

# Działania instytucjonalne na rzecz osób niepełnosprawnych

Magdalena Florek-Łuszczki<sup>1</sup>, Stanisław Lachowski<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie

Florek-Łuszczki M, Lachowski S. Działania instytucjonalne na rzecz osób niepełnosprawnych. Med. Og. Nauk Zdr. 2013; 19(4): 480–484.

## Streszczenie

**Wprowadzenie.** Osoby z niepełnosprawnością, poza problemami zdrowotnymi, zwykle borykają się z ograniczeniami w funkcjonowaniu na płaszczyźnie społecznej, zawodowej, ekonomicznej. W celu poprawy sytuacji życiowej osób niepełnosprawnych powoływane są instytucje, których celem jest rehabilitacja, wspieranie aktywności i pomoc materialna, jak też podejmowane są działania pozainstytucjonalne, w głównej mierze realizowane w obrębie grup samopomocowych.

**Cel pracy.** Celem pracy jest ukazanie niektórych działań instytucjonalnych na rzecz osób z niepełną sprawnością.

**Stan wiedzy.** Działania instytucjonalne podejmowane na rzecz osób niepełnosprawnych mają charakter długofalowy i wielopłaszczyznowy, polegają na redukcji barier fizycznych, ale nade wszystko powinny prowadzić do likwidacji barier społecznych, na które napotykać niepełnosprawni. Wśród instytucji o zasięgu ogólnopolskim działających na rzecz niepełnosprawnych znajdują się m.in. PFRON, Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych, organy pomocy społecznej.

**Podsumowanie.** Negatywne zmiany w strukturze demograficznej naszego społeczeństwa oraz związany z tym wzrost liczby osób dotkniętych niepełnosprawnością będą coraz bardziej istotną kwestią społeczną. Wymusza to podjęcie kroków prawnych w ramach polityki społecznej, których celem będzie zabezpieczenie społeczne i socjalne osób o niepełnej sprawności. Istotą szeroko zakrojonych i skoordynowanych działań wielu instytucji powinno być przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu tych osób, ale również przygotowanie odpowiedniego pola do ich aktywności.

## Słowa kluczowe

niepełnosprawność, działania instytucjonalne, wsparcie

## WPROWADZENIE

Niepełnosprawność to zjawisko społeczne w coraz większym stopniu dotyczące mieszkańców Polski, jak również społeczeństw innych krajów europejskich, które borykają się z problemem regresywnej struktury społecznej. Starzenie się społeczeństw w głównej mierze jest efektem malejącej liczby urodzeń przy jednoczesnym wydłużaniu się przeciętnej długości życia. W konsekwencji tego procesu rośnie liczba osób o ograniczonej sprawności. Innymi źródłami niepełnosprawności są między innymi urazy doznane podczas wypadków, a także następstwa chorób nagłych (udar mózgu, zawał serca, schorzenia neurologiczne, uraz psychiczny), choroby dziedziczne i wady wrodzone oraz choroby przewlekłe (m.in. choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, schorzenia narządu ruchu, schorzenia neurologiczne, uszkodzenia i choroby narządu słuchu i wzroku) [1]. Osoby z niepełnosprawnością, poza problemami zdrowotnymi, zwykle borykają się z ograniczeniami w funkcjonowaniu na płaszczyźnie społecznej, zawodowej, ekonomicznej. Szczególnie negatywnie odczuwane są bariery utrudniające im pełnienie ról społecznych i uczestnictwo w życiu społecznym. Bariery te mogą wynikać z czynników subiektywnych, którymi bez wątpienia są postawy zarówno samych osób niepełnosprawnych, jak i otoczenia wobec niepełnosprawności, jak też czynniki obiektywne wyrażające się brakiem regulacji prawnej zakazującej dyskryminacji z jakichkolwiek przyczyn, niedostosowaniem środowiska, brakiem dostępu

do dobrej edukacji, kształcenia zawodowego i odpowiedniego zatrudnienia [2].

W celu poprawy sytuacji życiowej osób niepełnosprawnych powoływane są instytucje, których celem jest rehabilitacja, wspieranie aktywności i pomoc materialna. Ze względu na ich wielość i różnicowanie, biorąc pod uwagę obszary działalności, zasięg, formy realizacji zadań, w artykule omówiono tylko wybrane formy działań i uregulowań prawnych na rzecz osób z niepełną sprawnością, realizowanych na różnych poziomach administracji publicznej, jak również o zasięgu międzynarodowym.

## CEL PRACY

Celem pracy jest ukazanie niektórych działań instytucjonalnych na rzecz osób z niepełną sprawnością.

## STAN WIEDZY

Samo pojęcie niepełnosprawności przechodziło ewolucję. Przez pierwszą część XX wieku w społeczeństwach Zachodu była ono utożsamiane z „wadą” ciała lub umysłu. Ludzie niepełnosprawni kojarzeni byli wyłącznie z osobami „przykutymi” do wózków inwalidzkich, kalekimi, „ofiarami” chorób takich jak porażenie mózgowie, niewidzący i niesłyszący oraz upośledzonymi psychicznie [3]. Pomimo rozwoju wiedzy dotyczącej sfery niepełnosprawności, w rozważaniach na jej temat wciąż brak jest ujednoliconej terminologii.

W literaturze oraz w przepisach prawnych spotkać można różne nazewnictwo określające stan niepełnosprawności, są to: kalectwo, inwalidztwo, ułomność, odchylenie od normy,

Adres do korespondencji: Magdalena Florek-Łuszczki, Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie  
e-mail: magdalena.florek@wp.pl

Nadesłano: 9 kwietnia 2013 roku; Zaakceptowano do druku: 1 czerwca 2013.

defekt fizyczny lub psychiczny, upośledzenie [4]. Pewną próbę uporządkowania i ujednoczenia określeń związanych z niepełnosprawnością podjęła Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO), wyróżniając i definiując trzy pojęcia uwzględniające stan zdrowia człowieka:

- uszkodzenie (impairment) – odnoszące się do dysfunkcji, nieprawidłowości organizmu wyrażonych w kategoriach biomedycznych;
- niepełnosprawność (disability) – oznaczające ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności fizycznych i psychicznych;
- upośledzenie (handicap) – pokazujące, jaki jest zakres ograniczenia sprawności uniemożliwiającej jednostce pełnienie ról społecznych [5].

W Polsce najczęściej cytowaną definicją niepełnosprawności jest ta zawarta w Ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych [6]. Zgodnie z tym aktem prawnym, za niepełnosprawne uważa się „osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolności wykonywania pracy zawodowej, jeśli uzyskały orzeczenie: o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności albo orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, a jeżeli nie ukończyły 16 roku życia – orzeczenie o rodzaju i stopniu niepełnosprawności”. Wśród wspomnianych trzech stopni niepełnosprawności, zgodnie z ustawą, wyróżnia się stopień:

- 1) znaczny (odnosi się do osób z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolnych do pracy albo zdolnych do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagających, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji);
- 2) umiarkowany (zalicza się tu osoby z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolne do pracy albo zdolne do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagające czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych);
- 3) lekki (dotyczy osób o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazują osoby o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mających ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne).

W literaturze przedmiotu oraz w analizach statystycznych charakteryzujących skalę niepełnosprawności stosuje się zwykle podział na dwie podstawowe kategorie, tj. osoby niepełnosprawne prawnie (posiadające odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony) oraz osoby niepełnosprawne biologicznie (czyli osoby, które nie posiadają takiego orzeczenia, ale odczuwają ograniczenia sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku, takich jak np. praca, zabawa, nauka, samoobsługa).

Ze wstępnych danych NSP z 2011 r. wynika, że populacja osób z niepełną sprawnością stanowi obecnie 12,2% (ok. 4,7 mln). Udział kobiet wśród niepełnosprawnych jest wyższy i wynosi 53,9% wobec 46,1% dla mężczyzn. Wydaje się, że niepełnosprawność części dotyczy mieszkańców

miast niż wsi [7]. Wedle danych pochodzących z badań aktywności ekonomicznej ludności (BAEL), w 2009 roku niemal 40% niepełnosprawnych posiadało co najwyżej wykształcenie gimnazjalne. Wskaźnik ten dla całej populacji kształtuje się na poziomie 24%. Brak wykształcenia jest problemem dotyczącym przede wszystkim osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności, wśród których w 2007 prawie 61% legitymowało się wykształceniem gimnazjalnym i niższym. Osoby niepełnosprawne istotnie rzadziej zdobywają również wykształcenie na poziomie średnim i policealnym (odpowiednio 25,7% do 34,8% w całej populacji). Odsetek posiadaczy dyplomu ukończenia studiów wyższych jest niemal trzykrotnie niższy w grupie osób niepełnosprawnych (6%) niż ogółem wśród Polaków (16%) [8].

Populacja osób niepełnosprawnych często napotyka na szereg ograniczeń oraz barier, które w znaczący sposób utrudniają im funkcjonowanie w społeczeństwie. Ze względu na ich istotę zwykle dzieli się je na: społeczne i fizyczne, a te z kolei na fizjograficzne oraz techniczne (w tym architektoniczne, urbanistyczne, komunikacyjne i funkcjonalne) [9, 10]. Istotnym i dotkliwym problemem, jednocześnie trudnym do rozwiązania, są bariery społeczne, często wynikające z charakterystycznej dla współczesnych społeczeństw skłonności do wartościowania. Niepełnosprawni traktowani są jako nieproduktywni ekonomicznie członkowie społeczeństwa, stanowiący dodatkowe obciążenie dla budżetu państwa. Funkcjonujące stereotypy nie pozwalają na uznanie osób z ograniczoną sprawnością za wartościowe, a jedynie za niezaradne życiowo i nastawione roszczeniowo wobec otoczenia [11]. Rozpatrywanie niepełnosprawności poprzez wymiar funkcjonowania osoby w społeczeństwie przyczynia się także do kumulacji rozmaitych utrudnień w wielu wymiarach jej sytuacji życiowej, dążeń, aspiracji [12]. Ograniczenia w pełnieniu ról zawodowych i społecznych grożą z kolei marginalizacją społeczną prowadzącą niekiedy do wykluczenia [2].

Walka z barierami i ograniczeniami, z jakimi spotykają się niepełnosprawni, nie jest zadaniem prostym. Podejmowane działania na rzecz poprawy jakości życia osób z niepełną sprawnością muszą mieć charakter długofalowy i wielopłaszczyznowy, a zatem polegać na redukcji barier fizycznych, ale nade wszystko powinny prowadzić do likwidacji barier społecznych. Warto podkreślić, że chociaż zmiana sytuacji życiowej niepełnosprawnych w dużej mierze zależy od nich samych i ich stosunku do własnych ograniczeń, to zwykle nieodzowne jest również wsparcie ze strony powołanych do tego instytucji oraz osób tworzących inicjatywy pozainstytucjonalne. Wsparcie to najczęściej określane jest jako szczególny sposób i rodzaj pomocy udzielanej poszczególnym osobom i grupom, głównie w celu mobilizacji sił, potencjału zasobów, które zachowali, aby mogli sami sobie radzić ze swoimi problemami. W zależności od udzielanego wsparcia, dzieli się je na: wsparcie informacyjne, emocjonalne, materialne, przez świadczenia [13].

Działania instytucjonalne na rzecz osób niepełnosprawnych przebiegają wielotorowo i mają swoje umocowanie prawne w dokumentach międzynarodowych, jak też realizowane są na poziomie polskiej administracji rządowej i samorządowej.

Uregulowania prawne o zasięgu międzynarodowym to w szczególności zapisy znajdujące się w aktach uniwersalnych, m.in. Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka ONZ (art. 25) [14], Międzynarodowym Pakcie Praw Gospodar-

czych, Społecznych i Kulturalnych (m.in. art. 9 i 12) [15], a także w dokumentach Międzynarodowej Organizacji Pracy, w szczególności w Konwencji nr 159 dotyczącej rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych, przyjętej w Genewie 20 czerwca 1983 r. [16]. Wśród ważnych dokumentów o zasięgu międzynarodowym, mających na celu ochronę i wsparcie osób niepełnosprawnych, znalazły się również: Światowy Program Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych z 1982 r., Wytyczne dla Działań z Rozwoju Zasobów Ludzkich w Dziedzinie Niepełnosprawności z Tallina z 1990 r., Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych z 1993r. [17].

Wejście Polski w strukturę Unii Europejskiej zobligowało ją do respektowania unijnych aktów prawnych. Dokumenty Unii wskazują na te obszary działań, które powinny podejmować państwa członkowskie, aby zapewnić osobom niepełnosprawnych jak najpełniejszy udział w życiu społecznym [18]. Jednym z najważniejszych kroków w jej polityce wobec niepełnosprawności było podpisanie w 1997 r. Traktatu Amsterdamskiego. Był on pierwszym traktatem, w którym Unia odniosła się bezpośrednio do kwestii niepełnosprawności. Nałożono w nim obowiązek przeciwdziałania dyskryminacji osób niepełnosprawnych, na jego skutek znacznie zwiększył się też zakres inicjatyw podejmowanych przez Unię w kierunku prowadzenia spójnej polityki na rzecz osób z niepełnosprawnością. W 2002 r. na Europejskim Kongresie na rzecz Osób Niepełnosprawnych w Madrycie uchwalono Deklarację Madrycką, która akcentuje równość osób o niepełnej sprawności wynikającą z Deklaracji Praw Człowieka i nawołuje m.in. do zmiany postaw społecznych wobec niepełnosprawnych, wsparcia ich rodzin, aktywizacji zawodowej, zmiany uregulowań prawnych [19]. Istotną rolę odegrały również takie dokumenty, jak Karta Podstawowych Praw Socjalnych Pracobiorców w Krajach Wspólnoty Europejskiej (art. 26) oraz Karta Praw Podstawowych (rozdział III, art. 21 i 26) [20].

Strategia Unii Europejskiej wobec niepełnosprawności to przede wszystkim:

- wyrównywanie regionalnych nierówności w sytuacji niepełnosprawnych obywateli Wspólnoty w poszczególnych krajach członkowskich,
- upowszechnianie problematyki niepełnosprawności we wszystkich inicjatywach podejmowanych przez Komisję Europejską,
- wzmacnianie współpracy między krajami członkowskimi, zbieranie i wymiana informacji, danych statystycznych i przykładów dobrej praktyki,
- uwrażliwianie społeczeństwa oraz władz państwowych na prawa i potrzeby osób z niepełnosprawnością,
- ścisła współpraca Komisji Europejskiej z organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych [19].

Na terenie Polski do działań na rzecz osób z niepełną sprawnością obliguje również Konstytucja RP, która w art. 68 ust.3 nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej osobom niepełnosprawnym, a w art.69 obowiązek określenia w ustawie pomocy dla osób niepełnosprawnych w zabezpieczeniu ich egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej [21]. Ważnym dokumentem określającym prawa wymienionych osób jest Karta Praw Osób Niepełnosprawnych uchwalona przez Sejm RP w 1997 r. [22].

Konsekwencją uregulowań prawnych jest powołanie w Polsce instytucji, których celem jest realizacja zadań zawartych w dokumentach. Najbardziej znaną zinstytucjonalizowaną inicjatywą, utworzoną mocą ustawy z dnia 9 maja 1991 r., jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). Jest on funduszem celowym, którego głównym zadaniem jest finansowe wspomaganie systemu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych. Fundusze przeznaczane są m.in. na likwidację barier architektonicznych i komunikacyjnych, zaopatrzenie osób indywidualnych w sprzęt rehabilitacyjny, ortopedyczny oraz środki pomocnicze, przystosowanie i wyposażenie nowych i istniejących miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych, tworzenie warsztatów terapii zajęciowej i zakładów aktywności zawodowej [23]. Poza PFRON, wśród największych instytucji o zasięgu ogólnopolskim, działających na rzecz niepełnosprawnych znajduje się Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych. Do jego głównych zadań należy: m.in. opracowanie projektów programów rządowych dotyczących poprawy warunków życia społecznego i zawodowego tychże osób; inicjowanie i koordynowanie działań zmierzających do ograniczenia skutków niepełnosprawności i barier utrudniających osobom niepełnosprawnym funkcjonowanie w społeczeństwie, współpraca z organizacjami pozarządowymi [24].

Po reformie ustrojowej państwa oraz nowelizacji ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, realizacja znacznej części zadań dotyczących osób niepełnosprawnych, w szczególności z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej, powierzona została samorządom terytorialnym – wojewódzkim i powiatowym. Zadania samorządu województwa zostały określone w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 6 sierpnia 2004 r. w sprawie określenia zadań samorządu województwa, które mogą być dofinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych [25], a zadania powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych [26]. System wsparcia instytucjonalnego wobec osób z niepełną sprawnością na poziomie gmin realizowany jest głównie za pośrednictwem pomocy społecznej, która wykonuje zadania polityki społecznej w zakresie zabezpieczenia społecznego w ramach ośrodków pomocy społecznej, domów pomocy społecznej, warsztatów terapii zajęciowej [27]. Pomoc społeczna może realizować swoje działania samodzielnie lub w partnerstwie z organizacjami społecznymi, pozarządowymi, Kościołem, związkami wyznaniowymi oraz osobami fizycznymi i prawnymi [28].

Organy administracji rządowej, samorządowej oraz organizacje pozarządowe włączone są w realizację celu operacyjnego nr 10 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015, pt. Tworzenie warunków dla aktywnego życia osób niepełnosprawnych. Głównymi zadaniami administracji rządowej są m.in.: działania na rzecz zwiększenia uczestnictwa osób niepełnosprawnych w dostępie do m.in.: edukacji, kultury, świadczeń zdrowotnych, sportu i turystyki, poprawa dostępności do nowoczesnego sprzętu ortopedycznego, udoskonalanie przepisów techniczno-budowlanych zapewniających dostępność osobom niepełnosprawnym do obiektów budowlanych użyteczności publicznej i mieszkań w budyn-



kach wielorodzinnych, poprawa dostępności do różnych form kształcenia ustawicznego osób niepełnosprawnych. Zadania administracji samorządowej to przede wszystkim: umacnianie działań na rzecz stworzenia przyjaznego i bezpiecznego środowiska bytowego dla niepełnosprawnych, przybliżenie usług rehabilitacyjnych do miejsca zamieszkania pacjenta, połączenie działań pracowników zajmujących się rehabilitacją i pracowników socjalnych. Z kolei organizacjom pozarządowym przypisane jest wykorzystanie instrumentów międzynarodowych z zakresu ochrony praw człowieka (ze szczególnym uwzględnieniem niepełnosprawnych), działania na rzecz aktywnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w społeczeństwie, stymulowanie rozwoju ruchu społecznego oraz wspieranie samorządu lokalnego i organizacji pozarządowych w działaniach na rzecz poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych [29].

Obok działań instytucjonalnych skierowanych do całej populacji osób niepełnosprawnych w Polsce, realizowane są również zadania, których odbiorcami są niepełnosprawni z określonymi problemami zdrowotnymi. Skupiają się oni w instytucjach i organizacjach o zasięgu ogólnopolskim, jak np. Polski Związek Niewidomych, Polski Związek Głuchych, Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem, jak też w działających lokalnie instytucjach i organizacjach. Wg ogólnopolskiej bazy organizacji i instytucji działających na rzecz osób niepełnosprawnych i chorych, w Polsce funkcjonuje ich ponad 17 tys. [30].

Celem działalności wymienionych instytucji i organizacji, jak też innych niewymienionych w artykule, a które licznie funkcjonują w Polsce, jest prowadzenie szeroko pojętej rehabilitacji. Działania rehabilitacyjne rozwija się ze względów humanitarnych, społecznych i ekonomicznych [31]. Pojęcie rehabilitacji osób niepełnosprawnych definiowane jest najczęściej jako kompleksowy proces zespołowych działań (medycznych, zawodowych i społecznych), mających na celu przywrócenie tym osobom pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym [32]. Wśród działań rehabilitacyjnych wyróżnia się jej kilka rodzajów.

- Rehabilitacja medyczna (lecznicza) – to proces opieki leczniczej, mający na celu zapobieganie, przywracanie i rozwój funkcjonalnych sprawności osoby w celu umożliwienia jej uzyskania samodzielności i prowadzenia aktywnego życia (zmniejszenie lub złagodzenie skutków chorób i urazów oraz skorygowanie wad wrodzonych przy pomocy środków leczniczych).
- Rehabilitacja zawodowa – jest procesem przygotowania osoby niepełnosprawnej do pracy zgodnej z jej psychofizycznymi możliwościami i kwalifikacjami.

W procesie tym przestrzegane są 4 etapy: poradnictwo zawodowe, przygotowanie zawodowe, zatrudnienie i opieka rehabilitacyjna oraz socjalna.

- Rehabilitacja społeczna – to część procesu rehabilitacji, która ma na celu integrację człowieka o naruszonej sprawności psychicznej lub fizycznej ze środowiskiem społecznym.
- Rehabilitacja środowiskowa – to system skoordynowanych działań w miejscu zamieszkania, wykorzystujący wszystkie instytucje i organizacje oraz usługi służące rehabilitacji danej osoby, w celu zaspokojenia jej potrzeb zdrowotnych, psychicznych, zawodowych i społecznych [33].

Ostatecznym celem wszelkich działań instytucjonalnych, w tym m.in. rehabilitacyjnych, jest zapewnienie osobom niepełnosprawnym jak najlepszej jakości życia, ale także wzrostu samodzielności i jak najpełniejszej partycypacji w życiu społecznym, integracji społecznej [34]. Warto jednak podkreślić, że instytucjonalnie wciąż największe znaczenie dla życia i funkcjonowania osób niepełnosprawnych w Polsce ma pomoc opiekuńcza i usługi medyczne [35].

## PODSUMOWANIE

Zaprezentowane w artykule rodzaje działań instytucjonalno-prawnych nie wyczerpują zasobu podejmowanych inicjatyw na rzecz osób z niepełną sprawnością, lecz ukazują jedynie kierunki dążeń mających na celu niwelację ograniczeń w dostępie niepełnosprawnych do m.in. opieki zdrowotnej, rehabilitacji, zatrudnienia, kultury. Wszystkie z wymienionych działań opierają się o regulacje prawne i przebiegają według narzuconego schematu, a co za tym idzie polegają na realizacji wyraźnie określonego zakresu zadań na rzecz klientów omawianych instytucji, którymi w tym wypadku są osoby niepełnosprawne, a nie na indywidualnym do nich podejściu. Obszary działalności omawianych instytucji w znacznej mierze pokrywają się, co nie oznacza, że przez to stają się bardziej efektywne. Wielość inicjatyw będących w rozproszeniu, bez chęci instytucji do wspólnego działania, skutkuje słabym wykorzystaniem środków finansowych, bazy dydaktycznej, rehabilitacyjnej.

Powstanie jednej organizacji – stowarzyszenia reprezentującego osoby niepełnosprawne z różną niepełnosprawnością pozwoliłoby na rozwiązanie wielu problemów zarówno edukacyjnych, jak i funkcjonalnych [36]. Nowe spojrzenie na problemy ludzi dotkniętych niepełnosprawnością nakazuje, by traktować ich jako osoby z konkretnymi potrzebami, a nie anonimowych pacjentów lub klientów domagających się pomocy. Stąd rośnie znaczenie inicjatyw niesformalizowanych, komplementarnych wobec działań zinstytucjonalizowanych, pozwalających na większą aktywność osób z niepełnosprawnością w przebiegu procesu terapeutycznego, gdyż oprócz uzyskanej pomocy i wsparcia same pomagają innym, czując się przez to bardziej potrzebne i wartościowe.

## PIŚMIENNICTWO

1. Binczycka-Anholcer M. Zagrożenia zdrowotne, społeczne i socjalne osób niepełnosprawnych i ich implikacje. W: Ergonomia niepełnosprawnym. Jakość życia. Lewandowski J, Lecewicz-Bartoszewska J, (red.). Łódź: Wyd. Politechniki Łódzkiej; 2001: 18–27.
2. Magnuszewska-Otulak G. Wykluczenie osób niepełnosprawnych. W: Ubóstwo i wykluczenie społeczne, perspektywa poznawcza. Szarffenberg R, Żołądowdki C, Theiss M. (red.). Warszawa: Dom Wyd. Elipsa; 2010: 256–267.
3. Barnes C, Mercer G. Niepełnosprawność. Warszawa: Wydawnictwo Sic!; 2008.
4. Skrzetuska E, Osik-Chudowolska D., Wojnarska A. Poziom życia osób niepełnosprawnych w okresie transformacji ustrojowej. Lublin: UMCS; 2002.
5. Schuntermann MF. The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) – results and problems. Int J Rehabil Res 1996; 19 (1):1–11.
6. Ustawa z dnia 27.08.1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dz.U.97.123.776 z późn. zm.
7. Raport z wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań. Warszawa: GUS; 2012.

8. <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/tablice/bael/>. (dostęp 21.03.2013r)
9. Garbat M. Środowisko fizyczne i społeczne osób niepełnosprawnych. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja* 2003;1: 18–33.
10. Kowal E. Problemy życia społecznego osób niepełnosprawnych. W: *Potrzeby osób niepełnosprawnych w warunkach globalnych przemian społeczno-gospodarczych*. Ochonczenko H, Paszkowicz M.A, (red.). T. I. Kraków: Oficyna Wyd."Impuls"; 2006.
11. Stępnia I, Herdzina M. Wydatkowanie środków ZFRON na indywidualne programy rehabilitacji. *Przemysł: OBPON*; 2008.
12. Kołaczek B, Kowalski J. Rynek pracy osób niepełnosprawnych. Warszawa: IPISS; 1999.
13. Kawczyńska-Butrym Z. *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*. Katowice: Wyd. Nauk. Śląsk; 1998.
14. [http://www.unesco.pl/fileadmin/user\\_upload/pdf/Powszechna\\_Deklaracja\\_Praw\\_Czlowieka.pdf](http://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf) (dostęp: 15.05.2013)
15. Dz.U. 1977r. Nr 38, poz. 169.
16. Dz.U. 2005r. Nr 43, poz. 412.
17. Piasecki M, Stępnia M. *Osoby z niepełnosprawnością w polityce Organizacji Narodów Zjednoczonych*. Lublin: Norbertinum; 2002.
18. *Zabezpieczenie społeczne osób niepełnosprawnych. Rozwiązania polskie i innych krajów*. Golinowska S. (red.). Warszawa: MPiPS; 2001.
19. Piasecki M, Stępnia M. *Osoby z niepełnosprawnością w Unii Europejskiej. Szanse i zagrożenia*. Lublin: Norbertinum; 2003.
20. Baron-Wiaterek M. *Prawne podstawy przeciwdziałania wykluczeniu osób niepełnosprawnych*. W: *Przeciw wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych*. Frąckiewicz L, (red.). Warszawa: IPISS; 2008.
21. Konstytucja RP, Dz.U. z 1997r, Nr 78 poz. 483.
22. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych, M.P. z 13.08.1997r. Nr 50 poz. 475.
23. Ustawa z dnia 9.05.1991r. O zatrudnianiu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych. Dz.U. 1991 Nr 46 poz. 201 z późn.zm.
24. <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/> (dostęp: 16.05.2013)
25. Dz. U. 2004r. Nr 187, poz. 1940
26. Dz. U. 2002r. Nr 96, poz. 861 z późn. zm..
27. Ustawa o pomocy społecznej z dn. 12.03.2004, Dz.U. z 7.02.2013 poz. 182.
28. Komorska M. Instytucjonalne formy wsparcia stosowane wobec osób niepełnosprawnych w procesie integracji społecznej. W: *Osoby niepełnosprawne w społeczeństwie polskim okresu transformacji*. Skrętowicz B, Komorska M, (red.). Lublin: UMCS; 2008: 119–131.
29. *Narodowy Program Zdrowia*, Warszawa: PZH; 2007: 47–48.
30. [http://bazy.ngo.pl/search/wyniki.asp?kryt\\_typ\\_instyt\\_multi=65&zukanie=zaawans1&baza=3&wyniki=1&sort=miastodesc](http://bazy.ngo.pl/search/wyniki.asp?kryt_typ_instyt_multi=65&zukanie=zaawans1&baza=3&wyniki=1&sort=miastodesc) (dostęp: 16.05.2013)
31. Turowiecki W. *Polityka społeczna*. Gdańsk: Wyd. GWSH; 2008.
32. *Encyklopedia pedagogiczna*. Pomykało W. (red.). Warszawa: Fundacja Innowacja; 1993.
33. Mikulski J. *Rehabilitacja społeczna i zawodowa osób niepełnosprawnych*. W: *Polityka społeczna*, Kurzynowski A, (red.). Warszawa: SGH; 2006: 255–276.
34. Ostrowska A. *Niepełnosprawność, rehabilitacja i integracja społeczna osób niepełnosprawnych*. W: *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy. Kategorie analizy*. Ostrowska A, (red.). Warszawa: Wyd. IFiS PAN; 2009: 145–171.
35. Kołaczek B. *Prawno-instytucjonalne formy pomocy osobom niepełnosprawnym w Polsce W: Sytuacja osób niepełnosprawnych w Polsce*. Balcerzak-Paradowska B, (red.). Warszawa: IPISS; 2002: 285–305.
36. Paszkowicz M, Pietrulewicz B. *Osoby z niepełnosprawnościami na współczesnym rynku pracy*. Zielona Góra: Zakład Poligrafii EURO-DRUK; 2007.

## Institutional actions on behalf of the disabled

### Abstract

The disabled, apart from health problems, usually struggle with limitations in functioning in the social, occupational and economic spheres. In order to improve the life situation of the disabled, institutions are founded the goal of which is rehabilitation, supporting activity and material assistance; non-institutional actions are also undertaken, mainly within self-help groups.

The objective of the study is the presentation of selected institutional actions on behalf of the disabled.

Institutional actions undertaken on behalf of the disabled are of a long-term and multi-sphere character. These actions consist in the reduction of physical barriers; however, they should lead primarily to the elimination of social barriers encountered by the disabled. Among all-Polish institutions which function on behalf of the disabled there are, among others, the National Fund for Rehabilitation of the Disabled PFRON, Government Plenipotentiary Bureau for the Matters of the Disabled, and agencies of Social Welfare.

Negative changes in the demographic structure of our society, and associated with it an increase in the number of people afflicted by disability, is an increasingly more important social issue. This imposes the undertaking of the legal actions within the framework of social policy, aimed at the social security of the disabled. The essence of wide-ranging and coordinated actions by many institutions should be counteracting social exclusion, as well as the preparation of an adequate field for their activity.

### Key words

disability, institutional actions, support