leczniczych deklarujących najczęstsze zatrudnienie niepełnosprawnych na średnim szczeblu stanowiskowym było podmiotami mniejszymi. Można wnioskować, że udział mniejszych podmiotów w badaniach nie wpłynął znacząco na ich wyniki. Wyjątkiem mogą okazać się te dotyczące zatrudnienia niepełnosprawnych na stanowisku wysokiego szczebla, gdzie mniejsze podmioty stanowiły około 47% wszystkich podmiotów leczniczych deklarujących, że najczęściej obejmowanymi stanowiskami przez osoby niepełnosprawne w ich podmiotach są stanowiska wysokiego szczebla (Rys. 62).

W opinii publicznej osoby niepełnosprawne kojarzone są z niską wydajnością pracy. Zatrudnione osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności mogą być negatywnie oceniane przez ich pracodawców. Obniża to chęć zatrudniania niepełnosprawnych. Zaprzeczeniem tej opinii są wyniki badań przeprowadzonych w podmiotach leczniczych.

Na poniższym rysunku przedstawiono opinię pracodawców na temat pracy osób niepełnosprawnych pracujących w badanych podmiotach leczniczych.



Rys. 63. Opinia pracodawców na temat pracy osób niepełnosprawnych pracujących w badanych podmiotach leczniczych

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

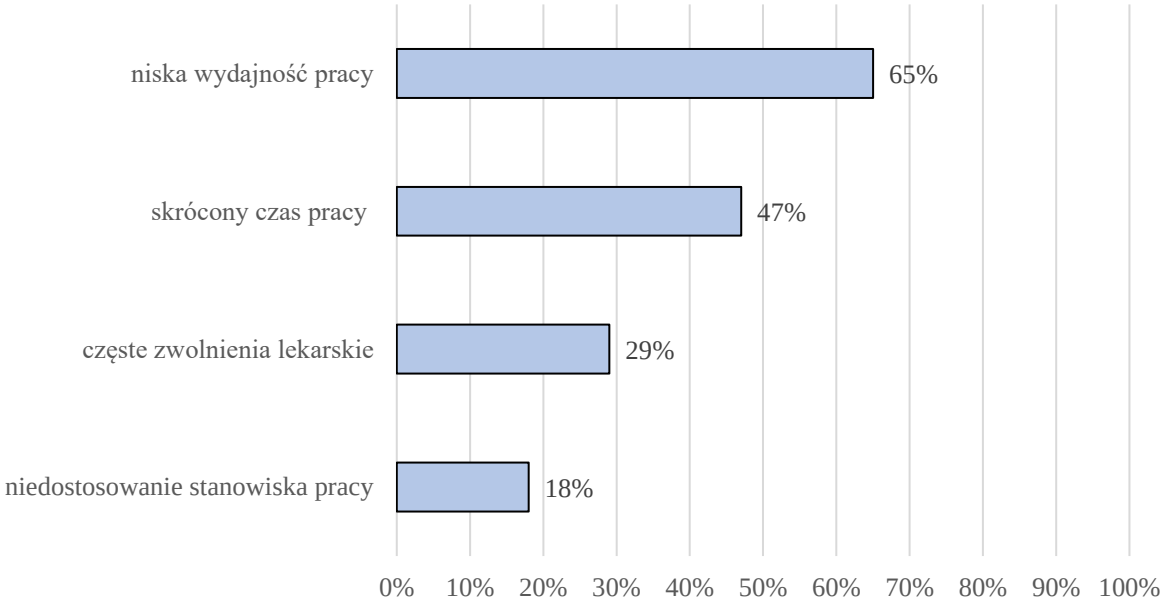
Wśród badanych podmiotach leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne tylko 17 z nich (około 2%) oceniło negatywnie pracę osób niepełnosprawnych. Pozostałe badane podmioty (740 podmiotów leczniczych, czyli około 98%) zatrudniające osoby niepełnosprawne oceniły pracę tych pracowników pozytywnie (Rys. 63). Aż 5 podmiotów oceniających negatywnie pracę zatrudnionych osób niepełnosprawnych zlokalizowano w województwie małopolskim. Po dwa podmioty lecznicze niezadowolone z pracy niepełnosprawnych zostały zlokalizowane w województwach lubelskim i wielkopolskim. W województwach mazowieckim (największym pod względem liczby badanych podmiotów), opolskim (trzecim najmniejszym pod względem liczby badanych podmiotów), podlaskim (drugim najmniejszym pod względem liczby badanych podmiotów) oraz śląskim i zachodniopomorskim nie odnotowano żadnego podmiotu deklarującej negatywną opinię o zatrudnionych osobach niepełnosprawnych.

Uzyskanie od pracodawców oceny wykonywanej pracy zatrudnionych przez osoby niepełnosprawne w podmiotach leczniczych było jednym z celów szczegółowych pracy.

W badaniu podmioty lecznicze wskazywały różne powody negatywnej oceny pracy zatrudnionych niepełnosprawnych. Wśród nich były:

- skrócony czas pracy,
- niska wydajność niepełnosprawnych pracowników,
- częste zwolnienia lekarskie niepełnosprawnych pracowników,
- niedostosowane stanowiska pracy.

Na poniższym rysunku, gdzie przedstawiono powody negatywnej oceny niepełnosprawnych pracowników badane podmioty lecznicze wyrażające negatywną opinię na temat pracy tych osób stanowiły 100%. Kwestionariusz ankiety uwzględniał możliwość wskazania więcej niż jednego powodu negatywnej oceny pracy niepełnosprawnych. Spowodowało to, że suma wszystkich odpowiedzi nie jest równa 100%.



Rys. 64. Powody negatywnej oceny pracy osób niepełnosprawnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

Najbardziej popularnym powodem negatywnej oceny pracy niepełnosprawnych pracowników była niska wydajność pracy osób z orzeczeniem o niepełnosprawności. Około 65% podmiotów leczniczych oceniających pracę niepełnosprawnych negatywnie wskazało ten powód jako przyczynę (Rys. 64). Obniżona wydajność pracy osób z orzeczeniem jest spowodowana ograniczeniami, jakie wiążą się z wystąpieniem niepełnosprawności.

Nie tylko ograniczenia w funkcjonowaniu człowieka mogą być powodem niskiej wydajności pracy, lecz również jego indywidualne cechy charakteru jak np. brak chęci do nauki i pracy, brak umiejętności organizacji pracy czy problemy w kontaktach międzyludzkich.

Należy zwrócić uwagę, że na wydajność pracy może wpływać niedostosowanie stanowiska pracy do umiejętności i możliwości pracownika. Było to powodem negatywnej oceny pracy niepełnosprawnych wskazanym przez około 18% badanych podmiotów leczniczych (Rys. 64).

Niedostosowane stanowisko pracy może wynikać z braku usprawnień mających na celu wyeliminowanie barier, z jakimi mierzą się osoby niepełnosprawne w pracy. Likwidacja tych barier i dostosowanie stanowiska lub miejsca pracy wiąże się z poniesieniem kosztów przez pracodawcę.

Jak wspominano we wcześniejszych rozdziałach ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych uprawnia pracowników z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym i znacznym do skróconego dziennego czasu pracy do 7 godzin dziennie i 35 godzin tygodniowo. W przypadku osób z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu lekkim dzienny czas pracy nie może przekraczać 8 godzin dziennie i 40 godzin tygodniowo. Dodatkowo osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności bez zgody lekarza nie mogą pracować w godzinach nadliczbowych i w porze nocnej. Osobom niepełnosprawnym przysługuje dodatkowa przerwa w ciągu dnia pracy w wymiarze 15 minut. Jest ona wliczana w czas pracy. Przedstawienie pracodawcy orzeczenia o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym lub znacznym wymusza udzielenie pracownikowi dodatkowych 10 dni urlopu wypoczynkowego.

W przypadku podmiotów leczniczych bardzo często wprowadzony jest system zmianowy, czyli praca w porze nocnej. System zmianowy może opierać się na pracy na trzy zmiany po 8 godzin lub dwie zmiany po 12 godzin w ciągu doby. Grafiki pracy w zawodach typowo medycznych muszą być skrupulatnie przygotowywane. W przypadku wystąpienia zwolnienia chorobowego pracownika pracującego na zmiany lub wykorzystania urlopu wypoczynkowego często konieczna jest organizacja pracy w godzinach nadliczbowych. Należy zauważyć, że praca w godzinach nadliczbowych oraz w porze nocnej jest dodatkowo płatna, co stanowi koszt pracodawcy.

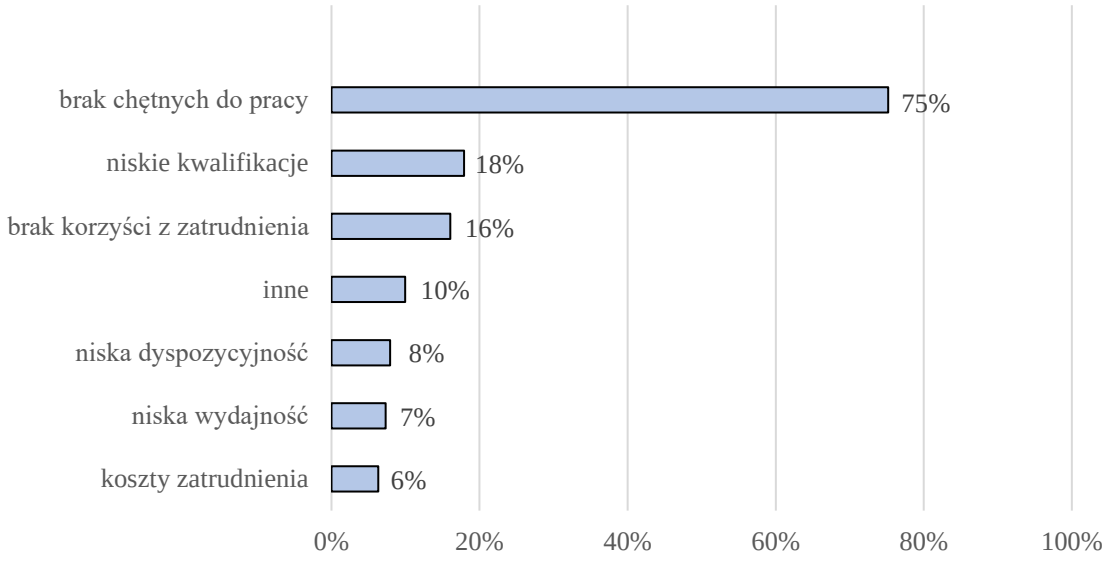
Skrócony czas pracy osób niepełnosprawnych znacząco wpływa na organizację pracy w podmiocie leczniczym. Pomimo to pracodawcy zatrudniający osoby niepełnosprawne rzadko negatywnie oceniali ich pracę. Około 47% badanych podmiotów leczniczych wskazało skrócony czas pracy jako powód negatywnej oceny ich pracy (Rys. 64).

Niepełnosprawność wpływająca na obniżony stan zdrowia pracownika może doprowadzić do częstych zwolnień lekarskich. Zwolnienie lekarskie powoduje usprawiedliwioną, płatną nieobecność pracownika w pracy. Przez 33 dni zwolnienia lekarskiego (14 dni w przypadku osób, które ukończyły 50. rok życia) wynagrodzenie pracownika stanowi koszt pracodawcy.

Fakt ponoszenia dodatkowych kosztów oraz dezorganizacji pracy szpitala w wyniku częstych zwolnień lekarskich wpływa na negatywną ocenę pracy osób niepełnosprawnych. Około 29% podmiotów leczniczych oceniających negatywnie pracę osób niepełnosprawnych wskazało częste zwolnienia lekarskie jako czynnik wpływający na tę ocenę (Rys. 64).

5.4. Bariery zatrudniania osób niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych

W przeprowadzonym badaniu 497 podmiotów leczniczych (około 39% wszystkich badanych podmiotów) zadeklarowało, że nie zatrudnia osób z orzeczeniem o niepełnosprawności. Dla tej grupy kwestionariusz ankiety umożliwiał wskazanie jednej lub więcej odpowiedzi na pytanie dotyczące przyczyn niezatrudniania osób niepełnosprawnych, które zostały przedstawione na poniższym rysunku. Z tego powodu suma wszystkich możliwości nie jest równa 100%. Respondenci mogli wybierać następujące przyczyny: brak chętnych niepełnosprawnych do pracy, zbyt niskie wykształcenie niepełnosprawnych, nieznajomość korzyści z zatrudnienia niepełnosprawnych, ograniczona dyspozycyjność niepełnosprawnych, ograniczona wydajność niepełnosprawnych, wyższe koszty zatrudnienia niepełnosprawnego, częste zwolnienia lekarskie niepełnosprawnych oraz inne przyczyny.



Rys. 65. Przyczyny niezatrudniania osób niepełnosprawnych w badanych podmiotach leczniczych niezatrudniających niepełnosprawnych

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Zdecydowana większość, bo aż około 75% podmiotów leczniczych za powód niezatrudniania osób niepełnosprawnych zadeklarowało brak osób z orzeczeniem o niepełnosprawności chętnych do pracy (Rys. 65). Może być to spowodowane wymaganiami stawianymi przez pracodawcę, zwłaszcza jeżeli wakat (wolne stanowisko pracy) dotyczy stanowiska o charakterze medycznym. Innym powodem może być nieodpowiedni zasięg

informacyjny dotyczący ogłoszenia poszukiwań pracownika na dane stanowisko. Powołując się na teorię poszukiwań na rynku pracy można zauważyć, że częstym problemem jest nieodpowiednie przekazywanie informacji na temat wolnych stanowisk pracy (KWIATKOWSKI 2002). Kolejnym czynnikiem wpływającym na brak zgłoszeń na dane stanowisko przez osoby niepełnosprawne mogą być indywidualne cechy potencjalnych pracowników jak: poziom zaangażowania, obniżona mobilność czy chęć zatrudnienia na stanowiska niewymagających wysokich nakładów pracy.

Kolejnym powodem niezatrudniania osób niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych był zbyt niski poziom kwalifikacji osób starających się o pracę na danym stanowisku. Taki powód zadeklarowało około 18% badanych podmiotów (Rys. 65). W myśl teorii kapitału ludzkiego niedostateczne wykształcenie i kwalifikacje są jedną z głównych przyczyn bezrobocia (KOTLORZ 2007). Niski poziom kwalifikacji zawodowych jest barierą zwłaszcza w podmiotach wymagających specjalnych kwalifikacji, jakimi są podmioty lecznicze. Należy zauważyć, że niepełnosprawność może być nabyta lub wrodzona. W przypadku niepełnosprawności nabytej istnieje prawdopodobieństwo, że schorzenie wpływające na zdolność wykonywania pracy przez pracownika może pojawić się w trakcie wykonywania danego zawodu, który wymaga odpowiednich kwalifikacji. Niepełnosprawność nie zawsze staje się powodem utraty prawa do wykonywania danego zawodu, jednak często stanowi barierę w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych. Nie są to jedynie bariery zdrowotne, ale także te wynikające z braku wiary we własne możliwości.

Ważnym powodem niezatrudniania osób z orzeczeniem o niepełnosprawności było brak znajomości korzyści związanych z zatrudnieniem osób niepełnosprawnych. Ten powód został wskazany przez około 16% badanych podmiotów leczniczych (Rys. 65). Świadczy to o niskim poziomie wiedzy na temat zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz stereotypowej ocenie niepełnosprawności. Istnieją sytuacje, w których pracodawca mając do wyboru obsadzenie wakatu przez osobę w pełni sprawną i osobę niepełnosprawną przy założeniu, że posiadają podobne kwalifikacje zawodowe, wybierze osobę sprawną. Wynikać to może również z faktu, że pracodawca nieznający przepisów dotyczących zatrudnienia osób z orzeczeniem o niepełnosprawności będzie miał obawy co do poziomu współpracy z takim pracownikiem i generowania dodatkowych kosztów.

Innym powodem niezatrudniania niepełnosprawnych przez podmioty lecznicze była ograniczona dyspozycyjność tych osób. Ten powód został wskazany przez około 10% badanych podmiotów leczniczych (Rys. 65). Ograniczona dyspozycyjność osób niepełnosprawnych wynika z przepisów dotyczących zatrudnienia osoby niepełnosprawnej, czyli między innymi dodatkowe dni urlopu wypoczynkowego, brak możliwości pracy w godzinach nocnych i nadliczbowych oraz skrócony czas pracy w przypadku umiarkowanego i znacznego stopnia niepełnosprawności. W przypadku pracodawców zatrudniających małą liczbę osób kryterium dyspozycyjności może okazać się jednym z kluczowych, przez co osoba niepełnosprawna może utracić swoją konkurencyjność podczas starań o zatrudnienie na dane stanowisko.

Kolejnym powodem była niska wydajność osób niepełnosprawnych, wskazanym przez około 7% badanych podmiotów leczniczych (Rys. 65). Powodem niskiej wydajności pracy osób niepełnosprawnych nie zawsze jest ograniczenie związane z niepełnosprawnością. Może to być niedostosowanie stanowiska pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych lub wystąpienie w zakładzie pracy tylko takich stanowisk, które wymagają pełnej sprawności organizmu. Niewykluczone, że taki powód niezatrudniania był wskazywany przez pracodawców, którzy zatrudniali w przeszłości osoby niepełnosprawne, ale w wyniku negatywnej oceny ich pracy podjęli decyzję o niezatrudnianiu osób z orzeczeniem o niepełnosprawności.

Innym wskazywanym powodem niezatrudniania osób z orzeczeniem o niepełnosprawności były zwiększone koszty związane z zatrudnieniem osoby niepełnosprawnej. Taki powód zadeklarowało około 6% podmiotów biorących udział w badaniu i niezatrudniających osób niepełnosprawnych (Rys. 65). Na takie przekonanie pracodawców wpływa między innymi brak wiedzy na temat rekompensaty kosztów związanych z zatrudnieniem osób niepełnosprawnych. Należy zauważyć, że koszty wspominane przez pracodawców mogą wiązać się z dyspozycyjnością osób niepełnosprawnych na przykład poprzez zatrudnianie dodatkowego pracownika (aby godziny pracy podmiotów leczniczych pozostały niezmienione) lub skrócenie czasu funkcjonowania podmiotu.

Kolejnym powodem niezatrudniania niepełnosprawnych wskazywanym przez podmioty lecznicze były częste zwolnienia lekarskie osób z orzeczeniem o niepełnosprawności. Ten powód został wskazany przez około 2% badanych podmiotów (Rys. 65).

Obniżona sprawność pracownika spowodowana niepełnosprawnością może wiązać się z wystąpieniem częstych nieobecności w wyniku tymczasowej niezdolności, czyli okresowym zwolnieniem lekarskim. Wpływa to bezpośrednio na dyspozycyjność pracownika oraz konieczność poszukiwania tymczasowego zastępstwa. Należy zauważyć, że wystąpienie nieobecności wskutek zwolnienia lekarskiego jest nie do przewidzenia przez pracodawcę, co znacznie utrudnia ustalenie zastępstwa.

Około 8% badanych podmiotów leczniczych niezatrudniających osób niepełnosprawnych wskazały inny powód braku zatrudnienia osób z orzeczeniem niż wyżej wymienione (Rys. 65). Wśród innych powodów niezatrudniania osób niepełnosprawnych wymieniano między innymi:

- brak zapotrzebowania na dodatkowego pracownika,
- brak stanowisk pracy, które mogłyby być obsadzone przez osoby niepełnosprawne,
- kary związane z nieterminową sprawozdawczością dotyczącą zatrudnienia osób niepełnosprawnych,
- brak prowadzenia otwartej rekrutacji,
- niedostosowany zakład pracy do osób niepełnosprawnych,
- brak deklaracji o stopniu niepełnosprawności ze strony pracowników.

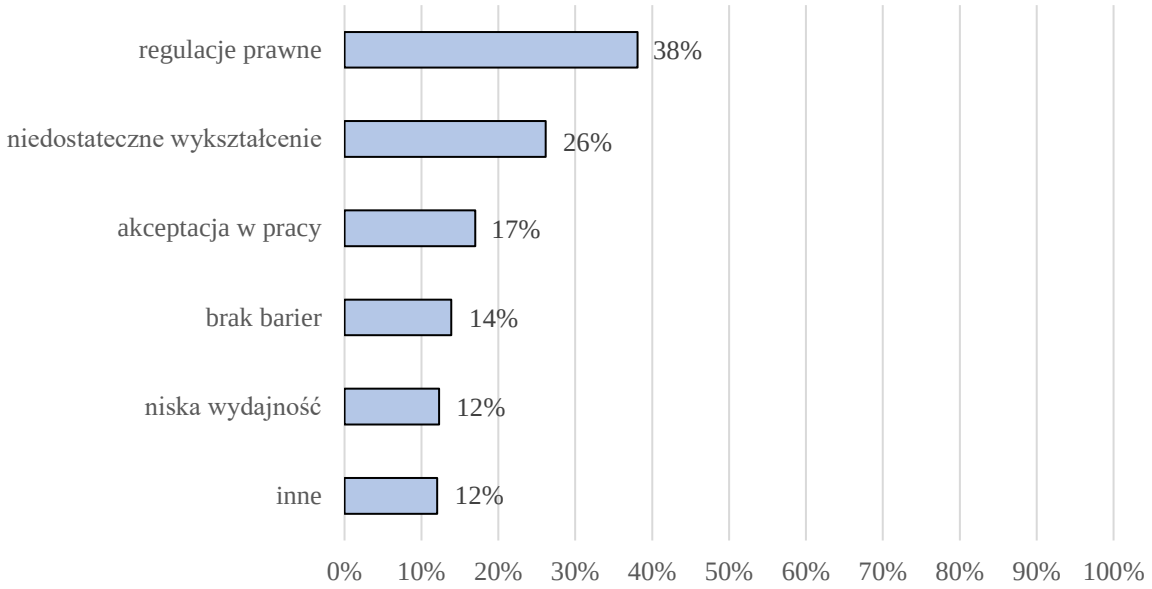
Brak zapotrzebowania na dodatkowego pracownika oraz brak stanowisk pracy, które mogłyby być obsadzone przez niepełnosprawnych były najczęściej wskazywanymi innymi powodami niezatrudniania osób z orzeczeniem o niepełnosprawności.

Identyfikacja i ocena powodów niezatrudniania niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych było jednym z celów szczegółowych pracy.

Głównym celem przeprowadzonych badań była identyfikacja i ocena uwarunkowań zatrudniania osób niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych, czyli między innymi wskazanie barier w zatrudnieniu osób niepełnosprawnych. Na podstawie powodów niezatrudniania osób niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych można zidentyfikować i ocenić ogólne bariery związane z zatrudnieniem osób z orzeczeniem o niepełnosprawności.

W przeprowadzonych badaniach kwestia barier w zatrudnieniu została poruszona we wszystkich badanych podmiotach leczniczych bez względu na to, czy zatrudniają lub nie osoby niepełnosprawne. Kwestionariusz ankiety umożliwiał wskazanie jednej lub więcej odpowiedzi na pytanie dotyczące wskazania barier w zatrudnienia osób niepełnosprawnych, które zostały przedstawione na poniższym rysunku. Z tego powodu suma wszystkich możliwości nie jest równa 100%. Respondenci mogli wybierać następujące bariery: skomplikowane przepisy

prawne dotyczące zatrudnienia osób niepełnosprawnych, niedostateczne wykształcenie niepełnosprawnych, trudności z akceptacją osoby niepełnosprawnej przez pozostałych pracowników, niska wydajność osób niepełnosprawnych oraz inne bariery.



Rys. 66. Bariery w zatrudnieniu osób niepełnosprawnych w badanych podmiotach leczniczych

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Około 38% badanych podmiotów leczniczych jako jedną z barier w zatrudnieniu niepełnosprawnych wskazało regulacje prawne dotyczące zatrudnienia osób niepełnosprawnych (Rys. 66). Jest to weryfikacja hipotezy badawczej postawionej w pracy, która brzmi: *Główną barierą zatrudniania osób niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych są przywileje niepełnosprawnych pracowników wynikające z regulacji prawnych*. W głównej mierze jest to związane z szerokim wachlarzem przywilejów, jakie przysługują zatrudnionym osobom z orzeczeniem o niepełnosprawności wpływającymi na dyspozycyjność tych pracowników. Skomplikowane regulacje prawne mogą wiązać się także z wypełnianiem i składaniem wniosków na dofinansowania, refundacje i pozyskanie innych środków na rekompensatę kosztów zatrudnienia niepełnosprawnych. Sprawozdawczość związana z zatrudnieniem niepełnosprawnych może również stanowić czynnik zniechęcający do zatrudnienia osób z orzeczeniem.

Drugą najczęściej wskazywaną barierą w zatrudnieniu niepełnosprawnych było niedostateczne wykształcenie tych osób. Tę barierę wskazało około 26% badanych podmiotów leczniczych (Rys. 66). Jest to również jeden z częściej wskazywanych powodów niezatrudniania osób niepełnosprawnych (Rys. 64).

Kolejną barierą zatrudnienia niepełnosprawnych deklarowaną przez podmioty lecznicze była trudność z akceptacją osoby niepełnosprawnej przez pozostałych pracowników. Ta bariera została wskazana przez około 17% badanych podmiotów (Rys. 66). Znaczenie ma tutaj stereotypowe postrzeganie osób niepełnosprawnych. Przebywanie wśród niepełnosprawnych, zwłaszcza z niepełnosprawnością intelektualną, może powodować poczucie dyskomfortu u osób sprawnych. Kwestia akceptacji osób niepełnosprawnych nie tylko w miejscu pracy, ale również w społeczeństwie jest poruszana podczas prób ich partycypacji. Celem partycypacji, czyli integracji, jest zmiana sposobu postrzegania osób z niepełnosprawnościami prowadząca do akceptacji i dzielenia życia społecznego i zawodowego z osobami z orzeczeniem o niepełnosprawności.

Kolejną barierą zatrudnienia osób niepełnosprawnych wskazywaną przez 12% badanych podmiotów leczniczych była niska wydajność osób niepełnosprawnych (Rys. 66). Ta bariera była jednocześnie jednym z powodów niezatrudniania niepełnosprawnych wśród pracodawców (Rys. 65).

Około 12% podmiotów leczniczych wskazało inne bariery zatrudnienia niepełnosprawnych niż wyżej wymienione (Rys. 66). Wśród nich wskazywano między innymi:

- problemy z dyspozycyjnością niepełnosprawnych,
- obawy związane z wywiązywaniem się z obowiązków pracowniczych przez osoby niepełnosprawne,
- uprzedzenia pracodawcy do zatrudnienia osób niepełnosprawnych,
- umowy kontraktowe podpisywane ze specjalistami (taka umowa w teorii oznacza, że specjalista, np. lekarz, nie jest uznawany za pracownika ewidencjonowanego),
- problemy z mobilnością,
- zwiększone koszty zatrudnienia, które nie są w pełni refundowane,
- niedostosowane miejsca pracy,
- braki w promocji zatrudnienia niepełnosprawnych,
- niedostosowane stanowiska pracy,

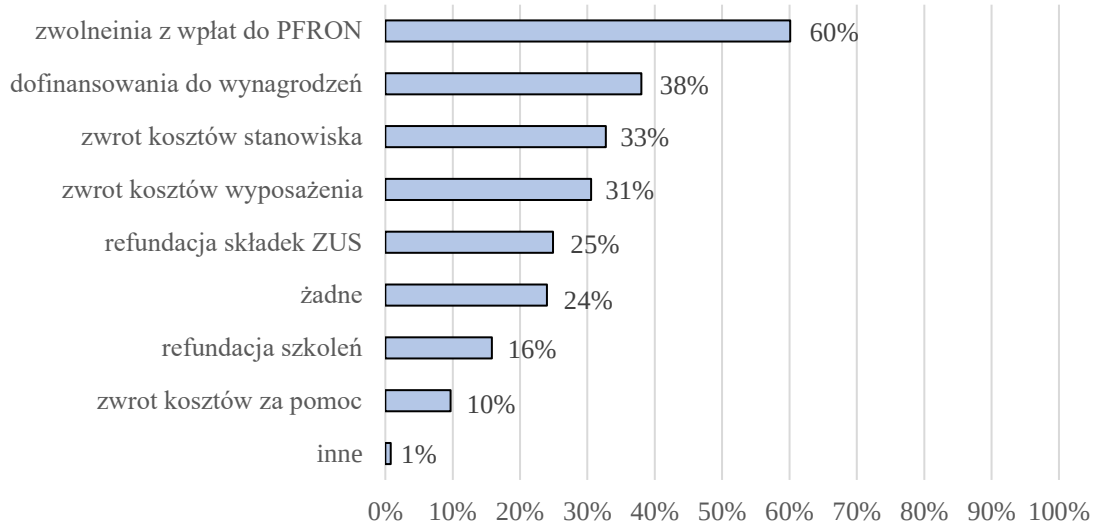
- strach przed dyskryminacją,
- roszczeniowy charakter niepełnosprawnych pracowników,
- brak akceptacji ze strony klientów/pacjentów.

Około 14% podmiotów leczniczych biorących udział w badaniu zadeklarowało, że nie zidentyfikowało żadnych barier w zatrudnieniu osób niepełnosprawnych. (Rys. 66).

5.5. Korzyści z zatrudniania osób niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych oraz propozycje zmian

Kwestionariusz ankiety podejmował problematykę wiedzy pracodawców na temat korzyści związanych z zatrudnianiem osób z orzeczeniem o niepełnosprawności. Stanowią one pozytywne stymulatory zatrudniania osób niepełnosprawnych. Brak wiedzy na temat tych korzyści było jedną z przyczyn niezatrudniania niepełnosprawnych wskazywaną przez pracodawców (Rys. 65).

Kwestionariusz ankiety umożliwiał wskazanie jednej lub więcej odpowiedzi na pytanie dotyczące znanych korzyści z zatrudnienia niepełnosprawnych, przedstawionych na poniższym rysunku. Z tego powodu suma wszystkich możliwości nie jest równa 100%. Respondenci mogli wybierać następujące znane korzyści: zwolnienie z obowiązkowych wpłat do PFRON, dofinansowanie wynagrodzeń pracowników z orzeczeniem o niepełnosprawności, zwrot kosztów poniesionych w wyniku przystosowania stanowiska pracy do potrzeb osoby niepełnosprawnej, zwrot kosztów związanych z wyposażeniem miejsca pracy ułatwiającego pracę osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności, refundacja składek ZUS osób niepełnosprawnych prowadzących działalność gospodarczą, refundacja szkoleń pracowników z orzeczeniem o niepełnosprawności, zwrot kosztów zatrudnienia pracownika pomagającego pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy i inne. Dodatkowo respondenci mogli zadeklarować, że nie znają żadnych korzyści z zatrudnienia niepełnosprawnych.



Rys. 67. Znajomość korzyści z zatrudnienia osób niepełnosprawnych we wszystkich badanych podmiotach leczniczych

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

Najbardziej popularną korzyścią z zatrudnienia osób niepełnosprawnych jest zwolnienie z obowiązkowych wpłat do PFRON. Jej znajomość wskazało około 60% badanych podmiotów leczniczych (Rys. 67). Jak wspomniano we wcześniejszej części pracy obowiązek wpłat do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych mają pracodawcy zatrudniający co najmniej 25 pracowników (w przeliczeniu na pełne etaty), u których wskaźnik zatrudnienia osób z orzeczeniem (stosunek liczby zatrudnionych osób niepełnosprawnych do liczby pracowników zatrudnionych ogółem) wynosi mniej niż 6%. Zatem zwolnienie z wpłat posiadają podmioty zatrudniające mniej niż 25 pracowników w przeliczeniu na pełne etaty oraz podmioty, których wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych wynosi co najmniej 6%.

Drugą najbardziej popularną korzyścią z zatrudnienia niepełnosprawnych jest dofinansowanie wynagrodzeń pracowników z orzeczeniem o niepełnosprawności. Znajomość tej korzyści zadeklarowało około 38% badanych podmiotów leczniczych (Rys. 67).

Dofinansowania do wynagrodzeń przysługują pracodawcom zwolnionym z wpłat do PFRON. Wysokość dofinansowania uzależniona jest od stopnia niepełnosprawności. W przypadku osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności kwota dofinansowania wynosi 450 zł. W przypadku osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności kwota dofinansowania wynosi 1200 zł. W przypadku osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności kwota dofinansowania wynosi 1950 zł. Dodatkowo kwoty te mogą być zwiększone, jeżeli osoba niepełnosprawna ma stwierdzoną chorobę psychiczną, upośledzenie,

całościowe zaburzenia rozwojowe, epilepsję lub niepełnosprawność wzroku w stopniu umiarkowanym lub znacznym. Kwota zwiększenia dofinansowania wynosi 600 zł w przypadku lekkiego stopnia niepełnosprawności, 900 zł w przypadku umiarkowanego stopnia niepełnosprawności i 1200 zł w przypadku znacznego stopnia niepełnosprawności. Wysokość dofinansowania nie może przekraczać 90% kosztów pracy pracownika niepełnosprawnego w przypadku pracodawców nieprowadzących działalności gospodarczej lub 75% kosztów pracy osoby niepełnosprawnej w przypadku pracodawców prowadzących działalność gospodarczą [19].

Kolejną znaną korzyścią w podmiotach leczniczych jest zwrot kosztów poniesionych w wyniku przystosowania stanowiska pracy do potrzeb osoby niepełnosprawnej. Znajomość tej korzyści zadeklarowało około 33% badanych podmiotów (Rys. 67). O zwrot kosztów tego rodzaju pracodawca może się ubiegać w okresie nie dłuższym niż 3 lata od momentu zatrudnienia osoby niepełnosprawnej. Wysokość zwrotu kosztów wynosi maksymalnie dwudziestokrotność przeciętnego wynagrodzenia. W 2022 roku maksymalna wartość zwrotu kosztów za dostosowanie jednego stanowiska pracy wynosiła 113 250,60 zł [20]. Decyzję o przyznaniu zwrotu kosztów podejmuje starosta.

Nieco mniej znaną korzyścią z zatrudnienia osób niepełnosprawnych jest zwrot kosztów związanych z wyposażeniem miejsca pracy ułatwiającego pracę osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności. Jej znajomość zadeklarowało około 31% badanych podmiotów (Rys. 67). Zasady przyznania zwrotu są identyczne jak w przypadku zwrotu kosztów dostosowania stanowiska pracy. Zwrot kosztów wyposażenia obejmuje wszelkie przedmioty i urządzenia ułatwiające pracę osób niepełnosprawnych oraz oprogramowania komputerowego, których celem jest ułatwienie pracy niepełnosprawnym pracownikom [21].

Kolejną korzyścią z zatrudnienia niepełnosprawnych jest refundacja składek ZUS osób niepełnosprawnych prowadzących działalność gospodarczą. Znajomość tej korzyści zadeklarowało około 25% podmiotów leczniczych biorących udział w badaniu (Rys. 67). Refundacja składek ZUS, a konkretnie składki emerytalnej i rentowej, przysługuje osobie z orzeczeniem o niepełnosprawności prowadzącej działalność gospodarczą. Wysokość refundacji jest uzależniona od stopnia niepełnosprawności. Osoby niepełnosprawne w stopniu lekkim mogą liczyć na 60% refundacji składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe

[19] https://niepelnosprawni.gov.pl/a,17,dofinansowanie-do-wynagrodzen-osob-niepelnosprawnych (11.05.2022)
[20] https://niepelnosprawni.gov.pl/a,18,zwrot-kosztow-przystosowania-stanowiska-pracy-dla-osoby-niepelnosprawnej (11.05.2022)
[21]https://niepelnosprawni.gov.pl/a,17,dofinansowanie-do-wynagrodzen-osob-niepelnosprawnych (11.05.2022)

odprowadzonych do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Z kolei osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym mogą ubiegać się o refundację 80% tych składek. Osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności prowadzące działalność gospodarczą mogą uzyskać 100% refundacji składek ZUS [22]. Należy zauważyć, że refundacja składek ZUS może być mylona z dofinansowaniem do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych.

Około 16% badanych podmiotów leczniczych zadeklarowało znajomość korzyści z zatrudnienia osób niepełnosprawnych, jaką jest refundacja szkoleń pracowników niepełnosprawnych (Rys. 67). Zwrot kosztów szkoleń przysługuje pracodawcom, którzy sfinansowali szkolenie pracowników z orzeczeniem o niepełnosprawności. Wysokość refundacji uzależniona jest od wielkości przedsiębiorstwa. Małe i średnie przedsiębiorstwa mogą ubiegać się o 70% zwrotu kosztów szkoleń pracowników niepełnosprawnych. Duże przedsiębiorstwa mogą ubiegać się o zwrot 60% kosztów szkoleń pracowników z orzeczeniem.

Do kosztów szkoleń zalicza się:

- koszt wykonania usługi szkolenia,
- koszt wynagrodzenia tłumacza języka migowego, lektora osób niewidomych lub pomocnika osoby niepełnosprawnej zatrudnionych podczas szkolenia,
- dodatkowe koszty związane z mobilnością osób prowadzących szkolenie oraz tłumaczy, lektorów i pomocników osób niepełnosprawnych,
- koszty zakwaterowania i wyżywienia niepełnosprawnych biorących udział w szkoleniu,
- koszty usług doradczych,
- koszty obsługi administracyjnej,
- koszt wynajmu pomieszczeń, w których przeprowadzane są szkolenia,
- koszty amortyzacji wyposażenia i narzędzi wykorzystanych podczas szkolenia,
- koszt materiałów szkoleniowych,
- koszt wynagrodzenia osoby niepełnosprawnej za czas uczestnictwa w szkoleniu [23].

Kolejną korzyścią z zatrudnienia osób niepełnosprawnych jest zwrot kosztów zatrudnienia pracownika pomagającego pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy. Ta korzyść znana była przez 10% podmiotów leczniczych biorących udział w badaniu (Rys. 68). Zwrotom podlegają także koszty szkoleń takich pracowników. Pomocnik osoby

[22] https://www.pfron.org.pl/osoby-niepelnosprawne/dofinansowanie-dzialalnosci-gospodarczej/refundacja-skladek-zus/wysokosc-refundacji-skladek-zus/ (12.05.2022)
[23] https://niepelnosprawni.gov.pl/a,20,zwrot-kosztow-szkolenia-pracownika-niepelnosprawnego (12.05.2022)

niepełnosprawnej jest zatrudniany w celu ułatwienia komunikowania się osoby niepełnosprawnej z otoczeniem (tłumacze języka migowego, lektorzy osób niewidomych) oraz pomocy w wykonywaniu czynności wykonywanych przez niepełnosprawnego pracownika. Wpływ na wysokość zwrotu kosztów ma wysokość płacy minimalnej, liczba godzin pracy poświęconych na pomoc pracownikowi niepełnosprawnemu oraz liczba przepracowanych godzin pracownika niepełnosprawnego (Rys. 68). Na poniższym rysunku przedstawiono wzór na wysokość kwoty zwrotu kosztów zatrudnienia pracownika pomocniczego dla osoby niepełnosprawnej.

$$\textbf{\textit{Kwota zwrotu}} = \text{minimalne wynagrodzenie x } \frac{\text{liczba godzin pracy poświęconych na pomoc pracownikowi niepełnosprawnemu}}{\text{liczba przepracowanych godzin pracownika niepełnosprawnego}}$$

Rys. 68. Wzór na wysokość kwoty zwrotu kosztów zatrudnienia pracownika pomocniczego dla osoby niepełnosprawnej

Źródło: opracowanie własne na podstawie: https://www.pfron.org.pl/pracodawcy/zatrudnienie-pracownika-wspomagajacego/

Liczba godzin pracy poświęconych na pomoc pracownikowi niepełnosprawnemu nie może być wyższa niż 20% liczby godzin tego pracownika w miesiącu. Koszty szkolenia pracownika pomocniczego mogą być zrefundowane w 100%, jednakże kwota refundacji nie może być wyższa niż kwota minimalnego wynagrodzenia [24].

Wszelkie dofinansowania, refundacje i zwroty kosztów są finansowane z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Około 1% podmiotów leczniczych biorących udział w badaniu zadeklarowało znajomość innych niż wyżej wymienione korzyści z zatrudnienia niepełnosprawnych (Rys. 67). Wśród nich wymieniane były: obniżone wpłaty do PFRON, korzyści związane z wysokich kwalifikacji osób niepełnosprawnych w specjalistycznych dziedzinach (np. masażyści, fizjoterapeuci). Obniżenie obowiązkowej wpłaty do PFRON o 5% można uzyskać dzięki posiadaniu certyfikatu dostępności.

[24] https://www.pfron.org.pl/pracodawcy/zatrudnienie-pracownika-wspomagajacego/ (12.05.2022)

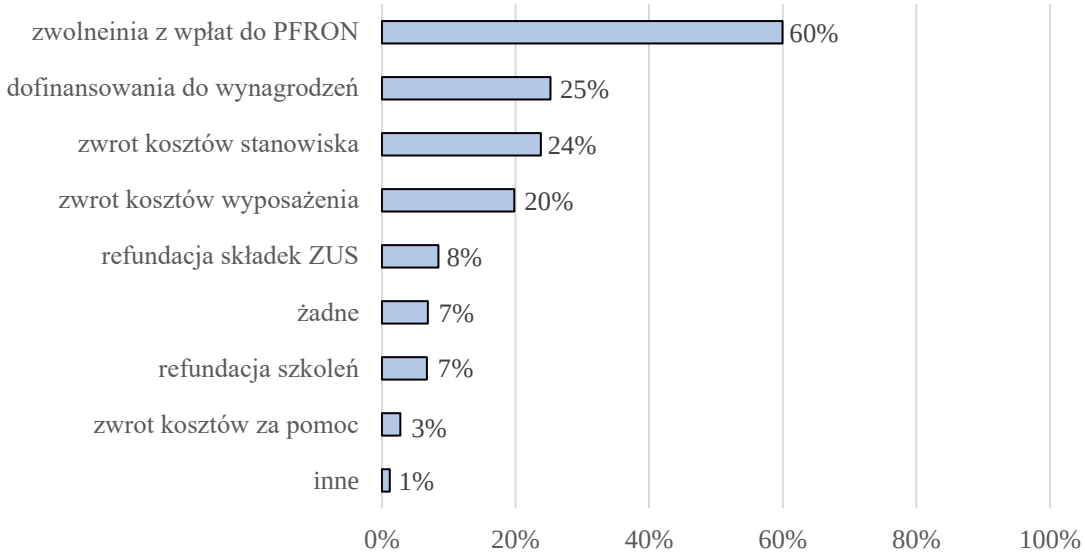
Certyfikat dostępności mogą pozyskać jednostki, które spełniają minimalne wymagania służące zapewnieniu dostępności osobom niepełnosprawnym o charakterze architektonicznym, cyfrowym i komunikacyjno-informacyjnym (*Art. 6 ustawy o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami*, 2019).

Aż około 24% wszystkich podmiotów leczniczych biorących udział w badaniu potwierdziło, że nie znało żadnych korzyści z zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Świadczy to o niskiej świadomości pracodawców na temat pozyskiwania dodatkowych funduszy rekompensujących zatrudnienie osób niepełnosprawnych. Również znajomość korzyści z zatrudnienia niepełnosprawnych można zinterpretować jako niską lub średnią. (Rys. 67).

Identyfikacja i ocena korzyści z zatrudniania osób niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych wynikających z regulacji prawnych było jednym z celów szczegółowych pracy.

Po identyfikacji korzyści wpływających na zatrudnianie osób z orzeczeniem o niepełnosprawności wynikających z regulacji prawnych postanowiono wskazać, w jakim stopniu znajomość ta jest wykorzystywana przez pracodawców. Głównym celem przeprowadzonych badań była identyfikacja i ocena uwarunkowań zatrudniania osób niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych, czyli między innymi wskazanie korzyści wynikających z zatrudniania osób niepełnosprawnych.

Badanie na temat występowania korzyści w podmiotach leczniczych zostały przeprowadzone wśród 757 podmiotów, które zatrudniają osoby niepełnosprawne. Kwestionariusz ankiety umożliwiał wskazanie jednej lub więcej odpowiedzi na pytanie dotyczące wystąpienia korzyści z zatrudnienia niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych, które zostały przedstawione na poniższym rysunku. Z tego powodu suma wszystkich możliwości nie jest równa 100%. Respondenci mogli wybierać następujące znane korzyści: zwolnienie z obowiązkowych wpłat do PFRON, dofinansowanie wynagrodzeń pracowników z orzeczeniem o niepełnosprawności, refundacja składek ZUS osób niepełnosprawnych prowadzących działalność gospodarczą, zwrot kosztów poniesionych w wyniku przystosowania stanowiska pracy do potrzeb osoby niepełnosprawnej, zwrot kosztów związanych z wyposażeniem miejsca pracy ułatwiającego pracę osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności, refundacja szkoleń pracowników z orzeczeniem o niepełnosprawności, zwrot kosztów zatrudnienia pracownika pomagającego pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy i inne. Dodatkowo respondenci mogli zadeklarować, że nie występują w podmiocie leczniczym żadne korzyści z zatrudnienia niepełnosprawnych.



Rys. 69. Korzyści z zatrudnienia osób niepełnosprawnych występujące w badanych podmiotach leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Najczęściej deklarowaną korzyścią z zatrudnienia niepełnosprawnych występującą w podmiotach leczniczych było zwolnienie z obowiązkowych wpłat do PFRON. Korzystanie ze zwolnienia z wpłat zadeklarowało około 60% badanych podmiotów (Rys. 69). Należy zauważyć, że około 11% respondentów korzystających ze zwolnienia z wpłat do PFRON były podmiotami małymi, czyli zatrudniającymi poniżej 25 pracowników. Pozostałe podmioty korzystające ze zwolnienia były podmiotami zatrudniającymi co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełne etaty i wskaźnikiem zatrudnienia niepełnosprawnych na poziomie co najmniej 6%. Warto podkreślić, że zwolnienie z obowiązkowych wpłat do PFRON było również najbardziej znaną korzyścią z zatrudniania osób niepełnosprawnych (Rys.67). Jest to weryfikacja hipotezy badawczej postawionej w pracy, która brzmi: *Głównym czynnikiem determinującym zatrudnianie osób z orzeczeniem o niepełnosprawności jest zwolnienie z obowiązkowych wpłat do PFRON.*

Około 25% badanych podmiotów leczniczych korzystało z dofinansowania do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych, natomiast około 20% zadeklarowało korzystanie z refundacji składek ZUS (Rys. 69). Zaskakujący może być fakt korzystania z refundacji składek ZUS przez około 1/5 podmiotów zatrudniających osoby niepełnosprawne. O taką refundację mogą ubiegać się niepełnosprawni prowadzący działalność gospodarczą. Wysoki odsetek pracodawców deklarujących korzystanie z refundacji składek ZUS może mylić tę korzyść z dofinansowaniem do wynagrodzeń osób z orzeczeniem o niepełnosprawności.

Dofinansowanie przyznawane jest w celu zrefundowania kosztów zatrudnienia niepełnosprawnego pracownika, w skład których wchodzą między innymi składki emerytalne i rentowe opłacane przez pracownika i pracodawcę.

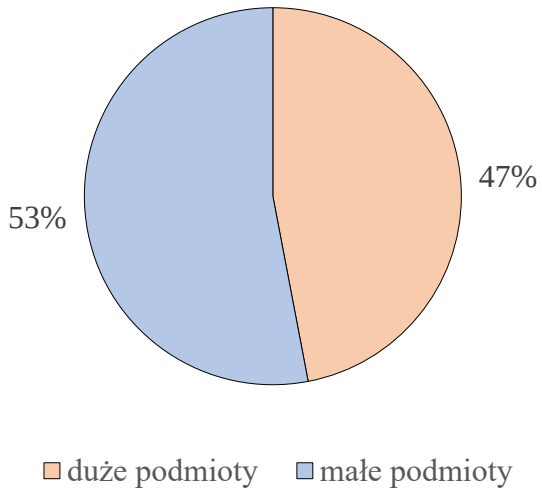
Około 8% badanych podmiotów leczniczych zadeklarowało korzystanie ze zwrotu kosztów poniesionych na dostosowanie stanowiska pracy do potrzeb osoby niepełnosprawnej, natomiast około 7% zadeklarowało korzystanie ze zwrotów kosztów poniesionych wskutek wyposażenia miejsca pracy w niezbędne narzędzia służące do poprawy komfortu pracy osób niepełnosprawnych (Rys. 69). Niski odsetek podmiotów korzystających z tego rodzaju refundacji może być spowodowany brakiem konieczności dostosowania miejsca pracy do potrzeb niepełnosprawnych. Klientami (pacjentami) podmiotów leczniczych w znacznej części są osoby niepełnosprawne lub z tymczasowymi zaburzeniami funkcjonowania organizmu, co oznacza, że placówka medyczna musi być dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Około 7% badanych podmiotów leczniczych zadeklarowało skorzystanie z refundacji kosztów szkoleń osób niepełnosprawnych, a około 3% skorzystało z refundacji kosztów zatrudnienia pracownika pomocniczego dla osoby niepełnosprawnej (Rys. 69). Niski odsetek podmiotów korzystających z tego rodzaju refundacji może być spowodowany brakiem konieczności ponoszenia kosztów szkoleń i zatrudnienia pomocnika osoby niepełnosprawnej. Rekrutacja na stanowiska medyczne wymaga szczególnych kwalifikacji pracownika. Rzadko zdarza się, że pracodawca po zatrudnieniu pracownika organizuje szkolenie, które ma za zadanie nabycie lub podwyższenie kwalifikacji zawodowych zatrudnionych pracowników. Trzeba również zauważyć, że osoby niepełnosprawne podejmujące się pracy zarobkowej rzadko korzystają z usług pomocnika. Osoba niepełnosprawna zgłaszająca potrzebę pomocy przy wykonywaniu obowiązków służbowych może zostać uznana przez pracodawcę jako niewydajna i niespełniająca wymagań na dane stanowisko.

Około 1% badanych podmiotów leczniczych zadeklarowało korzystanie z innych korzyści z zatrudnienia osób niepełnosprawnych niż wyżej wymienione (Rys. 69). Wśród innych korzyści wskazywano wykorzystanie unikatowych umiejętności pracowników niepełnosprawnych, możliwości promocji zatrudnienia niepełnosprawnych oraz ich partycypacji i obniżenie wpłat do PFRON.

Około 24% badanych podmiotów leczniczych zadeklarowało, że nie czerpie żadnych korzyści z zatrudnienia osób niepełnosprawnych (Rys. 69). Warto zauważyć, że bardzo wysoki odsetek pracodawców (około 98%) oceniło pozytywnie pracę osób niepełnosprawnych (Rys. 63). Świadczy to o fakcie, że prawie 1/4 pracodawców zatrudniająca osoby niepełnosprawne nie potrzebuje dodatkowych stymulatorów zatrudnienia, żeby być zadowolona z pracy osób z orzeczeniem o niepełnosprawności.

Powodem braku korzyści z zatrudnienia niepełnosprawnych może być niski poziom zatrudnienia. Zatrudnienie poniżej 25 pracowników (w przeliczeniu na pełne etaty) zwalnia z obligatoryjnych wpłat do PFRON, co może wpłynąć na znajomość tej najpopularniejszej korzyści z zatrudnienia niepełnosprawnych. Na poniższym rysunku przedstawiono udział podmiotów niedeklarujących korzyści z zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Dokonano na nim podziału na małe (do 25 pracowników) i duże podmioty (25 pracowników i więcej). Badane podmioty lecznicze zatrudniające osoby niepełnosprawne, w których nie występują żadne korzyści z zatrudnienia niepełnosprawnych stanowią na poniższym rysunku 100%.



Rys. 70. Udział podmiotów leczniczych niedeklarujących korzyści z zatrudnienia osób niepełnosprawnych w podmiotach zatrudniających osoby niepełnosprawne z podziałem na wielkość podmiotu

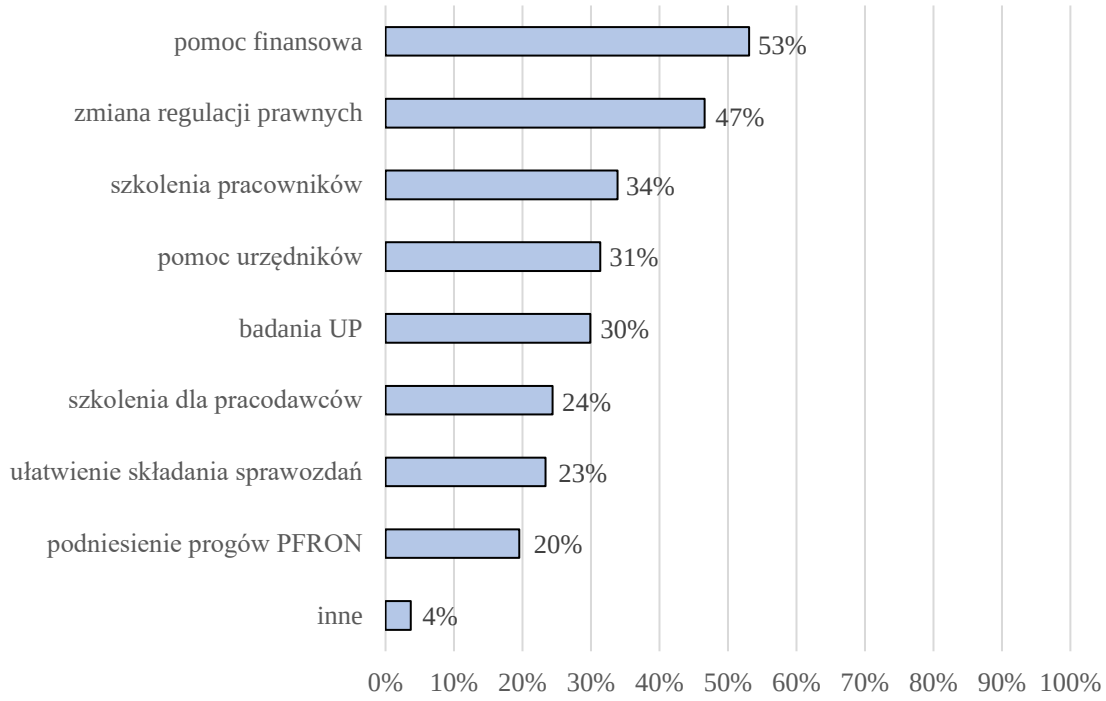
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Około 53% badanych podmiotów leczniczych stanowiły małe podmioty zatrudniające poniżej 25 pracowników (Rys. 70). Może to oznaczać, że ponad połowa badanych podmiotów nie deklaruje korzyści z zatrudnienia niepełnosprawnych, ponieważ są zwolnione z obowiązkowych wpłat do PFRON.

Wykorzystanie możliwości dofinansowań, refundacji i zwrotów kosztów związanych z zatrudnieniem osób niepełnosprawnych przez pracodawców w podmiotach leczniczych należy ocenić jako niskie.

Kolejną częścią badania, po identyfikacji i ocenie barier i korzyści zatrudniania osób niepełnosprawnych, było zaproponowanie zmian mających na celu poprawę sytuacji niepełnosprawnych na rynku pracy. Badanie zostało przeprowadzone wśród 1254 podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Propozycje zmian mają na celu zniwelowanie barier w zatrudnieniu osób niepełnosprawnych i rozwinięcie czynników zachęcających do zatrudnienia osób z orzeczeniem o niepełnosprawności.

Kwestionariusz ankiety umożliwiał wskazanie jednej lub więcej odpowiedzi na pytanie dotyczące proponowanych zmian mających na celu poprawę sytuacji osób niepełnosprawnych na rynku pracy, które zostały przedstawione na poniższym rysunku. Z tego powodu suma wszystkich możliwości nie jest równa 100%. Respondenci mogli wybierać następujące propozycje zmian: zwiększenie pomocy finansowej ze strony państwa w związku z zatrudnieniem osób niepełnosprawnych, zmiana przepisów prawnych dotyczących zatrudnienia osób niepełnosprawnych, organizowanie szkoleń i kursów podnoszących kwalifikacje zawodowe osób niepełnosprawnych, bezpośrednia pomoc urzędników państwowych przy ubieganiu się o zwrot kosztów zatrudnienia osoby niepełnosprawnej, przeprowadzanie badań przez Urząd Pracy wśród bezrobotnych niepełnosprawnych dotyczących możliwości wykonywania pracy na danym stanowisku, organizowanie szkoleń dla pracodawców na temat korzyści z zatrudnienia osób niepełnosprawnych, ułatwienie składania sprawozdań/wniosków do PFRON, podniesienie progu zatrudnienia osób niepełnosprawnych uprawniającego do zwolnienia z wpłat do PFRON i inne.



Rys. 71. Proponowane zmiany mające na celu poprawę sytuacji osób niepełnosprawnych na rynku pracy

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

Najczęściej wskazywaną propozycją zmiany jest zwiększenie pomocy finansowej ze strony państwa w związku z zatrudnieniem osób niepełnosprawnych. Poparcie takiej zmiany zadeklarowało około 53% badanych podmiotów leczniczych (Rys. 71). Ponad połowa respondentów uważała, że wszelkie kwoty dofinansowań, refundacji i zwrotu kosztów związanych z zatrudnieniem niepełnosprawnych jest zbyt niska, żeby skutecznie promować zatrudnienie osób z orzeczeniem o niepełnosprawności. Zwiększenie finansowania to najprostszy sposób pasywnej polityki na rzecz niepełnosprawnych. Problem pojawia się z pozyskaniem środków przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, które mogłyby zostać przeznaczone na zwiększenie korzyści finansowych podmiotów leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne. Głównym źródłem przychodów PFRON są obligatoryjne wpłaty uiszczane przez pracodawców zatrudniających co najmniej 25 osób w przeliczeniu na pełne etaty, których wskaźnik zatrudnienia niepełnosprawnych nie osiąga 6%.

Dodatkowe przychody PFRON może uzyskać z:

- dotacji z budżetu państwa,
- dotacji z innych organizacji (np. Unii Europejskiej)
- subwencji (bezzwrotnej pomocy finansowej),
- spadków i darowizn,
- dywidend,
- dobrowolnych wpłat pracodawców [25].

Podejmując próbę zwiększenia dodatkowych przychodów PFRON najprostszym rozwiązaniem byłoby zwiększenie dotacji z budżetu państwa.

Drugą popularną propozycją zmiany, wskazaną przez około 47% badanych podmiotów leczniczych jest zmiana regulacji prawnych dotyczących zatrudniania osób niepełnosprawnych (Rys. 71). Już na etapie identyfikacji powodów niezatrudniania osób z orzeczeniem o niepełnosprawności 8% respondentów wskazało ograniczoną dyspozycyjność niepełnosprawnych (Rys. 66). Ograniczenie dyspozycyjności spowodowane jest przepisami prawnymi regulującymi czas pracy niepełnosprawnych pracowników poprzez dodatkowe dni urlopu, skróconym czasie pracy, zakazie pracy w godziny nadliczbowe i w porze nocnej oraz ograniczenia dziennego czasu pracy do maksymalnie 8 godzin w ciągu doby. W zawodach medycznych wymagających pracy zmianowej ograniczenie dyspozycyjności jest znaczącą przeszkodą. Należy zauważyć, że obecne przepisy prawne regulujące prawa zatrudnionych osób z orzeczeniem o niepełnosprawności zostały zidentyfikowane jako bariera w zatrudnieniu niepełnosprawnych przez około 38% podmiotów leczniczych biorących udział w badaniu (Rys. 66).

Obecne regulacje prawne mają znaczący wpływ na zwiększoną aktywność zawodową niepełnosprawnych. Obowiązujące prawa zatrudnionych osób z orzeczeniem o niepełnosprawności wykorzystywane są podczas promocji aktywizacji zawodowej i zachęcaniu do podjęcia pracy. Jednakże pracodawcy zatrudniający osoby niepełnosprawne bardzo rzadko zauważają obniżoną wydajność ich pracy w porównaniu do pełnosprawnych pracowników.

[25] https://zielonalinia.gov.pl/-/co-warto-wiedziec-o-panstwowym-funduszu-rehabilitacji-osob-niepelnosprawnych-9880 (12.05.2022)

Traktowanie pracowników niepełnosprawnych i pełnosprawnych na równi zwykle nie stanowi dla pracodawców problemów. Dlatego też ograniczenia czasu pracy niepełnosprawnych może stać się dla pracodawców niezrozumiałą kwestią. Ograniczony czas pracy osób z orzeczeniem może także wzbudzać dyskomfort wśród współpracowników, co może doprowadzić nawet do dyskryminacji w miejscu pracy i marginalizacji.

Zmiany dotyczyć zlikwidowania części przepisów prawnych lub ich ograniczenie zwiększając dyspozycyjność osób niepełnosprawnych na przykład poprzez przyznanie mniejszej liczby dni dodatkowego urlopu wypoczynkowego. Co prawda za zgodą lekarza orzekającego stopień niepełnosprawności niepełnosprawny pracownik może uzyskać zgodę na pracę w godzinach nocnych i nadliczbowych, ale taka zgoda jest przyznawana wyłącznie na wniosek pracownika. Wydajność pracy wykonywanej na danym stanowisku jest uzależniona od stopnia i rodzaju niepełnosprawności. Należy zauważyć, że na niektórych stanowiskach niepełnosprawność nie stanowi żadnego znaczącego ograniczenia wydajności, a zatem ograniczenie dyspozycyjności działa jedynie na niekorzyść pracodawcy. Pomysłem na rozwiązanie tego problemu jest indywidualne podejście do orzekania o niepełnosprawności i podejmowaniu decyzji o ograniczeniach dyspozycyjności przez lekarza orzecznika.

Kolejnym pomysłem na zmianę mogącą wpłynąć pozytywnie na sytuację niepełnosprawnych na rynku pracy jest organizowanie szkoleń i kursów podnoszących kwalifikacje zawodowe osób niepełnosprawnych. Taki pomysł poparło około 34% badanych podmiotów. Zbyt niskie kwalifikacje zawodowe niepełnosprawnych były powodem niezatrudnienia niepełnosprawnych w około 18% badanych podmiotów leczniczych niezatrudniających niepełnosprawnych (Rys. 65). Ponadto około 26% podmiotów leczniczych biorących udział w badaniu wskazało zbyt niskie wykształcenie osób niepełnosprawnych jako jedną z kluczowych barier w zatrudnieniu (Rys. 66).

Powołując się na teorię kapitału ludzkiego podniesienie kwalifikacji zawodowych osób niepełnosprawnych zwiększyłoby ich konkurencyjność na rynku pracy (KOTLORZ 2007). Podobnie jak w przypadku zwiększenia pomocy finansowej problemem jest pozyskanie środków przez PFRON na sfinansowanie organizacji szkoleń i kursów.

Około 31% badanych podmiotów leczniczych poparło pomysł bezpośredniej pomocy urzędników państwowych przy ubieganiu się o zwrot kosztów zatrudnienia osoby niepełnosprawnej (Rys. 71). Choć strony internetowe Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dosyć dokładnie opisują ścieżkę postępowania w celu uzyskania zwrotu kosztów to część pracodawców potrzebuje dodatkowego kontaktu i wyjaśnienia. Dla

pracodawców chcących uzyskać dodatkowe informacje na temat refundacji udostępniony jest numer telefonu infolinii PFRON. Jednakże potrzebna jest bezpośrednia pomoc urzędników w wypełnianiu wniosków. Pomysłem może być możliwość skorzystania z usług urzędnika pracującego na przykład w Urzędzie Gminy, Urzędzie Miejskim lub Urzędzie Miasta posiadającym niezbędną wiedzą w zakresie działalności PFRON. Usługi mogłyby być świadczone w zakresie doradztwa oraz pomocy w wypełnianiu wniosków.

Inną proponowaną zmianą mającą na celu poprawę sytuacji osób niepełnosprawnych popartą przez około 30% badanych podmiotów leczniczych jest przeprowadzanie badań przez Urząd Pracy wśród bezrobotnych niepełnosprawnych dotyczących możliwości wykonywania pracy na danym stanowisku (Rys. 71). Organizacja szkoleń powinna zostać poprzedzona badaniami mającymi na celu ocenę możliwości zawodowych osób z orzeczeniem o niepełnosprawności. Takie działanie pozwoliłoby zidentyfikować, na jakich szkoleniach i kursach zawodowych skorzystałaby największa grupa osób niepełnosprawnych. Badania mogłyby posłużyć także jako informacja dla pracodawców czy na dane stanowisko są chętne osoby niepełnosprawne do podjęcia pracy. Badania mogłyby być przeprowadzane już podczas rejestracji osoby bezrobotnej z wykorzystaniem odpowiedniego kwestionariusza ankiety. Dodatkowe informacje na temat możliwości zawodowych osoby niepełnosprawnej mógłby uzupełniać lekarz orzecznik. Wyniki badań informujące o kwalifikacjach i możliwościach pracy na stanowiskach mogłyby być publikowane na stronach lokalnych Urzędów Pracy i być dostępne dla pracodawców.

Kolejnym pomysłem na zmianę mogącą wpłynąć pozytywnie na sytuację niepełnosprawnych na rynku pracy jest organizowanie szkoleń dla pracodawców na temat korzyści z zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Taki pomysł poparło około 24% badanych podmiotów leczniczych (Rys. 71). Brak znajomości korzyści z zatrudnienia niepełnosprawnych było powodem do niezatrudniania osób z orzeczeniem wskazanym przez około 16% badanych podmiotów leczniczych niezatrudniających niepełnosprawnych (Rys. 65). Ogólna znajomość korzyści związanych z zatrudnieniem osób niepełnosprawnych wśród pracodawców jest na niskim lub co najwyżej średnim poziomie. Około 24% podmiotów leczniczych zadeklarowało, że nie zna żadnych korzyści z zatrudnienia niepełnosprawnych pracowników. Spotkanie przedstawicieli PFRON, czyli państwowej instytucji odpowiadającej za wsparcie osób niepełnosprawnych między innymi na rynku pracy, z pracodawcami mogłoby zwiększyć ich świadomość na temat zatrudnienia niepełnosprawnych i możliwościach pozyskania dofinansowań, refundacji i zwrotu kosztów.

W dobie postępu technologicznego oraz sytuacji pandemicznej bardzo popularnym narzędziem stały się spotkania i szkolenia zdalne, które eliminują barierę mobilności podczas organizacji tych szkoleń. Problemem w tej sytuacji może być poinformowanie pracodawców o możliwości udziału w takim szkoleniu. O pomoc w przekazaniu informacji na temat organizowanych szkoleń i zaangażowanie w te szkolenia można poprosić władze miast, gmin i powiatów.

Propozycją zmiany popartą przez około 23% badanych podmiotów leczniczych jest ułatwienie składania sprawozdań/wniosków do PFRON (Rys. 71). Od kilku lat wymagane sprawozdania można składać przez strony internetowe. Wiedza na temat tego sposobu składania sprawozdań oraz wniosków jest powszechna wśród pracodawców zatrudniających osoby niepełnosprawne. Trudność w składaniu sprawozdań i wniosków polega na pozyskaniu danych, które trzeba w nim zamieścić. Rozwiązaniem byłoby dostosowanie programów komputerowych obsługiwanych przez działy kadr, które będą w stanie takie dane pozyskać przy odpowiedniej konfiguracji ułatwiając tym samym składanie sprawozdań/wniosków do PFRON.

Inną propozycją zmiany mogącej wpłynąć pozytywnie na sytuację osób niepełnosprawnych na rynku pracy jest podniesienie progu zatrudnienia osób niepełnosprawnych uprawniającego do zwolnienia z wpłat do PFRON. Za takim pomysłem wstawiło się około 20% badanych podmiotów leczniczych (Rys. 71). Jednym z głównych powodów zatrudniania osób niepełnosprawnych przez pracodawców jest uniknięcie obowiązkowych wpłat do PFRON. Obecnie wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych uprawniających do zwolnienia z wpłat wynosi co najmniej 6% (przy wielkości zatrudnienia nie mniejszej niż 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy). Podniesienie tego progu zachęciłoby pracodawców do zatrudnienia w swoim zakładzie pracy kolejnych osób z orzeczeniem o niepełnosprawności. Z kolei nieuzyskanie zwolnienia z wpłat przez pracodawców zwiększyłoby budżet Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, co pozwoliłoby na realizację innych przedsięwzięć związanych z poprawą sytuacji niepełnosprawnych na rynku pracy i w życiu społecznym. Trzeba przyznać, że takie rozwiązanie jest kontrowersyjne i mogłoby wzbudzić oburzenie wśród pracodawców, a efekt takich działań mógłby wpłynąć negatywnie na ocenę osób niepełnosprawnych pogłębiając marginalizację społeczną, czyli efekt odwrotny do zamierzonego. Inną słabą stroną takiego pomysłu jest brak chętnych osób do pracy na dane stanowiska. Pracodawcy mimo chęci zatrudnienia osób z orzeczeniem mogliby mieć problem z chętnymi osobami do pracy na danym stanowisku, co skutkowałoby brakiem możliwości uzyskania zwolnienia z obowiązkowych wpłat do PFRON. Wśród podmiotów wykonujących działalność leczniczą

około 75% podmiotów leczniczych wskazało, że brak chętnych osób niepełnosprawnych do pracy na danym stanowisku jest powodem niezatrudniania osób z orzeczeniem w ich zakładzie pracy (Rys. 65).

Około 4% podmiotów leczniczych biorących udział w badaniu podało inną propozycję zmian mających na celu poprawę sytuacji osób niepełnosprawnych niż wyżej wymienione (Rys. 71). Wśród innych propozycji odnotowano:

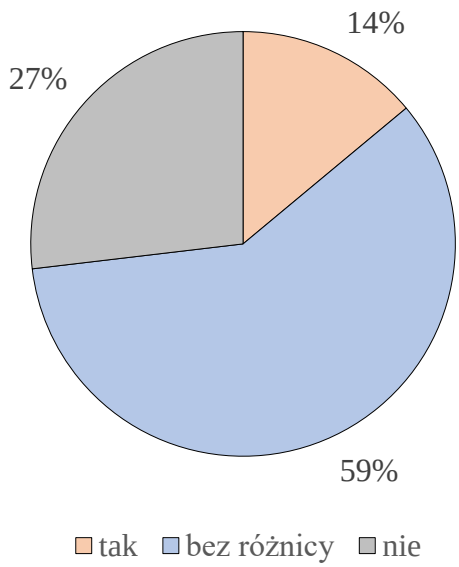
- zwiększenie działań dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych,
- obniżenie kar za nieterminowe składanie sprawozdań do PFRON,
- usprawnienie terminowości wypłat dofinansowań, refundacji i zwrotów przez PFRON,
- pomoc państwa w rekrutacji niepełnosprawnych pracowników,
- poprawa dostępności informacji na temat niepełnosprawnych chętnych do podjęcia pracy,
- ułatwienie formalne przy ubieganiu się o pomoc finansową (uproszczenie kryteriów kwalifikowalności),
- ujednolicenie przepisów dla pracodawców dotyczących kwalifikacji do uzyskania pomocy finansowej,
- promocja zatrudnienia w mediach,
- obniżenie wynagrodzeń dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności adekwatnego do poziomu ich wydajności.

Zaproponowanie zmian mających na celu poprawę sytuacji osób niepełnosprawnych na rynku pracy na podstawie przeprowadzonych badań było jednym z celów szczegółowych pracy.

5.6. Szanse zatrudniania niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych

Ostatnim etapem przeprowadzonych badań była ocena szans zatrudnienia osób niepełnosprawnych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Jak wspomniano wcześniej badania zostały przeprowadzone w 1254 podmiotach leczniczych.

Na poniższym rysunku przedstawiono wyniki badań dotyczące planowanego zatrudnienia niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych. Respondenci mieli możliwość wskazania, czy planują lub nie zatrudnienie osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności w przyszłości. Dodatkową opcją było zadeklarowanie, że dla badanego podmiotu leczniczego nie ma różnicy, czy zatrudniony pracownik posiada lub nie orzeczenie o niepełnosprawności.



Rys. 72. Planowanie zatrudnienia osób niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych

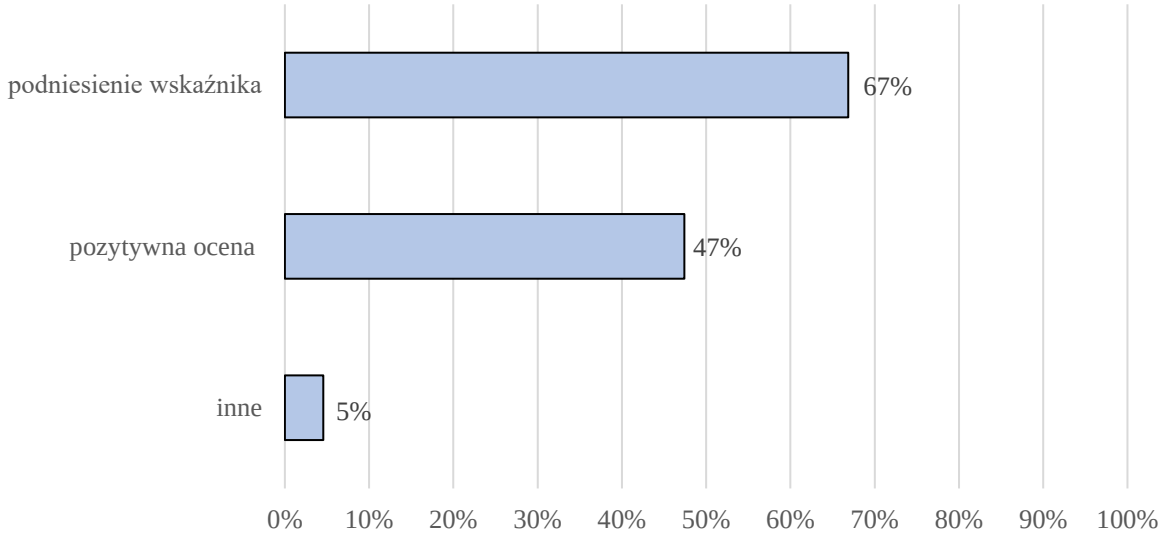
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Około 27% badanych podmiotów leczniczych zadeklarowało, że w przyszłości nie planuje zatrudnienia osób z orzeczeniem o niepełnosprawności, a około 14%, że planuje zatrudnienie takich osób. Około 59% respondentów zadeklarowało, że planuje zatrudnienie nowych pracowników, ale nie stanowi dla nich różnicy, czy dany kandydat na wolne stanowisko pracy będzie posiadał orzeczenie o niepełnosprawności czy nie. Pracodawcy, dla których status sprawności pracownika nie jest istotny to tacy, którzy zwracają uwagę głównie na kompetencje pracownika i możliwości wykonywania pracy. Takie deklaracje świadczą

o równym traktowaniu potencjalnych pracowników podczas rekrutacji. Z badań wynika, że około 73% podmiotów prowadzących działalność leczniczą widzi możliwość zatrudnienia osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności w swoim zakładzie pracy (Rys. 72).

Celem przeprowadzonych badań była także identyfikacja przyczyn chęci i niechęci zatrudniania osób z orzeczeniem o niepełnosprawności, które przedstawiono na poniższym rysunku.

Badanie dotyczące przyczyn chęci zatrudnienia zostało przeprowadzone w podmiotach leczniczych planujących w przyszłości zatrudnienie osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności (175 podmiotów leczniczych). Respondenci mieli możliwość wskazania jednej lub więcej przyczyn chęci zatrudnienia (pozytywną ocenę pracy niepełnosprawnych, podniesienie wskaźnika zatrudnienia niepełnosprawnych w podmiocie lub inną). Z tego powodu suma wszystkich możliwości nie jest równa 100%.



Rys. 73. Przyczyny chęci zatrudnienia niepełnosprawnych

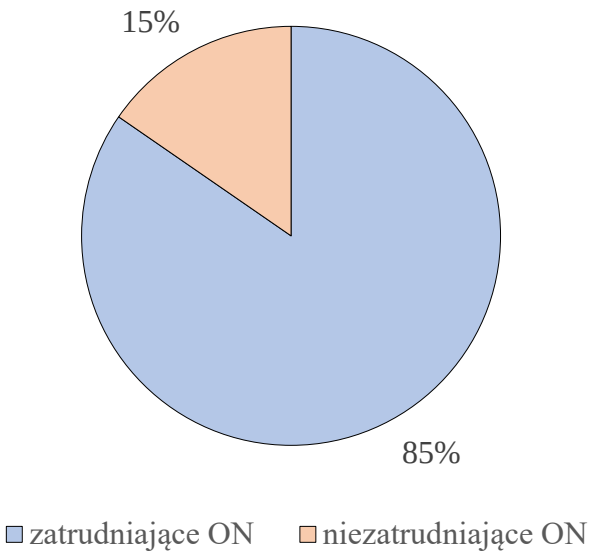
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

W około 47% badanych podmiotach leczniczych jednym z powodów chęci zatrudnienia niepełnosprawnych była pozytywna ocena pracy tych osób. Około 67% badanych podmiotów jako jeden z powodów chęci zatrudnienia niepełnosprawnych wskazało możliwość podniesienia wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych w podmiocie. Podniesienie tego wskaźnika może być umotywowane chęcią zwolnienia z obligatoryjnych wpłat do PFRON.

Około 5% podmiotów leczniczych wskazało inny powód chęci zatrudnienia osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (Rys. 73). Wśród innych powodów wymieniano:

- chęć utrzymania wskaźnika zatrudnienia niepełnoprawnych na obecnym poziomie,
- aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych,
- chęć pomocy niepełnosprawnym poprzez zatrudnienie,
- niższe koszty utrzymania pracownika niepełnosprawnego niż sprawnego (na przykład dzięki dofinasowaniom),
- misja firmy.

W badaniu dokonano podziału podmiotów leczniczych na zatrudniające i niezatrudniające osoby niepełnosprawne (w skrócie: ON) według przyczyn chęci zatrudnienia tych osób w przyszłości przez podmioty lecznicze. Na poniższym rysunku przedstawiono podział podmiotów planujących zatrudnienie niepełnosprawnych ze względu na podniesienie wskaźnika zatrudnienia niepełnosprawnych (117 badanych podmiotów leczniczych stanowiących 100% na rysunku) na zatrudniające i niezatrudniające osoby niepełnosprawne.

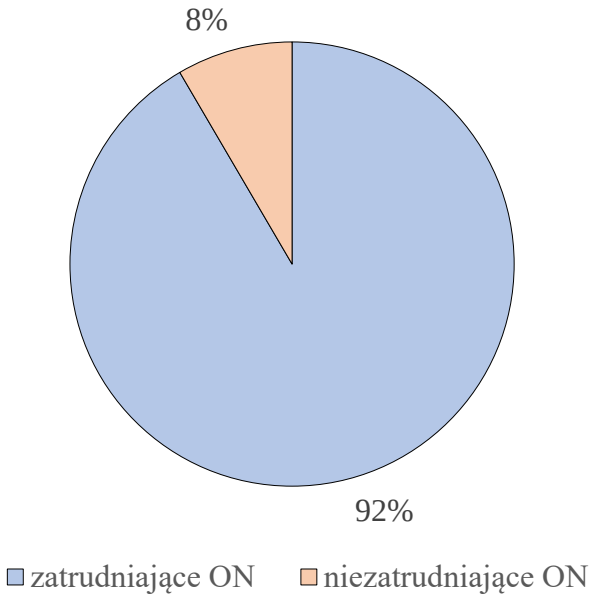


Rys. 74. Podział podmiotów leczniczych planujących zatrudnienie niepełnosprawnych ze względu na podniesienie wskaźnika zatrudnienia niepełnosprawnych na zatrudniające i niezatrudniające ON

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Około 85% badanych podmiotów leczniczych chętnych do zatrudnienia niepełnosprawnych ze względu na podniesienie wskaźnika zatrudnienia tych osób to te, które zatrudniały w momencie przeprowadzania badań osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności, a około 15% badanych podmiotów nie zatrudniało osób niepełnosprawnych w tym czasie (Rys. 74). Może to oznaczać, że w niespełna 1/6 badanych podmiotów wzrosła wielkość zatrudnienia do 25 pracowników lub więcej (w przeliczeniu na pełne etaty) i chcą uniknąć wpłat do PFRON zatrudniając osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności. Zatrudnianie niepełnosprawnych w celu podniesienia wskaźnika ich zatrudnienia w jednostce nazywane jest powodem ekonomicznym, ponieważ jest to próba ograniczenia kosztów zatrudnienia.

Podobnego podziału jak na poprzednim rysunku dokonano w przypadku badanych podmiotów leczniczych planujących zatrudnienie niepełnosprawnych w wyniku pozytywnej oceny ich pracy. Przedstawione to zostało na poniższym rysunku, gdzie 100% stanowiły 83 badane podmioty lecznicze.

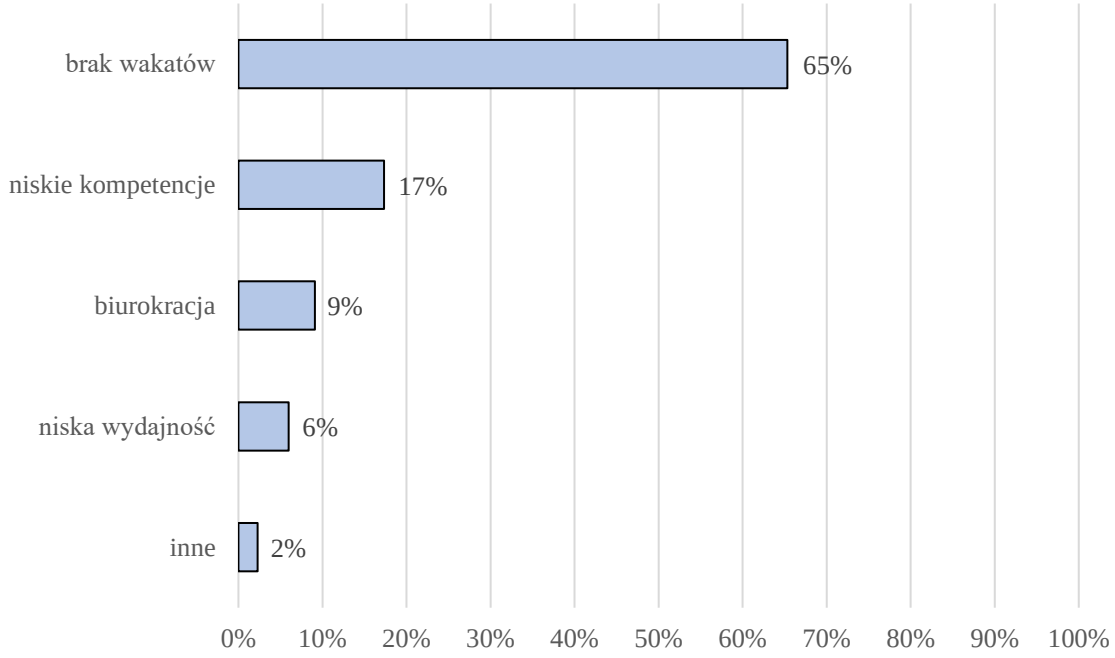


Rys. 75. Podział podmiotów leczniczych planujących zatrudnienie niepełnosprawnych ze względu na pozytywną ocenę ich pracy na zatrudniające i niezatrudniające ON

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Około 92% badanych podmiotów leczniczych to te, które zatrudniały osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności w czasie przeprowadzania badań, a około 8% badanych podmiotów nie zatrudniało osób niepełnosprawnych w tym czasie (Rys. 75). Może to oznaczać, że pozytywne doświadczenie związane z pracą z niepełnosprawnymi mogło być nabyte w wyniku zatrudniania osób z orzeczeniem o niepełnosprawności w przeszłości.

Badanie dotyczące przyczyn niechęci zatrudnienia zostało przeprowadzone w podmiotach leczniczych nieplanujących w przyszłości zatrudnienie osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności (337 podmiotów leczniczych). Respondenci mieli możliwość wskazania jednej lub więcej przyczyn niechęci zatrudnienia (brak wolnych miejsc pracy, zbyt niskie kompetencje osób niepełnosprawnych, biurokracja związana z zatrudnieniem niepełnosprawnych, niska wydajność niepełnosprawnych pracowników, inne), co zostało przedstawione na poniższym rysunku. Z tego powodu suma wszystkich możliwości nie jest równa 100%.



Rys. 76. Przyczyny niechęci zatrudnienia niepełnosprawnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

Najczęstszym powodem niechęci zatrudnienia niepełnosprawnych w przyszłości było brak wolnych miejsc pracy. Taki powód zadeklarowało 65% badanych podmiotów leczniczych (Rys. 76). To może oznaczać, że nawet jeśli w przyszłości będzie planowane zatrudnienie dodatkowych pracowników w tych podmiotach to status ich sprawności może być bez znaczenia.

Około 17% badanych podmiotów leczniczych jako jeden z powodów niechęci zatrudnienia niepełnosprawnych wskazało zbyt niskie kompetencje osób z orzeczeniem o niepełnosprawności lub bardziej odpowiednie kompetencje osób sprawnych niż niepełnosprawnych na dane stanowisko (Rys. 76). Motywacją do takiego argumentowania niechęci zatrudnienia niepełnosprawnych jest charakter pracy wykonywany w podmiocie oraz poziom trudności wykonywanych zadań na danym stanowisku wymagających pełnej sprawności organizmu.

Około 9% podmiotów leczniczych jako jeden z powodów niechęci związanym z zatrudnieniem niepełnosprawnych podało biurokrację (Rys. 76). Przez biurokrację pracodawcy rozumieją konieczność raportowania zatrudnienia niepełnosprawnych (na przykład w celu uzyskania dodatkowych korzyści). Biurokracją określa się też znajomość i konieczność przestrzegania przepisów prawa pracy związanych z zatrudnieniem osób niepełnosprawnych.

Kolejnym powodem niechęci do zatrudnienia osób niepełnosprawnych, zadeklarowanym przez około 6% badanych podmiotów leczniczych była niska wydajność osób niepełnosprawnych (Rys. 76). Obniżona wydajność może być spowodowana niedostosowaniem stanowiska pracy do możliwości osoby niepełnosprawnej, negatywnym doświadczeniem w pracy z osobami niepełnosprawnymi lub stereotypowym podejściem pracodawców.

Około 2% podmiotów leczniczych podało inny powód niechęci zatrudnienia w przyszłości osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (Rys. 76). Wśród innych powodów wymieniano:

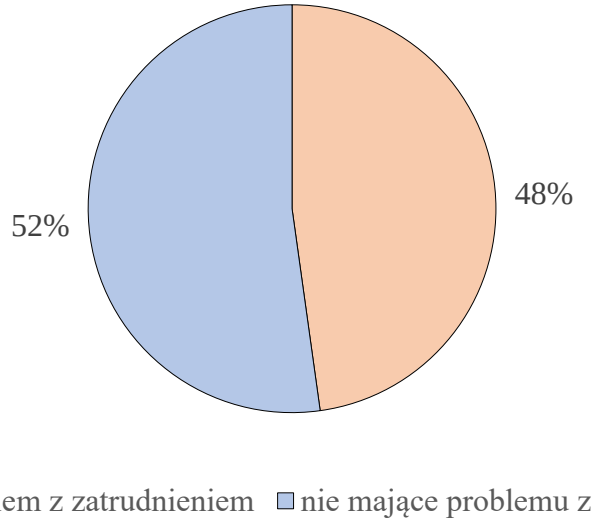
- trudności związane z organizacją pracy osoby niepełnosprawnej,
- brak możliwości rozwojowych placówki,
- kary związane za niestosowanie przypisów prawa wobec osób niepełnosprawnych,
- brak zdania na temat pracy z osobami niepełnosprawnymi,
- przekonanie, że zatrudnieniem niepełnosprawnych powinny zajmować się zakłady pracy chronionej.

Około 75% podmiotów spośród 497 badanych podmiotów leczniczych niezatrudniających niepełnosprawnych nie zatrudnia tych osób z powodu braku osób z orzeczeniem o niepełnosprawności chętnych do pracy (Rys. 66). Około 26% ze wszystkich 1254 badanych podmiotów leczniczych uznało niedostateczne wykształcenie osób niepełnosprawnych jako jedną z barier w ich zatrudnieniu (Rys. 67).

Obecnie zawody takie jak pielęgniarka czy lekarz są zawodami pożądanymi. W 2018 roku w Unii Europejskiej na 1000 mieszkańców przypadało średnio 8,3 pielęgniarek i 4 lekarzy (*Health at a Glance: Europe 2022*, 2022). Według OECD w Polsce w tamtym okresie przypadało 5,1 pielęgniarek i 3,3 lekarzy na 1000 mieszkańców (najmniej w całej Unii Europejskiej). Jednym z powodów niskiej liczby pielęgniarek i lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców są migracje siły roboczej (głównie z przyczyn ekonomicznych).

Według danych GUS średnie zarobki w tej sekcji w 2018 roku wynosiły około 4500 zł brutto (*Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2018 roku,* 2020). To nieco mniej niż wynosiło średnie wynagrodzenie w gospodarce narodowej w roku 2018, czyli 4585,03 zł brutto (*Przeciętne wynagrodzenie od 1950 r.*, 2020). Sekcja opieki zdrowotnej i pomocy społecznej zajmuje 14. miejsce pod względem wysokości średniego wynagrodzenia brutto spośród wszystkich 19 sekcji PKD.

Kwestionariusz ankiety pozwolił na zbadanie czy podmioty lecznicze mają problem z rekrutacją wykwalifikowanego personelu w swoich podmiotach, co zostało przedstawione na poniższym rysunku. Przez wykwalifikowany personel rozumiany jest jako posiadający specjalizację oraz prawo do wykonywania zawodu (np. pielęgniarki, lekarze). Na poniższym rysunku, na którym przedstawiono udział podmiotów mających i niemających problemu z zatrudnieniem wykwalifikowanego personelu, 100% stanowią 1254 badane podmioty lecznicze.

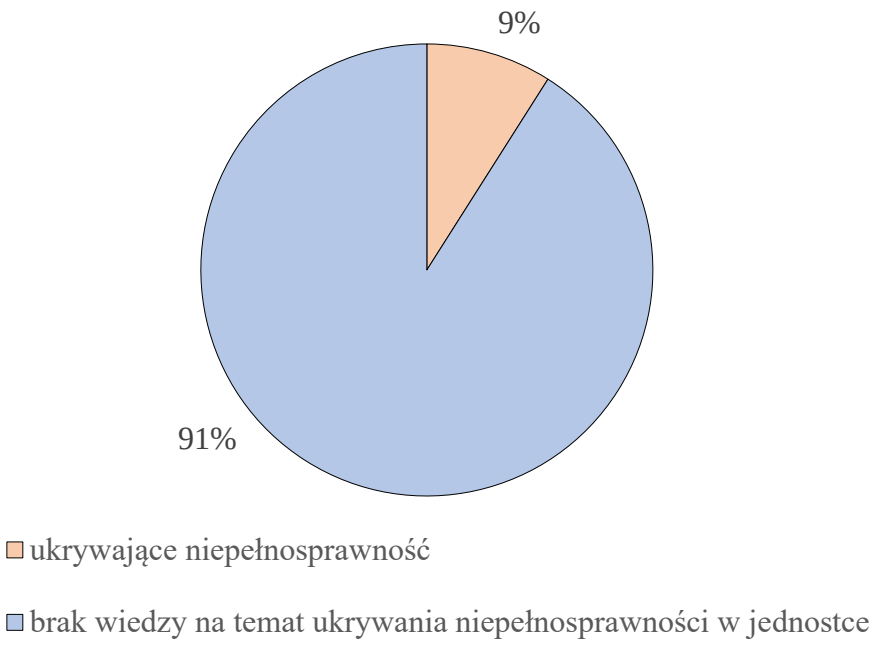


Rys. 77. Udział podmiotów leczniczych mających i niemających problemu z zatrudnieniem wykwalifikowanego personelu

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Około 48% badanych podmiotów leczniczych zadeklarowało, że ma problemy z zatrudnieniem wykwalifikowanego personelu, a około 52% badanych podmiotów nie deklaruje takich problemów (Rys. 77). Fakt, że prawie połowa podmiotów leczniczych ma problemy kadrowe związane z trudnościami znalezienia wykwalifikowanego personelu sprawia, że kwestia niepełnosprawności staje się sprawą drugorzędną podczas rekrutacji, a najważniejsze znaczenie ma poziom kwalifikacji potencjalnego pracownika.

W zakładach pracy można spotkać przypadki, w których osoby niepełnosprawne ukrywają swoją niepełnosprawność poprzez brak przedłożenia orzeczenia o niepełnosprawności pracodawcy. Zbadano podejrzenie o ukrywaniu niepełnosprawności, co przedstawiono na poniższym rysunku, gdzie 100% stanowiło 1254 badanych podmiotów leczniczych.



Rys. 78. Udział podmiotów leczniczych z przypadkami ukrywania niepełnosprawności w zakładzie pracy w badanych podmiotach

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Wśród badanych podmiotach leczniczych około 9% wskazało, że w ich zakładzie pracy znane były przypadki ukrywania niepełnosprawności (Rys. 78). Powodem tego może być głównie lęk przed nierównym traktowaniem.

Kwestionariusz ankiety umożliwiał respondentom przedstawienie własnych przemyśleń w kwestii zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Podmioty lecznicze przekazały takie uwagi jak:

- w wyniku dyrektywy Unii Europejskiej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością są wykluczone z dofinansowań do wynagrodzeń do stanowisk,
- wzmocnienie promocji pracy wspomaganej (zatrudnienie osoby niepełnosprawnej wraz z pomocnikiem),
- podczas promocji aktywizacji zawodowej należy mocno zwrócić uwagę, że niepełnosprawność jest ograniczeniem wykluczającym możliwość pracy na niektórych stanowiskach,
- pomocny mógłby się okazać dodatkowy podział osób niepełnosprawnych na wysokofunkcjonujących i niskofunkcjonujących (informacja zawarta w orzeczeniu o niepełnosprawności),
- jednostki publiczne często są wykluczone z refundacji PFRON,

– procedury dotyczące orzecznictwa pozwalają na uzyskanie renty w prosty sposób, co demotywuje niepełnosprawnych do pracy,

– stereotypowe postrzeganie osób niepełnosprawnych może negatywnie wpływać na szanse w zatrudnieniu osób z orzeczeniem o niepełnosprawności,

– dofinansowania PFRON są zbyt niskie,

– istnieją przypadki nierzetelnego orzecznictwa o niepełnosprawności,

– należy zwiększyć świadomość pracowników i pracodawców w kwestii niepełnosprawności (ukrywanie niepełnosprawności może prowadzić do uniemożliwienia zmniejszenia kosztów pracodawcy),

– niepełnosprawność może być zaletą podczas wykonywania niektórych zawodów (np. niewidoma osoba jako masażysta),

– problemem w chęciach do pracy osób niepełnosprawnych często bywa brak pewności siebie,

– w zakładach pracy ma miejsce celowe wykorzystywanie niepełnosprawności (np. obniżanie wydajności pracy),

– zachętą do pracy osób niepełnosprawnych byłyby dofinansowania do transportu do pracy i z pracy,

– zakłady pracy mają trudności z otrzymaniem refundacji PFRON.

Szeroki wachlarz dodatkowych uwag podmiotów leczniczych świadczy o tym, że badania na temat zatrudniania osób niepełnosprawnych muszą być przeprowadzane częściej i skupiać się na różnych aspektach zatrudnienia. Najczęściej poruszaną kwestią było zwrócenie uwagi, że w przypadku odpowiednich kwalifikacji i umiejętności każdy kandydat na dane stanowisko pracy ma szansę zatrudnienia bez względu na to, czy posiada orzeczenie o niepełnosprawności czy nie. Inną kwestią poruszaną przez respondentów było funkcjonowanie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Należy też zachować ostrożność w aktywizacji zawodowej niepełnosprawnych i promocji zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Nieprzemyślane działania zwalczające stereotypy i promujące równość pomiędzy sprawnymi i niepełnosprawnymi pracownikami mogą doprowadzić do odwrotnych skutków, gdyż możliwość wykonywania pracy przez niepełnosprawnych jest uzależniona od rodzaju i stopnia niepełnosprawności.

Podsumowanie

W neoklasycznej teorii doskonałego rynku pracy zaznacza się, że na każdy pracownik jest równie wydajny (ZWIECH 2013). W myśl tej teorii osoby niepełnosprawne są równie wydajne co pełnosprawne. Barierą w wykonywaniu pracy wynikającą z niepełnosprawności może być obniżony stan zdrowia. Nie wyklucza to jednak tych osób z jej wykonywania. Znaczenie ma rodzaj wykonywanej pracy. W wielu przypadkach niepełnosprawność nie wpływa na umiejętności i kwalifikacje zawodowe. Jednym z głównych założeń neoklasycznych teorii rynku pracy jest maksymalizacja zysków w przedsiębiorstwach (SOLEK 2010), która może nastąpić wskutek zatrudniania osób z orzeczeniem o niepełnosprawności i zmniejszenia kosztów przedsiębiorstw w wyniku zwolnień z wpłat do PFRON.

Teoria kapitału ludzkiego wprowadza podział kwalifikacji na uniwersalne (niskie) i specjalne (wysokie) (KOTLORZ 2007). Praca w podmiotach leczniczych wymaga zarówno specjalnych kwalifikacji (na stanowiskach średniego i wysokiego szczebla) jak i uniwersalnych (na stanowiskach niskiego szczebla). Stan zdrowia niepełnosprawnych nie zawsze wpływa na poziom ich kwalifikacji, dzięki czemu mogą być zaliczeni do obydwu grup. Niedostateczne wykształcenie jest jedną z głównych barier w zatrudnieniu, dlatego też pracodawcy wyrażają zainteresowanie organizowaniem dodatkowych szkoleń podnoszących kwalifikacje zawodowe pracowników.

Koncepcja dualnego rynku pracy opiera się na podziale na dwie części: rynek pierwotny (stanowiska wysokiego i średniego szczebla) i wtórny (stanowiska niskiego szczebla) (KUKULAK-DOLATA 2018). Osoby niepełnosprawne najczęściej poszukują zatrudnienia na wtórnym rynku pracy. Jednak wysoki poziom wykształcenia wraz z posiadaniem specjalizacji niezbędnych do wykonywania zawodów medycznych sprawia, że niepełnosprawni mają również możliwość zatrudnienia na rynku pierwotnym w sekcji opieki zdrowotnej.

Teoria poszukiwań na rynku pracy rozwija jeden z czynników wpływających na naturalną stopę bezrobocia, czyli poziom systemu informowania o wolnych miejscach pracy (KWIATKOWSKI 2002). Pracodawcy często decydują się na zamieszczanie w ofercie pracy dodatkowej informacji o możliwości zatrudnienia osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności. Jest to wynikiem analizy korzyści wynikających z zatrudniania osoby niepełnosprawnej. Istnieją przypadki, że orzeczenie jest warunkiem koniecznym do podjęcia pracy u danego pracodawcy. Dla osób niepełnosprawnych z odpowiednimi kwalifikacjami jest to szansa na zdobycie zatrudnienia. Pracodawcy zgłaszają, że powodem niezatrudniania

niepełnosprawnych jest brak osób z orzeczeniem o niepełnosprawności chętnych do podjęcia pracy. Może to świadczyć o niedostatecznej informacji na temat wolnych miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych.

Według wstępnych danych Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań w 2021 osoby niepełnosprawne stanowiły około 14,3% ludności Polski (5447,5 tys. osób niepełnosprawnych spośród 38 036,1 tys. osób) (*Osoby niepełnosprawne według kategorii niepełnosprawności*, 2022) (*Ludność w miejscowościach statystycznych*, 2022).

Współczynnik aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych w wieku 16-89 lat w 2021 roku wynosił 20,3%, wskaźnik zatrudnienia 19,1%, a stopa bezrobocia 5,3% (*Aktywność ekonomiczna ludności Polski - IV kwartał 2021 roku*, 2022).

W okresie od 2016 roku do 2021 roku odnotowano wzrost liczby osób niepełnosprawnych zatrudnionych w Polsce o ponad 4,7 tys. Najwyższy wzrost liczby zatrudnionych niepełnosprawnych odnotowano w sekcji opieki zdrowotnej i pomocy społecznej (o ponad 5,1 tys. osób), podczas gdy w sekcji administracji i przetwórstwa przemysłowego nastąpił spadek tych osób kolejno o 8,5 tys. i 6,3 tys. pracowników.

Migracje siły roboczej są jednym z powodów niskiej liczby pielęgniarek i lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców. Obecnie zawody takie jak pielęgniarka czy lekarz są zawodami poszukiwanymi. Według OECD w Polsce w 2018 roku przypadało 5,1 pielęgniarek i 3,3 lekarzy na 1000 mieszkańców (najmniej w całej Unii Europejskiej). Średnio w Unii Europejskiej na 1000 mieszkańców przypada 8,3 pielęgniarek i 4 lekarzy (*Health at a Glance: Europe 2022*, 2022).

Sekcja opieki zdrowotnej i pomocy społecznej zajmuje 14. miejsce pod względem wysokości średniego wynagrodzenia brutto spośród wszystkich 19 sekcji PKD. Według danych GUS średnie zarobki w tej sekcji w 2018 roku wynosiły około 4500 zł brutto (*Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2018 roku,* 2020). To nieco mniej niż wynosiło średnie wynagrodzenie w gospodarce narodowej w roku 2018, czyli 4585,03 zł brutto (*Przeciętne wynagrodzenie od 1950 r.*, 2020).

W przeprowadzonym badaniu wzięło udział 1254 respondentów z 16 województw. Próbę badawczą stanowiło około 15% podmiotów leczniczych spełniających kryteria badawcze z każdego województwa. Wyjątkiem było województwo warmińsko-mazurskie, gdzie przeprowadzono badania pilotażowe, a próbę badawczą stanowiło 20% podmiotów leczniczych spełniających kryteria badawcze.

Około 51% badanych podmiotów miało status podmiotów prywatnych. Pozostała część to podmioty publiczne. Około 51% badanych podmiotów były podmiotami zatrudniającymi powyżej 25 pracowników. Około 60% (757 podmiotów leczniczych) podmiotów zadeklarowało, że zatrudnia co najmniej jedną osobę z orzeczeniem o niepełnosprawności.

Głównym celem badań była identyfikacja i ocena uwarunkowań zatrudniania osób niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych.

Najczęściej wskazywaną barierą w zatrudnianiu niepełnosprawnych były przepisy prawne regulujące zatrudnienie niepełnosprawnych (38% badanych). Regulacje prawne mają duży wpływ na dyspozycyjność osób niepełnosprawnych, co w pracy zmianowej często spotykanej w podmiotach leczniczych (dyżury pielęgniarek, dyżury lekarzy) jest znaczącą barierą. Do innych barier w zatrudnieniu niepełnosprawnych zaliczono m. in:

- niedostateczne wykształcenie,
- trudności z akceptacją osób niepełnosprawnych w miejscu pracy,
- obniżona wydajność osób niepełnosprawnych.

Około 14% respondentów badania zadeklarowało, że nie widzi przeszkód w zatrudnieniu osób niepełnosprawnych.

Najbardziej popularną korzyścią zatrudniania osób niepełnosprawnych wśród podmiotów zatrudniających osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności było zwolnienie z obowiązkowych wpłat do PFRON (60% badanych). Zwolnienie z tych wpłat są jednostki zatrudniające mniej niż 25 pracowników (w przeliczeniu na pełne etaty). Przy wielkości zatrudnienia nie mniejszej niż 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy zwolnienie z tych wpłat można uzyskać poprzez osiągnięcie wskaźnika zatrudnienia niepełnosprawnych na poziomie co najmniej 6%. W celu uniknięcia ponoszenia kosztów związanych z wpłatami do PFRON jednostki decydują się na zatrudnienie niepełnosprawnych i podniesienie wskaźnika zatrudnienia niepełnosprawnych.

Do innych korzyści wynikających z zatrudnienia niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych respondenci zaliczyli:

- dofinansowania do wynagrodzeń,
- zwrot kosztów przystosowania miejsca pracy do potrzeb niepełnosprawnego pracownika,
- zwrot kosztów wyposażenia miejsca pracy niepełnosprawnego pracownika.

Pierwszym celem szczegółowym badania była identyfikacja rodzajów niepełnosprawności występujących u pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Najczęściej występującym rodzajem niepełnosprawności wśród zatrudnionych jest niepełnosprawność ruchowa. Tak zadeklarowało około 81% podmiotów leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne. W podmiotach leczniczych zatrudniane są także osoby z niepełnosprawnością wzroku, słuchową i intelektualną. Najczęściej zatrudniane są osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności (około 61%).

Drugim celem szczegółowym badania była identyfikacja zawodów wykonywanych przez osoby niepełnosprawne w podmiotach leczniczych. Podmioty lecznicze deklarowały, że zatrudniają niepełnosprawnych na stanowisku pielęgniarki (57%) oraz pracownika administracyjnego (51%). Inne zawody wykonywane przez niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych to: pracownik wykonujące prace porządkowe, lekarz, salowa i pracownik kadr lub księgowości.

Trzecim celem szczegółowym badania było uzyskanie od pracodawców oceny wykonywanej pracy przez osoby niepełnosprawne w podmiotach leczniczych. Aż około 98% podmiotów leczniczych zatrudniających niepełnosprawnych oceniło ich pracę pozytywnie. Na negatywną ocenę wykonywanej pracy przez niepełnosprawnych najczęściej wpływała obniżona wydajność. Innymi czynnikami wpływającymi na negatywną ocenę pracy niepełnosprawnych były: skrócony czas pracy osób niepełnosprawnych, częste zwolnienia lekarskie niepełnosprawnych i niedostosowane stanowiska pracy niepełnosprawnych.

Czwartym celem szczegółowym badania była identyfikacja i ocena powodów niezatrudniania niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych. Najczęstszym powodem niezatrudniania osób niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych był brak osób z orzeczeniem o niepełnosprawności chętnych do podjęcia pracy (około 75%). Inne powody to: niedostateczne wykształcenie tych osób (około 18%) i brak znajomości korzyści z zatrudniania niepełnosprawnych (około 16%).

Piątym celem szczegółowym badania była identyfikacja i ocena korzyści z zatrudniania osób niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych wynikających z regulacji prawnych. Najbardziej znaną korzyścią z zatrudnienia niepełnosprawnych wynikającą z regulacji prawnych było zwolnienie z obowiązkowych wpłat do PFRON (60%). Innymi dobrze znanymi korzyściami, których znajomość zadeklarowała około 1/3 badanych podmiotów leczniczych to: dofinansowania do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych (około 38%), zwrot kosztów przygotowania i wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej (kolejno 33% i 31%). Około 24% wszystkich badanych podmiotów nie znało żadnych korzyści z zatrudnienia osób niepełnosprawnych.

Szóstym celem szczegółowym było zaproponowanie zmian mających na celu poprawę sytuacji osób niepełnosprawnych na rynku pracy na podstawie przeprowadzonych badań. Najczęściej wskazywaną propozycją zmiany, która mogłaby wpłynąć na poprawę zatrudnienia osób niepełnosprawnych było zwiększenie pomocy finansowej ze strony PFRON. Należy jednak zauważyć, że PFRON ma ograniczony budżet i zwiększenie pomocy jest uzależnione od wpływów pochodzących głównie z obligatoryjnych wpłat pracodawców. Drugą najczęściej wskazywaną propozycją były zmiany w regulacjach prawnych dotyczących zatrudniania niepełnosprawnych. Zmiany te wpłynęłyby na dyspozycyjność osób niepełnosprawnych. Inne proponowane zmiany to między innymi:

- organizowanie szkoleń podnoszących kwalifikacje zawodowe osób niepełnosprawnych,
- pomoc urzędników w wypełnianiu wniosków o dofinansowania z PFRON,
- badania Urzędu Pracy wśród bezrobotnych osób niepełnosprawnych w kwestii możliwości zatrudnienia,
- organizowanie szkoleń dla pracodawców na temat korzyści z zatrudnienia osób niepełnosprawnych.

W pracy postawiono cztery hipotezy badawcze. Pierwsza hipoteza to: *Zatrudnienie osób niepełnosprawnych jest zależne od wielkości podmiotów leczniczych wyrażonej w liczbie zatrudnionych pracowników*. Hipoteza została potwierdzona. Wykorzystując metody wnioskowania statystycznego wykazano, że istnieje silna zależność pomiędzy wielkością zatrudnienia ogółem w podmiocie leczniczym a zatrudnianiem osób niepełnosprawnych. Im podmiot leczniczy zatrudnia więcej pracowników, tym prawdopodobieństwo zatrudnienia osoby niepełnosprawnej wzrasta.

Druga hipoteza to: *Osoby niepełnosprawne pracujące w podmiotach leczniczych są zatrudniane zarówno na rynku pierwotnym jak i wtórnym.* Za rynek pierwotny można uznać stanowiska wysokiego i średniego szczebla, a za rynek wtórny stanowiska niskiego szczebla. Hipoteza została potwierdzona. Około 61% respondentów zadeklarowało, że najczęściej osoby niepełnosprawne są zatrudniane na stanowiskach średniego szczebla (pielęgniarki, część personelu administracyjnego). Około 33% zadeklarowało, że najczęściej zatrudnia niepełnosprawnych na stanowiskach niskiego szczebla (pracownicy wykonujący prace porządkowe, salowe, część personelu administracyjnego).

Trzecia hipoteza to: *Główną barierą zatrudniania osób niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych są przywileje niepełnosprawnych pracowników wynikające z regulacji prawnych.* Hipoteza została potwierdzona. Najczęściej wskazywaną barierą w zatrudnianiu niepełnosprawnych były przepisy prawne regulujące zatrudnienie niepełnosprawnych (38% badanych). Pozostałymi barierami były: niskie kwalifikacje zawodowe niepełnosprawnych, brak znajomości korzyści z zatrudnienia niepełnosprawnych i niska dyspozycyjność niepełnosprawnych pracowników.

Czwarta hipoteza to: *Głównym czynnikiem determinującym zatrudnianie osób z orzeczeniem o niepełnosprawności jest zwolnienie z obowiązkowych wpłat do PFRON.* Hipoteza została potwierdzona. Około 60% badanych podmiotów zatrudniających osoby niepełnosprawnych zadeklarowało, że korzysta ze zwolnień z wpłat do PFRON. Była to najczęściej wskazywana korzyść z zatrudniania niepełnosprawnych występująca w podmiotach leczniczych oraz najbardziej znana korzyść z zatrudniania osób z orzeczeniem o niepełnosprawności wśród wszystkich badanych jednostek. Zwolnione z tych wpłat są jednostki zatrudniające mniej niż 25 pracowników (w przeliczeniu na pełne etaty). Jednostki, które zatrudniają co najmniej 25 pracowników (w przeliczeniu na pełne etaty), aby zostać zwolnionymi z wpłat do PFRON, muszą wykazać, że niepełnosprawni pracownicy stanowią co najmniej 6% zatrudnionych ogółem.

Problemy z zatrudnieniem wykwalifikowanego personelu w podmiotach leczniczych jest znaczącą szansą dla osób niepełnosprawnych posiadających odpowiednie kwalifikacje, takie jak prawo do wykonywania zawodu medycznego. Około 48% badanych podmiotów leczniczych miało problemy z zatrudnieniem wykwalifikowanego personelu, a około 59% badanych podmiotów zadeklarowało, że niepełnosprawność nie wpływa na decyzje podejmowane podczas rekrutacji na dane stanowisko pracy.

Niniejsza rozprawa doktorska może zostać skierowana do Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej oraz Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu poprawy sytuacji zatrudnienia w obszarze opieki zdrowotnej oraz wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy.

Bibliografia

Achieving Equal Employment Opportunities for People with Disabilities Through Legislation: Guidelines (2014) Inernational Labour Organization, Genewa

ADAMCZYK M.D. 2017. *Starzenie się społeczeństwa polskiego wyzwaniem dla zrównoważonego rozwoju.* Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie 106:105-113

Aktywność ekonomiczna ludności Polski - IV kwartał 2021 roku (2022) Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

ATTANASIO O. I IN. 2021. *Early childhood development, human capital and poverty.* National Bureau of Economics Research, Cambridge

Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych (2017) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa

BANE M. ELLWOOD D. 1986. *Slipping Into and put of Poverty: The Dynamics of Spells.* Journal of Human Resources 21:1-23

BANIA M. 2017. *Rola samorządu terytorialnego w kształtowaniu rynku pracy na przykładzie Wielkopolski ze szczególnym uwzględnieniem programów ZPORR i WRPO*. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Stanisława Staszica, Piła

BARANOWSKA A. 2017. *Starzenie się społeczeństwa europejskiego jako wyzwanie XXI wieku. Casus Polski.* Opuscula Sociologica 4:55-66

BATORSKI D., OLCOŃ-KUBICKA M. 2006. *Prowadzenie badań przez internet- podstawowe zagadnienia metodologiczne.* Studia Socjologiczne 3:99-132

BĄBA W. 2011. *Systemy zatrudnienia osób niepełnosprawnych w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej*. Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Kraków

BEAUDRY P. I IN. 2018. *In search of Labour Demand.* American Economic Review 108:2714-2757

BECKER G. 1975. *Human Capital. A theoretical and empirical analisys, with special reference to education*. National Bureau of Economic Research, Nowy Jork

BECKER-PESTKA D. 2012. *Aktywizacja społeczna i zawodowa osób niepełnosprawnych- problemy i wyzwania.* Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych 4:29-49

Bezrobocie rejestrowane 1–4 kwartał 2021 r. (2022) Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

BORODO A. 2005. *Polskie prawo finansowe. Zarys ogólny*. Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom Organizatora", Toruń

BOURDIEU P. 1986. *The forms of capital*. W: RICHARDSON J.E. (red.) *Handbook of Theory of Researchfor the Sociology of Education* Greenwood Press, Nowy Jork

BYRNE B. 2017. *Dis-Equality: Exploring the Juxtaposition of Disability and Equality*. Social Inclusion 6:9-17

CYRSON E. 1996. *Kompendium Wiedzy o gospodarce.* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa

CZEKAJ J. 2001. *Zarządzanie finansami przedsiębiorstw - podstawy teorii*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa

DACH Z. 2008. *Przemiany współczesnych rynków pracy*. Polskie Towarzystwo Naukowe. Zeszyty Naukowe 6:249-263

DAPEL Z. 2018. *Will the Poor in Nigeria Escape Poverty in Their Lifetime?* Center for Global Development, Waszyngton

DĘBSKI D. 2006. *Ekonomika i organizacja przedsiębiorstw, Część I*. Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa

DOMAŃSKI S. 1993. *Kapitał ludzki i wzrost gospodarczy*. Wydawnictwo PWN, Warszawa.
DRAGAN A. 2011. *Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki*. Kancelaria Senatu Biuro Analiz i Dokumentacji, Warszawa

DYKAS P. 2016. *Teoretyczne podstawy zróżnicowania sytuacji na rynku pracy*. W: NOWOSAD A., WISŁA R. *Zróżnicowanie rozwoju współczesnej Europy.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków

Dyrektywa Rady 2000/78/WE z dnia 27 listopada 2000 r. ustanawiająca ogólne warunki ramowe równego traktowania w zakresie zatrudnienia i pracy

Dzietność kobiet w latach 1960-2021 (2022) Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

EHRENBERG R., SMITH R. 2012. *Modern Labor Economics. Theory and Public Policy*. Pearson Education, Londyn

Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności 2010-2020: Odnowione zobowiązanie do budowania Europy bez barier (2010) Komisja Europejska Bruksela

Facts on People with Disabilities in China (2008), International Labour Organization, Genewa

FIGURSKA I. 2009. *Kapitał ludzki w teoriach rynku pracy*. W: KOPYCIŃSKA D. (red.) *Kapitał ludzki jako czynnik przewagi konkurencyjnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin

GARBAT M. 2007. *Polityka i instrumenty rynku pracy osób niepełnosprawnych na przykładzie wybranych krajów Unii Europejskiej*. W: PIETRULEWICZ B., PASZKOWICZ M. (red.) *Osoby z niepełnosprawnością we współczesnym rynku pracy. Mobilność pracowników*. Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra

GARBAT M. 2008. *Europejskie systemy wspierania zatrudniania osób niepełnosprawnych*. W: *Społeczne korzyści zatrudniania osób niepełnosprawnych*. Wydawnictwo KIG-R, Warszawa

GARBAT M. 2005. *Przełamywanie barier osób niepełnosprawnych w zatrudnieniu na przykładzie działań podejmowanych w nowych krajach członkowskich Unii Europejskiej*. Aktywizacja Zawodowa Osób Niepełnosprawnych 4: 81-102

GŁOWACKA M I IN. 2011. *Zmiany demograficzne w Polsce*. W: JAROSZ M. (red.) *Problemy starzenia się społeczeństwa. Teoria i praktyka. Perspektywa polska i brytyjska*. Wydawnictwo WSPiA, Lublin

GOLDIN C. 2019. *Human capital*. W: DIEBOLT C., HAUPERT M. (red.) *Handbook of Cliometrics*. Springer International Publishing, Berlin

GOLINOWSKA S. (red.) 2012. *Instytucjonalne, zdrowotne i społeczne determinanty niepełnosprawności*. IPiSS, Warszawa

GORDON R.J. 2018. *Friedman and Phelps on the Phillips curve viewed from a half century's perspective*. Review of Keynesian Economics 6:425-436

GÓRA M., SZTANDERSKA U. 2006. *Wprowadzenie do analizy rynku pracy — przewodnik*. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa

GRUNDY E.M., MURPHY M. 2018. *Population ageing in Europe*. W: MICHAEL J.P. I IN. *Oxford Textbook of Geriatric Medicine*. Oxford University Press, Oxford

Health at a Glance: Europe 2022 (2022), Organisation for Economic Cooperation and Development

HOŁÓWKA J. NIKLAS D. 1999. *Pojęcia ograniczonej sprawności i rehabilitacji*. Książka i Wiedza, Warszawa

HULEK A. 1969. *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów. Analiza w aspekcie fizycznym, psychologicznym, społecznym i zawodowym*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa

International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (1980) World Health Organization, Geneva

ISRAELSEN R.D., YONKER S.E. 2017. *Key Human Capital*. Journal of Financial and Quantitative Analysis 52:175-214

JONES M I IN. 2018. *Mobile Healthcare and People with Disabilities: Current State and Future Needs*. International Journal of Environmental Research and Public Health 15

KASSAB A. I IN. 2018. *Employing People with Disability in Egypt*. American University in Cairo, Kair

KIRENKO J. 2007. *Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności*. Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Warszawa

KLEPKA R. 2014. *Flamandowie i Walonowie — dwa narody w jednym państwie: polityczne i kulturowe dylematy Belgów*. Politeja 5:459-481

KNIEPS G. 2015. *Network Economics. Principles - Strategies - Competition Policy*. Springer

Kobiety z niepełnosprawnością na rynku pracy- sytuacja społeczna i zawodowa (2014) Fundacja Aktywizacja

KOKOSZKIEWICZ A. 2015. *Opieka społeczna jako zadanie państwa. Studium teoretyczne*. Wydawnictwo Europejskiej Fundacji Przedsiębiorczości, Lublin

KOLBER M. 2019. *Psychologiczne aspekty wyuczonej bezradności i ich implikacje pedagogiczne*. Przegląd Psychologiczny 2:134-143

KOSTAKIS I., STEVENS F. 2018. *Population ageing, household expenditure and economic exclusion*. W: KARL F. (red.) *Ageing in the crisis. Experiences from Greece*. LIT, Zurych

KOTLORZ D. 2007. *Ekonomia rynku pracy*. Wydawnictwo Akademia Ekonomiczna, Katowice

KOTLORZ D. 2013. *Serwicyzacja polskiej gospodarki - przemiany wewnątrzsektorowe*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Katowice

KOTOWSKA I. (red.) 1999. *Przemiany demograficzne w Polsce w latach 90. w świetle koncepcji drugiego przejścia demograficznego*. Monografie i opracowania 461:279-280

KOWALCZYK A. 2017. *Bezrobocie a niepełnosprawność. Rehabilitacja zawodowa jako przejaw aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych – wybrane zagadnienia*. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego. Seria Prawnicza. Prawo 21:48-59

KOWALIK S. 1999. *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. Wydawnictwo Śląsk, Katowice

KOZA A. 2016. *System kwotowy jako źródło problemów finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*. Annales Universitatis Maria Curie Skłodowska, sectio H — Oeconomia 50: 258-267, Lublin

KOZAK S. 2010. *Patologia eurosieroctwa w Polsce. Skutki migracji zarobkowej dla dzieci i ich rodzin*. Wydawnictwo Difin, Warszawa

KRYŃSKA E. 1995. *Podziały rynku pracy. Koncepcje segmentacji*. Acta Universitatis Lodziensis, Folia Oeconomica 137: 15-30

KRYŃSKA E. 1998. *Wybrane teorie rynku pracy a prognozowanie*. W: KRYŃSKA E., SUCHECKA J., SUCHECKI B. *Prognoza podaży i popytu na pracę w Polsce do roku 2010*. Wydawnictwo IPSiS, Warszawa

KRYŃSKA E. 2000. *Mobilność zasobów pracy w wybranych teoriach rynku pracy*. W: KRYŃSKA E. (red.) *Mobilność zasobów pracy*. Wydawnictwo IPiSS, Warszawa

KRYŃSKA E. I IN.1998 *Prognoza podaży i popytu na pracę w Polsce do roku 2010*. Studia i materiały IPISS, Warszawa

KRYŃSKA E., KWIATKOWSKI E. 2013. *Postawy wiedzy o rynku pracy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź

KUKULAK-DOLATA I. 2018. *Niestandardowe formy zatrudnienia jako jeden z wymiarów segmentacji rynku pracy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Wrocław

Kwartalne i roczne dane z BAEL GUS 1993-IV kw. 2020 roku (2021) Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

KWIATKOWSKI E. 1988. *Neoklasyczne teorie zatrudnienia. Tradycja i współczesność*. Wydawnictwo PWN, Warszawa

KWIATKOWSKI E. 2002. *Bezrobocie. Podstawy teoretyczne*. Wydawnictwo PWN, Warszawa

KWIATKOWSKI E., KUCHARSKI L. 2018. *Podaż pracy w Polsce — dotychczasowe tendencje i projekcje na przyszłość*. Studia Demograficzne 173:55-73

LEWANDOWSKI P. 2018. *Jak technologia zmienia charakter pracy? Polska na tle UE*. Instytut Badań Strukturalnych, Warszawa

LIPCZYŃSKA A. 2015. *Starzenie się społeczeństwa - przyczyny i skutki*. Społeczeństwo i Edukacja 17:277-284

LISTWAN T. (red.) 2005. *Słownik zarządzania kadrami*. Wydawnictwo CH Beck, Warszawa

Ludność w miejscowościach statystycznych (2022) Bank Danych Lokalnych

Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym (2021) Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

ŁOJKO M., LESZCZYŃSKA-REJCHERT A. 2019. *Silver economy in the conditions of demographic changes on Warmia and Masuria*. Rozprawy Społeczne 13:96-111

MACIA E. I IN. 2019. *Demographic aging and biopower*. W: BEARD R. *Journal of aging studies*. College of the Holly Cross, Massachusetts

MADRAS-KOBUS B., ROGOWSKI J. 2013. *Analiza wyników badania stóp bezrobocia według wykształcenia w województwie podlaskim*. Optium. Studia ekonomiczne 6:98-115

MAJEWSKI T. 2003. *Polski system rehabilitacji zawodowej i zatrudniania osób niepełnosprawnych a regulacje prawne w Unii Europejskiej*. W: *Polskie doświadczenia w rehabilitacji zawodowej i zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Materiały konferencyjne*. Wydawnictwo KIG-R, Warszawa

MAROIS G. I IN. 2020. *Population aging, migration, and productivity in Europe*. PNAS 117:7690-7695

MARSZAŁEK L. 2020. *Wyuczona bezradność w pełnieniu ról społecznych jako efekt stygmatyzacji osób z niepełną sprawnością*. SEJ 11:39-59

MĘŻYK A., ZAMOWSKA S 2009. *Zmiany ludnościowe a mobilność w miastach*. Autobusy: technika, eksploatacja, systemy transportowe: 10 nr 5: 18-21, Radom

MICHALIK-JEŻOWSKA M. 2019. *About Possible Benefits from Irrational Thinking in Everyday Life*. Studia Humana 8:22-46

MIERZEJEWSKA-MAJCHEREK J. 2010. *Podstawy ekonomii. Mikroekonomia* Wydawnictwo Difin, Warszawa

MILEWSKI R., KWIATKOWSKI R. 2018. *Podstawy ekonomii* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa

MILO W. I IN. 1999. *Bezrobocie, aktywność kapitałowa, ceny a wzrost gospodarczy*. Uniwersytet Łódzki, Łódź

MISZCZAK E. 2015. *Starość i starzenie się społeczeństw — przyczyny, uwarunkowania oraz prognozy na przyszłość*. Edukacja Etyczna 9:5-16

MUSIAŁ-PACZKOWSKA A. 2012. *Segmentacja rynku pracy*. Politechnika Łódzka, Łódź

MYNARSKA E. 2018. Ek*onomia społeczna jako ważne ogniwo reintegracji zawodowej osób z niepełnosprawnościami w Polsce*. Ekonomia Społeczna 2:59-66

Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011 (2012) Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

NASIŁOWSKI M. 2006. *System rynkowy. Podstawy mikro- i makroekonomii*. Wydawnictwo Key Text, Warszawa

OLEKSYN T. 2001. *Praca i płaca w zarządzaniu*. Międzynarodowa Szkoła Menadżerów, Warszawa

OLOBADE B.C. I IN. 2019. *Human capital and poverty reduction in OPEC member-countries*. Helion 5

ORGANIŚCIAK-KRZYKOWSKA A. 2018. *Konsekwencje społeczno-ekonomiczne sytuacji demograficznej w Polsce*. W: HRYNKIEWICZ J. I IN. (red.) *Sytuacja demograficzna Polski jako wyzwanie dla polityki społecznej i gospodarczej*. Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa

ORGANIŚCIAK-KRZYKOWSKA A., PIOTROWSKI M. 2017. *Popyt na pracę cudzoziemców w województwie warmińsko-mazurskim.* W: HRYNKIEWICZ J., POTRYKOWSKA A. (red.) *Sytuacja demograficzna Warmii i Mazur jako wyzwanie dla polityki społecznej i gospodarczej*. Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa

ORGANIŚCIAK-KRZYKOWSKA A., PIOTROWSKI M. 2018. *Struktura przestrzenna krótkoterminowego zatrudnienia cudzoziemców w Polsce.* Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje 42:95-105

ORGANIŚCIAK-KRZYKOWSKA A., WIŚNIEWSKI T. 2020a. *Zabezpieczenie społeczne osób niepełnosprawnych w Polsce na tle państw Unii Europejskiej*. Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica 5:83-100, Łódź

ORGANIŚCIAK-KRZYKOWSKA A., WIŚNIEWSKI T. 2020b. *Partycypacja zawodowa osób niepełnosprawnych*. W: ORGANIŚCIAK-KRZYKOWSKA A., WYSOCKA M. (red.) *Wyzwania rynku pracy, ubezpieczeń i polityki senioralnej*. Wydawnictwo UWM, Olsztyn

Osoba z niepełnosprawnością ruchową w pracy. Poradnik dla pracodawców (2019) Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

Osoby niepełnosprawne według kategorii niepełnosprawności (2022) Bank Danych Lokalnych

OSTAPIUK A. 2019. *Ekonomia neoklasyczna versus ekonomia behawioralna. Libertariański paternalizm a reforma emerytalna Annales*. Ethics in Economic Life 22:7-30

PARZYMIES S. 1997. *Traktat Amsterdamski o Unii Europejskiej* Sprawy Międzynarodowe 3:9-23

PAZIK D. 2011. *Polityka Unii Europejskiej wobec zatrudnienia osób niepełnosprawnych*. W: MROCZKO F. (red.) *Refleksje społeczno- gospodarcze*. Wydawnictwo Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości, Wałbrzych

Persons with a disability: Labourforce characteristic - 2020 (2021), U.S. Bureau of Labor Statistic, Waszyngton

PIOTROWSKI M. I IN. 2021. *Determinants of the Human Capital redistribution. What pushes out and what pulls to the regions of Masovian voivodship*. Entrepreneurship and Sustainability Issues 9:50-64

PODGÓRSKA-JACHNIK D. 2019. *Special and non-special. Dilemmas of the modern approach to the needs of people with disabilities*. Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej 21:69-88

POLITAJ A. 2006. *Kwotowy system zatrudniania osób niepełnosprawnych w wybranych krajach OECD i w Polsce*. W: KOPYCIŃSKA D. *Regulacyjna rola państwa we współczesnej gospodarce.* Wydawnictwo Printgroup, Szczecin

Polityka zatrudnienia (2021) Parlament Europejski

Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2020 roku (2021) Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

Pracujący w gospodarce narodowej w 2016 roku (2017) Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

Pracujący w gospodarce narodowej w 2021 roku (2022) Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

PRIESTLEY M. 2020. *Mainstreaming disability equality in the European Semester 2019-20 and retrospective analysis.* ANED, Unia Europejska

Prognoza ludności na lata 2014-2050 (2014) Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

PRUSZYŃSKI J., PUTZ J. 2016. *Efekt drugiego przejścia demograficznego na strukturę.* Gerontologia Polska 24:127-132

Przeciętne wynagrodzenie od 1950 r. (2020) Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

RACZYŃSKA-BUŁAWA E. 2017. *Dostosowanie usług transportu publicznego do potrzeb osób niepełnosprawnych*. Autobusy: technika, eksploatacja, systemy transportowe 18:31-41

REICHENBERG, M. 2020. *Cultivating images of cultural capital: Cultural activities in storybooks featuring young characters with disabilities*. International Journal of Research in Education and Science 6:369-380

Rocznik demograficzny (2020) Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

Rocznik demograficzny (2021) Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

Rocznik demograficzny (2022) Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

Rocznik statystyczny pracy (2021) Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

ROGOWSKA D. 2021. *Wokół wybranych zagadnień aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych.* Zeszyty Naukowe Wydziału Nauk Ekonomicznych 25:151-170

ROSSET E. 1967. *Ludzie starzy. Studium demograficzne Polskie*. Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa

SAMUELSON P.A., NORDHAUS W.D. 2019. *Ekonomia*. Dom Wydawniczy Rebis, Poznań

Schemat klasyfikacji- załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 grudnia2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD)

SEKUŁA Z. 2017. *Dylematy zatrudniania osób młodych w Polsce*. Gospodarka, Rynek, Edukacja 18:30-36

SIPURZYŃSKA-RUDNICKA K. 2018. *Przyszłość demograficzna Polski a rynek pracy*. Wrocławskie Studia Politologiczne 24:104-118

SMANDEK M. (red.) 1993. *Teorie rynku pracy*. Wydawnictwo AE, Katowice

SOBCZYK M. (2007) Statystyka. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa

SOLECKA K. 2018. *Potrzeby osób starszych w zakresie mobilności w mieście*. Autobusy 6:1252-1259

SOLEK A. 2010. *Ekonomia behawioralna a ekonomia neoklasyczna*. Polskie Towarzystwo Ekonomiczne - Zeszyty naukowe 8:21-34, Kraków

Strategia Lizbońska - droga do sukcesu zjednoczonej Europy (2002) Urząd Komitetu Integracji Europejskiej, Warszawa

Strategia polityki społecznej na lata 2007-2013 (2005) Ministerstwo Polityki Społecznej, Warszawa

Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2018 roku (2020) Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

Sytuacja demograficzna Polski do roku 2019. Migracje zagraniczne ludności (2020) Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

Sytuacja demograficzna Polski do roku 2021 (2022) Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

SZAWŁOWSKI K., CHOJNACKA-SZAWŁOWSKA G. 1990. *Medyczne i społeczne podstawy rehabilitacji*. AM w Gdańsku, Gdańsk

SZUKALSKI P. 2021. *Podwójne starzenie się ludności – od kiedy zaczyna się późna starość?* W: URBANIAK B. I IN. *Trwałość i zmienność procesów starzenia się i starości*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź

ŚLEDZIANOWSKI J. 2001. *Demograficzna starość Polsk.* W: ZYCH A. (red.) *Demograficzne i indywidualne starzenie się*. Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej, Kielce

ŚLUSARCZYK B., ŚLUSARCZYK S. 2011. *Podstawy mikro- i makroekonomii*. Politechnika Lubelska, Lublin

TOMASZEK A 2020. *Starzejące się społeczeństwo jako wyzwanie społeczne Polski*. W: LAURISZ N. (red.) *Wyzwania i problemy społeczne początku XXI wieku*. Fundacja Gospodarki i Administracji Publicznej, Kraków

TRAFIAŁEK E. 2003. *Polska starość w dobie przemian*. Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice

TRAFIAŁEK E. 2006. *Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej*. Wszechnica Świętokrzyska, Kielce

Traktat z Amsterdamu zmieniający Traktat o Unii Europejskiej, Traktaty ustanawiające Wspólnoty Europejskie oraz niektóre związane z nimi akty (1997)

Trwanie życia w 2021 roku (2022) Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

Uchwala Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych

UNOLT J. 1999. *Ekonomiczne problemy rynku pracy*. Wydawnictwo Śląsk, Katowice

Urodzenia żywe małżeńskie/pozamałżeńskie według płci w podziale na miasta i wieś (2022) Bank Danych Lokalnych

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych

Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami

Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

Ustawa z dnia 4 marca 2010 r. o narodowym spisie powszechnym ludności i mieszkań w 2011 r.

Vademecum dla osób niepełnosprawnych — przewodnik zawodowy. Część I. Podstawowe pojęcia (2015), Centra Informacji i Planowania Kariery Zawodowej, Tarnów

WEISS M. ZEMBATY A. 1983. *Fizjoterapia*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa

WĘGRZYN G. 2005. *Popyt na pracę w Polsce- aktualne tendencje*. W: KOPYCIŃSKA D. (red.) *Konkurencyjność rynku pracy i jego podmiotów*. Katedra Mikroekonomii Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin

WIECZOREK-SZYMAŃSKA A. 2010. *Koncepcja kapitału ludzkiego w teorii ekonomii: przegląd wybranych podejść*. Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania 17:157-170

WINIARSKI B. 2006. *Polityka gospodarcza*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa

Wsparcie osób z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i znacznym (w tym z zespołem Downa) i/lub niepełnosprawnościami sprzężonymi oraz głębokim stopniem upośledzenia umysłowego II – podręcznik dobrych praktyk (2012) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa

Zalecenie nr 168 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczące rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych (1983), Genewa

Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) (2014) Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

ZWIECH P. 2013 *Determinanty nierówności społeczno-ekonomicznych w świetle teorii doskonałego rynku pracy* Optimum. Studia ekonomiczne 62:106-116

ŻOŁNIERCZYK-ZREDA I IN. (2016*) Optymalizacja psychospołecznych warunków w miejscu pracy w aspekcie potrzeb pracowników wynikających z różnego rodzaju niepełnosprawności* Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania 1:143-162

Spis tabel

Tabela 1. Model medyczny i interaktywny niepełnosprawności

Tabela 2. Wskaźnik dynamiki zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wybranych sekcjach PKD

Tabela 3. Progi wielkości podmiotów oraz progi udziału osób niepełnosprawnych w zatrudnieniu ogółem w państwach Unii Europejskiej, w których obowiązuje system kwotowy

Tabela 4. Liczba podmiotów publicznych i prywatnych zatrudniających i niezatrudniających osób niepełnosprawnych

Tabela 5. Liczba podmiotów leczniczych według wielkości zatrudnienia wraz z podziałem na zatrudniające i niezatrudniająca osoby niepełnosprawne

Tabela 6. Liczba podmiotów leczniczych według wielkości zatrudnienia oraz udziału osób niepełnosprawnych w zatrudnieniu ogółem

Spis rysunków

Rys. 1. Liczba ludności Polski w latach 2011-2021 (w tys.)

Rys. 2. Przyrost (ubytek) naturalny w Polsce w latach 2011-2021 (w tys.)

Rys. 3. Saldo migracji na stałe w Polsce w latach 2011-2021 (w tys.)

Rys. 4. Przyrost rzeczywisty w Polsce w latach 2011-2021 (w tys.)

Rys. 5. Udział ludności w wieku produkcyjnym i nieprodukcyjnym w latach 2001, 2006, 2011, 2016 i 2021 (w %)

Rys. 6. Udział ludności w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym w latach 2001, 2006, 2011, 2016 i 2021 (w %)

Rys. 7. Udział ludności w wieku produkcyjnym mobilnym i produkcyjnym niemobilnym w latach 2001, 2006, 2011, 2016 i 2021 (w %)

Rys. 8. Współczynnik aktywności zawodowej osób w wieku produkcyjnym w Polsce w latach 2010-2020 (w %)

Rys. 9. Wskaźnik zatrudnienia osób w wieku produkcyjnym w Polsce w latach 2010-2020 (w %)

Rys. 10. Stopa bezrobocia osób w wieku produkcyjnym w Polsce w latach 2010-2020 (w %)

Rys. 11. Prognozowany przyrost (ubytek) naturalny w Polsce do 2050 roku

Rys. 12. Prognozowane saldo migracji zagranicznych na stałe w Polsce do 2035 roku

Rys. 13. Prognozowana liczba ludności Polski w latach 2014-2050 (w mln)

Rys. 14. Prognozowana piramida wieku w 2019, 2030 i 2050 roku

Rys. 15. Różnica między rzeczywistą a prognozowaną liczbą ludności w latach 2014-2021 (w tys.)

Rys. 16. Różnica między rzeczywistym a prognozowanym stanem ludności według wieku w 2021 roku (w tys.)

Rys. 17. Liczba osób niepełnosprawnych według płci w latach 2011 i 2021 (w mln mieszkańców)

Rys. 18. Liczba osób niepełnosprawnych prawnie i biologicznie w latach 2011 i 2021 (w mln mieszkańców)

Rys. 19. Współczynnik aktywności zawodowej, wskaźnik zatrudnienia i stopa bezrobocia osób niepełnosprawnych i ogółem w 2021 roku (w %)

Rys. 20. Osoby niepełnosprawne aktywne zawodowo według stopnia niepełnosprawności w 2021 roku (w %)

Rys. 21. Przyczyny bierności zawodowej osób niepełnosprawnych

Rys. 22. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych według sekcji PKD

Rys. 23. Podziału zatrudnionych osób niepełnosprawnych według płci w wybranych sekcjach PKD w 2021 roku

Rys. 24. Udział osób niepełnosprawnych w ogóle społeczeństwa w 2018 roku w państwach Unii Europejskiej (w %)

Rys. 25. Udział niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym w ogóle osób niepełnosprawnych w 2018 roku w państwach Unii Europejskiej (w %)

Rys. 26. Współczynnik aktywności zawodowej ogółem w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku (w %)

Rys. 27. Współczynnik aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku (w %)

Rys. 28. Współczynnik aktywności zawodowej niepełnosprawnych kobiet w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku (w %)

Rys. 29. Wskaźnik aktywności zawodowej niepełnosprawnych mężczyzn w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku (w %)

Rys. 30. Wskaźnik zatrudnienia ogółem w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku (w %)

Rys. 31. Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku (w %)

Rys. 32. Wskaźnik zatrudnienia niepełnosprawnych kobiet w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku (w %)

Rys. 33. Wskaźnik zatrudnienia niepełnosprawnych mężczyzn w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku (w %)

Rys. 34. Stopa bezrobocia w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku (w %)

Rys. 35. Stopa bezrobocia osób niepełnosprawnych w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku (w %)

Rys. 36. Stopa bezrobocia niepełnosprawnych kobiet w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku (w %)

Rys. 37. Stopa bezrobocia niepełnosprawnych mężczyzn w państwach Unii Europejskiej w 2018 roku (w %)

Rys. 38. Liczba podmiotów wykonujących działalność leczniczą w Polsce według województw

Rys. 39. Liczba podmiotów leczniczych przypadających na 100 tys. mieszkańców w Polsce według województw

Rys. 40. Liczba podmiotów leczniczych spełniających kryteria do udziału w badaniach według województw w Polsce

Rys. 41. Udział podmiotów leczniczych spełniających i niespełniających kryteria badawcze w ogóle zarejestrowanych podmiotów leczniczych według województw

Rys. 42. Liczba podmiotów leczniczych biorących udział w badaniach według województw

Rys. 43. Podział respondentów kwestionariusza ankiety według płci

Rys. 44. Udział respondentów według grup wiekowych

Rys. 45. Udział respondentów według wielkości miejsca zamieszkania

Rys. 46. Udział respondentów według zajmowanego stanowiska

Rys. 47. Podział badanych podmiotów leczniczych według formy prawnej z podziałem na województwa

Rys. 48. Liczba badanych podmiotów leczniczych według klasyfikacji zgodnej z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

Rys. 49. Podział badanych podmiotów leczniczych według wielkości zatrudnienia

Rys. 50. Udział podmiotów leczniczych zatrudniających i niezatrudniających osoby niepełnosprawne (ON) w ogóle badanych podmiotów według województw

Rys. 51. Struktura badanych podmiotów leczniczych zatrudniających niepełnosprawnych według formy prawnej z podziałem na województwa

Rys. 52. Struktura badanych podmiotów leczniczych niezatrudniających osób niepełnosprawnych według formy prawnej

Rys. 53. Struktura podmiotów leczniczych ze względu na formę prawną w ogóle badanych podmiotów z podziałem na wielkość zatrudnienia

Rys. 54. Struktura podmiotów leczniczych zatrudniających i niezatrudniających osoby niepełnosprawne w ogóle badanych podmiotów z podziałem na wielkość zatrudnienia

Rys. 55. Wzór na wysokość wpłaty do PFRON dla jednostek zatrudniających co najmniej 25 pracowników (w przeliczeniu na pełne etaty)

Rys. 56. Liczba podmiotów leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne w podziale na odsetek niepełnosprawnych w zatrudnieniu ogółem oraz wielkość podmiotów pod względem liczby osób zatrudnionych

Rys. 57. Udział podmiotów leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne według rodzaju niepełnosprawności wśród wszystkich badanych podmiotów zatrudniających osoby niepełnosprawne

Rys. 58. Najczęściej występujące rodzaje niepełnosprawności w badanych podmiotach leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne

Rys. 59. Najczęściej występujący stopnień niepełnosprawności w badanych podmiotach leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne

Rys. 60. Udział podmiotów leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne w danym zawodzie w ogóle badanych podmiotów zatrudniających niepełnosprawnych

Rys. 61. Najczęściej występujące rodzaje stanowisk pracy niepełnosprawnych w badanych podmiotach leczniczych zatrudniających osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności

Rys. 62. Najczęściej występujące rodzaje stanowisk pracy niepełnosprawnych w badanych podmiotach leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne według wielkości zatrudnienia w podmiocie

Rys. 63. Opinia pracodawców na temat pracy osób niepełnosprawnych pracujących w badanych podmiotach leczniczych

Rys. 64. Powody negatywnej oceny pracy osób niepełnosprawnych

Rys. 65. Przyczyny niezatrudniania osób niepełnosprawnych w badanych podmiotach leczniczych niezatrudniających niepełnosprawnych

Rys. 66. Bariery w zatrudnieniu osób niepełnosprawnych w badanych podmiotach leczniczych

Rys. 67. Znajomość korzyści z zatrudnienia osób niepełnosprawnych we wszystkich badanych podmiotach leczniczych

Rys. 68. Wzór na wysokość kwoty zwrotu kosztów zatrudnienia pracownika pomocniczego dla osoby niepełnosprawnej

Rys. 69. Korzyści z zatrudnienia osób niepełnosprawnych występujące w badanych podmiotach leczniczych zatrudniających osoby niepełnosprawne

Rys. 70. Udział podmiotów leczniczych niedeklarujących korzyści z zatrudnienia osób niepełnosprawnych w podmiotach zatrudniających osoby niepełnosprawne z podziałem na wielkość podmiotu

Rys. 71. Proponowane zmiany mające na celu poprawę sytuacji osób niepełnosprawnych na rynku pracy

Rys. 72. Planowanie zatrudnienia osób niepełnosprawnych w podmiotach leczniczych

Rys. 73. Przyczyny chęci zatrudnienia niepełnosprawnych

Rys. 74. Podział podmiotów leczniczych planujących zatrudnienie niepełnosprawnych ze względu na podniesienie wskaźnika zatrudnienia niepełnosprawnych na zatrudniające i niezatrudniające ON

Rys. 75. Podział podmiotów leczniczych planujących zatrudnienie niepełnosprawnych ze względu na pozytywną ocenę ich pracy na zatrudniające i niezatrudniające ON

Rys. 76. Przyczyny niechęci zatrudnienia niepełnosprawnych

Rys. 77. Udział podmiotów leczniczych mających i niemających problemu z zatrudnieniem wykwalifikowanego personelu

Rys. 78. Udział podmiotów leczniczych z przypadkami ukrywania niepełnosprawności w zakładzie pracy w badanych podmiotach

Źródła internetowe

BARTNICKA M. 2017. *Podatność mieszkań na dostosowanie ich na potrzeby osób niepełnosprawnych* (http://delibra.bg.polsl.pl/Content/44099/BCPS_48243_-_Podatnosc-mieszkan-n_0000.pdf) dostęp: 07.06.2022

Disability and Employment Policies in Egypt (2020) (https://aps.aucegypt. edu/en/articles /49/disability-and-employment-policies-in-egypt) dostęp: 15.07.2021

Disability and Health Overview (2020) (https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/ disability.html) dostęp: 14.07.2021

Disability Impacts All of Us (2022) (https://www.cdc.gov/ncbddd/ disabilityandhealth/ infographic-disability-impacts-all.html) dostęp: 14.07.2021

FIX B. 2018. *The Trouble with Human Capital* Theory (https://www.econstor.eu/ bitstream/10419/181668/1/1029204780.pdf) dostęp: 01.12.2022

http://pfzw.pl/o-zatrudnieniu-wspomaganym/ dostęp: 09.07.2021

http://www.klasyfikacje.gofin.pl/pkd/5,1,1525,opieka-zdrowotna-i-pomoc-spoleczna.html dostęp: 10.07.2019

http://www.klon.org.pl/x/629824 dostęp: 14.12.2020

http://www.niepelnosprawni.gov.pl/a,17,dofinansowanie-do-wynagrodzen-osob-niepelnosprawnych dostęp: 09.07.2021

http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/5131 dostęp: 09.07.2021

http://www.watchdogpfron.pl/co-to-jest-zaklad-pracy-chronionej-zpchr/ dostęp: 06.07.2021

https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary: Employment_ rate dostęp: 28.11.2022

https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Unemployment dostęp: 28.11.2022

https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=1196&newsId=2500&furtherNews =yes dostęp: 28.11.2022

https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=pl&catId=1137 dostęp: 03.07.2021

https://niepelnosprawni.gov.pl/a,17,dofinansowanie-do-wynagrodzen-osob-niepelnosprawnych dostęp: 11.05.2022

https://niepelnosprawni.gov.pl/a,17,dofinansowanie-do-wynagrodzen-osob-niepelnosprawnych dostęp: 11.05.2022

https://niepelnosprawni.gov.pl/a,18,zwrot-kosztow-przystosowania-stanowiska-pracy-dla-osoby-niepelnosprawnej dostęp: 11.05.2022

https://niepelnosprawni.gov.pl/a,20,zwrot-kosztow-szkolenia-pracownika-niepelnosprawnego dostęp: 12.05.2022

https://niepelnosprawni.gov.pl/p,72,zaklady-pracy-chronionej dostęp: 29.11.2022

https://niepelnosprawni.gov.pl/p,72,zaklady-pracy-chronionej dostęp: 19.05.2022

https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/861,pojecie.html dostęp:11.01.2023

https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/ 3966,pojecie.html dostęp: 10.09.2020

https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/3965,pojecie.html dostęp: 10.09.2020

https://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/obwieszczenie-w-sprawie-przecietnego-miesiecznego-dochodu-rozporzadzalnego-na-1-osobe-ogolem-w-2016-roku,294,3.html dostęp: 05.12.2021

https://www.disability-europe.net dostęp: 29.06.2021

https://www.pfron.org.pl/osoby-niepelnosprawne/dofinansowanie-dzialalnosci-gospodarczej/refundacja-skladek-zus/wysokosc-refundacji-skladek-zus/ dostęp: 12.05.2022

https://www.pfron.org.pl/pracodawcy/wplaty-obowiazkowe/kogo-dotycza-wplaty/ dostęp: 19.04.2022

https://www.pfron.org.pl/pracodawcy/wplaty-obowiazkowe/wysokosc-wplat/ dostęp: 21.12.2022

https://www.pfron.org.pl/pracodawcy/zatrudnienie-pracownika-wspomagajacego/ dostęp: 12.05.2022

https://zielonalinia.gov.pl/-/co-warto-wiedziec-o-panstwowym-funduszu-rehabilitacji-osob-niepelnosprawnych-9880 dostęp: 12.05.2022

https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/845,pojecie.html dostęp: 20.05.222

LUBRANO M. 2019. *The dynamics of poverty* (https://perso.amseaixmarseille .fr/lubrano/cours/Lecture-6-Poverty.pdf) dostęp: 05.06.2022

Pojęcia stosowane w statystyce publicznej (https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/861,pojecie.html) dostęp: 11.01.2023

SKROK Ł. I IN. 2019 Impact of sports activity on Polish adults: Selfreported health, social capital & attitudes (https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0226812&type=printable) dostęp 07.06.2022

The Europe 2020 indicator of at-risk-of-poverty or social exclusion AROPE by level of activity limitation (2018) (https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=File:The_Europe_2020_indicator_of_at-risk-of-poverty_or_social_exclusion_AROPE_by_level_of_activity_limitation,_2018_2.png) dostęp: 13.03.2021

Aneks

Szanowni Państwo,

nazywam się Tomasz Wiśniewski i jestem doktorantem na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim. Przeprowadzam badania dotyczące uwarunkowań zatrudniania osób z orzeczeniem o niepełnosprawności w podmiotach leczniczych. Ankieta jest skierowana do pracodawców zarówno zatrudniających jak i niezatrudniających osoby niepełnosprawne i jest w pełni anonimowa. Serdecznie dziękuję za wypełnienie (czas: około 10 minut).

1. W jakim województwie znajduje się Państwa podmiot leczniczy?
    - dolnośląskie
    - kujawsko-pomorskie
    - lubelskie
    - lubuskie
    - łódzkie
    - małopolskie
    - mazowieckie
    - opolskie
    - podkarpackie
    - podlaskie
    - pomorskie
    - śląskie
    - świętokrzyskie
    - warmińsko-mazurskie
    - wielkopolskie
    - zachodniopomorskie

2. Jaka jest forma prawna Państwa podmiotu leczniczego?
    - publiczna
    - prywatna

3. Jaki jest rodzaj Państwa podmiotu leczniczego?
   - samodzielny publiczny zakłady opieki zdrowotnej,
   - przedsiębiorstwo w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców,
   - inne (jakie?)

4. Ile osób jest zatrudnionych w Państwa podmiocie leczniczym?
   - od 1 do 9
   - od 10 do 24
   - od 25 do 49
   - od 50 do 249
   - 250 osób lub więcej

5. Czy w Państwa podmiocie zatrudnione są osoby niepełnosprawne?
   - tak
   - nie

6. (Jeśli tak) Jaki jest udział osób niepełnosprawnych w Państwa podmiocie?
   - od 0 do 5%
   - od 6% do 9%
   - od 10% do 30%
   - powyżej 30%

7. (Jeśli tak) Z jaką niepełnosprawnością są zatrudnione osoby w Państwa podmiocie?
   - ruchową
   - intelektualną
   - słuchową
   - wzroku
   - inne

8. (Jeśli tak) Z jaką niepełnosprawnością jest zatrudnionych najwięcej pracowników w Państwa podmiocie?
   - ruchową
   - intelektualną
   - słuchową
   - wzroku
   - inne

9. (Jeśli tak) Z jakim stopniem niepełnosprawności jest zatrudnionych najwięcej pracowników? (proszę uszeregować w kolejności od 1 do 3, gdzie 1-najwięcej, 3- najmniej)
   - lekki
   - umiarkowany
   - znaczny

10. (Jeśli tak) Jakie profesje wykonują osoby niepełnosprawne w Państwa podmiocie (możliwość wyboru kilku odpowiedzi)
    - lekarz
    - pielęgniarka/pielęgniarz
    - salowa
    - pracownik administracyjny
    - księgowy/księgowa
    - pracownik kadr
    - ratownik medyczny
    - pracownik wykonujący prace porządkowe
    - inny

11. (Jeśli tak) Na jakich stanowiskach jest zatrudnionych najwięcej osób niepełnosprawnych?
    - stanowiska na niskim szczeblu
    - stanowiska na średnim szczeblu
    - stanowiska na wysokim szczeblu

12. (Jeśli tak) Jak mogą Państwo ocenić wydajność pracy wykonywanej przez osoby niepełnosprawne?
    - pozytywnie
    - negatywnie

13. (Jeśli ocena negatywna) Jaki jest powód negatywnej oceny wydajności pracy osób niepełnosprawnych? (możliwość wyboru kilku odpowiedzi)
    - skrócony czas pracy
    - ograniczona wydajność spowodowana niepełnosprawnością
    - częste zwolnienia chorobowe
    - niedostosowane stanowisko pracy
    - inne

14. (Jeśli nie) Jaki jest powód niezatrudniania osób niepełnosprawnych? (możliwość wyboru kilku odpowiedzi)
    - niska wydajność pracy osób z niepełnosprawnością
    - niski poziom dyspozycyjności (skrócony czas pracy, dodatkowe dni urlopu)
    - dodatkowe koszty związane z zatrudnieniem osób niepełnosprawnych
    - częste zwolnienia lekarskie
    - niewystarczające kwalifikacje
    - brak informacji na temat korzyści zatrudnienia osób niepełnosprawnych
    - brak chętnych niepełnosprawnych do pracy

15. Jakie Państwa zdaniem są główne przeszkody w zatrudnieniu osób niepełnosprawnych? (możliwość wyboru kilku odpowiedzi)
    - skomplikowane przepisy prawne dotyczące zatrudnienia osób niepełnosprawnych
    - niska wydajność osób niepełnosprawnych
    - niedostateczne wykształcenie osób niepełnosprawnych
    - trudności z akceptacją osoby niepełnosprawnej przez innych pracowników
    - inne

16. Jakie korzyści związane z zatrudnieniem osób z niepełnosprawnością są Państwu znane? (możliwość wyboru kilku odpowiedzi)
    - zwrot kosztów wyposażenia stanowiska pracy
    - zwrot kosztów na przystosowanie miejsca pracy
    - dofinansowanie do wynagrodzeń
    - zwolnienie z wpłat na PFRON
    - refundacje ZUS
    - refundacja kosztów szkoleń
    - zwrot kosztów zatrudnienia osoby udzielającej pomocy niepełnosprawnemu pracownikowi
    - żadne
    - inne

17. Jakie korzyści związane z zatrudnieniem osób niepełnosprawnych występują w Państwa jednostce? (możliwość wyboru kilku odpowiedzi)
    - zwrot kosztów wyposażenia stanowiska pracy
    - zwrot kosztów na przystosowanie miejsca pracy
    - dofinansowanie do wynagrodzeń
    - zwolnienie z wpłat na PFRON
    - refundacje ZUS
    - refundacja kosztów szkoleń
    - zwrot kosztów zatrudnienia osoby udzielającej pomocy niepełnosprawnemu pracownikowi
    - żadne
    - inne

18. Jakie zmiany mogłyby korzystnie wpłynąć na zatrudnienie osób niepełnosprawnych? (możliwość wyboru kilku odpowiedzi)
    - zmiany w przepisach prawnych (np. skrócenie dodatkowego urlopu, wydłużenie czasu pracy osób niepełnosprawnych)
    - organizowanie szkoleń i kursów podnoszących kwalifikacje zawodowe osób niepełnosprawnych

- organizowanie szkoleń dla pracodawców na temat korzyści z zatrudnienia osób niepełnosprawnych
- bezpośrednia pomoc urzędnika państwowego przy ubieganiu się o zwrot kosztów zatrudnienia osoby niepełnosprawnej
- podniesienie progu zatrudnienia osób niepełnosprawnych uprawniającego do zwolnienia z wpłat do PFRON
- ułatwienie składania sprawozdań/wniosków do PFRON (np. z wykorzystaniem strony internetowej)
- przeprowadzanie badań przez Urząd Pracy wśród bezrobotnych niepełnosprawnych dotyczących możliwości wykonywania pracy na danym stanowisku
- zwiększenie pomocy finansowej w związku z zatrudnieniem osoby niepełnosprawnej

19. Czy w Państwa podmiocie planuje się w najbliższym roku zatrudnienie osób z niepełnosprawnością?
    - tak
    - nie
    - nie ma różnicy, czy potencjalny pracownik posiada orzeczenie o niepełnosprawności czy nie

20. (Jeśli tak) Dlaczego Państwa podmiot planuje zatrudnienie osoby niepełnosprawnej? (możliwość wyboru kilku odpowiedzi)
    - pozytywna ocena pracy osób niepełnosprawnych
    - podniesienie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych w jednostce
    - inne

21. (Jeśli nie) Dlaczego Państwa podmiot nie planuje zatrudnienie osoby niepełnosprawnej? (możliwość wyboru kilku odpowiedzi)
    - niska wydajność pracy osób niepełnosprawnych
    - bardziej odpowiednie kompetencje osób bez orzeczenia o niepełnoprawności na dane stanowisko
    - biurokracja związana z zatrudnieniem osoby niepełnosprawnej
    - brak wolnych miejsc pracy
    - inne

22. Czy Państwa podmiot leczniczy boryka się z niedostatkami kadrowymi/trudnościami z zatrudnieniem wykwalifikowanego personelu?
    - tak
    - nie

23. Czy w Państwa podmiocie znany jest przypadek ukrywania niepełnosprawności? (przykładem ukrywania niepełnosprawności jest niedostarczenie orzeczenia o niepełnosprawności przez pracownika)
    - tak
    - nie

24. Jakie inne ważne kwestie dotyczące zatrudniania osób niepełnosprawnych Państwa zdaniem nie zostały uwzględnione w ankiecie? (w tym miejscu macie Państwo możliwość dokonania własnej opisowej oceny lub uwag dotyczących zatrudniania osób niepełnosprawnych. Jeżeli według Państwa ankieta zawierała wszystkie kwestie proszę o pozostawienie pustego pola)

Metryczka

Płeć:

- kobieta
- mężczyzna

Wiek:

- do 30. roku życia
- między 30. a 45. rokiem życia
- powyżej 45. roku życia

Miejsce zamieszkania:

- wieś
- miasto do 15 tys. mieszkańców
- miasto 15-50 tys. mieszkańców
- miasto 50-100 tys. mieszkańców
- miasto powyżej 100 tys. mieszkańców

Stanowisko:

- dyrektor/prezes/właściciel
- pracownik kadr
- pracownik księgowości
- inne