



PRACA POGLĄDOWA / REVIEW PAPER

Joanna Grzegorzcyk, Anna Wilmowska-Pietruszyńska

Rehabilitacja i zatrudnienie osób niepełnosprawnych w Polsce

Rehabilitation and employment of persons with disabilities in Poland

Instytut Fizjoterapii Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego

STRESZCZENIE

Wstęp. Obecna koncepcja niepełnosprawności zakłada, że stopień niepełnosprawności jest wypadkową stanu zdrowia fizycznego i psychicznego oraz warunków środowiskowych, w których żyje osoba niepełnosprawna. Dlatego również na społeczeństwie spoczywa odpowiedzialność za taką modyfikację środowiska, aby poprawie uległy warunki uczestnictwa i aktywności osób niepełnosprawnych w życiu społecznym i zawodowym.

Cel. Celem pracy jest przedstawienie problematyki rehabilitacji osób niepełnosprawnych i kwestii związanych z ich zatrudnieniem.

Materiał i metoda. Oparto się na danych opublikowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) i Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych oraz na wynikach Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań przeprowadzonego w Polsce w 2011 roku. Przeanalizowano ponadto akty prawa krajowego i międzynarodowego z ostatnich kilkunastu lat.

Wyniki: W 2013 roku w Polsce rentę z tytułu niezdolności do pracy pobierało 1 075 000 osób, zaś rentę z tytułu niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym otrzymywały

ABSTRACT

Introduction. According to the current concept of disability the degree of impairment is a product of physical and psychological health as well as environmental conditions in which a disabled person lives. Therefore, it is also the society that is responsible for modifying the environment so as to improve the conditions of participation and activity of the disabled persons in social and professional life.

Objective. The objective of this work is to present the problem of rehabilitation of persons with disabilities and issues related to their employment.

Materials and method: The work is based on data published by ZUS (the Polish Social Insurance Institution), KRUS (the Agricultural Social Insurance Fund), PFRON (the State Fund for Rehabilitation of Disabled Persons), Office of the Government Plenipotentiary for Disabled People and on the results of the 2011 Polish Census of Population and Housing. Also acts of Polish and international law from the last dozen of years have been analysed.

Results. In 2013 in Poland, 1 075 000 people received the inability to work benefit and 216 373 persons received the benefit related to inability to work on a farm. According to the Polish Research on Economic Activity of the Population (BAEL), 27.3% of disabled persons in the working age led

Adres do korespondencji / Mailing address: Joanna Grzegorzcyk, Instytut Fizjoterapii Uniwersytet Rzeszowski, 35-205 Rzeszów, ul. Warszawska 26a, +48 17 872 19 20, joannag@pro.onet.pl

Artykuł otrzymano / recived: 24.01.2015 | Zaakceptowano do publikacji / accepted: 6.07.2015

Grzegorzcyk J, Wilmowska-Pietruszyńska A. *Rehabilitacja i zatrudnienie osób niepełnosprawnych w Polsce.* *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków* 2015; 13 (3): 255–269. doi: 10.15584/przmed.2015.3.6

216 373 osoby. Według Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności Polski (BAEL) w 2013 roku aktywnych zawodowo było 27,3% osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym. Istotne znaczenie ma zapewnienie osobom niepełnosprawnym zdobycia lub utrzymania zatrudnienia, a więc możliwie pełnej integracji społecznej. Wydane na ten cel pieniądze są inwestycją, która się zwraca, a nawet daje korzyści społeczne i ekonomiczne.

Podsumowanie. Konieczne jest holistyczne podejście i koordynacja całego procesu leczenia, rehabilitacji i zatrudnienia osób niepełnosprawnych uwzględniające współodpowiedzialność pracodawcy, połączenie usług medycznych, społecznych i zawodowych, odpowiednie doradztwo, zastosowanie modelu biopsychospołecznego (ICF) w ocenie efektów rehabilitacji osób niepełnosprawnych.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, rehabilitacja medyczna, rehabilitacja zawodowa

Wstęp

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) niepełnosprawność to wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka. Autorzy Światowego Raportu o Niepełnosprawności podają, że na świecie jest około miliarda osób niepełnosprawnych (15% ludności świata) i liczba tych osób będzie stale wzrastać w związku ze wzrostem ogólnej liczby mieszkańców, postępem medycyny, który wydłuża i pozwala ratować życie człowieka, niezdrowym stylem życia, konfliktami zbrojnymi [1]. W Polsce liczba osób niepełnosprawnych według wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2011 roku (NSP) wynosiła ogółem około 4,7 mln, co stanowiło 12,2% ludności naszego kraju (w 2002 roku 14,4%) [2–5].

Cel

Celem pracy jest przedstawienie problematyki kompleksowej rehabilitacji (medycznej, społecznej i zawodowej) osób niepełnosprawnych i z uwzględnieniem ich zatrudnienia.

Materiał i metoda

Oparto się na danych opublikowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) i Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych oraz na wynikach Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań przeprowadzonego w Polsce w 2011 roku. Przeanalizowano ponadto akty prawa krajowego i międzynarodowego z ostatnich kilkunastu lat.

an active professional life in 2013. It is crucial to ensure that the disabled persons access or maintain employment and thus to provide for their largest possible social inclusion. The expenses on this are an investment that pays back and even generates social and economic profits.

Conclusion. It is necessary to adopt a holistic approach and to coordinate the entire process of treatment, rehabilitation and employment of persons with disabilities, taking into account employer's co-responsibility, combination of medical, social and vocational services, appropriate counselling and application of a biopsychosocial model (ICF) in evaluating the effects of rehabilitation of the disabled persons.

Key words: disability, International Classification of Functioning, Disability and Health, medical rehabilitation, social rehabilitation, vocational rehabilitation

Introduction

According to the definition by the World Health Organization (WHO), disability is a damage or dysfunction of the body resulting from an illness or injury, restriction or lack of ability to perform activities in the manner or within the range considered as normal for a human being. The authors of the World Report on Disability claim that there is around one billion persons with disabilities (15% of world population) worldwide and the number of these people is continuously growing due to the increase of the total population, medical advances that extend and allows to save a man's life, unhealthy lifestyle, armed conflicts [1]. According to results of the National Census of Population and Housing from 2011 (NSP), the number of people with disabilities amounted to approximately 4.7 million in Poland, which represented 12.2% of the population of our country (in 2002 14.4%) [2–5].

Aim

The aim of the study is to present the issue of comprehensive rehabilitation (medical, social and professional) in people with disabilities with a regard to their employment.

Material and methods

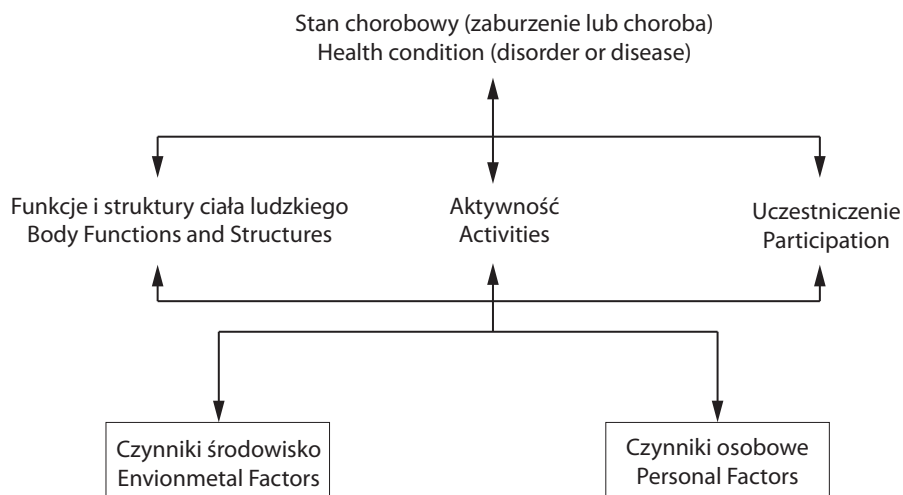
It was based on data published by ZUS (the Polish Social Insurance Institution), KRUS (the Agricultural Social Insurance Fund), PFRON (the State Fund for Rehabilitation of Disabled Persons), Office of the Government Plenipotentiary for Disabled People and the results of the National Census of Population and Housing conducted in Poland 2011. Domestic and international legal acts from the past several years were also analyzed.

Wyniki

Na przestrzeni ostatnich dekad istniało kilka koncepcji podejścia do niepełnosprawności. W latach 80. ubiegłego wieku obowiązywała koncepcja biologiczna, która zakładała, że to przede wszystkim stan zdrowia decyduje o wszystkich trudnościach, z jakimi zmagają się osoby niepełnosprawne i to jego poprawa jest głównym warunkiem polepszenia bytu tych osób [6]. Obecna koncepcja niepełnosprawności ma charakter biopsychospołeczny. Została ona przyjęta przez WHO w 2001 roku jako Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (*International Classification of Functioning, Disability and Health* – ICF). Według ICF niepełnosprawność nie jest wyłącznie konsekwencją urazu, choroby lub wady wrodzonej, lecz wynikiem wzajemnych związków pomiędzy stanem zdrowia a czynnikami osobniczymi i środowiskiem, w którym osoba niepełnosprawna na co dzień funkcjonuje (czynniki kontekstowe). Wszystkie te czynniki, zarówno osobowe (radzenie sobie ze stresem, doświadczenie życiowe, wiek, styl życia, nawyki), jak i zewnętrzne (cechy środowiska naturalnego i sztucznego, transport, system prawny, system pomocy, postawa społeczeństwa) mogą być przyczyną barier i ograniczeń lub odwrotnie, mogą ułatwiać i sprzyjać funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych w życiu społecznym (rys. 1) [7]. Takie podejście do niepełnosprawności powoduje, że jej przyczyn szuka się nie tylko w stanie zdrowia chorego, ale także w jego psychice i w otaczającym go środowisku. W związku z tym również na społeczeństwie spoczywa odpowiedzialność za taką modyfikację środowiska, aby poprawie uległy warunki uczestnictwa i aktywności osób niepełnosprawnych w życiu społecznym i zawodowym. Zminimalizowanie negatywnego wpływu zewnętrznych ograniczeń wymaga zmiany mentalności społeczeństwa i zrozumienia, że przeszkodami dla osób niepełnosprawnych są nie tylko bariery środowiskowe, ekonomiczne i społeczne. Są nimi również często wadliwe przepisy, brak

Results

Over the past decades there were several approaches to disability. In the 80s of the last century the concept of biological force was binding, it stated that it is primarily the state of health that determines all the difficulties faced by people with disabilities and that its improvement is the main condition for improving the existence of these people [6]. The current concept of disability is biopsychosocial. It was adopted by WHO in 2001 as the International Classification of Functioning, Disability and Health (International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF). According to the ICF, disability is not only a consequence of injury, disease or congenital defect, but the result of mutual relations between the state of health, individual factors and the environment in which a disabled person functions on a daily basis (contextual factors). All these factors, both personal (coping with stress, life experience, age, lifestyle, habits) or external (environmental characteristics of natural and artificial, transportation, legal system, the system of welfare, the attitude of society) may cause barriers and restrictions or conversely, can facilitate and foster the functioning of persons with disabilities in social life (Fig. 1) [7]. This approach to disability means that the causes are not only to be found in the patient's health, but also in the psyche and the surrounding environment. Therefore, the society is also responsible for the modification of the environment to improve the conditions of participation and activity of persons with disabilities in social and professional life. Minimizing the negative impact of external constraints requires a change in mentality of the society and understanding that obstacles for people with disabilities are not only environmental, economic and social barriers. The problems are also often caused by faulty legislation, lack of knowledge and understanding of disability and difficulties in access to education, employment and recreation and the lack of active participation of disabled people in



Rys. 1. Model ICF [7]

Ryc. 1. The ICF Model [7]

wiedzy i zrozumienia niepełnosprawności oraz trudności w dostępie do nauki, zatrudnienia i rekreacji, jak i brak czynnego uczestnictwa samych osób niepełnosprawnych w procesie decyzyjnym. Ponadto, na co zwracają również uwagę inni autorzy, według tej koncepcji w ocenie niepełnosprawności należy skupić się również na pozostałych umiejętnościach i możliwościach tkwiących w osobie niepełnosprawnej, a nie tylko na deficytach. Chorzy kompensują niektóre dysfunkcje przez rozwój innych zdolności i funkcji. To właśnie te pozostałe zdolności należy pielęgnować i wykorzystać przy włączaniu osób niepełnosprawnych w nurt życia społecznego i zawodowego [8].

Ratyfikowana przez Polskę w 2012 roku Konwencja ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych zobowiązuje nasze państwo do rozwoju usług i programów w zakresie wszechstronnej rehabilitacji, szczególnie w obszarze zdrowia, zatrudnienia, edukacji i usług socjalnych, w celu umożliwienia osobom niepełnosprawnym uzyskania i utrzymania możliwie największej niezależności, pełnej zdolności fizycznej, intelektualnej, społecznej i zawodowej oraz udziału we wszystkich aspektach życia społecznego [9, 10]. Przed ratyfikacją konwencji przeanalizowano ponad 160 obowiązujących w naszym kraju aktów prawnych dotyczących osób niepełnosprawnych w celu ich dostosowania do podpisanej konwencji [11]. Tak więc rehabilitacja jest nie tylko prawem osoby niepełnosprawnej, ale także obowiązkiem państwa. Pełna integracja społeczna osób niepełnosprawnych wymaga więc czynnego udziału administracji centralnej i lokalnej, samorządów, instytucji, w tym także organizacji pozarządowych. Nie należy jednak zapominać o udziale samych osób niepełnosprawnych – „nic o nas bez nas”. Nikt tak dobrze jak same osoby niepełnosprawne nie jest w stanie wskazać ich własnych potrzeb i napotykanymi trudnościami.

Rehabilitacja według WHO to kompleksowe i skoordynowane stosowanie środków medycznych, socjalnych i zawodowych w celu usprawnienia osób z naruszoną sprawnością organizmu i uzyskania możliwie najlepszego stanu funkcjonalnego. W ramach rehabilitacji można wyróżnić:

- rehabilitację medyczną (lecniczą) polegającą na specjalistycznym leczeniu z wykorzystaniem metod fizjoterapii, psychoterapii, zaopatrzenia ortopedycznego mającym na celu przywrócenie w jak największym stopniu zdrowia chorego,
- rehabilitację społeczną zajmującą się pobudzaniem aktywności społecznej chorych i ich motywowaniem do działania, między innymi przez likwidację barier, rekreację i sport oraz kształtowanie właściwych postaw w społeczeństwie,
- rehabilitację zawodową z ewentualnym przekwalifikowaniem i tworzeniem warunków do podjęcia pracy zarobkowej.

Według Degi „Jeśli rehabilitacja lecznicza nie będzie ściśle powiązana z rehabilitacją socjalną i zawodową, wynik rehabilitacji nie będzie pełny” [12].

the process of decision-making. Moreover, according to this concept, as pointed out by other authors, the evaluation of disability should also focus on other skills and opportunities inherent in a disabled person and not just on deficits. Patients compensate for some of the dysfunctions through the development of other capabilities and features. These remaining skills must be taken care of and used when joining the persons with disabilities in the mainstream of social and professional life [8].

The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, which was ratified by Poland in 2012, commits our state to the development of services and programs in the field of comprehensive rehabilitation, particularly in the areas of health, employment, education and social services, to enable persons with disabilities to attain and maintain maximum independence, full physical, intellectual, social and professional capacity and participation in all aspects of social life [9, 10]. Before the ratification of the Convention more than 160 legal acts existing in our country related to persons with disabilities were analyzed in order to comply with the signed conventions [11]. Thus, rehabilitation is not only a right of the disabled person, but also the duty of the state. Full social integration of people with disabilities therefore requires active participation of central and local government, self-governments and institutions including NGOs. However, one cannot forget about the participation of disabled people themselves - „nothing about us without us”, „Nobody can identify the needs and difficulties encountered by disabled persons as well as they can do.

According to WHO, rehabilitation is comprehensive and coordinated use of medical, social and professional means in order to improve the efficiency of people with compromised body to obtain the best possible functioning. As part of the rehabilitation can be distinguished:

- medical rehabilitation (therapeutic) consisting of specialized treatment using the methods of physiotherapy, psychotherapy, orthopedic aids aimed at restoring as much patient's health as possible,
- social rehabilitation dedicated to stimulating social activity of patients and their motivation to act, including recreation and sport by removing barriers and shaping appropriate attitudes in society
- vocational rehabilitation with the possible retraining and the creation of conditions to start work.

According to Dega, „If medical rehabilitation is not closely linked with social and occupational rehabilitation, outcome will not be complete” [12]. According to the program of specialization for doctors in the field of medical rehabilitation at Postgraduate Medical Center (CMKP) approved in 2014 by the Polish Ministry of Health, rehabilitation concerns people at all stages of health recovery. It assesses the impact of disease on the functioning of the patients both on somatic and cognitive level, their activity and participation in social life. Improving the functioning is achieved by modifying personal and environmental

Zgodnie z programem specjalizacji dla lekarzy w dziedzinie rehabilitacji medycznej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) zatwierdzonym w 2014 roku przez Ministra Zdrowia RP rehabilitacja dotyczy osób chorych na wszystkich etapach odzyskiwania zdrowia. Ocenia się wpływ stanów chorobowych na funkcjonowanie pacjentów zarówno w aspekcie somatycznym, jak i poznawczym, ich aktywność i uczestnictwo w życiu społecznym. Poprawę funkcjonowania uzyskuje się poprzez modyfikację czynników osobowych i środowiskowych. Działania rehabilitacyjne obejmują zarówno prewencję, jak i diagnostykę oraz leczenie.

Do dzisiaj, jak wykazała kontrola Najwyższej Izby Kontroli (NIK) w latach 2011–2013, w Polsce nie wprowadzono standardów postępowania w rehabilitacji medycznej. Taka standaryzacja, jak stwierdzono w raporcie, zwiększa prawdopodobieństwo zastosowania najlepszej i zgodnej z najnowszą wiedzą terapii. NIK również krytycznie się odniosła do braku oceny końcowych efektów rehabilitacji (przy użyciu uniwersalnych i obiektywnych skal) jako kryterium finansowania rehabilitacji medycznej przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Ponadto stwierdzono, że system rehabilitacji w Polsce powinien składać się ze wszystkich form rehabilitacji (medycznej, społecznej i zawodowej) wzajemnie współdziałających i uzupełniających się. W celu stałej poprawy efektywności tego systemu konieczna jest współpraca pomiędzy Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej, NFZ, PFRON, ZUS, KRUS, instytucjami ubezpieczeń komercyjnych oraz organizacjami osób niepełnosprawnych [13]. Współpraca taka jest ważna we wszystkich krajach, gdzie istnieje skomplikowany system zabezpieczenia społecznego, w którym finansowanie świadczeń jest realizowane przez wiele podmiotów [14].

W systemie zabezpieczenia społecznego z tytułu choroby i jej następstw bardzo istotne jest przestrzeganie właściwej kolejności działań, tj.: najpierw szybka i prawidłowa diagnostyka, następnie leczenie integralnie związane z rehabilitacją. Dopiero potem ewentualne przyznanie świadczeń z zabezpieczenia społecznego. Ważne, aby przed przyznaniem świadczeń rentowych wykorzystać wszelkie metody z zakresu kompleksowej rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej umożliwiające osobie niepełnosprawnej przywrócenie zdolności do pracy i udziału w życiu społecznym [15].

Według przewodniczącego Rehabilitation International (IR) Monsbakkena istotne jest wprowadzanie programów na rzecz osób niepełnosprawnych w oparciu o multidyscyplinarną i indywidualną ocenę ich potrzeb i mocnych stron oraz wykorzystanie i wdrażanie nowych innowacyjnych technologii i zacieśnianie w tym względzie wymiany dobrych praktyk (w oparciu o badania naukowe) na arenie międzynarodowej [16].

W projekcie globalnego planu działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014–2021: „Lepsze

factors. Rehabilitation activities include both prevention, diagnosis and treatment.

The audit conducted by Najwyższa Izba Kontroli (NIK, Supreme Chamber of Control) in 2011–2013 showed that Poland did not introduce standards of conduct in medical rehabilitation. Such standardization, as stated in the report, increases the likelihood of the best therapy which is consistent with the latest news. NIK was also critical about the absence of the final evaluation of the results of rehabilitation (using universal and objective scales) as a criterion for funding medical rehabilitation by NFZ. Moreover, it stated that the rehabilitation system in Poland should consist of all forms of rehabilitation (medical, social and professional) cooperating mutually and complementary. In order to achieve continuous improvement of this system, it is necessary to have cooperation between the Ministry of Health, Ministry of Labour and Social Policy, NFZ, PFRON, social insurance, KRUS, commercial insurance institutions, and organizations of persons with disabilities [13]. Such cooperation is important in all countries where there is complicated social security system, in which funding of benefits is carried out by many institutions [14].

It is very important to adhere to the proper sequence of actions in the social security system for sickness and its consequences, i.e.: at first fast and correct diagnosis, then treatment integrally connected with rehabilitation. Only then social security benefits shall be granted.

It is important to use all methods in the field of comprehensive medical rehabilitation, social and occupational before granting disability benefit to enable a disabled person to restore the ability to work and participate in social life [15].

According to Monsbakken, the chairman of Rehabilitation International (IR), implementation of programs for people with disabilities based on a multidisciplinary and individual assessment of their needs and strengths is important and new innovative technologies and exchange of good practices on international scale (based on research) shall be used [16].

In the draft of WHO global action plan for disability for the years 2014–2021: „Better health for all people with disabilities,” it was concluded that better access to health services for people with disabilities is key to improving their participation in the family, society, education and work. It was recognized that rehabilitation should be multi-sectoral service provided by health care workers, social assistance, specialists in the field of education and employment [17]. The rehabilitation understood this way is a holistic process. It is important that in accordance with Polish model, the rehabilitation begins as early as possible, covers all the needy, is complex and lasts long enough to get back to full health or the state possible to achieve to improve the functioning of a disabled person in social and professional life.

zdrowie dla wszystkich osób niepełnosprawnych” stwierdzono, że lepszy dostęp do świadczeń zdrowotnych dla osób niepełnosprawnych jest kluczowy dla poprawy ich uczestnictwa w rodzinie, społeczeństwie, edukacji i pracy. Uznano, że rehabilitacja powinna być działaniem wielosektorowym świadczonym przez pracowników ochrony zdrowia, pomocy społecznej, specjalistów z zakresu edukacji i zatrudnienia [17]. Tak rozumiany proces rehabilitacji ma charakter holistyczny. Istotne jest, by zgodnie z polskim modelem rehabilitacji rozpoczynał się możliwie jak najwcześniej, obejmował wszystkich potrzebujących, miał charakter kompleksowy i trwał tak długo, by uzyskać powrót do pełni zdrowia lub możliwy do osiągnięcia stan poprawy funkcjonowania osoby niepełnosprawnej w życiu społecznym i zawodowym.

W Polsce osobie czasowo niezdolnej do pracy z tytułu choroby lub urazu przysługuje zasiłek chorobowy maksymalnie do 182 dni (ZUS) lub 180 dni (KRUS). W tym okresie, jeśli chory wymaga rehabilitacji medycznej, może on skorzystać z rehabilitacji medycznej finansowanej przez NFZ, z rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS lub KRUS, gdy po takim leczeniu rokuje powrót zdolności do pracy, i z turnusu rehabilitacyjnego, jeśli ma orzeczoną niepełnosprawność (tab. 1). Rehabilitacja medyczna rozpoczęta jak najwcześniej, możliwie od początku choroby, jest warunkiem efektywności rehabilitacji, tj. szybszego powrotu do zdrowia lub zmniejszenia stopnia niepełnosprawności. Dlatego tak istotny jest czas oczekiwania na tego typu leczenie.

Inną formą rehabilitacji medycznej jest rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS/KRUS. Wzorem innych krajów instytucje ubezpieczeń społecznych

In Poland, the person temporarily unable to work due to illness or injury is entitled to sick pay up to 182 days (ZUS) or 180 days (KRUS). During this period, if the patient requires medical rehabilitation, he may use: medical rehabilitation financed by the NFZ, the rehabilitation as a pension prevention by ZUS or KRUS, when after such treatment he has chances to be able to return to work and rehabilitation camp if he has adjudicated disability (Table 1). Medical rehabilitation shall be started as early as possible from the beginning of the disease, it is a condition for the effectiveness of rehabilitation, ie. faster recovery or reduced the degree of disability. Therefore, the waiting time for this type of treatment it is important.

Another form of medical rehabilitation is a therapeutic rehabilitation as pension prevention ZUS / KRUS. Similar to other countries, social security institutions have begun to attach more attention to preventive measures, including preventive and rehabilitation activities conducted for working people. The referral to such rehabilitation is available for working age people who are at risk of losing the ability to work or still are unable to work (interim pension), but after applying further treatment and rehabilitation have chances of recovery. The certificate that such rehabilitation is required can be issued by a certifying doctor at ZUS / KRUS when reviewing the decision of a temporary disability, adjudicating of entitlement to rehabilitation benefit ZUS or prolonged sick pay in KRUS, in the determination of long-term incapacity to work for pension purposes and at the request the treating physician. Such rehabilitation financed by ZUS is conducted in stationary or outpatient mode and the subject of it are patients with dysfunctions: musculoskeletal,

Tab. 1. Formy rehabilitacji

Tab. 1. Types of rehabilitation

Rodzaj świadczenia / Types of benefit	Formy rehabilitacji / Types of rehabilitation
zasiłek chorobowy 182 dni (ZUS) lub 180 dni (KRUS) / Sick pay 182 days (ZUS) or 180 days (KRUS)	rehabilitacja medyczna w ramach NFZ / Medical rehabilitation financed by NFZ; rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS/KRUS / Therapeutic rehabilitation as pension prevention ZUS / KRUS; turnusy rehabilitacyjne dla osób z orzeczeniem niepełnosprawności / Rehabilitation camps for people with adjudicated disability;
świadczenie rehabilitacyjne (ZUS)/ przedłużony zasiłek chorobowy (KRUS) – do 12 miesięcy / Rehabilitation benefit (ZUS)/ prolonged sick pay (KRUS) – up to 12 months	rehabilitacja medyczna w ramach NFZ / Medical rehabilitation financed by NFZ; rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS/KRUS / Therapeutic rehabilitation as pension prevention ZUS / KRUS; turnusy rehabilitacyjne dla osób z orzeczeniem niepełnosprawności / Rehabilitation camps for people with adjudicated disability;
renta szkoleniowa – do 36 miesięcy / Training allowance – up to 36 months	przekwalifikowanie zawodowe – rehabilitacja zawodowa (ZUS, KRUS) / Professional re-training – vocational rehabilitation (ZUS, KRUS)
orzeczenie o niezdolności do pracy (renta ZUS/KRUS) / Certificate of inability to work (pension by ZUS/KRUS)	rehabilitacja medyczna w ramach NFZ / Medical rehabilitation financed by NFZ; rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS/KRUS – gdy renta jest okresowa / Therapeutic rehabilitation as pension prevention ZUS / KRUS – when the pension is temporary; turnusy rehabilitacyjne dla osób z orzeczeniem niepełnosprawności / Rehabilitation camps for people with adjudicated disability;

Źródło: opracowanie własne

Source: own

zaczęły przywiązywać coraz większą wagę do działań prewencyjnych, w tym działalności profilaktyczno-rehabilitacyjnej prowadzonej dla osób czynnych zawodowo. Na taką rehabilitację leczniczą skierować można ubezpieczonych w wieku aktywności zawodowej, którzy są zagrożeni utratą zdolności do pracy lub nadal są niezdolni do pracy (renta okresowa), ale po zastosowaniu dalszego leczenia i rehabilitacji roszą jej odzyskanie. Orzeczenie o potrzebie takiej rehabilitacji może wydać lekarz orzecznik ZUS/KRUS przy kontroli orzeczenia o czasowej niezdolności do pracy, przy orzekaniu o uprawnieniach do świadczenia rehabilitacyjnego w ZUS lub przedłużonego zasiłku chorobowego w KRUS, przy orzekaniu o długotrwałej niezdolności do pracy dla celów rentowych oraz na wniosek lekarza leczącego. Rehabilitacji tej, prowadzonej w trybie stacjonarnym lub ambulatoryjnym, w ZUS podlegają chorzy z dysfunkcją: narządu ruchu, układu krążenia, układu oddechowego, ze schorzeniami psychosomatycznymi, po operacjach nowotworu gruczołu piersiowego oraz ze schorzeniami układu krążenia monitorowanymi telemedycznie w warunkach domowych. W KRUS rehabilitacja dotyczy głównie osób ze schorzeniami narządu ruchu i układu krążenia. Całość kosztów tej rehabilitacji pokrywa ZUS/KRUS [18, 19].

W Polsce w 2013 roku programem rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej objęto 73 425 ubezpieczonych w ZUS, tabela 2. Badania Departamentu Statystyki ZUS z 2011 roku wykazują, że po upływie 12 miesięcy od ukończenia rehabilitacji około połowa osób rehabilitowanych w ramach prewencji rentowej nie pobiera świadczeń z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS). Jest to zjawisko korzystne zarówno z punktu widzenia osób z naruszoną sprawnością, gdyż ich stan funkcjonalny ulega poprawie i są one w stanie powrócić do pracy zarobkowej, jak i z punktu widzenia całego społeczeństwa, gdyż osoby te stają się na powrót składkodawcami i płatnikami podatku [18].

Po zakończeniu okresu podstawowego zasiłku chorobowego, jeśli pacjent nadal nie jest zdolny do powrotu do pracy, ale rokuje odzyskanie tej zdolności po dalszym

cardiovascular, respiratory, psychosomatic disorders, after breast cancer operation and with cardiovascular disorders monitored at home by telemedicine. Rehabilitation in KRUS concerns mainly patients suffering from musculoskeletal and cardiovascular conditions. The cost of rehabilitation is covered by ZUS / KRUS [18, 19].

In Poland in 2013, 73 425 insured in ZUS were covered by the program of medical rehabilitation within the framework of pension prevention (Table 2). The studies of the Department of Social Insurance Statistics from 2011 show that after 12 months of completing the rehabilitation about a half of those rehabilitated in the framework of pension prevention did not receive benefits from Fundusz Ubezpieczeń Społecznych (FUS; Social Insurance Fund). This phenomenon is advantageous both from the point of view of people with disability as their functional status improves and they are able to return to work, as well as from the point of view of the whole society, because these people start to pay security premiums again [18].

After completion of the basic period of sick pay if the patient is still not able to return to work, but has chances to regain this ability after further treatment and medical rehabilitation, he may be granted rehabilitation benefit (ZUS) or prolonged sick pay (KRUS). The extension of the benefit is possible up to 12 months. This time is intended for the further treatment and rehabilitation. Under this provision one can also use various forms of rehabilitation (Table 1).

According to the Act on pensions - FUS dated 1996, a person unable to perform work is defined as an individual who has lost this ability due to disability and is not promising to regain this ability after retraining. Therefore, before granting the pension due to inability to work, any attempt should be taken to allow keeping the existing job or finding a new one which is possible to carry out with the current state of health. This process of adjudication consists of a medical and psychological examination. Following the decision of a certifying doctor at ZUS about the advisability of professional retraining, an insured person receives a decision to grant a training allowance

Tab. 2. Liczba osób, które ukończyły rehabilitację w 2013 roku [18].

Tab. 2. Number of persons, who have undergone rehabilitation in 2013.

Lp. / No	Schorzenia / Condition	Liczba / Number	W odsetkach / Per Cent (%)
1	Narządu ruchu / Musculoskeletal	58 869	90,18
2	Układu krążenia / Cardiovascular	7 101	9,67
3	Psychosomatyczne / Psychosomatic	4 206	5,73
4	Układu oddechowego / Respiratory	2 019	2,75
5	Onkologiczne / Oncological	1 220	1,66
6	Narządu głosu / Speech organ	10	0,01
	Ogółem / Total	73 425	100,00

Źródło: Departament Statystyki i Prognoz Aktualnych ZUS

Source: Department of Statistics and Current Forecast, ZUS

leczeniu i rehabilitacji medycznej, możliwe jest przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego (ZUS) lub przedłużonego zasiłku chorobowego (KRUS). Przedłużenie tego świadczenia jest możliwe maksymalnie do 12 miesięcy. Czas ten jest przeznaczony na dalsze leczenie i rehabilitację. W ramach tego świadczenia również można korzystać z różnych form rehabilitacji, tabela 1.

Zgodnie z ustawą o emeryturach i rentach z FUS z 1996 roku do pracy zarobkowej niezdolna jest osoba, która utraciła tę zdolność z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania jej po przekwalifikowaniu. Dlatego przed przyznaniem renty z tytułu niezdolności do pracy należy podjąć wszelkie próby umożliwiające utrzymanie pracy dotychczasowej lub znalezienie nowej, możliwej do wykonywania w obecnym stanie zdrowia. Ten proces orzeczniczy składa się z badania lekarskiego i psychologicznego. Po wydaniu przez lekarza orzecznika ZUS orzeczenia o celowości przekwalifikowania zawodowego osoba ubezpieczona otrzymuje decyzję o przyznaniu renty szkoleniowej na okres 6 miesięcy (maksymalnie do 36 miesięcy) i skierowanie do Urzędu Pracy. Tam dokonywana jest ocena przez lekarza medycyny pracy i doradcę zawodowego pod kątem możliwości wyboru odpowiedniego szkolenia zawodowego, przy uwzględnieniu jej kwalifikacji i zainteresowań. Następnie osoba ta jest kierowana przez Urząd Pracy na odpowiednie szkolenie.

W 2013 roku rentę z tytułu niezdolności do pracy (ZUS), na kwotę 17 681 120 000 zł, pobierało w Polsce 1 075 000 osób. W tym samym okresie renty z tytułu niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (KRUS) pobierały 216 373 osoby na łączną kwotę 2 413 624 400 zł [19, 20].

Ze względu na to, że znaczny odsetek niepełnosprawnych to osoby w wieku produkcyjnym, takie działania, jak: wczesna rehabilitacja lecznicza, rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej, świadczenie rehabilitacyjne czy renta szkoleniowa dają im szansę na powrót do pracy zarobkowej. Praca zarobkowa jest podstawową wartością dla człowieka, daje mu możliwość zmniejszenia bariery ekonomicznej, podniesienia poczucia własnej wartości oraz ułatwia integrację społeczną osoby niepełnosprawnej [1]. Dlatego też, dopiero gdy wszystkie powyżej opisane działania nie rokują poprawy lub okażą się nieskuteczne, powinno się uznać chorego za niezdolnego do pracy i przyznać mu świadczenie rentowe. Należy też pamiętać, że dłuższe pozostawanie biernym zawodowo zmniejsza szanse na ponowne zatrudnienie [21].

Proces rehabilitacji kompleksowej powinno się rozpoczynać możliwie jak najwcześniej. Około 80% niepełnosprawnych osób nie staje się nimi na skutek wad wrodzonych czy urazów, lecz z powodu schorzeń przewlekłych, w tym głównie narządu ruchu czy układu krążenia. W grupie tej przeważają osoby w wieku produkcyjnym. To one w przyszłości staną się beneficjentami

for a period of 6 months (up to 36 months) and a referral to the Labour Office. There they are assessed by an occupational doctor and a vocational counselor to choose the appropriate vocational training taking into account his or her qualifications and interests. Then the person is referred by the Labour Office to appropriate training.

1 075 000 people were granted disability benefit (ZUS) in 2013 in Poland which amounted to 17 681 120 000 zł. In the same period, disability benefit (KRUS) was granted to 216 373 persons for a total amount of 2 413 624 400 zł [19, 20].

Due to the fact that a large proportion of disabled people are in working age, such activities as: early therapeutic rehabilitation, medical rehabilitation within the framework of pension prevention, rehabilitation benefit or training allowance give them a chance to return to work. Paid activity is a fundamental value for a man which gives him the opportunity to reduce economic barriers, improve self-esteem and facilitates the social integration of persons with a disability [1]. Therefore, only when all of the above mentioned actions do not give chances for improvement or prove ineffective, the patient should be considered unable to work and be granted disability benefit. It should also be noted that the longer one remains professionally inactive, the lower the chances of re-employment [21].

The process of complex rehabilitation should be started as early as possible. About 80% of disabled people do not become such due to congenital defects or trauma, but because of chronic diseases, mainly musculoskeletal and cardiovascular. The majority of this group are working age people. They are going to become the beneficiaries of various benefits for incapacity for work in future [3]. According to Breuer, it should be possible to identify people at risk of inability to work already in the workplace, because there are visible the first signs of disability as repeated or prolonged sick pay, worse performance of the employee, numerous health complaints. When such a situation is determined, parallel to the process of treatment, possible dangerous conditions at workplace should be assessed and detected or retraining considered. The rehabilitation process during this period should take into account the needs of an employee at the workplace. It is also worth to invest in modifying workplace and pro-health education or physical recreation targeted to specific groups of workers, to reduce the risk of total loss of ability to work in the future. Both primary and secondary prevention are important in this matter. Moreover, early rehabilitation requires cooperation between a doctor of occupational medicine, a specialist in medical rehabilitation and specialists dealing with the assessment of working conditions and an employer [8, 14].

The German model has changed the paradigm “from a benefit to management of rehabilitation”. According to Mehrhoff, the director of strategies and rehabilita-

różnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy [3]. Według Breuera już w zakładach pracy powinno być możliwe zidentyfikowanie osób zagrożonych niezdolnością do pracy, gdyż tam widać pierwsze symptomy niepełnosprawności, jak powtarzające lub przedłużające się zasilki chorobowe, gorszą wydajność pracownika, liczne skargi zdrowotne. Przy rozpoznaniu takiej sytuacji, równoległe z procesem leczenia, należy ocenić i wykryć ewentualne szkodliwości warunków pracy lub rozważyć przekwalifikowanie zawodowe. Proces rehabilitacji w tym okresie powinien uwzględniać potrzeby pracownika w miejscu pracy. Warto również zainwestować w modyfikację stanowiska pracy i edukację prozdrowotną czy też rekreację ruchową ukierunkowaną na specyficzne grupy pracownicze, by zmniejszyć ryzyko całkowitej utraty zdolności do pracy w przyszłości. Istotna jest tu zarówno profilaktyka pierwotna, jak i wtórna. Ponadto przy tak prowadzonej wczesnej rehabilitacji potrzebna jest współpraca pomiędzy lekarzem medycyny pracy, lekarzem specjalistą w zakresie rehabilitacji medycznej, specjalistami zajmującymi się oceną warunków pracy i pracodawcą [8, 14].

W modelu niemieckim nastąpiła zmiana paradygmatu „od świadczenia do zarządzania rehabilitacją”. Według Mehrhoffa, dyrektora ds. strategii i zasad rehabilitacji Niemieckiego Zakładu Ubezpieczeń Wypadkowych (*Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – DGUV*), czynnikami warunkującymi powrót do pracy są: wczesna interwencja, zarządzanie przypadkami, uczestnictwo osoby poszkodowanej, współpraca między interesariuszami, odpowiednie kwalifikacje ekspertów i holistyczne podejście. Wczesna identyfikacja osób z poważnymi problemami zdrowotnymi i stwierdzenie ich potrzeb, a następnie inwestowanie w rehabilitację, przy współpracy z wyszkolonym menadżerem rehabilitacji warunkuje ich powrót do pracy. Menadżer rehabilitacji czuwa, by cały proces usprawniania był przeprowadzany sprawnie i szybko. Już na początku procesu rehabilitacyjnego należy ocenić czy będzie możliwy powrót na dotychczasowe stanowisko pracy. W innych przypadkach rozważa się przekwalifikowanie zawodowe. W Niemczech od 2004 roku obowiązuje prawo, w którym to na pracodawcy spoczywa obowiązek oferowania procedur związanych z zarządzaniem rehabilitacją, w przypadku gdy pracownik jest czasowo niezdolny do pracy powyżej 6 tygodni lub krócej, lecz częściej. Jeśli pracodawca tego nie zrobi, to nie może rozwiązać umowy o pracę z pracownikiem ze względu na jego chorobę czy niepełnosprawność [14].

Analizując model rehabilitacji w ramach niemieckiego systemu ubezpieczenia wypadkowego Boti i Hagdorn, wykazali bardzo wysoką, bo blisko 97%, skuteczność ponownego zatrudnienia oraz ograniczenie kosztów po zastosowaniu zaawansowanego zarządzania rehabilitacją. Zarządzanie rehabilitacją w przypadku ciężkich urazów zmniejsza stopień niezdolności do pracy. Bardzo istotne w tego typu zarządzaniu jest wczesne identyfiko-

tion policy at the German Accident Insurance Institution (*Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung - DGUV*), the determinants of return to work are: early intervention, case management, participation of the victim, collaboration between stakeholders, qualified experts and holistic approach. Early identification of people with serious health problems and determining their needs as well as investment in rehabilitation, in collaboration with a trained rehabilitation manager, determines their return to work. The rehabilitation manager shall ensure that the entire process of rehabilitation is carried out smoothly and quickly. At the beginning of the rehabilitation process is necessary to assess whether it will be possible to return to the previous post. In other cases retraining is considered. In Germany, since 2004, the employer is legally responsible for offering procedures related to the management of rehabilitation, when the employee is temporarily unable to work for more than six weeks or for shorter time but more often. If the employer does not obey this procedure, he cannot terminate an employment contract with the employee because of his illness or disability [14].

Hagdorn and Boti analyzed the model of rehabilitation under the German system of accident insurance and showed very high efficiency - nearly 97% of re-employment and reducing the costs after the application of advanced management of rehabilitation. Managing of rehabilitation in severe injuries reduces the degree of incapacity. Early identification of contextual factors in the process of rehabilitation and their modification (screening is important for this purpose), the use of networking, introducing standards, optimizing diagnosis, classification and information are significant in this kind of management. Such intensive and standardized management of rehabilitation results in benefits for both the disabled, the administration, and the employers [22].

In addition, it should be remembered that every disabled person retains certain abilities and skills, which can be used at work. Besides, no work requires from the employee commitment of all his capabilities. Therefore, to achieve the increase in professional activity of persons with disabilities it is not beneficial to describe their functional deficits while issuing an opinion, but it is better to draw attention primarily to their remaining capabilities [14].

A disabled person may take up employment in the open labor market or in protected conditions, tailored to their needs. When very big functional impairments are present that prevent employment, it is recommended to start occupational therapy that gives the opportunity to take up work later. Both the social security system, as well as vocational rehabilitation and its financing vary in different countries. In Austria, Denmark, Spain, Sweden and Switzerland application for a pension due to incapacity to work is synonymous with the need for vocational rehabilitation. Currently, it is difficult to say whether there will

wanie czynników kontekstowych w procesie rehabilitacji i korzystne ich modyfikowanie (ważne w tym celu jest wykorzystanie badań przesiewowych), wykorzystanie współpracy w sieci, wprowadzanie standardów, optymalizowanie diagnozy, klasyfikacji i informacji. Takie intensywne i standaryzowane zarządzanie rehabilitacją powoduje korzyści zarówno dla niepełnosprawnych, jak i administracji oraz pracodawców [22].

Ponadto należy pamiętać, że każda osoba niepełnosprawna zachowuje pewne zdolności i sprawności, które można wykorzystać w pracy zawodowej. Poza tym w żadnej pracy nie wymaga się od pracownika zaangażowania wszystkich jego sprawności. Dlatego do uzyskania wzrostu aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych nie jest korzystne opisywanie ich deficytów funkcjonalnych przy wydawaniu opinii, lecz zwrócenie uwagi przede wszystkim na pozostałe sprawności [14].

Osoba niepełnosprawna może podjąć zatrudnienie na otwartym rynku pracy lub w warunkach chronionych, dostosowanych do jej potrzeb, natomiast przy bardzo dużych upośledzeniach funkcjonalnych uniemożliwiających zatrudnienie zalecane są warsztaty terapii zajęciowej dające szansę na ewentualne późniejsze zatrudnienie. Zarówno system zabezpieczenia społecznego, jak i rehabilitacja zawodowa oraz jej finansowanie, różnią się w różnych krajach. W Austrii, Danii, Hiszpanii, Szwecji czy Szwajcarii wystąpienie o rentę z tytułu niezdolności do pracy jest równoznaczne z potrzebą rehabilitacji zawodowej. Obecnie trudno powiedzieć czy w przyszłości będzie tendencja do przyjęcia któregoś modelu polityki społecznej w tym zakresie jako wzorca, czy nastąpi połączenie i wykorzystanie dobrych elementów z różnych krajów w jeden wspólny dla całej Europy [23].

Wobec tak ogromnej liczby osób niepełnosprawnych niezwykle ważne, zarówno z ich punktu widzenia, jak i całego społeczeństwa, jest ich zatrudnienie. Według Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności Polski (BAEL) w 2013 roku aktywnych zawodowo było 27,3% osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym [4, 24]. Natomiast ostatnie badania przeprowadzone przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (*Organisation for Economic Co-operation and Development* – OECD) w 27 krajach Europy wykazały, że stopa zatrudnienia osób niepełnosprawnych wnosila 44% i była wyraźnie niższa niż osób sprawnych – 75% [25].

W Polsce zatrudnianie osób niepełnosprawnych wspiera PFRON. Uczestniczy on również w strategii UE 2020 na rzecz m.in. wzrostu zatrudnienia, która ma poprawić jakość życia obywateli UE, poprzez zapewnienie im lepszych kwalifikacji i większych szans na rynku pracy. Zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych środki PFRON przeznaczone są na rehabilitację społeczną i zawodową osób niepełnosprawnych oraz ich zatrud-

be a tendency in the future to accept any model of social policy in this area as a model, and if any good elements from different countries will be connected and used in one common European model [23].

Since the number of people with disabilities is huge, it is extremely important both from their point of view of the disabled and the whole society to have them employed. According to the Labour Force Survey Poland (LFS), 27.3% of disabled people in working age was economically active in 2013 [4, 24]. In contrast, a recent study by the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) in 27 countries in Europe showed that the employment rate of disabled people was 44% and was significantly lower than non-disabled people - 75% [25].

In Poland, the employment of people with disabilities is supported by PFRON. It also participates in the EU 2020 strategy among others for employment growth, which is expected to improve the quality of life of EU citizens by giving them better skills and better opportunities in the labor market. Under the Act on vocational and social rehabilitation and employment of disabled persons, PFRON funds are intended for social and vocational rehabilitation of persons with disabilities and their employment [26]. Some of the tasks that arise from the law on rehabilitation apart from PFRON are implemented by provincial and district governments (it is funded by PFRON). Examples of these tasks are:

- Adaptation and equipment of the workplace, covering the costs of the employment of persons assisting the disabled person in the workplace;
- Partial reimbursement of training cost of people with disabilities;
- Subsidies for starting a business or agricultural activity;
- Subsidies for a bank loan to start own business or agricultural activity;
- Funding of participation in rehabilitation camps;
- Funding of rehabilitation equipment, orthopedic equipment and aids;
- Founding of elimination of various types of barriers (the program entitled active self-government);
- Refund of social security contributions (under the de minimis rule as set out in EU legislation);
- Funding of the salaries of persons with disabilities;
- Funding of the costs of sign language training for recipients;
- Co-financing of activities for persons with disabilities implemented by non-governmental organizations;
- Systemic projects for vocational and social rehabilitation [27].

The main source of revenue for PFRON are monthly payments from employers with at least 25 full-time employees, at whom the employment rate of disabled people is lower than 6%. These contributions in 2013 amounted to over 4 billion Złoty [28]. Still a small num-

nianie [26]. Część zadań, które wynikają z ustawy o rehabilitacji, realizują obok PFRON samorządy wojewódzkie i powiatowe (środki na te cele otrzymują z PFRON). Przykładami tych zadań są:

- przystosowanie i wyposażenie stanowiska pracy, koszty zatrudnienia osoby pomagającej osobie niepełnosprawnej na stanowisku pracy;
- częściowy zwrot kosztów na szkolenia osób niepełnosprawnych;
- dofinansowanie na podjęcie działalności gospodarczej albo rolniczej;
- dofinansowanie do kredytu bankowego na prowadzenie własnej działalności gospodarczej lub rolniczej;
- dofinansowanie do uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych;
- dofinansowanie do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze;
- dofinansowanie do likwidacji różnego typu barier (program aktywny samorząd);
- refundacja składek na ubezpieczenie społeczne (zgodnie z zasadą *de minimis* określoną w przepisach prawa UE);
- dofinansowanie do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych;
- dofinansowanie do kosztów szkoleń języka migowego dla osób uprawnionych;
- współfinansowanie działania na rzecz osób niepełnosprawnych realizowane przez organizacje pozarządowe;
- projekty systemowe służące rehabilitacji zawodowej i społecznej [27].

Głównym źródłem przychodów PFRON są comiesięczne wpłaty pochodzące od pracodawców zatrudniających co najmniej 25 osób w przeliczeniu na pełny etat, u których wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych jest niższy niż 6%. Wpłaty te w 2013 roku wynosiły ponad 4 miliardy złotych [28]. Nadal niewielka liczba osób niepełnosprawnych pracuje na otwartym rynku, mimo że w ostatnich latach można było zaobserwować wzrost udziału tego typu zatrudnienia. Natomiast udział pracowników zakładów pracy chronionej w grupie ogółu pracowników niepełnosprawnych zarejestrowanych w Systemie Obsługi Dofinansowań i Refundacji (SODiR) PFRON jest nadal bardzo wysoki [28].

Niepokojący jest fakt, że w 2012 roku na 155 107 pierwszorazowych orzeczeń dla celów rentowych w ZUS wydano tylko 72 orzeczenia o celowości przekwalifikowania zawodowego. W grupie 399 743 orzeczeń ponownych dla celów rentowych wydano 209 orzeczeń o celowości przekwalifikowania zawodowego. Ponadto całą procedurę od orzeczenia do zatrudnienia przechodzi tylko niewielki odsetek osób skierowanych na przekwalifikowanie zawodowe. Według Wyszczkowskiego i Witka za mało jest pozytywnych opinii psychologa lub lekarza medycyny pracy co do przekwalifikowania oraz brakuje środków finan-

ber of people with disabilities work on the open market, although in recent years an increase in the share of this type of employment was observed. The share of employees of protected employment enterprises in the group of all employees with disabilities registered in System Obsługi Dofinansowań i Refundacji (SODiR; System Financing and Reimbursement Management) PFRON is still very high [28].

The alarming is the fact that in 2012 out of total of 155 107 first-time decisions for pension purposes in ZUS, only 72 decisions had a note on the advisability of vocational retraining. Out of the group of 399 743 repeated decisions for pension purposes, only 209 decisions advised vocational retraining. Moreover, the whole procedure from the decision to employment passes only a small percentage of those referred to retraining. According to Wyszczkowski and Witek, there are not enough positive feedback from psychologists or occupational physicians for retraining, and lack the financial means to organize appropriate training at Labour Offices [29].

Studies conducted by foreign authors on the people with disabilities show different reasons for the employment of the disabled or their return to work. Hawker believes that the obstacles in hiring people with disabilities are not always actually correct and generally accepted views, eg.:

- Employing the disabled is expensive,
- The disabled person poses a greater threat related to health and safety,
- At first the disabled person must have the capacity restored as much as possible, and only then the employment can be considered,
- Employing in protected employment enterprises is better,
- Persons with disabilities are less productive at work.

However, based on the research the cost of employing the disabled person does not exceed the cost of employment of a fully capable worker [30]. In addition, there are a number of other barriers to employment: architectural, communication, educational, financial, lack of access to modern technical aids (wheelchairs, hearing aids, etc.) [27].

Hoefsmit, in turn, drew attention to a number of environmental factors that may facilitate the return to work of the disabled person. They are the support of the loved ones, cooperation and good communication between the employee and the employer, subjective satisfaction with the current work and inner need to still perform it [31]. This confirms the contemporary approach to disability, which claims that stimulation of environmental and individual facts can increase participation and activity in social and professional life of the people with disabilities. A positive correlation between the level of preparation of specialists in the field of vocational rehabilitation and its effects was found. Therefore, it is advisable to educate

sowych umożliwiających zorganizowanie odpowiednich szkoleń w Urzędach Pracy [29].

Przeprowadzone przez zagranicznych autorów badania na temat osób niepełnosprawnych wskazują różne powody ich zatrudnienia lub powrotu do pracy. Hawker uważa, że na przeszkodzie przy zatrudnianiu osoby niepełnosprawnej stoją pewne, nie zawsze zgodne ze stanem faktycznym, a ogólnie przyjęte poglądy, np.:

- zatrudnienie osoby niepełnosprawnej jest kosztowne,
- osoba niepełnosprawna stwarza większe zagrożenie związane z BHP,
- należy najpierw maksymalnie przywrócić sprawność osobie niepełnosprawnej i poczekać, a potem dopiero rozważać zatrudnienie,
- lepsze jest zatrudnienie w zakładach pracy chronionej,
- osoby niepełnosprawne są mniej wydajne w pracy.

Jednak na podstawie przeprowadzonych badań koszt zatrudnienia osoby niepełnosprawnej nie przewyższa kosztu zatrudnienia pracownika sprawnego [30]. Ponadto istnieje szereg innych barier ograniczających zatrudnienie: architektonicznych, komunikacyjnych, edukacyjnych, finansowych, brak dostępu do nowoczesnych pomocy technicznych (wózki, aparaty słuchowe itp.) [27].

Hoefsmit z kolei zwrócił uwagę na szereg czynników środowiskowych mogących ułatwić powrót do pracy osobie niepełnosprawnej. Są nimi wsparcie bliskich osób, współpraca i dobra komunikacja między pracownikiem a pracodawcą, subiektywne zadowolenie z dotychczasowej pracy i wewnętrzna potrzeba jej wykonywania [31]. Potwierdza to współczesne spojrzenie na niepełnosprawność, w świetle którego stymulowanie czynników środowiskowych i indywidualnych może zwiększyć uczestnictwo i aktywności w życiu społecznym i zawodowym osób niepełnosprawnych. Stwierdzono również pozytywną korelację pomiędzy poziomem przygotowania specjalistów z zakresu rehabilitacji zawodowej a jej efektami, dlatego zaleca się kształcenie na poziomie licencjackim z zakresu doradztwa zawodowego oraz prowadzenie szkoleń zawodowych z tego zakresu [32].

W Polsce jednym z zadań ZUS-u są szkolenia dla pracodawców małych i średnich przedsiębiorstw, m.in. na temat zawodowych możliwości i ograniczeń osób niepełnosprawnych, organizacji dla nich stanowiska pracy, ich praw oraz obowiązków pracodawców [33]. Ułatwienie pracodawcom dostępu do wiedzy o niepełnosprawności pomoże obalić różne mity i usprawnić ich komunikowanie się z pracownikami niepełnosprawnymi. Przykładem mogą tu być doświadczenia z innych krajów: „Przewodnik menedżera liniowego (*Line Manager's Guide*) czy „Świadomy pracodawca” (*The Mindfull Employer*) [30].

Według Breuera, nawet jeśli rehabilitacja kosztuje, to i tak ostateczny, odległy bilans jest dodatni i należy ją uznać za inwestycję. Rehabilitacja nie jest zapomogą, ale jest zwracającą się inwestycją i sprawnie prowadzona, oprócz zdrowotnych korzyści, daje korzyści społeczne

on the undergraduate level in professional consulting and conducting trainings in this field [32].

In Poland, one of the tasks of ZUS is training for employers of small and medium-sized enterprises, among others, on the professional capabilities and limitations of persons with disabilities, organizations for their jobs, the rights and obligations of employers [33]. Facilitating employers' access to knowledge about disability will lay various myths and improve their communication with the employees with disabilities. The example could be the experience of other countries: “Line Manager's Guide” and “The Mindfull Employer” [30].

According to Breuer, even if rehabilitation is an expense, the final balance is still positive and should be considered as an investment. Rehabilitation is not a benefit, but it is an investment that returns and if it is carried out efficiently, in addition to health benefits, it provides social and economic benefits (mainly resulting from the dependence of people with disabilities) [8]. Hwan found in his study that every dollar invested in a vocational rehabilitation program has brought more than double return to the society. Therefore, promotion of the employment of the people with disabilities is very important, as it reduces the cost of social security benefits [34]. In other studies it was found that the cost of comprehensive proper rehabilitation condition seventeen-fold savings [35, 36, 37].

The World Report on Disability suggests that the main challenges include, among others, the struggle with high unemployment of people with disabilities. According to the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, they have the right to work and earn on the equal basis with others in the open and protected labor market, and professionals in charge of revalidation and rehabilitation of the disabled persons must be ensured continuous raising of their qualification [9].

Summary

Work is a necessary therapeutic component in both physical and mental disorders. According to the International Labour Organisation, work is an essential element in the fight against social exclusion and poverty. It removes many barriers (economic, communications, financial, psychological), this way it is an important component in improving the quality of life of the people with disabilities. Therefore, before awarding disability benefits from Social Security, all possibilities for medical, social and professional rehabilitation should be used to restore or improve maximally the ability to work in the insured person. The certificate of incapacity for work should be issued when all the above mentioned actions do not promise improvement or prove ineffective. According to Kujawa, there is a need to establish in Poland a network of institutions where complex rehabilitation optimizing the efficiency of physical performance will be possible with simultaneous restoration of the ability to work through vocational

i ekonomiczne (głównie wynikające z zależności osób niepełnosprawnych) [8]. Hwan w swoich badaniach stwierdził, że każdy dolar zainwestowany w program rehabilitacji zawodowej przyniósł społeczeństwu ponaddwukrotny zwrot. I dlatego bardzo istotna jest promocja zatrudnienia osób niepełnosprawnych, nawet w znacznym stopniu, gdyż zmniejsza koszty świadczeń z zabezpieczenia społecznego [34]. W innych badaniach stwierdzono, że koszty kompleksowej, prawidłowej rehabilitacji warunkują siedemnastokrotne oszczędności [35, 36, 37].

Ze Światowego Raportu o Niepełnosprawności wynika, że do głównych wyzwań należy między innymi walka z wysokim bezrobociem osób niepełnosprawnych. Mają one zgodnie z Konwencją ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych prawo do pracy i zarabiania na zasadzie równości z innymi na rynku pracy otwartym i chronionym a osobom zawodowo zajmującym się rewalidacją i rehabilitacją osób niepełnosprawnych zapewnić należy ustawiczne podnoszenie ich kwalifikacji [9].

Podsumowanie

Praca jest koniecznym elementem terapeutycznym zarówno przy zaburzeniach natury fizycznej jak i psychicznej. Według Międzynarodowej Organizacji Pracy jest ona podstawowym elementem walki z wykluczeniem społecznym i ubóstwem. Usuwa wiele barier (ekonomicznych, komunikacyjnych, finansowych, psychicznych), przez co jest istotnym elementem poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych. Dlatego przed przyznaniem świadczeń rentowych z zabezpieczenia społecznego powinno się wykorzystać wszystkie możliwości rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej, by osobie ubezpieczonej przywrócić lub maksymalnie poprawić zdolność do pracy zarobkowej. Orzeczenie o niezdolności do pracy powinno się wydawać, gdy wszystkie powyższe działania nie rokują poprawy lub okażą się nieskuteczne. Według Kujawy istnieje potrzeba utworzenia w Polsce sieci placówek, w których będzie możliwa kompleksowa rehabilitacja optymalizująca sprawność i wydolność fizyczną z równoczesnym przywróceniem zdolności do pracy poprzez szkolenia zawodowe osób niepełnosprawnych i rozbudzenie u nich motywacji do pracy. W Polsce finansowanie różnych form rehabilitacji oraz świadczeń z zakresu zabezpieczenia społecznego jest realizowane przez wiele różnych podmiotów [38]. Dlatego należy poprawić współpracę tych instytucji w realizacji prawa osób niepełnosprawnych do rehabilitacji i zatrudnienia.

Konieczne jest holistyczne podejście i koordynacja całego procesu leczenia, rehabilitacji i zatrudnienia osób niepełnosprawnych uwzględniające współodpowiedzialność pracodawcy, połączenie usług medycznych, społecznych i zawodowych, odpowiednie doradztwo kompetentnego i wyszkolonego personelu, zastosowanie modelu biopsychospołecznego (ICF) w ocenie efektów rehabilitacji i jakości życia osób niepełnosprawnych.

training of the disabled people and raising their motivation to work. In Poland, financing of various forms of rehabilitation and benefits of social security are carried out by many different institutions [38]. Therefore, it is necessary to improve cooperation between these institutions in enforcing the rights of the persons with disabilities to rehabilitation and employment.

Holistic approach and coordination of the whole process of treatment, rehabilitation and employment of the disabled is necessary which take into account the responsibility of the employer, a combination of medical, social and professional services, appropriate advice of competent and trained staff, the use of biopsychosocial model (ICF) in assessing the effects of rehabilitation and quality of life of people with disabilities.

Bibliografia / Bibliography

- WHO: World report on Disability, Genewa 2011.
- Raport Rządu Rzeczypospolitej Polskiej o działaniach podejmowanych w 2012 roku na rzecz realizacji postanowień uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. „Karta Praw Osób Niepełnosprawnych”. Warszawa 2013.
- GUS: Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-demograficzna. NSP 2011, Warszawa 2013.
- Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych. Niepełnosprawność w liczbach. <http://www.niepelnospawni.gov.pl/niepelnospawncosc-w-liczbach/>.
- Ustawa z dnia 28 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw. Dz. U. z 2012 r., poz. 986.
- Kabsch A.: Współczesne poglądy na rehabilitację kompleksową w świetle Karty „2000 WHO. Systemowe ujęcie rehabilitacji w świetle nowej Klasyfikacji Niepełnosprawności WHO. Postępy Rehabilitacji. 2001, 2: 71-84.
- WHO: ICF Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. Warszawa, CSI OZ 2012.
- Breuer J. Demaskowanie mitów związanych z powrotem do pracy i miejsc pracy integrujących społecznie. Niepełnosprawność - zagadnienia, problemy, rozwiązania. 2012, 4: 42-48.
- Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 roku. Dz. U. z 2012 r., poz. 1169.
- Szreniawska M.: Znaczenie ratyfikacji Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych. Niepełnosprawność - zagadnienia, problemy, rozwiązania. 2012, 4: 5-16.
- Wojtowicz-Pomierna A. Biuro pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych. Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych – wdrażanie w Polsce, Europejska Konferencja „Rehabilitation – value for societies in Europe”. Warszawa 2014. <http://www.pfron.org.pl/pl/europejska-konferencja/2524,Prezentacje-z-Konferencji-Rehabilitation-International.html> (19.11.2014).
- Dega W.: Koncepcja rehabilitacji. Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej. 1995, 1: 16.
- Raport NIK: Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej. Warszawa 2014.
- Mehrhoff F.: Model wczesnej rehabilitacji zawodowej w Polsce i w Niemczech. <http://www.pfron.org.pl/pl/wczesna-rehabilitacja/1965,Model-wczesnej-rehabilitacji-zawodowej-w-Polsce-i-w-Niemczech.print> (19.06.2013).
- Wilmowska-Pietruszyńska A. Zabezpieczenie społeczne ryzyka choroby i jej następstw – niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji w Polsce. Stan aktualny i proponowane zmiany. Postępy Nauk Medycznych. 2009, 4: 256-263.
- Monsbakken JA: Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych (UN CRPD) Europejska Konferencja „Rehabilitation – value for societies in Europe” Warszawa 2014. <http://www.pfron.org.pl/pl/europejska-konferencja/2524,Prezentacje-z-Konferencji-Rehabilitation-International.html> (19.11.2014).
- WHO: Projekt Globalnego Działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014-2021: Lepsze zdrowie dla wszystkich osób niepełnosprawnych. Niepełnosprawność - zagadnienia, problemy, rozwiązania. 2014, 4: 42-72.
- Nietopiel M.: Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS w 2013 roku. Prewencja i Rehabilitacja. 2014, 1: 4-17.
- KRUS: <http://www.krus.gov.pl/niezbednik/statystyki/>
- ZUS: Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2013, ZUS Warszawa 2014. <http://www.zus.pl/default.asp?id=5&p=5>.
- Lundh G, Gustafsson K, Linder J, Svedberg P, Alexander-son K, Marklund S.: Associations between prognosed future work capacity among long-term sickness absentees and their actual work incapacity two years later. Work. 2014; 49(2): 245-55.
- Botti J, Hagdorn T.: Rehabilitacja się opłaca! Wyniki projektu benchmarkingowego. Europejska Konferencja „Rehabilitation – value for societies in Europe” Warszawa 2014. <http://www.pfron.org.pl/pl/europejska-konferencja/2524,Prezentacje-z-Konferencji-Rehabilitation-International.html> (19.11.2014).
- Garbat M-: Rehabilitacja zawodowa osób z niepełnosprawnościami w Europie. Europejska Konferencja „Rehabilitation – value for societies in Europe” Warszawa 2014. <http://www.pfron.org.pl/pl/europejska-konferencja/2524,Prezentacje-z-Konferencji-Rehabilitation-International.html> (19.11.2014).
- BAEL – Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności - dane średnioroczne za 2013 r. dla osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym GUS, Warszawa 2013.
- Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. A synthesis of findings across OECD countries. Organisation for Economic Co-operation and Development. Paris, 2010.
- Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – tekst ujednolicony: Dz.U. z 2011 r. nr 127, poz. 721 z późn. zm.
- PFRON, ZUS: Informator dla osób niepełnosprawnych. Warszawa 2014. www.pfron.org.pl/ftp/publikacje/Informator_dla_osob_niepelnospawnych_2014.pdf.
- Piechota S.: Osoby niepełnosprawne. w: Rynek pracy wobec zmian demograficznych. Red. Kielkowska M. Instytut Obywatelski. Warszawa 2013.
- Wilmowska-Pietruszyńska A.: Rehabilitacja ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji zawodowej w ubezpieczeniu społecznym realizowanym przez KRUS i ZUS. Orzecznictwo Lekarskie 2011, 8(2): 55-62.
- Hawker A.: Zwiększanie stopnia zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami – perspektywa pracodawcy. Niepełnosprawność - zagadnienia, problemy, rozwiązania. 2012, 4: 72-81.

31. Hoesmit N., Houkes I, Nijhuis F.: Environmental and personal factors that support early return-to-work: a qualitative study using the ICF as a framework. *Work* 2014; 48(2): 203-15.
32. M. Kundu: Praca i zatrudnienie – perspektywa międzynarodowa. Europejska Konferencja „Rehabilitation – value for societies in Europe” Warszawa 2014. <http://www.pfron.org.pl/pl/europejska-konferencja/2524,Prezentacje-z-Konferencji-Rehabilitation-International.html> (19.11.2014).
33. Kodeks pracy - tekst ujednolicony: DzU. z 2011 r. nr 127, poz. 721 z późn. zm., art. 134 Kodeksu pracy.
34. Hwan W. Analiza opłacalności koreańskiego programu wsparcia rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych w stopniu znacznym. Europejska Konferencja „Rehabilitation – value for societies in Europe” Warszawa 2014. <http://www.pfron.org.pl/pl/europejska-konferencja/2524,Prezentacje-z-Konferencji-Rehabilitation-International.html> (19.11.2014).
35. Melin R. Fugl-Meyer AR. On prediction of vocational rehabilitation outcome at a Swedish employability institute. *J Rehabil Med* 2003; (35)6: 284-89.
36. Krauth C, Hessel F, Klingelhöfer HE, Schwelkert B, Hansmeier T, Wasem J. Gesundheitsökonomische Evaluation von Rehabilitationsprogrammen im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften. *Rehabilitation* 2005; 5: 46-56.
37. Biała Księga Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji w Europie opracowana przez Sekcję Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS) Europejską Radę Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji i Europejską Akademię Rehabilitacji Medycznej <http://www.ptreh.com/upload/file/ksiega.pdf>.
38. Kujawa J.: Kompleksowa rehabilitacja wymogiem czasu. Europejska Konferencja „Rehabilitation – value for societies in Europe” Warszawa 2014. <http://www.pfron.org.pl/pl/europejska-konferencja/2524,Prezentacje-z-Konferencji-Rehabilitation-International.html> (19.11.2014).