

ANDRZEJ KLIMCZUK

SZKOŁA GŁÓWNA HANDLOWA W WARSZAWIE

EMAIL: AKLIMCZUK@GAZETA.PL

WSPÓŁCZESNA POLITYKA SPOŁECZNA WOBEC NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI I OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Wprowadzenie

Jedną z istotnych kwestii społecznych na początku XXI wieku jest niepełnosprawność. Stanowi ona cechę w sposób istotny różnicującą jednostki i grupy. Osoby o ograniczonej sprawności są narażone na dyskryminację i wykluczenie społeczne, gospodarcze i polityczne. Waga kwestii społecznej osób niepełnosprawnych (dalej: ON) wzrasta wraz ze starzeniem się ludności. Celem niniejszego artykułu jest zwrócenie uwagi na wybrane teoretyczne koncepcje działań na rzecz poprawy wizerunku niepełnosprawności i znoszenie barier ograniczających dostęp ON do różnego rodzaju zasobów, przestrzeni i szans życiowych. Na podstawie krytycznej analizy literatury przedmiotu i badań własnych¹ przybliżone zostaną kolejno koncepcja polityki aktywizacji oraz zasady i cele polityki społecznej w holistycznym paradygmacie normalizacji. W podsumowaniu zwrócona zostanie uwaga na możliwe kierunki dalszych badań i analiz.

Niepełnosprawność i kwestia socjalna osób niepełnosprawnych

Pod pojęciem kwestii społecznej za Daneckim [2001] najogólniej można rozumieć stan blokujący zaspokajanie podstawowych potrzeb ludzkich oraz problem, który szczególnie dotkliwie wpływa na życie i współdziałanie członków danej zbiorowości. Za A. Kurzynowskim [1996] w tym miejscu przyjmuje się, iż polityka społeczna wobec ON stanowi ogół działań podmiotów publicznych

¹ Por. [Klimczuk, Siedlecki, Sadowska, Sydow 2013]. Badanie ogólnopolskie zrealizowane w ramach projektu „Centrum Edukacji i Aktywizacji Zawodowej Osób Niepełnosprawnych – Oddziały Bydgoszcz i Łódź”, wdrażanego przez Fundację Pomocy Matematykom i Informatykom Niepełnosprawnym Ruchowo dzięki dofinansowaniu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

i pozarządowych, które mają na celu wyrównywanie nieuzasadnionych różnic socjalnych, asekurowanie wobec ryzyk życiowych, jak również tworzenie szans do ich funkcjonowania we wszystkich dziedzinach życia społecznego i gospodarczego w sposób umożliwiający pełną integrację ze społeczeństwem.

Poprzez niepełnosprawność (ang. *disability*), najogólniej za Światową Organizacją Zdrowia, rozumie się każde ograniczenie bądź niemożność prowadzenia aktywnego życia w sposób lub w zakresie uznawanym za typowe dla człowieka, przy czym stan ten jest poprzedzony przez niesprawność, uszkodzenie (ang. *impairment*), [UNIC 2007]. Pod tym pojęciem rozumie się natomiast każdą utratę sprawności lub nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, psychofizycznym lub anatomicznym w wyniku określonej wady wrodzonej, choroby lub urazu. Niepełnosprawność prowadzi do ograniczenia w pełnieniu ról społecznych (ang. *handicap*), czyli mniej uprzywilejowanej lub mniej korzystnej sytuacji danej osoby wynikającej z niesprawności lub niepełnosprawności, która ogranicza lub uniemożliwia pełną realizację roli społecznej odpowiadającej jej wiekowi, płci oraz zgodnej z uwarunkowaniami społecznymi i kulturowymi.

Kategorię społeczną osób niepełnosprawnych za Konwencją Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) z 2006 roku, która została ratyfikowana przez Polskę w 2012 roku, rozumie się zaś jako obejmującą osoby o długotrwale naruszonej sprawności fizycznej, umysłowej, intelektualnej lub sensorycznej, przy czym stan ten w oddziaływaniu z różnymi barierami, może utrudniać im pełne i skuteczne uczestnictwo w życiu społecznym, na równych zasadach z innymi ludźmi. W artykule przyjmuje się szeroką definicję ON bez różnicowania grup, gdyż etap ten ma miejsce dopiero przy opracowywaniu polityk szczegółowych podporządkowanych ogólnym zasadom i celom polityki społecznej na rzecz obywateli z ograniczeniem sprawności [Woźniak 2008]. W Narodowym Spisie Powszechnym Ludności i Mieszkań z 2011 roku wyróżniono dwa kryteria podziału ON: prawne (obiektywne) – odnoszące się do osób posiadających aktualne orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez organ do tego uprawniony oraz biologicznie (subiektywne) – obejmuje osoby niedysponujące orzeczeniami, lecz odczuwające całkowicie lub poważnie ograniczoną zdolność do wykonywania czynności podstawowych stosownie do swojego wieku [GUS 2012: 63]. Zgodnie z tym spisem w Polsce żyje 4,69 mln ON, czyli stanowią 12,2% wszystkich zameldowanych mieszkańców kraju. Osoby niepełnosprawne prawne stanowią 3,13 mln, a biologicznie 1,57 mln. Kobiety stanowią tu 2,53 mln osób (53,9%) wobec 2,167 mln mężczyzn (46,1%). Większość z tych osób żyje w miastach (64%), co odpowiada stanowi populacji generalnej (61%). Jednocześnie liczba ON prawnie zmniejszyła się względem spisu z 2002 roku

o 1,3 mln poprzez zmiany prawne i zaostrzenie kryteriów przyznawania rent z tytułu niezdolności do pracy.

Prognozuje się wzrost liczebności zbiorowości ON głównie z uwagi na proces starzenia się ludności. W prognozie demograficznej na lata 2008-2035 [GUS 2009: 204, 219] oczekuje się wzrostu liczby osób w wieku 65+ w analizowanym okresie z 5,1 mln (13,5% ogółu ludności) do 8,3 (23,2%). Należy przy tym zauważyć, iż według danych ONZ kluczowym problemem ON jest bezrobocie [UN 2013]. W krajach rozwijających się od 80% do 90% ON w wieku produkcyjnym nie ma zatrudnienia, a w krajach rozwiniętych ta sama wartość wynosi od 50% do 70%. Z badań Eurostatu [2002], (dane z edycji 2011 znajdują się jeszcze w opracowaniu) wynika, że problem bezrobocia ON jest też kluczowy w krajach Unii Europejskiej. W krajach UE 15 zatrudnienie ON osiąga poziom zaledwie 50%, podczas gdy wskaźnik ubóstwa ON jest o 70% wyższy od średniej dla całej populacji. Jednocześnie ponad 1/3 ON to osoby starsze, po 75. roku życia. Według Polskiego Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności wskaźnik zatrudnienia ON w wieku 16-64 lat w 2011 roku wynosił 20,7% w porównaniu do 59,3% w populacji generalnej [BPRON 2013]. Współczynnik aktywności zawodowej (udział aktywnych zawodowo, łącznie pracujących i bezrobotnych) wynosił 24,4% i był dwukrotnie niższy niż w populacji generalnej (65,7%). Stopa bezrobocia wynosiła zaś 15,2% wobec 9,8% w ogóle ludności. Badania własne [Klimczuk i in. 2013: 78-80] potwierdzają, iż ON z grupy kobiet i osób 50+ stanowią główne kategorie klientów pozarządowych agencji zatrudnienia w Polsce. Tym samym problem bezrobocia ON uznaje się za istotny, gdyż świadczy o dyskryminacji zwielokrotnionej poprzez nakładanie się na siebie różnych przyczyn dyskryminacji, jakimi są wiek, płeć i niepełnosprawność.

Założenia polityki aktywizacji społecznej i zawodowej

Wśród przesłanek kształtowania polityki aktywizacji wskazać należy wyłanianie się nowych ryzyk i kwestii socjalnych związanych z przejściem od społeczeństw industrialnych do postindustrialnych. Od lat osiemdziesiątych XX wieku w krajach rozwiniętych wdrażane są takie reformy, które mają na celu adaptację systemów zabezpieczenia społecznego do zmienionych warunków, jak: przesuwanie odpowiedzialności z podmiotów publicznych państwa opiekuńczego na podmioty komercyjne i pozarządowe poprzez decentralizację, komercjalizację, prywatyzację i współdziałanie; położenie nacisku na wspiera-

nie zatrudnienia (ang. *workfare*); oraz uzupełnienie instrumentarium polityki społecznej ukierunkowanego na wsparcie bierne (świadczenia jak renty i zasiłki) o pracę socjalną i usługi aktywizacyjne – ukierunkowane na znoszenie barier w zatrudnieniu i aktywności społecznej oraz wzmacniające kompetencje i umiejętności jednostek i grup [Golinowska 2005].

Najogólniej za A. Karwackim [2010] pod pojęciem polityki aktywizacji rozumieć można bieżące, współczesne przeobrażenia w polityce społecznej związane ze zwrotem ku inwestycjom w kapitał ludzki, promocję pracy i aktywność zawodową oraz efekty tych działań. Polityka ta to potencjał praktycznej zmiany, który powinien mieć odzwierciedlenie w sferze instytucjonalnej (podmiotów) objętych „profilem nowego rządu” (ang. *new governance profile*), [ibidem: 68-69]. W tym rozumieniu polityka ta stanowi „bodźce aktywizacyjne obecne w różnych konfiguracjach między jednostkami i grupami oraz między instytucjami (podmiotami polityki społecznej) rozumianymi jako producenci oraz dostawcy usług”, jak również „idee przewodnie, wskazywane cele i postulaty, ale także (przede wszystkim) praktyczna strona wdrażania tych idei w życie” [ibidem: 70]. Idee przewodnie tej koncepcji stanowią: (1) zaprzeczenie polityki pasywnej, gwarantowania bezpieczeństwa socjalnego poprzez świadczenia; (2) uznanie za działania aktywizujące instrumentów skierowanych do bezrobotnych mogących pracować, a następnie do niezdolnych do pracy, (3) często obligatoryjny charakter uczestnictwa w programach aktywizacyjnych, (4) zerwanie z dekomodifikacją, czyli budowaniem systemu gwarancji bezpieczeństwa socjalnego w oderwaniu od rynku pracy, (5) próba budowania konsensusu w polityce społecznej poza podziałami ideologicznymi, (6) ograniczenie skali „pasywnych” transferów socjalnych przez wprowadzenie wsparcia warunkowanego, powiązanego z uczestnictwem beneficjentów w programach aktywizujących (inkluzywnych, reintegracyjnych), (7) koncentracja na zatrudnieniu lub odbudowywaniu zdolności zatrudnieniowej (ang. *employability*), (8) wykorzystanie potencjału instytucji niepublicznych (organizacji pozarządowych) do prowadzenia programów aktywizujących i różnych wspieranych form aktywności na rynku pracy: od zatrudnienia socjalnego na chronionym rynku pracy, przez zatrudnienie subsydiowane na otwartym rynku pracy, do przedsiębiorczości społecznej rozwijanej w sektorze gospodarki społecznej [ibidem].

Jeśli zaś chodzi o praktyczną stronę aktywizacji, to głównym wyzwaniem jest budowanie jej spójności [ibidem]. Zasadne jest bowiem łączenie działań i decyzji podejmowanych na poszczególnych poziomach życia publicznego – godzenie inicjatyw odgórnych i oddolnych oraz analizowanie teoretycznego i praktycznego rozumienia pojęć aktywności, koordynacji i spójności sto-

sowanych w poszczególnych instytucjach i programach. Służyć temu może upowszechnianie modeli „współzarządzania” (ang. *governance*) – dzielenia i koordynowania zadań między podmiotami – w wielopoziomowej polityce aktywizacji (tabela 1).

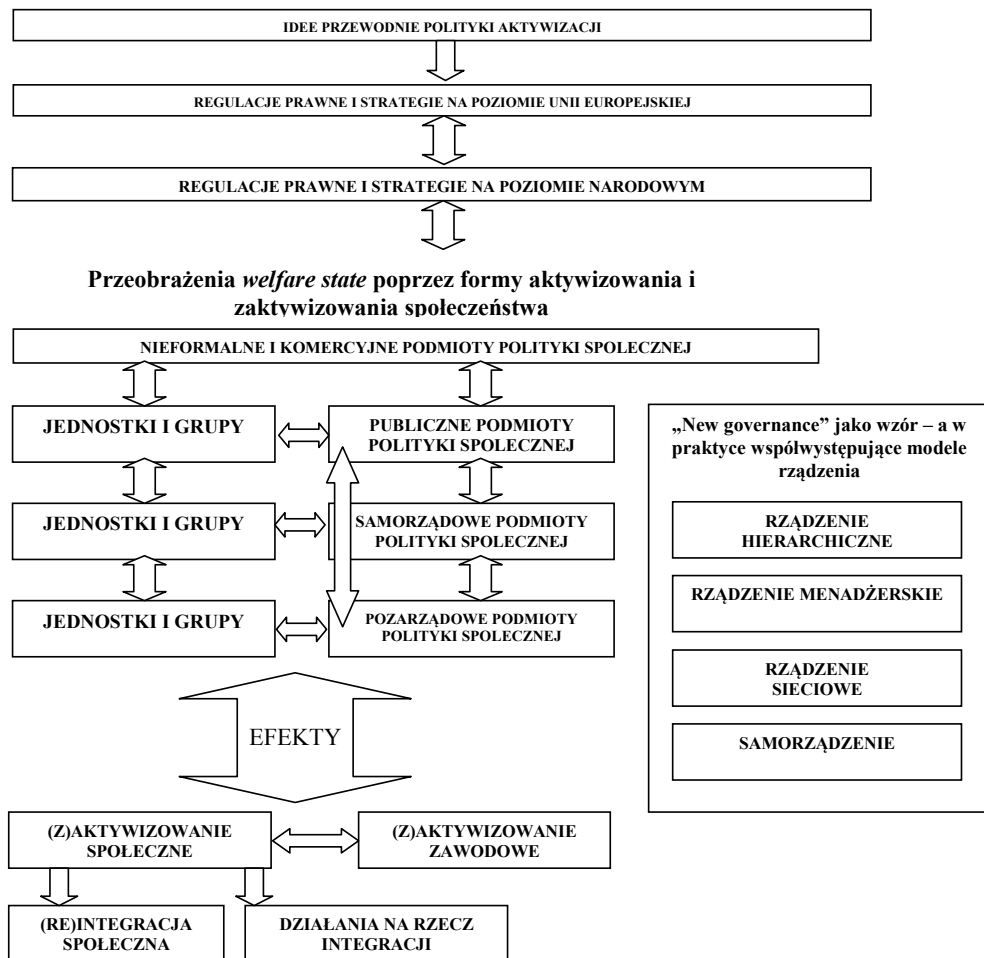
Tabela 1. Typy współzarządzania (*governance*)

Wyszczególnienie	Wymiana	Nakaz	Dialog
Racjonalność	formalna i proceduralna	substancjalna i zorientowana na cel	refleksyjna i proceduralna
Kryterium sukcesu	efektywna alokacja zasobów	efektywne osiągnięcie celów	wynegocjowane porozumienie
Typowy przykład	rynek	państwo	więź
Idealny wzór	<i>homo oeconomicus</i>	<i>homo hierarchicus</i>	<i>homo politicus</i>
Czasoprzestrzenny horyzont	rynek światowy, czas odwracalny	terytorium narodowe, horyzont planistyczny	reskalowanie i formowanie ścieżek rozwoju
Podstawowe kryterium zawodności	nieefektywność ekonomiczna	nieskuteczność	„szum informacyjny”, „przegadanie”
Wtórne kryterium zawodności	rynkowe niedopasowania	biurokracyzm, urzędnicza uznaniowość i korupcja	niejawność i zakłócona komunikacja

Źródło: [Jessop 2007: 10].

Przy czym, w nawiązaniu do koncepcji B. Jessopa [2007] przyjmuje się, że dialog może być uznawany za formę najbardziej adekwatną do warunków społeczeństw i gospodarek sieciowych, szeroko korzystających do koordynacji działań z cyfrowych technologii informatycznych i telekomunikacyjnych oraz oddolnej aktywności obywatelskiej. W polityce aktywizacji zasadne jest uwzględnianie jednostek i grup obywateli oraz podmiotów przynależnych do sektora publicznego, samorządowego, pozarządowego, nieformalnego i komercyjnego. Ich zasięg działalności odnosi się do różnych poziomów struktury społecznej oraz zależy od odmiennych kapitałów ekonomicznych, społecznych i kulturowych. Jednocześnie między podmiotami tymi istnieją wzajemne oddziaływania mobilizujące do działania i aktywizujące (rysunek 1).

Rysunek 1. Wdrażanie polityki aktywizacji według A. Karwackiego



Źródło: [Karwacki 2010: 121].

Współzarządzanie w obszarze polityki aktywizacji ON staje się coraz bardziej istotnym wyzwaniem. Jak zauważa się w nawiązaniu do analiz Rymczy [por. 2013] w Polsce niezbędna jest „integracja reintegracji”, czyli współdziałanie różnych służb, organizacji i instytucji, które współcześnie wypełniają przede wszystkim przypisane do nich zadania statutowe bez szczególnej dbałości o efekty swojej działalności. Prowadzi to do zjawiska równoległych nieskoordynowanych polityk sektorowych. ON mogą w Polsce korzystać ze wsparcia czterech różnych i relatywnie niezależnych od siebie podsystemów: (1) rehabilitacji ON (między innymi zakłady aktywności zawodowej), (2) po-

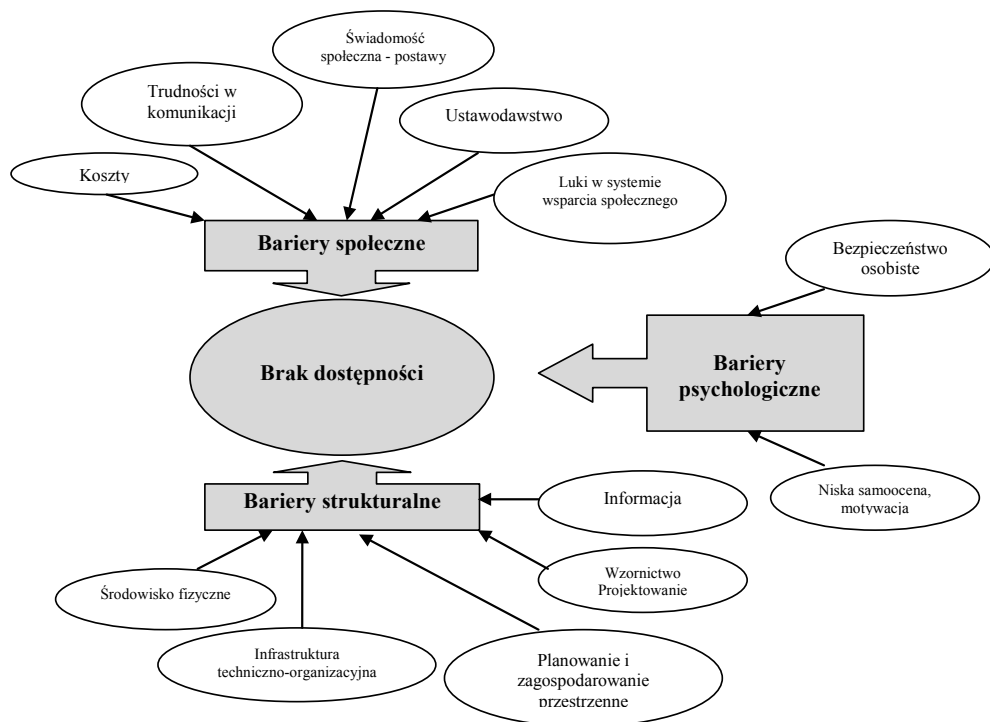
mocy społecznej, (3) pośrednictwa pracy i usług rynku pracy (urzędy pracy i agencje zatrudnienia), (4) zatrudnienia socjalnego (między innymi centra i kluby integracji społecznej). Każdy z nich oferuje usługi aktywizujące, które mają odmienne, ale bliskoznaczne i częściowo pokrywające się cele (kolejno: rehabilitacja zawodowa, społeczna i zdrowotna; usamodzielnienie życiowe; zatrudnienie; reintegracja zawodowa i społeczna). Działalność ta nie jest też skoordynowana w ujęciu wielosektorowym, czyli określonej sekwencji zindywidualizowanych działań we współpracy podmiotów publicznych, komercyjnych i pozarządowych. Z badań własnych wynika [Klimczuk i in. 2013], iż w Polsce istotnym problemem jest współpraca pozarządowych agencji zatrudnienia ON nie tylko z publicznymi służbami zatrudnienia, ale też między innymi z instytucjami pomocy społecznej, edukacyjnymi, naukowymi i otoczenia biznesu. Większość z nich nie utrzymuje ze sobą stałych kontaktów lub jest dla siebie obojętna. Publiczne służby zatrudnienia występują zaś w podwójnej roli – zarówno partnera, jak i konkurenta w zakresie wymiany ofert pracy i realizacji projektów z udziałem środków UE. Należy przy tym zaznaczyć, iż ratyfikacja przez Polskę konwencji ONZ o prawach ON i jej monitoring będzie wymuszać w nadchodzących latach integrację polityki społecznej także m.in. w zakresie: równości wobec prawa, projektowania uniwersalnego (dostosowania produktów, usług i architektury do potrzeb wszystkich użytkowników), równego dostępu do edukacji, włączenia cyfrowego, udziału ON w wyborach i ich dostępu do wymiaru sprawiedliwości [Błaszczak 2012].

Zasady i cele polityki społecznej w holistycznym paradygmacie normalizacji

Drugą istotną koncepcją we współczesnej polityce społecznej wobec niepełnosprawności i ON jest holistyczny paradygmat normalizacji. Podejście to zaczęło wyłaniać się dopiero w drugiej połowie XX wieku na bazie postulatów rodzących się ruchów społecznych na rzecz sprawiedliwości, praw człowieka i przywracania praw ON [Woźniak 2008]. Zakłada się tu, jak zauważa Z. Woźniak, iż niepełnosprawność jest nie tylko właściwością osoby, lecz też zespołem warunków środowiska społecznego i fizycznego (bariery społeczne, ekonomiczne, prawne, architektoniczne i urbanistyczne), jakie prowadzą do ograniczania ról ON. Rozwiązanie tych problemów wymaga zatem wspierania szeroko rozumianej dostępności w wymiarze: (1) przestrzenno-architektonicznym (głównie: najbliższe otoczenie, instytucje edukacyjne, zatrudnienie), (2) struk-

turalnym (zasoby, rynek pracy, świadczenia społeczne), (3) psychospołecznym (partycypacja społeczna), [ibidem].

Rysunek 2. Psychospołeczny i organizacyjny kontekst braku dostępności



Źródło: [Woźniak 2008: 84].

W omawianym ujęciu dostępność stanowi warunek integracji społecznej i normalizacji ogólnie całej kategorii ON. W pierwszym przypadku chodzi o procesy jednoczenia elementów i części składowych w jedną całość, które w życiu społecznym dotyczą wszystkich interakcji między jednostkami i/lub grupami oraz prowadzą do ich powiązania, kooperacji, koegzystencji, dostosowania się czy do rozwiązywania konfliktów [ibidem: 85]. Tym samym ON bez względu na rodzaj uszkodzenia lub deficytu mają posiadać takie same możliwości uczestnictwa w życiu społecznym, politycznym i gospodarczym, jak i inne osoby. Cele integracji obejmują: tworzenie sytuacji w której ON mają możliwość funkcjonowania podobnie jak inni członkowie społeczeństwa (egalitaryzm), mają szansę budowania i prowadzenia godnego życia, odpowiedniego dla sytuacji ON (zasada z koncepcji jakości życia) oraz są doceniani i posia-

dają prawa, takie jak inni ludzie (norma wynikająca z katalogu praw człowieka i obywatela), [ibidem: 89].

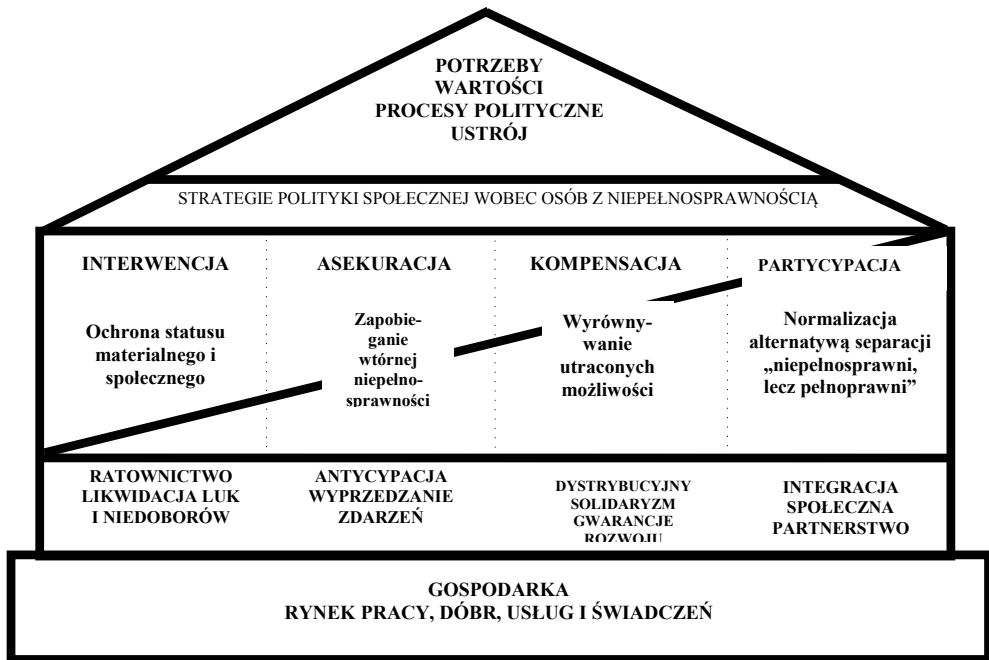
Pod pojęciem normalizacji rozumie się tu natomiast wszelkie zachowania jednostki o charakterze biofizycznym i psychospołecznym, które mają prowadzić do „tego, by funkcjonować bez wyraźnych zakłóceń (normalnie), na tyle, na ile to możliwe – mimo oznak i symptomów choroby przewlekłej lub ograniczonej sprawności” [ibidem: 86-87]. Dąży się tu do ograniczenia u ON czynników fizjologicznych (bycia osobą chorą, z uszkodzeniami, obdarzoną deficytami) i przyjęcia imperatywu aktywności, jako osoby normalnej w życiu codziennym. Proces ten obejmuje: potwierdzenie własnej indywidualności, tożsamości i osobowości; tworzenie zdolności do funkcjonowania na równi z rówieśnikami; redukcja poczucia bycia osobą odmienną; osiągnięcia samodzielności i niezależności oraz zdolności do samoopieki; uzyskania maksymalnego poziomu integracji ze społeczeństwem [ibidem]. Jednocześnie normalizacja oznacza akceptację ON, oferowanie im tych samych warunków egzystencji, jakie są oferowane innym obywatelom tak w przestrzeni czasu – cyklu życia, jak i warunków życia – mieszkania, nauki, pracy, odpoczynku. Rynek pracy i edukacja mają zasadnicze znaczenie dla sukcesu całego procesu. Uzasadnia to m.in. ograniczanie barier architektonicznych i komunikacyjnych na drodze do i z pracy, podnoszenie świadomości pracodawców odnośnie umiejętności i kompetencji ON, uwzględnianie ogólnego spadku w krajach rozwiniętych popytu na pracę niewykwalifikowaną oraz deficytu informacji o możliwościach zatrudnienia. Niezbędne jest tu także ograniczanie mitów i stereotypów funkcjonujących na rynku pracy, które prowadzą do zatrudniania ON tylko na stanowiskach związanych z pracami prostymi i powtarzalnymi. Takie negatywne wyobrażenia obejmują między innymi uznanie, iż ON wymagają w pracy pomocy ze strony innych, częściej niż inni opuszczają pracę z przyczyn zdrowotnych oraz że nie posiadają właściwych umiejętności. Podsumowując za cele normalizacji uznaje się: obecność w środowisku fizycznym i społecznym, dokonywanie wyborów, rozwijanie i podtrzymywanie umiejętności, ochronę praw osobistych, odzyskanie podmiotowości i szacunku społecznego, zindywidualizowane traktowanie, kształtowanie dobrych relacji z otoczeniem społecznym, włączenie w nurt życia zbiorowego [ibidem].

Opisana koncepcja nosi miano holistycznej gdyż ujmuje niepełnosprawność jako rezultat luki między zasobami jednostki z ograniczoną sprawnością (jej zdolnościami i możliwościami) a oczekiwaniami i wymaganiami tworzonymi przez jej środowisko społeczne i fizyczne [ibidem]. W tym podejściu realne zagrożenia dla aktywności ON stwarza system organizacji życia zbiorowego – jego struktura instytucjonalna i normatywna, która nie zaspokaja potrzeb ON

i przez co prowadzi do ograniczenia ich samodzielności życiowej i wykluczenia z uczestnictwa w głównym nurcie życia społecznego. W ujęciu holistycznym uwzględnia się cztery wymiary doświadczeń opisujących kontekst życiowy ON: środowisko jednostki, proces stawania się ON, możliwości i potencjał oraz jakość życia. Ten ostatni wymiar jest określany zarówno przez pierwotne, jak i wtórne ograniczenia sprawności, które obejmują także dostęp do rynku pracy. Przestrzenie te przenikają się wzajemnie przez co kształtują warunki życia i rozwoju. Prowadzi to do wniosku, iż integracja i normalizacja wymaga zmian w polityce społecznej i jej programach oraz dostarczania ludziom narzędzi do budowania ich zdolności do prowadzenia aktywnego, niezależnego życia.

W holistycznym paradygmacie normalizacji polityka społeczna wobec niepełnosprawności oraz na rzecz osób z ograniczoną sprawnością jest określana jako zorganizowane, kompleksowe oraz międzysektorowe działania służb publicznych i innych podmiotów służące: (1) kształtowaniu, poprawie i ochronie warunków jakości życia oraz statusu społecznego ON, (2) umożliwieniu osobom z ograniczoną sprawnością dostępu do głównego nurtu życia społecznego oraz świadczenia niezbędnych świadczeń socjalno-zdrowotnych, (3) udostępnieniu rozwiązań i urządzeń społecznych oraz technologiczno-organizacyjnych zwiększających szanse samodzielnego funkcjonowania ludzi ON [ibidem: 151]. Polityka ta ma dwa główne zadania. Z jednej strony powinna obniżyć ryzyko występowania niepełnej sprawności, z drugiej zaś chronić warunki oraz jakość życia ON przy jednoczesnym zakorzenieniu w świadomości społecznej kwestii związanych z potrzebami i egzystencją jednostek z ograniczoną sprawnością.

Rysunek 3. Modelowe strategie polityki społecznej wobec niepełnosprawności i osób z niepełnosprawnością



Źródło: [Woźniak 2008: 174].

Woźniak [2008] wprowadził do omawianego nurtu koncepcję czterech strategii polityki społecznej wobec niepełnosprawności i osób z niesprawnością. Są to: (1) strategia asekuracyjna (prewencja wtórnego ograniczenia sprawności), (2) strategia kompensacyjna (wyrównywanie utraconych możliwości), (3) strategia interwencyjna (ochrona statusu materialnego i społecznego), (4) strategia partycypacyjna (normalizacja w miejscu separacji połączona z integracją). Pierwsze dwie strategie stanowią głównie domenę działania państwa na szczeblu centralnym, podczas gdy realizacja trzeciej i czwartej powinna odbywać się na poziomie lokalnym z udziałem jednostek samorządu terytorialnego oraz nieformalnych grup obywateli i organizacji pozarządowych.

Koncepcja ta jest zatem zgodna z polityką aktywizacji, ale w odróżnieniu od niej wyraźnie odróżnia zasięg realizacji zadań i usług w zależności od poziomu struktury społecznej na którym działają poszczególne podmioty. Jednocześnie właściwie pomija się tutaj rolę podmiotów komercyjnych, które odgrywają istotne w aktywizacji ON role nie tylko jako pracodawcy, ale także jako agencje zatrudnienia i podmioty prywatnego sektora ochrony zdrowia. Poza ramy niniejszego artykułu wykracza próba połączenia w system wska-

zanych strategii z omówionymi podsystemami działającymi w Polsce na rzecz ON. Można zaryzykować jednak twierdzenie, iż zasadne jest w koordynowaniu tych podsystemów uwzględnienie także podmiotów i usług w podziale na wiek, etapy cyklu życia ich odbiorców. Zaproponowane podejścia koncentrują się bowiem głównie na osobach w wieku produkcyjnym (18-59 lat dla kobiet/64 lat dla mężczyzn; po zakończeniu reformy emerytalnej 18-67 dla obu płci), podczas gdy przyjmują niejasne relacje z osobami w wieku przedprodukcyjnym (0-17 lat) i poprodukcyjnym (60+/65+; po reformie emerytalnej 67+). Zasadne jest także pogłębienie analizy zróżnicowania relacji usługowych – ON nie muszą być bowiem traktowane tylko jako użytkownicy czy konsumenci usług tego systemu, ale także jako obywatele i współtwórcy-koproducenci.

W analizowanym holistycznym paradygmacie normalizacji za nadrzędne cele polityki społecznej wobec niepełnosprawności i na rzecz ON uznaje się przede wszystkim: zmianę świadomości społecznej umożliwiającą normalizację i integrację; ochronę prawną statusu społecznego ON; poprawę jakości życia ON; wzmacnianie potencjału ON; gwarantowanie ON dostępu do świadczeń i usług socjalno-zdrowotnych; wspieranie inicjatyw ukierunkowanych na poszerzanie dostępu ON do głównego nurtu życia społecznego, przede wszystkim rynku pracy; przystosowanie przestrzeni publicznej do potrzeb ON; aktywne włączenie osób z ograniczoną sprawnością w tworzenie programu społeczeństwa cyfrowego, opartego na wiedzy i kreatywności [por. *ibidem*]. Do celów tych przypisane są określone zadania do realizacji, w tym między innymi tworzenie infrastruktury (prawnej, organizacyjnej, badawczej) ukierunkowanej na rozwiązywanie problemów niepełnosprawności, wzmacnianie zasobów lokalnych przyczyniających się do zwiększania suwerenności i udziału w życiu społecznym ON; oraz promocja mechanizmów zapobiegających marginalizacji ON (w obszarze pracy, edukacji, zdrowia). Wdrażanie celów i zasad holistycznego paradygmatu normalizacji w praktyce powinno być również łączone z lokalnymi strategiami rozwiązywania problemów społecznych [zob. TUS 2007], tworzeniem partnerstw lokalnych dostosowanych do wielości gminy [zob. Gąciarz i in. 2008] i z promocją dobrych praktyk na rzecz ON dostosowanych do zróżnicowania ich grup [zob. Boguszewska i in. 2011].

W tym miejscu należy podkreślić, iż Z. Woźniak dostosował model czterech strategii polityki społecznej wobec niepełnosprawności i osób z niesprawnością również do prowadzenia i analizowania polityki wobec starości i starzenia się ludności, a w konsekwencji do realizacji polityki budowania relacji międzypokoleniowych zgodnej z rozwijaną przez ONZ od lat dziewięćdziesiątych XX wieku koncepcją „budowy społeczeństwa dla ludzi w każdym wieku” (ang. *society for all ages*), [zob. Klimczuk 2013: 67]. Można więc twierdzić, iż wdra-

zanie wzajemnie uzupełniającej się polityki i programów na rzecz aktywizacji, ON i starszych może jednocześnie prowadzić do osiągnięcia pozytywnych efektów dla wszystkich grup wieku w danym społeczeństwie, co jest istotne przy prognozowanym szybkim procesie starzenia się ludności Polski na początku XXI wieku.

Podsumowanie

W artykule zwrócono uwagę na sposoby definiowania niepełnosprawności i kategorii społecznej osób niepełnosprawnych zgodnie z Konwencją ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych. Wdrażanie postanowień tego aktu prawnego może wywołać istotne przekształcenia w krajowej polityce społecznej zarówno w wymiarze współpracy istniejących podmiotów, jak też w integracji oferowanych przez nie świadczeń i usług społecznych.

Zwrócono uwagę, iż do ograniczania problemów społecznych ON niezbędne jest przede wszystkim zwiększenie ich zatrudnienia poprzez prowadzenie polityki aktywizacji. Polityka ta powinna obejmować nie tylko aktywną politykę rynku pracy z takimi instrumentami, jak pośrednictwo i doradztwo zawodowe, pomoc w aktywnym poszukiwaniu pracy i szkolenia, ale też zindywidualizowanie, dostosowanie tych narzędzi do potrzeb i możliwości odbiorców. Podkreślono, iż wdrażanie polityki aktywizacji wymusza poprawę koordynacji działań tak z perspektywy podziału podmiotów polityki na sektory, jak i na poziomy. Zasadne jest upowszechnianie modeli współzarządzania w relacjach między tymi podmiotami w oparciu o dialog co może prowadzić do lepszego podziału zadań, zasobów, dostępu do informacji, do wyłaniania się nowych rozwiązań oraz rozwiązywania problemów w ujęciu horyzontalnym – z uwzględnieniem wszystkich ich aspektów. W przypadku niepełnosprawności, jak ukazano w holistycznym paradygmacie normalizacji, zasadnicze znaczenie ma spójność nie tylko podsystemów zorientowanych na ON (rehabilitacji, pomocy społecznej, pośrednictwa pracy i usług rynku pracy oraz zatrudnienia socjalnego), ale także strategii podejmowanych działań obejmujących odmienne cele i zadania (asekuracyjnej, kompensacyjnej, interwencyjnej, partycypacyjnej). Budowanie spójności tych rozwiązań powinno uwzględniać koncepcję cyklu życia ludzkiego oraz zróżnicowanie relacji usługowych ON z podmiotami polityki społecznej.

Wśród dalszych kierunków badań dla krajowych jednostek i instytucji naukowych wskazać można kilka następujących kierunków. Zasadne są analizy

kultury środowiska ON w Polsce z uwzględnieniem postaw, opinii i relacji usługowych z podmiotami polityki społecznej. Badania takie powinny pozwolić na określenie praktyk w których ON są postrzegane nie tylko jako odbiorcy lub konsumenci usług, ale także jako obywatele i koproducenti. Drugi kierunek analiz powinien obejmować zróżnicowanie wewnętrzne środowiska ON ze szczególnym uwzględnieniem procesów samoorganizacji na rzecz obrony i realizacji swoich praw. Trzecim kierunkiem analiz powinny być opisy niepełnosprawności w cyklu życia. Zasadne jest przybliżenie biografii ON z uwzględnieniem różnych etapów i obszarów ich relacji z podmiotami polityki społecznej. Czwarty kierunek to analizy przypadków dyskryminacji zwielokrotnionej i przeciwdziałania jej występowaniu, w szczególności w wymiarze instytucjonalnym. Piąty kierunek badań powinien obejmować zbieranie dobrych praktyk zatrudnienia ON na rynku pracy, w tym postawy i rozwiązania pracodawców zatrudniających ON, zajmowanie przez ON wyższych stanowisk w organizacjach i uwzględniających prace specjalistyczne oraz zagraniczne rozwiązania prozatrudnieniowe możliwe do dalszego wdrażania w kraju.

Bibliografia

- Auleytner J., Mikulski J. (red.), (1996), *Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych. Drogi do integracji*, Warszawa
- Błaszczak A. (red.), (2012), *Najważniejsze wyzwania po ratyfikacji przez Polskę Konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych*, Warszawa
- Boguszewska K. i in. (2011), *Zatrudnienie wspomagane. Materiały konferencyjne*, Warszawa.
- Danecki J. (2001), *Kwestia społeczna*, [w:] B. Rysz-Kowalczyk (red.), *Leksykon polityki społecznej*, Warszawa: 77-80
- Eurostat (2002), *EU Labour Force Survey ad hoc module on employment of disabled people – LFS AHM*
- Gąciarz B., Ostrowska A., Pańków W. (2008), *Integracja społeczna i aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych zamieszkałych w małych miastach i na terenach wiejskich. Uwarunkowania sukcesów i niepowodzeń. Raport z badań*, Warszawa
- Golinowska S. (2005), *Przyszłość państwa opiekuńczego i systemu zabezpieczenia społecznego*, „Polityka Społeczna” nr 11-12: 1-9
- GUS (Główny Urząd Statystyczny) (2009), *Prognoza ludności na lata 2008-2035*, Warszawa
- GUS (Główny Urząd Statystyczny) (2012), *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Raport z wyników*, Warszawa
- Jessop B. (2007), *Promowanie „dobrego rządzenia” i ukrywanie jego słabości: refleksja nad politycznymi paradygmatami i politycznymi narracjami w sferze rządzenia*, „Zarządzanie Publiczne” nr 2: 5-25
- Karwacki A. (2010), *Papierowe skrzydła. Rzecz o spójnej polityce aktywizacji*, Toruń

- Klimczuk A. (2013), *Analysis of Intergenerational Policy Models*, "Ad Alta: Journal of Interdisciplinary Research" t. 3, nr 1: 66-69
- Klimczuk A., Siedlecki M., Sadowska P., Sydow M. (2013), *Niepubliczne agencje zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Możliwości i dylematy rozwoju w sektorze pozarządowym*, Warszawa-Białystok
- Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych* (2012), Dz. U. 2012, poz. 1169
- Kurzynowski A. (1996), *Osoby niepełnosprawne w polityce społecznej*, [w:] J. Auleytner, J. Mikułski (red.), *Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych. Drogi do integracji*, Warszawa: 17-33
- Rymsza M. (2013), *Aktywizacja w polityce społecznej. W stronę rekonstrukcji europejskich welfare states?*, Warszawa
- TUS (2007), *Niepełnosprawny obywatel a mazowieckie strategie rozwiązywania problemów społecznych*, Warszawa
- Woźniak Z. (2008), *Niepełnosprawność i niepełnosprawni w polityce społecznej. Społeczny kontekst medycznego problemu*, Warszawa

Źródła internetowe

- BPRON (Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych) (2013), *Niepełnosprawność w liczbach. Rynek pracy. BAEL*, www.niepelnosprawni.gov.pl/niepelnosprawnosci-w-liczbach-/rynek-pracy/ [25.07.2013]
- UN (2013), *United Nations Enable – Disability and Employment, Secretariat for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, www.un.org/disabilities/default.asp?id=255 [25.07.2013]
- UNIC (Ośrodek Informacji ONZ w Warszawie) (2007), *Definicja niepełnosprawności*, www.unic.un.org.pl/niepelnosprawnosci/definicja.php [25.07.2013]

SUMMARY**Contemporary Social Policy Towards Disability and Disabled People**

Disability is one of the features that differentiate individuals and groups in modern societies. People with reduced physical, cognitive and psychological efficiency are particularly exposed to discrimination and social, economic and political exclusion. What is important social issue of people with disabilities in the early 21st century changes by entering into a relationship with the ageing of the population. The article aims to introduce some theoretical concepts efforts to improve the image of disability and reduce the barriers faced by persons with disabilities in access to different kinds of resources, spaces and opportunities. A critical analysis of the literature includes: description of the concept of activation policy as well as principles and objectives of social policy in a holistic paradigm of normalization. This summary contains possible future directions of research and analysis.

Keywords:

activation, disability, persons with disabilities, normalization, integration, governance