

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Wydział Prawa i Nauk Społecznych

mgr Piotr Zając

**ROLA SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO
W WYRÓWNYWANIU SZANS OSÓB
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W POLSCE
I SZWECJI – ANALIZA PORÓWNAWCZA**

Dysertacja doktorska w dziedzinie nauk społecznych, dyscyplina:
nauki o polityce i administracji

Promotor

dr hab. prof. UJK Iwona Wrońska

Promotor pomocniczy

dr Tomasz Jarocki

Kielce 2023

SPIS TREŚCI

WSTĘP	4
CZEŚĆ I. Pojęcie niepełnosprawności, ochrony praw osób z niepełnosprawnością, samorządu terytorialnego i roli polityki społecznej w wyrównywaniu szans	11
1.1. Pojęcie niepełnosprawności	11
1.1.1. Definicje i modele niepełnosprawności.....	11
1.1.2. Definicje niepełnosprawności w prawie międzynarodowym.....	14
1.1.3. Wnioski.....	17
1.2. Ochrona praw osób z niepełnosprawnością w prawie międzynarodowym	18
1.2.1. ONZ wobec praw osób z niepełnosprawnością.....	18
1.2.2. Rada Europy wobec praw osób z niepełnosprawnością.....	23
1.2.3. Unia Europejska wobec praw osób z niepełnosprawnością	30
1.2.4. Wnioski.....	37
1.3. Pojęcie i rola samorządu terytorialnego	39
1.3.1. Istota samorządu terytorialnego	39
1.3.2. Teorie powstania samorządu terytorialnego.....	41
1.3.3. Cechy samorządu terytorialnego	44
1.3.4. Wnioski.....	48
1.4. Rola polityki społecznej w wyrównywaniu szans	49
1.4.1. Istota i cele polityki społecznej	49
1.4.2. Modele polityki społecznej.....	54
1.4.3. Koncepcja wyrównywania szans.....	58
1.4.4. Wnioski.....	65
CZEŚĆ II. Rozwiązania instytucjonalno-prawne w Polsce i Szwecji wobec osób z niepełnosprawnością	66
2.1. System polityki społecznej w Polsce i Szwecji.....	66
2.1.1. System polityki społecznej w Polsce.....	66
2.1.2. System polityki społecznej w Szwecji	72
2.1.3. Wnioski.....	76
2.2. Ochrona praw osób z niepełnosprawnością w Polsce i Szwecji	78
2.2.1. Ochrona praw osób z niepełnosprawnością w Polsce	78
2.2.2. Ochrona praw osób z niepełnosprawnością w Szwecji.....	84
2.2.3. Wnioski.....	89
2.3. Status osoby z niepełnosprawnością w Polsce i Szwecji.....	91
2.3.1. Status osoby z niepełnosprawnością w Polsce	91

2.3.2. Status osoby z niepełnosprawnością w Szwecji	106
2.3.3. Wnioski.....	110
CZEŚĆ III. Działania samorządu terytorialnego w Polsce i Szwecji na rzecz osób z niepełnosprawnością	113
3.1. Organizacja samorządu terytorialnego w Polsce i Szwecji.....	113
3.1.1. Samorząd terytorialny w Polsce	113
3.1.2. Samorząd terytorialny w Szwecji.....	117
3.1.3. Wnioski.....	120
3.2. Kompetencje samorządu terytorialnego w Polsce na rzecz wyrównywania szans osób z niepełnosprawnością	121
3.2.1. Rola gmin, powiatów i samorządów wojewódzkich.....	121
3.2.2. Realizacja programów ze środków PFRON	127
3.2.3. Realizacja programów finansowanych z Funduszu Solidarnościowego.....	133
3.2.4. Wnioski.....	137
3.3. Kompetencje samorządu terytorialnego Szwecji na rzecz wyrównywania szans osób z niepełnosprawnością	138
3.3.1. Usługi społeczne i sprzęt rehabilitacyjny	138
3.3.2. Inne formy wsparcia	145
3.3.3. Wnioski.....	149
CZEŚĆ IV. Wykorzystanie głównych instrumentów pomocowych przez osoby z niepełnosprawnością realizowanych na szczeblu samorządu terytorialnego w Polsce i Szwecji.....	150
4. 1. Uwagi wprowadzające	150
4.2. Wykorzystanie instrumentów pomocowych w Polsce.....	150
4.2.1 Pomoc z zakresu rehabilitacji społecznej	150
4.2.2. Usługi społeczne.....	157
4.3. Wykorzystanie instrumentów pomocowych w Szwecji	166
4.3.1. Sprzęt rehabilitacyjny i urządzenia wspomagające.....	166
4.3.2. Usługi społeczne.....	168
4.4. Porównanie wykorzystania głównych instrumentów pomocowych w Polsce i Szwecji	172
ZAKOŃCZENIE	177
BIBLIOGRAFIA	189
SPIS TABEL I WYKRESÓW.....	208

WSTĘP

Niepełnosprawność stanowi istotny problem społeczny. Osoby nią dotknięte często potrzebują wsparcia w wielu dziedzinach. Ten fakt wpływa nie tylko na ich życie, ale również na ich najbliższych. Niepełnosprawność oddziałuje na ich sytuację zdrowotną, zawodową, czy społeczną.

Jednym z podstawowych zadań współczesnych państw liberalno-demokratycznych jest zabezpieczenie podstawowych potrzeb wszystkich obywateli, a w szczególności grup zagrożonych wykluczeniem, jaką niewątpliwie są osoby z niepełnosprawnością.

Polityka społeczna realizowana jest na poziomie centralnym, jak i lokalnym. Zarówno władze szczebla centralnego i samorządowego podejmują działania służące tworzeniu odpowiednich warunków dla zaspokojenia potrzeb mieszkańców, w tym także wyrównywania szans osób z niepełnosprawnością. Należy zaznaczyć, że w kontekście realizacji tej polityki szczególną pozycję ma właśnie samorząd terytorialny, który jest usytuowany najbliżej obywateli. Zgodnie z zasadą subsydiarności, to w pierwszej kolejności władze samorządowe mają obowiązek zaspokoić podstawowe potrzeby życiowe obywateli. Z punktu widzenia osób z niepełnosprawnością istotne znaczenie mają działania wpisujące się w zabezpieczenie równych szans. Wyrównywanie szans to [...] proces, dzięki któremu różne systemy i instytucje istniejące w społeczeństwie i środowisku, takie jak usługi, różne formy działań, informacja i dokumentacja są powszechnie dostępne dla wszystkich, a zwłaszcza dla osób z niepełnosprawnością¹. W najogólniejszym ujęciu wyrównywanie szans to stwarzanie warunków do pełnoprawnego funkcjonowania osób z niepełnosprawnością w społeczeństwie.

Warto zatem zbadać, na tle innych państw liberalno-demokratycznych, jakie warunki dla wyrównywania szans osobom z niepełnosprawnością wprowadziło państwo polskie. Szczególną politykę w tym zakresie prowadzą państwa skandynawskie, wśród których wiodąca jest Szwecja. W tym kraju oferta kierowana do tej grupy społecznej jest bardzo rozległa. Przejawia się nie tylko we wsparciu finansowym, ale w głównej mierze opiera na pomocy rzeczowej oraz rozbudowanych usługach społecznych. Warto nadmienić również, że szwedzkie społeczeństwo charakteryzuje wysoki stopień solidaryzmu oraz poszanowania takich wartości jak: tolerancja, otwartość, szacunek dla mniejszości, a także równość społeczna niemal w każdym aspekcie życia. Stąd zdecydowano, aby zbadać rozwiązania

¹ Podstawowe pojęcia w sferze polityki wobec osób niepełnosprawnych, Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 48/96 – Standardowe zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych z dnia 20 grudnia 1993 r.

przyjęte w Polsce i porównać je z rozwiązaniami szwedzkimi. Ponadto w ostatnich latach w Polsce, głównie za sprawą protestów środowiska osób z niepełnosprawnością, obserwujemy ożywienie w obszarze działań państwa mających na celu pomoc tej grupie społecznej, w tym także stopniowe przenoszenie sprawdzonych szwedzkich rozwiązań do polskiego systemu wsparcia.

Praca nosi tytuł *Rola samorządu terytorialnego w wyrównywaniu szans osób z niepełnosprawnością w Polsce i Szwecji – analiza porównawcza*. Temat wybrany przez autora, który sam od urodzenia boryka się z problemem niepełnosprawności i wielokrotnie napotykał różnego rodzaju bariery systemowe, czy też wynikające z postaw społecznych jest podyktowany potrzebą poszukiwania korzystnych rozwiązań praktycznych, widzianych z perspektywy osoby z niepełnosprawnością.

Głównym celem pracy jest analiza roli samorządu terytorialnego w Polsce i Szwecji² w kontekście działań dotyczących wyrównywania szans osób z niepełnosprawnością ze szczególnym uwzględnieniem realizacji usług społecznych. To te działania (a zwłaszcza usługa asystenta osobistego) w znacznym stopniu wpływają na uczestnictwo tych osób w życiu społecznym i dzięki nim osoby z niepełnosprawnością mogą czuć się pełnoprawnymi członkami społeczeństwa. W obydwu państwach za umożliwienie osobom z niepełnosprawnością, w miarę samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie, odpowiedzialna jest pomoc społeczna, a jej zadania w znacznej mierze wykonywane są przez samorządy terytorialne.

Z jednej strony dysertacja ma charakter poznawczy, a z drugiej aplikacyjny. Jej celem jest nie tylko analiza i ocena efektywności systemów wsparcia osób z niepełnosprawnością, ale też propagowanie dobrych praktyk, jakie zostały przyjęte w Szwecji. Przeprowadzona analiza może pomóc w określeniu nowych instrumentów prawnych bądź wprowadzeniu nowych rozwiązań praktycznych w zakresie wsparcia takich osób.

Szczególnie jest to istotne dla Polski, ze względu na proces znaczących zmian demograficznych, w rezultacie których w najbliższych latach w Polsce gwałtownie wzrośnie liczba osób powyżej 80 roku życia³. Z punktu widzenia polityk publicznych, większa liczba

² Oficjalne nazwy państw, których dotyczy niniejsza praca to *Rzeczpospolita Polska*, a także *Królestwo Szwecji*. Jednakże w jej treści posłużono się nazwami skróconymi t. j. *Polska* oraz *Szwecja*, będącymi ich nazwami geograficznymi.

³ I. Wrońska, *Demografia państwa średniego. Współczesne wyzwania dla Polski* [w:] *Państwo Średnie – Polska, Studia i Szkice*, Tom 1, (red.) K. Kubiak, Ł. Przybyło, Wydawnictwo Tetragon, Warszawa 2022, s. 71–72.

osób najstarszych oznacza większe wydatki na długoterminową opiekę medyczną. Będzie to wymagało przebudowy systemu opiekuńczego. Oznacza to, iż państwo polskie musi się przygotować na zabezpieczenie potrzeb osób w podeszłym wieku, za sprawą których znacznie zwiększy się liczba osób z niepełnosprawnością.

Przy realizacji niniejszej pracy obrano ramy czasowe obejmujące początek lat 90. ubiegłego stulecia do 2020 roku. Cezurę początkową wyznaczyły zmiany legislacyjne w Polsce dotyczące osób z niepełnosprawnością, które nastąpiły w procesie przemian ustrojowych oraz zasadnicze zmiany w ustawodawstwie szwedzkim wprowadzające nowe instytucje. Porównanie wykorzystania środków wsparcia dotyczy lat 2015 – 2020, ze względu na dostępność danych.

Problematyka niepełnosprawności ma charakter wielopłaszczyznowy i jest szeroko opisywana w literaturze przedmiotu z dziedzin takich jak medycyna, prawo, czy nauki społeczne. Opracowania dotyczące niepełnosprawności w odniesieniu do polityki społecznej, czy praw osób z niepełnosprawnością, skupiają się przede wszystkim na aspektach teoretycznych podejmowanego problemu. Natomiast w bogatej literaturze odnoszącej się do różnorodnych obszarów funkcjonowania osób z niepełnosprawnością brakuje całościowego opracowania, które analizowałoby z jednej strony rozwiązania prawne i instytucjonalne, a z drugiej praktykę polityczną, szczególnie w aspekcie porównawczym. Ponadto w polskiej literaturze przedmiotu nie znaleziono opracowania traktującego w sposób pogłębiony problematyki systemu wsparcia osób z niepełnosprawnością w Szwecji. Można zatem wskazać, iż dysertacja, której celem jest porównanie działań samorządów terytorialnych na rzecz wyrównywania szans osób z niepełnosprawnością w Polsce i Szwecji, wypełnia istniejącą lukę w literaturze przedmiotu.

Oprócz dostępnej literatury przedmiotu w tym publikacji takich jak między innymi: *Niepełnosprawni w działaniach samorządu terytorialnego*⁴, *Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych*⁵; *Niepełnosprawność w Polsce w wymiarze politycznym i społecznym, analiza wybranych zagadnień*⁶, *Wykluczenie społeczne osób z niepełnosprawnością w środowisku lokalnym*⁷, czy *Personal assistance in a Scandinavian context: similarities,*

⁴ A. Fronczkiewicz – Wronka, M. Zrałek, *Niepełnosprawni w działaniach samorządu terytorialnego*, [w:] *Samorządowa Polityka Społeczna*, (red.) A. Fronczkiewicz – Wronka, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, Warszawa 2002.

⁵ B. Kołaczek, *Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2010.

⁶ M. Giedroń, *Niepełnosprawność w Polsce w wymiarze politycznym i społecznym, analiza wybranych zagadnień*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2020.

⁷ I. Fajfer – Kruczek, *Wykluczenie społeczne osób z niepełnosprawnością w środowisku lokalnym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2015.

*differences and developmental traits*⁸, do których odniesiono się w dysertacji, przy jej realizacji wykorzystano akty prawne o charakterze międzynarodowym, polskie i szwedzkie ustawodawstwo odnoszące się do osób z niepełnosprawnością, a także informacje od szwedzkich urzędów gmin Sztokholm, Malmö i Växjö. Dane statystyczne obrazujące wykorzystanie poszczególnych form wsparcia przez osoby z niepełnosprawnością w latach 2015 – 2020, uzyskano z raportów zamieszczonych na stronach internetowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, a także Szwedzkiej Krajowej Rady Zdrowia i Opieki Społecznej (szw. *Socialstyrelsen*).

Dla potrzeb niniejszej pracy sformułowano następujący problem badawczy:
Z czego wynika efektywniejsza polityka wyrównywania szans osób z niepełnosprawnością w Szwecji, w porównaniu z adekwatną polityką w Polsce?

W nawiązaniu do problemu badawczego określono hipotezę główną oraz sześć hipotez pomocniczych. Hipoteza główna przyjęła następujące brzmienie:
W Polsce i Szwecji osoby z niepełnosprawnością podlegają podobnej ochronie prawnej, ale w Polsce praktyka polityczna znacznie odbiega od założeń prawno-instytucjonalnych.

Hipotezę główną uzupełniają następujące hipotezy pomocnicze:

- Nabycie prawa do uzyskania pomocy przez osoby z niepełnosprawnością w Polsce jest znacznie bardziej sformalizowane niż w Szwecji, co utrudnia dostęp do programów wyrównujących szanse.
- Możliwość skorzystania z różnorodnych rozwiązań instytucjonalnych, prawnych czy medycznych jest w Polsce regulowana dużą liczbą rozproszonych, rozbudowanych przepisów zawartych co najmniej w kilkunastu ustawach. Duże rozproszenie na gruncie prawnym może ograniczać ich dostępność.
- Złożony sposób finansowania, a także wysokość środków na programy wyrównujące szanse wpływa na znacznie mniejszą per capita liczbę beneficjentów podejmowanych działań pomocowych w Polsce.
- W Szwecji system wsparcia osób z niepełnosprawnością ma charakter całościowy.
- Władze samorządowe Szwecji dysponują szeroką autonomią w realizacji zadań wspierających, tym samym są bliżej obywatela i jego potrzeb.
- Liczba beneficjentów działań pomocowych w Szwecji, proporcjonalnie do liczby ludności, jest znacznie wyższa niż w Polsce.

⁸ O. P. Askheim, H. Bengtsson, B. Richter Bjelke, *Personal assistance in a Scandinavian context: similarities, differences and developmental traits*, [w:] *Scandinavian Journal of Disability Research*, Vol. 16, No. S1, Stockholm University 2014.

Głównymi metodami badawczymi wykorzystanymi w pracy są metoda porównawcza i analiza systemowa, które są wiodącymi metodami badawczymi w politologii. Pierwsza porządkuje poszukiwanie związków przyczynowo-skutkowych między zjawiskami społecznymi, a druga wyznacza granice tych zjawisk. Jak wyjaśnia A. Antoszewski metoda porównawcza, polega na określeniu podobieństw i różnic co najmniej dwóch obiektów reprezentujących określoną klasę zjawisk, co pozwala na wyjście poza opis cech jednostkowych oraz na sformułowanie uogólnień stanowiących podstawę teorii⁹. G. A. Almond, G. Bingham Powell i R. J. Mund podkreślają, iż „analiza porównawcza jest istotnym narzędziem, które wzmacnia zrozumienie procesów i zmian w systemach politycznych, poprzez przedstawienie koncepcji i punktów odniesienia z szerszej perspektywy”¹⁰. Zastosowano także statystyczną metodę porównawczą, która w oparciu o spostrzeżone podobieństwo lub różnice zachodzące pomiędzy badanymi zjawiskami, pozwoli na ocenę danego zjawiska i wysunięcie wniosków.

Analiza systemowa pozwala na ukazanie badanego zjawiska jako złożona całość wyznaczona granicami, w której elementy składowe są wzajemnie powiązane i zależne od siebie. W dysertacji poszukuje się podobieństw i różnic między dwoma systemami politycznymi Polski, i Szwecji w zakresie prowadzonych polityk społecznych w stosunku do osób z niepełnosprawnością. Porównujemy zatem tę samą klasę zjawisk generowanych przez te same elementy systemów politycznych obydwu państw. Głównymi jednostkami analizy są systemy lokalne.

Metoda systemowa i porównawcza zostały uzupełnione metodą instytucjonalno-prawną, która posłużyła analizie uprawnień przysługujących osobom z niepełnosprawnością wynikających z poszczególnych aktów prawnych oraz metodą ilościową, której użyto do analizy danych związanych z wykorzystaniem poszczególnych instrumentów pomocowych, oferowanych osobom z niepełnosprawnością przez samorzady terytorialne Polski i Szwecji. Dodatkowo metoda porównawczo-prawna posłużyła porównaniu ustroju i kompetencji samorządów terytorialnych w Polsce i Szwecji w kwestii pomocy osobom z niepełnosprawnością.

Podczas opracowywania danych statystycznych wystąpiły pewne problemy. Wynikały one głównie z faktu, że w Szwecji odmiennie niż w Polsce nie istnieje formalny

⁹ A. Antoszewski, *Komparatystyka polityczna*, [w:] *Encyklopedia politologii. T. 1.* (red.) W. Sokół, M. Żmigrodzki. Kraków 1999 s. 153–154.

¹⁰ G. A. Almond, G. B. Powell, Jr., R. J. Mundt: *Comparative Politics. A Theoretical Framework*. New York 1993, s. 4.

status osoby z niepełnosprawnością. Nie jest prowadzony oficjalny rejestr takich osób, dlatego też nie ma dokładnych danych o ich liczbie. Informacje statystyczne na temat osób z niepełnosprawnością można odnaleźć w badaniach dotyczących różnych obszarów życia społecznego, na przykład w odniesieniu do warunków życia czy sytuacji na rynku pracy, dane te opierają się na samoocenie ankietowanych¹¹. Przy pisaniu niniejszej pracy posłużono się danymi Szwedzkiego Urzędu Statystycznego na podstawie raportów dotyczących sytuacji osób z niepełnosprawnością na rynku pracy, w których podano szacunkową ich liczbę¹². Z kolei dane statystyczne dotyczące wykorzystania sprzętu rehabilitacyjnego obejmują tylko rok 2020, gdyż to właśnie za ten rok Krajowa Rada Zdrowia i Opieki Społecznej opublikowała po raz pierwszy zbiorcze dane dotyczące pomocy i urządzeń wspomagających w Szwecji¹³. Natomiast porównanie wykorzystania usług społecznych w Szwecji i Polsce było możliwe tylko za lata 2019 – 2020, ponieważ w Polsce usługi społeczne wprowadzono dopiero w 2019 roku.

Praca składa się ze wstępu, czterech części, zakończenia, bibliografii oraz spisu tabel i wykresów.

Część pierwsza wprowadza problematykę niepełnosprawności w szerszym kontekście międzynarodowym. Na tym tle przedstawia pojęcie niepełnosprawności, genezę ochrony praw osób z niepełnosprawnością oraz rolę samorządu lokalnego w realizacji zadań z zakresu polityki społecznej, stosowanej wobec osób z niepełnosprawnością, której celem jest wyrównywanie szans. Przytoczono najważniejsze akty prawne z zakresu prawa międzynarodowego, w tym europejskiego, odnoszące się do tychże osób, które z czasem zaczęły przenikać do systemów wewnętrznych. Akty te korelują z ustawodawstwem na szczeblu krajowym zarówno w Polsce, jak i Szwecji, i stanowią podstawę do dalszych rozważań w obszarze wyrównywania szans osób z niepełnosprawnością.

Część druga skupia się na rozwiązaniach instytucjonalno-prawnych przyjętych w Polsce i Szwecji wobec osób z niepełnosprawnością. Scharakteryzowano w niej zasady

¹¹ *Statistik om personer med funktionsned-sättning* / (pol.) *Statystyki dotyczące osób z niepełnosprawnością*, Myndigheten för delaktighet – Szwedzka Agencja ds. Uczestnictwa, <https://www.mfd.se/resultat-och-uppfoljning/statistik-om-personer-med-funktionsnedsattning/>, (dostęp: 09.03.2022).

¹² *Situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning 2020* – (pol.) *Sytuacja osób z niepełnosprawnością na rynku pracy 2020*, Szwedzki Urząd Statystyczny, s. 5. https://www.scb.se/contentassets/cc3fe0436677446aae7b1ba19729c6a2/am0503_2021a01_br_am78br2101.pdf, (dostęp: 09.03.2022).

¹³ *Uppdrag statistik på hjälpmedelsområdet – slutrapport* – (pol.) *Raport końcowy dotyczący urządzeń wspomagających*, Socialstyrelsen, s. 20, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-12-7696.pdf> (dostęp: 18.12.2022).

i cele polityk społecznych realizowanych w obydwu państwach mających na celu wyrównywanie szans osób z niepełnosprawnością oraz sytuację prawną tych osób.

W części trzeciej dokonano analizy działalności samorządów terytorialnych w Polsce i Szwecji na rzecz wyrównywania szans osób z niepełnosprawnością. Wskazano formy wsparcia oraz programy jakie są realizowane przez władze samorządowe na rzecz tej grupy społecznej.

W części czwartej przedstawiono i porównano dane statystyczne obrazujące wykorzystanie głównych form wsparcia, oferowanych osobom z niepełnosprawnością na rzecz wyrównywania ich szans przez samorzady terytorialne w obydwu krajach.

W zakończeniu natomiast dokonano porównania systemów wsparcia osób z niepełnosprawnością w Polsce i Szwecji. Wskazano również czynniki wpływające na efektywność systemu wyrównywania szans, weryfikując tym samym przyjęte hipotezy. Sformułowano także wnioski i rekomendacje dotyczące wzmocnienia polskiego systemu wsparcia osób z niepełnosprawnością.

CZĘŚĆ I. Pojęcie niepełnosprawności, ochrony praw osób z niepełnosprawnością, samorządu terytorialnego i roli polityki społecznej w wyrównywaniu szans

1.1. Pojęcie niepełnosprawności

1.1.1. Definicje i modele niepełnosprawności

Niepełnosprawność nie jest pojęciem jednoznacznym, jest ona rozpatrywana wielopłaszczyznowo. W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele różnych definicji niepełnosprawności, jak również osoby niepełnosprawnej. Z uwagi na fakt, iż niepełnosprawność może wpływać na wiele sfer życia człowieka, nie ma jednej wspólnej definicji tego pojęcia.

Według definicji zawartej w *Encyklopedycznym słowniku rehabilitacji* osobą niepełnosprawną jest „jednostka, u której występujące obniżenie – w stosunku do norm – stanu sprawności organizmu, powoduje pewne ograniczenia i utrudnienia w wypełnianiu ról społecznych”¹⁴. A. Hulek natomiast definiuje osobę niepełnosprawną „jako jednostkę, która z powodu fizycznych, somatycznych umysłowych lub psychicznych właściwości i warunków napotyka na poważne trudności w życiu osobistym, w rodzinie w szkole, w zakładzie pracy i w czasie wolnym”¹⁵. K. Szawłowski uznaje zaś, że osoby niepełnosprawne (lub z naruszoną sprawnością) to „te, które na skutek wad bądź chorób wrodzonych oraz chorób nabytych, w różnym okresie życia doznały naruszenia czynności narządów, układów lub całego organizmu, co ogranicza w różnym stopniu ich funkcjonowanie biologiczne i/lub społeczne”¹⁶. S. Kowalik zdefiniował pojęcie niepełnosprawności jako „utrata zdolności do funkcjonowania nie tylko na poziomie biologicznym, ale również na poziomach psychologicznym i społecznym. Obejmuje ona swoim zasięgiem pierwotny defekt biologiczny organizmu (dysfunkcjonalność), a także jego skutki psychologiczne i społeczne”¹⁷. Z kolei M. Garbat uznaje, że „niepełnosprawność nie jest stanem trwałym, lecz procesem, który w różny sposób określa funkcjonowanie osoby nim dotkniętej – powoduje utratę lub zubożenie pewnych wartości życia społecznego”¹⁸.

¹⁴ *Encyklopedyczny słownik rehabilitacji*, (red.) T. Gałkowski, J. Kiwerski, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1986, s. 194.

¹⁵ A. Hulek, *Rehabilitacja osób niepełnosprawnych w Polsce i za granicą w świetle przepisów prawnych*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1981, s. 13.

¹⁶ K. Szawłowski, G. Chojnacka – Szawłowska, *Medyczne i społeczne podstawy rehabilitacji*, Wydawnictwo AM, Gdańsk 1990, s. 18–20.

¹⁷ S. Kowalik, *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 1999, s. 25.

¹⁸ M. Garbat, *Historia niepełnosprawności*, Wydawnictwo Novae Res, Gdynia 2015, s. 95.

W związku z tym osoby niepełnosprawne mogą być narażone na częściową lub też całkowitą izolację zawodową, rodzinną, ekonomiczną czy społeczną¹⁹.

Niepełnosprawność jako pojęcie jest używane stosunkowo od niedawna. Zaczęto posługiwać się nim po II wojnie światowej w USA, następnie w Wielkiej Brytanii, a także pozostałych państwach Europy. Współcześnie pojęcie niepełnosprawności służy do określenia osób, które wcześniej były nazywane m.in. kalekami, kuternogami, czy ślepcami²⁰. Używanie takich określeń miało pejoratywny wydźwięk. Pojawienie się pojęcia niepełnosprawności przyczyniło się do tego, że definiując osoby dotknięte pewnymi ograniczeniami zaczęto pomijać aspekty medyczne, natomiast starano się uwypuklić kontekst społeczny. Dzięki temu uniknięto różnicowania tych osób ze względu na posiadane schorzenia.

Jak już wcześniej wspomniano pojęcie niepełnosprawności należy rozpatrywać wielowymiarowo. Istnieje kilka modeli na podstawie których można je zdefiniować. Spośród nich można wyróżnić model medyczny, prawny, społeczny, a także biopsychospołeczny.

Model medyczny traktuje osoby z niepełnosprawnością jako jednostki wymagające naprawy. Niepełnosprawność w tym modelu utożsamiana jest z uszkodzeniem biologicznym określonego organu człowieka i postrzegana jest głównie w odniesieniu do posiadanego schorzenia²¹.

Model prawny natomiast definiuje niepełnosprawność przez pryzmat praw człowieka. W tym modelu niepełnosprawność traktowana jest jako normalny aspekt życia człowieka i ukazana jako oddziaływanie osoby z niepełnosprawnością i środowiska, które ulega ciągłym zmianom. Niepełnosprawność nie jest traktowana jako swego rodzaju ułomność czy też brak po stronie jednostki. W tym modelu podkreśla się konieczność usunięcia barier środowiskowych, na jakie napotykają osoby z niepełnosprawnością. Dlatego też kluczową kwestią dla tak pojmowanego pojęcia niepełnosprawności jest realizacja koncepcji wyrównywania szans²².

¹⁹ M. A. Paszkowicz, M. Garbat, E. Tytyk, *Ocena jakości życia osób niepełnosprawnych na przykładzie realiów województwa lubuskiego*, [w:] *Ergonomia Niepełnosprawnym – Jakość życia*, (red.) J. Lewandowski, J. Lecewicz – Bartoszevska, Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej, Łódź 2001, s. 191.

²⁰ M. Garbat, *Historia niepełnosprawności*,... s. 95.

²¹ A. Trzyna, *Ewolucja pojęcia niepełnosprawności*, [w:] *Prawo a niepełnosprawność wybrane aspekty*, (red.) M. Bosak, Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa 2015, s. 78.

²² M. Piasecki, M. Stępnia, *Standardowe zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych*, Fundacja Fuga Mundi, Lublin 1998, s. 8–9.

Społeczny model definiowania niepełnosprawności zakłada, że bariery na jakie napotykały osoby z niepełnosprawnością są wytwarzane przez społeczeństwo. Aby ułatwić funkcjonowanie tym osobom, zmiany powinny zachodzić w społeczeństwie, nie zaś bezpośrednio dotyczyć jednostki dotkniętej niepełnosprawnością. W rozumieniu tego modelu to społeczeństwo niejako przyczynia się do niepełnosprawności określonych osób poprzez stawianie im różnorodnych barier²³.

W modelu biopsychospołecznym następuje wspólne ujęcie indywidualnego wymiaru funkcjonowania człowieka (medyczny i psychologiczny) oraz uwarunkowań społecznych, prawnych, ekonomicznych czy kulturowych. Osoba z niepełnosprawnością postrzegana przez pryzmat tego modelu ma wpływ na otaczające ją środowisko umacniając się w nim i działając na jego korzyść. Służyć ma temu odpowiednia polityka włączenia i integracji społecznej, zwiększenia dostępności, a także wprowadzenie zmian systemowych i instytucjonalnych²⁴.

Obok wymienionych modeli definiowania niepełnosprawności można wyróżnić także model skandynawski, stanowiący niejako odmianę modelu społecznego. W tym modelu niepełnosprawność nie odnosi się do stanu zdrowia człowieka ani nie wynika z uszkodzenia jego organizmu, a ma wymiar sytuacyjny i kontekstowy. Powstaje na skutek niedopasowania pomiędzy jednostką a społeczeństwem, oczekiwaniami, a potrzebami i możliwościami ich realizacji. Istotna jest zatem deinstytucjonalizacja systemu wsparcia oraz podejście środowiskowe poprzez kształtowanie odpowiedniej polityki umożliwiającej niezależne życie danej osoby z niepełnosprawnością²⁵.

Przytoczone powyżej modele definiowania niepełnosprawności potwierdzają, że jest to pojęcie bardzo szerokie. Stanowi przedmiot badań wielu nauk, a każda z nich reprezentuje odmienne podejście w jego definiowaniu.

Pojęcie niepełnosprawności zawiera w sobie szerokie spektrum ludzkich schorzeń i ułomności. Nie sposób w tym miejscu wymienić wszystkich, które sklasyfikowane zostały jako niepełnosprawność. Są to między innymi: uszkodzenia narządów ruchu, wady słuchu, padaczka, cukrzyca, depresja, choroby przewlekłe, zaburzenia psychiczne. Schorzenia różnią się od siebie w znaczący sposób, każde z nich jest inne oraz posiada własną specyfikę.

²³ A. Trzyna, *Ewolucja pojęcia niepełnosprawności...*, s. 79.

²⁴ M. Giedroń, *Niepełnosprawność w Polsce w wymiarze politycznym i społecznym, analiza wybranych zagadnień*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2020, s. 21.

²⁵ Tamże, s. 20.

Dlatego też, jak już zostało zaznaczone wcześniej, niepełnosprawność nie ma jednej wspólnej definicji.

Warto nadmienić, iż obecnie w odniesieniu do osób niepełnosprawnych coraz częściej spotykane jest określenie „osoby z niepełnosprawnością”. Używanie tego stwierdzenia ma na celu niestygmatyzowanie tych osób ze względu na posiadaną niepełnosprawność, a jedynie ukazanie jej jako jednej z wielu cech człowieka. Posługiwanie się wyżej wymienionym stwierdzeniem należy ocenić jak najbardziej pozytywnie.

1.1.2. Definicje niepełnosprawności w prawie międzynarodowym

Oficjalne definicje zarówno niepełnosprawności, jak i osoby z niepełnosprawnością znajdują się w przyjętych aktach prawa europejskiego oraz międzynarodowego. W *Deklaracji Praw Osób Niepełnosprawnych* przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych w 1975 roku zdefiniowano znaczenie pojęcia „osoba niepełnosprawna”. W dokumencie stwierdzono, że oznacza ono „każdą osobę, która w wyniku deficytu swoich fizycznych lub umysłowych zdolności, wrodzonych lub nabytych, nie jest w stanie zapewnić sobie samodzielnie, całkowicie lub częściowo warunków koniecznych do normalnego życia indywidualnego i społecznego”²⁶.

W rozumieniu *Konwencji Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczącej rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych*, przyjętej w 1983 roku, osobą niepełnosprawną jest „osoba, której możliwości uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia oraz awansu zawodowego są znacznie ograniczone w wyniku właściwie orzeczonego ubytku zdolności fizycznych lub umysłowych”²⁷.

Podczas Europejskiego Forum Niepełnosprawności, które odbyło się w 1994 roku w Parlamencie Europejskim, przedstawiciele europejskich i krajowych organizacji osób niepełnosprawnych przyjęli definicję osoby niepełnosprawnej. Według niej „osobą niepełnosprawną jest jednostka w pełni swych praw, znajdująca się w sytuacji upośledzającej ją na skutek barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych, których z powodu występujących u niej uszkodzeń nie może przewyżczać w taki sposób jak inni

²⁶ Deklaracja Praw Osób Niepełnosprawnych przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ, Uchwała nr 3447 (XXX) z dnia 9 grudnia 1975 r.,

<http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/rightsOfDisabledPersons.aspx>, (dostęp: 20.07.2016).

²⁷ Konwencja nr 159 MOP dotycząca rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych, przyjęta w Genewie dnia 20 czerwca 1983 r., (Dz.U. 2005 Nr 43 poz. 412 z późn. zm.).

ludzie. Bariery te zbyt często są zwiększane przez deprecjonujące postawy ze strony społeczeństwa”²⁸.

Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych przyjęło w 2006 roku *Konwencję o Prawach Osób Niepełnosprawnych*. W artykule 1 Konwencji stwierdzono, iż „do osób niepełnosprawnych zaliczają się osoby, z długotrwałą obniżoną sprawnością fizyczną, umysłową, intelektualną lub sensoryczną, która w interakcji z różnymi barierami może ograniczać ich pełne i efektywne uczestnictwo w życiu społecznym na równych zasadach z innymi obywatelami”²⁹.

Z kolei w *Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń* uchwalonej przez Światową Organizację Zdrowia w 1980 roku została sformułowana definicja niepełnosprawności. Traktuje ona niepełnosprawność jako „ograniczenie lub brak zdolności, wynikający z uszkodzenia organizmu, do aktywności właściwej dla życia ludzkiego”³⁰. Przytoczona definicja zawiera w sobie biologiczną koncepcję pojęcia niepełnosprawności. Składa się ona z trzech elementów. Są to: uszkodzenie (impairment), niepełnosprawność funkcjonalna (disability) oraz upośledzenie lub niepełnosprawność społeczna (handicap). Uszkodzenie rozumiane jest jako utrata lub anormalność struktury narządów albo funkcji psychicznej, anatomicznej lub fizjologicznej spowodowane wadą wrodzoną, chorobą lub urazem. Niepełnosprawność funkcjonalna oznacza ograniczenia lub niezdolność wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka. Z kolei upośledzenie to niekorzystna dla danej osoby sytuacja wynikająca z posiadanego uszkodzenia, która ogranicza bądź też uniemożliwia odgrywanie roli uznanej dla tej osoby za normalną³¹. Należy zaznaczyć, iż przedstawiona powyżej biologiczna koncepcja definiowania niepełnosprawności podkreśla przede wszystkim jej wymiar medyczny. W jej rozumieniu ograniczenia z jakimi stykają się osoby z niepełnosprawnością wynikają jedynie z posiadanego uszkodzenia organizmu. Pominięty niejako został natomiast społeczny aspekt niepełnosprawności. Krytyka tej koncepcji spowodowała, iż podjęto działania prowadzące do jej modyfikacji. W wyniku długoletnich prac w 2001 roku, podczas 54. Światowego Zgromadzenia na rzecz Zdrowia, przedstawiono *Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*, w której

²⁸ Z. Kawczyńska – Butrym, *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*, Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008, s. 125.

²⁹ Konwencja ONZ nr 61/06 o prawach osób niepełnosprawnych przyjęta w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., (Dz.U. 2012 poz. 1169 z późn. zm.).

³⁰ *Zabezpieczenie społeczne osób niepełnosprawnych w Polsce i w innych krajach*, (red.), S. Golinowska, Wydawnictwo MPiPS, Warszawa 2001, s. 159.

³¹ International Classification of Impariments Disabilities and Handicaps WHO, Genewa 1980.

zawarto zmienioną wersję koncepcji niepełnosprawności. W nowo przedstawionej koncepcji dokonano syntezy medycznego i społecznego modelu niepełnosprawności, tworząc model biopsychospołeczny³². Uznano, że człowiek funkcjonuje na poziomach biologicznym (organizm człowieka o określonej strukturze), jednostkowym (jednostka, mająca określone obowiązki), a także społecznym (element grupy społecznej do której należy jednostka)³³. Przyjmując to założenie niepełnosprawność można zdefiniować jako niekorzystną sytuację danej osoby wynikającą z uszkodzenia organizmu, która ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie jej ról, a więc zadań i zachowań w sytuacjach społecznych, biorąc pod uwagę wiek, płeć oraz czynniki kulturowe i społeczne, czyli formy działań i zachowań przyjętych, i akceptowanych w danym środowisku kulturowym, i społecznym³⁴. W przedstawionej przez Światową Organizację Zdrowia zmodyfikowanej koncepcji niepełnosprawności położono w głównej mierze nacisk na jej wymiar społeczny. Kwestie medyczne pozostawiono niejako na drugim planie. Niepełnosprawność zaczęto definiować w odniesieniu do uwarunkowań społecznych na jakie napotyka osoba o niepełnej sprawności, a nie przez pryzmat posiadanego przez nią schorzenia.

Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy w zaleceniu nr 1185 z 1992 roku (*Polityka w zakresie rehabilitacji osób niepełnosprawnych*) zdefiniowało niepełnosprawność jako „ograniczenie spowodowane przez przeszkodę fizyczną, psychologiczną, zmysłową, społeczną, kulturową, prawną i jakąkolwiek inną, która uniemożliwia osobie niepełnosprawnej zintegrowanie i uczestnictwo w życiu rodzinnym i w ramach wspólnoty na tych samych warunkach, co każda inna osoba”³⁵.

Do definiowania pojęcia niepełnosprawności ustosunkował się również Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej. W wyroku z dnia 11 kwietnia 2013 roku odnoszącego się do *Dyrektywy Rady ustanawiającej ogólne warunki ramowe równego traktowania w zakresie zatrudnienia i pracy*³⁶. Trybunał stwierdził, że „pojęcie niepełnosprawności, o którym mowa w powyższej dyrektywie, należy rozumieć jako stan patologiczny spowodowany chorobą zdiagnozowaną medycznie jako uleczalna lub nieuleczalna, w przypadku gdy choroba ta powoduje ograniczenie wynikające w szczególności

³² International Classification of Functioning, Disability and Health ICF WHO, Genewa 2001.

³³ M. Garbat, *Historia niepełnosprawności*, s. 101–102.

³⁴ K. Kurowski, *Wolności i prawa człowieka i obywatela z perspektywy osób z niepełnosprawnościami*, Wydawnictwo RPO, Warszawa 2014, s. 17.

³⁵ Zalecenie Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy nr 1185 (1992) *Polityka w zakresie rehabilitacji osób niepełnosprawnych*.

³⁶ 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 z późn. zm.).

z osłabienia funkcji fizycznych, umysłowych lub psychicznych, które w oddziaływaniu z różnymi barierami mogą utrudniać danej osobie pełne i skuteczne uczestnictwo w życiu zawodowym na równych zasadach z innymi pracownikami, i gdy ograniczenie to ma charakter długotrwały”³⁷.

Należy nadmienić, iż pojęcia „niepełnosprawność”, jak również „osoba niepełnosprawna” utrwaliły się w języku prawnym dzięki obchodom roku 1981, który to został uznany przez Organizację Narodów Zjednoczonych jako Międzynarodowy Rok Inwalidów i Osób Niepełnosprawnych, a także w okresie tak zwanej Dekady na rzecz Osób Niepełnosprawnych w latach 1983-1992³⁸.

1.1.3. Wnioski

Przedstawione definicje niepełnosprawności jak i osoby z niepełnosprawnością zawarte w aktach prawa międzynarodowego są różnorodne. Każda z nich posiada swoją indywidualną specyfikę w zależności od obszaru, do którego regulacji dany akt prawny został wydany. Jak już wcześniej zaznaczono nie ma jednej wspólnej definicji niepełnosprawności. Jednakże elementem łączącym wszystkie powyższe definicje jest podkreślenie prawa osób z niepełnosprawnością do aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym. Na szczególne wyróżnienie zasługuje definicja osoby niepełnosprawnej zawarta w *Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych*, ponieważ bardzo trafnie ujęto w niej kwestie medyczne, jednocześnie uwypuklając społeczne aspekty niepełnosprawności. Z uwagi na fakt, że została ona sformułowana w dokumencie wydanym przez ONZ powinna stać się powszechnie akceptowana na świecie. Należy nadmienić, że we wszystkich państwach członkowskich UE trwają prace nad wypracowaniem definicji niepełnosprawności, która obowiązywałaby we Wspólnocie. Dotąd jednak nie przyniosły one oczekiwanego rezultatu. W wielu krajach obowiązują nadal różne definicje niepełnosprawności i osoby z niepełnosprawnością. Warto w tym miejscu przypomnieć, że UE 26 listopada 2006 roku ratyfikowała *Konwencję ONZ o prawach osób niepełnosprawnych*. Tym samym unijni urzędnicy zamiast opracowywać nowe definicje niepełnosprawności, czy też osoby z niepełnosprawnością powinni zastanowić się nad

³⁷ Wyrok TSUE C-335/11 z dnia 11 kwietnia 2013 r., <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/HTML/?uri=CELEX:62011CJ0335&rid=1>, (dostęp: 21.08.2016).

³⁸ T. Bulenda, J. Zabłocki, *Ludzie Niepełnosprawni a prawo*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1994, s. 11–12.

przyjęciem tej zawartej w Konwencji ONZ jako obowiązującej we wszystkich państwach członkowskich³⁹.

1.2. Ochrona praw osób z niepełnosprawnością w prawie międzynarodowym

1.2.1. ONZ wobec praw osób z niepełnosprawnością

Ochrona praw osób z niepełnosprawnością jest zagwarantowana w wielu aktach z zakresu prawa międzynarodowego. W *Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka* stwierdzono, iż wszyscy ludzie rodzą się wolni i równi wobec prawa oraz to, że każdy człowiek jest uprawniony do korzystania z wszystkich praw i wolności bez względu na różnice rasy, koloru skóry, płci, języka, religii, poglądów politycznych lub innych przekonań, narodowości, pochodzenia społecznego, majątku, urodzenia lub jakiegokolwiek innych różnic. Ponadto w Deklaracji podkreślono, że wszystkim ludziom bez jakiegokolwiek dyskryminacji przysługuje jednakowa ochrona prawna⁴⁰. Dokument ten nie odnosi się wprost do kwestii ochrony praw osób z niepełnosprawnością, prawa te można jednak wyinterpretować z jego poszczególnych artykułów.

Wśród regulacji Organizacji Narodów Zjednoczonych odnoszących się do całej społeczności osób z niepełnosprawnością można wyróżnić *Deklarację Praw Osób Niepełnosprawnych* przyjętą 9 grudnia 1975, *Światowy Program Działań na rzecz Osób Niepełnosprawnych* z 3 grudnia 1982 roku, *Standardowe zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych* z 20 grudnia 1993 oraz *Konwencję Praw Osób Niepełnosprawnych* przyjętą 13 grudnia 2006 roku. W *Deklaracji Praw Osób Niepełnosprawnych* stwierdzono, że osoby te mają pełne prawo do poszanowania ludzkiej godności bez względu na pochodzenie, naturę, zaawansowanie niepełnosprawności. Są uprawnione do dostępu do opieki medycznej, rehabilitacji, edukacji, przysposobienia zawodowego oraz wszystkich środków, które umożliwią im stanie się niezależnymi. Mają pełne prawo do ekonomicznej i społecznej ochrony, podjęcia zatrudnienia oraz zachowania satysfakcjonującego poziomu życia. Przysługują im także takie same prawa obywatelskie i polityczne co pozostałym członkom społeczeństwa. Ponadto potwierdzono prawo osób z niepełnosprawnością do uczestnictwa w życiu społecznym, a także prawo do ochrony przed wszelkimi formami wykorzystania i dyskryminacji⁴¹. Deklaracja ta była pierwszym dokumentem ONZ

³⁹ K. Kurowski, *Wolności i prawa człowieka i obywatela...*, s. 18.

⁴⁰ Art. 1-2, 7 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 217 A (III) przyjęta i proklamowana dnia 10 grudnia 1948 r.

⁴¹ Deklaracja Praw Osób Niepełnosprawnych Zgromadzenia Ogólnego ONZ, 3447 (XXX) przyjęta dnia 9 grudnia 1975 r.

adresowanym do wszystkich osób z niepełnosprawnością, zwrócono w niej uwagę na istotne kwestie dotyczące ochrony praw tej grupy społecznej. W rezultacie, w 1976 roku Zgromadzenie Ogólne ONZ przyjęło rezolucję ustanawiającą rok 1981 jako Międzynarodowy Rok Osób Niepełnosprawnych. Wtedy to powstały programy działania o charakterze międzynarodowym, regionalnym i krajowym dotyczące leczenia, rehabilitacji, oraz wyrównywania szans osób z niepełnosprawnością⁴².

Z kolei *Światowy Program Działań na rzecz Osób Niepełnosprawnych* ustanowiony w 1982 roku, zakładał podjęcie działań mających na celu przeciwdziałanie skutkom niepełnosprawności, ochronę osób dotkniętych niepełnosprawnością, wyrównywanie szans oraz wspieranie ich uczestnictwa w życiu społecznym. Działania te między innymi miały polegać na: zwiększeniu udziału tych osób z niepełnosprawnością w podejmowaniu decyzji w sprawach ich dotyczących, zachęceniu do kwotowego zatrudnienia tych osób, promowaniu podejmowania nauki w ramach ogólnego systemu kształcenia. Podkreślono również, że to rządy poszczególnych państw powinny pełnić kluczową rolę w przeciwdziałaniu powstawaniu skutków niepełnosprawności⁴³. Należy nadmienić, iż dekadę po przyjęciu Programu, dzień 3 grudnia został uznany przez ONZ za Międzynarodowy Dzień Osób Niepełnosprawnych.

Najbardziej istotnym instrumentem ochrony międzynarodowej osób z niepełnosprawnością jest *Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych* przyjęta 13 grudnia 2006 roku przez Zgromadzenie Ogólne ONZ. Dokument ten zawiera kompilację praw osób z niepełnosprawnością znajdujących się we wcześniej wydanych aktach, a także nadaje im prawnie wiążący charakter. Należy również nadmienić, że jest to pierwszy akt prawa międzynarodowego dotyczący osób z niepełnosprawnością, który został uchwalony w XXI wieku⁴⁴. Celem Konwencji jest „promowanie, ochrona oraz umożliwienie wszystkim osobom z niepełnosprawnością nieograniczonego korzystania z wszystkich fundamentalnych swobód i praw człowieka, oraz promowanie poszanowania dla ich godności osobistej”. Konwencja została oparta na zbiorze zasad, do których należą:

⁴² Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 31/123 w sprawie proklamowania roku 1981 jako Międzynarodowy Rok Osób Niepełnosprawnych z dnia 16 grudnia 1976 r.

⁴³ Uchwała Zgromadzenia Ogólnego ONZ 37/52 – Światowy Program Działań na rzecz Osób Niepełnosprawnych z dnia 3 grudnia 1982 r.

⁴⁴ M. Jankowska, *Prawa osób niepełnosprawnych w międzynarodowych aktach prawnych*, s. 37, <https://www.pfron.org.pl/download/5/78/03MariaJankowska.pdf>, (dostęp: 20.04.2017).

- „1. Poszanowanie dla godności osobistej, indywidualnej autonomii, w tym swobody dokonywania własnych wyborów oraz poszanowania dla niezależności jednostki;
2. Niedyskryminacja;
3. Pełne i efektywne uczestnictwo w życiu społecznym i integracji społecznej;
4. Poszanowanie dla odmienności oraz akceptacji osób z niepełnosprawnością jako mających wkład w różnorodność rodziny ludzkiej i w człowieczeństwo;
5. Równość szans;
6. Dostępność;
7. Równość między kobietami i mężczyznami;
8. Poszanowanie dla rozwijającego się potencjału dzieci z niepełnosprawnością i poszanowania ich prawa do zachowania swojej tożsamości”.

W katalogu praw odnoszących się do osób z niepełnosprawnością zawarto prawo do życia, równość wobec prawa, zakaz dyskryminacji kobiet i mężczyzn, prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego, prawo dzieci z niepełnosprawnością do korzystania z fundamentalnych swobód i praw człowieka na równych zasadach z innymi dziećmi, prawo do wolności od tortur i niehumanitarnego traktowania; prawo do wolności od wyzysku, przemocy i wykorzystania, prawo do poszanowania prywatności, a także gwarancje poszanowania życia rodzinnego i domowego, w tym prawo osób z niepełnosprawnością do zakładania rodziny. W świetle przepisów Konwencji osoby z niepełnosprawnością mają prawo do samodzielnego życia, ochrony zdrowia, rehabilitacji, edukacji, podjęcia zatrudnienia, ochrony socjalnej, uczestnictwa w życiu politycznym, publicznym i kulturalnym. Konwencja zobowiązuje także państwa będące jej stroną do zapewnienia tym osobom dostępu, na równych zasadach z innymi obywatelami, do środowiska fizycznego, transportu, informacji i komunikacji międzyludzkiej, w tym technologii i systemów komunikacyjnych i informacyjnych, oraz do innych udogodnień i usług oferowanych całemu społeczeństwu, zarówno w środowiskach miejskich, jak i wiejskich⁴⁵. Zgodnie z artykułem 34 Konwencji powołano Komitet Praw Osób Niepełnosprawnych. Zadaniem tej instytucji jest stanie na straży przestrzegania praw zawartych w Konwencji w państwach, które są jej sygnatariuszami. Jeśli osoba lub grupa takich osób uważa, że względem niej zostało naruszone którekolwiek z praw zagwarantowanych w Konwencji, może wnieść doniesienie do Komitetu. Tryb wnoszenia doniesienia został unormowany w Protokole Fakultatywnym dołączonym do Konwencji.

⁴⁵ Konwencja Zgromadzenia Ogólnego ONZ nr 61/06 – o prawach osób niepełnosprawnych z dnia 13 grudnia 2006 r.

Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych została otwarta do podpisu 30 marca 2007 roku i została podpisana przez przedstawicieli 80 państw, także Polski. Jednakże jeszcze 5 spośród wspomnianych 80-ciu państw, w tym Polska, nie podpisało Protokołu Fakultatywnego⁴⁶. Należy podkreślić, iż po raz pierwszy będąc odrębnym podmiotem prawa międzynarodowego do aktu tej rangi przystąpiła Unia Europejska. Ratyfikowała go w dniu 26 listopada 2009, natomiast Polska dokonała ratyfikacji Konwencji 6 września 2012 roku,⁴⁷ a Szwecja 15 grudnia 2008 roku.

Gwarancje praw osób z niepełnosprawnością znajdują się również w *Konwencji o prawach dziecka*, przyjętej 20 listopada 1989 roku przez Zgromadzenie Ogólne ONZ. Adresatami tego aktu są osoby, które nie ukończyły 18. roku życia. Według artykułu 23 ustępu 1. Konwencji „dziecko psychicznie lub fizycznie niepełnosprawne powinno mieć zapewnioną pełnię normalnego życia w warunkach gwarantujących mu godność, umożliwiających osiągnięcie niezależności oraz ułatwiających aktywne uczestnictwo dziecka w życiu społeczeństwa”. W Konwencji stwierdzono, że dzieci niepełnosprawne mają prawo do szczególnej troski oraz zapewnienia im przez państwo bezpłatnej pomocy, w tym dostępu do oświaty, nauki, opieki zdrowotnej, rehabilitacji, przygotowania zawodowego oraz możliwości rekreacyjnych. Działania te powinny być realizowane tak, aby dziecko mogło osiągnąć jak najwyższy stopień zintegrowania ze społeczeństwem, a także najwyższy stopień osobistego rozwoju, w tym rozwoju kulturalnego i duchowego. Konwencja zobowiązuje państwa będące jej stronami do współpracy międzynarodowej i wymiany informacji w dziedzinie profilaktyki zdrowotnej, leczenia medycznego, psychologicznego i funkcjonalnego dzieci z niepełnosprawnością, w tym rozpowszechnianiu i umożliwianiu dostępu do informacji dotyczących metod rehabilitacji oraz kształcenia i przygotowania zawodowego⁴⁸.

Poza przytoczonymi aktami prawnymi dotyczącymi ogółu społeczności osób z niepełnosprawnością, ONZ wydała także regulacje mające na celu szczególną ochronę osób między innymi z niepełnosprawnością umysłową, wzroku oraz słuchu czy niepełnosprawnością psychiczną. *Deklaracja Praw Osób z Upośledzeniem Umysłowym*, przyjęta 20 grudnia 1971 roku, była pierwszym aktem prawnym ONZ, skierowanym do osób z określonym rodzajem niepełnosprawności. W dokumencie tym stwierdzono, że osobom

⁴⁶ Protokołu Fakultatywnego Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych nie ratyfikowały do chwili obecnej (tj. wrzesień 2022): Bułgaria, Holandia, Irlandia, Polska i Rumunia.

⁴⁷ M. Jankowska, *Prawa osób niepełnosprawnych...*, s. 39.

⁴⁸ Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 44/25 – Konwencja o prawach dziecka z dnia 20 listopada 1989 r., (Dz. U. z 1991 r., Nr 120, poz. 526 z późn. zm.).

z upośledzeniem umysłowym przysługują te same prawa co innym ludziom, tak dalece, jak jest to możliwe. Zaznaczono również, że te osoby mogą uczestniczyć w różnych formach życia społecznego, mają prawo do odpowiedniej opieki medycznej, nauki, szkolenia, rehabilitacji oraz poradnictwa w takim zakresie, aby umożliwić im maksymalny rozwój posiadanych uzdolnień. Podkreślono także prawo osób upośledzonych umysłowo do utrzymania godziwego poziomu życia, zabezpieczenia ekonomicznego, wykonywania pracy zarobkowej oraz ochrony przed wyzyskiem, nadużyciami i poniżającym traktowaniem⁴⁹. W *Deklaracji Praw Osób Głuchych i Niewidomych* z roku 1979, potwierdzono prawa w odniesieniu do tych osób zawarte we wcześniej przyjętej Deklaracji Praw Osób Niepełnosprawnych. Prawa osób z niepełnosprawnością psychiczną znalazły międzynarodową ochronę Zgromadzenia Ogólnego ONZ, które w 1991 roku przyjęło dokument o nazwie *Zasady ochrony osób z chorobą psychiczną i poprawy opieki chorych psychicznie*. Zawarto w nim 25 zasad określających prawa osób z niepełnosprawnością psychiczną. W treści dokumentu stwierdzono między innymi, że: wszystkie osoby z chorobą psychiczną lub takie, które są traktowane jako chore psychicznie mają prawo do poszanowania ich wrodzonej godności. Przysługuje im także prawo do ochrony przed wszelkimi formami wykorzystania ekonomicznego, seksualnego oraz innymi przejawami wykorzystania, a także przed fizycznym nadużyciem i poniżającym traktowaniem. W dokumencie tym podkreślono również, że chorzy psychicznie nie mogą być w żaden sposób dyskryminowani ze względu na swoją chorobę, mają prawo do życia w społeczeństwie, a także podjęcia pracy⁵⁰. ONZ wydała także regulacje dotyczące zatrudnienia i włączenia społecznego osób z niepełnosprawnością. W *Konwencji dotyczącej rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych* z 20 czerwca 1983 roku przyjętej przez Międzynarodową Organizację Pracy stwierdzono, że celem rehabilitacji zawodowej jest umożliwienie osobie niepełnosprawnej uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia, awansu zawodowego, aby ułatwić jej w ten sposób włączenie się do społeczeństwa. Polityka zaś w tej dziedzinie powinna zmierzać do zapewnienia dostępności środków rehabilitacji zawodowej i społecznej dla wszystkich osób niepełnosprawnych oraz do popierania możliwości zatrudnienia tych osób na otwartym rynku pracy. Zaznaczono, iż polityka ta ma być oparta na zasadzie równości szans

⁴⁹ Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 2856 (XXVI) – Deklaracja Praw Osób z Upośledzeniem Umysłowym, przyjęta 20 grudnia 1971 r.

⁵⁰ Uchwała Zgromadzenia Ogólnego ONZ 46/119 - Zasady ochrony osób z chorobą psychiczną i poprawy opieki chorych psychicznie z dnia 17 grudnia 1991 r.

pracowników pełnosprawnych i z niepełnosprawnością⁵¹. Z kolei *Wytyczne działań dotyczące rozwoju zasobów ludzkich w zakresie niepełnosprawności* opracowane na Międzynarodowym zjeździe dotyczącym zasobów ludzkich w dziedzinie niepełnosprawności, który odbył się w Tallinie w sierpniu 1989 roku, zostały przyjęte przez Zgromadzenie Ogólne ONZ 15 marca 1990 roku. W wytycznych zaproponowano tworzenie warunków pełnej partycypacji osób z niepełnosprawnością w życiu społecznym, promocję edukacji i szkoleń oraz zatrudnianie tych osób na zasadzie równości z pracownikami pełnosprawnymi⁵². Ponadto wśród regulacji ONZ odnoszących się do kwestii włączenia społecznego osób z niepełnosprawnością można wyróżnić między innymi *Rezolucję - Rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu osób z niepełnosprawnością*⁵³ z 19 grudnia 2016 roku czy *Strategię Narodów Zjednoczonych na rzecz włączania osób z niepełnosprawnościami*. Przyjęty w 2019 roku dokument stanowi podstawę do trwałego postępu w zakresie włączania problematyki niepełnosprawności we wszystkie filary prac ONZ, jakimi są pokój i bezpieczeństwo, prawa człowieka i zrównoważony rozwój⁵⁴. Do społeczności osób z niepełnosprawnością odnosi się także *Agenda na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030*⁵⁵. W dokumencie zawarto zobowiązanie, że do roku 2030 zostaną wyeliminowane nierówności w dostępie do edukacji, państwa podejmą działania w celu osiągnięcia pełnego zatrudnienia i włączenia społecznego tych osób. Także przestrzeń i transport publiczny będą łatwo dostępne dla osób starszych i z niepełnosprawnością.

1.2.2. Rada Europy wobec praw osób z niepełnosprawnością

W kluczowym dokumencie europejskim jakim jest *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności*⁵⁶, przyjętym przez Radę Europy w Rzymie 4 listopada 1950 roku, zawarto gwarancje praw przysługujących każdemu człowiekowi⁵⁷. Choć Konwencja nie odnosi się wprost do osób z niepełnosprawnością to z artykułu 14-go, zakazującego

⁵¹ Konwencja MOP nr 159 dotycząca rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych, przyjęta w Genewie dnia 20 czerwca 1983 r.

⁵² Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 44/70 – Wytyczne działań z Tallina dotyczące rozwoju zasobów ludzkich w zakresie niepełnosprawności z dnia 15 marca 1990 r.

⁵³ Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ A/RES/71/165 – Rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu osób z niepełnosprawnością z dnia 19 grudnia 2016 r.

⁵⁴ United Nations Disability Inclusion Strategy, https://www.un.org/en/content/disabilitystrategy/assets/documentation/UN_Disability_Inclusion_Strategy_english.pdf/, (dostęp : 21.01.2023).

⁵⁵ Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ A/RES/70/1 – Przekształcamy nasz świat: Agenda na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030 z dnia 25 września 2015 r.

⁵⁶ Konwencją związane są wszystkie państwa wchodzące w skład Rady Europy włącznie z Polską i Szwecją

⁵⁷ Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, (Dz.U. 1993 nr 61 poz. 284 z późn. zm.).

dyskryminacji również „z jakichkolwiek innych przyczyn” wynika, że katalog przyczyn z powodu, których Konwencja zakazuje dyskryminacji nie jest zamknięty. Do tego katalogu można zaliczyć niepełnosprawność. Innym ważnym aktem Rady Europy jest *Europejska Karta Społeczna*⁵⁸. W odniesieniu do osób z niepełnosprawnością część I tego dokumentu wyraża prawo do szkolenia zawodowego, rehabilitacji oraz readaptacji zawodowej i społecznej, bez względu na przyczynę i rodzaj niepełnosprawności. Artykuł 15 zawiera zobowiązanie państw – stron do podjęcia koniecznych kroków dla zapewnienia osobom z niepełnosprawnością ułatwień szkoleniowych, w tym, jeżeli to konieczne, utworzenie wyspecjalizowanych instytucji publicznych lub prywatnych; a także podjęcia działań w celu zatrudniania tych osób, takich jak utworzenie wyspecjalizowanych służb pośrednictwa pracy, ułatwianie podejmowania pracy chronionej oraz środki dla pracodawców zatrudniających osoby z niepełnosprawnością. W artykule 9 wyrażono zapewnienie udzielania pomocy, w rozwiązywaniu problemów dotyczących wyboru zawodu i awansu zawodowego, uwzględniając indywidualne predyspozycje oraz ich związek z możliwościami zatrudnienia. Podkreślono również, że pomoc ta będzie dostępna bezpłatnie, zarówno dla młodzieży, w tym dla dzieci w wieku szkolnym, jak i dla dorosłych. W artykule 10 natomiast państwa sygnatariusze zobowiązały się do zapewnienia lub popierania, w miarę potrzeby, szkoleń technicznych i zawodowych wszystkich osób, w tym osób z niepełnosprawnością, w porozumieniu z organizacjami pracodawców i pracowników oraz umożliwienia tym osobom dostępu do wyższego nauczania technicznego i uniwersyteckiego⁵⁹. Należy nadmienić, iż państwa będące *sygnatariuszami Europejskiej Karty Społecznej*, są zobowiązane do przedstawiania szczegółowych sprawozdań dotyczących realizacji praw wynikających z jej postanowień. Sprawozdanie obrazujące implementację postanowień dotyczących osób z niepełnosprawnością powinno zawierać na przykład: rodzaj i liczbę instytucji prowadzących szkolenia, a także warunki rehabilitacji, metody opracowywania programów rehabilitacji zawodowej, sposoby ich dostosowywania do wymagań rynku pracy, liczbę przeszkolonych osób oraz liczbę osób ubiegających się o szkolenie. Sprawozdania są poddawane badaniu przez Niezależny Komitet Ekspertów, który wydaje zalecenia. Zalecenia te wskazują kierunki działań jakie powinny być podjęte

⁵⁸ Europejska Karta Społeczna, sporządzona w 1961 roku została zmieniona Protokołem zmieniającym Europejską Kartę Społeczna, sporządzonym w Turynie dnia 21 października 1991 r.

⁵⁹ Europejska Karta Społeczna sporządzona w Turynie dnia 18 października 1961 r. (Dz.U. 1999 nr 8 poz. 67 z późn. zm.).

w celu bardziej efektywnej realizacji praw zawartych w Karcie, jednakże nie są one wiążące⁶⁰.

Dodatkowo Komitet Ministrów Rady Europy przyjął kilkanaście rezolucji i zaleceń odnoszących się do osób z niepełnosprawnością. *Rezolucja o spójnej polityce rehabilitacji osób niepełnosprawnych* z 1984 roku, zintegrowała regulacje Rady Europy dotyczące problemów osób z niepełnosprawnością, wydanych na przestrzeni lat 60. i 70. XX wieku. Stwierdzono w niej, „że rehabilitacja osób niepełnosprawnych w znaczeniu ochrony ich integracji w życiu zawodowym i społecznym jest obowiązkiem społeczeństwa i gwarancją respektu dla ludzkiej godności, powinna być ona priorytetem w polityce socjalnej”⁶¹. Zaznaczono, iż rehabilitacja powinna stanowić proces ciągły, który powinien trwać od wystąpienia niepełnosprawności, aż do osiągnięcia przez osobę niepełnosprawną pełnej integracji ze społeczeństwem. Za uwłaczające dla ludzkiej godności uznano niepowodzenia dotyczące ochrony praw osób z niepełnosprawnością. Podkreślono również, że takie niepowodzenia mają wpływ na sytuację finansową tych osób, przez co stają się one zależne od innych i niezdolne do samodzielności⁶². *Zalecenie dotyczące spójnej polityki na rzecz osób niepełnosprawnych* z 1992 roku zastąpiło *Rezolucję o spójnej polityce rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, w którym uznano, iż polityka na rzecz osób z niepełnosprawnością powinna zmierzać do zapobiegania lub eliminowania skutków niepełnosprawności, zagwarantowania tym osobom pełnego i aktywnego udziału w życiu społecznym, pomaganiu im w prowadzeniu samodzielnego życia, zgodnie z ich życzeniami. W niniejszym dokumencie podkreślono również, że osoby z niepełnosprawnością mają prawo między innymi do: niezależności ekonomicznej, edukacji, opieki medycznej, a także prawo korzystania z wszystkich instytucji państwa na zasadach równych z innymi obywatelami. W celu zapewnienia pomocy osobom z niepełnosprawnością, państwa powinny prowadzić spójną, globalną i wszechstronną politykę we współpracy z tymi osobami oraz organizacjami, które się nimi zajmują. Polityka ta powinna obejmować wiele obszarów takich jak: profilaktyka i edukacja zdrowotna; edukacja; poradnictwo zawodowe i szkolenie; zatrudnienie; integracja społeczna; ochrona socjalna, gospodarcza i prawna,

⁶⁰ M. Jankowska, *Prawa osób niepełnosprawnych...*, s. 32.

⁶¹ K. Kurowski, *Wolności i prawa człowieka i obywatela...*, s. 52.

⁶² Rezolucja AP (84) 3 o spójnej polityce rehabilitacji osób niepełnosprawnych przyjętej przez Komitet Ministrów Rady Europy dnia 17 września 1984 r.

a także szkolenie osób biorących udział w procesie rehabilitacji oraz w integracji społecznej osób z niepełnosprawnością⁶³.

Rada Europy zwróciła także uwagę na włączenie społeczne osób z niepełnosprawnością poprzez projektowanie uniwersalne i nowe technologie. W *Rezolucji dotyczącej wprowadzania zasad uniwersalnego projektowania do programów nauczania wszystkich zawodów związanych z tworzeniem środowiska budowlanego* z 2001 roku stwierdzono, że „prawo wszystkich osób, w tym osób niepełnosprawnych, do pełnego uczestnictwa w życiu społeczności obejmuje prawo do dostępu, korzystania i rozumienia otoczenia budowlanego. Społeczeństwo, a w szczególności wszystkie zawody tworzące otoczenie budowlane mają obowiązek i powinność zapewniania, że jest ono uniwersalnie dostępne dla każdego, w tym dla osób niepełnosprawnych”. „[...] W związku z tym, państwa powinny podjąć kroki w celu unikania i usuwania, gdziekolwiek jest to możliwe, wszystkich przeszkód w otoczeniu budowlanym oraz w celu lepszego informowania osób podejmujących decyzje i innych osób, których decyzje dotyczą wpływu środowiska stworzonego przez człowieka na jakość życia osób niepełnosprawnych”⁶⁴. W kolejnej także z 2001 roku *Rezolucji w sprawie dążenia do pełnego obywatelstwa osób niepełnosprawnych poprzez nowe technologie sprzyjające włączeniu społecznemu*, zawarto zalecenie dla rządów państw członkowskich zakładające sporządzenie i wdrożenie „strategii krajowych obejmujących skoordynowany zespół środków lub instrumentów, takich jak plany działania, aby zapewnić korzystanie przez osoby niepełnosprawne z możliwości stwarzanych przez nowe technologie, unikać ryzyka wykluczenia oraz oceniać wpływ nowych technologii na jakość życia osób niepełnosprawnych”⁶⁵.

Rada Europy podkreśliła również istotę integracji osób z niepełnosprawnością, w deklaracji *Dążenie ku pełnemu uczestnictwu osób niepełnosprawnych jako pełnoprawnych obywateli*, którą wypracowano na Europejskiej Konferencji Ministrów odpowiedzialnych za integracyjną politykę na rzecz osób z niepełnosprawnością, która odbyła się w Maladze w 2003 roku⁶⁶. W Deklaracji tej stwierdzono m.in., iż „[...] konieczne

⁶³ Zalecenie R (92) 6 dotyczące spójnej polityki na rzecz osób niepełnosprawnych przyjęte przez Komitet Ministrów Rady Europy dnia 9 kwietnia 1992 r.

⁶⁴ Rezolucja ResAP (2001) 1 dotycząca wprowadzania zasad uniwersalnego projektowania do programów nauczania wszystkich zawodów związanych z tworzeniem środowiska budowlanego przyjęta przez Komitet Ministrów Rady Europy dnia 15 lutego 2001 r.

⁶⁵ Rezolucja ResAP (2001) 3 w sprawie dążenia do pełnego obywatelstwa osób niepełnosprawnych poprzez nowe technologie sprzyjające włączeniu społecznemu przyjęta przez Komitet Ministrów Rady Europy dnia 24 października 2001 r.

⁶⁶ W konferencji brali udział ministrowie odpowiedzialni za integracyjną politykę na rzecz osób z niepełnosprawnością z krajów członkowskich Rady Europy i krajów posiadających status obserwatora, a także ich reprezentanci. Uczestnikami byli również przedstawiciele Komitetu Ministrów i Zgromadzenia

jest zintegrowane podejście do opracowania krajowej i międzynarodowej polityki oraz ustawodawstwa, odzwierciedlających w pełni potrzeby osób niepełnosprawnych we wszystkich sferach, a w szczególności w tak kluczowych dziedzinach jak: dostęp do mieszkania, edukacja, poradnictwo zawodowe i szkolenie, zatrudnienie, architektura środowiska, transport publiczny, informacja, opieka zdrowotna i ochrona socjalna”. Wskazano także, że „[...] zasadniczym celem jest tworzenie odpowiednich warunków ekonomicznych, społecznych, edukacyjnych, środowiskowych, zdrowotnych i zatrudnienia, chcąc zapewnić każdej osobie niepełnosprawnej szansę zachowania do końca życia maksymalnej wydolności oraz przeciwdziałać niepełnosprawności”. Edukację oraz równy dostęp do zatrudnienia uznano za kluczowe instrumenty integracji społecznej, a wykorzystanie nowych technologii za niezwykle istotne dla uzyskania większej niezależności przez osoby niepełnosprawne⁶⁷. W Deklaracji przyjęto też zobowiązania między innymi do: zwalczania dyskryminacji i ochrony praw człowieka, z uwzględnieniem wyrównywania szans osób z niepełnosprawnością we wszystkich dziedzinach życia; niestosowania jakichkolwiek form dyskryminacji ze względu na przyczynę niepełnosprawności lub tożsamości osoby dotkniętej niepełnosprawnością; zwiększania dostępności do usług spełniających potrzeby osób z niepełnosprawnością; pracy na rzecz kształtowania pozytywnego wizerunku tych osób, współdziałając z różnymi partnerami, w tym również z mediami.

Następnym istotnym dokumentem Rady Europy z obszaru włączenia społecznego osób z niepełnosprawnością był przyjęty w 2006 roku, *Plan działań w celu promocji praw i pełnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w społeczeństwie: podnoszenie jakości życia osób niepełnosprawnych w Europie 2006-2015*. Plan ten określono jako „swoistą mapę drogową dla polityków umożliwiającą im opracowanie, dostosowanie, inne ukierunkowanie i wdrażanie odpowiednich planów, programów i nowatorskich strategii”. Misją określoną w przyjętym planie było urzeczywistnienie celów Rady Europy dotyczących praw człowieka, niedyskryminacji, równości szans i pełnego udziału osób z niepełnosprawnością w życiu obywatelskim i społecznym w polityce europejskiej w następnym dziesięcioleciu. Celem natomiast stworzenie ogólnych, elastycznych ram polityki, dostosowanych do

Parlamentarnej Rady Europy, Kongresu Władz Lokalnych i Regionalnych Europy, Komisarza Praw Człowieka Rady Europy, Banku Rozwoju Rady Europy i kilku komitetów sterujących Radą Europy, Komisji Wspólnot Europejskich oraz obserwatorów z Międzynarodowej Organizacji Pracy, Organizacji Współpracy i Rozwoju Gospodarczego oraz organizacji rządowych i pozarządowych.

⁶⁷ Deklaracja Ministrów w Sprawie Osób Niepełnosprawnych – Dążenie ku pełnemu uczestnictwu osób niepełnosprawnych jako pełnoprawnych obywateli, przyjęta w Maladze w dniach 7 – 8 maja 2003 r.

warunków poszczególnych państw. Dokument zawiera 15 kierunków działań, służących do jego realizacji. Wskazane działania obejmują swoim zakresem wszystkie obszary życia osób z niepełnosprawnością. Do tych obszarów należą m.in.: uczestnictwo w życiu politycznym i publicznym; uczestnictwo w życiu kulturalnym; życie w społeczności lokalnej; opieka zdrowotna; rehabilitacja; ochrona socjalna; ochrona prawna; ochrona przed przemocą i wykorzystywaniem; badania i rozwój; a także podnoszenie świadomości⁶⁸. *Zalecenie dla państw członkowskich w sprawie edukacji i włączenia społecznego dzieci ze spektrum autyzmu* z 2009 roku wskazało, aby rządy państw członkowskich propagowały edukację i włączenie społeczne dzieci i młodzieży z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. W tym celu, państwa członkowskie powinny przyjąć przepisy i polityki oraz zapewnić struktury umożliwiające złagodzenie efektów zaburzeń i ułatwienie integracji społecznej, poprawę warunków życia i promocję rozwoju i niezależności osób dotkniętych tymi zaburzeniami. Państwa powinny także tworzyć ramy prawne zabezpieczające prawa dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością, w tym osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, do otrzymania edukacji, która odpowiadałaby ich potrzebom, nie dyskryminowała ich i działała na rzecz włączenia społecznego. Państwa powinny również wspierać szeroko zakrojone, wczesne i dostępne rozpoznawanie i diagnozowanie, ocenę indywidualną każdego przypadku, poszerzanie świadomości społecznej i szkolenia dla rodziców i specjalistów w tej dziedzinie⁶⁹. *Zalecenie dla państw członkowskich w sprawie uczestnictwa osób niepełnosprawnych w życiu politycznym i publicznym* z 2011 roku postulowało, aby państwa kontynuowały działania w zakresie uczestnictwa tych osób w życiu politycznym i publicznym, wynikające z *Planu działań w celu promocji praw i pełnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w społeczeństwie* oraz monitorowały i oceniały jego wdrażanie. Powinny także podjąć odpowiednie działania legislacyjne, tak aby umożliwić rozwój odpowiednich służb wsparcia świadczących potrzebną pomoc oraz prowadzić inne konstruktywne działania, mogące zachęcić kobiety i mężczyzn z niepełnosprawnością, jak również dzieci i młodzież, do uczestnictwa w życiu politycznym i publicznym jako obywatele o równych prawach i obowiązkach politycznych. Według zalecenia państwa powinny również rozpocząć lub kontynuować prace w kierunku oceny uczestnictwa osób z niepełnosprawnością w demokracji i jego skutków na szczeblu krajowym, regionalnym

⁶⁸ Zalecenie nr Rec (2006) 5 – Plan działań Rady Europy w celu promocji praw i pełnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w społeczeństwie: podnoszenie jakości życia osób niepełnosprawnych w Europie 2006 – 2015 przyjęte przez Komitet Ministrów Rady Europy dnia 5 kwietnia 2006 r.

⁶⁹ Zalecenie CM/Rec (2009) 9 dla państw członkowskich w sprawie edukacji i włączenia społecznego dzieci ze spektrum autyzmu przyjęte przez Komitet Ministrów Rady Europy dnia 21 października 2009 r.

i lokalnym oraz zacieśnić współpracę z Radą Europy. W tym zakresie rekomenduje się wymianę dobrych praktyk i rozwijanie działań i sieci międzyrządowych w celu stworzenia warunków do włączenia wszystkich osób z niepełnosprawnością w życie polityczne i publiczne na zasadach równych z wszystkim obywatelami⁷⁰. Następne *Zalecenie w sprawie zapewnienia pełnego włączenia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej do życia społecznego* z 2013 roku dotyczy włączenia dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością do życia społecznego. Aby urzeczywistnić ten postulat państwa powinny między innymi: umożliwić dzieciom i młodzieży z niepełnosprawnością korzystanie z pełni praw człowieka i podstawowych wolności na takich samych zasadach jak ich rówieśnicy; wprowadzać racjonalne usprawnienia zgodnie z potrzebami osób z niepełnosprawnością, zapewnić odpowiednie finansowanie środowiskowych usług socjalnych, aby uniknąć innych form wyłączenia wynikających z samotności, ubóstwa rodzin i pogarszających się warunków ekonomicznych. Ponadto podjąć działania w zakresie likwidacji barier w dostępie do środowiska zabudowanego, transportu, edukacji, szkolenia, informacji i komunikacji, w tym technologii informacyjno-komunikacyjnych, usług świadczonych lub dostępnych zarówno na obszarach miejskich, jak i wiejskich lub na zapobieganiu powstawania możliwych barier, tak aby dzieci i młode osoby z niepełnosprawnością mogły zaangażować się, zacząć korzystać z możliwości w zakresie działań edukacyjnych, kulturalnych i rozrywkowych, zatrudnienia i szkolenia zawodowego oraz uzyskać dostęp do takich możliwości. Zwrócono uwagę również, że rządy powinny uwzględniać głos dzieci i młodzieży w decyzjach ich dotyczących oraz zagwarantować dzieciom z niepełnosprawnością prawo do swobodnego wyrażania własnych opinii we wszystkich sprawach ich dotyczących oraz traktowania ich poglądów z powagą właściwą dla ich wieku i dojrzałości na równych zasadach z innymi dziećmi⁷¹. Kolejne *Zalecenie w sprawie zapewnienia pełnego, równego i efektywnego udziału osób niepełnosprawnych w kulturze, sporcie, turystyce i rekreacji* z 2013 wzywało państwa członkowskie do podjęcia działań mających na celu upowszechnianie udziału osób z niepełnosprawnością w kulturze, sporcie, turystyce i rekreacji. Zaleca ono także między innymi opracowanie i wdrożenie ram prawnych gwarantujących, że odmowa dostępu do aktywności na polu kultury, sportu, turystyki i rekreacji z powodu niepełnosprawności, będzie uznana za dyskryminację. Dostawcy usług zaś w wyżej wymienionych obszarach

⁷⁰ Zalecenie CM/Rec (2011) 14 dla państw członkowskich w sprawie uczestnictwa osób niepełnosprawnych w życiu politycznym i publicznym przyjęte przez Komitet Ministrów Rady Europy dnia 16 listopada 2011 r.

⁷¹ Zalecenie CM/Rec (2013) 2 dla państw członkowskich w sprawie zapewnienia pełnego włączenia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej do życia społecznego publicznym przyjęte przez Komitet Ministrów Rady Europy dnia 16 października 2013 r.

(zarówno państwowi, jak i prywatni) mają zostać zobowiązani do zapewnienia dostępności i racjonalnych usprawnień osobom z niepełnosprawnością, w celu realizacji gwarancji dostępu do oferowanych miejsc, programów i usług oraz promocji ich pełnego i równego udziału w tych usługach na równi z wszystkimi osobami⁷².

Jednym z ostatnich ważnych dokumentów Rady Europy dotyczącym osób z niepełnosprawnością jest *Strategia w sprawie niepełnosprawności na lata 2017–2023*. W Strategii opracowanej w 2016 roku podkreślono, że prawa człowieka odnoszą się do wszystkich ludzi, także do osób z niepełnosprawnością. Osoby te mają prawo do pełnego korzystania z nich na równych zasadach z innymi ludźmi. Aby mogły korzystać z przysługujących im praw należy zapewnić im niezależność, wolność wyboru oraz pełny i aktywny udział we wszystkich dziedzinach życia. Nadrzędnym celem Strategii jest osiągnięcie równości, godności, a także równości szans dla osób z niepełnosprawnością. Cel ten ma zostać zrealizowany poprzez działania państw w obszarach takich jak: niedyskryminacja, podnoszenie świadomości społecznej, dostępność, równość praw dla wszystkich, wolność od wyzysku, nadużyć oraz przemocy⁷³.

1.2.3. Unia Europejska wobec praw osób z niepełnosprawnością

Polityka społeczna Unii Europejskiej, w tym także rozwiązania prawne odnoszące się do osób z niepełnosprawnością, odwołują się do dorobku ONZ oraz Rady Europy. Prawa osób z niepełnosprawnością znajdują umocowanie w unijnych traktatach, jak również rezolucjach czy komunikatach adresowanych bezpośrednio do tej grupy społecznej. Dotyczą obszarów takich jak między innymi: niedyskryminacja i włączenie społeczne, równość szans w zatrudnieniu i innych dziedzinach życia czy dostępność i mobilność. *Traktat z Amsterdamu*⁷⁴, który wszedł w życie 1 maja 1999 roku wprowadził artykuł 13. zakazujący dyskryminacji ze względu na: płeć, rasę, pochodzenie etniczne, religię, niepełnosprawność, światopogląd, wiek lub orientację seksualną. Artykuł ten uprawnia również Radę Unii Europejskiej do podjęcia działań w zakresie zwalczania wszelkiej dyskryminacji, działania te są podejmowane na wniosek Komisji Europejskiej po konsultacji z Parlamentem

⁷² Zalecenie CM/Rec (2013) 3 dla państw członkowskich w sprawie zapewnienia pełnego, równego i efektywnego udziału osób niepełnosprawnych w kulturze, sporcie, turystyce i rekreacji przyjęte przez Komitet Ministrów Rady Europy 11 grudnia 2013 r.

⁷³ Strategia Rady Europy w sprawie niepełnosprawności na lata 2017 – 2023 przyjęta 30 listopada 2016 r., <https://rm.coe.int/16806fe7d4>, (dostęp: 23.01.2023).

⁷⁴ Traktat z Amsterdamu zmieniający Traktat o Unii Europejskiej, Traktaty ustanawiające Wspólnoty Europejskie oraz niektóre związane z nimi akty z dnia 2 października 1997 r., (Dz. U z 2004 r., nr 90, poz. 864/32).

Europejskim. Zakaz dyskryminacji i prawo włączenia społecznego osób z niepełnosprawnością zapisano również w *Karcie Praw Podstawowych Unii Europejskiej* z 2000 roku. Prawa te wyrażono w artykułach 21 oraz 26 niniejszego dokumentu. Pierwszy z nich zakazuje dyskryminacji, między innymi ze względu na niepełnosprawność. W drugim natomiast potwierdzono, iż „Unia Europejska uznaje i szanuje prawo osób z niepełnosprawnością do korzystania ze środków mających zapewnić im samodzielność, integrację społeczną i zawodową oraz udział w życiu społeczności”⁷⁵. Wspomnieć należy, że *Karta Praw Podstawowych* uzyskała wiążącą moc prawną z chwilą wejścia w życie postanowień Traktatu z Lizbony⁷⁶. Podczas szczytu, na którym uchwalono *Kartę Praw Podstawowych*, przyjęto również *Europejską Agendę Społeczną*. Dokument ten określał główne cele polityki społecznej państw członkowskich na lata 2000-2005. W odniesieniu do osób z niepełnosprawnością stwierdzono w nim, że Unia Europejska „rozszerzy wszelkie działania zmierzające do osiągnięcia pełniejszej integracji osób niepełnosprawnych we wszystkich dziedzinach życia”⁷⁷.

Ważnym wydarzeniem był Europejski Kongres Osób Niepełnosprawnych, który odbył się w Madrycie 20-24 marca 2002 roku. Przebiegał on pod hasłem *Brak dyskryminacji plus działania pozytywne dają w efekcie społeczne włączenie*. Podczas Kongresu proklamowano *Deklarację Madrycką*. Tekst Deklaracji powstał w wyniku porozumienia między Europejskim Forum Niepełnosprawności, Hiszpańską Prezydencją Unii Europejskiej oraz Komisją Europejską. W Deklaracji stwierdzono między innymi, że „osoby niepełnosprawne stanowią zróżnicowaną grupę i tylko polityka uwzględniająca ową różnorodność przyniesie oczekiwany rezultat. W szczególności osoby o złożonych potrzebach zależności, a także rodziny takich osób, wymagają specjalnych działań społeczeństwa. Grupa ta jest zazwyczaj najbardziej zapomniana wśród wszystkich osób niepełnosprawnych. Także niepełnosprawne kobiety oraz osoby z mniejszości narodowych często stają w obliczu podwójnej, a niekiedy wielokrotnej dyskryminacji, spowodowanej niepełnosprawnością i płcią lub pochodzeniem”. Deklaracja zawierała propozycje działań jakie należałoby podjąć w ramach Wspólnoty Europejskiej na rzecz tych osób. Należało do nich między innymi: uchwalenie odpowiednich aktów prawnych, chroniących osoby z niepełnosprawnością przed dyskryminacją; edukacja społeczna wspierająca środki prawne i zrozumienie potrzeb i praw

⁷⁵ Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej (2012/C 326/02) z dnia 7 grudnia 2000 r.

⁷⁶ Art. 6 Traktatu z Lizbony sporządzonego 13.12.2007 r., zmieniającego Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską, (Dz.U. 2009 nr 203 poz. 1569 z późn. zm.).

⁷⁷ Europejska Agenda Społeczna przyjęta na szczycie Rady Europejskiej w Nicei 7 – 9 grudnia 2000 r., (Dz.U. WE nr C 157, z 30.05.2001).

tych osób w społeczeństwie oraz zwalczająca uprzedzenia i ich piętnowanie; zapewnienie odpowiednich usług wspierających, tak aby umożliwić im samodzielne życie; ustanowienie środków wsparcia dla rodzin w celu umożliwienia im zorganizowania wsparcia osób z niepełnosprawnością w najbardziej całościowy sposób; zapewnienie osobom z niepełnosprawnością dostępu do ogólnej opieki zdrowotnej, edukacji, usług zawodowych i społecznych oraz do wszystkiego innego, co jest dostępne dla osób w pełni sprawnych; promocja zatrudnienia osób z niepełnosprawnością jako przeciwdziałanie ich wykluczeniu społecznemu; przeciwdziałanie dyskryminacji kobiet z niepełnosprawnością; zagwarantowanie osobom z niepełnosprawnością udziału w podejmowaniu decyzji w kwestiach ich dotyczących⁷⁸. Rok 2003 Rada Unii Europejskiej wybrała jako Europejski Rok Osób Niepełnosprawnych, nawiązując do dziesiątej rocznicy przyjęcia przez ZO ONZ *Standardowych zasad wyrównywania szans osób niepełnosprawnych*. Generalnym celem tej inicjatywy było podniesienie świadomości o prawach osób z niepełnosprawnością do ochrony przed dyskryminacją oraz do pełnego i równego korzystania z tych praw. Za realizację działań wspólnotowych prowadzących do osiągnięcia powyższych celów oraz monitorowanie obchodów Europejskiego Roku Osób Niepełnosprawnych, odpowiadała Komisja Europejska⁷⁹.

Po rozszerzeniu Unii Europejskiej w 2004 roku, Komisja Europejska wydała *Rezolucję w sprawie sytuacji osób niepełnosprawnych w rozszerzonej Unii Europejskiej: Europejski Plan Działania na lata 2006-2007*. Rezolucja ta między innymi zawierała wezwanie do uchylenia wszystkich obowiązujących przepisów dyskryminujących osoby z niepełnosprawnością, znajdujących się w krajowych systemach prawnych państw Unii Europejskiej. W dokumencie zwrócono uwagę na kwestię poszanowania praw tych osób w zakresie zatrudnienia, jak również wsparcia rodziców dzieci z niepełnosprawnością, którzy często zmuszeni są do pozostania poza rynkiem pracy. Wyrażono aprobatę dla odchodzenia od umieszczania osób z niepełnosprawnością w placówkach opiekuńczych. Zauważono, że dążenie to wymaga zapewnienia na szczeblu lokalnym usług na odpowiednio wysokim poziomie, sprzyjających samodzielnemu życiu, prawu opieki, oraz pełnemu uczestnictwu w życiu społecznym. Podkreślono, że we wszystkich państwach UE niezależnie od przyjętego modelu opieki nad osobami z niepełnosprawnością, powinny być

⁷⁸ Deklaracja Madrycka proklamowana na Europejskim Kongresie na rzecz Osób Niepełnosprawnych w dniach 20 – 24 marca 2002 r., <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/1878>, (dostęp: 18.08.2017).

⁷⁹ Decyzja Rady Unii Europejskiej (2001/903/WE) w sprawie Europejskiego Roku Osób Niepełnosprawnych 2003 z dnia 3 grudnia 2001 r.

stosowane rozwiązania zapobiegające złemu traktowaniu tych osób⁸⁰. W 2008 roku, po raz kolejny Rada Unii Europejskiej zwróciła uwagę na sytuację osób z niepełnosprawnością. *Rezolucja w sprawie sytuacji osób niepełnosprawnych w Unii Europejskiej* wskazała, że osoby z niepełnosprawnością często pozostają w niekorzystnej sytuacji i są marginalizowane, szczególnie w dziedzinie zatrudnienia. Zauważono, iż wzrasta liczba osób starszych, w tym starszych osób z niepełnosprawnością, stąd pojawia się większa potrzeba dostępności dóbr, usług i infrastruktury dla tej grupy społecznej. Zwrócono uwagę również na fakt, że kobiety z niepełnosprawnością napotykać często na różnorodne formy dyskryminacji, są mniej niezależne, mają mniejszy dostęp do edukacji, szkoleń, zatrudnienia i usług zdrowotnych, a zatem często narażone są na większe ryzyko wykluczenia, ubóstwa i wykorzystania. Rada Unii Europejskiej zwróciła się w dokumencie do rządów państw członkowskich oraz Komisji Europejskiej, aby ratyfikowały Konwencję ONZ o prawach osób niepełnosprawnych i wprowadziły w życie jej postanowienia⁸¹. Ratyfikacja przez UE Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych 26 listopada 2009 roku potwierdziła, iż ochrona osób z niepełnosprawnością stanowi istotny element polityki UE⁸². W konsekwencji w 2012 roku Rada Unii Europejskiej przyjęła dwie konkluzje odnoszące się do osób z niepełnosprawnością. Pierwsza dotyczyła reagowania na wyzwania demograficzne przez zwiększenie uczestnictwa wszystkich obywateli, a w szczególności osoby z niepełnosprawnością na rynku pracy i w życiu społecznym. Zasugerowano państwom członkowskim podjęcie działań zmierzających do zapewnienia tej grupie społecznej dostępu do życia społecznego na takich samych zasadach, na jakich korzystają osoby sprawne. Dostępność bowiem jest warunkiem pełnego udziału w życiu społecznym oraz umożliwia osobom z niepełnosprawnością prowadzenie aktywnego i produktywnego życia, w charakterze dobrze zintegrowanych członków społeczeństwa i członków rodzin⁸³. Druga konkluzja odnosiła się do wsparcia realizacji europejskiej strategii w sprawie niepełnosprawności 2010 – 2020. Wezwano państwa oraz Komisję Europejską do dalszej realizacji założeń Europejskiej strategii w sprawie niepełnosprawności, a także między

⁸⁰ Rezolucja Parlamentu Europejskiego (2006/2105 (INI)) w sprawie sytuacji osób niepełnosprawnych w rozszerzonej Unii Europejskiej: Europejski Plan Działania na lata 2006-2007 z dnia 30 listopada 2006 r.

⁸¹ Rezolucja Rady Unii Europejskiej i przedstawicieli rządów państw członkowskich, zebranych w Radzie (2008/C 75/01) w sprawie sytuacji osób niepełnosprawnych w Unii Europejskiej z dnia 17 marca 2008 r.

⁸² Decyzja Rady Unii Europejskiej (2010/48/WE) w sprawie zawarcia przez Wspólnotę Europejską Konwencji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych z dnia 26 listopada 2009 r. Jej postanowienia weszły w życie 21 stycznia 2011 r.

⁸³ Konkluzje Rady Unii Europejskiej (11639/12) Reagowanie na wyzwania demograficzne przez zwiększenie uczestnictwa wszystkich obywateli w rynku pracy i w życiu społecznym z dnia 21 czerwca 2012 r.

innymi do konsultowania ze środowiskiem tych osób opracowywanych i wdrażanych rozwiązań prawnych⁸⁴.

Instytucje Unii Europejskiej zwróciły także uwagę na sytuację kobiet z niepełnosprawnością. W *Rezolucji w sprawie sytuacji niepełnosprawnych kobiet w Unii Europejskiej* z roku 2007 Parlament Europejski podkreślił, iż kobiety z niepełnosprawnością są często ofiarami dyskryminacji, zarówno ze względu na płeć, rasę, jak i z powodu posiadanego schorzenia. Tym samym są one bardziej narażone na ubóstwo i wykluczenie społeczne. Wskazano, iż równe traktowanie kobiet posiadających niepełnosprawność oraz matek dzieci z niepełnosprawnością to podstawowe prawo człowieka, a zarazem obowiązek etyczny. Stąd zawarto wezwanie do uwzględnienia potrzeb osób z niepełnosprawnością i szczególnych potrzeb kobiet we wszystkich działaniach na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym, w szczególności w zakresie urbanistyki, kształcenia, zatrudnienia, polityki mieszkaniowej, transportu oraz służby zdrowia i opieki społecznej. Parlament stwierdził również, że Unia Europejska powinna podjąć wszelkie możliwe działania, w tym legislacyjne, w celu odbiurokratyzowania systemu pomocy oraz zwiększenia środków dla kobiet i dzieci z niepełnosprawnością⁸⁵. Z kolei w *Rezolucji w sprawie niepełnosprawnych kobiet* z 2013 roku Parlament Europejski wskazał, że sytuacja kobiet z niepełnosprawnością jest o wiele bardziej niekorzystna, ponieważ napotykają one na znaczne trudności w uzyskaniu dostępu do odpowiedniego mieszkania, opieki zdrowotnej, transportu publicznego, kształcenia, szkolenia zawodowego oraz zatrudnienia, a także doświadczają nierówności w kwestii dostępu do kredytów i innych zasobów produkcyjnych i rzadko uczestniczą w procesie podejmowania decyzji. W rezolucji zwrócono także uwagę na problem przemocy wobec kobiet z niepełnosprawnością. Wezwano do uznania przemocy seksualnej za poważne przestępstwo, które podlega ściganiu, zwłaszcza wówczas, gdy ofiarami są kobiety z niepełnosprawnością. Parlament Europejski wezwał również do opracowania i wdrażania rozwiązań prawnych, mających na celu przeciwdziałanie dyskryminacji i zapewnienie równości szans kobietom z niepełnosprawnością⁸⁶.

Istotnym ograniczeniem z punktu widzenia osób z niepełnosprawnością jest dostępność i możliwość przemieszczania się. Te kwestie znalazły się w komunikacie Komisji

⁸⁴ Konkluzje Rady Unii Europejskiej (2011/C 300/01) w sprawie wsparcia realizacji europejskiej strategii w sprawie niepełnosprawności 2010 – 2020 z dnia 21 czerwca 2012 r.

⁸⁵ Rezolucja Parlamentu Europejskiego (2006/2277(INI)) w sprawie sytuacji niepełnosprawnych kobiet w Unii Europejskiej z dnia 26 kwietnia 2007 r.

⁸⁶ Rezolucja Parlamentu Europejskiego (2013/2065(INI)) w sprawie niepełnosprawnych kobiet z dnia 11 grudnia 2013 r.

Europejskiej *W kierunku Europy bez barier dla osób z niepełnosprawnością* z 12 maja 2000 roku, w którym zwrócono uwagę na pięć aspektów dotyczących osób z niepełnosprawnością. Pierwszym z nich było prawo do większej mobilności tych osób. Komisja podkreśliła, że „w nowoczesnym społeczeństwie nie jest możliwa sensowna integracja w życiu społecznym czy ekonomicznym, jeżeli ktoś nie może, w związku z pracą czy wypoczynkiem, swobodnie się przemieszczać. Mobilność nie powinna być traktowana tylko jako dogodność czy nawet społeczna, czy ekonomiczna konieczność. Powinna być ona traktowana jako prawo, które przysługuje każdemu i jednocześnie nie podlega ograniczeniom ekonomicznym i technicznym”. Kolejny aspekt dotyczył szerszej dostępności osób z niepełnosprawnością do środków transportu publicznego. Zaznaczono, że „w kontekście braku kompleksowego przeglądu całego systemu transportu nie wystarczy bardziej udostępnić środki transportu i informację dla podróżnych. Dostępność autobusów czy pociągów nie przedstawia większej wartości użytkowej dla osób z upośledzoną mobilnością, jeżeli nie mogą one dotrzeć do przystanku autobusowego czy na dworzec lub nie mogą skorzystać z automatu biletowego” Kolejne dwa aspekty zawarte w komunikacie dotyczyły wykorzystania społeczeństwa informacyjnego oraz bardziej rozwiniętego wspólnego rynku technologii wspomagających. Powinno się zatem podejmować działania, które zagwarantują dostęp wszystkim, w tym również osób z niepełnosprawnością, do nowych technologii, a wspieranie zasady projektowania uniwersalnego powinno doprowadzić do technologii, towarów i usług, przystosowanych do potrzeb szerszego zakresu użytkowników, łącznie z osobami z niepełnosprawnością. Ostatni aspekt dotyczył ochrony praw i interesów konsumentów z niepełnosprawnością. Komisja podkreśliła, iż „wiele firm w przeszłości traktowało takich konsumentów jako niszę w najlepszym przypadku, a w przypadku najgorszym jako niechcianego intruza. Jednak obecnie firmy ukierunkowują się także na potrzeby osób z niepełnosprawnością, co otwiera nowe możliwości rynkowe. [...]”⁸⁷. Po upływie dziesięciu lat od ogłoszenia komunikatu *W kierunku Europy bez barier dla osób z niepełnosprawnością*, Komisja Europejska ogłosiła *Europejską strategię w sprawie niepełnosprawności 2010-2020: Odnowione zobowiązanie do budowania Europy bez barier*. Celem strategii było „zwiększenie możliwości osób niepełnosprawnych, tak aby mogły one w pełni korzystać ze swoich praw i uczestniczyć w życiu społecznym oraz w europejskiej gospodarce, zwłaszcza dzięki jednolitemu

⁸⁷ Komunikat Komisji Europejskiej COM (2000) 284 final. *W kierunku Europy bez barier dla osób z niepełnosprawnością*, skierowany do Rady Europejskiej, Parlamentu Europejskiego, Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów z dnia 12 maja 2000 r.

rynkowi”. Dla realizacji powyższego celu Komisja określiła osiem obszarów działania. Pierwszy z nich to zapewniający dostępność towarów, usług, także usług publicznych oraz urzędzeń wspomagających dla osób z niepełnosprawnością. Kolejnym obszarem było uczestnictwo umożliwiające korzystanie ze wszystkich praw, wynikających z obywatelstwa Unii Europejskiej, poprzez usunięcie barier administracyjnych czy barier wynikających z postaw społecznych. Trzecim, wyszczególnionym obszarem działania była równość oznaczająca eliminację dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność. Czwarty z obszarów to zatrudnienie umożliwiające podjęcie pracy przez osoby z niepełnosprawnością na otwartym rynku pracy. Piąty obszar to kształcenie i szkolenie, upowszechniające, otwarte dla wszystkich kształcenie i uczenie się przez całe życie dla uczniów i studentów z niepełnosprawnością. Następny obszar stanowiła ochrona socjalna, która obejmuje działania na rzecz zapewnienia osobom z niepełnosprawnością godnych warunków życia. Kolejny wyszczególniony w omawianej strategii obszar to zdrowie, którego celem jest zwiększenie równego dostępu osób z niepełnosprawnością do świadczeń zdrowotnych i rehabilitacyjnych. Ostatnim obszarem były działania zewnętrzne. Polegały one na promowaniu praw tych osób w ramach zewnętrznych działań Unii Europejskiej⁸⁸. Ponadto Parlament Europejski przyjął *Rezolucję w sprawie mobilności i integracji osób niepełnosprawnych oraz europejskiej strategii na rzecz osób niepełnosprawnych 2010-2020*. Uznano w niej, że osoby z niepełnosprawnością jako pełnoprawni obywatele mają równe prawa i przysługuje im niezaprzeczalne prawo do godności, równego traktowania, samodzielnego życia i pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Wezwano do pełnego poszanowania przepisów *Karty praw podstawowych Unii Europejskiej* i *Konwencji ONZ o prawach dziecka*, a także wspierania koncepcji „projektowania dla wszystkich”, czyli projektowania uniwersalnego. Wyrażono potrzebę działań zarówno na szczeblu krajowym, jak i europejskim w celu wspierania przejścia z opieki zinstytucjonalizowanej na prowadzoną przez społeczność lokalną⁸⁹.

Obecnie Komisja Europejska realizuje strategię *Unia równości: Strategia na rzecz praw osób z niepełnosprawnościami na lata 2021 – 2030*. Jej celem jest poprawa jakości życia osób z niepełnosprawnością w Unii Europejskiej i poza nią. Realizacja Strategii ma

⁸⁸ Komunikat Komisji Europejskiej [KOM(2010) 636 wersja ostateczna]. Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności 2010-2020: Odnowione zobowiązanie do budowania Europy bez barier, skierowany do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Społeczno – Ekonomicznego i Komitetu Regionów z dnia 15 listopada 2010 r.

⁸⁹ Rezolucja Parlamentu Europejskiego (2010/2272(INI) w sprawie mobilności i integracji osób niepełnosprawnych oraz europejskiej strategii na rzecz osób niepełnosprawnych 2010-2020 z dnia 25 października 2011 r.

zapewnić wszystkim osobom z niepełnosprawnością w Europie, bez względu na ich płeć, wiek, pochodzenie rasowe lub etniczne, religię, światopogląd, lub orientację seksualną, możliwość korzystania z przysługujących im praw człowieka; równość szans i równy dostęp do uczestnictwa w życiu społecznym i gospodarczym oraz możliwość decydowania, gdzie, jak i z kim mieszkają; swobodę przemieszczania się na obszarze Unii Europejskiej, niezależnie od ich potrzeb w zakresie wsparcia, a także przyczynić się do tego, aby osoby te nie doświadczały dyskryminacji⁹⁰. Przyjęcie Strategii ma być odpowiedzią na problemy, z którymi borykają się kobiety, dzieci, osoby starsze, uchodźcy z niepełnosprawnością oraz osoby mające trudności społeczno-ekonomiczne. Warto dodać, że założenia zawarte w tym dokumencie, są zgodne z celami zawartymi w *Agendzie ONZ na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030*.

Należy nadmienić, że oprócz powyżej wymienionych regulacji istnieje jeszcze wiele aktów prawa unijnego, które w swej treści również odnoszą się do osób z niepełnosprawnością. Są to regulacje Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej między innymi: *Dyrektywa ustanawiająca normy minimalne w zakresie praw, wsparcia i ochrony ofiar przestępstw*⁹¹ czy rozporządzenia dotyczące transportu publicznego. Wśród nich znajdują się na przykład: *Rozporządzenie w sprawie praw osób niepełnosprawnych oraz osób o ograniczonej sprawności ruchowej podróżujących drogą lotniczą*⁹², *Rozporządzenie dotyczące praw i obowiązków pasażerów w ruchu kolejowym*⁹³ czy *Rozporządzenie dotyczące praw pasażerów w transporcie autobusowym i autokarowym*⁹⁴.

1.2.4. Wnioski

Na przestrzeni lat zarówno ONZ jak i instytucje europejskie wprowadziły dziesiątki regulacji dotyczących ochrony praw osób z niepełnosprawnością. Dotykają one wielu dziedzin i aspektów życia tych osób. Wyrażają między innymi: gwarancje korzystania

⁹⁰ Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów [COM(2021) 101 final], Unia równości: Strategia na rzecz praw osób z niepełnosprawnościami na lata 2021–2030 z dnia 3 marca 2021 r.

⁹¹ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (2012/29/UE) ustanawiająca normy minimalne w zakresie praw, wsparcia i ochrony ofiar przestępstw oraz zastępująca decyzję ramową Rady (2001/220/WSiSW) z dnia 25 października 2012 r.

⁹² Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej [(WE) nr 1107/2006] w sprawie praw osób niepełnosprawnych oraz osób o ograniczonej sprawności ruchowej podróżujących drogą lotniczą z dnia 5 lipca 2006 r.

⁹³ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej (WE) nr 1371/2007 dotyczące praw i obowiązków pasażerów w ruchu kolejowym z dnia 23 października 2007 r.

⁹⁴ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej nr 181/2011 dotyczące praw pasażerów w transporcie autobusowym i autokarowym oraz zmieniające rozporządzenie (WE) nr 2006/2004 z dnia 16 lutego 2011 r.

z przysługujących im praw na zasadach równości, niezależność, prawo do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, równość szans czy zakaz dyskryminacji z powodu niepełnosprawności. W większości odwołują się do przepisów zawartych w *Konwencji Organizacji Narodów Zjednoczonych o Prawach Osób Niepełnosprawnych*. Konwencja jest kluczowym dokumentem stanowiącym międzynarodowy zbiór praw osób z niepełnosprawnością. W kompleksowy sposób odnosi się do niemal wszystkich kwestii dotyczących tej grupy społecznej. Mimo, iż w głównej mierze akty wydawane przez organy międzynarodowe i europejskie mają charakter ogólny, oddziałują one w znaczący sposób na systemy prawne poszczególnych państw, stanowiąc wyznacznik dla działań legislacyjnych na szczeblu krajowym. Tym samym prawo tworzone przez organizacje międzynarodowe wpływa na poprawę sytuacji osób z niepełnosprawnością w poszczególnych krajach. Dlatego też przedstawione w niniejszej części pracy akty prawne stanowią niejako podstawę do dalszych rozważań, dotyczących podejmowanych działań w obszarze wyrównywania szans osób z niepełnosprawnością przez władze zarówno Polski, jak i Szwecji.

Należy podkreślić, iż z jednej strony duża liczba aktów prawnych dotyczących osób z niepełnosprawnością świadczy o tym, iż organizacje międzynarodowe dostrzegają ograniczenia i problemy tych osób. Z drugiej liczba ta powoduje rozproszenie oraz chaos interpretacyjny i utrudnia niekiedy możliwość odnalezienia konkretnego przepisu. W konsekwencji może prowadzić do ograniczenia możliwości skorzystania z przysługujących praw.

Regulacje dotyczące osób z niepełnosprawnością wydawane przez ONZ, Radę Europy czy Unię Europejską odgrywają jeszcze jedną istotną rolę. Wpływają na kształtowanie pozytywnych postaw społecznych w stosunku do tych osób, a także jak zauważa D. Semków – Chajko, „sprzyjają one dotarciu do świadomości społecznej faktu, że niepełnosprawni obywatele powinni posiadać możliwość realizacji swoich praw oraz, że zapewnienie im tej sposobności jest obowiązkiem państwa. Jest to niezwykle istotne w kwestii problemu wykluczenia społecznego tej grupy osób”⁹⁵. Potwierdzeniem powyższego stwierdzenia może być wypowiedź Rzecznika Praw Obywatelskich podczas VIII Kongresu Osób z Niepełnosprawnościami⁹⁶, podsumowującego 10 lat od ratyfikacji *Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych* w Polsce. Rzecznik będący zarazem

⁹⁵ D. Semków – Chajko, *System ochrony praw osób niepełnosprawnych w regulacjach prawnych ONZ*, [w:] *Prawo a niepełnosprawność wybrane aspekty*, (red.) M. Bosak, Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa 2015, s. 247 – 248.

⁹⁶ Kongres odbył się w Warszawie w dniu 15 listopada 2022 r.

organem monitorującym wdrażanie postanowień tego aktu prawnego podkreślił, że dzięki jego przepisom „osoby z niepełnosprawnościami nie są niczymi podopiecznymi. Są one naszymi partnerami, współobywatelami, stanowią równoprawną część całej wspólnoty”⁹⁷.

1.3. Pojęcie i rola samorządu terytorialnego

1.3.1. Istota samorządu terytorialnego

Szeroki zakres i charakter wykonywanych przez organy państwa zadań publicznych powoduje, że muszą one zostać rozłożone na różne podmioty administrujące, które poprzez pełnienie podobnych funkcji w ramach państwa tworzą wspólny aparat administracyjny. Jak wskazuje P. Rączka, „aparat administracyjny państwa tworzy jedną organiczną całość. Jest on jednak strukturą organizacyjną zbudowaną w sposób niejednolity i wewnętrznie zróżnicowany. Między poszczególnymi podmiotami występującymi w ramach tego aparatu zachodzą różnorodne stosunki oparte na różnych zasadach powiązań podmiotów administracji. Stosunki te często diametralnie się od siebie różnią, w zależności od roli, jaką mają odgrywać poszczególne struktury w administrowaniu”⁹⁸.

Aparat administracyjny współczesnych państw ma zazwyczaj charakter wieloszczeblowy. Może on być rozbudowany z zachowaniem zasady hierarchicznego podporządkowania - mamy wtedy do czynienia ze zjawiskiem dekoncentracji administracji lub też może przyjąć strukturę polegającą na wyodrębnieniu niezależnych i względnie samodzielnych podmiotów administrujących, które nie są podporządkowane hierarchicznie organom występującym na wyższych szczeblach administracji - wówczas obserwujemy zjawisko decentralizacji administracji.

Istotą decentralizacji jest więc przekazanie kompetencji należących do władz centralnych na rzecz administracji szczebla lokalnego. Przekazanie kompetencji w procesie decentralizacji nie oznacza jednak pełnej niezależności. Samodzielność organów, którym zostały przekazane zadania jest ograniczona poprzez nadzór władz centralnych. Przekazanie kompetencji organom administracji lokalnej wiąże się także z koniecznością ich wyposażenia w środki służące realizacji powierzonych zadań. Charakter decentralizowanych zadań powoduje, że niezbędne jest przy ich wykonywaniu korzystanie z władztwa administracyjnego, jako formy właściwej do realizacji zadań z zakresu

⁹⁷ Nie podopieczny, a partner i współobywatel – 10 lat Konwencji ONZ o prawach osób z niepełnosprawnościami, <https://www.prawo.pl/prawo/konwencja-onz-o-prawach-osob-z-niepełnosprawnościami-ma-10-lat,518349.html>, (dostęp: 25.01.2023).

⁹⁸ Z. Bukowski, T. Jędrzejewski, P. Rączka, *Ustrój samorządu terytorialnego*, Wydawnictwo „Dom Organizatora”, Toruń 2005, s. 20.

administracji publicznej. Stąd w doktrynie pojawił się pogląd, według którego decentralizacja polega właśnie na przekazaniu władztwa administracyjnego⁹⁹. Jak stwierdza J. Boć decentralizacja to forma administracji, w której „poszczególne podmioty administrujące mają wyraźnie określone kompetencje, ustalone bądź przekazywane z innych (wyższych organów) w drodze ustawowej, realizowane w sposób samodzielny i podlegające w tym zakresie jedynie nadzorowi weryfikacyjnemu organów kompetentnych”¹⁰⁰.

Przejawem procesu decentralizacji jest ukształtowanie się samorządu. Pojęcie *samorząd*, definiowane jest jako forma zaspakajania potrzeb zbiorowych danej społeczności przez nią samą lub wyłonionych przez nią przedstawicieli. Wywodzi się z języka niemieckiego od słowa *Selbstverwaltung*, które oznacza *samodzielny zarząd*. Po raz pierwszy pojawiło się w nauce prawa administracyjnego w wieku XIX i było używane do określania administracji publicznej niesprawowanej przez władze centralne¹⁰¹. O samorządzie mówimy, gdy mamy do czynienia z wszelkimi formami działalności zbiorowej.

Obecnie spotykamy różne rodzaje samorządu. Można w tym miejscu wskazać na przykład samorząd zawodowy, studencki czy gospodarczy, są to tak zwane samorządy specjalne. Przedmiotem działania samorządu są sprawy publiczne, podmiotem zaś – określona wspólnota oraz sprawowanie zarządu nad jej sprawami, przez wyłonione spośród członków tej wspólnoty organy władzy¹⁰².

Według T. Rabskiej „na pojęcie samorządu składają się następujące elementy:

- wyodrębniona grupa społeczna, określona przez prawo, której członkostwo powstaje z mocy prawa;
- powołana do wykonywania zadań administracji państwowej, w granicach przez prawo określonych, w sposób samodzielny, w formach właściwych dla administracji państwowej;
- posiadająca własną organizację, ustaloną w przepisach prawnych, o charakterze przedstawicielskim, pozostającą pod kontrolą tej grupy społecznej, która ją wybrała;
- organizacja samorządu zbudowana jest na zasadzie decentralizacji; działając na podstawie prawa pozostaje tylko pod nadzorem organów państwowych;

⁹⁹ Tamże, s. 20–26.

¹⁰⁰ *Prawo administracyjne*, (red.) J. Boć, Wydawnictwo Kolonia Limited, Wrocław 1994, s. 138.

¹⁰¹ *Leksykon Politologii*, (red.) A. Antoszewski, R. Herbut, Wydawnictwo Atła 2, Wrocław 2004, s. 397.

¹⁰² A. K. Piasecki, *Samorząd terytorialny i wspólnoty lokalne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 30.

- organy samorządu, nie będąc organami administracji państwowej, wchodzą jednakże w skład jednolitego aparatu administracyjnego jako całości¹⁰³.

Aby daną strukturę organizacyjną można utożsamiać z samorządem, wyżej wymienione elementy muszą występować łącznie.

Szczególnym rodzajem samorządu jest samorząd terytorialny. Jest on uważany za jedną z najstarszych form samorządu. W odróżnieniu od samorządów specjalnych o przynależności do samorządu terytorialnego (lokalnego) decyduje fakt stałego zamieszkiwania na określonym terytorium.

1.3.2. Teorie powstania samorządu terytorialnego

Już z końca epoki Oświecenia można znaleźć analizy dotyczące samorządu terytorialnego rozumianego jako podmiot reprezentujący interesy wspólnot lokalnych. Ich przedmiotem były relacje zachodzące pomiędzy poszczególnymi organami władzy centralnej (państwowej) i lokalnej (gminnej). Rozważania dotyczyły pozycji ustrojowej i prawnej samorządu na tle innych instytucji społecznych. Z czasem wykształciły się teorie uzasadniające powstawanie w ramach wspólnot lokalnych instytucji samorządowych. Były to teorie: naturalistyczna, państwowa oraz polityczna.

Teoria naturalistyczna odwoływała się do dążenia człowieka do wolności. Wywodziła się z doktryny prawa naturalnego J. Locke'a, według niej celem państwa było zapewnienie jednostce wolności. Ta sama zasada wolności i niezależności odnosiła się do wspólnoty lokalnej. Gminę jako podmiot organizacji społeczności lokalnej rozpatrywano w kontekście historycznym i wskazywano, iż jest to struktura organizacji społeczeństwa istniejąca wcześniej niż państwo. O von Gierke (współtwórca tej teorii) twierdził, że „gmina nie powstała w wyniku prawa państwowego, lecz jest osobą prawną tak samo jak człowiek. Państwo nie może ingerować w wewnętrzne sprawy człowieka i wspólnoty gminnej, a podmioty te posiadają pełną władzę nad swoimi sprawami. Tylko ustawowe zlecenie zadań gminie upoważnia państwo do jej kontroli, ponieważ w tym zakresie gmina wykonuje zadania reprezentując państwo”¹⁰⁴. Teoria ta wykorzystywana była przy badaniach instytucji publicznych państw starożytnych. Dowodzono, że ustrój Rzymu dzięki *lex municipalis* oraz innym reformom okresu późnej republiki utrzymał samorząd gmin oraz miast w postaci podmiotowości administracyjnej, samodzielności gospodarczej, zdolności

¹⁰³ T. Rabska, *Podstawowe pojęcia organizacji administracji*, [w:] *System prawa administracyjnego*, t. I, Wydawnictwo Ossolineum, Warszawa 1977, s. 349–350.

¹⁰⁴ A. K. Piasecki, *Samorząd terytorialny i wspólnoty lokalne*,...s. 20.

cywilnej, a także procesowej. Pomimo iż prawo rzymskie nie utworzyło ogólnej teorii osób prawnych, to istniejące wówczas korporacje posiadały odrębność prawną. Także poszczególne części imperium rzymskiego posiadały własny samorząd¹⁰⁵.

Państwowa teoria samorządu terytorialnego opierała się na założeniu suwerenności państwa, które sprawuje władzę przy pomocy swoich organów. Fakt ten nie wyklucza jednak możliwości przekazania wykonywania części tej władzy określonym grupom społecznym jako odrębnym podmiotom prawa. Tak rozumiany samorząd oznacza sprawowanie władzy przez daną korporację z woli państwa, które odstępuje jej część swoich zadań i kompetencji. Sprawowanie tych funkcji ma się odbywać przy pomocy organów powołanych przez samą korporację. Według tej teorii jednostki samorządu posiadają osobowość prawa publicznego, co pozwala im na sprawowanie części administracji publicznej w sposób samodzielny¹⁰⁶.

Teoria polityczna z kolei podkreślała zarówno znaczenie udziału społeczeństwa w sprawowaniu administracji publicznej, jak również osobowy skład organów samorządowych. W podejściu tym samorząd utożsamiany jest z administracją państwową, wykonywaną przez niezależnych urzędników¹⁰⁷.

Oprócz powyżej przedstawionych teorii można wyróżnić także socjologiczną teorię samorządu terytorialnego. Podkreśla ona dwa rodzaje relacji: między jednostką, a otaczającą ją rzeczywistością oraz między gminą, rozumianą jako swoistą wspólnotą, a instytucją państwa w ujęciu socjologicznej genezy i historii¹⁰⁸.

Jak wskazuje M. Szyrski, „obecnie przyjmuje się powszechnie argumentację zwolenników państwowej teorii samorządu terytorialnego. Nie można bowiem przeciwstawić państwa jednostkom samorządu terytorialnego. Samorząd terytorialny jest w porządku konstytucyjnym państw europejskich wyrazem decentralizacji. Akty prawa powszechnie obowiązującego dają jednostkom samorządu terytorialnego pewien zakres samodzielności w działaniu. Ponadto teoria naturalistyczna nie daje się pogodzić z obowiązującą koncepcją źródeł prawa, w ramach której akty prawa miejscowego wydawane są w oparciu o akty prawne wyższego rzędu”. Słusznie stwierdza

¹⁰⁵ L. B. Paszkiewicz, *Ewolucja samorządu terytorialnego w Polsce. Rys historyczny*, [w:] *Rocznik Politologiczny* nr 2/2004, (red.) A. Kasińska-Metryka, Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej, Kielce 2004, s. 113.

¹⁰⁶ Z. Bukowski, T. Jędrzejewski, P. Rączka, *Ustrój samorządu terytorialnego*, ...s. 29–30.

¹⁰⁷ M. Szyrski, *Kierownictwo w samorządzie terytorialnym, analiza administracyjnoprawna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Warszawa 2015, s. 103.

¹⁰⁸ I. Niżnik – Dobosz, *Model ustroju samorządu terytorialnego w Polsce na tle zagadnień ustrojowego prawa administracyjnego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007, s. 188.

J. Zimmermann, że „teoria naturalistyczna została zarzucona w doktrynie i ma obecnie tylko wartość historyczną”¹⁰⁹.

Próby zdefiniowania samorządu terytorialnego można dokonać w oparciu o akty prawne. Definicje samorządu lokalnego zawarto w *Światowej Deklaracji Samorządu Lokalnego*, uchwalonej na 27. Światowym Kongresie Międzynarodowego Związku Władz Lokalnych odbywającym się w Rio de Janeiro w roku 1985. W artykule 2 ustępie 1 przyjętej deklaracji stwierdzono, że „samorząd lokalny oznacza prawo i powinność władz lokalnych do lokalnego regulowania i zarządzania sprawami publicznymi dla dobra społeczności lokalnej”, natomiast w artykułach 1 i 3 ustęp 3 podkreślono, że „zarówno zasada samorządu lokalnego, jak i podstawowe kompetencje władz lokalnych powinny zostać zapisane w konstytucji lub ustalone w drodze ustawowej”¹¹⁰.

Podobnie określono samorząd terytorialny w *Europejskiej Karcie Samorządu Terytorialnego*, sporządzonej 15 października 1985 roku w Strasburgu. W dokumencie tym stwierdzono, że „samorząd terytorialny oznacza prawo i zdolność społeczności lokalnych, w granicach określonych prawem, do kierowania i zarządzania zasadniczą częścią spraw publicznych na ich własną odpowiedzialność i w interesie ich mieszkańców”. W Karcie zapisano także, że zasada samorządności lokalnej musi być uznana w prawie wewnętrznym oraz w miarę możliwości w konstytucji. Podstawowe kompetencje społeczności lokalnych muszą również znajdować swoje źródło w konstytucji lub w ustawach¹¹¹.

Jak zauważa B. Dolnicki, „obie cytowane wyżej deklaracje międzynarodowe zawierają regułę, iż samorząd terytorialny, poprzez uregulowanie go w konstytucjach i ustawodawstwach krajowych, staje się jedną z podstawowych instytucji ustrojowo prawnych współczesnego państwa. Zakres regulacji konstytucyjnej jest odmienny w poszczególnych państwach – od wyrażenia jedynie ogólnej zasady po szczegółową regulację zasad organizacyjnych i funkcjonalnych. Jednakże żadne z ustawodawstw nie zawiera wyczerpującej definicji samorządu terytorialnego, toteż trud zdefiniowania tego samorządu spada na doktrynę. Najczęściej dokonywano tego formułując katalog cech samorządu terytorialnego na podstawie rozwiązań normatywnych. Za podstawowe elementy

¹⁰⁹ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 121.

¹¹⁰ Światowa Deklaracja Samorządu Lokalnego uchwalona na 27. Światowym Kongresie Międzynarodowego Związku Władz Lokalnych w Rio de Janeiro w 1985 r. Polski tekst deklaracji opublikowany we wkładce do dwutygodnika *Gospodarka – Administracja Państwowa* z października 1988 r.

¹¹¹ Art. 3. ust 1., art. 4 Europejskiej Karty Samorządu Terytorialnego, sporządzonej w Strasburgu dnia 15 października 1985 r. (Dz.U. 1994 nr 124 poz. 607 z późn. zm.).

takiego katalogu uznać można: podmiot i przedmiot samorządu, zadania samorządu oraz nadzór nad samorządem”¹¹².

1.3.3. Cechy samorządu terytorialnego

W katalogu cech samorządu wyróżnia się podmiot samorządu terytorialnego, który stanowi społeczność zamieszkała na danym obszarze, tworząca terytorialny związek samorządowy. Związek ten jest powołany przez państwo w celu realizacji jego zadań. Może ono przekazywać zadania do realizacji utworzonym przez siebie związkom terytorialnym. Powstanie czy też likwidacja określonego samorządu terytorialnego nie jest wynikiem aktu woli jego członków założycieli, ale jest uzależnione od woli ustawodawcy. To oznacza, że przynależność do samorządu powstaje z mocy prawa poprzez fakt zamieszkiwania na określonym terenie. Wymóg zamieszkiwania jest jedynym warunkującym przynależność do samorządu terytorialnego, a jego członkiem jest się niezależnie od uczestnictwa w jego działalności. Taka forma przynależności do samorządu powoduje, iż mieszkaniec nie może jej odmówić, natomiast organy samorządowe nie mogą go wykluczyć ze wspólnoty samorządowej¹¹³.

Samorząd terytorialny jest organizacją o charakterze korporacyjnym, wyodrębnioną w strukturze państwa. Nie jest w stanie realizować swoich zadań przy udziale wszystkich swoich członków - *in pleno*. Dlatego też członkowie samorządu (mieszkańcy) powołują w drodze wyborów organy odpowiedzialne za ich realizację. Powoływanie organów poprzez wybory uznawane jest za konstytutywną cechę samorządu terytorialnego¹¹⁴.

Na podmiot samorządu składa się także jego osobowość prawna. Osobowość prawna dzieli się na publiczną i prywatną (cywilnoprawną). Osobowość publicznoprawna daje jednostkom samorządowym możliwość nawiązywania stosunków prawnych z organami państwa. Samorząd (gmina), wykonując zadania publiczne, może korzystać ze środków prawnych właściwych władzy państwowej, w tym ze środków prawnych o charakterze władczym. Możliwość stosowania władztwa administracyjnego należy do istoty samorządu i określa jego podmiotowość publicznoprawną¹¹⁵. Osobowość cywilnoprawna służy jednostkom samorządowym do korzystania z kompetencji majątkowych. Dzięki niej mogą dysponować mieniem we własnym imieniu. Mogą one być takimi samymi uczestnikami obrotu gospodarczego jak inne podmioty gospodarcze. Mogą posiadać własny majątek,

¹¹² B. Dolnicki, *Samorząd Terytorialny*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2021, s. 21–22.

¹¹³ *Prawo Administracyjne* (red.) Z. Niewiadomski, Wydawnictwo LexisNexis, Warszawa 2013, s. 128–129.

¹¹⁴ B. Dolnicki, *Samorząd Terytorialny*,..., s. 24.

¹¹⁵ Tamże, s. 24–25.

samodzielnie nim zarządzać czy zaciągać zobowiązania¹¹⁶. Posiadanie osobowości prawnej stanowi niejako gwarancję samorządności. Gminy mogą wchodzić z organami państwa w stosunki prawne charakterystyczne dla dwóch równorzędnych podmiotów. Choć podlegają nadzorowi organów państwowych, mogą wchodzić z nimi w spór¹¹⁷.

Wykonywanie administracji publicznej jest kolejną cechą wyróżniającą samorząd terytorialny, bowiem wykonywanie zadań z tego zakresu nie jest domeną jedynie administracji rządowej. Jest również w gestii administracji terytorialnej, która zakłada samodzielną realizację zadań przez samorząd. Przy ich wykonywaniu samorząd korzysta z władztwa administracyjnego, ale pozostaje pod nadzorem państwa. W rezultacie samodzielności samorządu należy upatrywać nie tyle w fakcie całkowitego uniezależnienia się od państwa, ale jasno precyzyjnego określenia przypadków kiedy państwo może wkraczać w sferę jego działalności. Na zakres samodzielności samorządu mają wpływ przepisy dotyczące nadzoru państwa nad jednostkami samorządu terytorialnego¹¹⁸.

Jako cechę samorządu wskazuje się także wykonywane zadania. Zadania samorządu terytorialnego dzielą się na własne i zlecone. Ich zakres wynika z regulacji ustawowych. Zadania własne to te, które bezpośrednio dotyczą wspólnoty samorządowej. Ich realizacja ma na celu zaspokojenie potrzeb mieszkańców. Z kolei zadania zlecone to te, które organy rządowe zlecają do realizacji samorządom. Zadania własne realizowane są przez samorząd samodzielnie bez możliwości nieograniczonej merytorycznej ingerencji organów państwowych. Ingerencja taka może nastąpić jedynie poprzez nadzór wynikający z aktu prawnego, a celem nadzoru jest zapobieganie działaniom niezgodnym z prawem. Realizacja zadań zleconych może podlegać merytorycznej ingerencji poprzez określenie sposobu ich wykonania¹¹⁹. Należy także dodać, że organy rządowe zlecając zadanie do wykonania przez samorząd, muszą zapewnić środki finansowe służące jego realizacji.

Oprócz zadań własnych i zleconych realizowanych przez samorząd terytorialny, wyróżnia się także zadania powierzone. Różnica między zadaniem zleconym, a powierzonym polega na tym, że zadanie zlecone wynika z ustawy, natomiast powierzenie zadania następuje na podstawie zawartego porozumienia między organem rządowym, a danym samorządem. Powierzenie zadania w drodze porozumienia ma charakter

¹¹⁶ W. Pańko, *Własność komunalna a funkcje samorządu terytorialnego*, [w:] *Samorząd Terytorialny* 1991, nr 1–2, s. 16–21.

¹¹⁷ B. Dolnicki: *Z rozważań nad istotą samorządu terytorialnego*, [w:] *Organizacja-Metody-Technika* 1990, nr 1, s. 3–5.

¹¹⁸ *Prawo Administracyjne* (red.) Z. Niewiadomski, Wydawnictwo LexisNexis, Warszawa 2013, s. 129.

¹¹⁹ B. Dolnicki, *Samorząd Terytorialny*,..., s. 29.

dobrowolny. Zawarte porozumienie powinno określać przedmiot i zakres realizowanego zadania, a także prawa i obowiązki podmiotów, których powierzenie dotyczy, jak i zasady nadzoru nad jego prawidłowym wykonywaniem¹²⁰.

Nieodzowną cechą samorządu terytorialnego, co zostało już zasygnalizowane, jest nadzorowanie jego działalności przez organy centralne państwa. Realizowane przez samorząd zadania, jak i sposób sprawowania nadzoru nad ich realizacją, wynika z regulacji ustawowych. Kryteriami nadzoru państwowego są legalność i celowość. W odniesieniu do tych kryteriów nadzór dzieli się na prawny i celowościowy (fachowy). Nadzór prawny dotyczy tylko zadań własnych samorządu, jego celem jest ustalenie czy działalność danej jednostki samorządowej odpowiada normom prawa pozytywnego. Z kolei nadzór celowościowy odnosi się zaś do zadań zleconych z zakresu administracji państwowej, przekazanych przez organy centralne do realizacji samorządom. Jak stwierdza B. Dolnicki „z uwagi na fakt, że w zakresie spraw zleconych organy samorządu terytorialnego podlegają również wytycznym administracji państwowej, nadzór ten bada też aspekt celowościowy zachowań samorządu, a więc także zgodność z wytycznymi. Jednakże podleganie wytycznym nie przesądza o tym, iż samorząd w trakcie realizacji zadań zleconych staje się częścią struktury administracji państwowej. Powodowałoby to bowiem umiejscowienie samorządu terytorialnego w systemie podporządkowania pionowego. Z tego też względu niezmiernie istotne jest ściśle określenie w drodze ustawowej katalogu środków nadzorczych oraz przypadków i zasad, kiedy mogą one być stosowane przez organy państwowe względem samorządu”¹²¹.

Uwzględniając powyżej przedstawione cechy samorządu terytorialnego należy zgodzić się z Z. Niewiadomskim, który definiuje go jako „wyodrębniony w strukturze państwa, powstały z mocy prawa związek lokalnego społeczeństwa, powołany do samodzielnego wykonywania administracji państwowej (publicznej), wyposażony w materialne środki realizacji nałożonych zadań”¹²². Definicja ta odnosi się do państwowej teorii samorządu terytorialnego. Podkreśla, iż stanowi on związek lokalnej społeczności, a także ukazuje jego niezależny charakter poprzez możliwość samodzielnego wykonywania administracji publicznej.

Większość definicji samorządu terytorialnego nawiązuje w głównej mierze do państwowej teorii samorządu terytorialnego. W ich treści podkreśla się następujące

¹²⁰ Z. Bukowski, T. Jędrzejewski, P. Rączka, *Ustrój samorządu terytorialnego*, ...s. 89.

¹²¹ B. Dolnicki, *Samorząd Terytorialny*, ..., s. 31.

¹²² *Prawo Administracyjne* (red.) Z. Niewiadomski, ..., s. 130.

elementy: określenie samorządu jako „związku” lub „korporacji” oraz sprawowanie administracji państwowej przez odrębne od państwa osoby prawne¹²³.

W doktrynie zwraca się uwagę na fakt, że samorząd terytorialny nie jest organizacją o charakterze autonomicznym, lecz jego jednostki należy traktować jako część administracji publicznej. Zaznacza się, iż samorząd terytorialny jest wyodrębniony w strukturze państwa¹²⁴.

Samorząd terytorialny określany jest także jako społeczność lokalna o demokratycznej organizacji wewnętrznej, która ma za zadanie nie tylko realizować zadania państwa, ale również zaspokajać podstawowe potrzeby wspólnoty¹²⁵.

Samorząd terytorialny rozumiany jest także jako prawo społeczności lokalnej do zarządzania sprawami publicznymi¹²⁶. Stanowi swoisty pomost zbliżający władze do społeczności i zainteresowania jej sprawami publicznymi, w szczególności o charakterze lokalnym¹²⁷. Może być również pojmowany także jako system, w którym poszczególne jego jednostki stanowią zamknięte podsystemy celów, zadań i wartości¹²⁸.

Istnieje wiele podejść w definiowaniu samorządu terytorialnego. Jednakże jak zauważa Z. Niewiadomski „poszczególni autorzy – niezależnie od różnic w podejściu do badanego zjawiska i różnego akcentowania poszczególnych elementów określających istotę samorządu – zgodnie stwierdzają, że samorząd terytorialny jest korporacją lokalnego społeczeństwa o własnej wewnętrznej organizacji, wykonującą zadania państwowe, wyposażoną w przymiot osoby prawnej, podlegającą nadzorowi państwa”¹²⁹.

Oprócz wskazania cech charakteryzujących samorząd terytorialny, warto zwrócić uwagę na jego strukturę. Konstrukcja terytorialna samorządu, w zależności od państwa, może mieć różnorodną formę. Wynika ona z przyjętych w tym zakresie regulacji ustawowych. Zazwyczaj samorząd oparty jest na dwóch szczeblach. Na gminie jako jednostce podstawowej oraz na jednostce, która realizuje zadania o charakterze ponadgminnym. Obie jednostki mają charakter lokalny. Samorząd terytorialny może mieć

¹²³ E. Ochendowski, *Prawo Administracyjne. Część Ogólna*, Wydawnictwo Dom Organizatora, Toruń 2006, s. 331.

¹²⁴ J. Jendrośka, *Teorie samorządu terytorialnego*, [w:] *Prawo administracyjne*, (red.) J. Boć, Wydawnictwo Kolonia Limited, Wrocław 2007, s. 174.

¹²⁵ A. Agopszowicz, Z. Gilowska, M. Taniewska – Peszko, *Prawo samorządu terytorialnego w zarysie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego Katowice 1999, s. 13.

¹²⁶ E. Ura, *Prawo Administracyjne*, Wydawnictwo LexisNexis, Warszawa 2010, s. 193.

¹²⁷ J. S. Langrod, *Trzy lata samorządu Krakowa (1931-1933) na tle teorii prawa administracyjnego*, Kraków 1934, s. 67.

¹²⁸ S. Wrzosek, *System: Administracja Publiczna. Systemowe determinanty nauki administracji*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2008, s. 123.

¹²⁹ *Prawo Administracyjne* (red.) Z. Niewiadomski, ..., s. 128.

także tylko jeden szczebel (na przykład w Grecji do 1994 roku)¹³⁰. Wtedy to ogół zadań o charakterze lokalnym pozostaje we właściwości gminy, natomiast zadania ponadgminne realizują związki gmin¹³¹. Samorząd może również mieć trójszczeblową konstrukcję (na przykład w Polsce czy Francji). W samorządzie opartym na trzech szczeblach, oprócz jednostek o charakterze lokalnym (na przykład: gmina, powiat), występuje także jednostka o charakterze regionalnym (na przykład: województwo, okręg, region). W jednostce samorządowej szczebla regionalnego występuje swoisty dualizm władzy. Obok administracji samorządowej, wykonującej zadania o charakterze regionalnym w imieniu społeczności lokalnej, działa także administracja rządowa, której celem jest realizacja polityki rządu w terenie¹³².

Poza przedstawionymi powyżej najczęstszymi wariantami konstrukcji samorządu terytorialnego warto wspomnieć również o modelu dwuszczeblowym z gminą jako jednostką o charakterze lokalnym i okręgiem będącym jednostką rządowo-samorządową (na przykład w Szwecji). W samorządzie opartym na takiej konstrukcji gmina posiada silną samodzielność oraz rozległe kompetencje, często wykraczające poza tradycyjną sferę komunalną. Na szczeblu okręgu występują władze zarówno rządowe, jak i samorządowe. Do zadań samorządu okręgowego należy wykonywanie zadań o charakterze ponadgminnym, między innymi z obszaru ochrony zdrowia, szkolnictwa wyższego czy transportu, natomiast administracja rządowa odpowiada na przykład za bezpieczeństwo publiczne czy rozwój regionalny¹³³.

1.3.4. Wnioski

Niezależnie od przyjętego w danym państwie modelu budowy samorządu terytorialnego, każda z jednostek samorządowych jest od siebie niezależna. Poszczególne jednostki realizują zadania w imieniu własnym i na własną odpowiedzialność. W kontekście podziału kompetencji istotne znaczenie ma zasada subsydiarności (pomocniczości). Ma to swoje źródła w społecznej nauce Kościoła katolickiego i zakłada, że „społeczność wyższego rzędu nie powinna ingerować w wewnętrzne sprawy społeczności niższego rzędu, pozbawiając ją kompetencji, lecz raczej powinna wspierać ją w razie konieczności i pomóc w koordynacji

¹³⁰ H. Izdebski, M. Kulesza *Administracja publiczna: zagadnienia ogólne*, Wydawnictwo Liber, Warszawa 2004, s. 231.

¹³¹ *Prawo Administracyjne* (red.) Z. Niewiadomski, ..., s. 131.

¹³² H. Izdebski, M. Kulesza *Administracja publiczna: zagadnienia ogólne...*, s. 225.

¹³³ M. Grzybowski, *Szwecja. Zarys systemu ustrojowego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2019, s. 181, 184.

jej działań z działaniami innych grup społecznych dla dobra wspólnego"¹³⁴. Podział kompetencji poszczególnych władz według tej zasady przebiega od dołu do góry. „Postuluje ona, że nigdy nie należy powierzać jednostce większej tego, co może zrobić, równie wydajnie jednostka mniejsza. Oznacza to, iż jednostki większe działają wyłącznie w dziedzinach, w których ich wielkość daje im przewagę nad jednostkami mniejszymi w postaci efektywności tego działania”¹³⁵. W *Europejskiej Karcie Samorządu Terytorialnego* stwierdzono, że „odpowiedzialność za sprawy publiczne powinny ponosić przede wszystkim te organy władzy, które znajdują się najbliżej obywateli. Powierzając te funkcje innemu organowi władzy należy uwzględnić zakres i charakter zadania oraz wymogi efektywności i gospodarności”¹³⁶. Uogólniając można powiedzieć, że według zasady subsydiarności władze poszczególnych jednostek samorządowych wykonują przypisane im zadania samodzielnie, a ingerencja organów centralnych może nastąpić jedynie w przypadku, gdy realizacja określonego zadania przez władze lokalne jest niemożliwa.

Oparcie działalności samorządu terytorialnego na zasadzie subsydiarności wpływa na racjonalność i efektywność podejmowanych działań. Władze lokalne (gminne) są najbliżej obywateli i ich problemów. Dzięki temu, że dysponują swoistą samodzielnością, mogą podejmować działania na rzecz swoich mieszkańców, także tych z niepełnosprawnością. Struktura, kompetencje i działania samorządów terytorialnych Polski i Szwecji na rzecz tej grupy społecznej zostaną omówione w kolejnych częściach niniejszego opracowania.

1.4. Rola polityki społecznej w wyrównywaniu szans

1.4.1. Istota i cele polityki społecznej

Polityka społeczna w znaczeniu ogólnym oznacza działalność organów państwa na rzecz ekonomicznie najsłabszych grup społecznych. Termin „polityka społeczna” został użyty po raz pierwszy przez francuskiego myśliciela Ch. Fouriera na przełomie XVIII i XIX wieku. Początków polityki społecznej rozumianej jako działalność państwa należy upatrywać w trwającej wówczas rewolucji przemysłowej. Postępujący proces industrializacji przyczynił się do pogorszenia sytuacji robotników. Nierzadko dochodziło do ich wyzysku poprzez znacznie wydłużony czas pracy, a otrzymywane wynagrodzenie wystarczało tylko

¹³⁴ M. Baranowski *Katechizm Kościoła katolickiego – oprac.internetowe*, Wydawnictwo Pallottinum 1994, <http://www.katechizm.opoka.org.pl/>, (dostęp: 25.10.2022).

¹³⁵ F. Saint-Ouen, *Podział władzy w demokracji europejskiej*, Samorząd Terytorialny 1991/6, s. 4.

¹³⁶ Art. 4 ust. 3 Europejskiej Karty Samorządu Terytorialnego, sporządzonej w Strasburgu dnia 15 października 1985 r. (Dz.U. 1994 nr 124 poz. 607 z późn. zm.).

na zaspokojenie podstawowych potrzeb egzystencjalnych. Dodać należy, iż do wielogodzinnej pracy zmuszane były także dzieci. Wśród właścicieli kapitału panował pogląd, że wysokość zarobku robotnika powinna oscylować na takim poziomie, aby za zarobione pieniądze mógł on zregenerować swoje siły na następny dzień pracy.

Taka postawa właścicieli kapitału w stosunku do robotników sprzyjała powstaniu wielu problemów społecznych takich jak ubóstwo, wysokie bezrobocie czy też narastające trudności mieszkaniowe. Wykorzystywanie pracowników ponad ich fizyczne możliwości sprzyjało wyniszczeniu organizmu, co w konsekwencji przyczyniało się do przedwczesnego nadmiernego wzrostu ich umieralności. Nadmienić należy, iż wyzysk pracowników oraz niesprzyjające warunki pracy doprowadziły do powstania pierwszych związków zawodowych, a także partii politycznych, których celem była ochrona interesów pracowników. Rozwój przemysłu spowodował narastanie nierówności społecznych, uderzających w godność człowieka. Ludzie borykający się z problemem bezdomności, bezrobocia czy głodu doświadczali marginalizacji. Ubezpieczenia na wypadek ryzyka zaczęto wprowadzać dopiero w drugiej połowie XIX wieku. Było to uwarunkowane nie tyle troską o polepszenie warunków życia społeczeństwa, co stopniową demokratyzacją życia publicznego oraz walką o głosy wyborców.

Przeciwdziałanie występującym w tym okresie problemom społecznym wymagało podjęcia działań ze strony organów państwa. Za prekursora polityki społecznej, rozumianej jako działalność państwa uznawany jest O von Bismarck (kanclerz II Rzeszy Niemieckiej w latach 1871 – 1890). Za jego rządów wprowadzono ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe, a także renty i emerytury. Wprowadzenie tych świadczeń stanowiło początki systemowej ochrony najsłabszych ekonomicznie grup społecznych. J. Auleytner stwierdził, że „zastosowanie rozwiązań socjalnych w walce wyborczej o władzę było jednocześnie wskazówką iż, kwestia socjalna stanowi fragment polityki państwa, rozumianej jako ogół działań, których celem jest zdobycie i utrzymanie władzy”. Należy nadmienić, że rozwiązania wprowadzone przez Bismarcka obowiązywały także w zaborze pruskim, co miało późniejszy wpływ na rozwój polskiej polityki społecznej przed I wojną światową, a także po odzyskaniu niepodległości¹³⁷.

Obecnie w literaturze można znaleźć wiele różnych definicji pojęcia polityki społecznej. W *Małej Encyklopedii PWN* politykę społeczną zdefiniowano jako „celową działalność państwa i innych instytucji publicznych w dziedzinie kształtowania

¹³⁷ J. Auleytner, *Polityka społeczna czyli ujarznienie chaosu socjalnego*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, Warszawa 2002, s. 21–22.

optymalnych warunków życia i pracy ludności oraz stosunków międzyludzkich; także jest to nauka o celowym oddziaływaniu na układ stosunków społecznych i przekształcaniu warunków życia ludności: w jej zakres wchodzi: polityka ludnościowa i rodzinna, także polityka zatrudnienia, kształcenia, dochodów i struktury wydatków, wyżywienia mieszkańców, polityka kulturalna, ochrony pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony zdrowia, walki z patologią społeczną oraz zagadnienia prognozowania społecznego”¹³⁸.

J. Auleytner definiuje politykę społeczną jako „działalność państwa, samorządów i organizacji pozarządowych, której celem jest poprawa położenia materialnego, asekuracja przed ryzykami życiowymi i wyrównywanie szans życiowych grup społeczeństwa ekonomicznie i socjalnie najsłabszych”¹³⁹.

Z kolei według A. Rajkiewicza polityka społeczna to „[...] sfery działania państwa oraz innych ciał publicznych i sił społecznych, które zajmują się kształtowaniem warunków życia ludności oraz stosunków międzyludzkich (zwłaszcza w środowisku zamieszkania i pracy)”¹⁴⁰. Warunki te kształtowane są za pomocą świadczeń społecznych oraz zapewnienie pracy zarobkowej, umożliwiającej egzystencję oraz dającej poczucie bezpieczeństwa socjalnego i pokoju społecznego¹⁴¹.

W. Szubert natomiast definiował politykę społeczną jako „celowe oddziaływanie państwa, związków zawodowych i innych organizacji na istniejący układ, zmierzające do poprawy warunków bytu i pracy szerokich warstw ludności, usuwania nierówności społecznych oraz podnoszenie kultury życia”¹⁴².

A. Kurzynowski zaś przyjął, że polityka społeczna to „działalność państwa, samorządów i organizacji pozarządowych, zmierzająca do kształtowania ogólnych warunków pracy i bytu ludności, prorozwojowych struktur społecznych oraz stosunków społecznych opartych na równości i sprawiedliwości społecznej, sprzyjających zaspokajaniu potrzeb społecznych na dostępnym poziomie”¹⁴³.

Przytoczone powyżej definicje są do siebie zbliżone. W każdej z nich podkreślono, iż zadaniem polityki społecznej prowadzonej przez organy państwa jest kształtowanie

¹³⁸ *Mała Encyklopedia PWN*, (red.) M. Sajko, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995, s. 668-669.

¹³⁹ J. Auleytner, K. Głąbicka, *Polityka społeczna pomiędzy opiekuńczością a pomocniczością*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej Towarzystwa Wiedzy Powszechnej, Warszawa 2000, s. 16.

¹⁴⁰ A. Rajkiewicz, *Istota polityki społecznej – wczoraj i dziś*, [w:] *Polityka społeczna materiały do studiowania*, (red.) A. Rajkiewicz, J. Supińska, M. Księżopolski, Wydawnictwo Interart, Warszawa 1996, s. 24.

¹⁴¹ B. Kołaczek, *Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2010, s. 34.

¹⁴² W. Szubert, *Przedmiot, geneza i zakres polityki społecznej*, [w:] *Polityka społeczna*, (red.) A. Rajkiewicz, Wydawnictwo PWE, Warszawa 1979, s. 30.

¹⁴³ A. Kurzynowski, *Polityka społeczna – podstawowe pojęcia i zakres*, [w:] *Polityka społeczna*, (red.) A. Kurzynowski, Wydawnictwo SGH w Warszawie – Oficyna Wydawnicza, Warszawa 2005, s. 11.

i poprawa bytu społeczeństwa oraz tworzenie warunków do jego rozwoju, a także wyrównywanie szans życiowych grup społeczeństwa ekonomicznie i socjalnie najsłabszych.

Polityka społeczna obejmuje swoim zakresem szereg zagadnień i problemów. Zakres ten można ujmować szeroko lub wąsko. W znaczeniu szerokim polityka społeczna odnosi się do zaspokajania podstawowych potrzeb człowieka niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania społeczeństwa. Do nich można zaliczyć: ochronę zdrowia, mieszkalnictwo, edukację, kulturę, zabezpieczenie emerytalne i rentowe, a także potrzeby wynikające z niepełnosprawności. Zaś w znaczeniu wąskim polityka społeczna utożsamiana jest zazwyczaj z polityką socjalną, co znajduje swoje odzwierciedlenie w świadczeniach pieniężnych lub rzeczowych, skierowanych do określonych jednostek lub grup społecznych. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że różnica między pojęciami polityki społecznej i socjalnej leży właśnie w zakresie potrzeb jakie są realizowane w ramach wymienionych polityk¹⁴⁴. Należy także dodać, iż w kręgu zainteresowań polityki społecznej, rozumianej jako działalność praktyczna, leżą również polityki szczegółowe, takie jak polityka ludnościowa, rodzinna, polityka rynku pracy, edukacji, zabezpieczenia społecznego, polityka mieszkaniowa czy polityka ochrony środowiska¹⁴⁵.

Analizując poszczególne definicje polityki społecznej można wyodrębnić z nich jej główne cele. Pierwszym z tych celów jest kształtowanie odpowiednich warunków pracy i bytu ludności. Realizacja tego celu jest elementarnym zadaniem każdego współczesnego państwa. Państwo musi tworzyć warunki umożliwiające zaspokojenie podstawowych potrzeb swoich obywateli poprzez pracę zarobkową, a także przez system emerytalny oraz świadczenia społeczne.

Drugim celem polityki społecznej jest kształtowanie prorozwojowych struktur społecznych. Jego realizacja znajduje odzwierciedlenie w dążeniu poszczególnych podmiotów do kształtowania odpowiedniej struktury rodziny, zapewniającej zastępowalność pokoleń, odpowiedniej struktury wykształcenia, a także struktury zawodowej społeczeństwa, niezbędnych dla realizacji bieżących i strategicznych zadań rozwojowych (kształtowanie kapitału ludzkiego).

Trzeci cel to kształtowanie sprawiedliwych stosunków międzyludzkich, opartych na zasadzie sprawiedliwości społecznej i równości szans na starcie życia zawodowego. Państwo realizuje ten cel poprzez tworzenie regulacji prawnych, zapewniających ogółowi obywateli równe możliwości. Nie oznacza to jednak, że całe społeczeństwo w równym

¹⁴⁴ Tamże, s. 15.

¹⁴⁵ B. Kołaczek, *Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych...*, s. 36.

stopniu może z nich skorzystać, ponieważ w realiach gospodarki wolnorynkowej występujące różnice w warunkach życia ludności są zjawiskiem naturalnym. W tym kontekście rola polityki społecznej wydaje się być znacząca, ponieważ działania podejmowane w jej ramach mają zwiększyć możliwości tych osób, które ze względów materialnych nie są w stanie podjąć się na przykład kształcenia, które niejako warunkuje lepszy start w życie zawodowe¹⁴⁶.

Czwarty cel jaki można wyróżnić to asekuracja przed ryzykami życiowymi (społecznymi). Jego realizacja wyraża się w działaniach pomocowych państwa skierowanych do osób, które nie są w stanie sobie same poradzić na przykład w sytuacji zaistnienia w ich życiu nagłej choroby, utraty zdolności do kontynuowania lub podjęcia pracy na skutek wypadku czy niepełnosprawności. T. Szumlicz, oprócz wymienionych przykładów do ryzyk życiowych, zalicza także: niemożność świadczenia pracy z powodu macierzyństwa, bezrobocie, śmierć żywiciela rodziny, starość oraz nagłe wydatki¹⁴⁷. Należy nadmienić, że powyższy katalog ryzyk życiowych nie stanowi zbioru zamkniętego. W opracowaniach dotyczących systemu zabezpieczenia społecznego, a także praktyce niektórych krajów Unii Europejskiej, podkreślane jest również powstanie nowego ryzyka życiowego – niesamodzielności wynikającej z bycia w wieku starszym. Ryzyko to wytworzyło potrzebę ubezpieczenia od niesamodzielności w celu zapewnienia długoterminowej opieki (ubezpieczenie pielęgnacyjne)¹⁴⁸.

Jak słusznie stwierdza A. Kurzynowski warunkiem realizacji wyżej wskazanych celów polityki społecznej jest „aktywność ludności w tworzeniu warunków zaspokajania własnych potrzeb. Bez takiej aktywności nie można zaspokoić ogółu potrzeb społecznych i indywidualnych, nawet najbogatsze państwo nie może wyręczać obywateli, bo nie ma na to niezbędnych środków. Niestety nie jest to w pełni możliwe, ponieważ zdarzają się bankructwo, bezrobocie, ubóstwo, inwalidztwo itp. Dlatego właśnie jest potrzebna polityka społeczna państwa, aby tworzyła ogólne warunki dla kształtowania bytu głównie siłami obywateli, natomiast gdy nie radzą sobie oni sami z różnych względów, państwo poprzez swoje działania pomaga im rozwiązać okresowo lub trwale występujące problemy materialne lub inne [...]”¹⁴⁹.

¹⁴⁶ A. Kurzynowski, *Polityka społeczna – podstawowe pojęcia i zakres...*, s. 12–13.

¹⁴⁷ T. Szumlicz, *Świadomość ryzyka społecznego jako podstawa wiedzy o systemie ubezpieczeń społecznych*, [w:] *Ubezpieczenia społeczne – teoria i praktyka* nr 1/2017 (132), Wydawnictwo Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2017, s. 6.

¹⁴⁸ B. Kołaczek, *Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych...*, s. 35.

¹⁴⁹ A. Kurzynowski, *Polityka społeczna – podstawowe pojęcia i zakres...*, s. 13.

1.4.2. Modele polityki społecznej

Polityka społeczna realizowana jest zarówno na poziomie centralnym, jak i lokalnym. Władze szczebla centralnego jak i samorządu podejmują działania służące tworzeniu odpowiednich warunków oraz zaspokojeniu potrzeb mieszkańców. Podziału realizowanej polityki społecznej można dokonać w oparciu o jej teoretyczne modele w zależności od przyjętego kryterium.

R. Titmuss wyróżnił trzy modele polityki społecznej na podstawie związku między tą polityką, a gospodarką rynkową. Pierwszy to model marginalny zwany też rezydualnym. Zakłada on istnienie dwóch naturalnych kanałów właściwego zaspokajania indywidualnych potrzeb: są nimi rynek prywatny oraz rodzina. Działania z zakresu polityki społecznej realizowane są tylko wtedy, gdy mechanizmy te zawodzą i mają charakter jedynie doraźny. Drugi z wyróżnionych modeli to model motywacyjny nazywany też służebnym lub wydajnościowym. Jego istotą jest traktowanie programów socjalnych jako ważnego dodatku do gospodarki pełniącego wobec niej funkcję służebną. Zakłada on priorytet zasług i wydajności pracy w procesie zaspokajania potrzeb. Ostatnim z wyróżnionych przez Titmussa jest model instytucjonalno-redystrybucyjny. Opiera się na założeniu, że polityka społeczna stanowi integralną instytucję w ramach danego społeczeństwa, która gwarantuje powszechny dostęp do świadczeń i usług z uwzględnieniem zwłaszcza kryterium potrzeb. Funkcją polityki społecznej rozumianej przez pryzmat tego modelu jest redystrybucja dochodów.

N. Furniss oraz D. Tilton, posługując się kryterium możliwych form ingerencji państwa kapitalistycznego w wolną grę sił rynkowych, wyróżnili trzy modele państw, w których reprezentowane są odmienne podejścia w realizacji polityki społecznej. Pierwszy z wyróżnionych to model państwa pozytywnego, w którym polityka społeczna pełni funkcję ochronną w stosunku do właścicieli kapitału przed możliwym wystąpieniem trudności związanych z żywiołową grą sił rynkowych i przed potencjalnymi żądaniem redystrybucji dochodów. Środkiem do realizacji takiej polityki społecznej ma być rozwój ubezpieczeń społecznych, wyrównujących dochody w ramach cyklu życiowego pracowników najemnych i przenoszących ryzyko bezrobocia lub choroby z jednostki na całą populację. Kolejnym wyróżnionym modelem państwa jest państwo bezpieczeństwa socjalnego. Jego celem jest zagwarantowanie minimalnego dochodu wszystkim obywatelom, nie tylko określonym grupom osób pracujących. Realizacja polityki społecznej w taki sposób ma sprzyjać stworzeniu społeczeństwa równych szans. Ostatnim jest model państwa dobrobytu

społecznego. W nim państwo nie ogranicza się tylko do gwarantowania minimum bytowego, lecz jego celem oprócz zapewnienia równości szans jest także wyrównywanie warunków życiowych obywateli¹⁵⁰.

Z kolei G. Esping-Andersen zmodyfikował podział modeli polityki społecznej opracowany przez R. Titmussa. Należy zauważyć, iż w swojej koncepcji określenie „modele” zastąpił określeniem „reżimy”. W efekcie czego wskazał on trzy rodzaje reżimów odnoszących się do realizacji polityki społecznej w danym państwie. Są to reżimy: liberalne, konserwatywno-korporacyjne oraz socjaldemokratyczne. W państwach o reżimach liberalnych dominują świadczenia mające charakter opiekuńczy, skromne transfery uniwersalne lub umiarkowane programy ubezpieczeń społecznych. Przysługują one głównie osobom osiągającym niskie dochody, zazwyczaj pracownikom. W państwach o tym reżimie świadczenia socjalne nie mogą stanowić głównego źródła utrzymania zastępującego pracę zarobkową. Dostęp do świadczeń jest ograniczony, a ich wysokość jest umiarkowana. Korzystanie z pomocy państwa wiąże się często z obniżeniem statusu społecznego, wynika to głównie z tradycyjnego liberalnego etosu pracy przyjętego w kulturze danego kraju. Jednocześnie państwo stymuluje rynek prywatny – zarówno pasywnie, ponieważ gwarantuje tylko niezbędne minimum zabezpieczenia, jak i aktywnie, przez subsydiowanie prywatnych programów świadczeń. Zdaniem autora koncepcji w państwach o reżimach liberalnych występują ograniczenia zakresu praw socjalnych oraz występują nierówności społeczne polegające na względnej stabilizacji ubóstwa wśród świadczeniobiorców, co przejawia się w znacznym zróżnicowaniu poziomu dobrobytu w społeczeństwie, a także w wyraźnym klasowo-politycznym podziale na korzystających i niekorzystających z pomocy państwa. Jako przykłady państw o takim reżimie polityki społecznej Esping-Andersen wskazuje: USA, Kanadę, Japonię, Australię oraz Szwajcarię.

Polityka społeczna w państwach o reżimach konserwatywno–korporacyjnych charakteryzuje się dążeniem do zachowania różnic w statusie społecznym, które zostały wykształcone na skutek działania procesów rynkowych zachodzących w państwie. Autor wskazuje, iż reżimy korporacyjne pozostają zazwyczaj pod silnym wpływem Kościoła, dlatego istnieje mocne przywiązanie do tradycyjnych wartości rodzinnych. Ubezpieczenia społeczne zazwyczaj nie obejmują niepracujących żon, a oferowane świadczenia rodzinne stymulują macierzyństwo. Państwo podejmuje działania pomocowe względem rodziny na

¹⁵⁰ M. Książkowski, *Polityka społeczna w różnych krajach i modele polityki społecznej*, [w:] *Polityka społeczna – Podręcznik akademicki*, (red.) G. Firlit – Fesnak, M. Szyłko – Skoczny, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 145–146.

ogół wtedy, gdy nie jest ona zdolna do udzielania pomocy swoim członkom. Według autora reżim taki reprezentują: Austria, Francja, Niemcy, Belgia i Włochy.

Z kolei państwa o reżimach socjaldemokratycznych odznaczają się tym, że zapewniają powszechne i bezwarunkowe prawa socjalne. Dzięki prowadzonej polityce społecznej państwo nie ogranicza się tylko do zagwarantowania minimum, lecz zapewnia wysoki standard życia swoim mieszkańcom, co przejawia się w podniesieniu jakości świadczeń i usług socjalnych do poziomu odpowiadającym wymaganiom klasy średniej, a także zapewnieniu ochrony socjalnej robotnikom w wymiarze przysługującym dotąd lepiej sytuowanym grupom społecznym. Autor do państw o reżimie socjaldemokratycznym zalicza kraje nordyckie, a także Holandię¹⁵¹.

Należy zaznaczyć, iż przedstawione powyżej typologie modeli polityki społecznej nawiązują do orientacji ideologicznych, z jakimi mamy do czynienia we współczesnych państwach, to jest do orientacji kolektywistycznych i antykolektywistycznych.

M. Księżopolski uwzględniając założenia przedstawionych klasyfikacji modeli polityki społecznej również wskazał trzy modele realizacji tej polityki, charakterystyczne dla wysoko rozwiniętych państw gospodarki rynkowej. Pierwszym z nich jest model marginalny (liberalny). Zakłada on, że naturalnymi kanałami zaspokajania potrzeb obywateli powinny być rynek prywatny i rodzina. Państwo powinno ingerować jedynie w ostateczności i kierować działania pomocowe tylko do tych grup, które nie są w stanie sobie same poradzić. W modelu tym przyjmuje się, że działania z zakresu polityki społecznej mają charakter selektywny, a świadczenia socjalne są zazwyczaj fakultatywne, ich przyznanie uwarunkowane jest sytuacją materialną danej osoby. Państwo stymuluje podmioty prywatne poprzez subsydiowanie (udzielanie między innymi ulg podatkowych) prywatnych systemów świadczeń i usług. Rozwiązywanie problemów społecznych spoczywa w pierwszej kolejności na jednostce. W modelu tym dominuje solidarność na zasadach wzajemności. Polega ona na tym, że ludzie pomagają tym, którzy ich wspomagają, natomiast osoby, które nie składają się do funduszu ryzyka, na przykład bezrobotni czy osoby z niepełnosprawnością zostają wykluczeni ze społeczności albo mogą do niej należeć na warunkach gorszych niż w przypadku, gdyby opłacali składki. Prawa socjalne mają charakter ograniczony albo nie ma ich w ogóle. Źródłem pomocy nie jest obowiązek, lecz dobra wola państwa lub współobywateli, a uzyskanie praw do świadczeń uwarunkowane jest opłacaniem składek, zazwyczaj w prywatnych instytucjach ubezpieczeniowych. Należy

¹⁵¹ Tamże, s. 146–148.

nadmienić, iż taki model polityki społecznej charakterystyczny jest dla skrajnych liberałów i neokonserwatystów.

Kolejnym modelem polityki społecznej jest model motywacyjny lub korporacyjny (socjalna gospodarka rynkowa). Model ten popierany jest zwykle przez socliberałów. Cechuje go znacznie większa ingerencja państwa w sferę socjalną niż ma to miejsce w modelu liberalnym. Jednakże programy socjalne realizowane są zazwyczaj w taki sposób, aby w jak najmniejszym stopniu zakłócać funkcjonowanie gospodarki rynkowej i zarazem jak najlepiej wpływać na rozwój gospodarczy. W modelu tym przyjmuje się, że potrzeby społeczeństwa powinny być zaspokajane z uwzględnieniem kryterium stażu pracy, zasług i wydajności. Świadczenia przysługują ubezpieczonym, a samo ubezpieczenie społeczne jest obowiązkowe. Prawa socjalne są zależne od wykonywania obowiązku pracy i płacenia składek. W omawianym modelu rola podmiotów prywatnych w zaspokajaniu potrzeb obywateli jest ograniczona ze względu na dobrze rozwinięte ubezpieczenia społeczne. Większe znaczenie mają podmioty o charakterze non-profit. Świadczenia pieniężne, pochodzące z ubezpieczenia odgrywają pierwszoplanową rolę. Redystrybucja ma zazwyczaj horyzontalny charakter (między różnymi fazami w życiu człowieka, między zdrowymi, a chorymi i tym podobne). Świadczenia socjalne kompensują osobom ubezpieczonym utracone dochody, natomiast pozostałym państwo zapewnia zachowanie standardu życia na minimalnym poziomie.

Ostatnim z trzech wyróżnionych modeli polityki społecznej jest model instytucjonalno-redystrybucyjny. Reprezentowany jest przez socjaldemokratów, dlatego też często nazywany jest socjaldemokratycznym. Opiera się on na założeniu, że odpowiedzialność za dobrobyt i bezpieczeństwo socjalne obywateli ponosi przede wszystkim społeczeństwo, ponieważ ani rodzina, ani rynek prywatny nie są w stanie zagwarantować każdemu zaspokojenia potrzeb na dostatecznym poziomie. W modelu tym mechanizmy rynkowe zastępowane są planowymi działaniami państwa. Istnieje społeczna odpowiedzialność za występowanie i rozwiązywanie problemów społecznych. Państwo prowadzi szerokie działania z zakresu polityki społecznej. Podmioty prywatne odgrywają niewielką rolę w zaspokajaniu potrzeb. Świadczenia socjalne obejmują wszystkich obywateli, mają oni także zagwarantowane zachowanie wysokiego standardu życia, niezależnie od funkcjonowania rynku oraz wkładu własnego jednostki. Prawa socjalne wynikają z faktu posiadania obywatelstwa lub zamieszkiwania na terenie danego kraju. Pomoc państwa ma charakter uniwersalny i nie jest uzależniona od przynależności do danej grupy społecznej. Redystrybucja ma charakter wertykalny, a jej celem jest wyrównywanie

poziomu zaspokajania potrzeb obywateli. Wszyscy obywatele, w zależności od swoich indywidualnych możliwości zarówno finansują utrzymanie istniejącego systemu wsparcia, jak i korzystają z oferowanych przez państwo świadczeń i usług. Podkreślić należy, iż ten model polityki społecznej wymaga dużych nakładów finansowych, czego konsekwencją są wysokie podatki w państwach, w których jest on realizowany¹⁵².

Przedstawione modele polityki społecznej stanowią swego rodzaju wzór jej realizacji. Należy zwrócić uwagę, że rzadko spotyka się sytuację, w której określone państwo realizuje politykę społeczną ściśle według jednego modelu. Zazwyczaj przyglądając się polityce społecznej poszczególnych państw, możemy odnaleźć w niej cechy charakterystyczne dla wszystkich powyższych modeli. Niemniej jednak, niezależnie od modelu, jedną z funkcji polityki społecznej jest prowadzenie działań w kierunku wyrównywania szans.

1.4.3. Koncepcja wyrównywania szans

Niezależnie od kraju pochodzenia czy miejsca zamieszkania w każdej społeczności można znaleźć jednostki lub grupy ludzi szczególnie narażone na wykluczenie społeczne. Wykluczenie można ograniczyć lub nawet wyeliminować prowadząc działania mające na celu wyrównywanie szans tych osób.

Wykluczenie społeczne jako pojęcie zostało użyte po raz pierwszy przez R. Lenoira w 1974 roku w publikacji pod tytułem *Les exclus un francais sur dix*¹⁵³. Użyto go w odniesieniu do osób, które we Francji nie posiadały uprawnień do korzystania ze świadczeń socjalnych. Były to przede wszystkim osoby z niepełnosprawnością fizyczną oraz intelektualną oraz osoby społecznie niedostosowane z tak zwanego marginesu społecznego. W latach 80. XX wieku natomiast do wykluczonych zaliczano także osoby o niskim statusie materialnym, bezrobotnych czy też w podeszłym wieku¹⁵⁴.

We francuskiej polityce społecznej wykluczenie rozumiano jako rozpad więzi i zasad solidarności społecznej. W podejściu anglosaskim natomiast jako istotę wykluczenia społecznego wskazywano z kolei ubóstwo. Obecnie pojęcie wykluczenia społecznego czy też ekskluzji ma charakter wielowymiarowy, dotyczy różnych grup społecznych, a także odnosi się do wielu aspektów życia człowieka. Wykluczenia można doświadczyć na

¹⁵² Tamże, s. 149–155.

¹⁵³ R. Lenoir, *Les exclus un francais sur dix*, Paris, Le Seuil 1974.

¹⁵⁴ I. Fajfer – Kruczek, *Wykluczenie społeczne osób z niepełnosprawnością w środowisku lokalnym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2015, s. 36.

przykład z powodu niskiego statusu materialnego, braku pracy, wyznawanej religii, orientacji seksualnej czy niepełnosprawności.

R. Szarfenberg wyróżnił cztery podejścia do definiowania wykluczenia społecznego. Pierwszy odnosi się do uczestnictwa w życiu społecznym, drugi do określenia stosunku dostępu do zasobów, dóbr, instytucji i systemów społecznych, trzeci odnosi się do ubóstwa i deprivacji potrzeb, czwarty natomiast do praw wynikających z posiadania obywatelstwa i ich realizacji¹⁵⁵.

Wspólnym mianownikiem przedstawianych podejść definiowania wykluczenia społecznego jest swoiste ograniczenie możliwości korzystania z różnych środków i praw czy też niemożność pełnej partycypacji jednostki w życiu społecznym.

Definicja pojęcia wykluczenia społecznego została przyjęta między innymi w dokumencie powołującym Zespół Zadaniowy do spraw Reintegracji Społecznej powołany przez Prezesa Rady Ministrów w dniu 14 kwietnia 2003 roku. Zadaniem zespołu było przygotowanie *Narodowej Strategii Integracji Społecznej dla Polski*. W omawianym dokumencie wykluczenie społeczne określono jako „brak lub ograniczenie możliwości uczestnictwa, wpływania i korzystania z podstawowych instytucji publicznych i rynków, które powinny być dostępne dla wszystkich, a w szczególności dla osób ubogich”. W toku prac nad strategią wypracowano natomiast następującą definicję. „Wykluczenie społeczne to sytuacja uniemożliwiająca lub znacznie utrudniająca jednostce lub grupie, zgodne z prawem pełnienie ról społecznych, korzystanie z dóbr publicznych i infrastruktury społecznej, gromadzenie zasobów i zdobywanie dochodów w godny sposób”¹⁵⁶.

Jak zaznaczają autorzy strategii, w powyższej definicji występują trzy ważne elementy:

- sytuacja wykluczająca będąca splotem czynników czy warunków wykluczających (odpowiedź na pytanie: co/kto wyklucza?);
- jednostka wykluczana, czyli osoba lub grupa znajdujące się w sytuacji wykluczającej (odpowiedź na pytanie: „kto” jest wykluczany?);

¹⁵⁵ R. Szarfenberg, *Ubóstwo, marginalność i wykluczenie społeczne*, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2006, s. 6–7, <http://rszarf.ips.uw.edu.pl/pdf/umiws.pdf>, (dostęp: 13.08.2022).

¹⁵⁶ *Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski*, dokument przygotowany przez Zespół Zadaniowy do Spraw Reintegracji Społecznej, pod przewodnictwem Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej – Jerzego Hausnera. Zespół powołany przez Prezesa Rady Ministrów dnia 14.04.2003 r., s. 21–22, https://www.ipiss.com.pl/wp-content/uploads/downloads/2012/08/nsis_2000.pdf, (dostęp: 13.08.2022).

- uniemożliwione lub znacznie utrudnione społeczne funkcjonowanie czy korzystanie z zasobów publicznych i zabezpieczanie własnej egzystencji w godny sposób (odpowiedź na pytanie: z czego wykluczana jest dana jednostka?).

Pełnienie ról społecznych (m.in. rodzinnych, zawodowych, obywatelskich, towarzyskich), korzystanie z zasobów publicznych (m.in. dobra, usługi, infrastruktura) i godne zabezpieczanie egzystencji (zdobywanie dochodów i gromadzenie zasobów) są ze sobą ściśle powiązane¹⁵⁷.

Z kolei w raporcie dotyczącym włączenia społecznego, wydanym przez Komisję Europejską w roku 2004, wykluczenie społeczne zdefiniowano jako „proces, w którym niektórzy ludzie są zepchnięci na peryferie społeczeństwa. Uniemożliwia im on pełne uczestnictwo w życiu społecznym. Powodem braku możliwości partycypacji jest ubóstwo, brak podstawowych umiejętności i możliwości uczenia się przez całe życie lub dyskryminacja. Proces ten ogranicza im możliwości zawodowe, zarobkowe i edukacyjne. Ponadto jednostki dotknięte wykluczeniem mają utrudniony dostęp do władz i ośrodków decyzyjnych. Dlatego też często czują się bezsilne i niezdolne do wpływania na decyzje, które oddziałują na ich życie codzienne”¹⁵⁸.

Jak wynika z przedstawionych definicji wykluczenie społeczne jest pojęciem wieloaspektowym dotyczącym różnych obszarów życia, odnoszącym się do wielu jednostek i grup społecznych.

Jedną z grup społecznych najbardziej narażonych na zjawisko wykluczenia społecznego, ze względu na swoje ograniczenia, stanowią osoby z niepełnosprawnością. Dlatego też, aby ograniczyć lub całkowicie wyeliminować negatywne skutki ekskluzji społecznej tych osób, organizacje międzynarodowe i państwa podejmują różnego rodzaju działania i inicjatywy mające na celu wyrównywanie ich szans w różnych dziedzinach życia.

W rezolucji - *Standardowe zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych*, przyjętej 20 grudnia 1993 roku przez Zgromadzenie Ogólne ONZ, termin wyrównywania szans zdefiniowano jako „proces, dzięki któremu różne systemy i instytucje istniejące w społeczeństwie i środowisku, takie jak usługi, różne formy działań, informacja i dokumentacja, są powszechnie dostępne dla wszystkich, a zwłaszcza dla osób

¹⁵⁷ Tamże, s. 22.

¹⁵⁸ *Joint report on social inclusion 2004*, Komisja Europejska, s. 10, https://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/final_joint_inclusion_report_2003_en.pdf, (dostęp: 13.08.2022).

niepełnosprawnych”¹⁵⁹. W dokumencie tym zawarto 22 zasady, które określają ogólne kierunki działań państw w zakresie polityki względem osób z niepełnosprawnością. Pierwsze cztery z nich zakładają, że państwa powinny podjąć środki w celu podniesienia poziomu świadomości społeczeństwa na temat osób z niepełnosprawnością, ich praw, potrzeb, możliwości i wkładu w życie społeczne. Należy zapewnić tym osobom skuteczną pomoc medyczną oraz usługi rehabilitacyjne, aby mogły one osiągnąć odpowiedni poziom niezależności i funkcjonowania. Powinny mieć także zagwarantowany pełen zakres służb wspierających, w tym wszelkie urządzenia pomocnicze dla podnoszenia poziomu ich niezależności w życiu codziennym oraz w egzekwowaniu przysługujących im praw. Zasady od 5 do 12, odnoszą się do równoprawnego uczestnictwa osób z niepełnosprawnością w różnych dziedzinach życia. Wśród nich wymieniono równy dostęp do: środowiska fizycznego, informacji oraz środków komunikacji międzyludzkiej, edukacji, zatrudnienia, środków utrzymania i zabezpieczenia socjalnego. Stwierdzono również, że państwa powinny promować pełne uczestnictwo tych osób w życiu rodzinnym, kulturalnym oraz religijnym. Pozostałe z zasad dotyczą wdrażania postanowień rezolucji.

Zasada równości szans osób z niepełnosprawnością znajduje swoje umocowanie także w innych, przytoczonych wcześniej aktach prawa międzynarodowego oraz regulacjach krajowych jak *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności* przyjęta przez Radę Europy, *Deklaracja Praw Osób Niepełnosprawnych*, *Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych* czy *Rezolucja Rady Unii Europejskiej o Równości Szans Osób Niepełnosprawnych*.

Poza wymienionymi powyżej aktami prawnymi wartymi uwagi regulacjami dotyczącymi wyrównywania szans osób z niepełnosprawnością są także decyzje i rezolucje Zgromadzenia Parlamentarnej Rady Europy, Parlamentu Europejskiego czy Rady Unii Europejskiej.

W tym zakresie istotna jest rezolucja Rady Europy z 2015 roku – *Równość i włączenie społeczne osób niepełnosprawnych*. Odnosi się ona do dążenia do osiągnięcia równości praw i włączenia społecznego osób z niepełnosprawnością. Aby urzeczywistnić powyższe dążenia, Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy wezwało państwa członkowskie organizacje do ratyfikacji (jeśli wcześniej tego nie zrobiły): *Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych* wraz z Protokołem Fakultatywnym oraz wdrożenie jej postanowień; *Zrewidowanej Europejskiej Karty Społecznej* i pełnej realizacji jej zapisów

¹⁵⁹ Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 48/96 – Standardowe zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych z dnia 20 grudnia 1993 r.

w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością; *Konwencji Rady Europy o ochronie dzieci przed wykorzystywaniem seksualnym i niegodziwym traktowaniem w celach seksualnych* oraz *Konwencji Rady Europy o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej*. Zgromadzenie wezwało także, między innymi, do prowadzenia stałych konsultacji i aktywnego włączania organizacji reprezentujących osoby z niepełnosprawnością w rozwój polityk i środków przeznaczonych dla tych osób; zapewnienia stałego poziomu finansowania tych polityk; wsparcia finansowego osób z niepełnosprawnością oraz ich rodzin w celu zagwarantowania im dostępu do niezbędnych usług i opieki. Zgromadzenie zwróciło uwagę również na rozwój polityk wspierających zatrudnienie tych osób, w tym wprowadzanie zachęt dla pracodawców; ochrony przed dyskryminacją w procesie rekrutacji, jak i w trakcie kariery zawodowej oraz wprowadzenia specjalnych przepisów dotyczących wymagania dostępności miejsc i warunków pracy, a także racjonalnych usprawnień¹⁶⁰.

Dokument ten ma istotne znaczenie w kontekście ochrony praw osób z niepełnosprawnością, ponieważ zawiera w swej treści wezwanie państw Rady Europy, między innymi do ratyfikacji *Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych* wraz z Protokołem Fakultatywnym oraz wdrożenie jej postanowień. Niestety mimo, iż rezolucja ta została przyjęta na początku 2015 roku wciąż jeszcze pięć państw należących do Rady Europy, w tym Polska, nie ratyfikowało Protokołu Fakultatywnego Konwencji¹⁶¹. Ratyfikacja Protokołu otwiera możliwości wnoszenia skarg do Komitetu do spraw Praw Osób Niepełnosprawnych ONZ przez osoby, które twierdzą, że są ofiarami naruszenia przez państwo będące stroną Konwencji jej postanowień. Brak ratyfikacji Protokołu uniemożliwia skorzystanie z procedury wnoszenia skarg i tym samym ogranicza możliwości osób z niepełnosprawnością do pełnego korzystania z przysługujących im praw.

Natomiast jednym z pierwszych unijnych dokumentów dotyczącym równości szans osób z niepełnosprawnością, była *Nowa strategia Wspólnoty Europejskiej w odniesieniu do osób niepełnosprawnych* zawarta w komunikacie Komisji Europejskiej z 30 lipca 1996 roku. Strategia zawierała między innymi zobowiązanie do promocji równych szans, wyeliminowania dyskryminacji, a także uznania praw osób z niepełnosprawnością. Podkreślono w niej również, że dla osiągnięcia równych szans przez osoby

¹⁶⁰ Rezolucja 2039 (2015) Równość i włączenie społeczne osób niepełnosprawnych przyjęta przez Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy w dniu 30 stycznia 2015 r.

¹⁶¹ Protokołu Fakultatywnego Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych nie ratyfikowały do chwili obecnej (tj. wrzesień 2022): Bułgaria, Holandia, Irlandia, Polska i Rumunia.

z niepełnosprawnością, konieczny jest polityczny dialog z rządami państw oraz dialog społeczny pomiędzy pracodawcami a związkami zawodowymi, jak również z organizacjami pozarządowymi¹⁶². Kilka miesięcy po ogłoszeniu Strategii, Rada Unii Europejskiej przyjęła *Rezolucję o równości szans osób niepełnosprawnych*¹⁶³. Potwierdzała ona zobowiązania zawarte w Strategii, wzywała również do rozważenia czy realizacja jej założeń sprzyja między innymi zwiększeniu udziału osób z niepełnosprawnością w życiu społecznym, w tym także usuwaniu barier uniemożliwiających ten udział; upowszechnieniu perspektywy związanej z niepełnosprawnością w każdym stosownym sektorze powstawania polityki państw; kształtowaniu opinii publicznej, uwrażliwionej na zdolności tych osób¹⁶⁴. *Europejska Strategia Zatrudnienia* z 1997 roku także podkreśliła jako jeden z celów wyrównywanie szans osób z niepełnosprawnością poprzez aktywizację zawodową, wspieranie integracji oraz zwalczanie dyskryminacji osób będących w niekorzystnej sytuacji na rynku pracy. *Rezolucja w sprawie równych szans w zatrudnieniu dla osób niepełnosprawnych*, Rady Unii Europejskiej z 1999 roku zaleciła państwom położenie szczególnego nacisku na promocję zatrudnienia osób z niepełnosprawnością oraz rozwoju polityki integracji tych osób na rynku pracy, w sektorze prywatnym oraz publicznym, a także promowanie samozatrudnienia tych osób¹⁶⁵. Ta strategia została potwierdzona na posiedzeniu Rady Europejskiej w Lizbonie w marcu 2000 roku. Podczas tego posiedzenia stwierdzono, że należy przeciwdziałać zjawisku marginalizacji społecznej oraz wykluczeniu informacyjnemu jakiegokolwiek podmiotu w tym w szczególności osób z niepełnosprawnością¹⁶⁶.

Ponadto, instytucje unijne wydały w 2001 roku *Decyzję ustanawiającą program działań Wspólnoty wspierający współpracę między Państwami Członkowskimi w celu zwalczania wyłączenia społecznego*. Program został zaplanowany na lata 2002-2006, a jego celem było wsparcie współpracy umożliwiającej zwiększenie efektywności i skuteczności polityki zwalczania wyłączenia społecznego. W ramach realizacji programu były podejmowane między innymi działania takie jak: analiza przyczyn wykluczenia społecznego, gromadzenie

¹⁶² Komunikat Komisji Europejskiej w sprawie równych szans osób z niepełnosprawnościami „Nowa strategia Wspólnoty Europejskiej w odniesieniu do osób niepełnosprawnych” z dnia 30 lipca 1996 r.

¹⁶³ Rezolucja Rady Unii Europejskiej (97/C12/01) o Równości Szans Osób Niepełnosprawnych z dnia 20 grudnia 1996 r.

¹⁶⁴ K. Kurowski, *Wolności i prawa człowieka i obywatela...*, s. 58.

¹⁶⁵ Rezolucja Rady Unii Europejskiej (1999/C 186/02) w sprawie równych szans w zatrudnieniu dla osób niepełnosprawnych z dnia 17 czerwca 1999 r.

¹⁶⁶ *Spotkanie Rady Europejskiej w Lizbonie w dniach 23-24 marca 2000 r.*, Spotkania Rady Europejskiej 1993-2002, Monitor Integracji Europejskiej, s. 14, 22, <http://oide.sejm.gov.pl/oide/images/files/dokumenty/konkluzje/lizbona200003.pdf>, (dostęp: 05.07.2017).

danych na ten temat, wspieranie dialogu między zaangażowanymi stronami i wspieranie tworzenia odpowiedniej współpracy na poziomie Europy między organizacjami aktywnymi w walce z ubóstwem i wyłączeniem społecznym, w szczególności między organizacjami pozarządowymi¹⁶⁷.

Istotnym dokumentem, potwierdzającym otwarcie instytucji unijnych na potrzebę wyrównywania szans osób z niepełnosprawnością jest *Rezolucja w sprawie mobilności i integracji osób niepełnosprawnych oraz europejskiej strategii na rzecz osób niepełnosprawnych 2010-2020*, przyjęta przez Parlament Europejski. Podkreślono w niej, że równych szans nie można rozumieć jako takich samych warunków i okoliczności wobec osób z różnymi potrzebami, w związku z czym osoby z różnymi niepełnosprawnościami powinny mieć dostęp do odpowiednich środków umożliwiających im zakup towarów i usług, które stwarzałyby faktycznie równe szanse. Zapewnienie osobom z niepełnosprawnością powszechnego, skutecznego i niedyskryminującego dostępu do ochrony socjalnej, opieki zdrowotnej edukacji oraz dostępu do towarów i usług, w tym mieszkań, telekomunikacji, komunikacji elektronicznej, informacji, usług finansowych, kultury i rozrywki, budynków, środków transportu i obiektów publicznych uznano za priorytet¹⁶⁸. Między innymi jednym ze środków prowadzących do wyrównywania szans osób z zaburzeniami wzroku jest zawarcie przez Radę Europejską *Traktatu o ułatwieniu dostępu do opublikowanych utworów osobom niewidomym, niedowidzącym i cierpiącym na inne zaburzenia odczytu druku*. Zawiera on przepisy dotyczące praw autorskich, ułatwiające osobom niewidomym dostęp do utworów drukowanych. Umożliwia także współpracę państw będących jego stronami, w zakresie wymiany kopii opublikowanych utworów w formie dostępnym dla osób z niepełnosprawnością¹⁶⁹.

Przytoczone rezolucje czy strategię nie mają prawnie wiążącego charakteru. Jednak jak zapisano we wstępie *Standardowych zasad wyrównywania szans osób niepełnosprawnych*: „Chociaż nie są one prawnie wiążące, mogą stać się międzynarodowym prawem zwyczajowym, gdy zostaną uznane przez większość Państw z zamiarem

¹⁶⁷ Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej (50/2002/WE) ustanawiająca program działań Wspólnoty wspierający współpracę między Państwami Członkowskimi w celu zwalczania wyłączenia społecznego z dnia 7 grudnia 2001 r.

¹⁶⁸ Rezolucja Parlamentu Europejskiego (2010/2272(INI) w sprawie mobilności i integracji osób niepełnosprawnych oraz europejskiej strategii na rzecz osób niepełnosprawnych 2010-2020 z dnia 25 października 2011 r.

¹⁶⁹ Komunikat Komisji KOM(2013) 926 final zawierający wniosek dotyczący decyzji Rady w sprawie podpisania, w imieniu Unii Europejskiej, Traktatu z Marrakeszu o ułatwieniu dostępu do opublikowanych utworów osobom niewidomym, niedowidzącym i cierpiącym na inne zaburzenia odczytu druku z dnia 20 grudnia 2013 r.

przestrzegania określonej zasady w prawie międzynarodowym. Oznacza to silne zobowiązanie moralne i polityczne ze strony Państw do podejmowania działań w celu wyrównywania szans osób niepełnosprawnych. [...] Zasady stanowią dla osób z niepełnosprawnościami i ich organizacji instrument kształtowania polityki i działań. Tworzą także bazę dla współpracy technicznej i ekonomicznej pomiędzy Państwami, Narodami Zjednoczonymi i innymi organizacjami międzynarodowymi”¹⁷⁰.

1.4.4. Wnioski

Mimo braku wiążącej mocy prawnej, powyższe dokumenty stanowią swoisty drogowskaz dla poszczególnych państw odnośnie kierunków polityki, a także podejmowanych działań w zakresie wyrównywania szans i poszanowania praw osób z niepełnosprawnością. Działania te odnoszą się zarówno do dzieci, jak i osób dorosłych i dotyczą praktycznie każdej dziedziny życia. Realizacja idei równych szans przejawia się między innymi w edukacji włączającej, stosowaniu racjonalnych usprawnień zarówno w obszarze infrastruktury miejskiej, jak i miejscu pracy, dostępności urzędów, opieki medycznej, czy usług skierowanych do osób z niepełnosprawnością. Podejmowane wysiłki mają na celu umożliwienie tym osobom pełne uczestnictwo w życiu społecznym, na takich samych zasadach jak osoby w pełni sprawne. Działania z zakresu rehabilitacji społecznej i usługi skierowane do osób z niepełnosprawnością realizowane przez samorządy terytorialne zostaną omówione w kolejnych częściach tego opracowania.

¹⁷⁰ Pkt 14. wstępu Rezolucji Zgromadzenia Ogólnego ONZ 48/96 – Standardowe zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych z dnia 20 grudnia 1993 r.

CZĘŚĆ II. Rozwiązania instytucjonalno-prawne w Polsce i Szwecji wobec osób z niepełnosprawnością

2.1. System polityki społecznej w Polsce i Szwecji

2.1.1. System polityki społecznej w Polsce

Jak już wcześniej wskazano, polityka społeczna państwa wobec osób z niepełnosprawnością stanowi ogół działań podmiotów publicznych, które mają na celu wyrównywanie szans tych osób, aby mogły funkcjonować we wszystkich dziedzinach życia społecznego czy gospodarczego. Przejawiają się one nie tylko w pomocy finansowej czy rzeczowej, ale przede wszystkim w stwarzaniu warunków do życia w społeczeństwie na takich samych zasadach jak ogół obywateli. Działania te polegają między innymi na stosowaniu racjonalnych usprawnień w przestrzeni publicznej, dostępności usług czy umożliwieniu podjęcia zatrudnienia przez te osoby.

Współczesny system polityki społecznej zaczął kształtować się po odzyskaniu niepodległości w roku 1918. Nie był to łatwy proces, gdyż w Polsce pod zaborami funkcjonowały trzy systemy administracyjne, a tereny podległe poszczególnym zaborcom charakteryzowały się różnym stopniem rozwoju gospodarczego. Zadaniem władz było ich ujednoczenie, a także stworzenie jednego systemu opieki społecznej.

W latach 1918-1926 zostały uchwalone ustawy dotyczące sfery socjalnej państwa, a prawa socjalne zostały wpisane do Konstytucji. Artykuł 102 ustawy zasadniczej, uchwalonej 17 marca 1921 roku, wyrażał prawo obywateli do ochrony pracy, a w razie jej braku, choroby, nieszczęśliwego wypadku i niedołęstwa do ubezpieczenia społecznego. Ponadto wyrażał obowiązek państwa do opieki nad obywatelami realizowanej w zakładach publicznych, między innymi takich jak: szpitale, przytułki czy zakłady wychowawcze. Artykuł 103 gwarantował pomoc i opiekę państwa nad dziećmi i zakazywał zatrudnienia dzieci i młodzieży w wieku szkolnym¹⁷¹. Zasady pomocy i opieki społecznej określała ustawa o opiece społecznej z 16 sierpnia 1923 roku¹⁷². Warto dodać, że w roku 1919 Polska przystąpiła do Międzynarodowej Organizacji Pracy, a w 1920 został powołany Instytut Gospodarstwa Społecznego, którego celem było rozpoznawanie problemów społecznych występujących w Polsce oraz rozwój polityki społecznej. Generalnie w okresie

¹⁷¹ Art. 102, 103 ustawy z dnia 17 marca 1921 r. – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. 1921 nr 44 poz. 267 z późn. zm.).

¹⁷² Ustawa z dnia 16 sierpnia 1923 r. o opiece społecznej (Dz.U. 1923 nr 92 poz. 726 z późn. zm.).

międzywojennym opiekuńcza rola państwa sprowadzała się do kontroli nierówności społecznych i doraźnym rozstrzygnięciu napięć¹⁷³.

Podczas II wojny światowej, ze względu na działania militarne i okupację Polski, formalna realizacja polityki społecznej była niemożliwa. Mimo to warto wspomnieć, że w okresie tym istniały organizacje takie jak Rada Główna Opiekuńcza, będąca polską organizacją charytatywną działającą za zgodą okupanta, a także duże znaczenie w zakresie pomocy miały wtedy socjalne pionierzy polskich organizacji militarnych czy samoorganizacja społeczeństwa¹⁷⁴.

Po zakończeniu II wojny światowej Polska znalazła się w strefie wpływów ZSRR. Zależność ta oddziaływała także na sferę polityki społecznej. W pierwszych latach po wojnie zostały podjęte doraźne działania mające na celu pomoc ludności doświadczonej działaniami zbrojnymi. W wyniku wojny wielu ludzi doznało obrażeń ciała, co skutkowało niepełnosprawnością. Oprócz inwalidów wojennych w społeczeństwie były także osoby z niepełnosprawnością wrodzoną lub nabytą na skutek wypadków przy pracy. Władza nie negowała potrzeby udzielania świadczeń opieki społecznej. Rozwijano instytucje pomocowe, w 1945 roku powołano Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej. W wielu miastach w Polsce, w tym w Krakowie, Przemyślu i Poznaniu powstawały zakłady szkolenia dla inwalidów. Państwo pomagało w zaspokojeniu podstawowych potrzeb biologicznych. Wsparcia udzielano poprzez pomoc rzeczową w postaci żywności czy odzieży. Organizowano także schroniska i noclegownie dla bezdomnych. W tych zakładach inwalidzi wojenni oraz repatrianci z trwałym uszczerbkiem na zdrowiu byli przygotowywani do podjęcia pracy. Mogli także korzystać ze świadczeń socjalnych w postaci zapomóg czy też miejsca w bursie¹⁷⁵.

Dekretem z 22 października 1947 roku w sprawie mocy obowiązującej niektórych przepisów ustawodawstwa z zakresu opieki społecznej, utrzymano obowiązywanie Ustawy o opiece społecznej z roku 1923¹⁷⁶. Ustawa ta zakładała realizację pomocy przez gminy, jednakże w obowiązującym ustroju jej przepisy pozostały „martwe”, gdyż po likwidacji

¹⁷³ J. Auleytner, *Polityka społeczna w Polsce i na świecie – wydanie II*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP w Warszawie, Warszawa 2012, s. 43.

¹⁷⁴ R. Szarfenberg, *O polityce społecznej*, Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, <https://ptps.org.pl/o-polityce-spoecznej>, (dostęp: 26.11.2022).

¹⁷⁵ N. Bartnik, *Złagodzić ból niepełnosprawności. O sytuacji zawodowej osób niepełnosprawnych ruchowo w Polsce w latach 1944-1970*, [w:] *Ethos* 30(2017) nr 4(120), Wydawnictwo KUL 2017.

¹⁷⁶ Dekret z dnia 22 października 1947 r. w sprawie mocy obowiązującej niektórych przepisów ustawodawstwa z zakresu opieki społecznej, (Dz.U. 1947 nr 65 poz. 389 z późn. zm.).

samorządu terytorialnego, która miała miejsce w roku 1950, działania z zakresu zabezpieczenia społecznego miały charakter scentralizowany¹⁷⁷.

Konstytucja PRL z 1952 roku w sferze socjalnej wyrażała prawo między innymi: do ochrony zdrowia oraz pomocy w razie choroby lub niezdolności do pracy. Prawo to miało być urzeczywistnione poprzez rozwój ubezpieczeń społecznych oraz rozbudowę pomocy społecznej, a także rozwój systemu ochrony zdrowia. Konstytucja gwarantowała opiekę państwa nad rodziną, ochronę kobiet w ciąży, płatny urlop w okresie przed i po porodzie, rozbudowę żłobków i przedszkoli. Ponadto zapewniała zarówno prawo dostępu do nauki, kultury jak też możliwość podnoszenia kwalifikacji zawodowych¹⁷⁸.

Pomimo, że prawa te zostały konstytucyjnie zagwarantowane, praktyka polityczna znacznie odbiegała od tych gwarancji. Działo się tak dlatego, że w ustroju socjalistycznym uważano, iż pomoc społeczna nie jest potrzebna, ponieważ państwo zapewnia każdemu obywatelowi pracę, ubezpieczenia społeczne oraz opiekę socjalną w zakładach pracy. Z punktu widzenia władz takie podejście miało zapobiegać powstawaniu bezrobocia i ubóstwa, które uważano za główne powody korzystania przez polskie społeczeństwo z opieki społecznej w okresie międzywojennym¹⁷⁹. Pomoc społeczna polegała głównie na podejmowaniu działań doraźnych o charakterze administracyjno-finansowym, co w praktyce sprowadzało się do wypłacania świadczeń. Znaczenie pomocy społecznej miało ulegać systematycznemu pomniejszaniu w wyniku rozwoju świadczeń w ramach istniejących systemów ubezpieczeniowo-zaopatrzeniowych¹⁸⁰.

Zmiany w realizacji polityki społecznej nastąpiły po roku 1956. Władza zaczęła dostrzegać, że w społeczeństwie funkcjonują także jednostki słabsze, które wymagają wsparcia, a działania z zakresu pomocy społecznej nie są nieuzasadnione. Wprowadzono zasiłki okresowe, a rok później zasiłki stałe¹⁸¹. W kolejnych latach nastąpił rozwój systemu świadczeń. Zarządzeniem Ministra Pracy i Opieki Społecznej z 19 marca 1959 roku wprowadzono:

- zasiłek stały – dla mężczyzn w wieku od 65 lat i kobiet w wieku od 60 lat, a także osób będących inwalidami I i II grupy, niepracujących i niemających uprawnień do

¹⁷⁷ J. Auleytner, *Polityka społeczna w Polsce i na świecie – wydanie II*,..., s. 41.

¹⁷⁸ Art. 60-67 Konstytucji Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej uchwalona przez Sejm Ustawodawczy w dniu 22 lipca 1952 r., (Dz.U. 1952 nr 33 poz. 232 z późn. zm.).

¹⁷⁹ A. Mielczarek, *Polska pomoc społeczna – doświadczenia historyczne*, Wydawnictwo Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej, Toruń 2006, s. 53.

¹⁸⁰ K. Wódz, *Pomoc społeczna – zjawiska kryzysowe, perspektywy rozwoju*, [w:] „Polityka Społeczna” 1987, nr 10, s. 13.

¹⁸¹ K. Chaczko, „Polska w soczewce”. *Ewolucja oraz modernizacja systemu opieki i pomocy społecznej w perspektywie instytucjonalnej*, [w:] „Rocznik Administracji Publicznej” 2016(2), s. 360.

renty oraz nieposiadających żadnych środków utrzymania ani rodziny zobowiązanej i zdolnej do alimentacji;

- zapomogę okresową – świadczenie wypłacane maksymalnie przez 6 miesięcy, dla osób i rodzin przejściowo znajdujących się w wyjątkowo ciężkich warunkach materialnych, ze względu na czasową niezdolność do pracy jedyne go żywiciela rodziny po wyczerpaniu zasiłków chorobowych, czy utratę jedyne go żywiciela rodziny; rencistom znajdującym się w ciężkich warunkach materialnych ze względu na chorobę czy utratę członka rodziny pomagającego renciście; osobom w sprawach, których toczyło się postępowanie rentowe, jeżeli nie posiadały żadnych środków utrzymania i nie były zdolne do pracy, a także osobom dla których udzielenie pomocy było warunkiem koniecznym do podjęcia pracy, na przykład ze względu na opuszczenie zakładu karnego;
- zapomogę celową – świadczenie o charakterze jednorazowym przeznaczone na zakup żywności, opału, odzieży, niezbędnych sprzętów domowych, stanowiące uzupełnienie koniecznych środków utrzymania, szczególnie w okresie jesienno-zimowym, a także z tytułu organizacji pogrzebu¹⁸².

Powyższe świadczenia nie mogły mieć charakteru dopłaty do wynagrodzenia, a także nie mogły być udzielane osobom uchylającym się od podjęcia zatrudnienia.

Kolejną istotną zmianą w obszarze polityki społecznej była reorganizacja Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej. W jej wyniku w roku 1960 obszar pomocy społecznej został włączony w kompetencje Ministerstwa Zdrowia. Tym samym Ministerstwo Zdrowia, przekształcono w Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Zmiana ta miała jednak negatywne skutki, ponieważ spowodowała marginalizację znaczenia pomocy społecznej¹⁸³.

W latach 70. XX wieku system pomocy społecznej miał dwuszczeblowy charakter. Pierwszy szczebel stanowiła administracja państwowa stopnia wojewódzkiego i centralnego, natomiast drugi szczebel stanowił wyspecjalizowany aparat współpracujący ze służbą zdrowia. Na poziomie wojewódzkim zadania z zakresu pomocy społecznej realizował lekarz wojewódzki oraz wydziały zdrowia i opieki społecznej. Z kolei na szczeblu gminnym zadania te leżały w gestii naczelników gmin i dzielnic oraz prezydentów miast.

¹⁸² Zarządzenie nr 19/3 Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 17 marca 1959 r. Znak: Sp. 600-W-7/59 W sprawie udzielania pomocy społecznej w formie świadczeń pieniężnych przez właściwe do spraw pomocy społecznej organy prezydiów rad narodowych. (Dz. Urz. MPiOS z dnia 20.04.1959, nr 3(90) z późn. zm.).

¹⁸³ D. Zalewski: *Opieka i pomoc społeczna. Dynamika instytucji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2005, s. 122.

Zajmowali się między innymi: rozdzielaniem środków na poszczególne cele, czy też wydawaniem decyzji administracyjnych o udzieleniu świadczeń i powoływaniem opiekunów społecznych. Rolę wyspecjalizowanego aparatu współpracującego ze służbą zdrowia pełniły zespoły opieki zdrowotnej. W zespołach tych istniały działy służb społecznych złożone z czterech sekcji. Były to: sekcja świadczeń, ośrodek opiekuna społecznego, sekcja rehabilitacji zawodowej inwalidów, a także sekcja opiekuńczo-wychowawcza¹⁸⁴. Ośrodki opiekuna społecznego funkcjonowały w ramach zespołu opiekuna społecznego lub stanowiły wyodrębnioną komórkę przychodni rejonowej lub gminnego ośrodka zdrowia¹⁸⁵. Stanowiły one podstawową jednostką organizacyjną w systemie pomocy społecznej. Miały uprawnienia zarówno wykonawcze jak i nadzorcze nad właściwymi organami prezydiów rad narodowych¹⁸⁶.

W tym systemie pomocy społecznej kompetencje podzielono pomiędzy trzy różne podmioty: terenowe organy władzy i administracji państwowej (rady narodowe), organy wykonawczo-zarządzające (prezydenci miast, naczelnicy gmin i dzielnic); środki opiekunów społecznych. Rady narodowe posiadały środki budżetowe i decydowały o ich wydatkowaniu. Terenowe organy administracji państwowej zarządzały środkami i zlecały zadania podmiotom, które udzielały świadczeń. Ośrodki opiekuna społecznego rozpoznawały natomiast potrzeby i wnioskowały do administracji państwowej o przyznanie wsparcia¹⁸⁷. W rezultacie inny podmiot odpowiadał za identyfikację potrzeb, a inny decydował o udzieleniu pomocy i przeznaczał środki finansowe na ten cel. Taka konstrukcja systemu pomocy społecznej niosła za sobą negatywne konsekwencje w realizacji działań pomocowych na szczeblu lokalnym¹⁸⁸.

W wyniku kryzysu lat 80. XX wieku i występujących wówczas problemów społecznych, istotną rolę w zakresie pomocy społecznej odgrywały nieformalne działania filantropijne realizowane przez grupy samopomocowe, a także organizacje społeczne oraz Kościół katolicki¹⁸⁹.

Transformacja ustrojowa rozpoczęta w 1989 roku spowodowała demokratyzację kraju oraz przejście do gospodarki wolnorynkowej. Zachodzące wówczas procesy

¹⁸⁴ A. Mielczarek, *Polska pomoc społeczna – doświadczenia historyczne...*, s. 58.

¹⁸⁵ J. Krzyszkowski, *Między państwem opiekuńczym a opiekuńczym społeczeństwem. Determinanty funkcjonowania środowiskowej pomocy społecznej na poziomie lokalnym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2005, s. 55.

¹⁸⁶ D. Zalewski: *Opieka i pomoc społeczna. Dynamika instytucji...*, s. 120–121.

¹⁸⁷ P. Grzywna, J. Lustig, M. Mitręga, N. Stępień-Lampa, B. Zasepa, *Polityka społeczna – Rozważania o teorii i praktyce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2017, s. 49.

¹⁸⁸ D. Zalewski: *Opieka i pomoc społeczna. Dynamika instytucji...*, s. 121.

¹⁸⁹ J. Krzyszkowski, *Między państwem opiekuńczym a opiekuńczym społeczeństwem...*, s. 56.

demokratyczne przyczyniły się także do zmian w polityce społecznej. W latach 1989-1991 uchwalono kilka fundamentalnych ustaw odnoszących się także do osób z niepełnosprawnością takich jak: *Ustawę o zatrudnieniu*¹⁹⁰, *Ustawę o pomocy społecznej*¹⁹¹, *Ustawę o zatrudnieniu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych*¹⁹². Ustawy te zostaną omówione w kolejnej części pracy, ale należy szczególnie zwrócić uwagę na ostatnią z wymienionych powyżej ustaw, gdyż powołała do życia Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). To właśnie z tego funduszu przeznaczane są środki na finansowanie działań rehabilitacji zawodowej, leczniczej i społecznej osób z niepełnosprawnością. Na mocy tej ustawy utworzono w Ministerstwie Pracy i Polityki Socjalnej stanowisko Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych jako organu nadzorującego realizację zadań wynikających z ustawy.

W kolejnych latach nastąpiło dostosowywanie przygotowanych reform (zmieniających instytucje zabezpieczenia społecznego) do gospodarki rynkowej, a instytucją dialogu społecznego stała się Komisja Trójstronna do Spraw Społeczno-Gospodarczych. W przyjętej w 1997 roku Konstytucji, zawarto katalog praw socjalnych, który gwarantował prawo obywateli do zabezpieczenia społecznego w razie pozostawania bez zatrudnienia, niezdolności do pracy, choroby, inwalidztwa, a także po osiągnięciu wieku emerytalnego. Ponadto prawo do ochrony zdrowia czy pomocy ze strony państwa osobom z niepełnosprawnością¹⁹³. Uchwalona także w 1997 roku *Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* stała się podstawowym dokumentem regulującym prawa osób z niepełnosprawnością w Polsce¹⁹⁴.

Po wyborach parlamentarnych w roku 1997, kiedy to rząd utworzyła koalicja AWS – UW przeprowadzono reformy, m.in. ubezpieczeń społecznych i opieki zdrowotnej. W roku 2001 władzę w kraju przejęła koalicja SLD – UP – PSL. W trakcie jej rządów uchwalono ustawy o istotnym znaczeniu w obszarze polityki społecznej. Były to między innymi kolejno: *Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*¹⁹⁵; *Ustawa*

¹⁹⁰ Ustawa z dnia 29 grudnia 1989 r. o zatrudnieniu, (Dz.U. 1989 nr 75 poz. 446 z późn. zm.).

¹⁹¹ Ustawa z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej, (Dz.U. 1990 nr 87 poz. 506 z późn. zm.).

¹⁹² Ustawa z dnia 9 maja 1991 r. o zatrudnieniu i rehabilitacji osób niepełnosprawnych, (Dz.U. 1991 nr 46 poz. 201 z późn. zm.).

¹⁹³ R. Szarfenberg, *O polityce społecznej*, Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, <https://ptps.org.pl/o-polityce-spoecznej>, (dostęp: 26.11.2022).

¹⁹⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776 z późn. zm.).

¹⁹⁵ Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, (Dz.U. 2003 nr 96 poz. 873 z późn. zm.).

o zatrudnieniu socjalnym¹⁹⁶, Ustawa o świadczeniach rodzinnych¹⁹⁷, Ustawa o pomocy społecznej¹⁹⁸ oraz Ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy¹⁹⁹.

W okresie rządów koalicji PiS – LPR – Samoobrona przypadających na lata 2005 – 2007 wprowadzono, między innymi: świadczenie z tytułu urodzenia dziecka, a także ulgi podatkowe na dzieci. W październiku 2007 roku władzę przejęła koalicja PO z PSL, która rządziła przez dwie kolejne kadencje. Polityka tego rządu charakteryzowała się ograniczeniem dynamiki wzrostu wydatków na cele społeczne. Było to podyktowane chęcią zmniejszenia deficytu budżetowego²⁰⁰. Należy dodać, że okres rządów ówczesnej koalicji zbiegł się z globalnym kryzysem ekonomicznym lat 2007 – 2009. Mimo niekorzystnej sytuacji gospodarczej wprowadzono szereg rozwiązań skierowanych do rodzin, wśród których należy wyróżnić tak zwane roczne urlopy rodzicielskie, świadczenie pieniężne dla osób niemających prawa do urlopu macierzyńskiego czy kartę dużej rodziny. Ponadto zwiększono dofinansowanie do budowy żłobków i klubów dziecięcych, a także wdrożono program dofinansowań do kredytów mieszkaniowych dla ludzi młodych²⁰¹.

Od wyborów, które odbyły się w roku 2015 do chwili obecnej (grudzień 2022) władzę w Polsce sprawuje koalicyjny rząd PiS. Partia ta realizuje politykę społeczną głównie poprzez transfery pieniężne, odwołując się do potrzeb socjalno – bytowych. Świadczenia te wynikają z programów skierowanych do różnych grup społecznych. Wprowadzono między innymi świadczenie z tytułu posiadania dzieci, czy jednorazowe świadczenia dla dzieci rozpoczynających rok szkolny, a także dodatkowe świadczenia dla emerytów. Kontynuowane są programy dofinansowań budowy żłobków i przedszkoli, jak również dofinansowań kredytów na zakup mieszkań. Od roku 2019 realizowane są programy obejmujące usługi społeczne dla osób z niepełnosprawnością.

2.1.2. System polityki społecznej w Szwecji

Szwecja od lat stawiana jest jako wzorcowy przykład państwa opiekuńczego. Polityka społeczna realizowana w oparciu model *welfare state* charakteryzuje się wysokimi nakładami podatkowymi, przy jednoczesnej dużej redystrybucji dóbr. Sam termin *welfare*

¹⁹⁶ Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, (Dz.U. 2003 nr 122 poz. 1143 z późn. zm.).

¹⁹⁷ Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, (Dz.U. 2003 nr 228 poz. 2255 z późn. zm.).

¹⁹⁸ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, (Dz.U. 2004 nr 64 poz. 593 z późn. zm.).

¹⁹⁹ Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, (Dz.U. 2004 nr 99 poz. 1001 z późn. zm.).

²⁰⁰ M. Polakowski, D. Szelewa., *Polityka społeczna koalicji PO-PSL, Warszawskie debaty o polityce społecznej* nr 16, Wydawnictwo Friedrich-Ebert-Stiftung, Warszawa 2015, s. 6.

²⁰¹ A. Durasiewicz, *W kierunku rozwoju polityki rodzinnej w Polsce*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej im. Janusza Korczaka w Warszawie, Warszawa 2017, s. 121–123.

state tłumaczony jest jako państwo dobrobytu czy też państwo opiekuńcze. Został on upowszechniony w latach 40. XX wieku w Wielkiej Brytanii i stanowił niejako odpowiedź na niemieckie *warfare state* rozumiane jako państwo wojenne²⁰².

Początków systemu państwa opiekuńczego w Szwecji można upatrywać już w XVII wieku. Wtedy to przy kopalniach odkrywkowych powstawały osady (szw. *brukssamhällen*) zarządzane przez fabrykantów, którzy oprócz zatrudnienia zapewniali robotnikom lokum, żywność, ubranie oraz niezbędne narzędzia. Nierzadko też, z inicjatywy fabrykantów, powstawały szkoły dla dzieci robotników. Ponadto pracodawca dbał o zdrowie robotnika i jego rodziny. Należy w tym miejscu wspomnieć, że w Szwecji pomoc chorym i ubogim, a w szczególności osobom z niepełnosprawnością, zakorzeniona jest już od czasów średniowiecza. Wtedy to opieka nad ubogimi oraz słabszymi leżała w głównej mierze w gestii Kościoła. Jednakże po reformacji, która miała miejsce w Szwecji w 1527 roku, obowiązki opieki nad chorymi zostały przejęte przez państwo. Mimo to parafie nadal prowadziły działalność pomocową w formie przytułków dla biednych. Potrzebujących umieszczano także w kwaterach prywatnych, a ich pobyt finansowany był z budżetu gminy²⁰³.

Znaczący rozwój systemu opiekuńczego w Szwecji nastąpił na skutek długoletnich rządów Szwedzkiej Socjaldemokratycznej Partii Robotniczej i silnego uzwiązkowienia pracowników. Partia została utworzona w 1889 roku, w początkowych latach swojej działalności nie była zbyt liczna. W roku 1896 miała jedynie jednego przedstawiciela w parlamencie, był nim Karl Hjalmar Branting – współzałożyciel partii oraz od 1907 roku jej przewodniczący. Socjaldemokraci rozpoczęli współpracę z ruchem związkowym. Powołana pod koniec XIX wieku Szwedzka Konfederacja Związków Zawodowych (szw. *Landsorganisationen i Sverige*)²⁰⁴, będąca ogólnokrajową centralą związkową, stała się ich partnerem. Organizacja ta bardzo szybko się rozrosła. Tylko w latach 1898 – 1905 liczba jej członków wzrosła z 37 do 160 tysięcy. To w znacznej mierze dzięki współpracy z centralą związkową socjaldemokraci pozyskiwali kolejnych członków. Warto podkreślić, że do 1990 roku każdy członek Konfederacji Związków Zawodowych należał również do Szwedzkiej Socjaldemokratycznej Partii Robotniczej. Spory wewnątrzpartyjne wokół

²⁰² R. Szarfenberg, *Pożegnanie państwa opiekuńczego?* s. 2, http://rszarf.ips.uw.edu.pl/pdf/ws_pozegnanie.pdf, (dostęp: 05.11.2020).

²⁰³ W. Liedler, *Szwecja - opiekuńcze państwo dobrobytu*, s. 3, https://www.academia.edu/8318047/Szwecja_opieku%C5%84cze_pa%C5%84stwo_dobrobytu, (dostęp: 05.11.2020).

²⁰⁴ W dosłownym tłumaczeniu *Krajowa Organizacja w Szwecji* w skrócie *LO*.

reform w państwie doprowadziły w 1917 roku do rozłamu. Szeregi socjaldemokratów opuścili komuniści i rewolucyjni socjaliści. W 1920 roku Karl Hjalmar Branting został premierem, natomiast osiem lat później socjaldemokraci przedstawili program zwany *szwedzką drogą pośrednią między kapitalizmem, a socjalizmem*. Program ten powstał w oparciu o prace ekonomistów z tak zwanej *Szkoły Sztokholmskiej*²⁰⁵. Jego podstawę stanowiły: rozwój spółdzielczości i samorządności; duża redystrybucja dochodu narodowego poprzez progresywny system podatkowy; uniwersalizm, a także solidarność społeczna. Program pomógł Szwedom nieco łagodniej przejść przez Wielki kryzys ekonomiczny lat 1929 – 1933. Podczas II wojny światowej przyjęcie neutralności dało Szwecji nie tylko ochronę gospodarki, ale także przyniosło korzyści płynące z wymiany handlowej. Ze Szwecji eksportowano na przykład: rudę żelaza, miedzi, ołowiu i cynku, których posiadanie miało istotne znaczenie podczas działań wojennych²⁰⁶.

W latach powojennych przeprowadzono szereg reform w sferze socjalnej. W ich wyniku Szwedzi uzyskali, między innymi: emerytury finansowane zarówno ze składek indywidualnych, jak i budżetu państwa; ubezpieczenia społeczne dostępne dla wszystkich obywateli niezależnie od dochodu; renty wypadkowe czy zasiłki na dzieci uniezależnione od dochodów rodziców.

Szwedzka Socjaldemokratyczna Partia Robotnicza rządziła w koalicji lub z poparciem innych partii nieprzerwanie od początku lat 30. do połowy lat 60. XX wieku. Przerwa w rządach socjaldemokratów nastąpiła w latach 1976 – 1982 oraz 1991 – 1994, kiedy to władzę w kraju przejęła Umiarkowana Partia Koalicyjna. W kolejnych wyborach w roku 1994 ponownie ster władzy przejęła Szwedzka Socjaldemokratyczna Partia Robotnicza i rządziła do roku 2006. W latach 2006 – 2014 rządy należały do Umiarkowanej Partii Koalicyjnej, natomiast w wyborach, które odbyły się w roku 2014, władza po raz kolejny została przejęta przez socjaldemokratów, którzy rządzili w Szwecji przez dwie kadencje²⁰⁷. Wybory w roku 2022 przyniosły zwycięstwo bloku prawicowego, a rząd utworzyły Umiarkowana Partia Koalicyjna, Chryścijańscy Demokraci oraz Liberałowie.

Długoletnie rządy socjaldemokratów i przeprowadzane przez nich reformy przyczyniły się do poprawy warunków życia obywateli i tym samym stworzeniu systemu państwa opiekuńczego, stąd też system ten określany jest często jako socjaldemokratyczny.

²⁰⁵ Szwedzka Szkoła Ekonomii zwana też Szkołą Sztokholmską, kierunek w ekonomii zapoczątkowany na przełomie XIX i XX wieku, postulujący interwencjonizm państwowy w sferę gospodarki.

²⁰⁶ W. Lieder, *Szwecja - opiekuńcze państwo...*, s. 5.

²⁰⁷ W. Rutkowski, *Szwedzki model państwa dobrobytu: upadek czy adaptacja?* s. 151, <http://ekonomia.wne.uw.edu.pl/ekonomia/getFile/604>, (dostęp: 05.11.2020).

Można zidentyfikować kilka jego charakterystycznych elementów. T. S. Edvardsen i B. Hagtvet wyróżniają:

- rozbudowany interwencjonizm państwowy, który przejawia się odpowiedzialnością władz za dystrybucję dóbr i usług socjalnych, podstawą ich otrzymania są uprawnienia wynikające z posiadania obywatelstwa;
- gospodarka mieszana, stanowiąca połączenie kapitalistycznych mechanizmów rynkowych i realizacji strategii bezpieczeństwa socjalnego, zakładająca modyfikację mechanizmów rynkowych w obszarach takich jak na przykład: ochrona zdrowia, oświata czy zapewnienie pełnego zatrudnienia;
- demokracja polityczna rozumiana jako sposób życia oparty na wartościach takich jak: tolerancja, rozumna i rzeczowa dyskusja, szacunek dla mniejszości oraz równość społeczna;
- skonsolidowane społeczeństwo obywatelskie, pojmowane jako istnienie sieci sprawnie działających organizacji, będących łącznikiem między państwem, a jednostką. Należy nadmienić, że w krajach skandynawskich demokratyzacja była procesem oddolnym. Polityczne, socjalne i kulturalne organizacje społeczne stopniowo uzyskiwały coraz szerszy dostęp do władzy i w ten sposób demokratyzowały całość życia politycznego²⁰⁸.

Z kolei W. Rutkowski określił elementy charakterystyczne dla szwedzkiego systemu zabezpieczenia społecznego, do których zaliczył:

- wysoki poziom bezpieczeństwa socjalnego, przejawiający się w szerokim wachlarzu świadczeń oraz ich powszechnej dostępności,
- jednolity poziom świadczeń podstawowych,
- duży udział budżetu w finansowaniu świadczeń, co umożliwia szeroką realizację funkcji redystrybucyjnej w sferze socjalnej,
- etatyzm wyrażający się w zarówno w dominującej roli państwa w organizacji i dostarczaniu świadczeń, jak i dużym udziale zatrudnienia w sektorze publicznym, w dziedzinach odnoszących się do funkcji państwa opiekuńczego,
- decentralizacja w zakresie dostarczania usług (gminy odpowiadają za przedszkola, szkolnictwo podstawowe i średnie oraz opiekę nad osobami starszymi oraz z niepełnosprawnością, okręgi zaś za opiekę zdrowotną),

²⁰⁸ *Nordycki model demokracji i państwa dobrobytu : zbiór tekstów*, (red.) T. S. Edvardsen, B. Hagtvet, tł. A. Bereza – Jarociński, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1994, s. 15–16.

- relatywnie duże znaczenie świadczeń rzeczowych w porównaniu ze wsparciem finansowym,
- silne poparcie społeczne dla idei państwa opiekuńczego²⁰⁹.

2.1.3. Wnioski

Systemy polityki społecznej w Polsce i Szwecji kształtowały się nie tylko w odmiennych warunkach historycznych, ale i w różnych systemach politycznych. W Polsce pierwsze elementy systemu polityki społecznej zostały wprowadzone w okresie międzywojennym, natomiast w Szwecji pod koniec XVII wieku. Brak państwowości przez ponad 100 lat oraz zniszczenia w trakcie pierwszej i drugiej wojny światowej, brak gospodarki rynkowej do końca lat 80. sprawiły, iż możliwości prowadzenia przez państwo polityki społecznej zostały znacznie ograniczone. Szwecja nie odczuła bezpośrednio skutków dwóch wojen światowych, a po II wojnie światowej nastąpił znaczny rozwój ekonomiczny państwa, stąd więcej środków skierowano na politykę społeczną, budując podwaliny „państwa dobrobytu”. Socjaldemokraci wprowadzili szereg reform w sferze socjalnej. Rozwiązania te funkcjonują po dzień dzisiejszy i cieszą się dużym uznaniem społecznym.

Mimo, iż system polityki społecznej w Polsce powstawał w diametralnie odmiennych warunkach historycznych, zarys jego kształtowania pokazuje, iż zarówno w dwudziestoleciu międzywojennym, jak i po transformacji ustrojowej wprowadzono wiele rozwiązań mających na celu wsparcie osób potrzebujących. Współczesną polską politykę społeczną trudno przyporządkować do jednego z przedstawionych wcześniej modeli. Odwołując się do klasyfikacji M. Książpolskiego można wskazać, iż w Polsce elementem odpowiadającym modelowi korporacyjnemu jest obowiązkowe ubezpieczenie społeczne, które uprawnia do uzyskania świadczeń. Elementy modelu instytucjonalno-redystrybucyjnego odnajdziemy w wsparciu finansowym kierowanym przez władze publiczne do rodzin wielodzietnych i osób starszych. Natomiast cechą polskiego systemu polityki społecznej, odpowiadającej modelowi liberalnemu, jest uzależnienie uzyskania określonych świadczeń od sytuacji materialnej potencjalnego beneficjenta oraz przyjęcie przez rodziny ciężaru wsparcia osób potrzebujących, gdyż pomoc oferowana przez państwo w wielu sytuacjach nie jest wystarczająca.

B. Kołaczek stwierdza, iż przez tak prowadzoną politykę społeczną Polskę można zaliczyć do krajów prowadzących politykę interwencji społecznej z elementami integracji

²⁰⁹ W. Rutkowski, *Szwedzki model państwa dobrobytu...*, s. 152.

społecznej²¹⁰. Przedstawione powyżej cechy polityki społecznej są charakterystyczne także dla polskiego systemu wsparcia osób z niepełnosprawnością. Z kolei w Szwecji powszechność zabezpieczenia społecznego oraz usług związanych z tą sferą wynika z przynależnych jednostce praw obywatelskich. Warto również dodać, iż instytucjonalizacja szwedzkiego systemu państwa opiekuńczego opiera się w głównej mierze na przejściu przez państwo odpowiedzialności za zapewnienie wszystkim obywatelom odpowiedniego poziomu życia zgodnie z przyjętymi standardami²¹¹. Mimo, iż system ten wymaga wysokich nakładów podatkowych jest akceptowalny i głęboko zakorzeniony w mentalności szwedzkiego społeczeństwa. Na dowód tego stwierdzenia można przytoczyć sondaż przeprowadzony w 2014 roku, z którego wynika, iż sześciu na dziesięciu pytanym szwedzkim podatników wyrażało swój sprzeciw dla obniżki podatku dochodowego, w obawie przed pogorszeniem oferty i jakości państwa opiekuńczego²¹².

Przytoczone cechy wyróżniające zarówno szwedzki system zabezpieczenia społecznego, jak i relacje społeczno-ekonomiczne występujące w tym państwie, charakterystyczne są także dla pozostałych państw skandynawskich. Oprócz rozbudowanego systemu zabezpieczenia społecznego wartym podkreślenia w państwach Europy Północnej jest poszanowanie wartości demokratycznych, otwartość i tolerancja dla wszystkich bez względu na pochodzenie, kolor skóry, wyznawaną religię czy niepełnosprawność.

Jedną ze wskazanych powyżej istotnych cech systemu zabezpieczenia społecznego nie tylko w Szwecji, ale we wszystkich współczesnych państwach jest zapewnienie opieki nad osobami z niepełnosprawnością. W Szwecji oferta kierowana do tej grupy społecznej jest bardzo rozległa. Przejawia się nie tylko we wsparciu finansowym, ale w głównej mierze opiera na pomocy rzeczowej oraz rozbudowanych usługach społecznych. Szwedzkie władze podchodzą do problemu niepełnosprawności w sposób kompleksowy, o czym szerzej w następnych częściach tego opracowania, w których zostaną omówione prawa oraz system wsparcia tej grupy społecznej.

²¹⁰ B. Kołaczek, *Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2010, s. 216–217.

²¹¹ W. Rutkowski, *Szwedzki model państwa dobrobytu...* s. 152.

²¹² *Szwedzi nie chcą niższych podatków*, PAP artykuł z dnia 2 stycznia 2014 r., <https://www.forbes.pl/wiadomosci/szwedzi-nie-chca-nizszych-podatkow/w153cnn>, (dostęp: 23.11.2020).

2.2. Ochrona praw osób z niepełnosprawnością w Polsce i Szwecji

2.2.1. Ochrona praw osób z niepełnosprawnością w Polsce

Przemiany ustrojowe, jakie nastąpiły w Polsce po roku 1989, przyniosły ożywienie w polityce społecznej, czego skutkiem było uchwalenie aktów prawnych regulujących sytuację osób z niepełnosprawnością oraz ochronę przysługujących im praw. Gwarancje praw tych osób zostały wyrażone w konstytucji oraz szeregu ustaw zwykłych, odnoszących się do ogółu społeczeństwa, jak i aktach prawnych skierowanych bezpośrednio właśnie do osób z niepełnosprawnością.

Konstytucja w artykule 32 gwarantuje wszystkim równość wobec prawa oraz równe traktowanie przez władze publiczne. Zakazuje też dyskryminacji w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny. Niewątpliwie niepełnosprawność można również wskazać jako jedną z przyczyn, które zaliczają się do tego katalogu. Z kolei artykuł 67 wyraża prawo obywateli do zabezpieczenia społecznego ze strony państwa w przypadku niezdolności do pracy ze względu, m.in. na chorobę lub niepełnosprawność. Bezpośrednio do osób z niepełnosprawnością konstytucja odnosi się w artykule 68 ustęp 3 oraz w artykule 69. Pierwszy nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej między innymi tej grupie społecznej, natomiast drugi wyraża gwarancje pomocy państwa w zabezpieczeniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej²¹³. Warto zaznaczyć, że prawa zawarte w konstytucji mają charakter ogólny, ich urzeczywistnienie następuje poprzez ustawy zwykłe, do których ustawa zasadnicza odsyła.

Spośród ustaw zawierających prawa społeczności osób z niepełnosprawnością w Polsce można wyróżnić te dotyczące zatrudnienia. Pierwszym istotnym aktem prawnym regulującym ten obszar była *Ustawa o zatrudnieniu* uchwalona 29 grudnia 1989 roku. Rozdział piąty poświęcony został aktywizacji zawodowej inwalidów. Przepisy zawarte w ustawie zobowiązywały wojewódzkie organy zatrudnienia do opracowywania corocznych programów zatrudnienia inwalidów. Programy te były opracowywane w porozumieniu z zakładami pracy, organizacjami zrzeszającymi inwalidów, a także instytucjami pomocy społecznej. Ponadto ustawa nakładała na zakłady pracy obowiązek zorganizowania stanowiska pracy dla pracowników, którzy na skutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej zostali zaliczeni do jednej z grup inwalidów i nie mogli kontynuować pracy na

²¹³ Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 r., (Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483 z późn. zm.).

poprzednim stanowisku. W przypadku, gdy w zakładzie pracy nie zorganizowano takiego stanowiska, zakład musiał dokonać wpłaty na rzecz Funduszu Pracy w wysokości czterdziestokrotnego przeciętnego wynagrodzenia. W ustawie określono też zasady zwrotu kosztów dla zakładów zatrudniających osoby z niepełnosprawnością. W uzasadnionych przypadkach zakład mógł także wystąpić do organów zatrudnienia o zakup sprzętu dostosowującego miejsce pracy osoby z niepełnosprawnością. Zakładom zatrudniającym osoby z niepełnosprawnością przysługiwało również zwolnienie z podatku od płac od wynagrodzeń tych osób²¹⁴. Z kolei *Ustawa o zatrudnianiu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych* z 9 maja 1991 roku, miała na celu unormowanie kwestii dotyczących zatrudniania osób z niepełnosprawnością, uwzględniając zasadę równości szans tych osób w społeczeństwie. Ustawa ta określała między innymi prawa tych osób do pośrednictwa pracy, uprawnienia pracowników z niepełnosprawnością, w szczególności w zakresie czasu pracy oraz urlopu wypoczynkowego, a także obowiązki i uprawnienia nakładane na pracodawców w związku z zatrudnieniem pracowników o niepełnej sprawności zarówno na chronionym, jak i otwartym rynku pracy²¹⁵.

Obecnie kluczowym aktem prawnym regulującym sytuację osób z niepełnosprawnością w Polsce jest *Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*, uchwalona 27 sierpnia 1997 roku. Unormowane w niej zostały nie tylko działania z zakresu aktywizacji zawodowej czy uprawnienia pracownicze tych osób, zarówno na otwartym, jak i chronionym rynku pracy, ale także obowiązki i uprawnienia pracodawców zatrudniających te osoby. Uregulowano w niej także zasady działalności zakładów pracy chronionej oraz zakładów aktywizacji zawodowej. Ustawa normuje również takie kwestie jak: orzekanie o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności; działania z zakresu rehabilitacji społecznej w tym; zadania i organizacje służb działających na rzecz osób z niepełnosprawnością, zadania Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych oraz zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie wsparcia tych osób. Ponadto w ustawie tej uregulowano działalność Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, a także na jej mocy powołano Krajową Radę Konsultacyjną do Spraw Osób Niepełnosprawnych, będącą organem opiniodawczym – doradczym Pełnomocnika²¹⁶. Do osób z niepełnosprawnością

²¹⁴ Ustawa z dnia 29 grudnia 1989 r. o zatrudnieniu, (Dz.U. 1989 nr 75 poz. 446 z późn. zm.).

²¹⁵ Ustawa z dnia 9 maja 1991 r. o zatrudnianiu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych, (Dz.U. 1991 nr 46 poz. 201 z późn. zm.).

²¹⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, (Dz. U. 1997 nr 123 poz. 776 z późn. zm.).

odnosi się także *Ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* z 20 kwietnia 2004 roku. Uprawnia ona te osoby do korzystania z instrumentów wsparcia na rynku pracy takich jak na przykład: doradztwo zawodowe, odbycie szkoleń i staży czy otrzymanie dofinansowania na uruchomienie działalności gospodarczej. Ponadto zakazuje dyskryminacji w zatrudnieniu ze względu na niepełnosprawność²¹⁷.

Prawa osób z niepełnosprawnością wynikają także z aktów prawnych regulujących kwestię świadczeń społecznych. *Ustawa o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych* z 17 grudnia 1998 roku określa zasady i tryb nabywania prawa oraz wypłaty świadczeń emerytalnych i rentowych. Normuje także procedurę orzekania o niezdolności do pracy, która stanowi podstawę ubiegania się o świadczenia rentowe²¹⁸. Natomiast *Ustawa o świadczeniach rodzinnych* z 28 listopada 2003 roku reguluje warunki nabywania prawa do świadczeń rodzinnych oraz zasady ich ustalania, przyznawania i wypłacania. Rozdział III tego aktu dotyczy świadczeń opiekuńczych skierowanych do osób z niepełnosprawnością i ich opiekunów. Są to: zasiłek pielęgnacyjny, specjalny zasiłek opiekuńczy, świadczenie pielęgnacyjne przysługujące opiekunowi z tytułu rezygnacji z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej. Należy także dodać, że dla rodzin, w których są dzieci z niepełnosprawnością, ustawa ta przewiduje inne kryteria otrzymywania zasiłku rodzinnego (wyższy dochód na członka rodziny, a także dłuższy okres wypłaty tego świadczenia)²¹⁹. Ponadto w *Ustawie o pomocy społecznej* z 12 marca 2004 roku znajdziemy zasady udzielania świadczeń pomocowych państwa. Pomoc ta kierowana jest do osób i rodzin będących w trudnej sytuacji życiowej, które nie są w stanie samodzielnie sobie poradzić. Ma ona na celu nie tylko przezwyciężenie istniejących problemów, ale także usamodzielnienie tych osób i rodzin oraz ich integrację ze społeczeństwem. W ustawie wymieniono szereg powodów, które stanowią podstawę uzyskania pomocy. Wśród nich znajdują się między innymi: ubóstwo, sieroctwo, bezrobocie, bezdomność, ciężka choroba czy niepełnosprawność. Udzielane świadczenia mają dwojaki charakter, dzielą się na pieniężne, do których zaliczają się zasiłki (na przykład: zasiłek stały, okresowy, celowy, specjalny zasiłek celowy, zasiłek i pożyczka na ekonomiczne usamodzielnienie, pomoc finansowa na kontynuowanie nauki) oraz świadczenia niepieniężne, wśród których ustawodawca wymienia, między innymi: pracę socjalną, bilet kredytowany, składki na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, pomoc

²¹⁷ Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, (Dz.U. 2004 nr 99 poz. 1001 z późn. zm.).

²¹⁸ Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, (Dz.U. 1998 nr 162 poz. 1118 z późn. zm.).

²¹⁹ Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, (Dz.U. 2003 nr 228 poz. 2255 z późn. zm.).

rzeczową na ekonomiczne usamodzielnienie, udzielenie schronienia, zapewnienie posiłku i odzieży oraz usługi opiekuńcze, a także poradnictwo specjalistyczne²²⁰. *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* z 27 sierpnia 2004 roku nadaje natomiast osobom ubezpieczonym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie²²¹. Istotnym aktem prawnym dotyczącym świadczeń dla osób z niepełnosprawnością jest także *Ustawa o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych*²²². Na jej podstawie utworzono fundusz, którego celem jest finansowanie działań z zakresu wsparcia społecznego, zawodowego lub zdrowotnego tych osób²²³.

Kolejnym istotnym obszarem z punktu widzenia równości szans osób z niepełnosprawnością jest zapewnienie dostępności w wymiarze architektonicznym czy komunikacyjnym. *Ustawa Prawo budowlane* z 7 lipca 1994 roku gwarantuje dostosowanie obiektów budowlanych do potrzeb osób z niepełnosprawnością i osób starszych. Przepisy ustawy odnoszą się zarówno do obiektów użyteczności publicznej jak i mieszkaniowego budownictwa wielorodzinnego²²⁴. Z kolei *Ustawa o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami* uchwalona w roku 2019 zobowiązuje podmioty publiczne do zapewnienia tym osobom dostępności architektonicznej, cyfrowej, informacyjno-komunikacyjnej poprzez uwzględnianie ich potrzeb w prowadzonej działalności, stosowanie uniwersalnego projektowania lub racjonalnych usprawnień, a także usuwanie barier i zapobieganie ich powstaniu²²⁵. Także *Ustawa o języku migowym i innych środkach komunikowania się* z 19 sierpnia 2011 roku rozszerza uprawnienia osób z niepełnosprawnością, doświadczających trwale lub okresowo trudności w komunikowaniu się, a także członków ich rodzin oraz innych ludzi mających bezpośredni kontakt z takimi osobami. Ustawa ta uprawnia wyżej wymienione osoby do korzystania z pomocy osoby przybranej w kontaktach z organami administracji publicznej oraz służbą zdrowia.

²²⁰ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, (Dz.U. 2004 nr 64 poz. 593 z późn. zm.).

²²¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn. zm.).

²²² Ustawa z dnia 23 października 2018 r. o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, (Dz.U. 2018 poz. 2192 z późn. zm.).

²²³ W wyniku nowelizacji ustawy z dnia 20 grudnia 2019 roku, do zadań finansowanych przez fundusz, dodano także wsparcie finansowe emerytów i rencistów oraz zmieniono jego nazwę na Fundusz Solidarnościowy.

²²⁴ Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane, (Dz.U. 1994 nr 89 poz. 414 z późn. zm.).

²²⁵ Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, (Dz.U. 2019 poz. 1696 z późn. zm.).

Zobowiązuje również organy administracji publicznej do dostarczania usług wspierających komunikowanie się, w tym możliwość bezpłatnego korzystania z pomocy wybranego tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika oraz upowszechniania informacji o dostępności takich usług. Ponadto umożliwia osobom mającym trudności w komunikowaniu się korzystanie z dofinansowywanych szkoleń w zakresie języka migowego²²⁶. Uprawnienia osób z niepełnosprawnością w omawianym obszarze znajdują się także w *Kodeksie Wyborczym*. Według jego przepisów osoby z niepełnosprawnością w stopniu znacznym lub umiarkowanym mają prawo do głosowania korespondencyjnego, a także do głosowania przez pełnomocnika. Ponadto przewiduje on możliwość skorzystania przez niewidomych wyborców ze specjalnych nakładek na karty do głosowania, sporządzonych w alfabecie Braille'a. Nakłada także na wójtów, burmistrzów i prezydentów miast obowiązek zapewnienia lokali wyborczych dostosowanych do potrzeb tych osób²²⁷.

Prawa osób z niepełnosprawnością w obszarze edukacji i nauki znajdują się w *Ustawie o systemie oświaty z 7 września 1991*, a także *Ustawie – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce z 20 lipca 2018 roku*. Pierwsza z wymienionych ustaw określa między innymi organizację kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami wynikającymi z ich niepełnosprawności. Zapewnia dostosowanie treści i metod nauczania do ich możliwości psychofizycznych oraz uprawnia do korzystania z opieki psychologicznej i specjalnych form pomocy dydaktycznej²²⁸. Druga natomiast zobowiązuje uczelnie wyższe, do stwarzania osobom z niepełnosprawnością warunków do pełnego udziału w procesie przyjmowania na uczelnię w celu odbywania kształcenia, kształceniu oraz prowadzeniu działalności naukowej. Ponadto uprawnia te osoby do skorzystania ze wsparcia materialnego poprzez system stypendialny²²⁹.

Poza aktami prawnymi o randze ustawy wartymi uwagi są dwie uchwały Sejmu, które także odnoszą się do społeczności osób z niepełnosprawnością. W *Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych z 1997 roku* wskazano, że osoby te mają prawo do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz nie mogą podlegać dyskryminacji. Potwierdzono prawa tej grupy do dostępu do dóbr i usług umożliwiających pełne uczestnictwo w życiu społecznym; życia w środowisku wolnym od barier funkcjonalnych; dostępu do opieki medycznej i rehabilitacji, a także do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i sprzęt

²²⁶ Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się, (Dz.U. 2011 nr 209 poz. 1243 z późn. zm.).

²²⁷ Ustawa z dnia 5 stycznia 2011 r. – Kodeks Wyborczy, (Dz.U. 2011 nr 21 poz. 112 z późn. zm.).

²²⁸ Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, (Dz.U. 1991 nr 95 poz. 425 z późn. zm.).

²²⁹ Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r.– Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, (Dz.U. 2018 poz. 1668 z późn. zm.).

rehabilitacyjny; opieki psychologicznej, pedagogicznej i innej pomocy specjalistycznej umożliwiającej rozwój i podniesienie kwalifikacji zawodowych. Uznano prawo osób z niepełnosprawnością do nauki w szkołach wspólnie ze swoimi sprawnymi rówieśnikami, nie wykluczając korzystania ze szkolnictwa specjalnego lub indywidualnego trybu nauczania, a także potwierdzono ich prawo do podjęcia zatrudnienia zarówno na otwartym rynku pracy, jak i w warunkach chronionych oraz otrzymania zabezpieczenia społecznego. Ponadto w Karcie wyrażono prawo tej grupy do posiadania samorządnej reprezentacji swojego środowiska oraz do konsultowania z nim projektów aktów prawnych dotyczących osób z niepełnosprawnością. Sejm wezwał też rząd do składania corocznych sprawozdań z podjętych działań mających na celu urzeczywistnienie praw zapisanych w uchwale²³⁰. Druga z uchwał, przyjęta przez Sejm w 2013 roku, zwraca uwagę na prawa osób z autyzmem. W uchwale zatytułowanej *Karta Praw Osób z Autyzmem* uznał, podobnie jak w *Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych*, że osoby z autyzmem mają prawo do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz nie mogą podlegać dyskryminacji. W dokumencie stwierdzono, iż osoby te mają prawo w szczególności do możliwie niezależnego i w pełni wartościowego życia, pozwalającego na pełne rozwinięcie własnych możliwości, wykorzystanie szans życiowych i pełnienie ról społecznych, a także do adekwatnej, bezstronnej, dokładnej i przeprowadzonej w możliwie najwcześniejszym okresie życia diagnozy i opinii medycznej, pedagogicznej, psychologicznej i logopedycznej. Karta wyraża prawo osób z autyzmem do pełnego uczestnictwa w procesie podejmowania decyzji w sprawach, które ich dotyczą. Także prawo ich ochrony przed nadużyciami, przemocą fizyczną i zaniedbaniem. Potwierdza również prawo do poszanowania ich życia osobistego oraz do zawierania związków małżeńskich. Ponadto osoby te mają prawo do opieki medycznej, w tym odpowiedniej terapii i poradnictwa; godziwych warunków mieszkaniowych; bezpłatnej łatwo dostępnej edukacji dostosowanej do ich potrzeb; kształcenia i przygotowania zawodowego; wsparcia technicznego i asystenckiego zapewniającego odpowiedni poziom niezależności; odpowiedniego zatrudnienia i godziwego wynagrodzenia; równego dostępu do usług publicznych oraz pełnego włączenia społecznego²³¹.

²³⁰ Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. – Karta Praw Osób Niepełnosprawnych. (M.P. 1997 nr 50 poz. 475 z późn. zm.).

²³¹ Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 12 lipca 2013 r. – Karta Praw Osób z Autyzmem, (M.P. 2013 poz. 682 z późn. zm.).

Należy podkreślić, że zarówno *Karta Praw Osób Niepełnosprawnych*, jak i *Karta Praw Osób z Autyzmem*, nie mają wiążącej mocy prawnej, a ich charakter jest jedynie deklaratoryjny. Zapisy w nich zawarte potwierdzają prawa wynikające z innych wiążących aktów prawnych.

2.2.2. Ochrona praw osób z niepełnosprawnością w Szwecji

W Szwecji, podobnie jak w Polsce, sytuacja prawna osób z niepełnosprawnością wynika z ustawy zasadniczej, a także z norm prawa administracyjnego, cywilnego, prawa ubezpieczeń społecznych, czy prawa pracy, co wskazuje, iż niemal we wszystkich dziedzinach życia prawa tych osób podlegają ochronie.

Konstytucja Szwecji zbudowana jest z czterech części. Na treść szwedzkiej ustawy zasadniczej składają się: *Akt o formie Rządu* z 1974 roku, *Akt o sukcesji* z roku 1810, *Akt o wolności druku* uchwalony w roku 1949, a także *Akt o wolności wypowiedzi* z roku 1991.

Rozdział pierwszy Aktu o formie Rządu określa podstawy ustroju państwowego. Paragraf 2 tego rozdziału wyraża gwarancję sprawowania władzy w oparciu o poszanowanie równości wszystkich ludzi, a także wolności i godności osoby ludzkiej. Wskazuje również nadrzędny cel działalności publicznej jakim jest zapewnienie każdemu obywatelowi dobrobytu osobistego, ekonomicznego oraz kulturalnego. W szczególności obowiązkiem władzy publicznej jest zapewnienie wszystkim obywatelom możliwości realizacji prawa do pracy, mieszkania i wykształcenia, a także zapewnienie opieki socjalnej i zdrowotnej oraz bezpieczeństwa. Ponadto powinnością instytucji publicznych jest wspieranie idei demokracji jako wytycznych we wszystkich sferach społeczeństwa, przy jednoczesnej ochronie prawa jednostki do życia prywatnego i rodzinnego. Instytucje publiczne powinny wspierać zasadę równości we wszelkich sferach życia społecznego, umożliwiać czynny w nim udział oraz dbać o poszanowanie praw dzieci. Ustawa zasadnicza zobowiązuje również instytucje publiczne do przeciwdziałania dyskryminacji obywateli ze względu na: płeć, kolor skóry, pochodzenie narodowe lub etniczne, przynależność językową lub wyznaniową, niepełnosprawność, orientację seksualną, wiek lub inne cechy²³². Zatem paragraf 2 konstytucji gwarantuje osobom z niepełnosprawnością równość praw.

Rozdział drugi Aktu o formie Rządu dotyczy podstawowych praw i wolności. Jego paragraf 12, zakazuje dyskryminacji obywateli ze względu na ich przynależność do mniejszości z powodu rasy, koloru skóry lub pochodzenia etnicznego lub z innych względów

²³² *Konstytucja Królestwa Szwecji*. Tłum. K. Dembiński, M. Grzybowski, [w:] *Konstytucje państw Unii Europejskiej*, (red.) W. Staśkiewicz, Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 2011, s. 755.

bądź z powodu orientacji seksualnej. Z kolei paragraf 13 zakazuje dyskryminacji także z uwagi na płeć²³³. Jak widać ustawodawca używając w paragrafie 12 stwierdzenia „lub z innych względów”, pozostawił otwartym katalog czynników z powodu, których dyskryminacja obywateli szwedzkich jest zakazana. Niewątpliwie do tych czynników można zaliczyć niepełnosprawność.

Paragraf 1 ustęp 4 rozdziału trzeciego Aktu o wolności wypowiedzi zobowiązuje nadawców programów do konstruowania ich w sposób zapewniający dostępność dla osób z niepełnosprawnością poprzez techniki takie jak: napisy, tłumaczenie, lektora lub inne tym podobne²³⁴.

Należy pamiętać, że regulacje konstytucyjne mają charakter ogólny, realizowane są poprzez ustawy zwykłe. Poniżej przedstawiono katalog najważniejszych aktów prawnych, mających na celu ochronę praw osób z niepełnosprawnością w Szwecji.

Aktem prawnym odnoszącym się do ogółu szwedzkiego społeczeństwa, stanowiącym potwierdzenie praw wynikających z konstytucji, jest *Ustawa o przeciwdziałaniu dyskryminacji* (szw. *Diskrimineringslag*) z 5 czerwca 2008 roku. Jego celem jest przeciwdziałanie dyskryminacji oraz promowanie równych praw i szans bez względu na: płeć, tożsamość lub ekspresję płciową, przynależność etniczną, religię lub inne przekonania, niepełnosprawność, orientację seksualną lub wiek²³⁵. Z kolei *Ustawa – Prawo szkolne* (szw. *Skollag*) z 23 czerwca 2010 gwarantuje każdemu, niezależnie od miejsca zamieszkania i warunków społeczno – ekonomicznych, równy dostęp do edukacji. W jej treści podkreślono, iż punktem wyjścia działań edukacyjnych powinno być dobro dziecka, a uczniowie, którzy w wyniku niepełnosprawności mają trudności ze spełnieniem istniejących wymagań, powinni otrzymać wsparcie mające na celu przeciwdziałanie konsekwencjom niepełnosprawności w najszerszym możliwym zakresie. Szkoła zapewnia uczniom z niepełnosprawnością naukę w formach dostosowanych do ich możliwości przyswajania wiedzy. W ustawie określono także zasady specjalnej edukacji osób dorosłych. Zwrócono uwagę, iż te osoby powinny mieć możliwość rozwijania swojej wiedzy i umiejętności w celu wzmocnienia swojej pozycji w pracy i życiu społecznym oraz w celu promowania rozwoju osobistego²³⁶.

²³³ Tamże, s. 757.

²³⁴ Tamże, s. 807.

²³⁵ *Diskrimineringslag* (2008:567) t.o.m. SFS 2017:1128, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/diskrimineringslag-2008567_sfs-2008-567, (dostęp:21.03.2020).

²³⁶ *Skollag* (2010:800) t.o.m. SFS 2019:947,

Istotnymi obszarami z punktu widzenia osób z niepełnosprawnością jest ochrona zdrowia i usługi społeczne. *Ustawa o zdrowiu i usługach medycznych* (szw. *Hälso – och sjukvårdslag*) z 9 lutego 2017 roku zawiera przepisy dotyczące sposobu organizacji i prowadzenia działań związanych z opieką zdrowotną. Gwarantuje dostęp do opieki zdrowotnej dla wszystkich na równych warunkach, także pomoc i rehabilitację dla osób z niepełnosprawnością²³⁷. Usługi społeczne natomiast zostały uregulowane w dwóch aktach prawnych: *Ustawie o wsparciu i usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami* (szw. *Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade*) z 27 maja 1993 roku oraz *Ustawie o usługach socjalnych* (szw. *Socialtjänstlag*) z 7 czerwca 2001 roku. Pierwsza zawiera przepisy dotyczące działań w zakresie specjalnego wsparcia w postaci usług dla osób z takimi niepełnosprawnościami, jak na przykład: zaburzenia rozwoju, autyzm, znaczna niepełnosprawność umysłowa powstała w wieku dorosłym, spowodowana uszkodzeniem mózgu w wyniku wypadku lub choroby oraz innymi trwałymi niepełnosprawnościami fizycznymi lub umysłowymi, powodującymi znaczne trudności w życiu codziennym. Uprawnia między innymi do skorzystania z usług osobistego asystenta czy zamieszkania w mieszkaniu dostosowanym do potrzeb wynikających z niepełnosprawności danej osoby²³⁸. Druga z wymienionych ustaw gwarantuje natomiast prawo do skorzystania z usług społecznych przez osoby, które z różnych przyczyn, także z powodu niepełnosprawności, nie są w stanie same zaspokoić własnych potrzeb. Określa ogólne warunki tych usług oraz kompetencje poszczególnych organów w tym zakresie²³⁹.

Z kolei *Kodeks Ubezpieczeń Społecznych* (szw. *Socialförsäkringsbalk*) z 4 marca 2010 roku stanowi całościowy zbiór przepisów z zakresu zabezpieczenia społecznego. Zawiera regulacje dotyczące świadczeń pieniężnych z tytułu ubezpieczenia społecznego takich jak, między innymi: renty, emerytury, świadczenia rodzinne czy świadczenia dla osób z niepełnosprawnością²⁴⁰. Należy nadmienić, iż z chwilą wejścia w życie Kodeksu

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/skollag-2010800_sfs-2010-800, (dostęp:21.03.2020).

²³⁷ *Hälso – och sjukvårdslag* (2017:30) t.o.m. SFS 2019:996,

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hal-so--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30, (dostęp:21.03.2020).

²³⁸ *Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade* (1993:387) t.o.m. SFS 2019:883,

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa_sfs-1993-387, (dostęp:21.03.2020).

²³⁹ *Socialtjänstlag* (2001:453) t.o.m. SFS 2019:909,

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453, (dostęp:21.03.2020).

²⁴⁰ *Socialförsäkringsbalk* (2010:110) t.o.m. SFS 2019:1294,

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialforsakringsbalk-2010110_sfs-2010-110, (dostęp:21.03.2020).

1 stycznia 2011 roku zostały uchylone wcześniej obowiązujące akty prawne dotyczące kwestii ubezpieczeń społecznych, także te istotne dla społeczności osób z niepełnosprawnością, między innymi takie jak na przykład: *Ustawa o rekompensacie z tytułu poniesionych kosztów na osobistego asystenta* (szw. *Lag om assistansersättning*), z 27 maja 1993 roku²⁴¹, *Ustawa o rencie z powodu niepełnosprawności i zasiłku z tytułu opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością* (szw. *Lag om handikappersättning och vårdbidrag*) z 11 czerwca 1998 roku²⁴² czy *Rozporządzenie w sprawie dodatku samochodowego dla osób z niepełnosprawnością* (szw. *Förordning om bilstöd till personer med funktionshinder*) z 22 czerwca 1988 roku²⁴³. Prawa wynikające z uchylonych aktów zostały wpisane do Kodeksu i stały się jego częścią²⁴⁴. Uprawnienia osób z niepełnosprawnością znajdujące się w *Kodeksie Ubezpieczeń Społecznych* to między innymi: prawo do świadczeń rehabilitacyjnych i pomocy finansowej dla osób niezdolnych do pracy; pomoc w formie zasiłku opiekuńczego dla rodziców dzieci, które z powodu choroby, zaburzeń rozwojowych lub innej niepełnosprawności wymagają specjalnego nadzoru i opieki lub ponoszą dodatkowe koszty z powodu choroby lub niepełnosprawności dziecka, a także możliwość uzyskania zwrotu kosztów poniesionych w związku z zatrudnieniem osobistego asystenta przez osoby, które potrzebują wsparcia asystenta w wymiarze ponad dwudziestu godzin tygodniowo. Ponadto Kodeks uprawnia osoby mające znaczne trudności z samodzielnym poruszaniem się lub korzystaniem z komunikacji miejskiej do uzyskania dotacji na zakup pojazdu lub jego adaptacje do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności czy też sfinansowanie kursu prawa jazdy. Dotacja przysługuje również rodzicom dziecka z niepełnosprawnością ruchową.

Dostępność obiektów architektonicznych i środków transportu jest kluczową kwestią dla samodzielnego przemieszczania się osób z niepełnosprawnością, w szczególności ruchową. Szwedzka *Ustawa o planowaniu i budownictwie* (szw. *Plan-och bygglag*) z 1 lipca

²⁴¹ Lag om assistansersättning (1993:389) t.o.m. SFS 2008:202 – akt prawny uchylony, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993389-om-assistansersattning_sfs-1993-389, (dostęp:21.03.2020).

²⁴² Lag om handikappersättning och vårdbidrag (1998:703) t.o.m. SFS 2007:1012 – akt prawny uchylony, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1998703-om-handikappersattning-och_sfs-1998-703, (dostęp:21.03.2020).

²⁴³ Förordning om bilstöd till personer med funktionshinder (1988:890) t.o.m. SFS 2008:1210 – akt prawny uchylony, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-1988890-om-bilstod-till-personer_sfs-1988-890, (dostęp:21.03.2020).

²⁴⁴ Lag om införande av socialförsäkringsbalken – Ustawa o wprowadzeniu Kodeksu Ubezpieczeń Społecznych (2010:111) t.o.m. SFS 2018:1270, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2010111-om-inforande-av_sfs-2010-111, (dostęp:21.03.2020).

2010 roku reguluje kwestie dotyczące planowania i budowy obiektów oraz zagospodarowania przestrzennego, określa również wymagania dotyczące robót budowlanych. W świetle jej przepisów budynki zarówno nowe, jak i te, które uległy przebudowie, muszą być dostępne i użyteczne dla osób o ograniczonej sprawności ruchowej lub ograniczonej zdolności orientacji. Niezabudowana działka, na której ma powstać nowy obiekt, także powinna zostać tak zaprojektowana, aby osoby były w stanie dotrzeć do obiektu i mogły korzystać z terenu do niego przyległego, jeśli nie jest to ograniczone ukształtowaniem terenu lub innymi warunkami²⁴⁵. *Ustawa o transporcie publicznym przystosowanym do potrzeb osób z niepełnosprawnością* (szw. *Lag om handikappanpassad kollektivtrafik*) z 14 czerwca 1979 roku także zobowiązuje do uwzględnienia szczególnych potrzeb tych osób przy planowaniu i wdrażaniu rozwiązań z zakresu komunikacji publicznej. Środki transportu powinny być dostępne w szczególności dla osób o ograniczonej sprawności ruchowej i ograniczonej zdolności orientacji²⁴⁶. Ponadto *Ustawa o usługach transportowych dla osób z niepełnosprawnością* (szw. *Lag om färdtjänst*) z 16 października 1997 roku uprawnia do przemieszczania się środkami transportu dostosowanymi do potrzeb wynikających z niepełnosprawności konkretnej osoby. Jest to tak zwany transport od drzwi do drzwi. Usługi te dotyczą osób, które z powodu trwałej niepełnosprawności, mają znaczące trudności w samodzielnym przemieszczaniu się lub podróżowaniu środkami transportu publicznego²⁴⁷. Uprawnienia osób z niepełnosprawnością, odnoszące się niejako do obszaru dostępności, znajdują się również w *Ustawie – Prawo Wyborcze* (szw. *Vallag*) z 24 listopada 2005 roku. Zawiera ona przepisy dotyczące przeprowadzania wyborów do parlamentu, rad regionalnych i gminnych oraz Parlamentu Europejskiego. Uwzględnia potrzeby wyborców, którzy z powodu niepełnosprawności, choroby lub podeszłego wieku nie mogą przyjść do lokalu wyborczego. Mogą oni skorzystać z głosowania przy pomocy mobilnego urzędnika wyborczego, który dostarcza kartę do głosowania do miejsca zamieszkania lub też mogą głosować przez pełnomocnika²⁴⁸.

²⁴⁵ Plan – och bygglag (2010:900) t.o.m. SFS 2020:76, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/plan--och-bygglag-2010900_sfs-2010-900, (dostęp:21.03.2020).

²⁴⁶ Lag om handikappanpassad kollektivtrafik (1979:558) tom SFS 2010: 906, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1979558-om-handikappanpassad_sfs-1979-558, (dostęp:21.03.2020).

²⁴⁷ Lag om färdtjänst (1997:736) t.o.m. SFS 2019:901, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1997736-om-fardtjanst_sfs-1997-736, (dostęp:21.03.2020).

²⁴⁸ Vallag (2005:837) t.o.m. SFS 2019:923, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/vallag-2005837_sfs-2005-837, (dostęp:21.03.2020).

W dziedzinie rynku pracy i zatrudnienia osób z niepełnosprawnością istotne znaczenie ma z kolei *Rozporządzenie w sprawie działań związanych z polityką rynku pracy* (szw. *Förordning om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten*) z 29 czerwca 2000 roku. Gwarantuje między innymi doradztwo zawodowe oraz przygotowanie do pracy dla osób z niepełnosprawnością, a także wspólne działania służb zatrudnienia i szkół mające na celu ułatwienie wejścia na rynek pracy młodym osobom z niepełnosprawnością²⁴⁹. Natomiast *Rozporządzenie w sprawie szczególnych działań na rzecz osób z niepełnosprawnością powodującą ograniczoną zdolność do pracy* (szw. *Förordning om särskilda insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga*) z 24 maja 2017 roku dotyczy działań pomocowych, mających na celu wsparcie osób z niepełnosprawnością w zdobyciu i utrzymaniu zatrudnienia. W rozporządzeniu określono formy wsparcia tych osób. Należą do nich między innymi: praca chroniona czy pomoc osobistego asystenta w miejscu pracy²⁵⁰.

2.2.3. Wnioski

Zarysowane powyżej regulacje dotyczą różnych sfer życia osób z niepełnosprawnością w Polsce i Szwecji. Ich głównym celem jest nie tylko ochrona praw tych osób, ale także zobowiązanie do podejmowania działań w celu wyrównania ich szans w społeczeństwie. Chodzi o to, aby osoby z niepełnosprawnością korzystały z tych samych praw i obowiązków przysługujących pozostałym członkom społeczeństwa.

Należy zauważyć, iż liczba regulacji odnoszących się do osób z niepełnosprawnością w prawie polskim jest znacznie obszerniejsza. W pracy zwrócono uwagę jedynie na najważniejsze dokumenty. Do końca 2020 roku w Internetowym Systemie Aktów Prawnych Sejmu RP pod hasłem *niepełnosprawni*, biorąc pod uwagę tylko akty prawne obowiązujące, znajdowało się 87 ustaw, 116 rozporządzeń, a także 7 uchwał²⁵¹. Zawierają one w swej treści przepisy odnoszące się do tych osób. Wiele pojedynczych przepisów dotyczących tej grupy społecznej znajdziemy także w prawie rodzinnym, cywilnym oraz karnym. Liczba aktów prawnych regulujących prawa osób z niepełnosprawnością w Polsce świadczy o braku

²⁴⁹ Förordning om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten (2000:628) t.o.m. SFS 2018:45, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2000628-om-den_sfs-2000-628, (dostęp:21.03.2020).

²⁵⁰ Förordning om särskilda insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga (2017:462) t.o.m. SFS 2019:1120, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2017462-om-sarskilda-insatser-for_sfs-2017-462, (dostęp:21.03.2020).

²⁵¹ Liczba aktów prawnych według stanu na dzień 31 grudnia 2020 r., Internetowy System Aktów Prawnych Sejmu RP, <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/search.xsp?status=O&kw=niepełnosprawni>, (dostęp: 14.05.2021).

jednolitych rozwiązań. Dodatkowo przepisy te podlegają częstym nowelizacją. Przykładowo kluczowy akt prawny dla osób z niepełnosprawnością w Polsce jakim jest *Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* z 1997 roku, została znowelizowana ponad sześćdziesiąt razy. Częste nowelizacje powodują chaos i dezorientację. Dlatego też władze zamiast podejmowania działań doraźnych, obejmujących rozwiązania tylko wybranych problemów, powinny dążyć do budowy całościowego systemu ochrony praw osób z niepełnosprawnością, co wpłynęłoby znacząco na transparentność prawa odnoszącego się do tej kategorii osób, a tym samym na poprawę ich sytuacji.

Dla porównania do końca 2020 roku według danych zamieszczonych na stronie internetowej szwedzkiego parlamentu, łączna liczba aktów prawnych obowiązujących, odnoszących się do osób z niepełnosprawnością to 48. W tym 22 ustawy, 25 rozporządzeń oraz 1 obwieszczenie²⁵². W prawie szwedzkim na szczególną uwagę zasługuje *Ustawa o wsparciu i usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami*. Gwarantuje ona szeroki wachlarz usług dla osób z niepełnosprawnością takich jak: osobista asystentura czy możliwość zamieszkania w mieszkaniu dostosowanym do potrzeb danej osoby. Wsparcie w postaci usług zagwarantowanych w ustawie jest bardzo ważne, ponieważ w znaczącym stopniu ułatwia funkcjonowanie osobom z niepełnosprawnością w społeczeństwie. Dodatkowo scalenie aktów prawnych regulujących kwestie świadczeń pieniężnych, wynikających z ubezpieczenia społecznego umożliwia szerszy i szybszy dostęp do informacji o przysługujących prawach, szczególnie osobom z niepełnosprawnością.

Należy podkreślić, iż system ochrony praw osób z niepełnosprawnością w Polsce i Szwecji jest zbliżony. Przytoczone akty prawne nie różnią się od siebie w znaczący sposób, generalnie odzwierciedlając rozwiązania przyjęte w prawie międzynarodowym. Różnorodność i wielość źródeł regulujących sytuację osób z niepełnosprawnością wynika z norm prawa krajowego i prawa międzynarodowego, a w szczególności prawa Unii Europejskiej. Zarówno w Polsce, jak i w Szwecji ustawy zasadnicze gwarantują równość jednostek w społeczeństwie i zakazują dyskryminacji z jakiegokolwiek przyczyny. Zapewniają mieszkańcom również prawo do zabezpieczenia społecznego, czy opieki zdrowotnej ze strony władzy publicznej. Ustawy regulują takie obszary jak: opieka zdrowotna, ubezpieczenia społeczne, usługi, transport publiczny, czy dostęp do rynku pracy. Niezależnie od dziedziny życia, której dotyczą, znajdują się w nich przepisy nadające

²⁵² Liczba aktów prawnych według stanu na dzień 31 grudnia 2020 r., Sveriges Riksdag, <https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/?doktyp=sfs&dokstat=g%c3%a4llande+sfs&tom=2020-12-31&q=funktionshinder&p=1&st=2>, (dostęp: 14.05.2021).

szczególne uprawnienia osobom z niepełnosprawnością. W obydwu państwach osoby te dysponują niemal podobnymi uprawnieniami, jednakże w Szwecji ich realizacja przebiega w sposób bardziej efektywny, co znajduje odzwierciedlenie w szerszym wachlarzu działań wspierających ze strony władzy publicznej.

2.3. Status osoby z niepełnosprawnością w Polsce i Szwecji

2.3.1. Status osoby z niepełnosprawnością w Polsce

W polskim systemie prawnym początkowo zamiast pojęcia „niepełnosprawność” używano terminu „inwalidztwo”. Termin ten pochodzi od łacińskiego słowa *invalidus*, co w tłumaczeniu oznacza osobę bezsilną, słabą, chorą²⁵³. Został wprowadzony *Dekretem o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin* z 25 czerwca 1954 roku²⁵⁴, a następnie uregulowany został w *Ustawie z 23 stycznia 1968 roku o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin*. W ustawie stwierdzono, że „inwalidą jest osoba częściowo lub całkowicie niezdolna do wykonywania zatrudnienia z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu”²⁵⁵. Definicja ta przez lata funkcjonowała w polskiej przestrzeni prawnej. Według niej podstawą do przyznania statusu inwalidy w znaczeniu formalno-prawnym był fakt uznania danej osoby za niezdolną do wykonywania pracy. W ustawie wyróżniono też trzy grupy inwalidów, do których kwalifikowano określone osoby, w zależności od posiadanego stopnia niezdolności do wykonywania pracy.

Pojęcie „osoba niepełnosprawna” wystąpiło natomiast po raz pierwszy w *Uchwale Sejmu PRL w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych* z 16 września 1982 roku²⁵⁶. Pojęcie to znalazło się również w *Ustawie o pomocy społecznej* z 29 listopada 1990 roku. Jednakże w treści obu wymienionych aktów prawnych nie znalazła się jego definicja. W ustawie o pomocy społecznej zdefiniowano jedynie pojęcie niepełnosprawności. Wedle tej ustawy „niepełnosprawność” oznacza „stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy, powodujący trwałe lub okresowe utrudnienie, ograniczenie bądź uniemożliwienie

²⁵³ *Słownik łacińsko-polski*, oprac. K. Kumaniecki, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1976, s. 277.

²⁵⁴ Art. 13 dekretu z dnia 25 czerwca 1954 r. o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin, (Dz.U. 1954 nr 30 poz. 116 z późn. zm.).

²⁵⁵ Art. 12 ust. 1 Ustawy z dnia 23 stycznia 1968 r. o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin, (Dz.U. 1968 nr 3 poz. 6 z późn. zm.).

²⁵⁶ Uchwała Sejmu PRL z dnia 16 września 1982 r. w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych, (M.P. nr 22, poz. 188 z późn. zm.).

samodzielnej egzystencji”²⁵⁷. Definicja „osoby niepełnosprawnej” została natomiast zawarta dopiero w *Ustawie o zatrudnianiu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych*. Stwierdzono w niej, że niepełnosprawnymi są osoby „o istotnym ubytku zdolności fizycznych, psychicznych lub umysłowych, ograniczającym zdolność do wykonywania pracy zarobkowej”²⁵⁸. Przytoczona definicja została stworzona dla potrzeb regulacji spraw związanych z rynkiem pracy. Odniesienie jej treści tylko do jednej sfery życia sprawiło, że nie spotkała się z aprobatą wielu środowisk. Mimo to jej przyjęcie miało pozytywny wydźwięk. Przyczyniło się bowiem do stopniowego wypierania ze słownictwa terminu „inwalida”, który to coraz częściej był zastępowany pojęciem „osoba niepełnosprawna”.

W związku z tym, że definicja zawarta w *Ustawie o zatrudnianiu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych* nie znalazła powszechnej akceptacji, opracowania definicji „osoby niepełnosprawnej” podjął się Zespół przy Pełnomocniku Rządu do spraw Osób Niepełnosprawnych. W efekcie jego prac w roku 1996 została sformułowana definicja, według której „niepełnosprawną jest osoba, której stan fizyczny lub/i psychiczny trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie zadań życiowych i ról społecznych zgodnie z przyjętymi normami prawnymi i społecznymi”²⁵⁹.

Następnie definicje „osoby niepełnosprawnej” zostały zawarte w dwóch aktach prawnych z 1997 roku. W pierwszym, *Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych* uznano, że niepełnosprawnymi są osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych, zgodnie z normami prawnymi i zwyczajami.²⁶⁰ W drugim, *Ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*, za niepełnosprawną uznawana jest osoba, która uzyskała orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności lub o całkowitej, lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów lub orzeczenie o niepełnosprawności, wydane przed ukończeniem 16. roku życia. W ustawie tej zdefiniowano również pojęcie niepełnosprawności. Według jej przepisów niepełnosprawność oznacza „trwałą lub

²⁵⁷ Art. 2a ust. 1 pkt 3 Ustawy z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej, (Dz.U. 1990 nr 87 poz. 506 z późn. zm.).

²⁵⁸ Art. 1 ustawy z dnia 9 maja 1991 r. o zatrudnianiu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych, (Dz.U. 1991 nr 46, poz. 201 z późn. zm.).

²⁵⁹ K. Kurowski, *Wolności i prawa człowieka i obywatela...*, s. 19.

²⁶⁰ Art. 1 uchwały Sejmu RP z dnia 1 sierpnia 1997 r. – Karta Praw Osób Niepełnosprawnych, (M.P. 1997 nr 50 poz. 475 z późn. zm.).

okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy”²⁶¹.

Należy stwierdzić, że tak jak w prawie międzynarodowym, tak też i w krajowym występuje wiele definicji pojęcia niepełnosprawności i osoby niepełnosprawnej. Kluczowymi w prawie polskim są te zawarte w *Ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*. Wydaje się jednak, że definicja niepełnosprawności zawarta w tej Ustawie zawiera pewne niedoskonałości. Przyjęto w niej, że niepełnosprawność powoduje niezdolność do wypełniania ról społecznych. Pominięto natomiast kwestię utrudnienia lub ograniczenia w wypełnianiu tych ról na skutek barier na jakie napotykają osoby z niepełnosprawnością. Warto również zwrócić uwagę na fakt, że definicja niepełnosprawności zawarta w tej Ustawie odbiega od definicji, przyjętej w *Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych*²⁶². W *Konwencji* podkreślono, że to właśnie interakcja z różnymi barierami może ograniczać pełne i efektywne uczestnictwo w życiu społecznym. Ustawa natomiast zupełnie pomija ten aspekt, wskazując na naruszenia sprawności organizmu jako przyczynę niezdolności wykonywania ról społecznych. Nietrudno zauważyć, że ta definicja została opracowana w oparciu o medyczny model definiowania niepełnosprawności, mimo że obecnie odchodzi się od tego modelu na rzecz modelu społecznego. Natomiast definicja wyborcy z niepełnosprawnością zawarta w *Kodeksie Wyborczym* jest wzorowana na definicji *Konwencji ONZ*. Kodeks za wyborcę z niepełnosprawnością uznaje osobę o ograniczonej sprawności fizycznej, psychicznej, umysłowej lub w zakresie zmysłów, która utrudnia jej wzięcie udziału w wyborach²⁶³. Przyjęcie tej definicji, może wskazywać, iż w Polsce stopniowo zmienia się podejście do osób z niepełnosprawnością.

Warto podkreślić, że w polskich aktach prawnych funkcjonuje nadal wiele określeń takich jak, na przykład: kalectwo, inwalidztwo, nieporadność, niezdolność do samodzielnej egzystencji. Potwierdzają to przepisy zawarte w Konstytucji RP, gdzie ustawodawca posługuje się nadal pojęciem inwalidztwa. (art. 67 ust. 1). Używanie wyżej wymienionych pojęć budzi nierzadko pejoratywne skojarzenia. Dlatego też ustawodawca powinien zastanowić się nad nowelizacją aktów prawnych, w których spotykamy się z tymi terminami i zastąpieniem ich pojęciem niepełnosprawności czy osoby z niepełnosprawnością²⁶⁴.

²⁶¹ Art. 1, 2 pkt 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776 z późn. zm.).

²⁶² Konwencja ratyfikowana przez Polskę 6 września.2012 r. (Dz.U. 2012 poz. 1169 z późn. zm.).

²⁶³ Art. 5 pkt. 11 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r.– Kodeks Wyborczy, (Dz.U. 2011 nr 21 poz. 112 z późn. zm.).

²⁶⁴ K. Kurowski, *Wolności i prawa człowieka i obywatela...*, s. 20.

Należy też zwrócić uwagę, że termin „inwalidztwo” jest często używany zamiennie jako synonim pojęcia niepełnosprawności. Stawianie znaku równości między tymi pojęciami jest błędem, ponieważ niepełnosprawność jest pojęciem znacznie szerszym niż inwalidztwo. Pojęcie inwalidztwa odnosi się w głównej mierze do niezdolności wykonywania pracy, natomiast niepełnosprawność wiąże się z niezdolnością pełnienia ról społecznych, spowodowaną barierami na jakie napotykają osoby z naruszoną sprawnością organizmu²⁶⁵.

W Polsce osoby z niepełnosprawnością można podzielić na dwie grupy: niepełnosprawnych tylko biologicznie oraz tych, którzy posiadają prawny status osoby z niepełnosprawnością. Osoby niepełnosprawne biologicznie to te, które odczuwają pewne ograniczenia w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku, ale ten fakt nie jest udokumentowany stosownym orzeczeniem. Prawny status osoby niepełnosprawnej posiadają natomiast osoby, których stan faktyczny (dysfunkcja organizmu) został potwierdzony orzeczeniem wydanym przez odpowiednie organy. Na to nakładają się dwa systemy orzekania o niepełnosprawności. System orzekania do celów rentowych oraz system orzekania do celów pozarentowych. Pierwszy z nich jest prowadzony przez lekarzy orzeczników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz komisje lekarskie ZUS. Należy zaznaczyć, że do celów rentowych orzekają także lekarze rzeczoznawcy i komisje lekarskie Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, podlegają im rolnicy i ich rodziny. Orzecznictwo rentowe dla tak zwanych służb mundurowych (policjantów żołnierzy, celników) prowadzone jest natomiast przez komisje lekarskie podległe Ministerstwu Obrony Narodowej i Ministerstwu Spraw Wewnętrznych i Administracji²⁶⁶.

Z kolei system orzekania o niepełnosprawności do celów pozarentowych tworzą Powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności, a także Wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności, będące organami drugiej instancji w stosunku do zespołów powiatowych. Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS, oceniają zdolność do pracy i stanowią podstawę do otrzymania świadczeń rentowych. Orzeczenia powiatowych oraz wojewódzkich zespołów do spraw orzekania o niepełnosprawności nadają danej osobie prawny status osoby niepełnosprawnej oraz uprawniają ją do korzystania z przywilejów

²⁶⁵ P. Zając, *Program „Za życiem” jako instrument bezpieczeństwa społecznego dla osób niepełnosprawnych*, [w:] *Polityczne, ekonomiczne oraz społeczne uwarunkowania bezpieczeństwa; państwo, społeczeństwo, jednostka*, (red.) T. Jarocki, Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, Kielce 2017, s. 340–344.

²⁶⁶ Oprócz systemów orzekania do celów rentowych i pozarentowych, istnieje także osobny system orzekania o potrzebie kształcenia specjalnego uczniów, którzy z powodu niepełnosprawności wymagają dostosowanych form nauczania. Orzeczenie to jest wydawane przez zespół orzekający publicznej poradni psychologiczno – pedagogicznej.

takich jak, na przykład: zatrudnienie w warunkach pracy chronionej, ulgi komunikacyjne czy dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

Powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności wydają trzy rodzaje orzeczeń. Są to orzeczenia: o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności oraz orzeczenia ustalające stopień niepełnosprawności dla celów korzystania z ulg i uprawnień, wydane na podstawie orzeczeń organów rentowych.

O wydanie orzeczenia o niepełnosprawności może ubiegać się osoba (dziecko), która nie ukończyła szesnastego roku życia oraz spełnia łącznie następujące przesłanki: ma naruszoną sprawność fizyczną lub psychiczną, przewidywany okres trwania dysfunkcji organizmu przekracza dwanaście miesięcy, a także osoba ta wymaga zapewnienia całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku z powodu wady wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia organizmu²⁶⁷. Orzeczenie o niepełnosprawności wydawane jest na czas określony, nie dłuższy niż do ukończenia szesnastego roku życia.

Minister Pracy i Polityki Społecznej w rozporządzeniu z 1 lutego 2002 roku określił szczegółowe kryteria oceny niepełnosprawności u osób w wieku do szesnastego roku życia. Według rozporządzenia za niepełnosprawną uznaje się osobę, której: przewidywany okres trwania upośledzenia stanu zdrowia przekracza dwanaście miesięcy, u tej osoby występuje niezdolność do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, takich jak: samoobsługa, samodzielne poruszanie się, komunikowanie z otoczeniem, powodująca konieczność zapewnienia stałej opieki lub pomocy, w sposób przewyższający zakres opieki nad zdrowym dzieckiem w danym wieku albo występuje znaczne zaburzenie funkcjonowania organizmu, wymagające systematycznych i częstych zabiegów leczniczych i rehabilitacyjnych w domu lub poza domem.

W rozporządzeniu zawarto również szeroki katalog chorób, które uzasadniają konieczność stałej opieki lub pomocy dziecku z niepełnosprawnością. Do chorób tych należą między innymi: wady wrodzone i schorzenia prowadzące do niedowładów, porażenia kończyn lub zmian w narządzie ruchu, upośledzające w znacznym stopniu zdolność chwytnej rąk, wrodzone lub nabyte ciężkie choroby metaboliczne, układu krążenia, oddechowego, moczowego, pokarmowego, układu krzepnięcia, upośledzenie umysłowe, psychozy i zespoły psychotyczne, zespół autystyczny, padaczka, nowotwory złośliwe i choroby rozrostowe układu krwiotwórczego do pięciu lat od zakończenia leczenia, wrodzone lub

²⁶⁷ Art. 4a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776 z późn. zm.).

nabyte wady narządu wzroku, upośledzenie słuchu. Wymienione choroby nie stanowią zbioru zamkniętego. Świadczy o tym przepis §2 ustęp 1 punkt 2 rozporządzenia, w którym wskazano, iż do wyżej wymienionych chorób zaliczają się również inne znacznie upośledzające sprawność organizmu, wymagające systematycznego leczenia w domu i okresowo leczenia szpitalnego²⁶⁸.

Oceniając niepełnosprawność dziecka zespół orzekający bierze również pod uwagę następujące kryteria: rodzaj i przebieg procesu chorobowego oraz jego wpływ na stan czynnościowy organizmu, sprawność fizyczną i psychiczną dziecka oraz stopień jego przystosowania do skutków choroby lub naruszenia sprawności organizmu, możliwość poprawy stanu funkcjonalnego pod wpływem leczenia i rehabilitacji²⁶⁹.

Kolejnym rodzajem orzeczenia, wydawanym przez powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności jest orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. Wydawane ono jest osobie z niepełnosprawnością, która ukończyła szesnasty rok życia. Stopień niepełnosprawności orzekany jest na czas określony lub na stałe. Ustawodawca wyróżnił trzy stopnie niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany oraz lekki.

Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. W rozumieniu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, niezdolność do samodzielnej egzystencji oznacza naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokajanie bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się i komunikację. Niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym jest osoba z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolna do pracy albo zdolna do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagająca czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych. Lekki stopień niepełnosprawności przyznawany jest natomiast osobie o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną lub

²⁶⁸ § 1-2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia, (Dz.U. 2002 nr 17 poz. 162 z późn. zm.).

²⁶⁹ § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia.

mająca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne²⁷⁰.

Aby określona osoba otrzymała znaczny stopień niepełnosprawności musi spełniać łącznie wyżej wymienione przesłanki (to jest: wymagać stałej lub długotrwałej opieki i pomocy, a także wykazywać ograniczenia w wykonywaniu pracy). W przypadku pozostałych stopni nie ma takiego wymogu. Każda z wymienionych przesłanek zależnie od określonego stopnia niepełnosprawności stanowi osobną podstawę do jego przyznania.

Otrzymanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności stanowi podstawę do korzystania przez osobę niepełnosprawną z ulg i uprawnień. Należy zaznaczyć również, że osoba, która została zaliczona przez organ orzekający do stopnia znacznego bądź umiarkowanego, mimo posiadanego orzeczenia, może podjąć pracę na otwartym rynku pracy. Zatrudniając taką osobę pracodawca musi przystosować stanowisko pracy do jej potrzeb. Może ona też świadczyć pracę za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej będąc poza faktycznym miejscem pracy (zatrudnienie w formie telepracy)²⁷¹.

Jak już zostało wspomniane wcześniej, postępowanie w sprawach orzekania o niepełnosprawności prowadzą powiatowe oraz wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności, będące organem drugiej instancji. Procedurę postępowania reguluje *Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 roku w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności*²⁷², a także *Kodeks Postępowania Administracyjnego*²⁷³. Postępowanie to jest wszczynane na wniosek osoby zainteresowanej, która jest jego stroną. Wniosek należy złożyć w powiatowym lub miejskim (w przypadku miasta na prawach powiatu) zespole do spraw orzekania o niepełnosprawności, właściwym dla miejsca stałego pobytu osoby zainteresowanej. Należy zaznaczyć, że w myśl przepisów ustawy o ewidencji ludności, pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania²⁷⁴. Ustawodawca wymienia także kategorie osób, dla których właściwość miejscowa powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności jest ustalana na

²⁷⁰ Art. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

²⁷¹ Art. 3 ust. 2, art. 4 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

²⁷² Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności, (Dz.U. 2003 nr 139 poz. 1328 z późn. zm.).

²⁷³ Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r.– Kodeks postępowania administracyjnego, (Dz.U. 1960 nr 30 poz. 168 z późn. zm.).

²⁷⁴ Art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności, (Dz.U. 2010 nr 217 poz. 1427 z późn. zm.).

podstawie miejsca pobytu. Do tych osób należą: bezdomni, osoby przebywające ponad dwa miesiące poza miejscem stałego pobytu ze względów zdrowotnych lub rodzinnych, przebywające w zakładach karnych i poprawczych, przebywające w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. W przypadku wyżej wymienionych osób z wyłączeniem bezdomnych, zespół orzekający jest zobowiązany powiadomić zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności właściwy dla miejsca ich pobytu stałego o wydanym orzeczeniu²⁷⁵.

Wniosek o wszczęcie postępowania w imieniu osoby zainteresowanej może złożyć również jej przedstawiciel ustawowy albo kierownik ośrodka pomocy społecznej, za zgodą osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego. Ośrodek pomocy społecznej może uczestniczyć w postępowaniu jako podmiot na prawach strony²⁷⁶. Należy zwrócić uwagę, że podmiotem na prawach strony jest ośrodek, a nie jego kierownik. Ośrodek może również uczestniczyć w postępowaniu, nawet jeśli nie zostało ono wszczęte na jego wniosek. Ma prawo dowiadywać się o jego przebiegu. Powiadamianie ośrodka pomocy społecznej, przez zespół orzekający o przebiegu postępowania, nie ma charakteru obligatoryjnego. Informację taką ośrodek pomocy społecznej może uzyskać również od osoby, której postępowanie dotyczy²⁷⁷.

Wniosek do powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności o wydanie orzeczenia (o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, wskazaniach do ulg i uprawnień) oprócz danych personalnych osoby zainteresowanej (w przypadku dziecka również danych jego przedstawiciela ustawowego) zawiera: określenie celu, dla którego niezbędne jest uzyskanie orzeczenia, a także dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej dziecka lub osoby zainteresowanej. Do wniosku dołącza się również dokumentację medyczną zawierającą zaświadczenie lekarskie z opisem stanu zdrowia, wydane przez lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba zainteresowana, wydane nie wcześniej niż na trzydzieści dni przed dniem złożenia wniosku oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności lub jej stopnia. W przypadku gdy osoba zainteresowana ubiega się o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień, do wniosku oprócz posiadanej dokumentacji medycznej dołącza orzeczenie o niezdolności do

²⁷⁵ Art. 6 ust. 2–4, art. 6b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

²⁷⁶ Art. 6b ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

²⁷⁷ I. Sierpowska, A. Kogut, *Status osoby niepełnosprawnej w polskim systemie prawa*, Wydawnictwo Gaskor, Wrocław 2010, s. 40.

pracy, wydane przez lekarza orzecznika ZUS oraz inne posiadane dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie wskazań do ulg i uprawnień. Jeżeli złożona wraz z wnioskiem dokumentacja nie jest wystarczająca do wydania orzeczenia, przewodniczący powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności zawiadamia na piśmie osobę zainteresowaną lub jej przedstawiciela ustawowego o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania²⁷⁸.

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności lub ustalenia stopnia niepełnosprawności jest rozpatrywany przez co najmniej dwuosobowy skład orzekający. O terminie rozpatrzenia wniosku zawiadamia się osobę zainteresowaną lub jej przedstawiciela ustawowego, nie później niż na czternaście dni przed dniem jego rozpatrzenia. W celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, lekarz - przewodniczący składu orzekającego sporządza na podstawie badania ocenę stanu zdrowia osoby zainteresowanej. Jeżeli osoba ubiegająca się o wydanie orzeczenia nie może uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo, potwierdzonej zaświadczeniem lekarskim, badania służące sporządzeniu oceny stanu zdrowia przeprowadza się w miejscu jej pobytu. W przypadku gdy załączona do wniosku dokumentacja medyczna została uznana przez lekarza przewodniczącego za wystarczającą, ocena stanu zdrowia może być wydana bez przeprowadzenia badania. W tych przypadkach skład orzekający może rozpoznać sprawę i wydać orzeczenie, bez udziału w posiedzeniu osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego²⁷⁹. Z kolei wniosek o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień rozpatruje jednoosobowo lekarz – członek powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności. Jak już wcześniej wspomniano, orzeczenie to wydawane jest w oparciu o załączone do wniosku ważne orzeczenie organów rentowych, a także posiadaną dokumentację medyczną. Brana pod uwagę jest również ocena stanu zdrowia osoby zainteresowanej, stwierdzona na podstawie badania przeprowadzonego przez lekarza wydającego orzeczenie²⁸⁰. Postępowanie o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności czy wskazaniach

²⁷⁸ § 6 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności.

²⁷⁹ § 7–8, 10, rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności.

²⁸⁰ § 6 ust. 3, § 8 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności.

do ulg i uprawnień ulega umorzeniu w przypadku śmierci osoby zainteresowanej, a także na skutek wycofania wniosku.

Orzeczenia powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności mają charakter decyzji administracyjnej. Składają się z podstawowych elementów decyzji w rozumieniu przepisów kodeksu postępowania administracyjnego²⁸¹. Oprócz nich, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności zawiera w swej treści: stopień niepełnosprawności (w przypadku orzeczenia o niepełnosprawności, dla osoby poniżej 16. roku życia, zamiast stopnia zawarta jest informacja o zaliczeniu lub niezaliczeniu do osób niepełnosprawnych), symbol przyczyny niepełnosprawności, okres ważności orzeczenia (do określonej daty lub na stałe), datę lub okres powstania niepełnosprawności, datę lub okres powstania ustalonego stopnia niepełnosprawności. Jeśli z załączonej do wniosku dokumentacji medycznej nie można ustalić okresu lub daty powstania niepełnosprawności lub jej stopnia, za tę datę uważa się dzień złożenia wniosku o wydanie orzeczenia. W treści orzeczenia znajdują się także wskazania wymienione w artykule 6b ustęp 3 *Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*. Dotyczą one:

- odpowiedniego zatrudnienia uwzględniającego psychofizyczne możliwości danej osoby;
- szkolenia, w tym specjalistycznego;
- zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej;
- uczestnictwa w terapii zajęciowej;
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie danej osoby;
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki;
- konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji;
- konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji;
- spełniania przez osobę niepełnosprawną przesłanek posiadania karty parkingowej²⁸².

²⁸¹ Art. 107 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. 1960 nr 30 poz. 168 z późn. zm.).

²⁸² Art. 8 ust. 3a pkt 1–2 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym

Powyższe wskazania znajdujące się w treści orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności nie wiążą osoby, której orzeczenie dotyczy ani osób trzecich. Wskazuje na to możliwość podjęcia zatrudnienia na otwartym rynku pracy, mimo posiadania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności ze wskazaniem do zatrudnienia w warunkach pracy chronionej. Zaznaczyć należy również, że osoba, która nie zastosuje się do wyżej wymienionych wskazań nie ponosi żadnych konsekwencji prawnych. Niemniej jednak wskazania zawarte w orzeczeniu stanowią warunek do korzystania z niektórych praw, takich jak na przykład: posiadanie karty parkingowej czy uczestnictwo w terapii zajęciowej²⁸³.

Orzeczenia powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności, tak jak inne decyzje administracyjne, również wymagają uzasadnienia. W uzasadnieniu wydanego orzeczenia zespół orzekający powinien przytoczyć fakty, które uznano za istotne i udowodnione w sprawie oraz dokumenty potwierdzające zaliczenie lub odmowę zaliczenia danej osoby do osób niepełnosprawnych lub ustalenia jej stopnia niepełnosprawności. Treść wydanego orzeczenia ogłaszana jest przez przewodniczącego składu orzekającego podczas posiedzenia. Orzeczenie dostarczane jest na piśmie osobie będącej stroną postępowania lub jej przedstawicielowi ustawowemu, nie później niż w terminie 14 dni od dnia posiedzenia w sprawie wydania orzeczenia²⁸⁴.

Od orzeczenia powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności przysługuje prawo odwołania. Jeżeli osoba będąca stroną postępowania nie zgadza się z wydanym orzeczeniem o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, może wnieść odwołanie. Odwołanie strona wnosi osobiście lub przez przedstawiciela ustawowego do wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności, będącego organem drugiej instancji, w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia. Obowiązuje pośredni tryb wnoszenia odwołania. Wnoszone jest ono do wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności, za pośrednictwem powiatowego zespołu, który wydał orzeczenie. Po otrzymaniu odwołania powiatowy zespół przeprowadza samokontrolę. Jeżeli uzna, że odwołanie zasługuje w całości na uwzględnienie, wydaje orzeczenie, w którym uchyla lub zmienia zaskarżoną decyzję. Jeżeli po dokonaniu samokontroli, powiatowy zespół do spraw

(Dz. U. z 2012 r. poz. 1137 z późn. zm.).

²⁸³ K. Bereda - Łabędź, L. Klimkiewicz, A. Pałeczka, *Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Komentarz. Akty wykonawcze.*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2002, s. 38.

²⁸⁴ § 13 ust. 4-5, rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności.

orzekania o niepełnosprawności nie zmieni wydanego wcześniej orzeczenia, przesyła odwołanie wraz z aktami sprawy do wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności, w terminie 7 dni od dnia otrzymania odwołania. W postępowaniu odwoławczym przed wojewódzkim zespołem, w sprawach o ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności, stosuje się odpowiednio tryb postępowania przed zespołem powiatowym²⁸⁵. Ponadto przepisy *Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* nadają wojewódzkim zespołom uprawnienia do przeprowadzania badań specjalistycznych osobom, które ubiegają się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności²⁸⁶.

Orzeczenia wydane przez wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności mają charakter ostateczny. Mimo to podlegają kontroli sądowej. W tym przypadku również obowiązuje pośredni tryb wnoszenia odwołania. Odwołanie od orzeczenia zespołu wojewódzkiego wnosi się za jego pośrednictwem do sądu pracy i ubezpieczeń społecznych w terminie 30 dni od dnia doręczenia orzeczenia.

Orzeczenie o niepełnosprawności czy stopniu niepełnosprawności nie jest jedynym dokumentem, dzięki któremu można uzyskać prawny status osoby niepełnosprawnej. Status ten można otrzymać również na podstawie orzeczenia, wydanego przez organ rentowy. Jak zaznaczono już wcześniej, osoby posiadające ważne orzeczenie, wydane przez organ rentowy, mogą wystąpić do powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności z wnioskiem o wydanie orzeczenia stwierdzającego stopień niepełnosprawności dla celów korzystania z ulg i uprawnień. O takie orzeczenie mogą ubiegać się osoby, które posiadają jedno z następujących orzeczeń: orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji, niezdolności do samodzielnej egzystencji, całkowitej niezdolności do pracy, częściowej niezdolności do pracy oraz celowości przekwalifikowania; orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów wydane przez organ rentowy ZUS, MSWiA, MON, orzeczenie KRUS o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym²⁸⁷. Należy nadmienić, że orzeczenie o wskazaniach do ulg i uprawnień jest wydawane do czasu upływu ważności orzeczenia organu rentowego i ma charakter ostateczny. Nie przysługuje od niego odwołanie, gdyż jest

²⁸⁵ § 16–17, rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności.

²⁸⁶ Art. 6b¹ ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

²⁸⁷ Art. 5a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

ono wydawane na podstawie innych prawomocnych orzeczeń, które zostały wskazane powyżej.

Lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wydaje orzeczenia o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy. Niezdolność do pracy zarobkowej odnoszona jest do osób, które z powodu naruszenia sprawności organizmu nie rokują odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu²⁸⁸. W rozumieniu *Ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych* z dnia 17 grudnia 1998 roku, całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy. Częściowo niezdolną do pracy jest zaś osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji. W przypadku stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, lekarz wydaje orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji²⁸⁹.

Otrzymanie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy bądź orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji upoważnia do korzystania z takich samych uprawnień, jakie przysługują osobom posiadającym odpowiednie orzeczenie powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności. W artykule 5 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych stwierdzono, że orzeczenia wydane przez lekarza orzecznika ZUS na podstawie *Ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych* są traktowane na równi z orzeczeniami o stopniu niepełnosprawności. I tak, orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji odpowiadają orzeczeniu o znacznym stopniu niepełnosprawności. Orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy traktowane jest na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, natomiast orzeczenie o częściowej niezdolności do pracy oraz celowości przekwalifikowania jest równoważne z orzeczeniem o lekkim stopniu niepełnosprawności²⁹⁰.

Należy zwrócić uwagę, że także w orzecznictwie sądowym wyżej wymienione orzeczenia traktowane są na równi. W wyroku z 9 października 2007 roku Naczelny Sąd

²⁸⁸ Wyrok WSA w Krakowie III SA/Kr 125/08.

²⁸⁹ Art. 12 ust. 2–3, art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, (Dz.U. 1998 nr 162 poz. 1118 z późn. zm.).

²⁹⁰ Art. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Administracyjny stwierdził, że: orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności jest orzeczenie wydane na podstawie przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, stwierdzające ten stopień, jak również orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji wydane na podstawie przepisów ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych²⁹¹. Trzeba jednak zaznaczyć, że mimo iż orzeczenia lekarza orzecznika ZUS traktowane są na równi z orzeczeniami o stopniu niepełnosprawności, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności nie stanowi podstawy do otrzymania świadczeń rentowych z ZUS.

Równoważność orzeczeń odnosi się także do osób z niepełnosprawnością, które przed dniem 1 stycznia 1998 roku, czyli przed wejściem w życie *Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*, posiadały ważne orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów. Orzeczenie o zakwalifikowaniu do I grupy inwalidzkiej, odpowiada znacznemu stopniowi niepełnosprawności. II grupa inwalidzka stanowi odpowiednik dla umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, natomiast III grupa inwalidzka traktowana jest na równi ze stopniem lekkim. Za osoby z niepełnosprawnością w stopniu lekkim uznaje się także te, które przed wskazaną wyżej datą posiadały ważne orzeczenie o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym. Ponadto jeśli tym osobom przysługuje zasiłek pielęgnacyjny, to traktowane są jako zaliczone do znacznego stopnia niepełnosprawności²⁹².

Mimo, że *Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* dopuszcza równoważność orzeczeń, to jednak niepełnosprawność i niezdolność do pracy nie stanowią pojęć tożsamyh. Niepełnosprawność jest pojęciem znacznie szerszym, odnosi się ona nie tylko do braku zdolności do pracy ale również do niezdolności bądź trudności w wypełnianiu ról społecznych przez daną osobę. Pojęcia niepełnosprawności i niezdolności do pracy krzyżują się: niepełnosprawny może być zdolny do podjęcia pracy, a niezdolny do pracy nie musi być osobą niepełnosprawną²⁹³. W wyroku z dnia 20 sierpnia 2003 roku Sąd Najwyższy stwierdził, że:

„Przepis artykułu 1 w związku z artykułem 2 punkt 5 *ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* wiąże zaliczenie do stopnia niepełnosprawności z niezdolnością do wykonywania zatrudnienia, a nie

²⁹¹ Wyrok NSA – I OSK 15/07.

²⁹² Art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

²⁹³ J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Wydawnictwo Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2006, s. 121.

z niezdolnością do pracy. Niepełnosprawność oznacza nie tylko naruszenie sprawności organizmu, ale również utrudnienie, ograniczenie bądź niemożność wypełniania ról społecznych jako elementu uczestnictwa w życiu społecznym”²⁹⁴.

Z opisu znacznego oraz umiarkowanego stopnia niepełnosprawności wynika, że osoby, które je posiadają mogą być zatrudnione jedynie w warunkach pracy chronionej. Mimo to, jak już zostało wspomniane wcześniej, posiadanie przez daną osobę orzeczenia o zaliczeniu do któregoś z tych stopni nie stanowi przeszkody do zatrudnienia jej na otwartym rynku pracy. Jednakże ustawodawca zwraca uwagę, iż osoba legitymująca się jednym ze wskazanych wyżej stopni niepełnosprawności może podjąć pracę jeżeli dysponuje odpowiednimi możliwościami i sprawnościami niezbędnymi do zaangażowania sił w proces pracy²⁹⁵. Takie rozwiązanie ma na celu odciążenie systemu ubezpieczeń społecznych, ponieważ uwalnia go od konieczności przyznawania świadczeń rentowych z przyczyn socjalnych²⁹⁶. Zachowanie przez daną osobę zdolności do pracy w warunkach chronionych nie jest barierą do orzeczenia względem niej całkowitej niezdolności do pracy. T. Bińczycka-Majewska stwierdza, że: „zarzut, iż taką regulację cechuje wewnętrzna sprzeczność jest o tyle niesłuszny, że z reguły praca wykonywana w warunkach specjalnych polega na wykonywaniu prostych czynności, angażujących niewielkie siły psychofizyczne i nie może być utożsamiana z pracą typowego pracownika”²⁹⁷. Trudno się zgodzić z tym stwierdzeniem. Często osoby posiadające orzeczenie o niezdolności do pracy, będąc zatrudnione są zobowiązane do wykonywania obowiązków zawodowych także ciężkich. Słusznie zauważa A. Waszkielewicz twierdząc, że: „Obecnie środowisko zewnętrzne jest o wiele bardziej dostępne (w tym architektura, transport), sprzęt rehabilitacyjny jest osiągalny, rozwój techniki (urządzenia i oprogramowanie asystujące, telepraca) w pewnej mierze kompensuje niektóre ograniczenia. Praca na rynku zamkniętym opierająca się na wykonywaniu prostych czynności, a mająca korzenie w spółdzielniach pracy inwalidów stanowi już tylko niewielką część rynku pracy osób niepełnosprawnych”²⁹⁸.

Jak już wcześniej zaznaczono, posiadanie orzeczenia o niezdolności do pracy wydanego przez lekarza orzecznika ZUS jest podstawą do wypłaty świadczeń rentowych.

²⁹⁴ Wyrok SN – II UK 386/02.

²⁹⁵ K. Bereda – Łabędź, L. Klimkiewicz, A. Pałecka, *Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych...*, s. 31.

²⁹⁶ I. Sierpowska, A. Kogut, *Status osoby niepełnosprawnej...*, s. 38.

²⁹⁷ T. Bińczycka – Majewska, *Wokół projektu zmian prawa rentowego, Praca i Zabezpieczenie Społeczne* 1995, nr 5, s. 3.

²⁹⁸ A. Waszkielewicz, *Zabezpieczenie społeczne osób niepełnosprawnych (w:) Najważniejsze wyzwania po ratyfikacji przez Polskę Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych*, (red.) A. Błaszczak, Wydawnictwo Biura RPO, Warszawa 2012, s. 61.

Należy zauważyć, że rozwój techniki sprawia, iż osoby, które kilkanaście lat temu nie mogłyby wykonywać żadnej pracy, są obecnie w stanie podjąć zajęcia zarobkowe. W związku z tym ocena zdolności czy też niezdolności do pracy danej osoby jest bardzo trudna, a czasem wręcz niemożliwa²⁹⁹.

Osoby z niepełnosprawnością w Polsce podlegają dwóm systemom orzekania, zarówno do celów pozarentowych, jak i rentowych. Obydwa systemy prowadzone są przez inne organy, a także regulowane osobnymi aktami prawnymi. Często bywa tak, że osoba, która została uznana za niepełnosprawną w stopniu znacznym, otrzymuje orzeczenie z ZUS o zdolności do podjęcia pracy, co przekreśla jej szanse na uzyskanie świadczenia rentowego. Niejednokrotnie fakt istnienia dwóch osobnych systemów powoduje, że osoby te mają problem ze zrozumieniem zasad ich funkcjonowania, co utrudnia pełne korzystanie z przysługujących im praw.

2.3.2. Status osoby z niepełnosprawnością w Szwecji

W Szwecji poszczególne akty prawne dotyczące osób z niepełnosprawnością nie zawierają definicji tych osób czy też samej niepełnosprawności. Za publikację oficjalnych pojęć z zakresu opieki zdrowotnej czy społecznej, w tym także niepełnosprawności, używanych w przestrzeni prawnej czy życiu publicznym odpowiedzialna jest Krajowa Rada Zdrowia i Opieki Społecznej (szw. *Socialstyrelsen*). Rada jest agendą rządową podległą Ministerstwu Spraw Społecznych (szw. *Socialdepartementet*). Głównymi zadaniami tego organu są między innymi: monitorowanie rozwoju systemu opieki zdrowotnej i społecznej, koordynacja działań z zakresu ochrony zdrowia i usług społecznych, tworzenie i opiniowanie projektów ustaw czy gromadzenie statystyk w wymienionych obszarach³⁰⁰.

W zakresie oficjalnie używanych definicji Krajowa Rada Zdrowia i Opieki Społecznej przygotowuje ich projekty. Następnie przekazuje je Radzie Terminologicznej (szw. *Terminologirådet*). Rada ta składa się z przedstawicieli Krajowej Rady Zdrowia i Opieki Społecznej, Szwedzkiego Stowarzyszenia Władz Lokalnych i Regionów oraz prywatnych dostawców opieki zdrowotnej. Organ ten podejmuje decyzje o stosowaniu danego terminu czy jego definicji. Definicja zatwierdzona przez Radę Terminologiczną publikowana jest w Banku Terminów Krajowej Rady Zdrowia i Opieki Społecznej (szw. *Socialstyrelsens termbank*).

²⁹⁹ K. Kurowski, *Wolności i prawa człowieka i obywatela...*, s. 25.

³⁰⁰ Om Socialstyrelsen (pol. O Krajowej Radzie Zdrowia i Opieki Społecznej), <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen>, (dostęp: 31.10.2022).

Omawiając problematykę szwedzkiego podejścia do definiowania niepełnosprawności należy zaznaczyć, że w tym kraju do roku 2007 stosowano trzy terminy. Oprócz terminu „niepełnosprawność” (szw. *funktionshinder*), używano także takich pojęć jak „ograniczenie funkcjonalne” (szw. *funktionsnedsättning*) czy „inwalidztwo” (szw. *handikapp*).

Ograniczenie funkcjonalne zdefiniowano jako „ograniczenie fizycznych, psychicznych lub intelektualnych zdolności funkcjonalnych, które powstaje w wyniku urazu wrodzonego lub nabytego. Takie urazy, stany lub choroby mogą mieć charakter trwały lub przejściowy”. Tak rozumiane pojęcie ograniczenia funkcjonalnego, występowało w Banku Terminów Krajowej Rady Zdrowia i Opieki Społecznej i było traktowane jako synonim pojęcia „niepełnosprawność”. Inwalidztwo definiowano natomiast jako „utrata lub zmniejszenie możliwości osoby dotkniętej ograniczeniem funkcjonalnym do uczestniczenia w życiu społecznym w taki sam sposób jak osoby sprawne”. Inwalidztwo nie było utożsamiane z cechą jednostki, ale opisywało relacje między jednostką, a środowiskiem. Ta definicja inwalidztwa była uzupełnieniem czy też swoistym komentarzem do pojęcia ograniczenia funkcjonalnego. Terminy jak i definicje ograniczenia funkcjonalnego czy niepełnosprawności odnoszono także do osób, używając określeń „osoba z ograniczeniem funkcjonalnym” lub „osoba z niepełnosprawnością”.

Istnienie trzech terminów i dwóch definicji odnoszących się do tego samego pojęcia jakim było „ograniczenie funkcjonalne” powodowało chaos interpretacyjny. Prowadziło do niejasności czy używany w danej chwili termin określa osobę z zmniejszonymi zdolnościami funkcjonalnymi czy osobę, która również doświadcza przeszkód w zakresie uczestnictwa w życiu społecznym. Taki stan rzeczy mógł wpłynąć na przykład na opisy grup docelowych i wnioski z badań. Z tego powodu Rada Terminologiczna podjęła decyzję o rozpoczęciu prac mających na celu uproszczenie interpretacji terminów dotyczących niepełnosprawności. W wyniku decyzji podjętej przez Radę w październiku 2007 roku, terminowi „niepełnosprawność” nadano nowe, własne znaczenie i nie jest on uważany za synonim terminu „ograniczenie funkcjonalne”.

Po tych zmianach „niepełnosprawność” została zdefiniowana jako „ograniczenie jakie napotyka człowiek w interakcji z otoczeniem (środowiskiem)”. Także przy definiowaniu jednostek lub grup zalecono używanie terminu „osoba/osoby z niepełnosprawnością”. Z kolei definicję terminu „ograniczenie funkcjonalne” pozostawiono bez zmian. Termin „inwalidztwo” natomiast został usunięty z oficjalnego użytku, jest on używany jedynie w mowie potocznej, jak również odradzane jest jego

stosowanie jako synonim w stosunku do terminów „niepełnosprawność” oraz „ograniczenie funkcjonalne”³⁰¹.

Wprowadzenie zmian terminologicznych miało na celu odróżnienie ograniczenia funkcjonalnego osoby od ograniczeń, które ona doświadcza z powodu niedostosowanego otoczenia. Termin „niepełnosprawność” rozumiany według nowoprzyjętej definicji oznacza, że nie jest ona czymś, co człowiek doświadcza wskutek na przykład choroby, ale jest uwarunkowana ograniczeniami zewnętrznymi wynikającymi z nieprzystosowania otoczenia do indywidualnych potrzeb człowieka. Można powiedzieć, że w rozumieniu tej definicji to środowisko zewnętrzne jest niepełnosprawne w stosunku do osoby, a nie zaś osoba. Niepełnosprawność powstaje w wyniku braku dostępności czy innych barier występujących w środowisku. Jako przykłady ograniczeń powodujących niepełnosprawność w Banku Terminów zostały wskazane między innymi: trudności w radzeniu sobie w życiu codziennym, brak uczestnictwa w życiu zawodowym czy kulturalnym³⁰².

Powyższe definicje terminów „ograniczenie funkcjonalne” i „niepełnosprawność” znajdujące obecnie w Banku Terminów Krajowej Rady Zdrowia i Opieki Społecznej mają status rekomendowanych do oficjalnego stosowania. Definicja terminu „ograniczenie funkcjonalne” skonstruowana jest w oparciu o medyczny model definiowania niepełnosprawności. Używana jest przez służbę zdrowia dla potrzeb opracowywania dokumentacji medycznej, jak również przez organy udzielające świadczeń społecznych. Z kolei definicja terminu „niepełnosprawność” nawiązuje do modelu społecznego i jak już wcześniej wspomniano odnosi się do barier, które dana osoba napotyka z powodu niedostosowanego otoczenia. Należy dodać, że definicja ta jest spójna z definicją zawartą w Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, którą Szwecja podpisała 30 marca 2007 roku³⁰³. Fakt ten świadczy o tym, iż Szwecja na bieżąco dostosowuje swoje prawo do regulacji międzynarodowych. Wartym podkreślenia jest również to, że w Szwecji zrezygnowano z używania w stosunku do osób z niepełnosprawnością określenia „inwalida”, które miało niewątpliwie pejoratywne konotacje. Zastąpienie określenia „inwalida” określeniem „osoba z niepełnosprawnością” i wprowadzenie do oficjalnego

³⁰¹ Socialstyrelsen, Funktionsnedsättning och funktionshinder, användning av begreppen (pol. Ograniczenie funkcjonalne i niepełnosprawność, użycie terminów), https://web.archive.org/web/20161211155155/http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/funktionsnedsattningochfunktio#anchor_3/, (dostęp: 31.10.2022).

³⁰² Funktionshinder (pol. niepełnosprawność), Socialstyrelsens termbank, <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=818&SrcLang=sv>, (dostęp: 31.10.2022).

³⁰³ Ratyfikacja Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych przez Szwecję nastąpiła dnia 15 grudnia 2008 r.

użytku w przestrzeni publicznej definicji terminu „niepełnosprawność”, opartej o model społeczny, świadczy o zmianie podejścia do tej grupy osób. Od wprowadzenia zmian definicyjnych, w Szwecji niepełnosprawna nie jest osoba, a otoczenie, w którym ona doświadcza ograniczeń.

W Szwecji, odmiennie niż ma to miejsce w Polsce, nie istnieją instytucje orzekające o niepełnosprawności. Nie ma też stałego dokumentu potwierdzającego status osoby z niepełnosprawnością, takiego jak w Polsce (orzeczenie o niepełnosprawności czy orzeczenie o stopniu niepełnosprawności). Możliwość ubiegania się o wsparcie państwa z powodu niepełnosprawności potwierdza opinia wydawana przez lekarza prowadzącego (szw. *Läkarutlåtande*). Opinia jest składana jako załącznik do wniosku o wybrany rodzaj wsparcia.

W opinii lekarskiej do wniosku o dodatek z tytułu zmniejszonej zdolności do pracy, zawarty jest opis choroby i stopień niepełnosprawności (lekki, umiarkowany, duży lub całkowity) w odniesieniu do obszarów funkcjonowania człowieka. Przy określaniu stopnia niepełnosprawności w poszczególnych obszarach brane są pod uwagę: funkcje intelektualne, komunikacja i interakcje społeczne, zdolność uwagi i koncentracji, stan psychiczny, odczuwanie bólu, równowaga, koordynacja i umiejętności motoryczne, a także inne funkcje organizmu. Opinia zawiera również opis ograniczeń w funkcjonowaniu osoby wynikających z jej niepełnosprawności. Ponadto obejmuje charakterystykę zakończonego jak i trwającego leczenia (m.in. przebyte i planowane zabiegi, przyjmowane leki), a także ocenę zdolności do wykonywania pracy³⁰⁴. Opinia lekarska stanowi podstawę do uzyskania decyzji przyznającej osobie z niepełnosprawnością określone świadczenia pieniężne. Za świadczenia pieniężne takie jak m. in. renta chorobowa z tytułu niezdolności do pracy, dodatek z tytułu zmniejszonej zdolności do pracy, dodatek opiekuńczy z tytułu niepełnosprawności dziecka czy dodatek na zakup lub dostosowanie samochodu odpowiada Szwedzka Agencja Ubezpieczeń Społecznych (szw. *Försäkringskassan*)³⁰⁵, natomiast usługi skierowane do osób z niepełnosprawnością to jest np. dostosowanie miejsca zamieszkania, osobista asystentura czy transport leżą w gestii samorządów poszczególnych gmin.

³⁰⁴ *Läkarutlåtande för aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga* (pol. Formularz opinii lekarskiej do wniosku o dodatek z tytułu zmniejszonej zdolności do pracy), <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/b7253160-e457-4c81-9357-35c83382359e/fk7801-002-f-001.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>, (dostęp: 08.02.2020).

³⁰⁵ *Försäkringskassan* – Szwedzka Agencja Ubezpieczeń Społecznych, <https://www.forsakringskassan.se>, (dostęp: 08.02.2020).

Usługi dla osób z niepełnosprawnością oferowane przez gminy także udzielane są na podstawie wniosku osoby zainteresowanej. Wniosek, oprócz podstawowych danych osoby ubiegającej się o wsparcie lub ewentualnych danych jej przedstawiciela, zawiera opis potrzeb wynikających z jej niepełnosprawności, a także rodzaj i częstotliwość korzystania z wybranej usługi³⁰⁶.

Po złożeniu wniosku osoba zainteresowana spotyka się z asystentem do spraw pomocy. Rozmowa z asystentem może odbyć się zarówno w urzędzie, jak i miejscu zamieszkania osoby ubiegającej się o pomoc. Służy ona rozpoznaniu jej sytuacji życiowej oraz zidentyfikowaniu potrzeb. Na podstawie złożonego wniosku i przeprowadzonej rozmowy podejmowana jest decyzja o udzieleniu wsparcia. Po otrzymaniu pisemnej, pozytywnej decyzji osoba z niepełnosprawnością może wybrać usługodawcę, którego chce zatrudnić. To sam zainteresowany decyduje o zatrudnieniu osoby, która będzie w stanie mu pomóc w realizacji codziennych potrzeb. Może to być osoba zaproponowana przez urząd gminy, firma prywatna lub organizacja non-profit, która ma podpisaną umowę z gminą. Jeśli osoba z niepełnosprawnością nie jest zadowolona z jakości świadczonych usług może zmienić usługodawcę. W przypadku otrzymania negatywnej decyzji o wybrany rodzaj wsparcia, wnioskodawcy przysługuje prawo odwołania. Odwołanie musi zostać wniesione w formie pisemnej do urzędu gminy, który wydał decyzję. Czynność ta musi zostać dokonana w ciągu trzech tygodni od otrzymania decyzji³⁰⁷.

2.3.3. Wnioski

Od wprowadzenia zmian w definiowaniu niepełnosprawności, w Szwecji niepełnosprawna nie jest osoba, a otoczenie, w którym ona doświadcza ograniczeń. Wprowadzenie tak rozumianej definicji osoby z niepełnosprawnością, z jednoczesną rezygnacją z wcześniej używanych niekiedy pejoratywnie kojarzących się pojęć w odniesieniu do tych osób, zasługuje na pozytywną ocenę. Z kolei w Polsce z uwagi na różnorodność definicji niepełnosprawności w aktach prawnych oraz fakt ratyfikowania *Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych*, polski ustawodawca powinien podjąć próbę ujednolicenia definicji niepełnosprawności. Punktem wyjścia powinna stać się definicja zawarta w Konwencji, tak jak miało to miejsce w przypadku definicji z *Kodeksu Wyborczego*. W szczególności

³⁰⁶ Wniosek o usługi dla osób z niepełnosprawnością wynikające z *Ustawy wsparciu i usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami (LSS)*, <https://funktionsnedsattning.stockholm/siteassets/stod-vid-funktionsnedsattning/dokument/ansokan-enligt-lss-barn-och-vuxna.pdf>, (dostęp: 10.02.2020).

³⁰⁷ Oficjalna strona internetowa miasta Sztokholm – wsparcie dla osób z niepełnosprawnością, <https://funktionsnedsattning.stockholm/ansok-om-stod-och-omsorg>, (dostęp: 10.02.2020).

należałoby podjąć działania zmierzające do zmiany definicji niepełnosprawności zawartej w *Ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*.

Odnosząc się do szwedzkich rozwiązań w zakresie ubiegania się osoby z niepełnosprawnością o wsparcie państwa, należy przede wszystkim zwrócić uwagę na prostotę systemu. Czynnikiem decydującym o udzieleniu pomocy jest opinia lekarska wydawana przez lekarza prowadzącego. Nie ma osobnych organów orzekających o niepełnosprawności. Takie rozwiązanie sprzyja oszczędności czasu oraz pozwala uniknąć wielu sytuacji stresowych związanych ze stawieniem się przed organami orzekającymi tak jak ma to miejsce w Polsce. Ponadto system ten charakteryzuje wysoki stopień odformalizowania procedury ubiegania się zarówno o świadczenia pieniężne, jak i te w postaci usług oferowanych osobom z niepełnosprawnością przez samorząd lokalny. Uproszczenie procedur ubiegania się o pomoc ze strony państwa, w tym możliwość złożenia wniosku drogą elektroniczną, przyspiesza jej realizację, a także wpływa na zmniejszenie kosztów obsługi administracyjnej.

Jak już zostało wspomniane powyżej, w Szwecji status osoby z niepełnosprawnością nie ma formalnego charakteru i nie jest potwierdzony żadnym stałym dokumentem. W Polsce natomiast istnieją odrębne systemy orzekania o niepełnosprawności oraz niezdolności do pracy, a ponadto także system orzekania o potrzebie kształcenia specjalnego. Systemy te prowadzone są przez różne instytucje, a także regulowane są osobnymi aktami prawnymi. Organy orzecznicze nie mają jednolitej linii orzeczniczej, kierują się różnorodnymi kryteriami przy wydawaniu orzeczeń, jak również wymagają od osób z niepełnosprawnością przedstawiania wielu dokumentów podczas postępowania orzeczniczego. Istnienie równorzędnie kilku systemów orzekania sprawia trudności ze zrozumieniem zasad ich funkcjonowania, co stanowi przeszkodę do pełnego korzystania z praw przysługujących osobom z niepełnosprawnością. W rezultacie Rzecznik Praw Obywatelskich otrzymuje wiele skarg od osób posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, które otrzymały odmowę przyznania świadczenia rentowego. W związku z tym już w 2008 roku, RPO zwrócił się do Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych o udzielenie informacji na temat prac nad reformą wielotorowości systemów orzecznich. W roku 2009 powołano Międzyresortowy Zespół do spraw Rozwiązań Systemowych w Zakresie Orzekania o Niepełnosprawności i Niezdolności do Pracy. W 2013 roku poinformowano, że powołany zespół nie podjął prac ze względu na niemożność rzetelnej realizacji tego zadania w ramach organizacyjnych i czasowych

wytyczonych zarządzeniem w sprawie jego powołania³⁰⁸. W 2017 roku prace nad scaleniem obu systemów orzeczniczych zostały wznowione. Powołano Międzyresortowy Zespół do spraw Opracowania Systemu Orzekania o Niepełnosprawności oraz Niezdolności do Pracy. Jego zadaniem było przygotowanie reformy systemu orzekania o niepełnosprawności, polegającej na zintegrowaniu obu systemów zarówno do celów rentowych, jak i pozarentowych w ramach jednej instytucji. Mimo upływu ponad 7 lat od rozpoczęcia prac, reforma systemu orzekania o niepełnosprawności nadal nie została przeprowadzona.

³⁰⁸ *System orzekania o niepełnosprawności – do zmiany*, RPO, <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/system-orzekania-o-niepelnosprawności—do-zmiany>, (dostęp: 20.02.2017).

CZEŚĆ III. Działania samorządu terytorialnego w Polsce i Szwecji na rzecz osób z niepełnosprawnością

3.1. Organizacja samorządu terytorialnego w Polsce i Szwecji

3.1.1. Samorząd terytorialny w Polsce

Ponad studwudziestoletni brak polskiej państwowości oraz funkcjonowanie na terenach podległych zaborcom odmiennych systemów administracyjnych, w znacznym stopniu uniemożliwiły rozwój lokalnej samorządności. Dopiero po odzyskaniu niepodległości w roku 1918 i scaleniu ziem państwa polskiego, zaistniały warunki do działania instytucji samorządu terytorialnego. *Konstytucja RP* z 17 marca 1921 roku wprowadzała ustroj państwa oparty na zasadzie szerokiego samorządu terytorialnego. Jego przedstawicielom nadawała uprawnienia w zakresie administracji, kultury i gospodarki. Wprowadzała również zasadę dekoncentracji administracji, a także wyrażała prawo sprawowania urzędów przez obywateli powołanych w drodze wyborów. Nastąpił podział państwa na województwa, powiaty, gminy miejskie i wiejskie, będące równocześnie jednostkami samorządu terytorialnego³⁰⁹. Wynikające z konstytucji rozwiązania pozostawały jednak bez uszczegółowienia ustawowego, co czyniło je tylko teoretycznym przepisem. Taki stan rzeczy uwidocznił się po przewrocie majowym, gdy ograniczono działalność samorządu na rzecz wzmocnienia władzy centralnej³¹⁰.

W wyniku uchwalenia *Ustawy o częściowej zmianie ustroju samorządu terytorialnego* z 1933 roku³¹¹ oraz *Konstytucji kwietniowej* z 1935 roku³¹², nastąpiło ujednoczenie struktury samorządu terytorialnego na terenie całego kraju oraz wzmocnienie urzędów administracji ogólnej. W konstytucji potwierdzono trójszczeblowy podział administracyjny państwa na województwa, powiaty i gminy³¹³.

Działania wojenne i niemiecka okupacja przerwały działalność polskiej administracji samorządowej. Na skutek zależności Polski od ZSRR, w 1950 roku zlikwidowano reaktywowany po wojnie samorząd terytorialny. Jego odrodzenie nastąpiło dopiero w roku 1990, gdy przywrócono samorząd gminny. Natomiast dzisiejszy kształt polskiego

³⁰⁹ Art. 3 i 65–66 ustawy z dnia 17 marca 1921 r. – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, (Dz.U. 1921 nr 44 poz. 267 z późn. zm.).

³¹⁰ M. Kotulski, *Samorząd terytorialny w dwudziestolecu międzywojennym*, *Acta Universitatis Wratislaviensis. No 3888. PRAWO CCCXXVII*, Wrocław 2019, s. 148.

³¹¹ Ustawa z dnia 23 marca 1933 r. o częściowej zmianie ustroju samorządu terytorialnego, (Dz.U. 1933 nr 35 poz. 294 z późn. zm.).

³¹² Ustawa Konstytucyjna z dnia 23 kwietnia 1935 r., (Dz.U. 1935 nr 30 poz. 227 z późn. zm.).

³¹³ W. Janosiewicz, *Samorząd terytorialny w Polsce -zarys historyczny*, [w:] *Homo Politicus* vol. 13/2018, s. 13-14.

samorządu terytorialnego jest wynikiem reformy samorządowej wprowadzonej 1 stycznia 1999 roku. Wtedy to utworzono trzy jednostki samorządu terytorialnego. Do istniejących od 1990 roku gmin, jako podstawowych jednostek samorządowych, dodano powiaty, które stały się jednostkami podziału terytorialnego drugiego stopnia oraz utworzono 16 samorządów wojewódzkich, których granice pokrywają się z granicami wojewódzkiej administracji rządowej. Utrzymano niezależność jednostek samorządowych, które mają własne organy, zarówno stanowiące, jak i wykonawcze. W gminie organem stanowiącym jest rada gminy, a wykonawczym, w zależności od liczby mieszkańców gminy wójt, burmistrz lub prezydent miasta. Organami powiatu są odpowiednio rada powiatu oraz zarząd. Organami administracji samorządowej w województwie są sejmik województwa oraz zarząd województwa z marszałkiem, natomiast przedstawicielem administracji rządowej jest wojewoda. Według stanu na dzień 1 stycznia 2020 roku, w Polsce było 2477 gmin. W tej liczbie 302 stanowiły gminy miejskie, 642 gminy miejsko – wiejskie i 1533 gminy wiejskie. Liczba powiatów wynosiła 314, ponadto 66 miast posiadało status miasta na prawach powiatu³¹⁴.

Konstytucja nadaje samorządowi terytorialnemu uprawnienia do sprawowania władzy publicznej. Zadania publiczne przysługujące samorządowi poszczególne jednostki realizują w imieniu własnym i na własną odpowiedzialność³¹⁵. „Samodzielność i niezależność samorządu terytorialnego od państwa gwarantowana jest konstytucyjnie. Jednostki samorządu terytorialnego mają osobowość prawną, przysługuje im prawo własności i inne prawa majątkowe. Samodzielność tych jednostek podlega ochronie sądowej (art. 165 Konstytucji). Jednostki samorządu terytorialnego mają prawo ustalania wysokości podatków i opłat lokalnych w zakresie określonym w ustawie (art. 168 Konstytucji), co także jest przesłanką samodzielności samorządu terytorialnego”³¹⁶.

Ustawy zarówno o samorządzie gminnym, samorządzie powiatowym, jak i samorządzie województwa zawierają katalog zadań, które dana jednostka wykonuje na rzecz swoich mieszkańców.

Jak już wspomniano powyżej, gmina jest podstawową jednostką podziału administracyjnego. Realizowane przez nią zadania dzielą się na własne i zlecone. Do zadań własnych gminy należy zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty. Zadania te obejmują

³¹⁴ Dane GUS – Liczba jednostek podziału terytorialnego kraju stan na dzień 1 stycznia 2020 r., <https://eteryt.stat.gov.pl/eteryt/raporty/WebRaportZestawienie.aspx>, (dostęp: 28.02.2020).

³¹⁵ Art. 16 ust. 2 Konstytucji RP z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483 z późn. zm.).

³¹⁶ Wyrok TK z dnia 3 listopada 2006 r. sygn. akt K 31/06 (Dz.U. 2006 nr 202 poz. 1493).

generalnie sprawy z zakresu: gminnej przestrzeni publicznej, w tym lokalnego transportu zbiorowego; ochrony zdrowia; pomocy społecznej, ośrodków i zakładów opiekuńczych; wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej. Ponadto w drodze ustawowej na gminę może zostać nałożony obowiązek wykonania zadań zleconych z zakresu administracji rządowej, w tym także przeprowadzania wyborów i referendów³¹⁷.

W artykule 6 ustawy o samorządzie gminnym stwierdzono, iż w zakresie działania gminy leżą wszystkie sprawy publiczne o znaczeniu lokalnym, niezastrzeżone ustawami na rzecz innych podmiotów³¹⁸. Posługując się powyższym sformułowaniem ustawodawca pozostawił w gestii gminy domniemanie kompetencji do wykonywania wszystkich zadań, które mają istotne znaczenie dla wspólnoty lokalnej, a ich wykonywanie nie jest w kompetencji organów władzy rządowej czy też organów samorządu powiatu lub województwa. Tym samym katalog zadań realizowanych przez gminę pozostawiono zbiorem otwartym.

Powiat składa się z kilku sąsiadujących ze sobą gmin leżących w jednym województwie (powiat ziemski³¹⁹) lub tworzą go miasta na prawach powiatu (powiat grodzki)³²⁰. Jako jednostka samorządu terytorialnego wykonuje określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym w zakresie m.in.: edukacji publicznej; promocji i ochrony zdrowia; pomocy społecznej; wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej; wspierania osób z niepełnosprawnością i przeciwdziałania bezrobociu oraz aktywizacji lokalnego rynku pracy³²¹.

Ponadto do zadań publicznych powiatu należy również zapewnienie wykonywania określonych w ustawach zadań i kompetencji kierowników powiatowych służb, inspekcji i straży. Należy dodać, że przedstawiony katalog zadań nie stanowi zbioru zamkniętego, gdyż powiat może realizować zadania wynikające z innych ustaw. Dodatkowo ustawy mogą określać niektóre sprawy należące do zakresu działania powiatu jako zadania z zakresu administracji rządowej, wykonywane przez powiat³²². Zadania i kompetencje powiatów stanowią dopełnienie zadań realizowanych przez gminy.

Mieszkańcy województwa stanowią regionalną wspólnotę samorządową. Samorząd województwa określa strategię rozwoju i prowadzi politykę rozwoju województwa.

³¹⁷ Art. 7–8 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, (Dz.U. 1990 nr 16 poz. 95 z późn. zm.).

³¹⁸ Art. 6 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym.

³¹⁹ Statystycznie powiat ziemski składa się z ośmiu gmin.

³²⁰ *Mały Słownik Politologii*, (red.) S. Opara, Wydawnictwo Adam Marszałek. Toruń 2007, s. 125.

³²¹ Art. 4. ust.1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, (Dz.U. 1998 nr 91 poz. 578 z późn. zm.).

³²² Art. 4. ust. 2–4 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym.

Określając strategię rozwoju województwa, samorząd uwzględnia m.in. cele takie jak: pobudzanie aktywności gospodarczej; podnoszenie poziomu konkurencyjności i innowacyjności gospodarki województwa; zachowanie wartości środowiska kulturowego i przyrodniczego przy uwzględnieniu potrzeb przyszłych pokoleń; kształtowanie i utrzymanie ładu przestrzennego³²³.

Z kolei prowadząc politykę rozwoju odpowiada za: tworzenie warunków rozwoju gospodarczego, w tym kreowanie rynku pracy; utrzymanie i rozbudowę infrastruktury społecznej i technicznej o znaczeniu wojewódzkim; pozyskiwanie i łączenie środków finansowych: publicznych i prywatnych, w celu realizacji zadań z zakresu użyteczności publicznej; wspieranie i prowadzenie działań na rzecz integracji społecznej i przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu³²⁴.

Ponadto do zakresu kompetencji samorządu województwa należy wykonywanie zadań publicznych o charakterze wojewódzkim, niezastrzeżonych ustawami na rzecz organów administracji rządowej. Są to zadania m.in. w obszarach: edukacji publicznej; promocji i ochrony zdrowia; pomocy społecznej; wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej; polityki prorodzinnej; zagospodarowania przestrzennego; transportu zbiorowego kultury fizycznej i turystyki; ochrony praw konsumentów; bezpieczeństwa publicznego; przeciwdziałania bezrobociu i aktywizacji lokalnego rynku pracy. Szczegółowe zadania będące w kompetencji samorządu województwa określają między innymi ustawy: o pomocy społecznej³²⁵, o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy³²⁶ czy Prawo oświatowe³²⁷. Ponadto ustawy mogą także określać sprawy należące do zakresu działania województwa jako zadania z zakresu administracji rządowej, wykonywane przez zarząd województwa. Na województwo ustawy mogą nakładać również obowiązek wykonywania zadań z zakresu organizacji przygotowań i przeprowadzenia wyborów powszechnych oraz referendów³²⁸.

Województwo jako jednostka samorządu terytorialnego wykonuje zadania z wielu obszarów. W odróżnieniu od tych, realizowanych przez gminę czy powiat, zadania wykonywane przez samorząd województwa mają zasięg regionalny – rozciągają się na obszar całego województwa. Z. Bukowski zwraca uwagę, że wyliczone w ustawie zadania nałożone na samorząd województwa mają charakter przykładowy. „Podobnie jak na styku

³²³ Art. 11. ust. 1. ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, (Dz.U. 1998 nr 91 poz. 576 z późn. zm.).

³²⁴ Art. 11. ust. 2. ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa.

³²⁵ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

³²⁶ Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

³²⁷ Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe, (Dz.U. 2017 poz. 59 z późn. zm.).

³²⁸ Art.14 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa.

gmina – powiat, tak również na styku powiat – województwo mogą pojawiać się wątpliwości związane z jednoznacznym określeniem, która z tych jednostek jest właściwa do załatwienia konkretnej sprawy. Także w tej sytuacji o przyznaniu kompetencji będzie decydował charakter zadania, a także przepisy szczególne wskazujące, która z tych jednostek ma przedmiotowe zadanie wykonać. Warto podkreślić, że zadania samorządu województwa są z przedmiotowego punktu widzenia znacznie mniej rozbudowane niż zadania gmin i powiatów³²⁹. Według Z. Niewiadomskiego zaś zadania te „ograniczają się w zasadzie do trzech kategorii spraw: kształtowanie i utrzymanie ładu przestrzennego, pobudzanie aktywności gospodarczej oraz zachowanie dziedzictwa kulturowego i przyrodniczego”³³⁰.

3.1.2. Samorząd terytorialny w Szwecji

Początków samorządności w Szwecji można upatrywać już w erze nowożytnej, kiedy to członkowie poszczególnych plemion spotykali się na „zebraniach”, które nazywano *tingami*. Na tingach omawiano sprawy plemienne, rozstrzygano kwestie sporne czy dokonywano sądu. W średniowieczu zakładano miasta, w których działały sprawnie funkcjonujące samorządy. Jednakże samorządność została zmarginalizowana z powodu żądań monarchów do posiadania większej władzy także na szczeblu lokalnym. Do powrotu samorządności przyczyniła się reforma rolna, przeprowadzona w latach osiemdziesiątych XVII wieku przez króla Karola XI. Jej efektem była parcelacja majątków szlacheckich, co przełożyło się na wzmocnienie pozycji społeczności chłopskiej³³¹.

Na kształt obecnej administracji lokalnej miała wpływ reforma z 1862 roku, jej wynikiem było przyjęcie nowego podziału administracyjnego Szwecji. Nastąpił rozdział Kościoła od państwa, powstały wiejskie okręgi gminne w granicach średniowiecznych parafii. W gestii miast i gmin wiejskich leżało wykonywanie zadań o charakterze świeckim, natomiast parafiom pozostawiono zadania kościelne. Utworzono także wojewódzki samorząd terytorialny, będący nową jednostką szczebla regionalnego, którego granice były zbieżne z granicami województwa stanowiącego jednostkę administracji państwowej. Nowo utworzone jednostki stanowiły też okręgi wyborcze w wyborach do parlamentu. Dokonano

³²⁹ Z. Bukowski, T. Jędrzejewski, P. Rączka, *Ustrój samorządu terytorialnego*, Wydawnictwo „Dom Organizatora”, Toruń 2005, s. 87.

³³⁰ *Prawo administracyjne. Część ustrojowa*, (red.) Z. Niewiadomski, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2002, s. 148.

³³¹ B. Słobodzian, *Samorząd terytorialny w Królestwie Szwecji*, [w:] *Samorząd terytorialny w Europie Zachodniej*, (red.) L. Rajca, Wydawnictwo Elipsa, Warszawa 2010, s. 229.

podziału funkcji samorządu na decyzyjne, zarządzające i wykonawcze oraz podzielono poszczególne kompetencje na radę i zarząd. Ponadto reforma ta dała gminie niezależność finansową, poprzez możliwość nakładania podatków, o których wysokości decydowano uchwalając gminny budżet³³².

W Szwecji przyjęto więc dwustopniowy podział władzy samorządowej. Kraj ten obecnie podzielony jest na 290 gmin (szw. *komun*) i 21 okręgów (szw. *län*)³³³. Gmina w Szwecji, podobnie jak w Polsce, jest podstawową jednostką władzy lokalnej, natomiast okręg pełni rolę jednostki szczebla regionalnego - jest niejako odpowiednikiem polskiego województwa. Struktura samorządu terytorialnego Szwecji ma swoje umocowanie w konstytucji, która nadaje także jednostkom samorządowym prawo podejmowania decyzji poprzez wybieralne zgromadzenia oraz prawo poboru podatków na realizację swoich zadań³³⁴.

Zarówno gminy, jak i okręgi stanowią wspólnoty mieszkańców, posiadając odrębną osobowość prawną. Przysługuje im prawo własności i inne prawa majątkowe, a także prawo prowadzenia własnej działalności gospodarczej. Jako jednostki samorządowe mają swoje organy przedstawicielskie oraz wykonawcze. W gminie organem przedstawicielskim jest wybierana co 4 lata rada (szw. *kommunfullmäktige*). Podejmuje ona uchwały w sprawach dotyczących między innymi: budżetu gminy, nakładania lokalnych podatków i opłat, kierunków jej rozwoju, powoływania audytorów do spraw wykonania budżetu i gospodarki finansowej, zarządzania referendum gminnego, a także przedterminowych wyborów³³⁵.

Organem wykonawczym gminy jest zarząd (szw. *kommunstyrelse*) wybierany przez radę gminy spośród jej członków. Z racji sposobu swojego wyboru określany także często jako „komitet wykonawczy”. Zadaniem tego organu jest między innymi przygotowanie projektu budżetu oraz projektów innych uchwał. Przy udziale podległego personelu fachowo-urzędniczego, zarząd realizuje zadania dotyczące bieżącego administrowania sprawami gminy (miasta)³³⁶. Gminy odpowiedzialne są za rozwiązywanie spraw

³³² G. Patecki, *Szwecja*, [w:] *Samorząd terytorialny w państwach Unii Europejskiej : Anglia, Austria, Belgia, Dania, Francja, Holandia, Niemcy, Szwecja, Włochy : praca zbiorowa*, (red.) A. K. Piasecki. Wydawnictwo Tęcza, Zielona Góra 2001, s. 93.

³³³ Na przestrzeni lat liczba gmin w Szwecji ulegała zmianom. W roku 1952 roku ich liczba wynosiła 1037. W latach 1962-1974 liczbę tą zmniejszono do 278, natomiast po roku 1975 do chwili obecnej (tj. rok 2020) liczba gmin w Szwecji wynosi 290.

³³⁴ § 1, 4. Rozdz.14. *Konstytucji Królestwa Szwecji*. Tłum. K. Dembiński, M. Grzybowski, [w:] *Konstytucje państw Unii Europejskiej*, (red.) W. Stańkiewicz, Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 2011, s. 775.

³³⁵ Rozdz. 5 § 1. Kommunalag z dnia 22 czerwca 2017 roku, (2017:725) m SFS 2019:835.

³³⁶ M. Grzybowski, *Szwecja. Zarys systemu ustrojowego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2019, s. 185.

o charakterze lokalnym i regionalnym, leżących w interesie publicznym. Obowiązek ten wynika wprost z konstytucji ³³⁷ jak i *Ustawy o gminach* (szw. *Kommunallag*)³³⁸.

Zadania realizowane przez gminę dzielą się na obligatoryjne i fakultatywne. Zadania obligatoryjne to te nałożone na gminę z mocy aktów prawnych, natomiast wykonywanie zadań fakultatywnych pozostawione jest do decyzji rady gminy. Do zadań obligatoryjnych gminy zaliczają się kwestie między innymi: edukacji; ochrony środowiska; podstawowej opieki zdrowotnej; opieki i wsparcia osób starszych i z niepełnosprawnością; budownictwa i gospodarki przestrzennej. Jako przykład zadań fakultatywnych można wskazać z kolei: podejmowanie inicjatyw z obszaru kultury i wypoczynku czy wspieranie lokalnego biznesu i zatrudnienia³³⁹.

Organami samorządu na szczeblu okręgowym (regionalnym) są zgromadzenie okręgowe (szw. *landsting*) i zarząd administracyjny okręgu (szw. *landstyrelse*). Pierwszy z wymienionych, wybierany co 4 lata przez mieszkańców okręgu w wyborach powszechnych, bezpośrednich i proporcjonalnych, jest organem uchwałodawczym i kontrolnym³⁴⁰. Zarząd okręgu natomiast sprawuje funkcję wykonawczą. Jest on wybierany spośród członków zgromadzenia. Na czele zarządu zazwyczaj znajdują się przedstawiciel ugrupowania dysponującego większością w zgromadzeniu.

Samorząd na szczeblu okręgu wykonuje zadania własne oraz zlecone przez władze centralne. Na realizację tych ostatnich samorząd otrzymuje środki finansowe z budżetu państwa. W gestii samorządu okręgowego jest przykładowo wykonywanie zadań z obszaru: ochrony zdrowia w zakresie spraw związanych z funkcjonowaniem szpitali oraz wyspecjalizowanych służb medycznych; opieki dentystycznej dzieci i młodzieży do lat 20.; szkolnictwa na poziomie wyższym oraz szkolnictwa wyspecjalizowanego; transportu i komunikacji. Ponadto organy uchwałodawcze szczebla gminnego, jak i okręgowego mogą podjąć decyzję o przekazaniu wykonywania określonych zadań przedsiębiorstwom samorządowym, fundacjom czy organizacjom społecznym³⁴¹.

Podobnie do polskich województw, w przypadku szwedzkich okręgów również występuje dualizm władzy. Obok władz samorządowych na szczeblu okręgu funkcjonuje gubernator (szw. *landshövding*), będący przedstawicielem rządu w regionie. Kadencja

³³⁷ § 2. Rozdz.14. *Konstytucji Królestwa Szwecji*. Tłum. K. Dembiński, M. Grzybowski..., s. 775.

³³⁸ Rozdz. 2 § 1. *Kommunallag* (2017:725) z dnia 22 czerwca 2017 r.

³³⁹ M. Popławski, *Samorząd terytorialny w Królestwie Szwecji*, Wydawnictwo Naukowe Grado, Toruń 2007, s. 79.

³⁴⁰ Wybory do zgromadzenia okręgowego odbywają się równocześnie z wyborami parlamentarnymi.

³⁴¹ M. Grzybowski, *Szwecja. Zarys systemu ustrojowego*,..., s. 184.

gubernatora trwa 6 lat, jest o dwa lata dłuższa od kadencji parlamentu i wybieralnych organów samorządowych, co stanowi niejako czynnik stabilizujący dla państwowej administracji regionalnej. W kompetencji administracji rządowej w okręgu leżą kwestie planistyczne w zakresie rozwoju regionu, a także te dotyczące ochrony porządku i bezpieczeństwa publicznego. Gubernator sprawuje kontrolę nad realizacją zadań obowiązkowych, wykonywanych przez samorząd szczebla okręgowego w obszarach: gospodarki terenami, utrzymania dróg, budownictwa, a także ochrony środowiska³⁴².

3.1.3. Wnioski

Podstawowym zadaniem samorządu terytorialnego jest zaspokojenie potrzeb mieszkańców. Samorządy zarówno Polski i Szwecji dysponują podobnymi kompetencjami w tym obszarze. Władze lokalne odpowiadają między innymi za edukację, podstawową opiekę zdrowotną czy transport publiczny. Należy jednak zaznaczyć, że rozwój samorządności lokalnej w Polsce i Szwecji następował w odmiennych uwarunkowaniach historycznych. W Szwecji podwaliny dzisiejszego samorządu terytorialnego zostały ukształtowane już w XIX wieku. Instytucja ta w Szwecji cieszy się więc bogatą tradycją historyczną, co w konsekwencji przekłada się na zaufanie obywateli do lokalnych władz i podejmowanych przez nie działań. W Polsce natomiast długi czas braku państwowości spowodowanej zaborami, II wojna światowa oraz późniejsza zależność od Związku Socjalistycznych Republik Radzieckich, ograniczyły w znacznym stopniu możliwość rozwoju lokalnej samorządności. Jej odrodzenie nastąpiło dopiero w roku 1990, gdy przywrócono samorząd gminny. Obecny kształt samorządu terytorialnego w Polsce jest natomiast wynikiem reformy administracyjnej przeprowadzonej w 1999 roku. Można zatem stwierdzić, że w porównaniu ze Szwecją, samorząd terytorialny w Polsce jest instytucją młodą.

Samorząd terytorialny Polski i Szwecji różni się strukturą. W Polsce oparty jest on na trzech szczeblach, natomiast w Szwecji ma charakter dwuszczeblowy. W Polsce istnieją dwie jednostki szczebla lokalnego (gmina i powiat) oraz jednostka poziomu regionalnego (województwo). W Szwecji zaś szczebel lokalny stanowi gmina, a jednostką zasięgu regionalnego jest okręg. W obydwu krajach na poziomie regionalnym występuje dualizm władzy samorządowej i rządowej. Organem terenowym administracji rządowej w Polsce na szczeblu województwa jest wojewoda, z kolei w Szwecji tą funkcję w okręgu sprawuje gubernator. Mimo wielu podobieństw kompetencyjnych należy uznać, że w polskim

³⁴² Tamże, s. 181–184.

samorządzie występuje większe ich rozproszenie. Dwuszczeblowy samorząd terytorialny z jakim mamy do czynienia w Szwecji charakteryzuje się silnymi uprawnieniami gminy, co wpływa na efektywność działań na rzecz mieszkańców, także tych z niepełnosprawnością.

3.2. Kompetencje samorządu terytorialnego w Polsce na rzecz wyrównywania szans osób z niepełnosprawnością

3.2.1. Rola gmin, powiatów i samorządów wojewódzkich

W Polsce każda z trzech jednostek samorządowych, wykonuje zadania na rzecz osób z niepełnosprawnością. W przypadku gminy i województwa zadania te nie wynikają wprost z treści ustaw dotyczących tych jednostek. Ustawa o samorządzie powiatowym wymienia natomiast wsparcie osób z niepełnosprawnością jako jedno z głównych zadań publicznych o charakterze ponadgminnym, leżącym w gestii powiatu. Przepis ten ma jednak charakter ogólny a wykonywany jest na podstawie innych aktów prawnych. Podobnie jak w przypadku wykonywania zadań przez gminę czy województwo, zadania odnoszące się do osób z niepełnosprawnością wynikają z innych aktów prawnych takich jak na przykład: *Ustawa o pomocy społecznej* oraz *Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* lub opierają się na domniemaniu kompetencji.

Tak jak zaznaczono powyżej, w *Ustawie o samorządzie gminnym* nie wskazano wprost szczegółowych zadań gminy na rzecz osób z niepełnosprawnością. Jednakże gmina jest jednostką samorządu terytorialnego będącą najbliższą obywateli i ich problemów. Obszary z zakresu, których gmina realizuje swoje zadania, czyli na przykład: pomoc społeczna, ochrona zdrowia, transport publiczny, edukacja czy kultura dotyczą wszystkich mieszkańców, także tych z niepełnosprawnością.

W odniesieniu do tych osób gmina realizuje w głównej mierze zadania własne, wynikające z *Ustawy o pomocy społecznej*. Obejmują one między innymi: udzielanie i wypłacanie świadczeń pieniężnych oraz rzeczowych; zapewnienie usług opiekuńczych w tym specjalistycznych w miejscu zamieszkania; prowadzenie i zapewnienie miejsc w mieszkaniach chronionych³⁴³. Usługi opiekuńcze zawierają pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz w miarę możliwości ośrodka pomocy społecznej, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Specjalistyczne usługi opiekuńcze zapewniają usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności,

³⁴³ Art. 17 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, (Dz.U. 2004 nr 64 poz. 593 z późn. zm.).

świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Gminy realizując usługi opiekuńcze mogą przystąpić do programu *Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych* finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego³⁴⁴.

Z kolei wśród zadań zleconych z zakresu administracji rządowej realizowanych przez gminę można wyróżnić: organizowanie i świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi; prowadzenie i rozwój infrastruktury ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi; realizację zadań wynikających z rządowych programów pomocy społecznej, mających na celu ochronę poziomu życia osób, rodzin i grup społecznych oraz rozwój specjalistycznego wsparcia, a także przyznawanie i wypłacanie zasiłków celowych³⁴⁵.

Ustawa o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami zobowiązuje jednostki sektora finansów publicznych, czyli także jednostki samorządu terytorialnego, do zapewnienia dostępności tym osobom poprzez stosowanie uniwersalnego projektowania lub racjonalnych usprawnień w usuwaniu istniejących barier, a także zapobieganie ich powstawaniu³⁴⁶. Obowiązek ten dotyczy dostępności architektonicznej, cyfrowej oraz informacyjno-komunikacyjnej³⁴⁷. Likwidacja barier w obszarze transportu publicznego przejawia się natomiast dostępnością infrastruktury, odpowiednio dostosowanym taborem do potrzeb osób z niepełnosprawnością, a także szeroką gamą usług oferowanych tym osobom przez przewoźników takich jak na przykład: informacja pasażerska, dostosowane kanały dystrybucji biletów czy odpowiednio przeszkolony personel.

Obowiązkowym zadaniem nałożonym na gminę przez *Prawo oświatowe*, jest także zapewnienie dzieciom i młodzieży z niepełnosprawnością bezpłatnego transportu do przedszkoli, szkół i ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych oraz opieki podczas transportu³⁴⁸.

³⁴⁴ Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych – *Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych* - edycja 2019, <https://niepelnosprawni.gov.pl/art,902,uslugi-opiekuncze-dla-osob-niepelnosprawnych-edycja-2019>, (dostęp: 26.09.2021).

³⁴⁵ Art. 18 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

³⁴⁶ Art. 4 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, (Dz.U. 2019 poz. 1696 z późn. zm.).

³⁴⁷ Uniwersalne projektowanie to projektowanie produktów oraz otoczenia tak, aby były one dostępne dla wszystkich ludzi, w największym możliwym stopniu, bez potrzeby adaptacji bądź wyspecjalizowanego projektowania. Przyczynia się do promowania równego dla wszystkich dostępu do dóbr i usług, z uwzględnieniem potrzeb tych użytkowników, których funkcjonowanie jest w jakimś aspekcie ograniczone. W tej koncepcji projektowanie jest terminem odnoszącym się do wszystkich działań, które dotyczą kształtowania otoczenia. Obejmuje ona planowanie w ramach społeczności lokalnej, użytkowanie gruntów, architekturę, prace budowlane, produkcję i wiele innych.

³⁴⁸ Art. 32 ust. 6, art. 39 ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – *Prawo oświatowe*, (Dz.U. 2017 poz. 59 z późn. zm.).

Realizując zadania z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób z niepełnosprawnością, gmina może tworzyć zakłady aktywności zawodowej. Są to wyodrębnione organizacyjnie i finansowo jednostki tworzone w celu zatrudnienia osób z niepełnosprawnością zaliczonych do znacznego stopnia niepełnosprawności lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną. Zadaniem zakładu jest nie tylko umożliwienie wykonywania pracy tym osobom dostosowanej do ich możliwości psychofizycznych, ale też aktywna rehabilitacja. Dzięki zakładom osoby z niepełnosprawnością nabywają niezbędnych umiejętności do wykonywania pracy, co w dalszej perspektywie przyczynia się do podniesienia ich samodzielności i przygotowuje do podjęcia zatrudnienia w zakładach pracy chronionej. Zakłady te przede wszystkim stwarzają możliwość rozwoju i zarobkowania dla osób, które z racji swojej niepełnosprawności nie są w stanie podjąć zatrudnienia na otwartym rynku pracy. Oprócz gminy zakład aktywności zawodowej może zostać utworzony także przez powiat, fundację, stowarzyszenie lub inną organizację społeczną, której statutowym zadaniem jest rehabilitacja zawodowa i społeczna osób z niepełnosprawnością³⁴⁹. Szczegółowe zasady tworzenia zakładów aktywności zawodowej określa *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie zakładów aktywności zawodowej*³⁵⁰.

Aspektem, który nie sposób pominąć, jest także współpraca gminy z organizacjami działającymi na rzecz osób z niepełnosprawnością, jak również utrzymywanie dobrych relacji z otoczeniem gospodarczym. Takie długofalowe działania mogą przyczynić się do wspólnego rozwiązywania problemów społeczności osób z niepełnosprawnością. Mogą one polegać na przykład na opracowaniu strategii zatrudnienia mieszkańców z niepełnosprawnością przez lokalnych przedsiębiorców.

Gmina wobec osób z niepełnosprawnością realizuje głównie zadania z obszaru pomocy społecznej. Przejawiają się one w świadczeniu usług opiekuńczych, a także pomocy finansowej. Jak już wspomniano powyżej, poza działaniami wynikającymi z aktów prawnych, władze gminne w ramach domniemania kompetencji mogą podejmować inicjatywy i realizować zadania, które mają istotne znaczenie dla mieszkańców, a nie należą do kompetencji innych organów. Mimo domniemania kompetencji i wynikającej z niej

³⁴⁹ Art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776 z późn. zm.).

³⁵⁰ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz.U. 2012 poz. 850 z późn. zm.).

niejako swobody działania gminy w zaspokajaniu potrzeb mieszkańców, przeszkodą w ich realizacji może okazać się brak środków budżetowych. Należy zgodzić się ze stwierdzeniem A. Fronczkiewicz – Wronki, która podkreśla, że „faktyczna realizacja działań gminy na rzecz osób z niepełnosprawnościami jest uzależniona w dużym stopniu od zasobności gminy i kreatywności jej władz. Opracowywane na poziomie gmin programy i strategie działań stwarzają sytuację, w której od inwencji i stopnia zaangażowania poszczególnych podmiotów uzależniony jest rzeczywisty zakres podejmowanych inicjatyw”³⁵¹.

Spośród wszystkich trzech jednostek samorządowych w Polsce to powiat odgrywa kluczową rolę we wsparciu osób z niepełnosprawnością. Jest to jedno z zadań przypisanych tej jednostce, które wynika wprost z *Ustawy o samorządzie powiatowym*. Ustawa ta jednak zawiera tylko ogólny przepis, nie precyzuje natomiast charakteru i rodzaju wykonywanych zadań. Tak jak miało to miejsce w przypadku gminy, zadania nałożone na powiat znajdują swoją konkretyzację w *Ustawie o pomocy społecznej*, a także *Ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*.

Wśród zadań własnych wykonywanych przez powiat można odnaleźć te, które *Ustawa o pomocy społecznej* zarówno w sposób bezpośredni, jak i pośredni odnosi do osób z niepełnosprawnością. Ustawa ta jako zadania własne powiatu wskazuje między innymi: prowadzenie specjalistycznego poradnictwa; przyznawanie pomocy finansowej na usamodzielnienie się oraz kontynuowanie nauki, między innymi młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną, która opuszcza placówki zapewniające całodobową opiekę, a także pomoc tym osobom w integracji ze środowiskiem; prowadzenie mieszkań chronionych oraz powiatowych ośrodków wsparcia; domów pomocy społecznej, a ponadto opracowanie i realizację powiatowej strategii rozwiązywania problemów społecznych, ze szczególnym uwzględnieniem programów pomocy społecznej, wspierania osób niepełnosprawnością i innych, których celem jest integracja osób i rodzin z grup szczególnego ryzyka³⁵². Ponadto *Prawo oświatowe* jako zadanie własne powiatu wskazuje zakładanie i prowadzenie publicznych szkół podstawowych specjalnych, szkół ponadpodstawowych, w tym integracyjnych oraz z oddziałami integracyjnymi lub specjalnymi³⁵³.

³⁵¹ A. Fronczkiewicz-Wronka, M. Zrałek, *Niepełnosprawni w działaniach samorządu terytorialnego*, [w:] *Samorządowa Polityka Społeczna*, (red.) A. Fronczkiewicz-Wronka, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, Warszawa 2002, s. 186.

³⁵² Art. 19 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

³⁵³ Art. 8 ust. 16 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.

Z kolei zadaniami z zakresu administracji rządowej wykonywanymi przez powiat, w odniesieniu również do osób z niepełnosprawnością są: prowadzenie i rozwój infrastruktury ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi; realizacja zadań wynikających z rządowych programów pomocy społecznej, dla ochrony poziomu życia osób, rodzin i grup społecznych oraz rozwój specjalistycznego wsparcia³⁵⁴.

Jak już zostało wspomniane powyżej, powiat realizuje także zadania wynikające z *Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*. Ustawa ta nakłada na tę jednostkę samorządu terytorialnego szereg obowiązków w stosunku do osób z niepełnosprawnością. Powiat odpowiedzialny jest za: orzekanie o niepełnosprawności i jej stopniu; podejmowanie działań zmierzających do ograniczania skutków niepełnosprawności; opracowywanie i realizację programów działań w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej zatrudniania, a także przestrzegania praw osób z niepełnosprawnością; współpracę w zakresie opracowywania wyżej wspomnianych programów z instytucjami administracji rządowej i samorządowej, jak również instytucjami pozarządowymi i fundacjami. W gestii powiatu leży także kierowanie osób, które wymagają specjalistycznego programu szkolenia oraz rehabilitacji leczniczej i społecznej do specjalistycznego ośrodka szkoleniowo-rehabilitacyjnego lub innej placówki szkoleniowej³⁵⁵.

Ustawa o samorządzie województwa w swej treści, jak i zadania nałożone przez ustawodawcę na tę jednostkę, nie odnoszą się wprost do osób z niepełnosprawnością. Jednakże zadania z obszarów takich jak, na przykład: edukacja, ochrona zdrowia, transport zbiorowy czy pomoc społeczna dotyczą całego społeczeństwa, a więc także tych osób. Zadania samorządu województwa względem tej grupy społecznej, podobnie jak w przypadku omawianych wcześniej samorządów gminy i powiatu, zostały określone w *Ustawie o pomocy społecznej* oraz *Ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*.

Do zadań samorządu województwa, wymienionych w *Ustawie o pomocy społecznej* odnoszących się do osób z niepełnosprawnością, należy przede wszystkim: opracowanie, aktualizowanie i realizacja strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej, obejmującej w szczególności programy: pomocy społecznej; przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu, a także programy wyrównywania szans tych osób oraz dofinansowanie ich

³⁵⁴ Art. 20 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

³⁵⁵ Art. 35a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

realizacji³⁵⁶. Natomiast *Prawo oświatowe* jako zadanie samorządu województwa wskazuje zakładanie i prowadzenie publicznych szkół podstawowych specjalnych, szkół ponadpodstawowych, w tym integracyjnych oraz z oddziałami integracyjnymi lub specjalnymi o znaczeniu regionalnym lub ponadregionalnym³⁵⁷. Z kolei *Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* nakłada na samorząd województwa następujące zadania:

- opracowanie i realizację wojewódzkich programów dotyczących wyrównywania szans osób z niepełnosprawnością i przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu;
- pomocy w realizacji zadań na rzecz zatrudniania tych osób;
- opracowywanie i przedstawianie Pełnomocnikowi Rządu do spraw Osób Niepełnosprawnych informacji o prowadzonej działalności;
- dofinansowanie robót budowlanych, dotyczących obiektów służących rehabilitacji³⁵⁸;
- dofinansowanie kosztów tworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej;
- współpraca z organami administracji rządowej oraz powiatami i gminami w zakresie realizacji zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej;
- współpraca z organizacjami pozarządowymi i fundacjami działającymi na rzecz osób z niepełnosprawnością;
- opiniowanie wniosku o wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność związaną z organizacją turnusów rehabilitacyjnych prowadzonego przez wojewodę³⁵⁹.

W gestii sejmiku województwa leży między innymi: utworzenie planu sieci publicznych szkół i specjalnych o znaczeniu regionalnym lub ponadregionalnym, a także określenie zadań i podział środków otrzymanych z PFRON.

Do marszałka województwa należy zaś tworzenie i likwidacja specjalistycznych ośrodków szkoleniowo-rehabilitacyjnych. Należy dodać, że przy marszałku tworzone są wojewódzkie społeczne rady do spraw osób z niepełnosprawnością, pełniące rolę organu opiniodawczo – doradczego. Do zakresu działania rad należy: inspirowanie przedsięwzięć zmierzających do: integracji zawodowej i społecznej osób z niepełnosprawnością, realizacji praw tych osób; opiniowanie projektów wojewódzkich programów działań na rzecz osób

³⁵⁶ Art. 21 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

³⁵⁷ Art. 8 ust. 22 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.

³⁵⁸ Zgodnie z ustawą z 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane.

³⁵⁹ Art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

z niepełnosprawnością i ocena ich realizacji, a także opiniowanie projektów uchwał i programów przyjmowanych przez sejmik oraz ocena ich skutków dla tych osób.

Działania podejmowane przez samorząd województwa mają zasięg regionalny. Samorząd szczebla wojewódzkiego odpowiada między innymi za prowadzenie szkół specjalnych oraz ośrodków szkoleniowo rehabilitacyjnych o znaczeniu wojewódzkim. Ponadto władze samorządu województwa opracowując dokumenty planistyczne takie jak na przykład strategię polityki społecznej czy wojewódzki plan wyrównywania szans osób z niepełnosprawnością, wyznaczają ogólne kierunki w obszarze wsparcia tej grupy społecznej w całym regionie.

Można zatem stwierdzić, iż samorząd terytorialny odgrywa główną rolę we wsparciu osób z niepełnosprawnością w Polsce. Każdej z jednostek samorządu zarówno gminie, powiatowi, jak i województwu przekazano kompetencje na rzecz tej grupy społecznej. Szczególne znaczenie w tym aspekcie mają jednak samorządy powiatowe, ponieważ to one są odpowiedzialne za bezpośrednie wsparcie indywidualnych osób z niepełnosprawnością poprzez realizację zadań finansowanych przez PFRON czy Fundusz Solidarnościowy. Ponadto władze wszystkich szczebli mają prawo podejmowania własnych inicjatyw wykraczających poza te wynikające z aktów prawnych. Mogą identyfikować potrzeby mieszkańców, a w odpowiedzi realizować programy wsparcia zarówno własne, te o znaczeniu lokalnym, jak i wdrażać programy rządowe o zasięgu ogólnokrajowym. Przykładem działania o znaczeniu lokalnym jest wprowadzenie decyzją Rady Miasta Krakowa dodatku opiekuńczego dla opiekunów osób niesamodzielnych, zamieszkałych na terenie miasta. Świadczenie w wysokości 500zł miesięcznie finansowane jest ze środków własnych Miasta Krakowa³⁶⁰. Wydaje się, iż samorząd gminny jest najbliższym obywatela i jego problemów. Dlatego też w pierwszej kolejności to na władzach samorządu gminy powinien spoczywać ciężar odpowiedzialności identyfikacji potrzeb i pomocy tym osobom.

3.2.2. Realizacja programów ze środków PFRON

Powołany w 1991 roku PFRON jest głównym, celowym, państwowym, posiadającym osobowość prawną funduszem, którego zadaniem jest finansowanie rehabilitacji zawodowej, leczniczej i społecznej osób z niepełnosprawnością³⁶¹. Jak wskazuje się, jego celem jest wyrównywanie szans i poszanowanie praw osób z niepełnosprawnością, a także dbanie

³⁶⁰ Uchwała nr VII/127/19 Rady Miasta Krakowa z dnia 13 lutego 2019 r. w sprawie ustanowienia i realizacji dodatku opiekuńczego.

³⁶¹ Ustawa z dnia 9 maja 1991 r. o zatrudnianiu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych, (Dz.U. 1991 nr 46 poz. 201 z późn. zm.).

o usuwanie barier, na jakie napotykają te osoby w życiu codziennym, nauce, pracy i pełnieniu ról społecznych³⁶².

Przychodami funduszu są między innymi: obowiązkowe i dobrowolne wpłaty pracodawców, dotacje oraz subwencje z budżetu państwa, zapisy spadki i darowizny; dochody z oprocentowania pożyczek oraz wolnych środków przekazanych w zarządzanie; dochody z działalności gospodarczej, a także dywidendy³⁶³. Środki funduszu przekazywane są samorządom wojewódzkim i powiatowym na realizację określonych zadań, a także innym podmiotom realizującym zadania zlecone lub inne zadania wynikające z ustawy, z tym iż to powiat odgrywa kluczową rolę we wsparciu osób z niepełnosprawnością.

Wsparcie ze środków funduszu dotyczy działań z zakresu rehabilitacji zawodowej takich jak: finansowanie instrumentów rynku pracy, w tym podjęcie działalności gospodarczej czy utworzenie spółdzielni socjalnej, a także dofinansowywanie wynagrodzeń pracowników z niepełnosprawnością³⁶⁴. Ze środków funduszu finansowane są także działania rehabilitacji społecznej, w tym między innymi: tworzenie i działanie warsztatów terapii zajęciowej; uczestnictwo w turnusach rehabilitacyjnych, rehabilitacja dzieci i młodzieży, zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny i przedmioty ortopedyczne; usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika; likwidacja barier architektonicznych oraz barier w komunikowaniu się. Generalnie, dofinansowanie udzielane jest na wniosek osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego, a wnioskodawca zobowiązany jest dołączyć do wniosku komplet wymaganych dokumentów. Ponadto dofinansowanie nie może obejmować kosztów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.

Wyżej wymienione zadania dotyczące rehabilitacji zawodowej realizowane są przez powiatowe urzędy pracy, natomiast zadania z obszaru rehabilitacji społecznej realizują powiatowe centra pomocy rodzinie³⁶⁵.

W ramach likwidacji barier architektonicznych można otrzymać środki na dostosowanie pomieszczeń do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Dostosowanie może

³⁶² PFRON – *Co robimy?*, <https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/co-robimy>, (dostęp: 19.10 2021).

³⁶³ Art. 46 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

³⁶⁴ Szerzej na temat zadań powiatu z zakresu rehabilitacji zawodowej osób z niepełnosprawnością i ich realizacji w P. Zając, *Formy rehabilitacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami finansowane ze środków PFRON, realizowane przez samorzady powiatowe w latach 2010–2020*, [w:] *Polonia Journal* 14/2021, (red.) W. Kaute, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Ekonomiczno-Humanistycznej, Bielsko-Biała 2021, s. 148-164.

³⁶⁵ Samorząd powiatowy zobowiązany jest do opracowywania i przedstawiania planów zadań i informacji z prowadzonej działalności oraz ich udostępnianie na potrzeby samorządu województwa oraz Pełnomocnika Rządu do spraw Osób Niepełnosprawnych. Ponadto zarząd powiatu przedstawia prezesowi PFRON sprawozdania rzeczowo-finansowe o zadaniach zrealizowanych z otrzymanych środków.

polegać między innymi na przebudowaniu łazienki, usunięciu progów w mieszkaniu, wykonaniu podjazdu do budynku dla osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim czy zamontowaniu windy. Należy dodać, że w tym przypadku trzeba złożyć wiele dokumentów, a przy rozpatrywaniu wniosku brany pod uwagę jest dochód osoby ubiegającej się o wsparcie³⁶⁶. Wysokość otrzymanego dofinansowania uzależniona jest od środków finansowych, jakie powiat otrzymał w danym roku z PFRON. Jednakże kwota ta dla indywidualnego wnioskodawcy nie może przekroczyć 95% całkowitej kwoty związanej z likwidacją barier architektonicznych, a wnioskodawca musi posiadać własne środki w kwocie, co najmniej 5%. Udział własny wnioskodawcy mogą stanowić między innymi darowizny od osób prywatnych lub instytucji. Należy zaznaczyć, iż złożenie wniosku nie gwarantuje otrzymania dofinansowania, jest ono przyznawane do wyczerpania środków przeznaczonych do wykorzystania na dany rok kalendarzowy³⁶⁷.

Osoby z niepełnosprawnością mogą także ubiegać się o dofinansowanie likwidacji barier technicznych oraz barier w komunikowaniu się. Do barier technicznych należą te, które uniemożliwiają sprawne funkcjonowanie w życiu codziennym. Pieniądze z otrzymanego dofinansowania beneficjent może przeznaczyć między innymi na: odpowiednie akcesoria sanitarne, pompę insulinową, łóżko wspomagające obsługę osoby z niepełnosprawnością ruchową. Wysokość dofinansowania nie może przekroczyć 95% całkowitej kwoty zakupu urządzenia. Wnioskodawca musi posiadać własne środki w kwocie co najmniej 5%. Należy dodać, że dofinansowanie to nie przysługuje osobom, które w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio dofinansowanie na ten cel.

Likwidacja barier w komunikowaniu się polega natomiast na usunięciu ograniczeń uniemożliwiających osobie z niepełnosprawnością swobodne porozumiewanie się i przekazywanie informacji. Dofinansowany może być zakup urządzeń ułatwiających kontakt z otoczeniem, takich jak: sprzęt komputerowy, powiększalnik elektroniczny, czy maszyna do pisania pismem Braille`a. Wysokość dofinansowania nie może przekroczyć

³⁶⁶ Do wniosku o dofinansowanie należy dołączyć: kserokopię, aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu); aktualne zaświadczenie od lekarza specjalisty zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i opis trudności w poruszaniu się wnioskodawcy; oświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe; udokumentowana podstawa prawna zajmowania lokalu lub budynku mieszkalnego (akt notarialny, wyciąg z księgi wieczystej, użytkowanie wieczyste, umowa najmu); zgodę na przeprowadzenie prac budowlanych właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeśli taka zgoda jest wymagana; zaświadczenie o zameldowaniu z urzędu gminy na stałe.

³⁶⁷ PCPR Kielce – likwidacja barier architektonicznych,

<https://pcprkielce.pl/osoby-z-niepelnosprawnosciami/zadania-finasowane-ze-srodkow-pfron/likwidacja-barier-architektonicznych>, (dostęp: 01.08.2021).

95% całkowitej kwoty zakupu urządzenia. Wnioskodawca musi spełniać analogiczne warunki, jak w przypadku ubiegania się o dofinansowanie likwidacji barier technicznych.

Osoba ubiegająca się o dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego służącego rehabilitacji w warunkach domowych musi spełnić kryteria dochodowe³⁶⁸. Wysokość dofinansowania wynosi do 80% jego kosztów, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia i jest wyliczana na podstawie dochodu netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym. Otrzymane dofinansowanie nie może obejmować kosztów poniesionych przez wnioskodawcę przed podpisaniem umowy. Trzeba zaznaczyć, że złożenie wniosku nie gwarantuje otrzymania dofinansowania, jest ono przyznawane do wyczerpania środków przeznaczonych do wykorzystania na dany rok kalendarzowy. W przypadku niedoboru środków, w zależności od powiatu, mogą być wprowadzone dodatkowe ograniczenia przy ubieganiu się o przyznanie dofinansowania. O dofinansowanie na zakup sprzętu rehabilitacyjnego mogą ubiegać się raz w roku także osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą oraz osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, pod warunkiem prowadzenia rehabilitacji osób z niepełnosprawnością przynajmniej przez dwa lata oraz posiadania środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie sprzętu w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON³⁶⁹.

Dofinansowywane są przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze niezbędne do funkcjonowania w przypadku trwałej niepełnosprawności, w okresie choroby lub usprawnienia leczniczego. Są to m.in.: protezy, kule, wózki inwalidzkie, a także rzeczy, które ułatwiają w znacznym stopniu bądź umożliwiają funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej w środowisku społecznym, takie jak: pieluchomajtki, worki stomijne, czy cewniki. Wnioskować o nie mogą osoby z niepełnosprawnością, które otrzymały od lekarza

³⁶⁸ O dofinansowanie można ubiegać się, jeżeli przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty: 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym, 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnie gospodarującej. Do wniosku o dofinansowanie należy dołączyć: kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności, zaświadczenie od lekarza specjalisty zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i o potrzebie rehabilitacji w warunkach domowych oraz dokument finansowy (fakturę) ze sklepu, w którym sprzęt zostanie zakupiony

³⁶⁹ PCPR Kielce – Zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny,

<https://pcprkielce.pl/osoby-z-niepelnosprawnościami/zadania-finasowane-ze-srodkow-pfron/zaopatrzenie-w-sprzet-rehabilitacyjny>, (dostęp: 01.08.2021).

zlecenie na określony przedmiot lub środek oraz spełniają kryterium dochodowe³⁷⁰. Wysokość dofinansowania określa corocznie w formie uchwały zarząd powiatu i może wynosić maksymalnie do 100% udziału własnego wyznaczonego w limicie ceny NFZ lub do 150% sumy kwoty limitu, wyznaczonego przez NFZ oraz udziału własnego, jeżeli cena zakupu jest wyższa niż ustalony limit w rozporządzeniu ministra zdrowia³⁷¹. Tak jak w przypadku dofinansowań opisywanych powyżej, złożenie wniosku nie gwarantuje jego otrzymania, jest ono przyznawane do wyczerpania środków przeznaczonych do wykorzystania na dany rok kalendarzowy³⁷².

Uczestnictwo osób z niepełnosprawnością i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych może także zostać częściowo sfinansowane ze środków PFRON, przekazanych samorządowi powiatowemu. Turnus rehabilitacyjny stanowi grupową formę rehabilitacji osób o podobnych potrzebach ze względu na rodzaj niepełnosprawności. Zwykle trwa co najmniej dwa tygodnie i odbywa się w grupach zorganizowanych, liczących minimum 20 osób. Uczestnicy turnusu mają opracowany program rehabilitacji odpowiedni do ich schorzeń. Celem turnusu obok rehabilitacji leczniczej jest także rehabilitacja społeczna poprzez integrację z innymi uczestnikami³⁷³. Dofinansowanie turnusu wynosi od 20 do 30% przeciętnego wynagrodzenia w zależności od stopnia niepełnosprawności oraz sytuacji finansowej danej osoby³⁷⁴. Stąd wymóg, iż wnioski mogą składać osoby

³⁷⁰ Do wniosku o dofinansowanie należy dołączyć: kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności; fakturę określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego, lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (potwierdzoną za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie), albo kopię zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia (z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego) oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji. O dofinansowanie mogą ubiegać się osoby, których przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty: 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym, 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnie gospodarującej.

³⁷¹ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, (Dz.U. 2021 poz. 704 z późn. zm.).

³⁷² PCPR Kielce – Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, <https://pcprkielce.pl/osoby-z-niepelnosprawnosciami/zadania-finasowane-ze-srodkow-pfron/zaopatrzenie-w-przedmioty-ortopedyczne-i-srodki-pomocnicze/>, (dostęp: 01.08.2021).

³⁷³ Do wniosku należy dołączyć: kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności, skierowanie od lekarza na turnus, oświadczenie o dochodach, w przypadku turnusu przewidującego zabiegi fizjoterapeutyczne także aktualne zaświadczenie o stanie zdrowia.

³⁷⁴ Dofinansowanie wynosi: 30% przeciętnego wynagrodzenia dla osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności; osoby z niepełnosprawnością w wieku do 16. roku życia; osoby w wieku 16-24 lat uczącej się i niepracującej, bez względu na stopień niepełnosprawności; 27% dla osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności; 25% dla osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności; 20% dla opiekuna osoby z niepełnosprawnością oraz także 20% dla osoby zatrudnionej w zakładzie pracy chronionej, niezależnie od posiadanego stopnia niepełnosprawności.

z niepełnosprawnością, które spełniają kryterium dochodowe³⁷⁵. Warto zaznaczyć, że w przypadku przekroczenia progu dochodowego, dofinansowanie pomniejsza się o kwotę, o którą dochód został przekroczony. Osobie z niepełnosprawnością będącej w trudnej sytuacji materialnej może zostać udzielone dofinansowanie, pomimo przekroczenia kwot dochodu. Osobie ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności albo osobie z niepełnosprawnością do ukończenia 16. roku życia, która wymaga pomocy w codziennym funkcjonowaniu, może być przyznane dofinansowanie uczestnictwa opiekuna w turnusie. W przypadku otrzymania dofinansowania, wybór miejsca i terminu wyjazdu pozostaje w gestii wnioskodawcy. Osoba zainteresowana wybiera ośrodek rehabilitacyjny spośród podmiotów uprawnionych do prowadzenia turnusów³⁷⁶.

O dofinansowanie usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika mogą ubiegać się osoby, u których orzeczono niepełnosprawność w zakresie zaburzeń głosu, mowy i chorób słuchu, a także występującą łącznie z chorobą narządu wzroku³⁷⁷. Wysokość dofinansowania za godzinę świadczenia usługi przez tłumacza języka migowego nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia³⁷⁸. Przy rozpatrywaniu wniosku brany pod uwagę jest dochód wnioskodawcy za kwartał poprzedzający miesiąc jego złożenia. Usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika dofinansowane ze środków PFRON może wykonywać osoba, która jest tłumaczem wpisanym w rejestrze wojewody³⁷⁹.

Oprócz subsydiów, samorządy powiatowe realizują także inne programy finansowane ze środków PFRON. Dotyczą one różnych form wsparcia osób z niepełnosprawnością, jak pilotażowy program *Aktywny Samorząd*. Program ten skierowany jest do osób posiadających znaczny lub umiarkowany stopień

³⁷⁵ O dofinansowanie mogą ubiegać się osoby, których przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty: 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym lub 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnie gospodarującej.

³⁷⁶ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych, (Dz.U. 2007 nr 230 poz. 1694 z późn. zm.).

³⁷⁷ Do wniosku należy dołączyć: kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności potwierdzającego niepełnosprawność w zakresie zaburzeń głosu, mowy, chorób słuchu jeśli informacja ta nie jest zawarta w orzeczeniu należy dołączyć stosowne zaświadczenie od lekarza specjalisty.

³⁷⁸ Przeciętne wynagrodzenie w IV kwartale 2020 r. to 5457,98 zł. Maksymalne dofinansowanie wynoszące 2% tej kwoty to 109,16 zł. Źródło: Komunikat Prezesa GUS z dnia 9 lutego 2021 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w IV kwartale 2020 r., <https://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/komunikat-w-sprawie-przecietnego-wynagrodzenia-w-czwartym-kwartale-2020-roku,271,31.html>, (dostęp: 01.09.2021).

³⁷⁹ PCPR Kielce – dofinansowania na usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika, <https://pcprkielce.pl/osoby-z-niepelnosprawnosciami/zadania-finasowane-ze-srodkow-pfron/dofinansowania-na-uslugi-tlumacza-jezyka-migowego-lub-tlumacza-przewodnika-dla-osob-niepelnosprawnych>, (dostęp: 01.09.2021).

niepełnosprawności oraz dzieci do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności. Jego celem jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. W ramach programu osoby z niepełnosprawnością mogą uzyskać nie tylko dofinansowanie do zakupu niezbędnego sprzętu, ale także do uzyskania prawa jazdy, dostosowania samochodu do potrzeb wynikających z niepełnosprawności czy pokrycia części kosztów nauki na poziomie wyższym³⁸⁰.

3.2.3. Realizacja programów finansowanych z Funduszu Solidarnościowego

Ponadto w gestii samorządów powiatowych leży realizacja programów finansowanych z Funduszu Solidarnościowego. Jest to państwowy fundusz celowy, powołany *Ustawą z dnia 23 października 2018 r. o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych*³⁸¹. Decyzję o utworzeniu funduszu podjęto na skutek protestu rodziców dorosłych osób z niepełnosprawnością, jaki miał miejsce w gmachu polskiego parlamentu w dniach od 18 kwietnia do 25 maja 2018 roku³⁸². Pierwotnym celem funduszu było finansowanie wsparcia społecznego, zawodowego lub zdrowotnego osób z niepełnosprawnością. W wyniku nowelizacji ustawą z dnia 20 grudnia 2019 roku, do zadań finansowanych przez fundusz, dodano także wsparcie finansowe emerytów i rencistów oraz zmieniono jego nazwę z *Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych* na *Fundusz Solidarnościowy*³⁸³.

Ze środków funduszu finansowane są między innymi programy kierowane do osób z niepełnosprawnością. Jednym z takich programów jest *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej*. Program ten realizowany jest od 1 października 2019 roku, ma na celu umożliwienie skorzystania przez osoby z niepełnosprawnością z pomocy asystenta przy wykonywaniu codziennych czynności i funkcjonowaniu w życiu społecznym. Do programu mogą przystąpić zarówno gminy, jak i powiaty. Jednostki samorządowe mogą otrzymać wsparcie finansowe do wysokości 100% kosztów realizacji programu. Z usług asystenta mogą skorzystać osoby posiadające orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu

³⁸⁰ Aktywny samorząd w 2021 roku, <https://www.pfron.org.pl/aktualnosci/szczegoly-aktualnosci/news/aktywny-samorzad-w-2021-roku-1>, (dostęp: 01.09.2021).

³⁸¹ Ustawa z dnia 23 października 2018 r. o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, (Dz.U. 2018 poz. 2192 z późn. zm.).

³⁸² *Protest w Sejmie. Kalendarium. Dzień po dniu*, <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/650943>, (dostęp: 26.09.2021).

³⁸³ Ustawa z dnia 20 grudnia 2019 r. o zmianie ustawy o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw, (Dz.U. 2019 poz. 2473 z późn. zm.).

niepełnosprawności lub orzeczenia równoważne do wymienionych. Należy dodać, że od drugiej edycji programu realizowanego od roku 2021, z usług asystenta mogą skorzystać także dzieci do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności, łącznie ze wskazaniami konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji³⁸⁴.

Pomoc asystenta może wpłynąć na ograniczanie skutków niepełnosprawności poprzez stymulację osoby z niepełnosprawnością do podejmowania aktywności, także umożliwić realizację prawa do niezależnego życia i wpływać na przeciwdziałanie dyskryminacji. Asystent może umożliwić uczestnictwo w życiu lokalnej społeczności, na przykład poprzez udział w wydarzeniach społecznych, kulturalnych, rozrywkowych czy też sportowych³⁸⁵. Gmina lub powiat realizujący program, przyznaje usługi asystenckie na podstawie karty zgłoszenia do programu złożonej przez osobę zainteresowaną³⁸⁶. Za usługi asystenckie uczestnik programu nie ponosi odpłatności. Beneficjent usług ma prawo samodzielnego wyboru osoby je świadczącej. Mogą być one realizowane siedem dni w tygodniu. Przy czym limit godzin usług asystenta w pierwszej edycji programu (2019 – 2020) przypadający na jednego beneficjenta wynosił 30 godzin miesięcznie. W drugiej edycji, realizowanej od roku 2021, limit ten został podniesiony do 60 godzin miesięcznie. Gdy beneficjentami programu są osoby, których rodzice zrezygnowali ze świadczenia pracy z powodu opieki nad nimi i pobierają z tego tytułu świadczenie pielęgnacyjne, limit godzin usług asystenta wynosi 30 godzin miesięcznie. Warto podkreślić, że w przypadku przekroczenia powyżej wskazanych limitów, jednostka samorządowa realizująca program może przyznać kolejne godziny usług asystenta pokrywając je ze środków własnych³⁸⁷.

³⁸⁴ *Program Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2021*, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2020,

<https://www.gov.pl/attachment/7c53eb70-0e81-4ad1-af54-8c3cfcb4840c>, (dostęp: 26.09.2021).

³⁸⁵ Ogłoszenie o naborze wniosków w ramach programu *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2019 – 2020*,

<https://www.gov.pl/web/rodzina/ogloszenie-o-naborze-wnioskow-w-ramach-programu-asystent-osobisty-osoby-niepelnosprawnej---edycja-2019-2020>, (dostęp: 26.09.2021).

³⁸⁶ Karta zgłoszenia do programu oprócz podstawowych danych osoby ubiegającej się zawiera również informacje dotyczące jej ograniczeń wynikających z niepełnosprawności. Do karty zgłoszenia osoba ubiegająca się o usługi asystenckie zobowiązana jest dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności.

³⁸⁷ *Program Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2019-2020*, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Warszawa 2019,

<http://www.niepelnosprawni.gov.pl/container/sfwon/asystent-osobisty-2019-2020/Program%20Asystent%20osobisty%20osoby%20niepelnosprawnej%20-%20edycja%202019-2020..pdf>, (dostęp: 26.09.2021).

Kolejnym programem finansowanym ze środków Funduszu Solidarnościowego i realizowanym przez samorządy jest *Opieka wytchnieniowa*. Uruchomiony został w kwietniu 2019 roku, kierowany jest do osób sprawujących opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji. Z usługi mogą także skorzystać opiekunowie dorosłych osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, którzy wymagają wsparcia w postaci doraźnej, krótkotrwałej przerwy w sprawowaniu opieki nad tymi osobami oraz podniesienia swoich umiejętności i wiedzy w tym zakresie. W ramach programu gmina lub powiat może otrzymać wsparcie finansowe na koszty realizacji usług w wysokości do 80% kosztów³⁸⁸.

Program oparty jest na trzech modułach, które odpowiadają poszczególnym formom wsparcia:

- Moduł I – usługi pobytu dziennego osoby z niepełnosprawnością, skierowane do członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności oraz osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, niekorzystających z innych form usług w miejscu zamieszkania; ośrodka wsparcia czy domu pomocy społecznej;
- Moduł II – usługi pobytu całodobowego dorosłych osób z niepełnosprawnością: w ośrodkach wsparcia, w tym w środowiskowych domach samopomocy posiadających miejsca całodobowego pobytu oraz w mieszkaniach chronionych;
- Moduł III – usługi specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego lub terapeutycznego) oraz wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji lub rehabilitacji czy dietetyki, skierowana do członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem, o których mowa powyżej oraz osobami z niepełnosprawnością w stopniu znacznym.

Należy nadmienić, że Moduły I i II mogą być realizowane przez gminy we współpracy z powiatami, natomiast Moduł III realizowany jest przez powiaty. Wymiar usług w ramach pobytu całodobowego wynosi 14 dni, w sumie 240 godzin w odniesieniu do usług

³⁸⁸ Program *Opieka wytchnieniowa 2019*, Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, <http://niepełnosprawni.gov.pl/index.php?c=article&id=903/>, (dostęp: 26.09.2021).

wynikających z modułów I i III. Korzystanie z usług opieki wytechnieniowej w ustalonym limicie jest bezpłatne. Osoba po jego przekroczeniu, której dochód nie przekracza 350% kryterium dochodowego wynikającego z *Ustawy o pomocy społecznej*, może korzystać z tych usług nadal w takim samym wymiarze za odpłatnością 50% kosztów ich realizacji³⁸⁹.

Ze środków Funduszu Solidarnościowego samorządy powiatowe i gminne realizują także program *Centra Opiekuńczo Mieszkalne*. Został uruchomiony w lipcu 2019 roku, ma na celu utworzenie na terenie gminy/powiatu placówek oferujących usługi zamieszkania dziennego lub całodobowego dla osób dorosłych z orzeczoną niepełnosprawnością w stopniu znacznym lub umiarkowanym. Z programu skorzystać mogą gminy i powiaty chcące utworzyć centra lub zlecić ich prowadzenie organizacjom pozarządowym³⁹⁰. Jednostki samorządu terytorialnego pieniądze pozyskane z Funduszu mogą przeznaczyć na utworzenie centrum (budowę nowego obiektu lub przebudowanie obiektu) oraz na funkcjonowanie placówki. Na budowę obiektu lub jego dostosowanie gminy lub powiaty mogą uzyskać do 100% kosztów, natomiast wysokość wparcia na funkcjonowanie placówki wynosi 20 zł za godzinę pobytu jednego uczestnika programu w zakresie usług pobytu dziennego oraz do 5000 zł miesięcznie w przypadku całodobowego zamieszkania. Korzystanie z usług jest odpłatne w zależności od ustalonego ich zakresu. Centra, oprócz możliwości zamieszkania i opieki, mają pełnić też funkcję integracyjną osób z niepełnosprawnością. Udzielać wsparcia w zakresie potrzeb zdrowotnych, pielęgnacyjnych, stymulowania i rozwijania sprawności ruchowej, kompetencji poznawczych i społecznych, a także przygotowywać takie osoby do samodzielnego funkcjonowania³⁹¹. Gminy realizując usługi opiekuńcze też mogą przystąpić do programu *Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych* finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego³⁹². Program ten wspiera usługi opiekuńcze, w tym specjalistyczne usługi

³⁸⁹ Program *Opieka wytechnieniowa 2019*, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, <https://niepelnosprawni.gov.pl/download/program%20opieka%20wytechnieniowa-2019.pdf/> (dostęp: 26.09.2021).

³⁹⁰ Nabór wniosków w ramach Programu *Centra opiekuńczo – mieszkalne*, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, <https://www.gov.pl/web/rodzina/nabor-wnioskow-w-ramach-programu-centra-opiekunczo-mieszkalne/> (dostęp: 26.09.2021).

³⁹¹ Od uruchomienia programu *Centra Opiekuńczo – Mieszkalne* do marca 2021, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej otrzymało łącznie od 219 wniosków dotyczących jego realizacji. Z czego pozytywnie zostało rozpatrzonych 33 wnioski. Według danych z października 2021 w całym kraju funkcjonuje 5 centrów opiekuńczo-mieszkalnych w następujących województwach: lubelskim – 2, podkarpackim, wielkopolskim i warmińsko-mazurskim – 1. Z wymienionych centrów może korzystać łącznie 93 osoby z niepełnosprawnością – informacja uzyskana z Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej w trybie dostępu do informacji publicznej w dniu 16.11.2021.

³⁹² *Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych* – edycja 2019, Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, <https://niepelnosprawni.gov.pl/art,902,uslugi-opiekuncze-dla-osob-niepelnosprawnych-edycja-2019>, (dostęp: 26.09.2021).

dla osób w wieku do 75. roku życia posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub równoważne. Program ten wspiera także dzieci do 16. roku życia z orzeczoną niepełnosprawnością wraz ze wskazaniami konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji. W ramach Programu gmina może otrzymać wsparcie finansowe do 50% kosztów realizacji usług³⁹³.

3.2.4. Wnioski

Samorząd terytorialny odgrywa istotną rolę w systemie wsparcia osób z niepełnosprawnością w Polsce. Każda z trzech jednostek samorządowych wykonuje zadania na rzecz tej grupy społecznej. Jednakże to powiaty w głównej mierze odpowiedzialne są za dostarczanie usług społecznych czy udzielanie dofinansowań na zakup sprzętu rehabilitacyjnego. Warto zauważyć, że inicjatywy wspierające osoby z niepełnosprawnością a w szczególności usługi społeczne funkcjonują od lat i są powszechnie dostępne w państwach Unii Europejskiej, między innymi w Szwecji, Danii czy Wielkiej Brytanii. W Polsce zaś w większości są dopiero na etapie wdrażania. Realizowane w sposób doraźny poprzez programy tworzone z potrzeby chwili (np. na skutek protestu opiekunów osób z niepełnosprawnością w Sejmie w roku 2018)³⁹⁴. Te jak i inne działania wynikające z różnych programów, finansowane są ze środków z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Funduszu Solidarnościowego. Rozproszenie kompetencji w obszarze realizacji poszczególnych działań, jak i ich system finansowania oparty o różne podmioty, który funkcjonuje obecnie w Polsce, powoduje niekiedy chaos interpretacyjny, co utrudnia skorzystanie z pomocy. Ponadto należy podkreślić, że udzielenie pomocy w postaci dofinansowania na przykład zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, zależne jest od dochodu wnioskodawcy. Wydaje się też, że uzależnienie samorządów w realizacji działań wspierających od z góry przekazanych kwot z obydwu funduszy nie jest nie tylko racjonalne, ale także może przeszkadzać w dostarczeniu pomocy, tam gdzie jest potrzebna. Taki system finansowania sprawia, że nie wszyscy, którzy wnioskuje o pomoc mogą ją otrzymać, ponieważ środki, które dany samorząd otrzyma, mogą okazać się zbyt

³⁹³ W roku 2019, kiedy program uruchomiono, dofinansowanie na realizację usług opiekuńczych w tym także specjalistycznych usług opiekuńczych z Funduszu Solidarnościowego, otrzymało 320 gmin. W roku 2020 natomiast z programu skorzystało 235 gmin. Na temat samego Funduszu Solidarnościowego oraz innych programów finansowanych z jego środków, będzie mowa szerzej w części dotyczącej powiatu.

³⁹⁴ *W czwartek szansa na przełom? W Sejmie trwa protest opiekunów osób niepełnosprawnych*, <https://www.wprost.pl/kraj/10118866/w-czwartek-szansa-na-przelom-w-sejmie-trwa-protest-opiekunow-osob-niepelnospawnych.html/>, (dostęp: 16.12.2021).

małe w stosunku do faktycznego zapotrzebowania. Polskie władze powinny wziąć pod uwagę zmianę systemu finansowania działań skierowanych do osób z niepełnosprawnością, Szerzej na ten temat zostanie powiedziane w części dotyczącej wykorzystania poszczególnych instrumentów pomocowych.

3.3. Kompetencje samorządu terytorialnego Szwecji na rzecz wyrównywania szans osób z niepełnosprawnością

3.3.1. Usługi społeczne i sprzęt rehabilitacyjny

Jak wskazano wcześniej, wsparcie osób z niepełnosprawnością w Szwecji należy do zadań obligatoryjnych gminy. Działania władz samorządowych w tym zakresie, zgodnie z *Ustawą o opiece zdrowotnej* (szw. *Hälso- och sjukvårdslag*) z 9 lutego 2017 roku, polegają na zapewnianiu mieszkańcom z niepełnosprawnością usług społecznych, dostępu do świadczeń habilitacyjnych³⁹⁵ oraz rehabilitacyjnych, a także dostarczeniu niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego i wspomagającego³⁹⁶.

Usługi społeczne w Szwecji stanowią bardzo istotną pomoc dla osób z niepełnosprawnością. Na szczególną uwagę zasługuje usługa pomocy osobistego asystenta. To właśnie dzięki asystentowi osoby te mogą nie tylko otrzymać pomoc w codziennych czynnościach, ale też uczestniczyć w życiu społecznym i w konsekwencji osiągnąć niezależność. Należy podkreślić, że funkcją asystenta nie jest wyłączenie osoby z niepełnosprawnością, a pomoc w sytuacjach czy czynnościach, w których nie jest sobie w stanie sama poradzić. Ponadto asystent ma za zadanie motywować do podejmowania samodzielnych działań w granicach możliwości tej osoby. Dzięki temu, że asystent nie wyręcza, a motywuje, jego rola nie prowadzi do większego uzależnienia osoby z niepełnosprawnością od opiekunów³⁹⁷. Rozwój tej usługi był następstwem szerszych zmian w postrzeganiu społeczności osób z niepełnosprawnością jakie zaszły w Szwecji już w latach 60. XX wieku. Dokonały się one pod wpływem aktywnego ruchu na rzecz ich niezależności. Początków asystencji osobistej w Szwecji można doszukiwać się w 1983 roku. Wtedy to w Sztokholmie powołano Spółdzielnię na rzecz Niezależnego Życia³⁹⁸.

³⁹⁵ Habilitacja rozumiana jako usamodzielnienie, usprawnienie są to działania mające na celu przywrócenie maksymalnego poziomu funkcjonowania osób z niepełnosprawnością wrodzoną lub rozwiniętą we wczesnym okresie życia.

³⁹⁶ Roz. 12 §5. *Hälso- och sjukvårdslag* z dnia 9 lutego 2017 r.

³⁹⁷ A. Rams, *Rola asystenta osobistego (personlig assistent) w życiu osoby z niepełnosprawnością w Szwecji* [w:] *Health Promotion & Physical Activity*, 2017, 1 (1), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Tarnowie, Tarnów 2017, s. 98.

³⁹⁸ The Stockholm Cooperative for Independent Living (STIL).

Spółdzielnia była pierwszą europejską inicjatywą, dzięki której osoby z niepełnosprawnością same zatrudniały swoich asystentów. Kilka lat później podobna inicjatywa powstała w Göteborgu, a z czasem również w innych szwedzkich miastach. Ruch na rzecz osób z niepełnosprawnością oraz jego stanowisko dotyczące niezależności życia tej grupy społecznej, wywarł decydujący wpływ na rozpoczęty w 1989 roku kompleksowy projekt komitetu społecznego, mający na celu przygotowanie nowej reformy w obszarze niepełnosprawności. Efektem prac nad reformą było przedstawienie projektu ustawy o wsparciu i usługach dla osób z niepełnosprawnością. Projekt został jednogłośnie przyjęty przez Riksdag i 27 maja 1993 roku uchwalono *Ustawę o wsparciu i usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami* [szw. *Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)*], która weszła w życie 1 stycznia 1994 roku³⁹⁹. Należy nadmienić, że wprowadzenie ogólnodostępnej usługi asystenta przyczyniło się do przyspieszenia procesu deinstytucjonalizacji. Jego przejawem była rezygnacja z całodobowych placówek opiekuńczych dla osób z niepełnosprawnością⁴⁰⁰.

W ustawie oprócz usługi osobistego asystenta zawarto jeszcze dziewięć usług, z których mogą skorzystać osoby, które nie ukończyły 65. roku życia i posiadają niepełnosprawność w obszarze zaburzeń rozwojowych lub autyzmu; znaczną i trwałą niepełnosprawność po urazie mózgu powstałym w wieku dorosłym; osoby z innymi trwałymi upośledzeniami fizycznymi lub umysłowymi, które nie są związane ze starzeniem się, a powodują znaczne trudności w życiu codziennym. Wszystkie wymienione w ustawie usługi to:

- porada i wsparcie specjalistyczne – możliwość uzyskania fachowej porady odnośnie posiadanej niepełnosprawności oraz funkcjonowania z tą niepełnosprawnością. Może to być na przykład konsultacja z psychologiem, logopedą, pracownikiem socjalnym, a także uzyskanie informacji na temat przysługujących danej osobie praw;
- pomoc osobistego asystenta – omówiona już powyżej usługa dla osób, które wymagają pomocy w zaspokojeniu podstawowych potrzeb takich jak: czynności higieniczne, ubieranie się, jedzenie, kontakt z otoczeniem czy wyjścia poza miejsce

³⁹⁹ O. P. Askheim, H. Bengtsson, B. Richter Bjelke, *Personal assistance in a Scandinavian context: similarities, differences and developmental traits*, [w:] *Scandinavian Journal of Disability Research*, Vol. 16, No. S1, Stockholm University 2014, s. 5-6.

⁴⁰⁰ R. Bakalarczyk, *Asystencja osobista osób z niepełnosprawnościami w Szwecji na tle doświadczeń państw nordyckich – w poszukiwaniu inspiracji dla Polski*, [w:] *Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka* nr 2/2022 (153), Wydawnictwo Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2022, s. 7.

zamieszkania. Gmina zapewnia pomoc asystenta w wymiarze do 20 godzin tygodniowo. W przypadku potrzeby korzystania z usługi w wymiarze większym niż 20 godzin, osoba uprawniona może ubiegać się w Agencji Ubezpieczeń Społecznych (szw. *Försäkringskassan*) o rekompensatę z tytułu poniesionych kosztów;

- eskorta osoby towarzyszącej – usługa eskorty dla osób, które mają trudności z samodzielnym poruszaniem się i dotarciem na przykład na: wizytę do lekarza; zajęcia czy spotkanie;
- wsparcie towarzyskie – celem tej usługi jest zapobieganie izolacji społecznej osób z niepełnosprawnością. Polega ona na umożliwieniu spędzania czasu i utrzymywania relacji społecznych z osobą pełniącą rolę niejako „przyjaciela” osoby z niepełnosprawnością, na przykład poprzez wspólne spotkania czy uczestnictwo w zajęciach rekreacyjnych;
- odciążenie opiekuna – celem tej usługi jest czasowe zastąpienie opiekuna osoby z niepełnosprawnością by ten mógł odpocząć. Jest ona świadczona w miejscu zamieszkania osoby wymagającej opieki;
- pobyt krótkoterminowy poza miejscem zamieszkania – pobyt w przystosowanym ośrodku, usługa mająca charakter rekreacyjny, daje uprawnionemu możliwość wypoczynku czy zmiany otoczenia. Usługa ta jest traktowana jako regularny wypoczynek, ale może być też stosowana doraźnie w przypadku, gdy opiekun nie może w danej chwili zająć się swoim podopiecznym. Ośrodki pracują zarówno w dni powszednie, jak i w dni wolne od pracy;
- zakwaterowanie w dostosowanym mieszkaniu z obsługą – zakwaterowanie w mieszkaniu, w którym osoba z niepełnosprawnością może skorzystać z pomocy personelu. Istnieją dwa warianty tej usługi, zakwaterowanie grupowe i zakwaterowanie usługowe. Pierwsze z wymienionych przeznaczone jest dla osób mieszkających wspólnie, które potrzebują wsparcia przez całą dobę. Zakwaterowanie usługowe polega natomiast na tym, że opieka nad mieszkańcami nie ma charakteru stałego, ale w przypadku potrzeby mogą oni skontaktować się z opiekunem. Oprócz indywidualnych mieszkań w miejscu zakwaterowania znajduje się część wspólna, gdzie mieszkańcy mogą się spotykać;
- codzienne zajęcia dla osób niepracujących – zajęcia przeznaczone dla osób z niepełnosprawnością intelektualną, autyzmem czy niepełnosprawnością wynikającą z uszkodzenia mózgu, będących w wieku produkcyjnym, które nie mogą

podjąć zatrudnienia ze względu na swój stan zdrowia. Zajęcia są dostosowane do potrzeb i zainteresowań uczestników. Mogą być to zajęcia rekreacyjne czy pomagające uczestnikom nabyć nowe umiejętności przy wsparciu opiekuna;

- nadzór krótkoterminowy nad dzieckiem powyżej 12. roku życia – usługa skierowana do rodziców dzieci z niepełnosprawnością, ma na celu zastąpienie rodzica (opiekuna) w czasie pobytu dziecka poza szkołą. W ramach tej usługi dziecko z niepełnosprawnością uczestniczy w zajęciach rekreacyjnych, a rodzic w tym czasie może pracować czy realizować codzienne sprawy;
- zakwaterowanie dzieci w przystosowanym mieszkaniu – usługa przeznaczona dla dzieci i młodzieży do 21 lat, które ze względu na swoją niepełnosprawność nie mogą mieszkać w domu rodzinnym. Osoby korzystające z tej usługi mogą zamieszkać w przystosowanym mieszkaniu grupowym z całodobowym wsparciem personelu. Ta forma wsparcia realizowana jest w taki sposób, aby umożliwić dziecku utrzymywanie kontaktu z rodzicami, opiekunami i rodzeństwem⁴⁰¹.

Powyższe usługi udzielane są na wniosek osoby zainteresowanej złożony najpóźniej dzień przed ukończeniem 65 lat. Przy czym osoby, które korzystają z usług z dniem ukończenia 65 lat, zachowują prawo do dalszej pomocy. Dla każdego wnioskodawcy opracowywany jest indywidualny plan wsparcia. Plan ten obejmuje dobranie usług dostosowanych do indywidualnych potrzeb wnioskodawcy wynikających z jego niepełnosprawności, a także częstotliwość ich świadczenia. Korzystanie z wymienionych usług jest zasadniczo bezpłatne. Osoba uprawniona ponosi opłatę jedynie za wyżywienie, a także czynsz w przypadku zakwaterowania w dostosowanym mieszkaniu. Opłaty te mogą być zróżnicowane w zależności od gminy⁴⁰².

Osoby, których niepełnosprawność jest inna niż te kwalifikujące do uzyskania pomocy na podstawie omawianej powyżej *Ustawy o wsparciu i usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami* mogą skorzystać ze wsparcia na mocy *Ustawy o usługach socjalnych*. Należy nadmienić, że z pomocy na podstawie tej ustawy mogą korzystać nie tylko osoby z niepełnosprawnością, ale wszyscy mieszkańcy danej gminy, którzy nie są w stanie zaspokoić samodzielnie podstawowych potrzeb⁴⁰³. Osoby te mogą skorzystać z następujących usług:

⁴⁰¹ § 9 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) t.o.m. SFS 2021:877 (LSS) z dnia 27 maja 1993 r.

⁴⁰² § 10 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) t.o.m. SFS 2021:877 (LSS) z dnia 27 maja 1993 r.

⁴⁰³ Rozdz. 4 § 1 Socialtjänstlag (2001:453) t.o.m. SFS 2021:1314 (Sol) z dnia 7 czerwca 2001 r.

- wsparcie w miejscu zamieszkania – usługa skierowana do osób, które potrzebują wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności w gospodarstwie domowym. Usługa ta ma na celu wzmocnienie zdolności podopiecznego do wykonywania czynności domowych, jak również radzenia sobie w kontaktach społecznych na przykład podczas załatwiania spraw urzędowych;
- opieka domowa – usługa świadczona w miejscu zamieszkania podopiecznego ma na celu pomoc personelu w wykonywaniu czynności domowych, takich jak na przykład pranie, gotowanie, zakupy, a także pomoc w utrzymaniu higieny osobistej, jedzeniu czy ubieraniu;
- urządzenie alarmowe – możliwość otrzymania urządzenia, za pomocą którego osoba z niepełnosprawnością może wezwać pomoc w nagłej potrzebie. Po jego użyciu o zaistniałej sytuacji automatycznie informowane są odpowiednie służby, które podejmują interwencje;
- zajęcia dzienne – zajęcia dla osób, które z powodu choroby nie mogą podjąć zatrudnienia. Są to zajęcia rekreacyjne, których celem jest efektywne wypełnienie czasu uczestnikom, a także umożliwiają nawiązywanie relacji interpersonalnych z innymi uczestnikami, co zapobiega izolacji społecznej;
- osoba kontaktowa/wsparcie towarzyskie – usługa ta polega na spędzaniu czasu i utrzymywaniu relacji społecznych z osobą pełniącą rolę niejako „przyjaciela” osoby z niepełnosprawnością, na przykład poprzez wspólne spotkania czy uczestnictwo w zajęciach rekreacyjnych. Rolę kontaktową może pełnić też wyznaczona rodzina, z którą dziecko z niepełnosprawnością może spędzać na przykład weekendy, a rodzice czy opiekunowie mogą w tym czasie odpocząć;
- eskorta osoby towarzyszącej;
- zakwaterowanie w dostosowanym mieszkaniu z obsługą;
- dystrybucja gotowej żywności do domu – usługa przeznaczona dla osób, które ze względu na swój stan zdrowia nie są w stanie samodzielnie przygotować posiłków;
- pobyt krótkoterminowy – pobyt w ośrodku o charakterze leczniczo-rehabilitacyjnym może także służyć jako doraźne odciążenie opiekuna. Usługa ta przeznaczona jest dla osób, które wymagają opieki lub rehabilitacji po chorobie lub urazie;
- odciążenie opiekuna;
- inne wsparcie – obejmuje dodatkowe usługi w zakresie pomocy osobom z niepełnosprawnością niż te wymienione powyżej. Należą do nich: na przykład

specjalny transport dla osób, które nie są w stanie korzystać ze zbiorowego transportu publicznego czy odśnieżanie.

Wymienione formy wsparcia udzielane na podstawie *Ustawy o usługach socjalnych* pokrywają się częściowo z usługami wynikającymi z *Ustawy o wsparciu i usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami*. Przykładem takich usług jest między innymi odciążenie opiekuna czy wsparcie towarzyskie. Jednak w odróżnieniu od usług udzielanych na podstawie *Ustawy o wsparciu i usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami*, te wynikające z *Ustawy o usługach socjalnych* świadczone są odpłatnie. Generalnie usługi udzielane są na wniosek osoby zainteresowanej. We wniosku oprócz określenia wybranej usługi, należy podać uzasadnienie, dlaczego istnieje potrzeba wybranej formy wsparcia, a także dołączyć zaświadczenie lekarskie⁴⁰⁴. Maksymalne ceny usług ustala rada danej gminy, jednakże mogą one zostać obniżone w zależności od dochodów osoby wnioskującej o wsparcie. Aby odpłatność za daną usługę mogła zostać obniżona, osoba ubiegająca się do wniosku musi dołączyć oświadczenie z informacją o osiągniętych dochodach oraz ponoszonych kosztach codziennego utrzymania⁴⁰⁵. Każdy wniosek rozpatrywany jest indywidualnie. Przy ustalaniu odpłatności za usługi brana pod uwagę jest sytuacja ekonomiczna wnioskodawcy. W przypadku, gdy do wniosku nie zostanie dołączone oświadczenie o dochodach, odpłatność za usługi wynosi 100% ceny ustalonej przez radę gminy.

Obok usług społecznych istotną formą wsparcia osób z niepełnosprawnością realizowaną w Szwecji na poziomie lokalnym jest zapewnienie sprzętu i urządzeń wspomagających tym, którzy tego potrzebują. Odpowiedzialność za dostarczanie pomocy podzielona jest zarówno na gminy, jak i okręgi. W gestii władz regionalnych (okręgu) jest zapewnienie pomocy w obszarze niepełnosprawności wzroku, słuchu czy ortopedycznych (np. ortezy, aparaty słuchowe). Z kolei na władzach gminnych spoczywa dostarczenie sprzętu i pomocy w zakresie innych schorzeń (np. wózek inwalidzki, chodzik). Aby mieszkańiec danej gminy mógł skorzystać ze sprzętu rehabilitacyjnego, dokonywana jest ocena jego potrzeb przez lekarza lub fizjoterapeutę. Przy dokonywaniu oceny brane pod uwagę są potrzeby wynikające z niepełnosprawności, jak i ogólna sytuacja życiowa osoby

⁴⁰⁴ Wniosek o pomoc na podstawie ustawy o usługach socjalnych w gminie Växjö, <https://vaxjo.se/download/18.52724eb917e28c6a83c21a9/1641374640466/Ans%C3%B6kan%20SoL%20AoV%20utredningsenheten%20vuxna%20202201.pdf>, (dostęp: 09.03.2022).

⁴⁰⁵ Opłata za usługi socjalne w gminie Växjö - oświadczenie o dochodach, https://vaxjo.se/download/18.52724eb917e28c6a83c4d44/1641386791404/Inkomstforfragan_omsorgen_vuxen-2022.pdf, (dostęp: 09.03.2022).

ubiegającej się o pomoc. Sprzęt rehabilitacyjny, jak i urządzenia wspomagające, muszą stanowić pomoc, spełniającą potrzeby osoby z niepełnosprawnością w zakresie funkcji, aktywności i jej uczestnictwa w życiu społecznym.

Zgodnie z *Ustawą – Prawo pacjenta* (szw. *Patientlag*) z 19 czerwca 2014 roku, jeśli dostępnych jest kilka urządzeń odpowiadających potrzebom danej osoby ma ona prawo dokonania wyboru. Osoba z niepełnosprawnością powinna otrzymać wybrane przez siebie urządzenie, jeżeli biorąc pod uwagę jej potrzeby i koszty pomocy, wydaje się ona uzasadniona⁴⁰⁶. W większości gmin sprzęt jest udostępniany bezpłatnie na zasadzie wypożyczenia, jednakże niektóre gminy mogą pobierać opłaty za wybrane urządzenia czy ich serwisowanie. Mieszkańcy mogą otrzymać między innymi: sprzęt ułatwiający poruszanie się, wspomagający wykonywanie codziennych czynności czy urządzenia wspomagające opiekę i leczenie. Gdy osoba wymagająca pomocy w postaci sprzętu rehabilitacyjnego, przebywa tymczasowo w danej gminie, jeśli wystąpi taka potrzeba, urządzenia mogą zostać wypożyczone krótkoterminowo za opłatą.

Za wydawanie i serwis urządzeń odpowiadają gminne centra technologii wspomagających. W razie potrzeby użytkownik może przynieść zepsuty sprzęt celem jego naprawy. Istnieje też możliwość wezwania serwisanta do domu. Naprawy także dokonywane są bezpłatnie. Zmiana rodzaju urządzeń może być dokonana, gdy zmienia się potrzeby osoby z niepełnosprawnością lub zmiana dotychczas używanego sprzętu na inny wpłynie znacząco na poprawę jej funkcjonowania. W przypadku, gdy wypożyczony sprzęt nie jest już potrzebny, osoba korzystająca jest zobowiązana do jego zwrotu⁴⁰⁷.

Procedura uzyskania sprzętu rehabilitacyjnego jest elastyczna i efektywna. Sprzęt jest dostosowywany do indywidualnych potrzeb użytkownika i wypożyczany. Takie rozwiązanie jest zdecydowanie lepsze niż otrzymywanie dofinansowania na zakup. Nie wymaga bowiem od użytkownika wkładu finansowego oraz ogranicza wymogi formalne do niezbędnego minimum, gdyż decyzja o przyznaniu sprzętu opiera się na ocenie stanu zdrowia i potrzeb osoby z niepełnosprawnością. Ponadto ciężar naprawy sprzętu spoczywa na wypożyczalni. Nie sposób także pominąć aspektu oszczędnościowego. Wypożyczany sprzęt, gdy nie jest już potrzebny, podlega regeneracji i jest przekazywany do użytku innym osobom. Takie podejście przyczynia się do oszczędności publicznych pieniędzy oraz sprzyja

⁴⁰⁶ Roz. 7 § 2 Patientlag (2014:821) z dnia 19 czerwca 2014 r. t.o.m. (SFS 2019:964).

⁴⁰⁷ Urządzenia wspomagające w mieście Malmö, <https://malmo.se/Bo-och-leva/Stod-och-omsorg/Kommunal-halso--och-sjukvard/Hjalpmedel-for-vuxna/Behov-av-hjalpmedel.html/> (dostęp: 09.03.2022).

ochronie środowiska naturalnego, ponieważ dane urządzenie może być wykorzystywane przez wiele osób.

3.3.2. Inne formy wsparcia

W gestii samorządów regionalnych jest także zapewnienie dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych i habilitacyjnych. Świadczenia te udzielane są zarówno w gabinecie lekarskim, jak i istnieje możliwość wizyty fizjoterapeuty w domu pacjenta. Do skorzystania z rehabilitacji nie jest wymagane skierowanie od lekarza rodzinnego. Jednakże jeśli pacjent zdecyduje się na leczenie poza regionem, w którym zamieszkuje takie skierowanie jest konieczne. Na wizytę można umówić się telefonicznie lub przez Internet. Koszt wizyty w poradni rehabilitacyjnej w 2022 roku w Sztokholmie wynosił 200 koron (tj. ok. 85 zł.). Ceny leczenia mogą się różnić w zależności od regionu i rodzaju udzielanych świadczeń⁴⁰⁸.

Warto zaznaczyć, iż w Szwecji od rehabilitacji odróżnia się habilitację. Działania określane jako habilitacja skierowane są do osób z niepełnosprawnością wrodzoną lub powstałą w młodym wieku, mającą charakter trwały. Może to być niepełnosprawność: ruchowa mająca wpływ na przemieszczanie się, intelektualna, neuropsychiatryczna, a także niepełnosprawność wzroku lub słuchu. Habilitacja ma na celu pomoc w usamodzielnieniu się pacjenta. Dotyczy głównie dzieci, ale także w razie potrzeby z zajęć habilitacyjnych może korzystać młodzież i osoby dorosłe. Podczas zajęć osoba z niepełnosprawnością, w zależności od potrzeb, nabywa umiejętności radzenia sobie w codziennych czynnościach takich jak ubieranie czy mycie się, ćwiczy sprawność ruchową, czy uczy się nawiązywać kontakty interpersonalne. Ponadto zarówno pacjent, jak i jego opiekunowie, podczas zajęć habilitacyjnych mogą uzyskać niezbędne informacje dotyczące możliwości skorzystania ze wsparcia finansowego i rzeczowego oraz wymienić swoje doświadczenia z innymi uczestnikami zajęć⁴⁰⁹.

Oprócz omówionych powyżej form wsparcia osób z niepełnosprawnością szwedzkie gminy oferują także pomoc między innymi w postaci:

- udzielenia informacji o przysługujących danej osobie uprawnieniach poprzez kontakt z urzędnikiem do spraw pomocy osobom z niepełnosprawnością;

⁴⁰⁸ Primärvårdsrehabilitering – (pol. Rehabilitacja w ramach podstawowej opieki zdrowotnej), <https://www.1177.se/Stockholm/behandling--hjalpmedel/smartbehandlingar-och-rehabilitering/rehabilitering-i-stockholms-lan2/rehabilitering-i-oppnvard>, (dostęp: 09.03.2022).

⁴⁰⁹ Habilitering – (pol. Habilitacja), <https://www.1177.se/Stockholm/behandling--hjalpmedel/habilitering/habilitering>, (dostęp: 09.03.2022).

- dodatku na dostosowanie mieszkania do potrzeb wynikających z niepełnosprawności;
- specjalnych usług transportowych dla osób, które nie są w stanie poruszać się komunikacją publiczną;
- usług dla osób z niepełnosprawnością wzroku (dobór odpowiednich udogodnień do mieszkania, pomoc osoby towarzyszącej podczas wizyty u lekarza, udzielanie informacji o usługach, stowarzyszeniach czy trening orientacji przestrzennej);
- usług tłumaczeń języka migowego;
- możliwości uczestnictwa w zajęcia rekreacyjnych;
- wsparcia psychologicznego;
- letniego wypoczynku dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną;
- karty parkingowej dla osób z niepełnosprawnością ruchową⁴¹⁰.

Wymienione formy wsparcia są powszechne i realizowane zazwyczaj bezpłatnie. Jednakże ich zakres i ewentualne pobieranie opłat należy do decyzji władz lokalnych, więc mogą one się różnić w zależności od danej gminy.

Z punktu widzenia osób z niepełnosprawnością, w szczególności ruchową lub niepełnosprawnością wzroku, istotną kwestią jest możliwość swobodnego poruszania się w przestrzeni publicznej oraz sprawne, samodzielne przemieszczanie się. Władze samorządowe starają się, aby korzystanie z przestrzeni miejskiej, budynków czy transportu publicznego było jak najbardziej przyjazne nie tylko dla osób z niepełnosprawnością, ale także dla całego społeczeństwa.

Wspomniana *Ustawa o planowaniu i budownictwie* (szw. *Plan – och bygglag*) oraz wydane do niej rozporządzenie (szw. *Plan – och byggförordning*)⁴¹¹ wymagają zapewnienia dostępności obiektów dla osób o ograniczonej sprawności ruchowej lub ograniczonej zdolności orientacji. Dotyczy on zarówno budynków nowo powstałych, jak i tych, które zostały przebudowane.

W Szwecji nie tylko obiekty budowlane muszą spełniać warunki dostępności dla osób z niepełnosprawnością. Przestrzeń miejskie, przylegająca do nich infrastruktura, a także rozwiązania stosowane w środkach transportu zbiorowego realizowane są w oparciu o zasadę projektowania uniwersalnego, o której już wspomniano we wcześniejszej części

⁴¹⁰ Wsparcie osób z niepełnosprawnością w mieście Malmö, <https://malmo.se/Bo-och-leva/Stod-och-omsorg/Funktionsnedsattning.html/>, (dostęp: 09.03.2022).

⁴¹¹ *Plan – och byggförordning* (2011:338) t.o.m. SFS 2020:78, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/plan--och-byggforordning-2011338_sfs-2011-338, (dostęp: 05.05.2020).

tego opracowania. Zakłada ona projektowanie otoczenia w taki sposób, aby było ono dostępne dla wszystkich ludzi, w największym możliwym stopniu, bez względu na posiadanie przez nich ewentualnych ograniczeń. Podkreślić należy, że szwedzki rząd zobligował samorzady do wprowadzenia udogodnień w zakresie dostępności. Przykładem samorządu, dla którego likwidacja wszystkich barier ograniczających sprawne funkcjonowanie mieszkańców stała się priorytetem jest Sztokholm. Warto w tym miejscu wspomnieć, że w roku 1999 stołeczne władze wyznaczyły sobie cel, aby ich miasto stało się najbardziej dostępną stolicą świata. Projekt „Easy Access”, koordynowany był przez Radę Miasta Sztokholm i trwał do 2010 roku. Hasłem przewodnim tego projektu było: *Wszyscy obywatele na równych prawach powinni brać udział w życiu miasta*. W jego ramach podjęto współpracę z władzami dzielnic i organizacjami osób z niepełnosprawnością w zakresie poprawy dostępności obiektów infrastruktury miejskiej. Efektem realizacji projektu było wprowadzenie między innymi takich udogodnień jak: ścieżki spacerowe, promenady i ścieżki rowerowe; windy i schody ruchome; zmniejszenie różnic poziomów w ciągach komunikacyjnych, rampy, poręcze; opuszczanie krawężników; dostosowanie przejść dla pieszych wraz z sygnalizacją świetlną czy też poprawa dostępności ciągów komunikacyjnych, takich jak na przykład schody, poprzez zastosowanie kontrastowych oznaczeń. Ponadto także usługodawcy zostali zobligowani do dostosowania swoich lokali do potrzeb osób o ograniczonej sprawności⁴¹².

Jak już wcześniej wspomniano transport publiczny w Szwecji jest dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Zarówno tramwaje, autobusy czy metro posiadają udogodnienia dla tej grupy osób. Należą do nich między innymi: obniżone wejścia do pojazdów, specjalnie oznaczone miejsca dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, a także kontrastujące poręcze. Pojazdy komunikacji publicznej wyposażone są również w czytelne systemy informacji głosowej i tekstowej, które ułatwiają podróżowanie osobom z niepełnosprawnością wzroku czy słuchu. Także obiekty składające się na system transportu takie jak, na przykład: przystanki, biletomaty, stacje metra są dostępne dla osób z różnymi ograniczeniami. Osoby z niepełnosprawnością mogą również skorzystać z wcześniej umówionej asysty podczas podróży. Ponadto kierowcy, jak i pozostali pracownicy obsługi transportu publicznego, przechodzą obowiązkowe szkolenia

⁴¹² *Instytucjonalno-organizacyjne uwarunkowania dostępności usług dla osób z niepełnosprawnością i zagrożonych wykluczeniem społecznym w wymiarze technologicznym na terenie Szwecji – Raport z analizy Desk Research*, s. 13, <https://stopbarierom.pl/wp-content/themes/stopbarierom/assets/documents/raporty/Desk-Research-Szwecja-2019-skrocony-min.pdf>, (dostęp: 20.05.2020).

dotyczące trudności jakie napotykają osoby z niepełnosprawnością podczas podróżowania, co wpływa w znaczący sposób na poznanie ich problemów, a tym samym pozwala odpowiednio zareagować w konkretnej sytuacji⁴¹³.

Istotnym uprawnieniem zarówno dla osób z niepełnosprawnością, jak i tych w podeszłym wieku, są wspomniane już wcześniej specjalne usługi transportowe. Obejmują one transport „od drzwi do drzwi” przystosowanym pojazdem (zazwyczaj taksówką lub busem) i przeznaczone są dla osób, które ze względu na posiadane schorzenia nie są w stanie korzystać ze środków komunikacji publicznej. O możliwości skorzystania z usługi decydują władze lokalne odpowiednie dla miejsca zamieszkania osoby zainteresowanej. Decyzja wydawana jest na jej wniosek w oparciu o ocenę indywidualnych potrzeb⁴¹⁴.

Generalnie organy szczebla okręgowego (regionalnego) odpowiedzialne są za dostarczanie świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej, natomiast usługi i inne formy pomocy leżą w gestii gmin. Szwedzkie gminy umożliwiają mieszkańcom z niepełnosprawnością korzystanie z szerokiej oferty wsparcia. Osoby te mogą korzystać z rozbudowanych usług pomagających im w codziennym funkcjonowaniu czy uczestnictwie w życiu społecznym. Mogą one również korzystać z urządzeń wspomagających czy innych form wsparcia takich jak na przykład tłumacz języka migowego czy specjalne usług transportowe.

Oferowana przez gminy pomoc udzielana jest zazwyczaj bezpłatnie i nie jest zależna od dochodu osoby ubiegającej się o wsparcie. Taki system wymaga dużych nakładów finansowych, a ich źródłem są w znacznej mierze podatki lokalne oraz dotacja z budżetu państwa wynosząca około 20% ogółu kosztów⁴¹⁵. Należy zauważyć, że podatek dochodowy od osób fizycznych w Szwecji należy do jednych z najwyższych w Europie. Zasila on bezpośrednio budżety lokalne, gdyż jest on nakładany zarówno przez władze lokalne jak i władze państwowe⁴¹⁶.

⁴¹³ *Accessibility for people with disabilities in the Stockholm public transportation system*, https://www.uitp.org/sites/default/files/Stockholm%20PTA%20Accessibility%20UITP_0.PDF, (dostęp: 20.05.2020).

⁴¹⁴ A. Ståhl, *Public Transport or Special Service or a Mix?*, s. 3, <http://www.tft.lth.se/fileadmin/tft/dok/KFBkonf/2Stahl.PDF>, (dostęp: 20.05.2020).

⁴¹⁵ J. Palme, J. Heap, *ESPN Thematic Report on Financing social protection Sweden*, Komisja Europejska 2019, s. 12.

⁴¹⁶ Podatek dochodowy w Szwecji dzieli się na lokalny i krajowy. Osoby fizyczne, które podlegają nieograniczonemu obowiązkowi podatkowemu, płacą gminny podatek dochodowy zgodnie z miejscem zamieszkania, a także podatek regionalny na rzecz okręgu, którego gmina jest częścią. Wysokość podatku ustalana jest przez radę danej gminy i wynosi od około 30 do 35%. Ponadto na osoby, które w danym roku podatkowym przekroczą określony limit dochodów nakładany jest podatek krajowy w stałej wysokości 20% części dochodu podlegającego opodatkowaniu, która przekracza limit. Limit dochodów obligujący do zapłaty podatku krajowego za rok podatkowy 2019 wyniósł 490 700 koron. Wpływy z podatku gminnego przeznaczone są do realizacji zadań gmin, natomiast te pozyskane z podatku krajowego trafiają do budżetu centralnego.

To właśnie władze lokalne dysponując własnymi środkami finansowymi w znacznej mierze zabezpieczają potrzeby mieszkańców, w tym także tych z niepełnosprawnością. Znajduje to odzwierciedlenie w szerokim wachlarzu działań wspierających tę grupę społeczną.

3.3.3. Wnioski

W Szwecji podobnie jak w Polsce na samorządzie terytorialnym spoczywa ciężar realizacji działań wspierających skierowanych do osób z niepełnosprawnością. Za dostarczenie podstawowej opieki zdrowotnej, usług społecznych czy sprzętu rehabilitacyjnego odpowiedzialne są szwedzkie gminy. Należy zaznaczyć, że w Szwecji oferta działań pomocowych dla osób z niepełnosprawnością jest bardzo szeroka. Dobrze rozwinięte usługi społeczne, a przede wszystkim usługa osobistego asystenta, stanowią dla nich istotne wsparcie. Pomoc udzielana jest zazwyczaj bezpłatnie, a skorzystanie z niej nie jest zależne od dochodu osoby, która się o nią ubiega. Także udostępnianie sprzętu rehabilitacyjnego na zasadzie wypożyczenia sprzyja oszczędności zarówno w budżetach gmin, jak i osób z niego korzystających. Źródłem finansowania działań pomocowych są podatki i opłaty lokalne, z których wpływami dysponują bezpośrednio gminy. W przekazywaniu środków nie ma zatem instytucji pośrednich, tak jak w Polsce PFRON czy Fundusz Solidarnościowy. Finansowanie pomocy bezpośrednio z podatków i opłat lokalnych, jak ma to miejsce w Szwecji, wpływa na większą niezależność samorządu w realizacji działań pomocowych. Co warto podkreślić, szwedzki system wsparcia osób z niepełnosprawnością od systemu polskiego odróżnia przede wszystkim prostota. Osoby z niepełnosprawnością w Szwecji nie są zobligowane do przedstawiania szeregu dokumentów przy ubieganiu się o pomoc. Aby ją otrzymać wystarczy tylko wniosek oraz zaświadczenie od lekarza prowadzącego o potrzebie wsparcia. System ten zbudowany jest na zaufaniu władzy do obywatela, co niewątpliwie stanowi czynnik wpływający na jego efektywność.

Na podstawie: Skatteverket (Szwedzki Urząd Skarbowy) – Średnie stawki podatku lokalnego w latach 2007 – 2022, <https://www.skatteverket.se/download/18.339cd9fe17d1714c0773cfb/1640166751872/Genomsnittliga20skattesatser202007-2022.xls>, (dostęp: 09.03.2022).

CZEŚĆ IV. Wykorzystanie głównych instrumentów pomocowych przez osoby z niepełnosprawnością realizowanych na szczeblu samorządu terytorialnego w Polsce i Szwecji

4. 1. Uwagi wprowadzające

W tej części niniejszego opracowania zostaną porównane dane statystyczne dotyczące wykorzystania głównych form wsparcia osób z niepełnosprawnością, realizowanych przez samorządy terytorialne w Polsce i Szwecji. Dane te opisują główne instrumenty pomocowe w obszarach rehabilitacji społecznej i usług. Jak zostało podkreślone w części 3, pierwszy obszar ma na celu umożliwianie osobom z niepełnosprawnością uczestnictwa w życiu społecznym, poprzez likwidację barier. Drugi służy zaspokojeniu nie tylko podstawowych potrzeb wynikających z niepełnosprawności, ale ma znaczący wpływ na umożliwienie udziału tych osób w życiu społecznym na równi z innymi członkami społeczeństwa.

W Polsce za realizację wsparcia osób z niepełnosprawnością w wymienionych obszarach odpowiadają głównie powiaty, a także w niektórych zakresach gminy. W Szwecji natomiast jest to kompetencja gmin. Prezentowane dane dotyczą więc działań realizowanych przez polskie i szwedzkie samorządy. Porównane zostaną liczby osób, które skorzystały z instrumentów pomocowych w zakresie wsparcia rehabilitacji społecznej w latach 2015 – 2020 i usług społecznych w latach 2019 – 2020, na tle liczby osób z niepełnosprawnością w każdym z państw. Przyjęcie tej cezurę czasowej dla analizy danych wynikało głównie z ich dostępności. Usługi społeczne zostały w Polsce wprowadzone w 2019 roku, toteż analiza danych o tych usługach dotyczy lat 2019 – 2020.

Porównanie danych stanowi znaczny wkład do oceny skuteczności systemów wsparcia osób z niepełnosprawnością realizowanych w obydwu państwach. To właśnie możliwość skorzystania z tych usług w znacznym stopniu wpływa na uczestnictwo tych osób w życiu społecznym i dzięki nim osoby z niepełnosprawnością mogą czuć się pełnoprawną częścią społeczeństwa.

4.2. Wykorzystanie instrumentów pomocowych w Polsce

4.2.1 Pomoc z zakresu rehabilitacji społecznej

W latach 2015 – 2020 do samorządów powiatowych w całej Polsce w ciągu roku wpływało średnio ponad 419 100 wniosków od wnioskodawców indywidualnych, ubiegających się o dofinansowanie o wsparcie rehabilitacji społecznej. Najwięcej wniosków dotyczyło zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

W roku 2015 liczba złożonych wniosków o wsparcie w tym obszarze wynosiła 252 309. Od roku 2016 do 2018 zauważalny jest spadek ich liczby. Najmniejszą liczbę złożonych wniosków odnotowano w roku 2018, gdy o sprzęt rehabilitacyjny ubiegało się 235 116 osób. Najwięcej, bo 258 046 wniosków, dotyczących tego rodzaju dofinansowania, wpłynęło w roku 2019, a otrzymało je 202 971 osób, co stanowiło 78,7% wszystkich złożonych w tym roku wniosków na ten cel. Drugim znaczącym obszarem było dofinansowanie uczestnictwa osób z niepełnosprawnością w turnusach rehabilitacyjnych. Średnio w ciągu roku wpływało ponad 98 700 wniosków o tą formę wsparcia. Najwięcej osób (42 271) otrzymało dofinansowanie w roku 2019, natomiast znaczący spadek, odnotowano w roku 2020, gdy dofinansowanie do turnusu otrzymało 32 243 osoby. Na spadek ten mogła wpłynąć trwająca pandemia choroby COVID-19. Z kolei opiekunowie osób z niepełnosprawnością, korzystających z turnusu, składali średnio w ciągu roku ponad 41 200 wniosków o dofinansowanie pobytu, otrzymywało je co roku od ponad 19 do ponad 21 tysięcy osób, co stanowiło około 50% wszystkich złożonych wniosków. Spadek w tym obszarze był widoczny w roku 2020, kiedy to z dofinansowania skorzystało nieco ponad 15 200 opiekunów. Liczba ta stanowiła około 39,9% ogółu wniosków złożonych w tym roku.

Na trzecim miejscu pod względem liczby składanych wniosków uplasowały się dofinansowania z zakresu likwidacji barier technicznych, architektonicznych i w komunikowaniu się. O wsparcie w tym obszarze wpływało średnio w ciągu roku około ponad 34 tysiące wniosków. Dofinansowanie otrzymało ponad 18 500 osób, liczba ta stanowiła 54,4% wszystkich złożonych wniosków o ten rodzaj wsparcia.

Najmniej wniosków z zakresu rehabilitacji społecznej dotyczyło dofinansowania tłumacza języka migowego. W okresie lat 2015 – 2020 średnia liczba składanych w ciągu roku wniosków w tym obszarze to około 60, z czego dofinansowanie otrzymało blisko 51 osób rocznie, co stanowiło 85% wszystkich wnioskodawców⁴¹⁷. Poniższe tabele nr 1 i 2 prezentują dane obrazujące wykorzystanie przez wnioskodawców indywidualnych dofinansowań na poszczególne zadania z zakresu rehabilitacji społecznej.

⁴¹⁷ *Sprawozdania z realizacji planów rzeczowo-finansowych z działalności PFRON z lat 2015 – 2020*, PFRON, Budżet Funduszu, <https://bip.pfron.org.pl/pfron/budzet-funduszu>, (dostęp: 09.03.2022).

Tabela 1. Liczba złożonych wniosków o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych za pośrednictwem samorządów powiatowych na zadania z zakresu rehabilitacji społecznej.

Rok	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Zadanie						
Likwidacja barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się (razem)	36 563	36 001	32 419	30 957	32 187	36 037
Sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	252 329	241 711	237 291	235 116	258 046	245 687
Turnusy rehabilitacyjne-osoby z niepełnosprawnością	109 742	107 687	95 254	93 417	96 883	89 402
Turnusy rehabilitacyjne-opiekunowie	42 616	44 069	40 524	40 598	41 618	38 196
Tłumacz języka migowego	57	73	46	45	76	62
W sumie	441 307	429 541	405 534	400 133	428 810	409 384

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji planów rzeczowo – finansowych PFRON z lat 2015 – 2020.

Tabela 2. Liczba osób, które skorzystały z dofinansowania zadań rehabilitacji społecznej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych za pośrednictwem samorządów powiatowych.

Rok	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Zadanie						
Likwidacja barier architektonicznych	5 971	5 892	5 862	5 729	5 826	6 805
Likwidacja barier technicznych	5 689	5 766	5 925	6 099	6 806	8 112
Likwidacja barier w komunikowaniu się	5 470	4 947	4 997	5 396	5 469	10 480
Sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	204 801	181 101	178 588	179 624	202 971	198 584
Turnusy rehabilitacyjne- osoby z niepełnosprawnością	39 829	40 186	40 633	41 942	42 271	32 243
Turnusy rehabilitacyjne-opiekunowie	19 677	20 854	20 845	21 327	21 089	15 232
Tłumacz języka migowego	55	65	38	41	63	48
W sumie	281 492	258 811	256 888	260 158	284 495	271 504

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji planów rzeczowo – finansowych PFRON z lat 2015 – 2020.

Biorąc pod uwagę ogólną liczbę złożonych wniosków w poszczególnych latach oraz liczbę osób, które skorzystały z dofinansowania, można zauważyć, że uzyskuje je w ciągu roku średnio 64,2% wnioskodawców. Odsetek beneficjentów stopniowo rośnie, w roku 2015 wyniósł 63,8%, natomiast w roku 2020 jego wartość to 66,3%. Jedyne jego spadki w stosunku do roku poprzedniego widoczne były w roku 2016, kiedy to wyniósł 60,3%. Tabela nr 3 przedstawia liczbę złożonych wniosków w latach 2015 – 2020, a także liczbę osób, które skorzystały z dofinansowania z zakresu rehabilitacji społecznej.

Tabela 3. Liczba złożonych wniosków o dofinansowanie z zakresu rehabilitacji społecznej w latach 2015 – 2020.

Rok	Liczba złożonych wniosków	Liczba osób, które skorzystały z dofinansowania	% osób, które skorzystały z dofinansowania
2015	441 307	281 492	63,8
2016	429 541	258 811	60,3
2017	405 534	256 888	63,3
2018	400 133	260 158	65
2019	428 810	284 495	66,3
2020	409 384	271 504	66,3

Zródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji planów rzeczowo – finansowych PFRON z lat 2015 – 2020.

Średni odsetek beneficjentów dofinansowań będący na poziomie 64,2% rocznie pozornie wydaje się dość wysoki. Z drugiej jednak strony dane te pokazują, że aż 35,8% składanych w ciągu roku wniosków było odrzuconych, a tym samym znaczna część osób z niepełnosprawnością, która wnioskowała o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych nie mogła z niego skorzystać.

Należy także zauważyć, że zestawiając liczbę beneficjentów z liczbą wszystkich osób z orzeczoną niepełnosprawnością lub jej stopniem, z dofinansowań PFRON w zakresie rehabilitacji społecznej korzysta niewielki odsetek uprawnionych osób. Wyniósł on średnio 9,95% w ciągu roku na przestrzeni badanych sześciu lat. W każdym roku widoczny był stopniowy wzrost liczby osób z orzeczoną niepełnosprawnością lub jej stopniem. W roku 2015 liczba ta wynosiła 2 493 851, natomiast w roku 2020 wzrosła do 2 985 781 osób. Odnosząc liczbę osób z orzeczoną niepełnosprawnością lub jej stopniem, czyli potencjalnych wnioskodawców, do liczby złożonych w ciągu danego roku wniosków można zaobserwować, że wraz ze wzrostem liczby tych osób maleje odsetek składanych wniosków. Tabela nr 4 przedstawia zestawienie liczby osób z orzeczoną niepełnosprawnością lub stopniem niepełnosprawności oraz liczbę złożonych wniosków o dofinansowanie z zakresu rehabilitacji społecznej w latach 2015 – 2020.

Tabela 4. Liczba osób z orzeczoną niepełnosprawnością lub stopniem niepełnosprawności oraz liczba złożonych wniosków o dofinansowanie z zakresu rehabilitacji społecznej ze środków PFRON w latach 2015 – 2020.

Rok	Liczba osób z orzeczoną niepełnosprawnością lub stopniem niepełnosprawności, (stan na koniec roku)	Liczba złożonych wniosków	% złożonych wniosków	Liczba osób, które uzyskały dofinansowanie	% osób, które uzyskały dofinansowanie
2015	2 493 851	441 307	17,7	281 492	11,2
2016	2 565 405	429 541	16,7	258 811	9,9
2017	2 626 028	405 534	15,4	256 888	9,7
2018	2 684 537	400 133	14,9	260 158	9,6
2019	2 907 539	428 810	14,7	284 495	9,8
2020	2 985 781	409 384	13,7	271 504	9,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych oraz sprawozdań z realizacji planów rzeczowo – finansowych PFRON z lat 2015 – 2020.

Biorąc pod uwagę ogólną liczbę osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub jej stopniu, średni odsetek złożonych w ciągu roku wniosków o dofinansowanie z zakresu rehabilitacji społecznej w latach 2015 – 2020 wyniósł 15,5% wszystkich potencjalnie uprawnionych. W roku 2015 złożono najwięcej wniosków o dofinansowanie: 441 307, liczba ta w stosunku do ówczesnej ogólnej liczby osób posiadających orzeczoną niepełnosprawność lub stopień niepełnosprawności wynosiła 17,7%. Najmniej wniosków (400 133) wpłynęło w roku 2018, liczba ta stanowiła 14,9% wszystkich posiadających ówczesnie orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności. Jak już wcześniej zaznaczono obserwowany jest także stopniowy spadek odsetka beneficjentów dofinansowań w stosunku do wzrostu liczby osób posiadających prawny status osoby z niepełnosprawnością. W roku 2015 wyniósł on 11,2% natomiast w 2020 jego wartość to 9,5%, co oznacza spadek o 1,7 punktu procentowego na przestrzeni badanych sześciu lat.

Przyczyny wzrostu liczby osób z orzeczoną niepełnosprawnością, z jednoczesnym spadkiem liczby składanych wniosków o dofinansowanie z zakresu rehabilitacji społecznej, można upatrywać w dwóch czynnikach. Jako pierwszy można wskazać, iż część osób posiadających określone schorzenia, niestanowiące przeszkody w podjęciu zatrudnienia decyduje się na wnioskowanie o stopień niepełnosprawności, aby móc korzystać z uprawnień, które przysługują pracownikowi z niepełnosprawnością⁴¹⁸. Obecnie także

⁴¹⁸ Pracownikowi z orzeczoną umiarkowaną lub znaczną niepełnosprawnością przysługują między innymi: skrócony wymiar czasu pracy, dodatkowa przerwa w pracy czy dodatkowy urlop wypoczynkowy. Ponadto pracodawca zatrudniający pracownika z niepełnosprawnością, może otrzymać ze

w wielu ofertach pracy posiadanie statusu osoby z niepełnosprawnością jest warunkiem koniecznym do podjęcia zatrudnienia. Powoduje to wzrost liczby osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności. Natomiast czynnikiem wpływającym na małą liczbę składanych wniosków o dofinansowanie z zakresu rehabilitacji społecznej jest to, że osoby, które pracują i ubiegają się o takie wsparcie, często przekraczają próg dochodów uprawniający do jego otrzymania. Ponadto należy zaznaczyć, iż nie każdy potencjalnie uprawniony korzysta z oferowanych instrumentów wsparcia. Jak już wcześniej wspomniano, aby otrzymać na przykład dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego w przypadku osoby z niepełnosprawnością, która prowadzi gospodarstwo domowe razem z rodziną, dochód na członka rodziny nie może przekroczyć – 50% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, natomiast w przypadku osoby samotnie gospodarującej – 65%⁴¹⁹. Dla zobrazowania problemu posługując się danymi z czwartego kwartału 2020 roku, kiedy to przeciętne wynagrodzenie według danych Głównego Urzędu Statystycznego wyniosło 5457,98 zł brutto⁴²⁰ prześledźmy następującą sytuację:

O dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego wnioskuje osoba z niepełnosprawnością samotnie prowadząca gospodarstwo domowe, będąca na rencie socjalnej, jednocześnie pracująca - dorabiająca do renty minimalne wynagrodzenie. Próg dochodu kwalifikujący do uzyskania dofinansowania w omawianym przypadku wynosi 3547,69 zł brutto. Miesięczny dochód uzyskany z tytułu otrzymywania renty socjalnej to 1200 zł brutto, natomiast dochód z tytułu wynagrodzenia za pracę to 2800 zł. Całkowity miesięczny dochód wnioskodawcy wynosi więc 4000 zł brutto. Kwota ta przewyższa próg uprawniający do uzyskania dofinansowania o 452,31 zł.

Powyższy przykład pokazuje, że ustalone progi dochodowe stanowią istotną barierę, która uniemożliwia uzyskanie dofinansowania ze środków PFRON przez osoby z niepełnosprawnością, które są aktywne zawodowo. Nawet w przypadku osoby mieszkającej we wspólnym gospodarstwie domowym, gdzie próg dochodu na osobę wynosi wspomniane 50% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, w sytuacji gdy osoba

środków PFRON dofinansowanie do jego wynagrodzenia czy dofinansowanie działań obejmujących rehabilitację zawodową na przykład na dostosowanie stanowiska pracy czy organizację szkolenia.

⁴¹⁹ §5 ust. 1 Rozporządzenia 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. 2002 nr 96 poz. 861 z późn. zm.).

⁴²⁰ Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 9 lutego 2021 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w czwartym kwartale 2020 r.,

<https://stat.gov.pl/sygnalny/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/komunikat-w-sprawie-przecietnego-wynagrodzenia-w-czwartym-kwartale-2020-roku,271,31.html>, (dostęp: 26.09.2021).

z niepełnosprawnością pobiera rentę i jednocześnie pracuje, zmieszczenie się w ustalonych kryteriach uprawniających do otrzymania dofinansowania staje się niejednokrotnie niemożliwe.

Progi dochodowe mają na celu, z jednej strony, ograniczenie pomocy dla osób o wysokim statusie materialnym i skierowanie jej do tych najbardziej potrzebujących, z drugiej zaś należy wziąć pod uwagę, iż stosunkowo mało osób z niepełnosprawnością podejmuje zatrudnienie. Wskaźnik zatrudnienia tych osób w wieku produkcyjnym w IV kwartale 2020 roku wynosił 28,7%, a osób sprawnych 79,4%⁴²¹. Często osoby z niepełnosprawnością, które decydują się podjąć zatrudnienie, pracują tylko za minimalne wynagrodzenie. Niestety tak jak zostało to przedstawione w powyższym przykładzie, podjęta praca uniemożliwia uzyskanie wsparcia z powodu przekroczenia progu dochodu. Warto podkreślić, że w obecnych realiach ekonomicznych uzyskany dochód nawet w przypadku łączenia świadczenia rentowego z wynagrodzeniem z pracy jest niski, a mimo to nie można starać się o dofinansowanie⁴²².

Wydaje się, iż osoby, które pomimo swoich ograniczeń zdecydowały się podjąć zatrudnienie, powinny mieć możliwość korzystania ze wsparcia oferowanego przez państwo. Sytuacja, z jaką spotykamy się obecnie, jest swoistym karaniem osób z niepełnosprawnością za aktywność na rynku pracy. Czasem nawet można spotkać się z sytuacją, w której osoba, która mogłaby podjąć pracę, świadomie jej nie podejmuje tylko dlatego, że obawia się utraty możliwości korzystania ze wsparcia państwa. Podjęcie pracy przez osoby z niepełnosprawnością nie tylko przyczynia się do ich niezależności ekonomicznej, ale stanowi również formę rehabilitacji. Dlatego też osoby te nie powinny stawiać przed wyborem, podjąć pracę i być wykluczonym z pomocy państwa, czy zostać w domu i korzystać z tej pomocy. Możliwość podjęcia pracy przez osoby z niepełnosprawnością, jak i uzyskanie przez nie pomocy ze strony państwa, powinny być komplementarne. Rządzący powinni więc zastanowić się nad zmianą obowiązujących kryteriów lub nawet całkowitą likwidacją wymogu zmieszczenia się w progach dochodowych. Odejście od obowiązujących progów ułatwiłoby osobom z niepełnosprawnością uzyskanie wsparcia i tym samym zwiększyło liczbę beneficjentów.

⁴²¹ Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych prawnie w wieku 16 lat i więcej oraz w wieku produkcyjnym w IV kwartale 2020 roku, Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/p,81,bael>, (dostęp: 26.09.2021).

⁴²² Przytoczone w przykładzie 4000 zł brutto to 2907,96 zł netto.

Dla wielu samorządów czynnikiem ograniczającym udzielenie dofinansowania z zakresu rehabilitacji społecznej i tym samym powodem odrzucania wniosków jest niewystarczająca ilość środków finansowych, jakie dana jednostka ma do dyspozycji w stosunku do liczby składanych wniosków. Należy zwrócić uwagę na fakt, że dofinansowania realizowane przez samorządy powiatowe uzależnione są od środków, jakie przekazuje poszczególnym jednostkom PFRON. Pieniądze na realizację poszczególnych zadań pomiędzy samorządy powiatowe i wojewódzkie rozdzielane są według specjalnego matematycznego algorytmu⁴²³ oraz przelewane na wyodrębniony rachunek bankowy⁴²⁴. Ilość przekazanych środków zależy między innymi: od liczby osób z niepełnosprawnością, liczby osób z niepełnosprawnością poszukujących pracy i bezrobotnych, a także liczby uczestników warsztatów terapii zajęciowej w danym powiecie. Rada powiatu w formie uchwały określa zadania, na które przeznaczają środki. Decyzje o udzieleniu dofinansowania podejmowane są przez starostę po rozpoznaniu całokształtu okoliczności sprawy, możliwości finansowych i skali potrzeb osób z niepełnosprawnością wnioskujących o pomoc. Samorząd powiatowy dysponuje autonomią w kwestii realizacji określonych zadań finansowanych ze środków funduszu. PFRON natomiast nie może ingerować w to komu i w jakiej wysokości są one przyznawane. Samorządy posiadają autonomię w zakresie decyzyjności doboru celu wydatkowania przyznanych środków. Jednakże tak jak zostało wspomniane wcześniej, udzielenie dofinansowania uzależnione jest od środków finansowych, jakimi dysponuje dany samorząd. Działanie na podstawie algorytmu, według którego samorządowi przekazywana jest z góry określona kwota, niejednokrotnie prowadzi do sytuacji, w której to starosta musi odmówić przyznania dofinansowania z powodu braku wystarczających środków finansowych. W efekcie czego, nie każdy kto wnioskuje o wsparcie, może je otrzymać.

4.2.2. Usługi społeczne

Usługi społeczne finansowane są z Funduszu Solidarnościowego w ramach dwóch przedstawionych wcześniej programów: *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej* i *Opieka wychnieniowa*. Obydwa programy zostały uruchomione w 2019 roku, zatem dane, które zostaną przedstawione dotyczą lat 2019 i 2020. Program *Asystent osobisty osoby*

⁴²³ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 maja 2003 r. w sprawie algorytmu przekazywania środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych samorządom wojewódzkim i powiatowym, (Dz.U. 2003 nr 88 poz. 808 z późn. zm.).

⁴²⁴ Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

niepełnosprawnej został uruchomiony 1 października 2019 roku. Pierwsza edycja obejmowała ostatni kwartał roku 2019, a także cały rok 2020. Na początku funkcjonowania w ostatnim kwartale 2019 roku program realizowało zaledwie 27 jednostek samorządu terytorialnego z 2 857 gmin i powiatów w całej Polsce, najwięcej w województwach łódzkim i małopolskim. Natomiast w województwach kujawsko-pomorskim, śląskim i warmińsko-mazurskim, żadna z jednostek samorządu terytorialnego nie realizowała tego programu. Stąd tylko 112 osób objęto tą formą wsparcia.

W roku 2020 program asystentury osobistej został upowszechniony. Realizowało go w całym kraju 405 gmin i 57 powiatów, 16 procent wszystkich jednostek. Najwięcej gmin – 55, realizowało program w województwie pomorskim, przy czym w roku 2019 w tym województwie usługi asystenckie oferowano tylko w dwóch gminach. Najmniej zaś bo tylko 9 gmin realizowało program usług asystenckich w województwie opolskim. Wśród 57 powiatów realizujących usługi asystenckie najwięcej położonych było w województwie śląskim (10 powiatów), a najmniej w województwach: kujawsko-pomorskim, małopolskim, podkarpackim oraz świętokrzyskim.

W sumie z usług asystenckich w roku 2020 skorzystało łącznie 8 593 osoby, przy czym najwięcej w województwie świętokrzyskim (1 363 osoby), a najmniej w województwie podlaskim (115 osób). W obu wymienionych województwach nastąpił znaczący wzrost liczby beneficjentów programu w stosunku do roku 2019. Tabela nr 5 przedstawia dane statyczne obrazujące realizację Programu *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej* w latach 2019 – 2020.

Tabela 5. Realizacja programu *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej* w latach 2019 – 2020.

L.p.	Województwo	Liczba gmin	Liczba gmin, w których realizowano program		Liczba powiatów i miast na prawach powiatu (razem)	Liczba powiatów, w których realizowano program		Liczba osób, którym przyznano usługi asystenta	
			2019	2020		2019	2020	2019	2020
1	dolnośląskie	169	1	28	30	0	5	2	847
2	kujawsko-pomorskie	144	0	36	23	0	1	0	561
3	lubelskie	213	2	40	24	0	8	12	724
4	lubuskie	82	2	15	14	1	3	6	315
5	łódzkie	177	4	13	24	1	3	36	124
6	małopolskie	182	4	28	22	0	1	19	329
7	mazowieckie	314	1	24	42	0	7	3	775
8	opolskie	71	1	9	12	0	3	2	200
9	podkarpackie	160	1	14	25	0	1	3	257
10	podlaskie	118	2	14	17	0	2	2	115
11	pomorskie	123	2	55	20	0	2	4	770
12	śląskie	167	0	49	36	0	10	0	1 289
13	świętokrzyskie	102	2	20	14	0	1	11	1 363
14	warmińsko-mazurskie	116	0	18	21	0	3	0	219
15	wielkopolskie	226	2	19	35	0	4	3	387
16	zachodniopomorskie	113	1	23	21	0	3	9	318
	W sumie	2 477	25	405	380	2	57	112	8 593

Zródło: Opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych.

Trudno dokonać jednoznacznej oceny realizacji programu z powodu bardzo krótkiego okresu jego funkcjonowania. Jednakże patrząc na przedstawione dane statystyczne, należy wskazać znaczący wzrost liczby beneficjentów programu od 112 w 2019 roku do 8 593 w 2020. Wiąże się to z upowszechnieniem programu, a tym samym ze zwiększonym zainteresowaniem jednostek samorządu terytorialnego. W szczególności należy podkreślić wzrost liczby powiatów, które oferowały usługi asystenckie. W roku 2020 usługi asystenckie oferowane były w każdym z 16 województw. Jednakże warto dodać, że w odniesieniu do ogólnej liczby jednostek samorządu terytorialnego w całej Polsce, liczba zarówno gmin i powiatów realizujących program była niewielka. Na przestrzeni lat 2019 – 2020 usługi asystenckie oferowało w sumie 430 gmin i 59 powiatów, stanowi to odpowiednio 17,4% wszystkich gmin oraz 15,5% ogólnej liczby powiatów w całym kraju.

Mimo wzrostu liczby beneficjentów, jak i jednostek samorządu terytorialnego, które realizowały omawiany program w roku 2020, należy stwierdzić, że w pierwszej jego edycji z usług asystenckich skorzystała niewielka liczba osób. W IV kwartale roku 2019, odsetek jego beneficjentów wyniósł zaledwie 0,005% wszystkich uprawnionych. W roku 2020 liczba osób z orzeczoną znaczną lub umiarkowaną stopniem niepełnosprawności

wynosiła 1 934 605, z programu skorzystało 8 593 osób, co stanowiło 0,44% potencjalnych adresatów programu⁴²⁵. W tabeli nr 6 przedstawiono zestawienie liczby osób z orzeczonym umiarkowanym lub znacznym stopniem niepełnosprawności i liczbę beneficjentów programu *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej* w latach 2019-2020.

Tabela 6. Liczba osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności oraz liczba i procent beneficjentów programu *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej*.

Liczba osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności (stan na IV kwartał roku)			Liczba osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności, którym przyznano usługi asystenckie		% osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności, którym przyznano usługi asystenckie	
Rok	Znacznym	Umiarkowanym	Znacznym	Umiarkowanym	Znacznym	Umiarkowanym
2019	771 656	1 307 429	76	36	0,01	0,004
2020	603 057	1 331 548	6 202	2 391	1	0,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych.

Kolejnym programem finansowanym ze środków Funduszu Solidarnościowego i realizowanym przez samorzady jest *Opieka wychowawcza*, w ramach którego świadczone są usługi pobytu dziennego, całodobowego oraz poradnictwo specjalistyczne.

W roku 2019, w którym to program został uruchomiony, usługi pobytu dziennego, realizowało 217 jednostek samorządu terytorialnego (gmin i powiatów) w całym kraju. Najwięcej, bo 32 jednostki, realizowały te usługi w województwie pomorskim, najmniej zaś w opolskim – 3. Łączna liczba osób z niepełnosprawnością, którym były świadczone usługi pobytu dziennego w ramach programu wynosiła natomiast 1 867, w tym 452 dzieci. Największa liczba beneficjentów usług pobytu dziennego (252), to mieszkańcy województwa pomorskiego. Najmniej osób – 6, skorzystało z tych usług w województwie opolskim. Tabela nr 7 przedstawia dane dotyczące realizacji usług pobytu dziennego w ramach programu *Opieka wychowawcza* w latach 2019-2020.

⁴²⁵ Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych, *Orzekanie o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności, stan na II kw. 2021*, <http://niepelnosprawni.gov.pl/container/niepelnosprawnosci-w-liczbach/orzekanie-o-niepelnosprawnosci-i-stopniu-niepelnosprawnosci---statystyki/EKSMOoN%20-%20IIQ2021.xlsx>, (dostęp: 26.09.2021).

Tabela 7. Realizacja programu *Opieka wytchnieniowa* w latach 2019 – 2020 – Moduł I.

L.p.	Województwo	Liczba gmin i powiatów razem	Liczba gmin i powiatów, w których realizowano Program		Liczba osób, którym świadczone były usługi pobytu dziennego	
			2019	2020	2019	2020
1	dolnośląskie	199	13	25	137	290
2	kujawsko-pomorskie	167	14	15	190	98
3	lubelskie	237	25	36	163	510
4	lubuskie	96	11	14	94	73
5	łódzkie	201	5	2	12	14
6	małopolskie	204	16	22	129	175
7	mazowieckie	356	20	38	178	334
8	opolskie	93	3	7	6	44
9	podkarpackie	185	11	14	82	108
10	podlaskie	135	4	6	55	75
11	pomorskie	143	32	35	252	322
12	śląskie	203	19	29	169	339
13	świętokrzyskie	116	9	17	133	279
14	warmińsko-mazurskie	137	6	7	28	73
15	wielkopolskie	261	14	25	167	295
16	zachodniopomorskie	134	15	14	72	65
	W sumie	2857	217	306	1 867	3 094

Zródło: Opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych.

W roku 2020 natomiast usługi pobytu dziennego realizowało w sumie 306 jednostek samorządowych, o 89 więcej niż w roku 2019. Najwięcej, łącznie 38 gmin i powiatów, oferujących te usługi, znajdowało się w województwie mazowieckim. Województwo pomorskie, w którym to z kolei najwięcej jednostek samorządowych realizowało usługi w roku 2019, w 2020 było na drugim miejscu. Województwami z najmniejszą liczbą jednostek samorządowych, realizujących usługi pobytu dziennego w roku 2020, były opolskie i warmińsko-mazurskie. W wymienionych województwach usługi pobytu dziennego realizowało po 7 samorządów.

W roku 2020 nastąpił także wzrost liczby osób korzystających z omawianych usług. Ich beneficjentami w całym kraju było 3 094 osoby, to jest o 1 227 osób więcej niż w pierwszym roku funkcjonowania programu. Najwięcej beneficjentów usług pobytu dziennego to mieszkańcy województwa lubelskiego (510 osób). W porównaniu do roku poprzedniego, w tym województwie liczba beneficjentów usług wzrosła o 347 osób. Najmniej osób z tych usług skorzystało w województwie łódzkim, gdzie w odniesieniu do roku 2019, odnotowano wzrost o zaledwie 2 osoby. Wśród wszystkich beneficjentów usług pobytu dziennego w roku 2020 liczba dzieci to 794.

Usługi pobytu całodobowego będące w zakresie Modułu II, w roku 2019 realizowało łącznie tylko 25 samorządów lokalnych, najwięcej w województwie pomorskim – 6, następnie w województwie śląskim – 4 oraz w wielkopolskim – 3. W województwach: łódzkim, małopolskim, opolskim, podlaskim i świętokrzyskim usługi pobytu całodobowego nie były realizowane. W pozostałych województwach liczba samorządów oferujących te usługi wahała się od 1 do 2. Beneficjentami usług pobytu całodobowego było wówczas łącznie 212 osób, w tym jedno dziecko. Najwięcej osób – 73, które skorzystały z omawianych usług to mieszkańcy województwa pomorskiego. Po jednej osobie skorzystało natomiast z usług w województwach dolnośląskim i opolskim. Tabela nr 8 przedstawia dane dotyczące realizacji usług pobytu całodobowego w ramach programu *Opieka wytchnieniowa* w latach 2019 – 2020.

Tabela 8. Realizacja programu *Opieka wytchnieniowa* w latach 2019 – 2020 – Moduł II.

L.p.	Województwo	Liczba gmin i powiatów razem	Liczba gmin/powiatów, w których realizowano program		Liczba osób, którym świadczone były usługi pobytu całodobowego	
			2019	2020	2019	2020
1	dolnośląskie	199	2	6	1	1
2	kujawsko-pomorskie	167	2	5	11	8
3	lubelskie	237	1	7	4	16
4	lubuskie	96	2	2	12	34
5	łódzkie	201	0	2	0	0
6	małopolskie	204	0	5	0	11
7	mazowieckie	356	1	11	10	68
8	opolskie	93	0	1	0	8
9	podkarpackie	185	1	2	1	2
10	podlaskie	135	0	1	0	0
11	pomorskie	143	6	10	73	27
12	śląskie	203	4	3	36	12
13	świętokrzyskie	116	0	2	0	6
14	warmińsko-mazurskie	137	1	1	46	22
15	wielkopolskie	261	3	9	16	42
16	zachodniopomorskie	134	2	3	2	10
	W sumie	2857	25	70	212	267

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych.

W roku 2020 usługi pobytu całodobowego realizowało 70 jednostek samorządu terytorialnego, o 45 więcej niż w roku 2019. Były one realizowane w każdym województwie. Najwięcej samorządów oferowało usługi w województwie mazowieckim, pomorskim, wielkopolskim oraz lubelskim. Należy zwrócić uwagę na wzrost liczby samorządów oferujących usługi w województwach mazowieckim i lubelskim, gdyż w roku 2019 były one realizowane zaledwie przez jeden samorząd tych regionów. Województwami

z najmniejszą liczbą samorządów świadczących te usługi były kolejno: opolskie, podlaskie i warmińsko-mazurskie oraz lubuskie, łódzkie, podkarpackie i świętokrzyskie. W roku 2020 nastąpił wzrost liczby beneficjentów tych usług, skorzystało z nich łącznie 267 osób, w tym 68 dzieci, co oznacza wzrost o 55 osób w porównaniu z rokiem poprzednim. Województwem, w którym z usług skorzystało najwięcej osób – 68, było mazowieckie, nastąpił w nim wzrost liczby beneficjentów w porównaniu do roku 2019, a większość stanowiły dzieci. Kolejnymi województwami pod względem liczby osób, które skorzystały z usług pobytu całodobowego były: wielkopolskie, lubuskie, pomorskie oraz warmińsko-mazurskie. W ostatnich dwóch z wymienionych nastąpił spadek liczby beneficjentów w porównaniu do roku 2019. Województwa z najmniejszą liczbą beneficjentów usług pobytu całodobowego w roku 2020 to dolnośląskie oraz podkarpackie. W województwach łódzkim i podlaskim, mimo iż samorzady przystąpiły do programu, nikt nie skorzystał z omawianych usług.

Z kolei usługi specjalistycznego poradnictwa w ramach Modułu III programu *Opieka wychnieniowa* w roku 2019 świadczyło 61 samorządów. Najwięcej w województwie śląskim. Najmniej (po jednym) w województwach: opolskim, podkarpackim, podlaskim i świętokrzyskim. Z usług tych w 2019 roku skorzystało 913 opiekunów osób z niepełnosprawnością w całym kraju. W tej liczbie 288 to sprawujący opiekę nad dziećmi wymagającymi stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji. Największa liczba opiekunów, która skorzystała z tych usług, to mieszkańcy województwa śląskiego (136). Tylko 8 osób skorzystało z porad w województwie podlaskim.

W roku 2020 usługi specjalistycznego poradnictwa świadczyły 53 samorzady, to jest o 8 mniej niż w 2019. Najwięcej samorządów realizowało je w województwie mazowieckim. Najmniej – po jednym samorządzie – realizowało usługi poradnictwa w województwach: lubuskim, łódzkim, małopolskim, opolskim i świętokrzyskim. Z usług poradnictwa specjalistycznego w 2020 roku skorzystało łącznie 951 osób, to jest o 38 osób więcej niż w roku 2019, przy czym w tej liczbie 304 osoby to opiekunowie dzieci z niepełnosprawnością. Największa liczba beneficjentów usług specjalistycznego poradnictwa w roku 2020 to mieszkańcy województwa mazowieckiego – 161, następnie lubuskiego – 117 oraz dolnośląskiego – 95. Najmniejsza liczba opiekunów skorzystała z tych usług w województwie łódzkim – 14, a także zachodniopomorskim – 21. Tabela nr 9 przedstawia dane dotyczące realizacji usług poradnictwa specjalistycznego, w ramach programu *Opieka wychnieniowa* w latach 2019 – 2020.

Tabela 9. Realizacja programu *Opieka wytchnieniowa* w latach 2019 – 2020 – Moduł III.

L.p.	Województwo	Liczba gmin i powiatów razem	Liczba gmin/powiatów, w których realizowano Program		Liczba osób, którym świadczone były usługi poradnictwa specjalistycznego dla członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością”	
			2019	2020	2019	2020
1	dolnośląskie	199	4	4	62	95
2	kujawsko-pomorskie	167	3	4	21	59
3	lubelskie	237	6	7	47	51
4	lubuskie	96	3	1	120	117
5	łódzkie	201	3	1	22	14
6	małopolskie	204	2	1	52	63
7	mazowieckie	356	5	8	108	161
8	opolskie	93	1	1	18	10
9	podkarpackie	185	1	2	26	42
10	podlaskie	135	1	2	8	48
11	pomorskie	143	6	5	56	71
12	śląskie	203	10	6	136	42
13	świętokrzyskie	116	1	1	43	77
14	warmińsko-mazurskie	137	5	4	46	44
15	wielkopolskie	261	5	4	89	36
16	zachodniopomorskie	134	5	2	59	21
	W sumie	2857	61	53	913	951

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych.

Na przestrzeni lat 2019 – 2020 nastąpił stopniowy wzrost liczby samorządów realizujących poszczególne usługi w ramach programu *Opieka wytchnieniowa*, jak również wzrost liczby jego beneficjentów. Jednakże, jeśli porównamy liczbę beneficjentów usług z ogólną liczbą osób z niepełnosprawnością, które mogłyby potencjalnie skorzystać z programu, okazuje się, że beneficjenci stanowią niewielki odsetek. Tabela nr 10 przedstawia zestawienie liczby osób z orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności oraz liczbę i procent beneficjentów programu *Opieka wytchnieniowa* w latach 2019 – 2020.

Tabela 10. Liczba osób z orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności oraz liczba i procent beneficjentów programu *Opieka wytchnieniowa* w latach 2019 – 2020.

Liczba osób z orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności, (stan na IV kwartał roku)		Liczba i procent beneficjentów programu <i>Opieka wytchnieniowa</i>							
		Rok	Ogółem	Moduł I		Moduł II		Moduł III	
2019	771 656	1 867	0,24%	212	0,03%	913	0,11%	2 992	0,39%
2020	603 057	3 094	0,51%	267	0,04%	951	0,16%	4 312	0,72%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych.

Z programu *Opieka wychowawcza* w roku 2019 skorzystało 2 992 osoby, co stanowiło zaledwie 0,39 procent osób uprawnionych. W roku 2020 liczba beneficjentów wzrosła do 4 312 osób, ale to wciąż niewielki odsetek beneficjentów usług programu, gdyż skorzystało z niego tylko 0,72 procent osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Warto podkreślić, że faktycznie odsetek ten był jeszcze mniejszy, ponieważ liczba beneficjentów została zestawiona tylko z osobami z orzecznym znacznym stopniem niepełnosprawności powyżej 16 roku życia. Z usług tych korzystają także dzieci zaliczone do osób z niepełnosprawnością, łącznie ze wskazaniami: koniecznością stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz koniecznością stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji. Uzyskanie dokładnych danych w powyższym zakresie jest znacząco utrudnione, ponieważ podawana jest tylko ogólna liczba dzieci posiadających orzeczenie o niepełnosprawności bez wyszczególnienia wskazań, które uprawniają do skorzystania z programu.

Małe zainteresowanie programami realizowanymi ze środków Funduszu Solidarnościowego w roku 2019 mogło wynikać z faktu, iż były one na etapie wdrażania i dla wielu osób stanowiły swego rodzaju novum. Ponadto ich realizacja obejmowała tylko kilka miesięcy, co mogło wpłynąć na ograniczoną liczbę beneficjentów. Można jednak zauważyć stopniowy wzrost liczby jednostek samorządu terytorialnego oferujących te programy jak i liczby osób, które z nich korzystają. Mimo, że korzystanie z programów jest w większości bezpłatne i przystąpienie do nich nie jest obwarowane spełnieniem wielu wymogów, to liczba osób z nich korzystających jest bardzo niska. Obok informacji przekazywanych przez władze centralne o uruchomieniu kolejnych edycji programów, władze samorządowe powinny wziąć pod uwagę realizację lokalnych kampanii informujących o możliwości skorzystania z programów. Działania te umożliwiłyby większej liczbie osób z niepełnosprawnością dotarcie do programu.

Dla wielu samorządów czynnikiem ograniczającym realizację programów z Funduszu Solidarnościowego, tak jak ma to miejsce w przypadku omawianych wcześniej dofinansowań ze środków PFRON, jest brak wystarczających środków budżetowych. Na przykład samorządowi miasta Kielce w 2021 roku zabrakło środków na realizację programu *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej* już w sierpniu i tym samym nabór wniosków został wstrzymany⁴²⁶. Przykład ten pokazuje, że kluczowym elementem we

⁴²⁶ Program *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej* – edycja 2021, MOPR Kielce, <https://mopr.kielce.pl/program-asystent-osobisty-osoby-niepelnosprawnej-edycja-2021>, (dostęp: 26.09.2021).

wsparciu osób z niepełnosprawnością są środki finansowe, a zwiększenie finansowania realizowanych inicjatyw przyczyniłoby się do wzrostu liczby osób, które mogłyby z nich skorzystać.

4.3. Wykorzystanie instrumentów pomocowych w Szwecji

4.3.1. Sprzęt rehabilitacyjny i urządzenia wspomagające

W Szwecji, podobnie jak w Polsce, ważną formę pomocy dla osób z niepełnosprawnością stanowi sprzęt rehabilitacyjny i urządzenia wspomagające. Dane statystyczne obrazujące wykorzystanie tej formy wsparcia obejmują tylko rok 2020, gdyż to właśnie za ten rok Krajowa Rada Zdrowia i Opieki Społecznej opublikowała po raz pierwszy zbiorcze dane dotyczące ich użytkowania we wszystkich szwedzkich gminach. Zestawienie obejmuje dwadzieścia cztery rodzaje pomocy i urządzeń wspomagających, z których łącznie w całym kraju w omawianym roku skorzystało 581 355 osób. Udzielone wsparcie w największym stopniu dotyczyło przekazania potrzebującym chodzików (183 828 sztuk), ręcznych wózków inwalidzkich (95 912 sztuk), aparatów słuchowych (90 496 sztuk) oraz przekazania ręcznych wózków inwalidzkich obsługiwanych przez opiekuna (49 243 sztuki). Z kolei najmniej osób, to jest poniżej 1 tysiąca, korzystało z oprogramowania do wspomaganie komunikacji, wzmacniaczy głosu i maszyn do czytania. Pozostały sprzęt i urządzenia wspomagające w zależności od jego rodzaju użytkowało od niespełna 1 300 do prawie 27 000 osób⁴²⁷. Tabela 11 przedstawia rodzaj pomocy i urządzeń wspomagających oraz liczbę osób z nich korzystających w Szwecji w roku 2020.

⁴²⁷ Uppdrag statistik på hjälpmedelsområdet – slutrapport – (pol.) Raport końcowy dotyczący urządzeń wspomagających, Socialstyrelsen, s. 20, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-12-7696.pdf>, (dostęp: 09.03.2022).

Tabela 11. Pomoce i urządzenia wspomagające oraz liczba osób z nich korzystających w Szwecji w 2020 roku.

Rodzaj	Liczba osób
Chodziki	183 828
Ręczne wózki inwalidzkie	95 912
Aparaty słuchowe	90 496
Ręczne wózki inwalidzkie obsługiwane przez opiekuna	49 243
Środki wspomagające stymulację zmysłów	26 851
Łóżka regulowane elektrycznie	21 786
Stoliki podpierające do chodzenia	19 831
Elektroniczne planery codziennych czynności	18 276
Regulowane oparcia do łóżek	14 150
Balkoniki do chodzenia	13 988
Podnośniki transportowe dla osób siedzących	11 923
Specjalne zegary pomagające w planowaniu codziennych czynności	11 893
Windy stacjonarne do podnoszenia osoby leżącej	3 279
Elektryczne wózki inwalidzkie z ręcznym sterowaniem	3 000
Elektryczne wózki inwalidzkie ze sterowaniem elektronicznym	2 886
Urządzenia do nagrywania i odtwarzania dźwięku	2 778
Urządzenia powiększające dla osób z niepełnosprawnością wzroku	2 525
Mobilne podnośniki do przenoszenia osób z pozycji siedzącej do pozycji stojącej	2 290
Urządzenia do wspomagania mowy	2 015
Chodziki dla dzieci	1 592
Protezy kończyn	1 282
Oprogramowanie wspomagające komunikację	871
Wzmacniacze głosu	459
Maszyny do czytania	201
W sumie	581 355

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Szwedzkiej Krajowej Rady Zdrowia i Opieki Społecznej.

Dane te pokazują, że najczęstszymi beneficjentami pomocy w postaci sprzętu i urządzeń wspomagających są osoby zmagające się z niepełnosprawnością narządów ruchu. Wypożyczany sprzęt obejmuje nie tylko wspomniane chodziki czy ręczne wózki inwalidzkie, ale także stoliki podpierające do chodzenia czy łóżka rehabilitacyjne. Jak zaznaczono powyżej, łączna liczba użytkowników sprzętu w roku 2020 wyniosła ponad 581 000 osób. Porównując tę liczbę z szacunkową liczbą osób z niepełnosprawnością, która wyniosła 1 014 000, odsetek beneficjentów wsparcia kształtował się na poziomie 57,3%. Odsetek użytkowników sprzętu rehabilitacyjnego i urządzeń wspomagających w Szwecji sięgający prawie 60% świadczy, że jest to powszechna i ogólnodostępna forma wsparcia osób z niepełnosprawnością. Wpływa także na to odformalizowanie procesu uzyskania sprzętu, jak również fakt, że urządzenia udostępniane są bezpłatnie⁴²⁸.

⁴²⁸ Należy jednak zaznaczyć, że faktyczny odsetek użytkowników sprzętu rehabilitacyjnego w grupie wiekowej 16 – 64 może być mniejszy, ponieważ liczba beneficjentów została odniesiona do osób z niepełnosprawnością właśnie w tym wieku, a beneficjentami są również osoby starsze. Raport, z którego pozyskano dane był publikowany po raz pierwszy, został w nim podany ogół użytkowników sprzętu bez podziału na grupy wiekowe – informacja uzyskana z Socialstyrelsen.

4.3.2. Usługi społeczne

Usługi społeczne dla osób z niepełnosprawnością w Szwecji są bardzo rozbudowane i stanowią istotną formę pomocy dla tej grupy społecznej. W latach 2015-2020, na mocy *Ustawy o wsparciu i usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami*, udzielono średnio w ciągu roku około 118 180 usług. Średnia roczna liczba ich beneficjentów to 73 100. Od roku 2015 zauważalny jest stopniowy wzrost liczby osób korzystających z tych usług o około 1000 osób w ciągu roku. W 2015 roku z usług skorzystało 69 500 osób, a w 2020 – 75 800, co stanowi wzrost o ponad 9 procent. Tabela 12 ukazuje liczbę osób, które skorzystały z usług wynikających z *Ustawy o wsparciu i usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami* w latach 2015-2020.

Tabela 12. Liczba osób w wieku 0-64 lata, które skorzystały z usług wynikających z *Ustawy o wsparciu i usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami* w latach 2015 – 2020.

Rok	Liczba osób
2015	69 500
2016	71 400
2017	72 900
2018	74 000
2019	75 000
2020	75 800

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Szwedzkiej Krajowej Rady Zdrowia i Opieki Społecznej.

W roku 2015 zrealizowano 117 200 usług, natomiast w 2017 ich łączna liczba wzrosła do 118 900, czyli o 1,45 procent na przestrzeni dwóch lat. Natomiast od roku 2018 do 2020 nastąpił nieznaczny spadek w stosunku do roku 2017 o odpowiednio: 0,33 procent w roku 2018, o 0,58 procent w 2019 oraz o 1 procent w roku 2020. Usługą udzielaną najczęściej, około ponad 35 tysięcy razy rocznie, były codzienne zajęcia dla osób niepracujących. Następnym w kolejności świadczeniem było zakwaterowanie w dostosowanym mieszkaniu dla osób dorosłych, którego udzielano średnio ponad 27 tysięcy razy w roku. Trzecią pod względem liczby świadczenia była usługa wsparcia towarzyskiego, którą średnio zaoferowano 19 tysięcy razy w roku. Najmniejsza liczba udzielonych usług, dotyczyła zakwaterowania dzieci w dostosowanym mieszkaniu. Liczba pozostałych usług świadczonych w latach 2015-2020 wyniosła średnio od ponad tysiąca do niespełna 10 tysięcy rocznie. Tabela 13 przedstawia liczbę i rodzaj usług udzielonych osobom z niepełnosprawnością na podstawie *Ustawy o wsparciu i usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami* w latach 2015-2020.

Tabela 13. Liczba usług udzielonych osobom z niepełnosprawnością w wieku 0-64 lata na podstawie *Ustawy o wsparciu i usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami* w latach 2015 - 2020.

Rok	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Usługa						
porada i wsparcie specjalistyczne	4 400	4 100	3 000	2 100	1 400	900
pomoc osobistego asystenta	4 300	4 600	4 900	5 100	5 200	5 400
eskorta osoby towarzyszącej	8 300	8 000	7 700	7 500	7 300	7 000
wsparcie towarzyskie	19 500	19 400	19 300	19 100	18 700	18 000
odciążenie opiekuna	3 800	3 800	3 900	4 000	4 000	4 000
pobyt krótkoterminowy poza miejscem zamieszkania	9 700	9 600	9 400	9 300	9 100	8 800
nadzór krótkoterminowy nad dzieckiem powyżej 12 r. ż.	4 400	4 400	4 400	4 500	4 600	4 500
zakwaterowanie w dostosowanym mieszkaniu z obsługą (dzieci)	1 000	1 000	1 000	900	900	900
zakwaterowanie w dostosowanym mieszkaniu z obsługą (osoby dorosłe)	26 500	27 100	27 800	28 200	28 700	29 200
codzienne zajęcia dla osób niepracujących	35 300	36 600	37 500	37 800	38 300	39 000
W sumie	117 200	118 600	118 900	118 500	118 200	117 700

Zródło: Opracowanie własne na podstawie danych Szwedzkiej Krajowej Rady Zdrowia i Opieki Społecznej⁴²⁹

Z kolei na podstawie *Ustawy o usługach socjalnych* udzielono w latach 2015-2020 średnio w ciągu roku ponad 122 560 usług, z których skorzystało 69 700 osób z niepełnosprawnością. Usługą świadczoną najczęściej była opieka domowa. Tej formy wsparcia udzielono ponad 40 tysięcy razy w każdym roku. Kolejnym świadczeniem było wsparcie w miejscu zamieszkania. Zrealizowano go średnio ponad 32 tysiące razy w ciągu roku. Coraz więcej osób korzysta z tej formy pomocy. W 2015 roku usługi wsparcia w miejscu zamieszkania udzielono 28 143 razy, natomiast w 2020 roku – 36 102, co stanowi wzrost o około 28 procent. Na trzecim miejscu pod względem liczby usług uplasowało się korzystanie z urządzenia alarmowego. Pomoc w tej formie realizowana była średnio 14 350 razy w roku. Także zauważalny jest wzrost zapotrzebowania na tę usługę. Pozostałe usługi,

⁴²⁹ Dane statystyczne dotyczące wsparcia na podstawie ustawy o wsparciu i usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami, Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-4-7322-tables.xlsx>, (dostęp: 09.03.2022).

w zależności od formy wsparcia, świadczone od około 900 razy do ponad 7 tysięcy rocznie. Tabela 14 przedstawia liczbę i rodzaj usług udzielonych osobom z niepełnosprawnością na podstawie *Ustawy o usługach socjalnych* w latach 2015 – 2020.

Tabela 14. Liczba usług udzielonych osobom z niepełnosprawnością w wieku 0-64 lata na podstawie *Ustawy o usługach socjalnych* w latach 2015 – 2020.

Rok	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Usługa						
Wsparcie w miejscu zamieszkania	28 143	29 550	31 244	33 170	34 889	36 102
Opieka domowa	41 699	40 974	40 877	41 719	42 816	42 402
Urządzenie alarmowe	13 314	13 407	13 580	14 468	15 628	15 702
Zajęcia dzienne	6 973	6 957	6 970	7 151	6 796	6 034
Osoba kontaktowa/ wsparcie towarzyskie	5 758	5 497	5 662	5 948	5 852	5 789
Eskorta osoby towarzyszącej	5 399	5 456	5 595	5 660	5 568	5 162
Zakwaterowanie w dostosowanym mieszkaniu z obsługą	5 090	5 162	5 390	5 638	5 675	5 540
Dystrybucja żywności	4 322	4 207	4 106	3 924	3 796	3 954
Pobyt krótkoterminowy	3 147	3 196	2 995	2 979	2 873	2 739
Odciążenie opiekuna	936	884	837	1 046	865	867
Inne wsparcie	2 706	2 773	2 830	2 870	3 099	3 038
W sumie	117 487	118 063	120 086	124 573	127 857	127 329

Zródło: Opracowanie własne na podstawie danych Szwedzkiej Krajowej Rady Zdrowia i Opieki Społecznej⁴³⁰.

Średnia liczba beneficjentów wsparcia udzielonego na podstawie *Ustawy o usługach socjalnych* wyniosła około 69 730 osób rocznie. Podobnie jak w przypadku usług udzielanych na podstawie *Ustawy o wsparciu i usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami*, na przestrzeni lat widoczny jest stopniowy wzrost liczby osób korzystających z pomocy. Liczba beneficjentów usług od roku 2015 wzrastała o ponad tysiąc osób rocznie. W roku 2015 ich liczba wynosiła 66 143, natomiast w roku 2020 – 72 684, co stanowi wzrost o około 10% w ciągu 5 lat. Tabela 15 przedstawia liczbę osób z niepełnosprawnością, które skorzystały z usług wynikających z *Ustawy o usługach socjalnych* w latach 2015 – 2020.

⁴³⁰ Dane statystyczne dotyczące wsparcia na podstawie ustawy o usługach socjalnych, Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-4-7293-tabeller.xlsx>, (dostęp: 09.03.2022).

Tabela 15. Liczba osób w wieku 0 – 64 lata, które skorzystały z usług wynikających z *Ustawy o usługach socjalnych* w latach 2015 – 2020.

Rok	Liczba osób
2015	66 143
2016	67 085
2017	68 367
2018	71 239
2019	72 849
2020	72 684

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Szwedzkiej Krajowej Rady Zdrowia i Opieki Społecznej.

Jak już wcześniej zaznaczono, trudno jest odnieść liczbę osób korzystających ze wsparcia do ogółu populacji osób z niepełnosprawnością, gdyż w Szwecji nie ma formalnego statusu osoby z niepełnosprawnością. Tym samym nie jest prowadzony oficjalny rejestr takich osób. Informacje na temat osób z niepełnosprawnością można odnaleźć w badaniach dotyczących różnych obszarów życia społecznego na przykład warunków życia czy rynku pracy⁴³¹. Szwedzki Urząd Statystyczny, w raportach dotyczących sytuacji osób z niepełnosprawnością na rynku pracy, podaje szacunkową ich liczbę. Dane te opierają się na samoocenie ankietowanych. Według nich w roku 2020 odsetek osób z niepełnosprawnością w wieku 16 – 64 lata wyniósł około 16% populacji Szwecji, co odpowiadało 1 014 000 osobom⁴³². Tabela 16 przedstawia szacunkową liczbę osób z niepełnosprawnością w wieku 16 – 64 lata (określoną na podstawie powyższych raportów z lat 2015 – 2020) zestawioną z liczbą beneficjentów usług społecznych.

⁴³¹ *Statistik om personer med funktionsned-sättning* /(pol.) *Statystyki dotyczące osób z niepełnosprawnością*, Myndigheten för delaktighet – Szwedzka Agencja ds. Uczestnictwa, <https://www.mfd.se/resultat-och-uppfoljning/statistik-om-personer-med-funktionsnedsattning/>, (dostęp: 09.03.2022).

⁴³² *Situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning 2020* – (pol.) *Sytuacja osób z niepełnosprawnością na rynku pracy 2020*, Szwedzki Urząd Statystyczny, s. 5. https://www.scb.se/contentassets/cc3fe0436677446aae7b1ba19729c6a2/am0503_2021a01_br_am78br2101.pdf, (dostęp: 09.03.2022).

Tabela 16. Szacunkowa liczba osób z niepełnosprawnością w wieku 16 – 64 lata, oraz liczba beneficjentów usług w latach 2015 – 2020 (wartości zaokrąglone do pełnych setek).

Rok	Liczba os. z niepełnosprawnością	Liczba beneficjentów usług wg. <i>Us. o wsparciu i usługach dla os. z okr. niepełnospraw.</i>	Liczba beneficjentów usług wg. <i>Us. o usługach socjalnych</i>	Liczba beneficjentów razem	Odsetek wszystkich beneficjentów usług w stosunku do ogółu os. z niepełnosprawnością %
2015	957 000	69 500	66 100	135 600	14,2
2016	900 000	71 400	67 100	138 500	15,4
2017	900 000	72 900	68 400	141 300	15,7
2018	752 000	74 000	71 200	145 200	19,3
2019	806 000	75 000	72 900	147 900	18,3
2020	1 014 000	75 800	72 700	148 500	14,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Szwedzkiego Urzędu Statystycznego i Krajowej Rady Zdrowia i Opieki Społecznej⁴³³.

Przedstawione dane statystyczne pokazują, że na przestrzeni lat 2015 – 2020 nastąpił stopniowy wzrost liczby beneficjentów usług społecznych, udzielanych zarówno na podstawie *Ustawy o wsparciu i usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami*, jak i *Ustawy o usługach socjalnych*. Łączna liczba beneficjentów usług w roku 2015 wyniosła 135 600 osób, natomiast w 2020 ta liczba to 148 500, co stanowi wzrost o ponad 9,5 procent. Porównując liczbę świadczeń z szacunkową liczbą osób z niepełnosprawnością, wynika że z usług tych lat korzystało średnio w ciągu roku ponad 16 procent osób.

4.4. Porównanie wykorzystania głównych instrumentów pomocowych w Polsce i Szwecji

Liczba osób, które otrzymały dofinansowanie na zakup sprzętu rehabilitacyjnego i urządzeń wspomagających w Polsce wyniosła łącznie 198 584, natomiast liczba osób z orzeczoną niepełnosprawnością lub stopniem niepełnosprawności to 2 985 781. Odsetek beneficjentów dofinansowania w stosunku liczby wszystkich potencjalnie uprawnionych wyniósł zaledwie 6,65%. W Szwecji natomiast liczba użytkowników sprzętu rehabilitacyjnego wyniosła 581 355 osób. Liczba ta stanowiła 57,33% wszystkich osób z niepełnosprawnością. Tabela 17 przedstawia liczbę użytkowników sprzętu rehabilitacyjnego i urządzeń wspomagających w Polsce i Szwecji w 2020 roku.

⁴³³ Szwedzki Urząd Statystyczny – *Sytuacja osób z niepełnosprawnością na rynku pracy*, <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/arbetsmarknad/funktionsnedsattning/situationen-pa-arbetsmarknaden-for-personer-med-funktionsnedsattning>, (dostęp: 09.03.2022).

Tabela 17. Liczba użytkowników sprzętu rehabilitacyjnego oraz urządzeń wspomagających w Polsce i Szwecji w roku 2020.

Polska		
Liczba osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności	Liczba osób, które otrzymały dofinansowanie na zakup sprzętu rehabilitacyjnego i urządzeń wspomagających	Odsetek beneficjentów w stosunku do liczby osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności %
2 985 781	198 584	6,65
Szwecja		
Liczba osób z niepełnosprawnością	Liczba użytkowników sprzętu rehabilitacyjnego i urządzeń wspomagających	Odsetek użytkowników sprzętu i urządzeń wspomagających w stosunku do liczby osób z niepełnosprawnością %
1 014 000	581 355	57,33

Źródło: Opracowanie własne.

Liczba użytkowników sprzętu rehabilitacyjnego i urządzeń wspomagających w Polsce, w porównaniu ze Szwecją, jest niemal dziesięciokrotnie mniejsza. Co prawda, ze względu na dostępność, analizowane dane dotyczą tylko jednego roku, jednak tak duża różnica potwierdza hipotezę, iż liczba beneficjentów działań pomocowych w Szwecji, proporcjonalnie do liczby ludności, jest znacznie wyższa niż w Polsce.

W Szwecji usługi dla osób z niepełnosprawnością funkcjonują już od 1994 roku. Ich zakres jest znacznie szerszy niż w Polsce. Programy usług społecznych takie jak *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej* czy program *Opieka wytchnieniowa*, zaczęły funkcjonować u nas stosunkowo od niedawna, bo od roku 2019, dlatego też możliwa do porównania w obydwu krajach była ich realizacja w latach 2019 – 2020.

Dokonując porównania danych dotyczących realizacji usług skierowanych do osób z niepełnosprawnością w obydwu krajach, widzimy że w Polsce w roku 2019 z programu *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej* skorzystało jedynie 112 osób, co stanowiło zaledwie 0,005% wszystkich potencjalnie uprawnionych. Z kolei w Szwecji w tym samym roku liczba beneficjentów usług na podstawie *Ustawy o wsparciu i usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami*, a więc także korzystających między innymi ze wsparcia asystenta, wyniosła 75 000. W roku 2020 w Polsce liczba beneficjentów programu *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej* uległa znaczącemu wzrostowi i wyniosła 8 593, jednakże w stosunku do ogólnej liczby uprawnionych stanowiła zaledwie 0,44%. W Szwecji zaś liczba beneficjentów usług na podstawie *Ustawy o wsparciu i usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami* wyniosła 75 800 i stanowiła 7,48% ogółu uprawnionych. Tabela 18 przedstawia liczbę beneficjentów programu *Asystent osobisty*

osoby niepełnosprawnej w Polsce i usług na podstawie *Ustawy o wsparciu i usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami* w Szwecji w latach 2019 – 2020.

Tabela 18. Liczba beneficjentów programu *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej* w Polsce i usług na podstawie *Ustawy o wsparciu o usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami* w Szwecji w latach 2019 – 2020.

Polska			
Rok	Liczba osób z niepełnosprawnością w stopniu znacznym i umiarkowanym razem	Liczba beneficjentów programu <i>Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej</i>	Odsetek beneficjentów programu <i>Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej</i> w stosunku do liczby osób ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności %
2019	2 079 085	112	0,005
2020	1 934 605	8 593	0,44
Szwecja			
Rok	Liczba osób z niepełnosprawnością	Liczba beneficjentów <i>Ustawy o wsparciu i usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami</i>	Odsetek beneficjentów usług na podstawie <i>Ustawy o wsparciu i usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami</i> %
2019	806 000	75 000	9,31
2020	1 014 000	75 800	7,48

Źródło: Opracowanie własne.

Z kolei z programu *Opieka wytchnieniowa* skorzystało w 2019 roku w Polsce 2 992 osoby, liczba ta stanowiła jedynie 0,39% wszystkich uprawnionych osób. Z kolei w Szwecji w tym samym roku liczba beneficjentów usług na podstawie *Ustawy o usługach socjalnych* wyniosła 72 900, co stanowiło ponad 9% wszystkich osób z niepełnosprawnością. W roku 2020 liczba beneficjentów omawianego programu wyniosła 4 312 osób i tym samym uległa wzrostowi o ponad 44% w stosunku do roku 2019, jednakże w stosunku do wszystkich uprawnionych jej odsetek wyniósł jedynie 0,72%. W Szwecji zaś w roku 2020 liczba korzystających z usług na podstawie *Ustawy o usługach socjalnych* to 72 700 i jest mniejsza w stosunku do roku 2019 o 200 osób, co stanowi spadek o 0,27%. Tabela 19 przedstawia liczbę beneficjentów programu *Opieka wytchnieniowa* w Polsce i usług na podstawie *Ustawy o usługach socjalnych* w Szwecji w latach 2019 – 2020.

Tabela 19. Liczba beneficjentów programu *Opieka wytchnieniowa* w Polsce i usług na podstawie *Ustawy o usługach socjalnych* w Szwecji w latach 2019 – 2020.

Polska			
Rok	Liczba osób z niepełnosprawnością w stopniu znacznym	Liczba beneficjentów programu <i>Opieka wytchnieniowa</i>	Odsetek beneficjentów programu <i>Opieka wytchnieniowa</i> %
2019	771 656	2 992	0,39
2020	603 057	4 312	0,72
Szwecja			
Rok	Liczba osób z niepełnosprawnością	Liczba beneficjentów usług na podstawie <i>Ustawy o usługach socjalnych</i>	Odsetek beneficjentów usług na podstawie. <i>Ustawy o usługach socjalnych</i> %
2019	806 000	72 900	9,04
2020	1 014 000	72 700	7,17

Źródło: Opracowanie własne.

Ogół beneficjentów obydwu programów w Polsce w roku 2019 wyniósł 3 104 osoby, liczba ta stanowiła jedynie 0,15% wszystkich uprawnionych osób. W roku 2020 liczba ta wzrosła do 12 905 osób. Mimo znaczącego wzrostu w stosunku do roku 2019, bo aż o 9 801 osób, odsetek liczby beneficjentów w stosunku do wszystkich uprawnionych pozostawał wciąż na niskim poziomie i wyniósł 0,66%. W Szwecji natomiast łączna liczba korzystających z usług na podstawie obydwu aktów prawnych w 2019 roku wyniosła 147 900, a w 2020 ta liczba to 148 500, co stanowi odpowiednio 18,35% oraz 14,65% ogółu uprawnionych osób. Tabela 20 przedstawia liczbę beneficjentów programu *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej i Opieka wytchnieniowa* w Polsce i usług na podstawie *Ustawy o wsparciu o usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami* oraz *Ustawy o usługach socjalnych* w Szwecji w latach 2019 – 2020.

Tabela 20. Liczba beneficjentów programu *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej i Opieka wytchnieniowa* w Polsce i usług na podstawie *Ustawy o wsparciu o usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami i Ustawy o usługach socjalnych* w Szwecji w latach 2019 – 2020.

Polska			
Rok	Liczba osób z niepełnosprawnością w stopniu znacznym lub umiarkowanym (razem)	Liczba beneficjentów programu <i>Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej</i> i programu <i>Opieka wytchnieniowa</i> razem	Odsetek beneficjentów obydwu programów (razem) %
2019	2 079 085	3 104	0,15
2020	1 934 605	12 905	0,66
Szwecja			
Rok	Liczba osób z niepełnosprawnością	Liczba beneficjentów usług na podstawie <i>Ustawy wsparciu i usługach dla osób z okr. niepełn. i Ustawy o usługach socjalnych</i> (razem)	Odsetek beneficjentów usług na podstawie obydwu ustaw (razem) %
2019	806 000	147 900	18,35
2020	1 014 000	148 500	14,65

Źródło: Opracowanie własne.

Odsetek beneficjentów usług skierowanych do osób z niepełnosprawnością w Polsce w latach 2019 i 2020 był bardzo niski – wyniósł 0,15% i 0,66%. W Szwecji, mimo znacznie mniejszej liczby wszystkich potencjalnie uprawnionych, był on większy o odpowiednio 18,2 i 13,99 punktu procentowego.

Łączna liczba osób, które otrzymały dofinansowanie na zakup sprzętu rehabilitacyjnego i urządzeń wspomagających w Polsce w roku 2020 wyniosła 198 584. W Szwecji ze sprzętu rehabilitacyjnego korzysta 581 355 osób. Liczba ta w Szwecji jest zatem o ponad 382 771 osób wyższa niż w Polsce. W latach 2019 – 2020 z usług skierowanych do osób z niepełnosprawnością w Polsce skorzystało łącznie nieco ponad 16 000, podczas gdy w Szwecji aż 296 400, jest to o ponad 280 tysięcy osób więcej niż w Polsce. Powyższe dane statystyczne pokazują, że w Polsce, mimo ponad dwukrotnie większej populacji osób z niepełnosprawnością, wsparciem w postaci sprzętu rehabilitacyjnego czy usług, w porównaniu do Szwecji, objęte było niewiele osób.

ZAKOŃCZENIE

Osoby z niepełnosprawnością ze względu na swoje ograniczenia są grupą społeczną szczególnie narażoną na wykluczenie czy dyskryminację. Osoby te często potrzebują wsparcia. Niepełnosprawność oddziałuje na ich sytuację zdrowotną, ekonomiczną czy społeczną, a również pośrednio na funkcjonowanie ich rodzin. Aby umożliwić im samodzielne funkcjonowanie, władze publiczne wielu państw podejmują działania mające na celu wyrównywanie ich szans w różnych dziedzinach życia.

Według definicji przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne ONZ, wyrównywanie szans „[...] to proces, dzięki któremu różne systemy i instytucje istniejące w społeczeństwie i środowisku, takie jak usługi, różne formy działań, informacja i dokumentacja są powszechnie dostępne dla wszystkich, a zwłaszcza dla osób z niepełnosprawnością”⁴³⁴. W znaczeniu ogólnym można powiedzieć, że wyrównywanie szans to stwarzanie warunków do równego i pełnoprawnego funkcjonowania jednostek w społeczeństwie.

Zasadniczym celem pracy była analiza i ocena polskiego i szwedzkiego systemu wsparcia adresowanego do osób z niepełnosprawnością. Porównano rozwiązania prawno-instytucjonalne i praktykę polityczną w obydwu państwach. Skupiono się na samorządach terytorialnych bowiem to samorzady, w znacznej mierze, realizują działania na rzecz wyrównywania szans tych osób.

Przeprowadzona analiza wskazuje, iż w obydwu państwach polityka wobec niepełnosprawności jest znaczącym elementem polityk publicznych, w tym w szczególności polityki społecznej. Można zidentyfikować wiele podobieństw, zarówno na gruncie prawnym, jak również w obszarze realizowanych działań czy wdrażanych rozwiązań i instrumentów, których celem jest zapewnienie równości szans tej grupie społecznej. Polska jak i Szwecja przyjęły wiele aktów prawa międzynarodowego, które gwarantują osobom z niepełnosprawnością korzystanie z przysługujących im praw bez dyskryminacji, na zasadach równości, niezależności czy pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. W obydwu państwach gwarancje równości jednostek w społeczeństwie i zakaz dyskryminacji z jakiegokolwiek przyczyny, znajdują umocowania konstytucyjne. Dodatkowo ustawy zasadnicze gwarantują społeczeństwu prawo do zabezpieczenia społecznego czy opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Z kolei w ustawach zwykłych regulujących między innymi opiekę zdrowotną, ubezpieczenia społeczne, usługi, transport publiczny, czy

⁴³⁴ Podstawowe pojęcia w sferze polityki wobec osób niepełnosprawnych, Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 48/96, Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych z dnia 20 grudnia 1993 r.

dostęp do rynku pracy, znajdują się także przepisy nadające szczególne uprawnienia osobom z niepełnosprawnością. W obydwu państwach to władze centralne regulują i podejmują działania w zakresie wsparcia tych osób, ale w głównej mierze na władzach lokalnych spoczywa ciężar zapewnienia równego dostępu do systemu edukacji, odpowiednich usług wspierających, sprzętu rehabilitacyjnego, urządzeń wspomagających jak również dostępności architektonicznej w przestrzeni publicznej. Można zatem wskazać, iż prawa osób z niepełnosprawnością w Polsce i Szwecji są chronione w podobnym zakresie, a realizacja wsparcia na rzecz wyrównywania szans należy do kompetencji samorządów lokalnych. Główna różnica natomiast leży w efektywności obydwu systemów wsparcia. W tym obszarze można zidentyfikować kilka płaszczyzn.

Pierwsza z nich to nabycie statusu osoby z niepełnosprawnością do uzyskania prawa ubiegania się o wsparcie ze strony państwa. W Polsce, aby skorzystać z pomocy wymagane jest posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności. Dokument ten wydawany jest przez powiatowe lub miejskie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności. Do uzyskania orzeczenia wymagane jest przedstawienie dokumentacji medycznej, a także zazwyczaj bezpośrednie badanie dokonywane przez skład orzekający zespół. Wydane orzeczenie potwierdza formalnie prawny status osoby z niepełnosprawnością i stanowi podstawę do korzystania z ulg i uprawnień. Należy nadmienić, że obok systemu orzekania o niepełnosprawności, istnieje system orzekania o niezdolności do pracy realizowany przez ZUS. Orzeczenie o niezdolności do pracy uprawnia do otrzymania świadczeń rentowych. W Szwecji status osoby z niepełnosprawnością nie ma charakteru formalnego, nie jest on też potwierdzony żadnym dokumentem. Do ubiegania się o pomoc ze strony państwa, uprawnia dołączona do wniosku opinia wydawana przez lekarza, zarówno w obszarze świadczeń pieniężnych, które realizuje Szwedzka Agencja Ubezpieczeń Społecznych jak i niepieniężnych, które leżą w gestii władz lokalnych. Decyzja o udzieleniu świadczeń wydawana jest w oparciu o rozeznanie stanu zdrowia i sytuacji osoby ubiegającej się o daną pomoc. W rezultacie procedura w Szwecji jest znacznie uproszczona i nie wymaga zastosowania całego aparatu biurowego w zakresie orzecznictwa.

Druga płaszczyzna odnosi się do ochrony praw osób z niepełnosprawnością i praktyki politycznej wprowadzającej w życie przepisy na rzecz wyrównywania szans. Okazuje się, iż nie tylko nabycie samego statusu osoby z niepełnosprawnością jest poważnym wyzwaniem, ale także odnalezienie się w gąszczu aktów prawnych dotyczących ochrony praw osób z niepełnosprawnością. Przepisy łącznie z obszarami działań są rozproszone, zawarte w co

najmniej kilkunastu ustawach, dodatkowo często zmienianych. Do *Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* poprawki wprowadzono wielokrotnie. Nowe inicjatywy czy rozwiązania znalazły się w osobnych aktach prawnych. Dodatkowo działania na rzecz wyrównywania szans podejmowane są w ramach różnych programów, często tworzonych z potrzeby chwili, także dla uspokojenia nastrojów społecznych, tak jak miało to miejsce w przypadku protestu rodziców dorosłych osób z niepełnosprawnością w roku 2018. Ich realizacja często uzależniona jest od z góry określonego budżetu, który nie pokrywa zapotrzebowania. W rezultacie programy te, choć słuszne w swoich założeniach, trafiają do małej liczby beneficjentów. Zdarza się, iż w dłuższej perspektywie nie są kontynuowane. Taki stan rzeczy powoduje chaos i utrudnia tym osobom korzystanie z przysługujących im praw. W Szwecji natomiast przepisy dotyczące ochrony praw osób z niepełnosprawnością są bardziej skonsolidowane, o czym świadczy zdecydowanie mniejsza liczba aktów prawnych oraz biurokratycznych procedur odnoszących się do tej grupy społecznej. System wsparcia ma charakter całościowy, a środki na realizację działań pochodzą bezpośrednio z budżetu gmin. Przekłada się to na przejrzystość tego systemu.

Trzecia płaszczyzna wiąże się ze sposobem finansowania działań władz publicznych w zakresie wsparcia osób z niepełnosprawnością oraz wysokością środków na nie przeznaczonych. W Polsce dwie instytucje państwowe: PFRON oraz Fundusz Solidarnościowy są odpowiedzialne za finansowanie podejmowanych działań. Natomiast samorządy lokalne (głównie powiaty) realizują świadczenia na rzecz wsparcia osób z niepełnosprawnością. Wspomagają je także stowarzyszenia i organizacje pozarządowe działające na rzecz tych osób⁴³⁵. W Szwecji za realizację działań na rzecz osób z niepełnosprawnością odpowiedzialne są głównie gminy, co wynika z przyjętej konstrukcji samorządu terytorialnego. Źródłem finansowania są podatki i opłaty lokalne, którymi dysponują one bezpośrednio. W przekazywaniu środków nie ma zatem instytucji takich jak w Polsce PFRON czy Fundusz Solidarnościowy, co daje szwedzkim samorządom większą autonomię w zakresie realizowanych działań pomocowych, a także oszczędność środków, które nie finansują instytucji pośrednich.

⁴³⁵ Do podmiotów składających się na system wsparcia osób z niepełnosprawnością można zaliczyć także Narodowy Fundusz Zdrowia odpowiedzialny za finansowanie świadczeń medycznych oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych, którego zadaniem jest realizacja świadczeń wynikających tytułu z ubezpieczenia społecznego (emerytury, renty).

Dodatkowo szwedzkie samorządy dysponują niebagatelnie większym budżetem. Na przykład ogół wydatków budżetowych liczącego ponad 325 tysięcy mieszkańców szwedzkiego miasta Malmö w roku 2020 wyniósł 25,5 miliarda koron szwedzkich⁴³⁶. Z tej kwoty 25%, czyli około 6 miliardów koron przeznaczono na opiekę i pielęgnację osób starszych i z niepełnosprawnością⁴³⁷. W przeliczeniu na złote kwota ta wynosi niemal 3 miliardy. W podobnym ludnościowo, bo liczącym niespełna 340 tysięcy osób Lublinie, suma wszystkich wydatków budżetowych w roku 2020 wyniosła ponad 2 miliardy 487 milionów 212 tysięcy złotych⁴³⁸. Z czego na pomoc i politykę społeczną przeznaczono w sumie 179 milionów 65 tysięcy 551 zł, co stanowi 7,2% ogółu wydatków. Kwota ta obejmuje finansowanie wszystkich działań zrealizowanych przez miasto w obszarze polityki społecznej. Z istotniejszych działań skierowanych do osób z niepełnosprawnością można wyróżnić sfinansowanie w kwocie ponad 13 milionów 137 tysięcy złotych usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych, wydatkowanie ponad 2 milionów 743 tysięcy zł na jednostki specjalistycznego poradnictwa, mieszkania chronione i ośrodki interwencji kryzysowej. Na zadania związane z rehabilitacją zawodową i społeczną osób z niepełnosprawnością z budżetu miasta wydano kwotę ponad 1 miliona 358 tysięcy zł⁴³⁹. Na realizację zadań finansowanych ze środków PFRON, miasto otrzymało z funduszu 10 milionów 469 tysięcy 258 zł, w tym 5 milionów 533 tysiące 920 zł, z przeznaczeniem na działanie Warsztatów Terapii Zajęciowej⁴⁴⁰. Jak widać na przedstawionym przykładzie różnica w ilości przeznaczanych środków na wsparcie osób z niepełnosprawnością w obydwu miastach jest ogromna i to właśnie w głównej mierze ilość angażowanych środków przekłada się na efektywność realizowanych działań pomocowych i tym samym większą liczbę ich beneficjentów.

⁴³⁶ *Ludność miast Szwecji w roku 2020*, SCB – Szwedzki Urząd Statystyczny, <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffer/miljo/tatorter-i-sverige/>, (dostęp: 09.03.2022).

⁴³⁷ *Malmö stads Årsredovisning 2020* – (pol. Budżetowy raport roczny miasta Malmö za rok 2020), <https://malmo.se/download/18.6b4b2ec517c6e15b721bb2f/1637830300845/C385rsredovisning20202020MalmeC3B620stad.pdf>, s. 50-51, (dostęp: 09.03.2022).

⁴³⁸ *Ludność według powiatów w roku 2020*, Rocznik Demograficzny 2021, GUS, https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5515/3/15/1/rocznik_demograficzny_2021.pdf, s. 39. (dostęp: 09.03.2022).

⁴³⁹ *Sprawozdanie z wykonania budżetu miasta Lublin za 2020 rok*, https://bip.lublin.eu/gfx/bip/userfiles/_public/import/rada_miasta_lublin/viii_kadencja/budzet_miasta/2020/sprawozdanie_z_wykonania_budzetu_miasta_lublin_za_2020_rok.pdf s. 132-261, (dostęp: 09.03.2022).

⁴⁴⁰ *Podział środków PFRON dla samorządów powiatowych w 2020 roku*, https://www.pfron.org.pl/fileadmin/Samorzady/2020/2020-04-03_podziale_srodkow_2/SP_Alg_2020.xls?utm_campaign=pfron&utm_source=df&utm_medium=download (dostęp: 09.03.2022).

Czwarta płaszczyzna odnosi się do oferty działań wspierających osoby z niepełnosprawnością. W Szwecji, w porównaniu z Polską, oferta ta obejmuje znacznie szerszy wachlarz usług. W szczególności warto zwrócić uwagę na szeroki zakres usług społecznych. Poza usługami społecznymi i dostępnością sprzętu rehabilitacyjnego, szwedzkie władze samorządowe podejmują działania umożliwiające tym osobom partycypowania w życiu społecznym, między innymi poprzez powszechne stosowanie projektowania uniwersalnego w przestrzeni publicznej. W Polsce, mimo istniejących unormowań prawnych, działania skierowane do społeczności osób z niepełnosprawnością mają charakter ograniczony lub też rozwiązania, które funkcjonują od lat w Szwecji takie jak usługi społeczne, są dopiero na etapie wdrażania przy pomocy okresowych programów. Dodatkowo, istniejący w Polsce system wsparcia często wyklucza możliwość otrzymania pomocy przez osoby z niepełnosprawnością, które są aktywne zawodowo.

W rezultacie, jak pokazuje analiza danych statystycznych wykorzystania głównych form wsparcia oferowanych osobom z niepełnosprawnością na rzecz wyrównywania ich szans przez samorządy terytorialne w obydwu krajach, w Polsce z usług wspierających skorzystała niewielka liczba osób. Odsetek osób, które uzyskały dofinansowanie na zakup sprzętu rehabilitacyjnego oraz urządzeń wspomagających w stosunku do liczby osób z niepełnosprawnością był niemal dziesięciokrotnie niższy niż w Szwecji. Szczególnie duża różnica występowała w liczbie beneficjentów programów usług społecznych związanych z opieką wytchnieniową czy asystentem osoby z niepełnosprawnością. W Szwecji z tych usług korzysta około 10-15 procent osób z niepełnosprawnością, a w Polsce jedynie ułamek procenta.

W dysertacji wykazano, iż polityka społeczna na rzecz wyrównywania szans osób z niepełnosprawnością w Szwecji jest bardziej efektywna niż w Polsce. Choć w Polsce i Szwecji osoby z niepełnosprawnością podlegają podobnej ochronie prawnej, w Polsce praktyka polityczna znacznie odbiega od założeń prawno-instytucjonalnych.

Analizując rozwiązania systemowe przyjęte w obydwu krajach, można wskazać kilka istotnych czynników, które wpływają na stosunkowo niską liczbę beneficjentów wsparcia w Polsce proporcjonalnie do liczby ludności, natomiast relatywnie wysoką w Szwecji. Przede wszystkim na pierwszy plan wysuwa się wspomniany wyżej system finansowania działań wspierających osoby z niepełnosprawnością. Udzielenie wsparcia danej osobie z niepełnosprawnością uwarunkowane jest więc wysokością środków otrzymanych głównie z dwóch funduszy na realizację określonych celów. Działanie na podstawie algorytmu, według którego samorządowi przekazywana jest z góry określona kwota lub też

przydzielanie środków na zasadzie konkursu, niejednokrotnie prowadzi do sytuacji, w której to starosta musi odmówić przyznania dofinansowania z powodu braku wystarczających środków finansowych. W efekcie czego nie każdy kto wnioskuje o wsparcie, może je otrzymać.

Słusznym byłoby przyjęcie rozwiązania, w którym wsparcie dla osób z niepełnosprawnością nie byłoby finansowane z góry ustalonych i przekazanych samorządom środków budżetowych, ale odbywało się na zasadzie refundacji. Samorząd mógłby realizować bieżące zadania wspierające osoby z niepełnosprawnością z własnych środków, po czym występować do funduszu o ich częściową lub całkowitą refundację. Drugim z rozwiązań, które mogłoby przyczynić się do efektywniejszego finansowania działań skierowanych do osób z niepełnosprawnością i tym samym objęcia wsparciem większej ich liczby jest, wzorem Szwecji, finansowanie bezpośrednio z budżetu danego samorządu. Zamiast utrzymywać fundusze takie jak PFRON czy Fundusz Solidarnościowy każdy z samorządów mógłby wprowadzić podatek lokalny, z którego finansowałby potrzeby osób z niepełnosprawnością. Wysokość podatku na dany rok ustalałaby rada gminy/powiatu w zależności potrzeb. Realizacja tych działań tylko przy udziale samorządu wpłynęłaby pozytywnie na odformalizowanie procedur, a także oszczędności budżetowe, które można przeznaczyć bezpośrednio na pomoc osobom z niepełnosprawnością. Często samorządy decydują o zaprzestaniu realizacji programów wspierających. Tak postąpił choćby samorząd miasta Kielce w sierpniu 2021 roku. Ze względu na brak środków finansowych nie kontynuowano programu *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej* i tym samym nabór wniosków został wstrzymany⁴⁴¹. Należy nadmienić, że koszty bieżące (administracyjne) PFRON za rok 2020 według raportu Najwyższej Izby Kontroli wyniosły 354 954 600 zł. Jak podaje raport, kwota ta stanowiła 6 procent ogółu kosztów poniesionych przez fundusz⁴⁴². Gdyby nie było tego kosztownego pośrednika mogłaby ona zasilić bezpośrednio same programy pomocowe, borykające się z brakiem funduszy. Koszt jednej godziny pracy asystenta w roku 2021 ustalono na poziomie nie wyższym niż 40zł⁴⁴³. Dzieląc kwotę kosztów administracyjnych PFRON przez koszt jednej godziny pracy asystenta,

⁴⁴¹ Program *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej* – edycja 2021, MOPR Kielce, <https://mopr.kielce.pl/program-asystent-osobisty-osoby-niepelnosprawnej-edycja-2021/>, (dostęp: 09.03.2022).

⁴⁴² *Wykonanie w 2020 r. planu finansowego Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – informacja o wynikach kontroli*, NIK, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,24303.pdf/>, s. 7, (dostęp: 09.03.2022).

⁴⁴³ *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami 2020-2021. Odpowiadamy na najważniejsze pytania*, BPR ds. ON, <https://niepelnosprawni.gov.pl/art,1074,asystent-osobisty-osoby-z-niepelnosprawnościami-2020-2021-odpowiadamy-na-najwazniejsze-pytania/>, (dostęp: 09.03.2022).

otrzymujemy niemal 900 tysięcy godzin. Potencjalnie właśnie tyle dodatkowych godzin pracy asystentów mogłoby być sfinansowane, gdyby zrezygnować z pośrednika i fundusze przekazać bezpośrednio do samorządów. Należy zatem stwierdzić, iż koszty administracyjne funduszy dodatkowo obciążają ograniczony budżet, kierowany do osób z niepełnosprawnością. Skierowanie środków bezpośrednio do budżetów gmin, które zadania realizują, tak jak w Szwecji, mogłoby zatem prowadzić do efektywniejszego ich wykorzystania.

Kolejnym istotnym czynnikiem niskiej liczby beneficjentów w Polsce jest, odwrotnie niż w Szwecji, uzależnienie otrzymania wsparcia od dochodu. W Polsce pomoc dla osób z niepełnosprawnością udzielana jest poprzez dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego czy uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym. W Szwecji natomiast większość usług ma charakter bezpłatny, a sprzęt rehabilitacyjny jest wypożyczany przez gminy, a określony dochód nie stanowi warunku otrzymania pomocy. Ustalone w Polsce progi dochodu często wykluczają możliwość otrzymania wsparcia. Osoba pobierająca świadczenie rentowe i dorabiająca, otrzymując jedynie najniższe wynagrodzenie osiąga dochód przewyższający próg, pozwalający ubiegać się o dofinansowanie ze środków PFRON. Dodatkowo wymóg zmieszczenia się w progu dochodowym prowadzi do sytuacji, w której niejednokrotnie osoby, które mogłyby podjąć pracę zarobkową, świadomie z niej rezygnują w obawie przed utratą możliwości korzystania z pomocy państwa. Obowiązujące zasady przyznawania dofinansowań z PFRON, oparte o dochód wnioskodawcy, sprawiają, że dana osoba jest niejako „karana” za swoją aktywność na rynku pracy. Dochód osiągnięty z zatrudnienia często ogranicza lub wręcz uniemożliwia otrzymanie pomocy. Osoby z niepełnosprawnością nie powinny stawać przed wyborem: podjąć pracę i być wykluczonym z systemu pomocy państwa czy zostać w domu i korzystać z tego wsparcia. Możliwość podjęcia pracy przez te osoby, jak i uzyskanie przez nie pomocy ze strony instytucji publicznych, powinny być komplementarne. Należałoby zatem zmienić kryteria lub zlikwidować wymóg zmieszczenia się w progach dochodowych. Odejście od obowiązujących progów, ułatwiłoby osobom z niepełnosprawnością uzyskanie wsparcia i tym samym zwiększyło liczbę beneficjentów.

Należy także zwrócić uwagę na rozwiązanie zastosowane w Szwecji dotyczące wypożyczania przez gminę sprzętu rehabilitacyjnego i urządzeń wspomagających. Sprzęt ten w Szwecji dostosowany jest do potrzeb konkretnej osoby i jest przekazywany do użytkownika bezpłatnie. Możliwość wypożyczenia sprzętu jest lepsza niż otrzymanie dofinansowania na jego zakup. Po pierwsze, nie wymaga od użytkownika wkładu

finansowego, po drugie sprzęt, gdy nie jest już potrzebny, przekazywany jest innym osobom, co przyczynia się do oszczędności budżetowych i dużo skuteczniejszego ich wykorzystania. Warto zaznaczyć, iż obecnie w Polsce powoli powstają wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego. Są one prowadzone zarówno przez podmioty prywatne, jak również fundacje czy stowarzyszenia⁴⁴⁴.

W październiku 2021 roku ze strony Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej padła zapowiedź utworzenia publicznej wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego, wyrobów medycznych i technologii asystujących, w której osoby z niepełnosprawnością w oparciu o orzeczenie lekarskie będą mogły wypożyczyć sprzęt dostosowany do ich potrzeb. Wypożyczalnia ma być centralnie zarządzana, odpowiadać za serwis i utrzymanie sprzętu. Podobnie jak ma to miejsce w Szwecji, po okresie użytkowania sprzęt ten będzie regenerowany i przekazywany innym osobom do dalszej eksploatacji⁴⁴⁵. Zapowiedź utworzenia państwowej wypożyczalni jest dobrą informacją. Jej uruchomienie umożliwiłoby szerszy dostęp dla osób z niepełnosprawnością do odpowiedniego sprzętu, jak również przyczyniłoby się do oszczędności w ich domowych budżetach. Warto również dodać, że podjęcie działań zmierzających do utworzenia państwowej wypożyczalni jest próbą implementacji szwedzkich rozwiązań do polskiego systemu wsparcia osób z niepełnosprawnością. Niemniej jednak, mając na uwadze koszty utrzymania choćby takiej instytucji jak PFRON, może to budzić niepokój, jak duże środki będą przeznaczane na utrzymanie administracji i bezpośredni wpływ na obsadzanie stanowisk w tej państwowej wypożyczalni przez partię rządzącą. Wydaje się więc, że tego rodzaju inicjatywy powinny mieć wyłącznie lokalny charakter.

Czynnikiem, który także wpływa na ograniczoną liczbę beneficjentów wsparcia w Polsce jest system orzekania o niepełnosprawności oraz wysoki stopień sformalizowania procedur w procesie ubiegania się o pomoc ze strony państwa. Oprócz zmian w systemie orzekania należałoby uprościć procedury dotyczące ubiegania się o to wsparcie ze strony państwa. Obecnie, aby uzyskać pomoc finansowaną ze środków PFRON należy oprócz orzeczenia o niepełnosprawności i stosownego wniosku przedłożyć także zaświadczenie lekarskie o potrzebie skorzystania z danej formy pomocy. Skoro istnieje system orzecznicy,

⁴⁴⁴ *Ruszyła bezpłatna internetowa wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego*, PFRON, <https://www.pfron.org.pl/pfron/szczegoly/news/ruszy-bezplatna-internetowa-wypozyczalnia-sprzetu-rehabilitacyjnego>, (dostęp: 09.03.2022).

⁴⁴⁵ *Ruszy państwowa wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego. Zamówienie trafi "pod drzwi" niepełnosprawnych*, „Puls Medycyny”, <https://pulsmedycyny.pl/ruszy-panstwowa-wypozyczalnia-sprzetu-rehabilitacyjnego-trafi-pod-drzwi-potrzebujacych-1129376/>, (dostęp: 09.03.2022).

który nadaje status prawny osoby z niepełnosprawnością, decyzja o przyznaniu wsparcia powinna być podejmowana w oparciu o orzeczenie o niepełnosprawności, bez potrzeby posiadania dodatkowego zaświadczenia lekarskiego. Wszystkie niezbędne informacje powinny być zawarte w orzeczeniu czy też według założeń reformy systemu orzekania, w indywidualnym planie wsparcia. Na tle polskiego systemu orzekania o niepełnosprawności, jak i zapowiadanej jego reformy, przyjęte w Szwecji rozwiązanie w zakresie ubiegania się o wsparcie ze strony państwa i tym samym rezygnacja z formalnego charakteru statusu osoby z niepełnosprawnością wydaje się dobrym rozwiązaniem. Osoby, które potrzebują skorzystać z usług czy sprzętu rehabilitacyjnego, oprócz wizyty u lekarza i złożenia wniosku w urzędzie gminy nie muszą spełniać dodatkowych wymogów formalnych. Odformalizowanie wymogów ułatwia korzystanie z pomocy, pomaga uniknąć niekiedy skomplikowanych procedur i tym samym sprzyja poczuciu bezpieczeństwa, co jest bardzo istotne z punktu widzenia osób z niepełnosprawnością. Złożoność procedur wywołuje lęk i frustrację, co nierzadko powoduje rezygnację z ubiegania się o pomoc. Nie można zapomnieć też o aspekcie oszczędności czasu. Ponadto programy powinny być realizowane w perspektywie długookresowej, co dawałoby osobom z niepełnosprawnością i ich rodziną poczucie stabilizacji.

Katalog dostępnych rozwiązań instytucjonalnych wspierających osoby z niepełnosprawnością powinien uwzględniać społeczny model niepełnosprawności. Nie powinien być ograniczony w zakresie podmiotowym wyłącznie do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności.

Dla podniesienia efektywności systemu wsparcia osób z niepełnosprawnością kluczową kwestią jest niewątpliwie reforma finansowania i zniesienie barier natury formalnej, w tym także wymogów spełnienia kryterium dochodu przy ubieganiu się o pomoc państwa, jak również zmiana w zakresie orzekania o niepełnosprawności. Realizacja, jak i finansowanie działań wspierających, powinny leżeć w całości w gestii samorządu gminy lub powiatu, gdyż to właśnie samorząd jest najbliższym obywatela i jego potrzeb. Rezygnacja z utrzymywania funduszy takich jak PFRON czy Fundusz Solidarnościowy może przyczynić się do ograniczenia biurokracji i tym samym oszczędności budżetowych, z których środki mogłyby być przeznaczone bezpośrednio na pomoc osobom z niepełnosprawnością.

Warto jeszcze raz zaznaczyć, że wyrównywanie szans dotyczy wielu aspektów życia osób z niepełnosprawnością. Są to między innymi dostępność służby zdrowia, rynku pracy, usługi społeczne czy dostępność architektoniczna oraz wiele innych. W niniejszej dysertacji

omówiono podstawowe, a zarazem najbardziej istotne instrumenty wsparcia osób z niepełnosprawnością jakimi jest dostępność usług społecznych, a także możliwość skorzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego i urządzeń wspomagających.

W Polsce ograniczenia dostępności instrumentów wsparcia wynikają w znacznej mierze z rozwiązań formalnych, dotyczących uzyskania statusu osoby niepełnosprawnej, braku kompleksowej czytelnej legislacji dotyczącej ochrony praw, sposobu finansowania programów, a także wysokości środków na nie przeznaczonych. Wysokość środków asygnowanych przez państwo na ochronę socjalną jest istotna, choć różnica między Szwecją, a Polską nie jest taka duża, jeśli porównamy procent PKB przekazywany na ten cel. Według danych Eurostatu w roku 2020 Szwecja przeznaczala na wydatki związane z ochroną socjalną około 27 procent PKB, a Polska około 21 procent, co plasowało obydwa państwa odpowiednio na siódmym i dwunastym miejscu spośród dwudziestu krajów Unii Europejskiej, które zostały ujęte w zestawieniu⁴⁴⁶.

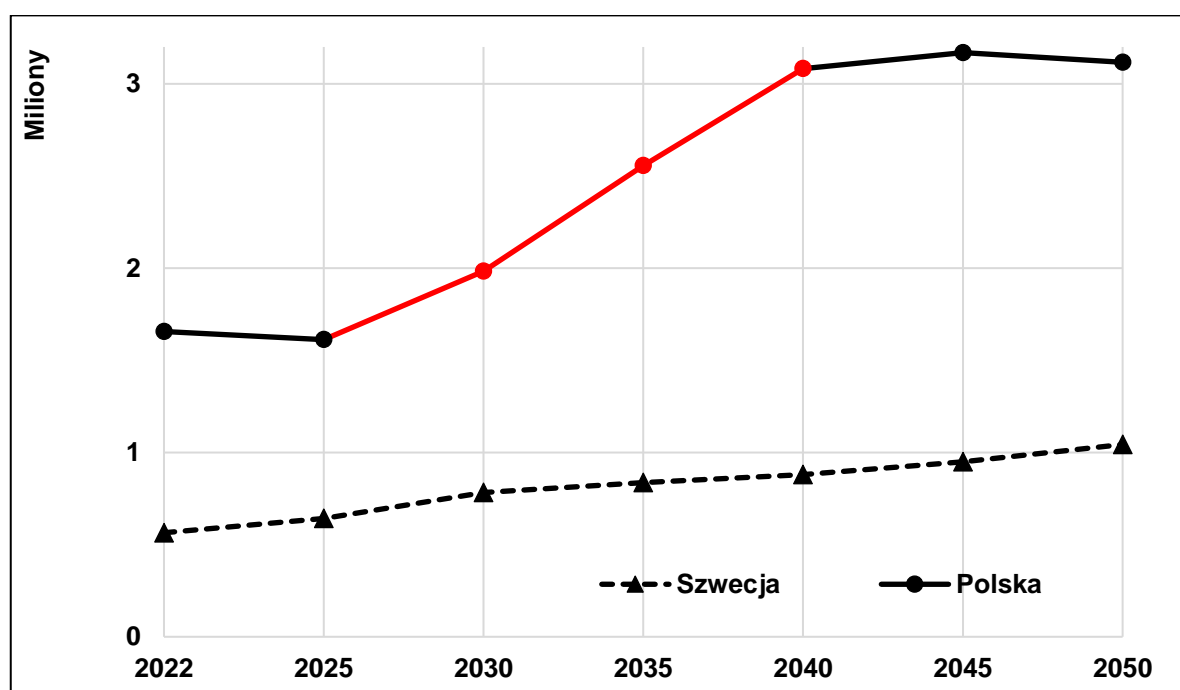
Główna różnica między Polską, a Szwecją wynika z tego, iż w Polsce nie wypracowano jeszcze spójnego, całościowego systemu wsparcia osób z niepełnosprawnością. Ważne jest, aby Polska skorzystała ze sprawdzonych rozwiązań prawno-instytucjonalnych funkcjonujących już przez lata w Szwecji. Wzorowanie się na sprawdzonych rozwiązaniach jest istotne, ale nie jest ono wystarczające, bowiem muszą one jeszcze przekładać się na działania praktyczne. Właśnie w tym aspekcie ogromne znaczenie ma samorząd terytorialny. Realizacja działań wspierających powinna odbywać się przede wszystkim na szczeblu lokalnym, ponieważ to właśnie tam społeczeństwo jest najbardziej zintegrowane, a zadaniem władz lokalnych jest zaspokajanie podstawowych potrzeb swoich mieszkańców, także tych najsłabszych. Poza formami wsparcia, jakie oferuje państwo, istotne znaczenie mają również inicjatywy podejmowane właśnie przez lokalne społeczności, gdyż to one zazwyczaj trafiają do konkretnego adresata i mają największe szanse skutecznej realizacji.

Wszelkie reformy odnoszące się do osób z niepełnosprawnością wymagają nie tylko dobrych rozwiązań i odpowiedniego finansowania, ale także zmiany postrzegania tych osób przez społeczeństwo. Oczywistym jest, że takie osoby, jak wszystkie pozostałe, mają prawo do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym oraz do osobistej samorealizacji. Należy po prostu stworzyć im warunki do funkcjonowania, a nie traktować jako potencjalne obciążenie. Na tym właśnie polega istota wyrównywania szans.

⁴⁴⁶ *Social protection expenditure: 2020 early estimates*, Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/ddn-20211116-1>, (dostęp: 09.05.2022).

Reforma całego systemu wsparcia osób z niepełnosprawnością w Polsce wydaje się być niezbędna, także ze względu na zmiany demograficzne. Według prognoz Eurostatu w latach 2025-2050 liczba osób które ukończyły 80 lat podwoi się z 1.6 miliona do 3.1 miliona osób. W Szwecji, która ma już wypracowany model wsparcia osób z niepełnosprawnością, te zmiany demograficzne będą znacznie mniejsze. W analizach przyjmuje się, iż w grupie ludności powyżej 80 lat następuje skorelowana z wiekiem stopniowa utrata samodzielności i w znacznym zakresie występowanie niepełnosprawności⁴⁴⁷. Wykres 1 pokazuje wzrost populacji powyżej 80 roku życia w Polsce i Szwecji w latach 2025-2050.

Wykres 1. Wzrost populacji powyżej 80 roku życia w Polsce i Szwecji w mln. w latach 2025-2050.



Źródło: Eurostat⁴⁴⁸

Powyższe dane wskazują, iż w Polsce może gwałtownie zwiększyć się zapotrzebowanie na usługi pomocowe. Warto zatem zwrócić uwagę na szwedzką praktykę.

Jak słusznie zauważył A. Tikhonov, osiągnięcia cywilizacyjne, takie jak socjopolityczny model niepełnosprawności, rozwiązania instytucjonalno-prawne generalnie służą temu, aby

⁴⁴⁷ Na przykład: *Green Paper on Ageing. Fostering Solidarity and Responsibility between Generations*, Komisja Europejska, 27.01.2021, <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/d918b520-63a9-11eb-aeb5-01aa75ed71a1/>, (dostęp: 05.06. 2023).

⁴⁴⁸ Population on 1st January by age, sex and type of projection (online data code: PROJ_23NP), Eurostat, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/PROJ_23NP/bookmark/bar?lang=en&bookmarkId=b571fa26-f8cb-4c7c-ad9a-6ae8714b7ca1/, (dostęp: 05.06. 2023).

rzeczywistość charakteryzowała się jak najmniejszą liczbą barier. Oczywiście idealnego stanu nie da się osiągnąć. Bariery są i prawdopodobnie będą się pojawiać nowe, ale nie zwalnia to instytucje publicznych od obowiązku ich przełamywania w jak największym stopniu⁴⁴⁹. Na pewno w dążeniu tym Szwecja jest o wiele bardziej zaawansowana.

⁴⁴⁹ A. Tikhonov, *Zjawisko niepełnosprawności: od przeszłości ku przyszłości*, [w:] *Aksjologiczne i prawne aspekty niepełnosprawności*, (red.) A. Drabarz, Wydawnictwo Temida 2, Białystok 2020, s. 35.

BIBLIOGRAFIA

Akty prawne

Akty prawne Organizacji Narodów Zjednoczonych

1. Deklaracja Praw Osób Niepełnosprawnych przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ, Uchwała nr 3447 (XXX) z dnia 9 grudnia 1975 r.
2. Deklaracja Praw Osób Niepełnosprawnych przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ, 3447 (XXX) z dnia 9 grudnia 1975 r.
3. Konwencja Międzynarodowej Organizacji Pracy nr 159 dotycząca rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych, przyjęta w Genewie dnia 20.06.1983 r., (Dz.U. 2005 nr 43 poz. 412 z późn. zm.).
4. Konwencja ONZ nr 61/06 o prawach osób niepełnosprawnych przyjęta w Nowym Jorku dnia 13 grudnia. 2006 r., (Dz.U. 2012 poz. 1169 z późn. zm.).
5. Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 217 A (III) Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, przyjęta i proklamowana 10 grudnia 1948 r.
6. Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 2856 (XXVI) Deklaracja Praw Osób z Upośledzeniem Umysłowym, przyjęta 20 grudnia 1971 r.
7. Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 31/123 w sprawie proklamowania roku 1981 jako Międzynarodowy Rok Osób Niepełnosprawnych z dnia 16 grudnia 1976 r.
8. Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 44/25 – Konwencja o prawach dziecka z dnia 20 listopada 1989 r., (Dz. U. z 1991 r., Nr 120, poz. 526 z późn. zm.).
9. Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 44/70 – Wytyczne działań z Tallina dotyczące rozwoju zasobów ludzkich w zakresie niepełnosprawności z dnia 15 marca 1990 r.
10. Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 48/96 – Standardowe zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych z dnia 20 grudnia 1993 r.
11. Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ A/RES/70/1 – Przekształćmy nasz świat: Agenda na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030 z dnia 25 września 2015 r.
12. Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ A/RES/71/165 – Rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu osób z niepełnosprawnością z dnia 19 grudnia 2016 r.
13. Uchwała Zgromadzenia Ogólnego ONZ 37/52 – Światowy Program Działań na rzecz Osób Niepełnosprawnych z dnia 3 grudnia 1982 r.
14. Uchwała Zgromadzenia Ogólnego ONZ 46/119 – Zasady ochrony osób z chorobą psychiczną i poprawy opieki chorych psychicznie z dnia 17 grudnia 1991 r.

Akty prawne Rady Europy

1. Deklaracja Ministrów Rady Europy w Sprawie Osób Niepełnosprawnych – Dążenie ku pełnemu uczestnictwu osób niepełnosprawnych jako pełnoprawnych obywateli, przyjęta w Maladze w dniach 7 – 8 maja 2003.
2. Europejska Karta Samorządu Terytorialnego, sporządzona w Strasburgu dnia 15 października 1985 r. (Dz.U. 1994 nr 124 poz. 607 z późn. zm.).

3. Europejska Karta Społeczna sporządzona w Turynie dnia 18 października 1961 r. (Dz.U. 1999 nr 8 poz. 67 z późn. zm.).
4. Europejska Karta Społeczna, zmieniona Protokołem zmieniającym Europejską Kartę Społeczną, sporządzonym w Turynie dnia 21 października 1991 r.
5. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, (Dz.U. 1993 nr 61 poz. 284 z późn. zm.).
6. Rezolucja 2039 (2015) Równość i włączenie społeczne osób niepełnosprawnych przyjęta przez Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy 30 stycznia 2015 r.
7. Rezolucja AP (84) 3 Komitetu Ministrów Rady Europy o spójnej polityce rehabilitacji osób niepełnosprawnych przyjęta dnia 17 września 1984 r.
8. Rezolucja ResAP (2001) 1 Komitetu Ministrów Rady Europy dotycząca wprowadzania zasad uniwersalnego projektowania do programów nauczania wszystkich zawodów związanych z tworzeniem środowiska budowlanego przyjęta dnia 15 lutego 2001 r.
9. Rezolucja ResAP (2001) 3 Komitetu Ministrów Rady Europy w sprawie dążenia do pełnego obywatelstwa osób niepełnosprawnych poprzez nowe technologie sprzyjające włączeniu społecznemu przyjęta dnia 24 października 2001 r.
10. Zalecenie CM/Rec (2009) 9 Komitetu Ministrów Rady Europy dla państw członkowskich w sprawie edukacji i włączenia społecznego dzieci ze spektrum autyzmu przyjęte dnia 21 października 2009 r.
11. Zalecenie CM/Rec (2011) 14 Komitetu Ministrów Rady Europy dla państw członkowskich w sprawie uczestnictwa osób niepełnosprawnych w życiu politycznym i publicznym przyjęte dnia 16 listopada 2011 r.
12. Zalecenie CM/Rec (2013) 2 Komitetu Ministrów Rady Europy dla państw członkowskich w sprawie zapewnienia pełnego włączenia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej do życia społecznego publicznym przyjęte dnia 16 października 2013 r.
13. Zalecenie CM/Rec (2013) 3 Komitetu Ministrów Rady Europy dla państw członkowskich w sprawie zapewnienia pełnego, równego i efektywnego udziału osób niepełnosprawnych w kulturze, sporcie, turystyce i rekreacji przyjęte dnia 11 grudnia 2013 r.
14. Zalecenie nr Rec (2006) 5 Komitetu Ministrów Rady Europy - Plan działań Rady Europy w celu promocji praw i pełnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w społeczeństwie: podnoszenie jakości życia osób niepełnosprawnych w Europie 2006-2015 przyjęte dnia 5 kwietnia 2006 r.
15. Zalecenie R (92) 6 Komitetu Ministrów Rady Europy dotyczące spójnej polityki na rzecz osób niepełnosprawnych przyjęte dnia 9 kwietnia 1992.
16. Zalecenie Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy nr 1185 (1992) Polityka w zakresie rehabilitacji osób niepełnosprawnych.

Akty prawne Unii Europejskiej

1. Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej (50/2002/WE) ustanawiająca program działań Wspólnoty wspierający współpracę między Państwami Członkowskimi w celu zwalczania wyłączenia społecznego z dnia 07 grudnia 2001 r.
2. Decyzja Rady (UE) 2018/254 w sprawie zawarcia, w imieniu Unii Europejskiej, Traktatu z Marrakeszu o ułatwieniu dostępu do opublikowanych utworów osobom niewidomym, słabowidzącym i osobom z niepełnosprawnościami uniemożliwiającymi zapoznawanie się z drukiem z dnia 15 lutego 2018 r.
3. Decyzja Rady Unii Europejskiej (2000/750/WE) ustanawiająca wspólnotowy program działań w zakresie zwalczania dyskryminacji na lata 2001-2006 z dnia 27 listopada 2000 r.
4. Decyzja Rady Unii Europejskiej (2001/903/WE) w sprawie Europejskiego Roku Osób Niepełnosprawnych 2003 z dnia 3 grudnia 2001 r.
5. Decyzja Rady Unii Europejskiej (2005/600/WE) w sprawie wytycznych dla polityk zatrudnienia Państw Członkowskich z dnia 12 lipca 2005 r.
6. Decyzja Rady Unii Europejskiej (2010/48/WE) w sprawie zawarcia przez Wspólnotę Europejską Konwencji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych z dnia 26 listopada 2009 r.
7. Deklaracja Madrycka proklamowana na Europejskim Kongresie na rzecz Osób Niepełnosprawnych w dniach 20–24 marca 2002 r.,
<http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/1878/>, [dostęp: sierpień 2017].
8. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (2012/29/UE) ustanawiająca normy minimalne w zakresie praw, wsparcia i ochrony ofiar przestępstw oraz zastępująca decyzję ramową Rady (2001/220/WSiSW) z dnia 25 października 2012 r.
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 z późn. zm.).
10. Europejska Agenda Społeczna przyjęta na szczycie Rady Europejskiej w Nicei w dniach 7-9 grudnia 2000 r. (Dz.U. WE nr C 157, z 30.05.2001).
11. Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej (2012/C 326/02) z dnia 7 grudnia 2000 r.
12. Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno- Społecznego i Komitetu Regionów [COM(2021) 101 final], Unia równości: Strategia na rzecz praw osób z niepełnosprawnościami na lata 2021–2030 z dnia 3 marca 2021 r.
13. Komunikat Komisji Europejskiej [KOM(2010) 636 wersja ostateczna]. Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności 2010–2020: Odnowione zobowiązanie do budowania Europy bez barier, skierowany do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Społeczno – Ekonomicznego i Komitetu Regionów z dnia 15 listopada 2010 r.
14. Komunikat Komisji Europejskiej COM (2000) 284 final, W kierunku Europy bez barier dla osób z niepełnosprawnością, skierowany do Rady Europejskiej, Parlamentu Europejskiego, Komitetu Ekonomiczno – Społecznego i Komitetu Regionów z dnia 12 maja 2000 r.

15. Komunikat Komisji Europejskiej w sprawie równych szans osób z niepełnosprawnościami „Nowa strategia Wspólnoty Europejskiej w odniesieniu do osób niepełnosprawnych” z dnia 30 lipca 1996.
16. Komunikat Komisji KOM(2013) 926 final zawierający wniosek dotyczący decyzji Rady w sprawie podpisania, w imieniu Unii Europejskiej, Traktatu z Marrakeszu o ułatwieniu dostępu do opublikowanych utworów osobom niewidomym, niedowidzącym i cierpiącym na inne zaburzenia odczytu druku z dnia 20 grudnia 2013 r.
17. Konkluzje Rady Unii Europejskiej (11639/12) Reagowanie na wyzwania demograficzne przez zwiększenie uczestnictwa wszystkich obywateli w rynku pracy i w życiu społecznym z dnia 21 czerwca 2012 r.
18. Konkluzje Rady Unii Europejskiej (2011/C 300/01) w sprawie wsparcia realizacji europejskiej strategii w sprawie niepełnosprawności 2010–2020 z dnia 21 czerwca 2012 r.
19. Rezolucja Parlamentu Europejskiego (2006/2105 (INI)) w sprawie sytuacji osób niepełnosprawnych w rozszerzonej Unii Europejskiej: Europejski Plan Działania na lata 2006-2007 z dnia 30 listopada 2006 r.
20. Rezolucja Parlamentu Europejskiego (2006/2277(INI)) w sprawie sytuacji niepełnosprawnych kobiet w Unii Europejskiej z dnia 26 kwietnia 2007 r.
21. Rezolucja Parlamentu Europejskiego (2010/2272(INI)) w sprawie mobilności i integracji osób niepełnosprawnych oraz europejskiej strategii na rzecz osób niepełnosprawnych 2010 – 2020 z dnia 25 października 2011 r.
22. Rezolucja Parlamentu Europejskiego (2013/2065(INI)) w sprawie niepełnosprawnych kobiet z dnia 11 grudnia 2013 r.
23. Rezolucja Rady Unii Europejskiej (1999/C 186/02) w sprawie równych szans w zatrudnieniu dla osób niepełnosprawnych z dnia 17 czerwca 1999 r.
24. Rezolucja Rady Unii Europejskiej (97/C12/01) o Równości Szans Osób Niepełnosprawnych z dnia 20 grudnia 1996 r.
25. Rezolucja Rady Unii Europejskiej i przedstawicieli rządów państw członkowskich, zebranych w Radzie (2008/C 75/01) w sprawie sytuacji osób niepełnosprawnych w Unii Europejskiej z dnia 17 marca 2008 r.
26. Rozporządzenie Komisji Europejskiej (WE) NR 2204/2002 w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu WE w odniesieniu do pomocy państwa w zakresie zatrudnienia z dnia 5 grudnia 2002 r.
27. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej [(WE) nr 1107/2006] w sprawie praw osób niepełnosprawnych oraz osób o ograniczonej sprawności ruchowej podróżujących drogą lotniczą z dnia 5 lipca 2006 r.
28. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej (WE) nr 1371/2007 dotyczące praw i obowiązków pasażerów w ruchu kolejowym z dnia 23 października 2007 r.
29. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej nr 181/2011 dotyczące praw pasażerów w transporcie autobusowym i autokarowym oraz zmieniające rozporządzenie (WE) nr 2006/2004 z dnia 16 lutego 2011 r.

30. Traktat z Amsterdamu zmieniający Traktat o Unii Europejskiej, Traktaty ustanawiające Wspólnoty Europejskie oraz niektóre związane z nimi akty z dnia 2 października 1997 r., (Dz. U z 2004 r., Nr 90, poz. 864/32).

31. Traktat z Lizbony sporządzony 13.12.2007 r., zmieniający Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską, (Dz.U. 2009 nr 203 poz. 1569 z późn. zm.).

32. Wersja skonsolidowana Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską (TWE) [Dz. Urz. UE 2006 C 321E].

Akty prawa polskiego

1. Dekret z dnia 22 października 1947 r. w sprawie mocy obowiązującej niektórych przepisów ustawodawstwa z zakresu opieki społecznej, (Dz.U. 1947 nr 65 poz. 389).

2. Dekret z dnia 25 czerwca 1954 r. o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin, (Dz.U. 1954 nr 30 poz. 116 z późn. zm.).

3. Konstytucja PRL uchwalona przez Sejm Ustawodawczy w dniu 22 lipca 1952 r., (Dz.U. 1952 nr 33 poz. 232).

4. Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483 z późn. zm.).

5. Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności, (Dz.U. 2003 nr 139 poz. 1328 z późn. zm.).

6. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia, (Dz.U. 2002 nr 17 poz. 162 z późn. zm.).

7. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych, (Dz.U. 2007 nr 230 poz. 1694 z późn. zm.).

8. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz.U. 2012 poz. 850 z późn. zm.).

9. 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. 2002 nr 96 poz. 861 z późn. zm.).

10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, (Dz.U. 2017 poz. 704 z późn. zm.).

11. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 maja 2003 r. w sprawie algorytmu przekazywania środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych samorządom wojewódzkim i powiatowym, (Dz.U. 2003 nr 88 poz. 808 z późn. zm.).

12. Uchwała nr VII/127/19 Rady Miasta Krakowa z dnia 13 lutego 2019 r. w sprawie ustanowienia i realizacji dodatku opiekuńczego.

13. Uchwała Sejmu PRL z dnia 16 września 1982 r. w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych, (M.P. nr 22, poz. 188).

14. Uchwała Sejmu RP z dnia 1 sierpnia 1997 r. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych, (M.P. 1997 nr 50 poz. 475 z późn. zm.).

15. Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 12 lipca 2013 r. Karta Praw Osób z Autyzmem, (M.P. 2013 poz. 682 z późn. zm.).
16. Ustawa Konstytucyjna z dnia 23 kwietnia 1935 r., (Dz.U. 1935 nr 30 poz. 227 z późn. zm.).
17. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, (Dz.U. 2004 nr 64 poz. 593 z późn. zm.).
18. Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, (Dz.U. 2003 nr 122 poz. 1143 z późn. zm.).
19. Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, (Dz.U. 1960 nr 30 poz. 168 z późn. zm.).
20. Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe, (Dz.U. 2017 poz. 59 z późn. zm.).
21. Ustawa z dnia 16 sierpnia 1923 r. o opiece społecznej, (Dz.U. 1923 nr 92 poz. 726).
22. Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, (Dz.U. 1998 nr 162 poz. 1118 z późn. zm.).
23. Ustawa z dnia 17 marca 1921 r. - Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, (Dz.U. 1921 nr 44 poz. 267 z późn. zm.).
24. Ustawa z dnia 17 marca 1921 r.- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. 1921 nr 44 poz. 267).
25. Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, (Dz.U. 2019 poz. 1696 z późn. zm.).
26. Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się, (Dz.U. 2011 nr 209 poz. 1243 z późn. zm..)
27. Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2012 r. poz. 1137 z późn. zm.).
28. Ustawa z dnia 20 grudnia 2019 r. o zmianie ustawy o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw, (Dz.U. 2019 poz. 2473 z późn. zm.).
29. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, (Dz.U. 2004 nr 99 poz. 1001 z późn. zm.).
30. Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, (Dz.U. 2018 poz. 1668 z późn. zm.).
31. Ustawa z dnia 23 marca 1933 r. o częściowej zmianie ustroju samorządu terytorialnego, (Dz.U. 1933 nr 35 poz. 294 z późn. zm.).
32. Ustawa z dnia 23 października 2018 r. o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, (Dz.U. 2018 poz. 2192 z późn. zm.).
33. Ustawa z dnia 23 stycznia 1968 r. o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin, (Dz.U. 1968 nr 3 poz. 6 z późn. zm.).
34. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, (Dz.U. 2003 nr 96 poz. 873 z późn. zm.).

35. Ustawa z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności, (Dz.U. 2010 nr 217 poz. 1427 z późn. zm.).
36. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776 z późn. zm.).
37. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn. zm.).
38. Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, (Dz.U. 2003 nr 228 poz. 2255 z późn. zm.).
39. Ustawa z dnia 29 grudnia 1989 r. o zatrudnieniu, (Dz.U. 1989 nr 75 poz. 446 z późn. zm.).
40. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, (Dz.U. 1998 nr 91 poz. 578 z późn. zm.).
41. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, (Dz.U. 1998 nr 91 poz. 576 z późn. zm.).
42. Ustawa z dnia 5 stycznia 2011 r. Kodeks Wyborczy, (Dz.U. 2011 nr 21 poz. 112 z późn.zm.).
43. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 153 z późn. zm.).
44. Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. - Prawo budowlane, (Dz.U. 1994 nr 89 poz. 414 z późn. zm.).
45. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, (Dz.U. 1991 nr 95 poz. 425 z późn. zm.).
46. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, (Dz.U. 1990 nr 16 poz. 95 z późn. zm.).
47. Ustawa z dnia 9 maja 1991 r. o zatrudnianiu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych, (Dz.U. 1991 nr 46, poz. 201 z późn. zm.).
48. Zarządzenie nr 19/3 Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 17 marca 1959 r. Znak: Sp. 600-W-7/59 W sprawie udzielania pomocy społecznej w formie świadczeń pieniężnych przez właściwe do spraw pomocy społecznej organy prezydium rad narodowych. (Dz. Urz. MPiOS z dnia 20.04.1959, nr 3(90) z późn zm.).

Akty prawa szwedzkiego

1. Diskrimineringslag (2008:567) t.o.m. SFS 2017:1128, (pol. Ustawa o przeciwdziałaniu dyskryminacji z dnia 5 czerwca 2008 r.).
2. Förordning om bilstöd till personer med funktionshinder (1988:890) t.o.m. SFS 2008:1210, (pol. Rozporządzenie w sprawie dodatku samochodowego dla osób z niepełnosprawnością z dnia 22 czerwca 1988 r.).
3. Förordning om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten (2000:628) t.o.m. SFS 2018:45, (pol. Rozporządzenie w sprawie działań związanych z polityką rynku pracy z dnia 29 czerwca 2000 r.).

4. Förordning om särskilda insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga (2017:462) t.o.m. SFS 2019:1120, (pol. Rozporządzenie w sprawie szczególnych działań na rzecz osób z niepełnosprawnością powodującą ograniczoną zdolność do pracy z dnia 24 maja 2017 r.).
5. Hälsa – och sjukvårdslag (2017:30) t.o.m. SFS 2019:996, (pol. Ustawa o zdrowiu i usługach medycznych z dnia 9 lutego 2017 r.).
6. Kommunallag (2017:725) m SFS 2019:835, (pol. Ustawa – Prawo gminne z dnia 22 czerwca 2017 r.).
7. Lag om assistansersättning (1993:389) t.o.m. SFS 2008:202, (pol. Ustawa o rekompensacie z tytułu poniesionych kosztów na osobistego asystenta z dnia 27 maja 1993 r.).
8. Lag om färdtjänst (1997:736) t.o.m. SFS 2019:901, (pol. Ustawa o usługach transportowych dla osób z niepełnosprawnością z dnia 16 października 1997 r.).
9. Lag om handikappanpassad kollektivtrafik (1979:558) tom SFS 2010: 906, (pol. Ustawa o transporcie publicznym przystosowanym do potrzeb osób z niepełnosprawnością z dnia 14 czerwca 1979 r.).
10. Lag om handikappersättning och vårdbidrag (1998:703) t.o.m. SFS 2007:1012, (pol. Ustawa o rencie z powodu niepełnosprawności i zasiłku z tytułu opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością z dnia 11 czerwca 1998 r.).
11. Lag om införande av socialförsäkringsbalken (2010:111) t.o.m. SFS 2018:1270, (pol. Ustawa o wprowadzeniu Kodeksu ubezpieczeń społecznych z dnia 4 marca 2010 r.).
12. Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) t.o.m. SFS 2019:883, (pol. Ustawa o wsparciu i usługach dla osób z określonymi funkcjonalnymi dysfunkcjami z dnia 27 maja 1993 r.).
13. Patientlag (2014:821) r. t.o.m. SFS 2019:964, (pol. Ustawa - Prawo pacjenta z dnia 19 czerwca 2014 r.).
14. Plan - och bygglag (2010:900) t.o.m. SFS 2020:76, (pol. Ustawa o planowaniu i budownictwie z dnia 1 lipca 2010 r.).
15. Plan - och byggförordning (2011:338) t.o.m. SFS 2020:78, (pol. Rozporządzenie do ustawy o planowaniu i budownictwie z dnia 31 marca 2011 r.).
16. Skollag (2010:800) t.o.m. SFS 2019:947, (pol. Ustawa – Prawo szkolne z dnia 23 czerwca 2010 r.).
17. Socialförsäkringsbalk (2010:110) t.o.m. SFS 2019:1294, (pol. Ustawa – Kodeks ubezpieczeń społecznych z dnia 4 marca 2010 r.).
18. Socialtjänstlag (2001:453) t.o.m. SFS 2019:909, (pol. Ustawa o usługach społecznych z dnia 7 czerwca 2001 r.).
19. Vallag (2005:837) t.o.m. SFS 2019:923, (pol. Ustawa – Prawo wyborcze z dnia 24 listopada 2005 r.).

Wyroki i orzeczenia sądowe:

1. Wyrok NSA z dnia 9 października 2007 r. Sygn. I OSK 15/07.
2. Wyrok SN z dnia 20 sierpnia 2003 r. Sygn. II UK 386/02.
3. Wyrok TK z dnia 3 listopada 2006 r. Sygn. K 31/06.
4. Wyrok TSUE z dnia 11.04.2013 r. Sygn. C-335/11.

Dokumenty:

1. Formularz opinii lekarskiej do wniosku o dodatek z tytułu zmniejszonej zdolności do pracy, Forsakringskassan, <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/b7253160-e457-4c81-9357-35c83382359e/fk7801-002-f-001.pdf?MOD=AJPERES&CVID=/>, [dostęp: luty 2020].
2. International Classification of Functioning, Disability and Health ICF WHO, Genewa 2001.
3. International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps WHO, Genewa 1980.
4. Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski, https://www.ipiss.com.pl/wp-content/uploads/downloads/2012/08/nsis_2000.pdf/, [dostęp: sierpień 2022].
5. Oświadczenie o dochodach, opłata za usługi socjalne w gminie Växjö https://vaxjo.se/download/18.52724eb917e28c6a83c4d44/1641386791404/Inkomstforfragan_omsorgen_vuxen-2022.pdf/, [dostęp: marzec 2022].
6. Program Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2019 – 2020, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2019, <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/container/sfwon/asystent-osobisty-2019-2020/Program%20Asystent%20osobisty%20osoby%20niepelnosprawnej%20-%20edycja%202019-2020..pdf/>, [dostęp: wrzesień 2021].
7. Program Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2021, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2020, <https://www.gov.pl/attachment/7c53eb70-0e81-4ad1-af54-8c3cfcb4840c/>, [dostęp: wrzesień 2021].
8. Program Opieka wytchnieniowa – edycja 2019, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2019, <https://niepelnosprawni.gov.pl/download/program%20opieka%20wytchnieniowa-2019.pdf/>, [dostęp: wrzesień 2021].
9. Spotkanie Rady Europejskiej w Lizbonie w dniach 23 – 24 marca 2000 r., Wnioski prezydencji – Spotkania Rady Europejskiej 1993 – 2002, Monitor Integracji Europejskiej, <http://oide.sejm.gov.pl/oide/images/files/dokumenty/konkluzje/lizbona200003.pdf/>, [dostęp: lipiec 2017].
10. Strategia Rady Europy w sprawie niepełnosprawności na lata 2017 – 2023 przyjęta 30 listopada 2016 r., <https://rm.coe.int/16806fe7d4/>, [dostęp: 23.01.2023].

11. Światowa Deklaracja Samorządu Lokalnego uchwalona na 27. Światowym Kongresie Międzynarodowego Związku Władz Lokalnych w Rio de Janeiro w 1985 r.

12. United Nations Disability Inclusion Strategy, https://www.un.org/en/content/disabilitystrategy/assets/documentation/UN_Disability_Inclusion_Strategy_english.pdf/, [dostęp: styczeń 2023].

13. Wniosek o pomoc na podstawie ustawy o usługach socjalnych w gminie Växjö, <https://vaxjo.se/download/18.52724eb917e28c6a83c21a9/1641374640466/Ans%C3%B6kan%20SoL%20AoV%20utredningsenheten%20vuxna%20202201.pdf/>, [dostęp: marzec 2022].

14. Wniosek o usługi dla osób z niepełnosprawnością wynikające z ustawy o wsparciu i usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami – LSS, <https://funktionsnedsattning.stockholm/siteassets/stod-vid-funktionsnedsattning/dokument/ansokan-enligt-lss-barn-och-vuxna.pdf/>, [dostęp: luty 2020].

Raporty i sprawozdania:

1. Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych prawnie w wieku 16 lat i więcej oraz w wieku produkcyjnym w IV kwartale 2020 roku, Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL), <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/p,81,bael/>, [dostęp: wrzesień 2021].

2. Budżet Funduszu, Sprawozdania z realizacji planów rzeczowo-finansowych z działalności PFRON z lat 2015-2020, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, <https://bip.pfron.org.pl/pfron/budzet-funduszu/>, [dostęp: marzec 2022].

3. Dane statystyczne dotyczące wsparcia na podstawie ustawy o usługach socjalnych, Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-4-7293-tabeller.xlsx/>, [dostęp: marzec 2022].

4. Dane statystyczne dotyczące wsparcia na podstawie ustawy o wsparciu i usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami, Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-4-7322-tables.xlsx/>, [dostęp: marzec 2022].

5. Green Paper on Ageing. Fostering Solidarity and Responsibility between Generations, Komisja Europejska, 27.01.2021, <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/d918b520-63a9-11eb-aeb5-01aa75ed71a1/>, [dostęp: czerwiec 2023].

6. Instytucjonalno-organizacyjne uwarunkowania dostępności usług dla osób z niepełnosprawnością i zagrożonych wykluczeniem społecznym w wymiarze technologicznym na terenie Szwecji – Raport z analizy Desk Research, <https://stopbarierom.pl/wp-content/themes/stopbarierom/assets/documents/raporty/Desk-Research-Szwecja-2019-skrocony-min.pdf/>, [dostęp: maj 2020].

7. Joint report on social inclusion 2004, Komisja Europejska, https://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/final_joint_inclusion_report_2003_en.pdf/, [dostęp: sierpień 2022].

8. Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 9 lutego 2021 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w czwartym kwartale 2020 r.,
<https://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/komunikat-w-sprawie-przecietnego-wynagrodzenia-w-czwartym-kwartale-2020-roku,271,31.html/>, [dostęp: wrzesień 2021].
9. Liczba jednostek podziału terytorialnego kraju stan na dzień 1 stycznia 2020, Główny Urząd Statystyczny, <https://eteryt.stat.gov.pl/eteryt/raporty/WebRaportZestawienie.aspx/>, [dostęp: luty 2020].
10. Liczba ludności w państwach Unii Europejskiej, dane na dzień 1 stycznia.2020, Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00001/default/table?lang=en/>, [dostęp: grudzień 2022].
11. Ludność miast Szwecji w roku 2020, Szwedzki Urząd Statystyczny, <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/miljo/tatorter-i-sverige/>, [dostęp: marzec 2022].
12. Ludność według powiatów w roku 2020, Rocznik Demograficzny 2021, Główny Urząd Statystyczny, https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5515/3/15/1/rocznik_demograficzny_2021.pdf/, [dostęp: marzec 2022].
13. Malmö stads Årsredovisning 2020 – (pol. Budżetowy raport roczny miasta Malmö za rok 2020),
<https://malmo.se/download/18.6b4b2ec517c6e15b721bb2f/1637830300845/C385rsredovisning20202020MalmC3B620stad.pdf/>, [dostęp: marzec 2022].
14. Orzekanie o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności, stan na II kw. 2021, Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych, <http://niepelnosprawni.gov.pl/container/niepelnosprawnosc-w-liczbach/orzekanie-o-niepelnosprawnosci-i-stopniu-niepelnosprawnosci---statystyki/EKSMOoN%20-%20IIQ2021.xlsx/>, [dostęp: grudzień 2021].
15. Podział środków dla samorządów powiatowych w 2020 roku, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, https://www.pfron.org.pl/fileadmin/Samorzady/2020/2020-04-03_podziale_srodkow_2/SP_Alg_2020.xls?utm_campaign=pfron&utm_source=df&utm_medium=download/, [dostęp: marzec 2022].
16. Situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning 2020 – (pol.) Sytuacja osób z niepełnosprawnością na rynku pracy 2020, Szwedzki Urząd Statystyczny, https://www.scb.se/contentassets/cc3fe0436677446aae7b1ba19729c6a2/am0503_2021a01_br_am78br2101.pdf/, [dostęp: grudzień 2022].
17. Social protection expenditure: 2020 early estimates, Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/ddn-20211116-1/>, [dostęp: maj 2022].
18. Sprawozdanie z wykonania budżetu miasta Lublin za 2020 rok, https://bip.lublin.eu/gfx/bip/userfiles/_public/import/rada_miasta_lublin/viii_kadencja/bud

zet_miasta/2020/sprawozdanie_z_wykonania_budzetu_miasta_lublin_za_2020_rok.pdf/, [dostęp: marzec 2022].

19. Statistik om personer med funktionsned-sättning- (pol.) Statystyki dotyczące osób z niepełnosprawnością, Myndigheten för delaktighet- (pol.) Szwedzka Agencja ds. Uczestnictwa, <https://www.mfd.se/resultat-och-uppfoljning/statistik-om-personer-med-funktionsnedsattning/>, [dostęp: marzec 2022].

20. Średnie stawki podatku lokalnego w Szwecji w latach 2007-2022, Skatteverket <https://www.skatteverket.se/download/18.339cd9fe17d1714c0773c9fb/1640166751872/Genomsnittliga20skattesatser202007-2022.xls/>, [dostęp: marzec 2022].

21. Uppdrag statistik på hjälpmedelsområdet – slutrapport – (pol.) Raport końcowy dotyczący urzędzeń wspomagających, Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-12-7696.pdf/>, [dostęp: marzec 2022].

22. Wykonanie w 2020 r. planu finansowego Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – informacja o wynikach kontroli, Najwyższa Izba Kontroli <https://www.nik.gov.pl/plik/id,24303.pdf/>, [dostęp: marzec 2022].

Wydawnictwa zwarte:

1. *Accessibility for people with disabilities in the Stockholm public transportation system*, https://www.uitp.org/sites/default/files/Stockholm%20PTA%20Accessibility%20UITP_0.PDF/, [dostęp: maj 2020].

2. Agopszowicz A., Gilowska Z., Taniewska-Peszko M., *Prawo samorządu terytorialnego w zarysie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego Katowice 1999.

3. Almond G.A., Powell G.B., Jr., Mundt R.J., *Comparative Politics. A Theoretical Framework*. New York 1993.

4. Antoszewski A., *Komparatystyka polityczna*, [w:] *Encyklopedia politologii. T. I.* (red.) W. Sokół, M. Żmigrodzki, Wydawnictwo Zakamycze, Kraków 1999.

5. Auleytner J., Głąbicka K., *Polityka społeczna pomiędzy opiekuńczością a pomocniczością*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej Towarzystwa Wiedzy Powszechnej, Warszawa 2000.

6. Auleytner J., *Polityka społeczna czyli ujarzmienie chaosu socjalnego*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, Warszawa 2002.

7. Auleytner J., *Polityka społeczna w Polsce i na świecie-wydanie II*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP w Warszawie, Warszawa 2012.

8. Baranowski M., *Katechizm Kościoła katolickiego- oprac.internetowe*, Wydawnictwo Pallottinum 1994, <http://www.katechizm.opoka.pl/>, [dostęp: październik 2022].

9. Bereda-Łabędź K., Klimkiewicz L., Pałęcka A., *Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Komentarz. Akty wykonawcze.*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2002.

10. Bukowski Z., Jędrzejewski T., Rączka P., *Ustrój samorządu terytorialnego*, Wydawnictwo „Dom Organizatora”, Toruń 2005.

11. Bulenda T., Zabłocki J., *Ludzie Niepełnosprawni a prawo*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1994.
12. Dolnicki B., *Samorząd Terytorialny*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2021.
13. Durasiewicz A., *W kierunku rozwoju polityki rodzinnej w Polsce*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej im. Janusza Korczaka w Warszawie, Warszawa 2017.
14. *Encyklopedyczny słownik rehabilitacji*, (red.) Gałkowski T., Kiwerski J., Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1986.
15. Fajfer-Kruczek I., *Wykluczenie społeczne osób z niepełnosprawnością w środowisku lokalnym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2015.
16. Fronczkiewicz-Wronka A., Zrałek M., *Niepełnosprawni w działaniach samorządu terytorialnego*, [w:] *Samorządowa Polityka Społeczna*, (red.) Fronczkiewicz-Wronka A., Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, Warszawa 2002.
17. Garbat M., *Historia niepełnosprawności*, Wydawnictwo Novae Res, Gdynia 2015.
18. Giedrojć M., *Niepełnosprawność w Polsce w wymiarze politycznym i społecznym, analiza wybranych zagadnień*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2020.
19. Grzybowski M., *Szwecja. Zarys systemu ustrojowego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2019.
20. Grzywna P., Lustig J., Mitręga M., Stępień-Lampa N., Zasepa B., *Polityka społeczna - Rozważania o teorii i praktyce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2017.
21. Hulek A., *Rehabilitacja osób niepełnosprawnych w Polsce i za granicą w świetle przepisów prawnych*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1981.
22. Izdebski H., Kulesza M., *Administracja publiczna: zagadnienia ogólne*, Wydawnictwo Liber, Warszawa 2004.
23. Jankowska M., *Prawa osób niepełnosprawnych w międzynarodowych aktach prawnych*, <https://www.pfron.org.pl/download/5/78/03MariaJankowska.pdf/>, [dostęp: kwiecień 2017].
24. Jendrośka J., *Teorie samorządu terytorialnego*, [w:] *Prawo administracyjne*, (red.) Boć J., Wydawnictwo Kolonia Limited, Wrocław 2007.
25. Jończyk J., *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Wydawnictwo Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2006.
26. Kawczyńska-Butrym Z., *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*, Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008.
27. Kołaczek B., *Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2010.
28. *Konstytucja Królestwa Szwecji*. Tłum. Dembiński K., Grzybowski M., [w:] *Konstytucje państw Unii Europejskiej*, (red.) Staśkiewicz W., Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 2011.
29. Kowalik S., *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 1999.

30. Krzyszkowski J., *Między państwem opiekuńczym a opiekuńczym społeczeństwem. Determinanty funkcjonowania środowiskowej pomocy społecznej na poziomie lokalnym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2005.
31. Księżopolski M., *Polityka społeczna w różnych krajach i modele polityki społecznej*, [w:] *Polityka społeczna - Podręcznik akademicki*, (red.) Firlit-Fesnak G., Szyłko-Skoczny M., Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
32. Kurowski K., *Wolności i prawa człowieka i obywatela z perspektywy osób z niepełnosprawnościami*, Wydawnictwo RPO, Warszawa 2014.
33. Kurzynowski A., *Polityka społeczna – podstawowe pojęcia i zakres*, [w:] *Polityka społeczna*, (red.) Kurzynowski A., Wydawnictwo SGH w Warszawie – Oficyna Wydawnicza, Warszawa 2005.
34. Langrod J. S., *Trzy lata samorządu Krakowa (1931-1933) na tle teorii prawa administracyjnego*, Kraków 1934.
35. *Leksykon Politologii*, (red.) Antoszewski A., Herbut R., Wydawnictwo Atla 2, Wrocław 2004.
36. Lenoir R., *Les exclus un francais sur dix*, Paris, Le Seuil 1974.
37. Lieder W., *Szwecja - opiekuńcze państwo dobrobytu*, https://www.academia.edu/8318047/Szwecja_opieku%C5%84cze_pa%C5%84stwo_dobrobytu/, [dostęp: listopad 2020].
38. *Mała Encyklopedia PWN*, (red.) Sajko M., Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995.
39. *Mały Słownik Politologii*, (red.) Opara S., Wydawnictwo Adam Marszałek. Toruń 2007.
40. Mielczarek A., *Polska pomoc społeczna – doświadczenia historyczne*, Wydawnictwo Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej, Toruń 2006.
41. Niżnik-Dobosz I., *Model ustroju samorządu terytorialnego w Polsce na tle zagadnień ustrojowego prawa administracyjnego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
42. *Nordycki model demokracji i państwa dobrobytu : zbiór tekstów*, (red.) Edvardsen T. S., Hagtvet B., tł. Bereza-Jarociński A., Wydawnictwo PWN, Warszawa 1994.
43. Ochendowski E., *Prawo Administracyjne. Część Ogólna*, Wydawnictwo Dom Organizatora, Toruń 2006.
44. Palme J., Heap J., *ESPN Thematic Report on Financing social protection Sweden*, Komisja Europejska 2019.
45. Paszkowicz M. A., Garbat M., Tytyk E., *Ocena jakości życia osób niepełnosprawnych na przykładzie realiów województwa lubuskiego*, [w:] *Ergonomia Niepełnosprawnym – Jakość życia*, (red.) Lewandowski J., Lecewicz-Bartoszewska J., Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej, Łódź 2001.
46. Patecki G., *Szwecja*, [w:] *Samorząd terytorialny w państwach Unii Europejskiej : Anglia, Austria, Belgia, Dania, Francja, Holandia, Niemcy, Szwecja, Włochy: praca zbiorowa*, (red.) Piasecki A. K., Wydawnictwo Tęcza, Zielona Góra 2001.

47. Piasecki A. K., *Samorząd terytorialny i wspólnoty lokalne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
48. Piasecki M., Stępnik M., *Standardowe zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych*, Fundacja Fuga Mundi, Lublin 1998.
49. Polakowski M., Szelewa D., *Polityka społeczna koalicji PO-PSL, Warszawskie debaty o polityce społecznej* nr 16, Wydawnictwo Friedrich-Ebert-Stiftung, Warszawa 2015.
50. Popławski M., *Samorząd terytorialny w Królestwie Szwecji*, Wydawnictwo Naukowe Grado, Toruń 2007.
51. *Prawo Administracyjne* (red.) Niewiadomski Z., Wydawnictwo LexisNexis, Warszawa 2013.
52. *Prawo administracyjne*, (red.). Boć J., Wydawnictwo Kolonia Limited, Wrocław 1994.
53. *Prawo administracyjne. Część ustrojowa*, (red.) Niewiadomski Z., Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2002.
54. Rabska T., *Podstawowe pojęcia organizacji administracji*, [w:] *System prawa administracyjnego*, t. I, Wydawnictwo Ossolineum, Warszawa 1977.
55. Rajkiewicz A., *Istota polityki społecznej – wczoraj i dziś*, [w:] *Polityka społeczna materiały do studiowania*, (red.) Rajkiewicz A., Supińska J., Książkowski M., Wydawnictwo Interart, Warszawa 1996.
56. Rutkowski W., *Szwedzki model państwa dobrobytu: upadek czy adaptacja?*, <http://ekonomia.wne.uw.edu.pl/ekonomia/getFile/604/>, [dostęp: listopad 2020].
57. Semków-Chajko D., *System ochrony praw osób niepełnosprawnych w regulacjach prawnych ONZ*, [w:] *Prawo a niepełnosprawność wybrane aspekty*, (red.) Bosak M., Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa 2015.
58. Sierpowska I., Kogut A., *Status osoby niepełnosprawnej w polskim systemie prawa*, Wydawnictwo Gaskor, Wrocław 2010.
59. Słobodzian B., *Samorząd terytorialny w Królestwie Szwecji*, [w:] *Samorząd terytorialny w Europie Zachodniej*, (red.) Rajca L., Wydawnictwo Elipsa, Warszawa 2010.
60. *Słownik łacińsko-polski*, oprac. Kumaniecki K., Wydawnictwo PWN, Warszawa 1976.
61. Ståhl A., *Public Transport or Special Service or a Mix?*, <http://www.tft.lth.se/fileadmin/tft/dok/KFBkonf/2Stahl.PDF/>, [dostęp: maj 2020].
62. Szarfenberg R., *O polityce społecznej*, Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, <https://ptps.org.pl/o-polityce-spoecznej/>, [dostęp: listopad 2022].
63. Szarfenberg R., *Pożegnanie państwa opiekuńczego?* http://rszarf.ips.uw.edu.pl/pdf/ws_pozegnanie.pdf/, [dostęp: listopad 2020].
64. Szarfenberg R., *Ubóstwo, marginalność i wykluczenie społeczne*, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2006, <http://rszarf.ips.uw.edu.pl/pdf/umiws.pdf/>, [dostęp: sierpień 2022].
65. Szawłowski K., Chojnacka – Szawłowska G., *Medyczne i społeczne podstawy rehabilitacji*, Wydawnictwo AM, Gdańsk 1990.

66. Szubert W., *Przedmiot, geneza i zakres polityki społecznej*, [w:] *Polityka społeczna*, (red.) Rajkiewicz A., Wydawnictwo PWE, Warszawa 1979.
67. Szyrski M., *Kierownictwo w samorządzie terytorialnym, analiza administracyjnoprawna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Warszawa 2015.
68. Tikhonov A., *Zjawisko niepełnosprawności: od przeszłości ku przyszłości*, [w:] *Aksjologiczne i prawne aspekty niepełnosprawności*, (red.) Drabarz A., Wydawnictwo Temida 2, Białystok 2020.
69. Trzyna A., *Ewolucja pojęcia niepełnosprawności*, [w:] *Prawo a niepełnosprawność wybrane aspekty*, (red.) Bosak M., Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa 2015.
70. Ura E., *Prawo Administracyjne*, Wydawnictwo LexisNexis, Warszawa 2010.
71. Waszkielewicz A., *Zabezpieczenie społeczne osób niepełnosprawnych* [w:] *Najważniejsze wyzwania po ratyfikacji przez Polskę Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych*, (red.) Błaszczak A., Wydawnictwo Biura RPO, Warszawa 2012.
72. Wrońska I., *Demografia państwa średniego. Współczesne wyzwania dla Polski* [w:] *Państwo Średnie – Polska, Studia i Szkice*, Tom 1, (red.) Kubiak K., Przybyło Ł., Wydawnictwo Tetragon, Warszawa 2022.
73. Wrzosek S., *System: Administracja Publiczna. Systemowe determinanty nauki administracji*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2008.
74. *Zabezpieczenie społeczne osób niepełnosprawnych w Polsce i w innych krajach*, (red.) Golinowska S., Wydawnictwo MPiPS, Warszawa 2001.
75. Zalewski D., *Opieka i pomoc społeczna. Dynamika instytucji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2005.
76. Zimmermann J., *Prawo administracyjne*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2012.

Artykuły naukowe:

1. Askheim O. P, Bengtsson H., Richter Bjelke B., *Personal assistance in a Scandinavian context: similarities, differences and developmental traits*, [w:] *Scandinavian Journal of Disability Research* Vol. 16, No. S1, Stockholm University 2014.
2. Bakalarczyk R., *Asystencja osobista osób z niepełnosprawnościami w Szwecji na tle doświadczeń państw nordyckich – w poszukiwaniu inspiracji dla Polski*, [w:] *Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka* nr 2/2022 (153), Wydawnictwo Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2022.
3. Bartnik N., *Złagodzić ból niepełnosprawności. O sytuacji zawodowej osób niepełnosprawnych ruchowo w Polsce w latach 1944-1970*, [w:] *Ethos* 30(2017) nr 4(120), Wydawnictwo KUL 2017.
4. Bińczycka – Majewska T., *Wokół projektu zmian prawa rentowego*, [w:] *Praca i Zabezpieczenie Społeczne* nr 5, 1995.

5. Chaczko K., *Polska w soczewce. Ewolucja oraz modernizacja systemu opieki i pomocy społecznej w perspektywie instytucjonalnej*, [w:] *Rocznik Administracji Publicznej* (2) 2016.
6. Dolnicki B., *Z rozważań nad istotą samorządu terytorialnego*, [w:] *Organizacja-Metody-Technika* nr 1, 1990.
7. Janosiewicz W., *Samorząd terytorialny w Polsce -zarys historyczny*, [w:] *Homo Politicus* vol. 13/2018.
8. Kotulski M., *Samorząd terytorialny w dwudziestoleciu międzywojennym*, *Acta Universitatis Wratislaviensis. No 3888. PRAWO CCCXXVII*, Wrocław 2019.
9. Pańko W., *Własność komunalna a funkcje samorządu terytorialnego*, [w:] *Samorząd Terytorialny* nr 1 – 2, 1991.
10. Paszkiewicz L. B., *Ewolucja samorządu terytorialnego w Polsce. Rys historyczny*, [w:] *Rocznik Politologiczny* nr 2/2004, (red.) Kasińska-Metryka A., Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej, Kielce 2004.
11. Rams A., *Rola asystenta osobistego (personlig assistent) w życiu osoby z niepełnosprawnością w Szwecji* [w:] *Health Promotion & Physical Activity*, 2017, 1 (1), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Tarnowie, Tarnów 2017.
12. Saint-Ouen F., *Podział władzy w demokracji europejskiej*, [w:] *Samorząd Terytorialny* nr 6, 1991.
13. Szumlicz T., *Świadomość ryzyka społecznego jako podstawa wiedzy o systemie ubezpieczeń społecznych*, [w:] *Ubezpieczenia społeczne – teoria i praktyka* nr 1/2017 (132), Wydawnictwo Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2017.
14. Wódz K., *Pomoc społeczna – zjawiska kryzysowe, perspektywy rozwoju*, [w:] *Polityka Społeczna*, nr 10, 1987.

Publikacje prasowe:

1. *Nie podopieczny, a partner i współobywatel – 10 lat Konwencji ONZ o prawach osób z niepełnosprawnościami*, <https://www.prawo.pl/prawo/konwencja-onz-o-prawach-osob-z-niepelnosprawnosciami-ma-10-lat,518349.html>, [dostęp: 25.01.2023].
2. *Protest w Sejmie. Kalendarium. Dzień po dniu*, <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/650943/>, [dostęp: wrzesień 2021].
3. *Ruszy państwowa wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego. Zamówienie trafi “pod drzwi” niepełnosprawnych*, Puls Medycyny, <https://pulsmedycyny.pl/ruszy-panstwowa-wypozyczalnia-sprzetu-rehabilitacyjnego-trafi-pod-drzwi-potrzebujacych-1129376/>, [dostęp: marzec 2022].
4. *Ruszyła bezpłatna internetowa wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego*, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, <https://www.pfron.org.pl/pfron/szczegoly/news/ruszyla-bezplatna-internetowa-wypozyczalnia-sprzetu-rehabilitacyjnego/>, [dostęp: marzec 2022].

5. *Szwedzi nie chcą niższych podatków*, artykuł z dnia 2 stycznia 2014 r., PAP, <https://www.forbes.pl/wiadomosci/szwedzi-nie-chca-nizszych-podatkow/w153cnn/>, [dostęp: listopad 2020].

6. *W czwartek szansa na przełom? W Sejmie trwa protest opiekunów osób niepełnosprawnych*, <https://www.wprost.pl/kraj/10118866/w-czwartek-szansa-na-przelom-w-sejmie-trwa-protest-opiekunow-osob-niepelnosprawnych.html/>, [dostęp: grudzień 2021].

Pozostałe źródła:

1. Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami 2020-2021. Odpowiadamy na najważniejsze pytania, Biuro Pełnomocnika Rządu do spraw Osób Niepełnosprawnych, <https://niepelnosprawni.gov.pl/art,1074,asystent-osobisty-osoby-z-niepelnosprawnosciam-2020-2021-odpowiadamy-na-najwazniejsze-pytania/> [dostęp: marzec 2022].

2. Co robimy?, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych <https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/co-robimy/>, [dostęp: październik 2021].

3. Försäkringskassan – (pol. Szwedzka Agencja Ubezpieczeń Społecznych), <https://www.forsakringskassan.se/>, [dostęp: luty 2020].

4. Funktionsnedsättning och funktionshinder, användning av begreppen (pol. Ograniczenie funkcjonalne i niepełnosprawność, użycie terminów), Socialstyrelsen, https://web.archive.org/web/20161211155155/http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/funktionsnedsattningochfunktio#anchor_3/, [dostęp: październik 2022].

5. Habilitering – (pol. Habilitacja), <https://www.1177.se/Stockholm/behandling--hjalpmedel/habilitering/habilitering/>, [dostęp: marzec 2022].

6. Internetowy System Aktów Prawnych Sejmu RP - hasło niepełnosprawni, <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/search.xsp?status=O&kw=niepelnosprawni/>, [dostęp: maj 2021].

7. Nabór wniosków w ramach Programu Centra opiekuńczo-mieszkalne, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, <https://www.gov.pl/web/rodzina/nabor-wnioskow-w-ramach-programu-centra-opiekunczo-mieszkalne/>, [dostęp: wrzesień 2021].

8. Oficjalna strona internetowa miasta Sztokholm – wsparcie dla osób z niepełnosprawnością, <https://funktionsnedsattning.stockholm/ansok-om-stod-och-omsorg/>, [dostęp: luty 2020].

9. Ogłoszenie o naborze wniosków w ramach programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2019 – 2020, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, <https://www.gov.pl/web/rodzina/ogloszenie-o-naborze-wnioskow-w-ramach-programu-asystent-osobisty-osoby-niepelnosprawnej---edycja-2019-2020/>, [dostęp: wrzesień 2021].

10. Om Socialstyrelsen (pol. O Szwedzkiej Krajowej Radzie Zdrowia i Opieki Społecznej), <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/>, [dostęp: październik 2022].

11. Population on 1st January by age, sex and type of projection, (online data code:PROJ_23NP), Eurostat, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/PROJ_23NP/bookmark/bar?lang=en&bookmarkId=b571fa26-f8cb-4c7c-ad9a-6ae8714b7ca1/, [dostęp: czerwiec 2023].

12. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach, <https://pcprkielce.pl/>, [dostęp: wrzesień 2021].
13. Primärvårdsrehabilitering, – (pol. Rehabilitacja w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w mieście Sztokholm), <https://www.1177.se/Stockholm/behandling--hjalpmedel/smartbehandlingar-och-rehabilitering/rehabilitering-i-stockholms-lan2/rehabilitering-i-oppnvard/>, [dostęp: marzec 2022].
14. Program Aktywny samorząd w 2021 roku, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, <https://www.pfron.org.pl/aktualnosci/szczegoly-aktualnosci/news/aktywny-samorzad-w-2021-roku-1/>, [dostęp: sierpień 2021].
15. Program Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2021, Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Kielcach, <https://mopr.kielce.pl/program-asystent-osobisty-osoby-niepelnosprawnej-edycja-2021/>, [dostęp: wrzesień 2021].
16. Program Opieka wytnieniowa 2019, Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, <http://niepelnosprawni.gov.pl/index.php?c=article&id=903/>, [dostęp: wrzesień 2021].
17. Stan traktatów ONZ, https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-15-a&chapter=4&clang=_en, [dostęp: 25.01.2023].
18. System orzekania o niepełnosprawności – do zmiany, Rzecznik Praw Obywatelskich <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/system-orzekania-o-niepelnosprawnosci---do-zmiany/>, [dostęp: luty 2017].
19. Urządzenia wspomagające w mieście Malmö, <https://malmo.se/Bo-och-leva/Stod-och-omsorg/Kommunal-halso--och-sjukvard/Hjalpmedel-for-vuxna/Behov-av-hjalpmedel.html/>, [dostęp: marzec 2022].
20. Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych – edycja 2019, Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, <https://niepelnosprawni.gov.pl/art,902,uslugi-opiekuncze-dla-osob-niepelnosprawnych-edycja-2019/>, [dostęp: wrzesień 2021].
21. Wsparcie osób z niepełnosprawnością w mieście Malmö, <https://malmo.se/Bo-och-leva/Stod-och-omsorg/Funktionsnedsattning.html/>, [dostęp: marzec 2022].

SPIS TABEL I WYKRESÓW

TABELE

Tabela 1. Liczba złożonych wniosków o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych za pośrednictwem samorządów powiatowych na zadania z zakresu rehabilitacji społecznej.	152
Tabela 2. Liczba osób, które skorzystały z dofinansowania zadań rehabilitacji społecznej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych za pośrednictwem samorządów powiatowych.	152
Tabela 3. Liczba złożonych wniosków o dofinansowanie z zakresu rehabilitacji społecznej w latach 2015 – 2020.	153
Tabela 4. Liczba osób z orzeczoną niepełnosprawnością lub stopniem niepełnosprawności oraz liczba złożonych wniosków o dofinansowanie z zakresu rehabilitacji społecznej ze środków PFRON w latach 2015 – 2020.	154
Tabela 5. Realizacja programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej w latach 2019 – 2020.	159
Tabela 6. Liczba osób z orzecznym stopniem niepełnosprawności oraz liczba i procent beneficjentów programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej.	160
Tabela 7. Realizacja programu Opieka wytchnieniowa w latach 2019 – 2020 – Moduł I.	161
Tabela 8. Realizacja programu Opieka wytchnieniowa w latach 2019 – 2020 – Moduł II.	162
Tabela 9. Realizacja programu Opieka wytchnieniowa w latach 2019 – 2020 – Moduł III.	164
Tabela 10. Liczba osób z orzecznym znacznym stopniem niepełnosprawności oraz liczba i procent beneficjentów programu Opieka wytchnieniowa w latach 2019 – 2020.	164
Tabela 11. Pomoce i urządzenia wspomagające oraz liczba osób z nich korzystających w Szwecji w 2020 roku.	167
Tabela 12. Liczba osób w wieku 0-64 lata, które skorzystały z usług wynikających z Ustawy o wsparciu i usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami w latach 2015 – 2020.	168
Tabela 13. Liczba usług udzielonych osobom z niepełnosprawnością w wieku 0-64 lata na podstawie Ustawy o wsparciu i usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami w latach 2015 - 2020.	169
Tabela 14. Liczba usług udzielonych osobom z niepełnosprawnością w wieku 0-64 lata na podstawie Ustawy o usługach socjalnych w latach 2015 – 2020.	170
Tabela 15. Liczba osób w wieku 0-64 lata, które skorzystały z usług wynikających z Ustawy o usługach socjalnych w latach 2015 – 2020.	171
Tabela 16. Szacunkowa liczba osób z niepełnosprawnością w wieku 16-64 lata, oraz liczba beneficjentów usług w latach 2015-2020.	172
Tabela 17. Liczba użytkowników sprzętu rehabilitacyjnego oraz urządzeń wspomagających w Polsce i Szwecji w roku 2020.	173
Tabela 18. Liczba beneficjentów programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej w Polsce i usług na podstawie Ustawy o wsparciu o usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami w Szwecji w latach 2019 – 2020.	174

Tabela 19. Liczba beneficjentów programu Opieka wychnieniowa w Polsce i usług na podstawie Ustawy o usługach socjalnych w Szwecji w latach 2019 – 2020.....	175
Tabela 20. Liczba beneficjentów programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej i Opieka wychnieniowa w Polsce i usług na podstawie Ustawy o wsparciu o usługach dla osób z określonymi niepełnosprawnościami i Ustawy o usługach socjalnych w Szwecji w latach 2019-2020.....	176

WYKRESY

Wykres 1. Wzrost populacji powyżej 80 roku życia w Polsce i Szwecji w mln. w latach 2025-2050.	187
---	-----