

Piotr Kowalski<sup>1</sup>, Elżbieta Skupień<sup>2</sup>

## Niestabilność systemu opieki zdrowotnej i współistniejące pojęcie częściowej niezdolności do pracy jako elementy determinujące dysfunkcjonalność systemu orzecznictwa rentowego

### **Instability of the health care system and concomitant meaning of the notion of partial incapacity to work as an element determining dysfunctionality of the pension system**

<sup>1</sup> Katedra i Zakład Medycyny Sądowej Collegium Medicum UJ

<sup>2</sup> Instytut Ekspertyz Sądowych im. prof. dr. J. Sehna, 31-033 Kraków, ul. Westerplatte 9

Opiniowanie dla Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, stanowiące istotny przedmiot działalności autorów, skłania do zbadania niektórych czynników, stanowiących o dysfunkcjonalności systemu orzekania o uprawnieniach do renty. Podjęliśmy próbę oceny, w jakim stopniu zmiany funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, ograniczające dostęp do diagnostyki specjalistycznej, znalazły odzwierciedlenie w konstrukcjach twierdzeń o niezdolności do pracy. Z przeprowadzonej analizy wyłania się wniosek, iż u podstaw większości spornych orzeczeń leży ustawowe pojęcie „częściowej niezdolności do pracy”, na którą warto byłoby spojrzeć jak na „częściową zdolność do pracy”. W przypadku sugerowanej zmiany spojrzenia, większość kontrowersji orzecznicych przestaje istnieć.

Opinioning for the State Insurance Court, which is of fundamental interest to the authors of this paper, leads them to investigate certain factors contributing to the dysfunctionality of opinion within the pension system. We have attempted to find out to what degree changes in the functioning of the health care system, restricting access to specialist diagnosis are reflected in the construction of an opinion relating to incapability to work. On the basis of our analysis, it can be concluded that the basis of the majority of arguable opinions constitutes the legal notion of “partial incapability to work”, which should be understood as “partial capability to work”. In the case of the suggested change of view of this problem, the majority of controversial opinions lose their validity.

Opiniowanie o zdolności czy też niezdolności do pracy, w sprawach z odwołań do Sądów Ubezpieczeń Społecznych, jest czynnością odbywającą się w samym środku morza emocji, gdzie zderzają się postawy pacjentów z próbami porządkowania systemu przez orzeczników ZUS i działaniem Sądów Ubezpieczeń Społecznych mających tendencję do ulegania odwołującym się poprzez powoływanie coraz to nowych specjalistów w przypadkach, w których wcześniej powołani biegli nie dopatryli się przesłanek pozwalających na uznanie roszczenia. Potwierdza tę nie uporządkowaną sytuację raport Banku Światowego, w którym podano, że w roku 1999 w Polsce na 1000 pracujących przypadało 153 rencistów, podczas gdy w Niemczech, także przeżywających restrukturyzację zatrudnienia – 66, a w Szwajcarii – 44. W piśmiennictwie specjalistycznym podejmowano kilkakrotnie ten temat artykułując poglądy najczęściej w pewnych wycinkach tej problematyki [1, 2, 3, 4, 5].

Analiza spraw, wpływających do krakowskiego Zakładu Medycyny Sądowej, wskazuje na to, że odwołania od niekorzystnej decyzji ZUS-u od szeregu lat stanowią ok. 15% ogółu spraw z powództwa cywilnego. Dla potrzeb obecnego opracowania wyodrębniliśmy z ostatniego roku tylko te sprawy, w których przedmiotem opinii była ocena aktualnego stanu zdrowia odwołującego się i jego możliwości zarobkowych w konfrontacji z wykonywanym zawodem. W ostatnim roku wydaliśmy 73 takie opi-

nie, ale podkreślić należy, że wszystkie te sprawy były skomplikowane, poprzedzone kilkoma wcześniejszymi opiniami, zatem miały charakter „superrecenzji”. Wśród osób badanych było nieco mniej kobiet (33), co jest zgodne z proporcjami zatrudnienia obu płci. Zdecydowanie przeważały osoby z wykształceniem zawodowym (27) i średnim (22), co także wydaje się typowe dla proporcji w społeczeństwie polskim. 14 osób nie miało żadnego zawodu, a jedynie 6 legitymowało się wykształceniem wyższym. Wiek odwołujących się zamykał się w przedziale 23-59 lat. Czas pozostawania na rencie był bardzo różny, od roku do 22 lat.

W ogólnej liczbie przypadków 60 spraw dotyczyło odwołań od decyzji obniżających lub odbierających świadczenie, 13 związanych było ze złożeniem pierwszego wniosku, przy czym czas ubiegania się o przyznanie renty wynosił od jednego roku do 5 lat. W tej liczbie zdecydowanie coraz częściej odnajdujemy rozpoznanie – zespół depresyjny, depresja, zespół depresyjno-lękowy jako rozpoznanie towarzyszące chorobie somatycznej, mające zdeterminować uznanie odwołującego się za niezdolnego do pracy.

Rozpoznawane zaburzenia psychiczne, których prawdziwość według powszechnego przekonania trudno jest zweryfikować, stanowią narastający problem orzeczniczy. To, co wydaje się być najbardziej interesujące w naszym zestawieniu, to występująca w różnych konfiguracjach niezgodność poglądów na chorobę psychiczną (depresję) w kontekście zdolności do pracy między lekarzami kierującymi do orzecznika ZUS, orzecznikami ZUS, często korzystającymi z konsultacji psychiatry, a biegłymi powoływanymi w procesach odwoławczych. Jesteśmy świadomi, iż bardzo różne motywacje kierują takim, a nie innym wyrażaniem poglądów na przedmiot badania. Z drugiej strony jednak powstaje pytanie, co daje przyzwolenie na tego typu woluntaryzm opiniodawcy. Przegląd dokumentacji medycznej spraw objętych naszą analizą wskazuje na przesunięcie ciężaru dowodu na istnienie schorzenia z dokumentacji specjalistycznej na tworzoną przez lekarza POZ-u. Uważamy, iż ten stan rzeczy jest wynikiem działania swoistego synergizmu pomiędzy niestabilnym systemem opieki zdrowotnej i pojęciem „częściowej niezdolności do pracy”. Zastanawiając się nad pierwszym z tych problemów zauważamy, że po wielu latach funkcjonowania systemu, w którym dostęp do leczenia specjalistycznego praktycznie nie był limitowany, a ludziom niezamożnym bez problemu refundowano koszty dojazdu, zaś leki były relatywnie tanie, nadszedł okres trwający od 1999 roku, gdzie zmieniające się zasady funkcjonowania i finansowania opieki zdrowot-

nej doprowadziły do istotnego ograniczenia dostępu do specjalistów. W ślad za tym doszło do całkowitej dezorientacji w populacji pacjentów, wywodzących się głównie z grup społeczeństwa o niskim poziomie edukacji. Częste zmiany sposobu finansowania różnych metod leczenia, niezrozumiałe dla lekarzy i pacjentów, determinują niestabilność systemu opieki zdrowotnej. Doprowadziło to w ciągu ostatnich sześciu lat do powstania znacznej grupy osób nie poddawanych wystarczającej diagnostyce i leczeniu specjalistycznym lub pozbawionych dostępu do leków o wymaganym standardzie. W efekcie powstaje dokumentacja medyczna, w której stawiane rozpoznania poparte są jedynie bardzo ogólnikowym badaniem ogólnolekarskim, bez diagnostyki specjalistycznej, co sprzyja odrzuceniu lub jedynie częściowemu uznaniu wniosku, nawet w przypadku ludzi naprawdę chorych.

Złe leczenie lub jego brak, zwłaszcza w sferze pewnych zaburzeń psychicznych, takich jak depresja w początkowym stadium, łączy się z progresją choroby przez wiele, wiele lat. Ale z drugiej strony brak leczenia czy brak dostępu do nowoczesnych leków lokuje takie osoby w dużej grupie określanej mianem „częściowo niezdolnych do pracy”. Jest to wyjście chętnie wybierane przez lekarzy i przeważnie akceptowane czy wręcz „wymuszane” przez pacjentów, zyskujących złudne poczucie rozwiązania aktualnych problemów.

Tymczasem zaprzestanie pracy szybko powoduje utratę motywacji do ponownego jej podjęcia. Z kolei beczynność i pogarszająca się sytuacja finansowa sprzyjają pogłębianiu się objawów depresji. Powstaje sytuacja błędnego koła, której przerwanie jest niekiedy niemożliwe. Osoby uznane kiedykolwiek za częściowo niezdolne do pracy nie są w stanie w przyszłości zaakceptować pozytywnych efektów leczenia, bowiem wiąże się to ostatecznie z możliwością utraty świadczenia.

Z przedstawionego wyżej wywodu budzi się stanowczy sprzeciw co do logiczności konstrukcji „częściowej niezdolności do pracy”, która jawi się jako częściowa zdolność do podejmowania zatrudnienia i może dotyczyć przeważającej części społeczeństwa. Wymaga jedynie dobrania rodzaju zatrudnienia, zwłaszcza w sytuacji, w której wyuczony zawód bywa coraz częściej odmienny od faktycznie wykonywanego. Powstaje pytanie, dlaczego ta archaiczna konstrukcja nie została całkowicie zastąpiona świadczeniem rehabilitacyjnym połączonym z ewentualnym zdobyciem nowego zawodu, adekwatnego do ogólnego poziomu edukacji, utrwalonego stanu zdrowia i możliwości uczenia się wynikających z psychicznych predyspozycji osoby orzekanej. W tym miejscu należy zwrócić uwagę, iż normy prawne

odnoszące się do medycyny pracy wskazują na konieczność orzekania o możliwości podjęcia i kontynuowania pracy na ściśle określonym stanowisku, z uwzględnieniem czynników szkodliwych, a nie pracy jako takiej. Już przed laty zwracaliśmy uwagę na społeczno-ekonomiczne, a nie lekarskie, kryterium ówczesnej III grupy inwalidzkiej.

Połączenie tych dwóch elementów, jakimi są niestabilny system opieki zdrowotnej z archaiczną, opierającą się logice kategorią „częściowej niezdolności/częściowej zdolności” do pracy, powoduje, iż system orzeczniczy tak skonstruowany ma charakter destrukcyjny dla osób, u których z powodów chorobowych doszło do pogorszenia ogólnej sprawności. Tak naprawdę osoby te zostają wyrzucane na margines życia społecznego, bez realnych szans na ponowne odnalezienie swego miejsca w życiu. Niedopuszczalnym jest tworzenie szczególnej kategorii orzeczniczej, w której umieszcza się osoby dlatego, że w chwili orzekania brak jest jasnych koncepcji społecznego i medycznego rozwiązania ich problemów.

Połączenie rehabilitacji leczniczej z nabywaniem nowego zawodu pod kontrolą organu rentowego ograniczyłoby w sposób istotny grupę rencistów, pozyskujących świadczenie na drodze szeroko rozumianego czynu zabronionego. To z kolei może doprowadzić do istotnej poprawy sytuacji finanso-

wej osób istotnie dotkniętych całkowitą niezdolnością do pracy. Takie przypadki podlegają bowiem wymiernej, jednoznacznej ocenie w kategorii logicznej prawdy lub fałszu.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bilski D., Czarnecki P.: O różnicach pomiędzy orzeczeniami lekarzy orzeczników a opiniami biegłych sądowych i ich przyczynach. *Orzecznictwo Lekarskie*, 2004, I, 59-78.
2. Chowaniec M., Chowaniec Cz.: Uwagi do obowiązujących kryteriów orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych. *Arch. Med. Sąd. Krym.* 2003, 53, 57-61.
3. Frindt-Zajączkowska A., Rolek D.: Problemy orzecznicze w chorobach psychicznych. *Vademecum Lekarza Orzecznika* 2001, 15, 3-11.
4. Plac-Bobula E., Kołodziej J.: Stan zdrowia, a zdolność do pracy. Głos w dyskusji o reformie ustawodawstwa inwalidzkiego. *Arch. Med. Sąd. i Krym.* 1995, tom 45, 27-32.
5. Wilmowska-Pietruszyńska A.: *Orzecznictwo lekarskie dla lekarzy oraz studentów wydziałów lekarskich.* Urban & Partner, Wrocław 2000, 51-55.