

Czy istnieje potrzeba zmiany ustaw dotyczących orzecznictwa lekarskiego dla potrzeb rentowych i dlaczego?

Is there a Need for a Change in the Act on Medical Certification for Disability Pension Purposes and if Yes – Why?

DIONIZY BILSKI

I Oddział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Łodzi

Streszczenie

Pomimo niewątpliwych zasług ustawy o emeryturach i rentach z FUS z 1998r dotyczących zarówno racjonalizacji przyznawanych świadczeń rentowych z powodu utraty zdolności do zarobkowania jak i kryteriów orzeczniczych, oraz organizacji orzecznictwa lekarskiego dla tych celów, to zmiany jakie zaszły w warunkach społeczno-ekonomicznych w wyniku przyjętego innego ustroju politycznego w naszym kraju, wskazują na konieczność stworzenia odmiennych rozwiązań prawnych. W pracy omówiono szereg przyczyn uzasadniających potrzebę takich zmian wynikających z powyższych powodów jak i z niespójności w samej ustawie oraz pomiędzy poszczególnymi ustawami dotyczącymi polityki społecznej w Polsce. Podkreślono potrzebę rozwiązań kompleksowych w przyszłych aktach prawnych, włącznie z systemem orzecznictwa sądowego.

Słowa kluczowe: *orzecznictwo lekarskie, normy prawne, potrzeba zmian*

Summary

The act of Social Security Fund (FUS), passed in 1998, on retirement and disability benefits brought about the unquestionable advantages concerning both to the rationalization of the disability benefits granted due to the loss of ability to earn a living, as well as to the medical certification criteria and the organization of medical certification boards for those purposes. Both social and economic changes, however, that our country went through, resulting from the new political system, indicate the need to create new legal solutions. The work describes several causes justifying the necessity for such new solutions not only for the above mentioned reasons but also due to the incoherence of the act itself and due to the incoherence between the individual acts on social policy in Poland. The work stresses the need to introduce complex solutions in the future legal acts, medical certification including.

Key words: *medical certification, legal standards, need for change*

© Orzecznictwo Lekarskie 2009, 6(2): 90-97

www.ol.21net.pl

Nadesłano: 16.07.2009

Zakwalifikowano do druku: 12.11.2009

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Dionizy Bilski

dionizybi@wizdew.net

Cel pracy

Zwrócenie uwagi na potrzebę zmiany uregulowań prawnych dotyczących orzecznictwa lekarskiego dla potrzeb ubezpieczeń społecznych wynikających ze zmian jakie zaszły w warunkach społeczno-ekonomicznych w następstwie zmian ustrojowych w naszym kraju, z braku spójności pomiędzy poszczególnymi aktami prawnymi dotyczącymi polityki społecznej, z obowiązującej skomplikowanej, wieloetapowej i przez to długotrwałej drogi odwoławczej oraz z ograniczonych do świadczeń pieniężnych form rekompensat za utraconą zdolność do zarobkowania. Istotnymi powodami wydaje się być także: brak umiejętności u lekarzy

(i prawników?) odróżniania pojęcia „niezdolność do pracy” w zależności od aktu prawnego definiującego ten termin oraz brak dostatecznej wiedzy na temat warunków pracy i kwalifikacji pracowników potrzebnych do jej wykonywania.

Metoda

Analiza obowiązujących aktów prawnych i zasad orzeczniczych w konfrontacji z doświadczeniem autora.

Wstęp

Rozważając problem potrzeby zmian ustaw określających podstawy orzecznictwa lekarskiego dla po-

trzeb ubezpieczeń społecznych nie można pominąć próby oceny dotychczas obowiązujących, zwłaszcza ustawy o emeryturach i rentach z FUS, po 12 latach od jej uchwalenia. Miała ona być odpowiedzią na zmieniające się warunki społeczno-ekonomiczne w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku.

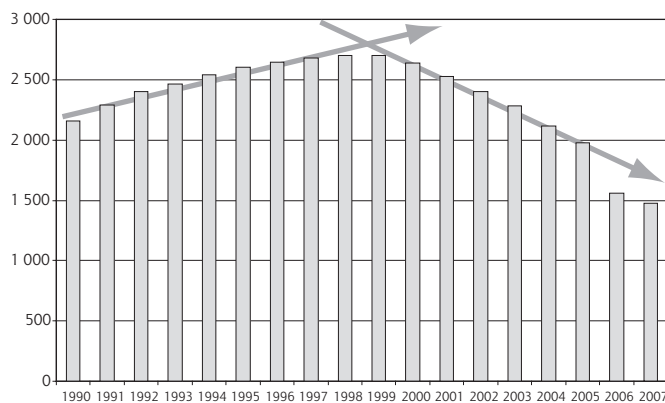
Wśród jej zalet wymienić można:

- Ograniczenie zadań orzecznictwa lekarskiego ZUS do celów rentowych i niektórych zleconych.
- Bardziej precyzyjne zdefiniowanie terminu „niezdolność do pracy” od poprzednio stosowanego „inwalidztwo” poprzez użycie terminu „utrata zdolności do pracy”.
- Ustalenie jednolitego kryterium orzekania w postaci naruszenia funkcji (sprawności) organizmu.
- Wprowadzenie nowego świadczenia (renty szkoleniowej) mającego na celu aktywizację zawodową osób z naruszeniem sprawności organizmu.
- Stworzenie systemu organizacyjnego orzecznictwa lekarskiego opartego na:
 - pełnoetatowym zatrudnieniu lekarzy orzekających,
 - wyszkoleniu tych lekarzy,
 - zwiększeniu roli lekarza w procesie orzekania,
 - zwiększeniu jego odpowiedzialności w wyniku orzekania jednoosobowego i jednoinstancyjnego,
 - zwiększeniu roli nadzoru nad orzecznictwem,
 - zdyscyplinowaniu i skomasowaniu terytorialnym pracowników wydziałów orzecznictwa lekarskiego.

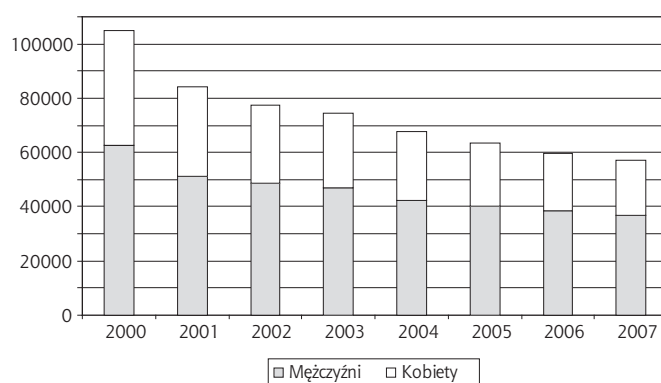
Jednym z jej zadań było ograniczenie lawinowo narastającej liczby inwalidów a wśród nich osób uzyskujących prawo do świadczeń rentowych. Czy zadane to spełniła?

Rycina 1 przedstawia przeciętną liczbę osób pobierających renty z tytułu inwalidztwa (1990-1997) i niezdolności do pracy (1998-2007).

Przed orzecznictwem lekarskim postawiono trudne i niewdzięczne działania polegające nie tylko na orzekaniu wg nowych zasad w stosunku do ubezpieczonych, którzy złożyli wnioski o świadczenia już po dacie wejścia w życie nowej ustawy ale o wiele trudniejsze: orzekanie o niezdolności do pracy osób podlegających badaniom kontrolnym wyznaczonym podczas wcześniejszego orzekania o inwalidztwie. Trzeba jednak podkreślić, że te osoby którym orzeczono inwalidztwo jako trwałe (także m. in. z powodu szczególnego naruszenia sprawności organizmu) wg ustawy o „zep” nadal zachowali prawo do przyznanych świadczeń.



Ryc. 1. Przeciętna miesięczna liczba osób pobierających renty z tytułu inwalidztwa (1990-1997) i niezdolności do pracy (1998-2007) (w tys.) (Źródło ZUS)^{1/}



Ryc. 2. Liczba pierwszorazowych orzeczeń o niezdolności do pracy w latach 2000-2007 wg płci (w tys.) (źródło ZUS)

Omówienie

Nasuwa się pytanie:

Dlaczego pojawia się potrzeba zmiany ustawy, skoro odegrała ona tak istotną rolę w racjonalizacji przyznawania świadczeń z tytułu ubezpieczenia społecznego?

Nie sposób w ramach tego krótkiego doniesienia wymienić wszystkich powodów wskazujących na konieczność dokonania zmiany. Do najważniejszych należy zaliczyć:

- Nadal zmieniające się warunki społeczne i ekonomiczne w naszym kraju a w ich wyniku m. in.:
 - ciągle pogłębiające się rozwarcie nożyc pomiędzy biedą i bogactwem wśród naszych obywateli,
 - przekonanie panujące w społeczeństwie, iż status rencisty jest wyrazem zaradności a nie potrzebą zdobycia środków zabezpieczających

^{1/} Skokowy spadek liczby „rentobiorców” w 2006 r. był wynikiem zamiany rent na emerytury u osób spełniających kryterium wieku emerytalnego

dalszą egzystencję, w pewnym sensie potwierdzone wysokością tych świadczeń,

- nierówne traktowanie przez prawo ubezpieczonych prowadzących działalność gospodarczą (na własny rachunek) i ubezpieczonych pracowników,
- masowa motoryzacja oraz niskie ceny samochodów używanych, umożliwiające dotarcie osób niepełnosprawnych ruchowo do miejsca wykonywania pracy (aktualnie za jedno średnie wynagrodzenie w kraju można nabyć używany ale na tyle sprawny samochód aby dojeżdżać i wracać nim z pracy),
- brak skutecznych rozwiązań systemowych dotyczących zatrudniania osób niepełnosprawnych.
- Nieuzasadniona względami społecznymi a także ekonomicznymi mnogość systemów orzekania o niezdolności do pracy oraz zachowanie wcześniej nabytych różnych przywilejów branżowych.
- Zastosowanie w różnych aktach prawnych dotyczących polityki społecznej, tego samego terminu: „niezdolność do pracy”, lecz inaczej definiowanego i na odmiennych kryteriach oceny opartego, powoduje brak zrozumienia jego odrębności wśród ogółu lekarzy jak i reszty społeczeństwa.

Termin „niezdolność do pracy” może oznaczać:

- niezdolność do pracy na konkretnym stanowisku w konkretnym zakładzie pracy – kodeks pracy,
- niezdolność do pracy tzw. czasową, uprawniającą do zasiłku chorobowego – ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa,
- niezdolność do pracy tzw. długotrwałą, uprawniającą do świadczeń rentowych – ustawa o emeryturach i rentach z FUS,
- niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym – ustawa o ubezpieczeniu społecznym rolników – KRUS,
- niezdolność do służby i pracy – ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy MSWiA oraz MON (kryterium: to samo co dawniej – inwalidztwo),
- niezdolność do pracy jako niezdolność do pełnienia ról społecznych = niezdolność do pracy na ogólnym rynku pracy – ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- niezdolność do pracy w określonych zawodach (np.: określone stanowiska w MS, nauczyciele itp.).

Każda z tych instytucji posiada własny aparat zajmujący się orzekaniem, kieruje się odrębnymi normami prawnymi i wypracowanymi przez siebie

zasadami, nieporównywalnymi z innymi i niejednolitymi w skali kraju (z różnych powodów).

- Brak skutecznych organizacyjno-prawnych rozwiązań w skali kraju powoduje, że olbrzymie możliwości (w nieznacznym stopniu obecnie skutecznie wykorzystywane!) jakie daje kompleksowa rehabilitacja (w tym zawodowa) powoduje niemożność wykorzystania/zastosowania stosownych zapisów ustaw „rentowych” dla racjonalizacji liczby osób pobierających świadczenia (np. artykułu 12 ust. 1 ustawy o emeryturach i rentach z FUS: Niezdolną do pracy w rozumieniu ustawy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania tej zdolności po przekwalifikowaniu).
 - Brak wykorzystania możliwości rehabilitacji zawodowej, wynikający z opracowania nieskutecznych form organizacyjnych, spowodował, że zapisy o rencie szkoleniowej w ustawach rentowych i o zasiłku wyrównawczym w ustawie o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, stały się praktycznie zapisami martwymi, nierealizowanymi.
- Z punktu widzenia wyłącznie biologicznego, jeżeli możliwe byłoby wykorzystanie w pełnym zakresie możliwości jakie daje współczesna, skutecznie zorganizowana rehabilitacja kompleksowa i poprawne rozwiązania problemu zatrudniania osób niepełnosprawnych, to niezdolność do pracy jawi się jako praktycznie ograniczona dla osób ze znacznymi deficytami intelektualnymi, cierpiących na psychozy w okresach zaostrzeń objawów i rozległymi, organicznymi uszkodzeniami OUN. Zwłaszcza ciągle zwiększająca się liczba ofert pracy w domu oraz masowe korzystanie z indywidualnego transportu powinno w większym stopniu skutkować możliwością zarobkowania i wpływać ograniczająco na stosowanie art. 12 ust. 2 i 3, a przez to stwarzać motywację do podejmowania pracy zarobkowej.
- Zmiany jakie nadal zachodzą w gospodarce w wyniku przekształceń ustrojowych, a których twórcy ustawy nie mogli przewidzieć, powodują narastanie wątpliwości i trudności w interpretacji art. 12 ust. 3 ustawy o emeryturach i rentach z FUS: „Częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.” Trudności te narastają jeszcze z powodów:
 - braku zależności pomiędzy poziomem kwalifikacji a wysokością dochodów u ubezpieczonych,

- w coraz większym sektorze prywatnym bardziej liczą się umiejętności i przydatność pracownika niż formalne kwalifikacje,
- postępująca mechanizacja i automatyzacja prac prostych ogranicza wielkość wysiłku fizycznego, ale zwiększa wymagania intelektualne od ich wykonawców, powodując że liczba ofert pracy (zwłaszcza dla starszych osób z 1-szym poziomem kwalifikacji) kurczy się. Te zmiany utrudniają także ich powrót do pracy po dłuższej przerwie, spowodowanej pobieraniem renty. Zarówno to jak i fakt, że jest to najniższy poziom kwalifikacji powoduje, że niezdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji (częściowa) oznacza praktycznie całkowitą niezdolność (nie ma pracy wymagającej niższego poziomu kwalifikacji!). Ogranicza to możliwość zastosowań w praktyce ww. art. 12 ust. 3.
- znacznie bardziej nasilona fluktuacja zarobkowa powoduje, że wykonywane czynności zarobkowe przed złożeniem wniosku o rentę nie są zgodne z posiadanym poziomem kwalifikacji lub wyuczonym zawodem (np.: lekarz zajmujący się handlem używanymi samochodami albo dziełami sztuki),
- nie zawsze można ustalić zależność pomiędzy poziomem kwalifikacji a rodzajem prowadzonej działalności gospodarczej (np. ślusarz po ZSZ – aktualnie właściciel apteki otrzymanej w wyniku spadku!)
- pracodawcy na świadectwach pracy nie zawsze podają rzeczywiste stanowisko na którym zatrudniony był pracownik (np. wg świadectwa pracy „pracownik ekipy budowlanej” okazał się stróżem, permanentnie pilnującym placu budowy i mieszkającym na jej terenie w przyczepie kampingowej),
- nierówne traktowanie pracowników i prowadzących działalność gospodarczą przez ustawowy zakaz wykonywania pracy w stosunku wyłącznie do pracowników, uznanych za „czasowo” niezdolnych do pracy (na podstawie druku ZUS ZLA). Z kolei: nadal wykonujący swoją wcześniej podjętą działalność na własny rachunek i częściowo (lub nawet całkowicie) niezdolni do pracy są traktowani jako wykonujący niżej kwalifikowaną pracę, ponieważ – jak określano to w uzasadnieniu wyroków OSPiUS: „dla podjęcia działalności gospodarczej nie potrzeba żadnych kwalifikacji – wystarczy jej zgłoszenie w stosownym urzędzie” albo „jako pracujących na własne ryzyko”,
- przyczynia się do tego także powszechna wśród lekarzy (ale i prawników!) niewiedza na temat

warunków pracy w niektórych zawodach, czy na poszczególnych stanowiskach pracy. Skutkuje to posilkowaniem się swoimi wyobrażeniami a nie faktami, lub dawno już nieaktualnym podziałem na pracę fizyczną i umysłową, bądź całkowitym pomijaniem poziomu kwalifikacji ubezpieczonego w rozważaniach o niezdolności do pracy.

Te problemy sygnalizowali już dawno prawnicy zajmujący się prawem dotyczącym ubezpieczeń społ.

„Należy stwierdzić, że jednostronność stosowanych ocen wynika głównie z prawnej i faktycznej przewagi lekarzy, co powoduje, że kwestie zawodowe i społeczne są oceniane przez osoby nie będące fachowcami w tej dziedzinie. [1]

W tej sytuacji o ustalaniu niezdolności do pracy przesądza głównie naruszenie sprawności badanego oraz stereotypowe, uproszczone wyobrażenia o warunkach i wymaganiach jakie stawia wykonywanie danej pracy, danego zawodu a nie rzeczywista znajomość tych warunków.” [1]

„Funkcją renty jest zastąpienie lub uzupełnienie dochodów uszczuplonych z powodu ograniczenia zdolności do pracy.” [2]

„Świadczenie to powinno być więc dodatkiem do dochodu uzyskiwanego z zatrudnienia przez osoby z częściową zdolnością do pracy a nie pozostawać jak dotychczas świadczeniem głównym, które ponadto przyznawane jest po ustaniu zatrudnienia, zwłaszcza dotychczasowego.” [2]

„Najistotniejszą bowiem rzeczą jest przywrócenie inwalidów życiu produkcyjnemu, uczynienie ich znowu pełnowartościowymi członkami społeczeństwa i wzbudzenie w ich samych przekonania o tym, że mogą być nadal użyteczni.” [3]

„Racjonalnie rzecz ujmując, świadczenia pieniężne powinny przede wszystkim stanowić niezbędną pomoc w fazie rehabilitacji i ewentualnego przekwalifikowania inwalidy, co zakłada potrzebę uregulowania ich w taki sposób, aby stymulowały działania podejmowane w tym kierunku i zwiększały ich skuteczność.” [3]

- Racjonalizacji w przyznawaniu świadczeń z zabezpieczenia społecznego nie sprzyja brak w polskich systemach ubezpieczenia społecznego zapisu precyzyjnie określającego ryzyko ubezpieczeniowe. Powszechnie przyjęte określenie go, jako „ryzyko socjalne” jest nieprecyzyjne i pozwala na dowolną jego interpretację. Uzyskiwanie dochodu, który skutkuje zawieszeniem wypłaty renty (aktualnie: 4025,60 zł) ponad trzykrotnie przekracza wysokość płacy minimalnej

(1276,00 zł), a minimalna wysokość renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy = 519,30 zł. Porównanie tych liczb może uzasadniać chęć pobierania świadczeń rentowych przez osoby uzyskujące niskie wynagrodzenie, chociaż takie same jak inni pracownicy z takim samym poziomem kwalifikacji i wykonujący podobną pracę.

Renta, której założoną funkcją było zastąpienie lub uzupełnienie utraconych zarobków z powodu niezdolności do pracy, coraz częściej staje się ekwiwalentem za naruszenie sprawności organizmu a nie świadczeniem z powodu utraty zdolności do utrzymywania się z własnych dochodów.

- sprzyja temu przewaga lekarzy w orzekaniu (opiniowaniu) o niezdolności do pracy i dacie jej powstania, czyli o spełnieniu przez wnioskującego dwóch, z prawem wymaganych trzech, warunków dla uzyskania świadczenia). Jednocześnie niedostateczna ich wiedza na temat elementu zawodowo-socjalnego, równoważnego z elementem biologicznym składających się na pojęcie „niezdolność do pracy” sprawia, że uwzględniają oni w swojej ocenie głównie (jeżeli nie – tylko) element biologiczny (naruszenie sprawności organizmu). Lekarz wydający orzeczenie na temat niezdolności do pracy, jeżeli natrafi na jakieś trudności w ocenie stopnia naruszenia sprawności badanego, może skorzystać z konsultacji kolegi – specjalisty w zakresie węższych dziedzin klinicznych. W sprawach dotyczących oceny poziomu kwalifikacji lub charakterystyki i warunków wykonywanych czy też możliwych do wykonywania czynności zarobkowych przez badanego takiej możliwości nie ma. Przy czym zakłada się, że tylko lekarz i każdy lekarz jest tym, który potrafi ustalić niezdolność do pracy, nawet jeżeli niewiele wie na czym polega praca badanego i nie posiada wystarczającej wiedzy na temat norm prawnych rządzących orzekaniem,
- Liczba lekarzy wysoko wykwalifikowanych w zakresie orzecznictwa szybko zmniejsza się i nadal będzie się zmniejszała. Poza powrotami do pracy klinicznej (m. in. na miejsca pracy opuszczone przez emigrantów zarobkowych) to większość lekarzy orzekających jest w wieku przedemerytalnym. Jednocześnie brak jest wśród lekarzy chętnych do tej pracy. Z powodów m.in.:
 - braku satysfakcji z wykonywanej pracy zarówno wynikającej z relacji „wnioskodawca – orzecznik” jak i niskiej gratyfikacji,
 - konieczności opanowania rozległej wiedzy nielekarzkiej: „zawodownawstwa” i prawniczej – często dla lekarza niejasnej i sprzecznej wewnątrznie,

- braku możliwości wykazania swojej indywidualności lekarskiej wskutek narzucania „urzędniczego” trybu postępowania orzeczniczego,
- niskiej motywacji do podnoszenia własnych kwalifikacji lekarskich skutkującej związaniem się „na zawsze” z instytucją zatrudniającą i uzależnieniem od pracy w niej.
- Do tego należy dodać niedostatki w zakresie edukacji społeczeństwa na temat zmian w polityce społecznej po 1990 r.:
 - ogólny, przeciętnie niski poziom świadomości społecznej w naszym kraju,
 - brak dostatecznej wiedzy wśród szerokich rzesz społeczeństwa (także: lekarzy, prawników, polityków, dziennikarzy) o istocie ubezpieczeń społecznych. Powoduje to myślenie kategoriami: świadczenie z tego ubezpieczenia to: „zwrot przez wiele lat wpłacanej składki”, lub „świadczenie pochodzi z pieniędzy państwowych czyli niczyich, lepiej więc żeby należały do ubezpieczonego”, albo że „świadczenia należą się wszystkim przewlekłe chorym niezależnie od stażu ubezpieczenia czy nawet jego braku”,
 - często spotykane przekonanie (także w ocenie Sądów), że renta jest ekwiwalentem za utratę zdrowia i że nie musi iść w parze z utratą dochodów,
 - tolerancyjny stosunek państwa do pracy „na czarno”, także przez osoby pobierające świadczenia,
 - niemal powszechne przekonanie o wpływie wykonywania pracy na powstawanie wszelkich chorób,
 - brak u lekarzy wiedzy o współczesnej roli lekarza w stosunku do osób cierpiących na przewlekłe choroby upośledzające ich sprawność co powoduje, że renta obok nie zawsze skutecznej farmakoterapii, jawi się jako jedyna forma pomocy dla tych osób.
- „Podstawowym warunkiem realizacji uprawnień – jeśli ich wyłącznym źródłem, tak jak w ubezpieczeniach społecznych może być jedynie norma prawna – jest znajomość przepisów, ta zaś jest uzależniona od przejrzystości i spójności stanu prawnego.”[4]
 - Kolejne nowelizacje ustaw nie tylko nie przyczyniły się do poprawy ale wręcz pogłębiły brak spójności i przejrzystości prawa orzeczniczego. Przykładem może być nowelizacja ustawy o emeryturach i rentach z dn. 1 lipca 2005r. Jednoznaczny zapis art. 13 ust. 2 i 3 w ustawie z 1998r.:

Ust. 2.: „Trwałą niezdolność do pracy orzeka się, jeżeli według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy” zmieniono na: „Niezdolność do pracy orzeka się na okres dłuższy niż 5 lat, jeżeli według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy przed upływem tego okresu.” Natomiast ust. 3 z „Okresową niezdolność do pracy orzeka się, jeżeli według wiedzy medycznej istnieją rokowania odzyskania zdolności do pracy” na „Niezdolność do pracy orzeka się na okres nie dłuższy niż 5 lat z zastrzeżeniem ust. 3”. Przyjmując za słownikiem języka polskiego, iż „okres” jest to określony wycinek czasu czyli nieprzerwanego ciągu trwania (jedna z podstawowych – obok przestrzeni – form bytu materii), to użycie terminu „okres trwały” nie jest poprawne, chociaż nadal jest stosowane w orzecznictwie pomimo, że nie wynika to ze znowelizowanego zapisu ustawy. Pozostawiono jednak bez zmian zapis art. 59.:

1. Osobie, która spełniła warunki określone w art. 57, przysługuje:

- 1) renta stała – jeżeli niezdolność do pracy jest trwała;
- 2) renta okresowa – jeżeli niezdolność do pracy jest okresowa.

Dodano także w omawianej nowelizacji ust. 3a: „Jeżeli osobie uprawnionej do renty z tytułu niezdolności do pracy przez okres co najmniej ostatnich 5 lat poprzedzających dzień badania lekarskiego brakuje mniej niż 5 lat do osiągnięcia wieku emerytalnego określonego w art. 24 ust. 1, w przypadku dalszego stwierdzenia niezdolności do pracy orzeka się niezdolność do pracy na okres do dnia osiągnięcia tego wieku.”

Taki zapis zmusza niejednokrotnie lekarzy do poświadczenia nieprawdy a mianowicie orzekania o niezdolności do pracy na okres nawet do 5 lat pomimo, iż zgodnie z wiedzą medyczną, naruszenie sprawności może ustąpić lub ulec poprawie nawet po upływie pół roku (np. złamania kości długich).

Domyślając się uzasadnienia dla tej treści zapisu bardziej słusznym byłoby użycie formuły iż spełniający te warunki „zachowuje prawo do ustalonych świadczeń rentowych do dnia osiągnięcia tego wieku”.

- O niespójności pomiędzy poszczególnymi aktami prawnymi regulującymi orzecznictwem lekarskim dla potrzeb zabezpieczenia społecznego doskonale wiedzą lekarze orzekający dla potrzeb

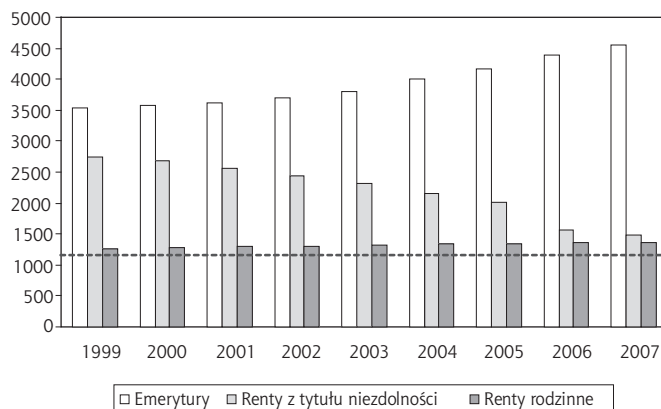
poszczególnych instytucji ubezpieczenia i zaopatrzenia społecznego, mniej lekarze biegli sądowi, jeszcze mniej prawnicy a najmniej – chociaż co raz więcej – korzystający z polityki socjalnej naszego państwa. Nie wchodząc więc w szczegóły posłużyć można się następującym przykładem wskazującym na taki brak spójności. Osoba posiadająca uprawnienia do renty pracowniczej z tytułu częściowej niezdolności do pracy, nadal pracująca zarobkowo, otrzymuje z Ośrodka Pomocy Społecznej zasiłek pielęgniacyjny na podstawie orzeczenia Zespołu do Spraw Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności, ustalającego u niej niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym, powstałą przed 21 rokiem życia.

- Zaskakuje liczba osób pobierających rentę rodzinną. Zbliży się już do liczby rencistów z powodu niezdolności do pracy i w odróżnieniu od niej nadal wykazuje tendencję wzrostową. Nie ma danych wskazujących aby narastała liczba dzieci niepełnosprawnych. Raczej powodem jest łatwość uzyskania tej renty przez ludzi młodych na podstawie art. 68 ustawy rentowej:

„1. Dzieci własne, dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobione mają prawo do renty rodzinnej:

- 1) do ukończenia 16 lat;
- 2) do ukończenia nauki w szkole, jeżeli przekroczyły 16 lat życia, nie dłużej jednak niż do osiągnięcia 25 lat życia, albo
- 3) bez względu na wiek, jeżeli stały się całkowicie niezdolne do pracy oraz do samodzielnej egzystencji lub całkowicie niezdolne do pracy w okresie, o którym mowa w pkt 1 lub 2.”

Oto przykład: mężczyzna, który niedawno ukończył 25 lat i ma ukończoną szkołę podstawową, składa wniosek o przedłużenie



Ryc. 3. Średnia miesięczna liczba osób (w tys.) pobierających emerytury, renty z tytułu niezdolności do pracy i renty rodzinne w latach 1999-2007 (Źródło ZUS)

prawa do renty rodzinnej, którą dotychczas otrzymywał w kolejnych latach na podstawie 3 świadectw o kontynuacji pobierania nauki w Centrum Kształcenia Ustawicznego. Stara się więc o uznanie go za całkowicie niezdolnego do pracy. Bardzo skąpa dokumentacja lekarska nie wskazuje na istnienie u niego istotnego naruszenia sprawności organizmu. Na pytanie: „jak mu idzie nauka w szkole” odpowiada pytaniem: „w jakiej szkole?” Po okazaniu mu zaświadczenia ze szkoły odpowiada: „A to mama mnie zapisała do jakiejś szkoły ale ja nigdy tam nie byłem.” Zapytana o to matka wyjaśnia, że co roku zapisywała go do szkoły, wpłacała pierwszą ratę czesnego w tej szkole i otrzymywała zaświadczenie, ale syn nie chciał się uczyć.

Drugim powodem może być dłuższe życie kobiet niż mężczyzn i wyższe renty po zmarłym mężu od własnej, co pośrednio przemawia za brakiem równouprawnienia płci.

Ale skoro wspomniano o równouprawnieniu płci. Z zapisu art. 70 ustawy „rentowej” wynika iż:

„1. Wdowa ma prawo do renty rodzinnej, jeżeli:

1) w chwili śmierci męża osiągnęła wiek 50 lat lub była niezdolna do pracy albo ...

5. Przepisy ust. 1-4 stosuje się odpowiednio do wdowca.”

co oznacza większe przywileje dla wdowca, który może nabyć uprawnienia do renty rodzinnej na 15 lat przed osiągnięciem wieku emerytalnego, podczas gdy wdowa jedynie na 10 lat przed osiągnięciem tego wieku dla kobiet.

Należałoby także rozważyć czy wdowa/wdowiec powinni zachować prawo do renty rodzinnej w razie ponownego zawarcia związku małżeńskiego przed osiągnięciem wieku emerytalnego.

- System rozstrzygania sporów pomiędzy ubezpieczonym i instytucją ubezpieczenia społecznego oparty na kodeksie postępowania cywilnego nie wydaje się być słuszny. Praktycznie (wbrew teoretycznym wywodom prawników) powoduje on, że stronami w procesie stają się: lekarz biegły sądowy (jego opinia) i lekarz orzekający dla danej instytucji (jego orzeczenie). Ten pierwszy rzadko dysponuje wiedzą prawniczą regulującą zasady orzecznictwa lekarskiego, ale na pytania zawarte w postanowieniu sądu ma obowiązek odpowiedzieć wnioskami orzecznictwymi sformułowanymi w sposób identyczny z zapisami ustawowymi. Polemika pomiędzy tymi „niby stronami”

sprowadza się więc do wymiany poglądów medycznych nie zawsze najistotniejszych dla oceny niezdolności do pracy – pojęcia wieloznacznego, różnie definiowalnego i na odmiennych prawnych kryteriach oceny opartego. Arbitrem w tej „walce” (wg zasady kontrydiktoryjności obowiązującej w Kpc) jest Sąd czyli prawnik. Jego wiedza medyczna nie pozwala mu dokonać merytorycznej oceny tej „walki” a ponadto opiera się na swoim osądzie (bezzasadnym) o stronniczości lekarza orzekającego dla potrzeb danej instytucji. Skutkuje to uznaniem opinii lekarza biegłego za jedyną słuszną. Wzmacnia to powszechnie przez prawników uznawana doktryna, iż opinię biegłego może podważyć jedynie opinia innego biegłego – zapewne słuszną w sprawach cywilnych, ale czy także w sporach dotyczących świadczeń z ubezpieczenia społecznego? W wielu przypadkach (zwłaszcza w sądach działających w mniejszych miejscowościach) powoduje to brak jednolitości stosowanych zasad orzeczniczych w kraju, a opinie lekarzy – biegłych stają się „normami” dla orzecznictwa w danym regionie.

Podsumowanie

Powyższe argumenty przemawiają za potrzebą:

1. stworzenia nowych norm prawnych orzecznictwa, jednolitych dla wszystkich osób wykazujących upośledzenia sprawności organizmu, wskazując rodzaj upośledzonej funkcji i jego stopień, opartych na tych samych kryteriach oraz wskazaniu sprawnych funkcji orzekanego,
2. powołania ogólnopolskiej instytucji upoważnionej do dokonywania takich i tylko takich ocen. Oceny co do zdolności do zarobkowania lub potrzeby przekwalifikowania bądź wspomaganie w formie świadczeń rzeczowych czy znalezienia pracy w zakładach pracy (w tym zmodyfikowanych zakładów dla niepełnosprawnych) podejmowałyby instytucje ubezpieczeniowe korzystając z opinii np. „zawodoznawców”. Korzyści z takiego rozwiązania byłyby obopólne. Niemało niepełnosprawnych mogłoby nadal aktywnie pełnić role społeczne (w tym zawodowe) zamiast obecnego wykluczania ich, a ubezpieczenia społeczne nadal otrzymywałyby składkę ubezpieczeniową. Jesteśmy jedynym krajem w UE w którym ponad $\frac{3}{4}$ niepełnosprawnych jest biernych zawodowo.
3. uznawania tych ocen przez wszystkie organy władzy państwowej i inne instytucje – w tym pracodawców – jeżeli prawo tego wymaga,

4. ograniczenia liczby pobierających świadczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego tylko w formie pieniężnej, a w jego wyniku zwiększenie kwoty tych świadczeń,
5. poszerzenia wachlarza świadczeń przez instytucję ubezpieczeniową na rzecz ubezpieczonych o świadczenia rzeczowe (kompleksowa rehabilitacja, zatrudnianie osób niepełnosprawnych, praca chałupnicza itp.) lub pieniężne ale na określony cel i pozostawienie tej instytucji decyzji (uwzględniającej rachunek ekonomiczny) o charakterze świadczeń,
6. stworzenia stosownego kodeksu dla potrzeb rozstrzygnięcia sporów z tytułu ubezpieczenia społecznego (jak tego wymaga Konwencja Międzynarodowej Organizacji Pracy ratyfikowana przez Polskę). Ciężar sporów sądowych przeniósłby się na ocenę poprawności decyzji instytucji ubezpieczenia społecznego a nie – jak dotąd – na orzeczenia i opinie lekarzy, dość często odmienne.

Piśmiennictwo

1. Pławucka H. Prawne aspekty ustalania niezdolności do pracy dla celów rentowych. *Orzecznictwo Lekarskie* 2004, I(1): 23.
2. Pławucka H. Inwalidztwo w systemie ubezpieczeń społecznych. Problemy rozwoju ubezpieczeń społecznych w Polsce. Szubert W, Loga J (red.). *Zeszyty Naukowe UŁ* Łódź 1982, seria prawnicza, nr 8.
3. Szubert W. Współczesne problemy ubezpieczeń społecznych. *Zeszyty Naukowe UŁ*, Łódź 1982, seria prawnicza nr 8.
4. Jackowiak C. Gwarancje realizacji uprawnień ubezpieczeniowych. *Zeszyty Naukowe UŁ*, Łódź 1982, seria prawnicza nr 8.