

# Rekomendacje dla Polski na podstawie doświadczeń międzynarodowych.

## Wdrożenie Art. 27 Konwencji Narodów Zjednoczonych o Prawach Osób Niepełnosprawnych (KPON)

### Wstęp

Praca i zatrudnienie są istotnymi czynnikami w prowadzeniu niezależnego życia przez osoby niepełnosprawne. Mogą one w ten sposób uzyskiwać własne zarobki. Art. 27 Konwencji Narodów Zjednoczonych o Prawach Osób Niepełnosprawnych (KPON) musi być przestrzegany jako istotny element strategii praw człowieka w każdym państwie na świecie, w Europie, a zatem i w Polsce. Zainspirowanie świata biznesu do zapewnienia włączającej pracy zarobkowej dla osób niepełnosprawnych stanowi wyzwanie dla większości państw. Każde z nich może skorzystać z rozwiązań prawnych między różnymi systemami oraz z wymiany dobrych praktyk. Art 32 Konwencji przewiduje właśnie tego rodzaju międzynarodową współpracę.

Organizacje międzynarodowe zaczęły już gromadzić globalne wskaźniki implementacji Art. 27 Konwencji. Organizacja *Rehabilitation International* (RI, [www.riglobal.org](http://www.riglobal.org)) z siedzibą w Nowym Jorku opublikowała „złote reguły pracy zarobkowej”, a RI *Europe* zaproponowała zasady rehabilitacji (Art. 26) w odniesieniu do Art. 27. Ich autor jest wiceprzewodniczącym Komisji ds. Pracy i Zatrudnienia oraz Członkiem Zarządu RI. Oprócz tych działań Międzynarodowe Stowarzyszenie Zabezpieczenia Społecznego (ISSA) z siedzibą w Genewie ([www.issa.org](http://www.issa.org)) dostarcza swoim członkom – instytucjom ubezpieczeń społecznych z całego świata, odpowiedzialnym za opiekę zdrowotną, renty, zasiłki dla bezrobotnych i za wypadki przy pracy, wytyczne dotyczące powrotu do pracy. Autor niniejszego artykułu był przewodniczącym grupy roboczej ds. tych wytycznych.

Poniższe zalecenia oparte są właśnie na wspomnianych międzynarodowych standardach, a także na wynikach polsko-niemieckiego projektu wczesnej interwencji w zakresie rehabilitacji zawodowej z 2013 r. Niemieckie Społeczne Ubezpieczenie Wypadkowe (DGUV) z siedzibą w Berlinie oraz Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej zainicjowały podjęcie współpracy z ZUS, KRUS i PFRON. Autor niniejszego artykułu działał jako lider projektu po stronie niemieckiej. Ten artykuł skupia się bardziej na skutecznych strategiach

i programach powrotu do pracy (ang. *return to work* – RTW) w sensie jej utrzymania. Konieczne jest znalezienie lub utworzenie nowych miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych w sytuacji, kiedy zawiodą działania prewencyjne mające na celu utrzymanie dotychczasowego miejsca pracy. Po kilku uwagach ogólnych (2) przyjęte międzynarodowe czynniki sukcesu RTW zostaną podsumowane w odniesieniu do Polski (3), a następnie pojawią się propozycje planu działania przez instytucje zabezpieczenia społecznego (4). Artykuł kończy się wnioskami dotyczącymi badań naukowych (5).

## **1. Zarys procesu implementacji**

### **a) Statystyka**

Art. 27 stanowi prawa człowieka dla około miliarda osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym na całym świecie. Dane te oparte są na raporcie dotyczącym osób niepełnosprawnych, opublikowanym przez Światową Organizację Zdrowia w 2012 r. 80% niepełnosprawności nie jest wrodzonych, ale nabytych. Większość osób niepełnosprawnych traci pracę na długi okres czasu. Dlatego też „strategie powrotu do pracy” są jednymi z priorytetowych działań każdego państwa w oparciu o koncepcję utrzymania zatrudnienia przez osoby niepełnosprawne.

### **b) Definicje**

Bez rehabilitacji nie istnieje uwięziony powodzeniem powrót do pracy. Aby utrzymać miejsca pracy, rehabilitację należy rozpocząć wcześniej i w stosownym momencie, bezpośrednio po utracie zatrudnienia przez osobę niepełnosprawną. Art. 26 ust. 1 lit. a) uznał ten czynnik aktywujący za prawo człowieka, a określenie powrotu do pracy objęło również metody „zarządzania przypadkiem”. Do osób niepełnosprawnych, w następstwie poważnego urazu lub choroby, należy podchodzić kompleksowo w labiryncie przepisów i w niezliczonej liczbie interesariuszy systemu zabezpieczenia społecznego.

### **c) Analiza biznesowa**

Jeżeli różni interesariusze zostaną przekonani do implementacji Art. 27 oraz programów powrotu do pracy (RTW), należy określić przypuszczalny zwrot takiej inwestycji. Finanse państwa wynikają z działań społeczeństwa opartego o pracowników, którzy mogą dłużej wypełniać obowiązki (czynnik demograficzny). Pracodawcy potrzebują wykwalifikowanych pracowników długoterminowo zdolnych do pracy oraz chcą poprawić wydajność za pomocą zrównoważonych środków. Należy rozważyć wynagradzanie pracowników służby zdrowia (w szczególności lekarzy) za wspieranie swoich pacjentów w powrocie do pracy.

## d) Prawa człowieka

Art. 27 podkreśla problemy osób niepełnosprawnych jako prawo człowieka, zaś państwo powinno opracować rozwiązania prawne oraz uruchomić programy w celu ich realizacji: Państwa-Strony mają zapewnić prawo do pracy, włączając w to osoby, które stały się niepełnosprawne w trakcie zatrudnienia, przez podjęcie odpowiednich działań, w tym legislacyjnych, w celu promowania rehabilitacji zawodowej i leczniczej, utrzymania pracy i programów powrotu do pracy.

Art. 25 b Konwencji (Zdrowie) otwiera możliwości Państw-Stron dla organizacji świadczenia usług zdrowotnych, takich jak wczesne rozpoznanie i leczenie oraz usług mających na celu zminimalizowanie lub zapobieganie pogłębianiu się niepełnosprawności.

## e) Aktualne wyzwania

Podobnie jak w Polsce, na całym świecie większość społeczeństw zadaje sobie te same kluczowe pytania. W jaki sposób pracownicy niepełnosprawni mogą uzyskać kompleksową rehabilitację medyczną, zawodową i społeczną? W jaki sposób można wspierać działania pracodawców na rzecz utrzymania miejsc pracy przez pracowników z chorobami przewlekłymi? W jaki sposób instytucje ubezpieczeń społecznych, które wypłacają świadczenia, mogą wspierać te kluczowe wyzwania, również w Polsce? W jaki sposób świadczeniodawcy służby zdrowia powinni wpływać na życie zawodowe pracowników oraz na proces ich zatrudniania?

## 2. Wytyczne międzynarodowe

Wytyczne dotyczące implementacji, ze szczególnym uwzględnieniem powrotu do pracy (RTW), które zostały uzgodnione przez członków ISSA we współpracy z ekspertami w ramach *Rehabilitation International*, istnieją od 2014 r. Wytyczne te oparte są na kodeksie postępowania Międzynarodowej Organizacji Pracy (ILO) „Zarządzanie niepełnosprawnością w miejscu pracy”, opublikowanym w 2002 r. i opartym na konsensusie między partnerami społecznymi na całym świecie (pracodawcy i pracownicy). W tych wytycznych najważniejsze elementy są adresowane do kadry kierowniczej instytucji zabezpieczenia społecznego, która powinna brać udział w realizacji sześciu głównych obszarów działań w zakresie organizacji świadczeń zabezpieczenia społecznego dla osób niepełnosprawnych.

### a) Podejście holistyczne

Aktywizacja instytucji zabezpieczenia społecznego, które powinny nie tylko reagować na istniejące niepełnosprawności, ale muszą wpływać oraz tworzyć odpowiednie metody w celu rozwoju systemu ubezpieczeń społecznych

w danym kraju, prowadząc działania kompleksowe, a nie tylko pozostając biernym płatnikiem świadczeń, takich jak renta z tytułu niezdolności do pracy, zasiłki chorobowe i zasiłki dla bezrobotnych. Jakże są zatem kluczowe wyzwania dla pomyślnego wdrożenia Art. 26?

- **Odpowiedzialność pracodawców**  
Jeśli społeczeństwo będzie wymagało od pracodawców odpowiedzialności wobec swoich pracowników, wdrożenie Art. 27 stanie się łatwiejsze przez zastosowanie odpowiednich przepisów prawa pracy lub zabezpieczenia społecznego. Istnieje kilka możliwości w tym zakresie. W 2004 r. Niemcy wprowadziły prawne zasady powrotu do pracy (RTW), obowiązujące wszystkich pracodawców. Pracodawcy nie posiadający systemu zarządzania niepełnosprawnością nie mogą rozwiązać umowy o pracę z pracownikiem z powodu choroby. Inne państwa, takie jak Holandia, przeniosły całą odpowiedzialność za koszty opieki zdrowotnej na pracodawców, którzy muszą płacić zasiłki chorobowe oraz świadczenia zdrowotne do dwóch lat. Z kolei inne kraje, takie jak Austria, preferują finansową zachętę do implementacji Art 27. W „otwieraniu nowych drzwi” w życiu zawodowym osób niepełnosprawnych pomocne mogą być również nagrody dla pracodawców ([www.einfach-teilhabe.de](http://www.einfach-teilhabe.de)).
- **Świadczenia medyczne i zawodowe**  
Usługi rehabilitacji medycznej (Art. 26 Konwencji), świadczone w pobliżu miejsca pracy, zwiększają szanse na zatrudnienie osoby niepełnosprawnej. Usługodawcy, tacy jak kliniki rehabilitacyjne czy eksperci medyczni, muszą znać miejsce i warunki pracy swoich pacjentów, ponieważ bez tej wiedzy nie będą w stanie w sposób właściwy wykonać swojego zadania. Za tego rodzaju usługi powinny jednak płacić instytucje zabezpieczenia społecznego, oferując odpowiednie wynagrodzenie. Instytucje ubezpieczeń społecznych muszą organizować swoje usługi z uwzględnieniem potrzeb osób niepełnosprawnych. Powrót do pracy (RTW) najczęściej powinien rozpoczynać się już w trakcie intensywnej opieki medycznej. Kontrakty z lekarzami rodzinnymi i specjalistami to odpowiednie metody do inicjowania programów wczesnej rehabilitacji.
- **ICF jako narzędzie**  
Konwencja koncentruje się na zmianie modelu medycznego na model bio-psycho-społeczny. Programy zorientowane na niepełnosprawność muszą obejmować wszystkie indywidualne czynniki, a nie tylko zaburzenia fizyczne. To nowe podejście, skoncentrowane na osobie, które ma kompleksowo identyfikować potrzeby określone na podstawie klasyfikacji ICF opublikowanej i promowanej przez WHO. Klasyfikacja ta pomaga lekarzom w leczeniu pacjentów zgodnie z zasadami Konwencji, a instytucje ubezpieczeń społecznych

powinny wymagać od ekspertów medycznych stosowania ICF oraz finansowania zakupu odpowiedniego wyposażenia i składania raportów.

- **Prewencja i rehabilitacja**

Z punktu widzenia przedsiębiorstw i ich pracowników niepełnosprawnych należy zapewnić pracownikom wsparcie zdrowotne oraz bezpieczeństwo pracy, a programy promocji zdrowia muszą być oferowane w formie usługi *one-stop-stop* (usługi kompleksowej świadczonej w jednym miejscu) w połączeniu ze świadczeniami rehabilitacyjnymi. Wszystkie te rodzaje świadczeń są częścią jednego celu: przestrzegania praw osób niepełnosprawnych do powrotu do pracy. Instytucje ubezpieczeń społecznych, takie jak: Narodowy Fundusz Zdrowia, ubezpieczenia rentowe i wypadków przy pracy, muszą ze sobą współpracować w celu realizacji wzajemnych interesów pracodawców i pracowników.

## **b) Wczesna interwencja**

Instytucje ubezpieczeń społecznych muszą wprowadzić rozwiązania aktywizujące osoby niepełnosprawne, zamiast czekać, aż zostaną one wykluczone z życia zawodowego. Wyższa kadra zarządzająca powinna stworzyć rozwiązania mające na celu implementację Art. 26 i powrotu do pracy (RTW) jako praw człowieka. Świadczenia i programy mają zaczynać się na jak najwcześniejszym etapie i być oparte na wielodyscyplinarnej ocenie indywidualnych potrzeb i mocnych stron pracownika (Art. 26 ust. 1 lit. a) Konwencji).

- **Zastosowania**

Większość instytucji ubezpieczeń społecznych oczekuje na wdrożenie świadczeń, w tym świadczeń rehabilitacyjnych. Jednak ten rodzaj biernego zachowania nie jest zgodny z aktywizującą rolą systemu zabezpieczenia społecznego. Instytucje ubezpieczeń społecznych muszą korzystać z doświadczeń i informacji interesariuszy działających w miejscu pracy oraz pracowników chorych lub po przebytych urazach, w celu zapewnienia im odpowiednich działań prewencyjnych. Informacje te powinny zostać zaakceptowane przez pracownika, a raport ma być finansowany przez instytucje ubezpieczeń społecznych. Niemieckie Społeczne Ubezpieczenie Wypadkowe otrzymuje raporty z mocy prawa w przypadku wypadków przy pracy, które są przyczyną czasowej niezdolności do pracy powyżej trzech dni oraz raporty od lekarzy w przypadku podejrzenia choroby zawodowej (Art. 193 Kodeksu Społecznego nr 7).

- **Współpraca z lekarzami medycyny pracy**

W wielu państwach pracodawcy zobowiązani są przez prawo do przeprowadzenia badań wstępnych, okresowych lub kontrolnych przez lekarzy

medycyny pracy pracujących w przedsiębiorstwach lub na ich potrzeby. Te działania zapobiegawcze powinny być łączone z leczeniem przez lekarzy rodzinnych. Wyniki tych badań muszą być wykorzystane do wprowadzenia strategii powrotu do pracy (RTW) przez instytucje zabezpieczenia społecznego. Im więcej lekarzy współpracuje, tym większa jest szansa na implementację prawa do pracy zakończoną sukcesem. Instytucje ubezpieczeń społecznych powinny kreować aktywność lekarzy za pomocą kontraktów, a także systemów opartych o łączność elektroniczną i zaakceptowanych przez pracowników. Należy wziąć pod uwagę doświadczenia globalne: sześć tygodni czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby czy urazu obniża szanse na powrót do pracy do 50%.

### c) Zarządzanie rehabilitacją

Zarządzanie procesem uczestnictwa jest w niektórych państwach jedną z metod skierowanych do osób niepełnosprawnych w przypadkach szczególnie skomplikowanych, finansowanych przez instytucje ubezpieczeń społecznych. Zarządzanie rehabilitacją jest konieczne w programie wczesnej rehabilitacji. Osoby niepełnosprawne, potrzebujące pomocy zawodowej, nie mogą być pozbawione wiedzy na temat korzyści i odpowiedzialności, które są niezbędne do realizacji ich prawa do pracy. Większość niepełnosprawnych pracowników czuje się bezradna, chociaż pragną kontynuować pracę i nie chcą być wykluczeni z życia zawodowego.

- **Wartość ekonomiczna**  
Instytucje ubezpieczeń społecznych muszą zdawać sobie sprawę z przesunięcia paradygmatu z kompensacji na zarządzanie rehabilitacją. Ten trend daje korzyści nie tylko osobom niepełnosprawnym, ale także powinien być rozpatrywany z punktu widzenia ekonomicznego. Tylko około 5% osób niepełnosprawnych wymaga intensywnego zarządzania rehabilitacją z powodu stwierdzonych u nich skomplikowanych następstw choroby czy urazu, mogących wpływać na ich zatrudnienie. Jednak te 5% generuje około 80% całkowitych kosztów świadczeń wypłacanych przez instytucje zabezpieczenia społecznego.
- **Podejście oparte na umiejętnościach**  
Zarządzanie rehabilitacją realizuje zapisy Konwencji, mające na celu skupienie się na możliwościach osób niepełnosprawnych, a nie na ich ograniczeniach. Wskazania oparte na ICF pomagają w znalezieniu efektywnych metod zarządzania, jeśli są one wykorzystywane do celów zawodowych. Kluczowym czynnikiem sukcesu jest właściwe i efektywne narzędzie oceny, które ułatwia podjęcie decyzji, kto może pracować, z jakimi umiejętnościami i na jakich stanowiskach pracy.

- Reintegracja „krok po kroku”  
Instytucje ubezpieczeń społecznych powinny zarządzać umiejętnym transferem w trakcie procesu powrotu do pracy (RTW) poprzez finansowanie reintegracji „krok po kroku” we wcześniejszym środowisku pracy. Tego rodzaju świadczenia mają być zawarte w odpowiednich kodeksach społecznych. Instytucje ubezpieczeń społecznych wynagradzają w tym czasie lekarzy oraz bazują na zindywidualizowanym planie integracji, który określa, jak długo, w jakich przedziałach czasu i w jakim stopniu pracownik niepełnosprawny może pracować. Głównym celem jest powrót do pracy w pełnym wymiarze godzin.

#### **d) Uczestnictwo**

Osoby niepełnosprawne są ekspertami w zakresie własnych problemów zdrowotnych. Instytucje ubezpieczeń społecznych powinny wykorzystywać tę wiedzę, podobnie jak doświadczenie innych ekspertów. Ustalenia dotyczące potrzeb osób niepełnosprawnych mogą być uwzględniane bez żadnych opłat, jeśli instytucje ubezpieczeń społecznych zwrócą się z prośbą do osób ubezpieczonych. Ten rodzaj uczestnictwa otwiera nowe możliwości dla odpowiednich służb, a także powoduje oszczędności w takich przypadkach, gdy osoby niepełnosprawne nie wymagają świadczeń lub np. nie potrafią obsłużyć urządzeń elektronicznych.

- Osoby z podobnym rodzajem niepełnosprawności  
Jedną z nowych metod uczestnictwa jest włączenie tych osób w proces rehabilitacji, jako swego rodzaju dodatkowego eksperta. Ktoś po amputacji lub po urazie rdzenia kręgowego pomaga innemu człowiekowi z podobną niepełnosprawnością. Dialog pomiędzy nimi motywuje i stymuluje proces powrotu do zdrowia oraz stwarza możliwość powrotu do pracy, zamiast pozostawania w domu i tracenia szans na niezależne życie.
- Proces podejmowania decyzji  
Uczestnictwo wzbogaca również większość dyskusji dotyczących przyszłościowych strategii zainicjowanych przez kierownictwo wyższego szczebla instytucji zabezpieczenia społecznego. Powinno ono brać pod uwagę doświadczenia kompetentnych osób niepełnosprawnych jako ekspertów w sprawie np. organizacji biura bez barier. Użytkownicy wózków inwalidzkich oraz osoby niewidome, w porównaniu do architektów czy innych specjalistów, przeważnie dysponują lepszą wiedzą na temat swoich potrzeb. Dla instytucji ubezpieczeń społecznych korzystne jest również zatrudnienie jako ekspertów osób niepełnosprawnych, mających za zadanie udział w opracowaniu wytycznych w każdym rodzaju problematyki związanej z niepełnosprawnością.

## e) Współpraca między interesariuszami

Instytucje zabezpieczenia społecznego powinny wspierać współpracę pomiędzy pracodawcami i związkami pracowników reprezentatywnych w danym kraju, jak również współpracę ze stowarzyszeniami osób niepełnosprawnych, świadczeniodawcami usług medycznych i zawodowych oraz uniwersytetami i ich wydziałami pracy i prawa społecznego oraz polityki dotyczącej niepełnosprawności.

- **Krajowa organizacja parasolowa**  
W celu koordynacji świadczeń rehabilitacji i uczestnictwa osób niepełnosprawnych najlepszym rozwiązaniem wydaje się być stworzenie organizacji parasolowej na szczeblu państwowym, jak np. w Niemczech czy krajach skandynawskich. Jedna Federacja działa we Frankfurcie ([www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)), druga w Heidelbergu ([www.dvfr.de](http://www.dvfr.de)). Wszystkie te podmioty od dziesięcioleci integrują odpowiednie i zainteresowane rehabilitacją grupy przy wsparciu Niemieckiego Ministerstwa Pracy i Spraw Socjalnych.
- **Model instytucji rządowych**  
Wspólna praca wymaga przywódców. Rządy powinny zachęcać do współpracy w dziedzinie zabezpieczenia społecznego, jeżeli połączenie działalności w sektorze opieki zdrowotnej z rynkiem pracy ułatwiłoby realizację Art. 26. Jedną z opcji jest utworzenie jednego ministerstwa zdrowia i pracy. Inną jest z kolei ustalenie planu współdziałania pomiędzy tymi dwoma ministerstwami. Trzecia opcja to Państwowy Instytut, gdzie wszystkie grupy interesariuszy, wdrażające Art. 27, mogłyby skutecznie współpracować i realizować ten sam cel.
- **Kompetencje regionalne**  
W ciągu ostatnich lat WHO promowała rehabilitację środowiskową (Art. 26 Konwencji), ale strategii tej brakuje powiązania z prawem do pracy. Art. 27 może być realizowany tylko we współpracy z przedsiębiorstwami, jak i ze wszystkimi interesariuszami, którzy wprowadzają programy profilaktyczne i rehabilitacyjne w przedsiębiorstwach i dla nich. Mniejsze i średnie przedsiębiorstwa oraz ich pracownicy potrzebują systemu typu *one face to the customer*. W Finlandii tego rodzaju wszechstronne podejście zapewniają lekarze medycyny pracy, którzy służą przedsiębiorstwom w zakresie prewencji i rehabilitacji. Z kolei w Norwegii „NAV” oferuje kompleksowe świadczenia na poziomie społeczności lokalnej oraz w przedsiębiorstwach.

## f) Kwalifikacje ekspertów

Od dłuższego czasu w Europie, a także na całym świecie, brakuje profesjonalistów, którzy wprowadziliby programy powrotu do pracy (RTW) oraz stosowali metody implementacji Art. 27. Lekarze medycyny pracy czy terapeuci



zajęciowi (OT) byli jedynymi ekspertami z dziedziny medycyny, którzy w stopniu minimalnym posiadali umiejętności z zakresu prewencji i rehabilitacji w miejscu pracy. Od początku lat 90. XX w. świat podbił kanadyjski program edukacji zwany zarządzaniem niepełnosprawnością – DM ([www.nidmar.ca](http://www.nidmar.ca)). Te moduły edukacyjne muszą stawać się coraz bardziej interesujące dla przedsiębiorców i kadry zarządzającej instytucji zabezpieczenia społecznego oraz ich usługodawców, także w Polsce.

- Wytyczne Międzynarodowej Organizacji Pracy (ILO)  
Program Zarządzania Niepełnosprawnością (DM) oparty jest na konsensusie partnerów społecznych (pracodawców i pracowników) na poziomie międzynarodowym: Kodeks Praktyki Powrotu Do Pracy (RTW) Międzynarodowej Organizacji Pracy odniósł sukces na całym świecie. Jego inicjatorem jest osoba z paraplegią w następstwie wypadku przy pracy, która mieszka na wyspie Vancouver (Kanada) i prowadzi intensywne działania mające na celu wdrażanie Art. 27 za pośrednictwem tak zwanych Profesjonalistów Zarządzania Niepełnosprawnością (CDMP). Programy Zarządzania Niepełnosprawnością (DM) realizowane są głównie w Ameryce, Europie, Azji i w niektórych krajach afrykańskich. Od 2003 r. do lipca 2016 r. w Niemczech certyfikowano ponad 1000 Profesjonalistów Zarządzania Niepełnosprawnością (CDMP), pracujących w przedsiębiorstwach lub dla nich jako eksperci do spraw powrotu do pracy (RTW).
- Kwalifikacje ekspertów  
Historia sukcesu w Niemczech rozpoczęła się od wyżej wymienionych regulacji prawnych zarządzania niepełnosprawnością (DM) dla pracodawców. Zapotrzebowanie na specjalistów powrotu do pracy (RTW) w wielu państwach jest sprawą oczywistą. Można przyjąć dwie opcje kwalifikacji. Jedną z nich jest utworzenie zupełnie nowych studiów wyższych licencjackich lub magisterskich. Drugą jest możliwość certyfikacji dla kilku zawodów, dotyczącej osób, które chcą poszerzyć swoje umiejętności w zakresie utrzymania lub wprowadzania osób niepełnosprawnych w życie zawodowe, czyli studiów podyplomowych obejmujących 25 wybranych modułów pozwalających zdać egzamin z dziewięciu podstawowych kompetencji, takich jak: prawo, wsparcie medyczne, tworzenie sieci kontaktów (*networking*), kompetencje społeczne, zarządzanie przypadkiem, ocena, przekonywanie pracodawców, ewaluacja i etyczne zachowanie.
- Zadania i odpowiedzialność  
Zarządzanie niepełnosprawnością (DM) promuje proces zatrudnienia, a Profesjonaliści Zarządzania Niepełnosprawnością (CDMP) wspierają pracodawców i instytucje zabezpieczenia społecznego w uzyskiwaniu informacji o środowisku pracy lub znajdowaniu nowych możliwości

pracy przy wykorzystaniu środków finansowych na przekwalifikowanie zawodowe lub szkolenie oraz inne świadczenia zawodowe. Kontaktują oni osoby decyzyjne lub jednocześnie odpowiednich interesariuszy spoza przedsiębiorstw, takich jak lekarzy, kliniki i ośrodki przekwalifikowania zawodowego. Specjaliści powrotu do pracy (RTW) są również pośrednikami działającymi w imieniu swoich klientów – pomiędzy pracodawcami i pracownikami. Ich główny cel stanowi ustabilizowanie zaufania między obydwoma partnerami społecznymi w zakresie zatrudniania osób niepełnosprawnych.

### **3. Plan działania jako narzędzie**

Wdrażanie praw człowieka nie zachodzi natychmiastowo, dlatego też plany działania opracowywane przez rządy, władze państwowe i organizacje społeczeństwa obywatelskiego wspierają wdrażanie Konwencji w sposób zrównoważony. Rząd Niemiec postanowił stworzyć 10-letni Krajowy Plan Działania (NAP), którego poprawioną wersję 2.0 wydano w czerwcu 2016 r. ([www.einfach-teilhaben.de](http://www.einfach-teilhaben.de)). Prawie połowa innych państw świata, które ratyfikowały Konwencję, wykorzystuje ten rodzaj narodowej strategii podnoszenia świadomości. Niemieckie instytucje ubezpieczeń wypadkowych wykorzystały tę metodę, tworząc własny plan działania adresowany do około 30 000 pracowników na terenie całych Niemiec, w tym jedenastu szpitali finansowanych przez tych ubezpieczycieli. Również w Polsce instytucje ubezpieczenia społecznego, takie jak ZUS czy KRUS, należą do podmiotów publicznych, do których adresowana jest Konwencja Narodów Zjednoczonych o Prawach Osób Niepełnosprawnych. W niniejszym artykule pokrótce opisano podstawowe elementy planu działania, ponieważ wpisuje się on w cel działania instytucji społecznych ubezpieczeń wypadkowych, którym jest realizacja prawa do pracy osób niepełnosprawnych z powodu następstw wypadku przy pracy lub choroby zawodowej. Plan ten może być stosowany jako dobry model praktyki w celu wdrożenia Art. 27.

#### **a) Ubezpieczenie wypadków przy pracy**

Instytucje społecznych ubezpieczeń wypadkowych w Niemczech oferują przedsiębiorstwom i pracownikom kompleksowe usługi we wszystkich aspektach problemów zdrowotnych związanych z warunkami pracy. Zapewniają one doradztwo i świadczenia w zakresie prewencji (bhp i promocja zdrowia), intensywnej opieki medycznej, rehabilitacji kompleksowej (medycznej, zawodowej i społecznej) oraz świadczeń pieniężnych (zasiłek chorobowy/renta). Ubezpieczenia te są finansowane wyłącznie ze składek pracodawców. Funkcjonują jako organizacje non-profit oparte na zasadzie systemu finansowania *pay as you go*. Przedstawiciele pracodawców i pracowników, współdziałając,

biorą odpowiedzialność za zasadnicze decyzje dotyczące ważnych programów, takich jak plan działania. Niektóre instytucje ubezpieczeń społecznych ubezpieczają pracowników administracji publicznej, takich jak: państwowe podmioty na poziomie lokalnym, regionalnym i krajowym. Są one również odpowiedzialne za wypadki dzieci w przedszkolu, uczniów w szkołach i studentów.

Innym przesłaniem jest następujące stwierdzenie: Jeżeli instytucje zabezpieczenia społecznego służą osobom ubezpieczonym, muszą rozpocząć wdrażanie Konwencji w ich własnej organizacji jako pracodawcy!

## **b) Pola działania**

Konwencja przewiduje pewne przesunięcie paradygmatu dla instytucji zabezpieczenia społecznego. Muszą one respektować zmianę z opieki społecznej do samostanowienia osoby niepełnosprawnej. Dbanie o kogoś to za mało! Również zmiana zastępująca ocenę ograniczeń osób niepełnosprawnych na ich zdolności musi być realizowana zgodnie z prawem i świadomością interesariuszy w dziedzinie zabezpieczenia społecznego. Nie mniej ważne jest również „włączenie”, które znaczy więcej niż „integracja”. Osoby niepełnosprawne muszą być postrzegane jako część zróżnicowanego społeczeństwa. Najważniejszym przesłaniem dla pracowników instytucji zabezpieczenia społecznego jest stwierdzenie: Konwencja jest istotna nie tylko dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności na podstawie orzeczenia lekarskiego. Konwencja nie powoduje wzrostu kosztów, ale sprawia, że codzienna praca jest łatwiejsza niż myślą. Oto niektóre specyficzne obszary działań, które wydają się być istotne dla realizacji Art. 27 Konwencji:

- **Zwiększanie świadomości**  
Jeżeli pracownicy instytucji zabezpieczenia społecznego wdrażają Konwencję w codziennej pracy, to plan działania musi zawierać cele i konkretne działania na rzecz zwiększania świadomości. Niektóre czynniki sukcesu to: strategia *top down* (od ogółu do szczegółu), imprezy typu *kick-off* (spotkania inauguracyjne projektu), szkolenia kadry zarządzającej, film dokumentalny *Gold – you can more than you think*, punkty kontaktowe (osoby do kontaktu) w różnych departamentach i szkolenie specjalistów medycznych oraz przedsiębiorców w celu zatrudniania osób niepełnosprawnych.
- **Dostępność**  
Pomieszczenia biurowe instytucji zabezpieczenia społecznego muszą być konstruowane bez barier lub remontowane w celu ich likwidacji, skupiając się nie tylko na budowie ramp, ale również usuwając przeszkody dla

osób z upośledzeniem wzroku czy słuchu. Niemieckie Społeczne Ubezpieczenie Wypadkowe (DGUV) opublikowało wytyczne dla wszystkich przedsiębiorstw w Niemczech w zakresie zwiększania dostępności dla osób niepełnosprawnych, ponieważ instytucje ubezpieczeń wypadkowych są kompetentnymi partnerami przedsiębiorstw w zakresie ochrony zdrowia oraz bezpieczeństwa i higieny pracy. To pole działania obejmuje również działania motywujące placówki medyczne do likwidacji barier. Celem tego postępowania jest umożliwienie leczenia ubezpieczonych osób niepełnosprawnych w szpitalach i ambulatoriach pozbawionych barier.

- **Uczestnictwo**  
Osoby o podobnym rodzaju niepełnosprawności, uczestniczące w projektach pilotażowych, zostały włączone do mapy drogowej tworzonej przez instytucje zabezpieczenia społecznego. W tym elektronicznym systemie informacyjnym osoby objęte ubezpieczeniem społecznym mogą nawiązać kontakt z osobą z podobną niepełnosprawnością, spotkać się ze zrozumieniem i otrzymać pomoc mającą na celu ułatwienie procesu uczestnictwa w rynku pracy. Komunikat dla pracowników agencji jest prosty: uczestnictwo w rozumieniu Konwencji wspiera skuteczność i efektywność płatników w dziedzinie zabezpieczenia społecznego, głównie przez stymulowanie idei i korzystania z bezpłatnej wiedzy dla podejmowania odpowiednich decyzji, z których korzystają osoby niepełnosprawne.
- **Włączenie**  
Jakościowe kryteria rehabilitacji, które pomagają powrócić na rynek pracy, muszą uwzględniać indywidualne potrzeby osób niepełnosprawnych. Usługi rehabilitacyjne mają być dostępne w jednakowy sposób zarówno dla osób niepełnosprawnych, jak i sprawnych, podobnie jak w rehabilitacji sportowej. Wdrożenie Art. 27 winno mieć następujący cel: Zakłady pracy chronionej muszą być w społeczeństwie ograniczone do rozsądnego minimum. Przesłanie to powinno być również brane pod uwagę w rozwijaniu nowych usług, takich jak centra przekwalifikowania zawodowego. Instytucje ubezpieczeń społecznych mogą przyczynić się do promowania idei różnorodności w społeczeństwie obywatelskim dzięki ich bliskim kontaktom z przedsiębiorstwami.

### **c) Niektóre przykłady dobrych praktyk**

Część działań wymienionych poniżej w oparciu o plany działania niemieckich społecznych ubezpieczeń wypadkowych mogłaby zostać wykorzystana w innych państwach, np. takich jak Polska. Jest to idea realizacji praw człowieka zawarta w Art. 31 Konwencji. Modele dobrych praktyk powinny być rozpowszechniane w różnych państwach UE i na całym świecie.

- Każdy organ decyzyjny powinien powołać „pełnomocnika do spraw osób niepełnosprawnych” dla identyfikacji wszystkich zagadnień związanych z Konwencją.
- Wytyczne dotyczące uczestnictwa, włączania i dostępności na poziomie krajowym ułatwiają odpowiednie decyzje w pojedynczych przypadkach, w tym inwestowanie w placówki medyczne pozbawione barier.
- Pomocne są publikacje dotyczące „modeli dobrych praktyk”, pisane łatwym językiem, zawierające listy kontrolne (*check-lists*) dla spotkań bez barier oraz materiały informacyjne dla przedsiębiorstw i szkół, dotyczące inwestowania w miejsca pracy pozbawione barier.
- Co najmniej 10% budżetu przeznaczanego na badania powinno być wykorzystywane na specjalne projekty badawcze dotyczące promowania udziału w rehabilitacji.
- Instytucje zabezpieczenia społecznego, które świadczą usługi dla klientów (odbiorców społecznych), muszą rozpocząć wdrażanie Konwencji we własnej organizacji jako pracodawcy!

#### 4. Wyzwania dla badań

Badania stanowią dla społeczeństwa inwestycję w przyszłość. Idee pochodzące z projektów badawczych promują wydajność i akceptację społeczeństw w globalnym i konkurencyjnym świecie. Jednak badania odnoszące się do Art. 27 Konwencji powinny wykorzystywać odpowiednie priorytety. Jeżeli nie będą one respektowane, ich koszt stanie się wyższy i nie doprowadzą do żadnych zmian. W przypadku zwrotu z inwestycji, państwo i instytucje ubezpieczeń społecznych, które są najważniejszymi płatnikami badań, a także badacze naukowcy powinni koncentrować się na pięciu głównych obszarach badawczych.

##### Szanse na zatrudnienie

Zatrudnienie musi być jednym z najważniejszych efektów badań w dziedzinie rehabilitacji. Powrót do pracy (RTW) w oparciu o zainteresowania różnych interesariuszy ma dwa wymiary. Po pierwsze, świadczenia rehabilitacji medycznej mają być powiązane z wymaganiami miejsca pracy. Po drugie, badania powinny koncentrować się na trwałości inwestycji rehabilitacyjnych, czy osoby niepełnosprawne po dwóch latach nadal pozostają zatrudnione.

##### Indywidualne potrzeby

Naukowcy powinni zmienić swoje myślenie z badań ewaluacyjnych inicjowanych głównie przez usługodawców świadczących różnorodne

terapię, na badania skoncentrowane na osobie, które definiują indywidualne potrzeby osób z różnych grup. Badania te powinny wykorzystywać Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia oraz warunki pracy w oparciu o zalecenia dla zarządzania niepełnosprawnością (DM) zorientowanego na zdolnościach z „systemem czerwonych i żółtych flag dla celów interwencji typu *in-time*”.

### Kompleksowość

Aktywizujący system ubezpieczeń społecznych potrzebuje więcej badań dotyczących wskaźników prewencyjnych stosowanych w interwencji w przypadku osób, które nie są zdolne do utrzymania wysokiej produktywności w życiu zawodowym z powodu następstw choroby lub urazu. Pomoc udzielana tym osobom musi rozpocząć się w odpowiednim momencie oraz być zaprojektowana w sposób holistyczny. Skomplikowane przypadki nie zawsze są przypadkami ciężkimi, takimi jak porażenie kończyn dolnych, ale obejmują również osoby z mniej poważnymi urazami, np. nerwów palców w obrębie dłoni, które również wymagają rehabilitacji.

### Uczestnictwo

Konwencja wymaga od państwa i instytucji zabezpieczenia społecznego inwestowania w badania uczestnictwa w rehabilitacji. Profesjonaliści w zakresie rehabilitacji tradycyjnie korzystają z narzędzi do motywowania swoich pacjentów. Uczestnictwo zależy jednak od jakości usług świadczeniodawców, którą należy oceniać. Trendy lub pomoc nieprofesjonalna w postaci wzajemnego wsparcia stwarzają nowe pola badawcze: a więc jakie wyniki uzyskają pacjenci po amputacji w przypadku, gdy są wspierani przez osobę z takim samym rodzajem niepełnosprawności?

### Współpraca

Konwencja zachęca decydentów w dziedzinie badań oraz uniwersytety do kompleksowego podejścia wydziałów nauk humanistycznych z rehabilitacją medyczną jako jedną z części wielodyscyplinarnej współpracy. Strategia państwa powinna wspierać tego rodzaju centra doskonalenia zawodowego w oparciu o współpracę kilku resortów i instytucji ubezpieczeń społecznych jako płatników. Osiągnięcie konsensusu w głównym planie dotyczącym istotnych kwestii badań skoncentrowanych na priorytetach czyni koordynację i ewaluację łatwiejszą.