

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Polityki
Społecznej
i Rodziny**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
RYNKU PRACY
(NR 7)
z dnia 25 czerwca 2025 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Polityki Społecznej i Rodziny – podkomisji stałej do spraw rynku pracy (nr 7)

25 czerwca 2025 r.

Podkomisja stała do spraw rynku pracy, obradująca pod przewodnictwem poseł **Joanny Frydrych (KO)**, przewodniczącej podkomisji, zapoznała się:

– z informacją na temat funkcjonowania oraz planowanych zmian w zakresie systemów orzecznictwa lekarskiego.

W posiedzeniu udział wzięli: **Łukasz Krason** sekretarz stanu w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wraz ze współpracownikami, **Karina Szewczyk** zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji wraz ze współpracownikami, gen. bryg. rez. dr n. med. **Piotr Dziegielewski** zastępca dyrektora Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej wraz ze współpracownikami, **Ernest Nasternak** zastępca dyrektora Departamentu Oświaty i Polityki Społecznej Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi, **Anna Iżak** zastępca przewodniczącej Centralnej Komisji Lekarskiej Zakładu Emerytalno-Rentowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, **Joanna Zowczak-Krajewska** pełniąca obowiązki wicedyrektor Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Najwyższej Izby Kontroli wraz ze współpracownikami, **Piotr Winciunas** dyrektor Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wraz ze współpracownikami, prof. dr hab. med. **Łukasz Wicherek** naczelny lekarz Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego wraz ze współpracownikami, prof. dr n. med. **Beata Janas** kierownik Zespołu Służby Medycyny Pracy i Bezpieczeństwa i Higieny Pracy Centralnego Zarządu Służby Więziennej, płk **Tomasz Owczarek** przewodniczący Centralnej Wojskowej Komisji Lekarskiej oraz **Grzegorz Steć** radca prawny w Wydziale Prawno-Legislacyjnym w Biurze Rzecznika Małych i Średnich Przedsiębiorców.

W posiedzeniu udział wziął pracownik Kancelarii Sejmu: **Jolanta Boratyn-Dąbkowska**, **Damian Norwiński** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł **Joanna Frydrych (KO)**:

Dzień dobry. Bardzo serdecznie witam państwa. Myślę, że możemy już zaczynać, jest pięć minut po czasie. Myślę, że już chyba wszyscy dotarli.

Szanowni państwo, otwieram 7. posiedzenie podkomisji stałej do spraw rynku pracy.

Witam państwa posłów oraz wszystkich gości biorących udział w dzisiejszym posiedzeniu. Bardzo serdecznie witam przedstawicieli Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w osobie pana Łukasza Krasonia, sekretarza stanu, pełnomocnika rządu do spraw osób niepełnosprawnych. Witam przedstawicieli Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, panią Karinę Szewczyk, zastępcę dyrektora Departamentu Zdrowia, oraz panią Urszulę Młynarczyk, zastępcę dyrektora Zakładu Emerytalno-Rentowego, panią Annę Iżak, zastępcę przewodniczącej Centralnej Komisji Lekarskiej w Warszawie.

Witam przedstawicieli Ministerstwa Obrony Narodowej, pana Piotra Dziegielewskiego, generała brygady rezerwy, doktora nauk medycznych, zastępcę dyrektora Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia. Witam przedstawicieli Ministerstwa Sprawiedliwości, panią Beatę Janas, profesor doktor nauk medycznych, kierownik Zespołu Służby Medycyny Pracy i Bezpieczeństwa i Higieny Pracy Centralnego Zarządu Służby Więziennej.

Bardzo serdecznie witam przedstawicieli Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, pana Piotra Winciunasa, dyrektora Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego, oraz panią Ewę Nurzyńską, wicedyrektor Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego.

Witam przedstawicieli Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, pana Łukasza Wicherka, profesora doktora habilitowanego, naczelnego lekarza KRUS, oraz pana Adama Salikiera – nie wiem, czy dobrze odmieniam, przepraszam – dyrektora Biura Organizacyjno-Prawnego. Witam serdecznie przedstawiciela Biura Rzecznika Małych i Średnich Przedsiębiorców w osobie pana Grzegorza Stecia, radcy prawnego w Wydziale Prawno-Legislacyjnym.

Witam przedstawicieli Najwyższej Izby Kontroli, panią Joannę Zowczak-Krajewską, wicedyrektor Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny, oraz panią Annę Marszałek-Rochowicz, doradcę ekonomicznego w Departamencie Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny.

Witam bardzo serdecznie przedstawiciela Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi, pana Ernesta Nasternaka, zastępcę dyrektora Departamentu Oświaty i Polityki Społecznej. Wszystkich, których nie wymieniałam, witam równie serdecznie.

Szanowni państwo, porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje zapoznanie się z informacją na temat funkcjonowania oraz planowanych zmian w zakresie systemów orzecznictwa lekarskiego. Dzisiejszy temat, potrzeba zwołania posiedzenia podkomisji w tym temacie wyniknęła z wielu pism, które wpływają do Komisji, do naszych klubów oraz biur poselskich także od osób z niepełnosprawnościami. Dotyczą one problematyki związanej z tym, że osoby muszą stawać na wiele komisji, żeby uzyskać prawa do różnych świadczeń. W związku z tym dzisiejsza dyskusja. Nasi goście będą referować w tym zakresie. Przewidziane są referaty pana ministra rodziny, pracy i polityki społecznej, ministra spraw wewnętrznych i administracji, ministra obrony narodowej, ministra sprawiedliwości, ministra rolnictwa i rozwoju wsi, prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

Czy są uwagi do porządku? Nie słyszę, nie widzę. Stwierdzam zatem, że podkomisja przyjęła porządek dzisiejszego posiedzenia.

Przechodzimy zatem do realizacji dzisiejszego porządku. Bardzo proszę w pierwszej kolejności pana ministra Łukasza Krasonia o przedstawienie informacji w tym zakresie. Dziękuję.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Łukasz Krason:

Dzień dobry państwu.

Chyba zacznę od końca tego, co chciałem powiedzieć jeszcze chwilę temu, gdyż pani przewodnicząca zreferowała bolączki naszego systemu, to, o czym do państwa, do Komisji, do podkomisji piszą obywatele. Odpowiedzią na każdą jedną bolączkę przytoczoną przez panią jest to, czym zajęliśmy się dosłownie kilka tygodni temu, co zaczęło mieć już realny wymiar kilka tygodni temu, chociaż prace zostały rozpoczęte wcześniej. Mówię o kompleksowej przebudowie systemu orzecznictwa w Polsce, co jest finansowane z funduszy europejskich. Jest na to przeznaczone ponad 180 mln zł. Finalnym rezultatem tego jakże ważnego projektu będzie przygotowanie nowego modelu orzecznictwa w Polsce oraz systemu wsparcia. To, co pani przewodnicząca przed chwilą mówiła, że osoby z niepełnosprawnościami muszą w wielu miejscach udowadniać, kto i jakie niepełnosprawności posiada, jakie ma potrzeby czy jakie trudności w życiu napotyka, przestanie mieć miejsce. W projekcie dokonamy maksymalnego uproszczenia systemu. System zostanie maksymalnie ujednolicony.

Oczywiście nie przewidujemy na tym etapie, co też trzeba dodać, stworzenia jednego super-systemu, który będzie wchłaniał system ZUS, systemy orzecznictwa, który dzisiaj są w modelu obejmującym MON czy KRUS. Chodzi o model, który podlega pełnomocnikowi, który jest także wykładnikiem do dostawiania świadczeń z zakresu polityki społecznej. Zostanie to wszystko przygotowane oczywiście z myślą, że w przyszłości Zakład Ubezpieczeń Społecznych, KRUS, Ministerstwo Obrony Narodowej czy każda inna instytucja, która dzisiaj również posiada orzecznictwa lekarskie na swoje potrzeby, będzie mogła skorzystać z tych rozwiązań, mamy bowiem głębokie przeświadczenie, że jednym z większych problemów systemu orzecznictwa w Polsce jest po prostu brak wykwalifikowanych lekarzy, którzy chcą orzekać. Kolejki, które były jeszcze do niedawna, wynikały właśnie z tego. Nowy system będzie w pełni zoptymalizowany pod kątem wykorzystania zasobów, które mamy, będą nowoczesne rozwiązania informatyczne. Oczywiście to wszystko będzie opierało się na modelu funkcjonalnym, ale nie będziemy zapominać również o aspektach medycznych. Wszystko to, co na Zachodzie jest od lat i przez wiele lat było unowocześniane, w końcu stanie się realną wartością także u nas, w Polsce.

Przypominam, że system orzeczniczy, oczywiście przez wiele lat wielokrotnie łatany, jednak na dzisiaj jest to już relikw przeszłości. Większość problemów, które dzisiaj mamy w polityce społecznej wobec osób z niepełnosprawnościami, wynika właśnie z tego bardzo lichego fundamentu. A więc czas najwyższy się tym zająć. Projekt rusza. Mamy wybranych partnerów, z którymi obecnie prowadzimy rozmowy. Niedługo będziemy mieć wniosek o fundusze. Według zapisów, w roku 2027 w projekcie przedstawimy już gotowy model z gotową legislacją. Jest to moja wielka nadzieja, że jeszcze ten rząd będzie mógł przedstawić projekt w Sejmie, że ta wielka zmiana będzie miała miejsce za tego rządu. Oczywiście jest to przyszłość.

Tak jak powiedziałem, będzie to w pełni nasza odpowiedź na bolączki, które dzisiaj są, ale to jest tu i teraz. Już w tamtym roku w ministerstwie wprowadziliśmy wiele zmian.

Jedna z największych zmian poniekąd miała rozwiązywać problem tzw. orzeczeń covidowych. Jak państwo pamiętacie, od roku 2020 wiele osób, którym kończyły się orzeczenia w trakcie pandemii COVID-19, automatycznie miało przedłużone orzeczenia na rok, na dwa lata. Działo się to aż do września 2024 r. Nie było zgody na przeciąganie tego, dlatego że przecież covid już dawno za nami. Przygotowaliśmy przepisy wspólnie chociażby z panią naczelnik Mariolą Rybicką, której bardzo dziękuję za wsparcie w tamtym bardzo trudnym okresie. Osobom, które złożyły wnioski o nowe orzeczenie, przepisy wydłużają to nawet do sześciu miesięcy – na czas rozpatrzenia nowej sprawy. Więc bezpieczeństwo osoby z niepełnosprawnością nie jest podważane. Jest to wielka zmiana, o którą była walka dziesięć lat, a nawet może więcej. To się zadziało.

Mniejszych, większych zmian w systemie orzecznictwa było więcej. Ostatnia duża zmiana była na poczet zespołu deregulacyjnego. Zostało wprowadzone nowe rozporządzenie, zostało zmienione rozporządzenie regulujące długość orzeczeń wydawanych dla dzieci. Mówię tu o orzeczeniach o niepełnosprawności dla osób do 16. roku życia. Po raz pierwszy wprowadzamy katalog, specjalne narzędzie, które określa rzadkie choroby genetyczne o jednorodnym przebiegu. Dla tych osób jest około 200 chorób w katalogu. Katalog został stworzony z najlepszymi genetykami w kraju. Dla takich osób, dla dzieci do 16. roku życia orzeczenie będzie wydawane na maksymalny okres, czyli do 16. roku życia, a po 16. roku życia minimalny okres orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – wtedy jest już taki model – wyniesie siedem lat, ale oczywiście wciąż będzie można otrzymywać to na stałe. Dodatkowo dla wszystkich dzieci, nie tylko tych z katalogu, orzeczenie będzie wydawane na nie mniej niż trzy lata. To sprawi, że kolejki, częste historie, o których czytamy w internecie, słyszymy w telewizji, że ktoś posiadający znaczną niepełnosprawność musi co roku udowadniać, że jego niepełnosprawność wciąż istnieje, przestaną mieć miejsce. Jest to bardzo ważna rzecz.

Oczywiście, tak jak powiedziałem, nie rozwiązuje to wszystkich naszych problemów. Zajmiemy się nimi za chwilę przy dużym systemie. Ale jest to znaczący krok do poprawy nie tylko pod kątem osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin, ale także pod kątem systemu. Tak jak powiedziałem, lekarzy mamy tylu, ilu mamy, zasoby mamy takie, jakie mamy, kolejki są przez to, że ktoś jest ściągany co roku. Jeżeli będzie co trzy lata, wiadomo, że matematyka sprawia, że nagle będzie trzykrotnie mniejsze zapotrzebowanie zasobów państwa na to, żeby obsłużyć taką osobę.

Zmian jest oczywiście więcej. Kolejne zmiany przed nami. Za chwilę będzie już finalny rezultat technicznego wprowadzenia melON. Osoby z niepełnosprawnościami mają kartę osoby z niepełnosprawnością, legitymację. Już niedługo, pewnie na przełomie lipca i sierpnia pojawi się to w mObywatelu, więc każda osoba z niepełnosprawnością będzie mogła korzystając z mObywatela, czy to w jakimś urzędzie, czy gdziekolwiek indziej, po prostu wyjąć telefon i pokazać swoją legitymację. Koniec z szukaniem w papierach jakichś świstków, które mają udokumentować to, czy ktoś ma takie czy inne uprawnienia.

Mówiłem przed chwilą o melON. Widzę, że są na sali przedstawiciele małych i średnich przedsiębiorców. W tym momencie zmieniamy także ustawę o rehabilitacji pod kątem właśnie przedsiębiorców. Wiem, że dużą bolączką przedsiębiorców jest weryfikowanie, czy dana osoba, którą zatrudniają, ma orzeczenie, czy jej orzeczenie kończy się, nie kończy się. Jest to kwestia ewentualnych dofinansowań, potem zwrotów itd. Procedujemy zmiany, które dają większą swobodę pracodawcom. Pracodawca będzie mógł podejrzeć w systemie, czy dana osoba ma orzeczenie, czy już się jej kończy, czy jest przedłużane itd. Wprowadzi to element bezpieczeństwa także dla osób prowadzących działalność gospodarczą, wychodzących naprzeciw zatrudniania na rynku pracy osób z niepełnosprawnościami.

Pani naczelnik, czy jest coś, o czym jeszcze powinienem powiedzieć? Tak. Kolejny ważny element, który też pochodzi z pakietu deregulacyjnego, obecnie jest w konsultacjach wewnętrznych w ministerstwie. Pewnie za tydzień, dwa, trzy pojawi się w konsultacjach szerokich. Chodzi o umożliwienie lekarzom w trakcie specjalizacji bycia lekarzem orzecznikiem. Dzisiaj może to robić tylko lekarz ze specjalizacją, z określonym doświadczeniem. Ponieważ tak jak powiedziałem, lekarzy jest mało, chcemy poszerzyć pulę. Może to być atrakcyjne dla lekarzy. Troszeczkę podglądamy, jak jest w ZUS, który też wprowadził ostatnio wiele zmian. Trochę na wzór tego, co jest w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, my także wprowadzamy to na poziomie pełnomocnika i orzekania powiatowego, czyli pierwszej instancji.

Wydaje mi się, że to tyle. Oczywiście jestem do dyspozycji, jeżeli ktoś będzie miał jakieś pytanie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Frydrych (KO):

Bardzo dziękuję, panie ministrze, za przedstawioną informację.

Myślę, że dyskusję w tym temacie rozpoczniemy po przedstawieniu informacji przez wszystkich. Będą mogły być kompleksowe pytania. Bardzo serdecznie dziękuję.

Proszę o przedstawienie informacji przez panią Karinę Szewczyk, zastępcę dyrektora Departamentu Zdrowia, przedstawiciela Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Karina Szewczyk:

Szanowni państwo, słyhać mnie dobrze? Dziękuję. Karina Szewczyk, Departament Zdrowia MSWiA.

Pozwolę sobie zacząć ogólnie i przedstawić charakter funkcjonowania naszych komisji lekarskich. Jeżeli będą jakieś pytania bądź potrzeba, poproszę współpracowników o dopowiedzenie.

Myślę, że na wstępie należy wskazać, iż komisje podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych działają na zasadach określonych w naszej ustawie, czyli w ustawie o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych. Ustawa w sposób systemowy reguluje organizację struktur orzecznictwa lekarskiego. Konieczność istnienia odrębnego pionu orzecznictwa lekarskiego w resorcie spraw wewnętrznych wynika oczywiście ze specyfiki zadań i zagrożeń zdrowia i życia funkcjonariuszy służb podległych ministrowi spraw wewnętrznych i administracji. Poza służbami podległymi resortowi bezpośrednio ustawa reguluje także kwestie dotyczące funkcjonariuszy Centralnego Biura Antykorupcyjnego oraz Służby Więziennej. Komisje lekarskie co do zasady zapewniają właściwy dobór kandydatów do służby, dokonują oceny stanu zdrowia funkcjonariuszy pełniących służbę oraz orzekają o konieczności na przykład zakończenia służby ze względów zdrowotnych.

W tym miejscu możemy jeszcze nadmienić, że w chwili obecnej za pośrednictwem zespołu, który został powołany właśnie do spraw reformy komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, jesteśmy w trakcie opracowywania pewnych założeń do zmian w funkcjonowaniu komisji. Oczywiście widzimy pewne trudności. Tak jak w innych przypadkach są one związane głównie z brakami kadrowymi, dosyć sztywnymi formami zatrudnienia, które dzisiaj funkcjonują w systemie. Zespół jest w trakcie analizy pierwotnego zarysu wewnętrznego aktu legislacyjnego i właściwych rozwiązań. Na tym etapie mogę uchylić trochę rąbka tajemnicy, że głównym założeniem reformy jest przeniesienie komisji spod Zakładu Emerytalno-Rentowego MSWiA, który dzisiaj nadzoruje komisje w aspekcie organizacyjno-kadrowym, do struktur naszych jednostek podległych resortowi spraw wewnętrznych i administracji, czyli do szpitali, jak było to kiedyś.

Co istotne, jeżeli chodzi o zmiany, drugim aktem, który reguluje orzekanie w naszych komisjach, jest rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych i administracji w sprawie wykazu chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności do służby. W czerwcu weszła w życie zmiana rozporządzenia, która ma na celu przede wszystkim ułatwienie powrotu do służby byłym funkcjonariuszom. Jest to jedna z istotnych zmian, która dodała nową kategorię właśnie w postaci byłych funkcjonariuszy. W pewien sposób ułatwia tym osobom powrót do służby.

Jak już powiedziałam na początku, na razie przedstawiłam ogólną informację. Jeżeli będą jakieś pytania, jesteśmy do dyspozycji. Tak jak powiedziałam na początku, wiemy, że głównym problemem do rozwiązania dla nas wszystkich są braki kadrowe, jeżeli chodzi o lekarzy. My też widzimy potrzebę powiązania orzecznictwa w komisjach lekarskich w pewien sposób z medycyną pracy, gdyż mamy art. 3 ustawy, o ile dobrze pamiętam, w którym jest mowa o pewnej zależności, natomiast w chwili obecnej nie do końca jest to kompatybilne i wypełniane. Zespół pracuje. Bodajże w marcu odbyło się nawet wspólne posiedzenie zespołu do spraw reformy komisji lekarskich i zespołu do spraw reformy medycyny pracy, które miało za zadanie poruszyć problem spójności orzecznictwa w tych dwóch ciałach.

Myślę, że to tyle z mojej strony. Jeżeli jest potrzeba coś dopowiedzieć, jest pani dyrektor Zakładu Emerytalno-Rentowego MSWiA, jest pani zastępca przewodniczącej naszej

komisji centralnej. Jeżeli w naszym zakresie państwo chcieliby usłyszeć coś jeszcze, jesteśmy do dyspozycji.

Przewodnicząca poseł Joanna Frydrych (KO):

Bardzo dziękuję, pani dyrektor, za przedstawioną informację.

Teraz bardzo proszę pana Piotra Dziegielewskiego, generała brygady rezerwy, doktora nauk medycznych, zastępcę dyrektora Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia w Ministerstwie Obrony Narodowej o przedstawienie informacji, jak to wygląda w zakresie MON. Dziękuję.

Zastępca dyrektora Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej gen. bryg. rez. dr n. med. Piotr Dziegielewski:

Dziękuję bardzo.

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, przygotowaliśmy obszerniejszy materiał. Z uwagi na czas będę prosił o wyrażenie zgody, żeby skróconą wersję materiału przedstawił przewodniczący Centralnej Wojskowej Komisji Lekarskiej, pan pułkownik Owczarek. Dodam, że oczywiście problemy, które były poruszane, usłyszeliśmy m.in. o problemach kadrowych, dotyczą również i naszych komisji, o czym, jak myślę, będziemy jeszcze tutaj dyskutować.

Jeżeli jest zgoda, pani przewodnicząca, bardzo proszę.

Przewodniczący Centralnej Wojskowej Komisji Lekarskiej płk Tomasz Owczarek:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, rzeczywiście jak powiedział pan dyrektor, przygotowałem dosyć obszerny materiał. Postaram się skrótkowo przedstawić, jak funkcjonuje orzecznictwo wojskowo-lekarskie.

Orzecznictwo funkcjonuje w czterech obszarach. Pierwszy to orzecznictwo wojskowych komisji lekarskich, następnie orzecznictwo realizowane przez lekarza orzecznika WCR, następnie orzekanie w powiatowych komisjach lekarskich na potrzeby kwalifikacji wojskowej i orzecznictwo medycyny pracy dotyczące żołnierzy i pracowników wojska. To, czym my się tutaj zajmujemy, to przede wszystkim orzecznictwo wojskowych komisji lekarskich. Głównym zadaniem wojskowych komisji lekarskich jest ustalanie zdolności fizycznej i psychicznej do pełnienia służby wojskowej, w tym w poszczególnych rodzajach sił zbrojnych na poszczególnych stanowiskach służbowych w czasie pokoju i w czasie wojny. Oprócz tego oczywiście komisja lekarska jak mała jednostka wojskowa realizuje też zadania mobilizacyjne, ewidencyjno-sprawozdawcze, organizacyjno-kadrowe. Orzeczenia wojskowych komisji lekarskich są również ważnym elementem pomocniczym dla systemu zaopatrzenia emerytalnego żołnierzy zawodowych, świadczeń odszkodowawczych przysługujących w razie wypadków i chorób pozostających w związku ze szczególnymi właściwościami służby wojskowej oraz zaopatrzenia inwalidów wojennych, wojskowych oraz ich rodzin. Wojskowe komisje lekarskie prowadzą postępowanie orzecznicze zakończone wydaniem orzeczenia.

Podstaw prawnych, na bazie których funkcjonują komisje, jest bardzo dużo. Najważniejsze, które pozwolę sobie wymienić, to przede wszystkim ustawa o obronie Ojczyzny, ustawa o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych i ich rodzin, ustawa o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin, Kodeks postępowania administracyjnego oraz wiele rozporządzeń wykonawczych, przede wszystkim rozporządzenie w sprawie utworzenia wojskowych komisji lekarskich oraz określenia ich siedzib i filii, rozporządzenie w sprawie orzekania o zdolności do służby wojskowej, rozporządzenie w sprawie ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu, rozporządzenie w sprawie orzekania o inwalidztwie żołnierzy zawodowych. Są to najważniejsze akty.

Jeżeli chodzi o strukturę wojskowych komisji lekarskich, w tej chwili w kraju mamy 15 wojskowych komisji lekarskich, jedną centralną w Warszawie i 14 rejonowych komisji lekarskich, których zakres, rejon mniej więcej pokrywa się z granicami administracyjnymi. Jeżeli chodzi o obsadę etatową, w komisjach zarówno służą żołnierze zawodowi, jak i pracują pracownicy resortu obrony narodowej. W tej chwili komisje posiadają 90 etatów dla żołnierzy zawodowych. W tej chwili obsadzonych jest 80 stanowisk, w tym 79 oficerów i jeden podoficer. Z 79 oficerów 76 są lekarze oficerowie. Ukompletowanie jest zbliżone do 90%. Oceniam je jako dosyć dobre. Bywało gorzej. Jeżeli chodzi o etaty dla pracowników cywilnych, jest to 156 etatów. W ewidencji mamy 162 pracowników, z tym że wielu z nich, 46 osób, pracuje w niepełnym wymiarze pracy.

Jeżeli chodzi o funkcjonowanie wojskowych komisji lekarskich, tutaj możemy mówić o właściwości miejscowej. Żołnierze kierowani są tam, gdzie jest ich jednostka, emeryci i renciści, tam, gdzie jest ich miejsce zamieszkania, osoby w aktywnej i pasywnej rezerwie też są kierowane jak najbliżej ich miejsca zamieszkania. Natomiast w ramach rekrutacji kandydaci do służby wojskowej mogą być kierowani przez WCR do dowolnie wybranej komisji lekarskiej. Może być to tam, gdzie mają najbliżej, gdzie jest dla nich najbardziej dogodnie.

Jeżeli chodzi o właściwość osobową, wojskowe komisje lekarskie orzekają przede wszystkim osoby ubiegające się o powołanie do służby wojskowej, jak i żołnierzy pełniących służbę wojskową, żołnierzy w aktywnej i pasywnej rezerwie, emerytów, rencistów wojskowych, a także funkcjonariuszy i żołnierzy w służbie SKW, SWW. To, co planujemy wprowadzić do ustawy o obronie Ojczyzny, to właściwość dla żołnierzy rezerwy, czyli osób o uregulowanym stosunku do służby wojskowej. W tej chwili ustawa o obronie ojczyzny w jasny sposób tego nie precyzuje. Są pewne spory prawne, czy wojskowe komisje lekarskie mają prawo orzekać rezerwistów czy nie. Szczególnie chodzi o osoby chcące zmienić kategorię zdolności do służby orzeczoną wcześniej z uwagi przede wszystkim na zmianę stanu zdrowia. Jeżeli w czasie kwalifikacji wojskowej ktoś otrzymał kategorię A i nie służył w wojsku, to orzeczoną kategorię ma przypisaną dożywotnio, a wiadomo, że lata robią swoje, stan zdrowia też się zmienia. Osoby, które są w zaawansowanym wieku, pięćdziesięcio-, sześćdziesięciolatekowie, którzy, zdarza się, że są powoływani na szkolenie żołnierzy rezerwy, nie są w stanie przystąpić do takiego szkolenia, a kategoria zdolności A, czyli zdolny do służby czynnej, cały czas gdzieś tam pokutuje w ich kartotece. Tutaj planujemy takie zmiany, żeby było tak jak we wcześniejszych latach, kiedy obowiązywała ustawa o powszechnym obowiązku obrony. Było to dobrze uregulowane, ale pewne zapisy wypadły z ustawy o obronie Ojczyzny. Chcemy do tego powrócić.

Jeżeli chodzi o właściwość rzeczową wojskowych komisji lekarskich, oczywiście orzekają o zdolności do służby czynnej, do zawodowej służby wojskowej, także do służby na szczególnych stanowiskach, wymagających szczególnych predyspozycji. Chodzi tutaj o służbę w żandarmerii, w jednostkach specjalnych, w pododdziałach reprezentacyjnych, służbę skoczków spadochronowych, służbę poza granicami państwa. Orzekamy także o związku chorób, ułomności ze służbą wojskową, o potrzebie udzielenia urlopu zdrowotnego, uszczerbku na zdrowiu w przypadku, gdy żołnierz uległ wypadkowi pozostającemu w związku ze służbą wojskową, o związku śmierci ze służbą wojskową, orzekamy o inwalidztwie i grupach inwalidztwa w stosunku do żołnierzy zawodowych i byłych żołnierzy zawodowych. Sprawujemy także wiele innych funkcji, ale już nie chcę zabierać czasu.

Dla personelu lotniczego i naziemnego personelu zabezpieczenia lotów właściwa jest komisja lotniczo-lekarska, podobnie dla personelu marynarki wojennej i nurków komisja morsko-lekarska. Do zadań Centralnej Wojskowej Komisji Lekarskiej należy rozpatrywanie odwołań, zajmowanie stanowiska wobec sprzeciwów do orzeczeń komisji lekarskich, sprawowanie ogólnego merytorycznego nadzoru nad działalnością komisji.

Szef wojskowego centrum rekrutacji ma prawo skierować do komisji lekarskiej osobę ubiegającą się o powołanie do służby wojskowej. Dowódca jednostki kieruje żołnierzy pełniących służbę wojskową, a sąd, prokurator, komendant Żandarmerii Wojskowej żołnierzy, przeciwko którym toczy się postępowanie w sprawach o wykroczenie lub przestępstwo. Minister obrony narodowej ma prawo kierować w każdym przypadku. Szef Centralnego Wojskowego Centrum Rekrutacji kieruje w sprawach odszkodowawczych, dyrektor WBE w sprawach rentowych, a lekarz orzecznik ZUS, jeżeli chodzi o ustalenie związku zranień i kontuzji z pełnieniem służby wojskowej lub działaniami wojennymi.

Jeszcze chciałbym przedstawić garść statystyki za 2024 r. Rejonowe wojskowe komisje lekarskie wydały ponad 64 tys. orzeczeń, w sprawach zdolności do służby zawodowej wydały 124 900 orzeczeń. 81% to były to orzeczenia stwierdzające zdolność, a 19% stwierdzające niezdolność kandydatów do zawodowej służby wojskowej. W sprawie zdolności do służby poza granicami państwa wydały 4,5 tys. orzeczeń, w sprawie zdolności do czynnej służby wojskowej, czyli ustalenia kategorii zdolności, wydały 8,5 tys. orzeczeń, z tym że chciałbym zauważyć, że część kompetencji w sprawie orzekania do czynnej służby wojskowej przejęli lekarze orzecznicy WCR. Według szacunkowych statystyk ponad 10 tys. orzeczeń wydali lekarze WCR. Jest to pula, która w ostatnich latach odeszła od wojskowych komisji lekarskich. Na inne cele – chodzi o zdolność do dalszej służby wojskowej żołnierzy, uszczerbki, orzeczenia inwalidzkie, urlopy zdrowotne, związki ze służbą, kontrole zwolnień lekarskich – wydano prawie 27 tys. orzeczeń.

Jest to olbrzymi wysiłek, olbrzymi nakład pracy. Centralna Wojskowa Komisja Lekarska w ubiegłym roku wydała 4100 orzeczeń w trybie odwoławczym.

Jeżeli chodzi o sprawy finansowe, koszty, jakie komisje lekarskie poniosły na cele orzecznicze, czyli koszty badań i konsultacji zleczanych przez komisje, wyniosły one 108 mln zł. Średni koszt wydania orzeczenia to około 1500 zł, z tym że trzeba pamiętać, że na przykład badania pilota samolotów naddźwiękowych kosztują ponad 10 tys. zł, około 12 tys. zł. Zdarzają się orzeczenia wydawane tylko na podstawie nadesłanej dokumentacji medycznej, więc za 0 zł, ale średnio na badania i konsultacje lekarskie komisja wydaje około 1500 zł.

Komisje wojskowe realizują badania i konsultacje w oparciu tylko i wyłącznie o placówki, których organem założycielskim jest minister obrony narodowej. W ostatnich latach to się zmieniło, gdyż komisje mogły podpisywać umowy na badanie, konsultacje z dowolnymi podmiotami leczniczymi. Natomiast od wejścia w życie ustawy o obronie Ojczyzny są to tylko placówki, których organem założycielskim jest minister obrony narodowej.

Jeżeli chodzi o planowane zmiany w systemie orzecznictwa, przede wszystkim zmiany mają dwa obszary. Są to zmiany legislacyjne. W trakcie procedowania jest zmiana rozporządzenia w sprawie orzekania o zdolności do służby wojskowej, która ma na celu przede wszystkim złagodzenie kryteriów orzecznich dla kandydatów do służby w pododdziałach reprezentacyjnych sił zbrojnych. Są to sprawy, o których rozważenie już dawno prosił nas dowódca Garnizonu Warszawa z uwagi na olbrzymi problem w naborze i kompletowaniu kandydatów do pododdziałów reprezentacyjnych. Procent niezdolności do służby był tam olbrzymi. Około 50% kandydatów odpadało w komisji. Złagodiliśmy pewne kryteria. Ponieważ występuje się w rękawiczkach, na przykład tatuaże na dłoniach nie są problemem. Podobnie kandydaci z wadą wzroku mogą występować w soczewkach kontaktowych. Generalnie od wielu lat mamy tendencję do łagodzenia kryteriów orzecznich.

W trakcie procedowania jest również rozporządzenie w sprawie orzekania kandydatów do służby w SKW i SWW, natomiast tutaj czekamy, aż wejdzie w życie ustawa. Kiedy będzie ustawa, dopiero będzie można zakończyć procedowanie rozporządzenia wykonawczego.

Jeżeli chodzi o kwestie organizacyjne, w 2012 r. mieliśmy 28 wojskowych komisji lekarskich. Po reformie orzeczniczej z 28 komisji zrobiło się ich 12. Z uwagi na bieżące potrzeby występujące w tamtym okresie liczba komisji drastycznie spadła. Natomiast ostatnie lata pokazują, że jednak potrzeby są o wiele większe. Siły zbrojne planują stałe zwiększenie liczby żołnierzy, więc potrzeby orzecznicze drastycznie wzrosły. Liczba orzeczeń w ostatnich latach także wzrosła, natomiast liczba komisji nie. W ostatnich latach powołane zostały dwie komisje lekarskie – w Legionowie i w Poznaniu, ale było to już ładnych kilka lat temu, oraz komisja do spraw SKW i SWW. W tej chwili procedujemy stworzenie trzech nowych komisji lekarskich. Mamy już to zapisane w rozporządzeniu w sprawie utworzenia komisji lekarskich. Będą to filie. Dla komisji w Warszawie będzie filia w Siedlcach, dla komisji w Elku będzie filia w Białymstoku, dla komisji lotniczo-lekarskiej będzie filia w Dęblinie. W odleglejszej perspektywie chcielibyśmy jeszcze wzmocnić wschodnią ścianę przede wszystkim komisją w Rzeszowie, gdyż komisja w Lublinie zaopatruje dwa województwa: lubelskie i podkarpackie. Logicznym rozwiązaniem byłoby stworzenie w województwie podkarpackim odrębnej komisji.

Jeszcze jednym elementem, nad którym pracujemy, który chcemy rozwinąć, jest informatyzacja, tak żeby 100% skierowań na komisję wpływało w systemie teleinformatycznym, 100% orzeczeń było wydawanych w systemie LOGIS-MOW. System jest już opracowany. Rejonowe komisje lekarskie pracują od ponad roku, są zadowolone. Kończymy też opracowanie systemu dla Centralnej Wojskowej Komisji Lekarskiej.

Pan minister mówił o sprawach osób niepełnosprawnych. To, co w ostatnich latach wydarzyło się w wojsku, to wprowadzenie kategorii zdolności do służby Z/O, czyli zdolny z ograniczeniami. Osoby, które miałyby być zwolnione z zawodowej służby wojskowej, na przykład na skutek wypadku pozostającego w związku ze służbą, mają możliwość nie zostać zwolnione, tylko starać się o powołanie na stanowisko z kategorii zdolny z ograniczeniami. Dwa czy trzy lata temu zakres osobowy został rozszerzony nie tylko dla żołnierzy, którzy pełnią zawodową służbę i stracili zdrowie, ale również dla byłych żołnierzy zawodowych. Mogą wrócić jako kategoria zdolny z ograniczeniami. Od tego roku działamy też w systemie doręczenia. Na życzenie osób niepełnosprawnych, które mają problemy z poruszaniem się, z mobilnością, korespondencję można załatwić drogą elektroniczną. Od dawna wymagamy, żeby wszystkie

komisje lekarskie w miejscu swoich siedzib miały udogodnienia dla osób niepełnosprawnych, windy, podjazdy. Komisje są wyposażone w takie udogodnienia. Dziękuję.

Jeżeli pan dyrektor jeszcze chciałby coś dodać...

Zastępca dyrektora departamentu MON gen. bryg. rez. dr n. med. Piotr Dzięgielewski:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca.

Był to skrótowy materiał. Dysponujemy oczywiście szerszą wersją. Jest ona do państwa dyspozycji. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Frydrych (KO):

Bardzo serdecznie dziękuję panom za przedstawioną informację.

Teraz przejdziemy do następnej osoby. Poproszę przedstawicielkę Ministerstwa Sprawiedliwości, panią Beatę Janas, panią profesor doktor nauk medycznych, kierownik Zespołu Służby Medycyny Pracy i Bezpieczeństwa i Higieny Pracy Centralnego Zarządu Służby Więziennej, o przedstawienie informacji. Bardzo proszę.

Kierownik Zespołu Służby Medycyny Pracy i Bezpieczeństwa i Higieny Pracy Centralnego Zarządu Służby Więziennej prof. dr n. med. Beata Janas:

Dzień dobry.

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, w Służbie Więziennej system orzecznictwa lekarskiego, orzekania o zdolności do służby na zajmowanym stanowisku idzie dwutorowo. Z jednej strony są to komisje lekarskie MSWiA, co już powiedziała pani dyrektor. Z drugiej strony jest orzecznictwo w zespołach medycyny pracy. W 2023 r. zostało to uregulowane w ustawie o Służbie Więziennej. Lekarz medycyny pracy wykonuje zadania podobne do lekarza orzekającego w komisjach lekarskich à propos kandydatów do służby.

W ocenie Ministerstwa Sprawiedliwości należałoby rozdzielić kompetencyjność pomiędzy lekarzami orzecznikami wykonującymi zadania w komisjach lekarskich a lekarzami medycyny pracy. Z czego to wynika? W tej chwili istnieje dualizm orzecznictwa. Lekarz medycyny pracy orzeka o zdolności do służby na zajmowanym stanowisku. O zdolności do służby na zajmowanym stanowisku w związku z orzekaniem ze zdolnością do ograniczeń orzeka również lekarz orzecznik w komisjach lekarskich. Dualizm orzecznictwa wprowadza pewien zamęt dotyczący ważności orzeczeń. W obiegu prawnym mamy dwa orzeczenia, które są równoważne i są tak samo istotne, przy czym jedno może być o zdolności, a drugie może być o niezdolności.

Jeżeli chodzi o orzecznictwo w zakresie medycyny pracy, to tak jak powiedziałam, w ustawie o Służbie Więziennej, czyli w ustawie pragmatycznej została uregulowana część dotycząca zarówno orzecznictwa kandydatów do służby, jak również funkcjonariuszy. Zostało uregulowane również orzekanie z art. 113. Na kanwie ostatnich wydarzeń, które miały miejsca, a które były medialne, przez pana ministra Bodnara został powołany zespół do określenia kryteriów przydatności do Służby Więziennej kandydatów i funkcjonariuszy, sposobu weryfikacji, profilaktycznej opieki zdrowotnej i szczegółowych zasad ochrony zdrowia. Ostatnie posiedzenie zespołu było 14 czerwca. W zespole uczestniczy w mnóstwo osób. Korzystamy również z praktyk instytucji zewnętrznych.

Podjęte zostały decyzje dotyczące ustrukturyzowania zarówno kryteriów przydatności do służby, jak i sposobów jej weryfikacji. Wynika to z jednolitych zasad, z ujednolicenia zasad orzecznictwa. Ponieważ zespoły medycyny pracy posługują się rozporządzeniami ministra zdrowia i wytycznymi metodycznymi, natomiast komisje lekarskie posługują się kategoriami zdrowia, zasadnym by było, żeby zarówno jedno, jak i drugie posługiwały się tymi samymi kryteriami zdrowotnymi. W 2022 r. weszło wprawdzie nowe rozporządzenie dotyczące kryteriów zdrowia kandydatów i funkcjonariuszy Służby Więziennej, natomiast zostało ono zmienione tylko i wyłącznie w zakresie tatuaży, nic więcej.

W tej chwili jesteśmy na etapie projektu całego rozporządzenia, kategorii zdrowia, zdolności do służby. Jesteśmy już po etapie okulistycznym, po opiniach konsultanta krajowego, opiniach innych instytucji. Mamy część dotyczącą neurologii, część dotyczącą psychiatrii, przy czym psychiatria jeszcze nie jest po konsultacjach. Wszystkie kategorie zdrowia chcemy dostosować do kodów ICD-11. Dlaczego? Dlatego, że w 2025 r. na całym świecie już obowiązują kody ICD-11, międzynarodowa kwalifikacja chorób. W związku z tym uważam, że również my powinniśmy posługiwać się nową nomenklaturą. Poza tym technologia w zakresie medycyny, nowe rozwiązania idą bardzo do przodu. Jeżeli chodzi o sprawy nowotworowe, w kategoriach zdrowia mamy

nowotwory i niezdolność do służby, a przecież wiemy dobrze, że nowotwory w wielu przypadkach są chorobami wyleczalnymi. Funkcjonariusz nie musiałby być niezdolny do służby.

Także Biuro Emerytalno-Rentowe podjęło działania w zakresie kontroli orzeczeń, które do nas przychodzą. Warto by było uregulować również eliminowanie wadliwych orzeczeń i stwierdzanie nieprawidłowości orzeczeń, co w tej chwili w zasadzie nie jest uregulowane.

Jeżeli chodzi o informatyzację, wszystkie 11 podmiotów, które funkcjonują w ramach centralnego zarządu i w ramach Ministerstwa Sprawiedliwości, są zainformatyzowane, natomiast nie ma centralnego serwera. Zostały podjęte próby realizacji takiego systemu. Mamy nadzieję, że w przyszłości będzie to uregulowane. Wśród zadań zespołu powołanego przez pana ministra Bodnara do określenia kryteriów jest to zapisane jako cel długoterminowy.

W zakresie rozwiązań prawnych chcielibyśmy również pójść w kierunku wykorzystania art. 113 ustawy o Służbie Więziennej. Chodzi o opracowanie jednolitego wzoru skierowań, wzoru konsultacji psychiatrycznych, żeby takie konsultacje w zasadzie obowiązywały każdego lekarza. Jednocześnie byłyby one w ramach każdej konsultacji, czy będzie to konsultacja w ramach badań profilaktycznych, czy będzie to konsultacja komisji, żeby nie było jakiegś odrębności.

W zakresie celów długoterminowych chcemy przepracować całe procedury dotyczące badań profilaktycznych i optymalizacji selekcji funkcjonariuszy do służby. Jest to na kanwie ostatnich zdarzeń, które miały miejsce w naszym kraju.

Jeżeli chodzi o uregulowanie kwestii związanej z oceną stanu zdrowia oraz zdolności fizycznej i psychicznej kandydatów do służby, którą realizują lekarze wykonujący zadania służby medycyny pracy w jednostkach organizacyjnych, które zostały określone w art. 39 ustawy, chcielibyśmy, żeby funkcjonowało to wszędzie, żeby kandydatów do służby orzekała medycyna pracy, natomiast jeżeli chodzi o renty chorobowe i uszczerbki, żeby robiły to komisje lekarskie.

Jeżeli będzie potrzebne doprecyzowanie wymagań, dopowiedzenie w zakresie mojej wypowiedzi, uszczegółowienie aspektów formalnoprawnych, jesteście oczywiście do dyspozycji. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Frydrych (KO):

Bardzo serdecznie dziękuję pani profesor za informację.

Bardzo proszę teraz pana Ernesta Nasternaka, zastępcę dyrektora Departamentu Oświaty i Polityki Społecznej w Ministerstwie Rolnictwa i Rozwoju Wsi, o przedstawienie informacji w zakresie resortu. Dziękuję.

Zastępca dyrektora Departamentu Oświaty i Polityki Społecznej Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi Ernest Nasternak:

Dzień dobry.

Szanowna podkomisjo, szanowni państwo, chciałbym przedstawić informację na temat odrębnego systemu ubezpieczenia społecznego rolników i funkcjonującego w ramach tego systemu orzecznictwa lekarskiego w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Orzecznictwo lekarskie KRUS jest realizowane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników i aktu wykonawczego wydanego na podstawie ustawy, a mianowicie rozporządzenia ministra polityki społecznej z dnia 31 grudnia 2004 r. w sprawie orzecznictwa lekarskiego w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

Postępowanie orzecznicze w KRUS jest dwuinstancyjne, w pierwszej instancji jest to lekarz orzecznik, w drugiej instancji jest to komisja lekarska KRUS. Od orzeczenia lekarza orzecznika przysługuje odwołanie do komisji lekarskiej. Orzeczenia wydawane przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie KRUS dotyczą trwałej i okresowej całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, stałego i długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, niezdolności do samodzielnej egzystencji, czasowej niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 180 dni, celowości przekwalifikowania zawodowego z powodu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, wskazań do rehabilitacji leczniczej i innych okoliczności warunkujących przyznanie świadczeń z ubezpieczenia społecznego rolników.

Prawomocne orzeczenia lekarzy orzeczników i orzeczenia komisji lekarskich Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego stanowią podstawę do wydania decyzji o przyznaniu świadczeń przewidzianych w ustawie o ubezpieczeniu społecznym, które są uzależnione od powyżej wskazanych przeze mnie orzeczeń. Od rozstrzygnięć lekarzy orzeczników i komisji lekarskiej KRUS nie przysługuje odwołanie do sądu. Przysługuje odwołanie do sądu od decyzji o przyznaniu

konkretnych świadczeń z ubezpieczenia społecznego rolników. Oczywiście postępowanie orzecznicze w KRUS jest nieodpłatne.

O przedstawienie szczegółów dotyczących orzecznictwa i praktyki orzeczniczej, ewentualnie o wskazanie informacji na temat zmian, które planujemy, poproszę pana profesora Łukasza Wicherka, naczelnego lekarza KRUS.

Przewodnicząca poseł Joanna Frydrych (KO):

Bardzo proszę.

Naczelnny lekarz Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego prof. dr hab. med. Łukasz Wicherek:

Szanowni państwo, w procesie uczestniczy w Polsce 1200 lekarzy zatrudnionych w KRUS, którzy funkcjonują w 210 placówkach znajdujących się na terenie całego kraju. Nadzór pełni 90 lekarzy regionalnych, którzy są zatrudnieni w KRUS w ramach umowy o pracę. Lekarze ci pełnią nadzór nad procesem orzeczniczym.

Jeżeli chodzi o dostępność do lekarzy, o czym powiedział pan minister jako o czynniku, który wpływa na wydłużenie kolejek, trudności, spadek efektywności, w przypadku procesu orzeczniczego w KRUS dostęp do lekarzy jest jeszcze dodatkowo utrudniony przez szczegółowe wymagania, jakie znajdują się w rozporządzeniu ministra z 2004 r., dotyczące nie tylko preferowania określonych specjalności, ale też doświadczenia zawodowego w orzecznictwie, żeby można było w nim dalej pracować. Stąd też wziął się projekt dotyczący zmian, opracowania nowego rozporządzenia, w tym wypadku ministra rolnictwa i rozwoju wsi, które będzie regulowało proces orzeczniczy, zmniejszając wymagania odnośnie do doświadczenia i wykształcenia posiadanego przez lekarzy uczestniczących w procesie orzeczniczym, ponieważ te, które znajdują się w starym rozporządzeniu, są bardzo wysokie. Zdecydowanie utrudnia to znalezienie lekarzy, którzy chcieliby pracować w orzecznictwie w KRUS.

Dodatkowo w nowym rozporządzeniu, które jest procedowane i być może będzie zaraz funkcjonowało, chcielibyśmy również wprowadzić zapis znoszący właściwość miejscową procesu orzeczniczego. Biorąc pod uwagę rozproszenie, jakie jest charakterystyczne dla KRUS, gdyż dotyczy to małych miejscowości, 210 placówek znajdujących się na terenie całego kraju ma naprawdę trudności w zapewnieniu odpowiedniego poziomu dostępu do określonego specjalisty. Stąd w projekcie pojawia się pomysł, żeby proces orzeczniczy oderwać od właściwości miejscowej, a następnie uczynić równoważnym orzeczenie w trybie zdalnym w stosunku do orzeczenia w trybie zwykłym. To znaczy chcielibyśmy w określonej, większej niż dzisiaj, liczbie przypadków odejść od badania bezpośredniego, tak żeby większość rolników, szczególnie znajdujących się w peryferyjnych placówkach, mogła uzyskać orzeczenie w trybie zdalnym na podstawie badania zaocznego.

Taki jest kierunek zmian, który chcielibyśmy wprowadzić, odpowiadając na dwie bolączki. Po pierwsze, jest to kwestia dotycząca deficytu kadr, a po drugie, jest to również odczuwany przez rolników spadek efektywności procesu orzeczniczego. Zaplanowane jest to na przyszły rok. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Frydrych (KO):

Bardzo dziękuję panu dyrektorowi, panu profesorowi.

Teraz przejdźmy do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Proszę pana dyrektora Piotra Winciunasa, dyrektora Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, o przedstawienie informacji z tego zakresu. Dziękuję.

Dyrektor Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Piotr Winciunas:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest największą instytucją orzeczniczą. Wszyscy musimy zdawać sobie z tego sprawę. Tak naprawdę zasady orzekania zostały ustalone we wrześniu 1997 r. z drobną poprawką w 2005 r. Od tego czasu nie zmieniły się.

Orzecznictwo lekarskie w ZUS mamy zorganizowane w 38 z 43 oddziałów ZUS działających na terenie Polski. Komisje lekarskie jako organ drugoinstancyjny rozpatrują sprzeczności osób ubezpieczonych od orzeczeń lekarzy orzeczników działających w pierwszej instancji, jak również zarzuty wadliwości, czyli środek, który mogą wnieść lekarze nadzorujący, głównie lekarze orzecznicy, którzy sprawują bezpośredni nadzór nad orzecznictwem. Komisje lekarskie mamy zlokalizowane w 16 oddziałach. Co do zasady są to oddziały, gdzie jest siedziba województwa.

Kwalifikacje lekarzy orzeczników określają stosowne przepisy. Mamy wymóg, że lekarzem orzecznikiem lub członkiem komisji lekarskiej może być wyłącznie lekarz posiadający specjalizację, czyli lekarz, który posiada najwyższe kwalifikacje zawodowe. W procesie orzeczniczym, co warto wspomnieć, współpracujemy z konsultantami. Są to lekarze, którzy dla potrzeb naszego procesu orzeczniczego wydają opinie pomocnicze. Są to najczęściej koleżanki i koledzy lekarze, którzy posiadają wąskie specjalizacje, na przykład specjalizacje z foniatrii, okulistyki, takie bardziej szczegółowe. Jeżeli chodzi o wymogi, oprócz tego, że trzeba być specjalistą, trzeba ukończyć szkolenie dotyczące zasad orzekania o niezdolności do pracy, które uregulowane jest w aktach wewnętrznych, jakie podpisuje prezes zakładu.

Mamy dwustopniowy nadzór nad orzecznictwem lekarskim. Tak jak powiedziałem, jest on sprawowany w oddziałach przez głównych lekarzy orzeczników sprawujących kontrolę tzw. bezpośrednią lub nadzór, który jest nadzorem zwierzchnim wykonywanym przez prezesa, a w jego imieniu naczelnego lekarza zakładu. W tej chwili ja pełnię te obowiązki.

Również trzeba wiedzieć, że wydajemy orzeczenia dla potrzeb świadczeń z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. W naszym systemie wydajemy 70 rodzajów orzeczeń dla różnych potrzeb, również dla potrzeb pozaubezpieczeniowych, na przykład ustalamy trwałą niezdolność do pełnienia funkcji. Wydajemy takie orzeczenia w stosunku do sędziów, prokuratorów czy kontrolerów Najwyższej Izby Kontroli. Wykonujemy także kontrolę zwolnień lekarskich jako ustawowe działanie ZUS.

Tryb postępowania o wydanie orzeczeń również jest określony w przepisach. Najczęściej musi to być postępowanie wnioskowe. Osoba, która ubiega się o świadczenie z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych zależne od ustalenia niezdolności do pracy, musi w ZUS złożyć stosowny wniosek. Postępowanie tzw. z urzędu jest wszczynane na poziomie trybu nadzoru prezesa, o którym mówiłem, który naczelnny lekarz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wykonuje z urzędu. Związane jest z kontrolą prawidłowości i jednolitości zasad stosowania orzecznictwa lekarskiego przez lekarzy wydających orzeczenia, czyli przez pierwszą i drugą instancję.

Trzeba powiedzieć, proszę państwa, że odkąd Rzeczpospolita Polska jest krajem członkowskim, wydajemy orzeczenia i opinie medyczne dla krajów członkowskich, dla instytucji, które wykonują zadania zabezpieczenia społecznego w krajach członkowskich. Posiadamy także umowy bilateralne dla wydawania orzeczeń lub opinii lekarskich dla krajów niebędących członkami Unii Europejskiej, na przykład dla Stanów Zjednoczonych i Australii. Mamy umowę bilateralną z prowincją Quebec, która jest członkiem kondominium kanadyjskiego.

Przepisy dotyczące trybu wydawania orzeczeń pozwalają na wydawanie orzeczeń również na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, w szczególności gdy zawiera one kompletne dane umożliwiające ocenę stanu zdrowia. Tak naprawdę korzystamy z dokumentacji medycznej, która jest wytwarzana przez lekarzy w ochronie zdrowia. Przepisy pozwalają nam również przeprowadzać badanie bezpośrednio w miejscu pobytu osoby ubezpieczonej, jeżeli z dokumentacji wynika, że na przykład osoba nie może się stawić w siedzibie, w której mamy zlokalizowane wydziały orzecznictwa lekarskiego i prewencji, a więc tak jak powiedziałem, w 38 oddziałach.

O postępowaniu odwoławczym już państwu mówiłem. Tak jak powiedziałem, oczywiście nasze orzeczenia, które są podstawą wydania decyzji w sprawie świadczenia, również podlegają kontroli sądowej. Kontrola jest sprawowana przez sądy pracy i ubezpieczeń społecznych. Rocznie wydajemy ponad 1 mln orzeczeń, w tamtym roku wydaliśmy 1,2 mln orzeczeń. Gros orzeczeń to oczywiście orzeczenia w sprawach kontroli zwolnień lekarskich, było 350 tys. takich orzeczeń, orzeczeń w sprawach renty z tytułu niezdolności było prawie 200 tys., orzeczeń w sprawie świadczenia rehabilitacyjnego też było ponad 200 tys., orzeczeń w sprawie świadczenia uzupełniającego, czyli nowego świadczenia uzależnionego od ustalenia niezdolności do pracy, które jest uzależnione od ustalenia niezdolności do samodzielnej egzystencji, było prawie 100 tys.

W ramach działań statutowych Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi również rehabilitację leczniczą. W związku z tym wydajemy orzeczenia ustalające potrzebę rehabilitacji w różnych profilach.

Tak jak już wybrzmiało z wypowiedzi moich poprzedników, dużą bolączką jest to, że nie mamy obsadzonej kadry. Wynika to, proszę państwa, z tego, że wynagrodzenie, które oferujemy w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, nie jest atrakcyjne dla lekarzy specjalistów. Tak naprawdę na dzień dzisiejszy – dane są sprzed kilku dni – mamy nieobsadzonych ponad 40% etatów lekarzy orzekających. W niektórych oddziałach nieobsadzenie etatów wynosi ponad 75%. W 12 oddziałach zakładu nieobsadzone etaty, wakaty wynoszą 50%. W okresie, w którym

pracuję w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, czyli od 2016 r., zatrudnienie spadło nam o 237 etatów, to jest o 31%. Rekrutacje, które prowadzimy, w ubiegłym roku były na tyle nieskuteczne, że proszę państwa, na 263 przeprowadzone rekrutacje mieliśmy tylko tyle zgłoszeń, że tak naprawdę pozwoliło nam to zająć 17 etatów. Skutkiem pogłębiających się trudności w zatrudnieniu lekarzy orzekających jest oczywiście przełożenie się tego na obsługę klienta, czyli wydłużający się okres otrzymywania orzeczenia, tym samym przyznania świadczenia, gdyż większość świadczeń wypłacanych z FUS jest zależna od naszych orzeczeń. Tak naprawdę średnio okres oczekiwania wynosi obecnie 31 dni, chociaż w niektórych oddziałach wynosi on powyżej 60 dni.

Oczywiście nie chcę zabierać głosu za Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Razem braliśmy udział w pracach analitycznych i konsultacyjnych dotyczących projektu zmian w ustawie. Jest to projekt, który od maja ubiegłego roku jest w zawieszony pod symbolem UD114 na stronach Rządowego Centrum Legislacji. Projektowane zmiany przewidują m.in. zmiany form zatrudnienia i wynagradzania lekarzy orzekających ZUS, a więc wprowadzenie elastycznej formy zatrudnienia lub współpracy z lekarzami. W obecnym stanie prawnym możemy zatrudniać lekarzy tylko i wyłącznie na podstawie umów o pracę. Projektowane zmiany przewidują zmiany w zakresie kwalifikacji. Projekt przewiduje również dopuszczenie innych samodzielnych zawodów medycznych do wydawania określonych orzeczeń, ale tylko w określonych rodzajach spraw, na przykład fizjoterapeutów do wydawania orzeczeń stwierdzających potrzebę rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS.

Chciałbym, żeby wybrzmiało, że cały nasz proces orzeczniczy mamy zelektronizowany, ale oczywiście prowadzimy prace rozwojowe w ramach kompleksowego systemu informatycznego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, żeby proces ten jeszcze zoptymalizować. Chcemy na przykład zelektronizować proces wymiany dokumentacji medycznej z konsultantami ZUS – obecnie mamy 620 aktywnych umów w całej Polsce – co ma zoptymalizować i trochę skrócić czas wydawania orzeczeń.

Ustawowym zadaniem ZUS, które wykonujemy de facto tylko my w stosunku do osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu, jest kontrola zwolnień. Mamy z tym duże problemy. Biorąc pod uwagę, że w Polsce wydaje się rocznie ponad 24 mln zwolnień, z uwagi na wprowadzenie możliwości udzielania świadczeń w formie porad telemedycznych, jak pewnie państwo wiedzą, tworzą się firmy, w których łatwość zakupu zarówno zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy, jak i recepty jest bardzo prosta. Z uwagi na braki kadrowe, kontrolę możemy wykonywać w sposób bardzo ograniczony. Skuteczna kontrola zwolnień polega na wezwaniu osoby będącej na zwolnieniu i przeprowadzeniu badania. Tylko taka forma kontroli pozwala na ewentualne skrócenie zwolnienia.

I tak naprawdę z ponad 24-milionowej puli zwolnień z uwagi na niedobory w tamtym roku byliśmy w stanie skontrolować około 1,4% zwolnień. Jest to i tak mniej więcej 30% wszystkich orzeczeń, które wydajemy, ale mamy z tym dosyć duży problem z uwagi na braki kadrowe. Kontrola, która czasami jest na wniosek pracodawców, nie chcę powiedzieć, że jest nieefektywna, ale jest bardzo utrudniona z tych właśnie powodów. W wyniku kontroli, które przeprowadziliśmy, w prawie 12 tys. przypadków po badaniu lekarza orzecznika skończyło się to wystawieniem zaświadczenia korygującego zwolnienie, co skutkowało oczywiście wstrzymaniem wypłaty świadczeń chorobowych.

Pomimo trudności z zatrudnieniem i brakami kadrowymi niestety nie zmniejsza nam się w przeciągu ostatnich kilkunastu lat liczba wniosków o wydanie orzeczenia, ponieważ Zakład Ubezpieczeń Społecznych, jak państwo wiecie, otrzymuje od ustawodawcy nowe zadania, które wymagają też postępowania orzeczniczego. Jest to m.in. świadczenie uzupełniające czy niedawno wprowadzony dodatek dopełniający do renty socjalnej. To też wymaga przeprowadzenia w niektórych przypadkach postępowania orzeczniczego. Liczba spraw, które mamy, mówiąc kolokwialnie, do rozpatrzenia, jest taka sama przy brakach kadrowych, co tak jak powiedziałem, w niektórych oddziałach jest bardzo utrudnione. Mamy możliwość odmiejszczenia wydawania orzeczeń, o czym mówił m.in. pan prof. Wicherek z KRUS, ale to też jest utrudnione, ponieważ już są takie oddziały, w których są braki kadrowe. Przesunięcie spraw jest dosyć trudne. Oczywiście w niektórych sprawach dokumentacja medyczna, która jest przedkładana przez ubezpieczonych albo którą my uzupełniamy w postępowaniu orzeczniczym, nie daje podstaw, żeby orzeczenie wydać w trybie zaocznym.

Jeżeli chodzi o ciekawe dane, przez wiele lat w przestrzeni medialnej pojawiało się, że wydajemy bardzo dużo orzeczeń o braku niezdolności do pracy. Tak naprawdę poziom orzeczeń, w których nie ustalamy niezdolności do pracy, wynosi około 9% wszystkich wniosków. W większości przypadków osoby, które ubiegają się o ustalenie niezdolności do pracy, mają ustaloną niezdolność.

Jeśli chodzi o kontrolę sądową, liczbę spraw, które trafiają do sądu, mniej więcej w 18 tys. spraw ubezpieczeni decydują się na złożenie odwołania do sądu. Procent decyzji zmieniających w stosunku do wszystkich spraw rozpatrywanych w ubiegłym roku wyniósł poniżej 0,5%. Z 18 tys. spraw, które były zakończone prawomocnym orzeczeniem, tylko w 4,8% spraw sąd zmienił decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wydaną na podstawie orzeczenia ustalającego niezdolność.

Jeżeli chodzi o koszty – pan płk Tomasz Owczarek przedstawił również koszty – nasze koszty w tamtym roku wynosiły, bez rozbijania na pozycje, prawie 300 mln zł. Są to koszty orzecznictwa, w których oczywiście są zawarte wynagrodzenia, ale również pozostałe koszty rodzajowe związane z obsługą postępowania orzeczniczego, czyli utrzymanie budynków, remontów, energia cieplna. W tamtym roku było to prawie 300 mln zł.

Tak naprawdę mamy wskaźnik, który mówi o sprawności naszego postępowania. Ustawiliśmy to tak, że wskaźnik powinien wynosić 90% spraw załatwionych w terminie 45 dni od wpływnięcia wniosku. Niestety i w ubiegłym roku, i w tym kwartale nie osiągamy takiego wskaźnika. W całym kraju jest on obniżony. Tylko 82% spraw w pierwszym kwartale tego roku udało nam się rozpatrzyć w terminie 45 dni. Jest to związane z tym, że mamy bardzo ograniczone kadry, a oprócz tego, że mamy ograniczone kadry, to z osób, które pracują w zakładzie, ponad 60% lekarzy ma uprawnienia emerytalne, jest w wieku, który uprawnia do świadczenia emerytalnego.

W skrócie tak wygląda sytuacja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, jeżeli chodzi o funkcjonowanie orzecznictwa w największym systemie orzeczniczym. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Frydrych (KO):

Bardzo dziękuję panu dyrektorowi.

Przeszliśmy przez przegląd orzecznictwa lekarskiego, jak wygląda sytuacja w poszczególnych resortach.

W tym momencie otwieram dyskusję. Czy ktoś z państwa posłów chce zabrać głos? Bardzo proszę, pani poseł Dorota Marek.

Poseł Dorota Marek (KO):

Wysoka podkomisjo, szanowni państwo, chciałabym dopytać, dlatego że padło tutaj stwierdzenie, że do 16. roku życia i później – mówimy oczywiście o przyszłości, gdyż ustawa prawdopodobnie w najbliższym czasie znajdzie zastosowanie, będzie obowiązującą – będą dłuższe okresy wydawania zaświadczeń o niepełnosprawności.

Mamy do czynienia z chorobami przewlekłymi, genetycznymi, niepełnosprawnościami. Kiedy osoba, która ubiega się o orzeczenie, nie posiada, założmy, kończyn czy ma jakąś inną niepełnosprawność, o której wiemy, że nie zmieni się, najdelikatniej tak to określe... Znam przypadki, w których w sytuacji niepełnosprawności trwałej, która nie ulegnie poprawie lub zmianie, orzeczenia były wydawane na kilka lat, tylko dlatego że w trakcie wywiadu osoba powiedziała, że bardzo chciałaby wrócić do pracy bądź na tyle, na ile jej niepełnosprawność pozwala, być osobą aktywną zawodowo. Moje jedno pytanie jest takie: Czy zamierzamy to zmienić? To też na pewno zmieniliby, zwolniliby pewne zasoby do orzekania o niepełnosprawności, jak też spowodowałoby, że osoby niepełnosprawne nie przechodziłyby drugi raz całej procedury, co na pewno wiąże się z jakimś dyskomfortem z ich strony.

Moje drugie pytanie brzmi: Czy przewidujemy jakiś jednolity system? W tej chwili orzeczenie o niepełnosprawności, orzeczenie o niezdolności do pracy, które tak naprawdę jest tylko rozszerzeniem tego pierwszego, wydają dwa odrębne organy, a jeszcze urząd wojewódzki w tej chwili orzeka o możliwości świadczenia wspierającego. Osoba, która znalazła się w trudnej sytuacji życiowej z powodu niepełnosprawności, po pierwsze, musi wiedzieć, a po drugie, musi się udać, kiedy często niepełnosprawność ogranicza ją do tego stopnia, że musi korzystać z pomocy osób trzecich, które są aktywne zawodowo lub muszą pracować, żeby zapracować właśnie na jej utrzymanie czy też rehabilitację.

I jeszcze jedno. Czy widzimy jakąś potrzebę albo możliwość wsparcia bądź powiązania orzeczenia z systemem rehabilitacyjnym? Często jest tak, że do orzecznika trafia osoba w stanie niepełnosprawności, ale niepełnosprawność można by było ograniczyć, zmniejszyć lub wręcz wyeliminować, pod warunkiem że tu i teraz, w tym momencie trafiłaby do dobrego ośrodka rehabilitacyjnego. To tyle. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Frydrych (KO):

Bardzo dziękuję.

Czy są jeszcze jakieś pytania ze strony państwa posłów? Nie widzę.

Pozwolę sobie zadać pytanie, które może będzie trochę przewrotne, ale nie bez powodu jesteśmy w gronie podkomisji dotyczącej rynku pracy. Wiemy, widzimy, państwo to potwierdza, że są braki, jeżeli chodzi o lekarzy specjalistów do orzekania. Czy zastanawialiście się państwo, jak wyeliminować te kwestie? Tutaj chyba jest też duża rola uzgodnień międzyresortowych. Rozumiem, że jeżeli chodzi o kwestię kwalifikacji do służby w wojsku czy w Policji, resort odpowiada i jest to niewzruszalne. Jednak w momencie, kiedy jest orzekanie w sprawach świadczeń, na przykład renty z tytułu niezdolności do pracy czy niezdolności do służby, czy nie zastanawialiście się państwo, czy w ogóle jest szansa na stworzenie jednego orzecznictwa z poszczególnych resortów, które mogłoby orzekać właśnie w sprawach niezdolności do pracy, do służby, uzyskania takich świadczeń jak renta z tytułu niezdolności do pracy?

Niestety demografia jest taka, jaka jest, społeczeństwo się starzeje. Mniej osób wchodzi na rynek pracy, więcej schodzi z rynku pracy. Nawet jeżeli sytuacja się polepszy, jeżeli chodzi o dostępność do lekarzy orzeczników, nie będzie jakaś niesamowita, a chciałabym, żeby to się poprawiło. Niestety prognozy nie wróżą niczego dobrego w tym zakresie. Stąd właśnie moje pytanie.

Bardzo proszę. Kto z państwa na odpowie na to pytanie?

Sekretarz stanu w MRPiPS Łukasz Krason:

Odpowiem, jeżeli mogę, na pierwszy pakiet pytań.

Trzecim pytaniem trochę pani odpowiedziała na pierwsze pytanie. Sama pani powiedziała, co w momencie, jeżeli osoba z niepełnosprawnością otrzyma dobrą rehabilitację, stan jej zdrowia poprawi się. Jest to trochę odpowiedź, dlaczego powinniśmy być bardzo ostrożni przed wydawaniem orzeczeń na stałe, nawet jeżeli w momencie orzeczniczym gołym okiem widać, że stan zdrowia jest trudny. Możemy sobie wyobrazić, że o ile mówimy o dzieciach i o orzekaniu niepełnosprawności, to tam mamy rozpiętość czasową do 16. roku życia. Dzisiaj są takie przepisy. Jeżeli ktoś miałby 16 lat i jeden dzień, poszedł do lekarza orzecznika i dostał orzeczenie na stałe, każdemu życzę, żeby żył jak najdłużej, to w ciągu kolejnych 50 albo 60 lat jego życia jednak może się coś zadziać. Dlatego jeżeli dyskusję w tym zakresie sprowadzamy do ogólności, to ciężko dojść do konsensusu. Zawsze powinny być roztrząsane indywidualne przypadki.

W tym duchu wyszliśmy z rozporządzeniem, które 18 czerwca weszło w życie. Weszło osiemnastego czy jedenastego? Niedawno, w czerwcu weszło w życie. Na ten moment wyodrębniliśmy dwieście kilka schorzeń rzadkich, genetycznych, w których każdy przypadek przynosi taki sam rezultat. Podam swój przykład. Mam zanik mięśni obręczowo-barkowych. Ciężka choroba, ale nie każdy przypadek tej choroby kończy się na wózku w młodym wieku, tak jak to było u mnie – w wieku 7 lat usiadłem na wózek. Znam osoby, które mają 15 czy 20 lat i wciąż chodzą. Taki jest stan ich zdrowia. Dawanie komuś takiemu z automatu na stałe stopnia znacznego, dlatego że pojawia się kod medyczny, kod ICD-10, może być nie do końca właściwą drogą. Pamiętajmy też, że orzecznictwo to nie jest tylko aspekt medyczny, jest to także aspekt funkcjonalny. Jest to bardzo złożona kwestia. Mam nadzieję, że nowy model będzie uwzględniał wszystkie kwestie, że jakoś rozwiążemy bolączki, które są dzisiaj.

Jeżeli chodzi o liczbę lekarzy, rzeczywiście jest duży problem. Chyba wszyscy o tym mówiliśmy, mówił o tym każdy przedstawiciel instytucji czy resortu. Być może kwestią, która w przyszłości jakoś zacznie to rozwiązywać, jest pewien podział aspektów medycznych i wykorzystanie sztucznej inteligencji. Wiem, że już w wielu miejscach świata dokumentacja medyczna jest analizowana przez boty. W aspektach funkcjonalnych, które dzisiaj wykorzystujemy przy świadczeniu wspierającym, czyli ustalaniu poziomu, potrzeby wsparcia, nie potrzebujemy już tak wielkich specjalizacji, lekarzy z ogromnym doświadczeniem. Tam może być i fizjoterapeuta, i opiekun medyczny, i wiele innych zawodów okołomedycznych, z których doświadczeń możemy skorzystać. Być może połączenie novum, poszerzenie grup odbiorców i podział na poszczególne aspekty tego,

z czego składa się życie człowieka, pozwoli nam to wyodrębnić. Oczywiście nie jest to proste. Nikt nie mówił, że będzie prosto.

Ode mnie to tyle w tym aspekcie.

Przewodnicząca poseł Joanna Frydrych (KO):

Było jeszcze moje pytanie, czy przypadkiem nie ma w zamyśle, żeby wszystkie orzeczenia w sprawie świadczeń skumulować w jednym. Tak jak mówię, jest to renta socjalna, jest to renta z tytułu niezdolności do pracy, jest to wiele różnych innych świadczeń. Tak samo służb z KRUS. Wydaje mi się, że można przynajmniej zastanowić się i przebadać tę sytuację.

Sekretarz stanu w MRPiPS Łukasz Krason:

Odpowiem.

Jest to nowy system orzekania. Prace przygotowawcze prowadziliśmy jeszcze w tamtym roku. Był u mnie pan profesor Winciunas i inne osoby, z którymi rozmawialiśmy. Rzeczywiście ZUS wie gdzie tutaj prym, jeżeli chodzi o liczbę wydawanych orzeczeń, ale panie profesorze, w tym roku możecie zejść z pierwszego miejsca. Przez orzeczenia covidowe i mnogość ponadplanowych orzeczeń może was prześcigniemy. Zobaczymy, kto w grudniu będzie dzierżył palmę pierwszeństwa. Oczywiście mówię to pół żartem, pół serio. W rozmowach próbowaliśmy już na dzień dzisiejszy wejść w program połączenia i stworzenia jednego systemu orzeczniczego bez względu na to, czy jest to wojskowy, czy jest to rolnik, czy jest to osoba z niepełnosprawnością, która nigdy nie była na rynku pracy, albo osoba, która jest na rynku, jednak nie znaleźliśmy tutaj konsensusu. Są to tak różne rzeczywistości, mamy tak różne kwestie, że pełnego połączenia... A do tego mamy jeszcze resort edukacji i orzekanie dla potrzeby edukacji specjalnej. Dochodzi konkretny stopień skomplikowania.

Dlatego wyszliśmy z troszeczkę innego punktu widzenia, żeby zrobić krok do przodu. W projekcie nowego systemu orzeczniczego, o którym mówiłem wcześniej, dzielimy system na dwa elementy, ubezpieczeniowy i pozaubezpieczeniowy. W mojej wizji jest system, w którym osoba z niepełnosprawnością, która nie pracuje, korzysta tylko z jednego systemu pozaubezpieczeniowego, czyli tego, który jest pod pełnomocnikiem. Jest to jednolity system w całym kraju. System ten jest gotowy przejąć wszystkie inne systemy, jeżeli kiedyś przyjdzie myśl, żeby to połączyć, żeby system informatyczny i poszczególne moduły funkcjonalne i medyczne były gotowe na przyjęcie modułu KRUS, jeżeli dojdziemy do wniosku, że zmiany będą na tyle małe, że można je zaimplementować, połączyć i przygotować.

Moja myśl jest taka, żeby wszystkie świadczenia... O tym też warto wspomnieć. Nasz projekt nie będzie dotyczył tylko systemu orzeczniczego, ale także świadczeń, systemu świadczeń. Dzisiaj osoba z niepełnosprawnością może dostać od kilku nawet do kilkunastu różnych świadczeń pieniężnych, niepieniężnych. Rzeczywiście dzisiaj jest tak, że renta socjalna częściowo jest wydawana przez powiaty, przez orzecznictwo powiatowe. Niezdolność do samodzielnej egzystencji jest z kolei w ZUS. W ZUS są też inne dodatki, zasiłek pielęgnacyjny itd. Mało kto jest już w stanie połączyć się w tym. Dodatek dopełniający jeszcze dodatkowo utrudnił sytuację, dlatego że nagle mamy podział osób o podobnych potrzebach, nagle jest jakiś rozdział.

W projekcie, który właśnie rusza, to też będziemy chcieli układać. Chcemy, żeby wszystko było w jednym okienku, żeby osoba z niepełnosprawnością, która nie pracowała, mogła wiedzieć, jakie ma potrzeby, żebyśmy my mogli wiedzieć, jakie ma potrzeby, co może uzyskać, dlatego że nie są to tylko świadczenia pieniężne. Coraz prętniej rusza program WSM w PFRON – chodzi o mieszkania wspomagane, podobnie jak świadczenie wspierające. Za chwilę będzie asystencja, kolejny bardzo ważny element w całej układance. Chcemy, żeby to wszystko byłoby w jednym miejscu. A jeżeli taka osoba pójdzie do pracy, to tylko dobrze. Wtedy ten kawałek przejmuje ZUS, MON, ktokolwiek będzie się tym zajmował. Będzie to wypłacane jako ponad to, co jest w systemie podstawowym, jako ponad to, co tutaj się znajduje.

Ale jak mówię, jest to melodia przyszłości. Na razie mówię w dużej ogólności. Jest to model, który będziemy dopiero wypracowywać także ze specjalistami, którzy są tu dzisiaj na sali. Będzie to projekt, który na pewno będzie musiał być szeroko skonsultowany, dlatego że jest wiele obaw o odbieranie praw nabytych. Chciałbym jeszcze raz powiedzieć, że nikt nie ma zamiaru kogoś skrzywdzić. Ma to być ku poprawie sytuacji, żeby w centrum był człowiek.

Przewodnicząca poseł Joanna Frydrych (KO):

Bardzo dziękuję, panie ministrze.

Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby zabrać głos? Bardzo proszę, pani profesor.

Kierownik zespołu CZSW prof. dr n. med. Beata Janas:

Szanowni państwo, skomentuję kilka rzeczy. Niezdolność do służby a niezdolność do pracy są to dwie różne rzeczy. Osoba może być osobą niezdolną do służby, a jednocześnie zdolną do pracy i pracującą. Kwestią do uregulowania jest bardziej niezdolność do służby, która nie jest jednocześnie rentą inwalidzką.

W naszym odczuciu ważne byłoby uregulowanie chorób powstałych w związku ze służbą, chorób powstałych w związku ze szczególnymi warunkami i właściwościami służby, czyli popularnie tzw. chorób zawodowych, ponieważ dwa załączniki, załącznik nr 1 i załącznik nr 2, posiadają niemalże takie same choroby, a odchodzi się w zupełnie innym trybie. W naszej ocenie jeżeli osoba jest niezdolna do służby, niezdolność do służby nie oznacza jednocześnie rencisty, natomiast niezdolność do służby oznacza, że osoba jest zdolna do pracy. Nie musi być zdolna do służby właśnie w tym miejscu, natomiast może wyjść i być zdolną do pracy. Chodzi nam o to, żeby cały system był tak uregulowany, żeby maksymalnie wykorzystać możliwości adaptacyjne do pracy tych osób, które posiadają wszystkie możliwości zarówno pod względem funkcjonalnym, społecznym, jak i medycznym.

Jest jeszcze jedna rzecz, o której mówił pan minister. Ważnym by było, żeby jeżeli osoby odchodzą ze służby z orzeczoną pierwszą grupą inwalidzką, orzeczenia te były jednocześnie kompatybilne z orzeczeniami o stopniu niepełnosprawności, dlatego że w tej chwili jest całkowita rozbieżność między orzeczeniami.

Natomiast jeżeli chodzi o centra medyczne, jest to kwestia rozwiązań systemowych. Tak naprawdę nie uregulujemy tego w naszych ustawach pragmatycznych. Jest duże rozwiązanie systemowe. Choroby mamy te same. Jest to tylko kwestia uregulowań systemowych. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Frydrych (KO):

Bardzo dziękuję.

Ktoś jeszcze z państwa? Bardzo proszę, pan profesor.

Naczelnny lekarz KRUS prof. dr hab. med. Łukasz Wicherek:

Chciałbym zwrócić państwa uwagę na to, że mówiąc o orzecznictwie, rozmawiamy z jednej strony o świadczeniach, a z drugiej strony o kadrze, czyli o zawodach medycznych, osobach, które muszą uczestniczyć w procesie po stronie wydania orzeczenia.

Pani przewodnicząca zapytała odnośnie do kadr. W Polsce mamy 180 tys. lekarzy, mamy kilkaset tysięcy innych pracowników medycznych. Biorąc pod uwagę kapitał ludzki, zasoby ludzkie do obsługi orzecznictwa mamy wystarczające. Na wszystkich kierunkach medycznych jest teraz więcej absolwentów, niż było dziesięć lat temu. Natomiast bariera, którą staramy się usunąć w KRUS, nad którą powinniśmy wspólnie pracować, żeby ją usunąć, polega na określeniu kwalifikacji do pracy w orzecznictwie. W wielu branżowych, poszczególnych, specjalnych ustawach mamy pewnego rodzaju zaostrożenia. I tak naprawdę nie wszyscy, którzy potencjalnie są dostępni na rynku, mogą w tym uczestniczyć. Jest to kierunek do działań. Powinniśmy ustalić kryteria, dostosować do oczekiwań naszych ubezpieczonych. W ten sposób uzyskamy dodatkowych ludzi do pracy. Przecież ci ludzie w Polsce są. Jest to bardzo ważne.

Pani dyrektor z ministerstwa nie powiedziała słowa na ten temat, dlatego ja pozwolę sobie powiedzieć w zastępstwie. Drodzy państwo, w Polsce obowiązuje rozporządzenie z roku 2023 o umiejętnościach lekarskich. Umiejętności to nie specjalizacja, tylko coś o mniejszym zakresie oddziaływania. To już funkcjonuje w Polsce. Co więcej, na liście 52 umiejętności lekarskich jest wymieniona umiejętność orzecznictwa lekarskiego.

A więc mamy już przygotowaną przez Ministerstwo Zdrowia drogę, którą powinniśmy podążać. Obojętnie, jakiego rodzaju to będzie orzecznictwo, czy w KRUS, czy w niepełnosprawności, czy w ZUS, koniec końców w niedalekiej przyszłości ktoś, kto będzie pracował w orzecznictwie, powinien posiadać tę umiejętność. To, na czym dzisiaj powinniśmy się skupić, to opracować sposób, w jaki lekarz może uzyskać tę umiejętność. Przecież umiejętność jest na rynku już od roku, a nie ma jeszcze żadnego kursu, nie ma żadnej jednostki, która może przyznawać taką umiejętność. Mogą to być instytuty medyczne, mogą to być towarzystwa naukowe, które mogą przeprowadzić kurs i nadać umiejętność. Do dzisiaj nie stworzyliśmy żadnej jednostki, która ją przyznaje. Jest to coś takiego, co możemy zrobić w niedalekiej przyszłości.

Tak jak wspominałem, powtórzę jeszcze odnośnie do tego, co robimy w KRUS. Staramy się przejść w kierunku orzecznictwa zdalnego. Jest to właściwy kierunek – cyfryzacja, postęp, panie

ministrze, może nie sztuczna inteligencja, która zdecyduje za lekarza. Nie jest to właściwe, biorąc pod uwagę specyfikę choroby i ciężaru, jaki niesie na sobie lekarz orzecznik, decydując, że ktoś do czegoś będzie mógł być dopuszczony albo nie. Jednak powinna być to komisyjna wiedza kilku specjalistów. Można to zrobić zdalnie z wykorzystaniem cyfryzacji. Cyfryzacja nie ma nas zastąpić, tylko chodzi o to, żebyśmy zdjęli z lekarzy i innych pracowników medycznych uczestniczących w procesie orzeczniczym ciężar związany ze spotykaniem się, zrobieniem komisji w sensie, że muszą być cztery osoby w jednym miejscu, musi przyjść pacjent. Jak prześle- dzimy kuchnię całego procesu, naprawdę dużo możemy ułatwić, żeby było szybciej, sprawniej, po prostu efektywniej. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Frydrych (KO):

Bardzo dziękuję.

Czy jeszcze ktoś z państwa chciałby zabrać głos? W takim razie mam jeszcze tylko krótkie pytanie. Mamy przedstawicieli Najwyższej Izby Kontroli. Czy państwo prowadziliście kontrolę w zakresie orzecznictwa lekarskiego? Jeżeli tak, czy były jakieś zalecenia?

Pełniąca obowiązki wicedyrektor Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Najwyższej Izby Kontroli Joanna Krajewska-Zowczak:

W przygotowaniu mamy kontrolę doraźną, zresztą w porozumieniu z panem ministrem. Taka kontrola jest w przygotowaniu. Lada dzień będzie decyzja o jej przeprowadzeniu.

Pani doradca przedstawi bardziej szczegółowe informacje na temat kontroli.

Doradca ekonomiczny w Departamencie Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Najwyższej Izby Kontroli Anna Marszałek-Rochowicz:

Krótko powiem, że Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła dwie duże kontrole orzecznictwa, ale było to dość dawno temu, gdyż był to 2005 r. i 2012 r. Były to kompleksowe kontrole, które obejmowały centralę ZUS i oddziały ZUS, wojewódzkie i powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności oraz ministerstwo, czyli pełnomocnika rządu do spraw osób niepełnosprawnych. Postawiliśmy wtedy wnioski.

Zresztą ustalenia były dokładnie takie same jak to, co państwo teraz mówicie. Były te same problemy, były problemy z kadrami, a w związku z tym problemy z terminami. Była niespójność systemów, konieczność stawiania osób przed różnymi systemami, przedkładania orzeczeń, które dana osoba uzyskuje przed różnymi organami w zależności od tego, dla jakich celów musi stanąć przed drugim zespołem, przed drugą komisją. Wniosek NIK był wtedy taki, że konieczne trzeba jakoś ujednolicić system, żeby nie było bałaganu, który państwo sami dostrzegacie. Wiadomo, że każda z instytucji i służb ma swoją specyfikę, ale niektóre rzeczy prawdopodobnie dałoby się ujednolicić.

Chciałabym zwrócić państwu uwagę, że przygotowując się do kontroli, którą chcemy przeprowadzić, przeanalizowaliśmy również „Strategię na rzecz osób z niepełnosprawnościami 2021–2030”, która założyła stworzenie jednego systemu orzecznictwa. Nie zostało to, jak rozumiem, póki co zmienione. Tymczasem z tego, co państwo mówicie, tak naprawdę wynika, że nie jest możliwe stworzenie jednego systemu orzecznictwa, tak jak zakłada strategia, więc pewnie należałoby ją zmienić i zobaczyć, w jakim zakresie da się stworzyć jeden system, a w jakim muszą pozostać one odrębne.

Najnowsze zmiany, które zostały wprowadzone, czyli świadczenie wspierające, znowu zrobiły coś takiego, że dały zadania dwóm systemom. Ogromny kawałek tego ma ZUS, dlatego że do niego wpływa wniosek. To ZUS ostatecznie przyznaje świadczenie, natomiast rozpoznanie, określenie, w jakiej wysokości wsparcie ma zostać udzielone, decyzja o poziomie wsparcia jest w wojewódzkich zespołach. Mam wrażenie, że zamiast coś uporządkować, znowu stworzyło to bałagan poprzez to, że rozdzieliło zadania na dwa systemy orzecnicze.

Pan minister powiedział na samym początku, że reforma, która jest planowana, będzie robiona z partnerami, którzy zostali wybrani i będzie dotyczyła tylko systemów, które podlegają panu ministrowi – tak zrozumiałam, nie wiem, czy dobrze – czyli tylko wojewódzkich i powiatowych zespołów. Czy obejmie ona także w jakimś stopniu systemy, które tutaj państwo reprezentujecie, czyli ZUS, KRUS, MSWiA, MON? Akurat nie ma oświaty, a oni mają jeszcze inną specyfikę. Myślę, że ciągle nie wiemy, w jakim kierunku to wszystko zmierza. Państwo przedstawiliście, jak to wygląda u was. Planowane są zmiany. Zrozumiałam, że w każdym

z ministerstw planowane jest nowe rozporządzenie albo co najmniej jakieś nowe zmiany, natomiast są one niezależne od siebie.

Różnice między poszczególnymi systemami w poszczególnych ministerstwach być może nasila się, a znowu nie mamy w miarę jednolitego systemu czy też rozwiązania, które byłoby jednolite dla wszystkich resortów z uwzględnieniem oczywiście ich specyfiki. Czy kompetencje lekarzy rzeczywiście mogą być różne w różnych miejscach, czy mogą być inaczej określone? Pewnie powinno to być jakoś ujednolicone. Jeżeli tam, gdzie jest możliwość, troszkę obniżymy wymagania wobec lekarzy, tak jak pan zasadnie to przedstawił, skoro nie da się inaczej rozwiązać problemu braku kadrowego lekarzy, to nie może być tak, że niższe wymagania ma lekarz w KRUS, w ZUS już będzie miał inne, w MSWiA będzie miał inne, w MON będzie miał inne.

Przepraszam, może się rozgadałam, ale przyznaję, że dla mnie ciągle jest więcej pytań niż odpowiedzi, zwłaszcza że, jak mówię, jesteśmy przed kontrolą. Dlatego pozwoliłam sobie je zadać. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Frydrych (KO):

Bardzo dziękuję za dyskusję.

W gremium, gdzie każdy reprezentuje inne środowisko, inny obszar, w sumie tworzą się najlepsze pomysły. Jest burza mózgów. Ja sama dzisiaj bardzo dużo nauczyłam się, dowiedziałam od państwa, za co bardzo, bardzo serdecznie dziękuję.

Jeżeli nie ma już więcej osób, które chcą zabrać głos... Nie wiem, czy są jeszcze jakieś pytania, zgłoszenia, wypowiedzi. Nie ma, w takim razie bardzo serdecznie państwu dziękuję.

Na tym wyczerpaliśmy porządek dzisiejszego spotkania.

Mam do państwa jeszcze jedną prośbę, żeby materiały, które państwo prezentowaliście, przesłać na mailowy adres Komisji, a my dostarczymy je wszystkim członkom naszej podkomisji.

Jeszcze raz bardzo serdecznie dziękuję. Zamykam posiedzenie podkomisji.