

Diagnoza potrzeb i oczekiwań osób z niepełnosprawnością w zakresie kompetencji specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją

RAPORT METODOLOGICZNY

Warszawa, 2018

Badanie realizowane w ramach projektu:

„Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją
– jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce” współfinansowanego
ze środków UE w ramach Działania 4.3 PO WER

Opracowanie:

PFRON, Departament

ds. Programów, Wydział Badań i Analiz:

Beata Góral

Piotr Wójtowicz



**Fundusze
Europejskie**
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Wykaz skrótów użytych w opracowaniu:

BAEL – Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności

GUS – Główny Urząd Statystyczny

ON – Osoby Niepełnosprawne

ONZ – Organizacja Narodów Zjednoczonych

PFRON – Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

MON – Ministerstwo Obrony Narodowej

MS – Ministerstwo Sprawiedliwości

MSWiA – Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

NIK – Najwyższa Izba Kontroli

NSP – Narodowy Spis Powszechny

KRUS – Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

WHO – World Health Organization, Światowa Organizacja Zdrowia

WTZ – warsztat terapii zajęciowej

ZAZ – zakład aktywności zawodowej

ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Spis treści

1. Wstęp	4
2. Metodologia badania	4
2.1 Desk research	4
2.1.1 Populacja osób niepełnosprawnych	4
2.1.2 Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych	8
2.1.3 Uprawnienia osób niepełnosprawnych a system wsparcia	12
2.1.4 Ekonomiczne skutki niezdolności do pracy	21
2.1.5 Rehabilitacja z perspektywy potrzeb osób niepełnosprawnych	26
2.2 Cele i pytania badawcze	28
2.3 Opis próby badawczej	30
2.4 Narzędzie badawcze – kwestionariusz ankiety	31
3. Organizacja badania	32
3.1. Sposób realizacji badania	33
3.2. Przedstawienie wyników badania (raport wyników)	35
3.3. Kontrola jakości badania	35
3.4. Harmonogram badania	35
4. Konspekt raportu końcowego	36
5. Bibliografia	37



1. Wstęp

Realizacja badania pt. „Diagnoza potrzeb i oczekiwań osób z niepełnosprawnością w zakresie kompetencji specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją” stanowi jedno z zadań projektu współfinansowanego w ramach Działania 4.3 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój pn. „Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce”. Wyniki badania zostaną wykorzystane do skonstruowania modelowego zestawu kluczowych kompetencji specjalistów, których zadaniem będzie aktywny udział w procesie rehabilitacji osób niepełnosprawnych, umożliwiającej powrót lub rozpoczęcie pracy zawodowej poprzez intensywne wsparcie osób niepełnosprawnych oferowane w sposób kompleksowy. Wyniki badania posłużą także do opracowania modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją na studiach podyplomowych.

2. Metodologia badania

Badanie będzie miało charakter ogólnopolski, jakościowo-ilościowy (analiza danych zastanych – *desk research*, terenowe badanie ankietowe).

2.1 Desk research

Badanie *desk research* stanowi analizę danych zastanych dotyczących populacji osób niepełnosprawnych, poziomu ich aktywności zawodowej w odniesieniu do tego typu wskaźników występujących w przykładowych krajach Unii Europejskiej oraz systemu wsparcia osób niepełnosprawnych. Badanie *desk research* pozwoli na pogłębienie problematyki kompleksowej rehabilitacji osób niepełnosprawnych w Polsce, szczególnie w kontekście roli, jaką może odegrać w tym procesie specjalista ds. zarządzania rehabilitacją. Na podstawie *desk research* opracowano narzędzie badawcze.

2.1.1 Populacja osób niepełnosprawnych

Stan zdrowia jest jednym z najważniejszych aspektów życia człowieka, ponieważ ma zasadniczy wpływ na poziom aktywności i niezależności jednostki w różnych obszarach funkcjonowania, a w konsekwencji na jakość życia. Na co dzień ze szczególnymi barierami

i ograniczeniami borykają się osoby niepełnosprawne. W wielu krajach na świecie, w celu umożliwienia osobom niepełnosprawnym realizacji prawa do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym wprowadzono szereg regulacji prawnych. Zakres, organizacja oraz poziom wsparcia tej grupy społecznej w poszczególnych krajach są zróżnicowane. Ponadto, nie istnieje także jedna, powszechnie stosowana definicja niepełnosprawności.

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na świecie jest ponad miliard ludzi dotkniętych niepełnosprawnością (ok. 15% populacji), w tym około 200 milionów to osoby niepełnosprawne w stopniu znacznym (World Report on Disability, 2011), przy czym niepełnosprawność osoby określana jest przez WHO jako to wynikające z uszkodzenia funkcji organizmu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny u człowieka.

Populacja osób niepełnosprawnych w Polsce ustalana jest wg. różnych definicji oraz kryteriów oceny stopnia ograniczenia wykonywania czynności życiowych. W Polsce funkcjonują co najmniej dwie definicje dotyczące niepełnosprawności: prawna i biologiczna. Pojęcie niepełnosprawności prawnej i biologicznej wykorzystywane jest często w statystyce.

W ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, osoby niepełnosprawne definiuje się jako te, „których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolność do wykonywania pracy zawodowej”¹.

W Polsce **niepełnosprawność prawna** orzekana jest aktualnie w pięciu systemach orzeczniczych, z których cztery ustalają uprawnienia do świadczeń rentowych (w ramach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwa Obrony Narodowej). W piątym systemie odbywa się orzekanie o stopniu niepełnosprawności dla celów poza rentowych (przez zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności i orzekanie o niepełnosprawności dzieci oraz poradnie psychologiczno-pedagogiczne wydające orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego). Wymienione systemy nie są spójne. W każdym z nich

¹Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z 27 sierpnia 1997 r. Dz. U. z 2016 r., poz. 2046

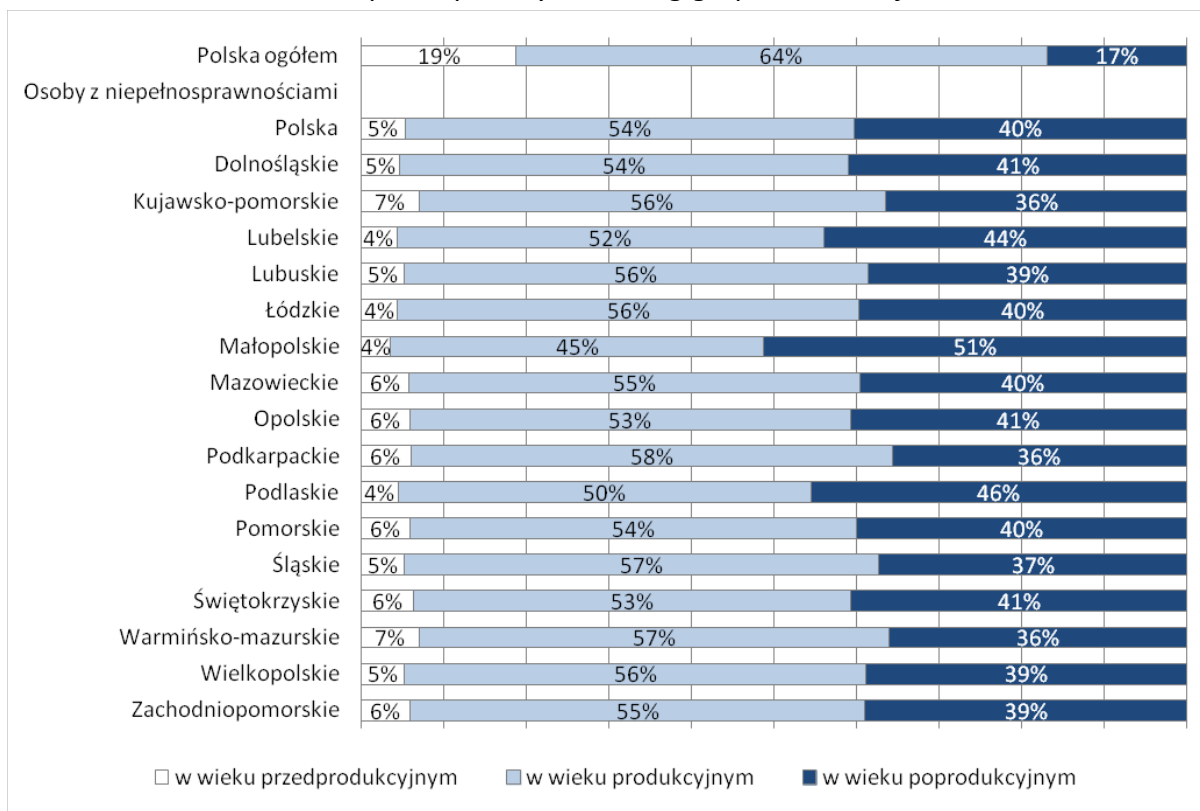
orzekanie odbywa się wg innych kryteriów, co następuje wiele problemów i dezorientuje osoby niepełnosprawne. Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności wydanego przez właściwy organ upoważnia do ubiegania się o różnego rodzaju ulgi i świadczenia.

Niepełnosprawność biologiczna jest szerszym pojęciem, ponieważ kwalifikacja do tej populacji odbywa się poprzez subiektywną deklarację osób o posiadaniu ograniczeń do samodzielnego wykonywania określonych czynności. Zatem w grupie niepełnosprawnych biologicznie znajdują się zarówno osoby posiadające orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (w przypadku osób do 16 roku życia - orzeczenie o niepełnosprawności) jak i te osoby, które takiego orzeczenia nie posiadają.

Według przeprowadzonego w 2011 r. Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań liczba osób niepełnosprawnych według kryterium biologicznego wyniosła w Polsce niemal **4,7 mln osób** (tj. 12,2% ludności kraju ogółem). Udział mężczyzn wśród osób niepełnosprawnych wyniósł 46,1%, zaś kobiet 53,9%. Osoby niepełnosprawne biologicznie zostały w tym badaniu zdefiniowane jako osoby odczuwające ograniczenia zdolności do wykonania zwykłych (podstawowych) czynności życiowych odpowiednich dla ich wieku, przy czym rozróżniano 3 stopnie ograniczeń tych zdolności tj.: całkowite, poważne lub umiarkowanie ograniczone, przy założeniu ich trwania lub przewidywanego trwania przez okres co najmniej 6 miesięcy.

W zbiorowości osób niepełnosprawnych biologicznie **3,1 mln osób posiadało orzeczenie o niepełnosprawności** (w tym: 29% ze znacznym stopniem niepełnosprawności, 38% z umiarkowanym, 26% z lekkim, 4% stanowiły osoby niepełnosprawne prawnie o stopniu nieustalonym, 4% to osoby w wieku 0-15 lat). Wyniki zaprezentowane na rysunku nr 1 wskazują jednoznacznie, że zagrożenie niepełnosprawnością rośnie wraz z wiekiem. W populacji osób niepełnosprawnych grupa w wieku poprodukcyjnym jest co najmniej dwukrotnie większa w poszczególnych województwach w porównaniu z populacją ogółu mieszkańców Polski.

Rysunek 1 Struktura populacji ogółu mieszkańców Polski oraz osób niepełnosprawnych według grup wieku i województw



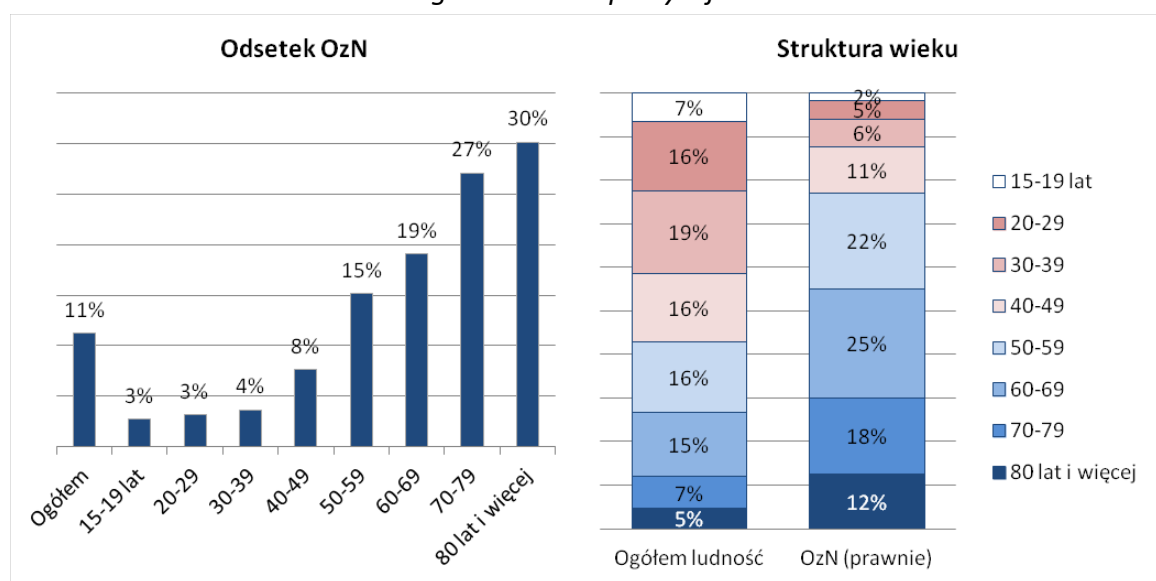
Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych (2017), definicja prawna

Bardziej szczegółowych i aktualnych danych na temat zbiorowości osób niepełnosprawnych w Polsce dostarczyło badanie GUS „Stan zdrowia ludności Polski 2014”. Badanie zostało zrealizowane w ramach Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS) 2014, wg jednolitej dla UE definicji, uwzględniającej poważne, jak i mniej poważne ograniczenia w wykonywaniu czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, utrzymujące się przez okres co najmniej 6 miesięcy. Europejskie Ankietowe Badanie Stanu Zdrowia (EHIS) obejmuje zagadnienia dotyczące niepełnosprawności biologicznej, ograniczeń sprawności niektórych narządów oraz poziomu możliwości samoobsługi i prowadzenia gospodarstwa domowego według cech społeczno-demograficznych.² Według EHIS, w Polsce w 2014r., w zależności od przyjętego poziomu ograniczeń, było od **4,9 mln do 7,7 mln osób niepełnosprawnych biologicznie**, przy czym liczba 4,9 mln ujmuje osoby posiadające orzeczenia o niepełnosprawności oraz pozostałe

²<http://www.niepelnosprawni.gov.pl/p,122,zrodla-danych-o-osobach-niepelnosprawnych> [dostęp 09.11.2017 r.]

(nie posiadające orzeczenia o niepełnosprawności) o ograniczonej zdolności do wykonywania czynności w stopniu poważnym. Prawne orzeczenie o niepełnosprawności lub równoważne posiadało wówczas prawie **3,8 mln Polaków** (w tym: 28% ze znacznym stopniem niepełnosprawności, 42% z umiarkowanym, 25% z lekkim, 5% dzieci w wieku 0-16 lat). Wyniki badania wskazują na to, że odsetek osób w wieku produkcyjnym w populacji osób niepełnosprawnych prawnie jest znacząco niższy niż odsetek osób w wieku produkcyjnym w populacji ludności kraju ogółem. Wśród osób niepełnosprawnych grupa wiekowa 15-59 lat stanowiła 46%, zaś w populacji ludności ogółem odsetek osób w tym przedziale wiekowym wyniósł 74%. Zatem ponad połowa osób niepełnosprawnych powyżej 15 roku życia zbliżała się lub znajdowała w grupie osób w wieku poprodukcyjnym (tj. miała 60 i więcej lat).

Rysunek 2 Odsetek osób niepełnosprawnych w poszczególnych grupach wieku oraz struktura wieku wśród osób niepełnosprawnych w odniesieniu do ogółu ludności powyżej 15 lat



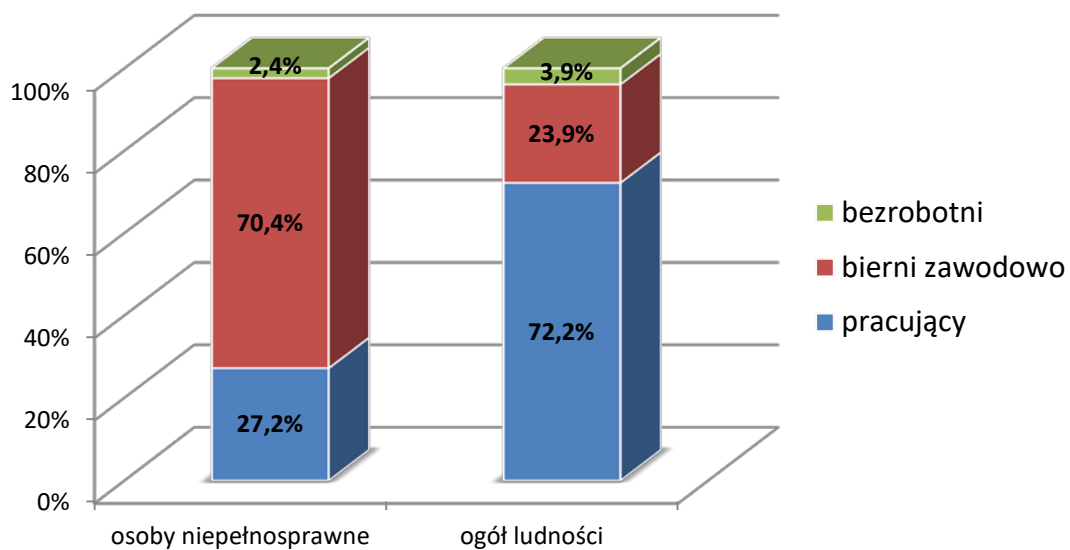
Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych 2017 r.

2.1.2 Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych

W Polsce populacja osób niepełnosprawnych pod względem aktywności zawodowej znacząco odbiegała od ogółu ludności kraju. Według danych z Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) za II kwartał 2017 r., spośród 1 705 tys. osób

niepełnosprawnych prawnie w wieku produkcyjnym³ aż 70,4% osób było biernych zawodowo. Tylko 27,2% osób pracowało (463 tys.), a pozostałe 2,4% posiadało status osoby bezrobotnej (41 tys.). W odniesieniu do ogółu ludności w wieku produkcyjnych w grupie 21 937 tys. osób, biernych zawodowo było 23,9% (5 263 tys.), pracujących 72,3% (16 674 tys.), a 3,9% stanowiły osoby bezrobotne (851 tys.).

Rysunek 3 Status na rynku pracy osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym w II kwartale 2017 r. w odniesieniu do ogółu ludności



Źródło: Badanie aktywności ekonomicznej ludności II kwartał 2017 r. - GUS, osoby niepełnosprawne prawnie, opracowanie własne

Pomimo znacznego wzrostu w Polsce wydatków publicznych na aktywizację zawodową osób niepełnosprawnych, większość osób niepełnosprawnych pozostaje poza rynkiem pracy. Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w naszym kraju w porównaniu ze wskaźnikiem zatrudnienia osób niepełnosprawnych w Unii Europejskiej pozostaje nadal na bardzo niskim poziomie. W 2011 r. wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wieku od 15 do 64 lat w Unii Europejskiej, mierzony w ramach badania aktywności ekonomicznej

³(kobiety –wiek 18-59, mężczyźni – wiek 18-64)

ludności UE (EU LFS) wyniósł średnio 38,7%⁴. W Polsce wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w tym samym okresie wyniósł 26,7%.

Tabela nr 1 Wskaźnik zatrudnienia osób według rodzaju niepełnosprawności w krajach Unii Europejskiej

	Osoby mające ograniczenia w pracy spowodowane długotrwałym pogorszeniem stanu zdrowia i / lub podstawową trudnością w podejmowaniu podstawowych aktywności [%]	Osoby nie mające ograniczeń w pracy spowodowanych długotrwałym pogorszeniem stanu zdrowia i / lub podstawową trudnością w podejmowaniu podstawowych aktywności [%]
Islandia	67,2	87,2
Szwajcaria	66,4	85,7
Szwecja	64,0	83,4
Francja	61,0	74,7
Finlandia	51,4	81,0
Austria	48,4	80,7
Portugalia	44,8	76,0
Słowenia	44,5	76,0
Łotwa	41,8	69,6
Dania	41,8	83,5
Średnia dla Unii Europejskiej (28 krajów)	38,7	72,9
Wlk. Brytania	36,4	79,7
Niemcy	36,2	77,8
Czechy	35,1	75,5
Estonia	34,3	77,0
Litwa	32,9	72,0
Chorwacja	31,8	60,3
Słowacja	29,5	70,2
Polska	26,7	70,2
Rumunia	24,1	70,4
Irlandia	22,0	67,8
Węgry	18,4	67,1
Bułgaria	18,0	67,3

Źródło: Dane z European Union Labour Force Survey 2011, badanie Eurostat, opracowanie własne, wyszczególniono dane dotyczące części krajów UE

Zgodnie z wynikami badań Eurostat z 2011 r⁵. wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w Polsce jest poniżej średniej dla krajów Unii Europejskiej. Średnio o 12 osób mniej na 100 osób niepełnosprawnych pracuje w Polsce w porównaniu ze średnią dla wszystkich krajów Unii Europejskiej. Gorszy wskaźnik od Polski uzyskała część krajów

⁴Dane statystyczne dotyczące zatrudnienia, Eurostat Statistics Explained, 2017, [dostęp 10.11.2017 r].

[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Employment_statistics/pl]

⁵European Union Labour Force Survey 2011, Eurostat [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_dlm010&lang=en] dostęp 10.11.2017 r.,

z Europy Środkowo-Wschodniej - Rumunia, Węgry, Bułgaria, ale już takie kraje jak Czechy, Łotwa czy Portugalia mają znacznie lepszy odsetek pracujących osób niepełnosprawnych. W najlepszej sytuacji są osoby niepełnosprawne w krajach skandynawskich, gdzie nawet od 60 do 70 osób niepełnosprawnych na 100 osób niepełnosprawnych znajduje zatrudnienie.

Według badania BAEL wskaźnik zatrudnienia i współczynnik aktywności zawodowej dotyczące osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym są znacząco niższe od wskaźników dla ogółu ludności w tej grupie wiekowej. Wskaźnik zatrudnienia dla osób niepełnosprawnych w II kwartale 2017 r. osiągnął pułap 27,2%, współczynnik aktywności zawodowej – 29,6%, zaś dla ogółu społeczeństwa wymienione wskaźniki osiągnęły odpowiednio 53,9% i 56,7%. Stopa bezrobocia w tym okresie wśród osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym wyniosła 8,1 %, zaś dla ogółu osób w wieku produkcyjnym – 5,1%.

Tabela nr 2 Aktywność ekonomiczna osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym (kobiety - wiek 18-59, mężczyźni – wiek 18-64 lata w II kwartale 2017 r. w odniesieniu do aktywności ekonomicznej ogółu ludności w tej grupie wiekowej

	Współczynnik aktywności zawodowej			Wskaźnik zatrudnienia			Stopa bezrobocia		
	II kw. 2017	II kw. 2016	II kw. 2015	II kw. 2017	II kw. 2016	II kw. 2015	II kw. 2017	II kw. 2016	II kw. 2015
Osoby niepełnosprawne	29,6%	27,2%	24,5%	27,2%	24,2%	21,3%	8,1%	11,2%	12,8%
Ogół ludności	76,6%	75,0%	74,0%	72,1%	70,3%	68,4%	5,1%	6,3%	7,6%

Źródło: GUS, dane kwartale z Badania aktywności ekonomicznej ludności (BAEL), osoby niepełnosprawne prawnie, opracowanie własne

W populacji osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym większą aktywność na rynku pracy przejawiają kobiety (wskaźnik zatrudnienia 30,2%⁶) niż mężczyźni (wskaźnik zatrudnienia 25.1%)⁷. Zdecydowana większość osób niepełnosprawnych pracuje w charakterze pracownika najemnego (86,4 % ON w wieku produkcyjnym), pozostałe osoby pracują na własny rachunek (13,6% ON w wieku produkcyjnym).

⁶BAEL II kwartał 2017

⁷BAEL II kwartał 2017

2.1.3 Uprawnienia osób niepełnosprawnych a system wsparcia

Zgodnie z art. 69 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej „osobom niepełnosprawnym władze publiczne udzielają, zgodnie z ustawą, pomocy w zabezpieczaniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej”⁸. Ponadto art. 68 Konstytucji nakłada na władze publiczne także obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej osobom niepełnosprawnym. Prawa zagwarantowane w Konstytucji mają swoje odzwierciedlenie m.in. w przyjętej w dniu 1 sierpnia 1997 r. Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych⁹. Zgodnie z jej treścią Sejm Rzeczypospolitej Polskiej uznaje, że osoby niepełnosprawne, czyli osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych, zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi, mają prawo do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz nie mogą podlegać dyskryminacji¹⁰. Karta wymienia 10 obszarów, w których należy podejmować działania w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym równych praw w stosunku do pozostałych obywateli, w tym m.in. prawa do:

- wczesnej diagnostyki, leczenia i opieki zdrowotnej adekwatnej do rodzaju i stopnia niepełnosprawności oraz zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze,
- dostępności do wszechstronnej rehabilitacji,
- pracy na otwartym rynku pracy, korzystania z pomocy doradcy zawodowego i usług pośrednictwa, a także dostosowania warunków pracy do stanu zdrowia.

Wymieniony powyżej dokument został przyjęty przez Sejm RP uchwałą i ma charakter „jedynie” deklaratoryjny¹¹. Realizację określonych uprawnień i świadczeń dla osób niepełnosprawnych gwarantują zapisy aktów prawnych tj. odpowiednich ustaw i rozporządzeń. Podstawową regulacją w tym zakresie jest ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych¹². Definicja

⁸Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, art. 69, [dostęp 04.12.2017 r.]

<http://www.lexlege.pl/konstytucja-rzeczypospolitej-polskiej/art-69/>

⁹ Uchwała Sejmu RP z 1 sierpnia 1997 r. (M.P. 1997 nr 50 poz. 475), [dostęp 04.12.2017 r.]

¹⁰<http://niepelnosprawni.gov.pl/container/uprawnienia-osob-niepelnosprawnych/Karta%20Praw%20Osob%20Niepelnosprawnych.pdf>

¹¹ akt prawny, który nie zmienia istniejącego stanu prawnego,

¹²(Dz. U. z 2016 r. poz. 2046)

zawarta w ustawie zakłada, że „rehabilitacja osób niepełnosprawnych oznacza zespół działań, w szczególności organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych zmierzających do osiągnięcia, przy aktywnym udziale tych osób, możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.”

Zgodnie z polską szkołą rehabilitacji, zaakceptowaną i zalecaną przez WHO, rehabilitacja powinna cechować się takimi właściwościami jak:

- wczesność zapoczątkowania – powinna być rozpoczęta jak najwcześniej, już na etapie leczenia szpitalnego,
- kompleksowość – powinna zaspokajać wszystkie potrzeby pacjenta w sferze fizycznej, psychicznej, społecznej i zawodowej przy udziale interdyscyplinarnego zespołu specjalistów i użyciu różnorodnych metod, technik i terapii,
- ciągłość – powinna przebiegać w sposób nieprzerwany, aż do chwili uzyskania przez pacjenta maksymalnej sprawności fizycznej i psychicznej,
- powszechność – powinna być dostępna dla wszystkich, którzy jej potrzebują, bez względu na wiek i rokowania.

W Polsce, ze względu na rozproszenie przepisów rehabilitacja osób niepełnosprawnych realizowana jest przez różne resorty i instytucje wg zróżnicowanych zakresów i niejednorodnych zasad. Wyróżnia się cztery główne obszary rehabilitacji osób niepełnosprawnych – leczniczą, społeczną, zawodową i psychologiczną.

Większość świadczeń w ramach rehabilitacji leczniczej realizowana jest przez **Narodowy Fundusz Zdrowia** na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.¹³ Wydatki na ten cel w 2016 r. wyniosły 2 235 703,01 tys. zł.¹⁴ Rehabilitacja lecznicza w NFZ jest prowadzona w warunkach ambulatoryjnych, domowych, stacjonarnych lub w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego. W 2015 r. z dofinansowania do pobytu stacjonarnego w zakładach lecznictwa

¹³(tj. Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, 2110 z późn. zm.)

¹⁴ Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2016 rok, NFZ, Warszawa, 2017, s. 24

uzdrowskiego skorzystało 408 tys. osób, zaś z pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym 234 tys. osób¹⁵. Jednym z największych mankamentów systemu rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ jest długi czas oczekiwania na rehabilitację. Potwierdzeniem tej tezy jest podsumowanie wyników kontroli NIK przeprowadzonej w 2014 r., cyt.: „*Warunkiem skutecznej rehabilitacji leczniczej, przyjętym jako kanon polskiego modelu rehabilitacji, jest jej wczesne zapoczątkowanie. Ustalenia kontroli wskazują, że założenie to nie jest w Polsce realizowane. W 11 województwach, mimo wzrostu nakładów w roku 2012, w stosunku do 2011 r., zwiększyła się liczba osób oczekujących na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej oraz wydłużył się rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczenia. W 2013 r. dostępność świadczeń rehabilitacyjnych uległa dalszemu pogorszeniu. Stwierdzono też znaczne zróżnicowanie regionalne w dostępie do świadczeń*”¹⁶.

Zgodnie z okresowym sprawozdaniem z działalności NFZ na koniec IV kwartału 2014 r. łączna liczba osób oczekujących na potwierdzenie skierowania na stacjonarne leczenie uzdrowskie w sanatorium wynosiła blisko 576 tys. osób, z tego w przypadku 71,4% oczekujących czas oczekiwania wynosił więcej niż 6 miesięcy, z tego ponad 12 miesięcy dla 33,2% osób¹⁷. W przypadku świadczeń rehabilitacyjnych udzielanych w warunkach szpitalnych blisko co drugi (47,7% osób) świadczeniobiorca czekał na udzielenie świadczeń na oddziale rehabilitacyjnym dłużej niż 6 miesięcy, a co trzeci (32,0% osób) dłużej niż 12 miesięcy na przyjęcie na oddział rehabilitacyjny.¹⁸ Przedłużające się oczekiwanie na rehabilitację może być przyczyną nieodwracalnych skutków dla zdrowia oraz sprawności fizycznej i w konsekwencji może ograniczyć, a nawet uniemożliwić podjęcie lub kontynuację pracy zawodowej.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych finansuje świadczenia przeznaczone dla osób pracujących, ale także dla ogółu obywateli (w tym w części dla osób niepełnosprawnych biologicznie). Przede wszystkim są to świadczenia związane z niezdolnością do pracy, zwolnieniami lekarskimi, ze środków ZUS wypłacane są także renty i emerytury.

¹⁵GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 roku, s.95 [<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2015-roku,1,6.html>], [dostęp 04.12.2017 r.],

¹⁶NIK, Informacja o wynikach kontroli „Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej”, 2014

¹⁷Mrozek-Gasiorowska, M. A., Świadczenia rehabilitacyjne finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2005-2014. Tendencje i perspektywy Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie; Kraków Vol. 13, Iss. 3, (2015): 243-251.

¹⁸*Ibidem*,

Od 1996 roku rozwijany jest program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS. Osobami uprawnionymi do rehabilitacji są osoby ubezpieczone (zagrożone całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy) lub osoby pobierające rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy, jednocześnie rokujące powrót do zatrudnienia po odbyciu odpowiednio przeprowadzonej rehabilitacji. W 2016 roku programem zostało objętych 85,4 tys. osób, dla których koszt leczenia wyniósł ponad 186,8 mln zł.¹⁹ Łącznie w ciągu wszystkich lat działania programu wzięło w nim udział ponad 1 mln 100 tys. osób ubezpieczonych (dane na rok 2016)²⁰. Czas oczekiwania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS wynosi około 8 tygodni²¹. Rehabilitacja lecznicza uważana jest za skuteczną, jeżeli w ciągu roku od jej zakończenia osoba ubezpieczona nie pobierała żadnych świadczeń z ubezpieczenia społecznego lub jedynym świadczeniem pobieranym w tym okresie był zasiłek chorobowy nie przekraczający 20 dni. Z badań Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarnych ZUS wynika, że ponad 54% osób skierowanych na rehabilitację spełnia te warunki. Wskaźnik ten dotyczący ponad połowy osób korzystających z programu rehabilitacji ZUS może świadczyć o wysokiej skuteczności programu.

Od 1996 r. ZUS realizuje również zadania w ramach rehabilitacji zawodowej polegające na wypłacie świadczenia w postaci renty szkoleniowej. Osoba, w stosunku do której orzeczona została celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie może uzyskać prawo do renty szkoleniowej na okres 6 miesięcy. Okres ten może ulec wydłużeniu na czas niezbędny do przekwalifikowania zawodowego, jednak nie dłużej niż do 30 miesięcy. Decyzja o przyznaniu renty szkoleniowej otwiera możliwość odbycia kursów przeszkalających finansowanych ze środków publicznych. W tym celu ZUS kieruje rencistę do powiatowego urzędu pracy, którego zadaniem jest zorganizowanie odpowiedniego dla danej osoby szkolenia przygotowującego do pracy w nowym zawodzie. Niestety, duża grupa osób spełniających wstępne kryteria nie może uzyskać tego typu wsparcia, ponieważ renta szkoleniowa nie przysługuje w sytuacji osiągnięcia

¹⁹ Informacja z wykonania planów finansowych FUS, FEP, FRD oraz planu budżetu państwa w części 73 – ZUS (2016)

²⁰ Wilmonska-Pietruszyńska, A. (2016). 20-lecie programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS, Prewencja i Rehabilitacja nr 2-3/2016 wydanie specjalne (44-45), ZUS.

[<http://www.zus.pl/documents/10182/167630/prewencja+i+rehabilitacja+2+3+2016+wydanie+specjalne/809feeb4-6f74-42b9-bff7-0d549989df2a>], dostęp 21.11.2017 r.

²¹ Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS – materiały informacyjne ze strony ZUS, dostęp 21.11.2017 r.

[http://www.zus.pl/documents/10182/167776/Ulotka_rehabilitacja_lecznicza_1/8f52eeaa-8049-454b-8233-e44b25c41fe]
[http://www.zus.pl/documents/10182/167776/Ulotka_rehabilitacja_lecznicza_1/8f52eeaa-8049-454b-8233-e44b25c41fe]

przychodów z działalności podlegającej obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu oraz służby. W praktyce, w okresie od stycznia 2013 r. do końca września 2017 r. prawo do renty szkoleniowej uzyskało niespełna 900 osób. Zestawiając ten wynik z liczbą osób, które skorzystały z rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej należy stwierdzić, że renta szkoleniowa jest rzadko wykorzystywanym narzędziem wspomagającym proces przekwalifikowania zawodowego.

Rehabilitację leczniczą finansuje także **Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego**. W ramach prewencji rentowej KRUS rocznie pokrywa koszty rehabilitacji około 13 tys. osób zagrożonych całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym lub okresowo uznanych za całkowicie niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, ale rokujących odzyskanie tej zdolności w trakcie procesu leczenia i rehabilitacji. Pierwszeństwo mają osoby, które uległy wypadkowi przy pracy w gospodarstwie rolnym. Podstawą ubiegania się o rehabilitację jest orzeczenie lekarza rzeczoznawcy lub komisji lekarskiej Kasy, lub innego lekarza (rodzinnego, specjalisty) prowadzącego leczenie. Rehabilitacja odbywa się w formie wyjazdowej na 21-dniowych turnusach rehabilitacyjnych organizowanych w Centrach Rehabilitacji Rolników lub Ośrodkach Szkoleniowo-Rehabilitacyjnych KRUS. Od 2005 roku KRUS finansuje także rentę szkoleniową dla osób, w stosunku do których orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego. Świadczenie przyznawane jest na okres 6 miesięcy z możliwością przedłużenia do 36 miesięcy. Szkoleniem niepełnosprawnego rolnika, podobnie jak osoby ubezpieczonej w ZUS, zajmuje się powiatowy urząd pracy. Szkolenie to finansowane jest wówczas ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

W ramach systemu ochrony zdrowia w Polsce Ministerstwo Obrony Narodowej, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwo Sprawiedliwości oraz Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego posiadają własne branżowe placówki opieki zdrowotnej i własne systemy wypłaty świadczeń emerytalno-rentowych.

W ramach działań Ministerstwa Obrony Narodowej żołnierze zawodowi mogą zostać zaklasyfikowani do jednej z trzech grup inwalidztwa. I grupa obejmuje całkowicie niezdolnych do pracy; II grupa obejmuje częściowo niezdolnych do pracy; III grupa obejmuje

zdolnych do pracy. Ministerstwo Obrony Narodowej refunduje świadczenie renty inwalidzkiej dla żołnierzy, którzy stali się inwalidami w skutek stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu w czasie pełnienia służby albo w ciągu 3 lat po zwolnieniu ze służby, jeżeli inwalidztwo jest następstwem urazów doznanych w czasie pełnienia służby lub chorób powstałych w tym czasie. Renta inwalidzka przysługuje także żołnierzom zawodowym, jeżeli do naruszenia sprawności organizmu doszło w ciągu 3 lat po zwolnieniu ze służby wojskowej, jeżeli inwalidztwo jest następstwem wypadku pozostającego w związku z pełnieniem czynnej służby wojskowej albo choroby powstałej w związku ze szczególnymi właściwościami lub warunkami służby wojskowej²².

Żołnierze zawodowi mogą korzystać z rehabilitacji w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Dodatkowo realizowane są turnusy leczniczo-profilaktyczne z „treningiem antystresowym” w wojskowych szpitalach uzdrowiskowo-rehabilitacyjnych. Mogą w nich uczestniczyć żołnierze po powrocie z misji poza granicami kraju. Kwalifikacji dokonuje lekarz w danej jednostce, na wniosek lekarza dowódca jednostki kieruje żołnierza zawodowego na turnus leczniczo-profilaktyczny. Turnus trwa 14 dni i działania terapeutyczne dotyczą głównie pomocy psychologicznej i przeciwdziałaniu stresowi i jego efektom.

Pracownicy następujących instytucji Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej otrzymują świadczenia emerytalno-rentowe z Zakładu Emerytalno-Rentowego MSWiA. O kwalifikacji do jednej z trzech grup inwalidzkich (1 grupa, 2 grupa, 3 grupa) decyduje komisja lekarska. Przeciętą wysokość renty inwalidzkiej stan na czerwiec 2017 r. wyniosła łącznie dla wszystkich grup inwalidzkich 2 864,71 zł brutto²³.

Odrębny system wypłaty świadczeń emerytalno-rentowych stosuje się do pracowników Ministerstwa Sprawiedliwości.

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych finansuje szeroki zakres zadań związanych z rehabilitacją zawodową i społeczną osób niepełnosprawnych. Źródłem dochodów PFRON są przede wszystkim miesięczne wpłaty pracodawców zatrudniających co

²² Jednolity tekst ustawy z dnia 10 grudnia 1993r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin Załącznik do obwieszczenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 9 listopada 2017 r. (Dz.U. 2017 poz. 2225).

²³ <http://zer.mswia.gov.pl/zer/informacji/statystyki/3851,Struktura-wyplacanych-rent-inwalidzkich-wg-grup-inwalidzkich-stand-czerwiec-20.html> [dostęp 15.12.2017]

najmniej 25 pracowników, u których wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych jest niższy niż 6%. Dystrybucja w ten sposób zgromadzonych środków publicznych ukierunkowana jest na wsparcie działań zwiększających aktywność osób niepełnosprawnych w sferze społecznej i zawodowej. Łącznie w 2016 r. na zadania ustawowe związane z rehabilitacją społeczną i zawodową PFRON wydatkował kwotę 4,7 miliarda zł. W tym na zadania związane z zabezpieczeniem społecznym i wspieraniem rodziny osób niepełnosprawnych 1,2 miliarda zł, a na zadania związane ze wsparciem osób niepełnosprawnych na rynku pracy około 3,5 miliarda zł. Część środków wydatkowana jest bezpośrednio przez Fundusz m.in. na: dofinansowanie przekazywane pracodawcom do wynagrodzeń niepełnosprawnych pracowników zatrudnionych na umowę o pracę, a w przypadku Zakładów Pracy Chronionej, także do wynagrodzeń pracowników wykonujących pracę nakładczą. PFRON refunduje także składki na ubezpieczenie społeczne osobom niepełnosprawnym wykonującym działalność gospodarczą, niepełnosprawnemu rolnikowi lub rolnikowi zobowiązanemu do płacenia składek za niepełnosprawnego domownika. Ze środków Funduszu finansowane są zadania z zakresu rehabilitacji zawodowej, realizowane na zlecenie PFRON przez organizacje pozarządowe. Realizowane są także programy własne ukierunkowane na aktywizację osób niepełnosprawnych i likwidację barier ograniczających udział tych osób w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji, np. programy: „Aktywny samorząd”, „Stabilne zatrudnienie – osoby niepełnosprawne w administracji i służbie publicznej”, „Absolwent”, „Praca i integracja”. PFRON przekazuje również środki na rehabilitację zawodową i społeczną do samorządów powiatowych i wojewódzkich.

Osoby, w stosunku do których orzeczono niepełnosprawność, mogą skorzystać ze środków PFRON za pośrednictwem samorządu powiatowego, m.in. z następujących form wsparcia:

- Dofinansowanie do uczestnictwa w 14-dniowych turnusach rehabilitacyjnych o charakterze stacjonarnym i niestacjonarnym. W turnusach mogą też wziąć udział opiekunowie osób niepełnosprawnych. W 2016 roku 66 067 osób niepełnosprawnych skorzystało z tej formy rehabilitacji.

- Dofinansowanie uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej, których zadaniem jest wsparcie osób niepełnosprawnych w uzyskaniu możliwie wysokiego poziomu samodzielności życiowej oraz funkcjonowania społecznego, a także umiejętności zawodowych zwiększających szanse na podjęcie pracy. W 2016 r. w terapii zajęciowej organizowanej w WTZ skorzystało 26 501 osób niepełnosprawnych. Pomimo znaczących środków wydatkowanych na ten cel w ubiegłym roku, do zatrudnienia odeszło tylko 6% wszystkich uczestników WTZ.
- Dofinansowanie do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, środki ortopedyczne i środki pomocnicze.
- Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami.
- Finansowania sportu, kultury i turystyki.
- Wsparcie w zakresie dostępu do usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika.
- Pomoc w zakresie szkolenia i przekwalifikowania zawodowego, pośrednictwa pracy i poradnictwa zawodowego.
- Jednorazowa pomoc na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej i społecznej lub na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej.

Za pośrednictwem samorządu województwa Fundusz dofinansowuje także zatrudnienie osób niepełnosprawnych w zakładach aktywności zawodowej. Odbywa się to poprzez częściowe dofinansowanie kosztów tworzenia i działania tych podmiotów gospodarczych oraz dofinansowanie do wynagrodzeń i składek na ubezpieczenie społeczne niepełnosprawnych pracowników ZAZ. Zakłady prowadzone są przez organizacje pozarządowe (fundacje, stowarzyszenia), a także przez jednostki samorządu terytorialnego (powiat, gminę) w celu zatrudniania osób niepełnosprawnych ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności. W 2016 r. 103 zakłady aktywności zawodowej zatrudniały 5 652 osoby, w tym 4 166 osób niepełnosprawnych, co oznacza, że niepełnosprawni

pracownicy stanowili 74% ogółu zatrudnionych w tego typu placówkach.²⁴ Zakłady aktywności zawodowej mogą także przygotowywać niepełnosprawnych pracowników do pracy poza ZAZ. Z badania przeprowadzonego na zlecenie PFRON w 2017 r. ²⁵ wynika, że spośród 488 pracowników, którzy opuścili zakład w 2016 r., tylko 128 osób podjęło zatrudnienie, w tym 21 osób w Zakładach Pracy Chronionej.

Podsumowując, rodzaj i formy wsparcia oferowane osobom niepełnosprawnym finansowane przez PFRON są różnorodne i oferowane na różnych poziomach: centralnym (przez PFRON i jego Oddziały), wojewódzkim i powiatowym.

Ocena systemu wsparcia osób niepełnosprawnych w Polsce dokonana na podstawie wyników „Badania osób niepełnosprawnych” zrealizowanego w 2017 r. wskazuje, że instytucje wspierające działają zazwyczaj w sposób niepowiązany, brak instrumentów koordynujących. Wszystko to sprawia, że:

- system jest nieskoordynowany, sfragmentaryzowany, zbiurokratyzowany, osoby niepełnosprawne często odnoszą wrażenie, że procedury, przepisy i reguły rozliczeń mają jedynie zapewnić formalną poprawność świadczenia, nie zaś doprowadzić do pożądaných dla beneficjentów rezultatów w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej;
- sektorowy podział odpowiedzialności pomiędzy różne instytucje oznacza fragmentaryzację już na poziomie rządowym - brakuje zintegrowanego centrum decyzyjnego, co dla beneficjentów oznacza często „błąkanie się od instytucji do instytucji”, często z efektem uzyskania różnych, a nawet sprzecznych informacji;
- brak jest mechanizmów łącznikowych pomiędzy różnymi etapami wsparcia i instytucjami z różnych sektorów zajmujących się niepełnosprawnymi na ścieżce danej osoby;
- brak jest wymiany informacji o osobach niepełnosprawnych – ich potrzebach, sytuacji oraz uzyskanym wsparciu - pomiędzy różnymi instytucjami;

²⁴ Raport końcowy - Badanie Zakładów Aktywności Zawodowej, 2017, opracowanie wykonane przez Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka na zlecenie PFRON, s.35

²⁵ Raport końcowy - Badanie Zakładów Aktywności Zawodowej, 2017, opracowanie wykonane przez Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka na zlecenie PFRON, s. 45



- brak jest systemowej pomocy rodzinie osoby niepełnosprawnej.²⁶

Z punktu widzenia osób niepełnosprawnych, aby „wejść do systemu” i zacząć korzystać z jego możliwości potrzeba: czasu, zasobu kompetencji, determinacji. Z reguły nie otrzymuje się oczekiwanego i potrzebnego wsparcia, a jedynie to, co akurat jest dostępne i z reguły nie wtedy, kiedy potrzeba jest największa, a jej zaspokojenie byłoby najbardziej znaczące dla życia ON.²⁷

2.1.4 Ekonomiczne skutki niezdolności do pracy

Pierwszym świadczeniem, jakie może uzyskać osoba czasowo niezdolna do pracy ubezpieczona w ZUS jest **zasiłek chorobowy**. Wypłacany jest on po tzw. okresie wyczekiwania do 182 dni, a w przypadku osób chorych na gruźlicę do 260 dni. Wysokość zasiłku chorobowego wynosi 80% wynagrodzenia lub przychodu stanowiącego podstawę jego wymiaru w przypadku niezdolności do pracy w wyniku choroby lub 70% w przypadku pobytu w szpitalu. Zasiłek chorobowy może być wypłacony także w wys. 100% wymiaru m.in. w sytuacji niezdolności do pracy z tytułu choroby zawodowej lub wypadku przy pracy.

Jeżeli osoba wyczerpała okres zasiłku chorobowego i nadal pozostaje niezdolna do pracy, może ubiegać się o przyznane **świadczenia rehabilitacyjnego**. Podstawą do jego wypłaty jest orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, który stwierdza, że stan zdrowia danej osoby rokuje powrót do pracy po odbyciu przez nią dalszej rehabilitacji leczniczej. Ze świadczenia rehabilitacyjnego można skorzystać w ramach ubezpieczenia chorobowego (w przypadku niezdolności do pracy spowodowanej chorobą) lub ubezpieczenia chorobowego (w przypadku niezdolność do pracy na skutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej). Świadczenie rehabilitacyjnego wypłacane jest na okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, jednak nie dłużej niż do 12 miesięcy. W przypadku niezdolności do pracy na skutek choroby świadczenie wypłacane jest w wysokości 90% podstawy wymiaru zasiłku chorobowego za okres pierwszych 3 miesięcy (90 dni) i 75% podstawy wymiaru zasiłku chorobowego za pozostały okres. W przypadku niezdolności przypadającej na czas ciąży lub

²⁶ Raport końcowy - Badanie Zakładów Aktywności Zawodowej, 2017, opracowanie wykonane przez Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka na zlecenie PFRON, s.233

²⁷ Raport końcowy - Badanie Zakładów Aktywności Zawodowej, 2017, opracowanie wykonane przez Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka na zlecenie PFRON, s.233

spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową świadczenie wypłacanej jest w wysokości 100% wymiaru. W związku z okresową niezdolnością do pracy osób ubezpieczonych ZUS wydatkował w 2016 r. kwotę ponad 10,6 mld zł na wypłatę zasiłków chorobowych. W związku ze wzrostem wynagrodzeń (tj. wzrostem podstawy obliczenia zasiłku) oraz liczby dni zasiłkowych nastąpił wzrost łącznych wypłat zasiłków chorobowych o 0,8% w stosunku do roku 2015 r.

Tabela nr 3 Wydatki ZUS na zasiłki chorobowe i świadczenia rehabilitacyjne w 2016 r.

Rodzaj świadczenia	Wysokość wydatków w 2016 r.	Wzrost w stosunku do wydatku w 2015 r.
Zasiłki chorobowe	10,6 mld zł	0,8%
Świadczenia rehabilitacyjne	1,5 mld zł	11,3%

Źródło: Informacja z wykonania planów finansowych FUS, FEP, FRD oraz planu budżetu państwa w części 73 – ZUS (2016)

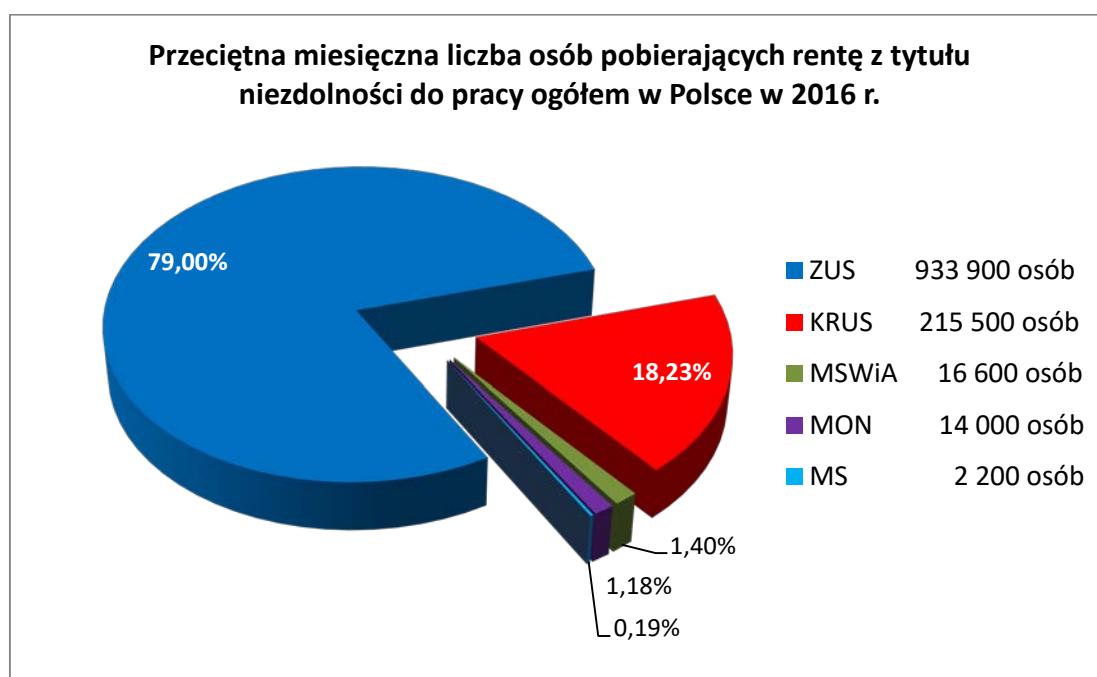
Wypłaty ZUS na świadczenia rehabilitacyjne wyniosły w 2016 r. ponad 1,5 mld zł, co stanowi wzrost w stosunku do roku 2015 aż o 11,3% i jest wynikiem kierowania przez lekarzy orzeczników większej liczby osób na świadczenia rehabilitacyjne przed ewentualnym przyznaniem renty z tytułu niezdolności do pracy. Świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje w sytuacji pobierania innego świadczenia z ZUS lub podjęcia pracy zarobkowej.

W systemie ZUS, prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy przysługuje ubezpieczonemu, który spełnia łącznie następujące warunki: został uznany za niezdolnego do pracy, ma wymagany - stosowny do wieku, w którym powstała niezdolność do pracy - okres składkowy i nieskładkowy, niezdolność do pracy powstała w okresach składkowych (np. ubezpieczenia, zatrudnienia) lub nieskładkowych (np. w okresie pobierania zasiłku chorobowego, opiekuńczego, świadczenia rehabilitacyjnego itp.). Należy podkreślić, że w przypadku pobierania renty z tytułu niezdolności do pracy dopuszczalne jest podejmowanie pracy zarobkowej bez rygору natychmiastowego wstrzymania wypłaty świadczenia. Występują wówczas określone ograniczenia tj. zmniejszanie wysokości renty w sytuacji, gdy osoba uprawniona do tego świadczenia osiągnie przychód w wysokości przekraczającej 70% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w Polsce. Całkowite zawieszenie renty następuje wówczas, gdy świadczeniobiorca uzyskał przychód powyżej 130% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia za ostatni kwartał kalendarzowy, kwota ta jest zawarta w komunikatach Prezesa GUS. W okresie od 01.04.2017 r. – 01.06.2017 r. kwota 70% przeciętnego

wynagrodzenia miesięcznego wynosiła 2.954,50 zł²⁸ brutto, czyli 2 124,98 zł netto. Średnia wysokość przeciętnej miesięcznej wypłaty renty z tytułu niezdolności do pracy z ZUS (bez rozbięcia na niezdolność spowodowaną wypadkiem) w roku 2016 wyniosła 1 616,46 zł brutto²⁹.

W 2016 roku, według danych GUS, łącznie 1 182 264 osoby pobierały w Polsce renty z tytułu niezdolności do pracy³⁰. W 2016 r. renty z tytułu niezdolności do pracy wypłacane w ramach pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych (ZUS, MSWiA, MS, MON) przeciętnie miesięcznie pobierało 966 800 osób. Przeciętna miesięczna liczba osób otrzymujących te świadczenia z ZUS to 933 900 osób.

Rysunek 4 Przeciętna miesięczna liczba osób pobierających rentę z tytułu niezdolności do pracy ogółem w Polsce w 2016 r.



Źródło: Emerytury i Renty w 2016 r., Główny Urząd Statystyczny, 2017, opracowanie własne.

W pozostałych resortach zanotowano: MON – 14 000 osób, MSWiA – 16 600 osób, natomiast w Ministerstwie Sprawiedliwości (MS) zanotowano – 2 200 osób. Wśród świadczeniobiorców z KRUS 215 500 osób otrzymywało renty z tytułu niezdolności do pracy. Łączna kwota wypłaconych w Polsce w 2016 r. rent z tytułu niezdolności do pracy wyniosła

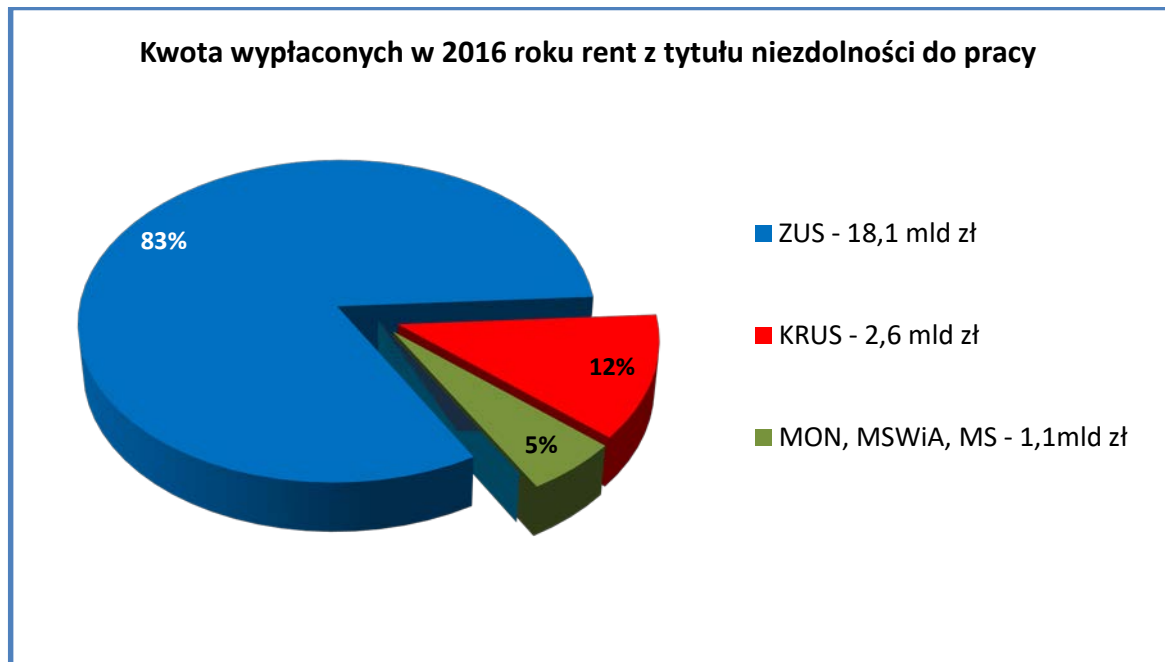
²⁸Monitor Polski z 2017 r. poz. 817,

²⁹Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2016 r., ZUS, s.35

³⁰Emerytury i Renty w 2016 r., Główny Urząd Statystyczny, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2017, s. 20

21,9 mld zł, przy czym najwięcej środków wydatkował Zakład Ubezpieczeń Społecznych: 18,1 mld zł. KRUS wypłacił 2,6 mld zł na rzecz osób niezdolnych do pracy. Ministerstwo Obrony Narodowej, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministerstwo Sprawiedliwości wydatkowały łącznie 1,1 mld zł na wypłatę świadczeń dla osób niezdolnych do pracy.

Rysunek 5 Łączna Kwota wypłaconych w 2016 roku rent z tytułu niezdolności do pracy



Źródło: Emerytury i Renty w 2016 r, Główny Urząd Statystyczny, 2017, opracowanie własne.

Innym świadczeniem wypłacanym osobom niezdolnym do wykonywania jakiejkolwiek pracy jest renta socjalna, która od 1 października 2003 r. jest przyznawana przez ZUS (w szczególnych przypadkach może być wypłacana przez inne organy rentowe, np. KRUS). Renta socjalna przyznawana jest osobie całkowicie niezdolnej do pracy z powodu naruszenia organizmu, które powstało:

- przed ukończeniem 18 roku życia,
- w trakcie nauki w szkole lub w szkole wyższej – przed ukończeniem 25 roku życia,
- w trakcie studiów doktoranckich lub aspirantury naukowej.

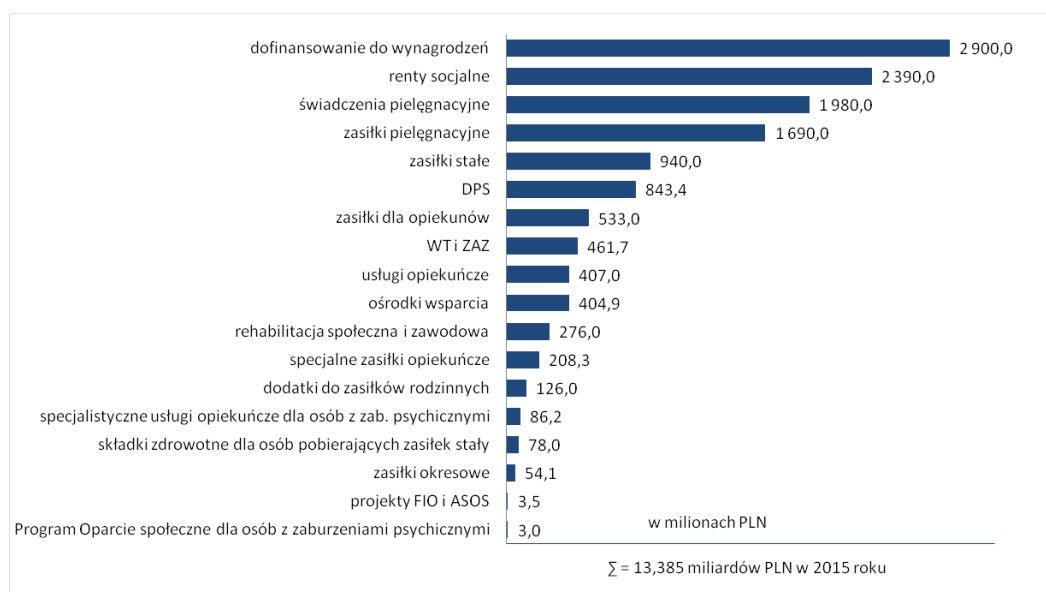
W sytuacji uzyskania przychodów przez osobę uprawnioną do świadczenia z tytułu działalności podlegającej obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu, wypłata renty

socjalnej zostaje zawieszona. W 2016 r. ZUS wydatkował na renty socjalne kwotę 2,4 mld zł, przeciętnie miesięcznie dla 275 900 osób³¹.

Częściowa niezdolność do pracy oznacza niezdolność do wykonywania pracy w dotychczasowym zawodzie. W celu umożliwienia osobom przekwalifikowania zawodowego, ZUS wprowadził możliwość wypłaty świadczenia w formie renty szkoleniowej. Prawo do wypłaty tego świadczenia jest przyznawane jednak bardzo rzadko, o czym była mowa we wcześniejszym rozdziale.

Rosnąca liczba osób niepełnosprawnych oraz osób niezdolnych do pracy skutkuje wzrostem nakładów na świadczenia pieniężne lub rzeczowe z systemu zabezpieczenia społecznego, a dodatkowo zmniejszenie się liczby pracujących oznacza niższe wpływy do budżetu państwa z tytułu podatków. Koszty, jakie budżet państwa ponosi w związku z wypłatą różnego rodzaju świadczeń związanych z niezdolnością do pracy stanowią ekonomiczną przesłankę do podjęcia działań w celu usprawnienia oraz skrócenia procesu leczenia i rehabilitacji. Dodatkowo z budżetu państwa finansowany jest szereg innych form wsparcia. Rysunek nr 6 prezentuje skalę wydatków poniesionych na rzecz osób niepełnosprawnych w 2015 r.

Rysunek 6 Wydatki na cele związane ze wsparciem osób niepełnosprawnych i opiekunów w 2015 r. (w mln zł)



Źródło: *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych (2017)*

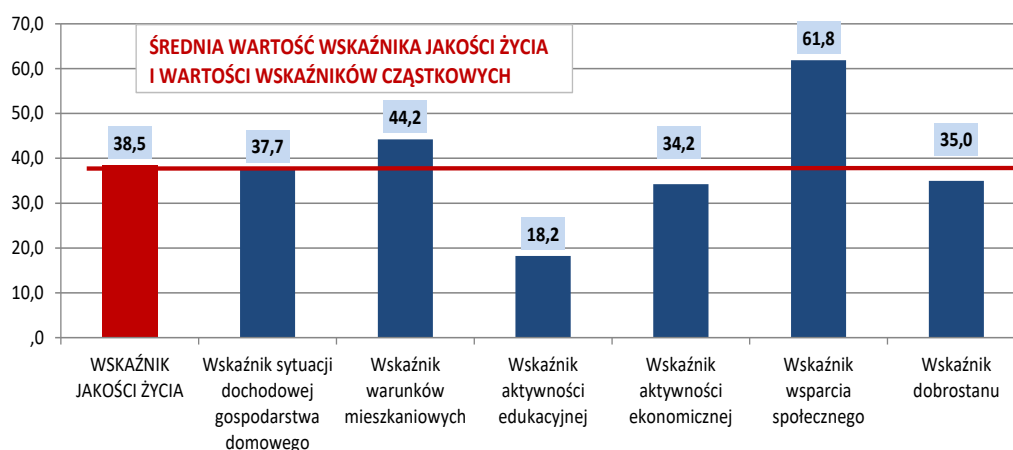
³¹ Informacja z wykonania planów finansowych FUS, FEP, FRD oraz planu budżetu państwa w części 73 – ZUS (2016)

Kluczowym argumentem za podjęciem działań wzmacniających skuteczność procesu rehabilitacji jest poprawa stanu zdrowia oraz podniesienie jakości życia osób niepełnosprawnych.

2.1.5 Rehabilitacja z perspektywy potrzeb osób niepełnosprawnych

Według badania przeprowadzonego na zlecenie PFRON w 2017 r. globalny wskaźnik jakości życia osób niepełnosprawnych przyjął wartość 38,5 pkt na możliwe 100.³² Na obniżenie jakości życia osób niepełnosprawnych bardzo duży wpływ ma niska wartość wskaźnika aktywności edukacyjnej (18,2) oraz aktywności ekonomicznej (34,2)³³, co automatycznie przekłada się na niski poziom dochodów tych osób. Z badań wynika, że wiele rodzin osób niepełnosprawnych nie ma zaspokojonych podstawowych potrzeb materialno-bytowych.³⁴

Rysunek 7 Wskaźnik jakości życia i wskaźniki cząstkowe - średnia



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych (2017)

Ważne jest zatem, oprócz wsparcia o charakterze socjalnym, podejmowanie jak największej ilości skutecznych działań aktywizujących zawodowo osoby niepełnosprawne. Osoby niepełnosprawne w Polsce znacznie rzadziej znajdują zatrudnienie niż ich odpowiednicy w większości krajów Unii Europejskiej.

³² M. Sochańska-Kawiecka, Z. Kołakowska-Seroczyńska, D. Zielińska, E. Makowska-Belta, P. Ziewiec, (2017), Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, Badanie zrealizowane na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa, s.227

³³ Ibidem. s.227

³⁴ Ibidem. s. 228

Równie istotne jest odpowiednie wsparcie psychologiczne. Pierwszym z problemów do przezwyciężenia na drodze do skutecznej aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych jest motywacja i postawy samych osób niepełnosprawnych i zmiana podejścia do usamodzielniania się ON członków ich rodzin. Wśród osób obecnie niepracujących motywacja do podjęcia zatrudnienia jest raczej niska. Aż 37% osób biernych zawodowo wprost deklaruje, że na pewno nie podjęłoby zaoferowanej im pracy, a kolejnych 15% raczej odrzuciłoby ofertę zatrudnienia.³⁵

Systemowe rozwiązania z zakresu rehabilitacji leczniczej w Polsce nie są w pełni spójne, orzecznictwo, zakres i rodzaj świadczeń rehabilitacyjnych różnią się w zależności od instytucji, która je realizuje (ZUS, KRUS, MSWiA, MON). Problemem dla osób niepełnosprawnych jest: ograniczona dostępność rehabilitacji, długi czas oczekiwania na jej rozpoczęcie, brak ciągłości – regularnego dostępu do form rehabilitacji (w szczególności dotyczy to osób niepełnosprawnych ruchowo), trudności w znalezieniu wysoko wykwalifikowanego specjalisty³⁶. Wnioski z badań wskazują na to, że mimo posiadania orzeczenia ze stopniem umiarkowanym lub znacznym niepełnosprawności ruchowej, uzyskanie skierowań od lekarza pierwszego kontaktu jest często trudne (wystawiane są tylko raz na jakiś czas), na wizyty u specjalistów czeka się w kilkumiesięcznych kolejkach, a zalecana przez nich rehabilitacja ogranicza się najczęściej do jednej serii 10 zabiegów, po której zakończeniu proces trzeba powtarzać³⁷. Program rehabilitacji leczniczej realizowanej w ramach prewencji rentowej ZUS zapewnia zakwalifikowanym osobom dosyć skuteczną rehabilitację (54% osób nie ubiega się o świadczenia z ubezpieczenia społecznego po roku od zakończonej rehabilitacji), a dodatkowo czas oczekiwania na rehabilitację jest stosunkowo niedługi (kilka tygodni). Jednakże osoby niepełnosprawne, które nigdy nie pracowały nie mogą skorzystać z tej ścieżki rehabilitacji.

Dla osób niepełnosprawnych bardzo ważne są potrzeby związane z przynależnością społeczną, włączeniem społecznym.³⁸ Mimo, że wskaźnik wsparcia społecznego osiągnął

³⁵ M. Sochańska-Kawiecka, Z. Kołakowska-Seroczyńska, D. Zielińska, E. Makowska-Belta, P. Ziewiec, (2017), Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, Badanie zrealizowane na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa, s.231

³⁶ M. Sochańska-Kawiecka, Z. Kołakowska-Seroczyńska, D. Zielińska, E. Makowska-Belta, P. Ziewiec, (2017), Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, Badanie zrealizowane na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa, s.229

³⁷ Ibidem, s. 208

³⁸ Ibidem.s.229

najwyższy poziom wśród pozostałych wskaźników jakości życia (Rys. 7), to nadal niezbędne jest podejmowanie akcji budujących pozytywne nastawienie wobec osób niepełnosprawnych, a także przekazujących rzetelne informacje. Niewiedza jest często źródłem niechęci, mitów i niekorzystnych stereotypów, które rzutują na wszystkie sfery życia osób niepełnosprawnych, w tym także na ich bardzo niekorzystną sytuację na rynku pracy.³⁹

2.2 Cele i pytania badawcze

Głównym celem badania jest dostarczenie rekomendacji w zakresie określenia pożądanych kompetencji specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją.

Celem operacyjnym badania jest zdiagnozowanie potrzeb osób niepełnosprawnych w zakresie leczenia, rehabilitacji społecznej, przekwalifikowania zawodowego w procesie powrotu na rynek pracy, które mogłyby zostać zaspokojone w ramach usług świadczonych przez specjalistę ds. zarządzania rehabilitacją.

Główne pytania badawcze:

1. Jak oceniono proces leczenia i rehabilitacji oraz przekwalifikowania zawodowego?
2. Jak przebiegał proces leczenia i rehabilitacji?
3. Jakiego rodzaju usług udzielono w procesie leczenia i rehabilitacji oraz przekwalifikowania zawodowego?
4. Jakiego rodzaju wsparcia zabrakło w procesie powrotu do aktywności zawodowej i społecznej?
5. Kto organizował proces przekwalifikowania zawodowego?
6. Jaki był dostęp do informacji na temat stanu zdrowia oraz postępów w leczeniu i rehabilitacji?
7. Jaki był dostęp do informacji w zakresie możliwości uzyskania określonych usług i świadczeń?
8. Kto udzielił wsparcia w środowisku zamieszkania/lokalnym?
9. Jakiego rodzaju wsparcia powinien udzielać specjalista ds. zarządzania rehabilitacją?

³⁹ Ibidem. s.229

Szczegółowe pytania badawcze:

❖ *Proces leczenia lub rehabilitacji:*

1. Czy leczenie i rehabilitacja przebiegały terminowo?
2. W jakiej formie świadczone były usługi rehabilitacyjne?
3. Jak oceniono usługi lekarzy specjalistów, fizjoterapeutów, logopedów, psychologów?
4. Jak oceniono wsparcie w zakresie załatwiania formalności związanych z leczeniem i rehabilitacją oraz usług transportowych?
5. Jak oceniono zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, ortopedyczny i środki pomocnicze?
6. Czy udzielono porad prawnych? Jak je oceniono ?
7. Czy wykorzystano wszystkie możliwości leczenia i rehabilitacji?
8. Jaki jest poziom zadowolenia z przebiegu procesu leczenia i rehabilitacji?
9. Czy zaspokojone zostały wszystkie potrzeby pacjentów?
10. Jakiego rodzaju usług i wsparcia zabrakło?

❖ *Proces przekwalifikowania zawodowego:*

1. Jak oceniono poziom organizacji przekwalifikowania zawodowego?
2. Kto uczestniczył w organizacji tego procesu?
3. Czy w procesie przekwalifikowania zawodowego świadczone usługi doradcy zawodowego, psychologa, prawnika? Jak je oceniono?
4. Jaki był rodzaj usług doradcy zawodowego?
5. Jaki był zakres pomocy prawnej?
6. Czy respondenci brali udział w szkoleniach i stażach zawodowych?
7. Czy w wyniku przekwalifikowania zawodowego uzyskali zatrudnienie?
8. Jakiego rodzaju działań zabrakło w procesie przekwalifikowania zawodowego?
9. Jaki jest wskaźnik aktywności zawodowej osób, które uczestniczyły w procesie przekwalifikowania zawodowego?
10. Na jakie stanowiska pracy powrócili po okresie przekwalifikowania zawodowego?
11. Czy stanowiska pracy wymagały przystosowania?

12. U jakiego pracodawcy respondenci podjęli pracę? Czy nadal pracują?

❖ *Wsparcie w środowisku lokalnym:*

1. Jakie były psychospołeczne skutki wypadku/choroby?
2. Kto udzielił wsparcia w środowisku zamieszkania?
3. Jakiego rodzaju wsparcia zabrakło?
4. Jak oceniono poziom wsparcia udzielonego w środowisku zamieszkania?

2.3 Opis próby badawczej

Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych w procesie powrotu do aktywizacji społecznej i zawodowej realizowane będzie z udziałem grupy osób pobierających renty szkoleniowe ze względu na to, że przeszły cały proces rehabilitacji – od wypadku/choroby zawodowej poprzez leczenie i rehabilitację medyczną oraz rehabilitację zawodową. Osoby pobierające lub uprawnione do pobierania rent szkoleniowych mają osobiste doświadczenie związane z funkcjonowaniem obecnie stosowanych rozwiązań w zakresie rehabilitacji leczniczej, zawodowej i społecznej. Bazując na tych doświadczeniach osoby badane będą mogły określić swoje potrzeby związane z usprawnieniem procesu rehabilitacji.

Badaniem zostaną objęte osoby, które w latach 2013 – 2017 uzyskały prawo do renty szkoleniowej w ramach prewencji rentowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Łącznie były to 887 osoby. Z danych pozyskanych z ZUS wynika, że kobiety stosunkowo rzadko ubiegają się o przyznanie renty szkoleniowej. Wśród grupy osób objętych badaniem kobiety stanowią tylko niespełna 15%.

Najczęściej prawo do renty szkoleniowej uzyskiwały osoby z województwa śląskiego (17,4% ogółu) i wielkopolskiego (14,4% ogółu), najrzadziej zaś osoby z „najmniejszych” województw: lubuskiego (1,6% ogółu) i opolskiego (0,7% ogółu).

Tabela nr 4 Liczba osób, które w latach 2013 – 2017 uzyskały prawo do renty szkoleniowej wg województw

WOJEWÓDZTWO	Liczba osób	[%]
DOLNOŚLĄSKIE	24	2,7%
KUJAWSKO-POMORSKIE	22	2,5%
LUBELSKIE	22	2,5%
LUBUSKIE	14	1,6%
ŁÓDZKIE	28	3,2%
MAŁOPOLSKIE	74	8,3%
MAZOWIECKIE	95	10,7%
OPOLSKIE	6	0,7%
PODKARPACKIE	44	5,0%
PODLASKIE	36	4,1%
POMORSKIE	20	2,3%
ŚLĄSKIE	154	17,4%
ŚWIĘTOKRZYSKIE	43	4,8%
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	104	11,7%
WIELKOPOLSKIE	128	14,4%
ZACHODNIOPOMORSKIE	73	8,2%
OGÓŁEM	887	100,0%

Źródło: Dane pozyskane z ZUS

Blisko połowa osób (49%), które w latach 2013 – 2017 uzyskały prawo do renty szkoleniowej kontynuuje zatrudnienie. Próba badawcza będzie dobierana celowo tak, by zapewnić reprezentatywność w trzech kryteriach:

- 1) makroregion (patrz rozdział 3 Organizacja badania),
- 2) aktywność zawodowa (50% zatrudnionych),
- 3) płeć (minimum 25% kobiet).

2.4 Narzędzie badawcze – kwestionariusz ankiety

Główna część procesu badawczego zostanie zrealizowana z wykorzystaniem metody PAPI/CAPI (bezpośredni indywidualny wywiad kwestionariuszowy/indywidualny wywiad kwestionariuszowy wspomagany komputerowo). W przypadku obydwu technik

wykorzystywany będzie kwestionariusz ankiety opracowany w Wydziale ds. Badań i Analiz Departamentu ds. Programów PFRON. Treść narzędzia została skonsultowana z 4 ośrodkami uniwersyteckimi (Uniwersytet Warszawski, Gdański Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Wrocławski, Uniwersytet Medyczny w Lublinie), które są odpowiedzialne za przeprowadzenie badania terenowego. Planowane jest użycie kwestionariusza w tradycyjnej wersji papierowej. Jednakże, ze względu na ograniczoną ilość czasu na realizację badania, zasadne jest włączenie możliwości przeprowadzenia wywiadu z wykorzystaniem komputera jako narzędzia do wpisywania odpowiedzi/danych, a także ułatwiającego ich dalszą analizę. Pozwoli to przyspieszyć proces zbierania i analizy danych.

3. Organizacja badania

Za realizację badania terenowego odpowiedzialnych jest 4 partnerów projektu: Uniwersytet Warszawski, Gdański Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Wrocławski oraz Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Zgodnie z założeniami określonymi w ww. projekcie planowane jest przeprowadzenie łącznie 280 wywiadów, po 70 ankiet w każdym z czterech wyodrębnionych makroregionów Polski. Każdy z ośrodków uniwersyteckich zrealizuje 70 ankiet z zachowaniem celowego doboru próby na terenie jednego makroregionu według następującego podziału:

1 makroregion – Gdański Uniwersytet Medyczny	Województwo: Kujawsko-Pomorskie, Pomorskie, Wielkopolskie, Zachodniopomorskie
2 makroregion – Uniwersytet Wrocławski	Województwo: Dolnośląskie, Lubuskie, Opolskie, Śląskie
3 makroregion – Uniwersytet Warszawski	Województwo: Łódzkie, Mazowieckie, Podlaskie, Warmińsko-Mazurskie
4 makroregion – Uniwersytet Medyczny w Lublinie	Województwo: Lubelskie, Małopolskie, Podkarpackie, Świętokrzyskie

Rysunek 8 Mapa Polski z podziałem na makroregiony



Podział na makroregiony jest powiązany z planowanym rozmieszczeniem pilotażowych ośrodków kompleksowej rehabilitacji. Podziału dokonano przyjmując dwa kryteria: położenie województw względem siebie i liczbę osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym według danych z GUS NSP 2011⁴⁰.

3.1. Sposób realizacji badania

Każdej uczelni PFRON przekaże bazę danych osób, zamieszkujących na terenie danego makroregionu, które uzyskały prawo do renty szkoleniowej w okresie od 1 stycznia 2013 r. do dnia 30 września 2017 r. Cała baza zawiera dane adresowe 887 osób, spośród których tylko 177 udostępniło swój numer telefonu. Związku z powyższym, dotarcie do

⁴⁰ „Wczesna, kompleksowa rehabilitacja szansą na powrót do aktywności społecznej lub zawodowej”, Koncepcja Programu, 2017 Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Partnerstwie z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, s.13-14

respondentów będzie utrudnione. W zależności od rodzaju danych kontaktowych badanie terenowe zostanie poprzedzone:

- próbą kontaktu telefonicznego, w trakcie którego przedstawiony zostanie cel badania, prośba o wyrażenie zgody na wzięcie udziału w badaniu, a także uzgodnione zostanie miejsce i termin realizacji wywiadu, lub
- wysyłką pisma, w którym znajdować się będzie informacja o celu badania, proponowany termin jego realizacji oraz dane ankietera lub koordynatora badania (telefon, adres email). Osoba badana będzie miała możliwość zmiany terminu badania lub potwierdzenia uczestnictwa. W trakcie pierwszego kontaktu z respondentem należy uzyskać zgodę na udział w badaniu oraz ustalić termin i miejsce realizacji wywiadu.

Respondentom przedstawiony zostanie list intencyjny podpisany przez Prezesa ZUS oraz Prezesa PFRON, stanowiący **załącznik nr 2** do niniejszego raportu. Wywiad z respondentem odbywać się będzie w bezpośrednim kontakcie z ankieterem. Przed realizacją badania terenowego ankieterzy zostaną zapoznani z problematyką badania, a także z kwestionariuszem wywiadu. Ankieterzy przed przystąpieniem do badania podpiszą zobowiązanie do zachowania tajemnicy w formie oświadczenia lub w formie odrębnego paragrafu w umowie pomiędzy uczelnią a ankieterem. Propozycja zapisów klauzuli poufności została zawarta w **załączniku nr 3**. Podpisanie oświadczenia/zobowiązania o zachowaniu tajemnicy bądź zawarcie klauzuli poufności w umowie z ankieterem/firmą realizującą badanie jest obowiązkowe. Zgodnie z metodologią badania możliwy jest wybór sposobu prowadzenia wywiadu pomiędzy klasyczną ankietą w formie papierowej a ankietą uzupełnianą w wersji elektronicznej. W każdym przypadku zaleca się, aby ankieter własnoręcznie wprowadzał odpowiedzi udzielone przez respondenta do kwestionariusza. Pozwoli to na zmniejszenie liczby błędów w wypełnianych ankietach, związanych np. z nieczytelnymi odpowiedziami (PAPI), błędnym zaznaczeniem odpowiedzi, bądź ewentualnymi trudnościami w obsłudze komputera przez respondentów (CAPI).

3.2. Przedstawienie wyników badania (raport wynikowy)

Poniżej przedstawiono schemat raportu wynikowego:

1. Opis próby badawczej.
2. Realizacja badania (sposób dotarcia do uczestników, poziom realizacji próby, informacja o ewentualnych problemach związanych z realizacją badania, opis podjętych środków w zakresie kontroli jakości).
3. Dane w postaci bazy danych pochodzących z badań ilościowych zapisane w formacie xls, wersja xlsx.

PFRON prześle uczelniom tabele niezbędne do kodowania danych.

3.3. Kontrola jakości badania

Każda z 4 uczelni wyższych realizujących badanie powinna zapewnić kontrolę jakości we własnym zakresie. Rekomendowane są następujące czynności:

1. Powołanie koordynatora organizacyjnego odpowiedzialnego za nadzorowanie przebiegu badania oraz kontrolę jakości badania.
2. Koordynator powinien utrzymywać stały kontakt z ankieterami, na bieżąco monitorować ich pracę oraz udzielać odpowiedzi na ewentualne pytania.
3. W trakcie badania terenowego, pytania co do konstrukcji ankiety lub dotyczące znaczenia poszczególnych pytań mogą być kierowane przez ankieterów bezpośrednio do pracowników Departamentu ds. Programów PFRON: Pani Beaty Góral (22 50-55-122) lub Pana Piotra Wójtowicza (22 50-55-742).
4. W sprawach istotnych zdarzeń, które mogą mieć wpływ na realizację badania należy kontaktować się z Panią Beatą Góral (22 50-55-122) lub Panem Piotrem Wójtowiczem (22 50-55-742).

3.4. Harmonogram badania

Badanie terenowe zostanie przeprowadzone w terminie do dnia 18 lutego 2018r. W terminie do dnia 20 lutego 2018 r. Uczelnie prześlą do PFRON raport wynikowy oraz

kompletne, zakodowane tabele z wynikami badania. PFRON opracuje raport końcowy z badania.

4. Konspekt raportu końcowego

Raport końcowy będzie przedstawiać syntetyczny opis wyników badania potrzeb i oczekiwań osób niepełnosprawnych pobierających renty szkoleniowe. Raport końcowy zostanie opracowany przez Wydział ds. Badań i Analiz PFRON na podstawie raportów wynikowych przesłanych przez 4 partnerów projektu. Poniżej prezentowano wstępny konspekt raportu końcowego, który ulegnie uszczegółowieniu na etapie prac analitycznych i tworzenia raportu z badań.

Raport końcowy zawierał będzie następujące elementy:

1. Streszczenie.
2. Wprowadzenie, kontekst badania (rozdział ten będzie oparty na wynikach badania *desk research*).
3. Opis metodologii badania.
4. Opis wyników w podziale na:
 - a. Wstęp (m.in. informacje odnośnie realizacji próby).
 - b. Potrzeby i oczekiwania dotyczące procesu leczenia/rehabilitacji.
 - c. Potrzeby i oczekiwania dotyczące procesu powrotu do aktywności zawodowej.
 - d. Potrzeby i oczekiwania dotyczące wsparcia w środowisku lokalnym.
5. Wnioski z badania.
6. Rekomendacje w zakresie kompetencji specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją.
7. Bibliografia.

5. Bibliografia

Aktywność ekonomiczna ludności Polski II kwartał 2017 roku (2017), Główny Urząd Statystyczny, Zakład Wydawnictw Statystycznych.

Dane statystyczne dotyczące zatrudnienia, Eurostat Statistics Explained, 2017, dostęp 10.11.2017 r. [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Employment_statistics/pl]

European Union Labour Force Survey 2011, Eurostat database, dostęp 10.11.2017 r., [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_dlm010&lang=en]

Emerytury i Renty w 2016 r., Główny Urząd Statystyczny, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2017.

Golinowska, S., & Sowa, A. (2012). Determinanty niepełnosprawności, w: S. Golinowska (red.), *Instytucjonalne, zdrowotne i społeczne determinanty niepełnosprawności*, IPISS, Warszawa, 66-95.

Informacja o wynikach kontroli „Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej”, Najwyższa Izba Kontroli, 2014.

Informacja z wykonania planów finansowych FUS, FEP, FRD oraz planu budżetu państwa w części 73 – ZUS (2016).

Monitor Polski z 2017 r. poz. 817.

Mrozek-Gasiorowska, M. A., Świadczenia rehabilitacyjne finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2005-2014. Tendencje i perspektywy Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie; Kraków Vol. 13, Iss. 3, (2015): 243-251.

Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011, Raport z wyników (2012). Główny Urząd Statystyczny, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.

Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, 2006, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Dz. U. z dnia 25 października 2012 r., poz. 1169.

M. Piekarczyńska, R. Wieczorkowski, A. Zajenkowska-Kozłowska (2016), Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., Główny Urząd Statystyczny, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.

Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS – materiały informacyjne ze strony ZUS, dostęp 21.11.2017 r.

[http://www.zus.pl/documents/10182/167776/Ulotka_rehabilitacja_lecznicza_1/8f52eeaa-8049-454b-8233-e44b25c41fe]
[http://www.zus.pl/documents/10182/167776/Ulotka_rehabilitacja_lecznicza_1/8f52eeaa-8049-454b-8233-e44b25c41fe]

Raport końcowy - Badanie Zakładów Aktywności Zawodowej, 2017, opracowanie wykonane przez Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka na zlecenie PFRON.

Raport końcowy z badania sytuacji Warsztatów Terapii Zajęciowej, 2014, opracowanie wykonane przez Laboratorium Badań Społecznych Sp. z o. o na zlecenie PFRON.

Rocznik Statystyczny Ubezpieczeń Społecznych 2012-2014 (2016), Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa.

Uchwała Sejmu RP z 1 sierpnia 1997 r. (M.P. 1997 nr 50 poz .475).

Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z 27 sierpnia 1997 r. Dz. U. z 2016 r., poz. 2046

Ustawa z dnia 10 grudnia 1993r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin Załącznik do obwieszczenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 9 listopada 2017 r. (Dz.U. 2017 poz. 2225).

M. Sochańska-Kawiecka, Z. Kołakowska-Seroczyńska, D. Zielińska, E. Makowska-Belta, P. Ziewiec, (2017), Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, Badanie zrealizowane na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka, Warszawa.

Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2016 rok, NFZ, Warszawa, 2017.

Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2016 r. (2017), Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa.

Wczesna, kompleksowa rehabilitacja szansą na powrót do aktywności społecznej lub zawodowej Koncepcja Programu, 2017 Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Partnerstwie z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

World Health Organization. (2011). The World Bank. World report on disability. 2011. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.*

Wilmowska-Pietruszyńska, A. (2016). 20-lecie programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS, Prewencja i Rehabilitacja nr 2-3/2016 wydanie specjalne (44-45), ZUS.

Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 roku (2017), Główny Urząd Statystyczny, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.