

Ewa Wągrowska-Koski
Marcin Rybacki

IDENTYFIKACJA NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄCYCH PROBLEMÓW W ORZEKANIU O NIEZDOLNOŚCI DO PRACY DLA CELÓW RENTOWYCH NA PODSTAWIE DZIAŁALNOŚCI EKSPERTYZOWEJ PRZYCHODNI CHOROÓB ZAWODOWYCH W LATACH 2005–2007

IDENTIFICATION OF THE MOST COMMON PROBLEMS AND MISTAKES IN THE MEDICAL CERTIFICATION OF INABILITY TO WORK FOR DISABILITY PENSION PROVISION BASED ON THE EXPERTISE CARRIED OUT BY THE OUT-PATIENT CLINIC OF OCCUPATIONAL DISEASES, NOFER INSTITUTE OF OCCUPATIONAL MEDICINE, ŁÓDŹ, 2005–2007

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź;
Przychodnia Chorób Zawodowych

STRESZCZENIE

Wstęp: Prawna definicja niezdolności do pracy dla celów rentowych oraz zasady orzekania o niezdolności do pracy warunkującej prawo do renty uregulowane są przepisami prawa. Przyjęta formuła niezdolności do pracy zawiera zwroty ogólne, które nie precyzują szczegółowo kryteriów oceny niezdolności do pracy. Dotyczy to zarówno pojęcia utraty zdolności do pracy w znacznym stopniu, jak i kryterium posiadanych kwalifikacji zawodowych. **Cel pracy:** Identyfikacja najczęściej występujących problemów i nieprawidłowości w orzekaniu o niezdolności do pracy dla celów rentowych, które mogą być przyczyną trudności i/lub błędów diagnostyczno-orzecznicznych na podstawie działalności ekspertyzowej Przychodni Chorób Zawodowych dla Centrali ZUS w latach 2005–2007. **Materiał i metody:** Analiza 293 dokumentacji dotyczącej oceny niezdolności do pracy dla celów rentowych, w tym 61 przypadków dotyczyło następstw chorób zawodowych, 44 wypadków przy pracy i 188 chorób samoistnych. **Wyniki:** Większość badanych (66%) stanowili mężczyźni, a średni wiek badanych wynosił 49 lat. Dominującą przyczyną orzekania o niezdolności do pracy zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet były choroby układu ruchu, układu sercowo-naczyniowego i cukrzyca oraz zaburzenia psychiczne. Przegląd stanowisk orzecznicznych wydanych w ramach działalności ekspertyzowej wskazuje na istniejące rozbieżności zarówno w ocenie niezdolności do pracy, jak i jej stopnia. W 153 przypadkach stanowiska Instytutu i ZUS były zgodne, w pozostałych (47,8%) odmienne. Najwięcej różnic dotyczyło oceny niezdolności do pracy w związku z chorobą zawodową. **Wnioski:** Przyczynami trudności w postępowaniu orzecznicznym może być brak wskázówek orzecznicznych (co nie sprzyja obiektywizacji i ujednocnieniu orzecznictwa), zbytne preferowanie biologicznych (medycznych) kryteriów naruszenia sprawności organizmu, a także niedostateczne uwzględnianie w procesie orzekania elementów o charakterze zawodowym i ekonomicznym w aspekcie dalszej możliwości (zdolności) do wykonywania pracy zarobkowej. W artykule zaproponowano schemat postępowania orzeczniczego. Med. Pr. 2010;61(1):23–33

Słowa kluczowe: niezdolność do pracy, orzecznictwo, choroby zawodowe, kwalifikacje zawodowe

ABSTRACT

Background: The definition of "inability to work" and principles of medical certification of disabilities, determining the entitlement to an ill-health pension provision are regulated by law. However, the term „inability to work” is not precisely defined and the standards of its assessment are not accurately formulated. This refers not only to the term “loosing ability to work to considerable degree”, but also to the criteria of occupational qualifications. **Objectives:** The aim of this study was to identify the most common problems and mistakes in the medical certification that entitles to disability pension provision. **Materials and Methods:** The study, based on medical consultations provided for the president of the Social Insurance Company (ZUS) in the years 2005–2007, was carried out in the Out-Patient Clinic of Occupational Diseases, Nofer Institute of Occupational Medicine, Łódź. In total, 293 medical cases were analyzed, of which 61 concerned consequences of occupational diseases, 44 — accidents at work and 188 — idiopathic diseases. **Results:** Men formed the majority of the study group (66%) and the mean age of the examined individuals was 49. The predominant causes of medical certification of patient's inability to work, both in men and female, were musculoskeletal disorders, cardio-vascular diseases, diabetes and mental health problems. Significant discrepancies in the medical statements on inability to work were observed between ZUS and the Nofer Institute of Occupational Medicine. They concerned the evaluation of people's inability to work in general, as well as the degree (partial or complete) of lost capability for work. A consensus of medical statements was found in 153 cases, and differences in other 140 (47.8%) cases. Most differences were found in the evaluation of inability to work caused by consequences of occupational diseases. **Conclusions:** Lack of certification guidelines, excessive preference of medical criteria used for defining body fitness disturbances and insufficient consideration of occupational and economic aspects of certified inability to work in terms of assuming work in future) are the main reasons for difficulties in inability to work certification. The scheme of certification procedure was also suggested. Med Pr 2010;61(1):23–33

Key words: inability to work, jurisdiction, occupational diseases, occupational qualification

Adres autorów: Przychodnia Chorób Zawodowych, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera,
św. Teresy 8, 91-348 Łódź, e-mail: ewko@imp.lodz.pl, mrybacki@imp.lodz.pl
Nadesłano: 21 października 2009
Zatwierdzono: 2 listopada 2009

WPROWADZENIE

Ustawa o zawodzie lekarza zalicza do pojęcia ‘wykonywanie zawodu lekarza’, oprócz udzielania świadczeń zdrowotnych, także inne formy działalności, a wśród nich wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich. Jednym z rodzajów orzecznictwa jest orzekanie o niezdolności do pracy do celów ustalania uprawnień do świadczeń z ubezpieczenia społecznego (1). Od 1 stycznia 2005 r. orzecznictwo jest dwustopniowe — organami są lekarze orzecznicy ZUS i komisje lekarskie zakładu. Prawna definicja niezdolności do pracy do celów rentowych znajduje się w Ustawie z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, natomiast zasady orzekania o niezdolności do pracy warunkującej prawo do renty uregulowane są w Rozporządzeniu Ministra Polityki Socjalnej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy (2,3).

Zgodnie z ustawą niezdolną do pracy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania tej zdolności po przekwalifikowaniu. Definicja niezdolności do pracy wyróżnia częściową i całkowitą niezdolność do pracy. Osoba może być niezdolna do pracy:

- całkowicie — jest to osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy,
- częściowo — jest to osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.

W zależności od istnienia rokowań co do odzyskania zdolności do pracy zarówno całkowita, jak i częściowa niezdolność do pracy może mieć charakter stały lub okresowy.

Mimo że w wyniku reformy orzecznictwa nastąpiło znaczne zaostrenie kryteriów orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych, to Polska należy do rekordzistów pod względem liczby rencistów. W 2005 r. renty z tytułu niezdolności do pracy pobierało blisko 2 mln osób, co stanowi 5,2% mieszkańców naszego kraju. Pociąga to za sobą bardzo wysokie wydatki na renty. Wskaźnik wydatków państwa na ten cel zdecydowanie odbiega od wskaźników w innych krajach Europy. Przeznaczamy na nie rocznie blisko 4% PKB, czyli około 37 mld zł, podczas gdy dla porównania Czesi — 1,65% PKB, a Norwedy — 2,8% PKB. W Polsce mamy ponadto najniższy wiek odchodzenia na emeryturę i najmłodszych w Europie rencistów. Średni wiek osób pobierających rentę z tytułu niezdolności o pracy wynosi 49,1 lat (4,5).

Choć orzecznictwo lekarskie należy do trudnych i odpowiedzialnych zadań, istnieje niewiele opracowań, które mogą być pomocne w pracy lekarza orzecznika. Z kolei obowiązujące regulacje prawne charakteryzują się brakiem spójności i precyzyjności, co prowadzi do trudności w ich praktycznym stosowaniu. Przyjęta w ustawie formuła niezdolności do pracy zawiera zwroty ogólne, które nie zostały sprecyzowane w przepisach wykonawczych. Dotyczy to zarówno pojęcia utraty zdolności do pracy w znacznym stopniu, jak i kryterium posiadanych kwalifikacji zawodowych (6,7).

Przegląd ekspertyz orzecznich wydanych w Przychodni Chorób Zawodowych Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi (PChZ IMP) w ramach umowy z Centralą ZUS w Warszawie na realizację zadania „Indywidualne ekspertyzy orzecznico-lekarskie naukowo uzasadnione” wskazuje na istniejące rozbieżności zarówno w ocenie niezdolności do pracy, jak i jej stopnia.

CEL PRACY

Celem pracy była identyfikacja najczęściej występujących problemów i nieprawidłowości w orzekaniu o niezdolności do pracy dla celów rentowych, które mogą być przyczyną trudności i/lub błędów diagnostyczno-orzecznich.

Cele szczegółowe to:

- ocena zgodności stanowisk orzecznich lekarzy orzeczników ZUS i ustalonych w wyniku działalności ekspertyzowej Przychodni Chorób Zawodowych IMP dla Centrali ZUS w latach 2005–2007,
- wskazanie sposobu ujednoczenia procesu orzeczniczego.

MATERIAŁ I METODY

1. Analiza dokumentacji dotyczącej oceny niezdolności do pracy dla celów rentowych z lat 2005–2007 znajdującej się w dyspozycji Przychodni Chorób Zawodowych IMP w aspekcie:
 - struktury orzekanych osób (wiek, płeć, staż pracy, kwalifikacje zawodowe, stopień niezdolności do pracy),
 - najczęściej występujących problemów orzecznich będących przedmiotem ekspertyz,
 - zakresu informacji koniecznych do określenia stanowiska orzeczniczego zawartych w aktach ZUS,
 - oceny zgodności stanowisk orzecznich lekarzy orzeczników ZUS i ustalonych w wyniku ekspertyz.

2. Identyfikacja najczęściej występujących nieprawidłowości w orzekaniu o niezdolności do pracy dla celów rentowych mogących być przyczyną trudności i/lub błędów diagnostyczno-orzecznicznych.
3. Opracowanie schematu postępowania orzeczniczego z uwzględnieniem elementów medyczno-biologicznych i zawodowo-ekonomicznych.

WYNIKI BADAŃ I OMÓWIENIE

Analiza dokumentacji dotyczącej oceny niezdolności do pracy dla celów rentowych

W latach 2005–2007 w Przychodni Chorób Zawodowych, na zlecenie Centrali ZUS w Warszawie, opracowano 293 ekspertyzy dotyczące oceny niezdolności do pracy. Rozpatrywane sprawy wynikały z kontroli pod względem merytorycznym i formalnym orzeczeń wydanych przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie ZUS oraz zarzutu wadliwości orzeczeń zgłoszonych przez Prezesa ZUS w odniesieniu do stanowisk ustalonych w dotychczasowym postępowaniu.

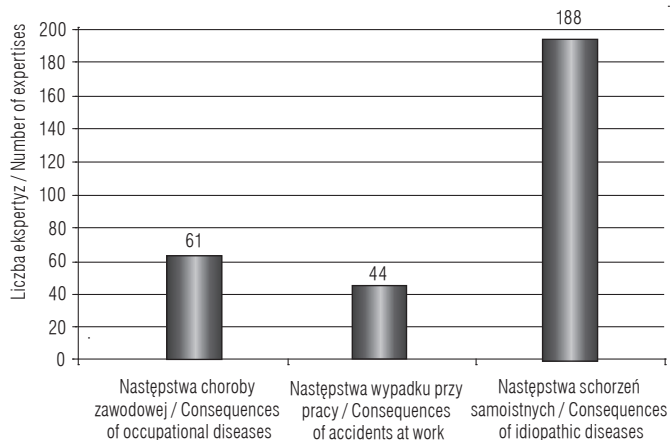
Ekspertyzy wydano na podstawie:

- analizy akt ZUS,
- badania ogólnolekarskiego z uwzględnieniem wywiadu zawodowego (poziom wykształcenia, zawód wyuczony, wykonywany, dodatkowe umiejętności, aktualne zatrudnienie),
- konsultacji specjalistycznych,
- wyników badań pomocniczych,
- danych z dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia dostarczonej (na wnioski IMP) przez badane osoby.

Wśród rozpatrywanych spraw większość (188 przypadków) stanowiły następstwa schorzeń samoistnych, a pozostałe z nich dotyczyły skutków chorób zawodowych (61 przypadków) i wypadków przy pracy (44 sprawy). Strukturę wydanych ekspertyz przedstawia rycina 1.

W grupie badanych 66,5% (195 ekspertyz) stanowili mężczyźni, kobiet dotyczyło 98 ekspertyz. Przedziały wiekowe badanych mężczyzn i kobiet były zbliżone (26–65 lat w grupie kobiet i 25–66 lat w grupie mężczyzn). Średni wiek badanych mężczyzn i kobiet wynosił 49,05 lat. Najwięcej, około 75% orzeczeń o niezdolności do pracy wydano osobom w dwóch grupach wiekowych: 45–49 r.ż. i 50–54 r.ż. Strukturę badanych według wieku przedstawiono w tabeli 1.

Średni staż pracy do czasu uzyskania świadczeń rentowych był zróżnicowany w zależności od przyczyny niezdolności do pracy. W grupie osób pobierają-



Ryc. 1. Struktura wydanych ekspertyz.

Fig. 1. Pattern of issued medical expertises.

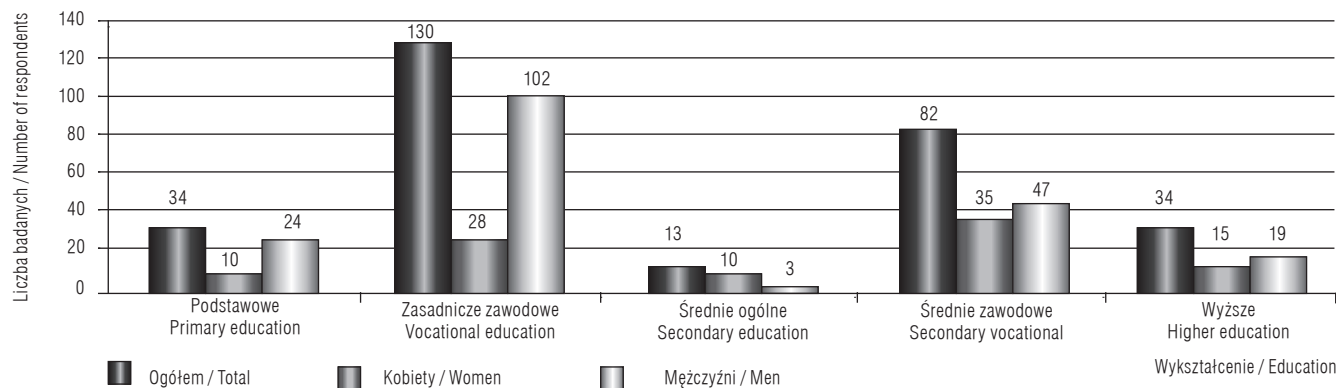
Tabela 1. Struktura badanych według płci i wieku

Table 1. The study group of cases by gender and age

Płeć Sex	Badani Respondents		Średni wiek badanych [w latach] Mean age of the group [years]
	n	%	
Kobiety / Women	98	33,5	49,0 (26–65)
Mężczyźni / Men	195	66,5	49,1 (25–66)
Ogółem / Total	293	100	49,05

cych rentę w związku z wypadkiem przy pracy wahał się od 3–25 lat. W przypadku niezdolności do pracy w związku z chorobą zawodową staż pracy był dłuższy i wynosił średnio 18 lat. Najdłuższym stażem pracy legitymowały się osoby, które stały się niezdolne do pracy z powodu następstw schorzeń samoistnych — średnio wynosił on 27 lat. Większość badanych podawała, że nie pracuje zarobkowo i utrzymuje się tylko z renty, a około 1/3 pracuje dodatkowo, najczęściej w niepełnym wymiarze czasu pracy, często też jest to praca wykonywana tylko okresowo.

Z analizy danych zawartych w aktach ZUS oraz informacji dotyczących kwalifikacji zawodowych uzyskanych z wywiadu zawodowego wynika, że większość badanych legitymowała się wykształceniem zawodowym (72,4%). W grupie mężczyzn 52,3% osób posiadało zasadnicze wykształcenie zawodowe, 24,1% średnie wykształcenie zawodowe, natomiast większość kobiet miała średnie wykształcenie zawodowe (35,7%), a 28,6% zasadnicze zawodowe. Strukturę badanych pod względem kwalifikacji zawodowych przedstawia rycina 2.



Ryc. 2. Kwalifikacje zawodowe badanych.

Fig. 2. Occupational qualifications in the analyzed group.

Wśród ekspertyz dotyczących następstw zdrowotnych chorób zawodowych 24 ekspertyzy dotyczyły kobiet, a 37 — mężczyzn. Rodzaje chorób zawodowych będące przedmiotem ekspertyz przedstawia rycina 3.

W grupie kobiet wątpliwości diagnostyczno-orzecznicze dotyczyły przede wszystkim zawodowych chorób układu ruchu i narządu głosu, natomiast u mężczyzn najczęściej problemów stwarzały pylice płuc i uszkodzenia słuchu wywołane działaniem hałasu.

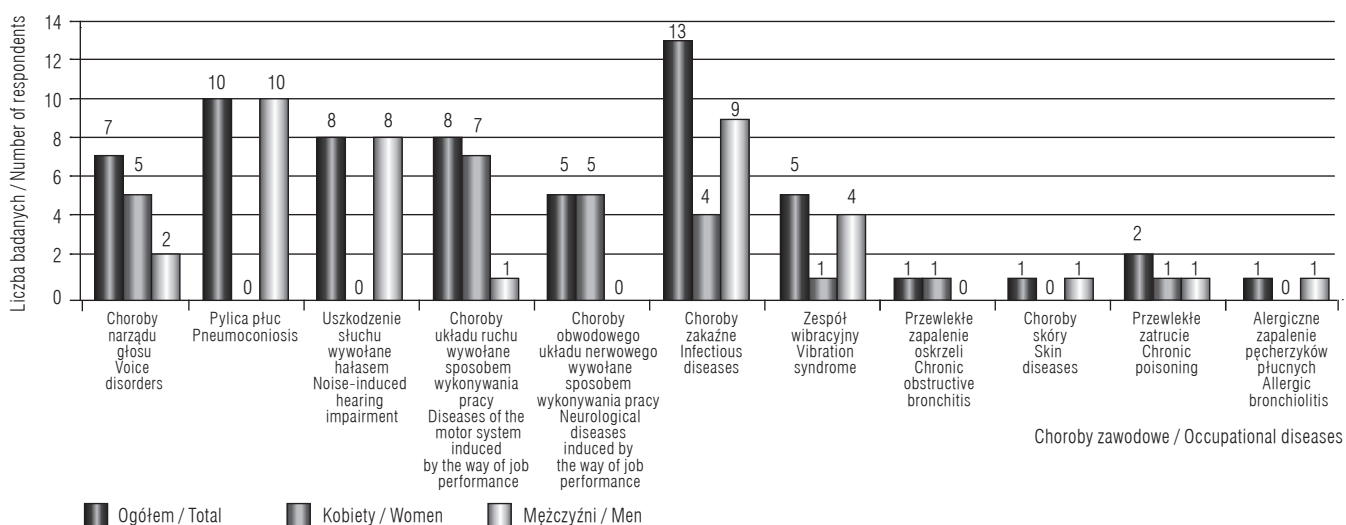
Zastrzeżenia zgłoszone do orzeczeń w związku z następstwami wypadków przy pracy dotyczyły przede wszystkim mężczyzn — 41 na 44 przypadki. Wśród obrażeń, jakich badane osoby doznały w wyniku wypadku przy pracy, przeważały urazy kręgosłupa i kończyn, w 6 przypadkach były to urazy wielonarządowe, a u 4 mężczyzn za wypadek przy pracy uznano

zawał mięśnia serca. Szczegółowe informacje dotyczące rodzaju obrażeń doznanych w wyniku wypadku przy pracy przedstawia rycina 4.

Wśród skierowań z powodu trudności diagnostyczno-orzeczniczych dotyczących schorzeń samoistnych dominowały choroby układu ruchu i układu sercowo-naczyniowego, a trzecim w kolejności problemem zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn były zaburzenia psychiczne. Najczęściej przyczyną niezdolności do pracy było kilka schorzeń.

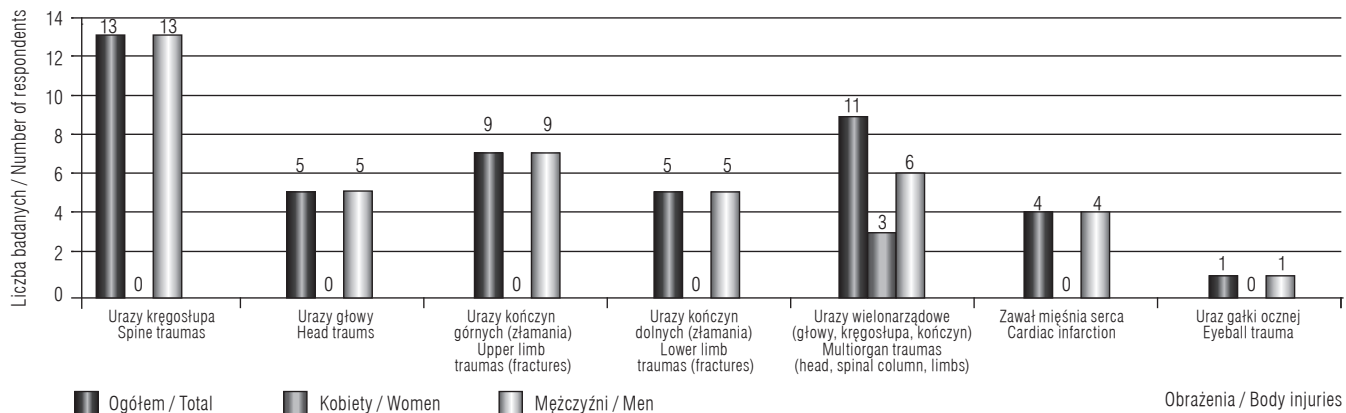
Ocena zgodności stanowisk orzeczniczych

Analiza stanowisk orzeczniczych dotyczących niezdolności do pracy wydanych przez lekarzy orzeczników i/lub komisje lekarskie ZUS, ustalonych w wyniku badań przeprowadzonych w IMP, wskazuje na istotne roz-



Ryc. 3. Choroby zawodowe stanowiące przyczynę niezdolności do pracy.

Fig. 3. Occupational diseases as a cause of inability to work.

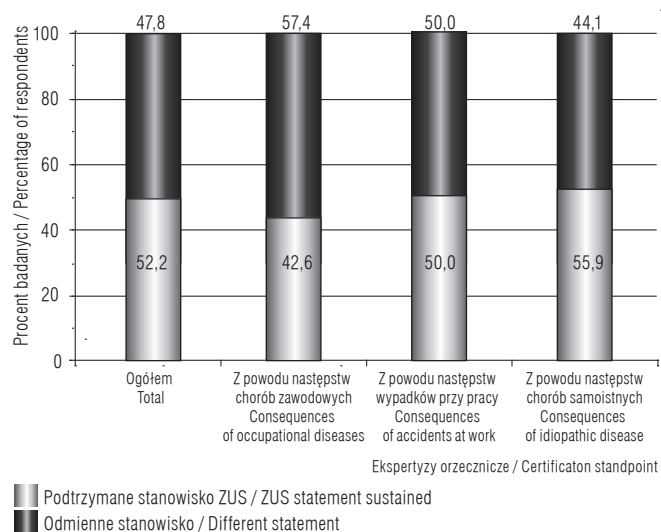


Ryc. 4. Obrażenia doznane w wyniku wypadków przy pracy.
Fig. 4. Body injuries induced by accidents at work.

bieżności. Stanowisko ZUS przedstawione w wydanych ekspertyzach podtrzymano w niewiele ponad połowę przypadkach (153 ekspertyzy, tj. 52,2%), w pozostałych (140 ekspertyz) przedstawiono odmienne stanowisko.

Największy odsetek zgodnych orzeczeń dotyczył następstw chorób samoistnych (55,9%), a najwięcej rozbieżności miało miejsce w przypadku rozpatrywania następstw chorób zawodowych. W ocenie IMP podstawy do uznania niezdolności do pracy w związku z chorobą zawodową istniały zaledwie u 26 na 61 badanych osób. Stanowiska dotyczące oceny niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy były różne w połowie przypadków. Wyniki analizy stanowisk orzeczniczych przedstawiono na rycinie 5.

Rozbieżność ocen często (łącznie w 47 przypadkach) dotyczyła sytuacji, w której ubezpieczony wnosił sprze-



Ryc. 5. Zgodność stanowisk orzeczniczych.
Fig. 5. Consensus of medical certifications of inability to work.

ciw wobec orzeczenia lekarza orzecznika ZUS o częściowej niezdolności do pracy i w wyniku ponownego badania Komisja Lekarska ZUS orzekła brak niezdolności. Wyniki badań przeprowadzonych w IMP uzasadniały podtrzymanie stanowiska lekarza orzecznika. W 20 przypadkach, w których Komisja Lekarska ZUS zmieniła ocenę lekarza orzecznika, IMP podtrzymał jej stanowisko.

Najczęstsze przyczyny różnic w orzekaniu o niezdolności do pracy dla celów rentowych mogące być przyczyną trudności i/lub nieprawidłowości diagnostyczno-orzeczniczych

Różnice w ocenie stopnia zaawansowania procesu chorobowego

Z analizy znajdujących się w aktach ZUS opisów badań przeprowadzanych przez lekarzy orzeczników w celu oceny niezdolności do pracy ubezpieczonego wynika, że jedną z przyczyn rozbieżności w stanowiskach orzeczniczych były różnice w ocenie stopnia zaawansowania procesu chorobowego.

Opinie wydane w ramach działalności ekspertyzowej w IMP były ustalane na podstawie badania podmiotowego, ze szczególnym uwzględnieniem szczegółowego wywiadu na temat początku wystąpienia dolegliwości, przebiegu leczenia (częstość wizyt, znajomość stosowanych leków), okresów poprawy i zaostrzeń choroby wymagających leczenia w warunkach szpitalnych, oraz efektów leczenia rehabilitacyjnego. W trakcie badania przedmiotowego (oprócz ogólnej oceny stanu zdrowia) przeprowadzane były konsultacje specjalistyczne i badania pomocnicze, których zakres wyznaczał rodzaj problemów zdrowotnych stanowiących

przyczynę orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych. Bardzo rzadko zdarza się, aby przyczyną tej niezdolności były następstwa jednego schorzenia, a więc w rozpatrywaniu indywidualnej sprawy nie wystarcza nawet wysokospecjalistyczna wiedza z jednej tylko dziedziny medycyny. Opinie lekarzy konsultantów mają szczególne znaczenie przy występowaniu chorób współistniejących.

Z akt ZUS wynika natomiast, że lekarze orzecznicy korzystają w ograniczonym zakresie z opinii konsultantów specjalistów i opierają się na wynikach badań dostarczonych przez zainteresowanych.

W toku postępowania diagnostyczno-orzeczniczego przeprowadzanego w IMP w przypadkach budzących wątpliwości sugerowano pogłębienie diagnostyki (obserwacja szpitalna w celu zobiektywizowania dolegliwości, potwierdzenia/wykluczenia rozpoznania, ustalenia wskazań do leczenia operacyjnego, zmiany dotychczasowej terapii).

Niepełne dane we wniosku o wydanie orzeczenia

W postępowaniu orzeczniczym w IMP szczególną uwagę poświęcano danym dotyczącym pracy zawodowej — wykształcenia, wyuczonego i wykonywanego zawodu, dodatkowych uprawnień i kwalifikacji. Z akt ZUS wynika, że zgodnie z obowiązującymi przepisami do wniosku o wydanie orzeczenia dołącza się informacje dotyczące rodzaju i charakteru dotychczas wykonywanej pracy oraz poziomu wykształcenia, które powinny być uzyskane od pracodawcy i umieszczone w formularzu wywiadu zawodowego. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują jednak, że w większości przypadków dane te są przekazywane w ograniczonym zakresie, zdarza się, że brak jakichkolwiek danych, co może być przyczyną niedostatecznej wiedzy organów orzekających o kwalifikacjach zawodowych, a co za tym idzie błędów orzecznich.

Uzyskanie szczegółowych informacji o kwalifikacjach zawodowych i ich wykorzystanie do oceny stopnia niezdolności jest niezbędne dla prawidłowego postępowania orzeczniczego, ponieważ z definicji ustawowej wynika, że podstawą przyznania świadczeń rentowych jest utrata zdolności do pracy zarobkowej i brak możliwości odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu.

Niepełna ocena zdolności do pracy

W ocenie niezdolności do pracy istotne jest nie tylko zidentyfikowanie problemów medyczno-biologicznych, ale przede wszystkim ocena naruszenia sprawności

organizmu. Samo ustalenie rozpoznania klinicznego choroby podstawowej i chorób współistniejących bez oceny stopnia upośledzenia funkcji narządu/układu jest zatem niewystarczające. Przyczyną nieprawidłowości orzecznich może być również przypisywanie nadmiernego znaczenia wynikom badań pomocniczych, szczególnie technikami obrazowania — tomografią komputerową (CT) i rezonansem magnetycznym (MR), przy braku zmian w badaniu przedmiotowym. Istotna jest potencjalna możliwość wykonywania zatrudnienia przy uwzględnieniu stopnia naruszenia sprawności organizmu oraz możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji.

WNIOSKI

Wyniki przeprowadzonych badań upoważniają do wskazania następujących mankamentów przepisów prawa i procedur orzecznictwa o niezdolności do pracy dla celów rentowych:

1. Ustawa i przepisy wykonawcze nie precyzują szczegółowo kryteriów oceny niezdolności do pracy dla celów rentowych. Nieprecyzyjność sformułowań dotyczy przede wszystkim pojęcia częściowej niezdolności do pracy. Wątpliwości dotyczą interpretacji sformułowań „utrata w znacznym stopniu zdolności do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami” (w stopniu większym niż 50%?) oraz „niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie” (wyuczonym, czy praktycznie nabytym poprzez długotrwałe wykonywanie?).
2. W postępowaniu diagnostyczno-orzeczniczym zwraca uwagę zbytne preferowanie biologicznych (medycznych) kryteriów naruszenia sprawności organizmu, natomiast niedostateczne uwzględniane są elementy o charakterze zawodowym i ekonomicznym — w aspekcie dalszej możliwości (zdolności) wykonywania pracy zarobkowej.
3. Istotna jest potencjalna możliwość wykonywania zatrudnienia przy uwzględnieniu stopnia naruszenia sprawności organizmu oraz możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji.
4. Brak możliwości wykonywania dotychczasowej pracy nie jest wystarczający do stwierdzenia częściowej niezdolności do pracy, w sytuacji gdy jest możliwe podjęcie innej pracy w swoim zawodzie albo po przekwalifikowaniu zawodowym.
5. Zalecenia dotyczące ograniczenia zatrudnienia bądź zmiany stanowiska pracy mające charakter profilaktyczny nie stanowią jeszcze o niezdolności do pracy.

6. Sam fakt, że pracownik nie może pracować nadal na danym stanowisku pracy bądź w określonych warunkach, w których mogłoby dojść do progresji jego schorzenia, przy zachowaniu zdolności do pracy na innym stanowisku, nie oznacza niezdolności do pracy w stopniu znacznym, zwłaszcza w przypadku pracownika fizycznego (np. tokarz, ślusarz, górnik).
7. Taka sytuacja powinna oznaczać zalecenia dla służb z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, pracodawcy w postaci np. zmiany stanowiska pracy czy dostosowania stanowiska pracy do potrzeb pracownika (a nie odwrotnie).
8. Przy orzekaniu o niezdolności do pracy z tytułu następstw choroby zawodowej sam fakt istnienia choroby zawodowej u ubezpieczonego nie uzasadnia przyznania mu prawa do renty z tego tytułu, nawet wówczas, gdy pobierał on takie świadczenie wcześniej.
9. Przyznanie renty okresowo oznacza, że przewiduje się możliwość odzyskania zdolności do pracy. W przypadku renty okresowej jednym z jej celów jest przyznanie prawa do tego świadczenia po to, aby ubezpieczony w okresie pobierania renty mógł odbyć proces leczniczy i rehabilitacyjny, który na tyle usprawni funkcje organizmu (ograniczone z powodu choroby), że będzie mógł podjąć pracę zgodną z jego kwalifikacjami bądź przekwalifikować się do innej pracy. Często takim dowodem poprawy sprawności organizmu jest wykonywanie przez niego innej pracy, w pełnym wymiarze czasu pracy, w trakcie pobierania świadczeń rentowych, i niekorzystanie ze „zwolnień lekarskich” w tym okresie.
4. Choroby i wypadki niezawodowe, którym ze względu na ich etiologię nie można zapobiegać w miejscu pracy.
Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że około jednej czwartej globalnego obciążenia chorobami przypada na populację pracującą, co prowadzi do upośledzenia zdolności do pracy (8). W 2000 roku 27% pracujących w krajach Unii Europejskiej oraz w 2001 roku 40% pracujących w krajach kandydujących do Unii uważało, że praca stwarza odczuwalne ryzyko dla ich zdrowia. W Unii większość z nich wiązała z pracą takie dolegliwości, jak bóle kręgosłupa (33%), stres psychiczny (28%), ogólne zmęczenie (23%), bóle mięśni karku i barków (23%), a w krajach kandydujących większość pracujących skarżyło się na ogólne zmęczenie (41%), bóle kręgosłupa (34%), stres (29%), bóle mięśni karku i ramion (24%) (9,10).
Niezdolność do pracy w następstwie złego stanu zdrowia, podobnie jak w innych państwach europejskich, jest istotnym problemem również i w Polsce, i prowadzi do wysokiego odsetka rent inwalidzkich oraz wczesnych przejść na emeryturę.
Liczba osób otrzymujących rentę w Polsce z tytułu niezdolności do pracy z powodów zdrowotnych na 1000 pracujących jest znacznie wyższa niż w innych krajach europejskich. Powody zdrowotne, dla których tak dużo ludzi w naszym kraju jest rencistami nie mają uzasadnienia. Jest wiele krajów o bardzo podobnym poziomie rozwoju i wszystkich czynnikach związanych z systemem ochrony zdrowia, w których liczba rencistów jest dużo mniejsza. Według danych ZUS częstość przyznawania rent inwalidzkich w ostatnich latach istotnie zmalała, jednak nadal jest znacznie większa niż w wielu innych państwach europejskich. Spadek liczby rencistów to skutek reformy systemu orzekania o rentach wdrożonego w 1999 roku, która zaostrzyła reguły przyznawania tych świadczeń, oraz zamiany renty na emeryturę osobom osiągającym wiek emerytalny (4,5).

Zasady postępowania orzeczniczego o niezdolności do pracy dla celów rentowych z uwzględnieniem elementów medyczno-biologicznych i zawodowo-ekonomicznych

Zdolność do pracy może być upośledzona lub całkowicie uniemożliwiona przez:

1. Choroby lub wypadki zawodowe.
2. Choroby parazawodowe (choroby związane z pracą, gdzie czynnik środowiska pracy jest samodzielnie niewystarczający do wywołania choroby lecz zwiększa działanie przyczyn spoza tego środowiska).
3. Choroby i wypadki niezawodowe, którym jednak można zapobiegać w miejscu pracy lub które dzięki wczesnemu rozpoznaniu można skutecznie wyleczyć lub ograniczyć ich szkodliwy wpływ na zdolność do pracy (np. rak płuc u palacza tytoniu, rak piersi, choroba wieńcowa).

Zgodnie z obowiązującymi przepisami przy ocenie stopnia i trwałości niezdolności do pracy oraz rokowania co do odzyskania zdolności do pracy należy uwzględnić:

- stopień naruszenia sprawności organizmu oraz możliwość przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji,
- możliwość wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej pracy oraz celowość przekwalifikowania zawodowego, z wzięciem pod uwagę rodzaju i charakteru dotychczas wykonywanej pracy, poziomu wykształcenia, wieku i predyspozycji psychofizycznych.

Do oceny stopnia upośledzenia funkcji i naruszenia sprawności organizmu można wykorzystać elementy Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning, Disability and Health — ICF) (11).

Dla potrzeb orzecznictwa o niezdolności do pracy i możliwości przekwalifikowania zawodowego istotne są następujące sfery Aktywności i Uczestnictwa według ICF:

1. Uczenie się i stosowanie wiedzy:

- celowe wykorzystywanie zmysłów (np. patrzenie/oglądanie, słuchanie, dotykanie),
- nauka czytania / czytanie,
- nauka pisania / pisanie,
- nauka liczenia / liczenie / arytmetyka,
- rozwiązywanie problemów.

2. Porozumiewanie się:

- odbiór komunikatów werbalnych,
- odbiór komunikatów niewerbalnych,
- mówienie,
- generowanie komunikatów niewerbalnych (w tym posługiwanie się językiem migowym u osób niesłyszących),
- rozmawianie.

3. Mobilność/poruszanie się:

- zmiana pozycji ciała,
- prawidłowe wykorzystanie ręki (unoszenie, chwytanie),
- utrzymywanie pozycji stojącej,
- chodzenie,
- podnoszenie i przenoszenie przedmiotów,
- przemieszczanie się przy użyciu sprzętu pomocniczego,
- korzystanie ze środków transportu.

4. Samoobsługa:

- dbanie o higienę osobistą (np. mycie się, czesanie, korzystanie z toalety itd.),
- spożywanie posiłków stałych i płynnych,
- ubieranie się,
- dbanie o własne zdrowie,
- dbanie o własne bezpieczeństwo.

5. Kontakty społeczne:

- umiejętność nawiązywania i podtrzymywania kontaktu z innymi ludźmi (członkami najbliższej rodziny i obcymi),
- zdolność rozumienia norm i reguł życia społecznego oraz ich stosowanie,
- umiejętność tworzenia i utrzymywania więzi (rodzinnych, towarzyskich),
- kontrola emocjonalna w kontaktach społecznych.

Lekarze orzecznicy ZUS i lekarze członkowie komisji lekarskich zakładu aby móc wydawać orzeczenia o niezdolności do pracy, powinni posiadać wiedzę dotyczącą definicji zawodu i kwalifikacji zawodowych, a także wiedzę o wymaganym wykształceniu potrzebnym do wykonywania określonego zawodu (7).

Głównymi przyczynami wcześniejszej niezdolności do pracy są:

- choroby układu krążenia,
- choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej,
- zaburzenia psychiczne.

Schorzenia wymienione w dwóch pierwszych punktach należą do grupy tzw. chorób parazawodowych, w których zawodowe czynniki ryzyka mogące przyspieszać lub nasilać rozwój choroby, a w konsekwencji powodować ograniczenie zdolności do pracy. Badania wykazały, że tylko co piąta osoba leczona z powodu choroby zwyrodnieniowej stawów i co druga z powodu choroby układu krążenia (nadciśnienie tętnicze i choroba niedokrwienna serca) jest nadal aktywna zawodowo (12,13).

Z uwagi na rozległość zjawiska, jakim jest częste występowanie tych schorzeń w populacji ogólnej, należy tę grupę pracowników otoczyć szczególną opieką już we wczesnym okresie zachorowania. Jednym z ważniejszych elementów tej opieki powinno być poszukiwanie miejsc pracy dostosowanych do zmienionych przez chorobę możliwości pracownika, a także podejmowanie prób przekwalifikowania się pracownika.

Do zawodowych czynników ryzyka zespołów bólowych dolnego odcinka pleców (low back pain — LBP) należą:

- praca w pozycjach wymuszonych — powodujących przeciążenia statyczne,
- dźwiganie dużych ciężarów w niekorzystnych pozycjach (na wyciągniętych rękach, w pochyleniu ze skrzyżowaniem tułowia, unoszeniem ciężkich przedmiotów ponad głowę),
- praca w zmiennych, niekorzystnych warunkach atmosferycznych,
- posługiwanie się narzędziami przedłużającymi niekorzystnie dźwignie rąk i zmuszającymi do pracy w przodopochyleniu (widły, łopaty, grabie, motyki),
- praca przy maszynach będących źródłem wibracji ogólnej i wstrząsów (kombajny, ciągniki),
- niedostosowanie ergonomiczne stanowiska pracy do wykonywanych czynności zawodowych.

Dolegliwości ze strony kończyn górnych, barków i szyi mogą nasilać:

- duży wysiłek fizyczny,
- wymuszona pozycja ciała (z uniesionymi kończynami górnymi, w zgięciu w stawach łokciowych bez podparcia),
- narażenie na wibrację miejscową,
- oddziaływanie siły ciężenia,
- wilgotny i zimny mikroklimat,
- powtarzalne w długich przedziałach czasowych ruchy monotypowe obciążające ograniczone grupy mięśniowe (praca przy taśmie, przenoszenie przedmiotów).

Wśród zawodowych czynników ryzyka mogących przyspieszać lub nasilać rozwój chorób układu krążenia należy wymienić:

- nadmierny wysiłek fizyczny zwiększający zapotrzebowanie mięśnia sercowego na tlen,
- pracę zmianową zakłócającą rytm biologiczny (praca nocna),
- czynniki psychospołeczne (stres, nadmierne obciążenie pracą, znaczna odpowiedzialność zawodowa, złe stosunki interpersonalne),
- narażenie na chemiczne czynniki kardi toksyczne (dwusiarczek węgla, tlenek węgla, ołów, nitraty — nitrogliceryna, alifatyczne nitraty, dinitroglukol etylenowy).

Do oceny możliwości wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej można wykorzystać informacje dotyczące klasyfikacji zawodów zawarte w Rozporządzeniu Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 8 grudnia 2004 roku w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (14). W rozporządzeniu rozróżniono następujące pojęcia:

- zawód — to zbiór zadań (zespół czynności) wyodrębnionych w wyniku społecznego podziału pracy, wykonywanych stale lub z niewielkimi zmianami przez poszczególne osoby i wymagających odpowiednich kwalifikacji (wiedzy i umiejętności), zdobytych w wyniku kształcenia lub praktyki;
- specjalność — jest wynikiem podziału pracy w ramach zawodu, zawiera część czynności o podobnym charakterze, wymagających pogłębionej lub dodatkowej wiedzy i umiejętności, zdobytych w wyniku dodatkowego szkolenia lub praktyki;
- umiejętność — jest to sprawdzona możliwość wykonania odpowiedniej klasy zadań w ramach zawodu (specjalności).
- kwalifikacje zawodowe — układy wiedzy i umiejętności wymagane do realizacji składowych zadań zawodowych.

Klasyfikacja zawodów i specjalności zawarta w rozporządzeniu została opracowana na podstawie Międzynarodowego Standardu Klasyfikacji Zawodów ISCO-88, przyjętego na XIV Międzynarodowej Konferencji Statystyków Pracy w Genewie w 1987 roku oraz jego nowej edycji z 1994 roku, tzw. ISCO-88 (COM), dostosowanej do potrzeb Unii Europejskiej. Uwzględniono w niej cztery poziomy kwalifikacji zdefiniowane w odniesieniu do poziomów wykształcenia określonych w Międzynarodowej Klasyfikacji Standardów Edukacyjnych (ISCED 97) przyjętej na 29. sesji UNESCO w 1997 roku.

Najważniejszym czynnikiem decydującym, jak dany zawód sklasyfikować, są wymagane kwalifikacje niezbędne do wykonywania zadań i obowiązków:

- pierwszy poziom kwalifikacji (kwalifikacje elementarne) — odniesiono do pierwszego poziomu wykształcenia ISCED, uzyskiwanego w szkole podstawowej;
- drugi poziom kwalifikacji — odniesiono do drugiego poziomu wykształcenia ISCED, uzyskiwanego w gimnazjum oraz do trzeciego poziomu wykształcenia ISCED, uzyskiwanego w liceum ogólnokształcącym, liceum profilowanym i zasadniczej szkole zawodowej;
- trzeci poziom kwalifikacji — odniesiono do czwartego poziomu wykształcenia ISCED, uzyskiwanego w szkole policealnej oraz do trzeciego poziomu wykształcenia ISCED, uzyskiwanego w technikum;
- czwarty poziom kwalifikacji — odniesiono do piątego poziomu wykształcenia ISCED, uzyskiwanego na studiach wyższych zawodowych, studiach magisterskich i studiach podyplomowych oraz do szóstego poziomu wykształcenia ISCED, uzyskiwanego na studiach doktoranckich.

Dokonano podziału prac na:

1. Fizyczną — kryterium jest ciężkość pracy (lekka, średnio ciężka, ciężka, bardzo ciężka), a miarą ciężkości jest wydatek energetyczny w kJ na zmianę roboczą dla kobiet i mężczyzn.
2. Związaną z obciążeniem umysłowym-niemierzalna, istotna jest sprawność psychofizyczna (decyzyjność, odpowiedzialność, przetwarzanie informacji, koncentracja uwagi, stała gotowość do działania).
3. Związaną z narażaniem życia i/lub zdrowia własnego, innych ludzi, z wysokim obciążeniem psychicznym, obsługa urządzeń wymagających pełnej sprawności psychoruchowej.

W ocenie możliwości wykonywania pracy zgodnej z kwalifikacjami należy również uwzględnić to,

że wykonywanie określonych czynności czy podjęcie wielu rodzajów działalności zostało uregulowane odrębnymi przepisami prawa i uwarunkowane posiadaniem odpowiedniej koncesji, pozwolenia czy uprawnienia, a jednym z warunków ich uzyskania jest poddanie się badaniu lekarskiemu oraz przedstawienie orzeczenia lekarskiego (15,16).

Przykładem takich badań mogą być badania osób:

- ubiegających się o prawo jazdy i badania kontrolne kierowców pojazdów uprzywilejowanych, kierujących tramwajem oraz instruktorów i egzaminatorów przeprowadzane na podstawie Ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (17),
- kierowców wykonujących transport drogowy na podstawie Ustawy z dnia 6 września 2001 r. o transporcie drogowym (18),
- wykonujących czynności inspektora transportu drogowego na podstawie Ustawy z dnia 6 września 2001 r. o transporcie drogowym (18),
- ubiegających się i posiadających licencję pracownika ochrony fizycznej na podstawie Ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o ochronie osób i mienia (19),
- ubiegających się o pozwolenie na broń i posiadających je na podstawie Ustawy z dnia 21 maja 1999 r. o broni i amunicji (20).

Proponowany schemat postępowania orzeczniczego

Na podstawie powyższych danych można wskazać elementy, jakie powinny być uwzględnione w postępowaniu orzeczniczym o niezdolności do pracy dla celów rentowych:

1. Postawienie diagnozy w oparciu o wiedzę medyczną.
2. Ocena wynikających z niej skutków w sferze zawodowej — konieczna znajomość zagadnień pozamedycznych:
 - warunki wykonywania dotychczasowej pracy,
 - wymagania zdrowotne (fizyczne i psychiczne), jakie stawiają różne stanowiska, prace i zawody,
 - przepisy prawa zawierające standardy orzecznicze.

Proponowany schemat postępowania orzeczniczego:

1. Elementy medyczno-biologiczne
 - charakter i przebieg procesów chorobowych — identyfikacja problemu(ów) zdrowotnego(ych), ocena dokumentacji medycznej;
 - badanie podmiotowe, przedmiotowe — stan czynnościowy organizmu, sprawność psychofizyczna organizmu, stopień przystosowania do ubytków anatomicznych, skutków choroby —

ograniczenie funkcjonalne sprawności lub aktywności życiowej;

- weryfikacja informacji — ograniczone zaufanie.
2. Elementy zawodowo-ekonomiczne
 - posiadane kwalifikacje, wiek, poziom wykształcenia, zawód (wyuczony, wykonywany ostatnio/najdłużej w okresie aktywności zawodowej);
 - warunki pracy i rodzaj wykonywanych czynności, możliwość dalszego wykonywania dotychczasowej pracy;
 - możliwość przywrócenia zdolności do pracy poprzez leczenie, rehabilitację lub przekwalifikowanie zawodowe.
 3. Ustalenie niezdolności do pracy (stopień, czas trwania, związek przyczynowy z określonymi okolicznościami).

PIŚMIENNICTWO

1. Kubicki L.: Prawo medyczne. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2003
2. Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jednolity). DzU z 2004 r. nr 39, poz. 353 z późn. zm.
3. Rozporządzenie Ministra Polityki Socjalnej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy. DzU z 2004 r. nr 273, poz. 2711
4. Wilmowska-Pietruszyńska A.: Zabezpieczenie społeczne niepełnosprawności. Lek. Med. Pr. 2004;1:7–13
5. Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Adres: <http://www.zus.pl>
6. Wilmowska-Pietruszyńska A.: Orzecznictwo lekarskie dla lekarzy oraz studentów wydziałów lekarskich i oddziałów stomatologii akademii medycznych. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2001
7. Standardy orzecznictwa lekarskiego ZUS. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2007, ss. 7–12
8. World Health Organization: The World Health Report 2002. Reducing Risks, promoting Healthy Life. WHO, Geneva 2002
9. Paoli P., Merllii D.: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Working conditions in candidate countries and the European Union, 2002 [cytowany 21 października 2009]. Adres: <http://www.eurofound.eu.int/working/working.htm>
10. Barański B., Nosko J.: Zintegrowane zarządzanie zdrowiem i bezpieczeństwem w miejscu pracy. Materiały z konferencji: Ochrona zdrowia pracujących u progu II dekady XXI wieku — kierunki rozwoju i zagrożenia. 10–12 grudnia 2008, Dębowa Góra k. Płocka, Polska

11. Kryteria kwalifikujące do niepełnosprawności oraz procedury postępowania — materiały szkoleniowe dla lekarzy. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2006, ss. 42–48
 12. Jędryka-Góral A., Bugajska J., Łastowiecka E., Michalak J.M., Kochmański M., Najmiec A.: Work activity and ability in ageing patients suffering from chronic cardiovascular diseases. Assessment and promotion of work ability, health and well-being of ageing workers. *Int. Congr. Ser. (Elsevier)* 2005;1280:190–195
 13. Szubert Z., Sobala W.: Current determinations of early retirement among blue collar workers in Poland. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health* 2005;18(2):177–184
 14. Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 8 grudnia 2004 roku w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania. DzU z dnia 16 grudnia 2004 r. nr 265, poz. 2644
 15. Wągrowaska-Koski E.: Najczęstsze problemy powodujące trudności diagnostyczno-orzecznicze w sprawach o niezdolność do pracy w świetle materiałów Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi (materiały niepublikowane). Seminarium zorganizowane przez ZUS (oddział w Wałbrzychu) i Dolnośląską Izbę Lekarską. 28 września 2007, Wałbrzych, Polska
 16. Tadańczyk E., Wągrowaska-Koski E.: Najczęstsze problemy diagnostyczno-orzecznicze w sprawach o niezdolność do pracy dla celów rentowych na podstawie materiałów Przychodni Chorób Zawodowych Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi (materiały niepublikowane). Konferencja Naukowa „Zdolność do pracy wczoraj, dziś i jutro”. 11–14 czerwca 2008, Jeseník, Czechy
 17. Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym. Tekst jednolity DzU z 2005 r. nr 108, poz. 908 ze zm.
 18. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o transporcie drogowym. Tekst jednolity DzU z 2007 r. nr 125, poz. 874 ze zm.
 19. Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o ochronie osób i mienia. DzU z 1997 r. nr 114, poz. 740 ze zm.
 20. Ustawa z dnia 21 maja 1999 r. o broni i amunicji. Tekst jednolity DzU z 2004 r. nr 52, poz. 525
-
- Praca przygotowana w ramach tematu finansowanego ze środków na działalność statutową IMP 11.3/2008. pt. „Identyfikacja najczęściej występujących problemów w orzekaniu o niezdolności do pracy dla celów rentowych na podstawie działalności ekspertyzowej Przychodni Chorób Zawodowych dla Centrali ZUS w latach 2005–2007. Ocena zgodności stanowisk orzeczniczych Lekarzy orzeczników ZUS i ustalonych w wyniku ekspertyz”. Kierownik tematu: dr n. med. Ewa Wągrowaska-Koski.