



ICF

nowe spojrzenie na człowieka



Współorganizatorem konferencji było także Biuro WHO w Polsce

HONOROWI PATRONI:



MINISTERSTWO
PRACY I POLITYKI
SPOŁECZNEJ



ICF – nowe spojrzenie na człowieka

ICF – a New View of Human Beings

pod redakcją
Anny Wilmowskiej-Pietruszyńskiej
Doroty M. Fal

ISBN 978-83-926558-3-1

Spis treści

Wprowadzenie – Anna Wilmowska-Pietruszyńska	5
Wystąpienia	
Anna Wilmowska-Pietruszyńska – Polskie Towarzystwo Orzecznictwa Lekarskiego	9
Jarosław Duda – sekretarz stanu, pełnomocnik rządu ds. osób niepełnosprawnych	13
Igor Radziewicz-Winnicki – podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia	17
Zbigniew Derdziuk – prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych	19
Jan Grzegorz Prądzyński – prezes zarządu Polskiej Izby Ubezpieczeń	21
Paulina Miśkiewicz – dyrektor Biura WHO w Polsce	23
Prezentacje	
Co to jest ICF? – Jerome E. Bickenbach	27
Wdrożenie klasyfikacji ICF do systemu zabezpieczenia społecznego – Sören Brage	55
Zalety stosowania ICF w orzecznictwie lekarskim – Urban Schwegler	71
Nowe spojrzenie na funkcjonowanie człowieka – Witold Dudziński	99
Wykorzystanie ICF w ocenie szkód niematerialnych w Republice Czeskiej – Roman Žďárek	105
Panele dyskusyjne	
Korzyści i wyzwania związane z wdrożeniem ICF – panel dyskusyjny	125
Aspekty prawne stosowania ICF w ocenie stanu zdrowia i funkcjonowania człowieka – panel dyskusyjny	137

Wprowadzenie

Szanowni państwo,

mam przyjemność zaprosić do lektury wystąpień z konferencji naukowej pt. „ICF – nowe spojrzenie na człowieka”, która odbyła się 17 czerwca 2014 r. w Warszawie. Organizatorem konferencji było Polskie Towarzystwo Orzecznictwa Lekarskiego. Współorganizatorami były: Polska Izba Ubezpieczeń, Światowa Organizacja Zdrowia oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Honorowy patronat nad Konferencją objął Minister Zdrowia oraz Minister Pracy i Polityki Społecznej.

Każda poważna choroba lub uraz mogą spowodować u człowieka niepełnosprawność pogarszając jakość jego życia i stać się osobistą tragedią dla niego i rodziny. Niepełnosprawność jest także trudnym zadaniem dla instytucji wypłacających świadczenia za skutki takich zdarzeń. W pełni obiektywne oszacowanie ludzkiego cierpienia i przeliczenie go na wysokość świadczenia nie jest bowiem możliwe. Z pomocą przychodzą jednak rozwiązania metodyczne ułatwiające pracę ubezpieczycielom społecznym i komercyjnym, orzecznikom i sądom, a osobom ubezpieczonym dające szybką pomoc.

Jedną z takich metod może stać się Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning, Disability and Health, której powszechnie używanym skrótem jest ICF). Zdaniem ekspertów z Polskiego Towarzystwa Orzecznictwa Lekarskiego, ICF umożliwia rzetelną ocenę ilościową stopnia upośledzenia sprawności osoby poszkodowanej i umożliwia jego porównanie w grupie osób dotkniętych tymi samymi skutkami doznanych zdarzeń, uwzględniając określone czynniki kontekstowe, lecz niezależnie od miejsca zamieszkania czy statusu. Narzędzie dające możliwość klasyfikacji skutków schorzeń, urazów w formie ilościowej oceny niesprawności, to coś, na co czekają poszkodowane osoby ubezpieczone, lekarze, ubezpieczyciele i władze publiczne ponosząc koszty świadczeń odszkodowawczych.

O tym jak istotny, a zarazem trudny jest to temat świadczą wystąpienia znakomitego grona prelegentów z Polski i z zagranicy, którzy wzięli udział w konferencji. Wśród nich byli:

- Jarosław Duda – sekretarz stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej oraz pełnomocnik rządu ds. osób niepełnosprawnych
- Igor Radziewicz-Winnicki – podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia
- Zbigniew Derdziuk – prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
- Jan Grzegorz Prądyński – prezes zarządu Polskiej Izby Ubezpieczeń
- Paulina Miśkiewicz – dyrektor Biura Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce
- Jerome E. Bickenbach – członek Komitetu Sterującego Pionu Badawczego ICF
- Sören Brage – główny konsultant medyczny w Dziale Badań Norweskiej Dyrekcji ds. Pracy i Opieki Społecznej

- Urban Schwegler – Instytut Badań nad Paraplegią w Szwajcarii
- Witold Dudziński – prezes zarządu kliniki Rehasport
- Roman Žďárek – przewodniczący rady nadzorczej Akademii Prawa Medycznego w Pradze.

Zwieńczeniem dwóch części konferencji były panele dyskusyjne, które podnosiły tematy korzyści i wyzwań związanych z wdrożeniem klasyfikacji ICF oraz jej wykorzystania w ocenie szkód niematerialnych.

Konferencja gościła ponad 250 osób, w tym przedstawicieli resortu zdrowia oraz pracy i polityki społecznej, ubezpieczycieli społecznych i komercyjnych, lekarzy orzeczników, biegłych sądowych oraz delegatów organizacji pozarządowych reprezentujących środowisko osób niepełnosprawnych. W ocenie uczestników spotkania w pełni zrealizowano założone cele w postaci omówienia korzyści płynących z implementacji klasyfikacji ICF oraz szerzenia wiedzy na jej temat.

Zapraszam do lektury.

Anna Wilmowska-Pietruszyńska
Polskie Towarzystwo Orzecznictwa Lekarskiego

Wystąpienia

Wystąpienie Anny Wilmowskiej-Pietruszyńskiej

Każdy stan chorobowy, niezależnie od jego przyczyny i charakteru, może się zakończyć w trojaki sposób. Wszystkie zawody medyczne działają po to, aby jak najwięcej naszych pacjentów wyzdrowiało. Niestety, może się zdarzyć, mimo najlepszej wiedzy i umiejętności, że pacjent umrze. U części naszych pacjentów, po chorobie czy po urazie, pozostają różnego stopnia uszkodzenia poszczególnych organów czy układów organizmu i upośledzenie ich funkcjonowania w stopniu powodującym niepełnosprawność.

Niepełnosprawność – według Światowej Organizacji Zdrowia – to wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka. W 1994 r. Europejskie Forum Niepełnosprawności Parlamentu Europejskiego zdefiniowało osobę niepełnosprawną jako jednostkę w pełni swych praw, znajdującą się w sytuacji upośledzającej ją na skutek barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych, których z powodu występujących u niej uszkodzeń nie może przezwyciężyć w taki sposób jak inni ludzie. Te bariery są zbyt często wzmacniane przez deprecjonujące postawy ze strony społeczeństwa. I to właśnie do zadań społeczeństwa należy eliminacja, zmniejszanie lub kompensacja tych barier, aby każdej osobie umożliwić korzystanie z dóbr publicznych, jednocześnie respektując jej prawa i przywileje. Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, której celem jest popieranie i ochrona oraz zapewnienie pełnego i równego korzystania ze wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności przez wszystkie osoby niepełnosprawne, a także popieranie poszanowania ich godności, stanowi, że „do osób niepełnosprawnych zalicza się osoby, które mają długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną lub w zakresie zmysłów, co może w oddziaływaniu z różnymi barierami utrudniać im pełny i skuteczny udział w życiu społecznym na zasadzie równości z innymi osobami”.

W prawie polskim pojęcie osoby niepełnosprawnej pojawiło się w 1982 r. w uchwale sejmu w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych. Zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, „niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolność do wykonywania pracy zarobkowej”. Dotychczas niepełnosprawność jako następstwo choroby lub urazu rozpatrywano z medycznego punktu widzenia. Postrzegano ją jako problem jednostkowy osoby wymagającej odpowiedniej opieki medycznej, mającej na celu poprawę stanu zdrowia i funkcjonowania organizmu. Natomiast aspekty psychospołeczne, dotyczące codziennych problemów osób niepełnosprawnych, takich jak usuwanie barier ograniczających możliwość ich uczestnictwa, nie były w pełni uwzględniane.

Zmieniające się ciągle systemy opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach dochodzą do momentu, w którym oczekuje się efektów, a także dowodów, że dokonane zmiany rzeczywiście skutkują poprawą stanu zdrowia populacji. Aby to ustalić, niezbędne są więc wspólne, uniwersalne mierniki, które ocenią stopień obciążenia chorobą zarówno poszczególnych chorych, jak i ich otoczenia. Pozwolą ustalić priorytety na podstawie danych empirycznych i koncepcji zdrowia oraz ocenić wyniki zastosowanych interwencji zdrowotnych. Wymaga to opracowania prostych w użyciu narzędzi powiązanych z międzynarodową klasyfikacją niepełnosprawności, przydatnych w ocenie wyników poszczególnych systemów opieki zdrowotnej oraz rodzajów interwencji zdrowotnych zarówno u pojedynczej osoby, jak i całej populacji.

Mnogość stosowanych w medycynie skal opisujących to samo, ale nie w taki sam sposób, spowodowała pewien chaos. Pojawiła się więc potrzeba zapisu w języku uniwersalnym, pozwalającym na porównanie wyników i ocen uzyskanych za pomocą takich samych narzędzi, i używania takich samych pojęć i określeń, dających się zapisać w języku elektronicznym. Niezbędne stało się kodowanie stanów zdrowia i niepełnosprawności oparte na takiej klasyfikacji. Na takie wyniki liczą: osoby niepełnosprawne oczekujące realizacji swoich praw i stworzenia im warunków do integracji ze społeczeństwem, władze publiczne, które są obciążane coraz większymi kosztami, ponieważ w wyniku postępu wiedzy medycznej choroby znacznie częściej nie zagrażają życiu, lecz powodują upośledzenie sprawności, oraz lekarze praktycy i naukowcy prowadzący badania w dziedzinie medycyny klinicznej i zdrowia. Brak jednolitych standardów i wspólnego języka w tej dziedzinie tworzy swoistą wieżę Babel.

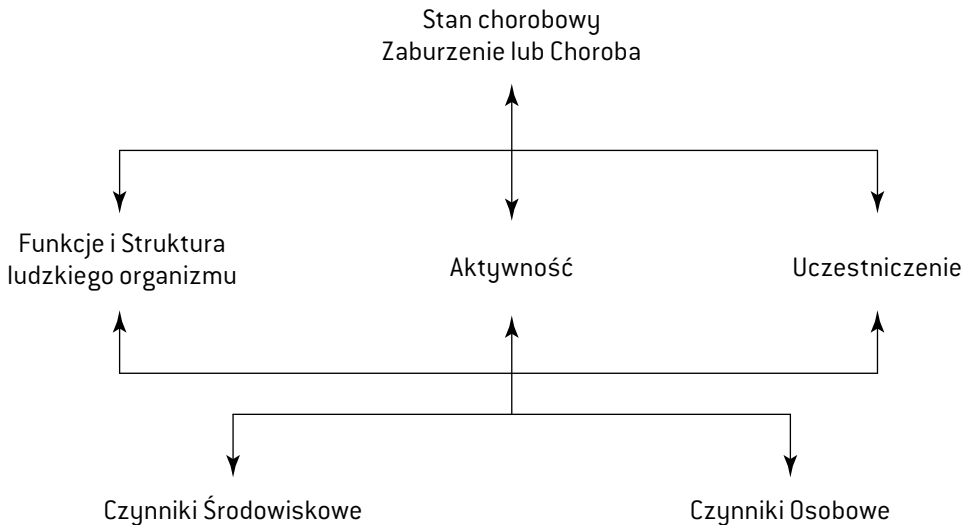
Takie warunki spełnia, a nawet wychodzi poza nie, ciągle doskonalona międzynarodowa klasyfikacja funkcjonowania niepełnosprawności i zdrowia, która należy do zbioru komplementarnych względem siebie klasyfikacji dotyczących zdrowia i czynników z nim związanych, opracowanych przez Światową Organizację Zdrowia i polecanych do stosowania we wszystkich krajach świata.

W 1980 r. opublikowano pierwszą międzynarodową klasyfikację upośledzenia, niepełnosprawności i inwalidztwa, która była przetłumaczona przez zespół pod kierunkiem pana profesora Wąsiewicza z Akademii Medycznej w Poznaniu. W 1993 r. rozpoczęto prace przygotowawcze mające na celu poprawienie tej klasyfikacji.

22 maja 2001 r. na Zgromadzeniu Ogólnym WHO w Genewie przyjęto ostateczną wersję klasyfikacji pod nazwą Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia [Rezolucja WHA 54.21], która stanowi, iż „54. Zgromadzenie Zdrowia przyjmuje drugą edycję międzynarodowej klasyfikacji uszkodzeń i upośledzeń pod tytułem Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, od tej chwili określana w skrócie jako ICF. Zaleca państwom członkowskim stosowanie ICF jako odpowiedniej klasyfikacji w badaniach naukowych, procesach nadzoru i sprawozdawczości, biorąc pod uwagę specyficzne sytuacje w państwach członkowskich i w obliczu możliwych dalszych rewizji. Zwraca się do sekretarza generalnego ONZ o wspieranie państw członkowskich, na ich prośbę, we wdrażaniu ICF”.

Wykres przedstawia zależności pomiędzy poszczególnymi składnikami ICF. Ustalamy, jakie struktury, jakie funkcje i w jakim stopniu są uszkodzone, a następnie jaka jest pozostała aktywność badanej osoby. Jak tę aktywność przez dalsze leczenie i rehabilitację można poprawić, aby jak najwięcej osób mogło wrócić do czynnego życia społecznego. A to wszystko jest uwarunkowane czynnikami środowiskowymi i osobowymi. Celem ICF jest uzyskanie lepszej informacji na temat funkcjonowania człowieka i stanu jego niepełnosprawności w skali międzynarodowej. ICF ocenia funkcjonowanie i niepełnosprawność, może być narzędziem nie tylko statystycznym, ale również

Rysunek 1. Zależności pomiędzy składnikami ICF



Źródło: ICF Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia [ZSI02, Warszawa, 2012].

klinicznym, badawczym, edukacyjnym, ekonomicznym oraz narzędziem przydatnym dla celów polityki społecznej. Potrzeba jej opracowania wynikała z charakteru zmian w zapotrzebowaniu na opiekę medyczną (obecnie w opiece medycznej uwaga koncentruje się nie na chorobach ostrych, lecz na chorobach przewlekłych). Istnieje także konieczność sklasyfikowania następstw chorób, czyli stworzenia międzynarodowego wspólnego języka dotyczącego skutków chorób dla zaspokojenia potrzeb osób niepełnosprawnych.

Jiří Votava z Zakładu Rehabilitacji Uniwersytetu Karola w Pradze przeprowadził w 2012 r. badania ankietowe na temat stosowania ICF w państwach europejskich. Stwierdził, że pełny tekst klasyfikacji dostępny był w szesnastu z osiemnastu krajów. Wraz z oryginalną wersją dokumentu w języku angielskim, funkcjonuje 15 wersji językowych. Klasyfikacja ICF stosowana jest w opiece zdrowotnej w trzech krajach. W jednostkach rehabilitacji medycznej jest stosowana w dziewięciu krajach. Stosują ją przede wszystkim lekarze, fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi. Przepisami prawa we Francji wprowadzono stosowanie klasyfikacji ICF przez wszystkich członków zespołów rehabilitacyjnych, a także w opiece społecznej, rehabilitacji zawodowej i szkolnictwie specjalnym. Podobnie w Danii oraz w Belgii. W 15 krajach centralne instytucje ochrony zdrowia lub uczelnie kształcące w zakresie rehabilitacji medycznej organizują szkolenia z zakresu ICF.

W Polsce 30 stycznia 2012 r. minister zdrowia Bartosz Arłukowicz podpisał dwuletnią umowę o współpracy na lata 2012–2013 pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Regionalnym Europejskim Biurem Światowej Organizacji Zdrowia, której celem jest między innymi wdrożenie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. Za realizację tego zadania odpowiedzialne jest Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, które uczestniczyło także w poprzedniej edycji umowy dwuletniej. W ramach tych prac, według umowy z WHO, Rada ds. ICF przy Centrum zrealizowała tłumaczenie klasyfikacji na język polski. Tłumaczenie to zostało zaakceptowane przez Światową Organizację Zdrowia.

W Polsce jawi się potrzeba przeprowadzenia w najbliższym czasie szeroko zakrojonych szkoleń obejmujących pracowników ochrony zdrowia, osób zajmujących się rehabilitacją kompleksową (medyczną, społeczną i zawodową), psychologów, socjologów, pracowników socjalnych – w celu wykorzystania zalet stosowania Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia.

Dziękuję za przybycie i zapraszam do dyskusji.

PROF. ANNA WILMOWSKA-PIETRUSZYŃSKA

Przewodnicząca Rady ds. Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia przy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Inicjator wdrożenia ICF w Polsce. Autor i współautor ponad 180 publikacji, monografii i podręczników w zakresie zdrowia publicznego, zabezpieczenia społecznego, orzecznictwa lekarskiego i zapobiegania niepełnosprawności ze szczególnym uwzględnieniem kompleksowej rehabilitacji. Wykładowca studiów podyplomowych na Uniwersytecie Medycznym w Warszawie, Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego i Wydziale Prawa Uniwersytetu Warszawskiego. Organizator i uczestnik licznych naukowych konferencji krajowych i międzynarodowych. Wieloletni Naczelny Lekarz ZUS – inicjator i współorganizator reformy orzecznictwa lekarskiego o czasowej i trwałej niezdolności do pracy, oraz systemu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej. Ekspert w radach, zespołach, organów administracji rządowej. Dyrektor Instytutu Fizjoterapii Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego. Doradca Prezesa Zarządu PFRON. Przewodnicząca Zespołu ds. opracowania projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym przy Ministrze Zdrowia. Przewodnicząca Rady ds. Osób Niezależnych przy Ministrze Zdrowia. Członek Rady Towarzystw Naukowych przy prezydium PAN. Bierze czynny udział w pracach komitetów redakcyjnych czasopism naukowych. Współpracuje z krajowymi i międzynarodowymi organizacjami pozarządowymi oraz instytucjami zajmującymi się problematyką niepełnosprawności. Jest wiceprezesem Polskiego Towarzystwa Orzecznictwa Lekarskiego i członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji.

Wystąpienie Jarosława Dudy

Szanowni państwo, od wielu lat podejmowane są efektywne działania legislacyjne na rzecz osób z niepełnosprawnością, polegające na ochronie i wsparciu w zakresie uczestnictwa w życiu społecznym, wyrównywaniu szans i tworzeniu środowiska dostępnego dla wszystkich.

Działania te wzmocnione są przez międzynarodowe instrumenty prawne, m.in. konwencję ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, której celem jest zapewnienie osobom niepełnosprawnym pełnego uczestnictwa w życiu politycznym, gospodarczym, społecznym i kulturowym na równych zasadach.

Nie możemy zapominać, iż w latach dziewięćdziesiątych XX w. przeprowadzono reformę funkcjonującego systemu ubezpieczeń społecznych. Jednym z elementów tej reformy było uwolnienie systemu ubezpieczeniowego od orzecznictwa dla celów innych niż rentowe. Uzasadniając rozdzielenie systemów orzeczniczych, wskazywano na brak możliwości stosowania takich samych kryteriów orzekania w stosunku do osób ubiegających się o przyznanie świadczenia rentowego oraz osób zainteresowanych korzystaniem z ulg i uprawnień o charakterze pozaubezpieczeniowym.

W ten sposób został powołany do życia system orzekania o niepełnosprawności, którego podstawowym zadaniem stało się ustalanie, na podstawie oceny ograniczenia zdolności do samodzielnego funkcjonowania w różnorodnych sferach życia, prawa do korzystania z ulg i uprawnień przysługujących osobom niepełnosprawnym na podstawie stosownych przepisów.

Analiza funkcjonowania orzecznictwa o niepełnosprawności w Polsce pozwala stwierdzić, iż mimo rosnących wymagań spełnia ono swoje zadania. Należy podkreślić, iż orzekanie o niepełnosprawności ma charakter: kolegialny, kompleksowy, uniwersalny oraz otwarty, co pozwala na indywidualne i całościowe spojrzenie na osobę niepełnosprawną. Orzekanie o niepełnosprawności już dawno przestało być domeną wyłącznie lekarską. Dziś mamy sprawnie funkcjonujący model, w którym element medyczny został uzupełniony oceną osoby orzekanej w kontekście psychospołecznym i funkcjonalnym. Proces orzekania jest działaniem autonomicznym, uwzględniającym zarówno psychiczne i fizyczne aspekty funkcjonowania człowieka, jak i aspekty społeczne. Ze względu na charakter podmiotu tego procesu, którym każdorazowo jest indywidualna osoba, pojęcie personalizowania ma priorytet w postrzeganiu osoby niepełnosprawnej. Obowiązujące w polskim systemie orzecznictwa o niepełnosprawności kryteria i standardy postępowania orzeczniczego, zawarte w definicjach stopni niepełnosprawności oraz niepełnosprawności, budowane są z uwzględnieniem oceny możliwości osoby do samodzielnej egzystencji, pełnienia ról społecznych oraz zatrudnienia w odpowiednich warunkach.

Orzekanie o niepełnosprawności jest zatem oceną ograniczeń możliwości funkcjonowania osoby orzekanej w życiu społecznym i zawodowym, będących następstwem naruszenia sprawności organizmu. System ten w sposób naturalny nie koncentruje się na związku pomiędzy naruszeniem sprawności organizmu a możliwością zatrudnienia, ale na ograniczeniach funkcjonalnych (społecznych i zawodowych) osób orzekanych – co jest zgodne z obecnym podejściem do niepełnosprawności prezentowanym m.in. na gruncie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia [ICF].

W podejściu zaproponowanym przez klasyfikację wprowadza się pojęcie „niepełnosprawności” w celu oznaczenia wielowymiarowego zjawiska wynikającego ze wzajemnych oddziaływań między ludźmi a ich fizycznym i społecznym otoczeniem. Niepełnosprawność jest rozumiana zatem nie jako rezultat uszkodzenia zdrowia, lecz jako wynik barier, jakie napotyka osoba w środowisku, co jest zgodne z założeniami oceny niepełnosprawności.

W polskim systemie prawnym ocena stanu zdrowia nie jest jedynym wyznacznikiem niepełnosprawności. Orzecznictwo o niepełnosprawności uwzględnia zarówno fizyczne i psychiczne aspekty funkcjonowania człowieka, jak i aspekty społeczne. Tak więc standardy orzecznicze zawierają biopsychospołeczny model niepełnosprawności, zawarty w koncepcji i założeniach klasyfikacji. Przedmiotowe standardy tym samym zawierają komponent funkcjonowania i niepełnosprawności, czyli komponent wskazany w klasyfikacji, w tym aktywność i uczestnictwo osoby niepełnosprawnej, czyli jej zdolność do pełnienia ról społecznych w każdej sferze aktywności człowieka, a także ograniczenia i trudności doświadczane w tym zakresie z uwzględnieniem komponentu środowiskowego.

Dziś zauważamy, że często rolą systemów orzecznich jest automatyczna podstawa do uruchamiania różnych form wsparcia na podstawie ich decyzji. Dyskusja nad tym, czy jest to model optymalny, gdzie i na jakim poziomie powinna zapadać decyzja o wykorzystaniu konkretnego instrumentu, jak i co powinny oceniać instytucje orzekające, pozwoli nam dostosowywać różne mechanizmy do potrzeb osób niepełnosprawnych.

W modelu orzekania o niepełnosprawności widać potrzebę zachowania dotychczasowego zakresu jego kryteriów, tj. naruszenia sprawności organizmu i wynikających z niego ograniczeń funkcjonalnych w pełnieniu ról społecznych. Jednocześnie niezbędne jest pogłębienie diagnozy funkcjonalnej.

Ewentualne modyfikacje definicji niepełnosprawności i stopni niepełnosprawności powinny dążyć do jak najpełniejszego odzwierciedlenia natury niepełnosprawności. Istotą tego zagadnienia jest wielopłaszczyznowość zjawiska, którego nie można sparametryzować za pomocą jednego miernika, jakim z reguły jest zdolność do pracy. Niepełnosprawność to zjawisko szersze, orzekamy przecież osoby w wieku aktywności zawodowej i osoby w bardzo podeszłym wieku, nie wspominając już o dzieciach. Dzisiejsze definicje kładą nacisk na wybrane aspekty funkcjonowania osoby orzekanej, podkreślają element medyczny, co z kolei naraża je na zarzut odchodzenia od oceny funkcjonalnej, obwiniają o jednowymiarowość.

Konferencja, na której się spotkaliśmy, daje możliwość przyjrzenia się funkcjonującym rozwiązaniom w tym zakresie. Jest również pomocna w dalszych pracach nad zmianami w systemach orzecznich. Ponieważ posiada bogaty program, jestem przekonany, że rozmawiając ze sobą wzbogacimy się nawzajem. Goście z zagranicy, mówcy i uczestnicy panelu podzielą się swoimi doświadczeniami, co będzie istotnym wkładem do dyskusji nad polskim nowym modelem orzekania o niepełnosprawności.

Dziękuję organizatorom za zaangażowanie i przygotowanie tak ważnego wydarzenia, które jest odpowiednią okazją, aby obok poszerzenia wiedzy o możliwych sposobach wykorzystania klasyfikacji, przytoczono doświadczenia systemów orzecznich, co będzie mogło pozwolić na udoskonalenie stosowanych obecnie rozwiązań. Gratuluję realizacji, stworzenia warunków do poważnej, merytorycznej dyskusji nad ważnymi zagadnieniami. Goście i słuchacze gwarantują, że omawiane zagadnienia będą dobrą podstawą do pracy nad optymalnymi rozwiązaniami. Dlatego też konferencja stanowić będzie ważny aspekt realizowanego procesu podnoszenia jakości orzecznictwa.

JAROSŁAW DUDA – sekretarz stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej, pełnomocnik rządu ds. osób niepełnosprawnych.

Wystąpienie Igora Radziewicza-Winnickiego

Pani dyrektor, pani profesor, panie ministrze, szanowni państwo, dostojni goście! Bardzo serdecznie jeszcze raz dziękuję za okazję wystąpienia przed państwem w tym wspaniałym gronie, a jednocześnie dziękuję za zaproszenie Ministra Zdrowia do współpracy w tym ważkim projekcie – racjonalizacji i odnowienia systemu orzekania o niepełnosprawności w naszym kraju, mającego wymiar olbrzymi dla naszego życia.

Nie ulega bowiem wątpliwości, że przemiany demograficzne i idące za nimi przemiany jakości zdrowia wymagają dostosowania systemów opieki zdrowotnej i zabezpieczenia społecznego do zmieniających się potrzeb naszej populacji. Tak się wydarzyło, że te dwa nasze – panie ministrze – zaprzyjaźnione ministerstwa zostały jakiś czas temu formalnie rozłączone, i myślę, że ICF jest okazją do ich symbolicznego ponownego połączenia. Z jednej strony łączenia perspektyw, patrząc pozytywnie w przyszłość i spoglądając na to, co człowiek potrafi zrobić, a nie na to, jaką ma jednostkę nozologiczną, co jest niebywale istotne. Z drugiej strony łączenia po to, żebyśmy byli w stanie wspólnie racjonalnie gospodarować tymi i tak zawsze niewystarczającymi zasobami i po stronie zabezpieczenia społecznego, i opieki zdrowotnej, szczególnie wtedy, kiedy mówimy o osobach wymagających długoterminowej opieki, dotkniętych niepełnosprawnością bądź niesamodzielnych z różnych przyczyn – czy bardziej zdrowotnych, czy bardziej społecznych. Od pewnego czasu – to też nie tajemnica – prowadzimy dyskusję wewnętrzną pomiędzy naszymi dwoma zaprzyjaźnionymi ministerstwami, w jaki sposób zintegrować opiekę społeczną z opieką zdrowotną na poziomie terytorialnym, na poziomie operacyjnym, czyli gminy. Kiedy, komu, w jakich warunkach, z jakich przyczyn i w jaki sposób, możliwie najbardziej racjonalny i wiarygodny, ocenić potrzeby oraz dostarczyć właściwą pomoc dla osoby niesamodzielnej, czy poprzez wsparcie pielęgniarstwa rodzinnej, długoterminowej, a może za pomocą pracownika socjalnego, czy poprzez opiekę instytucjonalną. To właśnie ICF jest – w naszym przekonaniu – najlepszą drogą do zharmonizowania szeroko rozumianej opieki społecznej nad osobami, które wymagają wsparcia państwa wobec swojej niesamodzielności.

Miałem to szczęście, że zostałem przez panią profesor uhonorowany – znowu symbolicznym – aktem połączenia wspólnych wysiłków. Otóż otrzymałem zaświadczenie i punkty edukacyjne z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Żywię nadzieję, że Okręgowa Izba Lekarska uzna je te punkty. Bardzo się cieszę, albowiem jestem lekarzem, a to też świadczy o tym, jak bardzo ważna jest współpraca między naszymi resortami. Niezależnie od tego, iż mamy odrębne resorty, odrębne ministerstwa i odrębne czasami spojrzenie, człowiek niesamodzielny jest przecież człowiekiem zawsze bezradnym, przeżywającym tragedię i wymagającym wsparcia państwa, i tak naprawdę

najczęściej nie zdaje sobie sprawy z tego, który resort wspiera go bardziej, jakiego typu pomocy bardziej oczekuje. Warto wspomnieć o tym, że od wielu lat mówimy, iż mamy w Polsce kilka, jeśli dobrze liczyć: sześć systemów orzekania o niepełnosprawności. Można powiedzieć, że są one absolutnie rozłączne albo paralelne, przy czym osoba niepełnosprawna często gubi się w tych systemach. Szczególnie jeżeli dotknięta jest niepełnosprawnością intelektualną. Tu zrozumienie zawłości systemu, a zwłaszcza dlaczego w jednej instytucji orzekają tak, a w innej inaczej, dlaczego trzeba stanąć przed trzema komisjami, jest rzeczywiście niebywale skomplikowane. W końcu, o czym także dyskutujemy, gdyż wydaje się to równie istotne, nowoczesne podejście do orzecznictwa to zdobycz warunkująca rozkwit nie tylko systemów ubezpieczeń społecznych, ale też ubezpieczeń zdrowotnych i komercyjnych, np. od niesamodzielności, od starości. ICF to droga do racjonalizacji wydatków publicznego płatnika i po stronie zabezpieczenia społecznego, i po stronie opieki zdrowotnej, ale także, o czym często mówimy w resorcie zdrowia, to sposób na popularyzację wiedzy z zakresu orzecznictwa, która najprawdopodobniej wymagać będzie certyfikacji państwowej. ICF jest też doskonałym narzędziem do tego, aby urealnić i poprawić jakość orzecznictwa na potrzeby postępowań sądowych. I tu ICF znowu wydaje się drogą do tego, by zharmonizować często bardzo różne orzeczenia, które pojawiają się w podobnych sprawach, w różnych miejscach w kraju. Dlatego po raz kolejny bardzo dziękuję za zorganizowanie tej konferencji. Niejako rozliczając się ze swojej wypowiedzi z zeszłego roku, kiedy poinformowałem, że oto już kończymy tłumaczenie ICF, dzięki pracom Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia udostępniłmy długą, rozbudowaną wersję tej klasyfikacji. Obecnie kończymy wersję krótką i spodziewamy się, że pod koniec lipca będzie ona już przetłumaczona i gotowa. Tym samym mamy nadzieję na uruchomienie studiów pilotażowych z zakresu ich praktycznej implementacji do zintegrowania zabezpieczenia społecznego i zdrowotnego na poziomie operacyjnym, czyli tam, gdzie jest to najbardziej istotne.

Dziękuję uprzejmie i życzę państwu udanych obrad, i jeszcze raz dziękuję za państwa zaangażowanie, bo bez tego na pewno nie uda nam się dokonać przemiany społecznej, a także mentalnej i kulturowej, jaką jest zupełnie odmienne i nowatorskie podejście do orzecznictwa. Dziękuję uprzejmie.

IGOR RADZIEWICZ-WINNICKI – podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Wystąpienie Zbigniewa Derdziuka

Panowie ministrowie, pani profesor, pani dyrektor, szanowni państwo, cieszę się, że już drugi raz ZUS może gościć konferencję na temat ICF. Tak liczne audytorium świadczy o państwa zainteresowaniu. Witam przedstawicieli zaprzyjaźnionych ministerstw, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministerstwa Zdrowia, które ZUS łączy, co mnie cieszy. Jednak trzeba też dodać, że reprezentowane są tu nie tylko instytucje publiczne, ponieważ gościmy również Polską Izbę Ubezpieczeń, a temat konferencji wykracza poza aspekt publiczny. Coraz więcej podmiotów prywatnych działa w sferze usług i ubezpieczeń zdrowotnych.

ZUS ma wiele osiągnięć w zakresie orzecznictwa i współpracy ze środowiskiem lekarskim. Wydajemy certyfikaty, szkolimy, a także opublikowaliśmy w zeszłym roku rozszerzone wydanie „Standardów orzecznictwa lekarskiego ZUS”. W tym roku wydaliśmy publikację dotyczącą orzekania w zakresie chorób psychicznych i badań psychologicznych. A dlaczego ZUS chętnie uczestniczy w działaniach w tym obszarze? Ponieważ jesteśmy podmiotem, który wprawdzie państwu jest dobrze znany z praktyki, ale dla większości Polaków tylko z przekazu medialnego, na przykład z artykułów prasowych o tym, że komuś nie dano renty. To bardzo uproszczony obraz. ZUS ma już 80 lat, a prawie 20 lat temu zreformowano orzekanie o niezdolności do pracy. Przyniosło to spory sukces. Dziesięć lat temu liczba osób, które miały orzeczenie o niezdolności do pracy, czasowe lub trwałe, sięgała dwóch milionów, dzisiaj jest ich tylko około miliona. ICF jest dla nas ważną siatką pojęciową i sposobem, a nawet swoistym środowiskiem komunikacji ze społeczeństwem i innymi uczestnikami tego systemu. Dlatego wdrożono ICD-10, które w naszych standardach jest powszechnie użytkowane. ICF jest dla nas językiem komunikacji ze wszystkimi interesariuszami. ZUS szkoli swoich lekarzy w zakresie standardów orzecznictwa lekarskiego i wydaje im certyfikaty, które Izba Lekarska uznaje za obowiązkowy element rozwoju zawodowego, za co dziękujemy.

Pan minister Jarosław Duda powiedział, że ważny jest kierunek, który wyznacza zbliżenie działań między ZUS a PFRON, ponieważ są to główni gestorzy decyzji w sprawach niepełnosprawności i niezdolności do pracy. To, co powiedział pan minister zdrowia o współpracy w zakresie orzecznictwa i roli ZUS, jest również bardzo istotne. Za to chciałem bardzo podziękować i nawiązać do tego. Lekarze orzecznicy i inni pracownicy ZUS, także lekarze powiatowych czy wojewódzkich zespołów orzekania o niepełnosprawności, orzekają na podstawie dostarczonej im dokumentacji medycznej. Zatem jest bardzo ważne dla ZUS, ale również dla rynku, dla wszystkich ubezpieczycieli, aby w dokumentacji lekarskiej można było znaleźć niezbędne dane i tak zdefiniować wymagania wobec nich bądź ich strukturę, a może kiedyś nawet ich elektroniczny słownik, żeby pozwoliło to w łatwy sposób komunikować się za pomocą tego samego zbioru pojęć i definicji. To jest wyzwanie.

Zabiegamy o to. Trzeba pamiętać, że ma być wdrażana Elektroniczna Dokumentacja Medyczna. Chcemy wprowadzić elektroniczne zwolnienie lekarskie, które nie zadziała, jeśli nie będzie EDM. Ten projekt potrwa dwa lata, gdyż wymaga dostosowania wszystkich podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych.

Chciałbym jeszcze powiedzieć o kolejnych wyzwaniach. Pan minister Jarosław Duda poruszył istotną kwestię dotyczącą orzekania i deklaracji praw osób niepełnosprawnych. Ważne jest nie tylko zdefiniowanie niezbędnych pojęć, o czym mówiłem wcześniej. Gdy już uzgodnimy wspólny język opisu stanów niepełnosprawności, to czeka nas następny etap – wspólne starania w celu włączenia do społeczeństwa osób, których ona dotknęła, czyli zintegrowane działania w zakresie leczenia, rehabilitacji i szkoleń. Nad tym już myślimy. Rozpoczynamy projekt pilotażowy dotyczący renty szkoleniowej, korzystając z doświadczeń krajów, które są reprezentowane na tej konferencji, a jest to tam standardowe podejście. To jedno z wyzwań, przed którymi stoimy.

Reasumując: przede wszystkim trzeba nazwać istotne pojęcia i stworzyć wspólny język, gdyż dzięki temu dla sprawnej komunikacji nie będzie konieczne formalne łączenie instytucji. To, że się tu dziś zebraliśmy, dowodzi, że jest duży potencjał i wola współpracy. Tę wolę ZUS ma i w jego imieniu dziękuję państwu za obecność i życzę udanych obrad. Mam nadzieję, że za rok też przyjmą państwo nasze zaproszenie. Będziemy wtedy mogli pochwalić się kolejnymi krokami ku wdrożeniu i uspołnieniu definicji niepełnosprawności i niezdolności do pracy, aby spełniło się to, co podnosił pan minister Igor Radziewicz-Winnicki: by obywatel wiedział, czego może oczekiwać, jeśli dotknie go niezdolność do pracy czy niepełnosprawność. Powinien też mieć świadomość, że każdy z tych dwóch terminów służy odmiennym celom. Orzeczenie o niepełnosprawności daje m.in. prawo do parkowania na miejscu dla inwalidów (parkowanie na kopycie), a orzeczenie o niezdolności może dawać prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy lub skierowanie na rehabilitację. Warto zachować racjonalność w tym zakresie i jednoznacznie formułować te definicje prawne. ICF jest do tego dobrym punktem wyjścia. Mamy wolę ku temu i państwa obecność to potwierdza. Dlatego ufam, że się uda. Damy radę. Dziękuję!

ZBIGNIEW DERDZIUK – prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Wystąpienie Jana Grzegorza Prądyńskiego

Szanowni państwo, dzisiejsza konferencja to dla Polskiej Izby Ubezpieczeń bardzo ważne wydarzenie. Chcemy wspólnie dyskutować o roli, jaką system ICF powinien odgrywać w naszym kraju.

W większości przypadków określenie szkody, jej zakresu oraz wartości nie stwarza większych problemów, gdyż mamy do czynienia z rzeczami policzalnymi. Inaczej jest w przypadku szkód osobowych. Należy zdać sobie sprawę, że brak nawet minimalnego standardu oceny takich szkód prowadzi do powstawania niepewności, z uszczerbkiem zarówno dla poszkodowanych, jak i zakładów ubezpieczeń.

Rynek ubezpieczeń z aprobatą przyjmuje każdy racjonalny pomysł ustandaryzowania oceny szkód osobowych. Wiarygodna i obiektywna ocena takich szkód i możliwość ich przynajmniej częściowego naprawienia jest obecnie dla ubezpieczycieli kwestią kluczową. Istotne pozostaje również to, aby ocena następstw choroby czy wypadku dokonywana przez niezależnych specjalistów była ujednoczona i oparta na transparentnych i obiektywnych kryteriach.

Ważną rolę w procesie określania wysokości wypłacanego odszkodowania i zadośćuczynienia odgrywają lekarze orzecznicy i biegli sądowi. Tym ważniejszą kwestią jest to, aby język orzeczeń wraz z całym słownikiem pojęciowym był zrozumiały dla wszystkich zainteresowanych biorących udział w procesie. Istotna pozostaje przewidywalność orzeczeń, która znaczenie ułatwi zakładom ubezpieczeń tworzenie rezerw na wypłaty, a następnie planowanie oraz kalkulowanie adekwatnych składek. Należy podkreślić, że ubezpieczyciele chcą wypłacać odszkodowania swoim klientom i taka jest ich rola, lecz dla prawidłowego jej pełnienia powinni być świadomi, jakiej wysokości wypłat mogą się spodziewać.

Bardzo się cieszę, że doszło do podjęcia tematu ICF przez tak ważne i opiniotwórcze instytucje, jak Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Polskie Towarzystwo Orzecznictwa Lekarskiego, Światowa Organizacja Zdrowia oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Mam nadzieję, że odbywająca się dziś konferencja będzie istotnym krokiem w kierunku upowszechnienia wspólnego systemu oceny w Polsce. Pragnę z tego miejsca i w imieniu wszystkich zakładów ubezpieczeń działających w Polsce podkreślić, że dzięki ciężkiej pracy i wysiłkowi Światowej Organizacji Zdrowia powstała klasyfikacja potrzebna i użyteczna dla wszystkich stron zajmujących się oceną stanu zdrowia poszkodowanych, a w szczególności dla nich samych.

Dziękuję serdecznie!

JAN GRZEGORZ PRĄDYŃSKI – prezes zarządu Polskiej Izby Ubezpieczeń.

Wystąpienie Pauliny Miśkiewicz

Tematem dzisiejszej konferencji jest wdrażanie klasyfikacji ICF, ale w rzeczywistości naszym celem jest, aby jej wdrożenie przyczyniło się do usuwania barier i tworzenia społeczeństwa włączającego i dostępnego dla wszystkich, tak ważnego w niepełnosprawności. Szacuje się, że na świecie żyje ponad miliard osób z jakąś formą niepełnosprawności, natomiast aż od 110 do 190 milionów z nich doświadcza z tego powodu znaczących trudności w codziennym funkcjonowaniu. Problem niepełnosprawności jest niezwykle ważny z punktu widzenia rozwoju, szczególnie zaznaczone jest to w Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, która umieszcza ją w kręgu praw człowieka i rozwoju świata. Dalszym potwierdzeniem tego jest przyjęcie przez WHO rezolucji i planu działania na lata 2014–2021 „Lepsze zdrowie dla osób z niepełnosprawnością”.

ICF jest jedną z międzynarodowych klasyfikacji zdrowotnych Światowej Organizacji Zdrowia. Została przyjęta jako jedna z klasyfikacji społecznych przez Organizację Narodów Zjednoczonych i włączona do standardowych zasad wyrównywania szans osób niepełnosprawnych. ICF stanowi zatem odpowiednie narzędzie do wdrożenia określonych międzynarodowych zaleceń w dziedzinie praw człowieka oraz przepisów prawnych poszczególnych krajów, w tym ratyfikowanej przez Polskę Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych. Głównym celem ICF jest ustanowienie ujednoliconego, standardowego języka i jego struktury, pozwalającego na opis zdrowia i stanów związanych ze zdrowiem. ICF określa składniki zdrowia i niektóre powiązane ze zdrowiem warunki dobrostanu, czyli dobrego samopoczucia. Funkcjonowanie jest szerokim terminem obejmującym wszystkie funkcje ciała ludzkiego, aktywność jednostki i uczestniczenie człowieka w różnych sytuacjach życiowych; podobnie niepełnosprawność służy jako szeroki termin obejmujący wszelkie upośledzenia funkcjonowania, limitowanie aktywności i ograniczenia uczestniczenia. ICF wymienia także czynniki środowiskowe, które wchodzi w interakcje z wyżej wymienionymi dziedzinami. Dzięki temu użytkownik klasyfikacji może tworzyć odpowiednie dla danego przypadku profile funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia w różnych dziedzinach.

Obecne zapotrzebowanie na ICF i jej zastosowanie wymaga zbudowania sensownego i użytecznego systemu, który będzie mógł być wykorzystywany przez rozmaitych użytkowników dla ustalania polityki zdrowotnej, zapewnienia odpowiedniej jakości opieki zdrowotnej i przeprowadzenia oceny uzyskanych wyników w obrębie odmiennych kultur.

PAULINA MIŚKIEWICZ – dyrektor Biura Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w Polsce.

Prezentacje

JEROME E. BICKENBACH

Co to jest ICF?

Dziękuję bardzo, to zaszczyt być tutaj z państwem. Minął dokładnie rok i miesiąc od mojej ostatniej wizyty w tej sali i muszę powiedzieć, że z przyjemnością powróciłem do Warszawy, tym bardziej że mam polskie korzenie, chociaż niestety nie mówię po polsku. Przede mną stoi trudne zadanie wprowadzenia państwa w tematykę ICF. Z tego, co zostało już powiedziane, wnioskuję, że wielu z państwa wie, czym jest klasyfikacja ICF. Nie chciałbym powtarzać znanych państwu faktów. Postaram się pomijać tego rodzaju informacje i skupić się bezpośrednio na tym, co może państwa zainteresować, a mianowicie zastosowaniu ICF w szeroko rozumianej ocenie, czy też badaniu niepełnosprawności.

Na wstępie wyjaśnię, że jednym z powodów do zadowolenia dla kogoś takiego jak ja – osoby z wykształceniem prawniczym, której WHO w 1993 r. zleciła weryfikację ICDH – jest to, że w świetle rewolucyjnych rozwiązań zastosowanych w ICF oddziaływanie tego dokumentu i zmiana paradygmatu, którą wprowadza, są takim, jak to się potocznie mówi, samograjem. Jako prawnik zajmowałem się przede wszystkim niepełnosprawnością i dlatego ocenę niepełnosprawności postrzegam w kontekście polityki społecznej i prawa. Jak się państwo przekonają – i na co będę zwracał szczególną uwagę – wykorzystanie oceny wyników rehabilitacji, zastosowanie informacji zdrowotnych, a więc kwestie pozostające w kręgu zainteresowań WHO, nie są w rzeczywistości tak samo istotne jak wpływ, jaki powinny wywrzeć na ocenę niepełnosprawności – przede wszystkim w sektorze prywatnym, ale również w obszarze polityki społecznej sektora publicznego, w programach wsparcia społecznego.

Postaram się zatem upiec dwie pieczenie przy jednym ogniu, co prawdopodobnie oznacza, że mogę się w tym wszystkim sam pogubić. Proszę jednak o cierpliwość, ponieważ chciałbym najpierw umieścić ICF w odpowiednim kontekście, a następnie w części zatytułowanej „Zastosowania” skupić się na problematyce oceny niepełnosprawności. Chciałbym jeszcze wspomnieć – tytułem wstępu – że Bank Światowy zlecił nam, a konkretnie Szwajcarskiemu Ośrodkowi Badań nad Porażeniem Dwukończynowym i Jednostce ds. Niepełnosprawności i Rehabilitacji WHO, opracowanie dokumentu, który stanowiłby globalny przewodnik w zakresie stosowania ICF do oceny niepełnosprawności. Dokument ten, ze względu na to, że został opublikowany przez Bank Światowy, jest zorientowany na kraje mniej zasobne, które potrzebują wsparcia przy wprowadzaniu – że tak się wyrażę – łatwych do wdrożenia zmian w swoich systemach, umożliwiających im wykorzystanie ICF. Mamy jednak nadzieję, że po zakończeniu prac nad tym projektem umożliwi on również zastosowanie ICF we wszystkich bardziej zaawansowanych i skomplikowanych systemach oceny

niepełnosprawności, zarówno prywatnych, jak i publicznych. Prace nad tym projektem potrwać prawdopodobnie kolejne sześć do ośmiu miesięcy.

Najważniejsza informacja na temat ICF, którą chciałbym państwu przekazać, dotyczy uniwersalizacji niepełnosprawności. Minęły już czasy, gdy niepełnosprawność była cechą identyfikującą konkretne grupy ludzi. Osoby związane z ICF, takie jak ja, reprezentują pogląd, że ICF odnosi się zasadniczo do tego, co ludzkie, bowiem to ludzie żyją z niepełnosprawnością. Mam 66 lat i mogę zapewnić państwa, że przed niepełnosprawnością nie ma ucieczki. Starzenie się jest procesem nabywania niepełnosprawności. Niech Bóg ma nas w swojej opiece. Jako istoty ludzkie jesteśmy kruchymi stworzeniami i ta kruchość przekłada się na coś, co ICF nazywa ograniczeniami funkcjonalnymi. Stanowi to cechę nie pewnej grupy osób, ale całej ludzkości. Taką lekcję daje nam ICF – ICF dotyczy każdego z nas.

A teraz powiem parę słów o tym, jak to się zaczęło. Jak już wspomniałem, ICF została opracowana przede wszystkim w odpowiedzi na wymóg określony w Konstytucji WHO, zgodnie z którym informacje zdrowotne udostępniane na całym świecie powinny być formułowane w sposób umożliwiający ich porównywanie. Mają państwo to szczęście, że mogą otrzymać darmowe polskie tłumaczenie ICD-10. Niestety muszę państwu zdradzić, że klasyfikacja ICD-11 będzie dostępna prawdopodobnie już za pół roku, tak więc „okres przydatności” ICD-10 jest dosyć ograniczony. Niemniej proszę korzystać, póki mają państwo taką możliwość. Zasadniczo celem powstania ICD było zdefiniowanie sposobów, w jaki umieramy. Innymi słowy, ICD powstała po to, aby określić przyczyny śmierci i zidentyfikować urazy i choroby, ale tym, czego potrzebowaliśmy my – czego potrzebowała WHO – było znalezienie sposobu na zdefiniowanie tego, co właściwie oznacza „żyć z problemami zdrowotnymi”, a nie „umierać z ich powodu”. Co to oznacza żyć z nimi? Jaki mają wpływ na nasze życie? Jak schorzenie, uraz, problem emocjonalny, upośledzenie umysłowe, czy jakkolwiek inny problem zdrowotny wpływają na nasze życie, jaki mają wpływ na naszą sytuację materialną? Ten wykres (patrz prezentacja s. 29) pokazuje, dlaczego WHO potrzebowała tego dokumentu. To zbiór danych pochodzących z Biura Statystycznego ONZ. Patrząc na te kraje, trudno cokolwiek odczytać, ale chodzi tutaj o zestawienie na tym samym wykresie informacji o częstotliwości występowania ciężkiej niepełnosprawności w Syrii, z jednej strony, gdzie wynosi ona 3 proc., i w Norwegii z drugiej, ze wskaźnikiem na poziomie 32–33 proc. Z tego wykresu nie wynika wcale, że Norwegia to miejsce niebezpieczne do życia. Norwegia to bardzo przyjazne miejsce. Wykres pokazuje, że wskaźniki te nie mówią o tym samym. Tym, co WHO musiała zrobić, była standaryzacja wyłącznie na potrzeby statystyczne. ICF jest właśnie takim narzędziem standaryzacji. Potrzebna była wspólna, międzynarodowa koncepcja niepełnosprawności i wspólny język. I oczywiście wspólny język został włączony w strukturę klasyfikacji. Jest to przede wszystkim narzędzie epidemiologiczne, ponieważ służy ono głównie do gromadzenia i zestawiania informacji dotyczących zdrowia.

To, na czym chciałbym się skupić, to model i teoria modelu. Jak w przypadku wszystkich skutecznych rewolucji koncepcja, zmiana paradygmatu, jest bardzo, bardzo prosta. A proste koncepcje są proste, ponieważ łatwo je zrozumieć, ale trudno wdrożyć, jakkolwiek dziwnie by to brzmiało. Pochodzi to z dokumentu z 1912 r. Całkiem niedawno odkryłem inny, szwedzki dokument z 1908 r., którego sens jest taki, że pewien człowiek mówi: „Jak mam ocenić niepełnosprawność osób, które odniosły rany na froncie, jeśli nie wiem, jak wygląda ich życie? Czym zajmują się w pracy?”. Dwaj żołnierze, którzy wrócili z frontu bez nóg, mają dwa zupełnie inne rodzaje niepełnosprawności, jeśli jeden z nich pracuje w kopalni, a drugi wykłada filozofię na uniwersytecie. Mogę powiedzieć

z własnego doświadczenia, że nie potrzebujesz nogi do tego, żeby uczyć. To naprawdę dobry przykład. Jeśli pracuję jako górnik, nie mogę wykonywać swojej pracy. Jestem niepełnosprawny. Bardzo łatwo wyczuć tę różnicę, przychodzi nam to intuicyjnie. Niepełnosprawność jest tu i teraz, na poziomie interakcji ze światem. Niepełnosprawność tkwi w sposobie, w jaki świat reaguje na życie jednostki. Ta prosta prawda została wpisana w Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych, w której niepełnosprawność zdefiniowana jest jako wynik interakcji pomiędzy moimi własnymi ograniczeniami, dysfunkcjami, moim schorzeniem a światem, światem zewnętrznym, który – jeśli jeżdżę na wózku, z którego niełatwo wstać – ogranicza moją zdolność poruszania się. Życie społeczne, kulturalne, gospodarcze – to wszystko składa się na niepełnosprawność.

Z tego względu przy opracowaniu ICF kierowaliśmy się czterema zasadami. Pozwolę sobie omówić je w skrócie. Po pierwsze, niepełnosprawność jest powszechną, zwyczajną i naturalną właściwością kondycji ludzkiej, tacy właśnie są ludzie. Niepełnosprawność bądź funkcjonowanie, pojęcie pozytywne, nie są inherentnie związane z ludzkim ciałem. Tak naprawdę mają one charakter interaktywny i dlatego są bardziej złożone i trudniej jest dokonać ich oceny i pomiaru. To właśnie z powodu tej złożoności pomiar stopnia niepełnosprawności w celu oceny niepełnosprawności był przez ostatnie 80 lat domeną zawodu lekarza. Polegano na ocenie lekarzy, ze względu na zaufanie, jakim są obdarzani, ale również dlatego, że ciało łatwo można poddać ocenie. To ciało dotknięte jest przypadłością, która upośledza jego funkcjonowanie, dlatego to ciało jest niepełnosprawne. Jest to jednak wniosek nieuprawniony. Łatwo go wysnuć, łatwo na nim polegać, jest łatwy do przeprowadzenia, również z ekonomicznego punktu widzenia, ale jest błędny. Jest z gruntu błędny, ponieważ wiemy, że niepełnosprawność to nie tylko funkcja ciała. Trudniej ocenić niepełnosprawność w kategorii interakcji, ale taka ocena jest uzasadniona. Przy ocenie niepełnosprawności mamy więc do czynienia z następującym dylematem: czy przeprowadzić wnioskowanie, które jest łatwe do przeprowadzenia, ale błędne, czy też dokonać oceny, która jest trudniejsza i kosztowna, ale słuszna? Które rozwiązanie państwo wybierają? Ten dylemat wskazywano przez ostatnie 50 lat ewolucji oceny niepełnosprawności w dziedzinie ubezpieczeń społecznych, świadczeń inwalidzkich.

Niepełnosprawność jest również zjawiskiem tego rodzaju. To nie jest wybór pomiędzy „tak” i „nie”, ale pomiędzy „więcej” a „mniej”. To zjawisko, które trwa. Wpływa to na ocenę niepełnosprawności w ten bardzo prosty sposób. Jeżeli osoba ma w następstwie urazu kłopoty z chodzeniem, utrzymaniem pozycji stojącej bądź siedzącej, czy też ograniczone zdolności poznawcze, jej upośledzenia można umieścić na skali. Nasuwa się pytanie, w jakim miejscu na skali. Czy na jednym krańcu ustalamy punkt „nie może pracować/nie może powrócić do pracy”, a na drugim „może powrócić do pracy”? Gdzie przebiega granica? Jest to kolejne wyzwanie. Formalnie rzecz ujmując, zaletę ICF stanowi to, że klasyfikacja ta nie jest ograniczana ani definiowana przez pryzmat schorzenia. Jest etiologicznie neutralna.

Zapoznali się już państwo ze strukturą ICF, dlatego powiem tylko kilka słów na ten temat. Jest to system klasyfikacji, i to wymagało najwięcej pracy. Zadbano o to, aby struktury i funkcje zostały odwzorowane w systemie klasyfikacji, który będzie równie homogeniczny. Utworzenie struktury klasyfikacji jest niezwykle trudnym zadaniem. Istnieją pewne wymogi dotyczące spójności, kompletności – w tym sensie, że nie można niczego pominąć i nie ma miejsca na powtórzenia czy dwuznaczność. To są kryteria identyfikujące. Czynniki środowiskowe stanowią kluczowy element ICF, ponieważ niepełnosprawność to interakcja pomiędzy środowiskiem a człowiekiem. W każdym razie – funkcja, system struktury, klasyfikacja opierają się na standardowym, hierarchicznym modelu, który jest, mówiąc ściśle, linearny.

A teraz kilka aspektów technicznych, które powinni państwo poznać. Gdybym rozmawiał z osobami z wykształceniem technicznym, powiedziałbym, że ICF poddawana jest drobiazgowej procedurze i wymaga jeszcze sporo pracy. ICF poddaje się cyfryzacji i może być używana w elektronicznej dokumentacji medycznej. Oznacza to, że kiedy orzecznicy diagnozują upośledzenia związane z cukrzycą w Stambule i w stanie Michigan w USA, kierują się dokładnie tymi samymi kryteriami diagnozy upośledzenia funkcjonalnego, oraz że możliwe jest porównanie informacji pochodzących z obu tych krajów. Jak już wspomniałem, WHO jest zainteresowana przede wszystkim kwestią porównywalności danych i to dlatego tak wiele pracy poświęcono temu poziomowi struktury klasyfikacji. Oznacza to również, że – jak przekonamy się za chwilę – kwestia przejrzystości tych informacji jest oczywista. Informacje uzyskane za pośrednictwem ICF można porównać ze sobą, dlatego też jeżeli dysponujemy tą samą kategorią, tym samym kodem, wiemy, że są one takie same na całym świecie. Są również transparentne w tym sensie, że identyfikacja danego zjawiska, upośledzenia, ograniczenia aktywności bądź ograniczenia uczestniczenia przeprowadzana jest na podstawie jednoznacznych i unikatowych kryteriów. Bardzo ważne jest umożliwienie tego w odniesieniu do elektronicznej dokumentacji medycznej oraz bardziej zaawansowanych systemów gromadzenia danych. Z punktu widzenia technologii gromadzenia danych ICF jest jedynym dostępnym rozwiązaniem. Nie ma projektów konkurencyjnych, niczego, co choćby w najmniejszym stopniu zbliżyło się do poziomu zaawansowania ICF w kontekście danych.

Zapewne wielu z państwa spotkało się z wytycznymi Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego dotyczącymi oceny trwałego upośledzenia. Dokument ten, który jest właśnie teraz odwzorowywany w ICF, zostanie poprawiony przez ICF, ponieważ Amerykanie rozumieją, że struktura ICF ma solidne podstawy naukowe, których opracowanie zajęło sporo czasu, i dlatego stanowi międzynarodowy standard, jeśli chodzi o gromadzenie informacji. Mogę powiedzieć to z pełnym przekonaniem, mimo że jestem prawnikiem, co ja tak naprawdę wiem o epidemiologii i klasyfikacji. Wiem to, ponieważ przeszedłem ten proces. Przeszedłem przez te siedem lat, które potrzebne były na opracowanie tego dokumentu – zaawansowanego i użytecznego instrumentu gromadzenia danych.

Chciałbym teraz przyjrzeć się zastosowaniom ICF. WHO wykorzystuje ICF przede wszystkim do gromadzenia multidyscyplinarnych danych klinicznych. Jest to niezmiernie ważne, ponieważ klinicyści pracują obecnie w multidyscyplinarnych zespołach. Tam, gdzie pracujemy Urban i ja, znajduje się klinika leczenia urazów rdzenia kręgowego. Są tam terapeuci zajęciowi, pielęgniarki, chirurdzy, pracownicy opieki społecznej, fizjoterapeuci. Wszyscy oni muszą posługiwać się tym samym językiem, pracując w zespołach multidyscyplinarnych. Ważne jest, żeby wszyscy ci specjaliści, którzy odnotowują informacje o chorym, w odniesieniu do jakiegokolwiek procedury oceny – ponieważ człowiek jest istotą wielowymiarową – potrafili kodować je tak, abyśmy gromadząc i wykorzystując te informacje, wiedzieli, że mówią, co do zasady, jednym głosem.

Zawsze chciałem opowiedzieć pewną anegdotę dotyczącą klasyfikacji. ICF jest dziełem Światowej Organizacji Zdrowia i musiała zostać przetłumaczona początkowo na siedem języków, a teraz, razem z polskim, być może nawet na 89 języków. Odkryliśmy jednak, że tłumaczenie z – powiedzmy – języka kanata używanego w Indiach na suahili nie jest tak wielkim problemem. Dużo poważniejszym problemem o podłożu kulturowym jest porozumienie między psychologami i psychiatrami posługującymi się tym samym językiem. Skłonienie profesjonalistów do posługiwania się tym samym językiem jest dużo trudniejsze niż przekazanie różnym krajom swego rodzaju kamienia z Rosetty, dzięki któremu mogą dokonywać tłumaczenia pomiędzy językami.

Drugie zastosowanie ICF, chyba najważniejsze, to cyfryzacja i semantyczna interoperacyjność e-zdrowia. Oczywiście omówienie tego tematu zajęłoby nam dobrych kilka dni. Nie spodziewam się, że od razu rozgryzą państwo ten bardzo intrygujący schemat. Chodzi tutaj o sposób, w jaki używamy informacji z różnych źródeł, z rejestrów ministerialnych, z formularzy oceny prywatnych ubezpieczycieli, z dokumentacji klinicznej, w jaki sposób porządkujemy te informacje, zestawiamy je i czynimy przetłumaczalnymi na inne języki, po to, aby uzyskać spójny, logiczny i zrozumiały obraz sytuacji danej osoby. Dotyczy to nie tylko schorzenia, na które taka osoba cierpi ponieważ układy i funkcje biologiczne możemy dziś względnie łatwo rozpracować. Trudniejsze jest uchwycenie wpływu zaburzeń wywołanych przez chorobę lub uraz na życie człowieka. Powtórzę to jeszcze raz: w ICF nie chodzi o to, co dzieje się w organizmie człowieka, który doznał urazu, co dzieje się z ciałem osoby cierpiącej na zwężenie kanału kręgowego, czy inne schorzenie, ale o to, jak wpływają one na jego sposób chodzenia. Schorzenie to będzie miało wpływ na chód człowieka. Sposób, w jaki taka osoba chodzi, determinuje wysiłek, jaki będzie mogła podejmować w trakcie pracy, czy będzie mogła pracować bez odpoczynku tak długo, jak zwykła była to robić wcześniej. Schorzenie i sposób chodzenia wpłynę na rodzaj pracy, jaką będzie mogła wykonywać, wpłynę na jej życie.

ICF ma za zadanie dostarczyć nam narzędzie do gromadzenia informacji na temat tego, co to znaczy żyć z danym schorzeniem. Są to informacje, których potrzebujemy, aby przeanalizować politykę zatrudnienia, określić zdolność do pracy, w ogólnym znaczeniu tego słowa, podjąć decyzję o przyznaniu renty. Przeznaczeniem ICF jest ogół zastosowań społecznych, zastosowań medyczno-socjalnych takich informacji. ICF umożliwia zrozumienie, zebranie i uporządkowanie wszystkich tych informacji w ramach jednej koncepcji. Od strony technicznej ICF ma taką funkcję, ponieważ jest jednolitym standardem, a to właśnie standaryzacja tego rodzaju informacji umożliwia porównywanie danych pochodzących z różnych krajów dlatego można to zrobić. Taka wspólmierność informacji umożliwia porozumienie pomiędzy sektorami. Kwestia występująca na styku sektorów zdrowia i opieki społecznej, o której wcześniej była mowa, przypomniła mi o tym, że dwa tygodnie temu omawiałem ten sam problem strukturalny w Belgii. Niepełnosprawność jest problemem przekrojowym, ponieważ dotyczy kondycji człowieka, a specjaliści z sektora ochrony zdrowia widzą tylko niewielki wycinek problemu. Pracownicy socjalni widzą inny jego aspekt, ale brak jest komunikacji pomiędzy tymi dwiema grupami. ICF umożliwia prowadzenie takiej rozmowy. Określa ona również obszary wymagające przejrzystości.

Ostatnią kwestią, o której chciałbym wspomnieć, są oszczędności. Część prac, którymi zajmowano się w moim ośrodku, związana jest z artykułem 31 konwencji, jednym z najważniejszych zapisów Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych (KPON). KPON jest jedynym dokumentem o prawach człowieka, który daje ludziom prawo dostępu do informacji gromadzonych na ich temat. Informacje te, jak wynika z treści art. 31, są wykorzystywane do monitorowania realizacji praw określonych w konwencji. My natomiast skupiamy się na opracowywaniu wskaźników dotyczących praw człowieka, opartych na ICF.

Państwo są bardziej zainteresowani programami takimi jak ubezpieczenia społeczne. Programy te wymagają zastosowania oceny niepełnosprawności, która obejmuje trzy wymogi. Pierwszy to wiarygodność – czyli upewnienie się, że posiadane informacje nie są fałszywe ani na korzyść, ani na niekorzyść danej osoby. Naszym celem jest uzyskanie obrazu zdolności do pracy danej osoby, który jest zgodny z prawdą lub jak najbardziej zbliżony do prawdy. Ważna jest również rzetelność. Zależy nam na tym, aby dwóch orzeczników pracujących dla tej samej organizacji doszło do tego samego wniosku dotyczącego zakresu lub wyrażonego procentowo stopnia nie-

pełnosprawności pacjentów. Potrzeba tego, co z technicznego punktu widzenia zwane jest „zgodnością ocen”, mocy predykcyjnej. Bez zdolności przewidywania, wychodzenia w przyszłość, nie ma planowania. W obliczu dynamiki starzenia się społeczeństwa, którą możemy zaobserwować globalnie, jesteśmy pod coraz większą presją skutecznego przewidywania trajektorii tego procesu. W obszarze opieki zdrowotnej zmieramy w kierunku zjawiska, które epidemiolodzy nazywają kompresją zachorowalności. Innymi słowy, prowadzimy teraz zdrowszy tryb życia i żyjemy dłużej, ale jak to się mówi po angielsku, jak już przyjdzie co do czego, rozpętuje się piekło [czyli sytuacja wymyka się spod kontroli]. Jest to moment, w którym problemy zdrowotne, choroby i niepełnosprawność, która nas dotyka, zostają skumulowane w krótkim czasie. Następuje bowiem bardzo gwałtowne pogorszenie się stanu zdrowia. Oznacza to, że mamy długi stok, ale krótki spadek. To przeciwieństwo miarowego opadania.

Są to bardzo odmienne trajektorie starzenia się. A skoro starzejące się społeczeństwo będzie najważniejszym motorem zmian społecznych na przestrzeni kolejnych dziesięciu do czterdziestu lat, najważniejszym, czyli jedynym, który się liczy z punktu widzenia polityki społecznej, faktem jest to, że żyje wielu starszych ludzi, takich jak ja, którzy są względnie zdrowi i którzy będą się starzeli według zupełnie innego schematu niepełnosprawności niż wcześniejsze pokolenia. Spowoduje to fundamentalne zmiany w sposobie, w jaki przydzielamy emerytury, ustalamy wiek emerytalny. We wszystkich tych obszarach nastąpią ogromne zmiany, które muszą być jednak poparte dowodami. Jedynym sposobem na zdobycie dowodów jest uzyskanie odpowiedzi na pytanie, co jest istotne w tej zmianie. Tym, co istotne, nie są choroby, na które zachorujemy, nie jest upośledzenie, którego doznamy, ale to, w jaki sposób wpłyną one na nasze życie w kontekście wsparcia technologicznego, które usprawnia nasz sposób funkcjonowania z tym upośledzeniem, zmian środowiskowych, a może nawet zmiany nastawienia do kwestii tego, czym jest pełne włączenie w życie społeczne. To, co wpływa na zmianę nastawienia, wpływa również na zmianę polityki, ponieważ niepełnosprawność nie tkwi w ciele, tylko w interakcji ze światem. Zmień świat, a zmienisz społeczeństwo.

Powiedziałem, że istnieją trzy elementy wymogów informacyjnych. Dwa to wiarygodność i rzetelność. Trzecim i najważniejszym elementem jest możliwość praktycznego zastosowania. Dylemat tkwi tutaj w konieczności wyboru pomiędzy kosztem przeprowadzenia oceny a koniecznością zapewnienia jej wiarygodności i rzetelności. Te dwie wartości są niestety trudne do pogodzenia, bowiem im bardziej wiarygodna jest ocena, tym wyższy jest jej koszt. Zawsze więc istnieje zależność, którą trzeba uwzględnić. Jedną z właściwości ICF, która jest w tym miejscu istotna, są niższe koszty. Każda norma obniża koszty. Ta, o której dzisiaj mówimy, obniży koszty oceny w tego rodzaju programach.

Chciałbym państwu zaprezentować, jak ocena niepełnosprawności wykorzystująca ICF może wygenerować dane o szczególnym znaczeniu. Przykład, którym się posłużę, będzie dotyczyć powrotu do pracy, ale można by się posłużyć również innymi scenariuszami. Kwestie szczególnie istotne dla kosztorysu. Proszę sobie wyobrazić, że pracująca osoba – czerwona linia pokazuje jej trajektorię (patrz prezentacja s. 29) – ulega wypadkowi. Jej zdolność do pracy z okresu poprzedzającego wypadek drastycznie się obniża ze względu na jego skutki. Następuje okres, w którym osoba ta jest rehabilitowana aż do momentu, gdy jej zdolność przekroczy niebieską linię. Niebieska linia określa zasadniczo poziom zdolności do pracy, który jest wymagany u osób ją wykonujących. Jest to bardzo prosta trajektoria. Czyli niebieska linia to świadczenie pracy bez konieczności adaptacji miejsca pracy. Następuje powrót do tej samej pracy, nic się nie zmienia. Można podejść

to tego problemu na dwa sposoby. Możemy zmienić osobę na taką, która będzie mogła wykonywać tę samą pracę, bądź możemy zmienić pracę na taką, która będzie dostosowana do potrzeb osoby z niepełnosprawnością.

A teraz spójrzmy na ICF. Jeżeli stosunek do niepełnosprawności jest interaktywny, mamy dwa zestawy determinantów. Mamy determinanty zdrowotne – zdolność – i determinanty środowiskowe, dwa rodzaje determinantów do wyboru. Rehabilitacja skupia się standardowo na jednym zestawie – poprawie zdolności. Ale założmy, że obserwujemy, co się stanie, jeśli zwiększymy zdolność, ale do innego – niższego – poziomu, i zmienimy miejsce pracy. Zmienimy harmonogram przerw i osoba będzie miała więcej czasu, aby wrócić do zdrowia, pracując. Potrzebuję biurka, które się podnosi, tak żebym mógł pisać na komputerze w taki sposób, żeby moja szyja mniej bolała; mogę przestawić biurko w sposób, jaki tylko chcę.

Co to oznacza z ekonomicznego punktu widzenia? Na tym diagramie znajdują się dwa punkty, w których trajektoria przekracza linię zdolności do pracy. Przecinają się, gdy nie następuje zmiana miejsca pracy i gdy taka zmiana następuje. Nazywamy to zakresem potencjalnych modyfikacji środowiskowych. Ponieważ ICF zezwala na gromadzenie danych dotyczących tych punktów, można stwierdzić, jaki będzie koszt rehabilitacji pomiędzy pierwszym a drugim punktem. W tym miejscu linia mocniej pnie się do góry, a więc koszt rehabilitacji będzie wyższy. Uwzględniamy koszt doprowadzenia osoby do pierwszego progu, możemy określić koszt doprowadzenia jej do drugiego progu. Teraz znamy różnicę. Jaki będzie koszt rehabilitacji, jeśli ma ona umożliwić jedynie powrót do pracy, a nie poprawę jakości życia? Gdybyśmy patrzyli wyłącznie na powrót do pracy, mamy ten koszt. A ile kosztuje wstawienie stołu, który można podwyższyć? Jak dużo takich zmian w środowisku pracy należy dokonać, aby pracownik z obniżoną zdolnością mógł wykonywać swoją pracę? Taki koszt jest również możliwy do oszacowania. Mamy teraz wszystkie informacje kosztowe. Musimy powiedzieć: „przerwijcie rehabilitację, przestańcie finansować rehabilitację i przeznaczcie te środki na rehabilitację środowiskową”. To dużo tańsze rozwiązanie. Nie mogliśmy powiedzieć tego wcześniej, ponieważ nie mieliśmy możliwości zebrania tych informacji.

Zostawię państwa z tą myślą. Urban opowie państwu o modyfikacjach oceny, podstawowych zestawach, które uczynią z ICF instrument możliwy do zastosowania w celu przeprowadzenia oceny. Proszę pamiętać, ICF to zasadniczo słownik terminów, konieczny punkt startowy, z którego należy zrobić krok w kierunku instrumentarium potrzebnego do oceny. A takie kroki już wykonano. Następnym etapem jest pomiar. Tym, czego potrzebuje sektor prywatny, jest bezpieczeństwo mocy predykcyjnej. Możesz to osiągnąć jedynie wtedy, gdy dokonujesz pomiarów. W innym przypadku będzie to po prostu zgadywanie, spekulacje. Czekają nas ogromne przyspieszenie procesu starzenia się społeczeństwa – jak więc będzie to wyglądać w sytuacji tak zwiększonej częstotliwości urazów, upadków? Niektórych z tych informacji możemy być pewni, ale obszarem, w którym brakuje nam informacji i którego nie możemy być pewni, jest wzajemna zależność pomiędzy potencjalnymi usprawnieniami środowiskowymi, nauką i technologią urządzeń wspomagających a modyfikacjami środowiskowymi. Informacje te, na poziomie współzależności pomiędzy tymi elementami, możemy uzyskać poprzez a) ocenę i b) pomiar. Kolejnym punktem granicznym w rozwoju ICF, pokonywanym w różnych miejscach na całym świecie, jest wykorzystywanie bardzo zaawansowanych narzędzi psychometrycznych, teorii odpowiedzi na pozycje testowe, analizy wskaźnikowej oraz wielu innych środków w celu stworzenia metrycznych skal niepełnosprawności, które pozwolą nam na wypowiedzenie magicznych słów: „ta osoba, co wynika z wiarygodnych i pewnych danych naukowych, jest niepełnosprawna na poziomie 50 proc.”. Wcześniej będą to czyste domysły,

czysta inferencja. „Ta choroba w takim procencie przypadków prowadzi do niepełnosprawności”. Czyste domysły niepoparte dowodami – mogą o tym państwa zapewnić. ICF dostarczy dowodów.

Ostatnia uwaga. ICF mówi nam, że ocena niepełnosprawności nie może być dłużej postrzegana jako problem medyczny. Jeśli pomyślą o tym państwo przez chwilę, to dojdą do wniosku, że ICF mówi, iż niepełnosprawność ma wiele odcieni. Niektóre mieszczą się w zakresie nauk medycznych, ale o wielu sprawach, istotnych sprawach, lekarze nie mają zielonego pojęcia. Terapeuci zajęciowi są dużo lepiej przygotowani do radzenia sobie z tym problemem. Dlatego właśnie w Stanach Zjednoczonych, w moim kraju, w Kanadzie i innych miejscach ocena niepełnosprawności nie jest już kwestią czysto medyczną. Ocena ta ma charakter interdyscyplinarny. Zajmują się nią nauki medyczne, specjaliści od spraw ergonomii środowiskowej, ludzie, którzy posiadają fachową wiedzę o tym, jak zmienić otaczającą rzeczywistość, aby poprawić zdolność do wykonywania pracy. Mamy do dyspozycji terapeutów zajęciowych, innych specjalistów, którzy mogą dać całościowy obraz, nie tylko medyczny, na podstawie którego można jedynie snuć przypuszczenia, ale także bardziej kompletny opis sytuacji. Chodzi o możliwość dokonania oceny w sposób sprawiedliwy dla danej osoby, wydajny kosztowo. Nie chodzi zaś o to, aby świadczenia przyznane danej osobie były zawyżone bądź zaniżone. Chodzi o to, aby wspomóc ją jak najefektywniej. Dzięki temu efektywność kosztowa jest optymalizowana również w sposób spełniający najważniejsze, w moim odczuciu, standardy, czyli standardy Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, i zapewniający maksymalne uczestniczenie i ochronę godności wszystkich ludzi. Dziękuję bardzo!

PROF. JEROME E. BICKENBACH

Kierownik Działu ds. Polityki Społecznej dotyczącej Osób Niepełnosprawnych Szwajcarskiego Ośrodka Badań nad Porażeniem Dwukończynowym w Nottwil oraz Wydziału Nauk o Zdrowiu i Polityki Zdrowotnej na Uniwersytecie w Lucernie. Profesor zwyczajny / wykładowca na Wydziale Filozofii oraz na Wydziałach Prawa i Medycyny Queen's University w Kingston (Ontario) w Kanadzie. Jest członkiem Komitetu Sterującego Pionu Badawczego ICF, prawnikiem i jednym z autorów klasyfikacji ICF. Jest autorem i współautorem wielu książek i publikacji opisujących istotę niepełnosprawności oraz dotyczących tego zagadnienia regulacji prawnych i zasad polityki społecznej. Jest również redaktorem 5. tomu Encyklopedii Niepełnosprawności wydanej przez Sage Publications. Prof. Bickenbach pracował jako konsultant WHO i uczestniczył w niemal wszystkich pracach nowelizacyjnych dotyczących klasyfikacji ICF. Obecnie nadal doradza WHO w przedmiocie rozpowszechniania ICF i międzynarodowej polityki społecznej dotyczącej osób niepełnosprawnych. Jego najnowsze badania obejmują kwestie niepełnosprawności w kontekście jakości życia oraz krytyczny dyskurs o niepełnosprawności, epidemiologię niepełnosprawności, projektowanie uniwersalne i włączanie, modelowanie danych statystycznych dotyczących niepełnosprawności na potrzeby kwestionariuszy zdrowia publicznego, związek pomiędzy niepełnosprawnością a zdrowiem oraz zasady etyczne ICF i stosowanie klasyfikacji w celu monitorowania wdrażania Konwencji Narodów Zjednoczonych o Prawach Osób Niepełnosprawnych.



Polish Medical Certification Society

“ICF – a New View of Human Beings”

17th June, 2014 -- Warsaw

The International Classification of Functioning, Disability and Health

ICF

History, Rationale, Applications

Jerome Bickenbach

Swiss Paraplegic Research and University of Lucerne, Switzerland



- ✓ **History and Rationale**
- ✓ **Theory**
- ✓ **Structure**
- ✓ **Applications**

The Universal Approach to Disability

History and Rationale

Why WHO developed ICF



WHO Constitution, 1947

Article 2

In order to achieve its objective, the functions of the Organization shall be:

(f) to establish and maintain such administrative and technical services as may be required, including epidemiological and statistical services;

...

(s) to establish and revise as necessary international nomenclatures of diseases, of causes of death and of public health practices;

WHO's Rationale for ICF

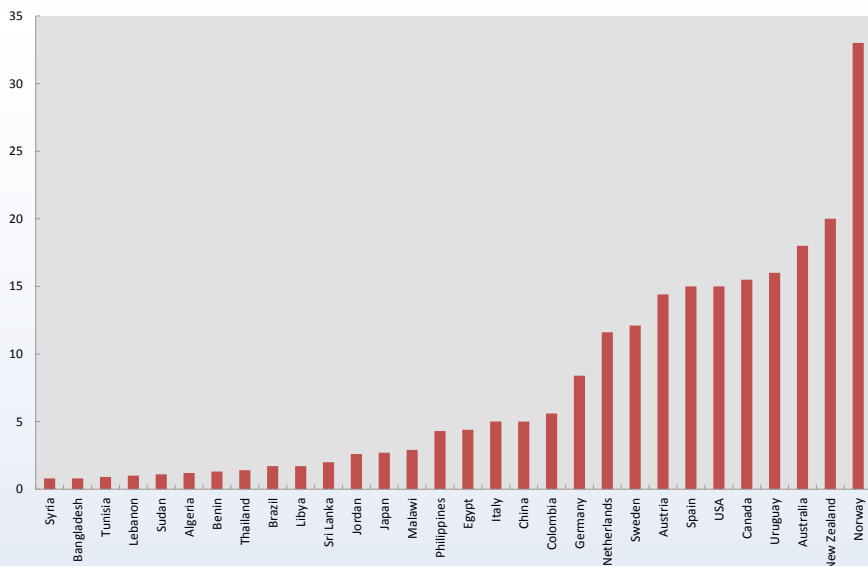
WHO has long collected information about **'reasons for death'**



Missing was information about functioning and disability across all areas of life – the impact of health on living

“the lived experience of health”

UNStat prevalence of 'severe disability' for selected countries



WHO's Requirements

International common conception of functioning and disability

International common language of functioning and disability



ICF

Model of Disability

True to the complex character of the phenomena

and

Classification System

Operational, trans-cultural and multi-linguistic for valid and reliable information

Theory

The vision: the core insight



The paradigm shift....

The rehabilitation insight

“We do not know which disability a war injury causes until we know the veteran’s trade or employment.”

R. Fontesque Fox, 1917

11

The rehabilitation insight

“...the interaction (växelsverkan, samverkan) between the bodily defect and the physical disability per se, and the social and economic situation (den sociala och ekonomiska situationen).”

Haglund P. Svenska vanförestalternas centralkommitté, 1912

12

CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES

(e) *Recognizing that disability is an evolving concept and that disability results from the interaction between persons with impairments and attitudinal and environmental barriers that hinders their full and effective participation in society on an equal basis with others,*

Article 1 Purpose

Persons with disabilities include those who have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others.

13

Principles of the ICF

Universality
Interactive model
Continuous
Etiological Neutrality

Principles of the ICF

Universality

Disability is a common, normal and natural feature of the human condition, not a mark of a social minority group (or a label of a specific individual).

Principles of the ICF

Interactive model

Functioning and disability are outcomes of interactions between intrinsic features of the person and extrinsic features of the person's physical, human-built, social and attitudinal environment.

Principles of the ICF

Continuous

Functioning and disability are not 'yes' or 'no' or dichotomous issues, but rather a matter of degree.

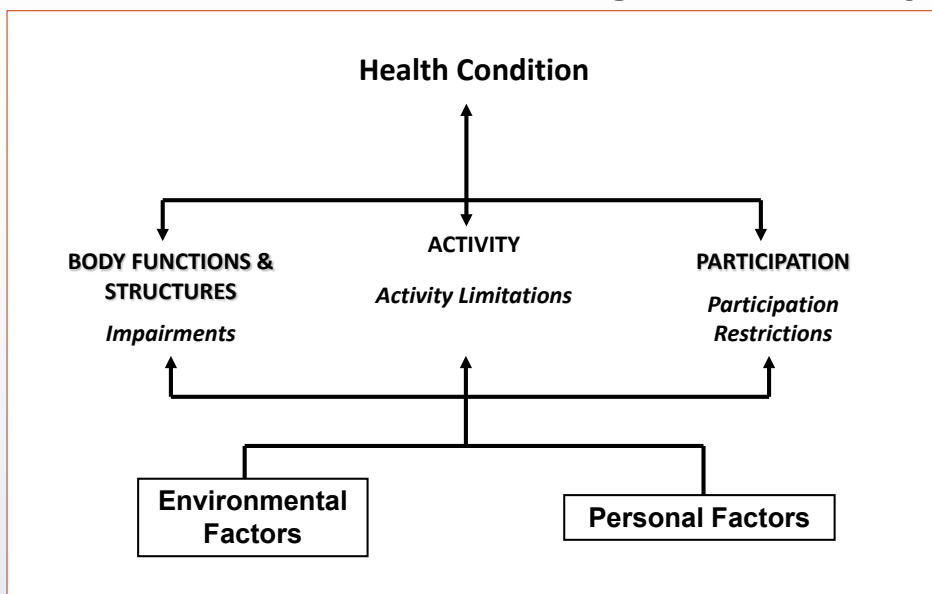
Principles of the ICF

Etiological Neutrality

States of functioning and disability are not determined by etiology or background health condition.

Structure

The **ICF** Model of Functioning and Disability



Body Functions and Structures

	Body Functions (b)	Body Structures (s)
Chapter 1	Mental functions	Structures of the nervous system
Chapter 2	Sensory functions and pain	The eye, ear and related structures
Chapter 3	Voice and speech functions	Structures involved in voice and speech
Chapter 4	Functions of the cardiovascular, haematological, immunological and respiratory systems	Structures of the cardiovascular, immunological and respiratory systems
Chapter 5	Functions of the digestive, metabolic and endocrine systems	Structures related to the digestive, metabolic and endocrine systems
Chapter 6	Genitourinary and reproductive functions	Structures related to the genitourinary and reproductive systems
Chapter 7	Neuromusculoskeletal and movement-related functions	Structures related to movement
Chapter 8	Functions of the skin and related structures	Skin and related structures

Activities and participation (d)

- Chapter 1 Learning and applying knowledge
- Chapter 2 General tasks and demands
- Chapter 3 Communication
- Chapter 4 Mobility
- Chapter 5 Self-care
- Chapter 6 Domestic life
- Chapter 7 Interpersonal interactions and relationships
- Chapter 8 Major life areas
- Chapter 9 Community, social and civic life

Environmental Factors (e)

Chapter 1 Products and technology

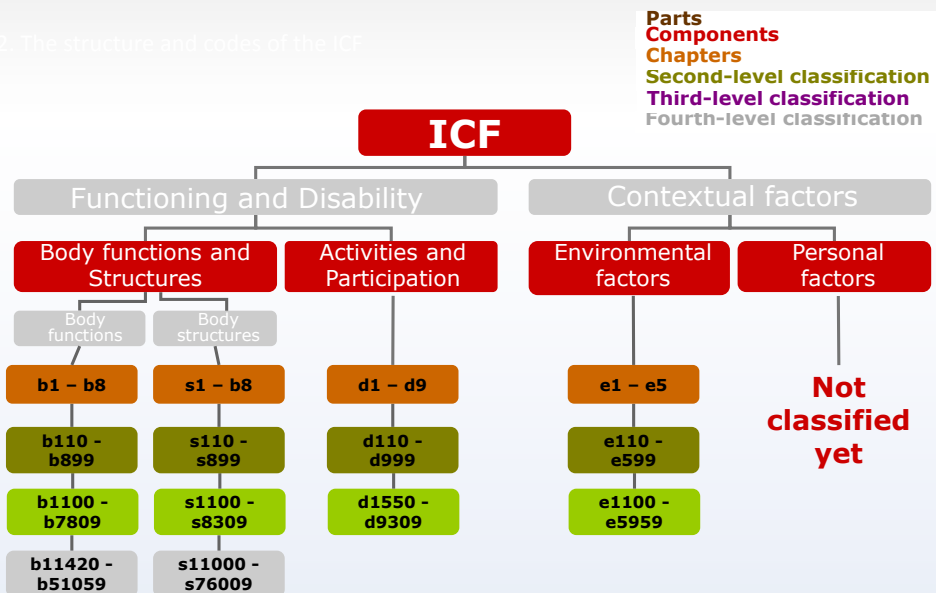
Chapter 2 Natural environment and human-made changes to the environment

Chapter 3 Support and relationships

Chapter 4 Attitudes

Chapter 5 Services, systems and policies

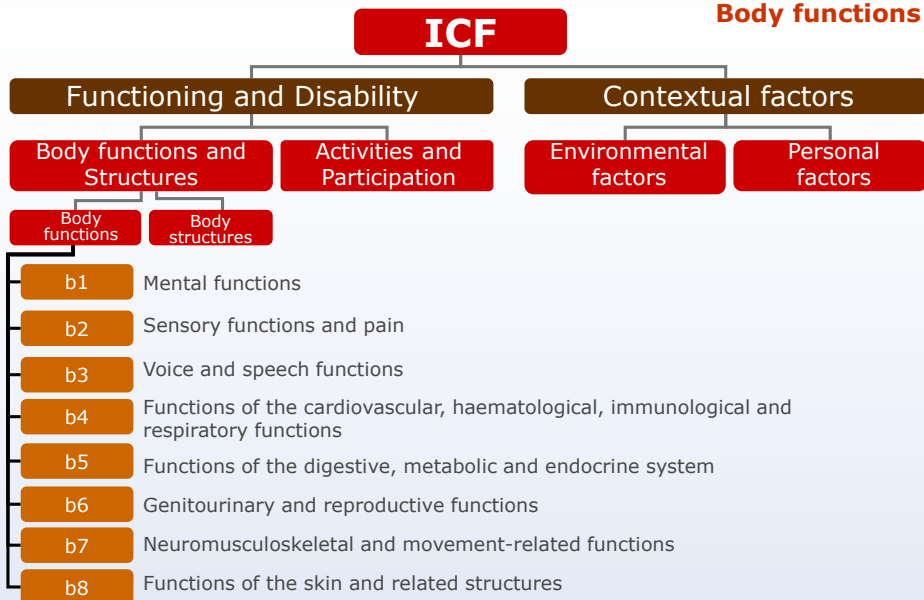
2. The structure and codes of the ICF



2. The structure and codes of the ICF

Chapters

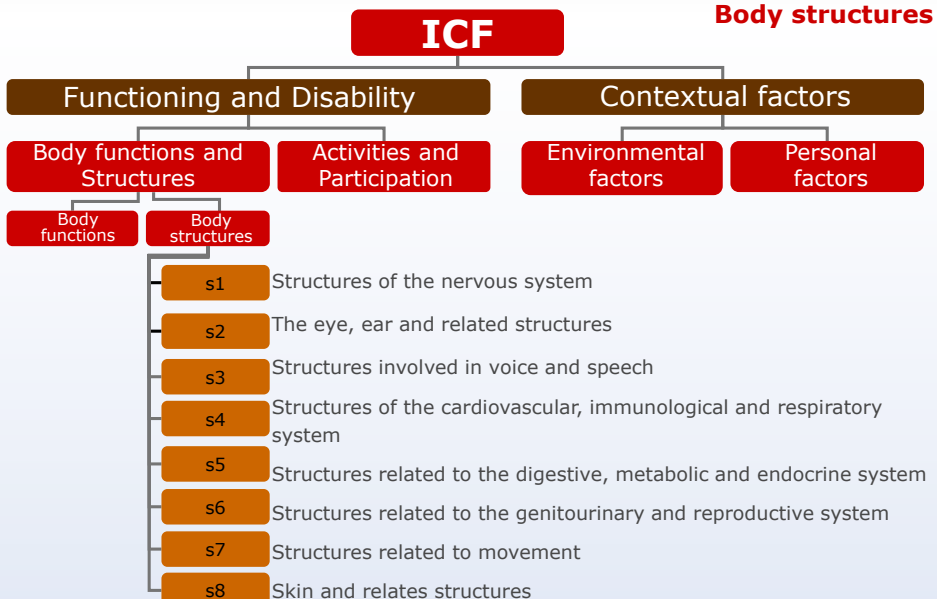
Body functions



The structure and codes of the classification

Chapters

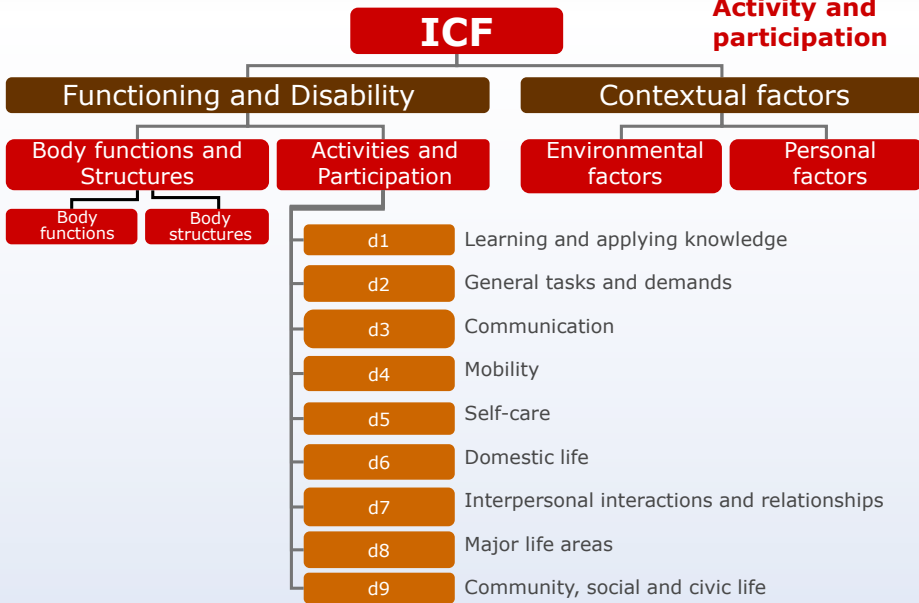
Body structures



2. The structure and codes of the ICF

Chapters

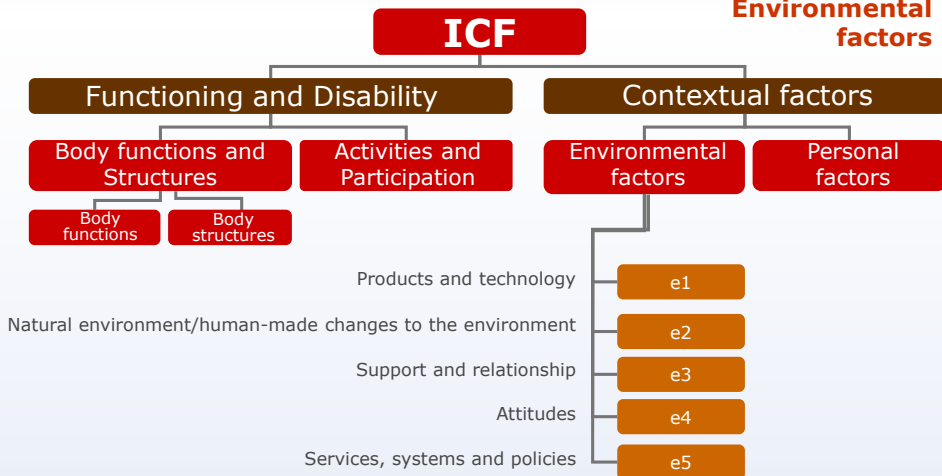
Activity and participation



2. The structure and codes of the ICF

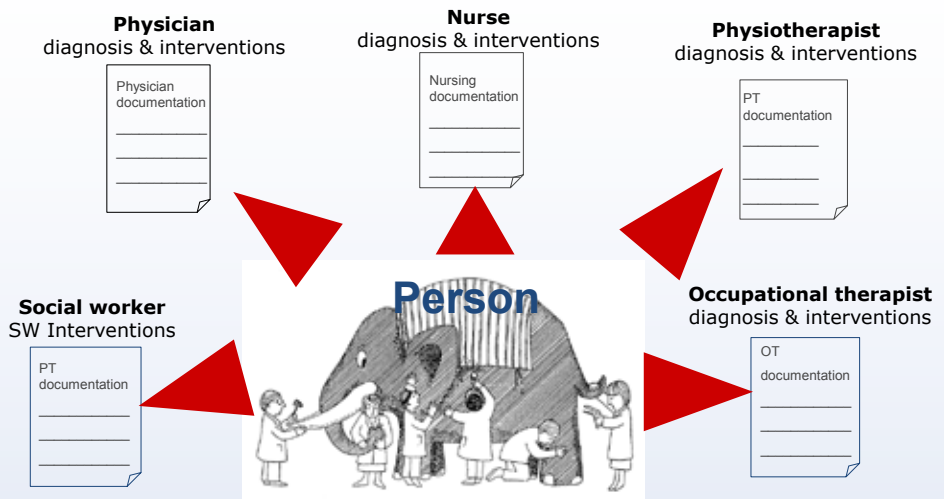
Chapters

Environmental factors



Applications

Clinical, multidisciplinary documentation



ICF for e-health information

I. Consistency of health information collection process (independent of who collects the information)



Consistency of health information

II. Comparability of information



Communication between sectors

III. Transparency

IV. Cost-savings

ICF and the CRPD

CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES (CRPD)

Article 31

Statistics and data collection

1. States Parties undertake to collect **appropriate information**, including statistical and research data, to enable them to formulate and implement policies to give effect to the present Convention. The process of collecting and maintaining this information shall . . .

Disability Eligibility and ICF

Social Security Assistance

Social Security Allowance

Workers' Compensation

Disability Pensions

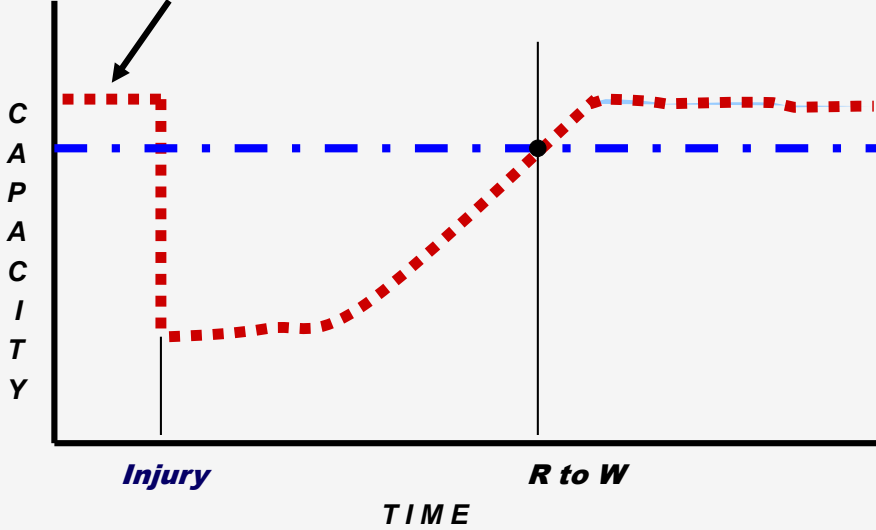
Disability Certification and the Capacity/Performance distinction

Capacity = *intrinsic functioning state in a particular domain*

Performance = *experienced outcome in actual environment (facilitators or barriers)*

.Return to work tragectory

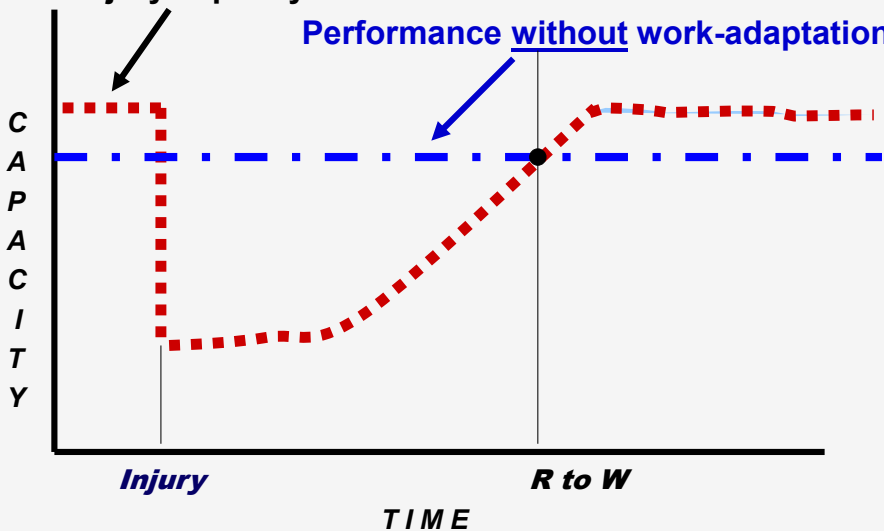
Pre-injury capacity



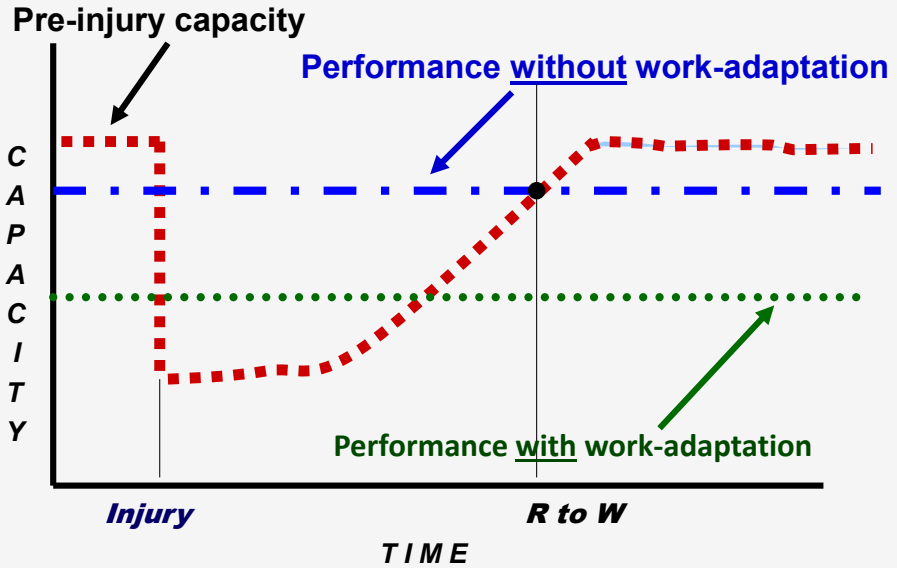
.Return to work tragectory

Pre-injury capacity

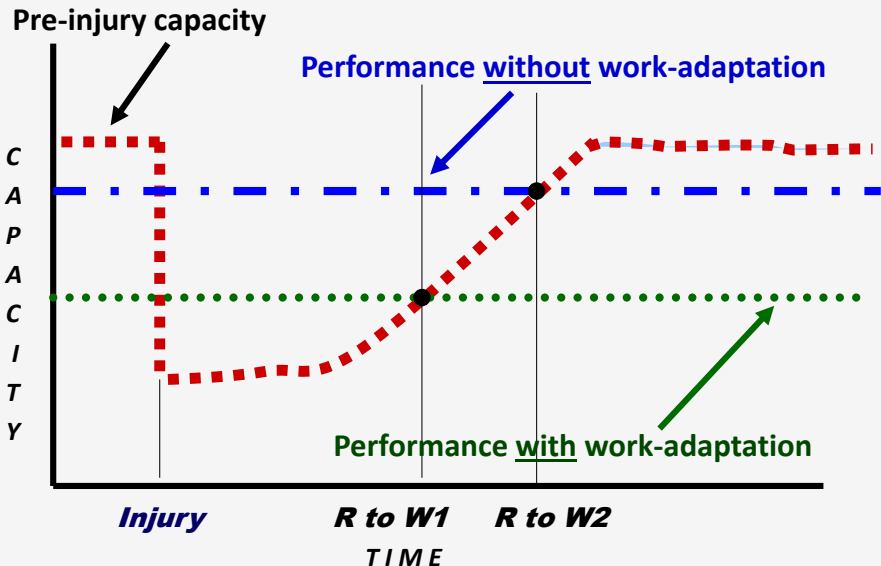
Performance without work-adaptation



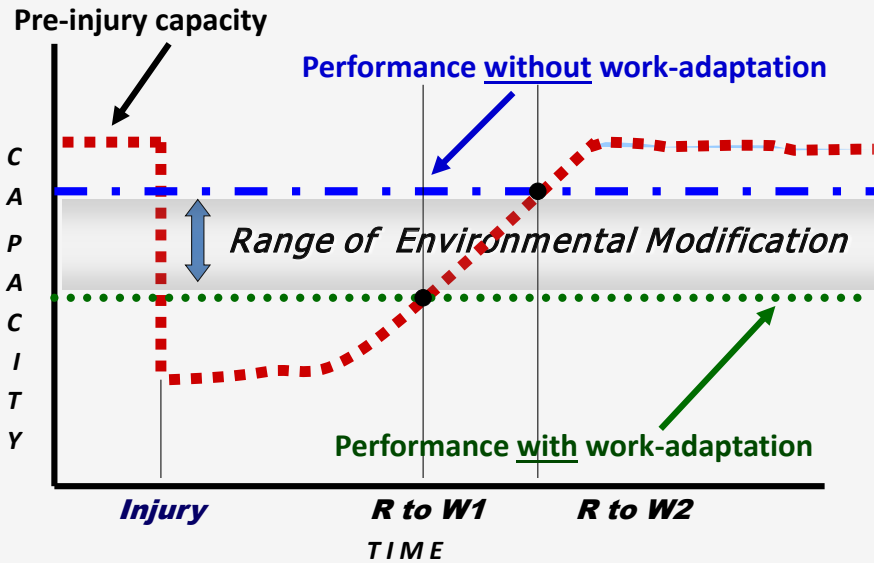
.Return to work tragectory



.Return to work tragectory



Return to work trajectory



MODEL
DISABILITY
SURVEY



MODEL DISABILITY SURVEY

Household Questionnaire

Individual Questionnaire

SÖREN BRAGE

Wdrożenie klasyfikacji ICF do systemu zabezpieczenia społecznego

Wprowadzenie

Kiedy ICF, tj. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, została opublikowana w 2001 r., wzbudziła szerokie zainteresowanie wśród publicznych i prywatnych ubezpieczycieli [1]. Przy rozpatrywaniu wniosku o przyznanie świadczenia należy zmierzyć i ocenić funkcjonowanie osoby ubiegającej się o świadczenie. Brakowało jednak powszechnie akceptowanej terminologii i klasyfikacji oraz powszechnie przyjętych definicji. Lekarze orzecznicy przewidywali, że dzięki ICF będą mogli uzyskać informacje pomocne w ich praktyce [2].

W ostatnich latach klasyfikacja ICF była wykorzystywana w badaniach, praktyce i przy tworzeniu polityki ubezpieczeń społecznych [3–5]. Opiszę i omówię to zastosowanie, koncentrując się na doświadczeniach europejskich. Chciałbym jednak zauważyć, że ważne w tym zakresie zmiany nastąpiły ostatnio także w amerykańskim systemie zabezpieczeń społecznych [6] oraz w systemach funkcjonujących w innych częściach świata.

Patrząc na to zagadnienie z perspektywy ubezpieczeń społecznych, a w szczególności oceny stopnia niezdolności do pracy. Moim celem jest opisanie procesu oceny niepełnosprawności, sposobu określania zdolności do pracy, doświadczeń z korzystania z zestawu kluczowego dla systemu zabezpieczenia społecznego, a także zaprezentowanie skandynawskich przykładów wykorzystania ICF. Omówię też związek pomiędzy rehabilitacją zawodową a oceną niepełnosprawności.

1. Świadczenia inwalidzkie rosną

Z raportów OECD wynika, że w państwach członkowskich rośnie liczba osób, dla których świadczenia inwalidzkie stanowią główne źródło utrzymania [7]. W 2007 r. około 6 proc. populacji w wieku produkcyjnym otrzymywało świadczenia inwalidzkie. Generuje to koszty zarówno dla jednostki, jak i dla społeczeństwa. Problemem jest również fakt, że osoby niepełnosprawne rzadziej znajdują zatrudnienie i często żyją w ubóstwie. Sytuacja ta jest szczególnie trudna dla młodych ludzi z niepełnosprawnością wynikającą z problemów ze zdrowiem psychicznym. Świadczenia inwalidzkie

pozostają ich jedynym źródłem utrzymania, a ich szanse na lepszą integrację społeczną i ekonomiczną są niewielkie. Ważne jest, aby uczynić rynek pracy faktycznie dostępnym dla osób z niepełnosprawnością fizyczną lub umysłową [7].

Istnieją dwa cele polityki społecznej wobec osób niepełnosprawnych: jednym z nich jest zapewnienie odpowiedniego i pewnego źródła utrzymania dla tych, którzy nie mogą pracować. Drugim celem jest opracowanie właściwych zachęt i wsparcia dla osób z niepełnosprawnością, które są zdolne do pracy. OECD zasugerowało zmianę kierunku polityki i zrównoważenie obu tych celów. Zamiast przyznawać pasywne, dożywotnie świadczenia, większy nacisk należy kłaść na umożliwienie ponownego wejścia na rynek pracy. Aby zwiększyć wskaźniki aktywności zawodowej, należy oceniać stopień *zdolności*, a nie *niezdolności* do pracy. Należy „podjąć próbę podtrzymania kontaktu beneficjenta z rynkiem pracy. Nie należy zwlekać z dokonaniem oceny [zdolności do pracy] osób ubiegających się o świadczenie i udzieleniem im stosownego wsparcia – pozwoli to uniknąć sytuacji, w której pozostają oni zbyt długo nieaktywni zawodowo i tracą kontakt z rynkiem pracy” [7].

2. Ocena i badanie niezdolności do pracy jako proces wieloetapowy

W systemie zabezpieczenia społecznego przeprowadzenie oceny niepełnosprawności wymagane jest w kilku sytuacjach. W przypadku krótkoterminowej nieobecności w pracy ocenie podlega możliwość przyznania świadczeń chorobowych. W przypadku absencji długoterminowej przedmiotem oceny są świadczenia inwalidzkie. W niektórych krajach mamy do czynienia z okresem przejściowym, w którym ze względu na konieczność przeprowadzenia rehabilitacji zdrowotnej lub zawodowej przyznane mogą zostać inne rodzaje świadczeń pieniężnych, na przykład zasiłek rehabilitacyjny.

Chciałbym wprowadzić rozróżnienie pomiędzy pojęciami „ocena niepełnosprawności” (*evaluation of disability*) a „badanie niepełnosprawności” (*assessment of disability*). Termin „ocena” odnosi się do całego, zinstytucjonalizowanego procesu przeprowadzanego w celu ustalenia uprawnień do poszczególnych świadczeń społecznych i socjalnych; proces ten obejmuje wiele etapów, podmiotów i rozciąga się na różne obszary działalności zawodowej. „Badanie” stanowi element procesu oceny, podczas którego zdolność do pracy wnioskodawcy jest opisywana i zestawiana z jego stanem zdrowia oraz wymaganiami dotyczącymi pracy. Nierzadko badanie przeprowadzane jest jednoosobowo przez orzecznika.

W tym obszarze używa się wielu różnorodnych określeń, takich jak „zdolność do pracy”, „możliwość wykonywania pracy”, „zdolność do wykonywania pracy zawodowej”, czy „możność wykonywania pracy”. Wymienione terminy opisują zasadniczo jedno i to samo zjawisko. W niniejszej prezentacji będę posługiwał się najczęściej określeniami „zdolność do pracy” i „niezdolność do pracy”.

Każdy kraj opracował swój własny, unikalny system ubezpieczeń. Wnioski o przyznanie świadczeń rozpatrywane są zgodnie z przepisami prawa krajowego i regułami administracyjnymi. Wnioski składane są do instytucji pełniącej funkcję zakładu ubezpieczeń społecznych. Jest to albo organ publiczny (rozwiązanie typowe dla krajów Europy Północnej i Wschodniej), albo podmiot prawa prywatnego. Ostateczna decyzja podejmowana jest zazwyczaj przez urzędnika, który robi to jednak na podstawie informacji medycznych uzyskanych od pracowników systemu ochrony zdrowia, a także profesjonalnej opinii lekarzy orzeczników zatrudnionych przez tenże zakład ubezpieczeń społecznych.

Absencja krótkoterminowa – zwolnienie lekarskie

Najwięcej procedur oceny niezdolności do pracy dotyczy osób czasowo niezdolnych do pracy, przebywających na zwolnieniach lekarskich. Maksymalny okres nieobecności w pracy dopuszczalny w większości europejskich systemów zwolnień lekarskich wynosi od 26 do 52 tygodni. Zwolnienie udzielane jest na podstawie zaświadczenia lekarskiego wystawianego najczęściej przez lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza rodzinnego. Lekarz taki poświadcza, że dany pracownik jest niezdolny do pracy ze względu na chorobę. Ocena zdolności do pracy osób, którym wystawiane są takie zaświadczenia, nie jest zbyt rozbudowana. Zazwyczaj lekarz wypowiada się co do zdolności pacjenta do wykonywania zwykłych zadań pracowniczych.

W okresie nieobecności spowodowanej chorobą najważniejsze jest przywrócenie dobrego stanu zdrowia i zdolności do pracy oraz wspieranie procesu powrotu pracownika do pracy. Lekarz powinien opisać sprawność funkcjonalną pracownika (opis funkcjonalny) oraz zbadać zdolność pracownika do spełnienia wymagań dotyczących pracy (badanie funkcjonalne). Klasyfikacja ICF jest przydatna zarówno do sporządzenia opisu, jak i przeprowadzenia badania. Ważne jest zbadać nie pozostałej zdolności do pracy i rozważenie częściowego powrotu do pracy [10].

OECD wskazało na potrzebę kontrolowania praktyki wydawania zwolnień z pracy przez lekarzy [7]. Jednym ze sposobów dokonywania takiej kontroli jest zastosowanie bardziej systematycznych i ujednoliconych metod badania zdolności do pracy, które będą uzupełniać jasno określone wytyczne dotyczące praktyki wystawiania zwolnień lekarskich [11]. Możliwe jest też zastosowanie narzędzi, które ułatwią lekarzom zrozumienie występujących u pacjentów ograniczeń odnoszących się do aktywności i uczestniczenia w pracy.

Klasyfikacja ICF jest pomocna przy opracowywaniu wytycznych i narzędzi do wykorzystania w praktyce wystawiania zwolnień lekarskich, ponieważ umożliwia zrozumienie dynamicznej relacji pomiędzy sprawnością funkcjonalną a wymogami dotyczącymi pracy. Dokumenty opracowane na podstawie ICF mają wspomagać lekarzy wystawiających zaświadczenia uprawniające do zwolnienia z pracy.

Etap pośredni rehabilitacji

Wielu pracowników z problemami zdrowotnymi jest zdolnych do wykonywania pracy w pewnym zakresie. Zapotrzebowanie na rehabilitację rośnie. W Niemczech, Holandii, Szwajcarii i krajach skandynawskich poddanie się rehabilitacji jest niezbędnym warunkiem przyznania świadczeń inwalidzkich. Etap rehabilitacji może obejmować rehabilitację medyczną, zawodową lub dostosowanie miejsca pracy albo kombinacje tych działań.

Badanie zdolności do pracy na etapie rehabilitacji to zazwyczaj zadanie specjalistów w dziedzinie rehabilitacji leczniczej lub zawodowej, jednak dokonywane jest we współpracy z zakładem ubezpieczeń społecznych. Specjaliści z dziedziny rehabilitacji zobowiązani są najczęściej do informowania o wpływie, jaki rehabilitacja wywarła na zdolność pracownika do pracy, oraz o statusie funkcjonalnym pracownika, który zakończył rehabilitację. Jednym z wyzwania pojawiających się w tym obszarze jest konieczność przedstawienia informacji o ograniczeniach dotyczących aktywności i zasobów w taki sposób i takim językiem, żeby była użyteczna i zrozumiała dla urzędników zakładu ubezpieczeń społecznych. ICF umożliwia znalezienie wspólnego języka.

Wzmocnienie systemów rehabilitacji zawodowej w wielu krajach europejskich powitano z dużym entuzjazmem [13]. Ważnym krokiem było opracowanie zestawów kluczowych ICF używanych na potrzeby rehabilitacji zawodowej [14–15]. Cechą charakterystyczną zestawu kluczowego jest to, że opisuje on sytuację (a nie schorzenie) i może zostać wykorzystany w odniesieniu do wielu różnych chorób. Z punktu widzenia ubezpieczeń społecznych wielu pacjentów poddających się rehabilitacji cierpi na niejasno określone, niedostatecznie zdefiniowane złożone zaburzenia [16]. Rozpoznanie medyczne wnosi niewiele pożytecznych informacji dotyczących leczenia, rehabilitacji i ponownego wejścia na rynek pracy. Z tego też względu lepiej będzie wykorzystać opisujący daną sytuację zestaw kluczowy.

W fazie rehabilitacji ważne jest, aby dysponować uporządkowanymi informacjami. ICF zapewnia takie uporządkowanie i oferuje niezbędne ramy do przeprowadzenia rehabilitacji zawodowej. Użycie uniwersalnych definicji terminów opracowanych na podstawie ICF przyniosłoby zdecydowaną korzyść zarówno medycynie rehabilitacyjnej, jak i zakładom ubezpieczeń. W praktyce struktura, nomenklatura i taksonomia ICF są coraz częściej wykorzystywane na potrzeby rehabilitacji zawodowej.

Absencja długoterminowa – świadczenia z tytułu niezdolności do pracy

Jeżeli danej osobie nie uda się powrócić do pracy po upływie okresu zwolnienia lekarskiego i rehabilitacji, może ona ubiegać się o przyznanie świadczenia długoterminowego. Jest to złożony proces, który obejmuje badanie zdolności do pracy potencjalnego beneficjenta przez lekarzy orzeczników. Może to być badanie lekarskie podczas osobistej wizyty wnioskodawcy w gabinecie albo analiza dokumentacji złożonej przez wnioskodawcę – w tym wypadku orzeczenie wydane zostanie wyłącznie na podstawie informacji zebranych i przedłożonych przez innych specjalistów z dziedziny medycyny. Ten drugi model funkcjonuje powszechnie w krajach skandynawskich i do pewnego stopnia w Niemczech i Belgii.

Lekarz orzecznik orzeka, czy dane schorzenie jest na tyle poważne, że uzasadnia przyznanie świadczenia [17]. Orzeczenie to zazwyczaj ma postać sprawozdania i zawiera opis występującej niepełnosprawności funkcjonalnej, rozpoznanie, wywiad kliniczny i socjalny, określenie potrzeby odbycia rehabilitacji zawodowej oraz rokowania dotyczące niepełnosprawności [18]. W niektórych krajach europejskich lekarze orzecznicy określają niepełnosprawność funkcjonalną opisowo. W innych korzystają dodatkowo ze skal funkcjonalnych. W Zjednoczonym Królestwie zdolność do pracy osób ubiegających się o świadczenia opisywana jest za pomocą „Badania zdolności do pracy” (*Work Capability Assessment*), które stosowane jest od niemal dwudziestu lat. W Holandii przez podobny okres działa „Wykaz sprawności funkcjonalnej” [19]. Wykaz ten określa zarówno zdolności, jak i sytuacje braku zdolności [20]. Trwają prace nad połączeniem elementów tego wykazu z odpowiadającymi im kategoriami ICF.

Podczas badania lekarz orzecznik zestawia występujące u danej osoby ograniczenia dotyczące aktywności i uczestniczenia z obowiązującymi w kraju zasadami przyznawania renty z tytułu niezdolności do pracy. Zazwyczaj lekarz nie ocenia wszystkich ograniczeń funkcjonalnych danej osoby, lecz analizuje wyłącznie te, które muszą zostać zbadane zgodnie z przepisami prawa krajowego i regułami administracyjnymi.

ICF zapewnia system, który umożliwi podjęcie działań w celu poprawy jakości orzecznictwa lekarskiego w obszarze świadczeń długoterminowych w wielu krajach. Klasyfikacja ta stanowi pewnego rodzaju słownik oraz zawiera definicje upośledzeń oraz ograniczeń aktywności i uczestniczenia, które można wykorzystać w ubezpieczeniach społecznych.

3. Porównanie badania stosowanego w ramach oceny niepełnosprawności i w rehabilitacji

W praktyce systemu zabezpieczenia społecznego badanie dokonywane w celu ustalenia uprawnień do świadczeń inwalidzkich przeprowadzane jest wraz z badaniami skuteczności działań rehabilitacyjnych i wysiłków zmierzających do powrotu na rynek pracy (tabela 1).

Tabela 1. Charakterystyka badań stosowanych w rehabilitacji zawodowej i ocenie niepełnosprawności

Obszar badania	Rehabilitacja zawodowa	Ocena niepełnosprawności
Podmioty	Proces multidyscyplinarny angażujący wielu interesariuszy	Kilka zawodów: lekarze, psychologowie, pracownicy socjalni, urzędnicy administracji
Umiejscowienie	System ochrony zdrowia i zakład ubezpieczeń społecznych	Zakład ubezpieczeń społecznych
Cel	Ocena skutków interwencji klinicznych i możliwości powrotu na rynek pracy	Orzeczenia dotyczące uprawnień do świadczeń
Ograniczenia prawne	Niewielkie	Silne
Zakres	Całościowy	Ograniczony
Wymiar	Nacisk na zdolność	Nacisk na brak zdolności (niepełnosprawność)

W przypadku rehabilitacji zawodowej w badaniu bierze udział zespół złożony ze specjalistów z różnych dziedzin, natomiast proces oceny niepełnosprawności angażuje niewiele podmiotów. Rozpatrywanie wniosków o przyznanie świadczeń z tytułu niezdolności do pracy odbywa się w sztywnych ramach wyznaczonych przez liczne przepisy, a sam proces koncentruje się zasadniczo na obniżonej sprawności funkcjonalnej. W obszarze rehabilitacji zawodowej istnieje mniej ograniczeń prawnych, a nacisk jest kładziony na to, co dana osoba może robić i jakie ma możliwości.

4. Potrzeba wypracowania wspólnego języka i statystyk

Z punktu widzenia zakładów ubezpieczeń społecznych jest czymś absolutnie niezbędnym, aby wszyscy profesjonaliści pracujący z osobami ubiegającymi się o uzyskanie wsparcia bądź świadczeń rozumieli jednakowo pojęcia takie jak „funkcjonowanie” czy „niezdolność do pracy”. Niezwykle pomocne będzie wypracowanie jednolitej interpretacji tych pojęć wśród decydentów politycznych, przedstawicieli systemu opieki zdrowotnej i w społeczeństwie. Ważne jest, aby uzyskać powszechną znajomość terminu „funkcjonowanie” w każdym z krajów. Klasyfikacja ICF oferuje globalną jednolitość interpretacji kluczowych pojęć opisujących funkcjonowanie człowieka i konsekwencje problemów zdrowotnych w kontekście aktywności i uczestniczenia w życiu codziennym.

Ogólnie rzecz biorąc, zakłady ubezpieczeń społecznych w Europie posiadają rozbudowane dane statystyczne dotyczące rodzaju i wysokości świadczeń. Wzmocnienie funkcjonalnego podejścia do świadczeń wymagać będzie statystycznej analizy przyszłej sprawności funkcjonalnej osób uprawnionych, a nie tylko rozpoznania medycznego. Gromadzenie danych statystycznych mogłoby się okazać użyteczne z punktu widzenia ICF.

5. Zestaw kluczowy składników oceny niepełnosprawności EUMASS

Na szczeblu europejskim lekarze pracujący w obszarze ubezpieczeń społecznych i prywatnych zrzeszeni są w Europejskim Stowarzyszeniu Lekarzy Orzeczników (*European Union of Medicine in Assurance and Social Security*, EUMASS). W 2004 r. EUMASS utworzył grupę roboczą w sprawie ICF [2], której zadaniem było opracowanie zestawu kluczowego składników oceny funkcjonalnej wniosków o świadczenia inwalidzkie w systemie zabezpieczenia społecznego. Celem inicjatywy było wsparcie lekarzy orzeczników w podejmowaniu decyzji, poprawienie jakości, nawiązanie komunikacji między specjalistami, przeprowadzenie analiz porównawczych na szczeblu krajowym i międzynarodowym oraz budowa solidnych podstaw do badań. Skład zestawu kluczowego ustalony został w trybie formalnego procesu decyzyjnego.

W skład zestawu weszło w sumie 20 kategorii, pięć należących do składnika klasyfikacji ICF „Funkcje ciała” oraz 15 należących do składnika „Aktywność i uczestniczenie” (tabela 2).

Tabela 2. Zestaw kluczowy składników oceny niepełnosprawności w systemie zabezpieczenia społecznego opracowany przez EUMASS

Kod	Rozdział	Tytuł
b164	Funkcje psychiczne	Wyższe funkcje poznawcze
b280	Funkcje narządów zmysłów i czucie bólu	Czucie bólu
b455	Funkcje układów: krążenia, krwiotwórczego, odpornościowego i oddechowego	Funkcje związane z tolerancją wysiłku
b710	Funkcje nerwowo-mięśniowo-szkieletowe i funkcje związane z ruchem	Funkcje ruchomości stawów
b730	Funkcje nerwowo-mięśniowo-szkieletowe i funkcje związane z ruchem	Funkcje związane z siłą mięśni
d110	Uczenie się i stosowanie wiedzy	Patrzenie
d115	Uczenie się i stosowanie wiedzy	Słuchanie
d155	Uczenie się i stosowanie wiedzy	Nabywanie umiejętności
d177	Uczenie się i stosowanie wiedzy	Podejmowanie decyzji
d220	Ogólne zadania i obowiązki	Podejmowanie wielu zadań
d240	Ogólne zadania i obowiązki	Radzenie sobie ze stresem i innymi obciążeniami psychicznymi
d399	Porozumiewanie się	Porozumiewanie się, nieokreślone
d410	Poruszanie się	Zmienianie podstawowej pozycji ciała
d415	Poruszanie się	Utrzymywanie pozycji ciała
d430	Poruszanie się	Podnoszenie i przenoszenie przedmiotów
d440	Poruszanie się	Precyzyjne używanie ręki
d445	Poruszanie się	Używanie rąk i ramion
d450	Poruszanie się	Chodzenie
d470	Poruszanie się	Używanie środków transportu
d720	Wzajemne kontakty i związki międzyludzkie	Złożone kontakty międzyludzkie

Zestaw kluczowy EUMASS zawiera kategorie, które lekarze orzecznicy powinni badać w każdej sytuacji, niezależnie od diagnozy postawionej ubezpieczonemu. Zestaw ten ma służyć do oceny uprawnień do świadczeń. Lekarze orzecznicy mogą również badać efekty rehabilitacji i procesów powrotu do pracy. W takim przypadku należy w większym stopniu uwzględnić zasoby i możliwości danej osoby.

Kluczowy zestaw zawiera niewielką liczbę kategorii. Ważne jest, aby krajowe organy administracyjne korzystające z zestawu kluczowego EUMASS dodawały kategorie, zgodnie z krajowymi standardami i przepisami prawa.

W ramach zestawu kluczowego mamy do czynienia z dostateczną równowagą pomiędzy kategoriami dotyczącymi funkcjonowania fizycznego i psychicznego. Większość tych kategorii wybrano spośród wymienionych w składniku ICF „Aktywność i uczestniczenie”. Obejmują one funkcje narządów zmysłów, podstawowe funkcje psychiczne, funkcje związane z poruszaniem się oraz funkcje bardziej złożone. Wybór ten odzwierciedla znaczące różnice w zapotrzebowaniu na sprawność funkcjonalną w życiu zawodowym, a także złożoność oceny niepełnosprawności.

Zestaw kluczowy EUMASS stał się przedmiotem międzynarodowego, przekrojowego badania rozpoznawczego, którego celem była walidacja jego treści [3]. Chodziło o zweryfikowanie, czy kategorie ICF uwzględnione w zestawie są istotne, użyteczne i wystarczające do opisanego sprawności funkcjonalnej osób ubiegających się o długoterminowe świadczenia inwalidzkie. Badanie wykazało, że tak właśnie było. Lekarze uznali zestaw kluczowy za użyteczny i wystarczający do opisanego niepełnosprawności funkcjonalnej w kontekście życia zawodowego, z uwzględnieniem różnic pomiędzy poszczególnymi krajami i grupami diagnostycznymi. Badanie pokazało, że bez względu na różnice między krajowymi lub lokalnymi procesami oceny niepełnosprawności możliwe jest wykorzystanie instrumentu służącego ocenie sprawności funkcjonalnej. Instrument taki promuje przejrzystość, wiarygodność, jednolitą prezentację w praktyce oraz wymianę danych badawczych. Zestaw kluczowy EUMASS można by jednak uczynić narzędziem bardziej kompleksowym poprzez dodanie większej liczby kategorii funkcji psychicznych, takich jak temperament i funkcje osobowościowe czy stabilność psychiczna.

6. Zastosowanie ICF w systemie zabezpieczenia społecznego – przykłady ze Skandynawii

W Szwecji klasyfikacja ICF – pierwotnie opracowana na bazie zestawu kluczowego EUMASS – stosowana jest na potrzeby badania zdolności do pracy. W tym kraju, na wniosek biura do spraw zabezpieczenia społecznego, badanie takie w przypadku wniosków niebudzących wątpliwości przeprowadza lekarz jednoosobowo. W bardziej skomplikowanych sprawach w badanie zaangażowany jest zespół złożony ze specjalistów z różnych dziedzin.

W Islandii klasyfikacja ICF jest powszechnie i konsekwentnie używana w obszarze rehabilitacji zawodowej. Oparte na ICF instrumenty badawcze stosowane są na następujących po sobie etapach procesu rehabilitacji zawodowej.

W Norwegii Urząd ds. Bezpieczeństwa Społecznego opracował Norweską Skalę Oceny Funkcjonalnej (*Norwegian Functional Assessment Scale, NFAS*). Jest to czterdziestoelementowa skala funkcjonalna sformułowana na podstawie kategorii ICF należących do składnika „aktywność”, którą stosuje się wobec osób z ograniczoną zdolnością do pracy [21].

7. Klasyfikacja ICF w systemie zabezpieczenia społecznego – perspektywy na przyszłość

ICF zapewnia kompleksową strukturę, spójną taksonomię oraz zestawy kluczowe, które nadają się do zastosowania w ocenie niepełnosprawności oraz wyników rehabilitacji zawodowej. Struktura ICF odpowiada aktualnym koncepcjom europejskiej medycyny ubezpieczeń społecznych. Zarówno klasyfikacja, jak i teoria uznają, że pojęcie choroby i funkcjonowania są pokrewne oraz że najlepiej opisuje je model biopsychospołeczny.

Zakłady ubezpieczeń społecznych w Europie obecnie koncentrują swoją uwagę na zdolności i możliwościach, a nie na niepełnosprawności i braku zdolności. ICF przedstawia interpretację pozytywnych i negatywnych aspektów funkcjonowania oraz pozytywnego i negatywnego wpływu czynników osobowych i środowiskowych, która jest dobrze dopasowana do potrzeb systemów zabezpieczenia społecznego.

Pełna klasyfikacja ICF jest zbyt obszerna jak na potrzeby systemu zabezpieczenia społecznego. Konieczne jest opracowanie jej skróconych wersji, tzw. zestawów kluczowych. Należy sprawdzić, czy istnieje potrzeba użycia zestawów odnoszących się do konkretnej choroby, czy też zestawów „rodzajowych”. W kontekście zabezpieczenia społecznego użycie zestawów odnoszących się do konkretnej choroby jest problematyczne z uwagi na dużą liczbę schorzeń towarzyszących, które zazwyczaj występują u osób ubiegających się o świadczenia. W wielu przypadkach bardziej opłacalne byłoby użycie rodzajowych zestawów kluczowych.

Do tej pory klasyfikacja ICF była wykorzystywana w najszerszym zakresie na potrzeby rehabilitacji medycznej i zawodowej. Coraz częściej jednak z ICF korzysta się podczas badania zdolności do pracy osób ubiegających się o zwolnienia chorobowe i świadczenia inwalidzkie. Anner i inni podkreślają, że ICF nadaje się do oceny sprawności funkcjonalnej, zastrzegają jednak, że w ramach tej klasyfikacji nie jest możliwe opisanie niektórych istotnych aspektów procesu oceny niepełnosprawności, takich jak stan zdrowia, postępy niepełnosprawności, rokowania czy związek przyczynowy.

W obszarze tym występuje pewien konflikt związany z trudnościami ze znalezieniem w systemie ubezpieczeń społecznych równowagi pomiędzy uwzględnieniem unikalności jednostki a potrzebą wypracowania ogólnej polityki w obszarze niepełnosprawności. Przyjęcie instrumentów opartych na ICF oraz integracyjne podejście doktrynalne bez wątpienia umożliwiłoby spełnienie takiej potrzeby, pozwalając na łatwiejsze ujednoczenie kwestionariuszy i protokołów. W takiej sytuacji naturalnie kuszącą perspektywą jest zlekceważenie unikalnych doświadczeń jednostki.

Integracja ICF z systemem zabezpieczenia społecznego wymaga czasu. Instytucje tego systemu działają powoli. Zmiany polityki i metod pracy muszą następować w trybie politycznych procedur, a ich przygotowywanie, omówienie i podjęcie decyzji o ich wdrożeniu stanowi długotrwały proces. Ogólnym i całościowym wyzwaniem jest maksymalne jego skrócenie.

Taksonomia i definicje terminów zawarte w ICF są asymilowane przez organizacje systemu zabezpieczenia społecznego działające w Europie. Z punktu widzenia zabezpieczenia społecznego wyzwaniem pozostają kwestie związane z czynnikami środowiskowymi. Ocena zdolności do pracy zazwyczaj wymaga bardziej precyzyjnego opisu wymogów i sytuacji związanych z pracą oraz środowiskiem pracy niż ten, który jest zawarty w ICF. W tym wymiarze istnieje wyraźna potrzeba rozszerzenia taksonomii tej klasyfikacji. Opracowywanie bardziej precyzyjnych kategorii musi nastąpić na podstawie wyników badań. Wspomniany wcześniej projekt szwedzki jest dobrym przykładem wdrożenia tego postulatu.

Brak klasyfikacji czynników osobowych ogranicza użyteczność ICF. Aby opisać czynniki osobowe – takie jak motywacja czy poczucie spójności – konieczne jest jednolite zastosowanie innych metod gromadzenia danych i instrumentów wykorzystywanych w ocenie niepełnosprawności, dokonywanej na potrzeby ubezpieczeń społecznych.

Aby można ją było wykorzystać w praktyce, klasyfikacja ICF wymaga operacjonalizacji. Istnieje potrzeba opracowania konkretnych narzędzi, instrumentów i kwestionariuszy, które mogą być używane w praktyce klinicznej i badaniach. Takie narzędzia i instrumenty można opracować na podstawie ICF lub zestawów kluczowych tej klasyfikacji; można też wykorzystać już istniejące narzędzia i połączyć je z ICF. Narzędzia opracowane na podstawie ICF są używane w pracy klinicznej w celu określenia wyników procesu rehabilitacji zawodowej. Podobne narzędzia da się opracować w obszarze zabezpieczenia społecznego, gdzie mogą one dać nam niezbędne, uporządkowane i przejrzyste informacje potrzebne do przeprowadzenia multidyscyplinarnej oceny niepełnosprawności.

W ramach systemu zabezpieczenia społecznego ICF może wesprzeć wysiłki podejmowane w celu uzyskania większej przejrzystości i sprawiedliwszych rozstrzygnięć. Ramy i taksonomia, a także ostatnie zmiany dotyczące zestawów kluczowych zostały wykorzystane w zakładach ubezpieczeń społecznych. Podczas rozpatrywania wniosków potencjalnych świadczeniobiorców klasyfikacja ICF zaspokaja potrzebę położenia silniejszego akcentu na procesy powrotu do pracy oraz indywidualną zdolność funkcjonalną i zdolność do pracy.

Bibliografia

1. ICF – *International classification of functioning, disability, and health*, Światowa Organizacja Zdrowia, Geneva 2001.
2. Brage S., Donceel P., Falez F., *Development of ICF core set for disability evaluation in social security*, „Disabil Rehabil” 2008, nr 30, s. 1392–1396.
3. Anner J., Brage S., Donceel P., Falez F., Freudenstein R., Oancea C., de Boer W.E.L., *Validation of the EUMASS Core Set for Medical Evaluation of Work Disability*, „Disabil Rehabil” 2013, nr 35, s. 2147–2156.
4. Timmer K., *Die Bedeutung der ICF für die sozialmedizinische Beurteilung in der gesetzlichen Rentenversicherung*, „Der Medizinische Sachverständiger” 2008, nr 104, s. 15–17.
5. Morgell R., Backlund L.G., Arrelöv B., Strender L.-E., Nilson G.H., *Health problems and disability in long-term sickness absence: ICF coding of medical certificates*, „BMC Public Health” 2011, nr 11, s. 860.
6. Escorpizo R., Stucki G., *Disability evaluation, social security, and the International Classification of Functioning, Disability, and Health*, „J Occup Environ Med” 2013, nr 55, s. 644–651.
7. *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. A Synthesis of Findings across OECD Countries*, OECD, Paris 2010.
8. Mabbet D., Bolderson H., Hvinden B., *Definitions of disability in Europe: a comparative analysis*, Uxbridge Brunel University 2002.
9. Boer de W.E.L., Besseling J.J.M., Willems J.H.B.M., *Organisation of disability evaluation in 15 countries*, „Pratiques et organisation des soins” 2007, nr 38, s. 205–217.
10. Krohne K., Brage S., *New rules meet established sickness certification practice: a focus-group study on the introduction of functional assessments in Norwegian primary care*, „Scand J Prim Health Care” 2007, nr 25, s. 172–177, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17846936>.

11. Larson J., *Metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen – slutrapport (Methods for assessment of job capacity in social insurance – a final report. In Swedish)*, Försäkringskassan, Stockholm 2013.
12. Nilssing E., Söderberg E., Öberg B., *Sickness certificates in Sweden: did the new guidelines improve their quality?*, „BMC Public Health” 2012, nr 12, s. 907.
13. Chamberlain M.A., Moser V.F., Ekholm K.S., O'Connor R.J., Herceg M., Ekholm J., *Vocational rehabilitation: an educational review*, „J Rehabil Med” 2009, nr 41, s. 856–869.
14. Escorpizo R., Finger M.E., Glässel A., Cieza A., *An International Expert Survey on Functioning in Vocational Rehabilitation Using the International Classification of Functioning, Disability and Health*, „J Occup Rehabil” 2010, nr 20, s. 502–511.
15. Finger M.E., Escorpizo R., Glässel A., Gmünder H.P., Lückenkemper M., Chan C., Fritz J., Studer U., Ekholm J., Kostanjsek N., Stucki G., Cieza A., *ICF Core Set for vocational rehabilitation: results of an international consensus conference*, „Disabil Rehabil” 2012, nr 34(5), s. 429–438.
16. Waddell G., Burton A.K., Kendall N.A.S., *Vocational rehabilitation – what works, for whom, and when? Report for the Vocational Rehabilitation Task Group*, TSO, London 2008.
17. Brage S., *Legers oppgaver ved søknad om uførepensjon i fem europeiske land*, „Arbeid og Velferd” 2010, nr 4, s. 70–80.
18. Anner J., Schwegler U., Kunz R., Trezzini B., de Boer W.E.L., *Evaluation of work disability and the international classification of functioning, disability and health: what to expect and what not*, „BMC Public Health” 2012, nr 12, s. 470.
19. Harrington M., *An independent review of the work capability assessment – year two*, The Stationery Office, London 2011.
20. Spanjer J., *The Disability Assessment Structured Interview. Its reliability and validity in work disability assessment. PhDthesis*, University of Groningen 2010.
21. Brage S., Fleten N., Knudsrød O.G., Reiso H., Rygen A., *Norsk Funksjonsskjema – et nytt instrument ved sykmelding og uførhetsvurdering*, „Tidsskr Nor Lægeforen” 2004, nr 124, s. 2472–2474.

DR N. MED. SÖREN BRAGE

Dyrektor medyczny Dyrektoriatu Pracy i Opieki Społecznej w Oslo w Norwegii. Od 2010 r. prezes EUMASS (Europejskiego Stowarzyszenia Lekarzy Orzeczników). Główny konsultant ds. Medycznych Wydziału Badań Norweskiego Dyrektoriatu Pracy i Opieki Społecznej. Uczestniczył w finansowanych ze środków publicznych projektach dotyczących oceny funkcjonalnej (jako lider, w latach 2003–2007), oceny niepełnosprawności (2011–2012) oraz oceny zdolności do pracy (2008–2010) realizowanych w Norwegii, na Łotwie i w Szwecji. Współautor publikacji zatytułowanej „Vocational rehabilitation and disability evaluation: Application and implementation of the ICF” („Rehabilitacja zawodowa i ocena niepełnosprawności: zastosowanie i wdrożenie klasyfikacji ICF”), która została wydana jesienią 2014 r. Przedmiotem jego badań są: medycyna ubezpieczeniowa, praktyka wystawiania zwolnień lekarskich, ocena stopnia niepełnosprawności, ocena wyników rehabilitacji, klasyfikacja chorób i niepełnosprawności oraz epidemiologia chorób układu mięśniowo-szkieletowego i zaburzeń psychicznych.

IMPLEMENTATION OF ICF SOCIAL SECURITY

Søren Brage MD, PhD
Research unit
Directorate for Labour and Welfare
Oslo

ICF 2001

- Large interest in insurance medicine
- Experience from
 - ▣ Clinical practice
 - ▣ Research
 - ▣ Policy making

High disability rates in Europe

- A balance between:
 - Adequate income
 - Incentives for integration
- Higher work inclusion
- Re-integration
- “try to maintain the claimant in contact with the labour market. The assessment and corresponding support should be done quickly so as to avoid claimants being inactive for too long and losing contact with the labour market” OECD. *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers*, 2010
-

Work disability

- Evaluation of work disability
 - The whole process: many steps, many actors
- Assessment of work disability
 - A part of the evaluation process
 - One assessor gives advice
- Short term sickness absence
- Long term disability benefits
- Intermediate rehabilitation

Sickness absence

- Certified absence by physician
- Restore health/return to work support
- Assessed vs usual work tasks
- ICF framework: relationship between ability and demands
- ICF taxonomy: guidelines and tools

Rehabilitation

- Assessed by rehabilitation specialists
- Information to social security
- Comprehensive assessment
- ICF framework: generally accepted
- ICF taxonomy: common language
- ICF classification: ICF core set vocat rehab, clinical core sets, tools, scales, linking rules. Widely used

Disability benefits

- Assessors in social security
- Advice on rights to benefit
- Assess against labour market – legal demands
- ICF framework: improve quality, modernize
- ICF taxonomy: a dictionary
- ICF classification: EUMASS core set

Vocational rehabilitation vs disability evaluation

Assessment	Vocational rehabilitation	Disability evaluation
Actors	A multidisciplinary and multi-stakeholder process.	A few professions: medical, psychological, social worker, administrative
Placement	Health sector and social insurance institution	Social insurance institution
Purpose	Assess effects of clinical interventions and reintegration potential.	Decisions on rights for benefits.
Legal bindings	Few	Strong
Scope	Comprehensive	Limited
Dimension	Focus on ability	Focus on disability

EUMASS core set

Code	Title
b164	Higher-level cognitive functions
b280	Sensation of pain
b455	Exercise tolerance functions
b710	Mobility of joint functions
b730	Muscle power functions
d110	Watching
d115	Listening
d155	Acquiring skills
d177	Making decisions
d220	Undertaking multiple tasks
d240	Handling stress and other psychological demands
d399	Communication, unspecified
d410	Changing basic body position
d415	Maintaining a body position
d430	Lifting and carrying objects
d440	Fine hand use
d445	Hand and arm use
d450	Walking
d470	Using transportation
d720	Complex interpersonal interactions

The way forward

- ICF provides a comprehensive framework, a consistent taxonomy, and relevant core sets for disability evaluation
- ICF provides an understanding of positive and negative aspects of functioning, and positive and negative influence of personal and environmental factors
- The full classification of the ICF is too large for social security. Core sets are needed

The way forward



- Crucial aspects of the disability evaluation process, such as health condition, development, prognosis, and causality cannot be described within the ICF
- The unique experience of the individual
- Strong need to expand the ICF taxonomy in environmental factors

The way forward



- Lack of classification for personal factors is a limit for the use of the ICF
- The ICF needs operationalization

- In social security, the ICF can support the efforts to reach greater transparency and fairness of decisions

URBAN SCHWEGLER

Zalety stosowania ICF w orzecznictwie lekarskim

Dzień dobry, szanowni państwo. Mam nadzieję, że moja prezentacja będzie uzupełnieniem wystąpień poprzedników. Chciałbym się w niej skupić na przydatności ICF dla medycznej oceny zdolności do pracy. Na początku wprowadzę państwa pokrótce w temat medycznej oceny zdolności do pracy, a potem przejdę do omówienia użyteczności ICF w tej dziedzinie, co stanowić będzie główny wątek prezentacji. Następnie podsumuję najistotniejsze szanse i wyzwania związane z ICF w tym kontekście i powiem parę słów o rzeczywistym zastosowaniu i wdrażaniu ICF w systemie zabezpieczenia społecznego.

Będę używał zamiennie terminów „ocena niepełnosprawności” i „medyczna ocena zdolności do pracy”. Oceny takie stanowią kluczowe narzędzia w procesie ponownego wchodzenia na rynek pracy, ponieważ dostarczają informacji, które są niezbędne do ustalenia, czy osoba z niepełnosprawnością kwalifikuje się do otrzymania wsparcia z systemu zabezpieczenia społecznego, oraz do określenia odpowiedniego rodzaju i zakresu wsparcia. Krajowa Biblioteka Medyczna Stanów Zjednoczonych definiuje „ocenę niepełnosprawności” jako określenie stopnia upośledzenia fizycznego, umysłowego bądź emocjonalnego i stwierdza, że diagnoza taka jest stosowana na potrzeby kwalifikacji prawnej do otrzymywania świadczeń i dochodów z ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy oraz uprawnień do świadczeń z systemu zabezpieczenia społecznego i ubezpieczenia pracowniczego. Ocena niepełnosprawności może zostać przeprowadzona według jednego z trzech różnych scenariuszy. Tym, na którym skupię się w niniejszej prezentacji, jest ustalenie uprawnień do uzyskania świadczeń. Należy jednak pamiętać, że oceny mogą również mieć na celu klasyfikację osób do odpowiednich programów powrotu do pracy, czy też skupiać się na interaktywnych procesach w ramach każdego z tych scenariuszy.

Niezdolność do pracy w kontekście powrotu do pracy może zostać opisana jako niezdolność osoby do pracy ze względu na chorobę bądź uraz w świetle oddziałujących czynników kontekstowych, takich jak sytuacja rodzinna ubiegającego się o świadczenie bądź jego środowisko pracy. Jednakże w kontekście ustalania uprawnień do świadczeń niezdolność do pracy ze względów zdrowotnych jest pojęciem prawnym, definiowanym na różne sposoby w prawie zabezpieczenia społecznego poszczególnych krajów. Zwykle jest ona definiowana jako niezdolność do pracy osoby ubiegającej się o świadczenie spowodowana urazem bądź chorobą i nie uwzględnia wpływu czynników kontekstowych.

W Szwajcarii niezdolność do pracy ze względów zdrowotnych jest zdefiniowana jako całkowita bądź częściowa niezdolność do wykonywania odpowiedniej pracy na wcześniej zajmowa-

nym stanowisku z powodu upośledzenia zdrowia fizycznego, umysłowego bądź psychicznego. W przypadku długotrwałej niezdolności do pracy rozważa się również możliwość odpowiedniego i legalnego zatrudnienia w innych obszarach zawodowych. Szwajcarski System Zabezpieczenia Społecznego w pierwszej kolejności rekomenduje programy powrotu do pracy, a dopiero w dalszej kolejności przyznaje uprawnionym świadczenia inwalidzkie. Jeśli chodzi o przyznawanie świadczeń inwalidzkich, Szwajcaria kieruje się podejściem biomedycznym, co oznacza, że zdolność do pracy determinowaną stanem zdrowia uznaje się za obniżoną, jeżeli ograniczenia wynikają z problemów zdrowotnych, a nie są jedynie skutkiem czynników kontekstowych. Co więcej, ograniczenia muszą być trwałe i weryfikowalne pod postacią upośledzeń fizycznych bądź umysłowych. Oceny przeprowadzają zwykle lekarze i odnotowują ją w dokumentacji medycznej.

Kluczowym elementem medycznej oceny zdolności do pracy są badania funkcjonalne, które weryfikują zdolność osoby uprawnionej do wykonywania zadań związanych z pracą fizyczną bądź umysłową, takich jak podnoszenie przedmiotów czy skupianie uwagi. W przypadku medycznej oceny zdolności do pracy celem badania funkcjonalnego jest określenie sprawności funkcjonalnej w ujednoczonym środowisku, z pominięciem wpływu czynników kontekstowych. Ocena dostarcza kluczowych informacji na temat związku pomiędzy upośledzeniami a ograniczeniami funkcjonalnymi, co stanowi podstawę do stwierdzenia niezdolności do pracy ze względów zdrowotnych.

Aby zapewnić rzetelną ocenę i uczciwy przebieg procesu ustalania uprawnień do uzyskania świadczenia inwalidzkiego, systemy zabezpieczenia społecznego powinny zagwarantować dostęp do takich medycznych ocen zdolności do pracy, które spełniają określone podstawowe wymogi. Z jednej strony, ocena powinna być porównywalna. Oznacza to, że należy zapewnić zgodność ocen dokonywanych przez ekspertów medycznych oraz zadbać o wiarygodność treści ocen, co można osiągnąć, stosując ujednoczone metody dokumentowania informacji. Kolejnym, bardzo ważnym wymogiem jest przejrzystość ocen. Oznacza to, że oceny powinny być wiarygodne i zrozumiałe dla wszystkich podmiotów zaangażowanych w proces oceny, takich jak lekarze specjaliści, osoby ubiegające się o świadczenia, system prawny, jak również [system] ubezpieczeń z tytułu niezdolności do pracy. Taką przejrzystość można osiągnąć poprzez całościowe i rzetelne raportowanie w zakresie funkcjonowania, w tym jego determinantów. Wreszcie, jak państwo wiedzą, oceny są nakładochłonne. Z tego względu powinny być możliwe do przeprowadzenia i skuteczne, a raportowanie [sprawozdawczość] powinno się skupiać na tych aspektach, które są najistotniejsze dla określenia możliwości funkcjonowania w środowisku pracy.

Obecnie w procesie oceny musimy się jednak zmierzyć z kilkoma wyzwaniami. Dokumentacja medyczna często bywa mało przejrzysta. W większości państw decyzje o przyznaniu świadczeń są wciąż podejmowane na podstawie diagnozy, a nie [oceny] sprawności funkcjonalnej. Oceny zdolności do pracy koncentrują się w przeważającej mierze na upośledzeniu, a nie na niepełnosprawności, i opierają się na podejściu biomedycznym, a nie biopsychospołecznym. Dzieje się tak, chociaż uznaje się, iż diagnozy i schorzenia jako takie są zaledwie luźno powiązane z ograniczeniami funkcjonalnymi w środowisku pracy. Co więcej, WHO określa niepełnosprawność nie jako prostą konsekwencję schorzenia, ale jako skutek złożonych interakcji biopsychospołecznych. Stąd też przejrzyste oceny powinny – po pierwsze – w sposób całościowy obrazować funkcjonowanie osoby ubiegającej się o świadczenie, wraz ze wszystkimi jego determinantami, i – po drugie – odnotowywać wpływ środowiska w ogólnej medycznej ocenie zdolności do pracy. Niestety, na razie oceny często nie są przejrzyste, nie pokazują bowiem wyraźnie, w jaki sposób upośledzenia bądź czynniki kontekstowe wpływają na funkcjonowanie osoby ubiegającej się o świad-

czenie. A wszystko to sprawia, że bardzo trudno zrozumieć, dlaczego wnioskujący z konkretnym schorzeniem klasyfikowany jest jako zdolny bądź niezdolny do pracy. Tym samym trudno ocenić wiarygodność podejmowanych decyzji.

Kolejną ważną kwestią dotyczącą medycznej oceny zdolności do pracy jest niewielki potencjał porównawczy decyzji orzeczniczych. Raporty są często słabo znormalizowane, co wpływa na zgodność ocen i – ostatecznie – na możliwość porównania decyzji. A to rodzi pytania o rzetelność całego procesu podejmowania decyzji o przyznaniu świadczeń.

Teraz przejdę do głównego tematu swojego wystąpienia. Klasyfikacja ICF została już zaproponowana jako potencjalny sposób na poradzenie sobie z wyzwaniami dotyczącymi medycznej oceny zdolności do pracy. Słyszeliśmy już, że system ICF definiuje pojęcia funkcjonowania i niepełnosprawności zgodnie z podejściem biopsychospołecznym i holistycznym, i mógłby tym samym stanowić ramy dla całościowej dokumentacji funkcjonowania. Ponadto system ICF obrazuje funkcjonowanie jako wzajemną zależność między różnymi głównymi składnikami, tzn. funkcjami, układami ciała i schorzeniami, po stronie upośledzenia, oraz czynnościami i uczestniczeniem jako głównymi dziedzinami oceny funkcjonowania, a także kontekstowymi czynnikami środowiskowymi i osobowymi. Wobec powyższego system ICF mógłby prawdopodobnie stanowić podstawę obrazowania związków pomiędzy upośledzeniami, czynnikami kontekstowymi a funkcjonowaniem w środowisku pracy. A to daje szansę na dokonanie zrozumiałych i przejrzystych ocen.

Taksonomia ICF została opracowana jako globalny standard sprawozdawczości w zakresie funkcjonowania i niepełnosprawności. Ponadto reprezentuje ona wyczerpujące spektrum kategorii, które dotyczą również czynności i uczestniczenia, głównych domen oceny funkcjonowania. Jak już słyszeliśmy, jest to również wspólny język multidyscyplinarnego procesu oceny. Dlatego też daje ona szansę na ujednoczenie dokumentowania funkcjonowania oraz przeprowadzanie porównywalnych – pod względem zgodności ocen dokonywanych przez różnych oceniających – medycznych ocen zdolności do pracy.

Tym, o czym jeszcze nie słyszeliśmy, są zestawy kluczowe ICF. Są to krótkie wykazy kategorii ICF, które opisują doświadczenia życiowe osób cierpiących na konkretne schorzenie bądź osób znajdujących się w konkretnym otoczeniu, opracowane przy pomocy ekspertów. Można je podzielić na skrócone zestawy kluczowe, które obejmują minimalną liczbę kategorii opisujących funkcjonowanie osoby ubiegającej się o świadczenie, oraz kompleksowe zestawy kluczowe, obejmujące dodatkowe kategorie, które usprawnią multidyscyplinarny proces oceny w warunkach klinicznych. Do tej pory opracowano 35 zestawów kluczowych. Można je znaleźć na stronie ICF Research Branch. Wśród nich należy rozróżnić: zestawy kluczowe dla konkretnych schorzeń, takich jak depresja czy ból okolicy lędźwiowo-krzyżowej; zestawy kluczowe dla konkretnego kontekstu, np. rehabilitacji zawodowej; oraz zestawy kluczowe opracowane na potrzeby systemu zabezpieczenia społecznego przez EUMASS, o których już słyszeliśmy w prezentacji Sörena Brage'a. Zestawy kluczowe ICF umożliwiają wykorzystanie ICF w praktyce klinicznej, ponieważ utrzymują tę klasyfikację w formie gotowej do użycia oraz opisują funkcjonowanie osoby w kompleksowy i systematyczny sposób. Tym samym stanowią one obiecujące funkcjonalne standardy skutecznej dokumentacji w obszarze medycznej oceny zdolności do pracy.

Wszystkie wspomniane tezy zostały już częściowo zweryfikowane badaniami naukowymi. W pracy doktorskiej, która niedawno została ukończona w Szwajcarskim Instytucie Badań nad Paraplegią w Nottwil, zbadaliśmy możliwość zastosowania ICF oraz zestawów kluczowych dla konkretnych schorzeń jako podstawy zapewnienia przejrzystości i jednolitości medycznej oceny

zdolności do pracy osób cierpiących na przewlekłe dolegliwości bólowe, ubiegających się o świadczenia rentowe w Szwajcarii. Szczególnie interesowało nas uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy ICF i zestawy kluczowe ICF są w stanie uchwycić kluczowe treści tych ocen.

Pierwsze badanie wykazało, że zestawy kluczowe dla konkretnych schorzeń mogą zostać wykorzystane do ujednoczonego raportowania w ramach medycznej oceny zdolności do pracy osób ubiegających się o świadczenia ze względu na przewlekły ból. Ustaliliśmy, że kluczowe treści tych ocen – tzn. dotyczące funkcjonowania i czynników środowiskowych – mogą zostać najlepiej uchwycone dzięki połączeniu zestawów kluczowych ICF dla skatalogowanych schorzeń, którymi w naszym przypadku były ból okolicy lędźwiowo-krzyżowej oraz rozległe przewlekłe dolegliwości bólowe, a także głównych schorzeń towarzyszących wspomnianym skatalogowanym schorzeniom, takich jak depresja czy otyłość. Dowiedzieliśmy się również, że niektóre informacje zawarte w ocenach nie mogły zostać sklasyfikowane zgodnie z kategoriami ICF.

Dlatego zdecydowaliśmy się na przeprowadzenie drugiego badania, w którym zdefiniowaliśmy uzależnione od kontekstu dodatki do ICF dla konkretnych kontekstów zastosowań. Dodatki odnoszące się do konkretnego kontekstu dotyczą aspektów, które nie są wystarczająco szczegółowo opisane w kategoriach ICF. Wspomniane dodatki odnosiły się głównie do kwestii zdrowotnych dotyczących konkretnych schorzeń, takich jak np. umiejscowienie bólu bądź jakość bólu, a także do rodzaju wykonywanej pracy – np. „pracy na wysokości” – oraz czynników osobowych, które, jak już słyszeliśmy, nie są włączone do taksonomii ICF, ale mimo to mogą wpłynąć na zdolność do wykonywania pracy osoby ubiegającej się o świadczenie. Są to takie kwestie, jak np. style radzenia sobie z sytuacjami trudnymi oraz motywacja osoby ubiegającej się o świadczenie do wykonywania pracy. Doszliśmy do wniosku, że klasyfikacja ICF, traktowana jako uniwersalny język, nie jest prawdopodobnie przystosowana do raportowania informacji na temat bardzo konkretnych aspektów związanych z danym schorzeniem bądź kontekstem.

W trzecim badaniu prowadzonym w ramach pracy doktorskiej badaliśmy czynniki osobowe w medycznej ocenie zdolności do pracy. Ustaliliśmy, że są one powszechnie odnotowywane i stanowią kluczowe elementy ocen. Są to głównie informacje na temat pracy wykonywanej przez osobę ubiegającą się o świadczenie, jej wykształcenia, dane biograficzne, a także schematy zachowań, zdolności poznawcze i emocje przez nią odczuwane, np. oczekiwania dotyczące powrotu do pracy. Proponujemy, aby informacje o czynnikach osobowych były wyraźnie odnotowywane w medycznych ocenach zdolności do pracy, co zapewni przejrzystość i pełne zrozumienie ich treści. Dzięki temu osoby ubiegające się o świadczenia będą w stanie zrozumieć treść ocen i wnieść formalny sprzeciw w sądach ubezpieczeń społecznych wobec oświadczeń, które uznają za nieuzasadnione. Wreszcie, zanim czynniki osobowe zostaną sklasyfikowane w ICF, co prawdopodobnie nie stanie się w najbliższej przyszłości, mogą być one raportowane przy pomocy alternatywnych systemów kategoryzacji.

W ostatnim badaniu analizowaliśmy przypadek użycia opracowanego przez nas wykazu kategorii ICF na potrzeby oceny psychiatrycznej osób cierpiących na przewlekłe rozległe dolegliwości bólowe. Badanie ujawniło, że czynniki osobowe oraz funkcje psychiczne stanowiły najczęściej spotykane i najbardziej istotne kategorie ocen. Przekonaliśmy się również, że ICF niespecjalnie dobrze nadaje się do właściwego ujmowania czynności pracy umysłowej. Są nimi np. zadania, które wymagają elastyczności emocjonalnej. Czynności te mogą jednak zostać zdefiniowane za pomocą dostępnych narzędzi opartych na ICF, np. Mini-ICF dla czynności i zaburzeń uczestniczenia – narzędzia oparte na ICF, które jest już stosowane w jednym z ośrodków oceny medycznej

w Szwajcarii. Naszym zdaniem sporządzony wykaz kategorii ICF może być punktem wyjścia dla opartego na ICF standardu opracowanego dla konkretnej dyscypliny w procedurach medycznej oceny zdolności do pracy.

Teraz przejdę do innego badania, w którym zaprezentowaliśmy wybór zasad kluczowych ICF dla poszczególnych scenariuszy oceny niepełnosprawności. Wspominałem już o tych scenariuszach na początku: chodzi o klasyfikowanie do programów powrotu do pracy, ustalanie uprawnień do uzyskania świadczeń czy wreszcie interaktywny proces decyzyjny przeprowadzany między dwoma wcześniejszymi etapami. W ramach tej analizy skupiliśmy się na rodzajowych i odnoszących się do konkretnego kontekstu zestawach kluczowych ICF. Uwzględniliśmy zestaw dotyczący niepełnosprawności, który jest rodzajowym zestawem kluczowym opracowanym dla populacji osób z niepełnosprawnościami, oraz minimalny rodzajowy zestaw kluczowy ICF, który koncentruje się na siedmiu najistotniejszych kategoriach ICF dotyczących zarówno populacji klinicznej, jak i ogólnej, włączonych też w zestaw dotyczący niepełnosprawności. Uwzględniliśmy również zestaw EUMASS odnoszący się do konkretnego kontekstu zabezpieczenia społecznego oraz kluczowe zestawy ICF dla rehabilitacji zawodowej.

Tak właśnie postrzegamy kombinację zestawów kluczowych ICF w ocenie niepełnosprawności. Jeżeli chodzi o klasyfikowanie do programów powrotu do pracy, sugerowalibyśmy użycie skróconych zestawów kluczowych na potrzeby rehabilitacji zawodowej oraz zestawu do oceny niepełnosprawności. Daje nam to 39 kategorii podlegających zasadniczej ocenie. Dodatkowo sugerowalibyśmy też użycie skróconego zestawu ICF odnoszącego się do konkretnego schorzenia, na które cierpi osoba poddawana ocenie. Ponadto, jeżeli okaże się to stosowne i konieczne, ocenie mogą zostać poddane dodatkowe kategorie kompleksowych zestawów kluczowych wybrane spośród całej taksonomii ICF. Rozważyć też należy czynniki osobowe i dodatki odnoszące się do konkretnego kontekstu. Co do drugiego scenariusza, ustalenia uprawnień do świadczeń inwalidzkich, rekomendujemy, co do zasady, przeanalizowanie 45 kategorii, w tym zestawu EUMASS oraz zestawu do oceny niepełnosprawności, a także skróconego zestawu kluczowego dotyczącego konkretnego schorzenia; i jak wcześniej, z powyższych pól w razie potrzeby można wybrać kategorie. Wreszcie, jeśli chodzi o proces interaktywny, sugerowalibyśmy użycie kombinacji wszystkich trzech zestawów, co daje domyślnie 49 kategorii, w połączeniu z zestawami kluczowymi dotyczącymi konkretnego schorzenia, oraz – ponownie – można wybrać opcjonalnie kolejne kategorie z powyższych.

Tym samym, jeżeli przyjrzymy się przypadkowi osoby z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi, dla której chcemy ustalić uprawnienia do świadczeń, stosujemy 20 kategorii zestawu EUMASS plus 32 kategorie zestawu do oceny niepełnosprawności oraz skrócony zestaw kluczowy dotyczący przewlekłych dolegliwości bólowych obejmujący 24 kategorie. Uwzględniając pokrywające się kategorie, otrzymujemy 54 kategorie podlegające analizie, co powinno wystarczyć do przeprowadzenia skutecznych ocen. Dodatkowe problemy – takie jak na przykład utrzymywanie podstawowej pozycji ciała – mogą w takim przypadku zostać zakodowane przy użyciu kompleksowych zestawów kluczowych. Te kategorie nie są uwzględnione w skróconych zestawach kluczowych. Co więcej, uwzględnić należy czynniki osobowe, przykładowo problemy dotyczące stylów radzenia sobie w trudnych sytuacjach.

Chciałbym teraz podsumować najważniejsze szanse i wyzwania związane z zastosowaniem ICF w ocenie niepełnosprawności. Główną szansą jest – naszym zdaniem – przejrzysta i ujednolicona dokumentacja ocen. Jak już wspominałem, system ICF umożliwi kompleksową sprawozdawczość na temat funkcjonowania oraz ilustrowanie relacji pomiędzy funkcjonowaniem a jego

determinantami będących podstawą procesów kompleksowej oceny. Tym samym taksonomia ICF sprzyja ujednocnionemu raportowaniu funkcjonowania oraz stosowaniu wspólnego języka przy multidyscyplinarnych ocenach zdolności do pracy, przyczyniając się do zwiększenia zgodności i porównywalności ocen. Ponadto zestawy kluczowe ICF stanowią praktyczne standardy ocen i – naszym zdaniem – powinny być używane w połączeniu z zestawami kluczowymi opracowanymi dla konkretnego kontekstu i schorzenia. Należy się również zająć zestawami kluczowymi odnoszącymi się do schorzeń towarzyszących, o ile wystąpi taka potrzeba.

Prezentacja (s. 75) pokazuje, jak ICF może objaśnić proces oceny niepełnosprawności na etapie pomiędzy diagnozą a orzeczeniem lekarskim dotyczącym zdolności do wykonywania pracy. ICF umożliwi kompleksowe i ujednocnione raportowanie funkcjonowania i jego determinantów, uzupełniające diagnozę postawioną z wykorzystaniem klasyfikacji ICD-10, z czego może wynikać bardziej przejrzysta i porównywalna medyczna ocena zdolności do pracy.

Można to pokazać na przykładzie dwóch osób ubiegających się o świadczenie. Pierwsza z nich cierpi na depresję, jej upośledzenie polega na braku dostatecznej motywacji do pracy, co spowodowane jest depresją. Ponadto ma ograniczoną zdolność do wykonywania czynności życia codziennego oraz ograniczoną możliwość funkcjonowania w środowisku pracy. Druga osoba cierpi na zaburzenie adaptacyjne wynikające z trudnej sytuacji rodzinnej. Wykazuje też brak motywacji do pracy – co jest czynnikiem osobowym – skutkujący ograniczoną aktywnością i ograniczeniami uczestniczenia w życiu zawodowym. System ICF może być w tym wypadku wykorzystany do przedstawienia sytuacji tych dwóch osób w sposób umożliwiający ich porównanie. Wiemy, że pierwsza z nich cierpi na depresję, a jej problemy motywacyjne, mające charakter upośledzenia, skutkują obniżoną aktywnością i zmniejszoną zdolnością uczestniczenia w życiu zawodowym, a zatem, w opisanej sytuacji, wynikają z upośledzenia, którym jest dotknięta. Oznacza to, że kryteria uzyskania świadczeń inwalidzkich zostały spełnione. W drugim przypadku wnioskodawca cierpi na zaburzenie adaptacyjne – jego upośledzenia nie można zidentyfikować. Mamy tu jednak do czynienia z trudną sytuacją rodzinną oraz brakiem motywacji do pracy – czynniki te są odpowiedzialne za jego stan zdrowia i ograniczenia funkcjonalne dotyczące aktywności i uczestniczenia. W przypadku drugiego wnioskodawcy ograniczona zdolność do funkcjonowania w środowisku pracy wynika z czynników kontekstowych, co prowadzi do wniosku, że osoba ta nie spełnia kryteriów przyznania świadczeń inwalidzkich.

W tym miejscu należy wskazać, że niezwykle ważne jest, aby uzyskane dzięki ICF informacje były komunikowane w przejrzysty i zrozumiały sposób. Można tego dokonać, wykorzystując profile funkcjonalne. Obejmują one te kategorie aktywności i uczestniczenia, które są najistotniejsze z punktu widzenia funkcjonowania w środowisku pracy. Profile takie powinny ponadto odwoływać się do funkcji i struktur ciała, a także czynników środowiskowych i osobowych. Elementy te powinny zostać przedstawione za pomocą dwóch odrębnych profili, aby uwidocznili ich zindywidualizowany wpływ na funkcjonowanie w środowisku pracy. Indywidualny profil funkcjonalny wnioskodawcy z określonym schorzeniem można następnie porównać ze standardowym profilem uprawnionych z tymże schorzeniem – ma to na celu sprawdzenie dopasowania obu profili oraz, finalnie, zweryfikowanie zgodności przedmiotowych wniosków o przyznanie świadczenia i wiarygodności orzeczeń dotyczących zdolności do pracy. Jednak z przyczyn etycznych takie wyniki mogą podlegać interpretacji wyłącznie wówczas, kiedy wnioskodawca odpowiada standardowemu profilowi. W przeciwnym wypadku ustalenie zdolności do pracy takiej osoby wymagać będzie przeprowadzenia dalszej analizy.

Chciałbym teraz przejść do wyzwań związanych ze stosowaniem ICF dla celów medycznej oceny zdolności do pracy. O niektórych z nich wspominał już Sören Brage. Istnieją proceduralne wyzwania związane z medyczną oceną zdolności do pracy, które wykraczają poza obszar dokumentowania funkcjonowania i nie mogą zostać rozwiązane za pomocą klasyfikacji ICF. Przykładowo, ICF nie nadaje się do opisywania następujących w czasie, dynamicznych postępów niepełnosprawności czy związków przyczynowo-skutkowych pomiędzy ograniczeniami funkcjonalnymi, upośledzeniami i czynnikami kontekstowymi. Co równie ważne, nie jest jeszcze możliwe przeniesienie ograniczeń funkcjonalnych opisywanych za pomocą szczegółowych kategorii ICF na ogólną, procentową ocenę zdolności do pracy z perspektywy zdrowotnej. W zakresie dokumentacji funkcjonowania musimy radzić sobie z niedostateczną szczegółowością kategorii ICF służących raportowaniu poszczególnych aspektów konkretnych dyscyplin, kontekstów i warunków. Jest to przeszkoda, którą można przewyciężyć poprzez wykorzystanie dopasowanych do konkretnego kontekstu dodatków do ICF. Poza tym w ICF nie ma klasyfikacji czynników osobowych, chociaż mogą one wpływać na zdolność do pracy i są tym samym równie istotnymi elementami określania zdolności do pracy ze względów zdrowotnych. Na razie czynniki osobowe powinny być raportowane za pomocą alternatywnych klasyfikacji.

Ostatnim wyzwaniem, o którym również wspomniano, jest fakt, że same zestawy kluczowe ICF jedynie wskazują, co należy zmierzyć podczas oceny niepełnosprawności. Nie oferują natomiast obecnie właściwych sposobów operacjonalizacji zawartych w nich kategorii. Taka operacjonalizacja byłaby jednak niezbędna do przeprowadzenia pomiaru tych kategorii i powinna zostać dokonana w ramach przyszłych badań. Obecnie Instytut Badań nad Paraplegią w Szwajcarii (Swiss Paraplegic Research) prowadzi badanie, które łączy kategorie poddanych walidacji instrumentów pomiarowych z klasyfikacją ICF, podejmując tym samym próbę poradzenia sobie z tym wyzwaniem.

Moje dwa ostatnie slajdy (patrz prezentacja s. 75) pokazują, w jaki sposób sprawozdawczość oparta na ICF mogłaby znaleźć zastosowanie w systemach zabezpieczenia społecznego. Po pierwsze, jak już mówiłem, ICF zapewnia ujednoczoną i przejrzystą dokumentację medycznej oceny zdolności do pracy. Co więcej, sprawozdawczość prowadzona z wykorzystaniem ICF może stanowić podstawę wyboru odpowiednich programów zabezpieczenia społecznego, dzięki którym da się rozwiązywać kluczowe problemy dotyczące uprawnionych, takie jak rehabilitacja zawodowa, dostosowanie miejsca pracy, rehabilitacja medyczna czy wypłaty świadczeń inwalidzkich. Z tych powodów sprawozdawczość prowadzona z wykorzystaniem ICF pozwala w szerszym zakresie określać cele procesu integracji zawodowej i społecznej, na przykład w odniesieniu do stosowanego w strategiach doboru pracy porównywania sprawności funkcjonalnej wnioskodawcy z zapotrzebowaniem zawodu docelowego.

Podsumowując powiem, że należy zdawać sobie sprawę, iż w systemie zabezpieczenia społecznego wprowadzenie nowej procedury zazwyczaj wiąże się ze wzrostem kosztów. Jednakże sprawozdawczość prowadzona z wykorzystaniem ICF otwiera perspektywę długoterminowych oszczędności, bo nie musi być powiązana ze zmianą kryteriów przyznawania świadczeń. Jej celem jest raczej uzyskanie przejrzystości procesu oceny niepełnosprawności, co niesie ze sobą szansę na zmniejszenie liczby oraz ułatwienie prowadzenia spornych postępowań prawnych. Aby wdrożyć ICF w proces oceny niepełnosprawności, ważne jest odnalezienie synergii wynikającej z udziału w procesie poszczególnych interesariuszy, a także włączenie w ten proces ich zróżnicowanych poglądów dotyczących rozszerzonej oceny niepełnosprawności. Stanowić to będzie też podstawę nowych, starannych i właściwych badań nad oceną niepełnosprawności. Na koniec

chciałbym zauważyć, że najważniejszym celem systemów zabezpieczenia społecznego jest ustanowienie sprawiedliwych procesów społecznej i zawodowej reintegracji osób niepełnosprawnych. Sprawozdawczość prowadzona z wykorzystaniem ICF umożliwi lepszą koordynację środków ułatwiających ponowne wejście na rynek pracy, a także pozwala na zwiększenie przejrzystości i standaryzacji procesu oceny, co ostatecznie otwiera perspektywę sprawiedliwych orzeczeń w kwestii zdolności do pracy wydawanych w ramach programów zabezpieczenia społecznego. Dziękuję państwu za uwagę.

Dziękuję.

URBAN SCHWEGLER

Psycholog w Klinice Psychiatrii Schlössli w Oetwil am See oraz w Ośrodku Badań nad Porażeniem Dwukończynowym w Nottwil również w Szwajcarii. Od 2013 r. badacz Działu Usamodzielniania, Partycypacji i Integracji Społecznej Szwajcarskiego Ośrodka Badań nad Porażeniem Dwukończynowym w Nottwil. Obszarem jego badań i zainteresowań jest ocena zdolności do pracy, ocena niepełnosprawności, czynniki osobowe, rehabilitacja zawodowa, psychologia zawodowa, dobór stanowiska pracy, Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Autor i współautor licznych publikacji książkowych i artykułów. Współwnioskodawca projektu „Opracowanie narzędzia doboru stanowiska pracy dla osób z urazem rdzenia kręgowego: integrowanie koncepcji powrotu do pracy z podejściem badawczym opartym na modelu dopasowania osoby do stanowiska pracy”, Szwajcarska Narodowa Fundacja Nauki (SNSF), 2014–2017.



The utility of the ICF in medical work capacity evaluation

Conference "ICF – a new look at the human being"

17 June 2014, Warsaw, Poland

Urban Schwegler, MSc
Empowerment, Participation and Social Integration Unit
Swiss Paraplegic Research



Schedule

Medical work capacity evaluation

The ICF in medical work capacity evaluation

Selected studies

Main promises and challenges

Application and implementation of ICF in social security





MEDICAL WORK CAPACITY EVALUATION



2



Medical work capacity evaluation - Definition and purpose

Key instrument in work reintegration process (SYN: disability evaluation)

Provides necessary information to determine...

- eligibility of persons with disabilities for support by social security insurance
- appropriate type and level of support

Definition of disability evaluation

*"Disability evaluation is the determination of the degree of a person's physical, mental or emotional handicap. The **diagnosis** is applied to legal qualification for benefits and income under disability insurance and to eligibility for Social Security and workmen's compensation benefits."* (National Library of Medicine, 2013)

Different scenarios of medical work capacity evaluation

- (a) Eligibility determination for disability benefits
- (b) Assignment to return to work programs
- (c) Interactive process of (a) and (b)

3



Medical work capacity

In the return to work context

"(In)ability to work due to illness or injury in the light of influencing contextual factors"



In benefits eligibility determination

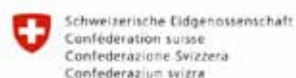
Legal concept with varying definitions worldwide
Usually: "(In)ability to work due to an illness or injury without considering the influence of contextual factors."



4



Medical work capacity evaluation in Switzerland



Legal definition of medical work (in)capacity

"Refers to a total or partial inability to perform reasonable work in the former field of occupation due to an impairment of the physical, mental or psychological health. In case of long-term inability to work the reasonability of employment in other fields of occupations is being taken into consideration as well." (ATSG, Article 6)

Work reintegration before disability benefits

Biomedical approach

- Medical work capacity only reduced when functional limitations result from impairments and not from contextual factors
- Limitations have to be permanent and verifiable by physical or mental impairments

Usually performed by medical experts and documented in medical reports

5



Functioning assessments in medical work capacity evaluation



Core elements of the evaluations

- Assess ability to perform physical or mental work activities (e.g. lifting, focusing attention)

Purpose in medical work capacity evaluation

- Determination of functional capacity in a standardized environment without considering the influence of contextual factors
- Core information on the relation between impairments and functional limitations as the basis for determination of medical work capacity



Requirements for medical work capacity evaluation

Social security systems are supposed to provide **fair evaluations and decisions** on disability benefits eligibility

Table 1. Requirements for a fair disability evaluation process, their operationalization and potential solutions to achieve these requirements

Requirement	Operationalization	Potential solutions
Comparability	Interrater reliability, Content validity	Standardized documentation
Transparency	Comprehensibility, Plausibility	Comprehensive and accurate reporting of functioning
Practicability	Efficiency	Reporting of relevant aspects related to work functioning



Challenges of medical work capacity evaluation

Low transparency of reporting

Eligibility decisions based on diagnoses and not on functioning

- Impairment-oriented instead of disability-oriented
- Biomedical instead of biopsychosocial focus
- Diagnoses or impairments only loosely correlated with functional limitations at work (Loeser et al., 1997)
- Disability is the result of complex biopsychosocial interactions (WHO, 2001)



Transparent medical work capacity evaluation would require:

1. Comprehensive illustration of functioning and its determinants
2. Count away influence of environment from overall rating of medical work capacity

However:

- Unclear whether and how impairments or contextual factors affect work functioning
- Difficult to understand why claimants are considered able to work or not
- Judgment of the plausibility of work capacity decisions hampered



Challenges of medical work capacity evaluation

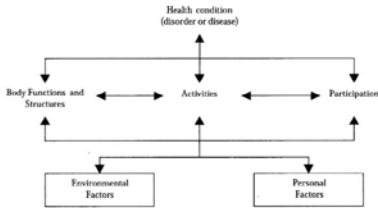
Poor comparability of work capacity decisions

Poor standardization of the documentation

- Lowers interrater reliability
- Affects comparability of work capacity decisions
- Raises issues regarding fairness of eligibility decisions process



THE ICF IN MEDICAL WORK CAPACITY EVALUATION



ICF framework - Transparency

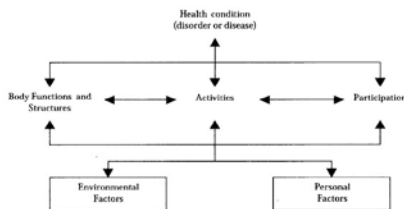
Holistic biopsychosocial conceptualization of functioning and disability

- Framework for comprehensive functioning documentation

Functioning as the interplay between different core components

- Illustration of relation between impairments, contextual factors and work functioning

⇒ **Comprehensible and transparent medical work capacity evaluations**



ICF taxonomy - Comparability

Worldwide standard for reporting on functioning and disability

Comprehensive spectrum of categories

- Including activities and participation as the core domains of functioning assessments

Common language for multidisciplinary evaluation process



⇒ **Standardized functioning documentation**

⇒ **Comparability of the evaluations in terms of interrater reliability**

12



ICF Core Sets - Practicability

ICF Core Set definition

“Short lists of ICF categories relevant to describe the lived experience of a person with a specific health condition or in a specific health or health-related setting.” (Biering-Sørensen et al., 2006; Grill et al., 2005)

- Developed by means of a consensus conference of experts



Brief ICF Core Sets

- Minimum number of categories to describe the most relevant aspects of functioning in persons with a specific health condition or in a specific setting

Comprehensive ICF Core Sets

- Additional categories to facilitate multidisciplinary assessments in the clinical context

35 ICF Core Sets developed so far

- Context-specific ICF Core Sets: vocational rehabilitation, social security (EUMASS)
- Condition-specific ICF Core Sets: e.g. low back pain, spinal cord injury, depression

<http://www.icf-research-branch.org/>

13



ICF Core Sets - Practicability

ICF Core Sets make the ICF useable in clinical practice

- Preserve ICF in a useable mode and describe a person's functioning in a systematic way

⇒ **Practical standards for efficient documentation in medical work capacity evaluation**



SELECTED STUDIES ON THE ICF IN MEDICAL WORK CAPACITY EVALUATION



PhD thesis: Potential applicability of the ICF and ICF Core Sets in medical work capacity evaluation

Objective

- To examine the potential applicability of the ICF and condition-specific ICF Core Sets as a basis for ensuring transparency and standardization in medical work capacity evaluation involving Swiss disability claimants with chronic pain

Main research question

- Do the ICF taxonomy and the ICF Core Sets capture the core content of medical work capacity evaluation on claimants with chronic pain disorders?

Schwegler 2014. The ICF – A way towards transparent and standardized medical work capacity evaluation on claimants with chronic pain. *PhD thesis*, University of Lucerne and Swiss Paraplegic Research (SPF), Nottwil (submitted).

16



Study 1 – Condition-specific ICF Core Sets in medical work capacity evaluation involving chronic pain

Condition-specific ICF Core Sets can be used for standardized reporting in medical work capacity evaluation involving chronic pain

Core content of the evaluations (functioning aspects and environmental factors) can be captured most effectively with a combination of ICF Core Sets for the index condition and major co-morbidities

- Index conditions: chronic widespread pain (CWP), low back pain (LBP)
- Major co-morbidities: depression (for CWP), obesity (for LBP)

Some content of the evaluations could not be classified with the ICF taxonomy

Schwegler et al., 2012. Aspects of functioning and contextual factors in medical work capacity evaluations of persons with chronic widespread pain and low back pain can be represented by a combination of applicable ICF Core Sets. *BMC Public Health* 12(1):1088.

17



Study 2 – Context-specific additions to the ICF for medical work capacity evaluation involving chronic pain

Context-specific additions to the ICF are needed for ensuring comprehensive documentation in medical work capacity evaluation involving chronic pain

Specification categories refer to

- Health condition-specific issues (e.g. pain quality and location)
- Work activities (e.g. overhead working)
- Personal factors (e.g. coping styles)

ICF taxonomy not geared toward accurate reporting of health condition-specific or context-specific issues

Schwegler et al., 2014. Towards comprehensive and transparent reporting: Context-specific additions to the ICF taxonomy for medical evaluations of work capacity involving claimants with chronic widespread pain and low back pain. *BMC Health Services Research* (Under review).



Study 3 – Personal factors in medical work capacity evaluation involving chronic widespread pain

Personal factors are not classified by the ICF, but commonly reported in and crucial features of medical work capacity evaluation

- Occupational, educational and biographical background
- Behavior patterns
- Personal emotions and cognitions

Explicit reporting of personal factors important for reasons of comprehensibility and transparency

- Possibility to formally object at the court against unwarranted decisions and statements

Personal factors can be reported by using alternative categorizations (e.g. Geyh et al., 2014; Grotkamp et al., 2014)

Schwegler et al., 2013. Toward transparent documentation in medical work capacity evaluations: Identifying personal factors in medical reports on Swiss disability claimants with chronic widespread pain. *International Journal of Rehabilitation Research* 36(4):298-307.



Study 4 – Towards an ICF-based standard for psychiatric evaluations on claimants with chronic widespread pain

List of ICF categories for psychiatric evaluations involving chronic widespread pain based on aspects commonly reported in psychiatric reports

- Personal factors and mental functions most common and relevant categories

Mental work activities are difficult to address with the ICF taxonomy

- Tasks requiring affective flexibility etc.
- Can be specified with the Mini ICF-APP, i.e. an ICF-based tools already applied for psychiatric evaluations in Switzerland

Starting point for an ICF-based standard in a particular discipline in the context of medical work capacity evaluation

Schwegler et al., 2014. Toward standardized documentation in psychiatric evaluations: Identifying functioning aspects and contextual factors in psychiatric reports on Swiss disability claimants with chronic widespread pain. *Swiss Medical Weekly* (In press).



ICF Core Sets for different scenarios in disability evaluation

Objective

- To illustrate the selection of ICF Core Sets for functioning assessments toward different scenarios in the context of disability evaluation

Scenarios

- Assignment to return to work programs
- Eligibility determination for benefits
- Interactive process between (a) and (b)

Generic and context-specific ICF Core Sets included in the analysis

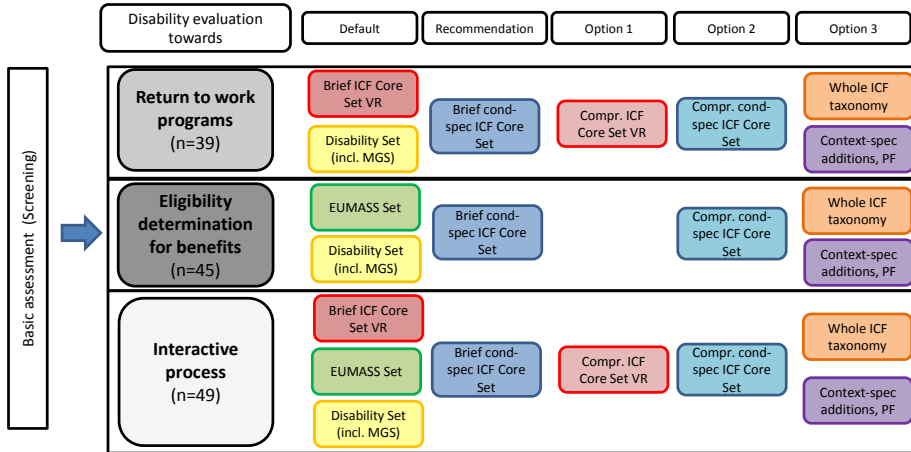
- Disability Set (n=32; disability population)
- Minimal Generic Set (n=7; clinical and general population, included in Disability Set)
- EUMASS Set (n= 20; social security)
- ICF Core Sets for vocational rehabilitation (n=13 [brief]; n=90 [comprehensive])

Schwegler et al., 2014. Selection of ICF Core Sets for functioning assessment in disability evaluation towards the assignment to return to work programs and/or disability benefits. In: Escorpizo et al. (eds.) *Contemporary issues in vocational rehabilitation and disability evaluation: Application and implementation of the ICF*. Springer (In Press).



ICF Core Sets for different scenarios in disability evaluation

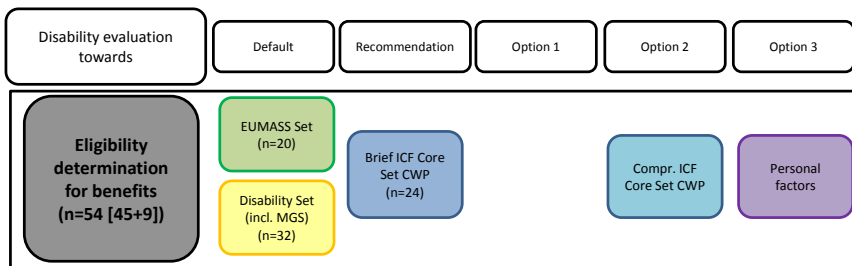
Combining context-specific and condition-specific ICF Core Sets in the scenarios



ICF Core Sets for different scenarios in disability evaluation

Case example – Scenario eligibility determination for benefits

- Claimant with chronic widespread pain (CWP)
- 54 categories to assess (EUMASS Set + Disability Set + Brief ICF Core Set CWP)
- Additional problem: *d415 Maintaining basic body position* - Comprehensive ICF Core Set for CWP
- Problematic coping styles: avoidance, substance use (Personal factors)





SUMMARY

-

PROMISES AND CHALLENGES OF USING ICF IN MEDICAL WORK CAPACITY EVALUATION

24



Promises of applying ICF



Transparent and standardized **documentation** of medical work capacity evaluation

ICF framework

- Comprehensive reporting of functioning as a basis for comprehensible evaluations
- Illustration of relations between work functioning and its determinants

ICF taxonomy

- Standardized reporting of functioning to enhance interrater reliability and comparability of work capacity decisions
- Common language for multidisciplinary disability evaluation process

ICF Core Sets

- Practical tools for standardized reporting
- Ideally: Combining context-specific and condition-specific ICF Core Sets and considering ICF Core Sets for co-morbidities

25

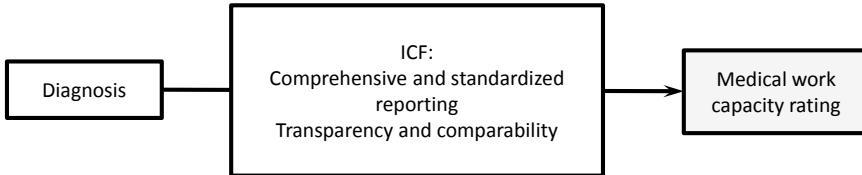


Promises of applying ICF



ICF builds an illuminating bridge between diagnosis and medical work capacity rating

- Comprehensive and standardized reporting of functioning and its determinants complementary to diagnoses



Case example – ICF in medical work capacity evaluation

Claimant A

- Health condition: Depression
- Motivation problems due to depression (b1301) - impairment
- Difficulties in performing daily routine (d230)
- Reduced work functioning (d850)

Claimant B

- Health condition: Adjustment disorder
- Difficult family situation (e310) - environmental factor
- Lack of work motivation – personal factor
- Difficulties in performing daily routine (d230)
- Reduced work functioning (d850)



Case example – ICF in medical work capacity evaluation

Claimant A



28



Case example – ICF in medical work capacity evaluation

Claimant B



29



ICF-based reporting – Functioning profiles

Comprehensible reporting of ICF-based information
=> Transparency

<http://www.icf-casestudies.org/>

<http://www.icf-core-sets.org/>



ICF-based reporting – Functioning profiles

Core profile: Activities and participation categories most pertinent to work functioning

Separate profiles for body functions / structures and environmental / personal factors to illustrate their influence on work functioning

Comparing functioning profiles of claimants with a particular health condition to standard profiles for this health condition

- Testing fit between the individual and the standard profile
- Testing consistency of subjective claims and plausibility of work capacity decisions
- Ethics: Results only be interpreted if claimants fit standard profile



Challenges of applying ICF



Procedural challenges *beyond* functioning documentation

- Dynamic development of disability over time
- Causality between functional limitations, impairments and contextual factors
- Transfer of functional limitations into a percentage rating of medical work capacity

Anner et al., 2012. Evaluation of work disability and the international classification of functioning, disability and health: what to expect and what not. *BMC Public Health* 12:470.

Challenges *in* functioning documentation

- Lack of specificity of ICF categories for particular disciplines, contexts and conditions
=> Context-specific additions needed (e.g. work-related aspects, pain-related issues)
- ICF does not classify personal factors
=> Reporting by alternative categorizations for personal factors



Challenges of applying ICF



Operationalization and measurement of ICF categories

- ICF Core Sets only indicate what to measure
- ICF does currently not provide a proper operationalization of its categories
- Operationalization and measurement of ICF categories as a future research challenge
Current project at Swiss Paraplegic Research: Linking categories of validated measurement tools to the ICF



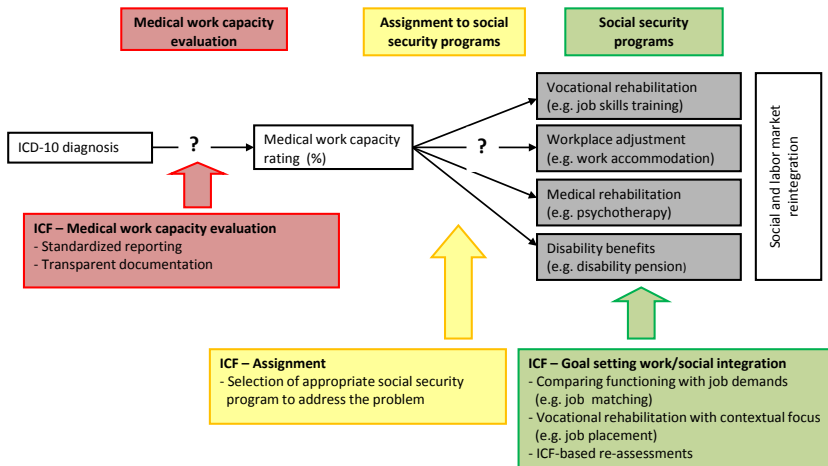
APPLICATION AND IMPLEMENTATION OF THE ICF IN SOCIAL SECURITY



34



Contribution of ICF-based reporting in social security systems



35



Implementing ICF in social security

Introducing a new procedure in social security usually leads to increased costs

ICF-based reporting leads to cost-savings in the long-term

- No change of eligibility criteria due to ICF-based reporting
- Transparent process promises a decrease in controversial legal proceedings

Importance of synergies between stakeholders in disability evaluation process

- Medical experts, claimants, insurers, judges/lawyers, politicians
- Integrating different ideas for an enhanced disability evaluation process as a basis for promising research in this context

Ensuring fair and effective social and work integration as the main goal of social security systems

- ICF-based reporting
 - ... improves coordination of the reintegration process
 - ... increases transparency and standardization as a basis for fair eligibility decisions



WITOLD DUDZIŃSKI

Nowe spojrzenie na funkcjonowanie człowieka

Dzień dobry państwu! Nazywam się Witold Dudziński, mam zaszczyt i honor pełnić funkcję prezesa zarządu kliniki Rehasport z siedzibą w Poznaniu. Jednocześnie jestem lekarzem, który od ponad dziesięciu lat ma styczność z dokumentem i filozofią ICF. Filozofią, która jest mi szczególnie bliska. Została ona wszczepiona przez prof. Milanowską, która przez te wszystkie lata kierowała, i nadal kieruje naszym myśleniem, lekarzy, fizjoterapeutów, i wielu innych specjalistów. Z tego miejsca chciałbym podziękować prof. Wilmońskiej za zaproszenie na tę konferencję. Chciałbym podziękować w imieniu swoim i tych wszystkich, którzy dzisiaj toczą krucjatę w Polsce promując ICF jako narzędzie, ale przede wszystkim jako filozofię myślenia.

Moja prezentacja „Nowe spojrzenie na funkcjonowanie człowieka” tak naprawdę powinna mieć inny tytuł – „Dwie sąsiadki”. Dwie sąsiadki, które opierają swoje działania i myślenie na zbiorowych reakcjach neuronalnych. Chciałbym państwa przeprowadzić przez wywód logiczny dotyczący zbiorowych reakcji neuronalnych, którym wszyscy podlegamy w aspekcie ICF i które determinują nasz sposób myślenia dzisiaj, tutaj w Polsce, a które wymagają zmian.

Podstawową jednostką funkcjonalną centralnego układu nerwowego jest neuron. Neuron, który rozpoczyna i w gruncie rzeczy kończy nasze życie. Neuron, który rozwija się w życiu płodowym. W pewnym momencie tego życia, w piątym jego tygodniu, liczba neuronów przyrasta w tempie mniej więcej sto tysięcy na sekundę, osiągając łączną wartość około stu miliardów. Te sto miliardów neuronów kształtuje się przez całe życie począwszy od dzieciństwa, od tysięcy interakcji ruchowych, społecznych, tworząc sieci neuronalne. Są one fenomenem we wszechświecie. Nie udało się do tej pory znaleźć i odkryć bardziej skomplikowanej struktury. Jeden neuron tworzy od kilku tysięcy do kilkuset tysięcy połączeń. Powstają całe populacje, systemy połączeń, które determinują wszystko to, co się z nami dzieje. Populacje neuronalne mają najistotniejsze znaczenie we wszystkich działaniach: począwszy od wzorców ruchowych. Mamy ich bardzo wiele. Są wzorce dotyczące życia codziennego, wzorce dotyczące aktywności sportowej, specjalnej. Światowa Organizacja Zdrowia klasyfikuje około 650 wzorców ruchowych charakterystycznych dla czynności życia codziennego. W nich zawarta jest tzw. propriocepcja – kontrola nerwowo-mięśniowa ruchu – oparta na trzech poziomach: rdzeniowym, podkorowym i korowym. Ważne i interesujące jest również to, że tylko część z informacji płynących ze środowiska zewnętrznego jest przez nas rozumiana i uświadamiana. Tylko jedna milionowa z tych informacji dociera poprzez proprioceptory do progu naszej świadomości.

W sieciach neuronalnych, oprócz najprostszych wzorców, które nazywamy ruchowymi, zapisane są również i te, które w najbardziej prostym ujęciu nazywamy *mental skills profile*, czyli

to, co opisuje psychikę, możliwości działania w sferze neuronów odpowiedzialnych za myślenie. Mowa tu o motywacji, pewności siebie, koncentracji, umiejętnościach wizualizacyjnych i nawykach myślowych.

Nawyk myślowy to nic innego jak odpowiednie połączenia międzyneuralne w ośrodkach korowych i podkorowych mózgu, zapisane głęboko, funkcjonujące w pewnych schematach. Nawyki neuronalne, to znowu nawyki myślowe, są kształtowane od najmłodszych lat. Czasem powstają negatywne, które determinują sposób myślenia na lata i są trudno zmienialne. Czasem jest odwrotnie, kształtuje się postać, która nie ma żadnych problemów motywacyjnych, pewnością siebie, czy prawidłowymi nawykami, wzorcami myślowymi. Tych nawyków jest bardzo wiele: m.in. myślowe indywidualne, myślowe zbiorowe, bo im również ulegamy. Zbiorowe reakcje neuronalne podlegają stymulacji bodźców, które powtarzane przez tysiące komunikatów, kształtują nasze połączenia międzyneuralne, nasze wzorce i nawyki myślowe.

W 1980 r. – już dzisiaj słyszeliśmy tę historię – powstała klasyfikacja, która była pewnym finałem myśli dotyczącej uszkodzeń, niepełnosprawności i upośledzeń. Zebrała ona myśli funkcjonujące przez lata, które również były, sądzę, udziałem wspaniałych ludzi zajmujących się rehabilitacją, jak profesor Wiktor Dega. Ta klasyfikacja ukształtowała pewien nawyk myślowy, połączenia neuronalne na poziomie indywidualnym i zbiorowym. Te połączenia międzyneuralne w efekcie kształtują do dzisiejszego dnia w pewnych obszarach pojmowanie spraw. Kiedy na przykład młody dynamiczny człowiek ulega wypadkowi i wówczas, z nawyku neuronalnego, wszyscy jesteśmy zgodni co do tego, że należy udzielać mu pomocy, dynamicznie pomagać, jego życie, ratując zdrowie, czasem w heroiczny sposób. Wszyscy społecznie patrzymy na takie zdarzenie. Trochę jak bezbronni pacjenci leżący w sali operacyjnej liczymy na dobre efekty pracy lekarzy. To myślenie, te wzorce neuronalne, ten nawyk zbiorowy neuronalny, są ukształtowane i funkcjonują w taki mniej więcej sposób. Kiedy człowiek ulega wypadkowi, wówczas w naszym wzorcu myślowym powstaje myśl dotycząca tego, że dzięki umowie społecznej dostanie rentę, odszkodowanie, że zaopiekujemy się nim. Jest to oczywiście połączone z udzielaniem pierwszej pomocy, leczeniem, rehabilitacją, ale jesteśmy społecznie usatysfakcjonowani właśnie tym, że tak się umówiliśmy i dajemy temu człowiekowi pomoc właśnie taką, jaką powinien otrzymać. Pomagamy na wszelkie możliwe sposoby, przekazując także pieniądze.

Zbiorowy nawyk myślowy kształtował się przez lata, został podsumowane w 1980 r. przez WHO, w tej rozmowie dwóch sąsiadek, kiedy jedna mówi do drugiej: „Słyszała pani? Co za tragedia”. „No słyszałam, stracił obie nogi. Ale dostał odszkodowanie, dostał rentę. To jest w porządku”. No tak, to jest w porządku. To my jako społeczeństwo wykazaliśmy się właściwie w stu procentach tym, czym powinniśmy się wykazać, tak się umówiliśmy i zrobiliśmy. Ten nawyk myślowy zafunkcjonował, i jest prawidłowy. Prawda? Nie. A dlaczego nie? Co wprowadza taką zmianę? W którym momencie ta zmiana została przeprowadzona i toczy się na poziomie przede wszystkim neuronalnym naszej świadomości? Dlaczego owa rozmowa dwóch sąsiadek dzisiaj jest prawidłowa? A może nie jest?

Światowa Organizacja Zdrowia przez szereg lat pracowała nad klasyfikacją ICF, która jest dzisiaj absolutnie niezbędna, która kreuje nasze myślenie, kształtuje zmiany neuronalne. Światowa Organizacja Zdrowia, tworząc ICF, wykreowała filozofię myślenia, wpisała ją w dziedzictwo światowe. Stworzyła dokument, który zrywa z pojęciem niepełnosprawności w klasycznym połączeniu neuronalnym, indywidualnym i zbiorowym, który podkreśla, że każdy z nas może być lub jest niepełnosprawny, że niepełnosprawność jest pewnym kontinuum, które przetacza się przez całe nasze życie. W zależności od tego, jaką miarę przyjąć dla każdego z nas siedzących na sali, jesteśmy

mniej lub bardziej niepełnosprawni w klasycznym ujęciu nawyku neuronalnego. Ten schemat już państwo znają. Dzisiaj ICF mówi o tym, że oceniamy człowieka ze wszystkich możliwych stron, że prowadzimy dyskusje na temat wszystkich jego możliwych działań w kontekście środowiskowego uczestnictwa i ograniczeń. Patrzymy na niego w całości. Kreujemy zbiorowy nawyk neuronalny, który inaczej niż stary, w osobie niewidomego, z upośledzeniem, któremu pomagamy na wszelkie możliwe sposoby, widzi aktywnego, dynamicznego człowieka, który potrafi bardzo wiele. W starym nawyku określaliśmy stopień upośledzenia, jego dysfunkcję i patrzyliśmy na niego przez jej pryzmat. W nowym przez pryzmat niewidomego narciarza z mojego slajdu, który potrafi jechać ponad sto kilometrów na godzinę na najszybszych nartach na świecie, bez żadnych ograniczeń, bez żadnych limitów, niestygmatyzowany właściwie w żaden sposób.

W tym zbiorowym nawyku neuronalnym zapisana jest również konsekwencja myślenia o ICF, myślenia o jakości życia. Jakość życia ma, jak wiemy, wiele twarzy. Czasami za maską szczęścia kryje się nieszczęście, za pieniędzmi – choroba psychiczna i nieszczęście. Czasami z kolei za pozornym nieszczęściem kryje się znakomita jakość życia, której moglibyśmy pozazdrościć. W ujęciu ICF jest jakość, o której musimy mówić w szerokim kontekście: uwarunkowań społeczno-kulturowych, techniczno-ekonomicznych, sytuacji rodzinnej i *health-related quality of life* (jakości życia determinowanej stanem zdrowia). One wszystkie są ze sobą połączone, wchodzi z sobą we wzajemną interakcję i zebrane w całość mówią o jakości życia. Wszyscy jesteśmy na tę jakość życia zorientowani. Każdy z nas przez całe życie dąży do poprawy jakości życia. Ulegając reakcjom zbiorowym, mówimy o tym, że jakość życia tylko i wyłącznie determinowana stanem zdrowia tak naprawdę w ujęciu ICF nie istnieje. Tu na sali są moi pacjenci. Kiedy pierwszy raz usłyszałem: „wypadek, doktorze, spowodował, że moje życie stało się lepsze”, wpisałem do książki zleceń prośbę o konsultację psychiatryczną. Osoba z porażeniem czterokończynowym po skoku do wody mówi, że jej życie po wypadku jest bardziej wartościowe i lepsze. To jest nienormalne, ale ponieważ usłyszałem to drugi, trzeci, dziesiąty, trzydziesty raz, to jest to najlepszy dowód, że tylko szerokie, kontekstowe ujęcie jakości życia ma sens. Dokument ICF, cała filozofia ICF jest najlepszym przykładem, że tylko kiedy patrzymy na całość, kiedy mówimy o wszystkich uwarunkowaniach, wtedy możemy ocenić jakość życia. Wiedział o tym doskonale twórca polskiej koncepcji rehabilitacji, pan profesor Wiktor Dega, o którym nie możemy zapominać. Nestor polskiej rehabilitacji, mówił o tym przez lata, że pieniądze i renta, o których rozmawiamy na samym początku procesu leczenia, są złe, że te pieniądze i ręce wyciągnięte po nie są tylko źródłem kolejnych nieszczęść.

Każdy z nas ma genetycznie uwarunkowaną potrzebę wyjścia z domu. U każdego występuje potrzeba, genetycznie zakodowana, wyjścia z jaskini, upolowania zdobyczy i powrotu do niej. Kiedy stygmatyzujemy człowieka, kiedy mówimy o tym, w jaki sposób możemy, jako społeczeństwo, mu pomóc, dając tylko pieniądze, często pozostawiając go w domu, to w większości przypadków skazujemy go takim myśleniem na niewyobrażalne cierpienie. Osoba, która pozostaje w domu przez miesiąc, pół roku, rok, przechodzi katusze. Na sali są reprezentanci Fundacji Aktywnej Rehabilitacji, którzy w heroiczny sposób przedzierają się przez świadomość poszkodowanych, którzy cierpią, wyciągając ich z domów, powodując radykalną zmianę procesu myślenia, neuronalnego nawyku, który odmienia obraz społeczeństwa cywilizowanego. Pomyślmy o Januszu Świtaju, jednej z pierwszych osób w Polsce, które oficjalnie poprosiły o eutanazję, człowieku z wysokim uszkodzeniem rdzenia, wymagającym stosowania oddechu wspomaganego. Gdyby nas zapytano, czy ta prośba o eutanazję była słuszna czy nie, wówczas, kiedy wysłuchaliśmy dramatycznego komunikatu tego człowieka, który leżał w domu podłączony do respiratora i nic nie mógł zrobić,

chciał tylko i wyłącznie umrzeć, co byśmy powiedzieli? Wtedy nasz zbiorowy nawyk myślenia powodował, przypomnijcie to sobie państwo, że nawet głęboko wierzący katolicy byli podzieleni. Co zrobić z człowiekiem, którego życie, praktycznie rzecz biorąc, nie ma sensu. Nie ma sensu? Przy takim zbiorowym nawyku neuronalnym, jaki reprezentowaliśmy przez lata, nie ma sensu. Po jego zmianie okazuje się inaczej. Dzisiaj jest to student prawa, któremu wystarczyło dać tylko jedną rzecz – pracę i nic więcej. On dzisiaj mówi, że każdy dzień, to jest dzień jego radości, i czeka na każdy kolejny. Dzieje się tak, ponieważ jakość życia jest zdeterminowana wieloma czynnikami, nie tylko stanem zdrowia.

Nasz mózg jest plastyczny, nasze neurony zmieniają swoje połączenia, mamy na nie wpływ, zmieniają się do chwili śmierci, a finał jest w rozmowie dwóch sąsiadek.

– Słyszala pani? Co za tragedia.

– No tak, słyszałam, stracił obie nogi. To co on teraz będzie robił, jaką pracę będzie wykonywał? Jak będzie dalej zarabiał na życie?

– Wie pani, podobno już ma kilka propozycji, a co najmniej trzy takie, dzięki którym będzie zarabiał znacznie lepiej niż do tej pory.

– No to musi się szybko zebrać w sobie.

Zbiorowa reakcja neuronalna, społecznie reprezentowana, powoduje, że kiedy otaczamy taką osobę ze wszystkich stron, od tych sąsiadek zaczynając, przez listonosza, sędziego, prawnika, lekarza, pielęgniarkę, rodzinę, wszystkich wokół niego, myślimy w jeden sposób: wrócisz do nas, do społeczeństwa, będziesz dalej odgrywał w nim jakąś rolę, będziesz pracował. To jest pomoc cywilizowana. To jest pomoc, która kończy się na poziomie świadomości. Mamy, jak wiemy, pięć poziomów świadomości. Pierwszy poziom to taki, kiedy dana osoba nie wie, czego nie wie, nie wie, czego nie umie. Drugi poziom świadomości to taki, kiedy wiemy, czego nie wiemy, wiemy, czego nie umiemy. Trzeci poziom, to taki, że wiemy, co umiemy, wiemy, co wiemy, i potrafimy wskazać źródło tej wiedzy. Czwarty poziom to taki, kiedy wiemy, co umiemy, i wiemy, co wiemy, ale nie bardzo potrafimy wskazać to źródło. Kompilujemy wiele rzeczy. To jest poziom mistrzowski. Piąty, arcymistrzowski, jest wtedy, kiedy ludzie już dochodzą do takich wniosków, że właściwie mają poprzez swoją rozszerzoną wiedzę tak wiele wątpliwości, że dochodzą do tego, że właściwie wszystko można zanegować. Wystarczy, że jesteśmy zobligowani do myślenia, ani na trzecim poziomie świadomości, gdzie znajduje się wiedza o tym, że trzeba zmieniać ludzkie życie. Ta wiedza nazywa się ICF.

Dziękuję bardzo!

WITOLD DUDZIŃSKI – lekarz, żeglarz, biznesmen, prezes zarządu Kliniki Rehasport.

Doktor nauk medycznych, założyciel, twórca i szef poznańskiej kliniki Rehasport – jednej z najlepszych polskich klinik ortopedyczno-rehabilitacyjnych. Autor nowoczesnej metody oceny stanu funkcjonalnego człowieka, OFC – Ocena Funkcjonalna Chorych. Od 2004 roku jest również lekarzem kadry olimpijskiej Polskiego Związku Żeglarskiego i współautorem czterech medali olimpijskich. Urodzony w 1970 roku w Poznaniu, absolwent tamtejszego VIII Liceum Ogólnokształcącego im. Adama Mickiewicza, w 1997 roku uzyskał dyplom lekarza medycyny na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego. W latach 2000–2005 w Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. Wiktora Degi w Poznaniu odbył kurs specjalizacyjny z zakresu rehabilitacji medycznej. Równolegle odbył studia podyplomowe z zakresu zarządzania jakością w służbie

zdrowia. Ukończył studia podyplomowe w Międzynarodowym Instytucie McKENZIEGO z zakresu mechanicznej diagnostyki i leczenia bólów kręgosłupa.

W roku 2006 obronił pracę doktorską na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, uzyskując stopień naukowy doktora nauk medycznych. W latach 2004–2010 należał do Zarządu Oddziału Wielkopolskiego Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji. Jest jednym z założycieli i członkiem zarządu Stowarzyszenia Medycyny Rozwojowej i Badań Funkcjonalnych Narządu Ruchu PRO MOTIO. Należy do Polskiego Towarzystwa Kręgosłupowego. Ma na swoim koncie szereg prac naukowych z rehabilitacji, ortopedii i medycyny sportowej.

Witold Dudziński jest jednym z założycieli Rehasport Clinic w Poznaniu, powstałej w 2004 roku. Dziś to najnowocześniejsza w Polsce klinika medyczna specjalizująca się w zakresie ortopedii, diagnostyki obrazowej, rehabilitacji i sportu. Klinika dysponuje ponad pięćdziesięcioma licencjonowanymi ośrodkami rehabilitacyjnymi i dwoma oddziałami regionalnymi w Gdańsku i Koninie. W 2012 roku założył Fundację Rehasport Clinic, której celem jest niesienie pomocy chorym, fundowanie stypendiów naukowych i sportowych, a także finansowanie badań naukowych. Jest jednym z inicjatorów powstania kwartalnika naukowego wydawanego wspólnie z Polską Akademią Nauk – Zeszyty Promocji Ortopedii, Rehabilitacji, Neurofizjologii i Sportu – IRONS.

Medycynę od lat umiejętnie łączy z drugą pasją: żeglarstwem. Jako sternik żeglował na łódkach klasy Cadet i 470. Zdobywał Puchary Polski oraz medale mistrzostw Polski i świata w żeglarstwie i windsurfingu. Obecnie jest zawodnikiem klasy Formuła Windsurfing. Członek misji medycznej, uczestnik Igrzysk Olimpijskich w Pekinie i Londynie jako lekarz Kadry Olimpijskiej PZŻ.

ROMAN ŽĎÁREK

Wykorzystanie ICF w ocenie szkód niematerialnych w Republice Czeskiej

Witam państwa. Chciałbym powiedzieć kilka słów na temat używania klasyfikacji ICF w Czechach. Mam na myśli wykorzystanie procedury oceny szkody niematerialnej w praktyce sądowej i poza-sądowej po pierwszym styczniu 2014 r., kiedy to wszedł w życie nowy Kodeks cywilny. Sąd Najwyższy Republiki Czeskiej przygotował specjalną metodykę dotyczącą sposobu ustalania wysokości odszkodowania za szkodę niemajątkową. Jest to uregulowane w artykule 59 Kodeksu cywilnego, który stanowi, że ubezpieczyciel ma obowiązek wypłacenia zadośćuczynienia pieniężnego za faktyczne obrażenia ciała i że zadośćuczynienie to powinno w pełni rekompensować doznany ból i inne szkody o charakterze niemajątkowym. Ponadto jeżeli na skutek poniesionych obrażeń, zmniejszą się widoki osoby poszkodowanej na powodzenie w przyszłości, ubezpieczyciel powinien wypłacić odszkodowanie z tytułu pogorszenia pozycji społecznej bądź niepełnosprawności społecznej tej osoby.

Wyróżniamy trzy rodzaje szkody niematerialnej: ból, inne szkody niemajątkowe oraz niepełnosprawność społeczna. Istnieje również zasada, zgodnie z którą wysokość odszkodowania powinna w pełni rekompensować poniesioną szkodę. Pełna rekompensata nie jest w praktyce możliwa, ponieważ normalny człowiek nie chciałby utracić nerki, dłoni czy oka, niezależnie od wysokości odszkodowania. Dlatego byłoby bardzo trudno zrealizować zasadę pełnej rekompensaty. Drugie zdanie mówi o tym, że jeżeli nie jest możliwe oszacowanie wysokości odszkodowania w ten sposób, ustala się ją, stosując zasady dobrych obyczajów i współżycia społecznego. Ponieważ zasady dobrych obyczajów są również bardzo niejednoznaczne, Sąd Najwyższy wpadł na pomysł opracowania metodyki oceny szkody niematerialnej. Zatem w systemie tym mamy trzy rodzaje szkody niematerialnej: ból, niepełnosprawność społeczną oraz inne szkody niemajątkowe. Pod terminem ból kryje się fizyczne i psychiczne cierpienia oraz nieprzyjemne doświadczenia zmysłowe i czuciowe powiązane z rzeczywistym uszkodzeniem tkanek. Ból przejawia się w formie poczucia dyskomfortu, obaw związanych z jego odczuwaniem, frustracji. Z kolei niepełnosprawność społeczna oznacza długotrwałe skutki szkody, które wedle wszelkiego prawdopodobieństwa mają negatywny wpływ na życie i zaangażowanie społeczne osoby poszkodowanej. Wspomniałem także o innych szkodach niemajątkowych. Oznaczają one stan niezwiązany z bólem i niemający charakteru długotrwałego, dotyczący szkody i wpływający negatywnie na daną osobę, np. strach. Tak brzmią przepisy końcowe nowego Kodeksu cywilnego. Te przepisy uchyliły rozporządzenie numer 440, które zostało wydane przez Ministerstwo Zdrowia i zawierało dosyć długi katalog obrażeń ciała.

Każdemu rodzajowi obrażeń przypisane były punkty, przy czym jeden punkt odpowiadał kwocie, w przybliżeniu, pięciu euro. Rozporządzenie dość szczegółowo wskazywało, jakie odszkodowanie powinno zostać wypłacone z tytułu określonego rodzaju obrażeń w związku z doznanym bólem i doświadczaną niepełnosprawnością społeczną. Rozporządzenie to zostało unieważnione, dlatego zamiast szczegółowej regulacji mamy teraz dobre obyczaje. Potrzebne jest nam również rzetelne postępowanie sądowe, którego elementem jest wydawanie podobnych wyroków w zbliżonych sprawach. Zasada ta została wyrażona w artykule 13 Kodeksu cywilnego, który stanowi, że każdy, kto domaga się ochrony prawnej, ma prawo oczekiwać w swojej sprawie rozstrzygnięcia zbliżonego do rozstrzygnięcia wydanego w innej sprawie o podobnym charakterze. Z tej właśnie przyczyny Sąd Najwyższy opracował tę metodykę – aby w podobnych sprawach wydawane były podobne decyzje oraz aby poszczególne sądy rozstrzygały sprawy w podobny sposób. Metodyka Sądu Najwyższego regulująca kwestie odszkodowania za szkodę niemajątkową nie była w ogóle komentowana. Opracowując wytyczne, przyjęto kompleksowe podejście i skorzystano z pomocy ekspertów. Metodykę należy stosować zarówno w praktyce sądowej, jak i pozasądowej. Jak się państwo przekonają, ma ona wielu ojców. Opracowali ją eksperci z Pierwszego Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Karola w Pradze, towarzystwa medyczne, sędziowie Sądu Najwyższego Republiki Czeskiej, przedstawiciele sądów okręgowych i apelacyjnych oraz przedstawiciele ubezpieczycieli. Dlaczego ubezpieczyciele? Ponieważ to oni wypłacają odszkodowania.

Metodyka Sądu Najwyższego składa się z dwóch głównych części. Jedna część mówi o odszkodowaniu za ból, a druga o niepełnosprawności społecznej.

Jeśli chodzi o odszkodowanie za ból, część ta bazuje na załączniku numer jeden do uchylonego rozporządzenia. Oznacza to, że obowiązuje ta sama zasada, która obowiązywała do końca ubiegłego roku. Wynika to stąd, że nie mieliśmy wystarczająco dużo czasu, aby poszukać czegoś nowego, a przede wszystkim z faktu, że w przypadku bólu trudno znaleźć lepsze rozwiązanie, ponieważ ból jest trudno mierzalny. Metodyka prezentuje ból w formie schematu składającego się z elementów, którym przypisane są wartości punktowe bądź które ukazują wzajemne zależności pomiędzy poszczególnymi elementami. Aktualnie jeden punkt ma wartość około dziesięciu euro, co wyrażane jest jako jeden procent minimalnego miesięcznego wynagrodzenia brutto.

Z kolei w odniesieniu do niepełnosprawności społecznej – z której tytułu przyznawane jest dużo wyższe odszkodowanie niż w przypadku bólu – zdecydowaliśmy się na zupełnie nowe podejście, bazujące na klasyfikacji ICF, Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, która jest systemem opracowanym przez Światową Organizację Zdrowia. Znają państwo te dwie międzynarodowe klasyfikacje WHO, czyli Międzynarodową Statystykę Klasyfikacji Chorób i Powiązanych Problemów Zdrowotnych. Widzimy, że stary system był oparty w większym stopniu na ICD, podczas gdy nowy system oceny szkody niematerialnej bazuje na Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia ICF.

ICF jako wielofunkcyjna klasyfikacja została przyjęta na mocy rezolucji 52. Światowego Zgromadzenia Zdrowia w 2001 roku. Klasyfikacja ICF może zostać wykorzystana jako narzędzie kliniczne do oceny zdolności do wykonywania pracy, jako narzędzie statystyczne i badawcze w ramach polityki społecznej i zdrowotnej. Obecnie, od niedawna, wykorzystujemy ICF jako narzędzie oceny szkody niematerialnej. Dlaczego zdecydowaliśmy się wykorzystać ten system do oceny szkody niematerialnej? Powodem był wyrażony przez ustawodawcę zamiar uchylecia starej regulacji. Jak już wspominałem, była ona w większym stopniu oparta na ICD, a przyczyną jej uchylecia była daleko idąca krytyka, której stała się przedmiotem. Uchylonemu rozporządzeniu zarzucano przede

wszystkim, że nie odzwierciedla indywidualnych problemów osób poszkodowanych. Uważamy, że wykorzystanie klasyfikacji ICF pomoże rozwiązać te problemy i uwzględnić indywidualne różnice. Założenie jest takie, że dwie osoby cierpiące na tę samą chorobę mogą charakteryzować się dwoma odmiennymi stanami funkcjonowania. Z kolei dwie osoby o tym samym stanie funkcjonowania niekoniecznie cierpią na tę samą chorobę.

Jak wiadomo, mamy cztery elementy składowe ICF: funkcje i struktura ciała, czynniki środowiskowe oraz aktywność i uczestniczenie, które obrazują wykonywanie zadań i stopień zaangażowania danej osoby w sytuacji życiowej. W celu określania stopnia niepełnosprawności społecznej korzystamy z tego trzeciego elementu składowego – tzn. aktywności i uczestniczenia. Wydaje nam się, że jeżeli spojrzymy na osobę przez pryzmat wszystkich dziewięciu rozdziałów dotyczących aktywności i uczestniczenia, uzyskamy plastyczny obraz wszystkich aspektów ludzkiego życia. Dziewięć rozdziałów to: uczenie się i stosowanie wiedzy, ogólne zadania (i obowiązki), porozumiewanie się, trzy związane są ze zdolnościami umysłowymi, kolejne trzy są bardziej związane ze zdolnością do poruszania się – poruszanie się, dbanie o siebie, życie domowe; trzy ostatnie dotyczą różnych typów związków – wzajemne kontakty i związki międzyludzkie, główne obszary życia, życie w społeczności lokalnej, działalność społeczna i obywatelska. Obliczamy procentowy udział problemów dla każdego rozdziału, a następnie wyliczamy średnią ważoną ze wszystkich rozdziałów, uzyskując ostateczny wynik procentowy, który mnożymy przez ograniczoną wartość. Dzięki temu możemy uzyskać ostateczną wartość określającą stopień niepełnosprawności społecznej. Tak naprawdę do wykonania obliczeń wykorzystujemy podrozdziały każdego z rozdziałów. Kwalifikatory w aspekcie poziomu problemów oznaczają: 0 – brak problemu, 1 – łagodny problem, 2 – umiarkowany problem, 3 – znaczny problem, 4 – całkowity problem. Jeżeli potrzebujemy tego do obliczenia wartości, nie możemy użyć tych kwalifikatorów. Tak naprawdę czynniki te wykorzystywane są w celu zastosowania kwalifikatorów. Potem zamiast kwalifikatorów stawiamy procent, który stanowi średnią wartość procentową pomiędzy tymi dwoma.

Przygotowaliśmy specjalną stronę internetową, na której eksperci mogą dla każdego rozdziału i podrozdziału wstawić kwalifikator bądź wartość procentową. Jeżeli np. istnieje precyzyjna metoda, mogą podać dokładną wartość procentową zamiast kwalifikatora. Natomiast za pomocą tabeli na tej stronie można obliczyć ostateczną wartość procentową.

Jeśli chodzi o aktywność i uczestniczenie, stosujemy kwalifikatory zdolności i wykonania.

Kwalifikator „zdolność” opisuje możliwości wykonywania przez daną osobę zadania lub podjęcia działania bez specjalnej pomocy i niezależnie od środowiska.

Kwalifikator „wykonanie” odzwierciedla zaangażowanie osoby w sytuację życiową z wykorzystaniem czynników środowiskowych.

Musieliśmy zdecydować, czy do tego szczególnego celu – oceny szkody niematerialnej – korzystać z kwalifikatora zdolności czy wyników. Od początku postawiliśmy na kwalifikator zdolności, ponieważ zastosowanie kwalifikatora wykonania w sytuacji, w której wszystko kompensują ułatwienia, nie byłoby uczciwe dla osoby poszkodowanej. Później zdecydowaliśmy się połączyć oba kwalifikatory. Tak więc wykorzystujemy również wykonanie, następnie korzystamy z ostatecznej średniej uzyskanej ze zdolności i wykonania. Wykonanie stosowane jest jednak wyłącznie w szczególnych przypadkach. Nie wszystkie ułatwienia bierzemy pod uwagę. Nie wykorzystujemy ułatwień takich jak rodzina czy inne ułatwienia osobiste, ponieważ osoba poszkodowana może mieć rodzinę, ale utracić ją np. po pół roku. Nie byłoby to uczciwe, gdybyśmy uwzględniali ją w naszych kalkulacjach. Dlatego właśnie osobiste ułatwienia nie są przez nas brane pod uwagę. Stosujemy

tym samym tylko niektóre ułatwienia objęte ubezpieczeniem zdrowotnym, chociaż możemy również uwzględnić niektóre szczególne, bardzo drogie ułatwienia, jeżeli ubezpieczyciel za nie zapłacił.

W tym miejscu mogą państwo dostrzec różnice w korzystaniu z elementu aktywności i uczestniczenia, różnice w metodyce oceny szkody niematerialnej w porównaniu z ogólnym zastosowaniem. Tak jak państwu powiedziałem, oceniamy zdolność, czasami również wykonanie. Konieczna jest ocena wszystkich punktów i rozdziałów. Oczywiście z naszego punktu widzenia ważne jest uwzględnienie stanu zdrowia poszkodowanego w okresie poprzedzającym szkodę. Stan zdrowia sprzed szkody jest ważny, dlatego zapłacimy za różnicę powstałą w związku ze szkodą.

Jak już mówiłem, tylko niektóre ułatwienia są brane pod uwagę. Ponadto należy pewne kwestie poddać pod rozagę sądu, w szczególności wiek, nadzwyczajne zaangażowanie w życie społeczne oraz różne okoliczności zgodnie z artykułem 2957 Kodeksu cywilnego, np. umyślne wyrządzenie szkody. Aby to rozpracować, mamy pewne ustalenia dotyczące zakresu finansowego odszkodowania i kwota ta wynosi w przybliżeniu 10 milionów koron, a więc około 400 tysięcy euro. Tak naprawdę wyrażana jest ona jako czterystukrotność minimalnej miesięcznej pensji brutto. Zatem możemy dokonać podstawowego, ogólnego oszacowania szkody niemajątkowej oraz proporcjonalnie określić utratę średniego potencjału dla danego typu szkody. Wówczas istnieje jeszcze miejsce na modyfikacje wysokości ogólnej kwoty. Niektóre modyfikacje mogą dotyczyć wieku. Mamy pewną podstawową ogólną kwotę dla wieku 45–55 lat. Dla młodszych osób możemy ją podwyższyć. Dla osób w wieku 35–44 lata doliczamy 10 proc., w wieku 25–34 lata dodajemy 20 proc., a dla osób w wieku do 24 lat zwiększamy wartość odszkodowania o 35 proc. Natomiast dla osób starszych obniżamy ją o 10 proc. czy 20 proc. Jest to pierwsza zmiana.

Druga modyfikacja wiąże się z zaangażowaniem społecznym osoby przed doznaniem uszczerbku na zdrowiu. Jeżeli poziom tego zaangażowania był wyższy niż przeciętny, doliczamy 10 proc., jeżeli był on wyjątkowo wysoki – 20 proc., jeśli był niespotykany wysoki – 30 proc., a jeżeli plasował się poniżej przeciętnej, odliczamy 10 proc. W przypadku minimalnego zaangażowania odejmujemy 20 proc.

Trzeci rodzaj modyfikacji może zostać uwzględniony w tych wyjątkowych okolicznościach, które są wymienione we wspomnianym przeze mnie artykule. Są to modyfikacje bardzo szerokie i nie jest możliwe opracowanie specjalnej reguły. Jednak Sąd Najwyższy zasugerował, że nawet jeżeli stosujemy wszystkie modyfikacje, nie powinniśmy podwyższać odszkodowania do wartości dwukrotnie przekraczającej wartość ogólną, czyli 20 milionów koron czeskich, co odpowiada mniej więcej kwocie 800 tys. euro, a powinno być zdecydowanym limitem. Ostatni slajd (patrz prezentacja od strony 115) pokazuje algorytm, który mówi, jak szacować wysokość odszkodowania. Pierwszy krok to dokonanie przez specjalistę, lekarza, oceny stopnia problemu i pokazanie ostatecznych wartości procentowych dla wszystkich rozdziałów i podrozdziałów. Następnie sąd przyjmuje ogólną kwotę początkową.

Mówiliśmy o limitach, ale uznano, że określenie „limit” nie byłoby politycznie poprawne, dlatego teraz Sąd Najwyższy posługuje się terminem „ogólna kwota początkowa”, czyli 10 milionów koron czeskich. Mamy zatem wartość procentową, ustaloną przez specjalistę, którą mnożymy (tzn. ogólną kwotę początkową), a następnie uzyskujemy podstawowe odszkodowanie. Podstawowe odszkodowanie może zostać zmodyfikowane ze względu na wiek i inne aspekty, a następnie po modyfikacji, otrzymujemy stosowną wysokość odszkodowania.

Dziękuję państwu bardzo.

ROMAN ŽDÁREK – Pierwszy Wydział Lekarski Uniwersytetu Karola w Pradze, przewodniczący rady nadzorczej Akademii Prawa Medycznego w Pradze, adwokat.



The ICF's usage for assessment of damages immaterial harm in the Czech Republic

Roman Žďárek, Charles University, 1st Medical Faculty

Všehrdova 560/2, Praha 1 – Malá Strana, PSČ 118 00
www.akademiemp.cz, email: info@akademiemp.cz
www.facebook.com/akademiemedicinskehoprava

Methodology of the Supreme Court of the Czech Republic



- compensations of non-material damage (damage to health)

Non-material damage to health



§ 2958 (Civil Code)

The malefactor makes pecuniary reparation for actual bodily harm to injured person, which is *fully countervailing* to suffered **pain** and **other non-material damage**; if the impediment for better future of injured person, caused by the injury, arises, malefactor compensates even **diminishing social position (social impairment)**. When it is impossible to assess the amount of compensation by this way, it's assessed by *principles of decency* and public policy.

3

www.akademiemp.cz, email: info@akademiemp.cz

Damage to health



Pain

- physical and mental suffering
- unpleasant sensual and sensory experience linked with real or pending damage of tissue
- discomfort, stress, fears connected with the painful state

Social impairment (in case of impediment for better future)

- Effects of health damage which have a lasting nature and which have a provably negative influence on life and social engagement of the injured

Other non-material damage

- unpainful and non-lasting states connected with a damage of health which have a negative effect on a personal sphere

4

www.akademiemp.cz, email: info@akademiemp.cz

Damage to health



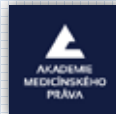
237. and 238. Final Provisions § 3080 of the new Civil Code

- the cancelled Regulation No 440/2001 Coll., compensation for pain and social impairment

5

www.akademieprava.cz, email: info@akademieprava.cz

Damage to health



§ 13 (Civil Code)

Everybody, who is demanding legal protection, may rightfully expect, his case will be adjudicated **similarly** as another case, which has been decided already and which is corresponding to his case in constituent elements; if the case was adjudicated differently, everybody, who is demanding legal protection, has the right for **valid clarification** (by the good cause) of this departue.

6

www.akademieprava.cz, email: info@akademieprava.cz

Damage to health



Methodology of the Supreme Court for compensation for non-material damage (damage on health)

- **non-committal recommendation material**
- **complex approach**
- **expert basis**
- **to use in the court and out-of-court practice**

7

www.akademiemp.cz, email: info@akademiemp.cz

Authors of the Methodology



- **1st Faculty of Medicine, Charles University in Prague – expert guarantee**
- **Society of Medical Law**
- **Supreme Court of the Czech Republic**
- **representatives of regional (appellate) Courts**
- **representatives of insurers (compensation payers)**

8

www.akademiemp.cz, email: info@akademiemp.cz

Methodology of the Supreme Court of the Czech Republic



- **Compensation for pain** – revision of the Appendix 1. of the Regulation No 440/2001 Coll.
- **Social impairment** – an entirely new approach with application of **ICF**

9

www.akademimp.cz, email: info@akademimp.cz

Compensation for pain

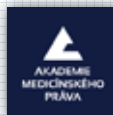


- an overview of pain consists of particular items assigned with point values reflecting mutual proportions between individual items
- a point value – 1% gross nominal monthly wage by annual covered number of employees in national economy for the year preceding the year of occurrence of entitlement / occurrence of pain

10

www.akademimp.cz, email: info@akademimp.cz

Social impairment



ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health
- A system developed by the World Health Organization (WHO)

11

www.akademiemp.cz, email: info@akademiemp.cz

ICF



12

www.akademiemp.cz, email: info@akademiemp.cz

International Classification WHO

- International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)
- International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

www.akademiemp.cz, email: info@akademiemp.cz

International Classification of Functioning, Disability and Health

- ICF as a multipurpose classification
 - endorsed by the resolution of the Fifty-fourth WHO Assembly in 2001
- Application of ICF
 - as a clinical tool
 - as a tool for work evaluation
 - as a tool of social and health policy
 - as a statistical tool
 - as a research tool

www.akademiemp.cz, email: info@akademiemp.cz

International Classification of Functioning, Disability and Health

- Two persons with the same disease (ICD) can have **different level of functioning** (ICF), and two persons with the same level of functioning **do not necessarily have the same health complications!**

www.akademiemp.cz, email: info@akademiemp.cz

ICF



Four components:

- 1. Body functioning (code b)**
- 2. Body structures (code s)**
- 3. Activities and Participation (code d)**
- execution of tasks and involvement in a life situation
- 4. Environmental factors (code e)**



www.akademiemp.cz, email: info@akademiemp.cz

ICF



Activities and Participation – nine chapters

1. Learning and applying knowledge
2. General tasks and demands
3. Communication
4. Mobility
5. Self-care
6. Domestic life
7. Interpersonal interactions and relationships
8. Major life areas
9. Community, social and civic life



17

www.akademimp.cz, email: info@akademimp.cz

ICF



Qualifiers (the level of problem)

0 – no problem (absent, negligible)	0-4%
1 – mild problem (slight, low)	5 -24%
2 – moderate problem (visibly higher)	25-49%
3 – severe problem (high, extreme)	50-95%
4 – complete problem (total)	95-100%



18

www.akademimp.cz, email: info@akademimp.cz

Activities and Participation

- **Activity - capacity**
 - ability of an individual to execute a task (action) without special aid and independently on the environment
- **Participation - performance**
 - involvement of individual in a life situation using environment factors

www.akademiemp.cz, email: info@akademiemp.cz

Methodology of the Supreme Court of the Czech Republic



Activities and Participation – differences in comparison with current application

- to assess Capacity, sometimes also Performance
- it will be necessary to assess all points (chapters)
- a status before damage is important
- some Facilitators are taken into account
- in addition, there should be a space for consideration of the Court (in particular, age, exceptional involvement of the sufferer, circumstances according to § 2957)

20

www.akademiemp.cz, email: info@akademiemp.cz

Methodology of the Supreme Court of the Czech Republic



Alignment of the financial extent of compensation

- a limit amount expressing a hypothetical **100% social impairment** of a sufferer - around **10.000.000,- CZK**
- it reflects the development of price level and economic parameters, it is suggested to express it as a 400-fold gross nominal wage by annual covered number of employees in national economy, as for the year when the sufferer's health status was stabilized, e.g. in 2013 it made up 25.128,- CZK

21

www.akademiemp.cz, email: info@akademiemp.cz

Methodology of the Supreme Court of the Czech Republic



Alignment of the financial level of compensation

- basic (general) evaluation of compensation for non-material damage at lasting health effects
- proportional expression of loss of average potential for the particular damage type

22

www.akademiemp.cz, email: info@akademiemp.cz

Methodology of the Supreme Court of the Czech Republic



Modification of general amount:

- **The age when lasting effects occurred**
 - **45 to 55 years – basic, general**
 - **+10% between the ages of 35 – 44 years**
 - **+ 20% between the ages of 25 – 34 years**
 - **+ 30 - 35% between the ages of 0 – 24 years**
 - **- 10% between the ages of 55 – 69 years**
 - **- 20% elder than 70 years**

23

www.akademiemp.cz, email: info@akademiemp.cz

Methodology of the Supreme Court of the Czech Republic



Modification of general amount:

- **Social engagement before damage of health**
 - **+ 10% - above-average**
 - **+ 20% - exceptionally intensive**
 - **+ 30% - extraordinary**
 - **- 10% - below the average**
 - **- 20% - practically no**

24

www.akademiemp.cz, email: info@akademiemp.cz

Methodology of the Supreme Court of the Czech Republic



Modification of general amount:

- The exceptional circumstances listed in § 2957 are not possible to take into account due to their assumed extent a variability which cannot be expressed neither by specific term nor by the corresponding percentage range, thereby it is reserved merely on consideration of the Court with recommendation to keep the compensation after complete resulting increase at the border of two-fold general amount

25

www.akademimp.cz, email: info@akademimp.cz

Methodology of the Supreme Court of the Czech Republic



Expert:

Assessment of the level of problem

ICF + conversion

Percentage (up to 100%)

Court:

General initial amount (10.051.200,- Kč)

Percent multiplication

Basic compensation

Modification

Resulting compensation

www.akademimp.cz, email: info@akademimp.cz

Panele dyskusyjne

MODERATOR: JULITA CZYŻEWSKA

**PANELIŚCI: SÖREN BRAGE, JEROME BICKENBACH, URBAN SCHWEGLER,
JOLANTA KUJAWA, WITOLD DUDZIŃSKI**

Korzyści i wyzwania związane z wdrożeniem ICF – panel dyskusyjny

Julita Czyżewska

Witam państwa serdecznie. Muszę powiedzieć, że jestem pod ogromnym wrażeniem za każdym razem, gdy widzę i słyszę wystąpienie doktora Dudzińskiego. Dziękuję panu, brawo i zapraszam do panelu. Razem z doktorem Dudzińskim w panelu będą uczestniczyć nasi goście zagraniczni. Zapraszam pana Bickenbacha, pana Sörena Brage'a i pana Urbana Schweglera. Proszę o dołączenie do tego grona panią profesor Jolantę Kujawę. Wiem, że mają państwo pytania, dlatego w porozumieniu z prelegentami podzieliliśmy ten panel na dwie części. Będą pytania z mojej strony, a następnie głos przekażę państwu.

Pierwsze moje pytanie do gości zagranicznych. Chcielibyśmy poznać państwa pozytywne doświadczenia z wdrożeń ICF i korzyści płynące z używania klasyfikacji.

Jerome Bickenbach

Mogę podać tutaj dwa przykłady. W Szwajcarii wdrażanie ICF w ramach procedury oceny niepełnosprawności wcale nie jest takie łatwe – to swego rodzaju wyzwanie. Wprowadzenie nowej procedury, jaką jest ICF, która znajduje się dopiero w fazie praktyk, wymaga współpracy pomiędzy różnymi osobami zaangażowanymi w ten proces. Pojawia się zapewne zastrzeżenia, jak i nadzieje oraz obietnice, o których trzeba rozmawiać, aby uzyskać najlepszy możliwy wynik, na przykład przy ocenie niepełnosprawności, oraz by faktycznie usprawnić cały proces.

Kolejny przykład, jakim chciałbym się posłużyć, nawiązuje do trzech artykułów naukowych, które czytałem, a które dotyczą wprowadzenia ICF i oceny niepełnosprawności na Tajwanie. Zorganizowaliśmy spotkanie tajwańskiego instytutu z osobami, które faktycznie próbowały wprowadzić ICF do swojego systemu i zbadać korzyści z tego wynikające. Przypomina to coś, co starałem się państwu pokazać na jednym ze swoich slajdów, tzn. że nie chodzi tutaj o ocenę niepełnosprawności, że w rzeczywistości wszystko sprowadza się do reintegracji, tj. włączania ludzi do życia, oraz że raportowanie oparte na ICF, czy też sama klasyfikacja jako pewien system, mogą być naprawdę pomocne przy takim działaniu. Nie mam tutaj danych bibliograficznych, ale myślę, że mogą być państwo zainteresowani przeczytaniem tych publikacji. Polecam je.

Zamiast przytaczać konkretne przykłady, mówimy o dwóch kwestiach. Jedną z nich jest wdrażanie sposobu postrzegania niepełnosprawności, który proponuje ICF. Myślę, że jest to ewolucja, która mniej więcej dobiegła końca. Powiedziałbym, że w skali globalnej ogólna pojmowanie niepełnosprawności jako interakcji pomiędzy czymś wirtualnym a środowiskiem jest w dużej mierze akceptowane pod względem intelektualnym i kulturowym. Trudniejsze jest natomiast wdrożenie konkretnego standardu, jakim jest ICF, będącego zarówno klasyfikacją, jak i pewnego rodzaju strukturą, którą reprezentuje. Wdrażanie standardów nigdy nie jest łatwe, ponieważ wymaga przejścia od struktury jednego typu do struktury innego rodzaju. Trzeba to robić zawsze stopniowo, krok za krokiem, co jest trudne w każdych okolicznościach.

Udało się to wprowadzić w różnych krajach na świecie. Włochy są jednym z nich. Istnieją dwa podejścia: „z góry na dół” (*top-down*) i „z dołu do góry” (*bottom-up*). Można to robić „z góry na dół”, czyli uchwalając przepisy prawa regulujące wymogi dotyczące refundacji lub innych kwestii. To podejście zastosowano we Włoszech, gdzie najpierw wprowadzono określone programy i uregulowano prawnie kwestie wdrażania ICF do celów refundacji. Tajwan jest kolejnym przykładem kraju, w którym zaczęto działać na poziomie regulacji prawnych i ich wdrażania. Rozwiązanie to ma tę zaletę, że daje ludziom jasną motywację, ponieważ ludzie lubią być wynagradzani za swoją pracę.

Sören Brage

Drugie podejście, „z dołu do góry”, jest skuteczniejsze. Zaczynamy, patrząc z mojej perspektywy, od ludzi, organizacji zrzeszających ludzi niepełnosprawnych, a potem przechodzimy do dostawców usług oraz różnych poziomów, na których funkcjonują. Następnie dowiadujemy się, jak zapewnić określoną znajomość ICF-u i naturalność w korzystaniu z tej klasyfikacji do różnych celów, czego uzupełnieniem jest literatura przedmiotu, powiązane reguły i zestawy kluczowe czy inne narzędzia opracowywane przez naukowców. Podejście „z dołu do góry” generuje pewną konieczność zmiany prawa oraz zmian na wyższych poziomach systemu. Wydaje mi się, że optymalnym rozwiązaniem jest jednoczesne korzystanie z obu metod, ale nie słyszałem, aby gdziekolwiek na świecie tego spróbowano. Podejście „z dołu do góry” stosowane jest obecnie w Belgii w obszarze pomocy społecznej, ale można podać również przykłady innych krajów na świecie.

Urban Schwegler

Chciałbym podzielić się z państwem własnymi przemyśleniami. Gdy klasyfikację ICF wprowadzono w Norwegii, w pewien sposób zapoczątkowało to nowy sposób myślenia. Chodzi mi o to, że nie skupiamy się tak bardzo jak kiedyś na diagnozie. Nie mówimy na przykład „to osoba chora na nowotwór piersi”. Nie ma już tej kwestii. Oczywiście wiemy, że tak jest, ale rozmawiamy raczej o tym, co ta osoba chciałaby zrobić w tej sytuacji: czy chciałaby poddać się operacji, czy też wolałaby wybrać inną metodę leczenia. Pokazuje to, jak należy rozmawiać z pacjentem, żeby się dowiedzieć, co i jak można dla niego zrobić. W tym celu można się posłużyć kategoriami ICF, które są potem często używane również przez lekarza. Lekarz posługuje się tym samym kwestionariuszem, który pozwala odpowiedzieć na pytanie, co może zrobić pacjent. Czasami okazuje się, że myśli są przeciwstawne, co jest z klinicznego punktu widzenia, bardzo ciekawą sytuacją. Dlaczego lekarz myśli w ten sposób a pacjent w inny? Dlaczego nie zawsze zgadzają się ze sobą? Może to być bardzo stymulujące i ważne dla zmiany zachowania.

Pytanie do pani profesor Jolanty Kujawy: ICF w rehabilitacji, jakie widzimy jego miejsce i rolę?

Jolanta Kujawa

Wydaje mi się, że na podstawie tego, co powiedzieli przedmówcy, możemy zdecydowanie potwierdzić, że ICF przede wszystkim dyscyplinuje wszystkich uczestników systemu, zarówno przedstawicieli, profesjonalistów medycznych, jak i pacjentów. Jestem zauroczona biopsychospołecznym podejściem do opieki, jakie przedstawił pan doktor Dudziński. Jest to nasza rzeczywistość w Polsce. W rehabilitacji funkcjonujemy z pełną świadomością, że orzeczenie o potencjale rehabilitacyjnym pacjenta może decydować o jego losie. W moim przekonaniu znajdujemy się w bardzo newralgicznym punkcie. W łańcuchu powiązań pomiędzy orzecznikiem a wypadkiem znajduje się rehabilitacja. Powinna ona bardzo wcześnie, na każdym etapie leczenia, nie po nim, ponieważ funkcjonujemy na każdym etapie leczenia. Wobec tego orzeczenia, które się zmieniają rozpoczynają się z czasem, wymagają od nas pełnej dyscypliny w wykorzystaniu potencjału rehabilitacyjnego pacjenta. Zatem ICF służy do oceny potrzeb rehabilitacyjnych pacjenta. Oprócz ich inwentaryzacji należy zrobić wszystko, żeby zaspokoić te najważniejsze potrzeby, gdyż taki był cel wprowadzenia klasyfikacji. Dopiero wtedy pacjent znajdzie się w punkcie, w którym może podjąć decyzję, co dalej. Dzięki temu również lekarz orzecznik będzie w stanie podjąć decyzję, czy orzekać o niepełnosprawności, czy wspomóc pacjenta tak, żeby mógł podjąć aktywność zawodową.

Bardzo trudne jest ustalenie punktu, w którym zaprzestajemy wydatków na rehabilitację i rozpoczynamy finansowanie wspomaganie funkcji. Powodem tego jest nasze wychowanie przez panią profesor Milanowską. Obecny Konsultant Krajowy ds. Rehabilitacji reprezentuje tę samą szkołę. Zawsze będziemy mieli wrażenie, że jesteśmy potrzebni i że umiemy doskonale odczytać te potrzeby. Wydaje mi się, że zwłaszcza w rehabilitacji ICF jest to bardzo potrzebne. Dowodzą tego nie tylko koledzy z Europy i wyniki badań Jiříego Votavy, które przedstawiła pani profesor Wilmowska. Tylko w ośmiu krajach Europy lekarze posługują się ICF do opisu funkcjonowania pacjenta. W Polsce od kilku lat mówimy, że powinniśmy programować rehabilitację na podstawie profilu funkcjonowania. Aby dokumentacja była spójna, a przede wszystkim żeby sytuacja pacjenta była optymalna, powinniśmy się szkolić równoległe z orzecznikami. Bywa, że zbyt wczesne podjęcie pracy może stanowić dla pacjenta czynnik utrudniający wykorzystanie pełnego potencjału rehabilitacyjnego. Nie w każdym momencie rehabilitacja jest bezwzględnie potrzebna, ale gdy nie jesteśmy tego pewni, może dojść do sytuacji, że pacjent zaprzepaszcza niektóre swoje możliwości. W związku z tym na pewnym etapie lekarze będą orzekać:

- pozytywnie – że stopień niepełnosprawności pozwala na aktywizację zawodową pacjenta i można równoległe prowadzić rehabilitację,
- negatywnie – że pacjent nie może jeszcze wrócić do pracy, ale jednocześnie może wykorzystać swoje możliwości.

Analiza musi być niezwykle rozważna, a taka jest możliwa jedynie za pomocą ICF. W moim przekonaniu jest to najbardziej dyscyplinujące narzędzie dla wszystkich członków zespołu leczącego pacjenta. W opiece, szczególnie w systemie ochrony zdrowia, który ma problemy, finansowanie potrzeb rehabilitacyjnych pacjenta jest bezwzględnie konieczne. Dziękuję bardzo!

Julita Czyżewska

Dziękujemy pani profesor. Mam teraz pytanie do praktyka, do doktora Dudzińskiego. Jak wykorzystuje pan ICF w obszarze rehabilitacji i gdzie indziej? Słyszeliśmy, że brał pan udział w pilotażowym wdrożeniu klasyfikacji w obszarze ubezpieczeń komercyjnych. Chcielibyśmy poznać jakies szczegóły tego przedsięwzięcia.

Witold Dudziński

Dziękuję za pierwsze pytanie dotyczące praktyki zastosowania ICF. Jak powiedziałem w pierwszych słowach, mam wrażenie, że kiedy pierwszy raz zobaczyłem ten dokument, przeżyłem swego rodzaju *déjà vu*, gdzie pan profesor Wiktor Dega w całej polskiej koncepcji rehabilitacji właśnie o czymś takim mówił. Dzisiaj ubieramy tę myśl w pewną taksonomię. Dzięki temu na wszystkich poziomach prac jesteśmy w stanie komunikować się w ten sam sposób. Cała filozofia myślenia towarzyszy nam w klinice i w wielu miejscach w Polsce od wielu lat. Mimo że była próba zasypania i zupełnego odstawienia jej na bok, to się jednak nie udało. Na szczęście dzisiaj mamy silne wsparcie ze strony WHO. Należy pamiętać, że gdyby przeprowadzić dzisiaj krótkie badanie fokusowe, kogo uznajemy za osobę niepełnosprawną, czy osobę z dysfunkcją, to najprawdopodobniej w większości przypadków odpowiedzielibyśmy, że jest to osoba, która nie chodzi, nie ma ręki. Tymczasem ICF jednoznacznie zrównuje wszystkie rodzaje dysfunkcji. Dlatego tak samo można mówić o dysfunkcji osoby, która nie ma jednego płuca, choruje na jakąś chorobę układową, a mimo to znakomicie chodzi.

Praktyka zastosowania tego musiała znaleźć swój finał. Przypomnę, że droga nie była taka prosta. Kiedy po raz pierwszy przedstawiałem ICF w ujęciu jakości życia na konferencji PIU w 2009 roku w Warszawie, wydawało mi się, że mówię o czymś, co jest oczywiste, jasne i wszystkim znane. Później okazało się, że wcale takie nie jest. Od tamtego czasu trzeba było zmienić neuronalny nawyk: zbiorowy nawyk neuronalny na wielu poziomach indywidualnych i zbiorowych, w tym zbiorowości ubezpieczeniowej komercyjnej. Zaczęliśmy pracować z osobami poszkodowanymi w wypadkach komunikacyjnych. Współpraca ta zaczęła się od Ergo Hestii. Tam powstało środowisko, które do dzisiejszego dnia pomaga osobom poszkodowanym. Nazywa się ono Centrum Pomocy Osobom Poszkodowanym i reprezentowane jest dzisiaj w wielu innych towarzystwach. Tak zaczęła się ta praca, w której wszyscy zmierzali do jednego sposobu myślenia, czyli do tego, jak to wygląda w relacji do ICF. Finalnie powstał produkt, który jest produktem informatycznym, który zapisał cały ICF w algorytm, umożliwiający w prosty, dość czytelny sposób zastosowanie wspomnianej wcześniej filozofii. Samo narzędzie – książka – może budzić przerażenie. Inaczej jednak patrzemy na nie przez pryzmat filozofii, którą reprezentujemy w sposobie myślenia o osobach z dysfunkcjami. Na tę filozofię musimy patrzeć przez pryzmat każdego z nas.

Tak jak powiedziałem, ICF dotyczy każdego z nas. Tu nie ma odstępstw, nie jest to tylko historia osób jednoznacznie zdefiniowanych jako chore. To jest klasyfikacja, która mówi o każdym z nas jako o człowieku, istocie ludzkiej, której niepełnosprawność w różnych wymiarach przewija się przez całe życie. Poprzez stosowanie ICF możemy opowiedzieć o każdym – i o dziecku, i o osobie z porażeniem czterokończynowym – odnosząc się do wszystkich wartości, które ten dokument ze sobą niesie.

Dzisiaj wiemy, że pierwsze próby informatyczne wypadają pomyślnie. Wiemy, że potrafimy odnieść się jednoznacznie do wszystkich zapisów ICF z namacalną korzyścią, gdyż w rozumieniu ubezpieczeniowym przekłada się to finalnie na pieniądze. Mimo że pieniądze są na samym końcu, występują one zawsze jako pewne narzędzie wykorzystywane w mechanizmach określania tego, co najważniejsze w ICF, czyli stanu funkcjonalnego człowieka w różnych ujęciach.

Jerome Bickenbach

Pozwolą państwo, że opowiem pewną historię. To historia, która, jak mi się wydaje, dobrze ilustruje, czym jest ICF i jej kluczowe innowacje, pokazuje intuicję wpływającą zarówno na praktykę, jak i teorię. Zdarzyło się to w Stanach Zjednoczonych w czasie drugiej wojny światowej. W szpitalach psychiatrycznych przebywały osoby, które ówczesny system uznał za „niezatrudnialne”. Osoby

te były niezatrudnialne ze względu na upośledzenie umysłowe, zaburzenia umysłowe. Potem wybuchła wojna i ludzie pracujący na zmiany w wielkich fabrykach zostali powołani do wojska i poszli na front. Zaczęło brakować rąk do pracy w bardzo ważnych gałęziach przemysłu. Wyjściem z tej sytuacji okazały się szpitale psychiatryczne, w których przeprowadzono bardzo ciekawy proces rehabilitacji. Wprowadzono zmiany w prawie, które pozwoliły zatrudnić tych ludzi. Na tym polegała ich rehabilitacja. A następnie zaprowadzono ich do miejsc pracy i zrobiono to, co trzeba było zrobić, tzn. instrukcje obsługi zostały przereklamowane tak, żeby łatwiej je było zrozumieć, niektóre narzędzia, maszyny pomalowano w taki sposób, żeby nowi pracownicy byli w stanie nauczyć się, co mają robić. Zatrudniano ich przez całą wojnę i bardzo dobrze sobie radzili. Gdy wojna się skończyła, wrócili żołnierze, którzy potrzebowali swoich dawnych miejsc pracy, tak więc nastąpiła swego rodzaju „derehabilitacja”. Osoby upośledzone umysłowo, które były bardzo dobrymi pracownikami przez cztery do sześciu lat, zostały uznane za niezatrudnialne i wróciły do szpitali psychiatrycznych.

Opowiedziałem państwu tę historię, aby pokazać, że to, czy dana osoba jest zdolna do podjęcia zatrudnienia, czy nie, może nie mieć nic wspólnego z nią samą. To może zależeć tylko i wyłącznie od środowiska. Ponieważ zajmujemy się rehabilitacją, musimy zdawać sobie sprawę z tego, że w szczególności w przypadku niektórych postaci chorób przewlekłych, umysłowych, itd. rehabilitacja może dobiec końca, możliwości leczenia farmakologicznego mogą się wyczerpać, skończy się także możliwość wpłynięcia na osobę, natomiast potencjał zmiany sytuacji niepełnosprawności istnieć będzie zawsze. W dalszym ciągu można uczynić ludzi zdolnymi do podjęcia zatrudnienia. Można zmniejszyć stopień niepełnosprawności ludzi, zmieniając środowisko. Klasyfikacja ICF uczy nas, że determinanty niepełnosprawności nie istnieją wyłącznie wewnątrz ludzkiego ciała. Są one również poza nim, w otaczającym nas świecie, i nigdy nie powinniśmy o tym zapominać, bo to stanowi fundament ICF.

Julita Czyżewska

Dziękuję bardzo. Teraz pora na pytania publiczności.

Pytanie

Chciałabym dodać krótki komentarz. Maria Król, jestem lekarzem specjalistą rehabilitacji, ale również matką bardzo ciężko niepełnosprawnego dziecka, jak również menadżerem, który tworzy system wsparcia dla osób niepełnosprawnych. Chciałam powiedzieć jeszcze o roli edukacyjnej ICF, który pomaga zrozumieć niepełnosprawność jako kwestię praw człowieka. Narzuca on społeczeństwu obowiązek modyfikacji środowiska, aby osoby z niepełnosprawnością mogły na równi z innymi uczestniczyć w życiu społecznym. Może on być zatem narzędziem walki dla osób niepełnosprawnych i dla osób, które się tym zajmują. Uważam, że decyzja o tym, czy implementować ICF, czy też nie, jest decyzją polityczną. Dziękuję!

Jolanta Kujawa

Proszę państwa, odniosę się właśnie do tego wątku, ponieważ środowisko europejskiej, ale i międzynarodowej rehabilitacji już tę drogę zaakceptowało. Disability Global Action Plan na lata 2014–2021, który został wprowadzony przez WHO 23 maja 2014 r., potwierdza wolę wprowadzenia ICF przez całe środowisko zajmującego się profesjonalnie niepełnosprawnymi, ale też i poszkodowanymi w wypadkach, o których państwo będą orzekać. O wprowadzeniu ICF stanowi zalecenie WHO, deklaracja wiceministra, który podpisał Disability Global Action Plan, oraz deklaracja środowisk polskiej rehabilitacji. Celem jest wprowadzenie ICF do praktyki specjalistów rehabilitacji medycznej i współuczestniczenie w tworzeniu środowiska, w którym będzie oczywiste, że potrzeby rehabili-

tacyjne – opisane kodami – mają zostać zaspokojone. ICF jest bowiem narzędziem, które dyscyplinuje oszacowanie potrzeb i oznacza wpływanie na środowisko. Wydaje nam się, że integracja społeczna to zapewnienie osobie niepełnosprawnej uczestnictwa w życiu społecznym. To jest to, o czym mówimy. Podejście holistyczne, ale jednocześnie trochę hedonistyczne. Dajmy wszystkim szansę na pełne szczęście. Dziękuję!

Pytanie

Dzień dobry! Wspomniano, że w procesie wdrażania ICF przed politykami stoi poważne wyzwanie. Ponieważ system zakłada rewolucję, a zatem weryfikację dotychczasowego orzecznictwa *in minus* i *in plus*, w procesie wdrażania występuje duża bezwładność materii. Myślę, że przeważać będzie druga opcja, czyli że system wyłoni ze środowisk niepełnosprawnych osoby, które dzisiaj z racji zbyt płaskiego i personalnego opisu niepełnosprawności zyskają. Pytanie jednak, jak dalece należy zmienić prawodawstwo, by uwzględnić, zwłaszcza w ocenie zmiany zdolności do pracy, prawa nabyte dziesiątki lat temu? Pytanie również, jak, zwłaszcza w modelu kontynentalnym europejskim, instytucje publiczne skonsumują zmiany w orzecznictwie? I trzecie pytanie – jak zawsze o najważniejsze, o środki. Jest to myślenie dwóch pierwszych sąsiadek. Dziękuję bardzo!

Witold Dudziński

Trudno odnieść się do tych wątków, ponieważ dużo ich pan poruszył. Wydaje mi się, że jesteśmy zdeterminowani, odnosząc się do pierwszego. Poprawić orzecznictwo oznacza dla nas nie tylko *in plus*. Będzie też duża rzesza osób, które odzyskają zdolność do pracy. W systemie wynik finansowy zapewni niewątpliwie akceptację wdrożenia ICF. Uważam, że jest to niezwykle dyscyplinujący system, w którym na podstawie profilu funkcjonowania pacjenta będzie można orzekać i wydawać pieniądze, co jest najważniejsze. Wydaje mi się, że największą barierą dla implementacji ICF jest bariera świadomości, jak wielkie będą to zmiany. Nie jest to łatwe, ponieważ wśród wszystkich specjalistów od rehabilitacji ze środowiska międzynarodowego wiadomo, że sporo krajów jest już po wielu latach próby wprowadzenia ICF i ciągle znajdują się na początku drogi. W tej chwili jest trzydzieści kilka opracowanych zestawów podstawowych. Przed nami problem i daleka droga. Na pewno wiele lat zajmie opracowanie wybranych domen, które będą oceniane w celu stworzenia indywidualnego profilu kategorialnego pacjenta. Od tego będzie zależeć wszystko. Wydaje mi się, że nie jest to działanie do przeprowadzenia teraz i na dzisiaj, ale etapowo z pełną konsekwencją i determinacją. Pani Maria Król jest najlepszą osobą, która może powiedzieć, że udało się to i funkcjonuje. Aktywność, a więc osiągnięcia Fundacji Aktywnej Rehabilitacji z pacjentami, którzy funkcjonują społecznie, byłaby największym motywatorem do wprowadzenia tej dyscypliny, którą narzuca ICF. Kolejną sprawą jest badanie ich potrzeb. Jest to dla mnie rzecz podstawowa. Nie zapewnimy czegoś, o czym nic nie wiemy. Mówił pan o sieciach neuronalnych. Od początku pracy pana profesora Degi w rehabilitacji na terenie kraju wiadomo, że przebicie się przez gąszcz połączeń neuronalnych, które spowodują, że układ limbiczny pacjenta zostanie zaktywizowany, jest trudne, ponieważ wszystko zależy od jego współpracy i motywacji. Jeżeli pacjent nie ma motywacji do podjęcia pracy, nie zechce pracować. Nie zapewnimy również tego, że utrzyma się on na rynku pracy. Jest to niezwykle trudny problem sięgający nie tylko do systemów ochrony zdrowia, ZUS-u, orzekania i PFRON-u. Są to dużo dalej idące zmiany, które będą dotyczyć przede wszystkim rynku pracy dla osób niepełnosprawnych. W przeciwnym wypadku, mając na względzie główny cel, jakim jest dobro pacjenta, system ten utknie, a sama zmiana orzekania niewiele zmieni.

Pytanie

Piotr Baranowski, obecnie w Vancouver, Kanada. Miałem przyjemność być kształcony w katedrze profesora Degi na Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu, zanim wyjechałam na drugą stronę oceanu. Chcę powiedzieć krótki komentarz i zadać państwu pytanie.

Zgadzam się całkowicie, że pierwszym elementem wprowadzenia ICF jest decyzja polityczna, a jest to decyzja na temat wprowadzenia prawa bycia osobą pełnoprawną, niezależnie od poziomu sprawności, czy też niepełnosprawności. Wydarzyło się to zarówno w Stanach Zjednoczonych przez wprowadzenie prawa, które nazywa się Amerykański Akt ds. Osób Niepełnosprawnych, jak i w Kanadzie. Mówię tutaj o prawach człowieka, Human Rights Legislation. Od tego zaczął się cały system wprowadzenia bardzo skutecznego systemu kodyfikacji ICF. Mam nadzieję, że podobna sytuacja wydarzy się również w Polsce. Myślę, że do tego zmierzają wysiłki, o których tutaj rozmawiamy.

Pytanie moje dotyczy dwóch elementów. O pierwszym właściwie pani profesor wspominała. Dotyczy on ekonomii, to jest czynnika, który ma tutaj ogromne znaczenie. Pracodawca może uznać prawa człowieka do pełnosprawności albo do pełnego zatrudnienia. Natomiast jeżeli ekonomicznie rynek ten nie będzie się opłacał, to z pracy nic nie wyjdzie. Jest to jeden z elementów, który – po obserwacji Polski przez ostatnie trzy miesiące, uważam za podstawowy: jak zapłacić za pracę, która na początku ekonomicznie może się nie do końca opłacać.

Po drugie, chciałbym zapytać państwa o opinię na temat roli lekarza, który będzie zmuszony do zmiany swojej pozycji społecznej i wpływów w systemie ICF. To nie będzie osoba decydująca o wszystkim. Będą tam inni specjaliści, a prawdę powiedziawszy, mówię z perspektywy kanadyjskiej, lekarze niekoniecznie lubią dzielić się wpływami. W związku z tym proszę o komentarz na ten temat.

Jolanta Kujawa

Spróbuję uzupełnić informacje. W grudniu 2012 r. prezydent Komorowski podpisał Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych i nie ma wątpliwości, że te prawa będą w Polsce respektowane. To pierwsza informacja dobra dla nas wszystkich. Druga dotyczy tego, czy się podzielimy, czy się w tym systemie będziemy umieli odnaleźć. Dotyczy ona naszej codzienności, która zmienia się najtrudniej. Wiemy, że będzie to ciężka praca, ponieważ dojdzie do tarć między określonymi grupami wpływającymi na losy pacjenta. Będziemy chcieli mieć na nie wpływ przekonani, że potrzeby pacjenta są nam najlepiej znane, ale z drugiej strony świadomi tego, co w systemie zostanie zapłacone.

W tej chwili w Polsce nie tylko z wprowadzeniem ICF jest kłopot. Jeżeli mówimy o edukacji lekarzy, to w chwili obecnej edukacja na pacjentach z wykorzystaniem np. nauki pewnych czynności, szczególnie w chirurgii, jest problemem. Udostępnienie możliwości wykonania zabiegów u pacjenta, który znajduje się na oddziale, jest teraz niezwykle trudne. Powodem jest z jednej strony to, co pan mówi, tzn. dlaczego system ma pozwolić na gorszej jakości zabiegi. Osoba ucząca się będzie robiła to wolniej i drożej, przez co wszyscy będziemy dłużej na bloku operacyjnym. Każda zmiana wobec tego, nawet i ta, o której mówię, będzie wymagała edukacji i z tym systemem musi się liczyć. Myślę, że będziemy mogli mieć duży wpływ na świadomość naszych decydentów w służbie zdrowia, dlatego że mówi się obecnie, iż nie będzie więcej pieniędzy w systemie. Z kolei my mówimy, że ICF spowoduje racjonalizację wydawania środków. To jedyny system, który może zmienić dystrybucję środków na opiekę instytucjonalną, niekoniecznie na skutki niepełnosprawności. Zainwestowanie po rozpoznaniu potrzeb, opisanie profilu funkcjonowania pacjenta spowoduje, że na pierwszym, na wczesnym etapie rehabilitacji wydatki na zabezpieczenie społeczne, o którym mówimy, będą mniejsze. Są na to dowody w postaci np. wielu badań, które może przedstawić pani profesor Wilmowska: ile zaoszczędzono, jak

rzeczywiście zmniejszyła się liczba osób niepełnosprawnych – z dwóch milionów do miliona, temat ten był dzisiaj poruszony. Jesteśmy w stanie udowodnić, że środki wydane na systematyczną, dobrze opisaną, kompleksową opiekę nad pacjentem zwracają się osiemnastokrotnie. Są cztery pozycje w literaturze pokazujące, że system, w którym interdyscyplinarnie, w dużym zespole i kompleksowo zaspokajane są potrzeby pacjenta na wszystkich etapach leczenia, wykazuje oszczędności w myśl zasady im wcześniej, tym taniej. Myślę, że jest to w stanie przekonać większość. W wielu krajach badanie takie zostało już zrobione, na co są przykłady ujęte w Białej Księdze Rehabilitacji w Europie, w raporcie światowym o niepełnosprawności. Tam na podstawie niektórych nawet indywidualnych wywiadów wskazano zalecenia do wprowadzenia ICF. WHO wydaje zalecenia do wprowadzenia ICF. My wszyscy mówimy: tak, chcemy ICF, więc chyba nie ma wyjścia.

Wydaje mi się, że osoby, które były naszymi przedstawicielami europejskimi, m.in. profesor Gutenbrunner (który przebywa obecnie w Genewie), jeden z promotorów zmian całego systemu opisu ICF, powstawania potem zestawów podstawowych, czy Melissa Selb, wszyscy oni zaliczają się do grona walczących o Global Action Plan, który uznała WHO. Można więc powiedzieć, że już wszystkie struktury od WHO poprzez środowiska krajowe rehabilitacji mówią o ICF. Widzę, że orzecznicy nie mają wątpliwości, że ICF jest skutecznym narzędziem do poprawy funkcjonowania pacjentów, ale i systemu ochrony zdrowia. Liczba procedur, jakie sprzedajemy, miliony wydane na rehabilitację, zabezpieczenie społeczne i funkcjonowanie osób niepełnosprawnych wydają się niebagatelne. Dlatego musimy dojść do pewnych decyzji dotyczących dystrybucji tych środków. Dziękuję!

Witold Dudziński

Gwoli uzupełnienia: każda złotówka zainwestowana w potencjał rehabilitacyjny pacjenta jest złotówką zaoszczędzoną.

Pytanie

Chciałbym skomentować. Mówimy tutaj o dwóch rzeczach. Z jednej strony o rehabilitacji i o jej potrzebie, czego absolutnie nikt nie neguje i z czym wszyscy się zgadzają. Jeżeli dojdzie do wyrehabilitowania osoby, która doznała urazu, jest chora z powodu urazu czy z innego powodu, to państwo zaoszczędzi, tzn. osoba ta będzie dawcą pieniędzy do budżetu, a nie biorcą.

Z drugiej strony mówimy o niepełnosprawności. W Polsce system orzekania o niepełnosprawności jest oddzielony od systemu orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych. Ale jak to w Polsce, systemy te niejako stały się spójne. Także w postępowaniu przed sądami zostały prawie połączone. Analizując problematykę orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych, nakazują one biegłym odnoszenie się do dokumentacji zespołów orzekania o niepełnosprawności. W takim przypadku widzimy niestety różne niespójności. Moim zdaniem wprowadzenie ICF umożliwi przede wszystkim jednolitość orzeczeń zespołów ds. orzekania o niepełnosprawności i niewątpliwie ułatwi postępowanie orzecznikom zakładów ubezpieczeń społecznych, a także biegłym sądowym. Istnieje tutaj jeszcze inny problem, dotyczący dokumentacji ICF. Jest to dopiero początek, ponieważ mamy klasyfikację ICD, która określa z kolei zupełnie inne aspekty. Wydaje mi się, że dopiero stworzenie czegoś, co byłoby połączeniem owych dwóch klasyfikacji, tzn. ICF i ICD, byłoby przydatne dla orzecznictwa o niezdolności do pracy w systemie prawnym, który obecnie w Polsce obowiązuje.

Odniosę się także do innego problemu, a mianowicie do sytuacji społeczno-politycznej w Polsce. Ze względu na bezrobocie, na rynek pracy, posiadanie orzeczenia o prawie do renty z tytułu niezdolności do pracy jest niejako dobrodziejstwem dla tych osób, które takie orzeczenie mają,

ponieważ wielokrotnie zabezpiecza ono byt tych osób i ich rodzin. W związku z powyższym żadne szczytne hasło, które się pojawi, nie rozwiąże tego problemu, a jednocześnie nie zmieni mentalności tych ludzi, ponieważ aby żyć, trzeba jeść; żeby jeść, trzeba coś kupić; żeby to kupić, to trzeba dojść do miejsca, w którym zostaną zrobione zakupy. Właśnie tutaj potrzebna jest rehabilitacja – żeby można było właśnie tam dojść. Trzeba mieć także za co to kupić. Istnieje więc kolejny problem, czyli konieczność wprowadzenia tego systemu, co wydaje się bardzo istotne. Aby jednak zrozumieć tę konieczność, ważne jest, aby to, co dzisiaj powiedział pan doktor Dudziński, i sposób, w jaki to przedstawił, stało się tego reklamą. Po jego wystąpieniu, po obejrzeniu slajdów z komentarzem nawet osoba nieprzekonana może się przekonać, uwierzyć i zrozumieć ICF. Dziękuję!

Witold Dudziński

Bardzo dziękuję. Chciałem nawiązać do pana wypowiedzi i do zbiorowych reakcji neuronalnych. Nic się nie zmieni dopóki nie przyjmiemy cywilizacyjnej zmiany, którą niesie ze sobą ICF, czyli do momentu, do którego nie będzie braku zgody na sprytny sposób radzenia sobie z rentami. Sposób ten, tj. sposób walki z systemem, funkcjonował przez lata [jeśli jestem zaradny, mam rentę].

Na sali są osoby reprezentujące postaci, które całą swoją heroiczną postawą zaświadczały o niezgadzaniu się na pozostanie w domu. Obecnie mamy do czynienia z występowaniem błędu świadomości neuronalnej dotyczącej pacjenta zrehabilitowanego. Oznacza to, że określany jest czas przeznaczony pacjentowi na rehabilitację refundowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Chodzi tu o sprawę zarządzania pieniędzmi zgodnie z tą ideą.

Angażowanie takich środowisk jak Fundacja Aktywnej Rehabilitacji i im podobnych jest absolutnym dowodem na to, że można to robić za wielokrotnie mniejsze pieniądze niż te, które są czerpane z Narodowego Funduszu Zdrowia. Wracam do myśli i podkreślam, że mamy przed sobą cywilizacyjną zmianę, mentalnie reprezentowaną przez te dwie sąsiadki. Od nich się wszystko zaczyna. Komerccyjni ubezpieczyciele zamiast pomóc poszkodowanej osobie w rozumieniu jej wielkiego potencjału rehabilitacyjnego, walczą w sądzie, zmagając się tak naprawdę tylko z jednym – z pieniędzmi, których żąda pełnomocnik poszkodowanego. Nie rozmawiamy o potencjale, nie rozmawiamy o możliwościach, rozmawiamy o pieniądzach. Gdyby sędzia reprezentował myśl ICF: „Jak pan wykorzystał wszystkie propozycje ubezpieczyciela dotyczące powrotu do społeczeństwa, powrotu do pracy, powrotu do funkcjonowania? Dostał pan 20 propozycji, za które ubezpieczyciel chciał zapłacić. Z której Pan skorzystał?” – „Z żadnej bo mnie to nie interesuje”. To jest właśnie sytuacja, w której cała rodzina żyje potem z renty. Gdyby sędzia wiedział, że poszkodowany nie wykorzystał propozycji ubezpieczyciela, czyli że przyczynił się do swojej dysfunkcji w stopniu znaczącym, wówczas pieniądze nie zostałyby mu przyznane, na czym dyskusje zostałyby społecznie zakończone.

Jest to kwestia zaangażowania w ICF wszystkich środowisk. Wówczas będziemy mieli pieniądze na takich poszkodowanych, którym absolutnie w rozumieniu powrotu funkcjonalnego pomoc nie można. Są to osoby, które w umowie społecznej musimy otoczyć maksymalną opieką. W pierwszej kolejności jednak powinniśmy wykorzystać wszystkie możliwości pomocy tym poszkodowanym, u których jest to możliwe w rozumieniu ich zaangażowania w pełnienie ról i zadań społecznych. To jest przed nami. Pamiętajmy o tym, że rehabilitacja jest procesem ciągłym, trwającym u każdego przez całe jego życie. Zmiana mentalności dotyczy absolutnie każdego z nas. Dziękuję!

Julita Czyżewska

Ostatnie pytanie, proszę.

Robert Jagodziński, Fundacja Aktywnej Rehabilitacji. Chciałbym się odnieść do kilku kwestii, które poruszyli szanowni paneliści. Przede wszystkim jeżeli chodzi o naszą zbiorową świadomość odzwierciedloną w postawach i języku, rzeczywiście może się ona dzisiaj nie prezentować najlepiej. Rok temu miałem ochotę zapytać profesora Bickenbacha, czy ICF nie jest inspirowany twórczością takich myślicieli jak Heidegger, który mówił o byciu w świecie, gdzie to bycie ma nie tylko wymiar biomedyczny, ale też psychospołeczny, czyli najbardziej osobowy. W świecie istotne jest określenie człowieka, Heideggerowskie *Dasein*. Myślę, że pan profesor dokładnie wie, o czym mówię, dlatego zrehabilitowałbym naszą świadomość zbiorową. Myślę też, że przez lata sięgaliśmy do niewłaściwych wzorców.

Dziękuję za te słowa panu doktorowi Dudzińskiemu. Jestem instruktorem aktywnej rehabilitacji. Fundacja działa od 26 lat, ja w niej od jakichś 14 zajmuję się aktywizacją społeczną i zawodową osób niepełnosprawnych, w tym od trzech lat pracujemy z ICF, od roku z ICF w wersji dla dzieci. Jeżeli chodzi o moje schorzenie, tj. G82.4, czyli spastyczne porażenie czterokończynowe. Jak mnie można określić? Przede wszystkim jestem osobą, pracownikiem Fundacji Aktywnej Rehabilitacji. Czy jestem osobą chorą? Tak, rzeczywiście jest mi przypisane to schorzenie. Rzeczywiście mam porażenie mięśni, pęcherz neurogeny, spastyczność i różnego rodzaju powikłania. Czy jestem osobą niepełnosprawną? Gdy siedzę tu przed państwem i mówię przez mikrofon, czując się świetnie w tym gronie, w miejscu, gdzie nie ma barier architektonicznych, z pewnością moja niepełnosprawność o wiele mniej określa mnie jako osobę. Jeżeli znalazłbym się u rodziców na wsi, gdzie dookoła jest trawa, piach, a do domu prowadzą schody, to pewnie wtedy moja niepełnosprawność byłaby zdecydowanie bardziej dojmująca.

Chcę się odnieść także do tego, co powiedziała pani profesor. Wydaje mi się, że nie mamy wyboru. W zasadzie jest to najlepsza okazja, żeby system wsparcia rehabilitacji, jakkolwiek to nazwać: adaptacji – readaptacji, integracji – reintegracji, naprawdę poukładać w jeden proces. Myślę, że argumenty ekonomiczne są jasne. W wyniku działalności FAR w ciągu 26 lat moglibyśmy podać tysiące przykładów procesu rehabilitacji, gdzie mamy wczesną interwencję, rehabilitację medyczną, rehabilitację społeczną i zawodową. Jeżeli rzeczywiście poukładamy to w jeden zaplanowany proces, a więc działania i interwencje, które będą indywidualnie nakierowane na potrzeby i możliwości danej osoby, to wtedy system ten będzie tańszy i bardziej funkcjonalny. Jeżeli ICF nazwalibyśmy metajęzykiem, pozwoli nam to na zmianę postaw i znalezienie wspólnej płaszczyzny do włączenia się w ten proces. Jest on jednak czymś więcej, o czym mówił pan doktor. Jest to też gotowe narzędzie, które pozwala nam działać.

Na końcu odniosę się do trudności i sformułuję pytanie. Mamy system orzekania o niepełnosprawności oddzielony od wdrażania konkretnych procedur. Orzeczenie o niepełnosprawności jest legitymacją dającą dostęp do różnego rodzaju beneficjów, korzyści. Dlaczego są one traktowane w taki sposób? Dlatego że ten system wsparcia środowiskowego, czynników środowiskowych, nie jest wdrożony w proces rehabilitacji. Jest traktowany jako okazjonalny. Często osoby niepełnosprawne podchodzą do tego jak do niepowtarzalnej, jednostkowej sposobności, żeby coś otrzymać, dostać. Bardzo często jest to interpretowane w taki właśnie sposób. Myślę, że jeżeli będzie to poukładane w system, w którym będą realizowane interwencje środowiskowe dostosowywane do aktualnych potrzeb, sytuacji, dynamiki zmian, wówczas wszystko będzie w należytym porządku.

Chciałbym powiedzieć dużo więcej, ale przypadło mi końcowe pytanie, więc na koniec o wątpliwościach. Mówiliśmy o zestawach podstawowych. Chciałbym zadać pytanie odnośnie do metodologii stworzenia *core setów* w polityce społecznej. Czy to była metoda delficka, czy też zastosowa-

no inną? Jeżeli chodzi o trudności, wydaje mi się, że największe wynikają z tego, o czym tutaj nie mówiliśmy, czyli nie o kodowaniu, opisie i o kwalifikacji. Jeżeli natomiast mielibyśmy mieć prosty *core set* do orzecznictwa, to musiałby on mieć poziom drugiego stopnia kwalifikacji. Wtedy wystąpiłby problem zależności ocen średnich ważonych, gdyż zależność ta między niższym a wyższym poziomem nie jest ilościowa, ale jakościowa. Wydaje mi się, że problem występuje właśnie tutaj. Po drugie, kwestia zakresu procentowego kwalifikatorów, jaki poziom oceny przyjmiemy, który rzeczywiście będzie wskazywał na niepełnosprawność np. znaczną, umiarkowaną, lekką. W końcu adaptacja narzędzi diagnostycznych (bo te, które są stosowane w rehabilitacji RMA, CIM, FIM pozwalają kwalifikować na drugim poziomie). Kłopot jest już z trzecim poziomem. Myślę, że mamy jakieś doświadczenia czy pomysły jak to zrobić, szczególnie jeżeli chodzi o rozdziały D5, D6, D7, D8 i D9. Dlatego jako partnerzy oferujemy się państwu. Przepraszam, że tak długo. Dziękuję bardzo!

Julita Czyżewska

A czy możemy zadać lub sprecyzować jedno lub dwa pytania, bo już nasi prelegenci trochę się pogubili. Profesor prosił, żeby powtórzyć pytanie.

Robert Jagodziński

Tak. Czy rzeczywiście możemy zakładać, że źródłem inspiracji, jeżeli chodzi o ICF, było Heideggerowskie bycie w świecie i *Dasein*?

Jerome Bickenbach

Nigdy nie przypuszczałem, że będziemy rozmawiać o Heideggerze. Mam doktorat z filozofii, o czym nigdy nie wspominałem, ponieważ daje mi to pewną przewagę. To wiarygodne źródło, i mam nadzieję, że rozumieją państwo, co mam na myśli. Nie znam się na Heideggerze zbyt dobrze. Koncepcja ta przewija się we współczesnej filozofii. Odwołuje się ona do koncepcji osobowości, którą zajmują się filozofowie, w tym Heidegger: co to znaczy „być człowiekiem”. Naprawdę potrzebuję chwili, żeby jakoś powiązać te różne rzeczy, ponieważ zależy mi na tym, abyśmy uświadomili sobie, że nie można rozkładać fragmentów obranej polityki na części. Już pięć wieków temu zauważono problem z podziałem niepełnosprawności. Chodzi o to, że ludzie dzielą się na leniwych, i takich, którzy nie są w stanie sami sobie pomóc, ponieważ są organicznie niezdolni do tego, żeby prosić. Na tej podstawie pierwotnie ich kwalifikowano. Zatem mamy tutaj niepełnosprawność rozumianą jako w pełni uzasadnioną niezdolność do pracy, a po drugiej stronie leniwych krętaczy, którym nie chce się pracować. Nie dostają nic od życia; trafiają do więzień, przytułków, ponieważ nie są dobrymi ludźmi. Osoby niepełnosprawne to dobrzy ludzie, którzy nie byli w stanie sami sobie pomóc, i dlatego właśnie mamy procedurę oceny niepełnosprawności. Mam na myśli to, że historycznie w tym właśnie celu ją wprowadzono.

Obecnie istnieją co najmniej trzy różne kategorie. Ubezpieczenia pracownicze bardzo dokładnie określiły zajmowane stanowisko. Mamy procedurę oceny stopnia rehabilitacji w ramach programów powrotu do pracy, która wykorzystuje cztery naukowe kryteria oceny zasadności, ponieważ patrzymy na potrzeby i chcemy je zaspokoić. Włączam w to ocenę technologii wspomagających, gdyż ma ona fundamentalne znaczenie. Wspomniany dżentelmen był w stanie chodzić do pracy wyłącznie dzięki urządzeniu, które nosił, a nie rehabilitacji.

W każdym razie trzecim elementem są renty inwalidzkie, niezdolność do pracy. Przyznajemy je, gdyż nie ma pracy. Mamy problem z bezrobociem, a więc albo ludzie będą przymierać głodem,

albo damy im pieniądze. To nie ma nic wspólnego z niepełnosprawnością. Więc mówi się, że musimy ubezpieczyć ludzi po to, żeby mieli odpowiednią motywację, ale nie dajemy ludziom pieniędzy za brak motywacji. Problem polega na tym, że miałyby to sens, gdybyśmy mieli stuprocentowe bezrobocie. W Hiszpanii stopa bezrobocia wśród ludzi poniżej 25. roku życia wynosi 50%. Powiedzenie im, że nie mogą skorzystać z renty z tytułu niezdolności do pracy, ponieważ nie chcą pracować, więc niech idą na ulice żebrać, to dla nich wyrok śmierci. Nie twierdzą, że procedura oceny niepełnosprawności powinna być mechanizmem walki z bezrobociem – mówię, że tradycyjnie spełniała taką rolę.

Problem jest dużo poważniejszy. Musimy więc ogólnie przyjrzeć się założeniom polityki. Spójrzmy zatem na bezrobocie i jego przyczyny, które związane są z podstawowymi czynnikami ekonomicznymi całkowicie wykraczającymi poza ramy niepełnosprawności. Niepełnosprawność wyjęta z kontekstu uniemożliwia zrozumienie procedur. Sięgamy po procedury oceny niepełnosprawności po to, aby zaspokoić potrzeby albo stwierdzić, że nieuczciwe byłoby zmuszanie kogoś do pracy w środowisku, w którym nie ma dla niego pracy. Dajemy mu pieniądze nie z powodu niepełnosprawności, nie dlatego, że ma niewłaściwą motywację, ale po to, aby miał z czego żyć.

Myślę, że powinniśmy pamiętać, że w tym właśnie celu tradycyjnie stosowaliśmy procedury oceny niepełnosprawności przez ostatnie trzysta lat. Teraz istnieje lepszy sposób, który wymaga zapomnienia o niepełnosprawności i skupienia się na bezrobociu. Tak to należy robić i tak to robimy. Nie możemy zatem wypaczać systemu i mówić: „ta osoba tak naprawdę nie jest niepełnosprawna, musi więc wrócić do pracy”, skoro nie ma pracy, którą mogłaby podjąć. Mimo wszystko nie możemy zostawić tych ludzi samym sobie. Pamiętajmy więc, że ocena niepełnosprawności musi funkcjonować w kontekście tego, czemu służy polityka społeczna, czyli pomagania ludziom utrzymać się na powierzchni. O tym również nie powinniśmy zapominać.

MODERATOR:

JULITA CZYŻEWSKA

Dyrektor Biura Produktów Zdrowotnych w Grupie PZU. W PZU pracuje od 14 lat, głównie w obszarach likwidacji szkód, produktów zdrowotnych, sprzedaży i IT. Absolwentka Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Warszawie, studów podyplomowych w Szkole Głównej Handlowej z zakresu Zarządzania Projektami, a także Zintegrowanych Systemów Informatycznych, MBA w Gdańskiej Fundacji Kształcenia Menadżerów.

MODERATOR: DOROTA M. FAL

**PANELIŚCI: EWA JEZIEREWSKA, JAKUB POKRZYWNIAK, PIOTR WINCIUNAS,
ROMAN ŽDÁREK**

Aspekty prawne stosowania ICF w ocenie stanu zdrowia i funkcjonowania człowieka – panel dyskusyjny

Dorota M. Fal

Rozmawialiśmy dzisiaj o zastosowaniu ICF, o jego aspektach prawnych, społecznych, socjalnych – na koniec zostały nam aspekty prawne. Ocena funkcjonowania człowieka, jego niepełnosprawności, niezdolności do pracy – wszystkie te aspekty wiążą się z ogromnymi emocjami i co za tym idzie, z dużą uznaniowością w ocenie. Tam, gdzie strony się nie zgadzają ze sobą w ocenie, powstaje poczucie krzywdy i sprawy znajdują swój koniec w kolejnych instancjach sądów cywilnych. Z podobnymi problemami, jak słyszeliśmy w czasie wykładu mecenasa Romana Žďárka, stykają się np. w Czechach.

Chciałabym, żebyśmy spojrzeli na sytuację z polskiej perspektywy.

Pozwolę sobie zaprosić moich panelistów – pana Romana Žďárka, panią mecenas Jezierewską, radcę prawnego, dyrektor Biura Likwidacji Szkód Korporacyjnych STU Ergo Hestia SA, pana mecenasa Jakuba Pokrzywniaka, radcę prawnego, partnera w Kancelarii Wierciński Kwieciński Baehr, przedstawiciela ZUS pana doktora Piotra Winciunasa – wicedyrektora Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Dziękuję panelistom, że zgodzili się przyjąć zaproszenie. Czuję ogromne wyzwanie, moderując ten panel, ponieważ nie jestem prawnikiem. Bardzo chętnie posłucham opinii prawnych. Na początek chciałabym, aby państwo prawnicy odnieśli się do tego, jak wygląda w chwili obecnej sądowa praktyka orzecznicza w Polsce.

Ewa Jezierewska

Orzecznicza praktyka sądowa w Polsce niestety nie wygląda różowo. Wszyscy ci z państwa, którzy są w jakikolwiek sposób zaangażowani w sprawy sądowe, a także przedstawiciele ubezpieczycieli, którzy na co dzień mają do czynienia ze szkodami osobowymi, zdają sobie sprawę, że kwoty zasądzone przez sądy w bardzo podobnych stanach faktycznych i prawnych szalenie różnią się od siebie. Wyroki zależą od tego, jaki sąd orzeka, w jakim regionie, jaka jest sytuacja osoby poszkodowanej. Zgadząmy się wszyscy, że tam, gdzie jest krzywda ludzka, gdzie jest nieszczęście, gdzie

jest wypadek – trzeba wspomóc, trzeba umożliwić rehabilitację, trzeba znaleźć środki na tę rehabilitację. Niestety działanie sądu często niewiele ma wspólnego z takim podejściem, jakie było prezentowane w dniu dzisiejszym na naszej konferencji. Bardzo często kwoty zasądzone przez sądy stanowią środki utrzymania dla całej rodziny osoby poszkodowanej. Użyję z pewnością daleko idącego uproszczenia, ale myślę, że nie przesadzę, jeśli powiem, że sądy bardzo często uważają, że ubezpieczyciele, mówię o ubezpieczycielach komercyjnych, ma środki na to, aby takie zadośćuczynienia wypłacić. W związku z powyższym sąd nie odnosi się do sytuacji samego poszkodowanego, do tego co można zrobić, żeby poszkodowany mógł wrócić do normalnego życia, odnalazł się w społeczeństwie, zaczął funkcjonować, czerpać radość z życia, pracować. To są idee, którymi niestety sądy w ogóle się nie zajmują. Część sądów zasądza kwoty zadośćuczynienia, po prostu mnożąc tak zwany uszczerbek na zdrowiu przez ustaloną kwotę, dodając jeszcze do tego pewną kwotę. Tak powstają sumy zasądzone, które bardzo często nie mają wiele wspólnego z faktycznym zadośćuczynieniem, sumą, która umożliwiłaby poszkodowanemu powrót do funkcjonowania w społeczeństwie. Mamy bardzo bogate orzecznictwo na ten temat. Wiadome jest, co sąd powinien brać pod uwagę zasądzając kwotę zadośćuczynienia. Cierpienie fizyczne, psychiczne są to elementy, które szalenie trudno wycenić. W związku z tym to orzecznictwo pomaga sądom, czy też powinno pomagać sądom kształtować i wyliczać kwoty zadośćuczynień. Niemniej jednak jest wiele czynników, które nie są brane pod uwagę, a raczej są w ogóle pomijane przy orzekaniu. Bardzo ważnym elementem jest przy zasądzeniu zadośćuczynienia przeanalizowanie i wzięcie pod uwagę zachowania zarówno samego poszkodowanego, jak i sprawcy szkody już po samym zdarzeniu. Doskonale zdajemy sobie z tego sprawę, że aspekt zachowania się sprawcy szkody po zdarzeniu umyka – nie spotkałam się w swojej pracy zawodowej z tym, żeby jakkolwiek sąd wziął go pod uwagę. Dlatego wszyscy wiążemy wielkie nadzieje z możliwością zastosowania omawianego dzisiaj systemu w orzecznictwie sądowym, doskonale zdając sobie sprawę, że ICF to jest wielkie wyzwanie i wielka przyszłość przed nami. Pozostaje nam mieć nadzieję, że połączymy siły, aby można było w przyszłości skorzystać z tego udogodnienia.

Dorota M. Fal

Dziękuję bardzo, pani mecenas. Do ICF wrócimy, natomiast pozwolę sobie skierować pytanie do pana mecenasa Pokrzywniaka. Panie mecenasie, w jaki sposób sądy powinny w Polsce podchodzić do spraw związanych ze szkodą osobową, niezdolnością do pracy, czy z niepełnosprawnością? Mając pełną świadomość, że dotykam kwestii regulowanych różnymi aktami prawnymi, zapytam pana także, jak to wygląda od strony ubezpieczyciela, zarówno publicznego, jak i komercyjnego.

Jakub Pokrzywniak

Jeżeli chodzi o obowiązujące przepisy prawne, to trzeba pamiętać o rozróżnieniu, które dla nieprawników będzie pomocne. System prawny w przypadku szkód na osobie rozróżnia dwie ich postaci: majątkowe i niemajątkowe. Szkody majątkowe na osobie to są koszty leczenia itd., które da się wyliczyć, chociaż często rodzą się kwestie sporne i w praktyce powstają czasami wątpliwości dotyczące na przykład tego, że poszkodowany nie chce się leczyć czy rehabilitować, a chce pieniądze „do ręki”. Są to jednak mniejsze problemy. Większe powstają przy kompensacji niemajątkowych szkód na osobie, tzw. krzywd, czyli bólu, cierpienia; w pewnym uproszczeniu, bo są oczywiście również inne kategorie. Problem polega na tym, że przepisy są bardzo ogólne, gdyż mówią wyłącznie o tym, że w takim przypadku sąd może przyznać „odpowiednią kwotę”. Co to znaczy odpowiednia

kwota? Nie mamy tak jak w Czechach przepisu, który by mówił, że odszkodowania powinny być podobne. W orzecznictwie sądowym sprawa też nie jest jednolicie ujmowana, dlatego że Sąd Najwyższy w kilku orzeczeniach mówi, że należy brać pod uwagę inne podobne przypadki, ale zaraz w innych orzeczeniach podkreśla, że każda sprawa ma indywidualny charakter. Skoro tak, to nie można się kierować automatycznie rozstrzygnięciami w innych sprawach. Do tego pewną trudność rodzi fakt, że struktura uzasadnień orzeczeń sądowych jest powtarzalna. Oczywiście mamy procenty, o których mówiła pani mecenas, nieszczęśliwe, które, jak myślę, są w pewnym sensie desperacką próbą orzecznictwa, żeby jednak w jakiś sposób systematyzować temat. Sędziowie sami widzą, że mają problem, i chcą to systematyzować, z tym że procentowy uszczerbek na zdrowiu to najbardziej prymitywna, najgorsza metoda, zresztą przez Sąd Najwyższy nieakceptowana. Sędziowie wyliczają indywidualne, ale mimo ich starań zdarzają się dość duże rozbieżności. Często struktura orzeczenia sądowego wygląda w ten sposób, że sąd dość obszernie opisuje stan faktyczny, czasami przepisując opinię lekarską. Jako prawnik, czytając takie orzeczenia, wiem, że sąd przepisał coś, czego nie rozumiał, bo ja też tego nie rozumiem. Tam są terminy medyczne, dość szczegółowy opis, często opis innych konsekwencji dla poszkodowanego, dla jego życia rodzinnego, zawodowego, możliwości nauki, uprawiania sportów itd. Na koniec sąd orzeka: w takich okolicznościach należna jest kwota taka. Ale jak sąd do tej kwoty doszedł? Równie dobrze to orzeczenie mogłoby brzmieć dokładnie tak samo, ale przewidywać zupełnie inną kwotę, prawda? Ale czy takie orzeczenie byłoby nie do pomyślenia? Jak najbardziej byłoby do pomyślenia. Ja mam kilka swoich ulubionych orzeczeń i jedno z nich przyniosłem. Jest taki ciekawy wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 4 kwietnia 2013 r. W sumie prosta sprawa, na szczęście bez żadnych tragicznych urazów. Starsza osoba, wypadek komunikacyjny, rozmaite dolegliwości bólowe na skutek poniesionych obrażeń, oczywiście procenty się pojawiły – 5 proc., wiek zwiększył rozmiar cierpień, zdaniem neurologa to są takie cierpienia, które będą trwać nie dłużej niż 6 miesięcy, i ów poszkodowany otrzymał od ubezpieczyciela tytułem zadośćuczynienia, czyli tytułem naprawienia tej szkody niemajątkowej, 15 tysięcy złotych. Powiedział „to jest za mało” i pozwał ubezpieczyciela o 35 tysięcy, twierdząc, że należy mu się 50 tysięcy złotych. I sąd pierwszej instancji oddalił powództwo, bo „15 tysięcy w tej sytuacji to jest kwota wystarczająca”. Sprawa trafiła do sądu drugiej instancji, czyli do sądu apelacyjnego, i sąd apelacyjny mówi: no, 15 to jest chyba trochę za mało, więc łącznie 23, bo dołożył 8. Dlaczego tyle? A czemu nie 28 albo 37? Także to jest problem. Łatwo jest wieszać psy na zakładach ubezpieczeń, mówić „nie płacą, zaniżają”, ale jak ma tzw. likwidator szkody wyliczyć zadośćuczynienie, które powinien zaproponować w konkretnym przypadku, kiedy ma tak rozbieżne orzecznictwo, kiedy same sądy się kierują różnymi kryteriami i trochę według swojego uznania te kwoty przyznają? Jeśli chodzi o odbiór społeczny zakładów ubezpieczeń, to zadałem sobie trud przeanalizowania dość dużej grupy orzeczeń, około siedemdziesięciu, pod kątem tego, jakie kwoty są dochodzone, a jakie sądy zasądza. Można powiedzieć, że poszkodowani żądają za dużo, bo rzadko sądy zasądza dokładnie tyle, ile poszkodowany żąda. Brak jasnych reguł jest problemem dla wszystkich, zarówno dla poszkodowanych, jak i zakładów ubezpieczeń. Poszkodowani też nie wiedzą, ile należy zażądać, na wszelki wypadek próbują więcej. Zgadza się z tym, co pani mecenas mówiła: że stan obecny nie jest zadowalający, i nie chciałbym, żeby to, co powiedziałem, było traktowane jako krytyka sędziów, którzy są w niezwykle trudnej sytuacji, mając niezwykle ogólny przepis i nic więcej. Nie mają chociażby takiego instrumentu jak sądy w Czechach. Co więcej, Sąd Najwyższy mówi: wszelka standaryzacja jest niedopuszczalna. To jak sędzia ma orzekać?

Dorota M. Fal

Dziękuję bardzo, panie mecenasie. Teraz mam pytanie do naszego publicznego ubezpieczyciela, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Proszę, aby pan doktor był uprzejmy odnieść się do tego, co zostało powiedziane, a także do faktu, iż często trafia do sądów dokumentacja, która powstała przy okazji procesu orzekania u lekarzy orzeczników.

Piotr Winciunas

Proszę państwa, oczywiście sąd ma problem nie tylko, jak wiemy, w Polsce, ale i w Czechach. Próba takiego systematyzowania, jakby miarkowania szkody niematerialnej, jest zawsze ze wszech miar pożądana. Ubezpieczyciel społeczny, czyli Zakład Ubezpieczeń Społecznych, który reprezentuję, ma o tyle łatwiej, że nie płaci odszkodowań za szkody niemajątkowe. Wypłaca tylko świadczenia za uszczerbek związany z wypadkami przy pracy i z chorobami zawodowymi, co jest dosyć prosto policzalne. Istnieje tabela ministra pracy, która mówi, w jakim zakresie można określić ten uszczerbek. Odnosząc się tutaj do tego, co pani doktor Fal powiedziała, należy stwierdzić, że sądy, jak pan mecenas powiedział, mają problem, bo nie posiadają specjalistycznej wiedzy. My też obserwujemy w wyrokach sądów dotyczących spraw Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, że uzasadnienie jest właściwie przepisana opinią biegłego. Dostrzegamy problem różnicy w wyrokach sądów, polegającej na tym, że część rejonów orzeczniczych, sądowych jest bardziej liberalna w podchodzeniu do zapisów ustawy. Mamy prawie od 15 lat niezmienną definicję niezdolności do pracy. Jest ona dosyć prosto sformułowana, jednak biegli często nie znają zasad orzekania. Jednocześnie uważam, że nasze opinie, które mają służyć później ewentualnemu postępowaniu sądowemu, powinny być sporządzone w sposób bardzo szczegółowy, z bardzo dokładnym wywiadem i opisem badania przedmiotowego. Klasyfikacja ICF być może jest skomplikowana i dosyć trudna do wykorzystywania w codziennej pracy orzecznika – trzeba zdawać sobie z tego sprawę – ale pamiętajmy, że podejście funkcjonalne w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych mamy dzięki rewolucji, którą wprowadziła pani profesor Anna Wilmonska w 1997 r. Podchodzimy do oceny niezdolności do pracy w sposób funkcjonalny. Kryterium biologiczno-medyczne jest jakby dalszym aspektem. Z definicji niezdolności do pracy wynika, że oceniamy naruszenie sprawności organizmu, które powoduje utratę zdolności do pracy, czyli samo rozpoznanie ICD-10 jest rzeczą wtórną w stosunku do tego, jak oceniamy funkcje, ich naruszenie, które w konsekwencji prowadzi do niezdolności do pracy. Oczywiście musimy powiązać je z poziomem kwalifikacji człowieka. Dostrzegam problem, że faktycznie opinie różnych lekarzy orzeczników, czy sporządzone u nas, czy u ubezpieczycieli komercyjnych, w pewnych zakresach są niespójne, ale dzieje się tak dlatego, że służą innym celom. Ubezpieczyciel komercyjny potrzebuje innych informacji, żeby wypłacić świadczenie wynikające z roszczenia, a opinie naszych orzeczników w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych służą innym celom. Oczywiście możemy się nimi posługiwać, ponadto rozpoczęliśmy współpracę z sądami, prowadzę szkolenia zarówno dla sędziów Sądu Okręgowego w Warszawie dotyczące zasad orzekania, jak i dla biegłych sądowych. Być może wspólny quasi-formularz, nad którym również pracuje grupa przy Komisji Administracyjnej Unii Europejskiej, mógłby służyć różnym instytucjom, żeby z opisu badania lekarskiego każda strona wyciągnęła dla siebie odpowiednie wnioski. Tak jak jest w innych krajach. Nie zawsze lekarz orzecznik jest potrzebny, żeby wydać orzeczenie. W moim przekonaniu możemy dążyć do takiego działania, aby wspólnie z instytucjami komercyjnymi, z biegłymi sądowymi i z sędziami opracować wspólny formularz badania lekarskiego, który będzie jako narzędzia podstawowego używał klasyfikacji skrótowej ICF. Chodzi o to, żeby ten raport medyczny wystarczył dla naszych wszyst-

kich instytucji, tylko każda instytucja musiałaby wyciągać odpowiednie wnioski dla siebie z tego dokumentu, żeby służył on zarówno sądom, Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych, czy ubezpieczycielowi komercyjnemu. Może on być bardzo długi, gdyż patrzymy na inne aspekty w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, na inne w zakładach komercyjnych. Ważne, żeby służył wszystkim i był porównywalny. Wtedy będzie łatwiej zarówno sędziom, jak i prawnikom – pozwoli on zrozumieć zawołałości, które wynikają z oceny naruszenia nie stanu zdrowia, tylko funkcji.

Dorota M. Fal

Bardzo dziękuję, panie doktorze. To, o czym pan mówi, współgra ze sprawą, która zwróciła moją uwagę, kiedy przygotowywałam się do tego panelu. Miałam wrażenie, że mamy ogromny bałagan i zamieszanie definicyjne. Oczywiście są specjaliści, którzy definicje rozróżniają, natomiast musimy pamiętać, że po drugiej stronie mamy często osobę spoza branży – czy to poszkodowanego, czy ubezpieczonego, czy klienta – który bardzo często nie rozumie tych bardzo różnych definicji. Przecież inna jest definicja niezdolności do pracy, a inna definicja niepełnosprawności; inne są roszczenia odszkodowawcze w stosunku do zakładów komercyjnych. Mam wrażenie, że w obecnym porządku prawnym w Polsce wszyscy jesteśmy trochę niezadowoleni, tzn. mają kłopot zarówno zakłady ubezpieczeń społecznych, jak i komercyjnych. Bardzo często słyszy się, i to chyba jest najważniejsze, że mają kłopot wszyscy nasi, nawet nie powiem, że ubezpieczeni, bo wszyscy nasi obywatele, ponieważ każdy z nich jest osobą ubezpieczoną, czy to społecznie (publicznie), czy też również komercyjnie. Mają kłopot sądy ze sprawiedliwym orzekaniem, co pokazuje liczba odwołań, apelacji. Jak wygląda sytuacja w Czechach? W Czechach, w których, jak słyszeliśmy, był system bardzo uporządkowany, a teraz zaszła ogromna zmiana, ale również widoczne jest ogromne dążenie do uporządkowania tej zmiany. Jak interesariusze systemu w Czechach odnoszą się do sytuacji, w której się znaleźli?

Roman Žďárek

W Czechach, po uchwaleniu nowego Kodeksu cywilnego, każdy przeżył szok, ponieważ mieliśmy dotąd całkiem precyzyjny system. Mieliśmy dość dokładne tabele, katalog urazów, który był w użyciu od wielu lat. Od ponad 50 lat. A teraz to wszystko zastąpiły trzy słowa: zasada dobrych obyczajów. Tak więc wszyscy byliśmy w szoku i niewiele osób cieszyło się z tego. Większość ludzi, sędziowie, adwokaci, większość ubezpieczycieli – wszyscy chcieli zasad, które by mówiły, jak oceniać szkodę niematerialną. To była przyczyna, dla której Sąd Najwyższy przygotował tę metodykę. Myślę, że nawet [teraz] wielu chciałoby powrotu do starego systemu, tej tabelki czy tamtego cennika. Niemożliwy jest powrót do tamtego systemu, ponieważ taka była intencja prawodawcy. Parlament nie chce tego precyzyjnego katalogu. Ale większość interesariuszy jest zadowolona, mamy przy najmniej „jakieś” wytyczne dotyczące tego, jak oceniać szkodę niematerialną.

Dorota M. Fal

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, teraz chciałabym poprosić polskich prelegentów, żeby się zastanowili, jak na gruncie aktualnie obowiązujących przepisów można chociaż trochę poprawić sytuację, to znaczy zwiększyć przewidywalność i transparentność orzeczeń sądowych. Jakimi metodami można byłoby spróbować osiągnąć ten cel bez dużych zmian w prawie, bez zmiany Kodeksu cywilnego. Z tego co słyszałam od państwa, mamy duże poczucie rozbieżności i nieprzewidywalności orzeczeń w sprawach, które wydają się bardzo zbliżone.

Jakub Pokrzywniak

Na wstępie chciałbym podzielić się taką refleksją, że w moim przekonaniu nie ma żadnych przeszkód prawnych w Polsce, żeby dążyć do zwiększenia przewidywalności orzeczeń sądowych dotyczących zadośćuczynień. Oczywiście nie ma też podstaw prawnych, żeby skonstruować jakąś tabelkę. Zresztą sam się od tego odżegnywałem. Taryfy polegające na procentowo mierzalnym uszczerbku na zdrowiu są niestety prymitywne, i nie o nie chodzi. Ale nie ma chyba przeszkód, żeby dążyć do tego, aby przy uwzględnieniu całokształtu skutków wypadku dla życia poszkodowanego zwiększyć przewidywalność. Wydaje mi się, może trochę wyprzedzając już kolejne pytanie, że takim przydatnym instrumentem mogłaby być klasyfikacja ICF. Jeżeli spojrzymy na orzeczenia sądowe, które są dostępne, publikowane, niepublikowane, z reguły sądy próbują odnieść się do wielu różnych czynników, tyle tylko, że czynią to w sposób niejednolity, czasami chaotyczny. Nie mamy tutaj pewno rodzaju matrycy, czy jakiegoś chociażby schematu orzeczenia. Jeden sąd wspomina o takich skutkach, drugi o innych. Wszystkie dość szczegółowo opisują uszczerbek, natomiast co do pozostałych skutków dla życia poszkodowanego, to każdy sąd koncentruje się na czymś innym. Pewnie jest to w jakimś zakresie zdeterminowane tym, jak pozwy są konstruowane. Z jednej strony mamy próby spojrzenia wieloaspektowego na skutki wypadku, z drugiej strony jest to dość chaotyczne. Z trzeciej strony z kolei wydaje się, że tym, co by mogło sprzyjać zwiększeniu przewidywalności, mogłyby być chociażby publikacje orzeczeń dotyczących podobnych przypadków. Nie używam tutaj wyrazu standaryzacja, bo nie o nią chodzi, ale zwiększenie przewidywalności orzecznictwa na najbardziej miękkim poziomie. Takie publikacje znajdziemy w innych krajach. Najbardziej znany jest przykład Niemiec, gdzie Beck wydaje i aktualizuje bardzo szczegółowe zestawienia orzecznictwa, które pozwalają sądom zorientować przynajmniej co do tego, jak inny sąd w porównywalnej sprawie orzekł. Tego typu publikacje można obudować różnego rodzaju narzędziami informatycznymi, które pozwalają też wyszukiwać itd. Myślę, że często może być tak, że sędziowie, poza sprawami najbardziej znanymi, najbardziej oczywistymi, w wielu przypadkach po prostu nie mają punktu odniesienia, nie wiedzą jak orzekają sądy. To bardzo widoczne, jeżeli wychodzimy poza daną apelację, bo w ramach danej apelacji, wrocławskiej czy poznańskiej, sądy wiedzą jak orzekają, ale już różnice pomiędzy apelacjami białostocką i wrocławską mogą być bardzo duże, a to nie ma żadnego uzasadnienia. W obecnym systemie prawnym pewnie da się tego typu działania podejmować bez konieczności zmiany Kodeksu cywilnego, to jest bardziej kwestia zmiany praktyki orzeczniczej, czy w pewnym sensie mentalności sędziów.

Dorota M. Fal

Dziękuję panu doktorowi Pokrzywniakowi. Zakłady ubezpieczeń ustalając wysokość zadośćuczynienia czy odszkodowania, kierują się dokładnie tymi przesłankami, o których pan był łaskaw wspomnieć, a mianowicie i wiekiem, i płcią, i stanem osoby poszkodowanej sprzed wypadku, i kwalifikacjami, wykształceniem, utratą widoków na przyszłość, tym, z jakiego środowiska pochodzi, czy, miała jakieś plany zawodowe przed wypadkiem. Jest sporo czynników, które mogą być brane pod uwagę przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia czy odszkodowania i mogą być porównywane ze sobą. Zgadzam się, że opracowanie formularza czy jakiejś metodyki, jakkolwiek byśmy tego nie nazwali, żeby można było usystematyzować i wskazać, że w określonych przypadkach, w określonych sytuacjach życiowych, społecznych funkcjonowania osoby poszkodowanej można ustalić kwoty wcześniej zasądzone i je porównać. Myślę, że bez problemu należałoby pogodzić się z tym, że takie usystematyzowanie jest nieuniknione i prędzej czy później będzie musiało to na-

stąpić z powodów, o których tutaj mówimy, i jeszcze z jednego powodu. Dzisiaj sądy są zalane sprawami tego typu i myślę, że jakkolwiek pomoc w usprawieniu orzekania będzie z całą pewnością przyjęta przez sądy bardzo pozytywnie.

Anna Wilmowska-Pietruszyńska

ICF może mieć zastosowanie w różnych dziedzinach i rzeczywiście jest to całościowe spojrzenie na człowieka. W związku z tym to, co zawsze powtarzają członkowie Rehabilitation International, nie możemy patrzeć tylko na to, czego człowiek nie może zrobić, ale powinniśmy patrzeć na to, co może i co my możemy zrobić, żeby mu pomóc, aby mógł wrócić do normalnego życia. To jest główne założenie ICF. Dziękuję państwu jeszcze raz bardzo za uczestnictwo w konferencji. Nie mogę podziękować każdemu z osobna, ale bardzo chciałam podziękować naszym gościom zagranicznym, przedstawicielom zakładów ubezpieczeń społecznych, przedstawicielom zakładów ubezpieczeń komercyjnych, organizacjom pozarządowym, specjaliście krajowemu od rehabilitacji, przewodniczącej Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji i wszystkim, proszę państwa, którym ta sprawa leży na sercu.

MODERATOR:

DOROTA M. FAL, lekarz i ekonomista.

Absolwentka Akademii Medycznej we Wrocławiu, Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu oraz studiów MBA sygnowanych przez Fachhochschule Aachen, University of Limerick, Groupe ESC.

Początkowe doświadczenia zawodowe zdobywała jako lekarza klinicysta, a następnie na rynku farmaceutycznym. Od 1997 r. aktywnie związana z rynkiem ubezpieczeniowym, początkowo w firmie AIG Amplico Life i AIG PTE, potem w spółkach grupy Generali. Zajmowała się zarządzaniem produktami, ryzykiem ubezpieczeniowym, obsługą klienta i strukturami sprzedażowymi w Otwartych Funduszach Emerytalnych, ubezpieczeniach osobowych oraz w ubezpieczeniach zdrowotnych. Od wielu lat zajmuje się zagadnieniami związanymi z ochroną zdrowia, jej reformą oraz rozwojem ubezpieczeń zdrowotnych. Niezależny ekspert rynku, autorka licznych artykułów i publikacji z zakresu ubezpieczeń zdrowotnych. Doradca zarządu PIU do spraw ubezpieczeń zdrowotnych, ekspert ds. ochrony zdrowia Business Centre Club, współautorka tzw. projektu ubezpieczeń zdrowotnych oraz raportu Akademia Zdrowia 2030.

