

Piotr Kowalski¹, Elżbieta Skupień²

Dysfunkcjonalność obowiązujących norm procentowej oceny uszczerbku na zdrowiu – problem adekwatnego oszacowania

Inadequacy of legal norms of evaluation the percentage of detriment to health – a problem of appropriate assessment

¹ Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Collegium Medicum UJ

² Z Instytutu Eksperty z Sądowych im. prof. dr. J. Sehna w Krakowie

Analiza wydawanych opinii w sprawach długotrwałego i trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazuje na anachroniczność rozwiązań obowiązujących systemów orzeczniczych. Podstawowym spostrzeżeniem jest nieprzystająca do realiów ocena procentowa, która spłaszcza problem zwłaszcza w odniesieniu do ciężkich urazów, gdzie mnogość obrażeń sprawia, iż uszczerbek przekracza 100%. Z naszych obserwacji wynika, iż zdeterminowane jest to w dużej mierze przez postęp medycyny. Obecnie żyją przez wiele lat osoby, które 20 lat temu wstecz ginęły bezpośrednio po wypadku, a obecnie dzięki zaawansowanym technologiom medycznym zostają uratowane. Ceną tego często jest wielonarządowe kalectwo, które nie mieści się w ramach obowiązujących regulacji. Profil ludzi okaleczonych, zdominowany przez ludzi młodych, przesądza o konieczności zmian systemowych uwzględniających ich rewalidację. Kolejnym ważnym aspektem jest relacja między oceną funkcjonalną obecnie obowiązującą, a faktycznym upośledzeniem funkcji narządu i wynikającymi z tego ograniczeniami życiowymi. Wreszcie rażące jest używanie w tabelach norm zaniechanych pojęć w obecnie obowiązujących klasyfikacjach medycznych. Praca stawia sobie za cel zaproponowania rozwiązania alternatywnego do obecnie obowiązujących.

Analyses of expert opinions issued in case of long-term and permanent detriment to health indicate an anachronistic nature of solutions offered by legal assessment systems. The fundamental problem the authors observed is the assessment of detriment percentage that is divorced from reality and oversimplifies this problem, especially in relation to severe traumas, where multiple injures cause health damage exceeding 100%. Our observations indicate that such a situation is largely determined by progress in medicine. Nowadays, many individuals, who would have

died immediately after the accident twenty years ago, survive due to advanced medical techniques. Yet the price paid for saving their lives is multi-organ disability that lies beyond the scope of contemporary regulations. The profile of disabled persons where young individuals predominate proves the necessity of introducing changes into the system, including their revalidation. Another important aspect is the relationship between the presently obligatory type of functional assessment and the real impairment of the organ function with the resultant limitations of daily life and deterioration of quality of life. Finally, the tables of normal values still employ terms that are considered by modern classifications as long out-dated. The objective of the present paper is to suggest the development of an alternative solution.

Słowa kluczowe: trwały uszczerbek, długotrwały uszczerbek, ocena uszczerbku na zdrowiu
Key words: permanent detriment to health, long-term detriment to health, assessment of health damage

Doświadczenia wielu lat opiniowania o długo-trwałym i trwałym uszczerbku na zdrowiu, w kontekście toczących się sporów cywilnych zaowocowała refleksją, iż narzędzia jakim są akty normatywne, będące podstawą pracy biegłych oraz orzeczników, stały się w istotnej mierze anachroniczne a tym samym dysfunkcjonalne. Nie trzeba nikogo przekonywać, że instrukcja Nr 32/64 Państwowego Zakładu Ubezpieczeń z dnia 21 lipca 1964 roku dla lekarzy orzekających w sprawach oceny procentowa skutków nieszczęśliwych wypadków, stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu stała się podstawowym na ponad 40 lat dokumentem [1, 2, 3], którego podstawowy kształt ulegał kosmetycznym przeróbkom zarówno przez ustawodawcę jak

w mniejszym lub w większym stopniu przez towarzysza ubezpieczeniowe. Nowelizacja wprowadzona w 2002 roku rozporządzenia o ocenie stałego i długotrwałego uszczerbku na zdrowiu jest przykładem tych kosmetycznych rozwiązań. Pomijam elementarne braki w tych dokumentach, jak brak komentarza co do podstaw kwalifikacji wymienianych skutków dla poszczególnych ocen, archaiczne zaniechane rozpoznania czy też wyłączne zainteresowanie następstwami zdarzeń nagłych urazowych i pominięcie wielu innych stanów klinicznych będących ścisłymi następstwami urazów. Motywującym do podjęcia tego problemu jest oczywiste dla wszystkich zjawisko,

że nieadekwatna ocena uszczerbku na zdrowiu skutkuje niemożnością realnego oszacowania rzeczywistych kosztów finansowych związanych z następstwami wypadków, mając na myśli każde nagłe zdarzenie niezależnie od miejsca gdzie ono wystąpiło [4, 5, 6, 7, 8].

Opiniując o skutkach długotrwałych i trwałych pokusiliśmy się w latach 2002-2006 na oderwanie się od narzuconej cezury maksymalnego stu procentowego uszczerbku na zdrowiu [9, 10] i okazało się, iż w 30% przypadków uszczerbek ten wynosił od 110% do 255%, kilka z nich prezentujemy w poniższych tabelach.

Tabela I.

Rodzaj następstwa obrażeń, mężczyzna, lat 17	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu wg Rozp. Min. Pracy i Polityki Społecznej
złamanie wieloodłamowe dołu przedniego podstawy czaszki	10
złamanie lewej kości ciemieniowej z wgnieceniem odłamów, z ubytkiem kostnym	25
złamanie lewej szczęk	5
złamanie lewej kości ramiennej z przemieszczeniem	25
porażenie prawego nerwu strzałkowego	20
pourazowa afazja motoryczno-sensoryczna z agrafią	80
blizny szpecące na twarzy	10
łącznie	175%

Tabela II.

Rodzaj następstwa obrażeń, kobieta, lat 27	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu wg Rozp. Min. Pracy i Polityki Społecznej
stłuczenie mnogie mózgu, z następowym niedowładem czterokończynowym, z uszkodzeniem nerwu okoruchowego	100
ciężkie zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane mechanicznym uszkodzeniem mózgu	100
złamanie miednicy – kości łonowej, kulszowej po prawej, kości krzyżowej po stronie lewej	20
utrata widzenia lewego oka	35
łącznie	255%

Tabela III.

Rodzaj następstwa obrażeń, kobieta, lat 32	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu wg Rozp. Min. Pracy i Polityki Społecznej
złamanie kości udowej prawej	15
obustronne złamanie kości łonowej i kulszowej z przemieszczeniem	20+20=40
podwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego prawego	15
zmiążdżenie tkanek miękkich kończyny dolnej lewej powikłane zaburzeniami ukrwienia kończyny (udo i podudzie)	20+15=35
pourazowe zmiany zwyrodnieniowe w obrębie kolana lewego, z ograniczeniem ruchomości	31
pourazowe zmiany zwyrodnieniowe w obrębie stawu skokowego lewego powikłane ograniczeniem ruchomości	15
liczne blizny w obrębie kończyn dolnych	5
łącznie	156%

Tabela IV.

Rodzaj następstwa obrażeń, mężczyzna, lat 22	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu wg Rozp. Min. Pracy i Polityki Społecznej
wieloodłamowe niestabilne złamanie miednicy z uszkodzeniem pęcherza moczowego oraz odbytnicy	40
obustronne rozkawałkowanie stropu panewki stawu biodrowego	20+20=40
złamanie lewej kości udowej z przemieszczeniem	15
złamanie końca bliższego lewej nogi z przemieszczeniem	15
złamanie lewej kości ramiennej z przemieszczeniem	10
pęknięcie pęcherza moczowego	5
zwężenie cewki moczowej	15
zaburzenia zwieracza odbytu (wiotkość)	60
łącznie	200%

Kolejne spostrzeżenie to, że dotyczy to ludzi głównie między drugą, a czwartą dekadą życia, będących ofiarami wypadków komunikacyjnych. Zainteresowanie tą sytuacją wynikało z niedosytu opiniodawczego, gdyż rekompensacyjny charakter narzuconej cezury nie odzwierciedla życiowej katastrofy po zdarzeniu nagle odrywającym od społecznego funkcjonowania. Brakuje jakiegokolwiek skali, która pozwoliłaby wartościować zmniejszenie możliwości w pełnieniu ról społecznych (zawodowych), co przy opiniowaniu pozwoliłoby odejść od całkowicie wolicjonalnego podejścia do wygłaszanych na ten temat poglądów (przekonań) zarówno przez pokrzywdzonych, jak zobowiązanych do jej naprawy.

Badając dokumentację wypadkową oraz medyczną, dotyczącą okoliczności zdarzeń gdzie uszczerbek przekroczył owe graniczne 100%, zauważyliśmy, że dynamiczny postęp medycyny w ostatnich 20 latach w leczeniu urazów mnogich oraz postęp w technice motoryzacyjnej sprawił, iż coraz większy odsetek ofiar wypadków przeżywa. Nie jest to jednak równoznaczne z przywróceniem stanu zdrowia bodaj w stopniu zbliżonym do tego sprzed zdarzenia, ofiary stają się osobami ciężko okaleczonymi. Na tym tle pojawia się kolejne zagadnienie oszacowania wartości „netto” uszczerbku na zdrowiu tzn. dokładnie tego, który jest bezpośrednim następstwem konkretnego zdarzenia, po odrzuceniu uszczerbku związanego np. z następstwami przewlekłego schorzenia mającego miejsce w chwili zdarzenia, wypadku, który miał miejsce w przeszłości czy też nieprawidłowego postępowania lekarskiego związanego z bieżącym leczeniem. Z zapisów sprzed 40 lat znajdują się sformułowania, iż stały, trwałe uszczerbek na zdrowiu ustala się po zakończeniu leczenia lub w 24 miesiącu, w żadnej z nowszych regulacji nie zamieszczono definicji

długotrwałości, jedyna definicja to znajdująca się w Rozporządzeniu Przewodniczącego Komitetu Pracy i Płac z 12.08.1968 roku, gdzie mianem tym określa się naruszenie sprawności organizmu polegające na upośledzeniu jego czynności, które przekracza 6 miesięcy, mogące wg wiedzy lekarskiej ulec poprawie [9, 10]. Wszędzie pomija się kwestię krótkotrwałych następstw jak sińce, otarcia naskórka, powierzchowne zranienia. Konstrukcja dotychczasowych norm stanowi swoisty melanż oceny w kategoriach czynnościowych takich jak ograniczenie ruchów zginania lub prostowania z określeniem miary kąta, lub też niewiele w praktyce wnoszących określeń jak niekorzystne położenie, po całkowicie kuriozalne określenia zakresu uszczerbku od 0% do 100%, jak to ma miejsce odnośnie schorzeń wątroby. W kontekście dotychczasowych rozważań rodzi się zasadnicze pytanie czy narzędzie arytmetyczne jakim jest odsetek (procent) jest adekwatne dla stosowania orzeczniczego, czy nie jest to dalece idące uproszczenie w stosunku do biologicznej złożoności ciała ludzkiego, a zwłaszcza tego uszkodzonego, zarówno skrajnie ciężko jak i lekko tak, że nie jest to postrzegane w systemach ocen, co popycha orzeczników w objęcia dowolności i sofizmatów orzecznicznych [11, 12]. Jesteśmy przekonani, iż dalsze tkwienie w tym systemie wyrządza wiele zła. Wynika to z faktu, że ostateczne zamknięcie oceny uszczerbku kończy zainteresowanie pokrzywdzonym, polegające na wypłaceniu mu większej lub mniejszej sumy, bez dalszego ciągu, który powinien polegać na stworzeniu w przypadkach gdzie to możliwe warunków do pełnienia ról społecznych, a tam gdzie nie jest to możliwe nadzorowanie sprawowania odpowiedniej opieki. Rezygnacja z tego zainteresowania prowadzi do pogłębienia deterioracji pokrzywdzonych i niekończących nawrotów sporów o ponowną ocenę

uszczerbku i tym samym wypłatę nowych kwot, które w niekontrolowany sposób są konsumowane. Przeprowadzone obserwacje upoważniają nas do zaproponowania pod publiczną dyskusję konstrukcji nowego systemu, który składałby się z trzech niezależnych segmentów ocen, a mianowicie:

Segment A – dotyczący drobnych szybko gojących się obrażeń, takich jak otarcia naskórka, sińce, powierzchowne zranienia, urazy narządu ruchu negatywnie zweryfikowane badaniami obrazowymi.

Segment B – długotrwałe uszczerbki na zdrowiu, tzn. takie, których leczenie (w tym rehabilitacyjne) trwało co najmniej 12 tygodni. W tej kategorii mieściłyby się złamania, zwichnięcia oraz wszystkie stany kliniczne, gdzie leczenie inwazyjne powoduje powrót czynności narządu w rozumieniu pięciostopniowej skali uszkodzeń narządu ruchu [13], którą można swobodnie zaadoptować do oceny funkcji prawie każdego układu lub narządu:

I° – stan narządów ruchu i ich sprawność bardzo dobra, brak zmian oraz zaburzeń funkcji,

II° – stan narządów ruchu i ich sprawność dobra, tzn. stwierdzone zmiany są przejściowe i krótkotrwałe, dotyczą jednego lub kilku odcinków, rokuje całkowite wyleczenie.

III° – stan narządów ruchu i ich sprawność średnio ograniczona, tzn. stwierdzone zmiany mają charakter długotrwały, dotyczą kilku odcinków i rokuje w dłuższym czasie wyleczenie.

IV° – stan narządów ruchu zły, a sprawność znacznie ograniczona, tzn. istniejące uszkodzenia i zniekształcenia narządu ruchu dotyczą wielu odcinków, pacjent wymaga stałej, wieloletniej opieki lekarskiej (specjalistycznej, leczenia operacyjnego).

V° – stan obłożnej choroby, tzn. zmiany destrukcyjne dotyczą wielu odcinków, znacznie utrudniając lub nawet uniemożliwiając samodzielne poruszanie się, nie rokuje poprawy.

Segment C – dotyczyłby stałego (trwałego) uszczerbku na zdrowiu połączony z oceną możliwego programu adaptacyjnego w celu włączenia poszkodowanego w role społeczne lub przy braku takiej możliwości wynikającej ze stanu klinicznego, objęcie odpowiednim programem opieki domowej lub pozadomowej. Zasadą kwalifikowania według tej skali jest nie budzące wątpliwości udokumentowane utrwalenie stanu klinicznego.

Medyczną podstawą orzecznictwem dla stosowania tych trójsegmentowych kryteriów byłby aktualnie udokumentowany aspekt funkcjonalny narządu np. upośledzenie funkcji chwytnej, lokomocyjnej kończyny, wydolności układu krążenia, oddechowego itd. i wreszcie organizmu ludzkiego jako integralnej całości, wyrażone skalami punktowymi. Wartość pieniężna punktu dla danego segmentu byłaby zróż-

nicowana. Zasadą musiałoby się również stać, że każdy uszczerbek na zdrowiu podlegałby badaniu ustalonym protokołem dla każdego uszkodzonego narządu, gdzie zliczenie punktów pośrednich, w oparciu o korelację stanu podmiotowego i przedmiotowym z wynikami badań dodatkowych (obrazowych, analitycznych, testów czynnościowych). Brak takiej korelacji lub brak adekwatnych badań mogłyby powodować niekorzystne sumy punktacji pośredniej, należy mieć na uwadze ugruntowany pogląd, zgodny z intencją art. 6. kodeksu cywilnego, który mówi, iż ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Można zarzucić proponowanemu systemowi rozbudowanie formuły biurokratycznej, ale doświadczenie uczy, iż brak jednolitego protokołu i procedur badania powoduje nie kończące się spory o to czy badany jest mniej, czy więcej poszkodowany, a weryfikacja poglądów badających osób jest praktycznie niemożliwa do przeprowadzenia, chyba że dotyczy to bardzo dużych błędów w ocenach. Przedkładając naszą propozycję mamy nadzieję, że stanie się punktem wyjścia dla dyskusji prowadzącej do zmian w niekorzystnym dla wszystkich systemie oceny uszczerbku na zdrowiu, przy czym najbardziej przykrym jest to, że dotyczy to młodych ludzi, których zamyka się z własnym kalectwem.

PIŚMIENNICTWO

1. Instrukcja Nr 32/64 Państwowego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 21 lipca 1964 roku dla lekarzy orzekających w sprawach oceny skutków nieszczęśliwych wypadków.

2. Rozporządzenie ministra pracy, płac i spraw społecznych oraz ministra zdrowia i opieki społecznej z dnia 17 października 1975 roku w sprawie zasad i trybu orzekania o uszczerbku na zdrowiu oraz wypłacania świadczeń z tytułu wypadku przy pracy, w drodze do pracy i z pracy oraz z tytułu chorób zawodowych. Dz.U. 1975.36.199.

3. Rozporządzenie ministra pracy i polityki społecznej z dnia 18 grudnia 2002 roku w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania. Dz.U. 2002.234.1974.

4. Załącznik do Zarządzenia Prezesa PZU Życie SA. nr 21/95 z dnia 5 października 1995 roku; tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu.

5. Zarządzenie Prezesa Zarządu PZU SA. nr 38/96 z dnia 12 listopada 1996 roku w sprawie trybu

ustalania trwałego uszczerbku na zdrowiu w ramach ubezpieczeń prowadzonych przez PZU SA.

6. Zarządzenie Prezesa Zarządu PZU SA. nr 26/2003 z dnia 22 grudnia 2003 roku w sprawie ustalania wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu.

7. Tabela oceny uszczerbku zdrowia TUiR WARTA SA.

8. Zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu dla lekarzy współpracujących z STU Ergo Hestia SA. i STUnż Ergo Hestia SA.

9. Popielski B.: Inwalidztwo i jego przyczyny. [w]: Medycyna Sądowa., Popielski B., Kobiela J. PZWL, Warszawa, 1972, 224-227.

10. Popielski B., Walczyński J. Z.: Badanie i opiniowanie skutków uszkodzeń ciała i rozstrojów zdrowia. [w]: Medycyna Sądowa, red. Popielski B., Kobiela J.: PZWL, Warszawa, 1972, 210-221.

11. Boratyńska M., Konieczniak P.: Wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich – Zakres pojęcia wy-

konywania zawodu lekarza. [w] Prawo medyczne, red. Kubicki L., Urban & Partner, wyd. II. Wrocław 2003, 39-40.

12. Wilmowska-Pietruszyńska A.: Orzecznictwo lekarskie dla lekarzy oraz studentów wydziałów lekarskich. Urban & Partner, wyd. II. Wrocław 2003, 45-51.

13. Zarys orzecznictwa lekarskiego. [w] red. Adamek Guzik T., KRUS Kraków-Warszawa 1999.

Adres pierwszego autora:

Dr med. Piotr Kowalski

Katedra i Zakład Medycyny Sądowej

Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
31-531 Kraków

ul. Grzegorzeczka 16

tel./fax: +48 12 421 11 13, 424 72 50