

Choroba zawodowa a niezdolność do pracy. Zasady orzekania

Jolanta Rynowska-Wiśniewska¹

¹ Śląska Izba Lekarska

Rynowska-Wiśniewska J. Choroba zawodowa a niezdolność do pracy. Zasady orzekania. Med. Og Nauk Zdr. 2014; 20(2): 160–165.

Streszczenie

Wprowadzenie. Choroba zawodowa jest ściśle związana z warunkami wykonywania konkretnej pracy. Nie zawsze jednak powoduje niezdolność do zatrudnienia, konieczność zaprzestania aktywności zawodowej oraz otrzymywania świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

Niespójność systemu zabezpieczenia społecznego, brak możliwości uzyskania przekwalifikowania zawodowego, niechęć do samoprzekwalifikowania powodują, że rozpoznanie choroby skutkuje składaniem wniosku o świadczenia rentowe.

Cel pracy. Celem pracy było wykazanie, jak zmiana podejścia z orzekania czysto biologicznego do orzekania biologiczno-zawodowo-ekonomicznego wpłynęła, po reformie systemu ubezpieczeń w 1997 r., na liczbę orzeczeń o niezdolności do pracy z powodu choroby zawodowej w latach 1999–2009 na terenie kraju.

Materiał i metody. W pracy zastosowano metodę analizy porównawczej danych statystycznych z Departamentu Statystyki ZUS z lat 1999–2009. Przedstawiono również wybrane ekspertyzy przeprowadzone przez IMP w Łodzi w latach 1999–2009, wydane w postępowaniu odwoławczym.

Wyniki. Analiza materiału dowodzi, że zmiana oceny zdolności do pracy, jaka dokonana się z reformą systemu ubezpieczeniowego w 1997 r., spowodowała spadek liczby orzeczeń o niezdolności do pracy z powodu choroby zawodowej.

Wnioski. Ujednolicanie przepisów orzecznictwa ubezpieczeniowego, sądowego i medycyny pracy spowodowało zmniejszenie liczby chorych, którzy nie utracili zdolności do pracy mimo stwierdzonej choroby zawodowej.

Istnienie choroby zawodowej nie jest równoznaczne z istnieniem niezdolności do pracy.

Wczesne wykrywanie choroby zawodowej, właściwa profilaktyka, wczesne odsunięcie od czynnika narażającego ma fundamentalny wpływ na zachowanie zdrowia pracowników, a tym samym na zmniejszenie liczby świadczeniobiorców.

Słowa kluczowe

choroba zawodowa, orzecznictwo, niezdolność do pracy

WSTĘP

Geneza chorób zawodowych sięga czasów starożytnych. Już w papirusach egipskich pochodzących sprzed 1500 r. p.n.e. opisano związek chorób płuc z pracą zawodową. Ojciec medycyny – Hipokrates w swoich pismach radził lekarzom: „istnieje wiele zawodów związanych z niebezpieczeństwem powstania chorób. Dlatego szczególnie ważne jest, aby lekarz pytał chorego o jego zawód” [1]. Przez wiele wieków różni uczeni odnotowywali związki między rodzajem pracy a rozwojem specyficznych schorzeń w organizmie człowieka, jednakże dopiero w XX wieku, wraz z rozwojem wielokapitałistycznych stosunków pracy, zostało wprowadzone nadrzędne pojęcie medycyny pracy, które obejmowało fizjologię, patologię i higienę pracy, a także orzekanie i kwestie ubezpieczeń i odszkodowań na wypadek chorób zawodowych.

W 1921 r. higienista Franz Koelsch (1876–1970) stworzył w Monachium Instytut Medycyny Pracy, a w 1924 r. otworzył w Berlinie Lichtenbergu pierwszą Klinikę Chorób Zawodowych. Od tego czasu stopniowo zaczęła wyodrębniać się z medycyny klinicznej nowa gałąź wiedzy jaką jest medycyna pracy [1, 2].

Celem medycyny pracy stała się ocena wpływu środowiska pracy na zdrowie i życie człowieka oraz ochrona zdrowia pracujących przed negatywnymi skutkami oddziaływania

środowiska, poprzez ocenę i monitorowanie stanu zdrowia w czasie aktywności zawodowej oraz wczesne wykrywanie zagrożeń zdrowia wskutek działania środowiska pracy.

Pomimo wielokierunkowego działania profilaktycznego nie zawsze udaje się uchronić pracownika przed powstaniem choroby zawodowej.

Definicję choroby zawodowej określa *Kodeks pracy*. W art. 235 §1 zapisano, że za chorobę zawodową uważa się chorobę, wymienioną w wykazie chorób zawodowych, jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy, zwanych „narażeniem zawodowym”. Rozpoznanie choroby zawodowej może nastąpić – zgodnie z art. 235 §2 – u pracownika lub byłego pracownika w okresie jego zatrudnienia w narażeniu zawodowym albo po zakończeniu pracy w takim narażeniu, pod warunkiem wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych w okresie ustalonym w wykazie chorób zawodowych [15].

Stwierdzenie choroby zawodowej nie jest jednoznaczne ze stwierdzeniem niezdolności do pracy.

Niezdolność do pracy to pojęcie ustawowe, określone w ustawie o emeryturach i rentach z funduszu ubezpieczeń społecznych. W świetle tej ustawy osobą niezdolną do pracy, jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu. Przyjmuje się, że w razie problemów zdrowotnych (np. spowodowanych chorobą zawodową) moż-

Adres do korespondencji: Jolanta Rynowska-Wiśniewska, ul. Paderewskiego 1/60, 32-590 Libiąż, Polska
e-mail: rynowska_wisniewska@onet.eu
tel.: +48 606-623-928

Nadesłano: 15 lutego 2012 roku; Zaakceptowano do druku: 18 lutego 2014 roku

na pracować na innym stanowisku lub w innej branży. O niezdolności natomiast mówimy wtedy, gdy przebranzowienie nie jest możliwe z tego powodu, że będzie nieskuteczne.

W okresie przed reformą systemu ubezpieczeń społecznych praktycznie każde rozpoznanie choroby zawodowej skutkowało przyznawaniem świadczeń długoterminowych (rentowych) z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy było przedstawienie, jak zmieniło się orzekanie o niezdolności do pracy z tytułu chorób zawodowych po reformie systemu ubezpieczeń społecznych, poprzez uwzględnienie następujących aspektów:

- 1) zmiany pojęcia „inwalidztwo” (które zawierało w sobie połączenie biologicznego kalectwa, czyli niepełnosprawności, z niezdolnością do pracy) na pojęcie „niezdolności do pracy” (które rozdziela pojęcie biologicznego kalectwa, czyli niepełnosprawności, od niezdolności do pracy);
- 2) roli profilaktyki w zapobieganiu niezdolności do pracy w wyniku choroby zawodowej.

OPIS STANU WIEDZY

Pierwszą w Polsce podstawą prawną związaną z zapobieganiem i zwalczaniem chorób zawodowych było *Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22.08.1927 r. o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu*, które zawierało z następujące określenie choroby zawodowej „Za choroby zawodowe w rozumieniu rozporządzenia niniejszego uważane są choroby ostre lub przewlekłe, powstające wskutek wykonywania pewnego zawodu, wynikające z istoty danej pracy lub z powodu warunków, w których się ona odbywa” [3]. Pierwszy wykaz chorób uznanych za choroby zawodowe ustaliło *Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych, Ministra Pracy i Opieki Społecznej, Ministra Przemysłu i Handlu oraz Ministra Rolnictwa z dnia 17 grudnia 1928 r. w sprawie wykonania niektórych postanowień rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 r. o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu*, w którym wymienionych jest 49 jednostek chorobowych [4].

W kolejnych latach wielokrotnie zmieniały się ustawy regulujące kwestie chorób zawodowych i wykazy tych chorób (1956, 1968, 1974, 1983, 2002, 2009). Obecnie najnowsze uregulowanie prawne dotyczące opisywanego tematu zawiera *Ustawa z dnia 30.10.2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych* wraz z *Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30.06.2009 r. w sprawie chorób zawodowych* [5, 16]. Zawarta w tej ustawie definicja choroby zawodowej brzmi: „za chorobę zawodową uważa się chorobę określoną w wykazie chorób zawodowych, o którym mowa w art. 235 §1 Kodeksu pracy, jeśli została ona spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy lub sposobem wykonywania pracy.” Nowością w dotychczasowym orzecznictwie dotyczącym chorób zawodowych jest wprowadzenie maksymalnego okresu, jaki może upłynąć od ustania narażenia zawodowego, w którym dopuszczalne jest ubieganie się o świadczenia z tytułu chorób zawodowych.

Aktualnie obowiązujący wykaz chorób zawodowych, określony rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 czerwca

2009 r. (Dz.U. nr 105 poz. 869), zawiera 26 grup chorób zawodowych obejmujących 75 jednostek chorobowych [16].

O znaczeniu chorób zawodowych decyduje również fakt, iż pociągają one za sobą niebagatelne w skali kraju skutki ekonomiczne w postaci:

- absencji chorobowej,
- uszczerbku na zdrowiu,
- kosztownych badań diagnostycznych,
- świadczeń pieniężnych przyznawanych osobom, które utraciły zdolność do pracy.

Definicję niezdolności do pracy dla celów rentowych zawiera *Ustawa z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych*. Zgodnie z art. 12 cytowanej ustawy:

1. Niezdolną do pracy w rozumieniu ustawy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu.
2. Całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy.
3. Częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji” [7].

Utrata zdolności do pracy nie jest jedyną przesłanką wyznaczającą do stwierdzenia niezdolności do pracy. Oprócz czynnika biologicznego uwzględnia się także czynnik socjoekonomiczny, co reguluje art. 13 tejże ustawy.

„Przy ocenie stopnia i przewidywanego okresu niezdolności do pracy oraz rokowania co do odzyskania zdolności do pracy uwzględnia się:

1. stopień naruszenia sprawności organizmu oraz możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji;
2. możliwość wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej pracy oraz celowość przekwalifikowania zawodowego, biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne” [7].

W przytoczonej definicji niezdolności do pracy dla celów rentowych występują dwa elementy składowe: biologiczny i zawodowo-ekonomiczny. Pierwszy z nich dotyczy naruszenia sprawności organizmu, drugi wynikającej stąd niezdolności do zarobkowania. Orzecznictwo przed 1997 r., posługujące się terminem „inwalidztwo”, uwzględniało jedynie składnik biologiczny, nie wypowiadało się natomiast na temat składnika zawodowo-ekonomicznego. Skutkowało to orzekaniem świadczeń rentowych praktycznie w każdym stwierdzonym przypadku choroby zawodowej. Zmiany w orzecznictwie, jakie dokonały się po reformie ZUS w 1997 r., zakładały konieczność oceny sytuacji zainteresowanego nie tylko w sferze medycznej, ale również w sferze zawodowej pod kątem tego, na ile zachowana została zdolność do pracy zarobkowej. Kolejnym elementem oceny niezdolności do pracy stała się konieczność oceny rokowań, czyli odzyskania zdolności do pracy poprzez przekwalifikowanie. Element ten nie istniał w poprzednim systemie orzekania, który oceniał jedynie skutki biologiczne stwierdzonej choroby. Oznacza to w praktyce, iż pozytywne rokowania w zakresie przekwalifikowania zawodowego uniemożliwiają

stwierdzenie niezdolności do pracy, a osoba uznana za zdolną do przekwalifikowania otrzymuje ewentualnie rentę szkoleniową na czas niezbędny do nauczenia się nowego zawodu (maksymalnie 36 miesięcy).

W obowiązującej definicji istnienie lub brak pozytywnych rokowań odnosi się nie jak poprzednio do upośledzenia czynności organizmu (czyli elementu biologicznego), ale do niezdolności do pracy (czyli czynnika socjoekonomicznego). Oznacza to, że nawet nieodwracalne naruszenie sprawności organizmu (inwalidztwo, kalectwo) nie będzie stanowiło podstawy do stwierdzenia niezdolności do pracy i przyznania renty z tego tytułu, jeśli istnieje możliwość odzyskania zdolności do pracy poprzez przystosowanie się organizmu bądź przekwalifikowanie zawodowe.

Orzeczenie niezdolności do pracy powinno nastąpić dopiero wówczas, gdy nie ma rokowania co do odzyskania tej sprawności poprzez przekwalifikowanie [2].

W przypadku chorób zawodowych obowiązują takie same zasady orzekania o niezdolności do pracy zarobkowej jak w przypadku innych chorób. Niezdolność do pracy zarobkowej uprawniająca do świadczeń musi zatem wynikać z naruszenia sprawności organizmu spowodowanego chorobą zawodową. Rodzaj i stopień zaawansowania choroby zawodowej nie zawsze powoduje ograniczenie sprawności organizmu w stopniu uzasadniającym stwierdzenie niezdolności do pracy. W takich przypadkach mogą zaistnieć wskazania do czasowej lub trwałej zmiany rodzaju pracy jedynie ze względów profilaktycznych, a świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu może mieć charakter jednorazowy.

Nagminną praktyką stosowaną przez ubezpieczonych jest składanie wniosku o uznanie niezdolności do pracy (świadczenia rentowe) już w chwili stwierdzenia choroby zawodowej. Pomija się całkowicie kwestię kontynuacji pracy po odsunięciu od czynnika narażającego, przekwalifikowanie w ramach posiadanego zawodu bądź zdobycie nowych kwalifikacji.

Tymczasem życie, weryfikując powyższe, wielokrotnie ujawnia, że osoby z orzeczoną niezdolnością do pracy, w tym również z powodu choroby zawodowej, pracują w pełnym wymiarze czasu pracy, a przyznane świadczenie stanowi swojego rodzaju przepustkę do możliwości uzyskania zatrudnienia na ogólnym rynku pracy.

Dane o chorobach zawodowych w Polsce gromadzone są od 1961 r., lecz dopiero od 1971 r. prowadzony jest w Instytucie Medycyny Pracy im. prof. Jerzego Nofera w Łodzi dokładny Rejestr Chorób Zawodowych zawierający wszystkie przypadki stwierdzonych chorób zawodowych w ciągu roku kalendarzowego.

METODA, TECHNIKI I NARZĘDZIA BADAWCZE

W celu odpowiedzi na sformułowane problemy badawcze posłużono się metodą analizy krytycznej. Do realizacji powyższej metody zastosowano technikę analizy dokumentów archiwalnych, książek, aktów prawnych, danych statystycznych z Departamentu Statystyki ZUS z lat 1999–2009, ekspertyz orzeczniczych przeprowadzonych w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi.

ANALIZA ORZECZEŃ O NIEZDOLNOŚCI DO PRACY Z TYTUŁU CHOROÓB ZAWODOWYCH

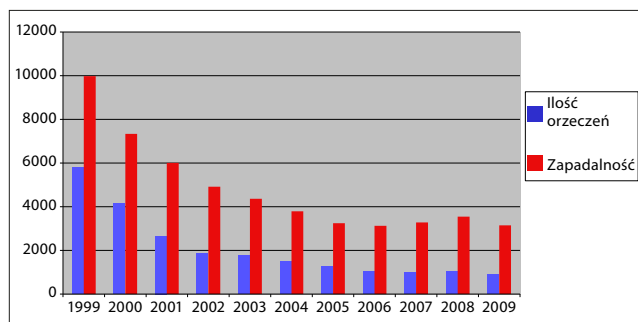
W pracy niniejszej przeprowadzono analizę orzeczeń o niezdolności do pracy z tytułu chorób zawodowych na podstawie danych statystycznych z Departamentu Statystyki ZUS z lat 1999–2009, a wyniki skonfrontowano z danymi z IMP w Łodzi mówiącymi o ogólnej liczbie chorób zawodowych rozpoznanych w Polsce w opisywanym okresie.

Tabela 1. Choroby zawodowe rozpoznane w Polsce w latach 1999–2009 [8]

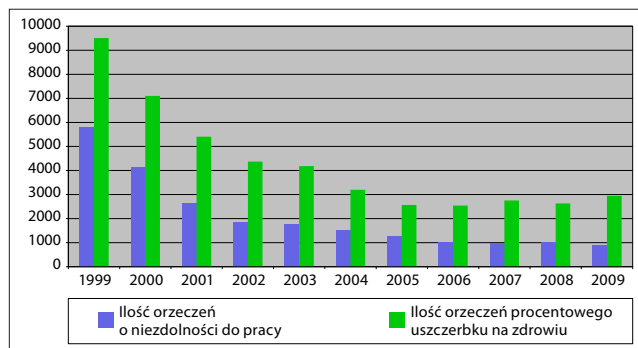
Rok	Liczba przypadków			Współczynnik na 100 tys. zatrudnionych		
	ogółem	mężczyźni	kobiet	ogółem	mężczyźni	kobiet
1999	9982	5296	4686	98	99,8	96
2000	7339	3965	3374	73,9	77	70,3
2001	6007	3516	2491	63,2	72,1	53,8
2002	4915	2972	1943	53,6	63,5	43,3
2003	4365	2654	1711	46,6	54,5	38
2004	3790	2306	1484	41	47,7	33,6
2005	3249	2021	1228	34,8	40,9	27,8
2006	3129	1855	1274	32,8	36,8	28,3
2007	3285	1889	1396	33,5	36,3	30,3
2008	3546	2075	1471	34,7	38,4	30,6
2009	3146	1906	1240	29,9	34,1	25,1

Tabela 2. Orzeczenia o niezdolności do pracy z tytułu chorób zawodowych w latach 1999 – 2009 [9]

Rok	Liczba orzeczeń ogółem	Częściowa niezdolność do pracy	Całkowita niezdolność do pracy	Niezdolność do samodzielnej egzystencji	Liczba orzeczeń procentowego uszczerbku na zdrowiu	Liczba świadczeniobiorców w tysiącach.
1999	5784	5500	252	32	9505	130,77
2000	4142	3935	154	53	7101	132,67
2001	2658	2506	119	33	5409	131,99
2002	1866	1760	86	20	4370	129,8
2003	1748	1634	97	17	4185	125,3
2004	1506	1401	81	19	3199	124
2005	1254	1175	81	30	2568	121,8
2006	1031	938	61	32	2546	119,4
2007	997	919	65	13	2754	117,2
2008	1028	971	49	8	2633	114,8
2009	907	737	45	10	2949	111,9



Wykres 1. Porównanie liczby orzeczeń o niezdolności do pracy z liczbą rozpoznania [8, 9]



Wykres 2. Porównanie liczby orzeczeń o uszczerbku i niezdolności do pracy [8, 9]

WYBRANE EKSPERTYZY Z IMP W ŁODZI WYDANE W POSTĘPOWANIU ODWOŁAWCZYM

Przypadek 1.

„Mężczyzna, lat 59, w latach 1966–1993 pracował jako górnik strzałowy. Od 1993 r. jest na emeryturze. W 1995 r. decyzją PTIS stwierdzono u niego zawodową chorobę wibracyjną (w stadium początkowym) Orzeczeniem z 1995 r. został zaliczony przez OKIZ do trzeciej grupy inwalidzkiej w związku z chorobą zawodową, do czerwca 1998 r. Orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS z 1998 r. został uznany za częściowo trwale niezdolnego do pracy. W wyniku rozpatrywania sprawy w ramach zwierzchniego nadzoru podjęto decyzję o uzyskaniu ekspertyzy orzeczniczolekarskiej IMP w Łodzi.

Badaniem podmiotowym stwierdzono: badany od 18 lat skarży się na marznącie, blednięcie, uczucie mrowienia, drętwienie rąk (szczególnie po ekspozycji na niską temperaturę) oraz upośledzenie siły mięśniowej. Ponadto zgłasza bóle w odcinku szyjnym kręgosłupa, w przebiegu zmian zwyrodnieniowych stwierdzonych od 20 lat. Jak podawał, w latach 1995–1998 leczył się w poradni rehabilitacyjnej z powodu dolegliwości bólowych kończyn górnych. W latach późniejszych już z pomocy specjalistycznej nie korzystał.

Badaniem przedmiotowym stwierdzono: w stanie ogólnym dobrym. Skolioza lewostronna. Siła mięśniowa prawidłowa, temperatura i barwa skóry rąk prawidłowa, objaw białej plamy ujemny. Węzły chłonne niepowiększone, tarczycza niebadalna. Nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy. Akcja serca miarowa RR 160/90, brzuch miękki, niebolesny przy ucisku, wątroba i śledziona niewyczuwalne.

W badaniach dodatkowych ustalono: palestezjometria: zaburzenia nieznacznego stopnia; pletyzmografia: zapis w granicach normy; próba oziębienia i uciskowa: wynik ujemny; termometria skórna: wydłużenie okresu odnowy

temperatury skóry rąk po oziębieniu skóry > 40 min. Rozpoznano: chorobę wibracyjną – postać naczyniowo-nerwową w okresie zmian wczesnych; chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa szyjnego i piersiowego. Wykonane w czasie pobytu w IMP w Łodzi badania czynnościowe obwodowego układu naczyniowo-nerwowego – w okresie zmian wczesnych, co koresponduje z wydaną w 1995 r. decyzją PTIS stwierdzającą chorobę zawodową. Jednak stopień naruszenia sprawności organizmu (okres zmian wczesnych) nie uzasadnia uznania badanego za niezdolnego do pracy w związku z chorobą zawodową. W trakcie badania nie stwierdzono upośledzenia siły mięśniowej kończyn górnych czy też zaburzeń czucia. Dlatego następstwa stwierdzonej choroby zawodowej nie powodują niezdolności do pracy zarobkowej zgodnej z kwalifikacjami. Ze względów profilaktycznych przeciwskazana jest praca w narażeniu na drgania mechaniczne” [10].

Przypadek 2.

„52 letni ubezpieczony jest z zawodu garbarzem. W 2000 r. PIS wydał decyzję stwierdzającą u niego chorobę zawodową – alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych. Od tego czasu otrzymywał świadczenia rentowe z tytułu częściowej niezdolności do pracy w związku z chorobą zawodową. W trakcie rozpatrywania sprawy w ramach zwierzchniego nadzoru wykonano ekspertyzę orzeczniczolekarską w IMP w Łodzi

W badaniu przedmiotowym: badany skarży się na występujący suchy kaszel bez towarzyszącego świszczącego oddechu, ograniczenie wydolności fizycznej, niewielką duszność powysiłkową. Ponadto podaje dolegliwości ze strony kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego. Badaniem przedmiotowym nie stwierdzono istotnych odchyśleń od stanu prawidłowego. Badania dodatkowe: RTG kłp w płatach dolnych nieznacznie wzmożony rysunek śródmiąższowy. Poza tym pola płucne w normie. Spirometria FVC – 92% normy, FEV 1 – 95% normy, FEV 1/Vc – 84%; gazometria pO₂ – 72 mmHg pCO₂ – 40,2 mmHg, O₂ sat 94,4%. Rozpoznanie: alergiczne zapalenie płuc o etiologii zawodowej. Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa.

Aktualnie wykonane badania czynnościowe układu oddechowego wykazują pełną sprawność wentylacyjną płuc oraz pełną wydolność oddechową. Zdjęcie radiologiczne kłp ujawniło niewielki stopień zaawansowania zmian o charakterze włóknienia śródmiąższowego. Należy stwierdzić, że w chwili obecnej brak jest podstaw do ustalenia długotrwałej niezdolności do pracy” [11].

Przypadek 3.

„41 letni mężczyzna, z zawodu górnik, od 1988 r. skarży się na okresowo pojawiające się wykwity skórne w obrębie stóp i podudzi. Wykonane testy naskórkowe dały wynik dodatni na parafenylendiaminę i tiohexan związku wchodzące w skład gumy. W czerwcu 1997 r. PIS wydał decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej pod postacią obustronnego wyprysku skóry stóp i podudzi. Z tego tytułu w 1999 r. uznany został za częściowo niezdolnego do pracy oraz otrzymał 20% uszczerbku na zdrowiu. Z powodu wątpliwości co do zasadności wydanego orzeczenia został skierowany do IMP w Łodzi. W wyniku badania przeprowadzonego w Instytucie stwierdzono: w badaniu ogólnolekarskim z odchyśleń jedynie podwyższone RR 170/100, w badaniu dermatologicznym z 20.03.1999 r. – bez zmian skórnych, z dnia 1.06.1999 r. wysiew zmian rumieniowo-żółtaczających na powierzchniach grzbietowych stóp i podudzi. Rozpoznano: zawodowy

wyprysk skóry stóp i podudzi, nadciśnienie tętnicze typu emocjonalnego. Na podstawie badania lekarskiego i analizy dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia stwierdzono, że ubezpieczony nie powinien pracować w kontakcie z gumą techniczną, ale następstwa rozpoznanej u niego choroby zawodowej nie ograniczają jego zdolności do pracy zarobkowej na ogólnym rynku pracy, na stanowiskach nie narażających skóry na kontakt z ww. czynnikami.” [12].

Przypadek 4.

„55 letni mężczyzna, z zawodu nauczyciel, od 7 lat zatrudniony na stanowisku dyrektora szkoły, od 15 lat leczony z powodu nawracającej chrypki z okresowym zanikaniem głosu. W 1993 r. stwierdzono u niego chorobę zawodową pod postacią zmian przerostowych krtani. Wystąpił wówczas z wnioskiem o rentę i decyzją WKIZ został zaliczony do III grupy inwalidów w związku z chorobą zawodową. Od tego czasu otrzymywał świadczenia rentowe kontynuując jednocześnie pracę zawodową w pełnym wymiarze czasu pracy. W ramach zwierzchniego nadzoru nad orzecznictwem został skierowany do IMP w Łodzi. W czasie obserwacji w Instytucie stwierdzono: w badaniu laryngologicznym: gardło – przekrwienie łuków podniebiennych, krtani – fałdy głosowe pogrubiałe, na brzegach przekrwione, przy fonacji brak pełnego zwarcia szpary głosi, głos pogrubiał, lekko ochrypnięty, uszy otoskopowo bez zmian. W badaniu audiometrycznym ucho prawe – ubytek słuchu 35 dB, dla częstotliwości 4–8 kHz brak rezerwy ślimakowej, ucho lewe – ubytek słuchu 40,95 dB, w zakresie 2–4 kHz brak rezerwy ślimakowej. Rozpoznano przerostowy nieżyt krtani z dysfonią hypofunkcjonalną, przewlekły nieżyt gardła prosty, uszkodzenie nerwu ślimakowego lewego znacznego stopnia. Stwierdzono, że następstwa rozpoznanej u ubezpieczonego choroby zawodowej nie powodują niezdolności do pracy zarobkowej” [13].

Przypadek 5.

„46 letni mężczyzna przez 16 lat pracował jako górnik pod ziemią. W 1993 r. rozpoznano u niego chorobę zawodową – pylicę krzemową płuc ocenioną jako 2q. OKIZ zaliczyła ww. na stałe do III grupy inwalidzkiej z ogólnego stanu zdrowia i w związku z chorobą zawodową. W trakcie rozpatrywania sprawy w trybie zwierzchniego nadzoru zdecydowano o konieczności uzyskania ekspertyzy z IMP w Łodzi. W badaniu podmiotowym badany zgłasza duszność wysiłkową bez duszności spoczynkowej, suchy kaszel, rzadko z towarzyszącym odkrztuszeniem w godzinach rannych. Oddechowo-świszczący oddech podczas zmiany pogody.

Badanie przedmiotowe: wynik badania ogólnolekarskiego nie wskazuje na istnienie istotnych odchyśleń od stanu prawidłowego.

Badania dodatkowe: spirometria FVC 89%, FEV₁ 90%, FEV₁/VC 83%, gazometria pO₂ 70 mm Hg pCo₂ 31,9 mmHg, O₂ sat 95,1%. Rozpoznanie: pylica krzemowa całkowicie wyrównana. 46 letni górnik od 12 lat pobierający świadczenia rentowe z tytułu III grupy inwalidzkiej w związku z rozpoznaną chorobą zawodową. W badaniach czynnościowych pełna sprawność wentylacyjna płuc oraz pełna wydolność w gazometrii. Badany jest zdolny do pracy zarobkowej, natomiast stwierdzone zmiany w zakresie układu oddechowego mogą stanowić jedynie profilaktyczne przeciwwskazanie do pracy w narażeniu na pył przemysłowy w stężeniach przekraczających normatywy higieniczne” [14].

WYNIKI ANALIZY

Postęp profilaktyki w medycynie pracy skutkowało w latach 1999–2009 spadkiem liczby rozpoznawanych chorób zawodowych z 9982 przypadków w 1999 r. (100%) do 3146 przypadków w 2009 r. (31,5%), w tym wśród mężczyzn spadek ten wynosił 35,99%, a wśród kobiet 26,5%.

Zmiana zasad orzekania o niezdolności do pracy skutkowało spadkiem orzeczeń o niezdolności w latach 1999–2009 z 5784 (100%) do 907 (15,7%).

Zapadalność na choroby zawodowe w latach 1999–2009 w stosunku do liczby orzeczeń o niezdolności do pracy w tym okresie również wykazała tendencje spadkowe odpowiednio z 57,9% w 1999 r. do 28,8% w 2009 r.

Procentowy uszczerbek na zdrowiu był przyznany odpowiednio w 1999 r. w 95,2% przypadków stwierdzanych chorób zawodowych, a w 2009 r. w 93,73% przypadków.

Procentowy uszczerbek na zdrowiu na skutek choroby zawodowej powodował niezdolność do pracy w 60,8% przypadków w 1999 r., wykazując tendencje spadkowe do 30,7% przypadków w 2009 r.

PODSUMOWANIE

1. Analiza materiału zawartego w tabelach dowodzi, że zmiana podejścia do oceny niezdolności do pracy, jaka dokonała się z reformą systemu ubezpieczeniowego w 1997 r., skutkowało znamienym zmniejszeniem liczby orzeczeń o niezdolności do pracy z powodu choroby zawodowej.
2. Przedstawione analizy ekspertyz z IMP w Łodzi wskazują na istotną rolę profilaktycznego odsunięcia od czynnika narażającego celem zachowania zdolności do pracy.
3. Uznanie osoby za niezdolną do pracy na konkretnym stanowisku, które to orzeczenie leży w gestii lekarzy medycyny pracy, nie jest jednoznaczne ze stwierdzeniem niezdolności do zarobkowania na ogólnym rynku pracy, a tym samym z przyznaniem stałego świadczenia z FUS.

WNIOSKI

Wielokierunkowa działalność profilaktyczna służb medycyny pracy ma doniosłe znaczenie w zapobieganiu rozwojowi chorób zawodowych, a tym samym powstawaniu niezdolności do pracy w rozumieniu *Ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych*.

PIŚMIENNICTWO

1. Marek K. Choroby zawodowe. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2001.
2. Pawłucka H. Prawne aspekty ustalania niezdolności do pracy dla celów rentowych. *Orzecznictwo lekarskie*. 2004; 1: 23–35.
3. Dz.U. 1927 nr 78 poz. 676 – Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 r. o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu.
4. Dz.U. 1929 nr 5 poz. 50 – Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych, Ministra Pracy i Opieki Społecznej Ministra Przemysłu i Handlu oraz Ministra Rolnictwa z dnia 17. grudnia 1928 w sprawie wykonania niektórych postanowień Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 r. o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu.
5. Dz. U. 2002 nr 199 poz. 1673 – Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych. (Dz. U. z dnia 28 listopada 2002 r.).

6. Dz.U. 2002 nr 132 poz. 1115 – Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2002 r. w sprawie wykazu chorób zawodowych, szczegółowych zasad postępowania w sprawach zgłaszania podejrzenia, rozpoznawania i stwierdzania chorób zawodowych oraz podmiotów właściwych w tych sprawach. (Dz. U. z dnia 19 sierpnia 2002 r.).
7. Dz.U. 1998 nr 162 poz. 1118 – Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. (Dz. U. z dnia 30 grudnia 1998 r.).
8. http://www.imp.lodz.pl/home_pl/o_institucie/reg_and_databases/work_dissises1/dane_o_zapadalnosci/ (dostęp: 2011.09.10).
9. <http://www.zus.pl/default.asp?id=5&p=5> (dostęp: 2011.09.10).
10. Naczelny Lekarz Zakładu. Zeszyty szkoleniowe orzecznictwa lekarskiego. 2007; zeszyt 9 str. 50 Kaziuistyka – Ekspertyzy orzeczniczno- lekarskie Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi.
11. Naczelny Lekarz Zakładu. Zeszyty szkoleniowe orzecznictwa lekarskiego. 2006; zeszyt 5 str. 20 Kaziuistyka – Ekspertyzy orzeczniczno- lekarskie Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi.
12. Naczelny Lekarz Zakładu. Vademecum Lekarza Orzecznika 1999 zeszyt 7 str. 31 Kaziuistyka – Ekspertyzy orzeczniczno- lekarskie Instytutu Medycyny Pracy.
13. Naczelny Lekarz ZUS. Vademecum lekarza orzecznika. 1999 zeszyt 5 str. 26 Kaziuistyka – Ekspertyzy orzeczniczno- lekarskie Instytutu Medycyny Pracy.
14. Naczelny Lekarz Zakładu. Zeszyty szkoleniowe orzecznictwa lekarskiego. 2005 zeszyt 2 str.19 Kaziuistyka – Ekspertyzy orzeczniczno- lekarskie Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi.
15. http://www.pip.gov.pl/html/pl/doc/kodeks_pracy_2013_1.pdf#page=83 (dostęp: 18.06.2014)
16. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych D. U. Nr 105 poz 869.

Occupational disease and incapability for work – Decision making principles

Abstract

Introduction. Occupational disease is closely related to the conditions of performing a specific job. However, this does not always result in inability to work, the necessity to discontinue occupational activity, and receipt of social insurance benefits. Due to inconsistencies in the social security system and lack of opportunities for vocational retraining, diagnosis of the disease results in applying for disability benefits.

Aim of the study. The aim of this study was to demonstrate how, after the reform of the system of insurances in 1997, the change from making decisions from the purely biological aspect to a biological – occupational – economic approach, affected the number of decisions made concerning incapacity for work due to occupational diseases in 1999–2009 in Poland.

Material and methods. The method of comparative analysis was used of statistical data from the Department of Statistics at the Insurance Agency for the years 1999–2009. In addition, expertise was presented conducted by the Institute of Occupational Medicine in Lodz in the years 1999–2009, issued on appeal.

Results. Analysis of the material shows that the change in the assessment of capacity for work that took place with the insurance system reform in 1997 resulted in a decline in the number of decisions made of incapacity for work due to occupational disease.

Conclusion. Unification of the regulations of the insurance law, legal and occupational medicine reduced the number of patients who have not lost their ability to work in spite of an established occupational disease. – Existence of an occupational disease is not synonymous with the existence of incapacity for work. – Early detection of occupational disease, appropriate prevention, early discontinuation of exposure to the risk factor have a fundamental impact on workers' health behavior, and thus in reducing the number of beneficiaries.

Key words

occupational disease, making a legal decision, incapability for work