

Millican ES, Watson SK, Downes T, Gili PD: A highly discriminating octoplex short tandem repeat polymerase chain reaction system suitable for human individual identification. *Electrophoresis*, 1995; 16: 334-7.

21. Parson W, Steinlechner M: Efficient DNA database laboratory strategy for high throughput STR typing of reference samples. *Forensic Sci Int*, 2001; 22: 1-6. -22. Pawłowski R, Maciejewska A: Forensic validation of a multiplex containing nine STRs - population genetics in Northern Poland. *Int J Legal Med*, 2000; 114: 45-49. -23. Ricci U, Sani I, Guarducci S et al: Infrared fluorescent automated detection of thirteen short tandem repeat polymorphisms and one gender-determining system of the CODIS core system. *Electrophoresis*, 2000; 21: 3564-70. -24. Schneider S, Kueffer JM, Roessli D, Excoffier L: Arlequin (ver.1.0) a software environment for the analysis of population genetics data. *Genetics and Biometry Lab, University of Geneva, Switzerland*, 1997. -25. Sharma V, Litt M: Tetranucleotide repeat polymorphism at the D21S11 locus. *Hum Mol Genet*, 1992; 1: 67. -26. Sullivan KM, Mannucci A, Kimpton CP, Gili P: A rapid and quantitative DNA sex test: fluorescence-based PCR analysis of X-Y homologous gene amelogenin. *Biotechniques*, 1993; 15: 636-641. -27. Szczerkowska Z, Wysocka J, Kapińska E, Cybulska L: Genetic variation at 14 VNTR loci in the North Poland population. *Arch Med Sad Krym*, 2001; 3: 227-232. -28. Tereba A: Tools for Analysis of Population Statistics. Profiles in DNA, 1999; 3 Promega Corporation ([www.Dromeaa.com/geneticidtools/Dowerstats/](http://www.Dromeaa.com/geneticidtools/Dowerstats/)). -29. Thomson JA, Pilotti V, Stevens P, Ayres KL, Debenham PG: Validation of short tandem repeat analysis for the investigation of cases of disputed paternity. *Forensic Sci Int*, 1999; 100: 1-16. -30. Tucholska-Lenart A, Wujec J, Samborski J, Grejcz Jakubowska E: Allele frequencies for 10 STR loci in a population from central Poland. *Forensic Sci Int*, 2002; 129: 131-133.

31. Turowska B, Sanak M, Opolska-Bogusz B: Allele frequencies of 10 STR loci from the amp FISTR SGM Plus in the South Polish population. Preliminary study. *Arch. Med. Sąd Krym*, 2001; 51: 93-97. -32. Urquhart A, Oldroyd NJ, Kimpton CP, Gili P: Highly discriminating heptaplex short tandem repeat PCR system for forensic identification. *Biotechniques*, 1995; 18: 116-121. -33. Wiegand P, Bajanowski T, Brinkmann B: PCR typing of debris from fingernails. *Int J Legal Med*, 1993; 106: 81-84. -34. Zupanec Pajnic I, Sterlinko H, Balazic J, Kornel R: Parentage testing with 14 STR loci and population data for 5 STRs in the Slovenian population. *Int J Legal Med*, 2001; 114:178-80

Adres pierwszego autora:  
Zakład Medycyny Sądowej AM  
ul. Waszyngtona 13  
15-269 Białystok

**Małgorzata Chowaniec, Czesław Chowaniec**

## Uwagi do obowiązujących kryteriów orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych

### Remarks on operative regulations relating to decision making about inability to work in pension cases

Z Katedry Medycyny Sądowej Śląskiej AM w Katowicach  
Kierownik: dr hab. n. med. Z. Olszowy - profesor Śląskiej AM

W 1996 i 1997 roku w Polsce dokonano zmian ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i ubezpieczeniu społecznym oraz wprowadzono znowelizowane zasady orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych. Dla celów rentowych w miejsce zlikwidowanych grup inwalidzkich wprowadzono orzekanie oparte na stopniu niezdolności do pracy, natomiast orzekające w systemie dwuinstancyjnym komisje lekarskie ds. inwalidztwa i zatrudnienia zastąpiono lekarzami orzecznikami Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Wraz z wprowadzonymi zmianami obserwujemy zwiększony napływ spraw kierowanych przez Wydziały Pracy i Ubezpieczeń Społecznych Sądów Okręgowych do Zakładu Medycyny Sądowej ŚAM, co wymaga szerszej analizy sądowo-lekarskiej. Podjęto próbę analizy przyczyn wzrostu liczby odwołań ubezpieczonych od decyzji ZUS oraz rozbieżności stanowisk w orzekaniu o niezdolności do pracy.

In years 1996 and 1997 both the Pension Act and the Social Insurance Act were changed in Poland and as a consequence of this, all the regulations relating to decision making about the inability to work. Having suppressed the so-called disability groups, such terms as permanent or temporary inability to work were introduced. Medical boards deciding on disability were replaced by predicative physicians working for the Social Insurance Department. Recently a rise in number of cases relative to the verification of the decisions passed by the SID and sent by either employer or Social Insurance Departments of district courts to the Department of Forensic Medicine Silesian Academy in Katowice has been observed. The authors have tried to analyse the cause of a rise in the number of appeals to a decision of the SID submitted by the insured.

Słowa kluczowe: opiniowanie sądowo-lekarskie, niezdolność do pracy.

**Key words: medico-legal opinions, inability to work.**

W Polsce w 1996 i 1997 roku zostały zmienione ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym i ubezpieczeniu społecznym. Z dniem 01.09.1997 roku weszła w życie ustawa

zdn. 28.06.1996 roku o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i o ubezpieczeniu społecznym (Dz. U. Nr 100, poz. 461) oraz nowe przepisy dotyczące zasad i trybu orzekania o niezdolności do pracy do celów rentowych, zawarte w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dn. 08.08.1997 roku (Dz. U. Nr 99, poz. 612) (1, 2). Jednocześnie straciło moc rozporządzenie Ministra Pracy, Plac i Spraw Socjalnych z dn. 05.08.1983 roku w sprawie składu komisji lekarskich do spraw inwalidztwa i zatrudnienia, trybu postępowania, trybu kierowania na badanie przez te komisje oraz szczegółowych zasad ustalania inwalidztwa. (3) W miejsce dotychczas orzekających obwodowych i wojewódzkich komisji lekarskich ds. inwalidztwa i zatrudnienia wprowadzono jednoosobowe orzekanie przez lekarzy orzeczników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Lekarz orzecznik działa w oddziale ZUS i wydaje orzeczenie na wniosek organu rentowego (2). Dokonano także rozdziału orzekania dla potrzeb ubezpieczeń społecznych od systemu orzecznictwa o niepełnosprawności. Wprowadzone zmiany stanowiły jeden z istotnych elementów reformy ubezpieczeń społecznych (1).

W okresie obowiązywania nowych przepisów dotyczących orzekania o niezdolności do pracy obserwujemy zwiększony napływ spraw aktowych, kierowanych do Zakładu Medycyny Sądowej ŚAM przez Wydziały Pracy i Ubezpieczeń Społecznych Sądów Okręgowych z prośbą o wydanie opinii na okoliczność weryfikacji orzeczeń wydanych przez lekarzy orzeczników ZUS, w przypadkach wniesienia odwołania od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przez osoby ubiegające się o świadczenie.

W latach 1998-2002 spośród łącznej liczby prawie 5300 opinii wydanych przez Zakład Medycyny Sądowej ŚAM w sprawach karnych i cywilno-ubezpieczeniowych, 365 spraw dotyczyło oceny zdolności do podjęcia pracy zarobkowej. W 65 % przypadków zwracający się do nas organ procesowy dysponował już opiniami lekarskimi wydanymi przez lekarzy biegłych sądowych, zaś w 35 % spraw byliśmy pierwszym zespołem biegłych.

Po zapoznaniu się z dokumentacją lekarską zawartą w aktach rentowych ZUS oraz okazaną przez badanych i następnie po przeprowadzeniu specjalistycznych badań sądowo-lekarskich (nierzadko z udziałem kilku lekarzy klinicyistów), które w uzasadnionych przypadkach były poszerzone o badania dodatkowe (ekg wysiłkowe, spirometrię i gazometrię, badania laboratoryjne biochemiczne, badania obrazowe radiologiczne) wydaliśmy opinie, w których w 37 przypadkach uznaliśmy pełną zdolność do pracy zarobkowej i podzieliliśmy w tym względzie orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS. W 238 przypadkach stan zdrowia osób badanych i stopień inwalidztwa biologicznego uwarunkowany stopniem upośledzenia ogólnej sprawności i wydolności organizmu uzasadniał w pełni określenie częściowej okresowej bądź trwałej niezdolności do pracy. Wśród 90 przypadków, w których uznaliśmy całkowitą niezdolność do pracy, 25 osób dodatkowo było w naszej ocenie niezdolnych do samodzielnej egzystencji i wymagało opieki ze strony osób innych - czego nie uwzględniały decyzje ZUS od których wnoszone były odwołania. Dla przykładu podajemy dwa, wręcz kuriozalne orzeczenia ZUS noszące ewidentne cechy błędu medycznego orzeczniczego: 1/ lekarz orzecznik uznał za zdolnego do pracy 59-letniego mężczyznę, technika budowlanego, cierpiącego na chorobę niedokrwienną

serca, nadciśnienie tętnicze II/III<sup>o</sup>, chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa z wielopoziomową dyskopatią szyjną i lędźwiową z przewlekłym zespołem bólowym korzeniowym, jaskrę prostą obu oczu z praktyczną ślepotą oka lewego i osłabieniem ostrości wzroku okiem prawym, pourazową niestabilność kolana lewego oraz zaburzenia psychiatryczne o charakterze zespołu depresyjnego z utrwalonymi zaburzeniami osobowościowymi - potwierdzonymi dokumentacją lekarską z kilkuletniego leczenia psychiatrycznego i badaniami psychologicznymi ; 2/ kiedy po badaniu kontrolnym przeprowadzonym przez lekarza orzecznika ZUS, 34-letniego mężczyznę cierpiącego od 10 lat na ciężką postać, lekoopornej padaczki pourazowej z wyraźnymi objawami encefalopatii z charakteropatią i współistniejącym samoistnym nadciśnieniem tętniczym pochodzenia nerkowego, dotychczas inwalidę I-szej grupy - decyzją ZUS pozbawiono dodatku z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji i uznano jedynie za częściowo niezdolnego do pracy okresowo na 2 lata.

W zdecydowanej większości opiniowanych przypadków (ponad 75 %) zajmowaliśmy odmienne stanowiska aniżeli lekarze orzecznicy ZUS i kwestionowaliśmy wcześniejsze orzeczenia organu rentowego. Rozbieżności dotyczyły przede wszystkim spraw, kiedy wydane przez lekarzy orzeczników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeczenia stanowiły podstawę do odmowy prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy względnie obniżenia świadczeń rentowych tj. przyznające świadczenie jedynie z tytułu częściowej zamiast całkowitej niezdolności.

Zwrócić należy uwagę na fakt, że problem nieprawidłowości orzekania w sprawach dotyczących oceny niezdolności do pracy, bardzo częstego kwestionowania orzeczeń lekarzy orzeczników ZUS oraz odnotowany przez Wydziały Pracy i Ubezpieczeń Społecznych Sądów Okręgowych wręcz lawinowy wzrost liczby odwołań przeciwko oddziałom ZUS był wielokrotnie poruszany w mediach i szeroko komentowany na łamach prasy, radia i telewizji. Poszukując w dostępnym nam piśmiennictwie odnośnych informacji, zorientowaliśmy się że istniejące niewątpliwie problemy orzecznicze oraz częste rozbieżności stanowisk między biegłymi a lekarzami orzecznikami ZUS nie znalazły odzwierciedlenia w publikacjach fachowych. W szczególności, pomimo kilkuletniego okresu obowiązywania aktualnych regulacji prawnych brakuje szerszej analizy sądowo-lekarskiej i oceny stanu orzecznictwa cywilno-ubezpieczeniowego.

Poddając ocenie obowiązujące regulacje prawne oraz kryteria orzekania w sprawach niezdolności do pracy do celów rentowych i poszukując przyczyn tak znacznych rozbieżności między orzeczeniami lekarzy orzeczników ZUS, a stanowiskami zawartymi w naszych opiniach zwracamy uwagę na następujące kwestie, które w naszej ocenie mogą być przyczyną istniejącego stanu rzeczy.

1. Zgodnie z treścią obowiązującego Rozporządzenia, „lekarz orzecznik może wydać orzeczenie również bez badania osoby ubiegającej się o świadczenie, jeżeli posiadana dokumentacja jest wystarczająca do wydania orzeczenia”. Taki zapis stwarza niebezpieczeństwo nadużywania dopuszczalnej możliwości orzekania tylko w oparciu o dokumentację medyczną w sytuacji kiedy to wyłącznie lekarz orzekający jednoosobowo decyduje o tym, czy dokumentacja medyczna jest wystarczająca do obiektywnej oceny stanu zdrowia osoby ubiegającej się o świadczenie.

2. W przeważającym odsetku kwestionowanych przez Zakład Medycyny Sądowej ŚAM orzeczeń organu rentowego, decyzje ZUS-u były podejmowane jedynie w oparciu o rozpoznania i ich uzasadnienia postawione przez lekarza orzecznika. Wśród rozpatrywanych spraw, tylko w nielicznych przypadkach lekarze orzecznicy korzystali z przysługującego im prawa zasięgnięcia specjalistycznej opinii lekarza konsultanta. Brak niezbędnych konsultacji dotyczył zwłaszcza osób cierpiących na schorzenia neurologiczne, układowe i zaburzenia metaboliczne, układu krążenia, zakażonych wirusami B lub C zapalenia wątroby oraz dotkniętych wieloma schorzeniami narządowymi - których dopiero całościowa ocena pozwalała na obiektywne określenie faktycznego stanu zdrowia i ew. zdolności bądź niezdolności do pracy.
3. Wprowadzenie na drodze rozporządzenia administracyjnego orzekania jednoosobowego w miejsce komisji lekarskich poprzez istotny wzrost uprawnień decyzyjnych lekarza orzecznika, zwiększa ryzyko niepełnego lub wręcz błędnego rozpoznania skutkującego często krzywdzącym dla ubezpieczonego orzeczeniem, a ponadto stwarza podejrzenie sytuacji korupcyjnych.
4. Poprzez likwidację dwuinstancyjnego orzekania przez komisje lekarskie ds. inwalidztwa i zatrudnienia zdecydowanie utrudniono osobom ubiegającym się o świadczenie i nie zgadzającym się z orzeczeniem lekarza ZUS drogę odwoławczą. Konieczność w takich przypadkach skierowania odwołania do sądu powszechnego - Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych Sądu Okręgowego jakkolwiek zapewnia wszechstronne, rzetelne i sprawiedliwe rozpatrzenie sprawy, to jednak zdecydowanie wydłuża okres oczekiwania na ostateczne rozstrzygnięcie sporu.
5. Obserwowany znaczny wzrost odwołań od decyzji organu rentowego wpływających do sądów wiąże się z koniecznością powoływania szeregu biegłych lub zespołów biegłych - co przy uwzględnieniu ogólnych kosztów postępowania sądowego i wydatków związanych z wynagrodzeniem biegłych (opiniowaliśmy w sprawach, kiedy wcześniej Sąd powołał już 7 a nawet 10 biegłych z poszczególnych dyscyplin klinicznych, którzy w swoich opiniach dokonywali wyłącznie wąskospecjalistycznej oceny stanu zdrowia) stanowi w skali kraju dość poważne obciążenie finansowe skarbu państwa.
6. Analizując wydane przez Zakład Medycyny Sądowej ŚAM opinie zauważyć należy, że lekarze orzecznicy ZUS jedynie w jednostkowych przypadkach korzystali z przysługujących im uprawnień o przyznawaniu renty szkoleniowej na okres niezbędny do przekwalifikowania zawodowego ; stosunkowo rzadko - mimo istniejących uzasadnionych wskazań medycznych, orzekano o przyznaniu świadczeń rehabilitacyjnych w pełnym ich wymiarze.
7. Oceniając ewidentnie błędne orzeczenia należy wskazać na brak dostatecznej kontroli i nadzoru nad działalnością lekarzy orzeczników ZUS. Uznać należy, iż wewnętrzny nadzór formalny i merytoryczny sprawowany przez głównego lekarza orzecznika oddziału ZUS, a także naczelnego lekarza Zakładu jest niedostateczny i zasadniczo sprowadza się do akceptacji orzeczeń lekarzy orzeczników.
8. Należałoby wzmocnić kontrolę zewnętrzną orzecznictwa o niezdolności do pracy do celów rentowych, z rozważeniem powrotu do dwuinstancyjnego,

najlepiej komisyjnego orzekania przez organ rentowy.

9. Przypadki braku kompetencji, nie dolożenia należytej staranności i nieobiektywnej oceny stanu zdrowia osoby ubezpieczonej, a także wydania orzeczenia niezgodnego ze stanem faktycznym noszącego cechy błędu orzeczniczego (i nierzadko także diagnostycznego) powinny być rozpatrywane w kategoriach naruszenia Kodeksu Etyki Lekarskiej i być dostatecznym przyczynkiem dla pociągnięcia lekarza orzecznika ZUS do odpowiedzialności zawodowej.

## PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dn. 28.06.1996 roku o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i o ubezpieczeniu społecznym (Dz. U. Nr 100, poz. 461), -2. Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dn. 08.08.1997 roku w sprawie orzekania o niezdolności do pracy do celów rentowych (Dz. U. Nr 99, poz. 612), -3. Rozporządzenie Ministra Pracy, Płac i Spraw Socjalnych z dn. 05.08.1983 roku w sprawie składu komisji lekarskich do spraw inwalidztwa i zatrudnienia, trybu postępowania, trybu kierowania na badanie przez te komisje oraz szczegółowych zasad ustalania inwalidztwa (Dz. U. Nr 47, poz. 214 i z 1990 r. Nr 37, poz. 210).

Adres pierwszego autora  
Katedra Medycyny Sądowej Śląskiej AM  
ul. Medyków 18  
40-752 Katowice