

REALIZACJA ZADAŃ SAMORZĄDU W ZAKRESIE REHABILITACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W WOJEWÓDZTWIE LUBELSKIM W LATACH 2008-2017

Janusz Iwanicki¹⁾, Barbara Nieradko-Iwanicka²⁾

¹⁾ Miejski Zespół do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Lublinie

²⁾ Katedra i Zakład Higieny i Epidemiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

STRESZCZENIE

Niepełnosprawność jest zjawiskiem interdyscyplinarnym-medycznym, społecznym, zawodowym. Celem działania profesjonalistów medycznych ma być leczenie osoby i przywrócenie jej sprawności. Grupa osób niepełnosprawnych w Polsce charakteryzuje się niższym poziomem wykształcenia niż występujący wśród osób sprawnych oraz wysokim bezrobociem. Celem rehabilitacji zawodowej jest ułatwienie osobie niepełnosprawnej uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia oraz awansu zawodowego. Rehabilitacja społeczna jest definiowana jako działanie mające umożliwić osobie niepełnosprawnej pełne uczestnictwo w życiu społecznym. Wśród zadań samorządu adresowanych do osób niepełnosprawnych jest prowadzenie warsztatów terapii zajęciowej (WTZ), zakładów aktywności zawodowej (ZAZ), środowiskowych domów samopomocy (ŚDS) czy domów pomocy społecznej (DPS).

Celem pracy była analiza realizacji zadań samorządu w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych ze szczególnym uwzględnieniem ZAZ w województwie lubelskim w latach 2008-2017.

W pracy wykorzystano dane zgromadzone w latach 2008-2017 przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej (ROPS) w Lublinie. Ponadto, w grudniu 2017 roku rozesłano drogą mailową do ROPS oraz Urzędów Marszałkowskich

w miastach wojewódzkich w Polsce zapytania o zadania oraz sposoby realizowania tych zadań w sferze rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych w latach 2008-2017. Zebrano dostępne dane na temat wydatków z Państwowego Funduszu Rehabilitacji osób Niepełnosprawnych (PFRON). Materiał badawczy opracowano statystycznie za pomocą pakietów statystycznych IBM SPSS Statistics (v. 25) oraz Statistica (v.13).

W latach 2008-2017 w województwie lubelskim przeznaczono 75 529 959 złotych na rehabilitację zawodową i społeczną osób niepełnosprawnych, najwięcej (9 158 243zł) w 2016r. W tym samym roku największa liczba osób korzystała z ZAZ. W latach 2008-2017 średnia roczna kwota wydatków na rehabilitację społeczną i zawodową osób niepełnosprawnych we wszystkich województwach Polski wyniosła 7 576 718,9 złotych. W omawianym okresie najwyższe kwoty z PFRON były przeznaczane na rehabilitację osób niepełnosprawnych w województwie śląskim, zaś najniższe w lubuskim, a lubelskie otrzymywało kwoty średnie.

W Polsce w zakresie rehabilitacji społeczno - zawodowej i zatrudniania osób niepełnosprawnych stosuje się rozwiązania zbliżone do wypracowanych w państwach zachodniej Europy. Koszty finansowania rehabilitacji zawodowej, rozumianej jako finansowanie funkcjonowania ZAZ przez samorządy województw, stale rosną. Rosnące wydatki ponoszone na działalność ZAZ nie poprawiają w znaczącym stopniu sytuacji związanej z rehabilitacją zawodową i zatrudnianiem osób niepełnosprawnych. Usprawnianie działania systemu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych nie powinno polegać wyłącznie na zwiększaniu środków finansowych wydatkowanych w ramach obecnego mało wydolnego systemu, ale powinno być poprzedzone gruntowną analizą stanu obecnego i wypracowaniem szerokich zmian organizacyjnych.

Słowa kluczowe: osoba niepełnosprawna; rehabilitacja społeczna; rehabilitacja zawodowa.

ARTICLE INFO

PoIHypRes 2021 Vol. 77 Issue 4 pp. 89– 102

ISSN: 1734-7009 eISSN: 2084-0535

DOI: 10.2478/phr-2021-0024

Strony: 14, rysunki: 1, tabele: 3

page **www of the periodical:** www.phr.net.pl

Publisher

Polish Hyperbaric Medicine and Technology Society

Typ artykułu: oryginalny

Termin nadestania: 29.06.2021 r.

Termin zatwierdzenia do druku: 14.10.2021 r.



WSTĘP

Niepełnosprawność jest zjawiskiem interdyscyplinarnym [1]. Pojęcie niepełnosprawności jest ściśle związane z pojęciem zdrowia. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 1946 r. opisuje zdrowie jako pełny, fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan człowieka, a nie tylko jako brak choroby lub niepełnosprawności. Jak napisano w pierwotnym tekście konstytucji przyjętym przez władze Polski: „Zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie tylko brakiem choroby lub ułomności” [2]. Definicja ta jest zarazem utrwalona, jak i otwarta, czego wyrazem jest postępujące obecnie rozszerzanie jej o zdrowie duchowe i seksualne.

Współcześnie wyróżnia się dwa modele niepełnosprawności: medyczny i społeczny. Model medyczny narzuca definiowanie niepełnosprawności w kontekście sprawności lub braku sprawności organizmu człowieka. Niepełnosprawność wynika bezpośrednio z choroby lub uszkodzenia organizmu. Model społeczny niepełnosprawności uznaje zaś istnienie zewnętrznych barier ograniczających osobom niepełnosprawnym możliwości pełnego korzystania z dóbr dostępnych osobom sprawnym [3]. Modele medyczny i społeczny niepełnosprawności zostały zdefiniowane w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) opracowanej przez WHO. Opracowanie to, jako cechy modelu medycznego niepełnosprawności akcentuje jego indywidualny i osobisty charakter dotyczący konkretnej osoby. Celem działania profesjonalistów ma być leczenie osoby i przywrócenie jej sprawności. Narzędziem jest tu system opieki zdrowotnej. Model społeczny akcentuje zewnętrznie wobec konkretnej osoby przyczyny niepełnosprawności. Przyczynami takimi mogą być bariery architektoniczne, w komunikacji, bariery organizacyjne czy praktyki dyskryminacyjne istniejące w społeczeństwie. Narzędziem zmiany są działania społeczne, prowadzone nie tylko przez wąską grupę medycznych profesjonalistów, ale w wymiarze zdecydowanie szerszym tj. społecznym, politycznym i prawnym. ICF łączy te dwa modele uwzględniając biologiczne, psychologiczne i społeczne uwarunkowania funkcjonowania osób niepełnosprawnych [4]. Społeczny model niepełnosprawności wyraża też wprost Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych w 2006 r., która mówi że do osób niepełnosprawnych zalicza się osoby z obniżoną sprawnością fizyczną, umysłową, intelektualną lub sensoryczną, która w interakcji z różnymi barierami może ograniczać pełne i efektywne uczestnictwo w życiu społecznym na równych zasadach z innymi obywatelami. Definicja ta ukazuje niepełnosprawność jako problem wywołany przyczynami zewnętrznymi w stosunku do osoby (barierami) i akcentuje równość obywateli w życiu społecznym, ma zatem również charakter anty dyskryminacyjny [5].

Grupa osób niepełnosprawnych w Polsce charakteryzuje się przeciętnie niższym poziomem wykształcenia niż występujący wśród osób sprawnych, wysokim bezrobociem, znacznym poziomem bierności zawodowej oraz utrzymywaniem się ze źródeł niezarobkowych. W 2014 r. tylko 9 % niepełnosprawnych posiadało wykształcenie wyższe, w grupie osób sprawnych odsetek ten wynosił 22%. Wykształcenie średnie posiadało 30% osób niepełnosprawnych i 33% osób sprawnych. W kategorii wykształcenia gimnazjalnego i zawodowego odsetek osób niepełnosprawnych wynosi odpowiednio 30% i 31% zaś osób sprawnych 24% i 21%. Stosunkowo niskie wykształcenie i poziom kwalifikacji zawodowych w pewnym stopniu przekładają się na niekorzystną sytuację na rynku pracy. Środowisko osób niepełnosprawnych cechuje się znacznym poziomem bierności zawodowej. Niemal 81% osób niepełnosprawnych jest biernych zawodowo, w grupie osób sprawnych odsetek ten wynosi ok. 41%. Jeszcze większe dysproporcje występują w grupie osób pracujących. Zaledwie 16% osób niepełnosprawnych posiada zatrudnienie, w porównaniu do 52% pracujących osób sprawnych. Dane te dotyczą ogółu populacji osób niepełnosprawnych. W przypadku osób w wieku produkcyjnym wskaźnik aktywności zawodowej wynosi 29% (pracujący i poszukujący pracy) zaś wskaźnik zatrudnienia wynosi 26%. Współczynnik zatrudnienia zależy bezpośrednio od stopnia niepełnosprawności. Najczęściej pracują osoby z niepełnosprawnością w stopniu lekkim (24%) i umiarkowanym (18,3%). Wśród osób posiadających orzeczenie o stopniu znacznym w stosunku pracy pozostaje zaledwie 5% osób. Stopa rejestrowanego bezrobocia osób niepełnosprawnych jest jednak stosunkowo niska i wynosi 10%. Wynika to z faktu, że osoby niepełnosprawne nie rejestrują się jako bezrobotne, w obawie o utratę świadczeń rentowych [6]. Czynniki te wpływają na istotne zagrożenie biedą i trwałym ubóstwem rodzin. Skutkuje to posiadaniem niskiego statusu społecznego, groźbą pogłębiającego się wykluczenia społecznego i ogólnie niską jakością życia. Niedogodności wynikające z niepełnosprawności oddziałują również na utrwalanie się negatywnych postaw społecznych, w tym na niski poziom zaufania osób niepełnosprawnych do społeczeństwa i jego instytucji [7]. Niepełnosprawność powoduje liczne negatywne skutki społeczne.

Problematyka rehabilitacji była i jest przedmiotem licznych badań oraz wdrażania rozwiązań praktycznych. Polska szkoła rehabilitacji, którą rozwijał profesor Wiktor Dega, zakładała łączne prowadzenie rehabilitacji medycznej, społecznej i psychologicznej. Skuteczna rehabilitacja powinna cechować się wczesnym rozpoczęciem, powszechnością, ciągłością i kompleksowością. Model ten wypracowany w latach siedemdziesiątych XX w. zachowuje aktualność i może być skutecznie rozszerzany na sferę rehabilitacji społecznej i zawodowej [8]. Definicję rehabilitacji nawiązującą do zasad wypracowanych przez Degę zawiera ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych. W świetle tej ustawy rehabilitacja to zespół działań organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych. Celem działań jest osiągnięcie przez osobę niepełnosprawną możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej. Podkreśla się tu konieczność aktywnego uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w procesie rehabilitacji. Ustawa wyróżnia i definiuje rehabilitację zawodową i społeczną. Celem rehabilitacji zawodowej jest ułatwienie osobie niepełnosprawnej uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia oraz awansu zawodowego. Cele rehabilitacji zawodowej realizuje się poprzez poradnictwo, szkolenie i pośrednictwo pracy. Proces rehabilitacji zawodowej powinien obejmować: ocenę zdolności do pracy, poradnictwo mające na celu wybór optymalnego zatrudnienia i sposobów przeszkolenia, szkolenia zawodowego, przygotowanie właściwego miejsca pracy, wyposażenie osoby niepełnosprawnej w środki techniczne umożliwiające wykonywanie pracy [9]. Rehabilitacja społeczna jest definiowana jako działanie mające umożliwić osobie niepełnosprawnej pełne uczestnictwo w życiu społecznym. Wśród zadań samorządu adresowanych wprost do osób niepełnosprawnych jest prowadzenie warsztatów terapii zajęciowej (WTZ),

zakładów aktywności zawodowej (ZAZ), środowiskowych domów samopomocy (ŚDS) czy domów pomocy społecznej (DPS). WTZ i ZAZ są placówkami rehabilitacji społecznej i zawodowej.

CEL

Celem pracy była analiza realizacja zadań samorządu w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych w województwie lubelskim w latach 2008-2017.

MATERIAŁY I METODY

W pracy wykorzystano dane zgromadzone w latach 2008-2017 przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej (ROPS) w Lublinie. Ponadto, w grudniu 2017 roku rozesłano drogą mailową do ROPS oraz Urzędów Marszałkowskich w miastach wojewódzkich w Polsce zapytania o zadania oraz sposoby realizowania tych zadań w sferze rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych w latach 2008-2017. Zebrano dostępne dane na temat wydatków z Państwowego Funduszu Rehabilitacji osób Niepełnosprawnych (PFRON). Materiał badawczy opracowano statystycznie za pomocą pakietów statystycznych IBM SPSS Statistics (v. 25) oraz Statistica (v.13).

WYNIKI

Zadania w dziedzinie rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych w województwie lubelskim realizuje ROPS w Lublinie. Zestawienie wydatków na rehabilitację społeczną i zawodową osób niepełnosprawnych samorządu województwa lubelskiego w latach 2008-2017 przedstawiono w tabeli 1 (Tab.1.). Natomiast zestawieni wydatków na rehabilitację społeczną i zawodową osób niepełnosprawnych wszystkich województw Polski w latach 2008-2017 przedstawiono w tabeli 2 (Tab.2.). Wydatki z PFRON na rehabilitację społeczną i zawodową w 16 województwach Polski w latach 2008-2017 przedstawiono na Rycinie 1. (Ryc. 1.). W tabeli 3. (Tab. 3) przedstawiono zestawienie wydatków na wszystkie zadania województw związane z rehabilitacja osób niepełnosprawnych w latach 2008-2017 w ujęciu procentowym.

Tab. 1

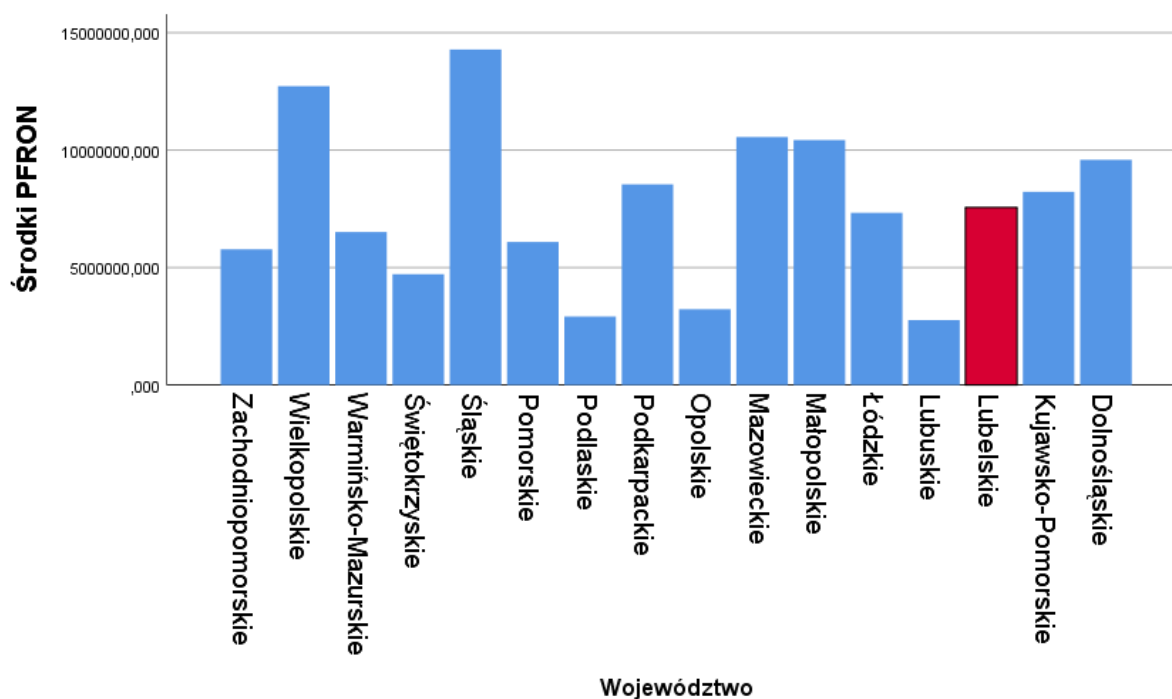
Zestawienie wydatków na rehabilitację społeczną i zawodową osób niepełnosprawnych (ON) samorządu województwa lubelskiego w latach 2008-2017.

Rok	środki ogółem (zł)	wydatki na działanie ZAZ (zł)	liczba ON	Rok	środki ogółem (zł)	wydatki na działanie ZAZ (zł)	liczba ON
2008	6 590 826.00	1 274 672.00	69.00	4 607 937.00	9	708 216.00	29
2009	5 304 157.00	2 681 068.00	145.00	2 183 089.00	7	440 000.00	41
2010	5 250 376.00	3 200 500.00	173.00	1 449 876.00	5	600 000.00	45
2011	8 982 419.00	4 389 256.00	174.00	2 212 021.00	6	2 381 142.00	117
2012	6 027 030.00	3 808 569.00	176.00	1 490 479.00	5	726 982.00	70
2013	8 280 294.00	3 256 000.00	176.00	3 259 592.00	12	1 764 703.00	158
2014	8 400 586.00	3 256 000.00	176.00	4 584 121.00	11	560 465.00	53
2015	8 740 412.00	3 922 000.00	212.00	1 919 006.00	10	2 899 406.00	141
2016	9 158 243.00	4 624 500.00	237.00	967 600.00	5	3 566 143.00	153
2017	8 795 616.00	4 727 150.00	247.00	2 834 983.00	8	1 233 483.00	56
RAZEM	75 529 959.00	35 139 715.00		25 508 704.00	78	14 880 540.00	863

Zestawienie wydatków na rehabilitację społeczną i zawodową osób niepełnosprawnych wszystkich samorządów województw w latach 2008 – 2017.

Ogółem 16 województw						
Lata 2008-2017	N	M	SD	Min	Max	Suma
Środki	160	7576718.9	3806435.6	1307923.0	17571852.0	1212275030.0
Inwestycje kwota [zł]	160	2751896.7	1949152.3	0.0	9731660.0	440303468.0
Inwestycje - liczba budów	160	10.3	6.8	0.0	38.0	1655.0
Inwestycje ZAZ - kwota [zł]	160	319511.5	759848.0	0.0	3988027.0	51121837.0
Inwestycje ZAZ - liczba ZAZ	160	0.4	0.7	0.0	4.0	64.0
Działanie ZAZ - kwota [zł]	160	3519533.8	2525121.5	0.0	10970548.0	563125405.0
NGO - kwota [zł]	144	843404.1	924599.7	0.0	5420402.0	121450193.0
NGO- liczba umów	143	43.7	38.6	0.0	223.0	6248.0

N- liczba lat wziętych pod uwagę x 16 (liczba województw); M – średnia, SD – odchylenie standardowe; Min – wartość minimalna; Max – wartość maksymalna.



Rys. 1 Wydatki z PFRON na rehabilitację społeczną i zawodową w 16 województwach Polski w latach 2008-2017.

Zestawienie wydatków na wszystkie zadania związane z rehabilitacją osób niepełnosprawnych (ON) 16 województw w latach 2008-2017 w ujęciu procentowym.

Udział procentowy	Dofinansowanie robót budowlanych	Udział procentowy	Dofinansowanie robót budowlanych
Zachodniopomorskie	38.4%	1.7%	52.6%
Wielkopolskie	13.7%	3.3%	64.1%
Warmińsko-Mazurskie	47%	2.8%	46.4%
Świętokorzystkie	27.7%	1.1%	53.3%
Śląskie	44.1%	5.9%	49.9%
Pomorskie	51.6%	0%	34.8%
Podlaskie	66.6%	1.4%	20.6%
Podkarpackie	21.7%	1.5%	70.2%
Opolskie	10.5%	0%	59.5%
Mazowieckie	36.6%	1.1%	35.0%
Małopolskie	53.3%	0.9%	36.0%
Łódzkie	49.0%	0.4%	30.4%
Lubuskie	67.3%	8.7%	1.5%
Lubelskie	23.8%	7.3%	47.9%
Kujawsko-Pomorskie	18.5%	21.8%	55.9%
Dolnośląskie	41.2%	5.4%	40.2%

DYSKUSJA

Rehabilitacja to zespół działań organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych. Celem działań jest osiągnięcie przez osobę niepełnosprawną możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej. W procesie rehabilitacji, szczególnie zawodowej, podkreślana jest konieczność aktywnego uczestnictwa osoby niepełnosprawnej [9]. Historycznie rehabilitacja dotyczyła pierwotnie żołnierzy rannych w konfliktach zbrojnych, by przywrócić ich społeczeństwu i zwiększyć liczbę mężczyzn zdolnych do pracy. Działo się tak w wiekach, gdy epidemie chorób zakaźnych i wojny systematycznie redukowały liczbę obywateli wielu krajów. Już w 1919 roku *The New England Journal of Medicine* pisał o potrzebie nie tylko leczenia ran zadanych żołnierzom, lecz także o tym, że po powrocie do domu należy uczyć ich nowego zawodu, w którym, mimo kalectwa, byłoby zdolni zarobić na godziwe utrzymanie [10].

W 1917 roku powstał w Nowym Jorku pod patronatem czerwonego krzyża *The Red Cross Institute for Crippled and Disabled Men*. Już na początku istnienia tej instytucji spostrzeżono potrzebę nauczania nowego zawodu nie tylko okaleczonych weteranów wojennych, lecz także mężczyzn, którzy ulegli wypadkom wykonując inne prace w przemyśle. Wówczas szacowano, że rocznie wypadkom przy pracy ulegało w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej 80 000 mężczyzn [10]. O ile pierwsze szpitale były fundowane przez zamożnych donatorów i utrzymywane dzięki zbiórkom społecznym i pracy wolontariuszy oraz organizacji *non profit*, o tyle z czasem do systemu ochrony zdrowia, w tym do rehabilitacji, wkroczyła działalność czysto komercyjna. Każda procedura ma obecnie swoją cenę. Osoby wykonujące te procedury ponoszą za nie odpowiedzialność i oczekują za to zapłaty. Nikt nie świadczy, lub tylko nieliczni, usług medycznych/rehabilitacyjnych *pro bono*. Wykonywanie działalności wiąże się ze znaczną odpowiedzialnością i osobistym ryzykiem. W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej 75% lekarzy w swej karierze zawodowej przynajmniej raz jest pozywanych z powodu podejrzenia błędu w sztuce [11]. Rosną więc koszty procedur medycznych oraz koszty ubezpieczeń. Zaś osoby z niepełnosprawnością przekonane są o tym, że te procedury są im należne. Nakręca to spiralę zależności ekonomicznych. Skoro nie ma już bogatych sponsorów, system ochrony zdrowia musi planować środki w budżecie na te procedury. Już w 1980 roku Relman zauważył nasilającą się komercjalizację sektora medycznego i dążenie do kosztownych technologii i drogich leków, na które nie stać osób niepełnosprawnych i nieubezpieczonych [12].

W 1990 roku prezydent Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej George Bush podpisał *The Americans with Disabilities Act*. W 2015 roku *The New England Journal of Medicine* opublikował podsumowanie 25-letniego funkcjonowania tego dokumentu, którego założeniami były: równy dostęp, pełne uczestnictwo w życiu społecznym, niezależne mieszkanie oraz samowystarczalność ekonomiczna osób niepełnosprawnych. Autorzy raportu zauważają, że w przestrzeni publicznej pojawiły się przejścia przez jezdnię z niskimi krawężnikami dla osób na wózkach inwalidzkich, sygnały dźwiękowe oprócz świetlnych dla niewidzących, zlikwidowano liczne bariery architektoniczne w budynkach użyteczności publicznej, lecz wszystkich czterech postulatów aktu nie udało się zrealizować. Obecnie 56,7 milionów Amerykanów żyje z niepełnosprawnością (8,4% dzieci do 15 roku życia i aż 70,5% osób po 80 roku życia). Odsetek niepełnosprawnych jest ponad dwukrotnie wyższy wśród bezrobotnych niż pracujących (33,5% vs 12,6%). Znacznie więcej kobiet niż mężczyzn żyje z niepełnosprawnością (24,4% vs 19,8%). Nasilenie zjawiska niepełnosprawności w tych grupach społecznych obserwowani jest również w Europie i Polsce. Przyczyn tego stanu autorzy upatrują w częstoci występowania chorób przewlekłych (cukrzycy, zwyrodnienia stawów) oraz w nowoczesnych interwencjach medycznych podtrzymujących życie wcześniakom oraz dzieciom urodzonym w poważnymi wadami (rozszczepem kręgosłupa, wrodzonymi wadami serca) [13].

Autorzy zauważają, że osoby niepełnosprawne mają trudności z realizacją badań wynikających z powszechnych programów profilaktycznych: mammografii i cytologii w przypadku kobiet, corocznych wizyt u dentysty, częściej palą tytoń,



są otyłe, mają nadciśnienie tętnicze i problemy emocjonalne częściej niż osoby bez niepełnosprawności [13]. USA, mimo najwyższych na świecie nakładów na procedury medyczne i rehabilitacyjne nie osiągnęły wskaźników najwyższej jakości życia ani najdłuższego czasu przeżycia wśród krajów rozwiniętych. Wiąże się to z nierównościami w dostępie do procedur medycznych oraz niedostatecznymi nakładami na profilaktykę w porównaniu do leczenia.

W 2011r. WHO i Bank Światowy opublikowały raport dotyczący niepełnosprawności na świecie. Podkreślono w nim, że istnieją ogromne różnice w dostępności do rehabilitacji między krajami rozwiniętymi a rozwijającymi się [14]. Zauważono także, że nie wszystkie procedury nazywane rehabilitacyjnymi mają potwierdzenie w medycynie opartej na faktach, czyli że brak jest randomizowanych badań potwierdzających ich skuteczność tak, jak to się robi w przypadku wprowadzania na rynek nowych leków, czy wprowadzeniu do praktyki lekarskiej zabiegów operacyjnych. Baza *The Physiotherapy Evidence Database* zawiera wyniki blisko 20 000 badań klinicznych, z których większość jest niewłaściwie zaprojektowana, obejmowała bardzo nieliczne grupy pacjentów i nie dostarczyła dowodów na swoją skuteczność [15].

The New England Journal of Medicine w 2013 roku opublikował raport na temat urazów i ich następstw na świecie. Odnotowano, że w 2010 roku 5,1 miliona ludzi na świecie zmarło w wyniku urazów. Oznacza to, że 10% zgonów w skali świata następowało wskutek odniesionych urazów. Liczba ta przewyższa sumę zgonów z powodu najgroźniejszych chorób zakaźnych (HIV-AIDs, gruźlicy i malarii razem wziętych), które w tym czasie przyczyniły się do 3,8 milionów zgonów na świecie. Odnotowano także kolejny istotny fakt: w krajach rozwiniętych, gdzie są wysokie nakłady na ratownictwo, leczenie oraz rehabilitację, zgon wskutek odniesionych urazów dotyczy 6% ofiar, zaś w krajach rozwijających się, o niskich nakładach na ratownictwo, leczenie i rehabilitację aż 89% osób, które doznały urazu, zmarło. Podkreślono, że wskutek odniesionych urazów i późniejszej niepełnosprawności rośnie koszt ekonomiczny i społeczny urazów, co wyraża się między innymi jako *Disability- Adjusted Life -Years (DALY)*.

Urazów częściej doznają mężczyźni, szczególnie w wieku 10-24 lat.

Wśród urazów niezamierzonych dominują urazy doznane w wypadkach komunikacyjnych (i jest ich tym więcej, im biedniejszy kraj, gorsze drogi, gorszej jakości auta), zaś wśród samouszkodzeń samobójstwa i próby samobójcze (których jest najwięcej w krajach wysoko rozwiniętych) [16]. Nic dziwnego, że w Wielkiej Brytanii w 2017 roku powołano do życia Ministerstwo do spraw Samotności. Jeśli zapobiegnie to zaburzeniom depresyjnym obywateli oraz ich najcięższej formie w postaci prób samobójczych, to będzie to pomysł do naśladowania w innych krajach. Obecnie ponad połowa ludności świata mieszka w miastach. Wysoki wskaźnik urbanizacji zwiększa ryzyko zaburzeń depresyjnych oraz poczucia izolacji wśród obywateli, a także rozwarstwienia na biednych i bogatych o niejednakowym dostępie do procedur medycznych. Wszystkie kraje cywilizowane próbują zapewnić swoim obywatelom z niepełnosprawnością dostęp do leczenia i rehabilitacji. Jej koszty są coraz większe i nawet najbogatsze kraje nie zawsze dobrze sobie radzą z zaspokajaniem potrzeb obywateli w tej mierze. W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej szacuje się, że wydatki na ochronę zdrowia wzrosną z 18% do 25% produktu krajowego brutto do 2037 roku [11].

Polskie prace w sferze rehabilitacji leczniczej, ale także zawodowej i społecznej od dawna lokują nasz kraj w gronie państw rozwiniętych. Dotyczy to zarówno sfery naukowej, praktycznej jak i prawnej. Polska szkoła rehabilitacji (polski model rehabilitacji) stworzona przez poznańskiego ortopeda profesora Wiktora Degę wyrosła na znanej także w innych państwach potrzebie rehabilitacji ofiar II Wojny Światowej. Poza nowatorskimi aspektami medycznymi model ten zakładał szeroki podejście do rehabilitacji, również w sferze psychologicznej pacjenta i w sferze zawodowej. Widoczne są tu wyraźnie wpływy przywołanej wcześniej myśli amerykańskiej dotyczącej rehabilitacji weteranów wojennych rozwijanej w USA przez dr Howarda Ruska.

W Polsce profesor Dega napotkał daleko poważniejsze wyzwania, bowiem problemem inwalidztwa spowodowanego działaniami wojennymi dotkniętych było statystycznie znacznie więcej ludzi, w tym przede wszystkim cywilów, również dzieci, niż w innych krajach. Następstwa wojny odczuwalne były długo po jej zakończeniu np. z powodu licznych eksplozji wojennych pozostałości - min, niewypałów i niewybuchów [17]. Podobnie jak w krajach rozwiniętych, również w Polsce zmieniają się przyczyny powstawania niepełnosprawności. Poważnym problemem stają się choroby cywilizacyjne, wypadki komunikacyjne i przy pracy, oraz paradoksalnie postępy medycyny powodujące zwiększenie przeżywalności osób po urazach oraz noworodków przychodzących na świat z poważnymi deficytami.

Sfera finansowania usług medycznych, około medycznych oraz rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych jest zagadnieniem gdzie obserwujemy znaczne słabości polskiego systemu. Nakłady na tę sferę są w Polsce zdecydowanie niższe, niż średnia w krajach Unii Europejskiej (UE). Dotyczy to zarówno wydatków ściśle medycznych, jak i pozamedycznych należących do sfery socjalnej wykonywanej przez państwo opiekuńcze. Jest to ściśle związane z poziomem rozwoju gospodarczego państw, im większy produkt krajowy brutto tym większe wydatki medyczne i socjalne [18]. Procedury medyczne, w tym rehabilitacja lecznicza, są zaledwie punktem wyjścia do przywrócenia osobie niepełnosprawnej możliwie wysokiej jakości życia, na którą składają się równie ważne, co stan zdrowia, aspekty rodzinne, społeczne, zawodowe, emocjonalne, możliwość realizacji osobistych aspiracji i niwelowanie barier w utrudniających. Kolejnymi krokami rehabilitacji są rehabilitacja społeczna i rehabilitacja zawodowa będąca ostatnim etapem procedur rehabilitacyjnych [17].

W latach '70 i '80 XX wieku, w czasie gdy w Polsce realizowano utopijny program „pełnego zatrudnienia”, w tym osób niepełnosprawnych, zaś w Wielkiej Brytanii mniej lub bardziej celowo prowadzono politykę wypychania osób niepełnosprawnych z rynku pracy, w Niemczech zastosowano zupełnie inne środki. Lata '70 XX wieku były okresem kryzysu w zatrudnieniu osób niepełnosprawnych w Niemczech. Od tamtego czasu niemiecka polityka społeczna opiera się na idei pełnej partycypacji osób niepełnosprawnych w życiu społecznym, w tym w życiu zawodowym. Dlatego w pierwszej kolejności realizowane są tam działania o charakterze aktywizacyjnym. Działania o charakterze pasywnym, zasiłkowym, rentowym są realizowane w drugiej kolejności, wyłącznie w przypadkach, gdy zaplanowana i zrealizowana rehabilitacja nie odnosi pozytywnych skutków. Podstawową formą aktywizacji jest rehabilitacja zawodowa, prowadzona w różnych praktycznych formach. Do głównych form rehabilitacji należy zatrudnienie wspomagane oraz warsztaty i centra aktywności zawodowej. W przypadku osób korzystających z tych form rehabilitacji, jej skuteczność mierzona wejściem na rynek pracy wynosi 70% [19].

Koszty rehabilitacji rozumiane są nie tylko jako konieczność wypłaty świadczeń finansowych i wykonywania usług na rzecz osób niepełnosprawnych, ale też koszty polegające na utracie korzyści wynikających z braku aktywności społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych i ich rodzin. Celem wszystkich omawianych systemów jest wprowadzanie i utrzymanie osób niepełnosprawnych na rynek pracy, maksymalne usamodzielnienie i odciążenie rodzin oraz oszczędności w systemach socjalnych. Co ciekawe część polskich instytucji (ZAZ) została skopiowana niemal w 100 % ze wzorców niemieckich. Pozostaje więc otwartym pytaniem dlaczego podobne instytucje w Niemczech mogą pochwalić się tym, że 70% rehabilitowanych osób niepełnosprawnych znajduje zatrudnienie, zaś w polskich warunkach współczynnik ten jest bliski zeru.

Do zadań samorządu województwa wykonywanych w sferze rehabilitacji należą:

- opracowanie i realizacja wojewódzkich programów dotyczących wyrównywania szans osób niepełnosprawnych i przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu oraz pomocy w realizacji zadań na rzecz zatrudniania osób niepełnosprawnych;
- opracowywanie i przedstawianie Pełnomocnikowi Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych informacji o prowadzonej działalności;
- dofinansowanie robót budowlanych obiektów służących rehabilitacji, w związku z potrzebami osób niepełnosprawnych;
- dofinansowanie kosztów tworzenia i działania ZAZ;
- współpraca z organami administracji rządowej oraz powiatami i gminami w realizacji zadań wynikających z ustawy;
- współpraca z organizacjami pozarządowymi i fundacjami działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych;
- opiniowanie wniosku o wpis do rejestru ośrodków przyjmujących grupy turnusów rehabilitacyjnych, prowadzonego przez właściwego miejscowo wojewodę;
- dotowanie zadań realizowanych przez organizacje pozarządowe (projekty miękkie).

ROPS w Lublinie realizuje rocznie około 150 projektów, których wartość waha się od kilku tysięcy do miliona złotych. Analiza niemal tysiąca projektów pozwala stwierdzić, że aktywność samorządów i organizacji pozarządowych z poszczególnych powiatów jest bardzo zróżnicowana. We wszystkich dziedzinach widać wyraźnych liderów w realizacji projektów, jak i powiaty w których aktywność administracji i organizacji pozarządowych jest bliska zeru lub nie występuje. Miasto Lublin (samorząd i organizacje pozarządowe) wykazuje największą dynamikę w pozyskiwaniu środków i realizacji zadań w całym województwie lubelskim.

WNIOSKI

- W Polsce w zakresie rehabilitacji społeczno - zawodowej i zatrudniania osób niepełnosprawnych stosuje się rozwiązania zbliżone do wypracowanych w państwach zachodniej Europy.
- Koszty finansowania rehabilitacji zawodowej, rozumianej jako finansowanie funkcjonowania zakładów aktywności zawodowej przez samorzady województw stale rosną.
- Rosnące wydatki ponoszone na działalność zakładów aktywności zawodowej nie poprawiają w znaczącym stopniu sytuacji związanej z rehabilitacją zawodową i zatrudnianiem osób niepełnosprawnych.
- Usprawnianie działania systemu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych nie powinno polegać wyłącznie na zwiększaniu środków finansowych wydatkowanych w ramach obecnego mało wydolnego systemu, ale powinno być poprzedzone gruntowną analizą stanu obecnego i wypracowaniem szerokich zmian organizacyjnych.

BIBLIOGRAFIA

1. Gięda M, Raszewska-Skałeczka R., Prawno administracyjne aspekty sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce Uniwersytet Wrocławski Wrocław 2015 s. 20
2. Dz. U. 1948, nr 61, poz. 477.
3. Kurowski K., Wolności i prawa człowieka i obywatela z perspektywy osób niepełnosprawnych. Rzecznik Praw Obywatelskich. Warszawa 2014:14.
4. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia International classification of functioning, disability and health, ICF Światowa Organizacja Zdrowia 2001.
5. Piasecki M. (Red.) Osoby niepełnosprawne na wagę konwencji ONZ Fundacja Fuga Mundi Lublin 2012:16.
6. Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Raport końcowy. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Warszawa 2017.
7. Bartkowski, J. Gąciarz, B. Położenie społeczno-ekonomiczne niepełnosprawnych w Polsce na tle sytuacji osób niepełnosprawnych w krajach UE i EOG. Niepełnosprawność - Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania II, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2014: 20-43.
8. Karwat I., Skwarcz A. Rehabilitacja medyczna – jej cele, założenia i znaczenie praktyczne Postępy Nauk Medycznych, 2000;3:61-69.
9. Art. 8 ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych Dz.U. z 2016 r. poz. 2046.
10. Mc Murthie D.C. The work of an American School for the Rehabilitation of the Disabled. NEJM 1919, January 16: 59-64.
11. Emanuel E., Tanden N., Altman S. I wsp. A systemic approach to health care spending. NEJM 2012; 367; 10: 949-954.
12. Shattuck lecture- the health care industry: where is it taking us? Relaman AS. NEJM 1991;19: 854.
13. Peacock G., Iezzoni L., Harkin T.R. Health care for Americans with Disabilities- 25 years after ADA. NEJM 2015; 373 (10): 892-893.
14. World report on disability Geneva: World Health Organization/World Bank 2011 (http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/index.html).
15. Physiotherapy Evidence Database (PEDro) home page (<http://www.pedro.org.au/>) (cytowana).
16. Norton R., Kobusingye O. Injuries. NEJM 2013; 368 (18): 1723-1730.
17. Lubecki M. Polski model rehabilitacji medycznej zaakceptowany i zalecany przez WHO. Hygeia Public Health 2011, 46(4): 506-515.
18. Sawulski J. Czy Polska jest państwem opiekuńczym? Instytut Badań Strukturalnych Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu IBS Policy Paper 2/2017.



19. Bańczyk P., Eichner M., Pasternak K., Tulaja J. Model aktywizacji zawodowej osób bezrobotnych z różnymi typami niepełnosprawności Ein Modell zur beruflichen Aktivierung von arbeitslosen Menschen mit unterschiedlichen Behinderungsarten Centrum Społecznego Rozwoju, 2015:20 .

Barbara Nieradko-Iwanicka
Katedra i Zakład Higieny i Epidemiologii
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Chodźki 7
20-093 Lublin
e-mail:barbara.nieradko-iwanicka@umlub.pl