

Orzecznictwo lekarskie w systemie zabezpieczenia społecznego następstw choroby

Streszczenie

W pracy podkreślono i zwrócono uwagę na problem terminologii używanej w Polsce w stosunku do osób z uszkodzeniem funkcji i/lub struktur organizmu w następstwie choroby lub urazu. Wskazano na szereg aspektów, mających wpływ na definiowanie tych osób i związane z nimi następstwa prawne, organizacyjne, rehabilitacyjne, a mające na celu umożliwienie tym osobom pełnienie ról społecznych. Starano się wykazać niezasadność istnienia wielu systemów orzeczniczych opartych na różnych kryteriach oceny obowiązujących w różnych instytucjach zabezpieczenia społecznego. Aby orzecznictwo lekarskie było jednorodne, podporządkowane jednakowym zasadom i regułom prawnym, jawi się potrzeba wydzielenia go z obecnych struktur i powołania jednej instytucji dla oceny niepełnosprawności i jej stopni, która służyłaby wszelkim instytucjom zajmującym się szeroko rozumianym zabezpieczeniem społecznym. Zwrócono także uwagę na nowe możliwości orzecznictwa lekarskiego w związku z rozpoczynającą się w Polsce implementacją klasyfikacji ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*).

Słowa kluczowe: orzecznictwo lekarskie, zabezpieczenie społeczne, niepełnosprawność, Międzynarodowa Klasyfikacja Niepełnosprawności.

Medical certification in the system of social security in respect of illness results

Summary

In the hereby work the author emphasizes and brings into the focus the problem of terminology used in Poland with regard to persons with impaired functions or/and structures of organism as an aftermath of illness or injury. A range of aspects are pointed to which have an impact on defining such persons, and the legal, organizational and rehabilitation-related effects of such definition, whose goal is enabling those people to fulfill social roles. One tries to prove here the purposelessness of there being many systems of certification, basing on many criteria of estimation, valid in different institutions of social security. In order for the medical certifying system to be uniform as well as subordinate to uniform principles and legal regulations, there appears a need of separating it from the present structures and establishing one institution for estimating disability and its degrees, which can serve all kinds of institutions dealing with the broadly understood social security. Also the new possibilities of medial certification are brought into attention in connection with the newly started in Poland implementation of ICF classification (*International Classification of Functioning, Disability and Health*).

Key words: medical certification, social security, disability, International Classification of Types of Disability.

Wstęp

Fundamentalnymi czynnościami w postępowaniu lekarskim są:

- badanie podmiotowe i przedmiotowe;
- ustalenie i zlecenie wykonania odpowiednich badań dodatkowych;
- ustalenie rozpoznania;
- leczenie i rehabilitacja chorych;
- udzielenie porad i promowanie zdrowia.

Za fundamentalną czynność lekarską należy uznać również wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich służących różnym celom. Waga ich jest bowiem ogromna. Ustalenie trafnego rozpoznania choroby i wdrożenie właściwego leczenia oraz rehabilitacji może przesądzić o zdrowiu, sprawności, samodzielności a nawet życiu chorego. Trafne natomiast i zgodne ze stanem faktycznym orzeczenie lub opinia lekarska mogą w sądzie rozstrzygnąć o winie bądź niewinności człowieka. Wreszcie prawidłowe i rzetelne orzeczenie o niepełnosprawności czy niesamodzielności może zapewnić osobom niepełnosprawnym lub niesamodzielnym należne świadczenie rzeczowe i pieniężne, umożliwiające im godną egzystencję. Orzecznictwo lekarskie należy do bardzo trudnych i odpowiedzialnych zadań lekarza. Jego istotą jest formułowanie przez lekarza wniosków, wynikających z oceny stanu zdrowia i upośledzenia funkcji organizmu danej osoby na wniosek tej osoby lub uprawnionej do tego instytucji. Każde orzeczenie lekarskie powinno być zgodne ze stanem faktycznym, aktualną wiedzą medyczną, przepisami prawa oraz zasadami etyki i deontologii lekarskiej.

Żadne względy pozamerytoryczne nie mogą mieć wpływu na treść orzeczenia lekarskiego. Od orzeczeń lekarskich może zależeć los człowieka i jego rodziny, ale także prawidłowe dysponowanie środkami publicznymi, pochodzącymi ze składek w systemach ubezpieczeniowych lub z budżetu państwa. Dlatego każde orzeczenie lekarskie powinno być wydawane przez osoby odpowiednio do tego zadania przygotowane. Pomimo istoty problemu, zasad orzecznictwa i formułowania orzeczeń nie naucza się w uniwersytetach medycznych. Dopiero w 1999 r. Minister Zdrowia wprowadził rozporządzeniem nauczanie zasad orzecznictwa lekarskiego w wymiarze 16 godzin wykładów w ramach stażu podyplomowego. Niestety, w ubiegłym roku staż podyplomowy uległ likwidacji. Wśród większości lekarzy panuje przekonanie, że wiedza medyczna wystarcza do wydawania orzeczeń, a reszta to kwestia sumienia lekarskiego w aspekcie nadrzędnej zasady: udzielenie pacjentowi wszelkiej pomocy o jaką prosi w zakresie zdrowia rozumianego jako dobrostan fizyczny, psychiczny i socjalny.

Rozważając problem orzecznictwa lekarskiego należy także zwrócić uwagę na zupełnie odmienne zasady i cele na jakich opierają się relacje: lekarz leczący – pacjent oraz lekarz orzekający – osoba ubiegająca się o świadczenie z zabezpieczenia społecznego uzależnione od orzeczenia lekarskiego.

Orzecznictwo lekarskie odgrywa niezwykle istotną rolę, gdyż nie da się realizować polityki społecznej bez udziału lekarzy orzekających, których opinie decydują o kosztach świadczeń

z zabezpieczenia społecznego, wydatków, dodajmy, uzależnionych od upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu, zarówno wypłacanych z ubezpieczeń społecznych jak i finansowanych z budżetu państwa. A są to kwoty znaczące w budżecie państwa, które jest gwarantem wypłat świadczeń finansowych ze składek na ubezpieczenia społeczne. Udział budżetu państwa w realizacji tych świadczeń jest duży, a w związku z sytuacją demograficzną, w tym emigracją ludzi młodych w poszukiwaniu pracy, może wzrastać. Istotną rolę odgrywa także jakość opieki zdrowotnej i orzeczeń lekarskich. Orzecznictwo lekarskie musi zatem osiągnąć odpowiednio wysoki poziom i pozycję aby sprostać bardzo poważnej roli jaką spełnia i spełniać powinno zarówno w życiu jednostki jak i całego społeczeństwa.

Zadaniem orzecznictwa lekarskiego jest ustalenie stopnia naruszenia sprawności organizmu spowodowanego chorobą, wadą wrodzoną lub urazem bądź ich odległymi skutkami. Jego istotą jest przełożenie zmian jakościowych następujących w organizmie w wyniku uprzednio wymienionych przyczyn na ocenę ilościową, określającą rodzaj i stopień nasilenia upośledzenia wydolności poszczególnych narządów czy układów oraz stopień przystosowania się organizmu do tego upośledzenia. W ocenie tej wskazać należy także te narządy i układy, które są w pełni wydolne i pozwalają osobie badanej pełnić określone role społeczne, w tym wykonywać pracę zarobkową po przeprowadzeniu rehabilitacji leczniczej, zawodowej i społecznej, zapewniając choremu odpowiednie do tego warunki.

Niepełnosprawność

Każdy stan chorobowy, niezależnie od jego przyczyny i charakteru, może zakończyć się wyzdrowieniem, zgonem lub powodować długotrwałe upośledzenie sprawności fizycznej lub/i psychicznej czyli niesprawności¹. Niepełnosprawność wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) to wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu niesprawności, powstałe w następstwie choroby lub urazu, ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka. Pojęcie „niepełnosprawności” często jest używane wymiennie z „inwalidztwem”, choć zakresy obu pojęć nie w pełni się pokrywają. „Niepełnosprawność” jest pojęciem szerszym, obejmującym wszystkie aspekty aktywności życiowej człowieka. W roku 1994 Europejskie Forum Niepełnosprawności Parlamentu Europejskiego zdefiniowało osobę niepełnosprawną jako „jednostkę w pełni swych praw, znajdującą się w sytuacji upośledzającej ją na skutek barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych, których z powodu występujących u niej uszkodzeń nie może przezwyciężyć w taki sposób, jak inni ludzie. Bariery te są zbyt często wzmacniane przez deprecjonujące postawy ze strony społeczeństwa.

¹ Naruszenie sprawności na skutek niewydolności organizmu (*impairment*), według WHO, oznacza każdą utratę sprawności lub nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu pod względem anatomicznym, psychologicznym lub psychofizycznym.

Według WHO 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 fizycznych i/lub psychicznych. Z powyższych rozważań wynika, że **osoba niepełnosprawna** to osoba, która na skutek utraty sprawności fizycznej i/lub psychicznej w wyniku uszkodzenia narządów organizmu i jego upośledzenia funkcjonalnego natrafia na bariery środowiskowe, ekonomiczne i społeczne, których nie może przezwyciężyć w taki sposób, jak inni ludzie albo krócej – osoba niesprawna, to osoba natrafiająca na bariery, których sama nie może pokonać.

Dotychczas niepełnosprawność, jako następstwo choroby lub urazu, rozpatrywano z medycznego punktu widzenia (niesprawności). 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, jak np. usuwanie barier ograniczających możliwość ich uczestnictwa w życiu społecznym, nie były dotąd w pełni uwzględniane.

Pojawia się więc inny problem. Te definicje nie budzą zastrzeżeń, dopóki rozpatrywać je w kategoriach zjawiska lub w stosunku do konkretnej osoby, a trzeba zauważyć różnicę pomiędzy określeniem „osoba niepełnosprawna” czyli należąca do wyodrębnionej grupy osób niepełnosprawnych, a „osoba z niepełnosprawnością” czyli konkretna, jedna osoba z upośledzeniem sprawności. Ten problem w polskiej terminologii oczekuje nadal rozwiązania. Skłania to również do innego podejścia w kreowaniu systemowej rehabilitacji. Nowoczesna rehabilitacja powinna skoncentrować się w podobnym stopniu na oddziaływaniu na otoczenie osoby rehabilitowanej, jak i na samą osobę, dążyć do harmonizacji wzajemnych relacji ukierunkowanych na życie i rozwój.

Niepełnosprawność² to pojęcie, które obejmuje różne ograniczenia funkcjonalne jednostek ludzkich w każdym społeczeństwie, wynikające z uszkodzenia zdolności wykonywania jakiejś czynności w sposób uważany za normalny, typowy dla życia ludzkiego. Ograniczenia te mogą mieć charakter stały lub przejściowy, całkowity lub częściowy, mogą dotyczyć sfery sensorycznej, fizycznej i psychicznej. Według Hulka³, osobą niepełnosprawną jest osoba, która na skutek ograniczeń pod względem fizycznym, somatycznym lub psychicznym ma znaczne trudności w wywiązywaniu się z zadań, jakie stawia przed nią życie codzienne, szkoła, praca zawodowa i czas wolny. Zdaniem Weissa⁴ ustalenie niepełnosprawności powinno opierać się na określeniu zdolności do wykonywania sześciu podstawowych czynności jakie codziennie wykonuje każdy człowiek, a więc: dbania o higienę osobistą i odżywiania się, poruszania się, nawiązywania kontaktów międzyludzkich oraz zdobycia zawodu i uzyskania środków na utrzymanie, wypoczywania.

² Dykcik W., *Pedagogika specjalna*, wyd. Naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza, Poznań 1997.

³ Hulek A., *Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie*, Warszawa 1986.

⁴ Tobiasz-Adamczyk B., *Wybrane elementy socjologii zdrowie i choroby*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.

Majewski⁵ wyróżnia trzy rodzaje definicji osób niepełnosprawnych, a mianowicie:

- ogólne: obejmujące następstwa uszkodzeń organizmu wpływające na dalsze funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie oraz moment wystąpienia naruszenia sprawności;
- dla określonych celów: np. dla celów rehabilitacji medycznej, zawodowej, szkolnictwa specjalnego, rentowych. Przykładem może być definicja Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP) – „osoba niepełnosprawna to jednostka, której możliwości znalezienia odpowiedniej pracy i jej utrzymania są poważnie zmniejszone w wyniku stwierdzonego ograniczenia fizycznego lub umysłowego”⁶;
- dla poszczególnych kategorii osób niepełnosprawnych czyli według rodzajów niepełnosprawności, stopnia uszkodzenia organizmu oraz daty powstania niepełnosprawności.

W prawie polskim pojęcie „osoba niepełnosprawna” pojawiło się w 1982 r. w Uchwale Sejmu w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych⁷.

Według Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych: „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 zawodowej”⁸.

Zabezpieczenie społeczne niepełnosprawności (niezdolności do pracy)

Zdarzenia losowe, zagrażające życiu człowieka, jego zdrowiu, zdolności do wykonywania pracy, zdolności do samodzielnej egzystencji, często powodują nieodwracalne straty, których człowiek nie jest w stanie wyrównać we własnym zakresie.

Problem zabezpieczenia społecznego ryzyka choroby i jej następstw towarzyszy ludzkości od zarania dziejów. W 1883⁹ roku uchwalono w Niemczech Ustawę o ubezpieczeniu społecznym na wypadek choroby. W 1884 roku wprowadzono ubezpieczenie od wypadków przy pracy, a w 1889 r. ustawy o rentach starczych (emeryturach) i z powodu inwalidztwa. Istotą ubezpieczeń jest kompensacja finansowych skutków szkód powstałych w wyniku zdarzeń losowych, oparta na funduszu ubezpieczeniowym tworzonym ze składek zagrożonych podmiotów. Niemiecki system przetrwał do końca XX wieku i funkcjonuje nadal. Oparte na nim systemy ubezpieczeń społecznych powstały i funkcjonują w wielu krajach europejskich

⁵ Majewski T., *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*, Warszawa 1995.

⁶ Zalecenie nr 168 Międzynarodowej Konferencji Pracy dot. Rehabilitacji Zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych przyjęte podczas LXIX sesji dn.20 czerwca 1983 roku.

⁷ Uchwała Sejmu z dnia 16 września 1982 r. w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych Monitor Polski Warszawa 1982, nr 22 poz.188.

⁸ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (DzU 97.123.776 z późn. zm. – ostatnia zmiana DzU 03, nr 7, poz.79).

⁹ Uścińska G., *Świadczenia z zabezpieczenia społecznego w regulacjach międzynarodowych i polskich. Studium porównawcze*, IPiSS, Warszawa 2005.

i pozaeuropejskich. Istotną rolę w rozwoju ubezpieczeń społecznych odegrała Międzynarodowa Organizacja Pracy (MOP) poprzez szereg konwencji dotyczących ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa. Prawo do zabezpieczenia społecznego ryzyka inwalidztwa zostało również zawarte w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka z 1948 r. oraz w Pakcie Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych z 1996 r.

Europejski Kodeks Zabezpieczenia Społecznego z 1964 r. również wyodrębnia ryzyko inwalidztwa. Rozporządzenie wspólnotowe nr 1408/71 mówi także o świadczeniach z tytułu inwalidztwa łącznie ze świadczeniami służącymi zachowaniu albo zwiększaniu zdolności do zarobkowania. Inwalidztwo cechuje więc utrata zdolności do pracy najczęściej przed osiągnięciem wieku emerytalnego z powodu naruszenia sprawności organizmu w następstwie choroby lub urazu. Powoduje to ukończenie lub ograniczenie aktywności zawodowej, a więc konieczna jest nie tylko rekompensata utraconych dochodów z pracy, ale także podjęcie działań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej.

Również Konwencja MOP z 1967 r. stanowi, że każde państwo członkowskie powinno świadczyć usługi rehabilitacyjne, mające na celu powrót do tej samej lub innej pracy ale także ułatwiać inwalidom podjęcie pracy. W Konstytucji RP z 1997 r., podobnie jak w konstytucjach wielu krajów, występuje pojęcie zabezpieczenia społecznego ze względu na chorobę lub inwalidztwo oraz po osiągnięciu wieku emerytalnego.

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

- powszechnego ubezpieczenia społecznego pracowników, osób pracujących na własny rachunek i rolników;
- zaopatrzenia społecznego niektórych pracowników określonych urzędów państwowych;
- pomocy społecznej;
- wspierania zatrudnienia osób niepełnosprawnych i pracodawców tworzących dla nich miejsca pracy.

Definiowanie niepełnosprawności (niezdolności do pracy)

W każdym z tych systemów odrębnie definiuje się „niepełnosprawność”, oraz zakres uprawnień do świadczeń przysługujących z tego tytułu. W ubezpieczeniu społecznym pracowników¹⁰ i osób pracujących na własny rachunek realizowanym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) niezdolną 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.

Stopnie niezdolności do pracy:

- całkowita – utrata zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy;

¹⁰ Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (DzU 04.39.353 z późn.zm.).

- częściowa – utrata w znacznym stopniu zdolności do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.

W ubezpieczeniu społecznym rolników¹¹, realizowanym przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), 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.

W zaopatrzeniu inwalidztwa żołnierzy zawodowych¹², (Ministerstwo Obrony Narodowej) i funkcjonariuszy policyjnych (Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji) inwalidą jest żołnierz lub funkcjonariusz MSWiA 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.

Wyróżnia się trzy grupy inwalidztwa żołnierzy lub funkcjonariuszy całkowicie niezdolnych do służby:

- I grupa – całkowicie niezdolni do służby i całkowicie niezdolni do pracy;
- II grupa – całkowicie niezdolni do służby i częściowo niezdolni do pracy;
- III grupa – całkowicie niezdolni do służby i zdolni do pracy.

W orzecznictwie o niepełnosprawności¹³ (Zespoły d/s. Orzekania o Niepełnosprawności) 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. Wyróżnia się trzy stopnie niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany i lekki.

Do stopnia znacznego zaliczane są osoby z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolne do pracy lub 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. Do stopnia umiarkowanego zalicza się 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 ról społecznych. Do stopnia lekkiego wliczane są osoby o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazują osoby o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mające ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych lub technicznych.

¹¹ Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników (DzU z 1998r. nr7, poz.25 z póź.zm).

¹² Ustawa z dnia 10 grudnia 1993 roku o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin (DzU 04.8.66 z późn.zm.) oraz Ustawa z dnia 18 lutego 1994 roku o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin (DzU 04.8.67 z póź. zm).

¹³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (DzU 97.123.776 z późn. zm.).

Według rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej¹⁴, w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób do 16 roku życia, stanami chorobowymi uzasadniającymi konieczność stałej opieki lub pomocy są:

- wady wrodzone i schorzenia o różnej etiologii prowadzące do niedowładów, porażenia kończyn lub zmiany w narządzie ruchu, upośledzające w znacznym stopniu zdolność chwytną rąk lub utrudniające samodzielne poruszanie się;
- wrodzone lub nabyte ciężkie choroby metaboliczne, układu krążenia, oddechowego, moczowego, pokarmowego, układu krzepnięcia i inne znacznie upośledzające sprawność organizmu, wymagające systematycznego leczenia w domu i okresowo leczenia szpitalnego;
- upośledzenie umysłowe, począwszy od upośledzenia w stopniu umiarkowanym;
- psychozy i zespoły psychotyczne;
- całościowe zaburzenia rozwojowe powodujące znaczne zaburzenia interakcji społecznych lub komunikacji werbalnej oraz nasilone stereotypie zachowań, zainteresowań i aktywności;
- padaczka z częstymi napadami lub wyraźnymi następstwami psychoneurologicznymi;
- nowotwory złośliwe i choroby rozrostowe układu krwiotwórczego do 5 lat od zakończenia leczenia;
- wrodzone lub nabyte wady narządu wzroku powodujące znaczne ograniczenie jego sprawności – obniżenie ostrości wzroku w oku lepszym do 5/25 lub 0,2 wg Snellena, po wyrównaniu szklami korekcyjnymi lub ograniczenie pola widzenia do przestrzeni zawartej w granicach 30 stopni;
- głuchoniemota, głuchota lub obustronne upośledzenie słuchu nie poprawiające się w wystarczającym stopniu po zastosowaniu aparatu słuchowego lub implantu ślimakowego.

We wszystkich instytucjach zabezpieczenia społecznego w przyznawaniu świadczeń rzeczowych i pieniężnych uzależnionych od upośledzenia funkcji organizmu w następstwie chorób lub urazów istotną rolę pełni orzecznictwo lekarskie.

Rys historyczny orzecznictwa lekarskiego w systemie zabezpieczenia społecznego

Do 1954 r. orzecznictwo lekarskie dla celów świadczeń z ubezpieczenia społecznego było jednoosobowe – orzekał lekarz zaufania. W 1954 roku zadania lekarzy zaufania przejęły obwodowe i wojewódzkie komisje lekarskie ds. inwalidztwa i zatrudnienia. Do zakresu działania obwodowych komisji lekarskich należało:

- ustalanie stopnia utraty zdolności do pracy i określanie grup inwalidzkich;

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Gospodarki Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 w sprawie kryteriów, oceny niepełnosprawności u osób do 16 roku życia (z późn. zm.).

- ustalanie daty powstania inwalidztwa w przypadku, gdy od tego zależało stwierdzenie prawa do renty;
- ustalanie związku przyczynowego inwalidztwa lub śmierci z wypadkiem w pracy lub chorobą zawodową;
- ustalenie związku przyczynowego między inwalidztwem lub śmiercią inwalidy a służbą wojskową;
- kierowanie na leczenie;
- ustalanie wskazań i przeciwwskazań dotyczących warunków pracy, w jakich inwalida może być zatrudniony.

Obwodowe komisje lekarskie były uprawnione do badania prawidłowości zatrudnienia i warunków pracy inwalidów w zakładach pracy oraz do współdziałania w przywracaniu inwalidom zdolności do pracy (poprzez leczenie, protezowanie, szkolenie). Następnie z systemu ubezpieczenia społecznego wyłączono zaopatrzenie społeczne służb mundurowych (MON, MSWiA), a w 1990 r. utworzono Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. W nowo powstałych instytucjach utworzono odrębne orzecznictwo lekarskie. W 1954 r. na terenie całego kraju działało 89 OKIZ i 24 WKIZ. Natomiast w 1997 r. liczba OKIZ przekroczyła 800.

Za zlikwidowaniem Komisji lekarskich ds. inwalidztwa i zatrudnienia przemawiał brak profesjonalizmu lekarzy – członków komisji lekarskich, niskie kwalifikacje lekarzy orzekających, niewłaściwa organizacja pracy tych komisji. Postulaty, dotyczące zmiany zasad i trybu orzekania o niezdolności do pracy do celów rentowych, zostały uwzględnione w programie reformy ubezpieczeń społecznych. Jednym z pierwszych elementów tej reformy stała się ustawa¹⁵ z dnia 28 czerwca 1996 roku o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i o ubezpieczeniu społecznym (Dz. U.nr 100, poz.461). Mocą tej ustawy wprowadzono:

- w miejsce dotychczasowej renty inwalidzkiej – rentę z tytułu niezdolności do pracy, a zamiast pojęcia „inwalidztwo” – pojęcie „niezdolność do pracy”;
- w miejsce przeprowadzanych z urzędu badań kontrolnych stanu inwalidztwa – renty 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.

W ustawie tej podstawowe znaczenie miało uzależnienie prawa do renty od utraty lub istotnego ograniczenia zdolności do pracy zarobkowej. Należy to wyraźnie podkreślić, oznaczało to bowiem całkowitą zmianę dotychczasowej filozofii orzekania o inwalidztwie.

Wymaga podkreślenia fakt, że intencją wprowadzonych zmian nie były restrykcje lub proste zaostrzenie kryteriów orzecznicych. Chodziło przede wszystkim o racjonalizację

¹⁵ Ustawa z dnia 28 czerwca 1996 r. o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U.nr 100, poz.461).

systemu w ten sposób, aby renty otrzymywali ubezpieczeni, którzy rzeczywiście utracili zdolność do osiągania dochodów z pracy zarobkowej, a którym renta powinna zastąpić część utraconego dochodu. Celem nadrzędnym było przekształcenie dotychczasowego systemu rentowego w rzeczywiste ubezpieczenie ryzyka utraty zdolności do pracy i zarobkowania. Zakładano, że będą podejmowane wszelkie działania zmierzające do przywrócenia ubezpieczonemu zdolności do pracy, a w związku z tym, renty z tytułu niezdolności do pracy będą przyznawane osobom, w odniesieniu do których, kompleksowe działania rehabilitacyjne nie będą rokowały powodzenia lub okażą się nieskuteczne. W ZUS i powstałych nowych instytucjach zabezpieczenia społecznego działają odrębne systemy orzecznictwa lekarskiego.

Organy orzekające

Zakład Ubezpieczeń Społecznych	Lekarze orzecznicy ZUS
Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego	Lekarze rzeczoznawcy
Ministerstwo Obrony Narodowej	Terenowe wojskowe komisje lekarskie
Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji	Wojewódzkie komisje lekarskie
Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej	Powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności
II instancja (odwoławcza)	
Zakład Ubezpieczeń Społecznych	Komisje lekarskie Zakładu
Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego	Komisje lekarskie Kasy
Ministerstwo Obrony Narodowej	Rejonowe wojskowe komisje lekarskie
Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji	Okręgowe komisje lekarskie
Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej	Wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności

We wszystkich sprawach dotyczących świadczeń, do których prawo jest uzależnione od stwierdzenia niezdolności do pracy/inwalidztwa, od decyzji organu rentowego przysługuje odwołanie do Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych (Rejonowego lub Okręgowego w zależności od rodzaju wnioskowanego świadczenia) 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. Podobna kontrola sądowa ma miejsce w sprawach o ustalenie niepełnosprawności.

Zasady orzecznicze o niezdolności do pracy dla grupy zawodowej rolników zawarte są w ustawie o ubezpieczeniu społecznym rolników. Ustala ona jednostopniową, całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym na skutek naruszenia sprawności organizmu, które spowodowało utratę zdolności do osobistego wykonywania pracy w gospodarstwie rolnym. W „służbach mundurowych” nadal obowiązuje mianownictwo orzecznicze obowiązujące do 1997 r. w ZUS, a więc grupy inwalidzkie. Pomimo, że tu także istnieją trzy grupy inwalidzkie ich definicje są odmienne od stosowanych do 1997 r. przez ZUS. W sposób pośredni orzekają także o niezdolności do pracy Zespoły ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności, ponieważ w definicjach poszczególnych stopni niepełnosprawności ustalenia co do niezdolności do pracy są jednym z najważniejszych kryteriów. Na podstawie ustawy o rencie socjalnej

orzecznictwo lekarskie, uzasadniające przyznanie prawa do tej renty, realizowane jest przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie ZUS. Podstawę decyzji rentowej stanowi orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy, będącej skutkiem naruszenia sprawności organizmu przed 18-tym lub 25-tym (jeżeli jest kontynuowane pobieranie nauki) rokiem życia.

Rola i zadania orzecznictwa lekarskiego

Ustalenie niepełnosprawności jest punktem wyjścia do objęcia przez państwo osób niepełnosprawnych szczególną troską i uruchomienia – przewidzianych prawem – różnych form zabezpieczenia społecznego. Kluczowym jest określenie w miarę precyzyjnych zasad i kryteriów orzekania o niepełnosprawności i jej stopniu. Osoba legitymująca się orzeczeniem o niepełnosprawności (niezdolności do pracy) powinna mieć prawo starania się o konkretne świadczenia i przywileje od różnych instytucji po udowodnieniu posiadania stosownych uprawnień o charakterze administracyjnym. W Polsce oceny niepełnosprawności (niezdolności do pracy, służby) dokonuje się według kryteriów określonych w zależności od instytucji uprawnionej do przyznawania określonych świadczeń i przywilejów. Inaczej mówiąc, niepełnosprawność (niezdolność do pracy, służby) ustalana dla potrzeb poszczególnych instytucji, według zasad w niej obowiązujących, nie ma charakteru uniwersalnego, co powoduje konieczność powtarzania procedury orzeczniczej przez lekarzy zatrudnionych w każdej z tych instytucji. Lekarze ci mają obowiązek, po ustaleniu stopnia upośledzenia funkcji organizmu, wysnuwania wniosków, które wprost przekładają się na decyzje przyznania lub odmowy prawa do wnioskowanych świadczeń. Orzecznictwo lekarskie o niepełnosprawności (niezdolności do pracy) powinno mieć zagwarantowaną niezależność w orzekaniu i opierać się wyłącznie na stwierdzonym stopniu upośledzenia funkcji organizmu badanej osoby.

Tylko merytoryczny, stały nadzór nad kształceniem w zakresie orzecznictwa lekarzy orzekających, organizacja i nadzór nad ustawicznym kształceniem, formułowanie ogólnych zasad orzeczniczych i standaryzacja sposobów badania i orzekania, a także systematyczna analiza statystyczna i naukowa tych działań możliwa do przeprowadzenia w instytucji zajmującej się orzekaniem lekarskim, dają szansę na poprawę sytuacji w tym zakresie. Taka organizacja orzecznictwa lekarskiego umożliwiłaby wprowadzenie jednolitych standardów badania lekarskiego dla celów orzeczniczych i zasad orzekania, które należałoby opracować przy udziale konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny klinicznej. Korzyści z powołania takiej instytucji będą szczególnie istotne dla osób, które ubiegając się o świadczenia nie będą musiały być wielokrotnie badane przez lekarzy różnych instytucji dla uzyskania od nich świadczeń lub przywilejów wynikających z takiego samego upośledzenia organizmu. Nie będą też musiały wykonywać osobno dla każdej instytucji badań pomocniczych, często takich samych.

Zarówno zła ocena poziomu obecnie obowiązującego orzecznictwa jak i proponowane wyżej zmiany jego modelu wskazują jednoznacznie na konieczność wprowadzenia jednolitego systemu szkolenia lekarzy orzekających i biegłych sądowych. Oznacza to potrzebę

formalnego potwierdzenia posiadania umiejętności w zakresie węższych dziedzin medycyny – orzecznictwo lekarskie – udokumentowanych odpowiednim świadectwem (certyfikatem). Zapewniłoby to należyty poziom wydawanych orzeczeń i opinii lekarskich, opartych na jednolitych kryteriach oraz stworzyłoby możliwość właściwego nadzoru merytorycznego nad orzecznictwem lekarskim – działalnością lekarzy wynikającą z ustawy o zawodzie lekarza. Wymóg posiadania takich świadectw powinien dotyczyć wszystkich lekarzy zajmujących się profesjonalnie orzekaniem lub opiniowaniem także dla potrzeb sądów, szczególnie Sądów Pracy i Ubezpieczeń Społecznych. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27 czerwca 2007r. w sprawie rodzajów umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych nie weszło w życie. Obecnie jest przygotowywana przez Ministerstwo Zdrowia regulacja ustawowa w tym zakresie.

Nieznajomość zasad orzecznictwa lekarskiego i aktów prawnych regulujących przyznawanie uprawnień i świadczeń z tytułu niepełnosprawności i niezdolności do pracy obywatelom Polski skutkuje niejednokrotnie tragediami ludzkimi, ale może także powodować nadmierny wzrost wydatków publicznych, doprowadzając do kryzysu finansów publicznych państwa ze wszystkimi jego fatalnymi skutkami dla całego społeczeństwa. Pozostawienie szkolenia lekarzy orzekających jedynie instytucjom zatrudniającym owych lekarzy prowadzi do formułowania zarzutów o wpływie tych instytucji na treść orzeczeń lekarskich. Prowadzi to m.in. do braku zaufania do wydawanych przez nich orzeczeń jako „wydanych pod wpływem instytucji, przyznających te świadczenia i korzystnych dla tej instytucji. Jednocześnie fakt posiadania tej umiejętności nie wyklucza szkolenia lekarza przez instytucję zatrudniającą ale w zakresie stosowanych w tej instytucji procedur organizacji pracy, prowadzenia dokumentacji itp.

Bardzo istotną sprawą jest dążenie do ujednoczenia orzecznictwa lekarskiego nie tylko w skali Polski, ale także w Unii Europejskiej. Można przewidywać, że zmiany pójdą w dwóch kierunkach: przekazania praw do orzekania wyspecjalizowanym ośrodkom i wprowadzania standardów orzekania. O takim kierunku zmian świadczy wprowadzenie specjalizacji z zakresu orzecznictwa lekarskiego w Holandii i Włoszech w ramach specjalizacji z medycyny społecznej, którą zlikwidowano w Polsce oraz powołanie Narodowego Instytutu Ekspertyz Lekarskich na Węgrzech, czy Centrów Prawno-Medycznych we Włoszech (*Instituto Nazionale Della Previdenza Sociale*). W Stanach Zjednoczonych działa państwowa agencja orzecznictwa o niepełnosprawności – Disability Determination Service (DDS).

Międzynarodowa Klasyfikacja Niepełnosprawności

W orzecznictwie o niepełnosprawności (niezdolności do pracy) należałoby rozważyć stosowanie Międzynarodowej Klasyfikacji Niepełnosprawności (ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health) ogłoszonej przez WHO w 2001 roku. ICF nie jest klasyfikacją ludzi, natomiast jest klasyfikacją cech charakterystycznych stanu zdrowia

człowieka w kontekście jego indywidualnej sytuacji życiowej oraz wpływu otaczającego środowiska. ICF łączy ze sobą model biologiczny i społeczny niepełnosprawności, a więc kładzie nacisk na większą integrację osób niepełnosprawnych w celu przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu. Klasyfikacja ICF składa się z II części, z których każda jest podzielona na 2 grupy.

Część I

Funkcjonowanie i Niepełnosprawność

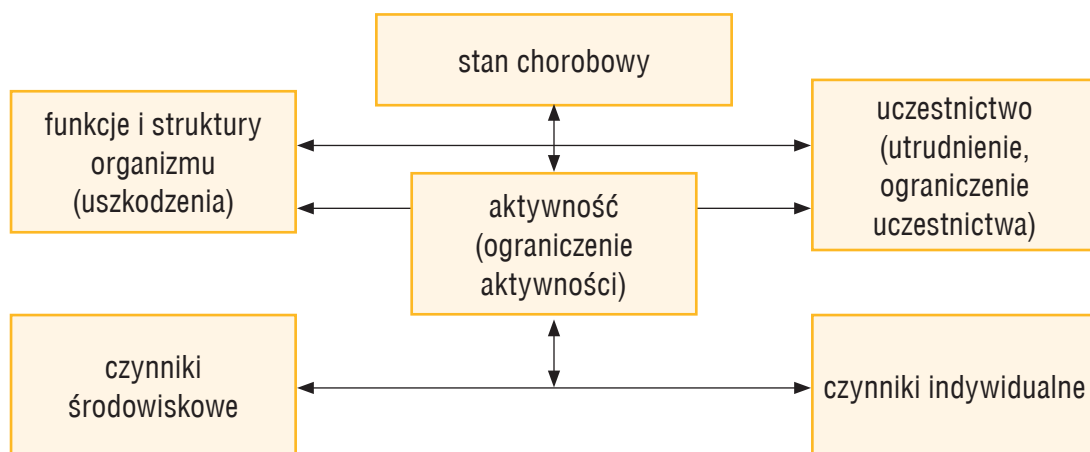
1. Funkcjonowanie i struktury (budowa) organizmu;
2. Aktywność (działanie) i uczestnictwo.

Część II

Czynniki kontekstowe

1. Czynniki środowiskowe;
2. Czynniki indywidualne.

Niepełnosprawność według ICF



Źródło: ICF

W klasyfikacji struktur organizmu wyróżnia się:

1. Struktury układu nerwowego;
2. Oko, ucho i struktury powiązane;
3. Struktury związane z głosem i mową;
4. Struktury układu sercowo-naczyniowego, odpornościowego i oddechowego;
5. Struktury związane z układem pokarmowym, metabolizmem i układem hormonalnym;
6. Struktury układu moczowo-płciowego i rozrodczego;
7. Struktury powiązane z ruchem;
8. Skóra i struktury z nią związane.

W klasyfikacji funkcji organizmu ludzkiego wyróżnia się:

1. Funkcje umysłowe;
2. Funkcje narządów zmysłów;
3. Funkcje głosu i mowy;
4. Funkcje układu sercowo-naczyniowego, krwiotwórczego, immunologicznego i oddechowego;
5. Funkcje układu pokarmowego, metaboliczne i endokrynologiczne;
6. Funkcje układu moczowo-płciowego i rozrodczego;
7. Funkcje nerwowo-mięśniowo-szkieletowe i funkcje związane z ruchem;
8. Funkcje skóry i struktur z nią związanych.

Klasyfikacja aktywności (działań) i uczestnictwa

Działania (*activities*) – czyli „wszystko co człowiek robi”. Polegają na wykonywaniu szeregu zamierzonych i celowych czynności, w wyniku których oczekuje się określonych rezultatów. Uczestniczenie to zaangażowanie się w sytuacje życiowe.

1. Uczenie się, praktyczne stosowanie zdobytej wiedzy;
2. Wykonywanie ogólnych zadań;
3. Porozumiewanie się;
4. Poruszanie się;
5. Dbanie o siebie;
6. Życie domowe;
7. Wzajemne kontakty i związki międzyludzkie;
8. Główne obszary życia;
9. Życie w społeczności lokalnej, działalność społeczna i obywatelska.

Dwa kwalifikatory: wykonywanie i zdolności (możliwości)

Czynniki środowiskowe – czynniki ułatwiające lub utrudniające poziom i zakres funkcjonowania i uczestnictwa czyli:

1. Produkty i technologie;
2. Środowisko naturalne i zmiany w środowisku dokonane przez człowieka;
3. Wsparcie i wzajemne powiązania;
4. Postawy osób z otoczenia osoby, której sytuacja jest opisywana;
5. Usługi, systemy i polityka.

ICF ocenia zatem osobę w sposób holistyczny: jej funkcjonowanie, uszkodzenia struktur organizmu, ograniczenia aktywności i uczestnictwa, a także czynniki kontekstowe czyli niepełnosprawność. Może więc być narzędziem nie tylko statystycznym, ale także klinicznym, badawczym, edukacyjnym, ekonomicznym oraz narzędziem przydatnym dla celów polityki społecznej. Przez to, że zawiera wyskalowane narzędzia pomiaru (tzw. kwalifikatory) może

okazać się przydatna do celów orzeczniczych, aczkolwiek pod warunkiem umiejętnego jej dostosowania. Potrzeba opracowania jej wynikała z charakteru zmian w zapotrzebowaniu na opiekę medyczną (obecnie w opiece medycznej uwaga koncentruje się na chorobach przewlekłych, a nie na stanach ostrych i chorobach zakaźnych), a także konieczności sklasyfikowania następstw chorób (stworzenie międzynarodowego „wspólnego języka” dotyczącego skutków chorób) dla zaspokojenia potrzeb ludzi niepełnosprawnych.