



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA DELO, DRUŽINO,
SOCIALNE ZADEVE IN ENAKE MOŽNOSTI



ZPZR

Zgodnja poklicna in
zaposlitvena rehabilitacija
v procesu vračanja na delo



EVROPSKA UNIJA
EVROPSKI
SOCIALNI SKLAD
NALOŽBA V VAŠO PRIHODNOST

Primerjalna analiza systemske ureditve poklicne rehabilitacije v Sloveniji in v izbranih članicah EU ter izbor dobrih praks

Končno poročilo



*Univerzitetni rehabilitacijski inštitut
Republike Slovenije - Soča*

Projekt ZGODNJA POKLICNA IN ZAPOSLOTVENA REHABILITACIJA V PROCESU VRAČANJA NA DELO
sofinancirata Republika Slovenija in Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada.



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA DELO, DRUŽINO,
SOCIALNE ZADEVE IN ENAKE MOŽNOSTI



ZPZR
Zgodnja poklicna in
zaposlitvena rehabilitacija
v procesu vračanja na delo



EVROPSKA UNIJA
EVROPSKI
SOCIALNI SKLAD
NALOŽBA V VAŠO PRIHODNOST

Oktober, 2020

Naročnik: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Linhartova 51,
1000 Ljubljana

Izvajalec: Center za proučevanje organizacij in človeških virov, Fakulteta za družbene vede,
Kardeljeva ploščad 5, 1000 Ljubljana, Univerza v Ljubljani

Avtorice in avtor poročila: asist. dr. Marko Hočevnar, asist. dr. Jasna Mikić, prof. dr.
Aleksandra Kanjuo Mrčela



Univerzitetni rehabilitacijski inštitut
Republike Slovenije - Soča

KAZALO VSEBINE

1	Uvod.....	7
1.1	Metodologija primerjalne analize.....	8
2	Sistem poklicne in zaposlitvene rehabilitacije ter zaposlovanja oseb z zdravstvenimi težavami v Sloveniji.....	9
2.1	Poklicna rehabilitacija (ZPIZ-2)	11
2.2	Zaposlitvena rehabilitacija (ZZRZI)	16
2.3	Celostna rehabilitacija s poklicno in zaposlitveno rehabilitacijo na URI – Soča ...	21
2.4	Glavne značilnosti slovenskega sistema poklicne rehabilitacije	23
3	Nemčija	25
3.1	Transformacija socialne države in normativni okvir poklicne rehabilitacije v Nemčiji	25
3.2	Obravnava oseb z dolgotrajnimi zdravstvenimi težavami	27
3.2.1	Bolniška odsotnost in vloga delodajalcev pri vračanju na delo.....	27
3.2.2	Proces poklicne rehabilitacije	29
3.2.3	Invalidska pokojnina	31
3.3	Prednosti in pomanjkljivosti državnega modela poklicne rehabilitacije	34
3.3.1	Prednosti.....	34
3.3.2	Pomanjkljivosti	35
4	Nizozemska.....	35
4.1	»Nizozemska bolezen« in socialna država.....	36
4.2	Javne politike in normativne spremembe ter zakonski okvir poklicne rehabilitacije na Nizozemskem.....	38
4.3	Privatizacija in individualizacija: proces poklicne rehabilitacije med trgom in državo	45
4.4	Prednosti in slabosti nizozemskega modela poklicne rehabilitacije	47
4.4.1	Prednosti.....	47
4.4.2	Pomanjkljivosti	48



5	Uporabnost nemških in nizozemskih praks v slovenskem modelu poklicne rehabilitacije	50
5.1	Uporabnost nemškega modela za slovenski sistem poklicne rehabilitacije	50
5.2	Uporabnost nizozemskega modela za slovenski sistem poklicne rehabilitacije ...	51
6	Sklep	53
7	Literatura in viri	56



Seznam kratic

DGUV – Nemško zakonsko določeno nezgodno zavarovanje (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung)

DRV – Nemško pokojninsko zavarovanje (Deutsche Rentenversicherung)

EU – Evropska unija

IVA – Uredba o popolni invalidnini (Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten): zagotavlja dohodek tistim, ki so trajno in popolnoma dela nezmožni ali pa imajo le izjemno majhne možnosti za okrevanje.

MBOR – Poklicno usmerjena medicinska rehabilitacija (Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation)

MKF – Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (International Classification of Functioning, Disability and Health)

PR – Poklicna rehabilitacija

5

SGB – Socialni zakoniki (Sozialgesetzbuch)

UWV – Agencija za zavarovanje zaposlenih (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen): socialna agencija, ki je odgovorna za izvajanje sistemov zavarovanja zaposlenih (brezposelnost, bolezni, nezmožnost za delo).

WAJONG – Zakon o mladih invalidih (Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten): shema za ljudi, ki imajo dolgotrajno bolezen ali poškodbo na svoj 18. rojstni dan ali po 18. rojstnem dnevu in preden dopolnijo 30 let, če študirajo. Ta ugodnost se lahko nadaljuje do upokojitvene starosti.

WGA – Zakon o vrnitvi (invalidov) na delo (Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten): program za vrnitev invalidov na delo.

WHO – Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization)



WIA – Zakon o delu in dohodku (delovni zmožnosti) (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen): zajema vse zaposlene, ki zaradi bolezni ali invalidnosti ne morejo zaslužiti 65 % zadnjega dohodka.

ZR – Zaposlitvena rehabilitacija

ZRSZ – Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje

ZPIZ-2 – Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju

ZPIZ – Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje

ZZRZI – Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov

ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije



1 Uvod

V letu 2020 je Univerzitetni rehabilitacijski inštitut – Soča (dalje URI – Soča) začel z izvajanjem projekta *Zgodnja poklicna in zaposlitvena rehabilitacija v procesu vračanja na delo*. Namen projekta je preoblikovati sedanji model poklicne rehabilitacije v model celostne zgodnje poklicne in zaposlitvene rehabilitacije v procesu vračanja na delo, s poudarkom na spodbujanju medsebojnega sodelovanja vseh vključenih deležnikov v procesu vračanja na delo (Investicijska dokumentacija projekta ZPZR – interni vir).

Celosten model je namenjen strokovni podpori pri vračanju na delo zaposlenih v bolniškem staležu, ki zaradi posledic bolezni in/ali invalidnosti ne morejo več opravljati svojega dosedanjega dela na enak način, kot so ga pred nastankom bolezni/invalidnosti, oziroma jim zaradi posledic bolezni/invalidnosti grozi izguba zaposlitve.

Za pripravo predlogov spremembe sedanjega modela poklicne rehabilitacije so dobrodošle tudi izkušnje iz tujine, predvsem pregled sistemske ureditve poklicne rehabilitacije v izbranih državah članicah EU in primerjava s sistemsko ureditvijo v Sloveniji. V primerjalni analizi smo se osredotočili na ureditev in izvajanje poklicne rehabilitacije v Sloveniji, Nemčiji in na Nizozemskem, ugotavljanje razlik med temi tremi sistemi in razlogov zanje ter preučili možnost prenosa oziroma uporabe tujih praks za izboljšave oziroma oblikovanje novega slovenskega modela. Z analizo želimo pridobiti informacije o tem, kako in na kakšen način sta izbrani državi uredili sistem vračanja na delo in ugotoviti, kakšen je učinkovit proces vračanja na delo na sistemski ravni – torej proces, ki bo na eni strani omogočil večje priznavanje pravice do poklicne rehabilitacije iz invalidskega zavarovanja in na drugi strani omogočil lažje predvidevanje razvoja poklicne rehabilitacije.

Cilj primerjalne analize je zagotoviti strokovno osnovo, ki bo omogočila načrtovanje in implementacijo sprememb na tem področju. Rezultati analize bodo podlaga za izboljšanje slovenskega nacionalnega sistema poklicne rehabilitacije.

1.1 Metodologija primerjalne analize

Primerjalna analiza sistemske ureditve poklicne rehabilitacije v Sloveniji in izbranih članicah EU, Nemčiji in Nizozemski, je potekala od julija 2020 do konca oktobra 2020.

V prvi fazi, med julijem in septembrom 2020, smo analizirali stanje v Sloveniji. To je zajemalo zakonodajni pregled področja, ki ureja poklicno in zaposlitveno rehabilitacijo in identifikacijo postopkov izvajanja poklicne in zaposlitvene rehabilitacije. Na podlagi stanja izvajanja poklicne rehabilitacije je bila izvedena tudi identifikacija razlogov za slabše uveljavljanje pravice do poklicne rehabilitacije v Sloveniji.

V drugi fazi, ki se je pričela avgusta 2020, smo analizirali stanje poklicne rehabilitacije v Nemčiji in na Nizozemskem. Državi sta bili izbrani zaradi prepoznanega učinkovitega sistema poklicne rehabilitacije in zaradi različnosti sistemov, kar omogoča širši izbor praks. Ta faza je zajemala pregled ključne literature o institucionalni ureditvi, vključenih institucijah/deležnikih v procesu poklicne rehabilitacije, zakonodaji in konkretnih praksah izvajanja poklicne rehabilitacije. Pregled smo podkrepili tudi s statističnimi podatki o uveljavljanju poklicne rehabilitacije v obeh državah. Manjkajoče podatke, ki jih v literaturi in s statističnimi podatki nismo mogli pridobiti, smo dopolnili z intervjujem s specialistom medicine dela, prometa in športa, zaposlenem v Centru za poklicno rehabilitacijo na URI – Soča, Markom Sremcem, dr. med., ki si je ogledal sistem poklicne rehabilitacije na študijskem obisku v Nemčiji. Pri vsaki državi smo izpostavili tudi prednosti in pomanjkljivosti modelov poklicne rehabilitacije (SWOT analiza).

V zadnji fazi, ki je potekala večji del septembra in oktobra 2020, je sledilo pisanje končnega poročila o sistemske ureditvi poklicne rehabilitacije v Sloveniji in v izbranih članicah EU. Na podlagi poznavanja stanja izvajanja poklicne rehabilitacije v Sloveniji je bil cilj te faze predvsem identifikacija uporabnosti nemških in nizozemskih praks za slovenski model sistemske ureditve poklicne rehabilitacije.

2 Sistem poklicne in zaposlitvene rehabilitacije ter zaposlovanja oseb z zdravstvenimi težavami v Sloveniji

Med ključne ukrepe za zaposlovanje invalidov v Sloveniji zagotovo sodita poklicna in zaposlitvena rehabilitacija. Pravici do poklicne in zaposlitvene rehabilitacije sta ločeni pravici, opredeljeni sta v dveh različnih zakonih.

Poklicna rehabilitacija je opredeljena v **Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju** (dalje ZPIZ-2); del zakona ureja namen in pogoje za pridobitev pravice do poklicne rehabilitacije ter obveznosti in pravice, ki iz nje izhajajo (prilagoditev prostorov in delovnih sredstev, praktično usposabljanje za delo, izobraževanje, nastanitev in nadomestilo za čas poklicne rehabilitacije). Za izvajanje pravic po ZPIZ-2 je pristojen Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (dalje ZPIZ).

Zaposlitvena rehabilitacija je opredeljena v **Zakonu o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov** (dalje ZZRZI). Z ZZRZI se ureja pravica do zaposlitvene rehabilitacije in nekatera vprašanja zaposlovanja invalidov ter se določajo druge oblike, ukrepi in vzpodbude za njihovo zaposlovanje in način njihovega financiranja. Namen ZZRZI je povečati zaposljivost invalidov in vzpostaviti pogoje za enakovredno vključevanje na trg delovne sile, tudi z materialnimi vzpodbudami za zaposlovanje invalidov, ki jih delodajalci prejmejo za ta namen iz javnih virov. Za izvajanje večine pravic, ki se tičejo vračanja na delo, je pristojen Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje (dalje ZRSZ), za zagotavljanje pravic invalidom pri zaposlovanju pa se pristojnost širi na delodajalce, običajne in te, ki izvajajo prilagojene oblike zaposlovanja (zaposlitveni centri, invalidska podjetja in podporno zaposlovanje), ter ostale institucije za spodbujanje zaposlovanja invalidov (Javni štipendijski, razvojni, invalidski in pokojninski sklad, URI – Soča).

Tako poklicna kot zaposlitvena rehabilitacija sta v osnovi namenjeni reševanju zaposlitvene problematike zaposlenih in brezposelnih invalidov oziroma njihovem vračanju na trg dela, razlikujeta pa se glede posameznih pravic in storitev, do katerih je posameznik upravičen, ter po pogojih za pridobitev posamezne pravice. Do obeh pravic so upravičene osebe, ki imajo zaradi (trajnih) sprememb v zdravstvenem stanju bistveno manjše možnosti za zaposlitev ali ohranitev zaposlitve oziroma



napredovanje v zaposlitvi – po katerem zakonu je takšna oseba upravičena do pravic, je odvisno od njenega statusa ob nastanku invalidnosti. Do pravic po ZPIZ-2 so upravičene osebe, ki izpolnjujejo pogoje glede delovne/zavarovalne dobe po ZPIZ-2. Če teh pogojev ne izpolnjujejo, so upravičeni do pravic po ZZRZI. Poklicno rehabilitacijo financira ZPIZ, zaposlitvena rehabilitacija pa je delno financirana iz proračuna in delno iz Javnega štipendijskega, razvojnega, invalidskega in preživninskega sklada (prilagoditev delovnega mesta in sredstev za delo, storitve podpornega zaposlovanja, subvencija plače).

V naslednjih dveh podpoglavljih predstavljamo strnjen pregled urejanja pravic do poklicne in zaposlitvene rehabilitacije v omenjenih zakonih. Vir podatkov so interna gradiva in oba omenjena zakona, zato ju v nadaljevanju posebej ne navajamo.

Poleg ZPIZ-2 in ZZRZI pri zaposlovanju invalidov in procesu vračanja na delo upoštevamo še **ostalo relevantno zakonodajo na področju zaposlovanja**, v nadaljevanju po zakonih izpostavljam elemente, ki so bistveni za zaposlovanje invalidov:

Zakon o delovnih razmerjih (ZDR-1) opredeljuje razloge za redno odpoved pogodbe o zaposlitvi invalidov v primeru nezmožnosti za opravljanje dela pod pogoji iz pogodbe o zaposlitvi zaradi invalidnosti v skladu s predpisi, ki urejajo pokojninsko in invalidsko zavarovanje oziroma zaposlitveno rehabilitacijo in zaposlovanje invalidov (89. člen). Sicer pa sama invalidnost ni dovoljšen razlog za odpoved delovnega razmerja – pogodbo o zaposlitvi lahko delodajalec odpove brez ponudbe nove pogodbe o zaposlitvi le, če so podani resni in utemeljeni razlogi za odpoved pogodbe in če utemeljenost teh razlogov ugotovi Komisija za ugotovitev podlage za odpoved pogodbe o zaposlitvi (ZZRZI, 40. člen), hkrati s tem, da delodajalec objektivno ne more zagotoviti invalidu drugega ustreznega dela.

Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1) opredeljuje izvajalca medicine dela kot odgovornega za zagotavljanje zdravstvenih ukrepov v zvezi z varnostjo in zdravjem pri delu. Med naloge izvajalca medicine dela spada tudi sodelovanje v procesu poklicne rehabilitacije ter svetovanje pri izbiri drugega ustreznega dela. Izvajalec medicine dela sodeluje »z osebnim zdravnikom delavca in z izvedenskimi organi invalidskega in zdravstvenega zavarovanja zaradi izmenjave podatkov o zdravstvenem stanju delavcev ter pomoči pri



ugotavljanju upravičenosti do začasne oziroma trajne zadržanosti z dela in ocenjevanja delovne zmožnosti» (ZVZD-1, 2011, 33. člen).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) med drugim opredeli tudi rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih kot aktivnost, ki se izvaja po tem zakonu (ZZVZZ, 1992, 1. člen). V poglavju *Pravice iz obveznega zavarovanja* je iz 23. člena, ki opredeljuje plačilo zdravstvenih storitev zavarovanim osebam, je razvidno, da je strošek zdravljenja in rehabilitacije zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu pokrit v celoti z obveznim zdravstvenim zavarovanjem (ZZVZZ, 1992, 23. člen). V 31. členu so opredeljena nadomestila, ki nastanejo zaradi začasne zadržanosti od dela. Za poklicne bolezni in poškodbe pri delu je predvidena 100 % osnova¹ (tudi za vojaške invalide in civilne invalide vojne); tudi prvih 90 dni nadomestila (ZZVZZ, 1992, 31. člen). 34. člen opredeljuje, da »pripada zavarovancu nadomestilo tudi po prenehanju delovnega razmerja, in sicer dokler ni spet zmožen za delo«, če je zadržanost od dela posledica poškodbe pri delu ali poklicne bolezni (ZZVZZ, 1992, 34. člen).

2.1 Poklicna rehabilitacija (ZPIZ-2)²

Poklicna rehabilitacija je opredeljena kot *»celostni proces, v katerem se zavarovanca strokovno, fizično in psihosocialno usposobi za drug poklic ali delo, tako da se lahko ustrezno zaposli in ponovno vključi v delovno okolje oziroma se usposobi za opravljanje istega poklica ali dela, tako da se mu prilagodi delovno mesto z ustreznimi tehničnimi pripomočki.«*

Po ZIPZ-2 je invalid tista oseba, ki se ji zaradi sprememb v zdravstvenem stanju, ki jih ni mogoče odpraviti z zdravljenjem ali ukrepi medicinske rehabilitacije in so ugotovljene v skladu s tem zakonom, zmanjša zmožnost za zagotovitev oziroma ohranitev delovnega mesta oziroma za poklicno napredovanje.

¹ »Osnova za nadomestilo je povprečna mesečna plača in nadomestila oziroma povprečna osnova za plačilo prispevkov v koledarskem letu pred letom, v katerem je nastala začasna zadržanost od dela. Osnove za plačevanje prispevkov iz drugega in tretjega odstavka 55.a člena tega zakona se ne všttevajo v osnovo za nadomestilo med začasno zadržanostjo od dela« (ZZVZZ, 1992, 31. člen).

² Vir podatkov je Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju.

Do te pravice je upravičen zavarovanec, pri katerem je nastala II. kategorija invalidnosti in ki na dan nastanka invalidnosti:

- še ni dopolnil 55 let ter se glede na preostalo delovno zmožnost lahko usposobi za drugo delo, ki ga bo opravljal s polnim delovnim časom; ali
- še ni dopolnil 50 let in se glede na preostalo delovno zmožnost lahko usposobi za drugo delo, ki ga bo opravljal s krajšim delovnim časom od polnega, najmanj 4 ure dnevno (ZPIZ-2, 2013, 72. člen).

Poklicna rehabilitacija je lahko tudi izbirna pravica, ki jo lahko invalid uveljavi namesto premestitve ali dela s krajšim delovnim časom, najmanj štiri ure dnevno, če je:

- oseba invalid II. kategorije s preostalo delovno zmožnostjo tudi po 50. oziroma 55. letu starosti,
- ter če je oseba invalid III. kategorije pred dopolnjeno starostjo 65 let.

Možni sta dve obliki poklicne rehabilitacije:

1. prilagoditev z ustreznimi tehničnimi pripomočki, ki invalidu omogočajo opravljanje istega dela ali poklica, kot ga je opravljal pred nastankom invalidnosti in ki ga zaradi sprememb v zdravstvenem stanju ne more več opravljati;
2. usposobitev za drug poklic ali delo, če prilagoditev s tehničnimi pripomočki ni možna - oseba se za drug poklic ali delo lahko usposobi na naslednje načine:
 - kratkotrajno usposabljanje in izobraževanje;
 - praktično delo na ustreznem delovnem mestu pri delodajalcu oziroma v drugih oblikah delovnega usposabljanja,
 - izobraževanje na ustreznih šolah in druge oblike izobraževanja,
 - izobraževanje ob delu s soglasjem zavarovanca, ki se bo usposabljal za drugo delo, ki ga bo opravljal polni delovni čas.

Postopek ugotavljanja invalidnosti se lahko začne na pobudo izbranega osebnega zdravnika, na pobudo osebe ali zakonitega zastopnika, na pobudo zdravnika medicine dela v

sodelovanju z izbranim osebnim zdravnikom³. Predlog za uveljavljanje pravic iz invalidskega zavarovanja se pošlje na ZPIZ. Ko ZPIZ prejme zahtevo za postopek z vso dokumentacijo, začne teči rok štirih mesecev, v katerem mora ZPIZ izdati odločbo. V postopku invalidska komisija ZPIZ pregleda dokumentacijo in je zadolžena za ugotavljanje invalidnosti (ZPIZ, 2020a). Za ZPIZ-2 je osnova ocenjevanje delovne zmožnosti kot lastne možnosti in ocenjevanja za svoj poklic, podlaga pa je Mednarodna klasifikacija bolezni (dalje MKB) (Kramžar in drugi, 2010).

Senat invalidske komisije ZPIZ, ki jo sestavljata najmanj dva izvedenca, poda izvedensko mnenje. V celotnem postopku pred izdajo izvedenskega mnenja imajo delodajalci pravico in dolžnost, da sodelujejo. Ko invalidska komisija ZPIZ poda izvedensko mnenje, oseba prejme odločbo, v kateri je jasno opredeljeno, ali pri osebi obstaja invalidnost ali ne, in če obstaja, se poda tudi opredelitev invalidnosti in se osebo razvrsti v eno izmed kategorij. Če je osebi priznana polna invalidnost, potem ZPIZ o tem obvesti delodajalca, ZZZS in osebnega zdravnika. Delodajalec mora objaviti osebo iz obveznega zavarovanja in posredovati dokumentacijo ZPIZ-u. Zaposlenemu mora delodajalec na podlagi odločbe, kjer so mu priznane pravice iz II. ali III. kategorije invalidnosti, in na podlagi pogodbe o zaposlitvi, ki je bila sklenjena pred nastankom invalidnosti, predložiti novo pogodbo o zaposlitvi in tudi opis novega delovnega mesta. Če je oseba še vedno delno zmožna za delo, potem se to v tem procesu opredeli in se odloči tudi o preostali delovni zmožnosti (delo s krajšim delovnim časom, najmanj 4 ure dnevno, premestitev na drugo delovno mesto, prilagoditev delovnega mesta, poklicna rehabilitacija)⁴ (ZPIZ, 2020a).

Način poklicne rehabilitacije je odvisen od zmožnosti in potreb zavarovanca, kar se ugotavlja v postopku izdelave mnenja o ravni delovnih sposobnosti, znanj, delovnih navad in poklicnih interesov pri izvajalcu zaposlitvene rehabilitacije, ki v postopku pridobitve pravice do poklicne rehabilitacije sodeluje kot zunanja strokovna institucija. Pri tem se upošteva tudi potrebe in možnosti pri delodajalcu.

³ Osebo lahko napoti na invalidsko komisijo ZPIZ tudi imenovani zdravnik (ZZZS), če je oseba dolgo časa v bolniškem staležu.

⁴ Če so potrebne prekvalifikacije, dodatno usposabljanje ali prilagajanje delovnega okolja, lahko delodajalec zaprosi ZPIZ za sofinanciranje. Ob tem pa mora zaposleni izpolniti zahtevo za priznanje nadomestila iz invalidskega zavarovanja (ZPIZ, 2020a).

Prav tako ZPIZ krije stroške prilagoditev delovnega mesta in sredstev za delo v primeru, če se poklicna rehabilitacija brez prilagoditve delovnega mesta in sredstev za delo ne bi mogla izvesti.

Ne glede na izbrano obliko in način poklicne rehabilitacije so medsebojna razmerja med ZPIZ, delodajalcem ali ZRSZ in delovnim invalidom urejena s pogodbo o poklicni rehabilitaciji. Pogodba se sklene, ko je invalidu z odločbo ZPIZ priznana pravica do poklicne rehabilitacije. Zaposleni med vključevanjem v poklicno rehabilitacijo ostane zaposlen pri delodajalcu, pri katerem je bil zaposlen pred nastankom invalidnosti, vendar za ta čas ne prejema plače, temveč nadomestilo za čas poklicne rehabilitacije.

Stroške poklicne rehabilitacije krije ZPIZ. V času poklicne rehabilitacije ima zavarovanec pravico do nadomestila za čas poklicne rehabilitacije v višini 130 % invalidske pokojnine, ki bi mu pripadala na dan nastanka invalidnosti. Tistemu zavarovancu, ki se izobražuje ob delu, pripada denarno nadomestilo v višini 40 % invalidske pokojnine, ki bi mu pripadala na dan nastanka invalidnosti. ZPIZ krije tudi stroške nastanitve, če invalid nima zagotovljene možnosti javnega prevoza do kraja izvajanja poklicne rehabilitacije.

Poklicno rehabilitacijo je zavarovancu dolžan zagotoviti delodajalec (pri katerem je bil zaposlen v času nastanka invalidnosti) (ZPIZ-2, 2013, 79. člen).

Po **uspešno zaključeni poklicni rehabilitaciji** pridobi invalid pravico do premestitve na drugo delovno mesto, v skladu z njegovimi omejitvami – premestitev mu mora zagotoviti delodajalec. V primeru tehničnih prilagoditev delovnega mesta, mora ostati na obstoječem delovnem mestu.

Po **končani poklicni rehabilitaciji** pripada osebi **začasno nadomestilo**:

1. če je oseba **zaposlena**, ji pripada nadomestilo v višini invalidske pokojnine, ki bi ji pripadala na dan nastanka invalidnosti, in sicer vse do začetka opravljanja dela na drugem delovnem mestu; izplačuje ga delodajalec;
2. če je oseba **brezposelna ali samozaposlena**, ji pripada nadomestilo v višini 50 % invalidske pokojnine, ki bi ji pripadala na dan nastanka invalidnosti – to nadomestilo izplačuje ZPIZ vse do prve zaposlitve vendar največ dve leti.

Do **nadomestila za invalidnost** je upravičen (1) zavarovanec s priznано pravico do premestitve po končani poklicni rehabilitaciji ter (2) zavarovanec, pri katerem je nastala invalidnost II. kategorije po dopolnjenem 55. letu starosti ali invalidnost III. kategorije, če je zavarovančeva delovna zmožnost za njegov poklic zmanjšana za manj kot 50 % ali (3) če zavarovanec še lahko dela v svojem poklicu s polnim delovnim časom, vendar ni zmožen za delo na delovnem mestu, na katerem dela. Poleg teh treh pogojev mora izpolnjevati še dodatne pogoje, opredeljene v 85. ZPIZ-2⁵.

Do **delnega nadomestila** je upravičen zavarovanec s priznано pravico do dela s krajšim delovnim časom od polnega, najmanj štiri ure dnevno oziroma 20 ur tedensko (ZPIZ-2, 2013, 86. člen). V zakonu je tudi natančno opredeljena višina nadomestila za različne primere nadomestil in različne okoliščine zavarovancev.

Slika 1 kaže na trend v povečevanju števila ljudi, ki prejemajo delno invalidsko pokojnino, začasno nadomestilo in nadomestilo za invalidnost, zmanjšuje pa se število tistih, ki prejemajo nadomestila za čas poklicne rehabilitacije, kar kaže na to, da je vse manj ljudi vključenih vanjo.

⁵ Če ob nastanku invalidnosti:

- ni bil zaposlen ali ni bil obvezno zavarovan ali
- mu je delovno razmerje prenehalo na podlagi pozitivnega mnenja komisije za ugotovitev podlage za odpoved pogodbe o zaposlitvi ali neodvisno od njegove volje ali krivde ali
- je delovno razmerje prekinil po lastni volji ali krivdi ali
- se je zaposlil na drugem delovnem mestu (ZPIZ-2, 2013, 85. člen).



Slika 1: Povprečno število prejemnikov nadomestil po ZPIZ (ZPIZ-1 in ZPIZ-2), 2010–2019.

POVPREČNO ŠTEVILO UŽIVALCEV NADOMESTIL, 2010–2019									
LETO	PO ZPIZ (DO 31. 12. 2002)				PO ZPIZ-1 IN ZPIZ-2 (OD 1. 1. 2003)				SKUPAJ
	ZA ČAS ČAKANJA IN ČAS POKLICNE REHABILITACIJE	ZA ČAS ČAKANJA NA DRUGO USTREZNO ZAPOSLOITEV	ZARADI DELA S SKRAJŠA- NIM DELOVNIM ČASOM	ZARADI MANJŠE PLAČE NA DRUGEM USTREZNEM DELU	DELNA INVALIDSKA POKOJNINA / DELNO NADOME- STILO*	ZA ČAS POKLICNE REHABILITACIJE	ZAČASNO NADOME- STILO	NADOME- STILO ZA INVALID- NOST	
2010	4	14.197	5.235	7.433	10.083	301	253	12.396	49.902
2011	3	13.133	4.643	6.126	10.764	333	322	13.252	48.576
2012	2	11.996	4.266	5.310	11.836	360	398	14.316	48.484
2013	1	10.860	3.289	4.567	12.444	350	473	14.968	46.952
2014	0	9.634	2.275	4.085	13.291	334	539	15.748	45.906
2015	0	8.664	1.990	3.634	13.781	312	609	16.200	45.190
2016	0	7.655	1.772	3.295	14.330	292	657	16.653	44.654
2017	0	6.681	1.652	3.081	14.730	250	674	17.228	44.296
2018	0	6.087	1.530	2.864	14.906	207	653	17.886	44.133
2019	0	5.842	1.392	2.615	15.307	195	644	18.723	44.718

*Od leta 2013.

Vir: ZPIZ, 2020e.

16

2.2 Zaposlitvena rehabilitacija (ZZRZI)

Zaposlitvena rehabilitacija so storitve, ki se izvajajo s ciljem, da se invalid usposobi za ustrezno delo, se zaposli, zaposlitev zadrži in v njej napreduje ali spremeni svojo poklicno kariero.

Po ZZRZI je invalid oseba, ki pridobi status invalida po tem zakonu ali po drugih predpisih, in oseba, pri kateri so z odločbo pristojnega organa ugotovljene trajne posledice telesne ali duševne okvare ali bolezni in ima zato bistveno manjše možnosti, da se zaposli ali ohrani zaposlitev ali v zaposlitvi napreduje.



Storitve zaposlitvene rehabilitacije so naslednje:

- A. Svetovanje, vzpodbujanje in motiviranje invalidov k aktivni vlogi,
- B. Priprava mnenja o ravni delovnih sposobnosti, znanj, delovnih navad in poklicnih interesov,
- C. Pomoč pri sprejemanju lastne invalidnosti in seznanjanje o možnostih vključevanja v usposabljanje in delo,
- D. Pomoč pri izboru ustreznih poklicnih ciljev,
- E. Razvijanja socialnih spretnosti in veščin,
- F. Pomoč pri iskanju ustreznega dela oziroma zaposlitve,
- G. Analiza konkretnega delovnega mesta in delovnega okolja invalida,
- H. Izdelava načrta prilagoditve delovnega mesta in delovnega okolja invalida,
- I. Izdelava načrta potrebne opreme in sredstev za delo,
- J. Usposabljanje na konkretnem delovnem mestu oziroma v izbranem poklicu,
- K. Spremljanje in strokovna pomoč pri usposabljanju in izobraževanju,
- L. Spremljanje invalida na delovnem mestu po zaposlitvi,
- M. Sprotno ocenjevanje uspešnosti rehabilitacijskega procesa,
- N. Ocenjevanje doseganja delovnih rezultatov invalidov in
- O. Opravljanje drugih storitev zaposlitvene rehabilitacije – podporno zaposlovanje.

17

Zaposlitvena rehabilitacija se izvaja kot javna služba v okviru mreže izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije, ki jo sestavljajo javni zavodi in druge pravne ali fizične osebe, ki izpolnjujejo predpisane pogoje. Skupno v Sloveniji deluje 13 izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije, pri katerih deluje 18 strokovnih timov za zaposlitveno rehabilitacijo. Storitve zaposlitvene rehabilitacije izvajajo po celotni Sloveniji, s čimer je zadoščeno načelu dostopnosti. Strokovni timi so sestavljeni iz strokovnih delavcev z univerzitetno, visoko oziroma višjo strokovno izobrazbo medicinske, pedagoške, psihološke, sociološke, socialne ali druge ustrezne usmeritve in znanji s področja rehabilitacije, zaposlovanja ali invalidskega varstva.

Če je naročnik storitev zaposlitvene rehabilitacije ZRSZ, je zaposlitvena rehabilitacija financirana iz sredstev proračuna Republike Slovenije, če pa je naročnik delodajalec ali posameznik, pa so storitve plača sam po ceniku MDDSZ.

Oseba uveljavlja pravico do priznanja statusa invalida po ZZRZI in pravico do zaposlitvene rehabilitacije na pristojni območni službi ZRSZ, kjer rehabilitacijski svetovalec/svetovalka vodi postopek za priznanje pravice do zaposlitvene rehabilitacije in za pridobitev statusa invalida. Vlogi mora oseba priložiti tudi zdravniški izvid z mnenjem osebnega zdravnika ali zdravnika po predpisih o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti in drugo dokumentacijo, s katero dokazuje trajne posledice telesne ali duševne okvare ali bolezni. Če že ima odločbo o invalidnosti po drugih predpisih, priloži tudi to.

O vlogi odloča rehabilitacijska komisija ZRSZ, ki jo sestavljajo člani različnih strok: zdravnik specialist medicine dela, strokovnjak s področja invalidskega varstva, strokovnjak s področja zaposlovanja in trga dela in strokovnjak s specifičnih področij glede na telesno oziroma duševno okvaro ali bolezen obravnavane osebe. Na podlagi podanega mnenja rehabilitacijske komisije rehabilitacijski svetovalec območne službe ZRSZ izdela rehabilitacijski načrt, ki določa vrsto, obseg, način in trajanje izvajanja storitev zaposlitvene rehabilitacije.

Invalid s priznано pravico do zaposlitvene rehabilitacije pridobi pravico do storitev zaposlitvene rehabilitacije, aktivnega sodelovanja in do denarnih prejemkov. Denarni prejemki se razlikujejo glede na vrsto, obseg in čas trajanja storitev, zajemajo pa plačilo stroškov javnega prevoza za invalida in njegovo spremstvo, stroškov za prehrano, bivanja⁶ ter denarni prejemek v višini 54 % minimalne plače mesečno, če se storitve zaposlitvene rehabilitacije izvajajo v obsegu od 60 do vključno 128 ur mesečno oziroma v višini 65 % minimalne plače mesečno, če se storitve izvajajo najmanj 129 ur mesečno.

O pravici do pridobitve statusa invalida in do storitev zaposlitvene rehabilitacije odloča rehabilitacijska komisija ZRSZ, na podlagi mnenja, ki ga pripravi izvajalec zaposlitvene rehabilitacije v okviru storitve B »Priprava mnenja o ravni delovnih sposobnosti, znanj, delovnih navad in poklicnih interesov«.

Po zaključeni zaposlitveni rehabilitaciji, ki načeloma lahko traja do dveh let, v povprečju pa 6 mesecev⁷, rehabilitacijska komisija ZRSZ na podlagi mesečnih poročil in zaključnega

⁶ Če se storitve zaposlitvene rehabilitacije izvajajo več dni zaporedoma in če je otežen vsakodnevni prihod invalida k izvajalcu zaposlitvene rehabilitacije.

⁷ Evalvacija zaposlitvene rehabilitacije - RCZR

mnenja izvajalca zaposlitvene rehabilitacije izda oceno zaposlitvenih možnosti in odločbo o zaposljivosti invalida. Ocena zaposlitvenih možnosti vsebuje informacije o zaposljivosti invalida v običajnem delovnem okolju, invalidskem podjetju, podporni ali zaščitni zaposlitvi, o usposobljenosti za delo oziroma omejitvah za delo ter o podpornih storitvah in prilagoditvah, ki jih invalid potrebuje na delovnem mestu. Izidi iz zaposlitvene rehabilitacije so lahko naslednji:

- zaposlitev v običajnem delovnem okolju,
- zaposlitev v običajnem delovnem okolju s podporo oziroma podporna zaposlitev – v tem primeru rehabilitacijska komisija ZRSZ izda odločbo o zaposljivosti v podporni zaposlitvi,
- zaposlitev v invalidskem podjetju,
- zaposlitev v invalidskem podjetju na zaščitenem delovnem mestu – v tem primeru mora imeti invalid odločbo o zaposljivosti na zaščitenem delovnem mestu,
- zaposlitev v zaposlitvenem centru – ravno tako z odločbo o zaposljivosti na zaščitenem delovnem mestu.

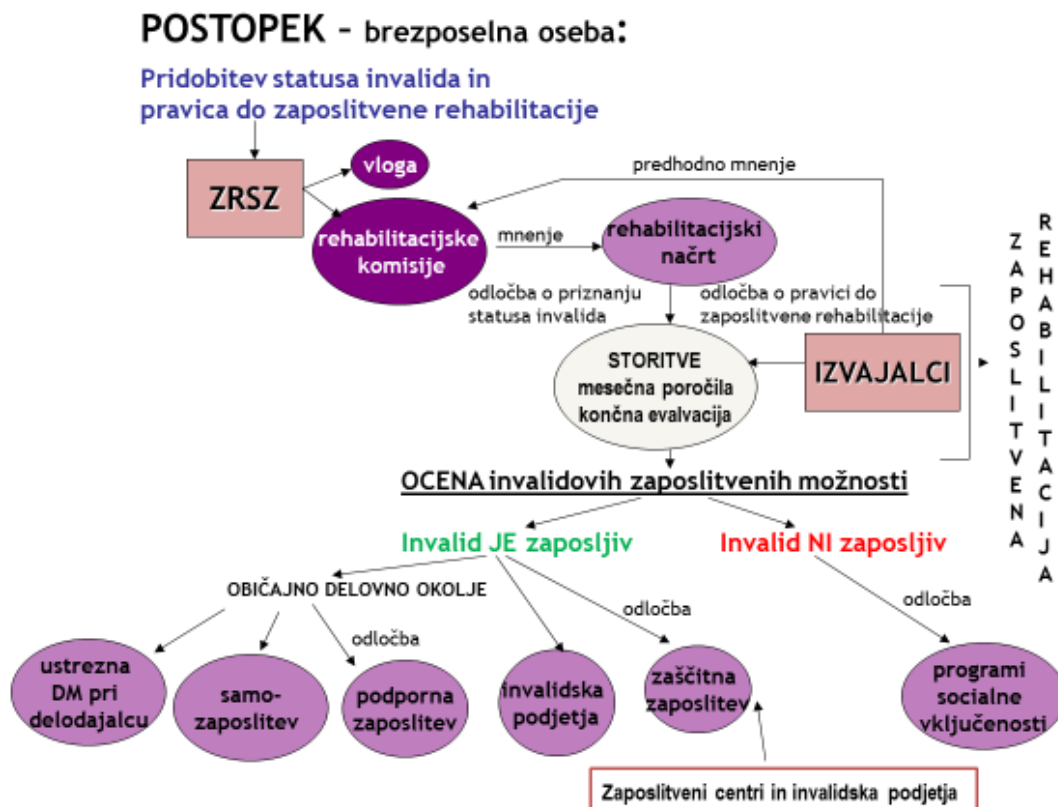
Če invalid ni zaposljiv, pridobi odločbo o nezaposljivosti in s tem pravico do vključitve v program socialne vključenosti⁸.

19

Invalidsko podjetje, zaposlitveni center, izvajalec programa socialne vključenosti ali invalid lahko kadarkoli predlagajo ponovno oceno doseganja delovnih rezultatov zaposlenega invalida, če ocenijo, da se je doseganje delovnih rezultatov bistveno spremenilo. Na podlagi ocene doseganja delovnih rezultatov, ki jo izdela izvajalec zaposlitvene rehabilitacije ob zaključku zaposlitvene rehabilitacije, lahko invalid vloži tudi vlogo za priznanje pravice do subvencije plače pri Javnem štipendijskem, razvojnem, invalidskem in preživninskem skladu.

⁸ Programi socialne vključenosti so socialni programi, namenjeni podpori in ohranjanju invalidovih delovnih sposobnosti. Vanje se lahko vključijo invalidi z odločbo o nezaposljivosti, invalidi I. kategorije z odločbo ZPIZ brez pravice do invalidske pokojnine in osebe z motnjo v telesnem in duševnem razvoju, ki nimajo možnosti za vključitev v ustrezne socialno-varstvene storitve.

Slika 2: Postopek obravnave invalida na ZRSZ in pri izvajalcu zaposlitvene rehabilitacije



Vir: RCZR URI – Soča

Kar lahko neposredno vpliva na možnosti za zaposlovanje invalidov, so tudi državne spodbude za delodajalce v smislu večje motiviranosti/pripravljenosti za sodelovanje pri reševanju zaposlitvene problematike invalidov. Med pomembnejše ukrepe za zaposlovanje invalidov sodi kvotni sistem. Ta obvezuje delodajalce z najmanj 20 zaposlenimi, da zaposlujejo obvezni delež invalidov od celotnega števila zaposlenih. V kvoto se štejejo invalidi, ki imajo sklenjeno pogodbo o zaposlitvi za najmanj 20 ur tedensko. Kvota se razlikuje glede na dejavnost delodajalca, vendar ne more biti nižja od 2 % in ne višja od 6 % od skupnega števila zaposlenih. Možna je tudi nadomestna izpolnitev kvote, v tem primeru sklenejo pogodbo o nadomestni izpolnitvi kvote z zaposlitvenim centrom ali invalidskim podjetjem. Če delodajalec kvote na noben način ne izpolnjuje, je dolžan plačati prispevek za vzpodbujanje zaposlovanja invalidov v Javni štipendijski, razvojni, invalidski in preživitinski

sklad v višini 70 % minimalne plače za vsakega invalida, ki bi ga bil dolžan zaposliti za izpolnitev predpisane kvote. Na ta način zbran denar se porabi za financiranje ostalih spodbud za zaposlovanje invalidov, kot jih določa ZZRI: subvencija plače, plačilo stroškov prilagoditve delovnih mest in sredstev za delo, plačilo stroškov storitev v podpornem zaposlovanju, oprostitev plačila prispevkov za pokojninsko in invalidsko zavarovanje zaposlenih invalidov, nagrade za preseganje kvote, letne nagrade delodajalcem za dobro prakso na področju zaposlovanja invalidov.

2.3 Celostna rehabilitacija s poklicno in zaposlitveno rehabilitacijo na URI – Soča

URI – Soča je osrednji zdravstveni zavod za celostno in interdisciplinarno rehabilitacijo bolnikov s funkcijsko in delovno oviranostjo, ki na sekundarni in terciarni ravni opravlja najzahtevnejše naloge s področja fizikalne in rehabilitacijske medicine, s področja aplikacije tehničnih pripomočkov, s področja psihosocialne rehabilitacije ter s področja poklicne in zaposlitvene rehabilitacije. Programe poklicne in zaposlitvene rehabilitacije izvaja Center za poklicno rehabilitacijo (dalje CPR) z lokacijami v Ljubljani, Mariboru in Murski Soboti. Storitve temeljijo na sodobni rehabilitacijski doktrini, ki upošteva zahteve po celostnem oziroma biopsihosocialnem modelu, aktivni vlogi uporabnikov in uporabnic, timskem delu in povezovanju z različnimi (ključnimi) deležniki v okolju. S tem zadovoljujejo potrebe oseb na področju zdravstvenega, pokojninskega in invalidskega varstva ter zaposlovanja.

21

V programe, ki jih izvaja CPR, osebe napotujejo osebni zdravniki v okviru celostne rehabilitacije in so namenjeni obravnavi v procesu vračanja na delo, ZPIZ v postopku priprave strokovnih podlag za pridobitev pravice do poklicne rehabilitacije kot pravice iz invalidskega zavarovanja ter ZRSZ v procesu zaposlitvene rehabilitacije brezposelnih invalidov ter delodajalci. Postopek v primeru poklicne in zaposlitvene rehabilitacije poteka na enak način, kot je opisano v prejšnjih dveh poglavjih. V nadaljevanju predstavljamo model postopnega vračanja na delo (v ang. lit. RTW - Return to work), ki jo v Sloveniji izvaja le URI – Soča.

Program postopnega vračanja na delo na URI – Soča je del celostne medicinske rehabilitacije, ki jo financira ZZS. Zaposleni zavarovanci so v času obravnav v bolniškem staležu, v obravnavo jih napoti izbrani osebni zdravnik in nekateri zdravniki specialisti (fiziatri,

nevrologi, psihiatri in drugi). Izid iz tega programa je lahko postopno vračanje na delo ali pa predlog za oceno delovne zmožnosti na ZPIZ.

Program postopnega vračanja na delo na URI – Soča je interdisciplinaren, rezultira pa v individualiziranem rehabilitacijskem načrtu za posameznika (upoštevane so osebne, kognitivne, telesne, vedenjske, psihosocialne funkcije osebe). Strokovni tim CPR poda celostno oceno funkcijske zmožnosti posameznika, delovne vzdržljivosti in učinkovitosti, sposobnosti učenja, delovnega vedenja, potrebnih prilagoditev dela in njegovega delovnega okolja. Delodajalcu se predstavi funkcijske ovire zaposlenega in se mu svetuje glede prilagoditev delovnega mesta.

Preostalo delovno zmožnost oseb s trajnimi zdravstvenimi posledicami se oceni glede na zahteve delovnega mesta. Prvi del obravnave poteka na URI – Soča (obrnave s strokovnimi delavci, ogled delovnega mesta), drugi del pa na delovnem mestu. Rehabilitacija na delovnem mestu običajno poteka od enega meseca do pol leta, pogosto tudi dlje, zavarovanci pa se na delo vključujejo postopoma. Postopno se dvigujejo obseg in zahtevnost del ter podaljšuje časovna obremenitev. Zavarovanca vedno spremlja eden od strokovnih delavcev, v delovnem okolju pa ima pomoč mentorja. Podaljšana poklicna rehabilitacija se zaključi, ko je ocenjeno, da je delovno funkcioniranje zavarovanca dovolj stabilno, ali ko se jasno pokaže, da zavarovanec kljub rehabilitaciji ne bo mogel opravljati dela (Strokovno poročilo URI–Soča za leto 2019, 43–44).

V strokovnem timu sodelujejo zdravnik, specialist medicine dela, prometa in športa, psiholog, specialist klinične psihologije, delovni terapevt, socialni delavec, rehabilitacijski tehnolog in ostali strokovnjaki, glede na potrebe – npr. tiflopedagog pri obravnavi oseb s slepoto in slabovidnostjo.

Program postopnega vračanja na delo predstavlja manjši del vseh obravnavanih v rehabilitacijskih programih CPR. Leta 2020 je bilo vključenih 475 zaposlenih (**Napaka! Vira sklicevanja ni bilo mogoče najti.**); izmed njih jih je bilo obenem 84 v bolnišnični obravnavi. Hospitalizacija je omogočena tistim zaposlenih v bolniškem staležu, ki ne morejo dnevno prihajati na obravnave ali zaradi zdravstvenega stanja ali pa zaradi oddaljenosti. Delež obravnavanih na URI – Soča predstavlja le majhen delež v primerjavi potencialnimi kandidati za obravnavo, če upoštevamo, da je bilo v letu 2019 več kot 8.000 oseb v dolgotrajnem

bolniškem staležu, to je več kot 1 leto. Glede na podatke bi bila smiselna razširitev te oblike vračanja na delo.

2.4 Glavne značilnosti slovenskega sistema poklicne rehabilitacije

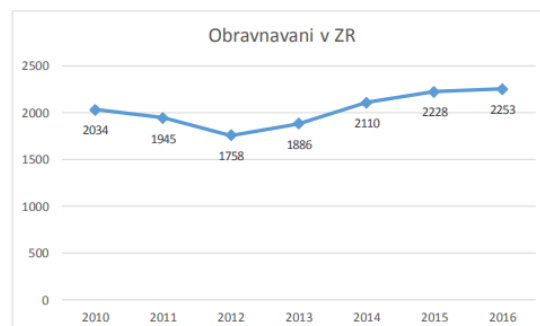
Kljub temu da je ukrep poklicne rehabilitacije kot pravice po Zakonu o PIZ v Sloveniji v veljavi že od leta 2002 in da so se v tem času na zakonodajni ravni uvedle številne spremembe in novosti, pa analize prakse in učinkov poklicne rehabilitacije kažejo, da ta ni dosegla zastavljenega cilja (večjega zanimanja za poklicno rehabilitacijo in uveljavljanja pravice do poklicne rehabilitacije), saj v praksi ne dosega načrtovanega obsega⁹. Kot že omenjeno, strokovne podlage za pridobitev pravice do poklicne rehabilitacije pripravljajo strokovni timi izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije, ki so obenem tudi temeljni strokovni tim za izvajanje storitev zaposlitvene rehabilitacije po Zakonu o ZRZI. Podatki za leto 2016 kažejo, da je bilo v poklicno rehabilitacijo napotenih nekaj več kot 300 oseb (glej Sliko 3), zaposlitveno rehabilitacijo pa 2.253 oseb (glej Sliko 4).

⁹ Podatki ZPIZ-a (za 2016 in 2017) kažejo, da se po predstavitvi PR za to pravico odloči le približno polovica vseh zavarovancev in zavarovank; prav tako naj bi se število rehabilitiranih oseb letno gibalo okoli 100 (ZPIZ, 2016; 2017).

Slika 3: Število napotenih v strokovno obravnavo k izvajalcu ZR (ZPIZ) v obdobju 2006–2016



Slika 4: Število obravnav v storitvah ZR v obdobju 2010-2016



Vir: Breclj in drugi, 2017.

Vir: Breclj in drugi, 2017.

Razloge za takšno stanje lahko najdemo v več dejavnikih¹⁰:

Poklicna rehabilitacija je izbirna pravica in zgolj ena od možnosti za zavarovanca, ti pa se pogosto odločijo za druge pravice iz invalidskega zavarovanja. Poznavanje poklicne rehabilitacije je med delodajalci in zavarovanci pomanjkljivo.

Proces priprave terja veliko administrativnih postopkov in zato pri delodajalcih ni priljubljen. V tem procesu manjka povezanost med deležniki, ki so vključeni v proces vračanja na delo (ZZZS, ZPIZ, izbrani zdravnik, delodajalec in drugi).

Nadomestilo za čas poklicne rehabilitacije se računa po modelu izračuna nadomestil za invalidnost in je nizko v primerjavi z nadomestilom za čas bolniškega staleža.

Sama definicija invalidnosti je v Zakonu o PIZ in v Zakonu o ZRZI različna. V ZPIZ-2 je v 63. členu navedeno, da je : »invalidnost po tem zakonu podana, če se zaradi sprememb v zdravstvenem stanju, ki jih ni mogoče odpraviti z zdravljenjem ali ukrepi medicinske rehabilitacije in so ugotovljene v skladu s tem zakonom, zavarovancu zmanjša zmožnost za zagotovitev oziroma ohranitev delovnega mesta oziroma za poklicno napredovanje. Po ZZRZI morajo biti za: »... pridobitev statusa invalida po tem zakonu pri osebi ugotovljene trajne posledice telesne ali duševne okvare ali bolezni, težave pri dejavnostih, ki vplivajo na

¹⁰ Povzeto po Investicijska dokumentacija projekta ZPZR – interni vir in dopolnjeno z drugimi viri.

njeno zaposljivost in ovire pri vključevanju v delovno okolje na način, kot ga opredeljuje mednarodna klasifikacija funkcioniranja, invalidnosti in zdravja. Medtem ko se v procesu pridobivanja pravic iz invalidskega zavarovanja po Zakonu o PIZ v sklopu obravnave zavarovancev upošteva le medicinski vidik in se pravice veže na diagnoze po MKB X., se v procesu zaposlitvene rehabilitacije uporablja bio-psiho-socialni model in MKF klasifikacija funkcioniranja, ki zajame veliko širši nabor ovir in težav, ki so prisotne pri osebah s težavami v zdravju pri zaposlovanju oz. pri ohranjanju zaposlitve.

Pozno vključevanje oseb v poklicno rehabilitacijo podaljšuje trajanje rehabilitacije in negativno vpliva na zaposlitveni položaj ali možnosti invalidov.

Zgodnejše vključevanje zaposlenih v bolniškem staležu predstavlja program postopnega vračanja na delo, ki ga izvaja URI – Soča in je podrobneje opisan v poglavju 2.2.1. Ker program izvaja le URI – Soča, je število vključitev potencialnih kandidatov omejeno.

Večjo korist pri vračanju na trg dela bi imelo tudi povezovanje med zaposlitveno in poklicno rehabilitacijo – izkušnje iz prakse kažejo, da nekateri upravičenci do poklicne rehabilitacije po ZPIZ-2 potrebujejo bolj celostno, poglobljeno obravnavo, kar pa omogoča ali zaposlitvena rehabilitacija ali pa podaljšana poklicna rehabilitacija na URI – Soča.

3 Nemčija

3.1 Transformacija socialne države in normativni okvir poklicne rehabilitacije v Nemčiji

Od začetka 80. let je v Nemčiji začela naraščati brezposelnost. Ob tem je naraščalo število oseb z zdravstvenimi težavami in zmanjšano zmožnostjo za delo ter prejemnikov invalidskih pokojnin: »Omogočanje predčasne upokojitve je bila ena od vladnih strategij za obvladovanje brezposelnosti in strukturnih sprememb v starih nemških gospodarskih dejavnostih, kot so jeklarstvo, premogovništvo in ladjedelništvo«¹¹ (Welti, 2019, 173). Od konca 90. let so se začele postopne reforme in prilagoditve nemškega socialnega sistema in tudi področja poklicne rehabilitacije novim potrebam gospodarstva v globalni ekonomiji.

¹¹ V Nemški demokratični republiki je obstajal drugačen sistem rehabilitacije, ki je temeljil na odgovornosti državnih podjetij, da poskrbijo za (re)integracijo ljudi z določeno stopnjo invalidnosti na delovno mesto (Welti, 2019, 173).

Nemški sistem socialnega varstva je doživel pomembne spremembe na prelomu tisočletja. Spremembe so izhajale iz priporočil WHO, potreb po spremembah na trgu dela ter usmeritev in direktiv EU, ki so zapovedovale enakopravno obravnavo ljudi ne glede na starost in morebitno invalidnost (Welti, 2019, 173).

Temu so sledile pomembne zakonske spremembe, ki urejajo področje socialnega varstva in zaposlovanja invalidov. Leta 2001 je bil sprejet *Sozialgesetzbuch IX - Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen* (Socialni zakonik IX – Rehabilitacija in sodelovanje invalidov). Z njegovim sprejetjem se je spremenila koordinacija med akterji, udeleženi v poklicni rehabilitaciji. Oblikovala se je agencija za ljudi s težjimi okvarami zdravja, ki se je preimenovala v Pisarno za reintegracijo. Nemčija je sprejela uporabo MKF, ki je postala temelj novega modela medicinske in poklicne rehabilitacije (Welti, 2019, 174).

Leta 2004 je bil z reformo Hartz IV sprejet *Sozialgesetzbuch II - Grundsicherung für Arbeitsuchende* (Socialni zakonik II – Osnovna varnost za iskalce zaposlitve).

Oba zakona urejata področje poklicne rehabilitacije in pravic brezposelnih oseb. Zgodnje upokojevanje je postalo težko dosegljivo, socialno zavarovanje in nadomestila pa so se znižala. Skupaj s temi procesi se je razvijala zakonodaja za preprečevanje diskriminacije invalidov, hkrati pa so tudi podjetja postala bolj zainteresirana, da obdržijo kvalificirano delovno silo ne glede na morebitne poškodbe ali bolezni (Belin in drugi, 2016; Reims in Bauer, 2015; Welti, 2019, 175).

Gre za spremembo iz pasivne v aktivno politiko zaposlovanja. Začel je prevladovati individualni in participativni model socialne države, ki je pomembno spremenil dogajanja na področju poklicne rehabilitacije.

Nemški model poklicne rehabilitacije je celostni model, »v katerem pomembni akterji in institucije upoštevajo vse osebne okoliščine, ugotovljene potrebe in zapleteno dinamiko, ki je značilna za reintegracijo, pri čemer se obsežnejše obravnave izvajajo v specializiranih kliničnih okoljih« (Bode, 2019, 44).

Namen nemškega modela poklicne rehabilitacije je »(re)integracija ljudi na trg dela« (Gruber, Titze in Zapfe, 2014, 224). Celoten koncept poklicne rehabilitacije v Nemčiji temelji na tem, da je »skupna primarna naloga izobraževalne in socialne politike zagotoviti invalidom

celovite možnosti usposabljanja in poklicne rehabilitacije ter enake možnosti za zaposlitev» (Schian, 2006, 317–318).

Poklicna rehabilitacija je bila postavljena kot temeljni element nemškega socialnega sistema, saj je zgodnja upokožitev odobrena le v redkih primerih, in sicer le, ko je jasno, da se zdravje in zmožnost za zaslužek skozi medicinsko in poklicno rehabilitacijo ne bosta izboljšala (Mittag in drugi, 2018; Bode, 2019).

V obdobju od leta 2005 do 2013 se je stopnja zaposlenosti vseh ljudi z različnimi invalidnostmi zvišala za 8 odstotnih točk, kar predstavlja zelo veliko zvišanje (Welti, 2019, 171), iz česar lahko sklepamo, da je nov model poklicne rehabilitacije uspešen. Predvidevamo lahko, da k temu botruje tudi kvotni sistem za zaposlovanje invalidov. Za vse delodajalce, ki imajo več kot 19 zaposlenih, obstaja zakonska obveza, da morajo zaposlovati 5 % oseb s težjimi okvarami zdravja v zasebnih podjetjih, in 6 % v javnih podjetjih. V zasebnem sektorju je bilo leta 2014 od vseh zaposlenih 4,1 % invalidov. V javnem sektorju, kjer je po zakonodaji delodajalec dolžan zaposlovati vsaj 6 % invalidov, jih je bilo zaposlenih 6,6 %. Za neizpolnjevanje tega kriterija je predvidena finančna kazen. Prihodki od kazni so v celoti namenjeni za podporo zaposlovanju invalidov. Točna delitev teh sredstev se oblikuje v sodelovanju med delodajalci, sindikati in predstavniki invalidskih organizacij (Welti, 2019, 172–176).

3.2 Obravnava oseb z dolgotrajnimi zdravstvenimi težavami

V Nemčiji so osebe z dolgotrajnimi zdravstvenimi težavami obravnavane celostno, v proces medicinske, socialne in poklicne rehabilitacije so vključene različne stroke in institucije. Vse institucije, zavarovalnice in agencije so članice skupnega telesa, ki se imenuje Zvezna delovna skupina za rehabilitacijo (B. A. R. – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation), v katerega so vključeni tudi sindikati in zvezno združenje delodajalcev (Bode, 2019, 48).

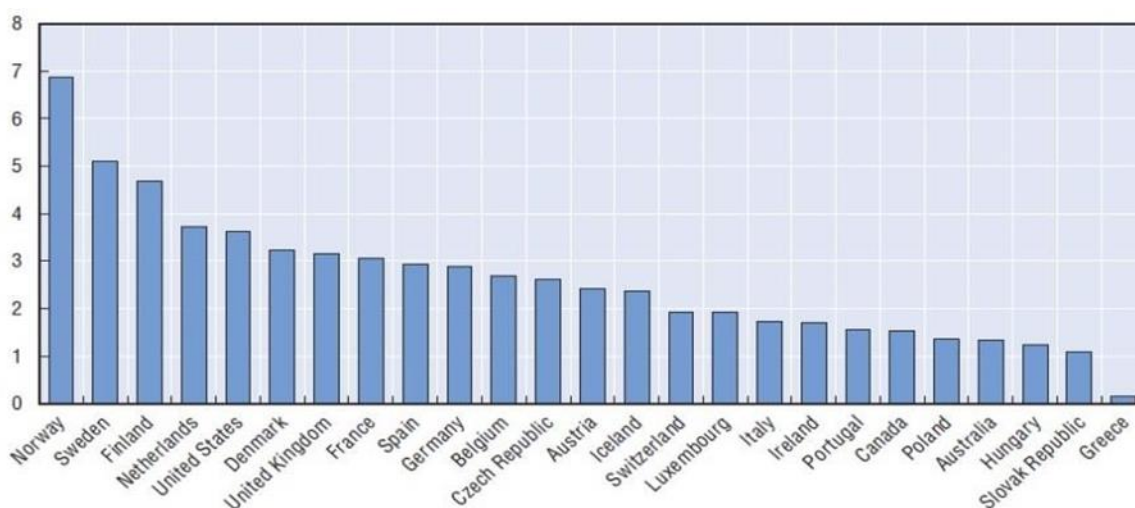
3.2.1 Bolniška odsotnost in vloga delodajalcev pri vračanju na delo

Nemčija ima relativno nizko stopnjo odsotnosti zaposlenih zaradi bolezni (glej Sliko 5). Če pride do odsotnosti z dela zaradi bolezni ali poškodbe, so delodajalci dolžni plačevati polno plačo prvih 6 tednov. Če je oseba odsotna več kot 6 tednov in ne več kot 78 tednov, zdravstvena zavarovalnica krije bolniško nadomestilo v višini približno 70 % plače. To

nadomestilo lahko prejema oseba tudi med procesom vračanja na delo, ki lahko traja do 6 mesecev.

Zdravstvena zavarovalnica lahko zahteva od zaposlenih, ki prejemajo bolniško nadomestilo, da se prijavijo na poklicno rehabilitacijo preko pokojninske zavarovalnice DRV v roku 10 tednov (Welti, 2019, 176–179). Nemška zakonodaja namreč omogoča, da zaposleni v bolniškem staležu začne delati za skrajšan delovni čas, pri čemer delodajalec prejme 70 % nadomestila od zavarovalnice (DRV, DGUV) (65. člen SGB IX).

Slika 5: Pojavnost odsotnosti zaradi bolezni med redno zaposlenimi v izbranih državah OECD leta 2008.



Source: OECD, *Sickness, Disability and Work, Breaking the barriers*, 2010, p. 63. a) 2004 for Australia and 2007 for Iceland. The incidence of work absence due to sickness is defined as the proportion of full-time employees absent from work due to sickness and temporary disability (either one or all days of the working week). Data are annual averages of quarterly estimates. Estimates for Australia and Canada are for full-week absences only. The OECD report identifies the EU LFS and national labour force surveys for Australia, Canada and the United States of America as its main sources.

Vir: Belin in drugi, 2016.

Delodajalec je po več kot 6 tednih bolniške odsotnosti v enem letu (tudi s prekinitvami) dolžan oblikovati in predstaviti načrt reintegracije. V tem načrtu je predviden individualni proces vračanja na delo. Delodajalec mora predvideti tako prilagoditev delovnega mesta, da zaposleni lahko opravlja delo kljub zdravstvenim težavam. V pripravo načrta so vključeni predstavniki sveta delavcev v podjetju, predstavniki podjetja za zaposlene invalide in, če je potrebno, zdravnik za medicino delo, javne rehabilitacijske agencije in Pisarna za

reintegracijo¹². Reintegracijski menedžment deluje dobro in je uveljavljen v večjih podjetjih, kjer obstaja obvezni sporazum na ravni podjetja med predstavniki delavcev in vodstvom. Problem obstaja pri manjših podjetjih, kjer reintegracija na delovno mesto ni opredeljena, posebej če v teh podjetjih ni sveta delavcev (Welti, 2019, 176; Bode, 2019, 53; Sremec, 2020). Če delodajalec ni oblikoval načrta za reintegracijo, veliko težje odpusti zaposlenega, ki je v bolniškem staležu.

3.2.2 Proces poklicne rehabilitacije

Nemška zakonodaja razlikuje med socialno, medicinsko in poklicno rehabilitacijo, sistem MBOR – *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (medicinsko-poklicno usmerjena rehabilitacija)* pa temelji na njihovem prepletanju in povezovanju, pri čemer ima še vedno dominantno vlogo medicinska stroka (Bode, 2019, 47–52).

Potek poklicne rehabilitacije je v Nemčiji relativno dobro definiran. Oseba je obravnavana v sistemu pokojninske (DRV) ali nezgodne zavarovalnice (DGUV), odvisno od tega, ali gre za poškodbo pri delu ali (kronično) bolezen.

DGUV je zadolžena za financiranje rehabilitacije v primeru poškodbe pri delu ali poklicne bolezni. Če se je oseba poškodovala pri delu, potem ji pripada nadomestilo v višini 80 % plače (45. člen SGB VII). Po 26 tednih lahko vloži prijavo za pridobitev pravice do invalidske pokojnine pri DGUV. Višina pokojnine je odvisna od preostale delovne zmožnosti – polna invalidska pokojnina znaša dve tretjini prejšnje plače (Schian, 2006; Mittag in drugi, 2018).

Obe zavarovalnici imata imenovane zdravnike, ki obravnavajo zavarovance, podobno kot pri nas. Velika večina (90 %) zavarovancev je obravnavana v sistemu DRV, večinoma gre za medicinsko rehabilitacijo. Sicer pa je delovanje DRV reprezentativno za celoten nemški model poklicne rehabilitacije in je tudi primer celostne usmeritve (Bode, 2019, 48). DRV uporablja sistem MBOR, ki predvideva tri nivoje obravnave, odvisno od tega, za kako težko bolezen/poškodbo gre. MBOR omogoča celostno obravnavo osebe v procesu poklicne rehabilitacije, pri čemer je velik poudarek na reintegraciji na konkretno delovno mesto. Timi so sestavljeni iz zdravnikov (predvsem fiziatrov), socialnih delavcev, psihologov. V praksi se

¹² Delodajalci imajo v večjih podjetjih zaposlene zdravnike družinske medicine ali zdravnike medicine dela, ki ocenijo status zaposlenega in njegovo delovno (ne)zmožnost.

kot težava pojavlja pomanjkanje zdravnikov medicine dela v timih za poklicno rehabilitacijo in premalo stika z delodajalci.

V sistemu DRV deluje 1.150 rehabilitacijskih centrov, več kot polovica jih je v zasebni lasti. V letih 2015–2016 so obravnavali 1,4 milijona zavarovancev (Bode, 2019, 51–52). Z vključitvijo v procese MBOR se vrne na delo med 70 in 80 % oseb.

V rehabilitacijskih centrih se začne postopek medicinske rehabilitacije, ki je prepletena s poklicno rehabilitacijo. Za izvajanje poklicne rehabilitacije obstajajo posebni oddelki. Pristop je celosten, nudijo storitve s področja socialnega varstva in medicine (medicinska obravnava, socialna in psihološka pomoč, priprava na prilagajanje na delovno mesto ipd.). V povprečju so osebe vključene 25 dni. Postopek se nadaljuje tudi po tem, ko oseba zapusti rehabilitacijski center. V različnih zveznih in regijskih centrih »*case managerji*« skrbijo za osebe s poškodbami oz. boleznimi, ki se vračajo na delovno mesto (Belin in drugi, 2016, 24; Sremec, 2020). Ko zavarovanec zaključi rehabilitacijo, njegov izbrani osebni zdravnik prejme poročilo, vendar ni tesnejšega sodelovanja med izbranimi osebnimi zdravniki in rehabilitacijskih centrih. Zdravniki medicine dela so le redko vključeni v proces rehabilitacije v rehabilitacijskih centrih (Welti, 2019, 176; Bode, 2019, 53; Sremec, 2020).

30

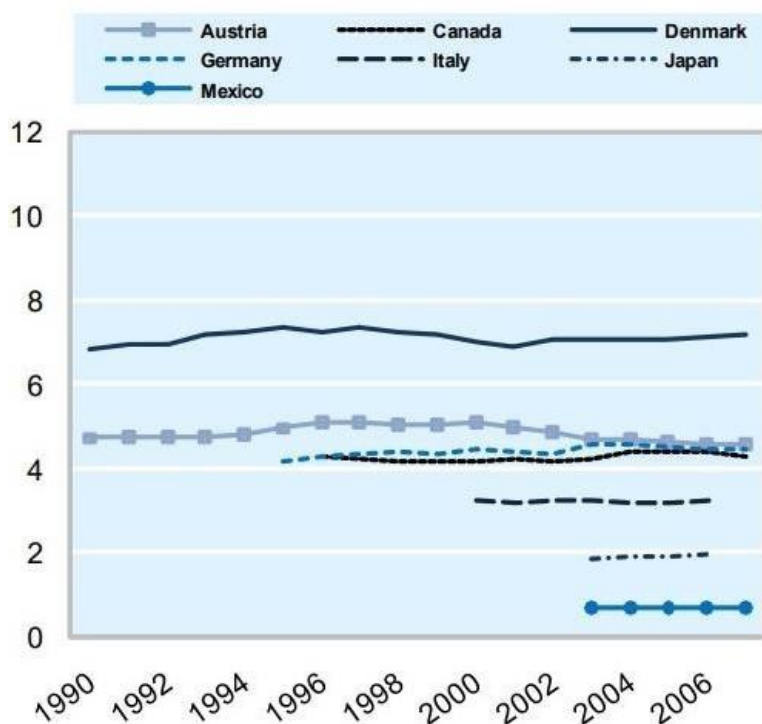
Čeprav dve tretjini poklicne rehabilitacije predstavlja nadaljevanje medicinske rehabilitacije, se zavarovanci lahko tudi sami prijavijo na poklicno rehabilitacijo preko sistema, ki ga ponuja DRV. V tem primeru DRV imenuje zdravnika, ki po pregledu prijave v roku dveh mesecev odobri oziroma ne odobri poklicne rehabilitacije. Možne so ponovne prijave. Zavarovanci lahko tudi sami predlagajo, v katerem rehabilitacijskem centru bi želeli obravnavo. O predlogu odločijo imenovani zdravniki DRV (Sremec, 2020).

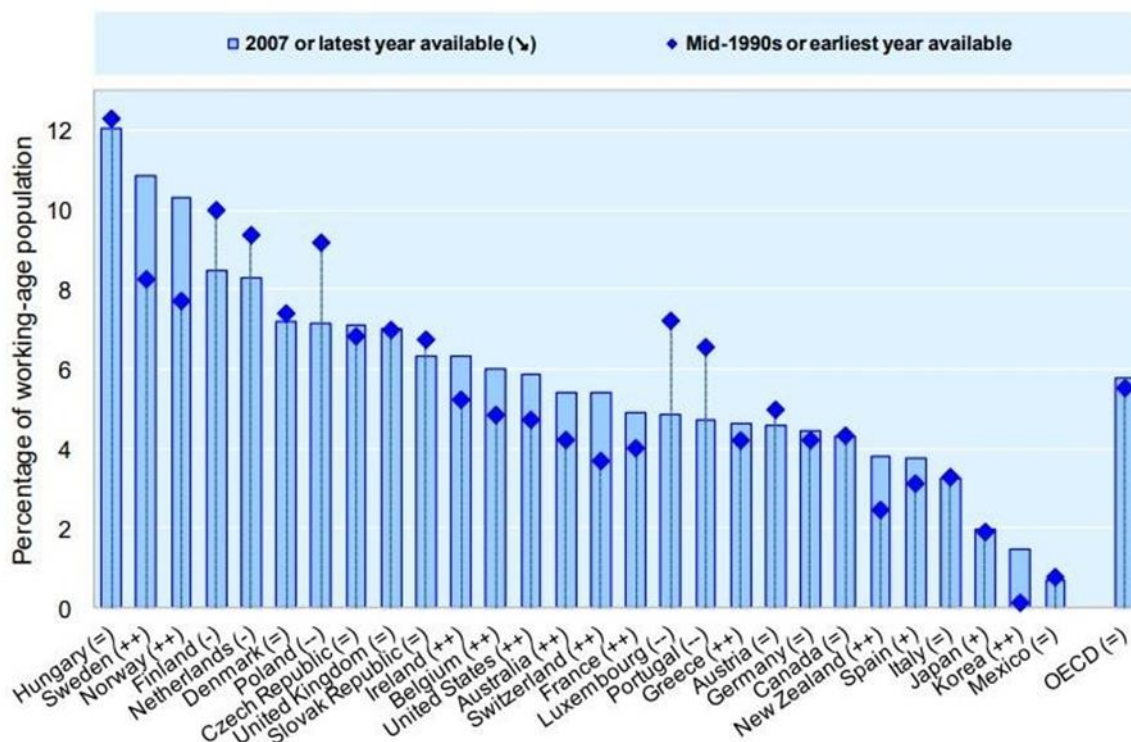
Če je jasno, da oseba ne more nadaljevati z delom, potem se ta prijava obravnava kot prijava za pridobitev pravice do invalidske pokojnine (116. člen SGB VI). Če poteče pravica do bolniškega staleža in oseba ne pridobi pravice do invalidske pokojnine, je upravičena do nadomestila za brezposelnost, ki ga financira Zvezni zavod za zaposlovanje. Ta mora od osebe zahtevati, da vloži prijavo za rehabilitacijo v roku enega meseca (145. člen SGB III). Zvezni zavod za zaposlovanje financira poklicno rehabilitacijo za osebe, ki vstopajo na trg dela (Welti, 2019, 178).

3.2.3 Invalidska pokojnina

V splošnem velja, da je v Nemčiji stopnja prejemnikov nadomestil za invalidnost označena kot »stabilna«, kar pomeni, da se skozi leta bistveno ni spreminjala (glej Sliko 6). Velik vpliv na to imajo predvsem področni ukrepi.

Slika 6: Stopnja prejemnikov nadomestil za invalidnost v Nemčiji skozi leta in primerjava z drugimi državami





Notes: (↘) in the legend relates to the variable for which countries are ranked from left to right in decreasing order. (++)/((-) refers to a strong increase/decline of 2% or more; (+)/(-) refers to a moderate increase/decline between 0.75% and 2%; (=) refers to a rather stable trend between -0.75% and 0.75%; percentages refer to the annual average growth rate in employment rate of persons with a disability. OECD refers to the unweighted average of the 27 countries.

a) 2004 for France; 2005 for Luxembourg; 2006 for Denmark, Italy, Japan, the Slovak Republic and the United States.

b) 1996 for Belgium and Canada; 1999 for the Netherlands; 2000 for Hungary and Italy; 2001 for Ireland; 2003 for Japan and 2004 for Poland; 1995 for all other countries.

Source: Data provided by national authorities.

Vir: OECD, 2009.

Pravica do invalidske pokojnine se podeljuje za omejeno obdobje do največ treh let, po devetih letih pa lahko postane trajna pravica. Do leta 2000 se je invalidska pokojnina priznavala glede na sposobnost za opravljanje določenega poklica. To je bilo odpravljeno, vpeljana pa je bila nova oblika pokojnine za ljudi z zmanjšano zmožnostjo za delo, ki temelji na dveh novih merilih:

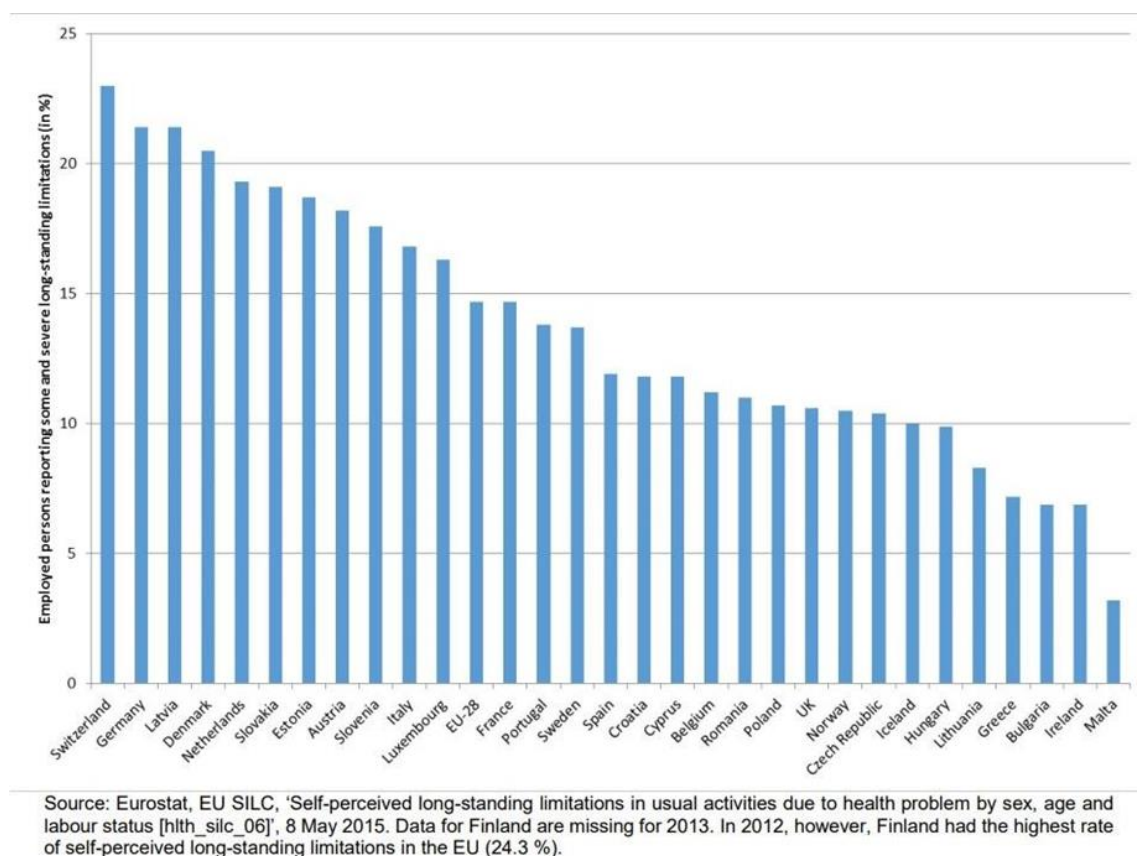




- 1) nezmožnost opravljanja dela več kot tri ure na dan (popolna nezmožnost za delo) – pomeni, da lahko oseba prejema polno invalidsko pokojnino,
- 2) nezmožnost dela več kot 6 ur na dan (delno zmanjšana zmožnost za delo) (Welti, 2019: 174, SGB VI, 43. člen) – pomeni, da lahko osebe prejemajo polovično pokojnino.

Ključno je, da tudi tisti, ki prejemajo polno invalidsko pokojnino, lahko delajo do tri ure na dan. Od tod izhaja podatek o visokem deležu oseb z dolgotrajnimi zdravstvenimi težavami na trgu dela v Nemčiji (glej Sliko 7). V tem kontekstu je ocena o delovni nezmožnosti pravzaprav ocena o preostanku delovne zmožnosti (Belin in drugi, 2016, 60).

Slika 7: Osebe, ki poročajo o dolgoletnih resnih omejitvah pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti zaradi zdravstvenih težav in so zaposlene, v letu 2013, EU-28.



Vir: Belin in drugi, 2016



Univerzitetni rehabilitacijski inštitut
Republike Slovenije - Soča

Invalidska pokojnina se preračuna na podlagi prispevkov v pokojninsko zavarovanje pred ugotovljeno nezmožnostjo za delo, pri čemer se šteje, kot da je oseba prispevala v pokojninsko zavarovanje vse do 62. leta. V prihodnje se bo ta starost zvišala na 65 let, kar bo omogočilo zvišanje invalidskih pokojnin. Ko se izračuna invalidska pokojnina, se od te vsote odšteje 10,8 %. Tako preprečujejo, da bi bila invalidska pokojnina višja od starostne (Welti, 2019: 179). Ko je oseba dovolj stara se invalidska pokojnina preoblikuje v starostno pokojnino (102. člen SGB VI).

Leta 2015 je približno 355.000 ljudi zaprosilo za invalidsko pokojnino, nekaj več kot 188.000 jih je bilo odobrenih. Prišlo je do pomembnega upada novih pokojnin – leta 1996 je bilo za približno 280.000 evrov novih nadomestil; leta 2015 pa samo okrog 175.000 evrov. Povprečna starost ob začetku prejemanja pokojnine je še vedno 52 let. V zadnjih 15ih letih je višina invalidskih pokojnin upadla, saj je veliko ljudi plačevalo nizke prispevke v pokojninsko zavarovanje, preden so zboleli in zgubili delo, ob tem pa se je znižala tudi splošna višina pokojnin (Welti, 2019: 174–180).

3.3 Prednosti in pomanjkljivosti državnega modela poklicne rehabilitacije

3.3.1 Prednosti

34

Prva prednost nemškega modela poklicne rehabilitacije je jasnost in preglednost. Vse obveznosti so določene vnaprej, ve se, katera zavarovalnica je zadolžena za konkretne primere. Obstaja razvejana mreža centrov za rehabilitacijo, kjer so združene različne storitve, ki jih potrebujejo osebe, vključene v proces poklicne rehabilitacije. Ob tem država aktivno ureja to področje in ni prepuščeno prostemu trgu.

Druga prednost je, da v Nemčiji sistem ne dovoljuje zavarovancu, da bi ostajal dolgo v bolniškem staležu. Prvih 6 tednov nadomestilo za odsotnost z dela plačuje delodajalec, naslednjih 18 mesecev pa zavarovalnica. Poklicna rehabilitacija se začne že po tednu ali dveh, medtem ko še teče medicinska rehabilitacija, kar je velika prednost tega sistema. Načrt reintegracije omogoča sodelovanje delodajalca in zaposlenega v procesu vračanja na delo.

Pomembno je tudi, da se v Nemčiji zakonske določbe, ki urejajo to področje, izvajajo in upoštevajo v javnem in zasebnem sektorju. To potrjujejo tudi statistični podatki. V

nasprotnem primeru morajo delodajalci plačevati zakonsko predvidene denarne kazni, ves ta denar pa prenesejo v sistem socialnega zavarovanja za invalide.

Povezovanje medicinske in poklicne rehabilitacije v sistemu DRV in konceptu MBOR predstavlja verjetno ključni element uspešnosti sistema vračanja na delo, saj se poklicna rehabilitacija začne že v času medicinske rehabilitacije.

3.3.2 Pomanjkljivosti

Pomanjkljivost nemškega modela poklicne rehabilitacije je, da delodajalci niso vključeni v celoten proces poklicne rehabilitacije. Gre za pomanjkanje konkretnega sodelovanja med delodajalci ter zdravniki in strokovnimi delavci/člani tima v procesu poklicne rehabilitacije znotraj sistema MBOR.

Delodajalci ne vstopajo aktivno v proces, razen ko gre za usposabljanje na delovnem mestu. Med procesom poklicne rehabilitacije in delodajalci ne obstaja sistemska povezava, kar pogosto onemogoča še boljše izvajanje poklicne rehabilitacije.

Predvsem za sistem MBOR je značilna odsotnost zdravnikov medicine dela v procesu poklicne rehabilitacije. Načeloma so zastopane različne stroke in različni profili, vendar zdravniki, ki sodelujejo v procesu poklicne rehabilitacije, najpogosteje niso zdravniki medicine dela. Velika podjetja imajo sicer lastne zaposlene zdravnike medicine dela, ki pa so vključeni le v vlogo »*case management-a*« na delovnem mestu.

35

4 Nizozemska

V primerjavi s prej predstavljenim nemškim modelom, nizozemski model poklicne rehabilitacije izhaja iz podobnih predpostavk o pomenu hitrega vračanja na delo s celostno obravnavo oseb, vendar je organiziran popolnoma drugače. Temelji na privatizaciji poklicne rehabilitacije ter izključni odgovornosti delodajalca, ki mora sam poskrbeti za reintegracijo in vračanje na delo zaposlenega v okviru poklicne rehabilitacije.

Ključne spremembe na področju bolezni in invalidnosti na Nizozemskem od konca 90. let prejšnjega stoletja temeljijo predvsem na aktivnih politikah zaposlovanja in povečevanju participacije na trgu delovne sile. Te spremembe lahko povzamemo v nekaj osnovnih točkah,

ki jih bomo v nadaljevanju podrobno razčlenili in analizirali (za več glej: Bocking, 2007; OECD, 2007, 5–6; Knegt in Westerveld, 2008):

- privatizacija zavarovalniškega sistema: delodajalec je zaposlenemu, ki je v bolniškem staležu, dolžan plačevati plačo dve leti;
- za reintegracijo ter vračanje na delo zaposlenega, ki ima zdravstvene težave, mora poskrbeti delodajalec (*Gatekeeper protocol*);
- sprejet je bil nov zakon o invalidnosti (WIA);
- pogoji za upravičenost do nadomestila za invalidnost so se zaostрили;
- pri vseh, ki so bili stari manj kot 50 let in so prejeli nadomestilo za invalidnost, so ponovno preverili zdravstveno stanje;
- uvedli so diferencirano stopnjo prispevkov za delodajalce glede na to, kolikšna je stopnja tveganja, da bo zaposleni postal dolgoročno nezmožen za delo.

Takšen sistem socialnega varstva je bil oblikovan z namenom spodbujanja dolgotrajne zaposlenosti in promoviranja participacije zaposlenih v bolniškem staležu. Zaposlenim naj bi preprečil, da bi zahtevali nadomestilo za invalidnost oziroma, če bi bilo to neizogibno, bi sistem prejemnike nadomestil spodbujal k čimprejšnjemu iskanju nove službe oziroma vračanju na delo (reintegracija). (OECD, 2007, 6).

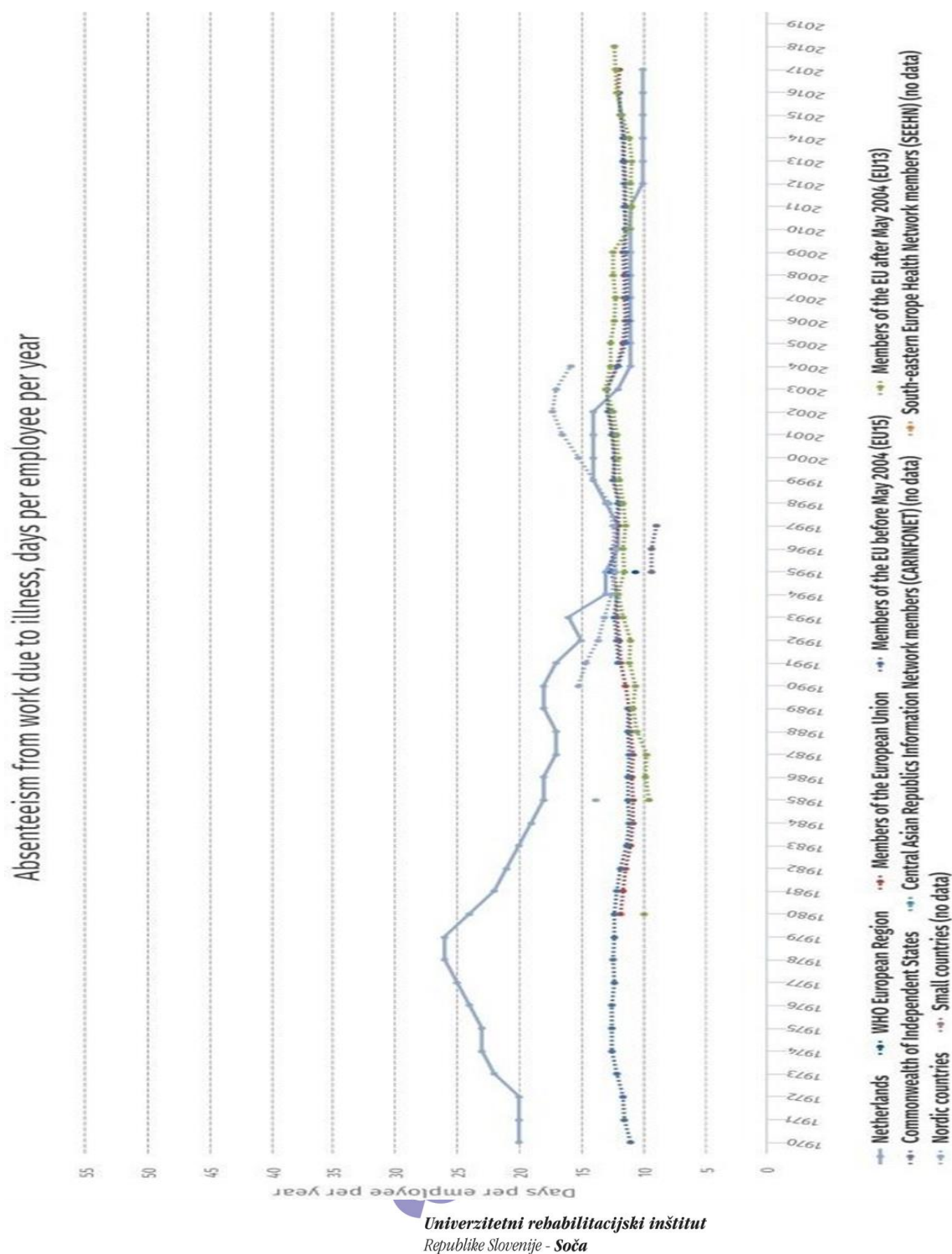
36

4.1 »Nizozemska bolezen« in socialna država

Nizozemska je imela v 80. in začetku 90. let prejšnjega stoletja zelo visok delež odsotnosti z dela (glej Sliko 8) ter invalidskih upokojitev. V primerjavi z drugimi evropskimi državami je bilo na Nizozemskem daleč največ invalidskih upokojitev in nadomestil zaradi poškodbe in/ali bolezni. V 80. letih prejšnjega stoletja je Nizozemska doživljala globoko ekonomsko krizo, kar se je odražalo tudi v visoki stopnji brezposelnosti. Mnogi brezposelni so poskušali pridobiti invalidsko pokojnino – s tem so želeli reševati svoje finančno stanje. Kriteriji za pridobitev invalidske pokojnine niso bili strogi, kar je na koncu rezultiralo v zelo visokem številu zahtevkov in dodelitev invalidskih pokojnin in nadomestil za invalidnost. Govorilo se je celo o »nizozemski bolezni« zaradi zelo velikega števila bolniških odsotnosti in invalidskih nadomestil. Namenjanje sredstev države za socialno varstvo je doseglo rekordne zneske. Zato so se vlade od sredine 80. let prejšnjega stoletja ukvarjale s spremembo socialnega

sistema, kar je pripeljalo do radikalne spremembe na polju socialnega varstva in poklicne rehabilitacije (OECD, 2007, 5; Knegt in Westerveld, 2008).

Slika 8: Odsotnost z dela zaradi bolezni, dnevi na zaposlenega na leto; primer Nizozemske (zgodovinski pogled)



Vir: WHO, 2020.

Stari Zakon o invalidskem zavarovanju zaposlenih (WAO), sprejet v 60. letih prejšnjega stoletja, je predstavljal nekakšno socialno podlago za večje ekonomske in družbene spremembe v nizozemski družbi. WAO je v 70. in 80. letih prejšnjega stoletja ublažil prehod iz industrijske v storitveno ekonomijo, saj je veliko odpuščenih industrijskih delavcev prejelo nadomestilo iz naslova tega zakona. Poleg tega je v 90. letih omogočil stabilno uvajanje sprememb v nizozemski družbi, ko so tudi ženske začele prejemati dohodke iz dela in posledično tudi iz nadomestil za invalidnost. OECD je v tem času (leta 2003) ugotavljal porast prejemnikov nadomestil za brezposelnost, predvsem pa se je, kot rečeno, večalo število žensk v tem sistemu (OECD, 2003). Do leta 1987 so lahko tudi tisti, ki so bili le delno nezmožni za delo, zaprosili za nadomestilo za invalidnost, kar je pomenilo, da je sistem WAO predstavljal tudi rešitev za brezposelnost (van Sonsbeek in Gradus, 2011, 4; de Rijk, 2019).

Model je postal popolnoma nevzdržen in neučinkovit. Zato so se od poznih 80. let dalje začeli odvijati radikalni premiki in spremembe na področju vračanja na delo in poklicne rehabilitacije. Potekala sta dva povezana procesa. Najprej so delno javne zavarovalnice in agencije poskušale prepričati delodajalce, da je izboljšanje delovnih pogojev in zmanjšanje bolniškega staleža v njihovem interesu. Po tem pa je država spremenila ključne predpostavke celotnega sistema poklicne rehabilitacije in vračanja na delo, saj je breme in odgovornost za reintegracijo in vračanje na delo v celoti preložila na delodajalce: 1) delodajalci so postali odgovorni za preprečevanje bolezni in poškodb pri delu; 2) delodajalci so postali odgovorni za finančno nadomestilo za zaposlene z boleznimi in poškodbami; 3) delodajalci in zaposleni morajo sodelovati pri reintegraciji v delovne procese in na delovna mesta (Knegt in Westerveld, 2008, 77–78).

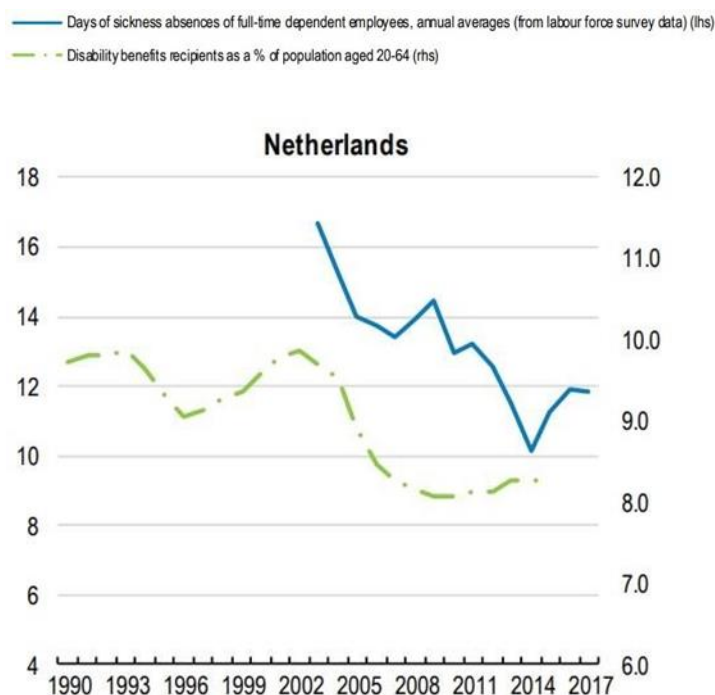
38

4.2 Javne politike in normativne spremembe ter zakonski okvir poklicne rehabilitacije na Nizozemskem

Kot rečeno, je bil Zakon o invalidskem zavarovanju zaposlenih (WAO) sprejet leta 1967. Vključeval je tudi pravice v povezavi s poklicnimi boleznimi in poškodbami pri delu ter druge vzroke invalidnosti, pri čemer ni bilo razlikovanja med poškodbo pri delu ali izven dela. Šlo je za relativno radodarno shemo, zaposleni so prejemali 70 % plače.

Od začetka 90. let pa vse do obdobja 2004–2007 se je nizozemski pokojninski in celoten zavarovalniški sistem korenito spremenil. V zadnjih treh desetletjih so se na področju nizozemske socialne politike odvijale različne reforme, pri čemer je bila ključna ideja »predvsem decentralizacija vladnih odgovornosti v odnosu do drugih akterjev, predvsem delodajalcev in občin. Ravno tako so državljani dobili več odgovornosti /.../« (OECD, 2014, 31). Cilj je bil aktivacija ljudi na trgu delovne sile in boj zoper bolniški stalež. Poklicna rehabilitacija in z njo povezane spremembe so bile del teh korenitih sprememb. Reforme so »privedle do popolne privatizacije prej javno upravljanega in kolektivno financiranega sistema nadomestil za bolezni« (OECD, 2020, 24) in uspele zmanjšati bolniški stalež v aktivni populaciji (glej Sliko 9). Bistvo sprememb je bilo povečevanje finančnih bremen delodajalcev za zaposlene, ki niso zmožni za delo.

Slika 9: Zniževanje bolniških odsotnosti zaposlenih s polnim delovnim časom na Nizozemskem od leta 2002 dalje



Vir: OECD, 2020.

Leta 1989 je nizozemska vlada zadolžila tripartitno delovno skupino za oblikovanje politike obsega invalidskih shem. Pripraviti so morali predlog novih shem za invalide in njihovo

reintegracijo (Knegt in Westerveld, 2008, 83). Pred reformami v začetku 90. let je na Nizozemskem veljal »Program nadomestil za bolezni«, po katerem se je odsotnost z dela financirala iz javnih sredstev za največ 52 tednov, pri čemer ni bilo spodbud za čimprejšnji začetek poklicne rehabilitacije in reintegracije, ne za delodajalce in niti za zaposlene. Leta 1991 so na Nizozemskem vpeljali precej udarne spremembe, saj so po novem morali delodajalci plačevati premije in kazni v shemo za nadomestilo za invalidnost glede na število bolniških odsotnosti in število zaposlenih. Leta 1993 so v *Sickness Benefits Act* vpeljali diferenciacijo prispevkov podjetij glede na stopnjo bolniškega staleža. Uvedli so pravilo, da delodajalci, ki zaposlijo invalida, dobijo nadomestilo za njegovo plačo za prvih nekaj mesecev. Še več, začeli so pregledovati vse možnosti zaposlitve pred vstopom v shemo za invalide, tudi z usposabljanjem invalidov za drugo delo. Zato se je znižal pritok novih zavarovancev v shemo za invalide: leta 1993 je bilo 93.000 novih primerov, leta 1995 pa samo 64.000. Tisti, ki so bili mlajši od 45 let, so bili ponovno pregledani v skladu z novimi kriteriji. Vpeljan je bil tudi nov dvofazni sistem: najprej so ljudje prejeli nadomestila glede na plače, po tem je sledilo nadomestilo glede na starost. Po nekaj letih pritožb delodajalcev, da morajo plačevati kazni za nekaj, nad čimer nimajo neposrednega nadzora, je sodišče odpravilo ta postopek. Novi kriteriji so bili za marsikoga prestrogi, pojavljalo se je tudi veliko negativnega medijskega poročanja zaradi zaostrovanja pogojev in kriterijev za upravičenost do nadomestila za invalidnost. Zato je Ministrstvo za socialo omililo te kriterije (van Sonsbeek in Gradus, 2011, 4; Knegt in Westerveld, 2008, 83–84).

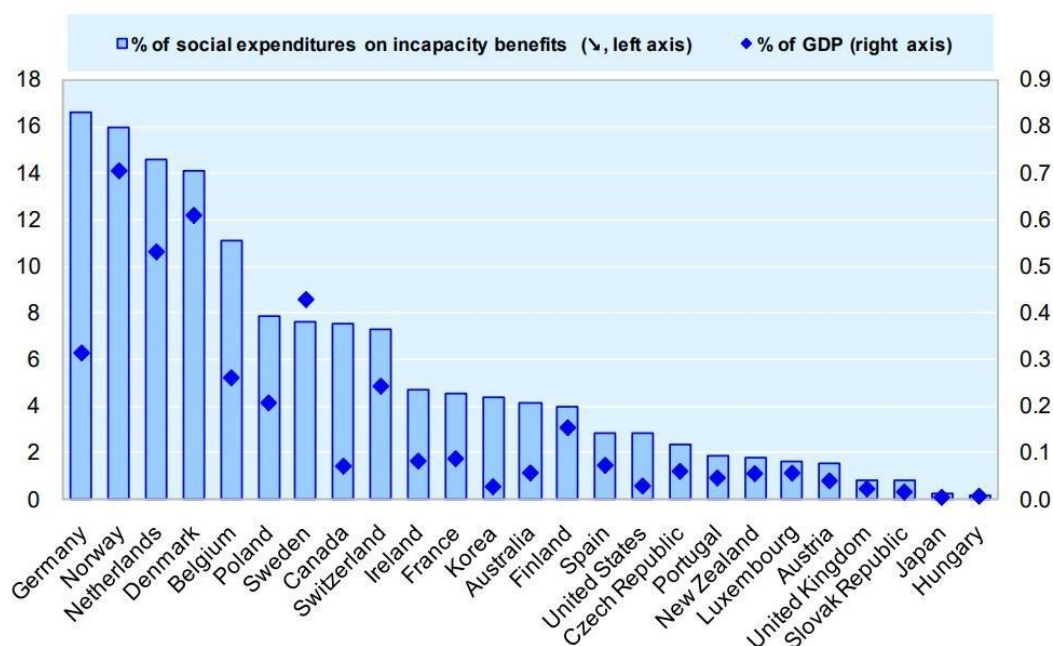
Leta 1996 je prišlo do novih sprememb s ciljem znižati bolniški stalež. Uvedena je bila obveznost delodajalcev, da plačujejo plače zaposlenim, ki so v bolniškem staležu: manjša podjetja do 3 tedne, večja pa 6 tednov. Država je ocenila, da je to zelo učinkovit ukrep v boju zoper bolniški stalež. Zakon o nadomestilih za bolezni, ki je stopil v veljavo 1. 1. 1998, je vpeljal obvezo delodajalcev, da morajo plačevati plače zaposlenim v bolniškem staležu tudi do 52 tednov. Ta proces je sovpadal tudi s privatizacijo poklicne rehabilitacije, saj je za delodajalce postalo obvezno, da za proces varnosti in zdravja pri delu in izvajanje poklicne rehabilitacije najamejo zasebno institucijo. Ključno je postalo tudi, da je delodajalec tistim zaposlenim, ki niso sodelovali v procesu reintegracije in vračanja na delo, lahko prenehal plačevati plačo, lahko pa jih je tudi odpustil zaradi nesodelovanja (Bockting, 2007).

Država je želela še bolj spodbuditi delodajalce, da bi čim bolj aktivno pristopili k sodelovanju v procesu vračanja na delo za svoje zaposlene. S sprejetjem tako imenovanega »Izboljšanega vratarjevega protokola« (Improved Gatekeeper's Protocol), so morali delodajalci in zaposleni obvezno dokazati Agenciji za zavarovanje zaposlenih (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen – UWV), da so izvajali rehabilitacijo in proces vračanja na delo že v obdobju 52 tednov, ko je nadomestilo bolniškega staleža plačeval delodajalec. Šele če so to uspeli dokazati, je zaposleni postal upravičen do dolgotrajnega nadomestila. Če bi UWV ocenila, da za uspešno rehabilitacijo in vračanje na delo ni bilo dovolj narejenega, potem bi moral delodajalec nadaljevati s plačevanjem plače še dodatno leto. Leta 2004 je bila v zvezi s tem sprejeta še ena sprememba. Sedaj delodajalec ne plačuje plače le 52 tednov, temveč 104 tedne (2 leti). Če delodajalec ne izpolni svoje obveznosti in ne stori vsega, da se zaposleni vrne na delo, lahko dobi kazen in mora plačevati plačo še eno leto (Bockting, 2007).

Delodajalec mora dve leti plačevati bolniško nadomestilo – vsaj 70 % plače. V prvem letu znaša to nadomestilo običajno 100 % plače, saj na podlagi kolektivnih pogodb med socialnimi partnerji obstaja 30 % dodatek. V drugem letu ni več te obveznosti, tako da je drugo leto višina bolniškega nadomestila 70 % plače (OECD, 2007, 11). Na ta način se poskuša motivirati delodajalce, da čim prej začnejo in uspešno izvedejo reintegracijo na delovno mesto (van Sonsbeek in Gradus, 2011, 6). Nizozemska je tudi ena redkih držav, ki ima politiko uvedbe finančnega bremena neposredno delodajalcem v obliki dolgoročne obveznosti nadaljevanja izplačevanja plače zaposlenemu v bolniškem staležu (Knegt in Westerveld, 2008, 80–83).

Število prejemnikov nadomestil za nezmožnost opravljanja dela je bila tako v letu 2005 na Nizozemskem visoka (glej Sliko 10).

Slika 10: Izdatki na trgu dela za programe zaposlovanja in poklicne rehabilitacije, 2005



- a) 2004 for Denmark, Portugal and Spain; 2006 for Australia, Belgium, Canada, Ireland, New Zealand, Poland and Sweden (spending on incapacity benefits) and the United States.
b) Incapacity benefit spending includes spending on sickness and disability benefits.

Vir: OECD, 2009.

1. januarja leta 2006 je začel veljati nov zakon, imenovan WIA namesto WAO. WIA ima dva glavna cilja: »da promovira reintegracijo in da zaščiti dohodke zaposlenih, ki so ovirani pri delu zaradi bolezni ali poškodbe« (OECD, 2007, 12). Delodajalci vplačujejo prispevke v WIA shemo. Sistem temelji na aktivaciji: tisti delodajalci, katerih nekdanji zaposlenih prejema nadomestilo za invalidnost, plačujejo višje prispevke od tistih delodajalcev, ki imajo manj nekdanjih zaposlenih na WIA shemi: »Prispevek temelji na dveh delih: temeljni prispevek (enak za vse delodajalce) in diferencirani prispevek. /.../« (OECD, 2007, 16).

WIA temelji na razlikovanju med tistimi, ki so po dveh letih popolnoma in trajno nezmožni za delo in tistimi, ki so le začasno in delno nezmožni za delo. Takšno razlikovanje temelji na ideji, da je potrebno aktivirati ljudi k iskanju zaposlitve, saj imajo glede na različne poškodbe in bolezni tudi različen potencial zaposljivosti. To posledično pomeni, da WIA temelji na dveh shemah: 1) shema za tiste, ki so popolnoma nezmožni za delo (IVA); 2) shema za tiste, ki so

delno nezmožni (WGA). Prva shema je relativno radodarna (IVA), temelji na stalnosti in statusa invalidnosti se ne preverja; druga shema (WGA) je namenjena tistim, ki so delno nezmožni za delo oziroma nezmožni za delo, a imajo možnost okrevanja. WGA shema je veliko manj radodarna in temelji na pogostih ponovnih preverjanjih stanja ljudi. V prvi fazi je nadomestilo iz naslova WGA enako nadomestilu za brezposelnost. Med drugo fazo zavarovanci, ki delajo, prejemaajo dodatek k plači, tisti ki ne delajo, pa prejemaajo le minimalno nadomestilo¹³.

V WIA shemi je minimalna stopnja invalidnosti 35 % in ne 15 %, kot je veljalo za WAO (OECD, 2007, 12; van Sonsbeek in Gradus, 2011, 6). To razlikovanje med dvema shemama v bistvu pomeni, da WIA stremi k »promoviranju vračanja na delo /.../« ter ima za cilj, da »poveča dolgoročno reintegracijo zaposlenih z (začasnimi) zdravstvenimi omejitvami pri delu«¹⁴ (OECD, 2007, 12). Človek, ki je zaposlen in pri katerem nastopi popolna trajna invalidnost, ni zmožen več poskrbeti za svoje preživetje. Zato država popolnoma poskrbi za te ljudi prek IVA. Ključno je, da se oseba lahko prijavi za nadomestilo IVA tudi pred potekom obdobja dveh let in to takoj, ko je jasno, da bo oseba trajno invalidna. Prek IVA sheme dobijo zavarovanci 75 % svoje povprečne plače. Posebej so obravnavani zaposleni, ki so začasno popolnoma nezmožni za delo. Ti posamezniki lahko zaprosijo za nadomestilo iz WGA sheme. Ko in če so po določenem času še vedno popolnoma nezmožni za delo, se jih premesti v IVA shemo. Do takrat pa prejemaajo 70 % svoje plače in ne 75 % (OECD, 2007, 12–13).

Zaposleni, ki jim je priznana 35 % invalidnost (delna invalidnost), lahko po dveh letih odsotnosti z dela zaprosijo za nadomestilo za invalidnost prek sheme WGA. Ta sistem je oblikovan tako, da čim bolj spodbuja k vključevanju v delovni proces in k izkoristku delne zmožnosti za delo. Ljudi z delno invalidnostjo se spodbuja, da izkoristijo lastno zmožnost za

¹³ »Delodajalci, ki so prevzeli nase tveganja iz WGA plačujejo le temeljni prispevek. Ti delodajalci so prevzeli finančno tveganje za invalidnost svojih zaposlenih za prvih deset let, ali pa so sklenili zavarovanje z zasebno zavarovalnico. IVA prispevki se izplačujejo na podlagi temeljnega prispevka« (OECD, 2007, 16).

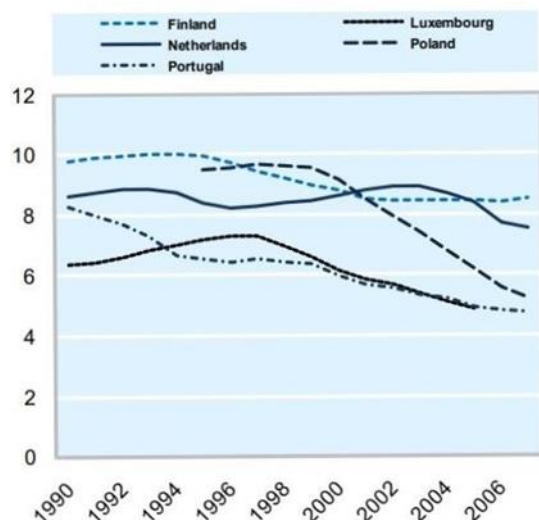
¹⁴ *Sickness benefit act* ponuja socialno mrežo za: delavce, ki niso zaposleni; delavce za določen čas in agencijske delavce, pripravnike, ipd. Bolniško nadomestilo je mogoče prejemati največ dve leti, višina pa je 70 % plače (OECD, 2007, 11). WAZ je bil odpravljen 1. avgusta 2004. Šlo je za zakon, ki je urejal področje samozaposlenih, ki so postali invalidi in ki so utrpeli dolgotrajne posledice glede prihodkov. Ljudje so se morali prijaviti do 1. avgusta 2004, da so dokazovali pravice po tej shemi. Samozaposlene osebe, ki so prejemale WAZ do 1. avgusta 2005, so še naprej upravičene do teh pravic, če izpolnjujejo sledeče kriterije: samozaposlena oseba mora imeti za več kot 25 % zmanjšano zmožnost za delo, oseba mora biti mlajša od 65 let; prihodek, ki ga je oseba prejemale v času bolezni/poškodbe je (deloma) prejemale iz naslova samozaposlitve (OECD, 2007, 14).

zaslužek: »Sistem poskuša spodbujati te posameznike, da delajo največ kar lahko« (OECD, 2007, 13).

Ko preteče obdobje prejemanja nadomestila iz WGA sheme in če oseba ne najde zaposlitve – sploh ne dela ali ne dela glede na ocenjene zmožnosti – postane upravičena do WGA nadaljevalnega nadomestila. Če oseba dela glede na ocenjene zmožnosti, postane upravičena do dodatka k plači.

Te radikalne reforme je treba razumeti v luči povečevanja števila novih prejemnikov nadomestil za invalidnost od leta 1996 dalje. Leta 2001 je bilo novih prejemnikov nadomestil 104.000. OECD je leta 2003 ugotavljal, da ima Nizozemska najvišji odstotek prejemnikov nadomestila za invalidnost in priliv novih prejemnikov. Leta 2002 je na Nizozemskem skoraj milijon ljudi prejelo nadomestilo za invalidnost (van Sonsbeek in Gradus, 2011, 2–4). Kot posledica zgoraj razloženih reform in novih ukrepov ter zakonov je prišlo do velikega upada odsotnosti z dela zaradi bolezni in/ali poškodb: leta 1980 je bila odsotnost 10%, leta 2006 pa samo 4%. Leta 2000 je bilo 100.000 na novo odobrenih nadomestil za invalidnost, leta 2006 pa zgolj 21.000 (OECD, 2007, 7; za upad stopnje prejemnikov nadomestil za invalidnost glej Sliko 11). Leta 2016 je bil delež bolniške odsotnosti pod 4 %, le 6 % delovno sposobnih ljudi je prejelo nadomestilo za invalidnost. Gre za izjemno veliko spremembo, saj je bila leta 1979 stopnja bolniških odsotnosti 10%, medtem ko je leta 1990 kar 14 % ljudi prejelo invalidsko pokojnino (de Rijk, 2019, 223).

Slika 11: Stopnja prejemnikov invalidnosti na Nizozemskem z leti upada



Vir: OECD, 2009.

4.3 Privatizacija in individualizacija: proces poklicne rehabilitacije med trgom in državo

Za obdobje dveh let bolniške odsotnosti morata delodajalec in zaposleni slediti točno določenim predpisom in rokom, ki jih določa dokument »Vratarjev protokol«. Delodajalcem ni treba vnaprej najeti agencije za poklicno rehabilitacijo, vendar je nujno, da delodajalec, v primeru odsotnosti zaposlenega z dela, stopi v stik z zdravnikom, ki je specializiran za rehabilitacijo (zdravnik medicine dela). Prvi dan bolniške odsotnosti mora zaposleni to sporočiti delodajalcu. V šestih tednih mora zdravnik medicine dela, ki ga najame delodajalec, pripraviti oceno, kako zdravstvene težave zaposlenega vplivajo na vračanje na delo. Če je zaposleni v bolniškem staležu dlje kot šest tednov, zdravnik medicine dela pripravi poročilo stanja, na podlagi katerega mora delodajalec v sodelovanju z zaposlenim pripraviti načrt vračanja na delo. V njem morata opredeliti proces postopnega vračanja na delo in katere prilagoditve delovnega mesta bi bile potrebne. Če se zaposleni ne more vrniti na delo v roku enega leta, mora delodajalec sodelovati pri iskanju nove zaposlitve. V procesu rehabilitacije in reintegracije se spreminja fokus: najprej se poskuša prilagoditi delovno mesto pri delodajalcu, v drugem koraku pa se poskuša najti novega delodajalca. Za to običajno skrbijo posebne agencije, ki so zadolžene za vračanje na delo. Ob koncu 90. let je bilo okrog 700

takih agencij, leta 2006 pa samo še okrog 300 (Nijhuis, Lierop in F. Wichers, 2006: 376; Mittag in drugi, 2018; de Rijk, 2019: 232).

Če zdravnik medicine dela po 12 mesecih bolniške odsotnosti oceni, da bo odsotnost z dela daljša, pripravi poročilo za UWV. Gre za naznanitev potencialne potrebe po nadomestilu po dveh letih odsotnosti z dela zaposlenega. Vsakih šest tednov se posodablja poročilo zdravnika in načrt reintegracije. Če se po 22 mesecih zaposleni ne more v celoti vrniti na delo, se predloži poročilo o procesu reintegracije na UWV. Če UWV oceni, da se delodajalec ni dovolj potrudil v tem procesu, mora delodajalec tej osebi plačevati plačo še eno leto. Če UWV oceni, da je bil proces reintegracije ustrezen, zdravnik zavarovalnice in zdravnik medicine dela pregledata zaposlenega, ki je še vedno v bolniškem staležu, in podata oceno na podlagi reintegracijskih poročil, poročil lečečih zdravnikov in na podlagi osebnega srečanja z zaposlenim (Mittag in drugi, 2018; de Rijk, 2019, 232).

Tabela 1: »Vratarjev protokol« in obveznosti med bolniško odsotnostjo za obdobje dveh let

Kdaj?	Kaj?	Kdo?
1. teden	Ko oseba zboli, to sporoči delodajalcu, delodajalec stopi v stik z agencijo za zdravje in varnost pri delu ali z zdravnikom podjetja.	Delodajalec in zaposleni
6. teden	Agencija za zdravje in varnost pri delu ali zdravnik podjetja naredi analizo in predlog vračanja na delo.	Zdravnik medicine dela pri agenciji za zdravje in varnost pri delu ali zdravnik podjetja
6. teden	Delodajalec mora od 6. tedna naprej odpreti posebno kartoteko in v njej shranjevati vse, kar je povezano s procesom rehabilitacije in reintegracije.	Delodajalec
8. teden	Naredi se akcijski načrt, v njem sodelujeta delodajalec in zaposleni, vsakih 6 tednov morajo poslati poročilo UWV, dodeli se tudi vodja primera.	Delodajalec in zaposleni



46. – 52. teden	Evalvacija prvega leta poskusa vračanja na delo, ki jo pošljejo na UWV. Poročilo mora vsebovati tudi načrt za drugo leto.	Delodajalec in zaposleni
87. – 91. teden	V sodelovanju z zaposlenim delodajalec pripravi poročilo v skladu z WIA. V 91. tednu bolniške odsotnosti zaprosi zaposleni za WIA nadomestilo, v prijavi mora biti tudi reintegracijsko poročilo.	Delodajalec in zaposleni
91. – 104. teden	Na podlagi reintegracijskega poročila se UWV odloča o tem, ali sta delodajalec in zaposleni naredila vse, ali vsaj dovolj, da bi prišlo do vrnitve in reintegracije na delovno mesto. Če je ocena aktivnosti delodajalca v tem poročilu negativna, UWV naloži delodajalcu plačevanje plače zaposlenemu za še dodatno leto.	UWV

Vir: OECD, 2007; Bockting, 2007; Mittag in drugi, 2018; de Rijk, 2019.

Za proces poklicne rehabilitacije na Nizozemskem skrbijo strokovni timi, v katerih so zdravniki medicine dela ter strokovnjaki z znanji s psihosocialnega področja, ki skrbijo za »*case management*« na mikro ravni. Delodajalci morajo glede bolniškega staleža sodelovati z zdravnikom, ki ima potrdilo uradne Izvršne organizacije za zdravje in varnost (OECD, 2007, 11).

47

4.4 Prednosti in slabosti nizozemskega modela poklicne rehabilitacije

4.4.1 Prednosti

Prva velika prednost sistema poklicne rehabilitacije na Nizozemskem je enostavnost sistema poklicne rehabilitacije, pri čemer so vsi pogoji zelo jasno opredeljeni, pristojnosti različnih institucij in zavarovalnic se ne prekrivajo, ali pa si vsaj niso v nasprotju. To je podkrepljeno tudi s točno določenimi in striktnimi roki – zaposlena oseba je lahko največ dve leti v bolniškem staležu, ta status se ne more podaljšati. Hkrati pa se tudi točno ve, kdaj morajo poslati načrt za reintegracijo in reintegracijska poročila na UWV. Ob tem v večini primerov uporabljajo MKF.



Druga prednost je, da so delodajalci vključeni v celoten proces poklicne rehabilitacije in reintegracije na delovno mesto že od samega začetka, saj morajo delodajalci aktivno sodelovati pri pripravi načrta vračanja na delo v okviru poklicne rehabilitacije. Ob tem je delodajalcu tudi s finančnega vidika v interesu, da se zaposleni čim prej vrne na delovno mesto. UWV spremlja potek reintegracije na delovno mesto, kar zagotavlja, da se morata tako delodajalec kot zaposleni v tem procesu dovolj potruditi. Statistični podatki dokazujejo, da gre za uspešen model.

Tretja prednost nizozemskega modela je osredotočenost na posameznega zaposlenega in na njegove potrebe, temu se prilagaja delovno mesto in proces poklicne rehabilitacije.

Nizozemski model je prinesel relativno nizko raven bolniškega staleža in zniževanje števila nadomestil za invalidnost, saj je utemeljen na aktivaciji celotne populacije.

4.4.2 Pomanjkljivosti

Ob številnih prednosti modela poklicne rehabilitacije na Nizozemskem pa obstajajo tudi nekatere (skrite) pasti tega modela. Prvič, država se je odrekla neposrednemu urejanju tega področja; prenos sistema poklicne rehabilitacije na trg predstavlja nevarnost, da celoten sistem postane samo še ena izmed dobičkonosnih aktivnosti, ki jih ureja trg. Nadomestilo je tako izgubilo vlogo socialnega korektiva, ki ga je imelo v 80. letih, in ne naslavlja ekonomskih in socialnih razlik ter neenakosti v nizozemski družbi.

Drugič, vključevanje celotne populacije v delovni proces, pri čemer je poudarek predvsem na izkoristku delovne zmožnosti vseh ljudi zaradi konkurenčnega boja med gospodarstvi, predstavlja prelom v primerjavi z racionalnostjo socialne varnosti po drugi svetovni vojni. Polne varnosti ni več, celoten sistem temelji na aktivnih politikah zaposlovanja in na konceptu zaposljivosti ter prepletanju socialnih in zaposlitvenih politik. To je relativna novost v socialnih sistemih nacionalnih držav, pojavil pa se je ob koncu 80. let, ko so zaradi globalizacije in selitve proizvodnje v države z nižjimi plačami ljudje začeli množično ostajati brez služb v industrijsko razvitih državah Evrope in Severne Amerike. V ozadju je torej maksimalno izkoriščanje delovne zmožnosti ljudi, šele nato se zastavlja vprašanje socialne in ekonomske integracije ljudi, ki so manj zmožni za delo.

Tretjič, velik problem predstavlja prenos vseh odgovornosti na delodajalce, ki jim je v interesu, da se oseba čim prej vrne na delovno mesto. Obstaja velika nevarnost, da delodajalci pričakujejo od zaposlenih, ki so v bolniškem staležu, da se čim prej vrnejo na delovno mesto, četudi zaposleni na to še ni povsem pripravljen. Poleg tega so podjetja in izvajalci poklicne rehabilitacije večinoma v zasebni lasti in jim je v interesu, da se čim več zaposlenih čimprej vrne na delovno mesto. Zato se pojavlja nevarnost prezentizma, ki je dolgoročno lahko veliko bolj škodljiv od bolniškega staleža – tako za zaposlene kot tudi za delodajalce.

Četrta nevarnost je, da lahko delodajalci, da bi se izognili odgovornosti za reintegracijo in za vračanje na delo za svoje zaposlene, začnejo uporabljati druge oblike zaposlovanja: najemanje delavcev, zaposlenih preko agencij za posredovanje dela, najemanje samozaposlenih ipd. To v veliki meri zmanjša odgovornosti delodajalcev, saj opisani postopki poklicne rehabilitacije in vračanja na delo zadevajo predvsem redno zaposlene, ostale oblike zaposlitve niso vključene v ta sistem.

5 Uporabnost nemških in nizozemskih praks v slovenskem modelu poklicne rehabilitacije

V primerjalni analizi smo analizirali dva različna modela poklicne rehabilitacije: v Nemčiji in na Nizozemskem. Ključni poudarek je bil na razlagi zakonskih sprememb in določb, institucionalni ureditvi ter poteku poklicne rehabilitacije, pri čemer smo izpostavili določene prednosti in pomanjkljivosti obeh modelov. V nadaljevanju bomo konkretno naslovili prakse in rešitve iz obeh držav in poskušali orisati njihovo uporabnost v slovenskem sistemu.

5.1 Uporabnost nemškega modela za slovenski sistem poklicne rehabilitacije

Nemški model poklicne rehabilitacije temelji na zelo dobro opredeljenih postopkih in na jasno razdeljenih obveznostih. V tem modelu vidimo 5 elementov, ki bi jih bilo smiselno vključiti v slovenski model poklicne rehabilitacije.

Prvič, ključni element nemškega sistema poklicne rehabilitacije je, da je dolžina bolniškega staleža omejena. Zaposleni je lahko v bolniškem staležu najdlje leto in pol, po tem pa gre lahko na zavod za zaposlovanje in prejema nadomestilo za brezposelnost. V tem kontekstu je jasno, da se v Nemčiji že med prvimi 10 tedni bolniške odsotnosti začne z medicinsko rehabilitacijo in/ali poklicno rehabilitacijo. Takšna sprememba v slovenskem modelu bi prispevala k večji aktivaciji zaposlenih in k nižanju deležev bolniške odsotnosti, predvsem pa ne bi prihajalo do situacij, ko je določena oseba več let v bolniškem staležu, medtem pa se ne začne proces poklicne rehabilitacije.

Drugič, obstaja zelo jasna pot za zaposlene osebe, ko in če pride do poškodbe ali bolezni. DRV ima lastne klinike in tudi koncesijske klinike, kjer se izvaja poklicna rehabilitacija. Najbolj je pomembno, da se zelo hitro ukrepa. Takšna jasnost in preglednost sistema bi bila izjemno dobrodošla tudi v Sloveniji – prednost nemškega sistema je, da oseba, ko je enkrat vključena v sistem DRV ali DGUV, v tem sistemu ostane do zaključka rehabilitacije in vrnitve na delo oziroma do prejema odločbe o pravici do nadomestila za invalidnost.

V Sloveniji bi to pomenilo institucionalno in zakonsko spremembo, saj so sedaj pristojnosti deljene med ZZZS, ki financira medicinsko, in ZPIZ, ki financira poklicno rehabilitacijo. Ovira

za povezovanje medicinske in poklicne rehabilitacije je pomanjkanje sodelovanja med obema institucijama.

Tretjič, v Nemčiji obstaja krovno telo, v katerem so združeni vsi akterji, ki so vključeni v proces medicinske in poklicne rehabilitacije. Takšna krovna organizacija bi bila smiselna tudi v Sloveniji. V njej bi se združevali predstavniki ZZZS, ZPIZ in ZRSZ, pa tudi predstavniki strokovne javnosti (izvajalci medicine dela, izvajalci zaposlitvene rehabilitacije, URI – Soča), pri čemer bi bilo ravno tako potrebno vključiti predstavnike delodajalcev in sindikatov, saj bi to pripomoglo k večji koordinaciji skupnih naporov na tem področju. Ob tem pa bi obstoj takšnega telesa omogočal tudi hitrejšo komunikacijo in izvajanje postopkov.

Četrtič, glede na nemški model se zdi prenos sistema MBOR v Slovenijo zelo smiselni, saj povezuje različne akterje v procesu medicinske in poklicne rehabilitacije in vračanja na delo. V Sloveniji bi lahko model URI – Soča, zaradi njihovega visoko usposobljenega in strokovnega kadra in specialistov medicine dela, prometa in športa na URI – Soča, razširili na druge izvajalce. V tem okviru je potrebna implementacija MKF-ja, kar omogoča večje povezovanje različnih področij in strokovnjakov.

Petič, izjemno pomembno je, da v Nemčiji pravica do invalidske pokojnine ni dokončna, oziroma da jo priznajo za omejeno časovno obdobje, največ do treh let. Če se stanje v vmesnem obdobju ne izboljša, se ta pravica podaljša. V Sloveniji zakonodaja določa, da morajo imeti kontrolne preglede osebe, mlajše od 45 let, če narava bolezni ni taka, da se ne pričakuje izboljšanja. Po 45. letu je invalidska upokožitev dokončna in bi lahko prišlo do vračanja v delovni proces le na pobudo zavarovanca. Ob tem je tudi postopek na invalidski komisiji izjemno rigorozen in običajno ne spreminjajo svojih odločitev. Taka praksa je glede na spreminjanje in napredek v zdravljenju in rehabilitaciji lahko neustrezna.

51

5.2 Uporabnost nizozemskega modela za slovenski sistem poklicne rehabilitacije

Nizozemski model poklicne rehabilitacije temelji na privatizaciji odgovornosti in na finančnih sankcijah ter spodbudah tako za delodajalce kot za zaposlene. Čeprav je nemški model glede na že obstoječo institucionalno ureditev bližje slovenskemu modelu in so zato določeni elementi lažje prenosljivi, pa vidimo tudi v nizozemskem modelu vsaj štiri izjemno uporabne in prenosljive elemente.

Prvič, velika prednost nizozemskega sistema je vključenost delodajalcev v celoten proces poklicne rehabilitacije, saj morajo skupaj z zaposlenimi oblikovati konkreten načrt vračanja na delo. Izjemnega pomena za vračanje na delo je stalno poročanje delodajalca in prilagajanje delovnega procesa. Delodajalec med celotnim procesom sodeluje z zdravniki medicine dela. Takšen sistem bi bil smiseln tudi pri nas, saj je spodbujanje sodelovanja delodajalcev v procesu vračanja na delo zelo pomembno za uspešno reintegracijo zaposlenih.

Drugič, nizozemski model temelji na obveznostih delodajalcev, kar ni običajno za zavarovalniške sisteme drugih držav. Zaradi finančnega bremena delodajalci v Sloveniji ne bi mogli prevzeti celotnih stroškov bolniške odsotnosti. Morda bi lahko poskusili omejiti trajanje bolniškega staleža posameznika, refundiranje nadomestila pa bi pogojevali z individualnim načrtom vračanja na delo, ki bi ga pripravile ustrezne strokovne službe.

Tretjič, na Nizozemskem imajo sistem, da mora delodajalec sodelovati pri iskanju druge zaposlitve za zaposlenega, ki se ne more vrniti na obstoječe delovno mesto. Na ta način dejansko spodbujajo, da ne pride do izgube zaposlitve, ampak se poišče možna rešitev še med bolniškim staležem. Takšno obveznost bi bilo mogoče izpolnjevati tudi v Sloveniji z povezovanjem delodajalcev pri zaposlovanju oseb z invalidnostmi, pri tem pa bi jim pomagale ustrezne strokovne službe, ki bi delovale na področju vračanja na delo.

Četrtrič, nizozemski model temelji na vodenju primera na delovnem mestu. Tak pristop omogoča, da se osebi prilagodi delovno mesto. Takšen sistem, ki temelji na vodenju primera je pri nas že uveljavljen v procesu zaposlitvene rehabilitacije (zaposlovanje brezposelnih invalidov) in bi lahko tudi v slovenskem prostoru deloval brez večjih težav.

6 Sklep

Primerjalna analiza poklicne rehabilitacije v Sloveniji ter poklicne rehabilitacije v Nemčiji in na Nizozemskem predstavlja strokovno podlago za načrtovanje, uvajanje in implementacijo strukturnih sprememb na področju poklicne rehabilitacije v Sloveniji, ponuja konkretne predloge, kako k tem spremembam pristopiti, ter nakaže, na kakšen način te spremembe lahko pripomorejo k izboljšanju nacionalnega sistema poklicne rehabilitacije. V nadaljevanju podajamo nekaj predlogov za izboljšanje sistema poklicne rehabilitacije v Sloveniji s poudarkom na konkretnih težavah, ki smo jih izpostavili v analizi slovenskega modela poklicne rehabilitacije.

1. V postopkih poklicne rehabilitacije bi bila smiselna uporaba bio-psiho-socialnega modela preko Mednarodne klasifikacije funkcioniranja, kot je to praksa v Nemčiji, saj omogoča ustrezno celostno obravnavo oseb, ki zaradi bolezni oziroma poškodbe trenutno ali trajno ne morejo več opravljati svojega dela.
2. K večjemu interesu in pogostejšemu odločanju za poklicno rehabilitacijo bi doprinesla tudi sprememba ZPIZ-2, ki pravico do poklicne rehabilitacije ne bi predstavljala zgolj kot eno od možnosti za zavarovanja, temveč kot obvezni element v postopku vračanja na delo, kot imajo to urejeno v Nemčiji in na Nizozemskem.
3. Treba bi bilo spodbuditi oziroma vzpostaviti utečeno komunikacijo med odgovornimi institucijami za izvajanje poklicne rehabilitacije, ki bi bila (strateško) načrtovana ob pomembnih mejnikih rehabilitacije in bi zajemala tudi več komunikacijskih kanalov. Na ta način bi se med odgovornimi institucijami vzpostavilo bolj učinkovito sodelovanje, ki pa bi posledično lahko prispevalo tudi k bolj povezanemu in osebnemu načinu izvajanja poklicne rehabilitacije. K naboru institucij, ki sodelujejo v procesu poklicne rehabilitacije, bi bilo smiselno vključiti izvedence ZPIZ-a, imenovane zdravnike ZZZS, rehabilitacijske svetovalce ZRSZ in strokovnjake, ki bodo nudili strokovno podporo pri izvajanju poklicne rehabilitacije. Ta zahteva bi terjala spremembo različnih zakonov. Pred uveljavitvijo tega procesa bi bila smiselna vzpostavitev enotnega/krovnega telesa, ki bi skrbelo za tesno medsebojno sodelovanje vseh relevantnih institucij, strokovnjakov in socialnih partnerjev.



4. Na podlagi uspešnosti nizozemskega modela je jasno, da bi morale biti za izboljšanje povezav in sodelovanja med delodajalci in izvajalci zaposlitvene rehabilitacije oblikovane spodbude, ki bi zagotovile bolj aktivno vključitev delodajalcev v proces poklicne rehabilitacije, tako pri spremljanju zaposlenega in oblikovanju konkretnega načrta za njegovo vračanje na delo (njegova aktivnost v tem procesu bi bila nagrajena oz. njegovo nesodelovanje bi bilo kaznovano), kot tudi pri iskanju nove zaposlitve za zaposlenega, za katerega ne more več zagotoviti ustreznega delovnega mesta. V prejšnji točki izpostavljeno krovno telo bi predstavljalo tudi ključno informacijsko točko, na katero bi se lahko obrnili delodajalci, ki so v Sloveniji še vedno premalo seznanjeni s procesom poklicne rehabilitacije in zaposlovanjem delovnih invalidov po končani poklicni rehabilitaciji. K tem aktivnostim bi bila lahko dodana tudi izvedba izobraževanj in dogodkov o pravicah in ukrepih poklicne rehabilitacije.
5. Nujno bi bilo uveljaviti pravico do poklicne rehabilitacije kot dela celostne rehabilitacije, ki se prične izvajati že v času bolniškega staleža in je namenjena pospeševanju procesa vračanja na delo. Vzpostavitev primerljivega sistema, kot je nemški MBOR, že v začetni fazi medicinske rehabilitacije, bi lahko prispevala k povečanju vključitev v poklicno rehabilitacijo ter posledično manjšemu številu invalidskih upokožitev. S hitrejšo identifikacijo oseb ter hitrejšimi obravnavami in izvajanju poklicne rehabilitacije bi se skrajšal celoten proces poklicne rehabilitacije. Zaposleni osebi bi to omogočilo lažje ohranjanje stika z delovnim mestom ter večjo motivacijo za vrnitev v delovni proces.
6. Glede dolgotrajnih bolniških odsotnosti bi se lahko zgledovali po Nemčiji in Nizozemski na način, da bi omejili trajanje bolniškega staleža, ki bi ga pogojevali z vključevanjem v proces poklicne rehabilitacije, bodisi v okviru medicinske rehabilitacije s poklicno rehabilitacijo ali kot pravice do poklicne rehabilitacije po ZPIZ-2. Ob tem bi bilo nujno vzpostaviti konkretno obliko poročanja na ZZZS in/ali ZPIZ, kot ga poznajo na Nizozemskem, kar bi omogočalo spremljanje vračanja na delo v primeru bolniškega staleža, ki bi bil daljši od dogovorjenega roka, v strokovnih razpravah se omenjata roka 6 tednov in 3 mesece. Na ta način bi se vzpostavilo sodelovanje med zaposlenim in delodajalcem, ki bi, v sodelovanju z zdravnikom



medicine dela, oblikoval ustrezni načrt vračanja na delo.

Na podlagi opravljene primerjalne analize ugotavljamo, da se sistem poklicne rehabilitacije v Sloveniji močno razlikuje od sistemov poklicne rehabilitacije v analiziranih državah, Nemčiji in Nizozemski. Trenutna sistemska ureditev poklicne rehabilitacije v Sloveniji potrebuje korenito spremembo, da bi lahko zagotovila izvajanje pravice do poklicne rehabilitacije kot temeljne pravice oseb z zmanjšano zmožnostjo za delo. Pri tem ji lahko, kot primeri dobre prakse, služijo nekatere značilnosti nemškega in nizozemskega modela poklicne rehabilitacije (opredeljene v poglavju 5), pa tudi konkretni predlogi, vezani na ključne pomanjkljivosti slovenskega sistema poklicne rehabilitacije.

7 Literatura in viri

LITERATURA

Belin, A. Dupont, C., Oulès, L., Kuipers, Y., in Fries-Tersch, E. (2016). Rehabilitation and return to work: Analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Bockting, Ad (2007). Changes in legislation on disability in the Netherlands. *Inclusion in working life ISSA European Regional Meeting*.

Bode, Ingo (2019). The Post-corporatist Rehabilitation System in Germany: High Potential, Critical Moments. V I. Harsløf, I. Poulsen in K. Larsen (ur.), *New Dynamics of Disability and Rehabilitation. Interdisciplinary Perspectives* (43–68). Singapore: Palgrave Macmillan.

de Rijk, Angelique (2019). Work Disability Prevention in the Netherlands: A Key Role for Employers. V E. MacEachen (ur.), *The science and politics of work disability prevention* (223–242). New York, London: Routledge.

Gruber, S, Titze, N. in Zapfel S. (2014). Vocational rehabilitation of disabled people in Germany: a systems-theoretical perspective. *Disability & Society*, 29 (2): 224–238.

Knegt, R. in Westerveld, M. (2008). Sickness and disability: Going Dutch as a cure for a 'Dutch disease'. *The employment contract as an exclusionary device: An analysis on the basis of 25 years of developments in the Netherlands* (75-100). (Social Europe series; No. 16). Antwerpen: Intersentia.

Mittag, O., Kotkas, T., Reese, C., Kampling, H., Groskreutz, H., de Boer, H., in Welti, F. (2018). Intervention policies and social security in case of reduced working capacity in the Netherlands, Finland and Germany. A comparative analysis. *International Journal of Public Health*, 63(9), 1081–1088.

Nijhuis, F.J.N., B.A.G. van Lierop in F. Wichers. (2006). Vocational rehabilitation in the Netherlands. V C. Gobelet in F. Franchignoni (ur.), *Vocational Rehabilitation* (367–377). Paris: Springer-Verlag France.

Reims, N. in Bauer, U. (2015). Labour Market Status and Well-Being in the Context of Return to Work After Vocational Rehabilitation in Germany. *Journal of Occupational Rehabilitation*, (25): 543–556.

Schian, H. M. (2006). Vocational rehabilitation and participation in working life: The German model. In C. Gobelet & F. Franchignoni (Eds.), *Vocational rehabilitation* 309–328). Paris: Springer.

Šterman, Ksenija in Zlatka Jakopec (2010). Poklicna rehabilitacija. V III. Zdravčevi dnevi: Sodelovanje zdravnika družinske medicine z različnimi inštitucijami (ur. E. Zelko). Zbornik predavanj. Moravske Toplice, 17. in 18. september 2010, 11-17. Ljubljana : Zavod za razvoj družinske medicine, Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.

Švajger, Andreja (2018). Po »Novi poti« do zaposlitve invalidov. Delo in zdravje. Vita, strokovna zdravstveno vzgojna revija. Št. 88. Dostopno prek: https://www.revija-vita.com/vita/88/Po_%C2%BBNovi_poti%C2%AB_do_zaposlitve_invalidov

Van Sonsbeek, Jan-Maarten in Gradus, Raymond (2011). Estimating the Effects of Recent Disability Reforms in the Netherlands. TI 2011-121/3, Tinbergen Institute Discussion Paper. Amsterdam: Tinbergen Institute.

Welti, Felix (2019). Work disability policy in Germany: Experiences of collective and individual participation and cooperation. V E. MacEachen (ur.), *The science and politics of work disability prevention* (171–188). New York, London: Routledge.

WHO (2020). Absenteeism from work due to illness, days per employee per year. Dostopno prek: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_411-2700-absenteeism-from-work-due-to-illness-days-per-employee-per-year/visualizations/#id=19398

VIRI

Brecelj, Valentina, Tabaj, Aleksandra, Bitenc, Črtomir, Toplak, Liljana, Kovač, Lea in Ana Kapel (2017). Evalvacija zaposlitvene rehabilitacije za leto 2016. URI–Soča, Razvojni center za zaposlitveno rehabilitacijo. Dostopno prek: [http://www.rczr.uri-soca.si/f/docs/2017/01. Evalvacija zaposlitvene rehabilitacije za leto 2016 30. 06. 2017. pdf](http://www.rczr.uri-soca.si/f/docs/2017/01.Evalvacija_zaposlitvene_rehabilitacije_za_leto_2016_30.06.2017.pdf)

Gov.si (b. d.). Ranljive skupine na trgu dela. Dostopno prek: <https://www.gov.si teme/ranljive-skupine-na-trgu-dela/>

Investicijska dokumentacija projekta ZPZR – interni vir.

Kramžar, Boris, Zaviršek, Mira, Toplak, Liljana, Tabaj, Aleksandra, Vidmar, Janez (2010). Evalvacija zaposlitvene rehabilitacije za leto 2009. Ljubljana: Razvojni center za zaposlitveno rehabilitacijo URI-Soča. Dostopno prek: http://www.ir-rs.si/f/docs/Razvojni_center_za_poklicno_rehabilitacijo/Evalvacija_zaposlitvene_rehabilitacije.pdf?irrs_admin=jnj3mren2s1na2mqicb9l6p8i4

OECD (2003). Transforming Disability into Ability. Policies to promote work and income security for disabled people, OECD Book.

OECD (2007). *Sickness and Disability Schemes in the Netherlands*. Country memo as a background paper for the OECD Disability Review

OECD (2009). Sickness, Disability and Work KEEPING ON TRACK IN THE ECONOMIC DOWNTURN. Background paper. High-Level Forum, Stockholm, 14-15 May 2009. Dostopno prek: <http://www.oecd.org/employment/emp/42699911.pdf>

OECD (2014). Mental Health and Work. Paris: OECD Publishing.

OECD (2020). Sickness and disability systems: comparing outcomes and policies in norway with those in Sweden, the Netherlands and Switzerland. Economics department working papers No.1601.

Sremec, M. (2020). Osebni intervju, 2020, 10. september.

Strokovno poročilo URI–Soča za leto 2014. Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča. Dostopno prek: http://www.ir-rs.si/f/docs/Informacija_javnega_znacaja/Strokovno_porocilo_2014.pdf

Strokovno poročilo URI–Soča za leto 2019. Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča. Dostopno prek: http://www.ir-rs.si/f/docs/Informacija_javnega_znacaja/StrokovnoPorocilo_URISoca_2019_prvi_del.pdf

Šentprima (b. d.). Zaposlitvena rehabilitacija. Dostopno prek: <https://www.sentprima.com/zaposlitvena-poklicna-rehabilitacija/za-invalidi/zaposlitvena-rehabilitacija/>

Švajger, Andreja (2018). Po »Novi poti« do zaposlitve invalidov. Delo in zdravje. Vita, strokovna zdravstveno vzgojna revija. Št. 88. Dostopno prek: https://www.revija-vita.com/vita/88/Po_%C2%BBNovi_poti%C2%AB_do_zaposlitve_invalidov

URI–Soča, Center za poklicno rehabilitacijo (b. d.). Dostopno prek: http://www.ir-rs.si/sl/Center_za_poklicno_rehabilitacijo/

URI–Soča, Razvojni center za zaposlitveno rehabilitacijo (b. d.). Dostopno prek: http://www.ir-rs.si/sl/Razvojni_center_za_zaposlitveno_rehabilitacijo/

URI–Soča, zaposlitvena rehabilitacija (b. d.). Dostopno prek: http://cpr.uri-soca.si/sl/MDDSZ_ZRSZ_2/

URI–Soča (2015). Vizija in razvojna strategija 2016-2020. Dostopno prek: http://www.ir-rs.si/f/docs/O_institutu/Vizija_in_razvojna_strategija_2016-2020.pdf

Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju – ZPIZ-2 (2013). Sprejet v Državnem zboru Republike Slovenije, v veljavi od 1. januarja. Dostopno prek: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO6280>

Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov – ZZRZI (2004). Sprejet v Državnem zboru Republike Slovenije, v veljavi od 25. junija. Dostopno prek: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO3841>

Zakon o delovnih razmerjih – ZDR-1 (2013). Sprejet v Državnem zboru Republike Slovenije, v veljavi od 12. aprila. Dostopno prek: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO5944>

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZZV (1992). Sprejet v Državnem zboru Republike Slovenije, v veljavi od 1. marca. Dostopno prek: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO213>

Zakon o varnosti in zdravju pri delu – ZVZD-1 (2011). Sprejet v Državnem zboru Republike Slovenije, v veljavi od 4. december. Dostopno prek: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO5537>

ZPIZ (2016). Letno poročilo. Dostopno prek: <https://www.zpiz.si/content2019vsebina/2letna-poroila019>

ZPIZ (2017). Letno poročilo. Dostopno prek: <https://www.zpiz.si/content2019vsebina/2letna-poroila019>

ZPIZ (2020a). Kako se ugotavlja invalidnost? Dostopno prek: <https://www.zpiz.si/cms/content2019vsebina/postopek-ugotavljanja-invalidnosti#Kam%20se%20po%C5%A1lje%20predlog%20in%20kdo%20o%20njem%20odl%C4%8Da>

ZPIZ (2020b). Invalidska pokojnina. Dostopno prek: <https://www.zpiz.si/cms/content2019vsebina/invalidska-pokojnina1#x1>

ZPIZ (2020c). Pravice (invalidska pokojnina, premestitev, delo s krajšim delovnim časom, poklicna rehabilitacija). Dostopno prek: <https://www.zpiz.si/cms/content2019vsebina/pravice>

ZPIZ (2020d). Pravica do poklicne rehabilitacije. Dostopno prek: <https://www.zpiz.si/cms/content2019vsebina/pravica-do-poklicne-rehabilitacije#x1>

ZPIZ (2020e). Letno poročilo 2019. Dostopno prek: <https://www.zpiz.si/content2019vsebina/2letna-poroila019>

ZRSZ (2018). Strokovna izhodišča za leto 2019. Ljubljana: Zavod RS za zaposlovanje. Dostopno prek: https://www.ess.gov.si/files/11834/Strokovna_izhodisca_2019.pdf