



**RAPORT TEMATYCZNY**

**NT. ART. 26 KONWENCJI O PRAWACH OSÓB  
NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

**OPRACOWANY W RAMACH PROJEKTU  
„WDRAŻANIE KONWENCJI O PRAWACH OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH –  
WSPÓLNA SPRAWA”**

WARSZAWA, 2017 R.





Opracowanie powstało w ramach projektu pn. „Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa”, finansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Osi Priorytetowej II. Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działania 2.6 Wysoka jakość polityki na rzecz włączenia społecznego i zawodowego osób niepełnosprawnych Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

Realizatorzy projektu: Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych w partnerstwie z Lubelskim Forum Organizacji Osób Niepełnosprawnych – Sejmikiem Wojewódzkim, Warmińsko-Mazurskim Sejmikiem Osób Niepełnosprawnych, Akademią Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej i kancelarią prawną Domański Zakrzewski Palinka Sp. k.

**Autorka Opracowania:**  
**Iwona Raszeja-Ossowska**





## Spis treści

Wprowadzenie .....	4
1. Założenia teoretyczne raportu .....	6
2. Prawne uwarunkowania wdrażania art. 26 KPON .....	10
2.1. Diagnoza sytuacji i identyfikacja barier .....	10
Bariery prawne .....	47
2.2. Propozycja zmian służących przezwyciężeniu barier prawnych .....	54
3. Pozaprawne uwarunkowania wdrażania art. 26 KPON .....	59
3.1. Diagnoza sytuacji i identyfikacja barier pozaprawnych .....	59
3.2. Propozycja zmian służących przezwyciężeniu barier Pozaprawnych .....	84
4. Podsumowanie .....	88
Bibliografia .....	99
Wykaz tabel .....	104



## WPROWADZENIE

*Raport tematyczny na temat. Art. 26 Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych* został przygotowany w ramach projektu *Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa*. Projekt jest realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 - 2020, Osi Priorytetowej II. Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działania 2.6 Wysoka jakość polityki na rzecz włączenia społecznego i zawodowego osób niepełnosprawnych. Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Celem głównym projektu jest osiągnięcie stanu, w którym podmioty polityk publicznych uczestniczące w procesie wdrażania Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych (KPON) w Polsce będą dysponowały, niezbędnym dla skutecznego przebiegu tego procesu, potencjałem programowo - planistycznym obejmującym:

- aktualną wiedzę na temat barier stanowiących źródło dyskryminacji i utrudniających osobom niepełnosprawnym pełne uczestnictwo w funkcjonowaniu społecznym, w kontekście realizacji praw wynikających z KPON,
- wiedzę na temat istniejących barier prawnych, administracyjnych i organizacyjnych występujących w procesie wdrażania postanowień KPON,
- wytyczone pożądane kierunki zmian mające na celu usuwanie wskazanych barier,
- sformułowane rekomendacje konkretnych zmian w zakresie dostosowania polityk publicznych do postanowień i wymogów KPON.

Cel projektu zostanie osiągnięty w wyniku realizacji dwóch zadań. W ramach zadania pierwszego przygotowany zostanie Raport syntetyczny obejmujący m.in. opracowanie dotyczące barier we wdrażaniu KPON oraz kierunków działań służących ich eliminacji. W ramach zadania drugiego opracowany zostanie zbiór rekomendacji dostosowujących prawo oraz polityki publiczne do wymogów Konwencji<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> <http://www.pfon.org/wdrazanie-konwencji-o-prawach-osob-niepelnosprawnych-wspolna-sprawa>, online: 10.01.2017.



Niniejszy raport tematyczny prezentuje stan problemów podejmowanych przez art. 26 KPON oraz cele i kierunki działań, dotyczące ich rozwiązywania. W raporcie zostały zaprezentowane prawne, administracyjne, organizacyjne i inne bariery wdrażania KPON w obszarze rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Ponadto zidentyfikowane zostały polityki publiczne zaangażowane w rozwiązywanie problemów związanych z wdrażaniem art. 26 KPON oraz nakreślony sposób skoordynowania tych polityk.

W Raporcie zaprezentowane zostały bariery dyskryminacyjne, które odnoszą się do sytuacji osób z niepełnosprawnościami i są czynnikami bezpośrednio określającymi ich sytuację i możliwości jako jednostek. Ponadto w Raporcie przedstawiono bariery wdrożeniowe, które oznaczają konkretne rozwiązania o charakterze prawnym, organizacyjnym i administracyjnym stanowiące podłoże dla występowania barier dyskryminujących.

Raport tematyczny opracowany został na podstawie literatury przedmiotu oraz dokumentacji projektu, obejmującej: opracowania analityczne, opracowania regulacyjne, dane uzyskane z badań socjologicznych (ilościowe i jakościowe), dorobek tematyczny debaty doradczo - programowej poświęconej współpracy międzynarodowej na rzecz osób z niepełnosprawnościami, kwestionariusze opinii doradczej.



## 1. ZAŁOŻENIA TEORETYCZNE RAPORTU<sup>2</sup>

Zgodnie z art. 26 KPON państwa strony Konwencji zobowiązują się do podjęcia skutecznych i odpowiednich środków zmierzających do umożliwienia osobom niepełnosprawnym uzyskania i utrzymania możliwie największej niezależności, pełnych zdolności fizycznych, umysłowych, społecznych i zawodowych oraz pełnego włączenia i udziału we wszystkich aspektach życia. Cel ten ma być realizowany z uwzględnieniem wzajemnego wsparcia, poprzez organizowanie, wzmacnianie i rozwijanie usług oraz programów w zakresie wszechstronnej rehabilitacji, w szczególności w obszarze zdrowia, zatrudnienia, edukacji i usług socjalnych. Konwencja formułuje przy tym szereg warunków, jakim powinny odpowiadać wskazane usługi i programy – jak wynika z art. 26 ust. 1 lit. a-c, mają one:

- być dostępne od możliwie najwcześniejszego etapu życia,
- opierać się na wielodyscyplinarnej ocenie indywidualnych potrzeb i potencjału,
- wspierać udział i włączanie w społeczność lokalną oraz we wszystkie aspekty życia społecznego,
- być dobrowolne,
- być dostępne dla osób niepełnosprawnych możliwie blisko społeczności, w których żyją, w tym na obszarach wiejskich.

Państwa-strony Konwencji zobowiązują się ponadto do popierania rozwoju szkolenia wstępnego i ustawicznego personelu i specjalistów pracujących w usługach rehabilitacyjnych (art. 26 ust. 2 KPON), a także do promowania dostępności, znajomości i korzystania w procesie rehabilitacji z urządzeń i technologii wspomagających, zaprojektowanych dla osób niepełnosprawnych (art. 26 ust. 3 KPON).

Ze względu na przekrojowy charakter pojęcia rehabilitacji oraz szeroki zakres składających się na nią usług, treść art. 26 KPON należy analizować na tle całokształtu regulacji Konwencji, w szczególności zaś przepisów gwarantujących prawa osób niepełnosprawnych w obszarach zdrowia, edukacji, zatrudnienia i zabezpieczenia społecznego. Dla ustalenia treści warunku sformułowanego w art. 26 KPON oraz doprecyzowania zakresu pojęcia rehabilitacji niezbędne wydaje się również odwołanie do

---

<sup>2</sup> Na podstawie: *Raport metodologiczny przygotowania Raportu syntetycznego w ramach projektu „Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa”*, Warszawa 2016, *Konwencja z dnia 13 grudnia 2006 r. o Prawach Osób Niepełnosprawnych* (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169).



Preambuły Konwencji. Należy przy tym pamiętać, że w sposób interpretacji art. 26 Konwencji wyznaczają określone w art. 3 KPON zasady ogólne oraz wynikające z art. 4 KPON ogólne obowiązki państw.

Celem działań podejmowanych na podstawie art. 26 KPON jest umożliwienie osobom niepełnosprawnym uzyskania i utrzymania:

- możliwie największej niezależności,
- pełnych zdolności fizycznych, umysłowych, społecznych i zawodowych,
- pełnego włączenia i udziału we wszystkich aspektach życia.

Ze względu na tak określony cel rehabilitację należy zdefiniować jako wielokierunkowy proces złożony z kompleksowych i skoordynowanych działań zapewniających osobom niepełnosprawnym osiągnięcie i utrzymanie optymalnego funkcjonowania w interakcji ze środowiskiem. Rehabilitacja ma przy tym charakter wielokierunkowy nie tylko dlatego, że proces ten obejmuje wszystkie istotne dziedziny życia osoby niepełnosprawnej (zdrowie, zatrudnienie, edukację, usługi socjalne), ale również dlatego, że działania rehabilitacyjne nakierowane są zarówno na poprawę kondycji samej osoby niepełnosprawnej, jak i na odpowiednie przekształcenie środowiska, w którym osoba ta funkcjonuje.

Artykuł 26 KPON nakłada na państwa-strony obowiązki o charakterze pozytywnym, tj. obowiązki podjęcia aktywnych działań zmierzających do zagwarantowania realizacji warunku sformułowanego w tym przepisie. Przyjmują one postać zarówno obowiązku ułatwiania (inicjowania i angażowania się w działania mające na celu realizację warunku), jak i obowiązku świadczenia (zapewnienia środków służących bezpośredniej realizacji warunku).

Należy podkreślić, że w polskiej wersji językowej Konwencji nie znalazło odzwierciedlenia wprowadzone w art. 26 KPON rozróżnienie na habilitację i rehabilitację (habilitation and rehabilitation services and programmes) – zamiast tego oba procesy zostały oznaczone wspólnym terminem „rehabilitacja”. Tymczasem kryterium przyjętego w KPON rozróżnienia stanowi źródło niepełnosprawności – celem habilitacji jest pomoc w maksymalnym wykorzystaniu indywidualnego potencjału i zdolności osobom z niepełnosprawnością wrodzoną oraz osobom, u których niepełnosprawność rozwinęła się we wczesnym okresie życia. Natomiast rehabilitacja koncentruje się na wsparciu w odzyskiwaniu zdolności do maksymalnego funkcjonowania przez osoby, które doświadczyły utraty funkcji (tj. z niepełnosprawnością nabytą na dalszych etapach życia).



Analizowana na tle pozostałych przepisów Konwencji, rehabilitacja powinna realizować „potrzebę zagwarantowania osobom niepełnosprawnym pełnego korzystania [z wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności]”, „pełny i skuteczny udział w życiu społeczeństwa” oraz „samodzielność i niezależność”, o których mowa w Preambule (pkt C, E, N). Dobór środków służących realizacji warunku określonego w art. 26 KPON determinuje przy tym możliwość urzeczywistnienia zasad ogólnych Konwencji, w tym w szczególności zasady poszanowania autonomii osoby i jej niezależności (art. 3 lit. a KPON), zasady pełnego i skutecznego udziału i włączenia w społeczeństwo (art. 3 lit. c KPON), zasady poszanowania odmienności (art. 3 lit. d KPON), równości szans (art. 3 lit. e KPON), dostępności (art. 3 lit. f KPON) oraz poszanowania rozwijających się zdolności niepełnosprawnych dzieci (art. 3 lit. h KPON). Przepis art. 26 KPON pozostaje również w ścisłym treściowym związku z art. 19 (prawo do niezależnego życia i włączenia w społeczeństwo), art. 20 (mobilność), art. 24 (prawo do edukacji), art. 25 (prawo do zdrowia), art. 27 (prawo do pracy) oraz z art. 28 (prawo do odpowiednich warunków życia, prawo do stałego polepszania warunków życia, prawo do ochrony socjalnej). Natomiast za szczególny przypadek rehabilitacji należy uznać uregulowaną odrębnie w art. 16 KPON rehabilitację osób niepełnosprawnych, które stały się ofiarami jakiegokolwiek formy wykorzystywania, przemocy lub nadużyć – na mocy tego przepisu państwa-strony Konwencji zobowiązują się do podjęcia wszelkich odpowiednich środków w celu wspierania powrotu tych osób do zdrowia fizycznego i psychicznego oraz w zakresie zdolności poznawczych, a także wspierania ich rehabilitacji i reintegracji społecznej.

Precyzyjne oddzielenie regulacji dotyczących rehabilitacji osób niepełnosprawnych od regulacji odnoszących się do poszczególnych praw tych osób może nastroić trudności. Ponieważ rehabilitacja w rozumieniu Konwencji stanowi warunek pełnego, rzeczywistego korzystania przez osoby niepełnosprawne z przysługujących im praw w każdej dziedzinie życia społecznego, przepisy dotyczące rehabilitacji można podzielić na takie, które do procesu (procesów) rehabilitacji odnoszą się bezpośrednio i takie, których związki z rehabilitacją mają charakter pośredni w tym sensie, że określają one prawa osób niepełnosprawnych w poszczególnych obszarach życia społecznego wymienionych w art. 26 KPON. Za regulacje bezpośrednio dotyczące problematyki rehabilitacji należy więc uznać te przepisy, których celem i zasadniczą funkcją jest stworzenie osobom niepełnosprawnym warunków do pełnego, rzeczywistego i niedyskryminacyjnego korzystania z praw przysługujących im na podstawie przepisów szczegółowych. Ze względów metodologicznych zagadnienia związane z procesem rehabilitacji wchodzące w skład warunków dostępności i





mobilności sformułowanych w art. 9 KPON i art.20 KPON będą w ramach niniejszego opracowania jedynie sygnalizowane. Analiza dotycząca art. 9 i art. 20 Konwencji jest bowiem przedmiotem odrębnych opracowań. Przedmiotem odrębnych opracowań są również związane z konwencyjnym pojęciem rehabilitacji prawa do zdrowia (art. 25), do edukacji (art. 24), do pracy (art. 27), do niezależnego życia (art. 19) oraz do zabezpieczenia społecznego (art. 28).



## 2. PRAWNE UWARUNKOWANIA WDRAŻANIA ART. 26 KPON<sup>3</sup>

### 2.1. DIAGNOZA SYTUACJI I IDENTYFIKACJA BARIER

Do zagadnień dotyczących rehabilitacji (i habilitacji) osób z niepełnosprawnościami uznawanych w debacie międzynarodowej za ważne<sup>4</sup> należą przede wszystkim:

- Czy przepisy prawa są zgodne z art. 26 KPON? Jeżeli tak, to czy mogą być egzekwowane?
- Czy polityka państwa jest zgodna z art. 26 KPON? Czy znajduje to odzwierciedlenie w praktyce?
- Czy osoby z niepełnosprawnościami mają prawnie zapewniony szeroki wybór usług rehabilitacyjnych?
- Czy podjęcie rehabilitacji jest warunkiem prawnym otrzymania jakichkolwiek innych świadczeń?
- Czy rehabilitacja jest prawnie zagwarantowana na każdym etapie życia, zwłaszcza dla dzieci?
- Czy usługi rehabilitacyjne przysługują niezależnie od miejsca zamieszkania, także na obszarach wiejskich?
- Czy państwo wspiera dostępność urządzeń i rozwój technologii związanych z rehabilitacją?

Opracowanie obszaru normatywnego art. 26 KPON prezentuje analizę obejmującą następujące akty normatywne<sup>5</sup>:

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.), dalej jako „Konstytucja RP”;
2. Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (wersja skonsolidowana) z dnia 26 października 2012 r. (Dz.Urz.U.E.C Nr 326, str. 47), dalej jako „Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej” lub „TFUE”;

<sup>3</sup> Opracowano na podstawie: Matczak M., Zalasinski T., Romanowicz M., Hlebicka-Józefowicz A., *Opracowanie regulacyjne w obszarze Konwencji z dnia 13 grudnia 2006 r. o Prawach Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169): rehabilitacja (art. 26 Konwencji)*, Warszawa 2016, Kawa J., Raźniewski P., Tomczyk U., *Analiza dokumentów międzynarodowych dotycząca procesu wdrażania Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych oraz identyfikacji barier w tym procesie*, Olsztyn – Warszawa 2016.

<sup>4</sup> Raport metodologiczny (...), op. cit., s. 100.

<sup>5</sup> Za: Matczak M., Zalasinski T., Romanowicz M., Hlebicka-Józefowicz A., *Opracowanie regulacyjne (...)*, op. cit., s. 5-9 oraz *Raport metodologiczny (...)*, op. cit., s. 98-100.



3. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka z dnia 10 grudnia 1948 r., dalej jako „Deklaracja Praw Człowieka”;
4. Europejska Karta Społeczna z dnia 18 października 1961 r. (Dz. U. z 1999 r. Nr 8 poz. 67), dalej jako „Europejska Karta Społeczna”;
5. Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej z dnia 30 marca 2010 r. (Dz. Urz. UE seria C Nr 83, str. 389), dalej jako „Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej” lub „KPP”;
6. Konwencja nr 111 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca dyskryminacji w zakresie zatrudnienia i wykonywania zawodu z dnia 25 czerwca 1958 r. (Dz.U. 1961 Nr 42, poz. 218), dalej jako „Konwencja MOP nr 111”;
7. Konwencja nr 128 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca świadczeń w razie inwalidztwa, na starość i w razie śmierci żywiciela rodziny z dnia 1 listopada 1969 r., dalej jako „Konwencja MOP nr 128”;
8. Konwencja nr 159 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych z dnia 20 czerwca 1983 r. (Dz.U. 2005 Nr 43, poz. 412), dalej jako „Konwencja MOP nr 159”;
9. Dyrektywa Rady 2000/78/WE z dnia 27 listopada 2000 r. ustanawiająca ogólne warunki ramowe równego traktowania w zakresie zatrudnienia i pracy (Dz.Urz.UE.L Nr 303, str. 16), dalej jako „Dyrektywa 2000/78/WE”;
10. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz.Urz.UE.L Nr 187, str. 1), dalej jako „Rozporządzenie nr 651/2014”;
11. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych r. (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 2046), dalej jako „Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej”;
12. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r.o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1793), dalej jako „Ustawa o świadczeniach”;
13. Ustawa z dnia 13 października 1998 r.o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 963), dalej jako „Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych” lub „USUS”;
14. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r.o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 930), dalej jako „Ustawa o pomocy społecznej”;



15. Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1518), dalej jako „Ustawa o świadczeniach rodzinnych”,
16. Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 887), dalej jako „Ustawa o emeryturach i rentach z FUS”;
17. Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 277), dalej jako „Ustawa o ubezpieczeniu społecznym rolników”,
18. Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 372), dalej jako „Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego”;
19. Ustawa z dnia 16 września 1982 r. Prawo spółdzielcze (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 21), dalej jako „Prawo spółdzielcze”;
20. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 876), dalej jako „Ustawa o wyrobach”;
21. Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 879), dalej jako „Ustawa uzdrowiskowa”,
22. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 546), dalej jako „Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego”,
23. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1817), dalej jako „Ustawa o działalności pożytku publicznego”,
24. Ustawa z dnia 13 listopada 2003 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 198), dalej jako „Ustawa o dochodach JST”,
25. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1943), dalej jako „Ustawa o systemie oświaty”,
26. Ustawa z dnia 3 grudnia 2010 r. o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1219), dalej jako „Ustawa o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania”,
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2013 r. poz. 1522), dalej jako „Rozporządzenie koszykowe z zakresu rehabilitacji leczniczej”,
28. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na



- rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz.U. Nr 131, poz. 1457),
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych (Dz.U. z 2014 r. poz. 522),
  30. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 1974 r. w sprawie warunków odbywania rehabilitacji zawodowej uprawniających do zasiłku wyrównawczego oraz szczegółowych zasad przyznawania tego zasiłku (Dz.U. Nr 51, poz. 325),
  31. Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 19 lipca 2013 r. w sprawie warunków i trybu kierowania przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na świadczenia i usługi rehabilitacyjne (Dz.U. z 2013 r. poz. 860),
  32. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 stycznia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (Dz.U. z 2014 r. poz. 250),
  33. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 1974 r. w sprawie warunków odbywania rehabilitacji zawodowej uprawniających do zasiłku wyrównawczego oraz szczegółowych zasad przyznawania tego zasiłku (Dz.U. Nr 51, poz. 325),
  34. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. z 2015 r. poz. 926),
  35. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 grudnia 2016 r. w sprawie sposobu podziału części oświatowej subwencji ogólnej dla jednostek samorządu terytorialnego w roku 2017 (Dz.U. z 2016 r. poz. 2298),
  36. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. z 2012 r. poz. 964).

Na potrzeby niniejszego raportu tematycznego wykorzystano również następujące dokumenty:

1. Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych (Rezolucja 48/96 Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych) z dnia 20 grudnia 1993 r., dalej jako „Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych”,



2. Zalecenie nr 168 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczące rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych z dnia 20 czerwca 1983 r., dalej jako „Zalecenie MOP nr 168”;
3. Wyjaśnienia dotyczące Karty Praw Podstawowych (2007/C 303/02) z dnia 12 grudnia 2007 r. (Dz.Urz.UE.C Nr 303, str. 17), dalej jako „Wyjaśnienia dotyczące KPP”;
4. Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów z dnia 15 listopada 2010 r. Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności 2010-2020: Odnowione zobowiązanie do budowania Europy bez barier, dalej jako „Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności 2010-2020”;
5. Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie działań na rzecz europejskiego jednolitego rynku łączących inżynierię biomedyczną z sektorem usług medycznych i opiekuńczych z dnia 4 września 2015 r. (Dz.Urz.UE.C Nr 291, str. 45), dalej jako „Opinia Komitetu Ekonomiczno-Społecznego z 4 września 2015 r.”;
6. Zalecenie Rady (UE) w sprawie integracji osób długotrwale bezrobotnych na rynku pracy z dnia 15 lutego 2016 r. (Dz.Urz.UE.C Nr 67, str. 1), dalej jako „Zalecenie Rady w sprawie integracji bezrobotnych”;
7. Rezolucja Rady Unii Europejskiej i przedstawicieli rządów państw członkowskich, zebranych w Radzie z dnia 17 marca 2008 r. w sprawie sytuacji osób niepełnosprawnych w Unii Europejskiej (Dz.Urz.UE.C Nr 75, str. 1), dalej jako „Rezolucja w sprawie sytuacji osób niepełnosprawnych w UE”;
8. Projekt Globalnego plan działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014-2021, dalej jako „Plan WHO 2014-2021”;
9. Światowy Raport o Niepełnosprawności, World Health Organization 2011, dalej jako „Raport WHO”;
10. Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych (M.P. Nr 50, poz. 475), dalej jako „Karta Praw Osób Niepełnosprawnych”;
11. Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej z dnia 12 lipca 2013 r. Karta Praw Osób z Autyzmem (M.P. z 2013 r. poz. 682), dalej jako „Karta Praw Osób z Autyzmem”;
12. Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych z dnia 7 grudnia 2012 r. (M.P. z 2012 r. poz.



991), dalej jako „Uchwała w sprawie przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych”,

13. Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju – Projekt z dnia 29 lipca 2016 r., dalej jako „Projekt Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju”.

### Rehabilitacja w prawie międzynarodowym i w prawie Unii Europejskiej<sup>6</sup>

„Problematyka rehabilitacji osób niepełnosprawnych w znaczeniu przyjętym w ramach niniejszego opracowania jest przedmiotem regulacji wielu aktów prawa międzynarodowego oraz prawa Unii Europejskiej. Regulacje te można podzielić na dwie grupy:

- przepisy odnoszące się wprost do procesu rehabilitacji osób niepełnosprawnych,
- przepisy, które pośrednio odnoszą się do problematyki rehabilitacji lub niektórych obszarów wchodzących w zakres tego pojęcia, lecz się nim nie posługują.

Do pierwszej grupy należy zaliczyć:

- Kartę Praw Podstawowych Unii Europejskiej (art. 26),
- Dyrektywę Rady 2000/78/WE (art. 7),
- Rozporządzenie nr 651/2014,
- Europejską Kartę Społeczną (art. 15),
- Konwencję MOP nr 128,
- Konwencję MOP nr 159,
- Natomiast w skład drugiej grupy wchodzi:
- Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (art. 10, art. 19),
- Powszechna Deklaracja Praw Człowieka (art. 22, art. 23, art. 25),
- Konwencja MOP nr 111.

Z punktu widzenia rekonstrukcji zakresu pojęcia rehabilitacji oraz określenia międzynarodowego statusu prawnego składających się na nią procesów wskazane wydaje się również sięgnięcie do następujących dokumentów międzynarodowych:

- Wyjaśnienia dotyczące Karty Praw Podstawowych,
- Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności 2010-2020,

<sup>6</sup> Matczak M., Zalański T., Romanowicz M., Hlebicka-Józefowicz A., *Opracowanie regulacyjne (...)*, op. cit., s. 14-15.



- Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie działań na rzecz europejskiego jednolitego rynku łączących inżynierię biomedyczną z sektorem usług medycznych i opiekuńczych z dnia 4 września 2015 r.,
- Zalecenie Rady (UE) w sprawie integracji osób długotrwale bezrobotnych na rynku pracy z dnia 15 lutego 2016 r.,
- Rezolucja Rady Unii Europejskiej i przedstawicieli rządów Państw Członkowskich, zebranych w Radzie z dnia 17 marca 2008 r. w sprawie sytuacji osób niepełnosprawnych w Unii Europejskiej,
- Projekt Globalnego planu działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014-2021,
- Światowy Raport o Niepełnosprawności WHO,
- Zalecenia MOP nr 168”.

## Rehabilitacja osób niepełnosprawnych w prawie Unii Europejskiej<sup>7</sup>

### Ewolucja pojęcia „niepełnosprawności” w prawie Unii Europejskiej

„W przepisach prawa UE nie zdefiniowano pojęcia *niepełnosprawności*, mimo że pojęciem tym posługuje się szereg aktów prawa wspólnotowego, w tym:

- Traktat o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej (art. 10 i art. 19 konstytuujące zakaz dyskryminacji, w tym dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność),
- Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej,
- Rozporządzenie Komisji nr 651/2014,
- Dyrektywa 2000/78/WE.

Należy jednak podkreślić, że w efekcie dokonanej Decyzją Rady 2010/48/WE z dnia 26 listopada 2009 r. przyjęcia Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych przez Unię Europejską sposób rozumienia pojęcia niepełnosprawności na gruncie prawa unijnego wyznaczają odtąd definicje „niepełnosprawności” oraz „osoby niepełnosprawnej” zawarte w art. 1 i w Preambule Konwencji. Zgodnie z pkt E Preambuły KPON niepełnosprawność jest pojęciem ewoluującym i wynika z interakcji między osobami z dysfunkcjami a barierami wynikającymi z postaw ludzkich oraz barierami środowiskowymi, które utrudniają tym osobom pełny i skuteczny udział w życiu społeczeństwa, na zasadzie równości z innymi osobami. Natomiast zgodnie z art. 1 zd. 2 KPON do osób niepełnosprawnych zalicza się te

<sup>7</sup> Matczak M., Zalański T., Romanowicz M., Hlebicka-Józefowicz A., *Opracowanie regulacyjne (...)*, op. cit., s. 5-9.





osoby, które mają długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną lub w zakresie zmysłów co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać im pełny i skuteczny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami.

Konsekwencje obowiązywania konwencyjnej definicji niepełnosprawności są widoczne zarówno w treści prawa unijnego, jak i w orzecznictwie Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej. Przykładem ewolucji unijnego pojmowania niepełnosprawności będącej wynikiem przyjęcia Konwencji może być definicja „pracownika niepełnosprawnego” zawarta w art. 2 pkt 3 Rozporządzenia Komisji nr 651/2014, zgodnie z którym pracownikiem niepełnosprawnym jest każda osoba, która została uznana za osobę niepełnosprawną na mocy prawa krajowego lub która ma długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną lub sensoryczną, co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać [jej] pełne i skuteczne uczestnictwo w środowisku pracy na równych zasadach z innymi pracownikami (art. 2 pkt 3 Rozporządzenia). Pierwotnie – zgodnie z art. 2 pkt 20 Rozporządzenia nr 800/2008, uchylonego przez Rozporządzenie nr 651/2014 – za „pracownika niepełnosprawnego” uznawano każdą osobę, która została uznana za osobę niepełnosprawną na mocy prawa krajowego lub u której rozpoznano ograniczenie wynikające z upośledzenia sprawności fizycznej, umysłowej lub psychicznej. Różnica w sposobie sformułowania powyższej definicji stanowi niewątpliwie wyraz dostosowania regulacji unijnych do modelu niepełnosprawności obowiązującego na gruncie KPON.

Analogiczne tendencje obecne są w orzecznictwie TSUE – w wyrokach wydanych na podstawie przepisów Dyrektywy 2000/78/WE TSUE przyjmuje, że „niepełnosprawność” w rozumieniu Dyrektywy oznacza ograniczenie wynikające w szczególności z trwałego osłabienia funkcji fizycznych, umysłowych lub psychicznych, które w oddziaływaniu z różnymi barierami może utrudniać danej osobie pełny i skuteczny udział w życiu zawodowym na równi z innymi pracownikami. Ponadto, zdaniem TSUE, na gruncie Dyrektywy 2000/78/WE *pojęcie niepełnosprawności należy rozumieć jako odnoszące się nie tylko do braku możliwości wykonywania danej działalności zawodowej, ale również do przeszkody w wykonywaniu takiej działalności. Innej interpretacji nie dałoby się pogodzić z celem dyrektywy 2000/78/WE, która dąży w szczególności do tego, by osoby niepełnosprawne miały dostęp do zatrudnienia i mogły świadczyć pracę. Dopuszczenie definiowania zakresu stosowania dyrektywy w zależności od przyczyny niepełnosprawności byłoby poza tym sprzeczne z samym jej celem, którym jest urzeczywistnienie równego traktowania.*

Problematykę rehabilitacji w kontekście przystąpienia Unii do Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych podjęła również Rada UE w Rezolucji w sprawie sytuacji osób



niepełnosprawnych w Unii Europejskiej z dnia 17 marca 2008 r. W Rezolucji Rada wezwała Państw Członkowskie i Komisję Europejską do zapewnienia osobom niepełnosprawnym korzystania z pełni praw człowieka m.in. *poprzez ratyfikację i zawarcie, a następnie wprowadzenie w życie Konwencji ONZ, w tym także poprzez wspólne europejskie rozwiązania w ramach spójnego i skoordynowanego podejścia do wprowadzania w życie Konwencji ONZ, poprzez dalsze rozwijanie wszechstronnego zestawu odpowiednich instrumentów w celu zarazem eliminowania dyskryminacji jak i integracji osób niepełnosprawnych w społeczeństwie, poprzez zachęcanie osób niepełnosprawnych do aktywności zawodowej poprzez zapewnienie rozwoju i wprowadzenia w życie środków antydyskryminacyjnych, aktywnego wsparcia i usuwania przeszkód oraz poprzez podjęcie środków pozwalających osobom niepełnosprawnym, w miarę możliwości, na samodzielne funkcjonowanie, bycie częścią wspólnoty i na dostęp do wysokiej jakości usług opiekuńczych i wspierających”.*

## Rehabilitacja osób niepełnosprawnych w Karcie Praw Podstawowych Unii Europejskiej<sup>8</sup>

„Karta Praw Podstawowych stanowi część prawa pierwotnego Unii Europejskiej od dnia 1 grudnia 2009 r., tj. od dnia wejścia w życie Traktatu z Lizbony. Zgodnie z nowym brzmieniem art. 6 ust. 1 TFUE Unia uznaje prawa, wolności i zasady określone w Karcie praw podstawowych Unii Europejskiej z 7 grudnia 2000 roku, w brzmieniu dostosowanym 12 grudnia 2007 roku w Strasburgu, która ma taką samą moc prawną jak Traktaty. Katalog praw podstawowych gwarantowanych przez KPP ma charakter zamknięty, a postanowienia Karty – zgodnie z art. 51 KPP – znajdują zastosowanie:

- do instytucji, organów i jednostek organizacyjnych Unii – przy poszanowaniu zasady pomocniczości oraz
- do Państw Członkowskich Unii, jednak wyłącznie w zakresie, w jakim stosują one prawo Unii.

Zakres ochrony gwarantowanej przez KPP jest zatem ograniczony podmiotowo (instytucje, organy i jednostki organizacyjne Unii; Państwa Członkowskie) i przedmiotowo (Państwa Członkowskie – tylko w zakresie stosowania prawa Unii). Natomiast co do kręgu podmiotów uprawnionych z praw podstawowych gwarantowanych Kartą, przyjmuje się, że co do zasady są nimi wszyscy ludzie, chyba że przepisy Karty wyraźnie stanowią inaczej. „Każdym” w rozumieniu odnośnych przepisów Karty jest więc (każdy) człowiek, niezależnie

<sup>8</sup> Matczak M., Zalański T., Romanowicz M., Hlebicka-Józefowicz A., *Opracowanie regulacyjne (...)*, op. cit., s. 17 - 19.

od jego cech, zdolności i właściwości, chyba że z istoty prawa wynika, że jest ono prawem bliżej określonych osób fizycznych. Przykładem takiego prawa jest sformułowane w art. 26 KPP prawo osób niepełnosprawnych do korzystania ze środków mających zapewnić im samodzielność, integrację społeczną i zawodową oraz udział w życiu społeczności.

Zgodnie z Wyjaśnieniami dotyczącymi KPP „zasada określona w tym artykule jest oparta na artykule 15 Europejskiej Karty Społecznej oraz wywodzi się z punktu 26 Wspólnotowej Karty Socjalnych Praw Podstawowych Pracowników”. W myśl powołanego pkt 26 Wspólnotowej Karty Socjalnych Praw Podstawowych Pracowników „wszyscy niepełnosprawni muszą mieć możliwość korzystania z konkretnych uzupełniających środków, ułatwiających ich integrację zawodową i społeczną, niezależnie od przyczyn i rodzaju upośledzenia. Środki te, zmierzające do poprawy warunków życia powinny w zależności od możliwości osób niepełnosprawnych obejmować ich kształcenie zawodowe, ergonomię, możliwości poruszania się i dostępność, środki komunikacji i mieszkanie”. Mimo, że art. 26 KPP pozostaje w genetycznym związku z pkt 26 Wspólnotowej Karty Socjalnych Praw Podstawowych Pracowników, jego zakres nie został ograniczony do problematyki rehabilitacji zawodowej i zabezpieczenia społecznego. Przeciwnie – zakres ten jest bardzo szeroki i obejmuje między innymi:

- udział w życiu politycznym,
- udział w życiu gospodarczym,
- dostęp do edukacji,
- dostęp do zatrudnienia,
- dostęp do kultury, rekreacji i sportu,
- dostęp do środków transportu publicznego oraz
- dostęp do technologii i systemów informacyjno-komunikacyjnych.

Z wyjaśnień dotyczących KPP wynika jednak, że art. 26 nie tworzy praw w tym znaczeniu, że „nie stanowi [on] podstawy do żadnych praw bezpośrednich do podejmowania działań pozytywnych przez instytucje Unii lub władze Państw Członkowskich”. Przepis ten uznawany jest za nośnik „zasady”, nie zaś „prawa”, nie może być zatem podstawą roszczeń indywidualnych. Zgodnie z art. 52 ust. 5 KPP postanowienia Karty zawierające zasady mogą być wprowadzane w życie przez akty prawodawcze i wykonawcze przyjęte przez instytucje, organy i jednostki organizacyjne Unii oraz przez akty Państw Członkowskich, gdy wykonują one prawo Unii, korzystając ze swoich odpowiednich uprawnień. Można się na nie powoływać w sądzie jedynie w celu wykładni tych aktów i kontroli ich legalności. Oznacza

to, że „zasady mogą być wykonywane poprzez akty prawodawcze lub wykonawcze (przyjęte przez Unię zgodnie z jej uprawnieniami oraz Państwa Członkowskie jedynie gdy wykonują prawo Unii); stają się one zatem istotne dla sądów i trybunałów jedynie wtedy, gdy akty takie są interpretowane lub poddawane kontroli” .

W literaturze przyjmuje się, że wyrazem prawodawczego wykonania na poziomie UE zasady wyrażonej w art. 26 KPP są następujące akty prawne :

- w obszarze zatrudnienia i pracy:
  - Rozporządzenie Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz.Urz.UE.L Nr 187, str. 1),
  - Dyrektywa 2000/78/WE,
  - Zalecenie Rady 86/379/EWG z dnia 24 lipca 1986 r. w sprawie zatrudniania we Wspólnocie osób niepełnosprawnych (Dz.Urz. UE L Nr 225, s. 43),
  - Zalecenie Rady (UE) w sprawie integracji osób długotrwale bezrobotnych na rynku pracy z dnia 15 lutego 2016 r. (Dz.Urz.UE.C Nr 67, str. 1),
- w obszarze integracji społecznej i zabezpieczenia socjalnego:
  - Zalecenie Rady 92/441/EWG z dnia 24 czerwca 1992 r. w sprawie wspólnotowych kryteriów dotyczących odpowiednich środków oraz pomocy społecznej w systemach ochrony społecznej (Dz.Urz. UE L Nr 245, s. 46),
- w obszarze szeroko pojętych mobilności i dostępności:
  - Rozporządzenie (WE) Nr 1371/2007 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r. dotyczące praw i obowiązków pasażerów w ruchu kolejowym (Dz.Urz. UE L Nr 315, s. 14),
  - Rozporządzenie (WE) Nr 1107/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 lipca 2006 r. w sprawie praw osób niepełnosprawnych oraz osób o ograniczonej sprawności ruchowej podróżujących drogą lotniczą (Dz.Urz. UE L Nr 204, s. 1),
  - Zalecenie Rady 98/376/WE z dnia 4 czerwca 1998 r. w sprawie karty parkingowej (Dz.Urz. UE L Nr 167, s. 25),
  - Zalecenie Rady 2008/205/WE z dnia 3 marca 2008 r. dostosowujące zalecenie 98/376/WE w sprawie karty parkingowej dla osób niepełnosprawnych w związku z przystąpieniem Republiki Bułgarii, Republiki Cypryjskiej, Republiki Czeskiej, Republiki Estońskiej, Republiki Litewskiej, Republiki Łotewskiej,



- Republiki Malty, Republiki Słowackiej, Republiki Słowenii, Republiki Węgierskiej, Rumunii i Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.Urz. UE L Nr 63, s. 43),
- Dyrektywa 2002/22/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 marca 2002 r. w sprawie usługi powszechnej i związanych z sieciami i usługami łączności elektronicznej praw użytkowników (dyrektywa o usłudze powszechnej)<sup>9</sup>.

### Rehabilitacja osób niepełnosprawnych w prawie pochodnym Unii Europejskiej<sup>9</sup>

„Analiza zakresu przedmiotowego przepisów UE regulujących problematykę rehabilitacji skłania do wniosku, że dla prawodawcy unijnego obszarem o podstawowym znaczeniu jest rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych, natomiast w najmniejszym stopniu uregulowano problematykę rehabilitacji leczniczej. Dysproporcja ta może być wynikiem obowiązywania zasady, że prawo wspólnotowe nie narusza kompetencji Państw Członkowskich do kształtowania ich systemów ochrony zdrowia. Zgodnie z art. 168 ust. 7 zd. 1 TFUE działania Unii są prowadzone w poszanowaniu obowiązków Państw Członkowskich w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, jak również organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej.

W zakresie rehabilitacji leczniczej na uwagę zasługuje w szczególności Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego z 4 września 2015 r., w której Komitet stwierdza, że *Sektor inżynierii biomedycznej będzie odgrywać coraz większą rolę ze względu na rozwój technologii oraz możliwości ulepszenia opieki i rehabilitacji dzięki nowym technikom, co stanowi istotny krok naprzód w dziedzinie ochrony zdrowia i jakości życia. Komitet zwraca również uwagę, że ogromny i nadal szybko rozwijający się sektor opieki ogólnej dla osób starszych, niepełnosprawnych i przewlekle chorych, zwłaszcza w domu, sprawia, że nowoczesne technologie w służbie osobom starszym są istotną kwestią do rozważenia, gdyż podnoszą jakość życia i poziom bezpieczeństwa w domu, zwłaszcza w przypadku osób, które nie mogą sobie pozwolić na pobyt w instytucjach opiekuńczych. Nowe technologie powinny poprawić bezpieczeństwo i higienę pracy, a także dać pracownikom więcej czasu na pomoc osobistą (związaną z bezpośrednim kontaktem) dla dzieci oraz osób starszych, niepełnosprawnych i przewlekle chorych.*

Z kolei za regulację wspólnotową o kluczowym znaczeniu dla problematyki rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych – rozumianej jako zespół działań zmierzających do zapewnienia osobom niepełnosprawnym warunków do uzyskania

<sup>9</sup> Matczak M., Zalasiński T., Romanowicz M., Hlebicka-Józefowicz A., Opracowanie regulacyjne (...), op. cit., s. 19-23.



zatrudnienia, utrzymania pracy i osiągnięcia awansu zawodowego – należy uznać Dyrektywę 2000/78/WE. Celem Dyrektywy jest wyznaczenie ogólnych ram dla walki z dyskryminacją m.in. ze względu na niepełnosprawność w odniesieniu do zatrudnienia i pracy w związku z realizacją w Państwach Członkowskich zasady równego traktowania (art. 1). Zgodnie z Preambułą Dyrektywy *dyskryminacja ze względu na [...] niepełnosprawność [...] może być przeszkodą w realizacji celów Traktatu WE, w szczególności w zakresie wysokiego poziomu zatrudnienia i ochrony socjalnej, podnoszenia poziomu i jakości życia, spójności gospodarczej i społecznej, solidarności i swobodnego przepływu osób* (pkt 11), a *przyjęcie środków uwzględniających potrzeby osób niepełnosprawnych w miejscu pracy jest najważniejszym czynnikiem w walce z dyskryminacją osób niepełnosprawnych* (pkt 16), przy czym na środki te składają się m.in. *właściwe, to znaczy skuteczne i praktyczne środki w celu przystosowania miejsca pracy z uwzględnieniem niepełnosprawności, na przykład przystosowanie pomieszczeń lub wyposażenia, czasu pracy, podziału zadań lub oferty kształceniowej lub integracyjnej* (pkt 20).

Zgodnie z art. 5 Dyrektywy 2000/78/WE w celu zagwarantowania przestrzegania zasady równego traktowania osób niepełnosprawnych, przewiduje się wprowadzenie racjonalnych usprawnień. Oznacza to, że pracodawca podejmuje właściwe środki, z uwzględnieniem potrzeb konkretnej sytuacji, aby umożliwić osobie niepełnosprawnej dostęp do pracy, wykonywanie jej lub rozwój zawodowy bądź kształcenie, o ile środki te nie nakładają na pracodawcę nieproporcjonalnie wysokich obciążeń. Obciążenia te nie są nieproporcjonalne, jeżeli są w wystarczającym stopniu rekompensowane ze środków istniejących w ramach polityki prowadzonej przez dane Państwo Członkowskie na rzecz osób niepełnosprawnych. (...)

Problematykę rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych w pewnym zakresie podejmuje również Rozporządzenie nr 651/2014. Rozporządzenie określa kategorie pomocy publicznej zwolnione z obowiązku zgłoszenia do Komisji wynikającego z art. 107 i art. 108 TFUE i ma zastosowanie m.in. do pomocy w formie subsydiowania wynagrodzeń na zatrudnianie pracowników niepełnosprawnych oraz do pomocy na rekompensatę dodatkowych kosztów związanych z zatrudnieniem pracowników niepełnosprawnych (z zastrzeżeniem art. 4 ust. 1 lit. p i q Rozporządzenia). Jak przyjmuje się w Preambule Rozporządzenia, *wspieranie szkoleń oraz rekrutacji i zatrudnienia pracowników znajdujących się w szczególnie niekorzystnej sytuacji i pracowników niepełnosprawnych to niezwykle istotne cele polityki gospodarczej i społecznej Unii i jej Państw Członkowskich* (pkt 52). Motywem ustanowienia zwolnień w zakresie ww. kategorii pomocy publicznej jest fakt, że



niektóre grupy pracowników niepełnosprawnych *wciąż mają trudności z wejściem na rynek pracy i pozostaniu na nim*. Prawodawca unijny umożliwi zatem Państwom Członkowskim stosowanie środków mających na celu *zachęcenie przedsiębiorstw do zwiększenia poziomów zatrudnienia tych kategorii pracowników, zwłaszcza osób młodych, przy czym pomoc na zatrudnienie [...] pracowników niepełnosprawnych powinna mieć pozytywny wpływ na poziomy zatrudnienia wspomnianych kategorii pracowników i nie powinna zaledwie umożliwiać przedsiębiorstwom ograniczenie kosztów, które musiałyby ponieść w przypadku nieotrzymania pomocy* (pkt 54). Jednocześnie w Preambule Rozporządzenia wprost odwołuje się do konwencyjnego pojęcia niepełnosprawności wynikającego z art. 1 KPON. Warunki, od których spełnienia zależy wyłączenie danej formy pomocy z obowiązku zgłoszenia wynikającego z art. 108 ust. 3 TFUE w odniesieniu do osób niepełnosprawnych określono w art. 33 i 34 Rozporządzenia”.

„Rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych dotyczą również wydawane przez Radę Unii Europejskiej zalecenia, które ze względu na swój niewiążący charakter stanowią de facto stanowiska Rady i sui generis rekomendacje dotyczące kierunku działań podejmowanych przez ich adresatów, w tym Państwa Członkowskie. W Preambule Zaleceń Rady w sprawie integracji osób długotrwale bezrobotnych na rynku pracy z dnia 15 lutego 2016 r. osoby niepełnosprawne zalicza się do grupy osób najbardziej narażonych na długotrwale bezrobocie. Rada podkreśla konieczność przyjęcia zindywidualizowanego podejścia w dziedzinie przeciwdziałania barierom utrwalającym bezrobocie, co ma umożliwić osobom długotrwale bezrobotnym korzystanie z usług wsparcia dostosowanych do ich indywidualnych potrzeb (np. z doradztwa zadłużeniowego, rehabilitacji, usług socjalnych, usług opiekuńczych), które to usługi mają *zaradzić przeszkodom w podjęciu pracy i umożliwić takim osobom osiągnięcie konkretnych celów wiodących do zatrudnienia*. W związku z tym Rada zaleca Państwom Członkowskim, by:

- wspierały rejestrowanie osób poszukujących pracy,
- dokładniej ukierunkowywały działania integracyjne na potrzeby rynku pracy, m.in. przez ściślejsze kontakty z pracodawcami,
- zapewniały zarejestrowanym osobom długotrwale bezrobotnym indywidualną ocenę,
- proponowały zawarcie konkretnej umowy w sprawie integracji na rynku pracy osobom, które pozostają bezrobotne przez 18 miesięcy, przy czym „przez

«umowę w sprawie integracji na rynku pracy» należy rozumieć pisemną umowę między zarejestrowaną osobą długotrwale bezrobotną a punktem kompleksowej obsługi, która ma na celu pomóc w podjęciu zatrudnienia przez tę osobę” – z Zaleceń wynika, że umowa ta powinna przewidywać co najmniej indywidualną ofertę usług mających pomóc w znalezieniu pracy i powinna wskazywać punkt kompleksowej obsługi.

Również w wydanych ponad 30 lat temu Zaleceniach w sprawie Zatrudnienia Osób Niepełnosprawnych we Wspólnocie (86/379/EWG) z dnia 24 lipca 1986 r. Rada rekomendowała *popraw[ę] jakości warsztatów lub ośrodków prowadzących pracę chronioną i podkreślała potrzebę rozwoju warsztatów o przejściowym charakterze jako ośrodków oceny i rozwoju osobowego, sytuujących się między podstawową edukacją lub okresem bezrobocia a wejściem na ogólny rynek pracy, przy czym dostrzeżono wagę ograniczenia segregacji poprzez rozwijanie chronionych stanowisk pracy lub grup chronionych w zwykłych przedsiębiorstwach lub rozwijanie spółdzielni mieszanych. W dziedzinie readaptacji zawodowej i szkolenia zawodowego Rada zalecała stworzenie niepełnosprawnym stażystom możliwości zapisywania się na kursy zintegrowanego szkolenia prowadzone w ogólnie dostępnych ośrodkach szkoleniowych, za każdym razem kiedy jest to możliwe i pożądane, a także przyznanie wysokiego priorytetu zwiększaniu możliwości przygotowania osób niepełnosprawnych do czynnego życia zawodowego i szkolenia oraz podnoszeniu jakości tych środków. Z kolei w zakresie poradnictwa pracy zaproponowano wyraźne zobowiązanie ogólnych służb poradnictwa oraz służb poradnictwa szkolnego i zawodowego, działających na szczeblu regionalnym, do udzielania pomocy osobom niepełnosprawnym. [...] Przewidziano też utworzenie specjalnych służb pośrednictwa pracy ukierunkowanych na udzielanie pomocy osobom niepełnosprawnym. Służby te zobowiązano do czuwania nad przebiegiem pracy i wspieraniem osób niepełnosprawnych w toku wykonywania przez nich pracy, przynajmniej we wstępnym okresie ich zatrudnienia, a także do realizacji programów szkolenia osób odpowiedzialnych za zatrudnianie osób niepełnosprawnych” .*

## Strategia wdrażania KPON przez Unię Europejską<sup>10</sup>

„Dokumentem unijnym o podstawowym znaczeniu z punktu widzenia strategii wdrażania powyższych założeń, a szerzej – urzeczywistniania gwarancji wynikających z przyjętej przez Unię Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, w tym gwarancji w

<sup>10</sup> Matczak M., Zalasieński T., Romanowicz M., Hlebicka-Józefowicz A., *Opracowanie regulacyjne (...)*, op. cit., s. 23-25.



obszarze rehabilitacji – jest Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności 2010-2020: Odnowione zobowiązanie do budowania Europy bez barier. Podstawowym założeniem Strategii jest stwierdzenie, że *na Unii Europejskiej i Państwach Członkowskich spoczywa odpowiedzialność za poprawę społecznej i ekonomicznej sytuacji osób niepełnosprawnych, a pełny udział osób niepełnosprawnych w życiu społecznym i gospodarczym ma zasadnicze znaczenie dla powodzenia unijnej strategii «Europa 2020» na rzecz inteligentnego i zrównoważonego wzrostu sprzyjającego włączeniu społecznemu*. Ogólnym celem Strategii jest zwiększenie możliwości osób niepełnosprawnych, tak aby mogły one w pełni korzystać ze swoich praw i uczestniczyć w życiu społecznym oraz w europejskiej gospodarce. Głównym zadaniem Strategii jest natomiast wyeliminowanie barier w ośmiu podstawowych obszarach działania:

- dostępność,
- uczestnictwo,
- równość,
- zatrudnienie,
- kształcenie i szkolenie,
- ochrona socjalna,
- zdrowie,
- działania zewnętrzne.

Ze względu na zakres niniejszego opracowania obszarami o kluczowym znaczeniu są:

- uczestnictwo i określone w Strategii działania:
  - Komisji Europejskiej – w zakresie przechodzenia od instytucjonalnych do środowiskowych systemów opieki poprzez: wykorzystywanie funduszy strukturalnych oraz Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich dla wspierania rozwijania środowiskowych systemów opieki i zwiększania w społeczeństwie wiedzy na temat sytuacji osób niepełnosprawnych żyjących w domach opieki, w szczególności dzieci i osób starszych,
  - Państw Członkowskich – w zakresie przejścia od instytucjonalnych do środowiskowych systemów opieki, w tym także z wykorzystaniem funduszy strukturalnych i Funduszu na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich w zakresie szkolenia pracowników i dostosowywania infrastruktury socjalnej, rozwijania systemów finansowania osobistej opieki, zapewniania odpowiednich warunków pracy zawodowych opiekunów, wsparcia dla rodzin i nieformalnych opiekunów,



- zatrudnienie i określone w Strategii działania:
- Komisji Europejskiej – w zakresie oferowania Państwu Członkowskim analizy, wytycznych politycznych, wymiany informacji i innego wsparcia w celu poprawy stanu wiedzy na temat sytuacji zatrudnienia niepełnosprawnych kobiet i mężczyzn, określenia istniejących wyzwań i formułowania propozycji rozwiązań,
- Państw Członkowskich – w zakresie analizowania sytuacji osób niepełnosprawnych na rynku pracy; walki z postawami i pułapkami związanymi z korzystaniem ze świadczeń, które zniechęcają osoby niepełnosprawne do wchodzenia na rynek pracy; pomocy w integracji na rynku pracy dzięki wykorzystaniu Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS); rozwijania aktywnej polityki rynku pracy; zwiększania dostępności miejsc pracy; rozwijania usług w dziedzinie zatrudnienia, wspierania struktur i szkoleń w miejscu pracy;
- kształcenie i szkolenie oraz określone w Strategii działania:
  - Komisji Europejskiej – w zakresie promowania wysokiej jakości kształcenia i szkolenia zapewniającego włączenie społeczne w ramach inicjatywy „Mobilna młodzież”, zwiększania wiedzy o poziomach kształcenia i możliwościach dla osób niepełnosprawnych oraz mobilności tych osób przez ułatwianie im uczestnictwa w programie „Uczenie się przez całe życie”,
  - Państw Członkowskich – w zakresie usuwania barier prawnych i administracyjnych stojących na drodze osób niepełnosprawnych w dostępie do ogólnych systemów kształcenia i szkolenia przez całe życie; wspierania w odpowiednim czasie kształcenia dla wszystkich i zindywidualizowanego uczenia się oraz wczesnej identyfikacji osób o szczególnych potrzebach; zapewniania odpowiedniego szkolenia i wsparcia osobom zajmującym się kształceniem na wszystkich poziomach i przygotowywania sprawozdań na temat poziomu udziału w kształceniu oraz jego wyników,
- zdrowie określone w Strategii działania:
  - Komisji Europejskiej – w zakresie wspierania rozwoju polityki na rzecz równego dostępu do opieki zdrowotnej, w tym świadczeń zdrowotnych i rehabilitacyjnych wysokiej jakości przeznaczonych dla osób niepełnosprawnych, wspierania działań w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy w celu zmniejszenia ryzyka niepełnosprawności będącej wynikiem pracy zawodowej i ułatwiania ponownej integracji niepełnosprawnych pracowników,

- Państw Członkowskich – w zakresie zapewnienia dostępnych, niedyskryminacyjnych świadczeń i infrastruktury zdrowotnej; upowszechniania wiedzy o niepełnosprawności na uczelniach medycznych oraz w programach nauczania kierunków medycznych; zapewniania odpowiednich świadczeń rehabilitacyjnych; upowszechniania świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego i działanie na rzecz rozwijania usług wczesnej interwencji i oceny potrzeb”.

### Rehabilitacja osób niepełnosprawnych w systemie prawnym Rady Europy<sup>11</sup>

„W systemie prawnym Rady Europy aktem o podstawowym znaczeniu z punktu widzenia problematyki rehabilitacji osób niepełnosprawnych jest Europejska Karta Społeczna, która już w pkt 15 Preambuły stanowi, że *osoby niepełnosprawne mają prawo do szkolenia zawodowego, rehabilitacji oraz readaptacji zawodowej i społecznej, bez względu na przyczynę i rodzaj ich inwalidztwa*. Karta ustanawia prawo osób niepełnosprawnych do szkolenia zawodowego, rehabilitacji oraz readaptacji zawodowej i społecznej w art. 15, zgodnie z którym w celu zapewnienia skutecznego wykonywania prawa osób niepełnosprawnych fizycznie lub umysłowo do szkolenia zawodowego, rehabilitacji oraz readaptacji zawodowej i społecznej państwa-strony Karty zobowiązują się do podjęcia:

- koniecznych środków w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym ułatwień szkoleniowych, w tym, jeżeli to konieczne, utworzenia wyspecjalizowanych instytucji publicznych lub prywatnych;
- odpowiednich środków w celu zatrudniania osób niepełnosprawnych, takie jak wyspecjalizowane służby pośrednictwa pracy, ułatwianie podejmowania pracy chronionej oraz środki dla zachęcania pracodawców do zatrudniania osób niepełnosprawnych.

Ponadto Karta przyznaje wszystkim osobom, w tym osobom niepełnosprawnym, prawo do poradnictwa zawodowego (art. 9) oraz do szkolenia zawodowego (art. 10).

Jak wynika z Digest of the Case Law of the European Committee of Social Rights, stanowiących zbiór wypowiedzi Komitetu Społecznego zawierających interpretację poszczególnych postanowień Karty, art. 15 EKS ma zastosowanie do wszystkich osób niepełnosprawnych, niezależnie od natury i źródła ich niepełnosprawności oraz bez względu na ich wiek. Zdaniem Komitetu z art. 15 EKS wynika konieczność zmiany polityki

<sup>11</sup> Matczak M., Zalasiński T., Romanowicz M., Hlebicka-Józefowicz A., *Opracowanie regulacyjne (...)*, op. cit., s. 25-26.

dotyczącej osób niepełnosprawnych przez odejście od filozofii segregacji i dobroczynności w stronę włączenia (inkluzyj) oraz swobody wyboru”.

## Rehabilitacja osób niepełnosprawnych w systemie prawnym Organizacji Narodów Zjednoczonych<sup>12</sup>

„Regulacja problematyki rehabilitacji osób niepełnosprawnych w systemie prawnym Organizacji Narodów Zjednoczonych, ze względu na wysoki stopień wyspecjalizowania poszczególnych organizacji działających w ramach ONZ, daje się podzielić na dwa podstawowe obszary:

- regulacja problematyki rehabilitacji zawodowej – efekt działalności Międzynarodowej Organizacji Pracy (dalej również jako „MOP”),
- regulacja problematyki rehabilitacji leczniczej – efekt działalności Światowej Organizacji Zdrowia (dalej również jako „WHO”).

Poza ww. regulacjami dokumentem o istotnym znaczeniu z punktu widzenia przedmiotu niniejszego opracowania jest również Rezolucja 48/96 Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych z dnia 20 grudnia 1993 r. Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych. Zasady nie mają charakteru prawnie wiążącego, jednak – jak podkreśla się we Wstępie – *mogą stać się międzynarodowym prawem zwyczajowym, gdy zostaną uznane przez większość Państw z zamiarem przestrzegania określonej zasady w prawie międzynarodowym, co oznacza silne zobowiązanie moralne i polityczne do podejmowania działań w celu wyrównywania szans osób niepełnosprawnych*. Celem Zasad jest zagwarantowanie osobom niepełnosprawnym – jako członkom swoich społeczności – możliwości korzystania z tych samych praw i obowiązków przysługujących pozostałym obywatelom oraz umożliwienie im pełnego uczestnictwa w życiu społecznym.

Zasady rozróżniają pojęcie niepełnosprawności i upośledzenia. Zgodnie z akapitem 17 Termin niepełnosprawność obejmuje wiele ograniczeń funkcjonalnych występujących w każdym społeczeństwie i w każdym kraju na świecie. Niepełnosprawność może być fizyczna, intelektualna lub polegać na dysfunkcji zmysłów; może wynikać z choroby somatycznej lub choroby umysłowej. Wymienione zaburzenia, sytuacje lub choroby mogą mieć charakter stały lub przejściowy. Z kolei upośledzenie oznacza utratę lub ograniczenie możliwości uczestniczenia w życiu społeczeństwa w tym samym stopniu, co inni obywatele. Termin ten wskazuje na konflikt pomiędzy osobą niepełnosprawną a jej środowiskiem. Celem tego

<sup>12</sup> Matczak M., Zalasiński T., Romanowicz M., Hlebicka-Józefowicz A., *Opracowanie regulacyjne (...)*, op. cit., s. 26-28.



terminu jest zwrócenie uwagi na braki w środowisku i w wielu zorganizowanych działaniach społecznych, dotyczących na przykład informacji, komunikacji międzyludzkiej i edukacji, które uniemożliwiają osobom niepełnosprawnym uczestnictwo na równych zasadach.

Zasady definiują również pojęcie rehabilitacji. W myśl akapitu 23 termin *rehabilitacja* oznacza proces, którego celem jest umożliwienie osobom niepełnosprawnym osiągnięcia i utrzymanie optymalnego poziomu funkcjonowania fizycznego, narządów zmysłów, intelektualnego, psychicznego i/lub społecznego, m.in. poprzez dostarczanie urządzeń umożliwiających im większą niezależność. Rehabilitacja może obejmować działania zmierzające do odtworzenia i/lub przywrócenia funkcji, kompensacji utraty lub braku funkcji, jak też kompensacji ograniczenia funkcjonalnego. Proces rehabilitacji nie obejmuje początkowej opieki medycznej, natomiast w jej zakres wchodzi szerokie spektrum działań, poczynając od rehabilitacji podstawowej i ogólnej, a kończąc na rehabilitacji nastawionej na realizację ściśle określonego celu, na przykład rehabilitacji zawodowej.

Rehabilitacja jest na gruncie Zasad uznawana za jeden ze wstępnych warunków równouprawnionego uczestnictwa. Zgodnie z Zasadą 3. Państwa powinny zapewnić osobom niepełnosprawnym usługi rehabilitacyjne w celu umożliwienia im osiągnięcia i utrzymania optymalnego poziomu niezależności i funkcjonowania. W związku z tym:

- Państwa powinny rozwijać krajowe programy rehabilitacji dla wszystkich grup osób niepełnosprawnych, a programy te:
  - powinny być oparte na aktualnych indywidualnych potrzebach jednostek oraz na zasadach pełnego uczestnictwa i równości,
  - powinny zawierać szeroki zakres działań takich jak szkolenie umiejętności w celu poprawy lub wyrównania uszkodzonych funkcji, poradnictwo dla osób niepełnosprawnych i ich rodzin, rozwijanie pewności siebie osób niepełnosprawnych oraz usługi rutynowe, takie jak diagnostyka i porady;
- Wszystkie osoby niepełnosprawne, które wymagają rehabilitacji, łącznie z osobami głęboko upośledzonymi i/lub dotkniętymi sprzężonymi kalectwami, powinny mieć do niej dostęp;
- Osoby niepełnosprawne i ich rodziny powinny mieć możliwość uczestniczenia w planowaniu i organizowaniu usług rehabilitacyjnych, które bezpośrednio ich dotyczą,
- Wszystkie usługi rehabilitacyjne powinny być dostępne w środowisku lokalnym, w którym osoba niepełnosprawna żyje,



- Powinno się zachęcać osoby niepełnosprawne i ich rodziny do angażowania się w prowadzenie zajęć rehabilitacyjnych, na przykład w roli szkoleniowców, instruktorów lub doradców,
- Państwa powinny wykorzystywać ekspertyzy organizacji osób niepełnosprawnych przy opracowywaniu lub ocenie programów rehabilitacyjnych.

Zasady odnoszą się również do problematyki tworzenia prawa krajowego – zgodnie z Zasadą 15. Państwa odpowiadają za tworzenie podstaw prawnych dla działań prowadzących do pełnego uczestnictwa i wyrównywania szans osób niepełnosprawnych, a *działania legislacyjne mogą być konieczne by wyeliminować okoliczności, które mogą negatywnie wpływać na życie osób niepełnosprawnych, łącznie z wszelkimi formami napastowania i gnębienia*, natomiast samo ustawodawstwo krajowe dotyczące osób niepełnosprawnych *może mieć dwie różne formy[:] prawa i obowiązki mogą być włączone do ustawodawstwa ogólnego lub być zawarte w ustawodawstwie specjalnym*.

### **Konwencje i zalecenia Międzynarodowej Organizacji Pracy<sup>13</sup>**

„Najstarszą konwencją MOP odnoszącą się do problematyki rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych jest Konwencja nr 111 dotycząca dyskryminacji w zakresie zatrudnienia i wykonywania zawodu, która w art. 5 ust. 2 stanowi, że Każdy Członek może, po porozumieniu się z reprezentatywnymi organizacjami pracodawców i pracowników, tam gdzie takie organizacje istnieją, określić jako nie stanowiące dyskryminacji wszelkie inne specjalne środki, zastosowane dla uwzględnienia specyficznych potrzeb osób, względem których specjalna ochrona lub opieka jest powszechnie uznana za potrzebną ze względów takich, jak płeć, wiek, inwalidztwo, ciężary rodzinne albo poziom społeczny lub kulturalny.

Kwestię rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych reguluje również Konwencja nr 128 dotycząca świadczeń w razie inwalidztwa, na starość i w razie śmierci żywiciela rodziny. W art. 13 nakłada ona na państwa-strony obowiązki w zakresie zapewnienia osobom niepełnosprawnym usług rehabilitacyjnych, przeznaczonych do przygotowania inwalidów we wszystkich przypadkach, gdy to jest możliwe, do podjęcia poprzedniej działalności lub, jeżeli nie jest to możliwe, do wykonywania innej działalności zawodowej, która odpowiada możliwie najlepiej ich uzdolnieniom i ich zdolnościom do pracy

<sup>13</sup> Matczak M., Zalasiński T., Romanowicz M., Hlebicka-Józefowicz A., *Opracowanie regulacyjne (...)*, op. cit., s. 28-30.

oraz podejmowania środków zmierzających do ułatwienia inwalidom podjęcia odpowiedniej pracy.

Stosunkowo najnowszą i najważniejszą regulację w obszarze rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych zawiera jednak Konwencja MOP nr 159 dotycząca rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Celem Konwencji jest zapobieganie wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych przez prowadzenie odpowiedniej polityki ukierunkowanej na rehabilitację zawodową – jak wynika z Preambuły Konwencji regulacja ta ma realizować *potrzebę zapewniania równości szans i traktowania wszystkim kategoriom osób niepełnosprawnych, zarówno na obszarach wiejskich, jak i miejskich, w dziedzinie zatrudnienia i integracji społecznej*. Osobą niepełnosprawną w rozumieniu Konwencji jest osoba, której możliwości uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia oraz awansu zawodowego są znacznie ograniczone w wyniku właściwie orzeczonego ubytku zdolności fizycznych lub umysłowych (art. 1 ust. 1). Do podstawowych zasad polityki rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych Konwencja zalicza:

- zapewnienie, aby właściwe środki rehabilitacji zawodowej były dostępne dla wszystkich kategorii osób niepełnosprawnych, oraz popieranie możliwości zatrudnienia osób niepełnosprawnych na wolnym rynku pracy (art. 3),
- równość szans między pracownikami niepełnosprawnymi a pracownikami w ogóle oraz równość szans i traktowania między niepełnosprawnymi pracownikami płci męskiej i żeńskiej (art. 4),
- konsultowanie polityki i środków jej realizacji z reprezentatywnymi organizacjami pracodawców i pracowników, a także z reprezentatywnymi organizacjami osób niepełnosprawnych i organizacjami działającymi na ich rzecz (art. 5).

Definicję rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych pośrednio formułuje art. 7 Konwencji, zgodnie z którym właściwe władze będą podejmować środki w celu utworzenia i oceny służb poradnictwa zawodowego, kształcenia zawodowego, pośrednictwa pracy, zatrudnienia i innych podobnych służb pozwalających osobom niepełnosprawnym na uzyskanie i utrzymanie zatrudnienia oraz awansu zawodowego.

Z postanowieniami Konwencji nr 158 koresponduje treść Zalecenia MOP nr 168 dotyczącego rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych wydanego w związku z *potrzebą zapewnienia równości szans i traktowania wszystkim kategoriom osób niepełnosprawnych, zarówno na obszarach wiejskich, jak i miejskich, w dziedzinie*



zatrudnienia i integracji społecznej. Zgodnie z Zaleceniem rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych powinna być:

- powszechna („środki w zakresie rehabilitacji zawodowej powinny być dostępne dla wszystkich kategorii osób niepełnosprawnych”; „należy podejmować szczególne wysiłki dla zapewnienia, aby usługi w zakresie rehabilitacji zawodowej na obszarach wiejskich i w odosobnionych skupiskach ludności świadczone były na takim samym poziomie i na takich samych warunkach, jak na obszarach miejskich. Rozwijanie takich usług powinno być nieodłączną częścią ogólnej polityki rozwoju obszarów wiejskich”),
- wczesna („rehabilitację zawodową należy rozpoczynać tak szybko, jak to jest możliwe. W tym celu, systemy opieki zdrowotnej i inne organy odpowiedzialne za rehabilitację zdrowotną i socjalną powinny regularnie współpracować z organami odpowiedzialnymi za rehabilitację zawodową”),
- inkluzyjna („przy planowaniu i dostarczaniu usług dla celów rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych należałoby, w miarę możliwości, wykorzystywać po niezbędnej adaptacji - istniejące służby poradnictwa i kształcenia zawodowego, pośrednictwa pracy, zatrudnienia i inne podobne służby przeznaczone dla ogółu pracowników”),
- zgodna z zasadą równości szans i traktowania („Osoby niepełnosprawne powinny korzystać z równości szans i traktowania dla uzyskania i utrzymania zatrudnienia, które we wszystkich możliwych przypadkach jest zgodne z ich własnym wyborem i uwzględnia ich indywidualne zdolności oraz pozwala im na awans w tej pracy; Udzielając pomocy przy rehabilitacji zawodowej i uzyskaniu zatrudnienia osobom niepełnosprawnym, należy przestrzegać zasady równości szans i traktowania pracowników obojga płci”).

Wśród środków dla popierania zatrudniania osób niepełnosprawnych w ramach rehabilitacji zawodowej Zalecenie wymienia m.in.:

- odpowiednie środki dla stworzenia możliwości zatrudnienia na wolnym rynku pracy, z uwzględnieniem bodźców finansowych dla pracodawców, aby zachęcić ich do zapewnienia kształcenia, a następnie zatrudnienia osób niepełnosprawnych, jak również do należytego przystosowania do miejsc pracy, narzędzi, maszyn i organizacji pracy w sposób ułatwiający kształcenie i zatrudnienie;





- poparcie rządu dla ustanowienia różnego typu pracy chronionej dla osób niepełnosprawnych, dla których dostęp do normalnego zatrudnienia nie jest możliwy w praktyce;
- odpowiednie poparcie rządu dla służb kształcenia i poradnictwa zawodowego, pracy chronionej i pośrednictwa pracy dla osób niepełnosprawnych, prowadzonych przez organizacje pozarządowe;
- zachęcanie do zakładania i rozwijania spółdzielni pracy przez i dla osób niepełnosprawnych, otwartych ewentualnie dla wszystkich pracowników;
- usuwanie, etapami w razie potrzeby, barier fizycznych, komunikacyjnych i architektonicznych oraz przeszkód w dziedzinie transportu, które utrudniają dostęp i swobodne poruszanie się w pomieszczeniach przeznaczonych na szkolenie i zatrudnienie osób niepełnosprawnych; należy brać pod uwagę odpowiednie normy dla nowych budynków i urządzeń publicznych;
- zwolnienie od podatków lub innych wewnętrznych opłat, bez względu na ich charakter, pobieranych przy imporcie lub później od określonych towarów, materiałów i wyposażenia niezbędnych dla ośrodków rehabilitacji, warsztatów szkoleniowych dla pracodawców i osób niepełnosprawnych oraz od określonych pomocy i przyrządów niezbędnych osobom niepełnosprawnym dla uzyskania i utrzymania zatrudnienia”.

### Światowy Raport o Niepełnosprawności z 2011 r.<sup>14</sup>

„Światowy Raport o Niepełnosprawności jest pierwszym globalnym opracowaniem dotyczącym tej problematyki przygotowanym przez Światową Organizację Zdrowia, które dokumentuje bieżącą sytuację osób z niepełnosprawnościami, identyfikuje związane z nią problemy i formułuje rekomendacje zmierzające do zapewnienia osobom niepełnosprawnym pełnego rozwoju w każdej dziedzinie życia.

Problematyce rehabilitacji poświęcono Rozdział 4. Raportu. Zgodnie z przyjętą w Raporcie definicją, rehabilitacja jest to „zestaw środków wspierających te jednostki, które doświadczają lub u których prawdopodobne jest wystąpienie niepełnosprawności, w celu osiągnięcia i zapewnienia optymalnego funkcjonowania w interakcji z ich środowiskiem”. Rehabilitacja powinna obejmować:

- docelowe funkcje i struktury organizmu,

<sup>14</sup> Matczak M., Zalasiński T., Romanowicz M., Hlebicka-Józefowicz A., *Opracowanie regulacyjne (...)*, op. cit., s. 30-32.

- działania i uczestnictwo,
- czynniki środowiskowe i osobiste.

Celem rehabilitacji jest osiągnięcie i utrzymanie optymalnego funkcjonowania danej osoby w interakcji z otoczeniem poprzez:

- zapobieganie utracie funkcji,
- zmniejszanie tempa utraty funkcji,
- poprawę lub przywrócenie funkcji,
- odszkodowania za utracone funkcje,
- utrzymanie bieżącej funkcji.

Proces rehabilitacji ma charakter cykliczny i obejmuje identyfikację problemów i potrzeb danej osoby (o charakterze zarówno osobniczym, jak i środowiskowym), określenie celów rehabilitacji, planowanie i realizację działań oraz ocenę skutków.

Środki rehabilitacji podzielono w Raporcie na trzy kategorie – medycynę rehabilitacyjną, terapię oraz technologie wspomagające:

- Medycyna rehabilitacyjna dotyczy poprawy funkcjonowania dzięki diagnostyce i leczeniu problemów zdrowotnych, zmniejszając stopień upośledzenia oraz zapobiegając lub lecząc powikłania.
- Terapia dotyczy przywrócenia i kompensacji utraty funkcjonowania i zapobiegania lub spowolniania jego pogarszania w każdej dziedzinie życia człowieka. Środki terapeutyczne obejmują szkolenia, ćwiczenia i strategie kompensacyjne, edukację, wsparcie i poradnictwo, modyfikacje w zakresie środowiska, zapewnianie środków i technologii wspomagających.
- Technologie wspomagające to „[...] każda rzecz, urządzenie lub produkt, niezależnie od tego czy został on nabyty jako gotowy produkt, zmodyfikowany, czy też dostosowany, który jest wykorzystywany w celu zwiększenia, utrzymania lub poprawy możliwości funkcjonalnych osób niepełnosprawnych”. Do typowych przykładów urządzeń pomocniczych należą kule, protezy, ortezy, wózki inwalidzkie i trzykołowe dla osób z upośledzeniem sprawności ruchowej; aparaty słuchowe i implanty ślimakowe dla osób z wadami słuchu; białe laski, lupy, urządzenia wspomagające narząd wzroku, audiobooki i oprogramowanie stosowane w celu powiększenia ekranu i do czytania dla osób niedowidzących; karty komunikacyjne i



syntezatory mowy dla osób z zaburzeniami mowy; urządzenia takie jak dzienne kalendarze ze zdjęciami symboli dla osób z zaburzeniami poznawczymi.

Na podstawie zgromadzonych danych ogólnych barier w rehabilitacji osób niepełnosprawnych autorzy Raportu upatrują w:

- braku planowania strategicznego i nierównej dystrybucji możliwości usług dawstwa i infrastruktury,
- braku zasobów i infrastruktury zdrowotnej, zwłaszcza na terenach wiejskich,
- braku agencji odpowiedzialnych za administrowanie, koordynowanie i monitorowanie usług,
- niedokładnych systemach informacji dotyczących zdrowia i strategiach komunikacyjnych, w tym słabej komunikacji na poziomie sektora opieki zdrowotnej i pomiędzy usługodawcami (zwłaszcza podstawową i specjalistyczną opieką zdrowotną) i słabej koordynacji obowiązków pomiędzy usługodawcami,
- złożonych systemach skierowań,
- braku zaangażowania (konsultowania) środowiska osób niepełnosprawnych”.

### Strategia rehabilitacji środowiskowej (CBR)<sup>15</sup>

„Rehabilitacja środowiskowa (CBR – community based rehabilitation) jest wypracowaną przez WHO strategią prowadzenia rehabilitacji, wyrównywania szans i włączenia społecznego osób niepełnosprawnych realizowanych w obrębie ich społeczności. Podstawowym celem CBR jest zapewnienie osobom niepełnosprawnym możliwości maksymalnego wykorzystania ich zdolności, a także pełnego dostępu do wszelkich usług i warunków do aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym . Implementacja CBR powinna następować przez połączone wysiłki samych osób niepełnosprawnych, ich rodzin, organizacji i społeczności oraz władz publicznych i organizacji pozarządowych działających w obszarach zdrowia, edukacji, pracy i zabezpieczenia społecznego.

CBR bazuje na pojęciu niepełnosprawności wypracowanym w ramach ICF – Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, będącą *klasyfikacją cech charakterystycznych stanu zdrowia człowieka w kontekście jego indywidualnej sytuacji życiowej oraz wpływów otaczającego środowiska*. ICF uwzględnia pięć czynników środowiskowych, które mogą ograniczać aktywność lub uczestnictwo osób niepełnosprawnych:

<sup>15</sup> Matczak M., Zalasiński T., Romanowicz M., Hlebicka-Józefowicz A., *Opracowanie regulacyjne (...)*, op. cit., s. 32-33.



- produkty i technologie (products and technology),
- środowisko naturalne i zmienione przez człowieka (natural environment and human-made changes to it),
- wsparcie i relacje (support and relationships),
- postawy (attitudes),
- usługi, systemy i polityki (services, systems and policies).

CBR adaptuje również koncepcję społecznej inkluzji, której istotą jest założenie, że zamiast oczekiwać dopasowania się do istniejącego układu przez osoby niepełnosprawne, to społeczności powinny dostosowywać swoje struktury i procedury w celu umożliwienia tym osobom pełnego włączenia” .

### **Globalny plan działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014-2021<sup>16</sup>**

„Globalny plan działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014-2021: Lepsze zdrowie dla wszystkich osób niepełnosprawnych został sporządzony po 67. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia jako efekt współpracy WHO, Państw Członkowskich ONZ, partnerów międzynarodowych oraz organizacji pozarządowych (w tym organizacji osób niepełnosprawnych). W ocenie autorów Planu *lepsze zdrowie, poprzez poprawę dostępu osób niepełnosprawnych do świadczeń zdrowotnych, jest kluczowym czynnikiem, który umożliwia uczestnictwo i pozytywne osiągnięcia w takich obszarach, jak edukacja, zatrudnienie, rodzina, społeczeństwo i życie publiczne*. Plan odwołuje się do pojęcia niepełnosprawności wypracowanego w ramach Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, zgodnie z którym niepełnosprawność obejmuje *upośledzenia, ograniczenia aktywności i ograniczenia uczestnictwa, wyrażające negatywne aspekty interakcji między jednostką (związane ze stanem zdrowia) oraz te indywidualne czynniki kontekstowe (środowiskowe i osobiste)*, z zastrzeżeniem, że niepełnosprawność *nie jest wyłącznie prostym zjawiskiem ani biologicznym, ani społecznym*.

Plan posługuje się również szeroką definicją *osoby niepełnosprawnej*, przyjmując, że są to zarówno osoby *tradycyjnie postrzegane jako niepełnosprawne, takie jak dzieci, które urodziły się z porażeniem mózgowym, osoby na wózkach inwalidzkich, osoby niewidome lub niesłyszące i osoby z upośledzeniem umysłowym lub z zaburzeniami psychicznymi*, jak i *szersza grupa osób, które doświadczają trudności w funkcjonowaniu z powodu szerokiego*

<sup>16</sup> Matczak M., Zalasiński T., Romanowicz M., Hlebicka-Józefowicz A., Opracowanie regulacyjne (...), op. cit., s. 33-37.



*zakresu chorób, takich jak choroby niezakaźne, zakaźne, zaburzenia neurologiczne, urazy i stany, które wynikają z procesu starzenia się.*

Ogólnym celem Planu jest przyczynienie się do osiągnięcia optymalnego stanu zdrowia, funkcjonowania, dobrostanu i praw człowieka dla wszystkich osób niepełnosprawnych. Natomiast cele szczegółowe obejmują m.in.:

- usunięcie barier oraz poprawę dostępu do świadczeń i programów zdrowotnych,
- wzmocnienie i rozwój rehabilitacji, habilitacji i technologii wspomagających, pomocy i świadczeń wpierających, rehabilitacji środowiskowej.

Jedną z zasad, na których opiera się Plan jest *rehabilitacja wielosektorowa/środowiskowa*, która *oferuje metodologię operacyjną w celu realizacji praw człowieka i celów rozwoju na szczeblu środowiskowym, na podstawie kompleksowego podejścia wielosektorowego, które może pomóc osobom niepełnosprawnym i ich rodzinom.* (...).

Zgodnie z Planem „habilitacja i rehabilitacja obejmują opiekę medyczną, leczenie i technologie wspomagające, które to środki powinny zostać wdrożone jak najszybciej i powinny być dostępne jak najbliżej miejsca, w którym żyją osoby niepełnosprawne. (...)

WHO rekomenduje podjęcie przez państwa następujących działań:

W celu zapewnienia wymaganych środków finansowych i podaży odpowiednich świadczeń habilitacyjnych i rehabilitacyjnych oraz technologii wspomagających:

- finansowanie publiczne skierowane do osób niepełnosprawnych z pierwszeństwem dla podstawowych elementów rehabilitacji i habilitacji, w tym technologii wspomagających i do tych, których nie stać na jej opłaceniu,
- promowanie sprawiedliwego dostępu do rehabilitacji poprzez ubezpieczenie zdrowotne i ubezpieczenia społeczne,
- realokacja i redystrybucja istniejących środków finansowych.

W celu rozwinięcia i utrzymania kadry dla rehabilitacji i habilitacji w ramach poszerzonej strategii ochrony zdrowia:

- opracowanie i wdrożenie krajowych planów ochrony zdrowia, rehabilitacji i habilitacji w celu zwiększenia liczby i potencjału zasobów ludzkich – zarówno mężczyzn, jak i kobiet – dla rehabilitacji;
- poprawa warunków pracy, wynagrodzenia oraz możliwości rozwoju kariery zawodowej w celu przyciągnięcia i utrzymania pracowników rehabilitacji i habilitacji;



- opracowanie krajowych standardów w zakresie szkoleń dla różnych typów i poziomów pracowników rehabilitacji i habilitacji, które mogą umożliwić rozwój kariery i kształcenie ustawiczne na wszystkich poziomach;
- szkolenie personelu opieki zdrowotnej w celu wczesnej identyfikacji, oceny i skierowania osób, które mogą skorzystać z rehabilitacji, habilitacji, wsparcia i świadczeń wsparcia i pomocy.

W celu rozszerzenia i wzmocnienia usług rehabilitacyjnych i habilitacyjnych, zapewnienia integracji w całej ciągłości opieki, do podstawowej opieki zdrowotnej (obejmującej społeczność), opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego oraz równego dostępu do ośrodków wczesnej interwencji dla dzieci niepełnosprawnych:

- przegląd istniejących programów oraz świadczeń rehabilitacyjnych i habilitacyjnych, a także dokonanie niezbędnych zmian w celu zwiększenia zakresu, skuteczności i efektywności,
- integracja świadczeń rehabilitacyjnych i habilitacyjnych w ramach istniejącej infrastruktury opieki zdrowotnej, społecznej i edukacyjnej,
- wykorzystanie rehabilitacji środowiskowej jako strategii uzupełniającej i wzmacniającej istniejące świadczenia rehabilitacji i habilitacji, w szczególności w państwach o ograniczonej dostępności,
- stworzenie mechanizmów skutecznej koordynacji między różnymi świadczeniodawcami rehabilitacji i habilitacji oraz poziomami systemu opieki zdrowotnej,
- praca z interesariuszami w celu zapewnienia dostępności usług dla dzieci niepełnosprawnych, koordynowanych między właściwymi organami.

W celu udostępniania odpowiednich technologii wspomagających, które są bezpieczne, dobrej jakości i w przystępnej cenie:

- włączenie świadczenia technologii wspomagających w zakres ochrony zdrowia, rehabilitacji, habilitacji i innych odpowiednich polityk sektorowych, strategii i planów oraz towarzyszącego niezbędnego wsparcia budżetowego
- zaprojektowanie szeregu mechanizmów i programów finansowania, takich jak systemy wypożyczenia,
- określenie standardów dla dostarczania technologii wspomagających.

W celu promowania dostępu do różnych świadczeń pomocy i wsparcia oraz wspierania samodzielności i pełnej integracji w społeczeństwie:



- udział w opracowywaniu planów, które wzmacniają pomoc i wsparcie środowiskowe, w tym wystarczające zasoby ludzkie i finansowanie, gdy odpowiednie instytucje nie funkcjonują,
- wzmocnienie powiązania systemów skierowań między usługami rehabilitacji i habilitacji oraz pomocy i wsparcia.

W celu zaangażowania, wspierania i budowania potencjału osób niepełnosprawnych i członków ich rodzin i/lub nieformalnych opiekunów w celu wspierania samodzielnego życia i pełnego włączenia do społeczności:

- włączenie osób niepełnosprawnych i członków ich rodzin i/lub nieformalnych opiekunów we wszystkie aspekty rozwoju i wzmocnienia świadczeń rehabilitacji, habilitacji, świadczeń wsparcia i pomocy,
- współpraca z innymi sektorami poza sektorem zdrowia w celu zapewnienia odpowiedniego wsparcia dla nieformalnych opiekunów, których większość stanowią kobiety”.

### Rehabilitacja w prawie krajowym<sup>17</sup>

„Konstytucyjny status osób niepełnosprawnych w sposób ogólny reguluje art. 69 Konstytucji RP, zgodnie z którym osobom niepełnosprawnym władze publiczne udzielają, zgodnie z ustawą, pomocy w zabezpieczaniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej. Do sytuacji osób niepełnosprawnych bezpośrednio odnosi się również art. 68 ust. 3 Konstytucji RP, w myśl którego władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

Status osób niepełnosprawnych pośrednio kształtują również inne przepisy ustawy zasadniczej, w tym w szczególności:

- sformułowany w Preambule obowiązek solidarności z innymi,
- zasada dobra wspólnego i solidaryzmu społecznego (art. 1 Konstytucji RP),
- zasady sprawiedliwości społecznej (art. 2 Konstytucji RP),
- zasada szczególnej troski o weteranów i inwalidów wojennych (art. 19 Konstytucji RP),
- zasada godności ludzkiej i autonomii człowieka (art. 30 Konstytucji RP),
- zasada równości (art. 32 Konstytucji RP)

<sup>17</sup> Matczak M., Zalański T., Romanowicz M., Hlebicka-Józefowicz A., *Opracowanie regulacyjne (...)*, op. cit., s. 37-43.



- prawo do zabezpieczenia społecznego (art. 67 Konstytucji RP),
- prawo do ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 68 ust. 1-2 Konstytucji RP),
- prawo rodziny do pomocy ze strony państwa (art. 71 Konstytucji RP).

W doktrynie prawa konstytucyjnego oraz w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego (dalej również jako „TK”) przyjmuje się, że art. 69 Konstytucji RP nie ustanawia praw podmiotowych, a jedynie zasadę polityki państwa. Zdaniem L. Garlickiego „świadczy o tym sposób zredagowania tego przepisu, wskazujący określone obowiązki po stronie władz publicznych, ale nie mówiący zarazem o «prawo do...», które miałyby przysługiwać osobom niepełnosprawnym. Innymi słowy, choć można wskazać beneficjenta powyższego obowiązku władz publicznych, to z art. 69 nie da się wyprowadzić roszczeń przysługujących jednostce, nie można też zarzutu jego naruszenia uczynić wyłączną podstawą skargi konstytucyjnej” . Jak przyjmuje TK, art. 69 „zawiera tylko stwierdzenie istnienia obowiązków władzy publicznej do wykreowania stosownych mechanizmów legislacyjnych” w granicach swobody regulacyjnej ustawodawcy, który może wybrać środki służące do realizacji zadań określonych w tym przepisie. W ocenie Trybunału *art. 69 nie można uważać za konstytucjonalizację określonego poziomu świadczeń, ich postaci, konkretnego zakresu czy trybu uzyskiwania. Wskazany wzorzec konstytucyjny należy odczytywać jako zobowiązanie władzy publicznej do wykreowania mechanizmu realizacji zadań w nim wskazanych. Mechanizm ten musi zapewniać efektywne osiągnięcie celu* . Określone w art. 69 Konstytucji RP obowiązki władz publicznych mają służyć realizacji trzech podstawowych zadań:

- zabezpieczenia egzystencji, rozumianego jako istnienie niezbędnych gwarancji finansowych i rzeczowych codziennego funkcjonowania osób niepełnosprawnych,
- przysposobienia do pracy, rozumianego jako umożliwienie podjęcia i utrzymania normalnej pracy zawodowej,
- pomocy w komunikacji społecznej, obejmującej m.in. likwidację barier fizycznych (w zakresie projektowania, transportu publicznego itd.) oraz barier społecznych (kształtowanie postaw, społeczna percepcja niepełnosprawności, stan wiedzy i świadomości społecznej w tym obszarze).

Rehabilitacja osób niepełnosprawnych stanowi niewątpliwie istotny obszar realizacji ww. zadań. Pewnych wskazówek w procesie interpretacji art. 69 Konstytucji RP z punktu widzenia problematyki rehabilitacji osób niepełnosprawnych dostarcza analiza przebiegu prac





nad ustawą zasadniczą, zwłaszcza zaś wypowiedzi posłów wygłaszane podczas posiedzeń Zgromadzenia Narodowego. R. Gawlik podnosił na przykład, że celem zawarcia w Konstytucji gwarancji dotyczących sytuacji osób niepełnosprawnych jest zapewnienie, „aby w przyszłych ustawach, w Prawie budowlanym, w ustawie o szkolnictwie ułatwiać osobom niepełnosprawnym normalne funkcjonowanie, normalne życie<sup>18</sup>”. Z kolei K. Sienkiewicz zwróciła uwagę, że „integracja osób niepełnosprawnych jest wciąż tylko hasłem wspomagany środkami funduszu rehabilitacji, a nie metodą. Zaprojektowana w konstytucji sprawiedliwość społeczna jest zgodna z powszechnym odczuciem społecznym kompensaty szkód wynikłych np. z inwalidztwa pracy. Sprawiedliwość społeczna wymaga bowiem, by następstwa ryzyka pracy nie były w znacznym stopniu, jak to ma miejsce dzisiaj, przerzucane na osoby poszkodowane. Sprawiedliwość społeczna wymaga naprawienia szkód powstałych wskutek wypadków przy pracy i chorób zawodowych, które są tak liczne, że muszą mieć swoje miejsce w ustawie zasadniczej<sup>19</sup>”.

Istotnie – zasada sprawiedliwości społecznej wywodzona z art. 2 Konstytucji RP zakłada równe uczestnictwo jednostek w życiu społecznym, w tym dostępie do dóbr. W literaturze przyjmuje się, że warunkiem jej realizacji jest usunięcie przeszkód uniemożliwiających lub utrudniających „równy dostęp do dóbr, jakimi są po pierwsze – brak uznania jednostek lub grup, manifestujący się w utrwalonych stereotypach i praktykach dyskryminacyjnych, jak na przykład dyskryminacja osób niepełnosprawnych, po drugie – brak odpowiednich środków uniemożliwiający jednostce lub grupie równe uczestnictwo w życiu społecznym<sup>20</sup>”. Zasada ta pozostaje w związku z proklamowaną w art. 1 Konstytucji RP zasadą dobra wspólnego i solidaryzmu społecznego, z której wynika, że „Rzeczpospolita Polska jest sumą warunków życia społecznego umożliwiających i ułatwiających integralny rozwój wszystkich członków wspólnoty politycznej i tworzonych przez nich społeczności<sup>21</sup>”. Wszystkich członków wspólnoty, a więc także osób niepełnosprawnych.

Ma to szczególne znaczenie w kontekście odpowiedniego poziomu zabezpieczenia społecznego, bowiem – jak przyjmuje Trybunał Konstytucyjny – doznawane przez osoby niepełnosprawne przeszkody w pełnym i równym uczestnictwie w życiu społecznym niejednokrotnie kumulują się, co sprawia, że np. *pozbawienie osoby niepełnosprawnej prawa*

<sup>18</sup> Wypowiedź na posiedzeniu Zgromadzenia Narodowego w dniu 23 września 1994 r., <http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/wypowiedz.xsp?posiedzenie=zn0&dzien=3&wyp=035&kad=2>, dostęp: 31.01.2017 r.

<sup>19</sup> Wypowiedź na posiedzeniu Zgromadzenia Narodowego w dniu 27 lutego 1997 r., <http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/wypowiedz.xsp?posiedzenie=zn3&dzien=4&wyp=060&kad=2>, dostęp: 31.01.2017 r.

<sup>20</sup> M. Safjan, L. Bosek (red.), Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86, Warszawa 2016.

<sup>21</sup> Ibidem.



do renty, czyli pozbawienie jej dostępu do dobra jednego rodzaju (świadczenia) ogranicza jej możliwości dostępu do dóbr innego rodzaju (wykształcenie), a w rezultacie skutkuje brakiem społecznego czy instytucjonalnego uznania godności tej osoby . Na tle art. 67 Konstytucji RP (statuującego prawo do zabezpieczenia społecznego) dokonuje się w literaturze rozróżnienia pomiędzy inwalidztwem i niepełnosprawnością, której ochrona obejmuje wszystkie przypadki trwałego naruszenia sprawności organizmu, nie ma związku z faktem wykonywania pracy (zatrudnienia) i może przewidywać również przyznawanie świadczeń niepieniężnych. Inaczej w przypadku inwalidztwa, które jako jeden z przejawów niepełnosprawności, wykazuje ścisłe związki z pracą (*niezdolność do pracy ze względu na chorobę i inwalidztwo*). W orzecznictwie TK przyjmuje się, że celem art. 67 jest zagwarantowanie odpowiedniego poziomu życia w warunkach obniżonej zdolności zarobkowania spowodowanej niezdolnością do pracy. Ochronie podlega zatem utrata dochodu w związku z niezdolnością wykonywania pracy wywołaną chorobą lub inwalidztwem, przy czym inwalidztwo tym różni się od choroby, że jest stanem trwałym i co do zasady nieodwracalnym.

Konstytucyjnych podstaw dla rehabilitacji osób niepełnosprawnych dostarcza również wspomniany art. 68 ust. 3 Konstytucji RP, zobowiązujący władze publiczne do zapewnienia tej grupie osób szczególnej opieki zdrowotnej. W orzecznictwie przyjmuje się jednak, że z prawa do ochrony zdrowia nie wynikają roszczenia o udzielenie konkretnego świadczenia zdrowotnego, ani świadczenia opieki zdrowotnej dla osoby niepełnosprawnej . Ze względu na gwarancyjne funkcje art. 68 Konstytucji RP ustawodawca ma jednak obowiązek zagwarantowania tym osobom rzeczywistego dostępu do systemu ochrony zdrowia , przy czym przez dostęp „rzeczywisty” należy rozumieć dostęp realny, a więc taki, który odpowiada szczególnym potrzebom tej grupy uprawnionych.

Z kolei krajowa regulacja zagadnień wchodzących w zakres problematyki rehabilitacji osób niepełnosprawnych na poziomie ustawowym i podustawowym obejmuje przede wszystkim:

1) w zakresie rehabilitacji leczniczej:

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135),
- Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. 2010 nr 107 poz. 679),



- Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz.U. 2005 nr 167 poz. 1399),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 1522),
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne r. (Dz.U. 2001 nr 131 poz. 1457);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych (Dz.U. z 2014 r. poz. 522).

2) w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej:

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. (Dz.U. z 2016 r. poz. 2046),
- Ustawa z dnia 13 października 1998 r o systemie ubezpieczeń społecznych. (Dz.U. z 2016 r. poz. 963),
- Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r.o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 887),
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 930),
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2016 r. poz. 546),
- Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. 2003 nr 228 poz. 2255),
- Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. 1999 nr 60 poz. 636),
- Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r.o ubezpieczeniu społecznym rolników (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 277).
- Ustawa z dnia 16 września 1982 r. Prawo spółdzielcze (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 21).



- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 1974 r w sprawie warunków odbywania rehabilitacji zawodowej uprawniających do zasiłku wyrównawczego oraz szczegółowych zasad przyznawania tego zasiłku (Dz.U. 1974 nr 51 poz. 325),
- Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 19 lipca 2013 r. w sprawie warunków i trybu kierowania przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na świadczenia i usługi rehabilitacyjne (Dz.U. z 2013 r. poz. 860,
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 stycznia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (Dz.U. z 2014 r. poz. 250),
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 1974 r. w sprawie warunków odbywania rehabilitacji zawodowej uprawniających do zasiłku wyrównawczego oraz szczegółowych zasad przyznawania tego zasiłku (Dz.U. Nr 51, poz. 325).

Polski ustawodawca definiuje rehabilitację jako zespół działań, w szczególności organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych, zmierzających do osiągnięcia, przy aktywnym uczestnictwie tych osób, możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej (art. 7 Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej). Rehabilitację zawodową i społeczną określa przez pryzmat celu tych procesów, przyjmując, że:

- rehabilitacja zawodowa ma na celu ułatwienie osobie niepełnosprawnej uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia i awansu zawodowego przez umożliwienie jej korzystania z poradnictwa zawodowego, szkolenia zawodowego i pośrednictwa pracy (art. 8 Ustawy),
- rehabilitacja społeczna ma na celu umożliwianie osobom niepełnosprawnym uczestnictwa w życiu społecznym (art. 9 Ustawy).

Wśród środków niezbędnych dla realizacji celów rehabilitacji zawodowej Ustawa wymienia (art. 8 ust. 2 Ustawy):

- dokonanie oceny zdolności do pracy, w szczególności przez:
  - przeprowadzenie badań lekarskich i psychologicznych umożliwiających określenie sprawności fizycznej, psychicznej i umysłowej do wykonywania zawodu oraz ocenę możliwości zwiększenia tej sprawności,



- ustalenie kwalifikacji, doświadczeń zawodowych, uzdolnień i zainteresowań;
- prowadzenie poradnictwa zawodowego uwzględniającego ocenę zdolności do pracy oraz umożliwiającego wybór odpowiedniego zawodu i szkolenia;
- przygotowanie zawodowe z uwzględnieniem perspektyw zatrudnienia;
- dobór odpowiedniego miejsca pracy i jego wyposażenie;
- określenie środków technicznych umożliwiających lub ułatwiających wykonywanie pracy, a w razie potrzeby - przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych, sprzętu rehabilitacyjnego itp.

Natomiast do środków realizacji rehabilitacji społecznej należą (art. 9 ust. 2 Ustawy):

- wyrabianie zaradności osobistej i pobudzanie aktywności społecznej osoby niepełnosprawnej;
- wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych;
- likwidacja barier, w szczególności architektonicznych, urbanistycznych, transportowych, technicznych, w komunikowaniu się i dostępie do informacji;
- kształtowanie w społeczeństwie właściwych postaw i zachowań sprzyjających integracji z osobami niepełnosprawnymi.

Pojęcie rehabilitacji leczniczej nie zostało zdefiniowane w prawie krajowym. Polski ustawodawca nie sprecyzował również jej celów. Zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie zostało natomiast wymienione wśród celów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (art. 15 ust. 1 Ustawy o świadczeniach). Zgodnie z art. 15 ust. 2 pkt 5 Ustawy o świadczeniach świadczeniobiorcom przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ustawa posługuje się też pojęciem *świadczeń rehabilitacyjnych*, które stanowią odrębną grupę świadczeń, nienależących do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, mimo że mogą one mieć charakter specjalistyczny .

Problematykę rehabilitacji osób niepełnosprawnych podejmował również Sejm RP w Uchwale w sprawie przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych, Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych i Karcie Praw Osób z Autyzmem. Należy przy tym odnotować, że w Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych mowa wprost o prawie osób niepełnosprawnych do:

- dostępu do leczenia i opieki medycznej, wczesnej diagnostyki, rehabilitacji i edukacji leczniczej, a także do świadczeń zdrowotnych uwzględniających rodzaj i stopień niepełnosprawności, w tym do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny oraz

- dostępu do wszechstronnej rehabilitacji mającej na celu adaptację społeczną.

Rehabilitacja jest zatem w Karcie traktowana w kategoriach prawa przysługującego osobom niepełnosprawnym. Wymienione uchwały Sejmu nie mają jednak charakteru normatywnego w tym sensie, że nie tworzą obowiązujących powszechnie praw, ani obowiązków (norm postępowania). Należy im przyznać walor wyłącznie deklaracyjny (na co zresztą wskazuje §2 Karty) – również w zakresie, w jakim Sejm „wzywa Rząd Rzeczypospolitej Polskiej i władze samorządowe do podjęcia działań ukierunkowanych na urzeczywistnienie tych praw”.

Sytuacja osób niepełnosprawnych została również uwzględniona w projekcie Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju<sup>22</sup>, tj. dokumencie wypracowanym przez Komitet Koordynacyjny ds. Polityki Rozwoju jako aktualizacja średniookresowej strategii rozwoju kraju zgodnie z ustawą z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju. Jak wynika ze Strategii, *kierunek interwencji zakłada wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami niesamodzielnymi poprzez rozwój nowych form wsparcia w usługach społecznych, w tym opiekuńczych oraz asystenckich. To także podejmowanie działań pro jakościowych w systemie ochrony zdrowia, które ułatwią dostęp do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych. Deinstytucjonalizacja zakłada stopniowe ograniczanie udziału osób przebywających w placówkach zamkniętych na rzecz zwiększania udziału wsparcia środowiskowego, co (ze względu na wciąż duże, istniejące zapotrzebowanie) niekoniecznie oznacza ograniczanie liczby miejsc w instytucjach opiekuńczych. Z jednej strony umożliwi to aktywizację osób w wieku aktywności zawodowej, obciążonych dziś obowiązkami opiekuńczymi nad osobami niesamodzielnymi (dzieci, dorosłe osoby z niepełnosprawnością, rodzice), z drugiej zaś umożliwi większe zaangażowanie do udziału w rynku pracy osób, które potrzebują szczególnego wsparcia w podjęciu aktywności zawodowej (osoby z niepełnosprawnościami).* Wśród działań służących realizacji ww. celów Strategia wymienia m.in.:

- Integrację i koordynację usług społecznych i zdrowotnych świadczonych z różnych źródeł i poziomów;
- Wsparcie rozwoju (w tym standaryzacja i certyfikacja jakości) usług asystenckich, poprawa dostępu do produktów i usług (np. teleopieki, sprzętu rehabilitacyjnego), umożliwiające mobilność społeczną i zawodową, oraz

---

<sup>22</sup> Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju – Projekt z dnia 29 lipca 2016 r., <https://www.nr.gov.pl/strony/plan-na-rzecz-odpowiedzialnego-rozwoju/informacje-o-strategii/>, dostęp:31.01.2017 r.



zwiększających autonomię funkcjonowania społecznego a także wsparcie usług opiekuńczych w warunkach domowych i półstacjonarnych”.

## **BARIERY PRAWNE<sup>23</sup>**

Zgodnie z dorobkiem Projektu bariery prawne, zostały zidentyfikowane w oparciu o analizę literatury przedmiotu i w drodze odniesienia podnoszonych w niej problemów do tekstów aktów normatywnych (metoda egzegetyczno-dogmatyczna).

Poszczególne akty prawa zostały ocenione jako rzeczywista lub potencjalna bariera, która albo generuje dany problem zauważony w literaturze przedmiotu albo nie zawiera rozwiązań prawnych służących wyeliminowaniu danej przeszkody.

Każda zidentyfikowana w oparciu o analizę normatywną bariera prawna została rozpatrzona pod kątem jej eliminacji, co pozwoliło na sformułowanie propozycji zmian prawnych.

Analiza literatury przedmiotu oraz wskazanych we wprowadzeniu do Rodziału aktów normatywnych pozwala zidentyfikować poniżej scharakteryzowane bariery<sup>24</sup> związane z obowiązującym stanem prawnym.

### **Bariera 1. Brak jednolitego rejestru osób z niepełnosprawnościami**

#### **Charakterystyka bariery**

„W obecnym stanie prawnym brak podstawy do stworzenia i utrzymywania jednolitego rejestru osób niepełnosprawnych – równolegle funkcjonuje kilka odrębnych systemów orzekania, w ramach których orzeczenia wydawane są dla różnych celów, co sprawia, że niektóre osoby niepełnosprawne legitymują się więcej niż jednym orzeczeniem wydanym w związku z występującą u nich niepełnosprawnością. Bazy instytucji działających w ramach każdego z systemów nie zostały scalone w ramach jednego ogólnego rejestru, co uniemożliwia prowadzenie spójnej, racjonalnej i adekwatnej do potrzeb osób niepełnosprawnych polityki społecznej w tym obszarze.

Co więcej, w orzeczeniach o niepełnosprawności zapisuje się wyłącznie *ogólnikowe, sztywne wskazanie, bez opisu funkcjonowania danej osoby i jej deficytów*, które nie stwarzają

<sup>23</sup> Matczak M., Zalański T., Romanowicz M., Hlebicka-Józefowicz A., *Opracowanie regulacyjne (...)*, op. cit., s. 45-54.

<sup>24</sup> Charakterystyka barier prawnych na podstawie: Matczak M., Zalański T., Romanowicz M., Hlebicka-Józefowicz A., *Opracowanie regulacyjne (...)*, op. cit., s. 45-54.

podstaw dla ustalenia zindywidualizowanego planu rehabilitacji, ani oceny efektów świadczonych dotąd usług. W toku orzekania o niepełnosprawności nie uwzględnia się również klasyfikacji ICF.

Skutkiem tego stanu rzeczy jest brak koordynacji w procesie przydzielania świadczeń i usług z zakresu szeroko rozumianej rehabilitacji osobom niepełnosprawnym, zwłaszcza, że brak jest zinstytucjonalizowanych usług wsparcia w koordynacji dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych z różnych źródeł i systemów. Ponadto NFZ nie wymaga raportowania danych dotyczących posiadania orzeczenia o niepełnosprawność przez świadczeniobiorców. W związku z tym niemożliwe jest określenie w jakim zakresie świadczenia rehabilitacyjne są udzielane osobom niepełnosprawnym, a w jakim dotyczą osób, które np. uległy wypadkowi niezwiązanemu z trwałą niepełnosprawnością”.

## **Bariera 2. Brak organu odpowiedzialnego za koordynację całości działań z zakresu rehabilitacji osób niepełnosprawnych**

### **Charakterystyka bariery**

„Zadania z zakresu szeroko pojętej rehabilitacji osób niepełnosprawnych mają charakter rozproszony i zdecentralizowany, a za ich realizację są odpowiedzialne zarówno administracja centralna, jak i jednostki samorządu terytorialnego. Brak koordynacji działalności w obszarze rehabilitacji negatywnie wpływa na ich efektywność i na możliwość rzetelnej ewaluacji osiągnięcia celów polityki państwa wobec osób niepełnosprawnych. Kompetencje Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych, który powinien pełnić funkcje koordynatora działań w tym obszarze, są ograniczone wyłącznie do nadzoru merytorycznego nad wykonywaniem zadań wynikających z Ustawy o rehabilitacji oraz niektórych zadań określonych w Ustawie o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania. Skutkiem tego stanu rzeczy jest brak odpowiedniej komunikacji pomiędzy poszczególnymi resortami odpowiedzialnymi za konkretne aspekty rehabilitacji osób niepełnosprawnych i brak koordynacji w udzielaniu świadczeń rehabilitacyjnych, które udzielane są bez związku ze świadczeniami i usługami udzielanymi w ramach pozostałych systemów. Brak również instrumentów monitorowania na poziomie centralnym przebiegu realizacji zadań z zakresu rehabilitacji świadczonych przez jednostki samorządu terytorialnego, co uniemożliwia racjonalne rozplanowanie podaży usług danego rodzaju stosownie do zapotrzebowania istniejącego w danej części kraju”.



### **Bariera 3. Brak pełnego wdrożenia modelu rehabilitacji środowiskowej i dominacja modelu opieki instytucjonalnej**

#### **Charakterystyka bariery**

„Stale rosnąca liczba domów pomocy społecznej oraz liczba ich mieszkańców, przy jednoczesnym spadku liczby osób korzystających z dziennych domów pomocy wskazuje na utrzymującą się w Polsce dominację *archaicznego modelu totalnej opieki instytucjonalnej zamiast usług wspierających świadczonych w środowisku zamieszkania*.

Wśród najważniejszych barier związanych z niedostatkami systemu rehabilitacji środowiskowej należy wymienić:

- brak jednolitych standardów usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania (podczas gdy standardy takie, określone w Rozporządzeniu w sprawie domów pomocy społecznej, obowiązują dla całodobowych instytucji opiekuńczych, tj. domów pomocy społecznej),
- różnice w sposobie finansowania i nadzoru nad rodzinnymi domami pomocy i mieszkaniami chronionymi w stosunku do domów pomocy społecznej – finansowanie mieszkań chronionych lub rodzinnych domów pomocy odbywa się na podstawie umowy zawieranej z gminą, która konstytuuje zwykły stosunek cywilnoprawny nieobjęty ani gwarancją zawarcia umowy, ani stabilności określonych w niej warunków finansowania,
- asymetria w zakresie usług świadczonych przez domy pomocy społecznej w stosunku do rodzinnych domów pomocy i placówek komercyjnych – w przeciwieństwie do domów pomocy społecznej, te ostatnie zapewniają wyłącznie usługi bytowe i opiekuńcze, nie świadczą natomiast usług wspomagających (w tym wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, podnoszenia sprawności i aktywizacji mieszkańców, itd.),
- w przypadku osób psychicznie chorych – faktyczny brak funkcjonowania form środowiskowej opieki zdrowotnej (dziennych oddziałów psychiatrycznych, hosteli, zespołów opieki środowiskowej) ze względu na niewystarczające finansowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia”.

### **Bariera 4. Niestabilność finansowania rehabilitacji społecznej prowadzonej przez organizacje pozarządowe**

#### **Charakterystyka bariery**



„Stała rehabilitacja społeczna prowadzona jest głównie przez organizacje pozarządowe i finansowana ze środków PFRON w trybie konkursowym w formie projektów o stosunkowo krótkim horyzoncie czasowym. Zgodnie z art. 5b ust. 1 i art. 16 ust. 3 Ustawy o działalności pożytku publicznego programy współpracy z organizacjami pozarządowymi i umowy o powierzenie zadania publicznego mogą być zawierane na czas określony nie dłuższy niż 5 lat. W praktyce dominują konkursy roczne, najwyżej trzyletnie. Oznacza to, że prowadzona w ramach programów rehabilitacja społeczna nie ma charakteru ciągłego i co do zasady może być zaplanowana wyłącznie na okres przyznanego finansowania, a jej ewentualna kontynuacja uzależniona jest od uzyskania finansowania w drodze kolejnych konkursów. Oznacza to również, że na terenach, na których nie działają organizacje pozarządowe prowadzące działalność w obszarze stałej rehabilitacji społecznej osoby niepełnosprawne są de facto pozbawione dostępu do usług z tego zakresu. W rezultacie efekty dotychczasowej rehabilitacji mogą zostać zaprzepaszczone. Kontraktowanie świadczeń z zakresu rehabilitacji społecznej nie zostało też w żaden sposób powiązane ze zgłaszanym przez osoby niepełnosprawne zapotrzebowaniem na te świadczenia”.

### **Bariera 5. Brak jednolitego katalogu świadczeń i usług z zakresu rehabilitacji społecznej**

#### **Charakterystyka bariery**

„Regulacja świadczeń i usług z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych ma charakter rozproszony. Dwie podstawowe formy rehabilitacji społecznej określa art. 10 Ustawy o rehabilitacji, zgodnie z którym do podstawowych form aktywności wspomagającej proces rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych zalicza się uczestnictwo tych osób w warsztatach terapii zajęciowej i turnusach rehabilitacyjnych. Są to jednak formy nastawione na cele związane przede wszystkim z rehabilitacją zawodową i powiązane z problematyką zatrudnienia. Katalog form rehabilitacji zawiera również Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, jednak zakres jego zastosowania jest ograniczony do świadczeń i usług z zakresu rehabilitacji społecznej realizowanych – po pierwsze – w domach pomocy społecznej oraz – po drugie – dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Jednocześnie, zgodnie z §6 Rozporządzenia w sprawie rodzajów zadań powiatów, które mogą być finansowane ze środków PFRON, o dofinansowanie ze środków PFRON do zadań, których realizacja umożliwia lub w znacznym stopniu ułatwia osobom niepełnosprawnym wykonywania podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem – a więc de facto o



dofinansowanie na potrzeby rehabilitacji społecznej – osoby niepełnosprawne mogą się ubiegać jedynie w ramach trzech grup celów: na likwidację barier architektonicznych, na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych oraz na usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika.

W przeciwieństwie do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, zaliczanych do świadczeń gwarantowanych i określonych w tzw. rozporządzeniu koszykowym, świadczenia i usługi z zakresu rehabilitacji społecznej nie zostały ujęte w ramach jednolitego katalogu. Nie są one również objęte finansowaniem w ramach systemu świadczeń gwarantowanych, co sprawia, że nie tylko określenie form rehabilitacji społecznej, ale i form jej finansowania ma charakter rozproszony i nieskoordynowany. Z punktu widzenia osób niepełnosprawnych stanowi to istotną barierę w dostępie do świadczeń, które warunkują zdolność tych osób do samodzielnego funkcjonowania i pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Na barierę tę składają się przede wszystkim:

- trudność w ustaleniu przysługujących osobie niepełnosprawnej świadczeń i usług z zakresu rehabilitacji społecznej, miejsc i warunków ich udzielania oraz ewentualnych związanych z tym kosztów,
- brak stabilnego finansowania uniemożliwiający zapewnienie niezbędnej ciągłości usług rehabilitacyjnych i zaplanowanie indywidualnego przebiegu rehabilitacji w odpowiednio długim horyzoncie czasowym,
- brak powiązania podaży świadczeń z zakresu rehabilitacji społecznej oferowanych na danym terenie z realnym zapotrzebowaniem na usługi danego rodzaju ze strony osób niepełnosprawnych o indywidualnych potrzebach wynikających ze specyfiki doznawanej przez nie niepełnosprawności”.

## **Bariera 6. Kryterium dochodowe jako warunek uzyskania dofinansowania na sprzęt rehabilitacyjny**

### **Charakterystyka bariery**

„Możliwość uzyskania przez osobę niepełnosprawną indywidualnego dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uzależniona jest od spełnienia przez nią kryterium dochodowego w dwóch przypadkach:

- na dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym – na podstawie art. 10e Ustawy o rehabilitacji,
- na dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, jeżeli zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego



sprzętu, a także w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze – na podstawie § 5 Rozporządzenia w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

W obu przypadkach warunkiem ubiegania się o dofinansowanie jest, by przeciętny miesięczny dochód podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku nie przekraczał kwoty 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym lub 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej. Warunek ten ma charakter bezwzględny w przypadku dofinansowania sprzętu rehabilitacyjnego – w razie przekroczenia wskazanego w Rozporządzeniu limitu dofinansowanie nie przysługuje. Inaczej w razie przekroczenia limitu w przypadku dofinansowania turnusu rehabilitacyjnego, gdzie kwota dofinansowania jest pomniejszana o kwotę, o którą został on przekroczony. Wyjątkiem jest przypadek uzasadniony trudną sytuacją materialną lub losową osoby niepełnosprawnej – wówczas dofinansowanie może zostać przyznane bez pomniejszenia jego kwoty.

O ile kryterium dochodowe w przypadku dofinansowania turnusu rehabilitacyjnego, ze względu na jego względny charakter i konstrukcję art. 10e ust. 2-3 określających przesłanki odstępstwa, nie budzi wątpliwości jako bariera w realizacji celów rehabilitacji osób niepełnosprawnych, o tyle bariery takiej można upatrywać w systemie dofinansowania sprzętu rehabilitacyjnego. Należy podkreślić, że „koszty rehabilitacji prowadzą do pogorszenia sytuacji materialnej również tych osób i rodzin, które przekraczają kryterium dochodowe uprawniające do świadczeń, przez co ich poziom życia ulega znacznemu obniżeniu. Dotyczy to zwłaszcza dzieci, których rodzice chcą zmaksymalizować ich szanse rozwojowe. W konsekwencji rodziny te są często niepotrzebnie spychane poniżej progu dochodowego, popadając w ubóstwo i wykluczenie”. Dodatkowo wysokość dofinansowania w przypadku sprzętu rehabilitacyjnego wynosi do 80% kosztów tego sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia. Z punktu widzenia efektywnej rehabilitacji osób niepełnosprawnych negatywnie należy ocenić rozwiązanie, które całkowicie odrywa zarówno wysokość dofinansowania, jak i możliwość jego uzyskania od indywidualnych uwarunkowań sytuacji danej osoby niepełnosprawnej (rodzaju jej niepełnosprawności i specyficznych dla tego rodzaju potrzeb rehabilitacyjnych, ogólnego stanu zdrowia, sytuacji rodzinnej, itd.), bazując wyłącznie na kryterium wysokości uzyskiwanego dochodu. Co więcej, ustalony w Rozporządzeniu sztywny limit dofinansowania nie uwzględnia istotnych nieraz różnic w cenie sprzętu rehabilitacyjnego,

która może się istotnie wahać w zależności od rodzaju oraz zakresu niepełnosprawności i wynikających stąd specyficznych potrzeb osoby niepełnosprawnej. Analizowana konstrukcja wydaje się również nie uwzględniać ryzyka skumulowania różnych rodzajów niepełnosprawności, kiedy potrzeby rehabilitacyjne osoby niepełnosprawnej są szczególnie duże i muszą być zaspokajane przy wykorzystaniu kilku typów specjalistycznego sprzętu rehabilitacyjnego”.

## **Bariera 7. System finansowania szczególnych potrzeb uczniów niepełnosprawnych**

### **Charakterystyka bariery**

„Finansowanie szczególnych potrzeb uczniów niepełnosprawnych następuje z części oświatowej subwencji ogólnej przekazywanej jednostkom samorządu terytorialnego prowadzącym szkoły. Załącznik do Rozporządzenia określa algorytm podziału części oświatowej subwencji ogólnej dla jednostek samorządu terytorialnego, który uwzględnia liczbę uczniów z niepełnosprawnościami oraz ich typ (w tym niepełnosprawności sprzężone). Kwota wyliczona na podstawie algorytmu jest przekazywana jednostkom samorządu terytorialnego, które prowadzą szkoły. Nie istnieje jednak żaden mechanizm zapewniający, że uzyskane w ten sposób środki zostaną przeznaczone na konkretnego niepełnosprawnego ucznia, zwłaszcza, że zgodnie z art. 7 ust. 3 Ustawy o dochodach jednostek samorządu terytorialnego o przeznaczeniu środków otrzymanych z tytułu subwencji ogólnej decyduje organ stanowiący jednostki samorządu terytorialnego. Jak przyznał Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej w odpowiedzi na interpelację w sprawie ewidencjonowania wydatków na realizację zadań związanych ze stosowaniem specjalnej organizacji nauki i metod pracy dla dzieci i młodzieży, wprowadzie jednostki samorządu terytorialnego mają obowiązek wydatkowania na realizację zadań wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy środków w wysokości nie niższej niż zostały naliczone w subwencji oświatowej dla każdej JST, jednak *w opinii MEN takie sformułowanie nie zobowiązuje samorządu do wyodrębnienia środków na kształcenie specjalne w odniesieniu do ucznia indywidualnie ani nawet w odniesieniu do szkoły. Samorząd ma obowiązek wydatkować środki otrzymane w subwencji na kształcenie specjalne, ale określenie sposobu i formy realizacji tego obowiązku pozostawiono w gestii samorządów*<sup>25</sup>”.

<sup>25</sup> Odpowiedź Ministra Edukacji Narodowej na interpelację poselska nr 32129:  
<http://orka2.sejm.gov.pl/INT7.nsf/klucz/088552EF/%24FILE/i32129-o1.pdf>

## **Bariera 8. System skierowań i kolejki przy udzielaniu świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej**

### **Charakterystyka bariery**

„W Ustawie o świadczeniach przyjęto założenie, że świadczenia – w tym świadczenia rehabilitacji leczniczej – udzielane są na podstawie skierowania wydawanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Maksymalny czas trwania poszczególnych rodzajów rehabilitacji leczniczej realizowanej w warunkach stacjonarnych (ogólnoustrojowej, neurologicznej, pulmonologicznej i kardiologicznej) jest przy tym ściśle określony na poziomie Rozporządzenia Ministra Zdrowia. Oznacza to, że świadczenie rehabilitacyjne po upływie ww. czasu ulega zakończeniu i rozpoczęcie udzielania kolejnych świadczeń – także w ramach kontynuacji, a więc w przypadku świadczeń o tożsamym zakresie – wymaga nie tylko kolejnego skierowania, ale również nowego wpisu na listę osób oczekujących na jego udzielenie. Z punktu widzenia osób niepełnosprawnych stanowi to istotną barierę w dostępie do efektywnej, odpowiednio zaplanowanej, ciągłej i skoordynowanej rehabilitacji leczniczej”.

## **2.2. PROPOZYCJA ZMIAN SŁUŻĄCYCH PRZEZWYCIĘŻENIU BARIER PRAWNYCH<sup>26</sup>**

### **Bariera 1. Brak jednolitego rejestru osób z niepełnosprawnościami**

#### **Kierunek ewentualnych zmian prawnych**

„Wskazane wydaje się:

- stworzenie scentralizowanego rejestru danych o osobach niepełnosprawnych na podstawie danych zebranych w bazach funkcjonujących w ramach poszczególnych systemów orzekania, tj. systemów orzecznictwa dla celów rentowych (Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministerstwa Obrony Narodowej) i dla celów pozarentowych (zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności, poradnie psychologiczno-pedagogiczne wydające orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego),

<sup>26</sup> Propozycje rozwiązań na podstawie: Matczak M., Zalasiński T., Romanowicz M., Hlebicka-Józefowicz A., *Opracowanie regulacyjne (...)*, op. cit., s. 45-54.



- zmiany w przepisach regulujących treść orzeczeń o niepełnosprawności w celu wprowadzenia jednolitej klasyfikacji opartej na ICF oraz uwzględnienia w orzeczeniu zindywidualizowanego opisu funkcjonowania osoby niepełnosprawnej, ze wskazaniem deficytów wynikających z konkretnego przypadku niepełnosprawności.

## **Bariera 2. Brak organu odpowiedzialnego za koordynację całości działań z zakresu rehabilitacji osób niepełnosprawnych**

### **Kierunek ewentualnych zmian prawnych**

„Optymalnym rozwiązaniem wydaje się rozszerzenie zakresu kompetencji Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych o kwestie związane z problematyką rehabilitacji osób niepełnosprawnych w kompleksowym ujęciu (a więc nie tylko w ramach realizacji zadań wynikających z Ustawy o rehabilitacji), a także wydzielenie w Biurze Pełnomocnika specjalnych komórek organizacyjnych odpowiedzialnych za:

- koordynację działań w tym obszarze na poziomie centralnym i komunikację międzyresortową,
- monitorowanie realizacji działań w tym obszarze na poziomie samorządu lokalnego,
- analizę terytorialnego rozkładu zapotrzebowania na usługi rehabilitacyjne danego rodzaju i ich relację do podaży tych usług”.

## **Bariera 3. Brak pełnego wdrożenia modelu rehabilitacji środowiskowej i dominacja modelu opieki instytucjonalnej**

### **Kierunek ewentualnych zmian prawnych**

„Wskazane wydaje się wprowadzenie następujących zmian normatywnych:

- stworzenie – na poziomie rozporządzenia do Ustawy o pomocy społecznej – jednolitych standardów usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania na wzór standardów określonych w Rozporządzeniu w sprawie domów pomocy społecznej,
- modyfikacja modelu finansowania funkcjonowania rodzinnych domów pomocy i mieszkań chronionych – np. poprzez ustalenie na poziomie ustawy obowiązku zawarcia umowy przez gminę oraz sformułowanie obligatoryjnych klauzul umownych służących zagwarantowaniu stabilności finansowania,



- włączenie usług wspomagających do zakresu usług świadczonych przez rodzinne domy pomocy,
- zwiększenie poziomu finansowania ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia środowiskowych form opieki zdrowotnej dla osób chorych psychicznie”.

#### **Bariera 4. Niestabilność finansowania rehabilitacji społecznej prowadzonej przez organizacje pozarządowe**

##### **Kierunek ewentualnych zmian prawnych**

„Wskazane jest wprowadzenie zmian normatywnych zmierzających do:

- zwiększenia puli środków przeznaczanej z PFRON na zadania z zakresu rehabilitacji zlecane organizacjom pozarządowym i usztywnienia algorytmu naliczania środków PFRON dla powiatów przeznaczonych na ten cel,
- stabilizacji finansowania projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe poprzez:
  - wydłużenie ich horyzontu czasowego,
  - uwzględnienie w algorytmie naliczania środków PFRON wielkości zapotrzebowania na usługi rehabilitacyjne zgłaszanego przez osoby niepełnosprawne zamieszkałe na danym terenie”.

#### **Bariera 5. Brak jednolitego katalogu świadczeń i usług z zakresu rehabilitacji społecznej**

##### **Kierunek ewentualnych zmian prawnych**

„Optymalnym rozwiązaniem wydaje się:

- stworzenie katalogu świadczeń i usług z zakresu rehabilitacji społecznej na wzór katalogu świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej i zastosowanie analogicznego modelu ich finansowania ze środków publicznych albo
- włączenie świadczeń z zakresu rehabilitacji społecznej do systemu świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej”.

#### **Bariera 6. Kryterium dochodowe jako warunek uzyskania dofinansowania na sprzęt rehabilitacyjny**

##### **Kierunek ewentualnych zmian prawnych**





„Wskazane jest wprowadzenie zmian zmierzających do uniezależnienia możliwości uzyskania dofinansowania na sprzęt rehabilitacyjny od kryterium dochodowego. Zmiany te można przeprowadzić w kilku wariantach:

- Wariant maksimum – przyznanie dofinansowania w pełnej wysokości wszystkim osobom niepełnosprawnym, stosownie do stwierdzonego zapotrzebowania tych osób na sprzęt rehabilitacyjny;
- Wariant medium – zniesienie kryterium dochodowego oraz ogólnego limitu dofinansowania sprzętu rehabilitacyjnego i przemodelowanie systemu przyznawania dofinansowania na sprzęt rehabilitacyjny w kierunku powiązania możliwości uzyskania dofinansowania oraz jego wysokości z rodzajem niepełnosprawności oraz stwierdzonymi potrzebami rehabilitacyjnymi danej osoby niepełnosprawnej,
- Wariant minimum – zniesienie kryterium dochodowego przy jednoczesnym pozostawieniu ogólnego limitu dofinansowania sprzętu rehabilitacyjnego, z zastrzeżeniem możliwości odstępstwa analogicznie, jak ma to miejsce w przypadku dofinansowania turnusów rehabilitacyjnych (przypadek uzasadniony trudną sytuacją materialną lub losową osoby niepełnosprawnej)”.

### **Bariera 7. System finansowania szczególnych potrzeb uczniów niepełnosprawnych** **Kierunek ewentualnych zmian prawnych**

„Wskazane wydaje się stworzenie – na poziomie Ustawy o dochodach jednostek samorządu terytorialnego lub Ustawy o systemie oświaty – mechanizmu zapewniającego, że część finansowania wyliczona na podstawie ww. algorytmu zostanie skierowana do szkół na zaspokojenie indywidualnie określonych potrzeb konkretnych niepełnosprawnych uczniów”.

### **Bariera 8. System skierowań i kolejki przy udzielaniu świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej**

#### **Kierunek ewentualnych zmian prawnych**

„Wyda się, że świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej dla osób niepełnosprawnych w ramach kontynuacji rehabilitacji powinny być udzielane bez konieczności każdorazowego uzyskiwania skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Kontynuacja powinna odbywać się na podstawie odrębnego systemu ewaluacji postępów w ramach realizowanego indywidualnego programu rehabilitacji. Ewaluacja taka powinna odbywać się w określonych cyklach, a usługi z zakresu rehabilitacji leczniczej



powinny być z założenia świadczeniem o charakterze ciągłym, bez z góry określonego maksymalnego czasu ich udzielania”.

### 3. POZAPRAWNE UWARUNKOWANIA WDRAŻANIA ART. 26 KPON<sup>27</sup>

#### 3.1. DIAGNOZA SYTUACJI I IDENTYFIKACJA BARIER

##### POZAPRAWNYCH

##### Wyzwania rehabilitacji

Około 1 mld ludzi w wieku produkcyjnym na całym świecie to osoby niepełnosprawne. 80% niepełnosprawności nie jest wrodzonych, ale nabytych w trakcie życia. Większość osób niepełnosprawnych traci pracę i staje się zależna od długoterminowych zasiłków.

Światowy Raport o Niepełnosprawności WHO definiuje rehabilitację na gruncie biopsychospołecznego modelu niepełnosprawności, jako zestaw środków wspierających te jednostki, które doświadczają lub u których prawdopodobne jest wystąpienie niepełnosprawności, w celu osiągnięcia i zapewnienia optymalnego funkcjonowania w interakcji z ich środowiskiem. Według KPON rehabilitacja obejmuje „środki, uwzględniające wzajemne wsparcie, w celu umożliwienia osobom niepełnosprawnym uzyskania i utrzymania możliwie największej niezależności, pełnych zdolności fizycznych, umysłowych, społecznych i zawodowych oraz pełnego włączenia i udziału we wszystkich aspektach życia”. KPON promuje koncepcję wszechstronnej rehabilitacji, obejmującą organizowanie, wzmocnienie i rozwój usług i programów, w szczególności w obszarze zdrowia, zatrudnienia, edukacji i usług socjalnych, w taki sposób, aby te usługi i programy były dostępne od możliwie najwcześniejszego etapu życia i były oparte na wielodyscyplinarnej ocenie indywidualnych potrzeb i potencjału, wspierały udział i włączanie w społeczność lokalną oraz we wszystkie aspekty życia społecznego, były dobrowolne i dostępne dla osób niepełnosprawnych możliwie blisko społeczności, w których żyją, w tym na obszarach wiejskich. Do kluczowych kwestii należą także promocja

<sup>27</sup> Opracowano na podstawie: Arczewska M., *Analiza strategii i programów rządowych w aspekcie sytuacji osób niepełnosprawnych*, Warszawa 2016., Żejmis M., Jurga L. J., *Pogłębiona analiza danych pozyskanych w badaniu jakościowym*, Warszawa 2016, *Raport metodologiczny przygotowania Raportu syntetycznego w ramach projektu „Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa”*, Warszawa 2016., Bogacz-Wojtanowska E., Koziarek M., Lenzion M., Pazderski F., *Analiza programów i polityk samorządowych w aspekcie sytuacji osób z niepełnosprawnościami*, Warszawa 2016, Friedrich Mehrhoff, *Debata tematyczna: Wdrażanie artykułu 26 (Rehabilitacja) Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych*, ppt, Warszawa, 2016 r., transkrypcji z debat tematycznych dot. wdrażania art. 26 Konwencji oraz kwestionariuszy opinii doradczych.



dostępności, znajomość i korzystania w procesie rehabilitacji z urządzeń i technologii wspomagających, zaprojektowanych dla osób niepełnosprawnych<sup>28</sup>.

Zmiana paradygmatu rehabilitacji w KPON to:

- przejście od opieki i świadczeń do samodzielnego podejmowania decyzji/zarządzania,
- zrozumienie i poznanie sprawności zamiast koncentracji na deficytach;
- przejście od integracji do inkluzji.

W świetle powyższego do wyzwań rehabilitacji zaliczyć można: zdolność do pracy, indywidualizację i kompleksowość wsparcia, uczestnictwo i współpracę<sup>29</sup>.

### **Zdolność do pracy**

Zatrudnienie musi znajdować się w centrum badań nad rehabilitacją. Oparta na interesach różnych stron zdolność do pracy ma dwa wymiary. Po pierwsze metody zastosowane w toku rehabilitacji medycznej muszą się łączyć z wymaganiami miejsca pracy. Po drugie badania muszą skupiać się na długotrwałości wyników rehabilitacji, tzn. czy osoby z niepełnosprawnościami wciąż są zatrudnione w dwa lata od ukończenia rehabilitacji.

### **Indywidualizacja**

Badacze powinni odejść od zorientowanych na ewaluację ankiet, zapoczątkowanych przez dostawców usług na rzecz skupionych na pacjencie badaniach, które pozwolą zdefiniować potrzeby indywidualne osób z różnymi diagnozami. Badania te powinny być przeprowadzane z wykorzystaniem modelu ICF, a warunki pracy powinny być tworzone w oparciu o zorientowany na zdolności system ostrzegania (żółta i czerwona flaga) w celu przeprowadzenia koniecznych interwencji na czas.

### **Kompleksowość wsparcia**

Aktywizujący system opieki społecznej wymaga więcej badań nt. wskaźników profilaktycznych, wykorzystywanych w interwencjach na rzecz osób, które ze względu na chorobę lub uraz nie byłyby w stanie być aktywne zawodowo i społecznie. Wsparcie dla tych osób musi zostać zapewnione na odpowiednio wczesnym etapie jak i muszą to być działania szeroko zakrojone. Przypadki złożone nie zawsze są przypadkami poważnymi, jak np. u

---

<sup>28</sup> KPON, art.26; Zasada 3

<sup>29</sup> Dr. jur. Friedrich Mehrhoff, (DGUV), ppt, 23.06.2016 r.



pacjentów z porażeniem, ale nawet niewielkie urazy nerwów znajdujących się w palcach mogą wymagać dodatkowych form rehabilitacji.

## **Uczestnictwo**

KPON zobowiązuje państwo i instytucje zabezpieczenia społecznego do inwestowania w badania nt. uczestnictwa w rehabilitacji. Profesjonaliści rehabilitacji zazwyczaj stosują metody motywacji swoich pacjentów/klientów. Jednak uczestnictwo jest kwestią z zakresu jakości świadczonej usługi, która musi podlegać ewaluacji. Współczesne tendencje nieprofesjonalnego wsparcia w rehabilitacji, jak wsparcie na linii pacjent-pacjent, stanowią nowe pole badawcze - Jakie są rezultaty pacjentów po amputacji, wspieranych przez innych pacjentów po amputacji?

## **Współpraca**

KPON zachęca decydentów do skupienia się na badaniach, a uniwersytety do tworzenia wydziałów nauk społecznych, łączących zagadnienia z zakresu rehabilitacji medycznej. Krajowa strategia w tej dziedzinie powinna wspierać tego typu ośrodki w oparciu o porozumienie zawarte między kilkoma ministerstwami i instytucjami zabezpieczenia społecznego, występujących w roli płatników. Dzięki konsensusowi w planowaniu odpowiednich badań zorientowanych na kwestie priorytetowe współpraca i ewaluacja stają się łatwiejsze.

## **Rehabilitacja - argumenty ekonomiczne**

- Państwo zwiększa poziom zamożności społeczeństwa odpowiadający ilości osób pracujących, które są aktywne zawodowo przez dłuższy okres czasu i pracują intensywniej (czynnik demograficzny).
- Pracodawcy potrzebują pracowników, którzy będą gotowi do pracy w wymiarze długoterminowym; chcą także podnosić potencjał zawodowy pracowników.
- Usługodawcy świadczący opiekę zdrowotną otrzymują środki za wspieranie klientów w powrocie do pracy. Jest to główny powód finansowania systemów opieki zdrowotnej!

W Polsce, podobnie jak w wielu krajach świata, podejmowane są działania, których celem jest stworzenie osobom niepełnosprawnym warunków do rozwoju i udziału w życiu społecznym na równi ze sprawnymi obywatelami. Działania na rzecz integracji tej grupy osób



prowadzone są w dwóch obszarach. Jeden obszar, który jest skierowany bezpośrednio na osoby z ograniczoną sprawnością, obejmuje opiekę medyczną, leczenie indywidualne, profesjonalną pomoc (np. system rehabilitacji, pomocy społecznej). Druga płaszczyzna to działania dotyczące środowiska społecznego i fizycznego, w którym osoby niesprawne funkcjonują (np. pomoc w adaptacji mieszkań, dostępność komunikacji, urzędów, placówek kulturalnych, odpowiednie zatrudnienie).

Ukształtowany w Polsce model kompleksowej rehabilitacji zakłada uwzględnienie wszystkich rodzajów potrzeb osoby niepełnosprawnej w procesie rehabilitacyjnym. Postępowanie terapeutyczne łączy rehabilitację psychologiczną, medyczną, społeczną i zawodową. Podział ten ma znaczenie jedynie metodyczne, ponieważ w praktyce rehabilitacja jest procesem ciągłym, a poszczególne jej etapy nakładają się i uzupełniają. Dzięki założeniom wypracowanym przez Polską Szkołę Rehabilitacji, tj. powszechność, wczesne zapoczątkowanie, kompleksowość, ciągłość – rehabilitacja może odgrywać istotną rolę w integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem. W praktyce jednak pojawia się szereg barier, na które napotykają osoby niepełnosprawne i ich otoczenie w realizacji prawa do rehabilitacji.

### **Instytucjonalne aspekty organizacji rehabilitacji<sup>30</sup>**

Instytucjami zaangażowanymi w proces rehabilitacji osób niepełnosprawnych są zarówno podmioty publiczne, jak i niepubliczne.

Należą do nich w szczególności:

- instytucje opieki zdrowotnej i rehabilitacji medycznej: NFZ, wydziały zdrowia urzędów administracji publicznej wszystkich szczebli, publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, zakłady opiekuńczo-lecznicze;
- instytucje zabezpieczenia społecznego w zakresie orzecznictwa: ZUS, KRUS, sektorowe, zakłady ubezpieczeń społecznych MON i MSW;
- instytucje opieki i pomocy społecznej: powiatowe centra pomocy rodzinie, miejskie i gminne ośrodki pomocy społecznej, domy pomocy społecznej, organizacje trzeciego sektora;

---

<sup>30</sup> Na podstawie: P. Kubicki, *System instytucjonalnego wsparcia osób niepełnosprawnych w Polsce – diagnoza dysfunkcji*, w: Gąciarz B., Rudnicki S., *Polscy (Nie)pełnosprawni: od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, AGH 2014, s. 105 - 126 .

- instytucje aktywizacji zawodowej: PFRON, powiatowe urzędy pracy, zakłady aktywności zawodowej, warsztaty terapii zajęciowej, ośrodki szkoleń zawodowych, szkoły zawodowe, szkoły wyższe, organizacje trzeciego sektora);
- instytucje rynku pracy: PFRON, powiatowe urzędy pracy, organizacje pracodawców, zakłady pracy chronionej, spółdzielnie inwalidów i przedsiębiorstwa społeczne;
- instytucje odpowiedzialne za likwidację barier w przestrzeni publicznej: wydziały architektury i wydziały transportu publicznego urzędów wszystkich szczebli administracji publicznej, nadzór budowlany, przedsiębiorstwa transportu publicznego, nadzór komunikacji elektronicznej, kierownicy instytucji publicznych wszystkich szczebli, PFRON;
- instytucje oświatowe: kuratoria, szkoły publiczne i niepubliczne, szkoły specjalne, szkoły wyższe, ośrodki szkolno-wychowawcze, ośrodki poradnictwa psychologicznego i pedagogicznego.

Wielość instytucji, przy jednoczesnym braku centrum decyzyjnego powoduje szereg uciążliwości dla osób niepełnosprawnych, ich otoczenia środowiskowego czy dla samych instytucji:

- stosowanie różnych procedur i wymogów formalnych przy świadczeniu usług publicznych ze względu na odmienne wymagania prawne i administracyjne,
- brak powiązań pomiędzy różnymi świadczeniami,
- wzajemne wykluczanie się korzystania z różnych form wsparcia,
- rozproszenie i brak współpracy pomiędzy instytucjami świadczącymi.

Faktycznie ma miejsce zjawisko podziałów resortowych przebiegających wertykalnie w całym systemie administracji publicznej.

Kolejnym aspektem funkcjonowania instytucji wspierających osoby niepełnosprawne jest podział kompetencji i zadań pomiędzy administracją rządową i samorządową. Instytucje działające na poziomie lokalnym (gminy i powiaty) są zobligowane przede wszystkim do realizowania zadań z zakresu polityki społecznej, które są jednoznacznie przypisane samorządowi w ustawach. Stąd wynika ich skupienie się na pomocy społecznej i świadczeniu usług opiekuńczych. Natomiast opieka zdrowotna i rehabilitacja medyczna oraz zatrudnienie osób niepełnosprawnych to działania, które tradycyjnie są ściśle związane z funkcjonowaniem administracji rządowej, a samorząd ma w tych dziedzinach ograniczone kompetencje i

limitowane środki działania. Ochrona zdrowia i rehabilitacja medyczna jest w całości podporządkowana systemowi Narodowego Funduszu Zdrowia kierowanemu przez rząd. Również polityka zatrudnienia i aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych jest zadaniem wykonywanym przez instytucje podległe samorządowi – urzędy pracy, ale w istocie rzeczy to instytucja rządowa – Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – odgrywa główną rolę, będąc głównym źródłem finansowania albo zakładów pracy chronionej, albo miejsc pracy tworzonych w ramach otwartego rynku pracy.

Istotną rolę w organizacji rehabilitacji osób niepełnosprawnych odgrywały w ostatnich latach organizacje pozarządowe. Potwierdzają to liczne opinie niepełnosprawnych, jak też ekspertów. Polskie organizacje pozarządowe mają jednak ograniczone możliwości działania, co wynika przede wszystkim ich zasobności.

Przyjęte rozwiązania powodują rozproszenie i fragmentaryzację usług w zakresie rehabilitacji. Nie pozwalają na racjonalizację i optymalizację procesów.

*W całym systemie wspierania osób niepełnosprawnych występują węzły krytyczne – rozstrzygnięcia, które determinują w znacznym stopniu szanse jednostki na rehabilitację społeczną i zawodową, a także wpływają generalnie na jej możliwości integracji społecznej.*

Są to:

- *przebieg leczenia i rehabilitacji medycznej (po doznanym urazie lub stwierdzeniu trwałego ubytku funkcji organizmu) – krytycznym etapem jest przejście pomiędzy leczeniem szpitalnym lub specjalistycznym w warunkach ambulatoryjnych a zabiegami rehabilitacyjnymi;*
- *uzyskanie statusu prawnej osoby niepełnosprawnej poprzez wydanie orzeczenia o niepełnosprawności przez komisję orzeczniczą ZUS (lub inną instytucję zabezpieczenia społecznego) lub powiatowy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności, które determinuje dostęp do świadczeń rentowych i poza rentowych – krytycznym momentem jest określenie zdolności do pracy, co ma skutki segregujące (wykluczenie z rynku pracy lub ograniczenie dostępu);*
- *nadanie statusu osoby niezdolnej do pracy w wyniku orzeczenia, co ogranicza zakres możliwych form wsparcia do różnych form zajęć rehabilitacyjnych i pomocy społecznej – krytycznym momentem jest przypisanie roli klienta ośrodków pomocy społecznej i organizacji pozarządowych świadczących pomoc materialną;*





- nadanie statusu osoby zdolnej do pracy, co wyznacza dostęp do różnych form zatrudnienia – krytycznym momentem jest przypisanie roli klienta instytucji rynku pracy i konfrontacja z jakością ich oferty dla pracowników i pracodawców;
- dostęp do edukacji na wszystkich jej szczeblach, w szczególności do szkolnictwa średniego i zawodowego oraz do różnych form szkolenia zawodowego – krytycznym momentem jest uzyskanie statusu absolwenta i problemy ze zdobywaniem zatrudnienia<sup>31</sup>.

Powyższa lista momentów krytycznych dla funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej pozwala stwierdzić, jakie jest instytucjonalne podłoże obecnych trudności w budowie kompleksowego systemu: jest nim brak mechanizmów łącznikowych pomiędzy różnymi etapami wsparcia i pomiędzy instytucjami z różnych sektorów administracji publicznej zajmujących się osobami niepełnosprawnymi, który powoduje brak ciągłości pomiędzy poszczególnymi formami pomocy i w efekcie osłabienie ich oddziaływania na sytuację osób niepełnosprawnych. Jest to wada układu instytucjonalnego, która przejawia się także w braku wymiany informacji o osobach niepełnosprawnych pomiędzy różnymi instytucjami, co utrudnia lub uniemożliwia sformułowanie całościowych planów wsparcia dla konkretnych osób, rodzin czy nawet środowisk.

### Medyczne aspekty rehabilitacji kompleksowej

W okresie od ratyfikowania Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych (KPON), tj. w okresie minionych 4 lat. środowisko osób niepełnosprawnych nie odnotowało szczególnych zmian w zakresie medycznych aspektów rehabilitacji kompleksowej. Temat jest obecny w rozważaniach ekspertów. Podejmowane są także badania i analizy tego obszaru. Promowana jest idea. W dalszym ciągu brakuje jednak kompleksowego rozwiązania problemu rehabilitacji, w tym rehabilitacji medycznej. Trudno w tym zakresie wskazać jakiegokolwiek sukcesy. Wskazuje się natomiast na szereg porażek: brak rozwiązań systemowych, wzrost liczby orzeczeń ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności po zmianie zasad dofinansowań dla pracodawców zatrudniających niepełnosprawnych pracowników (ograniczania dla osób z lekkim stopniem niepełnosprawności), utrzymujący się niedoszacowany koszt usługi medycznej co wymusza świadczenie jej na poziomie minimum, brak kompleksowości i koordynacji działań, czy wreszcie sam system orzeczniczy.

<sup>31</sup> Ibidem, s. 117.

Zarówno literatura przedmiotu, ja też materiał zebrany w ramach Projektu wskazuje na istotne, zauważalne nierówności w dostępie do programów promocji zdrowia i prewencji. Wynika to z niedofinansowania systemu ochrony zdrowia, jego złej organizacji i ograniczonej dostępności obywateli (także pełnosprawnych) do wielu usług medycznych, zwłaszcza specjalistycznych. Specyfiką programów promocji zdrowia i prewencji jest to, że adresowane są do osób zdrowych lub danej populacji i nie uwzględniają aspektów niepełnosprawności. Ograniczeniem powszechności jest ich koncentracja na terenach wielkomiejskich.

Osoby z niepełnosprawnościami to kategoria społeczna charakteryzująca się znaczną różnorodnością. W ramach tej kategorii nie występują jednak grupy szczególnie dyskryminowane w dostępie do rehabilitacji medycznej oraz w dostępie do odpowiedniego wsparcia w zakresie wyposażenia w środki pomocnicze - adekwatnych do potrzeb. Dostęp do usług, w tym usług medycznych często jest warunkowany wiedzą, zaradnością i zamożnością rodziców/opiekunów osoby niepełnosprawnej i jej miejscem zamieszkania. Problemem jest natomiast brak wsparcia koordynowanego, kompleksowego i tzw. wczesnej interwencji.

Istnieje szereg barier utrudniających osobom niepełnosprawnym korzystanie z odpowiedniej rehabilitacji medycznej bądź habilitacji. Należą do nich w szczególności:

- brak systemu wsparcia i standardów w rehabilitacji, umożliwiających kompleksowe działania aktywizujące i usprawniające,
- brak indywidualizacji celów rehabilitacyjnych oraz brak ciągłości,
- rozdrobnienie wsparcia przy braku koordynacji,
- powielanie interwencji,
- nieefektywny sposób wsparcia w postaci pomocy ortopedycznych i rehabilitacyjnych oraz sprzętu pomocniczego,
- bariery w komunikowaniu się (osoby głuche, głuchoniewidome, afatycy),
- utrudniony dostęp do lekarzy specjalistów i badań diagnostycznych w systemie publicznej służby zdrowia,
- brak odpowiedniej liczby świadczeniodawców i nierównomierne rozłożenie ośrodków rehabilitacyjnych na terenie kraju.

Proces rehabilitacji medycznej jest finansowany z NFZ, ZUS, KRUS. Mimo powszechnie podzielanego przekonania, że poprawa stanu zdrowia przyczynia się do odzyskania zdolności do pracy, pełnego uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym oraz



istnienia w rehabilitacji leczniczej, koszyka gwarantowanych usług rehabilitacyjnych – występuje niedofinansowanie systemu ochrony zdrowia, niska dostępność usług i badań diagnostycznych, co ogranicza jego skuteczność. Dostępne środki nie zapewniają najlepszych (najskuteczniejszych) metod leczenia, a środki finansowe rodzin i organizacji pozarządowych (pozyskane m.in. ze zbiorów publicznych) uzupełniają te lukę w niewielkim zakresie.

Problemem często wskazywanym przez środowisko osób niepełnosprawnych jest wielość systemów orzecznich i różnorodność stosowanych kryteriów i form wsparcia. Powoduje to, że obecny system rehabilitacji jest nieczytelny zarówno dla osób niepełnosprawnych i ich rodzin, jak i pracodawców. Proces rehabilitacji medycznej, oddzielony jest od rehabilitacji społecznej i zawodowej, i świadczony przez inne podmioty, często w stopniu fragmentarycznym i bez ewaluacji.

Brakuje też kompleksowej oceny indywidualnych potrzeb i potencjału oraz kompleksowego planu szeroko rozumianej rehabilitacji. Wieloletnie prace prowadzone przez resort zdrowia nad wdrożeniem w Polsce np. ICF, nie doczekały się pomyślnego zakończenia. Usprawnienie procesu łączy się z wprowadzeniem jednolitego systemu orzecznictwa lekarskiego dla osób niepełnosprawnych (w tym dzieci), opartego na wspólnych zasadach i kryteriach, połączonego z diagnozą potrzeb i potencjału osoby niepełnosprawnej oraz indywidualnym planem rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej.

Konwencja zobowiązuje Państwa-Strony do zapewnienia osobom z dysfunkcjami dostępu, na zasadzie równości, do usług opieki zdrowotnej, w szczególności do rehabilitacji zdrowotnej. W tym zakresie dokument wskazuje standardy bezpłatnej opieki zdrowotnej, zwłaszcza ułatwiające kontakt z możliwie najbliższą dla niepełnosprawnego placówką służby zdrowia.

Skuteczny proces rehabilitacji zależy od dostępu do lekarzy, fizjoterapeutów, ich kompetencji oraz, w niemniejszym stopniu do sprzętu ortopedycznego. W polskich warunkach dostęp ten nadal (mimo prób, podejmowanych w celu poprawy tej sytuacji) jest bardzo utrudniony, o czym świadczą wypowiedzi osób niepełnosprawnych i ich otoczenia.

*- Moim zdaniem mają taki sam dostęp, ale mają utrudniony. A w ich przypadku powinien być właśnie przyspieszony, żeby nie było za każdym razem tak, żeby musiał wracać do*

*lekarza rodzinnego, bo ten problem został już raz rozpoznany. I po prostu powinno to iść tym torem dalej, a nie wracać i za każdym razem znowu czekać po kilka miesięcy.*

*- A jeszcze jest problem taki, że są to pacjenci, wiadomo, ich niepełnosprawności nie da się często wyleczyć całkowicie, da się tylko usprawnić tego człowieka. I ten człowiek nie ma nawet możliwości być wpisanym na listę pilną i być w trybie nagłym przyjęty, ponieważ jego stan nie zagraża zdrowiu i życiu, więc on czeka.*

Źródło: Zogniskowany wywiad grupowy, woj. śląskie<sup>32</sup>.

Na podstawie dorobku Projektu, jak też opinii wyrażanych w literaturze przedmiotu czy w mediach można wnioskować, że w Polsce występuje problem z realizacją założeń powszechności i ciągłości procesu rehabilitacji w odniesieniu do osób niepełnosprawnych. Zjawisko to jest niepokojące, ponieważ zbyt długie oczekiwanie na kontynuację usprawniania, niweczy efekty często wieloletnich działań, podejmowanych z udziałem pacjenta, jego rodziny i specjalistów - jeszcze w okresie dzieciństwa. Przy czym warto wrócić uwagę na fakt, że w polskich realiach dostęp do szeroko pojętych usług medycznych i rehabilitacji, utrudniony jest dla każdego pacjenta, a nie tylko dla osób niepełnosprawnych. Jest to szczególnie ważne również w odniesieniu do osób starszych oraz płynących z tego faktu ograniczeń funkcjonalnych.

Dostępność terytorialna do ośrodków rehabilitacyjnych, jak też ośrodków leczniczych, realizujących usługi rehabilitacji jest zróżnicowana w poszczególnych regionach. Ośrodki te działają przy publicznych placówkach, jako samodzielne jednostki publiczne, ale także przy niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. Same placówki, jak też usługi, zasadniczo nie odbiegają w swej dostępności od usług zdrowotnych, kierowanych do ogółu pacjentów, zarówno pełnosprawnych, jak i niepełnosprawnych.

Infrastruktura ośrodków leczniczych i rehabilitacyjnych jest na ogół dostosowana dla szczególnych potrzeb, w tym szczególnie związanych z mobilnością przestrzenną osób niepełnosprawnych. Zastrzeżenia dotyczą kwestii szczegółowych rozwiązań, np. płatnych parkingów, wąskich bramek, utrudnionego dostępu do wind, niedostosowania informacji pisemnych dla potrzeb osób niewidomych i niedowidzących.

Należy zauważyć, że w obszarze dostępności placówek leczniczych i rehabilitacyjnych, ważna jest nie tylko dostępność architektoniczna samych placówek, ale też pozostałej

---

<sup>32</sup> Cytowane w niniejszym opracowaniu wypowiedzi oznaczone jako pogłębiony wywiad indywidualny pochodzą z opracowania Żejmis M., Jurga L. J., *Pogłębiona analiza danych pozyskanych w badaniu jakościowym*, Warszawa 2016.



infrastruktury zarówno w mieście, jak też na wsi, np. niskopodłogowych tramwajów i autobusów czy szynobusów, profilowanych krawężników. Osoba niepełnosprawna ruchowo, która mieszka na terenach wiejskich często nie może dotrzeć samodzielnie do dostosowanej przychodni ze względu na stan chodnika. Z kolei osoba niedowidząca poruszająca się autobusowym transportem podmiejskim może mieć problem z opuszczeniem pojazdu na odpowiednim przystanku. W autobusach takich (powszechnie nazywanych busami) nie podaje się komunikatów o kolejnym przystanku.

Kolejnym istotnym aspektem zauważanym przez osoby niepełnosprawne jest dostępność dokumentacji medycznej. Mimo powszechnej informatyzacji służby zdrowia danych o pacjencie nie gromadzi się w jednej bazie. Co więcej dokumenty w wersji papierowej giną lub bywają zawieruszone. Z wypowiedzi dotyczących tej kwestii można wysnuć niepokojący wniosek o braku współpracy różnych placówek na rzecz osób niepełnosprawnych, a często też braku kontaktu z rodziną osób.

Wiele placówek szczebla centralnego nie posiada wiedzy na temat gromadzonych danych, dotyczących osób niepełnosprawnych. Ma to, niestety miejsce także w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta. Wypowiedzi zgromadzone w badaniu jakościowym Projektu wskazują, że w Biurze tej ważnej instytucji działającej na rzecz rozwiązywania niezwykle istotnych problemów osób poddawanych leczeniu - nie dostrzega się potrzeby uwzględnienia specyfiki danej niepełnosprawności, a co za tym idzie – związanych z nią trudności i ograniczeń.

W takiej sytuacji raczej trudno oczekiwać, że w przewidywanej przyszłości poprawie ulegnie dostępność usług rehabilitacji medycznej dla pacjentów niepełnosprawnych. Ich leczenie i rehabilitacja nie stanowią priorytetu. Tym bardziej, że wcale nie chodzi tu o segregację pacjentów i ich problemów, a o świadomość, a przede wszystkim wiedzę, że niepełnosprawność implikuje trudności, które można pokonać wyłącznie w perspektywie wyrównywania szans (na przykład krótki czas oczekiwania na rehabilitację).

Problemem zidentyfikowanym w toku realizacji Projektu jest także brak odpowiednich standardów, umożliwiających skuteczne realizowanie intensywnej rehabilitacji powypadkowej. Intensywna rehabilitacja powypadkowa jest pożądana zarówno ze względu na możliwość korzystnego wczesnego diagnozowania oraz korzystny przebieg rehabilitacji realizowanej natychmiast, gdy to jest tylko możliwe, jak również ze względu na czynniki ekonomiczne. Osoba poddawana takiej rehabilitacji i nie oczekująca kilka miesięcy na jej



rozpoczęcie znacznie szybciej powraca do realizacji obowiązków zawodowych i z powrotem uzyskuje przychód z pracy zarobkowej. Zakład Ubezpieczeń Społecznych w krótszym terminie obciążony jest kosztami związanymi z dezaktywizacją osoby, która uległa wypadkowi. Na korelację wysokich kosztów długookresowej rehabilitacji powypadkowej z warunkami rehabilitacji zwraca uwagę jeden z respondentów:

*Jeżeli ktoś czeka na lekarza specjalistę rok czasu a czasami i dłużej no to w tym czasie jego stan na pewno się nie poprawi tylko wręcz odwrotnie. Jeżeli ktoś miał złamaną nogę to po pół roku jak on trafi na rehabilitację to jest złamanie kości a czasem to są zmiany nieodwracalne. [...] A tym samym by były mniejsze ponoszone koszty z innego tytułu. Pieniądze, które by były przeznaczane na rehabilitację zawodową.*

Źródło: pogłębiony wywiad indywidualny, woj. mazowieckie.

Podobne przykłady znajdziemy także w literaturze przedmiotu. W opinii autorów Społecznego Raportu Alternatywnego „osoba, która wymaga rehabilitacji (na przykład opuszcza szpital), zwykle jest zdana tylko na siebie. Często jest w złym stanie psychicznym, nie ma żadnej wiedzy na temat rehabilitacji. Gdyby otrzymała wsparcie doradcy, który przedstawiłby wszystkie możliwości i pozwolił wybrać pożądaną ścieżkę rehabilitacji, to jej proces byłby skuteczniejszy, a koszty finansowe i społeczne dużo niższe”<sup>33</sup>.

Autorzy wspomnianego Raportu zwracają uwagę na jeszcze jedną istotną kwestię, tj. problem koordynacji pomocy: „Należy wskazać brak konsekwencji działań w przypadku rehabilitacji w obszarze zdrowia – ograniczanie dostępu do świadczeń z powodów finansowych zwiększa prawdopodobieństwo niepełnosprawności w późniejszym okresie. Konieczne jest wzmocnienie koordynacji pomiędzy leczeniem i rehabilitacją oraz płynne przechodzenie od jednego etapu do drugiego. Należy także oczekiwać większej efektywności działań prewencyjnych ze strony organów rentowych, które dzięki procesowi orzeczniczemu mają kontakt z osobami zagrożonymi niepełnosprawnościami, podobnie lepszej koordynacji z resortem zdrowia”<sup>34</sup>.

Istotną kwestią w procesie rehabilitacji medycznej jest zapewnienie dostępu do zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych. Skuteczność w tym zakresie jest

<sup>33</sup> Społeczny Raport Alternatywny z realizacji Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami w Polsce, Fundacja KSK, Warszawa 2015, s. 46.

<sup>34</sup> Ibidem, s. 46-47.



ograniczona przede wszystkim ze względów finansowych i organizacyjnych. W opinii środowiska osób niepełnosprawnych, ich rodzin i ekspertów zaopatrzenie często nie spełnia swojej funkcji. NFZ pokrywa koszt najtańszych rozwiązań. W praktyce nie można zlecić pacjentowi zaopatrzenia w trakcie pobytu w szpitalu. Pacjent otrzymuje zalecenia w dniu wypisu i w tym momencie lekarz traci kontrolę nad skutecznością wybieranych przez pacjenta rozwiązań, a pacjent możliwość konsultacji. Zaopatrzenie w środki pomocnicze z samorządów i z PFRON pokrywa tylko część zgłaszanych potrzeb (wniosków osób niepełnosprawnych), mimo stosowanego często kryterium dochodowego. Podobnie, jak w przypadku dofinansowania z NFZ środki na zabezpieczenie są niewystarczające. Wiele osób niepełnosprawnych korzysta w tym zakresie ze wsparcia charytatywnego organizacji pozarządowych.

### Rehabilitacja społeczna i zawodowa

Proces implementacji zapisów Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych w okresie minionych 4 lat, tj. od momentu jej ratyfikacji przez Polskę we wrześniu 2012 r. w zakresie działań prowadzonych w obszarze rehabilitacji społecznej i zawodowej nie przyniósł szczególnych zmian. Problem jest obecny w debacie publicznej. Monitorowane jest jego wdrażanie na poziomie władz centralnych (rządu), Rzecznika Praw Obywatelskich, przez organizacje pozarządowe. Jednocześnie w opinii środowiska osób niepełnosprawnych, jak i ekspertów podejmowane działania na poziomie państwowym mają charakter chaotyczny, nieprecyzyjny. Istnieje bałagan terminologiczny, kompetencyjny i instytucjonalny w obszarze funkcjonowania obecnych rozwiązań w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej. Brakuje też kompleksowej wizji zmiany i wdrożenia rozwiązań, bliższych KPON.

„W rehabilitacji społecznej odbijają się bolączki dotyczące rehabilitacji w ogóle. Jest ona realizowana w oparciu o różne regulacje i środki (PFRON, pomoc społeczna, unijne, subwencja oświatowa), co powoduje rozczłonkowanie aktywności i brak spójności. Wszechstronna rehabilitacja nie jest możliwa, gdy w Ustawie o rehabilitacji sprowadza się ją do warsztatów terapii zajęciowej, turnusów rehabilitacyjnych oraz ogólnie określonych zadań realizowanych przez organizacje pozarządowe. Te działania, jak i finansowane z innych źródeł, tworzą niedopasowaną i nieefektywną mozaikę. Niektóre z obecnych form wymagają przemyślenia i modernizacji (na przykład warsztaty terapii zajęciowej, środowiskowe domy samopomocy, turnusy rehabilitacyjne, domy pomocy społecznej), inne powoli są wprowadzane (na przykład rodzinne domy pomocy), a jeszcze innych w ogóle brakuje (na przykład usługi asystenckie, tymczasowa opieka zastępcza – ang. respitecare). Poza tym, w

przypadku niektórych form, trudno o indywidualizację wsparcia (na przykład warsztaty terapii zajęciowej)”<sup>35</sup>.

Za sukcesy związane z wdrażaniem art. 26 KPON uznać można:

- działania organizacji pozarządowych na rzecz większego włączenia społecznego i zawodowego osób niepełnosprawnych, w tym działania rzecznicze i świadomościowe,
- opracowanie i wdrażanie przez organizacje pozarządowe modelowych rozwiązań w zakresie aktywizacji społecznej i zawodowej,
- podejmowanie tematyki aktywizacji osób niepełnosprawnych przez media,
- niwelację szeregu barier architektonicznych.

Porażki związane z wdrażaniem art. 26 KPON w zakresie aktywizacji społecznej i zawodowej to przede wszystkim:

- brak rozwiązań systemowych,
- brak ciągłości w procesie rehabilitacji zawodowej (np. po opuszczeniu uczelni przez studenta niepełnosprawnego),
- podejście „projektowe” i „wskaźnikowe”.

Mimo szeregu projektów współfinansowanych ze środków krajowych i europejskich nadal występuje w Polsce zjawisko nierównego dostępu osób z niepełnosprawnościami do rehabilitacji społecznej i zawodowej. Ma ono wielorakie przyczyny o charakterze społecznym, gospodarczym, infrastrukturalnym.

*Nierówny dostęp osób z niepełnosprawnościami do rehabilitacji społecznej i zawodowej – przyczyny*

*- ekonomiczne/gospodarcze: m.in. relatywnie małe, względem faktycznych potrzeb, nakłady ponoszone przez państwo na rehabilitację społeczno-zawodową osób z niepełnosprawnościami; trudności ekonomiczne w przedsiębiorstwach ograniczające ich rozwój i możliwości zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami; bezrobocie, w świetle którego, niejednokrotnie nieuzasadnionym społecznie wydaje się zatrudnianie osób posiadających źródło zabezpieczenia w postaci świadczenia rentowego;*

<sup>35</sup> Ibidem, s. 47.





- społeczne: m.in. niski poziom wiedzy i świadomości społecznej na temat niepełnosprawności oraz osób niepełnosprawnych; w tym decydentów; pracodawców/społecznego środowiska pracy; samorządowych, w szczególności samorządu gmin (wójtów/burmistrzów – bierność!!!); niejednokrotnie pracowników opieki zdrowotnej; czasem rodziców, a nawet pracowników edukacji, ośrodków kultury itp.;
- przestrzenne: m.in. niedostosowanie przestrzeni fizycznej i środków transportu; przestrzenne zróżnicowanie w zakresie zagospodarowania infrastrukturalnego w zakresie infrastruktury ekonomicznej oraz społecznej ogólnego i specjalnego przeznaczenia, a tym samym dostępności świadczonych przez nie usług; koncentracja miejsc pracy i świadczenia usług społecznych przy rozproszeniu miejsc zamieszkania osób z niepełnosprawnościami; zróżnicowanie przestrzenne wielkości i struktury rynku pracy oraz bezrobocia)
- prawno - organizacyjne: m.in. „niefunkcjonalne” i mało stabilne prawo; niefunkcjonalny i „dziurawy system rehabilitacji społeczno-zawodowej; niewłaściwa alokacja środków finansowych przeznaczonych na refundację wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych; „niefunkcjonalne” orzecznictwo i niejednokrotnie związane z tym obawy podejmowania zatrudniania, aby nie było ono przyczyną utraty statusu osoby niepełnosprawnej i związanych z tym przywilejów, brak skutecznych instrumentów gwarantujących osobom niepełnosprawnym egzekwowanie przysługującego im prawa do pracy i społecznego włączenia.

Źródło: Kwestionariusz opinii doradczej do debaty nt. art. 26 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych w zakresie społecznych i zawodowych aspektów rehabilitacji kompleksowej.

Znacząca część wsparcia w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej jest realizowana ze środków publicznych. W związku tym co do zasady dostępność do tej formy wsparcia powinna być niedyskryminująca. Z dorobku debat Projektu, jak też kwestionariuszy opinii wynika jednak, że niektóre z grup osób niepełnosprawnych mogą być dyskryminowane w procesie dostępu do usług aktywizacji społecznej czy zawodowej z uwagi na swoją niepełnosprawność (osoby głuche i niedoслyszające, osoby z niepełnosprawnością ruchową), ale także z uwagi na swoje miejsce zamieszkania (oddalenie od organizacji pozarządowych realizujących programy wsparcia).

*Grupy defaworyzowane w zakresie dostępu do aktywizacji społecznej i zawodowej*

a) w zakresie możliwości korzystania z rehabilitacji społecznej:



- osoby niepełnosprawne psychicznie, intelektualnie, epileptycy, z niepełnosprawnością sprzężoną, w tym głuchonieme oraz tzw. całościowymi zaburzeniami rozwojowymi)– z uwagi na specyfikę niepełnosprawności, nieprzewidywalność zachowań, trudności w nawiązaniu relacji i, zdaje się, stosunkowo niski poziom akceptacji społecznej dla tego rodzaju „odmienności” napotykają na największe trudności w procesach społecznego włączenia, integracji w środowisku lokalnym, korzystaniu z dóbr kultury, sportu itp.
- b) w zakresie możliwości korzystania z rehabilitacji zawodowej
- osoby niepełnosprawne psychicznie, intelektualnie, epileptycy, osoby niewidome, z niepełnosprawnością sprzężoną, w tym głuchonieme oraz tzw. całościowymi zaburzeniami rozwojowymi), czasem neurologiczne (np. dystonie) – pracodawcy najrzadziej zatrudniają osoby z tego rodzaju niepełnosprawnościami; przyczyną niechęci do zatrudniania osób z wskazanymi rodzajami niepełnosprawności jest stereotyp o ich nieprzydatności do pracy (niskiej efektywności, trudnościach w funkcjonowaniu społecznym itp.) ale też niewiedza co do ich możliwości zawodowych oraz dostępnych instrumentów wspierających ich zatrudnienie.
- c) w dostępie do możliwości edukacyjnych przygotowujących do podjęcia pracy
- osoby z „niestabilną” niepełnosprawnością psychiczną i epilepsją, niepełnosprawne intelektualną oraz złożonymi niepełnosprawnościami - napotykają bowiem często na trudności, których źródłem są w dużej mierze ograniczone możliwości percepcji wiedzy oraz, bywa, przyjęta formułą kształcenia (przygotowanie do pracy, bez konkretnych umiejętności) oraz „niedoskonałości” edukacji włączającej. Np. w przypadku np. osób niewidomych, głuchoniemych utrudnienia wynikają z niedostosowania placówek edukacyjnych do ich specyficznych potrzeb (m.in. niedostosowanie kompetencji pracowników, rozwiązań techniczno-technologicznych; ograniczenie dostępności usług asystenckich).

Źródło: Kwestionariusz opinii doradczej do debaty nt. art. 26 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych w zakresie społecznych i zawodowych aspektów rehabilitacji kompleksowej.

W procesie kwalifikowania do programów i usług w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej nie zawsze stosuje się kompleksowość rozwiązań. Proces kwalifikacji i oceny rzadko uwzględnia postulat utrzymania, ewentualnie osiągnięcia możliwie największej



niezależności osoby z niepełnosprawnością. W procesie orzekania o potrzebie wsparcia i kwalifikowania osób niepełnosprawnych do projektów oraz w opracowywaniu indywidualnych planów rehabilitacji nie zawsze uwzględniane są wymienione wytyczne oraz dobre praktyki krajowe i standardy międzynarodowe. Brakuje też zintegrowania aspektów rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej.

*Trudno mówić o kompleksowości rozwiązań jak nie ma dostępu do usług, np. profesjonalnego poradnictwa zawodowego (doradztwa kariery) dla uczniów i dorosłych, wsparcia w procesie przejścia ze szkoły do pracy, rozwiniętych usług asystenckich (i trenera pracy) w procesie wejścia na rynek pracy i zatrudnienia.*

Źródło: Kwestionariusz opinii doradczej do debaty nt. art. 26 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych w zakresie społecznych i zawodowych aspektów rehabilitacji kompleksowej.

## **Znajomość Konwencji Narodów Zjednoczonych o Prawach Osób Niepełnosprawnych oraz norm wprowadzanych poprzez jej wdrożenie w szczegółowych obszarach**

W toku przeprowadzonej w ramach Projektu analizy jakościowej postawiono pytanie, jaka jest rzeczywista wiedza respondentów w zakresie przepisów prawa regulujących sytuację osób niepełnosprawnych w obszarze ochrony zdrowia i rehabilitacji? W tym niezwykle istotnym z punktu widzenia sytuacji jednostkowej obszarze, ta kwestia odgrywa bowiem bardziej istotną rolę niż w pozostałych obszarach wyodrębnionych w badaniu. Uzyskane wyniki wskazują na stosunkowo niski poziom znajomości przepisów prawa regulujących sytuację osób niepełnosprawnych. Dotyczy to w szczególności poziomu lokalnego. Jak wskazują wypowiedzi uczestniczących w badaniu pracowników podmiotów leczniczych i rehabilitacyjnych oraz przedstawicieli instytucji prowadzących działalność w obszarze ochrony zdrowia i rehabilitacji - przyczyna tego stanu rzeczy leży w braku rozróżniania w systemie ochrony zdrowia osób pełnosprawnych i niepełnosprawnych:

*To bym powiedziała właśnie odwrotnie, o tak. Tak, realizujemy poprzez równe traktowanie. To znaczy system opieki zdrowotnej raczej jest na takiej zasadzie, że ma być ten równy dostęp do świadczeń zdrowotnych i to niedyskryminowanie, czyli niezabranianie czegoś osobie niepełnosprawnej, niekategoryzowanie pojawia się w każdym elemencie systemu opieki zdrowotnej, bo nie ma czegoś takiego, że ta osoba będzie gorzej czy lepiej traktowana. Nie ma tych szczególnych uprawnień czego by pewnie oczekiwały osoby niepełnosprawne, ale nie ma tak, że one z automatu mają gorzej. U nas też jest tak, że nie*

*kategoryzujemy, to że osoba jest niepełnosprawna w jakikolwiek sposób, to my nie traktujemy jej gorzej, lepiej czy jakkolwiek.*

Źródło: pogłębiony wywiad indywidualny, woj. mazowieckie.

Osoby niepełnosprawne deklarują brak potrzeby szczegółowej znajomości przepisów prawa dotyczących ochrony zdrowia i rehabilitacji leczniczej. Doświadczenia w zakresie praktycznego stosowania przepisów prawa w obszarze ochrony zdrowia i rehabilitacji są niewielkie.

W ramach przytoczonego wcześniej badania podjęto także próbę zweryfikowania doświadczeń i spostrzeżeń w zakresie realizacji norm Konwencji Narodów Zjednoczonych o Prawach Osób Niepełnosprawnych ratyfikowanej przez Rzeczpospolitą Polską. Badanie ukazało szeroką perspektywę wyobrażeń o normach i rozwiązaniach wprowadzanych poprzez wdrażanie KPON:

*Więcej jest na ulicy, więcej się widzi. Z zespołem Downa jest mnóstwo dorosłych albo ja mam takie szczęście, że ich widzę. Ta praca chroniona (nazwa) dla niepełnosprawnych bardzo się teraz rozwinęła, pan u nas pracuje na sortowni, ale zbierają też w blokach różne rzeczy. Mój kolega robi doniczki a ma zespół Downa.* (zogniskowany wywiad grupowy, woj. mazowieckie)

Pojawiające się w przestrzeni społecznej i prawnej rozwiązania dedykowane osobom niepełnosprawnym łączone są przez te osoby z ratyfikacją KPON. Powtarzające się wyobrażenia potwierdzają brak orientacji w regulacjach systemowych oraz brak rozeznania w charakterze wpływu, jaki Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych może wywierać na sytuację grupy, której prawa wspiera.

Osoby reprezentujące podmioty działające na poziomie lokalnym przytaczają przykłady rozwiązań i obszarów życia, które zgodnie z ich wyobrażeniami uległy zmianom skutkiem ratyfikowania KPON:

*Świadomość społeczeństwa, przede wszystkim, zauważanie tych osób, to, że powstały te wszystkie udogodnienia, w przychodniach, itd. to wszystko jest dzięki konwencji, bo to zostało unaocznione, nagłośnione i ona wymusiła pewne prawa, zastosowania. Myślę, że to jest bardzo ważna sprawa.*

Źródło: zogniskowany wywiad grupowy, woj. śląskie.

Przeciwstawne opinie na ten temat wyrażają przedstawiciele terenowej administracji rządowej działający na poziomie regionalnym. W ich opinii ratyfikowanie KPON nie znalazło



przełożenia na pracę administracji. Ich zdaniem większe znaczenie dla realizowania zmian uwarunkowań rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz integracji osób niepełnosprawnych mają działania podejmowane przez kolejnych ministrów pracy i polityki społecznej<sup>36</sup>. Znaczenie KPON jest traktowane jako marginalne:

*To na nas to nie wpłynęło, ale jak gdyby wiemy, bo wcześniej w urzędzie funkcjonował pełnomocnik, do spraw równego traktowania, i to była cała masa szkoleń i jeździliśmy na te szkolenia i poza i zwracanie uwagi przy zatrudnianiu osób niepełnosprawnych tak jak u nas, to przy zatrudnianiu się honoruje pierwszeństwo osoby niepełnosprawnej.*

Źródło: pogłębiony wywiad indywidualny, woj. warmińsko-mazurskie.

Wypowiedziom przedstawicieli terenowej administracji rządowej towarzyszy wyraźny sceptycyzm odnoszący się do skuteczności wdrażania KPON.

*Podaję, że gdyby Konwencji nie podpisano a była chęć skutecznego działania to pewnie by te działania były podjęte w mojej ocenie. Realnie w mojej ocenie nie mają znaczenia wszelkie akty, konwencje jako faktyczne, skuteczne działanie. [...] Gdyby zebrano takich polityków, którzy mają chęć i wole działania to myślę, że bez konwencji też byśmy sobie poradzi. Nawet obserwując ostatnie kilka lat funkcjonowania o konwencji bardzo dużo się mówi, natomiast ciężko wskazać takie przełożenie, o jakie pan zapytał, że konwencja dała to, to i to. To jest podobna historia jak z ustawą o rehabilitacji. Kolejne zmiany, które wprowadza się do ustawy, na zasadzie bieżącego łatania, bieżących problemów a nie ma woli żeby wprowadzić jednolity system.*

Źródło: pogłębiony wywiad indywidualny, woj. podkarpackie.

Świadomość i znajomość postanowień KPON na poziomie regionalnym należy uznać za relatywnie niską względem oczekiwań kompetencyjnych. Przedstawiciele terenowej administracji rządowej wskazują podmioty samorządowe jako zobowiązane do wdrażania postanowień KPON. Na poziomie regionalnym osoby reprezentujące jednostki samorządu terytorialnego, działające w obszarze ochrony zdrowia i rehabilitacji, wykazują niewielką wiedzę zarówno o przepisach prawa krajowego, dotyczących osób niepełnosprawnych, jak

<sup>36</sup> Od 16.11.2015 roku minister właściwy do spraw pracy, zabezpieczenia społecznego i rodziny, kierujący Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (przedtem Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej).



również o postanowieniach KPON. Z kolei osoby wypełniające zadania zawodowe związane z orzecznictwem o niepełnosprawności twierdzą, że poznawali treść KPON podczas „licznych” rozmów w Biurze Rzecznika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych nt. doskonalenia standardów działalności orzeczniczej, jakości wykonywanej pracy i dostępności systemu:

*My jesteśmy jakby częścią systemu, który realizuje tą Konwencję, więc jakby my już jesteśmy tak wyszczegółowieni w tym wszystkim, że jak gdyby nie ma mowy o takim ogólnym wdrażaniu Konwencji, bo my przez realizację tych celów orzecznictwa pozarentowego jesteśmy jakby częścią tego. Może to dziwnie nie zabrzmie, ale u nas nie ma tej świadomości, bo jest cały czas. Jest jakby naturalną i my na co dzień w pracy jakby nie myślimy o tym, że to jest. Bo dla nas jest to jakby oczywiste.*

Źródło: pogłębiony wywiad indywidualny, woj. mazowieckie.

## Rehabilitacja a polityki i strategii krajowe, regionalne, lokalne

Skuteczność polityki państwa w zakresie rehabilitacji społecznej, zawodowej, medycznej jest oceniana nisko. Zasadniczy problem w tym względzie dotyczy braku holistycznego podejścia do osoby z niepełnosprawnością. Skutkuje to nieuwzględnieniem postulatu dotyczącego konieczności wdrażania rozwiązań o charakterze kompleksowych oddziaływań: medyczno-społeczno-zawodowych.

Strategie i programy krajowe są bardzo różnorodne, dotyczą wielu obszarów życia społecznego, więc ich zawartość w odniesieniu do osób niepełnosprawnych także ma zróżnicowany charakter.

Do dokumentów tego obszaru zaliczyć można m.in.:

1. Komunikat Komisji Europejskiej z dnia 3 marca 2010 r. KOM (2010)2020 - EUROPA 2020 – Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu,
2. Długookresową Strategię Rozwoju Kraju. Polska 2030. Trzecia Fala Nowoczesności,
3. Strategię Rozwoju Kraju 2020. Aktywne społeczeństwo, konkurencyjne gospodarka, sprawne państwo,
4. Strategię Innowacyjności i Efektywności Gospodarki "Dynamiczna Polska 2020",
5. Strategię na Rzecz Zrównoważonego Rozwoju,
6. Strategię Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020,



7. Strategię Rozwoju Kapitału Społecznego 2020,
8. Strategię Rozwoju Transportu do 2020 roku (z perspektywą do 2030 roku),
9. Strategię Sprawne Państwo 2020,
10. Krajową Strategię Rozwoju Regionalnego – Regiony, miasta, obszary wiejskie; Strategia rozwoju obszarów wiejskich, rolnictwa i rybactwa na lata 2012–2020,
11. Plan na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju,
12. Projekt Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju,
13. Krajowy Program Działań na rzecz Równego Traktowania,
14. Dokumenty dotyczące programów operacyjnych przyjęte przez Radę Ministrów 8 stycznia 2014 r.:

Cechę wspólną dokumentów stanowi przywołanie w ich treści zasad niedyskryminacji, dostępności, równości kobiet i mężczyzn oraz pełnego i skutecznego udziału w społeczeństwie oraz integracji społecznej, do której odnosi się art. 4 (Zasady ogólne) KPON. Najczęściej strategie krajowe korespondują jedynie z celami KPON. Tylko niektóre z dokumentów wprost odwołują się do KPON, wskazując na konieczność wdrożenia przyjętych w niej rozwiązań. Brak bezpośredniego odniesienia do KPON w poszczególnych strategiach oraz niewyznaczanie wskaźników dla projektowanych przedsięwzięć oznacza, że mogą one pozostać jedynie w sferze deklaracji, ponieważ nie będą podlegały miarodajnej ocenie. Nie będzie zatem możliwe stwierdzenie rzeczywistych efektów oddziaływania strategii i programów z perspektywy realizacji praw osób niepełnosprawnych.

Słabą stroną podejścia do kwestii programowania na poziomie centralnym jest niedostateczne uwzględnianie przestrzennych dysproporcji rozwojowych kraju: na poziomie regionów, na poziomie wewnątrz wojewódzkim, a także powiatowym i lokalnych. Dysproporcje te w sposób istotny rzutują zarówno na dostępność i jakość rehabilitacji, jak też szeroko pojmowane warunki i jakość życia osób z niepełnosprawnością i ich rodzin.

Istotnym mankamentem w tym zakresie jest także rozproszenie odpowiedzialności za poszczególne obszary podlegające rehabilitacji między resortami, a co za tym idzie źródeł finansowania. W efekcie działania rehabilitacyjne nie mają charakteru kompleksowego a fragmentaryczny. Ponadto słabą stroną polityk państwa jest brak ujednoczonego systemu monitorowania i ewaluacji podejmowanych działań, także w sektorze pozarządowym. Środki przekazywane na poziomie kraju na realizację celów programowych szeroko rozumianej



rehabilitacji nie zabezpieczają w pełni potrzeb, co szczególnie odczuwalne jest w systemie opieki zdrowotnej.

Tworzenie i finansowanie skutecznych programów w dziedzinie rehabilitacji na poziomie lokalnym i regionalnym jest trudne oraz często uzależnione od aktywności lokalnego środowiska reprezentującego interesy osób niepełnosprawnych. Samorządy nie mają rzetelnych danych dotyczących liczby osób niepełnosprawnych na ich terenie, zdiagnozowanych potrzeb i potencjału osób niepełnosprawnych. Realizują zadania wynikające z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, i innych aktów prawnych.

Analiza dokumentów strategiczno-programowych poziomu wojewódzkiego pokazuje występowanie pewnej synergii między dokumentami służącymi z jednej strony wydatkowaniu środków w ramach europejskiej polityki spójności (regionalne programy operacyjne i szczegółowe opisy osi priorytetowych oraz, przynajmniej w pewnym stopniu, wojewódzkie strategie rozwoju) a pozostałymi dokumentami planistycznymi, przyjmowanymi na podstawie kompetencji przekazanych w tym zakresie samorządom przez ustawodawstwo krajowe. Ta pierwsza grupa dokumentów jest w dużej mierze skierowana na inwestycje infrastrukturalne czy też związane z rynkiem pracy. Także przewidziane tam kierunki oddziaływania dotyczącego służby zdrowia, edukacji i rehabilitacji w dużym stopniu mają na celu umożliwienie poszczególnym członkom społeczeństwa powrót na rynek pracy. W tym sensie polityki te mają głównie cel ekonomiczny, związany z wzmocnieniem rozwoju lokalnej gospodarki. Temu też służą ułatwienia związane z umożliwieniem osobom wykluczonym (w tym osobom z niepełnosprawnościami) życia w lokalnej społeczności oraz uwzględnienie potrzeby zwiększenia dostępności dla osób niepełnosprawnościami infrastruktury publicznej (choć w tym wypadku wsparcie zdecydowanie nie jest wystarczająco różnorodne). Natomiast w drugiej grupie wojewódzkich dokumentów planistycznych pojawia się więcej rozwiązań uzupełniających powstałe w ten sposób luki w obszarach wsparcia. Co prawda znów najczęściej jest form wsparcia skierowanych na edukację i pracę, jak również rehabilitację. Jednak zdecydowanie rzadsze są inwestycje w dostępność infrastruktury, a w zamian pojawiają się te dotyczące bardziej kultury, sportu, turystyki i rekreacja (a więc aktywności, do których potrzeba także wypracowania tzw. kompetencji miękkich). Ponadto, na poziomie tych dokumentów zdecydowanie częściej niż w przypadku pierwszej grupy aktów planistycznych uwzględniono różne formy oddziaływania w





zwiększenie udziału osób niepełnosprawnych w życiu publicznym oraz ich partycypację społeczną.

Mimo wszystko, podkreślić trzeba, iż zaplanowane w analizowanych dokumentach działania, dotyczące szeregu obszarów oddziaływania, są zdecydowanie niewystarczające do pełnego wdrożenia zapisów KPON. Często sprowadzają się one tylko do najbardziej podstawowych rozwiązań, nie uwzględniając tych bardziej zaawansowanych i pozwalających na głębsze włączenie osób niepełnosprawnych w główny nurt życia poszczególnych społeczności. Nie tylko dotyczy to wspomnianych przed chwilą form wsparcia dotyczących włączenia osób niepełnosprawnych w życie publiczne i partycypację społeczną, lecz również tak ważnych sfer jak przeciwdziałanie dyskryminacji, dostęp do oferty kulturalnej (i możliwość aktywnego uczestnictwa w kulturze), wsparcie życia rodzinnego, praw dzieci z niepełnosprawnościami (specyfika ich potrzeb praktycznie nie jest uwzględniana) czy zwiększenia mobilności, szczególnie osób mieszkających na terenach wiejskich czy oddalonych od centrów administracyjnych i komercyjnych (nie stosuje się rozwiązań, które ułatwiłyby tym osobom przemieszczanie się, a w rezultacie przeciwdziałających ich wykluczeniu społecznemu). Niepokoi praktyczny brak występowania rozwiązań uwzględniających prawa kobiet z niepełnosprawnościami oraz ułatwiających komunikację osób niepełnosprawnych w społeczeństwie (szczególnie chodzi tutaj o przygotowanie odpowiednio dużej grupy przedstawicieli różnych służb publicznych, posiadających kompetencje do kontaktowania się z różnymi OZN, co w rezultacie pozwalałoby im na samodzielne korzystanie z tych usług publicznych, bez potrzeby pośrednictwa ze strony członków rodziny, opiekunów czy tłumaczy).

W rezultacie, można podsumować, iż podejmowane na poziomie wojewódzkim działania planistyczne wskazują na pozostawanie naszego kraju ciągle na etapie zapewnienia raczej podstawowych potrzeb osób z niepełnosprawnościami, związanych z ich włączeniem do życia w społeczeństwie. Wiele ich praw przewidzianych w KPON nawet nie próbuje się realizować. Jak się wydaje, przede wszystkim brakuje w tym zakresie wiedzy wśród wielu osób odpowiedzialnych za działania samorządów, a następująca stopniowo zmiana nie jest wystarczająca.

Działania planistyczne na poziomie powiatu koncentrują się na zwiększeniu dostępu do różnorodnych usług rehabilitacyjnych, ich określeniu, zwiększeniu efektywności i wsparciu



ich rozwoju i różnorodności. W szczególności proponowane programowe działania koncentrują się na:

- umożliwieniu udziału w turnusach rehabilitacyjnych i wsparciu finansowe uczestnictwa w nich, także ze środków PFRON;
- rozwoju ośrodków i placówek rehabilitacyjnych i inicjowaniu tworzenia instytucji wspierających osoby niepełnosprawne i w efekcie zwiększanie dostępu do usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych dla osób niepełnosprawnych (zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady leczniczo- opiekuńcze, domy pomocy społecznej, ośrodek pobytu dziennego, itp.);
- wspieraniu rehabilitacji prowadzonej przez organizacje pozarządowe działające na rzecz osób niepełnosprawnych;
- zwiększeniu efektywności działań rehabilitacyjnych poprzez wielopłaszczyznową współpracę ośrodków rehabilitacyjnych, leczniczych oraz specjalistów;
- tworzeniu grup psychoterapeutycznych i samopomocowych dla osób niepełnosprawnych i ich rodzin,
- zwiększeniu dostępu do poradnictwa specjalistyczne dla rodzin, których członkowie są osobami niepełnosprawnymi oraz nauczycieli pracujących z osobami niepełnosprawnymi.

Co interesujące, w programach powiatowych uwzględnia się najczęściej zwiększenie udziału w turnusach rehabilitacyjnych, w szczególności poprzez ich udostępnienie, dofinansowanie czy sfinansowanie. Innymi słowy zapisy w tym obszarze są dość podstawowe.

Zapisy powiatowych dokumentów planistycznych w odniesieniu do rehabilitacji dotyczą zwłaszcza:

- zwiększania środków kompensujących utratę danej funkcji organizmu, w tym zwłaszcza środków technicznych m.in. przedmiotów ortopedycznych, pomocniczych, rehabilitacyjnych ułatwiających osobom niepełnosprawnym przystosowanie i readaptację społeczną;
- doposażenia obiektów i placówek służących rehabilitacji w sprzęt rehabilitacyjny służący osobom niepełnosprawnym z różnymi dysfunkcjami;

- wsparcia finansowego w celu zakupu sprzętu i urządzeń w zakresie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych;
- utworzenia wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego;
- dofinansowania zakupu przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

Na poziomie lokalnym, gminnym, kwestie niepełnosprawności w dokumentach planistycznych łączone są często z problematyką osób zagrożonych wykluczeniem. Ponadto w obszarze zdrowia zapisy w dokumentach dotyczą ogólnie dostępu do usług medycznych bez wiązania go z osobami niepełnosprawnymi, w odróżnieniu od dostępu usług rehabilitacyjnych, który ma być zapewniony osobom niepełnosprawnym i osobom starszym. Nie występują rozwiązania dotyczące szkolenia lekarzy i personelu medycznego w zakresie potrzeb i praw osób niepełnosprawnych. Prawo do życia w społeczności jest realizowane głównie poprzez usługi opiekuńcze. W ogóle nie przewiduje się pomocy osobistego asystenta, prawdopodobnie ze względu na to, że wprowadzenie takiego rozwiązania rodziłoby dodatkowe koszty. Brak jest odniesień do kwestii odchodzenia od opieki instytucjonalnej na rzecz innych form opieki. Instytucje takie, jak zakłady opiekuńczo-wychowawcze, a także niektóre domy pomocy społecznej są prowadzone przez samorząd powiatowy i wówczas pozostają poza perspektywą gminną reprezentowaną przez gminne dokumenty strategiczno-programowe, koncentrujące się na innych rozwiązaniach.

W lokalnych dokumentach planistycznych brakuje zaplanowanych działań dotyczących rozwiązań ułatwiających osobom niepełnosprawnym komunikowanie się z otoczeniem (np. w sprawach urzędowych, czy w związku z usługami medycznymi) oraz sprzyjających mobilności osób niepełnosprawnych. Podobnie w dokumentach nie ma zapisów odnoszących się do rozwiązań komunikacyjnych mających wpływ na dostępność usług medycznych dla osób niepełnosprawnych (możliwość komunikowania się w języku migowym, informacje dostępne w alternatywnych formatach, informacje pisane prostym językiem), ani do usług związanych z transportem OZN do placówek służby zdrowia.

Na wszystkich poziomach regionalnych słabą stroną jest monitorowanie i ewaluacja podejmowanych działań oraz brak powiązania polityk z kwestiami finansowymi.

## 3.2. PROPOZYCJA ZMIAN SŁUŻĄCYCH PRZEZWYCIĘŻENIU BARIER POZAPRAWNYCH

### 1. Kwestie definicyjne

Pojęcie niepełnosprawności oraz rehabilitacji występuje w licznych dokumentach prawnych oraz politykach tworzonych na różnych szczeblach. Zadania z zakresu rehabilitacji przypisane są do różnych instytucji, które nie są ze sobą powiązane prawnie, administracyjnie czy organizacyjnie. W związku z tym konieczne jest:

- uporządkowanie terminologiczne dotyczące pojęć „niepełnosprawność” i „rehabilitacja”;
  - uporządkowanie instytucjonalne usług i świadczeń występujących w różnych ustawach, odnoszących się do procesu rehabilitacji/habilitacji osób niepełnosprawnych: rehabilitacji medycznej, zawodowej i społecznej, aktywizacji zawodowej, reintegracji społecznej i zawodowej, integracji społecznej i zawodowej;
  - reformowanie systemu orzecznictwa, poprzez ujednoczenie systemu i wprowadzenie diagnozy funkcjonalnej dla każdej osoby;
  - opracowanie katalogu standardów usług i świadczeń rehabilitacyjnych dostępnych dla wszystkich osób niepełnosprawnych bez względu na dochody i miejsce zamieszkania.
2. Procesem rehabilitacji medycznej osoby niepełnosprawne powinny być obejmowane natychmiast po zdiagnozowaniu przyczyny niepełnosprawności. Rehabilitacja ta powinna:
- rozpocząć się odpowiednio wcześniej i być realizowana w trybie ciągłym;
  - mieć charakter kompleksowy;
  - prowadzona być przez kompetentnych specjalistów;
  - uwzględniać specyficzne uwarunkowania dostępności (np. realizacja zabiegów rehabilitacyjnych w miejscach dostępnych przestrzennie dla osób niepełnosprawnych ruchowo);
  - uwzględniać dostęp do sprzętu ortopedycznego i innych środków zabezpieczenia medycznego.
3. Dostęp do specjalistów jest ograniczony zarówno w procesie rehabilitacji medycznej, jak również w procesie leczenia w stosunku do potrzeb wynikających z sytuacji zdrowotnej pacjentów. Ocena warunków organizacyjnych w zakresie aspektów instytucjonalnych udzielanego wsparcia jest niska, wręcz krytyczna. Rekomenduje się:



- zmiany w zakresie struktury sieci placówek leczniczych i ośrodków rehabilitacyjnych, z uwzględnieniem konieczności przeprowadzenia pogłębionej analizy dostępności specjalistów w poszczególnych regionach;
  - podjęcie działań zabezpieczających ciągłość procesu rehabilitacji leczniczej w przypadkach dotyczących osób niepełnosprawnych - wprowadzenie preferencyjnych zasad rejestrowania i prowadzenia procesu rehabilitacji dla pacjentów będących osobami niepełnosprawnymi o zdiagnozowanym znacznym obniżeniu stanu zdrowia;
  - przeprowadzenie rozpoznania możliwości wprowadzenia monitoringu obciążenia systemu i działanie na rzecz stałej płynności procesu rehabilitacji w poszczególnych regionach i mniejszych lokalizacjach;
  - zalecenie weryfikacji dostępności poszczególnych placówek leczniczych i ośrodków rehabilitacyjnych, w szczególności w zakresie likwidacji podstawowych barier architektonicznych takich, jak wąskie bramki, utrudniony dostęp do budynków i wind;
  - podejmowanie działań w obszarze dostosowania infrastruktury placówek leczniczych i ośrodków rehabilitacyjnych, dla których negatywnie zweryfikowana zostanie dostępność infrastruktury;
  - szkolenia personelu medycznego w zakresie podstawowej wiedzy o funkcjonowaniu i predyspozycjach osób niepełnosprawnych, a także w zakresie komunikowania się z osobami niepełnosprawnymi. Realizacja szkoleń pozwoli na zniwelowanie przypadków stosowania praktyk dyskryminacyjnych, a także pozwoli na podniesienie kompetencji personelu medycznego w zakresie obsługi osób z różnorodnymi przyczynami niepełnosprawności;
  - rozpoznanie rozwiązań w zakresie nadzoru nad wydawaniem dokumentów w orzecznictwie o niepełnosprawności i wprowadzenie wybranych rozwiązań służących nadzorowi nad dokumentowaniem orzeczeń o stopniach i rodzajach niepełnosprawności.
4. Rehabilitacja powinna uwzględniać kompleksowość wsparcia. Konieczne jest poszukiwanie rozwiązań prawnych i instytucjonalnych dostosowanych do warunków polskich, w tym szczególnie stworzenie mechanizmów łącznikowych pomiędzy różnymi etapami wsparcia i pomiędzy instytucjami z różnych sektorów administracji publicznej zajmujących się osobami niepełnosprawnymi.



5. W przestrzeni instytucjonalnej i terytorialnej nadal istnieje szereg barier ograniczających dostępność do świadczeń szeroko rozumianej rehabilitacji. Są to bariery komunikacyjne, informacyjne, transportowe czy świadomościowe. Bariery te mają charakter dyskryminujący. W związku z tym postuluje się:

- podejmowanie działań podmiotów samorządowych na rzecz włączania planów zakupu wyposażenia specjalistycznego oraz innych elementów wsparcia informacyjnego i służącego komunikowaniu się z osobami niesłyszącymi i osobami z dysfunkcjami wzroku (celem niwelowania ograniczeń w zakresie usystematyzowanego przekazywania informacji osobom niesłyszącym i osobom z dysfunkcjami wzroku - dotyczących procesu leczenia lub rehabilitacji);
- podejmowanie działań legislacyjnych wprowadzających sankcje za brak dostosowania obiektu i środków transportu do potrzeb osób niepełnosprawnych;
- dalsze upowszechnianie wiedzy na temat warunków niedyskryminacji w procesie udostępniania świadczeń np. poprzez szkolenia i/lub kampanie informacyjne;
- wzbogacanie polityk regionalnych i lokalnych oraz powiązanych z nimi dokumentów strategicznych o kwestie osób niepełnosprawnych, w tym kwestie dotyczące rehabilitacji przy jednoczesnym stałym monitoringu sytuacji osób niepełnosprawnych na danym terenie.

6. W Polsce środki przeznaczone na rehabilitację nie zawsze są racjonalnie wydawane, a niekiedy i marnotrawione. Z drugiej strony niepodjęcie rehabilitacji w odpowiednim czasie rodzi dodatkowe koszty.

Konieczne jest:

- wypracowanie narzędzi analizy kosztów podjęcia i nie podjęcia usług rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej, w odniesieniu do wybranych kategorii osób niepełnosprawnych;
- stałe monitorowanie skuteczności udzielanego wsparcia poprzez wypracowanie jednolitych wskaźników do stosowania na poziomie lokalnym, regionalnym oraz krajowym.

7. Znajomość przepisów dotyczących art. 26 KPO nie jest powszechna zarówno wśród decydentów, jak też osób niepełnosprawnych. Co więcej osoby niepełnosprawne nie widzą też potrzeby szerszego zapoznawania się z regulacjami dotyczącymi rehabilitacji w ogóle, choć oczekują świadczenia usług na określonym poziomie. W kontekście powyższego wydaje się konieczne podejmowanie działań świadomościowych zarówno



wśród przedstawicieli szeroko rozumianego otoczenia instytucjonalnego osób niepełnosprawnych, jak też samych osób niepełnosprawnych.

#### 8. Polityki i strategie krajowe, regionalne, lokalne

Brak bezpośredniego odniesienia do KPON w poszczególnych politykach, jak też strategiach oraz niewyznaczenie wskaźników dla projektowanych przedsięwzięć oznacza, że mogą one pozostać jedynie w sferze deklaracji. Konieczne jest wypracowanie i upowszechnienie dobrych wzorów programowania i ewaluacji. Pomoże to w miarodajnej ocenie, stwierdzeniu rzeczywistych efektów oddziaływania strategii i programów z perspektywy realizacji praw osób niepełnosprawnych.



## 4. PODSUMOWANIE

Praktyczne wdrożenie art. 26 KPON napotyka na szereg barier: prawnych, organizacyjnych, administracyjnych, czy też świadomościowych i mentalnych. Problemem, który jak się wydaje leży u podstaw barier są kwestie definicyjne odnoszące się do pojęcia „niepełnosprawność” i „rehabilitacja” oraz system orzecznictwa. Kolejna kwestia to rozproszenie kompetencji i usług w systemie: instytucjonalne i terytorialne. Warto zauważyć, że te same bariery mają raz podłoże prawne, kiedy indziej wynikają ze szczegółowych rozwiązań organizacyjnych, a jeszcze w innym wypadku z ograniczeń finansowych.

Poniżej zaprezentowane zostały wnioski wraz z rekomendacjami dot. wdrażania art. 26 KPON.

### **Bariery prawne wdrażania art. 26 KPON**

Kwestie prawne w zakresie tematycznym objętym art. 26 KPON regulowane są przez szereg aktów prawa krajowego, europejskiego oraz międzynarodowego. Jednocześnie w świetle przeprowadzonej analizy prawnej szereg szczegółowych kwestii wymaga zmian legislacyjnych.

Barierami prawnymi w kontekście przeprowadzonej analizy są przede wszystkim:

- brak jednolitego rejestru osób z niepełnosprawnościami – brak koordynacji pomiędzy krajowymi systemami orzekania o niepełnosprawności;
- brak organu odpowiedzialnego za koordynację całości działań z zakresu rehabilitacji osób niepełnosprawnych;
- brak pełnego wdrożenia modelu rehabilitacji środowiskowej i dominacja modelu opieki instytucjonalnej;
- niestabilność finansowania rehabilitacji społecznej prowadzonej przez organizacje pozarządowe;
- brak jednolitego katalogu świadczeń i usług z zakresu rehabilitacji;
- kryterium dochodowe jako warunek uzyskania dofinansowania na sprzęt rehabilitacyjny;
- obowiązujący system finansowania szczególnych potrzeb uczniów niepełnosprawnych;
- system skierowań i kolejki przy udzielaniu świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej.





## Rekomendacje

„Zbiorcza analiza wszystkich opisanych barier prawnych prowadzi do wniosku – możliwego do precyzyjnego sformułowania na obecnym etapie analizy prawniczej - że zmianie legislacyjnej powinny ulec przede wszystkim następujące akty normatywne:

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – w zakresie:
  - zmiany w przepisach regulujących treść orzeczeń o niepełnosprawności – w celu wprowadzenia jednolitej klasyfikacji opartej na ICF oraz uwzględnienia w orzeczeniu zindywidualizowanego opisu funkcjonowania osoby niepełnosprawnej, ze wskazaniem deficytów wynikających z konkretnego przypadku niepełnosprawności,
  - utworzenia scentralizowanego rejestru danych o osobach niepełnosprawnych na podstawie danych zebranych w bazach funkcjonujących w ramach poszczególnych systemów orzekania (w tym ustanowienia delegacji ustawowych do wydania aktów wykonawczych określających szczegóły techniczne funkcjonowania rejestru),
  - ustanowienia Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych organem odpowiedzialnym za koordynację całości działań z zakresu rehabilitacji osób niepełnosprawnych i odpowiednie określenie zakresu jego kompetencji (w tym ustanowienia delegacji ustawowych do wydania aktów wykonawczych określających szczegółową organizację i podział zadań w ramach Biura Pełnomocnika),
  - stworzenia delegacji ustawowej dla wydania aktu wykonawczego określającego katalog świadczeń i usług z zakresu rehabilitacji społecznej na wzór katalogu świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej,
  - stworzenie jednolitego systemu finansowania usług z zakresu rehabilitacji społecznej – na wzór systemu finansowania świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej,
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w zakresie:
  - przepisów dostosowujących, wdrażających ujednolicony system orzekania o niepełnosprawności oparty na ICF,

- zapewnienia, że świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej dla osób niepełnosprawnych w ramach kontynuacji rehabilitacji będą udzielane bez konieczności każdorazowego uzyskiwania skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
- zmiany modelu organizacji świadczeń w ramach kontynuacji rehabilitacji leczniczej w taki sposób, by świadczenia te były udzielane na podstawie odrębnego systemu ewaluacji postępów w ramach realizowanego indywidualnie programu rehabilitacji.
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego – w zakresie:
  - przepisów dostosowujących, wdrażających ujednolicony system orzekania o niepełnosprawności oparty na ICF.
- Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, w zakresie:
  - wprowadzenia rozwiązań służących stabilizacji finansowania projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe, w tym przez wydłużenie ich horyzontu czasowego i uwzględnienie w algorytmie naliczania środków PFRON wielkości zapotrzebowania na usługi rehabilitacyjne zgłaszanego przez osoby niepełnosprawne na danym terenie,
  - zwiększenia puli środków przeznaczanej z PFRON na zadania z zakresu rehabilitacji zlecane organizacjom pozarządowym i wprowadzenia rozwiązań zmierzających do usztywnienia algorytmu naliczania przeznaczonych na ten cel środków PFRON przekazywanych powiatom;
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. – w zakresie:
  - przepisów dostosowujących, wdrażających ujednolicony system orzekania o niepełnosprawności oparty na ICF,
- Ustawa o dochodach jednostek samorządu terytorialnego lub Ustawa o systemie oświaty – w zakresie:
  - stworzenia mechanizmu zapewniającego, że część finansowania wyliczona na podstawie algorytmu podziału części oświatowej subwencji ogólnej dla jednostek samorządu terytorialnego zostanie skierowana do szkół na zaspokojenie indywidualnie określonych potrzeb konkretnych niepełnosprawnych uczniów,



- Rozporządzenie w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – w zakresie:
  - co najmniej zniesienia kryterium dochodowego jako warunku uzyskania dofinansowania ze środków PFRON na sprzęt rehabilitacyjny,
  - ewentualnie – wprowadzenia dalej idących zmian polegających na zniesieniu ogólnego limitu dofinansowania sprzętu rehabilitacyjnego i przemodelowania systemu przyznawania dofinansowania na sprzęt rehabilitacyjny w kierunku powiązania możliwości uzyskania dofinansowania oraz jego wysokości z rodzajem niepełnosprawności oraz stwierdzonymi potrzebami rehabilitacyjnymi danej osoby niepełnosprawnej<sup>37</sup>.

### Bariery pozaprawne wdrażania art. 26 KPON

Tabela 1. Bariery i wnioski dotyczące aspektów pozaprawnych

Lp.	BARIERY	WNIOSKI
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Przypisanie rehabilitacji do różnych instytucji niepowiązanych ze sobą</li> <li>• Chaos terminologiczny w odniesieniu do pojęcia „rehabilitacja”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konieczność ujednoczenia znaczenia pojęcia „rehabilitacja”</li> <li>• Konieczność instytucjonalnego uporządkowania usług rehabilitacyjnych</li> <li>• Ujednoczenie systemu orzecznictwa o niepełnosprawności</li> <li>• Konieczność opracowania i wprowadzenia katalogu świadczeń i usług rehabilitacyjnych</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brak realizacji procedur rehabilitacyjnych bezpośrednio po zdiagnozowaniu potrzeby</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konieczność wczesnej realizacji kompleksowej rehabilitacji, prowadzonej przez specjalistów</li> <li>• Konieczność dostosowania miejsc, w których przeprowadza się działania</li> </ul>

<sup>37</sup> Matczak M., Zalasiński T., Romanowicz M., Hlebicka-Józefowicz A., *Opracowanie regulacyjne (...)*, op. cit., s. 55-57.



		<p>rehabilitacyjne do potrzeb osób z niepełnosprawnościami</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konieczność zapewnienia dostępu dla osób niepełnosprawnych do sprzętu ortopedycznego i środków zabezpieczenia medycznego</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ograniczony dostęp do specjalistów zarówno w procesie rehabilitacji, jak i leczenia</li> <li>• Niski poziom organizacyjny instytucji udzielających wsparcia osobom niepełnosprawnym</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konieczność dokonania zmian w strukturze sieci placówek leczniczych i rehabilitacyjnych oraz wprowadzenia monitoringu obciążenia systemu</li> <li>• Konieczność zapewnienia ciągłości procesu rehabilitacyjnego</li> <li>• Konieczność likwidacji barier architektonicznych w placówkach leczniczych i ośrodkach rehabilitacyjnych</li> <li>• Konieczność podniesienia kompetencji personelu medycznego w zakresie obsługi osób niepełnosprawnych</li> <li>• Konieczność podejmowania działań związanych z poprawą nadzoru nad wydawaniem dokumentów dotyczących niepełnosprawności</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brak kompleksowych rozwiązań w dziedzinie kompleksowości udzielanego wsparcia osobom niepełnosprawnym</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konieczność wypracowania i wdrożenia rozwiązań obejmujących cały cykl opieki nad osobami niepełnosprawnymi</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Występowanie barier w przestrzeni instytucjonalnej i przestrzennej dyskryminujących osoby niepełnosprawne w dostępie do świadczeń rehabilitacyjnych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konieczność wywierania wpływu na instytucje samorządowe skłaniających je do dostosowania się do szeroko rozumianych potrzeb osób niepełnosprawnych (potrzeba</li> </ul>



		<p>komunikacji, informowania, dostępu)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wywieranie wpływu na zmiany legislacyjne w celu wprowadzenia sankcji za brak rozwiązań dotyczących dostosowania obiektów i środków transportu do potrzeb osób niepełnosprawnych</li> <li>• Konieczność kontynuacji działań informacyjnych dotyczących ograniczania dyskryminacji w dostępie do świadczeń dla osób niepełnosprawnych</li> <li>• Konieczność zadbanie o ujęcie potrzeb osób niepełnosprawnych w dokumentach stanowiących podwaliny polityk lokalnych</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nieracjonalne wydatkowanie środków przeznaczonych na rehabilitację</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konieczność wprowadzenia narzędzi analitycznych na etapie oceny działań rehabilitacyjnych</li> <li>• Konieczność wypracowania jednolitych wskaźników do oceny udzielanego wsparcia</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brak powszechnej wiedzy na temat przepisów zawartych w art. 26 KPON, zarówno w środowisku osób niepełnosprawnych oraz w środowisku osób decyzyjnych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konieczność wzmocnienia działań uświadamiających i podnoszących poziom wiedzy na temat obowiązujących uregulowań</li> </ul>
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niedostateczne odniesienia w politykach i strategiach na poszczególnych poziomach – krajowym, regionalnym, lokalnym, do kwestii regulowanych przez KPON</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konieczność zwiększenia oddziaływania na poszczególne instytucje w celu uwzględniania praw osób niepełnosprawnych, które wynikają z obowiązujących regulacji prawnych w dokumentach</li> </ul>

		strategicznych i kształtujących poszczególne polityki
--	--	-------------------------------------------------------

## Rekomendacje

Analiza opisanych wyżej barier pozaprawnych związanych z funkcjonowaniem art. 26 KPON, pozwala podzielić ją na podstawowe grupy. W pierwszej kolejności są to przeszkody instytucjonalne. Mowa jest tu o kwestiach związanych ze sposobem organizacji wsparcia dla osób niepełnosprawnych, ale także z istnieniem w dalszym ciągu różnych barier ograniczających dostęp do świadczeń po stronie instytucji, czy też sposobem (jakością) wydawania środków przeznaczonych na wsparcie dla osób niepełnosprawnych. Należy zauważyć, że od lat przeznaczane są spore nakłady na likwidację barier, głównie architektonicznych, ale także i informacyjnych, czy transportowych.

Trzeba jednak zauważyć też, że usunięcie sporej części utrudnień nie wymaga wydatkowania środków pieniężnych. Chodzi tu o rozwiązania organizacyjne, które poprawiłyby sytuację osób z niepełnosprawnościami. Jest to kolejna grupa przeszkód – bariery organizacyjne. Wiążą się one z organizacją samych instytucji, które są odpowiedzialne za udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym i skutkujących między innymi brakiem kompleksowości udzielanego wsparcia, ograniczeniem w dostępie do specjalistycznej pomocy, czy w końcu długim oczekiwaniem na uzyskanie należnych świadczeń.

Ponadto trzeba zauważyć także i inne bariery związane z funkcjonowaniem zapisów art. 26 KPON. Są to kwestie związane z niedostateczną wiedzą na temat dokumentu w ogóle, w tym i przywołanego artykułu. Istotnym problemem jest także brak konkretnych zapisów w dokumentach strategicznych, planistycznych, czy stanowiących polityki lokalne. Chodzi tu o uwzględnienie i zagwarantowanie praw osób niepełnosprawnych już na etapie tworzenia wspomnianych dokumentów.

### **W celu niwelacji wymienionych wyżej barier należy podejmować działania związane z:**

- na poziomie instytucjonalnym:
  - uporządkowaniem instytucjonalnym usług i świadczeń występujących w różnych aktach prawnych,
  - uporządkowaniem terminologicznym dotyczącym funkcjonujących pojęć „niepełnosprawność” i „rehabilitacja”,



- ujednoczeniem systemu orzecznictwa,
- opracowaniem katalogu standardów usług i świadczeń rehabilitacyjnych,
- wywieraniem presji na podmioty samorządowe w celu niwelacji barier informacyjnych,
- działaniem na rzecz wprowadzenia odpowiedzialności (sankcji) za brak dostosowania obiektów publicznych i środków transportu do potrzeb osób niepełnosprawnych,
- prowadzeniem akcji upowszechniających wiedzę na temat warunków niedyskryminacji w procesie udostępniania świadczeń,
- braniem udziału w tworzeniu polityk regionalnych i lokalnych, dokumentów strategicznych i planistycznych,
- wpływaniem na wypracowanie narzędzi analizy kosztów usług rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej,
- udziałem w opracowaniu monitorowaniu skuteczności udzielanego wsparcia oraz w wypracowaniu jednolitych wskaźników.

Jak wynika z powyższego istnieje spora grupa barier, których źródeł można upatrywać w kwestiach instytucjonalnych. Problemy te dotyczą bezpośrednio osób niepełnosprawnych, zatem można stwierdzić, iż są one osobami, które posiadają wiedzę na temat koniecznych do podjęcia działań. Należy zauważyć, iż problemy te są sygnalizowane właśnie z tego środowiska. Ważne jest, aby były one zauważone przez pozostałe środowiska, zwłaszcza posiadające głos decydujący. W tym celu rekomenduje się podejmowanie wspólnych działań przez organizacje zrzeszające osoby niepełnosprawne w celu wywierania presji na dokonywanie postulowanych zmian. Należy pamiętać, że zmiany instytucjonalne są z reguły bardzo trudne do przeprowadzenia. Wynika to między innymi z oporu materii, niechęci do zmian, stanowiska które można wyrazić stwierdzeniem „zawsze tak było, więc po co cokolwiek zmieniać jeśli jest dobrze”. Istotne jest w związku z tym by konieczność zmian wyrażana była przez całe środowisko osób niepełnosprawnych. Istotne jest także, by zapewnić sobie wsparcie organizacji i instytucji związanych z pomocą dla osób niepełnosprawnych.

Równie istotna jest działalność skierowana do samego środowiska osób z niepełnosprawnościami. Wiedza na temat posiadanych praw jest podstawą do ich



dochodzenia. Należy podkreślić, że nawet najlepsze prawa pozostaną wyłącznie zapisami, jeśli nie będą ich rozumiały i nie będą o nie zabiegały osoby najbardziej zainteresowane.

- na poziomie organizacyjnym:
  - wywieraniem wpływu na zmiany w procesie rehabilitacji,
    - powinna rozpoczynać się odpowiednio wcześniej i być realizowana w trybie ciągłym, być kompleksowa i prowadzona przez kompetentnych specjalistów, uwzględniać uwarunkowania dostępności oraz do sprzętu ortopedycznego i innych środków zabezpieczenia medycznego,
  - zapewnieniem dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych poprzez sugerowanie konieczności zmian w strukturze sieci ośrodków rehabilitacyjnych, monitoringu obciążenia systemu i podejmowania działań na rzecz stałej płynności procesu rehabilitacji, zapewnienia ciągłości procesu rehabilitacji, likwidacji barier architektonicznych w tych ośrodkach
  - zapewnieniem szkoleń personelu medycznego z zakresu wiedzy o funkcjonowaniu i predyspozycjach osób niepełnosprawnych oraz komunikowania się z osobami niepełnosprawnymi,
  - wprowadzeniem rozwiązań służących nadzorowi nad dokumentowaniem orzeczeń o stopniach i rodzajach niepełnosprawności,
  - zapewnieniem kompleksowości wsparcia.

Przedstawione wyżej bariery, jak wyżej wspomniano, mają charakter barier organizacyjny. Bardzo często do ich likwidacji nie są konieczne żadne nakłady pieniężne. Tym nie mniej są na tyle istotne, że zostały zgłoszone przez środowiska osób niepełnosprawnych. W jaki sposób wspomniane środowiska mogą wpłynąć na zmianę opisanego stanu rzeczy? Podobnie jak ma to miejsce w wyżej wymienionych sposobach wpływu na dokonanie zmian w odniesieniu do barier instytucjonalnych. Wśród rekomendowanych działań znajdują się zgłaszanie postulatów związanych z zapewnieniem respektowania praw i swobód osób niepełnosprawnych. Włączanie się do prac wszelkich instytucji, organizacji, które zajmują się sprawami osób niepełnosprawnych. Organizowanie własnych inicjatyw środowisk osób niepełnosprawnych uświadamiających istniejące ograniczenia w funkcjonowaniu osób z niepełnosprawnościami.





W podejmowanych działaniach najważniejsza jest ich skuteczność. By zapewnić jak najwyższą skuteczność konieczne jest wspólne działanie wszystkich grup osób niepełnosprawnych. Często jest tak, że interesy, potrzeby poszczególnych grup osób niepełnosprawnych nie są zbieżne. Przy braku koordynacji działań lub też działania na „własną rękę” siła oddziaływania jest mniejsza. Co gorsza może się pojawić chęć wygrywania jednych grup przeciwko drugim. W takim przypadku „płacić” będzie całe środowisko.

Mając powyższe na uwadze koniecznym jest podejmowanie wspólnych działań przez organizacje przedstawicielskie osób niepełnosprawnych. Koniecznym jest poszukiwanie wsparcia podejmowanych działań wśród np. organizacji pozarządowych, czy instytucji zajmujących się sprawami osób niepełnosprawnych.

- pozostałymi ograniczeniami:
  - podejmowanie działań uświadamiających w zakresie praw wynikających z Konwencji, w tym z zapisów zawartych w art. 26,
  - uczestniczenie w opracowywaniu i ustalaniu zapisów w dokumentach strategicznych i kształtujących poszczególne polityki na poszczególnych.

W kontekście wdrażania zapisów Konwencji istotne jest upowszechnianie wiedzy na jej temat. Dotyczy to zarówno środowiska osób niepełnosprawnych, jak i osób bez niepełnosprawności. Konieczne jest, by osoby niepełnosprawne posiadały wiedzę na temat przysługujących im praw w kontekście należnych im świadczeń rehabilitacyjnych i zdrowotnych. Rekomenduje się zatem podejmowanie działań przez organizacje zrzeszające osoby niepełnosprawne do informowania o przysługujących osobom niepełnosprawnym prawach. Ważne jest także, na co warto ponownie zwrócić uwagę, by działania te kierować także do otoczenia osób niepełnosprawnych, a także korzystać ze wsparcia organizacji zajmujących się prawami osób niepełnosprawnych. Działania informacyjne muszą być kierowane, co wynika także z wcześniejszych ustaleń, do otoczenia instytucjonalnego. Będą one działaniami wspierającymi dla działań na polu prawnym, czy instytucjonalnym.

Zadaniem dla środowisk osób niepełnosprawnych, organizacji skupiających i wspomagających osoby niepełnosprawne, jest zadbanie, by istotne dla tej grupy osób kwestie zostały uwzględnione w dokumentach stanowiących polityki lokalne i regionalne. Z mocy prawa wszelkie tego typu dokumenty przechodzą proces uzgadniania w formie konsultacji społecznych. Jeśli nie zadbano o wcześniejszy udział, np. na etapie opracowywania koncepcji, czy opracowywania samego dokumentu, w jego współtworzeniu, jest to moment i okazja, by



wpłynąć na jego treść. Jest to o tyle istotne, że dokumenty te konstruuje się z perspektywą kilku lub kilkunastoletnią i stanowiąc będą podstawę działań władz lokalnych w tym okresie. Istotne zatem jest, by uwzględniały potrzeby i prawa osób niepełnosprawnych.





## BIBLIOGRAFIA

### Akty normatywne

1. Dyrektywa Rady 2000/78/WE z dnia 27 listopada 2000 r. ustanawiająca ogólne warunki ramowe równego traktowania w zakresie zatrudnienia i pracy (Dz.Urz.UE.L Nr 303, str. 16).
2. Europejska Karta Społeczna z dnia 18 października 1961 r. (Dz. U. z 1999 r. Nr 8 poz. 67).
3. Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej z dnia 30 marca 2010 r. (Dz. Urz. UE seria C Nr 83, str. 389).
4. Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów z dnia 15 listopada 2010 r. Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności 2010-2020: Odnowione zobowiązanie do budowania Europy bez barier.
5. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.).
6. Konwencja nr 111 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca dyskryminacji w zakresie zatrudnienia i wykonywania zawodu z dnia 25 czerwca 1958 r. (Dz.U. 1961 Nr 42, poz. 218).
7. Konwencja nr 128 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca świadczeń w razie inwalidztwa, na starość i w razie śmierci żywiciela rodziny z dnia 1 listopada 1969 r.
8. Konwencja nr 159 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych z dnia 20 czerwca 1983 r. (Dz.U. 2005 Nr 43, poz. 412).
9. Konwencja z dnia 13 grudnia 2006 r. o Prawach Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169).
10. Konwencja z dnia 13 grudnia 2006 r. o Prawach Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169).
11. Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie działań na rzecz europejskiego jednolitego rynku łączących inżynierię biomedyczną z sektorem usług medycznych i opiekuńczych z dnia 4 września 2015 r. (Dz.Urz.UE.C Nr 291).
12. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka z dnia 10 grudnia 1948 r.
13. Projekt Globalnego plan działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014-2021.



14. Rezolucja Rady Unii Europejskiej i przedstawicieli rządów państw członkowskich, zebranych w Radzie z dnia 17 marca 2008 r. w sprawie sytuacji osób niepełnosprawnych w Unii Europejskiej (Dz.Urz.UE.C Nr 75).
15. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz.Urz.UE.L Nr 187).
16. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 grudnia w sprawie sposobu podziału części oświatowej subwencji ogólnej dla jednostek samorządu terytorialnego w roku 2017 (Dz.U. z 2016 r. poz. 2298).
17. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 stycznia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (Dz.U. z 2014 r. poz. 250).
18. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. z 2012 r. poz. 964).
19. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. z 2015 r. poz. 926).
20. Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 19 lipca 2013 r. w sprawie warunków i trybu kierowania przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na świadczenia i usługi rehabilitacyjne (Dz.U. z 2013 r. poz. 860).
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2013 r. poz. 1522).
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych (Dz.U. z 2014 r. poz. 522).
23. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz.U. Nr 131, poz. 1457).
24. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na



- rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz.U. Nr 131, poz. 1457),
25. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 1974 r. w sprawie warunków odbywania rehabilitacji zawodowej uprawniających do zasiłku wyrównawczego oraz szczegółowych zasad przyznawania tego zasiłku (Dz.U. Nr 51, poz. 325),
  26. Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych (Rezolucja 48/96 Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych) z dnia 20 grudnia 1993 r.
  27. Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju – Projekt z dnia 29 lipca 2016 r., <https://www.mr.gov.pl/strony/plan-na-rzecz-odpowiedzialnego-rozwoju/informacje-o-strategii/>, dostęp: 31.01.2017 r.
  28. Światowy Raport o Niepełnosprawności, World Health Organization 2011.
  29. Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (wersja skonsolidowana) z dnia 26 października 2012 r. (Dz.Urz.U.E.C Nr 326).
  30. Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych z dnia 7 grudnia 2012 r. (M.P. z 2012 r. poz. 991).
  31. Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych (M.P. Nr 50, poz. 475).
  32. Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej z dnia 12 lipca 2013 r. Karta Praw Osób z Autyzmem (M.P. z 2013 r. poz. 682).
  33. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 930).
  34. Ustawa z dnia 13 listopada 2003 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 198).
  35. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. (Dz.U. z 2016 r. poz. 963).
  36. Ustawa z dnia 16 września 1982 r. Prawo spółdzielcze (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 21).
  37. Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 887).
  38. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2016 r. poz. 546).
  39. Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 277).
  40. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 876).



41. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r.o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1817).
42. Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 372).
43. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2016 r. poz. 2046).
44. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r.o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1793).
45. Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz.U. z 2016 r. poz. 879).
46. Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1518).
47. Ustawa z dnia 3 grudnia 2010 r. o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1219).
48. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 2016 r. poz. 1943).
49. Wyjaśnienia dotyczące Karty Praw Podstawowych (2007/C 303/02) z dnia 12 grudnia 2007 r. (Dz.Urz.UE.C Nr 303).
50. Zalecenie nr 168 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczące rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych z dnia 20 czerwca 1983 r.
51. Zalecenie Rady (UE) w sprawie integracji osób długotrwale bezrobotnych na rynku pracy z dnia 15 lutego 2016 r. (Dz.Urz.UE.C Nr 67).

## Publikacje

1. Kamusińska E., *Znaczenie kompleksowej rehabilitacji w integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem*, Studia Medyczne 2008; 9: 83-86, online: 10.01.2016 r.
2. Kubicki P., *Moduł I. Polityka społeczna w działaniu. Instytucjonalne uwarunkowania sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce. Najlepsze praktyki instytucjonalnego wsparcia osób niepełnosprawnych na poziomie społeczności lokalnych i regionalnych, ze szczególnym uwzględnieniem obszarów edukacji powszechnej, doradztwa i kształcenia zawodowego, pośrednictwa na rynku pracy, dostępu do kultury,*



korzystania z transportu publicznego. Analiza praktyki w krajach UE/ EOG oraz w Polsce, [http://polscyniepełnosprawni.agh.edu.pl/wp-content/uploads/1\\_3\\_06\\_2\\_raport\\_ekspercki\\_analiza\\_porownawcza\\_UE\\_PL\\_modul\\_I\\_Kubicki.pdf](http://polscyniepełnosprawni.agh.edu.pl/wp-content/uploads/1_3_06_2_raport_ekspercki_analiza_porownawcza_UE_PL_modul_I_Kubicki.pdf), online: 10.01.2017 r.

3. Kubicki P., *System instytucjonalnego wsparcia osób niepełnosprawnych w Polsce – diagnoza dysfunkcji*, w: Gąciarz B., Rudnicki S., *Polscy (Nie)pełnosprawni: od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, AGH 2014.
4. *Społeczny Raport Alternatywny z realizacji Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami w Polsce*, Fundacja KSK, Warszawa 2015.
5. Trociuk S. (red.), *Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych. Poradnik RPO*, Warszawa 2013.

### Dokumenty opracowane w ramach Projektu

1. Arczewska M., *Analiza strategii i programów rządowych w aspekcie sytuacji osób niepełnosprawnych*, Warszawa 2016.
2. Bogacz-Wojtanowska E., Koziarek M., Lendzion M., Pazderski F., *Analiza programów i polityk samorządowych w aspekcie sytuacji osób z niepełnosprawnościami*, Warszawa 2016.
3. Kawa J., Raźniewski P., Tomczyk U., *Analiza dokumentów międzynarodowych dotycząca procesu wdrażania Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych oraz identyfikacji barier w tym procesie*, Olsztyn – Warszawa 2016.
4. Matczak M., Zalasiński T., Romanowicz M., Hlebicka-Józefowicz A., *Opracowanie regulacyjne w obszarze Konwencji z dnia 13 grudnia 2006 r. o Prawach Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169): rehabilitacja (art. 26 Konwencji)*, Warszawa 2016.
5. *Raport metodologiczny przygotowania Raportu syntetycznego w ramach projektu „Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa”*, Warszawa 2016.
6. Żejmis M., Jurga L. J., *Pogłębiona analiza danych pozyskanych w badaniu jakościowym*, Warszawa 2016.

### Pozostałe źródła





1. Wypowiedź na posiedzeniu Zgromadzenia Narodowego w dniu 23 września 1994 r., <http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/wypowiedz.xsp?posiedzenie=zn0&dzien=3&wyp=035&kad=2>, dostęp: 31.01.2017 r.
2. Wypowiedź na posiedzeniu Zgromadzenia Narodowego w dniu 27 lutego 1997 r., <http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/wypowiedz.xsp?posiedzenie=zn3&dzien=4&wyp=060&kad=2>, dostęp: 31.01.2017 r.

## WYKAZ TABEL

Tabela 1. Bariery i wnioski dotyczące aspektów pozaprawnych

91