



**Wyższa Szkoła
Pedagogiczna**
im. Janusza Korczaka
w Warszawie

Karolina Geletta, Mirosław Grewiński

**USŁUGI SPOŁECZNE NA RZECZ
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
– DOŚWIADCZENIA MIĘDZYNARODOWE**

Warszawa 2014

© Copyright by
Wyższa Szkoła Pedagogiczna
im. Janusza Korczaka w Warszawie
ul. Pandy 13, 02-202 Warszawa
<http://www.wspkorczak.eu>

Recenzja: Prof. Dr hab. Jerzy Krzyszkowski

Nakład: 150 egz.

Skład i przygotowanie do druku:



**STUDIO
GRAFICZNE**
PIOTR KURASIAK

www.kurasiak.com

+48 605 543 122

Publikacja przeznaczona do bezpłatnej dystrybucji.

Publikacja wydana została w ramach projektu
„Pełnosprawni w pracy! Program kompleksowej reintegracji
społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych z powiatu piaseczyńskiego.”
realizowanego przez Wyższą Szkołę Pedagogiczną im. Janusza Korczaka
w Warszawie współfinansowanego przez Unię Europejską
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
W publikacji wykorzystano ekspertyzy autorów opracowane w ramach
projektu, pn. „Polscy niepełnosprawni” finansowanego ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Spis treści

Wstęp	5
Rozdział 1. Usługi społeczne w zakresie edukacji	9
1.1 Francja – Usługi wsparcia osób niepełnosprawnych przez asystentów edukacyjnych i tutorów	9
1.2 Włochy – Modelowy przykład wprowadzenia integracji i inkluzji społecznej w zakresie usług edukacyjnych	13
1.3 Holandia – Między inkluzją społeczną a edukacją segregacyjną	16
1.4 Rumunia – Próby reformy opóźnionego systemu dostarczania usług edukacyjnych	19
1.5 Szwecja – Podejście niekategoryzujące do niepełnosprawności w procesie edukacyjnym	22
1.6 Grecja – Negatywny przykład polityki edukacyjnej państwa wobec osób niepełnosprawnych	23
Rozdział 2. Usługi społeczne w zakresie rynku pracy	29
2.1 Francja – W stronę szerokiej oferty usług społecznych w zakresie rynku pracy	29
2.2 Hiszpania – Reforma w kierunku inkluzji społecznej osób niepełnosprawnych na mainstreamowym rynku pracy	33
2.3 Norwegia – Szeroki program w zakresie racjonalnych usprawnień	35
2.4 Wielka Brytania – Odejście od pomocy społecznej w kierunku zatrudnienia	37
Rozdział 3. Usługi społeczne w zakresie opieki zdrowotnej i rehabilitacji	49
3.1 Irlandia – Dobrze dofinansowany system usług opieki zdrowotnej i rehabilitacji wymagający reform	49
3.2 Holandia – Personalny budżet osoby niepełnosprawnej: modelowy przykład innowacji w zakresie alokacji budżetu na usługi dla osób niepełnosprawnych	54
3.3 Wielka Brytania – W stronę modelu zintegrowanych usług społecznych	56

Rozdział 4. Usługi mieszkaniowe na rzecz osób niepełnosprawnych	59
4.1 Holandia – Komercyjne rozwiązania mieszkalnictwa klasterowego oraz centra opieki zastępczej	59
4.2 Wielka Brytania – Wspieranie niezależnego zamieszkania w społecznościach lokalnych na zasadach komercyjnych	61
Rozdział 5. Indywidualizacja finansowania usług na rzecz osób niepełnosprawnych	67
5.1 Metoda płatności bezpośrednich w Wielkiej Brytanii	69
5.2 Budżet personalny w Holandii	70
5.3 Niemcy – Komercjalizacja opieki nad osobami niepełnosprawnymi w ramach budżetu personalnego	72
Rozdział 6. Usługi transportowe dla osób niepełnosprawnych	75
6.1 Transport komercyjny dla osób niepełnosprawnych w Irlandii	75
6.2 Wielka Brytania – najbardziej efektywny model dostarczania komercyjnych usług transportowych w UE	78
Rozdział 7. Dostępność do e-usług społecznych w UE	81
Rekomendacje	85
Bibliografia	89
Netografia	91

Wstęp

Niniejsza publikacja przedstawia aktualny stan i wpływ na położenie społeczno-ekonomiczne zbiorowości osób niepełnosprawnych w wybranych krajach UE i EOG – dostępności i użyteczności usług publicznych w obszarach edukacji, pośrednictwa pracy i doradztwa zawodowego oraz różnych form opieki zdrowotnej i rehabilitacji. Publikacja bazuje na dwóch ekspertyzach przygotowanych przez autorów na potrzeby projektu pn. „Polscy niepełnosprawni”, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, a zrealizowanego przez Akademię Górniczo-Hutniczą w Krakowie. Ze względu na stały rozwój polityki społecznej w państwach UE oraz EOG celowym jest wskazanie tzw. dobrych praktyk z krajów europejskich, do wykorzystania na gruncie polskim. Autorzy skupiają się na przedstawieniu sposobu realizacji usług społecznych w segmentach: edukacji, pośrednictwie pracy i doradztwie zawodowym, opiece zdrowotnej i rehabilitacji, mieszkalnictwie i transporcie. Wybór krajów wskazanych w opracowaniu został dokonany na zasadzie przedstawienia odmiennych modeli usług społecznych, tak aby wykazać różnorodność podejścia do tego tematu w zakresie ustawodawstwa, a także praktyki polityki społecznej w Europie.

W publikacji autorzy prezentują najważniejsze dokumenty o zasięgu europejskim oraz międzynarodowym, które wskazują drogę rozwoju usług społecznych w UE oraz na świecie. W części poświęconej usługom społecznym w zakresie edukacji, autorzy przedstawili 6 odmiennych modeli z krajów, takich jak Francja, Włochy, Holandia, Rumunia oraz Szwecja i Grecja wraz ze wskazaniem ich zalet, a także niedociągnięć. W przypadku Francji przedstawiony został proces tworzenia się instytucji dla osób niepełnosprawnych, pionierski na skalę europejską, a także charakterystyczna zakorzeniona historycznie specyfika oparta na współistnieniu szkół specjalnych oraz szkół integracyjnych. Scharakteryzowano również usługi tzw. asystenta edukacyjnego osoby niepełnosprawnej, a także przyczyny niskiej skuteczności tej usługi, jak również przykłady dobrych praktyk, takich jak dyskretny tutoring ucznia niepełnosprawnego. Następnie autorzy przedstawiają przypadek Włoch, które wraz z wprowadzeniem ustawy w roku 1977 dokonały niemalże rewolucji w zakresie edukacji osób niepełnosprawnych, gwarantując wszystkim uczniom prawo do edukacji włączającej oraz praktycznie likwidując system szkół specjalnych. Wraz z wysokim statusem nauczyciela osoby niepełnosprawnej oraz zakazem odmówienia

przez szkołę akcesu dla ucznia niepełnosprawnego, Włochy stają się modelowym przykładem edukacji włączającej na skalę światową. Następnie przedstawiona została Holandia, gdzie edukacja włączająca jest uważana za jeden z prądów edukacyjnych na równi np. z edukacją Montessori oraz gdzie znaczna część opinii publicznej opowiada się za szkolnictwem segregacyjnym, a kraj stawia jako cel „edukację na odpowiednim poziomie” zamiast „edukacji włączającej”. Rumunia jest wskazana jako przykład ewolucji postsocjalistycznego segregacyjnego modelu usług edukacyjnych w kierunku edukacji włączającej. Na koniec tej części autorzy przedstawiają system szwedzki oparty na podejściu relacyjno-sytuacyjnym, w którym nie stosuje się żadnej kategoryzacji osób według niepełnosprawności, co jest wyjątkiem na skalę europejską. Scharakteryzowano także negatywny przykład polityki edukacyjnej na rzecz osób niepełnosprawnych na przykładzie Grecji.

W dalszej części publikacji autorzy przedstawiają sytuację dotyczącą rynku pracy dla osób niepełnosprawnych oraz doradztwa zawodowego. W tym miejscu przedstawiono 4 odmienne modele stosowane przez Francję, Hiszpanię, Norwegię oraz Wielką Brytanię. Przykład francuski jest ciekawy m.in. ze względu na szereg usług związanych z rynkiem pracy, a także instytucji wspierających osoby niepełnosprawne. Charakterystyczne jest istnienie zakładów pracy chronionej, a także szeroko rozpowszechniony i egzekwowany system kwotowy, nakazujący pracodawcom zatrudnianie osób niepełnosprawnych lub płacenie kwot pieniężnych na rzecz kas osób niepełnosprawnych w przypadku niespełnienia poziomu zatrudnienia wymaganego przez kwoty. W Hiszpanii mamy do czynienia z promowaniem zatrudnienia na otwartym rynku pracy oraz szerokim rodzajem usług promujących takie rozwiązania, mimo największego bezrobocia w UE. Model norweski jest interesujący ze względu na modelowe wykorzystanie tzw. racjonalnych usprawnień, czyli szerokiego pakietu usług dodatkowych wspierających zatrudnienie osób niepełnosprawnych. Jako ostatnia w tej części została opisana Wielka Brytania, która wykazuje przesunięcie w zakresie wspierania realnego zatrudnienia, likwidację większości świadczeń, integrację i inkluzję w otwartym środowisku pracy, a także projektowe podejścia do realizacji programów dostosowanych do potrzeb beneficjentów.

W części opracowania dotyczącej usług zdrowotnych i rehabilitacji autorzy przedstawiają przykłady najlepszych praktyk w UE, a mianowicie Irlandii, Holandii oraz Wielkiej Brytanii. W przypadku Irlandii mamy do czynienia z dobrze dofinansowanym systemem opieki i rehabilitacji osób niepełnosprawnych, który jednakże wymaga reform. Mimo relatywnie najwyższych płac dla osób pracujących w tym sektorze (np. pracowników socjalnych), model irlandzki jest krytykowany m.in. za segregacyjność, a także za nieefektywność i brak płacenia za wyniki/rezultaty. Natomiast model Holandii jest istotny ze względu na wprowadzenie innowacyjnego Personalnego budżetu osoby niepełnosprawnej, gdzie beneficjent decyduje o przeznaczeniu swoich pieniędzy, w ten sposób

wybierając najbardziej optymalny dla siebie system opieki. Ostatnim i najbardziej zaawansowanym systemem opieki i rehabilitacji jest model stosowany w Wielkiej Brytanii, zmierzający w stronę stworzenia katalogu zintegrowanych usług społecznych, z których będą mogły korzystać osoby niepełnosprawne.

W kolejnych trzech rozdziałach publikacji przedstawione zostały usługi komercyjne dla osób niepełnosprawnych w wybranych krajach członkowskich UE, takich jak: Irlandia, Holandia, Wielka Brytania i Niemcy. Interesujące oraz innowacyjne rozwiązania zostały przedstawione w zakresie usług mieszkaniowych, indywidualizacji finansowania świadczeń i usług transportowych.

Ostatni rozdział poświęcony został e-usługom na rzecz osób niepełnosprawnych. W rekomendacjach autorzy zawarli wskazania i sugestie dla polskiego systemu usług społecznych dla osób niepełnosprawnych przygotowane w oparciu o najlepsze praktyki z obszaru UE oraz EOG. W ramach usług społecznych w zakresie edukacji szczególnie istotne są doświadczenia związane z edukacją włączającą oraz zapewnienie wsparcia specjalnie wyszkolonych nauczycieli do edukacji specjalnej. W zakresie usług dotyczących rynku pracy i doradztwa zawodowego charakterystyczne jest odejście od zakładów chronionych w kierunku integracji na otwartym rynku pracy. Istotne jest również stworzenie konkurencyjnego oraz opartego na rezultatach systemu usług doradztwa, szkolenia oraz coachingu osób niepełnosprawnych wchodzących na rynek pracy. W przypadku opieki zdrowotnej oraz usług rehabilitacyjnych widoczna jest natomiast tendencja do tworzenia indywidualnych budżetów, podążających wraz z beneficjentem. Istotne jest również także płacenie za wyniki/rezultaty, jak również dopuszczenie większej liczby podmiotów, co powinno zwiększyć konkurencyjność oraz możliwości wyboru przez beneficjentów. We wszystkich segmentach sektor usług dla osób niepełnosprawnych podąża w kierunku zintegrowanego modelu usług społecznych.

Rozdział 1. Usługi społeczne w zakresie edukacji

1.1 Francja – Usługi wsparcia osób niepełnosprawnych przez asystentów edukacyjnych i tutorów

Francja jest krajem, który jako jeden z pierwszych na świecie zapoczątkował edukację osób niepełnosprawnych w drugiej połowie XVIII wieku. W roku 1784 Valentin Haüy założył *Institut National des Jeunes Aveugles* (pol. Instytut Narodowy Młodych Osób Niewidzących), pierwszą na świecie szkołę dla niewidomych dzieci, której najstynniejszym uczniem, a później nauczycielem, był niewidomy na skutek wypadku w dzieciństwie Louis Braille. W roku 1777 – także w Paryżu – powstała pierwsza powszechna szkoła dla głuchoniemych – *Institut National des Jeunes Sourds* (pol. Instytut Narodowy Młodych Osób Niesłyszących). Obie instytucje istnieją nadal i należą do sieci pięciu publicznych uczelni dla głuchych i niewidomych (wraz z trzema instytutami dla głuchoniemych w Bordeaux, Chambéry i Metz) oraz podlegają pod Ministerstwo Solidarności, Zdrowia i Rodziny. Model edukacji osób niepełnosprawnych, realizowany w oddzielnych szkołach specjalnych jest mocno zakorzeniony we Francji. Rozwój klas integracyjnych przypada dopiero na lata 80. XX wieku, jednakże ten model był często używany na przemian z segregacją. Przykładowo uczniowie mieli połowę zajęć z klasą uczniów pełnosprawnych, a połowę zajęć tylko wśród niepełnosprawnych, co powodowało wykluczenie uczniów niepełnosprawnych z grup rówieśniczych. Dopiero w połowie pierwszego dziesięciolecia XXI w. nowe prawo z roku 2005 postawiło na „inkluzję społeczną”, pozwalając uczniom niepełnosprawnym podejmować naukę w wybranych instytucjach edukacyjnych na takich samych zasadach jak uczniowie pełnosprawni, zobowiązując tym samym wszystkie instytucje edukacyjne do dostosowania swoich budynków do uczniów niepełnosprawnych. Jak stwierdza Eric Plaisance, edukacja osób niepełnosprawnych we Francji jest nadal nacechowana odium segregacji w szkołach specjalnych – zarówno w zakresie innej kadry nauczycielskiej, jak i w kwestiach instytucjonalnych, a także problemów związanych z instytucją asystenta edukacyjnego. Sprawia to, że w procesie „inkluzji społecznej” edukacja niepełnosprawnych we Francji jest daleko za krajami, takimi

jak Włochy, które już w latach 70. XX w. zrewolucjonizowały edukację dla niepełnosprawnych, a trzeba przypomnieć, że jeszcze w tym samym okresie Francja posiadała podział dzieci na nieedukowalne (*inéducables*), częściowo-edukowalne (*semi-éducables*) oraz edukowalne (*éducables*), gdzie tylko ostatnia kategoria osób podlegała pod Ministerstwo Edukacji, zaś pozostałe dwie pod Ministerstwo Zdrowia.

Poniższa tabela obrazuje trzy koncepcyjne modele, zaproponowane przez Erica Plaisance'a: edukacji specjalnej, kształcenia integracyjnego, edukacji włączającej oraz ich analogicznej implikacji na tzw. kulturę separacji, konfrontacji, a następnie dzielenia się. Jest to przyjęty przez autora swoisty sposób kategoryzowania przedmiotu oddziaływań edukacyjnych. Modele te przyczyniają się do wytworzenia pewnego fenomenu, rodzącego reakcję, jedną z wyżej wymienionych typowych kultur zachowania.

Tabela 1. Modele edukacji osób niepełnosprawnych we Francji.

Edukacja specjalna	Dziecko niepełnosprawne	Kultura separacji
Edukacja integracyjna	Dziecko zintegrowane	Kultura konfrontacji
Edukacja włączająca	Dziecko z indywidualnymi potrzebami edukacyjnymi	Kultura dzielenia się

Źródło: E. Plaisance, *L'Éducation inclusive entre les orientations internationales et les contextes nationaux*, Les Carnets de la Persagotière, Publication de l'Institut public la Persagotière, Nantes, październik 2011, <http://90plan.ovh.net/~lapersag/images/Telechargement/carnets/38-%20e%20plaisance.pdf>, pobrano: 24.08.2012.

W tabeli numer 1 w drugiej kolumnie zostały przedstawione rezultaty i cele poszczególnych działań edukacyjnych, natomiast w kolumnie trzeciej mamy do czynienia z typem kultury instytucyjnej i społecznej wytwarzającej się w poszczególnych modelach instytucji edukacji osób niepełnosprawnych we Francji.

Asystent/Asystentka osoby niepełnosprawnej ds. edukacji (fr. *Auxillaire de Vie Scolaire*) – jest osobą zatrudnianą przez państwo w celu wsparcia edukacji osób niepełnosprawnych. Asystent Edukacyjny wspiera ucznia w zajęciach szkolnych, działaniach manualnych (np. zapisywanie notatek), odrabianiu prac domowych, a także konsultacjach naukowych. Asystent ma również na celu wspieranie ucznia w procesie integracji z pozostałymi uczniami w czasie poza regularnymi zajęciami szkolnymi, tzn. w trakcie wycieczek szkolnych, podczas kółek zainteresowań oraz zajęć sportowych. Powinien również posiadać podstawową wiedzę medyczną, tak aby móc pomóc uczniom-

wi w kwestiach zdrowotnych, które nie wymagają specjalistycznej wiedzy (np. znajomość podstaw fizjoterapii). Asystent również monitoruje i wspiera postępy w indywidualnym projekcie nauczania ucznia. W roku 2009 we Francji zatrudnionych było blisko 19 tysięcy asystentów edukacyjnych osób niepełnosprawnych, którzy obsługiwali 43 531 uczniów ze 174 673 uczniów niepełnosprawnych w szkołach francuskich¹. O zatrudnieniu asystentów edukacyjnych osób niepełnosprawnych decyduje administracja rządowa na wniosek szkoły, która wskazuje zapotrzebowanie na dodatkowego pracownika np. w związku ze zwiększającą się liczbą uczniów niepełnosprawnych. Mimo niepodważalnego znaczenia roli asystentów we wsparciu osób niepełnosprawnych, instytucja ta jest krytykowana we Francji ze względu na przyjmowanie do pracy osób bez odpowiedniego wykształcenia i przygotowania do pracy z osobami niepełnosprawnymi, co sprawia, że wsparcie asystenta jest często nieefektywne. Brak również odpowiedniego systemu szkolenia, który pozwalałby asystentom uzupełniać swoją wiedzę specjalistyczną, a także systemu uznawania kompetencji asystentów osób niepełnosprawnych. Innym problemem są krótkie kontrakty, maksymalnie trzyletnie, jednakże ostatnio asystenci dostają jedynie 10-miesięczne kontrakty odnawialne (w ten sposób państwo nie płaci za okres wakacyjny). Czyni to pracowników *prekariuszami*, tj. ludźmi pracującymi w ramach elastycznych form zatrudnienia, którzy nie będąc pewni zatrudnienia nie są zainteresowani inwestycją w edukację kierunkową. Jak dotychczas Francji nie udało się wypracować konkretnych rozwiązań szkoleniowych, instytucjonalnych i uregulowań pracy na tym stanowisku, co negatywnie wpływa na wsparcie edukacyjne osób niepełnosprawnych.

Tutoring dla niepełnosprawnych – według raportu *Academic Network of European Disability Experts* (ANED, pol. Akademska Sieć Europejskich Specjalistów w Dziedzinie Niepełnosprawności) z 2010 r. – jedną z dobrych praktyk stosowanych w szkolnictwie wyższym we Francji jest tutoring uczniów niepełnosprawnych przez ich pełnosprawnych rówieśników. Uczelnie, które stosują metodę tutoring, przydzielają uczniowi niepełnosprawnemu jednego lub dwóch studentów, których zadaniem jest wspieranie procesu nauczania osoby niepełnosprawnej. Zasada dyskrecji polega na tym, że otoczenie nie wie, że dane osoby są tutorami osoby niepełnosprawnej. Tutoring, oparty często na wolontariacie, jest realizowany w formie przyjacielskiego wsparcia z zachowaniem dyskrecji wobec osób postronnych (np.: uczeń niepełnosprawny prosi tutora o robienie dla niego notatek). Tutorzy są wybierani na podstawie listów motywacyjnych spośród osób, które zgłoszą zainteresowanie, a następ-

¹ Catharine Barral, Dominique Velche, *ANED Country Report on Equality of Educational and Training Opportunities for Young Disabled People: Final Report*, ANED, maj 2010, http://www.disability-europe.net/content/aned/media/FR-12-ANED%202010%20Task%205%20request-11%20-%20report_final.pdf, pobrano: 24.08.2012.

nie podpisują kontrakt, w którym wypisane są obowiązki tutora. Ma on za zadanie wspieranie ucznia niepełnosprawnego w czynnościach, które sprawiają mu trudności – może to być robienie notatek, nagrywanie wykładów, wypożyczanie książek, wspólne uczenie się – zasadą współpracy jest dyskrecja, która ma zapewnić komfort studentom niepełnosprawnym.

Uczelnie stosują dwa modele współpracy, część uczelni traktuje tutoring jako wolontariat, inne francuskie uczelnie wynagradzają swoich studentów za opiekę nad studentami niepełnosprawnymi. W przypadku tutoringu odpłatnego uczelnie finansują opiekę m.in. ze środków własnych, środków regionalnych, Funduszu Rozwoju Solidarności i Inicjatyw Studenckich (FSDIE) oraz innych źródeł.

Poniższe zestawienie przedstawia ewolucję skolaryzacji studentów niepełnosprawnych we Francji (w sposób ilościowy, jak i procentowy) w przedziale czasowym 1998-2009.

Tabela 2. Liczba studentów niepełnosprawnych na poziomie edukacji średniej oraz wyższej – uniwersytety, uniwersyteckie instytuty kształcenia (IUFM), sekcje starszych techników (STS) klas wyższych szkół średnich, klasy przygotowawcze do Wyższej Szkoły tzw. Grand École (CPGE); uczelnie bardziej profesjonalizowane od uniwersytetów.

Lata akademickie	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	*2008-2009**
Liczba studentów	5230	6470	7029	7145	7650	7548	7557	8411	8783	10544
% studentów w uczelniach	5,80%	23,7%	8,64%	1,7%	7,1%	-1,3%	0,1%	11,3%	4,4%	20%

* raport z lat 2007-2008 posiadał zbyt mało danych

** 22 akademie z 30 badanych, Nowa Kaledonia i Francuska Polinezja, 81 uniwersytetów z 91 (włączając IUFM), 47 szkół z 79

Źródło: Dane zaprezentowane powyżej obejmują badania zaczerpnięte z Departamentu Szkolnictwa Wyższego ministerstw uczelni i szkolnictwa wyższego w latach 2008-2009. Wzrost liczby studentów niepełnosprawnych uczęszczających do szkół można odnotować szczególnie w latach 2000, 2005 i 2007. Jest to rezultat tego, iż:

- w 2000 roku zostały wprowadzone do badania nowe kategorie „niepełnosprawności”, jak zaburzenia psychiczne, zaburzenia językowe oraz czasowa (tj. powyżej sześciomiesięczna) niepełnosprawność,
- w 2005 roku zostało wprowadzone nowe prawo,
- od 2007 roku, 7,5 milion euro przeznaczono na pomoc studentom niepełnosprawnym, jak podano w podpisanej w tym samym roku Uniwersyteckiej Karcie Osób Niepełnosprawnych².

1.2 Włochy – Modelowy przykład wprowadzenia integracji i inkluzji społecznej w zakresie usług edukacyjnych

Włochy wprowadziły obowiązkową edukację dla wszystkich osób niepełnosprawnych w 1928 roku. Są one jednym z pionierów edukacji inkluzyjnej w Europie, gdyż prawo z roku 1977 znosiło podział na edukację specjalną i edukację zwykłą oraz znosiło oddzielne szkoły specjalne, wprowadzając jednocześnie pełną integrację uczniów niepełnosprawnych z pełnosprawnymi w tych samych instytucjach. Eric Plaisance nazywa włoskie prawo z roku 1977 nie reformą czy rewolucją, ale „trzęsieniem ziemi” w zakresie podejścia państwa do edukacji osób niepełnosprawnych. Obecnie we włoskim systemie edukacyjnym osoby niepełnosprawne uczestniczą w tych samych zajęciach co osoby pełnosprawne na wszystkich poziomach edukacji – począwszy od żłobka, a na szkolnictwie wyższym kończąc. Takie ultranowoczesne podejście do edukacji osób niepełnosprawnych i wprowadzenie prawa z roku 1977, zostało poprzedzone narodową debatą, której główną konkluzją było stwierdzenie, że odpowiedzią państwa włoskiego na problemy osób wykluczonych (np.: starszych bądź niepełnosprawnych) powinna być integracja i inkluzja w ramach normalnych sytuacji społecznych, zamiast segregacji i gettoizacji w zamkniętych „instytucjach totalnych”³.

Ustę 517 Ustawy z roku 1977 zobowiązuje wszystkie szkoły w kraju do zatrudniania nauczycieli wspomagających, mających za zadanie wspieranie uczniów niepełnosprawnych w procesie inkluzji. W przeciwieństwie do np. asystentów ds. edukacji osób niepełnosprawnych we Francji, państwo

² Ibidem.

³ *Eurydice Report on Organization of Educational System in Italy 2009/2010*, European Commission, s. 207-209, http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/eurydice-base/eurydice_full_reports/it_en.pdf, pobrano: 24.08.2012.

włoskie dało nauczycielom wspomagającym takie same uprawnienia, jak innym pedagogom (w tym uposażenie i zaszeregowanie), co sprawiło, że zawód ten jest gwarancją stabilności i przyciąga osoby chcące rozwijać swoje kompetencje. Jeden nauczyciel wspomagający przypada na 2 do 4 uczniów niepełnosprawnych. Obecnie we Włoszech zatrudnionych jest ponad 80 tys. nauczycieli wspomagających, a ich praca jest powszechnie uznawana (nawet cięcia budżetowe rządu Berlusconi'ego w żaden sposób nie wpływały na ich sytuację). Zupełnie inaczej niż w przypadku Francji, gdzie ich odpowiednich pracują na dziesięciomiesięcznych kontraktach⁴. Z instytucji nauczyciela wspomagającego korzysta 32,7% niepełnosprawnych uczniów, oceniając w ankietach średnio wsparcie na poziom „dobry”, pozostałe 67,3% osób niepełnosprawnych uznało, że nie potrzebuje wsparcia nauczyciela wspomagającego⁵. Orzeczenie sądu konstytucyjnego z roku 1987 stwierdzało, że rolą państwa jest nie tylko „faworyzowanie” i „inkluzja” osób niepełnosprawnych w systemie edukacyjnym kraju, lecz również zapewnienie, że prawo do pełnej integracji będzie egzekwowane⁶. Ustawodawca włoski rozumie przez to, że włączenie osób niepełnosprawnych do włoskiego systemu edukacji jest obowiązkiem każdej szkoły oraz w przypadku odmowy lub trudności prawo będzie egzekwowalne sądownie. Celem jest nie tylko inkluzja, czyli włączenie do powszechnego systemu edukacji, lecz pełna integracja uczniów niepełnosprawnych z innymi uczniami. To samo orzeczenie podkreśla, że żadna szkoła we Włoszech nie ma prawa odmówić przyjęcia osoby niepełnosprawnej na żadnym poziomie edukacyjnym, nawet w najbardziej skrajnych i poważnych przypadkach zdrowotnych. Poprzez prawo z roku 1977 i dalsze orzeczenia Włochy podkreślają, że prawo do edukacji, a przez to integracja ze społeczeństwem, jest niezbywalnym prawem ludzkim, zaś szkoły i uczelnie muszą przyjąć każdego obywatela do regularnych klas, bez względu na kwestie zdrowotne. W przypadku osób niepełnosprawnych ich nauka oparta jest na „indywidualizowanym planie nauczania”, którego postępy są monitorowane przez nauczycieli wspomagających. Jednakże jeśli uczeń osiąga sukcesy w ramach planu, wówczas może być oceniany tak, jak jego pełnosprawni rówieśnicy. W przypadku osób podążających ścieżką „indywidualizowanego planu nauczania” i jego realizacji, po ukończeniu szkoły uczniowie otrzymują zamiast dyplomu tzw. certyfikat uczestnictwa, który uprawnia ich do kontynuacji nauki na następnym poziomie edukacyjnym. Zamiast ocen, certyfikat ten zawiera najważniejsze informacje dotyczące poziomu nabytych kompetencji kluczowych, co może być istotne w przypadku późniejszego wyboru zatrudnienia. Inną ciekawą włoską inicjatywą jest utworzenie „szkół przy-

⁴ Eric Plaisance, *L'Éducation inclusive...*, op. cit.

⁵ *Eurydice Report on Organization of Educational System in Italy 2009/2010...*, op. cit., s. 208.

⁶ *Ibidem*, s. 208.

szpitalnych”, które mają wspierać kontynuację nauki osób niepełnosprawnych hospitalizowanych, tak aby pobyt w szpitalu nie powodował „wypadnięcia” z toku edukacyjnego. Szkoły przyszpitalne nacechowane są elastycznym podejściem do uczniów, a także indywidualizacją trybu nauczania, umożliwiające powrót do regularnych szkół po opuszczeniu szpitala.

Sukcesy Włoch w integracji osób niepełnosprawnych potwierdza raport przedstawiony Parlamentowi w dniu 22.10.2002 r., w którym opisując aktualny stan edukacji osób niepełnosprawnych podkreślono bardzo szeroką integrację osób niepełnosprawnych w włoskim szkolnictwie, eliminację problemów związanych z brakiem kontynuacji edukacji na wyższych poziomach (częsty problem w modelu segregacyjnym), a także korzyści ze zrównania kadry naukowej wspierającej osoby niepełnosprawne z kadrami tradycyjną⁷. Tabela 3 przedstawia wskaźniki skolarzacji na poszczególnych poziomach edukacji we Włoszech. System finansowania edukacji niepełnosprawnych we Włoszech jest mieszany, część kosztów jest pokrywana z budżetu centralnego, natomiast istotna jest również partycypacja budżetowa na poziomie lokalnym/regionalnym. Włochy są krajem z najwyższym poziomem włączenia osób niepełnosprawnych w inkluzyjnym systemie edukacji na świecie, praktycznie wszyscy niepełnosprawni uczą się w normalnych klasach szkół publicznych⁸. Raport przedstawiony parlamentowi włoskiemu wskazuje również istniejące problemy, takie jak trudności z zapewnieniem odpowiednio wyszkolonej kadry, ryzyko przerwania przez nauczycieli prowadzących pracy związanej z integracją nauczycieli wspomagających, a także problemy związane z rosnącą liczbą osób certyfikowanych jako niepełnosprawne, jak również przypadki dotyczące problemów socjo-edukacyjnych⁹. Raport przedstawia jednakże reformę jako sukces, który zupełnie zmienił postrzeganie niepełnosprawności we Włoszech, pozwalając na głęboką integrację i jednocześnie stając się modelowym przykładem dla innych krajów UE.

⁷ Ibidem.

⁸ Maura Benedetti, Andrea Micangeli, *ANED Country Report on Equality of Educational and Training Opportunities for Young Disabled People: Italy*, ANED 2010, s. 2.

⁹ „Organisation of Educational System in Italy”, *Eurydice Report on Organization of Educational System in Italy 2009/2010...*, op. cit., s. 253.

Tabela 3. Wskaźnik kontynuacji edukacji na poszczególnych poziomach nauczania we Włoszech.

Poziom nauczania	Studenci niepełnosprawni	% ogółu
przedszkole	17 481	1.1
szkoła podstawowa	67 755	2.4
gimnazjum	55 244	3.1
liceum	37 740	1.4
ogółem	178 220	2.0

Źródło: Maura Benedetti, Andrea Micangelli, *ANED Country Report on Equality of Educational and Training Opportunities for Young Disabled People: Italy*, ANED 2010, s. 6.

W najbliższej przyszłości największym wyzwaniem, jakie wskazują Włochy, będzie udoskonalenie infrastruktury w szkolnictwie, poprawa jakości nauczania, a także przesunięcie nacisku z pełnej inkluzji edukacyjnej, do bardziej kompleksowego spojrzenia, tak aby niepełnosprawny otrzymywał „plan życiowy”, uwzględniający również życie zawodowe. Ze względu na osiągnięcie celów inkluzji w zakresie edukacji, następuje przesunięcie na inkluzję osób niepełnosprawnych na rynku pracy, a także we wszelkich innych aktywnościach życiowych. Badanie przystosowania infrastruktury do potrzeb osób niepełnosprawnych wykazało, że ze zbadanych ponad 40 tys. szkół, jedynie 30% miało specjalnie przystosowane toalety, 30% posiadało przystosowane drzwi, a jedynie 20% miało odpowiednie windy lub schody dla osób niepełnosprawnych¹⁰.

1.3 Holandia – Między inkluzją społeczną a edukacją segregacyjną

Holandia w ostatnich latach wykonała krok w stronę edukacji inkluzyjnej, starając się zwiększać liczbę uczniów w klasach integracyjnych. Jednakże w holenderskim systemie edukacyjnym podejście segregacyjne do nauczania osób niepełnosprawnych ma długą historię i wielu zwolenników. Wiąże się to m.in. z historią nauczania w Holandii, gdzie rodzice zawsze mieli wolny wybór co do miejsca i rodzaju edukacji dzieci. Większość szkół w Holandii jest również szkołami prywatnymi (np. religijnymi lub opartymi na kon-

¹⁰ Ibidem.

kretniej metodzie), posiadającymi prawo do podejmowania decyzji dotyczącej przyjmowania osób, które zgadzają się z podejściem danej szkoły. W tym wypadku, trzeba stwierdzić, że rząd holenderski uznaje edukację inkluzyjną za jeden z prądów edukacyjnych, tak jak np. metodę Waldorfską czy też Montesorri, dając społeczeństwu do zrozumienia w oficjalnych dokumentach, że szkoły specjalne są i pozostaną ważnym elementem holenderskiego systemu edukacyjnego¹¹. Podejście rządu holenderskiego, który z jednej strony opowiada się za zwiększeniem inkluzji i wprowadzeniem uczniów niepełnosprawnych do szkół mainstreamowych, a z drugiej strony, poprzez oficjalne pisma (przede wszystkim wsparcie budżetowe), popiera szkoły specjalne – zostało nazwane przez Van Rijswijka (1991) tzw. paradoksem legislacyjnym¹². Paradoks ten dotyczy systemu finansowania osób niepełnosprawnych, który nie podążał za wyborem szkoły przez osobę niepełnosprawną, lecz przyznawał dofinansowanie szkołom specjalnym za każdego ucznia, jednocześnie nie przyznając takiego dofinansowania zwykłym szkołom¹³. W wielu opracowaniach dotyczących holenderskiego systemu edukacji osób niepełnosprawnych jako jedną z barier wprowadzania edukacji integracyjnej wymienia się podejście grupy zawodowej nauczycieli, która jest bardzo negatywnie nastawiona do włączania osób niepełnosprawnych do tradycyjnych klas uczniowskich. Na początku XXI wieku w gazetach holenderskich pojawiało się wiele artykułów dotyczących rezygnacji z pracy nauczycieli, ze względu na niebezpieczeństwa związane z inkluzją uczniów niepełnosprawnych do regularnych szkół. Z tego powodu, aby edukacja inkluzyjna stała się bardziej popularna, konieczne jest wprowadzenie poszerzonych programów budowy nowych kompetencji dla nauczycieli szkół tradycyjnych, którzy bardzo często nie są przygotowani do wyzwań pracy z osobami niepełnosprawnymi. Jednakże ze względu na cięcia budżetowe rząd holenderski nie jest gotowy na powszechne doszkolenia kompetencyjne nauczycieli, ani tym bardziej na wprowadzenie nauczycieli wspomagających osoby niepełnosprawne, tak jak to się stało we Włoszech. Kolejną barierą wprowadzania edukacji integracyjnej jest opinia publiczna, która w większości jest przekonana, że szkoły specjalne w obecnej formie spełniają swoje zadania.

¹¹ José Smits, *ANED Country Report on Equality of Educational and Training Opportunities for Young Disabled People: The Netherlands*, ANED 2010, s. 2-3.

¹² Harry Daniels, *Inclusive Education*, World Yearbook of Education 1999, s. 83.

¹³ Ibidem.

H. Schuman wymienia następujące przyczyny braku sukcesu implementacji edukacji integracyjnej w Holandii:

- edukacja integracyjna jest trudna do wprowadzenia w kraju, w którym społeczeństwo nie popiera tej idei, a najbardziej ceni wolność wyboru metody edukacyjnej;
- inkluzyjna edukacja jest tylko elementem inkluzji społecznej, natomiast społeczeństwo holenderskie jest oparte przede wszystkim na konkurencji, ta dychotomia może być również przeszkodą w realizacji idei integracji;
- w krajach, które wprowadziły edukację integracyjną, działały oddolne grupy lobbujące, najczęściej stworzone przez rodziców dzieci niepełnosprawnych, którzy w integracji widzieli większą możliwość rozwoju dla ich dzieci; w przypadku Holandii rodzice popierają najczęściej szkoły specjalne lub nie angażują się społecznie w kwestie edukacji;
- nauczyciele zarówno w szkołach tradycyjnych, jak i specjalnych są grupą niechętną zmianom;
- brak spójnej polityki rządu i wahania między wspieraniem integracji a segregacją dotyczącą form edukacji.

Rząd Holandii, niechętny likwidacji szkół specjalnych, wprowadził w roku 1991 program „Together to School Again” (pol. Ponownie Razem do Szkoły), mający na celu wsparcie edukacji inkluzyjnej osób niepełnosprawnych. Zamiast likwidacji szkół specjalnych, zostały wyznaczone dwie ścieżki ewolucji instytucji edukacyjnych na poziomie podstawowym i średnim. W ramach pierwszej ścieżki szkoły specjalne zaczęły wchodzić w konsorcja (lub klastry) z regularnymi szkołami, mające na celu wsparcie, transfer wiedzy i rozwiązań oraz integrację uczniów. Powstały w ten sposób cztery rodzaje klastrów dla uczniów niepełnosprawnych według rodzaju niepełnosprawności: dla uczniów z wadami wzroku (klaster 1), dla uczniów z wadami słuchu oraz komunikacji (klaster 2), dla uczniów z trudnościami w nauce i lekkimi upośledzeniem psychicznym (klaster 3) oraz dla uczniów z poważnym upośledzeniem rozwoju (klaster 4)¹⁴. W przypadku drugiej ścieżki szkoły specjalne zostały przemianowane na Regionalne Centra Eksperckie, mające za zadanie m.in.:

- prowadzenie komisji, która kwalifikuje uczniów do szkół specjalnych lub mainstreamowych;
- szkolenie nauczycieli dla uczniów niepełnosprawnych;
- wsparcie szkół mainstreamowych w nauczaniu osób niepełnosprawnych;
- badania naukowe nad edukacją osób niepełnosprawnych;
- doradztwo w zakresie edukacji dla niepełnosprawnych dzieci oraz ich rodziców.

¹⁴ Hans Schuman, *Education in the Netherlands, Recent Developments and the Debate on Integration and Inclusion*, źródło: <http://www.icevi-europe.org/enletter/issue48-06.pdf>, pobrano: 5.08.2012.

Ze względu na skomplikowanie systemu edukacyjnego po reformach, doradcy centrów często mają problem ze wskazaniem ścieżki edukacyjnej dla dzieci niepełnosprawnych. Kolejną kwestią sprawiającą trudność jest to, że inaczej niż w innych krajach (takich jak np. Włochy), holenderskie szkoły mają prawo odmówić przyjęcia ucznia niepełnosprawnego, jeśli uznają, że np. nie mają odpowiednich zasobów ludzkich lub też przystosowanych budynków. Niektóre ze szkół mainstreamowych z założenia nie przyjmują uczniów niepełnosprawnych i w świetle prawa nie ma możliwości zmiany ich decyzji.

Statystyki z roku 2006/2007 wskazywały, że w Holandii w wieku szkolnym było tylko 90 tys. uczniów niepełnosprawnych, z czego blisko 67% uczęszczało w szkołach specjalnych, natomiast jedna trzecia w szkołach integracyjnych¹⁵. Daniels (1999) stwierdza, że pomiędzy szkołami specjalnymi oraz mainstreamowymi w Holandii następuje „jednostronny przepływ” uczniów. Oznacza to, że w trakcie nauki jedynie ze szkół mainstreamowych uczniowie przechodzą do szkół specjalnych, w przypadku odwrotnym jest to bardzo rzadkie; poniżej 1% przypadków. Dzieje się tak m.in. dlatego, że szkoły specjalne otrzymują dotacje na każdego ucznia i nie są zainteresowane przesunięciem uczniów do szkół mainstreamowych, nawet w przypadku niewielkiej niepełnosprawności oraz bardzo dobrych wyników ucznia.

Zamiast „edukacji inkluzyjnej” obecnym celem rządu Holandii jest zapewnienie uczniom niepełnosprawnym „edukacji na odpowiednim poziomie” (ang. *appropriate education*), niezależnie czy będzie ona dostarczana w szkołach mainstreamowych, czy też w szkołach specjalnych. Niska jakość nauczania osób niepełnosprawnych jest jednym z największych problemów, z którymi styka się pedagogika specjalna w Holandii. Według raportów Kuratorium Oświaty, aż jedna trzecia placówek edukacyjnych, zarówno integracyjnych jak i segregacyjnych została oceniona jako słaba lub bardzo słaba¹⁶.

1.4 Rumunia – Próby reformy opóźnionego systemu dostarczania usług edukacyjnych

Innym interesującym przykładem kraju, od niedawna będącego w Unii Europejskiej, jest Rumunia. W Rumunii pierwsze ośrodki dla niepełnosprawnych powstawały już pod koniec XIX wieku, takie jak np.: azył dla głuchoniemych w Cotroceni (dzielnica Bukaresztu), Instytut dla Głuchoniemych w Timisoarze czy w roku 1900 szkoła dla niewidomych w Cluj¹⁷. Od samych początków edukację dla niepełnosprawnych w Rumunii, podobnie

¹⁵ José Smits, *ANED Country Report on Equality...*, op. cit., s. 8.

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ *Eurydice Report on Organization of Educational System in Romania 2009/2010*, European Commission, s. 298, źródło: http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/eurydice/eurydice_full_reports/ro_en.pdf, pobrano: 10.08.2012.

jak w innych krajach europejskich, cechowała segregacja w szkołach specjalnych. W czasach socjalizmu linia segregacyjna została podtrzymana, co więcej, nastąpiła znaczna izolacja osób niepełnosprawnych, ponieważ szkoły specjalne były najczęściej tworzone w oddalonych miejscach. Dzieci były skoszarowane w internatach i bardzo rzadko miały możliwość kontaktu ze światem zewnętrznym oraz rodzicami. Po upadku reżimu w Rumunii, światowe media obiegły obrazy rumuńskich zamkniętych szkół specjalnych, gdzie często stosowano średniowieczne metody, takie jak przywiązywanie dzieci do łóżek pasami, bicie itp. Społeczność międzynarodowa, w tym UNICEF, zaczęły wywierać presję na Rumunię, aby własny model edukacji niepełnosprawnych został przeorganizowany w kierunku większej integracji oraz inkluzji społecznej. Oprócz mediów i organizacji międzynarodowych takich jak UNICEF, duży wpływ miały również organizacje pozarządowe z organizacją RENINCO na czele, która przygotowała wiele raportów oraz inicjatyw w zakresie reorganizacji szkolnictwa dla osób niepełnosprawnych w Rumunii. W efekcie reform rozpoczętych pod koniec lat 90. ubiegłego wieku, w 2001 roku Rumunia przeprowadziła reformę systemu edukacyjnego osób niepełnosprawnych na niespotykaną skalę. Blisko 20 tys. uczniów zostało przetransferowanych ze szkół specjalnych do szkół mainstreamowych, 19 szkół specjalnych zostało zamkniętych, 20 zostało zamienionych na szkoły mainstreamowe¹⁸. Tak szybko przeprowadzona reforma nie udała się, mainstreamowe szkoły publiczne zupełnie nie były przygotowane na przyjęcie takiej liczby osób niepełnosprawnych, natomiast szkoły specjalne zagrożone zamknięciem postawiły znaczny opór reformie. Jednym z powodów decyzji rządowej o przeniesieniu tak dużej liczby osób w krótkim czasie było to, że wśród 20 tys. uczniów, duża część nie była osobami niepełnosprawnymi, lecz została umieszczona w szkołach specjalnych ze względu na gorsze położenie socjoekonomiczne. Przyczyny takiej sytuacji były wielorakie, począwszy od dyskryminacji pewnych grup społecznych (np. Romów), po decyzje rodziców, którzy w obliczu biedy woleli umieścić dzieci w izolowanych szkołach specjalnych, gdzie miały zapewnione zakwaterowanie oraz wyżywienie. Raporty podsumowujące tę nieudaną reformę zablokowały dalsze inicjatywy w kierunku edukacji integracyjnej, pozostawiając na rynku edukacyjnym zarówno szkoły integracyjne, jak i segregacyjne szkoły specjalne. Rodzice dzieci niepełnosprawnych mają prawo do podjęcia decyzji, w jakim rodzaju szkoły ich dziecko się będzie uczyć w przypadku osób o niskim i średnim stopniu niepełnosprawności. W przypadku dzieci z poważnym stopniem niepełnosprawności są one kierowane do szkół specjalnych. Obecnie znajdują się nadal grupy dzieci niepełnosprawnych, które są zupełnie wykluczone z usług edukacyjnych, przebywając najczęściej zamknięte w domach rodzin-

¹⁸ Ibidem.

nych na wsiach. Taki sam problem dotyczy Bułgarii, gdzie raporty szacują, że nawet kilka tysięcy dzieci może przebywać poza systemem edukacyjnym.

Tabela 4. Liczba dzieci w szkołach specjalnych i mainstreamowych w Rumunii w latach 1999-2007.

Liczba dzieci w szkołach specjalnych oraz mainstreamowych		
Rok szkolny	Szkoły specjalne	Szkoły mainstreamowe
1999-2000	53 446	1 076
2000-2001	48 237	5 659
2001-2002	37 919	10 779
2002-2003	29 359	11 493
2003-2004	27 634	12 843
2004-2005	27 945	14 179
2005-2006	28 873	14 193
2006-2007	27 445	16 291

Źródło: <http://www.disability-europe.net>

Jak wskazują dane z tabeli 4 w latach 1999-2007 Rumunia miała do czynienia z blisko 16-krotnym wzrostem ilości dzieci w szkołach integracyjnych. W tym samym okresie ilość dzieci niepełnosprawnych w szkołach specjalnych zmalała dwukrotnie, przede wszystkim ze względu na odpływ ponad 20 tys. dzieci w latach 2001-2002. Po reformie liczba dzieci w szkołach specjalnych ustabilizowała się w okolicach 27 tys. Istotnym spostrzeżeniem jest to, że z 20 tys. osób, które w roku 2001 zostały przeniesione do szkół mainstreamowych, jedynie około 6 tys. osób zostało uznane za niepełnosprawne, pozostałe 14 tys. były to osoby pochodzące ze środowisk wykluczonych społecznie oraz grup marginalizowanych w społeczeństwie rumuńskim.

W przypadku certyfikacji edukacji w systemie rumuńskim, uczniowie niepełnosprawni otrzymują takie same dyplomy, jak studenci pełnosprawni. Organizacje pozarządowe i *think-tanki* wskazują konieczność wprowadzenia certyfikacji osób niepełnosprawnych opartej na kompetencjach kluczowych oraz umiejętnościach w stosunku do poszczególnych zawodów, jako że obecny system jest dyskryminujący dla osób niepełnosprawnych.

Istotnym problemem w szkolnictwie osób niepełnosprawnych w Rumunii jest również bardzo słaba infrastruktura, a także nieszczegółowe zapisy dotyczące wymagań np.: w kwestii warunków zakwaterowania osób niepełnosprawnych. Wiele szkół nie jest przystosowanych do ich potrzeb, w niektórych zaś istniejące warunki zagrażają życiu oraz zdrowiu osób niepełnosprawnych.

1.5 Szwecja – Podejście niekategoryzujące do niepełnosprawności w procesie edukacyjnym

Szwedzki system edukacji osób niepełnosprawnych, znacznie różni się od pozostałych krajów, ponieważ Szwecja jako jedyny kraj w EU odszedł od kategoryzowania uczniów pod względem kryterium niepełnosprawności. Główną przesłanką stojącą za tym podejściem jest koncepcja „szkoły dla wszystkich”, wywodząca się z Ustawy o Szwedzkiej Edukacji z roku 1985, w której wskazano, że wszystkie dzieci i młodzież, mieszkające w tym kraju muszą mieć równy dostęp do usług edukacyjnych, niezależnie od ich płci, statusu społecznego czy stopnia niepełnosprawności. Ustawa ta kładzie nacisk na dostęp do edukacji na równym poziomie oraz jakości, nie wskazując jednak, że musi to dotyczyć tej samej formy edukacji. Tym samym ustawodawca pozostawił „furtkę” dla utrzymania szkół specjalnych, a także segregacyjnych klas w placówkach mainstreamowych, charakterystycznych dla edukacji w Szwecji. Ponieważ Szwecja nie kategoryzuje swoich uczniów według niepełnosprawności, nie istnieją statystyki dotyczące poszczególnych uczniów niepełnosprawnych w systemie szwedzkim. Podejście to zostało skrytykowane przez Komisję ONZ zajmującą się implementacją Konwencji Praw Dziecka. Jednakże jak wskazuje raport ANED 2010, związane jest to z sytuacyjnym (relacyjnym) podejściem szwedzkim do niepełnosprawności, zgodnie z którym osobę charakteryzuje jej relacja ze środowiskiem, natomiast nie może być definiowana przez rodzaj niepełnosprawności. Podejście to ma również na celu odejście od „szufladkowania” oraz tworzenia „szklanych sufitów”, które uniemożliwiałyby dzieciom z danym rodzajem niepełnosprawności osiągnięcie pełnego rozwoju edukacyjnego. Od roku 1985 odpowiedzialność za sektor edukacji specjalnej w Szwecji przeszła z rąk Ministerstwa Zdrowia i Spraw Socjalnych do Ministerstwa Edukacji oraz Nauki (szw. *Utbildningsdepartementet*), natomiast w gestii tego pierwszego pozostała jedynie kwestia aparatów, urządzeń oraz technologii wspomagających nauczanie osób niepełnosprawnych.

W przypadku Szwecji szkoła może odmówić przyjęcia ucznia w przypadku, gdy może ono spowodować nieadekwatne koszty organizacyjne i finansowe. Zastrzeżenie to jednakże jest skierowane przede wszystkim do szkół prywatnych (a właściwie „niezależnych szkół” szw. *friskolor*, gdyż wszystkie instytucje edukacyjne w Szwecji są finansowane ze środków publicznych),

które nie zawsze posiadają zaplecze i infrastrukturę niezbędne do dostarczenia usługi edukacyjnej na odpowiednim poziomie. wskazuje to na odmienne podejście ustawodawcy niż np. we Włoszech, gdzie żadna szkoła nie ma prawa odmówić przyjęcia osoby niepełnosprawnej, a nakaz jest skutecznie egzekwowany przez państwo. System oceniania stosowany w systemie szwedzkim jest identyczny jak w przypadku edukacji powszechnej, jednakże w przypadku niezaliczenia przedmiotu osoba niepełnosprawna uzyskuje zamiast dyplomu tzw. certyfikat uczestnictwa. W przypadku osób niepełnosprawnych uczęszczających do szkół powszechnych edukacja obowiązkowa wynosi 9 lat, natomiast w przypadku osób uczących się w szkołach specjalnych – 10 lat. Jest ona bezpłatna oraz obowiązkowa dla wszystkich, którzy rozpoczną ją przed 20. rokiem życia. Jak wskazują badania naukowe oraz raport ANED, w edukacji szwedzkiej można zaobserwować rosnącą tendencję tworzenia edukacji segregacyjnej i tak np. obecnie więcej uczniów z niepełnosprawnością motoryczną uczy się w szkołach segregacyjnych niż w latach 70. Jak wskazuje ten sam raport, w roku akademickim 2009/2010 blisko 10 000 uczniów niepełnosprawnych uczyło się w „oddzielnych klasach dla osób niepełnosprawnych” w placówkach mainstreamowych, co stanowiło około 1,2% wszystkich uczniów. W szkołach specjalnych uczyło się natomiast jedynie 500 niepełnosprawnych dzieci, najczęściej z zaburzeniami słuchu oraz wzroku. Według ANED w szkołach wyższych uczy się blisko 6 000 niepełnosprawnych studentów (2% wszystkich studentów) – w latach 2001-2007 partycypacja osób niepełnosprawnych wśród studentów wzrosła niemal dwukrotnie.

Szwecja jest krajem, w którym funkcjonuje pośredni – mieszany – system edukacji osób niepełnosprawnych, które uczą się najczęściej w placówkach powszechnych (mainstreamowych), jednak w oddzielnych klasach. Cechą charakterystyczną systemu szwedzkiego jest relacyjny (sytuacyjny) stosunek do niepełnosprawności, w którym nie ma w ogóle kategoryzacji osób według kryterium niepełnosprawności.

1.6 Grecja – Negatywny przykład polityki edukacyjnej państwa wobec osób niepełnosprawnych

W Grecji edukacja osób niepełnosprawnych przez wiele lat była opóźniona w stosunku do innych krajów Unii Europejskiej. Dopiero w latach 70. i 80. XX wieku państwo zaczęło tworzyć pierwsze szkoły specjalne oraz klasy integracyjne w instytucjach mainstreamowych. Do tego czasu, edukacja osób niepełnosprawnych była głównie organizowana przez organizacje kościelne lub była efektem inicjatywy własnej rodziców, którym udawało się przekonać szkołę o przyjęciu ucznia. Efektem braku polityki edukacyjnej wobec niepełnosprawnych było to, że znaczna ich część była „niewidzialna” dla państwa, przeżywając całe życie bez edukacji. Dopiero w ustawie z roku 2008 ustawo-

dawca zawarł po raz pierwszy regulacje dotyczące obowiązku szkolnego dla osób niepełnosprawnych¹⁹. Ciekawym rozwiązaniem stosowanym w Grecji jest zwolnienie osób niepełnosprawnych, które ukończą szkoły średnie, z narodowego egzaminu na uczelnie. W tym przypadku na osoby niepełnosprawne przypada 5% miejsc na uczelniach, a ich przyjęcie odbywa się na podstawie kwalifikacji przeprowadzanych w gronie niepełnosprawnych kandydatów.

Istnieje deficyt statystyk dotyczących procentu osób niepełnosprawnych, które są wykluczone z procesu formalnej edukacji. Biorąc pod uwagę dane ilościowe dotyczące osób niepełnosprawnych, które aktualnie pobierają naukę w systemie edukacyjnym, możemy stwierdzić, że mimo wprowadzenia w 2008 roku powszechnego obowiązku szkolnego dla osób niepełnosprawnych, skala wykluczenia jest bardzo wysoka. Według statystyk w roku 2007/2008 na 1,3 miliona uczniów w szkołach mainstreamowych, przypada poniżej 10 000 uczniów niepełnosprawnych w szkołach specjalnych. W kraju o takiej samej wielkości, czyli Republice Czeskiej, w szkołach specjalnych uczy się około 40 tys. uczniów niepełnosprawnych (na 1,7 miliona osób ogółem²⁰). W przypadku edukacji wyższej, liczba niepełnosprawnych studentów na uczelniach jest bardzo niska, szacunki Uniwersytetu Ateńskiego mówią o około 400 studentach niepełnosprawnych na wszystkich uczelniach w Grecji.

W Grecji nie istnieją żadne dopłaty finansowe (pośrednie czy bezpośrednie) dla uczniów czy studentów, którzy byliby zainteresowani posiadaniem asystenta osoby niepełnosprawnej, wszelkie osoby zainteresowane takim wsparciem muszą pokrywać wydatki z własnego budżetu²¹. Ustawodawca narzuca jednakże na gminy konieczność zapewnienia osobom niepełnosprawnym bezpłatnego transportu z domu do placówki edukacyjnej (i z powrotem). Ustawodawca grecki nie nakłada również na szkoły oraz uczelnie wymagań dotyczących przystosowywania infrastruktury dla osób niepełnosprawnych.

W Grecji mamy do czynienia z niskim poziomem inkluzji uczniów niepełnosprawnych w klasach integracyjnych; obecnie około połowy uczniów pobiera edukację w szkołach specjalnych. Nauczyciele uczący dzieci niepełnosprawne są kształceni w państwowych uniwersytetach na kierunku pedagogika specjalna.

Wiele lat opóźnień w zakresie edukacji osób niepełnosprawnych, m.in. uznanie obowiązku szkolnego dla osób niepełnosprawnych dopiero w 2008 roku, wykluczenie kolejnych generacji osób niepełnosprawnych z rynku edukacyjnego i pracy, brak dopłat finansowych oraz dostosowań infrastrukturalnych sprawia, że Grecja jest negatywnym przykładem podejścia państwa do edukacji osób niepełnosprawnych.

¹⁹ Eleni Strati, *ANED Country Report on Equality of Educational and Training Opportunities for Disabled People: Greece*, ANED 2010, s. 7.

²⁰ Jan Šiška, Libor Novosad, *ANED Country Report on Equality of Educational and Training Opportunities for Young Disabled People*, ANED 2010, s. 6.

²¹ Eleni Strati, *ANED Country Report...*, op. cit., s. 11.

W podsumowaniu części dotyczącej usług oferowanych osobom niepełnosprawnym w zakresie edukacji w krajach Unii Europejskiej poniżej zaprezentowano zestawienie tabelaryczne obrazujące sytuację dotyczącą: podejmowanych „kroków” prawnych, wyodrębnienia oferty edukacyjnej dla młodych osób niepełnosprawnych w różnych państwach europejskich, a także rodzajów szkolnictwa oferowane omawianej grupie społecznej.

Tabela 5. Inicjatywy prawne UE / EOG w zakresie edukacji.

Kraj	ONZ KPON (Konwencja dot. Praw Osób Niepełno- sprawnych)	Prawo do edu- kacji dla wszystkich	Ustawa o Równych Szansach	Ustawa o edukacji szkoły ogólno- kształcącej	Ustawa o szkolnic- twie zawo- dowym	Ustawa o szkol- nictwie wyższym	Kształcenie dorosłych
AT	X	Konstyt.	2006	1993-1996	2003/2004	2002	
CZ	X	Konstyt.92	X	2004	2004/2005	1998	2006
CY	Nie ratyfikowało			2001			
DK	X	regulacje ustawowe 1958	1980	X	1994	2004	1994
EE	X Nie ratyfikowało	Konstyt.92		1993-1999	Dekret 2006	Strategia 2006-2015	Plan 2009-2015
FI	X Nie ratyfikowało	Konstyt.99	X	1998	1986-87		1988/89
DE	X	Konstyt.49	2002	1994	2006	1994	
EL	X	2008	2005	2010	1998-2007	2007-2009	2005
HU	X	Konstyt.49	Ustawa 1998	1998/99	brak inf.	2005	2001
IS	X Nie ratyfikowało		1992	2008		2008	Marzec,2010
IE	X Nie ratyfikowało	Konstyt.	2000-2004	2004 odr.	strat.2004	Plan 2008-2013	Plan 2007-2016
LV	X	Konstyt.92	1998	1999			Plan 2007-2013
LT				1998-2006	X	X	X
MT	X Nie ratyfikowało	Konstyt.64	2000	1988/2006		2002/2007	
NL	Nie ratyfikowało	Konstyt.	2003/2009	Przygotowa			
NO	X Nie ratyfikowało	1960	2009	1998		2005	2005/2008
PL	X	Konstyt.97		1991+projekt	Rehab.1997	2005	2004
PT	X	z 1986		2008/2009	X	X kwoty	
SK	X	Konstyt.92		1998/2008	X	2002	2009
SI	X	Konstyt.91		2004/2006			
ES	X	Konstyt.85		1978/2008	2006/2007	2007	
SE	X	1985	X	1985		2001	1992
UK	X	1944	1995	1993/1996	1998		X

Jak wynika z tabeli nr 5, zmiany dotyczące zobowiązań legislacyjnych w ramach edukacji dla wszystkich w większości państw europejskich zostały wprowadzone pod koniec XX wieku i w pierwszych latach XXI wieku. Zostały one oparte na zasadach równości (przyjętych w przepisach UE i krajowych) w celu włączenia przepisów dotyczących niedyskryminacji. Warto zaznaczyć, że prawo do edukacji od dawna zapisane w wielu konstytucjach krajowych, obecnie jest rozumiane jako prawo do edukacji „dla wszystkich”. Niektóre kraje rozpoczęły zmiany od wprowadzenia ogólnego prawa o niedyskryminacji, a inne, bazując na istniejących regulacjach dotyczących możliwości edukacyjnych dla osób niepełnosprawnych (m.in. w wielu krajach prawa kontynentalnego, gdzie szczególne akty dotyczące edukacji osób niepełnosprawnych zostały uchwalone w latach 1960 i 1970). Według tych dwóch podejść, nowe prawo oświatowe nabyło różnorodnych funkcji mimo ich wspólnych korzeni w deklaracjach międzynarodowych czy traktatach (Raport Salamanca 1994 czy Konwencja ONZ z 2006 r.). Obecnie większość krajów (z wyjątkiem Cypru, Estonii, Finlandii, Grecji, Irlandii, Islandii, Malty, Holandii czy Norwegii) ratyfikowała Konwencję ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, podczas gdy Wielka Brytania zastrzegła sobie prawo kształcenia dzieci niepełnosprawnych poza ich społecznością lokalną w przypadku, gdy stosowniejsze możliwości edukacyjne są dla nich dostępne w innym miejscu. W Europie zasady edukacji dla wszystkich – niezależnie od wieku, płci, pochodzenia etnicznego, stanu zdrowia lub niepełnosprawności – zostały przyjęte w zasadzie jednocześnie z praktycznymi działaniami ułatwiającymi edukację tym, którzy mają problemy z chodzeniem do szkoły i uczeniem się w tej samej formie co inne osoby pełnosprawne.

Istotnym jest, iż analizując ogólne ramy prawne każdego kraju (konstytucji, aktów i przepisów właściwych) obserwujemy ewolucję w kierunku edukacji włączającej. Przez ewolucję rozumiemy odchodzenie od idei odrębnych instytucji segregujących w kierunku integracji osób niepełnosprawnych w powszechnym szkolnictwie, rozumianej jako najskuteczniejsza droga przygotowania do pełnej integracji ON w przyszłym życiu.

Niewielka liczba danych (uwzględniona w tabeli nr 5), dotyczących konkretnych przepisów ustawowych lub wykonawczych odnoszących się do edukacji osób niepełnosprawnych w szkołach średnich podkreśla pewną lukę oraz zignorowanie w prawie tego zagadnienia. Odpowiednie unormowanie związane z kwestią dostępności, a później przejścia od szkoły średniej na wyższe stadia edukacji osób niepełnosprawnych stanowi znaczące wyzwanie dla prawodawców i dlatego też zasługuje na szczególną uwagę.

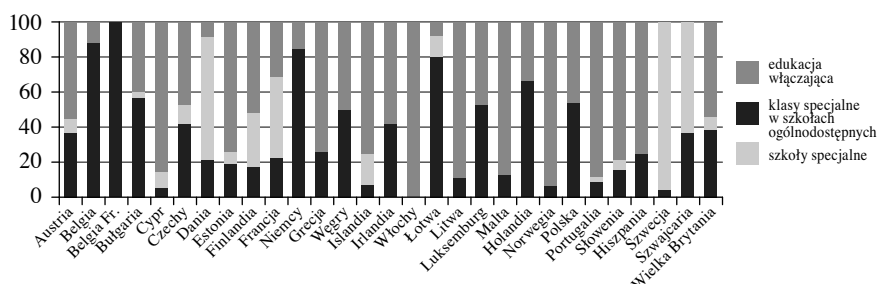
Tabela 6. Oferta edukacyjna dla młodych osób niepełnosprawnych wskazanych w Raporcie.

Kraj	Zwykłe klasy	Specjalne klasy lub jednostki	Szkoły specjalne	Upośledzenie – specyficzne szkoły specjalne
Austria	X	X	X	H V In
Cypr	X	X	X	H V In
Czechy	X	X	X	
Dania	X	X	X	H
Estonia	X	n/a	Centra badań*	H V B
Finlandia	X	X		HV B
Niemcy	X	X	X	10imp.
Grecja	X			HV In M
Węgry	X	n/a	X	H V
Islandia	X	X	X	H V In M
Irlandia	X	X	X	H V In M
Łotwa	X	X	X	In
Litwa	X	X		
Malta	X		X	H V In M
Holandia	X	X	X	H V In M
Norwegia	X	X	X	
Polska	X	X	Centra badań	H V In
Portugalia	X	X	X	
Słowacja	X	X		H V In
Słowenia	X	X		H V In
Hiszpania	X	n/a		H V In
Szwecja	X	X		H V In
Wielka Brytania	X			H V In M

Źródło: kompilacja autorów spośród ASEN raportów z 2010 r.
 Szkoły publiczne, niezależne lub spółdzielcze szkoły z umową państwową
 Objasnienie oznaczeń: H = słuchu; V = wizualne; In = intelektualne;
 B = behawioralne; M = zaburzenia mobilności; n/a: informacje niedostępne

* Centra badań są przeznaczone do generowania zbioru badań na temat problemów osób niepełnosprawnych, które przyczyniają się do poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych, osób z ich rodzin, a także społeczności na całym świecie.

Rysunek 1. Typ szkolnictwa dla studentów niepełnosprawnych w 2006 r.



Źródło: Obliczenia autora na podstawie: Europejska Agencja Rozwoju Edukacji Specjalnej, (2008), Dane krajów 2006, EARES, Bruksela.

Zobowiązanie do edukacji dla wszystkich nie jest koniecznie związane z edukacją obowiązkową wszystkich studentów niepełnosprawnych. Z rysunku nr 1 wynika, że większość krajów dąży do edukacji włączającej poprzez zmniejszenie liczby szkół specjalnych (np. w Portugalii, na Cyprze, Islandii czy Litwie). Natomiast w innych krajach edukacja obejmuje większą liczbę szkół specjalnych (np. w Finlandii, Danii czy Szwajcarii), w których następuje wzrost inwestycji, nadając tym samym dodatkową funkcję tym placówkom: centrów zasobów – tj. jednostek, które działają w celu zapewnienia środków, rozwoju zawodowego i scentralizowanej biblioteki dla wychowawców, rodzin i członków społeczności, we współpracy z innymi partnerami. W konsekwencji szkoły specjalne nadal zajmują dużą część ogólnego systemu edukacji w wielu krajach.

We wszystkich krajach (z wyjątkiem Szwecji, gdzie się unika kategoryzacji) istnieje segregacja edukacji w przypadku, gdy niepełnosprawność jest związana z więcej niż łagodnym zaburzeniem. Wyróżniamy zatem cztery rodzaje niepełnosprawności: upośledzenie słuchu, zaburzenia widzenia, zaburzenia psychiczne i zaburzenia behawioralne. Kształcenie specjalne oznacza na ogół umieszczenie uczniów w klasach specjalnych zlokalizowanych w zwykłym budynku szkoły.

Nie należy zapominać o istniejącej zasadzie prawa rodzica związanego z wyborem szkoły, w której dzieci będą się kształcić. Preferencyjny dobór odpowiedniej placówki kształcenia dla osoby niepełnosprawnej na podstawie decyzji rodzica jest rozpowszechniony w szczególności w Holandii.

Rozdział 2. Usługi społeczne w zakresie rynku pracy

2.1 Francja – W stronę szerokiej oferty usług społecznych w zakresie rynku pracy

Francja posiada bardzo dobrze rozwinięte usługi wsparcia dla osób niepełnosprawnych na rynku pracy, począwszy od systemu kwotowego zatrudnienia, przedsiębiorczości społecznej, a także szerokiej sieci punktów wsparcia dla osób niepełnosprawnych, takich jak m.in. *Cap-Emploi*, *Sameth*, czy też *ALTHER*. Osoby uznane za niepełnosprawne i korzystające z możliwości systemu kwotowego stanowią 4,6% społeczeństwa francuskiego tj. 1,8 mln osób niepełnosprawnych²². Wskaźnik aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych jest relatywnie wysoki i wynosi 44%, jednakże wskaźnik aktywności zawodowej dla całego społeczeństwa wynosi 71%, stąd aż 25 punktów procentowych różnicy w zatrudnieniu osób niepełnosprawnych w stosunku do ogółu społeczeństwa²³. Z ponad 1,8 miliona zatrudnionych osób niepełnosprawnych zdecydowana większość osób jest zatrudniona w mainstreamowych miejscach pracy, jedynie 111 tys. osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności jest zatrudnionych w zakładach pracy chronionej tzw. *ESAT*²⁴. Jedynie 95 tys. osób niepełnosprawnych było zatrudnionych w małych firmach, które nie podlegają obowiązkowym kwotom, natomiast 33 tys. osób było samozatrudnionych²⁵. Francuska polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych charakteryzuje się w ostatnich latach nastawieniem na inkluzję społeczną oraz włączaniem pracowników w mainstreamowy rynek pracy. Mimo że zachowano nadal instytucje zakładów pracy chronionej (w przeciwieństwie do np. Wielkiej Brytanii), to jednak widoczne jest znaczne przesunięcie w kierunku otwartego rynku pracy i konkurencyjności. Szczególnie widoczne jest to w przypadku drugiego rodzaju zakładów pracy chronionej tzw. *Atelier protégé* (AP, pol. Warsztaty chronione), które zostały zastąpione przez przedsiębiorstwa społeczne *Entreprise adaptée* (EA,

²² Catharine Barral, Dominique Velche, *ANED Country Report on Equality of Educational...*, op. cit.

²³ Ibidem.

²⁴ Ibidem.

²⁵ Ibidem.

pol. Przedsiębiorstwo przystosowane). Podsumowując, Francja nadal stawia w swojej polityce społecznej na regulacje rynku pracy poprzez system kwotowy oraz subsydiowanie zatrudnienia osób niepełnosprawnych i – mimo przesunięcia akcentu w stronę inkluzji społecznej – istotną rolę pełnią zakłady pracy chronionej, które są drugim najważniejszym źródłem pracy dla osób niepełnosprawnych we Francji.

Poniżej zaprezentowano systemy regulujące rynek pracy osób niepełnosprawnych we Francji.

OETH – kwota zarezerwowana dla pracowników niepełnosprawnych (*obligation d'emploi des travailleurs handicapés*) – wszyscy pracodawcy utrzymujący stan zatrudnienia powyżej 20 pracowników przez 3 lata są zobowiązani do zatrudnienia w ramach siły roboczej, co najmniej 6% pracowników niepełnosprawnych. Firmy, które nie spełniają tych wymagań są zobowiązane do odprowadzania składek na Stowarzyszenie zarządzające funduszem integracji zawodowej osób niepełnosprawnych, AGEFIPH (*Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées*). Co roku w lutym przedsiębiorstwa muszą złożyć deklarację zatrudnienia obowiązkowej kwoty osób niepełnosprawnych (*déclaration obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés*, DOETH). Kwoty dotyczą wszystkich przedsiębiorstw na rynku francuskim, zarówno prywatnych, jak i państwowych. Istnieją pewne możliwości ograniczenia kwoty, m.in. poprzez podzlecenie zamówień dla przedsiębiorstw społecznych ESAT zatrudniających osoby niepełnosprawne.

AGEFIPH – w przypadku niezastosowania się do polityki OETH i niezatrudnienia minimum 6% pracowników niepełnosprawnych, przedsiębiorstwo musi odprowadzić roczne składki na Fundusz Integracji Zawodowej Osób Niepełnosprawnych. Wysokość składek zależy od liczby zatrudnionych pracowników, np. firma zatrudniająca pomiędzy 20 a 200 pracowników musi odprowadzić 400-krotność płacy minimalnej tzw. SMIC (*salaires minimum interprofessionnel de croissance*), czyli 3 760 EUR za każdego niezatrudnionego pracownika w ramach kwoty. W przypadku firm zatrudniających powyżej 750 pracowników, jest to 600-krotność SMIC i kwota 5 640 EUR. Jednakże jeśli firma przez 3 lata nie dostosuje się do kwot i nie zatrudni 6% osób niepełnosprawnych, wtedy niezależnie od wielkości musi płacić podwyższoną składkę w wysokości 1 500 SMIC, czyli 14 100 EUR od osoby. AGEFIPH finansuje w ramach usług społecznych dla osób niepełnosprawnych następujące instytucje:

- a) *CAP-Emploi* – jest to sieć 103 punktów oferujących osobom niepełnosprawnym usługi społeczne w zakresie zatrudnienia, począwszy od wyszukiwania ofert i kontaktów z pracodawcami, po przygotowanie dokumentów aplikacyjnych i porad dotyczących rozmów kwalifikacyjnych. CAP-Emploi współpracuje również z pracodawcami sta-

rając się działać jako pośrednik, dostosowujący popyt na pracowników niepełnosprawnych wraz z wymaganiami pracodawców. W roku 2011 dzięki CAP-Emploi umowy podpisało 67 134 pracowników niepełnosprawnych, z czego 39% to kontrakty obejmujące powyżej 1 roku²⁶.

- b) SAMETH jest siecią 99 punktów kontaktowych i oferuje usługi społeczne w zakresie doradztwa, rozwiązań i analiz ekonomicznych dla przedsiębiorstw oraz pracowników niepełnosprawnych, mając na celu utrzymanie zatrudnienia pracowników niepełnosprawnych zatrudnionych na kontrakty powyżej 6 miesięcy. Dzięki wsparciu i mediacji SAMETH udało się w roku 2011 utrzymać pracę 17 532 pracownikom niepełnosprawnym²⁷.
- c) ALTHER jest usługą polegającą na diagnostyce oraz doradztwie dla firm, które chcą dostosować swoją politykę zatrudnienia do kwot dotyczących osób niepełnosprawnych.

Kolejną istotną formą subsydiowania zatrudnienia osób niepełnosprawnych we Francji są zakłady pracy chronionej.

Przedsiębiorstwa Społeczne/Zakłady Pracy Chronionej – francuskie prawo umożliwia utworzenie dwóch rodzajów przedsiębiorstw społecznych w charakterze zakładów pracy chronionej nakierowanych na zatrudnienie osób niepełnosprawnych. Ten rodzaj wsparcia dla niepełnosprawnych jest charakterystyczny dla Francji i w znaczący sposób zwiększa zatrudnienie wśród osób niepełnosprawnych. Od roku 2005 funkcjonują dwa rodzaje przedsiębiorstw społecznych:

- a) **Entreprise adaptée (EA)** – jest to rodzaj przedsiębiorstwa społecznego utworzony we Francji w roku 2005, który zastąpił poprzednio istniejącą strukturę tzw. *Atelier Protégé*, AP (pol. Zakład chroniony). Główną zmianą było przesunięcie nacisku na inkluzję i integrację osób niepełnosprawnych w ramach normalnego rynku pracy, stąd nacisk na wprowadzenie słowa „przedsiębiorstwo” (*entreprise*), który zastąpiło określenie zakład pracy chronionej. Oprócz nazewnictwa zmienił się status takich instytucji, które od tej pory są normalnymi graczami na rynku pracy, tak jak inne przedsiębiorstwa i obowiązuje je Kodeks Pracy. Ich poprzednik AP nie był częścią regularnego rynku pracy, lecz był instytucją rehabilitacyjno-medyczną podlegającą pod Ministerstwo Zdrowia i na jego utworzenie trzeba było otrzymać zgodę. W przypadku EA jedynym warunkiem do utworzenia przedsiębiorstwa jest zatrudnienie co najmniej 80% osób niepełnosprawnych, poza tym nie potrzeba żadnych dodatkowych zezwoleń. Właściciel przedsiębiorstwa podpisuje 3-letni kontrakt z państwem tzw. COT (*contrat d'objectifs triennal*), w ramach którego zobowiązuje się realizować wyznaczone cele ekonomiczne oraz

²⁶ AGEFIPH oficjalna strona, <http://www.agefiph.fr/L-Agefiph/Que-faisons-nous/Cap-Emploi>, pobrano: 10.08.2012.

²⁷ Ibidem.

społeczne. Po podpisaniu COT państwo subsydiuje część kosztów ponoszonych przez przedsiębiorcę na utworzenie nowych miejsc pracy. Specyficznym rodzajem EA jest CDTC (*Centre de distribution de travail à domicile*, centra pracy domowej), w tym przypadku osoby niepełnosprawne pracują intelektualnie bądź manualnie w domu, pozostałe warunki zatrudnienia pozostają bez zmian. Istotną kwestią dotyczącą EA jest to, że żaden zatrudniony pracownik niepełnosprawny nie może otrzymywać pensji niższej niż płaca minimalna SMIC. Pracownik ten posiada również dokładnie takie same prawa, jak pracownicy pełnosprawni na rynku pracy. W roku 2008 istniało 643 EA, które zatrudniały prawie 30 tys. pracowników niepełnosprawnych²⁸.

- b) **Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)** – jest to zakład pracy chronionej dla osób niepełnosprawnych, których zdolności produkcyjne są niższe niż 1/3 osoby pełnosprawnej lub dla osób, które mimo posiadania zdolności produkcyjnej wyższych niż 1/3 osoby pełnosprawnej wymagają specjalnej opieki psychologicznej, medycznej lub edukacyjnej. ESAT nie podlegają pod *Prawo pracy*, lecz pod *Prawo społeczno-rodzinne (Le Code de l'action sociale et des familles)*. Zamiast umowy o pracę, osoba niepełnosprawna oraz jej prawny przedstawiciel podpisują z przedstawicielem ESAT umowę dotyczącą wsparcia i pomocy w zakładzie chronionym (*Le contrat de soutien et d'aide par travail*), która zawiera obowiązki zawodowe, działania w zakresie wsparcia socjomedycznego, usługi szkolenia i przystosowania do zawodu pracownika oraz inne rodzaje indywidualnego wsparcia pracownika. W roku 2008 istniało we Francji 1438 ESAT, które zatrudniały blisko 115 tys. pracowników niepełnosprawnych²⁹.

AAH (*L'allocation aux adultes handicapés*) – Innym rodzajem usług wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy we Francji są zasiłki skierowane do bezrobotnych osób niepełnosprawnych oraz zgodnie z polityką aktywizacji, także do osób niepełnosprawnych tzw. „ubogich pracujących”, czyli otrzymujących najniższe wynagrodzenie. Jest to świadczenie obsługiwane przez Kasy Świadczeń Rodzinnych oraz Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego skierowane do osób niepełnosprawnych lub osób chorujących na choroby przewlekłe, które utraciły zdolność do pracy (częściowo lub całkowicie) w związku ze swoją chorobą/niepełnosprawnością, a którzy są w wieku między 20 a 60 lat. Świadczenie to zostało zreformowane w roku 2005 poprzez wprowadzenie m.in.³⁰:

²⁸ Dominique Velche, Isabelle Ville, Jean-François Ravaud, *Report on the Employment of Disabled People...*, op. cit., p. 10.

²⁹ Ibidem.

³⁰ Muriel Nicolas, Marie-Jose Robert, *Les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés*, Les Travaux de l'Observatoire; <http://travail-emploi.gouv.fr>, pobrano: 25.07.2012, s. 158.

- praw do rekompensaty – pokrywając koszty wsparcia osoby niepełnosprawnej, wsparcia technicznego lub też zwierząt, wspomagających osoby niepełnosprawne; koszty dostosowywania miejsca zamieszkania lub samochodu, wszystkie te zmiany powinny zostać zapisane w Indywidualnym Projekcie Rozwoju Życiowego (*le projet de vie*);
- w przypadku beneficjentów, którzy częściowo utracili zdolność do pracy i nadal podejmują zatrudnienie, mogą stale kumulować dochody z AAH oraz pensję, aż do 115% pensji minimalnej SMIC.

2.2 Hiszpania – Reforma w kierunku inkluzji społecznej osób niepełnosprawnych na mainstreamowym rynku pracy

Hiszpania jest krajem z bardzo wysokim wskaźnikiem dezaktywacji zawodowej osób niepełnosprawnych, wynoszącym blisko 67%³¹. Wśród aktywnych zawodowo niepełnosprawnych 82% pracowało w środowisku mainstreamowym, natomiast 18% w zakładach pracy chronionej (poprzez Centra Pracy Specjalnej czy też Enklawy Pracownicze)³². Hiszpania rozpoczęła nową erę polityki wobec osób niepełnosprawnych wraz z uchwaleniem w roku 1982 ustawy o integracji społecznej osób niepełnosprawnych (*La Ley de integración de los minusválidos*, LISMI), która wprowadzała nową definicję niepełnosprawności, ściśle powiązaną z wykluczeniem społecznym. W świetle tej ustawy za osobę niepełnosprawną uznaje się „każdą osobę, której możliwości integracji w zakresie edukacji, rynku pracy, czy interakcji społecznych zostały obniżone z przyczyn stałego upośledzenia, wrodzonego lub nie, w zakresie zdolności fizycznych, psychicznych czy sensorycznych”³³.

W ramach LISMI utworzono nowe usługi i instrumenty rynku pracy dla osób niepełnosprawnych, takie jak: Centra Pracy Specjalnej, Wsparcie Zatrudnienia oraz Enklawy Pracownicze. Bardzo ważnym elementem polityki wobec osób niepełnosprawnych w Hiszpanii są kwoty pracownicze oraz subsydiowanie zatrudnienia osób niepełnosprawnych. W przeciwieństwie do Francji kwoty pracownicze nie są przestrzegane przez znaczną część przedsiębiorstw, ze względu na relatywnie niskie opłaty karne, a także trudną sytuację na rynku pracy. Dostępność nowych usług społecznych, a także możliwości wsparcia przez państwo osób niepełnosprawnych są w ostatnich latach znacznie ograniczane przez kryzys ekonomiczny, który najmocniej uderzył w hiszpański rynek pracy. Hiszpania ma najwyższy poziom bezrobocia w Europie, wyno-

³¹ Miguel Angel Verdugo, Cristina Jenaro, Maribel Campo, *Report on the Employment of Disabled People in European Countries*, ANED 2010, s. 7.

³² Ibidem.

³³ Alfonso Albo, Fernando Moreno, *Discapacidad y Mercado de Trabajo*, Gente Interactiva S.L., ISBN: 84-609-0079-7, s. 8.

szący blisko 25%, a w tej sytuacji grupy marginalizowane, takie jak m.in.: niepełnosprawni, mają jeszcze większe trudności z wejściem na rynek pracy.

Poniżej przedstawiono charakterystykę dostępnych usług społecznych w zakresie rynku pracy osób niepełnosprawnych w Hiszpanii.

A. Centros Especiales de Empleo (Centra Pracy Specjalnej) – są to zakłady pracy chronionej nastawione na integrację osób niepełnosprawnych poprzez aktywne uczestnictwo w rynku pracy. Centra mogą być utworzone przez podmioty publiczne, prywatne oraz w partnerstwie publiczno-prywatnym. Aby utworzyć Centrum Pracy Specjalnej, przynajmniej 70% pracowników musi posiadać zdolności wytwórcze na poziomie niższym niż 33% zdolności pełnosprawnego pracownika. Po utworzeniu Centrum Pracy Specjalnej otrzymuje ono wsparcie na projekty tworzące nowe miejsca pracy oraz na utrzymywanie istniejących miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych. Dofinansowanie może pochodzić z Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej lub od władz regionalnych, centra również otrzymują zwolnienie z części opłat podatkowych. W roku 2008 rząd Hiszpanii przeznaczył 237 milionów euro na Centra Pracy Socjalnej, w roku 2009 i 2010 odpowiednio 274 miliony i 376 milionów euro³⁴. Wraz z rosnącym kryzysem gospodarczym rząd musi przeznaczać coraz większe sumy na utrzymanie istniejących miejsc pracy i tak np. w roku 2010 z tej sumy na projekty generujące nowe miejsca pracy zostało przeznaczone jedynie 28 mln euro, natomiast ponad 300 mln euro na utrzymanie istniejących miejsc pracy³⁵.

B. Enclaves Laborales (Enklawy Pracownicze) – jest to forma umowy zawartej między Centrum Pracy Specjalnej a zwykłym przedsiębiorstwem działającym na konkurencyjnym rynku ekonomicznym. W ramach umowy Centrum Pracy Specjalnej wysyła grupę swoich pracowników do przedsiębiorstwa, z którym podpisuje umowę na czas określony w celu realizacji i podwykonawstwa zadań na rzecz tej firmy. Jednym z głównych celów tworzenia Enklaw Pracowniczych jest integracja Centrów Pracy Socjalnej z głównym rynkiem gospodarczym, a także umożliwienie inkluzji społecznej poprzez wprowadzenie pracowników niepełnosprawnych do pracy w regularnych przedsiębiorstwach. Dzięki Enklawom pracownicy niepełnosprawni zdobywają doświadczenie w regularnych przedsiębiorstwach, a Centra Pracy Specjalnej stają się bardziej konkurencyjne na rynku pracy. Natomiast korzyści firm przyjmujących są dwójakie, od zdobycia większej wiedzy i wrażliwości na potrzeby pracowników niepełnosprawnych, po zwolnienie z konieczności zapewnienia kwot dotyczących osób niepełnosprawnych w firmach. W roku 2010 rząd Hiszpanii przeznaczył ponad 20 milionów euro na Enklawy Pracownicze³⁶. Enklawa Pracownicza może zostać utworzona co najmniej na 3 miesiące, a maksymalnie na 3 lata,

³⁴ <http://www.empleo.gob.es>, pobrano: 10.08.2012.

³⁵ Ibidem.

³⁶ Ibidem.

nie może zatrudniać mniej niż 3 osoby w przypadku przedsiębiorstw zatrudniających poniżej 50 osób, ani mniej niż 5 osób w przypadku przedsiębiorstw zatrudniających powyżej 50 pracowników³⁷.

C. Empleo con apoyo (ECA, wsparcie zatrudnienia pracowników niepełnosprawnych w zwykłym środowisku pracy w firmach wraz z dodatkowym wsparciem). Idea pracy wspieranej powstała w Stanach Zjednoczonych w latach 80. XX wieku. W przypadku ECA pracownicy niepełnosprawni zostają zatrudnieni na takich samych warunkach, jak osoby pełnosprawne w pełnej inkluzji na rynku pracy, w przeciwieństwie do pracy chronionej (segregacji), takiej jak w przypadku Centrów Pracy Specjalnej. Wsparcie zatrudnienia polega na przygotowaniu indywidualnego planu wsparcia osoby niepełnosprawnej, który bazuje na zasadzie upodmiotowienia (ang. *empowerment*) i polega na jak najlepszym dostosowaniu się do pracy w środowisku pracowniczym. Dofinansowanie przeznaczone przez rząd Hiszpanii na wsparcie pracy (*empleo con apoyo*) to odpowiednio w latach 2009 oraz 2010 – 2 miliony euro oraz 1,5 miliona euro, można zatem zauważyć wyraźną tendencję spadkową, spowodowaną wzrastającym bezrobociem i kryzysem ekonomicznym zapoczątkowanym przez rynek hipoteczny³⁸.

D. Kwoty pracownicze – według ustawy LISMI wszystkie przedsiębiorstwa – zarówno publiczne, jak i prywatne w Hiszpanii, które zatrudniają powyżej 50 pracowników, są zobowiązane do zatrudnienia co najmniej 2% pracowników niepełnosprawnych. Istnieje możliwość zwolnienia firmy z tego obowiązku, w przypadku zlecenia usług o odpowiedniej wartości do Centrów Pracy Specjalnej lub poprzez utworzenie Enklaw Pracowniczych na terenie swojego przedsiębiorstwa lub poprzez dotacje finansowe na rzecz organizacji oraz programów integracji społecznej osób niepełnosprawnych na hiszpańskim rynku pracy.

2.3 Norwegia – Szeroki program w zakresie racjonalnych usprawnień

Według statystyk ANED, poziom aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych na rynku pracy wynosi 45% i jest o blisko 30% niższy od poziomu aktywności ogółu społeczeństwa (wynosi on 75%). Najniższe różnice w partycypacji są w przypadku osób młodych 19-25 lat oraz w przypadku osób starszych. Jak wskazuje ANED, stopa bezrobocia wśród osób niepełnosprawnych nie różni się od stopy bezrobocia wśród osób pełnosprawnych. Oznacza to, że niepracujące osoby niepełnosprawne są uważane za pozostające poza rynkiem pracy, z czego 31% osób niepełnosprawnych niepracujących wyrażało w roku 2008 chęć podjęcia zatrudnienia, jeśli pojawi się taka możliwość.

³⁷ Alfonso Albo, Fernando Moreno, op. cit., s. 116.

³⁸ <http://www.empleo.gob.es>, pobrano: 15.08.2012.

W Norwegii stosowana jest zasada tzw. racjonalnych usprawnień dla osób niepełnosprawnych, które oznaczają takie dostosowanie miejsca pracy przez pracodawcę (lub państwo), umożliwiające osobie niepełnosprawnej pracę na danym stanowisku pracy, a jednocześnie koszt takiej adaptacji/przystosowania będzie ekonomicznie i społecznie uzasadniony. Jak wskazuje raport ANED, państwo norweskie dobrze realizuje tę zasadę, dostarczając beneficjentowi bezpłatny pakiet usług społecznych w zakresie rynku pracy, finansowanych przez państwo (system opieki społecznej), który umożliwia adaptację i dostosowanie się do miejsca pracy. W skład takiego pakietu wchodzi m.in. transport do i z miejsca pracy, bodźce finansowe dla pracodawców za dostosowanie miejsca pracy, wsparcie techniczne dla osoby niepełnosprawnej oraz osobiści asystenci. System ten jest bardzo dobrze zorganizowany, jednakże eksperci wskazują na jego niedostateczne wykorzystanie, związane prawdopodobnie z niedostateczną informacją na temat benefitów związanych z systemem. Obecnie realizowane są projekty pilotażowe mające na celu zdiagnozowanie, dlaczego system jest niewykorzystywany na zakładanym poziomie, a także jak zwiększyć jego rozpowszechnienie. Na poziomie lokalnym przeprowadzanych jest również wiele projektów eksperymentalnych związanych m.in. z job coachingiem oraz mentoringiem, mających na celu zwiększenie partycypacji zawodowej osób niepełnosprawnych na rynku pracy.

Programy rynku pracy skierowane do osób niepełnosprawnych możemy podzielić na dwa rodzaje:

- a) Programy oceny (ang. *assessment programmes*) – dzięki maksymalnie trzymiesięcznemu programowi ewaluacji zdolności pracowniczych, osoby niepełnosprawne mogą uzyskać informację zwrotną dotyczącą własnych zdolności do pracy, a także coaching dotyczący wyboru przyszłego miejsca pracy. Jako centra ewaluacji wyznaczane są najczęściej zakłady pracy chronionej lub inne instytucje, które wygrały przetargi na dostarczenie tej usługi. Według raportu NDA w roku 2007 blisko 2 000 osób korzystało z tej formy wsparcia.
- b) Programy edukacyjne i szkoleniowe – w przypadku tej opcji osoby niepełnosprawne otrzymują przeszkolenie w miejscu pracy, najczęściej w zakładach otwartego rynku pracy, dzięki którym nabierają umiejętności praktycznych, a także integracji społecznej. W trakcie trwania szkolenia państwo zwraca koszty, takie jak wyżywienie, zakwaterowanie oraz transport. Programy szkoleniowe są również dostarczane przez uniwersytety oraz uczelnie wyższe, a także inne instytucje edukacyjne.

Innym rozwiązaniem dostępnym dla osób niepełnosprawnych na norweskim rynku pracy jest program *Work Experience*, gdzie osoby niepełnosprawne mogą zdobywać doświadczenie zawodowe w zakładzie pracy chronionej lub na otwartym rynku pracy. W przypadku otwartego rynku pracy okres praktyk może wynosić maksymalnie 3 lata, natomiast w przypadku zakładów

pracy chronionej praktyki mogą trwać 10 miesięcy z możliwością przedłużenia o kolejne 10 miesięcy. Według raportu NDA, w roku 2010 ponad 12 000 osób brało udział w programie praktyk *work experience*.

Dostępne są również programy subsydiów dla pracodawców, gdzie pracodawca otrzymuje refundacje części kosztów zatrudnienia osoby niepełnosprawnej na otwartym rynku pracy na okres 1 do 3 lat. Cechą charakterystyczną systemu norweskiego jest to, że istnieje możliwość łączenia różnych programów oraz benefitów, co również jest często wykorzystywane przez beneficjentów, tym samym oferując efekt synergii dla osób niepełnosprawnych.

Usługi społeczne w zakresie zatrudnienia w modelu norweskim opierają się na szerokiej gamie wsparcia dla pracodawców w szczególności w zakresie wykorzystania zasady tzw. racjonalnych usprawnień, niestety system ten jest niedostatecznie wykorzystywany ze względu na niewystarczającą promocję. Istnieje szereg usług szkoleniowych związanych z rynkiem pracy oraz ewaluacyjnych z nastawieniem na zatrudnienie na otwartym rynku pracy, jednakże przy zachowaniu sektora pracy chronionej. Nie istnieje system kwotowy w stosunku do pracodawców, a państwo skupia się na zachętach i promocji zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Mimo dużego nacisku państwa na zatrudnienie osób niepełnosprawnych, wiele osób jest wyłączonych z rynku pracy, mimo chęci jej podjęcia.

2.4 Wielka Brytania – Odejście od pomocy społecznej w kierunku zatrudnienia

Wielka Brytania w roku 2008 publikacją przez rząd Zielonej Księgi (*Green Paper „No one written off: reforming welfare to reward responsibility”*) oraz Białej Księgi (*White Paper „Raising Expectations and increasing support: reforming welfare for the future”*) określiła cele reform swojego systemu usług społecznych dla osób niepełnosprawnych³⁹. Główną zasadą nowej polityki społecznej jest transfer osób niepełnosprawnych z obszaru pomocy społecznej do zatrudnienia, jak wskazuje Zielona Księga: „Najbardziej upośledzone osoby niepełnosprawne oraz osoby, które będą wymagały całodziennej opieki nie będą musiały szukać pracy. Jednakże w przypadku pozostałych osób niepełnosprawnych będziemy oczekiwać, że podejmą aktywne kroki w kierunku poszukiwania zatrudnienia i jego otrzymania”⁴⁰. W ramach nowej polityki Wielka Brytania będzie wspierała zatrudnienie osób niepełnosprawnych w mainstreamowych otwartych środowiskach pracy. Jednocześnie rezygnuje ze wsparcia zakładów chronionych, takich jak najśtywniejszy *Remploy*, uważając że integracja osób niepełnosprawnych może odbywać się jedynie w otwar-

³⁹ *Employment Policy and Practice for People with Disabilities in Three International Jurisdictions*, National Disability Authority, Ireland, 2009, s. 6.

⁴⁰ *Ibidem*.

tych środowisku pracy. Wielka Brytania również uprościła swój system zasiłków dla osób niepełnosprawnych, likwidując wiele różnych benefitów i grupując je jako nową formę wsparcia *Employment and Support Allowance (ESA)*, w ramach której będzie mierzona zdolność do pracy, a nie tylko stopień niepełnosprawności, w myśl zasady, że wiele osób z dużym stopniem niepełnosprawności posiada kompetencje do podejmowania zatrudnienia. Wszystkie osoby pobierające dotychczasowe zasiłki inne niż ESA, będą musiały do roku 2014 przejść weryfikację, czy kwalifikują się do nowego świadczenia, w innym przypadku utracą swoje świadczenia. ESA – jedyne świadczenie dla niepełnosprawnych, które pozostało w nowym systemie, jest nakierowane przede wszystkim na powrót do środowiska pracy, większość beneficjentów musi uczestniczyć w programach powrotu do pracy i podejmować działania związane ze zdobyciem zatrudnienia.

Wielka Brytania po nowej reformie rezygnuje z zakładów pracy chronionej, subsydiowania miejsc pracy czy też obowiązkowych kwot zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Nowa polityka społeczna zmierza w kierunku programów wspierających osoby zatrudnione i szukające zatrudnienia, takich jak np. *Access to Work*, gdzie pieniądze są inwestowane bezpośrednio w miejsce pracy nowo zatrudnionego niepełnosprawnego (np.: w wyposażenie lub koszty asystenta osoby niepełnosprawnej). Jedną z najważniejszych zmian w nowym systemie jest również projektowo-wynikowe podejście do realizacji usług społecznych w zakresie nowych programów skierowanych do osób niepełnosprawnych. W ramach nowej polityki usługi społeczne są zlecane w formie przetargów prywatnym zleceniobiorcom, którzy muszą osiągnąć konkretny wynik przewidziany w programie⁴¹. Podsumowując, w Wielkiej Brytanii nastąpiło w ostatnich latach przesunięcie w zakresie wspierania realnego zatrudnienia, likwidacji większości świadczeń, integracji i inkluzji w otwartym środowisku pracy, a także projektowego podejścia do realizacji programów dostosowanych do potrzeb beneficjentów.

Poniżej wymienione zostały najważniejsze programy/instytucje wspierania osób niepełnosprawnych na rynku pracy.

A. *Job Centre oraz Job Centre Plus (JCP)* – placówki, których w Wielkiej Brytanii jest ponad 1 000, łączą w sobie usługi tradycyjnego urzędu pracy z nowoczesnym publicznym pośrednictwem w poszukiwaniu zatrudnienia dla osób bezrobotnych, w tym osób niepełnosprawnych. W ramach placówek JCP osoby niepełnosprawne mogą uzyskać porady dotyczące zatrudnienia oraz aplikować o zasiłki dla osób niepełnosprawnych, w tym przede wszystkim o *Employment and Support Allowance*. JCP są bardzo nowoczesnym placówkami, przypominającymi w dużym stopniu prywatne agencje pośrednictwa pracy. Każda osoba, która odwiedza JCP, na początku przedstawia swój

⁴¹ Ibidem, s. 11.

problem recepcjonistę, który następnie wyznacza spotkanie z odpowiednim konsultantem JCP. W większości JCP są zatrudnieni konsultanci, którzy specjalizują się w poradach dotyczących spraw zatrudnienia osób niepełnosprawnych, zostali oni zatrudnieni w ramach projektu pilotażowego *Pathways to Work*, z założeniem, że niepełnosprawni potrzebują bardziej wyspecjalizowanego doradztwa niż pełnosprawne osoby bezrobotne. Jakkolwiek Alan Roullstone (2005) w książce *Working Futures* kwestionuje – w oparciu o badania – wyższość usług dostarczanych przez wyspecjalizowanych doradców nad doradcami ogólnymi i postuluje zwiększenie liczby zatrudnionych niepełnosprawnych osób w JPC, jako bardziej efektywny model podejścia publicznej agencji zatrudnienia do osób niepełnosprawnych⁴². Innym modelem, który proponuje, jest amerykański system *one-stop shops*, w którym ogólni doradcy ds. zatrudnienia mogą w kwestiach szczegółowych zasięgać informacji od specjalistów do spraw niepełnosprawności, jednakże obsługa jest prowadzona przez ogólnych specjalistów ds. zatrudnienia. W ramach JCP osoby niepełnosprawne otrzymują również kompleksowe doradztwo w zakresie zatrudnienia, ścieżki kariery, przygotowania dokumentów aplikacyjnych oraz wyszukiwania i kontaktów z pracodawcami. W placówkach JCP dostępne są minikioski dotykowe umożliwiające szybkie przeglądanie ofert pracy w Wielkiej Brytanii, natychmiastowy wydruk oraz możliwość wykonania bezpłatnego telefonu do pracodawcy.

B. Employment and Support Allowance (ESA) – jest zasiłkiem dla osób niepełnosprawnych wprowadzonym przez Wielką Brytanię w roku 2008. W celu otrzymania zasiłku należy zgłosić się do *Job Centre Plus* i poddać się ocenie niepełnosprawności względem zatrudnienia – *Work Capability Assessment* (WCA). W momencie złożenia aplikacji o przyznanie świadczenia, rozpoczyna się 13-tygodniowy proces oceny zdolności osoby niepełnosprawnej do podjęcia pracy zarobkowej i w tym okresie osoba taka otrzymuje świadczenie w wysokości podstawowej, tzn. do 71 funtów tygodniowo w roku 2012 w przypadku osób powyżej 25 lat oraz do 56,25 funtów tygodniowo w przypadku osób poniżej 25 lat⁴³. Po dokonaniu oceny zasiłek może wzrosnąć do maksymalnie 105,05 funta tygodniowo (stan na 29 sierpnia 2012)⁴⁴.

C. Access to Work – jest to usługa publiczna oferowana przez centra JCP, skierowana do osób niepełnosprawnych, w ramach której państwo pokrywa część lub całość dodatkowych kosztów związanych z poszukiwaniem pracy oraz zatrudnieniem osoby niepełnosprawnej. W ramach programu *Access to Work* pracodawca lub osoba niepełnosprawna samozatrudniona może uzyskać do 100% zwrotu kwoty wydanej na: zatrudnienie (*support worker*, asystent

⁴² Alan Roulstone, Corlin Barnes, *Working Futures: Disabled People, Policy and Social Inclusion*, The Policy Press, University of Bristol 2005, p. 162.

⁴³ <http://www.direct.gov.uk>, pobrano: 20.08.2012.

⁴⁴ Ibidem.

wspierający osobę niepełnosprawną w pracy), koszty związane z wyposażeniem oraz dostosowaniem miejsca pracy do osoby niepełnosprawnej, koszty związane z transportem do pracy (jeśli osoba niepełnosprawna nie może korzystać z transportu publicznego) oraz w przypadku osób z zaburzeniami komunikacyjnymi zatrudnienie asystenta wspierającego osobę na rozmowach kwalifikacyjnych. W ramach programu wysokość kosztów, które ponosi firma zatrudniająca osobę niepełnosprawną jest wprost proporcjonalna do wielkości firmy. W przypadku małych firm, zatrudniających do 10 osób nie ponoszą oni żadnych dodatkowych kosztów związanych z zatrudnieniem osoby niepełnosprawnej w ramach programu *Access to Work*, natomiast większe firmy ponoszą zwykle 20% kosztów usługi plus jednorazową opłatę progową związaną z wielkością firmy (np.: firmy zatrudniające powyżej 250 osób ponoszą koszt w wysokości 1 000 funtów). W roku 2010/2011 program *Access to Work* pozwolił zdobyć i utrzymać pracę blisko 35 000 niepełnosprawnych pracowników w Wielkiej Brytanii⁴⁵.

D. Work Choice – jest wprowadzonym w roku 2010 programem skierowanym do osób niepełnosprawnych, w szczególności do osób z dużym stopniem upośledzenia, które nie mogą otrzymać zatrudnienia za pośrednictwem innych programów, takich jak np. *Access to Work*. *Work Choice* jest programem modułowym i składa się z 3 modułów⁴⁶:

- a) Wsparcie w zakresie znalezienia pracy i jej rozpoczęcia – indywidualny coaching kariery wraz ze wskazaniem planu indywidualnego rozwoju zawodowego oraz kształtowaniem cech, takich jak pewność siebie, asertywność (*confidence building*). Wsparcie w zakresie wyszukiwania ogłoszeń od pracodawców, umawiania spotkań z pracodawcami, a także przygotowywaniem aplikacji (CV, list motywacyjny), doradztwo w zakresie trendów na rynku pracy i wyborów zawodowych;
- b) Krótko- i średnioterminowe wsparcie osób zatrudnionych – wsparcie w miejscu pracy jako *support worker* w zakresie co najmniej 8 godzin miesięcznie;
- c) Długoterminowe wsparcie osób zatrudnionych – wsparcie mające na celu utrzymanie pracy przez zatrudnionych pracowników, zarówno w otwartym środowisku pracy, jak i zatrudnionych ze wsparciem asystenta osoby niepełnosprawnej.

⁴⁵ *Disability Employment Support: Fulfilling Potential*, Department for Work and Pensions, 2012.

⁴⁶ Liz Sayce, *Getting In, Staying In and Getting On: Disability Employment Support*, Department for Work and Pensions 2012, s. 72.

E. Remploy – jest przedsiębiorstwem państwowym stworzonym przez Wielką Brytanię mającym na celu wykreowanie miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych. Pierwszy zakład *Remploy* został założony w 1946 roku w Bridgens w Walii, początkowo celem stworzenia przedsiębiorstwa było umożliwienie podjęcia pracy zarobkowej inwalidom wojennym powracającym z frontów II Wojny Światowej. W swoim szczytowym okresie *Remploy* posiadało 83 zakłady na terenie Wielkiej Brytanii, jednakże w ostatnich latach wiele fabryk zostało zamkniętych i po reformie z 2012 r. (decyzja o zamknięciu 36 zakładów) pozostało jedynie 18 zakładów *Remploy*⁴⁷. Nadal działające zakłady *Remploy* dostarczają usług w zakresie m.in. motoryzacji, telewizji przemysłowej, e-learningu, pośrednictwa pracy oraz tekstyliów i produkcji mebli⁴⁸. Ze względu na politykę Wielkiej Brytanii wspierającą zatrudnienie osób niepełnosprawnych, w otwartych środowiskach pracy przy pomocy, takich programów jak *Access to Work*, model zatrudnienia oferowany przez *Remploy* jest uznawany przez rząd za przestarzały, nieefektywny i sprzeczny z koncepcją inkluzji społecznej. Z tego powodu rząd w najbliższej przyszłości ma podjąć decyzje w sprawie pozostałych 18 zakładów *Remploy*. Jednym z zadań jest wykorzystanie *Remploy* jako agencji pośrednictwa pracy dla osób niepełnosprawnych, w ramach świadczenia tych usług *Remploy* podjęło działania wspomagające poszukiwanie pracy w roku (w 2012 dla 20 tys. osób niepełnosprawnych)⁴⁹.

F. Kwoty pracownicze – inaczej niż w systemach większości krajów Unii Europejskiej (np. Francji czy Włoch), Wielka Brytania w ustawie *Disability Discrimination Act* (1995) zniósła konieczność utrzymywania kwot procentowych osób niepełnosprawnych zatrudnionych w przedsiębiorstwach.

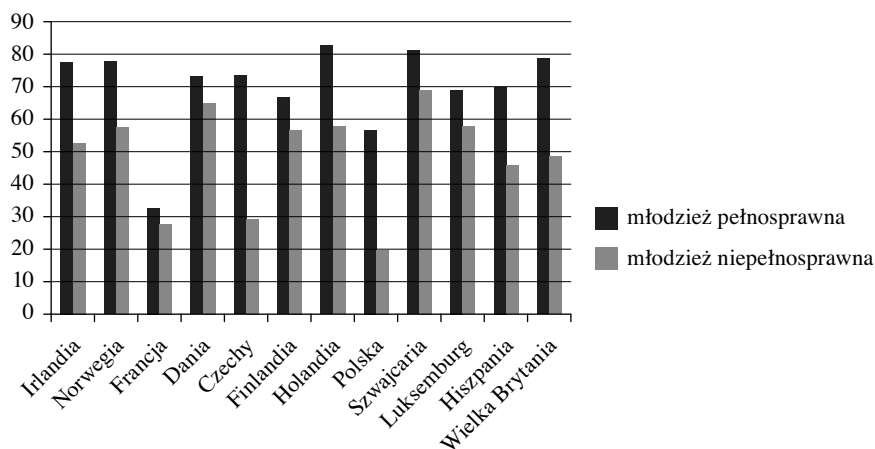
Na następnej stronie przedstawiono dane dotyczące: stanu zatrudnienia młodzieży z niepełnosprawnością i bez w wybranych krajach Unii Europejskiej, rodzaju oferowanej pracy oraz wydatki przeznaczone na wsparcie osób niepełnosprawnych w zakresie rynku pracy oraz wskaźniki procentowe osób niepełnosprawnych pracujących i otrzymujących wsparcie publiczne.

⁴⁷ www.remplo.co.uk, pobrano: 20.08.2012.

⁴⁸ Ibidem.

⁴⁹ Alan Roulstone, Simon Prideaux, Mark Priestley, Sarah Woodin, *Report on Unemployment of Disabled People in European Countries*, ANED 2010, s. 8.

Rysunek 2. Wskaźnik zatrudnienia młodzieży pełnosprawnej i z niepełnosprawnością w 2005 r. w wybranych krajach UE.



Źródło: OWGR, (2006), Choroba, inwalidztwo i praca: Przełamywanie barier: Norwegia, Polska, Szwajcaria, Vol. 1, OWGR, Paryż; OWGR, (2007), Choroba, inwalidztwo i praca: Przełamywanie barier, Australia, Luksemburg, Hiszpania, Wielka Brytania, Vol. 2, OWGR, Paryż; OWGR (2008a), Choroba, inwalidztwo i praca: Przełamywanie barier: Dania, Finlandia, Irlandia i Holandia, Vol. 3, OWGR, Paryż.

Niewiele krajów posiada dane pozwalające na identyfikację przejścia młodych osób niepełnosprawnych ze etapu edukacji do etapu zatrudnienia. Co więcej, często kraj dostarczający dane na ten temat ujawnia luki badań porównawczych zestawiających wskaźniki zatrudnienia młodzieży niepełnosprawnej oraz ich pełnosprawnych rówieśników.

Dane przedstawione na powyższym rysunku pokazują ogólną tendencję do obniżenia wskaźnika zatrudnienia młodych osób niepełnosprawnych w porównaniu z ich pełnosprawnymi rówieśnikami. Największe różnice wskaźników zatrudnienia odnotowujemy w Polsce i Czechach. Przykładowo, norweski raport wykazuje, iż wskaźnik zatrudnienia młodych niepełnosprawnych dorosłych jest o ok. 13% niższy niż wskaźnik zatrudnienia osób pełnosprawnych. Niewielkie różnice wskaźników zatrudnienia wobec grup obserwujemy w Szwajcarii, Danii czy Finlandii.

Tabela 7. Rodzaje pracy dla osób niepełnosprawnych w wybranych krajach Unii Europejskiej (procentowa jednostka miary przedstawiona w ramach wykonywanego zawodu).

Kraj	Ustawodawcy, wyżsi urzędnicy i kierownicy	Specjaliści	Technicy	Urzędnicy	Pracownicy usług osobistych i pracownicy sprzedający rynkowej	Wykwalifikowani pracownicy rolne i rybołówstwa	Pracownicy rzemiosła i pokrewnych zawodów	Asemblera i operatorzy roślin i maszyn	Podstawowe zawody	Nieznany	Razem
UE (25)	12.7	10.2	11.1	12.5	11.9	15.7	11.8	13.9	15.8	23.4	16.2
UE (15)	14.4	12.0	13.3	14.4	13.7	17.8	13.8	15.9	17.0	24.6	17.8
Austria	8.9	7.6	9.7	8.8	7.1	14.8	9.7	10.5	11.3	20.5	12.8
Belgia	10.3	9.7	10.6	12.1	11.2	14.8	17.1	16.8	16.7	27.6	18.4
Cypr	8.3	3.5	6.1	6.7	8.4	16.6	12.9	8.8	10.3	21.4	12.2
Czechy	10.6	12.4	12.7	13.8	14.4	15.5	14.5	15.9	25.6	31.6	20.2
Dania	11.0	12.0	11.4	13.2	13.7	10.6	13.6	17.7	19.9	41.0	19.9
Estonia	16.9	16.9	17.6	:	14.2	:	16.7	19.8	28.4	33.1	23.7
Finlandia	24.4	24.7	26.3	29.7	27.2	33.1	28.3	26.6	28.9	44.5	32.2
Francja	18.1	16.9	19.9	20.2	20.5	23.9	23.9	25.0	27.8	30.5	24.6
Niemcy	6.5	5.7	7.0	7.1	6.2	8.6	7.5	8.9	11.4	18.7	11.2
Grecja	6.6	4.9	4.4	3.8	5.4	12.6	5.8	6.5	7.1	15.4	10.3
Węgry	1.5	1.2	1.9	1.9	2.0	3.5	2.2	2.7	5.0	23.5	11.4
Irlandia	7.1	5.6	6.5	6.1	6.9	:	5.5	6.5	9.9	19.8	11.0
Włochy	3.9	2.7	3.4	4.5	4.1	7.2	5.0	4.8	6.2	9.5	6.6
Litwa	:	:	:	:	3.2	5.1	:	:	5.0	17.5	8.4
Luksemburg	6.2	5.7	6.8	8.4	5.4	:	14.9	12.8	11.0	17.2	11.7
Malta	:	:	:	:	:	:	:	:	:	13.0	8.5
Holandia	19.0	17.4	18.4	22.2	17.7	17.1	22.7	25.3	21.0	41.3	25.4
Norwegia	6.6	8.2	7.4	10.2	12.0	13.0	10.6	11.9	16.3	41.6	16.4
Portugalia	14.8	9.3	10.6	10.9	12.4	38.2	14.6	14.9	20.3	29.8	19.9
Rumunia	2.3	1.5	1.8	3.6	1.9	3.8	2.5	1.5	1.2	10.7	5.8
Słowacja	:	1.7	2.0	3.0	2.5	:	3.0	2.6	5.1	15.6	8.2
Słowenia	10.7	8.7	9.6	13.0	12.1	29.2	14.0	16.8	24.7	29.2	19.5
Hiszpania	3.8	2.5	2.8	3.3	3.7	7.4	4.5	4.4	6.6	15.3	8.7
Szwecja	12.1	16.1	16.8	20.0	23.3	23.6	23.2	20.2	25.0	20.9	19.9
Wielka Brytania	18.7	17.6	19.1	21.0	20.6	22.9	21.1	22.7	23.7	45.6	27.2

Źródło: EUROSTAT: Data ekstrakcji: 8 lipca 2008.

Z tabeli numer 7 wynika, iż sytuacja osób niepełnosprawnych na rynku pracy jest niekorzystna we wszystkich krajach europejskich ujętych w raporcie. Odnotowuje się stosunkowo niski udział osób niepełnosprawnych na rynku pracy w wyodrębnionych rodzajach pracy. Niepełnosprawność pozostaje istotnym czynnikiem ryzyka dla uczestnictwa w rynku pracy. Z danych przedstawionych w tabeli 7 wynika, że najwięcej osób niepełnosprawnych zatrudnionych we wszystkich profesjach znajduje się w Finlandii (wyłączając wykwalifikowanych pracowników rolnych i rybołówstwa, którzy największe szanse podjęcia pracy mają w Portugalii i Słowenii). Kolejnymi krajami, gdzie sytuacja przedstawia się dość dobrze są: Holandia, Wielka Brytania i Francja.

Wiele spośród osób niepełnosprawnych pracuje bez wsparcia ze strony sektora publicznego, w ramach normalnych stawek płac w sektorze. O najmniej udanym rodzaju integracji osób niepełnosprawnych możemy mówić w przypadku osób, które są na stałe poza rynkiem pracy.

Tabela 8. Wydatki na APRP i zatrudnienie wspierane.

Rok 2006	Zatrudnienie wspierane/rehabilitacja			Aktywne polityki rynku pracy (APRP)	
	mln Euro	% od PKB	% od APRP	mln Euro	% od PKB
UE (27)	7233.0	0.062	12.1%	59411.9	0.511
UE (15)	6737.4	0.062	11.7%	57712.8	0.531
Austria	91.9	0.036	6.7%	1393.2	0.54
Belgia	389.1	0.123	13.9%	2804.0	0.886
Bułgaria	2.1	0.008	2.1%	98.0	0.388
Cypr	:	:		:	:
Czechy	60.7	0.053	42.1%	143.7	0.126
Dania	:	:		:	:
Estonia	0.1	0	0.0%	6.6	0.05
Finlandia	159.7	0.096	13.3%	1203.2	0.72
Francja	1196.4	0.067	9.8%	12204.7	0.681
Niemcy	188.1	0.008	1.3%	14195.4	0.611
Grecja	:	:		:	:
Węgry	:	:		173.2	0.193
Irlandia	14.9	0.009	2.0%	803.5	0.46
Włochy	:	:		6600.2	0.446
Łotwa	0.9	0.006	3.5%	27.4	0.171
Litwa	0.8	0.003	1.7%	42.5	0.179
Luksemburg	3.0	0.009	2.3%	132.7	0.392
Malta	:	:		:	:
Holandia	2606.3	0.488	65.4%	3985.1	0.746
Norwegia	343.1	0.128	27.5%	1248.3	0.466
Polska	425.8	0.156	43.5%	976.3	0.359

Portugalia	57.2	0.037	8.2%	700.3	0.451
Rumunia	:	:		103.7	0.106
Słowacja	5.1	0.012	8.4%	63.7	0.143
Słowenia	:	:		54.4	0.179
Hiszpania	208.0	0.021	3.3%	6173.0	0.629
Szwecja	613.3	0.196	0.0%	3545.7	1.132
Wielka Brytania	215.0	0.011	23.9%	880.3	0.046

Źródło: EUROSTAT.

Tabela 9. Wartość procentowa osób niepełnosprawnych pracujących i otrzymujących wsparcie publiczne.

Rok 2002	Razem	Mężczyźni	Kobiety
UE (25)	16.3	16.4	16.2
UE(15)	17.1	17.0	17.1
Austria	7.8	8.4	6.9
Belgia	46.0	43.9	49.2
Cypr	4.1	6.3	:
Czechy	1.0	0.8	1.3
Dania	14.0	9.1	18.5
Estonia	:	:	:
Finlandia	16.5	13.6	19.1
Francja	21.9	22.8	20.8
Niemcy	14.9	15.8	13.7
Grecja	9.6	11.2	7.3
Węgry	37.2	36.0	38.3
Irlandia	4.8	:	:
Włochy	14.7	14.0	15.9
Litwa	:	:	:
Luksemburg	:	:	:
Malta	:	:	:
Holandia	43.9	45.5	41.8
Norwegia	42.7	36.3	48.6
Portugalia	6.7	8.4	4.9
Rumunia	8.2	10.2	6.3
Słowacja	13.9	13.2	14.7
Słowenia	24.3	23.4	25.3
Hiszpania	9.7	10.7	8.1
Szwecja	11.1	10.1	11.9
Wielka Brytania	7.1	6.0	8.6

Źródło: baza danych EUROSTAT, LFS moduł ad hoc, 2002 r.

Większość krajów prowadzi strategię obejmującą integrację osób niepełnosprawnych na rynku pracy, mimo istnienia wielu trudnych do usunięcia barier, rozgraniczających osoby niepełnosprawne od pełnosprawnych. Wyraźne wzmocnienie tych barier następuje wobec niepełnosprawnych: starszych pracowników, kobiet, osób z mniejszości etnicznych, jak i tych z niepełnosprawnością intelektualną i psychiczną.

Zatrudnienie wspomagane jest bardzo różnie zorganizowane i finansowane w różnych krajach europejskich, dlatego też owe porównanie jest problematyczne. Wydaje się, że dwoma czynnikami znacząco wpływającymi na poprawę sytuacji są długoterminowe wsparcie oraz zapewnienie zakwaterowania osobom niepełnosprawnym w miejscu pracy.

Z danych w tabeli 9 wynika, że nawet jeśli będą oferowane wsparcie publiczne oraz APRP, strategia może być trudna do realizacji w praktyce. Odnosząc się do wartości procentowej osób niepełnosprawnych pracujących i otrzymujących wsparcie publiczne, najwyższy wskaźniki odnotowujemy w Belgii, a następnie w Holandii i Norwegii. Ważne jest również odnotowanie tego, iż wskaźnik zatrudnienia oraz otrzymane wsparcie osób niepełnosprawnych w obrębie każdego kraju rozkładają się niemalże równomiernie (z uwzględnieniem kryterium podziału jakim jest płeć) – wyjątkiem jest Dania, Finlandia, Grecja czy Rumunia.

W odniesieniu do zakresu instrumentów wykorzystywanych w ALMP, tylko ograniczona liczba osób otrzymuje wsparcie. Z badania aktywności ekonomicznej ludności w 2002 roku wynika, że 15,7% pracujących osób niepełnosprawnych w krajach UE-15 otrzymywało pomoc w ramach wykonywanej pracy. Jeszcze niższy wskaźnik – bo jedyne 11,4% – został odnotowany w nowych państwach członkowskich UE (Eurostat News Release, 142/2003). Zatrudnienie wspomagane jest zatem sposobem na zmniejszenie barier w wejściu na rynek pracy.

Środki ukierunkowane na niepełnosprawnych obejmują szerokie spektrum inicjatyw. Dla niektórych osób, problem dotyczy fizycznych aspektów i konieczności zastosowania środków pozwalających na zmniejszenie barier, np. związanych z wejściem do budynku. Przykładowo w Szwecji, w ramach strategii li-zbońskiej, rząd argumentował, iż dostęp do komunikacji i budynków, dla kobiet i mężczyzn z upośledzeniami fizycznymi jest ważnym elementem zapewnienia udziału w życiu społecznym i zawodowym (Regeringen, 2005).

W zakresie usług publicznych dotyczących rynku pracy oraz doradztwa zawodowego mamy do czynienia z następującymi trendami:

- odejście od zakładów pracy chronionej w stronę integracji na otwartym rynku pracy;
- odejście od pomocy społecznej w kierunku realizacji zatrudnienia dla osób niepełnosprawnych;
- personalizacja indywidualnych planów i spersonalizowane podejście coachingowe;

- w części krajów stosowanie kwot pracowniczych, które wyznaczają minimalny poziom zatrudnienia osób niepełnosprawnych w przedsiębiorstwie;
- wsparcie poprzez świadczenia osób niepełnosprawnych, zatrudnionych i zarabiających minimalną pensję (tzw. biednych pracujących), jako promocji i premii za poszukiwanie zatrudnienia;
- płaćenie za rezultaty i projektowe podejście do realizacji usług społecznych;
- ogłaszanie konkursów przetargowych na realizację zadań publicznych.

W poniższej tabeli przedstawiono rozkład wydatków na wsparcie w zakresie zatrudnienia, a także rehabilitacji w poszczególnych krajach europejskich.

Tabela 10. Wydatki na wsparcie w ramach zatrudniania i Active Labour Market Policies – ALMP (pol. Aktywne Polityki Rynku Pracy).

Rok 2006	Wsparcie w zakresie zatrudnienia / rehabilitacji			ALMP	
	mln Euro	% PKB	% ALMP	mln Euro	% PKB
EU (27)	7233	0,062	12,10%	59411,9	0,511
EU (15)	6737,4	0,062	11,70%	57712,8	0,531
Austria	91,9	0,036	6,70%	1393,2	0,54
Belgia	389,1	0,123	13,90%	2804	0,886
Bułgaria	2,1	0,008	2,10%	98	0,388
Cypr	:	:		:	:
Czechy	60,7	0,053	42,10%	143,7	0,126
Dania	:	:		:	:
Estonia	0,1	0	0,00%	6,6	0,05
Finlandia	159,7	0,096	13,30%	1203,2	0,72
Francja	1196,4	0,067	9,80%	12204,7	0,681
Niemcy	188,1	0,008	1,30%	14195,4	0,611
Grecja	:	:		:	:
Węgry	-	-		173,2	0,193
Irlandia	14,9	0,009	2,00%	803,5	0,46
Włochy	-	-		6600,2	0,446
Łotwa	0,9	0,006	3,50%	27,4	0,171
Litwa	0,8	0,003	1,70%	42,5	0,179
Luksemburg	3	0,009	2,30%	132,7	0,392
Malta	-	-		:	:
Holandia	2606,3	0,488	65,40%	3985,1	0,746
Norwegia	343,1	0,128	27,50%	1248,3	0,466
Polska	425,8	0,156	43,50%	976,3	0,359
Portugalia	57,2	0,037	8,20%	700,3	0,451
Rumunia	-	-		103,7	0,106
Słowacja	5,1	0,012	8,40%	63,7	0,143
Słowenia	-	-		54,4	0,179
Hiszpania	208	0,021	3,30%	6173	0,629
Szwecja	613,3	0,196	0	3545,7	1,132
Wielka Brytania	215	0,011	23,90%	880,3	0,046

Źródło: Eurostat 2007.

Rozdział 3. Usługi społeczne w zakresie opieki zdrowotnej i rehabilitacji

3.1 Irlandia – Dobrze dofinansowany system usług opieki zdrowotnej i rehabilitacji wymagający reform

Umowa 10-letniego partnerstwa społecznego *Towards 2016* – podpisana przez rząd Irlandii oraz partnerów społecznych – wyznacza główne kierunki integracji i inkluzji społecznej osób niepełnosprawnych w społeczeństwie irlandzkim w zgodzie z Konwencją ONZ dotycząca praw osób niepełnosprawnych (2007). Umowa ta stwierdza⁵⁰:

„Strony tej umowy dzielą wspólną wizję Irlandii, gdzie osoby niepełnosprawne mają prawa do pełnego życia wraz z rodzinami jako część lokalnej społeczności, wolni od dyskryminacji:

- każda osoba niepełnosprawna powinna być wspierana w celu, jak tylko to możliwe, aby prowadzić niezależne i pełne życie, uczestniczyć w życiu zawodowym i społeczeństwie oraz wykorzystywać maksymalnie swój potencjał;
- każda osoba niepełnosprawna powinna mieć w zależności od swoich potrzeb i zdolności, dostęp do odpowiednich usług opiekuńczych, społecznych, edukacyjnych oraz rynku pracy”⁵¹.

Spis Powszechny z roku 2006 wskazał, że w Irlandii około 400 tys. osób (niecałe 10% populacji) to osoby niepełnosprawne; jeśli jednak weźmiemy szerszą definicję niepełnosprawności, to liczba ta się podwoi⁵². W obecnym momencie, według rządowych statystyk (które mogą być jednakże niekompletne) jedynie 53 tys. osób korzysta ze specjalistycznych usług skierowanych do osób niepełnosprawnych (z czego 26 tysięcy osób jest zarejestrowanych jako niepełnosprawni fizycznie, a 27 tysięcy jako niepełnosprawni intelektualnie)⁵³. Niska ilość osób korzystających z usług specjalistycznych jest spowodowana tym, że potrzeby osób niepełnosprawnych są także zaspokajane

⁵⁰ *Advice Paper to the Value for Money and Policy Review of Disability Services Programme: A Contemporary Developments in Disability Services Paper*, National Disability Authority Ireland, lipiec 2010, s. 9.

⁵¹ *Ibidem*.

⁵² *Ibidem*, s. 11.

⁵³ *Ibidem*.

przez ogólne placówki medyczne, a także w mniejszym stopniu przez rodzinę/przyjaciół⁵⁴. Jednakże różnica pomiędzy liczbą osób niepełnosprawnych, a osobami korzystającymi z usług medycznych (8-krotnie mniej lub 16-krotnie przy szerszej definicji) wskazuje, że w Irlandii mamy do czynienia z niewystarczającą podażą specjalistycznych usług medyczno-rehabilitacyjnych skierowanych do osób niepełnosprawnych. Bardzo niepokojący jest fakt, że *National Physical and Sensory Disability Database* (pol. Narodowa Baza Danych Osób z Niepełnosprawnością Fizyczną i Ruchową), w której znajduje się 26 tys. nazwisk, odnotowuje, iż: ponad 50% osób ciągle oczekuje na weryfikację w zakresie zapotrzebowania na wsparcie rehabilitacyjne lub terapeutyczne, 1/4 oczekuje na wsparcie w zakresie opiekuna osoby niepełnosprawnej, 1/3 osób jest na liście oczekujących na weryfikację przyznania technicznych urządzeń rehabilitacyjnych (np.: aparatów słuchowych)⁵⁵. Zakładając relatywnie niewielką liczbę osób, która jest zarejestrowana w bazie, liczba osób oczekujących pozwala stwierdzić, że system dostarczania usług rehabilitacyjnych w Irlandii nie działa wystarczająco efektywnie i sprawnie, że wiele osób musi oczekiwać na przyznanie odpowiednich usług. Narodowa ankieta dotycząca niepełnosprawności potwierdziła informacje o niezaspokojonym zapotrzebowaniu osób niepełnosprawnych na urządzenia techniczne wspierające rehabilitację.

Połowa osób z niepełnosprawnością fizyczną i ruchową mieszka z rodzinami, 30% z partnerem lub małżonkiem, natomiast 10% żyje samotnie⁵⁶. System wsparcia opieki zdrowotnej i rehabilitacyjnej potrzebuje pewnych zmian, ponieważ jak wskazuje 1/5 opiekunów osób niepełnosprawnych w rodzinie przekroczyła obecnie wiek 65 lat, natomiast bardzo niewielki procent osób niepełnosprawnych mieszka w domach opieki. Budżet krajowy przeznacza blisko 50% pieniędzy na opiekunów w domach opieki, nie na opiekunów środowiskowych⁵⁷. W tym wypadku irlandzki system opieki medycznej powinien w przyszłości przesunąć budżet ze wsparcia opiekunów w zamkniętych domach opieki, w kierunku opiekunów środowiskowych, opiekunów rodzinnych, którzy obecnie opiekują się blisko 70% osób niepełnosprawnych w kraju. Obecnie głównymi klientami rehabilitacyjnych i opiekuńczych usług społecznych dla osób niepełnosprawnych są osoby z niepełnosprawnością intelektualną, którzy stanowią 14 tys. z 25 tys. osób, które skorzystały z tego typu usług⁵⁸. Natomiast w przypadku usług dostarczanych w domach opieki oraz instytucjach rezydencjalnych, aż 92% osób niepełnosprawnych w tych

⁵⁴ Ibidem.

⁵⁵ Ibidem, s. 13.

⁵⁶ Ibidem.

⁵⁷ Ibidem.

⁵⁸ Ibidem, s. 15.

instytucjach to osoby z niepełnosprawnością intelektualną⁵⁹. Poniższa tabela wskazuje, jak wyglądają warunki mieszkaniowe osób niepełnosprawnych w Irlandii według rodzaju niepełnosprawności:

Tabela 11. Warunki mieszkaniowe osób niepełnosprawnych w Irlandii.

Narodowa Baza Danych Osób Niepełnosprawnych Umysłowo		
Osoby żyjące w domach rodzinnych	64%	16 708 osób
Osoby żyjące w całodobowych domach opieki	32%	8 290 osób
Osoby żyjące samodzielnie	4%	950 osób
Narodowa Baza Danych Osób z Niepełnosprawnością Fizyczną i Ruchową		
Osoby żyjące w domach rodzinnych	86%	23 500 osób
Osoby żyjące w całodobowych domach opieki	3%	697 osób
Osoby żyjące samodzielnie	10%	2 591 osób

Źródło: *Advice Paper to the Value for Money and Policy Review of Disability Services Programme: A Contemporary Developments in Disability Services Paper*, National Disability Authority Ireland.

Raport *National Disability Authority* w Irlandii wskazuje, że ½ budżetu na usługi rehabilitacyjne i opiekuńcze przeznaczana jest na osoby w rezydencyjnych domach opieki (9 tys. osób), natomiast ¼ budżetu na opiekę dzienną dla osób dorosłych (25 tys. osób); w obu przypadkach głównymi beneficjentami usług są osoby z niepełnosprawnością intelektualną⁶⁰. W tym przypadku w roku 2010 z 1,5 miliarda EUR zostało przeznaczonych na usługi rehabilitacyjno-opiekuńcze, aż 900 milionów przeznaczonych na osoby z niepełnosprawnością intelektualną, z czego 80% kosztów to koszty personelu⁶¹. Istotną informacją jest fakt, że bardzo nieznaczna część budżetu jest przeznaczana na osoby niepełnosprawne żyjące samodzielnie, z czego 6% jest poświęcone na osobistych opiekunów osoby niepełnosprawnej, 4% na sanatoria, 3% na rehabilitacje, natomiast urzędnicy wspomagające to 3% budżetu⁶². W tabeli nr 12 przedstawiono rozłożenie wydatkowania budżetu według typu usługi oraz instytucji dostarczającej usługę osobom niepełnosprawnym w Irlandii.

⁵⁹ Ibidem.

⁶⁰ Ibidem, s. 16.

⁶¹ Ibidem.

⁶² Ibidem.

Tabela 12. Wydatki *Disability Service Programme* (pol. Program Usług Skierowanych do Osób Niepełnosprawnych) według typu usługi oraz instytucji dostarczającej usługę.

Rodzaj usług rehabilitacyjno-opiekuńczych	Udział	HSE	NGO
Rezydentalne domy opieki	48%	10%	90%
Usługi opieki dziennej	23%	10%	90%
Świadczenia	10%	100%	0%
Zespoły multidyscyplinarne	5%	50%	50%
Opiekunowie osób niepełnosprawnych	5%	0	100%
Opieka zastępcza	4%	5%	95%
Narodowy Szpital Rehabilitacyjny i usługi specjalistyczne	3%	20%	80%
Urządzenia	3%	80%	20%
Koszty błędnego ulokowania osób niepełnosprawnych	3%	50%	50%
Zespoły wczesnej interwencji	1%	30%	70%
Ogółem	100%	31%	69%

Źródło: *Advice Paper to the Value for Money and Policy Review of Disability Services Programme: A Contemporary Developments in Disability Services Paper*, National Disability Authority Ireland.

System usług rehabilitacyjnych oraz opieki medycznej w Irlandii cechuje to, że blisko 70% usług (w tym 90% w przypadku osób niepełnosprawnych intelektualnie) jest dostarczanych przez organizacje non-profit. Następnym dostawcą, jest podlegający Ministerstwu Zdrowia, *Health Service Executive*. Jest to największy pracodawca w Irlandii, który dostarcza 39% usług dla osób niepełnosprawnych. System komercyjnych usług prywatnych w tym przypadku pełni rolę marginalną⁶³. Osoby niepełnosprawne są najczęściej przydzielane do lokalnego dostawcy usług, nie mając najczęściej możliwości alternatywnego wyboru usług⁶⁴. Są prowadzone dyskusje i pilotaże, według których za osobami niepełnosprawnymi podążałby bon na usługi i świadczenia dla niepełnosprawnych, w ten sposób miałyby one możliwość wyboru instytucji świadczącej usługę.

⁶³ Ibidem.

⁶⁴ Ibidem.

Charakterystyczną cechą systemu usług opiekuńczych i rehabilitacyjnych dla osób niepełnosprawnych w Irlandii są relatywnie wysokie płace osób pracujących w tym sektorze. Przykładowo pracownik socjalny otrzymuje rocznie pensję w wysokości 50 tys. euro, pielęgniarka – 47 tys. euro, natomiast menadżer w Domu Opieki – 63 tys. euro rocznie⁶⁵. Średnie wynagrodzenia w rezydencjalnych domach opieki w wysokości 58 tys. euro rocznie, są znacznie większe niż np. w USA gdzie wynoszą 29 tys. USD rocznie (przy pensji początkowej w wysokości około 22 tys. USD rocznie)⁶⁶. W przypadku prywatnych domów opieki, których w Irlandii jest niewiele, średnie wynagrodzenie personelu jest prawie dwukrotnie niższe niż w przypadku domów dotowanych przez państwo. Jednym z powodów tak wysokich kosztów są ustawowo wysokie dodatki dla osób mających swoje dyżury w nocy oraz w weekendy. Mimo głosów krytycznych dotyczących wysokich wynagrodzeń w sektorze opieki medycznej nad osobami niepełnosprawnymi w Irlandii, wielu ekspertów wskazuje, że dobre wynagrodzenia premiuje stabilność zatrudnienia i doszkalanie się pracowników. Istotną cechą systemu opieki jest również profesjonalizacja, większość osób pełniących funkcje w domach opieki ma wykształcenie kierunkowe.

Raport NDA z roku 2010 wskazuje główne elementy, które powinny być wzięte pod uwagę przy zmianach w systemie usług społecznych dla osób niepełnosprawnych w Irlandii⁶⁷:

- większe nastawienie na wspieranie integracji osób niepełnosprawnych oraz zachęty finansowe dla osób mieszkających samodzielnie;
- dofinansowanie na poszczególne usługi powinno być powiązane z płaceniem za efekty i rezultaty końcowe;
- powinna nastąpić zmiana systemu finansowania od systemu blokowego finansowania instytucji do systemu, w ramach którego za osobą niepełnosprawną podąża dofinansowanie do instytucji, którą dana osoba wybrała;
- usługi powinny być zlecane poprzez system konkurencyjnych przetargów publicznych;
- powinno nastąpić przesunięcie od dostarczania usług przez wyspecjalizowane instytucje dla osób niepełnosprawnych, w kierunku korzystania z usług mainstreamowych instytucji;
- system usług społecznych powinien rozpoznać wartość ekonomiczną usług dostarczanych przez środowisko rodzinne i wypracować odpowiedni model ich dofinansowania;
- powinno nastąpić zamykanie segregacyjnych domów opieki nad osobami niepełnosprawnymi, które powinny zostać zastąpione przez śro-

⁶⁵ Ibidem, s. 60.

⁶⁶ Ibidem.

⁶⁷ Ibidem, s. 71.

dowiskowe domy opieki, w których niepełnosprawni mieszkaliby wewnątrz społeczności lokalnej;

- powinny zostać podjęte rozwiązania systemowe zapewniające opiekę osobie niepełnosprawnej, kiedy jej opiekunowie rodzinni zestarzeją i przekroczą 65 lat.

Podsumowując, Irlandia posiada wysoko dofinansowany system dostarczania usług społecznych w zakresie opieki oraz rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Cechuje go wysoka profesjonalizacja kadry oraz wynagrodzenia, które są rzadkością w innych krajach Unii Europejskiej. Mimo to, system nie jest do końca efektywny, o czym świadczy niewielka liczba osób niepełnosprawnych korzystających z usług społecznych (1/8 lub 1/16 w zależności od definicji niepełnosprawności). Również cel dofinansowania nie jest zgodny z Konwencją ONZ dotyczącą praw osób niepełnosprawnych (2007), jako że większość pieniędzy jest przeznaczana na segregacyjne domy opieki, w przeciwieństwie do rozwiązań najczęściej proponowanych. System wsparcia nie jest dostatecznie wydolny, czego efektem jest bardzo wysoka liczba osób oczekujących na decyzję w sprawie przyznania usługi, a także bardzo duży procent budżetu, który pokrywają błędne decyzje w sprawie umieszczenia osób niepełnosprawnych w domach opieki (3%). Obecny system nie wspiera osób mieszkających samodzielnie, ani też nie rozpoznaje ekonomicznej wartości świadczeń usługowych dostarczanych przez bliskich osób niepełnosprawnych, w tym przede wszystkim przez rodzinę. Irlandzki system usług rehabilitacyjno-usługowych powinien być bardziej konkurencyjny, otwierając się na usługodawców prywatnych, a także wiążąc w większym stopniu otrzymanie dofinansowanie z osiągnięciem wyniku.

3.2 Holandia – Personalny budżet osoby niepełnosprawnej: modelowy przykład innowacji w zakresie alokacji budżetu na usługi dla osób niepełnosprawnych

System usług medycznych dla osób niepełnosprawnych w Holandii przeszedł w roku 2006 reformę, kiedy dwa wcześniej współistniejące systemy – socjalny i prywatnych ubezpieczeń społecznych, zostały zastąpione przez jeden uniwersalny system ubezpieczenia prywatnego opierający się na składkach osób ubezpieczonych. W przypadku, gdy osoby niepełnosprawnej nie stać na pokrycie składki – opłaca ją państwo⁶⁸. Główną przyczyną zmian w kierunku ubezpieczeń prywatnych, była chęć zwiększenia efektywności systemu oraz obniżenia kosztów, przy równoczesnym zwiększeniu odpowiedzialności i podejmowania rozsądnych decyzji budżetowych przez beneficjentów. Jednocze-

⁶⁸ *Health and Personal Social Services for People with Disabilities in the Netherlands*, National Disability Authority of Ireland, styczeń 2011, s. 10.

śnie w roku 2008 Komisja ds. Społecznych i Ekonomicznych Holandii wskazała kierunki, w których będą ewoluowały usługi medyczne i opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych w tym kraju⁶⁹. Dotyczyć one będą:

- ulepszenia w zakresie oceny potrzeb osób niepełnosprawnych, w tym m.in.: poprzez wprowadzenie benchmarkingu oraz nadzór komisji decydujących w sprawach niepełnosprawności;
- zmiany systemu przydzielania finansowania – z systemu podążającego za dostarczycielami usług, na taki, w którym budżet będzie „wędrował” za osobą niepełnosprawną w kierunku wybranego przez nią dostawcy usług;
- stworzenia „pakietów usług rehabilitacyjno-opiekuńczych” według stopnia niepełnosprawności i indywidualnych potrzeb klienta, na który osoba niepełnosprawna otrzymywałaby konkretny budżet.

Obecnie w Holandii 89 tys. osób niepełnosprawnych korzysta z usług opieki medycznej w domach opieki, natomiast 108 tys. korzysta z usług we własnym domu⁷⁰. Domy opieki społecznej są najczęściej prowadzone przez organizacje prywatne i pozarządowe, które otrzymują finansowanie od rządu. Oprócz opieki domowej i standardowych domów opieki istnieją w Holandii także inne możliwości usług mieszkaniowych dla osób niepełnosprawnych. Rozwiązania te zostały szerzej opisane na stronach 59-60.

Personalny budżet osoby niepełnosprawnej – jest to opcja, którą mogą wybrać osoby niepełnosprawne, jeśli chcą same zarządzać swoim budżetem przeznaczonym na opiekę medyczną oraz zakupem usług bezpośrednio. W tym przypadku beneficjent otrzymuje 75% kwoty przeznaczonej na utrzymanie bezpośrednio na swoje konto bankowe, a osoba niepełnosprawna może wykorzystać ten budżet według własnego uznania. Bardzo często jest on wykorzystywany, aby opłacić koszty opieki przez członka rodziny lub też przyjaciela/sąsiada, który wspiera osobę niepełnosprawną⁷¹. Ponad 10% osób wymagających długotrwałej opieki zdrowotnej wybrało personalny budżet – w sumie w roku 2005 było to 80 tys. beneficjentów, a średni budżet wynosił 14 tys. euro rocznie⁷². Instytucja budżetu personalnego spotkała się z dużym zainteresowaniem osób niepełnosprawnych – coraz więcej osób decyduje się na ten rodzaj usługi ze względu na lepsze dopasowanie do potrzeb osoby niepełnosprawnej, a także ze względu na możliwość zwiększenia kontroli nad własnym życiem oraz wzrost kreatywności i możliwości decydowania. Istotną kwestią jest również możliwość wsparcia osób rzeczywiście wspomagających osobę niepełnosprawną.

⁶⁹ Ibidem.

⁷⁰ Ibidem, s. 18.

⁷¹ Ibidem, s. 33.

⁷² Ibidem.

Podsumowując, Holandia posiada bardzo ciekawy system usług medyczno-opiekuńczych dla osób niepełnosprawnych. Udało się tutaj wprowadzić pionierski system budżetowania, nakierowany na osobę niepełnosprawną – mianowicie indywidualny budżet, który pozwala osobie niepełnosprawnej samodzielnie i bezpośrednio opłacać usługi medyczno-opiekuńcze. Jest to niezwykle innowacyjne rozwiązanie, którego wdrożenie jest rozważane także w wielu innych krajach. Holandia posiada również szeroko rozwinięte usługi wsparcia dla osób niepełnosprawnych, w tym rozwiniętą sieć centrów opieki zastępczej, a także bardzo ciekawe rozwiązania dotyczące mieszkalnictwa dla osób niepełnosprawnych, takie jak klastry mieszkaniowe czy też sieci mieszkań Thomas Houses. System holenderski wydaje się efektywny i dobrze zarządzany, poprzez powierzenie dużej części usług sektorowi non-profit oraz prywatnemu, przez co ma miejsce lepsze wykorzystanie środków budżetowych.

3.3 Wielka Brytania – W stronę modelu zintegrowanych usług społecznych

System usług społecznych w zakresie opieki medycznej i rehabilitacji w ostatnich latach dążył w następujących kierunkach⁷³:

- promocji i ułatwienia samodzielnego życia osób niepełnosprawnych;
- indywidualizowanego finansowania: bezpośrednio płatności, budżety personalne (ang. *personal budgets*), a także projekty pilotażowe w zakresie tzw. budżetów indywidualnych (ang. *individual budgets*)⁷⁴;
- integracji usług opieki zdrowotnej.

Indywidualizowane finansowanie dla osób niepełnosprawnych jest realizowane w trzech różnych formach⁷⁵:

- a) płatności bezpośrednio (ang. *direct payments*) – jest to świadczenie polegające na transferach pieniężnych na konto osób niepełnosprawnych, za które mogą oni bezpośrednio opłacać wybrane przez siebie usługi. Zostało ono wprowadzone w roku 1996, natomiast od roku 2003 każda gmina ma obowiązek zapewnić opcję samodzielnego wyboru transferu pieniężnego, zamiast dostarczenia usług, jeśli osoba niepełnosprawna wyrazi taką chęć. Obecnie płatności bezpośrednio są powszechnie stosowanym narzędziem opieki społecznej w Wielkiej Brytanii dla osób niepełnosprawnych⁷⁶;
- b) budżet personalny (ang. *personal budget*) – jest to możliwość wyboru przez osobę niepełnosprawną usług, na jakie zostaną przeznaczone

⁷³ *Health and Personal Social Services for People with Disabilities in England*, National Disability Authority of Ireland, styczeń 2011, s. 10.

⁷⁴ Ibidem.

⁷⁵ Ibidem, s. 18.

⁷⁶ Ibidem.

- pieniądze z budżetu przyznanego ze względu na niepełnosprawność. Mogą one zostać wykorzystane m.in. na zakup wsparcia oraz urządzeń z sektora publicznego, prywatnego, a także NGO, mogą być również w części lub całości realizowane za pomocą płatności bezpośrednich⁷⁷;
- c) Indywidualny Budżet (ang. *Individual Budget*) – jest to pilotażowy, eksperymentalny projekt, w ramach którego niektóre osoby niepełnosprawne mogą otrzymać budżet do własnej dyspozycji, nie tylko na opiekę medyczną i rehabilitację, a także na wiele innych usług społecznych związanych m.in. z rynkiem pracy i edukacją, w ten sposób powstałby system zintegrowanych usług społecznych⁷⁸.

Wielka Brytania w swoim modelu usług społecznych w zakresie opieki medycznej i rehabilitacji osób niepełnosprawnych już relatywnie dawno – w roku 1993 – wprowadziła model bezpośrednich transferów pieniężnych. Aktualnie stara się dążyć w kierunku zintegrowanego modelu usług społecznych, łączącego różne elementy wsparcia dla osób niepełnosprawnych, testowane przez programy pilotażowe, takie jak np.: indywidualny budżet. Podobnie jak w przypadku opisanych w poprzednim rozdziale programów integracji zawodowej osób niepełnosprawnych w Wielkiej Brytanii, tak samo w przypadku usług medycznych i życia codziennego, kraj ten stawia na integrację i inkluzję społeczną, a także samodzielne życie osób niepełnosprawnych.

⁷⁷ Ibidem.

⁷⁸ Ibidem.

Rozdział 4. Usługi mieszkaniowe na rzecz osób niepełnosprawnych

4.1 Holandia – Komercyjne rozwiązania mieszkalnictwa klasterowego oraz centra opieki zastępczej

Holandia to kraj, który poprzez wprowadzenie budżetów personalnych, a także wieloletnią historię prywatnego sektora w branżach społecznych, takich jak edukacja, opieka medyczna czy też rynek pracy dla osób niepełnosprawnych, jest modelowym przykładem najciekawszych w Europie rozwiązań dotyczących zamieszkania oraz wsparcia osób niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania. W niniejszej części autorzy przedstawiają innowacyjne koncepcje, takie jak klastry mieszkalne Focus, sieć domów Stichting Houses oraz Centra Opieki Zastępczej.

Klaster Mieszkalny Fokus – są to domy administrowane przez pozarządową organizację *Stichting Fokus*, która zaadaptowała na potrzeby osób niepełnosprawnych 1 300 domów w 90 lokalizacjach na terenie Holandii⁷⁹. Każdy klaster składa się z 12-20 domów mieszkalnych, w których istnieje możliwość skorzystania z dodatkowej opieki medycznej na telefon, na miejscu, 24 godziny na dobę, a każdy klaster ma swojego menadżera, który zarządza grupą 20 asystentów osób niepełnosprawnych, będących całą dobę na dyżurze w przypadku, gdyby byli potrzebni osobie niepełnosprawnej⁸⁰. Koszty usługi zakwaterowania są pokrywane z ubezpieczenia zdrowotnego osoby niepełnosprawnej.

Dom Thomas Houses – jest to inny model usługi mieszkaniowej dostarczanej osobom niepełnosprawnym przez firmę ARGO, afiliowaną przy Uniwersytecie w Groningen. Są to domy dla 6-8 osób niepełnosprawnych intelektualnie, którym przyznawanych jest 2 opiekunów osoby niepełnosprawnej, mieszkających w domu lub jego pobliżu. Obecnie na terenie Holandii jest ponad 80 takich domów i popyt na tego typu usługi nadal rośnie⁸¹. Osoby niepełnosprawne opłacają usługi ze swoich indywidualnych budżetów na opiekę, które otrzymują od rządu.

⁷⁹ *Health and Personal Social Services for People with Disabilities in the Netherlands*, National Disability Authority of Ireland, styczeń 2011, s. 10.

⁸⁰ Ibidem.

⁸¹ Ibidem.

Tabela 13. Koszty usług w domach Thomas Houses (cennik aktualny od 1.01.2011).

Wynajem pokoju	375 euro/miesiąc
Opieka osobista	150 euro/miesiąc
Wyżywienie	225 euro/miesiąc
Ogółem	750 euro/miesiąc
Wynajem pokoju (bez opieki i wyżywienia)	375 euro/miesiąc

Źródło: http://thomashuizen.nl/wat_is_een_thomashuis/de_kosten.aspx, pobrano: 22.12.2012.

Opieka zastępcza (ang. *Respite care*) – innym rodzajem usług, które są szeroko rozwinięte w Holandii, jest dostarczane przez 200 centrów wsparcie dla osób opiekujących się osobami niepełnosprawnymi w Holandii pod parasolem organizacji Xzorg⁸². Opieka zastępcza jest sprawowana przez wolontariuszy, rodziny innych osób niepełnosprawnych oraz przez profesjonalnych opiekunów osoby niepełnosprawnej, a czas jej trwania może wynosić od kilku godzin do kilku tygodni⁸³. System opieki zastępczej to także hotele i hostele okresowe dla osób niepełnosprawnych, pakiety wakacyjne dla osób opiekujących się osobami niepełnosprawnymi oraz catering dla osób niepełnosprawnych podczas nieobecności ich opiekunów.

W systemie holenderskim opiekunowie osób niepełnosprawnych mają wiele różnych możliwości kompensacji utraconych zarobków – m.in. takie jak: płatna przerwa w karierze (urlop na opiekę), ubezpieczenia pokrywające opiekę zastępczą, opłacanie ich pracy z osobistego budżetu osoby niepełnosprawnej, urlop w nagłych wypadkach oraz możliwość redukcji godzin pracy o 50% do 10 miesięcy, w przypadku stanu krytycznego osoby niepełnosprawnej w rodzinie⁸⁴.

⁸² Ibidem, s. 21.

⁸³ Ibidem.

⁸⁴ Ibidem.

4.2 Wielka Brytania – Wspieranie niezależnego zamieszkania w społecznościach lokalnych na zasadach komercyjnych

W Wielkiej Brytanii w zakresie zakwaterowania osób niepełnosprawnych już od lat 80. XX wieku można zaobserwować odwrót od zinstytucjonalizowanych zakładów opieki w kierunku niezależnego mieszkania w społecznościach lokalnych (ang. *independent living in local communities*). Nowy system usług społecznych dla osób niepełnosprawnych w Wielkiej Brytanii jest oparty na trzech zasadach:

- promocji i ułatwienia samodzielnego życia osobom niepełnosprawnym;
- indywidualizowanego finansowania: bezpośrednie płatności, budżety personalne (ang. *personal budgets*), a także projekty pilotażowe w zakresie tzw. budżetów indywidualnych (ang. *individual budgets*)⁸⁵;
- integracji usług i opieki zdrowotnej.

W ramach budżetów personalnych oraz przyszłych tzw. budżetów indywidualnych, osoby niepełnosprawne zachęcane są do wyboru najbardziej praktycznych i dostosowanych do ich preferencji możliwości zakwaterowania. Dzięki płatnościom bezpośrednim osoba niepełnosprawna często wybiera opłacenie kosztów opiekuna z rodziny i sąsiedztwa, w ten sposób *de facto* rekompensując utracone dochody w przypadku konieczności porzucenia pracy zarobkowej na rzecz opieki nad osobą niepełnosprawną. Według Narodowej Grupy Roboczej ds. Inkluzji Społecznej w Anglii (ang. *National Development Team for Inclusion in England*, NDTI), osoby niepełnosprawne powinny mieć w modelowym, idealnym przypadku następujące opcje zakwaterowania⁸⁶:

- a) wspierane wspólne zakwaterowanie (ang. *shared supported housing*),
- b) mieszkanie wspólnie z członkami rodziny (ang. *shared lives model*),
- c) specjalne Pakiety Opieki Rezydencjonalnej dla osób starszych,
- d) Sieci i Systemy Mieszkalnictwa Niepełnosprawnych (jak np. *Keyring Model*),
- e) Tanie Budownictwo Mieszkaniowe (TBS) dla osób niepełnosprawnych,
- f) zakup mieszkania na otwartym rynku (plus usługi wsparcia i doradztwa),
- g) wynajem mieszkania na rynku,
- h) zinstytucjonalizowana opieka w systemie rezydencjonalnym (dawny model).

⁸⁵ Ibidem.

⁸⁶ Ibidem, s. 45.

Wspierane zakwaterowanie (ang. *supported living*) nie ma jednej definicji w systemie angielskim, jednakże najlepiej zostało zdefiniowane przez standardy wspieranego zakwaterowania tzw. *Reach Standards in Supported Living*⁸⁷:

- 1) Wybieram, z kim mieszkam;
- 2) Wybieram, gdzie mieszkam;
- 3) Mam własny dom;
- 4) Wybieram rodzaj wsparcia;
- 5) Wybieram, kto mnie wspiera;
- 6) Otrzymuję odpowiednie wsparcie;
- 7) Wybieram przyjaciół i znajomych;
- 8) Wybieram, jak być zdrowym oraz bezpiecznym;
- 9) Wybieram, jak uczestniczyć w społeczeństwie;
- 10) Mam takie same prawa i obowiązki, jak inni obywatele;
- 11) Otrzymuję wsparcie, by zmieniać moje życie.

Generalnie zatem ujmując, wspierane *supported living* to nic innego, jak niezależne zamieszkanie osoby niepełnosprawnej we własnym lub wynajmowanym domu/mieszkanie, połączone jednocześnie z otrzymywaniem wsparcia w miejscu zamieszkania, za pośrednictwem dostawcy usług niezwiązane go z usługą mieszkaniową. W tym przypadku osoby mogą zamieszkać same lub też dzielić mieszkanie z innymi osobami (najczęściej maksymalnie 4 osoby w jednej jednostce mieszkalnej). Rodzaj opieki może również być zmienny – od całodobowej opieki na miejscu, do sporadycznego wsparcia na telefon.

Raport NDTI wskazuje główne przewagi nowego modelu wspieranego niezależnego życia w społeczności w stosunku do poprzednio obowiązującego systemu zindywidualizowanej opieki rezydencjonalnej⁸⁸:

⁸⁷ Alicia Wood, Rob Greg, *Supported Living – Making the Move report*, NDTi Discussion Paper One, http://www.housingoptions.org.uk/general_information/gi_resources_docs/Supported_Living.pdf, s. 7, pobrano: 8.05.2014.

⁸⁸ Ibidem, s. 9.

Tabela 14. Podsumowanie korzyści modelu zakwaterowania wspieranego nad modelem opieki rezydencjonalnej.

Nowy paradygmat – zakwaterowanie wspierane (ang. <i>Supported Living</i>)	Stary paradygmat – opieka rezydencjonalna (ang. <i>Residential Care</i>)
Własny dom lub najem. Bezpieczeństwo długości najmu.	Umowa bez gwarancji długości najmu.
Jako właściciel lub najemca osoba niepełnosprawna ma prawo do wyboru dostawcy opieki oraz domu, w którym mieszka; może także zmienić zarówno dostawcę opieki, jak i miejsce zamieszkania (niezależnie)	Wsparcie oraz zamieszkanie są dostarczane jako pakiet i nie ma możliwości zmiany jednego elementu bez wpływu na drugi.
Osoba niepełnosprawna ma prawo wybrać, z kim chce mieszkać (jeśli wyraża wolę mieszkania z kimś).	Dobra praktyka wymaga doboru współmieszkańców w zakładzie opieki, jednak w praktyce wiele osób musi mieszkać z osobami, z którymi nie chciałoby mieszkać.
Osoba niepełnosprawna ma prawo do wszystkich świadczeń opieki społecznej.	Osoba niepełnosprawna ma dostęp jedynie do ograniczonego pakietu świadczeń opieki społecznej (przeważnie ogranicza się on jedynie do tzw. residential care allowance w wysokości 20 funtów tygodniowo na zakup ubrań i innych rzeczy osobistych).
Dostęp do płatności bezpośrednich, Personalnego Budżetu oraz innych dodatkowych źródeł finansowania.	Brak dostępu do dodatkowych źródeł finansowania.

Źródło: Alicia Wood, Rob Greg, *Supported Living – Making the Move report*, NDTi Discussion Paper One, http://www.housingoptions.org.uk/general_information/gi_resources_docs/Supported_Living.pdf, s. 9, pobrano: 8.05.2014.

Jak wskazuje raport NDTI, jednym z głównych problemów związanych z promocją modelu wspieranego zakwaterowania opartego na systemie komercyjnym finansowanym z budżetu personalnego lub płatności bezpośrednich są historyczne zaszczości, gdzie system ten był oferowany pod tą samą nazwą, jednakże w przeszłości osoby niepełnosprawne nie mogły korzystać z głównej korzyści tego modelu, tzn.: elastyczności. Osoba niepełnosprawna

posiada pełną dowolność dostawcy usług opieki oraz mieszkaniowej, a obie usługi nie są w żaden sposób powiązane. Dlatego można zmienić opiekuna pozostając w tym samym mieszkaniu, jednocześnie można zmienić mieszkanie pozostawiając opiekuna. W przeszłości pod nazwą *supported housing* można było znaleźć jedynie oferty, gdzie wybierając dane mieszkanie otrzymywaliśmy opiekuna w pakiecie (podobnie jak w opiece rezydencjalnej). Z tego względu istnieje konieczność przeprowadzenia szeroko zakrojonej akcji promocyjno-społecznej, demitologizującej historyczne zaszczości i propagującej tę metodę jako najbardziej korzystną dla osoby niepełnosprawnej. Osoba niepełnosprawna pozostaje również niezależna finansowo, mogąc korzystać z pełnego zakresu świadczeń opieki społecznej. Dzięki możliwościom wyboru usług na rynku komercyjnym, istnieje większa konkurencyjność usługodawców niż w poprzednio istniejącym modelu rezydencjonalno-instytucjonalnym, zmonopolizowanym przez sektor publiczny.

W przypadku usług mieszkaniowych połowa niepełnosprawnych mieszkańców Wielkiej Brytanii mieszka z rodzinami, jedna trzecia w domach opieki, a jedynie 15% mieszka samodzielnie (własność domu lub wynajem), w porównaniu do 70% osób pełnosprawnych, które są właścicielami domów oraz 30%, które wynajmują domy⁸⁹. Blisko 40% osób niepełnosprawnych mieszkających w domach opieki przebywała w placówkach, w których mieszka ponad 30 osób niepełnosprawnych⁹⁰. Rząd chciałby w najbliższych latach zdecydowanie ograniczyć liczbę osób niepełnosprawnych w tego typu instytucjach, na rzecz samodzielnego życia oraz innych alternatywnych metod mieszkaniowych, jedną z takich modelowych propozycji jest tzw. *Key Ring Model*.

System usług mieszkalnych dla osób niepełnosprawnych wymaga jednak zmian, gdyż obecnie jedynie 15% osób niepełnosprawnych mieszka samodzielnie, w porównaniu do blisko 100% mieszkających samodzielnie mieszkańców pełnosprawnych.

Poniżej został przedstawiony szerszy opis dwóch ciekawych rozwiązań w zakresie usług komercyjnych dotyczący zakwaterowania oraz opieki nad osobami niepełnosprawnymi w Wielkiej Brytanii:

1) **Key Ring Model** to system mieszkalnictwa osób niepełnosprawnych w Wielkiej Brytanii, w którym 9 osób niepełnosprawnych wraz z jednym opiekunem – wolontariuszem, łączą się w tzw. krąg wsparcia (ang. *ring*). Wszyscy mieszkają w tym samym rejonie geograficznym w różnych rodzajach mieszkalnictwa (wynajem, własność, itp.), a opiekun-wolontariusz nie płaci za czynsz, w zamian za to oferuje swoje usługi wsparcia na rzecz osób niepełnosprawnych⁹¹. Niektóre społeczności *Key Ring* również opłacają pracownika socjalnego, środowiskowego, który wspiera osoby w kręgu. Jak twierdzi

⁸⁹ Ibidem, s. 46.

⁹⁰ Ibidem, s. 47.

⁹¹ *Care Services Efficiency Delivery, Key Ring Living Support Networks*, listopad 2009, s. 2.

NDTI, koszt utrzymania takiej sieci to około 40 000 funtów brytyjskich rocznie za jeden krąg dla 9 osób niepełnosprawnych.

2) Model Dobrego Sąsiedztwa (ang. *Good Neighbour Schemes*) – jest to niskokosztowy system instytucjonalizujący wartość więzów i wartości w społecznościach lokalnych. Według tego modelu osoba niepełnosprawna, wykorzystując płatności bezpośrednie lub personalny budżet, opłaca sąsiada lub inną osobę mieszkającą w pobliżu, która zostaje zrekrutowana i za niewielkie sumy pieniężne zobowiązuje się do świadczenia usług typu robienie zakupów, niewielkie naprawy lub asystę w pewnych czynnościach urzędowych. Model ten jest najskuteczniejszy w przypadku osób, które potrzebują wsparcia, jednakże nie jest konieczna stała superwizja⁹².

Wykorzystanie nowoczesnych technologii w opiece i zakwaterowaniu (ang. *Smart Home Technology*) – w nowoczesnych domach dla osób niepełnosprawnych oraz w mieszkalnictwie klasterowym wykorzystuje się również technologie diagnozujące potencjalne problemy, takie jak np. upadek lub potknięcie osoby niepełnosprawnej. Zdarzenie generuje sygnał do centrum superwizyjnego, które z kolei uruchamia natychmiastową pomoc przez dyżurny zespół wsparcia. Zastosowanie nowoczesnych technologii w superwizji/nadzorze osób niepełnosprawnych pozwala zmniejszyć koszty związane z koniecznością zapewnienia stałego monitoringu osób niepełnosprawnych, w szczególności dotyczy to kosztów kadrowych, jako że dzięki technologii mniejsza liczba specjalistów może reagować na potencjalne problemy większej ilości rezydentów.

⁹² Alicia Wood, Rob Greg, *Supported Living – Making the Move...*, op. cit.

Rozdział 5. Indywidualizacja finansowania usług na rzecz osób niepełnosprawnych

Indywidualne finansowanie jest trendem, który można zaobserwować w krajach Europy Zachodniej oraz USA, Australii i Kanadzie, w ramach którego od początku XXI wieku następuje przesunięcie paradygmatu od usług społecznych zakontraktowanych dla osób niepełnosprawnych bez możliwości wyboru dostawcy lub formy usługi, do różnych modeli indywidualnego finansowania (ang. *individual financing*), w ramach których budżet podąża za osobą niepełnosprawną, która sama wybiera dostawcę, rodzaj usługi oraz sposób jej dostarczenia. Jak wskazuje raport NDA Ireland, najważniejsze powody przemawiające za sukcesem tego typu rozwiązania to⁹³:

- brak konieczności dopasowywania beneficjentów do już istniejących programów;
- możliwość obserwowania historii sukcesu osób, które były sfrustrowane tradycyjnymi rozwiązaniami oferowanymi przez publiczną opiekę;
- znaczące zmiany w życiu beneficjentówp;
- możliwość zatrudniania opiekunów według własnego wyboru, co sprawia że następuje mniejsza rotacja kadrowa opiekunów;
- większa różnorodność dostawców usług;
- większa współpraca pomiędzy interesariuszami;

Na dalszych stronach niniejszego opracowania autorzy przedstawiają różne możliwości realizacji idei budżetu personalnego dla osób niepełnosprawnych w Wielkiej Brytanii, Irlandii, Holandii oraz Niemczech. Nowa metoda jest efektywniejsza od tradycyjnego modelu społecznych usług opiekuńczo-zdrowotnych, gdyż pozwala osobom niepełnosprawnym dokonać samodzielnego wyboru dostawcy usługi, a także sposobu jej dostarczenia. Ten sposób wspomaga proaktywne podejście do życia osoby niepełnosprawnej, a także umożliwia większą konkurencję na rynku usług komercyjnych oraz możliwość płatności za wyniki (szczególnie w przypadku Niemiec, gdzie część budżetu jest wypłacana na podstawie umowy o realizacji celu między opieką społeczną a osobą niepełnosprawną).

⁹³ *Developing Services for People with Disabilities: A Synthesis Paper Summarizing the Key of Learning Experiences in Selected Jurisdiction as at October 2010*, NDA Ireland Report, październik 2010, s. 50, [http://www.nda.ie/cntmgmtnew.nsf/0..FF7105D82D4C7E6D80257877005A8745/\\$File/SynthesisReport.pdf](http://www.nda.ie/cntmgmtnew.nsf/0..FF7105D82D4C7E6D80257877005A8745/$File/SynthesisReport.pdf), pobrano: 8.05.2014.

Cechą charakterystyczną budżetów personalnych jest to, że w większości krajów nie mogą być one wykorzystywane na zakup usług społecznych, lecz jedynie na usługi komercyjne dostarczane przez firmy komercyjne lub NGOsy. W niektórych krajach istnieje możliwość instytucjonalizacji opieki rodzinnej oraz nieformalnej, poprzez opłacanie członka rodziny lub sąsiada z budżetu personalnego. Inne kraje (np. Wielka Brytania), zmierzające w stronę profesjonalizacji opieki nad osobami niepełnosprawnymi, nie zezwalają na wykorzystywanie budżetu personalnego na opłacanie kosztów opieki przez członków rodziny lub sąsiadów.

We wszystkich krajach, które w zakresie opieki nad osobami niepełnosprawnymi przeszły w stronę komercjalizacji, główne występujące problemy dotyczą nieumiejętności radzenia sobie przez osoby niepełnosprawne z zarządzaniem/administracją budżetem (w tym wypadku dobra praktyka to przykład Niemiec, które przeznaczają dodatkowe pieniądze na koszty zarządzania budżetem dla osoby niepełnosprawnej), a także problemy związane z podpisywaniem umów na zasadzie pracodawca – pracownik (np.: absencje, większa rotacja opiekunów itp.). Jednakże można zauważyć trend, w ramach którego coraz więcej osób decyduje się na opcję nabycia usług opiekuńczych na rynku komercyjnym z personalnego budżetu w stosunku do osób korzystających z tradycyjnego modelu usług społecznych. Najczęściej wskazywaną przewagą modelu komercyjnego jest jego elastyczność oraz dopasowanie do potrzeby konkretnej osoby niepełnosprawnej, a także brak uzależnienia od konkretnego dostawcy usługi, w tym wypadku to osoba niepełnosprawna sama decyduje, kiedy dostarczanie usługi zostanie przerwane.

W przypadku usług społecznych – ze względu na ograniczoną ilość dostawców usług oraz brak konkurencyjności – często nie istnieje możliwość zmiany, mimo niezadowolenia z dostarczanej usługi. Można przewidywać, że budżety personalne osób niepełnosprawnych będą wprowadzane w coraz większej liczbie państw na świecie. Obecnie są one również dostępne w wielu stanach USA, a także funkcjonują na etapie implementacji w Austrii oraz Szwajcarii. W niektórych krajach, takich jak np. Wielka Brytania, eksperymentuje się również z bardziej zaawansowanymi metodami świadczeń finansowych dla osób niepełnosprawnych takimi jak np. indywidualny budżet.

Indywidualny budżet (ang. *Individual Budget*) – jest to pilotażowy, eksperymentalny projekt, w ramach którego wybrane osoby niepełnosprawne mogą otrzymać do własnej dyspozycji budżet, który będzie przeznaczony nie tylko na opiekę medyczną i rehabilitację, lecz także na wiele innych usług społecznych związanych m.in. z rynkiem pracy i edukacją. W ten sposób powstałby system zintegrowanych usług społecznych⁹⁴.

⁹⁴ Ibidem.

Poniżej zaprezentowano przegląd dobrych praktyk wykorzystania metody budżetu personalnego, przeznaczonego na zakup usług komercyjnych w wybranych krajach Unii Europejskiej, jako interesującego rozwiązania, które może wpłynąć znacząco na konkurencyjność i efektywność usług opiekuńczych nad osobami niepełnosprawnymi w Polsce.

5.1 Metoda płatności bezpośrednich w Wielkiej Brytanii

Płatności bezpośrednie (ang. *Direct Payments*) – zostały wprowadzone jako mainstreamowe narzędzie polityki społecznej w Wielkiej Brytanii w roku 1996 przez tzw. *Community Care (Direct Payments Act)*. Zaczęły one obowiązywać w roku 1997 dla osób niepełnosprawnych w wieku pomiędzy 18 a 65 lat. Następnie wprowadzone zostały poprawki, umożliwiające od roku 2000 wybór płatności bezpośrednich również osobom starszym, powyżej 65 lat, a w przypadku osób w wieku poniżej 18 lat płatności bezpośrednie wpływają na konto rodziców osoby niepełnosprawnej (z wyjątkiem 16- i 17-latków, którzy mogą wybrać opcje otrzymywania pieniędzy na własne konto). **Płatności bezpośrednie są bardzo istotnym krokiem w kierunku dostarczania komercyjnych usług dla osób niepełnosprawnych, ponieważ środki finansowe otrzymane w ten sposób nie mogą zostać wykorzystane na zakup usług dostarczanych przez instytucje państwowe oraz publiczne⁹⁵.** Płatności bezpośrednie mogą zostać wykorzystane jedynie na zakup usług komercyjnych dostarczanych przez:

- a) dostawców komercyjnych,
- b) organizacje typu NGO,
- c) osoba niepełnosprawna może wybrać zatrudnienie pracownika-opiekuna bezpośrednio na podstawie umowy o pracę.

Ze względu na fakt, iż wsparcie otrzymywane w formie płatności bezpośrednich jest wybierane poprzez osoby niepełnosprawne zamiast tradycyjnie dostarczanych usług poprzez dostawców publicznych, pieniądze otrzymywane w tej formie są uważane za fundusze publiczne. Wobec tego beneficjenci są zobowiązani do trzymania dokumentacji księgowej i faktur za zakupione usługi, aby w ten sposób umożliwić audyt instytucji kontrolującej. Mimo że instytucja płatności bezpośrednich jest obecna w Wielkiej Brytanii już ponad 16 lat, raport irlandzkiej NDA wskazuje, że niewielki procent osób niepełnosprawnych uprawnionych do tej metody wybiera ją jako jedyne źródło świadczenia opieki społecznej⁹⁶.

Popularna jest natomiast metoda kafeteryjna – mieszana. w tym przypadku beneficjenci mogą korzystać z płatności bezpośrednich i komercyjnych dostawców w opcji mieszanej z tradycyjną metodą dostarczania usług dla osób

⁹⁵ Ibidem, s. 51

⁹⁶ Ibidem, s. 51.

niepełnosprawnych przez instytucje publiczne. Jak podaje największy portal zajmujący się pracą socjalną w Wielkiej Brytanii – *The Community Care Portal* – w roku 2008 jedynie 55 900 osób wybrało metodę płatności bezpośrednich, w porównaniu z 40 600 osobami w roku 2007 oraz 32 000 w roku 2006 i 22 100 w roku 2005⁹⁷. Od roku 2003 płatności bezpośrednie muszą obowiązkowo zostać zaproponowane jako opcja osobom niepełnosprawnym, jednakże wprowadzenie może zostać dokonane jedynie za zgodą osoby niepełnosprawnej – nie może zostać narzucone jako wybór. Widoczna więc jest rosnąca tendencja wśród beneficjentów nowej usługi, jednakże nadal wiele osób niepełnosprawnych obawia się o jakość usług dostarczanych poprzez komercyjnych dostawców.

Innym powodem, który powstrzymuje osoby niepełnosprawne przed korzystaniem z tej metody, jest w przypadku bezpośredniego zatrudnienia opiekuna, konieczność dbania o poprawną dokumentację, a także wszelkie ryzyko związane z metodą pracy najemnej, takiej jak możliwość urlopu oraz zwolnienia chorobowego opiekuna. Dlatego wiele osób pozostaje przy tradycyjnej metodzie usług społecznych, jako potencjalnie bezpieczniejszej.

5.2 Budżet personalny w Holandii

Innym krajem, który wprowadził budżet personalny jest Holandia. Aby otrzymać możliwość dysponowania własnym budżetem, osoba niepełnosprawna musi otrzymać skierowanie (hol. *indicatiestelling*) z lokalnego centrum opieki społecznej, a wielkość budżetu zależna będzie od rodzaju niepełnosprawności, obecnie istnieją 52 grupy zaszeregowania budżetów personalnych⁹⁸. Opcja budżetu personalnego jest dostępna w Holandii od roku 1995, i na rok 2008 została wybrana przez 109 000 beneficjentów, w porównaniu z 335 000 osób, które wybrało opiekę domową dostarczaną przez instytucje publiczne oraz 235 000, które wybrały opiekę instytucjonalną⁹⁹. Istnieje zasadnicza różnica pomiędzy usługami komercyjnymi kupowanymi w przypadku budżetu holenderskiego, a nabywanymi w Wielkiej Brytanii. W Wielkiej Brytanii nie jest możliwe kupowanie usług bezpośrednio od rodziny lub przyjaciół, natomiast w przypadku Holandii takie rozwiązanie jest możliwe oraz wspierane przez rząd – jako instytucjonalizacja i profesjonalizacja opieki domowej. Ministerstwo Opieki Społecznej Holandii ocenia, że ponad 1,6 miliona członków rodzin opiekuje się niepełnosprawnym członkiem rodziny, przyjacielem lub sąsiadem¹⁰⁰. W ramach wsparcia takiego rodzaju opieki domowej, osoby ją sprawujące mogą przejść spe-

⁹⁷ Ibidem.

⁹⁸ Jacqueline Schoonheim, *ANED Country Report on the Implementation of Policies Supporting Independent Living for Disabled People – Netherlands*, ANED, s. 8.

⁹⁹ *Developing Services for People with Disabilities: A Synthesis Paper...*, op. cit., s. 50-52.

¹⁰⁰ Jacqueline Schoonheim, *ANED Country...*, op. cit.

cialne przeszkolenie, które zapewni im dodatek rządowy w wysokości 250 EUR w przypadku opieki powyżej 3 miesięcy nad osobą niepełnosprawną. Personalny budżet jest również rozwiązaniem tańszym ze strony budżetu finansów publicznych, gdyż osoba niepełnosprawna otrzymuje na własne konto 75% sumy, która przeznaczana na nią państwo w przypadku opieki instytucjonalnej. Ponad 10% osób wymagających długotrwałej opieki zdrowotnej wybrało personalny budżet, w sumie w roku 2005 było to 80 000 beneficjentów, a średni roczny budżet wyniósł 14 000 euro¹⁰¹.

Instytucja budżetu personalnego spotkała się z dużym zainteresowaniem osób niepełnosprawnych. Coraz więcej osób decyduje się na ten rodzaj usługi, ze względu na lepsze dopasowanie do potrzeb osoby niepełnosprawnej oraz na zwiększenie kontroli nad własnym życiem, a także kreatywności i możliwości decydowania w tym wsparcia osób rzeczywiście wspomagających osobę niepełnosprawną. Holenderska wersja budżetu personalnego cieszy się uznaniem przede wszystkim z powodu zwiększenia konkurencyjności rynku dostawców usług opiekuńczych dla osób niepełnosprawnych, ze względu na umożliwienie wyboru budżetu do wydania na usługi komercyjne lub opiekę rodzinną, w przeciwieństwie do tradycyjnej opieki instytucjonalnej.

Mimo elastyczności tego rozwiązania, osoby niepełnosprawne jako mankament wskazują konieczność prowadzenia księgowości, a także samodzielnego zajmowania się dokumentacją związaną z zatrudnieniem opiekuna lub zakupem usług opiekuńczych. Ze względu na te utrudnienia pojawił się nowy rodzaj usług komercyjnych dedykowanych osobom niepełnosprawnym, a mianowicie wsparcie doradczo-księgowe w zakresie obsługi dokumentacji związanej z budżetem personalnym osoby niepełnosprawnej. Największą taką organizacją jest PER SALDO (<http://www.pgb.nl>) – czyli stowarzyszenie non-profit, mające na celu wspieranie osób niepełnosprawnych w prowadzeniu dokumentacji związanej z budżetami personalnym. Obecnie organizacja ta ma ponad 23 000 osób niepełnosprawnych¹⁰². Wysokość budżetu personalnego w Holandii jest limitowana. Największy możliwy budżet roczny dotyczy osób niepełnosprawnych z niepełnosprawnością sensoryczną i wynosi on 117 340 euro, natomiast w przypadku osób niepełnosprawnych wynosi on między 22 005 euro a 83 415 euro¹⁰³.

¹⁰¹ Ibidem.

¹⁰² Anne Waldschmidt, *ANED Country Report on the Implementation of Policies Supporting Independent Living for Disabled People – Germany*, ANED, s. 10.

¹⁰³ Ibidem, s. 11.

5.3 Niemcy – Komerccjalizacja opieki nad osobami niepełnosprawnymi w ramach budżetu personalnego

Kolejnym krajem, który wprowadził komercjalizację opieki nad osobami niepełnosprawnymi są Niemcy, które od 1 stycznia 2008 roku, zgodnie z Prawem Rehabilitacyjnym, dały osobom niepełnosprawnym możliwość wyboru budżetu personalnego (niem. *Persönliche Budget*). Niemiecki model umożliwia, podobnie jak holenderski, przeznaczenie pieniędzy na zakup usług od osób z rodziny lub sąsiedztwa, a także inne możliwości opieki nieformalnej. Jednakże sumy pieniężne otrzymywane za opiekę domową są niższe od otrzymywanych na profesjonalne usługi komercyjne. Raport ANED stwierdza, że istnieją trzy stopnie według rodzaju niepełnosprawności oraz rodzaju otrzymywanych usług; sumy otrzymywane przez beneficjentów wynoszą odpowiednio 384, 921 oraz 1 432 euro).

W Niemczech usługi opiekuńcze, które mogą być zarządzane w ramach personalnego budżetu przez osoby niepełnosprawne to¹⁰⁴:

- opieka osobista,
- wsparcie w utrzymaniu domu oraz pracach domowych,
- wsparcie w mobilności i poruszaniu,
- asystowanie w miejscu pracy, praktyk lub na uczelni,
- wsparcie przy rekreacji i rehabilitacji (np. zajęcia sportowe, wyjście do kina itp.).

W związku z przejściem od modelu pasywnego, w którym beneficjent był jedynie biernym odbiorcą usług oferowanych przez publicznych dostawców (zazwyczaj bez żadnej możliwości ich wyboru) w stronę budżetu personalnego, gdzie osoba niepełnosprawna musi podjąć postawę proaktywną, *de facto* wybierając i zarządzając usługami komercyjnymi, konieczne stało się wykształcenie u osób niepełnosprawnych kompetencji umożliwiających efektywne korzystanie z usług. Według raportu ANED, prezentują się one następująco¹⁰⁵:

- Niepełnosprawne osoby kontrolują i zarządzają zatrudnieniem osoby niepełnosprawnej (niem. *Personalkompetenz*) – same podpisują umowy oraz decydują o warunkach zatrudnienia, takich jak m.in. wynagrodzenie. Mogą zatrudniać asystentów osobiście lub za pośrednictwem innych organizacji;
- Osoby niepełnosprawne same decydują, w jaki sposób usługa zostaje dostarczona oraz które usługi zostają dostarczone, a które nie (niem. *Anleitungskompetenz*);
- Osoby niepełnosprawne same kontrolują swój budżet personalny oraz sposób jego administrowania (niem. *Finanzkompetenz*);

¹⁰⁴ Ibidem.

¹⁰⁵ Ibidem.

- Osoby niepełnosprawne są wolne w decydowaniu i organizowaniu zestawu usług kupowanych w ramach personalnego budżetu (niem. *Organisationskompetenz*);
- Osoby niepełnosprawne powinny decydować, w jakim pomieszczeniu i w jakim miejscu jest dostarczana usługa (niem. *Raumkompetenz*), może to być w domu, miejscu publicznym, klinice, domu wypoczynkowym lub też w ramach odwiedzin przyjaciół.

W ramach budżetu personalnego osoba niepełnosprawna, która nie jest w stanie sama zarządzać budżetem oraz dokumentacją, może otrzymać dodatkowe fundusze od pomocy społecznej na pokrycie kosztów zarządzania i administracji. Część personalnego budżetu jest to tzw. budżet celowy (niem. *Zielvereinbarung*), w którym osoba niepełnosprawna oraz opieka społeczna podpisują umowę, w ramach której osoba niepełnosprawna zobowiązuje się do osiągnięcia pewnych celów (np. w zakresie sprawności, edukacji, szkolenia, zatrudnienia itp.)¹⁰⁶. Dalsze otrzymywanie części celowej budżetu jest powiązane z realizacją wyznaczonych celów rozwojowych przez osobę niepełnosprawną. Budżety osoby niepełnosprawnej są dostępne dla wszystkich osób niepełnosprawnych w Niemczech, jednak w praktyce jest to narzędzie używane najczęściej przez osoby z niepełnosprawnością fizyczną ze względu na trudności z obsługą dokumentacji i zarządzanie budżetem przez osoby niepełnosprawne intelektualnie. Dlatego te ostatnie często wybierają publiczną pomoc instytucjonalną w tradycyjnej wersji zamiast usług komercyjnych kupowanych w ramach budżetu personalnego. Jednakże liczba osób z niepełnosprawnością intelektualną wybierająca usługi komercyjne i budżet personalny ciągle wzrasta; związane jest to z możliwością otrzymania dodatkowych pieniędzy na wsparcie i zarządzanie finansami przez doradcę.

Jedną z większych organizacji niemieckich zajmujących się wsparciem w rozliczaniu budżetów personalnych dla osób niepełnosprawnych intelektualnie jest *Bundesvereinigung Lebenshilfe Menschen mit geistiger Behinderung*, który zajmuje się trenowaniem doradców¹⁰⁷. Istnieją również dwa stowarzyszenia – spółdzielnie osób niepełnosprawnych w Bremie oraz Hamburgu, które zajmują się zarządzaniem oraz administracją budżetów personalnych osób niepełnosprawnych¹⁰⁸.

¹⁰⁶ Ibidem, s. 13.

¹⁰⁷ Ibidem.

¹⁰⁸ Angela Kerins, *Towards Best Practice in Provision of Transport Services for People with Disabilities in Ireland*, NDA Ireland, s. 55, [http://www.nda.ie/cntmgmtnew.nsf/0/05F69E6DCA8CBFE580256E6300311E57/\\$File/transport.pdf](http://www.nda.ie/cntmgmtnew.nsf/0/05F69E6DCA8CBFE580256E6300311E57/$File/transport.pdf), pobrano: 10.05.2014.

Rozdział 6. Usługi transportowe dla osób niepełnosprawnych

6.1 Transport komercyjny dla osób niepełnosprawnych w Irlandii

Irlandia oprócz bogatej oferty transportu publicznego dla osób niepełnosprawnych rozwija również sieć usług komercyjnych w zakresie transportu. Na początku roku 2002 według raportu NDA jedynie 1 528 taksówek z 11 630 posiadało udogodnienia dla osób niepełnosprawnych, umożliwiające m.in. przewiezienie wózka oraz więcej miejsca dla osób leżących¹⁰⁹. W związku z brakiem standaryzacji oferty przewozów osobowych w Irlandii, w tym m.in. w związku z relatywnie niską dostępnością usług komercyjnych dla osób niepełnosprawnych, rząd Irlandii utworzył w listopadzie roku 2002 Komisję ds. Regulacji Rynku Taksówkowego, która ma współpracować z interesariuszami w zakresie dostępności usług przewozowych. W odpowiedzi na te działania Irlandzka Narodowa Agencja ds. Niepełnosprawności (NDA) stworzyła rekomendacje dotyczące usług przewozowych dla osób niepełnosprawnych, mające na celu podwyższenie standardów oraz liczby operatorów przewozów dla osób niepełnosprawnych (w kilkunastu miastach liczba dostępnych taksówek dla osób niepełnosprawnych wynosiła 0 lub 1, co praktycznie uniemożliwiało swobodne przemieszczenie się osób niepełnosprawnych). W ramach zaleceń NDA zasugerowała następujące zmiany w komercyjnych usługach dla osób niepełnosprawnych w Irlandii¹¹⁰.

- wszelkie nowe taksówki rejestrowane w miastach powinny spełniać międzynarodowe standardy dostępności dla osób niepełnosprawnych (w tym w szczególności możliwość transportu wózków inwalidzkich), w przypadku obecnych licencjobiorców, wymagane będzie dostosowanie samochodu lub zakup nowego przy odnowieniu licencji;
- samochody powinny być oznaczone w sposób łatwo rozpoznawalny dla osób niepełnosprawnych (w tym duże plakietki dla osób niedowidzących oraz sygnały głosowe, jeśli to możliwe);

¹⁰⁹ Ibidem.

¹¹⁰ Ibidem, s. 56.

- powinny zostać wprowadzone rozwiązania prawne zakazujące nakładania dodatkowych opłat za przewóz pomocy technicznych osób niepełnosprawnych, takich jak m.in. wózki inwalidzkie, kule itp. Kierowca jest zobowiązany do nieodpłatnej pomocy osobie niepełnosprawnej w wejściu do taksówki z wniesieniem i wyniesieniem pomocy technicznej. Mimo że osoba niepełnosprawna potrzebuje więcej czasu, nie może być ona obciążana dodatkową opłatą za czas poświęcony przez taksówkarza w związku z jej niepełnosprawnością;
- ze względu na konieczność częstszego używania usług komercyjnych transportowych należałoby wprowadzić system voucherowy niżkowy dla osób niepełnosprawnych;
- sugerowane jest przerobienie istniejących postojów taksówek, tak aby były przystosowane do oczekujących osób niepełnosprawnych, a także ułatwiały wsiadanie oraz wysiadanie.

Raport analitycznego Think-Tanku Goodbody za rok 2010 dla Komisji ds. Regulacji Rynku Taksówkowego zbadał dostępność usług komercyjnych przewozów transportowych w Irlandii. Raport wskazał, że blisko 27% osób niepełnosprawnych otrzymało chociaż raz odmowę dostarczenia usługi transportowej poprzez firmę taksówkarską. Przy czym proporcja znacznie rośnie w przypadku osób poruszających się na wózku inwalidzkim, gdzie blisko 45% osób spotkało się kiedykolwiek z sytuacją odmowy usługi¹¹¹. Najczęstszym jej powodem okazywały się brak dostępnej w danym momencie taksówki przystosowanej do przewozu osób niepełnosprawnych z wózkiem inwalidzkim (63,4% przypadków), a następnie brak taksówki przystosowanej do przewozu osób niepełnosprawnych z wózkiem inwalidzkim w całej flocie danej korporacji taksówkarskiej (22%)¹¹². W kwestii jakości obsługi osób niepełnosprawnych, 68,7% operatorów korporacji taksówkowych było chętnych lub bardzo chętnych do dostarczenia usługi komercyjnej dla osoby niepełnosprawnej (ogółem), natomiast w przypadku osób niepełnosprawnych poruszających się na wózku aż 20% operatorów było niechętnych dostarczeniu takiej usługi (w przypadku osób niepełnosprawnych nieporuszających się na wózku jedynie 6,5% operatorów nie było chętnych do dostarczenia usługi).

Oprócz transportu taksówkowego, alternatywą w zakresie komercyjnych usług transportowych mogą być również floty samochodowe obsługiwane przez lokalne NGOsy lub stowarzyszenia. Jednakże ten segment rynku komercyjnego usług jest w Irlandii słabo rozwinięty, kilka stowarzyszeń i NGOów posiada samochody przeznaczone do transportu swoich członków. Istnieje jednak przykład dobrej praktyki w zakresie dostarczania usługi komercyjnej transportowej w Dublinie, chodzi o organizację VANTASTIC Dial a Ride Limited, która dostarcza usługi na terenie stolicy Irlandii – Dublina.

¹¹¹ <http://www.nationaltransport.ie/downloads/taxi-reg/economic-review-spsv-industry.pdf>, s. 52.

¹¹² Ibidem.

VANTASTIC Dial a Ride Limited, Dublin – jest organizacją charytatywną non-profit, dostarczającą usługi transportowe dla osób niepełnosprawnych na terenie Dublinia. Organizacja powstała ze względu na istniejące na początku lat 90. zapotrzebowanie zgłoszone przez Centrum Niezależnego Życia w Dublinie (ang. *Centre of Independent Living in Dublin*), które wskazywało, że ogromną barierą w życiu osób niepełnosprawnych w mieście jest bardzo mała oferta przewozów tych osób (ograniczająca się przede wszystkim do bardzo kosztownych przejazdów taksówkowych). Będąc organizacją non-profit, zarządzaną poprzez Zarząd Wolontariuszy, VANTASTIC posiadający flotę ponad 30 w pełni dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych vanów dostarcza usługi przewozowe dla osób niepełnosprawnych w niskich cenach, dogodnych dla osób niepełnosprawnych (koszty można obniżyć dzięki różnym źródłom finansowania, w tym składkom członkowskim oraz grantom rządowym na usługi dla osób niepełnosprawnych, a także fundraisingowi). W swojej ofercie VANTASTIC posiada m.in. następujące usługi:

- Indywidualne oraz grupowe przewozy osobowe – w tym wypadku osoba niepełnosprawna zamawia przewóz vanem do wybranego celu. Koszt usługi wynosi od 5 funtów za pierwsze 5 km oraz 1 funt za każdy następny kilometr przejazdu. Osoba niepełnosprawna może również przewieźć bezpłatnie jednego asystenta osoby niepełnosprawnej (osobę towarzyszącą);
- Trasa zdrowotna (ang. *Health Route*) – są to regularne trasy przewozowe do 5 największych szpitali w Dublinie dla osób niepełnosprawnych, linie są oferowane 5 dni w tygodniu w godzinach pracy szpitali. Koszt przewozu to 10 funtów za przejazd w obie strony;
- Trasa zakupowa (ang. *Shopping Route*) – jest to bezpłatna oferta dostępna w północnym Dublinie, w ramach której osoby niepełnosprawne są przewożone do lokalnych centrów handlowych, gdzie mogą zrobić zakupy. Linia jest oferowana we współpracy z centrami handlowymi.

VANTASTIC jest unikalnym systemem przewozów osób niepełnosprawnych oferowanych przez organizację charytatywną, która udostępnia usługi komercyjne 7 dni w tygodniu w godzinach 7-22 (w cenach korzystnych dla osób niepełnosprawnych), przy pełnym dostosowaniu floty samochodów do potrzeb osób jeżdżących na wózkach inwalidzkich. Niestety, w przypadku Irlandii nie istnieje podobna usługa w żadnym innym mieście poza Dublinem.

Ryan Air (Dublin) – jak wskazuje raport NDA¹¹³, innym interesującym przypadkiem usługi komercyjnej dla osób niepełnosprawnych jest oferta największego irlandzkiego prywatnego przewoźnika lotniczego Ryan Air, który zapewnia osobom niepełnosprawnym pełną asystę od momentu przyjazdu na lotnisko do wylądowania. Usługa wsparcia osoby niepełnosprawnej jest do-

¹¹³ Angela Kerins, *Towards Best Practice in Provision of Transport Services for People with Disabilities in Ireland*, NDA Ireland, s. 55-67, [http://www.nda.ie/cntmgmtnew.nsf/0/05F69E6DCA8CBFE580256E6300311E57/\\$File/transport.pdf](http://www.nda.ie/cntmgmtnew.nsf/0/05F69E6DCA8CBFE580256E6300311E57/$File/transport.pdf)

starczana bezpłatnie (w ramach standardowej opłaty za bilet lotniczy), jedynym warunkiem skorzystania z niej jest konieczność poinformowania o specjalnych wymaganiach w momencie rezerwacji, posiadanie własnego wózka inwalidzkiego oraz maksymalna liczba 4 osób niepełnosprawnych z wózkami inwalidzkimi podczas jednego lotu¹¹⁴.

6.2 Wielka Brytania – najbardziej efektywny model dostarczania komercyjnych usług transportowych w UE

Wielka Brytania posiada jeden z najbardziej skutecznych i efektywnych systemów dostarczania usług niepublicznych dla osób niepełnosprawnych. Poprzez wprowadzenie standardu tzw. *black cab* – charakterystycznej czarnej londyńskiej taksówki, która musi zgodnie z rozporządzeniem musi być przystosowana do przewozu osób niepełnosprawnych¹¹⁵. Dzięki zastosowaniu odpowiednich subwencji do komercyjnych usług przywozowych dla osób niepełnosprawnych, w tym momencie osoby na wózkach inwalidzkich mogą korzystać z dofinansowywanych usług o podobnej skali dostępności jak w przypadku osób pełnosprawnych (związane jest to z koniecznością dostosowania taksówki do potrzeb osób niepełnosprawnych jeśli taksówkarz chce otrzymać licencję). Poniżej przedstawiamy przykłady dobrych praktyk w zakresie komercyjnych usług transportowych w Wielkiej Brytanii:

TAXICARD London System – w ramach tego systemu osoby niepełnosprawne na terenie Londynu mogą podróżować za maksimum 1,50 funta za przejazd w granicach administracyjnych miasta. Karty otrzymywane są bezpłatnie, osoba niepełnosprawna musi jednak przejść ocenę (ang. *assessment*), aby zakwalifikować się do programu. Karta jest przyznawana na 2 lata i uprawnia do korzystania ze wszystkich komercyjnych taksówek w mieście (ze względu na to, że wszystkie są dostosowane do przejazdów osób niepełnosprawnych). Każdy aplikant otrzymuje rocznie 60 przejazdów w ramach TAXICARD (jeśli jest posiadaczem również Freedom Pass uprawniającym do darmowych przejazdów transportem publicznym miejskim) lub 120 przejazdów rocznie (jeśli nie jest posiadaczem Freedom Pass). Nie ma możliwości zwiększenia liczby przejazdów rocznie, ani przekazania karty innej osobie, jednakże w ramach przejazdu osoba niepełnosprawna może przewieźć maksymalnie do 4 dodatkowych pasażerów bezpłatnie. Podobne systemy działają również w innych miastach oraz, co interesujące, na obszarach wiejskich, tak jak w przypadku systemu **TANDRIGE TAXI VOUCHERS**, który jest dostępny w hrabstwie Surrey, a konkretnie w słabo dostępnych obszarach wiejskich oddalonych od miasta. Osoby niepełnosprawne mieszkające na tym terenie otrzymują roczne vouchery w wysokości 154 funtów

¹¹⁴ Ibidem.

¹¹⁵ Ibidem, s. 116.

o sumie 2 funty każdy voucher. Są one przeznaczone na dofinansowanie przejazdu taksówkami lub busami komercyjnymi, z tym że osoba niepełnosprawna sama decyduje, czy woli je wykorzystać na dofinansowanie wielu krótkich podróży lub na kilka dłuższych. Jest to pierwszy taki system wprowadzony w Wielkiej Brytanii na obszarach wiejskich w roku 1996. Odniósł on bardzo duży sukces, umożliwiając osobom niepełnosprawnym z obszarów defaworyzowanych dojazd do miejsca przeznaczenia według zapotrzebowania. Koszt vouchera zostaje zrefundowany taksówkarzom przez Radę Miasta na podstawie złożonych dokumentów.

Wielka Brytania jest uważana za najlepszy przykład powszechnie dostępnych dla osób niepełnosprawnych usług transportowych w UE. Składa się na to bardzo przejrzysty oraz konkurencyjny system subsydiowania przejazdów (jak np. TAXICARD w Londynie) oraz powszechne dostosowanie samochodów przewozowych do potrzeb osób niepełnosprawnych. W wielu miastach dotyczy to 100% samochodów, tak jak np. w Londynie czy też Edynburgu. Jest to bardzo wysoki wskaźnik w porównaniu do mniej niż 15% w Dublinie. Subsydiowanie i otwartość na usługi komercyjne sprawiają, że poziom brytyjskich usług jest wysoki, a także wzrasta konkurencyjność oraz standardy obsługi osób niepełnosprawnych, jednocześnie stając się przykładem dobrej praktyki dla innych krajów Unii Europejskiej w zakresie usług transportowych.

Rozdział 7. Dostępność do e-usług społecznych w UE

Unia Europejska wprowadziła dotychczasowo jedynie ograniczone działania legislacyjne oraz koordynacyjne w zakresie e-usług w krajach członkowskich. W przypadku dostępu do publicznych stron internetowych, nie powstało do tej pory odgórne unijne ustawodawstwo. Istnieją natomiast ograniczone działania w zakresie Otwartej Metody Koordynacji (OMC). Nie zostały podjęte natomiast żadne działania w zakresie zapewnienia dostępności stron internetowych komercyjnych (biznesowych) dla osób niepełnosprawnych. W przypadku usług telefonicznych, istnieje jedynie legislacja dotycząca telefonii stacjonarnej oraz częściowo w zakresie wyposażenia telefonicznego. W przypadku usług telewizyjnych ustawodawstwo dotyczy jedynie telewizji publicznej, nie istnieją natomiast żadne regulacje prawne nakazujące dostosować usługi telewizji prywatnych do osób niepełnosprawnych.

Tabela 15. Aktualna dostępność e-usług w legislacji oraz otwartej metodzie koordynacji w ustawodawstwie Unii Europejskiej.

Sektor		Rozwiązania legislacyjne	Otwarta Metoda Koordynacji (OMC)
Internet	Strony publiczne		✓
	Strony prywatne		
Telefonia	Telefonia stacjonarna	✓	
	Telefonia mobilna		
	Wyposażenie telefoniczne	(✓)	
TV	Usługi telewizyjne	✓	
	Wyposażenie telewizyjne		
Pozostałe TIK	Software oraz Hardware		
	Terminale samoobsługowe		
	Treści cyfrowe	(✓)	
	Pozostałe TIK/elektronika konsumencka		
Technologia wspierająca	Usługi publiczne		
	Usługi komercyjne (produkcja)		

Źródło: *Towards a Framework for Further Development of EU Legislation or other Coordination Measures on eAccessibility*, listopad 2008, s. 14.

W tabeli numer 16 przedstawiono sytuację w zakresie dostępności e-usług w poszczególnych ustawodawstwach krajowych. W przypadku telewizji istnieje praktycznie we wszystkich krajach legislacja dotycząca usług dla osób niepełnosprawnych. Dotyczy to przede wszystkim napisów dla niesłyszących (w ponad 80% krajów), tylko 1/3 krajów wprowadziła jakiegokolwiek udogodnienia w zakresie telewizji dla osób z niepełnosprawnością wizualną, jedynie kilka krajów wprowadziło kwoty programowe, wymagające, aby określony procent programu lub godzin w ramach programu był przystosowany dla osób niepełnosprawnych¹¹⁶. W przypadku dostępności stron internetowych dla osób niepełnosprawnych, mimo wypracowania standardów legislacyjnych przez znaczącą liczbę krajów UE, zdecydowana większość z nich nie osiągnęła większych sukcesów w implementacji prawodawstwa, a także nie posiada narzędzi poza benchmarkingiem i dobrymi praktykami do weryfikacji dostępności usług¹¹⁷. W przypadku dostępności stron internetowych komercyjnych dla osób niepełnosprawnych jedynie cztery kraje podjęły działania ustawodawcze w tym zakresie, są to Włochy, Malta, Niemcy oraz Wielka Brytania¹¹⁸.

Obecne działania UE w zakresie dostosowywania najnowszych technologii do użytkowania przez osoby niepełnosprawne są niewystarczające. Szczególnie w kwestii telefonii komórkowej brak rozwiązań legislacyjnych, a także negocjacji w ramach Metody Otwartej Koordynacji, co przy rosnącej popularności e-usług będzie stanowić coraz większą barierę dostępu dla osób niepełnosprawnych.

¹¹⁶ *Towards a Framework for Further Development of EU Legislation or other Coordination Measures on eAccessibility*, listopad 2008, s. 19.

¹¹⁷ *Ibidem*.

¹¹⁸ *Ibidem*.

Tabela 16. Dostępność e-usług w legislacjach krajowych oraz według innych dokumentów wewnętrznych.

	Internet		Telekomunikacja			Telewizja	
	Publiczne strony	Komercyjne strony	Telefonia Stacjonarna	Mobilna Telefonia	Wyposażenie	Nadawcy	Wyposażenie
Austria	✓	(✓)	✓	✓		✓	
Belgia	✓		✓			✓	
Cypr			✓			✓	
Czechy	✓		✓			✓	
Niemcy	✓	(✓)	✓			✓	
Dania	✓		✓			✓	
Estonia	✓					✓	
Grecja			✓			✓	
Hiszpania	✓		✓	✓		✓	
Finlandia	✓		✓			✓	
Francja	✓		✓			✓	
Węgry	✓		✓			✓	
Irlandia	✓		✓			✓	
Włochy	✓		✓			✓	
Litwa	✓		✓			✓	
Luksemburg			✓				
Łotwa			✓			✓	
Malta	✓	(✓)	✓				
Holandia	✓					✓	
Polska			✓			✓	
Portugalia	✓		✓			✓	
Szwecja	✓		✓			✓	
Słowenia	✓		✓			✓	
Słowacja	✓		✓			✓	
Wielka Brytania	✓	(✓)	✓	✓		✓	

Źródło: *Towards a Framework for Further Development of EU Legislation or other Coordination Measures on eAccessibility*, listopad 2008, s. 14.

Rekomendacje

Poniżej autorzy przedstawiają najważniejsze rekomendacje dla Polski związane z publikacją, a także ewentualne ryzyka i korzyści z wprowadzania innowacyjnych rozwiązań.

Według autorów, w zakresie edukacji Polska powinna podążać za modelem włoskim, który jako pierwszy już od roku 1977 postawił na pełną integrację osób niepełnosprawnych w edukacji oraz likwidację szkół specjalnych. Przeprowadzenie takich rewolucyjnych zmian wiąże się jednak z koniecznością dostosowania istniejących szkół oraz przeszkolenia kadry nauczycielskiej pod kątem kształcenia osób niepełnosprawnych. W tym wypadku model włoski, tzn. zapewnienie w każdej klasie drugiego nauczyciela z uprawnieniami do nauczania osób niepełnosprawnych, wydaje się dobrym rozwiązaniem. Głównymi barierami takiej zmiany mogą być brak przeszkolonej odpowiednio kadry, opór opinii publicznej (w tym nauczycieli i rodziców) – tak jak w przypadku Holandii, a także niewystarczająca infrastruktura. Zaleca się jednakże zwiększenie mobilności polskich nauczycieli w zakresie programów np. Life Long Learning czy Comenius i zapoznawanie ich z doświadczeniami włoskimi – pełnej integracji uczniów niepełnosprawnych.

Model francuski jest interesujący dla Polski ze względu na jego korzenie oparte nie tylko na integracji społecznej, lecz również na solidarności społecznej, co jest szczególnie istotne bacząc na korzenie polskiej transformacji. Polska mogłaby rozważyć wsparcie osób niepełnosprawnych poprzez zaoferowanie bogatszej gamy zasiłków oraz świadczeń, które poprawiałyby ich sytuację na rynku pracy. Model kwot pracowniczych dla średnich oraz dużych przedsiębiorstw byłby logicznym rozwiązaniem zwiększającym pulę miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych. Polska powinna również przyrzeć się zasiłkowi RSA (zapomoga socjalna), który wspiera nie tylko osoby niepełnosprawne, ale także tzw. ubogich pracujących oraz osoby niepełnosprawne, które podejmują pracę, w wyniku czego osoby pracujące, ale nieosiągające pewnego progu dochodowego mogłyby pobierać zasiłek. W ten sposób państwo polskie mogłoby promować aktywność zawodową osób niepełnosprawnych, gdyż podejmowanie pracy byłoby opłacalne. Wprowadzenie świadczeń modelu francuskiego wiązałoby się jednak ze znacznym obciążeniem budżetu państwa, mimo to wprowadzenie kwot pracowniczych powinno być rozważone.

W przypadku Wielkiej Brytanii charakterystyczne jest działanie państwa w kierunku zaktywizowania osób niepełnosprawnych na rynku pracy, tak aby jedynie osoby w zupełności niezdolne do pracy nie podejmowały zatrudnienia. Doświadczenie to jest cenne dla Polski, jako przykład odejścia od pomocy społecznej w kierunku zatrudnienia, poprzez weryfikację wcześniej wydanych zaświadczeń o niepełnosprawności. System ten mógłby zmniejszyć obciążenia polskiego budżetu zasiłkami dla osób niepełnosprawnych, jednocześnie promując ich zatrudnienie i integrację zawodową w Polsce. Zagrożeniem dla tego modelu jest możliwy brak poparcia społecznego dla takiego podejścia, a także niewystarczająca ilość miejsc pracy dostosowanych dla osób niepełnosprawnych. Inne ryzyko to możliwość wypaczeń oraz skierowania do pracy osób trwale niezdolnych do aktywności zawodowej.

Doświadczenia irlandzkie powinny być istotne dla Polski ze względu na wskazanie systemu, w którym pracownicy socjalni i osoby zajmujące się sektorem osób niepełnosprawnych otrzymują wysokie wynagrodzenia, a system jest bardzo dobrze dofinansowany. Problemem, który należy wziąć pod uwagę jest względna nieefektywność systemu, a także brak nastawienia na efekty/rezultaty oraz konkurencyjności na rynku usług. Irlandia posiada również instytucje National Disability Authority, która wyróżnia się ofertą w zakresie badań oraz raportów akademickich nad usługami w zakresie niepełnosprawności.

System holenderski w zakresie usług medycznych oraz opiekuńczych może być traktowany przez Polskę jako wzorcowy, bardzo dobrze zarządzany, posiadający efektywny system opieki medycznej i rehabilitacyjnej osób niepełnosprawnych. Modelowe rozwiązania, takie jak personalny budżet pozwalają osobom niepełnosprawnym dofinansowywać dokładnie te usługi, których potrzebują. Sytuację osób niepełnosprawnych poprawia również szeroka dostępność usług, takich jak m.in. opieka zastępcza, czy też alternatywnych rozwiązań mieszkaniowych (klastry domów dla osób niepełnosprawnych). Szczególnie zaleca się wprowadzenie eksperymentalnie w niektórych regionach lub województwach Polski instytucji personalnego budżetu, jako bardziej efektywnego oraz możliwego do wykorzystania np. w przypadku, gdy osobą niepełnosprawną zajmuje się członek rodziny. Innym rozwiązaniem, które powinno zostać wprowadzone w Polsce są usługi w zakresie rozwiązań mieszkaniowych, np. osiedla klastrów powiązane z całodobową opieką dla osób niepełnosprawnych. Rozwiązania dotyczące opieki krótkoterminowej, zastępczej oraz długoterminowej są również bardzo cenne dla naszego kraju. Autorzy podkreślają konieczność współpracy ośrodków decyzyjnych oraz instytucji usług społecznych z instytucjami holenderskimi w ramach wymiany doświadczeń, a także wprowadzania projektów innowacyjnych.

Wielka Brytania stworzyła jeden z najbardziej innowacyjnych systemów usług społecznych, gdzie już w latach 90. ubiegłego wieku wprowadzono bezpośrednie transfery i budżety personalne. Stworzenie nowoczesnego oraz nastawionego na

potrzeby klienta katalogu usług społecznych dla osób niepełnosprawnych zapewniłoby większą efektywność oraz przejrzystość. Cennym doświadczeniem brytyjskim jest również nastawienie na wyniki/rezultaty oraz powszechne zastosowanie przetargów przy wyborze oferentów.

Poniżej autorzy przedstawiają najważniejsze rekomendacje dla Polski związane z rozwiązaniami dotyczącymi wybranych usług komercyjnych dla osób niepełnosprawnych w krajach UE/EFTA:

Holandia (usługi mieszkaniowe) – bardzo interesującym oraz wartym implementacji jest holenderski model mieszkalnictwa klasterowego. Poprzez komercyjne usługi oferowane m.in. w ramach Thomas Houses oraz Stichting Fokus osoby niepełnosprawne mają unikalną możliwość samodzielnego życia (ang. *independent living*) jednocześnie posiadając asortyment usług wsparcia na żądanie. Imponująca jest również rozległa sieć takich usług – tylko w przypadku sieci Fokus jest to ponad 1 300 domów w 90 lokalizacjach pokrywających wszystkie regiony administracyjne Holandii. Wsparcie inicjatyw tworzenia mieszkalnictwa klasterowego z pewnością wpłynęłoby na możliwość realizacji niezależnego życia przez osoby niepełnosprawne w Polsce, niezbędne jednak byłyby subsydia oraz wsparcie takiej inicjatywy komercyjnej poprzez władze krajowe.

Wielka Brytania (usługi mieszkaniowe) – model brytyjski jest ciekawy ze względu na wprowadzenie paradygmatu tzw. niezależnego życia (ang. *supported living*) osoby niepełnosprawnej wraz z zapewnionym wsparciem i nadzorem opiekuna, który jednakże nie mieszka z osobą niepełnosprawną. Istotne jest też rozdzielenie między usługą mieszkaniową, a opiekunczą, pozwalającą na większą swobodę i niezależność osób niepełnosprawnych. Dla Polski szczególnie interesujący jest *Key Ring Project*, który może służyć jako dobra praktyka niskokosztowego wsparcia grup ON mieszkających w pobliżu siebie.

Wielka Brytania (płatności bezpośrednie) – wprowadzenie takiego rozwiązania w Polsce wpłynęłoby pozytywnie na efektywność dostarczania usług komercyjnych dla osób niepełnosprawnych ze względu na wprowadzenie konkurencji dla dostawców usług społecznych, jednocześnie zwiększając nacisk na jakość i standardy dostarczanej usługi. Płatność za efekt/wynik umożliwiłaby usługodawcom komercyjnym (w tym fundacjom oraz NGOsom) rozwinąć silny wachlarz usług komercyjnych dla osób niepełnosprawnych, często efektywniejszych i bardziej dostosowanych (ang. *tailor-made*) pod potrzeby beneficjentów.

Holandia (budżet personalny) – rozwiązanie holenderskie jest innowacyjne w stosunku do brytyjskiego, gdyż pozwala na wykorzystanie pieniędzy publicznych na zakup usług komercyjnych dostarczanych również poprzez rodzinę, sąsiadów oraz znajomych. Wraz ze specjalnym modelem szkoleń dla opiekunów domowych. Umożliwia to profesjonalizację opieki domowej. Jednocześnie rozwiązanie to jest przykładem pozytywnej roli państwa w prze-

ciwdziałaniu dyskryminacji kobiet na rynku pracy, gdyż zdecydowana większość niepłatnych prac opiekuńczych w rodzinach osób niepełnosprawnych jest wykonywana przez kobiety. Wprowadzenie możliwości chociaż częściowej odpłatności za usługi opieki nad ON sprawowane przez rodzinę w Polsce byłoby miłym krokiem w zakresie uznania pracowników tej nieodpłatnej „szarej strefy”.

Niemcy (budżet personalny) – w niemieckim rozwiązaniu ciekawe jest wprowadzenie specjalnego dodatku na zarządzanie administracją i dokumentacją związaną z budżetem personalnym, co często sprawia trudności osobom niepełnosprawnym. Z punktu widzenia efektywności, istotne jest wprowadzenie tzw. części budżetu celowego, w ramach którego osoba niepełnosprawna zobowiązuje się do realizacji określonych celów.

Irlandia (usługi mobilności i transportu ON) – z modelu irlandzkiego Polska powinna czerpać wzorce w zakresie modernizacji i dostosowania usług transportowo-mobilnościowych do potrzeb osób niepełnosprawnych. Dobra praktyka usługi komercyjnej prowadzonej przez NGO jest VANTASTIC, niskokosztowy system komunikacji transportowej dla osób niepełnosprawnych w stolicy Irlandii;

Wielka Brytania (usługi mobilności i transportu ON) – posiada jedno z najbardziej efektywnych rozwiązań w zakresie mobilności osób niepełnosprawnych w UE oraz na świecie. Wiele z brytyjskich miast kompletnie dostosowało swoją flotę taksówek do potrzeb osób niepełnosprawnych, tak jak np. Londyn, którego słynne „black cabs” są obecnie przystosowane w 100% do tych działań. Innym interesującym z punktu widzenia polskich miast oraz gmin rozwiązaniem są karty lub vouchery uprawniające osoby niepełnosprawne do określonej liczby subsydiowanych przejazdów w ramach usług komercyjnych.

W zakresie e-usług Polska pozostaje jednym z niewielu krajów w UE, który nie uregulował dostępności stron internetowych dla osób niepełnosprawnych. Istnieją również braki w legislacji dotyczące programów telewizyjnych dla osób niepełnosprawnych (szczególnie w mediach prywatnych). Zupełny brak legislacji w zakresie telefonii komórkowej dla osób niepełnosprawnych.

Bibliografia

1. Albo A., Moreno F., *Discapacidad y Mercado de Trabajo*, Gente Interactiva S. L, ISBN: 84-609-0079-7.
2. *Advice Paper to the Value for Money and Policy Review of Disability Services Programme: A Contemporary Developments in Disability Services Paper*, National Disability Authority Ireland, lipiec 2010.
3. Barral C., Velche D., *ANED Country Report on Equality of Educational and Training Opportunities for Young Disabled People: Final Report*, ANED, maj 2010, http://www.disability-europe.net/content/aned/media/FR-12-ANED%202010%20Task%205%20request-11%20-%20report_final.pdf, pobrano: 24.08.2012.
4. Benedetti M., Micangelli A., *ANED Country Report on Quality of Educational and Training Ppportunities for Young Disabled People: Italy*, ANED 2010.
5. Bonikowska M., Grewiński M. (red.), *Usługi społecznie odpowiedzialnego biznesu*, z serii: *Nowa polityka społeczna*, WSP TWP w Warszawie, Warszawa 2011.
6. *Care Services Effliency Delivery*, Key Ring Living Support Networks, listopad 2009.
7. Daniels H., *Inclusive Education*, World Yearbook of Education 1999.
8. *Developing Services for People with Disabilities: A Synthesis Paper Summarizing the Key of Learning Experiences in Selected Jurisdiction as at October 2010*, NDA Ireland Report, październik 2010, [http://www.nda.ie/cntmgmtnew.nsf/0/FF7105D82D4C7E6D80257877005A-8745/\\$File/SynthesisReport.pdf](http://www.nda.ie/cntmgmtnew.nsf/0/FF7105D82D4C7E6D80257877005A-8745/$File/SynthesisReport.pdf), pobrano: 8.05.2014.
9. *Disability Employment Support: Fulfilling Potential*, Department for Work and Pensions, 2012.
10. *Employment Policy and Practice for People with Disabilities in Three International Jurisdictions*, National Disability Authority, Ireland 2009.
11. *European Disability Strategy 2010-2020: A Renewed Commitment to a Barrier-Free Europe*, European Commission, listopad 2010.
12. *Eurydice Report on Organization of Educational System in Italy 2009/2010*, European Commission, http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/eurybase/eurybase_full_reports/it_en.pdf, pobrano: 24.08.2012.

13. *Eurydice Report on Organization of Educational System in Romania 2009/2010*, European Commission, http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/eurybase/eurybase_full_reports/ro_en.pdf, pobrano: 10.08.2012.
14. Grewiński M., Przedecka E. (red.), *Podręcznik usług społecznych – przykład Niemiec*, z serii: *Współczesna polityka społeczna*, WSP im. J. Korczaka w Warszawie, Warszawa 2013.
15. Grewiński M., Rymśa M. (red.), *Polityka aktywizacji w Polsce. Usługi reintegracji w sektorze gospodarki społecznej*, z serii: *Nowa polityka społeczna*, WSP TWP w Warszawie, Warszawa 2011.
16. Grewiński M., Skrzypczak B. (red.), *Superwizja pracy socjalnej*, z serii: *Nowa polityka społeczna*, WSP im. J. Korczaka w Warszawie, Warszawa 2014.
17. Grewiński M., Skrzypczak B. (red.), *Środowiskowe usługi społeczne – nowa perspektywa polityki i pedagogiki społecznej*, WSP TWP w Warszawie, Warszawa 2011.
18. Grewiński M., Więckowska B. (red.), *Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce*, z serii: *Nowa polityka społeczna*, WSP TWP w Warszawie, Warszawa 2011.
19. *Health and Personal Social Services for People with Disabilities in England*, National Disability Authority of Ireland, styczeń 2011.
20. *Health and Personal Social Services for People with Disabilities in the Netherlands*, National Disability Authority of Ireland, styczeń 2011.
21. Kerins A., *Towards Best Practice in Provision of Transport Services for People with Disabilities in Ireland*, NDA Ireland, [http://www.nda.ie/cntmgmtnew.nsf/0/05F69E6DCA8CBFE580256E6300311E57/\\$File/transport.pdf](http://www.nda.ie/cntmgmtnew.nsf/0/05F69E6DCA8CBFE580256E6300311E57/$File/transport.pdf), pobrano: 10.05.2014.
22. Nicolas M., Robert M. J., *Les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés*, Les Travaux de l'Observatoire; <http://travail-emploi.gouv.fr>, pobrano: 25.07.2012.
23. Plak J., *Osoby niepełnosprawne: Szanse i zagrożenia godnego funkcjonowania w nowoczesnym społeczeństwie*, WSP TWP w Warszawie, Warszawa 2011.
24. Plaisance E., *L'Éducation inclusive entre les orientations internationales et les contextes nationaux*, Les Carnets de la Persagotière, Publication de l'Institut public la Persagotière, Nantes, październik 2011, <http://90plan.ovh.net/~lapersag/images/Telechargement/carnets/38-%20e%20plaisance.pdf>, pobrano: 24.08.2012.
25. Roulstone A., Barnes C., *Working Futures: Disabled People, Policy and Social Inclusion*, The Policy Press, University of Bristol 2005.
26. Roulstone A., Prideaux S., Priestley M., Woodin S., *Report on Unemployment of Disabled People in European Countries*, ANED 2010.

27. Sayce L., *Getting In, Staying In and Getting On: Disability Employment Support*, Department for Work and Pensions 2012.
28. Schoonheim J., *ANED Country Report on the Implementation of Policies Supporting Independent Living for Disabled People – Netherlands*, ANED 2009.
29. Schuman H., *Education in the Netherlands, Recent Developments and the Debate on Integration and Inclusion*, ICEVI EUROPE, źródło: <http://www.icevi-europe.org/enletter/issue48-06.pdf>, pobrano: 5.08.2012.
30. Smits J., *ANED Country Report on Equality of Educational and Training Opportunities for Young Disabled People: The Netherlands*, ANED 2010.
31. Strati E., *ANED Country Report on Equality of Educational and Training Opportunities for Disabled People: Greece*, ANED 2010.
32. Šiška J., Novosad L., *ANED Country Report on Equality of Educational and Training Opportunities for Young Disabled People*, ANED 2010.
33. *Towards a Framework for Further Development of EU Legislation or other Coordination Measures on eAccessibility*, listopad 2008.
34. Waldschmidt A., *ANED Country Report on the Implementation of Policies Supporting Independent Living for Disabled People – Germany*, ANED.
35. Wood A., Greg R., *Supported Living – Making the Move report*, NDTi Discussion Paper One, http://www.housingoptions.org.uk/general_information/gi_resources_docs/Supported_Living.pdf, pobrano: 8.05.2014.
36. Wyczęsany J., Gajdzica Z., *Edukacja i wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością w wybranych krajach europejskich*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2005.
37. Velche D., Ville I., Ravaud J. F., *Report on the Employment of Disabled People in European Countries: France*, ANED 2010.

Netografia

1. www.agefiph.fr
2. www.direct.gov.uk
3. www.empleo.gob.es
4. www.remploy.co.uk
5. www.kana.sosnowiec.pl
6. www.nationaltransport.ie
7. www.nda.ie
8. www.pgb.nl

