

# Ścibło, Andrzej

---

## System orzekania o inwalidztwie w Oddziale ZUS w Płocku w latach 1978-1997

---

Notatki Płockie 42/4-173, 26-31

---

1997

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych oraz w kolekcji mazowieckich czasopism regionalnych mazowsze.hist.pl.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

# SYSTEM ORZEKANIA O INWALIDZTWIE W ODDZIALE ZUS W PŁOCKU W LATACH 1978-1997

## Wstęp

W sierpniu 1997 r. zakończył się w Polsce dotychczasowy model orzekania lekarskiego o inwalidztwie.

Ustawą z dnia 28 czerwca 1996 r. o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i o ubezpieczeniu społecznym<sup>1</sup> pojęcie inwalidztwa zastąpiono pojęciem "niezdolności do pracy", dokonując również szeregu innych zmian w dotychczasowym systemie. Warto więc dokonać podsumowania okresu orzekania lekarskiego o inwalidztwie.

## I. Pojęcie inwalidztwa i jego ewolucja

Pojęcie inwalidztwa zostało wprowadzone dość wcześnie jako odrębne od choroby ryzyko ubezpieczeniowe. Podstawą wyodrębnienia stało się kryterium czasowe. Inwalidztwo oznaczało niezdolność do pracy o charakterze długotrwałym.

W ustawodawstwie przedwojennym inwalidztwo zdefiniowano jako niezdolność do zarobkowania. Aby jednak orzec inwalidztwo, owa niezdolność do zarobkowania musiała ulec obniżeniu często o ponad 2/3, co było bardzo surową barierą.

Nowego ujęcia kwestii inwalidztwa dokonał dekret z 25 czerwca 1954 r. o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin<sup>2</sup>. Wzorem doświadczeń radzieckich dekret wprowadzał stopnie inwalidztwa w formie trzech grup inwalidzkich. Oznaczało to rozróżnienie inwalidztwa całkowitego /I i II grupa/ oraz częściowego /III grupa/.

Kryterium zarobkowe w zakresie oceny zwłaszcza III grupy pozostało i oznaczało uzależnienie uznania inwalidztwa od faktycznego zmniejszenia zarobków. Stosowanie kryterium zarobkowego wywoływało szereg komplikacji praktycznych. W tej sytuacji z końcem 1955 r. zaniechano tego kryterium.

Na mocy ustawy o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym z 1968 r.<sup>3</sup> inwalidztwo określono jako niezdolność do wykonywania zatrudnienia /art 12 ust. 1/. Jednocześnie powrócono do stosowania kryterium zarobkowego, w szczególności w zakresie oceny III grupy /"do III grupy inwalidów zalicza się osobę, której zdolność do z a r o b k o w a n i a została ograniczona w sposób istotny"/.

Na gruncie ustawy z 1982 r. o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników<sup>4</sup> przyjęto nową konstrukcję inwalidztwa, która przetrwała do końca sierpnia 1997 r. Zasady tej regulacji były podstawą do wprowadzenia nowego modelu orzekania lekarskiego.

## Zasady orzekania o inwalidztwie według ustawy z 1982 r.

W rozumieniu ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin za inwalidę mogła być uznana osoba częściowo lub całkowicie niezdolna do wykonywania zatrudnienia z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu.

W tej definicji zawarto więc dwa elementy, a mianowicie: biologiczny /stan zdrowia/ oraz ekonomiczny /wpływ na zdolność do zatrudnienia/.

Za stałe naruszenie sprawności organizmu określono takie, które nie rokuje poprawy, za długotrwałe zaś takie, które powoduje upośledzenie sprawności organizmu na okres przekraczający 12 miesięcy.

W zależności od stopnia niezdolności do wykonywania zatrudnienia ustalono 3 grupy inwalidów.

Do I i II grupy inwalidów zaliczono osoby niezdolne do wykonywania jakiegokolwiek zatrudnienia. Dodatkowym warunkiem zaliczenia do I grupy inwalidów stała się niezdolność do samodzielnej egzystencji, powodująca konieczność stałej opieki ze strony innej osoby.

Do III grupy inwalidów zaliczono osoby:

1. Częściowo niezdolne do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia, jeżeli zachowały zdolność do jego wykonywania w zmniejszonym zakresie. Przepisy wykonawcze<sup>5</sup> określiły stopień utraty niezdolności na co najmniej połowę, w porównaniu do zdolności pracowników o pełnej sprawności fizycznej i psychicznej. Wcześniej wystarczyło, aby takie obniżenie wyniosło 1/3.

2. Całkowicie niezdolne do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia, ale zdolne do wykonywania innego niż kwalifikowanego.

3. Dotknięte szczególnym naruszeniem sprawności organizmu, nawet jeżeli naruszenia te nie ograniczają zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia.

Jak widać w zakresie III grupy inwalidztwa ocena zdolności do zatrudnienia dokonywana była w relacji do "dotychczasowego zatrudnienia".

Definicja inwalidztwa częściowego/ III grupa inwalidów/ narażała w praktyce szereg trudności. W przypadku określonym w pkt. 1 za inwalidę III grupy mogła być uznana osoba, u której nastąpiło zmniejszenie zdolności do dotychczasowego zatrudnienia o połowę, a wcześniej nawet o 1/3. Takie unormowanie zawierało Rozporządzenie Ministra Pracy, Płac i Spraw Socjalnych z dnia 5 sierpnia 1983 r. w sprawie składu komisji lekarskich do spraw inwalidztwa i zatrudnienia, trybu postępowania, trybu kierowania na badania przez te komisje oraz szczegółowych zasad ustalania inwalidztwa<sup>6</sup>.

Zdaniem niektórych autorów częściowa utrata zdol-

ności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia nie powinna być rekompensowana za pomocą renty inwalidzkiej, lecz świadczenia wyrównawczego<sup>7</sup>. Dopiero całkowita utrata zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia byłaby rekompensowana za pomocą renty inwalidzkiej.

Przepisy przywołanego wcześniej rozporządzenia ustaliły rozumienie zatrudnienia niżej kwalifikowanego, o którym mowa w pkt. 2. Oznaczało ono takie zatrudnienie, które w porównaniu z zatrudnieniem dotychczasowym nie wymagało posiadania takiego samego stopnia wykształcenia, przygotowania zawodowego i kwalifikacji ogólnych.

Wypełniając zaś możliwość zakwalifikowania do III grupy inwalidów w sytuacji określonej w pkt. 3, cytowane rozporządzenie zawierało w paragrafie 25 szerokie wyliczenie stanów chorobowych i kalectw, które uzasadniały - jako stanowiące - szczególne naruszenie sprawności organizmu - zaliczenie do III gr., w sytuacji braku obniżenia zdolności do wykonywania zatrudnienia.

Formuła ta stanowiła odstępstwo od ogólnej definicji inwalidztwa, w której obok kryterium biologicznego podkreślono również element ekonomiczny. Jak zauważył W. Szubert w tych przypadkach sam czynnik biologiczny został uznany za decydujący<sup>8</sup>.

Wskazać należy, że omówiona konstrukcja inwalidztwa miała wymiar uniwersalny: stosowana była dla wszystkich systemów ubezpieczenia społecznego /nie tylko dla oceny inwalidztwa pracowników/. Tak więc stosowano ją w systemie ubezpieczenia społecznego rolników /do 1990 r./, rzemieślników, agentów, twórców, duchownych, a także przy ocenie uprawnień z systemów zaopatrzeniowych /kombatantów, inwalidów wojskowych/ oraz z tytułu wypadków przy pracy, w drodze do i z pracy.

W literaturze podnoszono, że takie rozwiązanie nie jest właściwe /np. H. Pławucka<sup>9</sup>/. Autorka wskazała, że warunki wykonywania działalności zawodowej w grupach pozapracowniczych są inne, niż w stosunkach pracowniczych.

Z kolei przy ocenie inwalidztwa z tytułu działań wojennych, czy z tytułu wypadków przy pracy, z istoty rzeczy brano pod uwagę głównie element biologiczny, co prowadziło do liberalizacji orzekania przez komisje lekarskie.

Kończąc te teoretyczne rozważania wspomnieć należy, że w zależności od stopnia upośledzenia czynności organizmu, wyznaczano termin badania kontrolnego bądź orzekano o trwałości inwalidztwa.

Przepisy nakazywały przeprowadzać badania kontrolne w zasadzie co trzy lata, choć w praktyce wyznaczano je częściej<sup>10</sup>.

## **II. Działalność komisji ds. inwalidztwa i zatrudnienia na przykładzie Oddziału ZUS w Płocku**

### **1. Organizacja i zadania komisji lekarskich**

Komisje Lekarskie do spraw inwalidztwa i zatrudnienia zostały powołane w Polsce w 1954 r. na mocy dekretu

z 25 czerwca 1954 r. o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin<sup>11</sup>. Wspomniany dekret wprowadził nowe, jednolite pojęcie inwalidztwa a także jego stopniowanie w formie trzech grup inwalidzkich.

Właśnie orzekanie o inwalidztwie powierzono owym komisjom ds. inwalidztwa i zatrudnienia /KIZ/. Do tego czasu o inwalidztwie orzekali jednoosobowo lekarze - orzecznicy ZUS. Zespołowy charakter KIZ stwarzał większą gwarancję należytego zabezpieczenia praw inwalidów<sup>12</sup>.

Zadania owych komisji nie ograniczały się jednak - co wskazywała już nazwa tego organu - do orzekania o inwalidztwie, lecz także do kierowania rencistów na leczenie i przeszkolenie zawodowe oraz ocenianie możliwości zatrudnienia w dotychczasowym lub innym zawodzie.

W związku z tak szeroką kompetencją KIZ w jej skład, oprócz dwóch lekarzy określonej specjalności wchodził również przedstawiciel ZUS, a także przedstawiciel wydziału zdrowia i opieki społecznej, znający problemy rehabilitacji i zatrudnienia inwalidów.

W 1983 zrezygnowano jednak z udziału w pracach komisji przedstawicieli wydziału zdrowia i opieki społecznej. Rola zaś przedstawicieli ZUS ograniczona została do roli pracowników obsługi biurowej. W tej sytuacji na lekarzach spoczął ciężar orzekania o inwalidztwie rentowym, a także w sprawach pozarentowych.

Ostateczny ustrój i zadania komisji lekarskich do spraw inwalidztwa i zatrudnienia określiło Rozporządzenie Ministra Pracy, Płac i Spraw Socjalnych z dnia 5 sierpnia 1983 r. w sprawie składu komisji lekarskich do spraw inwalidztwa i zatrudnienia, trybu postępowania, trybu kierowania na badania przez te komisje oraz szczegółowych zasad ustalania inwalidztwa<sup>13</sup>.

Zadania te dotyczyły orzekania o inwalidztwie osób ubiegających się o:

- świadczenia przysługujące na podstawie przepisów o zaopatrzeniu emerytalnym oraz inne świadczenia przysługujące z ubezpieczenia społecznego,
- przysposobienie zawodowe/ szkolenie/ lub zatrudnienie w warunkach przewidzianych dla inwalidów,
- objęcie pomocą społeczną,
- udzielanie ulg, przywilejów i świadczeń przysługujących inwalidom na podstawie przepisów szczególnych.

Do zadań komisji należało również:

- ustalanie okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego,
- orzekanie o potrzebie przeprowadzania rehabilitacji zawodowej, jeśli takiej potrzeby nie orzekły inne zakłady społeczne służby zdrowia zgodnie z odrębnymi przepisami,
- określanie stopnia uszczerbku na zdrowiu spowodowanego skutkami wypadku przy pracy, w drodze do pracy i z pracy oraz choroby zawodowej,
- orzekanie w innych sprawach, przewidzianych w odrębnych przepisach.

Nic więc dziwnego, że przy tak szerokim wachlarzu zadań, które nałożono na KIZ liczba wniosków, które wpłynęły do oddziału ZUS w Płocku była bardzo duża. Ilustrują to poniższe dane:

1978 - 12.980	1990 - 17.012
1984 - 13.950	1991 - 18.946
1985 - 13.747	1992 - 17.652
1986 - 15.019	1993 - 17.946
1987 - 15.739	1994 - 18.632
1988 - 16.012	1995 - 18.131
1989 - 15.533	1996 - 18.846

Komisje lekarskie przy oddziałach ZUS działały dwustopniowo /jako komisje obwodowe i wojewódzkie/. W skład komisji obwodowych wchodziło dwóch lekarzy specjalistów oraz przedstawiciel oddziału.

W skład wojewódzkich komisji rozpatrujących odwołania od orzeczeń obwodowych, wchodził natomiast trzech lekarzy specjalistów oraz przedstawiciel oddziału.

W 1978 r. na terenie Oddziału ZUS w Płocku działało 6 obwodowych komisji oraz jedna - wojewódzka.

Liczbę wydanych orzeczeń przez obwodowe komisje lekarskie, działające przy tym oddziale przedstawia tabela 1.

Tabela 1

**Liczba wydanych orzeczeń przez obwodowe komisje lekarskie, działające przy Oddziale ZUS w Płocku**

Lata	Orzeczenia rentowe	Badania kontrolne	Orzeczenia dot.uszczerbku na zdrowiu	Orzeczenia i pozarentowe
1984	3116	2552	2784	2734
1985	3288	3106	2731	2437
1986	4009	3222	2913	2448
1987	3906	3427	3285	2831
1988	4004	3618	3071	2676
1989	4097	4146	3185	1785
1990	6535	4320	2744	1355
1991	8079	3608	2191	2113
1992	6653	3655	3134	2434
1993	6659	3702	2786	2734
1994	6905	3482	2923	3278
1995	5584	4566	2831	3062
1996	4832	4945	2826	2992

Jak obrazuje tabela w latach 1984-1989 utrzymywała się w miarę stabilna sytuacja w zakresie wydanych orzeczeń pierwszorazowych.

Wyraźny "skok" następuje w 1990 r. /wzrost do 1989 r. o prawie 60%/ oraz w 1991 r. Liczba tych orzeczeń w latach 1992-1994 utrzymywała się na podobnym, aczkolwiek wysokim poziomie, by zaznaczyć się niewielkim spadkiem w latach 1995-1997.

Liczba orzeczeń o ustaleniu procentowego uszczerbku na zdrowiu, jak i w sprawach rentowych odznacza się dużą stabilnością /poza okresowym spadkiem/.

**2. Orzekanie dla celów rentowych**

Orzeczenia wydane dla celów rentowych są podstawą do wydania decyzji przyznających świadczenia

rentowe.

W 1978 r. w strukturze świadczeń wypłacanych przez oddział renty inwalidzkie pobierało 10.693 osoby, przy 9.537 osobach pobierających emerytury i 6.760 rencistach pobierających renty rodzinne.

Renty inwalidzkie stanowiły najliczniejszą część portfela wszystkich świadczeń /31,9%/, podczas gdy emerytury 28,4%.

Na koniec 1996 r. ilość rent inwalidzkich w proporcji do emerytur jednak zmniejszyła się /z 34,2% do 46,7%/.

W świetle wskazanej wyżej dynamiki wydawanych orzeczeń pierwszorazowych sytuacja taka może się wydawać niezrozumiała, ale łatwo daje się tłumaczyć znacznie większą dynamiką przyznawania emerytur, na co pozwalały zliberalizowane regulacje dotyczące wcześniejszych emerytur.

W stosunku do 1978 r. liczba rent inwalidzkich na koniec 1996 r. uległa podwojeniu i zamknęła się liczbą 21.543.

W tabeli 2 przedstawiono liczbę nowo przyznanych emerytur i rent inwalidzkich pracownikom w latach 1990-1996.

Tabela 2

**Liczba nowo przyznanych świadczeń inwalidzkich**

Lata	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Liczba	1778	2523	2412	1995	1880	1860	1498	1441

Jak z niej wynika w stosunku do 1989 r. aż do 1995 r. utrzymywał się wzrost liczby nowo przyznanych świadczeń. Był on największy w 1990 r. /wzrost o 41,9%/ i bardzo wyraźny w 1991 r. /wzrost o 35,7%/. Tendencja malejąca wzrostu zaznaczyła się w 1993 i 1994 r. /wzrost o 5,7 % i 4,6%/.

W 1995 r. odnotowano już spadek liczby przyznanych rent inwalidzkich poniżej poziomu z 1989 /spadek o 15,8%/. Ta tendencja spadkowa utrzymuje się nadal.

Niewątpliwie taka sytuacja była po części wynikiem załamania się koniunktury gospodarczej. Nowe zjawisko bezrobocia stwarzało dodatkowy bodziec dla czynienia starań o przyznanie renty inwalidzkiej.

W literaturze przedmiotu wyrażono pogląd, że trudności gospodarcze i sytuacja demograficzna, nie pozostaje bez wpływu na praktykę orzekania o inwalidztwie<sup>14</sup>. Według W. Muszalskiego zjawisko wzrostu liczby inwalidów, pobierających renty w związku z bezrobociem występuje powszechnie<sup>15</sup>.

Interesującym potwierdzeniem powyższego poglądu są wyniki badań dotyczące natężenia "nowego" inwalidztwa, przeprowadzone przez ZUS w 1996 r. Wzrost natężenia powstawania inwalidztwa obserwujemy szczególnie w województwach, gdzie nastąpił znaczny spadek zatrudnienia w wyniku bezrobocia /taka sytuacja dotyczyła województw: chełmskiego, piłskiego zamojskiego/.

Wzrost ten należy łączyć z bezrobociem a nie z innymi przyczynami, np. z zanieczyszczeniem środowiska, gdyż akurat w tych województwach ten problem nie występuje.



Natomiast w województwie płockim, gdzie z kolei problemy zanieczyszczenia środowiska są rzeczywiste odnotowano najniższy /obok województwa warszawskiego/ wskaźnik wzrostu "nowego" inwalidztwa.

Dla pogłębienia wiedzy na temat przyczyn inwalidztwa interesująca jest informacja o rodzajach schorzeń, które ustaliły komisje ds. inwalidztwa i zatrudnienia.

Na 2466 orzeczeń pierwszorazowych o inwalidztwie /łącznie z orzeczonymi świadczeniami rehabilitacyjnymi/ w 492 przypadkach orzeczono brak inwalidztwa, co stanowiło 20%.

Z ogólnego stanu zdrowia wydano 2408 orzeczeń, z tytułu choroby zawodowej - 23, a z tytułu wypadku przy pracy /w drodze do i z pracy/ - 35.

Wśród schorzeń z ogólnego stanu zdrowia dominowały następujące:

- choroby goścowe - 184
- choroby nowotworowe - 173
- choroby psychiczne i psychoneurozy - 165
- choroby układu nerwowego - 159
- choroby serca, układu krążenia - 305
- urazy kości i stawów - 100

O strukturze inwalidztwa - jak widać - decydują przyczyny ogólne, wśród których dominują schorzenia układu krążenia, narządu ruchu, układu nerwowego oraz psychiczne.

### 3. Administracyjna kontrola orzeczeń wydawanych przez obwodowe komisje ds. inwalidztwa i zatrudnienia

Jak już wspomniano KIZ działały dwuszczeblowo. Od orzeczenia komisji obwodowej zainteresowany mógł wnieść odwołania do komisji wojewódzkiej. Właściwość komisji wojewódzkiej obejmowała również rozpatrywanie spraw w przypadku podniesienia zarzutu wadliwości orzeczenia przez lekarza inspektora orzecznictwa lekarskiego. Dopiero orzeczenie WKIZ lub OKIZ - od której nie wniesiono w określonym terminie odwołania, stanowiło podstawę do wydania decyzji rentowej.

Jak często korzystano z możliwości zaskarżenia orzeczenia OKIZ? W tabeli 3 przedstawiono ilość orzeczeń rozpatrzonych przez komisje wojewódzkie w latach 1990-1996.

Tabela 3

### Orzeczenia wydane przez komisje wojewódzkie w latach 1990-1996 w stosunku do orzeczeń komisji obwodowych

Lata	W liczbach	W procentach
1990	2213	15,7
1991	896	19,8
1992	2908	20,2
1993	2954	20,7
1994	3492	23,8
1995	3404	23,3
1996	2695	18,9

Jak widać z tego zestawienia ilość wnoszonych i rozpatrzonych odwołań od orzeczeń komisji obwodowych

kształtowała się od 15,7% do 23,8%. Tak więc znaczna większość orzeczeń tych komisji nie budziła zastrzeżeń, tak ze strony zainteresowanych, jak i lekarza - inspektora orzecznictwa lekarskiego.

Jeszcze mniejsza liczba spraw została zmieniona przez komisje wojewódzkie. Obrazuje to tabela 4.

Tabela 4

### Orzeczenia obwodowych komisji ds. inwalidztwa i zatrudnienia zmienione przez komisje wojewódzkie w latach 1990-1996

Lata	W liczbach	W procentach
1990	883	5,9
1991	996	6,8
1992	1113	7,7
1993	1089	7,6
1994	1270	8,7
1995	1196	8,2
1996	2695	6,9

Zakres spraw zmienionych - jak widać z tabeli - dotyczył w ujęciu procentowym od 5,9 % do 8,7 % spraw rozpatrzonych przez komisje wojewódzkie, przy czym na wniosek zainteresowanych wyniósł on od 3,4% do 5,2%.

Merytorycznymi przestankami zmiany orzeczenia komisji obwodowych były najczęściej następujące powody:

- niepełne udokumentowanie wydanych orzeczeń /brak pełnej dokumentacji lekarskiej, brak badań dodatkowych/,
- niespójność ustaleń orzeczniczych z opisem stanu przedmiotowego,
- uchybienia formalno-prawne /naruszenie przepisów odnośnie trwałości inwalidztwa, niewłaściwe ustalenie co do wskazań i przeciwwskazań do wykonywania zawodu/.

### 4. Sądowa kontrola orzeczeń podejmowanych przez komisje lekarskie

Wprowadzając dwuinstancyjność orzekania zakładano, że sądy nie będą zajmowały się kwestią inwalidztwa. Istniała bowiem możliwość naprawy wadliwego orzeczenia w drodze administracyjnej. Dodatkowy argument stanowił wzgląd na nieprzedłużanie postępowania oraz niewspółmierność wagi gatunkowej orzeczeń wydawanych przez komisje i opinii pojedynczych biegłych, na których musiały się opierać sądy, kontrolując merytorycznie te orzeczenia<sup>16</sup>.

W 1956 r. Trybunał Ubezpieczeń Społecznych uchwalił zasadę prawną o dopuszczalności kontroli sądowej orzeczeń komisji do spraw inwalidztwa i zatrudnienia. System rozstrzygania sporów w zakresie spraw dotyczących ubezpieczeń społecznych uległ od tego czasu istotnej ewolucji. Jednak w zakresie sporów dotyczących spraw inwalidztwa system ten, aż do czerwca 1996 r. oparty był na rozstrzygnięciu jednoinstancyjnym.

Sądy kontrolując orzeczenia KIZ-ów w praktyce

przeprowadzały dowody z opinii biegłych lekarzy. Liczba spraw, w których biegli sądowi podważali ustalenia komisji lekarskich, wahała się od 27-38%.

Szczegółowe dane w zakresie wydanych orzeczeń przez sądy a uwzględniające odwołania w zakresie ustaleń komisji lekarskich w latach 1990-1996 kształtują się następująco:

	1994 - 33,8%
1990 - 38,8%	1995 - 27,8%
1991 - 32,5%,	1996 - 28,2%
1992 - 32,2%,	
1993 - 35,5%	

W 1997 r. na wniosek Rady Nadzorczej Oddziału ZUS w Płocku dokonano analizy 100 spraw, rozpatrywanych przez sąd dotyczących inwalidztwa w okresie od 1 października 1995 r. do sierpnia 1996 r.

Sąd Wojewódzki - Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie, opierając się na opinii biegłych w 75 sprawach podzielił stanowisko komisji lekarskich /co stanowi 75%/. W 25 sprawach /25% zakwestionowanych spraw/ zmienił orzeczenia KIZ-ów.

Analiza przyczyn uchylecia orzeczeń komisji lekarskich prowadzi do następujących ustaleń:

- w 10 sprawach biegli sądowi wyrazili odmienną opinię co do istnienia inwalidztwa bądź kwalifikacji do innej grupy,

- w 9 sprawach biegli sądowi zajęli inne stanowisko w takich kwestiach, jak: data powstania inwalidztwa, związek inwalidztwa z wypadkiem przy pracy,

- w 4 przypadkach powodem zmiany ustaleń KIZ było dostarczenie nowej dokumentacji, która nie była w posiadaniu komisji lekarskich,

- w 2 sprawach wystąpiły inne przyczyny.

W świetle powyższego można przyjąć pozytywną ocenę orzeczeń wydawanych przez KIZ-y. Taki pogląd uzasadnia również fakt, że biegli sądowi - przy dokonywaniu ocen - w większym stopniu uwzględniają element biologiczny inwalidztwa, bagatelizując przesłanki ekonomiczne. Wynika to choćby z faktu braku szkolenia biegłych sądowych w zakresie przepisów orzeczniczych.

Ponadto trzeba pamiętać, że biegłym zdarzało się po prostu popełniać błędy /czasem nawet oczywiste/.

## 5. Komisje lekarskie a służba zdrowia

Dla pełnego obrazu działalności komisji lekarskich do spraw inwalidztwa i zatrudnienia, nieodzownym jest wskazanie na ich związek ze służbą zdrowia. Od strony

formalnej związek ten umożliwiała regulacja prawna zobowiązująca zespoły opieki zdrowotnej do zapewnienia KiZ-om warunków pracy oraz umożliwienia wykonania niezbędnych badań pomocniczych i specjalistycznych, a także badań szpitalnych<sup>17</sup>.

Podstawowe znaczenie miał jednak fakt, że komisje opierały się na dokumentacji lekarskiej wydawanej przez lekarzy społecznej służby zdrowia. Częstokroć wydawali ją lekarze zatrudnieni w komisjach lekarskich jako, że praca w nich stanowiła dla nich dodatkowe tylko zajęcie. Stąd też KiZ-y traktowano niekiedy jako "przedłużenie" działań służby zdrowia<sup>18</sup>.

Aleksandra Wiktorow wręcz postawiła tezę, że liczba rent inwalidzkich jest w znacznej mierze wynikiem patologii służby zdrowia<sup>19</sup>.

## Podsumowanie

Ewolucja pojęcia inwalidztwa doprowadziła do osłabienia, a często wręcz do wyeliminowania kryterium ekonomicznego przy kwalifikowaniu zainteresowanych do kategorii inwalidów.

Skład komisji lekarskich, zawężony do lekarzy określonej specjalności, jak i sieć powiązań KiZ-ów ze służbą zdrowia, były również czynnikami sprzyjającymi dokonywaniu ocen inwalidztwa według kryterium biologicznego. Tendencja ta była wzmacniana dodatkowo działalnością orzeczniczą sądów. Sprzyjało to uzyskaniu statusu rencisty. Sytuacja taka ułatwiła wzrost liczby rencistów wskutek zaistniałego zjawiska bezrobocia po 1989 r.

W woj. płockim stan ten występował w znacznie mniejszej skali, niż w innych województwach. Od 1978 r. stopniowo wzrastało obciążenie komisji lekarskich, co wynikało z tego, że status inwalidy był pożądanym także ze względów pozarentowych. Umożliwiał on uzyskanie szeregu ulg, zwolnień i innych przywilejów. Z punktu widzenia osób ubiegających się o renty inwalidzkie, znacznie większe znaczenie miała sądowa kontrola podejmowanych przez komisje orzeczeń, niż funkcjonowanie komisji wojewódzkich.

Wreszcie wskazać należy, że przez długie lata nie przywiązywano wagi do rehabilitacji leczniczej, a więc kwestii przywracania zdolności do zatrudnienia. Zasada "rehabilitacji przed rentą" torowała sobie drogę bardzo powoli. W 1990 r. pojawiała się w wymiarze hasłowym, by dopiero od 1996 r. zaistnieć jako rzeczywistość, jeszcze w trakcie wczesnego postępowania leczniczego.

## PRZYPISY:

<sup>1</sup> Dz. U. Nr 100, poz. 461.

<sup>2</sup> Dz. U. Nr 3, poz. 116. Tekst jednolity dekretu: Dz. U. 1958, Nr 23, poz. 97.

<sup>3</sup> Dz. U. Nr 3, poz. 6 z późniejszymi zmianami.

<sup>4</sup> Dz. U. 1982 Nr 40, poz. 267 z późn. zm.

<sup>5</sup> Paragraf 12 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy, Płac i Spraw Socjalnych z dnia 5 sierpnia 1983 r. /Dz. U. Nr 47,

poz. 214/.

<sup>6</sup> Tamże.

<sup>7</sup> Zob. A. Malaka, B. Moździen, T. Zylinski, *Pojecie osoby niepełnosprawnej w prawie i praktyce zakładu pracy. Inwalidztwo i rehabilitacja*, VI Zimowa Szkoła Prawa Pracy, wyd. Uniwersytet Wrocławski, Wrocław 1979, s. 279.

<sup>8</sup> W. Szubert, *Ubezpieczenie społeczne, Zarys systemu*,

PWN, Warszawa 1987 r.

<sup>9</sup> H. Pławucka, *Inwalidztwo w systemie ubezpieczeń społecznych* [w:] *Problemy rozwoju ubezpieczeń społecznych w Polsce*. Warszawa 1980.

<sup>10</sup> Zob. przypis 5.

<sup>11</sup> Zob. przypis 2.

<sup>12</sup> H. Pławucka, *Świadczenia emerytalne i rentowe* [w:] *Rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce*. Wrocław 1991 r., s. 383.

<sup>13</sup> Zob. przypis 5.

<sup>14</sup> W. Szubert, *Ubezpieczenie...* op. cit., s. 102.

<sup>15</sup> W. Muszański, *Zatrudnienie a ubezpieczenie społeczne*. Warszawa 1992, s. 192.

czne. Warszawa 1992, s. 192.

<sup>16</sup> W. Szubert, tamże, s. 282.

<sup>17</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 czerwca 1983 r. w sprawie zasad działania komisji lekarskich do spraw inwalidztwa i zatrudnienia, Dz. U. 1983 Nr 36, poz. 166.

<sup>18</sup> A. Wilmowska-Pietruszyńska, *Budowa systemu orzecznictwa lekarskiego w ubezpieczeniach społecznych w Polsce*. Warszawa 1996, s. 20.

<sup>19</sup> A. Wiktorow, *System emerytalno-rentowy. Przesłanki i możliwości reformowania*. Instytut Badań nad Gospodarką rynkową, Gdańsk 1996.