DOI: 10.34616/23.19.137

Rozdział 4

Joanna Filaber
Wyższa Szkoła Bankowa we Wrocławiu
ORCID: 0000-0002-3731-2679

Menedżer zarządzania rehabilitacją remedium na wykluczenie społeczne osób z niepełnosprawnością

Manager of rehabilitation management remedy for social exclusion people with disabilities

Streszczenie

W Rzeczypospolitej Polskiej funkcjonuje rozbudowany system orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy, który jest podstawą w ubieganiu się o konieczne świadczenia i rehabilitację – niestety jest to system rozproszony. Tym samym organizacja systemu zabezpieczenia społecznego w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością obejmuje złożone trzy systemy ubezpieczeniowe, odrębną rehabilitację społeczną i zawodową, nadto oddzieloną od pozostałych aspektów rehabilitacji aktywizację zawodową osób z niepełnosprawnością. W tym stanie prawnym oraz wobec oczekiwań osób, które w wyniku różnych zdarzeń losowych stały się niepełnosprawne lub u których nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia, uniemożliwiając im dalszą aktywność zawodową lub społeczną, niezbędne stało się przygotowanie procesu kompleksowej rehabilitacji dającej szansę powrotu do aktywności społecznej i zawodowej. W ramach procesu kompleksowej rehabilitacji kluczowe stało się także przygotowanie kadry, która dzięki koordynacji działań rehabilitacji, będzie wsparciem dla osób z niepełnosprawnością, dając im realną szansę powrotu do aktywności społecznej i zawodowej. Celem artykułu jest przedstawienie nowego modelu kształcenia menedżera do spraw zarządzania rehabilitacją w ramach systemu kompleksowej rehabilitacji w RP.

Słowa kluczowe

rehabilitacja, niepełnosprawność, zarządzanie rehabilitacją, menedżer rehabilitacji, wykluczenie społeczne

Key words

rehabilitation, disability, rehabilitation management, rehabilitation manager, social exclusion

Uwagi wstępne

Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób z niepełnosprawnością nie znajduje się wśród wyeksponowanych przez ustawodawcę polskiego zadań publicznych

organów i instytucji publicznych. Ustawodawca w polskim porządku prawnym uregulował wprawdzie sytuację administracyjnoprawną osób z niepełnosprawnością w licznych wymiarach. Począwszy od regulacji w ustawie zasadniczej – Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.)[1], stosownie do brzmienia art. 32 w związku z art. 68–69, Rzeczypospolita Polska gwarantuje prawa osób niepełnosprawnych, zapewniając prawo do niedyskryminacji, przy jednoczesnym obowiązku władz publicznych zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej osobom niepełnosprawnym, jak również powinność pomocy tym osobom w zabezpieczeniu egzystencji, przystosowaniu do pracy oraz komunikacji. Jednakże już sam system instytucjonalny procesu rehabilitacji nie jest zintegrowany i finansowo spójny, co wyraźnie prowadzi do wystąpienia zjawiska wykluczenia społecznego w obszarze społecznym i zawodowym osób z niepełnosprawnością.

W kontekście uwarunkowań prawnych przeciwdziałania wykluczeniu osób z niepełnosprawnością podnieść należy, że wprawdzie już w Europejskiej Karcie Społecznej, przyjętej przez Radę Europy dnia 18 października 1961 r. (Dz. U. z 1999 r. Nr 8, poz. 67), Rzeczypospolita Polska – jako strona – zobligowała się do podejmowania działań w celu popierania rzeczywistego dostępu osób oraz ich rodzin, znajdujących się lub zagrożonych znalezieniem się w sytuacji marginalizacji społecznej, do zatrudnienia, kształcenia, szkolenia, kultury, pomocy społecznej i medycznej.

Dodatkowo warto wskazać, że wprawdzie w samym obszarze orzeczniczym dla osób z niepełnosprawnością ustawodawca polski wyodrębnił aż trzy systemy: system powszechnych ubezpieczeń społecznych z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, system ubezpieczeń społecznych rolników z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych i system zaopatrzenia społecznego żołnierzy zawodowych/funkcjonariuszy służb mundurowych z orzekaniem o inwalidztwie. Jednakże systemy te są połączone i zintegrowane dla osób niepełnosprawnych. Ponadto przedmiotowe systemy są odzwierciedleniem dezintegracji instytucjonalnej procesu rehabilitacji i jej rozproszenie finansowania, co powoduje, że pełna inkluzja osób z niepełnosprawnością jest nie tylko utrudniona, ale i w realizacji założenia kompleksowej rehabilitacji (tj. od rehabilitacji medycznej, społecznej, psychologicznej, aż po rehabilitację zawodową) niemożliwa do samodzielnego zrealizowania przez osoby z niepełnosprawnością i ich rodziny.

[1] Oprócz konstytucyjnych regulacji praw osób z niepełnosprawnością ważne znaczenie odgrywają przepisy prawne zawarte w Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych uchwalonej w dniu 1 sierpnia 1997 r., które definiują prawa osób z niepełnosprawnością przez dodanie katalogu dziesięciu praw, wskazując tym samym najważniejsze obszary, w których niezbędne są intensywne działania państwa, w celu zagwarantowania osobom niepełnosprawnym prawa do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia przy braku dyskryminacji.

W tym stanie prawnym oraz wobec oczekiwań osób, które w wyniku różnych zdarzeń losowych stały się niepełnosprawne lub u których nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia uniemożliwiając im dalszą aktywność zawodową lub społeczną niezbędne stało się przygotowanie procesu kompleksowej rehabilitacji dającej szansę powrotu do aktywności społecznej i zawodowej. W ramach procesu kompleksowej rehabilitacji kluczowe stało się także przygotowanie kadry, która dzięki koordynacji działań rehabilitacji, będzie wsparciem dla osób z niepełnosprawnością, dając im realną szansę powrotu do aktywności społecznej i zawodowej.

Celem artykułu jest przedstawienie nowego modelu kształcenia menedżera do spraw zarządzania rehabilitacją w ramach systemu kompleksowej rehabilitacji w RP. Dzięki interdyscyplinarności i pracy przedstawicieli siedmiu niezależnych podmiotów: Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) – lidera, Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Uniwersytetu Warszawskiego, Uniwersytetu Wrocławskiego, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz partnera ponadnarodowego – Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung[2], powstał na polskim rynku edukacyjnym model kształcenia będący odpowiedzią na obowiązkową eliminację wykluczenia osób z niepełnosprawnością w Polsce. Powstanie na rynku edukacyjnym nowych studiów w ramach przyjętego modelu kształcenia jest możliwością zrealizowania procesu inkluzji zamiast ekskluzji osób z niepełnosprawnością.

Wykluczenie społeczne osób z niepełnosprawnością

Przed rozpoczęciem właściwej analizy dotyczącej zawodu menedżera rehabilitacji w zadanym temacie należy podjąć tematykę wykluczenia społecznego, choćby w celu próby charakterystyki tego pojęcia oraz wskazania związków z prawem administracyjnym.

Odnosząc się do uwag poczynionych we wstępie, wskazać należy, że ustawodawca polski nie eksponuje zadań publicznych w obszarze przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu. Jedynie pośrednio w art. 21 pkt 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r., poz. 1507 ze zm.), wśród zadań samorządu województwa, w ramach strategii polityki społecznej, wymienia się przygotowanie programów przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu dla rozwiązywania problemów społecznych oraz zaspokajania ważnych potrzeb jednostek i grup. Tym samym wykluczenie społeczne w tym ujęciu staje się centralnym zagadnieniem społecznym wyraźnie powiązanym z funkcjonowaniem pomocy społecznej, szczególnie w obszarze wsparcia finansowego,

[2] Niemiecka organizacja posiadająca ponad 15-letnią praktykę w kształceniu specjalistów do spraw rehabilitacji – *die Rehabilitations – Manager.*

a przecież obszar wykluczenia jest o wiele szerszy, tak samo jak zespół przedsięwzięć niezbędnych do wykonania celem jego eliminacji.

Wracając do wykluczenia, pamiętać należy, że w przepisach prawa nie ma definicji legalnej pojęcia wykluczenia społecznego. Rodzi to konieczność korzystania z definicji sformułowanych przez przedstawicieli nauk prawnych. W ramach działań definicyjnych wskazać należy, że rozumienie wykluczenia społecznego jest zróżnicowane i przechodzi ciągłą ewolucję[3], a sama zaś definicja nie jest jednorodna.

Przykładowo wskazać należy na cztery koncepcje dotyczące wykluczenia. Pierwsza przedstawia wykluczenie jako problem z uczestnictwem/partycypacją w życiu społecznym, zbiorowym. Kolejne ujęcie wykluczenia można przedstawiać jako problem z prawami społecznymi i socjalnymi (odmowa, niekorzystanie, problemy z realizacją), nadto trzecim wymiarem wykluczenia może być problem z dostępem (ograniczony, utrudniony) do zasobów, dóbr publicznych, instytucji i systemów społecznych. Wykluczenie społeczne w ujęciu czwartym traktowane może być jako relatywna i wielowymiarowa deprywacja[4].

Wykluczenie społeczne jest zjawiskiem złożonym[5], dlatego występują różnorodne podejścia do tego zagadnienia. Najpowszechniej przyjmuje się, że wykluczone ze społeczeństwa jednostki lub grupy charakteryzuje: ubóstwo, bezrobocie, bezdomność, uzależnienie od pomocy społecznej[6]. Ugruntowane stanowisko przedstawicieli nauki prawa o pomocy społecznej idzie dalej i wskazuje wyraźnie, że to ubóstwo jest synonimem ekskluzji społecznej[7], które wedle art. 7 ustawy o pomocy społecznej stanowi wymieniony na pierwszym miejscu przykład trudnej sytuacji życiowej, wskazującej na potrzebę udzielenia wsparcia[8].

Stoję na stanowisku, że powyższe wyliczenie cech osób znajdujących się na marginalizacji życia społecznego albo poza nim nie oddaje w pełni istoty wykluczenia społecznego. Tym samym nie tylko wyżej wymienione niekorzystne sytuacje losowe, w tym ubóstwo, stają się podstawą wykluczenia społecznego, bo jest nim także pozbawienie

[3] R. Szarfenberg, *Marginalizacja i wykluczenie społeczne – panorama językowo-teoretyczna*, [w:] R. Szarfenberg, C. Żołędowski, M. Theiss (red.), *Ubóstwo i wykluczenie społeczne. Perspektywa poznawcza*, Warszawa 2010, s. 121.

[4] *Ibidem*, s. 131.

[5] Zob. szerzej R. Szarfenberg, *Od trzech elementarnych strategii badawczych do programu badań wykluczenia społecznego*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Wykluczenie społeczne*, Katowice 2005, s. 5.

[6] A. Ochocki, *Demograficzne i przestrzenne aspekty ubóstwa*, [w:] J. Hrynkiewicz (red.), *Przeciw ubóstwu i bezrobociu: lokalne inicjatywy obywatelskie*, Warszawa 2002, s. 13.

[7] L. Dziewiecka-Bokun, *Ekskluzja społeczna jako problem polityki społecznej*, [w:] L. Dziewięcka-Bokun, K. Zamorska (red.), *Polityka społeczna. Teksty źródłowe*, Wrocław 2003, s. 209–211.

[8] R. Babińska-Górecka, *Problem wykluczenia społecznego a system świadczeń z pomocy społecznej*, [w:] J. Blicharz, J. Boć (red.), *Prawna działalność instytucji społeczeństwa obywatelskiego*, Wrocław 2009, s. 500. Zob. także K. Ostrowska-Kobus, *Aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością. Aspekty ekonomiczne i społeczne*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego Aktywni Niepełnosprawni, Łódź 2018.

możliwości udziału jednostek lub grup w różnych wymiarach życia społecznego. Wykluczenie, dalej to przecież także sytuacja nierównego dostępu do praw i instytucji, jak na przykład ograniczony dostęp, a nawet zupełnym brak dostępu do kompleksowego systemu rehabilitacji dla osób z niepełnosprawnością w aspekcie nie tylko rehabilitacji medycznej, ale i szerzej rehabilitacji psychologicznej, społecznej, zawodowej, aż po pełne i szybkie włączenie do aktywności zawodowej.

Wykluczenie jest odwrotnością inkluzji, a więc aby scharakteryzować wykluczenie, trzeba uświadomić sobie (przynajmniej) stronę przeciwną zjawiska. Określenie inkluzji jako stanu, do którego się dąży, ma walor poznawczy w tym sensie, iż stanowi o celu regulacji, a zatem dotyczy również zadań i kompetencji formułowanych w zakresie przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu[9].

Nie ulega wątpliwości, że dla osób z niepełnosprawnością, która powstała na przykład podczas wypadku lub innego zdarzenia niepożądanego, instytucja szybkiego włączenia przez pracę jest bardzo pożądana i bezpośrednio kształtuje inkluzywne wspólnoty[10], których wszyscy członkowie mają adekwatnie opłacaną pracę oraz dostęp do rozsądnego zakresu dóbr i usług, a wzrost równości nie jest celem samym w sobie, lecz powinien być środkiem do stworzenia takich wspólnot[11]. Jeżeli natomiast w danym społeczeństwie ten pierwszy warunek nie może być spełniony, to już na tym etapie mamy do czynienia z ekskluzją społeczną[12].

Zarządzanie procesem rehabilitacji remedium na wykluczenie

Odnosząc się do pojęcia rehabilitacji osób niepełnosprawnych, wskazać należy, że stosowanie do brzmienia art. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 511

[9] R. Mędrzycki, *Wybrane aspekty aksjologii prawa tworzonego w celu przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu*, [w:] J. Zimmermann (red.), *Aksjologia prawa administracyjnego*, Warszawa 2017, s. 436.

[10] W zakresie braku postaw pełnego zaangażowania jednostki w wychodzeniu z bezdomności czy bezrobocia istotne znaczenie ma fakt, że długotrwała bierność zawodowa sprzyja bowiem utracie przynajmniej części kwalifikacji zawodowych, wywiera negatywne konsekwencje psychiczne i ogranicza zdolność do aktywnego poszukiwania pracy, cyt. za T. Witkowski, *Demograficzne i przestrzenne aspekty bezrobocia*, [w:] J. Hrynkiewicz (red.), *Przeciw ubóstwu i bezrobociu: lokalne inicjatywy obywatelskie*, Warszawa 2002, s. 41–43. Dalej wskazać należy, że w doktrynie skutecznie podnoszony jest pogląd, zgodnie z którym w przypadku odmowy przyznania pomocy społecznej, zwłaszcza zasiłku stałego lub okresowego, czy zasiłku celowego, z powołaniem się na przekroczenie kryterium dochodowego lub możliwości ośrodka pomocy społecznej instytucje włączenia przez pracę mogą trwale naznaczać klientów, wykluczając ich właśnie ze społeczeństwa, cyt. za J. Krzyszkowski, *Dla kogo inkluzja, dla kogo ekskluzja. Instytucja pomocy społecznej wobec problemów wykluczenia społecznego*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Wykluczenie społeczne*, Katowice 2005, s. 52.

[11] A. Szahaj, *Jaka wspólnota?*, [w:] M. Jakubowski, A. Szahaj, K. Abriszewski (red.), *Indywidualizm, wspólnotowość, polityka*, Toruń 2002, s. 52–53.

[12] R. Babińska-Górecka, *op. cit.*, s. 510.

ze zm.) jest to zespół działań (medycznych, psychologicznych, leczniczych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych, społecznych, zawodowych) pozwalających na osiągnięcie możliwie najwyższego poziomu funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej osób niepełnosprawnych.

Tym samym zarządzanie procesem rehabilitacji wiąże się bezpośrednio z samym procesem rehabilitacji, czyli koordynacją działań, których celem jest podjęcie lub powrót do aktywności społecznej lub zawodowej. Zarządzanie to odnosi się więc do projektowania konkretnych działań z zakresu rehabilitacji społeczno-zawodowej, medycznej, a także podejmowania działań motywujących, zwłaszcza wśród osób, które nagle stały się niepełnosprawne.

Analiza polskiego ustawodawstwa z zakresu zabezpieczenia społecznego prowadzi jednakże do wniosku, że nie ma w Rzeczypospolitej Polskiej systemu zarządzania rehabilitacją, mimo że występują uregulowania prawne i działają instytucje ustalające uprawnienia dla osób z niepełnosprawnością. Instytucjonalnie jest to bardzo rozproszony system między poszczególne działy zabezpieczenia społecznego, a samo poruszanie się po nim utrudnione.

W aktualnym stanie prawnym funkcjonuje pięć systemów orzekania. Odrębny system obowiązuje osoby objęte powszechnym systemem ubezpieczeń społecznych, inny system dotyczy rolników, żołnierzy zawodowych, a także funkcjonariuszy służb mundurowych, nadto odrębnie funkcjonuje system orzekania o niepełnosprawności.

W Rzeczypospolitej Polskiej aż cztery systemy ustalają uprawnienia do świadczeń rentowych – w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), Ministerstwie Obrony Narodowej (MON) oraz Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA). W ramach piątego systemu orzeka się o stopniu niepełnosprawności dla celów pozarentowych, co należy do zadań powiatowych i wojewódzkich zespołów do spraw orzekania o niepełnosprawności oraz poradni psychologiczno-pedagogicznych.

W rehabilitacji osób niepełnosprawnych występuje dominujące sektorowe podejście polegające na podziale między instytucje publiczne, to jest: Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) prowadzący rehabilitację leczniczą, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 ze zm.), programy zdrowotne i lecznictwo uzdrowiskowe. Kolejną instytucją publiczną odpowiedzialną za rehabilitację jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) prowadzący rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej osób zagrożonych długotrwałą niezdolnością do pracy, rokujących do niej powrót, na podstawie ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 300 ze zm.). Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego prowadzi

rehabilitację leczniczą dla osób zagrożonych niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym oraz okresowo niezdolnych do pracy w celu minimalizacji tej niezdolności, na podstawie ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2008 r. Nr 50, poz. 291 ze zm.)[13]. Rehabilitację społeczną i zawodową osób z niepełnosprawnością prowadzi w większości Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 511 ze zm.).

W odpowiedzi na brak systemu zarządzania rehabilitacją w Polsce oraz w ramach projektu pod tytułem „Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce", współfinansowanego ze środków unijnych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, powołano zespół teoretyków i praktyków, których celem było opracowanie modelu kompleksowej rehabilitacji i w jej ramach modelu kształcenia menedżera zarządzającego rehabilitacją w RP. W pracach interdyscyplinarnego zespołu uczestniczyła grupa przedstawicieli siedmiu niezależnych podmiotów: Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) – lidera, Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Uniwersytetu Warszawskiego, Uniwersytetu Wrocławskiego, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz partnera ponadnarodowego – Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung.

W ujęciu modelowym zespół projektowy dokonał podziału procesu zarządzania rehabilitacją na cztery etapy, z których każdy pełni ważną rolę. Etap pierwszy zarządzania rehabilitacją to intensywne leczenie szpitalne (tam, gdzie jest potrzebne). Drugi to podstawowa rehabilitacja – szpitalna (w warunkach stacjonarnych), dzienna, ambulatoryjna i domowa, finansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Kolejnym etapem jest rehabilitacja związana z miejscem pracy lub pełnioną służbą, finansowana między innymi przez ZUS czy MSWiA. Ostatni etap w procesie zarządzania rehabilitacją to reintegracja zawodowa osób z niepełnosprawnością[14].

Zgodnie z modelem kompleksowej rehabilitacji rolą i zadaniami menedżera do spraw zarządzania rehabilitacją jest koordynacja działań podejmowanych w ramach

[13] Aktem prawnym regulującym szerzej tematykę rehabilitacji leczniczej przez KRUS jest rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 19 lipca 2013 r. w sprawie warunków i trybu kierowania przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na świadczenia i usługi rehabilitacyjne (Dz. U. z 2013 r., poz. 860), będący aktem wykonawczym wydanym na podstawie upoważnienia ustawowego z art. 64 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników.

[14] K. Krysik (koordynator merytoryczny), B. Góral, P. Wójtowicz, J. Jabłońska-Brudło, T. Jędrzejczyk, D. Szalewska, A. Ksykiewicz-Dorota, M. Latalski, A. Wójcik-Załuska, E. Jaroszewska, J. Męcina, G. Spytek-Bandurska, A. Cieślik, A. Czapiga, M. Ślazyk-Sobol, K. Orlińska, P. Roicka-Gruca, K. Konieczna, T. Tasiemski, A. Hadław, T. Leśniak, *Model kształcenia – studia podyplomowe specjalista ds. zarządzania rehabilitacją*, Warszawa 2018, s. 40, https://www.pfron.org.pl/fileadmin/Projekty_UE/Wdrozenie_modelu_ksztalcenia/dokumenty/wyciag_z_modelu.pdf. [dostęp 19.09.2019].

rehabilitacji medycznej, psychologicznej, społecznej i zawodowej. Model ukierunkowany jest na jak najpełniejszą integrację osoby niepełnosprawnej, przywrócenie/nabycie zdolności do aktywności zawodowej i optymalne funkcjonowanie w społeczeństwie. Aby skutecznie realizować ten cel, konieczne jest skoordynowanie wielu różnych elementów obejmujących przede wszystkim leczenie i rehabilitację medyczną, poradnictwo zawodowe, doradztwo zawodowe oraz wsparcie logistyczne i psychologiczne[15].

Model kształcenia menedżera zarządzającego procesem rehabilitacji osób z niepełnosprawnością

W ramach interdyscyplinarności i pracy przedstawicieli siedmiu niezależnych podmiotów: PFRON-u – lidera, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, partnera ponadnarodowego – Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung oraz ośrodków akademickich (Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Uniwersytetu Warszawskiego i Uniwersytetu Wrocławskiego) powstał model kształcenia – na studiach podyplomowych – specjalistów do spraw zarządzania rehabilitacją jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce.

Celem studiów podyplomowych jest przekazanie wiedzy dotyczącej specyfiki zarządzania procesem rehabilitacji osób z niepełnosprawnością oraz doskonalenie praktycznych umiejętności dotyczących prowadzenia osoby z niepełnosprawnością przez wszystkie etapy rehabilitacji. Studia podyplomowe mają za zadanie przygotować specjalistów do kompleksowego zarządzania rehabilitacją osób z niepełnosprawnością.

Studia adresowane są w szczególności do: psychologów i pedagogów społecznych, pracowników instytucji zabezpieczenia społecznego, specjalistów w dziedzinach społecznych, prawnych i medycznych, osób posiadających doświadczenie kontaktu z osobą z niepełnosprawnością w rodzinie lub poprzez pracę, pracowników zajmujących się bezpieczeństwem i higieną pracy, przedstawicieli rad pracowniczych i osób niepełnosprawnych, menedżerów ds. zasobów ludzkich, lekarzy medycyny pracy oraz lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej, fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych, pielęgniarek oraz pielęgniarzy.

Studia w dwóch edycjach (rok akademicki 2018/2019 i 2019/2020) realizowane są bezpłatnie na 4 polskich uczelniach: Gdańskim Uniwersytecie Medycznym (GUMed), Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (UML), Uniwersytecie Warszawskim (UW) i na Uniwersytecie Wrocławskim (UWr). Kandydatów przyporządkowano do ośrodków akademickich według miejsca zamieszkania[16].

[15] *Ibidem*, s. 41.

[16] Na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym mogą studiować kandydaci z województw: pomorskiego, kujawsko-pomorskiego, zachodniopomorskiego oraz wielkopolskiego. Na Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Kandydaci na studia podyplomowe w zakresie kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją muszą spełniać następujące wymogi: mieć ukończone studia pierwszego stopnia (licencjat) i/lub studia drugiego stopnia (magisterskie) w dowolnej dziedzinie/dyscyplinie; posiadać predyspozycje w następujących obszarach: komunikatywność, umiejętność podejmowania decyzji, gotowość do podejmowania odpowiedzialności, odporność na stres i krytykę, umiejętność pracy w grupie, orientacja na klienta, asertywność, empatia. Za przeprowadzenie rekrutacji na studia odpowiada komisja rekrutacyjna, w której skład obowiązkowo wchodzą: kierownik studiów, pełniący funkcję przewodniczącego komisji, oraz psycholog.

W ramach dwóch semestrów studiów realizowane są następujące moduły i przedmioty: 1) Moduł Prawno-Organizacyjny: Podstawy systemowe rehabilitacji, Prawo zabezpieczenia społecznego, prawo administracyjne i cywilne, Prawo pracy; 2) Moduł Medyczny: Propedeutyka anatomii, fizjologii i patofizjologii człowieka; Propedeutyka medycyny; Propedeutyka rehabilitacji medycznej; 3) Moduł Psychologiczny: Psychologia kliniczna – wybrane zagadnienia, Kompetencje interpersonalne, Stres i odporność psychiczna, Budowanie zespołu; 4) Rehabilitacja Zawodowa i Społeczna oraz Rynek Pracy: Rehabilitacja zawodowa: wybrane zagadnienia, Rehabilitacja społeczna: wybrane zagadnienia; 5) Moduł Zarządzania Procesem Rehabilitacji: Stanowisko pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją: cel, zadania, specyfika, promocja, Metody pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją I: ocena sytuacji klienta, Metody pracy specjalisty ds. Zarządzania rehabilitacją II: planowanie, koordynacja i ocena procesu, Dobre/złe praktyki w rehabilitacji osób niepełnosprawnych; 6) Moduł Seminarium.

Specjalista do spraw zarządzania rehabilitacją ma być swoistym łącznikiem pomiędzy wszystkimi osobami i instytucjami zaangażowanymi w proces rehabilitacji klienta. Koordynuje współpracę między tą osobą a pracodawcami, instytucjami społecznymi i państwowymi działającymi w obszarze zabezpieczenia społecznego, lekarzami, ośrodkami rehabilitacyjnymi i szeroko rozumianym otoczeniem społecznym, w tym rodziną[17].

Wnioski *de lege ferenda*

1. Od pytań do wniosków. Czy każda osoba z niepełnosprawnością znajduje się w stanie inkluzji czy ekskluzji w obszarze dostępu do systemu kompleksowej

(UML) mogą zgłaszać się kandydaci z województw: lubelskiego, podkarpackiego, małopolskiego oraz świętokrzyskiego, na Uniwersytet Warszawski (UW) – kandydaci z województw: mazowieckiego, warmińsko-mazurskiego, podlaskiego i łódzkiego, a na Uniwersytet Wrocławski (UWr) – kandydaci z województw: lubuskiego, dolnośląskiego, opolskiego i śląskiego.

[17] *Model kształcenia…*, s. 41.

rehabilitacji? Czy istnieje stan pomiędzy inkluzją a ekskluzją osoby z niepełnosprawnością? Czy osoba z niepełnosprawnością jednocześnie może być zarówno włączona, jak i wyłączona w różnych obszarach życia społeczno-zawodowo-zdrowotnego? Czy jest możliwe ustalenie linii demarkacyjnej pomiędzy stanem inkluzji i ekskluzji w obszarze rehabilitacji w RP dla jednostek, które zostały niejako wyjęte poza nawias ze względu na czasową niepełnosprawność (będącą wynikiem nagłego zdarzenia)? Czy stany inkluzji i ekskluzji są subiektywne, czy obiektywne i niestopniowalne?, a to z kolei każe zwrócić uwagę na zagadnienia subiektywizmu tych stanów oraz ich wskaźników.

Udzielając odpowiedzi na powyższe pytania, autorka stoi na stanowisku, że należy pamiętać, że tematyka wykluczenia jest subiektywna co do zasady, a ponadto dla każdej osoby z niepełnosprawnością zakresowo stopniowalna przy jednoczesnym oddaleniu osób z niepełnosprawnością od życia społecznego (w obszarze m.in. zawodowym). Tym samym w dyskursie wykluczenia społecznego istotną rolę odgrywa konieczność stworzenia systemu kompleksowej rehabilitacji wielopłaszczyznowej, od zdrowotnej po społeczną i zawodową, której niezbędnym koordynatorem musi być menedżer do spraw rehabilitacji, zarządzający każdorazowo procesem indywidualnej rehabilitacji każdego pacjenta, będącego pod jego opieką.

2. Występująca w Rzeczypospolitej Polskiej pełna dezintegracja instytucjonalna procesu rehabilitacji i jej rozproszenie finansowania powoduje, że pełna inkluzja osób z niepełnosprawnością jest nie tylko utrudniona, ale i dla niektórych osób z niepełnosprawnością i ich rodzin wręcz niemożliwa. Odpowiedzią na wsparcie w rehabilitacji – od medycznej, społecznej i psychologicznej aż po rehabilitację zawodową – jest osoba menedżera do spraw rehabilitacji, który dzięki posiadanym umiejętnościom koordynowania procesu kompleksowej rehabilitacji osoby z niepełnosprawnością, zgodnie z diagnozą medyczną i wynikającymi z niej potrzebami: leczenia, wyboru nowego zawodu i przystosowania stanowiska pracy doprowadzi do inkluzji osób z niepełnosprawnością.

3. O ile świat bez ubóstwa jest niemożliwy, o tyle wykluczenie społeczne w obszarze rehabilitacji nie jest już zjawiskiem koniecznym[18], a sam brak uczestnictwa jednostek – osób z niepełnosprawnością – w procesach rozwojowych jest uznawany za główną przyczynę zagrożenia bezpieczeństwa ludzkiego i społecznego[19]. Założenia te były podstawą do realizacji projektu UE i opracowania przez zespół ekspertów[20]

[18] R. Babińska-Górecka, *op. cit.,* s. 512.

[19] L. Frąckiewicz, *Wykluczenie społeczne w skali makro i mikroregionalnej*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Wykluczenie społeczne*, Katowice 2005, s. 13.

[20] Autorzy modelu kształcenia specjalisty do spraw zarządzania rehabilitacją reprezentowali następujące ośrodki akademickie: Uniwersytet Wrocławski (A. Czapiga, A. Cieślik, M. Ślazyk-Sobol), Uniwersytet Warszawski (E. Jarosiewicz, J. Męcina, G. Spytek-Bandurska), Uniwersytet Medyczny w Lublinie (A. Ksykiewicz-Dorota, M. Latalski, A. Wójcik-Załuska) oraz Gdański Uniwersytet Medyczny (J. Jabłońska-Brudło, T. Jędrzejczyk, D. Szalewska). Dodatkowo model opracowywany był przy bezpośrednim udziale podmiotów

modelu kształcenia dla specjalistów zarządzających rehabilitacją przy wykorzystaniu doświadczeń partnera ponadnarodowego – Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V (DGUV)[21]. Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją (menedżer) będzie miał wiedzę na temat przepisów, a także możliwości uzyskania dofinansowania przez osobę niepełnosprawną lub rehabilitującą się z powodu choroby. Wskaże odpowiednie instytucje, pomoże zgromadzić dokumentację, udzieli informacji, jakie świadczenia można uzyskać z Narodowego Funduszu Zdrowia, a jakie z PFRON czy ZUS.

4. W ramach modelu kompleksowej rehabilitacji stworzono procedurę działania menedżera zarządzającego rehabilitacją, a działania przez niego podejmowane określono jako proces, w którym menedżer będzie miał do wykonania m.in. następujące 4 działania. Pierwsze to kompleksowa diagnoza sytuacji klienta przez analizę sytuacji zdrowotnej (rokowania i przewidywany okres leczenia), sytuacji zawodowej (dotyczącej doświadczenia i informacji na temat konkretnego zakresu działań wykonywanych w pracy wraz ze wskazaniami lub przeciwwskazaniami do zatrudnienia wynikającymi z niepełnosprawności) oraz sytuacji rodzinnej i społecznej (w tym sytuacja finansowa, miejsce zamieszkania, relacje rodzinne i pozarodzinne). Drugi etap działań menedżera to opracowanie indywidualnego planu rehabilitacji (IPR) we współpracy z innymi partnerami zaangażowanymi w proces rehabilitacji, np. z lekarzem prowadzącym (najlepiej specjalistą zaangażowanym w proces rehabilitacji medycznej), pracodawcą, fizjoterapeutą, terapeutą zajęciowym, pracownikiem socjalnym, doradcą zawodowym, trenerem pracy. Indywidualny plan rehabilitacji musi obejmować kompleksowo rehabilitację medyczną, zawodową i społeczno-psychologiczną.

Kolejny etap pracy menedżera to opracowanie harmonogramu działania i jego monitorowanie w zależności od pojawiających się nowych okoliczności, przez organizację spotkań z udziałem specjalistów odpowiedzialnych za proces rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej, z samą osobą niepełnosprawną oraz jego rodziną i pracodawcami.

---

i instytucji publicznych: Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (B. Góral, K. Krysik – koordynator merytoryczny, P. Wójtowicz), Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (K. Orlińska, P. Roicka-Gruca, A. Sójka) oraz z udziałem przedstawicieli organizacji pozarządowych (K. Konieczna, T. Tasiemski) i przedstawicieli organizacji pracodawców (A. Hadław, T. Leśniak).

[21] W Niemczech procesem rehabilitacji osób poszkodowanych w wypadkach wspiera Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, który od ponad piętnastu lat jako *reha-manager* działa między innymi w następujących obszarach: doradza osobom ubezpieczonym we wszystkich kwestiach dotyczących udziału w życiu zawodowym, identyfikuje indywidualne potrzeby mające na celu udział w życiu zawodowym, tworzy i aktualizuje indywidualny plan udziału w życiu zawodowym; koordynuje, kieruje i nadzoruje proces rehabilitacji pod kątem efektywności i skuteczności; przeprowadza rozmowy z pracodawcami; przeprowadza analizę miejsca pracy pod kątem pomocy technicznych wspomagających pracę; doradza i organizuje spotkania w agencjach pracy, w ośrodkach rehabilitacji zawodowej i medycznej, w instytucjach szkoleniowych i przedsiębiorstwach – *Konzept für die Einweisung und Fortbildung der Reha-Beraterinnen und Reha-Berater der Deutschen Rentenversicherung Bund*, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Traeger/Bund/reha_berater.html?https=1, [dostęp 19.09.2019].

Ostatnie etapy to realizacja przyjętego indywidualnego planu rehabilitacji, zgodnie z przyjętymi założeniami, a następnie każdorazowo po osiągnięciu założonego celu auto-ewaluacja dla podnoszenia kompetencji samego menedżera i skuteczności przy realizacji kolejnych procesów[22].

6. Nowy model kształcenia dla przyszłych menedżerów rehabilitacji, czyli osób, które będą pomagać osobom z niepełnosprawnością – pacjentom po wypadkach czy chorobach – wrócić na rynek pracy, a szerzej do społeczeństwa – są odpowiedzią na eliminację ekskluzji i koniecznością wprowadzenia i istnienia w ekskluzji osób z niepełnosprawnością w polskim społeczeństwie w obszarze medyczno-zawodowym.

Bibliografia

Literatura

Babińska-Górecka R., *Problem wykluczenia społecznego a system świadczeń z pomocy społecznej*, [w:] J. Blicharz, J. Boć (red.), *Prawna działalność instytucji społeczeństwa obywatelskiego*, Wrocław 2009.

Dziewięcka-Bokun L., *Ekskluzja społeczna jako problem polityki społecznej*, [w:] L. Dziewięcka-Bokun, K. Zamorska (red.), *Polityka społeczna. Teksty źródłowe*, Wrocław 2003.

Frąckiewicz L., *Wykluczenie społeczne w skali makro i mikroregionalnej*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Wykluczenie społeczne*, Katowice 2005.

Krzyszkowski J., *Dla kogo inkluzja, dla kogo ekskluzja. Instytucja pomocy społecznej wobec problemów wykluczenia społecznego*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Wykluczenie społeczne*, Katowice 2005.

Mędrzycki R., *Wybrane aspekty aksjologii prawa tworzonego w celu przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu*, [w:] J. Zimmermann (red.), *Aksjologia prawa administracyjnego*, Warszawa 2017.

Model kształcenia – studia podyplomowe specjalista ds. zarządzania rehabilitacją, Warszawa 2018.

Ochocki A., *Demograficzne i przestrzenne aspekty ubóstwa*, [w:] J. Hrynkiewicz (red.), *Przeciw ubóstwu i bezrobociu: lokalne inicjatywy obywatelski*, Warszawa 2002.

Ostrowska-Kobus K., *Aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością. Aspekty ekonomiczne i społeczne*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego Aktywni Niepełnosprawni, Łódź 2018.

Szahaj A., *Jaka wspólnota?*, [w:] M. Jakubowski, A. Szahaj, K. Abriszewski (red.), *Indywidualizm, wspólnotowość, polityka*, Toruń 2002.

[22] *Model kształcenia…*, s. 43–45.

Szarfenberg R., *Marginalizacja i wykluczenie społeczne – panorama językowo-teoretyczna*, [w:] R. Szarfenberg, C. Żołędowski, M. Theiss (red.), *Ubóstwo i wykluczenie społeczne. Perspektywa poznawcza*, Warszawa 2010.

Szarfenberg R., *Od trzech elementarnych strategii badawczych do programu badań wykluczenia społecznego*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Wykluczenie społeczne*, Katowice 2005.

Witkowski T., *Demograficzne i przestrzenne aspekty bezrobocia*, [w:] J. Hrynkiewicz (red.), *Przeciw ubóstwu i bezrobociu: lokalne inicjatywy obywatelskie*, Warszawa 2002.

Źródła

Europejska Karta Społeczna z dnia 18 października 1961r. (Dz. U. z 1999 r., Nr 8, poz. 67).

Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2008 r., Nr 50, poz. 291 ze zm.).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 511 ze zm.).

Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 300 ze zm.).

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r., poz. 1507 ze zm.).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 ze zm.).

Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 19 lipca 2013 r. w sprawie warunków i trybu kierowania przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na świadczenia i usługi rehabilitacyjne (Dz. U. z 2013 r., poz. 860).

Internet

Konzept für die Einweisung und Fortbildung der Reha-Beraterinnen und Reha-Berater der Deutschen Rentenversicherung Bund, DGUV 2012, s. 2, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Traeger/Bund/reha_berater.html?https=1 [dostęp 19.09.2019].

Model kształcenia studia podyplomowe specjalista ds. zarządzania rehabilitacją, Warszawa 2018, s. 40 https://www.pfron.org.pl/fileadmin/Projekty_UE/Wdrozenie_modelu_ksztalcenia/dokumenty/wyciag_z_modelu.pdf. [dostęp 19.09.2019].