

Niezdolność do pracy oraz świadczenia rentowe osób z zaburzeniami psychicznymi

Incapacity for work and disability pensions in persons with mental disorders

Joanna Rymaszewska, Katarzyna Dziełak¹, Andrzej Kiejna

Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna
¹ Akademicki Szpital Kliniczny we Wrocławiu
Kierownik: dr P. Pobrotyn

Summary

The number of people suffering from mental disorders and receiving disability pensions is still increasing in Europe. Young persons in their working-age are receiving disability pensions more and more often. Among those who are incapable to work (due to both mental and somatic disorders), persons on benefits due to mental disorders are usually younger. The number of disability pensions depends on the sort of mental disorder. Persons suffering from affective and anxiety disorders are the most common group receiving benefits. An increase in the number of disability payments among people with several mental disorders or both, mental and somatic diseases is observed. Furthermore, research data shows Poland as the country with high costs relevant disability payments. Disability pensions assignment for persons suffering from mental disorders, as well as incapacity for work, is discussed in this article. The reason for a still increasing number of disability payments is explained, the characteristics of persons applying for disability pensions is introduced and the mental impaired persons' incapacity for work is described.

Słowa klucze: niezdolność do pracy, świadczenia rentowe, zaburzenia psychiczne
Key words: incapacity for work, disability pensions, mental disorders

Rekompensaty za utracone zdrowie były znane już przed tysiącami lat. Babilończycy przyznawali odszkodowania za utraconą kończynę lub śmierć bliskich, podobnie postępowano w starożytnej Grecji. W Kodeksie Eshnunna, 1700 lat p.n.e., proponowano rekompensatę finansową: „jeśli człowiek gryzie w nos innego i odgryza go [...] 60 szekli; oko [...] 60 szekli”. W starożytnym Rzymie wysokość odszkodowania była uzależniona nie tylko od rodzaju straty, ale również statusu beneficjenta (człowiek wolny czy niewolnik). Pojawiła się też wtedy zasada, do dziś funkcjonująca jako pośrednia odpowiedzialność (respondeat superior), zobowiązująca pana-pracodawcę do odpowiedzialności za czyny

pracownika. W miarę upływu czasu mechanizmy przyznawania świadczenia były coraz bardziej rozwinięte. W średniowieczu różne cechy rzemiosł (craft quilds) wprowadziły fundusze chorobowe, na które składali się członkowie danego cechu. Rekompensaty obowiązywały zresztą również wśród piratów, którzy otrzymywali większą część łupu, jeśli stracili oko czy kończynę podczas akcji.

Pierwsza ustawa dotycząca odszkodowań dla pracowników powstała za rządów Bismarcka w 1887 r. w Niemczech, dziesięć lat później w Anglii (Workers Compensation Act), a w 1908 r. w Stanach Zjednoczonych [1]. Obecnie w Europie odsetek osób korzystających ze świadczeń rentowych z powodu zaburzeń psychicznych stale rośnie [2]. Obserwowane tendencje wymagają szczegółowych analiz, które przeprowadzono w niektórych krajach.

Dane statystyczne pochodzące z fińskiego Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, dotyczące świadczeń z tytułu niezdolności do pracy w Finlandii, wskazują na wzrost zachorowalności na zaburzenia psychiczne [3]. Dzięki skutecznym, nowoczesnym technikom leczenia na liście tej przestała przodować choroba wieńcowa (spadek o 40%), podobnie schorzenia układu mięśniowo-kostnego (spadek o 32%). Liczba przyznawanych rent z powodu zaburzeń psychicznych natomiast wzrosła o 27%. Porównania w kolejnych latach (1995–1999) wskazują na stałe utrzymywanie się tego zjawiska: w przypadku choroby niedokrwiennej serca spadek z 13,9% do 12,0%, schorzeń układu mięśniowo-kostnego – z 35,1% do 31,3%, natomiast zaburzeń psychicznych – wzrost z 23,8% do 28,6% [4]. Co więcej, istotnej zmianie uległ w Finlandii udział depresji w grupie psychiatrycznych przyczyn przyznawania rent – z 13% w 1987 r. do 44% w 1995 r. Wśród możliwych do rozważenia wyjaśnień tego stanu rzeczy Salminen i wsp. [5] wymieniają: zmiany systemu klasyfikacji, głęboką ekonomiczną recesję początku lat 90. w Finlandii, poprawę diagnostyki lekarskiej oraz korzystne zmiany stosunku społeczeństwa do problematyki psychiatrycznej.

W Norwegii natomiast w okresie 1992–1997 zaobserwowano trzykrotny wzrost świadczeń z tytułu niezdolności do pracy wśród osób poniżej 35 r. ż. [6].

Z badań Sorvaniemi i wsp. [7] wynika, że wzrost świadczeń zdrowotnych obserwowano u osób, u których razem z zaburzeniem psychicznym współwystępowało dodatkowe zaburzenie psychiczne, schorzenie somatyczne, jak również u osób starszych i z niską samooceną. Wymienione czynniki były istotnymi predyktorami otrzymywania świadczeń rentowych przez osoby z zaburzeniami psychicznymi. Pozostałymi, mniej znaczącymi zmiennymi wiążącymi się z przyznawaniem rent w tej grupie, były: niższe wykształcenie, dłuższy czas trwania epizodu choroby oraz jego cięższy przebieg.

Podobną charakterystykę osób otrzymujących świadczenia rentowe z powodu zaburzeń psychicznych przedstawia McAlpine i wsp. [8]. Jako główne predyktory przyznawania świadczeń z powodu niezdolności do pracy wymieniają oni: starszy wiek, niższe wykształcenie, pojawienie się epizodu choroby we wczesnym wieku.

W wielośrodkowym badaniu Epidemiologic Catchment Area oceniano przypadki przyznania pierwszorazowych świadczeń rentowych z przyczyn psychiatrycznych w rok po pierwszym badaniu. Okazało się, że istotnymi predyktorami były: średni wiek (między 45 a 64 r. ż.), niskie wykształcenie (OR = 3,7), niskie dochody w rodzinie (OR = 2,6) oraz wystąpienie zaburzenia, stanowiące najważniejszy z predyktorów. Istotny wpływ

miała również płeć (mężczyźni częściej otrzymywali renty) oraz stan cywilny (osoby samotne częściej pobierały świadczenia rentowe). Respondenci, u których rozpoznano lęk paniczny, 5,2 razy częściej ubiegali się o świadczenia rentowe niż osoby zdrowe, chorzy na schizofrenię – 4,5, osoby z kilkoma zaburzeniami – 2,8, natomiast osoby chorujące na zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne – 2,3 razy. Osoby z dużą depresją miały 40% większe „szanse” otrzymania pierwszorazowych świadczeń rentowych w porównaniu z osobami, u których nie rozpoznano zaburzeń afektywnych [9].

W Stanach Zjednoczonych w ramach Social Security Administration istnieją dwa główne programy zajmujące się świadczeniami dla osób w wieku produkcyjnym i niezdolnych do pracy: Social Security Disability Insurance (SSDI) oraz Supplemental Security Income (SSI). Social Security Administration ogłosiła listę schorzeń (List of Impairments Medical Listing) uważanych za wystarczająco poważne, by uniemożliwić pracę. Lista jest co pewien czas uaktualniana, ostatnio w 1985 r. [10]. SSDI obejmuje opieką pracowników niezdolnych do pracy z powodu długotrwałej niesprawności, ale mających przychody, SSI natomiast zapewnia wsparcie finansowe osobom niepełnosprawnym, niewidomym lub starszym, które mają niewielkie źródła dochodu lub nie mają ich w ogóle. W latach 1985–1995 wydatki z tych dwóch programów na osoby niezdolne do pracy wzrosły ponaddwukrotnie (z 23,1 do 57,2 mld \$), a liczba osób korzystających ze świadczeń z 4 mln do 6,6 mln osób [11]. Do 2001 r. kwota wydana przez Social Security Administration wzrosła trzykrotnie, obejmując swymi świadczeniami 8,8 mln osób w wieku produkcyjnym niezdolnych do pracy [12]. W 2000 r. ze świadczeń programu SSDI najczęściej korzystały osoby mające zaburzenia psychiczne (27%) i schorzenia układu mięśniowo-kostnego (23%). Były to jednocześnie grupy schorzeń najszybciej rosnących, od 1986 r. wzrosły odpowiednio o 7% i 5%. Natomiast wśród beneficjentów programu SSI najczęstszą przyczyną były zaburzenia psychiczne (35%) i upośledzenie umysłowe (24%) [12].

Populacja osób korzystających ze świadczeń rentowych z przyczyn psychiatrycznych jest młodsza od pozostałych. W 1999 r. spośród osób mających zaburzenia psychiczne i korzystających z rent około 22% miało poniżej 35 lat., przy czym renciści w tym wieku otrzymujący rentę z innych przyczyn stanowili 10% [8].

Podobny udział zaburzeń psychicznych jako głównych przyczyn przyznawania świadczeń rentowych jest obserwowany w innych krajach. Kanadyjskie towarzystwa ubezpieczeniowe szacują, iż 30–50% świadczeń wypłacanych z powodu niesprawności dotyczy zaburzeń psychicznych [13]. Rządowy raport o ubezpieczeniach w Kanadzie [14] wskazuje na znaczny wzrost świadczeń z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej zaburzeniami psychicznymi, szczególnie wśród osób młodych. W 2000 r. niemal co czwarta osoba w wieku produkcyjnym otrzymywała rentę z powodu zaburzeń psychicznych (23%), w 1990 r. – 12%, a w 1980 r. – 11%. Spośród nowo przyznanych rent zaburzenia psychiczne były na pierwszym miejscu, a wśród wszystkich przyznawanych – na drugim, po schorzeniach układu mięśniowo-kostnego (29%). Co ciekawe, ogólna liczba świadczeń z tytułu niezdolności do pracy w stosunku do wszystkich świadczeń udzielanych przez Canada Pension Plan (CPP) spadła z 17% w 1994 r. do 13% w 2001 r., co jest efektem wprowadzenia programu kontroli procesu przyznawania świadczeń na każdym jego etapie.

W Chinach przeprowadzono w 1987 r. – jedyne, jak do tej pory – badanie reprezentatywne dla populacji ogólnej dotyczące niesprawności. Zgodnie z prawem (The Law of the People's Republic of China on the Protection of Disabled Persons) pojęcie „osoba niesprawna” odnosi się do niesprawności wzrokowej, słuchowej, w mowie lub fizycznej, upośledzenia umysłowego, zaburzenia psychicznego, kilku niesprawności jednocześnie. Interesujące jest, że wymieniono zaburzenia psychiczne uznawane za inwalidyzujące. Podzielono je na cztery kategorie: psychoza organiczna z objawami psychotycznymi, zaburzenie rezydualne indukowane stosowaniem substancji psychoaktywnych, schizofrenia oraz niesprawność spowodowana zaburzeniem psychotycznym afektywnym, paranoicznym, schizotypowym afektywnym, okresowym. Z badania populacyjnego wynika, że osoby mające zaburzenia psychiczne stanowiły 4,4% populacji ogólnej, a ich dochody pochodziły w 83% od rodziny, nieco ponad 2% od państwa lub „kolektywu” [15]. W związku z możliwością otrzymywania świadczeń z tytułu niezdolności do pracy wynikającej z zaburzenia psychicznego w niektórych rozwiniętych krajach powstała sytuacja sprzyjająca niepodejmowaniu pracy przez osoby mające zaburzenie psychiczne. Miesięczne świadczenia takiej osoby mogą być zbliżone do najniższej pensji, jaką mogłaby ona otrzymać, gdyby podjęła pracę. Ponadto osoba rezygnująca ze świadczeń traci prawo do ulg, np. przy zakupie leków, bezpłatnego transportu i innych korzyści związanych z „byciem na rencie” [13].

Pojęcie niesprawności i niezdolności do pracy w polskim ustawodawstwie, w porównaniu z innymi wybranymi państwami

Niesprawność lub niezdolność są najczęściej definiowane w kontekście stopnia, rodzaju i czasu trwania upośledzenia oraz jego wpływu na aktywność życiową i zawodową jednostki [16]. Poza wymienionymi płaszczyznami definiowania niezdolności, można zauważyć różnice w charakterystyce tego pojęcia w różnych krajach.

W Stanach Zjednoczonych, według Social Security Administration, niesprawność jest definiowana jako medycznie potwierdzone pogorszenie się zdrowia psychicznego lub somatycznego, trwające lub mogące trwać 1 rok, lub kończyć się śmiercią, uniemożliwiające osobie niesprawnej zajmowanie się pracą zarobkową. Dodatkowo, pogorszenie się musi być na tyle poważne, że nie tylko uniemożliwia kontynuację dotychczasowej pracy, ale – uwzględniając wiek, wykształcenie i doświadczenie zawodowe jednostki – nie pozwala na podjęcie innej [17]. Z kolei The American with Disabilities Act (ADA) za główny warunek niesprawności przyjmuje poważne ograniczenie podstawowej aktywności życiowej [18].

Podobne pojęcie niesprawności obowiązuje w Wielkiej Brytanii [19]. Zgodnie z Disability Discrimination Act (DDA) niesprawność to fizyczne lub psychiczne upośledzenie przynoszące poważny i długotrwały (minimum 12 miesięcy) niepożądany efekt, istotnie naruszający codzienną aktywność jednostki.

Niesprawność bywa również rozpatrywana w kontekście funkcjonowania jednostki w roli społecznej. W Niemczech pojęcie niesprawności wiąże się ze stałą ograniczoną zdolnością jednostki do integracji społecznej, wynikającą z jej stanu fizycznego lub psychicznego. Poziom ograniczenia jest wyrażany stopniem niezdolności (degree of disability), określanym w przedziale od 20 do 100 [20].

W Danii niesprawność definiowana jest jako rezultat dynamicznej interakcji pomiędzy czynnikami zdrowotnymi, osobistymi i środowiskowymi. Termin niesprawności obejmuje związek jednostki z jej osobistym i społecznym środowiskiem [21].

Z kolei Szwecja oraz Holandia określają niesprawność jednostki w kontekście jej środowiska pracy. W Szwecji za niesprawną uznawana jest osoba, która w wyniku upośledzenia fizycznego, psychicznego, intelektualnego bądź społecznego ma (lub mogłaby mieć) znaczące trudności w znalezieniu lub utrzymaniu pracy zarobkowej [20]. Zgodnie z holenderską Social Disability Insurance Act (WAO) miarą niezdolności jest spadek przychodów z tytułu świadczonej pracy spowodowany doznaniem uszczerbku na zdrowiu. Niesprawność oceniana jest zarówno przez lekarzy, jak i zespół ekspertów badających, ile osoba, która doznała uszczerbku, mogłaby zarobić, pracując w dogodnych warunkach w pełnym wymiarze czasu pracy [20].

W Polsce świadczeniami związanymi z niezdolnością do pracy zajmuje się przede wszystkim Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS). Ich działalność oparta jest głównie na:

- Ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych [22];
- Ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych [23].

Zgodnie z tą pierwszą pojęcie niepełnosprawności oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych, z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności – podejmowania pracy. W art. 3 tejże ustawy ustalono trzy stopnie niepełnosprawności, zgodnie z celami określonymi w ustawie: znaczny, umiarkowany i lekki.

Do osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności zalicza się osoby z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolne albo zdolne do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagające, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji (art. 4. 1).

Do osób o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności zalicza się osoby z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolne albo zdolne do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagające czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych (art. 4. 2).

Do osób z lekkim stopniem niepełnosprawności zalicza się osoby o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w istotny sposób obniżenie zdolności do wykonywania pracy – w porównaniu ze zdolnością, jaką wykazują osoby o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną – lub mające ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować za pomocą wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne (art. 4. 3).

Co istotne, znaczny albo umiarkowany stopień niepełnosprawności osoby, o której mowa w ust. 1 lub 2, nie wyklucza możliwości zatrudnienia jej przez pracodawcę nie zapewniającego warunków pracy chronionej. Jest to zgodne z treścią art. 65 obowiązującej Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r., który każdemu zapewnia wolność zawodu i miejsca pracy [24].

W ustawie o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych za niezdolną do pracy uważa się osobę, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania jej po przekwalifikowaniu [23]. Całkowicie niezdolna do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy, a częściowo niezdolna jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji (art. 12). W myśl art. 14, lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w ocenie stopnia niezdolności do pracy powinien uwzględniać: stopień naruszenia sprawności organizmu, datę powstania niezdolności do pracy, trwałość lub przewidywany okres niezdolności do pracy, związek przyczynowy niezdolności do pracy z określonymi okolicznościami, niezdolność do samodzielnej egzystencji (rozumianą jako naruszenie sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych) oraz możliwość wykonywania dotychczasowej pracy bądź celowość przekwalifikowania zawodowego w celu podjęcia innej.

Mimo uznania osoby za całkowicie niezdolną do pracy, w rozumieniu ustawy o emeryturach i rentach z FUS, może ona być zatrudniona w ramach stosunku pracy lub świadczyć pracę, opierając się na umowach cywilnoprawnych (umowa-zlecenie, agencyjna lub umowa o dzieło). Może to mieć jednak negatywny wpływ przede wszystkim na stan zdrowia osoby uznanej przez lekarza za niezdolną do pracy oraz na decyzje lekarza orzecznika orzekającego istnienie niepełnosprawności.

Badania nad niepełnosprawnością zawodową w Polsce

Temat niezdolności do pracy jako konsekwencji zaburzeń psychicznych był rzadko podejmowany jako przedmiot badań naukowych [25, 26, 27, 28].

Na prośbę rządu Rzeczypospolitej Polskiej Bank Światowy podjął się przeprowadzenia szerokiego przeglądu programów sektora społecznego, którego częścią było studium „Niepełnosprawność a praca w Polsce – renty inwalidzkie i programy zachęcające do zatrudniania osób niepełnosprawnych”, opracowane w grudniu 2000 r. [29]. Zgodnie z tym raportem koszt systemu ubezpieczeń rentowych w Polsce oraz stosunek świadczeniobiorców do całości siły roboczej należą do najwyższych w Europie. Polska zajęła miejsce Holandii jako „chorego człowieka Europy”. Różnice w udzielaniu świadczeń z tytułu niezdolności do pracy w 1998 r. w Polsce w porównaniu z innymi krajami Europy i Stanów Zjednoczonych przedstawia tab.1.

Tabela 1. Wskaźnik rencistów w stosunku do dorosłej populacji kraju w wieku produkcyjnym (per 1000) [za: 23]

	1970	1980	1990	1998
Holandia	55	138	152	137
Polska	-	-	-	153
Szwecja	49	68	78	107
USA	27	41	43	70
Niemcy	51	59	55	60

Analizując powyższe dane, można zauważyć, że w Polsce wskaźnik rencistów był ponaddwukrotnie wyższy w porównaniu z USA czy Niemcami.

Raport podkreśla niejednoznaczność zjawiska niepełnosprawności i uzyskiwania świadczeń rentowych. Autorzy opracowali oryginalne dane badania GUS z kwietnia 1996 r. i na tej podstawie zdefiniowali trzy grupy osób dorosłych:

- osoby będące na rencie i uważające się za niepełnosprawne (10,5% ogółu populacji Polski, 6,3% populacji w wieku produkcyjnym);
- osoby nieuprawnione do otrzymywania świadczeń i uważające się za niepełnosprawne (2,7% ogółu populacji Polski, 1% populacji w wieku produkcyjnym);
- osoby uprawnione do otrzymywania rent i nie uważające się za osoby niepełnosprawne (4,6% ogółu populacji Polski, 3,1% populacji w wieku produkcyjnym).

Dwie pierwsze grupy traktowano jako niepełnosprawnych biologicznie, a pierwszą i trzecią jako niepełnosprawnych prawnie. Analizy danych wskazały, iż niemal 1/3 osób niepełnosprawnych prawnie, będących w wieku produkcyjnym, nie postrzegała siebie jako niepełnosprawnych. Niepełnosprawność była częściej związana ze starszym wiekiem, niższym wykształceniem, stanem cywilnym wolnym oraz ze środowiskiem wiejskim.

Omówione powyżej zagadnienie wskazuje na istotny wzrost przyznawanych świadczeń rentowych z tytułu zaburzeń psychicznych osobom coraz młodszym, będącym w wieku aktywności zawodowej. Posługując się danymi zawartymi w literaturze przedmiotu, można zauważyć, że główną przyczynę tego zjawiska stanowią: poprawa diagnostyki lekarskiej, wzrost akceptacji społecznej dla problemów psychiatrycznych oraz zmiana systemu kwalifikacji. Istotną rolę odgrywają również: brak miejsc pracy dla osób chorych, brak odpowiednich programów pomocy chorym w pozyskaniu pracy, stygmatyzacja w środowisku pracy, jak również niskie wynagrodzenia za pracę, porównywalne z wysokością przyznawanych świadczeń rentowych. Przedstawione wyniki badań wskazują, iż dominującymi czynnikami decydującymi o przyznaniu świadczenia, są: współwystępowanie kilku zaburzeń psychicznych, współwystępowanie chorób somatycznych, niskie wykształcenie, zaniżone poczucie własnej wartości i brak wiary w siebie, niskie dochody lub brak pracy.

Бюллетень и пенсионные пособия лиц с психическими нарушениями

Содержание

В Европе постоянно возрастает число людей с психическими нарушениями, которые получают пенсионные пособия по инвалидности. Данные, относящиеся к бюллетеням работающих показывают, что о такой тип бюллетеней стараются молодые люди в рабочем возрасте. Среди лиц, признанных больными и неспособными исполнять трудовую деятельность, ввиду психических нарушений составляют самую молодую популяцию, в сравнение с иными типами болезней. Кроме того, в кругу психических нарушений присутствуют различия, относящиеся к количеству признанных инвалидских пенсий, в зависимости от докладного диагноза. Указанные ниже данные говорят о факте, что наибольшее число лиц, страдающих психическими нарушениями и получающие пенсии по инвалидности – это больные с аффективными и фобийными нарушениями. Отмечено, что рост числа признаваемых пособий чаще бывает тогда, когда у таких лиц присутствует несколько психических нарушений или же

психические нарушения сосуществуют с соматическими болезнями. Данные из проведенных исследований показывают, кроме того, что Польша является одной из стран, в которой расходы государства, связанные с признанием пенсий по инвалидности очень высокие.

Предметом статьи является обсуждение проблемы неспособности к труду и признания пенсий по инвалидности лицам с психическими нарушениями. Статья составляет пробу объяснения причин постоянного роста числа признаваемых пенсий по инвалидности и приводит классификацию и характеристику лиц, старающихся о получение такого пособия нетрудоспособности. Кроме того, в статье представлены вопросы нетрудоспособности лиц с психическими нарушениями здоровья.

Erwerbsunfähigkeit und Rentenleistungen bei Personen mit psychischen Störungen

Zusammenfassung

In Europa nimmt ständig die Zahl der Personen mit psychischen Störungen zu, die Rentenleistungen beziehen. Die Angaben zu den Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit zeigen, dass diese Leistungen immer häufiger von jungen Personen im arbeitsfähigen Alter beantragt werden. Unter den Personen, die als erwerbsunfähig anerkannt werden, bilden die Personen mit psychischen Störungen die jüngste Population im Vergleich mit anderen Erkrankungen. Außerdem treten bei psychischen Störungen die Unterschiede in der Zahl der anerkannten Rentenleistungen abhängig von der ausführlichen Diagnose auf. Die unten angeführten Angaben zeigen, dass die häufigste Gruppe der an psychische Störungen leidenden Personen, die eine Rente bekommen, die Population der Personen mit affektiven Störungen und Angststörungen ist. Man merkte, dass die Steigerung der Zahl der psychischen Störungen dann häufiger auftritt, wenn bei den Personen einige psychische Störungen komorbid sind oder psychische Störungen mit somatischen Krankheiten auftreten. Die Angaben, die aus den Studien kommen, zeigen außerdem, dass Polen eins von den Ländern ist, in dem die vom Staat getragene Kosten, die mit der Anerkennung der Rentenleistungen verbunden sind, bedeutend hoch sind. Der Artikel bespricht die Problematik der Erwerbsunfähigkeit und der Gewährung von Renten für die Personen, die psychische Störungen haben. Der Artikel ist ein Versuch, die Ursachen für die Steigerung der gewährten Leistungen zu erklären. Er stellt die Charakteristik der Personen vor, die die Rente wegen Behinderung beantragen und bespricht die Frage der Behinderung und Erwerbsunfähigkeit der Personen mit psychischen Störungen.

L'inaptitude à travailler et les pensions d'invalidité des personnes souffrant des troubles mentaux

Résumé

En Europe le nombre des personnes souffrant des troubles mentaux qui profitent de leurs pensions d'invalidité augmente sans cesse. Les données en question témoignent que les jeunes gens – à l'âge de travailler – obtiennent de plus en plus souvent ces pensions. Les personnes souffrant des troubles mentaux y constituent le groupe le plus jeune parmi ces pensionnés. Le nombre de ces pensions dépend aussi du diagnostic particulier. La population la plus nombreuse est constituée des personnes souffrant des troubles affectifs et anxieux. On observe aussi que l'accroît du nombre des pensions d'invalidité est plus visible dans les cas où on note quelques troubles – psychiques et somatiques – chez les mêmes personnes. Ces données en question démontrent encore que la Pologne est un des pays où ces frais des pensions payées par l'état sont les plus élevés. Cet article présente les problèmes de l'inaptitude à travailler et des pensions d'invalidité attribuées aux personnes souffrant des troubles mentaux. Les auteurs essaient d'expliquer les raisons de l'accroît montant du nombre des pensions en question, ils caractérisent aussi les personnes qui en profitent ainsi qu'ils décrivent les problèmes d'invalidité et d'inaptitude à travailler des personnes souffrant des troubles mentaux.

Piśmiennictwo

1. Ranavaya MI. *Impairment, disability and compensation in the United States, an overview*. Disabil. 1996; 4: 1–20.
2. Lehtinen V, Lahtinen E, Riikonen E, Ahonen J, red. *Framework of promoting mental health in Europe*. STAKES National Research and Development Center for Welfare and Health; 1999.
3. Gabriel P, Liimatainen MR. *Mental health in the workplace*. Geneva: International Labour Office; 2000.
4. Salminen JK, Raitasalo R. *The changing picture of disability; major depression and disability pension in Finland. Social security in the global village*. The Year 2000 International Research Conference on Social Security, Helsinki, 25–27 September 2000.
5. Salminen JK, Saarijarvi S, Raitasalo R. *Depression and disability pension in Finland*. Acta Psychiatr. Scand. 1997; 3: 242–243.
6. Gogstad A, Bjerkedal T. *Stadig flere unge uføretrygdede* [More and more young people on disability pensions]. Tidsskr. Nor. Laegeforen 2001; 12: 1452–1456.
7. Sorvaniemi M, Helenius H, Salokangas RKR. *Factors associated with being granted a pension among psychiatric outpatients with major disorder*. J. Affect. Dis. 2003; 75: 43–48.
8. McAlpine DD, Warner L. *Barriers to employment among persons with mental impairments: a review of the literature*. Urbana-Champaign: University of Illinois; 2001.
9. Kouzis AC, Eaton WW. *Psychopathology and the Initiation of Disability Payments*. Psychiatr. Serv. 2000; 7: 908–913.
10. Robertson RE. *SSA disability programs. Fully updating disability criteria has implications for program design*. Washington D.C.: United States General Accounting Office; 2002.
11. Gabriel P. *Mental health in the workplace. Situation analysis United States*. Geneva: International Labour Office; 2000.
12. Social Security Administration. *Annual Statistical Supplement, 2001 to the Social Security Bulletin*. Baltimore: U.S. Department of Health and Human Services; 2001.
13. Harnois G, Gabriel P. *Mental health and work: Impact, issues and good practices*. Geneva: WHO/ILO; 2000.
14. Lakeland S. *Anxiety over future cause of addiction*. Worksite News, Sept. 2003.
15. Qiu Z. *Disability statistics in the people's Republic of China*. Asia Pac. J. Disabil. 1998; 3 (http://www.dinf.ne.jp/doc/english/index_e.html).
16. Klingers C, Diepstraten LA. „Arbeidsongeschiktheid”; wat is er aan de hand? [What is the meaning of the concept „incapacity for work”?]. Ned. Tijdschr. Geneesk. 1998; 142: 681–684.
17. MacDonald-Wilson K, Rogers ES, Anthony WA. *Unique issues in assessing work function among individuals with psychiatric disabilities*. J. Occup. Rehabil. 2001; 11 (3): 217–232.
18. Petriola J, Brink T. *Mental illness and changing definitions of disability under the Americans with disabilities*. Acta Psychiatr. Serv. 2001; 52: 626–630.
19. Sim J. *Improving return-to-work strategies in The United States disability programs with analysis of program practices in Germany and Sweden*. Soc. Secur. Bull. 1999; 62, 3; 42.
20. Danish Disability Council. *Danish disability policy. Equal opportunities through dialogue*. Copenhagen: The Equal Opportunities Centre for Disabled Persons; 2002.
21. Ormel J, Vonkorff M, Ustun TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. *Common mental disorders and disability across cultures*. JAMA 1994; 272: 1741–1748.
22. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych Dz.U. z dnia 9 października 1997, nr 123, poz. 776.
23. Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Dz.U. 1998, nr 162, poz. 1118.

24. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.* Dz.U. 1997; nr 78 poz. 483.
25. Czernicki J, Lasota E, Kocur J. *Zaburzenia psychiczne jako przyczyna niepełnosprawności wśród mieszkańców regionu piotrkowskiego.* Zdr. Publ. 2000; 110 (11): 379–383.
26. Jaracz J. *Analiza rozpoznań i leczenia farmakologicznego osób długotrwanie niezdolnych do pracy z powodu depresji.* Psychiatr. Pol. 2000; 34 (4): 551–560.
27. Szablewski J, Kwasucki J. *Schorzenia psychiatryczne wojskowego personelu latającego.* Med. Lot. 1993; (3/4): 112–117.
28. Śpila B, Makara-Studzińska M, Skorska M, Urbańska A. *Analiza leczenia psychiatrycznego w grupie osób opiniowanych dla celów rentowych.* Psychiatr. Pol. 2002; 36(6 supl.): 339–346.
29. Hoopengardner T. *Disability and work in Poland.* SP discussion paper. No 0101. Human Development Department Europe and Central Asia Region. The World Bank. January 2001.

Adres: Joanna Rymaszewska
50-367 Wrocław
ul. L. Pasteura 10

Otrzymano: 27.12.2005
Zrecenzowano: 2.02.2006
Przyjęto do druku: 27.09.2006