

REHABILITACJA ZAWODOWA

STAN AKTUALNY I PROPONOWANE ZMIANY



Redakcja naukowa
Gerturda Uścińska
Anna Wilmowska-Pietruszyńska

IPiSS

Państwowy Fundusz

Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



*Wojciech Otrębski, Jolanta Poniedziałek,
Paulina Roicka, Janina Petelczyc*

ZAŁOŻENIA DO POWSTANIA I FUNKCJONOWANIA MODELOWEGO OŚRODKA SZKOLENIA ZAWODOWEGO I REHABILITACJI

1. Założenia ogólne funkcjonowania ośrodka szkolenia zawodowego i rehabilitacji

Ośrodek szkolenia zawodowego i rehabilitacji (OSZiR) to placówka szkoleniowo-rehabilitacyjna. Główny nacisk w jego działaniach położony jest na szkolenie zawodowe, które skutkować będzie nabyciem przez uczestnika/kursanta przygotowania zawodowego (uzyskanie kwalifikacji, dyplomu zawodowego) do wykonywania pracy w dotychczas nieposiadanym zakresie.

1.1. Misja ośrodka

Misją ośrodka jest przywrócenie osobom niepełnosprawnym zdolności do pracy poprzez świadczenie specjalistycznych usług rehabilitacji zawodowej wobec kierowanych do ośrodka osób w celu uzyskania przez nie przygotowania zawodowego do wykonywania pracy w zakresie dotychczas nieposiadanym, skutkującej ich aktywizacją na rynku pracy, uczestnictwem w życiu publicznym, osiągnięciem pełnej samorealizacji oraz lepszej jakości życia.

Na działania te składać się będzie przekwalifikowanie zawodowe, rehabilitacja społeczna i medyczna oraz pomoc w uzyskaniu zatrudnienia po ukończeniu szkolenia, które są konieczne do pełnej realizacji postawionego zamierzenia.

Misją ośrodka jest zatem dążenie do osiągnięcia wymienionych celów na pięciu płaszczyznach:

1) zawodowej:

- powrót na rynek pracy przez osobę poddawaną szkoleniom,
- nauczenie uczestnika samodzielnego poruszania się po rynku pracy;

2) społecznej:

- umożliwienie uczestnikom udziału w życiu społecznym,
- nawiązanie przez kursantów nowych relacji poprzez pracę,
- wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania funkcji społecznych,
- pobudzanie aktywności społecznej uczestników szkoleń;

3) psychologicznej:

- integracja wewnętrzna osoby – równowaga psychiczna i harmonia emocjonalna, radzenie sobie z życiem z niepełnosprawnością,

- integracja zewnętrzna – podejmowanie ról społecznych właściwych dla płci i wieku osoby w sposób podobny do rówieśników;

4) medycznej:

- przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy,

5) ekonomicznej:

- umożliwienie osobom niepełnosprawnym osiągnięcia samodzielności ekonomicznej,

- poprawa funkcjonowania na rynku pracy poprzez włączenie grup obecnie częściowo wykluczonych,

- odciążenie budżetu państwa: inwestowanie w rehabilitację zwraca się z nadwyżką dzięki aktywizacji zawodowej osób poddawanych rehabilitacji (pozytywny wpływ na gospodarkę i wpływy z podatków) oraz zmniejszenie kosztów związanych z wypłatą rent.

Podejmowane w OSZiR działania są kompleksowe i skoordynowane, pozwalają na indywidualny rozwój każdego uczestnika szkolenia zawodowego i rehabilitacji, przywrócenie lub zbudowanie jego zdolności do pracy oraz zwiększenie możliwości zatrudnienia.

Działania

Realizacja misji ośrodka szkolenia zawodowego i rehabilitacji następuje poprzez:

- 1) wstępną kwalifikację do szkolenia zawodowego (ocena zdolności do pracy: medyczna, psychologiczna, zawodowa),
- 2) prowadzenie doradztwa zawodowego – pomoc w wyborze przyszłej pracy zgodnej z ustalonym na poprzednim etapie profilem zawodowym danej osoby,
- 3) wybór zawodu dostosowany do rynku pracy i umożliwiający w przyszłości zdobycie zatrudnienia,
- 4) przywrócenie utraconych umiejętności zawodowych, poprawę obecnie niewystarczających umiejętności oraz nabywanie nowych kwalifikacji,
- 5) dostarczanie usług wysokiej jakości,
- 6) otaczanie wszystkich uczestników opieką medyczną, psychologiczną, fizjoterapeutyczną i edukacyjną zgodnie z obowiązującymi w ośrodku rehabilitacji standardami,
- 7) dostosowanie rehabilitacji zawodowej, społecznej i medycznej do możliwości indywidualnych i motywacji pacjenta,
- 8) sumienne wykonywanie swoich obowiązków przez personel,
- 9) ciągłą poprawę organizacji pracy,
- 10) innowacyjność i kreatywność w działaniu, wdrażanie nowoczesnych metod rehabilitacji,
- 11) zapobieganie wypadkom przy pracy, chorobom zawodowym oraz zdarzeniom potencjalnie wypadkowym,

- 12) efektywne i pełne wykorzystanie możliwości ośrodka rehabilitacji,
- 13) stały rozwój umiejętności i kwalifikacji zawodowych pracowników ośrodka rehabilitacji,
- 14) kontakt z potencjalnymi pracodawcami uczestników szkoleń.

Wartości

Działania OSZiR prowadzone są zgodnie z następującymi wartościami:

- **równość** – wszyscy członkowie społeczeństwa mają takie same prawa i możliwości m.in. w dostępie do rehabilitacji i rynku pracy,
- **szacunek** dla praw i godności każdego człowieka,
- **odpowiedzialność** wobec kursantów i całego społeczeństwa,
- **wzajemne zaufanie i tolerancja**,
- **wiara w potencjał** uczestników szkoleń,
- **rzetelność** w wykonywaniu obowiązków,
- **wysoka jakość** świadczonych usług.

Działania OSZiR prowadzą do pełnego wykorzystania potencjału osób kierowanych do ośrodka oraz podwyższenia odsetka osób niezdolnych do pracy, które podlegają rehabilitacji i powracają na rynek pracy. Następuje to poprzez pełne wykorzystywanie środków prawnych, instytucjonalnych i ekonomicznych. Efektem działalności ośrodka jest nie tylko zwiększenie zatrudnienia osób niepełnosprawnych, lecz także korzystna zmiana jakościowa w funkcjonowaniu jednostki i jej otoczenia.

1.2. Zasady, na jakich opiera się rehabilitacja prowadzona w ośrodku

Zasady, na jakich opiera się rehabilitacja prowadzona w ośrodku, w dużej mierze odnoszą się do polskich i międzynarodowych standardów, w tym do zalecenia nr 99 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczącego przystosowania i rehabilitacji zawodowej inwalidów, opracowanej przez WHO Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) oraz do norm wypracowanych przez naukowców związanych z polską szkołą rehabilitacji.

Do podstawowych zasad, zgodnie z koncepcjami twórców polskiej szkoły rehabilitacji, zalicza się: powszechność, wczesność, kompleksowość i ciągłość.¹

• **Powszechność** – jest to umożliwienie dostępu do rehabilitacji każdej osobie, która tego potrzebuje i uzyskała odpowiednie skierowanie, na tych samych zasadach i regułach obowiązujących wszystkie uprawnione osoby.

• **Wczesność** – opiera się na prowadzeniu czynności rehabilitacyjnych od jak najwcześniejszego momentu, tuż po dokonaniu diagnozy u danego pacjenta.

¹ Dega W., *Drogi rozwoju i stan obecny rehabilitacji leczniczej w Polsce*, w: A. Hulek, red., *Rehabilitacja inwalidów w PRL*, PWN, Warszawa 1973, s. 17–22.

Wczesność wymaga dobrej organizacji systemu rehabilitacji oraz szybkiej ścieżki pomiędzy uzyskaniem skierowania a rozpoczęciem rehabilitacji.

• **Kompleksowość** – wszechstronne podejście do potrzeb uczestnika jest niezbędnym czynnikiem prowadzącym do pełnej i skutecznej rehabilitacji. W ośrodku prowadzone zatem będą działania zawodowe (doradztwo, nauka, zmiana kwalifikacji, pomoc w poruszaniu się na rynku pracy etc.) oraz medyczne, psychologiczne, pedagogiczne i społeczne.

• **Ciągłość (trwałość)** – dostarczanie uczestnikowi usług rehabilitacyjnych tak długo jak wymagają tego jego indywidualne potrzeby. Pozwala to na uzyskanie optymalnych warunków powrotu osoby niepełnosprawnej do czynnego życia zarówno zawodowego, jak i społecznego.

Równie istotne jest udostępnienie uczestnikom – w miarę możliwości – udziału w szkoleniu pozwalającym wykorzystać ich dotychczasowe kwalifikacje ogólne oraz predyspozycje zawodowe z uwzględnieniem perspektywy zatrudnienia w preferowanej profesji. W tym celu rehabilitacja realizowana w ośrodku będzie z jednej strony skoordynowana z potrzebami rynku pracy, z drugiej powinna prowadzić do zatrudnienia w możliwie jak największym stopniu odpowiadającego predyspozycjom i preferencjom uczestnika szkolenia.

Reasumując, rehabilitacja zawodowa w ośrodku szkolenia zawodowego i rehabilitacji powinna odbywać się w zgodzie z następującymi zasadami:

1) poprzedzanie procesu rehabilitacji wstępną oceną zdolności do pracy, polegającą na zidentyfikowaniu sprawności i zdolności ogólnych oraz możliwości dalszego rozwoju skierowanej do OSZiR osoby;

2) dostosowanie kierunku szkolenia do indywidualnych możliwości i preferencji uczestnika;

3) diagnoza i wybór przyszłego zawodu we wstępnej fazie rehabilitacji powinny być w miarę możliwości kompatybilne z wolą uczestnika;

4) wybór zawodu musi być zbieżny z potrzebami rynku pracy;

5) rozpoczęcie procesu rehabilitacji jak najwcześniej po zdiagnozowaniu niezdolności do pracy; rehabilitacja powinna być kompleksowa (łącznie zawodowa, medyczna i psychospołeczna) i ciągła (aż do uzyskania efektu finalnego w ustalonym czasie).

1.3. Metody pomiaru efektywności rehabilitacji

Efektywność rehabilitacji zawodowej jest pojęciem trudnym do zdefiniowania i zmierzenia. Jej pomiar powinien umożliwić oszacowanie skutków działania, ocenę skuteczności użytkowania zasobów, a także stopień, w jakim podjęte działania odpowiadają realizacji zamierzeń.

W ośrodku rehabilitacji powinny być zastosowane środki kontroli w celu:

a) zbadania, czy rehabilitacja oraz przygotowanie zawodowe są zadowalające;

b) oceny wartości, zasad i metod, na których opiera się rehabilitacja prowadzona w ośrodku;

c) usuwania w miarę możliwości wszelkich przeszkód, które mogłyby utrudnić lub uniemożliwić osobie przekwalifikowanej adaptację do nowych warunków pracy.

Co do zasady, działania prowadzone na rynku pracy mają na celu zwiększenie zatrudnienia, promowanie równych szans i poprawę zdolności zatrudnienia bezrobotnych, w tym znajdujących się w najtrudniejszym położeniu. Wszelkie programy i strategie zorientowane na realizację wymienionych celów wymagają przeprowadzenia ewaluacji. Standardy ewaluacji wypracowane zostały przez Komisję Europejską. W opinii KE należy ją rozumieć jako ocenę interwencji pod kątem efektów, oddziaływania i potrzeb, które miała spełnić lub zaspokoić.²

W procesie pomiaru efektywności rehabilitacji należy brać pod uwagę zarówno ujęcie finansowe, takie jak trwała rentowność prowadzonych działań, liczba osób, które powróciły na rynek pracy, jak i czynniki pozamaterialne, m.in. przystosowanie zawodowe i społeczne osób, które przeszły rehabilitację w ośrodku.

Ośrodek powinien regularnie zlecać analizy i ewaluację przeprowadzanych rehabilitacji podmiotowi zewnętrznemu, np. urzędowi pracy lub niezależnemu instytutowi badawczemu. W badaniu powinny znajdować się pytania dotyczące statusu zawodowego:

- Czy dana osoba po zakończeniu rehabilitacji znalazła zatrudnienie?
- Jeśli tak, to po jakim czasie, jeśli nie – jak długo już poszukuje?
- Jeśli jest zatrudniona, to w jakiej formie (rodzaj umowy)?
- Czy dana osoba jest zatrudniona stale w tym samym zakładzie, czy też zmieniła miejsce pracy?
- Czy rehabilitacja w ośrodku była pomocna w uzyskaniu zatrudnienia?

W badaniach powinno się także analizować po przebyciu jakich kursów i w jakich zawodach uczestnicy znajdują pracę najczęściej i najszybciej, a jakie są najmniej efektywne. Powinno się również dokonać analizy trwałości zatrudnienia: ile osób pracowało 2 miesiące, 6 miesięcy, rok i dwa lata po zakończeniu kursu. Pozwoli to ocenić trwałość charakteru zmian. Ważne jest także przebadanie efektywności ośrodka w zależności od regionu, do którego są kierowani lub z którego pochodzą uczestnicy.

Badania te prowadzą zatem do odpowiedzi na następujące pytania:

- Jakie są efekty rehabilitacji w stosunku do uczestniczących w niej osób?
- Jak w wyniku działania programu zmienia się pozycja tych osób w relacji do tej, jaką mieliby, gdyby nie podlegali rehabilitacji zawodowej w ośrodku?

W celu uzyskania odpowiedniej stopy zwrotu uczestnicy szkoleń powinni zostać zobowiązani do informowania ośrodka rehabilitacji oraz instytucji zewnętrznej o każdorazowej zmianie miejsca zamieszkania w okresie 2 lat od zakończenia szkolenia. Także pracodawcy, urzędy pracy i inne instytucje pośred-

² *Evaluating EU activities, A practical guide for the Commission services*, European Commission publications, Luxembourg, 2004, s. 9. (Definicja ta brzmi: „judgement of interventions according to their results, impacts and needs they aim to satisfy”).

nictwa pracy zostałyby zobowiązane do przesyłania ośrodkowi oraz podmiotowi zewnętrznemu we wskazanym okresie informacji dotyczących uczestników szkoleń, które mogłyby mieć znaczenie w ustaleniu ich efektywności. Badania przeprowadzone w powiatowych urzędach pracy na potrzeby niniejszego projektu³ wykazały bowiem, że bardzo ograniczona jest wiedza urzędników na temat dalszych losów osób biorących udział w szkoleniach organizowanych przez starostę. Z rozmów z doradcami zawodowymi wynika, że z klientami traci się kontakt prawie zawsze w momencie wyrejestrowania z urzędu pracy.

Ośrodek rehabilitacji może także, na wzór rozwiązań niemieckich, w regularnych odstępach czasu przeprowadzać wywiady telefoniczne lub internetowe z byłymi uczestnikami.

Należy zatem poddać ocenie wpływ działań ośrodka rehabilitacji zarówno na poziomie mikroekonomicznym, jak i makroekonomicznym. W pierwszym przypadku jest to pomiar i analiza efektów netto w wymiarze indywidualnym, czyli w stosunku do osób, które skorzystały z usług ośrodka. Poziom makroekonomiczny to pomiar i analiza efektów zagregowanych, ocena wpływu prowadzonych działań na gospodarkę. Konieczne jest też analizowanie kosztów i korzyści, a zatem ocena efektywności działań na podstawie relacji pomiędzy poniesionymi nakładami a uzyskanymi wynikami i ocena opłacalności podejmowanych działań.⁴ Ewaluacja powinna polegać na ustaleniu związków przyczynowych pomiędzy działaniami prowadzonymi w ośrodku rehabilitacji a obserwowanymi wynikami. Należy zatem określić zmianę wywołaną bezpośrednio poprzez rehabilitację, której nie można przypisać samoistnemu oddziaływaniu innych czynników.

1.4. Prawa i obowiązki uczestnika

Rolą ośrodka rehabilitacji, obok dostarczania usług rehabilitacyjnych i przywracania osób niepełnosprawnych na rynek pracy, jest również ochrona i promowanie praw wszystkich osób, wobec których prowadzi się działania.

Jedną z podstawowych zasad rehabilitacji prowadzonej w ośrodku jest zasada równości traktowania, szans oraz dostępu do oferowanych zajęć. Każdemu kursantowi przysługuje także prawo do autonomicznego – w miarę możliwości – wyboru ścieżki przekwalifikowania zawodowego. Personel ośrodka w wykonywaniu swoich zadań pamięta również o godności każdej osoby oraz konieczności ochrony jednostki przed ponoszeniem przez nią zbędnego ryzyka.

³ J. Petelczyc, P. Roicka, *Wyniki badań zrealizowanych w powiatowych urzędach pracy w ramach projektu „Rehabilitacja zawodowa – stan aktualny i proponowane zmiany*, Warszawa 2013.

⁴ Z. Wiśniewski, K. Zawadzki, red., *Efektywność pomiaru polityki rynku pracy w Polsce*, wyd. Wojewódzkiego Urzędu Pracy oraz Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2011, s. 60.

Prawa uczestnika

Podstawowe prawa uczestnika wynikają z regulaminów wewnętrznych opartych na regulacjach międzynarodowych i krajowych. Należą do nich m.in.:

1) Konwencja Narodów Zjednoczonych o Prawach Osób Niepełnosprawnych przyjęta 13 grudnia 2006 r., na mocy rezolucji nr 61/106. Polska podpisała konwencję 30 marca 2007 r. wraz z 80 innymi państwami, ratyfikowała zaś 6 września 2012 r.,

2) Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF, ang. *International Classification of Functioning, Disability and Health*),

3) ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (DzU 2011 r., nr 127, poz. 721 ze zm.),

4) uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych (MP z 13.08.1997 r., nr 50, poz. 475),

5) uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 7 grudnia 2012 r. w sprawie przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych (MP poz. 991.2012).

Wymienione dokumenty proklamują następujące prawa osób z niepełnosprawnością:

- prawo do korzystania ze wszystkich usług ośrodka rehabilitacji przez każdą skierowaną doń osobę niepełnosprawną, niezależnie od rodzaju i nasilenia niepełnosprawności, płci, narodowości, języka, rasy, pochodzenia etnicznego, orientacji seksualnej, religii, poglądów i in.;

- prawo do poszanowania godności każdej osoby;
- prawo do życzliwego traktowania;
- równe prawo w dostępie do informacji (w tym odpowiednie i przystępne sposoby prezentowania tych informacji w konkretnych przypadkach);

- prawo do uzyskania usług najwyższej jakości;
- prawo do wyboru sposobu leczenia i prawo odmowy leczenia;
- prawo do nietykalności osobistej;
- prawo do dochodzenia swoich praw, składania skarg i zażaleń na nieodpowiednie traktowanie i w sytuacji dojścia do uszczerbku na zdrowiu;

- prawo do poufności oraz bezpieczeństwa informacji i dokumentacji;
- prawo do zachowania tajemnicy na temat stanu zdrowia nawet w stosunku do osób najbliższych, jeśli uczestnik wyrazi takie życzenie, oraz prawo do wskazania osoby, która może być informowana;

- prawo do znajomości imion i nazwisk osób odpowiedzialnych za opiekę nad osobą niepełnosprawną;

- prawo do prywatności;

- prawo do kontaktu z osobami z zewnątrz.

Obowiązki uczestnika

Zapewnienie właściwego funkcjonowania ośrodka rehabilitacji oraz osiągnięcie jak najlepszych efektów prowadzonych działań narzuca obowiązek przestrzegania określonych reguł także na uczestników.

Korzystanie z usług ośrodka rehabilitacji wymaga dostosowania się do następujących obowiązków i norm:

- obowiązek poinformowania przed rozpoczęciem rehabilitacji o przyjmowanych lekach;
- obowiązek przestrzegania harmonogramu dnia;
- obowiązek uczestniczenia w zajęciach, z możliwością opuszczenia ich tylko w przypadku odpowiedniego zwolnienia lekarskiego lub szczególnej, usprawiedliwionej sytuacji;
- obowiązek punktualnego stawiania się na zajęcia;
- obowiązek stosowania się do wskazówek i zaleceń personelu ośrodka rehabilitacji w zakresie rehabilitacji zawodowej, medycznej i społecznej;
- obowiązek szanowania mienia będącego własnością ośrodka rehabilitacji;
- zakaz spożywania alkoholu i innych środków odurzających na terenie ośrodka rehabilitacji;
- zakaz palenia tytoniu z wyjątkiem wyznaczonych do tego miejsc;
- obowiązek szanowania godności, intymności, przekonań i zasad moralnych innych uczestników.

Niestosowanie się do reguł obowiązujących w ośrodku może skutkować zakończeniem przed terminem procesu rehabilitacji i przerwaniem, za zgodą płatnika, szkolenia danej osoby.

2. Charakterystyka uczestników/kursantów ośrodka szkolenia zawodowego i rehabilitacji

Uczestnikami szkolenia będą osoby dorosłe:

1) z niepełnosprawnością nabytą, wymagającą przekwalifikowania zawodowego ze względu na utratę zdolności pracy w dotychczasowym zawodzie czy na dotychczasowym stanowisku pracy;

2) z niepełnosprawnością wrodzoną lub nabytą w okresie nauki, nieposiadającą żadnego przygotowania zawodowego, zapewniającego możliwość podjęcia pracy zarobkowej, chcące nabyć kwalifikacje zawodowe;

3) niepełnosprawne, długotrwale bezrobotne, wyrażające gotowość do gruntownego przekwalifikowania zawodowego w celu przygotowania się do wymogów aktualnego rynku pracy.

Do ośrodka szkolenia zawodowego i rehabilitacji będą przyjmowane osoby niepełnosprawne, które:

- uzyskają pozytywną ocenę zdolności do pracy (lekarz medycyny pracy, psycholog rehabilitacyjny, doradca zawodowy);
- uzyskają akceptację organu finansującego szkolenie zawodowe (ZUS, KRUS, PUP);
- wykażą zadowalający poziom samoobsługi i samodzielności życiowej; mogą w nim być szkolone także osoby wymagające pomocy asystenta w wykonaniu niektórych czynności samoobsługowych czy zabezpieczeniu potrzeb bytowych;
- są bardzo wyraźnie zdecydowane, zmotywowane i zdeterminowane, aby uzyskać przygotowanie zawodowe (kwalifikacje) umożliwiające podjęcie zatrudnienia i jednocześnie rezygnację ze świadczeń rentowych.

3. Charakter pobytu w ośrodku rehabilitacji

Ośrodek szkolenia zawodowego i rehabilitacji będzie funkcjonował od poniedziałku do piątku w godzinach 9–17 w systemie stacjonarnym oraz ambulatoryjnym. W systemie stacjonarnym osoba rehabilitowana będzie miała możliwość skorzystania z hotelu należącego do ośrodka. W ośrodku może być jednocześnie rehabilitowanych 200 osób.

Udział w szkoleniu realizowanym przez OSZiR w zasadzie powinien mieć charakter pobytowy (stacjonarny). Istnieje jednak możliwość, aby niektóre osoby niepełnosprawne – z reguły te, które mają miejsce zamieszkania w miejscowości, w której zlokalizowany jest ośrodek – mogły korzystać z usług w trybie ambulatoryjnym.

Okres pobytu kursanta w ośrodku zależy od:

- 1) potrzeb szkoleniowych i możliwości (kompetencji) wyjściowych uczestnika szkolenia (poziom wiadomości ogólnych);
- 2) indywidualnego programu szkoleniowego (IPS) opracowanego dla każdego uczestnika;
- 3) długości cyklu szkolenia zawodowego wymaganego dla danego zawodu (umiejętności).

4. Realizacja szkolenia zawodowego

Jak już wskazano, wiodącą działalność ośrodka szkolenia zawodowego i rehabilitacji stanowić będzie organizowanie i realizowanie szkolenia zawodowego skutkującego nabyciem przez uczestnika/kursanta przygotowania zawodowego (uzyskanie dyplomu zawodowego) do wykonywania pracy w zakresie dotychczas nieposiadanym.

Wybór zawodów, w ramach których prowadzone będzie szkolenie zawodowe, mógłby być dokonany z uwzględnieniem kilku przesłanek. Szczególnie istotna jest tu wiedza o potrzebach rynku pracy w regionie, gdzie tworzony jest OSZiR.

Zapotrzebowanie na określonych pracowników gwarantuje, że uczestnik szkolenia po jego zakończeniu uzyska zatrudnienie w nowo wyuczonym zawodzie. Nie mniej ważne jest uwzględnienie kategorii niepełnosprawności i wynikające z nich zakresy dysfunkcji. Wiąże się to z koniecznością utworzenia odpowiednio przystosowanych stanowisk szkolenia praktycznego. Istotna jest też dostępność na danym terenie nauczycieli określonych zawodów. Ułatwieniem organizacyjnym może być istnienie w regionie szkolnictwa zawodowego oferującego kształcenie w określonych zawodach.

Przyjmując, że uczestnikami szkolenia w modelowym OSZiR będą przede wszystkim osoby niepełnosprawne motorycznie, proponujemy następujące zawody:

- kreślarz (w szeroko rozumianym budownictwie, planowaniu przestrzennym),
- projektant terenów zielonych,
- grafika komputerowa i obsługa systemów informatycznych,
- obsługa logistyczna/magazynowa,
- archiwizacja (digitalizacja) dokumentów, danych, publikacji,
- edycja i skład tekstów (wydawnictwa, portale internetowe),
- usługi księgowe.

Równoległe ze szkoleniami zawodowymi ośrodek będzie świadczył usługi, jak:

- 1) wstępna ocena zdolności do pracy (medyczna, psychologiczna, zawodowa);
- 2) doradztwo psychospołeczne (akceptacja własnej sytuacji życiowej; radzenie sobie z niepełnosprawnością; relacje z najbliższymi; podejmowanie ról społecznych odpowiednich dla wieku, płci, stanu kursanta; wzmocnienie motywacji do realizacji zadań szkoleniowych; podnoszenie poziomu kompetencji miękkich ważnych w pracy – organizacja czasu, komunikacja interpersonalna, kontrola emocji);
- 3) podnoszenie poziomu umiejętności samoobsługowych;
- 4) przygotowanie do kontaktu z pracodawcą i współpracownikami;
- 5) rehabilitacja medyczna (kinezyterapia, fizjoterapia itp.);
- 6) kurs prawa jazdy (dla chętnych);
- 7) zakwaterowanie, wyżywienie.

4.1. Schemat realizacji szkolenia zawodowego w OSZiR

Wykres 1



Etap wstępny

- kwalifikacja do szkolenia zawodowego, ocena zdolności do pracy (medyczna, psychologiczna, zawodowa),
- **czas trwania:** do 1 miesiąca,
- **realizacja:** zespół diagnostyczny w składzie:
 - lekarz medycyny pracy i/lub lekarz specjalista rehabilitacji medycznej (ustalenie potrzeb z zakresu rehabilitacji medycznej);
 - psycholog rehabilitacyjny (diagnoza zdolności umysłowych i psychospołecznych predyspozycji do pracy, zainteresowań zawodowych, motywacji itp.);
 - doradca zawodowy (analiza potrzeb lokalnego rynku pracy, dopasowanie szkolenia do zainteresowań, możliwości i potrzeb kursanta);
 - specjalista z zakresu dostosowania miejsca pracy (opracowanie zakresu koniecznego wsparcia technicznego kursanta i adaptacji stanowiska pracy),
- **efekt końcowy:** *indywidualny program rehabilitacji zawodowej.*

Etap zasadniczy

- szkolenie zawodowe,
- **czas trwania:** 6 – 36 miesięcy,
- **realizacja:**
 - zespół szkoleniowców/nauczycieli zawodu (nauka zawodu);
 - psycholog (akceptacja własnej sytuacji życiowej; radzenie sobie z niepełnosprawnością; relacje z najbliższymi; podejmowanie ról społecznych odpowiednich dla wieku, płci, stanu cywilnego kursanta; wzmocnienie motywacji do realizacji zadań szkoleniowych; podnoszenie poziomu kompetencji miękkich ważnych w pracy – organizacja czasu, komunikacja interpersonalna, kontrola emocji, motywacja osiągnięć, skuteczność działania i in.);
 - doradca zawodowy (przygotowanie do kontaktu/relacji z pracodawcą i współpracownikami; trening umiejętności poruszania się po rynku pracy; przygotowanie dokumentów; autoprezentacja; poszukiwanie miejsca pracy; pośrednictwo pracy; kontakt z pracodawcami i lokalnymi urzędami pracy);
 - asystent osoby niepełnosprawnej (podnoszenie poziomu umiejętności samobsługowych, zachowania kompensacyjne, trening mobilności);
 - specjaliści (np. fizjoterapeuta, ergoterapeuta, instruktor nauki jazdy samochodem);

- **efekt końcowy:** umiejętności zawodowe pozwalające na rozpoczęcie pracy.

Ukończenie szkolenia i nabycie nowych umiejętności zawodowych będzie potwierdzone odpowiednim certyfikatem lub zdaniem egzaminem zawodowym przeprowadzonym wewnątrz OSZiR lub w innych instytucjach certyfikujących (np. cechy rzemieślnicze; ZDZ).

Etap końcowy

- wspieranie i monitorowanie działań absolwenta w środowisku życia i pracy (ewaluacja/ocena efektywności szkolenia)

- **czas trwania:** do 12 miesięcy,
- **realizacja:**
 - doradca zawodowy (OSZiR/PUP);
- **efekt końcowy:** stałe zatrudnienie.

4.2. Realizacja rehabilitacji społecznej

Rehabilitacja zawodowa realizowana w OSZiR stanowi element szeroko rozumianej rehabilitacji społecznej uczestników szkolenia. Celem bezpośrednim rehabilitacji społecznej jest przygotowanie osoby niepełnosprawnej do realizacji ról społecznych właściwych dla jej wieku i płci. Realizacja ról społecznych przez osobę niepełnosprawną w zakresie podobnym do jej rówieśników zapewnia osiągnięcie celu głównego rehabilitacji kompleksowej, jakim jest pełne uczestnictwo osoby w życiu społecznym i tym samym integracja osób sprawnych z niepełnosprawnymi.

Zakłada się, że słuchaczami szkolenia prowadzonego przez OSZiR będą osoby prezentujące różny poziom uczestnictwa w życiu społecznym i tym samym posiadający różne potrzeby w zakresie rehabilitacji społecznej. Ponieważ realizacja rehabilitacji zawodowej jest immanentnie związana z prowadzeniem rehabilitacji społecznej, na każdym z wymienionych etapów szkolenia zawodowego wskazywane są również działania z zakresu przystosowania społecznego. Zajęcia są prowadzone przez transdyscyplinarny zespół specjalistów, co gwarantuje jego kompleksowość i skuteczność.

Można powiedzieć, że *wartością dodaną* kompleksowości oddziaływań szkoleniowo-rehabilitacyjnych realizowanych przez OSZiR będzie nie tylko umożliwienie podjęcia pracy, ale przede wszystkim rozszerzenie zakresu uczestnictwa kursantów w życiu społecznym.

5. Realizacja rehabilitacji medycznej

Realizacja świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej należy do głównych zadań ośrodka rehabilitacji w procesie przywracania osób niepełnosprawnych na rynek pracy.

W programie przywracania zdolności do wykonywania pracy ważnym zakresem działalności ośrodka będzie:

- wieloaspektowa medyczna ocena możliwości wykonywania danego zawodu uwzględniająca profil funkcjonowania pacjenta;
- poza oceną przydatności do zawodu i szkoleniem realizowana będzie kompleksowa rehabilitacja, w tym medyczna dla uczestników programu, którzy z powodów zdrowotnych lub socjalnych przez dłuższy okres nie wykonywali swojego zawodu;

Do ośrodka kwalifikowane będą osoby:

- z obniżoną sprawnością narządu ruchu;
- z obniżoną sprawnością funkcjonowania społecznego w wyniku długotrwałego ograniczenia aktywności ruchowej;
- z obniżoną sprawnością sensoryczną, komunikowania się i obniżoną sprawnością psychofizyczną z powodu przebytych lub współistniejących chorób somatycznych.

Wśród przyczyn niepełnosprawności uczestników będzie:

- nagła utrata sprawności ruchowej (wypadki, urazy, zatrucia, oparzenia i odmrożenia);
- choroby przewlekłe, które stanowią 80% przyczyn niepełnosprawności (np. choroby reumatyczne);
- wady wrodzone.

Programy rehabilitacji ogólnoustrojowej dla osób z dysfunkcjami narządu ruchu planowane będą indywidualnie w zależności od zdiagnozowanych potrzeb chorego i realizowane dla następujących jednorodnych grup pacjentów:

- rehabilitacja pourazowa wielonarządowa;
- rehabilitacja narządu ruchu po leczeniu zachowawczym i operacyjnym, w tym także dla osób z chorobami współistniejącymi;
- rehabilitacja po amputacjach kończyn, w tym także dla osób z chorobami współistniejącymi;
- rehabilitacja po oparzeniach i odmrożeniach;
- rehabilitacja dla osób po długotrwałym unieruchomieniu.

Zadania zespołu rehabilitacyjnego skoncentrowane będą na przywróceniu maksymalnej, możliwej do uzyskania sprawności i wydolności fizycznej chorego poprzez realizację rehabilitacji funkcjonalnej pozwalającej na osiągnięcie przez uczestników najwyższego poziomu samoobsługi, funkcjonowania społecznego oraz niezależności zgodnej z aktualnymi możliwościami funkcjonowania i kwalifikacją do określonego zawodu.

Lekarz specjalista rehabilitacji medycznej jako koordynator pracy zespołu rehabilitacyjnego będzie tworzył pole działania usystematyzowanej interdyscyplinarnej opieki rehabilitacyjnej, a motywowanie do aktywnej współpracy chorego przez wszystkich członków zespołu rehabilitacyjnego w programie rehabilitacji daje gwarancję uzyskania możliwego do uzyskania najwyższego poziomu funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością.

Postępowanie rehabilitacyjne będzie zgodne z zaleceniami europejskimi, zawartymi w Białej Księdze Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji w Europie⁵, sformułowanymi przez czołowych przedstawicieli środowisk rehabilitacji Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS PRM) z udziałem polskich naukowców.

Kompleksowa rehabilitacja realizowana z użyciem nowoczesnych środków, zgodnie z ramami koncepcyjnymi Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowa-

⁵ White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe, www.euro-prm.org.

nia, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) stanowić będzie podstawę zapewnienia dobrostanu osobom z niepełnosprawnościami i niezależnie od stanu zdrowia umożliwi pełne uczestnictwo społeczne.

Ramy koncepcyjne ICF, które będą wykorzystywane w opisywaniu niepełnosprawności, przyczyn i konsekwencji niepełnosprawności oraz potrzeb rehabilitacyjnych, umożliwiają osiągnięcie zamierzonego celu rehabilitacji poprzez tworzenie indywidualnie zaplanowanego programu na podstawie analizy profilu funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością z uwzględnieniem nie tylko oceny dziedzin związanych ze zdrowiem, ale także wszystkich czynników kontekstowych, które można podzielić na osobowe i środowiskowe.

Funkcjonowanie jednostki w określonej dziedzinie jest postrzegane jako interakcja lub złożony wzajemny związek między stanem zdrowia a czynnikami kontekstowymi (środowiskowymi i osobowymi). Pomiedzy nimi zachodzi dynamiczna interakcja: interwencje na jednym poziomie mogą potencjalnie modyfikować inne powiązane z nimi elementy. Analiza ograniczenia zdolności, które mogą być spowodowane jednym lub większą liczbą upośledzeń oraz ograniczenia wykonania wywołanego przez jedną lub więcej przeszkód (zewnętrznych, wewnętrznych) stanowi podstawę planowania programu rehabilitacji. Uczestnik może mieć problemy z wykonaniem i ograniczone zdolności bez widocznego upośledzenia – jako przykład mogą służyć trudności w wykonywaniu codziennych czynnościach związane ze stanem zdrowia. Takie problemy może mieć też osoba bez upośledzenia lub ograniczenia zdolności. Dzieje się tak np. wówczas, gdy boryka się z problemem stygmatyzacji lub dyskryminacji w relacjach międzyludzkich lub w miejscu pracy. Obserwujemy także ograniczenie zdolności w przypadku braku wspomagania. Nie ma natomiast żadnych problemów z czynnym uczestnictwem w środowisku osoba z ograniczeniami w poruszaniu się, jeśli zostanie wyposażona w urządzenie wspomagające pozwalające na poruszanie się i nauczyć się bezpiecznie je użytkować.

Kompleksowa rehabilitacja osób niepełnosprawnych z powodu chorób lub urazów narządu ruchu będzie uwzględniać dysfunkcje wykluczające wykonywanie zawodów wymuszających określone postawy ciała czy wymagające nadmiernych obciążeń fizycznych. Będzie koncentrować się także na przystosowaniu psychofizycznym osoby niepełnosprawnej do pracy możliwej mimo choroby. Występujący często u tych pacjentów ból zniechęca ich do ćwiczeń usprawniających. W przypadku przewlekłych zespołów bólowych w obrębie narządu ruchu będą podejmowane interwencje medyczne, a wśród nich nie tylko metody farmakologiczne, ale także pozafarmakologiczne, w tym w najszerszym zakresie metody fizjoterapii.

Wśród metod fizjoterapii w programie rehabilitacji stosowane będą:

- kinezyterapia (indywidualna i grupowa),
- pływanie i ćwiczenia w basenie,
- zabiegi medycyny fizykalnej i balneoterapii (fizykoterapia, hydroterapia),
- masaż.

Aktywność fizyczna i kinezyterapia z wykorzystaniem metod specjalnych będzie ukierunkowana, indywidualnie dobrana do preferencji i możliwości pacjenta oraz przyszłych czynności zawodowych. Kinezyterapia funkcjonalna stanowić będzie główną część programu rehabilitacji. Ważnym elementem terapii będzie też trening sensomotoryczny z wykorzystaniem metody Neurac, mający na celu odtworzenie kontroli nerwowo-mięśniowej poprzez aktywację głębokiego układu mięśni stabilizujących i adekwatne do niej pobudzenie układu mięśni powierzchownych oraz eliminację „słabych ogniw” systemu mięśniowo-szkieletowego. Kształcenie zdolności motorycznych obejmować będzie: szybkość i adekwatność reakcji, zdolność przestrzennego różnicowania ruchów, zdolność przystosowania się do zmieniających się warunków. Ważną składową programu kinezyterapii stanowić będą ćwiczenia równoważne i koordynacyjne.

Wśród zabiegów terapii fizykanej będą dostępne zabiegi hydroterapii, termoterapii w tym krioterapii, światłolecznictwa, elektroterapii, terapii polem elektromagnetycznym, falą ultradźwiękową. Oferta powinna uwzględniać także masaże lecznicze, terapię falą uderzeniową oraz wybrane metody balneoterapii.

W przypadku **zaburzeń mowy** dostępne będą świadczenia logopedyczne, a w przypadku **dysfunkcji narządu wzroku i słuchu** odpowiednie usługi z zakresu rehabilitacji narządów zmysłów.

6. Podstawy prawne organizacji i funkcjonowania ośrodka szkolenia zawodowego i rehabilitacji

6.1. Prawnofinansowy status ośrodka szkolenia zawodowego i rehabilitacji

W zakresie prawnoorganizacyjnej formy, w jakiej powinien działać ośrodek, proponujemy przyjąć rozwiązania analogiczne do ustalonych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (DzU nr 131, poz. 1457 ze zm.), wydanym na podstawie art. 69 ust. 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (DzU nr 137, poz. 887 ze zm.).

Podmioty uczestniczące w finansowaniu ośrodka

Zakładamy, że całkowity koszt rehabilitacji zawodowej osób kierowanych do ośrodka ponosiłby wskazany w ustawie podmiot właściwy do jej sfinansowania. W konsekwencji należałoby uznać, że gdyby podmiotem kierującym zainteresowanego do ośrodka rehabilitacji zawodowej był:

- Zakład Ubezpieczeń Społecznych, to podmiotem finansującym koszty rehabilitacji zawodowej byłby Fundusz Ubezpieczeń Społecznych i – ewentualnie – Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;

- Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, to podmiotem finansującym koszty rehabilitacji zawodowej byłby Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;

- starosta (w przypadku osób korzystających ze świadczeń przewidzianych ustawą o promocji zatrudnienia i instrumentach rynku pracy), to podmiotem finansującym koszty rehabilitacji zawodowej byłby powiat uzyskujący środki na ten cel z Funduszu Pracy.

Jeśli wprowadzono by możliwość kierowania osób zainteresowanych do ośrodka rehabilitacji zawodowej przez podmioty prywatne, całość kosztów związanych z przeprowadzeniem wobec tych osób rehabilitacji pokrywałby podmiot prywatny kierujący daną osobę do ośrodka, w szczególności zakład ubezpieczeń.

Umowa o sfinansowanie usług rehabilitacji zawodowej

Podstawą finansowania kosztów rehabilitacji osoby zainteresowanej w ośrodku – oprócz indywidualnego skierowania – powinna być umowa zawierana przez podmiot finansujący z ośrodkiem. Miałaby ona charakter umowy ramowej, zawieranej na czas oznaczony. Płatnik zobowiązywałby się w niej do pokrycia kosztów rehabilitacji zawodowej każdej skierowanej do ośrodka przez podmiot uprawniony osoby, w ramach określonych w umowie limitów. Zawarcie umowy byłoby dla podmiotów finansujących obowiązkowe. Całościowy koszt rehabilitacji zawodowej skierowanej na nią osoby, ze wskazaniem poszczególnych jego składników stosownie do postanowień umowy, wynikałby z kalkulacji przedstawionej przez kierownika ośrodka.

Państwowa osoba prawna

Optymalną formą prawnoorganizacyjną dla ośrodka szkolenia zawodowego i rehabilitacji byłaby państwowa osoba prawna. OSZiR byłby osobą prawną tworzoną z mocy ustawy. Dzięki atrybutowi osobowości prawnej wyposażony byłby w zdolność prawną i zdolność do czynności prawnych.

Organy ośrodka to: kierownik powoływany i odwoływany przez ministra oraz rada społeczna. Kierownik zarządzałby działalnością ośrodka i reprezentował go na zewnątrz, zaś rada społeczna wykonywałaby bieżącą kontrolę. Nadzór nad OSZiR sprawowałby minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego. On również nadawałby ośrodkowi w drodze rozporządzenia statut.

Ośrodek szkolenia zawodowego i rehabilitacji wyposażany byłby w nieruchomości Skarbu Państwa. Jako państwowa osoba prawna prowadziłby samodzielną gospodarkę finansową. Źródłami przychodów ośrodka byłyby:

- 1) środki przekazywane przez Fundusz Ubezpieczeń Społecznych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, powiaty oraz ewentualnie podmioty prywatne (np. ubezpieczyciele) w związku ze skierowaniem osób zainteresowanych na rehabilitację zawodową do ośrodka;

- 2) środki przekazywane z budżetu państwa w formie dotacji podmiotowych i dotacji celowych na zasadach określonych w ustawie o finansach publicznych;

3) środki pozyskiwane z innej działalności (np. najem powierzchni).

Podstawowym źródłem przychodów ośrodka byłyby środki przekazywane przez podmioty finansujące.

Państwowa jednostka budżetowa

Alternatywnym rozwiązaniem byłoby nadanie OSZiR statusu państwowej jednostki budżetowej. W tym ujęciu ośrodek rehabilitacji zawodowej byłby tworzony i likwidowany przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego. Minister ten nadawałby mu również statut i sprawował nadzór nad jego działalnością. OSZiR nie posiadałby osobowości prawnej i prowadziłby gospodarkę finansową zgodnie z planem finansowym, którego projekt sporządzałby jego kierownik. Środki finansowe na działalność ośrodka powinny być wydzielane w całości bezpośrednio w budżecie państwa, a wszystkie przychody uzyskane przez ośrodek z prowadzonej działalności powinny być odprowadzone do budżetu.

6.2. Zmiany proponowane w przepisach obowiązujących

Wprowadzenie proponowanych rozwiązań wymaga dokonania zmian w następujących aktach prawnych:

- ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (DzU 1998 nr 137, poz. 887),
- ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (DzU z 2009 r. nr 167, poz. 1322 ze zm.),
- ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (DzU nr 162, poz. 1118 ze zm.),
- ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (DzU z 1991 r. nr 7, poz. 24 ze zm.),
- ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (DzU nr 99, poz. 1001 ze zm.).

Odpowiednich nowelizacji należałoby dokonać także w następujących rozporządzeniach wykonawczych:

- rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (DzU nr 131, poz. 1457 ze zm.),
- rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z 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 (DzU z 2013 r., poz. 860).

Zmiany proponowane w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych

- Nowelizacja art. 69 – rozszerzenie zadań ZUS o zadania z zakresu rehabilitacji zawodowej, społecznej oraz leczniczej ubezpieczonych, wobec których orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie. Zadania z zakresu rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej wymienionych osób realizowane byłyby w ośrodku szkolenia zawodowego i rehabilitacji.

- Zmiana terminologii polegająca na rozszerzeniu ustawowego zakresu pojęciowego terminu „prewencja rentowa”, ograniczającego się obecnie do rehabilitacji leczniczej, o rehabilitację społeczną i zawodową ubezpieczonych, wobec których orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie oraz którym przyznano rentę szkoleniową z tego tytułu.

- Nowelizacja art. 57, regulującego zasady finansowania prewencji rentowej, poprzez objęcie finansowaniem także rehabilitacji zawodowej, społecznej oraz leczniczej ubezpieczonych, wobec których orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na całkowitą niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie, którym przyznano rentę szkoleniową z tego tytułu.

- Opcjonalnie należałoby rozważyć udział PFRON w finansowaniu kosztów przekwalifikowania zawodowego ubezpieczonych w okresie pobierania renty szkoleniowej. Powodowałoby to konieczność odpowiednich zmian dotyczących finansowania prewencji rentowej ze środków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Kwestią otwartą pozostaje udział środków ZUS i PFRON w kosztach przekwalifikowania zawodowego omawianej grupy ubezpieczonych.

Zmiany proponowane w ustawie o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych

- Nowelizacja art. 37 regulującego zasady finansowania prewencji wypadkowej poprzez rozszerzenie zadań ZUS związanych z prowadzeniem prewencji wypadkowej o działalność polegającą na kierowaniu osób ubezpieczonych, których niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie powstała wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej oraz którym przyznano rentę szkoleniową, na rehabilitację zawodową, społeczną i leczniczą realizowaną w ośrodku szkolenia zawodowego i rehabilitacji.

Zmiany proponowane w ustawie o emeryturach i rentach z FUS

- Nowelizacja art. 60, regulującego zasady przyznawania renty szkoleniowej, poprzez zmianę procedury kierowania osób ubezpieczonych na szkolenia przygotowujące do zdobycia nowego zawodu. W proponowanym stanie prawnym ZUS, po orzeczeniu celowości przekwalifikowania zawodowego oraz przyznaniu renty szkoleniowej, z pominięciem urzędu pracy kierowałby ubezpieczonego do ośrodka szkolenia zawodowego i rehabilitacji.

- W wyniku pominięcia powiatowego urzędu pracy w procedurze przekwalifikowania zawodowego osób pobierających rentę szkoleniową starosta pozbawiony zostałby uprawnień do występowania do ZUS z wnioskiem o przedłużenie lub skrócenie okresu jej wypłaty. Kompetencje te przejąłby kierownik ośrodka szkolenia zawodowego i rehabilitacji.

W związku z propozycją wprowadzenia współfinansowania przekwalifikowania zawodowego ubezpieczonych pobierających rentę szkoleniową przez ZUS oraz PFRON proponuje się wprowadzenie zapisu, zgodnie z którym koszty przekwalifikowania zawodowego ubezpieczonego w okresie pobierania renty szkoleniowej byłyby finansowane ze środków ZUS i PFRON. W omawianym przepisie powinno się także określić proporcje udziału środków ZUS i PFRON w kosztach przekwalifikowania zawodowego ubezpieczonego.

Zmiany proponowane w ustawie o ubezpieczeniu społecznym rolników

- Nowelizacja art. 64 poprzez rozszerzenie zadań KRUS o rehabilitację zawodową, społeczną oraz leczniczą rolników, wobec których orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na trwałą całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym. Zadania z zakresu rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej wymienionych osób realizowane byłyby w ośrodku szkolenia zawodowego i rehabilitacji.

- Zmiana procedury kierowania przez KRUS na szkolenia mające na celu przekwalifikowanie zawodowe ubezpieczonych rolników polegałoby na tym, że – po orzeczeniu celowości przekwalifikowania zawodowego oraz przyznaniu rolniczej renty szkoleniowej – KRUS z pominięciem urzędu pracy kierowałby ubezpieczonego rolnika do ośrodka szkolenia zawodowego i rehabilitacji. Byłoby to równoznaczne z przyznaniem kierownikowi ośrodka szkolenia zawodowego i rehabilitacji kompetencji do występowania z wnioskiem do KRUS o przedłużenie lub skrócenie okresu pobierania rolniczej renty szkoleniowej przez ubezpieczonego rolnika.

Zmiany w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

Modelowy ośrodek szkolenia zawodowego i rehabilitacji dostępny byłby również dla osób bezrobotnych, kierowanych do ośrodka przez starostę na podstawie przepisów ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, które wymagałoby nowelizacji:

- art. 40 ust. 2 b ustawy poprzez jego uzupełnienie o zapis stanowiący, że organizowanie przez starostę szkoleń polega na kierowaniu osób na szkolenia, w tym na szkolenia prowadzone przez ośrodek szkolenia zawodowego i rehabilitacji,

- art. 41 ust. 4 w zw. z art. 108 poprzez jego uzupełnienie o zapis, zgodnie z którym koszty szkolenia bezrobotnego, w tym bezrobotnego skierowanego na szkolenie do ośrodka szkolenia zawodowego i rehabilitacji są finansowane z Funduszu Pracy,

- art. 40 ust. 4 poprzez uzupełnienie katalogu o sytuacje, w których dopuszczalne jest przedłużenie okresu szkolenia do 24 miesięcy, np. w przypadku skierowania do ośrodka szkolenia zawodowego i rehabilitacji osoby bezrobotnej, bez kwalifikacji zawodowych.

Zmiany proponowane w aktach wykonawczych

Wobec propozycji wprowadzenia zmian w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych oraz w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, zawierających delegację do wydania niniejszych rozporządzeń, należałoby uwzględnić proponowane nowelizacje ustaw w następujących rozporządzeniach:

- rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne;
- rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z 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.

Zakres przedmiotowy przywoływanych aktów wykonawczych obejmuje zasady i tryb kierowania wymienionych w nich osób na rehabilitację leczniczą. Z uwagi na skalę wprowadzanych zmian ustawowych proponuje się wydanie nowych rozporządzeń, które odrębnie regulowałyby kwestie zasad i trybu kierowania przez ZUS i KRUS na rehabilitację zawodową, społeczną, a także leczniczą realizowaną przez ośrodek szkolenia zawodowego i rehabilitacji lub jego oddziały.

- Należy uregulować zasady i tryb kierowania do ośrodka szkolenia zawodowego i rehabilitacji przez starostę, wydając w tym celu stosowne rozporządzenie przygotowane na podstawie delegacji zawartej w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

- Należy wydać rozporządzenie szczegółowo regulujące treść umowy zawieranej między podmiotami kierującymi i finansującymi rehabilitację zawodową a ośrodkiem na podstawie upoważnienia zawartego w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

7. Postępowanie dotyczące skierowania zainteresowanego do ośrodka szkolenia zawodowego i rehabilitacji⁶

Regulacja postępowania dotyczącego skierowania zainteresowanego do ośrodka szkolenia zawodowego i rehabilitacji (OSZiR) powinna być podporządkowana dwóm celom:

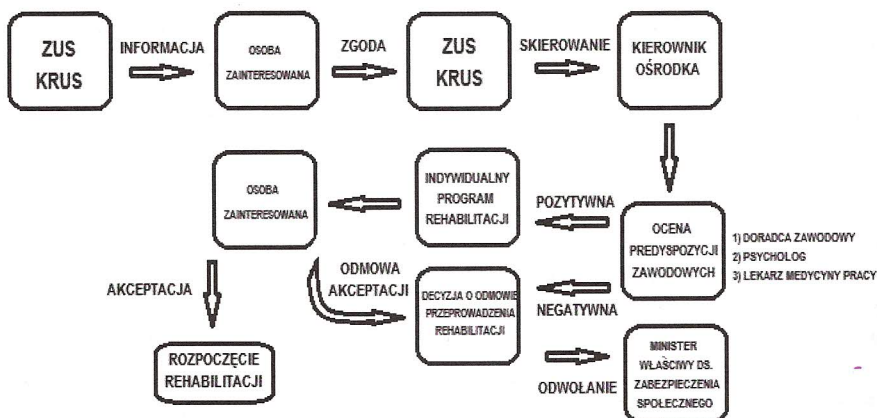
- zapewnieniu szybkości postępowania;
- zapewnieniu podmiotowego traktowania osoby kierowanej do ośrodka.

⁶ Prezentowane zagadnienie szerzej omawiane jest w ekspertyzie S. Gajewskiego, P. Roickiej, G. Uścińskiej, *Postępowanie dotyczące skierowania zainteresowanego do ośrodka szkolenia zawodowego i rehabilitacji*, Warszawa 2013.

Ze względu na możliwość kierowania zainteresowanych do OSZiR przez różne podmioty i wydawanie przez nie różnego rodzaju rozstrzygnięć, można zaproponować trzy regulacje postępowania dotyczącego skierowania zainteresowanego do ośrodka (wykres 2).

Wykres 2

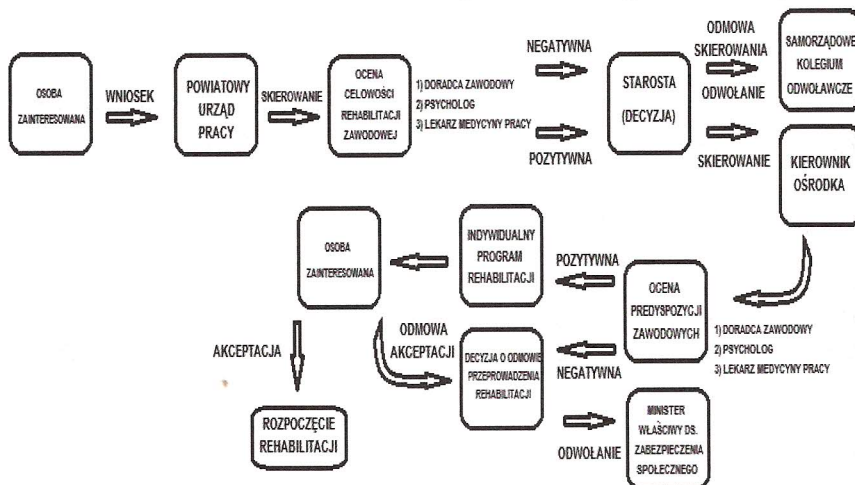
Kierowanie zainteresowanego do ośrodka przez ZUS i KRUS



Źródło: opracowanie własne.

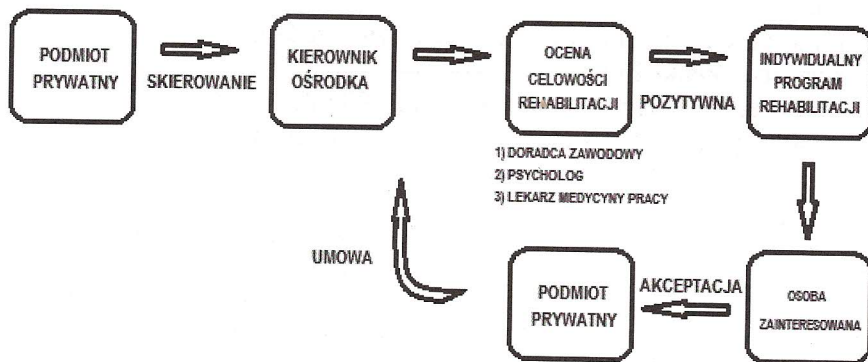
Wykres 3

Kierowanie zainteresowanego do ośrodka przez starostę



Źródło: opracowanie własne.

Wykres 4

Kierowanie zainteresowanego do ośrodka przez podmioty komercyjne

Źródło: opracowanie własne.

8. Budżet ośrodka szkolenia zawodowego i rehabilitacji

8.1. Informacje ogólne służące opracowaniu budżetu dla modelowego ośrodka szkolenia zawodowego i rehabilitacji

W założeniu modelowym ośrodek będzie funkcjonował w Warszawie. Majątek trwały w postaci gruntu, budynku, wyposażenia zostanie przekazany w nieodpłatne użytkowanie przez organ założycielski. Ośrodek będzie funkcjonował w systemie stacjonarnym oraz ambulatoryjnym. W obu systemach ośrodek będzie otwarty od poniedziałku do piątku w godzinach 9–17. W systemie stacjonarnym uczestnik będzie miał możliwość skorzystania z hotelu należącego do ośrodka. W ośrodku jednocześnie będzie mogło szkolić się 200 osób.

8.2. Obiekt niezbędny do prowadzenia działalności ośrodka szkolenia zawodowego i rehabilitacji

Budynek powinien być pozbawiony barier architektonicznych. Wszelkie wymagania dotyczące powierzchni użytkowej powinny być zgodne z przyjętymi normami i obowiązującymi przepisami prawa. W założeniach modelowego ośrodka szkolenia zawodowego i rehabilitacji wstępnie przyjęto następujące powierzchnie jako niezbędne do realizacji zamierzonego celu:

- 1) sale do zajęć szkoleniowych $40 \text{ m}^2 \times 12 = 480 \text{ m}^2$,
- 2) sale rehabilitacyjne 400 m^2 ,
- 3) gabinety lekarskie $4 \times 12 \text{ m}^2 = 48 \text{ m}^2$,
- 4) pokoje hotelowe $100 \times 15 \text{ m}^2 = 1500 \text{ m}^2$,

- 5) toalety, prysznice 100 m²,
 - 6) basen z regulowaną wysokością, dyszami masującymi i torem do nauki chodu 100 m²,
 - 7) zaplecze socjalne (magazyny, serwerownia, pokoje socjalne) 200 m²,
 - 8) korytarze, klatki 250 m²,
 - 9) stołówka i pomieszczenia integracyjne 200 m²,
 - 10) gabinety dla pracowników 69 x 13 = 897 m² (uwzględniono gabinety psychologów doradców zawodowych).
- Łącznie – **4175 m²**.

Ze względu na szczególny program, który jest adresowany do osób niepełnosprawnych, przyjęto założenie zwiększenia powierzchni w stosunku do obowiązujących standardów o 20%. Ostateczna łączna powierzchnia ośrodka to **5010 m²**.

Obecnie koszt budowy obiektu waha się od 4000 zł do 12 000 zł za m². Cena obejmuje projekt, nadzór budowlany oraz wykonawstwo wraz z wyposażeniem. Zważywszy na wyjątkowy charakter budynku, proponuje się przyjąć cenę 7500 zł za 1m². Koszt budynku „pod klucz” wyniósłby 37 575 000 zł. Koszt jest wysoki, ponieważ pomieszczenia muszą być dostosowane dla osób niepełnosprawnych.

8.3. Wyposażenie ośrodka szkolenia zawodowego i rehabilitacji

Tabela 1

Sale szkoleniowe

Lp.	Nazwa	Liczba (szt.)	Cena jednostkowa (w zł)	Razem (w zł)
1	Sprzęt komputerowy, drukarki, skanery kopiarki	100	4 000	400 000
2	Specjalistyczne oprogramowanie niezbędne do nauki zawodu – licencje	100	5 000	500 000
3	Sprzęt i pomoce dydaktyczne niezbędne do wyposażenia sal do zajęć szkoleniowych			500 000
	RAZEM			1 400 000

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2

Sala kinezyterapii

Lp.	Nazwa	Liczba (szt.)	Cena jednostkowa (w zł)	Razem (w zł)
1	Zestaw redcord WORKSTATION Professional	1	15 000	15 000
2	Ergometr PRO2	1	15 000	15 000
3	Ergometr ISO7000R	1	13 000	13 000
4	Bieżnia MTM 1500 med	1	35 000	35 000
5	Orbitrek magnetyczny	1	2 500	2 500

cd. tabeli na następnej stronie

Lp.	Nazwa	Liczba (szt.)	Cena jednostkowa (w zł)	Razem (w zł)
7	Poręcze do nauki chodu	1	2 000	2 000
8	Drabinki przyściennie	4	500	2 000
9	Stół do terapii ręki MANUS	1	5 000	5 000
10	Stół Osteoflex lux	2	13 000	26 000
11	Wycinek walca i kuli z sandałami	4	300	1 200
12	Urządzenie do ćwiczeń stawu skokowego	2	700	1 400
13	Wałki, kliny, piłki, taśmy Thera Band	1	10 000	10 000
14	Stacja treningowa Thera Band	6	1 100	6 600
15	Podest równoważny Thera Band	4	225	900
16	Trener równowagi Thera Band (niebieski, czarny)	8	162	1 296
17	Taśmy rehabilitacyjne Thera Band 45,5 m (czerwona, zielona, niebieska, czarna)	4	400	1 600
18	Rzemiesienie rehabilitacyjne z uchwytem elastycznym (żółty, czerwony, zielony, niebieski)	16	50	800
19	Maty gimnastyczne Thera Band wym. 1,5x100x190 cm	10	411	4 110
20	Trener dłoni, różne opory i kształty	20	40	800
21	Piłki rehabilitacyjne Thera Band żółta – ABS 45 cm	5	63	315
22	Piłki rehabilitacyjne Thera Band czerwona – ABS 55 cm	5	71	355
23	Piłki rehabilitacyjne Thera Band zielona – ABS 65 cm	5	83	415
24	Piłki rehabilitacyjne Thera Band niebieska – ABS 75 cm	5	100	500
25	Piłki rehabilitacyjne Thera Band srebrna – ABS 85 cm	5	130	650
26	Dyski korekcyjne XXL	10	260	2 600
27	Dyski korekcyjne Dynair Cardo (36 cm)	10	120	1 200
28	Uchwyt paskowy komplet (24 sztuki)	2	222	444
29	FlexiBar Standard	6	270	1 620
30	Multiroll–wałek terapeutyczny, średnica 20 cm	5	150	750
31	Multiroll – półwałek terapeutyczny	5	120	600
32	Walek rehabilitacyjny 30 cm/50 cm	5	170	850
33	Kliny rehabilitacyjne 20 cm/50 cm/50 cm	4	150	600
34	Obciążniki treningowe na rzepy do kończyn górnych i dolnych 1kg – para	10	40	400
35	Obciążniki treningowe na rzepy do kończyn górnych i dolnych 0,75kg – para	10	35	350
36	Laski gimnastyczne plastikowe (długość 120 cm)	10	15	150
	RAZEM			156 005

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3

Sala kinezyterapii indywidualnej

Lp.	Nazwa	Liczba (szt.)	Cena jednostkowa (w zł)	Razem (w zł)
1	Zestaw redcord WORKSTATION Professional	1	15 000	15 000
2	Stół terapeutyczny Osteoflex Lux	2	13 000	26 000
3	Pasy do trakcji	10	100	1 000
4	ALFA – platforma stabilometryczna z wyposażeniem i poręczami + dodatkowy monitor dla pacjenta do treningu równowagi na stabilnym podłożu	1	35 000	35 000
5	Sigma – platforma balansowa	1	15 000	15 000
6	Kolumna terapeutyczna Reha USK	1	15 500	15 500
7	Lustro korekcyjne	2	200	400
	RAZEM			107 900

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4

Fizykoterapia

Lp.	Nazwa	Liczba (szt.)	Cena jednostkowa (w zł)	Razem (w zł)
1	Mulitronic MT-3 (krzywa IT, tonoliza)	1	4 000	4 000
2	Wadit	1	15 000	15 000
3	Sonicator 740	2	6 000	12 000
4	Physys wieża	1	27 000	27 000
5	Magnetronic MF-10, leżanka, trzy aplikatory	2	12 000	24 000
6	Viofor JPS system magneticlight	1	12 000	12 000
7	Viofor JPS delux simple	1	10 000	10 000
8	Boa maks 2 z 12 i 24 komorowymi mankietami uciskowymi	2	20 000	40 000
9	Lampa bioptron	1	6 000	6 000
10	TERAPUS 2 power + scanner Terapus 2 scan	1	18 500	18 500
11	Laser LP 1000	2	9 000	18 000
12	Cryo-T Elephant zestaw ze zbiornikiem + dodatkowy zbiornik	1	28 000	28 000
	RAZEM			214 500

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 5

Hydroterapia

Lp.	Nazwa	Liczba (szt.)	Cena jednostkowa (w zł)	Cena końcowa (w zł)
1	Wanna do kąpieli wirowej kkd B3 ze schodkami	1	25 000	25 000
2	Wanna do kąpieli wirowej kkg (Beca hospitec)	1	15 000	15 000
3	Krzesło obrotowe	2	200	400
	RAZEM			40 400

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6

Gabinet badań lekarzy rehabilitacji

Lp.	Nazwa	Liczba (szt.)	Cena jednostkowa (w zł)	Cena końcowa (w zł)
1	ESAOTE MyLab 25 GOLD (usg mięśni) +LA 435 (wieloczęstotliwościowa liniowa głowica elektroniczna 40 mm do zastosowania w badaniach naczyniowych, „małych narządów” i narządów ruchu. Pasma 6 –18 MHz; PW; CFM;)	1	130 000	130 000
2	Aparat EMG: dwufunkcyjny „Dantec Clavis”	1	15 000	15 000
3	Leżanka rehabilitacyjna z napędem elektrycznym	1	15 000	15 000
	RAZEM			160 000

Źródło: opracowanie własne.

Łączna wartość kompleksowego wyposażenia osiedla wynosi **2 078 805 zł.**

8.4. Skład osobowy ośrodka szkolenia zawodowego i rehabilitacji

Tabela 7

Struktura zatrudnienia

Lp.	Stanowisko	Liczba etatów
Personel działalności podstawowej		
1	Lekarz specjalista z zakresu medycyny pracy	1
2	Lekarz specjalista z zakresu rehabilitacji medycznej	3
3	Fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, ergoterapeuta	14
4	Psycholog	6
5	Pielęgniarki	5
6	Nauczyciel zawodu	10
7	Doradcy zawodowi	3
8	Asystent osoby niepełnosprawnej/opiekun	2
9	Koordynator rehabilitacji	1
10	Dietetyk	1
	Razem	46
Personel działalności pomocniczej/administracja		
1	Sekretarka	2
2	Recepcjonista	2
3	Informatyk	2
4	Kierowca	2
5	Kierownik ds. administracyjno-technicznych	1
6	Księgowość, kadry, płace	5
7	Zamówienia publiczne	1
8	Zaopatrzeniowiec/magazynier	1
	Razem	16

cd. tabeli na następnej stronie

Lp.	Stanowisko	Liczba etatów
Personel kadry zarządzającej		
1	Rada nadzorcza	4
2	Kierownik ośrodka	1
3	Zastępca kierownika ośrodka	1
4	Główny księgowy	1
	Razem	7
	OGÓŁEM	69

Źródło: opracowanie własne.

8.5. Budżet roczny związany z bieżącą działalnością ośrodka

Podstawą funkcjonowania ośrodka będzie wykwalifikowany personel, który zapewni prawidłową ocenę, następnie szkolenie i rehabilitację uczestnika ośrodka. Ośrodek planuje zatrudnienie na poziomie 69 etatów. Strukturę zatrudnienia przedstawiono w tabeli 7. Wynagrodzenia zostały obliczone na podstawie komunikatu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 13 listopada 2013 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w trzecim kwartale 2013 r., które wynosi 3 651,72 zł. Koszt wynagrodzeń brutto jest planowany w wysokości **3 000 000 zł** rocznie. W związku z planowanym zatrudnieniem uwzględniono obowiązkowe składki związane z wynagrodzeniami, takie jak ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, PFRON, Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych. Wartości zostały policzone na podstawie planowanych wynagrodzeń, jak również struktury zatrudnienia. Łączny koszt zatrudnienia pracowników to ok. **3 800 000 zł** rocznie.

Kolejną pozycję stanowią koszty związane z utrzymaniem nieruchomości. W propozycji wskazano planowaną wielkość budynku oraz szacunkowy koszt budowy, nie uwzględniono jednak tego kosztu w amortyzacji ze względu na duże rozbieżności cenowe budowy ośrodka. Należy też przyjąć, że ośrodek otrzyma istniejący już budynek i trzeba będzie tylko dostosować warunki techniczne do planowanego przedsięwzięcia. W związku z tym uwzględniono bieżące koszty funkcjonowania obiektu, takie jak: energia cieplna, elektryczna, woda, wywóz nieczystości, konserwacja obiektu, remonty, usługi dozoru mienia i ochrony, sprzątanie obiektu, ubezpieczenie, podatek od nieruchomości. Łączny koszt związany z eksploatacją budynku to ok. **1 300 000 zł** rocznie.

Następne pozycje kosztorysu uwzględniają pobyt uczestnika w ośrodku i związane z tym koszty bezpośrednie. Ośrodek zapewni uczestnikowi niezbędną pomoc medyczną na miejscu oraz w razie konieczności zapewni transport do najbliższego ośrodka opieki medycznej. W związku z planowanymi szkoleniami uczestnik będzie miał zapewnione materiały do zajęć szkoleniowych oraz rehabilitacyjnych. Sale szkoleniowe zostaną wyposażone w odpowiedni sprzęt, zapewniając profesjonalny poziom i komfort nauki osoby niepełnosprawnej. Koszt związany z pobytem został oszacowany na poziomie **740 000 zł**.

W ośrodku uczestnik będzie miał możliwość noclegu oraz zapewnione posiłki. W tym celu w budynku wyodrębniono 100 pokoi hotelowych, przyjmując założenie, że połowa uczestników będzie z tej formy uczestnictwa korzystała. Założono również wyżywienie dla osób przebywających w ośrodku. Koszt żywienia oszacowano na **580 000 zł**.

W budżecie uwzględniono również koszt ubezpieczenia planowanej działalności, obsługę bankową, usługi pocztowe, doradcze, prawnicze. Przewidziano również zakupy wyposażenia według bieżących potrzeb, np. odtwarzacze, fotele, krzesła. Łączny koszt to **580 000 zł**.

Tabela 8

Planowany budżet ośrodka szkolenia zawodowego i rehabilitacji (w zł)

Rodzaj kosztów	Planowany koszt roczny (1 os.)	Planowany koszt miesięczny (1 os.)	Koszt osobodnia	Średni roczny koszt pobytu 1 osoby
Materiały i energia, w tym:				
Leki i środki opatrunkowe	10 000	833	40	50
Drobny sprzęt medyczny	10 000	833	40	50
Bielizna i pościel	40 000	3 333	159	200
Meble i sprzęt gospodarczy	100 000	8 333	397	500
Materiały biurowe	30 000	2 500	119	150
Materiały konserwacyjne	50 000	4 167	198	250
Energia ciepła	160 000	13 333	635	800
Energia elektryczna	250 000	20 833	992	1 250
Woda	100 000	8 333	397	500
Paliwo	50 000	4 167	198	250
Materiały do zajęć szkoleniowych i rehabilitacyjnych	200 000	16 667	794	1 000
Razem	1 000 000	83 333	3 968	5 000
Usługi obce, w tym:				
Usługi gastronomiczne	580 000	48 333	2 302	2 900
Usługi utrzymania czystości	324 000	27 000	1 286	1 620
Specjalistyczne konsultacje medyczne	45 000	3 750	179	225
Usługi doradcze i prawnicze	60 000	5 000	238	300
Usługi konserwacji i naprawy sprzętu	160 000	13 333	635	800
Usługi telefoniczne	50 000	4 167	198	250
Usługi pocztowe i kurierskie	10 000	833	40	50
Usługi dozoru mienia i ochrony	100 000	8 333	397	500
Usługi remontowe i naprawcze	100 000	8 333	397	500
Koszty usług transportowych	24 000	2 000	95	120
Razem	1 453 000	121 083	5 766	7 265

cd. tabeli na następnej stronie

Rodzaj kosztów	Planowany koszt roczny (1 os.)	Planowany koszt miesięczny (1 os.)	Koszt osobodnia	Średni roczny koszt pobytu 1 osoby
Podatki i opłaty, w tym:				
Podatek od nieruchomości	121 903	10 159	484	610
Składki PFRON	36 000	3 000	143	180
Wywóz nieczystości	24 000	2 000	95	120
Prowizje bankowe	12 000	1 000	48	60
Razem	193 903	16 159	769	970
Wynagrodzenia osobowe	3 023 624	251 969	11 999	15 118
Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia na rzecz pracowników				
Składki ZUS	605 027	50 419	2 401	3 025
Odpis na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych	75 000	6 250	298	375
Szkolenia pracowników	10 000	833	40	50
Odzież ochronna i robocza	20 000	1 667	79	100
Razem	710 027	59 169	2 818	3 550
Amortyzacja	369 094	30 758	1 011	1 845
Pozostałe koszty rodzajowe, w tym:				
Ubezpieczenie majątku	100 000	8 333	397	500
Ubezpieczenie prowadzonej działalności	120 000	10 000	476	600
Koszty podróży służbowych	30 000	2 500	119	150
Razem	250 000	20 833	992	1 250
SUMA	6 999 648	583 304	27 776	34 998

Źródło: opracowanie własne.

Roczny budżet niezbędny do bieżącej działalności ośrodka to ok. **7 000 000 zł**. Miesięczny koszt funkcjonowania ośrodka w podziale na 12 miesięcy to **583 000 zł**, dzienny w podziale na 252 dni robocze to **28 000 zł**.

W założeniach przyjęto jednocześnie szkolenie i rehabilitację 200 osób, średni koszt roczny 1 uczestnika to **35 000 zł**, koszt miesięczny w podziale na 12 miesięcy na 1 uczestnika **2 900 zł**, koszt dzienny w podziale na 252 dni robocze uczestnika to **140 zł**.

Tabela 9

Szacowany koszt funkcjonowania ośrodka (w zł)

Wyszczególnienie	Roczne	Miesięczne	Dzienne
Koszty funkcjonowania ośrodka	6 999 648	583 304 ^a	27 776 ^b
Koszty na 1 uczestnika	34 998	2 900 ^a	140 ^b

^a Koszt miesięczny został ustalony w podziale na 12 miesięcy.

^b Koszt dzienny został ustalony w podziale na 252 dni robocze.

Podsumowanie

Ośrodek w przedstawionych założeniach powinien dysponować odpowiednio wyposażonym obiektem i uzyskiwać wpływy pokrywające koszty w wysokości 7 000 000 zł rocznie dla 200 uczestników. Zwiększenie liczby uczestników powinno skutkować bardziej efektywnym wykorzystaniem zasobów i obniżeniem kosztów jednostkowych.