

Miroslaw Grewiński*

Uczelnia Korczaka

ORCID: 0000-0002-2975-9075

Punkty zwrotne i kierunki rozwoju polskiej polityki społecznej po 1989 roku¹

Wprowadzenie

Rozwój polskiej polityki społecznej można analizować w różnych okresach. Niezwykle inspirujący był okres dwudziestolecia międzywojennego, kiedy w ramach odradzającego się państwa kreowana była nowoczesna polityka społeczna, ale również okres realnego socjalizmu, kiedy niektóre rozwiązania były sensowne, nie mogły być jednak skuteczne i efektywne ze względu na błędne założenia ustrojowe bazujące na gospodarce i polityce centralnie sterowanej (Bojanowska, Grewiński, Rymśa, Uścińska 2018).

Celem poniższego artykułu jest ukazanie punktów zwrotnych i kierunków rozwoju polskiej polityki społecznej po 1989 roku, czyli w okresie ostatnich trzech dekad. Transformacja ustrojowa oraz zmiany gospodarcze, społeczne i instytucjonalno-prawne zapoczątkowane przy Okrągłym Stole spowodowały ukształtowanie się nowego modelu polityki społecznej III RP. Reformowanie państwa i gospodarki miało swoje istotne skutki dla krystalizowania się takiego, a nie innego modelu polskiej polityki społecznej ze swoimi mocnymi i słabymi stronami. Wiele pozytywnego zrobiono, aby wzrastała jakość życia Polaków, popełniono jednak także wiele grzechów zaniechania i redukcji często dobrych rozwiązań, które nie pasowały do doktryny reform.

* mgrewinski@gmail.com

¹ Artykuł jest zmodyfikowaną wersją artykułu: M. Grewiński, *Kierunki rozwoju polskiej polityki społecznej po 1989 r. i towarzyszące temu najważniejsze obszary i koncepcje naukowe*, w: J. Auleytnier, M. Grewiński (red.), *Nauka o polityce społecznej w Polsce. Stulecie powstania Polskiego Towarzystwa Polityki Społecznej*, Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, Warszawa 2024, s. 135–154.

W artykule przyjęto następujące metody i techniki badawcze: studia literatury przedmiotu oraz dokumentów urzędowych, analiza desk research, metoda projekcyjna – scenariuszowa, obserwacja uczestnicząca, analiza kontekstowa.

Punkty zwrotne polskiej polityki społecznej

Rozważania dotyczące okresu ostatnich 30 lat, czyli trzech dekad po transformacji ustrojowej, trzeba rozpocząć od Okrągłego Stołu z 1989 roku. To wówczas przy jednym z podstolików dyskutowano o kształcie i koniecznych reformach polskiej polityki społecznej w kontekście nowych warunków gospodarczych i społecznych. Zakładano już wówczas, że reformowanie polskiej gospodarki centralnie sterowanej będzie wiązało się ze wzrostem bezrobocia i ubożeniem części społeczeństwa, co skutkowało musi stworzeniem systemu asekuracji i wsparcia osób, które nie odnajdą się w nowej, bardziej rynkowej rzeczywistości. Konsekwencją obrad Okrągłego Stołu było przyjęcie założenia, że koniecznym będzie stworzenie systemu pomocy społecznej oraz systemu polityki rynku pracy, które wspierać będą osoby bezrobotne i wykluczone społecznie w przezwyciężaniu trudności życiowych i zawodowych. Stąd też już w 1990 roku uchwalono Ustawę o pomocy społecznej i Ustawę o przeciwdziałaniu bezrobociu. Oba akty prawne stanowiły ramy do utworzenia systemu instytucji pomocy społecznej i rynku pracy poprzez powołanie publicznych służb zatrudnienia.

Przy Okrągłym Stole krystalizował się także model polskiej transformacji. Dyskutowano cztery możliwe scenariusze polskiej transformacji – model terapii szoku, czyli szybkiej i skutecznej reformy gospodarczej, ale dotkliwej dla obywateli (zwolennikami tego modelu byli prof. L. Balcerowicz i J.K. Bielecki), model społecznej gospodarki rynkowej na wzór Niemiec (jego zwolennikiem był T. Mazowiecki), model gospodarki społecznej (promował go H. Wujec) oraz model państwa opiekuńczego z rozwiniętym aparatem asekuracji nowych ryzyk socjalnych (czego zwolennikiem był Jacek Kuroń). Ostatecznie konsekwencją przyjętych wówczas założeń było stworzenie swoistej hybrydy, gdzie przenikały się wszystkie powyższe koncepcje, ale najsilniej zdominowały polską transformację – model terapii szoku oraz model państwa opiekuńczego. Terapia szoku oznaczała szybkie reformy gospodarcze w kierunku przekształceń własnościowych i prywatyzacji, likwidacji państwowych zakładów pracy w tym PGR-ów oraz racjonalizacji zatrudnienia. Z kolei model państwa opiekuńczego oznaczał rozbudowę funkcji pomocy i opieki społecznej dla osób, które będą na terapii szoku tracić – zarówno pracę jak i status społeczno-zawodowy. Model społecznej gospodarki rynkowej przebił się dopiero w 1997 roku przy okazji zapisów Konstytucji w art. 20, a model gospodarki społecznej na przełomie millennium w procesie przygotowań do wejścia Polski do UE i objęcia nas pomocą strukturalną w ramach funduszy pomocowych. Przyjęcie takiego, a nie innego hybrydowego modelu stworzyło – jak twierdzi M. Książkowski – swoistą mieszankę paternalistyczno-rynkowej hybrydy.

Drugim punktem zwrotnym w polskiej polityce społecznej po 1989 roku było przyjęcie Konstytucji w 1997 roku, która wyznaczała wysokie standardy prawne w zakresie socjalnym. Osadzono wiele zasad społecznych na ustawie zasadniczej, m.in. już

w preambule wyeksponowano zasadę godności i subsydiarności. W Konstytucji wiele artykułów wprost odniesiono do polityki społecznej, m.in. eksponując takie zasady, wartości i kategorie jak: dobro wspólne (art. 1), zasada sprawiedliwości społecznej (art. 2), subsydiarność i decentralizacja (art. 15 i 16), społeczna gospodarka rynkowa (art. 20), praca pod specjalną ochroną RP (art. 24), prawo do zabezpieczenia społecznego i ochrony zdrowia (art. 67 i 68), prawo do nauki (art. 70), prawa rodziny i dziecka (art. 71 i 72) i wiele innych. Konstytucja znacząco dowartościowała liczne prawa socjalne obywateli, dając gwarancję ich poszanowania przez państwo i jego instytucje. Celebując 25-lecie jej uchwalenia, podkreślano, że należy pamiętać o ważności wielu jej zapisów w kontekście ustroju polskiej polityki społecznej i ochrony obywatela.

Trzecim punktem zwrotnym było wprowadzenie przez rząd AWS czterech reform społecznych w 1999 roku, zw. reformami Buzka. Były one ważne i strategiczne, a dotyczyły systemu edukacji, administracji, zdrowia i systemu emerytalnego. Wprowadzenie tego pakietu w jednym roku traktowano jako poszukiwanie własnej drogi reform po doświadczeniach pierwszej dekady transformacji. Charakterystycznym dla wszystkich czterech był fakt, że mocno szły w kierunku dalszej decentralizacji i urynkowania usług społecznych. W ich ramach zaproponowano m.in. nową strukturę administracyjną państwa i szkół, a także wprowadzenie kas chorych oraz kapitałowego, sprywatyzowanego w części systemu ubezpieczeń społecznych. Po dwóch dekadach od wprowadzenia tych reform praktycznie niewiele z nich zostało, ale na przełomie millennium były znaczącymi krokami w kierunku zmian polskiego modelu polityki społecznej.

Czwartym punktem zwrotnym było wejście Polski do Unii Europejskiej. Warto przypomnieć, że przygotowania do członkostwa w UE trwały praktycznie już od połowy lat 90. W tym czasie dostosowywano prawo, instytucje i procedury do wymogów wspólnoty, przygotowywano kompleksowe strategie i programy rozwojowe, w tym o charakterze społecznym. Po wejściu do UE objęto Polskę funduszami pomocowymi z Europejskiego Funduszu Społecznego. Dokonano harmonizacji i koordynacji systemów polityki społecznej. Zasada swobody przepływu osób spowodowała masowe migracje z Polski do państw UE i swoisty eksport bezrobocia. Niewątpliwie trzeba podkreślić, że wejście naszego kraju do Unii znacznie podniosło standardy realizacji polskiej polityki społecznej, a także dowartościowało prawnie i finansowo wiele obszarów, które do tej pory były zaniedbane. Pojawiło się także wiele rozwiązań o charakterze innowacyjnym, które próbowano z lepszym lub gorszym skutkiem implementować w poszczególnych politykach społecznych w kraju.

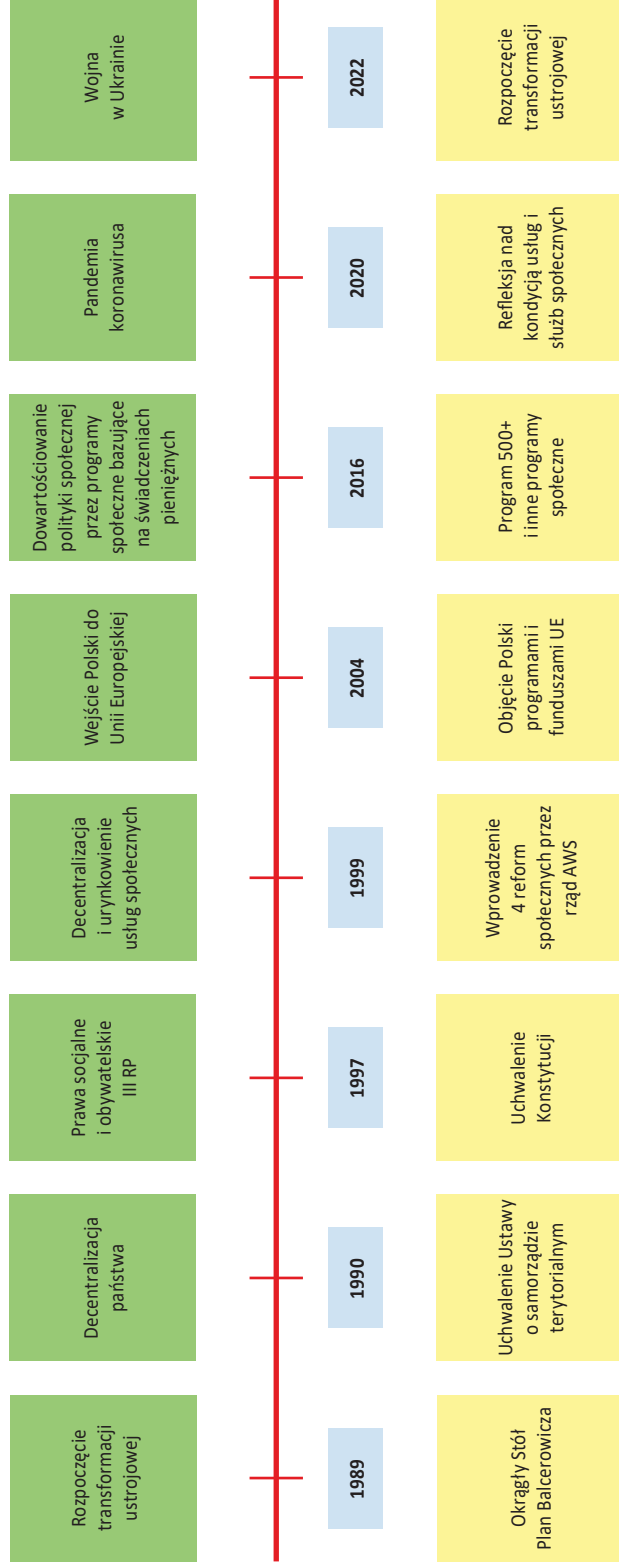
Piątym punktem zwrotnym było wprowadzenie przez rząd PiS Programu 500+ i skoncentrowanie narracji publicznej i bardzo wysokich środków finansowych na sprawach rodziny i dzieci. Trzeba podkreślić, że Program 500+ był pierwszym tak kosztownym programem inwestycji w rodzinę po 1989 roku. Od samego początku pojawiały się liczne dylematy dotyczące struktury i formy wsparcia. Krytycy podkreślali, że pomimo olbrzymiego budżetu nie przyczyni się do poprawy diety, a jedynie może mieć skutki ograniczenia ubóstwa, co jednak należy uznać za jego walor. Zwolennicy twierdzili, że Polska po 30 latach od początków transformacji powinna inwestować w rodzinę i politykę prokreacyjną. Generalnie rząd PiS bardzo mocno

ukierunkował politykę społeczną na rodzinę, przy czym głównie inwestował w świadczenia pieniężne, a nie w rozwój usług społecznych.

Szóstym punktem zwrotnym była pandemia koronawirusa, która rozprzestrzeniła się po wszystkich zakątkach naszego globu, i jej konsekwencje dla polityki społecznej, gospodarczej i procesu podejmowania trudnych decyzji przez rządzących. Początkowo organizacje międzynarodowe (głównie WHO) bagatelizowały nieco problem, obserwując, czy wirus COVID-19 rzeczywiście spowoduje konieczność ogłoszenia światowej pandemii, jednakże już od połowy lutego 2020 roku było wiadomo, że sytuacja w wielu państwach zaczyna wymykać się spod kontroli, stąd też zmieniono status choroby z epidemii na pandemię, co skutkowało wprowadzeniem praktycznie na całym świecie procedury *lockdown* (z ang. blokada, zamknięcie, izolacja, kwarantanna, zakaz wyjścia). Poszczególne rządy decydowały się na kolejne restrykcje związane z zamykaniem państw na napływ obcokrajowców, czy koniecznością odbycia dwutygodniowej kwarantanny po powrocie z zagranicy lub w przypadku podejrzenia o zachorowanie na COVID-19. Rozpoczęto powszechne zamykanie działalności przedsiębiorstw, szkół, uczelni, sklepów, instytucji kultury i sportu. Przeszły działac lotniska, koleje, ograniczono działalność restauracji, barów, transportu publicznego. Obywatele zostali zamknięci na zbiorowej, społecznej kwarantannie, mając nadzieję na poprawę sytuacji. W relacjach społecznych rządy nakazywały zachowanie tzw. dystansu społecznego, rekomendowano noszenie maseczek oraz jednorazowych rękawic ochronnych. Specjalne procedury wprowadzono w systemach zdrowia i pomocy społecznej – wydzielono dodatkowo miejsca dla szpitali zakaźnych, wprowadzono specjalistyczne zalecenia dotyczące środków ochrony osobistej. Państwa zaczęły masowo zamawiać tysiące respiratorów oraz środki ochrony osobistej. Firmy, głównie korporacje, przystąpiły do prac nad szczepionką i lekami na COVID-19. Sytuacja taka była bez precedensu – właściwie nieznana była od dziesięcioleci.

Siódmym punktem zwrotnym w polskiej polityce społecznej po 1989 roku było pojawienie się w 2022 roku ponad trzymilionowej rzeszy uchodźców z Ukrainy w Polsce, którzy uciekali przed skutkami okrutnej, brutalnej agresji Rosji na Ukrainę. Sytuacja pojawienia się tak wielu przybyszów w ciągu kilku tygodni od rozpoczęcia działań wojennych w Ukrainie była bez precedensu od II wojny światowej. Polski system polityki społecznej został wystawiony na wyjątkowy test zdolności absorpcji tak dużej liczby ludności – głównie kobiet z dziećmi, osób starszych i z niepełnosprawnościami. Dzięki ogromnej solidarności całego polskiego społeczeństwa, które w zryw pomocy przyjmowało pod swoje dachy uchodźców, a także zaangażowaniu samorządów lokalnych oraz organizacji pozarządowych państwu udało się skoordynować pierwszy etap udzielenia pomocy Ukraincom przybywającym do Polski. Miliony ludzi w odruchu życzliwości i wsparcia zaczęło samoorganizować pomoc dla uchodźców, ale także dla Ukraińców, którzy pozostali w ojczyźnie, walcząc z wrogiem. Państwo przyjęło w ekspresowym tempie szereg aktów prawnych pozwalających Ukraincom przybywającym do naszego kraju nabywanie praw socjalnych, obywatelskich na takich samych zasadach, jakie mają Polacy. W tej chwili (kwiecień 2022) nie wiadomo jeszcze, jak dalek potoczy się sytuacja z napływem kolejnych uchodźców i jakie wyzwania ujawnią się w związku z dłuższym, a może i stałym pobytom Ukraińców w Polsce. Niewątpliwie

Rys. 1. Punkty zwrotne w realizacji polityki społecznej w Polsce w latach 1989–2023



Źródło: opracowanie własne

jednak sytuacja ta staje się aktualnie wielkim wyzwaniem dla władz krajowych i samorządowych, a także dla wielu instytucji polityki społecznej (zdrowia publicznego, edukacji, pomocy społecznej, rynku pracy itd.).

Na powyżej zamieszczonym rysunku przedstawiono główne punkty zwrotne, które autor tego opracowania uważa za kluczowe momenty w ostatnich 30 latach, które ukształtowały polski model polityki społecznej. Model ten, który prof. M. Księżopolski (2011: 15–37) nazwał paternalistyczno-rynkową hybrydą, ewoluował od neoliberalno-osłonowego charakteru (lata 90. XX wieku) poprzez próbę stworzenia modelu aktywizacyjno-integracyjnego (okres okołoaakcesyjny i po wejściu do UE) do modelu redystrybucyjno-osłonowego z elementami inwestycji społecznych (ostatnie 6 lat).

Najważniejsze wybrane kierunki rozwoju polityki społecznej w Polsce

Po 1989 roku jednym z ważniejszych priorytetów było stworzenie systemu pomocy społecznej, który miał asekurować pogłębianie się problemu ubóstwa i rozwarstwienia społecznego Polaków w wyniku przyjęcia reform gospodarczych i społecznych w ramach tzw. doktryny szoku (wprowadzenia szybkich zmian, ale wysokim kosztem społecznych konsekwencji). System pomocy społecznej oraz oferowane usługi i świadczenia socjalne w tym obszarze zostały ukształtowane zatem na początku lat 90. XX wieku, kiedy w związku z ujawnianiem się szeregu potransformacyjnych problemów społecznych zdecydowano się na wyodrębnienie pomocy społecznej jako niezależnego od systemu zdrowia systemu polityki społecznej, który charakteryzował okres realnego socjalizmu. W 1990 roku uchwalono ustawę o pomocy społecznej oraz powołano stosowne instytucje w samorządach (Gminne Ośrodki Pomocy Społecznej), które miały za zadanie realizację usług pomocy społecznej i innych świadczeń pieniężnych, głównie zasiłków. Z resortu zdrowia do resortu pracy przeniesiono zadania związane z realizacją pomocy społecznej, powołano również odpowiednie służby, bazując na pracy socjalnej i usługach opiekuńczych (służby społeczne) (Starega-Piasek 2019). System pomocy społecznej miał początkowo głównie asekurować narastający problem długoterminowego bezrobocia strukturalnego oraz ubóstwa w Polsce, które wynikały z podejmowanych reform gospodarczych i przekształceń własnościowych (Grewiński, Zasada-Chorab 2013). Po reformie samorządowej w 1999 roku ośrodki pomocy społecznej zostały uzupełnione o Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie, jednakże nie dokonano wówczas gruntownej redefinicji funkcji i celów pomocy społecznej.

Aktualnie – w 2022 roku – istnieje zgoda wśród większości ekspertów na temat tego, że po blisko 30 latach od przeobrażeń ustrojowych w Polsce, system pomocy społecznej potrzebuje gruntownej przebudowy i reformy (Grewiński 2011: 125–134). Jest to związane z faktem, że nie odpowiada już w pełni na potrzeby obywateli. O ile w latach 90. XX wieku jego główne funkcje sprowadzały się do działań osłonowych i transferów pieniężnych do grup zagrożonych ryzykiem ubóstwa i długotrwałego bezrobocia, to dzisiaj akcenty aktywności powinny być przekierowane bardziej w kierunku rozwijania usług społecznych i socjalnych na rzecz osób niesamodzielnych,

starszych, z niepełnosprawnościami, samotnych oraz z problemami psychicznymi i emocjonalnymi.

Funkcjonujący w obecnym kształcie system pomocy społecznej w gruncie rzeczy rzadko kiedy usamodzielnia swoich podopiecznych, a to jest głównym, ustawowym celem służb pomocy społecznej (Grewiński 2011). Dlatego niezrozumiałym w tym kontekście wydaje się fakt zaprzestania tego, co – jak wynika z badań – akurat dobrze sprawdziło się w ostatnich latach, a mianowicie prowadzenia projektów aktywnej integracji i upowszechniania pracy socjalnej (Łoś 2018). Ogromne inwestycje ze środków UE, jakich dokonano w latach 2006–2013 w ośrodkach pomocy społecznej, Powiatowych Centrach Pomocy Rodzinie i Regionalnych Ośrodkach Pomocy Społecznej, spowodowały nowe, aktywne, prointegracyjne nastawienie tych instytucji do rozwoju licznych działań i usług społecznych (szczególnie usług reintegracji społeczno-zawodowej) – dziwi więc fakt, że kierownictwo Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w 2014 roku nie podjęło decyzji o kontynuacji tych rozwiązań i projektów ze środków EFS lub w ramach własnych środków krajowych. Było to zaniechanie, które ponownie sytuuje podmioty pomocy społecznej w formule opieki i pasywnych świadczeń, szczególnie po wprowadzeniu świadczenia pieniężnego 500+, które dla systemu pomocy społecznej stało się w latach 2016–2021 poważnym obciążeniem administracyjnym i organizacyjnym (Kaźmierczak 2021: 167–200; Kaźmierczak, Rymśa 2012). Wyzwaniem najbliższych lat w polskim systemie pomocy społecznej będzie wyraźne ukierunkowanie systemu na rozwój usług społecznych, w tym rozwój centrów usług społecznych oraz inwestycje w proces deinstytucjonalizacji usług w kierunku usług domowych i środowiskowych (Grewiński, Lizut 2021). Doświadczenia międzynarodowe pokazują, że systemy pomocy społecznej powinny uwzględniać rozwój usług społecznych jako wektor przyszłości (Sałustowicz 2009; Grewiński, Krzyszkowski 2012).

Drugim kierunkiem rozwoju polityki społecznej w Polsce po 1989 roku było tworzenie systemu polityki rynku pracy i w późniejszym okresie – po 2004 roku – polityki aktywizacji i integracji w ramach ekonomii społecznej w naszym kraju. Ujawnienie się bardzo wysokiego bezrobocia wymuszało na decydentach podjęcie wysiłków na stworzenie instytucji rynku pracy i stosownych ram prawnych wsparcia bezrobotnych. Po okresie realnego socjalizmu, w którym obowiązywała doktryna pełnego zatrudnienia, okres początku transformacji ustrojowej był zarówno dla obywateli, jak i dla instytucji/podmiotów polityki społecznej czasem szoku i niepewności. Masowy wzrost bezrobocia strukturalnego, skutkującego pauperyzacją wielu środowisk społecznych, spowodował konieczność reaktywowania w 1990 roku publicznych służb zatrudnienia, uchwalenia Ustawy o przeciwdziałaniu bezrobociu oraz stworzenia procedur funkcjonowania i wyposażenia instytucji rynku pracy w odpowiednie instrumenty. Ukształtowano strukturę publicznych służb zatrudnienia, która aktualnie składa się z trzech poziomów: krajowego, regionalnego (wojewódzkiego) i powiatowego. System podmiotów polityki zatrudnienia i rynku pracy tworzą: publiczne służby zatrudnienia (Powiatowe i Wojewódzkie Urzędy Pracy), Ochotnicze Hufce Pracy i inne instytucje, w tym agencje zatrudnienia, instytucje dialogu społecznego i organizacje pozarządowe działające na rzecz rozwoju zasobów ludzkich, związki

zawodowe. W polityce rynku pracy na początku lat 90. dominował paradygmat świadczeń pasywnych (zasiłki dla bezrobotnych, tzw. kuroniówka), które koncentrowały się na zabezpieczeniu dochodu i posiłku, a dopiero po 1995 roku pojawiły się pierwsze programy aktywizacyjne, które miały motywować bezrobotnych i poszukujących pracy do aktywności, przekwalifikowywania się czy zdobywania nowych kompetencji. W systemie rynku pracy wprowadzano systematycznie nowe instrumenty aktywizacji, aby pobudzić powstawanie nowych podmiotów gospodarczych (samozatrudnienie) czy stymulować chęć do podejmowania kursów i szkoleń (dodatki szkoleniowe). Kluczowe dla polityki rynku pracy było wejście Polski do UE i objęcie nas pomocą z Europejskiego Funduszu Społecznego, którego interwencje i projekty dotyczyły przede wszystkim działań aktywizacyjnych i edukacyjnych dla bezrobotnych. Tym samym krajowy fundusz celowy – Fundusz Pracy – został wzmocniony przez środki europejskie na działania o charakterze aktywizacyjnym. Przy okazji działań EFS przygotowano wiele strategii i programów aktywizacji bezrobotnych na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym. Nowoczesne usługi rynku pracy, mające cele prozatrudnieniowe, realizowane przez na nowo zdefiniowane instytucje rynku pracy, zostały sklasyfikowane i szczegółowo opisane w Ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z 2004 roku (Dz.U. z 2004 r. Nr 99, poz. 1001), która przesuwiała akcenty w kierunku rozbudowania i spluralizowania oferty usług rynku pracy w naszym kraju. Był to z jednej strony wymóg otwierania się rynków pracy państw UE, a szerzej – ważny element realizacji przez Polskę wytycznych i zaleceń instytucji wspólnotowych w ramach Europejskiej Strategii Zatrudnienia.

Po 2004 roku i wejściu Polski do Unii Europejskiej, w wyniku metody otwartej koordynacji i interwencji EFS, zaczęto realizować projekty aktywizacji i inkluzji społecznej poszczególnych grup, przede wszystkim poprzez zastosowanie rozwiniętych, zindywidualizowanych usług integracji społecznej i zawodowej w ramach ekonomii społecznej (Grewiński 2001). Przyjęto wówczas ważne akty prawne, takie jak: Ustawa o zatrudnieniu socjalnym (Dz.U. z 2003 r. Nr 122, poz. 1143), Ustawa o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz.U. z 2003 r. Nr 96, poz. 873), Ustawa o spółdzielniach socjalnych (Dz.U. z 2006 r. Nr 94, poz. 651). Dzięki nim powstały liczne podmioty ekonomii i integracji społecznej takie jak: spółdzielnie socjalne, kluby i centra integracji społecznej. Miały się one przyczyniać do skuteczniejszego włączania w proces pracy osób ze środowisk szczególnie zagrożonych wykluczeniem społecznym. Skuteczność tych podmiotów jest zróżnicowana, niemniej pełnią one ważne ogniwo na styku polityki rynku pracy i pomocy społecznej (Grewiński, Rymśza 2011).

Usługi rynku pracy były w ostatniej dekadzie poddane próbom reformy w kierunku ich kontraktowania. Pozytywne doświadczenia we wcześniejszym outsourcingu usług szkoleniowych w polityce rynku pracy zachęciły rząd PO-PSL do przygotowania i wdrożenia reformy usług doradztwa zawodowego i pośrednictwa pracy w kierunku kontraktowania tych usług do agencji zatrudnienia. Ideą reformy było to, żeby prywatne agencje, które są zarządzane bardziej w sposób biznesowy i nastawione są na rynkowe rozwiązania, szybciej i skuteczniej wprowadzały bezrobotnych na rynek pracy. Jak wykazano jednak w książce „Polityka rynku pracy w Polsce – w kierunku kontraktowania usług?” (Grewiński 2015), teoretyczne założenia

reformy, które może były i słuszne, w polskiej praktyce nie zostały skutecznie wprowadzone ze względu na niską poprawę jakości i efektywności usług, które były testowane w ramach pilotażu w 3 polskich województwach. Zaproponowane w jej ramach profilowanie bezrobotnych (Arendt, Kukułak-Dolata 2015) także nie do końca udało się, gdyż osoby najdalej oddalone od rynku pracy w gruncie rzeczy nie otrzymywały żadnej skutecznej oferty od instytucji rynku pracy, a pomoc im przeznaczona była dostarczana raczej w ramach innych systemów: pomocy społecznej, integracji społecznej, ekonomii społecznej. Dyskusyjnym rozwiązaniem było także wprowadzenie usługi doradztwa klienta zamiast doradztwa zawodowego, co jeszcze bardziej biurokratyzowało relację pomiędzy urzędem pracy a bezrobotnym/poszukującym pracy. Należy podkreślić, że po 3 dekadach reformowania państwa w wielu urzędach pracy nadal istnieją liczne deficyty, w tym brak usług doradztwa kariery i *coachingu*, a także usługi (pre)orientowania zawodowego na wzór takich państw jak Niemcy czy Austria, które mają w tym zakresie wiele sukcesów i bardzo ciekawych rozwiązań (*Berufliche Orientierung*). Za pozytywne należy uznać natomiast powołanie Krajowego Funduszu Szkoleniowego. Patrząc przez pryzmat danych statystycznych, niewątpliwie za sukces polskiej polityki rynku pracy w ostatnich latach można uznać redukcję bezrobocia (w 2021 roku stopa bezrobocia wynosiła tylko 5,5%), chociaż nie wiadomo, na ile niższe bezrobocie wynikało z profesjonalnych programów i działań publicznych służb zatrudnienia, a na ile z dobrej sytuacji gospodarczej i sprzyjającej koniunktury oraz „eksportu” naszych zasobów pracy po wejściu Polski do Unii Europejskiej (blisko 2 mln Polaków wyjechało z kraju w poszukiwaniu pracy). Dane statystyczne wskazują jednak, że w ostatnich 30 latach udało się znacznie ograniczyć w Polsce stopę bezrobocia. W 1990 roku stopa bezrobocia wynosiła 6,5%; w 1999 – 19%; w 2004 – 13,1%; w 2015 9,8%; pod koniec 2019 – 5,2 %, zaś w 2022 – 5,5%. Udało się także podnieść o kilkanaście punktów procentowych wskaźnik zatrudnienia (do 72%), chociaż w tym zakresie daleko nam jeszcze do najlepszych krajów europejskich – np. do Szwajcarii, gdzie wskaźnik ten wynosi 85%.

Trzecim kierunkiem rozwoju polityki społecznej w naszym kraju była polityka edukacyjna. Po transformacji ustrojowej w 1989 roku edukacja i usługi kształcenia niewątpliwie przeżywały dynamiczny rozwój, chociaż popełniono także wiele błędów i zrobiono sporo szkód, nie w pełni doceniając edukację jako dobro publiczne, w które warto inwestować. Z jednej więc strony Polska odniosła w tym zakresie wiele sukcesów, ale też wiele jest argumentów na rzecz tezy, że w publicznej edukacji można było zrobić znacznie więcej. Sukcesy widać, szczególnie w ostatnich 30 latach, przez pryzmat wielkiego *boomu* edukacyjnego na poziomie kształcenia wyższego. Analizując dynamikę zmian, liczby absolwentów uczelni wyższych od 1990 roku, kiedy było ich 56 tys., rosły: w roku 1999 – 215 tys., 2004 – 384 tys., 2015 – 485 tys., a w 2018 – 327 tys. Łatwo zauważyć, jak ogromna zmiana dokonała się, jeśli chodzi o wskaźniki skolaryzacji. W 1990 roku wynosił on 13%, a w 2021 roku – 50%, tyle młodzieży w wieku 18–24 lata studiuje lub uczy się ustawicznie w szkołach pomaturalnych lub policealnych. Polska przesuwała się w ostatnich latach także do góry w rankingu PISA. W 2012 roku nasz kraj był na 14. miejscu, o kilka miejsc wyżej niż w latach poprzednich. W 2018 roku zajęliśmy już 11. miejsce („Average Score of Mathematics, Science

and Reading” 2018), zaraz za Finlandią. W porównaniu z państwami Europy południowej bardzo dobrze wypadamy, gdy popatrzymy na wskaźniki dotyczące dzieci i młodzieży kończących naukę zbyt wcześnie (przerywających szkołę podstawową lub gimnazjum). Z danych Komisji Europejskiej i Eurostatu wynika, że w 2016 roku w Polsce szkołę opuszczało zbyt wcześnie tylko 5,2% uczniów w stosunku do 10,7% średniej unijnej („Europejski semestr” 2017).

Jako pozytywny proces można uznać dynamiczny rozwój niepublicznych placówek edukacyjnych, w tym uczelni niepaństwowych. Gros z nich założonych zostało w ramach inicjatyw stowarzyszeń edukacyjnych czy fundacji. W latach 90. XX wieku dynamicznie rozwijały się uczelnie niepubliczne, które stwarzały szansę na edukację wyższą wielu grupom społecznym, natomiast ostatnia dekada to bardzo duży przyrost niepublicznych przedszkoli, szkół podstawowych i liceów. Rosnąca świadomość społeczna na temat roli i znaczenia edukacji w życiu człowieka skutkuje tym, że wielu rodziców woli płacić za edukację swoich dzieci, ale w zamian wymaga autorskich programów nauczania i indywidualnego podejścia do rozwoju ucznia. Postęp edukacji niepublicznej stymulowany jest także poprzez coraz większy chaos i udziwnione reformy publicznych szkół, które są niewątpliwie systemowo w kryzysie (Grewiński 2017).

W Polsce można zaobserwować nie tylko pozytyw w polityce edukacyjnej i realizowanych usługach edukacyjnych. Istnieją także słabości polskiego systemu kształcenia, które wynikają z wielu czynników. Po pierwsze – z rozmontowania w drugiej połowie lat 90. XX wieku sieci szkół technicznych i zawodowych, i niestworzenia w gruncie rzeczy żadnej alternatywy w usługach edukacyjnych dla uczniów mających zainteresowania techniczne. Nie sprawdziły się w naszym kraju w ogóle licea profilowane, które zostały wprowadzone w miejsce likwidowanych techników (Piotrowski 2010). Rozmontowanie szkół zawodowych spowodowało, że rozeszła się po rynku kadra bardzo dobrych metodyków nauczania technicznego i pedagogów z tego zakresu. Odbudowywanie kształcenia zawodowego w tej chwili jest bardzo trudne właśnie z uwagi na brak kadry, ale i upowszechnienie się w świadomości rodziców stereotypowej opinii, że szkoły techniczne są niskiej jakości i bez zaplecza warsztatowego i maszynowego. Tymczasem doświadczenia wielu państw podpowiadają, że kształcenie zawodowe ma swoją przyszłość, i że rynki pracy wchłaniają każdą liczbę specjalistów z zakresu technicznego i informatycznego. Potrzeba tu jednak nowej oferty usług edukacyjnych z branży IT, mechatroniki, cybernetyki czy sztucznej inteligencji (Grewiński, Kawa, Lizut, Marzano 2020).

Jako mniej udany należy uznać proces permanentnego, często upolitycznionego, reformowania systemu edukacji publicznej, który zazwyczaj stawiał akcenty zmiany nie tam, gdzie trzeba. Wieloletnia słabość przywództwa Ministerstwa Edukacji Narodowej i zbyt duża zależność i obawy przed Związkiem Nauczycielstwa Polskiego spowodował zajmowanie się w ramach reform tematami zastępczymi lub zagadnieniami, które nie przekładały się na zastosowanie w procesie edukacji nowoczesnych metod, narzędzi i instrumentów, które realnie zmieniałyby polską szkołę w kierunku wydobywania potencjału uczniów, motywowania ich do samorozwoju oraz poszukiwania i rozwijania pasji. Najwięcej wydaje się być w tym zakresie do zrobienia w edukacji

wczesnoszkolnej i podstawowej (Grewiński, Lizut, Kawa 2019a; Grewiński, Lizut, Kawa 2019b).

Wielu ekspertów z zakresu pedagogiki i polityki edukacyjnej krytycznie ocenia również przestarzały model polskiej szkoły – w tym zbyt dużą standaryzację edukacji, która tłumi kreatywność i innowacyjność. Standaryzacja powoduje nastawienie się szkół w procesie edukacyjnym uczniów na liczne egzaminy i swoistą „punktozę”, zamiast na rozwój umiejętności pracy w zespole, komunikacji interpersonalnej czy samodzielności i refleksyjności w rozwiązywaniu praktycznym problemów (Robinson 2015). Wskazuje się również, że w dalszym ciągu, szczególnie w publicznych szkołach, istnieje deficyt zastosowania alternatywnych metod w edukacji, a nauczyciele niechętnie sięgają po nowe, innowacyjne narzędzia wspomagające rozwój ucznia. Nie wykorzystuje się w pełni multimedialnych tablic interaktywnych czy innych narzędzi technologiczno-informatycznych zakupionych dla szkół ze środków europejskich.

Problemem polskiego systemu usług edukacyjnych jest też niewystarczający poziom współpracy szkół średnich z pracodawcami i podmiotami rynku pracy. Brakuje systemowego rozwiązania połączenia edukacji szkolnej z praktyczną nauką zawodu w ramach takich rozwiązań jak dualny system kształcenia (*duale Ausbildungssystem*), który jest charakterystyczny dla takich państw jak Niemcy i Austria, czy doskonalenie zawodowe w miejscu pracy (*training on the job*), który zastosowano m.in. w Wielkiej Brytanii i Holandii. W polskiej szkole brak jest obligatoryjnej usługi preorientacji i orientacji zawodowej uczniów i doradztwa kariery. Deficyt szkolnych doradców zawodowych i/lub brak programów podnoszących ich kwalifikacje powoduje, że młodzi ludzie w wyborze dalszej ścieżki edukacyjnej lub zawodowej pozostawieni są sami sobie – kierują się albo intuicją, albo podpowiedziami ze strony rodziców lub rówieśników. Niewiele młodych osób objętych jest testami predyspozycyjnymi i psychosobowościowymi, które kierunkują im rozwój pasji, zainteresowań w oparciu o ich mocne strony, potencjał, posiadane zasoby (Barszcz, Pawłowska 2017).

Polityka edukacyjna państwa powinna stać się priorytetem, a dotychczasowe 3 dekady doświadczeń w reformowaniu polskiej szkoły raczej dotyczyły kwestii struktury szkół (z i bez gimnazjami) i treści programów nauczania, w mniejszym stopniu zagadnień metodyki edukacji, relacji z uczniem i kompetencji przyszłości.

Czwartym kierunkiem rozwoju była polityka ochrony zdrowia. Po 1989 roku wszystkie kolejne rządy obiecywały obywatelom poprawę finansowania ochrony zdrowia i przeprowadzenie koniecznych reform, które miały służyć lepszej jakości i dostępności usług zdrowotnych. Tymczasem w ciągu ostatnich 30 lat wydatki publiczne na ochronę zdrowia w relacji do PKB raczej nie ulegały zmianie. Natomiast wzrastały wydatki całkowite dzięki rozwojowi sektora prywatnego usług zdrowotnych. Jeśli przyjąć wskaźnik całkowitych wydatków zdrowotnych jako % PKB (w 1990 roku było to 4,9%, 1999 – 5,9%, 2004 – 6,2%, a 2018 – 6,3%) (OECD 2018), to wzrost jest dostrzegalny, ale dostęp do świadczeń jest ograniczony (Włodarczyk 2014).

Przyjmuje się, że nakłady na służbę zdrowia w Polsce powinny wynosić ok. 10% PKB – wówczas można byłoby znacznie poprawić dostęp do publicznych usług

zdrowotnych. W chwili obecnej mamy w gruncie rzeczy dwa istniejące obok siebie systemy usług zdrowotnych – system publiczny i prywatny. Wiele usług zdrowotnych obywatele muszą nabywać w sferze prywatnej, gdyż dostęp w publicznym systemie do usług specjalistycznych jest często ograniczony i przesunięty w czasie.

Mimo niedomagań polskiego systemu ochrony zdrowia, wskaźniki oceny statusu zdrowotnego populacji wskazują na dokonujący się postęp. Wyraźnie zmalała umieralność niemowląt w porównaniu z okresem sprzed 30 lat. W 2018 roku współczynnik ten wyniósł 3,8‰ – co oznacza, że na każde 1000 urodzeń żywych zmarło ok. 4 niemowląt, a na początku lat 90. XX wieku wskaźnik ten wynosił 18‰, czyli było to 18 niemowląt na 1000 urodzeń. Poprawa warunków życia oraz lepsza jego jakość wielu obywateli zaowocowała wyraźnym wzrostem przeciętnego trwania życia dla kobiet i mężczyzn. Nastąpił także spadek umieralności z powodu chorób układu krążenia, które ciągle stanowią główną przyczynę przedwczesnej umieralności. Począwszy od 1992 roku udział tych chorób w ogólnej liczbie zgonów obniżył się z poziomu 52% do 43% w 2016 roku („Trwanie życia w Polsce w 2017 r.” 2018).

Zmiana w systemie funkcjonowania ochrony zdrowia doprowadziła do rozwoju licznych i nowoczesnych placówek ochrony zdrowia, zarówno publicznych, jak i prywatnych, konkurujących w ramach tzw. rynku wewnętrznego. Barierą ich dalszego rozwoju jest permanentne niedofinansowanie oraz deficyt kadr medycznych (Osak 2011: 74 i nast.).

Obserwowana niepokojąca tendencja odpływu lekarzy i duża dynamika migracyjna, skutkują pogłębieniem deficytu specjalistów w zakresie anestezjologii, intensywnej terapii, medycyny ratunkowej, pediatrii, chirurgii ogólnej, psychiatrii, ortopedii i traumatologii, położnictwa i ginekologii. Brakuje też wielu geriatrów. W efekcie z liczbą 216 lekarzy na 100 tys. mieszkańców Polska zajmuje ostatnie miejsce wśród krajów UE (Ministerstwo Zdrowia 2018).

Polski system ochrony zdrowia cierpi zarówno na niedostatki w zakresie zarządzania sektorem ochrony zdrowia, jak i placówkami usług zdrowotnych (Golinowska 2018). Dobre rządzenie wymaga posiadania kompetentnego przywództwa, dobrych instytucji i odpowiednich regulacji. W ochronie zdrowia instytucje regulacyjne są zwykle słabsze niż placówki świadczenia usług zdrowotnych, szczególnie w krajach, w których wydatki na zdrowie są niskie. W konkurencji o środki zawsze przegrywają instytucje regulacyjne: zbierania i rejestrowania danych, opracowywania strategii i planów, monitorowania i kontroli oraz koordynacji. Sytuacja pandemii COVID-19 uwiarydlała poważne braki w tej dziedzinie, przyczyniając się dodatkowo do trudności w opanowywaniu zakażeń koronawirusem i leczeniu chorób nim spowodowanych (Golinowska, Zabdyr-Jamroz 2020).

Mimo widocznego postępu, w dalszym ciągu problemem wielu szpitali i innych placówek ochrony zdrowia jest niska jakość zarządzania i organizacji. Bierze się to m. in. z tego, że placówkami zdrowotnymi kierują bardzo często nie menedżerowie, ale lekarze, którzy niekoniecznie posiadają kompetencje i predyspozycje do zarządzania podmiotami leczniczymi. Brakuje w tym zakresie odpowiednich szkoleń i superwizji zarządczej, która pozwoliłaby na bardziej efektywny i racjonalny model organizacji wielu placówek (Frączkiewicz-Wronka 2010).

Głównym źródłem finansowania usług zdrowotnych w Polsce jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) tworzony ze składki, która stanowi część podatku od dochodów ludności. Mimo wzrostu dochodów ludności i w konsekwencji przychodów NFZ, zakres i skala finansowania wielu usług opieki medycznej jest niedostateczna. Zaspokojenie wzrostu potrzeb zdrowotnych nie jest dostateczne ze względu na ich wzrost, związany przede wszystkim ze starzeniem populacji, jak i ze względu na wysokie koszty skutecznego leczenia (koszty wynagrodzeń i nowych technologii). Niemniej w opinii Komisji Europejskiej NFZ jest instytucją zapewniającą dostęp do szerokiego zakresu usług zdrowotnych. W raporcie Komisji Europejskiej (2019) stwierdzono, że obowiązujący w Polsce system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zasadniczo zapewnia dostęp do szerokiego zakresu usług zdrowotnych. Zauważono jednak istotne wykluczenia odnoszące się do zakresu przysługujących pacjentom usług oraz towarów, zwłaszcza leków. Jak podkreślają eksperci KE, system ochrony zdrowia w Polsce jest nadmiernie uzależniony od opieki szpitalnej i boryka się z niedoborem personelu medycznego, a zwłaszcza lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Za priorytety obecnych reform uważa się: poprawę koordynacji opieki nad pacjentem, racjonalizację opieki szpitalnej oraz stworzenie modelu efektywnej opieki ambulatoryjnej („State of Health in the EU – Poland” 2019). Wyzwaniem usług zdrowotnych jest kwestia powszechnej do nich dostępności. W Polsce, ale także w wielu innych krajach, zauważa się nierównomierne rozmieszczenie zasobów i usług zdrowotnych, np.: silną koncentrację kadr medycznych w dużych aglomeracjach miejskich przy równocześnie deficycie w małych miastach i na wsiach (State of... 2019).

Piątym kierunkiem rozwoju była polityka rodzinna, wprowadzona jednak systemowo stosunkowo późno, bo dopiero po roku 2010. Po transformacji ustrojowej w 1989 roku, rodzina w Polsce przejęła wiele funkcji socjalnych, które do tej pory pełniło państwo i jego uspołecznione zakłady pracy (Szlendak 2011). Wycofanie się sektora publicznego i przedsiębiorstw z wielu działań o charakterze socjalnym podyktowane było przyjęciem rynkowego modelu z celami zorientowanymi na szybką prywatyzację i biznesowy model funkcjonowania firm. Państwo zaprzestało świadczenia wielu usług zdrowotnych i socjalnych w szkołach, uczelniach, zakładach pracy czy urzędach. Przykładów wycofywania się państwa w latach 90. XX wieku ze świadczenia usług społecznych na rzecz rodziny można podać wiele. Redukcja zaangażowania państwa w prowadzenie żłobków czy przedszkoli spowodowała wśród rodzin, w których oboje rodzice pracowali zawodowo, konieczność zabezpieczenia opieki nad dzieckiem przez bliższą lub dalszą rodzinę, albo zdecydowanie się na zatrudnienie opiekunki do dziecka. Pojawiały się placówki prywatne, a te publiczne komercjalizowały się. Wycofanie się z profilaktyki lekarskiej ze szkół (lekarz, dentysta, pielęgniarka) spowodowało konieczność większej troski zdrowotnej rodziców o swoje pociechy. Podobnie redukcja klubów sportowych, kół zainteresowań, domów kultury i zajęć pozaszkolnych prowadzonych przez państwo w ramach publicznych programów społecznych, spowodowała przerzucenie odpowiedzialności za dodatkowe zajęcia dzieci i młodzieży na rodziców i najbliższe otoczenie. Podobnie rzecz ma się w przypadku opieki nad osobami zależnymi – osobami starszymi lub z niepełnosprawnościami,

gdzie państwo w dużej części przerzuciło ten obowiązek na rodzinę. Na rodzinę po 1989 roku przerzucono wiele funkcji socjalnych, które wcześniej były w dużej części asekurowane przez państwo lub państwowe zakłady pracy. Podobnego zdania są B. Balcerzak-Paradowska i E. Leś, które podkreślają, że transformacja ustrojowa przyniosła zasadniczą zmianę w usługach społecznych na rzecz rodziny. Związane to było m.in. z tym, że w polityce rodzinnej po 1989 roku prowadzono działania bazujące na zasadzie podmiotowości, zgodnie z którą odpowiedzialność za warunki życia rodzin spoczywała przede wszystkim na członkach rodzin, a nie na instytucjach państwowych czy samorządowych. Jednocześnie decentralizacja zadań i uprawnień przy ograniczonych środkach spowodowała, że gminy zamiast rozwijać usługi na rzecz rodziny i dzieci zaczęły masowo likwidować placówki opiekuńczo-wychowawcze. Funkcje opiekuńcze i wychowawcze masowo przerzucono na rodziny, stąd też kryształizujący się model polityki rodzinnej można było nazwać mieszkanką modelu konserwatywnego i liberalnego (Balcerzak-Paradowska, Leś 2019).

Na tym tle wydaje się uprawniona teza, że przez pierwsze dwie dekady okresu transformacji polityka rodzinna była ograniczona. Sprowadzała się do wprowadzenia systemu niskich i selektywnych świadczeń rodzinnych oraz świadczeń z pomocy społecznej, które adresowane były, z uwagi na kryterium dochodowe, do rodzin ubogich, niepełnych, wielodzietnych, często o niskim statusie społecznym. Ich wysokość nie pozwalała na wyjście z ubóstwa, asekurowała tylko przed skrajnym wykluczeniem materialnym. Najbardziej stabilnym instrumentarium były w tym okresie – zasiłek macierzyński i opiekuńczy, wypłacane jako świadczenia ubezpieczeniowe.

Koszty tych zmian ponosiła rodzina, a jej kondycja słabła. Radykalnie zmniejszyła się stopa dzietności, a rodziny wielodzietne stanowiły grupy najbardziej dotknięte ubóstwem (Golinowska 1996).

Refleksja dotycząca koniecznych inwestycji w rodzinę poprzez rozwój usług w ramach programów społecznych przysła dopiero wtedy, kiedy ujawniły się pierwsze symptomy kryzysu demograficznego i migracyjnego, o których przestrzegał w swych wystąpieniach w latach 90. XX wieku prof. A. Rajkiewicz (2000; 2001). Już w nowym millennium decydenci uruchomili kilka programów dla rodzin poprzedzonych zmianami legislacyjnymi. Do najważniejszych programów i nowych rozwiązań z ostatnich kilkunastu lat zaliczyć trzeba: Program Polityki Rodzinnej z 2007 roku, urlop ojcowski (od 2010 roku), program rozwoju instytucji opieki nad dzieckiem do lat 3 (2011 rok), wprowadzenie nowego zasiłku macierzyńskiego i urlopu rodzicielskiego (12 miesięcy), wprowadzenie i upowszechnienie Karty Dużej Rodziny, wprowadzenie świadczenia pieniężnego „becikowego” – jednorazowej zapomogi na każde nowo urodzone dziecko (Durasiewicz 2020).

Powrót do rozwiązań sprzed 1989 roku zaczął następować po 20 latach. Usługi społeczne na rzecz rodziny stopniowo zaczęły powracać do łask polityki społecznej. Dotyczyło to także inwestycji w przedszkola i żłobki, na które środki przeznaczano ze środków unijnych, a w części krajowych (Kotowska, Sztanderska, Wóycicka 2007).

Po 2015 roku wprowadzono ponadto sztandarowy, rządowy Program 500+ jako świadczenie wychowawcze na rzecz dzieci². Program ten stanowił pierwszy i od razu niezwykle drogi instrument inwestycji w rodzinę. Jego sukcesem jest z pewnością to, że przyczynił się on do redukcji ubóstwa dzieci w Polsce. Dużo gorzej jednak należy oceniać program jako skuteczny instrument prokreacyjny, a taki cel także stawiano przed jego uruchomieniem (Bojanowska 2017).

Świadczenia Programu 500+ są świadczeniem pieniężnym, ale warto podkreślić, że poprzez swój ogromny budżet i indywidualne decyzje rodzin na temat jego spożytkowania, może przyczyniać się pośrednio także do rozwoju usług społecznych poprzez finansowanie z jego środków zakupu na rzecz dzieci różnorodnych usług społecznych, edukacyjnych, sportowych, kulturalnych czy turystycznych na rynku. W ten sposób może tworzyć się zwiększony popyt i podaż (także komercyjnie) usług oferowanych rodzinom (Grewiński, Karwacki, Szlendak 2017).

Program 500+ (a później 800+) jest, póki co, najbardziej hojnym programem na rzecz rodzin ze wszystkich, jakie były realizowane w Polsce po 1989 roku. Decydenci uruchamiający Program, poza argumentami politycznymi związanymi z ubóstwem dzieci, zdecydowali się na ten krok, analizując spadającą dzietność, która mierzona wskaźnikiem współczynnika dzietności w Polsce w 1990 roku wynosiła 2,04%, 1999 – 1,35%, 2004 – 1,23%, a 2015 – 1,33%. Zakładano zatem, że realizacja Programu przyczyni się do wzrostu dzietności.

Jednak wielu ekspertów ds. polityki demograficznej i rodzinnej nie było i nie jest przekonanych co do tego, czy nakłady 500 zł na każde dziecko w rodzinie wystarczą jako zachęta do podejmowania decyzji prokreacyjnych. Wielu od samego początku było zdania, że Program powinien zostać inaczej skonstruowany, skoro ma wspierać funkcje wychowawcze i edukacyjne, a nie wyłącznie konsumpcyjne. Liczne były głosy, które wskazywały, że powinien być silnie powiązany z rozwojem lokalnych usług społecznych i infrastruktury społecznej na rzecz rodzin, jeśli ma osiągnąć cele demograficzne. Argumentowano, że taka formuła Programu będzie jedynie pobudzać gospodarkę poprzez zwiększony popyt konsumpcyjny (Kotowska 2016; Góra, Kotowska). Po 6 latach funkcjonowania Programu 500+ można zauważyć, że przyczynił się on w jakiejś mierze do redukcji ubóstwa skrajnego, zarówno dorosłych, jak i dzieci, i doprowadził do zmniejszenia się odsetka osób korzystających z pomocy społecznej. W znacznie mniejszym jednak stopniu, jeśli w ogóle, przyczynił się on do zwiększenia dzietności (Grewiński 2020).

Oprócz Programu 500+ w ostatnich 5 latach wprowadzono również inne programy na rzecz rodziny, m.in. takie jak: Program Maluch+, Mieszkanie+, Wyprawka+. Ich celem było zwiększenie dostępności usług żłobkowych i przedszkolnych, ułatwienie nabycia mieszkań przez młode małżeństwa czy wsparcie edukacyjne dla rodzin z dziećmi w wieku szkolnym (por. Durasiewicz 2017: 119–124).

² Do stworzenia idei samego programu przyznaje się prof. J. Auleytner, który miał wymyślić ten instrument na potrzeby programowe tworzącej się partii politycznej „Polska jest Najważniejsza” dekadę temu.

Państwo próbowało rozwijać również politykę na rzecz osób z niepełnosprawnością. Była to szósta rozwojowa polityka społeczna. Analizując ostatnie 30-lecie realizowanej polityki społecznej na rzecz osób z niepełnosprawnościami, trzeba podkreślić, że ta była średnio skuteczna i raczej nieracjonalna z punktu widzenia efektywności. Zwinięcie parasola ochronnego nad spółdzielczością inwalidów w latach 90. XX wieku przy jednoczesnym braku zapewnienia zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami na otwartym rynku pracy spowodowało obniżenie standardu życia tej grupy poprzez brak dochodu. Likwidacja spółdzielni inwalidów była błędem, który trudno było poprawić w późniejszym czasie. Jak twierdzi Grażyna Magnuszewska-Otulak, transformacja ekonomiczna i spadek poziomu aktywności zawodowej spowodowały pogorszenie sytuacji ekonomicznej osób z niepełnosprawnością i ich rodzin. Część osób z niepełnosprawnościami miała uprawnienia do renty z tytułu niezdolności do pracy (tzw. renta inwalidzka) lub do innych świadczeń ubezpieczeniowych, część nie miała dostępu do świadczeń pieniężnych, ale miała dostęp do usług społecznych (Magnuszewska-Otulak 2017: 197–198).

Estymacja skali zjawiska niepełnosprawności w Polsce może bazować na międzynarodowych, porównawczych badaniach Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (*European Health Interview Survey – EHIS*). Według tego badania, w Polsce w 2014 roku było 7,4 mln osób z niepełnosprawnością biologiczną w wieku 15 lat i więcej³. Wśród tej grupy 1,81 mln stanowiły osoby pracujące, 300 tys. – bezrobotne, a 5,3 mln – bierne zawodowo. W zależności od przyjętego kryterium niepełnosprawności biologicznej (a ściślej poziomu ograniczeń) populacja osób z niepełnosprawnością w Polsce może liczyć od 4,9 mln osób do 7,7 mln osób („Dane Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych” 2020).

Generalnie osoby z niepełnosprawnościami mogą korzystać w Polsce z różnych usług społecznych/publicznych przeznaczonych dla ogółu społeczeństwa w zakresie nauki, oświaty, ochrony zdrowia, kultury, porządku publicznego, wypoczynku czy administracji. Są oni grupą społeczną wspieraną w naszym kraju w ramach różnych systemów polityki społecznej i bogatej mozaiki instrumentów wsparcia, chociaż prowadzona polityka na ich rzecz nie zawsze jest skoordynowana, skuteczna i przynosząca zakładane rezultaty (Por.: Gąciarz, Kubicki, Rudnicki 2014: 116–120). Niektórzy autorzy, jak Paweł Kubicki, twierdzą, że osoby z niepełnosprawnościami bardziej potrzebują kompleksowej polityki publicznej, aniżeli tylko stricte społecznej (2017: 15–16).

Usługi, szczególnie te przeznaczone tylko i wyłącznie dla osób z niepełnosprawnościami, to usługi rehabilitacji społeczno-zawodowej (oferowane w ramach systemu PFRON), edukacji włączającej i specjalnej (realizowane w ramach systemu oświaty), reintegracji społeczno-zawodowej (oferowane w ramach systemu ekonomii społecznej i integracji społecznej), specjalistyczne usługi zdrowotne i medyczne (dostępne w ramach systemu ochrony zdrowia), aktywizacji zawodowej i rynku pracy

³ Definicja EHIS mówi o osobach, które zadeklarowały ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują – uwzględniono tu zarówno poważne, jak i mniej poważne ograniczenia, powodujące niemożność wykonywania ww. czynności przez okres co najmniej ostatnich 6 miesięcy.

(udostępniane w ramach polityki zatrudnienia), opiekuńcze, asysty i socjalno-bytowe (dostępne w systemie pomocy społecznej), mieszkaniowe (w ramach mieszkalnictwa wspieranego/socjalnego) czy transportowe (wsparcie w przemieszczaniu się). Ponadto wsparcie i włączanie osób z niepełnosprawnościami do życia publicznego ma miejsce także w działaniach na rzecz dostosowywania infrastruktury, ograniczania barier komunikacyjnych i upowszechniania problematyki tej grupy społecznej wśród ogółu społeczeństwa⁴.

Specyfika osób z niepełnosprawnościami polega na tym, że jest to grupa bardzo zróżnicowana ze względu na rodzaj i stopień niepełnosprawności, a dodatkowo także ze względu na wykształcenie, pochodzenie, wiek, płeć i indywidualne potrzeby, które są bardzo różne ze względu na specyfikę schorzenia i kontekst społeczny/kulturowy związany z miejscem życia, pracy i zamieszkania. Z tego powodu usługi społeczne dla tej grupy powinny być w sposób szczególny spersonalizowane i zindywidualizowane (*personal social services*), ale niestety w wielu obszarach realizacji polityki społecznej na rzecz tej grupy tak jednak nie jest (Gąciarz, Grewiński, Rudnicki, Geletta 2014: 219 i nast.).

Wydaje się, że suma możliwych ofert dla tej grupy jest stosunkowo duża, ale niekoniecznie oznacza to, że osoby z niepełnosprawnościami nie borykają się z różnymi deficytami i ograniczeniami w dostępie do usług czy rynku pracy i innych instytucji społeczno-gospodarczych. Jest to związane z wieloma czynnikami obiektywnymi, często niezależnymi od samych osób z niepełnosprawnościami, a mianowicie od barier mentalnych, stereotypowego traktowania, uprzedzeń, licznych obaw pracodawców, realnej sytuacji na rynku pracy, rozwiązań i zachęt podatkowo-składkowych, świadczeń pieniężnych wypłacanych w ramach systemu zabezpieczenia społecznego⁵.

Zagadnienie polityki społecznej dla osób z niepełnosprawnościami jest istotne także z tego względu, że w naszym kraju mamy do czynienia ze stosunkowo wysokim ich udziałem w ogólnej liczbie ludności. Wyzwaniem jest dostępność do usług społecznych, ale także stan i rozwój infrastruktury społecznej przeznaczonej dla tych osób.

Oprócz kwestii zdrowotnych, z oczywistych względów, bardzo ważna dla osób z niepełnosprawnościami jest praca i aktywność zawodowa, która pozwala zdobywać środki do życia, ale także pozwala na uczestnictwo w zbiorowości pracowników. Praca daje poczucie własnej wartości, kształtuje sytuację materialną i daje status społeczno-zawodowy. Z tego powodu wiele systemów wsparcia w Polsce jest ukierunkowana na usamodzielnienie i włączenie ich w proces pracy, chociaż efektywność w tym zakresie jest niska (Borek, Olszewski 2016: 78–86).

Należy zauważyć także ważny kierunek realizacji polityki senioralnej i zabezpieczenia społecznego na starość jako siódmy kierunek rozwojowy. O ile system zabezpieczenia na starość w postaci ubezpieczenia emerytalnego był realizowany skutecznie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i dla niektórych grup przez

⁴ Zobacz też: Giermanowska, Raclaw, Zakrzewska-Manterys (2018).

⁵ O różnych kontekstach problemów osób z niepełnosprawnością zobacz w: Golinowska (2012) lub Gąciarz (2014).

KRUS, a od 1999 roku także przez otwarte fundusze emerytalne (OFE), to polityka senioralna wpisana była głównie w strategię ministerialne, regionalne i lokalne. W tym zakresie – nieubezpieczeniowym – polscy decydenci przez wiele lat nie przywiązywali odpowiedniej wagi do zastosowania długofalowego podejścia do działań demograficznych, które są niezwykle istotne dla rozwoju społecznego⁶, posiadania młodego zasobu ludzkiego w aspekcie jego wykorzystania na rynku pracy czy też w związku z coraz trudniejszą wydolnością systemów zabezpieczenia na starość. Być może wiązało się to z przyjęciem tradycyjnej perspektywy, że potrzeby osób starszych zapewnia w dostatecznym stopniu rodzina. Nie ma więc potrzeby kreowania dodatkowych polityk na rzecz seniorów, bazujących na różnorodnych usługach aktywizacji, integracji, edukacji, opieki czy wsparcia psychologicznego lub duchowego. Tymczasem w wielu krajach Europy Zachodniej i USA polityka społeczna wobec starzenia się populacji ma od wielu lat swoje bogate instrumentarium (Por.: Zapędowska-Kling 2016: 83 i nast.; 162 i nast.).

O ile system zabezpieczenia społecznego dla seniorów był programowany przez ostatnie dekady przez pryzmat ochrony sytuacji materialnej i zapewnienia bytu w ramach systemu świadczeń emerytalnych, ewentualnie rentowych, o tyle w mniejszym stopniu w szeroko rozumianym systemie bezpieczeństwa socjalnego (*social security*) rozwijano usługi społeczne dla seniorów, które wydają się niezbędne z punktu widzenia zapewnienia seniorom ich praw socjalnych zapisanych już w 1948 roku w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka ONZ, a następnie w Międzynarodowym Pakcie Praw Ekonomicznych, Społecznych i Kulturalnych z 1966 roku (Auleytner, Głąbicka 2000: 255). Niestety, przez wiele lat po 1989 roku (poza funkcjonowaniem systemu zabezpieczenia społecznego) nie stworzyliśmy polityki senioralnej bazującej na ofercie zróżnicowanych usług dla seniorów, pomimo że eksperci podnosili ten temat w przeszłości wielokrotnie. Dla przykładu, P. Błędowski już blisko dwie dekady temu wskazywał na konieczność rozwoju na szczeblach lokalnych katalogu usług społecznych dla osób starszych, wskazując na przykłady tych świadczonych w mieszkaniu seniora oraz w placówkach i instytucjach (Błędowski 2002: 221–222). Nie wykształcił się też w Polsce oddzielny, profesjonalny system opieki długoterminowej dla osób starszych (scalający usługi ochrony zdrowia i pomocy społecznej).

Deficyt usług aktywizacyjnych i integracyjnych dla osób starszych, ujawniający się brakiem w gminach klubów i centrów seniora, próbowano substytuować w ostatnich dekadach powstawaniem przy uczelniach uniwersytetów trzeciego wieku, które przejęły te funkcje. Istniejący system pomocy społecznej do dzisiaj posiada liczne deficyty, które powodują, że seniorzy przez lata mogli mieć przeświadczenie, że rozwiązywanie ich problemów zostało przerzucane na nich samych lub najbliższą rodzinę. Zmianę takiego traktowania i zaprojektowanie ram dla polityki senioralnej podjęto dopiero po 20 latach od transformacji ustrojowej – mianowicie w roku 2012, kiedy ówczesnie

⁶ Pomimo że powstawały odpowiednie opracowania na ten temat, a szczególnie raport UNDP – „Ku godnej i aktywnej starości” (1999). Raport ten jest pierwszą całościową polską publikacją o starości z perspektywy polityki publicznej, powszechnie cytowaną także na poziomie międzynarodowym. Miał dobrze napisaną wersję angielską.

rzządzający, w wyniku także nacisków instytucji UE, zaczęli tworzyć załączki do jej powstania. Było to jednak stosunkowo późne działanie, biorąc pod uwagę, że wiele państw na świecie tworzyło i tworzy nadal na rzecz seniorów bardzo zaawansowane, innowacyjne programy i nowatorskie usługi społeczne (Trafiałek 2016: 82–84).

Jak twierdzi B. Szatur-Jaworska, wpływ na wyłonienie się w Polsce polityki senioralnej – jako nowego obszaru działalności rządu – miała decyzja Parlamentu Europejskiego oraz Rady ustanawiająca rok 2012 Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej. Przy tej okazji w naszym kraju podjęto liczne działania, które w krótkim czasie ukształtowały podstawy do tworzącej się polityki senioralnej, której wcześniej nie było w naszym kraju. Przygotowano następujące instrumenty polityki senioralnej: „Rządowy Program na Rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013 – ASOS”, „Program Solidarność Pokoleń – Działania na Rzecz Zwiększenia Aktywności Zawodowej Osób w wieku 50+”, „Wieloletni Program Senior-WIGOR na lata 2015–2020”. Nowelizując Ustawę o samorządzie gminnym w 2013 roku wprowadzono regulację dotyczącą powoływania gminnych rad seniorów. W Sejmie od 2014 roku zaczęła pracować stała Komisja Polityki Senioralnej (Szatur-Jaworska 2017: 96–98). Wcześniej, bo w 2012 roku, powołano również Departament Polityki Senioralnej w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej, a rok później Radę ds. Polityki Senioralnej jako organ konsultacyjno-doradczy przy ministrze ds. zabezpieczenia społecznego.

Pojęcie „polityka senioralna” zdefiniowano ogólnie w dokumencie „Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020”. Przyjęto, że jest to „ogół celowych działań organów administracji publicznej wszystkich szczebli oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się” (Szatur-Jaworska 2017: 93). Stworzono podwaliny do prowadzenia polityki senioralnej, która w praktyce zawierała też działania kontrowersyjne, jak np. wczesny moment interwencji państwa (już dla osób w wielu przedemerytalnym). P. Błędowski zdefiniował to jako „politykę realizacji interesów osób starszych” (1999: 152). Wyzwaniem dla wprowadzenia polityki senioralnej w Polsce niewątpliwie były prognozy demograficzne, które upowszechniano w gremiach decydenckich, i które ukazywano jako istotne wyzwanie społeczne na najbliższą przyszłość. Nie stanowiły one jednak dostatecznego stymulatora podejmowanych na bieżąco decyzji politycznych.

Deficyty i błędy w szczegółowych politykach społecznych

Przez całe trzy dekady polskiej transformacji systemowej, społecznej i gospodarczej nie udało się wykreować i wprowadzić skutecznej polityki mieszkaniowej, na rzecz młodzieży czy polityki migracyjnej. Po Okrągłym Stole zdecydowano, że mieszkanie ma stać się towarem rynkowym, a nie dobrem publicznym, w które inwestuje państwo i samorządy. Tym samym państwo wycofało się z realizacji polityki mieszkaniowej, przerzucając ciężar zakupu lub wynajmu mieszkania na obywateli i rodziny. Bardzo doraźne i pozorowane względami politycznymi programy mieszkaniowe

proponowane przez decydentów przez ostatnie 30 lat nie miały charakteru publicznych inwestycji, a jedynie deklarowanych postulatów adresowanych zresztą do wąskiego gremium potencjalnie uprawnionych. Aktualnie brak jest kompleksowej i długofalowej strategii dotyczącej wsparcia młodych w pozyskiwaniu pierwszego mieszkania w kontekście ich usamodzielniania i wchodzenia w dorosłość. Młodzi ludzie skazani są na kredyty, które obciążają ich budżety domowe na kilkadziesiąt lat, albo muszą liczyć na pomoc rodziny.

Brak myślenia o młodzieży jest zresztą szerszym problem polskiej polityki społecznej po 1989 roku, kiedy to zrezygnowano z istniejącego wcześniej przypisanego jej ministerstwa. Od tej pory młodzież, w gruncie rzeczy do dzisiaj, nie posiadała i nadal nie posiada swojego przedstawiciela w rządzie III RP. Powoduje to brak koordynacji wertykalnej i horyzontalnej działań na jej rzecz, gdyż brak jest głównego ośrodka na szczeblu centralnym, który kompleksowo zarządzałby polityką młodzieżową (Rodziewicz 2016: 92 i nast.). Do 2003 roku właściwie nie istniała w Polsce nawet strategia czy plan działań na rzecz młodzieży. Początki myślenia strategicznego w tym temacie w polskiej polityce społecznej datuje się dopiero właśnie na rok 2003, kiedy przyjęta została Strategia Państwa na rzecz Młodzieży. Dokument, przyjęty przed akcesją Polski do struktur unijnych, powstał w efekcie presji ze strony instytucji europejskich. Strategia ta przyczyniła się do wzmocnienia podmiotowości młodzieży jako grupy społecznej oraz zwróciła uwagę na konieczność uwzględniania potrzeb młodzieży w ramach podejmowanych działań. Jak twierdzi Marta Rodziewicz, postulat brania pod uwagę opinii młodzieży pozostaje jednak ciągle w sferze deklaratywnej z uwagi na brak powołania krajowego podmiotu, który reprezentowałby to środowisko i jego interesy (Rodziewicz 2016). W polityce na rzecz młodzieży, w tym tej zagrożonej wykluczeniem społecznym, wiele jest do nadrobienia, pomimo że instytucji oferujących usługi na rzecz młodych jest całkiem sporo.

Przez trzy dekady ujawnił się też problem braku polityki migracyjnej zarówno w kontekście emigracji, jak i imigracji. O kreację takiej polityki apelował przez wiele lat prof. A. Rajkiewicz – nestor polskiej polityki społecznej, ale bezskutecznie. Brak takiej polityki ujawnił się przy akcesji Polski do UE, gdzie w wyniku emigracji zarobkowej Polskę opuściło ponad 2 mln osób, w tym gros młodych i dobrze wykształconych. Państwo przez lata nie miało pomysłu, jak zachęcić Polaków do powrotu do naszego kraju. Także widoczny był brak strategii dla osób imigrujących do Polski – jak włączać te osoby w procesy społeczne i gospodarcze. Aktualnym staje się wielkie wyzwanie jak zagospodarować blisko 3 mln uchodźców z Ukrainy, którzy uciekają do nas przed wojną. Polityka migracyjna powinna stać się ważnym, kompleksowym zagadnieniem bezpieczeństwa państwa, w tym socjalnego, dlatego ujawniające się jej deficyty są bardzo niepokojące.

W wyżej opisanych poszczególnych politykach społecznych ujawniały się przez okres ponad trzech dekad również liczne błędy, grzechy zaniechania i złe decyzje, które skutkowały rozszerzaniem się problemów społecznych. Likwidacja państwowych gospodarstw rolnych (PGR) na początku lat 90. XX wieku wpłynęła do wielką skalę biedy, pauperyzacji i patologizacji życia w wielu środowiskach wiejskich. Z kolei likwidacja spółdzielni inwalidów skutkowałą większym bezrobociem i biernością

zawodową osób z niepełnosprawnościami. Błędem było likwidowanie techników i szkół zawodowych, gdzie kształciliśmy na dobrym poziomie, co skutkuje do dzisiaj deficytem kadr technicznych i inżynierów. Wycofywanie się zakładów pracy z ich funkcji socjalnych dla rodzin, a szkół z funkcji profilaktyki zdrowotnej dla uczniów miało również swoje negatywne konsekwencje. Wreszcie – niedostateczne włączenie organizacji pozarządowych i społecznych w realizację lokalnej polityki społecznej przeciążyło samorządy, które, przytłoczone ilością zadań, nie były w stanie skutecznie radzić sobie z problemami. Nadmiernie zaufaliśmy także rozwiązaniom rynkowemu, co widoczne było w tworzeniu rynku kapitałowego w systemie zabezpieczenia społecznego (OFE) oraz w systemie zdrowia (prywatny system opieki zdrowotnej). Ponadto upolityczniono też politykę społeczną, realizując ją bardziej w duchu *social politics* aniżeli *social policy*.

Scenariusze rozwoju polityki społecznej w Polsce

Wydaje się, że istnieją trzy główne i realne scenariusze dotyczące perspektywy rozwoju polityki społecznej w Polsce⁷. Poniżej scharakteryzowano każdą z nich.

Scenariusz 1 to realizacja modelu paternalistycznego państwa z tradycyjnym instrumentarium polityki społecznej, bazującym na świadczeniach pieniężnych bez rozwiniętych usług społecznych, w którym w coraz większym stopniu dominują populistyczne rozwiązania socjalne jako obietnice wyborcze.

W modelu tym kluczowe znaczenie mają świadczenia pieniężne, a redystrybucja środków finansowych stanowi główną funkcję scentralizowanego państwa. Państwo poprzez świadczenia spełnia obietnice wyborcze dla kolejnych grup społecznych, które są w części traktowane instrumentalnie. Wielkość świadczeń pieniężnych i programów prostej redystrybucji pieniądza wypiera inwestycje w usługi społeczne, które funkcjonują w polityce społecznej, ale na uboczu, niejako przy okazji. W narracji politycznej eksponuje się głównie programy transferowania świadczeń pieniężnych, tworząc politykę społeczną, którą można za W. Aniołem nazwać transakcyjno-klientelistyczną (2023: 56). Państwo koncentruje się na tych grupach społecznych, które w swojej masie jako wyborcy mogą zapewnić kontynuację rządów władzy, która kreuje nowe programy socjalne. Rozwiązywanie problemów społecznych (*social policy*) jest wtórne, pierwotne jest założenie, że polityka społeczna ma swoje główne funkcje poprzez programy w umożliwianiu utrzymywania władzy (*social politics*). Kreowanie rozwiązań socjalnych w tym modelu jest odgórne, pozoruje się dialog społeczny z interesariuszami, a samorządy lokalne traktuje się tylko wykonawczo. Państwo pozwala realizować wprowadzić usługi społeczne, ale gros z nich trzeba nabywać na rynku w ramach prywatnego sektora. Brakuje jednak publicznych i łatwo

⁷ Nawiązuję tu m.in. do moich autorskich scenariuszy przedstawionych w: Grewiński (2001)

dostępnych usług społecznych. Systemy polityki społecznej i ich służby oraz instytucje są niedoinwestowane – następuje pauperyzacja i degradacja profesji społecznych. Ujawnia się swoisty paradoks – coraz więcej środków finansowych przeznaczanych jest na programy socjalne przy braku środków na inwestycje w infrastrukturę społeczną, kadry oraz zaplecze usługowe. Ekspertów i naukowców wykorzystuje się akcyjnie i instrumentalnie, praktyków nie włącza się w procesy współdecydowania. Organizacje pozarządowe nie są traktowane jako pełnoprawny partner dla sektora publicznego – pozoruje się współpracę. Państwo nie kreuje i nie standaryzuje usług, poza tym deleguje realizację i finansowanie trudnych organizacyjnie usług do jednostek samorządowych. Te jednak w większości nie są w stanie same ze swoich środków realizować usług na wysokim poziomie, stąd też tworzą się dwa równolegle istniejące systemy – system publicznych usług (podstawowe usługi, trudno dostępne, niskiej jakości, ograniczona oferta) i system płatnych usług komercyjnych (wyższa jakość usług, odpłatność, szybsza dostępność, większa elastyczność oferty). W modelu tym państwo próbuje recentralizować niektóre funkcje socjalne – szczególnie te, które pozwalają na większą kontrolę społeczną i te, które utrwalają uzależnienie od władzy i obietnic wyborczych. Rządzący mają resentyment do silnego państwa opiekuńczego, takiego jakim było ono na początku jego kształtowania.

Realizacja takiego scenariusza w naszym kraju mogłaby być prawdopodobna, jeśli dominować będzie w Polsce doktryna polityczna eksponująca przywiązanie do tradycyjnych funkcji *welfare state*, ceniąca paternalizm i onnipotencję państwa. To zaś w tym modelu głównie redystrybuuje środki finansowe i kontroluje proces realizacji zadań społecznych. System pomocy społecznej spełnia głównie funkcje osłonowe, kompensacyjne, związane ze wsparciem dochodowym. Wprawdzie istnieje przyzwolenie na produkcję usług w sektorze komercyjnym, ale jako usług płatnych, opodatkowanych i – w tym sensie – pod kontrolą państwa.

Scenariusz taki może być realizowany w Polsce, gdzie mamy bardzo wiele konserwatywnych środowisk politycznych, w tym także partie populistyczne, które odwołują się do tradycji silnego państwa, jego funkcji centralistycznych i które państwo oraz jego prawa stawiają przed prawami obywatelskimi. Obietnice wyborcze polityków są realizowane w postaci redystrybucji świadczeń pieniężnych (gotówki), a nie usług społecznych.

Scenariusz 2 to realizacja modelu proinwestycyjnego i aktywnego państwa opiekuńczego z rozwiniętym systemem pomocowym bazującym na usługach społecznych.

Pomoc społeczna jest włączona w nową architekturę lokalnej polityki społecznej bazującej na rozwiniętych, dostępnych i mieszanych usługach społecznych (*social service mix state*), a sektor publiczny – państwo, samorząd, ale także inni interesariusze – odgrywa istotną rolę w kreowaniu, planowaniu i udostępnianiu usług. Wszystkie świadczenia pieniężne z systemu pomocy społecznej przechodzą do dystrybucji do podmiotów zabezpieczenia społecznego – np. ZUS-u lub biur administracyjnych gmin. Podmioty pomocy społecznej zajmują się przede wszystkim pracą socjalną,

asystą dla rodzin i osób zależnych oraz kreowaniem i dostarczaniem różnorodnych usług społecznych.

Usługi społeczne stanowią najważniejszy komponent systemów pomocy i wsparcia. Traktuje się je w tym modelu jako inwestycję, która się zwraca w perspektywie średnio- i długoterminowej, a państwu zależy na ponoszeniu wysokich nakładów na publiczne, łatwo dostępne i darmowe usługi społeczne w zakresie pomocy społecznej, ale również szerzej – edukacji, zdrowia, rehabilitacji, doradztwa, kultury i rekreacji, gdyż nakłady te przyczyniają się do wysokiej jakości życia obywateli oraz ich satysfakcji i zadowolenia. Państwo i samorządy współpracują ze sobą i dzielą się zadaniami związanymi z realizacją usług społecznych, także w zakresie ich finansowania i organizacji. Podstawową instytucją koordynującą działania w zakresie kreacji, planowania i dostarczania usług stają się w gminach (a być może także w powiatach) Centra Usług Społecznych (CUS). Usługi społeczne są wystandaryzowane (na poziomie regionalnym lub krajowym), jeśli chodzi o minimalne kryteria, ale ważny element stanowi ich indywidualizacja/personalizacja na potrzeby każdego klienta. Usługi społeczne dostarczane są przez profesjonalistów – państwo inwestuje w kształcenie kadr, tworzy nowe profesje i ścieżki kariery dla osób pracujących w usługach społecznych. Te kompetencje są regularnie sprawdzane i monitorowane. Podnosi się prestiż zawodów pomocowych poprzez wzrost wynagrodzeń służb społecznych. Usługi społeczne podlegają kontroli jakości i ewaluacji przez podmioty nadzorujące. Państwo i samorządy inwestują także w infrastrukturę społeczną, która ma służyć rozwojowi usług, a także w innowacje społeczne i technologie, które mogą być wykorzystane w kreowaniu nowych usług społecznych. Państwo i samorządy zlecają produkcję/wytwarzanie usług społecznych niepublicznym podmiotom, stąd też często za niektóre usługi społeczne odpowiedzialne są podmioty pozarządowe, podmioty ekonomii społecznej czy instytucje kościelne lub sektor nieformalny. Darmowe lub częściowo współpłacone usługi społeczne są dedykowane nie tylko osobom z grup defaworyzowanych, ale także klasie średniej i wyższej. Usługi społeczne mają w tym modelu zarówno charakter zinstytucjonalizowany, jak i środowiskowy. Z uwagi na poważne deficyty w Polsce usług realizowanych w miejscu zamieszkania, państwo i samorządy inwestują środki finansowe w powstanie nowego obszaru usług środowiskowych. Inwestycje te nie mają jednak polegać na demontażu form zinstytucjonalizowanych, ale na kreacji i inkubacji usług środowiskowych.

Scenariusz taki może sprawdzić się w naszym kraju, bowiem łączy ideę silnego państwa z jego proobywatelskimi funkcjami, gdzie system pomocy społecznej wkomponowany jest w nową mozaikę usług lokalnej polityki społecznej. Samorządy dzielą się zadaniami z organizacjami społecznymi i wspólnie oferują usługi dla poszczególnych grup społecznych. Realizacja tego scenariusza wymaga przyjęcia paradygmatu inwestycji społecznych i wysokiej świadomości decydentów nt. nowoczesnych rozwiązań stosowanych w polityce społecznej i otwartości na konieczność wprowadzania reform społecznych w kierunku usług.

Scenariusz 3 to model sprywatyzowanego systemu usług społecznych.

Państwo i samorządy wycofują się z realizacji pomocy społecznej, czy szerzej lokalnej polityki społecznej, w tym także z finansowania i organizacji usług społecznych. Mogłoby to być podyktowane kryzysem finansów publicznych państwa (np. w czasach po pandemii) lub przyjętą taką, a nie inną doktryną minimalistycznego zaanżelowania państwa w sprawy społeczne (renesans neoliberalizmu). W scenariuszu tym usługi społeczne byłyby oferowane głównie na zasadach komercyjnych przez firmy sektora prywatnego, które oferowałyby takie, na które byłby popyt ze strony obywateli. Usługi społeczne i dostęp do nich byłyby bardzo zróżnicowany lokalnie ze względu na brak kompleksowych, systemowych i ogólnokrajowych rozwiązań. Usługi społeczne nie podlegałyby nadmiernej standaryzacji i kontroli, raczej realizowane byłyby w formule – płacisz, wymagaj. Scenariusz taki zakłada powstanie całego rynku usług komercyjnych w sektorze prywatnym, gdzie obywatele sami decydowaliby, gdzie chcą nabyć usługę. Przerzuca się tutaj całą odpowiedzialność za zabezpieczenie potrzeb wielu grup społecznych na rodzinę i osoby prywatne zainteresowane nabyciem usługi. W modelu tym finansowanie jest główne prywatne, choć zakłada się w niektórych segmentach usług finansowanie mieszane (*finance mix*). Sprywatyzowane usługi społeczne mają charakter komercyjny, w związku z tym wielu obywateli i grup społecznych staje się wykluczona z systemu zabezpieczenia społecznego. Dla nich powstaje oferta organizacji społecznych i kościelnych, które zdobywając różne fundusze, próbują mieć ofertę dla osób pozostawionych bez wsparcia i opieki.

Można oczywiście wyobrazić sobie różne mariaże powyższych modeli i scenariuszy, które mogą ewoluować w przyszłości w zależności od przyjętej doktryny politycznej, kompromisów, które będą musiały być zawierane w ramach umów społecznych, przyjętej strategii reformowania państwa, ujawniających się nowych wyzwań społecznych. Tak czy inaczej: systemy polityki społecznej stoją przed koniecznością gruntownej reformy i włączenia ich w szerszy kontekst realizowanej polityki publicznej.

Zakończenie

Transformacja ustrojowa po 1989 roku w Polsce przyniosła wiele dobrego, zarówno w kontekście gospodarczym, społecznym i politycznym. Polska dynamicznie się rozwinęła ekonomicznie i przestrzennie, ale w kontekście społecznym wydaje się, że można było zrobić więcej. Być może wynika to z faktu, że – jak twierdzi W. Anioł (2020) – decydenci przyjęli w ostatnich trzech dekadach model twardej modernizacji bazujący na inwestycjach głównie w infrastrukturę i przemiany gospodarcze. Miękkie komponenty odłożono na bok, w tym realizację modelu inwestycyjnej polityki społecznej. Polityki społeczne były rozwijane, ale traktowane były jako koszt, a nie inwestycja, która zwraca się międzygeneracyjnie. W tym sensie były one traktowane po-boczenie, a nie priorytetowo. Początkowo, aby asekurować ryzyka potransformacyjne, przygotowano system pomocy społecznej i rynku pracy, dopiero po dwóch dekadach zauważono potrzebę inwestycji w osoby starsze czy w rodzinę. Aktualnie ważnym

staje się pytanie o politykę społeczną w okresie po pandemii i na rzecz uchodźców. Pomimo braku traktowania polityki społecznej jako priorytetu wszystkie wskaźniki społeczne poprawiły się w okresie 1989–2022. Dotyczy to takich wskaźników jak: średnia długość życia, umieralność niemowląt, stopa bezrobocia, wskaźnik skolaryzacji, zadowolenie z życia, wskaźnik ubóstwa relatywnego itd. Oznacza to, że wzrosła w Polsce jakość życia. Refleksja jaka powinna towarzyszyć decydentom po 30 latach transformacji jest taka: czy następne 30 lat nie powinny być inwestycją w miękkie komponenty modernizacyjne, w tym w politykę społeczną. Zagrożeniem dla tej idei jest jednak wojna w Ukrainie i pytania, czy rząd nie zwiększy znacznie wydatków na cele wojskowe i militarne oraz czy nie będzie to realizowane kosztem polityki społecznej. Ale być może paradoksalnie wojnie towarzyszyć będzie idea, że inwestycje społeczne są konieczne, aby zabezpieczyć w przyszłości pokój i spokój społeczny.

Wyzwaniem społecznym przyszłości staje się odpowiedzialna deinstytucjonalizacja usług społecznych jako trzecia wielka reforma ustroju i architektury polityki społecznej. O ile na początku lat 90. XX wieku w procesie demokratyzacji budowaliśmy instytucje (społeczne) będące gwarantem realizacji naszych praw (socjalnych), a później w procesie decentralizacji delegowaliśmy zadania do samorządów lokalnych, o tyle aktualny trend jest taki, aby reformować lokalną politykę społeczną w kierunku deinstytucjonalizacji, czyli aby kreować nowy obszar usług środowiskowych w miejscu zamieszkania, a nie w całodobowych placówkach opiekuńczych. Najbliższa przyszłość pokaże czy proces deinstytucjonalizacji stanie się kolejną wielką reformą polskiej polityki społecznej (Grewiński, Lizut: 2021).

Bibliografia

Akty prawne

Ustawa z 24.04.2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, Dz.U. z 2003 r. Nr 96, poz. 873.

Ustawa z 27.04.2006 r. o spółdzielniach socjalnych, Dz.U. z 2006 r. Nr 94, poz. 651.

Ustawa z 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, Dz.U. z 2004 r. Nr 99, poz. 1001.

Ustawa z 13.06.2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, Dz.U. z 2003 r. Nr 122, poz. 1143.

Literatura

Anioł Włodzimierz. 2023. *Co po populizmie? W stronę opiekuńczego państwa prawa*. W: *Praca, bezrobocie, zatrudnienie – wartości i działania w rozwoju polityki rynku pracy*, Maciej Duszczyk, Jacek Męcina (red.), 56. Warszawa: Uniwersytet Warszawski.

Anioł Włodzimierz. 2020. *Trzecia Rzeczpospolita w trzech opowieściach. Wokół polskich przemian 1989–2019*. Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.

Arendt Łukasz, Iwona Kukulak-Dolata. 2015. *Profilowanie pomocy dla bezrobotnego jako element racjonalnego wydatkowania środków przeznaczonych na aktywną politykę rynku pracy*. W: *Polityka rynku pracy – w poszukiwaniu polskiego modelu kontraktacji usług*, Mirosław Grewiński (red.). Warszawa – Opole: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej im. Janusza Korczaka w Warszawie.

- Auleytner Julian, Katarzyna Głąbicka. 2000. *Polskie kwestie socjalne na przełomie wieków*. Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP.
- Balcerzak Paradowska Bożena, Ewa Leś. 2019. *Polityka rodzinna w Polsce w latach 1918–2018 – od działań kompensacyjnych do polityki inwestycji społecznych*. W: *Stulecie polskiej polityki społecznej 1918–2018*, Elżbieta Bojanowska, Mirosław Grewiński, Marek Rymśa, Gertruda Uścińska (red.), 216–249. Warszawa: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Narodowe Centrum Kultury.
- Barszcz I., K. Pawłowska. 2017. *Stworzenie kompleksowego modelu preorientacji zawodowej młodzieży wraz ze stażem i szkoleniem w miejscu pracy w zawodach społecznych – model w ramach programu Akcja – Inkubacja*. Warszawa: Fundacja Strefa Działania.
- Błądowski Piotr. 2002. *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*. Warszawa: Wydawnictwo Szkoła Główna Handlowa, SGH.
- Błądowski Piotr. 1999. *Polityka społeczna wobec osób starszych w Unii Europejskiej i w Polsce*. W: *Społeczne skutki integracji Polski z UE*, Katarzyna Głąbicka (red.), 152. Warszawa: Dom Wydawniczy i Handlowy Elipsa.
- Bojanowska Elżbieta. 2017. *Znaczenie świadczenia wychowawczego 500+ dla systemu pomocy społecznej*. W: *O wyzwaniach współczesnej pracy socjalnej*, Barbara Kromolicka, Aneta Jarzębińska (red.), 143–159. Szczecin: Volumina.pl.
- Bojanowska Elżbieta, Mirosław Grewiński, Marek Rymśa, Gertruda Uścińska (red.). 2018. *Stulecie Polskiej Polityki Społecznej 1918–2018*. Warszawa: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Narodowe Centrum Kultury.
- Borek Jolanta, Mikołaj Olszewski. 2016. *Usługi społeczne dla osób z niepełnosprawnościami*. W: *Znaczenie usług społecznych dla lokalnej polityki społecznej*, Katarzyna Głąbicka-Auleytner (red.), 78–100. Radom: Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny w Radomiu.
- Dane Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych. Dostęp dnia 7 kwietnia 2020 r.: <http://www.niepelnosprawni.gov.pl>.
- „Europejski Semestr – zestawienie informacji tematycznych – osoby wcześniej kończące naukę”. 2017. Komisja Europejska.
- Frączkiewicz-Wronka Aldona (red.). 2010. *Pomiar efektywności organizacji publicznych np. sektora ochrony zdrowia*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach.
- Gąciarz Barbara, Mirosław Grewiński, Seweryn Rudnicki, Karolina Geletta, 2014. *Usługi publiczne i komercyjne: kierunki zmian systemu indywidualnego wsparcia osób niepełnosprawnych*. W: *Polscy niepełnosprawni – od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, Barbara Gąciarz, Seweryn Rudnicki (red.), 187–217. Warszawa: Wydawnictwa AGH.
- Gąciarz Barbara, Paweł Kubicki, Seweryn Rudnicki. 2014. *System instytucjonalnego wsparcia osób niepełnosprawnych w Polsce – diagnoza dysfunkcji*. W: *Polscy niepełnosprawni – od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, Barbara Gąciarz, Seweryn Rudnicki (red.), 105–126. Kraków: Wydawnictwa AGH.
- Gąciarz Barbara (red.). 2014. „Niepełnosprawność – wyzwania teorii i praktyki”. *Studia Socjologiczne – numer tematyczny 2* (2014).
- Giermanowska Ewa, Mariola Raclaw, Elżbieta Zakrzewska-Manterys (red.). 2018. „Studia o niepełnosprawności”. *Societas/Communitas 2–2* (2018).
- Głąbicka Katarzyna (red.). 1999. *Społeczne skutki integracji Polski z UE*. Warszawa: „Elipsa”, Wydaw. WSPTWP.

- Golinowska Stanisława. 2018. *Co dalej z ochroną zdrowia w Polsce? Diagnozowanie problemu, rządnienie w ochronie zdrowia i reformowanie systemu*. W: *Co dalej z ochroną zdrowia w Polsce – stan i perspektywy*, 7–20. Warszawa: CASE – Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych – Fundacja Naukowa.
- Golinowska Stanisława, Michał Zabdyr-Jamroz. 2020. „Zarządzanie kryzysem zdrowotnym w pierwszym półroczu pandemii covid-19. Analiza porównawcza na podstawie opinii ekspertów z wybranych krajów”. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 18 (1): 1–31.
- Golinowska Stanisława (red.). 1996. *Polska bieda. Kryteria. Ocena. Przeciwdziałanie*. Warszawa: IPiSS.
- Golinowska Stanisława (red.). 2012. *Instytucjonalne, zdrowotne i społeczne determinanty niepełnosprawności*. Warszawa: IPiSS.
- Grewiński Mirosław. 2001. *Europejski Fundusz Społeczny jako instrument integracji socjalnej Unii Europejskiej*. Warszawa: Elipsa.
- Grewiński Mirosław. 2011. *Dekalog dylematów i wyzwań w polityce pomocy społecznej w Polsce*. W: *Współczesne tendencje w pomocy społecznej i pracy socjalnej*, Mirosław Grewiński, Jerzy Krzyszkowski (red.), 125–134. Warszawa: Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.
- Grewiński Mirosław. 2017. *Technologie i innowacje społeczne, a edukacja ustawiczna*. W: *Całociągowe uczenie i stawanie się – perspektywa teoretyczna i praktyczna*, Agata Chabior, Małgorzata Krawczyk Licharska, Stanisław Kowalski (red.), 55–69. Kielce: UKW.
- Grewiński Mirosław. 2020. Świadczenie pieniężne 500+czy usługi na rzecz rodziny – konflikt czy współdziałanie?. W: *Polityka na rzecz rodzin – plusy czy minusy?*, Arkadiusz Durasiewicz (red.), 73–88. Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Grewiński Mirosław. 2021. *Usługi społeczne we współczesnej polityce społecznej – przegląd problemów i wizja przyszłości*. Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Grewiński Mirosław, Anna Zasada Chorab. 2013. *System pomocy społecznej w Polsce – wyzwania i kierunki*. Toruń: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu.
- Grewiński Mirosław, Arkadiusz Karwacki, Tomasz Szlendak, *Innovative Redistribution? The Family 500+ Programme in Poland as an Investment in Public Policy with Controlled and Uncontrolled Consequences*” – wystąpienie w Swinburne University of Technology w Melbourne w Australii podczas 9. międzynarodowej konferencji naukowej na temat innowacji społecznych: „Beyond boundaries? Organisations, System and Social innovation”, 11–14.12.2017 r.
- Grewiński Mirosław, Jerzy Krzyszkowski (red.). 2012. *Wybrane aspekty międzynarodowej polityki społecznej – pomoc społeczna i aktywna integracja*. Warszawa: Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.
- Grewiński Mirosław, Joanna Lizut. 2021. *Deinstytucjonalizacja w polityce społecznej – szanse i zagrożenia*. Warszawa: Instytut Naukowo-Wydawniczy „Spatium”.
- Grewiński Mirosław, Joanna Lizut, Marek Kawa. 2019a. *The Polish Education in the Context of New Skills and Competences*. W: *Zmiany na rynku pracy w perspektywie społecznej*, Cecylia Sadowska-Snarska, Zenon Wiśniewski (red.). Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Grewiński Mirosław, Joanna Lizut, Marek Kawa. 2019b. „Chosen of Current Challenges in Educational System and Learning”. *LABOR et EDUCATIO. The Scientific Journal of the Institute of Social Affairs of the Pedagogical University of Cracow* 7 (2019): 109–133.

- Grewiński Mirosław, Marek Kawa, Joanna Lizut, Gilberto Marzano. 2020. *Towards Changes of Labor Market, Skills and Competences*. Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Grewiński Mirosław, Marek Rymsza (red.). 2011. *Polityka aktywizacji w Polsce. Usługi reintegracji społecznej i zawodowej w ramach gospodarki społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP w Warszawie.
- Grewiński Mirosław (red.). 2015. *Polityka rynku pracy – w poszukiwaniu polskiego modelu kontraktacji usług*. Warszawa – Opole: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej im. Janusza Korczaka w Warszawie.
- Każmierczak Tomasz. 2021. *Praktyka aktywizacji w ośrodkach pomocy społecznej*. W: *Czy podejście aktywizujące ma szansę?*, Marek Rymsza (red.), 167–200. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Każmierczak Tomasz, Marek Rymsza (red.). 2012. *W stronę aktywnych służb społecznych*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Kotowska Irena. 2016. „500 zł na dziecko to nie wszystko”. *Gazeta Wyborcza*: Marek Góra, Irena Kotowska. „Jak skutecznie wspierać prokreację w Polsce”. <http://www.pte.pl/pliki/2/12/MG-IEK.pdf>
- Kotowska Irena, Urszula Sztanderska, Irena Wóycicka (red.). 2007. *Aktywność zawodowa i edukacyjna a obowiązki rodzinne w Polsce w świetle badań empirycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Księżopolski Mirosław. 2011. „Dokąd zmierza polityka społeczna?”. *Problemy polityki społecznej. Studia i dyskusje* 16 (2011): 15–37.
- Kubicki Paweł. 2017. *Polityka publiczna wobec osób z niepełnosprawnościami*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH. Szkoła Główna Handlowa.
- Łoś Angelika. 2018. *Projekty systemowe na rzecz aktywnej integracji społecznej mieszkańców powiatu konińskiego w latach 2008–2013 – próba oceny*. Warszawa. Maszynopis pracy doktorskiej napisanej pod kierunkiem Mirosława Grewińskiego.
- Magnuszewska-Otulak Grażyna. 2017. *Polityka wobec osób niepełnosprawnych w Polsce po 1989 r. Wybrane problemy*. W: *Perspektywy rozwoju polskiej polityki społecznej – doświadczenia i wyzwania*, Barbara Szatur-Jaworska (red.), 197–221. Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Osak Magdalena. 2011. *Usługi społeczne w sferze zdrowia – w kierunku prywatnego uczestnictwa*. W: *Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce*, Mirosław Grewiński, Barbara Więckowska (red.), 74 i nast. Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP.
- Piotrowiak Katarzyna. 2010. „Szkoły bezrobotnych do likwidacji”. *Dziennik Zachodni*. <https://dziennikzachodni.pl/szkoly-bezrobotnych-do-likwidacji/ar/231046>.
- Robinson Ken. 2015. *Kreatywne szkoły*. Warszawa: Wydawnictwo Element.
- Rodziewicz Marta. 2016. „Proces kształtowania polityki młodzieżowej w Polsce na poziomie centralnym”. *Zbliżenia Cywilizacyjne* 1 (2016): 92–95.
- Sałustowicz Piotr. 2009. *Pomoc społeczna w wybranych krajach UE*. Warszawa: Instytut Rozwoju Służb Społecznych.
- Staręga-Piasek Joanna. 2019. Wywiad Mirosława Grewińskiego i Arkadiusza Karwackiego na potrzeby książki – *Portrety w Polityce Społecznej – tom 1*. Warszawa.
- „State of Health in the EU – Poland”- Profil systemu ochrony zdrowia. 2019. Komisja Europejska.
- Szatur-Jaworska Barbara. 2017. Polska polityka senioralna. W: *Perspektywy rozwoju polskiej polityki społecznej – doświadczenia i wyzwania*, Barbara Szatur-Jaworska (red), 93–120. Warszawa: Instytut Polityki Społecznej.

- Szlendak Tomasz. 2011. *Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, zróżnicowanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Trafiałek Elżbieta. 2016. *Innowacyjna polityka senioralna XXI wieku – między ageizmem, bezpieczeństwem socjalnym i active ageing*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- „Trwanie życia w Polsce w 2017 r.”. 2018. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa.
- Włodarczyk Cezary. 2014. *Współczesna polityka zdrowotna. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Zapędowska-Kling Kaja. 2016. *Polityka społeczna wobec starzenia się ludności w USA i w Szwecji – wnioski dla Polski*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Turning points and directions of development of social policy in Poland after 1989

Abstract

The article presents turning points and directions of development of social policy in Poland after 1989. The author characterizes the social policy reform processes in Poland, showing the background of problems and challenges that have changed over the last three decades. The article also presents the deficits and mistakes that were made when reforming social institutions and services. Finally, the author presents scenarios for the development of social policy in Poland, pointing to various internal and external differences that may affect the future of the welfare state model in Poland.

Keywords: changes in Polish social policy after 1989, social policy reforms, scenarios for the development of social policy for the future, development of the welfare state in Poland

