

Rola rehabilitacji w zabezpieczeniu społecznym niepełnosprawności

Warszawa, grudzień 2016 r.

Każdy stan chorobowy niezależnie od jego przyczyny i charakteru może zakończyć się wyzdrowieniem, zgonem lub powodować długotrwałe lub trwałe upośledzenie sprawności fizycznej i/lub psychicznej.

Relacja między chorobą, wypadkiem i urazem a niesamodzielnnością

CHOROBA WYPADEK URAZ	→	WYZDROWIENIE	
	→	NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ	→ NIESAMODZIELNOŚĆ
	→	ZGON	

Niepełnosprawność

Od zarania dziejów ludzie chorowali, ulegali wypadkom i część z nich stawała się w następstwie tych zdarzeń osobami kalekimi.

Wraz z upływem lat ulegało zmianom określenie tego stanu upośledzenia funkcjonowania człowieka spowodowane uszkodzeniem w różnym stopniu narządów i układów organizmu w następstwie chorób i urazów.

Niepełnosprawność

Od końca XIX wieku przyjęto termin inwalidztwo, a od lat 80 – tych XX wieku zaczęto określać ten stan upośledzenia funkcjonalnego w następstwie chorób lub urazów jako niepełnosprawność.

Według Światowej Organizacji Zdrowia niepełnosprawność to wynikające z uszkodzenia funkcji organizmu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny u człowieka. Za niepełnosprawne uważa się osoby, które nie mogą, całkowicie lub częściowo, zapewnić sobie możliwości samodzielnego, normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych i/lub psychicznych.

Światowy Raport WHO o Niepełnosprawności

Ponad miliard ludzi na świecie jest niepełnosprawnych

1 na 7 osób na świecie jest niepełnosprawna

Niepełnosprawni **2 razy** częściej cierpią z powodu nieodpowiedniego przygotowania placówek medycznych i pracowników służby zdrowia

Niepełnosprawni **3 razy** częściej narażeni są na odmowę opieki medycznej

Niepełnosprawni **4 razy** częściej cierpią z powodu niewłaściwego podejścia służby zdrowia

Światowy Raport WHO o Niepełnosprawności



BARIERY W NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI POWODUJĄ:



Gorsze zdrowie niż populacji ogólnej



Niższe osiągnięcia edukacyjne



Mniejszy udział w gospodarce



Wyższe wskaźniki ubóstwa



Zwiększona zależność i zmniejszone uczestnictwo

Światowy Raport WHO o Niepełnosprawności

Opracowany przez Światową Organizację Zdrowia i Bank Światowy raport wykazał, że na świecie żyje **ponad miliard ludzi niepełnosprawnych w tym 110-190 milionów boryka się ze znacznymi trudnościami w funkcjonowaniu.**

Według szacunków WHO w latach 70 – tych poprzedniego stulecia osoby niepełnosprawne stanowiły 10 % ogółu ludności świata. Ale liczba osób niepełnosprawnych rośnie i obecnie stanowi 15 % wszystkich ludzi.

- Zmiana ta jest spowodowana wydłużeniem trwania życia, częstego występowania chorób przewlekłych (choroby serca, cukrzyca itp.) a także urazami (wypadki drogowe, klęski żywiołowe).
- Niepełnosprawność częściej występuje u **kobiet oraz osób ubogich i starszych.**
- W raporcie tym stwierdzono gorszy stan zdrowia osób niepełnosprawnych, gorsze wyniki w edukacji, mniejsze uczestnictwo w **życiu gospodarczym.**
- Wskaźnik ubóstwa w grupie osób niepełnosprawnych jest wyższy.

Światowy Raport WHO o Niepełnosprawności

Osoby niepełnosprawne doświadczają zależności oraz ograniczonego uczestnictwa spowodowanego izolacją i instytucjonalizacją.

Głównym problemem osób niepełnosprawnych jest nie tylko ich stan zdrowia, ale sposób traktowania przez społeczeństwo.

Autorzy raportu zalecają podjęcie przez rządy państw i ich partnerów następujących działań na rzecz rozwoju:

- umożliwienie dostępu ON do głównych usług,
- inwestowanie w konkretne programy i usługi dedykowane ON (rehabilitacja, technologie wspomagające),
- przyjęcie krajowej strategii oraz planu działań w sprawie ON zawierającej kompleksową i długoterminową wizję w zakresie głównych obszarów programowych jak i konkretnych usług dla ON,
- podjęcie działań dążących do poprawy społecznej świadomości i zrozumienia niepełnosprawności.

Niepełnosprawność w Polsce

Polska jest krajem, gdzie gwałtownie zachodzi proces starzenia się populacji. Dotychczas Polska należała do grupy krajów europejskich z najniższą średnią wieku mieszkańców (obecnie 38,6 lat). **Prognozy Głównego Urzędu Statystycznego wskazują, że za mniej niż czterdzieści lat średnia wieku w naszym kraju będzie należała do jednej z najwyższych w Europie (52 lata).** Według danych Głównego Urzędu Statystycznego głównymi przyczynami niepełnosprawności w Polsce są: **choroby (80%), urazy (14%) oraz wady wrodzone (5%).**

Niepełnosprawność w Polsce

Najczęstszymi przyczynami niepełnosprawności w latach 2012 – 2014 były: **uszkodzenia i choroby narządu ruchu (59%), schorzenia układu krążenia (47%), schorzenia neurologiczne (38%) oraz uszkodzenia i choroby wzroku (ponad 35%), słuchu (19%), oraz schorzenia psychiczne (11%).** Wśród osób niepełnosprawnych w starszym wieku najczęstszą przyczyną niepełnosprawności były schorzenia **układu krążenia (63,7%), następnie narządu ruchu (62,2%), wzroku i neurologiczne.**

Niepełnosprawność w Polsce

Osoby niepełnosprawne prawnie w 2009 i 2014 r.

Stopień niepełnosprawności	2009	2014	Różnica
	w tysiącach		
Ogółem	4155,3	3801,5	-353,8
Znaczny	1265,9	1062,8	-203,1
Umiarkowany	1497,8	1581,8	84,0
Lekki	1207,3	962,9	-244,4
Nie orzekano stopnia (dzieci do lat 16)	184,4	194,0	9,6

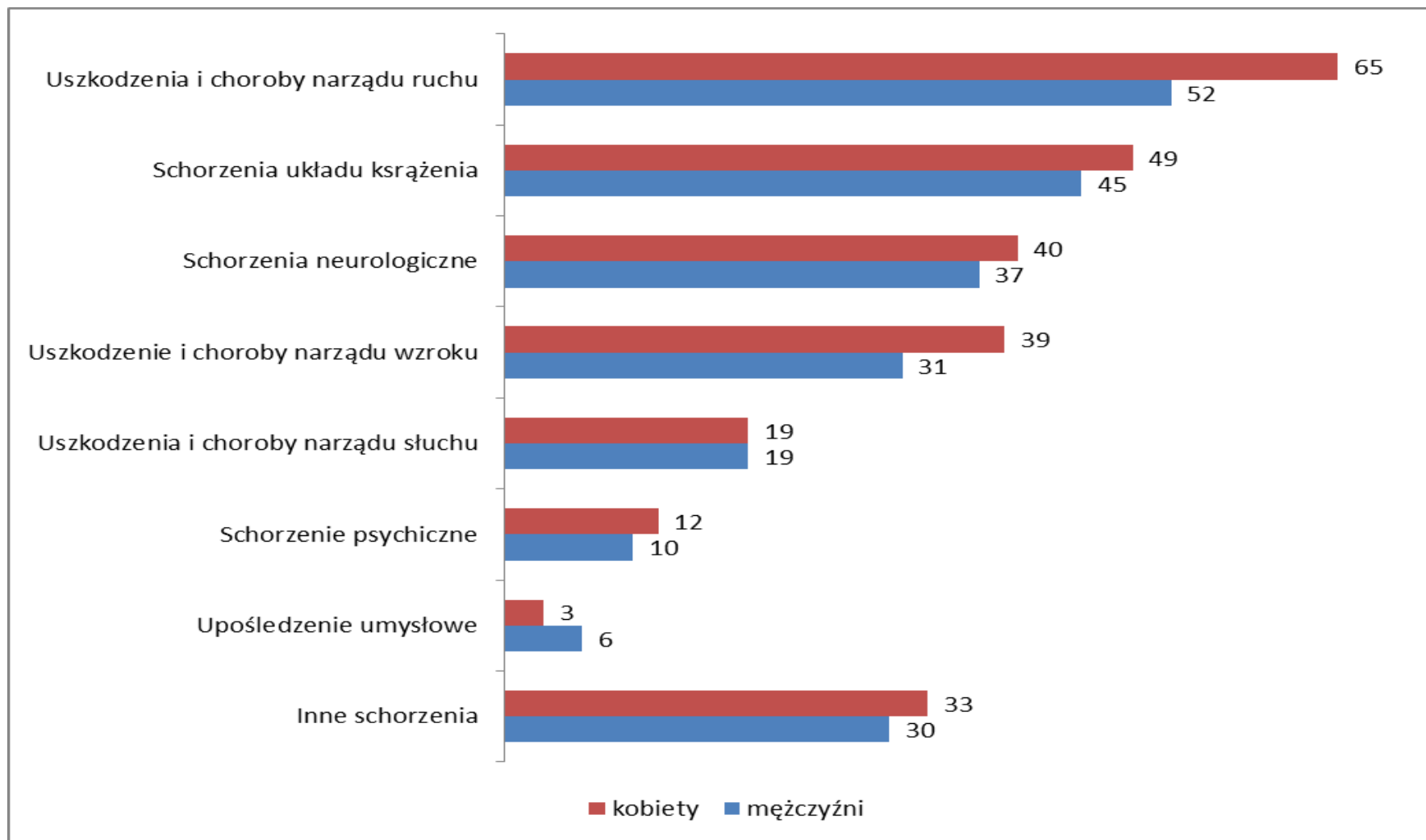
Źródło: Stan Zdrowia Ludności Polski w 2014 r. (GUS 2016)

Niepełnosprawność w Polsce

Częstość występowania niepełnosprawności według grup wieku i województw

Województwa	Osoby niepełnosprawne					
	ogółem	0-14 lat	15-29 lat	30-49 lat	50-69 lat	70 lat i więcej
	W odsetkach danej grupy wieku					
Ogółem	12,9	3,7	3,7	6,7	20,6	42,0
Dolnośląskie	12,8	4,4	4,8	4,0	20,1	45,2
Kujawsko-pomorskie	13,3	3,6	3,8	5,7	23,0	44,3
Lubelskie	13,9	5,6	1,6	8,3	20,7	46,5
Lubuskie	17,2	5,5	5,4	8,8	30,2	51,3
Łódzkie	15,7	4,7	5,0	8,0	22,1	50,8
Małopolskie	12,0	1,4	1,6	4,9	21,1	47,8
Mazowieckie	10,1	2,8	2,9	6,8	14,4	32,1
Opolskie	10,7	4,7	4,6	4,6	13,1	39,8
Podkarpackie	12,0	3,2	3,2	7,1	20,8	36,9
Podlaskie	12,6	1,4	4,0	5,8	18,5	46,4
Pomorskie	14,3	3,8	5,7	7,3	24,5	45,6
Śląskie	13,1	4,2	3,6	8,0	19,1	39,2
Świętokrzyskie	13,7	3,7	1,9	7,4	21,5	42,9
Warmińsko-mazurskie	14,7	4,6	4,0	8,5	25,9	44,6
Wielkopolskie	11,9	2,0	3,0	7,0	22,0	36,9
Zachodniopomorskie	15,1	8,0	7,3	5,6	24,4	44,1

Występowanie grup schorzeń u dorosłych osób niepełnosprawnych (w odsetkach)



Źródło: Stan Zdrowia Ludności Polski w 2014 r. (GUS 2016)

- System zabezpieczenia społecznego jest szczególnie istotną dziedziną polityki społecznej. Jest on określony w aktach prawnych ONZ, MOP, WHO, Rady Europy i Unii Europejskiej. Pozostaje on w związku z bezpieczeństwem socjalnym zajmującym czołowe miejsce wśród wartości i potrzeb ludzkich. Bezpieczeństwo socjalne jest jednym z podstawowych praw obywatelskich i społecznych.
- Potrzeba bezpieczeństwa socjalnego istnieje przed wystąpieniem zdarzeń losowych i ich skutków. Dobrze funkcjonujący system zabezpieczenia społecznego wyzwala człowieka od obawy przed skutkami ryzyk społecznych, a co za tym idzie – stwarza więcej przestrzeni dla aktywności zawodowej, gospodarczej, społecznej i politycznej.

Zabezpieczenie społeczne osób, które utraciły zdolność do pracy w następstwie chorób lub urazów, a tym samym do utrzymywania się z własnych zarobków jest jedną z najważniejszych funkcji państwa.

Zabezpieczenie społeczne choroby i jej następstw

Urodzenia	Zdrowie	Sprawność	Samodzielność	Zgony
	Choroba	Niepełnosprawność	Niesamodzielność	
Zasiłek Macierzyński „Becikowe”	-prewencja -diagnostyka -leczenie (NFZ)	a) renty z tytułu: - niezdolności do pracy (ZUS) - całkowitej niezdolności do pracy rolniczej (KRUS) - niezdolności do służby (MON, MSWiA, MS) b) renty socjalne c) renty inwalidów wojennych i kombatanatów (budżet Państwa)	Dodatek pielęgnacyjny (ZUS, KRUS, budżet Państwa)	Zasiłek pogrzebowy
	-zasiłki chorobowe -świadczenia rehabilitacyjne (ZUS, KRUS, budżet Państwa, pracodawcy)			
	REHABILITACJA (NFZ, ZUS, KRUS, PFRON)			

Świadczenia pieniężne z tytułu niezdolności do pracy w 2014 roku

	Wydatki na świadczenia z tytułu niezdolności w tys. zł
ZUS	32 539 824,5
KRUS	2 951 213,0
Biura emerytalno- rentowa służb mundurowych	1 234 423,0
Renty socjalne	2 267 271,7
OGÓŁEM	38 992 732,2

Bardzo istotne znaczenie dla zmniejszenia liczby osób niezdolnych do pracy, a co za tym idzie wydatków na świadczenia rentowe, ma możliwość poddania ubezpieczonych kompleksowej rehabilitacji. W większości systemów zabezpieczenia społecznego na świecie znaczenie priorytetowe ma **wykorzystanie, przed przyznaniem świadczenia rentowego, wszelkich działań z zakresu rehabilitacji kompleksowej zmierzających do przywrócenia zdolności do pracy zarobkowej lub znacznej poprawy tej zdolności.**

1967 - Konwencja nr 128 MOP - w części II przewiduje świadczenia pieniężne (rentę inwalidzką, jako świadczenie podstawowe (art.10)) ale stanowi również, że każde Państwo Członkowskie związane konwencją powinno świadczyć usługi rehabilitacyjne mające na celu przygotowanie inwalidów w każdym przypadku gdzie jest to możliwe do powrotu do poprzednio wykonywanej pracy lub do innej pracy, która odpowiada najlepszym ich uzdolnieniom, a także podjąć środki ułatwiające podjęcie pracy.

Rozporządzenie RE nr 1408/71 z 14.VI.1971 stosuje się również do świadczeń z tytułu inwalidztwa łącznie ze świadczeniami służącymi zachowaniu albo zwiększeniu zdolności do zarobkowania.

Inwalidztwo cechuje więc utrata zdolności do pracy najczęściej przed osiągnięciem wieku emerytalnego z powodu naruszenia sprawności organizmu w następstwie choroby lub urazu. Powoduje to ukończenie lub ograniczenie aktywności zawodowej, a więc **konieczna jest nie tylko rekompensata utraconych dochodów z pracy, ale także podjęcie działań w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej.**

Rehabilitacja według Światowej Organizacji Zdrowia to kompleksowe i skoordynowane stosowanie środków medycznych, socjalnych i zawodowych w celu usprawnienia osób z naruszoną sprawnością organizmu i uzyskania możliwie najlepszego stanu funkcjonalnego.

Historia Rehabilitacji

- **Czasy pierwotne** – osoby kalekie stanowiły obciążenie dla reszty społeczeństwa porzucano je bez względu na to, jaki los je czekał.
- **2698 p.n.e** - Chiny – stosowanie ćwiczeń wolnych i oddechowych.
- **IV w.p.n.** - Diokles z Karystos zalecał ćwiczenia i ruch
- **Hipokrates** - Dzieło „O chirurgii”

**„ Należy pamiętać, że ćwiczenia wzmacniają,
a nieczynność osłabia ciało”**

- **Średniowiecze** – wojna i jej skutki stanowiły najsilniejszy bodziec rozwoju chirurgii i rehabilitacji.
- **XVI w** - Ambroży Pare – po amputacji kończyny stosował rehabilitację, zaopatrywał chorego w drewnianą protezę i zwalniał do domu, gdy pacjent nauczył się chodzić.
- Leczenie usprawniające w psychiatrii wprowadził 1798 r. Philippe Pinel – uznał on, że bodźce w postaci ruchu i ćwiczeń połączonych z pracą lub rozrywką powstrzymują chorych psychicznie od bezsensownego chodzenia, dają zdrowe zmęczenie i ożywczy sen.

Historia rehabilitacji -XX wiek

- **1918** - Pojęcie „rehabilitacja” wprowadził Douglas C. Mc Murtie dyrektor Instytutu Czerwonego Krzyża dla Inwalidów w Nowym Jorku. Opisał on eksperymentalna szkołę reedukacji i rehabilitacji inwalidów wojennych.

Historia rehabilitacji -XX wiek

- **1919** – założono w Nowym Jorku **Federalne Biuro Zawodowej Rehabilitacji**, które określało rehabilitację jako przywracanie potrzebującym najpełniejszej, jak tylko można ,fizycznej, psychicznej, społecznej, zawodowej i ekonomicznej przydatności .

Historia rehabilitacji -XX wiek

Dynamiczny rozwój rehabilitacji na świecie nastąpił po drugiej wojnie światowej. Odtąd obejmuje ona swoim działaniem nie tylko inwalidów wojennych, ale wszystkich chorych i wszystkie osoby niepełnosprawne.

Historia rehabilitacji -XX wiek

- **1947-** pierwszy oddział utworzono w Szpitalu Bellevue w Nowym Jorku. 80-łóżkowy ośrodek – Wydziału Rehabilitacji i Medycyny fizykalnej pod kierunkiem dr Howarda Ruska, który mówił :

„Rehabilitacja rozciąga się na okres zawarty między łóżkiem chorego, a jego warsztatem pracy. Opieramy się raczej na pozostałych zdolnościach chorego, a nie jego niezdolnościach i uczymy, jak żyć i pracować przy tym, co mu pozostało”.

Historia- rehabilitacja Polska

I połowa XIX w. Kraków – Ludwik Bierkowski

1923- Poznań prof. Ireneusz Wierzejewski

Polska Szkoła Rehabilitacji

Rehabilitacja jest procesem medyczno-społecznym, który dąży do poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych. Rozwój rehabilitacji jako jednej ze specjalności medycznych rozpoczął się po II wojnie światowej – uznano ją wtedy za integralną, 3 fazę procesu terapeutycznego, obok diagnozowania i leczenia. Głównymi twórcami rehabilitacji medycznej w Polsce byli profesorowie: Wiktor Dega, Adam Gruca, Kazimiera Milanowska oraz Marian Weiss. Dzięki ich zaangażowaniu i olbrzymiej wiedzy uznawanej na całym świecie powstała w Polsce idea rehabilitacji oparta na 4 zasadach: powszechność, kompleksowość, wczesność, ciągłość.

STOCER – Konstancin - WHO nadało status ośrodka dydaktyki międzynarodowej.

Polska Szkoła Rehabilitacji



Polska Szkoła Rehabilitacji

**“Jeśli rehabilitacja lecznicza nie
będzie ściśle powiązana
z rehabilitacją socjalną
i zawodową, wynik rehabilitacji nie
będzie pełny.”**

prof. W. Dega (1995)

W wielu krajach przed przyznaniem świadczenia rentowego ocenia się czy działania leczniczo - rehabilitacyjne lub nauka nowego zawodu dają możliwość poprawy lub wyeliminowania stwierdzanego lub zagrażającego ograniczenia zdolności do pracy zarobkowej.

Efektywność procesu rehabilitacji wymaga, aby działania rehabilitacyjne były podejmowane jak najwcześniej. Uważa się, że wcześnie rozpoczęta rehabilitacja skraca okres leczenia oraz zapobiega powstawaniu lub utrwaleniu kalectwa. Rehabilitacja medyczna jest niezbędnym warunkiem przygotowania do pracy i odpowiedniego zatrudnienia, przy czym im lepsze jest usprawnianie funkcjonalne, tym łatwiejsze jest przywrócenie zdolności do pracy zarobkowej.

Tak więc w programie rehabilitacji kompleksowej należy uwzględnić rehabilitację:

- **społeczną**, mającą na celu przygotowanie osób niepełnosprawnych do pełnego udziału w życiu społecznym poprzez naukę pokonywania barier świadomościowych, prawnych i technicznych oraz poprzez uodpornienie psychiczne, zwiększające gwarancję zachowania i rozwijania zdobytych umiejętności zawodowych.

- **lecniczą**, traktowaną jako nowoczesny program leczenia umożliwiający w najkrótszym czasie przywrócenia sprawności do czynnego życia społecznego lub w przypadku uszkodzeń morfologicznych, wykształcenie mechanizmów zastępczych i utrwalenie ich dla rekonstrukcji zdolności do czynnego życia społecznego.

- **zawodową**, mającą na celu przywracanie zdolności do pracy, przekwalifikowanie zawodowe oraz stwarzanie warunków do podjęcia pracy przez osobę niepełnosprawną po zakończeniu rehabilitacji.

W naszym kraju rehabilitacja lecznicza jest realizowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS).

NFZ finansuje rehabilitację leczniczą zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Obejmuje ona rehabilitację leczniczą, programy zdrowotne i lecznictwo uzdrowiskowe. Świadczenia rehabilitacji leczniczej mogą być realizowane w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodkach lub oddziałach dziennych i stacjonarnych.

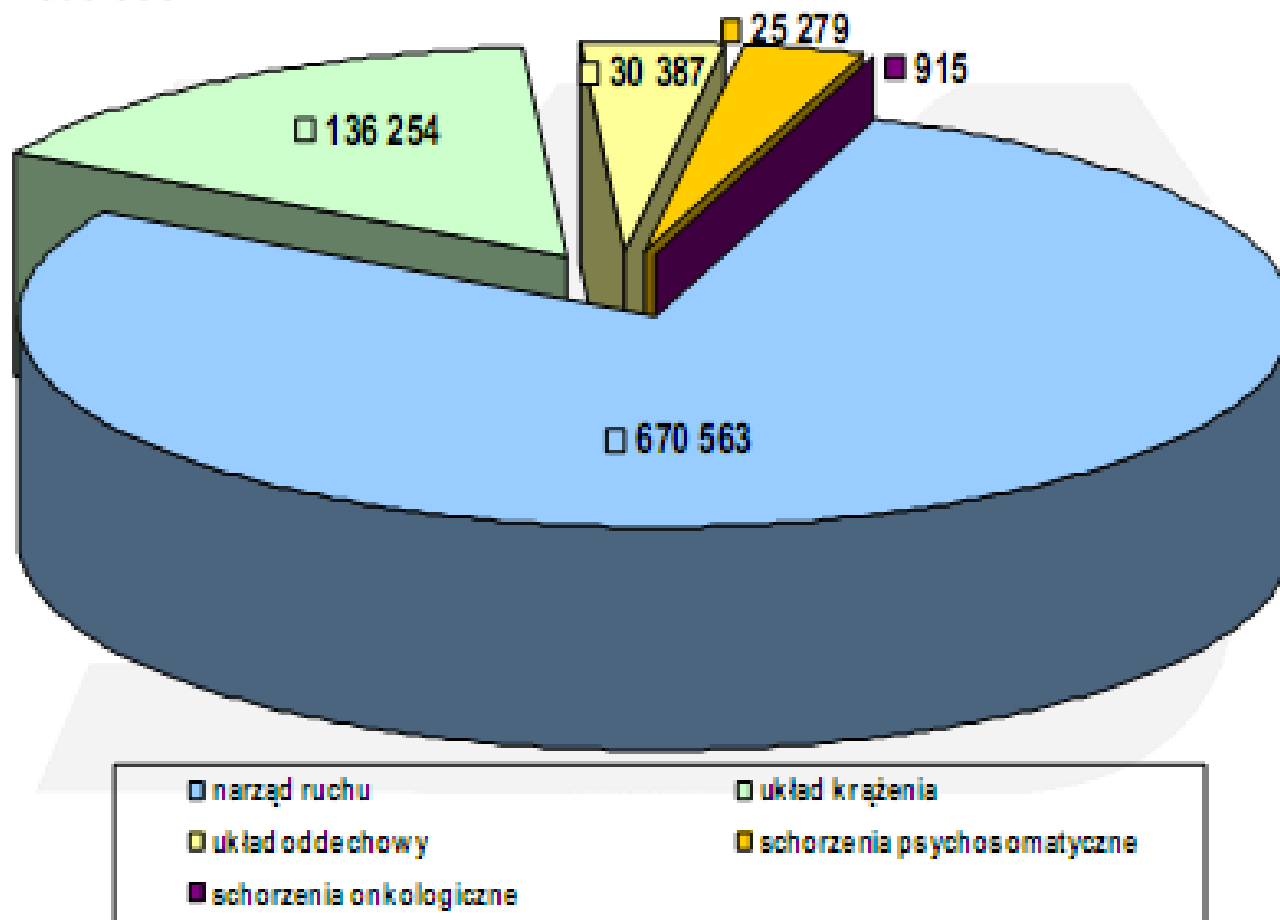
Na rehabilitację leczniczą w 2013 r.

NFZ wydał **2 076 920 470 zł**, a umowy na świadczenia rehabilitacyjne podpisał z 4897 ośrodkami rehabilitacji (świadczeniodawcami).

Na lecznictwo uzdrowiskowe wydatkowano **609 801 000 zł**, liczba pacjentów korzystających z tej formy rehabilitacji wyniosła 394 970.

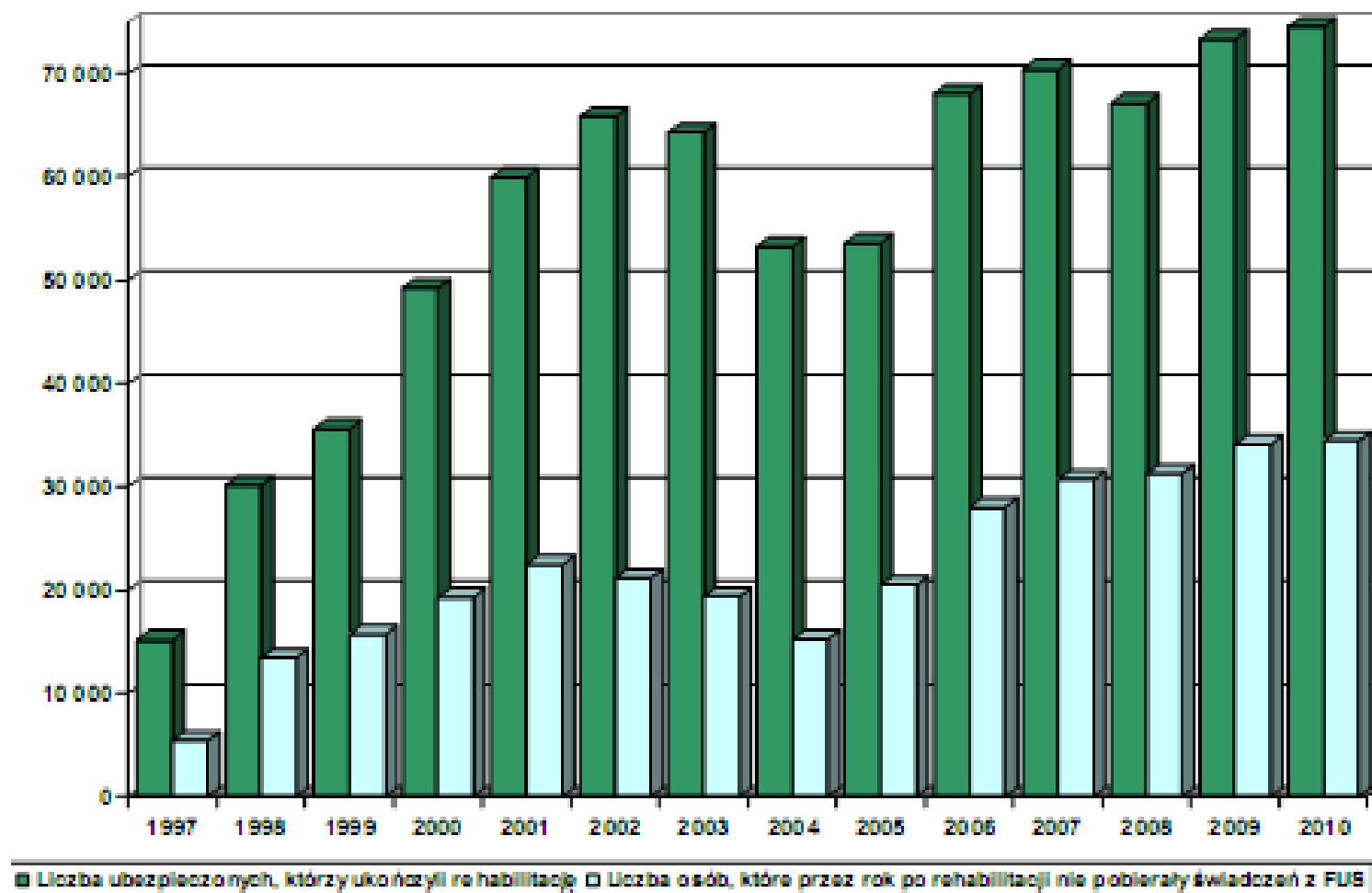
Zakład Ubezpieczeń Społecznych rozpoczął realizację programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej w schorzeniach narządu ruchu i układu krążenia, gdyż schorzenia te stanowią **ok. 50 %** przyczyn niezdolności do pracy. Od połowy 2001 roku rehabilitacją leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS objęci są również ubezpieczeni ze schorzeniami układu oddechowego. Rozpoczęto pilotaż rehabilitacji w schorzeniach psychosomatycznych.

Razem 863 398



Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS.

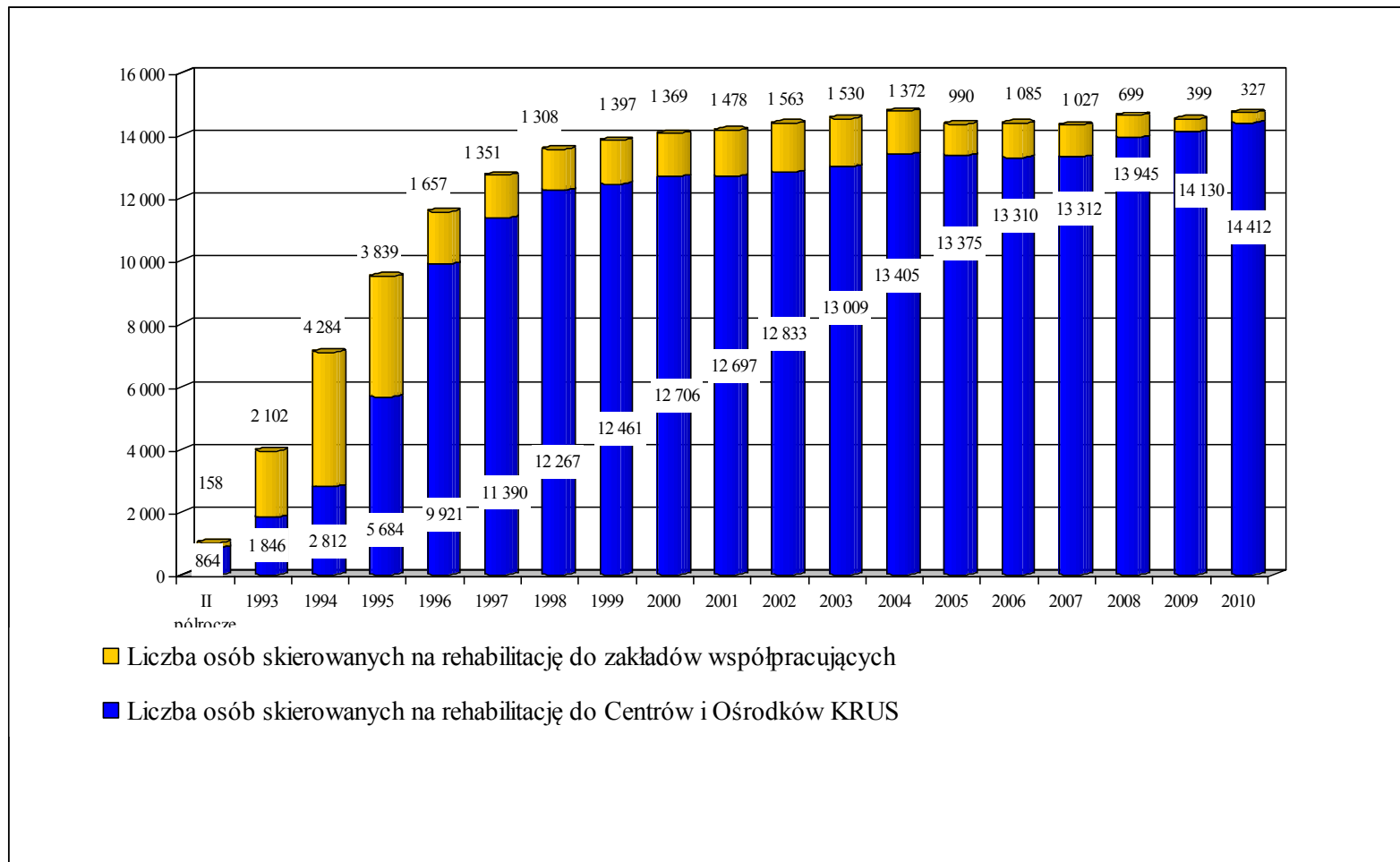
- Z programu rehabilitacji leczniczej, prowadzonego w ramach prewencji rentowej ZUS do chwili obecnej skorzystało ponad 1 000 000 ubezpieczonych.
- Liczba osób, które ukończą rehabilitację leczniczą zależy m.in. od wysokości środków finansowych przeznaczonych na prewencją rentową i określonych w ustawie budżetowej na dany rok.



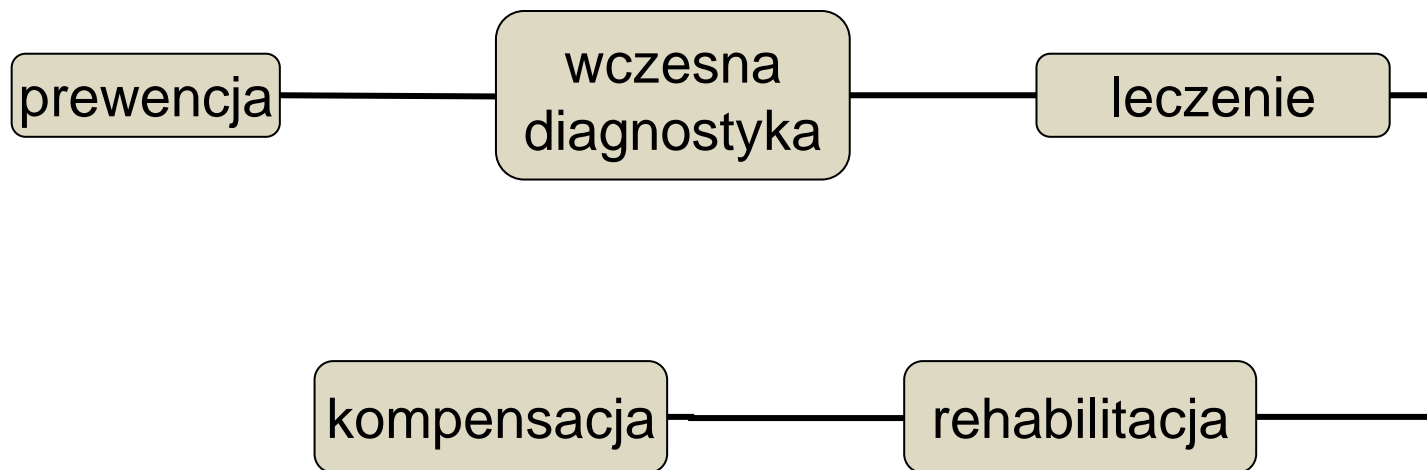
**Koszty rehabilitacji leczniczej
w ramach prewencji rentowej
ZUS w 2012 r.
wynosiły 163 382 100 zł.**

**KRUS również prowadzi
rehabilitację leczniczą
w ramach prewencji rentowej
we własnych Centrach
Rehabilitacji**

II półrocze 1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	ogółem
864	1 846	2 812	5 684	9 921	11 390	12 267	12 461	12 706	12 697	12 833	13 009	13 405	13 375	13 310	13 312	13 945	14 130	14 412	213 001
158	2 102	4 284	3 839	1 657	1 351	1 308	1 397	1 369	1 478	1 563	1 530	1 372	990	1 085	1 027	699	399	327	28 073
1022	3948	7096	9523	11578	12741	13575	13858	14075	14175	14396	14539	14777	14365	14395	14339	14644	14529	14739	241 074



Ten system działania pozwala podobnie jak w systemie ubezpieczenia społecznego pracowników na realizację zasady „rehabilitacja przed rentą” i zachowanie odpowiedniej kolejności działań

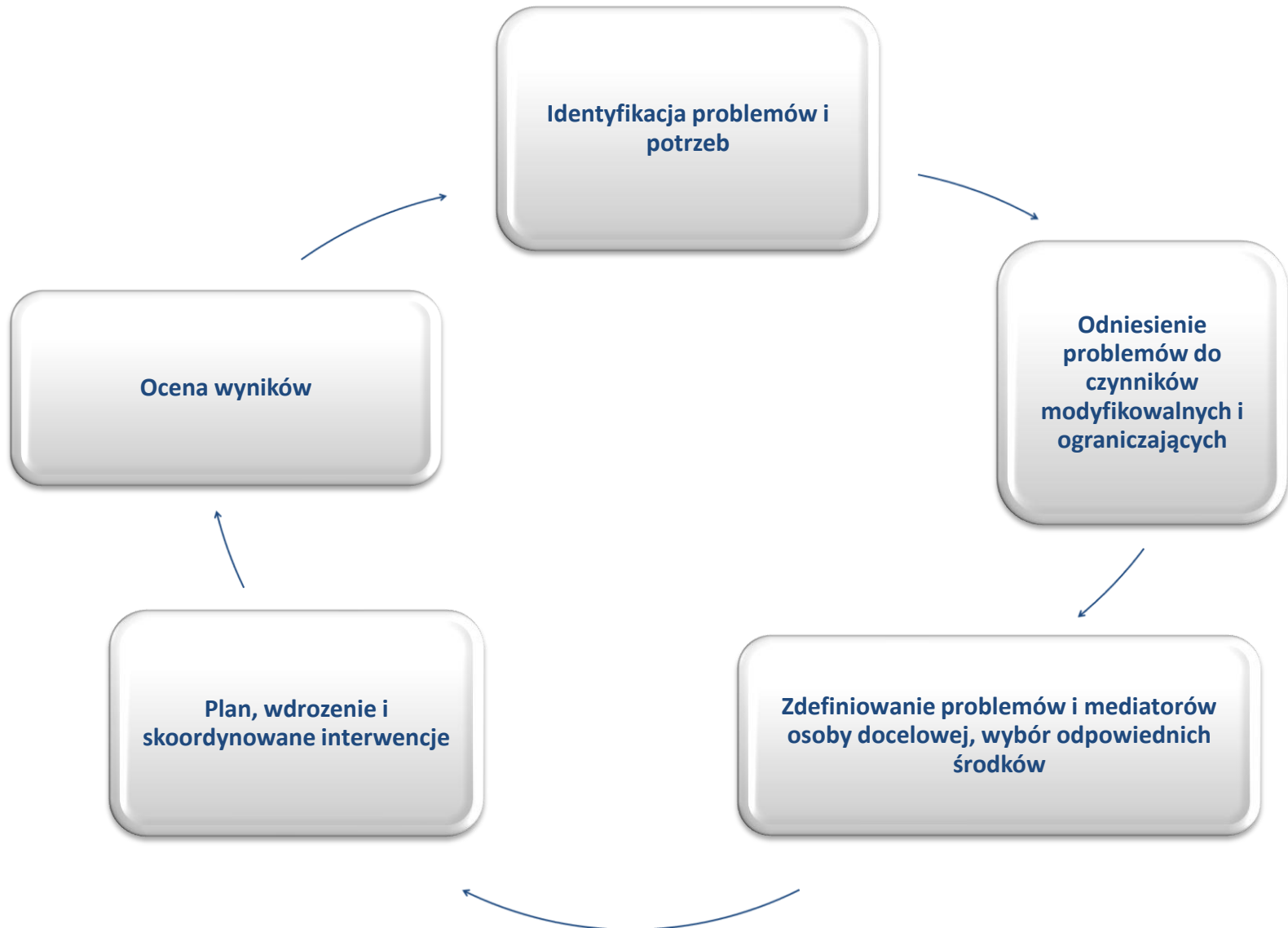


Światowy Raport WHO o Niepełnosprawności

Według definicji WHO rehabilitacja to kompleksowe postępowanie w odniesieniu do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, które ma na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym. Światowy Raport o Niepełnosprawności WHO definiuje rehabilitację jako:

„[...] zestaw środków wspierających te jednostki, które doświadczają lub u których prawdopodobne jest wystąpienie niepełnosprawności, w celu osiągnięcia i zapewnienia optymalnego funkcjonowania w interakcji z ich środowiskiem”.

Proces cyklu rehabilitacji wg WHO



Poza rehabilitacją leczniczą do najistotniejszych oddziaływań należy rehabilitacja społeczna i rehabilitacja zawodowa.

Rehabilitacja społeczna i zawodowa

Głównym źródłem finansowania rehabilitacji społecznej i zawodowej jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PEFRON), który w roku 2013 wydatkował 4,9 miliarda zł, w tym 74% na rehabilitację zawodową, a 26% na program rehabilitacji społecznej.

Rehabilitacja społeczna zgodnie z art. 9 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ma na celu umożliwienie osobom niepełnosprawnych uczestnictwa w życiu społecznym i jest realizowana poprzez:

- wyrabianie zaradności osobistej i pobudzanie aktywności społecznej osoby niepełnosprawnej,
- wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych,
- likwidację barier, w szczególności architektonicznych, urbanistycznych, transportowych, technicznych, komunikowaniu się i w dostępie do informacji oraz edukacji,
- kształtowanie w społeczeństwie właściwych postaw i zachowań sprzyjających integracji z osobami niepełnosprawnymi.

Na turnusy rehabilitacyjne - PFRON wydatkował **54 858 881 zł**

Natomiast celem rehabilitacji zawodowej jest ułatwienie osobom niepełnosprawnym uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia i awansu zawodowego przez umożliwienia jej korzystania z poradnictwa zawodowego, szkolenia zawodowego i pośrednictwa pracy. Do realizacji tego celu niezbędne jest:

- dokonanie oceny zdolności do pracy,
- prowadzenie poradnictwa zawodowego uwzględniającego oceną zdolności do pracy oraz umożliwiającego wybór odpowiedniego zawodu i szkolenia,
- przygotowanie zawodowe z uwzględnieniem perspektyw zatrudnienia,
- dobór odpowiedniego miejsca pracy i jego wyposażenie,
- określenia środków technicznych umożliwiających lub ułatwiających wykonywanie pracy, a w razie potrzeby – przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych, sprzętu rehabilitacyjnego itp.

**Instytucje ubezpieczenia
społecznego ZUS i KRUS prowadzą
także działania w zakresie
rehabilitacji zawodowej**

Rehabilitacja zawodowa – według definicji Międzynarodowej Organizacji Pracy – to „część ogólnego procesu rehabilitacji, która polega na udzielaniu osobie niepełnosprawnej takich usług, jak: poradnictwo zawodowe, szkolenie zawodowe i zatrudnienie, aby umożliwić uzyskanie, utrzymanie i awans w odpowiedniej pracy, a przez to możliwość integracji lub reintegracji w normalne życie społeczne”.

W kierunku takiej racjonalizacji systemu ubezpieczeń społecznych idą zmiany wprowadzone wspomnianą już **ustawą z dnia 28 czerwca 1996 r.** o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i o ubezpieczeniu społecznym (nowelizacja ustawy z dnia 14 grudnia 1982 r. o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin). Ustawa ta wprowadziła od 1 września 1997 r. nowe świadczenie – rentę szkoleniową – czyli umożliwiła przekwalifikowanie zawodowe osobom ubezpieczonym, które utraciła zdolność do pracy zarobkowej w swoim zawodzie. Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych wprowadziła pewne istotne zmiany w przedmiocie tej renty.

O celowości przekwalifikowania zawodowego
orzekają lekarze orzecznicy ZUS. Oceny
dokonują w aspekcie społecznym, fizycznym
i psychicznym.

Na podstawie posiadanej dokumentacji medycznej i zawodowej, po analizie danych o sytuacji społecznej ubezpieczonego i po przeprowadzeniu badania lekarz orzecznik stwierdza, że osoba ubezpieczona jest niezdolna do pracy zarobkowej w dotychczas wykonywanym zawodzie, jednak jej wiek, stan pozostałych sprawności fizycznych i potencjał sprawności intelektualnych zezwalają na zdobycie nowych kwalifikacji, naukę nowego zawodu i reintegrację społeczeństwa i występuje z propozycją przekwalifikowania zawodowego, i kierując osobę ubezpieczoną na konsultację psychologiczną.

Zadaniem psychologa jest pomoc osobie skierowanej na badanie w lepszym rozumieniu swoich predyspozycji i sprawności psychicznych oraz wskazanie możliwości wykorzystania ich przy nauce nowego zawodu.

Program rehabilitacji zawodowej pozwoliłby na lepsze wykorzystanie możliwości, jakie daje ubezpieczonym renta szkoleniowa, gdyby, możliwe było odtworzenie specjalnych ośrodków rehabilitacji zawodowej. Obecnie słabym punktem tego programu są właśnie kłopoty z organizacją odpowiednich kursów przez urzędy pracy, z uwagi m.in. na ograniczone środki finansowe oraz ograniczenia lokalnych rynków pracy.

Interesujące są badania przyczyn niskiej efektywności procesu przekwalifikowania zawodowego w Oddziale ZUS w Tarnowie, przeprowadzone przez Wyszkowskiego i Witka.

W latach **2000 – 2002** wydano w tym Oddziale 52634 orzeczenia o niezdolności do pracy do celów rentowych.

Lekarze orzecznicy skierowali w tym okresie **249** osób (0,169% wszystkich badanych) na badanie przez psychologa, po uprzednim wyrażeniu przez te osoby zgody na podjęcie działań mających na celu przekwalifikowanie zawodowe.

W **160** przypadkach psycholog nie podzielił opinii o celowości przekwalifikowania zawodowego. Przyczyny były następujące:

- niedostateczne przystosowanie się do kalectwa – u **67** osób,
- brak zainteresowania innym zawodem niż dotychczas wykonywany – u **40** osób,
- niska sprawność intelektualna – u **53** osób.

A więc z 249 skierowanych do psychologa orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego u 89 osób.

Następnie lekarz medycyny pracy w Powiatowym Urzędzie Pracy uznał iż u 39 osób z 89 skierowanych na przekwalifikowanie zawodowe istnieją przeciwwskazania do wykonywania zaproponowanego i możliwego do realizacji przez Urząd Pracy szkolenia zawodowego.

Jednak żadna z 50 osób, u których lekarz medycyny pracy nie stwierdził przeciwwskazań do proponowanego szkolenia nie została skierowana na odpowiednie kursy. Przyczyną był brak środków finansowych na przeprowadzenie tych szkoleń w Urzędzie Pracy.

Badanie to potwierdza konieczność innego podejścia do problemów rehabilitacji w Polsce.

Ustawa o ubezpieczeniu społecznym rolników

art. 21 b

1. Ubezpieczonemu spełniającemu warunki do uzyskania renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy określone w **art.21**, w stosunku do którego orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na trwałą całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym, przysługuje przez okres **6 miesięcy** renta szkoleniowa.
2. Osobę, której przyznano rentę szkoleniową, **Kasa** kieruje do powiatowego urzędu pracy w celu poddania przekwalifikowaniu zawodowemu.
3. Okres **6 miesięcy**, o którym mowa w **ust.1**, ulega wydłużeniu na czas niezbędny do przekwalifikowania zawodowego, **nie dłużej** niż do **36 miesięcy**.
4. Przedłużenie prawa do renty szkoleniowej następuje na wniosek starosty.
5. Koszty przekwalifikowania zawodowego rencisty w okresie pobierania renty rolniczej szkoleniowej są finansowane ze środków funduszu Prewencji i Rehabilitacji.

Celem renty szkoleniowej jest umożliwienie osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie przekwalifikowania zawodowego i uzyskania kwalifikacji, które przy jej stanie zdrowia pozwoliłyby na wykonywanie zatrudnienia.

Przekwalifikowanie zawodowe powinno więc pełnić kluczową rolę w systemie ubezpieczenia społecznego w naszym kraju.

Niepowodzenia procesu przekwalifikowania zawodowego wynikają z faktu, że jest ono w praktyce realizowane przez różne podmioty. Konieczne jest więc ich ściśle współdziałanie w realizacji tego procesu.

Najważniejszą jednak sprawą jest pilne odtworzenie Specjalistycznych Ośrodków Rehabilitacji Zawodowej, które realizowałyby program rehabilitacji kompleksowej ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji zawodowej zgodnie z tradycjami Polskiej Szkoły Rehabilitacji rekomendowanej przez WHO jako wzór dla innych krajów.

Wydaje się więc, że rozwój rehabilitacji kompleksowej jest nieodzowny dla prawidłowego rozwiązywania problemów społecznych w każdym nowoczesnym kraju.

W Niemczech rehabilitacja zawodowa pobykowa jest realizowana przez Ośrodki Rehabilitacji Zawodowej (Stowarzyszenie Wyższej Użyteczności Publicznej) i finansowana przez różne instytucje: ubezpieczenia społecznego, Ministerstwo Pracy, Urzędy Pracy itp.

Jest prowadzona baza danych osób, u których stwierdzono trwałe pogorszenie się zdolności do aktualnie wykonywanej pracy.

Następnie do programu rehabilitacji zawodowej są kierowane osoby niepełnosprawne, samodzielnie funkcjonujące, u których stwierdzono możliwość nauki nowego zawodu w ciągu 2 lat.

Osoby te kierowane są do Ośrodków Rehabilitacji Zawodowej, gdzie po przeprowadzeniu w okresie 2 - 4 tygodni kwalifikacji medycznej, psychologicznej, socjologicznej i zawodowej - opracowuje się indywidualnie dla każdej osoby niepełnosprawnej program rehabilitacji społecznej, leczniczej i zawodowej czyli rehabilitacji kompleksowej.

W 1 roku nauki – program obejmuje:

- 50 tygodni pobytu w Ośrodku – nauka nowego zawodu uzupełniona indywidualnym programem rehabilitacji medycznej i społecznej,
- 6 tygodni wakacji.

W 2-gim roku nauki:

- 50 tygodni – stacjonarna nauka nowego zawodu uzupełniona indywidualnym programem, rehabilitacji medycznej i społecznej,
- 2 tygodnie wakacji.

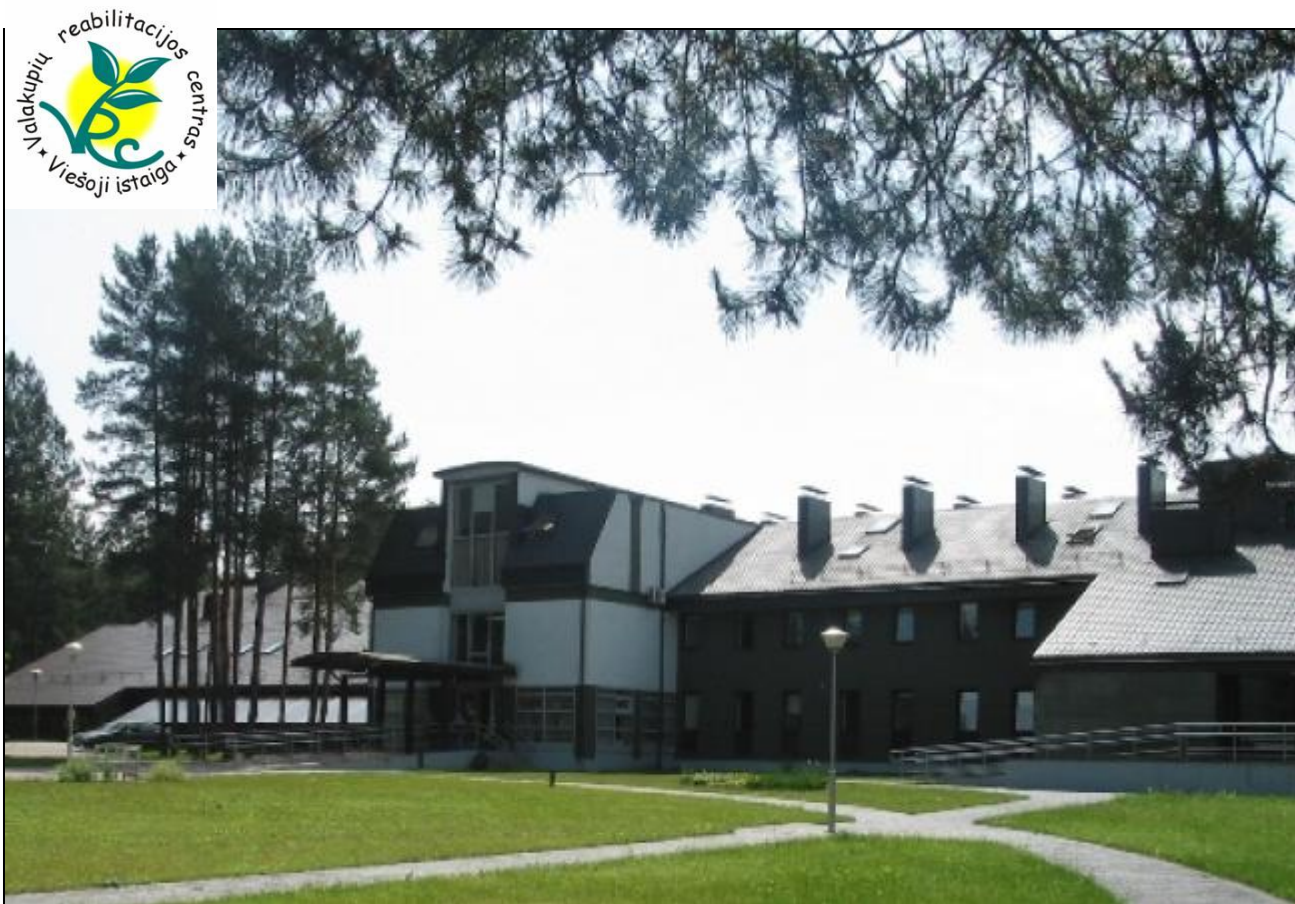
Na zakończenie jest przeprowadzany egzamin państwowy dający uprawnienia do wykonywania nowego zawodu.

Warunkiem pośredniczenia absolwentów na rynku pracy jest:

- ◀ wysoki poziom szkolenia zawodowego (potwierdzony wynikiem końcowych egzaminów państwowych),
- ◀ dobre rozpoznanie rynku pracy prowadzone przez wyspecjalizowane komórki w Ośrodkach Rehabilitacji Zawodowej.

LITWA

Valakupiai Rehabilitation Centre



Implementation of vocational rehabilitation services in Lithuania in 2005

In 2005 Valakupiai Rehabilitation Centre was the only one vocational rehabilitation services provider in Lithuania



Vocational rehabilitation services for people with different disabilities in 2012

- People with physical disabilities
- People with sensory disabilities
- People with mental illness
- People with intellectual disabilities



Wg definicji WHO rehabilitacja jest kompleksowym, skoordynowanym stosowaniem środków medycznych, socjalnych i zawodowych w celu przystosowania osób niepełnosprawnych do nowego życia i umożliwienie im jak największej sprawności.

Tylko więc taki kompleksowy program może zapewnić osobom niepełnosprawnym powrót do czynnego życia społecznego i dlatego niezbędne jest podjęcie odpowiednich decyzji w tym zakresie przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Socjalnej we współpracy z Ministerstwem Zdrowia.

Szybkie rozwiązanie tego problemu jest szczególnie istotne ze względów społeczno - ekonomicznych.

Dla realizacji tego celu konieczne jest wspólne działanie wszystkich instytucji służących osobom niepełnosprawnym oraz koordynacja tych działań w celu stworzenia spójnego Narodowego Programu Rehabilitacji–Program Rehabilitacji Kompleksowej.

W strategii polityki społecznej na lata 2007 – 2013 ogłoszonej przez Ministerstwo Polityki Społecznej w 2005 r. dużą rolę przypisywano kompleksowej rehabilitacji i aktywizacji osób niepełnosprawnych. Uznano ją jako priorytet działań polityki społecznej.

KONWENCJA o prawach osób niepełnosprawnych sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r.

Podstawa prawna: Dz. U. z 2012 r. poz. 1169 - dokument ratyfikacyjny podpisany przez Prezydenta RP w dniu 6 września 2012; Oświadczenie Rządowe z dnia 25 września 2012 r. w sprawie mocy obowiązującej Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 1170). Państwa Strony podejmą skuteczne i odpowiednie środki, uwzględniając wsparcie wzajemnie udzielane sobie przez osoby niepełnosprawne oraz wsparcie udzielane przez inne osoby, w celu umożliwienia osobom niepełnosprawnym uzyskania i utrzymania możliwie największej niezależności, pełnych zdolności fizycznych, intelektualnych, społecznych i zawodowych oraz pełnej integracji i udziału we wszystkich aspektach życia społeczeństwa. **W tym celu Państwa Strony zorganizują, wzmocnią i rozwiną usługi i programy w zakresie wszechstronnej rehabilitacji, w szczególności w obszarze zdrowia, zatrudnienia, edukacji i usług socjalnych, w taki sposób, aby usługi i programy:**

1. były dostępne od możliwie najwcześniejszego etapu i były oparte na multidyscyplinarnej ocenie indywidualnych potrzeb i potencjału,
2. wspierały udział i integrację w społeczeństwie oraz włączenie we wszystkie aspekty życia społeczeństwa, były dobrowolne i dostępne dla osób niepełnosprawnych możliwie blisko społeczności, w których żyją, w tym na obszarach wiejskich.

Demaskowanie mitów związanych z powrotem do pracy i miejsc pracy integrujących społecznie / Unmasking the Myths about Return to Work and Inclusive Workplaces

Autor: Joachim Breuer

Zaproszono mnie, abym poruszył kwestię rehabilitacji jako inwestycji, ze szczególnym naciskiem na zdemaskowanie mitu głoszącego, że rehabilitacja, powrót do pracy, zarządzanie niepełnosprawnością oraz wszelkie inne środki wspierające uczestnictwo i włączenie społeczne osób z niepełnosprawnością to przede wszystkim koszt dla społeczeństwa.

Od wielu lat jestem gorącym zwolennikiem rehabilitacji. Moje przekonanie, że przynosi ona korzyści społeczeństwu i gospodarce, wyrosło z doświadczenia w zajmowaniu się odszkodowaniami oraz rehabilitacją osób, które doznały wypadku w pracy lub które dotknęła choroba zawodowa. **Wciąż brakuje świadomości potencjału tkwiącego w rehabilitacji – zwłaszcza w kwestii zmiany percepcji, jaką może spowodować rehabilitacja (tzn. skupieniu się na sprawności zamiast na niepełnosprawności).**

Rehabilitacja jako strategia narodowa: urzeczywistnienie praw / Rehabilitation as a National Economic Strategy: Making Rights Real

Autorka: Susan B. Parker

Decydenci na szczeblu krajowym mogą obecnie pozytywnie wpłynąć na gospodarkę swego kraju poprzez zwiększenie działań w zakresie habilitacji i rehabilitacji. Celem takich programów jest wspieranie osób z niepełnosprawnościami w procesie uzyskiwania lub rozwijania tych umiejętności, które potrzebne są na rynku pracy danego państwa. Praktyczne strategie programowe, stosujące efektywne działania habilitacyjne i rehabilitacyjne, przyczynią się do urzeczywistnienia prawa do habilitacji i rehabilitacji. 26. Artykuł Konwencji Narodów Zjednoczonych o Prawach Osób Niepełnosprawnych (CRPD) objaśnia to prawo.

Deklaracja Praw Człowieka ONZ

Osoba niepełnosprawna nie powinna być przez całe życie traktowana jako przedmiot opieki. Osoba taka jest obywatelem o specjalnych potrzebach wynikających z konkretnej niepełnosprawności. Potrzeby te powinny być spełniane na gruncie społecznym w kontekście „normalności”. Zasadnicze znaczenie ma uczestnictwo, zaś głównym jego warunkiem jest dostęp do społeczeństwa.

Źródło: Biała Księga Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji w Europie

Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych ONZ

„Rządy państw powinny opracować własne programy rehabilitacji dla wszystkich grup osób niepełnosprawnych. Programy te powinny być oparte na potrzebach osób niepełnosprawnych i na zasadach pełnego uczestnictwa i równości. Rehabilitacja powinna być dostępna dla wszystkich osób, które jej potrzebują i opierać się na ciągłości postępowania w kontekście biopsychospołecznym, uwzględniając zarówno czynniki osobowe jak i środowiskowe, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Niepełnosprawności (WHO).

Rehabilitacja powinna zapewnić osobiste wsparcie osobom niepełnosprawnym i przyczynić się do pełnego ich uczestnictwa we wszystkich aspektach życia”

Źródło: Biała Księga Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji w Europie

Globalny plan działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014-2021

- Usunięcie barier oraz poprawa dostępu do świadczeń i programów zdrowotnych,
- Wzmacnianie i rozwój rehabilitacji i technologii wspomagających, wymagających pomocy i świadczeń wspierających oraz rehabilitacji środowiskowej,
- Wzmocnienie zbierania porównywalnych w skali międzynarodowej danych na temat niepełnosprawności oraz wspieranie badań nad niepełnosprawnością i związanych z nią świadczeń.

Co należy zrobić ?

Prof. Wiktor Dega, współtwórca Polskiej Szkoły Rehabilitacji mówi, iż:

„niehumanym jest uratowanie człowiekowi życia, a potem pozostawienie go samemu sobie. Tymczasem właśnie wczesna i dostępna dla wszystkich rehabilitacja zmniejsza cierpienie, poprawia sprawność i jakość życia człowieka i co jest ważne sama w sobie nie jest powodem powikłań i działań ubocznych tak częstych w farmakoterapii”.

Duża liczba osób, które z powodu chorób, urazów i ich następstw stają się niepełnosprawne, tworzy konieczność podjęcia aktywnych działań mających na celu przywrócenie lub poprawę sprawności tych osób i umożliwienie im pełnego uczestnictwa w życiu społecznym.

Głównym celem rehabilitacji jest umożliwienie osobom niepełnosprawnym prowadzenie życia zgodnego z ich życzeniem przy akceptacji nieuniknionych ograniczeń aktywności wynikających z uszkodzeń będących skutkiem choroby lub urazu.

Cel ten można osiągnąć przez połączenie następujących działań:

- likwidacja lub redukcja dysfunkcji,
- likwidacja lub redukcja barier dla uczestnictwa w środowisku, w którym żyje osoba niepełnosprawna,
- wspieranie reintegracji społecznej.

W działaniach zogniskowanych na potrzeby pacjenta właściwe jest dążenie do optymalizacji zarówno aktywności jak i uczestnictwa.

Wykazanie poprawy samopoczucia i uczestnictwa społecznego leczonej osoby jest istotnym elementem głównego wyniku rehabilitacji zorientowanej na pacjenta.

Źródło: Biała Księga Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji w Europie

Dostęp do rehabilitacji należy do podstawowych praw człowieka. Ustawodawstwo europejskie wyraźnie wskazuje, że osoby niepełnosprawne powinny mieć dostęp do właściwych dla nich form rehabilitacji.

Tak więc odpowiednie wykształcenie i poziom umiejętności są wymagane od wszystkich grup zawodowych zaangażowanych w rehabilitację.

Rehabilitacja to inwestycja

Rehabilitacja może prowadzić do poprawy stanu zdrowia, obniżyć koszty leczenia poprzez skrócenie okresów hospitalizacji, zmniejszyć stopień niepełnosprawności oraz poprawić jakość życia, pod warunkiem, że stanowi ona kontinuum opieki, począwszy od opieki szpitalnej, do rehabilitacji w społeczeństwie. **Rehabilitacja nie musi być droga.** Rehabilitacja jest międzysektorowa i może być prowadzona przez pracowników ochrony zdrowia, wraz ze specjalistami w dziedzinie edukacji, zatrudnienia, pomocy społecznej i innych.

Rehabilitacja to inwestycja

Rehabilitacja, która zaczyna się wcześnie, przynosi lepsze efekty funkcjonalne w przypadku niemal wszystkich osób dotkniętych schorzeniami powodującymi niepełnosprawność. Skuteczność wczesnej interwencji jest szczególnie zauważalna u dzieci z/lub obarczonych ryzykiem opóźnienia rozwoju i potwierdzono, że przyczynia się ona do zwiększenia korzyści edukacyjnych i rozwojowych.

Rehabilitacja to inwestycja

Polska gospodarka oraz polityka społeczna wymagają natychmiastowego stworzenia systemu wczesnej rehabilitacji kompleksowej, który ułatwiłby powrót osobom niepełnosprawnym do pracy. Sprawnie działający system zapobiegnie przedłużającej się hospitalizacji oraz zwiększonym kosztom opieki zdrowotnej i zabezpieczenia społecznego

Rehabilitacja to inwestycja


Kraje zachodnie posiadają od dawna wysoce zorganizowane systemy rehabilitacyjne, aby zwalczyć problem niepełnosprawności zawodowej jak najszybciej po wypadku i zapobiec rozwojowi niepełnosprawności oraz świadczeniom z tytułu zabezpieczenia społecznego.

Koszty rehabilitacji w krajach Unii Europejskiej, Stanach Zjednoczonych i w Kanadzie, wynoszące w granicach od 3 do 8 tysięcy dolarów za pracownika, są minimalne w porównaniu z uniknięciem wypłacania świadczeń z tytułu niezdolności do pracy , których wysokość , w przypadku młodego pracownika, może sięgać miliona dolarów na osobę w ciągu całego życia tej osoby.

Rehabilitacja to inwestycja



Koszty
rehabilitacji
pracy młodego
pracownika **od 3
do 8 tyś. \$**



Koszty z tytułu
niezdolności do
pracy młodego
pracownika w
ciągu życia **sięgają
1 mln \$!**

W Polsce brak systemu wczesnej rehabilitacji kompleksowej

Niestety, w Polsce nie istnieje zintegrowany system wczesnej rehabilitacji kompleksowej, co powoduje, że koszty ochrony zdrowia dla osób chorych, które nie wymagają hospitalizacji, ale aktywnej kompleksowej rehabilitacji i pomocy w powrocie do pracy są zbyt wysokie. Równocześnie, osoby chore, bez wczesnej rehabilitacji, nie powracają szybko do pracy, narażając pracodawcę na straty ekonomiczne oraz system zabezpieczenia społecznego na konieczność wypłaty świadczeń z tytułu czasowej i długotrwałej niezdolności do pracy.

Równocześnie, koszty pracy i ludzkie cierpienia rosną !

Kluczowe pytania społeczeństw europejskich:

- Jak pracownicy niepełnosprawni mogą otrzymać kompleksowe usługi medyczne, szkoleniowe oraz socjalne - z jednego źródła?
- W jaki sposób można wspierać pracodawców w ich działaniach zmierzających do utrzymania w pracy pracowników cierpiących na choroby przewlekłe?
- W jaki sposób instytucje finansujące mogą sprostać tym kluczowym dla społeczeństw Europy wyzwaniom?
- W jaki sposób system opieki zdrowotnej może współdziałać ze światem pracy w celu podtrzymania zdolności do zatrudnienia pracowników?

Dla zwiększenia liczby osób powracających do pracy po przebyciu chorób lub urazów konieczne jest podjęcie następujących działań:

- zmiana organizacji udzielania świadczeń w zakresie:
 - **leczenia** (wczesna prawidłowa diagnostyka w celu wdrożenia właściwego leczenia i skrócenia okresu czasowej niezdolności do pracy),
 - **wczesnej rehabilitacji kompleksowej** dostosowanej do stanu funkcjonalnego ON zgodnie z ICF.

Aktualnie w Polsce nie ma możliwości rehabilitacji leczniczej bezpośrednio po leczeniu szpitalnym. Czas oczekiwania wynosi od kilku tygodni do kilku miesięcy a w tym okresie dochodzi do utrwalenia negatywnych zmian funkcjonalnych i pogorszenia się stanu psychicznego pacjenta.

Rehabilitacja powinna stać się w naszym kraju, podobnie jak w innych krajach ważnym elementem polityki społecznej.

Uzasadnieniem konieczności szybkiego wprowadzenia systemu kompleksowej rehabilitacji jest sytuacja demograficzna w naszym kraju, a także rosnące koszty świadczeń dla osób niepełnosprawnych (aktualnie około 14 % naszego społeczeństwa). Znaczna część osób niepełnosprawnych to ludzie w wieku produkcyjnym, którzy po prawidłowo przeprowadzonej rehabilitacji powrócą do pracy lub będą zdolni do stworzenia sobie miejsc pracy.

**Dla realizacji tego celu konieczne jest
wspólne działanie wszystkich instytucji
służących osobom niepełnosprawnym oraz
koordynacja tych działań w celu
stworzenia spójnego kompleksowego
programu rehabilitacji.**

**Rehabilitacja kompleksowa osób
niepełnosprawnych jest warunkiem integracji
społecznej i realizowania praw osób
niepełnosprawnych. Dostęp do rehabilitacji należy
do podstawowych praw człowieka.
Rehabilitacja kompleksowa to społeczna
i ekonomiczna konieczność.**

Dziękuję za uwagę