

ISSN 2956-4441
ISSN on-line 2956-445X

REVIEW OF MEDICAL PRACTICE

VOL. XXIX
NUMBER 2
2023

KWARTALNIK WYDZIAŁU MEDYCZNEGO
UCZELNI ŁAZARSKIEGO



REVIEW OF MEDICAL PRACTICE

Od 1994 / Formerly since 1994:

INTERNATIONAL REVIEW OF ALLERGOLOGY AND CLINICAL IMMUNOLOGY

ORGAN WYDZIAŁU MEDYCZNEGO UCZELNI ŁAZARSKIEGO
ORGAN OF FACULTY OF MEDICINE OF THE LAZARSKI UNIVERSITY

VOL. XXIX, No. 2/2023

DOI: 10.26399/rmp.v29.2.2023

Warszawa 2023

RADA NAUKOWA / ADVISORY BOARD

prof. Walter Canonica, Genova, Italy
prof. Halina Car
prof. Marek Czarkowski
prof. Zbigniew Gaciong
prof. Stephen Holgate, Southampton, UK
prof. Stefan Kiesz, San Antonio, TX, USA
prof. Józef Knap
prof. Artur Mazur
prof. Anna Maria Nasierowska-Guttmejer
prof. Sergiej Nyankowski, Lwów, Ukraina
prof. Henryk Skarżyński
prof. Andrzej Śliwczyński
prof. Tomasz Targowski
prof. Anna Wilmowska-Pietruszyńska (przewodnicząca / chairman)
prof. Ewelina Zawadzka-Bartczak

REDAKCJA / EDITORIAL BOARD

redaktor naczelna / editor-in-chief: prof. dr hab. n. med. Anna Wilmowska-Pietruszyńska
zastępca redaktor naczelnej / deputy editor-in-chief: Krzysztof Czechowski
redaktor językowy (j. ang.) / language editor (Eng.): dr Urszula Swoboda-Rydz
redaktor statystyczny / statistical editor: dr Krzysztof Beck
redaktor statystyczny / statistical editor: dr Joanna Beck
sekretarz / secretary: Ewelina Kruczyńska

CZŁONKOWIE / MEMBERS

prof. dr hab. n. med. Jacek Pawlak: redaktor tematyczny (chirurgia) / thematic editor (surgery)
dr n. med. Marek Stopiński: redaktor tematyczny (interna) / thematic editor (intern)
dr n. med. Tomasz Szafranski: redaktor tematyczny (psychiatria) / thematic editor (psychiatry)
prof. dr hab. n. med. Marta Szajnik: redaktor tematyczny (ginekologia) / thematic editor (gynecology)

Wydział Medyczny Uczelni Łazarskiego / Faculty of Medicine of Lazarski University
ul. Świeradowska 43
02-662 Warszawa
tel. +48 22 54 35 330
e-mail: review@lazarski.edu.pl
<https://www.lazarski.pl/pl/nauka-i-badania/wm/dzialalnosc-naukowa/review-of-medical-practice/>

Czasopismo jest indeksowane w: / The journal is indexed in:
Index Copernicus (ICV 2021 = 98,46)
Google Scholar
Centrum Otwartej Nauki (CeON)
Bibliotece Nauki
Cyfrowej Bibliotece Narodowej Polona
Kwartalnik znajduje się na liście punktowanych czasopism naukowych Ministerstwa Edukacji i Nauki
– z liczbą 140 punktów.



© Copyright by Uczelnia Łazarskiego, Warszawa 2023

ISSN 2956-4441

ISSN on-line 2956-445X

Oficyna Wydawnicza Uczelni Łazarskiego
02-662 Warszawa, ul. Świeradowska 43, e-mail: wydawnictwo@lazarski.edu.pl

Spis treści / Contents

2023; Vol. XXIX, No. 2

World Health Organization	8
World mental health report Światowy raport o zdrowiu psychicznym	
Światowa Organizacja Zdrowia	23
Światowy raport o zdrowiu psychicznym World mental health report	
Agnieszka Madziła, Paweł Olszewski, Anna Granieczna, Marcin Madziła	38
Ocena satysfakcji studentów medycyny Uczelni Łazarskiego jako potrzeby szerszej edukacji w ramach symulacji medycznej Assessment of the Satisfaction of Medical Students of Lazarski University as a Need for Broader Education within Medical Simulation	
Monika Pintal-Ślimak, Makandjou-Ola Eusebio, Mirosława Pietruczuk	47
Wskaźniki jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych użyteczne w systemie ochrony zdrowia. Część I Przykłady wskaźników dostępności do diagnostyki laboratoryjnej i jej zasobów – LabQI The Usefulness of Quality Indicators in Medical Diagnostic Laboratories for the Healthcare System. Part I Examples of Indicators of Access to Laboratory Diagnostics and its Resources	
Anna Wilmowska-Pietruszyńska	54
Reforma orzecznictwa lekarskiego w systemie zabezpieczenia społecznego chorób, urazów i ich następstw Medical Certification Reform in the Social Security System of Diseases, Injuries and Their Consequences	

Instructions to Authors

GENERAL POLICY

REVIEW OF MEDICAL PRACTICE (Rev. Med. Pract.) will consider for publication papers directly related to general practice in medicine after evaluation by two reviewers.

THE REVIEW WILL COMPRISE THE FOLLOWING SECTIONS:

Editorial and review articles. Contributions from experts and specialists in the field, requested by the Editors.

Original articles and research papers in medical science, as well new forms of therapy and diagnostic procedures will be published after evaluation by two independent reviewers.

Short communications. Description of clinical cases reporting exceptional results or symptoms. Maximum length 2–3 typewritten pages, double-spaced, 1 figure and 1 table will be accepted, and references limited to maximum 10 positions.

PREPARATION OF MANUSCRIPTS

Manuscripts should be word processed (Word Programme) or typewritten, double-spaced with ample margins on both sides, and pages should be numbered. First mention of tables and figures should be indicated in the right-hand margin of the text. Maximum length 15 pages.

It is also necessary to include a written consent for the publication from each of authors' department and clinic heads, as well as a Declaration of Conflict of Interest (signed by all authors) and determination of participation in the work by giving the name with: A – research concept and design, B – collection and assembly of data, C – data analysis and interpretation, D – writing the article, E – critical revision of the article, F – final approval of article.

Title page. Should contain the full title, a brief running title, full name of author(s), institutional affiliation of author(s), and name and mailing address of the author to whom all correspondence should be directed.

Summary in English and in Polish. The major points of the article should be summarized in 150-250 words, in order of their appearance in the manuscript. Material or facts not cited in the text should not be included.

Key words. Three to five key words or brief phrases should be included after the Summary for indexing purposes.

References. All references should be numbered consecutively throughout the text or numbered in alphabetical order and enclosed in parentheses. Journal abbreviations should follow the norms of Current Contents. The name(s) of authors should be followed by the complete title of the paper, abbreviated journal's title, year, volume and first and last page number. When citing an article from a book, author(s) name(s) should be followed by complete title of the paper, title of book, volume number, editor(s) name(s), name and address of the publisher, year and first and last page numbers, e.g.:

3. Dukes MN, Holgate ST, Pauwels RA, et al.: Report of an international workshop on risk and safety of asthma. *Clin Exp Allergy*, 1994;24:160-165.

4. Kay AB, Henson PM, Hunninghake GW, et al.: Cellular mechanism. - in - Holgate ST. (ed.): *The role of inflammatory processes in airway hyperresponsiveness*. Blackwell Scientific Publications, Oxford, London, Edingurgh, Boston, Melbourne, 1989;151-178.

Proofs. Page proofs will be sent to the author to whom all correspondence should be addressed unless otherwise specified by the authors. Proofs should be checked against the original. Authors will be charged for major alterations in the original text. Proofs not returned in time to meet publication date will either be rescheduled or published without authors' corrections, in which the Editors do not assume responsibility for any errors that might have been made in typesetting. Proofs may be returned by e-mail or fax.

Zasady publikacji

OGÓLNE ZASADY

REVIEW OF MEDICAL PRACTICE (Rev. Med. Pract.) publikuje prace z zakresu medycyny praktycznej po ocenie dwóch niezależnych recenzentów.

W CZASOPIŚMIE PUBLIKUJE SIĘ:

Artykuły redakcyjne i przeglądowe. Szczególnie oczekiwane są opracowania od ekspertów i specjalistów, w tym na zaproszenie Redaktora Naczelnego.

Prace oryginalne kliniczne i doświadczalne z zakresu nauk medycznych z uwzględnieniem nowo stosowanych terapii oraz nowych metod diagnostycznych będą publikowane po dokonanej ocenie przez dwóch niezależnych recenzentów.

Krótkie doniesienia dotyczące opisów przypadków klinicznych powinny uwzględniać wyjątkowe objawy lub wyniki prowadzonego leczenia. Objętość takich prac nie może przekraczać 3–5 stron, pisanych z podwójnym odstępem, wraz z jedną ryciną lub tabelą oraz piśmiennictwem maksymalnie do 10 pozycji.

PRZYGOTOWANIE PRACY

Manuskrypt powinien być przygotowany w programie Word, z podwójnym odstępem, marginesami i numerowanymi stronami. W tekście powinno znajdować się zaznaczenie miejsca umieszczenia tabeli lub ryciny. Łączna objętość pracy nie może przekraczać 15 stron.

Konieczne jest także dołączenie pisemnej zgody na publikację każdego z kierowników zakładów i klinik, z których pochodzą autorzy pracy, oraz oświadczenia o braku konfliktów interesów, a także określenie udziału w pracy poprzez podanie przy nazwisku określenia: A – koncepcja i projekt badań, B – gromadzenie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – pisanie artykułu, E – krytyczna korekta artykułu, F – ostateczne zatwierdzenie artykułu.

Strona tytułowa musi zawierać tytuł pracy po polsku i po angielsku, w całości, bez stosowania skrótów, skrócony tytuł, imię i nazwisko autora (autorów), nazwę miejsca pracy autora (autorów) oraz adres do korespondencji, numer telefonu i e-mail.

Streszczenie po polsku i po angielsku powinno uwzględniać główne elementy pracy, a w pracy oryginalnej – cel pracy, materiał i metody, wyniki i wnioski.

Słowa kluczowe (3–5) należy zestawić po streszczeniu w celu indeksacji opracowania.

Piśmiennictwo powinno być zestawione w porządku cytowania lub alfabetycznie z numeracją zaznaczoną w tekście w nawiasach, np. [6]. Skróty nazw czasopism powinny być zgodne z normami Current Contents. Należy umieszczać nazwiska trzech pierwszych autorów z inicjałami imion i oznaczenie „et al.” dla pozostałych. Następnie – tytuł artykułu, nazwę czasopisma, rok, tom (numer) i strony (pierwszą i ostatnią). W przypadku cytowania materiału z monografii należy podać nazwisko i inicjały imienia autora rozdziału, tytuł rozdziału, nazwisko i imię redaktora monografii, tytuł monografii, wydawnictwo, rok, tom, strony (pierwszą i ostatnią), np.:

3. Dukes MN, Holgate ST, Pauwels RA, et al.: Report of an international workshop on risk and safety of asthma. Clin Exp Allergy, 1994;24:160-165.

4. Kay AB, Henson PM, Hunninghake GW, et al.: Cellular mechanism. - in - Holgate ST. (ed.): The role of inflammatory processes in airway hyperresponsiveness. Blackwell Scientific Publications, Oxford, London, Edingurgh, Boston, Melbourne, 1989;151-178.

Teksty po korekcie są kierowane na adres pierwszego autora (pocztą lub e-mailem) i powinny być odesłane w ciągu trzech dni z naniesionymi uwagami. Brak zwrotnego otrzymania korekty przyjmowany jest jako akceptacja tekstu. Redakcja zastrzega sobie prawo nanoszenia ostatecznych poprawek.

REVIEW OF
MEDICAL PRACTICE
2023; Vol. XXIX, No. 2

Szanowni Państwo, drodzy Czytelnicy,

oddaję w Państwa ręce drugi numer XXIX tomu kwartalnika „Review of Medical Practice”. Nasze czasopismo to tradycja wydawnicza od ponad 23 lat i zobowiązanie, że treści, które Państwu prezentujemy, spełniają wysokie standardy publikacji medycznych.

Dzięki publikacjom naukowym, które są szeroko rozpowszechniane, lekarze wnoszą swój wkład w rozwój medycyny. Znaczna część środowiska lekarskiego widzi potrzebę publikowania swych prac naukowych. Ważne jest również, aby studenci wydziałów lekarskich podejmowali wyzwania naukowe, zgłębiali wiedzę i pod opieką swoich nauczycieli przygotowali publikacje naukowe. Dlatego też bardzo serdecznie zapraszam Państwa do współpracy z czasopismem i nadsyłania artykułów ze wszystkich dziedzin medycyny w postaci prac oryginalnych, poglądowych oraz opisów przypadków.

Jednocześnie przypominam, że zgodnie z art. 2 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry zawód lekarza polega na udzielaniu przez osobę mającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, takich jak badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im, leczenie i rehabilitacja chorych, a także wydawanie opinii oraz orzeczeń lekarskich (zawierających ocenę stanu zdrowia i upośledzenia funkcjonalnego organizmu dokonaną na wniosek danej osoby lub instytucji upoważnionej z mocy prawa).

W 2022 roku w *Rejestrze zaświadczeń lekarskich ZUS* zarejestrowano 27 milionów zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby na łączną liczbę 288,8 milionów dni. Z tego tytułu ZUS wypłacił 26 miliardów 965 milionów złotych na zasiłki chorobowe.

Natomiast wydatki instytucji zabezpieczenia społecznego na świadczenie pieniężne, podstawę których stanowią orzeczenia lekarskie o czasowej lub długotrwałej niezdolności do pracy, niezdolności do samodzielnej egzystencji z powodu chorób lub urazów i ich następstw, wynoszą rocznie około kilkudziesięciu miliardów złotych. Dlatego każde wydane orzeczenie lekarskie musi być zgodne ze stwierdzonym stanem faktycznym, aktualnym stanem wiedzy medycznej, przepisami obowiązującego prawa, a także zasadami etyki lekarskiej.

Z poważaniem
Redaktor Naczelna
dr hab. n. med. Anna Wilmowska-Pietruszyńska, prof. UŁa

Dear Readers,

I place in your hands second issue of volume XXIX of the quarterly Review of Medical Practice. Our journal has been a publishing tradition for more than 23 years and a commitment that the content we present to you meets the high standards of medical publications. Through scientific publications, doctors contribute to the development of medicine by disseminating them to their community. A significant part of the medical community sees the need to publish scientific papers. It is also important for medical students to take up scientific challenges, explore knowledge and produce scientific publications under the guidance of their teachers.

Therefore, I would very much like to invite you to cooperate with the journal and submit articles from all fields of medicine in the form of original papers, review articles and case reports.

At the same time, I would like to remind you that, in accordance with Article 2 of the Act of 1996 on the professions of physician and dentist, the medical profession consists in the provision of health services by a person with the required qualifications confirmed by relevant documents, such as examination of the state of health, diagnosis and prevention of diseases, treatment and rehabilitation of patients, as well as issuing medical opinions and judgments (containing an assessment of the state of health and functional impairment of the organism at the request of a person or an institution authorised by law).

In 2022, 27 million medical certificates of temporary inability to work due to illness for a total of 288.8 million days were registered in the ZUS Register of Medical Certificates. On this account, ZUS paid out PLN 26 billion 965 million in sickness benefits.

On the other hand, expenditures of social security institutions on cash benefits based on medical certificates of temporary or long-term inability to work, inability to lead an independent life due to illnesses or injuries and their consequences amount to approximately several dozen billion PLN annually.

Therefore, every medical certificate issued for these purposes must comply with the established facts, the current state of medical knowledge, the provisions of the applicable law and the principles of medical ethics.

Yours sincerely

Editor-in-Chief

dr hab. n. med. Anna Wilmowska-Pietruszyńska, prof. UŁa



3

World mental health today

EPIDEMIOLOGY
ECONOMIC COSTS
KEY GAPS
DEMAND FOR CARE

[Copyright is a bundle of rights, such as the right to copy and the right to distribute, which are divisible and may be held by different parties. A licensor without all the rights should list those they have. For instance, a licensor who holds the performance rights to a recording of a song, but not the rights in the composition, should say so. Licensors should attempt to alert users of any rights held by others that may impact their ability to reuse the work.]

Chapter summary

In this chapter we outline the state of mental health and mental health systems in the world and show that mental health needs are high and that responses are insufficient and inadequate. We present the latest data available on the global prevalence and cost of mental disorders, looking beyond the impact of mortality and disability to also consider the formidable economic and social costs involved. This chapter also highlights the results of WHO's most recent *Mental health atlas* to reveal some of the enduring critical gaps in, and barriers to, mental health care around the world.



Key messages from this chapter are:

- In all countries, mental disorders are highly prevalent and largely undertreated.
- Mental disorders are the leading cause of years lived with disability and suicide remains a major cause of death globally.
- The economic consequences of mental health conditions are enormous, with productivity losses significantly outstripping the direct costs of care.
- Mental health systems all over the world are marked by major gaps in governance, resources, services, information and technologies for mental health.
- Several factors stop people from seeking help for mental health conditions, including limited access to quality services, low levels of health literacy about mental health, and pervasive stigma.

Despite mental health's critical importance to our health and well-being, too many of us do not get the support we need. In 2019, an estimated one in eight people globally were living with a mental disorder (96). At the same time, the services, skills and funding available for mental health remain in short supply, and fall far below what is needed, especially in LMICs.

In all countries, mental health conditions are widespread (yet misunderstood) and undertreated, and services to address them are insufficiently resourced (see Fig. 3.1). And, as discussed in [Chapter 2 Principles and drivers in public mental health](#), the various interacting biopsychosocial factors that undermine mental health – ranging from population-wide stressors such as poverty, conflict and social inequalities to individual factors such as low self-worth – will continue to generate threats to mental health for the foreseeable future.

This chapter presents the latest data available at the time of writing (see [Box 3.1 Data for assessing world mental health](#)). In most cases, the data pre-date the COVID-19 pandemic, which has greatly exacerbated the risk factors for mental health conditions for many people. The pandemic is sure to impact the prevalence and burden of mental disorders, just as access to mental health services has been compromised (see [Chapter 2, In focus: COVID-19 and mental health](#)). A long-term upsurge in the number and severity of mental health conditions worldwide has been anticipated and, as shown below, the most recent global estimates confirm this (97, 69).

FIG. 3.1

Mental health conditions are widespread, undertreated and under-resourced

WIDESPREAD



1 in 8

live with a mental health condition

UNDERTREATED



71%

people with psychosis do not receive mental health services

UNDER-RESOURCED



2%

of health budgets, on average, go to mental health

Source: IHME, 2019 (98); WHO, 2021 (5).

INSIGHT

BOX 3.1

Data for assessing world mental health

To speak to the broadest group of stakeholders possible, this report generally uses the umbrella term “mental health conditions”, which covers mental disorders, psychosocial disabilities and other mental states associated with significant distress, impairment in functioning, or risk of self-harm. But when describing prevalence rates and global health estimates in this chapter, we refer to “mental disorders” since this term more accurately reflects data that are being collected and reported, and its scope is clearly defined by WHO’s ICD-11. We similarly refer in this chapter to diagnostic categories such as “depressive disorders” or “anxiety disorders”, rather than using the more general terms “depression” and “anxiety” as we do elsewhere in this report.

Mental disorders are distinct from neurological disorders and substance use disorders. The latter two, while not a focus of this report, are mentioned in this chapter to give a broad picture of the needs that mental health decision-makers often are responsible for in LMICs.

Measurement and monitoring of disease incidence, prevalence and mortality as well as disease distribution and determinants within and across populations – the defining features of epidemiology – provide vital information for health service planning, delivery and evaluation. The primary international sources of epidemiological data used in this chapter are WHO’s Global Health Estimates (GHE) and the Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study 2019 (GBD 2019) by the Institute of Health

Metrics and Evaluation (IHME). These are closely linked in terms of mental health estimates. Together, they provide point prevalence and associated disease burden estimates for all major categories of communicable and noncommunicable diseases as well as injuries.

The term ‘burden of disease’ is only used in relation to published epidemiological assessments. This is the standard term used in public health for population-level impact estimates (e.g., disability-adjusted life years, years of life lost to premature mortality and years of healthy life lost to disability).

Estimates have to be interpreted with caution. These long-standing global studies offer the best available evidence of the extent, distribution and public health impact of mental disorders across age groups, gender and countries (grouped by income or geographical location). But while current estimates incorporate the latest available data and methodological advances in disease modelling, they remain uncertain because of the paucity of epidemiological data for mental disorders in many countries. In particular, estimates are often based on incomplete input data that do not cover all parameters or all countries, and on information that is outdated or poor quality. Moreover, it is important to acknowledge that mental disorders can be conceptualized in different ways across cultures, which raises challenges for measuring them from a particular reference point, such as in the global burden of disease studies.

3.1 Epidemiological overview

3.1.1 Prevalence

Pre-pandemic, in 2019, an estimated 970 million people in the world were living with a mental disorder, 82% of whom were in LMICs (96).¹ Between 2000 and 2019, an estimated 25% more people were living with mental disorders, but since the world's population has grown at approximately the same rate the (point) prevalence of mental disorders has remained steady, at around 13% (see Fig. 3.2) (99).

Additionally, according to various estimates, 283 million people had alcohol use disorders in 2016 (100), 36 million people had drug use disorders in 2019 (101), 55 million people had dementia in 2019 (102) and 50 million people had epilepsy in 2015 (9). In many countries mental health care systems are responsible for the care of people with these conditions.

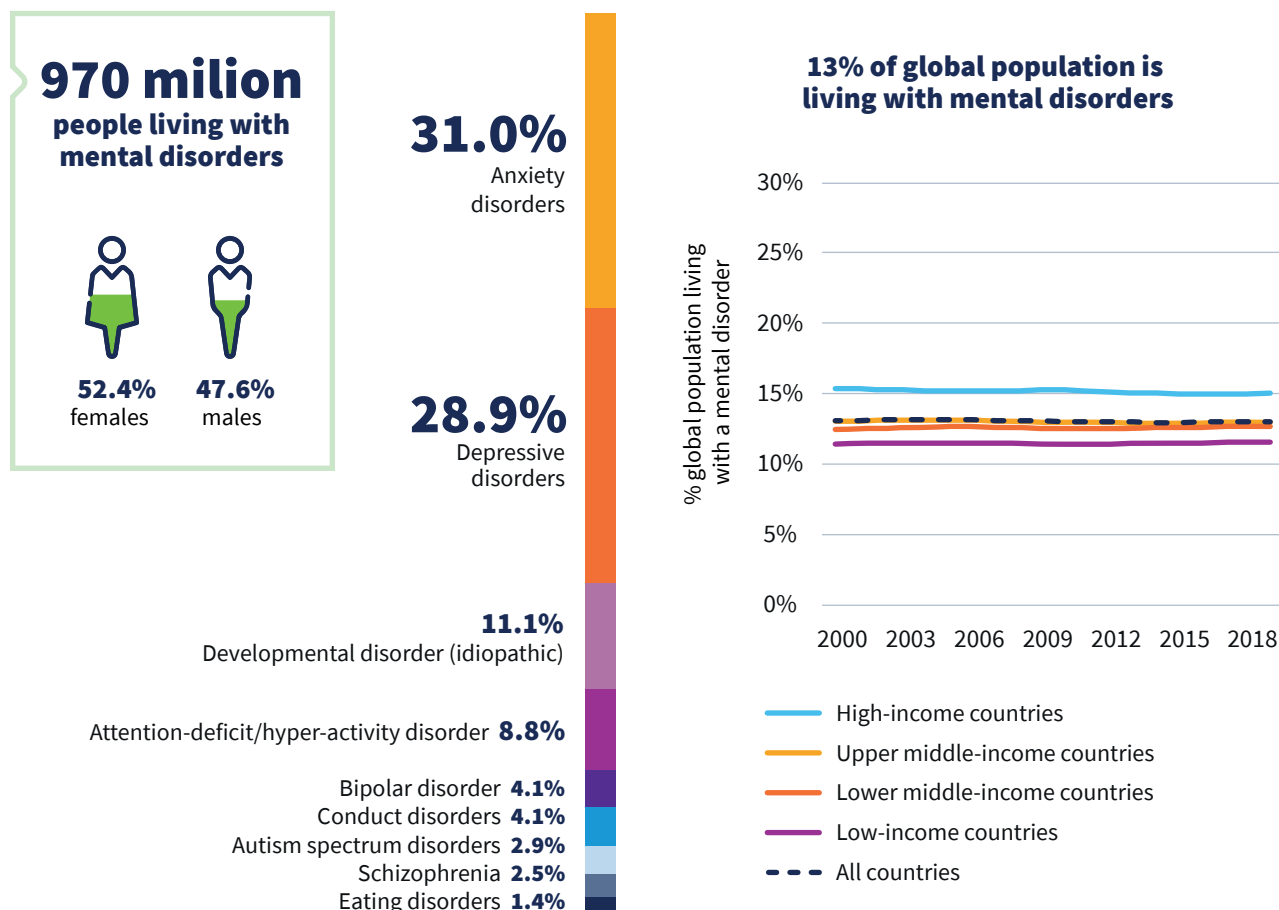
970 million
people globally
were living
with a mental
disorder in 2019.

¹ This estimate includes people living with schizophrenia, depressive disorders (including dysthymia), anxiety disorders, bipolar disorder, autism spectrum disorders, attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, idiopathic developmental intellectual disability, eating disorders and other mental disorders, as covered in the GBD 2019.



FIG. 3.2

The global prevalence of mental disorders in 2019



Source: IHME, 2019 (99).

The prevalence of mental disorders varies with sex and age (see Table 3.1). In both males and females, anxiety disorders and depressive disorders are the two most common mental disorders. Anxiety disorders become prevalent at an earlier age than depressive disorders, which are rare before ten years of age. They continue to become more common in later life, with highest estimates in people between 50 and 69. Among adults, depressive disorders are the most prevalent of all mental disorders.

In 2019, 301 million people globally were living with anxiety disorders; and 280 million were living with depressive disorders (including both major depressive disorder and dysthymia). In 2020, these numbers rose significantly as a

result of the COVID-19 pandemic (see Box 3.2 Depression and anxiety in times of COVID-19).

Schizophrenia, which occurs in 24 million people and in approximately 1 in 200 adults (aged 20 years and over), is a primary concern of mental health services in all countries (see Table 3.1). In its acute states, it is the most impairing of all health conditions (see Box 3.3 Severity of mental health conditions and the principle of vertical equity) (103). Bipolar disorder, another key concern of mental health services around the world, occurs in 40 million people and approximately 1 in 150 adults globally in 2019 (see Table 3.1). Both disorders primarily affect working-age populations.

TABLE 3.1

Prevalence of mental disorders across age and sex (2019)

	ALL AGES (MILLIONS)	ALL AGES (%)			AGE (%)								AGED 20+ YEARS (%)		
		ALL	MALE	FEMALE	< 5	5-9	10-14	15-19	20-24	25-49	50-69	70+	ALL	MALE	FEMALE
Mental disorders	970	13.0	12.5	13.5	3.0	7.6	13.5	14.7	14.1	14.9	14.7	13.1	14.6	13.4	15.7
Schizophrenia	24	0.3	0.3	0.3				0.1	0.3	0.5	0.5	0.2	0.5	0.5	0.4
Depressive disorders ^a	280	3.8	3.0	4.5		0.1	1.1	2.8	4.0	4.8	5.8	5.4	5.0	4.0	6.0
Bipolar disorder	40	0.5	0.5	0.6			0.2	0.6	0.7	0.7	0.7	0.5	0.7	0.7	0.7
Anxiety disorders ^b	301	4.0	3.0	5.0	0.1	1.5	3.6	4.6	4.7	4.9	4.8	4.4	4.8	3.6	5.9
Eating disorders ^c	14	0.2	0.1	0.2			0.1	0.3	0.4	0.3			0.2	0.2	0.3
Autism spectrum disorders	28	0.4	0.6	0.2	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3	0.5	0.2
Attention-deficit/ hyper-activity disorder	85	1.1	1.7	0.6	0.2	2.4	3.1	2.4	1.7	0.9	0.3		0.7	0.4	1.1
Conduct disorder	40	0.5	0.7	0.4		1.1	3.6	2.1							
Developmental disorder (idiopathic) ^d	108	1.5	1.5	1.4	2.2	2.3	2.2	2.0	1.8	1.3	0.7	0.4	1.1	1.1	1.1
Other mental disorders ^e	117	1.6	1.9	1.3			0.1	0.4	1.0	2.2	2.6	2.7	2.2	2.7	1.8

Source: IHME, 2019 (96).

^a Includes major depressive disorder and dysthymia.

^b Includes all anxiety disorders and PTSD.

^c Includes anorexia and bulimia nervosa.

^d For more information on developmental disorder and autism spectrum disorders see the forthcoming *WHO-UNICEF Report on Developmental Delays and Disabilities*.

^e A residual cause within GBD which includes personality disorders.

Note. These are GBD 2019 data and do not necessarily represent ICD-11 categorization. Blank cells indicate 0.0%. Rates are adjusted for independent comorbidity but not for dependent comorbidity. All prevalence data reflect point prevalence, except for bipolar disorder for which a 12-month prevalence was calculated.

CASE STUDY

BOX 3.2

Depression and anxiety in times of COVID-19

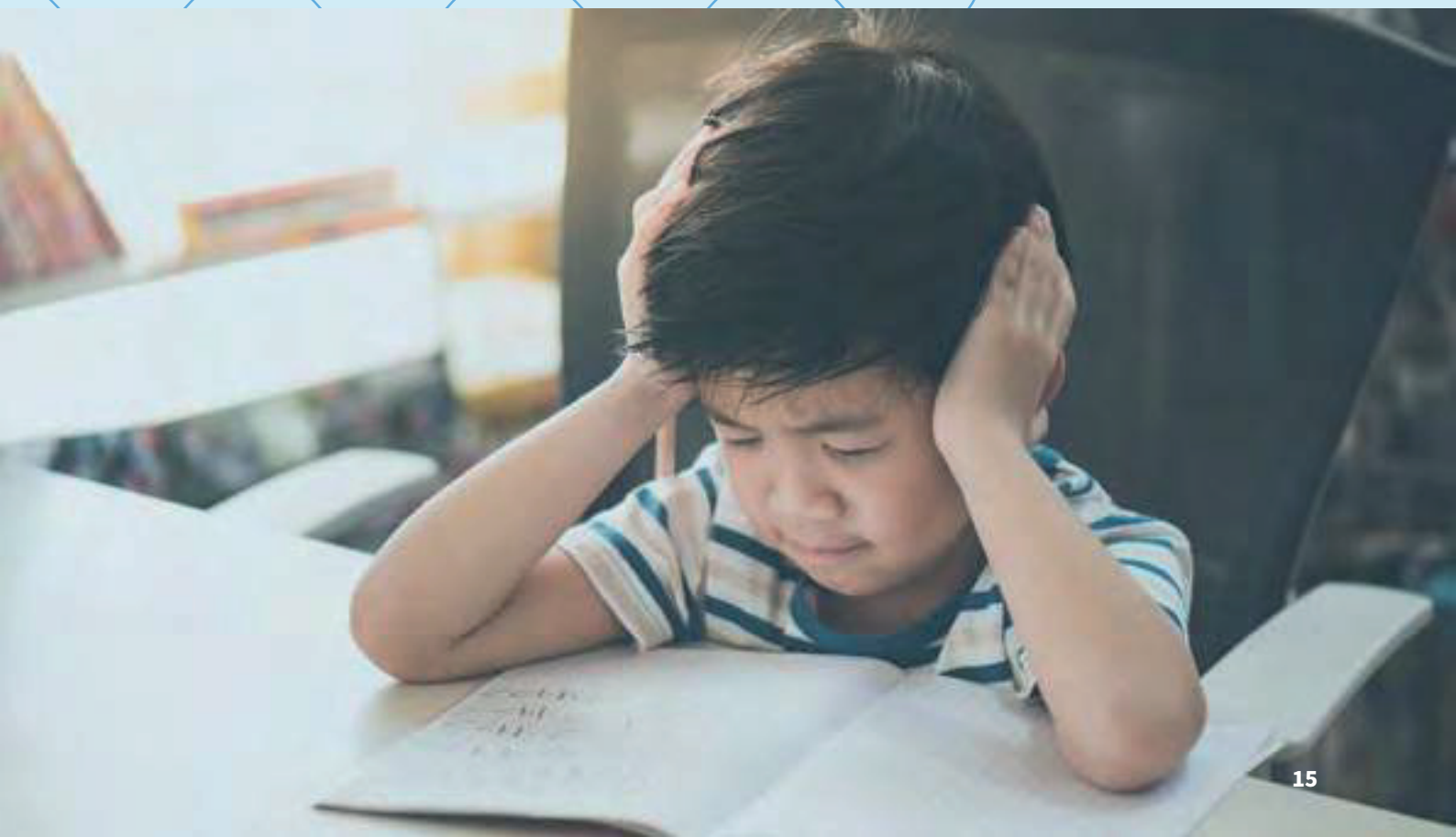
GBD 2020 estimated a substantial increase in depressive and anxiety disorders as a result of the COVID-19 pandemic, taking into account many of the uncertainties around epidemiological estimates of mental disorders in major emergencies.

Before the pandemic, an estimated 193 million people (2 471 cases per 100 000 population) had major depressive disorder; and 298 million people (3 825 cases per 100 000 population) had anxiety disorders in 2020. After adjusting for the COVID-19 pandemic, initial estimates show a jump to 246 million (3 153 cases per 100 000 population) for major depressive disorder and 374 million (4 802 per 100 000 population) for anxiety disorders.

This represents an increase of 28% and 26% for major depressive disorders and anxiety disorders, respectively in just one year.

In both cases, the countries that were hit hardest by the pandemic had the greatest increases in disorder prevalence. All over the world, there was a greater increase in disorder prevalence among females than among males, likely because females were more likely to be affected by the social and economic consequences of the pandemic. And globally there was also a greater change in prevalence among younger age groups than older ones, potentially reflecting the deep impact of school closures and social restrictions on youth mental health.

Source: COVID-19 Mental Disorders Collaborators, 2021 (68).



INSIGHT

BOX 3.3

Severity of mental health conditions and the principle of vertical equity

A key input into the WHO's Global Health Estimates (GHE) are the so-called "health state weights", which are used to adjust time spent in a particular state of health by its associated level of diminished health or impairment (on a scale of 0 to 1, where 0 denotes full health or no impairment).

The most impairing state across all health conditions – both in GHE 2019 and GBD 2019 – is acute schizophrenia, which is given a health state weight of 0.78. Put simply, this means an individual experiencing acute schizophrenia is expected to have only one fifth of the health and functioning of a fully healthy person. Severe depressive episode is considered the fifth most impairing health state; and the residual state of schizophrenia is tenth.

Sources: Barra et al, 2020 (104); WHO, 2006 (103).

Estimating health state weights can also help to inform discussions around "vertical equity". This concept means giving more attention to those with greater need. It is distinct from horizontal equity, which is focused on equal access or treatment for equal need (such as ensuring equal access to care in urban and rural areas). Indeed, several countries have explicitly included the severity of a disease or condition as a key criterion for priority-setting. So, from a vertical equity perspective, care for schizophrenia and other severe mental health conditions, including severe episodes of depressive disorder, should be accorded priority because of the impairment involved.

Prevalence in males and females

Depressive and anxiety disorders are about 50% more common among women than men throughout the life-course, while men are more likely to have a substance use disorder. As depressive and anxiety disorders account for most cases of mental disorder, overall, slightly more women (13.5% or 508 million) than men (12.5% or 462 million) live with a mental disorder (see Table 3.1).

Mental disorders are common among pregnant women and women who have just given birth, often with severe impacts for both mothers and babies. Worldwide, more than 10% of pregnant

women and women who have just given birth experience depression (105). In LMICs this figure is estimated to be substantially higher.

Women who have experienced intimate partner violence or sexual violence are particularly vulnerable to developing a mental health condition, with significant associations found between victimization and depression, anxiety, stress conditions including PTSD, and suicidal ideation (106). Women living with a severe mental disorder are much more likely to have experienced domestic and sexual violence during their life than other women (107).

Prevalence in children and adolescents

Around 8% of the world's young children (aged 5–9 years) and 14% of the world's adolescents (aged 10–19 years) live with a mental disorder (see [Table 3.1](#)). A seminal nationwide study in the United States found that half of the mental disorders present in adulthood had developed by the age of 14 years; three quarters appeared by the age of 24 years ([108](#)).

Idiopathic developmental disorders, which cause developmental disability, are the most common type of mental disorder in young children, affecting 1 in 50 children aged under five years. The second most prevalent mental disorder in young children is autism spectrum disorder (another developmental disorder), which affects 1 in 200 children aged under five years (see [Table 3.1](#)). Both disorders become gradually less prevalent with age, as many people with developmental disorders die young.

Attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorders are particularly common in adolescence, especially among younger boys (4.6% and 4.5%, respectively in boys 10–14 years of age). Anxiety is the most prevalent mental disorder among older adolescents (4.6%) and even more so among adolescent girls (5.5%). Anxiety and depressive disorders at this age may be associated with bullying victimization. Eating disorders occur mainly among young people and, within this group, are more common among females (for example, 0.6% in women aged 20–24 years compared with 0.3% in men in the same age group) ([109](#)).

Prevalence in older adults

Around 13% of adults aged 70 years and over lived with a mental disorder in 2019, mainly depressive and anxiety disorders. Sex differences in rates of mental disorders increase in this age category as 14.2% of women and 11.7% of men aged over 70 years are estimated to have a mental disorder. Prevalence estimates for schizophrenia are lower in adults aged over 70 years (0.2%) compared with adults under 70 years

of age (0.3%), which in part may be explained by premature mortality (see [section 3.1.2 Mortality](#)).

Notably, these estimates on mental disorders do not include dementia, which is a key public health concern that is often addressed by mental health or aging policy and plans. An estimated 6.9% of adults aged 65 years and over live with dementia ([102](#)).

Geographical disparities

Mental disorders are common in all countries: they occur across all WHO Regions, ranging from 10.9% prevalence in the WHO African Region to 15.6% in the WHO Region of the Americas (see [Fig. 3.3](#)) ([110](#)).

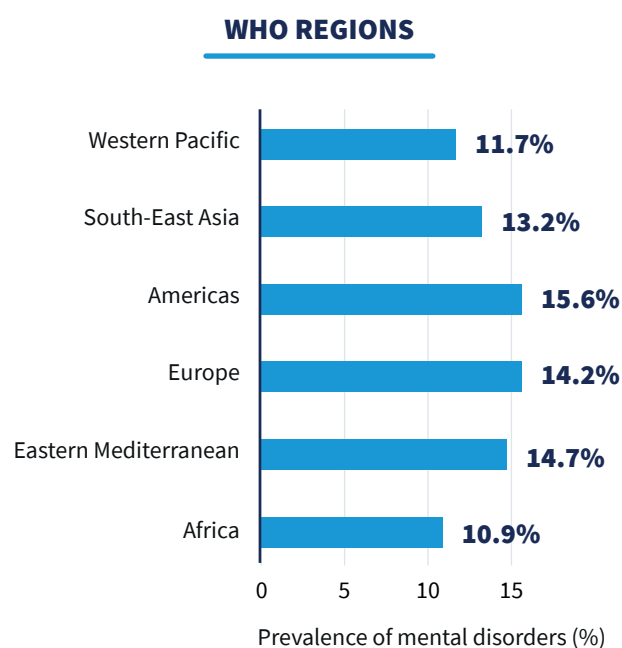
Mental disorders are somewhat more common in high-income countries (15.1%) but they are also common in low-income countries (11.6%) (see [Fig. 3.3](#)).

The variations in prevalence rates across regions and income groups may be explained by at least three factors. First, demographic factors lessen prevalence rates in low-income countries: populations here tend to have a higher proportion of children under ten years of age, for whom mental disorders are much less common. Second, war and conflict contribute to the relatively higher rates of mental disorder in WHO's Eastern Mediterranean Region. Third, sociocultural factors have a role. For example, differing cultural understandings and conceptualizations of mental health and mental health conditions may influence people's readiness to disclose mental health symptoms in surveys. Local cultural concepts of distress – which can be associated with psychopathology – are typically not well-covered in epidemiological studies ([111](#)). And while stigma and discrimination is high in all countries, it may even be higher in many LMICs, which could lead to underreporting.

Combining factors such as age, sex and geographical location can reveal important differences in people's specific mental health needs. For example, while an estimated 4% of all

FIG. 3.3

Prevalence of mental disorders across WHO regions, 2019



Source: IHME, 2019 (112).

age groups worldwide lived with anxiety disorders in 2019 (see Table 3.1), the rate rises to around 10% among working age women in the Americas (113).

3.1.2 Mortality

Premature mortality

Estimating mortality from mental health conditions is complex. Both mental health conditions and suicide are rarely recorded as the cause of death on death certificates or in country mortality statistics. Yet poor mental health is often an important underlying or causative factor. Across the world, people with mental health conditions are known to experience disproportionately higher mortality rates compared with the general population (114). People with severe mental health conditions – including schizophrenia and bipolar disorder – die on average 10 to 20 years earlier than the general population (115). Most of these deaths are due

to preventable diseases, especially cardiovascular disease, respiratory disease and infection, which are more common in people with mental health conditions. In these cases, having a mental health condition may not be the cause of death, but it is likely to be a major contributing factor.

Side effects of medications for severe mental health conditions can have a role in premature mortality by contributing, for example, to obesity, glucose intolerance and dyslipidemia (116). Moreover, people with mental health conditions are more likely to be exposed to the well-known risk factors for noncommunicable diseases (NCDs), including smoking, alcohol use, unhealthy diet and physical inactivity.

This is further exacerbated by the fragmented approach health systems take in caring for physical and mental health conditions: once a person is channelled into a mental health service, their physical health too often gets neglected. At the same time, in both general and specialized mental health care settings, the signs and symptoms of physical illness are often misattributed to a concurrent mental health condition in what is known as “diagnostic overshadowing” (117). These two factors have, for example, led to a systematic under-recognition and undertreatment of cardiovascular conditions among people living with schizophrenia and bipolar disorder (118, 119). WHO and its expert advisers have developed a multilevel intervention framework and guidelines aimed at addressing these shortcomings (see section 4.1.2 Improved physical health, subsection Integrated care is good care) (114, 120).

People with severe mental health conditions die **10 to 20 years** earlier than the general population.



The cumulative mortality burden of mental health conditions can be derived using natural history models that relate prevalence to observed rates of excess deaths. These models are not part of the estimation of fatal burden (see [section 3.1.3 Burden](#)), which attributes deaths to the primary cause (such as cardiovascular disease), but researchers have used these models to show that the mortality burden of mental health conditions is grossly underestimated. One analysis of 2010 data shows there were more than four million excess deaths attributable to mental disorders, including 2.2 million from major depressive disorder, 1.3 million from bipolar disorder and 700 000 from schizophrenia – compared with just 20 000 cause-specific deaths, all from schizophrenia, calculated using the standard burden of disease calculations (121).

This huge yet hidden mortality burden of mental health conditions has been labelled a scandal, and one that contravenes international conventions for the right to the highest attainable standard of health (122).

Suicide

Suicide accounts for more than one in every 100 deaths globally (123). And for every death by suicide there are more than 20 suicide attempts (124). Suicide affects people from all countries and contexts. And at all ages suicides and suicide attempts have a ripple effect on families, friends, colleagues, communities and societies (read [Marie's experience](#)).

In 2019, an estimated 703 000 people across all ages (or 9 per 100 000 population) lost their life to suicide (see [Fig. 3.4](#)) (125). Estimates of suicide rates vary significantly across countries – from fewer than two deaths by suicide per 100 000 in some nations to more than 80 per 100 000 in others. Around three-quarters (77%) of all suicides occur in LMICs, where most of the world's population live. But high-income countries grouped together have the highest suicide rates at 10.9 per 100 000. These countries are also more likely to have high-quality vital registration data.

Suicide rates also vary between males and females. Globally, women are more likely to attempt suicide than men. And yet twice as many men die by suicide than

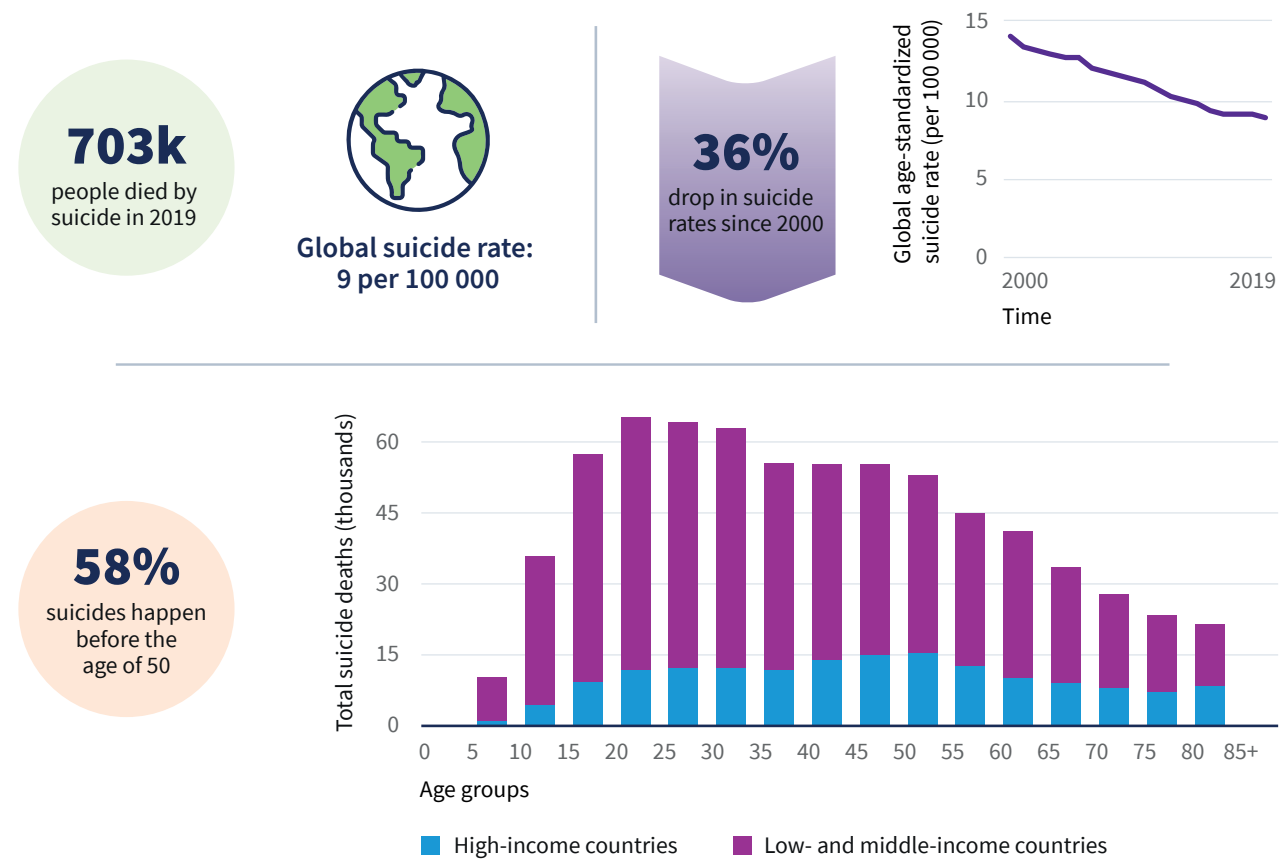
women do. In high-income countries the male-to-female ratio for death by suicide is even higher, at three men to every woman.

In both males and females, suicide is a major cause of death among young people. In 2019, it was the third leading cause of death in 15–29-year-old females; and the fourth leading cause of death in males in this age group. Overall, it is the fourth leading cause of death among 15–29-year-olds and accounts for some 8% of all deaths in this age group. More than half (58%) of suicides happen before the age of 50 years. And suicide rates in people aged over 70 years are more than twice those of working age people (126).

Suicide accounts for **1 in 100 deaths** globally.

Globally, the suicide rate has dropped by 36% since 2000, with decreases ranging from 17% in WHO’s Eastern Mediterranean Region to 47% in WHO’s European Region and 49% in WHO’s Western Pacific Region. Yet, in WHO’s Region of the Americas, suicide rates have increased 17% over the past 20 years. (For more information on and examples of successful suicide prevention see section 6.3.1 Preventing suicide.)

FIG. 3.4
Suicides in 2019



Source: WHO, 2021 (125).

NARRATIVE

I abandoned everything and everyone

Marie's experience



I am a high-functioning lady living with a history of trauma. I come from a family with a lot of experience of mental health conditions, but my family and the society we lived in didn't acknowledge mental health and didn't know how to take care of a loved one living with mental health challenges. We didn't get the care we needed. We lost my brother when he was just 33 years of age, without a conclusive diagnosis.

I suffered with behavioural issues. My greatest trauma was the breakdown of my parent's marriage. I struggled and self-medicated with dangerous relationships and risky sexual behaviours.

In 2009, I attempted suicide. I was five months pregnant. Me and the baby survived, but I knew I couldn't continue this way. I abandoned everything and everyone, including my three sons. I left my country without a single word to anyone. Only a mental illness makes you behave this way.

I continued to struggle and eventually got professional help. Four years later I returned as a much stronger person. I am now a commonwealth scholar doing an MSc in professional practice health care provision; and committed to raising awareness of mental health especially through people with lived experience sharing their stories in countries like mine.

Marie Abanga, Cameroon

3.1.3 Burden

Burden of disease studies estimate the population-wide impact of living with disease and injury and dying prematurely. They involve calculations using the Disability-Adjusted Life Year (DALY), where one DALY represents the loss of one year of full health. DALYs combine in one measure the years of life lost to premature mortality (YLLs) and years of healthy life lost to disability (YLDs) to estimate the overall burden from each cause of disease and injury.

In 2019, across all ages, mental, neurological and substance use disorders together accounted for one in ten DALYs (10.1%) worldwide. Mental disorders accounted for 5.1% of the global burden (see Fig. 3.5). Neurological disorders accounted for another 3.5%; while substance use conditions accounted for 1.5%.

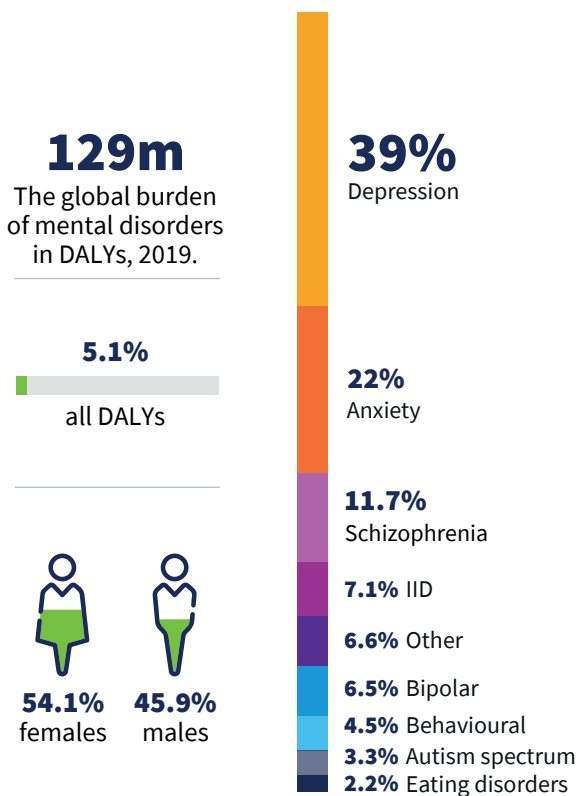
In all countries, the burden of mental disorders spans the entire life-course: from early life, where conditions such as developmental disorders and childhood behavioural disorders are the biggest contributors to burden; through to

adulthood and old age, where depressive and anxiety disorders dominate. Overall, the greatest burden is carried during early adulthood.

Across all mental disorders, most of the burden manifests as YLDs, rather than YLLs. This is because of the way burden estimates are calculated, which does not attribute any deaths to conditions such as depressive disorders or bipolar disorder, and which includes self-harm and suicide under a separate category of intentional injuries (127).

Mental disorders are the leading cause of years lived with disability, accounting for one in every six (15.6%) YLDs globally. Substance use disorders account for a further 3.1% of YLDs; and neurological conditions account for 6.4%. Combined mental, neurological and substance use disorders account for one in every four YLDs globally.

FIG. 3.5
The global burden of mental disorders in disability-adjusted life years (DALYs), 2019



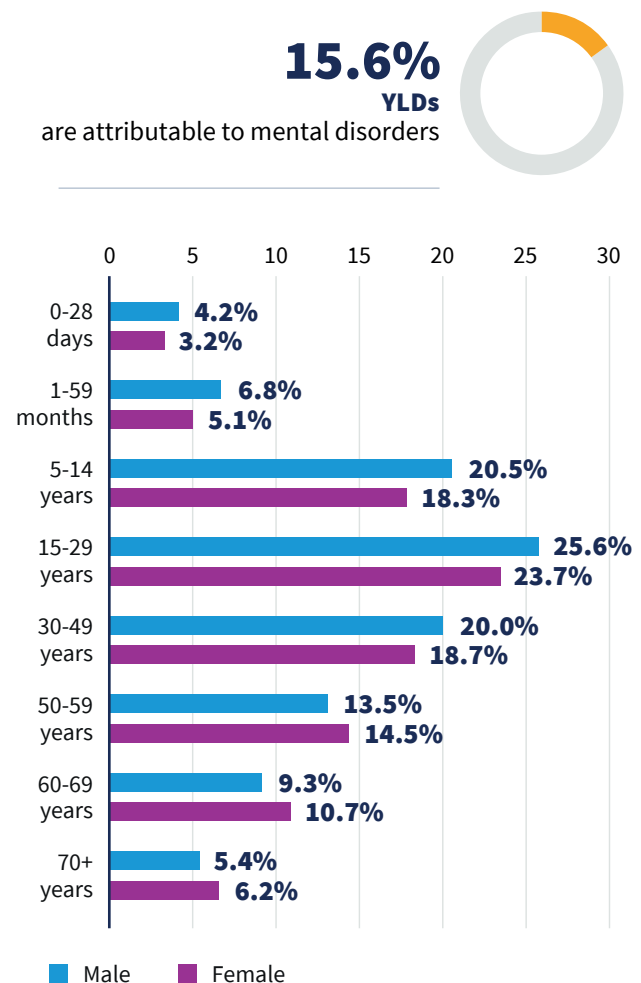
Source: WHO, 2019 (128).

Globally, mental disorders account for 1 in 6 years lived with disability.

The contribution of mental disorders to YLDs varies across the lifespan, from less than 10% for children and older adults to more than 23% for young people aged 15–29 years (see Fig. 3.6).

Since 2000, both depressive and anxiety disorders have consistently been among the top ten leading causes of all YLDs worldwide.

FIG. 3.6
Proportion of all-cause years lived with disability (YLDs) attributable to mental disorders, across the life-course, 2019



Source: WHO, 2019 (129).



3

Światowy raport na temat zdrowia psychicznego

**TRANSFORMACJA
ZDROWIA PSYCHICZNEGO
DLA WSZYSTKICH**

World mental health report: transforming mental health for all. © Światowa Organizacja Zdrowia 2022. Niektóre prawa zastrzeżone. Ta praca jest dostępna na licencji Creative Commons-Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-licencja IGO 3.0 (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>). „Tłumaczenie to nie zostało stworzone przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). WHO nie ponosi odpowiedzialności za treść lub dokładność tego tłumaczenia. Oryginalna wersja angielska jest wersją wiążącą i autentyczną”. Zarówno tekst oryginalny, jak również tłumaczenie na język polski uległo zmianie redakcyjnej poprzez pominięcie treści niestanowiących merytorycznej części raportu. Tekst źródłowy oryginalny ISBN 978-92-4-004933-8 (electronic version) HYPERLINK “<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338%5b>”<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> [dostęp na dzień 27.09.2022 r.] Światowa Organizacja Zdrowia.

Streszczenie rozdziału

Niniejszy rozdział omawia w ogólnym zarysie stan zdrowia psychicznego i systemy ochrony zdrowia psychicznego na świecie oraz pokazuje, że potrzeby w tym zakresie są na świecie duże, a rozwiązania nieodpowiednie i niewystarczające. Przedstawiono najnowsze dostępne dane na temat globalnego rozpowszechnienia i kosztów zaburzeń psychicznych, wykraczając poza kwestię wpływu śmiertelności i niepełnosprawności, aby rozważyć również ogromne nakłady ekonomiczne i społeczne. Podkreślane są opublikowane wyniki najnowszego *Atlasu zdrowia psychicznego WHO*, aby wskazać niektóre utrzymujące się drastyczne luki w opiece nad zdrowiem psychicznym na całym świecie.



Najważniejsze informacje zawarte w tym rozdziale:

- We wszystkich krajach zaburzenia psychiczne są rozpowszechnione i w dużej mierze niedostatecznie leczone.
- Zaburzenia psychiczne są główną przyczyną krótszego życia z niepełnosprawnością, a samobójstwa pozostają główną przyczyną zgonów na całym świecie.
- Konsekwencje ekonomiczne zaburzeń zdrowia psychicznego są ogromne, przy czym straty wydajności znacznie przewyższają bezpośrednie koszty opieki.
- Systemy zdrowia psychicznego na całym świecie charakteryzują się poważnymi niedoborami w zakresie zarządzania, zasobów, usług, informacji i technologii w obszarze zdrowia psychicznego.
- Kilka czynników powstrzymuje ludzi przed szukaniem pomocy w zakresie zdrowia psychicznego, w tym ograniczony dostęp do wysokiej jakości usług, niski poziom wiedzy na temat zdrowia psychicznego i wszechobecne stygmatyzowanie.

Pomimo kluczowego znaczenia zdrowia psychicznego dla zdrowia i dobrego samopoczucia zbyt wielu z nas nie otrzymuje niezbędnego wsparcia. Szacuje się, że w 2019 r. jedna na osiem osób na świecie żyła z zaburzeniami psychicznymi (96). Tymczasem świadczenia, umiejętności i fundusze przeznaczone na potrzeby zdrowia psychicznego są niewystarczające i pozostają znacznie poniżej potrzeb, zwłaszcza w krajach o niskich i średnich dochodach.

We wszystkich krajach choroby psychiczne są zjawiskiem powszechnym (aczkolwiek źle rozumianym) i są niewystarczająco leczone, a na ich leczenie nie przeznaczają się wystarczających środków (zob. rys. 3.1). Jak omówiono w rozdz. 2: Zasady i czynniki wpływające na publiczne zdrowie psychiczne, różne wzajemnie oddziałujące na siebie czynniki – począwszy od stresorów obejmujących całą populację, takich jak ubóstwo, konflikty i nierówności społeczne, aż po czynniki indywidualne, takie jak niska samoocena – będą nadal generować zagrożenia dla zdrowia psychicznego w możliwej do przewidzenia przyszłości.

Niniejszy rozdział przedstawia najnowsze dane dostępne w czasie przygotowania publikacji (zob. tab. 3.1). W większości przypadków dane pochodzą sprzed pandemii COVID-19, która znacznie nasiliła czynniki ryzyka chorób psychicznych u wielu osób. Pandemia z pewnością wpłynie na rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych i obciążenie nimi, podobnie jak dostęp do świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego (zob. rozdz. 2: W centrum uwagi: COVID-19 i zdrowie psychiczne). Przewiduje się długoterminowy wzrost liczby i nasilenia chorób psychicznych na całym świecie, a najnowsze globalne szacunki to potwierdzają (97, 69).

Rys. 3.1

Choroby psychiczne są powszechne, niedostatecznie leczone i niedofinansowane



Źródło: IHME, 2019 (98); WHO, 2021 (5).

SPOSTRZEŻENIA

RAMKA 3.1

Dane do oceny zdrowia psychicznego na świecie

Aby przemówić do jak najszerszej grupy interesariuszy, w niniejszym raporcie użyto ogólnego terminu „warunki zdrowia psychicznego”, który obejmuje zaburzenia psychiczne, niepełnosprawność psychospołeczną i inne stany psychiczne związane ze znacznym cierpieniem, upośledzeniem funkcjonowania lub ryzykiem samookaleczenia. Jednak w tym rozdziale przy opisywaniu wskaźników rozpowszechnienia i globalnych szacunków dotyczących zdrowia odnosimy się do „zaburzeń psychicznych”, ponieważ termin ten dokładniej odzwierciedla dane, które są gromadzone i zgłaszane, a ich zakres jest wyraźnie określony przez ICD-11 WHO. Podobnie odnosimy się tu do kategorii diagnostycznych, takich jak „zaburzenia depresyjne” lub „zaburzenia lękowe”, zamiast używania bardziej ogólnych terminów, jak „depresja” i „lęk”, tak jak robimy to w innych miejscach tego raportu.

Zaburzenia psychiczne różnią się od zaburzeń neurologicznych i zaburzeń wywołanych użyciem substancji psychoaktywnych. Obie te grupy zaburzeń, choć nie są przedmiotem niniejszego raportu, zostały wspomniane w tym rozdziale, aby przedstawić szeroki obraz potrzeb, za które często odpowiedzialni są decydenci ds. zdrowia psychicznego w krajach o niskich i średnich dochodach.

Pomiar i monitorowanie zapadalności na choroby, chorobowość i śmiertelność, jak również rozkład i determinanty w obrębie populacji – cechy definiujące epidemiologię – dostarczają istotnych informacji dla planowania usług zdrowotnych, dostarczania świadczeń zdrowotnych i ich oceny. Głównymi międzynarodowymi źródłami danych epidemiologicznych wykorzystywanych w tym rozdziale są Globalne Szacunki Zdrowia WHO (GHE) i badanie z 2019 r., a następnie Globalne Obciążenia Chorobami, Urazami i Czynniki Ryzyka (Global Burden of Diseases, Injuries and

Risk Factors Study 2019) opracowane przez Instytut Mierników i Oceny Zdrowia (IHME). Są one ściśle powiązane z szacunkami dotyczącymi zdrowia psychicznego. Razem zapewniają punktową prewalencję i powiązane z nią szacunki obciążenia chorobami dla wszystkich głównych chorób zakaźnych i niezakaźnych, a także urazów.

Termin „obciążenie chorobą” jest używany wyłącznie w odniesieniu do opublikowanych badań epidemiologicznych. Jest to standardowy termin stosowany w zdrowiu publicznym dla oszacowań wpływu na poziomie populacji (np. lata życia skorygowane niepełnosprawnością, lata życia utracone z powodu przedwczesnego zgonu i lata zdrowego życia utracone z powodu niepełnosprawności).

Dane szacunkowe należy interpretować z ostrożnością. Te wieloletnie globalne badania przedstawiają najlepsze dostępne dowody w zakresie rozmieszczenia i wpływu zaburzeń psychicznych w różnych grupach wiekowych w zależności od płci i krajów. Ale chociaż obecne szacunki uwzględniają najnowsze dostępne dane i postępy metodologiczne w modelowaniu chorób, pozostają one niepewne z powodu braku danych epidemiologicznych dotyczących zaburzeń psychicznych w wielu krajach. W szczególności dane szacunkowe są często oparte na niekompletnych danych wejściowych, które nie obejmują wszystkich parametrów ani wszystkich krajów, oraz na informacjach, które są nieaktualne lub są niskiej jakości. Ważne jest także, aby uznać, że zaburzenia psychiczne mogą być definiowane na różne sposoby w różnych kulturach, co stwarza trudności ich pomiaru z określonego punktu odniesienia, np. w badaniach obciążenia chorobami na świecie.

3.1 Przegląd epidemiologiczny

3.1.1 Rozpowszechnienie

Według danych szacowanych przed pandemią (w 2019 r.) 970 mln ludzi na świecie żyło z zaburzeniami psychicznymi, z czego 82% w krajach o niskich i średnich dochodach (96). Ocenia się, że wzrastająca w latach 2000–2019 liczba osób żyjących z zaburzeniami psychicznymi była o 25% wyższa, ale ponieważ populacja na świecie rozrastała się w przybliżeniu w tym samym tempie, częstość występowania zaburzeń psychicznych utrzymywała się na stałym poziomie około 13% (zob. rys. 3.2) (99).

Ponadto według różnych szacunków w 2016 r. u 283 mln osób stwierdzono zaburzenia związane z nadużywaniem alkoholu (100), w 2019 r. u 36 mln osób stwierdzono zaburzenia spowodowane używaniem narkotyków (101), również w 2019 r. 55 mln osób cierpiało na demencję (102), a w 2015 r. 50 mln osób miało padaczkę (9). W wielu krajach systemy opieki nad zdrowiem psychicznym są odpowiedzialne za opiekę nad osobami z tymi schorzeniami.

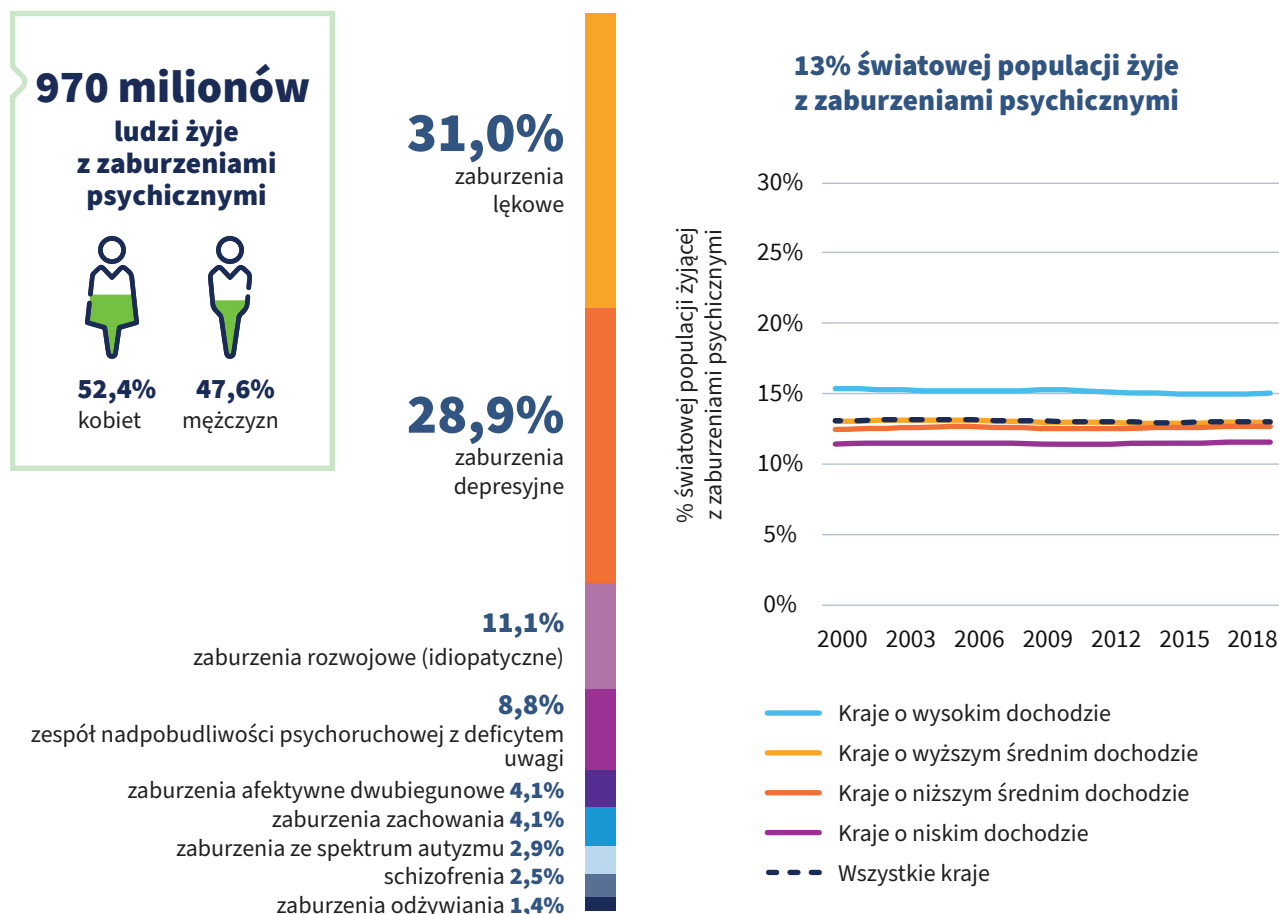
W 2019 r. w sumie
970 mln
ludzi na świecie
żyło
z zaburzeniami
psychicznymi

¹ Szacunki te obejmują osoby żyjące ze schizofrenią, z zaburzeniami depresyjnymi (w tym dystymią), zaburzeniami lękowymi, chorobą afektywną dwubiegunową, zaburzeniami ze spektrum autyzmu, zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, zaburzeniami zachowania, idiopatyczną rozwojową niepełnosprawnością intelektualną, zaburzeniami odżywiania i innymi zaburzeniami psychicznymi (według danych GBD 2019).



Rys. 3.2

Występowanie zaburzeń psychicznych na świecie w 2019 r.



Źródło: IHME, 2019 (99).

Częstość występowania zaburzeń psychicznych różni się w zależności od płci i wieku (zob. tab. 3.1). Zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet najczęstszymi zaburzeniami są zaburzenia lękowe i depresyjne. Zaburzenia lękowe pojawiają się częściej w młodszym wieku niż zaburzenia depresyjne, które są rzadkie przed 10. r.ż. Stają się one coraz bardziej powszechne w starszym wieku, z najwyższymi szacunkami u osób między 50. a 69. r.ż. Wśród dorosłych zaburzenia depresyjne są najczęstszymi ze wszystkich zaburzeń psychicznych.

W 2019 r. 301 mln ludzi na świecie żyło z zaburzeniami lękowymi, a 280 mln z zaburzeniami depresyjnymi (w tym z ciężkimi zaburzeniem depresyjnym i dystymią). W 2020 r. liczby te znacznie

wzrosły w wyniku pandemii COVID-19 (zob. ramka 3.2 Depresja i lęk w czasach COVID-19).

Schizofrenia, która występuje u 24 mln ludzi i u ok. jednej osoby na 200 dorosłych (w wieku 20 lat i więcej), jest głównym problemem opieki psychiatrycznej we wszystkich krajach (zob. tab. 3.1).

W ostrym stanie jest to najbardziej upośledzające ze wszystkich schorzeń (zob. rys. 3.3) (103). Zaburzenie afektywne dwubiegunowe to kolejny kluczowy problem zdrowia psychicznego na całym świecie. W 2019 r. występowało u 40 mln ludzi i ok. jednej osoby na 150 dorosłych na całym świecie (zob. tab. 3.1). Oba zaburzenia dotyczą głównie populacji w wieku produkcyjnym.

Tabela 3.1

Częstość występowania zaburzeń psychicznych w zależności od wieku i płci (2019)

	WSZYSTKIE GRUPY WIEKOWE (MILIONY)	WSZYSTKIE GRUPY WIEKOWE (%)			WIEK (%)									POWYŻEJ 20 LAT (%)		
		wszyscy			< 5	5-9	10-14	15-19	20-24	25-49	50-69	70+	wszyscy			
		mężczyźni	kobiety	mężczyźni									kobiety			
Zaburzenia psychiczne	970	13,0	12,5	13,5	3,0	7,6	13,5	14,7	14,1	14,9	14,7	13,	14,6	13,4	15,7	
Schizofrenia	24	0,3	0,3	0,3				0,1	0,3	0,5	0,5	0,2	0,5	0,5	0,4	
Zaburzenia depresyjne ^a	280	3,8	3,0	4,5		0,1	1,1	2,8	4,0	4,8	5,8	5,4	5,0	4,0	6,0	
Zaburzenia dwubiegunowe	40	0,5	0,5	0,6			0,2	0,6	0,7	0,7	0,7	0,5	0,7	0,7	0,7	
Zaburzenia lękowe ^b	301	4,0	3,0	5,0	0,1	1,5	3,6	4,6	4,7	4,9	4,8	4,4	4,8	3,6	5,9	
Zaburzenia odżywiania ^c	14	0,2	0,1	0,2			0,1	0,3	0,4	0,3			0,2	0,2	0,3	
Zaburzenia ze spektrum autyzmu	28	0,4	0,6	0,2	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,5	0,2	
Zaburzenia deficytu uwagi/nadpobudliwości	85	1,1	1,7	0,6	0,2	2,4	3,1	2,4	1,7	0,9	0,3		0,7	0,4	1,1	
Zaburzenia zachowania	40	0,5	0,7	0,4		1,1	3,6	2,1								
Zaburzenia rozwojowe (idiopatyczne) ^d	108	1,5	1,5	1,4	2,2	2,3	2,2	2,0	1,8	1,3	0,7	0,4	1,1	1,1	1,1	
Inne zaburzenia psychiczne ^e	117	1,6	1,9	1,3			0,1	0,4	1,0	2,2	2,6	2,7	2,2	2,7	1,8	

Źródło: IHME, 2019 (96).

^a Obejmuje ciężkie zaburzenie depresyjne i dystymię.^b Obejmuje wszystkie zaburzenia lękowe i PTSD.^c Obejmuje anoreksję i bulimię.^d Więcej informacji na temat zaburzeń rozwojowych i zaburzeń ze spektrum autyzmu można znaleźć w następnym raporcie WHO-UNICEF na temat opóźnień rozwojowych i niepełnosprawności.^e Pozostałe przyczyny w ramach GBD, które obejmują zaburzenia osobowości. Są to dane GBD 2019 i niekoniecznie odzwierciedlają kategoryzację ICD-11. Puste miejsca oznaczają 0,0%. Stawki są skorygowane o niezależne choroby współistniejące, ale nie o zależne choroby współistniejące.

Wszystkie dane dotyczące chorobowości odzwierciedlają prevalencję punktową, z wyjątkiem choroby afektywnej dwubiegunowej, dla której obliczono 12-miesięczną chorobowość.

STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 3.2

Zaburzenia depresyjne i lękowe w czasie COVID-19

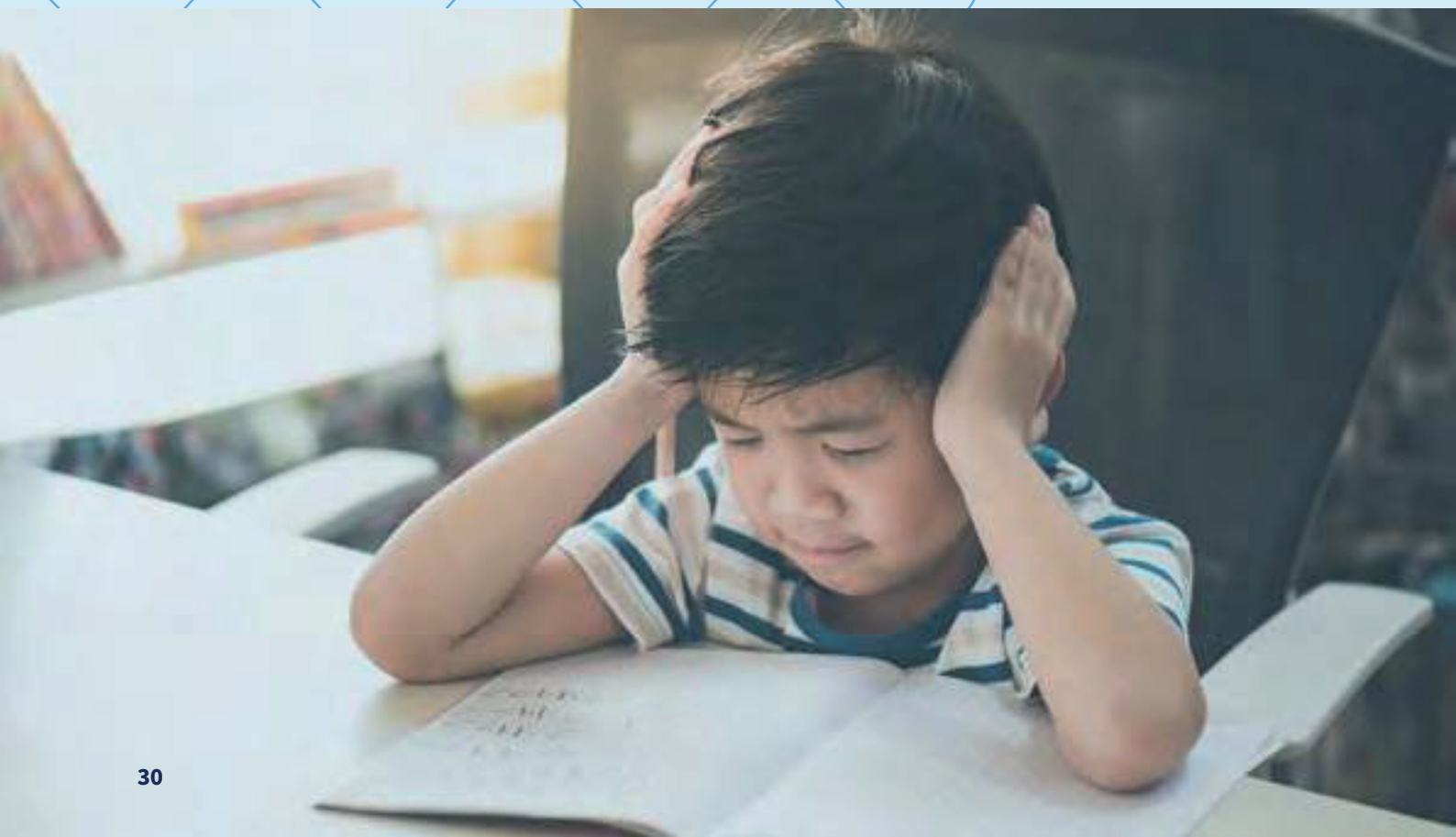
GBD 2020 oszacował znaczny wzrost liczby zaburzeń depresyjnych i lękowych w wyniku pandemii COVID-19, biorąc pod uwagę wiele wątpliwości związanych z szacunkami epidemiologicznymi zaburzeń psychicznych w poważnych sytuacjach kryzysowych.

Przed wybuchem pandemii szacunkowo 193 mln osób (2 471 przypadków na 100 000 ludności) wykazywało ciężkie zaburzenie depresyjne, zaś 298 mln (3 825 przypadków na 100 000 mieszkańców) cierpiało na zaburzenia lękowe w 2020 r. Po uwzględnieniu pandemii COVID-19 wstępne oszacowania wskazują na wzrost do 246 mln (3 153 przypadki na 100 000 mieszkańców) w przypadku ciężkich zaburzeń depresyjnych oraz do 374 mln (4 802 na 100 000 mieszkańców) w przypadku zaburzeń lękowych.

Stanowi to wzrost o 28% i 26% w przypadku dużych zaburzeń depresyjnych i zaburzeń lękowych zaledwie w ciągu jednego roku.

W obu przypadkach kraje, które zostały najbardziej dotknięte przez pandemię, zarejestrowały największy wzrost częstości występowania zaburzeń psychicznych. Na całym świecie odnotowano większy wzrost częstości zaburzeń wśród kobiet niż wśród mężczyzn, prawdopodobnie dlatego, że kobiety były bardziej dotknięte społecznymi i ekonomicznymi konsekwencjami pandemii. W skali globalnej nastąpiła również większa zmiana w częstości występowania tych zaburzeń w młodszych grupach wiekowych niż w starszych, co potencjalnie odzwierciedla poważny wpływ zamknięcia szkół i ograniczeń społecznych na zdrowie psychiczne młodzieży.

Źródło: COVID-19 Mental Disorders Collaborators, 2021 (68).



SPOSTRZEŻENIA

RAMKA 3.3

Ciężkość przebiegu chorób psychicznych i zasada równości pionowej

Kluczowym wkładem w GHE WHO są tzw. wagi stanu zdrowia, które są wykorzystywane do skorygowania czasu pogorszenia stanu lub upośledzenia zdrowia ze względu na chorobę, spędzonego w określonym stanie ze związanym z nim poziomem pogorszenia stanu zdrowia lub upośledzenia (w skali od 0 do 1, gdzie 0 oznacza pełne zdrowie lub brak upośledzenia).

Najbardziej upośledzającym stanem ze wszystkich schorzeń – zarówno według GHE 2019, jak i GBD 2019 – jest ostra schizofrenia, której przypisano wagę stanu zdrowia równą 0,78. Mówiąc prościej, oznacza to, że osoba chorująca na ostrą schizofrenię powinna mieć tylko jedną piątą stanu zdrowia i funkcjonowania w pełni zdrowej osoby. Ciężki epizod depresyjny jest uważany za piątą najbardziej upośledzający stan zdrowia. Stan rezydualny schizofrenii jest 10.

Źródło: Barra et al., 2020 (104); WHO, 2006 (103).

Ocena wagi stanu zdrowia może również pomóc w dyskusji na temat „równości pionowej”. Koncepcja ta oznacza poświęcanie większej uwagi osobom o większych potrzebach. Różni się ona od sprawiedliwości horyzontalnej, która koncentruje się na równym dostępie lub traktowaniu równych potrzeb (takich jak zapewnienie równego dostępu do opieki na obszarach miejskich i wiejskich). Kilka krajów wyraźnie uwzględniło ciężkość choroby jako kluczowe kryterium ustalania priorytetów, więc z perspektywy równości pionowej opieka nad schizofrenią i innymi ciężkimi zaburzeniami psychicznymi, w tym nad osobami z ciężkimi epizodami depresyjnymi, powinna być traktowana priorytetowo ze względu na związane z tym upośledzenie.

Częstość występowania zaburzeń depresyjnych i lękowych u mężczyzn i kobiet

Zaburzenia depresyjne i lękowe występują ok. 50% częściej u kobiet niż mężczyzn w ciągu całego życia, natomiast mężczyźni częściej mają zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Ponieważ zaburzenia depresyjne i lękowe stanowią większość przypadków zaburzeń psychicznych, ogólnie więcej kobiet (13,5% lub 508 mln) niż mężczyzn (12,5% lub 462 mln) żyje z zaburzeniami psychicznymi (zob. tab. 3.1).

Zaburzenia psychiczne są powszechne wśród kobiet ciężarnych i kobiet, które właśnie urodziły

dziecko, często z poważnymi konsekwencjami zarówno dla matek, jak i dzieci. Na całym świecie ponad 10% kobiet ciężarnych i kobiet w okresie połogu ma depresję (105). Szacuje się, że w krajach o niskich i średnich dochodach liczba ta może być znacznie wyższa.

Kobiety, które doświadczyły przemocy partnera lub przemocy seksualnej, są szczególnie podatne na rozwój zaburzeń psychicznych, przy czym stwierdzono istotny związek pomiędzy wiktyzacją a depresją, lękiem, stresem, w tym PTSD, i myślami samobójczymi (106). Kobiety żyjące z poważnymi zaburzeniami psychicznymi są bardziej narażone na przemoc domową i seksualną w ciągu swojego życia niż inne kobiety (107).

Częstość występowania zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży

Około 8% małych dzieci (w wieku 5–9 lat) i 14% nastolatków na świecie (w wieku 10–19 lat) żyje z zaburzeniami psychicznymi (zob. tab. 3.1). Ogólnokrajowe badanie w Stanach Zjednoczonych wykazało, że połowa zaburzeń psychicznych w wieku dorosłym rozwinęła się w wieku 14 lat; trzy czwarte pojawiły się w wieku 24 lat (108).

Idiopatyczne zaburzenia rozwojowe, które powodują niepełnosprawność rozwojową, są najczęstszym rodzajem zaburzeń psychicznych u małych dzieci (stwierdzono je u jednego na 50 dzieci w wieku poniżej pięciu lat). Drugim najbardziej rozpowszechnionym zaburzeniem psychicznym u małych dzieci jest spektrum autyzmu (inne zaburzenie rozwojowe), które stwierdza się u jednego na 200 dzieci w wieku poniżej pięciu lat (zob. tab. 3.1). Występowanie obu tych zaburzeń stopniowo zmniejsza się wraz z wiekiem, ponieważ wiele osób z zaburzeniami rozwojowymi umiera w młodym wieku.

Zespoły nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi i zaburzeniami zachowania są szczególnie powszechne w okresie dojrzewania, zwłaszcza wśród młodszych chłopców (4,6% i 4,5% chłopców w wieku 10–14 lat). Zaburzenia lękowe są najbardziej rozpowszechnionymi zaburzeniami psychicznymi wśród starszych nastolatków (4,6%), a jeszcze częściej wśród dorastających dziewcząt (5,5%). Zaburzenia lękowe i depresyjne w tym wieku mogą być związane ze zjawiskiem znęcania się nad starszymi. Zaburzenia odżywiania występują głównie wśród młodych ludzi i w tej grupie są bardziej powszechne wśród kobiet (np. 0,6% u kobiet w wieku 20–24 lat w porównaniu z 0,3% u mężczyzn w tej samej grupie wiekowej) (109).

Częstość występowania zaburzeń psychicznych u osób starszych

W 2019 r. zaburzenia psychiczne, głównie depresyjne i lękowe, stwierdzono u około 13% osób dorosłych w wieku 70 lat i więcej. Różnice między płciami w zaburzeniach psychicznych w tej kategorii wiekowej wzrastają i szacuje się, że u 14,2% kobiet i 11,7% mężczyzn w wieku powyżej 70 lat stwierdza

się zaburzenia psychiczne. Szacunkowa częstość występowania schizofrenii jest niższa u osób dorosłych w wieku powyżej 70 lat (0,2%) w porównaniu z dorosłymi w wieku poniżej 70 lat (0,3%), co częściowo można wyjaśnić przedwczesną umieralnością (zob. sekcja 3.1.2 Śmiertelność). Warto zauważyć, że te szacunki dotyczące zaburzeń psychicznych nie obejmują demencji, która jest kluczowym problemem zdrowia publicznego, często uwzględnianym w polityce i planach dotyczących zdrowia psychicznego lub starzenia się. Szacuje się, że 6,9% osób dorosłych w wieku 65 lat i starszych żyje z demencją (102).

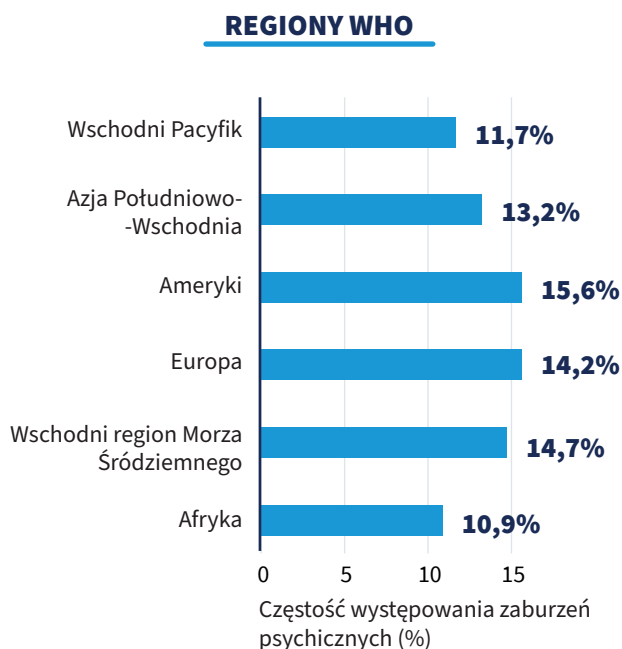
Różnice geograficzne

Zaburzenia psychiczne są powszechne we wszystkich krajach: występują we wszystkich regionach świata, wahając się od 10,9% w regionie afrykańskim WHO do 15,6% w regionie obu Ameryk (zob. rys. 3.3) (110). Zaburzenia psychiczne występują nieco częściej w krajach o wysokich dochodach (15,1%), ale są również powszechne w krajach o niskich dochodach (11,6%) (zob. rys. 3.3).

Różnice we wskaźnikach występowania zależnie od regionu i grupy dochodowej można wyjaśnić co najmniej trzema powodami. Po pierwsze, czynniki demograficzne obniżają wskaźniki chorobowości w krajach o niskich dochodach: populacje te mają zwykle wyższy odsetek dzieci w wieku poniżej 10 lat, u których zaburzenia psychiczne są zwykle mniej powszechne. Po drugie, wojny i konflikty przyczyniają się do stosunkowo wyższych wskaźników zaburzeń psychicznych we Wschodnim Regionie Morza Śródziemnego. Po trzecie, pewną rolę odgrywają czynniki społeczno-kulturowe. Na przykład, różne kulturowe rozumienie i definicje zdrowia psychicznego mogą wpływać na gotowość do ujawniania objawów zaburzeń psychicznych w ankietach. Lokalne kulturowe koncepcje cierpienia – które mogą być związane z psychopatologią – zazwyczaj nie są dobrze uwzględnione w badaniach epidemiologicznych (111). Chociaż stygmatyzacja i dyskryminacja są wysokie we wszystkich krajach, mogą być nawet wyższe w wielu krajach o niskich i średnich dochodach, co może prowadzić do zaniżania danych.

RYS. 3.3

Częstość występowania zaburzeń psychicznych w regionach WHO, 2019 r.



Źródło: IHME, 2019 (112).

Połączenie czynników takich jak wiek, płeć i położenie geograficzne może ujawnić istotne różnice w specyficznych potrzebach zdrowia psychicznego. Na przykład, podczas gdy szacuje się, że 4% wszystkich grup wiekowych na całym świecie żyło z zaburzeniami lękowymi w 2019 r. (zob. tab. 3.1), wskaźnik ten wzrasta do około 10% wśród kobiet w wieku reprodukcyjnym w obu Amerykach (113).

3.1.2 Umieralność

Przedwczesna umieralność

Dokładne obliczenie umieralności z powodu chorób psychicznych jest złożone. Zarówno choroby, jak i samobójstwa są rzadko rejestrowane jako przyczyna zgonu w aktach zgonu lub w krajowych statystykach umieralności. Jednak zły stan zdrowia psychicznego jest często ważnym czynnikiem sprawczym. Na całym świecie wiadomo, że u osób z zaburzeniami psychicznymi stwierdza się nieproporcjonalnie wysokie wskaźniki śmiertelności w porównaniu z ogólną populacją (114).

Osoby z poważnymi zaburzeniami psychicznymi – w tym ze schizofrenią i z chorobą afektywną dwubiegunową – umierają średnio od 10 do 20 lat wcześniej niż ogół populacji (115). Większość tych zgonów jest spowodowana przez choroby, którym można było zapobiec, jak choroby układu sercowo-naczyniowego, układu oddechowego oraz infekcje, występujące częściej u osób z zaburzeniami psychicznymi. W tych przypadkach zaburzenia psychiczne mogą nie być bezpośrednią przyczyną śmierci, ale są prawdopodobnie głównym czynnikiem przyczyniającym się do przedwczesnego zgonu.

Skutki uboczne leków stosowanych w leczeniu poważnych zaburzeń psychicznych mogą odgrywać pewną rolę w przedwczesnej śmiertelności, przyczyniając się np. do otyłości, nietolerancji glukozy i dyslipidemii (116). Ponadto osoby z zaburzeniami psychicznymi są bardziej narażone na powszechnie znane nałogi i niezdrowy tryb życia, takie jak palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, niezdrowa dieta i brak aktywności fizycznej.

Sytuację dodatkowo pogarsza fragmentaryczne podejście w opiece nad schorzeniami fizycznymi i psychicznymi: gdy dana osoba jest skierowana do poradni zdrowia psychicznego, jej zdrowie fizyczne często jest zaniedbywane. Jednocześnie, zarówno w ogólnej, jak i specjalistycznej opiece psychiatrycznej, oznaki i objawy choroby fizycznej są często błędnie przypisywane współistniejącemu schorzeniu, co jest znane jako zacienienie diagnostyczne (117). Te dwa czynniki doprowadziły np. do regularnego niedostatecznego rozpoznawania i leczenia schorzeń sercowo-naczyniowych wśród osób ze schizofrenią i z chorobą afektywną dwubiegunową (118, 119). WHO i jej eksperci opracowali wielopoziomowe ramy interwencyjne oraz wytyczne, które mają na celu wyeliminowanie tych nieprawidłowości (zob. sekcja 4.1.2, podrozdz.: Zintegrowana opieka to dobra opieka) (114, 120).

Osoby z poważnymi zaburzeniami psychicznymi umierają od 10 do 20 lat wcześniej niż ogół populacji.



Skumulowaną umieralność z powodu chorób psychicznych można wyprowadzić przy użyciu modeli historii naturalnej, które odnoszą chorobowość do obserwowanych wskaźników nadmiernych zgonów. Modele te nie są częścią oceny umieralności (zob. sekcja 3.1.3. **Obciążenie chorobą**), która przypisuje zgony ich głównej przyczynie (takiej jak choroba sercowo-naczyniowa), ale naukowcy wykorzystali te modele, aby wykazać, że obciążenie umieralnością z powodu chorób psychicznych jest rażąco niedoszacowane. Analiza danych z 2010 r. postępująca się standardowymi obliczeniami obciążenia chorobą pokazuje, że stwierdzono ponad cztery miliony zgonów przypisywanych zaburzeniom psychicznym, w tym 2,2 mln zgonów z powodu poważnych zaburzeń depresyjnych, 1,3 mln z powodu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych i 700 tys. zgonów z powodu schizofrenii (121).

To ogromne, ale ukryte obciążenie umieralnością z powodu chorób psychicznych zostało uznane za skandal, który narusza międzynarodowe konwencje dotyczące prawa dostępu do najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia (122).

Samobójstwa

Samobójstwo jest przyczyną więcej niż jednego zgonu na 100 zgonów na świecie (123). Na każdy samobójczy zgon przypada ponad 20 prób samobój-

czych (124). Samobójstwo dotyka ludzi ze wszystkich krajów i środowisk. Niezależnie od wieku samobójstwa i próby samobójcze mają wpływ na rodziny, przyjaciół, współpracowników, społeczności i społeczeństwa (przeczytaj **historię Marie**).

Ocenia się, że w 2019 r. 703 tys. osób w każdym wieku (lub 9 na 100 000 populacji) straciło życie w wyniku samobójstwa (zob. **rys. 3.4**) (125). Szacunkowe wskaźniki samobójstw różnią się znacznie w zależności od kraju – od mniej niż dwóch zgonów samobójczych na 100 000 w niektórych krajach do ponad 80 na 100 000 w innych. Około trzy czwarte (77%) wszystkich samobójstw ma miejsce w krajach o niskich i średnich dochodach, gdzie mieszka większość światowej populacji. Jednak kraje o wysokim dochodzie zgrupowane razem mają najwyższe wskaźniki samobójstw na poziomie 10,9 na 100 000 osób. Kraje te również częściej dysponują wysokiej jakości danymi z rejestrów ewidencji ludności.

Wskaźniki samobójstw różnią się także między mężczyznami i kobietami. Na całym świecie kobiety częściej podejmują próby samobójcze niż mężczyźni, a jednak dwa razy więcej mężczyzn umiera w wyniku samobójstwa niż kobiety. W krajach o wysokim dochodzie stosunek mężczyzn do kobiet w przypadku śmierci samobójczej jest jeszcze

wyższy i kształtuje się na poziomie trzech mężczyzn na jedną kobietę.

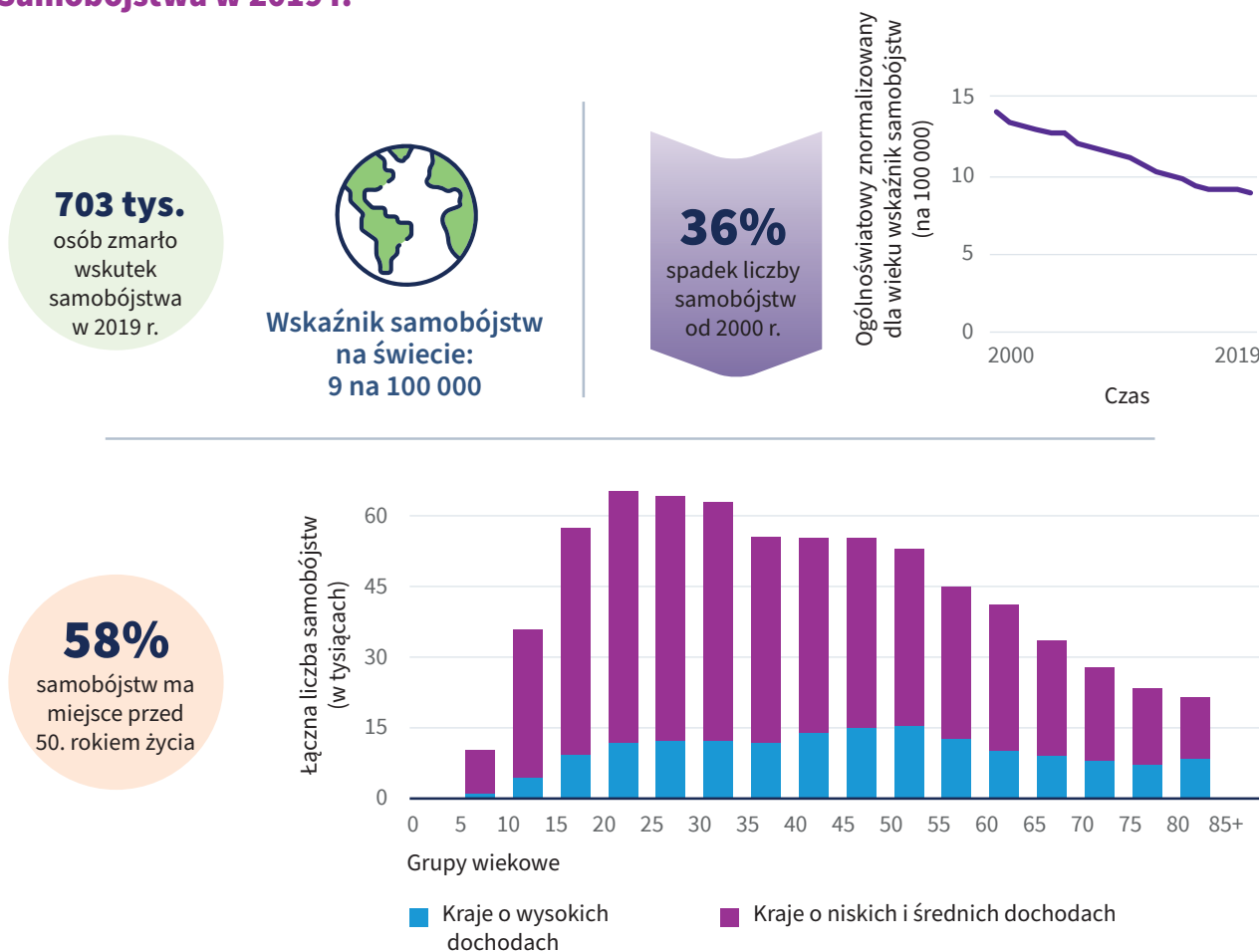
Zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet samobójstwo jest główną przyczyną zgonu wśród młodych ludzi. W 2019 r. była to trzecia najczęstsza przyczyna zgonów kobiet w wieku 15–29 lat, a czwarta wiodąca przyczyna śmierci mężczyzn w tej grupie wiekowej. Samobójstwo jest czwartą najczęstszą przyczyną zgonów wśród osób w wieku 15–29 lat i stanowi około 8% wszystkich zgonów w tej grupie wiekowej. Ponad połowa (58%) samobójstw ma miejsce przed 50. rokiem życia, natomiast wskaźniki samobójstw u osób w wieku powyżej 70 lat są ponad dwukrotnie wyższe niż wśród osób w wieku produkcyjnym (126).

Samobójstwa są przyczyną 1 na 100 zgonów na świecie.

Od 2000 r. globalny wskaźnik samobójstw spadł o 36%, przy czym spadki wahały się od 17% we wschodnim regionie śródziemnomorskim WHO do 47% w regionie europejskim WHO i 49% w regionie zachodniego Pacyfiku WHO. Jednak w Regionie Ameryk WHO wskaźniki samobójstw wzrosły o 17% w ciągu ostatnich 20 lat. Więcej informacji i przykładów skutecznego zapobiegania samobójstwom można znaleźć w sekcji 6.3.1 Zapobieganie samobójstwom.

Rys. 3.4

Samobójstwa w 2019 r.



OPOWIADANIE

Porzuciłam wszystko i wszystkich

Historia Marie



Jestem wysoko funkcjonującą kobietą żyjącą z traumą. Pochodzę z rodziny obciążonej licznymi zaburzeniami w zakresie zdrowia psychicznego, ale moja rodzina i społeczeństwo, w którym żyliśmy, nie doceniali zdrowia psychicznego i nie wiedzieli, jak dbać o ukochaną osobę żyjącą z problemami psychicznymi. Nie otrzymaliśmy opieki, której potrzebowaliśmy. Straciliśmy mojego brata, gdy miał zaledwie 33 lata, bez postawionej jednoznacznej diagnozy.

Cierpiałam z powodu problemów behawioralnych. Moją największą traumą był rozpad małżeństwa moich rodziców. Walczyłam i próbowałam samoleczenia poprzez zawieranie niebezpiecznych związków i ryzykowne zachowania seksualne.

W 2009 r. podjęłam próbę samobójczą. Byłam w piątym miesiącu ciąży. Dziecko i ja przeżyliśmy,

ale wiedziałam, że tak dalej nie mogę żyć. Porzuciłam wszystko i wszystkich, w tym moich trzech synów. Opuściłam mój kraj bez słowa. Tylko choroba psychiczna sprawia, że zachowujesz się w ten sposób.

Nadal walczyłam i w końcu uzyskałam specjalistyczną pomoc. Cztery lata później wróciłam jako znacznie silniejsza osoba. Jestem teraz stypendystką Brytyjskiej Wspólnoty Narodów i piszę pracę magisterską (MSc) w zakresie profesjonalnej praktyki świadczenia opieki zdrowotnej. Jestem zaangażowana w podnoszenie świadomości na temat zdrowia psychicznego, szczególnie dzięki ludziom dzielącym się własnym doświadczeniem w krajach takich jak mój.

Marie Abanga, Kamerun

3.1.3 Obciążenie chorobą

Badania obciążenia chorobami pozwalają oszacować wpływ życia z chorobą i urazem oraz przedwczesnej śmierci na całą populację. Obejmują one obliczenia z wykorzystaniem roku życia skorygowanego niepełnosprawnością (DALY), gdzie jeden DALY reprezentuje utratę jednego roku pełnego zdrowia. DALY łączą w sobie lata życia utracone w wyniku przedwczesnej umieralnością (YLLs) i lata zdrowego życia utracone z powodu niepełnosprawności (YLDs) w celu oszacowania ogólnego obciążenia wynikającego z każdej przyczyny choroby i urazu.

W 2019 r. we wszystkich grupach wiekowych zaburzenia psychiczne, neurologiczne i zaburzenia zwią-

zane z zażywaniem substancji psychoaktywnych odpowiadały za jeden na dziesięć DALY (10,1%) na całym świecie. Zaburzenia psychiczne stanowiły 5,1% obciążenia na świecie (zob. rys. 3.5), zaburzenia neurologiczne kolejne 3,5%, podczas gdy choroby związane z zażywaniem używek – 1,5%.

We wszystkich krajach obciążenie zaburzeniami psychicznymi obejmuje całe życie: od wczesnego okresu, w którym zaburzenia rozwojowe i zachowania w dzieciństwie są głównymi czynnikami przyczyniającymi się do tego obciążenia, do dorosłości i starości, gdzie dominują zaburzenia depresyjne i lękowe. Podsumowując, największe obciążenie występuje we wczesnej dorosłości.

W przypadku wszystkich zaburzeń psychicznych większość obciążeń objawia się jako YLDs, a nie YLLs. Wynika to ze sposobu obliczania szacunkowego obciążenia, który nie przypisuje żadnych zgonów stanom takim jak zaburzenia depresyjne lub choroba afektywna dwubiegunowa oraz który nie obejmuje samookaleczenia i samobójstwa w ramach osobnej kategorii intencjonalnych obrażeń (127).

Zaburzenia psychiczne są główną przyczyną lat życia z niepełnosprawnością, stanowiąc jeden na każde sześć (15,6%) YLDs na świecie. Zaburzenia związane z zażywaniem substancji psychoaktywnych stanowią kolejne 3,1% niepełnosprawności, a schorzenia neurologiczne 6,4%. Łącznie zaburzenia psychiczne, neurologiczne i zaburzenia związane z zażywaniem substancji psychoaktywnych stanowią jeden na cztery YLDs na świecie.

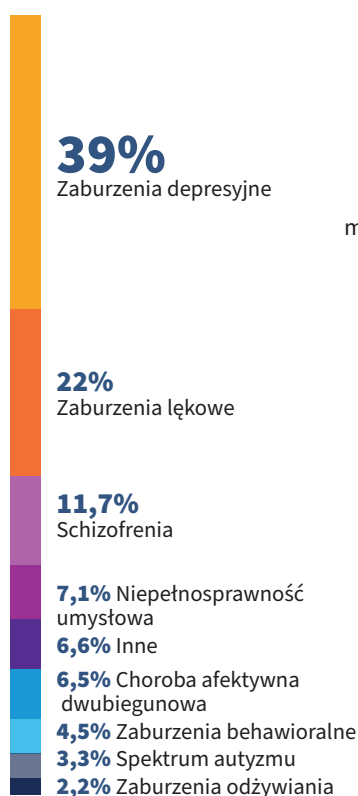
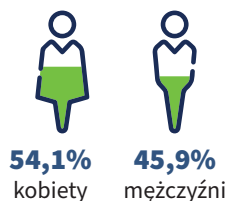
Rys. 3.5

Globalne obciążenie zaburzeniami psychicznymi w latach życia skorygowanych niepełnosprawnością (DALY), 2019 r.

129 mln

Obciążenie zaburzeń psychicznych w DALYs na świecie, 2019 r.

5,1%
wszystkie DALYs



Globalnie zaburzenia psychiczne odpowiadają za **1 na 6** lat życia z niepełnosprawnością.

Udział zaburzeń psychicznych w YLDs jest różny w różnych okresach życia, od mniej niż 10% w przypadku dzieci i starszych dorosłych do ponad 23% w przypadku młodych ludzi w wieku 15–29 lat (zob. rys. 3.6).

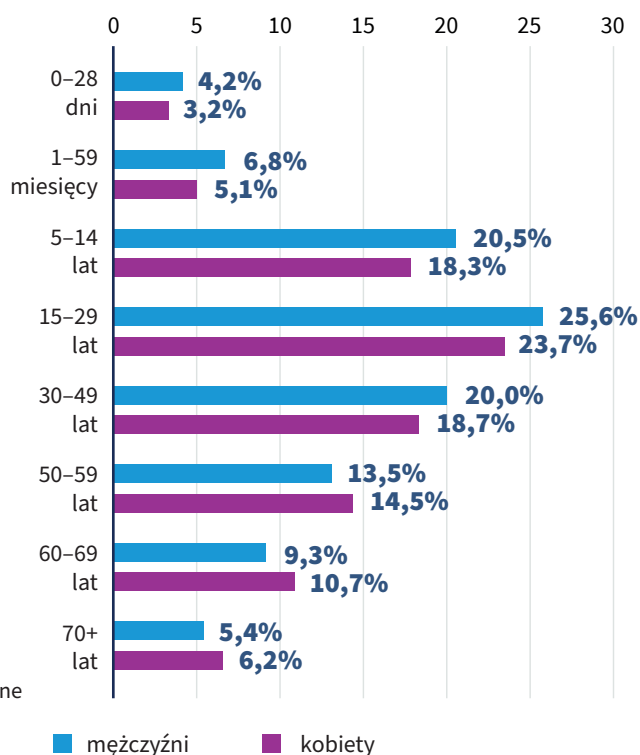
Od 2000 r. zarówno zaburzenia depresyjne, jak i lękowe stale utrzymują się w pierwszej dziesiątce głównych przyczyn wszystkich YLDs na całym świecie.

Rys. 3.6

Odsetek lat przeżytych z niepełnosprawnością spowodowaną niepełnosprawnością (YLDs), które można przypisać zaburzeniom psychicznym w ciągu całego życia, 2019 r.

15,6%

YLDs
można przypisać
zaburzeniom psychicznym



Źródło: WHO, 2019 (128).

Źródło: WHO, 2019 (129).

Ocena satysfakcji studentów medycyny Uczelni Łazarskiego jako potrzeby szerszej edukacji w ramach symulacji medycznej

Agnieszka Madziąła^{1, A, B, C, D, E, F} Paweł Olszewski^{1, A, B, E, F} Anna Granieczna^{3, B, E} Marcin Madziąła^{2, A, C, D, E}

ORCID: 0000-0003-2736-021X

ORCID: 0000-0002-7539-1224

ORCID: 0009-0008-9586-0885

ORCID: 0000-0001-5808-4743

¹Wydział Medyczny, Uczelnia Łazarskiego, Warszawa,

²Zakład Medycyny Ratunkowej, Uczelnia Łazarskiego, Warszawa,

³Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence, Uczelnia Łazarskiego, Warszawa

A – koncepcja i projekt badań, B – gromadzenie danych, C – analiza i interpretacja danych,
D – pisanie artykułu, E – krytyczna korekta artykułu, F – ostateczne zatwierdzenie artykułu

DOI: 10.26399/rmp.v29.2.2023.6/a.madziala/p.olszewski/a.granieczna/m.madziala

STRESZCZENIE

Ocena satysfakcji studentów medycyny Uczelni Łazarskiego jako potrzeby szerszej edukacji w ramach symulacji medycznej

Madziąła A.¹, Olszewski P.¹, Granieczna A.³, Madziąła M.²

¹Wydział Medyczny, Uczelnia Łazarskiego, Warszawa, ²Zakład Medycyny Ratunkowej, Uczelnia Łazarskiego, Warszawa, ³Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence, Uczelnia Łazarskiego, Warszawa

Celem pracy jest ocena poziomu satysfakcji studentów Wydziału Medycznego Uczelni Łazarskiego z udziału w wybranych przez siebie zajęciach dodatkowych, które realizowane były w Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Badanie zostało przeprowadzone w okresie od 5.12.2020 do 7.05.2022 r. Do jego celu użyto kwestionariusza ankiety, który zawierał siedem pytań. W badaniu udział wzięło 41 uczestników, co pozwoliło na zebranie 79 ankiet z uwagi na możliwość wzięcia udziału przez danego uczestnika w maksymalnie dwóch zajęciach dodatkowych. Łącznie zorganizowano 10 zajęć dodatkowych. Tematyka analizowanych zajęć dotyczyła videolaryngoskopii jako alternatywy dla klasycznej intubacji, umiejętności praktycznych w obrażeniach wielonarządowych w warunkach szpitalnych ze szczególnym uwzględnieniem pracy w zespole, a także stanów nagłych w praktyce zespołów ratownictwa medycznego w zakresie opieki przedszpitalnej. Głównymi wnioskami z przeprowadzonego badania satysfakcji są twierdzenia, że organizacja zajęć dodatkowych podnosi jakość kształcenia i kompetencje zawodowe przyszłych absolwentów Wydziału Medycznego Uczelni Łazarskiego. Istnieje zatem potrzeba dalszej organizacji zajęć dodatkowych na Wydziale Medycznym Uczelni Łazarskiego. Studenci wskazują na bardzo wysokie zadowolenie i dużą potrzebę uczestniczenia w zajęciach dodatkowych poza programem studiów.

Słowa kluczowe: symulacja medyczna, dydaktyka medyczna, ocena jakości, umiejętności praktyczne w medycynie, Centrum Symulacji Medycznych

ABSTRACT

Assessment of the Satisfaction of Medical Students of Łazarski University as a Need for Broader Education within Medical Simulation

Madziąła A.¹, Olszewski P.¹, Granieczna A.³, Madziąła M.²

¹Faculty of Medicine, Łazarski University, Warsaw, ²Department of Emergency Medicine, Łazarski University, Warsaw, ³MedExcellence Medical Simulation Centre, Łazarski University, Warsaw

Aim of the study. To evaluate the level of satisfaction of the students of the Faculty of Medicine at Łazarski University from their participation in the extra-curricular activities of their choice, which were conducted in the MedExcellence Medical Simulation Centre.

Material and methods. The study was conducted between 5 December 2020 and 7 May 2022. A survey questionnaire, which contained seven questions, was used for its purpose. A total of 41 participants took part in the survey, which allowed for the collection of 79 questionnaires, given that a participant could take part in up to two extra-curricular activities. A total of 10 extra-curricular activities were organised. Topics analysed included videolaryngoscopy as an alternative to classical intubation, practical skills in multi-organ injuries in the hospital setting with special emphasis on teamwork, and emergencies in emergency medical team practice.

Results and conclusions. The main conclusions of the satisfaction survey are that the organisation of extra-curricular activities improves the quality of education and professional competence of future graduates of the Faculty of Medicine at Łazarski University. Therefore, there is a further need to provide extra-curricular activities at the Faculty of Medicine of Łazarski University. Students express a very high level of satisfaction and a great need to participate in extra-curricular activities.

Keywords: medical simulation, medical didactics, quality assessment, practical skills in medicine, Medical Simulation Centre

Wprowadzenie

Decyzją Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 16 marca 2016 r. Wydział Medyczny Uczelni Łazarskiego otrzymał zgodę na prowadzenie jednolitych studiów magisterskich o profilu praktycznym na kierunku lekarskim. Proces kształcenia przyszłych lekarzy jest złożony i czasochłonny. Wiedza i postawy stawiane studentom nie są jedynym zagadnieniem w tym procesie. Zapewnienie odpowiednich warunków nauki jest kluczowe, aby student mógł podejść do Lekarskiego Egzaminu Końcowego. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza... mówi o tym, że praktyczne nauczanie kliniczne i praktyki zawodowe odbywają się w oparciu o infrastrukturę uczelni oraz infrastrukturę podmiotów leczniczych, z którymi uczelnie zawarły umowy lub porozumienia w tym zakresie, w tym z wykorzystaniem symulowanych warunków klinicznych (Dz.U. 2019 poz. 1573) [1]. Na Uczelni Łazarskiego w 2019 r. zostało utworzone Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence.

Symulacja to metodyka nauczania, procesu uczenia się z wykorzystaniem urządzeń edukacyjnych, zaczynając od prostych trenażerów, przeznaczonych do realizacji poszczególnych zadań, poprzez zaawansowane manekiny zwane ludzkimi symulatorami pacjenta wiernie naśladującymi człowieka i jego parametry. Głównym zadaniem symulacji medycznej jest edukacja i poprawa bezpieczeństwa pacjentów. Zaawansowane symulatory człowieka mogą realistycznie kaszleć, wymiotować sztuczną treścią pokarmową i krwawić sztuczną krwią, powodując prawdziwy stres studenta kierunku medycznego czy personelu medycznego i konieczność podjęcia natychmiastowych działań [2]. Należy także podkreślić, że wprowadzenie do procesu kształcenia symulacji medycznej daje możliwość skutecznego przygotowania przyszłego personelu medycznego do wykonywania swojego zawodu w czasie krótszym niż tradycyjna forma edukacji, co bezpośrednio przekłada się na bezpieczeństwo pacjentów. Oprócz zagadnień wynikających z realizacji programu nauczania przyszły lekarz, pielęgniarka, ratownik medyczny czy inny specjalista medyczny powinien i ma obowiązek dążyć do samorozwoju, poszerzać wiedzę i umiejętności. W tym celu organizowane są zajęcia dodatkowe, niejednokrotnie bardziej rozbudowane od zajęć obowiązkowych lub z wykorzystaniem specjalistycznych urządzeń czy rozwiniętych scenariuszy tematycznych.

Biorąc to pod uwagę, na Wydziale Medycznym Uczelni Łazarskiego prowadzone są oprócz zajęć obowiązkowych również zajęcia dodatkowe, które mają za zadanie poszerzyć wiedzę studenta, niekiedy

wręcz specjalistyczną. Należy do nich nauka intubacji tchawicy metodą pośrednią, czyli videolaryngoskopia, jako alternatywa intubacji tchawicy w laryngoskopii bezpośredniej, szczególnie w warunkach „trudnych dróg oddechowych”. Podejście do udrażniania dróg oddechowych przeszło radykalną transformację od czasu pojawienia się videolaryngoskopii. Videolaryngoskopy szybko zyskały popularność jako urządzenia do intubacji w różnych scenariuszach i warunkach klinicznych, zarówno w rękach ekspertów, jak i laików w zakresie zaopatrywania dróg oddechowych. Ich zastosowanie poprawia zdecydowanie widok głęśni, co w przypadku podejrzenia lub napotkania trudnej intubacji pozwala na skuteczne umiejscowienie rurki intubacyjnej już przy pierwszej próbie [3]. Kolejnym tematem są zajęcia związane z postępowaniem w obrażeniach wielonarządowych w warunkach szpitalnych ze szczególnym uwzględnieniem pracy w zespole. Urazy pozostają jednym z największych problemów, z jakimi boryka się obecnie światowy system opieki zdrowotnej. W Stanach Zjednoczonych pozostają główną przyczyną śmierci pacjentów młodych i w średnim wieku [4]. Jak pokazuje analiza opublikowanych w bazach naukowych danych, urazy stanowią najczęstszą przyczynę śmierci osób do 44. r.ż. Zapaadalność i śmiertelność z nimi związane mają tendencję wzrostową, co stanowi rosnący problem trwałej i czasowej niezdolności do pracy w następstwie doznanych obrażeń ciała, a to generuje wzrost kosztów leczenia i rehabilitacji ofiar urazów. W Polsce obrażeń ciała doznaje ok. 3,5 miliona osób rocznie, z czego 300 tys. wymaga leczenia specjalistycznego. Mnogie obrażenia ciała stanowią 10–20% wszystkich hospitalizacji z powodu urazów. Śmiertelność pourazową ocenia się na 75 zgonów na 100 tys. mieszkańców. Urazy stanowią w Polsce trzecią po chorobach układu krążenia i nowotworach przyczynę śmierci [5].

Trzecim tematem były stany nagłe w praktyce zespołów ratownictwa medycznego, co pozwoliło na działania w warunkach przedszpitalnych i pokazało odrębności związane z pracą w ambulansie, na ograniczonej przestrzeni i bez rozbudowanego zaplecza diagnostycznego, które gwarantuje szpital. Sumaryczne zestawienie tych trzech tematów można przedstawić w sytuacji podjęcia interwencji medycznej u dziecka po urazie, z unieruchomieniem odcinka szyjnego, z koniecznością intubacji. Tym samym należy podkreślić fakt, że udrażnianie dróg oddechowych w nagłych wypadkach u dzieci jest ogólnie uważane za trudne, a intubacja dotchawicza wymaga wysokiego poziomu osobistych umiejętności i doświadczenia [6].

Zajęcia dodatkowe na Uczelni Łazarskiego są związane z zainteresowaniem i rozwojem studentów i ukierunkowane na niewielkie grupy. Jest to podyktowane również tym, że każdy student reaguje na różne

Tabela 1. Termin oraz liczba osób biorących udział w zajęciach, łącznie z wypełnieniem ankiet

Data	Liczba osób biorących udział w zajęciach dodatkowych
5.12.2020 r.	18 osób, co stanowiło 100% studentów biorących udział w danych zajęciach dodatkowych (gr. A1 – 9 os.; gr. A2 – 9 os.)
12.12.2020 r.	20 osób, co stanowiło 100% studentów biorących udział w danych zajęciach dodatkowych (gr. A1 – 9 os.; gr. A2 – 11 os.)
12.06.2021 r.	9 osób, co stanowiło 100% studentów biorących udział w danych zajęciach dodatkowych (gr. A3 – 9 os.)
19.06.2021 r.	8 osób, co stanowiło 100% studentów biorących udział w danych zajęciach dodatkowych (gr. A3 – 8 os.)
30.04.2022 r.	12 osób, co stanowiło 100% studentów biorących udział w danych zajęciach dodatkowych (gr. A4 – 7 os.; gr. A5 – 5 os.)
7.05.2022 r.	12 osób, co stanowiło 100% studentów biorących udział w danych zajęciach dodatkowych (gr. A4 – 7 os.; gr. A5 – 5 os.)

Źródło: opracowanie własne.

czynnikami na swój sposób, a oczekiwanym rezultatem jest wyłonienie się tożsamości zawodowej, również jako specjalisty w danej dziedzinie [8]. Wobec tego w niewielkich grupach każdy z prowadzących może indywidualnie podejść do edukacji studenta. Ma to także wpływ na utrzymywanie ciągłej jakości kształcenia na możliwie wysokim poziomie.

Aby dobrze wykonywać pracę zawodową w obrębie każdego zawodu medycznego, potrzebne są również takie cechy, jak komunikatywność, współpraca, profesjonalizm, wiedza i refleksyjność. Na całym świecie aspekty te są coraz częściej włączane do celów nauczania szkół medycznych i programów rezydencyjnych. Zmieniła się również struktura studiów medycznych na wielu uczelniach. Tak zwana integracja pionowa wzmacnia integrację teoretycznego szkolenia przedklinicznego i fazy klinicznej. Oznacza to, że w fazie przedklinicznego szkolenia jest bardziej zorientowane na praktykę, a w fazie klinicznej ma miejsce bardziej ustrukturyzowana forma szkolenia [8]. Edukacja medyczna ulega szybkim transformacjom, na co wpływa wiele czynników, w tym zmieniające się środowisko opieki zdrowotnej, zmieniająca się rola lekarza, a także zmienione oczekiwania społeczne, szybko zmieniające się nauki medyczne oraz różnorodność technik pedagogicznych i sprzętowych. Zmiany w oczekiwaniach społecznych stawiają bezpieczeństwo pacjentów na pierwszym miejscu i podnoszą kwestie etyczne, które dotyczą uczenia się interakcji i procedur na żywych pacjentach, a długoletnia metoda nauczania „zobacz, zrób, naucz” jest już nie do zaakceptowania. Wykorzystanie technologii w edukacji medycznej obejmuje ułatwienie zdobywania podstawowej wiedzy, usprawnienie podejmowania decyzji, poprawę koordynacji umiejętności, ćwiczenia w przypadku rzadkich lub krytycznych zdarzeń, uczenie się działania w zespole i doskonalenie umiejętności psychomotorycznych [9].

Medycyna wiele się nauczyła z obszarów i dziedzin, które ustanowiły programy symulacji do celów szkoleniowych, takich jak lotnictwo, wojsko i eksploracja kosmosu. Zwiększone wymagania dotyczące godzin szkoleniowych, ograniczone spotkania z pacjentami i skupienie się na bezpieczeństwie pacjentów doprowadziły do nowego paradygmatu edukacji w opiece zdrowotnej, który w coraz większym stopniu obejmuje technologię i innowacyjne sposoby zapewnienia ustandaryzowanego programu nauczania [10].

Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone w Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence Uczelni Łazarskiego. Do jego celów wykorzystano kwestionariusz ankietowy. Uczestnicy, pomimo anonimowości ankietowej, mieli obowiązek jej wypełnienia. Ankietowanie odbywało się między 5.12.2020 r. a 7.05.2022 r. W badaniu udział wzięło 41 studentów, co pozwoliło na zebranie 79 ankiet, z uwagi na możliwość wzięcia udziału przez danego uczestnika w maksymalnie dwóch zajęciach dodatkowych. Łącznie na potrzeby realizacji zajęć z tematów wybranych przez studentów zrealizowano 10 ponadplanowych spotkań w ramach zajęć dodatkowych.

Szczegółowy podział osób oraz dni realizowanych zajęć przedstawia tabela 1.

Tematyka zajęć dodatkowych została wybrana przez studentów na podstawie wypełnionych ankiet preferencji, w których zostało zaproponowane osiem tematów zajęć dodatkowych. Trzyletni rozdział czasowy pozwolił na równomierny dostęp do zajęć dodatkowych dla ich uczestników, ściśle korelując z koniecznością zdobycia wiedzy teoretycznej podczas zajęć związanych z obowiązkowym planem nauczania. Osoby uczestniczące w zajęciach dodatkowych w dniach ich realizacji były studentami Wydziału Medycznego Uczelni Łazarskiego na kierunkach lekarskim i pielęgniarstwie.

Tabela 2. Podział zajęć dodatkowych z podziałem na edycje, datę realizacji i tematykę

I. EDYCJA	
Data	Temat
5.12.2020 r.	videolaryngoskopia jako alternatywa dla klasycznej intubacji
5.12.2020 r.	umiejętności praktyczne w obrażeniach wielonarządowych w warunkach szpitalnych ze szczególnym uwzględnieniem pracy w zespole
12.12.2020 r.	videolaryngoskopia jako alternatywa dla klasycznej intubacji
12.12.2020 r.	umiejętności praktyczne w obrażeniach wielonarządowych w warunkach szpitalnych ze szczególnym uwzględnieniem pracy w zespole
II. EDYCJA	
Data	Temat
12.06.2021 r.	stany nagłe w praktyce zespołów ratownictwa medycznego, opieka przedszpitalna
19.06.2021 r.	umiejętności praktyczne w obrażeniach wielonarządowych w warunkach szpitalnych ze szczególnym uwzględnieniem pracy w zespole
III. EDYCJA	
Data	Temat
30.04.2022 r.	umiejętności praktyczne w obrażeniach wielonarządowych w warunkach szpitalnych ze szczególnym uwzględnieniem pracy w zespole (dla kierunku lekarskiego)
30.04.2022 r.	umiejętności praktyczne w chorobach pochodzenia wewnętrznego z uwzględnieniem technik symulacyjnych
7.05.2022 r.	umiejętności praktyczne w obrażeniach wielonarządowych w warunkach szpitalnych ze szczególnym uwzględnieniem pracy w zespole (dla kierunku pielęgniarstwo)
7.05.2022 r.	videolaryngoskopia jako alternatywa dla klasycznej intubacji

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Pięciopunktowa skala wykorzystywana do oceny wyrażonej opinii

niedostatecznie/ bardzo niski poziom/ bardzo niska jakość	mało zadowolająco/ niski poziom/ niska jakość	dostatecznie/średni poziom/średnia jakość	dobrze/ wysoki poziom/wysoka jakość	bardzo dobrze/ bardzo wysoki poziom/ bardzo wysoka jakość
1	2	3	4	5

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Zestawienie wyników ankiet satysfakcji z udziału w zajęciach dodatkowych edycji I–III: videolaryngoskopia jako alternatywa dla klasycznej intubacji

1. Czy uważasz, że dzięki udziałowi w zajęciach dodatkowych w Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence (dalej CSM) podniosłeś/podniosłaś swoje kompetencje?					
TAK	NIE				
27 osób (100%)	0				
Ocena	1	2	3	4	5
2. Ocena zawartości merytorycznej zajęć	0	0	0	0	27 os. (100%)
3. Ocena metody prowadzenia zajęć	0	0	0	0	27 os. (100%)
4. Ocena przygotowania merytorycznego prowadzącego zajęcia	0	0	0	0	27 os. (100%)
5. Ocena kontaktu prowadzącego z uczestnikami zajęć	0	0	0	0	27 os. (100%)
6. Ocena jakości wykorzystywanych materiałów dydaktycznych i wyposażenia CSM	0	0	0	0	27 os. (100%)
7. Kwestie organizacyjne – ocena jakości procesu organizacji i realizacji zajęć	0	0	2 os. (7,4%)	2 os. (7,4%)	23 os. (85,2%)

Źródło: opracowanie własne.

gniarskim. Należy podkreślić, że dla każdego z nich różnice programowe, które pozwoliły na ustandaryzowanie wiedzy przygotowującej do zajęć dodatkowych, są różne. Dla zachowania równych szans w zdobyciu wiedzy przygotowującej do zajęć dodatkowych ich realizacja wraz z badaniem ankietowym były podzielone na trzy edycje. Szczegółowy podział przedstawiono w tabeli 2.

W celu ustandaryzowania punktacji oceny wyrażonej dla pytań zastosowano skalę Osgooda, będącą skalą semantyczną. Jej treść zawarta jest w tabeli 3.

Wyniki

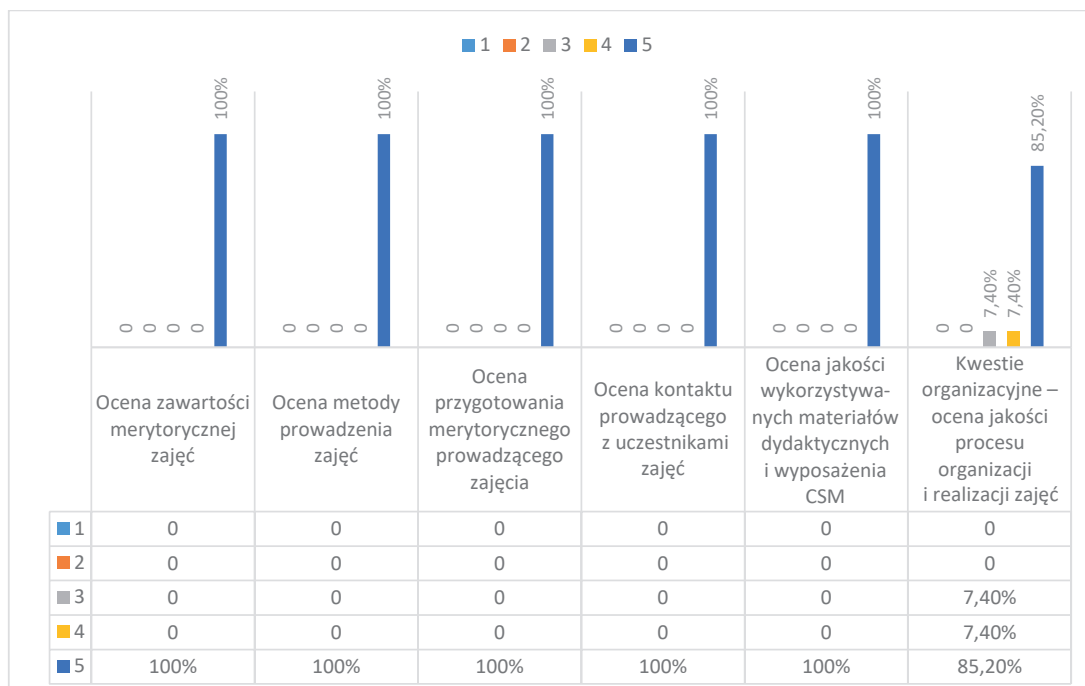
Wyniki opracowane w postaci tabel przypisane są do każdego tematu przeprowadzonych zajęć dodatkowych. Zawierają dane sumaryczne, biorąc pod uwagę temat i dni, w których je zrealizowano. Pod tabelami znajduje się część opisowa wyników.

Tabela 5. Zestawienie wyników ankiet satysfakcji z udziału w zajęciach dodatkowych edycji I–III: umiejętności praktyczne w obrażeniach wielonarządowych w warunkach szpitalnych ze szczególnym uwzględnieniem pracy w zespole

1. Czy uważasz, że dzięki udziałowi w zajęciach dodatkowych w Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence (dalej CSM) podniosłeś/podniosłaś swoje kompetencje?					
TAK	NIE				
38 osób (100%)	0				
Ocena	1	2	3	4	5
2. Ocena zawartości merytorycznej zajęć	0	0	0	2 os. (5,3%)	36 os. (94,7%)
3. Ocena metody prowadzenia zajęć	0	0	0	0	38 os. (100%)
4. Ocena przygotowania merytorycznego prowadzącego zajęcia	0	0	0	0	38 os. (100%)
5. Ocena kontaktu prowadzącego z uczestnikami zajęć	0	0	0	0	38 os. (100%)
6. Ocena jakości wykorzystywanych materiałów dydaktycznych i wyposażenia CSM	0	0	0	0	38 os. (100%)
7. Kwestie organizacyjne – ocena jakości procesu organizacji i realizacji zajęć	0	0	1 os. (2,6%)	2 os. (5,3%)	35 os. (92,1%)

Źródło: opracowanie własne.

Wykres 1. Graficzne zestawienie wyników ankiet satysfakcji z udziału w zajęciach dodatkowych edycji I–III na podstawie oceny ankietowanych



Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6. Zestawienie wyników ankiet satysfakcji z udziału w zajęciach dodatkowych edycji I–III: stany nagłe w praktyce zespołów ratownictwa medycznego, opieka przedszpitalna – symulacja wysokiej wierności

1. Czy uważasz, że dzięki udziałowi w zajęciach dodatkowych w Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence (dalej CSM) podniosłeś/podniosłaś swoje kompetencje?					
TAK	NIE				
9 osób (100%)	0				
Ocena	1	2	3	4	5
2. Ocena zawartości merytorycznej zajęć	0	0	0	1 os. (11,1%)	8 os. (88,9%)
3. Ocena metody prowadzenia zajęć	0	0	0	3 os. (33,3%)	6 os. (66,7%)
4. Ocena przygotowania merytorycznego prowadzącego zajęcia	0	0	1 os. (11,1%)	1 os. (11,1%)	7 os. (77,8%)
5. Ocena kontaktu prowadzącego z uczestnikami zajęć	0	0	2 os. (22,2%)	1 os. (11,1%)	6 os. (66,7%)
6. Ocena jakości wykorzystywanych materiałów dydaktycznych i wyposażenia CSM	0	0	0	2 os. (22,2%)	7 os. (77,8%)
7. Kwestie organizacyjne – ocena jakości procesu organizacji i realizacji zajęć	0	0	0	3 os. (33,3%)	6 os. (66,7%)

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 7. Zestawienie wyników ankiet satysfakcji z udziału w zajęciach dodatkowych edycji I–III: umiejętności praktyczne w obciążeniach wielonarządowych w warunkach szpitalnych ze szczególnym uwzględnieniem pracy w zespole

1. Czy uważasz, że dzięki udziałowi w zajęciach dodatkowych w Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence (dalej CSM) podniosłeś/podniosłaś swoje kompetencje?					
TAK	NIE				
5 osób (100%)	0				
Ocena	1	2	3	4	5
2. Ocena zawartości merytorycznej zajęć	0	0	0	0	5 os. (100%)
3. Ocena metody prowadzenia zajęć	0	0	0	1 os. (20%)	4 os. (80%)
4. Ocena przygotowania merytorycznego prowadzącego zajęcia	0	0	0	0	5 os. (100%)
5. Ocena kontaktu prowadzącego z uczestnikami zajęć	0	0	0	0	5 os. (100%)
6. Ocena jakości wykorzystywanych materiałów dydaktycznych i wyposażenia CSM	0	0	0	1 os. (20%)	4 os. (80%)
7. Kwestie organizacyjne – ocena jakości procesu organizacji i realizacji zajęć	0	0	0	0	5 os. (100%)

Źródło: opracowanie własne.

Ocena zawartości merytorycznej zajęć (pyt. 2) uzyskała 96,20% (76 ankiet) ocen „bardzo wysoka jakość” oraz 3,80% (trzyankiety) „wysoka jakość”. Biorąc pod uwagę tak wysoką ocenę, należy przyjąć, że bardzo istotny jest wysoki poziom przygotowania teoretycznego i praktycznego, jakim powinna cechować się osoba prowadząca zajęcia. Przekłada się to bezpośrednio na konieczność zwracania uwagi przez kierowników katedr i zakładów jako organizatorów na kompetencje wykładowców. Należy podkreślić, że muszą oni posiadać nie tylko wiedzę teoretyczną, ale i duże doświadczenie praktyczne.

Ocena metody prowadzenia zajęć (pyt. 3) uzyskała 94,94% (75 ankiet) ocen „bardzo wysoka jakość” oraz

5,06% (czteryankiety) „wysoka jakość”. Ocena metody przygotowania merytorycznego prowadzącego zajęcia (pyt. 4) uzyskała 97,46% (77 ankiet) ocen „bardzo wysoki poziom”, 1,27% (jednaankieta) „wysoki poziom” oraz 1,27% (jednaankieta) „średni poziom”. Ocena kontaktu prowadzącego z uczestnikami zajęć (pyt. 5) uzyskała 96,20% (76 ankiet) ocen „bardzo wysoki poziom”, 1,27% (jednaankieta) „wysoki poziom” oraz 2,53% (jednaankieta) „średni poziom”. Potwierdza to analizę odpowiedzi, jakich udzielono w pytaniu 2. Część respondentów dodawała także uwagi dotyczące profesjonalizmu wykładowców oraz „bardzo sprawnego ogarnięcia emocji studentów”. Potrzeba ta była wynikiem dużego zaangażowania studentów

w symulację wysokiej wierności, a więc i dużych emocji spowodowanych powodzeniem lub niepowodzeniem ich działań diagnostyczno-terapeutycznych.

Ocena jakości wykorzystywanych materiałów dydaktycznych i wyposażenia CSM (pyt. 6) uzyskała 96,2% (76 ankiet) ocen „bardzo wysoka jakość” oraz 3,8% (trzyankiety) „wysoka jakość”. Ocena jakości procesu organizacji i realizacji zajęć (pyt. 7) uzyskała 87,3% (69 ankiet) ocen „bardzo wysoka jakość”, 8,9% (siedem ankiet) „wysoka jakość” oraz 3,8% (trzyankiety) „średnia jakość”. Dwa ostatnie poddane analizie pytania wskazują na znaczenie jakości związanej z posiadaniem nowoczesnego sprzętu, który jest wykorzystywany w procesie dydaktycznym. Narzuca to zatem konieczność dbałości przez personel techniczny o jego użyteczność z uwagi na częstość wykorzystywania go do innych procesów związanych z prowadzeniem zajęć. Nie bez znaczenia jest również konieczność stałego nadzoru przez instruktora nad jego poprawnym wykorzystywaniem.

Dyskusja

W programie studiów na kierunku lekarskim istnieje konieczność zrealizowania 5150 godzin zajęć, co przypisywane jest 324 punktom ECTS (European Credit Transfer System). Do dyspozycji uczelni pozostawia się nie mniej niż 550 godzin zajęć (36 punktów ECTS), które mogą być realizowane jako zajęcia uzupełniające wiedzę, umiejętności lub kompetencje społeczne, z tym że program studiów umożliwia studentowi wybór zajęć, którym przypisano punkty ECTS w wymiarze nie mniejszym niż 3% liczby punktów ECTS koniecznej do ukończenia studiów. W przypadku studiów pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo liczba godzin zajęć, w tym praktyk zawodowych, nie może być mniejsza niż 4720. Liczba punktów ECTS konieczna do ukończenia studiów pierwszego stopnia nie może być mniejsza niż 180 [1]. W tym przypadku, oprócz godzin podstawowych, nie uwzględnia się docelowych godzin dla zajęć dodatkowych. Tym samym w obydwu przypadkach należy stworzyć możliwości, aby studenci w ramach obowiązku i dobrowolności mogli podnosić na etapie przeddyplomowym swoje kompetencje zawodowe. Wdrażanie nowoczesnych technik kształcenia związanego z daną procedurą czy sytuacją kliniczną w ramach wysokiej wierności w znaczący sposób wpływa na proces kształcenia studentów kierunków medycznych. Alba Carrero-Planells i wsp. w swoim badaniu wykazali, że ankietowani najwyżej oceniali wymiar praktyczny kształcenia symulacyjnego. Motywacja do uczęszczania na zajęcia była najniżej ocenianym aspektem tego wymiaru, chociaż oczekiwania i satysfakcja studentów wzrastały w trakcie zajęć.

W pytaniu otwartym i sesji podsumowującej opisali oni symulację jako zabawną metodę uczenia się, która pozwala im zastosować wiedzę teoretyczną w praktyce i pomaga im radzić sobie z obawami przed zetknięciem się z rzeczywistymi placówkami opieki zdrowotnej. Głównym wnioskiem wyciągniętym z tych badań był fakt, że symulacja medyczna o wysokiej wierności daje dobre wyniki w nauce i jest wysoce satysfakcjonująca dla studentów oraz wykładowców czy instruktorów [11].

Liczba dostępnych dla uczelni godzin do realizacji zajęć podstawowych niejednokrotnie jest zbyt mała, aby móc przekazać w sposób kompleksowy całą dostępną na tym etapie nauki wiedzę i możliwości praktyczne. Niejednokrotnie organizowane zajęcia dodatkowe są bardzo dobrą alternatywą dla wypełnienia pewnych luk, mogącą w pełni zrealizować możliwości do przekazania materiału naukowego. Zajęcia dodatkowe dają studentom kierunków medycznych możliwość poszerzania wiedzy i perspektyw. Pozwalają również na sprawniejsze opanowanie umiejętności praktycznych, odpowiednie kształtowanie postaw wobec sytuacji oraz pacjentów, a także na odpowiednie przygotowanie do pracy w grupach interdyscyplinarnych. Główne zalety symulacji medycznej to możliwość użycia prawdziwego sprzętu medycznego w kontrolowanych warunkach, praktyczne ćwiczenie procedur inwazyjnych, możliwość wielokrotnego powtarzania czynności z ich oceną i analizą. Studenci w warunkach symulowanych mogą samodzielnie podejmować decyzje i mierzyć się z ich konsekwencjami, a przez to uniknąć niebezpieczeństwa zarówno dla pacjentów, jak i ich samych. Zajęcia symulacyjne to również duży krok w stronę standaryzacji kształcenia, gdyż ten sam scenariusz może być użyty dla wszystkich uczących się, w tych samych warunkach i z taką samą reakcją sterowanego manekina [12, 13]. Wszelkie działania związane z organizacją zajęć dodatkowych są bezpośrednio związane z rozwojem zawodowym już na etapie studiów i wpisują się w definicję, że rozwój zawodowy odnosi się do szkoleń, edukacji formalnej i/lub zaawansowanego kształcenia zawodowego, którego celem jest pomoc klinicystom, nauczycielom, badaczom i administratorom w doskonaleniu ich wiedzy zawodowej i skuteczności [14]. Zatem każda uczelnia, w tym Uczelnia Łazarskiego, dostosowuje się do szybko zmieniającego się środowiska wewnętrznego i zewnętrznego, z ograniczonymi zasobami i konkurencyjną opieką zdrowotną. Celem zajęć dodatkowych jest podniesienie kompetencji studentów poprzez stworzenie ponadprogramowych warunków rozwoju, co spotyka się z aprobatą studentów, którzy jednoznacznie wskazują na potrzebę realizacji zajęć dodatkowych, co nie pozostaje bez odpowiedzi ze strony uczelni. Ocena satysfakcji jest zatem wskaźni-

kiem miarodajnym w zakresie określenia potrzeb edukacyjnych studenta.

Dążenie do zwiększenia jakości edukacji medycznej zauważalne jest nie tylko w Polsce, ale i na świecie. Sakakushev i wsp. wskazali w swoim artykule, że symulacja medyczna to dynamicznie rozwijający się obszar w zakresie edukacji medycznej z uwagi na postęp technologiczny, zauważalną tendencję redukcji godzin dydaktycznych i zwiększoną złożoność procedur. Autorzy wyraźnie zaznaczają, że kształcenie z wykorzystaniem symulacji medycznej ukierunkowane jest na zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów poprzez poprawę kompetencji technicznych i wyeliminowanie czynnika ludzkiego w środowisku wolnym od ryzyka. Dotyczy to przede wszystkim specjalności praktycznych i proceduralnych. Najbardziej obrazowym przykładem są np. zagadnienia z zakresu medycyny ratunkowej, ratownictwa medycznego czy desmurgii oraz te związane z postępowaniem w obrażeniach ciała. Symulacja może być przydatna dla początkujących stażystów, doświadczonych klinicystów (np. przy rewalidacji) i budowania zespołu. Symulacja stała się obecnie nieodłączną formą kształcenia przed- i podyplomowego, stanowiąc tym samym zmianę paradygmatu w sposobie kształcenia i szkolenia lekarzy. Technologia symulacji stale się rozwija, oferując urządzenia umożliwiające lepszą wierność symulacji w wirtualnej rzeczywistości, bardziej wyrafinowaną praktykę proceduralną i zaawansowane symulatory pacjenta. Szkolenia oparte na symulacjach przyniosły także zmianę paradygmatu w edukacji medycznej i chirurgicznej oraz zapewniły dalsze poszerzenie zakresu i wpływu symulacji [15]. Badania przeprowadzone przez Buraka Katipoglu i wsp. pokazały, że wykorzystanie symulacji medycznej oraz będącej szeroko wykorzystywanej tzw. odpowiedzi zwrotnej z urządzeń pomiarowych pozwoliło na podniesienie jakości i efektywności w wyniku prawidłowo prowadzonych czynności w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej. W przeprowadzonym badaniu, które miało charakter prospektywny, randomizowany, symulacyjny, wzięło udział 115 studentów pierwszego roku kierunku lekarskiego. Ukończyli oni kurs podstawowych zabiegów resuscytacyjnych (BLS) w oparciu o wytyczne American Heart Association, przy czym pierwsza grupa (grupa eksperymentalna) wykonywała uciski klatki piersiowej w celu obserwacji w czasie rzeczywistym parametrów uciskania klatki piersiowej wskazywanych przez oprogramowanie zawarte w symulatorze, a druga grupa (kontrolna) wykonywała uciśnięcia bez tej możliwości. Po 10-minutowej resuscytacji uczestnicy mieli 30-minutową przerwę, a następnie dwuminutowy cykl resuscytacji. Miesiąc po szkoleniu uczestnicy badania wykonywali resuscytację krążeniowo-oddechową bez możliwości obserwacji w czasie rzeczywistym

pomiarów jakości uciśnień klatki piersiowej. Miesiąc po treningu głębokość uciśnień klatki piersiowej w grupie eksperymentalnej i kontrolnej wyniosła 50 mm (IQR 46–54) vs. 39 mm (IQR 35–42; $p = 0,001$), częstotliwość uciśnień 116 CPM (IQR 102–125) vs. 124 CPM (IQR 116–134; $p = 0,034$), rozluźnienie klatki piersiowej odpowiednio 86% (IQR 68–89) vs. 74% (IQR 47–80; $p = 0,031$). Wniosek przedstawiony z tego badania ujawnił, że obserwowanie parametrów jakości uciśnień klatki piersiowej w czasie rzeczywistym podczas treningu BLS może poprawić jakość uciśnień klatki piersiowej miesiąc po treningu, w tym prawidłowe ułożenie rąk, głębokość uciśnień i zgodność częstotliwości [16].

Wykorzystanie symulacji medycznej zostało w interesujący sposób wykorzystane do celów związanych z lotami w kosmos. Niniejsza praca przedstawia zagadnienia dotyczące videolaryngoskopii w warunkach normograwitacji. Z kolei w 2020 r. ukazał się artykuł C. Starcka i wsp., gdzie przedstawiono wnioski z zastosowania symulacji medycznej i laryngoskopii klasycznej vs. videolaryngoskopii w warunkach mikrogravitacji oraz w jej obecności. Videolaryngoskopia wiązała się z wyższym współczynnikiem powodzenia i szybkością intubacji oraz większą pewnością prawidłowego umieszczenia rurki przez początkujących operatorów w warunkach mikrogravitacji i jako taka może stanowić najlepszą technikę zaawansowanego udrożnienia dróg oddechowych podczas długotrwałych lotów kosmicznych. Gdy nowicjusze próbowali intubować tchawicę w warunkach mikrogravitacji, wskaźnik powodzenia intubacji tchawicy przy użyciu videolaryngoskopu był znacznie wyższy (20/25 [80%]; 95% przedział ufności [CI], 64,3–95,7 w porównaniu z 8/20 [40%]; 95% CI, 18,5–61,5; $P=0,006$), a czas intubacji był krótszy w porównaniu z użyciem laryngoskopu bezpośredniego. W normograwitacji wskaźnik powodzenia intubacji dotchawiczej przez ekspertów był znacznie wyższy niż u nowicjuszy (16/20 [80%]; 95% CI, 62,5–97,5 vs 7/25 [28%]; 95% CI, 10,4–45,6; $P=0,001$), ale w mikrogravitacji nie było istotnej różnicy pomiędzy ekspertami i nowicjuszami (19/20 [95%]; 95% CI, 85,4–100 vs 20/25 [80%]; 95% CI, 64,3–95,7; $P=0,113$) [17].

W badaniach Joeriego Vermeulena i wsp. wskazano (na podstawie wyników badania przeprowadzonego z udziałem 251 uczestników), że szkolenie oparte na symulacji jest wartościowe i istnieje potrzeba większej liczby szkoleń opartych na symulacji. Jej realizm oraz towarzyszące jej stresogenne uczucia wydają się również niezbędne dla profesjonalizmu w realnym działaniu. Studenci byli zadowoleni ze szkolenia opartego na symulacji, postrzegając je jako wartość dodaną w swojej edukacji. Symulacje dały im możliwość popełniania błędów i uczenia się na nich w bezpiecznym środowisku edukacyjnym [18].

Należy zauważyć, że symulacja medyczna ma róż-
ne strony związane z jej częścią edukacyjną, takie jak
ograniczona liczba uczestników wynikająca z możli-
wości realizacji takich samych zagadnień przez każdą
osobę, zużywanie się niezbędnego sprzętu i wypo-
sażenia, a także organizacja i wyposażenie centrów
symulacji medycznej. Głównym problemem są ciągle
generowane koszty, a niejednokrotnie sprzęt jest jed-
norazowego użytku. Zaletami bez wątpienia są: możli-
wość popełniania błędów w warunkach bezpiecznych
i kontrolowanych, oswojenie się z symulowanymi za-
gadnieniami, a także dążenie do maksymalnej niwela-
cji stresu, będącego odpowiedzią na daną procedurę,
zwłaszcza wykonywaną po raz pierwszy. Uczestnicy
szkoleń symulacyjnych osiągają większą gotowość
i przygotowanie do zajęć klinicznych i realnego działa-
nia podczas rzeczywistych sytuacji.

Wnioski

1. Najwięcej niższych ocen wystąpiło w pierwszych edycjach zajęć dodatkowych.
2. Studenci wykazują zadowolenie z tej formy prowa-
dzenia zajęć i chętnie w niej uczestniczą.
3. Wysoki poziom kompetencji prowadzących zajęcia
ma kluczowe znaczenie dla efektywności naucza-
nia.
4. Stosowanie atrakcyjnych metod przekazu i sce-
nariuszy jest istotnym wskaźnikiem, który podlega
ocenie przez uczestników.
5. Organizacja zajęć dodatkowych podnosi jakość
kształcenia i kompetencje zawodowe przyszłych
absolwentów Wydziału Medycznego Uczelni Ła-
zarskiego.
6. Istnieje dalsza potrzeba organizacji zajęć dodatko-
wych na Wydziale Medycznym Uczelni Łazarskie-
go.

Piśmiennictwo

1. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20190001573/O/D20191573.pdf> (dostęp: 28.01.2023).
2. Czekajło M. et al. Symulacja medyczna jako profesjonalne narzędzie wpływające na bezpieczeństwo pacjenta wykorzystywane w procesie nauczania [Medical simulation as a professional tool which affect the safety of the patient used in the learning process]. *Polski Merkuriusz Lekarski: organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, 2015; vol. 38, 228: 360–363.
3. Chemsian R. et al. Videolaryngoscopy. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*, 2014; vol. 4: 35–41. doi:10.4103/2229–5151.128011
4. Cogan Ch.J., Utku K. Role of peripheral nerve block in pain control for the management of acute traumatic orthopedic injuries in the emergency department: Diagnosis-based treatment guidelines. *Injury*, 2020; vol. 51, 7: 1422–1425. doi:10.1016/j.injury.2020.04.016
5. Karwan K., Michalak G.F., Gałązkowski R.M. Organizacja ratunkowego leczenia chorych po urazach z mnogimi i wielonarządowymi obrażeniami ciała w warunkach szpitalnych. *OPM – Ogólnopolski Przegląd Medyczny*, 2013; 12: 28–31.
6. Madziła M. et al. A comparison of McGrath MAC® and standard direct laryngoscopy in simulated immobilized cervical spine pediatric intubation: a manikin study. *European Journal of Pediatrics*, 2017; vol. 176, 6: 779–786. doi:10.1007/s00431-017-2909-9
7. Cruess R.L. et al. A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: a guide for medical educators. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 2015; vol. 90, 6: 718–25. doi:10.1097/ACM.0000000000000700
8. Wijnen-Meijer M. et al. Übersicht über die Forschung im Bereich der medizinischen Ausbildung [Overview on research in the field of medical education]. *HNO*, 2020; vol. 68, 4: 231–237. doi:10.1007/s00106-019-00790-3
9. Guze P.A. Using Technology to Meet the Challenges of Medical Education. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 2015; vol. 126: 260–70.
10. Motola I. et al. Simulation in healthcare education: a best evidence practical guide. *AMEE Guide No. 82. Medical Teacher*, 2013; vol. 35, 10: e1511–30. doi:10.3109/0142159X.2013.818632
11. Carrero-Planells A. et al. Students and teachers' satisfaction and perspectives on high-fidelity simulation for learning fundamental nursing procedures: A mixed-method study. *Nurse Education Today*. 2021, vol. 104: 104981. doi:10.1016/j.nedt.2021.104981
12. Dieckmann P.P.M. Variation and adaptation: learning from success in patient safety-oriented simulation training. *Adv Simul (Lond)*, 2017; 2:21. doi: 10.1186/s41077-017-0054-1, eCollection 2017.
13. Skrzypek A., Stalmach-Przygoda A., Dębicka-Dąbrowska D. et al. Selected didactic methods used in education of medical students at the department of medical education of Jagiellonian University Medical College. What's new in medical didactics? *General and Professional Education*, 2018: 26–32. DOI: 10.26325/genpr.2018.1.5
14. Hilty D.M. et al. Defining Professional Development in Medicine, Psychiatry, and Allied Fields. *The Psychiatric Clinics of North America* 2019; vol. 42, 3: 337–356. doi:10.1016/j.psc.2019.04.001
15. Sakakushev B.E., Marinov B.I., Stefanova P.P., Kostianev S.S., Georgiou E.K. Striving for Better Medical Education: the Simulation Approach. *Folia Med (Plovdiv)*, 2017; 59 (2):123–131. doi: 10.1515/folmed-2017-0039. PMID: 28704187.
16. Katipoglu B., Madziła M.A., Evrin T., Gawłowski P., Szarpak A., Dąbrowska A., Białka S., Ladny J.R., Szarpak L., Konert A., Smereka J. How should we teach cardiopulmonary resuscitation? Randomized multi-center study. *Cardiol J.*, 2021; 28 (3): 439–445. doi: 10.5603/CJ.a2019.0092. Epub 2019 Sep 30. PMID: 31565794; PMCID: PMC8169195.
17. Starck C., Thierry S., Bernard C.I., Morineau T., Jaulin F., Chapelain P., Komorowski M. Tracheal intubation in microgravity: a simulation study comparing direct laryngoscopy and videolaryngoscopy. *Br J Anaesth.*, 2020; 125 (1): e47–e53. doi: 10.1016/j.bja.2019.11.029. Epub 2020 Jan 6. PMID: 31916941.
18. Vermeulen J., Buyl R., D'haenens F., Swinnen E., Stas L., Gucciardo L., Fobelets M. Midwifery students' satisfaction with perinatal simulation-based training. *Women Birth.*, 2021; 34 (6): 554–562. doi: 10.1016/j.wombi.2020.12.006. Epub 2020 Dec 29. PMID: 33384256.

Adres do korespondencji:

Agnieszka Madziła
Wydział Medyczny Uczelni Łazarskiego
ul. Świeradowska 43, 02-662 Warszawa
e-mail: agnieszka.madziła@lazarski.pl,
tel. +48500242515

Wskaźniki jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych użyteczne w systemie ochrony zdrowia

Część I. Przykłady wskaźników dostępności do diagnostyki laboratoryjnej i jej zasobów – LabQI

Monika Pintał-Ślimak Makandjou-Ola Eusebio Mirosława Pietruczuk
ORCID: 0000-0001-5553-450X ORCID: 0000-0003-4541-3813 ORCID: 0000-0002-6496-3776

Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

DOI: 10.26399/rmp.v29.2.2023.7/m.pintal-slimak/m-o.eusebio/m.pietruczuk

STRESZCZENIE

Wskaźniki jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych użyteczne w systemie ochrony zdrowia. Część I Przykłady wskaźników dostępności do diagnostyki laboratoryjnej i jej zasobów – LabQI

Pintał-Ślimak M., Makandjou-Ola Eusebio, Pietruczuk M.

Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

W pracy przedstawiono opracowanie nowych wskaźników jakości, dostępności do diagnostyki laboratoryjnej i jej zasobów w medycznych laboratoriach diagnostycznych (MLD), użytecznych w ochronie zdrowia. Zastosowanie tych wskaźników w MLD jest najbardziej efektywnym narzędziem poprawy jakości i prowadzić będzie do skuteczniejszego zarządzania i finansowania diagnostyki laboratoryjnej w Polsce.

Słowa kluczowe: wskaźniki jakości, medyczne laboratoria diagnostyczne, system ochrony zdrowia

ABSTRACT

The Usefulness of Quality Indicators in Medical Diagnostic Laboratories for the Healthcare System. Part I Examples of Indicators of Access to Laboratory Diagnostics and its Resources

Pintał-Ślimak M., Makandjou-Ola Eusebio, Pietruczuk M.

Department of Laboratory Diagnostics, Medical University of Lodz

We presented new quality indicators in medical diagnostic laboratories (MDL), which best describes the access to laboratory diagnostics and labs resources, and may be useful in health care. The use of these quality indicators in MDLs is the most effective tool for improving the quality and will lead to more effective management and financing of laboratory diagnostics in Poland.

Keywords: quality indicators, medical diagnostic laboratories, healthcare system

Wstęp

Od wielu lat obserwujemy światową tendencję mającą na celu podejmowanie intensywnych działań dążących do poprawy funkcjonowania systemów ochrony zdrowia (1).

Diagnostyka laboratoryjna stanowi podstawową część systemu opieki zdrowotnej. Wyniki badań laboratoryjnych mają zasadniczy wpływ na większość decyzji medycznych, takich jak postawienie diagnozy, rokowanie, monitorowanie leczenia i oceny jego skuteczności (2).

Do oceny jakości opieki nad pacjentem – w tym jakości usług z zakresu diagnostyki laboratoryjnej – wykorzystuje się wskaźniki jakości (3), czyli niezbędne i skuteczne narzędzie w dążeniu do wysokiej jakości usług medycznych i kwalifikacji podmiotu leczniczego do określonego poziomu referencyjności i zakresu kompetencji w systemie ochrony zdrowia. Stosowanie wskaźników jakości pozwala uzyskać dane po-

trzebne do obiektywnej oceny i monitorowania systemów zarządzania jakością i procesów opieki nad pacjentem w ochronie zdrowia (4).

Celem pracy było opracowanie nowych wskaźników jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych, użytecznych w ochronie zdrowia.

Materiał i metody

Materiał do badań stanowiły źródła danych statystycznych i informacji medycznych (Biuletyn Statystyczny Ministra Zdrowia, Krajowy Rejestr Medyczny, rejestry diagnostów laboratoryjnych prowadzone przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych, mapy potrzeb zdrowotnych, szybka wyszukiwarka diagnostów laboratoryjnych zarejestrowanych na terenie Rzeczypospolitej Polski na platformie Centrum e-zdrowie, Główny Urząd Statystyczny GUS) (5–9) oraz karta wskaźnika **QI** (Quality Indicator).

Tabela 1. Wykaz wskaźników objętych badaniami ilościowymi i jakościowymi

LabQI₁ Wskaźnik dostępu do medycznych laboratoriów diagnostycznych	LabQI₁ = a / b gdzie: a – liczba MLD, b – 10 tys. mieszkańców danej populacji w zależności od potrzeb: Polska, województwo, powiat – według stanu na dzień 30 czerwca roku poprzedzającego.	Mapa 1
LabQI₂ Wskaźnik dostępu do badań laboratoryjnych	LabQI₂ = a / b gdzie: a – ilość badań laboratoryjnych przypadających na pacjenta w jednostce administracyjnej (w zależności od potrzeb: Polska, województwo, powiat), b – 10 tys. mieszkańców w danym obszarze administracyjnym (w zależności od potrzeb: Polska, województwo, powiat) według stanu na dzień 30 czerwca roku poprzedzającego).	Mapa 2
LabQI₃ Wskaźnik liczby diagnostów	LabQI₃ = a / b gdzie: a – liczba diagnostów laboratoryjnych, b – 10 tys. mieszkańców w danym obszarze administracyjnym (w zależności od potrzeb: Polska, województwo, powiat) według stanu na dzień 30 czerwca roku poprzedzającego).	Mapa 3
LabQI₄ Liczba specjalistów medycyny laboratoryjnej na 10 tys. mieszkańców	LabQI₄ = a / b gdzie: a – liczba specjalistów diagnostyki laboratoryjnej, b – 10 tys. mieszkańców danej populacji w zależności od potrzeb: Polska, województwo, powiat – według stanu na dzień 30 czerwca roku poprzedzającego).	Tabela 2 Mapa 4 Mapa 5 Mapa 6 Mapa 7
LabQI₇ Liczba absolwentów analityki med./ med. laboratoryjnej na 100 tys. mieszkańców rocznie	LabQI₇ = a / b gdzie: a – liczba absolwentów analityki medycznej/ medycyny laboratoryjnej, b – 100 tys. mieszkańców danej populacji w zależności od potrzeb: Polska, województwo, powiat – według stanu na dzień 30 czerwca roku poprzedzającego).	Rys. 1 Mapa 3
LabQI₁₀ Wskaźnik aparatury medycznej do diagnostyki laboratoryjnej in vitro	LabQI₁₀ = a / b gdzie: a – ilości danego sprzętu medycznego, np. aparatów do RT-PCR, b – liczba ludności w danym województwie.	Tabela 3

Źródło: opracowanie własne.

Opracowano karty czterech grup nowych wskaźników jakości, takie jak:

- 1) wskaźniki zasobów i dostępności **LabQI**,
- 2) wskaźniki kondycji zdrowotnej **HCQI**,
- 3) wskaźniki innowacyjności **InnQI**,
- 4) wskaźniki jakości klinicznej **ClinQI**.

W pracy przedstawiono główne wskaźniki zasobów i dostępności LabQI (tab. 1).

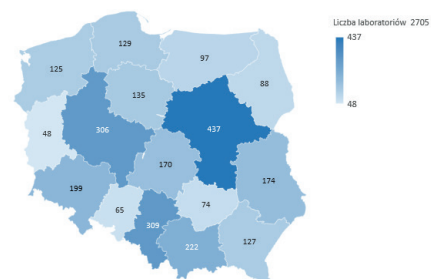
Wyniki badań i dyskusja

W przeprowadzonych badaniach wykazano, że w ostatnich latach obserwujemy nieznaczny spadek liczby medycznych laboratoriów diagnostycznych (MLD) w Polsce. Zjawisko to obserwujemy głównie w największych województwach i wynika ono przede wszystkim z procesów konsolidacji sieci laboratoriów niepublicznych.

W 2020 r. w Polsce działało 2705 medycznych laboratoriów diagnostycznych (MLD), najwięcej na Mazowszu (437) i Śląsku (309), a najmniej w województwie lubuskim (48) i opolskim (65) (mapa 1). Według stanu na 22 maja 2022 r. w kraju zarejestrowanych

było 2698 MLD. Na tej podstawie można stwierdzić, że liczba MLD nie zmieniła się znacząco w ciągu ostatnich lat.

Mapa 1. Medyczne laboratoria diagnostyczne w podziale na województwa w roku 2020

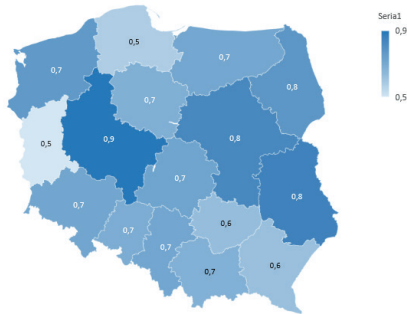


Źródło: Opracowanie własne na podstawie Rejestru Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.

Wskaźnik **LabQI₁** (mapa 2) pozwala na ocenę dostępności do MLD, odnosząc ich liczbę do populacji 10 tys. mieszkańców. W skali kraju wskaźnik ten wynosi 0,71. Na jedno MLD przypada w Polsce średnio 14 146 mieszkańców. Wysoki wskaźnik LabQ₁ w Polsce wskazuje na decentralizację MLD. W porównaniu do innych państw europejskich wskaźnik ten jest wy-

soki, np. w Czechach wynosi 0,43, we Francji 0,16, w Hiszpanii 0,48, a w Szwajcarii 0,18. Musimy wziąć jednak pod uwagę fakt, że ten wskaźnik porównujemy w odniesieniu do zróżnicowanych systemów ochrony zdrowia (10).

Mapa 2. Wskaźnik LabQI₁ – dostępność do medycznych laboratoriów diagnostycznych w województwach w roku 2020



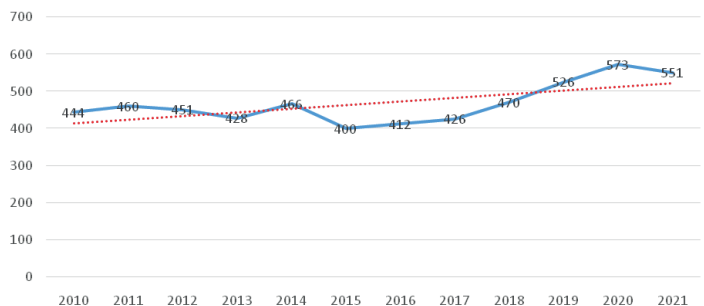
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Rejestru Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.

Polska ma najniższy spośród wszystkich państw sąsiadujących wskaźnik wydatków na ochronę zdrowia ogółem, w tym wydatków na diagnostykę laboratoryjną. Średnia liczba wykonywanych w Polsce testów diagnostycznych w ramach części systemu opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania, czyli Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ), to cztery, ze średnią w krajach ościennych wynoszącą 10–12 testów na 1000 mieszkańców (11). Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych należy do zadań państwa oraz Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) (12).

W Polsce nie ma bezpośredniego kontraktowania badań laboratoryjnych, z wyjątkiem badań genetycznych. Problem ograniczonej dostępności do świadczeń medycyny laboratoryjnej w ramach badań profilaktycznych dotyczy w szczególności POZ. Nie ma wyodrębnionej puli środków przeznaczonych na finansowanie badań laboratoryjnych. Koszty z nimi związane są ujmowane w wycenie świadczeń opieki zdrowotnej, w POZ są wykonywane w ramach stawki kapitałowej. Analiza wykazała, że najczęściej badań wykonuje się w ramach realizowanych świadczeń leczenia szpitalnego i stanowią one średnio 85% wszystkich sprawozdawanych do NFZ badań (13). Niewykorzystywanie badań diagnostyki laboratoryjnej (np. badań mikrobiologicznych) w medycynie profilaktycznej/podstawowej opiece wpływa na znaczny wzrost kosztów przeznaczanych na farmakoterapię. Europejskie Zrzeszenie Producentów Materiałów do Diagnostyki in vitro (European Diagnostic Manufacturers Association, EDMA) wykazało, że w 2017 r. w Polsce wydawało się na badania laboratoryjne jedynie 8 euro rocznie na jednego obywatela. Na Litwie, Łotwie, w Estonii, na Słowacji i w Czechach wydaje się ponad 14 euro na jednego pacjenta. Średnie na-

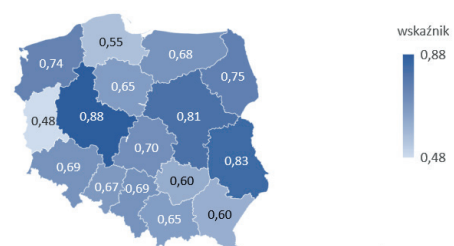
kłady w Europie na diagnostykę laboratoryjną na jednego pacjenta wynoszą blisko 20 euro, a pionierem jest Szwajcaria, która wydaje ok. 45 euro na badania laboratoryjne na jednego pacjenta (14). Wiadomo, że zasoby ludzkie stanowią najważniejszy element systemów opieki zdrowotnej i mają decydujący wpływ na jakość świadczonych usług medycznych. Wartość wskaźnika LabQI₄ liczby specjalistów w diagnostyce laboratoryjnej na 10 tys. mieszkańców w skali kraju wynosi 0,84. Najwyższą wartość tego wskaźnika odnotowano w województwach mazowieckim, podlaskim i lubelskim, najniższą w województwie lubuskim i warmińsko-mazurskim (mapa 4). Pozytywnym zjawiskiem jest to, że liczba absolwentów na kierunku analityka medyczna/medycyna laboratoryjna systematycznie rośnie, a szczególnie po roku 2017. W latach 2015–2021 ich liczba zwiększyła się o 38% (rys. 1). W roku 2020 najwięcej dyplomów uzyskali absolwenci Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (90 osób), najmniej na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi (21 dyplomów).

Rysunek 1. Liczba absolwentów kierunku analityka medyczna/medycyna laboratoryjna w latach 2010–2021 w opracowaniu własnym



Propozycja nowego wskaźnika LabQI₈ jest próbą oceny prestiżu zawodu diagnosty laboratoryjnego. Podstawą oceny prestiżu zawodu z wykorzystaniem tego wskaźnika jest odniesienie do liczby absolwentów analityki medycznej/medycyny laboratoryjnej, którzy w danym roku decydują się na podjęcie pracy diagnosty, występując do samorządu zawodowego o wydanie prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego (PWZDL) (mapa 3).

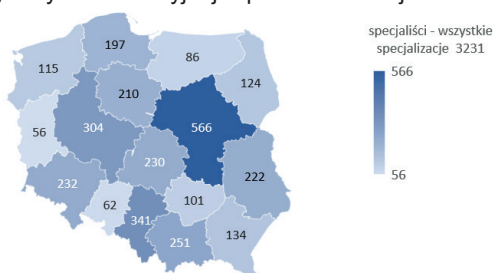
Mapa 3. Wskaźnik liczby diagnostów laboratoryjnych LabQI₃



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Rejestru Diagnostów Laboratoryjnych RDL Centrum e-zdrowia.

Monitorowanie systemu ochrony zdrowia w obszarze medycyny laboratoryjnej przyczyni się do zidentyfikowania potrzeb kadrowych, w szczególności wysoko wykwalifikowanego personelu MLD. Diagnosty laboratoryjni, spełniając ustawowy obowiązek ustawicznego kształcenia, podejmują kształcenie specjalizacyjne i zdają Państwowy Egzamin Specjalizacyjny. Ustawa o medycynie laboratoryjnej nakłada na diagnostów laboratoryjnych obowiązek pogłębiania i aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych, w szczególności poprzez uzyskiwanie tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (15). W polskim systemie ochrony zdrowia, pomimo że taka uwaga znalazła się w Raporcie NIK z 2017 r. (12), nie określono minimalnych wskaźników zatrudnienia dla kadr medycznych w MLD, w tym specjalistów, w odniesieniu do poszczególnych profili laboratoriów. Według stanu na 21 lutego 2022 r. aktywnych zawodowo diagnostów laboratoryjnych było 17101, z czego 3231 posiadało tytuł specjalisty, co stanowi 19% wszystkich diagnostów. Udział specjalistów w łącznej liczbie diagnostów laboratoryjnych maleje na przestrzeni lat. Wartość wskaźnika **LabQI₄** liczby specjalistów w diagnostyce laboratoryjnej na 10 tys. mieszkańców w skali kraju wynosi 0,84. Najwyższą wartość tego wskaźnika odnotowano w województwach mazowieckim, podlaskim i lubelskim, najniższą w województwie lubuskim i warmińsko-mazurskim (mapa 4).

Mapa 4. Liczba specjalistów ze wszystkich dziedzin z diagnostyki laboratoryjnej w podziale na województwa



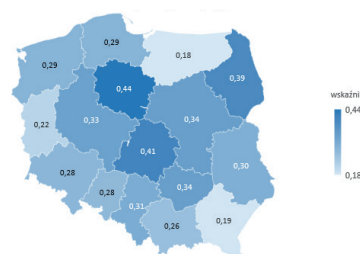
Źródło: Rejestr diagnostów laboratoryjnych zarejestrowanych na terenie RP CeZ wg stanu na dzień 21 lutego 2022 r. w opracowaniu własnym.

Wykonywanie wielu badań z zakresu medycyny laboratoryjnej z wykorzystaniem różnorodnych metod diagnostycznych wymaga nadzoru specjalisty. Specjalista, diagnosta laboratoryjny dokonuje analizy otrzymanych wyników badań laboratoryjnych oraz ich interpretacji zarówno od strony poprawności metrologicznej, jak i medycznej. Specjalista pełni również funkcję doradczą w kontakcie z pozostałym personelem medycznym. W Polsce diagnosty laboratoryjni w ramach kształcenia podyplomowego mogą kształcić się w 13 specjalizacjach z obszaru medycyny laboratoryjnej (16).

Najczęściej wybierana jest specjalizacja z laboratoryjnej diagnostyki medycznej (mapa 5). Powodem tego

jest możliwość uzyskania kompetencji do pełnienia funkcji kierownika MLD, laboratorium o profilu ogólnym, gdzie posiadanie tej specjalizacji przez kierownika laboratorium jest wymaganiem. Analizując dane z liczby MLD (2705) i liczby diagnostów laboratoryjnych posiadających tę specjalizację (1186), możemy wnioskować, że występuje niedobór specjalistów. W znacznej części MLD funkcję kierownika MLD pełnią specjaliści posiadający inne specjalizacje z zakresu medycyny laboratoryjnej. W skali kraju wskaźnik **LabQI_{4DL}** wynosi 0,31 i jest bardzo niski. Najwyższy wskaźnik występuje w województwach kujawsko-pomorskim (0,44) i łódzkim (0,41), a najniższy w województwach warmińsko-mazurskim (0,18) i podkarpackim (0,19).

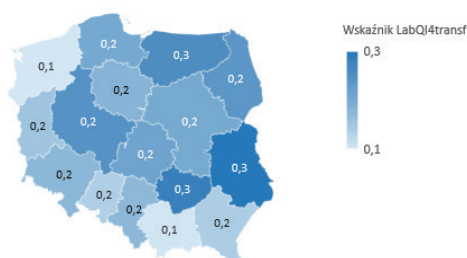
Mapa 5. Wskaźnik liczby specjalistów z laboratoryjnej diagnostyki medycznej **LabQI_{4DL}**



Źródło: Rejestr diagnostów laboratoryjnych zarejestrowanych na terenie RP CeZ wg stanu na dzień 21 lutego 2022 r. w opracowaniu własnym.

Sytuacja dotycząca innych specjalizacji również nie napawa optymizmem (tab. 2). Najwięcej specjalistów z zakresu laboratoryjnej transfuzjologii medycznej i tym samym najwyższy wskaźnik odnotowano w województwach mazowieckim i śląskim (mapa 6).

Mapa 6. Wskaźnik **LabQI_{4transf}** liczby specjalistów z laboratoryjnej transfuzjologii medycznej



Źródło: Rejestr diagnostów laboratoryjnych zarejestrowanych na terenie RP CeZ wg stanu na dzień 21 lutego 2022 r. w opracowaniu własnym.

Diagnosty laboratoryjni z tą specjalizacją znajdują zatrudnienie przede wszystkim w Regionalnych Centrach Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (RCKiK). W Polsce funkcjonuje 21 RCKiK oraz dwa centra resortowe – Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa MSWiA (Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji).

Spośród tych jednostek 16 znajduje się w stolicach województw, kolejne pięć w miastach powiatowych

Tabela 2. Liczba diagnostów laboratoryjnych posiadających wybraną specjalizację

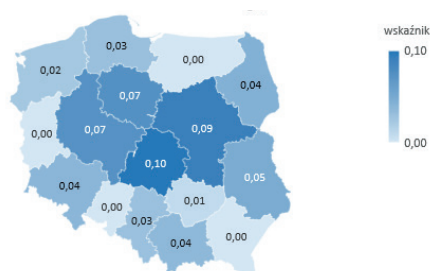
Specjalizacja / województwo	Laboratoryjna hematologia medyczna	Mikrobiologia medyczna/ mikrobiologia	Laboratoryjna genetyka sądowa	Dziedzina zdrowia publicznego
POLSKA	50	659	37	265
Dolnośląskie	4	55	4	11
Kujawsko-pomorskie	2	40	3	8
Lubelskie	7	38	0	35
Lubuskie	0	11	0	5
Łódzkie	1	34	2	5
Małopolskie	4	49	5	23
Mazowieckie	15	142	2	48
Opolskie	3	9	0	8
Podkarpackie	0	25	0	26
Podlaskie	1	32	2	3
Pomorskie	2	48	5	11
Śląskie	7	69	1	23
Świętokrzyskie	0	11	0	10
Warmińsko-mazurskie	1	22	0	0
Wielkopolskie	2	48	2	5
Zachodniopomorskie	1	25	1	11

Źródło: Rejestr diagnostów laboratoryjnych zarejestrowanych na terenie RP CeZ wg stanu na dzień 21 lutego 2022 r. w opracowaniu własnym.

(Słupsk, Kalisz, Radom, Wałbrzych, Racibórz). Zgodnie z wymogami kierownikiem Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej może być diagnosta laboratoryjny – specjalista w dziedzinie laboratoryjnej transfuzjologii medycznej lub lekarz specjalista w dziedzinie transfuzjologii klinicznej (17). Ze względu na braki specjalistów z tej dziedziny kierownicy Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej pełnią tę funkcję w kilku laboratoriach jednocześnie.

Jak wynika z przeprowadzonych analiz, w czterech województwach (lubuskie, podkarpackie, opolskie i warmińsko-mazurskie) nie ma ani jednego specjalisty z dziedziny genetyki medycznej (mapa 7).

Mapa 7. Wskaźnik liczby specjalistów z genetyki medycznej w podziale na województwa $LabQI_{4gen}$ w opracowaniu własnym



Źródło: Rejestr diagnostów laboratoryjnych zarejestrowanych na terenie RP CeZ wg stanu na dzień 21 lutego 2022 r. w opracowaniu własnym.

W pozostałych województwach ich liczba jest niewielka, pomimo tego, że badania genetyczne wg nowych standardów patomorfologicznych są wymagane uzupełnieniem badań histopatologicznych. Specjalista w toku kształcenia specjalizacyjnego nabywa umiejętności prowadzenia doradztwa genetycznego (18). Także okres pandemii pokazał, jak decyzyjny jest ten obszar diagnostyki laboratoryjnej, a także kadra laboratoryjna. Niedobór kadr w tej specjalności jest tym bardziej zadziwiający, że dzięki zatwierdzonym standardom kształcenia przed- i podyplomowego dla diagnostów Polska jest w grupie krajów, z których specjaliści z laboratoryjnej genetyki medycznej mogą zgłosić swój dyplom do jednostki certyfikującej ErCLG (*European registered Clinical Laboratory Geneticists*) (19).

Aparatura medyczna – w tym sprzęt do diagnostyki laboratoryjnej – jest integralnym składnikiem technologii medycznych. Jej zasoby i stan techniczny obok kwalifikacji personelu medycznego decydują o możliwościach wykonywania określonych procedur medycznych w danym szpitalu lub na terenie danego regionu (20). Zaproponowany wskaźnik $LabQI_{10}$ omówiono w tabeli 3. Wskaźnik ten pozwoli na ocenę poziomu zabezpieczenia w aparaturę medyczną do diagnostyki in vitro. Wskaźnik ilościowy wyraża liczbę aparatów/analizatorów pozostających w dyspo-

Tabela 3. Karta wskaźnika LabQI₁₀

LabQI₁₀	
Wskaźnik liczby aparatury medycznej będącej wyrobem medycznym do diagnostyki laboratoryjnej in vitro IVD	
Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy wybranego rodzaju aparatury medycznej do diagnostyki laboratoryjnej in vitro, przypadającej na 100 tys. ludności. Ze względu na wysokospecjalistyczny charakter sprzętu oraz jego liczbę niezbędną do zaspokojenia potrzeb zasadne jest opracowanie wskaźnika na poziomie województw.
Cel wskaźnika / Interpretacja wskaźnika	Proponowany wskaźnik ma na celu zdiagnozowanie dostępności danej aparatury medycznej na 100 tys. ludności w województwie. Ocena stanu wysokości tego wskaźnika określona zostanie na podstawie benchmarkingu podmiotów leczniczych.
Wzór wskaźnika	LabQI₁₀ = a / b gdzie: a – liczba danej aparatury medycznej, np. aparatów do RT-PCR, b – 100 tys. mieszkańców danego województwa czy innej populacji w zależności od potrzeb – według stanu na dzień 30 czerwca roku poprzedzającego).
Źródła danych	Dane MZ o wyposażeniu MLD, Dane od konsultantów wojewódzkich, COBJ w DL.
Częstotliwość oceny	Raz do roku.
Mocne strony wskaźnika	Wskazanie rozkładu i dostępności danego sprzętu medycznego na 100 tys. ludności w województwie. Wyższy wskaźnik może świadczyć o lepszej dostępności usług diagnostycznych w tym zakresie. Możliwość racjonalnego planowania zakupów aparatury medycznej (ocena IOWISZ).
Zagrożenia interpretacji	Różna specyfika podmiotów leczniczych, a tym samym zakresu prowadzonej działalności – w tym z zakresu diagnostyki laboratoryjnej.
Interesariusze	Podmioty tworzące podmioty lecznicze, Organy samorządu terytorialnego, Pracodawcy, Samorząd zawodowy diagnostów laboratoryjnych, Związki zawodowe, Banki i instytucje kapitałowe, Inwestorzy prywatni, Ministerstwo Zdrowia.
Aktualna sytuacja w obszarze objętym wskaźnikowaniem	Ogromne zróżnicowanie w dostępie do aparatury medycznej będącej wyrobem medycznym do diagnostyki laboratoryjnej in vitro IVD, przejawiające się niedostatkami infrastruktury w wielu województwach, a w innych przypadkach nadmierną ich liczbą, a w konsekwencji brakiem efektywności wykorzystania.
Wpływ stosowania wskaźnika dla poprawy jakości w obszarze diagnostyki laboratoryjnej	Wiedza uzyskana dzięki zastosowaniu tego wskaźnika pozwoli na efektywne rozmieszczenie aparatury medycznej gwarantujące jej wykorzystanie. Racjonalne zakupy pozwolą na efektywne wykorzystanie środków publicznych i celowane ich przeznaczenie na aparaturę jak najlepszej jakości.
Zastosowanie wskaźnika pozwoli na bardziej efektywne wykorzystanie środków publicznych na wyposażanie laboratoriów w nowoczesną aparaturę, gwarantującą wysoką jakość badań.	

zycji danego szpitala czy w danym regionie. Można również przedstawić ten wskaźnik jako wskaźnik jakościowy, bowiem wskazuje ona również ilość aparatury do diagnostyki laboratoryjnej z uwzględnieniem jej stanu technicznego, ocenianego przez pryzmat czasu użytkowania tych zasobów i zaawansowania technologicznego. Analiza tego wskaźnika będzie pomocna do wykazywania zapotrzebowania na dany sprzęt czy technologię medyczną w MLD w Polsce.

Podsumowanie

Zastosowanie opracowanych wskaźników jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych jest najbardziej efektywnym narzędziem poprawy jakości

w obszarze medycyny laboratoryjnej i prowadzić będzie do skuteczniejszego zarządzania i finansowania diagnostyki laboratoryjnej w Polsce. Przyniesie również wymierne korzyści dla pacjentów, usprawni proces leczenia oraz obniży jego koszty. Wykorzystanie w praktyce nowych wskaźników jakości w medycynie laboratoryjnej pozwoli także na wskazanie dziedzin, w których konieczne jest wprowadzenie innowacyjnych rozwiązań, co prowadzić będzie do postępu w medycynie laboratoryjnej i w systemie opieki zdrowotnej nad pacjentem.

Piśmiennictwo

1. Schang L., Blotenberg I., Boywitt D. What makes a good quality indicator set? A systematic review of criteria. T. 33, Inter-

- national Journal for Quality in Health Care. Oxford University Press, 2021.
- Laboratory Errors and Patient Safety (WG-LEPS) – IFCC, <https://ifcc.org/ifcc-education-division/working-groups-special-projects/wg-leps/> (dostęp: 1.09.2023).
 - Toste J.R., Logan J.A.R., Shogren K.A., Boyd B.A. The Next Generation of Quality Indicators for Group Design Research in Special Education. *Except Child*, 2023; 89(4):359–78.
 - Leko M.M., Hitchcock J.H., Love H.R., Houchins D.E., Conroy M.A. Quality Indicators for Mixed-Methods Research in Special Education. *Except Child*, 2023; 89(4):432–48.
 - Biuletyn statystyczny Ministra Zdrowia 2021. Warszawa, 2021.
 - Rejestr diagnostów laboratoryjnych, <https://rdl.ezdrowie.gov.pl/> (dostęp: 1.09.2023).
 - Studenci i absolwenci kierunków medycznych – Mapy potrzeb zdrowotnych – Ministerstwo Zdrowia, <https://basiw.mz.gov.pl/analizy/inne-analizy/studenci-i-absolwenci-kierunkow-medycznych/> (dostęp: 1.09.2023).
 - Główny Urząd Statystyczny. Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia, <http://www.stat.gov.pl> (dostęp: 1.09.2023).
 - Główny Urząd Statystyczny. Analizy statystyczne Statistical analyses 2019. Warszawa, 2020.
 - Marynowska J., Miszczak A., Swadźba J. Zespoły do spraw opracowania projektu strategii rozwoju medycyny laboratoryjnej – Podzespół Wycena i finansowanie. Opracowanie wewnętrzne Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2022.
 - Mamcarz A., Piskała A., Sobol A. Raport: Kondycja zdrowotna Polaków. Pharmena S.A., Łódź 2019.
 - Raport Naczelnej Izby Kontroli DOSTĘPNOŚĆ I FINANSOWANIE DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,14416,vp,16875.pdf> (dostęp: 1.09.2023).
 - Gniadek L. Dostępność, jakość i finansowanie diagnostyki laboratoryjnej, <http://www.pca.gov.pl/akredytowane-podmioty/akredytacje-aktywne/> (dostęp: 1.09.2023).
 - Freedman D.B. Towards Better Test Utilization – Strategies to Improve Physician Ordering and Their Impact on Patient Outcomes. *EJIFCC*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27683478> (dostęp: 1.09.2023).
 - Ustawa o medycynie laboratoryjnej z dnia 15 września 2022 r. Dz.U. z 2022 r. poz. 2280 2022.
 - <https://www.cmkp.edu.pl/kształcenie/podyplomowe/diagnosci-laboratoryjni> (dostęp: 1.09.2023).
 - Obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (Dz.U. z 2023 r. poz. 1742 2023).
 - Kałużewski B., Bal J., Lubiński J., Sasiadek M. Program specjalizacji w laboratoryjnej genetyce medycznej. Program podstawowy dla diagnostów laboratoryjnych. Program specjalizacji przygotował zespół ekspertów: CENTRUM MEDYCZNE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO, Warszawa 2004.
 - European registered Clinical Laboratory Geneticist (ErCLG) Core curriculum.
 - Rynek usług diagnostyki laboratoryjnej w Polsce, <https://mypmr.pro/products/rynek-uslug-diagnostyki-laboratoryjnej-w-polsce> (dostęp: 1.09.2023).

Adres do korespondencji:

Mirosława Pietruczuk,
Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, UM Łódź
e-mail: m.pietruczuk@interia.pl

Reforma orzecznictwa lekarskiego w systemie zabezpieczenia społecznego chorób, urazów i ich następstw*

Anna Wilmowska-Pietruszyńska

ORCID: 0000-0001-7733-4189

Uczelnia Łazarskiego w Warszawie

DOI: 10.26399/rmp.v29.2.2023.8/a.wilmowska-pietruszynska

STRESZCZENIE

Reforma orzecznictwa lekarskiego w systemie zabezpieczenia społecznego chorób, urazów i ich następstw

Wilmowska-Pietruszyńska A.

Uczelnia Łazarskiego w Warszawie

W artykule przedstawiono rolę orzecznictwa lekarskiego w systemie zabezpieczenia społecznego chorób, urazów i ich następstw (niepełnosprawność i niesamodzielność), uwzględniając rys historyczny, stan aktualny i proponowane zmiany o charakterze legislacyjnym i organizacyjnym. Nawiązano do wieloletniej dyskusji i prac przygotowawczych do reformy orzecznictwa lekarskiego z uwzględnieniem wniosków z kontroli i zaleceń Najwyższej Izby Kontroli w tym zakresie. Przedstawiono chronologię zmian stanu prawnego ze wskazaniem najważniejszych aktów prawa krajowego i międzynarodowego w odniesieniu do orzecznictwa lekarskiego. Opisano stan obecny oraz sformułowano proponowane zmiany, które należałoby uwzględnić w reformie systemu orzecznictwa, mającej na celu poprawę jego jakości, organizacji i nadzoru. Artykuł wskazuje ponadto na konieczność wprowadzenia systemu orzecznictwa umożliwiającego:

- kompleksową ocenę funkcjonalną osoby badanej zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) z uwzględnieniem możliwości jej uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym, a także pozwalającą ustalić zakres wsparcia do realizacji tych aktywności;
- ujednoczenie i przejrzyste dokumentowanie medycznej oceny i standaryzację procesu orzecznictwa.

Wskazano na potrzebę utworzenia jednolitego systemu orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy w ramach jednej instytucji (np. Krajowe Centrum Orzecznictwa) oraz przygotowania projektów rozwiązań ustawowych w zakresie orzecznictwa lekarskiego wraz z odpowiednimi projektami aktów wykonawczych (w miejsce kilkudziesięciu obecnie obowiązujących ustaw i rozporządzeń).

Słowa kluczowe: reforma orzecznictwa lekarskiego, system zabezpieczenia społecznego, następstwa chorób lub urazów, Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), polityka społeczna, badania naukowe, niepełnosprawność, niesamodzielność

ABSTRACT

Medical Certification Reform in the Social Security System of Diseases, Injuries and Their Consequences

Wilmowska-Pietruszyńska A.

Lazarski University in Warsaw

The article presents the role of medical certification in the social security system of diseases, injuries, and their consequences (disability and dependence), taking into account the historical outline, the current state, and the proposed legislative and organizational changes. Reference was made to many years of discussions and preparatory work for the reform of medical certification, considering the conclusions of the Supreme Audit Office's inspection and recommendations. The chronology of changes in the legal status is presented to indicate the most important national and international law acts concerning medical certification. The article describes the current state of affairs, as well as it formulates proposed changes that should be included in the jurisprudence system's reform, aimed at improving its quality, organization, and supervision. Moreover, it points to the need to introduce a system of jurisprudence enabling:

- comprehensive functional assessment of the examined person following the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) rules, regarding the possibility of their participation in social and professional life, as well as allowing to determine the scope of support for the implementation of these activities;
- unification and transparent documentation of medical assessment and standardization of the judicature procedure.

The article also shows the need to establish a unified system for adjudicating on disability and incapacity for work within one institution (e.g., the National Center for Jurisprudence) and to prepare statutory solutions projects in the field of medical certification along with relevant draft executive acts (in place of several dozen currently applicable laws and regulations).

Keywords: reform of medical certification, social security system, consequences of diseases or injuries, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), social policy, scientific research, disability, dependence

* Artykuł został opublikowany w numerze III-IV (36-37)/2020 czasopisma naukowego „Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania”.

Wstęp

Dyskusje nad reformą orzecznictwa lekarskiego w systemie zabezpieczenia społecznego następstw chorób lub urazów oraz prace przygotowawcze do niej trwają w Polsce już od kilkunastu lat.

W 2005 r. NIK przeprowadziła kontrolę pn. „Funkcjonowanie systemu orzecznictwa lekarskiego ZUS dla celów rentowych oraz systemu orzekania o niepełnosprawności”. W jej wyniku NIK wnioskuje o utworzenie jednolitego systemu orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy w ramach jednej instytucji, co stworzyłoby korzystne warunki do racjonalizacji wydatków oraz poprawiłoby organizację i skuteczność nadzoru. Poprawę jakości orzekania można byłoby uzyskać przez działania obiektywizujące system – opracowanie kryteriów i standardów medycznych. Zaproponowane zmiany obejmowały rezygnację ze świadczeń kompensacyjnych na rzecz form pomocy aktywizujących osoby zagrożone niepełnosprawnością i niezdolnością do pracy lub posiadające orzeczenie w tym zakresie.

4 lipca 2007 r. opublikowano zarządzenie nr 68 (P-121-64-07) Prezesa Rady Ministrów powołujące Międzyresortowy Zespół do spraw Opracowania Systemu Orzekania o Niepełnosprawności oraz Niezdolności do Pracy. Do zadań zespołu należało opracowanie:

1. analizy funkcjonowania pięciu systemów orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy w kontekście ich spójności i konieczności koordynacji działań lub możliwości ich zintegrowania,
2. projektu założeń do Ustawy o orzekaniu o niepełnosprawności i niezdolności do pracy,
3. projektu Ustawy o orzekaniu o niepełnosprawności i niezdolności do pracy.

Ustalono, że zakończenie tych prac nie może nastąpić później niż do 30 czerwca 2008 r.

W 2011 r. zrealizowano projekt „Orzekanie o niepełnosprawności i niezdolności do pracy. Aspekt społeczny, medyczny, instytucjonalny i finansowy; analiza systemów krajowych i zagranicznych; pogłębiona ocena występowania niepełnosprawności; funkcjonowania orzecznictwa; propozycje zmian”, finansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. W ramach projektu przygotowano publikację *Instytucjonalne, zdrowotne i społeczne determinanty niepełnosprawności*, która została wydana w 2012 r. przez IPiSS, a także opublikowano artykuł *Funkcjonowanie orzecznictwa lekarskiego oraz działalność lekarzy orzeczników w systemie zabezpieczenia społecznego i wspierania zatrudnienia*. W artykule podjęto próbę operacjonalizacji wskazanych w raporcie głównych celów strategicznych. Z uwagi na to, że rekomendowane działania

miały dotyczyć różnych resortów i być realizowane na wielu szczeblach administracji państwowej, wymagały one instytucjonalnego zabezpieczenia funkcji koordynacyjnej. Rekomendowane działania mieściły się zasadniczo w ramach Europejskiej strategii w sprawie niepełnosprawności na lata 2010–2020 (DAP 2020), która jest kontynuacją realizowanej wcześniej strategii na lata 2004–2010.

W 2012 r. NIK ponownie przeprowadziła kontrolę organizacji systemów orzecznictwa lekarskiego ZUS dla celów rentowych oraz orzekania o niepełnosprawności w ramach priorytetu kontrolnego na 2012 r. „Zabezpieczenie bieżącej i długookresowej stabilności finansowej Państwa”. W podsumowaniu wyników kontroli można przeczytać, że „Niezależnie od nieosiągnięcia systemowych celów w działalności organów orzecznicy stwierdzono występowanie licznych faktów naruszenia przepisów prawa oraz nieprzestrzegania standardów i procedur. W połączeniu z nieskutecznym wykonywaniem nadzoru działalność ta nie daje gwarancji, że środki publiczne są wydatkowane racjonalnie”. Zwrócono w nim również uwagę, że NIK już w przeszłości wskazywała na „[...] celowość podjęcia przez ministra właściwego ds. zabezpieczenia społecznego działań integrujących systemy. Pozwoliłoby to na zmniejszenie wydatków publicznych, zaś ujednoczenie orzecznictwa miało by pozytywny wpływ na jakość orzekania”. 2 lutego 2017 r. opublikowano Zarządzenie nr 6 Prezesa Rady Ministrów w sprawie Międzyresortowego Zespołu ds. Opracowania Systemu Orzekania o Niepełnosprawności oraz Niezdolności do Pracy. Do zadań zespołu należało:

1. dokonanie analizy funkcjonowania systemu orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy w kontekście ich spójności i konieczności koordynacji działań lub możliwości ich zintegrowania,
2. opracowanie projektu założeń do Ustawy o orzekaniu o niepełnosprawności i niezdolności do pracy,
3. opracowanie projektu Ustawy o orzekaniu o niepełnosprawności i niezdolności do pracy po przyjęciu założeń przez zespół,
4. opiniowanie rozwiązań dotyczących systemu orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy, wypracowanych w ramach działania 2.6 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER).

Zakończenie prac zespołu przewidziano na 31 marca 2018 r.

Rys historyczny i stan prawny

Od zarania dziejów ludzie chorowali i ulegali urazom i część z nich, z powodu upośledzenia funkcji organizmu w następstwie tych zdarzeń losowych, stawała się osobami kalekimi.

Kalectwo

Kalectwo jest trwałym uszkodzeniem organizmu, wynikającym z niedorozwoju, braku lub nieodwracalnego uszkodzenia narządu lub części ciała. Istnieje wiele podań dotyczących eliminacji osób kalekich ze społeczeństwa w czasach starożytnych – najbardziej chyba znanym przykładem takich praktyk miało być porzucanie niezdolnych do życia niemowląt w górach Tajgetu przez mieszkańców Sparty; w Chinach istniało natomiast zjawisko tzw. ostatniej podróży życia. W średniowieczu osoby kalekie pozostawały na marginesie społeczeństwa, będąc jednak nieodłączną jego składową. W Europie percepcja tego problemu zaczęła zmieniać się ok. XVI w., kiedy w Wielkiej Brytanii wprowadzono prawo dla ubogich (ang. *Poor Law Act*), zgodnie z którym osoby kalekie miały prawo do żebrania, a osoby sprawne musiały zapracować na swoje utrzymanie. W Niemczech natomiast pomoc osobom kalekim zaczęły wówczas oferować gminy lub samorządy.

Inwalidztwo

W wieku XIX kalectwo funkcjonowało już coraz częściej w kontekście niezdolności do wykonywania pracy. Po raz pierwszy termin „inwalidztwo” pojawił się w 1889 r. w Niemczech, w ustawie dotyczącej rent starczych i rent z powodu inwalidztwa. Istotne kroki prawne zostały poczynione w XX w., kiedy zostały przyjęte kolejno:

- **1933 r. – Konwencja nr 37 Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP)**, dotycząca obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa pracowników najemnych, przedsiębiorców przemysłowych i handlowych, w wolnych zawodach, takich jak chałupnicy i pracownicy gospodarstw domowych;
- **1933 r. – Konwencja MOP nr 38** dotycząca obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa pracowników rolnictwa;
- **1944 r. – Konwencja MOP nr 67** dotycząca zabezpieczenia dochodu, który powinien zapobiegać brakom środków utrzymania przez zwracanie w odpowiedniej wysokości środków utraconych z powodu niezdolności do pracy, z powodu wieku, następstw choroby, śmierci żywiciela rodziny oraz inwalidztwa, czyli niezdolności do podjęcia jakiegokolwiek przynoszącej istotne dochody pracy z powodu przewlekłego stanu wywołanego chorobą lub obrażeniem ciała albo z powodu utraty części ciała bądź naruszenia sprawności organizmu;
- **1952 r. – Konwencja MOP nr 102** dotycząca minimalnych norm zabezpieczenia społecznego (ratyfikowana przez Polskę), przewidująca m.in.:
 - zasiłek chorobowy – przedmiot ochrony powinien obejmować niezdolność do pracy wskutek choroby pociągającej za sobą utratę zarobku;

- świadczenie w razie wypadków przy pracy i chorób zawodowych – przedmiot ochrony powinien obejmować m.in. następujące okoliczności, jeżeli są skutkiem wypadków przy pracy lub ustalonych chorób zawodowych:
 1. stan chorobowy,
 2. niezdolność do pracy wynikającą z takiego stanu i powodującą utratę zarobku,
 3. całkowitą utratę zdolności do zarabkowania lub utratę częściową powyżej ustalonego stopnia, jeśli można przypuszczać, że utrata jest trwała, albo też odpowiednie zmniejszenie sprawności fizycznej;
 - świadczenie w razie inwalidztwa (obecnie: niepełnosprawności) – przedmiot ochrony powinien obejmować niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek działalności zawodowej w ustalonym stopniu, jeżeli można przypuszczać, że niezdolność będzie trwała lub jeżeli istnieje nadal po wykorzystaniu prawa do zasiłku chorobowego;
- **1971 r. – Rozporządzenie Rady Europy (RE) nr 1408/71**, stosowane również do świadczeń z tytułu inwalidztwa, łącznie ze świadczeniami służącymi zachowaniu albo zwiększeniu zdolności do zarabkowania; inwalidztwo cechuje utrata zdolności do pracy, najczęściej przed osiągnięciem wieku emerytalnego, z powodu naruszenia sprawności organizmu w następstwie choroby lub urazu, co powoduje ukończenie lub ograniczenie aktywności zawodowej, a więc konieczność rekompensaty utraconych dochodów z pracy i podjęcie działań w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej;
 - **1995 r. – Konwencja MOP nr 99** dotycząca przystosowania i rehabilitacji zawodowej inwalidów, ustalająca, że „inwalida” oznacza każdą osobę, której szanse utrzymania i zachowania odpowiedniego zatrudnienia są poważnie zredukowane w następstwie zmniejszenia zdolności fizycznych i umysłowych;
 - **1997 r. – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej** (art. 67), stanowiąca, że każdy obywatel ma prawo do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo oraz po osiągnięciu wieku emerytalnego.

Niepełnosprawność

W prawie polskim pojęcie „osoba niepełnosprawna” pojawiło się w 1982 r. w Uchwale Sejmu w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych. W 2012 r. Polska ratyfikowała Konwencję ONZ o prawach osób niepełnosprawnych z 2006 r., w której w art. 28 państwa strony zobowiązują się do odpowiedniego zapewnienia warunków życia i ochrony socjalnej, a w tym zapewnienia osobom niepełnosprawnym jednakowego

dostępu do ubezpieczenia społecznego i świadczeń emerytalnych.

Każdy stan chorobowy, niezależnie od jego przyczyny, charakteru i przebiegu, może zakończyć się wyzdrowieniem lub spowodować krótkotrwałe, długotrwałe bądź trwałe upośledzenie sprawności fizycznej i/lub psychicznej. W I Międzynarodowej Klasyfikacji Upośledzeń, Niepełnosprawności i Inwalidztwa, ogłoszonej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w 1980 r., przyjęto podział skutków choroby na uszkodzenia, niezdolność i ograniczenie w pełnieniu określonych funkcji życiowych lub zawodowych:

- uszkodzenie dotyczy nieprawidłowości budowy i wyglądu ciała oraz funkcji narządów lub układów niezależnie od przyczyny; oznacza więc zaburzenie na poziomie narządów;
- niezdolność powstaje wówczas, gdy skutki uszkodzenia uniemożliwiają lub utrudniają wykonywanie czynności i osłabiają aktywność danej osoby;
- ograniczenie w rolach życiowych lub zawodowych są zaś następstwami uszkodzenia i niezdolności mającymi wpływ na relacje międzyludzkie i przystosowania do otoczenia.

Niepełnosprawność to według WHO wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny u człowieka. Za niepełnosprawne uważa się osoby, które nie mogą, częściowo lub całkowicie, zapewnić sobie możliwości samodzielnego normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznej i/lub psychicznej. Natomiast na gruncie prawa polskiego, zgodnie z Ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych przyjętą w 1997 r., „[...] 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”.

Do tego czasu 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 rzeczywistych, życiowych problemów osób niepełnosprawnych, takie jak np. usuwanie barier ograniczających możliwość ich uczestnictwa w życiu społecznym oraz zawodowym, nie były wcześniej w pełni uwzględnione.

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 ba-

rier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych, których z powodu występujących u niej uszkodzeń nie może przewyciężyć w taki sposób, jak inni ludzie. Bariery te są zbyt często wzmacniane przez depresjonujące postawy ze strony społeczeństwa”. Należy pamiętać, że osobę niepełnosprawną prawa człowieka dotyczą w tym samym stopniu co resztę społeczeństwa; nie powinna być ona postrzegana jedynie jako jednostka z problemami chorobowymi, wymagająca długotrwałej opieki medycznej. Zgodnie z Konwencją ONZ o prawach osób niepełnosprawnych należy umożliwić takiej osobie maksymalny (możliwy do osiągnięcia) udział w pełnieniu funkcji społecznych, w tym zawodowych.

22 maja 2001 r. na Zgromadzeniu Ogólnym WHO w Genewie przyjęto ostateczną wersję klasyfikacji pn. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. W rezolucji WHA (World Health Assembly) 54.21 znalazł się następujący zapis: „54. Zgromadzenie Zdrowia przyjmuje drugą edycję Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń, Upośledzeń i Inwalidztwa 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”.

Ilustracja 1. Zależności pomiędzy składnikami ICF



Źródło: ICF Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (Warszawa, CSIOZ, 2012).

Na ilustracji przedstawiono zależności pomiędzy poszczególnymi składnikami ICF. W pierwszej kolejności ustala się, jakie struktury, funkcje i w jakim stopniu są uszkodzone, a następnie – jaka jest pozostała aktywność badanej osoby. Sprawdza się, jak można poprawić tę aktywność przez dalsze leczenie i rehabilitację, aby jak najwięcej osób mogło wrócić do czynnego życia społecznego. Wszystkie

te elementy rozpatrywane są w kontekście warunkujących ich czynników środowiskowych i osobowych. Celem ICF jest uzyskanie miarodajnych informacji na temat funkcjonowania człowieka i stanu jego niepełnosprawności w odniesieniu do skali międzynarodowej. ICF ocenia funkcjonowanie i niepełnosprawność; może być narzędziem nie tylko statystycznym, ale również klinicznym, badawczym, edukacyjnym, ekonomicznym oraz przydatnym dla celów polityki społecznej. Potrzeba jej opracowania wynikała z charakteru zmian zachodzących w zapotrzebowaniu na opiekę medyczną, której uwaga coraz częściej koncentruje się nie na chorobach ostrych, lecz przewlekłych. Odpowiada ona także na konieczność sklasyfikowania następstw chorób, czyli stworzenia wspólnego międzynarodowego języka dotyczącego skutków chorób, który pomógłby odpowiedzieć na potrzeby osób niepełnosprawnych. Światowa Organizacja Zdrowia uznaje za niezbędne podjęcie wszelkich dostępnych działań zapobiegających powstawaniu niepełnosprawności, a także umożliwiających osobom niepełnosprawnym powrót do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym, dla dobra ich samych i dla dobra całego społeczeństwa.

Zabezpieczenie społeczne ryzyka choroby i jej następstw

W Polsce system zabezpieczenia społecznego osób niepełnosprawnych jest realizowany w ramach:

- powszechnego ubezpieczenia społecznego pracowników, osób pracujących na własny rachunek oraz rolników,
- zaopatrzenia społecznego niektórych pracowników państwowych,

- pomocy społecznej,
- wspierania zatrudnienia osób niepełnosprawnych i pracodawców tworzących dla nich miejsca pracy.

W każdym z tych systemów odrębnie określa się zakres uprawnień do świadczeń związanych z niepełnosprawnością. Różne są również ich organizacja, finansowanie i zarządzanie nimi.

Orzecznictwo lekarskie w Polsce

Orzecznictwo lekarskie odgrywa jedną z fundamentalnych ról w systemie zabezpieczania społecznego. Z ustawy o zawodzie lekarza wynika, że orzecznictwo, obok badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób, zapobiegania im, leczenia, udzielania porad, rehabilitacji, jest podstawowym zadaniem każdego lekarza. Tak jak ustalenie trafnego rozpoznania choroby i wdrożenie właściwego leczenia oraz rehabilitacji może przesądzić o zdrowiu, sprawności, samodzielności, a nawet życiu chorego, tak trafne i rzetelne orzeczenie lub opinia lekarska ustalająca czasową lub długotrwałą niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji stanowią podstawę przyznania osobom niepełnosprawnym należnych świadczeń pieniężnych i rzeczowych umożliwiających im godne życie.

Orzecznictwo lekarskie polega na ocenie stanu zdrowia i upośledzenia funkcji organizmu pacjenta na jego wniosek lub na wniosek uprawnionej do tego instytucji, uzupełniony wnioskami wynikającymi z oceny dotyczącej np. czasowej lub długotrwałej niezdolności do pracy, niepełnosprawności, niezdolności do samodzielnej egzystencji, uszczerbku na zdrowiu. Każde orzeczenie lekarskie powinno być zgodne ze stwierdzonym stanem faktycznym, aktualnym stanem wiedzy medycznej, przepisami obowiązującego prawa oraz zasadami etyki i deontologii lekarskiej. Jest

Tabela 1. Zabezpieczenie społeczne ryzyka choroby i jej następstw

	Zdrowie	Sprawność	Samodzielność	
	Choroba	Niepełnosprawność	Niesamodzielność	
Zasiłek macierzyński	<ul style="list-style-type: none"> – prewencja – diagnostyka – leczenie (NFZ) 	a) renta z tytułu <ul style="list-style-type: none"> – niezdolności do pracy (ZUS) – całkowitej niezdolności do pracy rolniczej (KRUS) – niezdolności do pracy i służby; dot. MON, MSWiA, MS (budżet państwa) b) renty socjalne (budżet państwa) c) renty inwalidów wojennych i kombatantów (budżet państwa)	<ul style="list-style-type: none"> – dodatek pielęgnacyjny (ZUS, KRUS, MON, MSWiA, MS; budżet państwa) – zasiłek pielęgnacyjny (budżet państwa) 	Zasiłek pogrzebowy
	<ul style="list-style-type: none"> – zasiłki chorobowe – świadczenia rehabilitacyjne (ZUS, KRUS, budżet państwa, pracodawcy) 			
REHABILITACJA (NFZ, ZUS, KRUS, PFRON)				

dokumentem, od którego może zależeć nie tylko dalszy los pacjenta i jego rodziny, lecz także prawidłowe dysponowanie funduszami publicznymi gromadzonymi w formie składek lub podatków. Lekarz powinien wydać orzeczenie na podstawie aktualnego badania pacjenta lub odpowiedniej dokumentacji, zgodnie z własną wiedzą i sumieniem, nie oczekując za to osobistych korzyści. Podstawowy problem, z którym spotyka się lekarz orzekający dla potrzeb zabezpieczenia społecznego, to konieczność przełożenia rozpoznanych zmian jakościowych na ocenę ilościową ograniczenia funkcjonowania badanej osoby w określonych warunkach społeczno-zawodowych.

W postępowaniu orzeczniczym istotny jest obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej wynikający z Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz Kodeksu Etyki Lekarskiej. Lekarz przeprowadzający badanie na zlecenie upoważnionego z mocy prawa organu przekazuje mu orzeczenie, które zawiera wnioski niezbędne do wydania decyzji przyznającej odpowiednie świadczenia lub odmowy ich przyznania.

Historia orzecznictwa lekarskiego w Polsce

W latach 30. XX w. podjęto w Polsce reformę systemu ubezpieczeń społecznych zmierzającą do jego ujednoczenia na terenie całego kraju.

Ustawa z 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym, tzw. scalenkowa, doprowadziła do ukształtowania jednolitego systemu ubezpieczeniowego, opartego na dwóch filarach: nadrzędnej instytucji centralnej – Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) oraz 61 terenowych ubezpieczalniach społecznych, które obok pełnienia nowych zadań przejęły również obowiązki dawnych kas chorych. Najważniejszymi zadaniami ZUS było „ustalenie uprawnień do świadczeń długoterminowych oraz ich wypłata, administrowanie majątkiem ubezpieczenia emerytalnego i wypadkowego, nadzór nad ubezpieczeniem społecznym, prowadzenie akcji zapobiegania wypadkom w zatrudnieniu i chorobom zawodowym, lecznictwo i profilaktyka w zakresie wspólnym wszystkim działom ubezpieczeń”. Podstawowym warunkiem uzyskania prawa do renty inwalidzkiej było orzeczenie o inwalidztwie, przyznawane według kryteriów różnych dla pracowników umysłowych i fizycznych. Zgodnie z art. 22 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z 25 listopada 1927 roku o ubezpieczeniu pracowników umysłowych „za niezdolnego do wykonywania swego zawodu uważa się pracownika, którego zdolność do wykonywania zawodu wskutek ułomności cielesnej lub umysłowej, względnie wskutek upadku sił fizycznych lub umysłowych, obniżyła się poniżej 50% zdolności osób

zdrowych fizycznie i umysłowo, o podobnym uzdolnieniu zawodowym”.

W odniesieniu do pracowników fizycznych, zgodnie z art. 154 Ustawy o ubezpieczeniu społecznym z 1933 r., inwalidą był „ten, kto wskutek choroby, ułomności fizycznej albo umysłowej, bądź też wskutek upadku sił fizycznych lub umysłowych stanie się niezdolny do zarobienia własną pracą jednej trzeciej tego, co zarabia w danej miejscowości osoba w pełni sił fizycznych i umysłowych o podobnym wykształceniu i uzdolnieniu”. Określenie inwalidztwa w „ustawie scalenkowej” było bardzo zbliżone do jego definicji zawartej w par. 1255 niemieckiej ordynacji ubezpieczeniowej z 19 lipca 1911 r.: „Za inwalidę uważa się tego, kto czynnością odpowiadającą jego siłom i zdolnościom, jakiej można od niego wymagać przy słusznym uwzględnieniu jego wykształcenia i jego dotychczasowego zawodu, nie może już zarobić jednej trzeciej tego, co zwykły zarabiać pracą w tej samej okolicy osoby tego samego rodzaju fizycznie i umysłowo zdrowe z podobnym wykształceniem”.

W 1935 r. dr Franciszek Witaszek z Zakładu Higieny Uniwersytetu Poznańskiego opracował i wydał *Zarys orzecznictwa inwalidzkiego* przeznaczony dla lekarzy orzekających dla celów przyznawania świadczeń z ubezpieczenia społecznego (lekarzy zaufania). W jego przedmowie napisał: „Przystępując do opracowania niniejszego krótkiego szkicu pragnąłem przede wszystkim przyjść z pomocą tym wszystkim Kolegom, którzy z jakichkolwiek powodów nie mają możliwości zaznajomić się z obszerną na ten temat literaturą obcą”. Następnie omówił procedurę przeprowadzenia badania lekarskiego dla celów orzeczniczych, zwracając uwagę na „konieczność gruntownego przestudiowania akt badanego i zapoznania się ze wszystkimi poprzednimi orzeczeniami lekarskimi, aby nie zaprzeczyć czegoś, co się w czasie badania przeoczyło, a co potwierdził lekarz stale badający petenta”. We wstępie do tej publikacji prof. Paweł Gantkowski wypowiedział się na temat „rehabilitacji przed rentą”. Przepisy Ustawy o ubezpieczeniu społecznym z 1933 r. stanowiły, że „celem zapobieżenia niezdolności do zarobkowania, grożącej ubezpieczonemu, lub przywrócenia tej zdolności osobie, otrzymującej świadczenia, Zakład Ubezpieczenia od Wypadków lub Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników ma prawo zarządzić odpowiednie leczenie” (art. 173 ust. 1). Leczenie zarządzone na podstawie tego artykułu mogło mieć charakter profilaktyczny (zapobiegawczy) lub restytucyjny. „Leczenie profilaktyczne ma na celu zapobieżenie grożącej niezdolności do zarobkowania, restytucyjne przywrócenie (całkowite lub częściowe) zdolności do zarobkowania osobie, która już pobiera świadczenia. Leczenie zapobiegawcze, względnie restytucyjne, rozpatruje się zwykle z dwóch punktów widzenia (między którymi nie daje się jednak

przeprowadzić ścisłej granicy), a mianowicie z punktu finansowego i społecznego. Usuwając istniejącą już niezdolność do pracy (względnie do wykonywania zawodu) lub odracząc leczeniem termin zaistnienia tej niezdolności, można zmniejszyć wydatki na świadczenia rentowe, a równocześnie dając ubezpieczonemu możliwość zarabiania, zwiększyć jego dochody (renta jest niższa) i tym samym dobrobyt jego rodziny. Z punktu widzenia społecznego daje się ubezpieczonemu więcej wartościową pracę zamiast renty”.

W zakończeniu wstępu do *Zarysu orzecznictwa inwalidzkiego* autor podsumowuje swój wywód słowami: „Wszelkie orzeczenia lekarskie są jedynie podstawą, na której opiera wyrok władza administracyjna, lecz podstawą, daną przez jedyne go zawodowego rzeczoznawcę w postępowaniu rentowym, a zatem muszą być podstawą zdrową i silną. Powtarzam raz jeszcze: od lekarzy zależy los i powodzenie ubezpieczeń społecznych, bo najmędrsza ich organizacja, najlepsze kierownictwo nie pomoże, skoro orzecznictwo lekarskie, niesprawiedliwe i powierzchowne, podkopywać miałyby ekonomiczny byt tychże ubezpieczeń społecznych”. Orzecznictwo lekarskie w systemie ubezpieczenia społecznego było wykonywane przez lekarzy zaufania do 1954 r.

Dekret z 15 czerwca 1954 roku o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin w artykule 14 ust. 1 stanowił, że „utrata zdolności do pracy, grupę inwalidów, do której dana osoba ma być zaliczona, datę powstania inwalidztwa, związek przyczynowy inwalidztwa z wypadkiem w zatrudnieniu lub chorobą zawodową, kierowanie na leczenie oraz możliwość zatrudnienia w dotychczasowym lub innym zawodzie ustalają komisje lekarskie do spraw inwalidztwa i zatrudnienia”.

1 listopada 1954 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie powołania komisji lekarskich do spraw inwalidztwa i zatrudnienia, w którym nadzór nad ich działalnością powierzono Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej (MPIOS). Na podstawie Zarządzenia MPiOS w sprawie składu, organizacji i postępowania komisji lekarskich do spraw inwalidztwa i zatrudnienia utworzono na terenie Polski 89 Komisji Obwodowych (OKIZ) i 24 Komisje Wojewódzkie (WKIZ). Zaliczenie badanego do jednej z trzech grup inwalidzkich, dokonywane na podstawie tych samych zasad, mogło służyć przyznawaniu prawa do świadczeń, jeżeli osoba ubiegająca się spełniała pozostałe warunki (tzn. posiadała odpowiedni staż ubezpieczenia, a niezdolność do pracy powstała w okresie ubezpieczenia lub nie później niż 18 miesięcy od jego zakończenia) albo jego zatrudnieniu w tzw. warunkach chronionych lub uzyskaniu prawa do określonych przywilejów.

Przewodniczącymi OKIZ i WKIZ powoływał Minister Pracy i Opieki Społecznej na wniosek ZUS, uzgodnio-

ny z wydziałem zdrowia właściwego prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej. Lekarzy – członków – komisji powoływał ZUS w porozumieniu z właściwym Wojewódzkim Prezydium Rady Narodowej. Przepisy zarządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej upoważniały OKIZ także do badania prawidłowości zatrudnienia i warunków pracy inwalidów w zakładach pracy oraz do współdziałania w przywracaniu inwalidom zdolności do pracy poprzez leczenie, rehabilitację, protezowanie i szkolenie. 31 grudnia 1955 r. opublikowano instrukcję Ministra Pracy i Opieki Społecznej w sprawie zaliczania do grup inwalidzkich, regulującą zasady sprawowania nadzoru nad prawidłowością zatrudniania inwalidów. Przedstawione akty prawne stanowiły podstawę funkcjonowania Komisji ds. Inwalidztwa i Zatrudnienia do 1997 r. Następnie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wyodrębniono Biuro Emerytalno-Rentowe Ministerstwa Obrony Narodowej oraz Biuro Emerytalno-Rentowe Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji i utworzono w nich własny aparat orzecznictwa lekarskiego. Zgodnie z Ustawą o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych i ich rodzin, a także z Ustawą o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, ABW, BOR, SG, PSP i SW żołnierzom zawodowym lub funkcjonariuszom w przypadku wystąpienia całkowitej niezdolności do służby i pracy przysługują w ramach tego zaopatrzenia określone świadczenia pieniężne z budżetu państwa, w tym wojskowa lub policyjna renta inwalidzka.

Ustalono trzy grupy inwalidztwa żołnierzy lub funkcjonariuszy niezdolnych do służby: I grupa – całkowita niezdolność do służby i całkowita niezdolność do pracy, II grupa – całkowita niezdolność do służby i częściowa niezdolność do pracy, III grupa – całkowita niezdolność do służby i zdolność do pracy. O inwalidztwie żołnierzy zawodowych orzekały w I instancji – terenowe, a w II instancji – rejonowe wojskowe komisje lekarskie. Natomiast o inwalidztwie funkcjonariuszy orzekały komisje wojewódzkie (I instancja) i okręgowe (II instancja). W obydwu resortach nadzór nad orzecznictwem pełniły: Centralna Wojskowa Komisja Lekarska MON i Centralna Komisja Lekarska MSWiA.

W ostatnich latach dokonano zmiany w organizacji orzecznictwa w Ministerstwie Obrony Narodowej (MON) i Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA) polegającej na orzekaniu: w MON przez rejonowe i centralną wojskową komisję lekarską, a w MSWiA przez rejonowe i centralną komisję lekarską.

W 1990 r. na mocy Ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników powołano Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) dla realizacji tych ubezpieczeń. Odrębny aparat orzecznictwa lekarskiego dla celów przyznawania świadczeń z tego ubezpieczenia utworzono w 1997 r. na podstawie Ustawy z 12 września 1996 roku o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników.

Ustawa z 28 czerwca 1996 roku o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i o ubezpieczeniu społecznym wprowadziła również zmiany w orzecznictwie lekarskim w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Mocą tej ustawy wprowadzono:

- w miejsce dotychczasowej renty inwalidzkiej – rentę z tytułu niezdolności do pracy,
- zamiast pojęcia „inwalidztwo” – pojęcie „niezdolność do pracy”,
- w miejsce przeprowadzanych z urzędu badań kontrolnych stanu inwalidztwa – renty stałe i okresowe,
- jednoosobowe i jednoinstancyjne orzekanie o niezdolności do pracy i jej stopniu,
- nowy rodzaj świadczenia z ubezpieczenia społecznego – rentę szkoleniową,
- podział na orzecznictwo o niezdolności do pracy do celów rentowych i orzecznictwo o stopniu niepełnosprawności dla celów pozarentowych.

W Ustawie z 28 czerwca 1996 roku podstawowe znaczenie miało uzależnienie prawa do renty od utra-

ty lub istotnego ograniczenia zdolności do pracy zarobkowej. Należy to wyraźnie podkreślić, oznaczało to bowiem całkowitą zmianę dotychczasowej filozofii orzekania o inwalidztwie. Intencją wprowadzonych zmian nie były restrykcje lub zaostrzenie kryteriów orzecznicznych. Dokonana racjonalizacja systemu polegała na przyznawaniu rent osobom ubezpieczonym, które rzeczywiście utraciły zdolność do osiągnięcia dochodów z pracy zarobkowej i którym renta powinna częściowo zastąpić utracony dochód. Przekształcono więc dotychczasowy system rentowy w rzeczywiste ubezpieczenie ryzyka utraty zdolności do pracy zarobkowej. Nadzór nad orzecznictwem z upoważnienia Prezesa ZUS sprawuje Naczelny Lekarz ZUS. Orzecznictwo dla celów pozarentowych jest natomiast od tamtej pory realizowane przez Powiatowe i Wojewódzkie Zespoły Orzekania o Niepełnosprawności, które nadzoruje Pełnomocnik Rządu do spraw Osób Niepełnosprawnych.

Tabela 2. Zabezpieczenie społeczne niepełnosprawności. Definicje

Ubezpieczenie społeczne pracowników i osób pracujących na własny rachunek (ZUS)	<p>Niezdolna do pracy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu.</p> <p>Stopnie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – całkowita niezdolność do pracy to utrata zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy, – częściowa niezdolność do pracy to znacznego stopnia utrata zdolności do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.
Ubezpieczenie społeczne rolników (KRUS)	<p>Za całkowicie niezdolnego do pracy w gospodarstwie rolnym uważa się ubezpieczonego, który z powodu naruszenia sprawności organizmu utracił zdolność do osobistego wykonywania pracy w gospodarstwie rolnym. Całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym uznaje się za trwałą, jeżeli ubezpieczony nie rokuje odzyskania zdolności do osobistego wykonywania pracy w gospodarstwie rolnym.</p>
Zaopatrzenie inwalidztwa żołnierzy zawodowych (MON)	<p>Inwalidą jest żołnierz zwolniony z zawodowej służby wojskowej, który ze względu na stan zdrowia został uznany za całkowicie niezdolnego do tej służby wskutek stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu.</p> <p>Za stałe naruszenie sprawności organizmu uważa się takie naruszenie sprawności, które spowodowało upośledzenie czynności organizmu nierokujące, według wiedzy lekarskiej, poprawy.</p> <p>Za długotrwałe naruszenie sprawności organizmu uważa się takie naruszenie sprawności, które spowodowało upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający 12 miesięcy, mogące jednak rokować, według wiedzy lekarskiej, poprawę.</p> <p>Ustala się trzy grupy inwalidztwa żołnierzy całkowicie niezdolnych do służby:</p> <ul style="list-style-type: none"> I grupa – całkowicie niezdolni do pracy, II grupa – częściowo niezdolni do pracy, III grupa – zdolni do pracy.
Zabezpieczenie niepełnosprawności (MRPiPS)	<p>Osobami niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia pełnienie funkcji społecznych, a szczególnie zdolności do wykonywania pracy zawodowej.</p> <p>Stopnie niepełnosprawności:</p> <ul style="list-style-type: none"> – znaczny, – umiarkowany, – lekki. <p>Osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności to osoby z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolne do podjęcia pracy albo zdolne do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagające, w celu pełnienia funkcji społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.</p> <p>Osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności to osoby z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolne do pracy albo zdolne do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagające czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia funkcji społecznych.</p> <p>Osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności to osoby o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny zmniejszenie zdolności do wykonywania pracy w porównaniu ze zdolnościami, jakie wykazują osoby o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną.</p>

Tabela 3. Organy orzekające

I instancja	
ZUS	Lekarze orzecznicy ZUS
KRUS	Lekarze rzeczoznawcy
MON	Rejonowe wojskowe komisje lekarskie
MSWiA	Rejonowe komisje lekarskie
MRPiPS	Powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności
II instancja (odwoławcza)	
ZUS	Komisje lekarskie Zakładu
KRUS	Komisje lekarskie Kasy
MON	Centralna wojskowa komisja lekarska
MSWiA	Centralna komisja lekarska MSWiA
MRPiPS	Wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności

Źródło: opracowanie własne.

We wszystkich sprawach dotyczących świadczeń, do których prawo jest uzależnione od stwierdzenia niezdolności do pracy/inwalidztwa, od decyzji organu rentowego przysługuje odwołanie do Sądu Okręgowego – Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w terminie i według zasad określonych w przepisach Kodeksu postępowania cywilnego. Od wyroku sądu I instancji przysługuje apelacja do sądu II instancji. Od wyroku wydanego przez sąd II instancji przysługuje kasacja do Sądu Najwyższego.

Instytucje ubezpieczeń społecznych i zaopatrzenia społecznego w Polsce przyznają i wypłacają na podstawie orzeczeń lekarskich różnego rodzaju świadczenia.

Tabela 4. Przyznawane świadczenia w zależności od ryzyka czasowej i długotrwałej niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji

CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY					
świadczenie	orzeczenie	instytucja			
		ZUS	KRUS	MON	MSWiA
Zasiłek chorobowy	Czasowa niezdolność do pracy	+	+	+	+
Przedłużony zasiłek chorobowy/ świadczenie rehabilitacyjne	Przedłużenie czasowej niezdolności do pracy	+	+	-	-
Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej	Wskazania do rehabilitacji leczniczej	+	+	-	-
Renta szkoleniowa	Celowość przekwalifikowania zawodowego	+	+	-	-
DŁUGOTRWAŁA LUB TRWAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY					
świadczenie	orzeczenie	instytucja			
		ZUS	KRUS	MON	MSWiA
Renta z tytułu niezdolności do pracy	Niezdolność do pracy: – częściowa – całkowita	+	-	-	-
Renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy	Całkowita niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym	-	+	-	-
Renta inwalidzka – policyjna – wojskowa	I, II, III grupa inwalidzka Grupa I – całkowita niezdolność do pracy Grupa II – częściowa niezdolność do pracy Grupa III – zdolność do pracy	-	-	+	+
CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY					
świadczenie	orzeczenie	instytucja			
		ZUS	KRUS	MON	MSWiA
Renta socjalna	Całkowita niezdolność do pracy	+	-	-	-
PROCENTOWY USZCZERBEK NA ZDROWIU Z TYTUŁU WYPADKU PRZY PRACY LUB CHOROBY ZAWODOWEJ					
świadczenie	orzeczenie	instytucja			
		ZUS	KRUS	MON	MSWiA
Jednorazowe odszkodowanie	Procentowy uszczerbek na zdrowiu	+	+	+	+

NIEZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI					
świadczenie	orzeczenie	instytucja			
		ZUS	KRUS	MON	MSWiA
Dodatek pielęgnacyjny	Niezdolność do samodzielnej egzystencji	+	+	+	+

Źródło: opracowanie własne.

Zasady i tryb orzekania określono w ustawach i rozporządzeniach Ministra Pracy i Polityki Społecznej, Ministra Rolnictwa, Ministra Obrony Narodowej, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Przy orzekaniu o niezdolności do pracy bierze się pod uwagę:

- charakter i przebieg procesów chorobowych oraz ich wpływ na stan czynnościowy organizmu, a w sprawach o ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy z powodu następstw wypadku lub choroby zawodowej – także ich związek z tym wypadkiem lub chorobą,
- sprawność psychofizyczną organizmu, stopień przystosowania organizmu do ubytków anatomicznych, kalectwa oraz skutków choroby,
- wiek, wykształcenie oraz rodzaj prac dotychczas wykonywanych przez zainteresowanego,
- możliwość przywrócenia zdolności do pracy przez leczenie i rehabilitację oraz zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, protezy i środki pomocnicze.

Lekarz orzekający może przed wydaniem orzeczenia uzupełnić dokumentację dołączoną do wniosku, w szczególności o opinię lekarza konsultanta lub psychologa albo o wyniki badań dodatkowych lub obserwacji szpitalnej.

Nie ma więc konieczności angażowania w proces orzeczniczy w celu przyznania świadczeń rentowych z ubezpieczenia lub zaopatrzenia społecznego innych specjalistów niż lekarze lub psychologowie.

Dla osób nieobjętych ubezpieczeniem lub zaopatrzeniem społecznym (bezrobocie, umowy śmieciowe) w latach 90. XX w. utworzono Zespoły ds. Orzekania o Niepełnosprawności, które ustalają trzy stopnie niepełnosprawności: lekki, umiarkowany, znaczny. Orzeczenia te pozwalają osobom nieuprawnionym do pobierania świadczeń z ubezpieczenia lub zaopatrzenia społecznego uzyskać odpowiednie do stwierdzonej niepełnosprawności zatrudnienie, a także otrzymać ulgi, przywileje i wsparcie przysługujące osobom niepełnosprawnym. Natomiast przez 30 lat nie reaktywowano instytucji, która zajmowałaby się przyznawaniem i realizacją tych świadczeń.

Ulgi i uprawnienia są przyznawane także osobom pobierającym z ZUS rentę z tytułu niezdolności do pracy na podstawie orzeczenia o częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy. Z kolei osoby pobierające rentę inwalidzką z MON lub MSWiA są zobowiązane, w celu

uzyskania ulg i uprawnień, ponownie poddać się orzekaniu Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności, pomimo tego, że uzyskały już orzeczenie o inwalidztwie (czyli częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy), które powinno być zastąpione terminem „niepełnosprawność”. Podobne rozwiązanie dotyczy rolników.

Warto raz jeszcze podkreślić, że w systemie zabezpieczenia społecznego następstw choroby lub urazu w postaci niepełnosprawności w stopniu powodującym niezdolność do pracy to lekarz dokonuje oceny stopnia uszkodzenia struktur i funkcji organizmu, ustala rozpoznanie chorób i ocenia stopień niezdolności do pracy. Na podstawie tego orzeczenia odpowiednia instytucja ubezpieczeniowa lub zaopatrzenia społecznego przyznaje i wypłaca świadczenia pieniężne.

Natomiast świadczenia rzeczowe przysługujące osobom niepełnosprawnym powinien przyznawać zespół specjalistów w instytucji przyznającej świadczenia rzeczowe (dawniej Wojewódzkie Ośrodki Zatrudniania i Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych), ustalający zakres niezbędnego wsparcia i realizację ulg i uprawnień przysługujących osobom niepełnosprawnym, a mianowicie:

1. zatrudnienie uwzględniające psychologiczne możliwości danej osoby,
2. szkolenie, w tym specjalistyczne,
3. zatrudnienie w zakładzie aktywności zawodowej,
4. uczestnictwo w warsztatach terapii zajęciowej,
5. konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie danej osoby,
6. korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych, świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki,
7. konieczność stałej lub długotrwałej opieki albo pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji,
8. konieczność stałego, codziennego współdziałania opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji,
9. spełnianie przez osobę niepełnosprawną przesłanek określonych w art. 8 ust. 1 Ustawy z dnia 20 czerwca 1997 roku prawo o ruchu drogowym (Dz.U. z 2015 r., poz. 2183).

Orzecznictwo o niepełnosprawności dzieci

Zgodnie z art. 4a Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych osoby, które nie ukończyły 16. roku życia, zaliczane są do osób niepełnosprawnych, jeżeli mają naruszoną sprawność fizyczną lub psychiczną o przewidywanym okresie trwania powyżej 12 miesięcy, z powodu wady wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia organizmu, powodującą konieczność zapewnienia im całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku.

Jak stanowi Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 roku w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16. roku życia:

„§ 1.

Oceny niepełnosprawności u osoby w wieku do 16 roku życia, zwanej dalej «dzieckiem», dokonuje się na podstawie następujących kryteriów:

- 1) przewidywanego okresu trwania upośledzenia stanu zdrowia z powodu stanów chorobowych, o których mowa w § 2, przekraczającego 12 miesięcy,
- 2) niezdolności do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, takich jak: samoobsługa, samodzielne poruszanie się, komunikowanie z otoczeniem, powodującej konieczność zapewnienia stałej opieki lub pomocy, w sposób przewyższający zakres opieki nad zdrowym dzieckiem w danym wieku, albo
- 3) znacznego zaburzenia funkcjonowania organizmu, wymagającego systematycznych i częstych zabiegów leczniczych i rehabilitacyjnych w domu i poza domem.

§ 2. [...]

2. Przy ocenie niepełnosprawności dziecka bierze się pod uwagę:

- 1) rodzaj i przebieg procesu chorobowego oraz jego wpływ na stan czynnościowy organizmu,
- 2) sprawność fizyczną i psychiczną dziecka oraz stopień jego przystosowania do skutków choroby lub naruszenia sprawności organizmu,
- 3) możliwość poprawy stanu funkcjonalnego pod wpływem leczenia i rehabilitacji”.

Niepełnosprawność dziecka orzeka się na czas określony, jednak na okres nie dłuższy niż do ukończenia przez dziecko 16. roku życia. Decyduje ocena możliwości poprawy funkcjonowania dziecka. Orzeczenie o niepełnosprawności wydaje się na wniosek złożony do powiatowego/miejskiego zespołu do spraw

orzekania o niepełnosprawności przez przedstawiciela ustawowego dziecka.

Opiniodawstwo w szkolnictwie

Znowelizowana Ustawa o systemie oświaty z 7 września 1991 roku zapewnia możliwość pobierania nauki we wszystkich typach szkół przez dzieci i młodzież niepełnosprawną lub niedostosowaną społecznie, zgodnie z indywidualnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi oraz predyspozycjami, jak również opiekę nad uczniami niepełnosprawnymi przez umożliwienie realizowania indywidualnego procesu kształcenia.

O potrzebie objęcia dzieci i młodzieży programami kształcenia specjalnego czy też indywidualnym nauczaniem orzekają zespoły działające w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, jak również w publicznych poradniach specjalistycznych, które wydają orzeczenia o potrzebie:

- kształcenia specjalnego dzieci i młodzieży z zaburzeniami i odchyleniami rozwojowymi, wymagającymi stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy, w tym również o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim,
- indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży, których stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły przez okres dłuższy niż 21 dni.

W skład zespołu orzekającego wchodzi: kierownik zespołu, psycholog, pedagog, logopeda, lekarz lub lekarze specjaliści, jeśli ich udział w danym przypadku w pracy zespołu jest niezbędny.

Od orzeczenia zespołu przysługuje wnioskodawcy odwołanie do Kuratora Oświaty w terminie 14 dni od dnia doręczenia. Od decyzji wydanej przez Kuratora Oświaty odwołanie nie przysługuje.

Niezdolność do samodzielnej egzystencji – niesamodzielnosc

Aktualnie we wszystkich instytucjach zabezpieczenia społecznego obowiązuje jedna definicja ryzyka niezdolności do samodzielnej egzystencji, w odniesieniu do której możliwe jest przyznanie dodatku pielęgnacyjnego. Wyjątek stanowią zespoły orzekania o niepełnosprawności – ustawodawca zdefiniował w ich przypadku dwa stopnie niezdolności do samodzielnej egzystencji, jednak bez zróżnicowania świadczeń z tego tytułu (zasiłek pielęgnacyjny). Konieczne jest więc zróżnicowanie stopni niesamodzielnosci w zależności od rodzaju schorzenia i stopnia upośledzenia funkcjonalnego organizmu. Pozwoli to na dostosowanie wsparcia przysługującego osobom niesamodziel-

nym do stopnia niesamodzielności i ewentualne zróżnicowanie wysokości świadczeń pieniężnych.

Po ujednoczeniu definicji ryzyka i terminologii każda osoba pobierająca świadczenie z instytucji ubezpieczenia i zaopatrzenia społecznego powinna mieć prawo do odpowiednich ulg i przywilejów przysługujących osobom niepełnosprawnym. Z tego względu celowe wydaje się odtworzenie Ośrodków Przyznawania i Realizacji Świadczeń Rzeczowych dla Osób Niepełnosprawnych, gdzie specjaliści z różnych dziedzin przyznawaliby poszczególnym osobom odpowiednie dla nich wsparcie oraz ulgi i uprawnienia.

Sądowe postępowanie odwoławcze

Jeżeli osoba ubiegająca się o świadczenie z ubezpieczenia społecznego nie zgadza się z decyzją odmowną lub przyznającą świadczenie, której podstawę stanowi orzeczenie lekarskie, może ona wnieść odwołanie do Sądu Pracy i Ubezpieczeń.

Rolą lekarza biegłego sądowego jest wydanie opinii w kwestii medycznej, która jest przesłanką orzeczenia sądowego, stanowiąc dowód, na podstawie którego ma zapaść orzeczenie sądu.

Biegłych sądowych, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z 24 stycznia 2005 roku w sprawie biegłych sądowych, ustanawia przy sądzie okręgowym prezes tego sądu.

Biegłym może być ustanowiona osoba, która:

1. korzysta w pełni z praw cywilnych i obywatelskich;
2. ukończyła 25 lat;
3. posiada teoretyczne i praktyczne wiadomości specjalne w danej gałęzi nauki, techniki, sztuki, rzemiosła, a także innej umiejętności, dla której ma być ustanowiona;
4. daje rękojmię należytego wykonywania obowiązków biegłego;
5. wyraża zgodę na ustanowienie jej biegłym.

Kodeks postępowania cywilnego stanowi, że opinie dotyczące oceny niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji wydaje biegły lekarz.

Biegły sądowy jest uprawniony, po złożeniu przyrzeczenia, do wydawania opinii na zlecenie sądu lub organu prowadzącego postępowanie przygotowawcze w sprawach z zakresu zabezpieczenia społecznego.

Lekarze biegli sądowi odgrywają nadzwyczaj istotną rolę w postępowaniu sądowym rozpatrującym w trybie odwoławczym sprawy z zakresu zabezpieczenia społecznego. W większości są to sprawy, w których prawo do świadczenia uzależnione jest od orzeczeń lekarskich wydanych w instytucjach zabez-

pieczenia społecznego. Dlatego w celu zapewnienia sprawiedliwego i jednolitego opiniowania tego typu spraw lekarzom niezbędna jest znajomość obowiązujących przepisów prawnych w zakresie przyznawania świadczeń z zabezpieczenia społecznego i zasad orzecznictwa lekarskiego.

Podsumowanie

Orzecznictwo lekarskie jest niezbędne dla realizacji przez państwo polityki społecznej w zakresie zabezpieczenia społecznego, a w szczególności właściwego adresowania świadczeń rzeczowych i pieniężnych, uzależnionych od upośledzenia funkcji organizmu w następstwie chorób lub urazów, do osób rzeczywiście tych świadczeń wymagających. Reforma orzecznictwa lekarskiego, w tym jego ujednoczenie, nie może być celem samym w sobie; powinna ona zostać poprzedzona przeglądem i uporządkowaniem katalogu tych świadczeń.

Należy dążyć do utworzenia jednolitego systemu orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy w ramach jednej instytucji, co stworzyłoby korzystne warunki do racjonalizacji wydatków oraz przyczyniłoby się do poprawy organizacji i skuteczności nadzoru. Postulowała to NIK (2005, 2012), było to także zadaniem dwukrotnie powoływanych przez Prezesa Rady Ministrów Zespołów ds. Opracowania Systemu Orzekania o Niepełnosprawności oraz Niezdolności do Pracy (2007, 2017).

Konieczne jest ujednoczenie kryteriów w odniesieniu do ryzyka będącego podstawą przyznawania świadczeń, czyli ryzyka niepełnosprawności – długotrwałej niezdolności do pracy (ZUS), całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (KRUS), inwalidztwa (MON i MSWiA) – co da podstawę do ujednoczenia zasad orzecznictwa lekarskiego. Wprowadzenie jednej instytucji orzeczniczej bez ujednoczenia ryzyka nie rozwiąże problemu wynikającego z konieczności wielokrotnego orzekania, a jednocześnie będzie generować wyższe koszty.

Orzecznictwo lekarskie w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce, realizowane przez różne instytucje, jest odrębnie regulowane (kilkadziesiąt ustaw i rozporządzeń) i zarządzane. Koordynacja ze szczebla organów centralnych jest ograniczona. Bardzo trudno jest ustalić liczbę osób niepełnosprawnych w naszym kraju (podwójne orzekanie). Nie stworzono dotąd rozwiązań mających na celu ujednoczenie całego systemu, mimo że potrzeba taka była wielokrotnie formułowana w różnych opracowaniach naukowych i eksperckich.

Proponowane zmiany

W reformie orzecznictwa lekarskiego należy uwzględnić następujące działania:

1. Połączenie Zespołów Orzecznictwa o Niepełnosprawności Dzieci z Poradniami Psychologiczno-Pedagogicznymi. Pozwoli to uniknąć **podwójnego gromadzenia dokumentacji medycznej i oceny przez podobny zespół specjalistów. Należy objąć tym orzecznictwem grupę wiekową 0–18 lat.**
2. Umożliwienie osobom ubiegającym się o przyznanie renty socjalnej, jednocześnie niezdolnym do samodzielnej egzystencji, uzyskania orzeczenia w jednej instytucji, a nie tak jak dotychczas w dwóch (orzeczenie dla przyznania renty socjalnej w ZUS, a dla przyznania zasiłku pielęgnacyjnego – w Zespole Orzekania o Niepełnosprawności), co skutkowało **podwójnym gromadzeniem dokumentacji i podwójnym badaniem.**
3. Ujednoczenie ryzyka ubezpieczeniowego i katalogu świadczeń przysługujących osobom niepełnosprawnym z tytułu niezdolności do pracy: niezdolności do pracy (ZUS), niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (KRUS), niezdolności do służby i pracy (MON, MSWiA), w następstwie chorób lub urazów, podobnie jak w innych krajach, gdzie prawo do renty z tytułu niepełnosprawności (ang. *disability pension*) jest uzależnione od utraty w różnym stopniu zdolności do pracy. Pozwoli to na zlikwidowanie **podwójnego gromadzenia dokumentacji i podwójnego badania** dla uzyskania ulg i uprawnień przysługujących osobom niepełnosprawnym, którym orzeczenia dla celów rentowych wydawane są w KRUS, MON i MSWiA.
4. Zróżnicowanie ryzyka niezdolności do samodzielnej egzystencji w zależności od zakresu opieki i pomocy, której dane osoby wymagają. Różnicowanie stopni niesamodzielności zostało po raz pierwszy opracowane w Projekcie Ustawy pielęgnacyjnej (2007 r.) przez Zespół powołany przez ówczesnego Ministra Zdrowia prof. Zbigniewa Religę oraz w projekcie „Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych – nowe standardy kształcenia i opieki” zrealizowanym w latach 2018–2019 przez IPISS oraz UKSW (2.8 POWER).
5. Przeprowadzanie badań lekarskich i oceny stanu funkcjonalnego organizmu dla celów orzeczniczych, podobnie jak w innych krajach, przez lekarza (wgląd w dane wrażliwe i **konieczność zachowania tajemnicy lekarskiej**).
6. Wprowadzenie oceny funkcjonalnej zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Zapewni to

- ujednoczenie i przejrzyste dokumentowanie medycznej oceny zdolności do pracy. Takie orzeczenie będzie stanowiło podstawę do przyznania odpowiednich świadczeń pieniężnych i/lub rzeczowych z systemu zabezpieczenia społecznego osobom ubiegającym się o nie. Pozwoli także na zwiększenie przejrzystości i standaryzację procesu orzecznictwa. Europejskie Stowarzyszenie Lekarzy Orzeczników (European Union of Medicine in Assurance and Social Security, EUMASS) już w 2004 r. opracowało zestaw 20 kluczowych kategorii oceny funkcjonalnej według ICF, który po przeprowadzeniu badań międzynarodowych jest stosowany w wielu krajach dla oceny sprawności funkcjonalnej osób ubiegających się o świadczenia z zabezpieczenia społecznego. Wprowadzono także nowy formularz raportu medycznego do stosowania przez europejskie instytucje zabezpieczenia społecznego, w którym zawarto ocenę funkcjonalną badanej osoby według ICF.
7. Utworzenie Krajowego Centrum Orzecznictwa wydającego orzeczenia dla wszystkich instytucji zabezpieczenia społecznego. Pozwoli to na ustalenie rzeczywistej liczby osób niepełnosprawnych i niezdolnych do samodzielnej egzystencji w naszym kraju.
 8. Wprowadzenie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2007 roku w sprawie umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych w zakresie orzecznictwa lekarskiego, które umożliwi uzyskiwanie świadectw umiejętności w zakresie orzecznictwa lekarskiego przez lekarzy orzekających w systemie zabezpieczenia społecznego i biegłych sądowych w tym zakresie, a także przywrócenie artykułu 473 w Kodeksie Postępowania Cywilnego – dla ujednoczenia orzecznictwa lekarskiego i opiniodawstwa sądowo-lekarskiego oraz dla poprawy jakości wydawanych orzeczeń.
 9. Utworzenie Wojewódzkich Ośrodków Zatrudnienia i Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, gdzie zespół specjalistów z różnych dziedzin będzie przyznawał odpowiednie wsparcie, świadczenia w zakresie rehabilitacji i zatrudnienia oraz świadczenia rzeczowe przysługujące osobom, które uzyskały orzeczenie o niepełnosprawności.
 10. Większy nacisk na prewencję, czyli działania zapobiegające niepełnosprawności (niezdolności do pracy) i niesamodzielności (niezdolności do samodzielnej egzystencji) poprzez np. rozpoczynanie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej już w okresie czasowej niezdolności do pracy, orzekanie o celowości przekwalifikowania zawodowego w okresie świadczenia rehabilitacyjnego (ZUS) i przedłużonego zasiłku chorobowego (KRUS).

W wielu przypadkach można byłoby zapobiec powstaniu niepełnosprawności lub niezdolności do samodzielnej egzystencji albo zmniejszyć ich stopień poprzez podjęcie odpowiednich działań w ramach systemu ochrony zdrowia, obejmujących działania prewencyjne, a także wczesne prawidłowe postawienie rozpoznania choroby, co pozwoliłoby na wdrożenie odpowiedniego leczenia farmakologicznego i/lub chirurgicznego oraz rehabilitację od początku choroby.

Zakończenie

Podstawową cechą definicji stosowanych w instytucjach orzeczniczych przy ustalaniu prawa do świadczeń z systemu zabezpieczenia społecznego jest orzekanie negatywne – o niezdolności do takiej czy innej pracy lub służby.

Tymczasem tendencje światowe w zakresie polityki społecznej charakteryzują się wdrażaniem w wielu krajach rozwiązań aktywizujących, mających na celu wzrost zatrudnienia tych grup ludności, których zdolność do zatrudnienia jest niska – głównie osób niepełnosprawnych oraz długotrwale bezrobotnych. W ramach wprowadzanych reform zmieniane są definicje niepełnosprawności, a w ocenie funkcjonalnej, zamiast oceny niezdolności do pracy, weryfikuje się zdolność do pracy i sprawnego funkcjonowania. Orzecznictwo związane z niepełnosprawnością i przyznawaniem przysługujących z tego tytułu świadczeń wykonywane jest w tych krajach przez niezależnych, odznaczających się wysokim prestiżem i zaufaniem publicznym ekspertów medycznych i niemedycznych. Przeniesienie uwagi z oceny poziomu niezdolności do pracy i sprawnego funkcjonowania na weryfikację zdolności w tym zakresie musi skutkować rozwojem instytucji szkoleniowo-rehabilitacyjnych, wspomagających osoby z niepełnosprawnością w praktycznej realizacji tej zdolności na dostępnym dla nich poziomie.

Konieczne jest więc opracowanie systemu orzecznictwa, który umożliwi ocenę funkcjonalną osoby badanej w sposób kompleksowy, z uwzględnieniem możliwości jej uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym, a także pozwalającego ustalić zakres wsparcia, jakiego do realizacji tych aktywności dana osoba wymaga.

Należy również przygotować projekt nowych rozwiązań ustawowych w zakresie orzecznictwa lekarskiego wraz z odpowiednimi przepisami wykonawczymi (w miejsce kilkudziesięciu ustaw i rozporządzeń), które pozwolą na implementację do porządku prawnego wypracowanych rozwiązań, a więc i na ich skuteczne realizowanie w praktyce. Zakres wypracowanych dokumentów musi obejmować także wskazanie podmiotu realizującego orzekanie (np. Krajowe Centrum Orzecznictwa) oraz jego składu osobowego wraz

z zakresami zadań, wymogami i sposobem rekrutacji, jak również model jego finansowania.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku. Kodeks cywilny, Dz.U. z 2020 r., poz. 1740.
2. Ustawa z dnia 17 listopada 1964 roku. Kodeks postępowania cywilnego, Dz.U. z 2020 r., poz. 1575.
3. Ustawa z dnia 29 maja 1974 roku o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin, Dz.U. z 2020 r., poz. 1790.
4. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 roku. Kodeks pracy, Dz.U. z 2020 r., poz. 1320 Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników, Dz.U. z 2020 r., poz. 174.
5. Ustawa z dnia 24 stycznia 1991 roku o kombatanach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego, Dz.U. z 2020 r., poz. 517.
6. Ustawa z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty, Dz.U. z 2020 r., poz. 1327.
7. Ustawa z dnia 10 grudnia 1993 roku o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin, Dz.U. z 2020 r., poz. 586.
8. Ustawa z dnia 18 lutego 1994 roku o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin, Dz.U. z 2020 r., poz. 723.
9. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku. Kodeks karny, Dz.U. z 2020 r., poz. 1444.
10. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks postępowania karnego, Dz.U. z 2020 r., poz. 30.
11. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, Dz.U. z 2020 r., poz. 426.
12. Ustawa z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych, Dz.U. z 2020 r., poz. 266.
13. Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Dz.U. z 2020 r., poz. 53.
14. Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, Dz.U. z 2020 r., poz. 870.
15. Ustawa z dnia 27 lipca 2001 roku. Prawo o ustroju sądów powszechnych, Dz.U. z 2020 r., poz. 2072.
16. Ustawa z dnia 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, Dz.U. z 2019 r., poz. 1205.
17. Ustawa z dnia 27 czerwca 2003 roku o rencie socjalnej, Dz.U. z 2020 r., poz. 1300.
18. Ustawa z dnia 28 listopada 2014 roku o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, Dz.U. z 2020 r., poz. 398.

Rozporządzenia

19. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 roku w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia, Dz.U. z 2009 r. nr 226, poz. 1829.
20. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 roku w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania, Dz.U. z 2020 r., poz. 233.
21. Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 roku w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności, Dz.U. z 2018 r., poz. 2027.
22. Rozporządzenie Ministra Polityki Socjalnej z dnia 14 grudnia 2004 roku w sprawie orzekania o niezdolności do pracy, Dz.U. z 2011 r. nr 286, poz. 1689.
23. Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 31 grudnia 2004 roku w sprawie orzecznictwa lekarskiego w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Dz.U. z 2005 r. nr 6, poz. 46.
24. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 stycznia 2005 roku w sprawie biegłych sądowych, Dz.U. z 2005 r. nr 15, poz. 133.

25. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 listopada 2007 roku w sprawie warunków, sposobu oraz trybu gromadzenia i usuwania danych w ramach Elektronicznego Krajowego Systemu Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności, Dz.U. z 2007 r. nr 228, poz. 1681.
26. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2007 roku w sprawie wykonywania badań specjalistycznych na potrzeby orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności, Dz.U. z 2007 r. nr 250, poz. 1875.
27. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych, Dz.U. z 2013 r., poz. 1367.
28. Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 24 sierpnia 2012 roku w sprawie wojskowych komisji lekarskich oraz określenia ich siedzib, zasięgu działania i właściwości, Dz.U. z 2020 r., poz. 1818.
29. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 roku w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych, Dz.U. z 2020 r., poz. 1647.
30. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2014 roku w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży, Dz.U. z 2020 r., poz. 1537.
31. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 19 grudnia 2014 roku w sprawie określenia wzoru orzeczenia komisji lekarskiej oraz wzoru rejestru orzeczeń, Dz.U. z 2014 r., poz. 1893.
32. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 19 grudnia 2014 roku w sprawie siedzib i właściwości terytorialnej Komisji Lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, Dz.U. z 2014 r., poz. 1895.
33. Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 8 maja 2015 roku w sprawie orzekania o inwalidztwie żołnierzy zawodowych, żołnierzy zwolnionych z zawodowej służby wojskowej oraz emerytów i rencistów wojskowych, a także właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach, Dz.U. z 2015 r., poz. 749.
34. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 10 listopada 2015 roku w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania błędów w zaświadczeniu lekarskim, Dz.U. z 2015 r., poz. 2013.
35. Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 grudnia 2015 roku w sprawie zakresu informacji o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa lub ich wysokość oraz dokumentów niezbędnych do otrzymania i wypłaty zasiłków, Dz.U. z 2015 r., poz. 2205.
36. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, Dz.U. z 2017 r., poz. 1743.

Zarządzenia

37. Zarządzenie nr 68 Prezesa RM z dn. 4 lipca 2007 w sprawie powołania Międzyresortowego Zespołu ds. Opracowania Systemu Orzekania o Niepełnosprawności i Niezdolności do Pracy, P-121-64-07, nr 6.
38. Zarządzenie Prezesa RM z dn. 2 lutego 2017 w sprawie Międzyresortowego Zespołu ds. Opracowania Systemu Orzekania o Niepełnosprawności i Niezdolności do pracy, poz. 167.

Adres do korespondencji:

Wydział Medyczny
Uczelnia Łazarskiego
ul. Świeradowska 43
02-662 Warszawa
e-mail: review@lazarski.edu.pl

