

Reforma orzecznictwa lekarskiego w systemie zabezpieczenia społecznego chorób, urazów i ich następstw*

Anna Wilmowska-Pietruszyńska

ORCID: 0000-0001-7733-4189

Uczelnia Łazarskiego w Warszawie

DOI: 10.26399/rmp.v29.2.2023.8/a.wilmowska-pietruszynska

STRESZCZENIE

Reforma orzecznictwa lekarskiego w systemie zabezpieczenia społecznego chorób, urazów i ich następstw

Wilmowska-Pietruszyńska A.

Uczelnia Łazarskiego w Warszawie

W artykule przedstawiono rolę orzecznictwa lekarskiego w systemie zabezpieczenia społecznego chorób, urazów i ich następstw (niepełnosprawność i niesamodzielność), uwzględniając rys historyczny, stan aktualny i proponowane zmiany o charakterze legislacyjnym i organizacyjnym. Nawiązano do wieloletniej dyskusji i prac przygotowawczych do reformy orzecznictwa lekarskiego z uwzględnieniem wniosków z kontroli i zaleceń Najwyższej Izby Kontroli w tym zakresie. Przedstawiono chronologię zmian stanu prawnego ze wskazaniem najważniejszych aktów prawa krajowego i międzynarodowego w odniesieniu do orzecznictwa lekarskiego. Opisano stan obecny oraz sformułowano proponowane zmiany, które należałoby uwzględnić w reformie systemu orzecznictwa, mającej na celu poprawę jego jakości, organizacji i nadzoru. Artykuł wskazuje ponadto na konieczność wprowadzenia systemu orzecznictwa umożliwiającego:

- kompleksową ocenę funkcjonalną osoby badanej zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) z uwzględnieniem możliwości jej uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym, a także pozwalającą ustalić zakres wsparcia do realizacji tych aktywności;
- ujednoczenie i przejrzyste dokumentowanie medycznej oceny i standaryzację procesu orzecznictwa.

Wskazano na potrzebę utworzenia jednolitego systemu orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy w ramach jednej instytucji (np. Krajowe Centrum Orzecznictwa) oraz przygotowania projektów rozwiązań ustawowych w zakresie orzecznictwa lekarskiego wraz z odpowiednimi projektami aktów wykonawczych (w miejsce kilkudziesięciu obecnie obowiązujących ustaw i rozporządzeń).

Słowa kluczowe: reforma orzecznictwa lekarskiego, system zabezpieczenia społecznego, następstwa chorób lub urazów, Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), polityka społeczna, badania naukowe, niepełnosprawność, niesamodzielność

ABSTRACT

Medical Certification Reform in the Social Security System of Diseases, Injuries and Their Consequences

Wilmowska-Pietruszyńska A.

Lazarski University in Warsaw

The article presents the role of medical certification in the social security system of diseases, injuries, and their consequences (disability and dependence), taking into account the historical outline, the current state, and the proposed legislative and organizational changes. Reference was made to many years of discussions and preparatory work for the reform of medical certification, considering the conclusions of the Supreme Audit Office's inspection and recommendations. The chronology of changes in the legal status is presented to indicate the most important national and international law acts concerning medical certification. The article describes the current state of affairs, as well as it formulates proposed changes that should be included in the jurisprudence system's reform, aimed at improving its quality, organization, and supervision. Moreover, it points to the need to introduce a system of jurisprudence enabling:

- comprehensive functional assessment of the examined person following the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) rules, regarding the possibility of their participation in social and professional life, as well as allowing to determine the scope of support for the implementation of these activities;
- unification and transparent documentation of medical assessment and standardization of the judicature procedure.

The article also shows the need to establish a unified system for adjudicating on disability and incapacity for work within one institution (e.g., the National Center for Jurisprudence) and to prepare statutory solutions projects in the field of medical certification along with relevant draft executive acts (in place of several dozen currently applicable laws and regulations).

Keywords: reform of medical certification, social security system, consequences of diseases or injuries, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), social policy, scientific research, disability, dependence

* Artykuł został opublikowany w numerze III-IV (36-37)/2020 czasopisma naukowego „Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania”.

Wstęp

Dyskusje nad reformą orzecznictwa lekarskiego w systemie zabezpieczenia społecznego następstw chorób lub urazów oraz prace przygotowawcze do niej trwają w Polsce już od kilkunastu lat.

W 2005 r. NIK przeprowadziła kontrolę pn. „Funkcjonowanie systemu orzecznictwa lekarskiego ZUS dla celów rentowych oraz systemu orzekania o niepełnosprawności”. W jej wyniku NIK wniosowała o utworzenie jednolitego systemu orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy w ramach jednej instytucji, co stworzyłoby korzystne warunki do racjonalizacji wydatków oraz poprawiłoby organizację i skuteczność nadzoru. Poprawę jakości orzekania można byłoby uzyskać przez działania obiektywizujące system – opracowanie kryteriów i standardów medycznych. Zaproponowane zmiany obejmowały rezygnację ze świadczeń kompensacyjnych na rzecz form pomocy aktywizujących osoby zagrożone niepełnosprawnością i niezdolnością do pracy lub posiadające orzeczenie w tym zakresie.

4 lipca 2007 r. opublikowano zarządzenie nr 68 (P-121-64-07) Prezesa Rady Ministrów powołujące Międzyresortowy Zespół do spraw Opracowania Systemu Orzekania o Niepełnosprawności oraz Niezdolności do Pracy. Do zadań zespołu należało opracowanie:

1. analizy funkcjonowania pięciu systemów orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy w kontekście ich spójności i konieczności koordynacji działań lub możliwości ich zintegrowania,
2. projektu założeń do Ustawy o orzekaniu o niepełnosprawności i niezdolności do pracy,
3. projektu Ustawy o orzekaniu o niepełnosprawności i niezdolności do pracy.

Ustalono, że zakończenie tych prac nie może nastąpić później niż do 30 czerwca 2008 r.

W 2011 r. zrealizowano projekt „Orzekanie o niepełnosprawności i niezdolności do pracy. Aspekt społeczny, medyczny, instytucjonalny i finansowy; analiza systemów krajowych i zagranicznych; pogłębiona ocena występowania niepełnosprawności; funkcjonowania orzecznictwa; propozycje zmian”, finansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. W ramach projektu przygotowano publikację *Instytucjonalne, zdrowotne i społeczne determinanty niepełnosprawności*, która została wydana w 2012 r. przez IPiSS, a także opublikowano artykuł *Funkcjonowanie orzecznictwa lekarskiego oraz działalność lekarzy orzeczników w systemie zabezpieczenia społecznego i wspierania zatrudnienia*. W artykule podjęto próbę operacjonalizacji wskazanych w raporcie głównych celów strategicznych. Z uwagi na to, że rekomendowane działania

miały dotyczyć różnych resortów i być realizowane na wielu szczeblach administracji państwowej, wymagały one instytucjonalnego zabezpieczenia funkcji koordynacyjnej. Rekomendowane działania mieściły się zasadniczo w ramach Europejskiej strategii w sprawie niepełnosprawności na lata 2010–2020 (DAP 2020), która jest kontynuacją realizowanej wcześniej strategii na lata 2004–2010.

W 2012 r. NIK ponownie przeprowadziła kontrolę organizacji systemów orzecznictwa lekarskiego ZUS dla celów rentowych oraz orzekania o niepełnosprawności w ramach priorytetu kontrolnego na 2012 r. „Zabezpieczenie bieżącej i długookresowej stabilności finansowej Państwa”. W podsumowaniu wyników kontroli można przeczytać, że „Niezależnie od nieosiągnięcia systemowych celów w działalności organów orzecznicych stwierdzono występowanie licznych faktów naruszenia przepisów prawa oraz nieprzestrzegania standardów i procedur. W połączeniu z nieskutecznym wykonywaniem nadzoru działalność ta nie daje gwarancji, że środki publiczne są wydatkowane racjonalnie”. Zwrócono w nim również uwagę, że NIK już w przeszłości wskazywała na „[...] celowość podjęcia przez ministra właściwego ds. zabezpieczenia społecznego działań integrujących systemy. Pozwoliłoby to na zmniejszenie wydatków publicznych, zaś ujednoclenie orzecznictwa miałoby pozytywny wpływ na jakość orzekania”. 2 lutego 2017 r. opublikowano Zarządzenie nr 6 Prezesa Rady Ministrów w sprawie Międzyresortowego Zespołu ds. Opracowania Systemu Orzekania o Niepełnosprawności oraz Niezdolności do Pracy. Do zadań zespołu należało:

1. dokonanie analizy funkcjonowania systemu orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy w kontekście ich spójności i konieczności koordynacji działań lub możliwości ich zintegrowania,
2. opracowanie projektu założeń do Ustawy o orzekaniu o niepełnosprawności i niezdolności do pracy,
3. opracowanie projektu Ustawy o orzekaniu o niepełnosprawności i niezdolności do pracy po przyjęciu założeń przez zespół,
4. opiniowanie rozwiązań dotyczących systemu orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy, wypracowanych w ramach działania 2.6 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER).

Zakończenie prac zespołu przewidziano na 31 marca 2018 r.

Rys historyczny i stan prawny

Od zarania dziejów ludzie chorowali i ulegali urazom i część z nich, z powodu upośledzenia funkcji organizmu w następstwie tych zdarzeń losowych, stawała się osobami kalekimi.

Kalectwo

Kalectwo jest trwałym uszkodzeniem organizmu, wynikającym z niedorozwoju, braku lub nieodwracalnego uszkodzenia narządu lub części ciała. Istnieje wiele podań dotyczących eliminacji osób kalekich ze społeczeństwa w czasach starożytnych – najbardziej chyba znanym przykładem takich praktyk miało być porzucanie niezdolnych do życia niemowląt w górach Tajgetu przez mieszkańców Sparty; w Chinach istniało natomiast zjawisko tzw. ostatniej podróży życia. W średniowieczu osoby kalekie pozostawały na marginesie społeczeństwa, będąc jednak nieodłączną jego składową. W Europie percepcja tego problemu zaczęła zmieniać się ok. XVI w., kiedy w Wielkiej Brytanii wprowadzono prawo dla ubogich (ang. *Poor Law Act*), zgodnie z którym osoby kalekie miały prawo do żebrania, a osoby sprawne musiały zapracować na swoje utrzymanie. W Niemczech natomiast pomoc osobom kalekim zaczęły wówczas oferować gminy lub samorządy.

Inwalidztwo

W wieku XIX kalectwo funkcjonowało już coraz częściej w kontekście niezdolności do wykonywania pracy. Po raz pierwszy termin „inwalidztwo” pojawił się w 1889 r. w Niemczech, w ustawie dotyczącej rent starczych i rent z powodu inwalidztwa. Istotne kroki prawne zostały poczynione w XX w., kiedy zostały przyjęte kolejno:

- **1933 r. – Konwencja nr 37 Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP)**, dotycząca obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa pracowników najemnych, przedsiębiorców przemysłowych i handlowych, w wolnych zawodach, takich jak chałupnicy i pracownicy gospodarstw domowych;
- **1933 r. – Konwencja MOP nr 38** dotycząca obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa pracowników rolnictwa;
- **1944 r. – Konwencja MOP nr 67** dotycząca zabezpieczenia dochodu, który powinien zapobiegać brakom środków utrzymania przez zwracanie w odpowiedniej wysokości środków utraconych z powodu niezdolności do pracy, z powodu wieku, następstw choroby, śmierci żywiciela rodziny oraz inwalidztwa, czyli niezdolności do podjęcia jakiegokolwiek przynoszącej istotne dochody pracy z powodu przewlekłego stanu wywołanego chorobą lub obrażeniem ciała albo z powodu utraty części ciała bądź naruszenia sprawności organizmu;
- **1952 r. – Konwencja MOP nr 102** dotycząca minimalnych norm zabezpieczenia społecznego (ratyfikowana przez Polskę), przewidująca m.in.:
 - zasiłek chorobowy – przedmiot ochrony powinien obejmować niezdolność do pracy wskutek choroby pociągającej za sobą utratę zarobku;

- świadczenie w razie wypadków przy pracy i chorób zawodowych – przedmiot ochrony powinien obejmować m.in. następujące okoliczności, jeżeli są skutkiem wypadków przy pracy lub ustalonych chorób zawodowych:
 1. stan chorobowy,
 2. niezdolność do pracy wynikającą z takiego stanu i powodującą utratę zarobku,
 3. całkowitą utratę zdolności do zarabkowania lub utratę częściową powyżej ustalonego stopnia, jeśli można przypuszczać, że utrata jest trwała, albo też odpowiednie zmniejszenie sprawności fizycznej;
 - świadczenie w razie inwalidztwa (obecnie: niepełnosprawności) – przedmiot ochrony powinien obejmować niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek działalności zawodowej w ustalonym stopniu, jeżeli można przypuszczać, że niezdolność będzie trwała lub jeżeli istnieje nadal po wykorzystaniu prawa do zasiłku chorobowego;
- **1971 r. – Rozporządzenie Rady Europy (RE) nr 1408/71**, stosowane również do świadczeń z tytułu inwalidztwa, łącznie ze świadczeniami służącymi zachowaniu albo zwiększeniu zdolności do zarabkowania; inwalidztwo cechuje utrata zdolności do pracy, najczęściej przed osiągnięciem wieku emerytalnego, z powodu naruszenia sprawności organizmu w następstwie choroby lub urazu, co powoduje ukończenie lub ograniczenie aktywności zawodowej, a więc konieczność rekompensaty utraconych dochodów z pracy i podjęcie działań w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej;
 - **1995 r. – Konwencja MOP nr 99** dotycząca przystosowania i rehabilitacji zawodowej inwalidów, ustalająca, że „inwalida” oznacza każdą osobę, której szanse utrzymania i zachowania odpowiedniego zatrudnienia są poważnie zredukowane w następstwie zmniejszenia zdolności fizycznych i umysłowych;
 - **1997 r. – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej** (art. 67), stanowiąca, że każdy obywatel ma prawo do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo oraz po osiągnięciu wieku emerytalnego.

Niepełnosprawność

W prawie polskim pojęcie „osoba niepełnosprawna” pojawiło się w 1982 r. w Uchwale Sejmu w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych. W 2012 r. Polska ratyfikowała Konwencję ONZ o prawach osób niepełnosprawnych z 2006 r., w której w art. 28 państwa strony zobowiązują się do odpowiedniego zapewnienia warunków życia i ochrony socjalnej, a w tym zapewnienia osobom niepełnosprawnym jednakowego

dostępu do ubezpieczenia społecznego i świadczeń emerytalnych.

Każdy stan chorobowy, niezależnie od jego przyczyny, charakteru i przebiegu, może zakończyć się wyzdrowieniem lub spowodować krótkotrwałe, długotrwałe bądź trwałe upośledzenie sprawności fizycznej i/lub psychicznej. W I Międzynarodowej Klasyfikacji Upośledzeń, Niepełnosprawności i Inwalidztwa, ogłoszonej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w 1980 r., przyjęto podział skutków choroby na uszkodzenia, niezdolność i ograniczenie w pełnieniu określonych funkcji życiowych lub zawodowych:

- uszkodzenie dotyczy nieprawidłowości budowy i wyglądu ciała oraz funkcji narządów lub układów niezależnie od przyczyny; oznacza więc zaburzenie na poziomie narządów;
- niezdolność powstaje wówczas, gdy skutki uszkodzenia uniemożliwiają lub utrudniają wykonywanie czynności i osłabiają aktywność danej osoby;
- ograniczenie w rolach życiowych lub zawodowych są zaś następstwami uszkodzenia i niezdolności mającymi wpływ na relacje międzyludzkie i przystosowania do otoczenia.

Niepełnosprawność to według WHO wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny u człowieka. Za niepełnosprawne uważa się osoby, które nie mogą, częściowo lub całkowicie, zapewnić sobie możliwości samodzielnego normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznej i/lub psychicznej. Natomiast na gruncie prawa polskiego, zgodnie z Ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych przyjętą w 1997 r., „[...] niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolność do wykonywania pracy zarobkowej”.

Do tego czasu niepełnosprawność, jako następstwo choroby lub urazu, rozpatrywano z medycznego punktu widzenia. Postrzegano ją jako problem jednostkowy osoby wymagającej odpowiedniej opieki medycznej, mającej na celu poprawę stanu zdrowia i funkcjonowania organizmu. Natomiast aspekty psychospołeczne dotyczące rzeczywistych, życiowych problemów osób niepełnosprawnych, takie jak np. usuwanie barier ograniczających możliwość ich uczestnictwa w życiu społecznym oraz zawodowym, nie były wcześniej w pełni uwzględnione.

W 1994 r. Europejskie Forum Niepełnosprawności Parlamentu Europejskiego zdefiniowało osobę niepełnosprawną jako „jednostkę w pełni swych praw, znajdującą się w sytuacji upośledzającej ją na skutek ba-

rier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych, których z powodu występujących u niej uszkodzeń nie może przewyciężyć w taki sposób, jak inni ludzie. Bariery te są zbyt często wzmacniane przez depresjonujące postawy ze strony społeczeństwa”. Należy pamiętać, że osobę niepełnosprawną prawa człowieka dotyczą w tym samym stopniu co resztę społeczeństwa; nie powinna być ona postrzegana jedynie jako jednostka z problemami chorobowymi, wymagająca długotrwałej opieki medycznej. Zgodnie z Konwencją ONZ o prawach osób niepełnosprawnych należy umożliwić takiej osobie maksymalny (możliwy do osiągnięcia) udział w pełnieniu funkcji społecznych, w tym zawodowych.

22 maja 2001 r. na Zgromadzeniu Ogólnym WHO w Genewie przyjęto ostateczną wersję klasyfikacji pn. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. W rezolucji WHA (World Health Assembly) 54.21 znalazł się następujący zapis: „54. Zgromadzenie Zdrowia przyjmuje drugą edycję Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń, Upośledzeń i Inwalidztwa pod tytułem Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, od tej chwili określana w skrócie jako ICF. Zaleca państwom członkowskim stosowanie ICF jako odpowiedniej klasyfikacji w badaniach naukowych, procesach nadzoru i sprawozdawczości, biorąc pod uwagę specyficzne sytuacje w państwach członkowskich i w obliczu możliwych dalszych rewizji. Zwraca się do sekretarza generalnego ONZ o wspieranie państw członkowskich, na ich prośbę, we wdrażaniu ICF”.

Ilustracja 1. Zależności pomiędzy składnikami ICF



Źródło: ICF Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (Warszawa, CSIOZ, 2012).

Na ilustracji przedstawiono zależności pomiędzy poszczególnymi składnikami ICF. W pierwszej kolejności ustala się, jakie struktury, funkcje i w jakim stopniu są uszkodzone, a następnie – jaka jest pozostała aktywność badanej osoby. Sprawdza się, jak można poprawić tę aktywność przez dalsze leczenie i rehabilitację, aby jak najwięcej osób mogło wrócić do czynnego życia społecznego. Wszystkie

te elementy rozpatrywane są w kontekście warunkujących ich czynników środowiskowych i osobowych. Celem ICF jest uzyskanie miarodajnych informacji na temat funkcjonowania człowieka i stanu jego niepełnosprawności w odniesieniu do skali międzynarodowej. ICF ocenia funkcjonowanie i niepełnosprawność; może być narzędziem nie tylko statystycznym, ale również klinicznym, badawczym, edukacyjnym, ekonomicznym oraz przydatnym dla celów polityki społecznej. Potrzeba jej opracowania wynikała z charakteru zmian zachodzących w zapotrzebowaniu na opiekę medyczną, której uwaga coraz częściej koncentruje się nie na chorobach ostrych, lecz przewlekłych. Odpowiada ona także na konieczność sklasyfikowania następstw chorób, czyli stworzenia wspólnego międzynarodowego języka dotyczącego skutków chorób, który pomógłby odpowiedzieć na potrzeby osób niepełnosprawnych. Światowa Organizacja Zdrowia uznaje za niezbędne podjęcie wszelkich dostępnych działań zapobiegających powstawaniu niepełnosprawności, a także umożliwiających osobom niepełnosprawnym powrót do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym, dla dobra ich samych i dla dobra całego społeczeństwa.

Zabezpieczenie społeczne ryzyka choroby i jej następstw

W Polsce system zabezpieczenia społecznego osób niepełnosprawnych jest realizowany w ramach:

- powszechnego ubezpieczenia społecznego pracowników, osób pracujących na własny rachunek oraz rolników,
- zaopatrzenia społecznego niektórych pracowników państwowych,

- pomocy społecznej,
- wspierania zatrudnienia osób niepełnosprawnych i pracodawców tworzących dla nich miejsca pracy.

W każdym z tych systemów odrębnie określa się zakres uprawnień do świadczeń związanych z niepełnosprawnością. Różne są również ich organizacja, finansowanie i zarządzanie nimi.

Orzecznictwo lekarskie w Polsce

Orzecznictwo lekarskie odgrywa jedną z fundamentalnych ról w systemie zabezpieczania społecznego. Z ustawy o zawodzie lekarza wynika, że orzecznictwo, obok badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób, zapobiegania im, leczenia, udzielania porad, rehabilitacji, jest podstawowym zadaniem każdego lekarza. Tak jak ustalenie trafnego rozpoznania choroby i wdrożenie właściwego leczenia oraz rehabilitacji może przesądzić o zdrowiu, sprawności, samodzielności, a nawet życiu chorego, tak trafne i rzetelne orzeczenie lub opinia lekarska ustalająca czasową lub długotrwałą niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji stanowią podstawę przyznania osobom niepełnosprawnym należnych świadczeń pieniężnych i rzeczowych umożliwiających im godne życie.

Orzecznictwo lekarskie polega na ocenie stanu zdrowia i upośledzenia funkcji organizmu pacjenta na jego wniosek lub na wniosek uprawnionej do tego instytucji, uzupełniony wnioskami wynikającymi z oceny dotyczącej np. czasowej lub długotrwałej niezdolności do pracy, niepełnosprawności, niezdolności do samodzielnej egzystencji, uszczerbku na zdrowiu. Każde orzeczenie lekarskie powinno być zgodne ze stwierdzonym stanem faktycznym, aktualnym stanem wiedzy medycznej, przepisami obowiązującego prawa oraz zasadami etyki i deontologii lekarskiej. Jest

Tabela 1. Zabezpieczenie społeczne ryzyka choroby i jej następstw

	Zdrowie	Sprawność	Samodzielność	
	Choroba	Niepełnosprawność	Niesamodzielność	
Zasiłek macierzyński	<ul style="list-style-type: none"> – prewencja – diagnostyka – leczenie (NFZ) 	<ul style="list-style-type: none"> a) renta z tytułu <ul style="list-style-type: none"> – niezdolności do pracy (ZUS) – całkowitej niezdolności do pracy rolniczej (KRUS) – niezdolności do pracy i służby; dot. MON, MSWiA, MS (budżet państwa) b) renty socjalne (budżet państwa) c) renty inwalidów wojennych i kombatantów (budżet państwa) 	<ul style="list-style-type: none"> – dodatek pielęgnacyjny (ZUS, KRUS, MON, MSWiA, MS; budżet państwa) – zasiłek pielęgnacyjny (budżet państwa) 	Zasiłek pogrzebowy
	<ul style="list-style-type: none"> – zasiłki chorobowe – świadczenia rehabilitacyjne (ZUS, KRUS, budżet państwa, pracodawcy) 			
REHABILITACJA (NFZ, ZUS, KRUS, PFRON)				

dokumentem, od którego może zależeć nie tylko dalszy los pacjenta i jego rodziny, lecz także prawidłowe dysponowanie funduszami publicznymi gromadzonymi w formie składek lub podatków. Lekarz powinien wydać orzeczenie na podstawie aktualnego badania pacjenta lub odpowiedniej dokumentacji, zgodnie z własną wiedzą i sumieniem, nie oczekując za to osobistych korzyści. Podstawowy problem, z którym spotyka się lekarz orzekający dla potrzeb zabezpieczenia społecznego, to konieczność przełożenia rozpoznanych zmian jakościowych na ocenę ilościową ograniczenia funkcjonowania badanej osoby w określonych warunkach społeczno-zawodowych.

W postępowaniu orzeczniczym istotny jest obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej wynikający z Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz Kodeksu Etyki Lekarskiej. Lekarz przeprowadzający badanie na zlecenie upoważnionego z mocy prawa organu przekazuje mu orzeczenie, które zawiera wnioski niezbędne do wydania decyzji przyznającej odpowiednie świadczenia lub odmowy ich przyznania.

Historia orzecznictwa lekarskiego w Polsce

W latach 30. XX w. podjęto w Polsce reformę systemu ubezpieczeń społecznych zmierzającą do jego ujednoczenia na terenie całego kraju.

Ustawa z 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym, tzw. scalenkowa, doprowadziła do ukształtowania jednolitego systemu ubezpieczeniowego, opartego na dwóch filarach: nadrzędnej instytucji centralnej – Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) oraz 61 terenowych ubezpieczalniach społecznych, które obok pełnienia nowych zadań przejęły również obowiązki dawnych kas chorych. Najważniejszymi zadaniami ZUS było „ustalenie uprawnień do świadczeń długoterminowych oraz ich wypłata, administrowanie majątkiem ubezpieczenia emerytalnego i wypadkowego, nadzór nad ubezpieczeniem społecznym, prowadzenie akcji zapobiegania wypadkom w zatrudnieniu i chorobom zawodowym, lecznictwo i profilaktyka w zakresie wspólnym wszystkim działom ubezpieczeń”. Podstawowym warunkiem uzyskania prawa do renty inwalidzkiej było orzeczenie o inwalidztwie, przyznawane według kryteriów różnych dla pracowników umysłowych i fizycznych. Zgodnie z art. 22 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z 25 listopada 1927 roku o ubezpieczeniu pracowników umysłowych „za niezdolnego do wykonywania swego zawodu uważa się pracownika, którego zdolność do wykonywania zawodu wskutek ułomności cielesnej lub umysłowej, względnie wskutek upadku sił fizycznych lub umysłowych, obniżyła się poniżej 50% zdolności osób

zdrowych fizycznie i umysłowo, o podobnym uzdolnieniu zawodowym”.

W odniesieniu do pracowników fizycznych, zgodnie z art. 154 Ustawy o ubezpieczeniu społecznym z 1933 r., inwalidą był „ten, kto wskutek choroby, ułomności fizycznej albo umysłowej, bądź też wskutek upadku sił fizycznych lub umysłowych stanie się niezdolny do zarobienia własną pracą jednej trzeciej tego, co zarabia w danej miejscowości osoba w pełni sił fizycznych i umysłowych o podobnym wykształceniu i uzdolnieniu”. Określenie inwalidztwa w „ustawie scalenkowej” było bardzo zbliżone do jego definicji zawartej w par. 1255 niemieckiej ordynacji ubezpieczeniowej z 19 lipca 1911 r.: „Za inwalidę uważa się tego, kto czynnością odpowiadającą jego siłom i zdolnościom, jakiej można od niego wymagać przy słusznym uwzględnieniu jego wykształcenia i jego dotychczasowego zawodu, nie może już zarobić jednej trzeciej tego, co zwykły zarabiać pracą w tej samej okolicy osoby tego samego rodzaju fizycznie i umysłowo zdrowe z podobnym wykształceniem”.

W 1935 r. dr Franciszek Witaszek z Zakładu Higieny Uniwersytetu Poznańskiego opracował i wydał *Zarys orzecznictwa inwalidzkiego* przeznaczony dla lekarzy orzekających dla celów przyznawania świadczeń z ubezpieczenia społecznego (lekarzy zaufania). W jego przedmowie napisał: „Przystępując do opracowania niniejszego krótkiego szkicu pragnąłem przede wszystkim przyjść z pomocą tym wszystkim Kolegom, którzy z jakichkolwiek powodów nie mają możliwości zaznajomić się z obszerną na ten temat literaturą obcą”. Następnie omówił procedurę przeprowadzenia badania lekarskiego dla celów orzeczniczych, zwracając uwagę na „konieczność gruntownego przestudiowania akt badanego i zapoznania się ze wszystkimi poprzednimi orzeczeniami lekarskimi, aby nie zaprzeczyć czegoś, co się w czasie badania przeoczyło, a co potwierdził lekarz stale badający petenta”. We wstępie do tej publikacji prof. Paweł Gantkowski wypowiedział się na temat „rehabilitacji przed rentą”. Przepisy Ustawy o ubezpieczeniu społecznym z 1933 r. stanowiły, że „celem zapobieżenia niezdolności do zarobkowania, grożącej ubezpieczonemu, lub przywrócenia tej zdolności osobie, otrzymującej świadczenia, Zakład Ubezpieczenia od Wypadków lub Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników ma prawo zarządzić odpowiednie leczenie” (art. 173 ust. 1). Leczenie zarządzone na podstawie tego artykułu mogło mieć charakter profilaktyczny (zapobiegawczy) lub restytucyjny. „Leczenie profilaktyczne ma na celu zapobieżenie grożącej niezdolności do zarobkowania, restytucyjne przywrócenie (całkowite lub częściowe) zdolności do zarobkowania osobie, która już pobiera świadczenia. Leczenie zapobiegawcze, względnie restytucyjne, rozpatruje się zwykle z dwóch punktów widzenia (między którymi nie daje się jednak

przeprowadzić ścisłej granicy), a mianowicie z punktu finansowego i społecznego. Usuwając istniejącą już niezdolność do pracy (względnie do wykonywania zawodu) lub odracząc leczeniem termin zaistnienia tej niezdolności, można zmniejszyć wydatki na świadczenia rentowe, a równocześnie dając ubezpieczonemu możliwość zarabiania, zwiększyć jego dochody (renta jest niższa) i tym samym dobrobyt jego rodziny. Z punktu widzenia społecznego daje się ubezpieczonemu więcej wartościową pracę zamiast renty”.

W zakończeniu wstępu do *Zarysu orzecznictwa inwalidzkiego* autor podsumowuje swój wywód słowami: „Wszelkie orzeczenia lekarskie są jedynie podstawą, na której opiera wyrok władza administracyjna, lecz podstawą, daną przez jedyne go zawodowego rzeczoznawcę w postępowaniu rentowym, a zatem muszą być podstawą zdrową i silną. Powtarzam raz jeszcze: od lekarzy zależy los i powodzenie ubezpieczeń społecznych, bo najmędrsza ich organizacja, najlepsze kierownictwo nie pomoże, skoro orzecznictwo lekarskie, niesprawiedliwe i powierzchowne, podkopywać miałyby ekonomiczny byt tychże ubezpieczeń społecznych”. Orzecznictwo lekarskie w systemie ubezpieczenia społecznego było wykonywane przez lekarzy zaufania do 1954 r.

Dekret z 15 czerwca 1954 roku o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin w artykule 14 ust. 1 stanowił, że „utrata zdolności do pracy, grupę inwalidów, do której dana osoba ma być zaliczona, datę powstania inwalidztwa, związek przyczynowy inwalidztwa z wypadkiem w zatrudnieniu lub chorobą zawodową, kierowanie na leczenie oraz możliwość zatrudnienia w dotychczasowym lub innym zawodzie ustalają komisje lekarskie do spraw inwalidztwa i zatrudnienia”.

1 listopada 1954 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie powołania komisji lekarskich do spraw inwalidztwa i zatrudnienia, w którym nadzór nad ich działalnością powierzono Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej (MPIOS). Na podstawie Zarządzenia MPiOS w sprawie składu, organizacji i postępowania komisji lekarskich do spraw inwalidztwa i zatrudnienia utworzono na terenie Polski 89 Komisji Obwodowych (OKIZ) i 24 Komisje Wojewódzkie (WKIZ). Zaliczenie badanego do jednej z trzech grup inwalidzkich, dokonywane na podstawie tych samych zasad, mogło służyć przyznawaniu prawa do świadczeń, jeżeli osoba ubiegająca się spełniała pozostałe warunki (tzn. posiadała odpowiedni staż ubezpieczenia, a niezdolność do pracy powstała w okresie ubezpieczenia lub nie później niż 18 miesięcy od jego zakończenia) albo jego zatrudnieniu w tzw. warunkach chronionych lub uzyskaniu prawa do określonych przywilejów.

Przewodniczącymi OKIZ i WKIZ powoływał Minister Pracy i Opieki Społecznej na wniosek ZUS, uzgodnio-

ny z wydziałem zdrowia właściwego prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej. Lekarzy – członków – komisji powoływał ZUS w porozumieniu z właściwym Wojewódzkim Prezydium Rady Narodowej. Przepisy zarządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej upoważniały OKIZ także do badania prawidłowości zatrudnienia i warunków pracy inwalidów w zakładach pracy oraz do współdziałania w przywracaniu inwalidom zdolności do pracy poprzez leczenie, rehabilitację, protezowanie i szkolenie. 31 grudnia 1955 r. opublikowano instrukcję Ministra Pracy i Opieki Społecznej w sprawie zaliczania do grup inwalidzkich, regulującą zasady sprawowania nadzoru nad prawidłowością zatrudniania inwalidów. Przedstawione akty prawne stanowiły podstawę funkcjonowania Komisji ds. Inwalidztwa i Zatrudnienia do 1997 r. Następnie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wyodrębniono Biuro Emerytalno-Rentowe Ministerstwa Obrony Narodowej oraz Biuro Emerytalno-Rentowe Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji i utworzono w nich własny aparat orzecznictwa lekarskiego. Zgodnie z Ustawą o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych i ich rodzin, a także z Ustawą o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, ABW, BOR, SG, PSP i SW żołnierzom zawodowym lub funkcjonariuszom w przypadku wystąpienia całkowitej niezdolności do służby i pracy przysługują w ramach tego zaopatrzenia określone świadczenia pieniężne z budżetu państwa, w tym wojskowa lub policyjna renta inwalidzka.

Ustalono trzy grupy inwalidztwa żołnierzy lub funkcjonariuszy niezdolnych do służby: I grupa – całkowita niezdolność do służby i całkowita niezdolność do pracy, II grupa – całkowita niezdolność do służby i częściowa niezdolność do pracy, III grupa – całkowita niezdolność do służby i zdolność do pracy. O inwalidztwie żołnierzy zawodowych orzekały w I instancji – terenowe, a w II instancji – rejonowe wojskowe komisje lekarskie. Natomiast o inwalidztwie funkcjonariuszy orzekały komisje wojewódzkie (I instancja) i okręgowe (II instancja). W obydwu resortach nadzór nad orzecznictwem pełniły: Centralna Wojskowa Komisja Lekarska MON i Centralna Komisja Lekarska MSWiA.

W ostatnich latach dokonano zmiany w organizacji orzecznictwa w Ministerstwie Obrony Narodowej (MON) i Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA) polegającej na orzekaniu: w MON przez rejonowe i centralną wojskową komisję lekarską, a w MSWiA przez rejonowe i centralną komisję lekarską.

W 1990 r. na mocy Ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników powołano Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) dla realizacji tych ubezpieczeń. Odrębny aparat orzecznictwa lekarskiego dla celów przyznawania świadczeń z tego ubezpieczenia utworzono w 1997 r. na podstawie Ustawy z 12 września 1996 roku o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników.

Ustawa z 28 czerwca 1996 roku o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i o ubezpieczeniu społecznym wprowadziła również zmiany w orzecznictwie lekarskim w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Mocą tej ustawy wprowadzono:

- w miejsce dotychczasowej renty inwalidzkiej – rentę z tytułu niezdolności do pracy,
- zamiast pojęcia „inwalidztwo” – pojęcie „niezdolność do pracy”,
- w miejsce przeprowadzanych z urzędu badań kontrolnych stanu inwalidztwa – renty stałe i okresowe,
- jednoosobowe i jednoinstancyjne orzekanie o niezdolności do pracy i jej stopniu,
- nowy rodzaj świadczenia z ubezpieczenia społecznego – rentę szkoleniową,
- podział na orzecznictwo o niezdolności do pracy do celów rentowych i orzecznictwo o stopniu niepełnosprawności dla celów pozarentowych.

W Ustawie z 28 czerwca 1996 roku podstawowe znaczenie miało uzależnienie prawa do renty od utra-

ty lub istotnego ograniczenia zdolności do pracy zarobkowej. Należy to wyraźnie podkreślić, oznaczało to bowiem całkowitą zmianę dotychczasowej filozofii orzekania o inwalidztwie. Intencją wprowadzonych zmian nie były restrykcje lub zaostrzenie kryteriów orzecznicznych. Dokonana racjonalizacja systemu polegała na przyznawaniu rent osobom ubezpieczonym, które rzeczywiście utraciły zdolność do osiągnięcia dochodów z pracy zarobkowej i którym renta powinna częściowo zastąpić utracony dochód. Przekształcono więc dotychczasowy system rentowy w rzeczywiste ubezpieczenie ryzyka utraty zdolności do pracy zarobkowej. Nadzór nad orzecznictwem z upoważnienia Prezesa ZUS sprawuje Naczelny Lekarz ZUS. Orzecznictwo dla celów pozarentowych jest natomiast od tamtej pory realizowane przez Powiatowe i Wojewódzkie Zespoły Orzekania o Niepełnosprawności, które nadzoruje Pełnomocnik Rządu do spraw Osób Niepełnosprawnych.

Tabela 2. Zabezpieczenie społeczne niepełnosprawności. Definicje

Ubezpieczenie społeczne pracowników i osób pracujących na własny rachunek (ZUS)	<p>Niezdolna do pracy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu.</p> <p>Stopnie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – całkowita niezdolność do pracy to utrata zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy, – częściowa niezdolność do pracy to znacznego stopnia utrata zdolności do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.
Ubezpieczenie społeczne rolników (KRUS)	<p>Za całkowicie niezdolnego do pracy w gospodarstwie rolnym uważa się ubezpieczonego, który z powodu naruszenia sprawności organizmu utracił zdolność do osobistego wykonywania pracy w gospodarstwie rolnym. Całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym uznaje się za trwałą, jeżeli ubezpieczony nie rokuje odzyskania zdolności do osobistego wykonywania pracy w gospodarstwie rolnym.</p>
Zaopatrzenie inwalidztwa żołnierzy zawodowych (MON)	<p>Inwalidą jest żołnierz zwolniony z zawodowej służby wojskowej, który ze względu na stan zdrowia został uznany za całkowicie niezdolnego do tej służby wskutek stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu.</p> <p>Za stałe naruszenie sprawności organizmu uważa się takie naruszenie sprawności, które spowodowało upośledzenie czynności organizmu nierokujące, według wiedzy lekarskiej, poprawy.</p> <p>Za długotrwałe naruszenie sprawności organizmu uważa się takie naruszenie sprawności, które spowodowało upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający 12 miesięcy, mogące jednak rokować, według wiedzy lekarskiej, poprawę.</p> <p>Ustala się trzy grupy inwalidztwa żołnierzy całkowicie niezdolnych do służby:</p> <ul style="list-style-type: none"> I grupa – całkowicie niezdolni do pracy, II grupa – częściowo niezdolni do pracy, III grupa – zdolni do pracy.
Zabezpieczenie niepełnosprawności (MRPiPS)	<p>Osobami niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia pełnienie funkcji społecznych, a szczególnie zdolności do wykonywania pracy zawodowej.</p> <p>Stopnie niepełnosprawności:</p> <ul style="list-style-type: none"> – znaczny, – umiarkowany, – lekki. <p>Osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności to osoby z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolne do podjęcia pracy albo zdolne do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagające, w celu pełnienia funkcji społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.</p> <p>Osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności to osoby z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolne do pracy albo zdolne do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagające czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia funkcji społecznych.</p> <p>Osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności to osoby o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny zmniejszenie zdolności do wykonywania pracy w porównaniu ze zdolnościami, jakie wykazują osoby o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną.</p>

Tabela 3. Organy orzekające

I instancja	
ZUS	Lekarze orzecznicy ZUS
KRUS	Lekarze rzeczoznawcy
MON	Rejonowe wojskowe komisje lekarskie
MSWiA	Rejonowe komisje lekarskie
MRPiPS	Powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności
II instancja (odwoławcza)	
ZUS	Komisje lekarskie Zakładu
KRUS	Komisje lekarskie Kasy
MON	Centralna wojskowa komisja lekarska
MSWiA	Centralna komisja lekarska MSWiA
MRPiPS	Wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności

Źródło: opracowanie własne.

We wszystkich sprawach dotyczących świadczeń, do których prawo jest uzależnione od stwierdzenia niezdolności do pracy/inwalidztwa, od decyzji organu rentowego przysługuje odwołanie do Sądu Okręgowego – Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w terminie i według zasad określonych w przepisach Kodeksu postępowania cywilnego. Od wyroku sądu I instancji przysługuje apelacja do sądu II instancji. Od wyroku wydanego przez sąd II instancji przysługuje kasacja do Sądu Najwyższego.

Instytucje ubezpieczeń społecznych i zaopatrzenia społecznego w Polsce przyznają i wypłacają na podstawie orzeczeń lekarskich różnego rodzaju świadczenia.

Tabela 4. Przyznawane świadczenia w zależności od ryzyka czasowej i długotrwałej niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji

CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY					
świadczenie	orzeczenie	instytucja			
		ZUS	KRUS	MON	MSWiA
Zasiłek chorobowy	Czasowa niezdolność do pracy	+	+	+	+
Przedłużony zasiłek chorobowy/ świadczenie rehabilitacyjne	Przedłużenie czasowej niezdolności do pracy	+	+	-	-
Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej	Wskazania do rehabilitacji leczniczej	+	+	-	-
Renta szkoleniowa	Celowość przekwalifikowania zawodowego	+	+	-	-
DŁUGOTRWAŁA LUB TRWAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY					
świadczenie	orzeczenie	instytucja			
		ZUS	KRUS	MON	MSWiA
Renta z tytułu niezdolności do pracy	Niezdolność do pracy: – częściowa – całkowita	+	-	-	-
Renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy	Całkowita niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym	-	+	-	-
Renta inwalidzka – policyjna – wojskowa	I, II, III grupa inwalidzka Grupa I – całkowita niezdolność do pracy Grupa II – częściowa niezdolność do pracy Grupa III – zdolność do pracy	-	-	+	+
CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY					
świadczenie	orzeczenie	instytucja			
		ZUS	KRUS	MON	MSWiA
Renta socjalna	Całkowita niezdolność do pracy	+	-	-	-
PROCENTOWY USZCZERBEK NA ZDROWIU Z TYTUŁU WYPADKU PRZY PRACY LUB CHOROBY ZAWODOWEJ					
świadczenie	orzeczenie	instytucja			
		ZUS	KRUS	MON	MSWiA
Jednorazowe odszkodowanie	Procentowy uszczerbek na zdrowiu	+	+	+	+

NIEZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI					
świadczenie	orzeczenie	instytucja			
		ZUS	KRUS	MON	MSWiA
Dodatek pielęgnacyjny	Niezdolność do samodzielnej egzystencji	+	+	+	+

Źródło: opracowanie własne.

Zasady i tryb orzekania określono w ustawach i rozporządzeniach Ministra Pracy i Polityki Społecznej, Ministra Rolnictwa, Ministra Obrony Narodowej, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Przy orzekaniu o niezdolności do pracy bierze się pod uwagę:

- charakter i przebieg procesów chorobowych oraz ich wpływ na stan czynnościowy organizmu, a w sprawach o ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy z powodu następstw wypadku lub choroby zawodowej – także ich związek z tym wypadkiem lub chorobą,
- sprawność psychofizyczną organizmu, stopień przystosowania organizmu do ubytków anatomicznych, kalectwa oraz skutków choroby,
- wiek, wykształcenie oraz rodzaj prac dotychczas wykonywanych przez zainteresowanego,
- możliwość przywrócenia zdolności do pracy przez leczenie i rehabilitację oraz zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, protezy i środki pomocnicze.

Lekarz orzekający może przed wydaniem orzeczenia uzupełnić dokumentację dołączoną do wniosku, w szczególności o opinię lekarza konsultanta lub psychologa albo o wyniki badań dodatkowych lub obserwacji szpitalnej.

Nie ma więc konieczności angażowania w proces orzeczniczy w celu przyznania świadczeń rentowych z ubezpieczenia lub zaopatrzenia społecznego innych specjalistów niż lekarze lub psychologowie.

Dla osób nieobjętych ubezpieczeniem lub zaopatrzeniem społecznym (bezrobocie, umowy śmieciowe) w latach 90. XX w. utworzono Zespoły ds. Orzekania o Niepełnosprawności, które ustalają trzy stopnie niepełnosprawności: lekki, umiarkowany, znaczny. Orzeczenia te pozwalają osobom nieuprawnionym do pobierania świadczeń z ubezpieczenia lub zaopatrzenia społecznego uzyskać odpowiednie do stwierdzonej niepełnosprawności zatrudnienie, a także otrzymać ulgi, przywileje i wsparcie przysługujące osobom niepełnosprawnym. Natomiast przez 30 lat nie reaktwowano instytucji, która zajmowałaby się przyznawaniem i realizacją tych świadczeń.

Ulgi i uprawnienia są przyznawane także osobom pobierającym z ZUS rentę z tytułu niezdolności do pracy na podstawie orzeczenia o częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy. Z kolei osoby pobierające rentę inwalidzką z MON lub MSWiA są zobowiązane, w celu

uzyskania ulg i uprawnień, ponownie poddać się orzekaniu Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności, pomimo tego, że uzyskały już orzeczenie o inwalidztwie (czyli częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy), które powinno być zastąpione terminem „niepełnosprawność”. Podobne rozwiązanie dotyczy rolników.

Warto raz jeszcze podkreślić, że w systemie zabezpieczenia społecznego następstw choroby lub urazu w postaci niepełnosprawności w stopniu powodującym niezdolność do pracy to lekarz dokonuje oceny stopnia uszkodzenia struktur i funkcji organizmu, ustala rozpoznanie chorób i ocenia stopień niezdolności do pracy. Na podstawie tego orzeczenia odpowiednia instytucja ubezpieczeniowa lub zaopatrzenia społecznego przyznaje i wypłaca świadczenia pieniężne.

Natomiast świadczenia rzeczowe przysługujące osobom niepełnosprawnym powinien przyznawać zespół specjalistów w instytucji przyznającej świadczenia rzeczowe (dawniej Wojewódzkie Ośrodki Zatrudniania i Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych), ustalający zakres niezbędnego wsparcia i realizację ulg i uprawnień przysługujących osobom niepełnosprawnym, a mianowicie:

1. zatrudnienie uwzględniające psychologiczne możliwości danej osoby,
2. szkolenie, w tym specjalistyczne,
3. zatrudnienie w zakładzie aktywności zawodowej,
4. uczestnictwo w warsztatach terapii zajęciowej,
5. konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie danej osoby,
6. korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych, świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki,
7. konieczność stałej lub długotrwałej opieki albo pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji,
8. konieczność stałego, codziennego współdziałania opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji,
9. spełnianie przez osobę niepełnosprawną przesłanek określonych w art. 8 ust. 1 Ustawy z dnia 20 czerwca 1997 roku prawo o ruchu drogowym (Dz.U. z 2015 r., poz. 2183).

Orzecznictwo o niepełnosprawności dzieci

Zgodnie z art. 4a Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych osoby, które nie ukończyły 16. roku życia, zaliczane są do osób niepełnosprawnych, jeżeli mają naruszoną sprawność fizyczną lub psychiczną o przewidywanym okresie trwania powyżej 12 miesięcy, z powodu wady wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia organizmu, powodującą konieczność zapewnienia im całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku.

Jak stanowi Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 roku w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16. roku życia:

„§ 1.

Oceny niepełnosprawności u osoby w wieku do 16 roku życia, zwanej dalej «dzieckiem», dokonuje się na podstawie następujących kryteriów:

- 1) przewidywanego okresu trwania upośledzenia stanu zdrowia z powodu stanów chorobowych, o których mowa w § 2, przekraczającego 12 miesięcy,
- 2) niezdolności do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, takich jak: samoobsługa, samodzielne poruszanie się, komunikowanie z otoczeniem, powodującej konieczność zapewnienia stałej opieki lub pomocy, w sposób przewyższający zakres opieki nad zdrowym dzieckiem w danym wieku, albo
- 3) znacznego zaburzenia funkcjonowania organizmu, wymagającego systematycznych i częstych zabiegów leczniczych i rehabilitacyjnych w domu i poza domem.

§ 2. [...]

2. Przy ocenie niepełnosprawności dziecka bierze się pod uwagę:

- 1) rodzaj i przebieg procesu chorobowego oraz jego wpływ na stan czynnościowy organizmu,
- 2) sprawność fizyczną i psychiczną dziecka oraz stopień jego przystosowania do skutków choroby lub naruszenia sprawności organizmu,
- 3) możliwość poprawy stanu funkcjonalnego pod wpływem leczenia i rehabilitacji”.

Niepełnosprawność dziecka orzeka się na czas określony, jednak na okres nie dłuższy niż do ukończenia przez dziecko 16. roku życia. Decyduje ocena możliwości poprawy funkcjonowania dziecka. Orzeczenie o niepełnosprawności wydaje się na wniosek złożony do powiatowego/miejskiego zespołu do spraw

orzekania o niepełnosprawności przez przedstawiciela ustawowego dziecka.

Opiniodawstwo w szkolnictwie

Znowelizowana Ustawa o systemie oświaty z 7 września 1991 roku zapewnia możliwość pobierania nauki we wszystkich typach szkół przez dzieci i młodzież niepełnosprawną lub niedostosowaną społecznie, zgodnie z indywidualnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi oraz predyspozycjami, jak również opiekę nad uczniami niepełnosprawnymi przez umożliwienie realizowania indywidualnego procesu kształcenia.

O potrzebie objęcia dzieci i młodzieży programami kształcenia specjalnego czy też indywidualnym nauczaniem orzekają zespoły działające w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, jak również w publicznych poradniach specjalistycznych, które wydają orzeczenia o potrzebie:

- kształcenia specjalnego dzieci i młodzieży z zaburzeniami i odchyleniami rozwojowymi, wymagającymi stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy, w tym również o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim,
- indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży, których stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły przez okres dłuższy niż 21 dni.

W skład zespołu orzekającego wchodzi: kierownik zespołu, psycholog, pedagog, logopeda, lekarz lub lekarze specjaliści, jeśli ich udział w danym przypadku w pracy zespołu jest niezbędny.

Od orzeczenia zespołu przysługuje wnioskodawcy odwołanie do Kuratora Oświaty w terminie 14 dni od dnia doręczenia. Od decyzji wydanej przez Kuratora Oświaty odwołanie nie przysługuje.

Niezdolność do samodzielnej egzystencji – niesamodzielnosc

Aktualnie we wszystkich instytucjach zabezpieczenia społecznego obowiązuje jedna definicja ryzyka niezdolności do samodzielnej egzystencji, w odniesieniu do której możliwe jest przyznanie dodatku pielęgnacyjnego. Wyjątek stanowią zespoły orzekania o niepełnosprawności – ustawodawca zdefiniował w ich przypadku dwa stopnie niezdolności do samodzielnej egzystencji, jednak bez zróżnicowania świadczeń z tego tytułu (zasiłek pielęgnacyjny). Konieczne jest więc zróżnicowanie stopni niesamodzielnosci w zależności od rodzaju schorzenia i stopnia upośledzenia funkcjonalnego organizmu. Pozwoli to na dostosowanie wsparcia przysługującego osobom niesamodziel-

nym do stopnia niesamodzielności i ewentualne zróżnicowanie wysokości świadczeń pieniężnych.

Po ujednoczeniu definicji ryzyka i terminologii każda osoba pobierająca świadczenie z instytucji ubezpieczenia i zaopatrzenia społecznego powinna mieć prawo do odpowiednich ulg i przywilejów przysługujących osobom niepełnosprawnym. Z tego względu celowe wydaje się odtworzenie Ośrodków Przyznawania i Realizacji Świadczeń Rzeczowych dla Osób Niepełnosprawnych, gdzie specjaliści z różnych dziedzin przyznawaliby poszczególnym osobom odpowiednie dla nich wsparcie oraz ulgi i uprawnienia.

Sądowe postępowanie odwoławcze

Jeżeli osoba ubiegająca się o świadczenie z ubezpieczenia społecznego nie zgadza się z decyzją odmowną lub przyznającą świadczenie, której podstawę stanowi orzeczenie lekarskie, może ona wnieść odwołanie do Sądu Pracy i Ubezpieczeń.

Rolą lekarza biegłego sądowego jest wydanie opinii w kwestii medycznej, która jest przesłanką orzeczenia sądowego, stanowiąc dowód, na podstawie którego ma zapaść orzeczenie sądu.

Biegłych sądowych, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z 24 stycznia 2005 roku w sprawie biegłych sądowych, ustanawia przy sądzie okręgowym prezes tego sądu.

Biegłym może być ustanowiona osoba, która:

1. korzysta w pełni z praw cywilnych i obywatelskich;
2. ukończyła 25 lat;
3. posiada teoretyczne i praktyczne wiadomości specjalne w danej gałęzi nauki, techniki, sztuki, rzemiosła, a także innej umiejętności, dla której ma być ustanowiona;
4. daje rękojmię należytego wykonywania obowiązków biegłego;
5. wyraża zgodę na ustanowienie jej biegłym.

Kodeks postępowania cywilnego stanowi, że opinie dotyczące oceny niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji wydaje biegły lekarz.

Biegły sądowy jest uprawniony, po złożeniu przyrzeczenia, do wydawania opinii na zlecenie sądu lub organu prowadzącego postępowanie przygotowawcze w sprawach z zakresu zabezpieczenia społecznego.

Lekarze biegli sądowi odgrywają nadzwyczaj istotną rolę w postępowaniu sądowym rozpatrującym w trybie odwoławczym sprawy z zakresu zabezpieczenia społecznego. W większości są to sprawy, w których prawo do świadczenia uzależnione jest od orzeczeń lekarskich wydanych w instytucjach zabez-

pieczenia społecznego. Dlatego w celu zapewnienia sprawiedliwego i jednolitego opiniowania tego typu spraw lekarzom niezbędna jest znajomość obowiązujących przepisów prawnych w zakresie przyznawania świadczeń z zabezpieczenia społecznego i zasad orzecznictwa lekarskiego.

Podsumowanie

Orzecznictwo lekarskie jest niezbędne dla realizacji przez państwo polityki społecznej w zakresie zabezpieczenia społecznego, a w szczególności właściwego adresowania świadczeń rzeczowych i pieniężnych, uzależnionych od upośledzenia funkcji organizmu w następstwie chorób lub urazów, do osób rzeczywicie tych świadczeń wymagających. Reforma orzecznictwa lekarskiego, w tym jego ujednoczenie, nie może być celem samym w sobie; powinna ona zostać poprzedzona przeglądem i uporządkowaniem katalogu tych świadczeń.

Należy dążyć do utworzenia jednolitego systemu orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy w ramach jednej instytucji, co stworzyłoby korzystne warunki do racjonalizacji wydatków oraz przyczyniłoby się do poprawy organizacji i skuteczności nadzoru. Postulowała to NIK (2005, 2012), było to także zadaniem dwukrotnie powoływanych przez Prezesa Rady Ministrów Zespołów ds. Opracowania Systemu Orzekania o Niepełnosprawności oraz Niezdolności do Pracy (2007, 2017).

Konieczne jest ujednoczenie kryteriów w odniesieniu do ryzyka będącego podstawą przyznawania świadczeń, czyli ryzyka niepełnosprawności – długotrwałej niezdolności do pracy (ZUS), całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (KRUS), inwalidztwa (MON i MSWiA) – co da podstawę do ujednoczenia zasad orzecznictwa lekarskiego. Wprowadzenie jednej instytucji orzeczniczej bez ujednoczenia ryzyka nie rozwiąże problemu wynikającego z konieczności wielokrotnego orzekania, a jednocześnie będzie generować wyższe koszty.

Orzecznictwo lekarskie w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce, realizowane przez różne instytucje, jest odrębnie regulowane (kilkadziesiąt ustaw i rozporządzeń) i zarządzane. Koordynacja ze szczebla organów centralnych jest ograniczona. Bardzo trudno jest ustalić liczbę osób niepełnosprawnych w naszym kraju (podwójne orzekanie). Nie stworzono dotąd rozwiązań mających na celu ujednoczenie całego systemu, mimo że potrzeba taka była wielokrotnie formułowana w różnych opracowaniach naukowych i eksperckich.

Proponowane zmiany

W reformie orzecznictwa lekarskiego należy uwzględnić następujące działania:

1. Połączenie Zespołów Orzecznictwa o Niepełnosprawności Dzieci z Poradniami Psychologiczno-Pedagogicznymi. Pozwoli to uniknąć **podwójnego gromadzenia dokumentacji medycznej i oceny przez podobny zespół specjalistów. Należy objąć tym orzecznictwem grupę wiekową 0–18 lat.**
2. Umożliwienie osobom ubiegającym się o przyznanie renty socjalnej, jednocześnie niezdolnym do samodzielnej egzystencji, uzyskania orzeczenia w jednej instytucji, a nie tak jak dotychczas w dwóch (orzeczenie dla przyznania renty socjalnej w ZUS, a dla przyznania zasiłku pielęgnacyjnego – w Zespole Orzekania o Niepełnosprawności), co skutkowało **podwójnym gromadzeniem dokumentacji i podwójnym badaniem.**
3. Ujednoczenie ryzyka ubezpieczeniowego i katalogu świadczeń przysługujących osobom niepełnosprawnym z tytułu niezdolności do pracy: niezdolności do pracy (ZUS), niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (KRUS), niezdolności do służby i pracy (MON, MSWiA), w następstwie chorób lub urazów, podobnie jak w innych krajach, gdzie prawo do renty z tytułu niepełnosprawności (ang. *disability pension*) jest uzależnione od utraty w różnym stopniu zdolności do pracy. Pozwoli to na zlikwidowanie **podwójnego gromadzenia dokumentacji i podwójnego badania** dla uzyskania ulg i uprawnień przysługujących osobom niepełnosprawnym, którym orzeczenia dla celów rentowych wydawane są w KRUS, MON i MSWiA.
4. Zróżnicowanie ryzyka niezdolności do samodzielnej egzystencji w zależności od zakresu opieki i pomocy, której dane osoby wymagają. Różnicowanie stopni niesamodzielności zostało po raz pierwszy opracowane w Projekcie Ustawy pielęgnacyjnej (2007 r.) przez Zespół powołany przez ówczesnego Ministra Zdrowia prof. Zbigniewa Religę oraz w projekcie „Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych – nowe standardy kształcenia i opieki” zrealizowanym w latach 2018–2019 przez IPISS oraz UKSW (2.8 POWER).
5. Przeprowadzanie badań lekarskich i oceny stanu funkcjonalnego organizmu dla celów orzeczniczych, podobnie jak w innych krajach, przez lekarza (wgląd w dane wrażliwe i **konieczność zachowania tajemnicy lekarskiej**).
6. Wprowadzenie oceny funkcjonalnej zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Zapewni to ujednoczenie i przejrzyste dokumentowanie medycznej oceny zdolności do pracy. Takie orzeczenie będzie stanowiło podstawę do przyznania odpowiednich świadczeń pieniężnych i/lub rzeczowych z systemu zabezpieczenia społecznego osobom ubiegającym się o nie. Pozwoli także na zwiększenie przejrzystości i standaryzację procesu orzecznictwa. Europejskie Stowarzyszenie Lekarzy Orzeczników (European Union of Medicine in Assurance and Social Security, EUMASS) już w 2004 r. opracowało zestaw 20 kluczowych kategorii oceny funkcjonalnej według ICF, który po przeprowadzeniu badań międzynarodowych jest stosowany w wielu krajach dla oceny sprawności funkcjonalnej osób ubiegających się o świadczenia z zabezpieczenia społecznego. Wprowadzono także nowy formularz raportu medycznego do stosowania przez europejskie instytucje zabezpieczenia społecznego, w którym zawarto ocenę funkcjonalną badanej osoby według ICF.
7. Utworzenie Krajowego Centrum Orzecznictwa wydającego orzeczenia dla wszystkich instytucji zabezpieczenia społecznego. Pozwoli to na ustalenie rzeczywistej liczby osób niepełnosprawnych i niezdolnych do samodzielnej egzystencji w naszym kraju.
8. Wprowadzenie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2007 roku w sprawie umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych w zakresie orzecznictwa lekarskiego, które umożliwi uzyskiwanie świadectw umiejętności w zakresie orzecznictwa lekarskiego przez lekarzy orzekających w systemie zabezpieczenia społecznego i biegłych sądowych w tym zakresie, a także przywrócenie artykułu 473 w Kodeksie Postępowania Cywilnego – dla ujednoczenia orzecznictwa lekarskiego i opiniodawstwa sądowo-lekarskiego oraz dla poprawy jakości wydawanych orzeczeń.
9. Utworzenie Wojewódzkich Ośrodków Zatrudnienia i Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, gdzie zespół specjalistów z różnych dziedzin będzie przyznawał odpowiednie wsparcie, świadczenia w zakresie rehabilitacji i zatrudnienia oraz świadczenia rzeczowe przysługujące osobom, które uzyskały orzeczenie o niepełnosprawności.
10. Większy nacisk na prewencję, czyli działania zapobiegające niepełnosprawności (niezdolności do pracy) i niesamodzielności (niezdolności do samodzielnej egzystencji) poprzez np. rozpoczynanie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej już w okresie czasowej niezdolności do pracy, orzekanie o celowości przekwalifikowania zawodowego w okresie świadczenia rehabilitacyjnego (ZUS) i przedłużonego zasiłku chorobowego (KRUS).

W wielu przypadkach można byłoby zapobiec powstaniu niepełnosprawności lub niezdolności do samodzielnej egzystencji albo zmniejszyć ich stopień poprzez podjęcie odpowiednich działań w ramach systemu ochrony zdrowia, obejmujących działania prewencyjne, a także wczesne prawidłowe postawienie rozpoznania choroby, co pozwoliłoby na wdrożenie odpowiedniego leczenia farmakologicznego i/lub chirurgicznego oraz rehabilitację od początku choroby.

Zakończenie

Podstawową cechą definicji stosowanych w instytucjach orzeczniczych przy ustalaniu prawa do świadczeń z systemu zabezpieczenia społecznego jest orzekanie negatywne – o niezdolności do takiej czy innej pracy lub służby.

Tymczasem tendencje światowe w zakresie polityki społecznej charakteryzują się wdrażaniem w wielu krajach rozwiązań aktywizujących, mających na celu wzrost zatrudnienia tych grup ludności, których zdolność do zatrudnienia jest niska – głównie osób niepełnosprawnych oraz długotrwale bezrobotnych. W ramach wprowadzanych reform zmieniane są definicje niepełnosprawności, a w ocenie funkcjonalnej, zamiast oceny niezdolności do pracy, weryfikuje się zdolność do pracy i sprawnego funkcjonowania. Orzecznictwo związane z niepełnosprawnością i przyznawaniem przysługujących z tego tytułu świadczeń wykonywane jest w tych krajach przez niezależnych, odznaczających się wysokim prestiżem i zaufaniem publicznym ekspertów medycznych i niemedycznych. Przeniesienie uwagi z oceny poziomu niezdolności do pracy i sprawnego funkcjonowania na weryfikację zdolności w tym zakresie musi skutkować rozwojem instytucji szkoleniowo-rehabilitacyjnych, wspomagających osoby z niepełnosprawnością w praktycznej realizacji tej zdolności na dostępnym dla nich poziomie.

Konieczne jest więc opracowanie systemu orzecznictwa, który umożliwi ocenę funkcjonalną osoby badanej w sposób kompleksowy, z uwzględnieniem możliwości jej uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym, a także pozwalającego ustalić zakres wsparcia, jakiego do realizacji tych aktywności dana osoba wymaga.

Należy również przygotować projekt nowych rozwiązań ustawowych w zakresie orzecznictwa lekarskiego wraz z odpowiednimi przepisami wykonawczymi (w miejsce kilkudziesięciu ustaw i rozporządzeń), które pozwolą na implementację do porządku prawnego wypracowanych rozwiązań, a więc i na ich skuteczne realizowanie w praktyce. Zakres wypracowanych dokumentów musi obejmować także wskazanie podmiotu realizującego orzekanie (np. Krajowe Centrum Orzecznictwa) oraz jego składu osobowego wraz

z zakresami zadań, wymogami i sposobem rekrutacji, jak również model jego finansowania.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku. Kodeks cywilny, Dz.U. z 2020 r., poz. 1740.
2. Ustawa z dnia 17 listopada 1964 roku. Kodeks postępowania cywilnego, Dz.U. z 2020 r., poz. 1575.
3. Ustawa z dnia 29 maja 1974 roku o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin, Dz.U. z 2020 r., poz. 1790.
4. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 roku. Kodeks pracy, Dz.U. z 2020 r., poz. 1320 Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników, Dz.U. z 2020 r., poz. 174.
5. Ustawa z dnia 24 stycznia 1991 roku o kombatanach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego, Dz.U. z 2020 r., poz. 517.
6. Ustawa z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty, Dz.U. z 2020 r., poz. 1327.
7. Ustawa z dnia 10 grudnia 1993 roku o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin, Dz.U. z 2020 r., poz. 586.
8. Ustawa z dnia 18 lutego 1994 roku o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin, Dz.U. z 2020 r., poz. 723.
9. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku. Kodeks karny, Dz.U. z 2020 r., poz. 1444.
10. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks postępowania karnego, Dz.U. z 2020 r., poz. 30.
11. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, Dz.U. z 2020 r., poz. 426.
12. Ustawa z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych, Dz.U. z 2020 r., poz. 266.
13. Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Dz.U. z 2020 r., poz. 53.
14. Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, Dz.U. z 2020 r., poz. 870.
15. Ustawa z dnia 27 lipca 2001 roku. Prawo o ustroju sądów powszechnych, Dz.U. z 2020 r., poz. 2072.
16. Ustawa z dnia 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, Dz.U. z 2019 r., poz. 1205.
17. Ustawa z dnia 27 czerwca 2003 roku o rencie socjalnej, Dz.U. z 2020 r., poz. 1300.
18. Ustawa z dnia 28 listopada 2014 roku o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, Dz.U. z 2020 r., poz. 398.

Rozporządzenia

19. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 roku w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia, Dz.U. z 2009 r. nr 226, poz. 1829.
20. 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. z 2020 r., poz. 233.
21. Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 roku w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności, Dz.U. z 2018 r., poz. 2027.
22. Rozporządzenie Ministra Polityki Socjalnej z dnia 14 grudnia 2004 roku w sprawie orzekania o niezdolności do pracy, Dz.U. z 2011 r. nr 286, poz. 1689.
23. Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 31 grudnia 2004 roku w sprawie orzecznictwa lekarskiego w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Dz.U. z 2005 r. nr 6, poz. 46.
24. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 stycznia 2005 roku w sprawie biegłych sądowych, Dz.U. z 2005 r. nr 15, poz. 133.

25. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 listopada 2007 roku w sprawie warunków, sposobu oraz trybu gromadzenia i usuwania danych w ramach Elektronicznego Krajowego Systemu Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności, Dz.U. z 2007 r. nr 228, poz. 1681.
26. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2007 roku w sprawie wykonywania badań specjalistycznych na potrzeby orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności, Dz.U. z 2007 r. nr 250, poz. 1875.
27. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych, Dz.U. z 2013 r., poz. 1367.
28. Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 24 sierpnia 2012 roku w sprawie wojskowych komisji lekarskich oraz określenia ich siedzib, zasięgu działania i właściwości, Dz.U. z 2020 r., poz. 1818.
29. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 roku w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych, Dz.U. z 2020 r., poz. 1647.
30. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2014 roku w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży, Dz.U. z 2020 r., poz. 1537.
31. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 19 grudnia 2014 roku w sprawie określenia wzoru orzeczenia komisji lekarskiej oraz wzoru rejestru orzeczeń, Dz.U. z 2014 r., poz. 1893.
32. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 19 grudnia 2014 roku w sprawie siedzib i właściwości terytorialnej Komisji Lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, Dz.U. z 2014 r., poz. 1895.
33. Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 8 maja 2015 roku w sprawie orzekania o inwalidztwie żołnierzy zawodowych, żołnierzy zwolnionych z zawodowej służby wojskowej oraz emerytów i rencistów wojskowych, a także właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach, Dz.U. z 2015 r., poz. 749.
34. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 10 listopada 2015 roku w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania błędów w zaświadczeniu lekarskim, Dz.U. z 2015 r., poz. 2013.
35. Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 grudnia 2015 roku w sprawie zakresu informacji o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa lub ich wysokość oraz dokumentów niezbędnych do otrzymania i wypłaty zasiłków, Dz.U. z 2015 r., poz. 2205.
36. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, Dz.U. z 2017 r., poz. 1743.

Zarządzenia

37. Zarządzenie nr 68 Prezesa RM z dn. 4 lipca 2007 w sprawie powołania Międzyresortowego Zespołu ds. Opracowania Systemu Orzekania o Niepełnosprawności i Niezdolności do Pracy, P-121-64-07, nr 6.
38. Zarządzenie Prezesa RM z dn. 2 lutego 2017 w sprawie Międzyresortowego Zespołu ds. Opracowania Systemu Orzekania o Niepełnosprawności i Niezdolności do pracy, poz. 167.

Adres do korespondencji:

Wydział Medyczny
Uczelnia Łazarskiego
ul. Świeradowska 43
02-662 Warszawa
e-mail: review@lazarski.edu.pl
