

**Stanisława Golinowska**

Uniwersytet Jagielloński<sup>1</sup>

## ***Polityka społeczna adresowana do grup ludności w cyklu życia. Wyzwania dla teorii i praktyki***

### ***Streszczenie***

Postulowaną cechą prowadzenia współczesnej polityki społecznej jest jej adresowanie do grup ludności potrzebujących wsparcia. Debata na temat podejścia uniwersalnego *versus* adresowanego oraz analiza doświadczeń w prowadzeniu adresowanej polityki społecznej wskazują na to, że w takiej polityce dominują cele oszczędnościowe i efektywnościowe coraz bardziej zawężające odbiorców świadczeń społecznych. Typowymi adresatami selektywnej polityki społecznej są osoby ubogie i zagrożone wykluczeniem społecznym, identyfikowane poprzez kryteria dochodowe i majątkowe. W artykule wskazuje się inne podejście do adresowania polityki społecznej. Podejście polegające na diagnozowaniu potrzeb i problemów socjalnych w cyklu życia człowieka i ukierunkowaniu polityki społecznej na ich rozwiązywanie. Adresatami takiej polityki społecznej są dzieci, młodzież, dorośli (kobiety i osoby z niepełnosprawnością) oraz osoby starsze. Te grupy zostały opisane na podstawie przeglądu literatury i analizy głównych badań. Jednocześnie przedstawione zostały główne kierunki polityki społecznej wobec tych grup w ramach programów europejskich zestawianych z polskimi.

**Słowa kluczowe:** adresowana polityka społeczna, inwestycje społeczne, cykl życia człowieka, dzieci, młodzież, kobiety, osoby niepełnosprawne, osoby starsze.

---

<sup>1</sup> Uniwersytet Jagielloński — Collegium Medicum, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Grzegorzewska 20, 51-531 Kraków, oraz Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, ul. Bellottiego 3B, 01-022 Warszawa; adres internetowy autorki: stanislawa.golinowska@uj.edu.pl oraz stellag@onet.pl

## Wprowadzenie

Istotą prowadzenia współczesnej polityki społecznej w gospodarce rynkowej jest wskazywanie problemów konkretnych grup ludności, które wymagają uzasadnionej interwencji państwa: specjalnych regulacji, np. antydyskryminacyjnych, edukacyjnego i świadomościowego wzmocnienia czy wręcz materialnego wsparcia. Współczesna polityka społeczna jest więc zwykle podmiotowo ukierunkowana. Adresowanie interwencji państwa do konkretnych, wyraźnie określonych grup (ewidentnie potrzebujących, słabszych itp.) uznawane jest za działanie efektywne (Barr 2012), ponieważ nie rozprasza się (nie marnotrawi) środków publicznych.

Jeśli w polityce społecznej stosuje się instrumenty o charakterze powszechnym, tzw. uniwersalne, adresowane do całej populacji, to zwykle czyni się tak ze względu na ogólny równościowy imperatyw polityczny (równy dostęp do edukacji i do ochrony zdrowia) i jednoznacznie niekorzystne konsekwencje wyodrębniania konkretnych świadczeniobiorców, np. uzależnienie od świadczeń i stygmatyzację, czy też ze względu na wysokie koszty administracyjne działania wybiórczego.

Uznanie adresowania interwencji państwa do wskazanych grup ludności, zapoczątkowane w latach 80. XX w., miało wiele przyczyn, opisanych już w literaturze przedmiotu. Przywołuje się szczególnie często praktykę działania Banku Światowego, który w swej polityce zwalczania ubóstwa na świecie (Peyre 2005) wymagał bardziej precyzyjnego wskazywania adresatów działań pomocowych.

Orientacja polityki społecznej na działania wobec określonych grup stała się podstawą formułowanej tezy o zasadniczej zmianie paradygmatu w polityce społecznej, w której chodzi o wyższą efektywność wydatkowanych środków publicznych i wzrost indywidualnej odpowiedzialności, a w konsekwencji — o ograniczanie świadczeń społecznych (Pierson 1994). Adresowanie świadczeń sprowadzało się bowiem do selekcionowania grup uzyskujących niskie dochody<sup>2</sup>, zaś polityka społeczna — głównie do zwalczania skrajnego ubóstwa. Grupy te zostały nazwane grupami wrażliwymi (*vulnerable groups*) (Larkin 2009), czyli bardziej podatnymi na deprivację potrzeb, ubóstwo i wykluczenie społeczne.

Problem adresowania interwencji państwa jest jednak znacznie szerszy i dotyczy wielu obszarów działań społecznych. Wykazała to debata wokół tematu świadczenia uniwersalne czy adresowane (*universalizm versus targeting*). Nawet jeśli nie wchodzi się w ten spór, często mający charakter ideologiczny, warto szerzej rozważyć problem adresowania polityki społecznej, nie ograniczając się do zwalczania ubóstwa i wykluczenia społecznego, kiedy adresowanie związane jest głównie z kryterium posiadanych dochodów (i ewentualnie majątku). Przesłanką szerszego podejścia jest oddziaływanie na warunki i czynniki skutecznego i wyrównanego zaspokajania potrzeb ludzkich, a nie na bezpośrednie wspomaganie ludzi. U podłoża tego podejścia leży koncepcja Amartyi Sena (2003)

---

<sup>2</sup> W USA dyskusja na temat adresowania (*targeting*) programów socjalnych wydobyła na światło dzienne niechęć do wspomagania grup, które są wprawdzie biedne, ale zdemoralizowane i będące złym przykładem dla innych (Schuck, Zeckhauser 2006).

zwana *capability approach*, której sens, w dużym skrócie ujmując, polega na tworzeniu możliwości takiego życia, aby samodzielnie i z własnymi preferencjami określać swą drogę życiową. Możliwości (*capability*) w pracach Sena nie ograniczają się do równych szans w sensie równych praw i równego dostępu, lecz do wyrównanych warunków życia, które realnie umożliwiają równe korzystanie i uczestnictwo<sup>3</sup>. Filozofia społeczna Sena ma wiele wspólnego z obecnie lansowaną w Unii Europejskiej koncepcją inwestycji społecznych<sup>4</sup>. Chodzi w niej o takie przeorientowanie polityki społecznej, aby jej działania miały sens inwestycyjny, aby były zorientowane bardziej na rozwój, na przyszłość, a w mniejszym stopniu na konsumpcyjne i bieżące wspomaganie, aby wzmacniały potencjał ludzi poprzez usługi edukacyjne i zdrowotne oraz bardziej mobilizowały do aktywności, niż dystrybuowały bieżące dochody.

Mobilizujące podejście w polityce społecznej wymaga pogłębionego rozpoznania warunków życia i przyczyn trudnej sytuacji różnych grup ludności, wyjaśnienia powodów ich „słabości” oraz wskazania możliwości samodzielnego wychodzenia z trudności. To dopiero pozwala na uzasadnienie i polityczną akceptację ukierunkowanej podmiotowo interwencji państwa. To, jakie grupy ludności stają się podmiotem badań i obserwacji, a następnie interwencji państwa, ma zasadnicze znaczenie dla możliwości wcielania w życie postulowanych koncepcji społecznych. Koncepcja inwestycji społecznych pasuje do wyróżniania grup ludności w cyklu życia człowieka. Z jednej strony dlatego, że grupy początkowe (najmłodsze) w sposób całkowity stanowią obiekt działań inwestycyjnych (edukacja i zdrowie dla dzieci i młodzieży), a działania inwestycyjne wobec innych (starszych) stanowią podstawę wzrostu ich aktywności i samodzielności.

Celem prezentowanego artykułu jest rozwinięcie argumentów na rzecz prowadzenia polityki społecznej ukierunkowanej na grupy ludności w perspektywie cyklu życia. Rozważania obejmują następujące grupy:

- dzieci,
- młodzież,
- wybrane grupy dorosłych (kobiety, niepełnosprawni),
- starsi.

---

<sup>3</sup> Aby przybliżyć rozumowanie Sena, warto odnieść się do przykładu czynników determinujących zdrowie. Otóż udowodniono (w badaniach na temat społecznych determinant zdrowia), że efekty korzystne dla zdrowia populacji (dłuższe życie dobrej jakości) przynosi w pierwszym rzędzie kompleksowa poprawa warunków życia, obejmująca zarówno środowisko naturalne, jak i warunki pracy, warunki mieszkaniowe, edukację oraz konsumpcję. To złe warunki życia stanowią największe ryzyko gorszego zdrowia populacji. Ten rodzaj myślenia przyczynił się do postulowania przez Komisję Europejską hasła „zdrowie we wszystkich politykach” i następnie działań w tym kierunku.

<sup>4</sup> Koncepcja inwestycji społecznych opisana w latach 80. w USA (Bruyn 1987), dowartościowana w teście Anthony’ego Giddensa na temat trzeciej drogi w Wielkiej Brytanii (1998) i promowana przez wielu europejskich ekspertów w dziedzinie polityki społecznej (Esping-Andersen 2002; Hemerijck 2013), została przyjęta do nowej strategii polityki społecznej w UE (European Commission 2013).

Kryterium cyklu życia jest uzasadnione zarówno biologicznie, jak i społecznie. Perspektywa biologiczna wskazuje na specyficzne potrzeby i zróżnicowaną kondycję ludzką na różnych etapach życia, a perspektywa społeczna — na warunki i możliwości zaspokojenia potrzeb na tych etapach. Gdy na danym etapie życia nie są zaspokajane ważne rozwojowo potrzeby ludzkie, to wpada się w trudności życiowe, utrudniające lub uniemożliwiające społeczną integrację (życie w głównym nurcie) i ograniczające samodzielne pokonywanie problemów oraz szanse na lepsze życie w przyszłości.

W prezentowanym przeglądowym artykule odwołuję się do przesłanek teoretycznych o interdyscyplinarnym charakterze: społecznym, biologicznym i ekonomicznym. W rezultacie Czytelnik znajdzie w tym tekście charakterystykę potrzeb nie tylko socjalnych, ale także zdrowotnych i związanych z dostępem do pracy. Rozważania dotyczą też praktyki działań wobec wyróżnionych grup ludności, opierając się na doświadczeniach zarówno krajowej polityki społecznej, jak i szerzej — polityki społecznej Unii Europejskiej.

### *Polityka społeczna wobec dzieci*

Dzieci<sup>5</sup> nie zawsze były oczywistą grupą adresowanej wprost interwencji państwa. Można nawet twierdzić za niektórymi autorami (np. Hendrick 2005), że prowadzenie polityki społecznej wobec dzieci jest działaniem relatywnie nowym, bo upowszechniło się dopiero w XX w. Wcześniej uznawano, że dzieci należą wyłącznie do rodziców, jeśli zaś tych zabrakło lub ewidentnie nie radzili sobie z ich wychowaniem bądź je wykorzystywali, to prawo do interwencji i wsparcia należało do organizacji religijnych oraz filantropijnych. Dopiero w czasach współczesnych pojawiło się przekonanie, że rozwoju dzieci nie można pozostawić w sferze prywatnej i powierzyć wyłącznie rodzicom.

Pierwsze interwencje państwa ukierunkowane na dzieci były adresowane do ich rodziców. Polegały raczej na upowszechnianiu zasad higienicznego i tak zwanego dobrego wychowania niż na bezpośrednim działaniu na rzecz zaspokajania potrzeb dzieci. Obecnie proporcje oddziaływania są wyrównane; adresowane zarówno bezpośrednio do dzieci, jak i do rodziców. Gdy adresowane są bezpośrednio do dzieci, to rola państwa jest większa.

Jakie argumenty stoją za akceptowaniem większego udziału państwa w zaspokajaniu potrzeb rozwojowych dzieci?

Pierwszy i najpoważniejszy argument ma charakter biologiczny. Okres dzieciństwa jest w rozwoju człowieka niezwykle intensywny biologicznie. Rozwija się mózg i ciało, kształtują zachowania, emocje i relacje. To wymaga szczególnej obecności oraz kompetencji rodziców — nie tylko dostarczających zasobów, ale także rozumiejących potrzeby rozwojowe i je zaspokajających. Zagrożenie dzieci deficytami w realizacji potrzeb jest szczególnie niebezpieczne dla rozwoju populacji i społeczeństwa. Rodzice nie zawsze posiadają odpowiednie zasoby i dostateczne kompetencje, aby temu sprostać.

---

<sup>5</sup> Przyjmuję, że o dzieciach mówimy do momentu dojrzewania, czyli do osiągnięcia wieku 12–13 lat. Jest to też okres do zakończenia szkoły podstawowej.

Już w okresie płodowym potrzebna jest opieka. Z tego wynikają regulacje i działania na rzecz ochrony kobiet w ciąży. Następnie interwencje dotyczą rozwoju niemowlęcia — jego prawidłowego odżywiania, higieny, profilaktyki zdrowotnej, zaspokajania potrzeb poznawczych oraz emocjonalnych. Działania te tradycyjnie są domeną zdrowia publicznego.

Polityka społeczna wkracza w życie rodziny, gdy oboje rodzice są aktywni na rynku pracy. Państwo wspiera godzenie pracy zawodowej z życiem rodzinnym. Formy tego wsparcia są istotnie różne. Najbardziej przez rodziny pożądane są dobre instytucje opieki nad małym dzieckiem: żłobki i przedszkola. Instytucje te pełnią też istotne funkcje edukacyjne i socjalizacyjne. W wielu krajach, także w Polsce, zawsze istniały kłopoty z rozwojem tych instytucji, a ich źródłem był zarówno niedostatek wsparcia społecznego, jak i brak preferencji politycznych dla ich rozwoju.

Najsilniejsze interwencje państwa dotyczą sytuacji, gdy dzieci nie mają rodziców, zostały osierocone, odebrane lub — co gorsza — odrzucone. Instytucje państwowe przejmują wtedy wychowanie dziecka. Nie jest to rozwiązanie akceptowane. Poszukuje się raczej innej rodziny, która by mogła i chciała zająć się dzieckiem. W tym względzie ścierają się różne koncepcje tzw. pieczy zastępczej.

Współcześnie zasadniczym argumentem za interwencją państwa są powszechne prawa dziecka do dobrego rozwoju, tak jak prawa dorosłych. Mimo że dziecko aż do czasów pełnoletności jest reprezentowane przez rodziców lub wyznaczonych prawnie opiekunów, to konwencja ONZ o prawach dziecka<sup>6</sup> czyni je podmiotem wielu działań na jego rzecz. Dwie sfery są szczególnie silnie regulowane i wspierane: sfera zdrowia i ograniczanie ubóstwa materialnego.

Zdrowie, które jest podstawą rozwoju fizycznego oraz psychicznego, wymaga bezwzględnego przestrzegania kilku zasadniczych warunków ujmowanych w następujący blok potrzeb dzieci.

Blok potrzeb zdrowotnych małych dzieci nawiązuje do koncepcji hierarchii potrzeb Masłowa. Na dole tej hierarchii znajdują się potrzeby podstawowe, a na samej górze potrzeba (i cel jednocześnie) dobrostanu, której zaspokojeniu towarzyszy poczucie własnej wartości i tożsamości. Zaspokojenie wielu z tych potrzeb zależy od warunków, jakie tworzone są przez państwo, do którego należy przede wszystkim zorganizowanie w pełni dostępnej opieki zdrowotnej dla dzieci. Państwo (zarówno rządy, jak i samorządy terytorialne) spełnia istotną rolę w prowadzeniu instytucji zdrowia publicznego oraz edukacji

---

<sup>6</sup> Konwencja o Prawach Dziecka została przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 20 listopada 1989 r. Jednak już wcześniej „potrzeba otoczenia dziecka szczególną troską została wyrażona w Genewskiej Deklaracji Praw Dziecka z 1924 r. oraz Deklaracji Praw Dziecka przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne 20 listopada 1959 r. i uznanej w Ogólnej Deklaracji Praw Człowieka, w Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych (w szczególności w artykułach 23 i 24), w Międzynarodowym Pakcie Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (w szczególności w artykule 10), jak również w statutach i stosownych dokumentach wyspecjalizowanych agencji i międzynarodowych organizacji zajmujących się zapewnieniem dobrobytu dzieciom” (z preambuły Konwencji).

zdrowotnej rodziców. Samodzielna rola rodziców ma zasadnicze znaczenie w sferze emocjonalnej. Miłości rodziców, niezbędnej dla zdrowego rozwoju psychicznego dziecka, nie zastąpi żadna instytucja. Nie oznacza to jednak, że w dobrze zorganizowanym państwie opiekuńczym rodzice nie mają innych powinności. Ich zadaniem jest ograniczanie ryzyka, przez tworzenie warunków bezpieczeństwa fizycznego i zdrowotnego dzieci i ochranianie ich przed zagrożeniami z zewnątrz.

**Rysunek 1. Blok potrzeb rozwojowych dziecka**



Źródło: opracowanie własne na podstawie Underdown (2007).

Dla polityków społecznych podstawowe zakresy działalności adresowanej do dzieci odnoszą się do kwestii dobrostanu materialnego i zaspokojenia potrzeb, wymagających instytucji zabezpieczenia społecznego. Wydawałoby się, że problem ten nie dotyczy już krajów rozwiniętych, a przede wszystkim europejskich, w których przeciętny poziom życia jest relatywnie wysoki i wyrównany. Tymczasem także w Europie mamy do czynienia z ubóstwem dzieci, i to większym niż przeciętne ubóstwo w całym społeczeństwie. Jak ukazują to statystyki europejskie, tylko w krajach skandynawskich, w Niemczech i w Słowenii stopa ubóstwa dochodowego rodzin z dziećmi<sup>7</sup> jest niższa niż wskaźnik przeciętny

<sup>7</sup> Statystyka ubóstwa bazuje na danych pochodzących z krajowych badań budżetów rodzinnych lub europejskich badań dochodów i warunków życia (EU Sile). Na ich podstawie nie jest możliwe przyporządkowanie dochodów i wydatków konkretnym osobom w gospodarstwie domowym.

(UNICEF 2012). W pozostałych krajach europejskich poziom ubóstwa dzieci jest wyższy niż wskaźnik przeciętny. Szczególnie wysoka i niekorzystna różnica między wskaźnikami dotyczy Rumunii, Włoch oraz Polski.

Z czego wynika ta niekorzystna różnica między wskaźnikami ubóstwa rodzin z dziećmi a wskaźnikami przeciętnymi dla danego kraju? Na zjawisko to składają się typowe prawidłowości rozwoju poziomu życia w cyklu życia ludzi. Młodzi, będący w fazie tworzenia rodziny i prokreacji, nie mają jeszcze stabilnych i wysokich dochodów. Pokolenia starsze są zamożniejsze. Jeżeli w danym kraju nie jest prowadzona polityka redystrybucji dochodów na rzecz rodzin z dziećmi, to takie rodziny są zagrożone ryzykiem ubóstwa. Wyższy od przeciętnego wskaźnik ubóstwa rodzin z dziećmi wynika także z trudniejszej sytuacji młodych ludzi na rynku pracy, co jest charakterystyczne dla Polski oraz krajów Europy Południowej: Portugalii, Hiszpanii, Grecji i Włoch. Wskaźniki deprivacji potrzeb<sup>8</sup> dzieci są szczególnie wysokie w rodzinach, w których nikt z dorosłych nie ma płatnej pracy. Dotyczy to zwłaszcza nowych krajów członkowskich — w Polsce i w Czechach wskaźniki oscylują wokół 50 proc., a w Rumunii, która jest w tym rankingu na samym końcu — 96 proc. (!).

Sytuację dzieci bardzo istotnie poprawia dobry rynek pracy i odpowiednia polityka dotycząca zatrudniania młodych ludzi — ich rodziców. Prowadzona od pewnego czasu w wielu krajach europejskich polityka tzw. elastycznego rynku pracy uderza negatywnymi konsekwencjami przede wszystkim w młodych ludzi; z tego powodu poziom ich życia ulega relatywnemu pogorszeniu, a perspektywy dalszego życia, w tym życia rodzinnego, nie jawią się jako stabilne.

Polityka państwa wobec dzieci obejmuje także troskę o ich rozwój intelektualny oraz dobrą edukację. Interwencja państwa w tej dziedzinie obejmuje przede wszystkim wczesny obowiązek szkolny. W Wielkiej Brytanii już od 1870 r. obowiązująca Ustawa Szkolna nakazywała posyłanie dzieci do szkoły w wieku 5–13 lat. Natomiast w Polsce rozwój intelektualny dzieci nie był przedmiotem dostatecznej troski władz krajowych. Nawet w okresie realizacji czterech wielkich reform społecznych (1999 r.) ograniczono się do wprowadzenia modelu organizacyjnego szkolnictwa podstawowego i średniego analogicznego jak w starych krajach UE, obniżając wymagania programowe w zakresie treści jako zbyt obciążające dzieci i niewłaściwe ze względu na potrzebę kształtowania przede wszystkim umiejętności. Antyintelektualny kierunek wprowadzanych zmian do systemu edukacji doprowadził do tego, że wyeliminowano z programu przedmioty artystyczne i ograniczono program nauczania matematyki. W zamian wprowadzono obowiązek nauczania religii lub etyki. Z trudem utrzymano godziny wychowania fizycznego.

---

<sup>8</sup> Wskaźniki deprivacji potrzeb — to nowy rodzaj wskaźników stosowanych w badaniach Eurostatu na podstawie danych zbieranych w ramach EU Silc; wśród wyróżnionych dziewięciu rodzajów potrzeb niektóre są szczególnie istotne dla rozwoju dzieci, np. ciepły posiłek z rybą czy mięsem co drugi dzień, ogrzewane mieszkanie, wyjazd (co najmniej dwutygodniowy) na wakacje (Notten, Roelen 2011).

Pod koniec dekady zmieniło się nastawienie władz rządowych wobec programu kształcenia dzieci. Częściowo przywrócono likwidowane wcześniej przedmioty i zapowiedziano powszechny obowiązek szkolny od sześciu lat. Jednak antyedukacyjne demonstracje rodziców wydłużyły okres implementacji. Wydaje się, że wśród młodych rodziców dominuje wizja długiego i zabawowego dzieciństwa jako istotnej wartości społecznej. Równolegle jednak pojawiały się obywatelskie inicjatywy zachęcające do promowania rozwoju intelektualnego — wyrabiania nawyku czytania (np. akcja „Cała Polska czyta dzieciom”) czy fundowania stypendiów dla uzdolnionych dzieci z biedniejszych środowisk oraz nagradzania w licznych konkursach naukowych dla dzieci.

Strategia dotycząca rozwoju dzieci wymaga prowadzenia debaty na temat trudnych zjawisk związanych z rewolucją w formowaniu się rodziny innej niż tradycyjna: rodziny rekonstruowanej, bez małżeństwa, samotnego rodzicielstwa, z jedнопłciowymi partnerami, z dziećmi poczętymi metodą *in vitro*, urodzonymi przez surogatki... Istotne w tej debacie jest to, aby interes dzieci nie zniknął z pola widzenia pod wpływem niezgody na zmiany, które i tak się dokonują. Jak to ujął A. Giddens (2007), rewolucja w sferze miłości i prokreacji jest największą w epoce ponowoczesności (Giddens 2007), chociaż niekiedy nie nazywana i nie ujawniana.

Polityka społeczna państwa wobec dzieci ma do dyspozycji poważny instrument, tj. konwencję ONZ o prawach dziecka, która znalazła odbicie także w polskiej Konstytucji z 1997 r. Na straży tych praw stoi Rzecznik Praw Dziecka. Nie zmienia to faktu, że nie opracowano w Polsce kompleksowej strategii dotyczącej dobra dzieci. Można by powiedzieć, że skoro dziecko jest przede wszystkim dobrem rodziny, to taka strategia powinna być składnikiem polityki rodzinnej. Także w tej dziedzinie nie zostały nawet określone kierunki kompleksowej strategii. Ekspertki organizowali i organizują alarmujące konferencje na temat sytuacji dzieci (np. IPISS 1999, Komitet Nauk o Pracy i Polityce Społecznej PAN wraz z Rzecznikiem Praw Dziecka 2009), ale choćby tylko zarysu odpowiedniej polityki nie można jeszcze uzgodnić. Istotą sporu są różnice światopoglądowe w kwestiach prokreacji oraz wychowywania dzieci. W sprawach najtrudniejszych interweniują organizacje pozarządowe (np. Fundacja Rozwoju Dzieci im. Jana Amosa Komeńskiego czy Fundacja Dzieci Niczyje) oraz lokalna pomoc społeczna. Brak wspólnej polityki wobec dzieci osłabia preferencje dla dzieci w alokacji środków publicznych, co wpływa na niesatysfakcjonujące nikogo i zawstydzające każdego, bardzo wysokie wskaźniki ubóstwa i deprivacji potrzeb dzieci w Polsce.

### ***Polityka społeczna wobec młodzieży***

Młodzież<sup>9</sup> należy do tej grupy ludności, która w ciągu niecałej dekady swego życia ulega zasadniczej przemianie, przechodząc z fazy dzieciństwa do dorosłości. Dziecko dorasta

---

<sup>9</sup> Pojęciem młodzieży obejmuje się populację osób, które weszły w okres dojrzewania i stały się dorosłe; zwykle jest to przedział wieku od momentu ukończeniu szkoły podstawowej aż do momentu ukończenia edukacji na poziomie wyższym. W statystykach międzynarodowych, wzorem



biologicznie i z trudem panuje nad zachodzącą w nim przemianą. Zmienia się ciało, kształtuje się zdolność do funkcji prokreacyjnych i na tym tle budzą się potrzeby seksualne oraz wzrastają potrzeby emocjonalne. Pojawiają się silne potrzeby poznawcze i związane z określaniem własnej tożsamości. Kiedy ciekawość świata i doznań jest szczególnie duża, istnieje większa podatność na destrukcyjne wpływy środowiska, wzrasta zagrożenie uzależnieniami, przestępczością, przedwczesnym i niebezpiecznym życiem seksualnym.

Nastoletni okres w życiu człowieka ma szczególne znaczenie w kształtowaniu jego zdrowia somatycznego i psychicznego. Zagrożeniem dobrego zdrowia somatycznego jest złe odżywianie się oraz ograniczenia aktywności fizycznej, a także podatność na wypadki i urazy oraz choroby zakaźne (w tym — przenoszone drogą płciową). Poważne konsekwencje zdrowotne ma podejmowanie takich ryzykownych zachowań, jak palenie papierosów, nadużywanie alkoholu oraz sięganie po narkotyki.

Dla dobrego zdrowia psychicznego nastolatków istotne znaczenie mają przede wszystkim dobre relacje z rówieśnikami oraz przyjazna atmosfera szkolna. Jako że rodzice tracą w tym okresie autorytet (Juul 2013), to wzrasta podatność na wpływy środowiska zewnętrznego, co może prowadzić do wielu niepożądanych, a nawet dramatycznych skutków. Umiejętne wsparcie rodziców (balansowanie między kontrolą i respektowaniem prawa do niezależności) i dobra komunikacja w rodzinie są podstawą wyjścia obronną ręką z trudności psychicznych adolescencji.

W nastoletnim okresie życia człowieka zwiększają się obowiązki związane z edukacją. Trzeba skończyć szkołę średnią, która może być podstawą zdobycia kwalifikacji i dobrego wejścia na rynek pracy. Może też być przepustką do dalszej edukacji — na poziomie wyższym. Ryzyko braku możliwości dalszej edukacji jest najpoważniejszym zagrożeniem z punktu widzenia szans dobrego zabezpieczenia materialnego w dorosłym życiu.

Młodzież jest także zagrożona ubóstwem i wykluczeniem społecznym bardziej niż przeciętnie czy niż osoby dorosłe. Jest to tendencja uniwersalna, ale jednocześnie specyficzna dla regionu Europy Środkowej i Wschodniej. Transformacja ku gospodarce rynkowej zwiększyła zagrożenia rozwoju młodych ludzi ze względu na radykalne zmiany wartości społecznych (wzrost wartości indywidualistycznych i materialistycznych) oraz pewną destabilizację wszystkich instytucji stanowiących tradycyjne oparcie dla osób dorastających, a głównie rodziny i szkoły. To stało się nawet podstawą potwierdzenia tezy badaczy amerykańskich o porzuconej generacji (Szafraniec 2009, Tarkowska 2009).

Młodzi ludzie mogą być grupą wykorzystywaną: do nadmiernej pracy, do zajęć domowych i opiekuńczych ograniczających szanse edukacyjne, emocjonalnie uzależnianą i seksualnie wykorzystywaną.

---

propozycji ONZ, za wiek młodzieżowy przyjmuje się okres od 15. do 24. roku życia, z wyróżnieniem dwóch podokresów, obejmujących lata 15–18 i 19–24. W niektórych raportach, które opisują sytuację młodzieży w krajach rozwijających się, próg wejścia w ten okres obniża się do 12 lat (np. w raportach Banku Światowego), a nawet do lat dziesięciu (w niektórych pracach Unicef) (za: UNFPA 2008). Z kolei w ostatnich raportach UE proponuje się, aby do diagnozowania sytuacji oraz programowania działań używać kategorii „ludzie młodzi” i stosować przedział wieku 15–29.

Rola państwa, czyli regulacji i instytucji, w nastoletnim okresie życia ludzi jest szczególnie. Młodzież podlega bowiem kilkowymiarowej transformacji instytucjonalnej: (a) przechodzi z jednej szkoły do drugiej i wchodzi na rynek pracy, (b) wychodzi z rodziny pochodzenia i stara się zawiązać/zawiązuje rodzinę własną, (c) opuszcza rodzinne lokum i mieszka samodzielnie. Polityka społeczna państwa wobec młodzieży ukierunkowana jest na tworzenie możliwości i warunków korzystnej transformacji w każdym z instytucjonalnych wymiarów.

Transformacja instytucjonalna, jakiej poddana jest młodzież, zmieniała się istotnie w ciągu ostatnich dwóch–trzech dekad. Zmiana ta polega na wydłużeniu okresu przebywania w szkole i w domu rodziców oraz na wzroście trudności z wejściem na rynek pracy. W spokojniejszych czasach, gdzieś do końca lat 70., okres przebywania w szkole był krótszy, a szkoła była bardziej zorientowana na zdobycie zawodu i szybkie podjęcie zatrudnienia. Zmiana ścieżek życia młodzieży dokonuje się od końca XX w. Nie jest to zmiana powszechna, ponieważ część młodzieży nadal podąża tradycyjną ścieżką wchodzenia w dorosłość. Duża część z kolei nie daje sobie rady z wydłużoną edukacją i nie wchodzi w odpowiednim czasie na rynek pracy lub wchodzi na najgorszy jego segment. Inna część wchodzi w dorosłość, z sukcesem podejmując edukacyjne i zatrudnieniowe wyzwania współczesności, ale w sferze prywatnej nie wchodzi w trwałe związki i nie zakłada rodziny. Z tego powodu niektórzy autorzy, zajmujący się okresem nastoletnim w rozwoju człowieka, piszą o tzw. pękniętej transformacji instytucjonalnej (*fractured transition*).

Mimo tej istotnej zmiany we wchodzeniu w dorosłość, państwo nie prowadzi aktywnej polityki społecznej wobec młodzieży, a nawet niekiedy grupa ta jest politycznie ignorowana. Tylko w niektórych krajach europejskich, np. w Wielkiej Brytanii (Jones 2009), czy w Niemczech<sup>10</sup> powstały specjalne programy i podjęte zostały odpowiednie działania. W Polsce w Zespole Doradców Strategicznych Prezesa Rady Ministrów opracowany został dokument pt. *Młodzi 2011* (Boni, Szafranec 2011). Był to dokument pokazujący aspiracje i trudności życiowe młodej generacji we współczesnych uwarunkowaniach, znacznie odbiegających od warunków życia generacji ich rodziców. Nie miał charakteru kompleksowej diagnozy sytuacji młodych ludzi w Polsce ani też wstępnego programu. Stanowił raczej przykład socjologicznego eseju, uświadamiającego zarówno oczekiwania i ambicje, jak i uniwersalne oraz specyficzne problemy życiowe młodych ludzi w Polsce. Dobrze spełnił rolę dokumentu wstępnego<sup>11</sup>, będącego wkładem do długookresowej strategii „Polska 2030”. Reakcja na ten tekst nie była jednoznacznie akceptująca. Młodzi na forach internetowych krytykowali go za brak konkretów w sytuacji ogromnych trudności, z jakimi borykają się w Polsce (zwł. brak pracy, mieszkań, nieprzyjazna polityka rodzinna).

---

<sup>10</sup> Eigenständige Jugendpolitik w Niemczech — <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Kinder-und-jugend/eigenstaendige-jugendpolitik.html>

<sup>11</sup> W Radzie Europy w 2009 r. przygotowano rodzaj przewodnika (podręcznika), służącego opracowaniu strategii wobec młodzieży (Denstad 2009), który w opracowaniu polskiego dokumentu w zasadzie nie został wykorzystany.

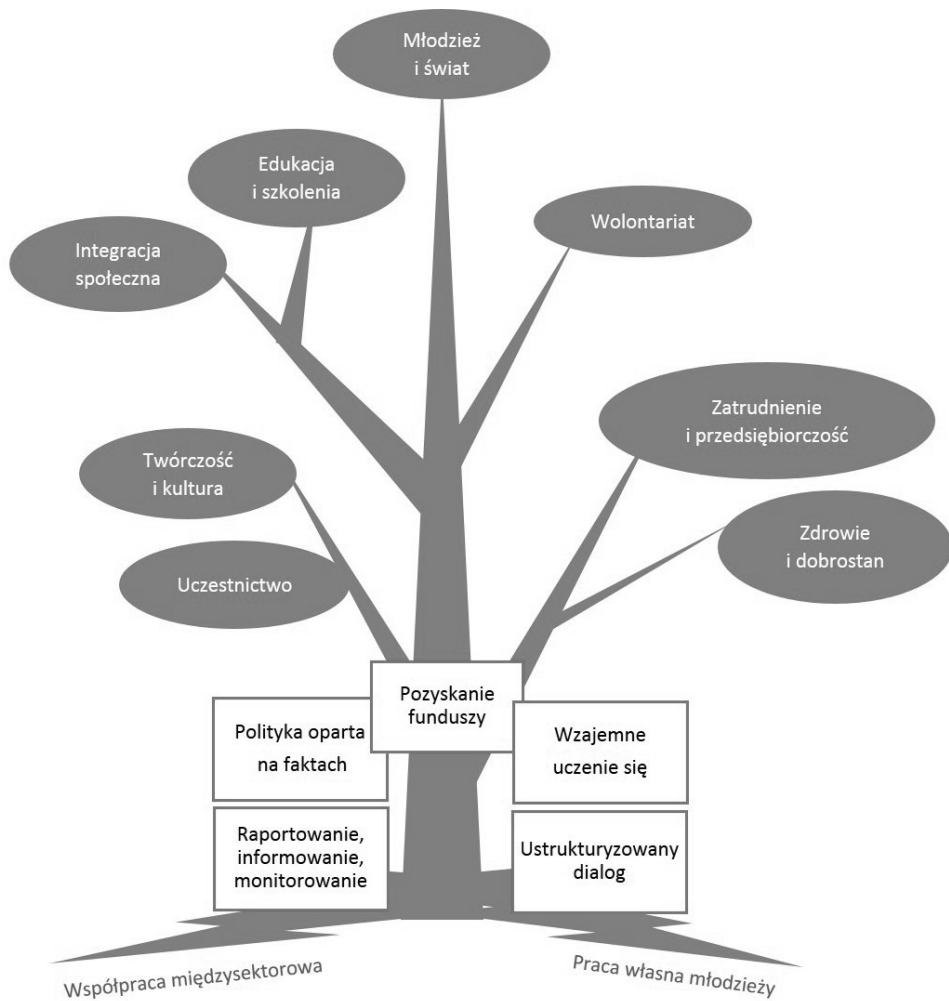
Z kolei zasadnicza teza tego dokumentu, mówiąca o niezbędnej — z punktu widzenia dalszego rozwoju kraju — wymianie pokoleniowej, została przyjęta przez starszych jako kontrowersyjna w sytuacji konieczności wydłużenia ich aktywności zawodowej. Ten brak akceptacji dokumentu przyczynił się zapewne do zmarginalizowania debaty o roli młodych ludzi w polskim społeczeństwie. Mimo to w sprawozdaniach Komisji Europejskiej dokument ten był traktowany jako rządowa strategia polityki społecznej wobec młodzieży (European Commission 2012).

Polityka społeczna wobec młodzieży — jako polityka szczególna — również w innych krajach nie była dostatecznie akceptowana, także z powodu zróżnicowanego ideologicznie opisu dokonujących się zmian. Wydłużona edukacja oraz późniejsze i niestabilne wchodzenie na rynek pracy były traktowane z jednej strony jako wyraz wolności, wzrostu możliwości wyboru ścieżki życia w dobie intensywnych zmian technologicznych oraz globalizacji. Z drugiej natomiast — jako niebezpieczna droga rozwoju, która ogranicza szanse na normalne życie, jako nowa determinanta nierówności strukturalnych, spychająca znaczną część młodej generacji na stałe w świat prekariatu. Debata na ten temat prezentowana w literaturze socjologicznej i psychologicznej (zwl. Beck 1992, Arnett 2004, Bynner 2005,) doprowadziła jednak do pewnej reakcji w zakresie *policy* — przede wszystkim na poziomie Komisji Europejskiej. Pod koniec pierwszej oraz na przełomie pierwszej i drugiej dekady ukazały się raporty analizujące sytuację (European Commission 2009, Schild, Wiliamson, Wicke i Lambert 2014). Komisja Europejska zaplanowała włączyć strategię na rzecz młodzieży (*Strategy for Youth — Investing and Empowering*) do wspólnych strategii europejskich opartych na metodzie otwartej koordynacji, mobilizując kraje członkowskie do inwestowania w edukację oraz do stymulowania rozwoju społecznych i odpowiedzialnych zachowań młodych ludzi, którzy w dodatku będą musieli sprostać znacznie trudniejszym wyzwaniom przyszłości w porównaniu z pokoleniem ich rodziców.

Plany w tej dziedzinie nie nabrały dostatecznej mocy. Usprawiedliwieniem był globalny kryzys finansowy i ekonomiczny. Prace jednak nadal się toczyły. W 2010 r. opracowano zestaw wskaźników diagnozujących sytuację młodzieży. Wskaźniki te, jak to zakłada metoda otwartej koordynacji, są także podstawą wyznaczania wspólnych celów. Wskazano osiem domen (patrz poniżej — osiem gałęzi drzewa celów). Powstały też programy zorientowane na niektóre kierunki europejskiej polityki wobec młodzieży, której flagowym przykładem jest program mobilności młodzieży (*Youth on the Move*).

Zaczęto pracować nad kompleksową strategią, której wyrazem był tzw. raport o młodzieży — *Youth Report* (European Commission 2012), zawierający generalne wskazówki do działania. Syntetycznie prezentuje je poniższe drzewo celów i aktywności.

Rysunek 2. Drzewo celów i wielosektorowych działań wobec młodzieży



Źródło: na podstawie *EU Youth Report* (European Commission 2012).

Tabela 1. Wskaźniki sytuacji młodzieży zdefiniowane i zebrane przez Eurostat (2012)

L.p.	Wskaźniki	EU (28)	Polska	Źródło
I	<b>Kontekstualne</b>			
1.	Populacja młodzieży (różne struktury)			
2.	Udział młodych w wieku 15–29 w całej populacji (2013) (w proc.)	17,9	21,0	Eurostat
3.	Przeciętny wiek opuszczania domu rodzinnego w latach	26,2	28,5	LFS
II	<b>Edukacja</b>			LFS
1.	Opuszczający szkołę przed jej ukończeniem (w proc.)	12,7	5,7	
2.	Posiadający wykształcenie wyższe wśród populacji w wieku 30–34 lata (w proc.)	37,0	40,0	
3.	Młodzi w wieku 20–24 posiadający maturę (w proc.)	81,0	90,0	
4.	Uczniowie uczący się co najmniej dwóch języków obcych na trzecim poziomie edukacji (w proc.)	50,0	70,0	
III	<b>Zatrudnienie i przedsiębiorczość</b>			LFS
1.	Stopa bezrobocia młodych w wieku 15–29 (w proc.) (2013)	9,4	19,0	
2.	Stopa bezrobocia długookresowego młodych w wieku 15–29 (w proc.)	7,1	6,8	
3.	Współczynnik bezrobocia młodych ludzi w wieku 15–29 (w proc.)	10,6	10,0	
4.	Młodzi zatrudnieni na czas określony w wieku 15–29 (w proc.)	31,6	50,6	
5.	Samozatrudnienie młodych			
6.	Młodzi nieuczący się i niepracujący (tzw. wskaźnik NEET) w wieku 15–29 (w proc.)	15,9	16,2	
IV	<b>Zdrowie i dobrostan</b>			EHIS
1.	Pałący papierosy w wieku 15–24 (w proc.)		15,5	
2.	Otyłość w wieku 15–24		2,7	
3.	Samobójstwa młodych w wieku 15–29 na 100 tys. osób (2010)	12,3	11,9	
4.	Stres		77,9	
5.	Wypadki drogowe w grupie wiekowej 15–24 (2008) (w proc.)		11,8	
V	<b>Integracja społeczna</b>			EU SILC
1.	Stopa ubóstwa młodych w wieku 15–29 (w proc.)	20,8	19,0	
2.	Deprywacja materialna w wieku 15–29 (w proc.)	10,1	13,7	

Tabela 1.

L.p.	Wskaźniki	EU (28)	Polska	Źródło
3.	Młodzi w wieku 15–29 żyjący w rodzinach z bardzo niską aktywnością zawodową (w proc.)	9,0	5,0	
4.	Samocena zaspokojenia potrzeb zdrowotnych młodych w wieku 16–29 (w proc.)	96,0	94,0	
VI	Partycypacja			ICT
1.	Korzystanie z internetu w celach komunikacji (interwencji) z władzami publicznymi w wieku 16–29 (2010) (w proc.)	26,0	18,0	
2.	Korzystanie z internetu w celu wymiany opinii i prowadzenia dyskusji (2010) (w proc.)	14,0	6,0	

Źródło: Eurostat 2012.

Stosunkowo dobrze rozpoznane pod względem statystycznym są dwie domeny: edukacja i praca. Traktowane są też jako dziedziny pierwszorzędne. Obraz sytuacji w Polsce na podstawie zaproponowanych wskaźników jest relatywnie dobry w dziedzinie edukacji i relatywnie zły w odniesieniu do spraw zatrudnienia. Przed wyzwaniem dotyczącym pracy dla młodych stoi także kilka innych krajów europejskich: Hiszpania, Portugalia, Włochy i Grecja. To powoduje, że podejmowane są też działania wspólne, zarówno w ramach OECD, jak i Unii Europejskiej. To może złagodzi problem niestabilnych umów o pracę, ale zapewne nie zmieni generalnego trendu niedostatecznej prozatrudnieniowej polityki gospodarczej w Polsce.

### *Dorośli w polityce społecznej*

Wielu autorów wyraża pogląd, że populacja dorosłych nie powinna stanowić *en bloc* grupy docelowej w działaniach polityki społecznej (np. Vaubel 1990). Ta największa grupa ludności, biologicznie i społecznie zdolna do działania, wolna i samodzielna, jest podstawą solidarnej redystrybucji na rzecz polityki społecznej: „dawania, a nie brania”. Jednak także wśród populacji dorosłych są grupy wymagające zbiorowej interwencji państwa. Zwykle wskazuje się dwie: kobiety i osoby niepełnosprawne.

### *Kobiety*

Mimo że kobiety stanowią biologicznie silną połowę ludzkości, to dotyczą je specyficzne problemy, które powodują, że są przedmiotem socjalnych i prawnych interwencji państwa. Pierwszy powód związany jest z funkcjami prokreacyjnymi kobiet, które wymagają ochrony i wsparcia.

Macierzyństwo chronione było od zarania dziejów, chociaż w sposób zbiorowy dopiero w czasach industrializacji. A wraz z masowym wyjściem kobiet ze sfery prywatnej

i wchodzeniem na rynek pracy, ochrona macierzyństwa stała się przedmiotem zarówno uniwersalnych, jak i lokalnych czy sektorowych regulacji. Warto przy tym zauważyć, że kobiety zawsze podejmowały pracę zarobkową, ale była to przede wszystkim praca w innych gospodarstwach domowych w charakterze służących, kucharek, opiekunek do dzieci czy guwernantek. W Polsce międzywojennej była to główna sfera pracy zarobkowej kobiet.

Wejście kobiet na formalny rynek pracy — do fabryk, administracji, do szpitali i szkół oraz różnego rodzaju usług bytowych — zasadniczo zmieniło ich sytuację i pozycję społeczną. Zaczęły podlegać ogólnym regulacjom podziału i rytmu pracy. Z jednej strony podejmowały wszystkie obowiązki zatrudnionych, a z drugiej — korzystały z przywilejów pracowniczych wywalczonych przez związki zawodowe. Jednak sytuacja kobiet w charakterze zatrudnionych nie była taka sama jak sytuacja mężczyzn. Powszechnie uzyskiwały niższe płace za tę samą pracę, a ścieżka ich awansu pracowniczego była trudniejsza niż mężczyzn. Dyskryminacja kobiet w tym obszarze była usprawiedliwiana ich mniejszym zaangażowaniem emocjonalnym w sprawy zawodowe ze względu na ich nadal istotną rolę w rodzinie i w gospodarstwie domowym. Gdy wraz ze wzrostem wymagań kwalifikacyjnych na rynku pracy, kobiety uzyskiwały dobre wykształcenie i dorównywały w tym kolegom z pracy, a nawet ich przewyższały, rosła świadomość dyskryminacji, która stała się podstawą uniwersalnych regulacji antydyskryminacyjnych, wyrównujących sytuację kobiet na rynku pracy. Nurt antydyskryminacyjny w polityce społecznej wobec kobiet był silnie eksponowany przez organizacje międzynarodowe, głównie ILO, czyli Międzynarodową Organizację Pracy, a w odniesieniu do krajów europejskich przez Radę Europy i — oczywiście — przez Unię Europejską.

Równoległe w ramach polityki rodzinnej rozwijał się nurt działań pozwalających kobietom na godzenie pracy zawodowej z życiem rodzinnym. Gdy zmieniał się model funkcjonowania rodziny oparty na pracy zawodowej mężczyzny — ojca (*breadwinner model*) i praca kobiet istotnie zwiększała dobrobyt rodziny, potrzebne były rozwiązania sprzyjające godzeniu zatrudnienia z rodzinną rolą kobiet, szczególnie w fazie opieki i wychowania małych dzieci. Z jednej strony rozwijały się instytucje opieki nad dziećmi, prowadzone zarówno przez pracodawców (żłobki i przedszkola zakładowe), jak i przez samorządy lokalne oraz podmioty państwowe. Z drugiej strony przyjmowane były takie rozwiązania dotyczące czasu i organizacji pracy, które pozwalały kobiecie na łatwiejsze łączenie pracy zawodowej z obowiązkami rodzinnymi, głównie przez możliwość zatrudnienia w niepełnym wymiarze czasu pracy. Polityka rodzinna adresowana jest coraz częściej także do mężczyzn — ojców, do czego istotnie przyczynił się ruch feministyczny.

Istotne wzmocnienie polityki społecznej uwzględniającej socjalne potrzeby oraz interesy kobiet nastąpiło wraz z akceptacją i wdrażaniem koncepcji emancypacyjnych, a w ostatnich latach — wraz z formułowaniem postulatów ruchu feministycznego. Zaowocował on badaniami znacznie rozszerzonymi w ramach *gender studies*, wskazującymi na specyficzne potrzeby kobiet w zakresie ochrony zdrowia, oraz ukazał zjawiska, na które kobiety są bardziej narażone niż mężczyźni, takie jak przemoc i ubóstwo.

Ruch emancypacyjny i feministyczny doprowadziły do istotnej zmiany politycznej w zakresie równouprawnienia płci. Szczególnie istotną rolę pełni tu Unia Europejska. W zapisach traktatu amsterdamskiego (1997) zawarte są elementy strategii nazwanej *gender mainstreaming*, które wprowadzają zasadę równości płci do polityki, instytucji oraz organizacji społecznych — jako zasadę obowiązującą w krajach członkowskich. Strategia ta eksponuje prawa polityczne i równe traktowanie w sferze ekonomicznej, przyjmując, że polityczne oraz ekonomiczne wzmocnienie kobiet (*empowerment*) zaowocuje istotną poprawą ich pozycji społecznej oraz warunków życia. To jednak wymaga czasu, a uwarunkowania kulturowe, obecne w polityce wielu krajów, znacznie utrudniają rozwój tendencji równościowych. Gøsta Esping-Andersen (2009) uważa, że równouprawnienie płci realnie nie dokonuje się jeszcze w wielu sferach, co powoduje, iż polityka społeczna wobec kobiet nie w pełni bierze pod uwagę zmienione role kobiet, a więc jest to — jego zdaniem — niedokończona rewolucja społeczna.

W Polsce polityka społeczna wobec kobiet realizowana jest w sytuacji ścierania się dwóch silnych nurtów. Pierwszy z nich to nurt tradycyjny (konserwatywny), znacznie silniejszy, w którym problemy i miejsce kobiet określa i rozwiązuje polityka rodzinna, eksponująca zadania prokreacyjne. Drugi — to nurt feministyczny, zorientowany na prawa polityczne i równość płci w sferze pracy. W rezultacie kobietę wspiera się w roli matki przez wydłużanie domowej opieki nad dzieckiem<sup>12</sup> i jednocześnie poprawia regulacje dotyczące wyrównywania wynagrodzeń oraz ścieżek awansu zawodowego. Konsekwencją tej polityki staje się pogłębienie nierówności w sytuacji kobiet: z jednej strony kobiet narażonych w przyszłości na ubóstwo w wyniku przerw w pracy i trudności godzenia ról rodzinnych z zawodowymi, a z drugiej — kobiet stabilnie zamożnych, korzystających z możliwości robienia kariery na równi z mężczyznami, które jeśli są także matkami, kupują usługi domowe i opiekuńcze na rynku lub mają dostęp do coraz bardziej skomercjalizowanych opiekuńczych instytucji publicznych.

### ***Osoby z niepełnosprawnością***

W polityce społecznej wyróżnia się kategorię osób niepełnosprawnych ze względu na ich specyficzne potrzeby, których zaspokojenie wymaga często znacznego wsparcia. Jako że niepełnosprawność nie jest ani osobniczą, ani biologiczną, ani społeczną cechą człowieka, to wymaga rozpoznania, aby pożądanе wsparcie było adekwatne do sytuacji i potrzeb. Stąd w polityce społecznej wobec osób niepełnosprawnych etap rozpoznania niepełnosprawności stanowi pierwszy i skomplikowany krok działania publicznego. Następnym krokiem — to ustalenie akceptowanych i skutecznych metod wsparcia, tak dla osób niepełnosprawnych, jak i dla społeczeństwa. Działania w tym zakresie także nie są proste. Niepełnosprawni stanowią grupę istotnie zróżnicowaną pod względem rodzaju i stopnia

---

<sup>12</sup> Stosunek do instytucji opieki nad małym dzieckiem w Polsce zawsze był pełen dystansu. Nawet prof. Antoni Rajkiewicz, zasłużony polski polityk społeczny, promował raczej witaminę M (matka i miłość), czyli pozostawianie matki małych dzieci w domu, niż rozwój żłobków.



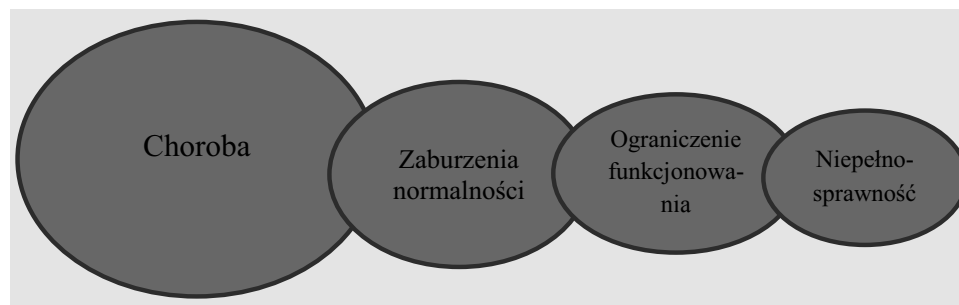
niepełnosprawności oraz możliwości wsparcia ze strony swego środowiska rodzinnego i lokalnego. Potrzebne byłoby podejście zindywidualizowane. Czy metody stosowane w polityce społecznej odpowiadają tym wymaganiom?

Rozważania prowadzone w tej części artykułu mają na celu uzyskanie odpowiedzi na postawione pytanie w odniesieniu do obydwu aspektów aktywności publicznej wobec osób niepełnosprawnych: rozpoznawania niepełnosprawności i problemów, z jakimi borykają się osoby niepełnosprawne, oraz wskazywanie pożądanych metod wsparcia.

Współczesne badania nad niepełnosprawnością prowadzą do tezy, że zjawisko to staje się coraz bardziej powszechne w późniejszej fazie dorosłego życia człowieka. Wprawdzie niepełnosprawność może wystąpić w każdym momencie życia, ale w związku z cywilizacyjnym rozwojem krajów i wzrostem dobrobytu ludności koncentruje się w drugiej połowie około 90-letniego życia współczesnego człowieka w świecie zachodnim. Głównym źródłem niepełnosprawności w zamożnych krajach UE są konsekwencje ciężkich chorób przewlekłych. Ich udział w powstawaniu niepełnosprawności wynosi ponad 80 proc., w Polsce jest niższy — ponad 60 proc. W rezultacie niższy jest we wspomnianych krajach udział wypadków i urazów, a przede wszystkim chorób genetycznych i chorób wczesnego dzieciństwa oraz urazów okołoporodowych. W Polsce udział tych dwóch ostatnich przyczyn jest znacznie wyższy; odpowiednio: wypadki i urazy — około 25 proc., choroby genetyczne, uszkodzenia okołoporodowe i choroby wczesnego dzieciństwa — 10 proc. (Golinowska, Sowa 2012).

Jako że długotrwała choroba stanowi główną przyczynę niepełnosprawności, o udziale rosnącym wraz z zamożnością kraju, to przyczynie tej poświęca się najwięcej badań i rozważań. Droga powstawania niepełnosprawności w wyniku choroby — zgodnie z nowym podejściem teoretycznym (Verbrugge, Jette 1994) — obejmuje cztery kolejne fazy: (a) pojawienie się choroby rozumianej jako naruszenie normalnego stanu organizmu (*pathology*), (b) zaburzenie normalnego działania organizmu (*impairment*), (c) pojawienie się ograniczeń w funkcjonowaniu człowieka (*functional limitation*), (d) pojawienie się ograniczeń w sprawowaniu ról życiowych i społecznych (*disability*). Prezentuje to poniższy schemat, zaczerpnięty z szeroko cytowanej pracy Saada Z. Nagi (1979).

**Rysunek 3. Mechanizm powstawania niepełnosprawności**



Źródło: na podstawie Nagi (1979).

Wraz ze zmianą struktury przyczyn niepełnosprawności zmieniło się badanie i opisywanie tego zjawiska. Środowisko eksperckie reprezentowane w WHO zmieniło sposób definiowania niepełnosprawności. Międzynarodowa klasyfikacja chorób i niepełnosprawności opracowana w 2001 r. (International Classification of Functioning, Disability and Health — ICF) uwzględnia nie tylko rozpoznawanie uszkodzenia określonego organu i w konsekwencji wskazywanie odstającego od normy działania organizmu człowieka, ale także wynikające z tego ograniczenie funkcji życiowych i możliwości pełnienia ról społecznych. To podejście, zwane zintegrowanym, zmienia wymagania wobec środowiska medycznego. Od lekarzy orzekających o niepełnosprawności oczekuje się, że nie powinni ograniczać się do diagnozowania i leczenia organów i organizmu człowieka, lecz także uwzględniać konsekwencje życiowe występowania choroby i niepełnej sprawności. Jest to zmiana na tyle rewolucyjna, że z trudem aplikowana. Można nawet zaryzykować tezę, że wraz z ruchem wspierającym implementację ICF pojawił się pewien opór środowiska medycznego w akceptowaniu zasad nowej klasyfikacji, zmieniających model człowieka z biologiczno-medycznego na biologiczno-społeczny.

W polityce społecznej wobec osób niepełnosprawnych sposób definiowania niepełnosprawności ma niezwykle istotne znaczenie, ponieważ stanowi przepustkę do wsparcia ze środków publicznych. To spowodowało liczne reformy w systemach orzecznictwa lekarskiego wielu krajów. Mierzy się nie tyle schorzenia czy uszczerbek na zdrowiu, ile zdolność do samodzielnego życia, a w tym **przede wszystkim zdolność do pracy**. Pod wpływem presji organizacji międzynarodowych oraz licznych ekspertów organizacji pracujących na rzecz osób niepełnosprawnych wprowadza się zasady orzekania o zdolności do samodzielnego życia i pracy, czyli orzekania w pozytywnym sensie, polegającego na poszukiwaniu zasobów sprawności u każdej osoby z dysfunkcjami organizmu i ograniczeniami funkcjonalności. Zmiany, jakie dokonały się w Polsce w orzecznictwie lekarskim pod koniec lat 90., nie uwzględniały jeszcze nowego definiowania niepełnosprawności. Zmiany te mieściły się w nurcie rynkowej filozofii społecznej we wprowadzanej gospodarce rynkowej, akcentującej aktywność i pracę jako podstawę społecznego zachowania. Orzekanie niepełnosprawności na podstawie kryterium niezdolności do pracy doprowadziło do zmniejszenia skali zjawiska niepełnosprawności wykazywanej w statystyce publicznej, posługującej się zasadą przyjętą w orzecznictwie, nazywaną prawną definicją niepełnosprawności (Golinowska, Sowa, Wilmowska 2012). Jednocześnie badania statusu zdrowotnego i sprawności, prowadzone w ramach badań europejskich, zwróciły uwagę na istnienie w polskiej populacji znacznej skali niepełnosprawności funkcjonalnej (Bonneux, van der Gaag 2012), która stanowi w szybko starzejącym się społeczeństwie poważne zagrożenie jakości życia starszej populacji w przyszłości.

Metody wspierania osób niepełnosprawnych pozostają także pod wpływem nowych tendencji społecznych świata zachodniego, w którym uwzględnia się potrzeby i aspiracje wyrażane przez same osoby niepełnosprawne. Zmienia się traktowanie osób niepełnosprawnych. Akcentuje się warunki życia i stosunek otoczenia społecznego do nich. Znalazło to wyraz w konwencji ONZ z 2006 r. o prawach osób niepełnosprawnych. W Polsce,

po solidarnych i silnych naciskach środowisk osób niepełnosprawnych, konwencję ratyfikowano w 2012 r.

Na zasady wspierania osób niepełnosprawnych silnie oddziałuje paradygmat przygotowania ich do samodzielnego życia i tworzenia takich warunków środowiskowych, instytucjonalnych i infrastrukturalnych, aby to było w znacznej mierze możliwe. Przygotowanie obejmuje przede wszystkim sferę edukacji, mobilności i pracy. Przygotowanie do samodzielności (*from disability to ability* — jak to hasłowo ujęto w jednej z publikacji OECD, 2006) dotyczy nie tylko osób niepełnosprawnych, ale i społeczeństwa, od którego oczekuje się integracji osób niepełnosprawnych. Dzieci niepełnosprawne powinny kształcić się w szkołach integracyjnych — wraz ze sprawnymi, dorośli z niepełnosprawnością powinni być zatrudniani na otwartym rynku pracy, zaś starsi powinni mieć przyzwoitą emeryturę, a nie rentę inwalidzką. Ten kierunek działania okazał się bardzo trudny do urzeczywistnienia. Nadal wymaga wielu inwestycji, nowych regulacji i zmian mentalnościowych. Wiąże się z pilną potrzebą określenia kompleksowej i długofalowej zintegrowanej polityki społecznej i zdrowotnej wobec niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych, obejmującej:

- podejmowanie działań prewencyjnych, w ramach zarówno prewencji pierwotnej — poprzez eliminowanie, ograniczanie i kontrolowanie czynników ryzyka powstania niepełnosprawności, jak i prewencji wtórnej — poprzez zapobieganie rozwojowi i rozszerzaniu się konsekwencji choroby, będącej przyczyną niepełnosprawności, poprzez dalszą kontrolę lekarską i rehabilitację;
- rozpoznawanie i reagowanie na specyficzne potrzeby zdrowotne populacji wysoce zróżnicowanej rodzajem dysfunkcji i stopniem jej nasilenia;
- wdrażanie efektywnych społecznie programów aktywizacyjnych w obszarze edukacji i rynku pracy, umożliwiających podtrzymywanie i rozwój samodzielnego życia;
- integrowanie ze społeczeństwem poprzez likwidowanie barier instytucjonalnych oraz infrastrukturalnych, utrudniających uczestnictwo osób niepełnosprawnych w życiu społecznym;
- wspieranie materialne osób niepełnosprawnych w celu zapobiegania ich ubóstwu

W Polsce istnieją liczne rozwiązania instytucjonalne ukierunkowane na działania wspierające i aktywizujące osoby niepełnosprawne. Istnieją też wyodrębnione fundusze publiczne (np. rentowy w ramach FUS oraz PFRON). Działania te nie są jednak dostatecznie skoordynowane mimo istnienia funkcji Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych. Bywa i tak, że decyzje o wsparciu podejmowane są jednostronnie, pod wpływem interesu politycznego lub nacisku konkretnej i silniejszej medialnie grupy beneficjentów, i często nie pozostają w zgodzie z — racjonalnymi na dłuższą metę — celami polityki społecznej wobec danej grupy osób niepełnosprawnych.

## *Osoby starsze*

Populacja osób starszych to kategoria bardzo szeroka i istotnie zróżnicowana, znacznie bardziej niż inne grupy wiekowe (Blecharz, Siekańska 2012). Należą do niej zarówno osoby biologicznie jeszcze młode, jak i osoby w podeszłym wieku. Indywidualnie wiek nie zawsze wyznacza granicę starości. Jak pisał Antoni Kępiński (2001), rytm życia człowieka jest jego indywidualną właściwością.

Zarazem — na skutek postępu medycznego i materialnego dobrobytu — przesuwa się granica starości w całej populacji. O staruszkach mówi się raczej wtedy, gdy osiągają wiek ponad 80 lat, a jeszcze nie o osobach 60-letnich. Jednocześnie we współczesnych gospodarkach dominuje imperatyw wydajności i innowacyjności, silnie związany z cechami młodości<sup>13</sup>: kreatywnością nie ograniczoną doświadczeniem, szybszą absorpcją nowych technologii oraz łatwiejszym uczeniem się i większym potencjałem dostosowawczym. Kult młodości ma także silne źródła społeczne, związane z estetyką, radością i nastawieniem na przyszłość. To powoduje, że mimo przesuwania się granicy starości oraz osiągania dłuższego życia szybciej eliminuje się z głównego nurtu osoby starsze; jest to widoczne szczególnie na rynku pracy.

Zróżnicowanie populacji osób starszych pod względem jej cech i potrzeb jest istotnym argumentem na rzecz traktowania problemu zmiany demograficznej jako neutralnego procesu przemian, usytuowanego w szerszej koncepcji analizowania przemian z perspektywy cyklu życia i postrzegania starzenia się populacji jako w gruncie rzeczy pozytywnego procesu przewyżniania chorób i wydłużania życia ludzi. Biorąc pod uwagę politykę społeczną nastawioną na wspieranie starszej populacji w zaspokajaniu jej specyficznych i różnych potrzeb, można wyróżnić trzy grupy wiekowe: 50–60/65 lat, 60/65–75 lat i powyżej 75 lat. Te trzy etapy starości<sup>14</sup> związane są z innymi potrzebami na tle innej fazy cyklu życia oraz pełnionych funkcji społecznych.

Pierwsza z grup wiekowych: 50–60/65 lat, to w zasadzie nie są jeszcze osoby starsze. Ten okres życia bywa nazywany przedpolem starości (Szatur-Jaworska 2011). Uzasadnieniem dla ich wspierania w ramach polityki społecznej są głównie zwiększone potrzeby zdrowotne oraz ochrona na rynku pracy. Potrzeby zdrowotne są zwiększone, ponieważ wtedy pojawiają się masowo choroby przewlekłe, a ich skuteczne leczenie stanowi większy problem dla sektora ochrony zdrowia niż leczenie w przypadku osób młodszych

---

<sup>13</sup> Badania związku starzenia się populacji i wydajności gospodarki, zapoczątkowane przez Amerykanów już w latach 60., dowodzą negatywnego wpływu obecnej przemiany demograficznej na produktywność gospodarki, chociaż nowe technologie (informatyczne) stanowią silny czynnik rekompensujący. Wskazuje się też kompensujące znaczenie czynnika zwiększenia międzygeneracyjnego podziału dochodów na rzecz ludzi młodych (Nyce, Schieber 2011).

<sup>14</sup> Taki trójdzielny podział został już zastosowany w innych pracach autorki związanych z analizami procesu starzenia się z punktu widzenia interwencji państwa w ramach polityki społecznej. Biorąc pod uwagę perspektywę biologiczną oraz sugestie WHO, przyjmuje się inną klasyfikację: 45–59 — okres przedstarczy, 60–74 — wczesna starość, 75–89 — późna starość, 90+ — długowieczność (Duda 2012).

— problem nie tylko medyczny, ale i finansowy. Interwencji wymaga zarówno odpowiednie leczenie chorób przewlekłych, jak i stosowanie prewencji, szczególnie pierwotnej, związanej z kontrolowaniem czynników ryzyka. Po pięćdziesiątce mamy też do czynienia ze zjawiskiem dyskryminacji na rynku pracy, może nie zawsze jawnym, ale z dramatycznymi skutkami dla zatrudnienia. Stopa zatrudnienia osób w wieku 55–65 lat jest w Polsce relatywnie bardzo niska; wg szacunków nawet o 20 pkt procentowych niższa niż przeciętnie (31 proc. wobec 51 proc. — na podstawie BAEL 2013). Wzrost zatrudnienia osób w tej grupie wiekowej wymaga nie tylko regulacji antydyskryminacyjnych kierowanych do pracodawców, ale także odpowiedniego wsparcia w podtrzymywaniu kwalifikacji oraz kompetencji zawodowych, jak też w ich zmianie, jeśli zachodzi taka konieczność. Potrzeba tego wsparcia została uzasadniona badaniami na temat przyczyn niższej zatrudnialności (*employability*) osób 50+.

Druga z wyróżnianych grup wiekowych to osoby w wieku 60/65–75 lat. Najczęściej są to już emeryci, chociaż polityka podwyższania wieku emerytalnego będzie w przyszłości sprzyjać ich dalszej masowej aktywności zawodowej i pozostawaniu na rynku pracy. Największym problemem polityki społecznej wobec tej grupy wiekowej jest zabezpieczenie odpowiednich dochodów, pozwalających na utrzymanie przyzwoitego poziomu życia po opuszczeniu rynku pracy. Standardy w tej dziedzinie zostały sformułowane już w ramach konwencji 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy z 1952 r. (Hagemeyer 2013), a obecnie we wspólnej strategii Komisji Europejskiej i krajów członkowskich (OMC) związanej z określaniem adekwatnej i zabezpieczonej w dłuższym okresie emerytury (European Commission 2010a). W tym celu sformułowany został wskaźnik teoretycznej stopy zastąpienia (*theoretical replacement rate*) skalkulowany dla indywidualnej osoby w momencie przejścia na emeryturę ze standardowym okresem kariery zawodowej i opłacania składek (40 lat) oraz standardowym mechanizmem indeksacji (80 proc. udziału wskaźnika wzrostu cen)<sup>15</sup>. Polska reforma emerytalna z 1999 r., poza wprowadzeniem segmentu kapitałowego, zasadniczo zmieniła formułę emerytalną — z formuły o zdefiniowanym świadczeniu na formułę o zdefiniowanej składce — i zindywidualizowała oszczędzanie na emeryturę poprzez indywidualne konta, przyczyniając się zarówno do zróżnicowania świadczeń, jak i niższego przeciętnie ich poziomu. W konsekwencji prognozowany dla Polski wskaźnik stopy zastąpienia świadczeń emerytalnych dramatycznie się zmniejsza — aż o ponad 30 pkt proc. (z 60 proc. do 30 proc.) w 2060 r., końcowym roku prognozy. Komisja Europejska wystosowała apel do krajów członkowskich o pilne podjęcie kroków zabezpieczających przyzwoity poziom świadczeń, uwzględniając doświadczenia globalnego kryzysu finansowego, w wyniku którego nadzieje na wzrost świadczeń poprzez wprowadzany segment kapitałowy gwałtownie zmalały. Na to wyzwanie i wezwanie zareagowano w Polsce dwukierunkowo. Pierwsze działanie — to zrównanie wieku przejścia na emeryturę kobiet i mężczyzn (65 lat), a następnie

---

<sup>15</sup> Wskaźnik teoretycznej stopy zastąpienia przeciwstawiono wskaźnikowi stopy świadczeń emerytalnych (*pension benefit ratio*), który ukazuje relacje przeciętnych emerytur do przeciętnych wynagrodzeń.

podniesienie wieku emerytalnego do 67 lat. Drugie działanie — to ograniczenie wydatków publicznych na segment kapitałowy (finansowany z podziału dawnej składki na ZUS), poprzez jego radykalne zmniejszenie. Potrzeba określenia minimalnej emerytury lub socjalnego segmentu ‘dodanego’ do świadczenia wynikającego z obecnej formuły emerytalnej na akceptowanym poziomie społecznym — to pilne zadanie na najbliższe lata.

Kolejny istotny problem społeczny grupy emeryckiej dotyczy jej potrzeb leczniczych i dostępu do opieki zdrowotnej. Osoby w tym wieku masowo cierpią na choroby przewlekłe i często jednocześnie na dwie choroby lub więcej. Badania pod nazwą PolSenior przeprowadzone w Polsce wśród osób starszych w końcu minionej dekady (głównie w 2008 r.), obejmujące też lekarskie badania stanu ich zdrowia (w dziesięciu województwach w Polsce), wykazały, że w tej grupie dominują choroby układu krążenia, nowotworowe, kostno-stawowe i mentalne. Ten obraz nie odbiega od struktury chorobowości osób starszych w innych krajach europejskich. W wieku 65+ wzrasta znacznie w porównaniu z okresem wcześniejszym udział chorób serca, udarów mózgu, nowotworów złośliwych, cukrzyca, złamań i urazów oraz zaburzeń psychicznych (Grodzicki 2012). W przypadku tych ostatnich badania PolSenior wskazują na wzrost objawów depresji w wieku 80+, podczas gdy europejskie badania SHARE zwracają uwagę na relatywnie wysoki wzrost przypadków depresji w Polsce (wyższy niż w innych krajach) już w wieku 50+ i szczególnie wśród kobiet. Cechą chorobowości w starszym wieku jest też współwystępowanie kilku chorób. Zjawisko to (co najmniej trzy choroby) najczęściej występuje w wieku 70+. Zmiany i struktura chorobowości w dłużej trwającym starszym wieku prowadzą do istotnego wzrostu potrzeb zdrowotnych i w konsekwencji stają się podstawowym czynnikiem wzrostu wydatków na ochronę zdrowia. Wydatki zdrowotne dla osób 65+ stanowią obecnie jedną trzecią całkowitych wydatków, a zgodnie z prognozami wzrosną do poziomu 45 proc. w 2025 r., ponieważ wśród odbiorców świadczeń udział osób starszych z chorobami przewlekłymi wzrośnie w ciągu najbliższych dwóch dekad do 60 proc. (Golinowska, Kocot, Sowa 2013). Wyzwanie dla opieki zdrowotnej związane z zapewnieniem dostępu osób starszych do usług medycznych polega na zmianie struktury alokacji odpowiednio do struktury chorobowości — z przejściem od chorób zakaźnych do niezakaźnych i przewlekłych (transformacja epidemiologiczna). Wymaga to jednoznacznie ukierunkowanych inwestycji sektora zdrowotnego w zasoby finansowe i kadrowe zorientowane na potrzeby osób starszych. Częściowo już się to dokonuje (np. ogłoszony w 2014 r. priorytet dla onkologii w celu zwiększenia dostępu do leczenia nowotworów). Jednak rozwiązanie problemu ochrony zdrowia w okresie dynamicznego starzenia się populacji wymagać będzie wzrostu nakładów finansowych, zarówno na sektor zdrowotny, jak i edukacyjny, kształcący specjalistyczne kadry medyczne (w tym geriatrów, których brak będzie coraz dotkliwiej odczuwany), kadry pielęgniarskie i opiekuńcze. Polska należy do krajów o znacznych zaniedbaniach w tej dziedzinie (Schulz 2013), co zwiększa presję na działania wyrównawcze i dostosowujące do nadchodzących zmian.

Inne problemy emeryckiej grupy wiekowej są związane z jej niską aktywnością i partycypacją społeczną, co ma wpływ na zdrowie, integrację społeczną i ogólny dobrostan.

Dlatego pod adresem tej grupy kierowane są szczególnie oczekiwania dotyczące prowadzenia zdrowego stylu życia (szerzej — zdrowego starzenia się), wzrostu społecznego zaangażowania, w tym pracy wolontariackiej na rzecz innych potrzebujących. Wyartykułowana w 2013 r. w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej tzw. polityka senioralna (Długofalowa Polityka Senioralna na lata 2014–2020) ma właśnie na celu ten przede wszystkim rodzaj aktywizacji osób starszych.

Trzecia grupa osób starszych, które powszechnie odczuwają biologiczne i społeczne skutki swego wieku, to osoby powyżej 80. roku życia. W tym okresie największe problemy związane są z dalszym postępowaniem chorób przewlekłych i niepełnosprawności oraz pojawieniem się znacznych trudności z samodzielnością. Wzrastają koszty ochrony zdrowia osób najstarszych w przeliczeniu na osobę, które, jak udowodniły to badania amerykańskie i szwajcarskie, a następnie także prowadzone w krajach członkowskich UE, są najwyższe dopiero w ostatnim roku życia. Z punktu widzenia polityki społecznej największym problemem społecznym osób najstarszych jest częsta niesamodzielność, wymagająca opieki drugiej osoby. Zjawisko niesamodzielności występuje obecnie masowo w ostatnich latach dłuższego życia. Opieka nad osobami niesamodzielnymi była wcześniej domeną sfery prywatnej — głównie obowiązkiem rodziny. Obecnie ulega instytucjonalizacji i w wielu krajach powstaje osobny sektor — opieki długoterminowej, który jest odrębnie regulowany i ma swoje odrębne źródła finansowania (np. ubezpieczenia pielęgnacyjne). Proces przechodzenia opieki nad osobami starszymi ze sfery prywatnej do publicznej jest stopniowy i powolny. W wielu krajach opieka długoterminowa stanowi przedłużenie opieki zdrowotnej, ale z wyodrębnionymi placówkami i ze znacznie większym współpłaceniem pacjentów. Niekiedy — z pełnym pokryciem kosztów. Zastanawiając się, dlaczego opieka długoterminowa jest traktowana bardziej jako odpowiedzialność indywidualna niż zadanie publiczne, można wskazać kilka argumentów, przedstawionych w poniższym zestawieniu.

<b>Opieka zdrowotna</b>	<b>Opieka długoterminowa</b>
Potrzeby zdrowotne traktowane są jako powszechne w każdej fazie cyklu życia	Opieka długoterminowa potrzebna jest około jednej trzeciej populacji, a jej udział wzrasta
Odpowiedzialność publiczna za świadczenia zdrowotne nie podlega dyskusji, bez względu na różnice systemów organizacyjnych i finansowych	Opieka długoterminowa, mimo że jest rezultatem choroby czy inwalidztwa, nie jest powszechnie traktowana jako zadanie publiczne
Świadczenia zdrowotne są udzielane przez wysoko wykwalifikowanych specjalistów	Świadczenia opieki długoterminowej mogą być udzielane przez osoby mniej wykwalifikowane, niejednokrotnie tylko przez doświadczonych opiekunów

W badaniach i debacie na temat organizowania efektywnej, społecznie akceptowanej i etycznej opieki długoterminowej w krajach UE (m.in. w ramach projektu ANCIEN

— *Assesing Needs of Care in European Nations*<sup>16</sup>) zwraca uwagę kulturowy wymiar problemu i dostosowywanie doń rozwiązań instytucjonalnych. Chodzi o pozostawianie niesamodzielnych osób starszych w warunkach domowych i organizowanie opieki dochodzącej, wspierającej członków rodziny. Wariant opieki domowej jest bardzo promowany, aczkolwiek w biedniejszych krajach europejskich, w których osoby starsze nie zawsze dysponują samodzielnymi pomieszczeniami i odpowiednim ich wyposażeniem, rozwiązanie to wymaga pewnych inwestycji w stare zasoby mieszkaniowe (bo starzy ludzie żyją w starych mieszkaniach). Ponadto opieka domowa wymaga odpowiedniej skali zasobów kadry pielęgniarstwa i opiekuńczej, tym większej, im bardziej rozproszone są miejsca zamieszkania osób starszych. Niezależnie od rozwoju różnych form wspierania opieki domowej, istotnym segmentem opieki nad niesamodzielnymi osobami starszymi jest i będzie opieka instytucjonalna. Rodzina już nie jest i coraz bardziej nie będzie miejscem sprawowania usług opiekuńczych. Dynamicznej zmianie podlega proces formowania się rodzin i relacji rodzinnych. Nawet w Polsce, z jej tradycyjnie silnymi więziami rodzinnymi, osoby najstarsze aż w ponad 50 proc. przypadków żyją samotnie lub z równie wiekowym współmałżonkiem (Szatur-Jaworska 2011). Nie mają dzieci lub dzieci mieszkają daleko (często za granicą) i w sytuacji narastania potrzeb opiekuńczych wyłącznym rozwiązaniem staje się dom opieki.

Utworzenie opieki długoterminowej jako odrębnego sektora społecznego w Polsce stanowi jedno z najważniejszych wyzwań społecznych i zdrowotnych przyszłych lat. Podejście do koncepcji rozwiązań instytucjonalnych w tej dziedzinie wymaga debaty uświadamiającej zasadniczą zmianę w formowaniu rodziny i warunków jej funkcjonowania, szczególnie w kontekście przemian rynku pracy. Jej efektem powinno być zdefiniowanie (ustawowe) odpowiedzialności państwa wobec ludności starszej i niesamodzielnej. Trzeba udzielić odpowiedzi na pytanie, czy należy otoczyć ją troską publiczną czy nadal głównie liczyć na opiekę prywatną. Kolejnym efektem konstruktywnej debaty o potrzebie zbudowania sektora opieki długoterminowej byłoby określenie dlań odrębnych źródeł finansowania: ubezpieczenia pielęgnacyjnego lub „znaczonoego” pieniądza podatkowego (subwencja opiekuńcza). W ten sposób odciążone byłyby środki funduszu ubezpieczeń zdrowotnych i wzrosłaby szansa na skoordynowane działania pielęgnacyjne i opiekuńcze. Powstałyby środki zarówno na zasiłki pielęgnacyjne (dla osoby niesamodzielnej) i opiekuńcze (dla opiekuna), jak i na niezbędne usługi opieki pielęgnacyjnej i rehabilitację. Projekt finansowania wyodrębnionej opieki długoterminowej był już przedmiotem koncygowania i debaty (Augustyn i in. 2010), ale utknął w szufladach parlamentarnych.

---

<sup>16</sup> Dostęp do wyników badań w ramach tego projektu znajdzie Czytelnik na jego stronie internetowej: <http://www.ancien-longtermcare.eu/>



### **Słowo końcowe**

Polityka adresowania świadczeń społecznych przede wszystkim do grup podatnych na ubóstwo i wykluczenie społeczne (*vulnerable*) stosowana w miejsce programów uniwersalnych w celu uzyskania większej ich trafności i efektywności prowadzi do istotnego zawężania odbiorców świadczeń społecznych i pozostawiania wielu problemów społecznych bez odpowiedniej reakcji, a wielu ludzi w trudnych sytuacjach bez właściwego wsparcia.

Jednym ze sposobów adresowania polityki społecznej jest ukierunkowanie jej działań na grupy ludności w cyklu życia. W każdej z tych grup: dzieci, młodzieży, osób dorosłych i osób starszych, występują specyficzne problemy socjalne, wymagające wsparcia w wyniku solidarnej redystrybucji dochodów całego społeczeństwa. Skuteczne działanie w ramach adresowanej polityki społecznej wymaga przede wszystkim analizy potrzeb każdej z grup, rozpoznania występujących problemów socjalnych i wskazania czynników, które je determinują. Są to nie tylko łatwiej identyfikowalne czynniki ekonomiczne (majątkowe i dochodowe), ale także czynniki związane z poziomem kapitału ludzkiego, relacjami w środowisku i warunkami otoczenia. Dopiero przez kompleksową diagnozę sytuacji można trafnie i efektywnie rozwiązywać dotkliwe problemy socjalne i niwelować zagrożenia rozwojowe oraz egzystencjalne. Odpowiednie instytucje oraz metody działania są wówczas dostosowane, uwzględniają specyficznego adresata, jego indywidualne i środowiskowe możliwości oraz konieczne interwencje.

Ewidencja potrzeb i problemów socjalnych w każdej z opisanych grup oraz rozpoznanie prowadzonych wobec nich polityk i programów społecznych wymaga w końcowym efekcie zbilansowania zasobów, umożliwiających efektywne i trwale zrównoważone działania społeczne w bliższej i dalszej przyszłości. Zbilansowanie zasobów staje się obecnie zadaniem wyjątkowo złożonym ze względu na przyspieszony w Polsce proces starzenia się populacji. Łagodzenie skutków nierównowagi demograficznej wymagałoby inwestycyjnego wzmocnienia młodych i konsumpcyjnego ograniczenia u starszych. Taki kierunek działań może się dokonać pokojowo, w klimacie solidarności pokoleń. Jednak w młodej gospodarce rynkowej, z przejawami wybujałego indywidualizmu, nie ma już i nie ma jeszcze dostatecznego zrozumienia dla wartości solidaryzmu, dzięki któremu można pokonać wiele trudności w prowadzeniu efektywnej przyszłościowo polityki społecznej.

### **Bibliografia**

- Arnett J.J. (2004), *Emerging Adulthood: The Winding Road from the Late Teens through the Twenties*, New York, Oxford University Press.
- BAEL (2013), *Wyniki Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności w 2013 r.*, Warszawa, GUS
- Balcerzak-Paradowska B. (red.) (1999), *Sytuacja dzieci w Polsce w okresie przemian*, Warszawa, IPiSS.
- Barr N. (2012), *Economics of the Welfare State*, wyd. 5, New York, Oxford University Press.

- Beck U. (1992), *Risk Society: Towards a New Modernity*, London, Sage.
- Białek E.D. (2009), *Zrównoważony rozwój dziecka w świetle nowych wyzwań*, Białystok, Wydawnictwo Impuls.
- Blecharz J., Siekańska M. (2012), *Psychologiczne aspekty starzenia się i starości*, w: A. Marchewka, Z. Dąbrowski, J.A. Żołądź (red.), *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Boni M., Szafraniec K. (2011), *Młodzi 2011*, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów
- Bonneux L., van der Gaag N. (2012), *The future of disability in Poland*, „Polityka Społeczna”, nr 2 (numer monograficzny pt. *Zdrowie, sprawność i aktywność starzejącej się populacji*), Warszawa, IPISS, PFRON.
- Bradshaw J., Chzhen Y., de Neubourg C., Main G., Martorano B., Menchini L. (2012), *Relative Income Poverty Among Children in Rich Countries*, Innocenti Working Paper, 01, Florence, UNICEF Innocenti Research Centre, [www.unicef-irc.org/publications/pdf/iwp\\_2012\\_01.pdf](http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/iwp_2012_01.pdf)
- Bruyn S.T. (1987), *The Field of Social Investment*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Bynner J.M. (2005), *Rethinking the youth phase of the life-course: the case for emerging adulthood?*, „Journal of Youth Studies”, vol. 8, nr 4.
- Chłóń-Domińczak A., Poznańska D. (2007), *Promocja zatrudnienia osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy. Proponowane działania w Polsce*, Budapeszt, ILO.
- Côté J., Bynner J.M. (2008), *Changes in the transition to adulthood in the UK and Canada: the role of structure and agency in emerging adulthood*, „Journal of Youth Studies”, vol. 11, nr 3.
- Denstad F.Y. (2009), *Youth Policy Manual. How to develop a national youth strategy*, Strasbourg, Council of Europe.
- Duda K. (2012), *Proces starzenia się*, w: A. Marchewka, Z. Dąbrowski, J.A. Żołądź (red.), *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Esping-Andersen G. (2002), *A Child-Centred Social Investment Strategy*, w: G. Esping-Andersen, D. Gallie i inni, *Why We Need a New Welfare State*, New York, Oxford University Press.
- Esping-Andersen G. (2009), *The Incomplete Revolution: Adapting to Women's New Roles*, Cambridge, Polity Press.
- European Commission (2009a), *European Research on Youth. Supporting young people to participate fully in society*, Luxembourg.
- European Commission (2009b), *An EU Strategy for Youth — Investing and Empowering. Youth Report*, Brussels, COM(2009) 200 final.
- European Commission (2010a), *Green Paper: towards adequate, sustainable and safe European pension systems*, Brussels, COM(2010) 365 final.
- European Commission (2010b), *Youth on the Move*, Brussels, COM(2010) 477 final.
- European Commission (2012), *EU Youth Report*, Brussels.
- European Commission (2013), *Towards Social Investment for Growth and Cohesion — including implementing the European Social Fund 2014–2020*, Brussels, COM(2013) 83.

- Giddens A. (1998), *The Third Way. The Renewal of Social Democracy*, Cambridge, Polity.
- Giddens A. (2007), *Przemiany intymności. Seksualność, miłość i erotyzm we współczesnych społeczeństwach*, tłum. A. Szulżycka, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Golinowska S. (2010), *Podatność młodzieży na ubóstwo i wykluczenie społeczne*, „Kultura i Społeczeństwo”, t. LIV, nr 3.
- Golinowska S. (2012), *Demedykalizacja niepełnosprawności i jej konsekwencje instytucjonalne*, „Polityka Społeczna”, nr 2 (numer monograficzny pt. *Zdrowie, sprawność i aktywność starzejącej się populacji*), Warszawa, IPISS, PFRON.
- Golinowska S., Sowa A. (2012), *Zdrowie i sprawność. Przemiany w Polsce*, „Polityka Społeczna”, nr 2 (numer monograficzny pt. *Zdrowie, sprawność i aktywność starzejącej się populacji*), Warszawa, IPISS, PFRON.
- Golinowska S., Sowa A., Wilmowska A. (2012), *Funkcjonowanie orzecznictwa lekarskiego oraz działalność lekarzy orzeczników w systemie zabezpieczenia społecznego i wspierania zatrudnienia*, „Polityka Społeczna”, nr 2 (numer monograficzny pt. *Zdrowie, sprawność i aktywność starzejącej się populacji*), Warszawa, IPISS, PFRON.
- Golinowska S., Kocot E., Sowa A. (2013), *Zasoby kadr dla sektora zdrowotnego. Dotychczasowe tendencje i prognozy*, *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, tom XI, nr 2/2013
- Grodzicki T. (2012), *Stan zdrowia osób starszych w Polsce* (wyniki badania PolSenior), prezentacja na konferencji pt. „Wyzwania dla polityki społecznej i zdrowotnej wobec starzenia się populacji”, 12 XII 2012, Kraków, Wydział Lekarski oraz Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego — Collegium Medicum.
- Hagemejer K. (2013), *How to balance adequacy of coverage with financial sustainability?*, [http://www.actuaries.org/lyon2013/papers/PBSS\\_Hagemejer.pdf](http://www.actuaries.org/lyon2013/papers/PBSS_Hagemejer.pdf) [dostęp: 8.03.2014].
- Hemerijck A. (2013), *Changing Welfare States*, Oxford, Oxford University Press.
- Hendrick H. (2005), *Child Welfare and Social Policy. An Essential Reader*, Bristol, Policy Press.
- Jones G. (2009), *Youth*, Cambridge, Polity Press.
- Juul J. (2013), *Nastolatki. Kiedy kończy się wychowanie?*, tłum. D. Syska, Podkowa Leśna, Wydawnictwo MiND.
- Kelly P. (2000), *The dangerousness of youth-at-risk: the possibilities of surveillance and intervention in uncertain times*, „Journal of Adolescence”, vol. 23, nr 4.
- Kępiński A. (2001), *Rytm życia*, Kraków, Wydawnictwo Literackie.
- Larkin M. (2009), *Vulnerable Groups in Health and Social Care*, London, Sage.
- Nagi S.Z. (1979), *The Concept and Measurement of Disability*, w: E.D. Berkowitz (red.), *Disability Policies and Government Programs*, New York, Praeger.
- Notten G., Roelen K. (2011), *Monitoring child well-being in the European Union: Measuring cumulative deprivation*, Innocenti Working Paper, 03, Florence, UNICEF Innocenti Research Centre.
- Nyce S.A., Schieber S.J. (2011), *Ekonomiczne konsekwencje starzenia się społeczeństw*, tłum. A. i P. Kliberowie, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

- OECD (2006), *Sickness, Disability and Work. Breaking the Barriers. Norway, Poland and Swiss*, vol. 1, Paris.
- Peyre A. (2005), *Successful Targeting? The World Bank Evidence Supporting Targeting*, Geneva, Mimeo, UNRISD.
- Pierson P. (1994), *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Schild H-J., Williamson H., Wicke H-G, Lambert K. (2014), *The think tank on youth policy in Europe, w: Perspectives on Youth 2020 — What Do You See*, Strasbourg, Council of Europe and European Commission,
- Schulz E. (2013), *Employment in Health And Long-Term Care Sector in European Countries*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, nr 4.
- Schuck P.H., Zeckhauser R.J. (2006), *Targeting in Social Programs: Avoiding Bad Bets, Removing Bad Apples*, Washington DC, Brooking Institution Press.
- Sen A. (2003), *Development as Capability Expansion*, w: S. Fukuda-Parr, A.K. Shiva Kumar (red.), *Readings in Human Development*, New Delhi–New York, Oxford University Press.
- Szarota Z. (2010), *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Szatur-Jaworska B. (2000), *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, Warszawa, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Szatur-Jaworska B. (2011), *Formy życia rodzinnego ludzi starych*, „Polityka Społeczna”, nr 4 (numer tematyczny pt. *Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. PolSenior), Warszawa, IPiSS, PFRON.
- Tarkowska E. (2009), *Młodzież i jej świat społeczny*, w: S. Golinowska (red.), *Więzi społeczne i przemiany gospodarcze: Polska i inne kraje europejskie*, Warszawa, IPiSS, Wydział Nauk Ekonomicznych UW.
- Tess R. (2012), *Children*, w: P. Alcock, M. May, S. Wright (red.), *The Students Companion to Social Policy*, Oxford, Wiley–Blackwell.
- Underdown A. (2007), *Young Children’s Health and Well-being*, New York, Open University Press.
- UNICEF (2012), *Measuring child poverty: new league tables of child poverty in the world’s rich countries*, Innocenti Report Card, 10, Florence, UNICEF Innocenti Research Centre.
- Vaubel R. (1990), *Sozialpolitik für mündige Bürger: Optionen für eine Reform*, Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft.
- Verbrugge L.M., Jette A.M. (1994), *The disablement process*, „Social Science and Medicine”, vol. 38, nr 1.
- Woźniak Z. (1999), *Problemy starzenia się i starości wyzwaniem dla polityki społecznej na progu III tysiąclecia*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, R. LXI, z. 1.

**Summary**

The main characteristic in providing contemporary social policy is targeting. It means that social programmes and measures are addressed to the selected group of people. The debate about universal and targeted social policies includes analysing of experience with targeting which shows the main effect of this kind of intervention. It is saving of public money due to narrowing the scope of beneficiaries. An alternative approach to targeting in social policy is presented in the article. As vulnerable groups are defined people with specific social needs and social problems in life cycle: children, youth, in adult life: women, disable people and elderly people. Description of their social problems is based on the literature review, reports from statistical surveys and researches. At the same time social policy addressed to population group in life cycle is analysed. The direction of European targeted social programmes is compared with those performed in Poland.

**Key words:** targeting in social policy, life cycle, social investment, children, youth, women, disabled and older people

**Cytowanie**

Stanisława Golinowska (2015), *Polityka społeczna adresowana do grup ludności w cyklu życia. Wyzwania dla teorii i praktyki*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” nr 28(1)/2015, s. 15-43. Dostępny w Internecie: [www.problempolityki-spoecznej.pl](http://www.problempolityki-spoecznej.pl) [dostęp: dzień, miesiąc, rok]