

STANOWISKO Nr 3/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 12 marca 2021 r.

w sprawie zapowiedzianej w Strategii na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami
2021–2030 reformy systemu orzekania o niepełnosprawności

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z uchwałą nr 27 Rady Ministrów z dnia 16 lutego 2021 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021–2030, opublikowaną w Monitorze Polskim nr 218, zgłasza następujące uwagi w zakresie Priorytetu VIII - Koordynacja pkt 1.3. „Reforma systemu orzekania o niepełnosprawności”:

Zastrzeżenia samorządu lekarskiego budzi fakt, że przewidziana w „Strategii na rzecz osób z Niepełnosprawnościami 2021-2030” reforma systemu orzekania o niepełnosprawności nie była przedmiotem żadnych uprzednich uzgodnień ze środowiskiem lekarskim. Nie budzi przy tym wątpliwości, że - mimo deklarowanego w Strategii przejścia z medycznego modelu niepełnosprawności na model oparty na prawach człowieka - to na lekarzach nadal będzie spoczywał główny ciężar przeprowadzenia fachowej oceny stanu zdrowia i oceny funkcjonalnej osoby badanej.

W „Strategii na rzecz osób z Niepełnosprawnościami 2021-2030” wskazuje się, że projektowany system orzekania o niepełnosprawności ma być jednolity, tzn. łączyć orzecznictwo do celów rentowych, pozarentowych i edukacyjnych, a dodatkowo „Dzięki powołaniu oddzielnego organu od płatników świadczeń (ZUS, KRUS, MSWiA, MON, MEN), zagwarantowana zostanie bezstronność orzekania.” Z takiego stwierdzenia można wnioskować, że w ocenie Rady Ministrów obecnie orzekanie o niepełnosprawności dla celów rentowych i pozarentowych jest dotknięte wadą braku bezstronności. Z takim twierdzeniem trudno się zgodzić. W chwili obecnej ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych przewiduje powoływanie dwóch instancji zespołów orzekających o niepełnosprawności: powiatowych zespołów do spraw

orzekania o niepełnosprawności - jako pierwszej instancji oraz wojewódzkich zespołów do spraw orzekania o niepełnosprawności - jako drugiej instancji. Od orzeczenia wojewódzkiego zespołu przysługuje odwołanie do sądu pracy, co zapewnia kontrolę działania zespołów przez sądownictwo powszechne, które także jest dwuinstancyjne. Do tego warto odnotować, że ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych przyznaje Pełnomocnikowi Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych daleko idące uprawnienia w stosunku do orzeczeń zespołów ds. orzekania o niepełnosprawności w zakresie kontroli ich zgodności z zebranymi dokumentami lub z przepisami dotyczącymi orzekania o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności oraz co do prawidłowości i jednolitości stosowania przepisów, standardów i procedur postępowania w sprawach dotyczących orzekania o niepełnosprawności i o stopniu niepełnosprawności. Należy odnotować, że dwuinstancyjne jest również orzekanie o niezdolności do pracy dla celów rentowych, przewidziane m.in. w ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, do tego orzeczenia wydane w tym trybie mogą podlegać weryfikacji na drodze postępowania sądowego. Skoro obecnie orzekanie w zakresie niepełnosprawności oraz do celów rentowych jest dwuinstancyjne i nadzorowane przez sąd powszechny, Naczelnym Lekarzem Zakładu oraz przez Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych, to trudno zgodzić się z tezą o braku bezstronności.

W świetle przedstawionej „Strategii na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami” wątpliwości budzi także kwestia, jak będzie sformułowane orzeczenie dla potrzeb rentowych wydane przez interdyscyplinarny zespół specjalistów, skoro w „Strategii na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami” proponuje się, iż nie będzie ono zawierało określeń „np. niezdolność do pracy, niezdolność do samodzielnej egzystencji, niesamodzielność”, które to określenia stanowią ustawowy wymóg w przyznawaniu świadczeń rentowych (art. 67 Konstytucji RP).

Zawarte w Strategii sformułowanie, że: *„Orzeczenie będzie zawierało informacje na temat indywidualnych potrzeb wsparcia, wynikających z niepełnosprawności, a nie dysfunkcji”* wydaje się sprzeczne z zamieszczoną w Strategii informacją, że: kompleksowa ocena funkcjonowania danej osoby będzie wykonywana z wykorzystaniem narzędzia jakim jest skala ICF, ponieważ skala ICF oparta jest właśnie na wykazie dysfunkcji.

Opisana w Strategii reforma systemu orzekania o niepełnosprawności przewiduje, że w składzie zespołu orzekającego będzie lekarz odpowiedniej specjalizacji. Rodzi to pytanie o liczebność zespołu, w sytuacji gdy dana osoba będzie miała kilka różnych „zakresów niepełnosprawności” - czy w skład zespołu będą wówczas wchodzić obligatoryjnie lekarze wszystkich tych odpowiednich specjalizacji.

Z powyższych względów Naczelna Rada Lekarska wnosi o ponowne przeanalizowanie przyjętej Strategii w obliczu przedstawionych zastrzeżeń.

SEKRETARZ



Marek Jodłowski

PREZES



Andrzej Matyja