

Anna Wilmowska-Pietruszyńska

Znaczenie rehabilitacji w ubezpieczeniu społecznym

Z Instytutu Fizjoterapii Uniwersytetu Rzeszowskiego

Ubezpieczenie społeczne stanowi system zagwarantowanych ustawowo i związanych z pracą świadczeń o charakterze roszczeniowym, które zabezpiecza ludzi przed ryzykiem braku środków na utrzymanie w okresie niezdolności do pracy spowodowanej chorobą, jej następstwami, wypadkiem przy pracy, czy z powodu starości. W Polsce powszechne ubezpieczenie społeczne realizowane jest przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Liczba ubezpieczonych w ZUS w 2008 roku wynosiła 14 366 100 osób. Do roku 1999 obserwowano systematyczny wzrost liczby osób pobierających świadczenia rentowe z tytułu niezdolności do pracy. W dniu 28 czerwca 1996 r. Sejm RP uchwalił ustawę, zgodnie z którą niezdolna do pracy zarobkowej jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje jej odzyskania po przekwalifikowaniu. Ustawa wprowadziła możliwość skierowania przez Zakład osoby ubezpieczonej na przekwalifikowanie zawodowe. W związku z tym priorytetowe stały się wszelkie działania z zakresu rehabilitacji medycznej i zawodowej. Pozwoli ona osobom, które ze względu na pogorszenie stanu zdrowia tracą możliwość wykonywanej pracy zawodowej, stworzyć warunki umożliwiające odtworzenie zdolności do pracy i pełnego funkcjonowania w społeczeństwie. Uzasadnieniem konieczności szybkiego wprowadzenia systemu kompleksowej rehabilitacji jest sytuacja zdrowotna i demograficzna naszego kraju, a także rosnące koszty świadczeń dla osób niepełnosprawnych (ok. 15% społeczeństwa w Polsce). Znaczna część osób niepełnosprawnych to osoby w wieku produkcyjnym, które po prawidłowo przeprowadzonej rehabilitacji mogłyby powrócić do aktywności zawodowej. Dla realizacji tego celu konieczne jest wspólne działanie wszystkich instytucji służących osobom niepełnosprawnym oraz koordynacja tych działań w celu stworzenia Narodowego Programu Rehabilitacji.

Słowa kluczowe: rehabilitacja, ubezpieczenie społeczne, aktywność zawodowa

The significance of rehabilitation in social insurance system

Social insurance constitutes a system of guaranteed by law and work related claim benefits, which provide people with social security in case of inability to work caused by sickness, its consequences, accidents in a workplace, or due to aging. In Poland a common social insurance is provided by the Social Insurance Institution (ZUS) with a number of 14 366 100 insured in 2008. The number of people receiving disability pension was systematically rising until 1999. The resolution passed by the Sejm of the Republic of Poland on the 28th June 1996 defines a person unable to work as an individual that is either partly or completely deprived of the ability to work due to their disability, and is not expected to regain it after obtaining new qualifications. The resolution introduced a possibility for the beneficiaries of the Social Insurance Institution to be retrained, which resulted in medical and professional rehabilitation becoming a priority. The new regulation will allow to create conditions to fully regain the ability to work and fully function in the society. The latest data on the medical and demographic situation in Poland, as well as an increase in the cost of the disability pension (approximately 15% of the Poles receive it) indicate, that it is extremely necessary to introduce a complex system of rehabilitation. Since a significant number of the physically disadvantaged is in productive age, providing them with a proper rehabilitation would give

them a chance to be active again. Therefore, it is essential for all the institutions that support the handicapped, to cooperate and create a National Rehabilitation Program.

Key words: *rehabilitation, social insurance, vocational activity*

Ubezpieczenie społeczne stanowi system zagwarantowanych ustawowo i związanych z pracą świadczeń o charakterze roszczeniowym, pokrywający potrzeby wywołane zdarzeniami losowymi, przez zobowiązane do tego instytucje oraz finansowane na zasadzie rozłożenia ciężaru tych świadczeń w całości lub części na osoby do nich uprawnione.

Ubezpieczenie społeczne zabezpiecza ludzi przed ryzykiem braku środków na utrzymanie w okresie niezdolności do pracy spowodowanej chorobą, jej następstwami, wypadkiem przy pracy, czy z powodu starości.

W Polsce powszechne ubezpieczenie społeczne realizowane jest przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS).

Ustawa z dnia 13 X 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych wyróżnia 4 fundusze: chorobowy, rentowy, wypadkowy i emerytalny. Stopy procentowe składek w poszczególnych funduszach przedstawia tabela 1.

W naszym kraju liczba ubezpieczonych w ZUS w 2008 roku wynosiła 14 366 100 osób.

Świadczenia emerytalne i rentowe pobierało 7 414 000 osób.

W 2008 r. z FUS wypłacono 132 180,8 tys. PLN, 3 tym z funduszu:

emerytalnego – 84 120,8 tys. PLN

rentowego – 35 992,3 tys. PLN

wypadkowego – 4718,4 tys. PLN

chorobowego – 7349,3 tys. PLN

Ubezpieczeniem społecznym objęta jest cała populacja osób pracujących bez względu na tytuł prawny zdobywania środków utrzymania, poza służbami mundurowymi, rolnikami (KRUS), sędziami i prokuratorami.

W systemie ubezpieczenia społecznego do roku 1999 obserwowano systematyczny wzrost liczby osób pobierających świadczenia rentowe z tytułu niezdolności do pracy w następstwie choroby lub urazu. W 1990 r. renty z tytułu niezdolności do pracy pobierało 2160 tys. osób, a w 1999 – 2702 tys. osób.

Po wieloletnich dyskusjach Sejm RP uchwalił w dniu 28 czerwca 1996 r. ustawę o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i o ubezpieczeniu społecznym. Według tej ustawy niezdolna do pracy zarobkowej jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do

pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje jej odzyskania po przekwalifikowaniu.

Ustawa wyróżnia dwa stopnie niezdolności do pracy zarobkowej – całkowitą i częściową:

– całkowicie niezdolna do pracy zarobkowej jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy.

– częściowo niezdolna do pracy zarobkowej jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.

Przy ocenie niezdolności do pracy zarobkowej bierze się pod uwagę łącznie:

1. charakter i przebieg procesów chorobowych oraz ich wpływ na stan czynnościowy organizmu;
2. sprawność psychofizyczną organizmu oraz stopień przystosowania do ubytków anatomicznych, kalectwa, skutków choroby;
3. posiadane kwalifikacje, wiek, zawód, wykonywane czynności i warunki pracy oraz możliwość dalszego wykonywania pracy zarobkowej;
4. możliwość przywrócenia zdolności do pracy przez leczenie i rehabilitację lub przekwalifikowanie zawodowe.

Intencją wprowadzonych zmian nie było zaostrożenie kryteriów orzecznich. Chodziło przede wszystkim o taką racjonalizację systemu, aby renty otrzymywali ubezpieczeni, którzy rzeczywiście utracili zdolność do osiągania dochodów z pracy i którym ta renta powinna zastąpić część utraconego dochodu. Celem nadrzędnym było przekształcenie dotychczasowego systemu rentowego w rzeczywiste ubezpieczenie ryzyka utraty zdolności do pracy i zarobkowania. Zakładano, że priorytetowe staną się wszelkie działania z zakresu rehabilitacji medycznej i zawodowej, zmierzające do przywrócenia ubezpieczonym zdolności do pracy i że w związku z tym renty z tytułu niezdolności do pracy będą przyznawane w przypadkach, gdy działania rehabilitacyjne nie rokują powodzenia lub okazały się nieskuteczne.

Ustawa wprowadziła możliwość skierowania przez Zakład osoby ubezpieczonej na przekwalifikowanie zawodowe, jeżeli lekarz orzecznik ZUS wyda orzeczenie o celowości takiego przekwalifikowania dla osoby ubiegającej się o świadczenie rentowe, która trwale utraciła zdolność do pracy w swoim zawodzie.

Stopy procentowe składek w poszczególnych funduszach wynoszą:

TABELA. 1. Wysokość składek w poszczególnych funduszach

	Ubezpieczony	Płatnik składek
Fundusz chorobowy	2,45%	–
Fundusz rentowy	1,5%	4,5%
Fundusz wypadkowy	–	0,4 % - 8,12%
Fundusz emerytalny	9,76%	9,76%

Obok funkcjonującej od 1995 r. rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej jest to kolejna forma działań rehabilitacyjnych stwarzająca ubezpieczonym możliwość powrotu do aktywności zawodowej. Tylko w przypadku, gdy działania rehabilitacyjne nie rokują powodzenia lub okazują się nieskuteczne przyznawana jest renta z tytułu niezdolności do pracy. Oznacza to, że priorytetowe stały się wszelkie działania z zakresu rehabilitacji medycznej i zawodowej.

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.

Rehabilitacja „przed rentą” służy poprawie lub przywróceniu zdolności do pracy zarobkowej. W wielu krajach przed przyznaniem świadczenia rentowego dokonuje się oceny możliwości poprawy lub eliminacji stwierdzonego lub zagrażającego ograniczenia zdolności do pracy zarobkowej poprzez działania leczniczo-rehabilitacyjne lub naukę nowego zawodu.

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

Niedoceniając roli rehabilitacji w procesie leczenia powoduje wzrost liczby osób pobierających świadczenia rentowe, a co za tym idzie wzrost nakładów finansowych na te świadczenia.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych rozpoczął realizację programu rehabilitacji leczniczej w ra-

mach 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, a ostatnio ze schorzeniami psychosomatycznymi.

W latach 1996–2008 systematycznie zwiększała się liczba osób rehabilitowanych w ramach prewencji rentowej ZUS.

Liczba osób rehabilitowanych w ramach prewencji rentowej ZUS w 1996 r. wynosiła 8785 osób, w 2000 r. – 49 800 osób, a w 2008 – 67 000

Z badań prowadzonych przez Departament Statystyki ZUS wynika, że po upływie 12 miesięcy od ukończenia rehabilitacji nie pobierało świadczeń z ubezpieczenia społecznego lub pobierało jedynie zasiłek chorobowy z tytułu czasowej niezdolności do pracy przez okres co najwyżej 20 dni:

w 1997 r. – 35,8%

w 2000 r. – 39,2%

w 2007 r. – 40% osób ubezpieczonych.

Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS ma istotne znaczenie dla:

- ubezpieczonych, którzy w wyniku zastosowania procedur leczniczo-rehabilitacyjnych oraz dzięki poprawie funkcji organizmu i zwiększeniu motywacji do pracy mają możliwość utrzymania statusu społecznego i jakości życia,
- instytucji ubezpieczenia społecznego z uwagi na zmniejszenie wydatków na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy oraz wzrost liczby ubezpieczonych odprowadzających składki ubezpieczeniowe.

Bardzo istotne znaczenie dla zmniejszenia wydatków na świadczenia rentowe ma możliwość poddania ubezpieczonych kompleksowej rehabilitacji. W większości systemów ubezpieczeń spo-

łecznych na świecie znaczenie priorytetowe ma wykorzystanie, przed przyznaniem świadczenia rentowego, wszelkich działań z zakresu rehabilitacji medycznej i zawodowej zmierzających do przywrócenia osobie ubezpieczonej zdolności do pracy zarobkowej lub znacznej poprawy tej zdolności.

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”.

Proces przekwalifikowania zawodowego składa się z kilku etapów. Zaczyna się od oceny zdolności do pracy osoby, która ubiega się o świadczenie rentowe z ubezpieczenia społecznego. W wyniku tej oceny dochodzi do udzielenia odpowiedniej porady zawodowej, od której zależy powodzenie całego procesu rehabilitacyjnego. Następnie przeprowadza się szkolenie zawodowe, obejmujące zarówno wiedzę teoretyczną, jak i nabywanie praktycznych umiejętności potrzebnych w określonym rodzaju pracy. Po zakończeniu tego etapu następuje zatrudnienie na odpowiednio dobranym stanowisku pracy, odpowiadające predyspozycjom psychofizycznym i uzyskanym kwalifikacjom zawodowym.

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 utraciły 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.

W myśl obowiązujących przepisów renta szkoleniowa przyznawana jest w przypadku wydania przez lekarza orzecznika orzeczenia o celowości przekwalifikowania zawodowego. Jeżeli w trakcie postępowania rentowego lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych stwierdzi celowość przekwalifikowania zawodowego, to ubezpieczony otrzyma rentę szkoleniową na sześć

miesiący (wyplacaną przez ZUS) i skierowanie do Powiatowego Urzędu Pracy, gdzie osoba ubezpieczona zostanie oceniona pod kątem możliwości przekwalifikowania do nowego zawodu.

W przypadku oceny pozytywnej, dalsza wypłata świadczenia będzie uzależniona od uczestnictwa w programie przekwalifikowania zawodowego, a okres wypłaty będzie dostosowany do programu szkolenia. Łączny okres wypłacania świadczenia nie może przekroczyć 36 miesięcy. Ze względów motywacyjnych ustalono korzystniejszy wymiar renty szkoleniowej w porównaniu z rentą z tytułu niezdolności do pracy.

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

W ocenie społecznych komponentów zdolności do pracy bierze się pod uwagę:

- sytuację społeczną osoby ubezpieczonej (wiek, stan cywilny, posiadanie dzieci, miejsce zamieszkania),
- sytuację mieszkaniową,
- sytuację materialną,
- stosunek członków rodziny do projektów przekwalifikowania zawodowego i deklarowania wsparcia w procesie nabywania nowych kwalifikacji,
- wykształcenie ogólne i zawodowe,
- doświadczenie zawodowe,
- ogólną sprawność osoby ubezpieczonej.

Etap ten kończy się wstępną oceną możliwości przeprowadzenia rehabilitacji zawodowej.

Następnym etapem postępowania orzeczniczego jest medyczna ocena zdolności do pracy. Dokonuje jej lekarz orzecznik na podstawie dokumentacji medycznej i orzeczniczej oraz badania ubezpieczonego. Orzecznik bierze pod uwagę:

- aktualne rozpoznanie choroby, na jaką cierpi osoba ubezpieczona;
- ubytki morfologiczne i funkcjonalne organizmu, możliwość skompensowania ograniczeń morfologicznych (np. przez zastosowanie protez z odpowiednimi końcówkami, możliwość zaopatrzenia ubezpieczonego w odpowiedni sprzęt ortopedyczny);
- wydolność fizyczną i możliwość wykonywania pracy w określonych warunkach (np. możliwość wykonywania określonych ruchów i czynności wymagających dużego wydatku energetycznego) oraz w konkretnych warunkach;
- rokowanie – ustalenie czy schorzenie powodujące niezdolność do pracy zarobkowej ma charakter stały, ustabilizowany, czy też możliwa jest jego zmiana: zarówno w kierunku popra-

wy, jak i pogłębienia się stwierdzanych zaburzeń.

Ponadto lekarz orzecznik powinien:

- wytypować czynności zawodowe, uwzględniając możliwości psychofizyczne osoby ubezpieczonej;
- uwzględnić konieczność przystosowania stanowiska pracy i środowiska pracy do możliwości osoby ubezpieczonej.

Ocena lekarza kończy się wyszczególnieniem medycznych przeciwwskazań do zatrudnienia oraz zawiera informacje dotyczące:

- rodzaju uszkodzenia narządów i stopnia upośledzenia sprawności organizmu;
- warunków pracy, w jakich badana osoba nie może pracować.

Jednym z bardzo ważnych zadań lekarza orzecznika jest wskazanie osobie ubiegającej się o świadczenie rentowe możliwości przekwalifikowania zawodowego i wyjaśnienie procedur stosowanych w trakcie podejmowania decyzji o przekwalifikowaniu. Poziom i zakres przekazywanej przez lekarza informacji pozwalają osobie skierowanej na przekwalifikowanie zawodowe obiektywnie określić swoją sytuację zdrowotną i psychiczne możliwości, a dzięki temu – na lepsze zrozumienie własnej sytuacji życiowej.

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, reintegrację społeczną i występuje z propozycją przekwalifikowania zawodowego. Następnie kieruje 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.

Ocena psychologiczna, wykonywana dla celów przekwalifikowania zawodowego, powinna uwzględniać:

- ogólny poziom sprawności umysłowych (zakres posiadanej wiedzy), sprawność funkcji poznawczych (uwagi, pamięci), sprawność myślenia (konkretne, pamięciowe), koordynację wzrokowo-ruchową oraz zdolność do koncentracji;

- właściwości osobowości (reakcje emocjonalne, motywacja do podjęcia pracy zawodowej, nastawienie wobec proponowanego przekwalifikowania), ocenę patologicznych cech osobowości (neurotycznych, psychotycznych) z oceną wskaźników symulacji – dysymulacji.

Ponieważ podmiotem oceny są osoby różniące się wykształceniem, rodzajem oraz stopniem zaawansowania schorzeń, niezbędne jest stosowanie uniwersalnych metod badania.

Dla przeprowadzenia oceny psychologicznej i wydania opinii w przypadku orzekania o celowości przekwalifikowania zawodowego stosuje się zestaw sprawdzonych i dostępnych metod. Ocena sprawności umysłowych jest wykonywana w oparciu o wyniki testu WAIS-R(PL), ocena właściwości osobowości znaczących dla procesu przekwalifikowania w oparciu o Skalę SOPER J.Tylki, natomiast ocena patologicznych cech osobowości oraz wskaźników symulacji – dysymulacji ważnych przy psychologicznym opinowaniu o celowości przekwalifikowania zawodowego w oparciu o skrócone wersje testu MMPI.

Celem badania psychologicznego jest ustalenie rozpoznania psychologicznego, mającego znaczenie dla lekarza orzecznika ZUS przy orzekaniu o celowości przekwalifikowania zawodowego.

Niestety, możliwość rehabilitacji zawodowej jest jeszcze niedostatecznie upowszechniona i dlatego liczba osób z orzeczeniem lekarskim o celowości przekwalifikowania zawodowego jest niewielka.

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 O/ZUS w Tarnowie przeprowadzone przez Wyszowskiego i Witka. W latach 2000–2002 wydano w tym Oddziale 52 634 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 – 67 osób,
- brak zainteresowania innym zawodem niż dotychczas wykonywany – 40 osób,
- niska sprawność intelektualna – 53 osoby.

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.

W wielu krajach ludziom, którzy ze względu na pogorszenie stanu zdrowia tracą zdolność do utrzymywania się z własnych zarobków stwarza się możliwość odtworzenia zdolności do pracy i możliwości powrotu do pełnego funkcjonowania w społeczeństwie.

Jest to zgodne z zaleceniem Światowej Organizacji Zdrowia, która w ogłoszonej w 1980 i 2001 r. Międzynarodowej Klasyfikacji Niepełnosprawności podkreśla konieczność wykorzystania wszystkich dostępnych metod diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnych przed uznaniem człowieka za osobę niepełnosprawną.

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

W Niemczech rehabilitacja zawodowa pobytowa jest realizowana przez Ośrodki Rehabilitacji Zawodowej (Stowarzyszenie Wyższej Użyteczności Publicznej) i finansowana przez różne instytucje, takie jak 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, samo-

dzielnie 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. 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.

Prof. Wiktor Dega, współtwórca Polskiej Szkoły Rehabilitacji mówił, iż: „niełudzkiem 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”.

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

Tak więc w programie rehabilitacji 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;

- leczniczą, traktowaną jako nowoczesny program leczenia umożliwiający w możliwie najkrótszym czasie przywrócenie 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.

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 Pracy i Polityki Socjalnej we współpracy z Ministerstwem Zdrowia. Szybkie rozwiązanie tego problemu jest szczególnie istotne ze względów społeczno-ekonomicznych.

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 zdrowotna i demograficzna naszego kraju, a także rosnące koszty świadczeń dla osób niepełnosprawnych (aktualnie około 15% naszego społeczeństwa). Znaczna część osób niepełnosprawnych to osoby w wieku produkcyjnym, które po prawidłowo przeprowadzonej rehabilitacji powrócą do pracy lub będą zdolne do stworzenia sobie miejsc pracy.

Dla realizacji tego celu konieczne jest wspólne działanie wszystkich instytucji służących oso-

bom niepełnosprawnym oraz koordynacja tych działań w celu stworzenia Narodowego Programu Rehabilitacji.

Ma to olbrzymie znaczenie dla osób zagrożonych niepełnosprawnością, a także dla wszystkich członków naszego społeczeństwa.

Znalazło to odzwierciedlenie w strategii polityki społecznej na lata 2007–2013 ogłoszonej przez Ministerstwo Polityki Społecznej, w której istotną rolę odgrywa kompleksowa rehabilitacja i aktywizacja osób niepełnosprawnych. Uznano ją za priorytet działań polityki społecznej.

Konieczność i celowość wprowadzenia Narodowego Programu Rehabilitacji potwierdzają efekty uzyskane w wyniku reformy orzecznictwa o niezdolności do pracy (1997) i działań w zakresie rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS, a mianowicie zmniejszenie liczby osób niezdolnych do pracy (niepełnosprawnych), którym przyznano renty z tytułu niezdolności do pracy w latach 1997–2007 oraz zmniejszenie liczby osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy.

Należy więc dążyć do stworzenia systemu, w którym przed uznaniem osoby za niepełnosprawną wykorzystana się wszystkie dostępne możliwości diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjne.

Anna Wilmowska- Pietruszyńska
ul. Warszawska 26 A
35-205 Rzeszów
tel. +48 17 872 19 20
e-mail: ifizjot@univ.rzeszow.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 26 października 2009
Zaakceptowano do druku: 7 grudnia 2009