

Jakość dokumentacji medycznej widziana z perspektywy potrzeb Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

The quality of the medical records seen from the perspective of needs of the Institution of Social Securities

TADEUSZ KACZMAREK ^{1/}, JERZY T. MARCINKOWSKI ^{2/}, RYSZARD SZOZDA ^{3/}, BEATA ZIEMSKA ^{4/}, HANNA WIŚNIEWSKA-ŚLIWIŃSKA ^{2/}

^{1/} Zakład Ubezpieczeń Społecznych – Oddział w Pile

^{2/} Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

^{3/} Śląska Izba Lekarska, Katowice

^{4/} Przychodnia Medycyny Pracy NZOZ Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

W pracy poddano analizie wpływ jakości dokumentacji medycznej ubezpieczonego występującego z wnioskiem do ZUS o przyznanie świadczeń z tytułu ubezpieczenia społecznego na końcowy efekt złożenia takowego wniosku. Podniesiono jej doniosłą rolę w poprawnej ocenie ustaleń lekarzy ZUS, warunkujących uzyskanie prawa do otrzymywania takich świadczeń. Wskazano na bardzo często występujące różnice pomiędzy zapisami w dokumentacji lekarzy leczących lub wystawianymi przez nich zaświadczeniami i wynikami badań pomocniczych, zawartych w tej dokumentacji, a faktami ustalonymi podczas badania osobistego przez lekarzy ZUS i wynikami takich samych badań zleconych przez ZUS i wykonywanych w ogólnie dostępnych pracowniach ochrony zdrowia. Podkreślono także wpływ (skutkowanie) tych stwierdzonych różnic na postępowanie lekarzy orzekających lub opiniujących, w postaci pogłębiającej się w miarę zdobywania doświadczenia, utraty zaufania do dostarczanej przez badanego dokumentacji, co może przyczynić się do niepoprawnych ocen orzeczniczych.

Słowa kluczowe: orzecznictwo lekarskie ZUS, dokumentacja z przebiegu leczenia

Summary

In research were analyzed the medical records insureds making motions for the pension-prostration. Were raised her significant role in the correct estimation of settlements of doctors of Social Securities, conditioning obtaining a right to the obtention of such prestations. The evidenced heaps of times occurring differences among recordings in the records of doctors attending or with put out by them with certificates and findings auxiliary contracted in this records and with facts settled during the personal research through doctors with Social Securities and performance of such themselves research commissioned by Social Security and performed in generally accessible studio's of the health protection. There was also underlined the result of these absolute differences on the conduct of doctors indicative or giving some opinion, in the form deepening in due measure winnings of the experiences, the loss of the confidence to provided through examined of the records what can contribute to incorrect jurisdiction marks.

Key words: *medical jurisdiction of Social Security, records from course of the treatment*

© Orzecznictwo Lekarskie 2010, 7(1): 66-73

www.ol.21net.pl

Nadesłano: 21.12.2009

Zakwalifikowano do druku: 18.02.2010

Adres do korespondencji / Address for correspondence

prof. nadzw. dr hab. med. Jerzy T. Marcinkowski
Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Rokietnicka 5 „c”, 60-806 Poznań, , e-mail: jmarcin@ump.edu.pl

Wprawdzie orzecznictwo lekarskie w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) dotyczy zarówno świadczeń rentowych jak i uszczerbku na zdrowiu spowodowanego wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, to jednak największy problem orzeczniczy, wywołujący najwięcej kontrowersji, budzi orzekanie o długotrwałej niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji, na wniosek ubezpieczonych ubiegających się o świadczenia z tytułu ubezpieczeń społecznych. Na tym też polu szczególnie jaskrawie pojawia się problem

różnic, niekiedy wręcz skrajnych, w podejściu do opiniowania tego samego stanu faktycznego z jednej strony przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie ZUS, z drugiej strony przez „lekarzy leczących” (cokolwiek rozumieć należy pod tym określeniem) oraz bardzo często także przez lekarzy biegłych sądowych.

Postępowanie orzecznicze do celów rentowych wszczyna się na podstawie wniosku ubezpieczonego – złożonego w ZUS – o świadczenie, do którego prawo zależy od istnienia m.in. niezdolności do

pracy zarobkowej. Ubezpieczony, ubiegający się o takie świadczenie, ma obowiązek, poza stosownym wnioskiem, dostarczyć zaświadczenie o stanie zdrowia podpisane przez lekarza(y) leczącego(ych) oraz przedstawić lekarzowi orzecznikowi lub komisji lekarskiej ZUS wszelką niezbędną dokumentację medyczną, dotyczącą jego stanu zdrowia, a w szczególności związaną z wnioskowaną niezdolnością do pracy, oraz poddać się badaniu przez lekarza orzecznika ZUS/lekarzy komisji lekarskiej ZUS, a także innym, zleconym przez nich konsultacjom specjalistycznym i wskazanym badaniom diagnostycznym.

Zgodnie z art. 14 Ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z funduszu ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 162, poz. 1118 z późn. zm.) w postępowaniu rentowym z tytułu niezdolności do pracy w pierwszej instancji takiej oceny orzeczniczej dokonuje lekarz orzecznik ZUS, który jest zobowiązany ustalić w wydawanym przez siebie orzeczeniu:

- fakt istnienia niezdolności do pracy i określić jej stopień, lub też brak niezdolności do pracy,
- datę powstania niezdolności do pracy,
- przewidywany okres niezdolności do pracy,
- związek przyczynowy niezdolności do pracy z określonymi okolicznościami (wypadkiem przy pracy, chorobą zawodową),
- celowość przekwalifikowania zawodowego,
- przewidywany okres niezdolności do samodzielnej egzystencji jeżeli takową stwierdzi lub jej brak.

Lekarz orzecznik w postępowaniu rentowym orzekając o częściowej niezdolności do pracy według ustawowej jej definicji (art. 12, ust. 3) [1] musi ustalić:

1. stopień naruszenia sprawności organizmu i rokowanie co do możliwości przywrócenia w drodze leczenia i rehabilitacji niezbędnej sprawności umożliwiającej podjęcie pracy zarobkowej,
2. związaną z tym stopniem naruszenia utratę zdolności do pracy zarobkowej wykluczając, w stopniu co najmniej znacznym, możliwość wykonywania pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji zawodowych, lecz z zachowaniem zdolności do wykonywania innej pracy wymagającej niższego poziomu kwalifikacji,
3. w razie utraty zdolności do wykonywania zawodu – brak możliwości odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu, realizowanym w ramach renty szkoleniowej przyznawanej w określonych okolicznościach przez ZUS, biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy oraz wiek, poziom

wykształcenia i posiadane predyspozycje psychofizyczne.

Natomiast orzekając o całkowitej niezdolności (art. 12, ust. 2) do pracy musi wykluczyć możliwość wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej z wyjątkiem: pracy na stanowisku specjalnie stworzonym dla badanej osoby i odpowiednio przystosowanym (oprzyrządowanym) do jego naruszonej (upośledzonej) sprawności.

Lekarz orzecznik dokonuje oceny stopnia niezdolności do pracy w formie orzeczenia, będącego jednym z trzech podstawowych warunków do wydania przez organ rentowy ZUS stosownej decyzji odnośnie przyznania lub odmowy prawa do świadczeń rentowych. Jeżeli lekarz orzecznik w dniu badania ustala czy wnioskodawca jest niezdolny do pracy ma obowiązek wręczenia orzeczenia badanemu.

Od orzeczenia lekarza orzecznika ZUS przysługuje – w terminie 14 dni od daty jego doręczenia – odwołanie do komisji lekarskiej ZUS. Także główny lekarz orzecznik Oddziału ZUS – z upoważnienia Prezesa ZUS – może zgłosić, w terminie 14 dni od wydania orzeczenia, zarzut wadliwości orzeczenia lekarza orzecznika i skierować wnioskującego na badanie przez komisję lekarską Zakładu.

Komisja lekarska ZUS może podtrzymać orzeczenie lekarza orzecznika lub też zmienić je w części lub w całości. Na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika lub komisji lekarskiej ZUS, jeżeli został zgłoszony sprzeciw albo zarzut wadliwości, organ rentowy wydaje decyzję dotyczącą przyznania lub odmowy prawa do świadczenia, o które wnioskował ubezpieczony. Od decyzji organu rentowego, lecz wydanej tylko w oparciu o orzeczenie komisji lekarskiej ZUS, wnioskodawcy przysługuje – w ciągu 30 dni – odwołanie do Sądu Okręgowego – Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych. Z kolei od tego wyroku każdej ze stron (ubezpieczonemu i organowi rentowemu) przysługuje apelacja do Sądu II instancji, a w uzasadnionych przypadkach – kasacja do Sądu Najwyższego.

Podkreślić należy, że złożenie w terminie odwołania do Sądu dotyczącego decyzji w sprawach rentowych wydanej przez organ rentowy na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika skutkuje zaniechaniem przez Sąd rozpatrywania takiego odwołania.

Lekarz orzecznik, jak i komisja lekarska ZUS, są zatem wyspecjalizowanymi podmiotami, którego(ych) zadaniem jest opracowanie – w oparciu o przedstawiane przez ubezpieczonego fakty – orzeczenia niezbędnego do wydania decyzji rentowej przez organ ZUS.

Lekarze orzecznicy ZUS są zobowiązani wnikliwie i obiektywnie zbadać ubezpieczonego, określić

przyczynę w postaci naruszenia (upośledzenia) sprawności organizmu w ocenie ilościowej (a nie jakościowej, jaką jest np. rozpoznanie choroby) i ustalić stopień niezdolności do pracy w oparciu o normę prawną (art. 12, ust. 2 i 3 ustawy o emeryturach i rentach z FUS) uwzględniającą dwa zasadnicze, równoważne elementy: 1) biologiczny i 2) socjalno-zawodowy.

Jest rzeczą oczywistą, że ideałem orzekania w sprawach rentowych byłaby sytuacja charakteryzująca się 100% poziomem obiektywności dokonującego takiej oceny, wykluczająca wszelki subiektywizm i zgodnością z zapisem prawnym wykluczającym jakąkolwiek dowolność.

W praktyce orzeczniczej dotyczącej osób ubiegających się o świadczenia rentowe z tytułu niezdolności do pracy z ogólnego stanu zdrowia – a w większości przypadków dotyczy to chorób przewlekłych – istotnym elementem postępowania orzeczniczego jest analiza dokumentacji medycznej, zarówno przedstawianej przez ubezpieczonego, jak i uzyskanej wskutek zleconych przez lekarzy orzekających ZUS konsultacji specjalistycznych lub dodatkowych badań diagnostycznych. Stąd też tak ważna jest jakość składanej przez ubezpieczonego dokumentacji medycznej, gdyż w oparciu o zawarte w niej zapisy lekarz orzecznik jest w stanie ustalić dynamikę procesu chorobowego, skuteczność dotychczasowego leczenia i rehabilitacji, datę powstania ewentualnej niezdolności do pracy oraz możliwość przywrócenia zdolności do pracy w drodze dalszego postępowania terapeutycznego, w tym usprawniającego, z uwzględnieniem możliwości kompensacji drogą protezowania lub nabycia umiejętności zastępowania utraconych możliwości organizmu. Ilustracją stopnia nasilenia i zaawansowania procesów chorobowych, a w ich następstwie naruszenia (upośledzenia) sprawności organizmu, będzie zarówno podstawowa dokumentacja z leczenia ambulatoryjnego (przyczyna i częstotliwość wizyt, przeprowadzone badania diagnostyczne, rodzaj stosowanego leczenia i jego efekty), jak i dokumentacja z ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego, pomocy doraźnej oraz leczenia sanatoryjnego i szpitalnego.

Tym niemniej z wielu uzasadnień wydawanych orzeczeń wynika, że to badanie przez lekarzy w ZUS ma podstawowe znaczenie przy orzekaniu o istnieniu lub braku niezdolności do pracy. Należy bowiem pamiętać, że właśnie to badanie przez lekarza orzecznika czy komisję lekarską ZUS oraz badanie przeprowadzone przez biegłych przesądza o orzeczeniu o niezdolności do pracy lub jej braku [2].

Badanie przeprowadzane przez lekarzy orzekających dla ZUS jest niezmiernie ważne i ma za zadanie:

- ustalenie stopnia naruszenia sprawności organizmu spowodowanego chorobami, doznanymi urazami lub wadami wrodzonymi leczonymi przez innych lekarzy,
- weryfikację ocen naruszenia sprawności organizmu (jeżeli dokumentacja lekarska takie oceny zawiera) w oparciu o własne badanie, czyli ocenę sprawności w zakresie funkcji organizmu człowieka warunkujących jego udział w pełnieniu ról zawodowych, tj.:
 - funkcji umysłowych,
 - funkcji narządów zmysłów,
 - funkcji głosu i mowy,
 - funkcji układu sercowo-naczyniowego, krwiotwórczego, immunologicznego i oddechowego,
 - funkcji układu pokarmowego, metaboliczne i endokrynologiczne,
 - funkcji układu moczowo-płciowego i rozrodczego,
 - funkcji nerwowo-mięśniowo-szkieletowych i funkcji związanych z ruchem,
 - funkcji skóry i innych struktur z nią powiązanych,
- konfrontację zgłaszanych przez badanego skarg i dolegliwości z zapisami w dokumentacji lekarskiej, wynikami wykonanych badań pomocniczych i badaniem własnym oraz eliminowanie z poddania ocenie tych zgłaszanych przez badanego objawów, które nie znajdują potwierdzenia w wyżej wymienionych faktach,
- określenie poziomu kwalifikacji wnioskodawcy nie tylko w oparciu o dokumenty, ale także dość precyzyjne ustalenie jakie czynności badany wykonywał (czym się zajmował) podczas dotychczasowej aktywności zawodowej - także w czasie pobierania renty i jednoczesnego wykonywania pracy zarobkowej.

Należy podkreślić, iż w badaniu lekarza orzekającego niezmiernie istotna jest zasada, obowiązująca (coraz częściej tylko w teorii – niestety) w każdym badaniu lekarskim, iż zaczyna się ono w momencie pukania do drzwi gabinetu, a kończy po ich zamknięciu, przy czym badanie dla celów orzecznich nierazkiedy wymaga także obserwacji badanego po opuszczeniu gabinetu. Natomiast nie ma na celu weryfikowania poprawności rozpoznań ustalanych przez innych lekarzy (oceny jakościowej), albowiem podstawą do wysnucia wniosku orzeczniczego jest ocena ilościowa naruszenia sprawności organizmu, wykorzystująca do tego celu osiągnięcia klinimetrii (tam gdzie jest to możliwe) przez stosowanie ogólnie

przyjętych skal i klas. Ustalenie przyczyny naruszenia sprawności organizmu – ma znaczenie jedynie dla określenia rokowania co do okresu trwania niezdolności oraz możliwości odzyskania zdolności do pracy zarobkowej. Ocena niezdolności do pracy na podstawie rozpoznania klinicznego choroby jest zdecydowanym błędem orzeczniczym – w ustalaniu tej niezdolności w rozumieniu, jakie nadaje mu ustawa o emeryturach i rentach z FUS. Trzeba dodać: błędem popełnianym przez bardzo liczne grono lekarzy – w tym biegłych sądowych. Jest to także najczęstszy powód nieporozumień pomiędzy lekarzami leczącymi, biegłymi Sądów Pracy i Ubezpieczeń Społecznych a orzekającymi dla ZUS. Nie wynika ono z błędów „lekarskich” (np. dotyczących diagnoz), ale z odmiennego prawa w zakresie przepisów orzeczniczych. Dla lekarza medycyny pracy orzekanie ilościowe samo w sobie jest błędem, gdyż musimy zgodnie z wytycznymi orzekać na podstawie stwierdzonych jednostek chorobowych, w zależności od stanowiska, np. cukrzyca jest przeciwwskazaniem do pracy w porze nocnej, na wysokości i jako zawodowy kierowca – i ilościowe orzekanie w tym przypadku nie ma dla nas znaczenia. Podobnie jest z chorobami zawodowymi; nie można dopuścić do pracy pracownika, który nabył chorobę zawodową, na to samo stanowisko lub podobne (wynika to z Kodeksu pracy), niezależnie czy ma z tego tytułu 5% czy 20% uszczerbku na zdrowiu. Błędy zazwyczaj wynikają z niedostatków wiedzy orzeczniczej wśród szerokiego rzesz lekarzy, z braku umiejętności zamiany oceny jakościowej (rozpoznania choroby na którą cierpi badany) na ocenę ilościową (stopień naruszenie sprawności organizmu) i z odrzucania (lub braku wiedzy o ich istnieniu) norm prawnych rządzących orzecznictwem. Wielu lekarzy nie zdaje sobie sprawy, że pojęcie (termin) „niezdolność do pracy” jest pojęciem prawnym a nie medycznym i że zupełnie co innego znaczy w rozumieniu każdej z ustaw ją definiujących, jak: 1) kodeks pracy, 2) o świadczeniach pieniężnych z tytułu ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, 3) o emeryturach i rentach z FUS, 4) o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, 5) o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin, 6) o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin oraz 7) ustaw lub rozporządzeń dotyczących wybranych zawodów. Podstawową różnicą definiującą różne rozumienie tego terminu są zupełnie odmiennie kryteria ustala-

nia niezdolności do pracy zawarte w wymienionych ustawach.

Ważne jest też, aby dokumentacja przedstawiona podczas orzekania o niezdolności do pracy cechowała się maksymalną rzetelnością, precyzją, jasnością, obiektywnością i brakiem jakiegokolwiek subiektywnej wartościującej oceny. Jej zgodność z oceną własną lekarza orzecznika wynikającą z jego badania jest gwarantem, iż poziom obiektywizmu będzie bliski wspomnianemu odsetkowi = 100%.

Z formalnego punktu widzenia takie kryteria spełniać będzie dokumentacja medyczna:

- kompletna, z zachowaniem chronologii procesów chorobowych oraz postępowania leczniczego i jego skuteczności,
- starannie sporządzona, czytelna, zawierająca standardową terminologię medyczną,
- z opisem badania zawierającym szczegółowe dane z wywiadu, badania przedmiotowego, rozpoznanie choroby wraz z oceną stopnia nasilenia stwierdzanych dysfunkcji oraz zleconym postępowaniem leczniczym i rehabilitacyjnym, a także wynikami badań diagnostycznych w ich pełnym brzmieniu,
- zlecane badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne winny być aktualne i w pełni adekwatne do stwierdzanych przez lekarza schorzeń,
- dokumentacja lekarska powinna być „aktualizowana” podczas kolejnych badań wraz z oceną wyników dotychczasowego postępowania terapeutycznego, a nie wypełniana jedynie adnotacją „diagnoza – jak wyżej” lub „powtórzenie Rp”,
- bardzo wskazane jest umieszczanie w dokumentacji zamierzonego dalszego postępowania lekarza leczącego.

Niestety, w praktyce orzeczniczej wyjątkowo rzadko ubezpieczony ubiegający się o świadczenie rentowe przedstawia taką właśnie dokumentację leczniczą od lekarza leczącego – zarówno lekarza rodzinnego jak i lekarzy specjalistów. Należy także podnieść, że istnieje jakby tendencja do skrótowego i byle jakiego prowadzenia dokumentacji medycznej przez lekarzy leczących, a z jej analizy de facto nie wynika to, o czym wyżej albo „po prostu wynika nic”.

Ale bywa i tak, że przeciwieństwem skąpej, niekompletnej, często nieczytelnej i lapidarnej dokumentacji medycznej, jest dokumentacja bardzo „rozbudowana”, zawierająca wręcz wnioski orzecznicze odnośnie niezdolności do pracy pacjenta ubiegającego się o świadczenie rentowe, sporządzana w celu „pomocy pacjentowi” w uzyskaniu renty. Podobną formę – mającą spełniać oczekiwania pacjenta ubiegającego się o rentę – mają niekiedy wydawane pacjentom przez lekarzy leczących „Zaświadczenia

o stanie zdrowia” (druki ZUS N-9), bardzo często „ilustrowane” licznymi badaniami i konsultacjami specjalistycznymi, a nawet hospitalizacjami, dokonywanymi bezpośrednio przed wypełnianiem tych zaświadczeń.

Zdarza się także, że nawet dość obszerna dokumentacja nie zawiera niezwykle istotnych dla orzekania informacji. Podczas licznych i systematycznych wizyt u lekarza leczącego pacjenta z powodu nadciśnienia tętniczego nie ma ani jednego wpisu o stwierdzonych wartościach tego ciśnienia. Trudno sobie wyobrazić leczenie z powodu nadciśnienia tętniczego bez dokonywania jego pomiarów. Jeżeli więc lekarz nie odnotowuje tych wartości, to rodzi się myśl, że były one prawidłowe, co nie jest warte odnotowania. Jeżeli taką myśl poweźmie lekarz orzekający, to będzie skutkowało orzeczeniem o braku niezdolności do pracy, choćby w badaniu orzeczniczym ciśnienie było wysokie. Z podobną sytuacją można się spotkać w dokumentacji dotyczącej leczenia z powodu padaczki, w której przez lata nie ma adnotacji o liczbie i rodzaju napadów, co można odczytać jako brak napadów. Niewątpliwie brak takich zapisów nierzadko wynika z „obawy” lekarza leczącego, że zapisując rzetelne dane może przyczynić się do odebrania renty jego pacjentowi. Trudno znaleźć uzasadnienie dla takiego opacznego myślenia lekarza. Jeżeli uważa, że otrzymywanie bardzo skromnej sumy pieniędzy z ubezpieczenia społecznego jest „dobrem” dla pacjenta oraz rozwiązuje problem jego bytu i jakości, to myślenie takie trzeba uznać za naiwne i bezzasadne, a także pozbawiające motywacji chorego do jego starań o uczestniczenie w pełnieniu ról społecznych, stygmatyzujące go i skazującego na egzystencję na niskim poziomie lub usprawiedliwiającego jego „pracę na czarno”.

Tak w początkach istnienia polskiego systemu ubezpieczeń społecznych, jak i obecnie, wskazuje się, że „inną wartość dla lekarza rzeczoznawcy (obecnie dotyczy to lekarza orzecznika czy komisji lekarskiej ZUS) mają świadectwa lekarskie prywatnych lekarzy”. Już w okresie międzywojennym bowiem wskazano, że „o ile są to świadectwa znanych lekarzy, a przede wszystkim, o ile ich opinie są wydane nie po jednorazowym badaniu, lecz po dłuższej obserwacji i leczeniu, to takie świadectwa dla lekarza orzekającego będą miały wartość bardzo poważną”. Natomiast – co jest aktualne także dzisiaj (czyżby wartość ponadczasowa?) – „jednak tej wartości przeważnie odmówić należy świadectwom lekarzy, którzy wydają je po jednorazowym badaniu chorego” [3].

Z drugiej strony, w bardzo wielu przypadkach przedstawianej dokumentacji medycznej, brak w niej niezbędnych dla potwierdzenia rozpoznania

lub oceny dynamiki schorzeń aktualnych wyników badań diagnostycznych i specjalistycznych, co uniemożliwia właściwą ocenę orzeczniczną danego przypadku i zmusza lekarzy orzeczników ZUS do kierowania takich osób ubiegających się o renty z tytułu niezdolności do pracy na dodatkowe badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne.

Przykładem może być zgłaszanie przez osoby kierowane na rentę objawów duszności po wysiłku. Objawy te są wielokrotnie bardzo wyraźnie podnoszone – czy to przez badanego, czy to na druku ZUS N-9 przez lekarza wypisującego druk, ze wskazaniem nawet czasem długiego okresu występowania takich objawów. A jednak z dokumentacji medycznej wynika, że lekarz leczący nigdy nie znajdował potrzeby kierowania leczonego do wykonania próby wysiłkowej lub opierał się o badania spoczynkowe (spirometryczne), w których z analizy zapisów graficznych jednoznacznie wynika ich nieprawidłowe wykonywanie, zaniżające parametry. Lekarze orzecznicy (komisje) bardzo często albo wskazują, że badania takie są „prawidłowe” (swoisty „skrót myślowy”, aby nie urazić „kolegi”, (lub, co gorsze - na przykład profesora uczelni medycznej) albo, że nie nadają się do oceny, a najczęściej pomijają takie wyniki. Oczywiście, wtedy jakby „tracą zaufanie” do dokumentacji lekarza ją prowadzącego, co jest zrozumiałe.

Postępowanie takie nie tylko wydłuża procedurę orzeczniczną, ale w wielu przypadkach stwarza bardzo kłopotliwą sytuację, kiedy to wyniki zleconych przez ZUS badań laboratoryjnych, rentgenowskich i innych oraz specjalistycznych badań lekarskich, nie tylko nie pokrywają się z zawartymi w dokumentacji przedstawianej przez pacjenta, ale wręcz pozostają z nimi w sprzeczności. W takich przypadkach trudno ocenić na ile stwierdzane rozbieżności są wynikiem niedoskonałości aparatury diagnostycznej i niedostatecznych kompetencji lekarzy dotychczas badających i leczących pacjenta, a na ile jest to wynikiem zamierzonego działania „na korzyść pacjenta”, ubiegającego się o rentę. Niewątpliwie, jeżeli sprzeczne wyniki tych badań pochodzą z tego samego okresu, to jedno z nich są niepoprawne. Pozostaje do rozwiązania problem: które? Rozstrzygnąć musi badanie przeprowadzone przez lekarza orzekającego wskazujące na większą wiarygodność jednego z nich. Badania ZUS są jednorazowe a dokumentacja leczenia jest dłuższa i może być bardziej miarodajna z uwagi na możliwość porównania danych, pod warunkiem, że jest rzetelnie prowadzona.

Obecnie wszakże coraz częściej, z uwagi na konieczność oszczędzania, nie kieruje się po prostu badanym na badania dodatkowe, a oceny doko-

nuje jedynie na podstawie byle jak prowadzonej czy niepełnej dokumentacji. To rodzi jednak inną możliwość – zdarza się bowiem, iż byle jak prowadzona dokumentacja nie wnosi niczego do sprawy, a wykonanie przykładowych badań, o których piszemy wyżej, mogłoby wskazać na istnienie ograniczeń czynnościowych, dających jednak prawo do orzeczenia o istnieniu niezdolności do pracy. Ale w tym przypadku – o czym należy także wspomnieć – lekarz zatrudniany przez ZUS nie widzi potrzeby wyjaśnienia „prawdy obiektywnej”, bo po prostu uważa, że to wnioskodawca powinien przedstawić wszystkie dowody (leczy się bowiem u lekarza), a lekarz orzecznik nie jest „od diagnozowania” w celu potwierdzenia bardzo często nieudokumentowanego wniosku. Dlatego ZUS nie powinien przyjmować wniosku o rentę bez odpowiedniej dokumentacji. Brakuje procedur, które mogłyby uregulować ten problem. Dla konkretnych chorób chory powinien dostarczyć określone procedurą dokumenty. Może rozwiąże ten problem informatyzacja (sieć komputerowa) opieki medycznej i dane pacjenta zapisane na nośniku elektronicznym.

Wielokrotnie zdarza się, że lekarz leczący, widząc ciężką sytuację pacjenta (i jego rodziny) – aczkolwiek znaną najczęściej z opowiadań samego zainteresowanego – pragnie mu pomóc. Jednocześnie w naszym kraju rozwinął się, znany od dawna, system podziału ludzi i instytucji na „my i oni”. My – to oczywiście pacjent i lekarz. Oni – to „władza” czyli w tym wypadku ZUS. A więc trzeba zrobić wszystko, aby „nam” pomóc kosztem „onych”.

Problem dokumentacji medycznej w orzecznictwie rentowym nie jest problemem nowym. W okresie międzywojennym wskazywano [3], że „bardzo cennym uzupełnieniem wywiadu i badania przedmiotowego oraz materiałem służącym do obiektywnej oceny skarg badanego są karty chorobowe Ubezpieczalni Społecznych, szpitalne, wyniki badań laboratoryjnych, itp.” Wskazywano, że „zwłaszcza karty chorobowe Ubezpieczalni Społecznych można nazwać bezcennym materiałem dla orzecznictwa inwalidzkiego, oczywiście pod warunkiem, że będą dobrze prowadzone ...”. Wskazywano także – co powinno mieć znaczenie także obecnie (ale autorzy nie spotkali się nigdy z takim myśleniem czy to lekarza orzecznika, czy komisji lekarskiej ZUS), że „o ile badany zgłasza się po raz pierwszy do lekarza ubezpieczalnianego (dzisiaj napisalibyśmy – lekarza rejonowego, lekarza pierwszego kontaktu czy lekarza rodzinnego) dopiero wtedy, gdy stracił pracę, a wkrótce potem składa roszczenie o rentę (co ma obecnie miejsce bardzo często, a co zauważają czasami jedynie biegli sądowi opiniujący dla sądów), to można było niekiedy, wobec zachowanej

sprawności ustroju stwierdzonej badaniem, powziąć podejrzenie, że przez zasięgnięcie porady lekarskiej ubezpieczony zamierzał przygotować sobie dowody, które by potwierdzały jego rzekomo obniżoną zdolność zarobkową.”

Podsumowując rozpoczęty wyżej wątek, wprowadzie wiele mówi się o korupcji w służbie zdrowia, ale – odrzucając zarówno motywy „altruistyczne” jak i czysto „komercyjne” – można przyjąć, że w wielu przypadkach takie nie do końca zgodne ze stanem faktycznym, czy też niekiedy wręcz bezzasadne wydawanie przez lekarzy pacjentom zaświadczeń i opinii o stanie zdrowia do celów rentowych, wynika z kilku powodów:

- lekarze zbyt często ulegają naciskom ubiegającym się o renty pacjentów - często istotnie pozostającym w szczególnie trudnej sytuacji życiowej – i niejako spełniając ich prośby sporządzają stosowną, korzystną dla nich, dokumentację medyczną, a ponadto bardzo często nie tylko nie widzą w takich przypadkach nic szczególnie nagannego, ale wręcz powołują się na zasadę, że *salus aegroti suprema lex*;
- wśród ogółu lekarzy, nie związanych z ZUS, widoczny jest brak znajomości przepisów orzeczniczych – stąd też bardzo często z ich niewiedzy biorą się nieuprawnione „osądy” o niezdolności do pracy oraz o „niełudzkości organu, który chce zatrzymać „nasze pieniądze” dla „siebie” (!!);
- nazbyt często zdarza się wśród lekarzy brak stosownego poczucia odpowiedzialności moralnej i karnej za tego rodzaju postępowanie, graniczące wręcz z poczuciem bezkarności wynikającym z przekonania o zgoła znikomej jego naganności (co niekiedy – niestety – znajduje potwierdzenie w ocenach lekarzy funkcjonujących w izbach lekarskich);
- można wręcz wskazać na brak poszanowania własnego podpisu – bowiem przecież lekarz sporządzający dokumentację podpisuje się pod zapisami przez siebie sporządzonymi.

Zupełnie odrębny problem stanowią przypadki świadomie fałszowanej dokumentacji, dotyczącej zdarzeń w ogóle nie mających miejsca w odniesieniu do danego pacjenta. Przykładem mogą być zarówno wyniki badań diagnostycznych przysłowiowego „szwagra”, przedstawiane przez pacjenta jako jego własne (dotyczy to zarówno badań laboratoryjnych, jak i diagnostycznych badań obrazowych), jak i wyniki konsultacji specjalistycznych (w jednym i drugim przypadku z reguły nikt nie sprawdza dokumentu tożsamości badanego). Sporządzana bywa też dokumentacja medyczna „komponowana” z użyciem wysokiej klasy kserokopiarek, w której prawdziwe są tylko dane personalne pacjenta. Opi-

sywano także przypadki, gdzie pacjent posługiwał się oryginalną kartą informacyjną z leczenia szpitalnego zawierającą bardzo dramatyczne rozpoznania – tyle tylko, że z dokumentacji szpitalnej wynikało, iż osoba ta nigdy w tej placówce nie była hospitalizowana.

Do najczęstszych uwag dotyczących nierzetelności dokumentacji lekarskiej (w oparciu o piśmiennictwo [2, 4] oraz doświadczenia „własne” autorów) należy zaliczyć:

- 1) Podnoszenie istnienia u pacjenta schorzeń, które w rzeczywistości nie istnieją (na przykład przewlekłej choroby obturacyjnej płuc u osoby z rozpoznaną pylicą, choroby niedokrwiennej serca ustalonej wyłącznie na podstawie wywiadu, czy encefalopatii pourazowej u osoby bez udokumentowanego urazu głowy).
- 2) Opisywanie przyczyny zgonu – co jest istotne w przypadku orzekania o związku przyczynowym pomiędzy chorobą zawodową lub wypadkiem przy pracy a zgonem (prawo do wyższego świadczenia dla rodziny) – inne rozpoznania na karcie zgonu, a inne na karcie wypisowej lub jednakowe rozpoznania na karcie wypisowej i karcie zgonu – nie związane z przyczyną pobytu w szpitalu i opisanymi okolicznościami zgonu (przyczyna zgonu na karcie wypisowej i karcie zgonu – pylica płuc, z historii choroby wynika, że w trakcie hospitalizacji mąż wnioskującej doznał zawału serca i zatrzymania krążenia z nim związanego, co spowodowało zgon).
- 3) Wskazywanie na:
 - istnienie zaburzeń o nasileniu większym niż realnie istniejące na przykład rozpoznawanie niedorozwoju umysłowego nasilającego się po 40 roku życia, a istniejącego od dzieciństwa, u osoby, która uzyskała wykształcenie wyższe, a maturę zdała z wyróżnieniem,
 - istnienie duszności po wysiłku u osoby bardzo otyłej z próbą udowodnienia istnienia zaburzeń wentylacji na podstawie badań spoczynkowych lub bez jakichkolwiek badań,
 - stwierdzanie ograniczeń czynnościowych w zakresie ruchomości stawów (na przykład barkowych: w trakcie badania niemożliwe staje się unoszenie rąk, aczkolwiek zdejmując sweter badany wykonuje pełny zakres ruchomości w stawach barkowych, czego rzekomo nie jest w stanie wykonać w chwili badania).
- 4) Wskazywanie na występowanie objawów tylko w określonych okolicznościach (na przykład: duszność po wejściu na pierwsze piętro), które

badany w trakcie zbierania wywiadu opisuje jako „szkodliwość schodów” – („Panie Doktorze, – mnie po prostu szkodzą schody. Powodują one u mnie tak znaczną duszność, że sam nie wiem” – w tym przypadku oczywiście te trzy ostatnie wyrazy polegają na prawdzie).

- 5) Wskazywanie na druku ZUS N-9 regularnego leczenia, podczas gdy z oryginalnej dokumentacji lekarskiej wynika zgłaszalność raz w roku lub raz na dwa lata (o ile nie rzadziej).
- 6) Podawanie innych, znacznie wcześniejszych dat rozpoczęcia leczenia w celu spełnienia formalnych warunków uzyskania świadczenia w postaci ustalenia wstecznej daty powstania niezdolności do pracy (na przykład u osoby, która zakończyła pracę (oficjalną?) 15 lat temu, a 5 lat temu przebyła gruźlicę – zapisano istnienie duszności – leczonej bezskutecznie – od 16 lat).
- 7) Podawanie innych, znacznie późniejszych dat wystąpienia dolegliwości i odchyień z nimi związanych, a mających być spowodowanymi na przykład przez uraz (w dokumentacji: napadowe bóle głowy od 1980 roku; w zaświadczeniu: napadowe bóle głowy po urazie w 1985 – skargi: bóle głowy od 1985).
- 8) Tworzenie dwóch opisów wyników tych samych badań. Jednego dla potrzeb leczenia i drugiego – odmiennego „gorszego” dla potrzeb rentowych. Na przykład badany przedstawia wynik scyntygrafii serca wykonany w poradni przyklinicznej, w którym opisano rozległy obszar niedokrwienia mięśnia serca indukowany wysiłkiem, a w przyniesionej dokumentacji z tej poradni znajduje się wynik tego samego badania wykonanego w tym samym dniu, o tym samym numerze, podpisany przez tego samego lekarza nie wykazujący żadnej patologii.
- 8) Wskazywanie na związki schorzeń z deportacją do ZSRR lub przymusową „wywózką na roboty” do Niemiec – na przykład gruźlica, która wystąpiła w roku 1956 jako związana z niehumanitarnymi warunkami deportacji do roku 1947 (ZSRR) albo pracą w gospodarstwie rolnym (w Bawarii) w latach 1944-1945.
- 9) Sporządzanie „duplikatów” dokumentacji (właściwa została zniszczona, uszkodzona, zalana w trakcie powodzi, itp.) bez wskazania, że dokumentacja stanowi duplikat.

Przedstawione przykłady „niedoskonałości” dokumentacji medycznej składanej przez pacjentów ubiegających się w ZUS o renty z tytułu niezdolności do pracy, usprawiedliwiają w jakimś sensie przekonanie funkcjonujące wśród lekarzy orzeczników ZUS, że o ile w relacjach pacjent – lekarz leczący

może obowiązywać zasada pełnego zaufania do zgłaszanych przez pacjenta dolegliwości i przedstawianej przez niego dokumentacji, to w relacjach ubezpieczony starający się o świadczenia finansowe – lekarz orzecznik musi być zachowany, w tym zakresie, pewien uzasadniony margines nieufności. Lekarze zajmujący się przez długi okres orzekaniem posiadają szereg osobistych doświadczeń na temat różnych sposobów próbowania ich oszukania – czasem naiwnych, ale czasem wręcz wyrafinowanych. Należy także podnieść, że dylematem rzetelnych biegłych sądowych w miarę zdobywania własnego doświadczenia jest pojawianie się nieufności do

wszystkich zaświadczeń, kartotek, wypisów szpitalnych, itp. Wobec przedstawionych faktów – niestety – znajduje to swoje usprawiedliwienie.

Należy zwrócić uwagę na fakt, że ten sam pacjent u lekarza rodzinnego będzie zgłaszał szereg dolegliwości w przeświadczeniu, że łatwiej dostanie świadczenie z ZUS, natomiast w gabinecie lekarza medycyny pracy zatai większość chorób, żeby otrzymać zdolność do pracy. Dlatego ZUS powinien żądać od pacjenta zaświadczeń o zdolności do pracy lub nawet kopii dokumentacji prowadzonej przez służbę medycyny pracy.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z 17 grudnia 1998 o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Tekst jednolity: Dz. U. Nr 39 z dn. 11.03.2004 r. poz. 353, Nr 64 poz. 593, Nr 99 poz. 1001, Nr 121 poz. 1264 – od 01.01.2005 r., Nr 144 poz. 1530 (TK), Nr 120 poz. 1252, Nr 191 poz. 1954, Nr 210 poz. 2135, Nr 236 poz. 2355, z 2005 r. Dz. U. Nr 41 poz. 401 (TK) – od 15.03.2005 r.)
2. Zyss T. Błędy dokumentacji lekarskiej jako przyczyna negatywnych orzeczeń rentowych. Arch Med Sąd Krym 2007, LVII,1: 144-152.
3. Rudziński S (red.). Orzecznictwo lekarskie inwalidzkie w ubezpieczeniu społecznym. Instytut Spraw Społecznych, Warszawa 1938.
4. Zyss T. Orzecznictwo rentowe ze szczególnym uwzględnieniem psychiatrii. Wyd Medyczne, Kraków 2006.