

Orzekanie o niezdolności do samodzielnej egzystencji w zaburzeniach psychicznych

The stating about inability to independent existence in mental disorders

TOMASZ ZYSS

Klinika Psychiatrii Dorosłych, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Streszczenie

Kryteria dotyczące orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji są dosyć dobrze zdefiniowane w przypadku schorzeń somatycznych, gdy ogólna wydolność czy sprawność fizyczna organizmu powoduje, iż pacjent wymaga długotrwałej lub nawet stałej niezdolności do samodzielnego egzystowania czy funkcjonowania. Znacznie trudniejszą wydaje się być jednak sytuacja orzecznicza w przypadku schorzeń psychicznych, gdzie nie problemy w poruszaniu się, w wydolności układu krążenia, itp. determinują fakt niezdolności do samodzielnego funkcjonowania. Łatwo sobie wyobrazić, iż takie zaburzenia jak nasilone otępienie, głębsze poziomy upośledzenia umysłowego, czy tzw. defekt popsychotyczny będą przesłankami pozwalającymi na stwierdzenie niezdolności do samodzielnej egzystencji. Istnieją jednak liczne funkcjonalne zaburzenia psychiczne, których nasilenie bywa tak znaczne, że pacjenci dotknięci nimi potrzebują pomocy osób drugich w zakresie codziennych aktywności.

Autor próbuje zaprezentować kryteria orzecznicze pozwalające na orzekanie o niezdolności do samodzielnej egzystencji w schorzeniach psychiatrycznych.

Słowa kluczowe: *orzecznictwo rentowe, niezdolność do samodzielnej egzystencji, zaburzenia psychiczne*

Summary

Criteria relating to stating about the inability to the independent existence are defined in the case of somatic illnesses quite well, when general efficiency or the physical efficiency of the organism it causes that the patient requires the durable or even persistent inability to independent existing or functioning. The stating situation in the case of mental disorders seems to be more considerably difficult, where the inability to independent functioning is determined not by problems in moving, the efficiency of the circulation or respiratory system, etc. It is easily to imagine, that such disorders as severe dementia, lower levels of intellectual handicap, or so-called postpsychotic defect, are circumstances allowing to certify the inability to the independent existence. The numerous functional psychical disorders which intensification tends to be so considerable that patients need second persons help in a range of everyday activities.

The author tries to present criteria allowing to state about the inability to the independent existence in psychiatric disorders.

Key words: *pension jurisdiction, inability to independent existence, mental disorders*

© Orzecznictwo Lekarskie 2010, 7(1): 23-34

www.ol.21net.pl

Nadesłano: 25.01.2010

Zakwalifikowano do druku: 24.02.2010

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr med. Tomasz Zyss

Klinika Psychiatrii Dorosłych, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

ul. Kopernika 21a, 31-501 Kraków

fax (0-12) 424-87-45, tel. (0-12) 4248706

e-mail: mzyyss@cyf-kr.edu.pl

Wprowadzenie

Najciężej chore osoby, które wymagają opieki ze strony drugiej osoby, mogą starać się o dodatkowe świadczenia finansowe. W okresie wcześniejszym (na mocy ustawy z dnia 14 grudnia 1982 r. o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin z późniejszymi zmianami) orzekano o grupach inwalidzkich, przy czym osobom z niedołęstwem i niesamodzielnnością przyznawana była I (pierwsza) grupa inwalidzka [1]. Zgodnie z artykułem 24 punkt 4 ww. ustawy – do I grupy inwalidów zaliczano osoby niezdolne do wykonywania jakiegokolwiek

zatrudnienia, które ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji wymagały stałej lub długotrwałej opieki innej osoby. Z kolei artykuł 46 ust. 1 punkt 2 stwierdzał wyraźnie, iż do emerytury i renty przysługuje dodatek pielęgnacyjny.

Reforma orzecznictwa rentowego spowodowała odejście od konstrukcji grup inwalidzkich (1 września 1997 r.) i stworzenie osobnej kategorii orzeczniczej tzw. niezdolności do samodzielnej egzystencji. W jednym miejscu obowiązującej ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (z późniejszymi zmia-

nami) zostało zdefiniowane pojęcie niezdolności do pracy z wyróżnieniem osób częściowo i całkowicie niezdolnych do pracy (artykuł 12 w rozdziale 3 o niezdolności do pracy), które odpowiadają w pewnym zakresie odpowiednio dawnej trzeciej i drugiej grupie inwalidzkiej (przy przyjęciu założenia, że kryteria orzecznicze przykładowo częściowej niezdolności do pracy są wyższe niż dawnej trzeciej grupy inwalidzkiej) [2]. Ekwiwalentnym dla dawnej pierwszej grupy inwalidzkiej jest obecnie pojęcie niezdolności do samodzielnej egzystencji – opisane w artykule 13 ust 5 ustawy z 1998 r. Interesującą jest sama konstrukcja wspomnianego artykułu, gdzie nie pojęcie niezdolności do samodzielnej egzystencji jest terminem pierwotnym, lecz wtórnym służącym do zdefiniowania okoliczności pozwalających na orzeczenie świadczeń dodatku pielęgnacyjnego.

Litera ustawy

Zgodnie z artykułem 75 ustawy z 1998 r. o rentach i emeryturach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych – dodatek pielęgnacyjny przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty (z tytułu niezdolności do pracy lub renty rodzinnej), jeżeli osoba ta została uznana za całkowicie niezdolną do pracy oraz niezdolną do samodzielnej egzystencji albo ukończyła 75 lat życia [2]. Podobnie do rozwiązań znanych z orzekania o niezdolności do pracy – również świadczenia dodatku pielęgnacyjnego mogą być orzekane okresowo lub trwale.

Dodatek pielęgnacyjny osoba uprawniona do niego traci jeżeli przebywa w domu pomocy społecznej, w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, chyba że przebywa poza tą placówką przez okres dłuższy niż 2 tygodnie w miesiącu.

Dodatek pielęgnacyjny jest świadczeniem przyznawanym i wypłacanym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Prawnicy wyraźnie podnoszą, iż dodatek pielęgnacyjny jest nierozdzielnie związany ze świadczeniem emerytalnym, a w szczególności z rentowym. Wychodzą bowiem z założenia, iż nie sposób przeprowadzić jest oddzielenie ryzyka niezdolności do pracy od ryzyka niezdolności do samodzielnej egzystencji, co oznacza, że pojęcie niezdolności do samodzielnej egzystencji praktycznie zawiera w sobie całkowitą niezdolność do pracy. Trudno byłoby sobie wyobrazić sytuację, w której to człowiek wymagający pomocy (opieki) innych osób w codziennej egzystencji, a równocześnie byłby w stanie podjąć zatrudnienie w tzw. normalnych warunkach. Tym samym prawnicy w większości odmawiają dodatkowi pielęgnacyjnemu cechy samodzielności,

czyniąc go akcesorycznym do orzeczenia całkowitej niezdolności do pracy lub też ukończonego wieku 75 lat.

W uchwale SN z dnia 12 października 1999 r. stwierdzono, że osoba niezdolna do samodzielnej egzystencji nie zachowuje prawa do wypłaty dodatku pielęgnacyjnego, wówczas gdy wypłata renty z tytułu niezdolności do pracy podlega zawieszeniu w całości [3].

Sytuacja ulega jednak pewnej zmianie, gdyby rozpatrywać możliwość zatrudnienia danej osoby w warunkach specjalnych. I tak osoby z głębszymi postaciami upośledzenia umysłowego bądź z głębokim defektem psychotycznym – będący uznani za niezdolnych do samodzielnej egzystencji – mogą niekiedy „pracować” w zakładach pracy chronionej lub tzw. warsztatach pracy zajęciowej. „Praca” taka jest jednak pracą na specjalnie przystosowanych stanowiskach i ma bardziej charakter zajęć rehabilitacyjnych i terapii.

Zupełnie inaczej ma się sytuacja z orzekaniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji u osób, które osiągają wiek 75 lat. Automatyczne (po spełnieniu warunków koniecznych do uzyskania emerytury) uznawanie osób od tego roku życia za niesamodzielne, niedołążne i wymagające opieki – jawi się jako sztuczne i nie mające uzasadnienia medycznego. Tak jak stan niezdolności do samodzielnej egzystencji może być osiągnięty już u osoby przed 18 rokiem życia, tak również istnieje wiele zażywnych osób w podeszłym wieku, które nawet po ukończeniu 85 lat nie spełniają ani fizycznych, ani też psychicznych kryteriów niezdolności do samodzielnej egzystencji. Co ciekawe zdarzają się osoby w tym wieku, które nadal są aktywne zawodowo – jako prawnicy, naukowcy, politycy, działacze społeczni, itp., a więc wcale nie pracujący na specjalnie przygotowanych stanowiskach pracy. W takich przypadkach dochodzi do niejkiej sprzeczności – osoba kończąca 75 lat ustawowo jest uznawana za niezdolną do samodzielnej egzystencji, tym czasem może być nadal sprawna zawodowo i wykonywać zatrudnienie w pełnym wymiarze etatu.

Dyskusyjność omawianych kwestii porusza m.in. H. Pławucka [4], która stwierdza, iż możliwe jest wystąpienie sytuacji orzeczenia niezdolności do samodzielnej egzystencji także w razie częściowej niezdolności do pracy, a nawet jej braku. Wydaje się jednak, iż stanowisko to jest dość odosobnione.

Dodatek a zasiłek pielęgnacyjny

Dodatek pielęgnacyjny – w związku z pewnym podobieństwem leksykalnym – jest zwykle mylony z zasiłkiem pielęgnacyjnym. Tym czasem są to ter-

miny rodzajowo odmienne: dodatek pielęgnacyjny ma charakter ubezpieczeniowy, a zasiłek pielęgnacyjny – charakter pomocy dla osób nieubezpieczonych [5].

Zasiłek pielęgnacyjny przyznawany jest na podstawie ustawy z dnia 1 grudnia 1994 r. o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, a jego wypłacaniem zajmuje się opieka społeczna [6]. Wnioski o wypłatę odpowiednich świadczeń należy składać do odpowiednich instytucji. Można otrzymywać tylko jedno świadczenie – dodatek lub zasiłek pielęgnacyjny.

Zasiłek pielęgnacyjny jest orzekany w przypadku:

- dziecka w wieku do 16 lat, jeżeli zostało ono uznane za niepełnosprawne,
- osoby w wieku powyżej 16 lat, jeżeli jest niepełnosprawna w stopniu znacznym, lub też gdy jest niepełnosprawna w stopniu umiarkowanym a niepełnosprawność ta powstała przed ukończeniem 16 roku życia albo do momentu ukończenia nauki (nie później jednak niż do ukończenia 20 lat),
- osoby, która ukończyła 75 lat – bez względu na stan zdrowia i upośledzenie funkcji organizmu.

Przy przyznawaniu prawa do dodatku pielęgnacyjnego z ubezpieczenia społecznego nie ma podstaw prawnych do przyznania innego rodzaju świadczenia, jakim jest zasiłek pielęgnacyjny z zaopatrzenia społecznego wyrok SN z dnia 8 stycznia 1999 r.) [7]. W przeszłości – przy zbiegu prawa do dodatku pielęgnacyjnego z prawem do zasiłku pielęgnacyjnego – wypłacano jedno świadczenie wybrane przez ubezpieczonego. Obecnie sytuacja zbiegu jest niemożliwa – zgodnie z art. 16 ust. 6 ustawy o zasiłkach – zasiłek pielęgnacyjny nie przysługuje osobie uprawnionej do dodatku pielęgnacyjnego.

Sytuacja orzecznicza

Przy ubieganiu się o dodatek pielęgnacyjny z tytułu całkowitej niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji – jest konieczne przedłożenie zaświadczenia lekarskiego (druk ZUS N-9). Za całkowicie niezdolną do pracy uznawana jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy. O niezdolności do samodzielnej egzystencji orzeka się w przypadku stwierdzenia głębokiego ograniczenia ogólnej sprawności ustroju – powodującego konieczność sprawowania nad pacjentem stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspakajaniu podstawowych potrzeb życiowych (art. 13 ust. 5 ustawy o emeryturach i rentach z FUS).

Pod pojęciem stałej lub długotrwałej opieki uznaje się pomoc w zaspakajaniu podstawowych potrzeb

życia codziennego, jak: poruszanie się w mieszkaniu, przyjmowanie pokarmów, utrzymywanie higieny osobistej, załatwianie potrzeb fizjologicznych, itp.

Aby osoba nabyła uprawnienia do dodatku pielęgnacyjnego – lekarz orzecznik ZUS musi orzec u danej osoby oba stany – czyli całkowitą niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji.

W przypadku osób kończących 75 rok życia – świadczenia dodatku pielęgnacyjnego są przyznawane automatycznie (przy posiadaniu prawa do emerytury). Organ ZUS nie musi weryfikować stanu zdrowia osoby, tj. osoba wnioskująca o świadczenia nie musi ani przedkładać żadnych druków rentowych, ani też być poddana badaniu ZUS. Dla nabycia prawa do dodatku nie ma więc znaczenia fakt, iż osoba 75-letnia może być w rzeczywistości zdolną do samodzielnej egzystencji – a nawet zdolną do pracy. Zgodnie z wcześniejszymi dywagacjami – można zgodzić się z Antoniowem i Bartnickim [8], którzy określili tę sytuację jako fikcję prawną.

Niezdolność do samodzielnej egzystencji w zaburzeniach psychicznych – kryteria prof. A. Wilmowskiej-Pietruszyńskiej

Wydaje się, iż w przypadku zaburzeń psychicznych – znacznie łatwiej znaleźć jest wytyczne orzecznicze dotyczące oceny niezdolności do pracy niż niezdolności do samodzielnej egzystencji.

W przypadku schorzeń somatycznych termin niezdolności do samodzielnej egzystencji zdaje się dotyczyć zasadniczo sprawności motorycznej pacjenta: możliwości utrzymania samodzielności w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego: mycie się, ubieranie, jedzenie, utrzymywanie higieny, robienie zakupów, gotowanie, itp.

Pacjenci leczący się z powodu zaburzeń psychicznych zwykle nie mają poważniejszych ograniczeń w zakresie sprawności fizycznej – gdyż ograniczenie leży w ich psychice. I tak będąc sprawni ruchowo – nie są w stanie z pobudek chorobowych zadbać o siebie i zaniedbują się w zakresie codziennych czynności. Tym samym – jak się wydaje – termin niezdolności do samodzielnej egzystencji powinien być inaczej definiowany w przypadku schorzeń psychiatrycznych. Z drugiej jednak strony wymóg taki prowadziłby do znacznego zaniżenia kryteriów orzecznich w przypadku właśnie schorzeń psychiatrycznych. I tak daleko idącą niesamodzielną charakterystyką się osoby z wrodzonymi lub nabytymi deficytami intelektualnymi (inaczej: z rozpoznaniem odpowiednio upośledzenia umysłowego lub otępienia). Tymczasem izolowane lekkie upośledzenie umysłowe pozwala na orzeczenie jedynie

i co najwyżej częściowej niezdolności do pracy, choć rodzice osób z jeszcze mniejszymi deficytami (przykładowo – pogranicze upośledzenia) podnoszą o daleko idącej niezaradności życiowej i niesamodzielności swoich często dorosłych już dzieci.

Profesor Wilmowska zaproponowała w 2003 r. pewne kryteria orzecznicze, które pozwalają na orzekanie o niezdolności do pracy właśnie w przypadku zaburzeń psychicznych [9, 10]. I tak za niezdolne do samodzielnej egzystencji powinny być uznane osoby:

- a) chore obłożnie, u których stan obłożności przewiduje się na okres dłuższy niż 6 miesięcy,
- b) chore psychiczne, których stan zagraża otoczeniu lub samemu choremu,
- c) z zaawansowanymi zmianami starczymi o charakterze otępiennym, których nasilenie może stanowić również niebezpieczeństwo dla otoczenia lub samego chorego.

Ad a)

Pierwsza grupa dotyczyłaby przykładowo opornych na leczenie zaburzeń schizofrenicznych – częstymi zaostrzeniami lub cały czas czynną produkcją psychotyczną, które prowadzą albo do długich albo też do częstych hospitalizacji. Pacjenci tacy „potrafią” często przebywać przez wiele miesięcy w szpitalu psychiatrycznym (w ostatnich latach w związku ze „specyficznym” sposobem finansowania leczenia szpitalnego i obniżania stawki dziennej po przekroczeniu przykładowo 10 tygodni w przypadku psychoz schizofrenicznych – celowo, tj. fikcyjnie, wypisuje się pacjenta, który nie uzyskał jeszcze wystarczającej poprawy i wymaga dalszego leczenia szpitalnego, na krótki okres czasu i przyjmuje się go ponownie - po to aby szpital mógł otrzymywać stawkę osobodnia ponownie w wymiarze 100%). Znani są również liczni pacjenci, którzy przykładowo na przestrzeni 10 lat – byli 10-15 razy w szpitalu psychiatrycznym – co zdaje się potwierdzać bardzo ciężki przebieg choroby, niejednokrotnie na poziomie niezdolności do samodzielnej egzystencji. Z drugiej jednak strony ciężki przebieg choroby w pierwszych latach chorowania nie jest przesłanką do orzeczenia niezdolności do samodzielnej egzystencji na trwałe, gdyż może nastąpić złagodnienie przebiegu choroby, pacjent może być lepiej ustawiony na nowych lekach neuroleptycznych, nie musi ujawnić się ciężka zejściowa postać psychozy w rodzaju defektu (rezydium) schizofrenicznego czy też nasilone zaburzenia emocjonalne i zachowania.

Podobna sytuacja może mieć również miejsce w przypadku zaburzeń afektywnych (np. nawracających zaburzeń depresyjnych, ciężkich uporczywych zespołów depresyjnych). Wydaje się, iż orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji powin-

no zapaść po 5-6 miesięcznym leczeniu szpitalnym – choćby na krótki półroczny lub roczny okres, nawet gdy pacjent został wypisany ze szpitala z pewną poprawą i z tą poprawą zgłosił się na badanie do ZUS. W innym przypadku mogłoby dojść do sytuacji, w których to lekarze leczący sporządzali by druki rentowe jeszcze w trakcie hospitalizacji (np. po trzecim miesiącu leczenia stacjonarnego), tak aby pacjent trafiał na badanie ZUS w pełni kwitnącej psychozie lub w głębokim zespole depresyjnym. Byłoby to sprzeczne z zasadami dbania o dobro pacjenta – ten zamiast się intensywnie leczyć byłby dodatkowo stresowany i wysyłany na badanie do ZUS – by tam w trakcie zaostrzenia dokonywać autoprezentacji.

Ad b)

Drugi z wymienionych punktów dotyczyłby sytuacji istnienia u pacjenta myśli i tendencji samobójczych, a nawet sytuacji po dokonaniu nieudanej próby samobójczej, bądź też stanów dysforii i agresywności ze stwarzaniem zagrożenia dla osób drugich. Pierwsze z wymienionych stanów dotyczyłby głównie depresji i psychoz, te drugie – psychoz i stanów maniakalnych. Wydaje się, iż stany zagrożenia dla samego siebie winny być jednak potwierdzone przykładowo pobytem na oddziale toksykologii (po samobójczym zażyciu leków), na oddziale chirurgii (po odcięciu z liny wisielczej) czy też przywiezieniem do szpitala psychiatrycznego przez pogotowie lub policję. Zawsze jednak trzeba mieć uwagę na pewne okoliczności wyłączające stosowanie ogólnych zasad. I tak przyjęcie przez pacjenta 6 tabletek aspiryny, czy też „kilku” tabletek doksepiny nie może być uznane za poważną – jak tylko za demonstracyjną – próbę samobójczą (rzekomo-samobójczą – parasuicide). Zwyczajowo na karcie informacyjnej z oddziału toksykologii zawarta jest informacja o rzeczywistym ciężarze gatunkowym dokonanego zatrucia (lekkie, umiarkowane, znaczne). Potwierdzeniem istnienia stanu poważnego zagrożenia życia byłoby chyba przynajmniej umiarkowane zatrucie. Na poziomie klinicznym głębsze postacie zatrucia lekami powinny być potwierdzone koniecznością stosowania dializy oraz przynajmniej kilkugodzinną śpiączką. Nie powinno być poddawane w wątpliwość, iż poważna i zagrażająca próba samobójcza powinna być przesłanką do orzeczenia niezdolności do samodzielnej egzystencji – choćby na krótki okres (1 rok) – mimo, iż w trakcie badania ZUS pacjent nie prezentuje już myśli samobójczych i jest w poprawie objawowej.

Potwierdzeniem większego niż mniejszego zagrożenia samobójczego może być fakt poważnej próby samobójczej w wywiadzie. Z drugiej jednak strony przebycie ciężkiego epizodu depresyjnego

z ciężką próbą samobójczą nie może być przesłanką do orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji, a nawet o niezdolności do pracy – *ad vitam longam*.

Praktyka orzecznicza pokazuje, iż znamienita większość pacjentów badanych przez autora – będącego biegłym psychiatrą Sadu Okręgowego w Krakowie – deklaruje „myśli”, „złe myśli”, „myśli żeby skończyć ze sobą”. Wypowiedzi te w znamienitej większości nie sposób jest traktować poważnie i przypisywać im większego znaczenia orzeczniczego – jak tylko uznać je za pewne deklaracje o charakterze symulacyjnym podnoszone na okoliczność postępowania rentowego.

Nie każde też „cięcie” nadgarstków (= sznytowanie, robienie „połyków”, itp.) jest dowodem próby samobójczej. W dużej części przypadków ma się do czynienia ze zjawiskiem samoookaleczenia (autoagresji) – u osób z organicznie warunkowanymi zaburzeniami osobowości, zachowania i emocji (dawny zespół psychoorganiczny typu charakteropatycznego) czy nieorganicznymi zaburzeniami osobowości (np. typu borderline, dyssocjalnej). Z drugiej jednak strony istniejące u tego rodzaju pacjentów zaburzenia kontroli impulsów i łatwość spiętrzania się – może prowadzić do podjęcia przez takiego pacjenta rzeczywiście i zagrażającej próby samobójczej. Jeżeli będzie to próba udana – to na lekarzu ZUS czy biegłym sądowym może ciążyć pewnego rodzaju odium przyczynienia się do tak tragicznego wypadku. Praktyka pokazuje jednak, iż w rzeczywistości nie jest tak, że duży odsetek pacjentów, którzy tracą świadczenia rentowe lub świadczenia są im obniżane – targają się na swoje życie. Nie sposób bowiem uznać, iż mniej lub bardziej otwarte zadeklarowanie przez pacjenta w trakcie badania ZUS czy badania sądowego myśli samobójczych będzie słowem wytrychem, dla którego pacjent zostanie uznany za niezdolnego do pracy, nie mówiąc już o niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Dezawuuujące dla podnoszonych od wielu lat w kolejnych drukach rentowych myśli i tendencji samobójczych jest niedokonanie żadnego zamachu samobójczego na przestrzeni przykładowo 10-15 lat. Nie sposób również uznać istnienia u pacjenta ciężkiej depresji i zagrożeń samobójczych w sytuacji gdy pacjent nigdy lub też całe lata nie był hospitalizowany psychiatrycznie. Potwierdzeniem ciężkich depresji w tym takich z zagrożeniem samobójczym są zwykle hospitalizacje psychiatryczne i to zwykle te o dłuższym czasie hospitalizacji (np. 2-3-4 miesiące, a nie 2-3-4 tygodnie) oraz zastosowanie „ciężkich” metod leczenia – w rodzaju zabiegów elektrowstrząsowych.

Pewną postacią stwarzania zagrożenia dla samego siebie jest zaburzenie psychiczne zwane jadłowstrętem psychicznym – kiedy to pacjent odmawia jedzenia, a drastyczna utrata wagi ciała stanowi zagrożenie o charakterze witalnym. Pacjenci (częściej: pacjentki) w takim stanie trafiają niekiedy na leczenie przymusowe do oddziału psychiatrycznego. Mimo, iż formalnie zaburzenie to ograniczone jest do sfery odżywiania się – wydaje się zasadne, aby w ciężkich przypadkach jadłowstrętu (przy bardzo niskich wartościach BMI, przy odżywianiu pacjenta sondą żołądkową, w przypadku istnienia poważnych zaburzeń metaboliczno-elektrolitowych) również orzekać niezdolność do samodzielnej egzystencji.

Zwykle zagrożenie dla samego siebie utrzymuje się dłużej niż zagrożenie dla drugiej osoby. Te ostatnie ograniczają się zwykle do ostrej fazy manii czy psychozy. Potwierdzeniem takiego stanu rzeczy jest pobicie drugiej osoby, dokonanie uszkodzeń ciała drugiej osoby czy wreszcie zabicie kogoś – wprowadzie w związku z niepoczytalnością nie pozwala na przypisanie pacjentowi winy – lecz może być krótkotrwałą przesłanką do orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Zagrożenie dla drugiej osoby czy otoczenia występuje również w innych jednostkach psychiatrycznych, jak wspomniane powyżej organiczne zaburzenia emocjonalne i zachowania (dawne charakteropatie) czy zaburzenia osobowości (dawne psychopatie). Tego rodzaju zaburzenia popychają niekiedy osoby do zachowań przestępczych w tym również do czynów homicydalnych. W tym wypadku zaburzeniom psychicznym nie sposób jest przypisać większe/jakiegokolwiek znaczenie orzecznicze. W innym przypadku prowadziłyby to bowiem do paradoksalnej sytuacji, kiedy to przestępca (stanowiący zagrożenie dla otoczenia i równocześnie posiadający nieprawidłową osobowość – co mogłoby wykazać obligatoryjne badanie psychiatryczno-psychologiczne) byłby wianowany orzeczeniem niezdolności do samodzielnej egzystencji (choć w rzeczywistości „nie potrafi” on żyć samodzielnie w warunkach wolnościowych i musi być sądownie izolowany od społeczeństwa; kryterium wyłączającym jest jednak zwykle brak możliwości orzeczenia u takiej osoby niezdolności do pracy – zwłaszcza całkowitej niezdolności do pracy).

Ad c)

Jest sprawa jasną, iż znaczące deficyty intelektualne (z wtórnymi zaburzeniami pamięci, orientacji, uwagi, itp.) mogą prowadzić do takiego osłabienia kontaktu z otaczającym światem, że pacjent zaczyna od pewnego czasu wymagać długotrwałej lub stałej opieki ze strony osób drugich. Przy tym orzecznicze

znaczenie mają nie tylko deficyty intelektualne powstałe w okresie życia dorosłego (zespoły otępienne), lecz również te wywodzące się z okresu dzieciństwa (tj. upośledzenia umysłowe). Przyczyną upośledzeń mogą być rozmaite choroby matki w trakcie ciąży, czynniki genetyczne, uraz okołoporodowy, oraz szereg schorzeń przebiegających w okresie dzieciństwa w obrębie głowy – ośrodkowego układu nerwowego. Otępienia powstają najczęściej w wyniku przedwczesnie przebiegających procesów inwolucji (otępienia starcze pod najczęstszą postacią choroby Alzheimera), na podłożu zmian naczyniowych (zmiany miażdżycowe z następczymi udarami, wieloletnie słabo kontrolowane nadciśnienie tętnicze, ostre zatrzymanie krążenia, pęknięcie tętniaka/naczyniaka), po zatruciach czadem, rozpuszczalnikami organicznymi, ołowiem, itp., po przebyciu urazów czaszkowo mózgowych, po przebyciu zapalenia opon lub mózgu, oraz w przebiegu szeregu chorób somatycznych (choroba Parkinsona, płasawica Huntingtona, encefalopatie gąbczaste, niedoczynność tarczycy, guzy mózgu i opon, itp.) – powodując ujawnienie się tak szeregu zaburzeń neurologicznych, (zaburzenia celowej motoryki, nietrzymanie zwieraczy, napady padaczkowe, izolowane zaburzenia neuropsychologiczne), jak również rozmaitych dysfunkcji natury psychiatrycznej (osłabienie funkcji poznawczych, zaburzenia emocjonalne i zachowania – w tym agresywność, zaburzenia psychotyczne i jakościowe zaburzenia świadomości, bezkrytycyzm).

Psychiatryczne badanie przedmiotowe nie pozwala na proste zorientowanie się w zakresie realnego deficytu intelektualnego. Oczywiście głębokie deficyty intelektualne rozpoznawać można orientacyjnie – stwierdzając niedołążność, niezaradność i niesamodzielność. Częstokroć w mniej nasilonych stanach otępienia czy upośledzenia umysłowego psychiatra musi odwoływać się do pomocniczego badania psychologicznego – wykorzystującego głównie badanie testem Wechslera [1]. Obszar przeciętnej inteligencji kończy się bowiem na 90 punkcie tzw. ilorazu inteligencji. Wszystkie wartości poniżej są już jakąś postacią deficytu intelektualnego, tylko że obszar poniżej 90 punktu dzieli się na 6 poziomów, z których każdy ma odmienne znaczenie orzecznicze: inteligencję poniżej normy (dawny górny obszar ociążałości umysłowej), pogranicze upośledzenia umysłowego (dawny dolny obszar ociążałości umysłowej), oraz cztery poziomy upośledzenia umysłowego: lekkie, umiarkowane, znaczne i głębokie.

Od wielu lat autor optuje za tezą [12], aby w zakresie oceny znaczenia orzeczniczego deficytów intelektualnych – czy to wywodzących się od dzieciństwa czy tych powstałych u osoby dorosłej – posługiwać się wytycznymi zawartymi w formalnie już

nie mającym mocy prawnej Rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie uprawnień do wcześniejszej emerytury pracowników opiekujących się dziećmi wymagającymi stałej opieki z 15 maja 1989 r. [13]. Zgodnie z tym rozporządzeniem „beneficjentem” możliwości przejścia na wcześniejszą emeryturę był rodzic ciężko chorego dziecka, którego schorzenie pozwalało na zaliczenie go do II grupy inwalidzkiej (później: orzeczenie całkowitej niezdolności do zatrudnienia). Schorzenia, które kwalifikowały dziecko do II grupy inwalidzkiej zostały uwzględnione w ustępie 3 omawianego Rozporządzenia – są to nie tyle schorzenia o określonej dynamice przebiegu, lecz stacjonarne stany – zwykle po ciężkim porodzie, urazach, zatruciach, zapaleniach, itp. – przebiegające zwykle z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego.

Punkt 2 Rozporządzenia odniósł się do grupy schorzeń psychicznych, których głównym objawem jest właśnie deficyt intelektualny, tj. do upośledzeń umysłowych. Według Rozporządzenia dopiero upośledzenie umysłowe na poziomie przynajmniej umiarkowanym stanowiło samodzielną przesłankę do orzeczenia drugiej grupy inwalidzkiej (= całkowitej niezdolności do pracy). Oznacza to, iż samodzielnie dopiero głębsze poziomy upośledzenia (upośledzenie znaczne i głębokie) mogą być uznane za przesłankę do orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji [14].

Konieczność sprawowania opieki ze strony osób drugich – przy upośledzeniu lekkim czy umiarkowanym – jawi się jako możliwa w przypadku współistnienia innych schorzeń – przykładowo neurologicznych: uszkodzeń w obrębie narządu ruchu (nasilone objawy porażenia wczesnodziecięcego), niedosłuchu/głuchoty, niedowidzenie/słoty, czy padaczki z częstymi napadami.

Ponadto trzeba podnieść, iż zaproponowane kryteria orzecznicze opierające się na wynikach testu Wechslera muszą być mniej restrykcyjne w przypadku otępienia u osób dorosłych – szczególnie u tych, u których wyjściowy poziom sprawności intelektualnej musiał być wyższy niż przeciętny.

Oprócz wymienionych powyżej ograniczeń testu Wechslera – najczęściej stosowanym (również przez lekarzy) narzędziem oceny ogólnego funkcjonowania intelektualnego jest Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego (MMSE – *Mini Mental State Examination*) [15]. Doświadczenie orzecznicze pokazuje, iż test MMSE ma jedynie charakter przesiewowy, a jego wyniki mają wartość jedynie orientacyjną. Ze względu na znacznie mniejszy stopień skomplikowania tego testu (w porównaniu z testem Wechslera) – jego wyniki zdają się być obciążone większym błędem i mniejszą precyzją. Niejednokrotnie wyniki testu

wykonanego przez lekarza z rejonu wydają się być dalece zaniżone – względem realnej sprawności funkcji poznawczych w trakcie badania sądowego [16].

Ponadto wyniki badania MMSI i wynikające z nich implikacje nie do końca przekładają się na wyniki badania testem Wechslera. I tak łagodne obniżenie funkcji poznawczych byłoby według skali MMSE przesłanką do orzeczenia częściowej niezdolności do zatrudnienia. Tymczasem poziom łagodnych zaburzeń poznawczych odpowiada jedynie inteligencji poniżej normy lub też pograniczu upośledzenia według testów badających poziom inteligencji, a deficyt ten nie jest uznawany za odpowiadający choćby częściowej niezdolności do pracy. Otepienie łagodne wydaje się być przesłanką pozwalającą na przeczenie całkowitej niezdolności do pracy, a otepienie umiarkowane (vel średniego stopnia) zdaje się odpowiadać stanowi, w którym pacjent staje się również niezdolnym do samodzielnej egzystencji [17].

Oczywiście odpowiednie kryteria orzecznicze mogą spełniać mniejsze deficyty intelektualne czy też głębokości otępienia – przy współobecności innych czynnościowych zaburzeń psychicznych jak i również somatycznych, które występują często u pacjentów w podeszłym wieku.

Ze względu na charakter takich schorzeń jak upośledzenia czy otępienia (nieuleczalne, nieodwracalne, przetrwałe) – orzekana niezdolność do samodzielnej egzystencji może być uznawana za trwałą (w przeciwieństwie do schorzeń czynnościowych – jak depresje czy psychozy).

Inne kryteria orzecznicze i dotychczasowe orzeczenia sądowe

Oprócz podniesionych przez prof. A. Wilnowską-Pietruszyńską trzech kryteriów orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji w przypadku zaburzeń psychicznych można wyróżnić również inne.

I tak przesłanką do orzeczenia u osoby niezdolności do samodzielnej egzystencji powinien być fakt orzeczenia u pacjenta ubezwłasnowolnienia całkowitego lub częściowego – z ustanowieniem opieki i kurateli. Mimo, iż niezdolność w obu przypadkach odnosi się do nieco innych aspektów funkcjonowania i życia codziennego wydaje się możliwe i zasadne przyjęcie przechodniości między faktem ubezwłasnowolnienia (zwłaszcza tym całkowitym) a niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

Takiego znaczenia orzeczniczego nie ma jednak, przykładowo odebranie osobie praw rodzicielskich. Zdolność opiekowania się i wychowywania dzieci

stawia zwykle znacznie większe wymagania niż zdolność do samodzielnej egzystencji.

Antonow i Bartnicki (2004) zebrali poglądy panujące w zakresie orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji, które zasadniczo odnoszą się do zaburzeń natury psychicznej:

- schorzenia degradujące psychicznie osobowość człowieka i wymagające stałej lub długotrwałej opieki nad ubezpieczonym, mogą uzasadnić zaliczenie go do I grupy inwalidów (obecnie odpowiadającej całkowitej niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji), nawet jeżeli jest on w stanie wypełniać niektóre z elementarnych czynności życiowych we własnym zakresie (np. jeść, ubierać się), o ile w pozostałym zakresie jest pozbawiony praktycznej możliwości egzystowania w humanitarnych warunkach bez koniecznej pomocy ze strony osoby trzeciej (wyrok SA w Gdańsku z dnia 20 czerwca 1995 r.) [18];
- niezdolną do samodzielnej egzystencji jest nie tylko osoba, która ze względu na naruszenie sprawności organizmu wymaga stałej lub długotrwałej opieki innej osoby, lecz również pomocy ze strony innej osoby (wyrok SA w Katowicach z dnia 19 listopada 1998 r.) [19];
- do czynności zabezpieczających samodzielną egzystencję człowieka nie należą wyłącznie tzw. czynności samoobsługi jak mycie się, ubieranie, samodzielne jedzenie posiłków, ale również nabywanie żywności, przyniesienie jej do domu, ogrzewanie mieszkania, przynoszenie w tym celu wiader z węglem, podstawowe prace porządkowe, nie wymagające wysiłku fizycznego i prac na wysokości (wyrok SA w Katowicach z dnia 27 kwietnia 2000 r.) [20];
- w ramach zakresu pojęcia „niezdolności do samodzielnej egzystencji” należy odróżnić opiekę, oznaczającą pielęgnację (czyli zapewnienie ubezpieczonemu możliwości poruszania się, odżywiania, zaspokajania potrzeb fizjologicznych, utrzymywania higieny osobistej itp.) od pomocy w załatwianiu elementarnych spraw życia codziennego, takich jak robienie zakupów, uiszczanie opłat, składanie wizyt u lekarza; wszystkie powyższe czynniki łącznie wyczerpują treść terminu „niezdolność do samodzielnej egzystencji” (wyrok SA w Katowicach z dnia 21 lutego 2002 r.) [21].

Wymienione powyżej przesłanki powodowałyby „jednak”, iż orzeczenia niezdolności do samodzielnej egzystencji przyjmowane byłyby częściej niż to ma miejsce obecnie. Innymi słowami w przypadku schorzeń psychicznych już wcale nie tak znacznie nasilone stany chorobowe prowadzą do pewnej

niezaradności i niesamodzielności. I tak w znaczącej liczbie przypadków – wcale nie tak ciężkich – to rodzina przejmuje kontrolę nad ordynowaniem pacjentowi leków – obawiając się jego zapominalstwa, niechęci do zażywania leków lub też z obawy przed podjęciem próby trucia się lekami. Już osoby ociężałe umysłowo mają problemy z daniem sobie rady w urzędach, uiszczaniu opłat, robieniu zakupów, itp. Gdyby zachować powyższą konwencję – za niezdolne do samodzielnej egzystencji musieliby być uznani pacjenci po przebytej psychozie z choćby nieznacznie nasiloną symptomatyką negatywną (bo wymagają aktywowania ich, motywowania i mobilizowania do codziennych czynności), chorzy z choćby umiarkowanie nasilonymi zaburzeniami depresyjnymi (bo bez aktywowania nie wychodzą z łóżka, nie dbaliby o zażywanie leków, bo muszą być pilnowani przed ewentualnym podjęciem próby samobójczej), osoby uzależnione (bo wymagają opieki i dozoru, aby nie spożywały/zażywały środków psychoaktywnych), chorzy z zaburzeniami lękowymi (bo wymagają pewnej pomocy w sytuacji wystąpienia sytuacji lękowej), pacjenci z zaburzeniami jedzenia typu bulimii-anoreksji (bo wymagają kontroli czy nawet przymuszania do jedzenia lub zabezpieczenia przed wywoływaniem wymiotów lub zażywaniem leków przeczyszczających), osoby z zaburzeniami preferencji płciowej (bo wymagają zabezpieczenia przed zachowaniami typu obnażania się / ekshibicjonizmu czy też czynami pedofilnymi), itd. Praktyka orzecznicza jest w przypadku powyżej wymienionych schorzeń (na szczęście) inna. W innym przypadku schorzenia psychiatryczne stałyby się głównymi – najczęstszymi schorzeniami prowadzącymi do rozumianej bardzo szeroko niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Poniżej podano propozycje orzecznicze, w których zasadne jest orzeczenie u pacjenta niezdolności do samodzielnej egzystencji (tab. I).

Podsumowując należy stwierdzić, iż kryteria w zakresie orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji są łatwiejsze do wyznaczenia czy też określenia w przypadku schorzeń somatycznych niż zaburzeń psychiatrycznych. W przypadku tych pierwszych – to zwyczajowo ogólna fizyczna – wyznaczana określonymi wartościami wyników badań dodatkowych oraz nasileniem symptomatyki klinicznej, determinuje stan, w którym to chora osoba zaczyna wymagać opieki i pomocy osoby drugiej. Wprawdzie niektórym schorzeniom psychiatrycznym mogą towarzyszyć znacznie nasilone zaburzenia somatyczne (spowolnienie czy pobudzenie psychoruchowe, objawy katatoniczne, wychudzenie-wyniszczenie) – to jednak w przebiegu dużej części zaburzeń natury psychicznej nie mają

Tabela I. Zaburzenia psychiczne według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 [22], w przebiegu których najczęściej orzekana jest (powinna być) niezdolność do samodzielnej egzystencji

F00-F09: organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi	otępienie (w tym rozmaite zaburzenia amnestyczne) od poziomu umiarkowanego (wg ICD-10) lub też średniego (wg skali MMSE – poniżej 18(19) punktów); majaczenie nałożone na otępienie; organiczne zaburzenia katatoniczne; ciężkie organiczne zaburzenia nastroju
F10-F19: zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych	zespół amnestyczny (Korsakowa), otępienie (np. psychodegradacja alkoholowa)
F20-F29: schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeń	zaburzenia psychotyczne ze stale utrzymującą się, nasiloną produkcją psychotyczną znacznie dezorganizującą ogólne funkcjonowanie pacjenta lub też z masywnymi objawami negatywnymi – odpowiadające dawnemu rozpoznaniu defektu (po)psychotycznego; schizofrenia katatoniczna; schizofrenia hebefreniczna
F30-F39: zaburzenia nastroju	ciężkie epizody depresyjne i maniakalne (zwłaszcza z objawami psychotycznymi) – leczone długo, w warunkach szpitalnych, z zabiegami elektrowstrząsowymi; stany zagrożenia dla życia pacjenta – w tym myśli, a zwłaszcza tendencje i próby samobójcze – w przebiegu zaburzeń depresyjnych, jak i psychotycznych
F40-F48: zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną	ciężkie zaburzenia lękowe; ciężkie zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (nerwica natręctw); ciężkie zaburzenia dysocjacyjne
F50-F59: zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi	ciężkie postacię jądłowstrętu psychicznego
F60-F69: zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	?
F70-F79: upośledzenie umysłowe	od poziomu znacznego upośledzenia, lub też dla mniejszych deficytów lecz w przypadku współistnienia innych ciężkich schorzeń bardzo znacznie upośledzających ogólna sprawność ustroju
F80-F89: zaburzenia rozwoju psychicznego	całościowe zaburzenia rozwojowe, w tym głównie: autyzm dziecięcy, zespół Retta
F90-F98: zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym	nasiloną chorobą tików?

one wiodącego znaczenia klinicznego, a tym samym i orzeczniczego. Z kolei takie dysfunkcje, jak zaburzenia funkcji poznawczych, zaburzenia nastroju, osłabienie krytycyzmu, zaburzenia motywacyjne

i wolicjonalne – są (nawet jeżeli nie wszystkie) słabiej kwantyfikowalne i co trudniej przełożyć je i powiązać z ustawowym rozumieniem terminu niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Niewątpliwie opisana powyżej sytuacja powoduje, iż powinny być opracowane bardziej precyzyjne kryteria orzecznicze, które ograniczyłyby dowolność orzeczniczą i rozbieżności w zakresie oceny schorzeń z grupy zaburzeń natury psychiatrycznej.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z 14 grudnia 1982 r. o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin (Dz. U. z dnia 18 grudnia 1982 r. Nr 40, poz. 267 z późn. zm.)
2. Ustawa z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. Nr 162 poz. 1119 z późn. zm.)
3. Uchwała SN z dnia 12 października 1999 r. III ZP 7/99. OSNA-PiUS 2000, 6, poz. 190.
4. Pławucka H. Niezdolność do pracy w przepisach prawa emerytalno-rentowego. PiZS, 1998; 1: 7-8.
5. Stelina J. Ubezpieczenia społeczne. Emerytury i Renty. Zasiłki. Wypadki przy pracy. Wyd Prawnicze LEX, Gdańsk 1994.
6. Ustawa z dnia 1 grudnia 1994 r. o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych (Dz. U. z 1998 r., Nr 102, poz. 651 z późn. zm.)
7. Wyrok SN z dnia 8 stycznia 1999 r. II UJN 509/98. PP 1999, nr 8.
8. Antonow K, Bartnicki M. Ustawa o emeryturach i rentach z funduszu ubezpieczeń społecznych. Komentarz. Zakamycze, Kraków 2004.
9. Wilmowska-Pietruszyńska A. Orzecznictwo lekarskie. Wyd Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2003.
10. Wilmowska-Pietruszyńska A, Frindt-Zajączkowska A. Orzecznictwo lekarskie o niezdolności do pracy. (W:) Psychiatria. Bilikiewicz A, Pużyński S, Robakowski J, Wiórka J. t. III. Wyd Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2003: 420-428.
11. Wechsler D. Equivalent test and mental ages for WISC. J Consult Psychol 1951, 15(5): 381-384.
12. Zyss T. Problemy orzekania rentowego w przypadku schorzeń psychiatrycznych – z perspektywy bieglego sądowego. Orzecznictwo Lekarskie 2005, II(1): 47-62.
13. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 maja 1989 r. w sprawie uprawnień do wcześniejszej emerytury pracowników opiekujących się dziećmi wymagającymi stałej opieki (Dz.U. nr 28, poz 149).
14. Zyss T, Boroń J. Orzekanie rentowe w zakresie psychiatrii u dzieci i młodzieży. Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2006, 6(1): 41-47.
15. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. „Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975, 12(3): 189-98.
16. Zyss T. Orzecznictwo rentowe z szczególnym uwzględnieniem psychiatrii. Krakowskie Wyd Medyczne, Kraków 2006.
17. Zyss T. Próba stworzenia spójnych zaleceń orzeczniczych w przypadku zespołu psychoorganicznego, w przebiegu którego dochodzi do ujawnienia się deficytu intelektualnego. V Ogólnopolskie Sympozjum Naukowe Dni Orzecznictwa Lekarskiego „Dylematy i problemy orzecznictwa lekarskiego”. Poznań, 2006: 80-83.
18. Wyrok SA w Gdańsku z dnia 20 czerwca 1995 r., III AUa 551/95, OSA 1995, z. 7-8, poz. 56.
19. Wyrok SA w Katowicach z dnia 19 listopada 1998 r. III AUa 1035/98, PP1999, nr 11.
20. Wyrok SA w Katowicach z dnia 27 kwietnia 2000 r, III AUa 190/00, OSA 2001, z. 12, poz. 44.
21. Wyrok SA w Katowicach z dnia 21 lutego 2002 r. III AUa 1333/01, OSA 2003, z. 7, poz. 28.
22. Pużyński S, Wciórka J (red.). Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Wyd Vesalius & IPIŃ, Kraków-Warszawa 1998.

Komentarz

Uważny czytelnik niniejszego czasopisma mógłby pomyśleć, że pisząc kolejny komentarz do publikacji P. dr med. Tomasza Zyssa, (używając trywialnych sformułowań) „czepiam się” autora. Otóż jest wręcz przeciwnie. Jestem pełen uznania i szacunku dla Pana Doktora, ponieważ tematy które porusza w swoich publikacjach, są niezwykle istotne i (jak mi się wydaje) prezentują poglądy i interpretacje dotyczące orzecznictwa lekarskiego dla potrzeb „rentowych” typowe dla zdecydowanej większości lekarzy – w tym: biegłych Sądów Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, a często odmienne od zasad orzeczniczych stosowanych przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie Zakładu. Mam nadzieję, że podkreślając te różnice „zmuszam” czytelnika do refleksji nad poruszonymi problemami.

W wyżej opublikowanym artykule jest kilka stwierdzeń autora, które nasuwają wątpliwości. Np.: „Pod pojęciem stałej lub długotrwałej opieki uznaje się pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życia codziennego, ...”, czy: „możności utrzymania samodzielności w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego”. Jeżeli dosłowny zapis ustawy jest następujący: „W przypadku stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej **opieki i pomocy** innej osoby w zaspokajaniu **podstawowych potrzeb życiowych** orzeka się niezdolność do samodzielnej egzystencji” to dlaczego używamy w trakcie naszych czynności orzeczniczych wyrazów (pojęć) zastępczych i do tego jeszcze o odmiennym znaczeniu? Dlaczego daje się zauważyć niechęć do literalnego traktowania normy prawnej? Próbuąc to wyjaśnić można oczywiście przytoczyć kilka hipotez, ale wydaje się, że najbardziej prawdopodobne jest wyjaśnienie, iż dokonując zamiany literalnego zapisu normy prawnej na własne określenie zastępujemy coś co nie jest dla nas jasne, zrozumiałe i jednoznaczne na coś co w naszym rozumieniu jest nieco inne ale tożsame z warunkami określonymi normą prawną. Nie bardzo potrafimy zróżnicować terminy: opieka i pomoc więc stawiamy pomiędzy nimi znak równości i w ten sposób zamiast dwóch (jednocześnie zaistniałych) ustawowych warunków spełniających kryteria niezdolności do samodzielnej egzystencji - mamy jeden w którym mieszczą się oba ustawowe, bez potrzeby wyjaśniania ich znaczeń. Proste ale niesłuszne! Wg Słownika Języka Polskiego opieka to: troszczenie się, dbanie o kogoś, pilnowanie kogoś, strzeżenie, dozór. Natomiast pomoc to: praca, wysiłek, działania podjęte dla dobra innej osoby w celu ulżenia jej w działaniu. Sprowadzając do prozaicznego przykładu: dziecko do wieku przedszkolnego wymaga opieki (troski, dbania, pilnowania, dozoru) i pomocy w działaniach (ubierania się, karmienia, mycia, załatwienia czynności wydalniczych z ustroju). Natomiast dziecko w wieku szkolnym wymaga tylko opieki, ponieważ wyżej wymienione działania wykonuje sam jeżeli: wskażemy mu (zatroszczymy się) w co ma się samodzielnie ubrać, zadamy o to co ma samodzielnie zjeść, przypilnujemy go przy samodzielnym myciu, będziemy dozorowali jego samodzielne wykonywanie potrzeb tzw. fizjologicznych.

W tak rozumianej „opiece i pomocy” jawi się niewielka grupa chorych psychicznie spełniających oba te warunki. Nie podejmuję się wymienić jaka, ale na pewno nie spełniają tych warunków osoby ubezwłasnowolnione czy też grożące samobójstwem, ale także szereg innych, wymienionych przez autora w wykazie zatytułowanym: „Zaburzenia psychiczne według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 [22], w przebiegu których najczęściej orzekana jest (powinna być) niezdolność do samodzielnej egzystencji.” Co do osób cierpiących na jądłowstręt to uwzględniając poprzedzającą część zapisu normy prawnej o konieczności długotrwałej opieki i pomocy, trudno sobie wyobrazić (choć nie można wykluczyć) potrzebę karmienia przez zgłębnik, trwającą ponad 6 miesięcy.

Stąd też, często używane w pracy autora określenia o „wymaganiu opieki” w stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi nie spełnia obu warunków zapisanych w ustawie o ich niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Podobna sytuacja dotyczy zapisu: **podstawowe potrzeby życiowe**. Na pewno nie są tożsame z podstawowymi czynnościami dnia codziennego czy podstawowymi czynnościami codziennymi. Można się zgodzić, iż użyty w ustawie zapis nie jest precyzyjny i jednoznaczny. Wystarczyło przecież dodać jeden wyraz aby pozbyć się wady tego tekstu. Mianowicie: „podstawowe potrzeby zapewniające (warunkujące) życie” aby ograniczyć rozumienie terminu „życie” do znaczenia biologicznego czyli alternatywnego do pojęcia śmierć.

Taka interpretacja tego pojęcia była stosowana w ustawach „rentowych” poprzedzających aktualną i nie znajdują uzasadnienia dla jej zmiany.

Nie oznacza to jednak, iż w ramach indywidualnej oceny każdego sporu o prawo do świadczeń z ubezpieczeń społecznych nie ma możliwości dostosowania zapisu prawa do tej niepowtarzalnej sytuacji życiowej wnioskodawcy. Trzeba go tylko merytorycznie uzasadnić. Posłużę się tu przykładem wziętym z życia: 66-letnia kobieta, cierpiąca na zmiany zwyrodnieniowe obu stawów biodrowych, ze znacznie upośledzoną zdolnością do chodzenia po mieszkaniu, napisała w skardze do Sądu, że mieszka samotnie w domu oddalonym o pół kilometra od innych zabudowań, nieposiadającym dostępu do źródła wody. Wodę czerpie wiadrem z użyciem tzw. kulki, z otwartej studni znajdującej się w odległości ok. 600-700 m od jej mieszkania. Nie jest w stanie pokonać takiej odległości nawet z wiaderkiem częściowo wypełnionym. Nie ulega wątpliwości, iż dostęp do wody warunkuje życie w biologicznym znaczeniu tego słowa. Sąd uznał wnioskodawczynię za niezdolną do samodzielnej egzystencji wyjaśniając, iż w sytuacji, kiedy niemal wszyscy mieszkańcy naszego kraju posiadają dostęp do źródła wody w mieszkaniu lub przynajmniej na podwórzu, czy w pobliskim hydrancie (źródło publicznym), to dla wyrównania szans dotyczącej tej szczególnej sytuacji skarżącej, w formie konieczności przejścia i przeniesienia wiadra do i od studni, można uznać jako równoważne z poruszaniem się po domu. Niezdolność do pokonania dystansu dzielącego mieszkanie od studni jest więc równoważna z niezdolnością do poruszania się po domu.

Podkreślenia wymaga, że przytaczane przez autora wyroki sądowe i zastosowane tam interpretacje nie mogą być podstawą do ich stosowania przez analogię (pomijając niewątpliwy fakt, iż są nieuprawnioną nadinterpretacją zapisu prawnego, zapewne biorącego się z bezkrytycznego powtarzania opinii lekarzy biegłych sądowych, których źródło tkwi w nawykach dotyczących

wydawania opinii dla potrzeb procesów cywilnych, które nie wymagają przy ich sporządzaniu, tak bezwzględnie podporządkowania normom prawnym ich treści). Prawo dotyczące ubezpieczeń społecznych nie pozwala bowiem stosować analogii do rozstrzygnięć rozpatrywanego sporu rozwiązań zastosowanych przez inne sądy i nakazuje traktować każde roszczenie ubezpieczonego jako indywidualną i niepowtarzalną sytuację sporną, która musi być rozstrzygana przez sąd przez zastosowanie konkretnej, obowiązującej normy prawnej. Stąd się też bierze nieustający spór pomiędzy ZUS a stosowaniem przez Sądy Pracy i Ubezpieczeń (wszystkich instancji) jako normy prawnej, wyroku Sądu Najwyższego w składzie 7 sędziów, na temat obowiązku wykazania stażu ubezpieczeniowego w ostatnim dziesięcioleciu, pomimo posiadania odpowiedniego wieku, niezbędnego całkowitego stażu ubezpieczenia i orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy, warunkujących uzyskanie wcześniejszej emerytury. Pozwolę sobie przytoczyć kilka publikacji autorytetów prawa, uzasadniających powyższą tezę o odmienności stosowania prawa w procesach sądowych z zakresu ubezpieczeń społecznych od procesów o charakterze cywilnym czy karnym:

Kolasiński K. „Rozpoznawanie spraw z zakresu ubezpieczeń społecznych”, Wydawnictwa Prawnicze, 1989: „Decyzje sędziowskie powinny być stałe w relacji do norm prawnych na podstawie których są wydane. Sąd stwierdzając co jest prawem dla konkretnego przypadku, nie ma możliwości jego kształtowania. Decyzje Sądu mają bowiem być w pełni wyznaczone normami prawnymi.”

Jackowiak C. „Gwarancje realizacji uprawnień ubezpieczeniowych”, Zeszyty Naukowe UŁ, seria prawnicza, nr 8: „Wszystkie uprawnienia do ubezpieczeniowych świadczeń pieniężnych powstają z mocy prawa w chwili spełnienia przewidzianych normą prawną warunków i polegają na możliwości żądania udzielenia świadczeń przez instytucję ubezpieczeniową.”

Kolasiński K. „Rozpoznawanie spraw z zakresu ubezpieczeń społecznych”, tamże: „Bezwzględnie obowiązujący charakter norm prawnych nie zezwala na uzupełnienie luk ochrony ubezpieczeniowej poprzez stosowanie analogii. Nie stosuje się też klauzul generalnych co wpływa ograniczająco na sędziowską swobodę formułowania decyzji. Stąd też jest ono schematyczne i szablonowe, co prowadzi do preferencji wartości statycznych (stałości, pewności i bezpieczeństwa prawa) przed wartościami dynamicznymi – dostosowywaniem go do potrzeb życia.”

Nie podzielam wątpliwości autora co do przyznawania prawa do dodatku pielęgnacyjnego rencistom oraz emerytom po ukończeniu 75 roku życia. Różnica pomiędzy przyznaniem prawa do tego dodatku osobom przed 75 rokiem życia na podstawie orzeczenia lekarskiego, a osobom po 75 roku życia „z urzędu” wynika z tego samego prawa ubezpieczeniowego, na podstawie którego przyznaje się emeryturę po osiągnięciu ustalonego ustawą wieku, niezależnie od stanu sprawności ubezpieczonego, lub rentę osobom przed osiągnięciem wieku emerytalnego ze stwierdzoną utratą zdolności do pracy. Dla tego coraz częściej, w języku nieformalnym, te dodatki określa różnymi nazwami w zależności od podstawy ich przyznania. Dodatek pielęgnacyjny dla emeryta, wynikający z osiągnięcia 75 lat życia, nazywając dodatkiem senioralnym.

Także nie podzielam wątpliwości prawników zasygnalizowanych przez autora w następującym fragmencie pracy: „Wychodzą bowiem z założenia, iż nie sposób przeprowadzić jest oddzielenie ryzyka niezdolności do pracy od ryzyka niezdolności do samodzielnej egzystencji, co oznacza, że pojęcie niezdolności do samodzielnej egzystencji praktycznie zawiera w sobie całkowitą niezdolność do pracy.”

Przeczy temu następujący przykład: niewiadomy od urodzenia (niewątpliwie spełnia ustawowe kryteria niezdolności do samodzielnej egzystencji!), ukończył „szkołę” masażu leczniczego. Pracował w „normalnym” zakładzie leczniczym do dnia uzyskania wieku emerytalnego. Po przyznaniu prawa do emerytury złożył wniosek o dodatek pielęgnacyjny. Czy będzie mu przyznany? Czy jest całkowicie niezdolny do pracy w rozumieniu ustawy „rentowej”? Czy utracił zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy w okresie ubezpieczenia? A może jest niepełnosprawny od urodzenia?

Niejako na marginesie użytych przez autora pracy innych określeń jawi się także potrzeba wyjaśnienia rozumienia użytych wielokrotnie w ustawie terminów: „stały”, „długotrwały”, „trwały” i „okresowy”. Niestety w sprawie zrozumienia tych pojęć panuje w ustawie o emeryturach i rentach z FUS prawdziwy chaos i trudno, tylko na jej podstawie, wyjaśnić jak te poszczególne terminy rozumieć.

„stały” – trwający stale (bez przerw) a w odniesieniu do świadczeń oznacza prawo do tych świadczeń a nie do ich wypłaty.

Art. 59: 1. Osobie, która spełniła warunki określone w art. 57, przysługuje:

- 1) renta stała – jeżeli niezdolność do pracy jest trwała;
- 2) renta okresowa – jeżeli niezdolność do pracy jest okresowa.

Lecz w nowelizacji z 2005 r. tej ustawy:

Art. 13 ust. 2 stanowi:

Niezdolność do pracy orzeka się na okres nie dłuższy niż 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 3.

Zastąpił on zapis poprzedni, iż „okresową niezdolność do pracy orzeka się, jeżeli według wiedzy medycznej istnieją rokowania odzyskania zdolności do pracy.”

Zaś ust. 3.: Niezdolność do pracy orzeka się na okres dłuższy niż 5 lat, jeżeli według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy przed upływem tego okresu.

I zastąpił zapis: „trwałą niezdolność do pracy orzeka się, jeżeli według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy.”

Dodano także:

ust. 3a: Jeżeli osobie uprawnionej do renty z tytułu niezdolności do pracy przez okres co najmniej ostatnich 5 lat poprzedzających dzień badania lekarskiego brakuje mniej niż 5 lat do osiągnięcia wieku emerytalnego określonego w art. 24 ust. 1, w przypadku dalszego stwierdzenia niezdolności do pracy orzeka się niezdolność do pracy na okres do dnia osiągnięcia tego wieku.

Oznacza to, że w aktualnej wersji ustawy nie występuje pojęcie trwałej niezdolności do pracy (we wszystkich trzech ustępach art. 13 użyto terminu „okres”) co czyni zapis art. 59 ust. 1 niemożliwym do zastosowania w orzecznictwie ZUS, ale możliwym w orzecznictwie sądowym wskutek opinii biegłego o trwałej niezdolności, bowiem sądy orzekają o uprawnieniach do renty a nie o niezdolności do pracy. Jednak oznacza także inne prawo dla ZUS i inne dla sądów. Niestety nie spotkałem się z komentarzem prawników czy taki dualizm prawa jest dopuszczalny.

Inna interpretacja art. 13 ust. 2, 3 i 3a mianowicie, że termin „okres” zawiera w sobie pojęcie „trwały”, nie jest poprawna, albowiem wyraz: „okres” oznacza określony wycinek czasu – pojęcia ciągłego – przez ustalenie jego początku i końca.

„długotrwały” – termin użyty do zdefiniowania niezdolności do samodzielnej egzystencji. Określenia tego terminu nie zawarto w ustawie. Przez analogię do wyjaśnień zawartych w poprzednich ustawach, rozumie go się jako stan trwający ustawicznie (ciągle, bez przerw) dłużej niż 6 miesięcy. Ten okres 6 miesięcy posłużył także do podziału niezdolności do pracy na „czasową” – trwającą do 6 miesięcy – równą okresowi uprawnień do zasiłków chorobowych i „długotrwałą” czyli taką która obejmuje okres po zakończeniu uprawnień do zasiłku chorobowego. Chociaż prawo nie przewidziało stosowania takiego podziału to używanie go ze względów praktycznych wydaje się zasadne.

„okresowy” – nie budzi wątpliwości interpretacyjnych.

Na zakończenie chciałbym podzielić się refleksją z mojego wieloletniego doświadczenia orzeczniczego, z którego wynika, że literalne traktowanie prawa chroni nas – orzeczników, opiniujących – przed różnymi, własnymi dylematami natury moralnej, a jego własne interpretowanie powoduje, że naginanie prawa w imię „dobra badanego – orzekanego” bardzo często obraca się w jego „zło”, czasem nawet po wielu latach, a zawsze nie mieści się ono w „dobrze” społeczności ubezpieczonych.

Dionizy Bilski
Członek Rady Redakcyjnej

Odpowiedź autora

Serdecznie dziękuję Redakcji „Orzecznictwa lekarskiego” – w osobie P. prof. dr Dionizego Bilskiego – za krytyczne uwagi, polemikę oraz rozwinięcie niektórych tez i tematów postawionych we własnej pracy pt. „Orzekanie o niezdolności do samodzielnej egzystencji w zaburzeniach psychicznych”. Zapewne poszerzą one widzenie omawianych problemów o doświadczenie przedstawiciela specjalności bardziej somatycznych.

Część problemów oraz wątpliwości orzecznich wiązać można zapewne z nieco odmienną naturą i przebiegiem zaburzeń psychicznych w porównaniu do większości schorzeń somatycznych. Chory psychiczne – w znamienitej większości przypadków – jest osobą zdrową somatycznie (ma dwie ręce i nogi ≈ nie ma istotnych zaburzeń dysfunkcji układu kostno-stawowego, nie zdradza cech niewydolności oddechowej czy krążeniowej, itp.), a mimo to pewne zaburzenia funkcjonowania określonych części składowych psychiki – powoduje, iż staje się on osobą wymagającą opieki i pomocy, jak również dozoru ze strony osoby drugiej.

Problemem wydaje się być również wypracowanie konsensusu czyli określonych norm orzecznich, które nie byłyby tylko narzucone arbitralnie przez lekarzy orzeczników/biegłych, ale również byłyby do przyjęcia i zaakceptowania jako zasadne przez lekarzy prowadzących w tzw. rejonie. Inaczej zbyt szerokie interpretowanie zapisów ustawowych prowadziłyby do paradoksów – jak te opisane w ostatnich akapitach pracy – polegających na tym, że za niezdolne do samodzielnej egzystencji powinna być uznana istotnie większa część chorych ze schorzeniami psychiatrycznymi – niż to orzeka się obecnie.

Pewnym ideowym problemem jest fakt, iż problemy orzecznictwa rentowego, odszkodowawczego, itp. praktycznie nie są poruszane na łamach krajowych czasopism psychiatrycznych, nie bywają tematem sesji na konferencjach naukowych, a wiedza większości praktykujących na niwie terapeutycznej lekarzy psychiatrów w zakresie omawianych problemów nie jest szczególnie duża.

Problem zaczyna się już na poziomie specjalizacji. Rezydent w trakcie 5 lat nauki ma wziąć współudział w sporządzeniu 3 opinii sądowno-psychiatrycznych w sprawach cywilnych i zwykle nie są to opinie w sprawach rentowych czy odszkodowawczych. Cała wiedza specjalistyczna ogranicza się do 76 godzinnego kursu „psychiatria sądowa i orzecznictwo sądowno-psychiatryczne”, w przebiegu którego aspekty orzecznictwa lekarskiego (w rozumieniu problemów rentowych i odszkodowawczych) nie są najpilniej poruszonym obszarem zagadnień.

Odejdźmy od jedynie przyczynkarskich opisów problemów orzecznictwa lekarskiego w zakresie psychiatrii, jakie pojawiają się na konferencjach PTOL i na łamach czasopisma OL powinno być – jak się zdaje – nawiązanie głębszej współpracy między Polskim Towarzystwem Orzecznictwa Lekarskiego a Polskim Towarzystwem Psychiatrii Sądowej oraz Polskim Towarzystwem Psychiatrycznym. Intensywna praca dydaktyczna u podstaw powinna być przy tym nakierowana nie na psychiatrów będących orzecznikami ZUS/KRUS czy biegłymi Sądów Pracy, lecz szeroką rzeszę psychiatrów, których dotychczasowe zainteresowanie problemami orzecznictwa ograniczało się do wypełnienia druku ZLA, druku rentowego czy innego zaświadczenia o stanie zdrowia. Do współpracy koniecznym było by włączenie czy zainteresowanie psychiatrów – będących samodzielnymi pracownikami naukowymi, gdyż to oni swoimi nazwiskami i autorytetem – byłiby w stanie pomóc w rozpowszechnieniu rozumienia złożonych problemów orzecznich wśród szerokiej rzeszy kolegów psychiatrów.

Jedynie współpraca wymienionych towarzystw mogłaby wypełnić zgłaszane postulaty konkretnymi ustaleniami, zaleceniami czy rozwiązaniami.

Tomasz Zyss