



Rehabilitacja i powrót do pracy: europejskie systemy i polityki

W niniejszym opracowaniu, sporządzonym przez Europejską Agencję Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (EU-OSHA), przedstawiono stosowane obecnie w Europie systemy rehabilitacji i powrotu do pracy. Analizuje się w nim czynniki wpływające na zmiany i wdrażanie tych systemów, jak również czynniki decydujące o ich powodzeniu, w 28 państwach członkowskich i 4 państwach należących do Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA). W opracowaniu przedstawiono również informacje wynikające z analizy przykładów dotyczących programów powrotu do pracy.

Zmiany demograficzne

W UE obserwuje się starzenie się pracowników. Ludność starzeje się: w okresie od 2002 r. do 2013 r. średnia długość życia wydłużyła się odpowiednio z 77,7 do 80,6 lat¹, natomiast między rokiem 2000 a 2015 odsetek osób w wieku 55–64 lat w populacji osób aktywnych zawodowo wzrósł z 16 % do 20 %².

Starzeniu się towarzyszy zwiększone ryzyko występowania chorób prowadzących do ograniczeń funkcjonalnych i niepełnosprawności. Coraz częściej występują choroby przewlekłe: uznaje się, że problemy zdrowotne związane z pracą, na przykład zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego i problemy ze zdrowiem psychicznym, są głównymi przyczynami długotrwałej absencji chorobowej oraz przechodzenia na rentę.

Jedna trzecia osób w grupie wiekowej 55–64 lata cierpi na długotrwałą chorobę lub boryka się z długotrwałym problemem zdrowotnym³.

Długotrwała absencja chorobowa często prowadzi do bezrobocia i jest istotnym prognostykiem wyjścia z rynku pracy, w tym na rentę⁴ i na wcześniejszą emeryturę⁵, które stanowią znaczne obciążenia dla państwa, zakładu pracy i społeczeństwa.

Podniesiony wiek emerytalny, dłuższe życie zawodowe, starzenie się pracowników oraz powszechność przewlekłych chorób u osób starszych zmuszają zakłady pracy i krajowe systemy zabezpieczenia społecznego do poprawy zarządzania absencją chorobową.

Przeciwdziałanie zagrożeniom w miejscu pracy ma zasadnicze znaczenie dla ochrony pracowników i zapobiegania występowaniu wypadków i chorób; w przypadku wystąpienia urazów lub chorób interwencje służące rehabilitacji i powrotowi do pracy mogą pomóc w przywróceniu zdolności osób do pracy, jak również wesprzeć ich ponowną integrację i pozostanie w pracy.

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia rehabilitacja jest procesem przywracania „optymalnych poziomów funkcji fizycznych, sensorycznych, intelektualnych, psychologicznych i społecznych” pacjenta⁶.

Rehabilitacja zawodowa ma na celu pomoc osobom z upośledzeniem fizycznym lub umysłowym bądź z niepełnosprawnością w przezwyciężaniu barier w zakresie dostępu do pracy, powrotu do pracy i jej utrzymania.

Powrót do pracy jest skoordynowanym działaniem mającym na celu zachowanie pracy oraz zapobieganie wczesnej dezaktywacji zawodowej, obejmującym wszelkie procedury i interwencje służące ochronie i propagowaniu zdrowia i zdolności do pracy oraz łatwiejszej ponownej integracji w miejscu pracy osób, które doświadczyły obniżenia zdolności do pracy w wyniku urazu lub choroby⁷.

Ogólne trendy

Zgodnie z opracowaniem krajowe systemy rehabilitacji i powrotu do pracy w państwach UE i EFTA są bardzo zróżnicowane pod względem zawartości, stosowanych polityk i zaangażowanych podmiotów. Zdefiniowano dwa rodzaje systemów:

1. systemy skupiające się na przeciwdziałaniu dyskryminacji i stosowaniu zasady równości w politykach zatrudnienia, głównie w odniesieniu do osób niepełnosprawnych;
2. systemy skupiające się na zapewnieniu, aby systemy zabezpieczenia społecznego były trwałe i ukierunkowane na wszystkich pracowników oraz aby skupiały się na wczesnej interwencji i wczesnym zarządzaniu chorobami.

Czynniki determinujące skuteczność systemów rehabilitacji i powrotu do pracy

Czynnikiem zachęcającym do stworzenia wspólnych systemów rehabilitacji i powrotu do pracy dla wszystkich państw europejskich jest koszt systemów świadczeń z tytułu absencji chorobowej i niepełnosprawności, jako że stanowią one znaczne obciążenie systemów zabezpieczenia społecznego. Wiele państw obawia się o brak trwałości swoich systemów zabezpieczenia społecznego i dlatego podjęły one kroki na rzecz zreformowania systemów emerytalnych, systemów wspierania osób niepełnosprawnych i zarządzania absencją chorobową.

Dwoma głównymi czynnikami mającymi wpływ na skuteczność systemów rehabilitacji i powrotu do pracy w państwach objętych analizą

1 Eurostat (2015), *Healthy life years (from 2004 onwards)* [Lata zdrowego życia (dane od 2004 r.)], ostatnia aktualizacja w dniu 13 maja 2015 r. Pobrano w dniu 11 stycznia 2016 r. ze strony: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/statistics-illustrated>

2 Fotakis, C. i Peschner, J. (2015), *Demographic change, human resources constraints and economic growth – The EU challenge compared to other global players* [Zmiany demograficzne, ograniczenia w zakresie zasobów ludzkich i wzrost gospodarczy – Wyzwania UE w porównaniu z innymi globalnymi podmiotami], dokument roboczy 1/2015. Pobrano w dniu 13 stycznia 2016 r. ze strony: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=13727&langId=en>

3 Eurostat (2015), *People having a long-standing illness or health problem, by sex, age and labour status* [Osoby z długotrwałą chorobą lub długotrwałym problemem zdrowotnym, w podziale na płeć, wiek i status pracowniczy], ostatnia aktualizacja w dniu 23 marca 2015 r. Pobrano w dniu 8 stycznia 2016 r. ze strony: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Self-perceived_health_statistics

4 OECD (2010), *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers – A Synthesis of Findings Across OECD Countries* [Choroba, niepełnosprawność i praca: przełamywanie barier – podsumowanie ustaleń z różnych państw OECD]. Pobrano w dniu 13 stycznia 2016 r. ze strony: http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/reports_studies/disability_synthesis_2010_en.pdf

5 Aranki, T. i Macchiarelli, C. (2013), *Employment duration and shifts into retirement in the Eu* [Czas trwania zatrudnienia i przechodzenia na emeryturę w UE], cykl dokumentów roboczych Europejskiego Banku Centralnego, nr 1517, Europejski Bank Centralny, Frankfurt am Main. Dokument dostępny pod adresem: <https://www.ecb.europa.eu/pub/pdf/scpwps/ecbwp1517.pdf>

6 WHO (2016), „Rehabilitation” [Rehabilitacja]. Pobrano w dniu 11 stycznia 2016 r. ze strony: <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>

7 ISSA (2013), *ISSA Guidelines on Return to Work and Reintegration* [Wytyczne Międzynarodowego Stowarzyszenia Zabezpieczenia Społecznego w zakresie powrotu do pracy i reintegracji]. Pobrano w dniu 13 stycznia 2013 r. ze strony: <https://www.issa.int/excellence/guidelines/return-to-work>

są dostępność systemu oraz obecność mechanizmów koordynacji lub ich brak.

W państwach, w których system ma charakter włączający, procedury i interwencje w zakresie rehabilitacji i powrotu do pracy obejmują wszystkich pracowników z problemami zdrowotnymi, a każda osoba ze średnio- lub długookresową absencją chorobową jest uprawniona do rehabilitacji zawodowej i uzyskuje wsparcie w trakcie powrotu do pracy.

Systemy z ustanowionymi mechanizmami koordynacji między różnymi podmiotami uczestniczącymi w procesie rehabilitacji i powrotu do pracy są zazwyczaj dużo bardziej skuteczne. Koordynacja może być prowadzona na przykład między lekarzami pierwszego kontaktu, lekarzami medycyny pracy, podmiotami świadczącymi usługi rehabilitacji oraz pracodawcami podczas opracowywania indywidualnego planu rehabilitacji, planowania dostosowań miejsca pracy oraz procesu ponownej integracji.

Pracodawcy odgrywają zasadniczą rolę w tym procesie, jednak poziom ich zaangażowania jest różny w różnych państwach, w zależności od obowiązków pracodawcy w zakresie zarządzania absencją chorobową określonych w krajowych aktach prawnych.

Czynniki sukcesu

Skuteczne systemy powrotu do pracy mają kilka niżej opisanych elementów, wspólnych w ujęciu ich ram prawnych, instytucjonalnych i strategicznych:

- **ramy prawne lub strategiczne obejmują wszystkie aspekty procesu powrotu do pracy**, poprzez uregulowanie wszystkich etapów procesu lub poprzez określenie przejrzystych mechanizmów koordynacji między podmiotami uczestniczącymi w różnych etapach procesu;
- istnieje **skuteczna koordynacja wszystkich stosownych obszarów polityki służących rozwojowi systemów powrotu do pracy** między decydentami zajmującymi się zatrudnieniem, bezpieczeństwem i higieną pracy (BHP), edukacją, zdrowiem publicznym, zabezpieczeniem społecznym i ubezpieczeniami społecznymi **oraz między podmiotami uczestniczącymi w systemach powrotu do pracy**;
- **zakres systemu jest szeroki**, tj. jest to system włączający, **ukierunkowany na wszystkich pracowników** z problemami zdrowotnymi;
- przewiduje się **wczesną interwencję**, tj. interwencja pojawia się na wczesnym etapie absencji chorobowej;
- **interwencje są dostosowane do potrzeb i zdolności pracowników** oraz **obejmują one opracowanie indywidualnych planów ponownej integracji**;
- w odniesieniu do zarządzania absencją chorobową stosuje się podejście multidyscyplinarne, obejmujące koordynację między specjalistami zawodów medycznych i niemedycznych w ramach **zespołów multidyscyplinarnych**;
- **wyznaczeni opiekunowie** pomagają pracownikom na różnych etapach procesu i ułatwiają interakcję pracowników z różnymi zainteresowanymi stronami, w tym pracodawcami;
- zapewniony jest dostęp do **służb medycyny pracy**, z uwzględnieniem regularnej profilaktycznej opieki lekarskiej;
- **pracodawca ma istotne obowiązki** w procesie powrotu do pracy w zakresie dostosowania miejsca pracy, przygotowania indywidualnych planów ponownej integracji oraz wypłaty rekompensaty z tytułu absencji chorobowej; **pracownik ma obowiązek uczestniczenia w interwencjach związanych z powrotem do pracy**;
- **pracodawcy uzyskują wsparcie finansowe w procesie powrotu do pracy**, mające im pomóc w opracowaniu indywidualnych planów działania, środków ponownej integracji i dostosowań miejsca pracy; ponadto udzielane jest techniczne wsparcie w formie wytycznych lub pomocy konsultantów w zakresie ocen / dostosowań ergonomicznych.

Zwiększanie świadomości na temat organizacji systemu, obowiązków zaangażowanych podmiotów, jasnych procedur i dostępu do usług wsparcia są niezbędne do skutecznego funkcjonowania systemu.

Ustalenia dotyczące przyszłych zmian polityki

W oparciu o ustalenia wynikające z niniejszego opracowania w przyszłych zmianach polityki należy uwzględnić następujące kwestie:

- zakres **systemu powinien być szeroki i włączający**, nakierowany na wszystkich pracowników z problemami zdrowotnymi;
- systemy rehabilitacji i powrotu do pracy powinny być częścią **zintegrowanych ram polityki** na rzecz zrównoważonego życia zawodowego, które wymagają koordynacji różnych obszarów polityki, takich jak: zatrudnienie, edukacja, BHP, zdrowie publiczne, zabezpieczenie społeczne, ubezpieczenia, kształcenie zawodowe itp.;
- **systemy skoordynowane**: powrót do pracy po średnio- lub długoterminowej absencji chorobowej jest złożonym procesem, wymagającym zintegrowanych działań w różnych dziedzinach;
- **połączone budżetowanie** w ramach różnych dziedzin może przyczynić się do zwiększenia efektywności wykorzystania zasobów;
- **wsparcie finansowe i techniczne**: w przypadku mikroprzedsiębiorstw lub małych przedsiębiorstw zewnętrzne wsparcie techniczne lub finansowe może pomóc pracodawcom w tworzeniu indywidualnych planów działania i ustanawianiu środków ponownej integracji dla osób wracających do pracy.

Braki w zakresie badań

Konieczne są dodatkowe badania, szczególnie w następujących trzech dziedzinach: ocena skutków, możliwości i opłacalności istniejących krajowych systemów powrotu do pracy; skuteczność i możliwość stosowania systemów powrotu do pracy w mikroprzedsiębiorstwach i małych przedsiębiorstwach; oraz szczególne potrzeby w procesie powrotu do pracy starszych pracowników, kobiet, osób na długotrwałym zwolnieniu chorobowym (tj. trwającym ponad 1 rok) oraz osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego.

Dodatkowe informacje

Sprawozdanie jest dostępne w języku angielskim na stronie internetowej EU-OSHA:

<https://osha.europa.eu/pl/tools-and-publications/publications/rehabilitation-and-return-work-analysis-eu-and-member-state/view>

Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej, 2017.

© Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy, 2017.

Powielanie dozwolone pod warunkiem wskazania źródła



Urząd Publikacji