



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

MODEL REHABILITACJI KOMPLEKSOWEJ – ZAŁOŻENIA WSTĘPNE (STRESZCZENIE)

Wersja do konsultacji



Sierpień 2018

Lider Projektu

 Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Partnerzy Projektu

 **ZUS** | ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

CIOP  **PIB**

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

Niniejsze opracowanie stanowi streszczenie prezentacji wstępnych założeń modelu rehabilitacji kompleksowej - nowego rozwiązania w polskim systemie zabezpieczenia społecznego ułatwiającego podjęcie lub powrót do aktywności społecznej i zawodowej osób, które wskutek doznanego urazu lub choroby w różnych okresach życia straciły zdolność do pracy.

Model opracowany został przez zespół ekspertów (z instytucji partnerów realizujących projekt, instytucji rynku pracy, organizacji pozarządowych działających na rzecz osób z niepełnosprawnościami, organizacji pracodawców i pracowników, konsultantów organizacyjnych, pracowników nauki i lekarzy) w ramach projektu **Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy**¹, którego głównym celem jest opracowanie i przetestowanie efektywnego, optymalnego pod względem społecznym i finansowym modelu w zakresie rehabilitacji oraz aktywizacji. Model, jaki powstanie po konsultacjach społecznych w ramach projektu, zostanie pilotażowo wdrożony w czterech ośrodkach.

¹ Realizowanego przez PFRON w partnerstwie z ZUS i CIOP-PIB

Lider Projektu

Partnerzy Projektu



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

Spis treści

I.	WPROWADZENIE – POTRZEBA ZMIAN W SYSTEMIE REHABILITACJI.....	4
II.	ZAŁOŻENIA PILOTAŻOWEGO MODELU KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI	10

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

I. WPROWADZENIE – POTRZEBA ZMIAN W SYSTEMIE REHABILITACJI

1. Według danych z Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) za IV kwartał 2017 r. spośród **1 642 tys. osób niepełnosprawnych prawnie w wieku produkcyjnym aż 72,28% osób było biernych zawodowo**², podczas gdy znaczna część z nich mogłaby pracować, gdyby miała zapewniony dostęp do odpowiedniej rehabilitacji. Jednocześnie **co roku z rynku pracy czasowo, długotrwale lub na stałe odchodzą tysiące osób**, a wiele z nich ubiega się o **renty z tytułu niezdolności do pracy, renty socjalne, świadczenia rehabilitacyjne i inne formy wsparcia**. W 2016 roku ZUS wydał 659,4 tys. orzeczeń pierwszorazowych dla celów rentowych i 37,3 tys. w związku z wnioskiem o rentę socjalną.
2. **Aktywność zawodowa osób z niepełnosprawnościami jest jednym z najlepszych sposobów na wyjście z izolacji społecznej**, nierzadko również biedy oraz na ogólną poprawę ich dobrostanu i jakości życia. Praca dla osób z niepełnosprawnością oznacza z jednej strony **wyższą jakość ich życia** dzięki posiadaniu dochodów i aktywnym funkcjonowaniu w społeczeństwie, z drugiej zaś – stanowi także korzyść dla gospodarki. Wczesne przywrócenie zdolności i umożliwienie powrotu do pracy osobom z niepełnosprawnościami jest więc istotne zarówno ze społecznego jak i ekonomicznego punktu widzenia. Udział osób niepełnosprawnych w rynku pracy jest ważny ze względu na:
 - promocję ludzkiej godności i spójności społecznej; zatrudnienie niweluje izolację osób z niepełnosprawnościami, przynosi korzyści osobiste i społeczne, a także podnosi poczucie godności ludzkiej i spójności społecznej.
 - maksymalizację zasobów ludzkich; zaangażowanie osób niepełnosprawnych w produkcję poprawia ich sytuację finansową i przyczynia się do wzrostu PKB.
3. Co roku około **900 tys. osób** otrzymuje renty z tytułu niezdolności do pracy, ok. **280 tys.** – renty socjalne, ponad **80 tys.** – świadczenia rehabilitacyjne, a blisko **90 tys.** poddawanych jest rehabilitacji leczniczej (świadczenia ZUS). Dodatkowo KRUS wypłaca renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym **213 tys. osób**, a biura emerytalno-rentowe MON i MSWiA renty inwalidzkie około **30 tys. osób**. **Oznacza to wykluczenie (okresowe, długotrwale) z rynku pracy ponad ok. 1600 tys. osób. Znaczna część tych osób mogłaby z powodzeniem funkcjonować na rynku pracy pod warunkiem zapewnienia w odpowiednim czasie dostępu do kompleksowej rehabilitacji.** Konieczne ze względów społecznych **wydatki** z tytułu zabezpieczenia społecznego mogłyby przynajmniej w części pełnić funkcję **nakładów inwestycyjnych** o wysokiej stopie zwrotu, liczonej poprawą stanu fizycznego, psychicznego, społecznego i materialnego tych osób, ale też funkcjonowania rynku pracy i wzrostu gospodarczego.
4. **Każdego roku w wyniku wypadków przy pracy ponad 85 tys. pracowników doznaje urazów ciała powodujących czasową lub długotrwale niezdolność do pracy, w tym do pracy w dotychczasowym zawodzie, ale rokujących odzyskanie zdolności do pracy w tym samym lub nowym zawodzie (po przekwalifikowaniu)**³. Ponad 70% poszkodowanych w wypadkach przy pracy to osoby młode lub w średnim wieku (od 20 do 49 lat). **Wykluczenie tych osób z rynku pracy, wynikające z niezdolności do pracy w następstwie wypadków przy pracy, powoduje długoletnie obciążenia finansowe dla państwa**

² Dane BAEL GUS – IV kw. 2017

³ Monitoring Rynku Pracy, Wypadki przy pracy w 2014 r., 2016 r., GUS 2015, 2017, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/warunki-pracy-wypadki-przy-pracy/>, dostęp 30.05.2018 r.

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

(systemu ubezpieczeń społecznych). Ma wpływ na wydatki związane z wypłatą rent z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową. W roku 2016 wydatki te wyniosły **6,8 miliarda zł** w stosunku do 3,69 miliarda zł w 2014⁴. Spośród ponad 900 tys. osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy, ok 100 tys. jest spowodowanych następstwami wypadków przy pracy. **Każdego roku co najmniej 1000 osób poszkodowanych w wypadkach przy pracy mogłoby ponownie podjąć pracę w wyniku skutecznego wczesnego diagnozowania i leczenia oraz rehabilitacji skutkujących przywróceniem zdolności do pracy oraz ewentualnie dostosowania stanowiska pracy dla potrzeb tych osób.**

5. **Jedną z ważniejszych barier skutecznego działania w zakresie powrotu i wejścia na rynek pracy osób z niepełnosprawnościami jest mocno rozbudowany i rozproszony system wsparcia** – tworzą go instytucje obejmujące różne sfery życia osób niepełnosprawnych: instytucje zabezpieczenia społecznego, ds. orzekania o niepełnosprawności (niezdolności do pracy) i pomocy społecznej, rynku pracy, instytucje opieki zdrowotnej i rehabilitacji medycznej, czy oświatowe⁵. **Instytucje te działają w sposób niepowiązany, w ramach różnych resortów, w oparciu o odrębne rozwiązania prawne i specyficzne, własne procedury i wymagania. Brak jest instrumentów i instytucji koordynujących działania w obszarze rehabilitacji.** Działania kierowane do osób z niepełnosprawnością nie mają charakteru kompleksowego, są niewystarczająco zindywidualizowane, co ogranicza ich skuteczność. Ponadto część pomocy może być mało efektywna w skutek braku ciągłości wsparcia - **istniejące rozwiązania nie zapewniają stabilności wsparcia w perspektywie długookresowej.**
6. Rehabilitacja jest realizowana przez kilka rodzajów instytucji publicznych w oparciu o odrębne przepisy prawa, a uprawnienie do korzystania z określonych świadczeń zależne jest od statusu osoby na rynku pracy i jej stanu zdrowia:
 - **Rehabilitację leczniczą** finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Mogą z niej korzystać wszystkie **osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym;**
 - **Rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej** prowadzi Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Uprawnione są osoby ubezpieczone w ZUS, które z powodu choroby lub urazu są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy lub pobierając rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po rehabilitacji. Program rehabilitacji ZUS jest realizowany w profilach odpowiadających grupom chorób, które stanowią najczęstsze przyczyny niezdolności do pracy (narząd ruchu, układ krążenia, układ oddechowy, narząd głosu, choroby psychosomatyczne, po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego lub schorzeniami narządu głosu).
 - **Rehabilitację leczniczą** dla osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników, zagrożonych utratą zdolności do pracy oraz osób okresowo niezdolnych do pracy w gospodarstwie rolnym, a rokujących odzyskanie tej zdolności prowadzi **Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS)**. Jest ona przeznaczona dla osób ze schorzeniami narządu ruchu i układu krążenia.

⁴ Raport roczny ZUS 2016 r., ZUS 2017.

⁵ Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, MSK na zlecenie PFRON, maj 2017 r.

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

- **Rehabilitację społeczną i zawodową** finansuje głównie **Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON)**.
7. **Funkcjonujące w Polsce ramy prawne w zakresie rehabilitacji i powrotu do pracy oceniane są przez ekspertów jako „ograniczone”⁶**. Raport sporządzony przez Europejską Agencję Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy wykazał, że Polska znajduje się w IV (ostatniej) grupie państw, jeśli chodzi o poziom ram prawnych w tym zakresie. Wsparcie rehabilitacyjne dla pracowników istnieje zasadniczo tylko dla osób z niepełnosprawnościami i ma na celu promowanie ich dostępu do rynku pracy. Również wsparcie dla pracodawców ma na celu jedynie zatrudnienie lub reintegrację osób z niepełnosprawnościami. W I grupie państw do rehabilitacji uprawnieni są wszyscy pracownicy, usługi są skoncentrowane na profilaktyce i wczesnej interwencji, pracodawcy w szerokim zakresie ponoszą odpowiedzialność w procesie powrotu do pracy oraz ma miejsce skuteczna koordynacja multidyscyplinarnych zespołów rehabilitacyjnych oraz zarządzanie niepełnosprawnością.
 8. **Wydatki na świadczenia pieniężne z tytułu czasowej i długotrwałej niezdolności do pracy** (absencja chorobowa, renty z tytułu niezdolności do pracy) z systemu zabezpieczenia społecznego **wynoszą rocznie kilkadziesiąt miliardów złotych**. W 2016 roku tylko w obszarze działań ZUS (osób objętych ubezpieczeniem ZUS) wydatki na świadczenia pieniężne związane z niezdolnością do pracy wyniosły łącznie **35 mld zł**⁷, wykazując tendencję rosnącą w stosunku do lat poprzednich. Blisko 43% tej kwoty to wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy ogółem, z czego ponad 1/5 dotyczy niezdolności spowodowanej wypadkami przy pracy, 6% to renty socjalne, nieco ponad 4% to świadczenia rehabilitacyjne, zaledwie 0,5% - wydatki na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS, zaś pozostała kwota to wydatki z tytułu absencji chorobowej.
 9. **Wydatki na usługi rehabilitacyjne stanowią ok. 3,5% wszystkich wydatków na zdrowie**, z czego:
 - Koszty zrealizowanych świadczeń w zakresie rehabilitacji w ramach NFZ w 2017 roku – 2,39 mld zł dla 3 357,1 tys. osób (dotyczy rehabilitacji ambulatoryjnej, domowej, dziennej i stacjonarnej)
 - koszty rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w 2017 r. wynosiły 182,5 mln zł (rocznie rehabilitacji przez ZUS poddawanych jest ponad 80 tys. osób);
 - koszty rehabilitacji leczniczej w ramach KRUS wyniosły w 2017 roku 28,9 mln zł – działaniami objęto 13,8 tys. osób;
 - wydatki PFRON w 2017 r. na rehabilitację zawodową i społeczną wyniosły ponad 4,7 miliarda zł, z tego ponad 3,17 mld zł. przeznaczono na dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych.
 10. Rozwiązania w zakresie rehabilitacji leczniczej finansowanej przez NFZ są **niewystarczające dla zaspokojenia wszystkich potrzeb** – przepisy określają ściśle rodzaje świadczeń gwarantowanych, a także ich limity jakościowe, ilościowe i czasowe. Niewystarczające są także środki finansowe. **W efekcie pacjenci oczekują w długich kolejkach na rozpoczęcie rehabilitacji.**

⁶ Rehabilitacja i powrót do pracy - Raport sporządzony przez Europejską Agencję Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy, dotyczący polityki, strategii i programów realizowanych w UE i Państwach Członkowskich, 2017

⁷ Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2016 roku, ZUS, 2017; podana kwota obejmuje wydatki ZUS, budżetu państwa oraz pracodawców; te ostatnie dotyczą absencji chorobowej

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

Częstotliwość rehabilitacji leczniczej ZUS nie jest limitowana przepisami, osoba ubezpieczona może korzystać z niej kilka razy w roku, jednak **o liczbie osób, które faktycznie mogą skorzystać z rehabilitacji decyduje wysokość środków finansowych określanych każdego roku w ustawie budżetowej**. Testowany w ZUS pilotażowy program wczesnej rehabilitacji powypadkowej w ramach prewencji rentowej ZUS, którego podstawą było wczesne rozpoczęcie rehabilitacji wykazało pozytywne efekty w postaci skrócenia absencji chorobowej i powrotu do pracy.

11. W badaniu potrzeb, oczekiwań i barier w zakresie systemu orzekania o niepełnosprawności i o kompleksowej rehabilitacji⁸ lekarze orzekający zwracali uwagę na **konieczność skrócenia czasu oczekiwania na rehabilitację, potrzebę rozszerzenia i upowszechnienia działań w ramach rehabilitacji zawodowej, a także na potrzebę stosowania klasyfikacji ICF w celu określania uwarunkowań społecznych, sytuacji indywidualnej i stanu funkcjonalnego chorego**. Osoby z niepełnosprawnościami podkreślały potrzebę zwiększenia jednoznaczności i przejrzystości zasad orzekania i kierowania na rehabilitację. **Jako barierę w zatrudnieniu osoby z niepełnosprawnościami biorące udział w badaniu wskazały brak systemu kompleksowej rehabilitacji: zarówno medycznej, psychospołecznej jak i zawodowej**, a także brak zasad postępowania rehabilitacyjnego uwzględniającego indywidualną sytuację pacjenta (np. rodzinną, dotychczasowe doświadczenia zawodowe, motywację).
12. Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych ONZ⁹ 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, które jej potrzebują i opierać się na ciągłości postępowania w kontekście biopsychospołecznym, uwzględniając zarówno czynniki osobowe, jak i środowiskowe, zgodnie z ICF. Rehabilitacja powinna zapewnić osobiste wsparcie osobom niepełnosprawnym i przyczynić się do pełnego ich uczestnictwa we wszystkich aspektach życia"**.
13. Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, ratyfikowana przez Polskę w 2012 roku¹⁰ (KPON), w art. 26 zobowiązuje Państwa Strony **do organizacji, wzmocnienia, 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, 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.
14. W artykule 27. KPON „[...] **uznaje prawo osób niepełnosprawnych do pracy, na zasadzie równości z innymi osobami**; obejmuje to prawo do możliwości zarabiania na życie poprzez pracę swobodnie

⁸ Przeprowadzone przez CIOP w ramach projektu w dwóch grupach: w grupie osób niepełnosprawnych w stopniu powodującym niezdolność do pracy (ZUS) i całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym (KRUS) oraz w grupie lekarzy orzekających.

⁹ Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych przyjęte podczas 48 sesji Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych w dniu 20 grudnia 1993 (Rezolucja 48/96)

¹⁰ Konwencja ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych przyjęta została przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 13 grudnia 2006 roku, rząd Polski podpisał ją 20 marca 2007 r., natomiast ratyfikacja Konwencji przez Polskę miała miejsce 6 września 2012r., Dz. U. z dnia 25 października 2012 r., poz. 1169

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

wybraną lub przyjętą na rynku pracy oraz w otwartym, integracyjnym i dostępnym dla osób niepełnosprawnych środowisku pracy”. Ponadto KPON zakazuje wszelkich form dyskryminacji w zatrudnieniu, promuje dostęp do szkolenia zawodowego, sprzyja możliwości samozatrudnienia i wzywa do racjonalnych usprawnień w miejscu pracy. Działania takie jak **rehabilitacja zawodowa i usługi służb zatrudnienia** – szkolenia w miejscu pracy, poradnictwo zawodowe, pomoc w poszukiwaniu pracy i pośrednictwo pracy – **mogą poprawić lub przywrócić możliwości osób niepełnosprawnych do konkurowania na rynku pracy oraz ułatwić ich integrację na rynku pracy.**,

15. Globalny plan działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014-2021 zobowiązuje Państwa m.in. do usunięcia barier oraz poprawy dostępu do świadczeń i programów zdrowotnych i rozwoju **rehabilitacji i technologii wspomagających dla osób wymagających pomocy i świadczeń wspierających oraz rehabilitacji środowiskowej.**
16. Wg Światowego raportu o niepełnosprawności opracowanego przez Światową Organizację Zdrowia i Bank Światowy (2012)¹¹ „**Na całym świecie osoby niepełnosprawne są przedsiębiorcami i osobami samo zatrudniającymi się, rolnikami i robotnikami w fabrykach, lekarzami i nauczycielami, sprzedawcami i kierowcami autobusów, artystami i technikami komputerowymi.** Prawie wszystkie prace mogą wykonywać osoby niepełnosprawne, a biorąc pod uwagę odpowiednie warunki, większość osób niepełnosprawnych może być produktywna”.
17. Z powyższych względów coraz większe znaczenie nabiera koncepcja **Powrotu do pracy** (z ang. Return to Work, RTW), obejmująca wszystkie procedury i inicjatywy mające na celu ułatwienie reintegracji w miejscu pracy osób, u których stwierdza się obniżoną zdolność do pracy lub wydajność, czy to z powodu niepełnosprawności, choroby, czy ze względu na wiek. W 2014 roku członkowie ISSA we współpracy z Rehabilitation International uzgodnili wytyczne dotyczące implementacji tej koncepcji, oparte na kodeksie postępowania Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP) „Zarządzanie niepełnosprawnością w miejscu pracy”, opublikowanym w 2002 r., a wypracowanym w ramach konsensusu między partnerami społecznymi na całym świecie (pracodawcy i pracownicy).¹²
18. Brak systemowego podejścia do rehabilitacji i mała skuteczność systemu przy wzrastających kosztach ponoszonych na zabezpieczenie materialne osób z niepełnosprawnościami stały się przesłanką do poszukiwania rozwiązań zmieniających obecnie funkcjonujące rozwiązania na rzecz bardziej efektywnego systemu kompleksowego wsparcia w rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami – temu służy niniejszy projekt.

Projekt wspiera wprowadzanie zmian systemowych w obszarze rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami poprzez m. in.:

- zaakcentowanie **kompleksowego charakteru rehabilitacji** poprzez priorytetowe potraktowanie rehabilitacji zawodowej poszerzonej o elementy związane z rehabilitacją leczniczą, społeczną i psychologiczną; kluczowe znaczenie ma tutaj wykorzystanie przed przyznaniem świadczenia rentowego, wszelkich działań z zakresu rehabilitacji kompleksowej, zmierzających do przywrócenia

¹¹ Światowy Raport o Niepełnosprawności (WHO, Bank Światowy 2012)

¹² Friedrich Mehrhoff, Rekomendacje dla Polski na podstawie doświadczeń międzynarodowych. Wdrożenie Art. 27 Konwencji Narodów Zjednoczonych o Prawach Osób Niepełnosprawnych (KPON), w: *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*. Nr IV/2016(21)

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

zdolności do pracy zarobkowej lub znacznej poprawy jej zdolności osobom niepełnosprawnym lub zagrożonym niepełnosprawnością.

- zwiększenie **efektywności zastosowania już istniejących instrumentów** takich jak m.in. renta szkoleniowa, której celem jest umożliwienie osobie niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie przekwalifikowania, które pozwoli przy naruszonej sprawności organizmu na zatrudnienie. Skuteczność wykorzystania tego narzędzia jest niezadowalająca: w ZUS w niewielkim stopniu orzeka się o celowości przekwalifikowania zawodowego (0,07% orzeczeń lekarskich w sprawach rentowych), a tylko około 15% osób otrzymujących rentę szkoleniową ostatecznie korzysta z możliwości przekwalifikowania;
- **przełamanie fragmentaryzacji** w podejściu do procesu rehabilitacji pomiędzy różnymi podmiotami, wyrażającego się m.in. niespójnością systemów orzekania o niezdolności do pracy oraz orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności oraz rozproszeniem wsparcia instytucjonalnego i finansowania działań oraz modyfikacja obecnie funkcjonującego systemu rehabilitacji z rozproszonym systemem wsparcia instytucjonalnego i finansowania działań.
- wprowadzenie **nowego podejścia do diagnozy** i określania potrzeb oraz barier osób z niepełnosprawnościami na podstawie standardów określonych zgodnie z ICF. Pozwala to na większą skuteczność prowadzonych działań dzięki ocenie funkcjonalnej uczestnika programu;
- wprowadzenie **wystandaryzowanych procedur zarządzania procesem rehabilitacji** dla osób zagrożonych niepełnosprawnością i niezdolnością do podjęcia aktywności społecznej lub zawodowej.
- wprowadzenie **standaryzacji orzecznictwa lekarzy orzekających** w systemie ZUS, MON, MSWiA, KRUS oraz zespołów orzekających o niepełnosprawności. połączonej z monitoringiem i kontrolą orzeczeń w oparciu o ICF.

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

II. ZAŁOŻENIA PILOTAŻOWEGO MODELU KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI

1. Intencją projektu jest wypracowanie założeń dla modelu **całościowego systemu wsparcia aktywizującego** osób, których ograniczenia funkcjonalne w następstwie choroby lub urazu uniemożliwiają aktywność zawodową. Rehabilitacja kompleksowa: zawodowa, psychologiczno-społeczna i medyczna ma na celu przywrócenie osoby z niepełnosprawnościami do maksymalnie samodzielnego życia w społeczeństwie, w tym aktywności zawodowej, twórczej i społecznej.
2. **Rehabilitacja** to wg Światowego Raportu o Niepełnosprawności¹³ "[...] 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". Wg WHO¹⁴ to proces odzyskiwania „optymalnych, fizycznych, sensorycznych, intelektualnych, psychologicznych i społecznych funkcji”, na który składa się:

- **rehabilitacja medyczna**, mająca na celu przywrócenie zdolności funkcjonalnych lub umysłowych oraz jakości życia osobom niepełnosprawnym fizycznie lub umysłowo,
- **rehabilitacja zawodowa**, mająca na celu umożliwienie osobom niepełnosprawnym fizycznie lub umysłowo pokonanie bariery dostępu do pracy, jej utrzymania lub powrotu do zatrudnienia lub innej użytecznej pracy,
- **rehabilitacja społeczna**, mająca na celu ułatwienie uczestnictwa osób niepełnosprawnych w życiu społecznym.

Tak widziana rehabilitacja powinna być realizowana przez **interdyscyplinarny zespół rehabilitacyjny** w składzie: lekarz specjalista medycyny fizykalnej rehabilitacji, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, psycholog, logopeda, pielęgniarka i inni¹⁵.

3. **Rehabilitacja jest więc procesem medyczno-społecznym**, który dąży, najogólniej mówiąc, do **poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych**. Rozwój rehabilitacji w Polsce jako jednej ze specjalności medycznych rozpoczął się po II wojnie światowej – uznano ją wtedy za integralną, trzecią 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 zasadach¹⁶:

- **powszechności** – rehabilitacja powinna być dostępna dla każdego, kto jej wymaga i musi obejmować wszystkie dyscypliny;

¹³ Światowy Raport o Niepełnosprawności, WHO i Bank Światowy, 2011 – za: Kwartalnik Niepełnosprawność I/2013/(6)

¹⁴ Za: Kwartalnik Niepełnosprawność I/2017/(22)

¹⁵ Biała Księga Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji, Raport opracowany przez Sekcję Lekarzy Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów /UEMS, 2018

¹⁶ Wilmowska – Pietruszyńska A., Czechowski K., O potrzebie rehabilitacji kompleksowej, [w:] Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania. Nr II/2016(19), PFRON, Warszawa 2016, s. 38.

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

- **kompleksowości** – rehabilitacja musi być prowadzona przez wielospecjalistyczny zespół (lekarze specjaliści rehabilitacji, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psychologowie, pedagodzy, pracownicy socjalni, terapeuci zajęciowi, doradcy zawodowi i inni);
 - **wczesności** (wczesnego zapoczątkowania) – rehabilitacja powinna rozpocząć się tak szybko, jak to tylko możliwe. Taka rehabilitacja skutkuje nie tylko szybszym powrotem utraconych funkcji chorego, ale także wykształceniem mechanizmów kompensacyjnych, które tę funkcję zastąpią lub uzupełnią;
 - **ciągłości** – rehabilitacja medyczna, zawodowa i społeczno-psychologiczna powinny być prowadzone jednocześnie. Oznacza to również kontynuację leczenia po opuszczeniu ośrodka szpitalnego, czyli rehabilitację środowiskową. Niezwykle ważne jest także włączenie do tej rehabilitacji rodziny i bliskich osoby poszkodowanej.
4. Rehabilitacja kompleksowa mająca prowadzić do aktywizacji zawodowej i powrotu do pracy będzie realizowana **równoległe na czterech płaszczyznach**:
- zawodowej: mającej na celu ułatwienie osobie z niepełnosprawnościami uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia poprzez zestaw działań obejmujących m.in. korzystanie z doradztwa zawodowego, szkoleń zawodowych i pośrednictwa pracy. Polega ona na przygotowaniu tej osoby do pracy zgodnie z jej możliwościami oraz kwalifikacjami, a jeśli nie jest to możliwe przygotowaniu do wykonywania nowego zawodu;
 - społecznej: polegającej na przygotowaniu osoby z niepełnosprawnościami do efektywnego uczestnictwa w życiu społecznym i przywróceniu/nadaniu jej możliwie pełnej samodzielności we wszystkich wymiarach: kulturowym, społecznym i zawodowym. Rehabilitacja ta obejmować będzie udział uczestników w zajęciach i warsztatach stymulujących do wyrobienia w uczestniku zaradności osobistej i pobudzaniu aktywności społecznej, wzbudzaniu w uczestniku akceptacji własnej sytuacji życiowej, umiejętności radzenia sobie z niepełnosprawnością; pracy nad relacjami z osobami najbliższymi; wzmacnianiu motywacji do realizacji zadań szkoleniowych; podnoszeniu poziomu kompetencji miękkich potrzebnych w pracy, tj. umiejętności organizacji czasu, komunikacji interpersonalnej, kontroli emocji, skuteczności działania i innych;
 - psychologicznej: mającej na celu przywrócenie osobie z niepełnosprawnościami równowagi psychicznej i odzyskanie poczucia własnej wartości m.in. poprzez indywidualne porady psychologiczne zarówno dla osoby uczestniczącej w procesie kompleksowej rehabilitacji, jak również dla jej otoczenia oraz warsztaty;
 - medycznej: polegającej na stosowaniu różnych form fizjoterapii, tj. kinezyterapii indywidualnej i grupowej, ćwiczeń w wodzie, ćwiczeń w terenie, zabiegów fizykalnych z zakresu ciepłolecznictwa, krioterapii, hydroterapii, elektroterapii, laseroterapii, leczenia polem elektromagnetycznym wielkiej i niskiej częstotliwości, leczenia ultradźwiękami, różnych rodzajów masażu leczniczego, inhalacji, specjalnych form terapii, np. treningów kardiologicznych, terapii logopedycznej – prowadzących do przywracania osobie z niepełno sprawnościami możliwie optymalnej sprawności.
5. Tak opisana rehabilitacja realizowana będzie w **Ośrodku Rehabilitacji Kompleksowej (ORK)**. Osoba, która zostanie skierowana do ORK przez lekarza orzekającego przejdzie **kompleksową ocenę**

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

funkcjonowania obejmującą upośledzenie struktur i funkcji ciała, ograniczenia w aktywności i uczestnictwie oraz określającą, jaki jest wpływ czynników środowiskowych na jej codzienne funkcjonowanie. Ocena obejmie również diagnozę potencjału zawodowego i potencjału w obszarze ewentualnego przekwalifikowania zawodowego. Będzie ona dokonywana w oparciu o Klasyfikację ICF. Na podstawie przeprowadzonej diagnozy medycznej, społecznej, zawodowej oraz oceny sprawności dla każdej osoby skierowanej do ośrodka opracowany zostanie Indywidualny Program Rehabilitacji (IPR), którego celem ostatecznym będzie przygotowanie do **samodzielności** w obszarze zawodowym.

Całościowa ocena będzie dokonywana ponownie na koniec pobytu, a w przypadku dłuższej rehabilitacji (powyżej sześciu miesięcy) co pół roku, natomiast krótkoterminowe cele rehabilitacyjne będą oceniane na bieżąco, zgodnie z planem wynikającym z profilu kategoryjnego połączonego z planem ewaluacji stanu osoby rehabilitowanej, opracowanym na początku procesu. Ocena początkowa i końcowa dla wszystkich uczestników projektu będzie prowadzona w oparciu o taką samą metodykę i narzędzia, co umożliwi analizę porównawczą efektywności udzielanego wsparcia, w szczególności pozwoli na porównanie efektów uzyskanych w ORK uczestniczących w projekcie.

6. **Jednym z głównych założeń rehabilitacji kompleksowej prowadzącej do aktywizacji zawodowej jest jak najwcześniejsze jej rozpoczęcie** po zakończeniu leczenia choroby czy skutków urazu. Jednak nie wyklucza ona żadnej osoby z niepełnosprawnościami, u której stwierdza się pozytywne rokowanie aktywizacji zawodowej, w tym osób, które nie funkcjonowały na rynku pracy, ale rodzaj ich niepełnosprawności i stopień upośledzenia funkcji organizmu pozwoli na podjęcie pracy. Grupa docelowa obejmuje osoby należące m.in. do następujących kategorii:

- osoby, w przypadku których zdiagnozowano schorzenie lub które doznały urazu uniemożliwiającego powrót do pracy, bezpośrednio po zakończeniu leczenia /rehabilitacji szpitalnej;
- osoby, w przypadku których zdiagnozowano schorzenie lub które doznały urazu uniemożliwiającego powrót do pracy, u których leczenie/rehabilitacja szpitalna zostały zakończone i wróciły one do swojego środowiska zamieszkania;
- osoby z niepełnosprawnością wrodzoną lub nabytą w okresie rozwojowym, które nigdy nie funkcjonowały na rynku pracy i przebywają w swoim środowisku zamieszkania, u których rodzaj niepełnosprawności rokuje możliwości aktywizacji zawodowej oraz osoby funkcjonujące w placówkach opiekuńczych, u których rodzaj niepełnosprawności rokuje możliwości aktywizacji zawodowej.

7. Do rehabilitacji kompleksowej będą więc **kwalifikowane osoby niepełnosprawne w stopniu powodującym niezdolność do pracy w następstwie chorób lub urazów, które przed chorobą lub wypadkiem nabyły kwalifikacje zawodowe, jak i osoby, które nie nabyły takich kwalifikacji i nie podejmowały aktywności społeczno- zawodowej**, tj.:

- osoby czasowo niezdolne do pracy w następstwie choroby lub urazu rokujące powrót do pracy (kontrola zwolnień lekarskich ZUS, MSWiA);
- osoby czasowo niezdolne do pracy pobierające świadczenie rehabilitacyjne (ZUS), przedłużony zasiłek chorobowy (KRUS);

Lider Projektu

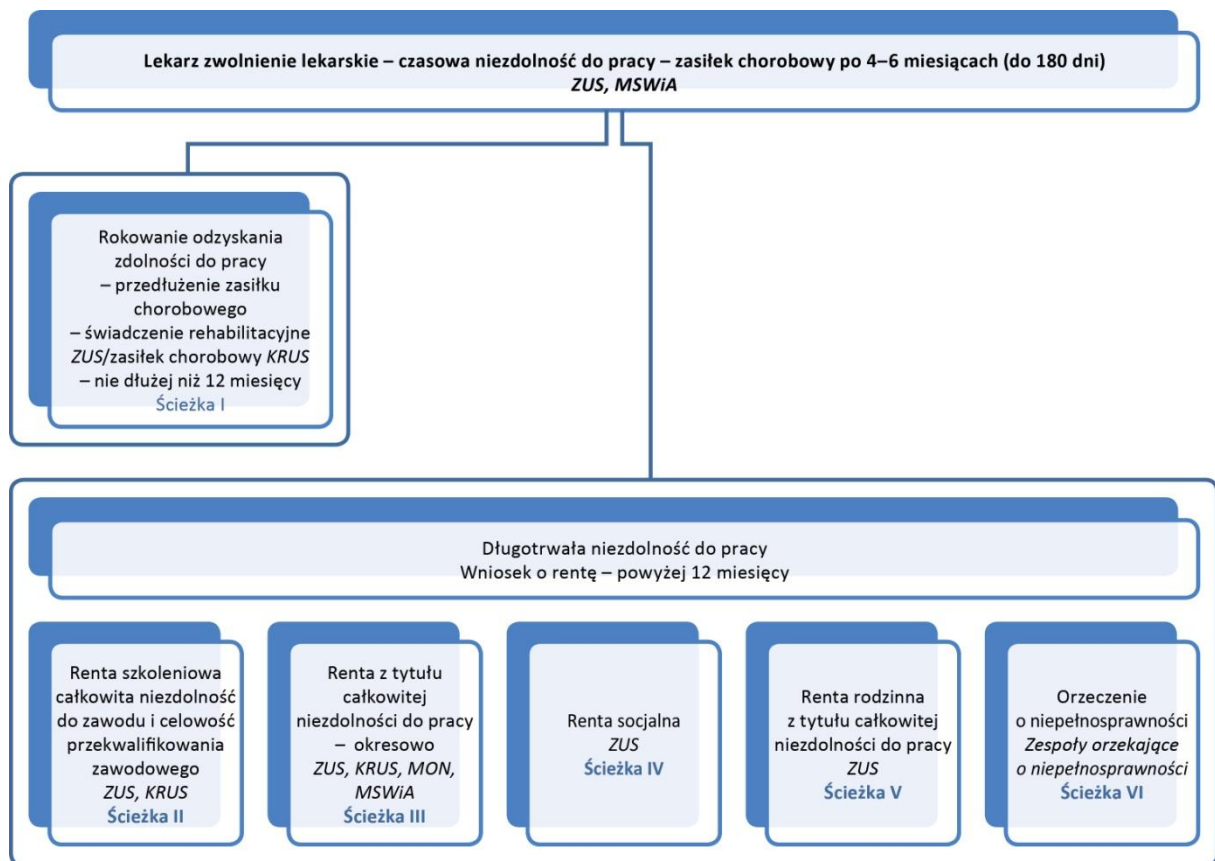
Partnerzy Projektu

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

- osoby pobierające rentę szkoleniową (ZUS, KRUS);
- osoby pobierające rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy (okresowo) (ZUS, KRUS, MON, MSWiA)
- osoby z niepełnosprawnością wrodzoną lub nabytą w okresie rozwojowym pobierające rentę socjalną, nigdy nie funkcjonujące na rynku pracy, a rokujące możliwości aktywizacji zawodowej (ZUS);
- osoby pobierające rentę rodzinną z tytułu niezdolności do pracy ((ZUS);
- osoby mające wydane orzeczenie o niepełnosprawności (zespoły orzekające o niepełnosprawności)

Poniższy schemat wskazuje, w jaki sposób osoby będą trafiać do ośrodków kompleksowej rehabilitacji.

Rysunek 1. Ścieżki rekrutacji do kompleksowej rehabilitacji w ORK



Źródło: opracowanie własne

8. **Wstępna kwalifikacja do ORK** będzie następowała na poziomie **lekarzy orzekających**. Ich zadaniem będzie nie tylko wstępna diagnoza z wykorzystaniem ICF, ale również podejmowanie działań motywujących osoby niepełnosprawne do zmiany swojej sytuacji życiowej i podjęcia próby aktywizacji

Lider Projektu

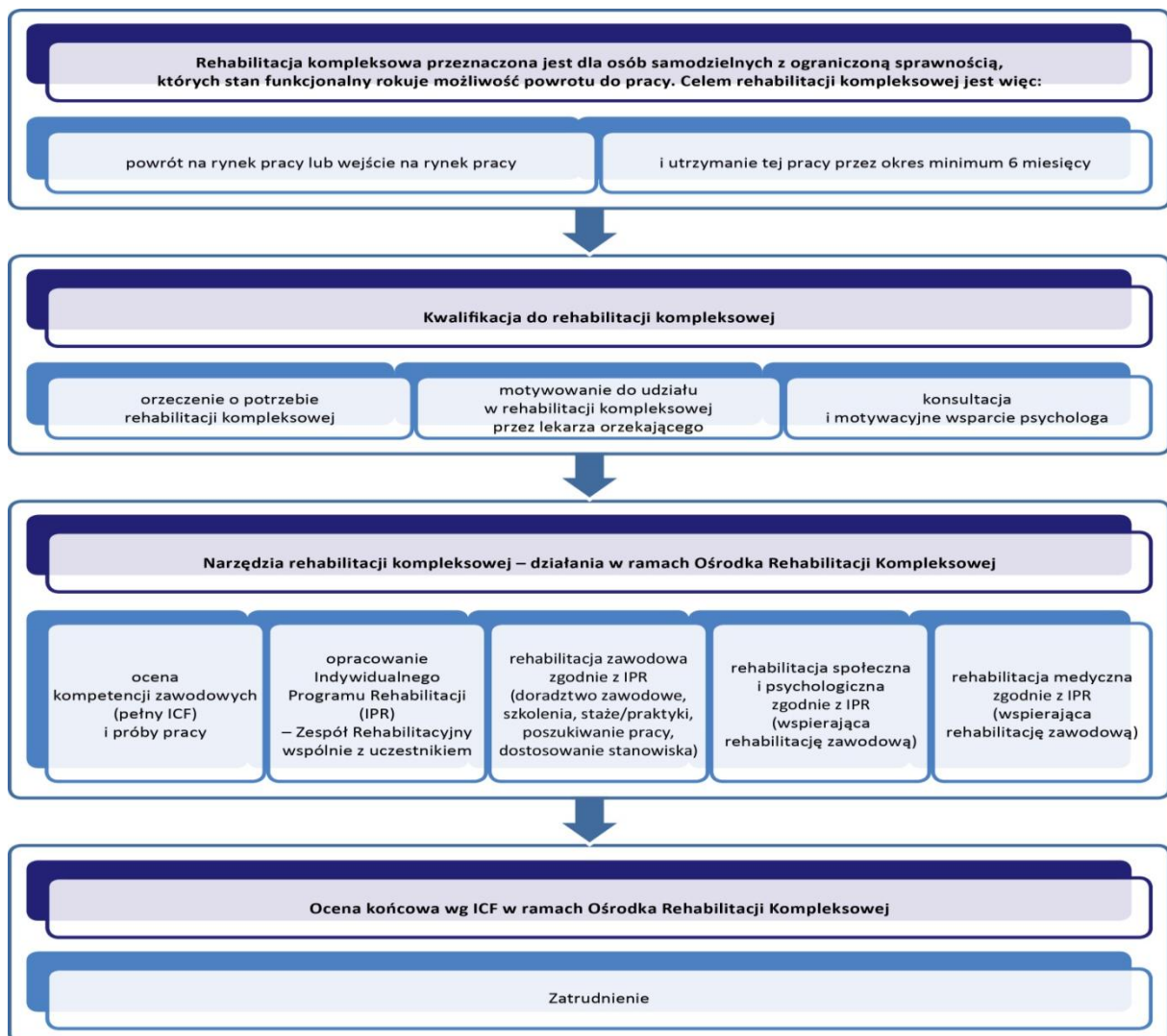
Partnerzy Projektu

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

zawodowej. Działania te mogą być wsparte przez psychologa, który pomoże przełamać bariery wewnętrzne związane z lękiem przed powrotem do aktywności społecznej i zawodowej.

9. Zakres i formy prowadzonych działań w obszarze rehabilitacji wobec każdego uczestnika będzie dobrany do jego **indywidualnych potrzeb i możliwości**. W procesie aktywizacji szczególny akcent zostanie położony na stawianie realnych celów przed osobą z niepełnosprawnością, co oznacza, że założenia dotyczące podjęcia albo zwiększenia aktywności zawodowej np. w postaci zmiany kwalifikacji i podjęcia nowego zatrudnienia, będą zawsze ustalane indywidualnie dla każdej osoby, przy jej czynnym udziale.
10. Schemat postępowania w ramach kwalifikacji do kompleksowej rehabilitacji i jej realizacji w ORK przedstawiono poniżej.

Rysunek 2. Schemat postępowania w ramach modelu rehabilitacji kompleksowej



Źródło: opracowanie własne

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

11. W ramach projektu program kompleksowej rehabilitacji zostanie **pilotażowo wdrożony w czterech Ośrodkach Rehabilitacji Kompleksowej**, zorganizowanych na bazie podmiotów wyłonionych w procedurze przetargowej. Działaniami objętych zostanie łącznie co najmniej 600 osób (150 os. na ośrodek/50 os. rocznie).

Rozmieszczenie pilotażowych ośrodków kompleksowej rehabilitacji wynika z przyjętego podczas przygotowań do projektu podziału terytorialnego obszaru Polski na 4 makroregiony. Pozwoli na uczestnictwo w testowaniu modelu osobom z terenu całej Polski. Podziału dokonano na podstawie położenia województw względem siebie oraz liczby osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym według danych z NSP 2011

Rysunek 3. Zasięg terytorialny pilotażowych ORK



Źródło: Opracowanie własne

12. Rehabilitacja w ramach projektu będzie realizowana **w trybie stacjonarnym i niestacjonarnym**. Uczestnicy projektu będą mogli wybrać opcję dojazdów na rehabilitację z miejsca zamieszkania lub korzystać z bazy hotelowej Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej.
13. Realizacja projektu stanowi propozycję wprowadzenia na poziomie krajowym **systemu kompleksowej rehabilitacji** prowadzącej do powrotu/wejścia na rynek pracy obejmującej rehabilitację leczniczą, społeczną, psychologiczną, zawodową, prowadzoną na podstawie kompleksowej diagnozy i oceny funkcjonalnej osoby z niepełnosprawnościami, w jednym czasie i miejscu. Proponowane narzędzia oddziaływania, zakres oraz grupy docelowe stanowią nowe podejście do problematyki rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Aktualnie nie istnieje tak kompleksowe podejście do rehabilitacji i tego rodzaju propozycji skierowanych zarówno do grupy osób niepełnosprawnych w stopniu powodującym niezdolność do pracy, ich otoczenia jak i rozwiązań adresowanych do instytucji (podmiotów) z otoczenia osób niepełnosprawnych.

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

14. **Twardymi efektami pilotażu** będzie przetestowane rozwiązanie - model rehabilitacji kompleksowej składający się z:

- **Mapy Drogowej** - stanowiącej całościowy schemat postępowania w zakresie kompleksowej rehabilitacji prowadzącej do uczestnictwa w rynku pracy. Mapa drogowa będzie wyznaczała ścieżkę działania w zakresie wykorzystania dostępnych zasobów instytucjonalnych, organizacyjnych i finansowych do wspólnego oddziaływania na zjawisko wykluczenia osób niepełnosprawnych i przywracania ich do aktywności z wykorzystaniem procesu kompleksowej rehabilitacji. Stanowiąc będzie zbiór najważniejszych wytycznych i rekomendacji pozwalających na prawidłowe współdziałanie instytucji i organizacji z osobą niepełnosprawną, której lekarz orzekający wydał orzeczenie o potrzebie rehabilitacji kompleksowej jako najbardziej efektywnej drogi do powrotu do aktywności zawodowej.

Ze względu na stosunkowo ogólny charakter Mapy przewiduje się wprowadzenie dokumentów o charakterze uszczegółowionym, a mianowicie:

- **Planu Funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej** - dotyczącego zakresu prowadzonych w ORK działań w obszarze organizacyjnym i instytucjonalnym. Plan Funkcjonowania Ośrodka Kompleksowej Rehabilitacji zawierał będzie:
 - Procedury z wykorzystaniem klasyfikacji ICF dotyczące kwalifikowania do kompleksowej rehabilitacji, w tym metody oceny kompetencji zawodowych, wzorce postępowania, zgodnie ze stwierdzonym upośledzeniem struktur i funkcji organizmu;
 - Minimalne standardy w zakresie poszczególnych elementów procesu rehabilitacji oraz kompetencji i kwalifikacji kadry ośrodków;
 - Dokumentację działalności ośrodka;
 - System monitoringu, ewaluacji i badań efektywności procesu rehabilitacji.
- **Rekomendacji** - dokumentu operacyjnego w ramach Mapy Drogowej opisującego zalecenia w zakresie postępowania poszczególnych instytucji biorących udział w procesie rehabilitacji kompleksowej. Na jego podstawie podmioty uczestniczące w procesie będą w stanie wspólnie współdziałać, przeprowadzając osoby z niepełnosprawnościami przez cały proces rehabilitacji kompleksowej. Rekomendacje do systemowego wdrożenia modelu kompleksowej rehabilitacji oraz projekt zmian w ustawodawstwie zostaną przekazane odpowiednim instytucjom systemu zabezpieczenia społecznego. Dokument będzie także zawierał ocenę skutków wprowadzenia modelu do systemu, w szczególności dotyczącą wpływu na sytuację osób niepełnosprawnych. Ponadto rekomendacje obejmą kwestie należące do innych obszarów legislacji, jeśli będą one istotne dla skutecznego wdrożenia modelu kompleksowej rehabilitacji.
- **Przewodnika osoby z niepełnosprawnościami** - dokumentu operacyjnego adresowanego do osób z niepełnosprawnościami poszukujących informacji w możliwości pomocy, wsparcia w procesie rehabilitacji kompleksowej i/lub poszczególnych rodzajów rehabilitacji. Dokument ten ma za zadanie w sposób możliwie przystępny pomóc osobie z niepełnosprawnościami w zidentyfikowaniu

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

potrzeb związanych z rehabilitacją i aktywizacją społeczno-zawodową a następnie wskazać optymalną ścieżkę postępowania.

- **Warsztatów dla lekarzy orzekających** - programów szkoleń wraz z zestawem materiałów szkoleniowych, w tym w wersji interaktywnej dla lekarzy orzekających w zakresie wykorzystania ICF w procesie orzekania o potrzebie rehabilitacji prowadzonej w Ośrodkach Rehabilitacji Kompleksowej oraz w obszarze zadań modelu rehabilitacji kompleksowej.
- **Warsztatów dla kadry ośrodków rehabilitacji** - programów szkoleń wraz z zestawem materiałów szkoleniowych, w tym w wersji interaktywnej dla kadry ośrodków rehabilitacji w zakresie zadań modelu rehabilitacji kompleksowej.

Lider Projektu

Partnerzy Projektu