



Бележки върху интеграцията и Закона за интеграция на хората с увреждания

*Теодор Младенов
София, февруари 2009*

През 2007 г. Капка Панайотова и Колю Тодоров направиха задълбочен и подробен анализ на Закона за интеграция на хората с увреждания (ЗИХУ)¹. Тогава аз редактирах техния текст, без обаче да си давам ясна сметка за неговата вътрешна логика и за значението на множество от въпросите, повдигнати от двамата автори. В края на 2008 г. имах възможността отново да се върна към този анализ и да го преосмисля. Забелязах много неща, които не бях видял първия път и които ми се сториха изключително важни. Тук ще споделя своите впечатления с надеждата да засиля някои от акцентите, да добавя други и да напомня още веднъж колко е належаща цялостна ревизия на българското законодателство в сферата на уврежданията – в това число и на основополагащи понятия, които оформят кръга политики – нагласи – бит – политики. Ще започна с фундамента на анализа – разграничаването на три области на социалната политика в сферата на уврежданията. След това ще припомня как в ЗИХУ тези три области са смесени, проследявайки неблагоприятията на неговия основен залог – т. нар. „добавка за интеграция”. Накрая ще предложа някои нови формулировки, следвайки социалния модел и подхода на приобщаването, с надеждата да подсиля внушенията на двамата автори и да изостря усещането за неотложност на промените в законодателството, които постепенно да променят и нагласите, и бита.

Най-важното прозрение на анализа „Интеграцията и Законът за интеграция на хората с увреждания” е, че в ЗИХУ и правилника за неговото прилагане има смесване и объркване на три различни области на социална политика – интеграция, социално подпомагане и здравеопазване. Ефективната регулация изисква разграничаването на тези области, което трябва да се осъществи на няколко нива едновременно – концептуално, нормативно, институционално, практическо и т. н. Съвсем схематично, идеята може да се представи, като се използва следната матрица:

¹ Панайотова, К. и Тодоров, К. (2007) *Интеграцията и Законът за интеграция на хората с увреждания*, София, Център за независим живот – София. Текстът е достъпен в интернет на адрес: <http://www.cil-bg.org/bg/publications/Tablitsa-ZIHU-PPZIHU.pdf> (февруари 2009).



Проектът е финансиран от
Тръста за
гражданско общество в
Централна и Източна
Европа

	ИНТЕГРАЦИЯ	СОЦИАЛНО ПОДПОМАГАНЕ	ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ
проблеми	изключване (лишаване от възможности, неравнопоставеност, дискриминация)	бедност/социално неблагополучие (нисък стандарт на живот, лоши материални условия и други форми на социално неблагополучие)	болест/недъг (биологични и психични проблеми, отклонения от биопсихичната норма)
мерки за оценка на проблемите	оценка на потребностите от интеграция („социална оценка“)	оценка на материалното положение (на основа на доходите, собствеността и други лични активи)	медицинска оценка („медицинска експертиза на работоспособността“)
мерки за решаване на проблемите	приобщаващо образование, интегрирана заетост, физическа, социална и институционална достъпност, „медицински изделия“, помощни средства, лична помощ	парично подпомагане („социално-икономическа защита“)	лечение (терапия), медицинска рехабилитация
нормативна регламентация	Закон за интеграция на хората с увреждания	Закон за социално подпомагане	Закон за здравето, Закон за лечебните заведения, Закон за здравното осигуряване
институционална рамка	Агенция за хората с увреждания	Агенция за социално подпомагане	РЦЗ, РИОКОЗ, НЗОК/РЗОК, ТЕЛК/НЕЛК
концептуална рамка	Когато за причина на социалното неблагополучие на хората с увреждания се сочи изключването (лишаване от възможности, неравнопоставеност, дискриминация), говорим за <i>социален модел на увреждането</i> .		
		Когато за причина на социалното неблагополучие на хората с увреждания се сочи недъгът (биологични и психични проблеми, отклонения от био-психичната норма), говорим за <i>индивидуален/медицински модел на увреждането</i> .	

ЗИХУ е създаден, за да „урежда обществените отношения, свързани с *интеграцията* на хората с увреждания” (чл. 1, подчертаване мое). Следователно законът би трябвало да регламентира преди всичко и най-вече елементите, описани във втората колона от таблицата, под рубриката „Интеграция”. Анализът на Панайотова и Тодоров обаче убедително показва, че законът всъщност регламентира елементите от третата колона, като при това черпи немалко концептуална и институционална мощ от четвъртата колона – на „здравеопазването”. Вижда се, че е налице разминаване между



заявена цел и средства за нейното постигане – нещо, характерно за българската социалната политика. Реториката на интеграцията прикрива поддържането на статуквото, наричайки „интегративни” същите онези мерки, които преди влизането в сила на ЗИХУ през 2005 г. са били определяни като мерки за социално подпомагане. Например въведената със ЗИХУ „нова” добавка за интеграция всъщност съдържа старите целевите социални помощи за транспортно обслужване, телефонни услуги и балнеолечение на „инвалиди”, регламентирани преди с Правилника за прилагане на Закона за социално подпомагане (ППЗСП). Ловките манипулации на „копи-пейст политиката”² отново са маскирали като прогресивна промяна нещо, което по своята същност представлява механично повторение. Ето един пример:

Проектът е финансиран от
Тръста за
гражданско общество в
Централна и Източна
Европа

ППЗСП (стар)	ЗИХУ (сега действащ)
Чл. 21. (1) (Изм. – ДВ, бр. 97 от 2001 г., в сила от 1.11.2001 г.) Инвалидите със 71 на сто или над 71 на сто трайно намалена работоспособност, инвалидите с намалена работоспособност от 50 до 70 на сто със заболявания на долните крайници и децата от 7- до 16-годишна възраст с трайни увреждания имат право на месечна целева помощ за транспортно обслужване в размер 15 на сто от гарантирания минимален доход.	Чл. 42. (1) (Изм. - ДВ, бр. 97 от 2006 г.) Хората с трайни увреждания имат право на месечна добавка за социална интеграция... (2) Добавката по ал. 1 е диференцирана и представлява парични средства, които допълват собствените доходи и са предназначени за покриване на допълнителни разходи за: 1. транспортни услуги...
	Чл. 42а. (Нов - ДВ, бр. 97 от 2006 г.) Право на месечна добавка съобразно вида на увреждането имат лицата: 1. със затруднения в придвижването, с намалена работоспособност от 50 до 70 на сто - по чл. 42, ал. 2, т. 1...
	Чл. 42б. (Нов - ДВ, бр. 97 от 2006 г.) Право на месечна добавка съобразно степента на намалена работоспособност имат лицата с трайни увреждания: (...) 2. със 71 и над 71 на сто намалена работоспособност – по чл. 42, ал. 2, т. 1...
	Чл. 42в. (Нов - ДВ, бр. 97 от 2006 г.) Децата с намалена възможност за социална адаптация имат право на месечна добавка по чл. 42, ал. 2, т. 1...
	ППЗИХУ (сега действащ)
	Чл. 25. (1) (Изм. - ДВ, бр. 1 от 2007 г., в сила от 05.01.2007 г.) Месечната добавка за социална интеграция за транспортни услуги е в размер 15 на сто от гарантирания минимален доход.

Но не е нужно да се връщаме към старите нормативи, за да видим, че добавката за социална интеграция е вид социална помощ, а не средство за интегриране на хората с увреждания – достатъчно е да забележим, че добав-

² Виж Младенов, Т. (2008) „Анатомия на копи-пейст политиката: По повод „новата” стратегия за хората с увреждания”, София, ЦНЖ – София. Текстът е достъпен в интернет на адрес: http://www.cil-bg.org/bg/watch/Anatomiq_na_copy-paste_politikata.pdf (февруари 2009).



ката се изчислява като процент от гарантирания минимален доход (ГМД)³. А в Закона за социалното подпомагане (ЗСП) изрично е отбелязано, че ГМД е основа за определяне на социалните помощи⁴. Социалните помощи, от своя страна, са средство за облекчаване на бедността, но не и мярка за интеграция, защото:

- те предпоставят *икономическа пасивност*, основавайки се на допускането, че хората, които ги получават, не могат да се издържат самостоятелно, нито да разчитат на финансовата подкрепа на своите близки: „Социални помощи се получават от лица, след като са изчерпани всички възможности за самоиздръжка и помощ от задължените по закон да ги издържат лица” (чл. 11, ал. 2 от ЗСП);
- те осигуряват *оцеляването*, но не и развитието – водещата им функция според ЗСП е да „допълват или заместват собствените доходи до основните жизнени потребности” (чл. 11, ал. 1, подчертаване мое);
- когато се получават дълго време, социалните помощи формират култура на *зависимост*. Именно за преодоляване на тази зависимост законодателят е предвидил програми за „социална интеграция” (ЗСП, чл. 12а), най-важни сред които са програмите за интеграция на пазара на труда (ЗСП, чл. 12б). Този последен аспект ни показва, че в случая с „добавката за интеграция” за хората с уврежданията имаме парадоксална ситуация, при която за интеграция се работи със средства, които затвърждават зависимостта и следователно – изолацията.

Пряко свързан с проблема на „добавката за интеграция” е и въпросът за социалната оценка. Както показва анализът, основният недостатък на социалната оценка е нейното обвързване с медицинската експертиза на работоспособността⁵. И тъй като „добавката за интеграция” се отпуска на основата на социалната оценка, излиза, че добавката в крайна сметка се ръководи от медицински критерии. Следователно тази мярка за „интеграция” е двойно отчуждена от своите интеграционни цели – веднъж, защото се изчислява по схемата на социалните помощи, на базата на ГМД, и втори път, защото нейното отпускане зависи от решението на лекарската комисия (ТЕЛК/НЕЛК). Налице е изместване на фокуса от интеграцията към социалното подпомагане, както и от социалното подпомагане към здравния ста-

³ ГМД е минималният размер на месечния доход, под който хората имат право на социални помощи. За периода 2005 – 2008 г. размерът на ГМД е 55 лв. От 1 януари 2009 г. той е увеличен на 65 лв.

⁴ Според чл. 12, ал. 3 от ЗСП „Министерският съвет определя месечен размер на гарантирания минимален доход, който служи като база за определяне на социалните помощи”.

⁵ Виж стр. 11 от анализа и чл. 12 от ЗИХУ. Двете оценки са обвързани не само съдържателно, но и времево (ППЗИХУ, чл. 14, ал. 1: „Социалната оценка се издава за срока, посочен в експертното решение за определяне процента на намалената работоспособност...”).



тус. Това изместване съответства на тенденцията за свеждане на човешкото до способността за ръчен физически труд, характерна за аграрно-индустриалния етап от развитието на общество. Медицинската експертиза на работоспособността, която на практика ориентира мерките за „интеграция”, предвидени в ЗИХУ, разгръща този архаизъм в няколко стъпки:

- Първо, тя свежда ценността („валидността”) на човека до неговата *работоспособност* – независимо че, както подчертава анализът, в наши дни „инвалидността е функция от възможностите на човека да участва – в училище, на работното място, в живота на общността”⁶.
- Второ, работоспособността от своя страна е сведена до способностите на *индивидуалното тяло* (индивидуалната „функционалност”), оставено само на себе си – тоест, отделено от инструментите, които (би могло да) ползва, както и от средата, в която битува.
- И трето, способностите на индивидуалното тяло са сведени до способността за *физически труд* – защото „в миналото производителният труд е бил преобладаващо физически”⁷.

Виждаме как постепенно обхватът на това, което човек е, се стеснява все повече и повече, докато накрая не остане само едно число – процентът „загубена работоспособност”. ЗИХУ прави така, че социалната оценка изцяло да се ръководи от този оскъден и отдавна загубил своята информативност индикатор – изобретение на аграрно-индустриалното общество. Това обяснява и защо на практика социалната оценка е толкова формален акт – тя служи единствено за определяне на едно формално парично подпомагане, което няма реално значение за интеграцията. Накратко, тази оценка е само реторичен пълнеж. Нейната функция е да придаде политически коректна форма на едно по същество политически некоректно съдържание – тоест, да прикрие едно грубо и архаично медикализиране на социалното. В крайна сметка тя е излишна и представлява единствено бюрократично утежнение – добавката за интеграция така или иначе се отпуска на основата на решението на ТЕЛК/НЕЛК, което определя доколко човек може да работи според способността на неговото „голо” тяло да упражнява физически труд. Това се вижда най-ясно в чл. 42а-42ж от ЗИХУ, които директно обвързват правото на подпомагане за интеграция с процентите „загубена работоспособност”, присъдени от ТЕЛК/НЕЛК.

Правилникът пък в своите чл. 25-31 фиксира размера на добавката като проценти от ГМД. Така фиксирано, паричното подпомагане няма как да

⁶ *Интеграцията и Законът*, стр. 11, подчертаване мое.

⁷ Пак там.

Проектът е финансиран от
Тръста за
гражданско общество в
Централна и Източна
Европа





бъде съобразено с индивидуалните потребности – един човек на количка, който ходи на работа в отдалечен квартал в голям град, вероятно ще има нужда от повече средства за транспорт от друг със същия „дефицит”, който живее в малко населено място и работи вкъщи. С други думи, подпомагането не се съобразява с местоживеенето, начина на живот, социалния статус, интересите и т. н. Виждаме как, от една страна, имаме смесване на интеграцията със здравеопазването, защото нуждата от парично подпомагане за интеграция се определя според вида и степента на медицински измерения физически недъг. От друга страна, законът допуска и подмяна на интеграцията със социалното подпомагане – размерът на подпомагането се определя по схемата за изчисляване на социалните помощи като фиксиран процент от ГМД. Именно в този смисъл Панайотова и Тодоров подчертават, че „предназначението на тези средства да „допълват собствените доходи” порочно обвързва интеграцията със социалното подпомагане”⁸.

Авторите на анализа търсят обяснение за всички тези груби системни грешки на законодателя в две посоки – *неразбиране* на интеграцията и липса на *воля* за промяна: „Горните разсъждения провокират две хипотези: (1) пълно неразбиране на авторите на закона относно интеграционните процеси и механизми; (2) липса на политическа воля да се осигури интеграцията като социален процес.”⁹ В случая вероятно може да се говори за комбинация от двата фактора, защото неразбирането обикновено намалява мотивацията за действие, а от своя страна усилията, необходими за постигане на задълбочено разбиране, изискват сериозна мотивация. Аз бих добавил и още един фактор, който възпрепятства разграничаването на интеграцията от социалното подпомагане и здравеопазването. Това е (3) *структурната обусловеност* на статуквото, която надхвърля периметъра на действие на отделния управленец, политик или чиновник. Тази структурна обусловеност включва както остарели социокултурни схеми (нагласи, практики, институции), свеждащи хората с увреждания до пасивни обекти на специализирани интервенции, така и тромави и непрозрачни бюрократично-технологични процеси на изработване и администриране на политики. И докато социокултурните схеми могат, макар и трудно, да се променят чрез информирание и публичност, процесите по изработване на политики изискват силно гражданско общество и ефективно гражданското участие. Предложенията на анализа за промени в състава, структурата и функциите на Националния съвет за интеграция на хората с увреждания са именно в тази посока¹⁰.

Що се отнася до разбирането на „интеграцията”, то трябва да стъпи върху здравата основа на социалния модел на увреждането, защото само измест-

⁸ Пак там, стр. 37, подчертаване мое.

⁹ Пак там.

¹⁰ Пак там, виж стр. 8, 29 и 49.



ването на фокуса от индивида към средата може да зададе концептуалната рамка, която да насочи мерките за изравняване на възможностите и осигуряване на пълноценно участие в правилна посока. Това твърдение обаче сякаш противоречи на анализа на Панайотова и Тодоров, който наред с мерките за интеграция, насочени към средата, настоява и за регламентирането на мерки, насочени към индивида¹¹. Мерките, насочени към средата, трябва да създадат условия за участие на всички хора в обществения живот; те включват изграждане на достъпна архитектурна, социална и институционална среда. От своя страна мерките, насочени към индивида, са предназначени да „компенсират индивидуалния дефицит” и включват медицински изделия, помощни средства и лична помощ:

ИНТЕГРАЦИЯ	
среда	индивид
създаване на условия в средата	компенсиране на индивидуалния дефицит
архитектурна, социална и институционална достъпност (приобщаващо образование и интегрирана заетост)	медицински изделия, помощни средства и лична помощ

Налага се впечатлението, че, макар и да следва логиката на социалния модел, на места анализът на Панайотова и Тодоров се оплита в концептуално остаряла лексика, което го прави уязвим спрямо подвеждащи интерпретации. Проблематичните термини са „интеграция”, „индивидуален дефицит” и „компенсиране на дефицита”. Могат ли тези понятия да бъдат заменени с по-подходящи за целите на анализа?

През последното десетилетие социално ориентираният термин „приобщаване” [inclusion] все по-често се предпочита пред индивидуално насоченото понятие „интеграция” [integration]. Надграждайки принципите и идеите на социалния модел, подходът на приобщаването предполага фокус върху средата и усилия за нейната промяна, за да стане тя гостоприемна за *всички* хора. Противно на това, идеята за „индивидуален дефицит” рискува (1) вторачване в индивида за сметка на средата, както и (2) извеждане на преден план на био-психичните недостатъци за сметка на способностите и силните страни.

Речникът на приобщаването е възприет и от новата Конвенция за правата на хората с увреждания на ООН. Към него спада понятието „бариири в средата” – това са всички онези пречки от обкръжението като липса на скосявания и рампи, предразсъдъци, унижителни и тромави административни процедури и т. н., които възпрепятстват пълноценното участие на хората с увреждания. Справянето с бариерите в средата се постига както чрез тяхното премахване, така и чрез осигуряване на индивидуализиран ресурс за

¹¹ Пак там, стр. 5.



подкрепа. Дефиницията, която Конвенцията дава на понятието „увреждане“, отразява именно това разбиране: „увреждането [disability] е резултат от взаимодействието между хора с недъзи [impairments] и различни бариери [barriers] в нагласите и средата, които затрудняват тяхното пълноценно и ефективно участие в обществото наравно с останалите”¹². По сходен начин Конвенцията определя и кои хора са „хора с увреждания” – това са „лица с трайни физически, психически, интелектуални или сензорни недъзи [impairments], които при взаимодействие с различни бариери [barriers] могат да възпрепятстват тяхното пълноценно и ефективно участие в обществото, наравно с останалите”¹³.

Горните две определения съдържат няколко важни елемента. Първо, те приемат основополагащото за социалния модел разграничение между „недъг” [impairment] и „увреждане” [disability]¹⁴, при което недъгът означава физическото, психично, интелектуално или сензорно различие, а увреждането – невъзможността за „пълноценно и ефективно участие в обществото”. Второ, те използват понятието „бариери” (в нагласите и средата), което пък е централно за подхода на приобщаването¹⁵. Трето – и най-важно – те подчертават, че причина за увреждането (социалното неблагоприятие) не е недъгът (индивидуалното различие), а *взаимодействието* [interaction] между недъга и бариерите в средата. Както вече беше отбелязано, това взаимодействие може да се адресира чрез комбинация от два вида мерки:

- премахване на бариерите в средата – скосявания, рампи, гостоприемна администрация, предоставяне на информация в достъпен вид и т. н.
- осигуряване на индивидуализиран ресурс в подкрепа на участието – предоставяне на медицински изделия или помощни средства, които са съобразени с индивидуалните изисквания и условията в средата, както и на лична помощ, която се контролира от потребителя.

Но не представлява ли подкрепата, за която е необходим индивидуализираният ресурс, именно „компенсиране на индивидуалния дефицит”? Нима предназначението на инвалидната количка не е да помогне на някого, който *не може да ходи*, да го прави? Дефицитът в не-моженето ли се съдържа,

¹² UN (2008) *Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol*, Geneva, United Nations, p. 1. Текстът е достъпен в интернет на адрес: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf> (февруари 2009). Неофициален превод на български може да се намери на страницата на АХУ: <http://ahu.mlsp.government.bg/dnes.asp?ID=259> (февруари 2009). Тук използвам собствен превод.

¹³ Пак там, стр. 4.

¹⁴ Младенов, Т. (2008) *Социален модел на увреждането*, София, ЦНЖ – София, стр. 8-10. Текстът е достъпен в интернет на адрес: http://cilworkshop.googlegroups.com/web/socialen_model_na_uvrejdane.pdf (февруари 2009).

¹⁵ Център за изследване на приобщаващото образование (2006) *Индекс за приобщаване – ранна възраст*, София, Център за приобщаващо образование, стр. 5-6.



или в липсата на помощно средство (медицинско изделие)? Кое възпрепятства участието *в днешно време* – наличието на недъг или липсата на инструменти и условия, които да подпомогнат включването?

Днес помощните средства и медицинските изделия трябва да се разглеждат като част от *телесната норма* – по същия начин, по който скосяванията и рамките вече се възприемат като част от *архитектурната норма*. В началото на 21 век тялото е също толкова *конструирано*, колкото и средата, в която живеем. С други думи, в условията на късната модерност нормата вече не е „голото“, оставено само на себе си тяло, а материално, социално и технически (а от скоро – и генетично) подпомогнатото тяло. Материално, защото човек е *неразделно* свързан с дрехи, парични знаци, прибори за хранене, хранителни добавки, козметика, лекарства и т. н.; технически – заради *неразривното* обвързване на всеки с превозни средства, компютърни технологии, интернет, мобилни телефони, домакински уреди, камери, устройства за извличане и съхранение на биометрични данни и т. н.; социално – заради *зависимостта* на всички ни от различни институции, услуги, социални мрежи и т. н. В наши дни свеждането на човека до „голо“, самотно тяло представлява опасна форма на биологичен редуционизъм и прикрива *същностната обвързаност* на всеки с неговата или нейната социално конструирана близка и далечна среда. Истината е, че днес *всички* ползваме помощни средства – протези – добавки (от гр. *prosthesis* – добавка), за да можем да взаимодействаме ефективно със средата; само че масово произвежданите протези, с които толкова много сме свикнали, че не ги забелязваме, са проектирани според определено разбиране за „нормална“ телесност, което изключва значителна част от човечеството. Накратко, нормализирането на „протезата“ е задължително условие за приобщаването на хората с увреждания към „нормалната“ човешка общност¹⁶.

По силата на горните аргументи можем да преработим таблицата, обобщаваща механизмите за интеграция според Панайотова и Годоров, така:

ПРИОБЩАВАНЕ	
среда	зона на непосредствено взаимодействие между средата и индивида
създаване на условия в средата чрез премахване на бариерите пред участието	предоставяне на индивидуализиран ресурс в подкрепа на участието, който да осигурява ефективно взаимодействие между средата и индивида
архитектурна, социална и институционална достъпност (приобщаващо образование и интегрирана заетост)	медицински изделия, помощни средства и лична помощ

¹⁶ В подкрепа на разсъжденията в този параграф виж Karpin, I. & Mykitiuk, R. (2008) 'Going Out on a Limb: Prosthetics, normalcy and disputing the therapy/enhancement distinction', in *Medical Law Review*, 16, Autumn 2008, pp. 413-436.



Това преформулиране не променя по същество нито логиката, нито конкретните практически предложения на Панайотова и Тодоров. То променя само лексиката и перспективата, така че да фокусира и усили още повече идеите на двамата автори.

В заключение ще припомня вътрешната логика на анализа, от който бяха вдъхновени настоящите бележки. Тя предполага разграничаването на три области на социална политика в сферата на уврежданията: интеграция, социално подпомагане и здравеопазване. Анализът на Панайотова и Тодоров показва как в Закона за интеграция на хората с увреждания тези три области са смесени, което компрометира предназначението на този нормативен акт и ползата от него. Пример за такова смесване е регламентът, по който се отпуска „добавката за интеграция”. Тя представлява структурно и съдържателно повторение на старите целеви социални помощи, при което: (1) добавката се изчислява по схемата на социалните помощи, на основата на ГМД; (2) решението за нейното отпускане се взема на основата на медицинската експертиза на работоспособността, свеждаща човека до неговата способност за физически труд; (3) тя е фиксирана сума и следователно не може да бъде съобразена с индивидуалните потребности. Обясненията за това състояние на нещата могат да се търсят в неразбирането на интеграцията, липсата на воля за промяна и структурната обусловеност на статуквото. Ясно е обаче, че промяната е крайно необходима и тя трябва да се ръководи от социалния модел на увреждането и по-специално – от подхода на приобщаването, възприет и в новата Конвенция за правата на хората с увреждания на ООН. Съответно, вместо за „интеграция” и „компенсиране на индивидуалния дефицит”, по-удачно би било да се говори за „приобщаване” и за „предоставяне на индивидуализиран ресурс в подкрепа на участието”. Готова ли е обаче нашата социална политика, заседнала на аграрно-индустриалния етап от своето развитие, да приеме новата *лексика*, да *разбере* критиката на Панайотова и Тодоров и да пристъпи към *действие* за промяна? България е подписала Конвенцията за правата на хората с увреждания. Предстои ратификация на документа, след което страната ни ще бъде задължена да приведе родното законодателство в сферата на уврежданията в съответствие с принципите и идеите, заложи в Конвенцията. Очевидно е, че това няма да бъде лека задача.

Проектът е финансиран от
Тръста за
гражданско общество в
Централна и Източна
Европа