UNIWERSYTET HUMANISTYCZNO - PRZYRODNICZY

JANA KOCHANOWSKIEGO W KIELCACH.

WYDZIAŁ ZARZĄDZANIA I ADMINISTRACJI

„Polityki lokalne na podstawie

ochrony zdrowia i pomocy społecznej”

Spis treści:

1. Próba zdefiniowania pojęć.....3

1.1. Polityka lokalna.....3

1.2. Ochrona zdrowia.....3

1.3. Pomoc społeczna.....3

2. Omówienie problemu.....4

I. Ochrona zdrowia w działaniach samorządu terytorialnego.....4

1 Ponadnarodowe uwarunkowania polityki ochrony zdrowia.....4

2 System ochrony zdrowia.....5

3 Zadania administracji samorządowej w zakresie ochrony zdrowia.....6

3.1. Ogólne tło zmiany.....6

3.2. Zadania gminy w zakresie ochrony zdrowia.....7

3.3. Zadania powiatu w zakresie ochrony zdrowia.....9

II. Pomoc społeczna jako zadanie samorządu terytorialnego.....11

1. Istota i cele pomocy społecznej.....11

2. Zakres podmiotowy pomocy społecznej.....13

3. Świadczenia z pomocy społecznej.....14

4. Zadania samorządu terytorialnego w zakresie pomocy społecznej.....15

4.1. Zadania gminy w zakresie pomocy społecznej.....16

4.2. Zadania powiatu w zakresie pomocy społecznej.....18

Bibliografia.....21

1. Próba zdefiniowania pojęć

1.1 Polityka lokalna jest to polityka administracyjna kształtowana przez organy samorządu terytorialnego, która oznacza przede wszystkim wybór celów działania kolejności i sposobów ich realizacji pod kontem zaspokajania zbiorowych potrzeb lokalnej wspólnoty samorządowej. Jej wymiar lokalny ujawnia się w tym, że ogranicza się ona do przestrzeni wytyczonej granicami gminy lub powiatu.

W zakresie działań własnych organy samorządu lokalnego kształtują politykę lokalną przy współ udziale administracji rządowej, bo to jest zdeterminowane ustawami. Dlatego też nadzór nad polityką lokalną w zakresie zadań własnych sprawowany jest na podstawie (jedyne kryterium legalności a w zakresie zadań zleconych) kryterium celowości i gospodarności.

Formą odzwierciedlania polityki lokalnej są zwłaszcza akty prawa miejscowego obowiązujące na obszarze gminy lub powiatu takie jak:

- strategie rozwoju
- programy gospodarcze
- plany zagospodarowania przestrzennego
- zasady zarządu mieniem komunalnym

Istotę polityki lokalnej stanowi jej nastawienie na własne środowisko, jego interesy, choćby nawet doprowadzić to miało w rezultacie do konfliktów z racją stanu wyższego rzędu. [1]

1.2 Ochrona zdrowia jest to wielokierunkowa działalność zmierzająca do zapewnienia człowiekowi jak najlepszych warunków zdrowotnych. Podstawę ochrony zdrowia stanowi

prawidłowe rozpoznanie potrzeb zdrowotnych, a także prawidłowe organizowanie możliwości i środków koniecznych do działania na rzecz zdrowia ludności. [2]

1.3 Pomoc społeczna jest to instytucja polityki społecznej państwa, mająca na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężenie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne środki, możliwości i uprawnienia.
[3]

2. Omówienie problemu

I. Ochrona zdrowia w działaniach samorządu terytorialnego.

1. Ponadnarodowe uwarunkowania polityki ochrony zdrowia

Zdrowie zbiorowości (społeczeństwa) to pojęcie abstrakcyjne, dynamiczne, determi-nowane przez szereg czynników, które nie jest z pewnością sumą stanów zdrowia jednostek. Często

używanym terminem dla określenia tego konstruktu pojęciowego jest: zdrowie narodu lub zdrowie wspólnoty. Społeczeństwa oczekują efektywnego, dającego poczucie bezpie-czeństwa i gwarancji zachowania zdrowia systemu zdrowotnego [4], stąd budowa takiego systemu stanowi integralną część polityki zdrowotnej każdego nowoczesnego państwa. [4]

Poszukując uniwersalnego określenia polityki ochrony zdrowia możemy sformu-łować zdanie, że wszelka aktywność państwa oraz innych podmiotów polityki społecznej w celu poprawienia stanu zdrowia ludności, albo niedopuszczenie do jego pogorszenia jest formułowaniem lub realizacją polityki zdrowotnej przy czym wa-runki kształtujące funkcjonowanie społeczeństwa w tym obszarze powinny być tworzone w oparciu o zasady wolności i demokracji, odpowiednią politykę gospo-darczą i rozwój społeczny. Państwa w różny sposób realizują politykę zdrowotną. Generalnie ścierają się dwie odmienne koncepcje: samopomocy indywidualnej i samo-pomocy zbiorowej (społecznej), ta ostatnia oparta jest na przekonaniu, że człowiek jest istotą społeczną, żyje i rozwija się we wspólnocie i to od niej oczekuje wsparcia w sytuacji choroby, niedołęstwa czy starości. Jeżeli przyjmujemy założenie, że zdrowie jest powszechnym dążeniem społecznym to polityka ochrony zdrowia zyskuje szczególną rangę i miejsce w polityce społecznej, ponieważ zdrowie wśród wartości społecznych zajmuje jedno z naczelnych miejsc. [5]

Statystyczny wymiar stanu zdrowia społeczeństwa jest pochodną między innymi organizacją i funkcjonowaniem opieki zdrowotnej, a głównie dostępnością, poziomem i jakością świadczonych usług zdrowotnych. Korzystanie z systemu jest uzależnione od stopnia zamożności poszczególnych osób, całego społeczeństwa oraz państwa, czyli od możliwości ekonomicznych finansowania i nabywania świadczeń medycznych. [6]

Podstawowym celem zarządzania systemem ochrony zdrowia przez państwo jest pomoc w utrzymaniu i poprawie stanu zdrowia społeczeństwa. Państwo ma obecnie zna-czący i rosnący wpływ na ochronę zdrowia, choć często wycofuje się z roli bezpośredniego organizatora i płatnika za usługi medyczne na rzecz bycia podmiotem stanowiącym, modyfikującym i kontrolującym zasady systemu w ramach prowadzonej polityki zdrowotnej. Funkcjonujący w Unii Europejskiej model państwa oparty jest o zasadę samorządności oraz subsydiarności, dlatego tak istotne znaczenie w polityce zdrowotnej mają samorządy lokalne. [7]

Rola społeczności lokalnych w prowadzeniu polityki prozdrowotnej podnoszona jest od lat we wszelkich dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO*)* a znaczenie polityki zdrowotnej i obszaru zagadnień zdrowia najlepiej widać w ewolucji działań podejmowanych przez Unię Europejską. Działania w zakresie szeroko pojętej polityki ochrony zdrowia, które są częścią

polityki społecznej. [8]

Zdrowie jest zjawiskiem wielowymiarowym, dynamicznym, obejmującym wzajemnie od siebie zależne aspekty fizyczne, psychologiczne i społeczne. Z tego poglądu na zdrowie wynikają kierunki rozwoju opieki zdrowotnej. Jeżeli zdrowie traktujemy jako syste-mowy obraz życia, to opieka zdrowotna będzie polegać na przywracaniu i podtrzy-mywaniu równowagi dynamicznej u poszczególnych osób, w rodzinie, w grupach społecznych a system opieki zdrowotnej powinien przede wszystkim polegać na tworzeniu rozległego, skutecznego i ściśle zintegrowanego systemu opieki profilak-tycznej. Dbanie o zdrowie może być sprawą częściowo osobistą a częściowo zbiorową, gdzie każdy człowiek jest w takim stopniu odpowiedzialny za swoje zdrowie, w jakim może sam o nie dbać. [9]

Politykę zdrowotną definiuje się bardzo często jako jedną z polityk szcze-gółowych większej całości, jaką jest polityka społeczna. Co oznacza, że nie istnieje osobna polityka zdrowotna i osobna polityka społeczna, ale stanowią one jedną całość, w której polityka zdrowotna stanowi integralną część polityki społecznej. W procesie tworzenia zdrowotnej polityki społecznej istnieją trzy zasadnicze kierunki działań: w zakresie organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w zakresie stylu życia i w zakresie ochrony środowiska w którym żyje człowiek. Jeżeli zdrowie jest powszechnym dążeniem społecznym to polityka ochrony zdrowia zyskuje szczególna rangę i miejsce w polityce społecznej, jako że zdrowie wśród wartości społecznych zajmuje jedno **z** n aczelnych miejsc.
[10]

2. System ochrony zdrowia

Realizacja potrzeb zdrowotnych określonych przez państwo wymaga dobrze zorga-nizowanego i sprawnie funkcjonującego systemu gospodarczego, politycznego i społecz-nego. Integralną częścią tego systemu jest system ochrony zdrowia, który będąc odzwier-ciedleniem polityki społecznej danego państwa ma decydujący wpływ na stan zdrowia objętej nim populacji. System ochrony zdrowia możemy określić jako społeczny, złożony. dynamiczny, funkcjonalnie system tworzony i używany przez społeczeństwo w celu stworzenia medycznych i społecznych środków dla ochrony i poprawy zdrowia oraz ciągłego kumulowania i przekazywania wiedzy medycznej. To także wszelka działalność społeczności lokalnych, której celem jest zapobieganie chorobom
i
ich
leczenie, utrzymywanie dobrego rozwoju psychicznego, fizycznego i społecznego człowieka,

zapewnienie zdrowego rozwoju następnych pokoleń.
[11]

W odniesieniu do kraju politykę ochrony zdrowia, która jest częścią polityki spo-łecznej państwa, realizować można jako działania makro, mezo i mikroskali. Szczególne znaczenie z uwagi na realizację zasady pomocniczości ma samorządowa/terytorialna polityka społeczna, która nastawiona jest na rozwiązywanie spraw społecznych dotyczą-cych określonego obszaru. W przypadku województw będą to problemy typowe i specy-ficzne dla danego regionu, w przypadku powiatów i gmin działalność będzie miała skrom-niejszy, lokalny charakter. Regionalna polityka zdrowotna skupia się na typowych dla regionu potrzebach oraz sposobach ich zaspokajania, jednak dopiero w skali lokalnej występuje bezpośrednie, naturalne połączenie istniejących tu potrzeb oraz środków, prze-znaczonych na ich zaspokojenie. Polityka lokalna prowadzona jest przez podmioty lokalne, a te z kolei posiadają najlepsze rozeznanie w potrzebach własnego środowiska, rodzin, osób starszych, osób niepełnosprawnych, bezdomnych, dzieci i młodzieży czy lokalnego rynku pracy. [12]

Ważne jest, by polityka społeczna samorządów terytorialnych - zachowując pewną samodzielność - prowadzona była zgodnie z celami polityki społecznej, w tym zdrowotnej całego kraju. Samodzielność potrzebna jest do lepszego rozpoznawania potrzeb i sprawniejszego rozwiązywania problemów dotyczących tylko i wyłącznie określonego terytorium a zgodność prowadzonej polityki osiągana na wszystkich szczeblach, jest podstawą prawidłowego funkcjonowania państwa. Umożliwia szersze włączenie społeczności i organizacji pozarządowych do realizacji jej celów na poziomie lokalnym, regionalnym i ogólnokrajowym. [13]

3. Zadania administracji samorządowej w zakresie ochrony zdrowia

3.1. Ogólne tło zmiany

Transformacja spoleczno-gospodarcza jest procesem złożonym i długotrwałym, a reformowanie systemu ochrony zdrowia to praktycznie działania permanentne. Rozpo-częty w początku lat 90. proces decentralizacji spowodował, że zadania i cele polityki ochrony zdrowia weszły bezpośrednio w spektrum działań administracji samorządowej. Zasadniczą ideą działań samorządowych w zakresie ochrony zdrowia jest łączenie działań zdrowotnych z innymi działaniami podejmowanymi na rzecz i przez społeczność lokalną. Wielokrotnie powoływana w niniejszej publikacji ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samo-rządzie gminnym określając zadania

gminy w art.7 stanowi, że: „(...) zaspokojenie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy (...) w szczególności zadania własne obejmują ochronę zdrowia (...)". Po raz pierwszy tak sformułowany zapis określił samorządowy charakter ochrony zdrowia.
[14]

Szczególne znaczenie miało uchwalenie i wejście w życie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 roku, która zapoczątkowała rozwój regulowanego rynku w polskim systemie ochrony zdrowia, wprowadzając możliwość funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz możliwość zawierania umów między publicznymi płatnikami a prywatnymi dostawcami. Ustawa nadawała samodziel-nym publicznym osobowość prawną, dawała prawo do użytkowania publicznego majątku. umożliwiała samodzielne kształtowanie planów operacyjnych i systemów wynagrodzeń. Kolejnym istotnym dla samorządowej ochrony zdrowia była ustawa z. 24 listopada 1995 roku o zmianie zakresu działania niektórych miast oraz o miejskich strefach usług publicznych. Na podstawie tej ustawy 46 największych miast w Polsce uzyskało upraw-nienia do przejęcia jako zadań własnych znajdujących się na ich terenie zakładów opieki zdrowotnej z wyłączeniem specjalistycznych zakładów opieki zdrowotnej. Miasta te otrzy-mywały na ten cel określone fundusze, uzależnione od wielkości przejętych zakładów. Działania podejmowane w połowie lat 90; przekształcanie jednostek budżetowych w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, powstawanie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, wprowadzenie instytucji lekarza rodzinnego, kontraktowanie świadczeń zdrowotnych, wprowadzenie rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowo-tnej w większości miały charakter lokalny o marginalnym znaczeniu dla całego systemu. [15]

Przełom stanowił rok 1999 w którym od 1 stycznia w ramach reformy administracji publicznej powstały trzy szczeble władz samorządowych: województwo, powiat i gmina. z określonymi zadaniami dotyczącymi realizacji potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnej, natomiast ustawa z 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wprowadziła nowe zasady funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Dawny budżetowy system finansowania opieki zdrowotnej został zastąpiony przez system ubezpieczeniowo-budżetowy. Powstanie Kas Chorych, zmiana zasad finansowania i orga-nizacji udzielania świadczeń miały przełomowy i w praktyce już nieodwracalny wpływ na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. Celem podjętej formy najogólniej była poprawa poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa, w tym: poprawa stanu zdrowia społeczeństwa, realizacja konstytucyjnych uprawnień obywateli w zakresie opieki zdrowotnej, zapewnienie podmiotowej roli pacjenta w systemie, wyrównanie dysproporcji w dostępie do świadczeń różnych grup społecznych, poprawa efektywności finansowania opieki zdrowotnej, poprawa warunków pracy pracowników ochrony zdrowia oraz dosto-sowanie struktury materialnej i organizacyjnej lecznictwa do potrzeb zdrowotnych.
[16]

Ważnym elementem reformy stało się wprowadzenie samorządu terytorialnego jako wiodącego partnera poprzez głęboki proces komunalizacji mienia i nadanie samorządom statusu organu założycielskiego. Samorząd terytorialny stal się więc podmiotem wypełniającym zadania w następu-jących obszarach ochrony zdrowia: organizator i płatnik, ale w ograniczonym zakresie, właściciel publicznych zakładów opieki zdrowotnej, nadzorca publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zarządca publicznych zakładów opieki zdrowotnej.Każdy ze szczebli władzy lokalnej jest odpowiedzialny za tworzenie swojej strategii rozwojowej, a rola głównego koordynatora przypada szczeblowi wojewódzkiemu. Jak podkreśla C. Włodarczyk „ (...) z szerszej perspektywy główne działania samorządu obejmują: tworzenie ogólnej strategii i planowania polityki ochrony zdrowia na danym terenie, podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego, podejmowanie działań z zakresu promocji zdrowia (...)”. [17]

Kolejnymi zmianami w systemie ochrony zdrowia była ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, obowiązująca od 1 kwietnia 2003 do 30 września 2004, zastąpiona ustawą o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (aktualnej do chwili przygotowywania publikacji). Instytucja płatnika - Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) składa się z centrali oraz 16 oddziałów wojewódzkich. Ostatnią istotną regulacją systemową jest ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Obowiązująca w chwili przygotowywania niniejszej publikacji ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nakłada na władze publiczne także obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń poprzez: tworzenie wa-runków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia; analizę i ocenę potrzeb zdro-wotnych oraz czynników powodujących ich zmiany; promocje zdrowia i profilaktykę w celu tworzenia warunków sprzyjających zdrowiu; finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej.
Oceniając efekty wprowadzanych zmian systemowych można stwierdzić, iż po pięciu latach reformy sytuacja finansowa placówek utworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego jest mało zadawalająca, czego ewidentnym potwierdzeniem jest poziom zadłużenia placówek ochrony zdrowia dla których są one organem założycielskim.
[18]

3.2. Zadania gminy w zakresie ochrony zdrowia

Dobrze funkcjonująca, odpowiadająca potrzebom społeczności lokalnej opieka zdrowotna jest

przedmiotem troski każdej formacji politycznej podejmującej trud sprawowania władzy. Zdrowie, które jest głównie wartością indywidualną jest również dobrem spo-łecznym i kartą politycznej walki, dlatego też powodzenie lub jego brak w sferze zaspo-kojenia potrzeb medycznych obywateli często przekłada się na niezadowolenie z grupy rządzącej i negatywną weryfikację w czasie wyborów samorządowych i parlamentarnych. Stąd szczególne znaczenie przypisywane działaniom podejmowanym przez jednostki administracji samorządowej w tym obszarze. Podstawowym zadaniem w zakresie ochrony zdrowia jest dla wszystkich szczebli samorządów, w tym gminnego, rozpoznawanie stanu zdrowia i potrzeb mieszkańców stanowiące podstawę tworzenia wszelkich planów i działań. [19]

Zakres działania i zadania gminy określa ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminny m .Do zadań własnych gminy należy zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspól-noty, w tym w szczególności sprawy ochrony zdrowia. Zadania gminy w głównej mierze odnoszą się do tworzenia organizacyjnych możliwości zabezpieczenia dostępu do świadczeń z podstawowej opieki zdrowotnej, położnictwa i ginekologii oraz. stomatologii. [20]

Gmina, zgodnie z ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, pełni funkcje organu założycielskiego dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (spzoz) i do jej uprawnień należy: tworzenie, prze-kształcanie i likwidacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej; nadawanie statutu; nawiązywanie stosunku pracy z kierownikiem zakładu; delegowanie przedstawicieli do rady społecznej zakładu; możliwość udzielania dotacji na zadania określone w ustawie i nadzór nad zakładem oraz promocja zdrowia i oddziaływanie na inne czynniki zdrowotności. [21]

Podstawowym zadaniem **w** zakresie ochrony zdrowia jest dla samorządu gminnego stworzenie planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, który jest aktywnym narzędziem zarządzania, a dokładnie narzędziem przestrzennego planowania finansowego. Jednostka samorządowa powinna dokonać analizy czynników zdrowotnych wpływających na zdrowotność populacji, na które może w pewien sposób oddziaływać (np. edukacja, opieka społeczna, komunikacja, mieszkalnictwo, tereny zielone i inne). W swoich dzia-łaniach samorządy powinny bazować na dokonanej jako „spisu z natury" inwentaryzacji zasobów: infrastruktury, zasobów ludzkich, aparatury wykorzystywanej w realizacji świadczeń medycznych, przy czym nie należy pominąć czynników silnie determinujących system opieki zdrowotnej takich jak np. struktura demograficzna społeczności lokalnej, poziom zamożności mieszkańców czy preferowany styl życia. Stworzony plan pozwoli

między innymi na:

- określenie obszarów, które wymagają szybkiej interwencji ze strony samorządu,

- określenie kluczowych obszarów wymagających poprawy, przygotowanie informacji o przyszłych możliwościach pozyskiwania środków,

- dostarczenie pracownikom informacji na temat przyszłych kierunków rozwoju jednostki,

- stworzenie sprawnie działającego systemu informacyjnego, który z kolei pozwoli na podejmowanie lepszych jakościowo decyzji,

- stworzenie struktur mogących reagować na nowe czynniki i nieplanowane zmiany,

- zapobieganie działaniom, które nie są konieczne do realizacji celów priorytetowych.

Do zadań gminy należy również tworzenie i określanie zasad funkcjonowania żłobków, w także zadania wynikające z przepisów ustawy o pomocy społecznej dotyczące pokrywania wydatków na świadczenia zdrowotne osób bezdomnych i innych, które nie
mają żadnych źródeł utrzymania i nie są objęte ubezpieczeniem zdrowotnym oraz zapewnienie mieszkańcom domów pomocy społecznej możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Szereg ważnych dla gminy ustawowych zadań związanych jest z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych, należą do nich: zwiększenie dostęp-ności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu, udzielanie rodzinom dotkniętym problemem alkoholowym pomocy psychologicznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą
w
rodzinie, prowadzenie działalności profilaktycznej i edukacyjnej wśród młodzieży, wydawanie i cofanie zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, wspomaganie działalności stowarzyszeń samopomocowych i wiele innych. Każda gmina realizuje swoje zadania w ramach gminnego program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych corocznie uchwalanego przez radę gminy.

[22]

Do zadań zleconych gminie należy także zapewnienie usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi. W wyniku nasilających się zjawisk społecznych będących konsekwencją podjętej transformacji systemowej takich jak: bezrobocie, rozpad rodźmy wielopokoleniowej, starzenie się społeczeństwa, mamy do czynienia z rosnąca liczbą problemów zdrowotnych, które powstają jako zaburzenia psychosomatyczne i dotyczą często osób nie radzącym sobie ze swoimi życiowymi problemami. Dlatego też z punktu widzenia efektywności ekonomicznej jednostek ochrony zdrowia podejmowanych działań na szczeblu gminy, szczególnego znaczenia nabierają inicjatywy grup samopomoco-wych. Organizacje samopomocowe mają szerokie możliwości uzyskiwania pomocy finansowej i technicznej ze źródeł pozabudżetowych przede wszystkim na działalność informacyjną i edukacyjną. [23]

3.3. Zadania powiatu w zakresie ochrony zdrowia

Podobnie jak w przypadku gminy powiat jest odpowiedzialny za zorganizowanie opieki zdrowotnej w segmencie: ambulatoryjnej podstawowej i specjalistycznej, a także lecznictwa szpitalnego. Zakres działania i zadania określa ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym. Zadania powiatu w zakresie ochrony zdrowia wynikają z pełnienia funkcji organu założycielskiego dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (spzoz) oraz innych zadań samorządu powiatowego. Uprawnienia i zadania samorządu powiatowego w zakresie ochrony zdrowia można więc podzielić na:
zadami i kompetencje w sprawach planowania struktury opieki zdrowotnej w powiecie oraz kompetencje w zakresie wykonywania funkcji organu założycielskiego.
[24]

Uprawnienia wynikające z kompetencji i obowiązków powiatu jako organu założycielskiego dla

spzoz, to podobnie jak dla gminy: tworzenie, przekształcanie i likwidacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej; nadawanie statutu; nawiąży-wanie stosunku pracy z kierownikiem zakładu; delegowanie przedstawicieli do rady społecznej zakładu; możliwość udzielania dotacji na określone w ustawie zadania; nadzór nad zakładem; promocja zdrowia i oddziaływanie na inne czynniki zdro-wotności. [25]

Powiat z założenia realizuje zadania o charakterze ponadgminnym i jest odpo-wiedzialny za sporządzenie planu zabezpieczenia opieki zdrowotnej. Plan powinien zawierać rozmieszczenie zakładów opieki zdrowotnej wraz ze wszystkimi wskaźnikami je charakteryzującymi (ilość i rodzaj łóżek na poszczególnych oddziałach szpitalnych, dostępność i wskaźnik obłożenia itp.), analizę zachorowalności na określone choroby. strukturę demograficzną ludności, zasoby kadrowy. Samorządy różnych szczebli w tym również powiatowego pozostają właścicielami mienia samodzielnych publicznych zakła-dów opieki zdrowotnej (spzoz), zachowują wobec nich szereg uprawnień, ponoszą osta-teczną odpowiedzialność za ich kondycje finansową oraz są pracodawcą. W świetle powyższych zadań oraz zgodnie z koncepcją przyjętą przez twórców reformy poprawy systemu ochrony zdrowia można oczekiwać jako wyniku podniesienia efektywności na poziomie produkcji świadczeń. Stąd też szczególna rola powiatu w tworzeniu warunków do usamodzielnienia poszczególnych zakładów i przekształceń własnościowych. Zgodnie z przepisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (spzoz) charakteryzuje się następującymi cechami: pokrywa z po-siadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i zobowiązań; prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie; posiada oso-bowość prawną; powołuje kierownika zakładu; przy publicznym zakładzie opieki zdrowotnej działa rada społeczna, która jest organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu, który utworzył zakład oraz organem doradczym kierownika publicznego zakładu opieki zdrowotnej; samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej gospodaruje samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nierucho-mościami i majątkiem Skarbu Państwa lub komunalnym oraz majątkiem własnym; może uzyskiwać środki finansowe: z odpłatnych świadczeń zdrowotnych na realizację zadań i programów zdrowotnych, z wydzielonej działalności gospodarczej innej niż odpłatne świadczenia zdrowotne, jeśli statut zakładu przewiduje prowadzenie takiej działalności oraz darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej w tym pochodzenia zagranicznego; może wnosić majątek do spółek i fundacji; może uzys-kiwać dotacje budżetowe także na inwestycje oraz zakup aparatury i sprzętu medycz-nego; fundusz założycielski i fundusz zakładu określają wartość jego majątku: decyduje o podziale nadwyżki z pozyskanych środków finansowych nad wydatkami oraz pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy. [26]

Rozpatrując powyższe zasady funkcjonowania spzoz widzimy, że jest to jednostka ochrony zdrowia nastawiona nie tylko do dostarczanie świadczeń zdrowotnych obywatelowi, ale również na efektywne gospodarowanie posiadanymi zasobami. Należy podkreślić rolę powiatu w zakresie ochrony zdrowia wynikającą z jego uprawnień właś-cicielskich. Powiaty jako organu założycielskie spzoz ponoszą nie tylko odpowiedzialność za ich kondycję finansową, lecz są

odpowiedzialne za zaspokojenie potrzeb zdrowotnych mieszkańców podległego im terytorium. Powinna zatem istnieć ścisła współpraca pomiędzy płatnikiem (NFZ). świadczeniodawcami a władzą samorządową tym bardziej, że jeżeli w konsekwencji źle przygotowanej prywatyzacji nastąpi likwidacja działającego na terenie powiatu spzoz oraz ograniczenie dostępności, jakości świadczeń czy pogorszenie warunków udzielania usług, pacjent który poniesie szkodę będzie mógł dochodzić odszko-dowania od powiatu. Do zadań powiatu należą również niektóre sprawy z zakresu rehabilitacji osób nie-pełnosprawnych wynikające z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej osób nie-pełnosprawnych. Zadania samorządu powiatowego w sferze ochrony zdrowia wynikają także z przepisów ustawy z dnia i marca 2004 r. o pomocy społecznej. Jednostka ta jest zobowiązana ustawowo do udzielania schronienia, wydawania posiłków, niezbędnego ubrania i sprawiania pogrzebu osobom bezdomnym przebywającym na terenie powiatu. które w sposób trwały zerwały związek z gmina, na której terenie miało miejsce zdarzenie powodujące bezdomność. Powiat ma obowiązek dla osób potrzebujących, zorganizowania i zapewnienia usług o określonym standardzie w domu pomocy społecznej oraz zapew-nienia im przysługujących na podstawie odrębnych przepisów świadczeń zdrowotnych i pokrycia
kosztów
leków
zgodnie
a
obowiązującymi
w
tej
dziedzinie
regulacjami prawnymi.
[27]

Samorząd powiatowy zobowiązany jest ustawowo do zapewnienia usług o określ-onym standardzie w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nakłada na powiał obowiązek działań z zakresu profilaktyki antyalkoholowej i zapewnienie lecznictwa odwykowego , a działania profilaktyki antynikotynowej powiaty wynikają z ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Powiat realizuje zadania z zakresu zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom zgodnie z ustawą z dnia 9 listopada 1995 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, a powiatowy inspektor sanitarny przynajmniej raz roku przedstawia radzie powiatu informacje o bezpieczeństwie sanitarnym powiatu. Powiatowe Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne oprócz nadzoru sanitarnego (higiena środowiska, higiena w szkołach i placówkach szkolno-wychowawczych, zakładach pracy, miejscach wypoczynku i rekre-acji) prowadzą działania oświato-zdrowotne kierowane do mieszkańców powiatu (szczególnie do uczniów szkół działających na terenie powiatu).
[28]

Samorząd powiatowy ma obowiązek zapewnić opiekę medyczną, socjalną i prawną kobietom w ciąży zgodnie z ustawą z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny. ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży . [29]

Powiat pełni także zadania wynikającą z ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Pań-stwowym Ratownictwie Medycznym. Starosta powiatowy pełni szczególną rolę w organizacji systemu ratownictwa odpowiadając między innymi za:

- zarządzanie systemem w obszarze powiatu,

- organizację i finansowanie działalności centrum powiadamiania ratunkowego,

- przygotowanie i aktualizację planu zabezpieczenia działań ratowniczych,

- przygotowanie planu działań ratowniczych. [30]

Katalog zadań, kompetencji, uprawnień i obowiązków powiatu jest patrząc na powyższe rozważania szeroki, niestety ekonomiczna rzeczywistość sprowadza działania podejmowane obecnie w powiatach w odniesieniu do problemów zdrowia do niezbędnego minimum. Powiat często prywatyzuje mienie komunalne zamieniając samodzielne publiczne w niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (zwykle tworzy spółki prawa handlo-wego. które stają się organem założycielskim dla niepublicznych zoz), wyzbywając się tym samym odpowiedzialności za ich prowadzenie. Prowadzone działania prywatyzacyjne są równocześnie próbą sprostania potrzebom rynku i efektywniejszego wykorzystania zasobów. Szpitale powiatowe należą do najbardziej zadłużonych placówek ochrony zdrowia, a brak środków finansowych na inwestycje powoduje, że wiele z nich nie spełnia wymogów określonych w przygotowywanym rozporządzeniu dotyczącym sieci szpitali publicznych. [31]

II. Pomoc społeczna jako zadanie samorządu terytorialnego

1. Istota i cele pomocy społecznej

Pomoc społeczna jest najstarszą (o wielowiekowych tradycjach filantropijno-charytatywnych) instytucją polityki społecznej , uznawaną w większości krajów za jeden z zasadniczych elementów systemu zabezpieczenia społecznego. Charakteryzując pomoc społeczną na tle innych systemów świadczeniowych, zwłaszcza zaś ubezpieczenia społecznego i zaopatrzenia społecznego, należy podkreślić różnice sytuacji socjalnych objętych przez nie ochroną. W przypadku ubezpieczenia i zaopatrzenia społecznego polegają one na tym, że wskutek zdarzenia losowego (ryzyka ubezpieczeniowego) następuje utrata lub upośledzenie zdolności do pracy i związane z tym ograniczenie możliwości zarobkowania, zaś w przypadku pomocy społecznej polegają na faktycz-nym zagrożeniu bytu jednostki lub rodziny w wymiarze egzystencjalnym bądź też obniżeniu jakości ich życia poniżej uznanego w danym społeczeństwie minimum cywi-lizacyjnego. Według techniki ubezpieczeniowej i zaopatrzeniowej realizuje się świad-czenia schematyczne, mało zindywidualizowane, przysługujące przy ryzyku typowym i powtarzającym się. Techniki te nie uwzględniają w ogóle lub uwzględniają w nie-dostatecznym stopniu sytuacje specyficzne, wymagające podejścia pozbawionego schematyzmu i formalizmu. Wskazane luki w zaspokajaniu społecznie ważnych po-trzeb wypełnia działalność pomocy społecznej, wkraczającej w sytuacjach niesza-blonowych, wymagających stosowania zindywidualizowanych środków, poprzedzona rozpoznaniem pozwalającym dostosować typy, formy i rodzaje pomocy do każdego konkretnego przypadku. [32]

Prawo do pomocy społecznej znajduje swoje unormowanie w wielu aktach prawa międzynarodowego, spośród których wskazać należy w szczególności Powszechną Deklarację Praw Człowieka przyjętą przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjedno-czonych w dniu 10 grudnia 1948 r., Międzynarodowy Pakt Praw Ekonomicznych, Społecznych i Kulturalnych z 16 grudnia 1966 r., zaś z regulacji prawa europejskiego Europejską Kartę Społeczną z 18 października 1961 r., której art. 13 ust. 1 zobowiązuje państwa członkowskie do zapewnienia każdej osobie, która nie posiada dostatecznych zasobów i która nie jest zdolna do zapewnienia ich sobie z innych źródeł, szczególnie poprzez świadczenia z systemu zabezpieczenia społecznego, odpowiedniej pomocy oraz w przypadku choroby, opieki koniecznej ze względu na jej stan. [33]

Zasady funkcjonowania polskiego systemu publicznej pomocy społecznej określają obecnie przede wszystkim przepisy ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Zaznaczyć jednak należy, iż wskazana regulacja prawna, będąca podsta-wowym źródłem prawa pomocy społecznej, nie zawiera jednak wszystkich unormowań w zakresie tej materii, co dotyczy zwłaszcza tzw. szczególnych rodzajów pomocy społecznej określonych w odrębnych ustawach, którymi są: ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, ustawa z dnia 22 kwietnia 2005 r. o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych oraz zaliczce alimentacyjnej10 oraz ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Zdaniem niektórych autorów (J. Jończyk, J. Orczyk), do instytucji pomocy społecznej należy zaliczyć także rentę socjalną, której zasady i tryb przyznawania określają obecnie przepisy ustawy z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej. Dodajmy jednak, iż pogląd taki nie znajduje w literaturze przedmiotu powszechnej akceptacji. Funkcjonowanie pomocy społecznej wymaga stosowania nie tylko aktów prawa materialnego ale także przepisów procesowych. Podstawowe znaczenie mają tu zatem także przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania admini-stracyjnego, ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji z dnia 17 czerwca 1966 r. oraz ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego. Artykuł 2 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej (dalej: u.p.s.) stanowi, że pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężenie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości. Przepis ten akcentuje zatem jako fundamentalną dla pomocy społecznej, wywodzącą się ze społecznej nauki Kościoła zasadę pomocniczości (subsydiarności), zgodnie z którą „(...) to, co jednostka i grupy społeczne oddolnie powołane mogą zrealizować własnymi siłami i z własnej woli, tego nie powinny odbierać struktury wyższego rzędu - państwo lub organizacje (...)”. Tak więc uruchomienie rozwiązań z zakresu pomocy społecznej staje się możliwe dopiero wówczas, gdy jednostka lub rodzina doświadczone trudną sytuacją życiową nie są w stanie pokonać jej, korzystając z własnych uprawnień, zasobów i możliwości. [34]

Zgodnie z art. 3 ust. 1 u.p.s. pomoc społeczna wspiera osoby i rodziny w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwia im życie w warunkach odpowiadających godności człowieka. Pomoc ta polega w szczególności na przyznawaniu i wypłacaniu przewidzianych ustawą świadczeń, pracy socjalnej, prowadzeniu i rozwoju niezbędnej infrastruktury socjalnej, analizie i ocenie zjawisk rodzących zapotrzebowanie na świadczenia pomocy społecznej, realizacji zadań wynikających z rozeznanych potrzeb społecznych, rozwijaniu nowych form pomocy społecznej i samopomocy w ramach zidentyfikowanych potrzeb. Jednocześnie, jak stanowi art. 3 ust. 2 u.p.s. zadaniem pomocy społecznej jest także zapobieganie trudnym sytuacjom życiowym, których osoby i rodziny nie są w stanie pokonać wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości - przez podejmowanie działań zmierzających do ich życiowego usamodzielnienia oraz integracji ze środowiskiem. Zwraca się tu zatem uwagę na rolę prewencji w systemie pomocy społecznej, która jednak w praktyce niejednokrotnie wykracza poza działalność podmiotów tego systemu, będąc domeną innych instytucji polityki społecznej (np. edukacji, rynku pracy), w której jednak działalność prewencyjna wciąż jest niedoceniana i napotyka na szereg przeszkód natury świadomościowej, administracyjnej i finansowej, co skutkuje m.in. tym, że system pomocy

społecznej nakierowany jest przede wszystkim na działalność naprawczą. [35]

2. Zakres podmiotowy pomocy społecznej

Zgodnie z art. 5 u.p.s. prawo do świadczeń pomocy społecznej, jeżeli umowy międzynarodowe nie stanowią inaczej, przysługuje: osobom posiadającym obywa-telstwo polskie mającym miejsce zamieszkania i przebywającym na terytorium Rze-czypospolitej Polskiej; cudzoziemcom mającym miejsce zamieszkania i przeby-wającym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie zezwolenia na osiedlenie się, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Euro-pejskich, zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony, zgody na pobyt tolerowany lub w związku z uzyskaniem w Rzeczypospolitej Polskiej statusu uchodźcy; mającym miejsce zamieszkania i przebywającym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej obywatelom państw członkowskich Unii Europejskiej, Państw Europejskiego Obszaru Gospodarczego nienależących do Unii Europejskiej lub państw niebędących stronami umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, którzy mogą korzystać ze swobody przepływu osób na podstawie umów zawartych przez te państwa ze Wspólnotą Europejską i jej państwami członkowskimi, posiadającym prawo pobyto lub prawo stałego pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
[36]

Pomocy społecznej na zasadach określonych w ustawie udziela się osobom i rodzi-nom w szczególności z powodu: 1) ubóstwa, 2) sieroctwa, 3) bezdomności, 4) bezrobocia. 5) niepełnosprawności, 6) długotrwałej lub ciężkiej choroby, 7) przemocy w rodzinie, 8) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, 10) bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych, 11) braku umiejętności w przystosowaniu do życia mło-dzieży opuszczającej placówki opiekuńczo-wychowawcze, 12) trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy, 13) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, 14) alkoholizmu lub narkomanii, 15) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, 16) klęski żywiołowej lub ekologicznej. Wyliczenie to, stanowiące w istocie specyfikację trudnych sytuacji życiowych, o któ-rych mowa w art. 2 ust. 1 u.p.s. ma charakter egzemplaryczny, o czym świadczy zwrot „w szczególności". Niewystępowanie powodów, o których mowa wyżej nie stanowi samo-istnej podstawy odmowy wszczęcia postępowania w sprawie świadczeń pomocy spo-łecznej, ponieważ mogą zaistnieć także powody nietypowe, nie ujęte w przytoczonym wykazie. [37]

Podkreślenia wymaga, iż prawo do świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej przysługuje:

- osobie samotnie gospodarującej, której dochód nie przekracza kwoty 477 zł,

- osobie w rodzinie, w której dochód na osobę nie przekracza kwoty 351 zł,

- rodzinie, której dochód nie przekracza sumy kwot kryterium dochodowego na osobę w rodzinie, przy jednoczesnym wystąpieniu co najmniej jednego z powo-dów wymienionych wyżej w pkt. 2-15 lub innych okoliczności uzasadniających udzielenie pomocy. Zasady określania dochodu sformułowano w obszernej regulacji art. 8 ust. 3-13 u.p.s. [38]

Jakkolwiek ustawa o pomocy społecznej uzależnia prawo do świadczeń pieniężnych od spełnienia określonego w niej kryterium dochodowego, to wprowadza jednak wyjątek dla zasiłków celowych przyznawanych osobom lub rodzinom, które poniosły straty w wyniku zdarzenia losowego, klęski żywiołowej lub ekologicznej. Wskazane świadczenia mogą być przyznane niezależnie od dochodu i mogą nie podlegać zwrotowi. Jednocześnie, w szczególnie uzasadnionych przypadkach osobie albo rodzinie o dochodach przekra-czających kryterium dochodowe może być przyznany specjalny zasiłek celowy w wyso-kości nieprzekraczającej odpowiednio kryterium dochodowego osoby samotnie gospoda-rującej lub rodziny, który nie podlega zwrotowi; zasiłek okresowy, zasiłek celowy lub pomoc rzeczową pod warunkiem zwrotu części lub całości kwoty zasiłku lub wydatków na pomoc rzeczową. Ocena, jakie przypadki należy uznać za „szczególnie uzasadnione,, pozostaje przedmiotem uznania administracyjnego właściwego organu pomocy społecznej. Przepisy art. 11 ust. 1 i 2 u.p.s. w pewien sposób ograniczają krąg osób uprawnionych do uzyskania świadczeń z pomocy społecznej. Zgodnie ze wskazaną regulacją w przypadku stwierdzenia przez pracownika socjalnego marnotrawienia przyznanych świadczeń, ich celowego niszczenia lub korzystania w sposób niezgodny z przeznaczeniem bądź marno-trawienia własnych zasobów finansowych może nastąpić ograniczenie świadczeń lub odmowa ich przyznania. Z kolei brak współdziałania osoby lub rodziny z pracownikiem socjalnym w rozwiązywaniu trudnej sytuacji życiowej, odmowa zawarcia kontraktu socjalnego, niedotrzymywanie jego postanowień, nieuzasadniona odmowa podjęcia pracy przez osobę bezrobotną lub nieuzasadniona odmowa podjęcia leczenia odwykowego w zakładzie lecznictwa odwykowego przez osobę uzależnioną, mogą stanowić podstawę do odmowy przyznania świadczenia, uchylenia decyzji o przyznaniu świadczenia lub wstrzy-mania świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej. W przypadku odmowy przyznania świadczenia albo ograniczenia jego wysokości lub rozmiaru należy jednak uwzględnić sytuację osób będących na utrzymaniu osoby ubiegającej się o świadczenie lub korzysta-jącej ze świadczeń. Dodajmy, że zgodnie z art. 106 ust. 5 u.p.s. właściwy organ może zmienić lub uchylić decyzję administracyjną na niekorzyść strony bez jej zgody, nie tylko w przypadku zajścia wskazanych

wyżej okoliczności ale także w przypadku zmiany przepisów prawa, zmiany sytuacji dochodowej lub osobistej strony, pobrania nienależnego świadczenia oraz odmowy złożenia oświadczenia o dochodach i stanie majątkowym. Formalnoprawną podstawę decyzji ograniczającej prawa nabyte stanowi art. 163 kodeksu postępowania administracyjnego. [39]

3. Świadczenia z pomocy społecznej

Generalnie wyróżnia się dwa typy działalności pomocy społecznej i dwa typy świadczeń: pomoc środowiskową realizowaną w środowisku zamieszkania świadczeniobiorcy oraz pomoc instytucjonalną (zakładową) świadczoną - w oderwaniu od jego dotychczasowego miejsca zamieszkania - w domach pomocy społecznej oraz ośrodkach wsparcia (środowiskowych domach samopomocy, dziennych domach pomocy, domach dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, schroniskach i domach dla bezdomnych i in.). Zarówno pomoc środowiskowa, jak i instytucjonalna mogą być udzielane w różnych formach, tj. pieniężnej, rzeczowej i usługowej. Charakterystyczne jest, że podczas gdy pomoc środowiskowa może być ograniczona do jednej z fonii, wystarczającej w danej sytuacji, pomoc instytucjonalna ma chara kter k ompleksowy, obejmujący wszystkie potrzeby jednostki. [40]

Zakres i formy świadczeń z pomocy społecznej reguluje dział drugi ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w którym ustawodawca dokonał ich dychotomicznego podziału na świadczenia pieniężne i niepieniężne oraz określił przesłanki nabycia prawa do tych świadczeń oraz zasady ich realizacji. Przypomnieć jednak należy, iż w odrębnych aktach prawnych unor-mowano problematykę zatrudnienia socjalnego, świadczeń alimentacyjnych oraz dodatków mieszkaniowych, także zaliczaną w literaturze przedmiotu do sfery pomocy społecznej. Charakter świadczeń z pomocy społecznej z punktu widzenia pozycji prawnej świadczeniobiorcy jest zróżnicowany. Analiza obowiązujących unormowań wskazuje, że możemy wyróżnić tu świadczenia obowiązkowe i dobrowolne. Świadczenia obowiązkowe (np. zasiłek stały, składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe za osoby, które zrezy-gnowały z zatrudnienia w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny oraz wspólnie zamiesz-kującymi matką, ojcem lub rodzeństwem) łączą się z zasadą roszczeniowości wyrażającą się w żądaniu przyznania pomocy i uruchamianiu kontroli rozstrzygnięć zapadłych w tych sprawach w postępowaniu administracyjnym i sądowo - administracyjnym. Zdecydowana większość świadczeń z pomocy społecznej przyznawana jest jednak na podstawie uznania administracyjnego w drodze aktu administracyjnego swobodnego, co osłabia pozycję prawną świadczeniobiorcy, ale - jak podnosi się w literaturze przedmiotu - jest nieo-dzownym instrumentem prawa pomocy

społecznej. Podkreślenia wymaga, iż swoboda organu nie oznacza dowolności, a decyzje uznaniowe także podlegają kontroli, choć samo uznanie jest z niej wyłączone. [41]

Jak stanowi art. 3 ust. 3 u.p.s. rodzaj, forma i rozmiar świadczenia powinny być odpo-wiednie do okoliczności uzasadniających udzielenie pomocy. Zgodnie z art. 3 ust. 4 usta-wy potrzeby osób i rodzin korzystających z pomocy powinny zostać uwzględnione, jeżeli odpowiadają celom i mieszczą się w możliwościach pomocy społecznej. W przepisach tych ustanowiono zatem zasady indywidualizacji i fakultatywności świadczeń pomocy społecznej. Zasada indywidualizacji dotyczy z jednej strony indywidualnego rozpoz-nania okoliczności uzasadniających przyznanie lub odmowę przyznania świadczeń, z drugiej zaś dostosowywanie rodzaju, formy i rozmiaru świadczenia do indywidualnych właściwości świadczeniobiorcy. Zasada fakultatywności polega na niemożności domagania się przez osoby i rodziny ubiegające się o świadczenia pomocy społecznej aby przyznano je im w określonym rodzaju, formie i rozmiarze. [42]

Istotne novum w polskim systemie pomocy społecznej stanowi instytucja kontraktu socjalnego, mająca na celu aktywizowanie świadczeniobiorców. Jest to pisemna umowa zawierana przez ośrodek pomocy społecznej z osobą lub rodziną ubiegającą się o przyz-nanie pomocy i określająca zobowiązania i uprawnienia stron w ramach podejmowanych wspólnie działań zmierzających do przezwyciężenia trudnej sytuacji życiowej osoby lub rodziny. Podkreślenia wymaga, iż niedotrzymanie postanowień kontraktu socjalnego, jak i odmowa jego zawarcia mogą stanowić podstawę do nieprzyznania świadczenia, uchylenia decyzji o przyznanej pomocy lub wstrzymania świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej. [43]

4. Zadania samorządu terytorialnego w zakresie pomocy społecznej

Obowiązek realizacji zadań z zakresu pomocy społecznej spoczywa na gminie, powiecie, samorządzie województwa, wojewodzie oraz ministrze właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego. Jednocześnie przepis art. 2 ust. 2 u.p.s. nakazuje organom administracji publicznej aktywność w pozyskiwaniu poza własnym aparatem wsparcia dla realizacji funkcji organizatorskich w zakresie pomocy społecznej. Stanowi on, że pomoc społeczną organizują organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując w tym zakresie, na zasadzie partnerstwa z organizacjami społecznymi i pozarządowymi, Kościołem katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi oraz osobami fizycznymi i prawnymi. W szczególności mogą one zlecać wskazanym kategoriom podmiotów realizację zadania z zakresu pomocy społ ecznej
udzielając
dotacji

na finansowanie lub dofinansowanie jego realizacji. Zaznaczyć należy, że zlecenie realizacji zadań z zakresu pomocy społecznej nie może obejmować ustalania uprawnień do świadczeń, opłacania składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz wypłaty świadczeń pieniężnych. Przytoczone postanowienia ustawy o pomocy społecznej świadczą, że realizuje ona konstytucyjną zasadę subsydiarności, co przejawia się tym, że zadania z zakresu pomocy społecznej zostały rozdzielone pomiędzy różne podmioty, wzajemnie się uzupeł-niające i wykonujące te zadania w zależności od posiadanych środków i możliwości. Jednocześnie mając na względzie stworzenie wyraźnego podziału kompetencji pomiędzy wskazanymi wyżej podmiotami, ustawodawca szczegółowo określił w ustawie o pomocy społecznej zadania gmin, powiatów, samorządów wojewódzkich, wojewodów oraz mi-nistra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego. Określone przepisami wskazanej ustawy obowiązki wzajemnie się uzupełniają, co jest zgodne z zasadą komplementarności i powinno pozytywnie wpływać na skuteczność świadczonej pomocy.
[44]

Jakkolwiek nie sposób przecenić roli i znaczenia jakie w realizacji zadań pomocy społecznej przypadają organom administracji rządowej, to należy stwierdzić, iż główny ciężar realizacji tych zadań spoczywa na administracji samorządowej. Wskazany stan rzeczy występuje w praktyce we wszystkich państwach zachodnioeuropejskich. U jego podstaw leży słuszne przekonanie, że na poziomie społeczności lokalnych możliwe jest pełniejsze rozpoznanie występujących potrzeb i w związku z tym dobór bardziej skutecznych metod i form udzielania pomocy. [45]

4.1. Zadania gminy w zakresie pomocy społecznej

Przepisy ustawy o pomocy społecznej różnicują poszczególne zadania gminy na zadania własne, własne o charakterze obowiązkowym oraz zadania zlecone. Podział zadań gminy na własne i zlecone ma znaczenie zarówno w sferze organizacyjnej, finansowej, jak i nadzoru administracji rządowej nad działalnością komunalną. Podczas gdy zadania własne gminy finansowane są z dochodów własnych, a także z subwencji ogólnej, a nadzór nad gospodarką finansową sprawowany przez regionalne izby obra-chunkowe w zakresie ich realizacji sprowadza się jedynie do kryterium zgodności z prawem, realizacja zadań zleconych gminie wiąże się z koniecznością transferu z budżetu państwa środków finansowych (dotacja celowa) w wysokości umożliwiającej ich wykonanie, zaś zakres nadzoru nad gospodarką finansową związaną z ich realizacją obejmuje kryteria: zgodności z prawem, celowości, rzetelności i gospodarności. Podkreślenia wymaga tu samodzielność gminy w podejmowaniu decyzji o prze-znaczeniu środków na realizację zadań własnych z zakresu pomocy społecznej

oznaczająca możliwość prowadzenia przez gminę własnej polityki pomocy społecznej. [46]

Zgodnie z art. 110 ust. 1 u.p.s. zadania pomocy społecznej w gminie wykonują jednostki organizacyjne - ośrodki pomocy społecznej. Przy realizacji zadań własnych gminy ośrodki te kierują się ustaleniami wójta (burmistrza, prezydenta miasta), zaś przy realizacji zadań zleconych z zakresu administracji rządowej ustaleniami przekazanymi przez wojewodę. Pracą ośrodka pomocy społecznej kieruje jego kierownik, któremu wójt (burmistrz, prezydent miasta) udziela upoważnienia do wydawania decyzji administra-cyjnych w indywidualnych sprawach z zakresu pomocy społecznej należących do właściwości gminy. Kierownik ośrodka pomocy społecznej składa radzie gminy coroczne sprawozdanie z działalności ośrodka oraz przedstawia potrzeby w zakresie pomocy społecznej, w oparciu o które rada gminy opracowuje i kieruje do wdrożenia lokalne programy pomocy społecznej. Posiada także określone uprawnienia procesowe dotyczące reprezentacji osób wymagających wsparcia, może bowiem - zgodnie z art. 110 ust. 5 u.p.s. - wytaczać na rzecz obywateli powództwa o roszczenia alimentacyjne. Ośrodek pomocy społecznej zatrudnia pracowników socjalnych, proporcjonalnie do liczby ludności gminy w stosunku jeden pracownik socjalny na 2 tys. mieszkańców, nie mniej jednak niż trzech pracowników. [47]

W celu realizacji zadań pomocy społecznej gmina może tworzyć również inne jednostki organizacyjne jak np. domy pomocy społecznej i ośrodki wsparcia. Istotne uprawnienia posiada tu rada gminy, do kompetencji której należy podejmowanie uchwał o utworzeniu, likwidacji i reorganizacji domu pomocy społecznej, ustalenie w drodze uchwały organizacji oraz szczegółowych zasad ponoszenia odpłatności za pobyt w ośrod-kach wsparcia, określenie szczegółowych zasad przyznawania usług opiekuńczych i odpłatności za nie. Rada gminy określa także w drodze uchwały zasady zwrotu wydatków na usługi, pomoc rzeczową, zasiłki na ekonomiczne usamodzielnienie, zasiłki okresowe i celowe przyznawane pod warunkiem zwrotu osobom, których dochód przekracza kwotę kryterium dochodowego. [48]

W przypadkach szczególnie uzasadnionych sytuacją osobistą osoby ubiegającej się o świadczenie, w sprawach niecierpiących zwłoki oraz w sprawach cudzoziemców, którym udzielono zgody na pobyt tolerowany, właściwą miejscowo jest gmina miejsca pobytu osoby ubiegającej się o świadczenie, W okolicznościach, o których mowa - w miejscu pobytu mogą być udzielone następujące świadczenia:

- zasiłek stały.

- zasiłek okresowy,

- zasiłek celowy,

- specjalny zasiłek celowy,

- opłacenie składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe za osobę rezygnującą z zatrudnienia w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny oraz wspólnie zamieszkującymi matką, ojcem lub rodzeństwem,

- interwencja kryzysowa,

- schronienie, posiłek, niezbędne ubranie,

- objęcie osoby bezdomnej indywidualnym programem wychodzenia z bezdom-ności,

- usługi opiekuńcze, w tym specjalistyczne usługi opiekuńcze. [49]

Dokonany wyżej przegląd zadań gminy w zakresie pomocy społecznej pokazuje, iż są to zadania o charakterze podstawowym dla bezpieczeństwa socjalnego osób potrze-bujących wsparcia, a ich rozbudowany katalog pozostaje w zgodzie z zasadą pomoc-niczości. To właśnie gmina jako najmniejsza jednostka podziału terytorialnego państwa znajdująca się najbliżej obywateli posiada możliwości trafnego zidentyfikowania występujących w społeczności lokalnej problemów społecznych oraz osób najbardziej bezradnych wobec przeciwności życiowych, a tym samym szybkiego i efektywnego wsparcia. Fundamentalną kwestią pozostaje tu jednak -

wobec ograniczoności środków na realizację omawianych zadań - dokonanie hierarchii potrzeb społecznych i ustalenie pierwszeństwa ich zaspokajania, z czym jak podnosi się w literaturze przedmiot u oraz orzecznictwie z Naczelnego Sądu Administracyjnego gminy mają trudności. [50]

4.2. Zadania powiatu w zakresie pomocy społecznej

Ustawodawca ustanawiając katalog wskazanych zadań dokonał ich podziału na zadania własne określone w art. 19 u.p.s. oraz zadania z zakresu administracji rządowej, o których mowa w art. 20 ust.l ustawy. Zasadnicze znaczenie mają tu zadania własne powiatu, których obszerny katalog można podzielić na następujące kategorie: specjalistyczna opieka nad rodziną i dzieckiem, pomoc w integracji i przystosowaniu, poradnictwo, utrzymanie infrastruktury socjalno- technicznej, przygotowanie kadr pomocy społecznej, planowanie i sprawozdawczość. Podobnie jak w poprzednio obowiązującym stanie prawnym zadania z zakresu administracji rządowej realizowane przez powiat stanowią wąską grupę zadań. Obejmują one pomoc dla uchodźców objętych indywi-dualnym programem integracji, prowadzenie i rozwój ośrodków wsparcia dla osób z zabu-rzeniami psychicznymi oraz realizację zadań wynikających z rządowych programów pomocy społecznej. [51]

Zadania, o których mowa (zarówno własne jak i z zakresu administracji rządowej) wykonywane są przez powiatowe centra pomocy rodzinie, z tym, że w miastach na prawach powiatu funkcje tych jednostek realizują miejskie ośrodki pomocy społecznej, które mogą być nazwane ,,miejskimi ośrodkami pomocy rodzinie'". Kierownik powiato-wego centrum pomocy rodzinie, którego powołuje i odwołuje zarząd powiatu może podobnie jak kierownik ośrodka pomocy społecznej - wytaczać na rzecz obywateli powództwa o roszczenia alimentacyjne oraz kierować wnioski o ustalenie stopnia niepełnosprawności lub niezdolności do pracy do organów określonych w odrębnych przepisach. Współpracuje on także z sądem w sprawach dotyczących opieki i wychowania dzieci pozbawionych całkowicie lub częściowo opieki rodzicielskiej. Corocznie składa też radzie powiatu sprawozdanie z działalności centrum oraz przedstawia wykaz potrzeb w zakresie pomocy społecznej, na podstawie którego rada powiatu opracowuje i wdraża lokalne programy pomocy społecznej. [52]

Decyzje administracyjne w indywidualnych sprawach z zakresu pomocy społecznej należących do właściwości powiatu wydaje starosta lub z jego upoważnienia kierownik powiatowego

centrum pomocy rodzinie (w miastach stanowiących powiat miejski prezydent miasta lub z jego upoważnienia kierownik ośrodka pomocy społecznej) i inni pracownicy centrum upoważnieni na wniosek kierownika. [53]

Ustawa o pomocy społecznej wyposażyła starostę w istotne kompetencje także w zakresie realizacji zadań obejmujących opiekę nad rodziną i dzieckiem. I tak, w przypadku pilnej konieczności zapewnienia dziecku opieki zastępczej, możliwe jest jego umiesz-czenie w rodzinie zastępczej, na wniosek lub za zgodą rodziców dziecka, na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej między rodziną zastępczą a starostą właściwym ze względu na miejsce zamieszkania tej rodziny. O zawartej umowie starosta zawiadamia niezwłocznie sąd. Do zadań starosty w zakresie poruszanej materii należy również:

- udzielanie rodzinie zastępczej pomocy pieniężnej na częściowe pokrycie kosztów utrzymania każdego umieszczonego w niej dziecka,

- w przypadku niewywiązywania się zawodowej niespokrewnionej z dzieckiem rodziny zastępczej z przyjętych zadań lub ustania warunków wymaganych do pełnienia funkcji rodziny zastępczej, o których mowa w art.73 u.p.s. zawiadomienie o tym sądu,

- zapewnienie dalszej opieki i wychowania dziecku, które przebywało w zawo-dowej niespokrewnionej z nim rodzinie zastępczej z którą rozwiązano umowę o pełnienie funkcji rodziny zastępczej,

- wydawanie decyzji o wysokości odpłatności ponoszonych przez rodziców dzieci, które przebywają w rodzinach zastępczych,

- ustalanie w drodze decyzji administracyjnej wysokości opłaty za pobyt dziecka lub osoby dorosłej, o której mowa w art.80 ust.8 w placówce opiekuńczo wychowawczej,

- prowadzenie obsługi finansowo-księgowej publicznych placówek rodzinnych,

- udzielanie pomocy mającej na celu życiowe usamodzielnienie i integrację ze środowiskiem osobom, które osiągnęły pełnoletniość w rodzinie zastępczej oraz osobom pełnoletnim opuszczającym placówkę opiekuńczo-wychowawczą typu rodzinnego i socjalizacyjnego, dom pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie, dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, schronisko dla nieletnich, zakład poprawczy, specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy i młodzieżowy ośrodek wychowawczy. [54]

Przedstawione zadania i funkcje powiatu w zakresie pomocy społecznej mają charakter uzupełniający i wyrównawczy w stosunku do realizowanych przez gminę. Podkreślenia wymaga, że powiat nie ma żadnych uprawnień kierowniczych lub nadzor-czych w stosunku do gminy, są to bowiem niezależnie od siebie działające szczeble samorządu terytorialnego. Nie jest także możliwe przejmowanie przez powiat zadań gmin, ani w drodze ustawowej ani też w drodze porozumienia między gminą a powiatem. Powiat powstaje nie po to, aby konkurować z gminą w wykonywaniu zadań publicznych, a tym bardziej, aby przejąć określone zadania gminy, ale po to, aby wespół z gminą stworzyć system realizacji całokształtu zadań publicznych o charakterze lokalnym w strukturach samorządowych. Także i w przypadku pomocy społecznej ustawodawca przyjął rozwiązanie polegające na tym, że powiatowi powierzono realizację tych zadań z zakresu wskazanej materii, które mają charakter specjalistyczny, przekraczający możliwości gminy. Istotne wątpliwości wzbudza tu jednak nadmiernie rozbudowany katalog zadań własnych powiatu, wymagających ponoszenia znacznych kosztów, przekraczających niejednokrotnie także jego możliwości, zwłaszcza wobec faktu, że dochody własne mają w strukturze dochodów powiatu niewielkie znaczenie. [55]

Przypomnijmy, iż zgodnie z art.25 u.p.s. organy samorządowe mogą - po uprzednim przeprowadzeniu konkursu ofert - zlecać realizację zadań z zakresu pomocy społecznej organizacjom pozarządowym, osobom prawnym i jednostkom organizacyjnym działa-jącym na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła katolickiego w Rzeczy-pospolitej Polskiej, stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancji wolności sumienia i wyznania, jeżeli ich cele statutowe obejmują prowadzenie działalności w zakresie pomocy społecznej. Zaznaczyć jednak należy, iż. zlecenie takie wymaga udzielenia dotacji na finansowanie lub dofinansowanie realizacji zleconego zadania. Podkreślenia wymaga także, iż powierzenie przez organy administracji samorządowej zadań do realizacji z zakresu pomocy społecznej nie prowadzi samo z siebie do przeniesienia na podmiot będący stroną takiej umowy odpowiedzialności publiczno-prawnej za wykonywanie zadań tych organów. Wynika to z publicznoprawnego charaktery tych zadań, których wykonywanie jest określonym prawnie obowiązkiem jednostki samorządu terytorialnego. Zjawisko przekazywania zadań publicznych do realizacji przez podmioty prywatne określa się mianem prywatyzacji tych zadań i uznaje za najdalej idącą formę decentralizowania administracji publicznej. Uzasadnieniem dla jego reali-zacji jest nie tylko potrzeba wsparcia organów administracji rządowej i samorządowej w wykonywaniu coraz liczniejszych zadań publicznych ale także konieczność poszukiwania tańszych i skuteczniejszych niż dotychczas sposobów zaspokajania potrzeb społecznych. [56]

Bibliografia:

1. Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka

„Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej”

wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie Warszawa 2007

ISBN: 83-88278-81-9

str. 141 - 153, 157 - 164, 166 – 168, 170 - 171

1. Maciej Dercz „Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia”,

wyd. Między komunalna Spółka Akcyjna MICHALINEUM,

Warszawa 2005

ISBN: 83-86691-97-2

1. Renata Gierszewska

„Pomoc społeczna: w Leksykon polityki społecznej”

Instytut Polityki Społecznej UW

Warszawa 2002

str. 143

1. Internet:

www.cotojest.info

www.portalwiedzy.onet.pl

[1] http://www.cotojest.info/polityka_lokalna_9.html

[2] http://portalwiedzy.onet.pl/63375,,,,ochrona_zdrowia,haslo.html

[3] Renata Gierszewska, Pomoc społeczna: w Leksykon polityki społecznej, Instytut Polityki Społecznej UW, Warszawa 2002, str. 143

[4] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str. 141

[5] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str. 141

[6] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str. 141

[7] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej” wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str. 142

[8] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej” wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str. 142

[9] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej” wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str. 143

[10] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej” wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str. 144

[11] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej” wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str. 144 - 145

[12] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej” wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str. 145

[13] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej” wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str. 145

[14] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej” wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo

Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str. 146

[15] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str. 146

[16] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str. 146 - 147

[17] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str. 147

[18] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str. 148

[19] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str. 148

[20] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str. 148

[21] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str. 148 - 149

[22] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str. 149

[23] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.150

[24] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.150 - 151

[25] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.151

[26] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.151

[27] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.151 - 152

[28] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.152

[29] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.152

[30] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.155 - 153

[31] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.153

[32] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.157

[33] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.158

[34] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.158 - 159

[35] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.159

[36] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.159 - 160

[37] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo

Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.160

[38] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.160

[39] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.160 - 161

[40] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.161 - 162

[41] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.162

[42] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.163

[43] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.163

[44] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.163 - 164

[45] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.164

[46] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.164 i 166

[47] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.166

[48] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.166

[49] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.167

[50] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.167

[51] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.167 - 168

[52] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.168

[53] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.170

[54] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.170

[55] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.170 - 171

[56] Sławomir Kantyk, Maria Zrałek, red. Aldona Frączkiewicz – Wronka „Zarządzanie publiczne w lokalnej Polityce społecznej" wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2007 str.171