

## Założenia dla projektów ustaw dla Nowego Systemu Wsparcia osób z niepełnosprawnościami

Wersja 2.43, w trakcie konsultacji.

Sprawdź, proszę, aktualną wersję na <http://konwencja.org/>

Planując Nowy System Wsparcia, przyjmujemy, że będzie on wdrażał ideę niezależnego życia oraz pozostałe postanowienia Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami, w tym zasady równości i dostępności. Zakładamy, że Nowy System Wsparcia będzie wymagał nowych regulacji, w tym nowych ustaw. Najważniejsza z nich będzie zawierała stosunkowo niewiele regulacji, wyłącznie te, które są związane tylko z niepełnosprawnością. Celem jest, by prawa osób z niepełnosprawnościami były zawarte w przepisach dotyczących wszystkich osób, a nie skupione w ustawie wyłącznie im dedykowanej. Na przykład – prawo do edukacji: w ustawie Prawo oświatowe oraz ustawie Prawo o szkolnictwie wyższym, prawo do pracy: w Kodeksie pracy oraz w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

Dla realizacji Nowego Systemu Wsparcia Osób z Niepełnosprawnościami potrzebne są następujące ustawy:

1. Ustawa o orzecznictwie o niepełnosprawności oraz koordynacji wsparcia osób z niepełnosprawnościami – zawierająca regulacje związane wyłącznie z niepełnosprawnością, a dla których nie ma miejsca w przepisach „ogólnych”. Celem nowej ustawy jest zapewnienie praw zgodnych z Konwencją o prawach osób z niepełnosprawnościami. Technicznie zastąpi ona ustawę o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (dalej: „ustawa o rehabilitacji...” – redagując na nowo niektóre regulacje oraz przenosząc zapisy dotyczące praw do ustaw „ogólnych” jak Kodeks pracy czy ustawa o pomocy społecznej).
2. Ustawa przepisy wprowadzające ustawę o orzecznictwie o niepełnosprawności oraz koordynacji wsparcia osób z niepełnosprawnościami oraz o zmianie innych ustaw wdrażających Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych – nowelizacja ustaw wertykalnych dotyczących wszystkich osób (edukacja, praca, transport, informacja itd.) oraz zawierająca przepisy przejściowe.
3. Ustawa o dostępności – jako osobna regulacja, gdyż dotyczyć będzie ona wszystkich osób, które mogą napotkać bariery, a nie tylko osób z niepełnosprawnościami, przez co nie można tej kwestii uwzględnić w ustawie o prawach osób z niepełnosprawnościami.
4. Ustawa wyrażająca zgodę na ratyfikację przez Prezydenta RP Protokołu Fakultatywnego do Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami – „techniczna” ustawa służąca ratyfikacji Protokołu Fakultatywnego; wcześniej Rząd powinien podpisać Protokół Fakultatywny (obecnie Polska ani nie podpisała, ani nie ratyfikowała Protokołu Fakultatywnego).

Niniejsze przedsięwzięcie to próba nadania kierunku debacie publicznej i oddziaływania na proces stanowienia prawa, zgodnie z Konwencją ONZ o Prawach Osób z Niepełnosprawnościami.

## Konsultacje społeczne

Niniejsze założenia zostały opracowane przez przedstawicielki i przedstawicieli środowiska osób z niepełnosprawnościami (procedura i szczegóły na <http://konwencja.org/>). Kolejnym krokiem jest poddanie ich szerokim konsultacjom społecznym.

Zawierają zarówno takie propozycje, co do których panuje zasadnicza zgodność, jak i takie, które budzą kontrowersje. Stąd też szczególna waga konsultacji, by poznać różne stanowiska i opinie na temat tych założeń.

Założenia do nowej ustawy były konsultowane podczas Konwentów Regionalnych we wrześniu i październiku. A kulminacją całości prac jest III Kongres Osób z Niepełnosprawnościami 25 października 2017 r. w Warszawie. Informacja o Kongresie i Konwentach Regionalnych znajduje się na stronie <http://konwencja.org/>

Sposoby przekazywania uwag w ramach konsultacji społecznych:

- Udział w Konwentach Regionalnych Osób z Niepełnosprawnościami.
- Udział w III Kongresie Osób z Niepełnosprawnościami.
- Przez stronę: <http://konwencja.org/>
- Przez Facebook: Prawa osób z niepełnosprawnościami.
- Mejslem na adres: [kongres@konwencja.org](mailto:kongres@konwencja.org)

## Ustawa o orzecznictwie o niepełnosprawności oraz koordynacji wsparcia osób z niepełnosprawnościami

1. Preambuła.
2. Definicje zgodne z Konwencją:
  - a. Osoba z niepełnosprawnością – osoba, która ma długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, psychiczną, intelektualną lub w zakresie zmysłów, co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać jej pełny i skuteczny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami.
  - b. Bariera.
  - c. Niezależne życie.
  - d. Dostępność.
  - e. Uniwersalne projektowanie.
  - f. Racjonalne dostosowanie.
  - g. Włączenie społeczne.
3. Orzecznictwo:
  - a. Podstawowymi celami orzecznictwa są:
    - i. Zapewnienie osobom z niepełnosprawnościami realizacji ich praw człowieka.
    - ii. Umożliwienie organom władzy publicznej skutecznej polityki w zakresie wsparcia osób z niepełnosprawnościami.

- b. Niepełnosprawność jest indywidualną cechą człowieka, nie wynika z dokumentów, orzeczenie ma charakter wtórny, orzeczenie nie konstytuuje niepełnosprawności, tylko ją potwierdza.
- c. Orzeczenie jako instrument egzekwowania wsparcia przez osoby z niepełnosprawnościami od władzy publicznej i reglamentowania wsparcia (w interesie osób z niepełnosprawnościami i Rządu). Orzeczenie ma udostępnić adekwatne wsparcie osobie z niepełnosprawnością.
- d. Skupienie się na potrzebach i potencjale osoby (zgodnie z art. 26 ust. 1 lit. a Konwencji).
- e. Diagnoza medyczna, psychologiczna, pedagogiczna, zawodowa itp. służące identyfikacji potrzeb i potencjału.
- f. Pozytywny model orzekania (wzmacnianie potencjału, zdolności danej osoby, identyfikacja potrzeb zamiast określania niezdolności).
- g. Duża indywidualizacja orzeczeń.
- h. Potrzeby i uprawnienia określone w orzeczeniu lub bezpośrednio z niego wynikające.
- i. Standaryzacja i przewidywalność świadczeń oraz sytuacji danej osoby na podstawie orzeczenia.
- j. Nieujawnianie danych medycznych w orzeczeniu.
- k. Ujednoczenie systemów orzecznictwa w jednym systemie.
  - l. Stworzenie modelu zbierania informacji (diagnozy) i planowania wsparcia wypełniającego założenia modelu prawocłowieczego. Wykorzystanie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) dla gromadzenia i przetwarzania wybranych informacji w procesie orzekania. Przełożenie założeń ICF-u w celu stworzenia języka opisu adekwatnego do prawocłowieczego modelu zawartego w Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami.
  - l. W rozumieniu ICF-u niepełnosprawność jest efektem dynamicznych oddziaływań pomiędzy stanem zdrowia a środowiskiem (społecznym i fizycznym). Pojawia się, gdy osoba dotknięta zaburzeniem stanu zdrowia żyje w niesprzyjającym środowisku.
  - ii. Jednym z zastosowań ICF-u jest możliwość tworzenia narzędzi dla określenia kryteriów statusu niepełnosprawności w celu zabezpieczenia potrzeb osoby związanych z ograniczeniami w funkcjonowaniu w wymiarze indywidualnym i społecznym.
  - iii. W tym znaczeniu prawny status osoby z niepełnosprawnością przynależć powinien tylko osobom, w przypadku których naruszona sprawność fizyczna, psychiczna, intelektualna lub w zakresie zmysłów prowadzi do takiego ograniczenia zdolności do podejmowania indywidualnych aktywności i uczestnictwa w życiu społecznym, które wymagają kompensacji legislacyjnych, finansowych, usługowych czy przedmiotowych (przedmioty, urządzenia i technologie wspomagające).
- m. Proces orzeczniczy prowadzony przez interdyscyplinarny zespół. Skład zespołu adekwatny do wieku i potrzeb osoby z niepełnosprawnością.
- n. Orzeczenie określa potrzeby w obszarze rehabilitacja medyczna.
- o. Orzeczenia określa potrzeby i wsparcie w obszarach:
  - i. Wsparcie społeczno-zawodowe.

- ii. Mobilność i wsparcie techniczne.
- p. W procesie orzeczniczym dla obszaru wsparcie społeczno-zawodowe diagnozujemy potrzeby wraz intensywnością oraz przyznajemy wsparcie wraz z intensywnością w określonych obszarach (ewentualnie ich podobszarach):
  - i. Edukacja i kształcenie.
  - ii. Porozumiewanie się.
  - iii. Funkcjonowanie w życiu codziennym.
  - iv. Kontakty społeczne.
  - v. Rynek pracy.
- q. Intensywność dla każdego obszaru (i podobszaru) przybiera wartości:
  - i. Brak potrzeby wsparcia.
  - ii. Nieznaczna potrzeba wsparcia.
  - iii. Umiarkowana potrzeba wsparcia.
  - iv. Znaczna potrzeba wsparcia.
  - v. Bardzo znaczna potrzeba wsparcia.
- r. Każdy obszar wsparcia jest powiązany z tak zwanym koszykiem gwarantowanych usług społecznych (czyli wykazem gwarantowanych przez Państwo usług społecznych, finansowanych ze środków publicznych).
- s. Orzeczenie wskazuje uprawnienia do konkretnych usług społecznych z koszyka wraz z ich intensywnością.
- t. Wymiar usług społecznych, sposób świadczenia itp. zasadniczo będą ustalane przez samorząd (świadczący usługi) w uzgodnieniu z osobą z niepełnosprawnością. Szczegółowy tryb został przedstawiony poniżej w zmianach do ustawy o pomocy społecznej.
- u. Ponadto, orzeczone potrzeby i wsparcie wraz z ich intensywnością mogą być podstawą do uprawnień wynikających z przepisów lokalnych (na przykład uprawnienia do usług społecznych świadczonych przez samorząd spoza ustawowego koszyka gwarantowanych usług społecznych).
- v. Koszyk gwarantowanych usług społecznych zawiera następujące usługi społeczne:
  - i. Poradnictwo specjalistyczne (prawne, ekonomiczne, technologiczne, opiekuńczo-wychowawcze, obywatelskie itp.).
  - ii. Wsparcie psychologiczne.
  - iii. Wczesna rehabilitacja.
  - iv. Kompleksowa rehabilitacja społeczna.
  - v. Usługi wspierające w niezależnym życiu:
    - 1. Zintegrowane usługi osobiste.
    - 2. Przerwa regeneracyjna (określana również jako opieka wytchnieniowa lub krótka przerwa, w wersji angielskojęzycznej Konwencji: *respite care*).
  - vi. Usługi wsparcia dziennego.
  - vii. Wsparcie dla utrzymania zamieszkania w dotychczasowym miejscu.
  - viii. Mieszkania wspomagane.
  - ix. Inne formy mieszkalnictwa:
    - 1. Rodzinne domy pomocy,
    - 2. Mieszkaniowe wspólnoty wspomagane.
  - x. Transport specjalistyczny.
  - xi. Aktywizacja zawodowa, w tym:

1. Usługi zatrudnienia wspomaganego.
- xii. Inne usługi wsparcia w lokalnej społeczności.
- w. W przypadku obszaru mobilność i wsparcie techniczne orzekamy indywidualnie o uprawnieniach do:
  - i. Zaopatrzenia ortopedycznego.
  - ii. Sprzętu wspomagającego dla osób z niepełnosprawnością wzroku.
  - iii. Sprzętu wspomagającego dla osób z niepełnosprawnością słuchu.
  - iv. Sprzętu wspomagającego dla osób z niepełnosprawnością dla użytkowników komunikacji alternatywnej lub wspomagającej (AAC).
  - v. Karty parkingowej.
- x. Na orzeczeniu znajdują się uprawnienia do adekwatnego wsparcia.
- y. Organ orzekający niezależny od instytucji udzielającej wsparcia (możliwe stworzenie Krajowego Instytutu Orzecznictwa).
- z. Organ rentowy bierze udział w postępowaniu na prawach strony, czyli może złożyć odwołanie od orzeczenia w zakresie intensywności wsparcia w obszarze rynek pracy.
- aa. Orzeczenie czasowe z możliwością wskazania elementów orzeczonych na stałe.
- bb. Możliwość złożenia w trakcie ważności orzeczenia wniosku o weryfikację tylko jednego obszaru (podobszaru) wsparcia.
- cc. Świadczenie kompensacyjne z tytułu niepełnosprawności – świadczenie kompensuje wyższe koszty funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami (patrz: zmiany w systemie rentowym):
  - i. Orzekanie według algorytmu: w zależności od intensywności wsparcia w określonych obszarach oraz kosztu wsparcia w danym obszarze, co do zasady niezależnie od sytuacji finansowej oraz aktywności na rynku pracy.
- dd. Renta wspierająca pracę – świadczenie uzupełniające przychody z pracy dochody z pracy w przypadku osób z ograniczoną zdolnością do pracy (obecna renta z tytułu niezdolności do pracy zastępuje dochody z pracy) (patrz: zmiany w systemie rentowym):
  - i. Orzekanie na podstawie posiadanej zdolności do pracy.
  - ii. Celem jest kompensowanie ograniczonej możliwości generowania przychodów z pracy.
  - iii. Odejście od oceny (diagnozy/orzekania) braków czy negatywów na rzecz pozytywów (określanie indywidualnej zdolności do pracy zamiast generalnej niezdolności do pracy).
  - iv. Uwzględnienie potrzeby pracy w niepełnym wymiarze (na przykład konieczność skróconego czasu pracy).
- ee. Prewencja niepełnosprawności:
  - i. Uwzględnienie osób, którym nie można przyznać prawnego statusu osoby z niepełnosprawnością, ale takich, które są zagrożone niepełnosprawnością.
  - ii. Zapewnienie wsparcia może pozwolić takim osobom na uniknięcie niepełnosprawności lub oddalenie tego w czasie, co oznacza ogromne korzyści społeczne oraz finansowe.
  - iii. Dotyczy to w szczególności osób, które w efekcie choroby, urazu itp. wymagają intensywnej interwencji o charakterze medycznym, psychologicznym itp., gdzie pojawia się duża dynamika zmian stanu

- funkcjonalnego, ale istnieją potrzeby korzystania z różnych źródeł wsparcia.
- iv. Celem tego procesu jest zapewnienie niezbędnego wsparcia tym osobom (przede wszystkim rehabilitacyjnego) bez względu na ich status w kontekście niepełnosprawności.
  - ff. Konieczne powiązanie procesu orzeczniczego z zapewnieniem wsparcia, w tym ze strony systemu opieki zdrowotnej:
    - i. Koordynacja działań i wymiana informacji pomiędzy organem orzeczniczym a samorządem (pomocą społeczną) i resortem zdrowia (lub podległymi mu jednostkami).
    - ii. Uruchomienie wsparcia, zwłaszcza o charakterze medycznym, dla osób zidentyfikowanych jako zagrożone niepełnosprawnością.
    - iii. Uruchomienie wsparcia (usług społecznych i rehabilitacji społecznej w lokalnej społeczności, rehabilitacji medycznej, rehabilitacji zawodowej) dla osób orzeczonych jako osoby z niepełnosprawnościami.
  - gg. Podczas konsultacji wynikła wątpliwość, na ile osoby starsze mają być objęte systemem wsparcia osób z niepełnosprawnościami w związku z naruszeniem sprawności wynikającym z naturalnego procesu starzenia się organizmu, a na ile odrębnym, dedykowanym systemem wsparcia osób starszych. Nie udało się doprowadzić do ujednoczenia stanowiska. Nie było również możliwości szerokich konsultacji w środowisku osób starszych. Niniejsze założenia nie rozstrzygają tej kwestii.
4. Pełnomocnik Rządu ds. Osób z Niepełnosprawnościami:
- a. Zmiana nazwy na zgodną z Konwencją.
  - b. Opracowanie, aktualizacja, monitoring i ewaluacja strategii na rzecz niepełnosprawności, w szczególności uwzględniającej: kobiety, dzieci, seniorów z niepełnosprawnościami, osoby zamieszkujące teren wsi i małych miast oraz osoby wymagające najbardziej intensywnego wsparcia.
  - c. Koordynacja wszystkich działań administracji rządowej, w tym koordynacja rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej.
  - d. Wdrażanie Konwencji (zgodnie z art. 33 ust. 1 Konwencji).
  - e. Coroczne sprawozdania (zamiast sprawozdania z Karty).
  - f. Zbieranie danych dotyczących niepełnosprawności z uwzględnieniem intersekcyjnych przesłanek, w tym dotyczących kobiet i dzieci z niepełnosprawnościami, oraz ich udostępnianie.
  - g. Inicjowanie lub prowadzenie systematycznych badań ilościowych i jakościowych dotyczących niepełnosprawności z uwzględnieniem intersekcyjnych przesłanek, w tym dotyczących kobiet i dzieci z niepełnosprawnościami, oraz ich prezentowanie.
  - h. Przeniesienie instytucji Pełnomocnika do Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.
5. Samorządowi pełnomocnicy na wszystkich szczeblach do koordynacji poziomej i wdrażania Konwencji.
6. Rady konsultacyjne:
- a. Krajowa, wojewódzkie, powiatowe i gminne (można zastanowić się nad progiem liczebności mieszkańców w przypadku gmin).
  - b. Obowiązkowy udział osób z niepełnosprawnościami (kobiet i mężczyzn) na poziomie co najmniej 50%.
7. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób z Niepełnosprawnościami:

- a. Zmiana nazwy na zgodną z Konwencją.
- b. Pozostaje pod Pełnomocnikiem Rządu ds. Osób z Niepełnosprawnościami.
- c. W dobie izolacji i dyskryminacji PFRON był sposobem na wdrożenie systemu wsparcia poza standardowymi strukturami. Po ratyfikacji Konwencji i w duchu włączenia system wsparcia powinien być realizowany jak najbliżej osoby z niepełnosprawnością, w lokalnej społeczności – przez samorząd gminny.
- d. Wsparcie specjalistyczne i o niewielkiej liczbie odbiorców w gminie może być realizowane na wyższych poziomach samorządu. Jedynie wsparcie na poziomie makroregionalnym i centralnym realizowane przez Fundusz, ale w nowym modelu w stosunku do dotychczasowego.
- e. Finansowanie wsparcia (w tym: usług włączających, rehabilitacji społecznej, aktywizacji zawodowej) przeniesione do samorządów w ramach systemu pomocy społecznej, przede wszystkim jako zadania zlecone z zakresu administracji rządowej; dodatkowo samorzady będą odpowiedzialne za zapewnienie wsparcia w społeczności lokalnej, w tym szerokiego koszyka gwarantowanych usług społecznych (czyli wykazu gwarantowanych przez Państwo usług społecznych, finansowanych ze środków publicznych), a nie wyłącznie za finansowanie jak obecnie PFRON.
- f. Programowanie, udostępnianie i finansowanie wsparcia na poziomie makroregionalnym i centralnym (w tym rehabilitacja społeczna) po stronie PFRON-u. Dotyczy to w szczególności rzadkich niepełnosprawności lub mało typowych usług, których realizacja na poziomie samorządowym jest niemożliwa lub zbyt kosztowna (na przykład wsparcie osób głuchoniewidomych, zapewnienie psów przewodników, tworzenie zasobów książki mówionej lub wydawnictw brajlowskich).
- g. Zgodnie z powyższym: programowanie i zapewnienie rehabilitacji zawodowej na poziomie makroregionalnym i centralnym.
- h. Utrzymanie dotychczasowego systemu obsługi dofinansowań (SOD) przy jednoczesnym obniżaniu SOD-u dla pracodawców, u których występuje wysoka koncentracja osób z niepełnosprawnościami (na przykład powyżej 50%, wysoka koncentracja jest odległa od otwartego środowiska pracy, promowanego przez Konwencję). Dla ostatniej regulacji trzeba ustalić minimalną liczbę pracowników oraz próg (progi) wysokiej koncentracji. Zmiana nie powinna dotyczyć Zakładów Aktywności Zawodowej, ewentualnie także spółdzielni pracy.
- i. Stopniowe wygaszanie (okres 3 lat) ulg za zakup produktów i usług wytworzonych lub świadczonych przez pracodawców z dużą koncentracją pracowników z niepełnosprawnościami – ze względu na to, że to bardzo drogi i nieefektywny instrument.
- j. Rokoczne prowadzenia badań nad:
  - i. Efektywnością instrumentów rehabilitacji zawodowej (ze szczególnym uwzględnieniem SOD-u) oraz
  - ii. Propozycją nowych instrumentów wsparcia rehabilitacji zawodowej.
- k. Uprawnienia pracownicze przeniesione do ustawy Kodeks pracy. Przeniesienia wymagają rozwiązania dotyczące obowiązku zapewnienia racjonalnych usprawnień, warunków pracy chronionej, dodatkowych urlopów, norm czasu pracy i dodatkowych przerw lub zwolnień, zasad powrotu do pracy po wypadku przy pracy lub chorobie zawodowej osób, u których w wyniku tych zdarzeń pojawiła się niepełnosprawność, zatrudniania osoby

pomagającej w pracy pracownikowi z niepełnosprawnością. Kontrowersje budzi obecny przywilej 7-godzinnego czasu pracy. Pojawiają się postulaty jego usunięcia [\* punkt, który budzi kontrowersje i wymaga szczególnej uwagi podczas konsultacji].

- I. Wsparcie świadczonego przez publiczne służby zatrudnienia:
  - i. Przeniesienie do ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (dalej: „ustawa o promocji zatrudnienia...”) i ujednoczenie.
  - ii. Finansowanie przez Fundusz Pracy (a nie PFRON) jak w przypadku wszystkich uprawnionych.
- m. Przeniesienie warsztatów terapii zajęciowej (WTZ-ów) do systemu pomocy społecznej. WZT-y podzielone na:
  - i. działające wyłącznie w obszarze rehabilitacji społecznej jako ośrodki wsparcia dziennego i aktywizacji społecznej – integrowane w systemie pomocy społecznej z analogicznym instrumentem – środowiskowymi domami samopomocy – i adresowane do wszystkich osób ze wszystkimi typami niepełnosprawności,
  - ii. działające w obszarze rehabilitacji społecznej i zawodowej, aktywizujące do wejścia na rynek pracy – jako instrument aktywizacji zawodowej z dodatkowym finansowaniem.
- n. Regulacje specyficzne (jak dotyczące psów asystujących i innych zwierząt asystujących):
  - i. Psy asystujące:
    1. Przeniesienie do tej ustawy regulacji z ustawy o rehabilitacji... dotyczących certyfikacji psów, podmiotów prowadzących szkolenie, rodzajów psów itd.
    2. Przeniesienie do ustawy o dostępności regulacji z ustawy o rehabilitacji... dotyczących prawa wstępu dla osób z niepełnosprawnościami z psem asystującym.
    3. Akceptacja certyfikatów dla psów asystujących wydanych w innych krajach.
    4. Zachęcanie do tworzenia i promocja środowiskowych standardów szkolenia psów asystujących.
  - o. Dofinansowanie wyrobów medycznych z listy Ministerstwa Zdrowia przeniesione do systemu opieki zdrowotnej.
  - p. Pozostałe instrumenty dofinansowania (likwidacji barier architektonicznych, likwidacji barier w komunikowaniu się, zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny itd.) przeniesione do samorządów w ramach systemu pomocy społecznej. Samorząd nie tylko dystrybuuje środki (jak obecnie), ale ponosi odpowiedzialność za realizację celu, który ma być osiągnięty przy pomocy tego instrumentu – zapewnienie pełnoprawnego, niezależnego życia osób z niepełnosprawnościami.
  - q. Zadania publiczne powierzane organizacjom pozarządowym w ramach umów wieloletnich: 3-letnich lub dłuższych.
  - r. Koordynacja działań i wymiana informacji pomiędzy podmiotami świadczącymi wsparcie (jak ośrodki pomocy społecznej, organizacje pozarządowe, placówki medyczne), w tym z koordynatorem wsparcia po stronie pomocy społecznej.
8. Zadania samorządów, w tym:



- a. Opracowanie, aktualizacja i monitoring strategii na rzecz niepełnosprawności, w szczególności uwzględniającej kobiety, dzieci i seniorów z niepełnosprawnościami, osoby zamieszkujące teren wsi i małych miast oraz osoby wymagające najbardziej intensywnego wsparcia.
- b. Współpraca z organizacjami pozarządowymi.
9. Monitorowanie wdrażania Konwencji przez Rzecznika Praw Obywatelskich.
10. Przepisy stwarzające mechanizmy wdrażania Konwencji:
  - a. Obowiązek sporządzenia strategii wdrażania Konwencji na poziomie centralnym i samorządowym (należy dookreślić poziom samorządów, na przykład na podstawie liczby mieszkańców).
11. Podczas konsultacji wynikła wątpliwość, czy osoby starsze powinny korzystać z systemu wsparcia osób z niepełnosprawnościami, czy też dla nich powinien zostać stworzony osobny, dedykowany system wsparcia. Nie udało się doprowadzić do ujednoczenia stanowiska. Nie było też możliwości na szerokie konsultacje w środowisku osób starszych. Niniejsze założenia nie rozstrzygają tej kwestii.

## Ustawa przepisy wprowadzające ustawę o orzecznictwie o niepełnosprawności oraz koordynacji wsparcia osób z niepełnosprawnościami oraz o zmianie innych ustaw wdrażających Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych

1. Przepisy wprowadzające ustawę o orzecznictwie o niepełnosprawności oraz koordynacji wsparcia osób z niepełnosprawnościami, w tym: od kiedy i jak stosuje się nowe definicje, ważność uprawnień i orzeczeń na bazie poprzednich przepisów – poprzedniej definicji, wprowadzenie nowego orzecznictwa, tryb przejścia Pełnomocnika do Kancelarii Prezesa Rady Ministrów itp.).
2. Nowelizacja przepisów w ustawach przedmiotowych (w dużej części przeniesienie obecnych przepisów ustawy o rehabilitacji do ustaw przedmiotowych):
  - a. Ustawa o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych:
    - i. Likwidacja pułapki świadczeniowej (rentowej):
      1. Świadczenie powinny rekompensować wyższe koszty związane z niepełnosprawnością (świadczenie kompensacyjne z tytułu niepełnosprawności) oraz uzupełniać dochody z pracy w przypadku osób z ograniczoną zdolnością do pracy (renta wspierająca pracę).
      2. Podjęcie pracy nie powinno zasadniczo ograniczać świadczeń kompensacyjnych (świadczenia kompensacyjnego z tytułu niepełnosprawności).
      3. Można sobie wyobrazić, że przy bardzo wysokich dochodach świadczenie będzie maleć – zgodnie z racjonalnie rozumianą zasadą pomocniczości; próg musi być na tyle wysoki, by ubytek świadczeń nie był bolesny, inaczej będzie działać demotywująco i ludzie nie będą podejmować pracy lub będą unikać awansu zawodowego czy zwiększania przychodów dla siebie (tym samym też dla Państwa).
      4. Mechanizm zmniejszania złotówka za złotówką nie działa, można rozważyć 1 zł za 3 zł po przekroczeniu progu, o którym mowa

powyżej (zmniejszenie świadczenia mniejsze niż zwiększenie przychodu).

5. W przypadku mechanizmu „złotówka za 3 złote” nie ma potrzeby opóźniania mechanizmu zmniejszania świadczenia.
- ii. Obecne renta z tytułu niezdolności do pracy oraz renta socjalna powinny zostać zastąpione przez przedstawione poniżej: świadczenie kompensacyjne z tytułu niepełnosprawności oraz rentę wspierającą zdolność do pracy.
- iii. Powyższe nowe świadczenia uzupełnione o zasiłek dla bezrobotnych (świadczenie wygasające), aby sytuacja osób z niepełnosprawnościami i ich motywacja do podjęcia pracy były analogiczne jak w przypadku osób pełnosprawnych.
- iv. Stałe świadczenie kompensacyjne z tytułu niepełnosprawności – świadczenie kompensujące wyższe koszty funkcjonowania (niepełnosprawności) (zgodnie z art. 28 ust. 2 lit. c Konwencji), niezależne od aktywności zawodowej:
  1. Świadczenie nie ma służyć utrzymaniu się ani zastąpieniu przychodów z pracy, a jedynie pokryciu wyższych kosztów funkcjonowania, by sytuacja ekonomiczna danej osoby z niepełnosprawnością była analogiczna do sytuacji osoby pełnosprawnej (pracującej lub niepracującej).
  2. Obecnie system wspiera tylko osoby niepracujące uznane za niezdolne do pracy, koszty funkcjonowania związane z niepełnosprawnością (leki, sprzęt rehabilitacyjny, technologie wspierające, zakup usług na rynku komercyjnym) praktycznie nie są przesłanką do uprawnienia do renty (ani innego podobnego świadczenia).
  3. Zgodnie z powszechną w środowisku opinią Państwo powinno w pierwszej kolejności wspierać osoby w związku z ich niepełnosprawnością.
  4. Wysokość świadczenia kompensacyjnego z tytułu niepełnosprawności powinna być zależna od dodatkowych kosztów związanych z niepełnosprawnością (wyższych kosztów funkcjonowania) danej osoby z niepełnosprawnością.
  5. Wartość określana indywidualnie w procesie orzeczniczym.
  6. Świadczenie niezależne od aktywności zawodowej:
    - a. Uprawnienie i jego wysokość (zasadniczo) niezależne od podejmowania pracy.
    - b. Dostępne także dla osób bez historii pracy (które na przykład nabyły niepełnosprawność przed podjęciem pracy).
    - c. W ten sposób tworzy się przestrzeń dla motywacji do pracy, gdyż:
      - i. Osoba z niepełnosprawnością nie musi już udowadniać, że jest niezdolna do pracy, by zdobyć uprawnienie do świadczenia.
      - ii. Uprawnienie nie jest odbierane przy podjęciu pracy.
  7. Świadczenie nieuwzględniane przy obliczaniu kryterium dochodowego w dostępie do świadczeń, na przykład w sytuacji ubóstwa – zgodnie z propozycją zmian w ustawie o pomocy

- społecznej rezygnacja z kryterium dochodowego w dostępie do wsparcia związanego z niepełnosprawnością, w tym usług społecznych (usługi społeczne są niezbędne z powodu niepełnosprawności – konieczne do habilitacji i rehabilitacji oraz włączenia w lokalną społeczność i społeczeństwo – a nie z powodu ubóstwa).
8. Po wprowadzeniu tego świadczenia mogłyby zniknąć – oprócz dzisiejszych rent – niektóre z obecnych świadczeń, na przykład: ulga podatkowa w podatku dochodowym, dodatek pielęgnacyjny, zasiłek pielęgnacyjny itd.
  9. Wykorzystanie doświadczeń zagranicznych, na przykład: Francji, Niemiec, Szwecji.
- v. Renta wspierająca pracę:
1. Świadczenie ma uzupełniać dochody w przypadku osób, które nie są w stanie utrzymać się z pracy (obecna renta z tytułu niezdolności do pracy zastępuje dochody z pracy).
  2. Świadczenie uwarunkowane poziomem zdolności do pracy, kompensujące ograniczoną możliwość generowania przychodów z pracy, zmniejszane w przypadku osiągnięcia przychodów (podobnie jak obecna renta z tytułu niezdolności do pracy).
  3. Odejście od oceny (diagnozy / orzeczenia) braków czy negatywów na rzecz pozytywów (określanie indywidualnej zdolności do pracy zamiast generalnej niezdolności do pracy).
  4. Zdecydowana większość osób z niepełnosprawnościami jest w stanie podjąć jakąś pracę, ale:
    - a. praca ta niekoniecznie daje możliwość utrzymania się,
    - b. obecnie jej podjęcie odcina od świadczeń (obniżenie świadczeń oraz zmiana orzeczenia na skutek podjęcia pracy),
    - c. obecnie bardziej opłaca się nie pracować i pobierać pewne świadczenie niż wejść na niepewny rynek pracy i na stałe zrezygnować z renty,
  5. Świadczenie ma wspierać aktywność zawodową, a nie demotywować do jej podjęcia jak obecnie.
  6. Wysokość zależna od indywidualnej zdolności do pracy w danym momencie czasu danej osoby z niepełnosprawnością.
  7. Wartość określana indywidualnie w procesie orzeczniczym.
  8. Świadczenie zależne od aktywności zawodowej:
    - a. łączone z dochodem z pracy,
    - b. zmniejszane w przypadku zwiększania dochodów z pracy,
    - c. mechanizm zmniejszania powinien wspierać aktywność zawodową – na przykład „1 złotówka za 3 złote” (1 złotówka zmniejszenia świadczenia za 3 zł zwiększenia dochodów).
  9. Po wprowadzeniu tego świadczenia mogłyby zniknąć – oprócz dzisiejszych rent – niektóre z obecnych świadczeń, na przykład: ulga podatkowa w podatku dochodowym, dodatek pielęgnacyjny, zasiłek pielęgnacyjny itd.
  10. Wykorzystanie doświadczeń zagranicznych, na przykład Niemiec.
- vi. Niedublowanie działań w zakresie profilaktyki niepełnosprawności (prewencji rentowej) z systemem opieki zdrowotnej, koncentracja

działań w zakresie profilaktyki niepełnosprawności po stronie systemu opieki zdrowotnej.

- b. Ustawa o rencie socjalnej:
  - i. Do czasu wprowadzenia świadczenia kompensacyjnego z tytułu niepełnosprawności (o którym mowa powyżej w pkt. dotyczącym zmian w ustawie o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych):
    1. Podwyższenie wysokości renty socjalnej, by nie była niższa niż minimalna renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy.
    2. Zmiana zapisów dotyczących zawieszania prawa do renty socjalnej lub zmniejszania jej wysokości, by były takie same jak w przypadku renty z tytułu niezdolności do pracy.
- c. Ustawa o pomocy społecznej:
  - i. W dobie izolacji i dyskryminacji PFRON był sposobem na wdrożenie systemu wsparcia poza standardowymi strukturami. Po ratyfikacji Konwencji i w duchu włączenia system wsparcia powinien być realizowany jak najbliżej osoby z niepełnosprawnością, w lokalnej społeczności – przez samorząd gminny.
  - ii. Wsparcie specjalistyczne i o niewielkiej liczbie odbiorców w gminie może być realizowane na wyższych poziomach samorządu. Jedynie wsparcie na poziomie makroregionalnym i centralnym realizowane przez Fundusz.
  - iii. Finansowanie wsparcia (w tym: usług włączających, rehabilitacji społecznej, rehabilitacji zawodowej) przeniesione do samorządów w ramach systemu pomocy społecznej, przede wszystkim jako zadania zlecone z zakresu administracji rządowej; dodatkowo samorządy będą odpowiedzialne za zapewnienie wsparcia w społeczności lokalnej, w tym szerokiego koszyka gwarantowanych usług społecznych (czyli wykazu gwarantowanych przez Państwo usług społecznych, finansowanych ze środków publicznych), a nie wyłącznie za finansowanie jak obecnie PFRON.
  - iv. Zmiana charakteru systemu wsparcia z interwencyjno-kompensacyjnego przez uzupełnienie go o komponenty aktywizacyjno-włączające.
  - v. Strategia Niezależnego Życia i Deinstytucjonalizacji na poziomie centralnym i samorządowym – służąca zapewnieniu niezależnego życia osobom z niepełnosprawnościami oraz deinstytucjonalizacji (przejścia z opieki instytucjonalnej do wsparcia na poziomie społeczności lokalnych):
    1. Powołanie Międzyresortowego Zespołu ds. Niezależnego Życia i Deinstytucjonalizacji, którego celem byłoby między innymi opracowanie Narodowej Strategii Niezależnego Życia i Deinstytucjonalizacji, z zapewnionym kluczowym udziałem: osób z niepełnosprawnościami (kobiet i mężczyzn), seniorów, organizacji pozarządowych i samorządów.
    2. Na Narodową Strategię Niezależnego Życia i Deinstytucjonalizacji składają się:
      - a. Wizja docelowa.
      - b. Definicje.

- c. Środki rozwoju usług na poziomie społeczności lokalnych.
  - d. Środki zapobiegające umieszczaniu w instytucjach.
  - e. Środki wspierające przejście od opieki instytucjonalnej do życia w społeczności lokalnej.
  - f. Środki poprawiające funkcjonowanie systemów pomocy społecznej, opieki zdrowotnej i edukacji.
  - g. Środki zapewniające równy dostęp do usług powszechnych, w tym opieki zdrowotnej, edukacji, mieszkalnictwa i transportu.
  - h. Środki wspierające włączenie społeczne i walkę z ubóstwem.
  - i. Ustanowienie krajowych standardów jakości i sprawnego systemu kontroli świadczonych usług, łącznie z mechanizmem monitoringu instytucji i usług świadczonych w społeczności lokalnej.
  - j. Działania podnoszące świadomość związaną z niezależnym życiem.
  - k. Zmiany ram prawnych niezbędne do realizacji Programu.
  - l. Harmonogram działań.
  - m. Koordynacja wdrażania Strategii i jego coroczna ewaluacja.
  - n. Mechanizmy finansowe wspierające realizację Programu.
- vi. Podwyższenie kryterium dochodowego w dostępie do świadczeń pieniężnych (lub ekwiwalentnych) w przypadku gospodarstw domowych z osobą z niepełnosprawnością:
- 1. Dotyczy sytuacji do czasu wdrożenia świadczenia kompensacyjnego z tytułu niepełnosprawności.
  - 2. Niepełnosprawność związana jest z dodatkowymi potrzebami i kosztami. Aby osiągnąć ten sam poziom życia i funkcjonowania, osoby z niepełnosprawnościami potrzebują więcej dochodu niż takie same osoby pełnosprawne.
  - 3. Należy zastosować zasadę taką jak w przypadku zasiłków rodzinnych i świadczenia wychowawczego (500+) – wyższe progi w przypadku gospodarstw domowych z osobą z niepełnosprawnością.
  - 4. Kryterium dochodowe podniesione o 400 zł – dokładnie tak samo jak w przypadku świadczenia wychowawczego (500+).
  - 5. Dostosowanie metodologii stosowanej przez IPISS do wyliczania kryteriów.
- vii. Rezygnacja z kryterium dochodowego w dostępie do wsparcia związanego z niepełnosprawnością, w tym usług społecznych (usługi społeczne są niezbędne z powodu niepełnosprawności – konieczne do habilitacji i rehabilitacji oraz włączenia w lokalną społeczność i społeczeństwo – a nie z powodu ubóstwa).
- viii. Usługi społeczne świadczone za symboliczną odpłatnością lub bezpłatnie (usługi społeczne są niezbędne z powodu niepełnosprawności – konieczne do habilitacji i rehabilitacji oraz włączenia w lokalną społeczność i społeczeństwo – a nie z powodu ubóstwa).
- ix. Usługi społeczne realizowane – co do zasady – na poziomie gminy przez OPS-y oraz organizacje pozarządowe.

- x. Usługi społeczne powierzane przez OPS-y organizacjom pozarządowym co do zasady w ramach umów wieloletnich, 3-letnich lub dłuższych.
- xi. Uprawnienie do wsparcia (w tym do usług społecznych) wynika z orzeczenia lub wsparcie jest przyznawane bezpośrednio przez samorząd. Jeśli orzeczenie nie wskazuje wymiaru usług i sposobu ich świadczenia, to określa to samorząd w uzgodnieniu z osobą z niepełnosprawnością.
- xii. Podstawą dla uruchomienia wsparcia są szczegółowa diagnoza potrzeb, potencjału i funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością oraz plan wsparcia – tworzone wspólnie przez pracownika socjalnego z osobą z niepełnosprawnością, na życzenie osoby z niepełnosprawnością przy współpracy z rodziną, środowiskiem lokalnym i organizacjami pozarządowymi. Plan wsparcia zawiera w szczególności listę koniecznych usług społecznych (montaż usług społecznych). Ostateczny zakres działań zależy od potrzeb i wskazań osoby z niepełnosprawnością.
- xiii. Indywidualizacja wsparcia, zwłaszcza usług społecznych – na podstawie: szczegółowej diagnozy i planu wsparcia.
- xiv. Uruchomienie usług społecznych wymaga wydania decyzji administracyjnej (jak obecnie na przykład w przypadku usług opiekuńczych). W przypadkach nagłych usługi mogą zostać uruchomione w trybie uproszczonym.
- xv. Fakultatywna możliwość realizacji wsparcia w oparciu o bony wystawiane przez samorząd do wykorzystania według własnych potrzeb przez osobę z niepełnosprawnością.
  - 1. Bon nie ma formy pieniężnej. Umożliwia skorzystanie z usługi u usługodawcy (dostawcy) wybranego przez osobę z niepełnosprawnością. Dopiero świadczeniodawca otrzymuje pieniądze od samorządu za zrealizowane wsparcie na podstawie bonu.
  - 2. Jeśli samorząd udostępnia bony, to osoba z niepełnosprawnością dokonuje wyboru, czy chce skorzystać z usługi społecznej zapewnianej przez samorząd, czy z bonu i wybrać sama/-emu świadczeniodawcę. Samorząd nie może poprzestać na zapewnieniu bonów, musi równolegle zapewnić możliwość skorzystania z usług społecznych zapewnianych przez siebie.
  - 3. Koszty wsparcia realizowanego z udziałem bonu analogiczne jak w przypadku wsparcia zapewnionego bezpośrednio przez samorząd lub powierzanego do wykonania przez niego organizacji pozarządowej.
  - 4. Realizatorem wsparcia na podstawie bonu mogłyby być organizacje pozarządowe, podmioty prywatne, osoby samozatrudnione bez konieczności ubiegania się o bezpośrednie kontraktowanie przez samorząd.
  - 5. Szczegółowe zasady finansowania i realizacji takich usług powinny być określone przez samorząd w oparciu o standardy krajowe / podstawowe.

- xvi. Swoboda samorządu w doborze form organizacji i udostępniania wsparcia, w tym usług społecznych.
- xvii. Usługi społeczne to: usługi włączające, w tym usługi wspierające niezależne życie; rehabilitacja społeczna; aktywizacja zawodowa; usługi włączające to wszystkie usługi społeczne poza rehabilitacją społeczną i aktywizacją zawodową.
- Pierwsze 2 usługi zapewniane obowiązkowo przez samorządy. Pozostałe – zawierające się w koszyku gwarantowanych usług społecznych – zgodnie z potrzebami. Usługi społeczne zawarte w poniższym otwartym katalogu:
1. Aktywne wyszukiwanie osób, które stają się lub stały się osobami z niepełnosprawnościami, w celu zaoferowania im wsparcia.
  2. Usługi koordynatorów wsparcia świadczone indywidualnie i stale osobie z niepełnosprawnością – każdej osobie z niepełnosprawnością dedykowany jest koordynator wsparcia, który udziela informacji, prowadzi doradztwo oraz koordynuje współpracę między podmiotami zaangażowanymi w świadczenie usług wspierających i rehabilitacyjnych (wzorem pakietu onkologicznego).
  3. Poradnictwo specjalistyczne (prawne, ekonomiczne, technologiczne, opiekuńczo-wychowawcze, obywatelskie itp.).
  4. Wsparcie psychologiczne.
  5. Usługi wspierające niezależne życie:
    - a. Składają się z 2 rodzajów usług:
      - i. Zintegrowane usługi osobiste, to jest zintegrowane obecne: usługi opiekuńcze, usługi asystenckie i specjalistyczne usługi opiekuńcze, wzbogacone o wsparcie pełnienia czynności rodzicielskich dla rodzica z niepełnosprawnością.
      - ii. Przerwa regeneracyjna.
    - b. Zintegrowane usługi osobiste tworzą katalog form wsparcia:
      - i. Z katalogu na podstawie planu wsparcia (o którym mowa powyżej – tworzonego wspólnie przez pracownika socjalnego z osobą z niepełnosprawnością) wybierane są niezbędne formy wsparcia.
      - ii. Asystenckie formy wsparcia świadczone są zwykle łącznie ze wsparciem o charakterze opiekuńczym.
      - iii. Świadczeniodawca powinien dołożyć starań, by klient/-ka był/-a obsługiwany w ramach zintegrowanych usług osobistych przez tę samą osobę, jeśli taka jest potrzeba klienta/-ki [\* punkt, który budzi kontrowersje i wymaga szczególnej uwagi podczas konsultacji].
    - c. Przyznawane osobom ze względu na ich niepełnosprawność, chorobę lub wiek (analogicznie jak obecnie usługi opiekuńcze), a także ich opiekunom faktycznym (przerwa regeneracyjna), w tym ze względu na potrzebę wsparcia rodzicielstwa.
    - d. Zadanie własne samorządu gminnego o charakterze obowiązkowym.

- e. Przerwa regeneracyjna (*respite care*) (zgodnie z art. 19 i 28 Konwencji):
- i. Celem przerwy regeneracyjnej / krótkiej przerwy jest zapewnienie opiekunom faktycznym możliwości regeneracji niezbędnej ze względu na obowiązki wynikające z intensywnego procesu wsparcia osoby z niepełnosprawnością
  - ii. Przerwa regeneracyjna stwarza opiekunom faktycznym możliwość realizacji potrzeb związanych z funkcjonowaniem w rolach zawodowych, społecznych i z samorealizacją. Jednocześnie osobom z niepełnosprawnościami w każdym wieku oferuje możliwość pełniejszego rozwoju we własnym środowisku lokalnym lub poza nim w zależności od wariantu usługi.
  - iii. Przerwa regeneracyjna:
    1. Zapobiega wypaleniu opiekunów,
    2. Wzmacnia deinstytucjonalizację wsparcia.
    3. Umożliwia osobom z niepełnosprawnościami funkcjonowanie w środowisku lokalnym.
  - iv. Zapewnienie możliwości różnorodności form świadczenia usługi:
    1. Wsparcie całodobowe (połączone z noclegiem).
    2. Wsparcie kilkugodzinne.
    3. Wsparcie weekendowe.
    4. Wsparcie w wyspecjalizowanej placówce.
    5. Wsparcie w miejscu zamieszkania.
  - v. Zapewnienie trwałości dostępu do usługi dla klientów/-ek (dłuższy horyzont czasowy umów powierzenia usługi: 3-5 lat).
6. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi – zmiana terminologii i ukierunkowanie na usługi terapeutyczne. Wsparcie dotychczas otrzymywane w ramach specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi będzie w znacznej mierze świadczone w ramach usług asystenckich.
7. Usługi wsparcia dziennego:
- a. Zintegrowanie istniejących form wsparcia, które działają podobnie, a różnią się zasadami finansowania lub umocowaniem w innych przepisach jak: środowiskowe domy samopomocy (ŚDS-y) i warsztaty terapii zajęciowej (WTZ-y).
  - b. Oferowanie wsparcia wszystkim osobom z niepełnosprawnościami (obecnie ŚDS-y mogą wspierać tylko osoby z zaburzeniami psychicznymi), co nie wyklucza specjalizacji.
  - c. Finansowanie dodatkowych kosztów związanych z uczestnikami, którzy wymagają droższego wsparcia (osobami wymagającymi bardziej intensywnego wsparcia), a którzy obecnie nie są przyjmowani.



- d. Przeniesienie instrumentu WTZ-ów z ustawy o rehabilitacji... do systemu pomocy społecznej:
- e. Podział WTZ-ów na:
  - i. Działające wyłącznie w obszarze rehabilitacji społecznej jako ośrodki wsparcia dziennego i aktywizacji społecznej – integrowane w systemie pomocy społecznej z analogicznym instrumentem – środowiskowymi domami samopomocy.
  - ii. Działające w obszarze rehabilitacji społecznej i zawodowej, aktywizujące do wejścia na rynek pracy – jako instrument aktywizacji zawodowej z dodatkowym finansowaniem.
- 8. Wsparcie dla utrzymania zamieszkania w dotychczasowym miejscu (wsparcie dla zamiany mieszkań itp.).
- 9. Mieszkalnictwo wspomagane:
  - a. Rezygnacja z innego nazewnictwa na rzecz „mieszkań wspomaganych”, ujednoczenie z terminologią unijną.
  - b. Priorytetowa forma wsparcia w stosunku do domów pomocy społecznej i zakładów opiekuńczo-leczniczych.
  - c. Limit do 6 osób w jednym mieszkaniu wspomaganych. Okres przejściowy dla istniejących mieszkań – 5 lat.
  - d. Limit do 12 osób we wszystkich mieszkaniach wspomaganych w tym samym budynku, kompleksie budynków, bezpośrednim otoczeniu lub najbliższej okolicy. Okres przejściowy dla istniejących mieszkań: 5 lat.
  - e. Mieszkanie wspomagane nie może być w tym samym budynku, kompleksie budynków, bezpośrednim otoczeniu lub najbliższej okolicy domu pomocy społecznej lub zakładu-opiekuńczo-leczniczego. Okres przejściowy dla istniejących mieszkań: 5 lat.
  - f. Zapewnienie niezbędnego wsparcia w niezależnym życiu dla mieszkańców.
  - g. Znaczące dofinansowanie rządowe do tworzenia mieszkań wspomaganych dla samorządów (na poziomie co najmniej 60-70% kosztów).
- 10. Inne formy mieszkalnictwa:
  - a. Rodzinne domy pomocy,
  - b. Mieszkania wspólnoty wspomagane.
- 11. Domy pomocy społecznej (DPS-y):
  - a. Ograniczenie liczby mieszkańców do 30 osób. Okres przejściowy: 10 lat.
  - b. Zarezerwowane wyłącznie dla osób wymagających najbardziej intensywnego wsparcia, aktualnie niemożliwego do zaoferowania w innych formach. Okres przejściowy: 10 lat.
  - c. Dla pozostałych obecnych mieszkańców zapewnione zdeinstytucjonalizowane formy mieszkalnictwa (jak mieszkania chronione, rodzinne domy pomocy). Okres przejściowy: 10 lat.
- 12. Zakaz tworzenia nowych DPS-ów.

13. Transport specjalistyczny od drzwi do drzwi, w szczególności mieszkańcy terenów wiejskich i małych miast muszą mieć zapewnioną tę usługę.
14. Kompleksowa rehabilitacja społeczna.
15. Aktywizacja zawodowa i *quasi*-zawodowa (ta druga względem osób, których praca nie ma charakteru ekonomicznego lub społecznie użytecznego, lecz wymiar terapeutyczny i godnościowy), w tym:
  - a. Zreformowane WTZ-y, które działają w obszarze rehabilitacji społecznej i zawodowej, aktywizujące na rynek pracy:
    - i. Premia za wprowadzenie na rynek pracy uczestników WTZ-ów przy jednoczesnym zachowaniu możliwości powrotu do WTZ-u przez pół roku od podjęcia zatrudnienia oraz dodatkowym finansowym wsparciem WTZ-ów w zakresie zatrudniania specjalistów rynku pracy jak: doradca zawodowy, pośrednik pracy.
    - ii. Finansowanie dodatkowych kosztów związanych z uczestnikami, którzy wymagają droższego wsparcia, a obecnie nie są przyjmowani.
16. Inne usługi wsparcia w lokalnej społeczności.
- xviii. Mechanizm dofinansowań (likwidacji barier architektonicznych, likwidacji barier w komunikowaniu się, zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny itd.) przesunięty z obecnej ustawy o rehabilitacji...:
  1. Samorząd nie tylko dystrybuuje środki (jak obecnie), ale ponosi odpowiedzialność za realizację celu, który ma być osiągnięty przy pomocy tego instrumentu – zapewnienie pełnoprawnego, niezależnego życia osób z niepełnosprawnościami.
  2. Zwiększenie środków na dofinansowania, w szczególności na:
    - a. Likwidację barier architektonicznych – utrzymanie zamieszkania w dotychczasowym mieszkaniu (we własnym, rodziców, opiekunów) jest podstawową formą i priorytetem w zakresie wsparcia mieszkalnictwa osób z niepełnosprawnościami.
- xix. Koordynacja działań i wymiana informacji pomiędzy podmiotami świadczącymi wsparcie (jak ośrodki pomocy społecznej, organizacje pozarządowe, placówki medyczne), kluczowa rola koordynatorów wsparcia po stronie pomocy społecznej.
- xx. Obowiązek ujęcia rozwoju i sposobu realizacji usług społecznych w Strategiach Rozwiązywania Problemów Społecznych i programach na rzecz osób z niepełnosprawnościami.
- xxi. Wprowadzenie standardu usług wspierających niezależne życie i rehabilitacji społecznej (analogicznie do standardu rehabilitacji medycznej).
- xxii. Zapewnienie wsparcia personelowi świadczącemu usługi społeczne (superwizja, szkolenia itp.).
- xxiii. Środki Funduszu Pracy i PFRON-u na przygotowanie i finansowanie w samorządach i organizacjach pozarządowych:
  1. Kadr realizujących usługi społeczne.
  2. Standardów i jakości usług.

- xxiv. Wprowadzenie mechanizmów zwiększających bezpieczeństwo klientów/-ek, w szczególności osób nieletnich, kobiet i osób z niepełnosprawnością intelektualną (na przykład wymóg niekaralności dla personelu).
  - xxv. Niedublowanie działań w zakresie finansowania wyrobów medycznych z listy Ministerstwa Zdrowia z systemem zabezpieczenia społecznego, koncentracja działań po stronie systemu opieki zdrowotnej.
  - xxvi. Finansowanie składek na ubezpieczenie zdrowotne osób chorujących psychicznie nie podlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (analogicznie jak w przypadku osób bezdomnych) – często te osoby ze względu na chorobę psychiczną nie są w stanie pracować ani nawet ubiegać się o rentę, więc nie posiadają żadnego tytułu do ubezpieczenia.
  - xxvii. Monitorowanie przez samorządy jakości usług społecznych, za które dane samorządy są odpowiedzialne, oraz jakości życia osób z niepełnosprawnościami.
  - xxviii. Nadzór wojewody także nad: jakością usług społecznych świadczonych przez instytucje oraz zapewnieniem przez samorządy niezależnego życia osobom z niepełnosprawnościami.
  - xxix. Systematyczne prowadzenie kompleksowych, niezależnych i niezapowiedzianych badań jakości życia oraz przestrzegania praw człowieka (w szczególności w: domach pomocy społecznej, rodzinnych domach pomocy, mieszkaniach wspomaganych).
- d. Ustawa Kodeks cywilny:
- i. Zastąpienie ubezwłasnowolnienia systemem wspieranego podejmowania decyzji. Wprowadzenie instytucji osoby wspierającej w korzystaniu ze zdolności do czynności prawnych, dla której sąd określa indywidualnie zakres spraw możliwego reprezentowania osoby z niepełnosprawnością (lub osoby, która z jakichkolwiek innych powodów ma trudności w korzystaniu ze zdolności do czynności prawnych). Wprowadzenie okresowości wsparcia.
  - ii. Wprowadzenie różnorodnych form oświadczeń woli opartych o definicje języka i komunikacji z Konwencji i ustawy o dostępności (dotyczy w szczególności komunikacji alternatywnej).
  - iii. Uchylenie przykładowych obecnych przesłanek nieważności czynności prawnych: „choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego, chociażby nawet przemijającego, zaburzenia czynności psychicznych”.
- e. Ustawa Kodeks rodzinny i opiekuńczy:
- i. Uchylenie względnego zakazu zawierania małżeństwa przez osobę z niepełnosprawnością.
  - ii. Wskazanie, że kurator dla osoby z niepełnosprawnością może ją reprezentować w sprawach określonych przez sąd (istotne szczególnie do czasu opracowania systemu wspieranego podejmowania decyzji w Kodeksie cywilnym).
- f. Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży:
- i. Zapewnienie realizacji praw reprodukcyjnych osób z niepełnosprawnościami, zwłaszcza kobiet z niepełnosprawnościami.

- g. Ustawa Kodeks pracy:
- i. Definicja racjonalnego dostosowania.
  - ii. Uprawnienia pracownicze przeniesione z ustawy o rehabilitacji... Przeniesienia wymagają rozwiązania dotyczące obowiązku zapewnienia racjonalnych usprawnień, warunków pracy chronionej, dodatkowych urlopów, norm czasu pracy i dodatkowych przerw lub zwolnień, zasad powrotu do pracy po wypadku przy pracy lub chorobie zawodowej osób, u których w wyniku tych zdarzeń pojawiła się niepełnosprawność, zatrudniania osoby pomagającej w pracy pracownikowi z niepełnosprawnością. Liczne kontrowersje budzi obecny przywilej 7-godzinnego czasu pracy. Wiele osób postuluje jego usunięcie [\* punkt, który budzi kontrowersje i wymaga szczególnej uwagi podczas konsultacji].
  - iii. Rozwiązanie prawne w zakresie zdolności do czynności prawnych umożliwiające podejmowanie pracy przez osoby ubezwłasnowolnione całkowicie. Dotyczy sytuacji prawnej do momentu likwidacji instrumentu ubezwłasnowolnienia (który ma zostać zastąpiony przez wspierane podejmowanie decyzji).
  - iv. Alternatywne do formy pisemnej formy dokonywania czynności prawnych i faktycznych w ramach prawa pracy dla osób z niepełnosprawnościami nie mogących pisać.
- h. Ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy:
- i. Zmiana definicji bezrobotnego, by obejmowała także osoby z niepełnosprawnościami (niepracujących rencistów).
  - ii. Uprawnienie dla osób z niepełnosprawnościami (niepracujących rencistów) do pobierania zasiłku dla bezrobotnych na takich samych zasadach jak osoby pełnosprawne.
  - iii. Wsparcie świadczonego przez publiczne służby zatrudnienia z obecnej ustawy o rehabilitacji...:
    1. Przeniesienie do niniejszej ustawy i ujednoczenie.
    2. Finansowanie przez Fundusz Pracy (a nie PFRON) jak w przypadku wszystkich uprawnionych.
  - iv. Dodatkowy bon dla osób z niepełnosprawnościami rozpoczynających zatrudnienie, tak zwany Bon na start – instrument zwiększający motywację do podjęcia pracy.
  - v. Uelastycznienie środków będących w dyspozycji Powiatowych Urzędów Pracy (PUP-ów) na wyposażenie stanowiska pracy tak, aby były one dostępne dla pracodawcy „od ręki”, a także skrócenie okresu utrzymania stanowiska pracy do 12 miesięcy z uwagi na obserwowaną dużą rotację na rynku pracy.
  - vi. Wprowadzenie instytucji asystenta (asystenta pracy) dla pracowników z niepełnosprawnościami, finansowanego z Funduszu Pracy z możliwością powierzania tej usługi organizacjom pozarządowym; opcjonalnie we współpracy PUP-u z ośrodkiem pomocy społecznej (OPS-em) – analogiczne rozwiązanie jak w przypadku Programu Aktywizacja i Integracja z ustawy (rozdział 12a).
  - vii. Wprowadzenie instrumentu zatrudnienia wspomaganego finansowanego z Funduszu Pracy, z możliwością powierzania go organizacjom pozarządowym.

- viii. Wprowadzenie dodatkowych programów dla pracodawców związanych z zatrudnianiem osób z niepełnosprawnościami, w tym dla pracowników działów HR, a także działania wspierające adaptację w miejscu pracy poprzez wsparcie zespołów pracowniczych na przykład w formie warsztatów, doradztwa, z możliwością powierzenia ich organizacjom pozarządowym.
- ix. Wprowadzenie mechanizmów ścisłej współpracy służb zatrudnienia z organizacjami pozarządowymi w celu wsparcia osób z niepełnosprawnościami – na przykład wykorzystanie programów specjalnych, w tym w celu testowania nowych instrumentów pracy.
- x. Wykorzystanie środków przeznaczonych na szkolenia dla pracowników publicznych służb zatrudnienia na działania wspierające wiedzę i kompetencje niezbędne do pracy z osobami z niepełnosprawnościami – wewnętrzny program dla publicznych służb zatrudnienia koordynowany przez Departament Rynku Pracy MRPiPS.
- xi. Obowiązkowa realizacja Programu Aktywizacja i Integracja (rozdział 12a) przez każdy PUP co najmniej 1 raz w roku, ze szczególnym uwzględnieniem osób z niepełnosprawnościami przy wykorzystaniu mechanizmu powierzenia zadań organizacjom pozarządowym.
- xii. Wprowadzenie mechanizmów współpracy szkół podstawowych i ponadpodstawowych z publicznymi służbami zatrudnienia w celu zapewnienia doradztwa zawodowego i edukacyjnego oraz informacji o rynku pracy i kształtowaniu kariery na etapie wyboru ścieżki kształcenia.
- i. Oświata, w tym ustawa Prawo oświatowe:
  - i. Definicja racjonalnego dostosowania.
  - ii. W przypadku wprowadzenia nowego systemu orzecznictwa (patrz propozycje dotyczące ustawy o orzecznictwie o niepełnosprawności oraz koordynacji wsparcia osób z niepełnosprawnościami, pkt 3 powyżej) konieczność dostosowania odesłań i definicji mówiących o uczniach z niepełnosprawnościami, w tym np. z art. 4 oraz rozporządzeń dotyczących kształcenia specjalnego. W przypadku utrzymania oddzielnego systemu orzekania dla celów edukacyjnych należy koniecznie dążyć do powiązania diagnozy z oceną funkcjonalną z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) w ramach rozporządzenia w sprawie orzekania o specjalnych potrzebach edukacyjnych oraz potrzebie kształcenia specjalnego.
  - iii. Zmiana naliczania środków z dodatkowych wag subwencyjnych ze względu na niepełnosprawność, tak by naliczanie było powiązane z potrzebami dziecka i zabezpieczało odpowiedni poziom realizacji zadań, co wiąże się też z przekazywaniem ich do danej szkoły i placówki oświatowej – kwestia ta wykracza poza ustawę o systemie oświaty i jest powiązana z regulacjami z zakresu finansów publicznych i finansowania zadań JST.
  - iv. Rozbudowa funkcjonalności Systemu Informacji Oświatowej pozwalająca na prawidłowe wprowadzanie danych o niepełnosprawnościach sprzężonych i lepszy monitoring wsparcia uczniów z niepełnosprawnościami, w tym zajęć specjalistycznych

- i nauczania jeden na jeden (w szczególności po aktualnych zmianach w nauczaniu indywidualnym).
- v. Ustanowienie (na bazie istniejącej sieci szkół specjalnych, poradni, organizacji pozarządowych i placówek edukacyjnych) lokalnych centrów wsparcia edukacji włączającej oferujących rozbudowane poradnictwo, szkolenia oraz materiały dydaktyczne dla szkół ogólnodostępnych.
  - vi. Likwidacja nierówności w wynagradzaniu nauczycieli ze szkół specjalnych i ogólnodostępnych pracujących z uczniem z niepełnosprawnością (dodatek za pracę w trudnych warunkach, to jest prowadzenie: zajęć dydaktycznych i wychowawczych w specjalnych przedszkolach (oddziałach), szkołach (oddziałach) specjalnych oraz indywidualnego nauczania dziecka zakwalifikowanego do kształcenia specjalnego – art. 34 Karta nauczyciela i stosowne rozporządzenie).
  - vii. Wprowadzenie specjalistycznego doradztwa społeczno-zawodowego we wszystkich typach szkół dla uczniów z niepełnosprawnościami (począwszy od 7 klasy szkoły podstawowej) z uwzględnieniem specyfiki niepełnosprawności oraz rozbudowa wsparcia w okresie przejścia z edukacji na rynek pracy, obejmująca pracę z rodziną i przygotowanie indywidualnego planu usamodzielniania / aktywizacji zawodowej na wzór IPET-u (indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego) – wykracza poza działania edukacyjne i wymaga współpracy, np. z OPS-em (ośrodkiem pomocy społecznej) i PUP-em (powiatowym urzędem pracy) oraz organizacjami pozarządowymi specjalizującymi się w temacie.
  - viii. Zapewnienie usług zatrudnienia wspomaganego (jak trenera pracy) dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną na etapie praktyk i kończenia szkoły branżowej I stopnia lub szkoły specjalnej przyspasabiającej do pracy.
  - ix. Zniesienie godzinowych ograniczeń we wczesnym wspomaganie rozwoju dziecka (WWR) i możliwie szybkie wsparcie od momentu wykrycia zagrożenia niepełnosprawnością (profilaktyka) lub diagnozy, przemyślenie połączenia realizacji WWR w ramach systemu edukacji z systemem zdrowia (rozporządzenie w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci i plany połączenia systemów orzecznictwa).
  - x. Objęcie odpowiednim modelem doradztwa zawodowego uczniów z zaburzeniami natury psychicznej i kognitywnej (współpraca na linii uczeń – rodzice / opiekunowie – psycholog – doradca zawodowy).
  - xi. Zapewnienie wsparcia asystenckiego (z elementami usług opiekuńczych), realizowanego na podstawie ustawy o pomocy społecznej (patrz pkt 2.b.5 powyżej) na terenie szkoły, gdy jest to konieczne, a jeżeli takie rozwiązanie nie będzie mogło zostać wdrożone – zapewnienie usług asystenckich z elementami usług opiekuńczych w ramach systemu oświaty.
  - xii. Zatrudnienie w każdej szkole specjalistów, którzy mają kompetencje do lokalnego wspierania rodzin i dzieci (problemy wychowawcze, lekkie kryzysy psychiczne itd.), z wyłączeniem wsparcia typu prowadzenie psychoterapii czy porady lekarza psychiatry.

- j. Ustawa Prawo o szkolnictwie wyższym:
- i. Wprowadzenie tematyki dostępności i uniwersalnego projektowania do standardów kształcenia i efektów kształcenia w szkolnictwie wyższym.
  - ii. Wprowadzenie obowiązkowych praktyk na studiach pedagogicznych, które obejmowałyby pracę z uczniem z niepełnosprawnością.
  - iii. Wprowadzenie do programu studiów podyplomowych i kursów z zarządzania oświatą problematyki edukacji włączającej i kształcenia specjalnego.
  - iv. Pozostawienie w gestii MNiSW (Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego) i autonomii uczelni (z odpowiednimi mechanizmami monitoringu) dotacji na stwarzanie warunków do pełnego udziału w procesie kształcenia studentom, doktorantom oraz słuchaczom studiów podyplomowych z niepełnosprawnościami.
  - v. Włączenie słuchaczy studiów podyplomowych do algorytmu, według którego przyznaje się ww. dotację.
- k. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:
- i. Zwiększenie dostępności opieki zdrowotnej:
    1. Dostępność architektoniczna placówek medycznych.
    2. Dostępność gabinetów lekarskich / stanowisk terapeutycznych (w tym gabinetów ginekologicznych).
    3. Zniesienie limitów na świadczenia oraz odrębna lista oczekujących dla wczesnej rehabilitacji (wzorem pakietu onkologicznego), co oznacza olbrzymie korzyści społeczne oraz oszczędności po stronie finansów publicznych.
    4. Zwiększenie limitów na świadczenia związane z rehabilitacją medyczną, opieką długoterminową, paliatywną, w chorobach przewlekłych i psychiatrii.
    5. Finansowanie świadczeń telemedycznych ze środków publicznych.
    6. Zobowiązanie świadczeniodawców do wprowadzenia ułatwień w rejestracji pacjentów do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym z wykorzystaniem technologii teleinformatycznych (jak przyjmowanie zgłoszeń telefonicznych, e-mailowych, korespondencyjnych, z pomocą osoby wspierającej).
    7. Zmniejszenie limitu odpłatności za pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub zakładzie rehabilitacji leczniczej do 50% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
    8. Niedublowanie działań w zakresie profilaktyki niepełnosprawności (prewencji rentowej) z systemem zabezpieczenia społecznego, koncentracja działań w zakresie profilaktyki niepełnosprawności po stronie systemu opieki zdrowotnej; zapewnienie odpowiednich środków w systemie.
    9. Ze względu na sposób finansowania część samorządów woli umieszczać swoich mieszkańców z niepełnosprawnościami w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL-ach), zamiast samemu zapewniać mieszkania wspomagane lub inne formy opieki całodobowej. Rozwaga w stosowaniu tej formy wsparcia:

- a. Uszczelnienie procedury kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych.
  - b. Ograniczenie tendencji do Zakaz-tworzenia nowych zakładów opiekuńczo-leczniczych na rzecz rozwoju wsparcia w społeczności lokalnej.
10. Wyodrębnienie świadczenia medycznego – wczesna interwencja – jako wielospecjalistycznej, kompleksowej i ciągłej opieki nad małym dzieckiem z niepełnosprawnością i jego rodziną.
- ii. Zwiększenie dostępności refundowanych wyrobów medycznych:
    1. Zwiększenie limitów kwotowych, by umożliwić korzystanie z dobrej jakości wyrobów medycznych (na przykład dobrych protez).
    2. Urealnienie i zwiększenie limitów ilościowych na środki higieniczne (jak pieluchomajtki, podkłady) – obecne limity są zaniżone.
    3. Zapewnienie usługi doboru wyrobu medycznego (jak wózek inwalidzki) oprócz refundacji samego wyrobu, podmiot doradzający przy wyborze ponosi odpowiedzialność (obecnie najczęściej sprzęt dobierają dystrybutorzy, którzy kierują się własnym zyskiem, w efekcie potrzeby pacjentów nie są realizowane, a środki publiczne są wydawane nieefektywnie).
    4. Podstawa do wystąpienia o nowy wyrób medyczny (jak wózek inwalidzki itp.) to stopień zniszczenia, zmiana aktywności, potrzeb rozwojowych itp., a nie wyłącznie czas.
    5. Przy ubieganiu się o nowy wyrób medyczny, dla którego istnieje rynek wtórny, obowiązek zwrotu poprzedniego (by uniknąć spekulacji).
    6. Niedublowanie działań w zakresie finansowania wyrobów medycznych z listy Ministerstwa Zdrowia z systemem zabezpieczenia społecznego, koncentracja działań po stronie systemu opieki zdrowotnej; zapewnienie odpowiednich środków w systemie.
  - iii. Zwiększenie jakości opieki zdrowotnej:
    1. Ustawienie celu systemu opieki zdrowotnej na osiągnięcie efektu (wyleczenie, rehabilitacja), a nie oferowanie świadczeń (obecnie kontraktuje się świadczenia, a nie ich efekty).
    2. Wprowadzenie standardów rehabilitacji medycznej (analogicznie jak dla standardów rehabilitacji społecznej).
    3. Standaryzacja dokumentacji medycznej (między innymi na potrzeby procesu orzeczniczego).
    4. Wprowadzenie mechanizmu badania jakości świadczeń opieki zdrowotnej, zwłaszcza w oparciu o badanie opinii pacjentów.
    5. Systematyczne prowadzenie kompleksowych, niezależnych i niezapowiedzianych badań jakości życia oraz przestrzegania praw człowieka (w szczególności w zakładach opiekuńczo-leczniczych).
  - iv. Koordynacja działań i wymiana informacji pomiędzy podmiotami świadczącymi wsparcie (jak ośrodki pomocy społecznej, organizacje pozarządowe, placówki medyczne), w tym z koordynatorem wsparcia po stronie pomocy społecznej.



- v. Znaczące dofinansowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przyjmowanych stale lub w chorobach przewlekłych.
- I. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (oraz ustawy powiązane):
  - i. Deinstytucjonalizacja usług świadczonych w psychiatrii dorosłych oraz dzieci i młodzieży:
    - 1. Zmiana paradygmatu i logiki interwencji, polegających na realizacji potrzeb – związanych ze zdrowieniem – osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, w tym odzyskaniu przez nich samosterowności i sieci relacji społecznych. System wsparcia (organizacja i finansowanie) powinien umożliwiać profesjonalistom zindywidualizowane podejście do osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego.
    - 2. Znaczące zwiększenie nakładów finansowych na usługi psychiatryczne świadczone w środowisku osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego (usługi środowiskowe), z progresywnym zmniejszaniem nakładów na opiekę instytucjonalną (w szczególności na szpitale psychiatryczne).
    - 3. Wsparcie procesu przechodzenia przez deinstytucjonalizację dla personelu istniejących podmiotów usług na rzecz zdrowia psychicznego.
    - 4. Odejście w leczeniu psychiatrycznym od opłaty za usługę na rzecz systemów finansowania wspierających indywidualizację procesów terapeutycznych w środowisku osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, np. stawka *per capita*.
    - 5. Wprowadzenie skoordynowanych świadczeń, które pozwolą na kompleksowe podejście do diagnozy i wsparcia osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego.
    - 6. Wspieranie rozwoju Centrów Zdrowia Psychicznego na poziomie powiatów jako sieci podmiotów lub autonomicznego podmiotu koordynującego wsparcie dla osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego (w proporcji maksymalnie 1 na 150 tys. mieszkańców).
    - 7. Większy nacisk na tworzenie oddziałów psychiatrycznych ogólnych, całodobowych jak najbliżej osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, na przykład przy szpitalach powiatowych, wielospecjalistycznych.
    - 8. Systematyczne prowadzenie kompleksowych, niezależnych i niezapowiedzianych badań jakości życia oraz przestrzegania praw człowieka (w szczególności w szpitalach psychiatrycznych).
  - ii. Wdrożenie procedur i standardów współpracy z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w ramach usług skoordynowanych.
  - iii. Prawne dopuszczenie i angażowanie w proces terapeutyczny sieci oparcia społecznego (rodziny, bliskich) osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, w tym włączenie instruktorów zdrowienia w system usług na rzecz zdrowia psychicznego.
  - iv. Objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym osób chorujących psychicznie nie podlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (analogicznie jak w przypadku osób bezdomnych) – często osoby te

ze względu na chorobę psychiczną nie są w stanie pracować ani nawet ubiegać się o rentę, więc nie posiadają żadnego tytułu do ubezpieczenia; finansowanie składek w ramach pomocy społecznej.

- v. Wydzielenie środków na koordynację wsparcia dla niepełnoletnich osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego i ich rodzin w środowisku (przede wszystkim zorganizowanie współpracy z placówkami oświatowymi).

m. Ustawa o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych:

i. Zmiany w akcie wykonawczym w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego:

1. Usunięcie przeciwwskazań uniemożliwiających osobom z niepełnosprawnościami korzystanie z leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej, obecnie w szczególności „niezdolność do samodzielności” czy padaczka mogą eliminować z tej formy leczenia i rehabilitacji.
2. Przeciwnie – potrzeba wsparcia w zakresie samodzielności powinna być przesłanką do ustanowienia adekwatnych środków wsparcia, na przykład usług asystenckich, odpowiednich warunków lokalowych, w tym dostępności architektonicznej, alternatywnych sposobów komunikowania się.
3. Zniesienie ograniczeń wiekowych w dostępie do leczenia uzdrowiskowego w przypadku osób dorosłych zdiagnozowanych w dzieciństwie w kierunku dziecięcego porażenia mózgowego (obecnie wskazanie tylko dla pacjentów do 18 roku życia).

m-n. Ustawa o świadczeniach rodzinnych:

- i. Równe traktowanie opiekunów dorosłych osób z niepełnosprawnościami z możliwością różnicowania w oparciu o obiektywne kryteria odnoszące się do oceny całokształtu sytuacji osoby z niepełnosprawnością – wykonanie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 21 października 2014 r., sygn. akt K 38/13.
- ii. Umożliwienie opiekunom osoby z niepełnosprawnością łączenia pracy i świadczenia finansowego z tytułu utraty lub obniżenia dochodów związanych ze sprawowaniem opieki.
- iii. Uwzględnienie sytuacji opiekunów osób z niepełnosprawnościami korzystających ze świadczeń emerytalno-rentowych, w tym z wcześniejszych emerytur – niższych od świadczenia pielęgnacyjnego. Posiadanie prawa do takiego świadczenia wyklucza nabycie prawa do świadczenia pielęgnacyjnego, zarazem ustawa nie przewiduje żadnego innego adekwatnego świadczenia lub innego rozwiązania w związku z nadal sprawowaną opieką.
- iv. Do czasu wprowadzenia świadczenia kompensacyjnego z tytułu niepełnosprawności (o którym mowa powyżej w pkt. dotyczącym zmian w ustawie o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych) znaczące podwyższenie i stała waloryzacja zasiłku pielęgnacyjnego.

m-o. Ustawa Prawo budowlane lub ustawa Kodeks urbanistyczno-budowlany (dotyczy planowanego projektu ustawy o tej nazwie):

- i. Definicja uniwersalnego projektowania.

- ii. Standardy dostępności.
- iii. Już za niedługo seniorzy będą stanowić 30% społeczeństwa, a wraz z osobami z niepełnosprawnościami – jego 1/3. Obowiązek zapewnienia w przypadku budownictwa wielorodzinnego, że:
  - 1. Co najmniej 20% lokali będzie dostępnych dla osób z niepełnosprawnościami.
  - 2. Pozostałe będą łatwo adaptowalne do dostępności dla osób z niepełnosprawnościami zgodnie z zasadami projektowania uniwersalnego.
- iv. Efektywność dostępności – wdrażanie najbardziej efektywnych pod kątem dostępności rozwiązań przestrzennych.
- v. Udział osób z niepełnosprawnościami w procesie planowania i realizacji inwestycji.
- vi. Funkcja kontrolna organizacji pozarządowych oraz samorządowych pełnomocników ds. dostępności - Access Officerów (z ustawy o dostępności).
- vii. Rozszerzenie przedmiotu kontroli okresowych budynków o badanie dostępności dla osób z niepełnosprawnościami.
- viii. Obowiązek sporządzania świadectwa charakterystyki efektywności dostępności dla budynków.

o-p. Ustawa o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy i o zmianie Kodeksu cywilnego:

- i. Zapewnienie dostępności dla osób z niepełnosprawnościami procedur dotyczących lokali komunalnych i socjalnych (zasięgania informacji, ubiegania się, składania innych wniosków itp.).
- ii. Zbieranie informacji o (parametrach) dostępności dla osób z niepełnosprawnościami mieszkaniowego zasobu gminy.
- iii. Wprowadzenie mechanizmu zamiany mieszkań w ramach zasobu mieszkaniowego gminy (z niedostępnego na dostępne, zmiana metrażu itp.).
- iv. Już za niedługo seniorzy będą stanowić 30% społeczeństwa, a wraz z osobami z niepełnosprawnościami – jego 1/3. Zaś wśród osób zagrożonych ubóstwem udział ten może sięgnąć 50% społeczeństwa. Obowiązek zapewnienia, że:
  - 1. W przypadku remontowanych lokali w zasobie mieszkaniowym gminy:
    - a. Co najmniej 20% będzie dostępnych dla osób z niepełnosprawnościami.
    - b. Co najmniej 30% będzie łatwo adaptowalnych do dostępności dla osób z niepełnosprawnościami zgodnie z zasadami projektowania uniwersalnego.
  - 2. W przypadku nowych lokali w zasobie mieszkaniowym gminy:
    - a. Co najmniej 20% będzie dostępnych dla osób z niepełnosprawnościami.
    - b. Pozostałe będą łatwo adaptowalne do dostępności dla osób z niepełnosprawnościami zgodnie z zasadami projektowania uniwersalnego.

p-g. Ustawa o Krajowym Zasobie Nieruchomości:

- i. Już za niedługo seniorzy będą stanowić 30% społeczeństwa, a wraz z osobami z niepełnosprawnościami – jego 1/3. Zaś wśród osób mniej zamożnych udział ten może sięgnąć 50% społeczeństwa. Zobowiązanie, by w przypadku mieszkania (na wynajem) budowane z wykorzystaniem nieruchomości z Krajowego Zasobu Nieruchomości (jak w programie Mieszkanie+):
  1. Co najmniej 20% było dostępnych dla osób z niepełnosprawnościami.
  2. Pozostałe były łatwo adaptowalne do dostępności dla osób z niepełnosprawnościami zgodnie z zasadami projektowania uniwersalnego.

q-r. Ustawa o niektórych formach popierania budownictwa mieszkaniowego:

- i. Już za niedługo seniorzy będą stanowić 30% społeczeństwa, a wraz z osobami z niepełnosprawnościami – jego 1/3. Zaś wśród osób mniej zamożnych udział ten może sięgnąć 50% społeczeństwa. Zobowiązanie, by w przypadku mieszkań budowanych przez towarzystwa budownictwa mieszkaniowego:
  1. Co najmniej 20% było dostępnych dla osób z niepełnosprawnościami.
  2. Pozostałe były łatwo adaptowalne do dostępności dla osób z niepełnosprawnościami zgodnie z zasadami projektowania uniwersalnego.

r-s. Ustawa o rewitalizacji:

- i. Już za niedługo seniorzy będą stanowić 30% społeczeństwa, a wraz z osobami z niepełnosprawnościami – jego 1/3. Zobowiązanie, by w przypadku co najmniej 20% budowanych, remontowanych, przekształcanych itp. mieszkań w ramach rewitalizacji było dostępnych dla osób z niepełnosprawnościami lub było łatwo adaptowalnych do dostępności dla osób z niepełnosprawnościami.
- ii. Zobowiązanie, by co najmniej 3% budowanych, remontowanych, przekształcanych itp. mieszkań w ramach rewitalizacji stanowiły mieszkania wspomagane.

s-t. Ustawa o systemie powiadamiania ratunkowego:

- i. System powiadamiania alarmowego dla osób głuchych, niemówiących i użytkowników komunikacji alternatywnej.

t-u. Ustawa o informatyzacji podmiotów realizujących zadania publiczne, rozporządzenie o Krajowych Ramach Interoperacyjności...:

- i. Likwidacja wyłączeń z poziomu AA WCAG 2.0.
- ii. Harmonizacja z Dyrektywą o dostępności publicznych stron internetowych i z *European Accessibility Act*.

u-v. Ustawa o języku migowym i innych środkach komunikowania się (dalej: ustawa o języku migowym...):

- i. Przeniesienie do ustawy o dostępności regulacji dotyczących komunikowania się wszystkich osób doświadczających trudności w komunikowaniu się.
- ii. Pozostawienie regulacji dotyczących języka migowego oraz osób głuchych / Głuchych.

- iii. Rozszerzenie listy podmiotów zobowiązanych o wszystkie podmioty i jednostki świadczące usługi w zakresie opieki zdrowotnej.
- ~~v-w.~~ Ustawa o transporcie publicznym:
  - i. Dostępny tabor przewoźników,
- ~~w-x.~~ Ustawa Prawo telekomunikacyjne:
  - i. Ekwiwalent usługi telefonicznej dla osób głuchych, niemówiących i użytkowników komunikacji alternatywnej (zgodnie z dyrektywą o usłudze powszechnej):
    1. Wprowadzenie ogólnopolskiej usługi *Video Relay Service* (VRS), tak zwanego centrum pośredniczącego/tłumaczeniowego, które za pomocą wideotelefonów lub komunikatorów internetowych, będzie pośredniczyło w komunikacji, na przykład w załatwianiu spraw w urzędach, u lekarza, pomocy społecznej, sprawach mieszkaniowych, dotyczących zatrudnienia, osobistych itp.
    2. Usługa VRS realizowana w trybie zlecenia zadania publicznego przez podmiot publiczny organizacji pozarządowej.
    3. Zobowiązanie telekomów do włączenia VRS do swojej oferty usług telefonicznych, odpłatność jak w przypadku zwykłych usług telefonicznych.
- ~~x-y.~~ Ustawa Prawo bankowe:
  - i. Obowiązek dostępności dla serwisów bankowych.
- ~~y-z.~~ Ustawa o radiofonii i telewizji:
  - i. Zwiększenie progów dostępnych programów telewizyjnych do:
    1. 100% dla napisów dla niesłyszących,
    2. 50% dla tłumaczeń na język migowy,
    3. 50% dla audiodeskrypcji.
  - ii. Przeniesienie ww. regulacji z rozporządzenia do ustawy.
  - iii. Harmonizacja z *European Accessibility Act*.
- ~~z-aa.~~ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej:
  - i. Nowelizacja art. 62 – skreślenie regulacji o pozbawieniu praw wyborczych osób ubezwłasnowolnionych (postulat powiązany z rekomendacją zastąpienia ubezwłasnowolnienia systemem wspieranego podejmowania decyzji).
- ~~aa-bb.~~ Ustawa Kodeks wyborczy:
  - i. Możliwość pełnienia funkcji wójta, burmistrza, prezydenta miasta przez osoby z niepełnosprawnościami posiadające orzeczenie o niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji (na mocy wcześniejszych przepisów orzeczniczych), co obecnie nie jest możliwe. Odrębna procedura stwierdzenia braku możliwości wykonywania ww. funkcji – analogiczna jak w przypadku sędziów.
  - ii. Zwiększenie dostępności lokali wyborczych:
    1. Wprowadzenie wymogów dotyczących dostępności otoczenia lokalu wyborczego.
    2. Zapewnienie dojazdu do lokali wyborczych dla osób z ograniczoną mobilnością.
    3. Kontrole dostępności lokali wskazanych przez gminę jako dostępne prowadzone przez Państwową Komisję Wyborczą na 2 miesiące przed terminem wyborów.
  - iii. Zwiększenie dostępności procedur głosowania:

1. Zmiana terminu zgłaszania chęci głosowania korespondencyjnego z 21 na 15 dni.
2. Zapewnienie informacji wyborczej w języku łatwym do czytania i zrozumienia.
3. Wprowadzenie głosomatów (urządzeń, które będą wypełniać karty do głosowania, chodzi o urządzenia niepodłączone do sieci transmisji danych, które będą w lokalu wyborczym „produkować” fizyczne, wypełnione karty). Chodzi o równe szanse między innymi osób o ograniczonej sprawności manualnej.

bb.cc. Ustawa o samorządzie gminnym:

- i. Zapewnienie ułatwień w głosowaniu w wyborach do jednostek pomocniczych gminy (Rad Osiedli, Rad Sołeckich, Sołtysów), analogicznych do tych, jakie przewiduje ustawa Kodeks wyborczy.
- ii. Zobowiązanie, by po 2027 r. posiedzenia rad gminy odbywały się wyłącznie w dostępnych miejscach (dostępne: budynki oraz ich otoczenie). Okres dostosowawczy: 10 lat.

cc.dd. Ustawa o samorządzie powiatowym:

- i. Zobowiązanie, by posiedzenia rad powiatu odbywały się wyłącznie w dostępnych miejscach (dostępne: budynki oraz ich otoczenie). Okres dostosowawczy: 10 lat.

dd.ee. Ustawa o samorządzie wojewódzkim:

- i. Zobowiązanie, by posiedzenia rad sejmiku wojewódzkiego odbywały się wyłącznie w dostępnych miejscach (dostępne: budynki oraz ich otoczenie). Okres dostosowawczy: 10 lat.

ee.ff. Ustawa o wykonywaniu mandatu posła i senatora:

- i. Zobowiązanie, by biura poselskie i senatorskie znajdowały się w dostępnych miejscach (dostępne: budynki oraz ich otoczenie). Okres dostosowawczy: najbliższe wybory odpowiednio do Parlamentu Rzeczypospolitej Polskiej oraz Parlamentu Europejskiego.
- ii. Zapewnienie przez biura poselskie i senatorskie możliwości (po wcześniejszym zgłoszeniu) porozumiewania się przy pomocy tłumacza języka migowego lub osoby znającej metody komunikacji alternatywnej lub wspomagającej (AAC) – wystarczy wykorzystać zdalną usługę, których wiele jest obecnych na rynku.

ff.gg. Ustawa o partiach politycznych:

- i. Dostępność stron internetowych partii otrzymujących subwencje – zgodnie ze standardem WCAG 2.0.

gg.hh. Ustawa o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania:

- i. Wprowadzenie definicji dyskryminacji zgodnej z art. 2 Konwencji, czyli uwzględniającej również dyskryminację poprzez odmowę racjonalnego dostosowania.
- ii. Wprowadzenie definicji dyskryminacji przez asocjację, to jest poprzez utożsamienie podmiotu z jakąś cechą prawnie chronioną (ważne dla rodziców, postrzeganych przez społeczeństwo przez pryzmat niepełnosprawności swoich dzieci), dyskryminacji wielokrotnej (ważne szczególnie dla kobiet z niepełnosprawnościami) oraz przez asumpcję.

- iii. Rozszerzenie ochrony przed dyskryminacją ze względu na niepełnosprawność w zakresie dostępu do: usług, ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego, oświaty i szkolnictwa wyższego.
- ~~hh-ii.~~ Ustawa o statystyce publicznej:
  - i. Zapewnienie prowadzenie badań statystycznych dotyczących niepełnosprawności, w szczególności kobiet z niepełnosprawnościami oraz osób z niepełnosprawnościami mieszkających na terenie wsi i małych miast,
  - ii. Zapewnienie w składzie Rady Statystyki (między innymi ustalającej corocznie projekt programu badań statystycznych) przedstawicielki lub przedstawiciela Krajowej Rady Konsultacyjnej ds. Osób z Niepełnosprawnościami.
- ~~ii-ij.~~ Ustawa Prawo zamówień publicznych:
  - i. Ścisła kontrola przepisów pod kątem stosowania klauzul społecznych.
  - ii. Obowiązek stosowania klauzul społecznych przez podmioty publiczne w stosunku do 30% zamówień.
- ~~jj-kk.~~ Ustawa Kodeks postępowania cywilnego:
  - i. Definicja racjonalnego dostosowania w dostępie do sądu.
  - ii. Umożliwienie organizacjom pozarządowym wytaczania powództw z zakresu równości oraz niedyskryminacji bez zgody osoby dyskryminowanej. Dotyczy to sytuacji, gdy w interesie osób z niepełnosprawnościami organizacja pozarządowa występuje w sprawach o dyskryminację w różnych okolicznościach życia społecznego (na przykład publiczne wypowiedzi dyskryminujące osoby z niepełnosprawnością intelektualną).
  - iii. Zdolność do bycia świadkiem przez osoby z niepełnosprawnościami, w tym świadkiem podczas sporządzania testamentu.
  - iv. Wsparcie dla uczestnika postępowania – osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną – poprzez umożliwienia skorzystania z pełnomocnika z urzędu nie tylko ze względu na sytuację majątkową.
- ~~kk-ll.~~ Ustawa Kodeks postępowania karnego:
  - i. Definicja racjonalnego dostosowania.
  - ii. Zdolność do bycia świadkiem przez osoby z niepełnosprawnościami.
  - iii. Wsparcie dla uczestnika postępowania, zwłaszcza pokrzywdzonego – osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną – poprzez umożliwienie skorzystania z pełnomocnika z urzędu nie tylko ze względu na sytuację majątkową.
- ~~ll-mm.~~ Ustawa Kodeks karny:
  - i. Karanie przestępstw motywowanych uprzedzeniami (nienawiścią) ze względu na niepełnosprawność.
- ~~mm-nn.~~ Ustawa Prawo o notariacie:
  - i. Wprowadzenie możliwości skorzystania z opinii biegłego w czynnościach z udziałem osoby z niepełnością intelektualną lub psychiczną lub użytkownika komunikacji alternatywnej lub wspomagającej (AAC).
- ~~nn-oo.~~ Ustawa postępowania administracyjnego:
  - i. Definicja racjonalnego dostosowania.
- ~~oo-pp.~~ Wiele ustaw:

- i. Zamiana istniejącej terminologii na zgodną z Konwencją:
  1. „osoba niepełnosprawna” na „osoba z niepełnosprawnością”,
  2. „inwalidztwo” na „niepełnosprawność” (konieczne zmiany art. 67 Konstytucji),
  3. „kalectwo” na „niepełnosprawność”,
  4. „inwalida” na „osoba z niepełnosprawnością”, propozycja nie dotyczy terminu „inwalida wojenny”,
  5. „upośledzenie umysłowe” na „niepełnosprawność intelektualna”,
  6. „niedorozwój umysłowy” na „niepełnosprawność intelektualna”,
  7. „osoba chora psychicznie” na „osoba chorująca psychicznie”,
  8. „osoba niezdolna do samodzielnej egzystencji” na „osoba wymagająca bardziej intensywnego wsparcia” lub „osoba wymagająca całodobowego wsparcia”.

## Ustawa o dostępności

1. Cel: ustawa ma stworzyć ramy prawne dla efektywnego wdrażania dostępności architektonicznej, transportowej, informacyjnej i komunikacyjnej w Polsce. Wdraża art. 9 Konwencji.
2. Definicje:
  - a. Komunikacja (uwzględnienie PJM, AAC, SJM, Lorma, brajla itp., języka łatwego do zrozumienia, pisma obrazkowego).
  - b. Język.
  - c. Dostępność architektoniczna.
  - d. Dostępność transportowa.
  - e. Dostępność informacji.
  - f. Dostępność komunikacji.
  - g. Dostępność usług.
  - h. Dostępność produktów.
  - i. Uniwersalne projektowanie.
  - j. Racjonalne dostosowanie.
3. Zakres podmiotowy:
  - a. Podmioty realizujące zadania publiczne, w tym administracja centralna i samorządowa, agencje i fundusze, jednostki budżetowe, fundacje Skarbu Państwa i z jego udziałem.
  - b. Podmioty, którym powierzono realizację zadań publicznych, w tym przedsiębiorstwa i organizacje pozarządowe.
  - c. Podmioty działające w sferach: edukacji, opieki nad dziećmi, opieki zdrowotnej, kultury, dziedzictwa narodowego, sportu i turystyki.
  - d. Podmioty realizujące usługi o charakterze powszechnym, w tym:
    - i. bankowe,
    - ii. ubezpieczeniowe,
    - iii. telekomunikacyjne,
    - iv. dostarczania energii elektrycznej, ciepła, wody, gazu itp.
    - v. odprowadzania ścieków, odbioru śmieci i odpadów;
    - vi. pocztowe i kurierskie;
    - vii. transportu i przewozu osób,



- e. Podmioty prowadzące sprzedaż detaliczną przez Internet.
- 4. Zasady dostępności:
  - a. Usługi dla klientów/-ek świadczone są w miejscach dostępnych architektonicznie.
  - b. Przewoźnicy zapewniają dostępny tabor oraz wsparcie dla pasażerów wymagających wsparcia w mobilności lub percepcji.
  - c. Strony internetowe, aplikacje mobilne i stacjonarne, multimedia i dokumenty elektroniczne spełniają wymagania zawarte w WCAG 2.0 na poziomie przynajmniej AA.
  - d. Komunikacja:
    - i. Obowiązek zapewnienia w zakresie komunikacji: komunikacji w polskim języku migowym, komunikacji w języku łatwym do czytania i zrozumienia, transkrypcji tekstowej, informacji w alfabecie Braille'a oraz alternatywnej i wspomagającej komunikacji (AAC).
    - ii. Przeniesienie z ustawy o języku migowym i innych środkach komunikowania się regulacji dotyczących komunikowania się wszystkich osób doświadczających trudności w komunikowaniu się.
  - e. Prawo wstępu osób z niepełnosprawnościami wraz ze zwierzęciem asystującym do obiektów podmiotów zobowiązanych, parków narodowych i rezerwatów przyrody oraz na plaże i kąpieliska:
    - i. Przeniesienie z ustawy o rehabilitacji... regulacji dotyczących prawa wstępu dla osób z niepełnosprawnościami wraz z psem asystującym.
    - ii. Regulacje dla osób z niepełnosprawnościami wraz z innymi zwierzętami asystującymi.
  - f. Dostępność realizowana przez stosowanie rozwiązań zgodnych z koncepcją projektowania uniwersalnego, w sposób umożliwiający realizację równoprawnego i niezależnego dostępu wszystkich osób, w tym osób z niepełnosprawnościami, do środowiska zabudowanego, transportu, informacji, komunikacji, produktów i usług na równych zasadach z innymi użytkownikami.
- 5. Powołanie Urzędu do spraw Dostępności przy Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (na wzór amerykańskiego *Access Board*).
  - a. Kierownik urzędu jest członkiem Rady Ministrów.
  - b. Cele urzędu:
    - i. Tworzenie standardów technicznych związanych z dostępnością.
    - ii. Upowszechnianie zasad i standardów dostępności poprzez wydawanie publikacji, prowadzenie szkoleń, organizowanie konferencji i seminariów,
    - iii. Inicjowanie, prowadzenie i finansowanie badań.
    - iv. Doradztwo i poradnictwo.
    - v. Przyjmowanie skarg, prowadzenie kontroli i nakładanie kar.
    - vi. Wydawanie opinii, zaleceń, w tym rekomendacji zmian prawnych, oraz decyzji.
  - c. Komisje eksperckie powoływane dla zrealizowania konkretnego celu.

6. Rada do spraw dostępności.
  - a. Powoływana przy Urzędzie ciało doradcze.
  - b. W jej skład wchodzi:
    - i. Przedstawicielki i przedstawiciele administracji centralnej i samorządowej w liczbie 5 osób.
    - ii. Przedstawicielki i przedstawiciele środowiska osób z niepełnosprawnościami, reprezentującymi przynajmniej niepełnosprawność wzroku, słuchu, ruchu, intelektualną w liczbie 5.
    - iii. Ekspertki i eksperci, w tym z uczelni wyższych i przedsiębiorstw, w liczbie 5.
7. Strategia na rzecz dostępności.
  - a. Urząd do spraw dostępności tworzy dokument strategiczny na temat dostępności. Strategia przedkładana jest do zatwierdzenia Prezesowi Rady Ministrów.
  - b. Strategia określa cele i działania, wskaźniki, podmioty odpowiedzialne oraz terminy realizacji.
  - c. Urząd co roku przygotowuje sprawozdania z realizacji strategii.
8. Pełnomocnicy na poziomie samorządów (na wzór amerykańskiego rozwiązania *Access Officerów*).
  - a. Samorzady województw, powiatów i gmin powołują pełnomocników do spraw dostępności.
9. Rząd i samorzady opracowują strategie na rzecz dostępności.
10. Sankcje.
  - a. Urząd ds. dostępności może nakładać kary finansowe na podmioty zobowiązane, jeżeli nie realizują zapisów ustawy. Kary do 1 miliona złotych lub 10% rocznych przychodów. Kary są przekazywane na fundusz dostępności, z którego finansowane są badania, szkolenia i inne działania związane z upowszechnianiem dostępności.
  - b. Osoby fizyczne mogą składać skargi do sądów cywilnych z roszczeniem w wysokości do 1 miliona złotych.

Rzeczy, które nie znajdują się w projektowanych ustawach:

1. Usunięcie błędów z oficjalnego tłumaczenia Konwencji. To wymaga trybu sprostowania.