

# Rehabilitacja kompleksowa szansą dla osób z niepełnosprawnościami\*

Anna Wilmowska-Pietruszyńska<sup>1,A,C,D,E,F</sup>

ORCID: 0000-0001-7733-4189

Krzysztof Czechowski<sup>1,B,C,D</sup>

ORCID: 0000-0003-0673-0189

<sup>1</sup> Wydział Medyczny Uczelni Łazarskiego, Warszawa

A – koncepcja i projekt badań, B – gromadzenie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – pisanie artykułu, E – krytyczna korekta artykułu, F – ostateczne zatwierdzenie artykułu

DOI: 10.26399/rmp.v30.2.2024/a.wilmowska-pietruszynska/k.czechowski



## STRESZCZENIE

*Rehabilitacja kompleksowa szansą dla osób z niepełnosprawnościami*

*Wilmowska-Pietruszyńska A.<sup>1</sup>, Krzysztof Czechowski K.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Wydział Medyczny Uczelni Łazarskiego, Warszawa

Celem pracy jest przedstawienie założeń rehabilitacji kompleksowej, czyli rehabilitacji: medycznej, psychologiczno-społecznej i zawodowej. Autorzy opracowania omawiają cel rehabilitacji kompleksowej, którym jest przywrócenie osoby z niepełnosprawnością do maksymalnie samodzielnego życia w społeczeństwie, w tym aktywności zawodowej, twórczej i społecznej. Rekomendują również powrót Polskiej Szkoły Rehabilitacji i wykorzystanie jej założeń w jak największym stopniu w systemie rehabilitacji w Polsce.

**Słowa kluczowe:** rehabilitacja kompleksowa, osoby z niepełnosprawnością, Polska Szkoła Rehabilitacji, Ośrodki Kompleksowej Rehabilitacji

## ABSTRACT

*Comprehensive Rehabilitation an Opportunity for People with Disabilities*

*Wilmowska-Pietruszyńska A.<sup>1</sup>, Krzysztof Czechowski K.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Faculty of Medicine, Lazarski University, Warsaw, Poland

The aim of the study is to present the assumptions of comprehensive rehabilitation, i.e. medical, psycho-social and vocational rehabilitation. The authors of the study discuss the aim of comprehensive rehabilitation, which is to restore a disabled person to a maximally independent life in society, including professional, creative and social activity. They also recommend the return of the Polish School of Rehabilitation and using its assumptions as much as possible in the rehabilitation system in Poland.

**Keywords:** comprehensive rehabilitation, disabled people, Polish School of Rehabilitation, Comprehensive Rehabilitation Centres

## Niepełnosprawność

Każdy stan chorobowy, niezależnie od swojej przyczyny i charakteru, może zakończyć się powrotem do zdrowia, zgonem lub powodować długotrwałe lub trwale upośledzenie sprawności fizycznej i/lub psychicznej (niepełnosprawność, niesamodzielność).

Niepełnosprawność według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) to wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w zakresie uważanym za normalny dla człowieka. Za niepełnosprawne uważa się osoby, które nie mogą – częściowo lub całkowicie – zapewnić sobie możliwości samodzielnego, normalnego życia

indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych i/lub psychicznych. Są to osoby, które – wskutek utraty sprawności fizycznej i/lub psychicznej, w następstwie uszkodzenia narządów lub układów organizmu – nie mogą pokonać barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych w taki sposób, jak inni ludzie.

Pojęcie „osoba niepełnosprawna” pojawiło się w Polsce w 1982 r. w Uchwale Sejmu w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych [1]. Aktualna definicja zawarta jest w Ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych [2]. Zgodnie z tą ustawą niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź

\* Artykuł w pierwotnej wersji został opublikowany 23.03.2023 r. na stronie internetowej <http://ww.niepełnosprawni.pl/ledge/x/2096753> (dostęp 26.07.2024).

uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolność do wykonywania pracy zawodowej.

Według Światowego Raportu Niepełnosprawności na świecie żyje ponad miliard ludzi niepełnosprawnych, w tym 190 mln boryka się ze znacznymi trudnościami w funkcjonowaniu [3]. Według szacunków WHO w latach 70. XX w. osoby z niepełnosprawnościami stanowiły 10% ogółu ludności świata, ale ich liczba rośnie i obecnie stanowi 15% wszystkich ludzi. Zmiana ta spowodowana jest wydłużeniem trwania życia, występowaniem chorób przewlekłych (chorób serca, cukrzycy itp.), a także urazami (np. wypadkami drogowymi, klęskami żywiołowymi).

Globalny raport WHO na temat równości w zdrowiu osób z niepełnosprawnościami (WHO, 2023) szacuje, że 1,3 mld ludzi doświadcza znacznej niepełnosprawności, co stanowi 16% światowej populacji [4].

W Polsce ostatnie pełne dane dotyczące niepełnosprawności prawnej i biologicznej pochodzą z Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań (NSP) z 2021 r., który dostarczył aktualnych informacji na temat populacji osób z niepełnosprawnościami w Polsce. Wyniki wykazały, że liczba osób niepełnosprawnych wyniosła 5447,5 tys., co stanowiło 14,3% ogólnej populacji. W porównaniu z wynikami NSP z 2011 r., gdzie liczba osób z niepełnosprawnościami ogółem wyniosła 4697 tys., w 2021 r. liczba osób z niepełnosprawnościami zwiększyła się o 750,5 tys. (tj. 16%). Udział mężczyzn w tej grupie wyniósł 45,1%, a kobiet 54,9% [5].

W 2021 r. wśród ogółu niepełnosprawnych dominowały osoby posiadające prawne potwierdzenie faktu niepełnosprawności<sup>1</sup> (niepełnosprawni prawnie) – 3471,2 tys. W porównaniu z 2011 r. (3131,5 tys.) nastąpił wzrost liczebności grupy osób z niepełnosprawnościami prawnie o ponad 10% [5].

W porównaniu z danymi NSP z 2011 r., w 2021 r. nastąpił wzrost liczby osób niepełnosprawnych tylko biologicznie (tzn. nieposiadających prawnego potwierdzenia niepełnosprawności, natomiast deklarujących odczuwanie ograniczenia sprawności) z 1565,6 tys. do 1976,4 tys., tj. o 26,2%. W 2021 r. wśród osób z niepełnosprawnościami przeważały kobiety 2990,9 tys. (54,9%) względem 2456,6 tys. mężczyzn – 45,1%.

<sup>1</sup> Dla osób w wieku 16 lat i więcej oznacza to posiadanie aktualnego orzeczenia wydanego przez odpowiedni organ orzekający, ustalającego niezdolność do pracy, stopień niepełnosprawności, celowość przekwalifikowania lub inwalidztwo; dla osób poniżej 16. roku życia – posiadanie aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności wydanego przez organ orzekający. Ze względu na stan epidemii lub zagrożenia epidemicznego orzeczenia o niepełnosprawności zostały wydłużone z mocy prawa. W Narodowym Spisie Powszechnym Ludności i Mieszkań 2021 taką możliwość przewidziano również dla osób w wieku 16–17,5 lat.

Dekadę wcześniej udział kobiet w strukturze niepełnosprawnych był nieco niższy – 2530,1 tys. (53,9%), a udział mężczyzn nieco wyższy – 2166,9 tys. (46,1%) [5].

### **Dane dotyczące liczby osób z niepełnosprawnościami, prawnie pochodzące z Elektronicznego Krajowego Systemu Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności**

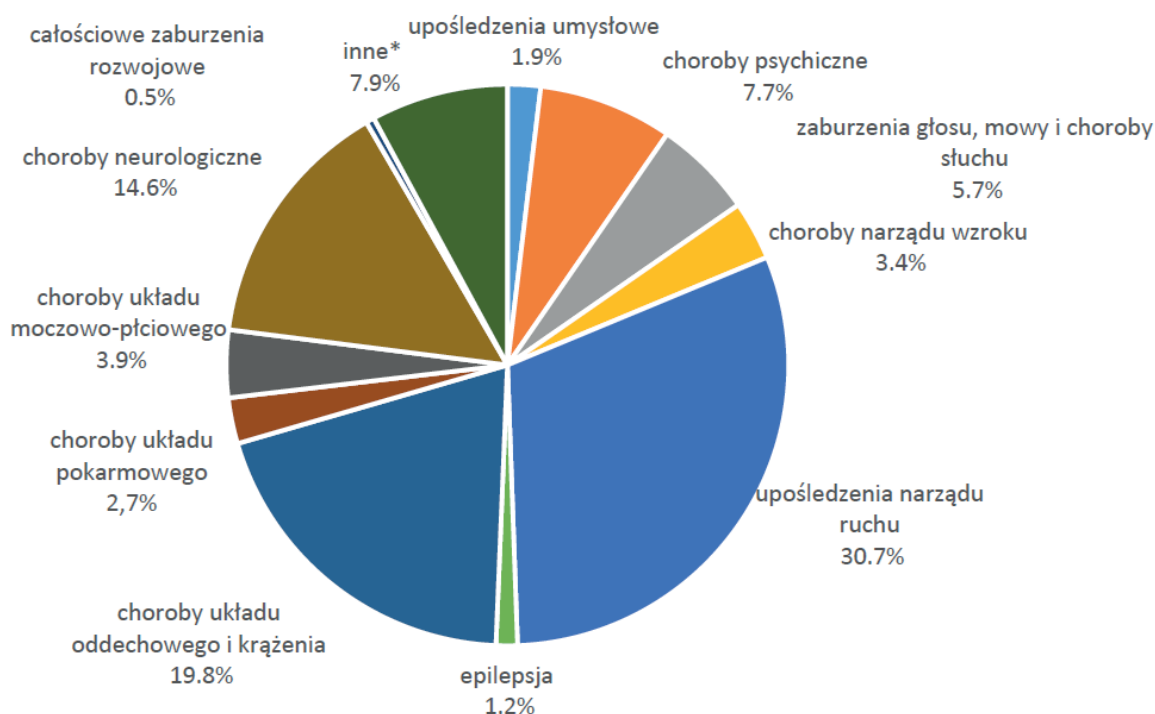
Według danych za IV kwartał 2023 r. w systemie Elektronicznego Krajowego Systemu Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności (EKSMOoN)<sup>2</sup> zarejestrowanych było 238 863 osób z niepełnosprawnościami w wieku do 16 lat oraz 3 331 125 osób z niepełnosprawnościami, które ukończyły 16. rok życia, w tym:

- 665 218 osób z orzeczeniem o lekkim stopniu niepełnosprawności,
- 1 522 405 osób z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
- 1 143 502 osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Najczęstszą przyczyną niepełnosprawności jest upośledzenie narządu ruchu – 30,7%, choroby układu oddechowego i krążenia – 19,8% oraz choroby neurologiczne – 14,6%. Najrzadziej występujące przyczyny to schorzenia zakwalifikowane do grupy inne – łącznie 7,9% (endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego), epilepsja – 1,2%, upośledzenie umysłowe – 1,9% oraz całościowe zaburzenia rozwojowe 0,5% (rysunek 1). Należy mieć na uwadze, że w orzeczeniu może być wskazane do trzech przyczyn niepełnosprawności, a dodatkowo jedna osoba może posiadać kilka orzeczeń z różnych instytucji zabezpieczenia społecznego.

Dane dotyczące osób z niepełnosprawnościami zarejestrowanych w systemie EKSMOoN nie obejmują osób posiadających orzeczenia wydane dla celów rentowych przez inne organy do tego uprawnione – Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), Ministerstwo Obrony Narodowej, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji.

<sup>2</sup> Kwartalne informacje o liczbie osób niepełnosprawnych przedstawione na podstawie orzeczeń o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (na podstawie danych gromadzonych w EKSMOoN-ie). Dane dotyczą jedynie osób niepełnosprawnych, które otrzymały orzeczenia o niepełnosprawności lub jej stopniu, wydane przez powiatowe lub wojewódzkie zespoły ds. orzekania (orzeczenia dla celów pozarentowych). Dane nie obejmują osób posiadających równoważne orzeczenie wydane przez inny organ do tego uprawniony, np. orzeczeń o częściowej/całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji wydawanych przez lekarzy orzeczników ZUS-u/KRUS-u.



Rysunek 1. Osoby z niepełnosprawnościami zarejestrowane w systemie EKSMOoN w IV kwartale 2023 r. według przyczyny niepełnosprawności w wieku od 16 lat do 60 lat i więcej (inne – schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego)

Źródło: opracowanie Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych MRPiPS.

Danych statystycznych na temat populacji osób z niepełnosprawnościami dostarczają też cykliczne badania obszarowe realizowane przez Główny Urząd Statystyczny, np. badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL)<sup>3</sup>. W badaniu BAEL definicja osoby niepełnosprawnej odnosi się do niepełnosprawności prawnej, tj. osoby posiadającej dokument poświadczający prawny status niepełnosprawności<sup>4</sup>. Według danych BAEL za

IV kwartał 2023 r., mężczyźni stanowili 50,5% populacji osób niepełnosprawnych (1379 tys.), a kobiety 49,5% (1353 tys.). W miastach mieszkało 64,1% osób z niepełnosprawnościami (1752 tys.), a 35,9% (980 tys.) na obszarach wiejskich. Według wyników BAEL w IV kw. 2023 r. liczba osób z niepełnosprawnościami prawnie w wieku 16–89 lat wynosiła ogółem 2732 tys.

## Rehabilitacja

Istotne znaczenie dla zmniejszenia liczby osób z niepełnosprawnościami i umożliwienia im udziału w życiu społecznym i zawodowym ma możliwość poddania tych osób kompleksowej rehabilitacji. Jest ona ważna dla osób z niepełnosprawnościami, ponieważ przyczynia się do wzrostu ich poczucia autonomii, własnej wartości, uczestnictwa w życiu społecznym i poprawy jakości życia.

Termin „rehabilitacja” został wprowadzony przez Douglasa McMurtie – dyrektora Instytutu Czerwonego Krzyża dla Inwalidów w Nowym Jorku, gdzie byli rehabilitowani inwalidzi po I wojnie światowej. McMurtie wskazywał lecznicze, społeczne i ekonomiczne efekty rehabilitacji. Jeszcze przed I wojną światową efekty ekonomiczne rehabilitacji dostrzegł Paul Pastur, który przekonał władze miasta Charlerois w Belgii, że znacznie lepsze efekty daje nauczanie osób z niepełnosprawnościami zawodu, niż ich pobyt w placówkach opiekuńczych.

<sup>3</sup> Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności – badanie reprezentacyjne, przeprowadzane kwartalnie przez Główny Urząd Statystyczny. Do zbiorowości osób niepełnosprawnych prawnie zaliczono osoby w wieku 16–89 lat, które – stosownie do postanowień ustawy o rehabilitacji – posiadają orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne. Jednostką obserwacji w BAEL są osoby będące członkami gospodarstw domowych, zamieszkałe w wylosowanych mieszkaniach. Poza zakresem badania pozostają osoby bezdomne oraz przebywające poza gospodarstwem domowym, tj. za granicą lub w gospodarstwach zbiorowego zakwaterowania w Polsce, przez 12 miesięcy lub dłużej. Z uwagi na zmiany metodologiczne badania BAEL od 2021 r. – m.in. pytania o aktywność – w badaniu uczestniczą osoby w wieku 15–89 lat, zmianę definicji osoby pracującej, co rzutuje ostatecznie na liczbę osób pracujących, bezrobotnych i biernych zawodowo oraz na wskaźniki – GUS informuje, że dane od I kw. 2021 r. są nieporównywalne z wcześniejszymi szeregami czasowymi. Informacja o zmianach w badaniu od 2021 r. dostępna jest na stronie GUS-u.

<sup>4</sup> Zbiorowość osób niepełnosprawnych została wyodrębniona z ogółu ludności w wieku 15–89 lat na podstawie kryterium prawnego. Do osób niepełnosprawnych zaliczono osoby, które ukończyły 16. rok życia i – stosownie do postanowień ustawy o rehabilitacji – posiadają orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne.

Pierwszy oddział kliniczny rehabilitacji utworzył w 1946 r. w Bellevue Hospital Center w Nowym Jorku Howard Rusk. W 1948 r. Wiktor Dega utworzył w Poznaniu pierwszy w Polsce oddział rehabilitacji. Był on też pierwszym prezesem Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem, zrzeszającego osoby reprezentujące różne zawody i zainteresowane problematyką niepełnosprawności i rehabilitacji. Howard Rusk i Wiktor Dega są uznawani za twórców współczesnej rehabilitacji.

Epidemia choroby poliomyelitis w Polsce w 1951 r. spowodowała konieczność dalszego rozwoju placówek rehabilitacyjnych – ambulatoryjnych i stacjonarnych (10 zakładów leczniczo-wychowawczych na terenie Polski). Podjęto kształcenie specjalistów rehabilitacji (specjalność kliniczna dla lekarzy). Powołano kliniki i zakłady rehabilitacji w akademiach medycznych. Magistrów rehabilitacji kształcono w akademiach wychowania fizycznego. Uczelnie wyższe kształcały obecnie magistrów fizjoterapii.

Duży wkład w rozwój rehabilitacji w Polsce wniósł również Marian Weiss – twórca i wieloletni dyrektor Stołecznego Centrum Rehabilitacji w Konstancinie, gdzie rehabilitacji kompleksowej uczyli się specjaliści nie tylko z Polski, ale też z wielu krajów świata.

Dobrze rozwijająca się w Polsce rehabilitacja, m.in. pod kierunkiem Degi, stała się wzorem dla innych krajów. Już blisko 50 lat temu tzw. Polska Szkoła Rehabilitacji została rekomendowana przez WHO jako wzór postępowania dla innych państw. Koncepcja ta zakładała, że rehabilitacja powinna być wczesna, powszechna, kompleksowa i ciągła. Mimo że minęło wiele lat, te założenia są nadal aktualne. Wczesność zakłada wprowadzenie rehabilitacji już na początku choroby, co stwarza większe szanse na odtworzenie utraconych w wyniku choroby lub urazu funkcji i zmniejsza liczbę ewentualnych powikłań. Powszechność, zgodnie z założeniami prawa krajowego i międzynarodowego, nakłada na państwo obowiązek umożliwienia wszystkim potrzebującym korzystania z rehabilitacji. Kompleksowość warunkuje zastosowanie wszelkich dostępnych i nowoczesnych form rehabilitacji przy uwzględnieniu pracy całego zespołu, w którego skład wchodzi: lekarz specjalista rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuta, masażysta, pielęgniarka, psycholog, logopeda, pedagog specjalny, ergoterapeuta, pracownik socjalny, technik ortopeda i inni. Należy pamiętać, że rehabilitacja nie może się kończyć w momencie wypisania pacjenta ze szpitala. Zachowanie ciągłości rehabilitacji jest konieczne m.in. do utrzymania uzyskanych efektów leczenia i spowolnienia postępu choroby w przypadku schorzeń o charakterze przewlekłym. Istotne jest także ścisłe powiązanie rehabilitacji medycznej z rehabilitacją społeczną i zawodową. Tak rozumiana rehabilitacja jest uznawana za integralną część leczenia pacjentów i ma zastosowanie w wielu dziedzinach współczesnej

medycyny. Jest złożonym procesem medyczno-społecznym, który leczy i usprawnia człowieka, a nie skupia się tylko na chorobie.

Jakość i efekty rehabilitacji są zależne od działań zespołu rehabilitacyjnego. Tylko taki zespół współpracujących ze sobą i z pacjentem specjalistów może realizować program rehabilitacji. Pacjent musi także uzyskać odpowiednie informacje dotyczące dalszego postępowania rehabilitacyjnego, edukacji, nauki zawodu, ewentualnego przekwalifikowania zawodowego i zatrudnienia.

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

Rehabilitację definiuje się jako „zespół interwencji, mających na celu optymalizację funkcjonowania i zmniejszenie niepełnosprawności u osób z problemami zdrowotnymi we współpracy z ich otoczeniem”.

Mówiąc prościej, rehabilitacja pomaga dziecku, osobie dorosłej lub starszej być tak niezależnym, jak to możliwe w codziennych czynnościach i umożliwia udział w edukacji, pracy, rekreacji i znaczących rolach życiowych, takich jak opieka nad rodziną. Robi to poprzez pracę z daną osobą i jej rodziną w celu zajęcia się podstawowymi problemami zdrowotnymi i objawami, modyfikowanie jej otoczenia, aby lepiej odpowiadało jej potrzebom, korzystanie z produktów wspomagających edukację w celu wzmocnienia samokontroli i dostosowywanie zadań, aby można je było wykonywać bezpiecznie i niezależnie. Razem te strategie mogą pomóc przezwyciężyć trudności w: myśleniu, widzeniu, słyszeniu, komunikowaniu się, przyjmowaniu pokarmów i poruszaniu się.

Każda osoba może w pewnym momencie swojego życia potrzebować rehabilitacji, np. w następstwie urazu, operacji lub choroby albo dlatego, że wraz z wiekiem jej sprawność fizyczna ulega pogorszeniu.

Efektywność procesu rehabilitacji zależy od podjęcia usprawnienia jak najwcześniej (od początku choroby). Wczesnie rozpoczęta rehabilitacja skraca okres leczenia oraz zapobiega powstawaniu lub utrwaleniu niepełnosprawności.

W programie rehabilitacji kompleksowej uwzględniamy rehabilitację:

- leczniczą – nowoczesny program leczenia, mający na celu przywrócenie w jak najkrótszym czasie sprawności pozwalającej na uczestnictwo w życiu społecznym, a w przypadku uszkodzeń morfologicznych – wykształcenie i utrwalenie mechanizmów zastępczych,
- społeczną – przygotowującą osobę niepełnosprawną do czynnego udziału w życiu społecznym (nauka pokonywania barier środowiskowych i technicznych oraz uodpornienie psychiczne),



- zawodową – przywrócenie zdolności do pracy, przekwalifikowanie zawodowe, a także stworzenie warunków do podjęcia pracy po zakończeniu rehabilitacji.

Wiktor Dega wskazywał: „Jeśli rehabilitacja lecznicza nie będzie ściśle powiązana z rehabilitacją społeczną i zawodową, wynik rehabilitacji nie będzie pełny”.

W Polsce rehabilitacja lecznicza jest realizowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) i KRUS. Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje rehabilitację leczniczą zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Obejmuje ona rehabilitację leczniczą, programy zdrowotne i leczenie uzdrowiskowe. Świadczenia rehabilitacji leczniczej mogą być realizowane w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodkach lub oddziałach dziennych i stacjonarnych [6].

Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej jest realizowana przez ZUS. Obecnie tą formą rehabilitacji objęte są osoby ze schorzeniami układów krążenia i ruchu (stanowiącymi ok. 50% przyczyn niezdolności do pracy), a także oddechowego, schorzeniami onkologicznymi i psychosomatycznymi. Przez 20 lat skorzystało z programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ponad milion osób ubezpieczonych.

Także KRUS prowadzi rehabilitację leczniczą dla osób zagrożonych niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym oraz okresowo niezdolnych do pracy w celu minimalizacji tej niezdolności.

Głównym źródłem finansowania rehabilitacji społecznej i zawodowej jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).

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

- wyrabianie zaradności osobistej i pobudzanie aktywności społecznej osoby niepełnosprawnej,
- wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych,
- likwidację barier, w szczególności architektonicznych, urbanistycznych, transportowych, technicznych, w komunikowaniu się i w dostępie do informacji oraz edukacji,
- kształtowanie w społeczeństwie właściwych postaw i zachowań sprzyjających integracji z osobami niepełnosprawnymi [7].

Natomiast celem rehabilitacji zawodowej jest ułatwienie osobom z niepełnosprawnościami uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia i awansu zawodowego przez umożliwienie im korzystania z poradnictwa zawodowego, szkolenia zawodowego i pośrednictwa pracy.

Do realizacji tego celu niezbędne jest:

- dokonanie oceny zdolności do pracy,
- prowadzenie poradnictwa zawodowego, uwzględniającego ocenę zdolności do pracy oraz umożliwiającego wybór odpowiedniego zawodu i szkolenia,
- przygotowanie zawodowe z uwzględnieniem perspektyw zatrudnienia,
- dobór odpowiedniego miejsca pracy i jego wyposażenie,
- określenie środków technicznych umożliwiających lub ułatwiających wykonywanie pracy, a w razie potrzeby – przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych, sprzętu rehabilitacyjnego itp. [7].

Instytucje ZUS i KRUS są zobowiązane do prowadzenia zadań w zakresie rehabilitacji zawodowej i zgodnie z ustawą z 1996 r. o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i ubezpieczeniu społecznym [8] wprowadzono nowe świadczenie – rentę szkoleniową. Ma ona na celu umożliwienie przekwalifikowania zawodowego osobom ubezpieczonym, które utraciły zdolność do pracy zarobkowej w wyuczonym zawodzie. W 2005 r. wprowadzono także możliwość przyznawania renty szkoleniowej rolnikom ubezpieczonym w KRUS-ie [9]. Obok funkcjonującej już od lat 90. rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej jest to kolejna forma działań rehabilitacyjnych, która umożliwi osobom ubezpieczonym powrót do aktywności zawodowej. Przekwalifikowanie zawodowe powinno więc pełnić istotną rolę w systemie zabezpieczania społecznego w Polsce. Mimo swojej rangi jest ono relatywnie rzadko przyznawane.

Program rehabilitacji kompleksowej funkcjonuje już od lat 90. Pozwoliłby na lepsze wykorzystywanie możliwości, jakie daje osobom ubezpieczonym renta szkoleniowa, gdyby było możliwe odtworzenie specjalnych ośrodków rehabilitacji kompleksowej. W Niemczech jest prawie 30 takich ośrodków, a na Litwie kilkanaście.

Wiktor Dega mówił: „Jeżeli rehabilitacja lecznicza nie będzie ściśle powiązana z rehabilitacją społeczną i zawodową, wynik rehabilitacji nie będzie pełny”. Do prawidłowego rozwiązywania problemów społecznych w każdym nowoczesnym kraju konieczny jest więc rozwój rehabilitacji kompleksowej.

Również akty prawa międzynarodowego podkreślają konieczność kompleksowej rehabilitacji:

- Konwencja nr 128 Międzynarodowej Organizacji Pracy z 1967 r. stanowi, że każde państwo członkowskie związane konwencją powinno świadczyć usługi rehabilitacyjne, mające na celu przygotowanie inwalidów w każdym możliwym przypadku do powrotu do poprzednio wykonywanej pracy lub do innej pracy, która odpowiada najlepszym ich uzdolnieniom, a także podjąć środki ułatwiające inwalidom podjęcie pracy [10].

- Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 z 14 czerwca 1971 r. również dotyczy świadczeń z tytułu inwalidztwa, łącznie ze świadczeniami służącymi zachowaniu albo zwiększeniu zdolności do zarobkowania. Inwalidztwo cechuje więc utrata zdolności do pracy najczęściej przed osiągnięciem wieku emerytalnego z powodu naruszenia sprawności organizmu w następstwie choroby lub urazu. Powoduje to ukończenie lub ograniczenie aktywności zawodowej, a więc konieczna jest nie tylko rekompensata utraconych dochodów z pracy, ale także podjęcie działań w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej [11].
- Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych [12], ratyfikowana przez Polskę 6 września 2012 r., stanowi:

Państwa Strony podejmą skuteczne i odpowiednie środki, uwzględniając wsparcie wzajemnie udzielane sobie przez osoby niepełnosprawne oraz wsparcie udzielane przez inne osoby, w celu umożliwienia osobom niepełnosprawnym uzyskania i utrzymania możliwie największej niezależności, pełnych zdolności fizycznych, intelektualnych, społecznych i zawodowych oraz pełnej integracji i udziału we wszystkich aspektach życia społeczeństwa. W tym celu Państwa Strony zorganizują, wzmocnią i rozwiną usługi i programy w zakresie wszechstronnej rehabilitacji, w szczególności w obszarze zdrowia, zatrudnienia, edukacji i usług socjalnych, w taki sposób, aby usługi i programy:

1. były dostępne od możliwie najwcześniejszego etapu i były oparte na multidyscyplinarnej ocenie indywidualnych potrzeb i potencjału,
  2. wspierały udział i integrację w społeczeństwie oraz włączenie we wszystkie aspekty życia społeczeństwa, były dobrowolne i dostępne dla osób niepełnosprawnych możliwie blisko społeczności, w których żyją, w tym na obszarach wiejskich.
- Powszechna deklaracja praw człowieka ONZ. Zapisano w niej m.in., że osoba niepełnosprawna nie powinna być przez całe życie traktowana jako przedmiot opieki. Osoba taka jest obywatelem o specjalnych potrzebach, wynikających z konkretnej niepełnosprawności. Potrzeby te powinny być spełniane na gruncie społecznym w kontekście „normalności”. Zasadnicze znaczenie ma uczestnictwo, a głównym jego warunkiem jest dostęp do społeczeństwa [13].
  - Standardowe zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych ONZ:

Rządy państw powinny opracować własne programy rehabilitacji dla wszystkich grup osób niepełnosprawnych. Programy te powinny być oparte na potrzebach osób niepełnosprawnych i na zasadach pełnego uczestnictwa i równości.

Rehabilitacja powinna być dostępna dla wszystkich osób, które jej potrzebują i opierać się na ciągłości postępowania w kontekście biopsychospołecznym, uwzględniając zarówno czynniki osobowe jak i środowiskowe, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (WHO). Rehabilitacja powinna zapewnić osobiste wsparcie osobom niepełnosprawnym i przyczynić się do pełnego ich uczestnictwa we wszystkich aspektach życia [14].

Globalny plan działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014–2021 stanowi, że niepełnosprawność jest globalnym problemem zdrowia publicznego, ponieważ osoby niepełnosprawne przez całe swoje życie zmagają się z pokonywaniem występujących trudności w dostępie do świadczeń zdrowotnych – i powiązaną z nimi rehabilitacją – edukacji, zatrudnienia, mieszkalnictwa i transportu. Celem planu jest:

- usunięcie barier oraz poprawa dostępu do świadczeń i programów zdrowotnych,
- wzmocnienie i rozwój rehabilitacji i technologii wspomagających, pomocy i świadczeń wspierających oraz rehabilitacji środowiskowej,
- wzmocnienie zbierania porównywalnych w skali międzynarodowej danych na temat niepełnosprawności oraz wspieranie badań nad niepełnosprawnością i związanych z nią świadczeń [15].

Międzynarodowa Organizacja Rehabilitacji (Rehabilitation International, RI) poprzez współpracę z różnymi organizacjami i ekspertami w ponad 100 krajach od ponad 100 lat wspiera osoby z niepełnosprawnościami. Zabiega m.in. o ich lepszy dostęp do edukacji, rehabilitacji, opieki zdrowotnej, zatrudnienia, wymiaru sprawiedliwości. Na Światowym Kongresie w Seulu w 2012 r. z okazji 90-lecia działalności RI podkreślono rolę rehabilitacji w zapobieganiu niepełnosprawności i zmniejszaniu jej stopnia.

Joachim Breuer, wiceprezydent RI Europe, mówił:

Zaproszono mnie, abym poruszył kwestię **rehabilitacji jako inwestycji**, ze szczególnym naciskiem na zdemaskowanie mitu głoszącego, że rehabilitacja, powrót do pracy, zarządzanie niepełnosprawnością oraz wszelkie inne środki wspierające uczestnictwo i włączenie społeczne osób z niepełnosprawnością to przede wszystkim koszt dla społeczeństwa. Od wielu lat jestem gorącym zwolennikiem rehabilitacji. Moje przekonanie, że przynosi ona korzyści społeczeństwu i gospodarce, wyrosło z doświadczenia w zajmowaniu się odszkodowaniami oraz rehabilitacją osób, które doznały wypadku w pracy lub które dotknęła choroba zawodowa. Wciąż brakuje świadomości potencjału tkwiącego w rehabilitacji – zwłaszcza w kwestii zmiany percepcji, jaką może spowodować rehabilitacja (tzn. skupieniu się na sprawności zamiast na niepełnosprawności) [16].

Raport sporządzony przez Europejską Agencję Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy wykazał, że Polska znajduje się w IV (ostatniej) grupie państw, które mają ograniczone ramy prawne w zakresie rehabilitacji i powrotu do pracy [17]. Brak międzyresortowych, koordynowanych działań w zakresie rehabilitacji medycznej, psychospołecznej i zawodowej prowadzi do ograniczenia możliwości powrotu lub wejścia na rynek pracy. Z powyższych względów coraz większe znaczenie nabiera koncepcja Powrotu do pracy (*return to work*, RTW), obejmująca wszystkie procedury i inicjatywy, które mają na celu ułatwienie powrotu do pracy osób, u których stwierdza się niepełnosprawność w stopniu powodującym niezdolność do pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie, powstałą w następstwie choroby lub urazu.

Bez rehabilitacji nie istnieje uwieńczony powodzeniem powrót do pracy i czynnego uczestnictwa w życiu społeczeństwa. Aby utrzymać miejsce pracy, rehabilitację należy rozpocząć wcześniej i w stosownym momencie, bezpośrednio po utracie zdolności do pracy przez osobę z niepełnosprawnością.

W Polsce konieczne jest natychmiastowe utworzenie systemu wczesnej rehabilitacji kompleksowej, który ułatwiałby powrót osobom niepełnosprawnym do pracy i czynnego udziału w życiu społecznym. Sprawnie działający system zapobiegnie przedłużającej się hospitalizacji, da szansę powrotu do pracy i uczestnictwa w życiu społecznym. Konieczne jest także podjęcie działań, które mają na celu zmianę organizacji udzielania świadczeń w zakresie:

- leczenia (wczesna prawidłowa diagnostyka w celu wdrożenia właściwego leczenia i skrócenia okresu czasowej niezdolności do pracy),
- wczesnej rehabilitacji kompleksowej, dostosowanej do stanu funkcjonalnego osoby z niepełnosprawnością, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF).

Aktualnie w Polsce czas oczekiwania na rehabilitację wynosi od kilku tygodni do kilku miesięcy, a w tym okresie dochodzi do utrwalenia negatywnych zmian funkcjonalnych i pogorszenia się stanu psychicznego i fizycznego pacjenta. Rehabilitacja powinna stać się w naszym kraju, podobnie jak w innych krajach, ważnym elementem polityki społecznej.

Głównym celem rehabilitacji jest umożliwienie osobom niepełnosprawnym prowadzenie życia zgodnego z ich życzeniem, przy akceptacji nieuniknionych ograniczeń aktywności, wynikających z uszkodzeń, które są skutkiem choroby lub urazu. Cel ten można osiągnąć przez połączenie następujących działań:

- likwidację lub redukcję dysfunkcji,
- likwidację lub redukcję barier uczestnictwa w środowisku, w którym żyje osoba niepełnosprawna,
- wspieranie reintegracji społecznej.

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

Doktor Howard Rusk z Wydziału Rehabilitacji i Medycyny Fizycznej w Szpitalu Bellevue w Nowym Jorku mówił: „Rehabilitacja rozciąga się na okres zawarty między łóżkiem chorego, a jego warsztatem pracy. Opieramy się raczej na pozostałych zdolnościach chorego, a nie jego niezdolnościach, i uczymy, jak żyć i pracować przy tym, co mu pozostało”.

Rosnąca liczba osób, które z powodu chorób, urazów i ich następstw stają się niepełnosprawne, tworzy konieczność podjęcia aktywnych działań, mających na celu przywrócenie lub poprawę sprawności tych osób i umożliwienie im pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Wiktor Dega, współtwórca polskiej szkoły rehabilitacji, mówił: „Nieludzkim jest uratowanie człowiekowi życia, a potem pozostawienie go samemu sobie. Tymczasem właśnie wczesna i dostępna dla wszystkich rehabilitacja zmniejsza cierpienie, poprawia sprawność i jakość życia człowieka” [18].

## Skala niezdolności do pracy z powodu następstw chorób lub urazów w Polsce

Ponad milion osób każdego roku pobiera świadczenia z ubezpieczenia społecznego z powodu czasowej, długotrwałej lub trwałej niezdolności do pracy w następstwie chorób lub urazów. Osiemdziesiąt pięć tysięcy pracowników doznaje urazów powodujących czasową lub długotrwałą niezdolność do pracy. Tylko 27% osób niepełnosprawnych jest aktywnych zawodowo.

W strukturze wydatków ogółem na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w 2022 r. grupami chorobowymi generującymi najwyższe wydatki były, analogicznie jak w roku poprzednim, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – 16,3% ogółu wydatków, choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej – 14,7%, urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych – 12,9%, choroby związane z okresem ciąży, porodu i połogu – 12,1%, choroby układu oddechowego – 9,2%, choroby układu krążenia – 7,7% oraz choroby układu nerwowego – 7,2%.

W 2022 r. wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy ogółem wyniosły 46 088,3 mln zł i w porównaniu z 2021 r. wzrosły o ponad 1,6 mld zł. Kwota tych wydatków w omawianym okresie stanowiła 1,5% PKB i w stosunku do roku poprzedniego udział ten zmniejszył się o 0,2 punktu procentowego (tabela 1, 2, 3). Rokrocznie zmniejsza się również udział wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy (bez absencji chorobowej finansowanej z funduszy zakładów pracy) do wydatków na świadczenia pieniężne ogółem realizowane przez ZUS. W 2018 r. udział tych wydatków wynosił 12,8%, a w 2022 r. 11,7%.

Tabela 1. Wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesione w latach 2018–2022

Wyszczególnienie	2018	2019	2020	2021	2022
Wydatki na świadczenia pieniężne realizowane przez ZUS – ogółem w mln zł	233 810,6 <sup>1)</sup>	248 886,1 <sup>1)</sup>	269 785,3 <sup>1)</sup>	289 836,5 <sup>1)</sup>	299 967,4 <sup>1)</sup>
Wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy – ogółem w mln zł	36 812,3	38 654,9	42 509,7	44 424,7	46 088,3
Wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy (bez absencji chorobowej finansowanej z funduszy zakładów pracy) w mln zł	29 901,5	31 088,7	33 670,3	34 675,3	35 183,2
Wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy (bez absencji chorobowej finansowanej z funduszy zakładów pracy) do wydatków realizowanych przez ZUS w %	12,8	12,5	12,5	12,0	11,7
Wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy ogółem w % PKB	1,7	1,7	1,8	1,7	1,5

<sup>1)</sup> zasiłki pogrzebowe po osobach pobierających renty socjalne, zasiłki i świadczenia przedemerytalne

Źródło: [www.zus.pl](http://www.zus.pl) (portal statystyczny).

Tabela 2. Wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesione w 2022 r. według grup chorobowych będących przyczyną niezdolności do pracy i płci świadczeniobiorców

	Razem		Mężczyźni		Kobiety	
	kwota wypłat					
	w tys. zł	w %	w tys. zł	w %	w tys. zł	%
OGÓŁEM (A00–Z99)	46 088 308,1	00,0	23 291 267,3	00,0	22 797 040,8	00,0
Niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze (A00–B99)	340 359,9	0,7	174 239,0	0,7	166 120,9	0,7
Nowotwory (C00–D48)	2 050 345,0	0,5	990 925,3	0,3	1 059 419,7	4,6
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych (D50–D89)	96 929,5	0,2	45 567,6	0,2	51 361,9	0,2
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej (E00–E90)	422 215,8	0,9	251 883,3	0,1	170 332,5	0,7
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00–F99)	7 525 074,8	6,3	3 779 327,8	6,2	3 745 747,0	16,4
Choroby układu nerwowego (G00–G99)	3 332 434,1	0,2	1 855 081,8	0,0	1 477 352,3	6,5
Choroby oka i przydatków oka (H00–H59)	752 791,9	0,6	463 310,8	0,0	289 481,1	1,3
Choroby ucha i wyrostka sutkowatego (H60–H95)	476 810,8	0,0	367 822,0	0,6	108 988,8	0,5
Choroby układu krążenia (I00–I99)	3 525 403,6	0,7	2 745 026,0	1,8	780 377,6	3,4
Choroby układu oddechowego (J00–J99)	4 260 368,9	0,2	1 848 364,0	0,9	2 412 004,9	10,6
Choroby układu trawiennego (K00–K93)	1 270 416,7	0,8	777 273,4	0,3	493 143,3	2,2
Choroby skóry i tkanki podskórnej (L00–L99)	378 712,5	0,8	244 821,2	0,0	133 891,3	0,6
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej (M00–M99)	6 768 311,8	4,7	3 998 345,2	7,2	2 769 966,6	12,2
Choroby układu moczowo-płciowego (N00–N99)	868 389,5	0,9	325 309,1	0,4	543 080,4	2,4
Ciąża, poród i połóg (O00–O99)	5 561 249,8	0,1	–	–	5 561 249,8	24,4
Niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym (P00–P96)	–	–	–	–	–	–

Źródło: [www.zus.pl](http://www.zus.pl) (portal statystyczny).



Tabela 3. Ranking wydatków ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w 2022 r. według wybranych grup chorobowych i płci świadczeniobiorców

Grupy chorobowe	Udział w wydatkach ogółem	Struktura wydatków według płci		
		ogółem [%]	mężczyźni [%]	kobiety [%]
OGÓŁEM (A00-Z99)	100,0	100,0	50,5	49,5
w tym:				
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00 – F99)	16,3	100,0	50,2	49,8
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej (M00–M99)	14,7	100,0	59,1	40,9
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00–T98)	12,9	100,0	73,7	26,3
Ciąża, poród i połóg (O00–O99)	12,1	100,0	–	100,0
Choroby układu oddechowego (J00–J99)	9,2	100,0	43,4	56,6
Choroby układu krążenia (I00–I99)	7,7	100,0	77,9	22,1
Choroby układu nerwowego (G00–G99)	7,2	100,0	55,7	44,3
Nowotwory (C00–D48)	4,5	100,0	48,3	51,7
Choroby układu trawiennego (K00–K93)	2,8	100,0	61,2	38,8
Choroby układu moczowo-płciowego (N00–N59)	1,9	100,0	37,5	62,5

Źródło: [www.zus.pl](http://www.zus.pl) (portal statystyczny).

## Projekt rehabilitacji kompleksowej

Jedną z odpowiedzi na powyższe wyzwania był projekt europejski „Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy”, realizowany przez PEFRON w partnerstwie z ZUS oraz Centralnym Instytutem Ochrony Pracy – Państwowym Instytutem Badawczym. Należy podkreślić, iż miał on charakter pilotażowy, a głównym celem działania Ośrodków Rehabilitacji Kompleksowej był pilotaż nowego podejścia do zatrudnienia osób niepełnosprawnych.

Celem projektu było przygotowanie i przetestowanie modelu rehabilitacji kompleksowej, pozwalającej na podjęcie lub powrót do aktywności zawodowej osób, które w następstwie choroby lub urazu utraciły zdolność do wykonywania dotychczasowego zawodu, ale mogłyby po przekwalifikowaniu podjąć inną pracę, adekwatną do ich zainteresowań i stanu funkcjonalnego, a także osób niepełnosprawnych, które z powodu upośledzenia funkcji organizmu nie pracowały, ale mają motywację do zdobycia zawodu i podjęcia pracy odpowiedniej do ich możliwości funkcjonalnych.

Projekt miał na celu podniesienie jakości i skuteczności rehabilitacji osób zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych w stopniu powodującym niezdolność do pracy, tak, aby mogły aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym i zawodowym.

Zgodnie z wypracowanym przez grupę ekspertów modelem, rehabilitacja kompleksowa była prowadzona równolegle w trzech modułach:

1. zawodowym, mającym na celu ułatwienie osobie z niepełnosprawnością uzyskania nowego zawodu i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia;
2. psychospołecznym, mającym na celu zmotywowanie uczestnika projektu do powrotu do pracy i przygotowanie go do uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym;
3. medycznym, mającym na celu przywrócenie lub odtworzenie utraconych funkcji w jak największym, możliwym do osiągnięcia stopniu.

Było to zespołowe działanie na rzecz osoby niepełnosprawnej fizycznie lub psychicznie. Efektem było uzyskanie przez uczestników programu nowego zawodu i zatrudnienia w dotychczasowym bądź nowym zakładzie pracy oraz ich uczestnictwo w życiu społecznym i zawodowym, a także poprawa jakości ich życia.

Według Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju:

W przypadku osób niepełnosprawnych, należy koncentrować się na tworzeniu warunków do ich wczesnego powrotu do pracy i utrzymania się w zatrudnieniu m.in. poprzez stymulację motywacji, rehabilitację medyczną, uzupełnianie kwalifikacji czy likwidację barier mentalnych i środowiskowych. W tym celu należy stworzyć sieć synergicznych powiązań pomiędzy różnymi instytucjami (np. ZUS, KRUS, PFRON, NFZ, placówki medyczne). Istnieje także konieczność podejmowania kompleksowych i wielowymiarowych działań z zakresu rehabilitacji medycznej (w tym psychologicznej), społecznej i zawodowej, prowadzących do pełnego włączenia społecznego [18].

## Podsumowanie

W Polsce w 2020 r. ponad 1 200 000 osób pobierało świadczenia z systemu zabezpieczenia społecznego z tytułu czasowej, długotrwałej lub trwałej niezdolności do pracy w następstwie chorób lub urazów. Wiele z tych osób mogłoby powrócić do czynnego życia społecznego i zawodowego po wprowadzeniu systemu rehabilitacji kompleksowej (medycznej, społecznej i zawodowej).

Aktywność zawodowa osób z niepełnosprawnościami jest jednym z najlepszych sposobów na wyjście z izolacji społecznej, nierzadko również biedy, oraz wpływa 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 aktywnemu funkcjonowaniu w społeczeństwie, z drugiej zaś stanowi także korzyść dla gospodarki. Przywrócenie zdolności i umożliwienie podjęcia lub powrotu do pracy osobom z niepełnosprawnościami jest więc istotne zarówno ze społecznego, jak i ekonomicznego punktu widzenia.

Zgodnie z danymi WHO na świecie około 2,4 mld ludzi żyje z chorobami, które wymagają rehabilitacji. Wraz ze zmianami zachodzącymi w zdrowiu i charakterystyce populacji na całym świecie, szacowane zapotrzebowanie na rehabilitację w nadchodzących latach będzie tylko wzrastać. Ludzie żyją dłużej, a przewiduje się, że liczba osób powyżej 60. roku życia podwoi się do 2050 r. Więcej osób żyje z chorobami przewlekłymi, takimi jak: cukrzyca, udary i nowotwory. Jednocześnie utrzymuje się wysoka częstość występowania urazów i chorób u dzieci (takich jak np. mózgowie porażenie dziecięce). Te choroby mogą mieć wpływ na funkcjonowanie jednostki i są powiązane ze zwiększonym poziomem niepełnosprawności, w przypadku której rehabilitacja może przynieść pozytywne zmiany [4].

Aby w pełni wykorzystać społeczne, ekonomiczne i zdrowotne korzyści rehabilitacji, terminowe, wysokiej jakości i przystępne cenowo interwencje rehabilitacyjne powinny być dostępne dla wszystkich. W wielu przypadkach oznacza to rozpoczęcie rehabilitacji we wczesnym okresie choroby i kontynuowanie jej wraz z innymi interwencjami zdrowotnymi.

W wielu częściach świata ta rosnąca potrzeba rehabilitacji pozostaje w dużej mierze niezaspokojona. Ponad połowa osób wymagających rehabilitacji, żyjących w niektórych krajach o niskich i średnich dochodach, nie ma możliwości skorzystania z niej [4]. Globalne potrzeby rehabilitacyjne w dalszym ciągu nie są zaspokajane z wielu powodów, m.in.:

- brak priorytetów, finansowania, polityk i planów rehabilitacji na szczeblu krajowym,

- brak dostępnych usług rehabilitacyjnych poza obszarami miejskimi i długi czas oczekiwania,
- wysokie wydatki własne i brak lub niewystarczające środki finansowe,
- brak przeszkolonych specjalistów ds. rehabilitacji, przy czym w wielu krajach o niskich i średnich dochodach przypada mniej niż 10 wykwalifikowanych specjalistów na milion mieszkańców,
- brak zasobów, w tym technologii wspomagających, sprzętu i materiałów eksploatacyjnych,
- potrzeba większej liczby badań i danych na temat rehabilitacji,
- nieskuteczne i niedostatecznie wykorzystywane ścieżki skierowań na rehabilitację.

Rehabilitacja powinna stać się w Polsce, podobnie jak w innych krajach, ważnym elementem polityki społecznej. Do realizacji tego celu konieczne jest wspólne działanie wszystkich instytucji służących osobom niepełnosprawnym oraz koordynacja tych działań w celu stworzenia spójnego Narodowego Programu Rehabilitacji. Prawidłowo prowadzona, wczesna rehabilitacja może przyczynić się do skrócenia czasu pobytu chorych na oddziałach szpitalnych, które mogłyby wtedy objąć leczeniem większą liczbę chorych. Kompleksowa rehabilitacja osób niepełnosprawnych jest warunkiem integracji społecznej i realizowania praw osób niepełnosprawnych. Dostęp do rehabilitacji należy do podstawowych praw człowieka. Rehabilitacja kompleksowa to społeczna i ekonomiczna konieczność.

Konieczność jakościowej zmiany podejścia do aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych niezwykle celnie ujął Piotr Pawłowski, prezes Stowarzyszenia Przyjaciół Integracji, niekwestionowany i nieodżałowany autorytet w tej dziedzinie, w artykule *Sprawni w pracy* w magazynie „Integracja”:

Umiejętności każdej osoby w dużym stopniu powinny świadczyć o jej zdolnościach i kwalifikacjach. Cały czas odczuwamy brak przygotowanych osób z niepełnosprawnością, które odnalazłyby się na atrakcyjnych stanowiskach i w prestiżowych zawodach. Brak specjalistycznego kształcenia naszego środowiska sprawia, że większą wartość dla wielu pracodawców stanowi stopień niepełnosprawności niż kwalifikacje. A za zachodnią granicą, oprócz zdiagnozowania możliwości każdej osoby, szkoli się ją, patrząc przez pryzmat potrzeb rynku pracy i poszukiwanych kwalifikacji. Po szkoleniu bez problemu można znaleźć pracę.

Na koniec rzecz fundamentalna. Czy jako społeczeństwo wyrażamy zgodę, aby osoby pobierające zasiłki chorobowe, renty i świadczenia rehabilitacyjne z tytułu niezdolności do pracy, które mogłyby w pełni lub w ograniczonym zakresie podjąć pracę, były biernie zawodowo? Czy nie warto zrobić wszystkiego, aby każdy, kto czuje taką potrzebę, miał stworzone warunki do jej realizacji?

## Piśmiennictwo

1. Uchwała Sejmu z 16 września 1982 r. w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych. MP 1982 nr 22 poz. 188.
2. Ustawa z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu niepełnosprawnych. Dz.U. Nr 123, poz. 776.
3. Światowy raport o niepełnosprawności. Niepełnosprawność – Zagadnienia. Problemy. Rozwiązania 2014; 1 (10).
4. WHO.: Disability. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>.
5. GUS.: Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań z 2021 r.
6. Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. Nr 210, poz. 2135.
7. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776.
8. Ustawa z 28 czerwca 1996 r. o zmianach niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i ubezpieczeniu społecznym. Dz.U. Nr 100, poz. 461.
9. Ustawa z 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników. Dz.U. z 2008 r. Nr 50, poz. 291.
10. Konwencja nr 128 Międzynarodowej Organizacji Pracy. <http://www.mop.pl/doc/html/konwencje/k128.html>.
11. Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ>.
12. Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych. Dz.U. z 2012 r. poz. 1169.
13. Powszechna deklaracja praw człowieka. <http://www.unesco.pl>.
14. Standardowe zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych. <http://www.tus.org.pl>.
15. Projekt globalnego planu działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014–2021. Niepełnosprawność – Zagadnienia. Problemy. Rozwiązania 2014; 13: 42–72.
16. Breuer J.: Demaskowanie mitów związanych z powrotem do pracy i miejsc pracy w integrujących społecznie. Niepełnosprawność – Zagadnienia. Problemy. Rozwiązania 2012; 5: 42–48.
17. Rehabilitacja kompleksowa osób niepełnosprawnych. Niepełnosprawność – Zagadnienia. Problemy. Rozwiązania 2023; 46: 7–20.
18. Lubecki M.: Rola ośrodków rehabilitacyjno-ortopedycznych w polskim modelu rehabilitacji medycznej w drugiej połowie XX wieku. Hygeia Public Health 2011; 2: 249–255.
19. Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju, przyjęta przez Radę Ministrów 14 lutego 2017 roku (uchwała nr 8, M.P.2017.260).

Autorzy nie deklarują konfliktu interesów.

---

### Adres do korespondencji:

Krzysztof Czechowski  
Wydział Medyczny Uczelni Łazarskiego, Warszawa  
e-mail: [krzysztof.czechowski@lazarski.pl](mailto:krzysztof.czechowski@lazarski.pl)

---

