



System orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy w Polsce – organizacja, funkcjonowanie, potrzeby zmian

Disability and incapacity for work assessment system in Poland – organization, functioning, need for changes

Piotr Artur Winciunas^{1,A-F}, Kuba Bartłomiej Sękowski^{1,A,C-F}, Mateusz Jankowski^{1,A,E-F}, Justyna Grudziąż-Sękowska^{1,A-B,D-F}

¹ Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Winciunas PA, Sękowski KB, Jankowski M, Grudziąż-Sękowska J. System orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy w Polsce – organizacja, funkcjonowanie, potrzeby zmian. 2026;32(1):29–35. Med Og Nauk Zdr. doi:10.26444/monz/219965

■ Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Orzecznictwo lekarskie – orzekanie o niepełnosprawności i niezdolności do pracy – jest istotnym elementem systemu opieki zdrowotnej i opieki społecznej w Polsce. Celem artykułu jest przedstawienie aktualnej organizacji systemów orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem ich podstaw prawnych, struktury instytucjonalnej oraz kierunków ostatnich zmian regulacyjnych.

Metody przeglądu. Analizie poddano literaturę naukową i akty prawne dotyczące orzecznictwa lekarskiego. Omówiono główne systemy orzecznictwa lekarskiego (ubezpieczenia społeczne, system pomocy społecznej, system oświaty), zidentyfikowano najważniejsze problemy wynikające z odmienności zasad orzekania.

Opis stanu wiedzy. Zaobserwowano dublowanie procedur, brak jednej spójnej oceny funkcjonalnej i ograniczoną interoperacyjność systemów informatycznych w instytucjach powołanych do wydawania orzeczeń lekarskich. Z uwzględnieniem aktualnych reform, a w szczególności wprowadzonych w 2025 roku zmian dotyczących zasad wydawania orzeczeń (terminy wydania orzeczeń, orzeczenia wydawane na trwałe w wybranych jednostkach chorobowych, orzekanie na podstawie dokumentacji medycznej, cyfryzacja postępowania orzeczniczego), przedstawiono postulaty dalszej integracji systemów orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy oraz większego wykorzystania w ocenie orzeczniczego paradygmatu funkcjonalnego zgodnego z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF).

Podsumowanie. Istnieje dalsza potrzeba rozwoju systemu orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy, w tym z wykorzystaniem narzędzi cyfrowych. Dokonując oceny technologii medycznych i rozwiązań systemowych, należy rozważyć wpływ danego rozwiązania na czasową lub trwałą niezdolność do pracy.

■ Słowa kluczowe

niepełnosprawność, orzecznictwo lekarskie, absencja chorobowa, absenteizm, ubezpieczenie społeczne

■ Abstract

Introduction and Objective. Medical certification – the assessment of disability and incapacity for work – is a crucial element of the healthcare and social welfare systems in Poland. The aim of this article is to present the current organization of disability and incapacity assessment systems in Poland, with particular emphasis on their legal basis, institutional structure, and the directions of recent regulatory changes.

Review Methods. Scientific literature and legal acts concerning medical certification are analyzed. The main medical certification systems (social insurance, social assistance, and education) are discussed, and the most important problems resulting from differences in assessment principles are identified.

Brief description of the state of knowledge. Duplicate procedures, a lack of a single, consistent functional assessment, and limited interoperability of IT systems in institutions with existing medical certification systems are observed. In the light of current reforms, particularly the changes introduced in 2025 regarding the rules for issuing decisions (deadlines for issuing decisions, decisions issued permanently for selected disease entities, decisions based on medical records, and digitalization of the decision-making process), proposals were presented for further integration of disability and incapacity assessment systems and for greater use of the functional paradigm in decision-making consistent with the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF).

Summary. There is a need for further development of the disability and incapacity assessment system, including the use of digital tools. When assessing medical technologies and systemic solutions, the impact of a given solution on temporary or permanent incapacity for work should be considered.

■ Key words

sick leave, social insurance, medical certification, sickness absenteeism, disability

✉ Adres do korespondencji: Kuba Bartłomiej Sękowski, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa, Polska
E-mail: kuba.sekowski@cmkp.edu.pl

Nadesłano: 17.01.2026; zaakceptowano do publikacji: 24.03.2026; publikacja online: 31.03.2026

WPROWADZENIE I CEL PRACY

Orzekanie o niepełnosprawności i niezdolności do pracy w Polsce realizowane jest w kilku odrębnych systemach instytucjonalnych, w tym w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), zespołach ds. orzekania o niepełnosprawności oraz systemach zaopatrzeniowych służb mundurowych [1–7]. System ten ma charakter rozproszony, a poszczególne instytucje działają na podstawie odrębnych regulacji i wydają orzeczenia dla różnych celów, przy ograniczonej wymianie informacji. Realizowany w tych instytucjach proces orzekania przebiega według odrębnych zasad i procedur [1–7]. Zasady funkcjonowania instytucji orzeczniczych i regulacje dotyczące procesu orzeczniczego zawarte są w dziesiątkach aktów prawnych [1–7]. Zakres współpracy instytucji orzeczniczych i wymiany informacji między nimi jest minimalny. Poszczególne organy wydają różne orzeczenia, dla różnych celów. Różne są też wzory dokumentów i ścieżki ich obiegu. Odmienne są zasady gromadzenia danych i oceny kosztów funkcjonowania [1, 2, 6].

W aktualnym stanie prawnym charakterystyczne jest bardzo szczegółowe formułowanie celów orzekania w wielu (blisko 80) aktach prawnych. W obowiązującym stanie prawnym wspólną cechą wszystkich systemów orzeczniczych jest ocena stopnia naruszenia sprawności organizmu oraz jego wpływu na funkcjonowanie osoby, niezależnie od celu wydania orzeczenia [8, 9]. Uwagę zwracają zasadnicze różnice między trybami administracyjnymi i postępowaniami sądowymi [10]. Jednocześnie ta sama osoba może uzyskać różne orzeczenia w różnych systemach, co utrudnia spójne podejście do planowania działań w obszarze zdrowia publicznego i zabezpieczenia społecznego [11, 12].

Proces orzeczniczy w systemie zabezpieczenia społecznego ma charakter nie tylko administracyjny, ale przede wszystkim medyczny. Podstawą wydania orzeczenia jest analiza dokumentacji medycznej oraz ocena stanu funkcjonalnego pacjenta, obejmująca zdolność do wykonywania pracy zgodnej z kwalifikacjami lub jakiegokolwiek pracy zarobkowej [8–10].

Kluczową rolę w tym procesie odgrywa lekarz orzecznik, który na podstawie dostępnych danych klinicznych (rozpoznanie, przebiegu choroby, wyników badań diagnostycznych oraz dokumentacji leczenia) dokonuje oceny stopnia niezdolności do pracy oraz rokowania co do odzyskania zdolności do pracy. W praktyce oznacza to konieczność nie tylko interpretacji rozpoznania choroby, ale także oceny jej wpływu na funkcjonowanie pacjenta w kontekście pracy zawodowej.

W ostatnich latach zintensyfikowano prace nad reformą orzecznictwa w dwóch systemach: orzekania o niepełnosprawności i orzecznictwa lekarskiego w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych [13]. Prace te obejmują działania legislacyjne oraz są zapowiedzią głębszej integracji systemów oraz ich cyfryzacji.

Z perspektywy medycyny i nauk o zdrowiu coraz wyraźniej podkreśla się konieczność przejścia od modelu czysto medycznego do funkcjonalnej oceny ograniczeń i potrzeb osoby zgodnej z założeniami Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) [14, 15]. ICF stanowi narzędzie do opisanego zdrowia i stanów związanych ze zdrowiem, posiadające pewien potencjał umożliwiający porównanie i standaryzację oceny ograniczeń funkcjonalnych niezależnie od instytucji orzeczniczej [14, 15].

Celem niniejszego artykułu jest syntetyczne przedstawienie aktualnej organizacji systemów orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy w Polsce, kierunków ostatnich zmian w tym zakresie oraz głównych potrzeb reformy z punktu widzenia praktyki klinicznej i zdrowia publicznego.

MATERIAŁ I METODY

Artykuł ma charakter narracyjnego przeglądu literatury oraz analizy obowiązujących aktów prawnych i dokumentów instytucjonalnych dotyczących systemu orzecznictwa o niepełnosprawności i niezdolności do pracy w Polsce.

Przegląd literatury przeprowadzono w bazach PubMed, Scopus oraz Google Scholar, z uwzględnieniem publikacji opublikowanych w latach 2000–2025. Do wyszukiwania użyto słów kluczowych w języku polskim i angielskim, takich jak: „orzecznictwo lekarskie”, „niezdolność do pracy”, „disability assessment”, „social insurance”, „medical certification” oraz „work capacity assessment”. Uwzględniono akty prawne regulujące system orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy, w tym: Ustawę z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych [5], Ustawę z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych [2] oraz Ustawę z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników [7], a także przepisy o świadczeniach z ubezpieczeń społecznych i akty wykonawcze dotyczące orzekania o niepełnosprawności oraz przepisy prawa obowiązujące w systemie orzecznictwa lekarskiego służb mundurowych Ministerstwa Obrony Narodowej (MON) i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA) [16–18]. Dodatkowo przeanalizowano oficjalne komunikaty i materiały instytucji publicznych (m.in. Pełnomocnika Rządu ds. Osób z Niepełnosprawnościami, Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych) dotyczące zmian w systemie w latach 2017–2025, w tym nowe rozwiązania organizacyjne i wytyczne obowiązujące od 2025 roku [19].

Dobór źródeł miał charakter celowy i służył identyfikacji kluczowych regulacji oraz opracowań istotnych z punktu widzenia praktyki klinicznej i zdrowia publicznego.

Praca ma charakter analizy polityk publicznych w zakresie orzecznictwa. W artykule przedstawiono strukturę systemów orzeczniczych, omówiono najważniejsze zmiany regulacyjne w tej dziedzinie oraz zidentyfikowano główne problemy i kierunki dalszych reform.

OBCENA STRUKTURA SYSTEMU ORZEKANIA W POLSCE

W Polsce funkcjonuje kilka odrębnych systemów orzeczniczych, w tym: system ubezpieczeń społecznych (ZUS, KRUS), system orzekania o niepełnosprawności (powiatowe i wojewódzkie zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności), system orzecznictwa w oświacie oraz systemy zaopatrzeniowe służb mundurowych (MON, MSWiA) [1–6, 16, 17]. Choć każdy z tych systemów działa na podstawie własnych uregulowań prawnych i organizacyjnych, w praktyce dotyczą one często tej samej populacji osób z trwałymi lub długotrwałymi ograniczeniami funkcjonowania prowadzącymi do

niepełnosprawności, niezdolności do pracy i inwalidztwa [1–6, 16, 17]. Ze względu na cel wydania orzeczenia można wyróżnić:

- system orzekania dla celów świadczeń emerytalno-rentowych, gdzie orzeczenie o „niezdolności do pracy”/„inwalidztwie” wydawane jest dla potrzeb ustalenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego/zabezpieczenia emerytalno-rentowego oraz
- system orzekania o niepełnosprawności, gdzie orzeczenie o „niepełnosprawności” wydawane jest dla potrzeb rehabilitacji zawodowej, społecznej, zatrudnienia, korzystania z ulg i uprawnień przysługujących osobom niepełnosprawnym.

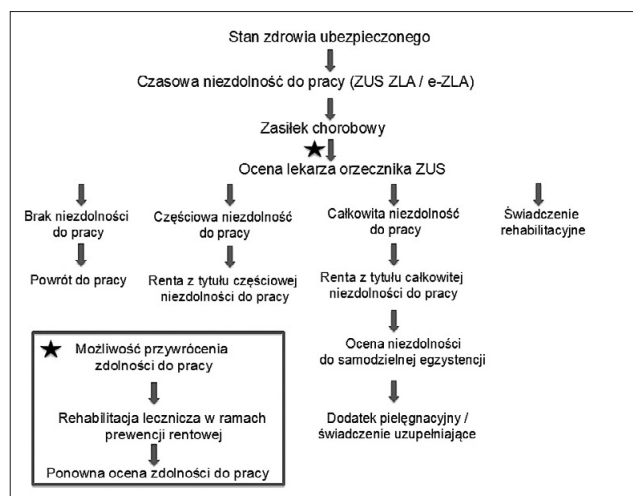
ORZECZNICTWO W UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

W ubezpieczeniach społecznych kluczowym pojęciem jest „niezdolność do pracy”, definiowana w powiązaniu z możliwością wykonywania dotychczasowej lub jakiegokolwiek pracy zgodnej z kwalifikacjami [1, 3, 7, 20]. Ustalenie niezdolności do pracy stanowi podstawę przyznania świadczeń z ubezpieczenia społecznego, w tym rent i świadczenia rehabilitacyjnego [1, 3, 5]. Przy ocenie stopnia i trwałości niezdolności do pracy oraz rokowania co do odzyskania zdolności do pracy lekarz orzecznik i komisja lekarska uwzględniają: stopień naruszenia sprawności organizmu oraz możliwość przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji, możliwość wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej pracy oraz celowość przekwalifikowania zawodowego, biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne [2, 3, 23]. Niezdolność do samodzielnej egzystencji orzeka się w przypadku stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Ustalenie niezdolności do samodzielnej egzystencji jest jednym z warunków nabycia prawa m.in. do dodatku pielęgnacyjnego czy świadczenia uzupełniającego [2–4, 24, 25].

Lekarz orzecznik ZUS (działający jako I instancja) i komisja lekarska ZUS (składająca się z trzech lekarzy, działająca jako II instancja) wydają orzeczenie na podstawie dokumentacji dołączonej do wniosku oraz po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia osoby, w stosunku do której ma być wydane orzeczenie [1, 3, 23]. Jeżeli dołączona do wniosku dokumentacja jest wystarczająca do jego wydania, wówczas orzeczenie może zostać wydane bez badania bezpośredniego [23]. Lekarz orzecznik i komisja lekarska przed wydaniem orzeczenia mogą uzupełnić dołączoną do wniosku dokumentację, w szczególności o opinie lekarza konsultanta lub psychologa albo o wyniki badań dodatkowych lub obserwacji szpitalnej. Lekarz konsultant i psycholog wydają opinie na podstawie bezpośredniego badania stanu zdrowia oraz analizy dokumentacji medycznej i zawodowej [23]. Orzeczenia lekarskie wydawane w ZUS (przez lekarzy orzeczników, komisje lekarskie) stanowią podstawę do przyznania licznych uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych (np. renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej, dodatku pielęgnacyjnego), z zabezpieczenia społecznego o charakterze pozaubezpieczeniowym (takich jak renta socjalna, świadczenie uzupełniające dla

osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, uposażenie sędziego w stanie spoczynku z powodu choroby lub utraty sił), a także do podejmowania rozstrzygnięć o charakterze pozaświadczeniowym (np. odwołanie notariusza z powodu trwałej niezdolności do pełnienia przez niego obowiązków zawodowych) [1–6]. Ponadto lekarze orzecznicy w ZUS wykonują kontrolę prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich.

Na ryc. 1 przedstawiono uproszczony schemat procesu orzeczniczego w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, uwzględniający kolejne etapy postępowania – od czasowej niezdolności do pracy, przez świadczenia krótkoterminowe i rehabilitacyjne, aż do ewentualnego ustalenia trwałej niezdolności do pracy.



Rycina 1. Schemat procesu orzeczniczego w systemie ZUS

Z perspektywy pacjenta proces orzecznicy rozpoczyna się w momencie wystąpienia choroby i uzyskania zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy (ZUS ZLA/ e-ZLA). Na pierwszym etapie pacjent korzysta ze świadczeń krótkoterminowych (zasiłek chorobowy), a w przypadku utrzymywania się niezdolności do pracy może zostać skierowany na dalszą ocenę przez lekarza orzecznika ZUS.

W zależności od stanu zdrowia i rokowania możliwe jest przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego (w przypadku szansy odzyskania zdolności do pracy) lub orzeczenie częściowej albo całkowitej niezdolności do pracy, stanowiące podstawę przyznania renty. W wybranych przypadkach oceniana jest również niezdolność do samodzielnej egzystencji, co wiąże się z przyznaniem dodatkowych świadczeń.

Analogicznie, w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego orzeka się o całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie, niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz o uszczerbku na zdrowiu związanym z wypadkiem przy pracy rolniczej lub z chorobą zawodową [7]. Orzeczeń wydawanych przez KRUS dokonują lekarze rzeczoznawcy i komisje lekarskie powołane w strukturach Kasy, odpowiednio jako I i II instancja orzecznicza [7].

SYSTEM ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W POMOCY SPOŁECZNEJ

W systemie pomocy społecznej centralną kategorią jest „niepełnosprawność” i „stopień niepełnosprawności” (znaczny, umiarkowany, lekki), który determinuje dostęp do świadczeń, ulg oraz instrumentów wsparcia, takich jak

ulgi podatkowe, dofinansowanie do turnusów rehabilitacyjnych, świadczenia opiekuńcze czy dodatki do emerytury [2, 5, 24, 25]. Orzeczenia wydają powiatowe zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności (PZON), a II instancję stanowią wojewódzkie zespoły (WZON) [26, 27]. Składy orzekające (zwykle dwuosobowe) mają charakter interdyscyplinarny i obejmują lekarza (przewodniczącego) oraz specjalistów, takich jak psycholog, pracownik socjalny lub doradca zawodowy [5]. Do elementów oceny niepełnosprawności i jej stopnia zalicza się:

- ocenę stanu zdrowia uwzględniającą wyniki dotychczasowego leczenia i rehabilitacji, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących, rokowania odnośnie do przebiegu choroby;
- wiek, płeć, wykształcenie, zawód i posiadane kwalifikacje;
- możliwość całkowitego lub częściowego przywrócenia zdolności do wykonywania dotychczasowego lub innego zatrudnienia – poprzez leczenie, rehabilitację lub przekwalifikowanie zawodowe;
- występujące ograniczenia w samodzielnej egzystencji i uczestnictwie w życiu społecznym;
- możliwość poprawy funkcjonowania danej osoby w samodzielnej egzystencji oraz w pełnieniu ról społecznych – poprzez leczenie, rehabilitację, zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, środki techniczne, usługi opiekuńcze lub poprzez inne działania.

Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 maja 2025 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności wprowadziło minimalne okresy ważności orzeczeń o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności [28]. W szczególności określono minimalny czas trwania orzeczeń u dzieci oraz u osób z wybranymi chorobami o trwałym i niezmiennym przebiegu (takimi jak choroby genetyczne, zespół Downa) [5, 28].

ORZECZNICTWO W SYSTEMIE OŚWIATY

W systemie oświaty orzeczenia i opinie poradni psychologiczno-pedagogicznych koncentrują się na potrzebie stosowania specjalnych form kształcenia i wsparcia edukacyjnego, a nie na przyznawaniu świadczeń pieniężnych [6, 29]. Poradnie wydają opinie m.in. o konieczności kształcenia specjalnego, indywidualnego nauczania, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych czy dostosowania programu nauczania do indywidualnych możliwości ucznia. Opinie poradni są niezbędne dla uruchomienia procedury wydania orzeczenia przez Zespół Orzekający [5, 29].

W tab. 1 przedstawiono porównanie głównych systemów orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy w Polsce.

Tabela 1. Porównanie głównych systemów orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy w Polsce

SYSTEM	TRYB ORZEKANIA	RODZAJE WYDAWANYCH DOKUMENTÓW I ICH PRZEZNACZENIE
Systemy powszechne		
Powszechny system ubezpieczeń społecznych (ZUS) [1–5, 23]	– I instancja: lekarze orzecznicy (1-osobowo) – II instancja: komisje lekarskie	W systemie wydawanych jest ponad 50 rodzajów orzeczeń, stanowiących podstawę: – świadczeń pieniężnych (renta z tytułu niezdolności do pracy, renta szkoleniowa, renta socjalna, renta rodzinna, zasiłek chorobowy, zasiłek wyrównawczy, świadczenie rehabilitacyjne, dodatek pielęgnacyjny), – świadczeń niepieniężnych (rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS, świadczenia zdrowotne – m.in. stomatologiczne i szczepienia ochronne, zaopatrzenie w wyroby medyczne i przedmioty ortopedyczne), – świadczeń pozaubezpieczeniowych i rozstrzygnięć administracyjnych (świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, uposażenie sędziego w stanie spoczynku, odwołanie notariusza z powodu trwałej niezdolności do pracy)
Ubezpieczenie społeczne rolników (KRUS) [7]	– I instancja: lekarze rzeczoznawcy (1-osobowo) – II instancja: komisje lekarskie	W systemie wydawanych jest 7 rodzajów orzeczeń stanowiących podstawę świadczeń z ubezpieczenia społecznego rolników, w tym: – zasiłek chorobowy (powyżej 180 dni), renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy, renta rodzinna, dodatek pielęgnacyjny, jednorazowe odszkodowanie z tytułu uszczerbku na zdrowiu lub śmierci w związku z wypadkiem przy pracy rolniczej lub chorobą zawodową, rehabilitacja lecznicza oraz renta rolnicza szkoleniowa; – dodatkowo wydawane są skierowania na konsultacje specjalistyczne, badania psychologiczne oraz obserwację szpitalną
Orzekanie o niepełnosprawności [15, 27, 28]	– I instancja: powiatowe zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności – II instancja: wojewódzkie zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności	W systemie wydawane są orzeczenia potwierdzające status osoby jako niepełnosprawnej, czyli wymagającej wsparcia (zarówno w formie pieniężnej, rzeczowej oraz usług), którego rodzaje wskazywane są w treści orzeczenia: – orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w stosunku do osób, które ukończyły 16. rok życia (orzeczenie o lekkim, umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności), – orzeczenie o niepełnosprawności w stosunku do osób poniżej 16. roku życia, – orzeczenie o wskazaniach do ulg i uprawnień
Systemy przeznaczone dla wybranych grup		
System oświaty (poradnie psychologiczno-pedagogiczne) [6, 29]	I i II instancja: zespoły orzekające w poradniach psychologiczno-pedagogicznych	W systemie wydawane są w odniesieniu do dzieci i młodzieży: – orzeczenia o potrzebie/braku potrzeby kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz indywidualnego nauczania, – opinie o potrzebie/braku potrzeby wczesnego wspomagania rozwoju dziecka
Służby mundurowe (MSWiA, MON) [16–18]	I instancja: rejonowe komisje lekarskie II instancja: centralna komisja lekarska	W systemie wydawane są dwa rodzaje orzeczeń: – orzeczenia wobec kandydatów oraz wobec funkcjonariuszy i żołnierzy o zdolności do służby, – orzeczenia stanowiące podstawę do ubiegania się o świadczenia, które dotyczą: • uznania funkcjonariusza/żołnierza, emeryta albo renciście za inwalidę lub związku z inwalidztwa ze służbą, a także zdolności do pracy, • związku uszczerbku na zdrowiu, zranień, kontuzji lub innych obrażeń lub chorób albo śmierci z wykonywaniem obowiązków służbowych

PODSTAWOWE PROBLEMY WYNIKAJĄCE Z AKTUALNEGO STANU SYSTEMÓW ORZECZNICTWA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI I NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Orzecznictwo lekarskie w Polsce nie stanowi skonsolidowanego systemu. Jest ono rozproszone w kilku instytucjach [1–6]. Orzekanie odbywa się na podstawie różnych regulacji. Podział na kilka odrębnych systemów orzekania – dla celów rentowych i pozarentowych – nie ma uzasadnienia merytorycznego [8, 9]. Wynika wyłącznie z uwarunkowań historycznych, kulturowych, podziałów resortowych i instytucjonalnych. Stan prawny, na którym opiera się system orzecznictwa, jest niejednorodny i skomplikowany [1–7]. Orzekanie o niepełnosprawności i niezdolności do pracy w Polsce realizowane jest przez kilka instytucji. W ocenie Autorów podstawowe problemy wynikające z aktualnego stanu orzecznictwa o niepełnosprawności i niezdolności do pracy powodują m.in.: konieczność uzyskiwania odrębnych orzeczeń do różnych celów, w różnych instytucjach, luki prawne w definicjach kryteriów orzekania, brak proaktywnego podejścia do oceny funkcjonalnej i związany z tym brak kompleksowej rehabilitacji, szczególnie zawodowej, trudności w określeniu liczby osób z niepełnosprawnością prawną w Polsce (w szczególności w zakresie poszczególnych schorzeń – z uwagi na fakt określania przyczyn niepełnosprawności jedynie w grupie poszczególnych schorzeń).

ZMIANY REGULACYJNE WPROWADZONE W 2025 I 2026 ROKU

W 2025 roku wprowadzono zmiany organizacyjne w systemie orzekania o niepełnosprawności, których celem było usprawnienie postępowania, skrócenie czasu oczekiwania na orzeczenie oraz zwiększenie dostępności orzeczeń [27, 28]. Najważniejsze rozwiązania obejmowały możliwość wydawania orzeczeń na podstawie dokumentacji medycznej bez konieczności osobistego badania, skrócenie terminów rozpatrywania spraw, wprowadzenie orzeczeń o charakterze długoterminowym lub stałym w wybranych jednostkach chorobowych oraz rozwój elektronicznej postępowania.

Równoległe przygotowuje się kompleksowa reforma systemu orzecznictwa lekarskiego w ZUS, której wdrożenie planowane jest w kolejnych latach. Projektowane zmiany mają na celu przede wszystkim ujednoczenie regulacji prawnych, uproszczenie procedur oraz zwiększenie efektywności postępowania orzeczniczego. Istotnym elementem reformy jest także poprawa dostępności kadry orzeczniczej oraz lepsze dostosowanie systemu do współczesnych realiów rynku pracy i rosnących potrzeb społecznych.

Potrzeba reformy orzecznictwa lekarskiego w ZUS wynika z rosnących oczekiwań społecznych dotyczących efektywnego działania organów administracji publicznej, sytuacji na medycznym rynku pracy skutkującej niedoborami kadry orzeczniczej w ZUS oraz zwiększającej się z roku na rok liczby zadań ZUS, które obejmują wydawanie orzeczeń [30].

NIEZBĘDNE WYZWANIA STOJĄCE PRZED SYSTEMAMI, KTÓRYCH ROLĄ JEST ORZEKANIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI I NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Charakterystyki mocnych i słabych stron systemów orzecznicznych przygotowane w raportach cząstkowych przez członków Zespołu Międzyresortowego ds. Opracowania Systemu Orzekania o Niepełnosprawności oraz Niezdolności do Pracy [31] reprezentujących odpowiednie instytucje/resorty, wskazują na potrzebę:

- zapewnienia spójności procesów orzekania,
- wyeliminowania odrębności ocen ograniczeń sprawności osób w przypadku orzekania dla różnych celów,
- ujednolicenia terminologii orzeczniczej,
- przygotowania rozwiązań umożliwiających dokonywanie kompleksowej oceny funkcjonalnej, uwzględniającej różne cele (rentowe, pozarentowe, edukacyjne, zawodowe).

Zintegrowany system orzeczniczy powinien opierać się na tożsamych regułach postępowania zarówno w zakresie organizacyjno-administracyjnym, jak i sądowym. W tym kontekście – po dokonaniu analizy każdego z aktualnie istniejących systemów – Zespół określił zakres (obszar) integracji systemów orzekania oraz ujednoczenia definicji i procedury orzeczniczej [31]. Założono przede wszystkim, że dzięki zintegrowaniu orzecznictwa w powyższych obszarach powstały w rezultacie kompromisu stron uspołniony system powinien być:

- bardziej przejrzysty,
- zrozumiały,
- użyteczny,
- akceptowalny społecznie.

Zespół ten przygotował pięć rekomendacji wynikających z powyżej analizy systemów orzekania [31]. Od początku jego prac przyjęto, że ujednoczone orzecznictwo korzystać będzie z Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) [14, 15]. Jest to narzędzie zalecane przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization, WHO), pozwalające na obiektywną, pozytywną (tj. dokonywana pod kątem potencjału, a nie ograniczeń) ocenę nie tylko stanu zdrowia i sprawności organizmu (ocena medyczna), ale też ocenę możliwości aktywności środowiskowej (społecznej, zawodowej) danej osoby oraz roli czynników środowiskowych wpływających na jej uczestniczenie w codziennym życiu.

W dyskusji eksperckiej wskazuje się również na konieczność powiązania orzeczeń o niepełnosprawności i niezdolności do pracy z indywidualnymi planami wsparcia osób niepełnoprawnych, co dokonuje się w ramach procesu tzw. rehabilitacji kompleksowej [32]. Rehabilitacja kompleksowa to wieloaspektowe, zintegrowane podejście do przywracania pełnej sprawności, obejmujące jednocześnie moduł medyczny (fizjoterapia, leczenie), moduł psychologiczny (wsparcie psychiczne, psychospołeczne) i moduł zawodowy (szkolenia, pomoc w powrocie do pracy) [32]. Jej celem jest nie tylko poprawa stanu zdrowia po chorobie czy urazie, ale także pełna reintegracja społeczna osoby z niepełnosprawnością i jej powrót na rynek pracy, czemu służy wsparcie biologiczne, psychiczne i społeczne [32]. Wskazuje się m.in. na potrzebę silniejszego powiązania orzeczeń z indywidualnymi

planami rehabilitacji, wsparcia środowiskowego i aktywizacji zawodowej, aby odejść od podejścia skupionego wyłącznie na przyznawaniu świadczeń pieniężnych. Orzeczenie powinno odpowiadać na potrzeby i oferować możliwości, a nie stanowić wyłącznie dokument kwalifikujący do otrzymania świadczeń.

ZNACZENIE DLA PRAKTYKI MEDYCZNEJ I ZDROWIA PUBLICZNEGO

Lekarze odgrywają kluczową rolę w procesie orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy – zarówno jako członkowie zespołów orzeczniczych, jak i jako autorzy dokumentacji medycznej stanowiącej podstawę wydania orzeczenia [1–7, 23]. Znajomość zasad funkcjonowania systemów orzeczniczych, w tym wymogów dotyczących dokumentacji medycznej oraz aktualnych regulacji prawnych, ma kluczowe znaczenie dla jakości wydawanych orzeczeń. W szczególności dotyczy to kompletności dokumentacji, opisu stanu funkcjonalnego pacjenta oraz jednoznacznego określenia rokowania. W praktyce klinicznej oznacza to konieczność przełożenia rozpoznania choroby na ocenę jej wpływu na zdolność do pracy i funkcjonowanie pacjenta, co stanowi kluczowy element procesu orzeczniczego.

Z perspektywy zdrowia publicznego system orzecznictwa lekarskiego pełni istotną funkcję w monitorowaniu obciążeń zdrowotnych populacji oraz planowaniu działań w zakresie rehabilitacji, profilaktyki i wsparcia społecznego [12, 22, 24]. Integracja danych z systemów orzeczniczych z rejestrami zdrowotnymi mogłaby zwiększyć możliwości analityczne oraz wspierać projektowanie skutecznych polityk zdrowotnych i społecznych.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Polski system orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy pozostaje systemem wielotorowym, w którym równolegle funkcjonują systemy: ubezpieczeniowy, pomocy społecznej, oświatowy i zaopatrzeniowy. Systemy te opierają się na różnych definicjach prawnych i kryteriach orzeczniczych, co w praktyce prowadzi do konieczności ubiegania się o orzeczenia w różnych instytucjach oraz do zróżnicowanej oceny tego samego pacjenta.

Wprowadzone w ostatnich latach zmiany legislacyjne i organizacyjne stanowią istotny krok w kierunku poprawy dostępności i sprawności systemu. Jednocześnie zwiększają znaczenie jakości dokumentacji medycznej jako podstawowego źródła danych w procesie orzeczniczym. Pomimo tych zmian nie został w pełni rozwiązany problem fragmentacji systemu.

Kluczowym wyzwaniem pozostaje budowa zintegrowanego modelu orzekania opartego na ujednoczonych kryteriach medyczno-funkcjonalnych oraz standaryzowanych narzędziach oceny, umożliwiających porównywalną ocenę wpływu stanu zdrowia na funkcjonowanie pacjenta. Istotnym elementem tego procesu jest również rozwój wspólnego systemu informatycznego oraz powiązanie orzecznictwa z działaniami rehabilitacyjnymi i aktywizacją zawodową. Rola lekarzy i innych profesjonalistów medycznych w tym procesie jest kluczowa – zarówno na etapie przygotowania dokumentacji medycznej, jak i w samym procesie

orzekania. Ich zaangażowanie w opracowanie i wdrażanie standardów oraz narzędzi oceny może przyczynić się do zwiększenia spójności, jakości i bezpieczeństwa decyzji orzeczniczych.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U.2025 poz. 501).
2. Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U.2025 poz. 1749).
3. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U.2025 poz. 350).
4. Ustawa z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej (Dz.U.2025 poz. 420).
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U.2025 poz. 913).
6. Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz.U.2025 poz. 1043).
7. Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz.U.2025 poz. 1770).
8. Golinowska S, Sowa A, Wilmowska-Pietruszyńska A. Funkcjonowanie orzecznictwa lekarskiego oraz działalność lekarzy orzeczników w systemie zabezpieczenia społecznego i wspierania zatrudnienia. *Polityka Społeczna*. 2012;2:26–32.
9. Marcinkowski JT, Wiśniewska-Słwińska H, Szozda R et al. Problemy w rozbieżności w orzeczeniach lekarskich wydawanych w celach rentowych i nierentowych. *Orzecznictwo Lekarskie*. 2011;8(1):1–11.
10. Biłski D, Czarnecki P. O różnicach między orzeczeniami lekarzy orzeczników a opiniami biegłych sądowych. *Orzecznictwo Lekarskie*. 2004;1(1):59–78.
11. Informacja o zmianach w zasadach wydawania orzeczeń o niepełnosprawności oraz o stopniu niepełnosprawności. Pełnomocnik Rządu ds. Osób z Niepełnosprawnościami. Warszawa; 2024
12. Jaracz K, Makara-Studzińska M. Rola profesjonalistów zdrowotnych w orzecznictwie medycznym – perspektywa biopsychospołeczna. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2022;28(1):67–79.
13. Ustawa z dnia 18 grudnia 2025 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2026 poz. 26).
14. Ćwirlej-Sozańska A, Sozański B, Wiśniewska-Szurlej A, Wilmowska-Pietruszyńska A. Development of the Polish Version of the ICF Core Set for the Assessment of the Living Environment of Older People. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(23):16341. doi:10.3390/ijerph192316341
15. Gusikowski K, Piwowarczyk A. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) jako narzędzie oceny niepełnosprawności. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2019;25(3):234–242.
16. Ustawa z 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin (Dz.U.2025 poz. 305).
17. Ustawa z dnia 28 listopada 2014 r. o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz.U.2024 poz. 310).
18. Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z 10 stycznia 2006 r. w sprawie orzekania o inwalidztwie żołnierzy zawodowych, żołnierzy zwolnionych z zawodowej służby wojskowej oraz emerytów i rencistów wojskowych, a także właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach (Dz.U.2025 poz. 1063).
19. Rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 maja 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz.U.2026 poz. 682).
20. Genowska A, Fryc J, Pinkas J, Jamiołkowski J, Szafraniec K, Szpak A, Bojar I. Social costs of loss in productivity-related absenteeism in Poland. *Int J Occup Med Environ Health*. 2017;30(6):917–932. doi:10.13075/ijomh.1896.01123
21. Szubert Z. Absencja chorobowa w Polsce po transformacji społeczno-gospodarczej [Sickness absence in Poland after socio-economic transformation]. *Med Pr*. 2014;65(1):73–84. Polish. doi:10.13075/mp.5893.2014.003
22. Antczak E, Miszczyńska KM. Causes of Sickness Absenteeism in Europe-Analysis from an Intercountry and Gender Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(22):11823. doi:10.3390/ijerph182211823
23. Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Standardy orzecznictwa lekarskiego ZUS. <https://www.zus.pl/lekarze/publikacje/standardy-orzecznictwa-lekarskiego-zus> (access: 2026.01.29).

24. Kostańska A, Żyta A. Paradygmat społeczny niepełnosprawności a koncepcje zdrowia w medycynie. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2018;24(2):145–156.
25. Kołtąj B, Kołtąj WP, Nasiłowska-Barud A, Kowalczyk-Bołtuć J, Karwat ID. Importance of most frequent needs of the disabled in shaping areas of support in public health. Part II. Disability as a consequence of dysfunction in the state of health. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2022;29(4):590–599. doi:10.26444/aaem/158547
26. Mikołajczyk R, Szpaderska A. Wielotorowość systemów orzekania – wyzwania i oportuności. *Polityka Społeczna*. 2023;11–12:18–27.
27. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Nowe zasady orzekania o niepełnosprawności – wytyczne dla organów orzekających. <https://www.gov.pl/web/rodzina/bip-osoby-niepełnosprawne> (dostęp:2026.01.29).
28. Rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 maja 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz.U.2025 poz. 682).
29. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.2023 poz. 2061).
30. Portal Statystyczny ZUS. Orzecznictwo lekarskie. <https://psz.zus.pl/kategorie/orzecznictwo-lekarskie> (access: 2026.01.29).
31. Zarządzenie nr 6 Prezesa Rady Ministrów z dnia 2 lutego 2017 r. w sprawie Międzyresortowego Zespołu do spraw Opracowania Systemu Orzekania o Niepełnosprawności oraz Niezdolności do Pracy (M.P. poz. 167 oraz z 2018 r. poz. 424).
32. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy. <https://rehabilitacjakompleksowa.pfron.org.pl/informacje-o-projekcie-104560/> (access: 2026.01.29).