

**ROLA REHABILITACJI
KOMPLEKSOWEJ
W ZABEZPIECZENIU SPOŁECZNYM
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Warszawa, 17 maja 2017 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(niepełnosprawność, niesamodzielność)

Relację między chorobą, urazem a niepełnosprawnością i niesamodzielnnością przedstawia tabela 1.

Choroba Wypadek Uraz	→	Powrót do zdrowia		
	→	Niepełnosprawność	→	Niesamodzielnność
		Zgon		

Tab. 1 opracowanie własne

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

Definicja WHO

Niepełnosprawność to wynikające z upośledzenia funkcji organizmu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub 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.

Definicja Europejskiego Forum Niepełnosprawności 1994 PE

Osoba niepełnosprawna jest jednostką w pełni swych praw, znajdującą się w sytuacji upośledzającej ją na skutek barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych, których z powodu występujących u niej uszkodzeń nie może przewyciężyć w taki sposób jak inni ludzie.

Bariery te zbyt często są wzmacniane przez deprecjonujące postawy ze strony społeczeństwa, do którego zadań powinno należeć zmniejszanie, eliminacja lub kompensacja tych barier, aby każdej jednostce umożliwić korzystanie z dóbr publicznych jednocześnie respektując jej prawa i przywileje.

Światowy Raport o Niepełnosprawności (WHO 2012)

- bariery środowiskowe, ekonomiczne i społeczne powodujące gorsze zdrowie osób niepełnosprawnych niż populacji ogólnej,
- mniejsze osiągnięcia edukacyjne, mniejszy udział w gospodarce,
- wyższe wskaźniki ubóstwa,
- zwiększoną zależność i zmniejszone uczestnictwo.

Na świecie żyje ponad miliard ludzi niepełnosprawnych w tym **110-190 mld.** **boryka się ze znacznymi trudnościami w funkcjonowaniu.**

Według szacunków WHO w latach 70. 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, występowaniem chorób przewlekłych (choroby serca, cukrzyca itp.), a także urazami (wypadki drogowe, klęski żywiołowe).

Niepełnosprawność częściej występuje u kobiet oraz osób ubogich i starszych. 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.

Rekomendacje Światowego Raportu o Niepełnosprawności:

podjęcie przez rządy państw i ich partnerów następujących działań na rzecz rozwoju, a mianowicie :

- 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 zawierających 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 (38,6 lat). **Prognozy Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) wskazują, że za mniej niż czterdzieści lat średnia wieku w naszym kraju będzie należała do jednej z najwyższych w Europie (52 lata).**

Według danych GUS głównymi przyczynami niepełnosprawności w Polsce są:

- choroby (80%),
- urazy (14 %),
- wady wrodzone (5%).

Najczęstsze przyczyny niepełnosprawności w latach 2012 - 2014:

- uszkodzenia i choroby narządu ruchu (59 %),
- schorzenia układu krążenia (47%),
- schorzenia neurologiczne (38 %),
- uszkodzenia i choroby wzroku (ponad 35%),
- słuchu (19%)
- zaburzenia psychiczne (11 %) .

Wśród osób niepełnosprawnych w starszym wieku najczęstszą przyczyną niepełnosprawności były schorzenia:

- **układu krążenia (63,7%),**
- **narządu ruchu (62,2%),**
- **wzroku**
- **neurologicznych.**

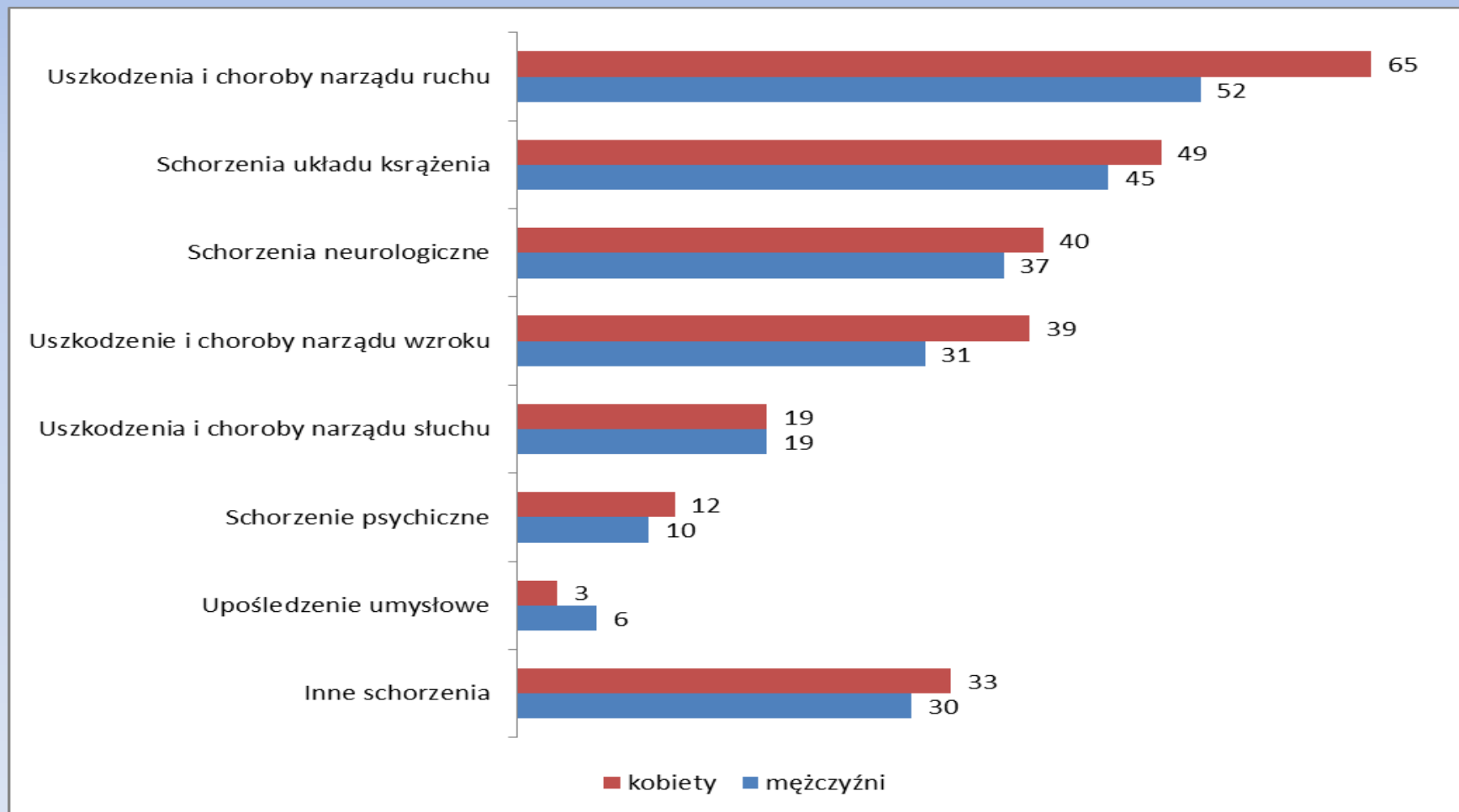
Liczbę osób niepełnosprawnych w Polsce w roku 2009 i 2014

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

Częstość występowania niepełnosprawności w Polsce w 2014 r. wg 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

Przyczyny chorobowe niepełnosprawności w Polsce w 2014 roku



Zabezpieczenie Społeczne

System zabezpieczenia społecznego jest szczególnie istotną dziedziną polityki społecznej.

Jest on określony w aktach prawnych ONZ, MOP, WHO, Rady Europy i Unii Europejskiej. Pozostaje 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	
Zasilek Macierzyński "Becikowe" (ZUS, KRUS, budżet Państwa, pracodawcy)	-prewencja -diagnostyka - leczenie (NFZ)	A) renty z tytułu: -niezdolność do pracy (ZUS) -całkowitej niezdolności do pracy rolniczej (KRUS) -niezdolności do służby (MON, MSWiA, MS) b) renty socjalne c) renty inwalidów wojennych i kombatantów (budżet Państwa)	Dodatek pielęgnacyjny (ZUS, KRUS, budżet Państwa)	Zasilek pogrzebowy
	-zasilki chorobowe -świadczenia rehabilitacyjne			
Rehabilitacja (NFZ, ZUS, KRUS, PFRON)				

Wydatki na 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
Biuro emerytalno-rentowe 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.**

Konwencja nr 128 MOP z 1967 roku 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 gdy 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

Historia Rehabilitacji

- Czasy pierwotne - osoby kalekie .stanowiły obciążenie dla reszty społeczeństwa w wielu krajach 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- wprowadzenie pojęcia rehabilitacji przez Douglasa C. Mc Murtie dyrektora Instytutu Czerwonego Krzyża dla Inwalidów w Nowym Jorku. Opisał stworzył on eksperymentalną szkołę reedukacji i rehabilitacji inwalidów wojennych.

- 1919 - założenie w Nowym Jorku Federalnego Biura Zawodowej Rehabilitacji, które określało rehabilitację jako "przywracanie potrzebującym najpełniejszej, jak tylko można , fizycznej, psychicznej, społecznej, zawodowej i ekonomicznej przydatności".

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.

W 1947- utworzono w Szpitalu Bellevue w Nowym Jorku pierwszy 80. łóżkowy oddział w Wydziale 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".

3.3. 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: **powszechności, kompleksowości, wczesności, ciągłości.** Utworzono w Polsce, w Konstancinie Stołeczne Centrum Rehabilitacji Narządu Ruchu (STOCER), któremu WHO nadało status ośrodka dydaktyki międzynarodowej.

Profesor Wiktor Dega wskazywał: **"Jeśli rehabilitacja lecznicza nie będzie ściśle powiązana z rehabilitacją socjalną i zawodową, wynik rehabilitacji nie będzie pełny"**.

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 wcześniej 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 usprawnienie funkcjonalne, tym łatwiejsze jest przywrócenie zdolności do pracy zarobkowej.

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),
- Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS).

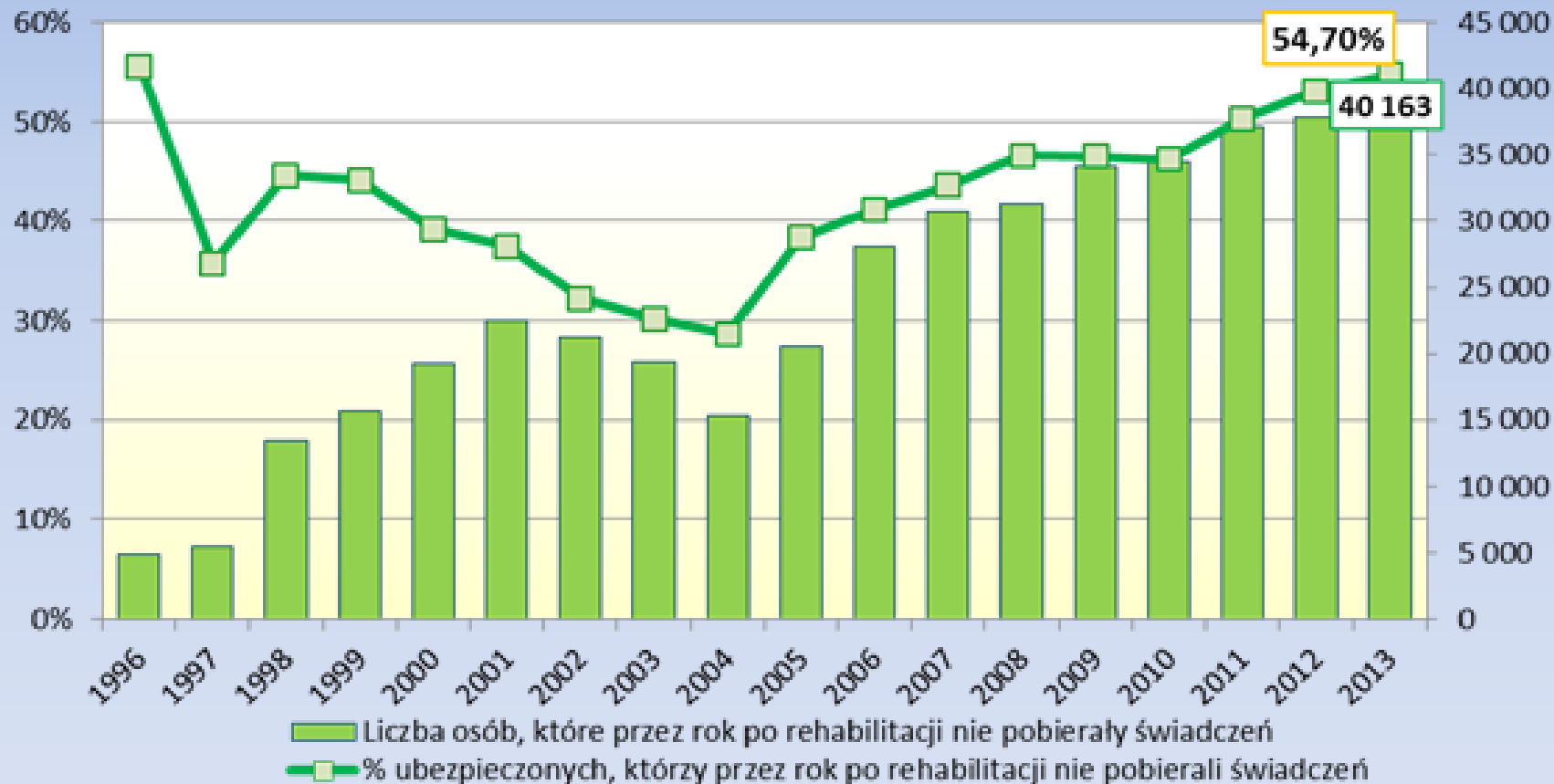
NFZ finansuje rehabilitację, leczniczą zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Obejmuje ona rehabilitację leczniczą, programy zdrowotne i lecznictwo uzdrowiskowe. Świadczenia rehabilitacji leczniczej mogą być realizowane w warunkach ambulatoryjnych, domowych,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

ZUS rozpoczął realizację programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej w schorzeniach narządu ruchu i układu krążenia, gdyż schorzenia te stanowiły 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, psychosomatycznymi i narządu głosu i po amputacji gruczołu piersiowego.

Z programu rehabilitacji leczniczej, prowadzonego w ramach prewencji rentowej ZUS do chwili obecnej skorzystało ponad **1 000 000** ubezpieczonych.

Efektywność rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w latach 1996-2013 przedstawia wykres 2.



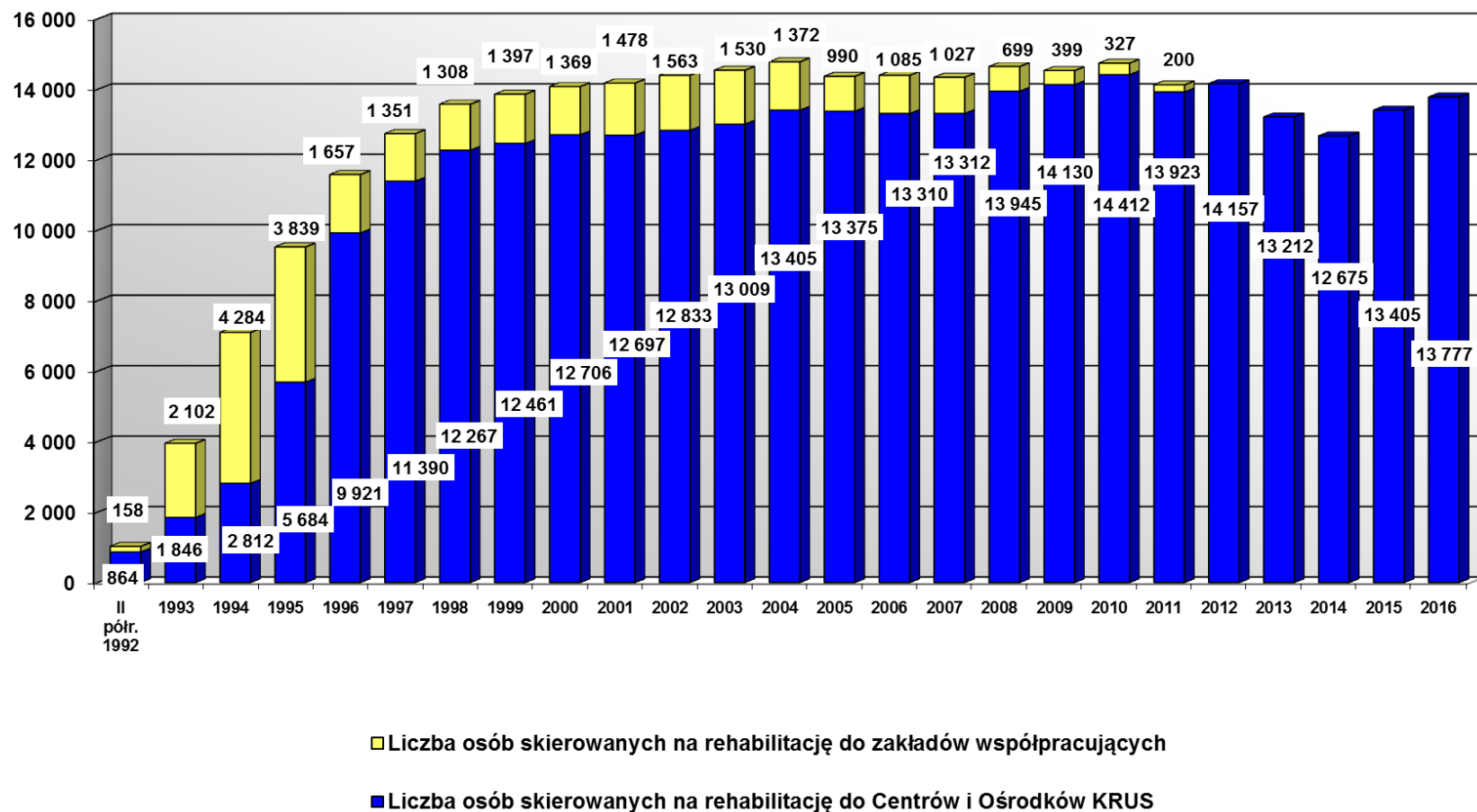
Źródło: statystyka ZUS

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

Liczba osób, które ukończą rehabilitację leczniczą zależy m.in. od wysokości środków finansowych przeznaczonych na prewencję rentową i określonych w ustawie budżetowej na dany rok.

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

Liczba osób skierowanych na rehabilitację w KRUS w latach 1993-2016



Wykres 3 Liczba osób skierowanych na rehabilitację w KRUS .

Źródło: statystyka KRUS

Ten system działania pozwala podobnie jak w systemie ubezpieczenia społecznego pracowników na realizację zasady "rehabilitacja przed rentą".

Rehabilitacja – definicja WHO

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 zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym.

Światowy Raport o Niepełnosprawności 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



Rehabilitacja społeczna i zawodowa

Głównym źródłem finansowania rehabilitacji społecznej i zawodowej jest **Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON)**, 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 niepełnosprawnym uczestnictwa w życiu społecznym i jest realizowana poprzez:

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

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

- dokonanie oceny zdolności do pracy,
- prowadzenie poradnictwa zawodowego uwzględniającego ocenę 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- oznacza "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 w normalne życie społeczne".

Renta szkoleniowa

Ustawa z dnia 28 czerwca 1996 r. o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym o ubezpieczeniu społecznym wprowadziła od 1 września 1997 r. nowe świadczenie - rentę szkoleniową - czyli **umożliwiła przekwalifikowanie zawodowe osobom ubezpieczonym, które utraciły zdolność do pracy zarobkowej w swoim zawodzie.**

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 społeczną i występuje z propozycją przekwalifikowania zawodowego, 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.

W latach 2000-2002 Wyszowski i Witek przeprowadzili badanie efektywności renty szkoleniowej w Oddziale ZUS w Tarnowie.

W tym okresie 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 z powodu:

- niedostatecznego przystosowania się do kalectwa - u 67 osób,
- brak zainteresowania innym zawodem niż wykonywany - u 40 osób,
- niska sprawność intelektualna - u 53 osób.

A więc z 249 skierowanych do psychologa potwierdzało 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 przeprowadzone w 2014 r przez Uścińską i wsp. wykazały, że renta szkoleniowa nie spełnia swojego zadania, **czyli renta szkoleniowa nie jest w obecnym kształcie skutecznym instrumentem aktywizacji zawodowej osób, które utraciły zdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie i nie daje im realnej możliwości przekwalifikowania zawodowego.**

W 2005 roku wprowadzono do Ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników

art.21 b, który stanowi:

- Ubezpieczonemu spełniającemu warunki do uzyskania renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy, 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.

- Osobę, której przyznano rentę szkoleniową, **Kasa** kieruje do powiatowego urzędu pracy w celu poddania przekwalifikowaniu zawodowemu.

- Okres 6 miesięcy, ulega wydłużeniu na czas niezbędny do przekwalifikowania zawodowego, **nie dłużej** niż do **36 miesięcy**.

- Koszty przekwalifikowania zawodowego rencisty w okresie pobierania renty rolniczej szkoleniowej są finansowane ze środków Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych

Również w KRUS-ie renta szkoleniowa nie jest skutecznym instrumentem aktywizacji zawodowej rolników.

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 konieczny dla prawidłowego rozwiązywania problemów społecznych w każdym nowoczesnym kraju.

Doświadczenie zagraniczne

Niemcy

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.

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.

Po zakończeniu szkolenia jest przeprowadzany egzamin państwowy dający uprawnienia do wykonywania nowego zawodu. Według ostatnich danych około 90% osób kończących szkolenia znajduje zatrudnienie.

Warunkiem pośredniczenia absolwentów na rynku pracy jest: wysoki poziom szkolenia zawodowego (potwierdzony wynikiem końcowych egzaminów państwowych) oraz dobre rozpoznanie rynku pracy, prowadzone przez wyspecjalizowane komórki w Ośrodkach Rehabilitacji Zawodowej.

Litwa

Koncepcja rehabilitacji zawodowej zdefiniowana jest w prawie o integracji społecznej osób niepełnosprawnych, które określa **rehabilitację zawodową jako proces przywracania lub rozwoju zdolności do pracy u osób niepełnosprawnych, kompetencji zawodowych oraz praktycznej możliwości uczestniczenia w rynku pracy.** Zakres programu rehabilitacji zawodowej obejmuje ocenę umiejętności zawodowych, doradztwo zawodowe i ocenę predyspozycji w wyborze zawodu, przywrócenia utraconych umiejętności zawodowych lub szkolenie pozwalające na uzyskanie nowych umiejętności zawodowych oraz pomoc w poszukiwaniu zatrudnienia na rynku pracy. W 2011 i 2012 roku zatrudniono odpowiednio 64% i 57% osób, które ukończyły szkolenie.

Akty prawa międzynarodowego

Deklaracja Praw Człowieka ONZ stanowi: że 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.

Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób

Niepełnosprawnych ONZ stanowią, że **"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, której 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".

Konwencje ONZ o pracach osób niepełnosprawnych ratyfikowaną przez Polskę w 2012 roku stwierdza w art. 26 zobowiązuje Państwa Strony **do organizacji, wzmocnienia, i rozwinięcia usług i programów w zakresie wszechstronnej rehabilitacji, w szczególności w obszarze zdrowia, zatrudnienia, edukacji i usług socjalnych, w taki sposób**, aby usługi i programy: były dostępne od możliwie najwcześniejszego etapu i były oparte na multidyscyplinarnej ocenie indywidualnych potrzeb i potencjału oraz 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.

Globalny plan działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014-2021 zobowiązuje Państwa do:

- usunięcia barier oraz poprawa dostępu do świadczeń i programów zdrowotnych,
- wzmocnienia i rozwoju **rehabilitacji i technologii wspomagających dla osób wymagających pomocy i świadczeń wspierających oraz rehabilitacji środowiskowej,**
- wzmocnienia zbierania porównywalnych w skali międzynarodowej danych na temat niepełnosprawności oraz wspieranie badań nad niepełnosprawnością i związanych z nią świadczeń.

Rehabilitacja to inwestycja

Joachim Breuer - przewodniczący Międzynarodowego Stowarzyszenia Zabezpieczenia Społecznego twierdzi, że **rehabilitacja, powrót do pracy, oraz wszelkie inne środki wspierające uczestnictwo i włączenie społeczne osób niepełnosprawnych to inwestycja a nie koszt dla społeczeństwa.** Uważa on, że 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 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 jest międzysektorowa i może być prowadzona przez pracowników ochrony zdrowia, wraz ze specjalistami w dziedzinie edukacji, zatrudnienia, pomocy społecznej i innych.

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 ono do zwiększenia korzyści edukacyjnych i rozwojowych.

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.

Prof. Wiktor Dega, współtwórca Polskiej Szkoły Rehabilitacji mówił, 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 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.

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.

Polska gospodarka oraz polityka społeczna **wymagają natychmiastowego utworzenia systemu wczesnej rehabilitacji kompleksowej, który ułatwiłby powrót osobom niepełnosprawnym do pracy i pełne uczestnictwo w życiu społecznym.**

Sprawnie działający system zapobiegnie przedłużającej się hospitalizacji oraz zwiększonym kosztom opieki zdrowotnej i zabezpieczenia społecznego.

Dla zwiększenia liczby osób powracających do pracy po przebyciu chorób lub urazów konieczne jest podjęcie działań mających na celu zmianę 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 Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia.

PODSUMOWANIE

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 narodowego programu kompleksowej 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